

目次

○巻頭エッセイ「セツルメント活動」……………升田 和比古 1

特集1：非営利・協同と教育

座談会「非営利・協同と教育」

…三上 満、村口 至、大高 研道、川村 淳二、司会：石塚 秀雄 2

インタビュー「全日本民医連における教育への取り組み」升田 和比古 16

教育アンケートにみる特徴……………20

教育体験談：……………長野 典右、矢幅 操 24

特集2：破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業—民医連の北九州健和会の再建闘争

Part 1「民医連北九州健和会再生の決め手」……………馬渡 敏文 28

Part 2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」

…吉野 高幸、山内 正人、八田 英之、角瀬 保雄、司会：坂根 利幸 35

○論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題
—コミュニティ投資を中心として」……………小関 隆志 48

○翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」
……………訳：石塚 秀雄 55

○シリーズ・文献プロムナード（8）「医療と市場原理」……野村 拓 72

○書評「近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて』」……柳澤 敏勝 77

○研究所関連ニュース……………19、27、76、79

○研究所発行物バックナンバー……………80

セツルメント活動

升田 和比古

「いのちとくらし」No.8を興味深く読んだ。セツルメントの活動を題材にした加賀乙彦さんの小説『雲の都』の紹介があり、早速購入して読んでみた。作者の戦後の東大セツルメントの体験が生き生きと描かれている。当時の政治・社会状況の中で様々な思想をもった進歩的學生が地域の中で活動する様子は、過去の物語ではなく現代の青年の成長にとっても多くの示唆を与えてくれるものだった。

私は、1967年北海道大学に入学してすぐにセツルメント活動に没頭した。農村セツルメント「どんぐり会」というサークルである。創設者は元全日本民医連会長の阿部昭一氏である。受験戦争に何の矛盾も感じないまま医学部に入学した私は、「5月危機」ならず「4月危機」を迎えていた。大学入学というそれまでの目標がなくなり、大学の講義が無味乾燥、というより全く理解ができない。途方にくれている時、どんぐり会のサークルの扉をたたいた。

強烈な刺激を受けた。女性がどうしてこんなにも逞しいのか。何故こんなにも他人に優しく仲間を大切にするのか。農業や農村の問題、日本の農業政策、国のあり方を何故こんなにも熱心に議論するのか。地域へ行く時は人形劇をもって、子ども達と一緒に遊び、青年とフォークダンスをして語り合い、お母さん達とは料理講習会をして語り

合う。農家の人が集まっていたくために援農も行った。全てが新鮮であった。

何故學生の身でこんなことを行ったのだろうか？1966年、全国學生セツルメント連合（全セツ連）はこれまでの「生産点論」すなわち、労働者の中に入り革命運動の指導を行うというのを改め、學生として現実の中から学ぶことを重視する路線に転換した。全学連も、「學生の要求実現」と「民主的インテリゲンチヤになる」ことを學生運動の2つの任務として定式化した。これも、私のような學生にはフィットしたと思う。

専門職である医療従事者が医療技術を提供することは当然のことであるが、國民の立場に立って社会をも変革していく主体者として成長していくうえで、セツルメント運動が一つのヒントになると考えた。医療や福祉の分野で活動する非営利・協同組織は、セツルメント運動と共通するところが多いと感じている。医療・看護・介護の技術をもって國民の健康保持に寄与しながら、地域の人々が主体者となって行なうまちづくりを共同して行なう。その中で、科学とヒューマンイズムに基づく医療人として成長していく。青年も中年も老年も一緒に成長する組織こそ21世紀に生き残るのだと思っている。

（ますだ かずひこ、全日本民医連副会長）

座談会「非営利・協同と教育」

教育の力と生涯学習

石塚 非営利組織あるいは協同組織・協同組合と
いったものの中で、教育とい
うものはこれまで大変重
視されてきました。しかし、
昨今、社会制度等が転換期
を迎えておりますし、グロ
ーバル化という新しい状況
も生まれてきております。



また日本政府などには我々
からすると改悪というか、社会を教育で自分達に
都合の良いようなかたちに作り変えて行こうとい
う動きが見られるように、教育というのは非常に
重要な要素だと思われます。そういった社会の中
で、新しく非営利・協同の社会を作って行こうと
いうセクター・勢力が、どのような新しい教育を
促進して行けば良いのかということについて、ざ
っくりばらんにお話いただければと思っております。

今日は三上、大高のお二人の先生が教育の専門
家であります。村口先生は民医連の中で実践的
なところで教育的な問題に関わられていらっしや
います。三上先生は東葛看護専門学校の校長先生
をされておられまして、教育の問題、特に民医連
関係の中で教育の最前線に立っておられます。ま
ずは現状といったあたりからお話をお聞かせ願え
ればと思います。

三上 教育は言うならば、「人は生まれるや否や
学び始める」というルソーの言葉ではないですが、
人間は教育的動物であって、人間にとって教育や
学ぶということは根本的・本源的なことですよ。
それと同時に、人間の社会にとって根源的なこと
です。

根源的なものであるからこそ、教育の巨大な力

座談会出席者

- 三上 満 (みかみ みつる・東葛看護専門
学校校長)
大高 研道 (おおたか けんどう・弘前学院
大学助教授)
村口 至 (むらぐち いたる・医師、(財)
宮城厚生協会理事長)
川村 淳二 (かわむら じゅんじ・全日本
医連事務局)
司会：石塚 秀雄 (いしづか ひでお、研究
所主任研究員)



を主権者たる国民の側が握
るのか、つまり人間サイド
に教育の力を発揮させるよ
うに教育を築く、そういう
力を持つことが出来るのか、
一定の意図を持った権力的
な支配の都合の良い道具と
して利用されるのか、そこ
に教育の根本問題があるわけですね。

常に根本的な対立をはらみながら、教育は歴史
を辿ってきました。特に近代になって、公教育と
呼ばれるものが確立されて学校が出来、それが全
国に張り巡らされて巨大な力を持つという今の時
代にあって、正にそのことが焦点であり、政治の
問題にもなり色々な力関係に左右される問題にも
なってきたわけです。今の子ども達を見ていると、
やはりそのことが子ども達の人格の中に映し出さ
れてしまうのは避けられないことです。

かつて矢川徳光さんという在野の優れた教育研
究者がいまして、戦後に国民主権の国が出来、憲
法が出来たときに、これからの子ども達に求めら
れる力は三つの力じゃないかと言ったのです。一
つは「騙されない力」、もう一つは「手を繋ぐ力」、
もう一つは「平和を守る力」です。つまり、人間
が自由で豊かで平等な共同社会を作る人格を形成

していくことが、これからの新しい社会のために必要なのではないかと言ったわけです。同時に手を繋ぐということは権力者にとっては非常に恐ろしいわけで、彼らが望まない人格なのです。ましてや、営利と利潤の社会にあって非営利・協同のセクターを築いていこうとするには、特別な教育の手立てが必要だろうと思うんです。

それはなぜかという、今の教育政策なり今の自民党政権が狙っている教育というのとは、全く別な教育であるということです。教育課程審議会の委員長であった作家の三浦朱門氏が言っている言葉でもあり、またノーベル賞受賞者の江崎玲於奈氏も常日頃言っているのですが、これまでは平等な教育を追求しすぎてきた、と。これが日本の教育を形骸化させ、いろんな問題の原因となっているのだ。これからは徹底したエリート教育が必要だ。エリートは100人に一人が良い。日本でノーベル賞受賞者が100人出るような教育が必要なんだ。他の人たちは実直な精神を養ってくれれば良いんだと、このように言っております。

そういった教育政策の中で、子どもがバラバラにされたり競争的な環境に置かれたりして、若い人たちが自身の中にも微妙なかたちで映し出されています。例えばうちの学校の学生も、成績の順位がないということにびっくりしますね。中には、競争が無い学校だと意欲が湧かないという、そういった心の中に競争順位付け的な意識を育てられて来ている人達もいるわけです。

そういう意味では、政府がやろうとしている教育が目指す人間像というものと、我々が目指す人間像というものをピシッと描き分け、そして教育というものは力関係ですから、少しでも我々の側に引き寄せ、教育の内部と外部、教育の中の努力とそのための条件作りと、あるいは場合によっては実現させるための政策作りと政策を実現させるための力関係作り、そういったものが大きく動いて行く必要があるんじゃないかと思っております。

石塚 導入部として大変良いお話をいただいたと思います。

今の若い人たちが受けてきた教育的な価値観・環境の中から、例えば民医連やNPOに入っていくと、それまで受けてきた教育を引きずって入っ

てくるわけで、その人たちに新たな教育を別な価値観でしなくてはならないという困難さがあると思われま

す。ヨーロッパでは教育協同組合というものがある、これはかなり自由に自分達の価値観、すなわち連帯だとか社会的貢献等をベースにした教育が行うことが出来る状況が一部にあるわけです。日本の場合には教育協同組合というのはほとんど無い。またいわゆる非営利組織では自分達の職員をある意味では違う価値観で教育をしなくてはならないという困難性があると思います。

日本の場合には社会教育とか地域教育というものがありますよね。社会教育では連帯性や平等性がうまく発揮されているんでしょうか？

大高 社会教育はこれまでも、またこれからも非常に大事な分野だと思っております。



一般的に社会教育とは学校教育以外の教育と理解されていますが、私は子どもの教育（学校教育）を含めた教育一般を社会教育と考えています。日本の場合、戦後は公民館等の施設を軸に社会教育活動を展開して

きました。戦前と戦後の大きな違いは何かと言うと、戦前は団体主義なんですね。そこでは青年団体や婦人団体等の統制強化を図り、教化総動員運動（国民精神総動員運動）を軸に、国家総力戦体制の一翼を担ってきたわけです。その反省を受けて、戦後は公民館という施設を中心に社会教育を展開していく。そこでは、「たまり場」を作って、日本の昔の家にあった縁側のような空間を作って、三上先生がおっしゃられたような手を繋ぐような場所が作られていったと思うんですね。

そのような役割は今後もますます大事になっていくのですけれども、最近では生涯学習体系化時代が叫ばれる中で、その内実が随分変化しております。生涯学習の本来的な考え方というのは、これまでの社会教育が目指してきたものと重なる部分が多いのですが、その言葉が政策的に導入されると随分中身が変わってきていることに注目しなければいけないと思います。

これまでの社会教育、あるいは学校教育を含めた教育一般の目的は二つあると思います。一つは自己実現で、もう一つは相互理解です。自己実現というのは自分自身を高めていくことです。例えば資格を取るとか、あるいは趣味をもっと豊かにするとか。夢に向かって努力する。でも、それだけではなくて、他者を理解するとか、弱いものの痛みを分かるとか、あるいは地球環境のことを考えると、そういった相互理解の側面も重要で、この二つが組み合わさって真の意味での人格の完成が追及されてきたわけです。

ところが、最近は括弧付の「自己実現」だけが強調されていくわけです。どういうことかと言うと、自己中心的で、結果的に自分がキャリアアップし、良い仕事に就ければ良いという考え方が主流になっています。また、国も第二の教育を公的に保証するより、民間に徐々に委譲していく。お金のある人が民間の講座に参加して資格を取ってという話になっていきますから、どんどんと差別化・個別化していくんですね。

もし、狭義の「自己実現」ばかりが強調されていくと、相互理解という考え方は希薄化していくわけです。これまでの社会教育では、この狭い意味での「自己実現」と相互理解の統一のプロセスを通して、真の意味での自己実現を目指していたのです。真の意味での自己実現は相互理解の過程を通さなければ無理なんですね。けれども今は、狭い意味での「自己実現」だけに収斂していく方向で進められている。

生涯学習は、文科省よりはその他の省庁で一生懸命言っているという状況があり、人によっては社会教育の時代は終わったと言う人もいます。それはどういうことかと言うと、相互理解とか相互教育といった側面を大事にする教育の時代は終わったという主張と理解することも出来るわけです。教育を巡るこのような動向は、押さえておかなければならないと思います。

さらに、このような状況の中で、平成11年の「生涯学習に関する実態調査」(総理府)を見てみると、都市と地方の間に大きな差があることに気づきます。いわゆる行政が進める生涯学習というものに一生懸命参加している人達は、都市部に多いです。農村部にはあまりいない。都市部では、

教育が消費化・商業化していく中で、個を中心とした生涯学習というものが盛んになっている。地方では、相変わらず公民館とか地方自治体等を中心とした公的な社会教育が行われているという見方もできるわけです。ただし、地域による多様性を考慮に入れても、全体的には学習や教育の商業化・消費化が進んでいる。その中で一体どういうことが出来るのかという話が問題になっていて、その点に関しては後半の議論でお話しすることになると思います。

石塚 ヨーロッパの話で恐縮なのですが、NPOで教育や生涯学習訓練をやっているところが結構あるんですね。一方、日本ではあまり多くないという気がするんです。結局、教育を非営利・協同セクター自体が自前でやっていかない限り、なかなか良い人材も得られず、運動や事業そのものもうまく発達していかないという問題があると思うのです。従来、特に協同組合や生協などは、組合教育とか職員教育ということをそれなりにやってきたと思うのですが、今は転換期で方向性を見失ってきているというか変わってきている印象があります。

生協の職員対象のセミナーなどを見ても、一般の企業研修に似た講座が8割で、残りの2割くらいが協同組合の理念や原則とか、地域社会やコミュニティについてのものになっています。非常にビジネス的な側面で教育がなされているという状況になっているようです。

当研究所でもこの座談会に合わせて、団体会員である民医連を含めたいくつかの組織に教育に関するアンケートを送りました。民医連には1997年に出された90年代新教育方針の中間まとめというものがありますが、現状では教育というものはどのように機能しているかという点で、具体的な例を村口先生から伺いたいと思います。

民医連の教育

村口 既製の一般学校教育と専門教育を受けてライセンスを取って、民医連に入ってくる。民医連の教育は入職時からスタートし、主に理念教育から始まります。最近は、製薬メーカーで何年か



働いてから薬剤師として入ってくるというような、キャリアのある方が増えてきています。入社時のオリエンテーションで、宮城厚生協会の歴史と役割を話すことが私の役目ですが、他の社会・企業を経てきた方の

ほうが、感激が大きいようです。人間の命や人権、人間性の尊厳、あるいは憲法との関係や社会保障運動の話になると、「7年間メーカーにいたけれども、そんな話は一度も聞いたことがない」と言っていました。年に何回も教育が行われるのですが一度も聞いたことがない。世界観、人生観が変わるような、目から鱗というような感動を味わうようです。そういう社会を知っていれば知っているほど、民医連運動の歴史への感動は大きい。ただ、学校を卒業してすぐの方々は、感動はあってもそれほどピンとこないという差がありますね。

ところが、3年から5年経つと、退職者の最初のピークの時期が来ます。その時では退職を押し留められない。現在の医療の極めて厳しい現実があり、その現実に対して打ち勝つだけの成長をさせられないでいるのだと思います。そこに職場教育の不充分さという、私達自身の問題があります。既製の教育に対する我々の教育の有利さというものがあるけれども、それをさらに持続発展させて、体験を通して学習を深めていくことの困難さというものにぶつかっています。

民医連の理念というのは非常に素晴らしいもので、思想・信条が違う人でもまず「これはすごい」と素直に認めるような内容ですが、現実の社会の転換の中で我々も事業展開しなくてはならないし、その展開の結果が必ずしも理念と充分合致せず、いろいろな矛盾を孕みます。そここのところをどのように意識的に把握していくか、あるいは納得できるような論議を経て団結を高めていくか、そこに事業のトップの責任と教育的な課題があります。単に教育的な問題としてだけで進めることは出来ないわけですが、一人一人の職員が自己学習をし、どのように情勢を見ていくのか、それと運動の高まりを一致させて進めていくという問題では成功していないということを感じます。

アンケートの結果を見ると、民医連の教育はかなり制度的に整備されてきていると思います。宮城民医連でも全国方針に基づいて企画されています。制度教育と県連（各都道府県の民医連）の教育委員会の活動が重視されています。その教育委員会の委員と職場で労働する場での教育と結び付けていくことは、一つの大きな課題としてあると感じています。

このアンケートで注目されるのは、最近では理念教育中心から、集団をどう形成するか、マネジメントをどうするか等、スキル教育の比重が大きくなってきているという変化があると思います。それは今日の管理・運営の困難さの反映ですね。医療の安全性や、労働の現場、業務の調整等が大きな課題になっていることも示されていると思います。

石塚 民医連の教育の変化はどのようなものでしょう？全日本と各県連との一定の統一的教育方針というのはあるんでしょうか？それとも各県連は独自のプログラムを作りなさいということになっているのでしょうか？

川村 民医連の教育では、集合教育という形式をとる制度教育があります。例えば入ったばかりの人に対して、どちらかという理念中心に教育します。もう一つはどちらかという体験的な学習を重視する職場教育があります。制度教育に関しては全日本の教育指針がありまして、それに基づいて各県連で整備されてきているのが現状です。職場教育に関しては、村口先生もおっしゃっていたようにまだ模索中の課題で、全日本としての統一された指針は出されていない状況で、職場教育をどのように充実させるかというのが今後の



検討課題となっています。

石塚 職場教育というのは、いわゆる職能に分けて、医師や看護師や各専門家のスキルアップや安全などが中心なのでしょうか？

川村 いわゆる職種としてのスキルアップを目的とした教育は職種教育という言われ方もしますが、職場教育は、職種としてのスキルアップに限らない、より広い概念です。民医連の特徴でもあるんでしょうけれども、職種としてのスキルアップだけでなく、より幅広く、連帯や人権、民主的な職場運営を職場を中心に体験的に実感させ体験させようという位置付けの教育です。

石塚 それは制度教育とも違うものですか？制度教育というのは理念教育ですよね。

川村 違います。集合というかたちで、職場から離れて、一日とか一泊二日とか、ある期間集中的に行う職場外での集合教育で、教育指針に基づいて実施されるものと定義されています。だから例えば、新人研修や卒後2年目研修といったように、色んな職種の方が集まって行う全体教育みたいなイメージです。そこでは社会情勢とか社会保障、民医連の綱領・歴史などを学習したりします。

石塚 そうすると、この三つに分かれている教育制度の中で、欠けているものを補っていかうとする新しい動きはどこに入るのでしょうか？

村口 それが大きな問題になっているのです。事業体として人々をどう評価するかということがありますが、それとの関連性をどう持たせるのかという、もう一つの検討課題になっているようです。これは制度教育や職場教育や職種教育とは別個に、人事考課をいかに関連付けるかという話になって暗中模索の状況になっております。

96年11月全国理事会の決定「全日本民医連新教育方針にもとづく県連・法人・院所での教育要綱作成指針」では、制度教育、職場教育、自己学習という三つに規定していますね。制度教育というのは三上先生がおっしゃったようなことです。場

合によっては職種ということになりますね。その中に安全性や業務管理問題も制度教育でやる。一方、職場教育の一般的な形態は、症例検討を通して患者さんの社会的な背景をとらえたり、そこにある人権問題を深め、それを通して地域活動に入っていくというものです。そういうのが一般的な内容になっていると思います。96年指針は、職場教育をかなり深めて出されています。職場の職責者を教育委員会が教育的に支えとか、仕事を教育的に深めていくという提案になっています。今日までそこが実態としてなかなか進められないできていると思います。

石塚 民医連は教育システムをかなりうまく作っている組織だと思うんです。

専門家集団があるから、社会的に必要なキャリアや資格や技術が無ければいけない。一方で、理念的な問題から職場におけるルーティンワークのノウハウまで行っている。しかしマネジメントや組織のビジネスを発展させていくための教育訓練や、地域社会でどういう活動をしていくのかというノウハウを教育訓練していく側面は、比較的弱いようにも見受けられます。そのあたりを取り入れる場合に、外部の教育・訓練手法を取り入れてやっていかうと考えるのか、それとも独自の教育訓練システムを開発していかうと考えるのか。

先ほどの「騙されない」「手を繋ぐ」「平和民主主義」は、一般のビジネス社会では騙されないということは教えるかもしれないけれども、あとの二つはなかなか教えないと思うんですね。

● リセット、リニューアル、振り出しに戻る

三上 教育ということを考えるときに、人間はなぜ学ぼうとするのか、その根本がどう耕されるかということですね。太田克（おおたかかし）という教育学の大御所がいますが、「人間はその気になって学んだ」と言います。「その気」をどう耕すのかということに、優れた教育者は心血を注ぎます。

僕は今、東京民医連の卒後2年次看護師研修の講演を頼まれて、その人たちのレポートを読んで

みましたが、これには非常に大きな特徴があるんですね。まず、ともかく民医連の職場の中で先輩ナースに恵まれている。少なくとも民医連という患者のための医療とか、住み続けられる地域とか、そういう理念の中で働いて1年間経った人たちですから、患者のためになる良い看護をしたいというのがありますね。その中にはかなりキラッと光る言葉もあります。「ここまで、とか次の日にまわそう、という看護をなくしたい」とか「退院しても患者さんの目標が持続できるような看護をやりたい」とか、「患者さんが訴えてくる前に判断して行動できるような看護をしたい」と書かれている卒2の人達のレポートを読んで、非常に感動しましたね。つまり民医連という職場の中で、しかも病む人たちを目の前にして「こういう風にすればこういう風に良くなるんだ」という現実を見ているだけに、もっと何かしたい、出来ることはないのか、という意欲を育てるのが、民医連の行う教育の最大のエネルギーだと思うんですね。学びたいという意欲が現実医療労働者の中にある、学ばずにはいられないという。

しかし、同時に「そうは言っても」という壁がものすごくあるのです。「自分達は卒業後2年だから経験不足であり力量不足であり、最近の色々な医療の発展に関する知識も欠けている」と。自己学習したい、学びたい、患者さんに何か言われてすぐに答えられずに文献を調べないと答えられない自分もどかしいと思う一方で、意欲がなかなか実現できない辛さや悩み、あるいは忙しさや人手不足があり、また自分の時間がとれないという問題があるわけです。

同時に、その中で1年間を振り返ってみたら「それでも少しは良くなったかな」という、自分に対する肯定感というものアンケートの中に躍動しています。「3割くらいは出来るようになったかな」とか「私の説明で安心してもらえているなど感じる事が多くなった」とか、「口の動きで少しは理解できるようになったとか」とか、「患者さんの意欲を引き出せればうれしさを感じるようになった」とか、こういった言葉ですね。

つまり「その気」に応えられるような教育なり研究なりを組織していったら、教育の制度や内容や仕組みがかみ合っていくと思うんです。

中では、2年目で早くも既に非常な危険を感じているというレポートもかなりあるんですよ。どういう危険かという、それは自分に対する危険ですね。慣れ、マニュアル化です。多少出来るようになったために、患者さんの訴えをすぐにマニュアル化して対応してしまう自分に危険を感じているんです。それは同時に、非常に誠実であるということの証なんですけれども。しかしその慣れや慣れからくるマニュアル化というものを超えて、もう一つ新しい学習の足場を築く働きかけというのも大事なんじゃないかなと思います。

私の学校に、かなり看護労働の経験があって、看護第2科に2年間学びに入ってくる人たちもいます。その人達が卒業するときの感想は、民医連の教育の一つの座標になるのではないかと思うんですね。入学していきなり体験するのは、うちの学校の近くにある田んぼの田植えですね。「田植えなんてなんですか、なんで田植えなんてカリキュラムがあるんだろう」と、最初はなぜ看護学校に田植えが関係しているのかと感じたと思うんですね。国家試験のために時間もない中でね。ところが卒業するときには「驚きの連続だったけれども、今ではその全てが繋がっている」と書いているんです。つまり田植えという経験をしたことが、生命ということの学びに繋がったり、労働ということの実感に繋がったりということが分かったと。

ある50歳を過ぎた学生は、「人間は時々振り出しに戻ることが大切であることを、この体験の中から学ぶことができたと思っている。」と書いています。「人間は振り出しに戻ることが必要なんだと分かった。この学校に来て今まで全く接したこと無かった哲学だとか教育学だとか心理学だとかを学んだことはすごく自分にとって新鮮だった。改めて自分の学びの視野を広げてみる事が出来たし、振り出しに戻って考えることが出来た」という感想を書いているんですね。

また、もうひとつの文章は生き生きと感動を表明していると思います。「この学校に入って色々な見方が変わってびっくりすることばかりで、今までの自分が嫌になるときがいっぱいあって、でも、本当の看護の勉強を教えてくれたという感じだった」「それと、人とか命とか一番大切なこと

に気付かせてくれたと思う。欲張りになった。あれもこれも大事になった」と、今の人らしい独特の文章ですけれど（笑）、つまりスタート台に立って、もう一度色々やってみたことによって一層欲張りになって、あれもこれも大事になって学びたくなったと言っているんですね。そして「本当のやさしさってなんだろうと悩んだときに、病気やその人を知らなきゃそのへんのやさしさと変わらないと学んで、今まで何かしたいのに出来ない自分がすごく嫌で悩んでばかりいた自分が恥ずかしく思うと同時に、すごく感動して頑張ろうと思った」つまり、自分が今まで患者さんに対してこれが優しさだと思っていたようなことがそのへんの優しさと変わらないじゃないかと、そんなことを感じ取って、そんな優しさしか持たないでずっときた自分が嫌になったと。しかし、嫌になったけれども、恥ずかしいと思うと同時にそういうことに感動してがんばろうと思った、ということですよ。

こういう2科の人達の文章の中に盛んに出てくるのは、「リニューアル」「リセット」「スタート台に立つ」といった言葉なんです。これは、民医連の学習の一つの大事な視点になるのではないかと思います。つまり、慣れでマニュアル化している自分に対して危険を感じている、その中でリセットしてみたら非常に良く分かった、リニューアルされた自分を感じた、普通の看護労働の中には必要ないと感じていた分野の勉強も、改めて自分の視野を広げてくれるのに役立つものだと思えたというのが全体的な感じですよ。

私はそういうところの中に、先ほど並んでいた制度教育・職場教育・職種教育といった全部を繋げる教育活動というものの大事な原点、立脚点があるのではないかと思います。このまま行けば民医連の職場だって、一般の医療機関と変わらなくなってしまう。けれども、そこで原点に立っていれば、リニューアルされた自分を掴み取ることが出来る、リセットされた自分として明日から職場に立つことができる、そのところに大事な座標軸があるのではないかなということを感じているのです。

大高 先ほど村口先生が退職の第一のピークは3

年目から5年目に来るとおっしゃられましたが、それは新鮮な感覚が無くなってリセット出来なくなるということと関係するのでしょうか？

村口 退職問題を教育問題のみに帰着させられませんが、一面では内面的に発展させる力を作れなかったということだと思います。今の三上先生のお話というのは2年とか3年とかの系統的な集中的な学校制度がそういった風土を作り上げた、と思っただけでしょうか？

三上 結果としてはそういう結果ですよ。ただ、この学校制度という中で見せた彼女達の感得とか変化とかは、普通の教育の中では同じレベルまで持っていくのは不可能でしょうけれども、一つのヒントというか手掛かりになるのではないかと。つまり、「こんな研修がどうして必要な？」という研修もあるんだと思うんですよ。しかし、それもリニューアルやリセットの一つの手掛かりになっていたと思ってもらえるような教育や研修が、どうやったら出来るのかという課題があるということですよ。

石塚 最初の気概から、何年か勤めていると辞めなくなるのは、一つは本人のマンネリ化とか燃え尽き症候群とか、行き詰まり感とかに原因があるのかなと思います。民医連は半年研修や1年次研修、3年・5年・10年次研修というプログラムを持っている。しかし、3年なり5年なりのときにテンションが下がってくる。そのときに組織側がリニューアル出来るようなプログラムを提示していくということでしょう。

ところで、リセットやリニューアルがあるときに、元に戻るのかそれともワンステージ上がるのか、その辺の感覚はどちらになるのでしょうか？

三上 もちろんリセットという言葉は厳密に使っているわけではなくて、一段上がることが出来たということでしょう。学校ですから現場ではこの通りいかないと思うけれども、2年間離れてやってみたら、そこに何かもう一つ大きくなった自分を発見したということではないでしょうか。

例えば優しさなんて考えることはあまりないと

思うけれども、「これが優しさかな？」と思って患者さんの苦しみがわかるようにと思い、足が痛くなるまで正座してみても「こういうことが優しさかな」と考えていたら、そういう優しさというのは本当の優しさじゃなかったんだと発見した、新しい感覚でものを見ることが出来るようになった、ということだと思ふんですね。

村口 総合的・系統的な教育の中で改めて自分を客観的に見直したり、自分の知的なものを高めた上で見直したりといった効果はあると思ふんですね。しかし、そういった総合的・系統的な教育を職場の教育の中にどのように組み込めば良いのかがなかなか見えてこなくて、難しい問題となっています。

石塚先生が言っている独自の教育理念や教育システムを作らなくてはいけないんじゃないかということですが、これは教育学的な素養が必要になる部分になるのではないのでしょうか？

石塚 極端に言うと、民医連が教育専門家を職員として雇って教育プログラムを作り、絶えずリニューアルを促したりする部門を設けた方が良いのかなとも思います。資格専門教育ではやっているわけですよね。大きな組織ですので自分たちのスタッフを揃えて、自前の理念から実際の行動のことまで制度化して教育・訓練を行えばいいのではないか。あくまで一つの考えですけども。

例えば民医連マネジメント学校のようなものを作って、他のNPOや色々な市民運動や社会・地域活動をしている人達の教育も引き受けて事業化するとか、そういうプランも考えられなくもない。

三上 経営上の問題もありますが、理想を言えば半年なり1年くらい研修できるような研修センターがあると良いですね。

● 自分と社会を発展させるための教育

村口 過去に学習会館建設構想が検討されたことがありますが、頓挫しています。確かにそ

う蓄積は必要ですね。

民医連で頭を悩ませているのは、医師の制度教育の問題ですね。先ほどの三つの教育の中で、ほとんどそれに乗せられない集団として医師があります。医師が忙しくて、休んでいる間の穴を埋めるのが大変だという現実もあるのですが、日本の医療教育の問題もあり、医師を民医連の制度教育に乗せられないというのは全国共通の悩みです。

今年度より医師の卒後研修が義務化されましたが、卒後研修や医師の教育をめぐっては80年代に色んな動きがありました。87年に「期待される医師像」というのが出ます。「医学教育改善に関する調査研究協力者会議」という国の諮問機関があって、ここが出した「期待される医師像」には7点あります。「生涯学習」「広い視野・高い見識」「豊かな人間性」「地域医療の教育者」「社会の健全な発展への責任」「(患者を他へ紹介する)紹介能力」「医療チームの良き指導者」となっています。社会的エリートとしての役目を強く押し出しているのが特徴です。ちょうどこの頃というのは、第二臨調・行革が進むなかで医療制度が改悪され、いちど各県一医大で医師を増やしたけれども、医療費抑制のために今度は医師が過剰だといって減らし始めた時期ですね。そういう時期に「期待される医師像」という国家統合的権力主義的な医師作りが出ています。

このような教育・社会環境の中で権威主義的な教育を受けてきた医師が民医連に入ってきて、入職時には民医連綱領の教育をしますが、その後は自己研鑽だけに任されるのが実情です。しかし、民医連的な教育を受けた職員との関係で、なかなか民医連で頑張りきれない医師も出てきます。医療チームの中心にならなくてはならない医師は、どうやって社会性を持った民主的医師として成長していくのかというテーマはずっと抱えている課題ですね。

民医連以外ですと、特に大学では教授の人事権との関係の下に、教育指導が行われるという色彩の残る世界です。

民医連はそういうのを排除していますので、の中でどうやって民主的な医師として育つかということは、一人一人の医師に大きな責任が負わされています。大変重い立場に置かれているんです

ね。そういう集団が、どうやって民医連の逞しい集団に成長するかは独自のテーマになると思います。

石塚 民医連には「民主的集団医療」という言い方がありません。民主的ということは、別にみんなが平等に権限を持つとか、あるいは権力がどこかに消えてしまうわけではないわけですね。権限をどう持たせるか、仮に医師に権力を持たせないなら、違う人・違う集団が持たなければならないと思うのです。

三上 学生さんが東葛看護専門学校に入学したあと、学校が想像していたこととずいぶん違うという感想は大体共通していますね。ただ、違うからといって傍観者になるという教育はしてきていないと思います。つまり、民主的な医療人としてしっかりやるというところを、うちの卒業生達はかなり持っていると思います。矛盾が「辞めちゃう」という後ろ向きな人たちになる人達もいるけれども、そういう人達だけではなく、矛盾があるからまた頑張らなくてはと思うエネルギーになっている部分も大きいと思うのですね。

面白いのは、民医連ではないところに就職した人がボロボロになって民医連に帰ってくるという現実があるんですよ。民医連は医療の理想とまでは言わないまでも、もちろんどろどろしていて欠点もたくさんあると思うのですが、それでも誇っても良い医療の原点を持っていると確信しています。実際に民医連の中にいる人たちは現実のどろどろとしたものを抱えていると同時に、高いものを掲げているのです。例えば全日本民医連事務局長である長瀬さんの講演（「全日本民医連第36回総会決定と青年職員へ期待すること」『民医連医療』386-388号）では、「差額ベッド代を取らないで歯を食いしばって頑張っている。これからも頑張るつもりだ」とおっしゃられています、これなんて本当に民医連魂を理解してもらおう大事なポイントだろうと思うのです。そういうことも含めて民医連の持っている値打ちとか理念とか原点とかは常日頃から教育していく必要があるなと思いますね。

大高 権限と役割分担がありますから、医師に権限がある程度は集中すると思いますが、それは人間的にどちらがえらいということにはなりません。また医師の方もその権威に頼ってばかりいると、自分自身の人間的な価値を見つめ直す機会を失ってしまいます。真の意味でのやりがいや本当の意味での責任、それから信頼といったものです。そういうものは与えられた権威では作れないと思います。また先ほど三上先生がおっしゃったように、さまざまな経験や人間関係を通じて、自分ももう少し勉強しなければならないという意識が芽生えてくる。まさに相互教育の過程を通じて、自己教育していくことになる。自己教育は、実は相互教育があってこそあるものだと思います。マンネリ化したな、行き詰まったなと思ったときに、そのような対話的学習の機会があれば、それがまた新たな自己教育の機会につながっていきます。それは、医師であれ看護師であれ、同じだと思います。

最近、地域の中では「評価する」ことの重要性に気づき始めています。評価し、評価される関係をどのように地域の中で作っていくかが、非常に大事だということです。たとえば高齢者の方で、いつまでも介護を受けてばかりだと、自分たちは人間的に価値がないのではないかと思いはじめます。でも彼ら彼女らにもこういう知識があるし、こういうことも出来るという評価をする。そのような関係を作っていくことは病院内の職員間でも大切であるし、病院と地域の関係を考える上でも大切だと思います。

先ほどの話にもどりますと、評価というと、すぐ人事の話に結びついてしまいますが、パウロ・フレイレという方が“Teacher-student with students-teachers”（先生も生徒だし、生徒も先生だ）ということを言っています。意識のレベルでも、実践のレベルでもこのような関係の形成を可能とする対話や参加の場所をどう作っていくか、それは繰り返しになりますが、日常的な相互教育の場をどう作っていくかということなんだと思います。

また入職して3年から5年経つとマンネリ化して、辞めていくというお話でしたが、単に技術的マンネリ化だけではなくて、実は自分がこの場所で評価されているのか、存在に意味があるのかと

いうことを考えているのだと思います。そのような中で、たとえば昇進しなくても、あの人は面白いことを言っていると認識されるとか、発言の機会を与えられるとか、そういうことだけでもずいぶんと変わってくると思います。発言する機会があるだけでも評価されていると思うことにつながりますから、そのような機会をいかに作っていくかが重要だと思います。

石塚 パウロ・フレイレというのは、ブラジルの教育者ですか？

大高 そうです。識字教育などをされた人で、ユネスコに非常に大きな影響を与えた人です。ユネスコの学習権宣言などは、フレイレの思想が基盤になっていると考えられます。

石塚 やはり教えるもの教えられるもの、それぞれポジションが変わって、三上先生の本にも書いてありますけれども、先生は生徒に教えられる存在だということですね（『人間の明日と向き合う』、かもがわ出版、2001年）。

非営利・協同組織の中での教育は、「悪い」公教育とはまったく違った、立場が変わっても相互に大事にするというところからスタートして平等であるということから、いかに職責や権力を分担し合うのかとなると思います。

民医連は、職員が忙しいということに尽きるのだと思うのですが、本来の最大効率、組織としても事業としても、生活・人生の場としても、みんな関係する人たちがハッピーになるにはどういうスタイルがいいのかというと、やはり一般論としては教育に資源を注ぐ、未来に対する人的資源への投資ということになると思います。教育にもっと金と暇を投入することが、自分たちの組織の発展にもなるし、地域社会の発展にもなると思います。

村口 三上先生の本に紹介されていたユネスコの「学習権宣言」（1985年）は、社会教育、成人教育になるのでしょうか？あれを読むと、どんな社会組織に参加しようと自己学習権があるのだと、かなり自然権に近いものとして位置づけられてい

ます。日本でも「学習権宣言」は批准されていますが、政策的に企業などに対して、どのようなことに予算がついたり、行政が宣言の内容を社会的に広めようとイニシアチブをとったりするのでしょうか。公民館活動なども関係はあると思いますが。

大高 国際会議において、学習権はわれわれの基本的な人権であるということが満場一致で採択されたというのは、歴史的に画期的なことなんですね。だから大きな意味はあるのですが、国では何らかの対応をしているわけではないと思います。むしろ理念の重要性が国際的に大きく認知されているときに、どちらかという生涯学習体系化時代ということで、個別学習や教育の産業化の方向にむかっている。

一番の問題は、「なりゆきまかせの客体から、自らの歴史をつくる主体」となっていくということが学習の本当の目的なのだという方向に、日本の今の学習が向かっていないことです。しかしながら、今後とも地域社会において教育が大変大きな役割を果たすことは間違いありません。社会教育は地方自治体を基盤に行われているわけですから、地域の中にはいろいろな根があって、いろいろな活動が行われている。たとえば医療生協の活動や草の根のいろいろな実践が各地で展開されています。まさにそのような実践の積み重ねが地方行政を変えていったり国を変えていったりする力になるのではないかと思います。

村口 民医連の中での教育制度というのは、非営利・協同の教育がどうあるべきかという点でも大事なテーマだし、追求しなければいけないことだとは思いますが。非営利事業体としての企業教育というものも当然あるわけです。ユネスコの学習権宣言は、どんな企業だろうと、営利だろうと非営利だろうと、基本的に権利としてあるというわけです。それはそれとして、非営利・協同組織こそ、自己学習権をもとに人格を完成させていくことを中心にして、それをどう援助していくか、営利企業と違った部分となれば、そういう理念を考えなければならぬのではないかと思います。

石塚 金儲けは世間に合わせてやっていかなければならない、理念は理念としてそびえているということではやはり矛盾をきたしてくるので、非営利・協同組織としての独自の企業教育プログラムというのを教育全体像の中での一部として新たに考える必要があるでしょう。

村口 そのときに、いわば教育理念の上位概念として、日本で言えば日本国憲法や教育基本法、ユネスコ学習権宣言など、人類史が到達したものをきちんと設定して、それらとの関係で非営利・協同の教育を作っていく必要があるのではないかと。というのは、民医連では90年代半ばから「ひらかれた民医連」と宣言し、内向きの議論だけではなく、どれだけ開くか。自分たちの意識の範囲内で開いても、世の中では通用しないわけです。そのときにどういう基準との関係で自分たちを位置づけるか。民医連綱領と日本国憲法や世界人権宣言、教育ではユネスコ学習権宣言などの関係を今日の新たにとらえ直す作業も必要だと思います。

石塚 先進国の中では非営利・協同セクターは、かなり広い議論になってきています。いわゆるグローバル化して、考え方や基準というものも共通化してきているわけです。その中に、国際機関のILOやWHO、OECDといった機関で貧困や医療の定義などがグローバルスタンダード化してきています。日本の非営利・協同セクターも、そういう民主的サイドの、国民、ピープルの立場に立ったグローバル化の基準を取り入れながら、より開かれた場所、領域で自分たちの基準を作っていくか、いい意味でのグローバルスタンダードに追いつかない、狭い議論になってしまうと思います。

三上 まあ早く言ってしまえば、非営利・協同セクターは、利潤と効率づくめの新自由主義の中に割って入ろうという運動なわけですね。ゆくゆくは政治を変える、あるいは国の形を変える方向も持って、最近では先進国首脳会議サミットに対抗して、「もう一つの世界は可能だ」という運動がグローバル化してきている。こういう流れに励まされて、利潤と効率と新自由主義のはびこる荒れ

野の中に非営利・協同という旗を掲げて進んでいこうというわけです。これを担える人間をどう教育し育てていくのかという課題意識の鮮烈さというのが、十分に感じられます。しかも同時に、ここまでの教育には、そうじゃないところもたくさんあるけれど、競争と管理と抑圧と型にはめた教育になっていた部分というのが大きいから、そういう中で教育を受けてきた人が民医連に触れたときに新鮮だと感じるの、とても大きな意味があることだと思います。そういう教育を受けてきたから可能性がないとか信頼できないというのは違って、自分の仮の姿というものがわかったときに、大きな感動を受けますね。

たとえばうちの看護学校の授業にはグループワークというのがあります。時間表では「GW」と書くものだから、この学校はずいぶんゴールデンウィークがあると最初は間違えるんですね(笑)。実際は、グループワークが始まると苦痛と苦しみの連続です。自己改造になるわけですから。自分はわかっているのに、何でわかっていない人と一緒に勉強しなければならないのかとか、こんなこともわからないのと言われるのが嫌で、最初は初歩的な質問も恥ずかしくて出来ないとか、いろいろなことを経験しながら、言うなれば生まれ変わっていくわけです。その中で手を繋ぐ人間というのが現実化されていく。そういう意味から言うと、私は非営利・協同の人格がどのようなものかを突き詰めて考えてみると、上司だろうがお医者さんだろうが、まずいときはまずいと遠慮なくものを言える、しかも感情的にならずにきちんと言える人格。逆に自分で言われたときには、あっさりを受け止められる人格。さきほどから権限を持った人とか指導者ということが話題になりますが、上に立つという権威は何なのか。暴力的な権威もあるだろうし、見せ掛けだけの権威もあるだろうけれど、自分自身が持っている力量がにじみ出してくると同時に自分が完成しきった人間として人々の中で生きるのではなくて、自分もまた成長過程にあるのだということを自覚することが必要ではないでしょうか。そういう人たちによく言いますが、「えらそうなことを言っているけれど、たいしたことはないんだよ」というのではなくて、「いつもへりくだっていて、たいした人じゃないと見

えるけれど、よく見るとすごい人だ」というのが指導者として求められています。職場の中でどのような人間関係が求められるかといえば、自分を高める方にいける関係じゃないかな。よくないところはびしっと指摘してくれるけれど、いいところはよかったねと喜び合える。

卒業後2年次研修アンケートで、職責者のコメントというのがありますが、これを読むと本当に感動するのです。アンケートに自分に否定的なことが書いてあると、「そんなことないわよ、私は見て知っているけれど、あなたは立派よ」「何か行き詰ったら相談に乗るわよ」ということが書いてあるのです。民医連の中では、こういうコメントをかける人が育っているのだなというのがわかります。たくさんの感動的な宝物のようなコメントの中に、非営利・協同的な人格の原型やヒントがあるのではないかと思います。これらの原型をきちんと引き出すことが出来れば、非営利・協同の人格を対等な人間関係の中で作っていくということが民医連の中で出来ると思いますね。

大高 相互教育の契機というのは、いろいろありますから。直接話をしなくても、例えばいま悩んでいる3年から5年の人たちに、新入職員へのコメントを書いてもらうことも出来る。交流を通してお互いに理解しあう過程の中に、新たな発見、希望、やる気が生まれてくる。まさに相互理解は相互教育だだと思います。いわゆる系統的学習と同時に対話の場所をどう作り出せるかということだと思いますが、職場というのは地域よりも狭いですから、いろいろなことが考えられるのではないのでしょうか。

先ほど非営利組織が教育機関を作るという話が出ましたが、その他に、横の組織間の情報交換がもう少しあってもいいのではないかと思います。意外に簡単に出来るのが、実はやられていないような気がします。よく一つの地域でNPOと協同組合との仲が悪くなくてそれぞれ別のことをやっていたり、消費生協と医療生協の仲が悪かったりということを知ります。そうではなくて、お互いのやり方について情報交換をすとか、講師を交換するとか、今は地域崩壊がどんどん進んでいますから、地域にある財産を共有化する方向に向

かわないと共倒れの危険性があります。身近なところでは地域のネットワーク、大きくは全国のネットワークを、出来るところから作らないといけないのではないのでしょうか。少しずつやっていくスタンスでいいと思います。

石塚 日本の協同組織は、協同しないことが大きな特徴なんですね。欧米を見ると、多少性格や意見が違って、共通のところがある。地域住民のためや社会の民主的発展のためということでもって、かなりうまくやっている。地域的に非営利・協同組織が連合化・グループ化するのは、日本の場合、蜻蛉文化と言われることがあります。身内のところでは一生懸命やるけれども、よそとはあまり手を繋がない。社会を大きく変えようとするときも、自分の手法でやっているの、少ししか団結の力がでてこない。民医連などの組織の教育の問題を言いましたのは、内部の教育の問題だけではなくて、教育センターを地域の市民運動や社会運動の教育のコースも盛り込んで、自分たちの教育だけではないようにしていくと、そこに地域性や連帯性というものが生まれてくるのではないかと。これは決して夢物語ではなくて、外国ではそういう事例もあるのです。

村口 先ほどの教育協同組合はどういうものなのでしょうか？

石塚 日本にも明治の初めに組合立の小学校がありました。協同組合法により教育を行う、小学校や中学校、高校や大学を協同組合形式で作ることです。小学校や中学校などは、国によっては私立学校の扱いとなります。設立は父兄と教員と、地域の人たちがお金を出し合って作ります。フランスなどではかなり強いんですね。

三上 日本でもやろうと思えば出来ないことはないですね。学校法人になればいいわけですから。教育基本法上からは出来ますね。それは面白いですね。

ところで、民医連でお医者さんの学校は作れないのでしょうか？

村口 国は医療費抑制の視点から医師は過飽和になっているととらえているので、新しく作るのは無理でも、買収することは出来るかもしれませんね。夢のような話ですが。

石塚 ただ、その学校を卒業してみんな民医連に行くとは限らないですね。

三上 そうですね。うちの看護学校でも、卒業したら民医連に全員が行くわけではありません。理念を持った人がいろいろな広いところに行くことで、だんだん変わっていくこともあるかもしれません。

村口 医師の場合、生涯教育の一環として、3年とか5年とか経つと、民医連で将来働く医師は内地留学と称して研修を受ける制度を持っている県連もあります。これは民医連の病院に行くこともありますし、国立がんセンターや循環器センターに行くこともあります。いま、さらに中期的な研修の希望が多くなっています。その際に単なる技術研修にとどまらないで、先ほど出たような民医連学校的な研修の場も必要かと思います。ただ職場では2年も3年も待てませんから、2週間程度のものでも必要だと思います。

石塚 『いのちとくらし』No.8の座談会で伺いましたが、東京大学の若井晋先生は、ニカラグアに学生を送っているそうです。それがまた医療や貧困に目を向けるきっかけになっている。医師の訓練が始まる前、専門性に固まる前に若いうちに経験したほうがいと若井先生もおっしゃっていました。絶えずリニューアルする実感を持ちながら、なおかつ社会的貢献をしているんだというのが確認できる教育プログラムを作らないと、燃え尽き症候群とか他の社会的要因で辞めてしまう人が出てくるのではないのかと思います。

最後に一言ずついただければと思います。

三上 ある農業の本に引用してあったので出典が定かではありませんが、教育には「たくらむ教育」と「たくらまない教育」があるそうです。私は、これは非常に大事だと思います。たしかに制度教

育や学校教育、カリキュラムを作って計画的系統的に知識を教えていくのはたくらむ教育で、これが教育の基礎になります。ただ、一人の人間を育てるのには、たくらまない教育も大切だ。つまり、自然と人格形成に影響を与えるような雰囲気を持つ教育力です。結論として、農業はたくらまない教育の代表的なものだと言っているのです。いわく、農業は嫌でも協同が必要だし、自然が相手だから自然と謙虚になるし、村で分かち合って仕事をするから集団が生まれ文化が生まれる。働く姿に接することが出来る。

私は農業とはそういうものだろうと思いますし、最近、学校の中では農の心を持った看護師になろうとっています。いわば、謙虚で働くことをいとわない、科学的で、みんなと協力することができる。こんな看護師像です。

たくらまない教育力をどう作っていくか。民医連というのはたくらまない教育力を持っている組織だと思います。ひとりでに患者さんのために動ける、患者さんが訴える前にわかる看護師になりたいとか、そういう宝物の力を発揮できる民医連的な非営利・協同的な人づくりのベースになる、これをより豊かにしてほしいと思います。

村口 「たくらまない教育」というのは、別な言葉で言えば「内発的なものを原点とした教育」ですね。そのことを企業から独立した形で個人が発展し成長するということと、事業体の発展とを相互に発展させられるような企業の管理運営を作り出せないかと考えます。そのときに非営利・協同という理念と運動が大切になる。今日、新自由主義や新国家主義の競争文化の中で、新しい理念で本来の内発的な学習を中心とした、人間お互いの成長できる制度が出来るのかという課題の必要性を感じています。そういう点でまだまだ苦悩しなければいけない、勉強しなければいけないと思います。

また大高先生の言われた地域の学習力、地域から発するものと地域にあるものとの協同を作り出すこと。民医連には友の会や生協などの共同組織がありますから、一応構造はある。これが地域の他の組織と連携を生み出せるか、ひらかれた民医連運動が培った連携連帯を広めながら、地域から

どう学ぶか、そういう意識のあり方が課題だと思います。最後に民医連の医師の名誉のために一言追加します。私どものある訪問看護ステーション所長の「外に出てみると民医連医師の良さがよくわかった」という弁です。

川村 全日本民医連の教育方針集を読むことがありましたが、なかなか理解しづらかったのが正直なところでした。しかし今日は具体的にイメージすることが出来たように思います。

大高 最近、学習する組織という観点から、NPOの教育力の研究が盛んになってきています。これまでは学習する組織というのは企業でしたが、それとは違う形の学習する組織としてのNPOや非営利・協同組織というものの意義と内実を真剣に考え始めていますから、このことについて私も学んでいきたいと思っています。また、東京大学の佐藤一子先生を中心とした調査によると、70%以上のNPOが地域に学習会などの機会を提供しているそうです。

その中で、キーワードはやはり、地域と協同だと私は思っているのですが、組織の場合、日常の業務の中に組織の課題があり、具体的にその課題

に気付くこと、これがまず先決だと思います。次の段階として、この課題をどれだけ普遍化することが出来るか、共通化することが出来るかということが問われます。そして共通化した課題に対し、交流や対話を通して地域に根ざしながら協同のアクションをおこす。この空間や場をどう作るかが求められていると思います。

また、実は協同は、普遍的なものではありません。なんとなく協同関係があつてすばらしいとなりますが、協同こそ矛盾に満ちたものです。組織の中にも矛盾はあるわけで、教育に即して言えば、自己実現と相手のことを理解すること（相互理解）は対立・矛盾することも多いんですね。私たち自身も、私的な利益を求める気持ちと社会的な利益を求める気持ちで絶えず揺れているわけです。私的な利益と社会的利益を求めの中でゆれる、その中で鍵となるのは教育です。いったいどのような教育や学びの場所を提供できるのか、今後とも考えていきたいと思っています。

石塚 今日はどうもありがとうございました。

(2004年11月5日実施)

ユネスコの「学習権宣言」

学習権とは、

読み書きの権利であり、
問い続け、深く考える権利であり、
想像し、創造する権利であり、
自分自身の世界を読みとり、歴史をつづる権利であり、
あらゆる教育の手だてを得る権利であり、
個人的・集団の力量を発達させる権利である。

学習権は未来のためにとっておかれる文化的ぜいたく品ではない。

それは、生き残るという問題が解決されてから生じる権利ではない。それは、基礎的な欲求が満たされたあとに行使されるようなものではない。

学習権は、人間の生存にとって不可欠な手段である。

もし、世界の人々が、食糧の生産やその他の基本的な人間の欲求が満たされることを望むならば、世界の人々は学習権をもたなければならない。

もし、女性も男性も、より健康な生活を営もうとするなら、彼らは学習権をもたなければならない。

もし、わたしたちが戦争を避けようとするなら、平和に生きることを学び、お互いに理解し合うことを学ばねばならない。

学習権なくしては、人間の発達はありません。

それは基本的権利の一つとしてとらえられなければならない。学習活動はあらゆる教育活動の中心に位置づけられ、人々を、なりゆきまかせの客体から、自らの歴史をつくる主体にかえていくものである。

(三上 満 著『人間の明日と向き合う』より)

特集1：非営利・協同と教育

『全日本民医連における教育への取り組み』

インタビュー

升田 和比古氏(全日本民医連副会長)に聞く

— 全日本民主医療機関連合会（民医連）の教育に関して、民医連副会長であり、また当研究所理事でもある升田和比古先生にお話を伺いたく存じます。民医連は1996年に「教育要綱作成指針」、1997年に「教育方針の中間まとめ」を出されていますが、その後はどのような経緯をとられているのでしょうか？

升田 正直に申しまして、教育については「戸惑いの時期」と言えます。

まず民医連の急速な組織拡大によって、従来通りの教育が進められない困難さがあります。2004年10月現在、民医連は職員数が5万7千人、パートや派遣などの人も含めれば、約7万人が働いています。サービスの面では介護の分野が一気に広がって事業所が急速に拡大しました。また、医療生協組合員や友の会員などの共同組織構成員も300万人を超えています。勤続年数10年未満の青年職員が55%を占め、以前教育要綱を画定したときの職員とはかなり異なる世代構成となっています。

もう一方では、医療福祉分野は激動期にあります。2000年からの介護保険制度の開始をはじめ、医療・福祉の情勢はどんどん変化しています。これまで掲げてきた人権を守る活動や運動も踏ん張ってはいますが、現実はとても複雑な要因がからみあっているのが実情です。

そういう中で、97年以降、新しい試み、例えば一般企業で行われている目標による管理育成方式が、民医連の組織に馴染むやり方で行われています。また研修の面では、講義をしてしっかり叩き込むというのはあまり馴染まなくなり、ワークショップ形式が積極的に導入されています。97年以

降、研修会や会議の開催方法も変わってきております。

一番の課題は、1961年制定の「民医連綱領」と2002年採択の「医療福祉宣言」をどのように職員に徹底させていくかということです。2004年第36回定期総会では、「綱領の見直し」の提起がされ、数年間のスパンで綱領や規約を検討することになりました。

— 教育の問題の難しさには、民医連という組織の内部の雇用形態・職種形態の変化や人数そのものの増加、また共同組織での独自の教育に加え、現在の社会全体の雇用形態の変化も関わってきていると思います。

また職員の目標管理方式というのは、アメリカの大企業などが採用したのですが、ヨーロッパでは協同組合等が自分達なりに取り入れています。職員・労働者の個人のモチベーションや役割を重視して、従来のように組織に献身や貢献するといった集団型の発想ではなくて、一人一人の技術や個性を生かしながらの組織運営を目指すものです。すると、97年方針の中間まとめからは教育の内容が変わってきているということでしょうか。

升田 ええ、変わっています。しかし、基本になっている「制度教育」「職場教育」「個人学習」を組み合わせるということは変わっていないと思います。

制度教育は、主催者側がきちんとやっていけばやっていけるし、現にやっています。ところが「職場教育」が難しくなっています。民医連の職場は、職員を育成していく民主主義の学校という要素があるのですが、医療の安全性を守ることで精一杯



で、医療人として成長する教育機能が落ちる傾向にあります。これは診療報酬が低く必要な人員を配置されない日本の医療の現実と経営の困難さとも関連しています。もっと患者さんのことを議論したり、カンファレンスをいろいろな職種ですることが不十分になっており、職場教育に弱さができています。

また、管理者側が、今までの「教える」という意識が強く教育手法が変わっていないということもあると思います。共に育つという教育手法をもっと取り入れていくことが、若い職員の成長にとって大切ではないでしょうか。現在各地で最も取り組まれている技法は「目標による管理」「育成面接」だと思います。

—— 一般企業では「人材開発」や「人的資源」といった用語を用い、将来の収益のための投資として教育費用にどのくらいをかけようと考えていることが多いと思います。民医連では費用効果などは考えているのでしょうか？診療報酬制度の引き下げなど情勢が厳しい中で、切羽詰まったものや社会的に必要なものには費用を掛けていくけれども、すぐに成果が見えないようなものについて費用を掛けるのは次第に難しくならないかな、とも思うのですが。

升田 教育にお金を掛けることはしていますが、費用効果までは検討していません。経営が厳しいから教育費を削るということは、将来を見据えていないことになります。各職種が、民医連の医療を担っていくために職種ごとに委員会を作り、職種が集団として成長していくシステムをとって

るのは民医連の特徴だと思います。教育に使っている費用が普通の企業より多いのか少ないのかは分かりません。しかし教育担当者以外の管理者や職員が教育に大きなエネルギーを多く使っていることは確かです。

—— 従来の綱領は、状況が違って若い世代にはぴったり来ないかもしれないという面はありますか？

升田 綱領は、一番大切な基本指針ですが、文章が短く、しかも制定以来40数年経っており、綱領を現在の実状に即して解釈して読み取らないといけない。そのため、解説書がだんだん膨大になってきて、全ての職員が学習するには困難が生じています。また、現在の綱領には「共同組織の存在」「共同のいとなみ」「患者の権利」「ひらかれた民医連」など、この間の運動のなかで到達した事項は、書かれてないのです。民医連は「保健・医療・介護の複合体」となっていますが、名称が「医療機関連合会」でいいのかということも検討課題です。

しかし、改定という、今までやってきたことが古臭いから変えると思われがちですが、そうではありません。綱領を説明するために厚い本が必要というのは不効率だと思うのです。伝統は引き継ぎながら、我々が目指しているのはこういうことだ、ということをはっきりわかるものにとすることだと思います。2002年に制定した「医療・福祉宣言」が綱領を具体化した現代版として活用されておりますから、時間をかけて綱領見直しの議論を行なう予定です。

—— プログラムが綱領一本だと、説明するのが難しくないですか？法律でも憲法があって法があって施行規則がありますし、新綱領があって更に文章を増やしていった方が良いのかなと個人的には思うのですが。

升田 それはこれからの議論でどうなるか分かりません。民医連では定期総会で運動方針を2年に一度決めます。それを受けて各事業所・職場の方針を職員が集団的に話し合っていて決めていきます。

全ての事業所には「医療・福祉宣言」を策定し、その実現に向けて個人の目標を作成し実践していきます。これは民医連の一番の強みだと思います。個人の目標をみんなで実現していく職場にする。こういう教育体系を作ることが必要だろうと思います。

理念の面では、きちんと上から叩き込まないと駄目というような考え方が強すぎると、教育効果があがらないのではないかと思います。

— 先ほどのお話にあったように、パート、臨時、介護ヘルパーなど、職員には多様な形態があり、また職種も多様です。民医連はひらかれた民医連と謳っていますが、今後どこまで「ひらいていく」のでしょうか？

升田 医療・介護分野では、言わば「おいしいところだけ」を営利企業が持っていこうとしますが、最も困難な人たちを捨てていきますよね。民医連は、何より最も困難な人たちを捨てない組織であり続けたい。医療・介護は本来無差別・平等に提供されるべきであり、平和がその大前提としてあることには、今後ともこだわりつづけるでしょう。それは、決して「閉鎖的」なことではないと思います。そういう点で、心ある人とは限りなく「ひらかれていく」でしょう。

先ほど一番基本になるのは職場教育だと言いましたが、医療の現場で職員が意見を出し合う具体的な方法として、カンファレンスがあります。カンファレンスを最も大事にしていくのが民医連の一番の根幹だろうと思います。治療方針には医師が主導権を発揮するけれども、患者・利用者さんの生活全体をとらえ、人権を守っていくための方針を議論するときには、スタッフが対等平等に意見を出し合える、そんな強みが民医連にはあります。

また、共同組織の人が意見を出し、病院・診療所・介護事業所などの運営に参加することも他にはない、優れた点ではないかと思いますね。職員が民医連に入ってよかったと感じるのは、職場から出て、患者・利用者さんのところへ訪問したり、共同組織の班会や健康相談会などに参加して感じるというケースが多いのです。患者さんの病気が

治って良かったというのは、どこの医療機関でも感じられることだけれども、地域の人たちと一緒にになれる、そういう場をさらに作っていかねばならないと思います。

— 地域での人々の参加を促進するような、それを支える教育がいよいよ重要になってきているという感じでしょうか。今後について伺いますが、全日本民医連では、全体的な教育プログラムを作るという予定はあるのでしょうか？

升田 制度教育についてはそれまでの蓄積がありますから、各県連（各都道府県の民医連加盟事業所で構成）や法人の教育プログラムを継続してもらいたいと考えています。

一方、現場の困難さの中で、少なくない青年職員たちが確信を持たずに辞めていく、これを放置してはおけません。特に医療は、基準通り行なうことをギリギリ詰められ、要求されます。それだけを5年、10年間続けていたら、患者さんにもっと良い医療を提供したいという自由な発想を持ち続けることが困難になります。業務は業務としてきちんと水準を上げていかなければいけません、全人的に患者・利用者さんを把握できるような議論をしていく場、若者が自ら学習する意欲を引き出せる職場づくりが必要だと思います。ですから「職場教育」については整理して、明確な方針を提案していきたいと考えています。

— 最初は理想を抱いていたけれども、何年か経って現実とぶつかって方向が定まらなくなるときに、また元気を取り戻して確信を持てるようにするのは非常に重要かと思います。

升田 場さえ設定されていれば、若い人の方が自由な発想や行動する力があるのではないのでしょうか。安全水準や業務を守るための教育に終わらないように、若者のエネルギーを引き出さなければなりません。しかし、いろいろ取り組もうとしても、`ゆとり`がないと後回しにされてしまう。職場に`ゆとり`を獲得しないことには、成功しませんね。

— いろいろな考えがあっても、やはり教育には金と時間をかけようというようにならないと、新しい手法も十分に発揮できないという難しい問題ですね。

状況が大きく、かつ複雑になってきているので大変だと思いますが、是非、責任者として頑張っていたいただきたいと思います。

升田 ありがとうございます。

(ますだ かずひこ、全日本民医連副会長、研究所理事)

(インタビュー 事務局 石塚、2004年11月5日取材)

【事務局ニュース】 1・ワーキンググループ進捗状況

2004年度に立ち上がった各ワーキンググループは、以下の通りです。それぞれ1～2年間で成果をまとめ、報告する予定となっています。

(1) 社会保障制度ワーキンググループ

- ・メンバー： 富沢賢治、宮本太郎、田中夏子、大高研道、石塚秀雄
- ・内容： 医療・福祉サービスを中心に日本と諸外国の社会保障制度比較を行い、日本のあるべき制度モデルの提案を行う。

(2) 医療福祉の地域協働ワーキンググループ

- ・メンバー： 鈴木勉、岡崎祐司、藤松素子、石塚秀雄

- ・内容：日本、外国で取り組まれているさまざまな地域協働を調査・検討し、特に組織運営上の問題を重視しながら社会サービス供給のあるべき構造モデルを提示する。

(3) 医療経営比較ワーキンググループ

- ・メンバー：角瀬保雄、坂根利幸、根本守、村口至、坂井茂徳、小林順一、石塚秀雄
- ・内容：民医連、厚生連、日赤、済生会、自治体病院、国立病院の中小規模病院について経営分析を行い、公益性を視点に評価を行う。

特集1：非営利・協同と教育

教育アンケートにみる特徴

非営利・協同総合研究所のちとくらしでは団体会員（ほとんどが民医連加盟組織）に対して、教育の実施状況についてのアンケートを実施しました。その結果、14団体（配布 65団体）から回答を頂きました。誌上を借りて御礼申し上げます。サンプル数が少ないので、回答内容から一般的な傾向を引き出すことはできませんが、参考までに、回答をいただいたアンケート結果の概要を紹介いたします。

1. 教育担当部署を設置しているところが多い。

(1) ある 12, ない 2.

(2) 部署名は、県連の教育委員会または教育担当部署である。また各職場部門単位で細分化しているところもある。

2. 教育プログラムまたは教育計画を持っているところが多い。

(1) ある 10, ない 4.

(2) 教育計画の目的

- ・医療機関の職員を対象として統一された研修開催、制度教育。
- ・各法人の教育と連携を図る。
- ・自律した職員の育成、組合員との協同。
- ・民医連の理念、運動、経営、人作りなど総合的に実施。
- ・日常の仕事の裏付け、背景を再確認し、主体者としてさらに効果的な業務が行えるように強化する。
- ・よき起業家、協同経営者になること。よき「協同労働者になること」、よき「技能者・専門家」になること。
- ・年一回、全職員対象の「制度教育（社会制度や組織運営理念）」を行っている。
- ・勤務年数ごとに研修。
- ・労働者協同組合としての理念学習、業務学習。

(3) 教育プログラムの特徴（いくつかの事例の紹介）

研修、学習は、職員の業務上に関わる研修（職場、職種）と制度教育（社会制度、理念教育）の2本立てになっている。教科書、テキストなどは確定していないようである。勤務年数に応じて、研修を行っているとともに、職種別の研修も頻繁に行われている。外部講師の活用も一定程度実施されている。

例1.

プログラム名前
入職時研修
半年後研究
2年目研修
3年目研修
4年目研修

例2.

プログラム名前
初期研修
中期研究
管理者研修
事務育成研修
事務専門研修

例 3.

プログラム名前	内容
新入職員研究<スタートアップ、ステップアップ	理念、職員課題、
マネジメント基礎研修	課題、患者・職員の社会的視点、マネジメント、リーダーシップ
中途入職者研修、上下	歓迎、組織理念、人事制度の理解、目標設定
中堅職員ファシリテーター【外部】	リーダーシップ、フォローシップ
職場の接遇スキルアップ研修【外部】	ビジネスマナー、接遇学習、
自己評価トレーナー養成講座	「自己評価トレーニング」、
自己評価トレーニング	個人目標、

注： ファシリテーション； ①問題解決型（ビジネス政治分野）、②合意形成型（社会活動、学術分野）、③体験学習型（自然環境分野）、④自己表現型（芸術分野）、⑤自己変革型（ビジネス・生活分野）、⑥教育研修分野（ビジネス・教育分野）、

例 4.

プログラム名前	内容
職員研修：2年目,3年目,4年目,6年目、7年目,8-10年目,11-19年目	情勢、医療法、情報管理、接遇、医療史、憲法、患者の人権、民医連、リーダーシップ、理念、職員課題、リスクマネジメント、労働安全
新任事務長研修	知識とスキル
中途入職者研修、上下	民医連、医療基本知識、地域、患者
中堅職員研修	VDT作業基準、診療情報基準、パートナーとの共同、
主任研修	民医連、接遇スキル、医療法、管理理論
科課長、所長研修	職責者としての管理運営、創造性、判断力、決定能力、
自己評価トレーニング	個人目標、

●リスクマネジメント⇒調査、分析、コンプライアンス、事業運営リスク、法務リスク、財務会計リスク、人事労務管理リスク、危機管理、情報管理

3. 外部による教育訓練の利用

外部機関および外部講師の活用は一部で実施されている。

ある 10 (ない 4)

- ・産労研、目標管理セミナー。
- ・接遇教育
- ・民医連「管理者研修」他、「ファシリテーター研修」など。
- ・医療部会通信教育。産業能率大学、勤労者通信大学。
- ・外部講師の利用。
- ・職長教育。
- ・パソコン・ソフト教育プログラム。
- ・消防訓練

4. 外部（友の会など）を受け入れての教育

外部の組織や人々に対する外部を対象とした教育は、民医連の「共同組織、友の会」を別とすれば、ほとんど行われていない。地域活動、平和運動、市民活動、医療福祉問題の地域的取り組み、地域事業などとの連帯を促進する上では、今後、検討すべき課題であると思われる。

5. 教育の在り方についての意見（アンケートに記入された意見）

全体的な傾向として見られるのは次のようなことである。業務が忙しくて、教育を受ける時間が不足している。教育内容の一層の明確化、継続性、体系性などが必要である。制度や労働現場の激しい変化に合わせた教育、研修の必要性。

a. 教育訓練に関する問題点

- ・新入団学習時、新入団者に対する就労第一日におおむね確実に実施されている。一方、試用期間終了時に行われるべき初級学習は、三ヶ月後という日程であり、不明瞭になりがちである（労働者協同組合のケース）。
- ・県連としての教育要項ができていない。
- ・育成面接は年1回実施しているが、職場における目標管理が不十分。
- ・現場の体制（人員）あるいは管理水準に左右される。職責者の教育に対する認識の差によって、その職場からの出席に差が生じると考えます。
- ・法人形態の違い、職種の違いにより教育・訓練に対する考え方が多様であり、統一した取り組みをすることが困難である。
- ・忙しい職種、特に医師に対する研修（内部で企画するもの）参加が難しい。学会等に関する参加は必要に迫られて参加しているが。
- ・参加者が現場の業務に忙殺されて対象者全員の参加がむずかしい。
- ・専従がない（もっときめ細かい対応がしたい）。
- ・系統的な教育内容として通年の制度教育を希望している。
- ・時間が十分とれない。
- ・1997年に作成した民医連の教育制度を現在の状況に合った見直しの必要性（中堅職員層の研修形態など）。
- ・職員数が毎年増えてきているので、新入職時と新任職責の時点では必ず研修されても、その他3年目から10年目位で役職の任命がないと、研修の機会に出会えない職員が生じてしまう。3－5年目の中堅層での退職も多いので、この層への研修・教育の充実が急務の課題。

b. 教育訓練にたいする職員の対応・意見

- ・自主運営、体験型等を取り入れる事で、おおむね参加が得られている。
- ・業務や民医連における諸活動に対するモチベーションを高めるような研修が求められていると個人的に考えています。
- ・教育・訓練に対する必要性は一樣に強調するが、具体的な方法について討議すると、ニーズや方法が定まらないことが多い。
- ・多職種が参加する研修となるので交流ができる点は良い評価となっている。
- ・グループワークなどでは具体的な目標を持たせるようにしているので意欲をもって職場に帰ることができる。
- ・県連の制度教育に関してはおおむね良好の反応。

- ・所属長、受講者とも「研修に時間を奪われる」という感じ。研修の意義は理解しているが、自発性や積極性があるわけではない。
- ・自己の持つ技能や専門性を求める傾向を感じる。一方で理念に対する教育への苦手意識を一部について感じる。
- ・必要を感じているし、教育訓練の機会を増やして欲しいとの声は多い。

c. 非営利・協同組織における教育の在り方

- ・労働者協同組合には「協同労働」という概念があり、学習実践をしています。「よい仕事」をするので、仲間との協同、利用者の方との協同、地域との協同が「協同労働」であると考えます。
- ・他業種との交流、教育と一緒に考えて見たい。青年、新入職員など同テーマで考えることは可能と思う。
- ・理念、現状、目標実現のための実践活動を一致される努力が必要かと思います。
- ・各々が行っている研修もできる範囲でオープンにすることや関わってもらう、ということはあると思う。
- ・県民医連の「初期」研修の運営委員には共同組織や友の会の人にもお願いしている。
- ・①技術・技能を向上させる教育、②経営を守る視点での教育、③組織の目的を明確に意識させるための理念教育。この3者のバランスが大事である。どれも高める必要がある。

d. 教育活動に関して、当研究所への要望

- ・職場教育とか、企業教育という概念を突き詰めてほしい。なぜ企業が職員を教育するのか。能力を持っている人を雇用し、もっていない人は採用しない、雇用契約を継続しないではだめなのか・・・。これは労働の協同ということにつながるのではないか。
- ・企業本意の人事考課制度ではなく、民主的医療機関としての人事考課の低減や目標管理制度の提言をお願いしたい。
- ・①非営利・協同の徹底した理念・運動の教育。②非営利・協同の歴史と国内外の実際と課題の明確化。③非営利・協同の経済経営の理論と実際および社会変革等が重要ではないでしょうか。
- ・教育の技法や提供できる教育内容などがあれば、定期的に情報が欲しい。
- ・若者（20代）の心にひびく、押しつけでない理念教育の方法、平和教育の方法を知りたい。

教育体験談

全日本民医連事務局の職場教育学習

長野 典右

毎日の業務内容が、医療・福祉の現場とは違い、患者や地域から直接的に学びとる機会が少ない全日本民医連事務局では、職場教育学習は職務の性質上とても重要なものです。また民医連運動の広がりの中で専門分化が進み、総合力を身につける観点からも、職場教育の位置づけは大きいと思います。

当事務局内には、学習委員会が設置されています。同委員会は、様々なテーマを設定して教育学習の機会を設けています。情勢学習をはじめ、それぞれの専門部担当役員や事務局員から、現在の問題になっている課題や重要論点などを報告、討論をおこなっています。たとえば、「卒後研修必修化の現局面と課題」（医師部）や「川崎協同病院事件について」（医療活動部）、「介護保険制度見直しをめぐる情勢と民医連」（介護福祉部）などです。

昨年は民医連結成50年ということもあり、「民医連50年の歴史」については長瀬事務局長を講師に学び、肥田瞬太郎顧問からは、「民医連創設の頃」について講義がありました。他に山梨倒産問題や福岡・健和会問題なども事務局外から講師を招き、現場にいた職員として様々な思いを語ってもらいました。全商連事務局長を招いての学習会では、全国の運動体としてのセンター機能とはなにか、そこで働く事務局員の役割について話を聞きました。総会方針を補強する上での問題意識を聞くためや全日本民医連事務局員としてどのような資質が求められているのかについての集中討議、また業務改善方法などKJ法を使った合宿も行っています。非営利・協同総合研究所が主催する公開研究会にも積極的に参加しています。

学習委員会以外でも、私が属するⅢ部会（機関紙誌編集部・会社）では、『新婦人しんぶん』、『全

国商工新聞』の記者を招いて、編集作業の進め方などを聞き、当該組織での機関紙の位置づけや役割、編集上の悩みをうかがうことができました。

これらの教育をうけることは、それぞれの課題が全日本民医連総会決定を深める上でも、また専門分化が進んでいる中での課題の共有の視点から考えるととても大切なことだと思います。民医連50年の歴史を創設の頃からかかわる方から生の声を聞くことは運動の確信でもあり、また経営危機の中でも地域から民医連の灯を消さない情熱にこたえ、全国からの熱い連帯は輝かしい歴史だと感じました。

これらの学習の機会の中で、現在自分自身が担当している全日本民医連が発行する『民医連医療』の編集でも、特集が実現していったものも多くあります。今期の重要なテーマなど『民医連医療』で特集企画として生かさなければならぬテーマは、各専門部からの報告がとても大切な機会にもなりました。

しかし教育学習の機会が保障されても、業務の都合などで参加が困難なことがあります。参加できない場合、当日のレジュメや資料などは配られますが、問題意識をもってこれらの資料に目を通さないと、学習の内容はわからないと思います。フォローが困難なことも上げられます。

今後も教育学習の内容として、今期の重要テーマでの学習設定が必要です。また様々な分野で活躍している人からの民医連に対する思いやメッセージも聞ければと思います。また民医連がこれまで乗り越えてきた歴史や地域でいかに評価されているのかについては欠かさず押さえたいと考えています。

全国での民医連の活動や情勢については、県連や法人・事業所が発行する機関紙誌に目を通し、

全国に発信された総会方針がどのように実践されているのか把握することは重要です。また非営利・協同総合研究所が発行する『いのちとくらし』をはじめ、社会保障や医療・福祉にかかわる団体の発行する定期行物を読むことも大切です。

教育学習については、機会を設けてもらいそれに参加する形態がほとんどです。しかしながら自

ら学習に意識的に取り組む姿勢が大切であり、独習を基本にしながら体系的な学習を推進するための制度や文章にまとめる作業なども必要です。事務局員が『民医連医療』誌などへ積極的に投稿することもその一例にあげられると思います。

(ながの のりあき、『民医連医療』編集長)

私の受けた職場教育、学習について

東京勤医会 矢幅 操

このたび原稿依頼を受けてしまいました。どのような教育をどんな時期に受けたのかレポートや受講記録も残っていません。記憶に頼って振り返り、自分の体験談としてのみ書かせていただくことになり、非営利・協同組織の教育についてお役に立てるのか大変不安です。

しかし、看護師は職場教育なく成長することはない職種のようにも感じておりますので、自分の看護師として成長する機会をたくさん与えてくださった先輩や同僚、そして何よりも患者さんに感謝しながら少し整理してみたいと考えます。

職場教育の体験内容

私は民医連の病院がスタートではなく、市立病院の看護師としてスタートしたのが1968年4月でした。時代を色濃く反映しており市立付属の看護専門学校を卒業し、就職した私たちはオリエンテーションや技術研修はありませんでした。就職4日目ぐらいには夜勤業務に就くなど現在では考えられない内容のスタートでした。以下に看護師として働きながら受けたと感じている研修、教育、心に残っている学習の機会など列挙してみます。

①実践的な学習と地域職能の研修、交流、看護協会看護学会（全国、地区など）事例や症例発表の機会であり、まとめる過程や日々の実践をまとめる機会が職場教育の場になっていました。

②職場学習会

卒業後4～5年目ごろ眼科医が常勤となり、1年後に眼科の配属になりました。

当時の総婦長にお願いして、看護学校の講義に同行して、学習させてもらいました。この講義は大変面白く、日々自分が看護している患者さんの眼底写真や病状を主治医が説明するので、自分の問題意識も整理でき、看護学校のどの講義よりも楽しく、生き生き学べたように思いました。もちろん講義に参加した後の残業申請はしませんでした。

授業中に質問は学生がいるのでできませんでしたが、手術後にコストの相談や術後の指示を受けるときに、講義で疑問だったことや手術中の疑問について質問するなどし、丁寧に教えてもらいました。

医師が患者に真摯に向かう診療姿勢に触発されて、看護の本来のありようはどうすべきなのか悩んだり、苦しんだのもこの時期でした。また、白内障でほぼ全盲の状況でござれていた人が手術後に1.0の視力を回復されて、人生をもう一度やり直すことができると喜んでくれた人、若い人で網膜はく離の手術を何度も繰り返し、視力を回復できなかった人の職業訓練、弱視の視能訓練、眼科から発見される全身疾患（腎不全、動脈硬化症、）難病など専門科と他の病気との関連など、医療の総合性を学ぶよい機会であり、楽しく働けたように思います。

しかし、看護の専門性や患者さんや他の職種との連携は、若さもありできないこともあったと思

いますが、なかなかできませんでした。この頃はいつももっと専門的な知識を学びたい、看護とは何かを考えており、視能訓練士になろうか？保健士になろうかなど迷っていました。

夜勤制限のたたかひもあり、労働条件改善の取り組みもしながら悩んでいました。

その後結婚し、転居することになり民医連に就職しました。

③管理運営についての学び

そこには今まで自分が求めていたができなかった民主的な管理運営がありました。

入職時のオリエンテーションがあり、職場紹介がありました。この病院の理念や目標が提起されました。月に一度の職場会議、看護カンファレンス、慢性疾患のグループがありました。まだ若く子供もいませんでしたので夫に探されるほど仕事にのめりこんで、深夜のときも、准夜勤務のときも看護カンファレンスに参加しました。集団で意見を出し合い方針を出し、患者さんと目標を持って納得した実践ができる喜びと楽しさを実感していました。

もちろん業務ではなく自主的な活動でした。また慢性疾患のグループ活動は私にとって「医療とは？看護とは？」と考え続けてきたことの答えを出すよい機会でした。リュウマチ、難病の患者さんの健診や患者会活動、呼吸器の看護の追及など、病院で実践した医療を、訪問し患者さんのお宅でお話を聞き、何がよくて何が課題なのか？時には病院に対する苦情や不満をぶつけられることもあります。また、看護の不十分さを知らされるときもありました。そんな患者さんの声に励まされて、療養指導パンフレットが作成され、グループみんな学習し、意見を出し合い患者さんに喜ばれるものになったときに、医療が共同の営みであることや民主的集団で作り上げるすばらしさを実感しました。

このような活動の中からも民医連にはこのような医療が存在しているのか？そもそも民医連とは何かを考え始め、総会決定や病院の方針を自らの興味と関心として読み始めました。ちょうど時期を同じくして職責を担うようになり、必要に迫られることにもなり、歴史書を読み、職責研修で

民医連綱領の話や共同組織の意義について学ぶ機会が多くなりました。また医療を巡る情勢の学習もずいぶん受けました。

その後山梨勤医協の倒産、東葛病院の再建支援、勤医会の新しい発展をめざす合同計画などにかわり、医療経営について学ぶ機会になりました。現在でも決して経営に強いわけではありませんが、日本の社会の中で継続発展するために、利益を出すことの意義について確信にすることができました。

④生きることを支援する1人の人間としての学び

もうひとつ私の看護職として学ぶ機会は、ごく身近な人の死を早い時期に多くの体験をしたことでした。兄を33歳で、弟を47歳で、甥を20歳で、義姉65歳、義兄65歳、義兄73歳と予期せぬ死を体験したことです。

人の死が意味するものを考えるきっかけは一現体験です。私的な感情が大きかったのですが一看護師になり10年たったときの兄の死でした。この看護師の10年間、多くの患者の死に立会い、看護してきたが、なんと深めたとなえ方ができなかったことか。自分の感情と対比して実感できました。

このときをスタートに、死を迎える人の看護、ターミナル期の看護についてテーマとして位置づけるようになり、本も読み、研究会にも出かけ、事例もまとめるようになりました。現在も介護保険にかかわるようになり、在宅で最後までその人らしく生きてもらう援助について実践的な学びを深めています。

職能の学会や研究会は、その時代の看護や医療の動向を感じて、自分の専門職としての位置の確認になり、自分の目指す目標の確認の場所になります。また、患者さんの要求や看護の実践の学びは専門職として、労働者として、働く喜びと社会の存在意義を実感できると思います。日々の労働の働きがいを感じられることが、次の労働意欲や改善のエネルギーになると感じてきました。

このような学びの中に働くものの連帯や支え合いが生まれて、よりチームの連帯感が促進されることを実感しました。

職場教育の内容は時代とともに変化するものであると感じています。系統的に、継続的にタイムリーに動機づけがあり積み重なっていくものであると思います。制度教育にはこれらの視点を大切に、対象の感情に触れるような内容を期待します。特に看護職のように看護技術とともに看護観などものの見方や感じ方、感性が大切な分野の職場教育は、具体的実践的な職場教育を期待します。

しかし、専門職の技術研修やその分野だけでは不十分に思います。職業や人生観の異なる、異年齢の患者さんが対象となる職業です。多くの人の苦しみや思いに共感できる感性や倫理観を身につける自分育てができるような企画や教育制度が必

要に思います。自分の人生観と重ねて、他職種との学びあいも大変重要に思います。

今日の医療現場は、多くの職種や人々と連携し、相互に学びあい、競い合う中でより充実した質の高い医療や看護、介護の実践をすることが可能になると思います。時代が求める医療のあり方をどんな時代にも追い求めて、楽しく、誇りを持って働けるようなやさしい、集団を基礎に、ひとり一人が輝くことができる職場づくりと職場教育を期待します。

(やはば みさお、東京勤医会介護保険担当)

【事務局ニュース】 2・機関誌の論文募集、ワーキングペーパー募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。またワーキングペーパーの募集も致します。詳細は、事務局までお問い合わせください。

○字数：(図表、写真を含めて)400字詰め原稿用紙30枚(12000字)程度

○掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます

○原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします

○募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題
組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

特集 2

「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業— 民医連の北九州健和会の再建闘争—」

坂根（司会） レジユメにも書かれているように、健和会の馬渡理事長にとってこの十数年間は、決して忘れることのない十数年間だったであろうと思います。私が92年に初めて大手町病院に伺って以来、何度も足を運んでまいりましたが、山梨勤医協、東葛病院に続く民医連の3大倒産と言われしております。これから4つ目が出ないことを祈り

ますが（笑）、破綻から一定の統括を果たすまでにいたった過程を、今日はお話いただきたいと思います。馬渡先生のお話の後、前にいらっしゃるパネラーの方々に出ていただき、いくつかの点についてお話を伺いたいと思います。それでは馬渡先生、よろしくお願ひ申し上げます。

Part 1 : 「民医連北九州健和会の再生の決め手」

（財）健和会理事長 馬渡 敏文

財団法人健和会の理事長を務めております馬渡と申します。今日は、そうそうたる人たちに前、話をさせていただきます。

最初にこの表をご覧ください。91年度の再建前夜の決算と03年度の決算の比較でございます。債務超過額が132億、昨年度が30億、あと4年で債務超過を脱する見込みがつかしました。当時の借入金には銀行が160億、協力債が51億で、負債の総額としては210億でございました。その当時の収益は100億円で、現在の収益は142億円、有利子負債が135億円です。

次が支払利息です。当時が15億6千万、現在が2億3千万円。経営危機の本質的な理由がここに

あると思います。次に事業利益が現在は10億1千万円。事業ではどうであったか。本質問題では、大手町病院の事業利益は5億、現在も5億。ここ数年平均したら6億になりますけれども、大手町病院の事業利益は変わっておりません。このことから本質は大手町にあったわけではないというのがわかります。大手町病院に人も金も集中し、銀行をだまして、銀行から金を借りるというこの構図です。ですから当時は、大手町病院以外はすべて赤字だったわけです。再建の過程というのは、この大手町病院以外の事業の再建の歴史であったわけです。

次に経常利益です。支払利息は91年度15億、経

単位：億円

	債務超過額	借入金	支払利息	事業利益	経常利益
91年度 決算	132	銀行 160 協力債 51	15.6	1.7 (大手町5)	△14.9 (大手町△12.6)
03年度 決算	29.8	銀行 75.5 協力債 60.2	2.3	10.1 (大手町5)	8.3 (大手町3.9)



常利益の赤字とほぼ同額です。現在、経常利益はこの5年間は平均して約9億。昨年は戸畑けんわ病院の新築移転がありまして、1億ほど償却資産にまわさないで経常費用処理したのがございますが、一昨年が11億ですので、平均すれば5年間は年間9億です。

再建前史です。大手町病院が問題ではないと言いましたが、そもそもで言ったら、やはり大手町病院です。84年に開設し、無謀な投資と自己の力量の過信があり、これは周知のとおりです。私も大手町病院を建てる前から、末次専務から「1度目のジャンプは約束していますよ」と飲んだ席で聞かされまして、ジャンプってなんだろうと思った記憶がございます。案の定、翌年不渡りを出しました。そのときになぜ倒産しなかったのかと申しますと、私が勝手に三つ挙げておきましたが、一つは医師団の団結です。1年間で一人も辞めませんでした。大学医局も引き上げなかった。新任の医師を14人組織していたのですが、2月に不渡りを出したものですから4～5月入職の時には半分に減りました。入職した7人のうち、2人は協力債を持ってきました。親父の退職金を持ってきたのです。そういう状態ですから、残っている医者は辞めるに辞められない状態にあったわけです。そういう雰囲気でした。

二つ目の医療活動の前進は、薬は現金買いの状態が続きましたが、百万都市の救急車搬入シェアは、大手町などを含んで23%でした。経営危機の翌年、全床オープンしました。

三つ目は協力債です。2度目の不渡りを出したらアウトですから、99%倒産と言われていたけれども、1%まだ残っている。1%を金に換算するといくらかという話が末次専務から出まして、この人の頭はどうなっているんだろうと思いまし

たけれども、一応3ヶ月で6.6億円を集めました。

その翌年に、東の佐藤、西の末次と言われていたオーナー会長が亡くなりました。そしたら次のオーナーが出てまいりましたが、M氏と呼ばせていただきたいと思います。M氏は、協和銀行（後にあさひ銀行→りそな銀行）の人脈がございました。ちょうど、時あたかもバブルの絶頂期で、竹中・九電工の建設工事代を銀行の借り入れに変えたという功勞によって、翌月に専務に就きました。一般企業並みに、財務を制する者は企業を制するという人事になったわけです。

M氏のおかげでメインバンクもできた、協力債の取り付け騒ぎも落ち着いたということで、我々はほっとしました。毎月10日、恐ろしい手形が決済できるかどうかという日々を送っていたわけですが、やっと開放された気がしましたけれども、M氏が実権を握るや否や、私物化が始まりました。たとえば関連会社を一族で経営するとかいろいろございました。91年の8月に、私は大手町病院の院長の職を追われ、事務長の現専務（山内氏）も職を追われます。その理由は、91年度予算案で事業利益11億が予定されたからです。現在の利益が5～6億円と申しましたが、その2倍の事業利益を出しなさいと言われたわけです。とてもそんなことはできない、どうとでもしてくれということ追われまして、後の院長には民医連運動にはまったく縁のない、大学の助教授が抜擢されました。経営の実態は後でわかったのですが、表のごとくで支払利息が88年度に借り換えた後、雪だるま式に増えているのが分かるかと思います。100億の収益があって、15億7千万の利払いができるか。できるわけがないですね。ここに金利の恐ろしさを身にしみて感じます。あさひ銀行のガバナンス機能も、そういう人脈とバブル期ということで働かなかった。いよいよ翌年2月に資金繰りができなくなり、経営が立ち行かなくなった。M氏もなくなったというわけです。この88年から91年までの支払利息の増加分、約30億円は、昨年度に歴史の神様から棚上金利のカットという形で返して

単位：億円

	84年	85年(不渡)	86年	87年	88年	89年	90年
協力債残高	47.3	49.9	50.6	49.9	49.6	50	53.8

いただいたこととなります。

次は危機の顕在化と再生の胎動ということになります。91年の8月に銀行は粉飾に気づき、もう貸しませんよという通告がありました。その翌月、県連より公認会計士の監査を受けるようにと勧告があり、12月には健和会の臨時評議員会が招集され、理事会に公認会計士の受け入れを迫る決定がされました。一方、職員の方ではどうかというと、91年8月の「健和会再生のための労働組合の提言」、それから組合員ではない中間管理職に芽生えた「健和会を考える会」が自然発生的に出来、「全職員との合意形成に関する提案」が出され、法人教育委員会も民医連綱領を意識した多くの企画を実践しました。

いよいよ、民医連的再生の枠組みが出来るわけです。それには全日本民医連の大きな決断、91年5月の「支援の3条件」というものです。支援という言葉を我々が聞いたのは、これが初めてであります。具体的に公認会計士の調査が始まり、翌年の8月、調査報告と提言が出ます。70億円の粉飾決算、無計画、無管理、無責任、ありとあらゆる辛らつな言葉の羅列です。そこにおられる坂根先生が作られました。私自身、70億円の粉飾決算に関与しています。罪を背負って今日まで来ておるわけで、借金も背負っております。末次昭の背後霊も背負っております。そういうことで、この厳然たる経営の実態の真実、負債の巨額さをベースに、職員全員が共有して再生の出発点になったわけです。

また、民医連的再生の大きな枠組みになったのは、もう一つはやはり、メインバンクの決断、となります。M氏の退任のあと、再生支援の立場を明確にして、今日までメインとしての役割を果たしていただきました。当初の約束は元本先行、金利低減の上、これを棚上げにするという条件としていただきました。棚上金利カットというのが、このときの最初の行動というか、これが活きた形

になりました。しかし私たちとしては、実力的に2億円ほど多い、返済できないという主張をしたのですが、当時9行ありまして、あさひグループが3行、残り6行ありました。6行を直ちにまとめることは出来ない。2億円出させろということで、そのままになりました。結果的には緊急避難的な約束になりました。最近、当時の融資部長にお会いしました。実質破綻先、いわゆる倒産状態という民医連の規定ですけれども、それを生かした理由はなんだったのかとしつこく聞いたところ、一つは、事業キャッシュフローはプラスであったこと。もう一つは、公益法人の医療機関であって、大手町病院の社会的存在意義があると判断した、この2点であると説明を受けました。その実、健和総合病院を売れ、京町病院も売れ、診療所は全部売ってしまえということで、私は一つ一つ反論を書いて、全部存在意義がありますから、全部黒字にしますからということで潰さないで済んだという形になったのです。

いよいよ民医連的再生の始まりですが、まず、全日本民医連の決意というものが表明されました。この決意というものが健和会の全職員に伝わったというのが、一番の最初に与えてくれた大きな勇気でした。「健和会対策委員会」というのがずっとありました。嫌に冷たい響きのする委員会だと思っていたのですが、それが健和会「再生」対策委員会となったとき、本当に嬉しかったと言いますか、積年の全日本民医連に対する恨み辛みが吹き飛んだといえますか、本当に元気をもらいましたし、再生への意欲が出てきました。目頭が熱くなる思いでした。

次は、県民医連の決議です。県民医連も、再生を第一義的課題と位置づけてくれました。この第一義とは、自分たちの法人で一時的に収益が下ろうと、医師や看護師を送って支援するという意味です。事実、犬猿の中にありました千鳥橋病院・福岡医療団ですね、あるいは親仁会、この二つの法人の理事長自らが、短期支援ではありません、

単位：億円

	84年度	85年度	86年度	87年度	88年度	89年度	90年度	91年度
支払利息	7.7	7.2	7.7	7.5	9.1	11.8	15.7	15.6

3年間も通って支援していただきました。本当にありがたいことです。それから、経営幹部の派遣、これは財務幹部が全てなくなってしまったわけですから、県連事務局長さん、経営委員長さんが専務、財務部長として派遣されてきました。

それから財務会計システムの創設、これは坂根先生が言われるとおり、それまではなかったのです。だから創設です。さらに民主的組織の再建。一つは職員の団結をどうはかるか。民主的管理運営はやったことがないということで、どういう風にやればいいのかわからない。民主的所有、これも言われてみればその通りだけれども、具体的にどうしたらいいのかわからない。そういうことで、坂根先生とも相談しながら医師委員会を発足させたり、看護委員会を発足させたりして団結を強化していきました。それから再建のパートナーとしての労組、共同組織、民主団体に協力をお願いし、ともに共同で再建に当たっていこうという返事を貰いました。この当時の労組のスローガンは、民主的再生という言葉でした。私はこの言葉がとても好きで、労使共同会議は今でも毎月やっております。資金繰りも全てオープンにしております。それともう一つは、2代続けてトップの独走を続けてきた健和会ですから、トップの独走を許さない民主的運営の形をとったということです。それから評議員会の民主化。一つは民主団体や登録医師の会・友の会、あるいは労組の代表を機関で決定して出してもらうというのが半数、後の半数は職員評議員で、これは職員全員の選挙で選んで行くものです。また、理事や監事は評議員会の信任投票を受けるという様に変更されました。それから外部統制の問題ですが、これは公認会計士との顧問契約、あるいは監事会による内部監査システムの確立ということで、二度とトップの独走を許さない組織・システムを作り上げたわけです。

次の『「政策」と「方針」』の件ですが、それまでは健和会の組織は民主的管理運営はありませんので、いわゆる家長的な組織あるいは親分子分・親父と子供、そういった関係で運営されておりました。当然派閥も出来るわけです。ですから組織風土を改革するということがもう一つの重要な

テーマでした。人に団結する体質から方針に団結する体質に変えていく。方針はみんなで作っていく。そういう体質にしようということでたくさんの計画や方針やら政策が出てまいりました。レジュメに漏れているんですが、大切なことなので…『人的支援』です。全日本民医連から本当にたくさんの方のご支援をいただきました。92年から2001年までの10年間、全国から北海道から沖縄まで医師138名、ナース44名、薬剤師13名、放射線事務17名でございました。特に山梨民医連につきましてはありとあらゆる面で学びの対象とさせていただきます。我がことのように熱心に受け応えていただきました。本当にありがとうございました。

そういうことで94年にいよいよ黒字となりました。30年前に病院を建設してから2度目の黒字です。1度目は79年度に大手町病院の土地を取得した年でありまして、債務超過の始まった記念すべき年であります。もし、歴史にifがあるのなら、このときにサボって大赤字にしておけば、こういうことにはならなかったんじゃないのかな、と（笑）。黒字の直接的な要因ですが、看護師不足で健和総合病院の病棟を閉鎖していたのを再開し、大手町病院の新棟を作り類上げ特Ⅲが出来た。その力というのは新卒看護師113名の入職であった。良いときは良いことが重なるもので、減多に無い国家試験合格率100%、同時に94年1月に全日本民医連の看護支援が開始されております。最初銀行と約束した緊急避難的な覚書も、全職員討議を経た新しい新返済計画として94年8月に再び銀行との間で結ばれて、金利もほぼ半分になりました。93年のバブル崩壊によって、それ以降、低金利時代が来まして、銀行金利と協力債含めて億単位で減少していく過程に入ったわけです。2・13のときはバブルで救われて、2度目の危機以降はバブルの崩壊で救われたというイメージがあります。94年度からいよいよ善循環が始まってきました。経常利益の推移を見ていただくとお分かりいただけると思いますが、94年に初めて黒字になって、それからずっと増えていって、99年からは平均9億の経常利益が出ています。この9億という金額よりも、ずっと続けている安定性に私たち

の体質がある程度落ちてきたかなという自信を深めております。

98年度から自力再建に向かいます。92年が再建元年ですから、5年経った段階で、全日本民医連に評価をお願いいたしまして、そのときに指摘されたのが四つの弱点です。医師体制の問題、事務が期待に応えられていない、外来が少なすぎる、共同組織も少なすぎる、という四つの弱点を指摘されました。98年から始まる第2次長計にこれを方針化いたしました。具体的な自力再建の中身としては、まず医療・経営構造の転換でございます。これは山内専務が『民医連医療』に投稿した文があると思うのでそちらを参照していただければと思います。

95年に長行病院に始まるケアミックスが全病院に広まった。98年には銀行にお願いして、京町病院と長行病院のリニューアルをやらせていただいて、療養環境の整備を行いました。この間、材料費は92年の24%からどんどん下がっていく。それが遅れていた人件費の伸びの原資となったわけです。96年にやっと、それまで賞与で10万円くらい差がついていた県連の他法人に追いつきました。最近では、人件費はよその法人も伸びなくなりましたし、材料費率はさらに減少してきて、療養環境加算や特殊疾患加算などの付加価値が増加し、経営が安定してきました。

もう一つ、経常利益を安定的に確保する上で大事なことは、やはり現場でございます。トップの経営から職員みんなで経営するっていう風土作りをどうやるのかという点では、院所独立会計ですね、収入ではなくて経常利益を重視する。ですから、各院所の月々の報告はまず最初に経常利益が報告される。次は部門別の損益管理。各職場の三者会議ですね。医師と看護師長と事務の三者会議です。これを毎月やるのですが、これと部門別損益管理ががっちり結合するということを重視し

ております。各病棟の師長は、今や経営者でございます。病床管理や細かな材料費の支出管理、そして医者をも管理、わがままな医者の管理もしております。

次が中原病院の新築移転でございます。昨年、第4次医療法改定がございまして特例許可病床群を120床持っていたんですけれども、とても狭くて新設する以外には方法は無かったのです。しかし、何しろ債務超過の状態で、35億円の新たな資金調達が最大の難関でした。じゃあその120床を大手町病院に移そうじゃないか、もったいない話だということで大手町の管理部に打診したところ、600床管理するのは大変だ。まして700床という数字はとんでもないと断られました。それもそのはずで、我々にそれだけの力量はない。結局、新築移転しかないということになりました。ところが地元の福岡銀行と福岡シティ銀行が新築に反対である、中原病院の存在意義は無いということで、法的に貸し剥がしにかかってきました。うちには前に座っていますけれども、日頃はあまり仕事はしないんですが、こういうときに仕事をするという弁護士（吉野氏）がおりまして（笑）、特定調停法でサラリと片付けてくれました。結局メインバンクのあさひ（後のりそな）さんの協力により、この新築移転を成功させることが出来ました。おかげさまで今年の予算、償却前の経常利益は、最低でも4億5千万円になりそうです。

さて、民医連的再建の決め手は？という坂根先生の質問ですが、まあ四十八手があるわけでもない、最大の決め手は何かというと、民医連的再建となると看護しかないという結論に到達しました。看護の前進が決め手であったということになります。

利払いの為に新たな借入を繰り返さざるを得なかったちょうどその頃、看護部も看護師不足と劣悪な労働条件の中で退職者が増えつづけるという悪循環が続き、病棟閉鎖、あるいは病棟の統合に

単位：億円

	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99～03年
経常利益	-14.9	-5.2	-5.1	+2	+5.9	+5.9	+6	+7	平均9.0

よる収益減少を招いたという状況でした。ですから再建の要は資金の流出・出血を止めるというのが第一でございます。これは銀行に願います。二番目は看護職員の増加による収益の回復です。この表を見ていただくと驚かれると思いますけれども、91年度の退職率が24%、健和総合病院は31.6%です。長行病院の退職率が少ないのは、時間が無いので省きます。健和総合病院の夜勤回数が13回、90年度は14～15回という、考えられないような回数です。生理休暇なんてとんでもないと、要求さえ出来ないような状況です。そういう中で、健和総合病院が二つの病棟を閉鎖しております。また91年に救急から撤退しております。救急を撤退した理由は放射線技師が足りないと言向きにはそうしていますが、実は深い理由がございました。健和総合病院は大手町病院から10分くらいですから、二つの救急病院だと設備投資も二重になるので、そこに意味はあまりないということで思い切って救急を撤退させた背景がありました。

そして93年、全日本民医連の総合調査の指摘事項です。看護に関しては看護管理体制がなっていない、婦長さえいないような病棟があると。ですからスタッフ会議、職場会議は開催されていません。法人の看護責任者がいない。看護委員会も無い。つまり管理は無いわけです。それから看護要員の問題です。病棟閉鎖が3棟ある。看護労働では夜勤協定が無い。夜勤回数は先ほど述べました通りで、健和総合病院では一人夜勤体制のところはまだ残っている。こうした病棟閉鎖で精神的なダメージを受けて、夜勤が多すぎて肉体的なダメージを受ける。両方ダメージを受ければ、当然、退職者は増えていくわけです。三番目に理念問題を指摘されています。民医連新聞を読んでいる職員が少なすぎるという指摘でございます。これは不渡りの後、当時の総婦長が言いました。理念はリネン庫にしまっておきなさいと(笑)。リネン庫の鍵は閉じたままでした。そしてその結論は、結局、看護管理体制を整備することと健和総合病院の浮上、この二つが再建の不可欠の課題であるという全日本民医連の指摘になりました。93年総合調査が入って支援が開始されるやいなや、表のように退職はびたっと収まりました。全日本民医連の偉大さを感じる次第でございます。

看護の管理体制の整備は、主任の複数配置まで7年間かかりました。うちの看護部長は、私から見れば「こって牛」のように見えます。なかなか鈍い。けれども、相手が誰であろうとも一步も引き下がらない、そういう強い信念の持ち主でございました。7年間かかって到達した今の看護管理体制というものは、びくともしません。本当にすごい看護部長でございました。今年自分から後継者づくりのため辞任されました。

次は看護要員ですね。看護要員不足の改善は、94年の新卒看護からです。うちの場合は看護学院を持っていましたので、それが、100名定数で安定供給されるようになってから、急速に労働条件が良くなって退職が減りました。

教訓ですが、「職員は悪くありません」。この言葉は、まさに我々に当てはまる言葉でございます。トップが誤りを起こしているときは、その方針に現場の声が反映されていないということです。たとえ民主的な管理運営が形式上はあったにせよ、形骸化しているはずだということだと思います。要するに経営破綻はトップ層の内なる原因だと。ですから再生は、まずガバナンスの再生からであるということだと思います。

再生は「支援を前提とした」、と括弧で書いてあるのは嫌味ではございません。再建の枠組みと職員の団結があれば可能だと感じます。もし支援を前提に出来るのであれば、再建のために全日本民医連による弾圧も必要なのではないのかと思います。なぜなら民主的でない組織に民主主義を説いても、これは通じないんじゃないかと。民医連の財産と言いますか、人民の財産、地域の財産である民医連の組織を守るために、過激な言葉を使いましたけれども、ある程度の強制力を持ったようなものは必要なというのが私の思いでございます。そして最終的に、再建を成し遂げるのは職員の力でした。

三番目は、病院の再建は看護職員が決め手ということ。職員数からいうと、6割です。現在880名の集団になっておりますけれども、うちの場合は病院そして病棟が、経常利益の96%を占めているわけです。ですから、看護管理が再建の決め手であったということ。不渡りのときも2

度目の経営危機のときも、看護職の離職率・退職率の高さには泣かされました。しかし、逆に辞めないで職場を守り抜いたのも看護集団であった。どちらも看護師の階級性だろうと思います。そこでこの大きな集団が本当に団結した場合は、再建は不動になったということでございます。

もう一つ是非とも訴えたいのは、病棟閉鎖を絶対にしてはならないと、私は経験から思いました。経営上も団結上も決して行ってはいけない。自分が看取った患者さん達を放棄する、あるいは自分のやってきた看護、自分のプライド、仕事と生活の糧の病棟を放棄し去っていくということは、それまで頑張ってきた人も病棟閉鎖とともに去らせてしまう。そうすると一つの病棟だけではなく、病院全体の士気が落ちてしまうのです。そういう意味では、病棟閉鎖を軽々しくやるべきではないと思います。

新たな借入れは一切出来ませんでした。ですから自分たちの賃上げもボーナス資金も全て貯めて、決められた毎年の銀行への返済を確実にやらなくてはならない、そういうプレッシャーの中で12年間を過ごしてきました。非常に緊張感があって、一時とも気を緩めるようなことが出来なかったのですけれども、金が余れば奪い合い、無ければ分かち合う。誰が奪うのかは言いませんけれども（笑）、まあ決算上は人件費が上がる、人員が増える、あるいは金利が上がる、支出構成があがった（支出統制がゆるむ）というのが結果としては事実であったんじゃないかと思えます。もちろん借金というのは身の丈の範囲内、収入の範囲でないと第2の健和会になります。ということで終わりたいと思えます。どうもありがとうございます。

(まわたり としふみ)

最後に、借金は背負うべし、と。この12年間、

病院看護師退職率等の推移

	91年度	92年度	93年度	94年度	95年度	03年度
退職率(%)	23.9	20	13.5	14.9	12.4	
健和総合病院	31.6	12.4	15.5	10	10	
大手町病院	23.5	24.8	15.5	18	14	
長行病院	7.8	13.8	8.6			
京町病院	30.8	20.3	2.1			
夜勤回数						
	(90年14～15回)					
健和総合病院	13回	12回	12回	10回	8.4回	6.5回
大手町病院	11回	11回	11.5回	10.5回	9.5回	7.4回
年間休日	78日					105日
生休	取得不可					生休7日
						年休9.7日
	健和総合病院 90年2病棟閉鎖 91年救急撤退 看護学院100名定員	再建元年	全日本 総合調査	新卒113名	ケアミックス開始	

Part 2 : ミニシンポ

「破綻と再生から学ぶ 非営利・協同の事業」

パネラー	(財) 健和会	吉野 高幸副理事長
	(財) 健和会	山内 正人専務理事
	全日本民医連顧問	八田 英之
	当総研理事長	角瀬 保雄
司 会	当総研副理事長	坂根 利幸

坂根 健和会の会計監査に行きました際、全くあ



りえない状況でした。通常は、粉飾しても帳簿と合っているものです。でもここには、帳簿そのものが無かった。そういうことがなぜ長年続けられたのかということが、健和会のプラス点でもあり、逆に言えば弱点にもなりうるということです。公益法人形態で法人税等は非課税で、したがってそういうことのチェックが入らず、したがって帳簿が無くても決算書が出来る、ということになるわけですね。僕も粉飾の発見は帳簿で見つけながらやるわけですが、それが無いわけですね。したがって、ある意味では92年の決算では、全ての財産を棚卸をして作ったというわけになります。そこから逆算すると計上されてなかった赤字が70億円であるということが判ったんです。

負債総額や赤字の規模では、概ね山梨と同様です。しかし、時代が違うということと、健和会の方は主として金融機関、山梨勤医協は主として大衆債、この差がその後の活動や取り組みに大きな違いを与えているということかなと思います。

まずトップバッターは山内専務からお願いいたします。ちょうど僕が91年か92年に伺ったときは、健和総合病院の事務長をされていて、常務理事を降ろされた後だと思いますが、多少鬱々としていた時期だと思います。ただし、当時も良く話をさせていただきました。さっきも財務関係の人は飛んだと言いましたが、ほとんど話をしてくれませんでした。つまり何を粉飾したかも話してくれなかったんです。忘れたとは言わず、判らないと言っておりました。山内さんには数々の話をさせていただきました。したがって、破綻の内部とか、あるいは民医連的な再建の歩みのところで、当時の事務幹部の一人であって、どのように感じていたのかということから話ををお願いをしたいと思います。

山内 ご紹介いただきました健和会の専務をして



おります山内と申します。民医連の再建の全国的な支援や皆様方のご指導のおかげで、なんとか事実上の倒産状態からの脱却ということが実現できる状況となりました。当初、再建を始めたとき計画では2016年に金

融機関の返済が完了するというもので、私は定年退職していないから、その先は関係無いのかなと思ってたのが、債務超過解消がやっと目の前の現実的なものになってきつつあるのかなと、最近感じております。

先ほど坂根先生が言われたように、当時の健和会の場合、人に付いた人事であり、これだけ規模が大きいのに方針に団結するということがなかなか出来ませんでした。M氏がたまたま私と同じ門司に住んでいたものですから、「山内さんはM氏一派か」と皆から言われたこともあります。自分はそんな人の下につく考えは無いと、常日頃から方針に団結してがんばろうということを言ってきました。ただ、一度だけ、91年のとき、当時私は大手町病院の事務長でしたが、「10億の経常利益を出せ、これがやりきれなければ、お前は要らない」と言われました。それに対して、銀行に頭を下げよう、その方が良いじゃないかと喧々諤々M氏とやりあったんですけども、結果として馬渡先生が長行病院に更迭されて、私と平島が当時常務で、一番うるさかった二人が外されるということになりました。半年後にはたぶん破綻するだろうということで、そのときに弁護士の吉野先生には半年後はよろしくお願ひしますと、管財人として健和会を暖かく見守って下さいという話をした記憶がございます。

再建の中では、人と人との関係が健和会の場合には非常に強くて、組織の中での方針に団結するということが出来ませんでした。84年の大手町病院開院の翌年に不渡事件を出しまして、その時に辞めていった優秀な幹部がたくさんいました。そういう幹部が辞めて、逆に面従腹背の幹部が残ってM氏の下につながって、結局、独走態勢を許してしまうということが、92年に70億の粉飾決算を作って、その段階では山梨と同じような非常に大きい負債を抱えた事実上の倒産状況を作り出していったということでございます。しかし、85年の不渡事件と92年の民医連的再建で、92年のときも幹部がたくさん辞めました。そういう幹部がたくさん辞める中で、どう健和会を再生していくのかということになったわけですけども、先ほど言ったように県連や全国の支援が続々と来ていただいて、事務幹部の派遣・財務部長や専務をしてい

ただきました。そういう中でなんとか今日を迎えられることが出来たのかなというように思っております。

当時、事務長会議をしても半分くらいしか集まらないんですね。最初から会議そのものを無視したような言動や行動にでる。あまりに集まりが悪くて、再建を進めていく事務幹部の団結の弱さというのが2回の総合調査でも指摘されています。やっと最近、ここ数年間で、理由がある人で来れないという場合を除いてほぼ100%近いところまで来て、団結が深まってきたのかなと思います。

一方で経営の問題についての再建については、率直に申し上げてその当時は経営に詳しくなくて数字がわからなく、それがどういう意味を持つのかということがよく掴めませんでした。たまたま高柳先生（民医連の前会長）に健和会に来ていただいて、そのとき話をさせていただいた内容が、「富士山の裾野に針の穴くらいのものが今は見えてる。その針の穴は誰が見ても向こう側は見えない。これが健和会の民医連的再建である」と言われたんです（笑）。そんな気の遠くなるような話だったのかなと思ったのを覚えています。ただ一生懸命、北九州の地で民医連の思想・哲学を持った人たちが、がんばっていこうとしたところから再建は出発していったのかな、と思います。それを動かしていただいた全日本や県連の大きな力がなかったら、健和会は破綻していたのではないかと思っております。

坂根 91年に僕が初めて行ったときは、全日本民医連の会計士を受け入れるようにと言うために行ったのです。その日の明け方までM氏にくっついて、受け入れを了承してもらえないと東京に帰れないと説得したのですが、結局受け入れてくれないままに帰ってきたという記憶があります。あのときの飛行機代は未だに請求しないままでおります（笑）。

先ほどの理事長の話の中にもありましたが、調査レポートを書いて、実はこのレポートは全日本にも見せないという約束をして僕らはレポートを作ったんですが、当然ながら見せにいったわけですけども（笑）、そのとき事務局長だった八田さんがいらっしゃいました。当時、健和会の破綻

・再生が民医連の組織としてどういう風に考えようとしていたのかということをお聞かせいただきたいと思ひます。

八田 まず、1985年2月13日にいわゆる2・13という第1回の不渡りが出た。



そのころは全日本民医連の認識も色々ございました。色々あっても当然で、中に入れてもらえないので中身は全然判らないという状況で、一方では山梨の教訓をそのまま適用するような議

論もございました。そう言ったって状況がわからないわけですから「様子を見ましょう」という、高柳先生や阿部先生のような大変名医の診断をする(笑)、わからないときは様子を見るという潮流もございました。

そういう中で、全日本が当時押さえておりましたのは、この過大な設備投資が経営の直接的な破綻の要因である。過大な投資を引き起こしたのは、やはり、大手町病院を作って上からの地域医療作りに対抗する民主的な医療網を北九州で作っていくんだという考え方があった。その辺で、民主的な地域医療作りをどのように進めていくのかということがあります。北九州というのは非常に医療過疎の地域であって、救急医療でやってくれる、頼れるところが全然無くて、そういう意味では、健和会は率先してそれに応えて、それに基づいて発展をしてきたという、ある意味では一点突破型の成長と発展というのがありました。ところが70年代の後半になってくると、自治体の方が救急を整備するとか医科大学が出来るとか、そのような状況がある中で、今言ったような路線というか考え方が出てきたのだと理解しております。やはり、これはかなり危険なことであるという指摘をしておりました。その後は潰せないという意識から、誤解も相互にあったように思うのですけれども、全日本民医連の方は、山梨型でやれと言ってくるのではないのかという健和会側の受け止めもあったと思ひます。そういうこともありまして、かなり長く民医連として中に入れていない状況がございました。

80年代の最後の頃から、全日本民医連に対して健和会の方から接触がございました。全日本の方としても、80年代のマイナスの遺産は80年代のうちにすっきりさせようということで、90年に大手町病院の民医連加盟を決定する。その後色々な議論をしまして、先ほど言われた三つの問題提起をしていくということになりました。その間、先ほどのM氏を含めていろいろの方が全日本民医連に次々にいらっしゃいました。その辺のところどうなっているのかなあという感じを当時持っておりました。そういうときは原則に帰って、まず事実を明らかにするということで公認会計士に入っただけで、全体が団結していくことが必要ですから、労働組合を含めた団結出来る体制と、それからこれまでの路線問題を含めた総括が必要ですよということで、問題の提起をいたしました。

先ほど坂根さんからお話がありましたように、私も思い出したんですけれども、数字と事実である帳票類が繋がっていないという、後にも先にも見たことのないところでありまして、大変な状況だなと思ひました。あれくらい債務超過額が大きいと、超過額が120億ぐらいでしたかね、返せるとかどうこうなるという展望を、全日本民医連は全く持っておりません。ただ一つははっきりしていたのは、これも高柳先生の言葉を借りますと「全ての再建は返せるだけしか返さないことから始まる」という(笑)、有名な哲学がありまして、そんなにたくさん返さなくて良いんだよ、返せるだけの計画を持って行って、それを銀行の方に詰めていくしかないんだと。それで色々言ってきたら、それこそ地域住民と一緒に戦えば良いのだという、非常に単純明快な、しかしながら本当にそれしかなかったんだと思ひますね。それをやっていくうちに色々なことが出てくるんじゃないかと。

と申しますのは、当時、87年当時の福岡の健和会は、身を削って再建する余地は無かったのです。山梨の場合は身を削る、給料を下げるとか職員を減らすとかってということがありました。しかし福岡の健和会は、病棟がまだ開いてない。開かなければいけないから人は増やさないといけない。人を確保しなければならぬから賃金をそんなに下げられない。こういう状況にあつて、身を削った

時期も一時期ありましたが、非常に難しい時期でもありました。そういう点で全日本民医連としては、やはり山梨とか東葛とか、そういうものとも違っていると。しかし90年代の初めの頃は、まだ銀行等々の状況も、銀行自身が危なくなっているという状況ではなかったし、さきほど公益性があるとかキャッシュフローがあるというメインバンクの話があったということでしたが、そういう意味では返せるだけしか返さないという路線で計画を作って迫っていくことと、やはり職員を結集して地域の人々と一緒に守られる医療機関としてやっていく、それがあれば法律的に向こうが色んなことをやってきても決して崩れることは無いだろうと、自信は無いながらもそのようにしゃべって、とにかく事を進めたというのが全日本の状況だと思います。

坂根 先ほど馬渡先生が健和会の状況を言っておられましたが、僕も山梨以来、民医連だけじゃありませんが、いくつもの民主的な経営の破綻というものを見て、どうして本来そうじゃないところが破綻してしまうんだらうかということを考えてみます。角瀬先生には、その辺のところを少しお話ししたいと思います。どうして破綻してしまうのかを、学問の方から切り込んでいただけたらありがたいです。

角瀬 私が健和会との関係を持ちましたのは、たまたま当時、全国の民医連の院所の研修会で話をしてみわった一つに、北九州の健和会がありました。大手町病院に行きまして、なにしろこれまでの民医連の病院とは桁違いなんですね。地上16階地下1階という、そこらの大学病院に匹敵する大きな建物がまず目の前に飛び込んできました。しかし、どうも中の雰囲気は暗いんですね。どうしてなのかと疑問に思ったんですが、ちょうど坂根先生達が調査をして報告書をまとめたその直後で、その報告書を見て一瞬目を疑ったというか、こんなことがあるのかと。つまり、営利企業が金儲けに走って倒産す



るということはいくらでもあるわけです。ところが非営利企業が営利企業以上の経営破綻をするというのは初めて見たわけでありまして、信じられなかったのです。どうしてこういうことが起こりうるのか。非営利組織、協同組織ではそういうものは起こりえないというのが世間の人々の常識と言っていていいと思うんです。ところが営利企業にも見られないような、大規模な破綻を来たしているということなんですね。

しかし、よくよく考えてみれば、これは不思議でも何でもないと今は思っております。営利企業の場合には、ガバナンスが論議されておりますように、効かない場合もありますが、経営に対するチェックの機構を作っていこうとする姿勢があるんですね。ところが非営利組織の場合は、そういうことは意識されていない。念頭に入っていないわけです。それまでは、民医連の文献を読みますと、「民主的な管理・運営」という言葉がしょっちゅう出てくるんです。あるいは「全職員が参加する経営」ということも出てくるんです。そういう理念・建前が実際に行われているならば、起こりえないことが健和会では起きているということになるわけです。帳簿が全然無いということも信じられないことで、小さなNPOなら有り得るわけです。ところが、何百億円というお金を動かすところで帳簿が無いで済んでいる。なぜなのかというと、普通の企業ならば税務署の税務調査を念頭において、架空の帳簿であれ、きちんと帳尻を合わせる訳です(笑)。ところが公益法人だとそういう心配は無い。そういうことがまかり通ってきた。外部からのガバナンスによるチェックが働く仕組みが存在していないということです。

それから内部組織の運営においても、要するにトップの独断専行がまかり通っていて、これは何なのか、民主的な経営なのかと思わざるを得ないです。この点については、私は常々、こういう非営利・協同組織のところに入入りすると共に、労働組合にも入りしてきました。ここにも労働組合があったじゃないか、労働組合は何をやっていたんだと強く思わざるを得ません。山梨の勤医協の場合もそうでしたね。労働組合があったのだけれども、何もやっていない。これは民医連だけじゃないのです。消費生協・協同組織の場合にもあ

りました。悪名高いのは大阪のいずみ市民生協です。これはトップが独断専行して経営を私物化した。労働組合はどうしたのかというと、労働組合は事実上それを支える役割を果たしてきたということなんです。あそこの場合には、中間管理職が内部告発をしてそれで社会的に問題が広がっていった、ようやく経営を立て直すシステムが作られたということがあるわけです。

そういうことで、これに先行する教訓としては、例のソビエト社会主義の崩壊がありました。あれでだいぶ勉強をしました。どんな理念を唱えても、実態を見なければ駄目だということです。その次に二番目は民医連の経営です。民医連の文献に言われていることに、私は全面的に賛成なのですが、文献に言われている通りにやられているものだと思います。ところが、そういうものじゃない。絶対に、民医連の文献どおりには通用していない(笑)。何よりも現実・実態というものを踏まえて、そして書かれた理念なり文献なりを照らし合わせてみるというのが、私の学問上の立場になっております。そういうことからすると、とかく非営利組織あるいは協同組織の運動の世界では、理念先行なんです。実態をほじくと嫌われるということがどうしてもあります。しかしそれを許していたのでは、21世紀には発展しないだろうと思わざるを得ないわけです。なぜ非営利組織が破綻するかというと、これは矛盾したことを言っているようですが、破綻するにはそれなりの理由があるんだと、私は結論として考えております。

坂根 これは研究所の重要なテーマなんです(笑)。健和会再建の初期から関わる一人が吉野さんですが、弁護士で副理事長なので、僕は整理状態にあるのかなと思ったのですが、反対に整理される側の人だったんです(笑)。当時、百数十億円の金融機関債務の協定書というか覚書というものを、何回か交わしてきました。今年の分が当面一番新しいわけですが、常に議論や検討をしながら、当面はこうすると。その当面を含んだ超長期の計画をベースにした話を持ち込んでいます。その辺について、吉野さんはどのように考えていらっしゃったのかお聞かせください。

吉野 私は91年に健和会の役員になりました。92年に再建に入るのもその1年間というのは色んな意味でカルチャーショックがたくさんありました。先ほどの話との関係でいいますと、その当時、労働組合の専従役員で今は理事になっている人が私に言っていたのは、



「健和会は大変ですよ。理事会は全く権威が無い。労働組合も残念ながら力が無い。某組織、これも力が無い。要するに、司令塔がありません」。そんな状態だと言われたのが、今考えると、ある意味でまさにそうだったんだろうと思います。そういう中で再建の過程に入って行くわけです。先ほどの高柳先生の言葉との関係でいいますと、私達弁護士がいつも裁判を起こしたり債権を取り立てたりするときに、「ところで相手は資力はあるの?」と言います。「資力の無い人から取る手は無いだよ、いくら判決で勝っても、無いものからとる手段は何も無い」これが私達の基本的な結論です(笑)。もう一つ考えていたのは、「銀行は高利貸しじゃない。従って病人の布団をひっぺがして持っていくはずは無い」。基本的に僕らは法に照らしてそういう考え方です。

金融機関の負債が1991年度は158億。協力債57億。合計215億ですね。ここで重要なのは215億という中の大部分が、金融機関の債務であるということです。ですからまずこれを返さなければいけない。借りたものは返さなければならないという前提の計画になります。そうすると、金融機関からの借入金を返すのは大変です。従って協力債なんかは返す暇はありません。これはそっとしておこうと。ここをいじたらえらいことになる。協力債57億をいじると信用不安が起こって地域住民の反発を買う。5億10億20億、それを引きおろされたら、たちまち資金ショートに至る。従って「158億をどうするか」なので、協力債の金利を少々どうかしたからどうなるという話ではない。そういうことで、やっぱり金融機関に焦点が当たる。

もう一つ重要なのは、これは書いてありますが、メインの比率ですね。銀行本体とリース会社と抵当証券会社と、この三つの債務合計がこの段階で

120数億でした。ですから、金融機関の債務のほぼ8割近く、78%だったと思いますが、メイングループなんですね。基本的には後で整理をしなくてはならないが、そこで基本的にはメイングループとどう話をつけるか、メイングループと話がつけば大筋6割方は話がつく。そういう意味でメインバンクをどうするかというのが最大の課題であったということなんです。ですから、とにかく返さなきゃいけないから、メインバンクにも返すという観点で話をしつづけてきたというのが実情だと思います。理事長もよく「借りたものは返さないといかん、まあ、返せないときはしょうがないですね」という話をしておりました。ついでに理事長の話をしておきますと、さきほど私が仕事をしていないと言いましたが(笑)、当時「健和会の3K」と理事長が言っておりました。「3Kとは何か?まず看護問題。先ほどの話にもありましたように看護師の退職率が非常に高い。看護師を何とかしなきゃならん。二つ目は健和総合病院。大手町病院の次の総合病院が病棟閉鎖その他で相当落ち込んでしまっている、赤字にもなっている。これをどう回収するか。三つ目は金利問題。十数億の金利をどうするか。」このことをあんたやってくれと言われて仕事してきましたので、別に私は仕事をしていないと言われる筋合いはございません(笑)。

結局、メインバンクとの話し合いの中で、最初は利息をカットしてくれと言いたかったのですが、私たちも言い出せなかった。70億円以上の粉飾決算がある中で、こんな粉飾がありました、ゴメンナサイと言っているのに、何とかしてくれ、金利をカットしてくださいとは、さすがの僕も言えなかった(笑)。でもさすがと言うか相手の銀行側も良く考えていて、これは金利をすぐ取るのは大変だと。その当時の融資部長が言っていたのですが、「これは破天荒なことだが金利を取らないようにして、元本から整理していく、そういう

筋書きで行こう。ただし、追加融資はしない」と。そりゃそうですね、百数十億の債務超過のところ銀行が貸したとなったら、あとでどういう責任を追及されるかわかりません。追加融資はしないので、お前たちの責任でまわして何とか返せ、そのかわり金利は棚上げにして元本から返してくれればいいんだと大枠ができた。これで「返せると思ったか」と言われると、「返さなければいけない」と思っていた(笑)。ただ、ないときは返せないよということでしょうか。

坂根 民医連的再建を歩み始めて、なかなか返済原資が上がっていかなくて、数億の体制が3年間くらい続き、やっと7~8億の体制になったと。馬渡理事長の先ほどのお話で、ここ5年間の平均が9億ぐらいということです。先ほど馬渡理事長は、重要なところは看護問題であると言いましたが、山内さんはどのように思われますか。

山内 銀行から健和会の再建計画進捗状況を作ってくれということで、私たちが作って銀行に渡した資料があります。94年度から第1回目の覚書を結びました。2001年度に2回目の覚書を新たに結んだのは、医療法の関係で、戸畑けんわ病院の新築やおさゆき・京町のリニューアルをどうしてもしなければだめだということで、新たな覚書を作ってそれを了承してもらいました。今回3回目、2003年度の覚書というのは、さきほどの決算で報告書があるように棚上金利を92%カットして合意した中身の返済計画です。再建計画の覚書で確認した経常利益というのは、基本的に金額的な中身を

きちっとやらないと銀行さんの関係で返済金額そのものが確保できないということでした。とりあえず経常利益の部分を確保することが、結果として返済原資を安定的に確保できることになるので、最低限やらなければいけない目標だということでした。95年から棚上金利がありますので、経



常利益のところは94年からほぼ10億円近くをずっと確保してきたという状況です。

ここ10年間をみると相当がんばっているなどいうこともあります。実は85年に不渡り事件を起こしまして、山梨から樋口さん（現専務理事）という方に来ていただいて、再建計画を二人で相談しながら作ったことがありました。山梨が倒産した翌年、償却前事業利益率が24%近くまで行って、徐々に下がっていったということでございました。実は健和会も85年の不渡りが出た翌年は21.6%という、ほぼ山梨と同じような経験をしています。ここ20年間、償却前事業利益率を見ると、ほぼ12%台の平均で推移しています。その意味では事業キャッシュフローを安定的に12%前後確保できる体質が、経営を大きく前進させる上で、また銀行との約定をきちんと守る上であったと。その原点は目標だけは何としてもやりあげようということです。確かに緊張感はずっと続いておりましたが、一方ではその体質が自然と身についていったのかなとも思います。

坂根 私が初めて大手町病院に行ったときに、私が行ったときにはもう違っておりましたが、当時16階に地域の開業医等が集まるサロンがありました。ベッド数と外来患者数がおおむね1対1。処方箋を出していましたが、その薬局の法人は民医連に加盟していません。なんだかよくわからないところだなというところでした。外来の外出しはあまり考えなくてもいい規模というのも含めて、救急は今でも大きなウェイトを保っていますが、12年前の当時、八田さんもいろいろと考えられたとは思いますが、今、振り返るとこの辺をどう考えればいいと思われませんか。

八田 今の時点では、たくさんのベッドの相当部分を療養型に転換できて、それらが有利な財産に転化をしたと言えます。しかし、転化するのに20数年を要したのでは、これは先見の明があったというものではないと思います（笑）。その点では大手町病院にいたる論理的な道筋というものがそれなりにあって、北九州という地域で医療活動を頑張ってきた延長線上で、そういう道筋を考えられたのだらうと思っております。しかし同時に、

そのことが体力・資力を含めて過大なものであったということは否定のしようがないことだと思っております。

1991～2年のころから民医連の再建ということ掲げて、そのあと現地で努力してこられたのは、やはり総合的な医療活動・救急などに力を入れながらも、外来、とりわけ地域の友の会などの地域の人と一緒に医療活動を進めていくという点です。救急という特徴を発揮したり、地域開業医との連携の組織が出来て、それらが高い紹介率を持っているという特徴を生かしたりしつつも、自力で外来の患者さんを増やし診療所も進め、療養型も進めるという総合的な医療活動の展開という方向で進んできたわけです。つい最近、私は健和会の学習会に行ってきましたが、職員さんたちの非常に生き生きした姿に現れてきているなと思っています。

坂根 昨年、健和総合病院が戸畑に新築したという話がありました。結局、金融機関から借り入れできないまま、約35億円の設備投資をひねり出さなければいけない中で、行ったのは自己資金と金融機関の返済を猶予するという要請をして、応諾してもらうことになったわけです。吉野さんにお聞きしたいのですが、この課題を成功させる中で、どこがもっとも難しかったですか？

吉野 「健和総合病院の建物が大変だ、もう大してもたないし、しかも施設上の問題もあって建て替えは待たなしの課題である」というのを聞いて、私が思ったのは、まず資料を集めて、客観的事実としてデータをそろえること。それが出来たらメインバンクはたぶん協力するだろうと思っていました。というのは、ここまで経常利益を右肩上がりにするところまで再建しているわけで、再建というのは我々の課題であると共に、ある意味、厳しい情勢のなかでひとつの企業の再建に乗り出しておいて途中で放り出すのかという銀行の姿勢も問われるわけです。メイン銀行のある部長が言っておりましたが、「我々は同じ船に乗っているのです」と。実はこの人はなかなか応諾してくれなかったのですが（笑）、その人の言うこともわからないでもない。うちにとって絶体絶命の課

題であれば、必ず何とかなるだろうという気はしておりました。現実的に35億円かかる。35億円というのは、年間返済原資が9億円ですから、 $9 \times 4 = 36$ で、3年間は利子以外をストップして、4年目から少しずつ増やしていくという支払方法にしました。簡単にいくかいかないかという、簡単にはいかないだろうけれど、とにかくやらなければいけないだろうと。

しかしこれは一度失敗しています。そんな金を出せないで、とりあえず小さなリニューアルで済ませておけということで、京町病院と長行病院のリニューアルについて10億円ほどを使っていいとなりました。これが第一段階で、全銀行が同意したのです。次に、もう時間がなくなっていくことで再度35億円となったときには、結局メインと非メインに分かれました。そのとき私たちもかなり腹を立てましたが、考えてみれば非メインは、ある意味では仕方がないと思います。10年近く、たいした金額でもないのにずっと付き合ってきている。しかも、私たちは手持ちで十数億円持っているわけです。場合によっては少ない融資先の二つくらいは元本をそろえてすぐ払えるわけです。彼らから見れば、「キャッシュはそこにすぐある。それなのに、ずっと覚書で待たされて次の時になったら、新しい病院を建てるとか何とか言いやがって」(笑)。向こうから見ればそういうことです。もうそういうのは健和会独自とメインさんとでやってくださいよと。いま、よく銀行間で言われている「メイン寄せ」というのがありますが、地銀とメインとがはっきり分かれました。

この段階で、メインがうちの再生を確信しているんだと僕は思いました。後は長い目で見れば再建できると思うから、35億円も使うことに同意した。なぜそうなったかといえば、山内専務がさきほど言われたとおり、職員と地域の力で毎年10億円近い利益をあげるようになってきたから。これならば大丈夫だ、と。しかし地銀から見れば、すぐそこにお金があるんだから、取ればいいじゃないかとなる。ない者からは取れませんが、健和会にはあるわけですから、私が相手方の代理人ならば「これはひょっとしたら取れるんじゃないか」と言う可能性はあると思います(笑)。そういうことだと思います。

坂根 とにかく新規原資をどこも貸してもらえないものですから、キャッシュ残高がある程度持っていないと何が起こるかかわからない。これは私どもが関わってきてもからずっと言い続けてきたことです。それで中原病院の土地を買うときに約12億円でしたが、手持ちのキャッシュで買えたのです。キャッシュを持っていないといけないと言ったときには、そんなことになるとは思っていません。何かあるときに困る、たとえば銀行の返済に困ったり、ある年だけがぐっと収益がへこんだりするのを想定して言っていたのが、後から利いたことになっています。

角瀬先生には、先ほどどうして破綻するかということをお聞きしました。この健和会がなぜ再建できたのか、いくら聞いてもはっきりわからない部分がありますが、非営利・協同や非営利組織の再建などの視点からもっとも大事なことは何かということをお聞きしたいのですが。

角瀬 経営再建に関して考えてみますと、非営利・協同組織がどういう世界で存続しているのかということが問題になります。非営利・協同組織はその理念の中だけで存続しているではありません。学問的には、医療や教育等は準公共財と言われ、限定された意味ではありますが市場の中で存続しています。競争的市場が存在しているのは紛れもない事実です。するとその市場の法則なり経営の原則なりを無視した場合には、破綻をきたす、行き詰まるのは当然なことです。健和会の過去を振り返ってみますと、ああいう冒険主義的な投資が行われたということは、やはり破綻をきたすのは当然だとなります。

再建にあたって、それが十分に踏まえられなければならない。それでは、再建のための原資を誰が、どこから生み出すのか。赤字だったものを黒字にして、剰余を生み出さなければならないわけです。剰余を生み出すのは、まずもって、そこで働いている職員一看護師や医師やその他の職種の人たち一の労働によってでしかないので。税金を持ってきて補填するわけにはいかないし、銀行から借りてきたお金は返さなければいけないのですから。返さなくていいのは、そこで生み出し

た労働の成果です。実際、いろんな苦労を経て、一生懸命働いて剰余を生み出してきた訳です。それが、追いつめられてもうそれしかないとなって生み出してきたのか、それとも意識的な方針・計画をもって生み出してきたのか、かなり大きな違いとなってくるんじゃないかと思います。

これに関連して一つ御質問したいのは、健和会の資料等を拝見していると、労働組合が二つに割れた時期があったということです。現在どうなのかはわかりませんが、何を原因として二つに割れ、それぞれの労働組合はどういう方針をもって再建に臨もうとしていたのか、その辺を知りたいと思うわけです。

もうひとつ、やはり病院は一種のサービス機関であるとも言われます。すると利用している人たち、共同組織の力に依存することなしには発展しようがありません。いくら働いている職員ががんばろうと思っても、まず患者が来なければどうしようもない。ですから、その共同組織が再建にも取り組まれたと思います。

そういう風に考えてみると、非営利・協同というものの中身が何より大事といえます。いわゆる消費生協等の場合には、主人公は消費者であるということで、働いている労働者の問題はあまり視野に入ってきません。逆に労働者協同組合の場合には、主人公は労働者であって、地域や社会の人々との関係はどうなのかがはっきりしていない。この両者、どちらを欠いてもうまくいかない。非営利・協同の理想的な姿というのは、私は複合的な協同といえますか、そこで働く人々とその経営に利害関係を持っているステークホルダーとの協同、団結をどのように作り出すことが出来るかに、すべてがかかってくると思います。健和会はまだまだかなりの借財があるようですし、利益がでるようになったと言っても、十分ではないわけです。本当の意味でのきれいな体にするのはこれからですから（笑）、本当の意味で非営利・協同が試されるのはこれからではないかと思います。

坂根 労働組合について、簡単をお願いします。

吉野 私は二つの労働組合が出来る際に、組合にそういうことをさせてはいけないということで、

会議に何度か出たことがあるのを思い出しました。

まず結論から言うと、労働組合は現在、だいぶ前から統一しています。当時分かれた原因は、率直に申し上げてはっきりしておりません。ただ、二つの流れがあったのは間違いありません。一つは当時の理事会の方で、「組合がこのままでは困る、根絶やしにしたい」と考えて動いた人も一部にはいたのではないかと思います。ただし組合員の方で新しい組合を作った、旗を振っていた中枢の中には、理事会がよけいなことをやったのだと言っている人もいました。「自分たちが自主的に作ろうとしたのに、理事会がよけいなことを言うとか言わないとかがあった」と言う人もいます。では証拠があるのかということ、確たる証拠があるのではない。だから、理事会の中でそういう動きがあったのは確からしいが、労働組合の中でも自主的な動きがあったことも間違いありません。いくつかの複雑な要因が絡み合ったのではないかと思います。

坂根 会場には民医連の関係の方がたくさんおられます。健和会がどうして破綻したのかではなくて、どうしてこんなに利益が出るのかということについて聞きたい方が、多分、かなりいるのではないかと思います。その辺を話し方にもよるかと思いますが、山内さん、出来るだけすべて（笑）、お話しただけるといいかと思います。

山内 基本は、再建の時のスローガンがありました。まず患者さんを守ること、協力債を出してくれた方たちを守ること、それから職員の権利を守ろうということ掲げてやってきました。同時に、賃金と労働条件が県内の民医連の平均と比べていちばん劣悪でしたので、労働組合とは何度も再建をする中で賃金・労働条件を改善していこうという話を進めてやってきました。進めて行く上で県内の平均に追いつき、やっと少し上回るかなとなったときに、今度は他が下がったものですから、結果的に今は健和会が一番上ということになっています。したがって、他の法人から健和会の動向に意見が出ることもあります。

それからどうすれば収益が出るのかということですが、一つはハッキリしていて、診療報酬体系

の中でどう「たたかいと対応」を進めていくのかということ。とりわけうちの場合は、金融機関との約定を違えることができないということがありましたので、なんとしても経常利益を確保する必要がありました。また現在、おさゆきりハビリテーション病院の経常利益率が20%、戸畑けんわ病院が約15%、大手町病院が5%、京町病院が5%です。だいたい10億円の経常利益は4病院で確保し、診療所はどちらかという赤字となっています。経常利益率の高いところは、やはり療養環境加算の取得と特殊疾患管理加算です。この二つが大きな威力を発揮しているのかなと思います。団体交渉では、療養型の場合はマルメですから、医療材料や医薬品を使うことが出来ないこともあって、もう少し病院として患者さんの必要な治療が出来ないのかといわれました。どういうことかと聞いてみると、湿布薬も患者さんに出して出来ないから、家から持ってきて患者さんに貼っているとかですね、解熱剤についても職員が持ってきているとか聞いたこともあります(笑)。それほどに費用の抑制の面が徹底しすぎたのかと反省しております。

またこの間、とにかく経費のシェイプアップ委員会やカイゼン委員会などに相当の力を入れてやって参りました。これらの委員会は、全役職員が取り組めるのと、知恵を貸していただいてそれを実践すればいいので、お金がかからないんですね。そこで経費比率は11%台を維持してきました。最近医療の安全性がありまして、12%台になっています。そういう中で、全職員がやってきた少しずつの成果を、金額ではたいしたことではないかもしれませんが、全体に公表して共有し、みんなの知恵を借りながら進めてきたということが今日の経営体質を作ってきたのかなと思います。たとえば投資をする場合でも助手さんから意見が出たり、若いレジデントの医師をもっとこうしなさいと怒られたりすることもあります。全体で危機感



を共有できたということと、もう一つ、共同組織の問題でいいますと、うちは遅れております。もともと債権者の会という感じで作られたものですから、ようやくここ数年、本当の地域の健康を守る友の会ということで動き出しています。全国から見ると非常に遅れているのですが、総合調査で指摘されている部分を少しでも改善していきたいと思っています。

坂根 先ほど馬渡理事長の話にありましたが、2003年度で最大の債権者であるメイングループの部分が、概ねケリが付いたということでした。棚上げ金利のカットも含めて、これからの新たな返済協定も出来たわけです。さきほど吉野副理事長も、当時その時点では棚上金利云々を言い出すのは困難だったと言っておられました。しかし、最終的にはそこに辿り着いたわけです。僕は棚上げという話を聞いたときから、どう実現するかをはっきり考えた訳ではありませんが、交渉になるか訴訟になるか別にしても棚上金利カットの闘いがどこかであるだろうと思っていました。りそなグループ側と借りの側の課題もありましたが、結果的にはそうなった。その辺を弁護士であり、副理事長であり、債務者でもある吉野先生はどのように考えられていたのでしょうか。

吉野 とりあえず、三つに分けてお話したいと思います。うちの関係で債権カットをしてもらったのは3種あります。

最初は生命保険2社、信託銀行です。メインは一番最後です。3社あわせてそれほど大きな金額ではありませんが、3社ともいわゆるバルクというやり方で債権譲渡されました。しかるべき債権回収会社に安く譲渡されている訳です。そこで我々は、元本のカットを含めて要求し、棚上金利はもちろんゼロで、一定分の元本をカットして支払うという形で片づきました。そういう意味では

こちらの力と感覚が金融情勢のなかで勝り、不良債権処理が進んだと言えましょう。これが一つ目です。

二つ目は地銀2行です。先ほど言いました福岡銀行が相当回収にかかって、長くても3年以内に回収すると向こうは考えていたようです。交渉が始まりましたが、交渉ではらちが明かないので、先ほどの理事長の話にあったように、特定調停という形にしました。その中で向こうの弁護士が、最終的に5年が限度だと話していましたので、1年プラスして6年間で元本を払い、7年目に棚上げ金利の半分を払うという話をして、向こうの貸しはがしとの対応の中で、何とか7年後に棚上金利の半分を払うというところにこぎ着けました。

この長い間つきあってきて、私にも金融機関の考え方がわかってきたのです。福銀が棚上金利を半分、しかも7年後となったその時、専務かあるいは理事長と一緒に、あるメイン系の抵当証券会社に行きました。そこで「いやー、棚上金利の件、よかったですね。でも、うちは切りませんよ」と言われたのです。「こちらはまだ要請していませんから、お願いしたときはよろしくご検討下さい」と言ったわけです(笑)。

ある意味で、メインではないところが棚上金利半額カット、しかも7年後になったのであれば、逆にメインであれば、もっとカットするのが銀行界の常識ということなんですね(笑)。と言うより、もっとカットするのが当然だし、メインとしてもそういう提案を受け入れやすいということになる。金融庁が何か言ってきたときでも、メインでも、地銀がこうだからと説明しやすい。これは我々にとって有利な状況を作り出すことが出来たかなと思います。

メインの方も、ご承知の通りいろいろな事情で早急に、少なくとも5年以内に債務超過を解消しなければならない。少なくとも70数億円の債務超過があるわけですから、毎年7～8億円を返しても、土地の再評価をしても25億～30億の累損が残ってしまう。それはなぜか、棚上金利の額とほぼ一致している(笑)。これについては5年という期限を言った最初から、我々は「毎年利益を上げて30数億円、土地再評価をして15億円とします。あと30億円残りますので、これは棚上金利を何とか

かしていただく以外ないのではないのでしょうか」と言いました。向こうの担当者も、「棚上金利カットですかねえ」とそう言わざるを得ない状況になってきたというのが実状であります。あとは細かいことを言いますと、結局、棚上金利総額の8.5%を年度内に払うということで決着がついたのです。

一つは客観的状況もありましたが、僕らも最初は金利を何とか棚上げしてもらうことから始まりましたが、戸畑けんわ病院を建てる頃から棚上金利のことに目が向きだして、どこかで何とかしなければならぬと思い出しました。メイン銀行のああいふ状況がなくても、2002年、03年、04年と少しずつ元本を減らして、2005年から棚上金利を払い始めるという話になっていましたので、今年度中には、こちらから棚上金利の減免について問題提起をしなければいけないなど私達は思っていたのです。ところが向こうに事情が出来たので、1年間前倒しになったという訳です。

基本的には毎年7～9億円の利益を上げて再建できる。不良債権の早期処理というのはいいところも悪いところもあるわけで、「こいつは見捨てる」となると大変なことになるし、「こいつは再建できる」となるとかなり変わってくる。その当たりの匙加減が大切なわけで、我々は何とかその場に辿り着くことが出来た。それは先ほどから出てきている取り組みの成果であると思います。またもう一つ言っておきますと、再建をはじめた当時に、私がある労働組合の幹部に、明日出張で東京に行くと言ったとき、その人は「ああ健和会再建3点セットで東京ですか?」と言っておりました。何かというと一つはメインバンク、一つは全日本民医連、もう一つは公認会計士のことです。この三つが再建3点セットであるというのは、私もそうだと思います。職員の頑張りだけでなく、そういうものの力があってここまで来たのかなと思います。

坂根 そろそろ最後に用意していたポイントですが、健和会の話がすべてわかった訳ではありませんが、山梨や東葛も含め、これらの破綻と再生の経験から、民医連は何を学んだのか、あるいは学ぼうとするのか、八田さんをお願いします。

八田 山梨が1983年、全日本民医連の共同組織の方針が書かれたのが85年です。健和会が85年で、統一会計基準が打ち出されてきたのが87～88年頃になります。医療の方で申しますと、85年の医療活動委員長会議や89年の医療活動委員長会議があります。この間のさまざまな民主的管理運営についての方針や共同の営みの医療論、民主的な地域医療づくりの問題と医療連携など、80年代から90年代にかけての民医連の方針には、表面に現れているにせよ、いないにせよ、山梨・東葛・健和会の問題を踏まえていないものはないと思っています。それだけ私たちにとっては、これらの問題はたまたま一つの変ったところで起こった問題という見方ではなくて、常に民医連運動全体の方針との関わりでどうだったのかということ論議してきました。そういう点では、それなりに理論的な営みとしてこれらの問題に挑戦してきたというのが、まず重要なことではないかと思えます。

もう一つ、こういう取り組みの中で職員が本当の意味で主人公となる経営や民主的管理運営論というのは、「職員の民主主義の能力」という言葉など様々な形で深められてきたと思えます。よく言うのは「つぶすのは経営者で再建するのは職員だ」と。再建するのはあんたたち職員の責任だからと、私などはつぶれる前から口を滑らせて怒られておりますが、本当にどこでも職員が身を削って頑張って再建してきているように思えます。

さらに重要なことは、こうした再建のさまざまなケースを通じて、全日本民医連はいろいろな経験をしてきましたが、一つとして診断も処方箋も同じものはありません。その場、その場の事実立って判断するほかはなく、様々な経験が生かされはしましたが、それぞれに違っている。まあ、幸せな家庭は共通だが、不幸な家庭はそれぞれに違っているということでしょうか（笑）。

最後に申し上げたいのは、全日本民医連はこうした問題を解決していく政策力とともに、全国的な支援を含めた非常に強い連合体であることを不幸にも証明してしまっています。今後もこの厳しい重荷が全日本民医連にかかっているというところが、私の後にやっていただいている皆様にはご苦労様ですということでしょうか。

坂根 概ね時間のようですが、どなたかご質問がありましたらお願いします。

（岩本）先ほど理事長の報告の中で、トップ管理者による専横・私物化を阻止することに力を注いでこられたということでしたが、昨日、実は民医連の理事会で塩塚（現福岡民医連事務局長）さんから健和会を含めた経営の問題を聞いたときに、さきほどの山内さんがおっしゃったのと同じように、そのときの診療報酬体系のなかで利益に結びつくものをどんどんひろっていくということをおっしゃっていました。しかし組織が大きくなると、変化が非常に激しいものですから、対応を民主的に決めていくというのはある意味とても大変なので、トップダウンで専横的に決めていかないと追いついていけないということもあると思います。いわゆるリーダーシップを発揮するのと、全国で議論が始められようとしている管理運営のあり方というのと関わって、基礎的な違いがないと難しいかなと思います。このことについて、何かヒントがありましたらお願いします。

（馬渡）健和会は戦いは弱いけれども、対応は早い（笑）。全国的にも対応は早いと評価をいただいております。もともと健和会の弱点として、救急一点突破で外来が弱く、共同組織も弱いというのがあります。大きな病棟を運営していく上では、外来診療が少ないと運営は出来ない、救急だけでは足りないわけです。それに加えて医師体制もきわめて弱いというのもありました。そういうことで療養型にどんどん転換していったという、時の流れに乗ったという感じがします。先ほど申し上げましたように、長行病院という病院は220床ぐらいの病院で山の上にあります、外来がありません。外来は大手町も戸畑も年間7～8千万円の経常赤字の部門ですが、長行病院は昨年、2億8千万円の経常利益を出しました。本来、外来医療で経営が成り立つような診療報酬であるべきだと思いますが、我々のところでは逆に外来が少ないことが今の時流に乗っているという感じがします。これが正しい路線なのかというと、また別のことだと思っております。

りがとうございました。

(2004年6月19日実施)

坂根 これで終わらせていただきます。どうもあ

一口用語解説

・山梨勤医協

1983年負債総額約400億円で倒産し、和議による再建、無担保債務は利息免除で全額弁済、14年目で完済。

・東葛病院

1983年新築直後に事実上破綻、全日本民医連の支援等で任意整理と再建、その後東京勤労者医療会に合流し、同法人の拠点病院となる。

・債務超過額

負債の額が資産の額を上回る状態、債権者はいつでも破産の申立が可能となる状態をいう。

・協力債

全日本民医連の法人的院所が、患者、地域住民らから資金協力して頂いている借入金。

・事業利益

医療事業等の基本の収益から、人件費、材料費、償却費などの基本の費用を差し引いた利益で、まだ金利コスト差引前の利益をいう。

・公益法人

北九州健和会は、民法34条で設立された財団法人(公益法人)である。

・バルク

不良債権を有する金融機関から、複数の不良債権を個別に査定せず、「まとめて幾ら」で買い取る方式。額面1億円の債権が平均買取価格3割などとなりうる。

・棚上利息

利息の支払いを保留する状態、棚に上げておいて当面は支払わず、後日に精算する優遇措置である。当然に正常債権という分類から外れてしまう。

・特定調停法

正式名は「特定債務等の調整の促進のための特定調停に関する法律」という長い名の法律で、特定の債権者に一定の弁済条件に応ずるように調停を申し立てると差し押えを一時止めることが出来る場合がある。成立しなくても破産へ移行するなどはないが、申立時点で正常債権分類から除外される。

・マルメ

現在の診療報酬制度の下で「出来高払い」に対する「包括払い」という支払い方式のことで、定額制ともいわれる。

・償却前事業利益

事業利益に減価償却費を足したものであり、基本の事業収支で獲得した資金額をおおむね把握する概念。

・経常利益

事業利益に金利コスト等の財務収支を加減した経常的な利益概念。通常、利益といえば、この経常利益のこと。

・事業キャッシュフロー

毎年の事業活動から得られる資金獲得能力のことで、事業活動の資金収入から資金支出を差し引いて算定する。

・療養型

急性期等の治療が完了した回復期の患者を収容する病床群で、その選択と活用には届出が必要。一般病床と医師・看護師らの法定定員数が異なる。

・共同組織

全日本民医連の法人的院所の利用者の組織のことで、医療法人や公益法人の場合、友の会と呼ばれたり、健康を守る会といたり呼称は様々である。生協法人の場合、組合員がそれに当たる。医療従事者と患者地域住民らが命と健康と共に、医療経営を守るために協力共同の活動をする組織である。

社会的責任投資（SRI）と 非営利・協同セクターの役割・課題

—— コミュニティ投資を中心として ——

小関 隆志

はじめに

社会的責任投資（Socially Responsible Investment；以下 SRI と略称）は、企業社会責任（Corporate Social Responsibility；以下 CSR と略称）を促進する一手法として日本においても近年注目を集めている。

だが、SRI において、非営利組織や協同組合などの非営利・協同セクターが重要な役割を担っていることは、少なくとも日本においてはあまり意識されてこなかった。

また、SRI のなかで、コミュニティ投資はあまり議論されてこなかったが、特に非営利・協同セクターの役割を考察する上で、コミュニティ投資の分野は見逃せない。

本論文は、特にコミュニティ投資の分野に焦点を当てながら、SRI における非営利・協同セクターの役割と課題を明らかにしたい。

1. SRI と非営利組織

（1）SRI の歴史的背景と近年の状況

SRI の歴史的背景をふりかえると、教会や市民運動組織などの非営利組織や、政府による政策・法制度といった市場外部からの圧力が SRI の成長に大きな影響を与えたといえる。

SRI の源流は欧米の宗教者による教会資金の運用として始まり、1970年代以降にベトナム反戦運動や南アフリカのapartheid 反対運動、消費者運動などと結びついた株主行動が盛り上がった。1990年代以降急成長を見せている今日の SRI は、年金基金など機関投資家によるスクリーニング¹⁾が中心で、SRI の源流にあった宗教的・倫理的・社会運動的な色彩が薄れ、より企業的で組織的な色彩が濃くなっている。だが、かつて宗教的・倫理的・社会運動的な SRI の運動で問われた社会問題が現在の SRI の投資基準として一定程度受け継がれ、宗教関係団体や市民運動組織が現在でも大きな影響力を持っていること²⁾は、非営利・協同セクターの役割を考察する上で見逃せない。

1) SRI におけるスクリーニング（screening）とは、経済のみならず社会・環境・倫理（SEE）の観点から基準を設けて投資対象を選別すること。ネガティブ・スクリーニングは、特定の産業や商品の種類を社会的に望ましくないものとして排除する手法で、タバコ、アルコール、ギャンブル、武器などが代表的。アメリカではネガティブ・スクリーニングが中心である。他方ポジティブ・スクリーニングは、特定の産業や商品を排除することはせず、社会的・環境的・経済的に多様な基準（人権の擁護、環境保護、地域社会への貢献など）を設け、優れた業績の企業を選ぶ手法で、GRI や SA 8000 など、CSR の基準やガイドラインが参照されることも多い。日本ではポジティブ・スクリーニングが行われている。

2) 社会運動、消費者運動、反戦運動が SRI の歴史的発展に与えた影響については、高田一樹「社会的責任投資の方法論と社会的・歴史的経緯の検討」http://www.ritsumeai.ac.jp/kic/li_025960/home/topics/040423_report.html に詳しい。

(2) SRIにおける非営利組織の役割

Guay, Doh によれば、SRIにおける非営利組織の役割は近年とみに増大しているというが³⁾、SRIにおける非営利組織の役割を一言でいうならSRIのfacilitator(促進者)であろう。具体的には、SRIの形態によって、非営利組織の役割も多様である。

第一に、スクリーニングに際しては、非営利組織はSRI運用会社と提携して各企業を調査し、スクリーニングの判断基準となる情報提供を行うことが多い(EIRiS、Ethibel Group、パブリックリソースセンターなど)。また、SRIの推進組織である社会投資フォーラム(SIF)も非営利組織である。SRI資産運用は投資信託銀行などが主だが、非営利のPax World FundsやTriodos Bankなどもある。AccountAbilityやSAI、GRIなどのように、CSRのマネジメント規格やガイドラインを作成・推進している非営利組織も、スクリーニングの選定基準を提供している点で重要な役割を果たしている。

第二に、株主行動に関しては、①非営利組織が自ら株主として、株主総会で提案したり、経営者側と交渉したりして、要求を反映させようとする。②企業の株主に対して問題の所在を知らせ、株主行動に協力してくれるよう説得する。③株主の代理として行動する。スクリーニングも株主行動も、企業に対する監視の役割を非営利組織は担っている。

コミュニティ投資については非営利組織が資金を仲介したり、資金提供したりしている。

以下コミュニティ投資に焦点を当てて、アメリカ、イギリス、日本の状況を検討したい。なお、本論文で「コミュニティ投資」という場合、コミュニティへの純粋な寄付活動ではなく、貧しい地域に立地する小規模零細企業に対する融資を主に念頭においている。また、貧しい地域の開発だけでなく、自然エネルギー事業やフェアトレード事業なども含める。

2. コミュニティ投資

(1) コミュニティ投資の位置

SRIにはスクリーニング、株主行動、コミュニティ投資の3種類が典型的な形態とされるが、これまで日本ではスクリーニングが主な関心の対象であった。歴史的な経緯を考えれば、日本では、スクリーニングは市民運動の系譜と関係の薄いところで、企業主導で始められたのに対し、株主行動やコミュニティ投資が主に小規模な市民運動組織や協同組合金融機関によって、大企業と対抗する形で続いてきた。

コミュニティ投資がSRIの議論から除かれた理由として、次の3点が考えられる。

①スクリーニングや株主行動の投資は金融投資を意味するが、コミュニティ投資の場合は、公共投資、すなわち地域住民の生活に密着した社会資本を整備したり、地域の住民や企業に資金を積極的に融通することを意味することが多い。公共投資の場合は、特定の投資家に収益が帰属するのではなく、現在及び将来の世代に帰属する点で金融投資とは異なる。また、コミュニティ投資の場合は、株式の購入というよりも住民組織や非営利組織への寄付、個人住宅や小規模零細企業への低利融資など、多様な形態をとりうる。

②一般にスクリーニングの対象となるのは株式上場の大企業であり、投資家にとっても、大企業にとっても、SRIはリスク管理に役立つと一般に認識されている。しかし、コミュニティ投資が主にフィールドとしている地域は経済が停滞し、貧困層が多く住んでいるなど、問題を多く抱えている。また主な融資対象は個人や小規模零細企業が主であり、融資のリスクが相対的に高い⁴⁾。金額的にも大企業への投資に比べればごくわずかなため、スケール・メリットの享受は期待できない。

他方で、年金基金などの機関投資家は、受託者責任を課せられている。スクリーニングが受託者責任との関係で正当性を持ちえたのは、選択可能な他の投資と同等の経済的価値を有する限りにお

3) Terrence Guay, Jonathan P. Doh and Graham Sinclair, "Non-governmental Organizations, Shareholder Activism, and Socially Responsible Investments: Ethical, Strategic, and Governance Implications," *Journal of Business Ethics*, Vol.52, 2004.6.

4) cdfaへのインタビュー(2004年9月7日)によると、現在の貸し倒れ率は12%と高く、借り手のキャパシティ・ビルディングなどが必要とのことであった。

いてであった⁵⁾。

③コミュニティ投資が日本に皆無というわけではないが「コミュニティ投資」として認識されることがあまりなかった。また、コミュニティ投資を促進する政策が存在しないこともあって、日本でコミュニティ投資を論じる意味が見出しにくい、ということが考えられる。

だが、今後コミュニティ投資への関心が高まる可能性は充分あり得る。

第一はスクリーニング判断基準への組み込みである。現時点では、一般的にスクリーニングの要件に組み入れられているのは寄付やボランティア支援であるが、金融投資は含まれていない。しかし、寄付やボランティアなどの社会貢献活動には限界がある。今後、コミュニティ投資への社会の関心が高まれば、世論の後押しを受けて、将来的にコミュニティ投資がスクリーニングの基準に含まれることも充分あり得る。

第二は法制度的環境の整備である。アメリカやイギリスなどにおいてコミュニティ投資が発展を見せている背景には、投資を促進する積極的な政策が政府によって進められ、法律・制度が整備されたことが挙げられる。

第三はコミュニティ投資が単なる社会貢献や慈善事業（コスト要因）ではなく、ビジネスチャンス（収益要因）になりうるとの見方が広がれば、社会的圧力や法制度的な後押しがあまりなくても、企業が自発的にコミュニティ投資に積極的な姿勢を示すことになろう。

加えて、投資対象となる社会的企業（Social Enterprises:SE）や社会的協同組合が経済復興だけでなく雇用拡大や福祉の面からも注目され、ヨーロッパ諸国で成長を続けている。日本においても地域経済の活性化としてコミュニティ・ビジネスが注目を集めているが、他方で社会的企業やコミュニティ・ビジネス、非営利組織にとって、資金調達が事業拡大には不可欠の難題であり、その面からもコミュニティ投資の重要性は大きい。

コミュニティ投資を論じる際に不可欠の存在がコミュニティ開発金融機関（Community Develop-

ment Financial Institution:CDFIs）である。CDFIsは、従来の銀行や金融機関からは十分に融資を受けられないコミュニティを中心に融資する専門の金融機関である。CDFIsには、コミュニティ開発銀行やクレジット・ユニオン、貸付基金、ベンチャー・キャピタル、零細企業融資が含まれる。主な融資先は非営利組織、社会的企業、協同組合、コミュニティ、個人などで、既存の金融機関からは融資されない低所得層の住民や零細企業、非営利組織の経済的自立を図り、地域経済全体を活性化することを目的としている。

（２）アメリカのコミュニティ投資

①歴史的発展

アメリカでは1960年代後半以降、CDFIsの設立が本格的に始まった。1973年には初のコミュニティ開発専門の金融機関である南シヨア銀行がシカゴ市に設立され、住民の利益を最優先にした経営で荒廃した地域をよみがえらせるとともに銀行自体の経営も業績を伸ばし、見事に成功を取めた。さらに1977年には地域再投資法（CRA）が成立し、地域への責任（低所得地域への融資やマイノリティからの役員登用など）を果たさない金融機関には支店開設、合併、買収などを認めないという規制が課された。

1980年代のコミュニティ金融破綻に対して、1989年にCRAの規制強化が行われ、マイノリティなど中低所得層への融資対応に関する報告書を公開することが義務付けられた。コミュニティ投資は1990年代以降大きな成長を見せた。

②法制度

1994年成立のCDFI法は、低所得層のコミュニティが資本や預金にアクセスする機会を拡充するとともに、ファンドの創設によりCDFIsに対して連邦政府が支援することを定めている⁶⁾。2004年9月末現在で、ファンド創設以来全米176のコミュニティ組織に対して57,843,468ドルが供給されている。

他方、免税制度（NMTC）は、低所得層の地域

5> SRI評価・格付機関 SERM Rating Companyへのインタビュー（2004年9月2日）。

6> Holly Sraeel, "CDFIs get signed into law," *Bank Systems & Technology*, Vol.31, 1994.11.

における不動産取引やベンチャー・ビジネスへの投資を促進することで、低所得層の地域での資金不足を補うことを目的としている。

NMTCは、7年間のうち前半の3年間は投資総額の5%相当額を、CDEを通じて投資者に毎年還元され、後半の4年間は投資総額の6%相当額を毎年還元される仕組みになっている⁷⁾。2002年に第1回の募集が行われ、345のコミュニティ開発組織が総額25億ドル分の免税額を割り当てられた。

③コミュニティ投資の現状

ファンドや免税などの法制度に支えられる形で、CDFI資金が低所得層の地域に供給されるシステムが近年発達・定着してきた。CDFIsの数も現在600を超えるまでになった。

CDFI Coalitionが442のCDFIsを対象に行った2002年度調査によれば、442組織の総資産は102億ドル、7,800の企業に融資し、34,000の雇用を支え、経済困窮者の抵当4,100件を帳消しにするなど、多くの実績を上げている。

融資先の種別を見ると、金額ベースでは住宅が融資全体の60%と最も多く、企業が18%、個人が12%、コミュニティサービスが6%と、個人向け融資がかなりの割合を占める。

1993年にはCDFI1団体平均180万ドルの融資実績だったが、10年後の2002年末には平均2800万ドルと、15倍以上に伸びた⁸⁾。他方、社会投資フォーラム(USA-SIF)が2003年に行った調査によれば、CDFIの総資産は140億ドル。2001年から2年間で資産が84%も増加したという⁹⁾。

(3) イギリスのコミュニティ投資

①歴史的発展

今日の本格的なCDFIの発展に直接つながる動きはブレア政権の誕生以降で、まだ日が浅い。1980

年代以降、イギリス国内での貧富格差は拡大し、貧しい地域は社会福祉や企業の寄付に依存する傾向にあったが、貧しい地域の経済的自立をかえって阻む荒廃の悪循環に陥った。こうした状況に対して貧しい地域に資金を調達し自立的な地域発展を促すために生まれたのがCDFIsであった。

1998年、政府部内の社会的排除局が、社会的排除に関する政策を検討した結果、中小企業局が貧困地域の企業を支援するCDFIsを奨励し、またフェニックス・ファンドを1999年に設立することとなった。さらに2000年10月、政府部内の社会投資タスクフォースが勧告を大蔵大臣に提出した結果、CDFIsの推進組織cdfaが2002年4月に設立された。

CDFIsの法的地位が改善をみたのもこの時期であった。チャリティ委員会は2000年、「コミュニティの力量形成」をチャリティの目的条項として新たに加えることを宣言、2001年末までにチャリティとしてCDFIsを認めるガイドラインを設けることを決めた。

②法制度

フェニックス・ファンドは、貿易産業相によって1999年11月に設立された基金である。この基金は、貧困な地域、少数民族や女性といった、事業への支援や融資を受けにくい人々に対して融資の機会を提供することを目的とし、あわせて社会的企業の創設・発展をも促進する。ただし、社会的企業が直接融資を受けるのではなく、CDFIsなどの専門インターメディアリ¹⁰⁾を通してということになる。

1999年から2003年までに、40のCDFIsに対し約200万ポンドの資金を供給した¹¹⁾。現在、CDFIsの収入のなかで、フェニックス・ファンドからの資金が占める割合は30%を占め、CDFIsセクターの急成長を経済的に支えてきた。だが2006年をも

7) CDFI Fund, "New Markets Tax Credits Program". <http://www.cdfifund.gov/programs/programs.asp?programID=5>

8) Claire Rusko-Berger, "CDFIs take a chance on those chancing the community," *Baltimore Business Journal*, 21(37), 2004.1.

9) Social Investment Forum, "2003 Report on Socially Responsible Investing Trends in the United States," *SIF Industry Research Program*, 2003.12, pp.23-24. <http://www.socialinvest.org/areas/research/>

10) インターメディアリ (intermediary) とは、NPO などに対して主に資金を供給する仲介組織。論者によっては資金だけでなく情報・ノウハウなども幅広く含める場合があるが、ここでは投資者と起業家(債務者)の橋渡しによって資金供給を促進する組織を指す。CDFIsは貧困な地域の再生を専ら目的としているため専門インターメディアリという。

11) Small Business Service, "The Phoenix Fund", <http://www.sbs.gov.uk/phoenix/>
"Phoenix Fund for CDFIs," http://www.sbs.gov.uk/finance/phoenix_cdfi_r_3.php

って終了の予定であり、CDFIs は将来への危機感を募らせている。

免税制度 (CITR) は投資家の納税義務を減免するもので、投資額の 5% に相当する額までの減税を、5 年間にわたり認める。投資家にとっては減税のメリットを享受し、CDFIs は、5% 以上の高率で投資を募ることができるというメリットを享受できる。CITR は、投資家にとって好条件を提示しているため、一般に歓迎されている。またこうした制度の効果もあって、商業銀行に比べて CDFIs は高い成長率を誇っている。

③現状と課題

イギリス国内の CDFIs の数 (クレジット・ユニオンを除く) は、正確には把握されていないが、60~70 程度存在していると推計されている。そのうち cdfa に加盟している CDFIs は 51 組織にのぼる (2004 年 9 月現在)¹²⁾。

CDFIs は近年急速にその数を増やしてきた。cdfa の調査によれば、調査に回答した 36 組織のうち、設立後 2 年未満の組織が全体の過半数を占める。融資は 4,292 件、総額約 1 億ポンド、資産総額は 2.2 億ポンド、事業向け融資は平均で 4,000 ポンド程度、CDFI の資産規模では中規模 (50~100 万ポンド) が全体の 3 分の 1 を占める、などの点が明らかになった。

イギリスの CDFIs の課題は、まず認知度の低さである。コミュニティ投資の需要は高いが、設立から日が浅い組織が多く、まだ社会の中で市民権を得ているとは言えない¹³⁾。

次に、リスクの大きさである。貧困地域や少数民族など経済的に不利な人々に対して融資することから、担保価値の確保という点では確かにハイリスクである。その上、アメリカのように再保険制度がまだ整っていない。貸し倒れ率はまだ 12% と高く、民間の投資を呼び込むには不十分なので、債務者に対して企業経営や融資に関するアドバイスをするなど、キャパシティ・ビルディングを行う必要があるという。また、CDFIs の融資担当者

も専門性を高めることが強く求められている。

④ CDFI の事例

CDFI はコミュニティ開発金融機関の総称であって、その実態は極めて多様である。イギリス全土を活動エリアにしている比較的大規模な組織もあれば、一つの地域 (たとえばロンドン) だけに限定している組織もある。営利企業もあれば、非営利組織もあり、また政府系に近い組織もある。ここでは 2 つの事例を挙げるにとどめたい。

oneLondon は、大ロンドン開発公社 (Greater London Enterprise: GLE)¹⁴⁾ の一部門として設立された CDFI で、企業経営支援とコミュニティ形成支援を幅広く手がけている。企業経営支援としては、融資、経営上の助言・指導、黒人・マイノリティの事業支援などを行う。

コミュニティ形成支援としては、若者への教育、学校と企業の連携、職業訓練、CSR 活動への支援などを行っている。2002 年には 6000 人以上の事業主を支援し、200 の新しく生まれた企業に 100 万ポンド以上を融資し、不利益をこうむっているロンドン市民 300 人以上に職を与えた。2002 年度の貸付基金は 170 万ポンドに達し、片親の家庭や難民、女性、黒人・少数民族などによる事業に融資した¹⁵⁾。

Co-operative Bank は、融資に際してネガティブ・スクリーニングを行うほか、フェアトレードやチャリティ、社会的企業に対して積極的に融資する SRI 銀行である。投資基準 (ネガティブスクリーニングを含む) は“Ethical Policy”に 8 項目にわたり整理されている (基本的人権、武器取引、企業社会責任、遺伝子組み換え、社会的企業、生態系への影響、動物愛護、消費者保護)。また、コミュニティ投資にも熱心で、コミュニティ再生のために取り組むチャリティに対しては手数料を無料にして支援している (“Community Directplus” の Free Banking サービス)¹⁶⁾。

これまでアメリカ、イギリスにおけるコミュニティ投資の歴史的経過と政策・法制度、現状と課

12) 51 組織のうち cdfa の会員 (member) が^⑬、準会員 (associates) が^⑭ (筆者のインタビューによる; 2004 年 9 月 7 日)。
13) CDFIs の課題は、cdfa へのインタビュー (2004 年 9 月 7 日) による。

14) 大ロンドン開発公社 (GLE) はロンドン市内 33 自治組織 (borough) が共同所有する公共の経済開発機関だが、税金は使わず独立採算で経営している。<http://www.gle.co.uk/about.htm>

題を概観してきた。これらの非営利組織、協同組合金融機関は、政府とコミュニティの住民、非営利組織、企業、投資家など多様な主体間の橋渡しとして中心的な役割を果たしている。また、資金仲介にとどまらず、衰退したコミュニティに密着しながら、住民の要求に応えるかたちでコミュニティ再生を図ってきた点で、商業銀行と決定的に異なっている。住民の生活・事業に密着しながらコミュニティの再生を図り、地域経済の自律的な発展を支えてきたことは、経営ノウハウの提供や、若者に対する職業訓練なども同時に行っている点にも、顕著に現れている。

(4) 日本のコミュニティ投資

①地域開発投資

アメリカやイギリスでコミュニティ投資を論じる際に、主に念頭にあるのは、黒人や先住民などの少数民族、女性、高齢者で貧しい人々や失業者、ホームレスなどが集住し、そのコミュニティ全体が貧困と荒廃に苦しんでいるというイメージである。

日本においても、貧困にあえぐ地域は決して少なくない。都市部においては、その代表的な地域が山谷・寿町・釜ヶ崎をはじめとする日雇い労働者の集住地区であり、1990年代以降長期不況の影響を受けて日雇い労働者のホームレス化が急速に進んだ。失業率の増加とホームレス化は、地域経済全体の冷え込み、衰退に直結する。他方、農村部に目を転じれば、極端な人口減と高齢化、農業所得の低迷によって、コミュニティそのものが崩壊しかけている農山漁村が目立つ。

コミュニティ・ビジネスへの支援、ボランティア活動やNPOとの協働によって地域の課題に取り組もうという姿勢は、近年自治体の中に少しずつ芽生えてきたが、マイノリティや貧困層、高齢者などを対象としたコミュニティ投資は、日本で

はまだほとんどないと言ってよい。¹⁷⁾

②社会開発投資

日本ではむしろフェアトレード事業や、自然エネルギーの活用、女性や障害者の起業、NPOなど、社会開発投資の分野に、多くの事例を見ることができる。融資は日本のNPOにとって従来なじみが薄かったが、法人格を獲得し事業規模が拡大するにつれ、融資を受ける必要性・可能性は次第に大きくなってきた。

ここには主に2つの流れがみられるが、一つは協同組合金融機関が社会貢献的な意味合いを込めて、NPO法人や市民事業に対して融資を始めたというものである。たとえば労働金庫によるNPOへの融資(NPO事業サポートローン)を開始し¹⁸⁾、また永代信用組合(当時)がプレスオールターナティブと提携して1989年に市民バンクを設けた¹⁹⁾。

もう一つは市民組織が特定のテーマに沿った事業に融資するもので、市民金融とも呼ばれる。未来バンク事業組合、北海道NPOバンクなどが近年日本各地に誕生している²⁰⁾。

他方、政府・自治体による政策をみると、NPOへの融資制度を設けた自治体がいくつか生まれ てきたことが挙げられる²¹⁾。

NPO法人は利潤非分配の原則上、配当を原則とする出資にそぐわず、出資による資金調達を許されていないため、事業拡大にあたって資金調達に限界を感じている組織も少なくない。また、金融機関を設立することは難しいため、有限責任中間法人にしたり、私募債という形で調達したり、二重組織を作るなどの例がみられる。

NPOへの融資には、NPOの財政基盤や担保価値が低いこと、信用保証制度の対象外であること、融資案件に相当する事業が絶対的に少ないこと、などの問題点があると指摘されている²²⁾。また山

15) oneLondon, 'Review 2002', p.14.なお、oneLondonの活動の具体例はウェブサイト <http://www.gle.co.uk/onelondon/enterprisedevelopment.htm> に詳しく紹介されている。

16) Co-operative Bankについて詳しくはウェブサイト <http://www.co-operativebank.co.uk/>。

17) ただし、一つ例を挙げるとすれば、山谷地域でホームレスの支援を行っているNPO法人自立支援センターふるさとの会は、ホームレスの自立支援を通して山谷地域の再生を図ろうとしている。ホームレスが職を得て経済的に自立した生活を送れるようになれば、商店街で買い物をするだけの購買力も得られ、地域の産業・雇用を新たに生み出すことにもつながるからである。「福祉から雇用へ」の発想といえよう。ふるさとの会は、中央労働金庫や未来バンク事業組合などから融資を受け、ホームレスのための宿泊施設を増設しているが、この種の融資はアメリカやイギリスなどで行われているコミュニティ投資のイメージにかなり近いと考えられる。筆者によるインタビュー(2004.4.12、2004.5.26、6.21)。

口郁子は、NPO 法人への融資に際して、NPO そのものに対する認識の低さと事業評価の難しさ、信用力の判定基準のあいまいさ、社会性評価と事業運営のギャップなどを挙げている²³⁾。

③地元中小企業への融資

小規模零細企業の多くは、信用金庫や信用組合といった、地域に根ざした協同組合金融機関からの融資にかなりの部分を依存してきた。信用金庫や信用組合、農協などをコミュニティ投資の担い手と位置づけることができよう。

2005年4月のペイオフ完全実施を控えて、多くの信用金庫・信用組合が非常に厳しい経営環境に立たされている。近年は、金融庁が不良債権処理と地域経済の再生を同時に進めるリレーションシップ・バンキングの機能強化策を導入するなど変化の兆しも現れている。

おわりに

コミュニティ投資の意義は第一に、不利な地域の人々に資金を積極的に供給し、地域間の経済格差を緩和することである。税金による所得再分配機能に限界があるなかで、市場の仕組みを活用し

たコミュニティ投資は、新たな可能性をもっている。

第二に、海外輸出や工場誘致といった外発的な経済発展ではなく、住民自身が身の丈にあった事業で地域の活性化を図るといった内発的発展のモデルを示していることである。

第三に、SRIの一角に位置づけられることである。日本ではまだ関心が強いとは言えないが、アメリカではSRI投資家によるコミュニティへの投資が「1%キャンペーン」などで進んでいる。投資家がコミュニティ投資に可能性を見出せば、今後の発展も期待できる。

課題としては、まずコミュニティ投資の脆弱性が挙げられる。情報不足も、関心の低い一因であろう。コミュニティ金融機関の専門性を高め、一般市民や投資家に教育・啓発し、社会的企業の経営の力量を高めるなどして、今後の展望を切り開くことが求められている。特に日本においては、コミュニティ投資をどのように促進するのか、まずは広汎な議論を起こしていくことが重要であろう。

(こせき たかし、明治大学経営学部専任講師)

- 18) 中央労働金庫の山口郁子によれば、NPOの資金不足に際して、「市民活動の担い手を育成するため」の助成と、「社会的事業体を支援していくため」の融資制度（「ろうきんNPO事業サポートローン」）の双方を中央労働金庫は行っており、これは、中央労働金庫の社会貢献事業の一環として位置づけられている。労働金庫は全国に、北海道、東北、中央、新潟、長野、静岡、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州、沖縄の13組織からなるが、そのうちNPO融資制度を持っているのが10あるという（融資実績があるのは8）。労働金庫の中でも先がけて融資制度を導入したのが中央、近畿労働金庫で、2004年度末時点での融資残高は、全国計で100件、6億8285万円（うち近畿労働金庫は37件、3億2450万円、中央労働金庫は37件、2億1080万円）となっている（筆者らのインタビュー2004.6.28による）。全国労働金庫協会の多賀俊二は論文「NPO施策と労働金庫」(労働金庫研究所『RESEARCH』15号、2004.10)を著し、「地域共生ファイナンス」の一環としてNPOへの融資を今後発展させるべきだと述べている。市民バンク <http://www.p-alt.co.jp/bank/>。
- 19) (社)全国信用金庫協会のコミュニティビジネス支援研究会は「市民事業を支える地域金融の可能性を拓く」と題する報告書を発表し（2004.5）、NPOなどが取り組んでいる市民事業を支援することは信用金庫の社会的使命であると位置づけている。 <http://www.shinkin.org>
- 20) 1994年設立の未来バンク事業組合 <http://homepage3.nifty.com/miraibank/>、生活クラブ生協などのメンバーによって1998年に設立された女性・市民信用組合設立準備会（WCC） <http://www.wccsj.com/>、西京銀行と市民バンクの提携により2001年に発足したしあわせ市民バンク <http://www.lets.gr.jp/bank/>、全国初のNPO専門バンクとして2002年に発足した北海道NPOバンク http://www.npo-hokkaido.org/bank_hp/top.htm、中央労働金庫と提携して助成と融資を行う、ちば市民活動・市民事業サポートクラブ（NPOクラブ） <http://www2.odn.ne.jp/npo-club/>、長野県に2003年設立されたNPO夢バンク <http://www.npo-nagano.org/topics/bank>、生活クラブ生協などが2003年に設立した東京コミュニティパワーバンク <http://www.h7.dion.ne.jp/~fund/>、坂本龍一・櫻井和寿らアーティストが2004年に開始したアーティストパワーバンク <http://www.apbank.jp/>。
- 21) 秋田県NPO融資 <http://www.pref.akita.jp/tyosei/sys/hyouka/h14/tousyo/H210404.pdf>、群馬県のNPO活動支援整備基金 <http://www.pref.gunma.jp/g02/g020020.htm>、長野県のNPO活動振興資金金融 <http://www.pref.nagano.jp/seikan/scibun/vol-unteer/yuushi.htm>、広島市NPO活動支援融資制度 <http://www.city.hiroshima.jp/shimin/siminkatsudou-suishin/npoyushi.html>、京都市助成金等内定者資金融資制度 <http://www.kac.or.jp/boshu/ya-si/>など。また、NPOや労働金庫などと提携して行う場合もある。北海道NPOバンクには北海道庁の出資と札幌市の寄付が、NPO夢バンクには長野県庁の無利子融資が大きな役割を果たした。
- 22) 樽見弘紀（北海学園大学）「市民金融の可能性」（NPO研究フォーラム2004年6月例会における発表）2004.6.による。
- 23) 山口郁子「ろうきんはNPOバンクになれるか」アリスセンター『たあとる通信』2号、2001.4、16ページ。

EUの労働挿入社会的企業 ：現状モデルの見取り図

C. タヒステ、J. ドウフルニ、O. グレゴワール

(訳) 石塚 秀雄

訳者前書

この論文は、C.Davister, J.Defourny, O.Gregoire, “Work Integration Social Enterprises in the European Union: An Overview of Existing Models”, EMES, WP.No.4, 2004の全訳である。ただし、原注と参考文献は掲載の都合上割愛した。【 】は訳者注である。3人の筆者はベルギーのリエージュ大学の社会的経済センターの研究者たちである。EMESとはヨーロッパの社会的経済の研究者のネットワークの略称である。最近のプロジェクトの成果としては“The Emergence of Social Enterprise”(邦訳『社会的企業』日本経済評論社)がある。

この論文は、EMESネットワークの各国研究者による、各国における社会的弱者または社会的排除を受けた者を労働市場に挿入することを目的とした労働挿入社会的企業の調査論文をベースにして、ヨーロッパ全体の見取り図をまとめたものである。

社会的企業とは非営利・協同組織による企業・起業活動を行うものである。社会的企業という呼称は次第に広まりつつあるが、ヨーロッパではその目的は大きく2つある。ひとつは社会的弱者に対する雇用または起業の促進であり、もうひとつは社会的経済セクターによる福祉社会サービスの事業促進である。この2つの目的は密接な関係にあるが、日本では、後者の分野での役割が強調され、非営利・協同セクターの議論においては雇用や労働創出の問題はあまり議論がされていない。またヨーロッパの議論では社会的弱者の概念は多様なグループを含む。すなわち、高齢者、低技能失業者、低技能若者、女性、障害者、移民、薬物中毒者、受刑者、少数民族などが含まれる。社会的排除と社会的統合の解決の手段として社会的企業が重視されつつある。

本論文は、社会的企業の形式、目的などを表として区分しているのので、日本においてはあまり議論されないところの非営利・協同組織はどのような企業組織形態を持つのかという組織論の議論にも寄与できると思われる。なお訳語としての「労働挿入」は、英文での「労働統合」と同じであるが、ラテン語系の語感の方を採用した。

はじめに

社会的経済が関連する広い活動範囲のなかには、社会的に不利な労働者の社会的かつ就労的な統合を目指す活動があるが、そうした活動組織は非常に少ない。しかし、高い失業率の今日においてそうした活動組織は特別な関心を持たれている。近年ヨーロッパでは社会的経済において、労働挿入起業組織についての用語が登場している。それが労働挿入の社会的企業(Work Integration Social Enterprises, WISEs)である。

労働挿入社会的企業は自主的な経済事業体であり、その主要な目的は、労働挿入社会的企業それ

自体やまたは民間企業において、労働市場において困難を抱えている人々に職業訓練をして労働市場に統合することである。この労働挿入または統合は、生産活動と労働者へ個別対応してフォローアップをし、労働者の質を高めるための訓練を通じて行われる。労働挿入社会的企業はいろいろな分野で活動しているが、ヨーロッパでは、マニュアル労働(建設や建築など)、ゴミ回収、リサイクル事業、公園緑地整備、製品包装分野が中心である。

本論文は、部分的にはPERSE【労働挿入社会的企業調査】研究プロジェクト(2001-2004)の中で集められた資料を利用しているが、大部分は

EMES ヨーロッパ研究ネットワークのメンバーたちによって作られた資料に基づいている。このEMES【社会的経済労働統合企業研究】研究の目的は、ヨーロッパ連合内の11以上の国に関する労働挿入社会的企業の社会的経済的評価を測定することである。それは次の3つの分野の研究と結合している。すなわち、

- (1) 市場、非市場、社会的資本に基づいた、動員されるさまざまな資源のタイプの分析。
- (2) 個人の利益の計測（労働挿入される労働者の）、また労働挿入社会的企業によってつくられる社会的共通益(社会全体の)の計測。
- (3) これらの組織がどのように発展してきているのか、および公共政策との相互関係。

ヨーロッパの労働挿入社会的企業については、これまでEMES ネットワークでも他の研究との関連でやってきた。それはELEXIES プロジェクト(2003-2003)である。このプロジェクトは、EU11カ国の労働挿入社会的企業について、その法的枠組み、支援財政組織、目標グループ、職業訓練の種類などの主要項目を記述するという方法で主として行われた。本論文はこれらの項目データを基礎にしたものである。

本論文は2つに分けられる。第1節は、ヨーロッパにおける労働挿入社会的企業の多様さを5つの項目に分けて示したことである。すなわち、労働挿入の形態、それらの労働者の地位、社会的職業的訓練の形態、目標グループの特徴、動員された諸資源の分配方法、である。第2節では、EMES ネットワークによる「社会的企業」の定義に基づく、ヨーロッパの労働挿入社会的企業の共通点を示した。

第1節 ヨーロッパにおける労働挿入社会的企業の類型区分

われわれは最初にEU連合における労働挿入社会的企業のマップを、いくつかの基準に基づいてつくる。調査した10カ国から39種類の労働挿入社会的企業がリストアップされた。マップ上、それらの位置は区分基準によって異なる。

この区分はヨーロッパの労働挿入社会的企業の活動を見る上で、主要な傾向を明らかにする。さらに国際的な現状の見取り図を単純化して示す。

われわれはいくつかの点での比較をするにとめているので、多様な労働挿入社会的企業のそれぞれの特殊性や経営方法について完全には反映していない。

1.1. 労働挿入の類型

ヨーロッパの労働挿入社会的企業には4つの主要モデルがある。

(1) 中継的就労をする型

この目的は、目標グループに労働経験を与えること(中継的雇用)、または、就労上訓練を行うことである。これは社会的に不利な労働者を一般労働市場に統合することを目的としている。「就労(occupation)」という言葉は、本論文では、伝統的な雇用契約との相違を強調するために使われる。就労という言葉は訓練中の人々についても、特定期間契約で雇用されている人々についてもいずれにも適用される。

たとえば、生産的労働を通じて、また個人的ニーズにあわせた理論的訓練の質を高めることを通じて、ベルギーの「就労上訓練企業」やポルトガルの「労働挿入企業」は、訓練対象者の個人的、社会的、就労的な競争力の改善、すなわち労働市場における就労能力(employability)の増加を目指している。

(2) 恒常的自主財政的仕事の創出をする型

これらの労働挿入社会的企業は、労働市場において不利な人々に対して中期的に安定した経済的に暮らしていけるような仕事の創出を目的としている。第一段階では、公的補助金が与えられて、目標グループの労働生産性の不足を補填するために使われる。これらの補助金はしばしば一時的なものなので、かれらが労働市場の本流の中で適応能力を発揮する前になくなってしまふ。この補助金利用段階の後には、これらの労働挿入社会的企業が、企業みずからの財源(主として市場資源)によって、対象の労働者に賃金支払いをする。

この労働挿入の種類としては、「長期労働挿入社会的企業」(フランス)が特徴的である。

そこでは、長期の仕事を失業労働者に与えて、彼等自身が社会的就労的自立を獲得できるようにし、「経済アクター」として参加的な経営体の中でうまくやっていると。またドイツやイギリスの「社会的会社 (social firm)」は、労働挿入対象の労働者にたいして、どちらかといえば古典的な起業概念によって、継続的仕事を創出する。こうした労働挿入社会的企業では、財源は主として、その企業みずからの財とサービスの販売による市場資源を通じて作られる。公的補助金がある場合は、補助金は徐々に減らされてなくなるか、または特別目的 (訓練対象者、訓練スタッフなどの費用) のために使われる。

(3) 恒常的補助金による就労的労働挿入する型
 一般労働市場に統合するためには中間的な期間では困難と思われる、もっとも不利な人々に対しては、公的補助金が恒常的に補助される安定的仕事が提供される。これには開かれた労働市場から「緊急避難的に保護する (sheltered)」企業というものも含まれる。これらの労働挿入社会的企業は主として障害者を雇用するが、重度の「社会的障害者」もそこに含まれる。

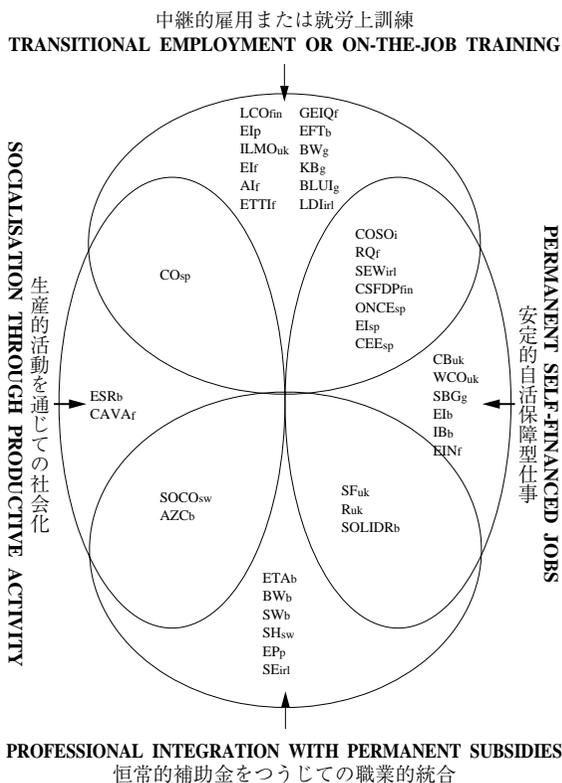
公的補助金を十分に受けてこそ、「保護型労働作業所」(ポルトガル、スウェーデン、アイルランド)と「補助金受給労働企業」(ベルギー)は、心身障害者に生産的活動を様々に提供することができる。この労働は障害者たちに「社会的なアイデンティティ」を構築させ、また一定の職業的能力を身につけさせる。(しかし、ほとんどの労働者は、一般労働市場での雇用をみつけることはできない)。

(4) 生産的活動を通じて社会化する型
 この区分では、目的は一般労働市場への職業的統合ではなくて(その可能性は排除しないが)、むしろ目標グループを、社会的契約や、規則の遵守や「秩序だった」生活スタイルの確立などを通じて、(再)社会化をすることである。従って、その活動は実際の法的地位や労働契約による規制を受けないという意味では「準公式的」活動ということができる。これらの労働挿入社会的企業は、主として深刻な社会的問題を抱える人々 (アルコール中毒者、薬物中毒者、

前科者など) や重度心身障害者たちと協働している。

この区分では2つの種類の労働挿入社会的企業に概念化できる。第一は、フランスにおける「労働生活適用センター」である。この目的は、生産性を特定の水準までに高めるということではなくて、心理学的問題や社会的問題を抱えた人々を「労働を通じて再社会化」することである。同じようにベルギーのリサイクル活動事業をしている「労働挿入社会的企業」は、深刻な社会的問題をかかえている人々を集めて廃品資源回収の仕事を行っている。これは彼等が一定レベルでの社会的および就労的自立化を図るのが目的である。第二は、スペインの「就労センター」であり、職業的訓練によるセラピーと補助金受給を受けて社会サービスと対人サービスを一般労働市場では仕事を見つけない重度障害者に対して提供する。

図1 労働挿入の方法



※略字は文末の別表を参照のこと

図1は、ヨーロッパの労働挿入社会的企業を労働挿入の形態別に分類したものである。

この図について以下に説明する。

- (1) 労働挿入社会的企業の大多数は、主として「労働挿入の単一モデル」である(39種類のうち26種類)。残り【13種】は、あるひとつのタイプの労働挿入社会的企業の中にいくつかの種類がつけ加わったものである。もっとも一般的なケースは、中継的な雇用づくりを安定的自活型の仕事によって行うものである。たとえば、イタリアの「社会的協同組合タイプB」【障害者・社会的弱者の雇用挿入を主たる目的とする。タイプAは障害者・社会的弱者に対する社会サービスの提供を主たる目的とする】やフランスの「地区企業」である。
- (2) 労働挿入社会的企業のうちでもっとも一般的な労働挿入モデルは、「中継的雇用」目的のものである。すなわち、このモデルだけで全体の3分の1あり、また労働挿入社会的企業の7種類が安定的自活保障型仕事と「中継的雇用」を結びつけた事業を行っている。恒常的な補助金受給に基づく仕事と安定的自活型の仕事目的の2モデルも多く見られる(労働挿入社会的企業の6種類がそのそれぞれの単一モデル、そして3種類が両方のモデルを結びつけて事業を行っている)。
- (3) 「各国の傾向」は、ヨーロッパの労働挿入社会的企業の分布をその労働挿入の種類で見ると明らかになる。フランスとドイツは中継的雇用と就労上教育を重視している。ベルギーとアイルランドは長期雇用を、恒常的な補助金や自活保障型によって、確立しようとしている。スペインの場合は、この2つの立場の間である。すなわち、スペインの労働挿入社会的企業の4つのモデルは中継的雇用と安定的自活保障型の仕事を結びつけたものである。

1.2. 労働挿入対象の労働者の法的地位

ヨーロッパの労働挿入社会的企業の中では、労働挿入の対象となる労働者の法的地位は主として

3つに分けられる。

- a. 「公式の労働契約」に基づく労働者としての地位
労働者はその国の労働法制に基づいた契約の下で雇用される。その労働者は国の最低賃金基準にともかくも対応した賃金報酬を受け取る。契約は「特定期間契約」または「自由期間契約」となることが多い。
- b. 「被訓練者資格」の労働者としての地位
各人の経験に基づいた生産的労働による訓練が提供される。訓練対象者は基本的に賃金報酬を受け取らない。しかし受け取る場合もある。訓練期間は、一般的には12ヶ月から24ヶ月である。
- c. 「就労的地位」の労働者としての地位
生産的労働による専門職化と再社会化が目標グループに対して行われる。労働条件は、一般労働市場よりもゆるい。労働者は賃金を受け取らないが、手当または無料食事と住宅(共同住宅)を提供される場合がある。この地位は政府の社会支援措置に似ている。

労働挿入の対象となる労働者の類型を図2に示した。

- (1) 労働挿入社会的企業の大部分は、特定期間であれ自由形式であれ、雇用者との「公式の契約関係」を確立している。労働挿入社会的企業の39モデルのうち32モデルは、労働契約を行っている。一部の国では、労働挿入社会的企業は労働契約方式しか採用していない。すなわち、イタリア、イギリス、フィンランドである。
- (2) 労働挿入社会的企業の5つの類型において、労働契約と、訓練または就労的地位の労働者の両方が存在する。労働挿入社会的企業の1種類だけが、すなわち、「就労上訓練企業」(ベルギー)だけが、労働者全員が被訓練者の資格となる。この例外を除いて、被訓練者の資格は被雇用者の資格と共存している。
- (3) 反対に、労働挿入社会的企業のうち就労的地位を労働者に与えている企業は、一般的に他の2つの地位は与えていない。「労働生活適用センター」(フランス)、「リサイクル事業

図2. 労働挿入対象労働者の法的地位

被訓練者の資格	就労的資格	労働契約	
		特定期間契約	自由期間契約
EFT (ベルギー)	ESR (ベルギー)	GEIQ (フランス)	EI (ベルギー)
GEIQ (フランス)	CAVA (フランス)	EL (フランス)	ETA (ベルギー)
RQ (フランス)	SE (ドイツ)	ETTI (フランス)	BW (ベルギー)
LD (アイルランド)	SE (アイルランド)	AL (フランス)	SW (ベルギー)
SE (アイルランド)	LD (アイルランド)	LCO(フィンランド)	IB (ベルギー)
EL (ポルトガル)	CO (スペイン)	CSFDP(フィンランド)	SOLIDR (ベルギー)
ONCE (スペイン)	SOCO(スウェーデン)	BLUI (ドイツ)	AZC (ベルギー)
		KB (ドイツ)	EIN (フランス)
		BW (ドイツ)	RQ (フランス)
		COSO (イタリア)	CSFDP(フィンランド)
		SE (アイルランド)	SBG (ドイツ)
		LD (オランダ)	COSO (イタリア)
		SEW (アイルランド)	SE (アイルランド)
		EI (ポルトガル)	LD (アイルランド)
		EI (スペイン)	EP (ポルトガル)
		SH (スウェーデン)	CEE (スペイン)
		SOCO(スウェーデン)	ONCE (スペイン)
		ILMO (イギリス)	EI (スペイン)
		SF (イギリス)	SH (スウェーデン)
		CB (イギリス)	WCO (イギリス)
			CB (イギリス)
			SF (イギリス)
			R (イギリス)

* 略字は文末の別表を参照のこと。

労働挿入社会的企業」(ベルギー)、「就労センター」(スペイン)がそれである。論理的には、労働挿入方法に関するかぎり、これらの労働挿入社会的企業は「生産的活動を通じた社会化」を目的する種類に入る(第1.1.節参照のこと)。

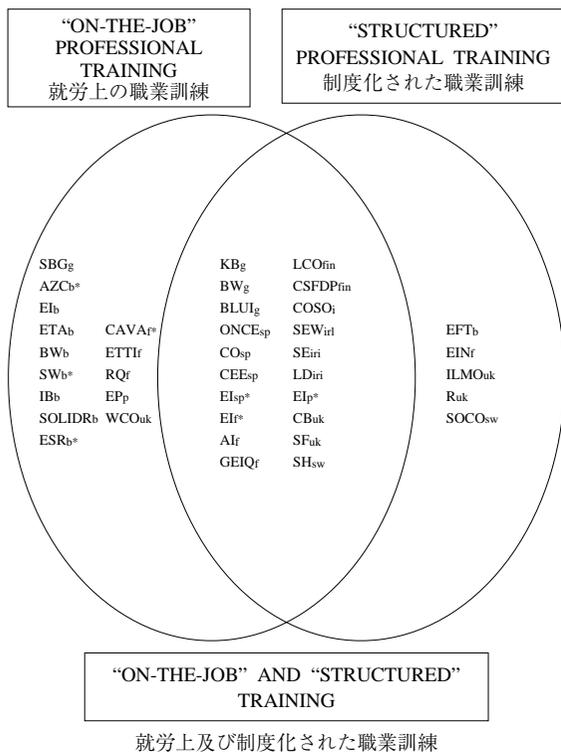
1.3. 職業教育の方法

生産的活動を通じての職業教育は、労働挿入社会的企業のすべてで同じ重要性を持っているわけではない。訓練には多くの方法があるが、実施方法に基づいて2つの主要な種類に分けることができる。すなわち、

- a. 「就労上の」職業訓練
この場合は、訓練自体が目的ではない。むしろ労働者に彼等の主要な仕事に対して、機械の使い方や安全規則などの情報を早く提供する手段である。現場の経験を通じて行うこの訓練は、一般には短期である(数時間から数日)。労働者が仕事ができるのに必要な最低限の情報に限定される。訓練は一般的には、より経験のある労働者によって提供される。
- b. 「制度化された」職業訓練
この場合は、訓練の目的は適性能力(手作業、コンピューター知識、言語など)の改良と、(他の目的も含めて)労働市場への就労能力増加のための労働者の質の改善である。この

訓練は、企業内部での生産活動を前提として
いるけれども、また専門的理論的な面も公式
的な外部組織を利用して、特別訓練者（企業
の内部や外部にいる）によって訓練が行われ
る。一般的には長期間（数ヶ月）である。

図3. 職業的労働挿入の形態



* 社会的訓練も含む

図3で示したように、労働挿入社会的企業の5
類型のうち3類型が「制度化」された訓練を組織
している。残りのほぼ3分の1が、「就労上」訓
練を提供している。

実際に、ほとんどの場合（39の労働挿入社会的
企業のうち20）、2つの訓練方法が共存して採用
されている。たとえば、「労働挿入訓練経営者グル
ープ」（フランス）は、労働を通じた訓練（実
用知識）と質の高い理論的知識を結びつけること
を「労働挿入手段」と規定している。スペインや
フィンランドなどのいくつかの国では、労働挿入
社会的企業内部で2つの類型を結合している場合
がほとんどである。

ベルギーの場合は特別である。被訓練者に制度

上の職業訓練を提供することを目的とする就労上
訓練企業以外では、労働挿入社会的企業が「業界
上」の訓練を提供しているだけである。

労働挿入社会的企業が提供する訓練の種類と選
択される労働挿入の方法には関係があると思われ
る。たとえば、「就労上」訓練は主として「安定
の仕事」と結びついている。この場合は「自活型」
または恒常的「補助金受給」の企業である。また、
「生産活動を通じて社会化」を目指す労働挿入社
会的企業もこのタイプである。逆に、「中継的な
雇用」を提供する労働挿入社会的企業は「制度的
な」訓練を好む。この場合は、それだけの事業か
または「就労上」訓練と結びつけている。この関
係は非常に筋が通っているのは、「中継的雇用」
は、そもそも、さまざまな種類の労働挿入を目標
としているのに対して、その他の労働挿入の方法
は労働者が企業に残留すること、それも同一の職
務にとどまることを想定しているからである。

この2つの「職業訓練」方法以外には、いくつ
かの労働挿入社会的企業が目標グループの社会的
個人的適性能力の開発を目指している。この場合、
訓練と労働挿入化を通じて「社会化」すること
であり、被訓練者が社会的関係を作れるように、仕
事上でうまくやっけていけるような適性能力を身に
つけること、責任感覚や市民意識を身につけるこ
とができるようにすることである。

ベルギー（フランドル地方）の2つの事例は「社
会化」の状況を示している。1つは「社会的労働
作業所」が重度の社会的不利益を被っている労働
者を雇用して、緊急避難的かつ保護型環境で安定
した仕事を提供するためのガイダンスが「労働挿
入ガイド」に基づいて提供される。これは個人再
統合プランを労働者自身に作らせるためである。
2つ目は、「労働ケアセンター（work care cen
ter）」であり、雇用した労働者たちに問題解決の
ための個人別の方法を提供し、労働態度の訓練を
する（予定や指揮系統の遵守など）。

「社会化」の観点からは、フランス、ポルトガ
ル、スペインの労働挿入企業が、特別に「制度化」
された訓練に沿って、個人の社会的能力や個人適
性プログラム（自己尊重、社会的接触など）を推
進する。職業的経験と結びついたこの方法は、理
論的訓練と社会化によって「一般」企業の要請に

応えることを目標としている。今日では命令に従う人よりも「適性能力のあるアクター」が求められているのである。

1.4. 目標グループの定義

目標グループの定義に関しては、次の2つの大状況がある。

(1) 「法的枠組み」がある場合

法的に企業が雇用できる人々の定義が厳密に規

定されている場合。イタリアの「社会的協同組合タイプB」がそうである。1991年の法律第38号「社会的協同組合法」は、目標グループを次の基準で規定している。すなわち、肉体的精神的障害者、薬物中毒者、アルコール中毒者、家庭内暴力被害者、猶予期間中の刑務所収監者。労働挿入企業が雇える社会的職業的困難を抱えて補助金受給する人についての法的枠組みはフランスにもベルギーにもある。

図4. 目標グループの特徴と対応する社会的企業

障害者	社会的問題を抱えた者（アルコール中毒者、薬物中毒者など）	就労困難者、長期失業者	低資格若者	社会的に困難な少数者（移民など）	困難を抱えた女性たち
KB（ドイツ） ETA（ベルギー） BW（ベルギー） AZC（ベルギー） CEE（スペイン） ONCE（スペイン） CO（スペイン） CSFDP（フィンランド） SBG（ドイツ） BW（ドイツ） COSO（イタリア） SEW（アイルランド） SE（アイルランド） SE（アイルランド） LD（アイルランド） EP（ポルトガル） SF（イギリス） SOCO（スウェーデン） SH（スウェーデン）	SOLIDR（ベルギー） ESR（ベルギー） SW（ベルギー） AZC（ベルギー） EI（スペイン） CAVA（フランス） EI（フランス） RQ（フランス） SCOCO（スウェーデン） CSFDP（フィンランド） COSO（イタリア） LD（アイルランド） SEW（アイルランド） EI（ポルトガル） CB（イギリス） R（イギリス） SF（イギリス）	KB（ドイツ） BW（ドイツ） SBG（ドイツ） BLUI（ドイツ） EI（ベルギー） SW（ベルギー） AZC（ベルギー） SOLIDR（ベルギー） IB（ベルギー） EI（スペイン） AI（フランス） ETTI（フランス） EIN（フランス） GEIQ（フランス） RQ（フランス） LCO（フィンランド） CSFDP（フィンランド） LD（アイルランド） SEW（アイルランド） EI（ポルトガル） WCO（イギリス） CB（イギリス） ILMO（イギリス） R（イギリス）	KB（ドイツ） SBG（ドイツ） BW（ドイツ） EFT（ベルギー） EI（スペイン） RQ（フランス） ETTI（フランス） GEIQ（フランス） CSFDP（フィンランド） SEW（アイルランド） LD（アイルランド） CB（イギリス） ILMO（イギリス）	EI（スペイン） RQ（フランス） CSFDP（フィンランド） SEW（アイルランド） LD（アイルランド） WCO（イギリス） CB（イギリス）	KB（ドイツ） AI（フランス） RQ（フランス） SEW（アイルランド） LD（アイルランド） WCO（イギリス） CB（イギリス）

(2) 「法的枠組みがない」場合

企業の経営者自らが目標グループを定義する。一般的に、この場合は、労働挿入社会的企業が雇用する人々の定義は、さまざまである。図4はこの多様性を示している。すなわち、労働挿入社会

的企業の多くの種類は似たようなものとして区分ができる。

さらにヨーロッパの労働挿入社会的企業における目標グループは2つの主要な類型に分けられる。

すなわち①障害者、②深刻な労働統合上の問題を持つ健常者の求職者、である。

多くの労働挿入社会的企業は第一の類型に入る。労働挿入社会的企業の3分の1はもっぱら障害者の労働挿入を目的にしている。調査した全部の国に、障害者対象の類型に属する種類は少なくとも1つはある(だいたい特別法によっている)。これらの社会的企業では、「緊急保護型作業所」または「保護型仕事」という一般的用語が使用されることが多く、心身障害者、知覚障害者に対して労働者としての労働環境の適性化を進める。労働生産性は、これらの労働者の特別な労働リズムに直接関係したものとなっている。また労働規則もより柔軟である。いくつかの労働挿入社会的企業の種類では、「障害者」と他の目標グループを併せて雇用している。たとえば、ドイツの労働挿入社会的企業の4つのうち3つ(自治体所有社会的企業、社会的会社、福祉組織による社会的企業)は、障害者、低技能若者、長期失業者を雇用している。

第二の類型(健常者)にはたくさんの下位グループが区分される。すなわち、

a. 深刻な社会的問題を持った求職者

一部の求職者は深刻な職業的障害や社会的障害を抱えている。労働の質の欠如、長期の失業など以外にも、労働市場への再統合するためには深刻な社会的問題を抱えている。彼等はアルコール中毒だったり薬物使用者であったり、家庭内問題を抱えていたり、法律的な保護下にある小数グループであったり、元受刑者、執行猶予者だったりする。なによりも彼等は長い間社会的に傷つけられている。

フランスでは、「労働生活適用センター」が「社会的障害者」を雇用している(1974年法)。すなわち、深刻な社会的問題を抱えている人々は、職業的な適性能力が持てるにもかかわらず、「正常な」仕事ができない可能性が強いとみなされている。

b. 「就労困難」者もしくは長期求職者

「就労困難」求職者とは数年間職業についてなくて(2年から5年の間。国によって異なる)、また学業期間にいて十分な資格を獲得していない者である。その他の長期失業者

もまた、その訓練水準の如何に関わらず、この区分に入る。

フィンランドでは、「労働協同組合」が長期失業者(とくに35歳以上)に一時的な代替仕事を与えるために作られた。ベルギーのフランドル地方では、「社会的労働作業所」が「就労困難求職者」も、他の種類の人々も含めて雇用している。その基準は、失業していて、過去5年間継続して求職者登録をしていて、訓練レベルが低く、社会的身体的精神的困難にある者である。

c. 若年低資格求職者

早い時期に学校を中途離脱した者は、資格なしの失業者になってしまう。彼等を職業的に労働挿入するためになによりも訓練、とりわけ「就労上」訓練、「制度化」された訓練が必要である。

たとえば、「就労上訓練企業」(ベルギー)と「中継労働市場組織」(イギリス)のいずれも、制度化された訓練と高度な職業的経験を若い低資格休職者に提供して、一般労働市場への再統合ができることを目指している(定款によれば、ベルギーの場合は訓練生として受け入れ、イギリスの場合は特定期間契約者として受け入れている)。

d. 社会的に不利な少数者に属する求職者

特定の少数者(とりわけ民族的少数者)である求職者は仕事を探す際にしばしば差別を受ける。一部の労働挿入社会的企業はこうしたグループに対して仕事もしくは訓練を提供している。

イギリスの「労働者協同組合」は、少数派民族を尊重して、主として外国人少数者や女性の求職者を雇用している。

e. 女性の求職者

女性の失業率は、いろいろな理由によって、ヨーロッパ諸国では高い。労働挿入社会的企業の一部、社会的排除にあっているもっとも弱い女性の目標グループのリスクを減らすことを目標としている。

たとえば、フランスでは「地区企業」が女性をたくさん雇用し労働挿入を目指している。

「自由契約」によって、女性たちは近隣の地

域開発を目的とした仕事に従事する。すなわち、建物営繕・清掃、公園緑地公共空間管理、その他作業など)。

このように見てくると重要なのは、労働挿入社会的企業の大部分は単一の目標グループだけを対象にはしていないことである。一般的に、労働挿入社会的企業は社会的、就労的に問題を抱えた人々を雇用する。たとえば、スペインやポルトガルの「労働挿入企業」は目標グループを「混合型」として持っている。スペインでは社会的少数者、若者、社会的問題を抱えた者を雇用し、ポルトガ

ルでは、社会的問題を抱えた長期求職者を雇用している。この意味で、多くの労働挿入社会的企業は、「一般目的」であり、一方、わずか一部の労働挿入社会的企業が「特別目的」で明確に定義された目標グループを対象にしている。

1.5. 動員される資源の種類

労働挿入社会的企業の事業のための財源については、さまざまな種類がある。金銭的資源もあれば非金銭的な資源もある。次の表1はヨーロッパの労働挿入社会的企業の主要な資源を概括したものである。

表1. 動員される資源の種類

金銭的資源	非金銭的資源
<p>市場資源： 市場における財やサービスの販売、または公権力との契約による財またサービスの販売から生まれる諸資源。</p>	<p>ボランティア： いくつかの労働挿入社会的企業は、報酬なしのボランティアサービスによる支援を受けている。このボランティア労働は、いくつかのレベルがある。すなわち理事会メンバーとして（ほとんど恒常的サービス）、訓練員や職員として（ときどき）、専門職としての貢献など。</p>
<p>非市場資源： 公共政策に由来する諸資源（補助金、直接支援）。ヨーロッパ連合レベル、国家レベル、地域レベル、各自治体レベルがある。これらの資源の規模と公的補助金の基準は各国によって非常に差があり、また労働挿入社会的企業のタイプによっても差がある。</p>	<p>社会的資本： 多くの労働挿入社会的企業はまたその他の非金銭的資源を動員している。すなわち、ローカルネットワークとパートナーシップ、他の事業者との信頼関係、一般大衆からの共感的資本など。この「社会的資本」とは、いろいろな意味で使われ、直接間接に企業に影響を与えることができる。経済学的に「取引費用」とよばれるような、費用削減に使われる。</p>
<p>寄付： いくつかの労働挿入社会的企業は、その構成メンバー、市民、法人（財団など）から寄付を受け取っている。</p>	

「寄付」と「ボランティア」は同じもの、すなわち寄付と見なされる。「現物寄付」（ボランティア労働）と「現金寄付」（金銭）である。

図5は、39種類の労働挿入社会的企業の資源配分を、3つの次元すなわち市場資源、非市場資源、寄付／ボランティアに分けて、示したものである。

図5の3種類の労働挿入社会的企業の区分の説明は次の通りである。

a. 主として労働市場により財源を作る労働挿入社会的企業：

自らの市場資源に基づいてのみ経営をする労働挿入社会的企業。財やサービスの販売を通じて資源獲得をする。また諸種の契約を公権力と行う場合もある。この第一グループにはベルギーやスペインの「労働挿入企業」、フランスの「一時的労働挿入企業」、「労働挿入訓練経営者グループ」、「長期労働挿入企業」、

イギリスの「労働者協同組合」、フィンランドの「労働協同組合」などがある。

b. 主として公的補助金による財源を作る労働挿入社会的企業：

労働挿入社会的企業の大部分は「市場志向型」であるが、フランスの「労働生活適用センター」と、ドイツの労働挿入社会的企業の4つのうち3つは、公的権力からの補助金を多くの割合で受け取っている。この傾向はイギリスにも見られる。「中継型労働市場組織」である。ここでは補助金は、財やサービスの購入に充てられるよりも、活動支援の形をとる。

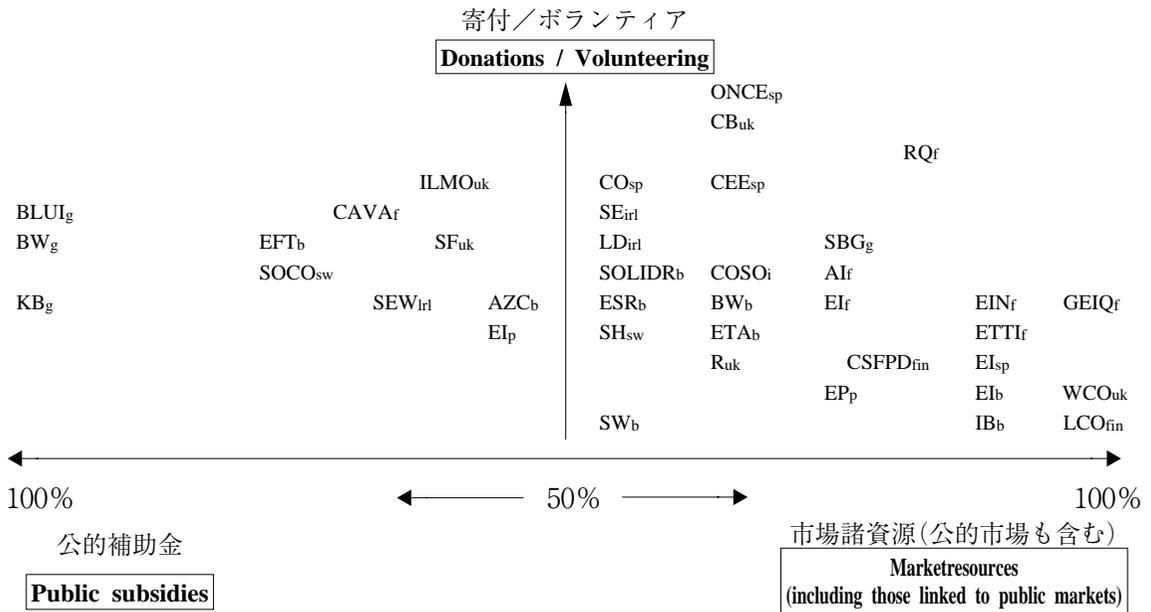
c. 高い率で寄付やボランティアを動員する労働

挿入社会的企業：

スペインでは、「社会的労働挿入企業」をのぞいては、労働挿入社会的企業は高い率で寄付もしくはボランティアを受け入れている。スペイン全国盲人協会（ONCE）がその典型である。イギリスの「コミュニティ・ビジネス」もまたこの第三グループに入る。

この3区分以外にも、労働挿入社会的企業の財源については多様なものがある。制度的な枠組み（法人制度、公共政策など）と社会文化的な枠組みも労働挿入社会的企業が動員する諸資源の種類に影響を与える。

図5. 使用される資源の種類



第2節 労働挿入社会的企業の多様性と「社会的企業」の概念

本論文の第1節では、ヨーロッパ連合における労働挿入社会的企業の39種類をその労働挿入プログラムの基本要素（挿入方法、労働者の地位、訓練の重要性、目標グループなど）に基づいて述べ

た。これらの分類は社会的経済組織の社会的職業的統合の多様性を示している。第2節では、労働挿入社会的企業の「社会的企業」としての多様性を見ていく。

「社会的企業」概念は基本的には先進国ではこの10年で、広く使用されるようになってきている。しかし、ときには、この概念でまったく違った現実をのべていることがある。たとえば、アメリカでは、個別の社会的目的をもった起業組織が次第

に「社会的企業家」といわれるようになってい
る。別の例では、「社会的企業」は社会的就
労的統合活動だけについて使われている
(これはたとえばドイツの「社会的会社」
である)。しかし、社会的経済セクター
の中での起業的な事業の動きについて
もこの「社会的企業」という言葉が使
われている。

こうした意味の多様性は、論理性の追
求によるよりも、当初は少なくとも「社
会的」という言葉と「企業」という2
つの言葉を広く結びつけようとした
のだったが、混乱を招くことにもなり
、国際的にも誤解を生じさせること
にもなった。この意味で、EMESが
数年間作業してきたことは、より根
本的なベンチマークを作ろうという
ことであった。すなわち、各国の現
状をふまえて、15カ国の研究者が
共同して、今日の中心的な項目によ
って社会的企業の定義づくりをしよ
うということであった。

この定義に関して、EMESネット
ワークの概念的な作業はもっぱら
労働挿入社会的企業の理論的な側
面に集中した。

強調されるべきは、EMESネット
ワークの社会的企業の定義は、その
他の起業組織と「真の」社会的企
業を区別されるべきだとする規範
的定義ではないことである。EMES
の定義はむしろ、ウエーバーの
「理念型」すなわち、概念化され
たものであり、複雑な社会的現実
を概念枠組みの中に位置づける
ものである。

労働挿入社会的企業の全体的な基
準を確定して、われわれは具体例
を定めて、EMESによる社会的
企業の定義を、社会的困難にある
人々の労働の社会的職業的挿入
の枠組みをつくる。

まずEMESネットワークによる
社会的企業の9つの基準を見よう。
EMESでもっとも議論されたもの
から始める。

a. 【基準1】コミュニティへの福利 という明確な目的：

社会的企業の目的の一つは、コ
ミュニティ全体に奉仕すること
である(たとえば、地域の廃品の
回収リサイクル)、またはコ
ミュニティ内の特別なグループ
(たとえば障害者の職業化による
労働挿入)を行うこと。同時に

そうした人々の地域レベルでの
社会的責任感を向上させること。

労働挿入社会的企業は、労働市場
での社会的困難にある人々を労働
挿したり訓練したりすることによ
って、社会的に不利な人々の特別
グループに利益を与えることであ
る。こうした人々は一般的にそう
した企業の創設者でも経営陣でも
ない。この意味で、こうした企
業は「社会的共通益」を目指して
いるといえる。少なくとも創設
メンバー、所有者、経営陣の個
人的利益を越えた利益を持っている。

さらに、一部の企業は、別の「社
会的」目的をもっている。これは
それぞれの活動分野を通じて行
う。すなわち、フランスの「地区
企業」のように地域の社会的経済
的發展を目指す活動、ベルギー
の「リサイクル事業労働挿入社
会的企業」やドイツの「自治体
所有社会的企業」など、公権力
によらない社会サービスの提供
(保育、施設介護など)。

これらの目的の2つの種類が明
確に定款で明記されているかど
うかは重要ではない。すなわち、
第一に社会的企業の定義の第一
はヨーロッパ的労働挿入社会的
企業の見取り図にとって重要
である。

b. 【基準2】利益分配制限：

一部の社会的企業、たとえば従
来の「非営利組織」は、利潤分
配を完全に行わないという特徴
がある。しかし、その他の社会的
企業は、制限的ながら利潤分
配を行うものもある。常に社
会的企業は全面的な利潤最大
化行動を禁ずる傾向にある。

ほとんどの労働挿入社会的企
業は利潤非分配強制、すなわち
利潤の分配を制限することを尊
重している。ほとんどの利潤は
社会的職業的な労働統合のプ
ログラムに再投資される。実
際、この利潤非分配強制は定
款で明記されており、労働挿
入社会的企業が適用する非営
利組織、協同組合、財団の定
款にもよく見られる。

労働挿入社会的企業の一部の
種類では、利潤非分配強制は
制度的にあまり採用されてい
ない。たとえばフランスでは、
労働挿入社会的企業の半分

は商業会社（株主に利益再配分するが、しばしば非営利組織）であるし、一部の長期労働挿入企業は「古典的」商業会社である。またスウェーデンでは、「障害者対象保護型労働作業所ネットワーク」は利潤非分配強制を正式に採用していない。すなわち、国家がこれら作業所の単独の所有者であり、出た利益は国家が受け取る。

c. 【基準3】資本所有に基づかない意思決定権：

意思決定権が投資された資本に連結している「古典的」私的企業の場合と違って、社会的企業はしばしば「1人1票」原則を意思決定機関において適用している。この原則が厳密に適用されていないとき、出資者の投票権（すべての社会的企業が株式【または出資金】をもっているわけではないが）は、特定の明記された投票権として厳密に制限されている。

労働挿入社会的企業の大部分では、組織における意思決定権は資本所有権とは連結していない。意思決定機関への参加はときには資本所有と結びついている場合もある（たとえば協同組合）。しかし、この場合、意思決定権は所有している株式に正比例していない。

一般的に、労働挿入社会的企業の理事会は「経営陣」、「訓練者」、「ガイダンスチームの一員（ときにはボランティア）」だけに限定されるのではなくて、実務を行っている労働者やサービスを受けている「利用者」も含まれる。さらに、意思決定機関内部では、「1人1票」規則がほぼ適用され、代表者選挙は民主的に行われる。

d. 【基準4】継続的財の生産とサービスの販売：

特別なグループ（アドボカシーやロビイ活動グループなど）の利益を追求する「古典的」非営利組織やお金の再配分を行う財団と異なり、社会的企業は財の生産とサービスの販売活動を継続的に行うことを目指している。この生産的活動は社会的企業の主要な目的である。

労働挿入社会的企業の大部分は、目標グループ

の雇用や就労上訓練を提供するために、財もしくはサービスの生産を継続的に行うことを基本にしている。しかしながら、この生産的活動は労働挿入社会的企業の種類によって重要性が異なる。

たとえば、「労働（者）協同組合」（イギリスとフィンランド）と「労働挿入企業」（ポルトガル、スペイン、フランス、ベルギー）では、こうした生産的活動と財の販売は、実際にその基本的な活動となっている。それはこうした組織の資源は市場から来ているからである。

他には、企業の主たる目的が「訓練」（ベルギーの「就労上訓練企業」）である場合や労働挿入によって「職業を取得する」（スペインの「就労センター」）の場合がある。こうした生産的活動は、こうした企業ができた当時はこの目的だけの手段とみなされた。これらの2つの例においては、市場資源は重要なものではない。というのも労働挿入社会的企業は公的補助金や寄付またボランティアの支援をたくさん受け取っているからである。

e. 【基準5】最低限の報酬労働：

社会的企業は金銭的資源と非金銭的資源とを結びつけることができるし、またボランティアと報酬を受ける労働者【以下、賃金労働者】とを結びつけることができる。ボランティアのみのボランティア組織とは違って、社会的企業は必要な範囲で賃金労働者を使用する。

調査したすべての労働挿入社会的企業では賃金労働を生み出していた。すなわち、ボランティア労働だけで運営していた労働挿入社会的企業はなかった。しかし、だからといってすべての労働挿入社会的企業が、同じような比率でボランティア労働者と報酬を受ける労働者とを組み合わせているわけではない。

一部の労働挿入社会的企業（一般的にフランス、イタリア、ポルトガル、フィンランド）が賃金労働者をもつばら使用しているのに対して、指導職員としてボランティアをたくさん使っている場合もある（たとえばイギリスの「コミュニティ・ビジネス」、スウェーデンの「社会的協同組合」、スペインの「全国盲人協会」や「特別雇用センター」

や「就労センター」など)。さらに、これらの組織の理事会にはボランティアも含まれ、また理事でもある賃金労働者の場合は、一般的には理事報酬を受け取っていない。

さらに、いくつかの労働挿入社会的企業では、訓練期間中（ベルギーの「就労上訓練企業」）や職業訓練中（フランスの「労働生活適用センター」）などでは、対象労働者に対して手当などは出している（厳密な意味での）給与は出していない。結局、一部の労働挿入社会的企業は、労働挿入対象の労働者には賃金を支払っていない。というのもそうした労働者の生産的活動に見返りとして、彼等の基本的なニーズを満たすためにコミュニティで生きていくために必要なもろもろの事柄を提供しているからである。たとえば、ベルギーの「リサイクル事業労働挿入社会的企業」がその典型である。しかし、職員（訓練員、指導員など）は賃金労働者として給与を受け取っているのが普通である。

f. 【基準6】 高い自治の水準：

一部の社会的企業は公権力からの財政を受け取っているものの、互いに共同事業をする者だと認め合っている人々たちによって、運営され統制されている。これらの企業は、公権力やその他の組織によって、直接的にも間接的にも、運営されているのではない。この自主性はまた「声」（意見の自由表明）と「退出」（活動の終了）をするという人々の能力に基づいている【A. ヒルシュマン（Hirschman）の組織理論に依拠。基本的には顧客の権利を基盤にしているので、所有関係を重視する論者にとっては不十分な説明だと思われる】。

調査したヨーロッパの労働挿入社会的企業のほとんどは、その独立的な意思決定機関を通じて活動の管理について高い自主性を持っている。したがって経営陣は、企業の目標、方針、管理の決定を行う。

明らかに、この自主性は、多くの組織に見られるように、いくつかの強制力の枠組みがある。たとえば、公的補助金の基準や顧客との厳しい商業

取引関係（とりわけ労働挿入社会的企業が一般企業の下請け関係にある場合など）がある。

g. 【基準7】 高い経済リスク：

社会的企業の生存能力は、公的機関の生存能力と違って、メンバーや労働者が組織の効率的経営と財政バランスを追求する努力にかかっている。したがって、こうした社会的企業の創設者たちは活動と結びついた経済リスクの大部分を請け負う。

調査したヨーロッパの労働挿入社会的企業の多くは、競争的市場での活動によって、また受け取る公的補助金に付随する権限やその更新に結びついた不確定な事項によって生ずる大きな経済的リスクに直面している。

全体として、労働挿入社会的企業の経済リスクが普通と見られる国はドイツ、イギリス、アイルランド、スウェーデンである。この4カ国の労働挿入社会的企業のいくつかの種類は「市場志向型」であるものの、ほとんどは公権力からの補助金を受けており、さらに、こうした企業の活動分野は、大きな経済リスクを負う分野ではない。ドイツでは特殊な公的市場（文化、スポーツ、環境その他）であり、イギリスではコミュニティ農場やその他の社会サービス（文化、保育その他）であり、アイルランドやスウェーデンでは地域開発起業組織である。

公的補助金のあり方が必ずしも安定的資源ではないので、解釈の一般化は避けるべきであるが、労働挿入社会的企業の直面する経済リスクの程度は、主として、市場で稼いだ諸資源の程度に連結している。そのうえ明らかなのは、より市場志向的な労働挿入社会的企業になればなるほど、直面するリスクは一般企業のそれとますます似てくる。これはそうした労働挿入社会的企業が一般企業の経営方式と同じものを採用する傾向がしばしばあるからである。

h. 【基準8】 市民グループによるイニシャチブ：

社会的企業は共通の目標を共有する人々の共同的原動力に基づく。この共同性は、原則としてこの種の企業内部における本質的な

側面でなければならない。

調査した各国において、労働挿入社会的企業はしばしば社会的起業家（ソーシャルワーカー、訓練員、アソシエーションの経営陣など）や特別グループやコミュニティを代表する人々（障害者の家族、長期失業者など）を含めた共同的な原動力に基づく。ときには、労働挿入社会的企業は単一組織によって設立されることもあるが、こうした組織もまた共同的な原動力に基づくものである。

しかしながら、一部の労働挿入社会的企業は個人たちによって設立されたのではなく、公権力や県や市町村によって設立された。スウェーデンの「保護型労働作業所」の「サムハル」(Samhall) ネットワークはそうして作られた。国家が主導してこのネットワークを所有する。しかし、各労働作業所の理事会は組織の社会的商業的方向付けについての一定の自由をもっている。この経営方式は、イギリスの「レンプロイ」(Remploy) の場合と似ている（レンプロイは障害者の「保護型」雇用を行うきわめて準国営的な企業である）。

i. 【基準9】活動に共感を覚える人々を巻き込む参加的な性格：

社会的企業は一般的にユーザー、労働者、顧客の参加を重視する。さらに、企業における意思決定過程と経営に対する諸種のステークホルダーの参加を重視する。これには地方民主主義という考えが伴う場合もある。

労働挿入社会的企業のわずか一部の種類だけが企業の意思決定過程に労働者もしくはユーザーの参加を具体的に推進実行しているに過ぎない。フィンランドのいくつかの種類、「連帯憲章」に署名しているベルギーの「労働挿入企業」、スウェーデンの「社会的協同組合」、イギリスの「コミュニティ・ビジネス」や「労働者協同組合」などである。

逆に、意思決定方式の参加性が弱いところはフランス、ベルギーの「労働挿入社会的企業」である（ベルギーの「連帯憲章」署名の企業とフランスの「地区企業」と「長期労働挿入企業」は例外である）。

その他の種類の労働挿入社会的企業のほとんどは、労働者の意思決定参加程度は様々であるが、一般的に非常に低い。多くの場合、労働者のこうした活性化は推奨されるが、具体的には実行されない。この傾向を説明する仮説は、労働挿入社会的企業の目標グループの特性が真の「民主的な経営」を進めにくくしているということである。労働統合を目指す各種の障害者や社会的弱者が、社会的経済において民主主義的原則を推進するユートピアンとみなされてしまっているともいえるのである。

さらに、労働挿入社会的企業の一部の種類は、労働者が別の一般企業での仕事を見つけるための中継的な雇用を提供しているものもある。したがって、限定的な期間しかそこにいない人々を企業の将来を決めるような決定に参加させることは妥当ではないと考えられているようである。

結局、公権力と密接な関係にある労働挿入社会的企業の一部の種類においては、労働統合対象の労働者の意思決定への参加の機会とは与えられていない。たとえば、スウェーデンの「保護型労働作業所」のサムハルネットワーク、スペインの「全国盲人協会 (ONCE)」、イギリスの「中継労働市場組織」や「準国営企業レンプロイ」などである。

結論

労働挿入社会的企業は、ヨーロッパにおいてかれこれ50年前から存在している。しかしその多くは過去20年間において、失業対策政策の枠組みの中で作られたものである。公権力にしばしば結びついているにもかかわらず、労働挿入社会的企業は自律的な経済事業体であり、その共通目的は社会的企業やその他の組織を通じて、障害者や労働市場における弱者などを職業を通じて労働統合することである。

EU各国の労働挿入社会的企業の39種類を分析して、われわれはモデルの多様性と共通性の両方を見てきた。

1. 労働組織としての労働挿入社会的企業

第一に、労働挿入社会的企業を、労働挿入の方式、長期失業の問題、社会的に不利な人々の職業的低活動性によって種類分けした。これは目標グ

グループ自体も多様であるという事実からも説明できる。たとえば、労働挿入は、重度の障害者と低技能の若者とでは同じ方式ではできない。労働挿入方式や目標グループが違い多様であることは、労働契約の種類も多様であり、職業訓練の重要性も多様であるということである。また動員される資源(市場諸資源、補助金、ボランティアその他)も労働挿入社会的企業によって非常に多様である。

ヨーロッパ的には組織の多様性があるにもかかわらず、労働挿入の方式に基づいて、われわれは労働挿入社会的企業を4つに区分した。

第1グループは、恒常的な「補助金」を受けている就労的労働挿入を提供している企業である。このグループのほとんどは労働挿入社会的企業としてはもっとも古いタイプであり、障害者を対象にしている。ヨーロッパ各国のほとんどに存在しており、「古典的」労働市場と障害者の能力との生産性の不一致を埋めることを目的としている。今日、これらの組織は公権力による認知と補助金をほとんどが受けており、不定期労働契約を結んでいる。職業訓練はしばしば就労上訓練である。専門化訓練が増加するにつれて、これらの労働挿入社会的企業は、ボランティアを動員することが少なくなって、市場からの諸資源の割合が次第に増加する(50%以上が市場からの諸資源)。これらの労働挿入社会的企業としては、「保護型雇用」(アイルランド)、「保護型労働作業所」(ベルギー、ポルトガル)、「障害者対象保護型労働作業所サムハルネットワーク」(スウェーデン)がある。いえることは、「労働ケアセンター」(ベルギー)と「社会的労働作業所」(スウェーデン)は、実際にはヨーロッパでは心身障害者でない人々に保護型雇用を提供している独得の組織である。そこでの目標グループは、重度の心理的社会的問題を持つ低技能者、長期失業者(少なくとも5年以上)である。

第2グループは、恒常的な自活保障型の雇用を提供する労働挿入社会的企業である。すなわち、労働市場で社会的に不利な人々に安定した仕事を提供し中期に経済的に持続できるようにすることである。こうした起業組織にはイギリスの「コミュニティ・ビジネス」と「社会的会社」、ドイツの「社会的会社」と「協同組合」も含まれるが、

最近では「保護型労働作業所」が一般的である。たいていは不定期労働契約である。その目標グループは健常者である長期失業者、社会扶助手当受給者、低技能若者、労働市場から排除されている人々(少数民族、女性など)である。これらの企業の一部しか就労上訓練を実施しておらず、多くは職業訓練を提供している。利益を出せという圧力は労働挿入社会的企業の中ではもっとも高い。したがってこれらの企業はきわめて市場志向型であり、ボランティア労働を動員することはほとんどない。

第3の大きなグループは、生産活動を通じて人々を(再)社会化することを目的としたものである。たとえば、フランスの「労働生活適用センター」、スペインの「就労センター」、スウェーデンの「社会的協同組合」がある。これらの労働挿入社会的企業は重度の心理的社会的問題をもった健常者の労働者や障害者が対象である。これらの企業は、一般に実際の仕事を提供するのではなく、職業訓練的活動を提供し、また労働契約によるのではなく、職業的条件(食事、労働と交換に住居など)を提供する。与えられる訓練は、たいていは就労上訓練であり、ボランティアが多く、市場からの諸資源はどちらかというとき少ない。

第4グループは、調査した労働挿入社会的企業のうち最大グループであるが、中継的雇用あるいは訓練を提供する企業である。これらの起業組織は、共通の目的すなわち、労働統合を目指す労働者たちが主流の労働市場に入る手助けを持つが、その手法は様々である。たとえば、ベルギーの「就労上訓練企業」は質の高い訓練を提供するが、フランスの「労働挿入企業」は1年は続く実際の仕事を提供する。この違いは、諸資源の動員の違いを生み出す。一部の企業はもっぱら補助金に頼って存続している。逆に、公的補助金から独立してやっている企業もある。ボランティアへの依存度も様々である。訓練に関する限り、一部の企業は高度な訓練を行っているが、単に労働経験だけの「就労上訓練」を提供しているものもある。これらの労働挿入社会的企業は、主として低技能の若者と健常者の長期失業者を目標グループとしている。障害者や深刻な社会的問題を抱えている人々は、こうした組織の対象とはなっていない。

いない。その理由は、こうした労働挿入社会的企業の目標は、労働者を本流の労働市場に素早く再統合することにあるからである。その結果、ほとんどの労働契約または訓練契約は、期間限定契約である。さらにはこの第4グループに、「労働協同組合」(フィンランド)、「一時的労働挿入企業」(フランス)、「中継的労働市場組織」(イギリス)を含めることができる。

最後に述べておきたいことは、労働挿入社会的企業のいくつかの種類は、この4つのいずれのグループにも属さない。というのも同時にいくつかの労働挿入様式を含んでいるからである。たとえば、イタリアの「社会的協同組合タイプB」やフランスの「地区企業」は、いくつかの目標グループについて異なる労働挿入モデルを採用している。

2. 社会的企業としての労働挿入社会的企業

労働挿入社会的企業の多様性については、EMES ネットワークによる社会的協同組合の定義に基づいて分類できる。EMES による社会的企業についてのいろいろな基準は、ヨーロッパの労働挿入社会的企業のカテゴリと、それが企業によってさまざまに変わっていると、しばしば合致して、共通の側面がある。すべての労働挿入社会的企業はコミュニティあるいは少なくともコミュニティ内部の不利な人々に対して利益を作り出すという明確な目標がある。この目標を達成するために、これらの企業は起業的論理と財とサービスの生産の継続的活動とを結びつけて展開し、一定レベルでの賃金労働を雇い、ほぼ自主的経営を行い、経済リスクを大きく引き受ける。しかし、最も基本的な特徴は、この経済組織が明確な社会的目的をもって、労働市場において不利な人々のために貢献するということである。この企業の設立は、一般的には様々な種類の人々を含んだ共同的原動力から生まれる。この社会目的が優先することは、資本の所有者が意思決定の決定者にもならないし、利潤の分配の決定者にもならないことである。

しかしながら、他の分野の社会的企業の場合と

は違って、社会目的に必要な経済的リアリズムは、こうした企業の労働者たちを経営に深く関与させることができない。それはそうした労働者たちがそうした能力に欠けるためや一定期間しかその企業にいないためである。

EMES ネットワークの「社会的企業」概念に基づく約40の労働挿入社会的企業の分析ではまた、そうした企業の事業性についても一定の評価を行っている。J.F ドラペリ (2003) の最近の論文では、フランスの協同組合銀行の財団からの支援を受けた400以上の多様な社会的経済的起業組織がその一例である。ヨーロッパレベルでは、労働挿入社会的企業の現状の種類が一層地域的に拡大していくという実験が続いている。

この新しい社会的起業について EMES ネットワークによって2つの方向性が示されている。すなわち、新しい生産的組織が作られつつあるし、また新しい起業の動きが既存の社会的経済組織の内部でも起きつつある。

最後に、一連の最近の法律制定の動きは、ヨーロッパにおける社会的企業の登場を認識した支援している現れである。イタリアの「社会的協同組合」(1991) に続いて、ベルギーの「社会目的会社」(1995)、フランスでの数年前にできた「社会的共通益協同組合」、ポルトガルの「社会的連帯協同組合」、スペインでの「社会的イニシャチブ協同組合」などがある。現在議論されているその他の法律案としては、イギリスの「コミュニティ利益会社」法が議論中であり、またフィンランドでも議論がある。ヨーロッパ全体では社会的使命と結びついた現実的な起業の計画の推進とともに、各種の労働挿入社会的企業は、起業のプロジェクトを原質的に推進発展させてなおかつ社会的使命も実現するという広がりを見せている。

(平成14-17年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(Ax2)に基づく研究の一部である)

(訳：いしづかひでお、研究所主任研究員)

別表 労働挿入社会的企業の39の種類

<p><u>ベルギー</u> EI=労働挿入企業 ETA=補助金受給者労働企業【働く者は労働挿入のための社会手当を受け取っている】 EFT=就労上訓練企業 SOLIDR=労働挿入社会的企業 ESR=リサイクル事業労働挿入社会的企業 SW=社会的労働作業所 IB=労働統合企業 BW=保護型労働作業所 AZC=労働ケアセンター【労働につけるための支援事業の企業】</p>	<p><u>アイルランド</u> SE=【緊急避難的】保護型雇用 LD=地域開発労働挿入社会的企業 SEW=社会的経済（国家プログラム）の労働挿入社会的企業</p>
<p><u>フィンランド</u> LCO=労働協同組合 CSFDP=障害者のための協同組合的社会的会社</p>	<p><u>イタリア</u> COSO=社会的協同組合タイプB【社会的弱者の雇用促進目的】</p>
<p><u>フランス</u> CAVA=労働生活適用センター EI=労働挿入社会的企業 AI=労働挿入中継アソシエーション RQ=地区企業【地域協働協議会】 ETTI=一時的労働挿入企業 GEIQ=労働挿入訓練経営者グループ EIN=長期労働挿入企業</p>	<p><u>ポルトガル</u> EI=労働挿入企業 EP=【緊急避難的】保護型労働作業所</p>
<p><u>ドイツ</u> SBG=社会的会社・協同組合 KB=自治体所有社会的企業 BW=福祉組織による社会的企業 BLUI=地域起業組織による雇用促進企業</p>	<p><u>スペイン</u> CEE=特別雇用センター CO=就労センター ONCE=スペイン全国盲人協会【主として宝くじの独占販売事業を行う。職員6400人（2003年）、16企業（従業員数17000人うち障害者1400人、食品・不動産、社会サービスなど）を所有する。自らは社会的経済企業と自認しモンドラゴン協同組合グループなどと提携活動を行っている特別な存在でもある】 EI=社会的労働挿入企業</p> <p><u>スウェーデン</u> SOCO=社会的協同組合 SH=Samhall=障害者対象保護型労働作業所</p>
	<p><u>イギリス</u> WCO=労働者協同組合 CB=コミュニティ・ビジネス SF=社会的会社（ソーシャル・ファーム） ILMO=中継的労働市場組織 R=Remploy=大型準国営労働挿入企業</p>

医療と市場原理

野村 拓

医療産業の登場

「医療経済学」や「医療産業」という日本語が、医療関係者に違和感、抵抗感を与えながら使われるようになったのは1960年代である。1920年代後半から1930年代前半にかけて刊行されたアメリカ医療費委員会 (CCMC—The Committee on the Cost of Medical Care) の膨大な調査報告書 (全28巻) を除くと、戦後の医療経済学書は、医療と市場原理との関係について論じたものが多い。医療においても市場原理は貫徹されるのか、あるいは医療は市場原理となじむものなのか、さらに医療を市場原理に委ねていいものなのか、というような視点からの論議である。そして、このような机上の論議が交わされている間に、在来の製薬資本の他に、大資本の本隊 (日本では東芝、日立などの家電メーカー) が医療という市場に積極的に参入し始めたのが1960年代後半であり、このときに「医療産業」という言葉が生まれたと考えていい。その後、数多くの医療産業書が出されたが、最近出された (以下、仮訳の和名をつける)

『医療産業』

☆Dernis D. Pointer 他 : The Health Care Industry (2004) Jossey-Bass

は、生臭い産業活動を取り上げたものではなく、医療を提供する施設、行為などをすべて Health Care Industry としてとらえた管理者用教科書である。アメリカの地域病院 (Community Hospital) の平均在院日数が6日で1日あたり平均入院料、2,300ドルというような統計資料も興味深い。

『医薬品・医療機器の発展と管理』

☆Robin J. Harman : Development of Medicines and Devices (2004) Pharmaceutical Press.

は英国の目線で製薬産業と医療機器産業とを取り上げた本だが、どちらかといえば製薬産業に重点をおいており、製薬産業に対する「EUの規制」に関する資料は目新しい。

一時期、画像診断機器メーカーは医療産業の花形のように見られていたが、安定的な売上げという点ではやはり製薬産業の方が優れている。高額医療機器1台をさばくのに要する手間ヒマを考えれば、試薬類もふくめて日々、オートマチックに消費される医薬品メーカーの方が有利ではないだろうか。

やはり製薬産業

「医療産業」という言葉には医療用ディスプレイ製品産業、医療食 (入院食) 産業から民間医療保険、医療過誤保険までふくまれることもあるが、その主役はやはり製薬産業だろう。その成り立ちに関するものとしては

『南北戦争時代の医薬品』

☆Michael A. Flannery : Civil War Pharmacy (2004) Pharmaceutical Products Press.

『メルクの内幕』

☆Eran Hawthorne : The Merck Druggerhaut (2003) John Wiley & Sons.

などがあり、後者はダルムシュタットの一薬局から世界を支配する大製薬産業にまで発展するサクセス物語である。また、製薬産業の現在の姿を示すものとしては

『製薬産業の技術革新』

☆Oliver Gassman 他 : Leading Pharmaceutical Innovation (2004) Springer.

『製薬産業の価格政策』

☆Christopher Scott Harrison : The Politics of the

International Pricing of Prescription Drug (2004) Praeger.

『製薬産業のデジタル戦略』

☆Leonard Lerer 他：Digital Strategies in Pharmaceutical Industry (2003) Palgrave.

などが出されている。しかし、「技術革新」といっても、これまでの合成医薬品、抗生物質製剤、副腎皮質ホルモン製剤などの開発の延長上に画期的な「新薬」が登場する可能性は少い。ウサン臭さのつきまとう成人病新薬かバイオ・テクノロジー関係ぐらいだろう。その上、戦後、数多く開発された新薬はパテント切れの季節を迎えつつある。巨大な図体に見合った巨大な利潤を確保するためには、新薬以外のゼネリック(後発医薬品)、OTC (Over The Counter—大衆薬) の分野で馬力を発揮しなければならない。

前掲の製薬産業関連文献には、まだ日本ではあまり使われていないDTCという新語が登場している。Direct To Consumerの略でインターネットを通じて直接、消費者に売りこむ方式である。インターネットに関しては

『医薬とインターネット』

☆Bruce C. McKenzie：Medicine and the Internet 3版 (2002) Oxford Univ.Press.

『看護におけるインターネット』

☆Kristen S. Montgomery 他：Essentials of Internet Use in Nursing (2002) Springer.

『医師のインターネット』

☆Roger P. Smith：The Internet for Physicians. 3版 (2002) Springer.

などが出されているが、製薬会社のDTCは、副作用情報も注意事項もネットで提供すれば「薬の専門家」は不要というスタンスであることに注意しなければならない。

多国籍企業化、グローバル化

かつて、バイエルやヘキストなどを含むI.G.Farben (イー・ゲー・ファルベン) は資本主義における「独占」段階の典型として教科書的に紹介されたが、資本の多国籍企業化、グローバル化の典型例も製薬産業は豊富に持っている。拙著『20世紀の医療史』(2002、本の泉社)では

『日本乗っ取り』

☆W. Carl Kester：Japanese Takeover (1991) Harvard Business School Press.

で万有製薬がメルク社に呑みこまれるケースを紹介したが、弱肉強食の国際競争下における合併、吸収は製薬産業だけではない。多国籍企業化、グローバル化を一般的にとりあげたものとしては

『多国籍企業』

☆Glenn Morgan 他編：The Multinational Firms (2001) Oxford Univ. Press.

『グローバル時代への挑戦』

☆Walter F. Mandale 他：Meeting the Challenge of Global Aging (2002) CSIS.

などがある。

日本の国立公衆衛生院(現在の国立保健医療科学院)が1938年にロックフェラー財団の全額寄付によって建てられたもの(当時は「国立」がつかず、ただの「公衆衛生院」)であることを知っている人は少くなりつつある。なぜ、そうなったかについては

『ロックフェラー財団の保健戦略』

☆John Farley：To Cast Out Disease—A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation, 1913—1951 (2004) Oxford Univ. Press.

を参照されたい。乱暴に整理すれば、資本投下の露払いとしての公衆衛生ということになる。

「グローバル」という形容詞は「大資本の世界戦略のあおりを受けた」という形容句によって置きかえ可能な場合が多く

『グローバル精神保健政策』

☆Peter Morrall 他編：Mental Health Global Politics and Human Rights (2004) Whurr Pub.

や『グローバル化時代の医療政策』(第1回で紹介)『グローバル医療政策』、『グローバル公衆衛生』(第3回)の場合も、ほゞあてはまるのではないか。

移民と医療マンパワー

資本の海外進出は、当然のことながら進出先に労働市場を形成し、本国への移民を増加させる場合が多い。

『不法移民』

☆Bill Jordan 他：Irregular Migration—Dilemmas of Transnational Mobility (2002) Edward Elgar.

は、メキシコ、フィリピン、韓国、中国、インド、ドミニカ共和国、ジャマイカおよびコロンビアからアメリカへの大量の移民が、1970年代から1980年代にかけてのこれらの国へのアメリカ資本の直接投資と密接に関連していることを指摘している。

途上国の貧困、人口、移民問題については「第4回・医療の国際比較」で若干ふれたが、そこでの紹介文献の他に

『人口急増、1750—2000』

☆William Stanton：The Rapid Growth of Human Population, 1750—2000 (2003) Multi-Science. Pub.

『途上国の人口と健康』

☆国際発展研究センター：Population and Health in Developing Countries. 1巻 (2002) Indepth Network.

『プライマリケアと南アジアの人口』

☆Shahid Ali 他編：Primary Healthcare and South Asian Populations (2004) Radcliffe.

『貧困と健康』

☆OECD：Poverty and Health (2003) WHO.

『移民労働者』（意訳）

☆Pierrette Hondagnen-Sotelo：Doméstica (2001) Univ. of California Press.

『アメリカの新労働市場』

☆Paul Osterman 他：Working in America—A Blueprint for the New Labor Market. (2001) MIT Press.

などが出されている。

また、本のテーマが移民や途上国問題ではなくても

『アメリカ資本主義』

☆Wyatt Wells：American Capitalism, 1945—2000 (2003) IVAN R. DEE

は、当然のことながら移民問題に多くの頁を割いている。

第5回でとりあげた『女性・健康・国民—1945年以降のカナダとアメリカ』には、「看護と植民地化」「カリブ移民看護婦」などのテーマが含まれているし、移民看護婦用の本として

『外人看護婦用英語』

☆Tory Grice：Everyday English for Nursing (2003) Baillière Tindall.

も出されている。そして、移民の貧困を医療・看護の課題としてとりあげたのが『アメリカ看護史』（第6回）で、次のように書かれている。

「1893年にボルチモア市の外国人は全市民の16%で、その40%はスラムに住んでいた。シカゴでの外国人は41%で、その58%がスラムに住んでいた。ニューヨーク市での外国人は42%で、その63%がスラム住まい。フィラデルフィアでは26%を占める外国人の60%はスラムに住んでいた。」

アメリカにおける訪問看護やセツルメント活動は、このようなスラムの住民を対象にして始められたわけである。

なんでもマーケット化

つまるところ、グローバル化は、国境を越えてより安い労働力と資源と販売市場とを求めて展開されるわけだが、市場がモノから各種サービスにまで拡大されたのは20世紀の後半であり、医療もマーケティングの対象とする理論が出現したのは1980年ごろである。いいかえれば、1880年代に現われたマーケティング理論が、100年経って医療にも適用されるようになったわけである。この時期のものはなかば古典となりつつあるが

『医療におけるマーケティング』

☆Robert Rublight 他：Marketing Health and Human Service (1981) Aspen.

を挙げることができる。この本では、マーケティングとは「外部環境と内部環境との統一的把握」という弁証法的表現がなされており、「内部環境」とは「職員の意識水準」を意味するそうだから、耳の痛い医療団体、医療関係者が存在するはずである。

見方によっては、「人の弱身」をマーケット化する資本の登場であり、1980年代の終わりには「シルバー・マーケット」をとりあげた

『弱みとしての加齢』

☆Olieve Stevenson：Age and Vulnerability (1989) Edward Arnold.

が出された。

1990年代に入ってから、医療マーケティングに関する本は

『医療マーケティング』

☆Philip D. Cooper : Health Care Marketing. 3版 (1994) Aspen.

『マーケットと医療』

☆Wendy Ranade 編 : Markets and Health Care (1998) Longman.

など、数多く出されるようになったが、世紀の変わり目あたりから、高齢化に伴う「長期ケア」に関するマーケティングをとりあげた本も出されるようになった。例えば

『長期ケアの戦略的マーケティング』

☆James A. Wayne : Strategic Marketing of Your Long-Term Care Facility (1998) Charles C. Thomas Pub.

である。「シルバー」も「長期ケア」もマーケット化され、アメリカ最大のHMO、カイザーパーマネンテは全米4,900万人の障害者（日本に比べれば、軽度のもが含まれる）のマーケット化を企図しつつある。

本の発行年が2005年になっている本で最初に届いたのが

『医療マーケティング』

☆John T. Gourvine 他 : Problems and Cases in Health Care Marketing (2005) McGraw-Hill.

であったことも、現代を象徴することのように思える。

落日の社会福祉

これまで、社会福祉という言葉は「反市場的概念」かと思ってきたが、どうやらそうではないらしい。すでに

『福祉市場』

☆M. Bryma Sanger : The Welfare Marketplace (2003) Brooking Inst. Press.

という書名の本が出されているし

『代替的福祉政策』

☆Torben M. Anderson 他編 : Alternatives for Welfare Policy (2003) Cambridge Univ. Press.

も福祉政策の代替策としての市場原理というニュアンスである。

一方で、市場原理が強調されるとき、他方では医師、看護師、医療機関の「生き残り策」が論じられる。この種の本は多いが、今回はとりあげない。重要なことは必然的に生まれる競争社会の落伍者たちに対する公的救済が社会福祉なのかと想っていたら、ここでも競争が強いられることである。

オリンピックの敗者復活戦ならば銅メダルの可能性があるが、社会福祉分野における競争は展望なき悲惨と貧困を意味する。そして、多くの場合、「女性の貧困化」に結びつきやすい。

『落日の西欧福祉』

☆Catherine Kingsfisher 編 : Western Welfare in Decline (2002) Univ. of Pennsylvania Press.

は「シングル・マザーの61%は貧困状態」「25歳以上のシングル・マザーの83%は貧困状態」「片親家庭の子ども45%は貧困状態」にあることを指摘している。

対抗軸は？

「ジェンダー問題と市場原理」というテーマは、ここでとりあげるには大き過ぎるが、簡単にいえば、市場原理によって、いかに秒キザミで効率を争っても、人間が生まれてくるには、やはり280日かかるし、子育てには秒に換算したら気の遠くなるような数字の時間がかかる、ということである。

なにもかも秒キザミのペースにまきこまれることによって「落日」が始まったわけだから、市場原理への対抗軸として、「もっとゆるやかに流れる時間をみんなと共有できるシテテムづくり」を考えるべきだろう。

「落日」がさらに進行して「飢え」に直面したとき、「ケータイ」は腹の足しにならないことを知らされることだろう。「ケータイ」の価値は「にぎり飯」1個よりもはるかに低く、どこに「にぎり飯」があるかについて、いくら「ケータイ」で情報を交換しても、「にぎり飯」そのものは増えないことを知らされるだろう。

1粒の粉が「にぎり飯」になるまでの時間、作物の生長時間などは、人間の生長時間などとともに、もっとも「共有しやすい時間のモノサシ」で

はないだろうか。秒キザミの市場原理にまきこまれて「ゆるやかな時間」を共有しえない親に代って

『祖父母の出番』

☆Arthur Kornhaber: The Grandparent Solution (2004) Jossey-Bass.

という本も出されている。祖父母と孫ならば時間を共有できるかもしれないからだろう。

また、年寄りには年寄りの向きの仕事があるのが、農業・農村のいいところで

『農に学ぶ』

☆Harold Brookfield 他編: Agrodiversity—Learning from Farmers across the World (2003) United Nations Univ. Press.

なども、市場原理への対抗軸たりうるのではないだろうか。

市場原理への対抗軸としては安直に「福祉国家」を持つてくるべきではない。いわゆる「福祉国家」にカテゴリー化されている北歐4カ国における異常に多い優生手術件数については拙著『20

世紀の医療史』でふれた。また同書で、ドイツ民族衛生学会（後のナチズムの母体）がある時期に「軍事優生学派」と「ノルディック福祉派」とに分裂したことについてもふれた。そして

『ダーウィンからヒトラーへ』

☆Richard Weikart: From Darwin to Hitler (2004) Palgrave.

では、ノルディック民族が世界でもっとも秀れた民族であることや、ノルディック・ゲルマニック民族衛生の必要性についての主張が紹介されている。

市場原理への対抗軸を考える場合には、いわゆる「福祉国家」といわれている国の暗部や、ノーマライゼーション理論のいかわしさに目配りしなければならない。欧州全体で中年（35～64歳・男子）の虚血性心疾患による死亡率を比較した統計では「福祉国家」が高く、デンマークなどは欧州平均の約1.5倍であった。あつという間に「あの世」に行けるから「福祉」ではないはずである。

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

【事務局ニュース】3・会員の海外医療体験談、情報掲載について

会員の皆様から海外医療体験談、活動近況報告を募集します。皆様の応募をお待ちしています。

- ・ 字数：400字～800字程度
- ・ 原稿料：掲載された方には薄謝を進呈
- ・ 内容：

1. 会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へ知らせる内容をお書きください。

2. 海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した方の体験談を募集します。

・ 投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールでお寄せください。

なお投稿いただく際には「活動報告」「情報募集」「海外医療体験」などのテーマを明記し、「情報募集」の場合は連絡先を必ず入れてください。

『「医療費抑制の時代」を超えて』

(近藤克則著、医学書院、2004年)

柳澤 敏勝

1 本書の論旨

本書の論旨はきわめて明快であり、医療の門外漢にとってもその議論は説得的である。すなわち、医療費の抑制が続くならば医療の質の低下と供給量の不足を招き、イギリスで起こったように、日本でも医療現場は荒廃する。したがって、これ以上、医療費の抑制をすべきではなく、むしろ拡大すべきである、ということに尽きる。なんとなれば、「医療費水準が低いにもかかわらず、さらに医療費の抑制の必要ばかりが強調される日本の医療改革論議が、国際的にみれば異常であることを示している」(50頁) からである。そのうえで、医療費の拡大は公的な財源によるべきだというのが著者の結論である。

だが、著者も述べるように、問題はそう簡単ではない。従来の医療費のあり方に問題があり、公的財源による医療費拡大とはいっても直ちに増やせるものでもなければ一律に増やしていいものでもない。この困難をクリアするためには「評価と説明責任」(第三次医療革命)を果たせるような医療費制度にすべきであり、それを可能にするうえで、わが国で遅れている政策評価研究、政策科学の推進が必要となるのである。

以上の論旨が本書の総論にあたる第1部「公的医療費抑制は医療現場の荒廃を招く—医療費拡大に転じたイギリスから学ぶ第三次医療革命—」において展開されている。

2 福祉国家とコミュニティケア

この10年ほどの間、NHS・コミュニティケア法制定(1990年)後のイギリスにおける医療・介護制度の変遷についてわが国でも多く紹介され、議論が積み重ねられてきた。また、ここ1~2年の間にも、小田兼三『コミュニティケアの社会福祉学』勁草書房(2002年)、平岡公一『イギリス

の社会福祉と政策研究』ミネルヴァ書房(2003年)、田端光美『イギリス地域福祉の形成と展開』有斐閣(2003年)など、出版が相次いでいる。

議論が盛況であるとはいっても、その内容はイギリスのコミュニティケアがたとえばわ

が国の介護保険法制定過程にみられるように参考になるからなどといった消極的なものではないと評者は考えている。周知のように、福祉国家が第二次大戦後のひとつの重要なパラダイムであったが、1980年代末になるとこの枠組みが大きく揺らぐようになった。地球環境との共生や国民経済の持続可能性が問われはじめたからである。つまり、暗黙のうちに想定されていた無限の経済成長を前提とした福祉国家が限界に突き当たったのである。その意味でNHS・コミュニティケア法も決して偶然の産物ではなかったはずである。

しかしながら、壁に突き当たった福祉国家に替わって何が用意されようとしたのであろうか。この点の問いは本書でもこの書評でも課題ではないため、以下で若干触れるにとどめることにしたい。

3 ブレア政権の「第三の道」

さて本書では、日本の医療の荒廃を招かないためにイギリスの経験を教訓とすべきであり、かつその困難から抜け出す道筋をつけたブレア政権の改革をみておく必要があるとの認識から、国民医療制度(NHS)改革(第2部)、高齢者介護・福祉政策(第3部)、ホスピス・緩和ケアプログラム(第4部)の三者を通じて、イギリスの国民



医療・介護制度改革を分析している。サブタイトル、「イギリスの医療・福祉改革」にあるように、この部分が本書の中心となっている。

分析を展開する際に筆者が注目するのはブレア政権の掲げた「第三の道」である。「主に民営化による市場形成と競争を頼りに改革を進めた『第二の道』と異なり、質や効率、公正を含む基準や目標を設定したうえで、ボランティア組織を含む民間と公的セクターに競争させ、その業績を多元的な基準に照らして政策評価を重視するニュー・パブリック・マネジメントを徹底したのがブレア政権の『第三の道』の特徴」(132頁)であり、一世を風靡し、かつ現在の日本の医療改革の基本理念ともなっている新自由主義からの脱却の必要を説いている。

同時に著者は、「第三の道」に基づく医療改革を日本も範とすべきことを強調する。つまり、「医療改革といえば日本では医療費抑制を意味する。しかし、医療供給の仕組みを変えること、適切な投資をすることこそ、本来の医療改革である。ブレアのNHS改革は、それに正面から取り組む、まさに抜本的改革である」(90頁)として、ニュー・パブリック・マネジメントの種々の手法やNHSプラン(2000年策定)、医療費の拡大について論及している。

新自由主義からの脱却や抜本的改革の具体的手法に関する考察はひとつひとつが説得的であり、評者にとっても大いに勉強となる研究であるが、あえて異論を差し挟むとすれば、ボランティア組織を含む民間と公的セクターが競争関係にあるという把握が必ずしも実態を反映していないのではないかという点である。ボランティアセクターの分析が本書の課題でないがゆえにないものねだりの議論ではあるが、ボランティア組織(アソシエーション)が民間セクター(第1セクター)ではなく、サードセクターの主要な構成要素であり、公共セクターと競合関係にあるわけではないとの認識が広がっていると考えるからである。またEUでは、このサードセクターが近未来の社会経済システムを担う一大セクターになると想定して種々の社会政策を展開しているからでもある。

したがって、公的保障の水準を抑制して民間セクターに任せれば、国家財政からみて効率的な市

場創出となるかもしれないが、安全性や質の劣化などを招き社会の生活の質が犠牲になるという議論(295頁)も、市民参加をどの位相で捉えていくかという論点、あるいはサードセクターの役割という視点を欠落させているのであり、従来の官民(公私)二極のみの構造把握にとどまり、議論が袋小路に陥ってしまいかねない。あえて言えば、この点が本書の難点であるかもしれない。

4 「居心地のよい社会」論

ブレア政権による抜本的改革の骨格をなす「医療供給の仕組みを変えて適切な投資をすること」という視点から日本の現実を眺め、介護政策を通して医療改革について考察するのが最終章にあたる第6部「介護政策における政策科学の試み」である。

ここでも指摘はきわめて明快であり、爽快ですらある。すなわち、「給付水準のほうは家族介護力を前提にしておきながら、要介護認定においては家族介護力を考慮していないことに、現在の介護保険制度の矛盾がある。」(273頁)

わが国でこのような矛盾が放置されるのは、おそらく政策サイドに自立自助を標榜する新自由主義というバイアスがかかりすぎ、そのことに鈍感になっているためであろう。「『費用負担における公平』を優先する結果、…多くの要介護者が排除されるのであれば、介護保険制度とは何のための制度なのだろうか。」(269頁)あるいはまた、「社会保障はそもそも自己責任でカバーできない事態を連帯して支え合う制度である。課税免除されている低所得者層の保険料や利用者負担の減免を否定することこそ『助け合いの精神を否定する』ものといえないだろうか」(270頁)との著者の疑問はまさにこの点を突いている。

医療と介護は対人サービスであり、いくら効率を追求してもよいサービスには費用がかかるのは当たり前であり(282—283頁)、この当たり前さが了解されるまでには相応の努力が政策サイドに求められるはずである。この点において、「経済政策偏重で効率だけを基準とするのではなく、社会(保障)政策も重視して、公正にも配慮した『居心地のよい社会』を目指すべき」(296頁)という著者の主張は傾聴に値する。

5 本書の特徴

問題点を指摘し批判するだけでよしとしないのが本書の大きな特徴である。その特徴は、対案なき批判は無節操であり、根拠なき対案は無力であるとの評者の考えからみても魅力的である。さて、「居心地のよい社会」を建設するうえでとくに留意しておくべき指摘は、「医療の質を高めるために不可欠な医療サービス研究の蓄積不足」である。なぜなら、「費用の節減と両立させる方法の開発は欧米での膨大な医療サービス研究の成果」であって、「わが国でも『無駄を省き、質を高める』ための研究を推進して根拠に基づく政策選択をすべき」だからである(108—109頁)。

これまでは、公共私(官協民)のベストミックスによって最適な社会サービスを提供するという福祉ミックスの考え方があったものの、持続を可能とする「根拠に基づく政策選択」という現実の施策についてはボランティアセクターのとくに大きな弱点であった。その意味で、保健医療福祉分野における政策科学研究の課題を5つ掲げ検討を

加えている点(222—229頁)は大事である。「今後は福祉も含め、どこにどのように資源を配分することが超高齢社会にふさわしいのかを明らかにする医療サービス研究をわが国でも推進することが必要」(259頁)なはずである。

本書のもうひとつの特徴はその作業量の大きさである。事例の渉獵という点から見れば当然のことであろうが、たとえばイギリス政府機関のホームページにアクセスして最新のデータの収集し、分析に努めている。このような事実把握の努力が本書のもっている説得力のひとつの根拠である。

人類史上経験したことのない速さで高齢化の道を驀進している日本においては、老いも若きも例外なく待たなしの局面に立たされているのであり、本書から学ぶべきことが多いと思われる。また、本書で展開される議論を踏まえた制度設計や政策立案が直ちに求められることになるであろう。

(やなぎさわ としかつ、明治大学商学部・社会政策)

【事務局ニュース】 4・会員募集と定期購読のご案内

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

○会員の種類

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

研究所ニュースが無料配布されます。

○会費(年会費)

	区分	適用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個人	なし	3,000円

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

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

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

● 8号 (2004年 8月) —特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田 和弘
- 座談会「非営利・協同と宗教」若井 晋、日隈 威徳、高柳 新、司会：石塚 秀雄
- 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川 貞夫
- 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上 惇
- 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤 和夫
- インタビュー「前進座・総有と分配」大久保 康雄
- 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向— I A S 32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越 芳昭
- 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚 秀雄
- 団体会員訪問 (1)「千葉県勤労者医療協会」
- 文献プロムナード (7)「平和の脅威」野村 拓
- 書評「二木立『医療改革と病院』」川口 啓子

● 7号 (2004年 5月) —特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ『『満足の文化』といまの日本』相野谷安孝
- インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
- 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
- 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
- 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
- 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
- 文献プロムナード (6)「医療職種」野村拓
- 非営利・協同入門 (5)「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
- 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
- 書評「東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史—いのちの平等を求めて』」相澤與一

● 6号 (2004.02) —特集：非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

- 巻頭エッセイ「出征」日隈 威徳
- 座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間 照光、根本 守、伊藤 淳、司会：石塚 秀雄
- 論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根 利幸

- 論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋 茂男
 - 論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄
 - シリーズ非営利・協同入門（４）「非営利・協同と社会変革」富沢 賢治
 - 文献プロムナード（５）「Care を考える」野村 拓
 - 書評／南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり…長野・下伊那からの発信』石塚秀雄
-

● 5号（2003.11）——特集：行政と非営利組織との協働（1）

- 巻頭エッセイ「民医連の医師」千葉 周伸
 - 座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」
富沢 賢治、高橋 晴雄、窪田 之喜、司会：石塚 秀雄
 - インタビュー「医療と福祉に思う」秋元 波留夫
 - 特別寄稿（再録）「津川武一と東大精神医学教室」秋元 波留夫
 - 論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」丸山 茂樹
 - 論文「韓国の医療保険制度と非営利協同セクター」石塚 秀雄
 - 第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」松田 晋哉
 - シリーズ非営利・協同入門（3）「サードセクター経済と社会的企業—ライプリネスのデベロップメント—」内山 哲朗
 - 文献プロムナード（4）「医療の国際比較」野村 拓
 - 書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』角瀬 保雄
-

● 4号（2003.08）——特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐって—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤 與一
 - シリーズ非営利・協同入門（2）「非営利・協同の事業組織」坂根 利幸
 - 座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」立岡 昶、斎藤 なを子、長瀬 文雄、岩本 鉄矢、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄
 - 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」菅井 真
 - 第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」松原 由美
 - 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価購入に関連して—」石塚 秀雄
 - シリーズ「デンマークの社会政策（下）」山田 駒平
 - 文献プロムナード（3）「医療政策」野村 拓
 - 書評／宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』田中 夏子
-

● 3号（2003.05）

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」高柳 新
- シリーズ非営利・協同入門（1）「非営利・協同とは」角瀬 保雄
- 座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄
- 論文「地域づくり協同と地域調査実践」大高 研道・山中 洋

- 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」 伊藤 周平
 - 文献プロムナード(2) 「地域への展開」 野村 拓
 - シリーズ「デンマークの社会政策(上)」 山田 駒平
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」 石塚 秀雄
 - 書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』 高山 一夫
-

● 2号 (2003.02)

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上 護
 - 新春座談会「NPOの現状と未来」 中村 陽一、八田 英之、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
 - 論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から」 中川 雄一郎
 - インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子 忠道、インタビュアー：林 泰則
 - 論文「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方——」 藤野 健正
 - 文献プロムナード(1) 「もう一度、社会医学」 野村 拓
 - 海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚 秀雄
 - 書評 「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田 之喜
-

● 準備号 (2002.10)

- 発起人による「新・研究所へ期待する」
- 特別寄稿論文
 - ・「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
 - ・「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

「研究所ニュース」バックナンバー

○ N o . 8 (2004.10.31発行)

アンケートの報告、理事長のページ、副理事長のページ、書評「渡辺雅男『階級！ 社会認識の概念装置』(石塚秀雄)、エッセイ他

○ N o . 7 (2004.7.25発行)

会員アンケート、欧米の老齢年金制度一覧、ブックレットNo.2『デンマークの社会政策』推薦、エッセイ他

○ N o . 6 (2004.4.25発行)

総会とシンポジウムのお知らせ、書評「いま、改めて『帝国』とは」(藤野健正)、エッセイ他

○ N o . 5 (2004.1.25発行)

研究費助成の公募、第3回公開研究会のお知らせ、「アメリカのホームケアワーカーの待遇改善」、他

「研究所ニュース」バックナンバー

○N o. 4 (2003. 10. 17発行)

「蹉跎への擬人法」(石塚秀雄)、「書評『人間のための経済学——開発と貧困を考える』」(大嶋茂男)、他

○N o. 3 (2003. 7. 4発行)

特集「角瀬先生慰労と激励のつどい」、「書評『福祉の哲学』」(高橋晴雄)、他

○N o. 2 (2003. 4. 17発行)

海外の医療・社会政策サイトの紹介、「書評『雲の都第1部広場』」(石塚秀雄)、他

○N o. 1 (2002. 12. 17発行)

「書評『20世紀の医療史』」(石塚秀雄)、いのくらエッセイ、他

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットN o. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットN o. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



【F A X 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のF A X番号：03 (5770) 5046

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

【次号第10号の予定】(2005年2月発行)

特集：非営利・協同組織の経営構造と労働の使命

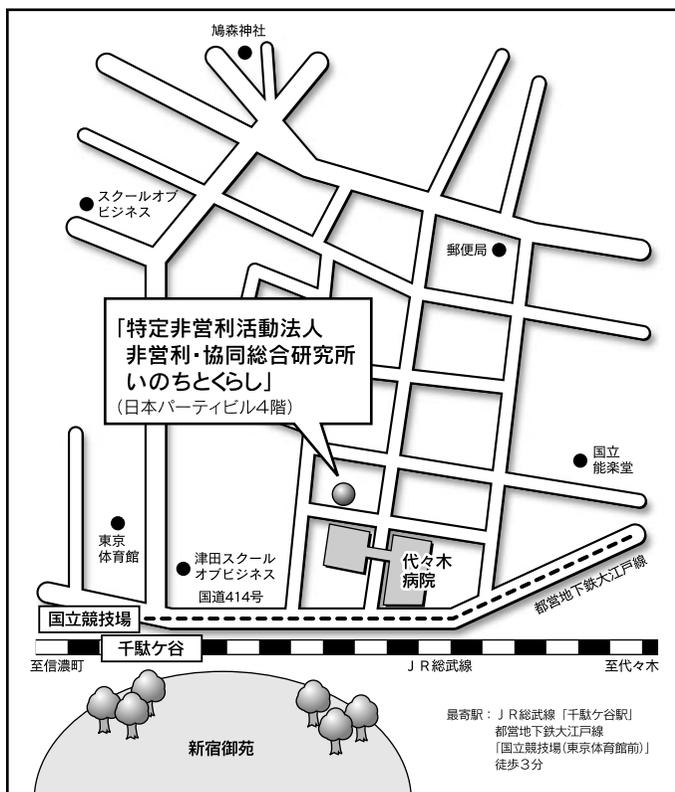
- ・座談会「非営利・協同の経営構造と労働の使命—民医連組織の事例に見る(仮題)」
- ・論文「日本の非営利・協同医療セクター」
- ・第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会」、など

【編集後記】

今号は、教育に関する問題と民医連・北九州の健和会の破綻と再生への取り組みを特集として扱う。改めて市場原理と非営利・協同の、非営利・協同組織における労働の意味を考える機会となればと願っている。また今号は団体会員のアンケート回答を掲載したが、研究所ニュースNo.8には個人会員からの意見・要望をまとめた。ご協力を頂いた会員の皆様に感謝申し上げます。

研究所サイト(<http://www.inhcc.org/index.html>)リニューアルのお知らせ

現在、よりわかりやすく機能的で、障害者の方も訪れることが出来るようなサイトにリニューアルしています。近日公開する予定ですので、どうぞご覧ください。



**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階
TEL：03-5770-5045/FAX：03-5770-5046
ホームページ URL:<http://www.inhcc.org/> e-mail:inoci@inhcc.org