

目次

○巻頭エッセイ 「人体の不思議展」 ……筋 昭三 1

特集：「医療の市場化と公益性」

○座談会「医療法人制度改革問題」
寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄 2
○協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革(社会医療法人新設)」…根本 守 19
○論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」 ……横山 壽一 21

○第2回自主共済組織学習会報告：「保険業法改正の動向と共済問題」
……森崎 公夫 26

○研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」 ……小川 一八 40

○論文「ロッチデール公正先駆者組合とその分裂、
—「非営利・協同」の源流についての一考察」 ……杉本 貴志 58

○文献プロムナード⑩「嫌米スペクトル」 ……野村 拓 64

○研究所ニュース …… 39、52、63

○バックナンバー …… 69

○入会申込書

表紙写真提供・前沢淑子氏

【次号第18号の予定】(2007年2月発行)

特集:非営利・協同と福祉国家

- ・座談会「医療事故過誤と安全体制」
- ・フランスの医療事故補償制度
- ・第6回公開研究会報告、など

【編集後記】

事務局は11月末で移転します。移転が決定すると、準備会から5年間使った部屋から離れることにいささかの寂しさを覚えました。準備会事務局最初の仕事は事務機の組み立て作業だったことも懐かしく思い出されます。すべての在庫をそのままにはできないので、機関誌2号から10号までの無料進呈は、今年度末を目安に終了予定です。希望者は事務局までご一報ください。これを転機に内容もより進展できるよう努めたく存じます。

移転後の新住所 ●2006年12月1日～

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8

労音御茶ノ水センター2階

TEL:03-5840-6567 FAX:03-5840-6568

電子メールは変更なし inoci@inhcc.org

「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

「人体の不思議展」

筋 昭三

「人体の不思議展」を金沢の二十世紀美術館で観た。入り口には頭から足先までの動静脈が系統的に見える「立像」が立っていた。躯体の筋肉一つ一つが浮き彫りになっている人体の筋肉標本立像もある。約15体の全身像と約130点の臓器の標本が展示されていた。

私は「模型？」と思って見始めたが、見つめているとそれは「生きていた人間」で造った標本であることに気づいた。説明には「プラトスミック処理」をしたと書かれている。人体の水分と脂肪をプラスチックなどに置き換える技術で作成したというのである。とすると私は今約20人程の「死体」に取り囲まれていることになることに気づいた。「プラトスミック処理」されたとはいえ、これらの標本は明らかに「人間の遺体」そのものである。

「人間の遺体」は地方自治体で死亡が確認されて、荼毘されることが法律で規定されている。行路死亡者や死刑を施行された場合でも死体の処理は行政の責任となっている。「死体」はいずれの場合でも丁寧に尊厳をもって扱われることが古今東西、人間の倫理であったのである。しかしこの「人体の不思議展」はそれを逸脱しているようである。死亡した人体を焼却（土葬）していないからである。更に死亡した人を「特定の標本」にすることに本人および係累者の同意を得たかどうか、も問題であろう。

「人体の不思議展」—調べてみると日本では2002年3月から大阪、東京を皮切りに福岡、名古屋等々と開催され、今年の11月埼玉、12月神戸と展示が予定されている。これまでの各地の主権者を見るとそれぞれの地方新聞社と「人体の不思議展監修委員会」、「日本アナトミー研究所」となっている。この「人体の不思議展監修委員会」は監修委員長

が前日本医学会会長森旦と学士院会員織田敏次、監修委員には日本医学会会長高久史康や『バカの壁』の養老孟司等の著名な医学者14名が名前を連ねている。またその開催の協力団体は各地の大学医学部であり、後援は日本赤十字社、日本医学会、日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、各県・市当局、県教育委員会、市教育委員会、県医師会、市医師会等々となっている。

展示会場に掲げられていた「プラトスミック処理」、これはドイツの週刊誌『シュピーゲル』によれば（2004年）ドイツ・ハイデルベルグ大学のグンター・ホン・ハーケンス博士により1978年頃に開発されたらしい。この人体「標本」の展示会が世界的に観客を動員。しかしやがて標本の基となる「死体」や「臓器」の入手に関して疑惑が持たれ、ハーケンス博士はドイツから中国・大連にその工場を移したという（以上 Google）。とすれば現在日本で展示されている「標本」はほとんど中国で作製されたものであり、その「人体」は中国人由来のものか？この遺体はこのように「プラトスミック処理」されることを生前に本人から同意を得たのだろうか？更にまたその展示を観覧料を徴集して営業として展覧することが人道上許されるかどうか？も問題となる。

このような基本的な倫理上の問題を含む「人間の標本を学校の教師たちに引率された生徒が「観賞」することも重大な問題を含んでいるようである。更に各地の展示会の協力、後援の諸団体をみると、それこそ公民の社会組織総揚げの協賛である。つまりこのような人権問題を含むイベントへの参加に何の疑問も持たない今の「日本社会」がより問題のように私は感ずる。

（あざみ しょうぞう、全日本民医連名誉会長）

座談会 医療法人制度改革問題

出席

寺尾正之（てらお まさゆき、全国保険医団体連合会事務局次長）
鈴木 篤（すずき あつし、全日本民主医療機関連合会副会長・東京勤労者医療会理事長）
坂根利幸（さかね としゆき、公認会計士・協働公認会計士共同事務所）
角瀬保雄（かくらい やすお、研究所理事長・法政大学名誉教授）
オブザーバー：根本守（ねもと まもる、公認会計士・協働公認会計士共同事務所）
司会：石塚秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

●医療法人とは

角瀬 このテーマについてはすでに今年の医療経済学会の研究例会で取り上げられたり、協働のホームページでは根本さんが詳しい解説を載せたりしています。(19、20ページに転載) また、『しんぶん赤旗』(2006年8月18日付)では東北大学の日野秀逸先生が



コメントを載せておられたりしております。その他、医療経営に関するビジネスの世界ではいろいろと取り上げられているようですが、国民の立場からこれをどうとらえるべきかとなると、なかなか難しい問題をはらんでいるように思います。

2時間ということですが、まずどのように進めていくのか確認していきたいと思います。技術的な点、法律的な点を突き詰めていくと大変複雑な話になります。これは寺尾さんが詳細に分析をされているところですが、読者の方にはわかりづらいところもあるかと思うので、まず全体的な内容を押さえてから細かな点に入っていくのがいいのではないかと思います。

坂根 細かな点というか、社会医療法人の要件について議論を始めるとそれだけで座談会が終わってしまうので、そのあたりは寺尾さんに整理していただいて最初に載せてもらうのがいいのではないのでしょうか。

医療法人の区分

- 医療法人は、医療法で規定。剰余金の配当が出来ないので非営利だが、原則非課税の公益法人等ではない。法人税的には基本的に営利法人と同じ扱い。平成18年3月で41,720。
- 区分
 - ・出資持分の定めのある社団
 - ・出資持分の定めのない社団、財団
 - ⇒一定の要件を満たすと医療法上の特別医療法人(約50弱)、法人税率は30%で優遇はないが、医療及び附帯業務、付随業務のほか、収益業務も可能
 - ⇒一定の要件を満たすと租税特別措置法に規定される特定医療法人(約390)、法人税率は22%に軽減される

角瀬 私が医療経営の分野に首を突っ込んだとき、まず最初に医療法人とは何かというところから勉強しないとなりませんでした。おそらく本誌の読者の方にもそういう方が多いと思いますから、そういうそもそものところから解きほぐしていかないと、医療法人の改革といってもどこが問題になっているのかわかりづらいと思います。また、根本さんが書かれた解説は大変明快で、勉強になったのですが、私にはそれだけでいいのかという思いもありました。そこでそうした点も取り上げられたらと思います。

根本 明快にしか書けなかったんですよ(笑)。

坂根 僕も古い時代のこと、医療法ができた時とか医療法人の制定とか、一人医師医療法人の設置とかの細かな話はよくわからないけれど、これまでいたる大雑把な流れは把握する必要があるの

社会医療法人の要件

①社会医療法人は「住民にとって必要とされる公益性の高い医療」を実施する

⇒その定義は、「通常提供される医療（活動）と比較して、継続的な医療（活動）の提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、住民にとってなくてはならない医療（活動）」

具体的には、救急医療等確保事業の実施が義務付けられた

②知事の認定を受ければ、開設する医療機関、介護老健施設の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる（現行の特別医療法人と同様）

③救急医療等確保事業のために、社会医療法人債を発行できる

④財産目録、貸借対照表、損益計算書について、公認会計士又は監査法人による監査が義務づけられる（一定規模以上の社会医療法人が対象）

⑤社会医療法人の認定取り消し

⇒役員等に対する特別な利益供与等（勤務実態の乏しい理事に対して高額の役員報酬を支給している場合や、理事長に対し金銭の貸付があり返済されていない場合には、特別な利益供与があるものと認定され、取り消し事由に該当するおそれがある）

⇒収益業務から生じた収益を社会医療法人が開設する病院・診療所・介護老健施設の経営に充てないとき
（作成：寺尾正之）

で、その議論をまずしましょう。それから今回の医療法人改革も社会医療法人だけではないから、現状の医療法人制度について言及し、社会医療法人が提起される問題を議論して、最後に社会医療法人について議論をするといいいのではないかと思います。

石塚 医療法の改革によって医療法人制度が抜本的に変わるだろうと言われております。社会医療法人が新設されるようですが、お話をさせていただく前段として、医療法人のこれまでの形成過程をお話いただけますでしょうか。従来の医療法人の特徴と新しい医療法人との違いというのはどこにあるのでしょうか。



坂根 正確でなかったら訂正してください。もともと日本の医療は個人だけが行っていたのではなくて、法人格を持っているかどうかは定かではないけれども、医療法ができる前から大きな医療機関で医療を担う法

人組織もあったのです。もしも医療法ができる前にそういう法人がなかったのであれば、医療法成立後、医療を行う機関はすべて医療法人にならざるをえないのですが、既に存在していたのは公益法人形態と生協の一部であったのだらうと思えます。だから医療法ができたときには、医療を行う医療機関がさまざまな法人組織としてあったということです。それ以降、医療法成立後は医療法人以外に医療機関を成立させるのは簡単ではなくなったのです。ただし、医療生協だけは消費生活協同組合法で医療を行うということで法人設立が事実上できる、それが現在でも残っています。これが第一の前提です。

それから医療法では、個人であろうと法人であろうと事業の目的は「非営利」と定めています。今回の医療法改正でも医療法人制度改革でもこの原則は色濃く配慮されていて、この点は後からまた話題にしたいと思えます。

また、医療法人の定めが置かれたときに、最初から開業医の一人医師医療法人のことはあまり前提に置かれていなかったように思います。医療法人化する開業医の方が出てきて、その方がいる意味では社会的に意義があるし節税的にも意義があると考えられて、開業医の一人医師医療法人、出資者が一人しかいない法人の流れが認められるようになったのだと思います。現状は個人の開業医の方が医療法人化することと、最初から医療機関の基礎となる財産があるか、医療機関設立を願う人々の出資によって医療法人が作られています、数としてたくさんあるのは開業医の一人医師医療法人です。

医療法人形態の定めには、社団の定めと財団の定めとがあります。営利ではないということから最初から設置されています。また、医療法人社団の中には出資社員の持分がある社団と、財団的な持分なき社団があり、組織運営的には3つのタイプがあるということです。たしか社団のほうが財団より法人数が多かったと思います。

社会医療法人については、このところ議論の機会が減っていましたが、話題になり始めた2年前には認定医療法人と言われており、よく議論をしていました。当時、この意味がよくわからないままの議論をしたのでした。

実のところ、出資額限度法人の議論とまったく同じではないけれど、底流では似たものがある、小泉政権以前から続く改革議論の過程の中で、医療の中に営利株式会社を参入させようという流れがありました。先ほど申し上げたように、医療法には個人でも法人でも営利を目的としてはいけないという定めがあるので、営利の株式会社を参入させるわけにはいかない。これは厚労省の、ある意味では基本的なスタンスですし、全員がそうだとは言いませんが、今も変わっていません。

ところが、現状では医療法人は圧倒的な部分が開業医の一人医師医療法人で、実のところ法人の売り買いもしくは医療法人の出資持分の相続や払い戻し等が多々行われていて、本来は営利を目的としない医療機関という法人形態にもかわらず、その所有に参画する、支配権に関わるころの取引はきわめて市場経済と同じ、あるいはそれ以上に行われていて、現状の医療法人の仕組みのままでは営利企業が参入したいと言われたときに、やっていることは営利ではないかと言われたら反論できない状況です。そこで、新しく制定する出資額限度法人は出資をしたら最初に出資した金額だけ、最初に100万円だけならば退団するときも譲渡するときも100万円だけなのです。出資額の限度があり、時価で払い戻しをすることはない。そういう制度を作ることによって、医療は非営利であり、株式会社の参入を容易に認めることはできないという姿勢をみせるために、出資額限度法人が生まれてくる背景があったように思います。

既存の医療法人社団についてはすべて出資額限度法人に移行するという議論もありましたが、一人医師医療法人が非常に多いということで、自分の財産権、実態としての価値が脅かされるという声もあって、医師会やその他反対意見が多く、結果として既存の医療法人はそのまま、新規の法人についてののみは出資額限度法人、持分を通じて利益を追求できない非営利の法人というようになったわけです。

この非営利性に、さらに公益性という概念をかぶせて、当初は「認定医療法人」という議論が出てきました。自分たちはこれがなぜ出てきているのかがわからなくて、民医連の方々と一緒に2年

前に厚労省へ聞きに行きました。厚労省の当時の課長補佐は、端的に言うとなんかこんなことを言いました。「非営利性の概念に加えて公益的な医療事業を担える医療法人の配置が必要である。なぜかといえば自治体病院等、公的な医療がこの間の医療制度改革や財政課題などから公的な病院としてそのまま存続することが簡単ではない。そういうときにそういう医療機関が全部つぶれてもいいのだとは思えないので、公益的な医療を担う医療機関として医療法の中に配置したい。」つまり受け皿として公的医療を請け負う医療法人をつくりたい、という話があったのです。したがって、公益的な医療法人は制度上も非営利性がさらに高く、中身的にも公共性が高く、医療内容も含めて、地域における医療の必要性から配置しようということになった、というわけです。

今の僕の話の中で抜け落ちている部分があります。それは税制と関連した部分なのですが、医療法人は組織形態としては持分ある・なしの社団2つと財団とで3つなのですが、税法上は普通法人と同じ課税が行われています。ただし法人組織で非営利性が高い、今度の社会医療法人までいかななくてもそれなりに公益性を担っているなどといった一定の基準を満たしていると、申請をすれば特定医療法人として認められ、普通法人よりも低い公益法人や協同組合の税率が適用されるようになります。この特定医療法人を取得する動きも、この間、一定ありましたし、何年か前には特別医療法人という制度ができました。これは医療事業だけではなくて、医療事業に付随する事業についても事業目的として認定を受ければ行うことができるというものです。医療事業に貢献する事業なんてそう簡単にはできませんから、数としては特別医療法人よりも少ないです。

根本 特別医療法人は50弱ですね。

坂根 つまり税制上は特定医療法人の優遇税率が適用される医療法人と普通税率が適用される医療法人とがある。そして、出資額限度医療法人が出来るけれども税率ははっきりせず、さらにそれよりも公益性が求められる社会医療法人にも優遇される税率がどれほどかはっきりしていない。2年

前に厚労省の課長補佐に聞いたときは、限りなく非課税に近づける方向で考えていきたいと言っていました。財務省次第です。

石塚 特別医療法人と同じということでしょうか？

坂根 いいえ、特定医療法人と同じということでは。むしろ特定医療法人が社会医療法人へと動くのではないかということでした。というのは公益法人制度がなくなってしまい、新たな公益法人制度にはいくつかのパターンがあるから、税制上の配置をしなければならない。あとは選挙なんです。協同組合の税制そのものも中小企業法の改正と絡む話だけれども、ここが動くかもしれない。むしろ協同組合の方が、税率が高くなるかもしれない。それよりも低い社会医療法人の税率、ということらしい。これが本座談会の導入の話ですね。

● 医療の非営利性とは

石塚 ありがとうございます。医療法人は、調べてみると全部で41,720法人あるそうです（平成18年3月）。医療機関全体の6割が医療法人であって、診療所の3割、個人の5割が医療法人だそうです。問題は、改正の隠れた動機が国公立病院の転換ということで公益性が出てくるであろうということ、また非営利性についても従来は漠然と非営利だということなのですが、今回はかなり明確に非営利性の判断、位置づけを出している。また、法人形態そのものが変わってきて、一人医師医療法人は昭和60年からの制度だそうです。これが開業医にどんな影響を及ぼすのか。政府の審議会を見ますと慶応大学の田中滋先生や、当研究所の最初の公開研究会で呼び出した松原由美さんなどが委員でおられ、非営利について詳しい方がいる。

もうひとつ、出資についても注目されていて、いい方向に行くのか悪い方向に行くのかは議論いただきたいと思います。想定していたテーマの大部分を坂根さんにお話いただきましたが、株式会社の導入というのは別において議論が立てられているように思います。

角瀬 制度全体のグランドデザインは明らかになりましたが、どういうところが問題かということについて、もう少し突っ込んだ議論をしなければならないと思います。というのは、われわれの研究所は「非営利」を看板にうたっていますが、正面から非営利についてはあまり突っ込んだ議論をしていないのですね。これを機会にきちんと議論をしなければならないと思います。

日本の医療制度は、古くは明治の初めにさかのぼると、「医制」（1874年）から始まる自由開業医制度によってきていました。自由開業医制度というと、「営業の自由」が医者に与えられており、医療というものが商品として市場で自由に売買されるということからすると、営利医療だったのではないかといわれてきています。戦後、1948年に医療法が施行され、「非営利の原則」というのが初めてうたわれるようになったといわれます。

ところが、かねてから私にはよく理解しがたいところがありました。というのは、医療の「非営利の原則」というのは医療法第7条5項で「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第1項の許可を与えないことができる」とされ、営利を目的とする医療機関には開設の許可を与えないことが「できる」となっています。このことは、場合によっては許可を与えてもいいという反面解釈ができます。もう一つ、第54条には「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」と出資者に対する剰余金の非分配をうたっています。協同組合やNPOで問題になっている剰余の「非分配制約」と同じものです。この二つが柱になっていますが、果たして実態はどうなのか。剰余金の非分配といいながら、解散時にはそれまでの蓄積を分配するというのも可能なわけで、これは営利の転嫁形態ではないのかという疑問があり、これが第1点の論点になると思います。

もう一つは、新しくできる「出資額限度法人」の解釈についてですが、「出資額に比例して」と「出資額にのみ限定して」と、二つの解釈が出来ます。出資額に比例しての方だと、解散時における蓄積剰余の分配も含まれてしまい、営利になってしまう。しかし、解散時における分配額は出資額に限定して、それ以上のものは分配できないと

いうのであれば、非営利になります。これが二つめの論点になります。

石塚 今度の医療法改正では解散時分配はしない、出資額限度は100万円だったら100万円までという、出資額に限定したという解釈でいいのですよね？

坂根 だから解散時に出資額の総額を超える財産があっても、それは同種の団体か医療機関か国へ寄贈する、そういう定款しか認められないと思います。それは従来の公益法人の定めと同じです。

角瀬先生の最初の論点ですが、協同組合は配当が出来ることになっています。ところが民医連でもそうですが、問題は医療生協です。生活協同組合法では配当が出来ることになるが、医療機関としては医療法で出来ない。ただ行政上は医療法の管轄ではないから、配当の分配をやろうと思えば出来るのです。

角瀬 そう、やろうと思えばできる。しかし、配当をやってないところがほとんどです。やりたくても出来ないのが医療生協の経営の現実ですね。しかし、ごく一部ではありますが、配当分配をしているところもあります。

坂根 事実上の分配をしているところもあります。

石塚 そういう点では、今度の改革のイメージというのは、非営利原則を明らかにした、徹底させるという考え方はありますね。

角瀬 非営利の徹底という点では、今度の改正を前向きにとらえることができます。剰余金はすべて医療に再投資することによって地域に還元することとし、特定の個人や団体に帰属させないというのはかなり厳しい非営利性の内容ではないかと思います。そもそも医療法人制度の出発点は、私人による医療経営の困難を緩和し、医療機関の経営に永続性を付与するところにあったといえます。それが社会保険制度と結びついて、医療経営の非営利性が保障されることになっているのだと思います。ここに医療機関の法人化の積極的な意義を認めることができます。医療経営における再投資

のために必要な剰余金の確保はその前提となるもので、そのことと非営利性の追求とは矛盾しません。解散時の剰余財産は個人（出資者）への帰属が禁止され、国、地方公共団体や医療法人その他の厚生労働省令で定めるものに帰属させる「出資額限度法人」しか設立が許されないという今回の改革には、それなりに積極的な意義を認めることができます。

坂根 だから先ほど先生が言われた非営利性の意味が重要になってきます。もともと医療法は、医療事業に着目して命と健康とを扱うので事業は非営利だというのですが、問題は医療事業を担う法人や個人が、その事業を通じて自らの利益追求を極端にやっちはいけないというのを深めて提起をしようということだと思います。ただ、従来の医療法人は残るので、それが譲渡か相続か認められている限りは一人医師医療法人のような事実上の営利を追求する形態が続きます。だから旧制度をやめない限りは、出資額限度法人を作る実践は増加しないと思います。

鈴木 新設の社会医療法人の対象は、病院をもつ法人が中心になります。今回、出資持分のある医療法人が「経過措置」の対象になりましたが、持分ありがいつまで留保されるのか、期限が設定されているのかどうか、保団連は開業医さんが多いので関心が強いと思います。また、今後開設するときには、持分あり法人が認められなくなっていますから、一人医師医療法人の立場をもう少し教えていただきたいと思います。

寺尾 今回の医療法人制度改革は、非営利性の問題と剰余金の配当禁止という二つが問題になっています。医療法第54条の剰余金の配当禁止については、厚生労働省は曖昧にしていた部分もありました。規制改革・民間開放推進会議は、そこを突いて一人医師医療法人や出資持分のある社団医療法人を攻撃してきました。もともと一人医師医療法人は1985年に導



入されたのですが、その前年、1984年に診療報酬のマイナス改定が初めて行われました。公称はプラスでしたが、実際現場で計算すると実質マイナスとなったのです。その翌年に、マイナス改定は問題だという声や医業経営の改善を求めるいろいろな意見を反映して、一人医師医療法人ができたという歴史的経緯があると記憶しています。

規制改革・民間開放推進会議は、アメリカの圧力も背景にして株式会社の参入と保険診療と保険がきかない診療の導入、いわゆる混合診療の導入をセットにして要求してきました。そこで厚労省としては、株式会社の参入には基本的に反対という立場から対抗してきたわけです。規制改革会議側が言ってきたのは、いまの出資持分のある社団医療法人を見なさいと。

例えば、医療法人の出資持分払戻し請求裁判の事例ですが、1970年に50万円を出資した社員が、18年後の1988年に医療法人を脱退する際、定款に則って出資持分の払い戻しを請求したが、その金額が約5億5千万円です（どよめき）。わずか50万円が18年で5億5千万円。もちろん定款に沿ったものです。このケースに限らず、他にも事例があるということで、「剰余金の配当だって実質的に行われているのではないか、これは我々の言っている株式会社の配当と同じではないか」と規制改革会議側に指摘されると、厚労省もなかなか対抗できない。そこで今回、非営利性と剰余金の配当禁止を徹底しようという見直しを行ったのだと思います。そういう前提の上ですが、抜け道がいくつか用意されているのです。

一つは非営利性の問題で、医療法では営利を目的とする場合には認可できないというのがありますが、すでにこれには例外が入りました。ご承知のように構造改革特別区域法に基づく場合には、医療法に特例措置が盛り込まれました。現在、株式会社立の医療機関は日本で1カ所、横浜市に出来ています。現在はまだ1カ所と限られていますが、医療法に明文化されましたので、これが広がってきますと、非営利というところが崩されかねないという問題があります。もう一つは剰余金の配当禁止の問題で、新たな出資額限度法人では厳しく制限されますが、社会医療法人は社会医療法人債を発行することができます。これをどう見る

のかという問題です。法律では厳しくしながらも、特例措置や別な方法で事実上配当を認めるようなことが、医療法人制度改革に盛り込まれているように思います。

●社会医療法人の目的とは

石塚 確かに非営利性の定義はアメリカ的な発想の非営利で配当禁止、とはっきりするのですが、社会医療法人が公募債をした際に、その利息とは矛盾するわけですね。

坂根 確かに一定の少数の人が多額の債権を占めてしまえば、そうですね。

石塚 一方では非営利性を厳しくしながらも、他方では社会医療法人では債券発行という資金調達のアイディアだとは思いますが一資金調達のアイディアとしては評価出来るとは思いますが、医療特区に株式会社を置くなど、論理の整合性がなくバラバラになっています。それぞれ関連なく、今回の改革は出来ているという印象を受けます。利害も見る人によって変わってくるのではないかと。国立病院の人は受け皿としての社会医療法人ということも考えられるし、民医連のような非営利・協同組織では配当・分配の問題は大きなことではないように思われます。

鈴木 大きな流れでは、官から民へという流れと、



三位一体改革の流れがあります。公立病院などの赤字部門の切り捨てを迫られた自治体への後押しと、医療法人非営利化の打ち出し、この二つの側面から社会医療法人が出てきている。ノンプロフィットとノンパブリックという流れの合流、つまりいままでパブリックな公立病院をノンパブリックにしてしまいたい、その受け皿として社会医療法人が出来たのかな、と思います。パブリックからいきなりプライベートまではまずいので、ソーシャルで落ち着かせた、となるのではないのでしょうか。

角瀬 医療法人制度の改正に先立って公益法人制度の改正がありました。そこでは「一般社団法人および一般財団法人に関する法律」と「公益社団法人および公益財団法人の認定等に関する法律」の二本立てになっていて、第三者が公益性を認定し、非収益事業の免税を図る仕組みになっています。これはアメリカのNPO法制と同じ二階建ての制度といえますが、医療法人についての一般の医療法人と「公益性の高い新たな社会医療法人」の区別も、そうした二階建ての発想に立つものといえるでしょう。問題は社会医療法人に対して収益事業の拡大を認め、「高い公益性」と営利事業の拡大とを組み合わせているところにあります。だから同じ二階建ての制度といっても、公益法人制度の改正とは逆の内容のものとなっています。ある意味、「社会」という言葉をわざわざ付けてきたのは手が込んでいともいえます。

鈴木 非営利に対して後押しするというのには特定医療法人があり、私が以前いた健和会は、特定医療法人を比較的早く、1989年に取りました。たしか大蔵省からの認可だったと思います。その後の特別医療法人も、医療だけでなく福祉や介護に手が出せるようにという意味があったのだと思います。

特定医療法人は、剰余金があれば税率22%という優遇があるのですが、民医連は退職給与引当金を引き当てるのに精一杯で、すれすれのところでやっていると、あまり優遇税制の恩恵はなかったのです(笑)。

特定医療法人は数では390ぐらいになりましたけれども、一定の公益的な法人であるというステータスがあり、収入があるところは税率などでも助かったのではないかと思います。社会医療法人は、公益性・非営利・優遇税制の特定医療法人と、事業性の特別医療法人の二つを受けて、自治体病院の受け皿になっていく方向へ取れんしていったという感じがします。

今度の社会医療法人の税率は、22%以下へと下げのかわられると不明瞭です。公益性の医療の内容次第になってくるのかと思います。公益的な事業として、小児救急や産婦人科、僻地医療など、いろいろと挙げていますが、これを民間がや

れば自治体よりもよくできるのではないかというのは、古い幻想から出来ているのではないかと思います。

いまは民間だろうと何だろうと、小児とか産科とかは人材自体が確保できないのです。これに手を付けられる医療法人がどこにあるのか、という問題になってくると思います。小児救急とか難病在宅医療とか、感染症対策とか、指針となるいくつかの項目を厚労省はあげていています。公益性の高い医療項目のうちひとつあればいいといわれ、民医連は在宅医療や難病などは広範囲にやっていますし、24時間在宅ケアなども赤字でやってきた所もありますから、補助がされるならやっても良いかなと思います。ただ税率の優遇だけでは、剰余金がほとんどない法人ではうまみがないですね。

本当に社会医療法人が公益性を担えるかどうか。いま、医療崩壊というスタッフ不足と、地域社会の崩壊が同時に進むという、地殻変動が起きています。地域崩壊が起きて民間病院が閉鎖したり、市立病院が小児科や産科をやめたりする中で、一定の税率優遇だけで社会医療法人が出来るかといえば、かなり難しいのではないかと思います。具体的に思うのは、例えば徳州会などが一僻地医療と言っていたので、入ってくる条件はあるのかなとは思いますがね。

坂根 今、おっしゃられたように社会医療法人になれる、公益性を担えるのは、すでに特定医療法人を取っている医療法人です。そうすると今の税率より安くないと相乗効果がない。いくら不動産を安く手に入れても厳しい運営費用がかかるわけですから、抱えるコストと、本来は剰余が出ている部分の税制上の恩恵をかなりの額で上回るものでないとメリットはないですね。

石塚 今の税率はいくらでしたか。

坂根 特定医療法人は協同組合と同じ22%です。

石塚 税制の部分はなぜぼやかしているのでしょうか。

坂根 それは財務省次第だからです。厚労省でもそう言っています。

石塚 公益法人法の改革を見ても何らかの形で課税しようという方向なので、非課税ということはなさそうですね。公益性の要件を何かひとつ満たせばいいとありましたが、その要件に地域の他の医療機関と連携を取ることというのがありましたが、これは可能なのでしょうか。楽観的なことが書いてありましたが。

寺尾 今回の医療法人の問題をとらえる時は、全体の医療制度改革がどこに進むのかという方向性との関連を見た方がいいと思うのです。先の通常国会で成立した医療制度改革関連法のひとつの目玉に、医療を提供する体制を地域ごとに作らせていこうというのがあります。主な疾病ごとに、予防（健診・保健指導）から始まって外来、入院、在宅医療、最後は在宅での終末期医療と看取りという全体の流れを地域ごとに作って行って、社会医療法人なども中核になって連携体制を作らせていこうということがねらいとして示されています。ところが、厚労省にとってはこれが一番頭の痛いところで、上からかぶせて地域ごとに主な疾病ごとの連携体制を作りなさい、社会医療法人などが中心になりなさいといくら呼びかけても、地域医療の現場はすぐに動くものではないし、医師不足の問題をひとつ取り上げてみても連携体制を作りたくても作れない地域もあるのに、これについては何も手を打っていない。一方で、東京などの大都市では主な疾病ごとの連携体制を支える医療機関はそんなに必要ないということになり、連携体制の枠からはみ出る医療機関も生まれかねません。そういうことを厚労省は見通しているのでしょうか。

石塚 そうすると、この改革のアイデアそのものが現実と全然マッチしていない、あっていないですね。ただ、コントロールしたいというお役所の願望が先走っている感じがしますが。

鈴木 社会医療法人になる法人は、すでに全国ネットを持つような法人や、地域で大きな複合体を

作っていてシェアが高いというところが、公立病院も手にして規模を拡大するとか、そういう意味はありますね。紹介率というのがなくなり、法人間で患者・利用者が動くのが楽になったという部分もありますから、民間やり手の複合体が地域を丸ごと抱えてしまう、ということはあるですね。ただし、そこで生じた剰余で少し離れた僻地まで手をまわす、という話が成り立つのかなと思います。

療養病床が削減されて、居住の問題がこれからは大きくなります。ケアハウスや有料老人ホームも入ってきますから、非営利である社会医療法人ならば、医療から居住まで、ある意味、社会福祉法人が担う部分までをカバーする話になります。そこまで考えているかわかりませんが、これはスケールメリットがあるといえる、ある程度大きな法人でないとい公益性の担保は出来ません。

角瀬 財界のねらっているところは、やはり本丸は株式会社の導入だと思います。会社制度を利用して事業を拡大し、自由に儲けを上げることができるようにするという事です。その前に外堀や内堀を埋めにきているのだと思います。介護保険の分野ではすでに株式会社を含めた市場競争が大々的に行われています。そして最近では、有料老人ホームがどんどん出来てきている。あれは営利ですね。そうやって外堀、内堀を埋めて、最後に医療のところで特区を広げ、アメリカ型の株式会社医療に持って行くと、どうもそう見えますね。

寺尾 今回の医療法「改正」で医療法人が有料老人ホームの運営を出来るようにしていますから、まさにそういう準備をしていると思われれます。

角瀬 最近の銀行はたくさんお金を抱えて、投資先を探しています。そこで、大学や医療といった非営利の所へどんどんお金を貸し付けていこうとしています。金融機関にとってはそれが新しい収益源となっていく。そのためにも今度はガバナンスということで情報公開等を準備していく仕掛けになっていますね。

● 医療機関の資金調達について

石塚 社会医療法人公募債の、債券発行の評価はどういう風に考えればいいのでしょうか。

坂根 しばらく前から医療機関債が提起されています。そのことの意味はよくわからないのですが、医療が次第に厳しい業界になってくる中で、業績がそこそこの所には金融機関が貸し込みに来ているが、そうでもないところには渋く、バブル以前に比べるとひどい状況になってきているのです。すると、医療機関も何十年に一度くらいは建て替えなどをしなければならぬ訳で、資金調達の術がなくて終わってしまうことになりかねない。よって、間接ではなく、直接金融での資金調達の仕組みを認めることとなる。

角瀬 その手段として格付けがあり、これによって医療機関を整理淘汰し、二極化しようということですね。

坂根 いままでは仕組みとしてはなく、民医連のように事実上やっているところもありました。今度は制度として仕組みを作っている。公的機関そのものが今は国立大学などもそうですが、外部資金をとにかく調達する、逆に言えば公的負担を出る限り減らすということが最大の課題になっています。そうすると仕組みを作ってやるならば、市場から調達してくださいとなるのだと思います。

寺尾 市場から資金調達をするには経営・財務内容がどれだけいいか、経営見通しや展望があるのかという、格付けが徹底されて、市場の側から評価されることになります。さらに二極化が助長されますね。

鈴木 債券と非営利の定義という話になったので、教えてほしいのですが、我々財団法人など持分のない医療法人が病院を作るときに、病院債というか、債券を募集しています。それは友の会などのあくまで限られた範囲での募集で、また利息を市場よりも低めに設定して、営利ではないという前提の債券にしているわけです。そのように、例え

ば5年間定期貸し付け金利というものが、市場金利より低ければ非営利、高ければ営利といった考え方はあるのでしょうか。

もう一つ、協同基金などといった無利息債もやっています。これは銀行などに預ければわずかでも金利がつくところを無利息でお借りしているものです。これは本当の意味で非営利の資金提供だと思いますが、法人側にとってはどう解釈されるのかなという点が気になります。

また一人法人やもう少し大きな法人の場合、自分は社債も買わない、給与だけもらうという場合、営利と非営利の境目はどうなるのでしょうか。今度の社会医療法人の給与は最高3600万円と決められています。朝から晩まで働いている医師が一定の給料をもらうのは当然だと思いますが、どこまででしょう。

角瀬 われわれ個人が生活のためにお金が入用になって銀行から借りるとき、あるいは非営利の医療機関などが事業の存続のために銀行からお金を借りるとき、借り手の側は営利追求のために借りるのではないといえますが、貸し手の銀行の側からしてみると、本業としての営利追求活動になります。お金を集めて貸し付け、利ざやを稼ぐ、利益として増やす訳ですから、貸し付けからの利子収入は事業収益そのものですね。そういうことで金融市場のメカニズムのなかに組み込まれて行くとなると、借り手の側がいくら非営利のためと頑張っている、貸し手の側の論理に規制されて動いて行かざるを得なくなるのではないかと思います。具体的には、市場とか効率性とかという言葉が最近すごく強調されています。これは市場の論理によって医療経営をやっているということに通じるわけです。

坂根 鈴木先生の後の方の件ですが、一般の開業医のところでは経済性は青天井でしょうね。給与はいくらまでというのはないし、身内を事務長などにしてしまうので、稼げたとしたら一族ですごい財産を手に入れているということになって、それだけを見たらどこが非営利ですかという話になる。医療をやっているという意味では非営利かもしれないけれど、法人化した中にいる人々は全く

利益を追求している存在じゃないかといわれたらそのままですね。出資額限度法人は仕組みとしては排除しているのだけれど、それが増えるかどうかについては税制次第です。同じだったら誰が設立するということですか、となる。一般の医療法人に入って分社したほうがいい。

それから最初の質問は、確かに面倒くさいことなのだけれど、外部から調達する債券は借入金ではないのです。機能的には同じだけれど、いわば有価証券のたぐいです。民医連などがやっているのは、借入金になります。なぜそうなるかという点、もともと法律上、医療法人には社債という定めがないのに、そういうものを発行しようとする点と出資法に関わるので、借入金という形にしないと出来ない。“多数”という概念は証券取引法上では50人で、金額的には一億円になると社債そのものが証券取引法の世界になる。

そうすると個別の配置をしない限り、いくつかの法律に引っかかってしまうので、個別の借入となる。もし、金融機関に貸してくださいといったら貸してくれるかもしれないけれど、金利が高い。金利が少しでも安くて、なおかつこうした事業や理念に賛同する借り方はないのか。となると、横の組織である共同組織や友の会を組織しない限りありえない。

その意味では、民医連や日生協がやった取り組みは全体の中ではきわめて特殊なもので、他の医療機関では出来ないものなのです。おそらく今度の社会医療法人や他の医療法人などは、外部機関債を市場で手に入れる。つまり、証券会社や投資ファンドが関わるということなんですね。

角瀬 債権債務関係であっても、投機的な株式と何ら変わらないですね。社会医療法人債というのは金融商品の一種ということになるので、金融機関のポートフォリオに組み込まれ、取引所で売買されるようになります。つまり、市場原理によって規制されていくことになります。

坂根 そのこと自身がまさしく市場の、営利の目的の意味なんです。社会医療法人という公益的な医療を担うにもかかわらず、その資金は市場から一定の金利で調達しなさいという矛盾でしょうね。

石塚 今回の改革の矛盾点は、公募債と非営利性が単純に言えば両立しないということ—深くいえば両立するのかもしれませんが—、市場の不特定から得ると、医療生協などの特定のメンバーシップの中からお金を集めることの違いがあるということが一つですね。

もう一つは非営利性のとらえ方の問題で、非営利目的という点と本来は社会性、ここで言えば公益性などが含まれるはずなのに、この改革はお金のことだけをとって非営利性と言っている。私からするとこれは狭い非営利のとらえ方だと思います。

坂根 むしろアメリカ型の非営利のとらえ方で、所有と配当だけという気がしますね。

● 医療の公益性と採算

石塚 公益性との関係で言うと、そうしたとらえ方で果たして地域で公益性を本当に実現できるような保証があるのだろうかと思います。

寺尾 その点では小児救急を含む小児医療、周産期医療などの事業を実施すれば、社会医療法人を申請して認可を得ることが出来るのですが、これらの事業が今一番の社会問題になっています。小児科や産科の医師が不足して、これらの診療科を閉鎖する病院が全国各地で生まれているからです。

坂根 もっとも不採算な診療科です。

寺尾 しかし、こうした診療科を持たないと社会医療法人の認可要件を満たさないし、公益性の高い医療という点からも問題になります。すると、これらの診療科はなんとか確保しなければならないので、他の事業から利益を上げなければならないし、市場から資金調達をしなければならないし、他の病院から医師を引き抜くことへと波及することも懸念されます。また、保険がきく診療と保険がきかない診療が併用できる制度が再編されたので、社会医療法人としては保険がきかない診療の分野で、患者さんから費用を徴収していく方向に向かわざるをえなくなります。医療活

動を通じた収益の向上と市場からの資金調達という両面がない限り、将来的には社会医療法人は立ちいかなくなるのではないかと思います。

角瀬 救急医療といっても、救急車が減らされて来ないからだめで、病院へ行けないことになる（笑）。すると高い費用を払ってでも民間の救急車で搬送してもらうしかないことになりませんが、病院をたらいまわしにされ、いのちが脅かされることもできます。そうした救急医療のシステムが問題になります。

いま医師や看護師の人材紹介を始め、業務委託とか、病院建設のための資金供給、土地の貸し付けとかをするMS（Medical Service）法人というのが盛んになってきています。そうなると医療が丸ごと収益事業によって取り囲まれてしまう、利益追求が主目的で、非営利の医療事業はそのための手段ということになります。そういうことになりかねないですね。

坂根 社会医療法人も、特定医療法人や従来の公益法人形態でやっている医療機関が一番近いところにいるので、本来はそうしたところが目指すべきです。ところが現実には採算的にとても厳しいわけだから、他のもっと厳しいところがなろうというのは簡単ではない。結果として、社会医療法人になれるのは、いま極めてもうけているところなんです。そういうところが、一定のコスト負担の高いところを吸収してやれば、税法上でも全体のキャッシュフローが増えることになります。どうも本末転倒な話のような気がします。

それから、出資額限度法人は進まないでしょうね。今の医療法人よりも税制で大きく優遇されない限りは、これは意味がないです。

石塚 共済ではありませんが、出資額限度法人の方を最初の5年間は低い税率で、その後急にあげるといこうすっからい手を考えてくるかもしれませんね。

寺尾 一人医師医療法人も含めて従来の法人も当分の間存続ということで、安心して関係者もいらっしやいますが、医療法人制度全体が変わっ

て、かなりいろいろな義務を負うようになってきています。例えば、決算書や役員報酬なども開示して、患者さんや住民に求められたら見せる、閲覧に供しなければいけない。つまりオープンな経営が求められているのです。医療法人として実体のある運営や決算、財務管理をすることがより厳しく求められます。従来の延長にとどまらないで、法律改定に即して、医療法人の側も認識を切り替える必要があると思います。そうでないと、患者や地域住民との信頼関係を強めることは難しくなるのではないのでしょうか。

鈴木 そのこと自体は良いことだと思うのです。日本の医療で一番よくなかったのは、医者は儲かっていると国民に思わせる側面があったことで、それが医療費抑制を許す原動力になってきたわけです。来年からは医療の内容についても医療機能情報公開ということで透明度も高まります。医師会も自己改革と言ってはいましたが、こうしてどんどん変化していることをアピールする必要がありますね。それによって世論を形成して、医療費削減問題や医師不足の問題などに対応できればと思います。

もう一つ、一人医師医療法人ではない中型の医療法人、それなりにグループを作っている医療法人があります。私も医師会の役員をしていますが、持分のない法人の件で、「こんなにがんばってきたのに、持分がないというのでは、正直やる気を失っちゃうよ」という話も出てきています。

坂根 確かにその通りでしょうね。

角瀬 確か今までの医療法人の98%は「持分あり」だったのです。「持分なし」が1%、財団法人が1%です。

鈴木 そうした民間の医療法人のなかで、規模としては社会医療法人までにはいけない所の人たちのインセンティブがどこに働くのでしょうか。子どもに一生懸命お金をかけて医学部に行かせて跡を継がせるのが従来でしたが、それ自体に戸惑いが出ていると思うのです。療養病床の削減やどんどんきつくなる条件の中で持ちこたえられなくて、

もうやめたとなるのか、何とか必死に持ちこたえることになるのか。何にせよ、インセンティブはどこに働くのか。こうした医療法人は地域で一定の役割を果たしてきたわけですから、なくなっていくというのは地域医療にとって困る話です。

角瀬 地域に医療機関がなくなってしまうのではないかと心配になりますね。

寺尾 確かに今のところ、出資額限度法人にはこれといったメリットもありませんから。おそらく、このままでは新規設立のなり手もほとんどいないでしょう。

ただし、厚労省は何らかのインセンティブをつけると思うのです。例えば診療報酬で対応するとか、今後作ろうとする疾病ごとの連携体制に対するものになるのか、それ以外のことなのか、明らかではありませんが。

鈴木 診療報酬上加算して誘導したものに、24時間の在宅支援診療所がありますね。あれは有床診療所まであの点数でいきますが、小病院にまで広げていくという方法もあります。中小病院の民間の生き残り策をつけてくるかもしれませんね。

寺尾 ご存知のとおり療養病床、慢性的な症状で長期入院をする病床の6割を削減しようとする中で、そこから出て行かざるを得ない高齢の患者さんがたくさんいるわけです。介護施設に入れる方はいいけれど、入れない方もたくさん出てきます。こうした方々を地域でカバーしようとする中で、中小病院に対する政策誘導といますか、そういうものによって終末期の在宅医療に対応していくものと思われま。

●官から民へは可能か

鈴木 最初に出てきた話でもありますが、公立病院の民営化という点では、社会医療法人になる一般の医療法人が少なく、特定医療法人の390強あるなかでも50くらいしか移行しないのではないかと推測があります。かなり限られた地方の大きな複合体がそうになって、地域を丸ごとシェアす

るという典型は出るかもしれませんが、本当に困った地域、たとえば北海道の医療過疎地域に生きる法人形態になるかということとちょっと難しい。基本的にパブリックがきちんとやらないと。市立病院はまだ残っていますが、不採算部門という問題もあっても、自治体病院などがきちんとしないと仕方ないのではないかと思います。

寺尾 国立病院などが独立行政法人化して、収益追求型になっていますし、自治体病院でも全国自治体病院協議会という団体の調べでは、すでに16の自治体病院が民間へ移譲し、さらに4つの病院が具体的に検討しているそうです。社会医療法人が自治体病院の管理運営をしようとしても、そんなにうまみというのはいないでしょうね。今までさまざまな苦勞をしているわけですから、民間委託を実施したら急に経営が改善するというのは難しいと思います。ただ、自治体病院の職員、医療従事者の給与を公務員並から民間レベルへ引き下げることによる財政効果は大きいと思われま。しかし、それによって一時的にはしのげるかもしれませんが、いつまでもうまみがあるわけではない。鈴木先生がおっしゃったように、本当に困っている地域では継続して続けることは困難ですな。

鈴木 現実では首都圏でも国府台病院、ああいいう立派な国立病院が移譲先を求めているという話があります。民間の医療機関からしても、地域の住民からしても頼りになる精神疾患の東の拠点だったのですから、それがなくなったら非常に困ってしまいます。千葉県の市川市にあり、東京のバックアップをかなりしてくれていたような病院です。最近、移譲の見直しが発表されていますが、地域の声も無視できないのではないと思われま。

寺尾 経営的にうまみのあるところだけしか進出しない社会医療法人、公立病院の受け皿もうまみのあるところだけで、僻地など本当に困っている地域では行わないということがありえま。特に、金融機関や外資が社会医療法人債を買って収益を上げると言い出したら、よりその傾向が強まることになりま。

鈴木 そうした問題には、地域住民のガバナンスの問題、ということだと思います。社会医療法人や日赤・済生会など公的医療機関が発達した地域で、住民の声をどう反映させるかという問題がでますね。

もうひとつ、われわれ民医連のような非営利・協同と称した団体が法人制度改革にどう取り組むか、ということです。われわれは持分なしが前提ですし、出来る限りの公益性を追求してきたつもりなので、税法上の優遇があるのであればわざわざであったとしても利用しない手はない。しかし、社会医療法人がどういう変遷を経ていくか、税制上の動きがもうひとつ見えない中では、簡単には飛びつけないなという気もします。もうひとつ、医療生協法人が今後どうなるのか、逆に不利になることもあるのではないかと心配でもあります。

石塚 国公立病院や自治体病院が民間化していく中で、次のターゲットは赤十字や済生会、医療生協などになると思いますので、民営化の論理に組み込まれていく可能性は高いですね。

坂根 協同組合は医療法上の配置ではないし、税法上は中間法人という存在になります。医療生協が患者からの3万円以上の支払領収書に印紙を貼らなくてすむのは、定款でそういう適用がないと出来ないのです。民医連には古くからある公益法人が20弱あって、そのうち半分が非課税の事業、無料低額診療を行っている。これがもし社会医療法人へ移行できないならば、他はほとんどいけないだろうと思います。しかもこの部分が公益法人改革で新たな公益法人法へいけるのかどうか、社会医療法人へ行けといわれる可能性がある。そうすると課税になってしまう。新たな公益法人法も含めて税法上どうなるのかというのは大きな課題なのです。無料低額診療を含めて他の医療機関より公益性の高い事業を行っているのに、どうなるのか。いまのところいろいろな側面から法人形態を考えないといけないとは言っています。

角瀬 地域での非営利性や公益性が強調される中でガバナンスというと、地域社会からの医療経営への参加が非常に強調されています。金融機関や

営利法人からの参加が考えられているのだと思いますが、そういうのではなく、本当の、地域で生活する住民の参加が重要になると思います。民医連の院所の場合、どこまで出来ているのか、またどこまで進めようとする覚悟があるのか、共同組織の新しいあり方が問題になっていますが、その辺はいかがでしょうか。

鈴木 民医連も2000年の大会以降、「開かれた民医連」「住みつけられるまちづくり」というスローガンを掲げて、他との連携を強化してきました。しかし友の会や生協組合員からの出資でやってきたので、上から決められた社会医療法人とどう重なってしまうのか、ですね。すでに無利息・有利息の発行をしていますから、これに社債を一部追加して発行で認定されるのかどうか。方向としては地域社会に開かれていくようにしたいし、地域医療を中心的に支えている病院はいくつもあると思います。

坂根 だから、この改革が目指しているものと民医連の方針とは、この部分ではおおかた合っているように思えるのです。しかしおそらく、想定はされていない(笑)。社会医療法人が住民立といった作られ方をしていければ、とても意味のあることだと思います。

鈴木 生協法では組合員の医療機関という縛りがありますからね。理屈上は、医療法人よりももっとクローズされた中での医療活動とされますからね。

坂根 むしろ今の生協法改正の動きでは、昔の協同組合らしさといったものが失われていく方向にあるから、もともと厚労省は医療生協のことをあまり考えてないでしょうし、ますますそういうウエイトになるのではないのでしょうか。

角瀬 生協は商品を売買する組織として、地域ではなく県境を取り払って行く動きですからね。

坂根 全国展開と員外利用規制の撤廃というのが生協法の改正のねらいだから、協同組合税制の意

味がなくなるわけです。

●社会医療法人は絵に描いた餅か

石塚 この改革の欠点は、地域住民の参加とうたっているのに、どういう方法、システムで参加させるかという話がないので、保証の限りではないことですね。

角瀬 それは地域の青年会議所や銀行の有力者が参加すればOK、ということなのでしょう。

坂根 だから、出資持分がある医療法人が社会医療法人になるわけがないでしょ？儲かっているところしかなれない。最初から無理があるのです。

石塚 この改革案はいいとこ取りで非営利性とか公益性とかを言っていますが、結局、市場の論理に乗って儲かるかどうかという動機で乗ってくる。他の動機は病院機関債の変形の公募債で資金調達をしようとする。欠けているのは、地域のネットワークを作るといっても誰が主体となってどういう風にやるかが見えてこないの、この改革はあまり喜ぶ人がいないと思うのですが。

坂根 極めてうがった見方をしますと、こういう改革をしてアリバイをつくり、やはりできないと。だから当初の目的だった営利企業を参入させるのだと。極めてうがった見方ですよ（笑）。

寺尾 営利企業も儲からないところに手を出すか？となりますね。

鈴木 儲かるための仕組みを作ってそれとセットで、となりますね（笑）。

角瀬 会社にやらせれば、きちんとしたノウハウをもっているんだ、となるわけですね。

寺尾 そういう意味では厚労省は今回、知恵を絞ったと思うのです。“圧力”の標的とされている株式会社参入に対しては、「いいえ、非営利で、剰余金配当禁止です」と対抗し、批判の対象にな

っていた出資持分の払い戻しを認めない改革案を提出した。株式会社立の医療機関を認めることに對しては、構造改革特区での特例措置でかわし、返す刀で赤字の自治体病院の受け皿としての社会医療法人の創設を提案した、これどうまく回ると思ったのでしょうか。しかし机上のプランでは、なかなかうまくいかないでしょう。

石塚 非常にアングロ・サクソンの改革ですね。一方では特区で株式会社を認めて、一方では理屈としては非営利性や公益性をきちんと整備したというのはあると思います。

角瀬 今回の医療法人の改正は、非営利セクターにおける非営利性の研究に大きなインパクトを与えるものといえますね。これまでの議論がいかにあいまいな、いい加減なものであったかということが明らかになります。

鈴木 アメリカでは、例えばサターヘルスなど、地域の保険から医療提供体制まですべてを支配するようなマネージドケアがある。儲からなければその裁量によって病院がつぶされることになってしまいます。その意味で、厚労省は地域を複合体がシェアするのはあまりさせたくない方向でしたが、今後はありえますね。公益性を担保に、この社会医療法人が育っていく可能性は、部分的にはありえます。

寺尾 厚労省は医療提供体制の再編に関しては、集約化と重点化をキーワードにしていますから、入院施設を持っている病院については集約化し、診療科目も重点化する。そうすれば不要となるベッドを削減できる、さらに医師不足も解消するという計画です（笑）。地域に社会医療法人が運営する大きな病院がどんとあって、そこに行けばなんでも診療科がそろっている、だけど行くまでにそれこそヘリコプターを飛ばさなければならない、それでもいいのだと言っているのです。これは地域住民にとっていいのでしょうか。鈴木先生がおっしゃるとおりですね。

また、一人医師医療法人は「当分の間」は存続します。しかし、医療法が大きく変わって、患者

本位の医療がうたわれ、医療情報や財務内容の公開が必要になってきます。語弊があるかもしれませんが、こうしたことを一人医師医療法人の側がうまく使って、患者さんや地域住民との信頼関係を強める契機にする必要があります。地域医療にどういう役割を担うのか、どう貢献するのかという姿勢に立って、患者さんや住民と、地域医療の充実に向けた共同の取組みを広げていくことが求められると思います。

鈴木 医師会などもしっかりしないとね。また、こうなると小さな民間法人は成り立たなくなってきた、医療法人の買収が進むかもしれません。情報公開の方法なども、大きくなればなるほど上手になりますから。

坂根 おそらく従来の医療法人の値段は上がりますね。

鈴木 もともと民医連などは小さな法人でやっていますから、これを逆手に強くなれるか。まあもともと打たれ強いというのがあります。

石塚 すると社会医療法人そのものの発展や増加というより、旧来の医療法人への衝撃、これに伴う再編、寡占化や開業医へのあり方とか、むしろそういうことへのインパクトのほうが大きいようですね。

坂根 あとは税制上の配置と診療報酬と施設基準との組み合わせでしょうか。

鈴木 公的医療給付を抑えようとする中でこうした民間利用の改革を出してきているのですから、成り立つ税制にしてもらわないと意味ないですね。

坂根 先ほど先生が言われたノンパブリックという取り組みで本当にいいのかという問いかけですね。

角瀬 「官から民へ」ということで、政府・財界は「民間非営利セクター」ということを、ずいぶんと強調しています。

寺尾 公的医療保険の収入だけでは、社会医療法人を含めて医療法人の経営面からはあてに出来なくなる。有料老人ホームの経営を認めるから、あるいは混合診療を本格的に導入するから、そうしたところから収益を得て生き延びなさいというメッセージですね。

石塚 そのメッセージは極めてはっきりしていますね。

寺尾 それ以外、何もないというか、07年4月から実施であと数ヶ月なのに主要な政省令・告示事項がぜんぜん出ていない。これで間に合うのかなという感じです。

坂根 しかし、この間の法律改正はみんなそうでした。

根本 皆さん方のお話を聞いてなるほどと思いま



したが、総研としては今後どう検討していくのか、ですよね。

一つは非営利イコール米国型の認識、たとえばドラッカーのような形がはたしてこれが非営利でいいのかというのが大きくあります。

角瀬先生がおっしゃられたように、そうではないのではないか。

二つ目は、社会医療法人の担う公益性という考え方です。私見では、結局のところ、社会医療法人は自治体病院の受け皿で、それがいったん落ち着いたらその後はどうなるのかと思うのです。地域で一定のシェアが出来た段階でどうなるのか、公益性はいったい何なのかということですよ。公益性は救急診療云々と要件がありますが、そんなものだけではないと思うのです。その辺の怪しさというところですね。

鈴木 06改訂では、救急の受け入れ病院が儲かるような診療報酬になったので、大病院はどんどん救急を受け入れます。そして1週間たったら追い

出す(笑)。追い出された受け入れ先のほうがよほど公益を担っている、と言いたくなります。

根本 そうなると社会医療法人の救急医療へ、絶対規制をはめてくると思うんですね。

また三つ目は、税制がどうなるのか。財務省の姿勢ははっきりしていて、公益だろうと非営利だろうと税金はきちんと取るというのが基本的スタンスなので、厚労省とは大きく矛盾しています。財務省は重要視していないと思う。

坂根 だからきっと財務省は困っているんだと思う。

根本 じゃ、この改革はうまくいかない、それでは株式会社を導入するかとか病院チェーンに運営させるかとなるのかなど。そうなったときに民医連や開業医の人たちはどうするのかと思います。

石塚 むしろそちらの対応が必要になりそうですね。

根本 2年前に厚労省へ行った時に、厚労省の担当者も低い税率や免税は無理な感じで言っていました。それでは何を誘導にするのかというと、寄付金です。払った寄付金に応じて優遇する形にしたいと言っていました。

鈴木 そうするとやはりアメリカ型なんですね。北欧やヨーロッパのようなスタイルではない。住民の意思が反映する自治体ごとのパブリックとは違う。公益性の高い事業は本来儲からない事業なんです。

坂根 だからカンパですよ。

根本 マイクロソフトのような大金持ちがドンと出す、という形式ですね。

坂根 そうは言っても、日本にそういう文化はないですからね。

鈴木 市民社会を考えると、北欧型をもう少し追

求しないとイケないのではと思います。

寺尾 横浜市にある構造改革特区の株式会社立医療機関は美容外科なんですね。豊胸手術が300万円、しわとり手術が170万円という料金です。それなりに患者が来ているようですが、やはり、規制改革会議側が要求しているように、経営を拡大し収益を伸ばすためには、保険診療の分野への参入と、いわゆる混合診療の本格導入が不可欠です。こうした方向に進んでいくなかで、特区から全国的な展開をねらっていると見えています。

●問題は税率

石塚 ノンパブリックの方向は強固に進んでいます。国公立病院が転換する中で保持するのは困難なことになります。現実的に、民医連などでは地域にどう展開するか、存続のためにどう対応するかというのが大切になります。この改革の中であえてメリットというのと、どんな点があるのでしょうか。

鈴木 民医連でも特定医療法人をかなりとっています。これになんらかの公益医療があれば社会医療法人になり、高齢者住宅までも出来る居宅事業、それを利用して地域のまちづくりに使えるということでしょうか。ただ、民医連も医療全体に占める割合はせいぜい2%ですし、厚労省の頭の中では外れているのでしょうか。民医連は、大衆資金の非営利性というのがもともとありますから、厚労省の動機付けからずれている部分があります。うまく使える法人が利用出来るかな、という印象です。

石塚 細かな通達が出ないとわからないわけですね。

鈴木 特定医療法人は東京では健生会と健和会があり、大阪では耳原総合病院のある同仁会がそうですね。そうした規模の特定医療法人がどう動くか。税率22%ですから、社会医療法人の税率がどうなるかですね。

坂根 社会医療法人が一番近い形態の公益法人等や厚生連は非課税ですから、これらの制度がなくなるという前提ならばありうる話なのです。しかし、残るのですから意味がないです。

石塚 最初の話のように、特定医療法人390、特別医療法人50弱のうちいくつかが動くだけで、後は静観ということになりそうですね。

角瀬 当面は機能を発揮しない、いわば無用の長物ということになりますね。

坂根 だから医療法改正だけを見ていると、あまり意味がないことです。

寺尾 自治体病院の受け皿にしても、医療法が変わる前から指定管理者制度を使って管理運営の委託をしているのですから、ことさら社会医療法人ができて爆発的には進まないのではないかと。地域住民の意思も無視できないと思います。厚労省の思いはあっても現実にはどうも、という感じもしています。

坂根 税制上のインセンティブをつけるとしたら、従来型の医療法人については高くなるように、税率は変えないでも内容で高くするしかない。そうしないと税収が減ってしまうことになるのです。

角瀬 われわれは営利第一主義に対して非営利ということでもたかかってきたわけですが、「官から民へ」という流れの中で、こうした改革が出てくると、民間非営利というだけでは厳しくなっけてきます。プラス何が必要かですね。

坂根 研究所の看板も厳しくなってきましたか(笑)。

角瀬 「非営利+協同」ということが重要になり

ます。これをより鍛えていかないとならないということ。それが本当の意味での非営利を実現する道でもあります。

石塚 この改革の非営利は非常に狭い範囲で言われているので、当研究所でいう非営利・協同性には社会性や地域貢献、いわゆる地域住民の幸せということが要素として入ってきています。

角瀬 社会的企業という問題にも関わるテーマです。そこでは株式会社も社会的企業のなかに入ってきます。

石塚 この社会医療法人の問題は、医療法人の経営、ガバナンス、資金調達、地域での役割、官から民への流れの中でどうするのかといった多様な問題を提起していると思います。しかし、まだ厚労省の通達がなくて全体の判断をつけがたいと思いますが、今後大きく注目していきたいところではあります。

また、この医療制度改革によって、どんな医療機関も変わらざるを得ないのは確かですが、今後どう変わるのかは別の話ということでしょうか。

鈴木 さきほどの無料低額診療制度の申請も、公益法人制度がなくなってすでに受け付けなくなりました。しかし、格差が開く社会でワーキングプアなどが出てきている時代です。われわれ民医連は伝統的にそういう人たちへ向き合ってきました。2006年のノーベル平和賞はバングラディッシュのグラミン銀行とユヌス総裁が受賞していますが、民間のいいところを利用して、そういう格差を低くする活動をするべきだろうと思っています。民医連もそうした活動を続けていきたいので、法律的に活動ができる整備をしてほしいですね。

石塚 今日はどうもありがとうございました。
(2006年10月16日実施)

医療法人制度改革（社会医療法人新設）

医療法改定案が06年度通常国会を通過し、07年4月に施行の予定となっている。特に新法の中には、医療法人制度に対する抜本改定が盛り込まれている。ここでは、改定の概要とその中での「目玉」である「社会医療法人」制度の概要を説明したい。

詳細は法律本文や解説本を参照されたい。

1. 医療法人制度改革の概要

（1）従来の医療法人制度と改定後の取り扱い

① 医療法人（一般）

医療法上、病院、診療所等の医療事業施設を担う法人として厚労省、都道府県知事の認可に基づき設立される法人が医療法人である。この特別法による医療法人数としては約4万法人とされている。

ただし、そのうち、3万3千法人は、開業医による「節税等を目的」として設立された出資者一人の一人医療法人である。また、法人形態としては、社団、財団組織形態に分かれるが、圧倒的には一人医療法人のような「出資持分のある社団」医療法人である。

医療の非営利性に基づく「非営利法人」として、社団医療法人においての「出資配当」の実施は旧医療法で禁止されているが、脱退、解散時の残余財産の分配は認められている。

出資持分の譲渡や相続の時の評価では非営利性という観点はない。新法下の07年4月以降も、既存の医療法人はそのままの内容で継続できるが、同内容での新たな設立は認められない。

すなわち新法下では社団組織としては「出資額限度医療法人」の設立しか許されていない。

② 特別医療法人

医療法に定められ、医療法人の中で私的所有形式を廃止し、公益性を高めた法人が特別医療法人である。その認可要件は、財団もしくは「持分のない社団」であること（したがって、一般の医療

法人のように出資社員に対する残余財産の分配はない）、同族役員やその給与が一定限度以内であること、一定の入院施設を持っていること等である。特別医療法人になることにより、医療事業以外の一定の収益事業を営むことが認められるが、実質上のメリットはあまりなく、法人数は50弱法人数にとどまっている。

07年4月以降、既存の特別医療法人は、5年間の経過措置期間を経て廃止され、また、新たな認可はない。この制度は廃止である。

③ 特定医療法人

特定医療法人は、租税特別措置法に定められ、特別医療法人と同様に公益性を高めた法人に認められる。認可要件も、ほぼ同様である。特定医療法人になることにより、法人税率が、協同組合、公益法人等のような軽減税率の適用が可能となる。法人数は約370法人とされる。

医療法上の制度ではなく税務上の分類であり、07年4月以降も当面のところ存続すると見込まれるが、今後の法人税制改定の動きにあわせて、抜本改定もしくは廃止の可能性が高い。

（2）新たな医療法人制度

① 拠出型医療法人（出資額限度法人）

改定医療法に基づき、通常医療法人として設立が認められる法人形態である。財団だけでなく、社団としての設立も認められるが、従来の社団医療法人と異なり、出資配当の禁止と共に脱退、解散時での「残余財産の分配」は「設立時等での拠出額が限度」となる。その意味で、医療法人の「非営利」の性格を明確にしたい厚労省の企図した制度と言える。

② 社会医療法人

改定医療法に基づき、特別医療法人に代わり、公益性を高めた医療法人として、社会医療法人が制度化されている。詳細は次節で説明する。

2. 社会医療法人の概要

(1) 認可要件（医療法42の2、1）

- ① 役員につき、同族役員等が1／3以内
- ② 社団における出資社員につき、同族関係者が1／3以内
- ③ 財団における評議員につき、同族関係者が1／3以内
- ④ 「救急医療等確保事業」の実施
- ⑤ ④の業務を担う設備、体制、実績を有すること
- ⑥ その他公的な運営に関する要件への適合
- ⑦ 解散時の残余財産を国等または他の社会医療法人に帰属させる定めとすること

上記のうち、従来の特別医療法人と大きく異なるのは、主に④⑤のような医療内容の「公益性」確保とされている。詳細は、今後の政省令、通達を待たねばならないが、自治体病院レベルの医療内容を要件とすることが予想される。よって、認可を受けるのは、簡単でなく、特定医療法人のうち50法人程度の該当ではないかとの議論もある。

(2) 認可方法（医療法42の2、2）

医療審議会での意見を聴取した上で、都道府県知事が認可する。

(3) 認可後の規制（医療法51、3）

決算書について、公認会計士または監査法人の監査が必要。

(4) 想定されているメリット

- ① 一定の収益事業や障害者施設の運営が認められる。
- ② 社会医療法人債（社債）の発行による資金調達が認められる
- ③ 自治体病院の指定管理者への就任等
- ④ 法人税制の軽減化、寄付金所得税制上の優遇

法的に定められているわけではないが、厚労省の新医療計画に基づく公益性の高い医療を担うことが想定されており、自治体病院施設等の「受け皿」として有利な扱いを受けることが想定される。

④ 法人税制の軽減化、寄付金所得税制上の優遇
今後の法人税、所得税等税制改定を待たねばならず、また、そこでは従来の租税特別措置法に基

づく特定医療法人制度の動向や、それとの整合性も検討されようが、厚労省サイドとしては各種税制面での優遇適用を求めている。そうでなければ国公立病院の整理統合等が容易ではなくなるからである。

(5) 私見

基本的には、国や地方自治体の財政赤字を減らすために、公的医療福祉への財政負担を少なくするために、国公立病院施設や事業を「民営化」しまたは「市場化」するための法改定であり、厚労省なりの一つの対応策が「社会医療法人制度」の新設である、と言えよう。

したがって、この新制度の適用により、地域住民に貢献する医療供給体制の充実等が期待できるかということ、むしろ後退を少し食い止める程度としてしか期待できないものと思量される。結局、大手民間病院チェーンらの勢力拡大をもたらしたり、公的病院の「民営化」の受け皿の医療機関制度となっていくものと推察される。

また、既存の医療法人や特定医療法人について、改定医療法の下で「優遇」し続ける、あるいは「優遇策」を引き上げる発想はまったく見られず、それらの医療法人が「社会医療法人」化する「ハードル」は極めて高く、いずれ特定医療法人廃止等による、かえって現行より不利な取り扱いとなる可能性もある。

なお、医療法人形態以外の「民法公益法人」組織の営む医療事業については、既に08年4月より「非営利法人」に移行することが予定されており、社会医療法人制度の今後の動向とあわせて、こうした公益的病院が新たに制度化された公益非営利法人となるのか、あるいは社会医療法人を含めた医療法人制度に移行せざるを得ないことになるのか、明解ではなく注目される。

また同時に、生協法人形態や社会福祉法人形態も含めての医療介護福祉機関の税制改定動向も注視していく必要がある。

(根本 守)

医療法人制度改革と医療の非営利性

横山 壽一

はじめに

規制緩和の議論を契機に始まった医療における営利・非営利をめぐる対抗は、複雑な様相を帯び始めている。先の第164国会において成立した医療制度改革関連法に盛り込まれた医療法人制度の見直し（医療法等の一部改正）は、医業経営への株式会社の参入を求める規制緩和推進派が提起した医療法人の非営利性への批判（出資持分のある社団医療法人は営利法人と同質）に対する厚生労働省サイドのひとつの回答であるが、公益性の高い法人として新たに設けられた「認定医療法人」は、公的な医療機関の民営化の受け皿としての役割も持たせられており、その意味では規制緩和が進める市場化政策の推進策でもある。しかもこの「認定医療法人」には法人債の発行も認めている。その面でも非営利性の強化による規制緩和への対抗という図式は単純にはあてはまらない。しかも規制緩和推進派は、平行して引き続き株式会社の参入を強力に迫っており、医療法人の見直しで決着が着いたわけでは決していない。

第164国会では、同時に公益法人改革法（公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法）も成立した。さしあたりはその対象から医療法人が外れたことから、すぐさま影響があるわけではないが、これから動き出す公益法人の認定の際に示される「公益性」の内容は、医療法人のあり様にも直接間接に関わってこざるをえない。

ここでは、以上のような動向をあらためて整理したうえで、医療の非営利を維持・拡充するための今日的な課題について考えてみたい。

1、規制緩和と医療の営利・非営利をめぐる議論

医療における営利・非営利をめぐる議論は、規

制緩和推進派が求める医業経営への株式会社の参入の是非を中心に展開されてきた。そのひとつの集約点を1995年の「規制緩和の論点公開」（行政改革委員会・規制緩和小委員会）にみることができる。そこで整理された「規制緩和の意見」は、「規制維持の意見」に反論する形で述べられており、文字通り論点を知ることができる。その内容は、おおよそ以下のようにまとめることができる。

①重要なことは適正な医療サービスの確保だが、営利法人経営の病院が事業として成功するかどうかは、いかに良質なサービスを提供するかにかかっており、いい意味での営利法人の競争原理が働くはずだ。適正な医療の確保は、営利法人の排除ではなく、医療機関のチェック体制により担保すべき。

②営利法人の経営であれば、経営者が医師に対し利潤を優先した判断からの治療行為を支持する可能性があるというのはあまりにも短絡的。非営利法人の病院でも利潤インセンティブは当然働いており、営利法人のみが利潤追求の行動様式で経営を行うといった議論はおかしい。

③営利法人が経営する医療機関は、高い利潤をあげるため自由診療等を追求するおそれがあり、経済力の差により医療の質や受診機会に差が出ることは不安であるとの指摘があるが、現在でも自由診療の制度が存在しており、それを受けるかどうか決めるのはそれぞれの患者であり、サービスの選択肢が多様であることはむしろ好ましい。

④供給が需要を生むという医療の性質上、医療費全体のコントロールが困難になるとの指摘があるが、医療サービスの供給量は、病院の数というよりも医師の数によって決まってくるものであり、治療にかかる費用自体を決めるのも医師の判断であるから、営利法人の参入により病院数が増えることが、即、医療費の増大に繋がるとはいえない。

⑤公的な財源を用いて運営される医療保険制度から利潤をあげ、個人に配当することを目的とする営利法人たる医療機関に対して支払がなされることは適当でないとの指摘があるが、公共事業のように営利企業を通じて公的な財源が使われる例はいくらでもある。要は、公的な財源が国民の利益にかなう形で使われるかどうかで、財源の公共性が高いことを理由に営利法人の参入を拒むべきではない。

以上の「競争」、「利潤追求」、「サービス格差」、「医療費への影響」、「利益配分」は、営利・非営利における議論の基本的な論点でもある。その後の議論は、これらの論点を背景に、医療法や医療法人の問題へと向かい、制度見直しへと誘導されていく。

その「理論化」の役割を担ってきたのが八代尚宏氏である。八代氏は、医療法が設けている「企業の病院経営の規制」について、本来医療行為の適切さは経営主体の違いではなくそれ自体で評価されるべきで、企業性悪説・医療法人性善説という根拠にない前提に立った現行の規制は、患者にとってリスクが大きいと批判するとともに、今日では医療サービスの質を確保するためには、一定規模の病床数と大規模な設備が必要だが、現行の個人財産に依拠した個人商店方式には限界があるとして企業参入の必要性を説き、さらには、企業による病院経営を認めないことが地域における医療サービスの継続性を困難にしているし、十分な競争メカニズムが働かず結果として劣悪なサービスの医療機関が淘汰されないことが医療サービスの質を招くと指摘した（『社会的規制の経済分析』日本経済新聞社、2000年、125～126頁）。

2004年度から規制緩和の推進役を担ってきた「規制改革・民間開放推進会議」自体も、こうした認識に立って企業参入の解禁を繰り返し求めてきた。たとえば「第1次答申」（2004年12月）では次のように述べている。

「民間医療機関の大部分は、同族支配のきわめて強い家族的で閉鎖的な経営形態をとっている」「質の高い医療法人や株式会社が他の医療法人に出資することにより、その経営を健全化させることができれば、医療機関間の競争促進を通じて良質の医療サービスの提供や患者の選択肢の拡大に

つながる」「出資によって医療機関の大規模化やネットワーク化が進めば、医療材料の共同購入など規模の経済性の追求や医療事故防止等のノウハウの蓄積など医療機関の経営の近代化が促進」される。

八代氏は、そのうえで、医療の非営利原則それ自体に批判を加えていく。八代氏は、次のように批判する。まず、医療法人は営利法人と同じ税制上の扱いを受けており単に余剰金配当が禁止されているに過ぎないが、医師の報酬などで事実上の配当を受けることは可能であることから、現行の非営利性は「単に精神論の建前に過ぎない」とする。また、余剰金の配当禁止が定められているが、他方で銀行からの借り入れや土地・建物の賃貸は可能で、現行規定は「単に株式発行による資金調達の手段を制約しているに過ぎない。」借り入れ等での費用はいいが株式配当は不可というのも形式論理であると批判する。さらに、医療機関の経営は医師でなければならないとの規定は、「医師の（経営者としての）高い倫理性を一方で前提しつつも、その倫理性は医師が雇用者の場合には、経営者次第で容易に変化するという、やや矛盾した論理である」と批判する（『社会的規制の経済分析』123～125頁）。

かかる指摘を受けて、議論は現行医療法の非営利に関わる内容、具体的には余剰金の配分に関わる論点、資金調達に関わる論点、医療機関の開設者に関わる論点などへと展開していくことになる。

2、医療法人制度の改革をめぐる議論の展開

医業経営への株式会社の参入解禁を求める側が指摘した医療法人の非営利性への疑問と利益配分をめぐる論点は、解禁論とは距離を置く厚生労働省等にとっても、検討が避けられない問題であった。というのは、医療法人の非営利性を徹底させ営利法人との違いを明確にするためには、医療法人の大部分を占める出資持分のある社団をそのままにしておくわけにはいかないからである。周知のように、出資持分のある社団については、出資持分による配分が事実上の利益配分にあたるのではないかとの指摘がなされてきた。

厚生労働省は、その後、この点も含めた検討に

乗り出す。その舞台となったのが、ひとつは「これからの医療経営の在り方に関する検討会」であり、もうひとつが「医療経営の非営利性等に関する検討会」である。

前者は2003年3月に「最終報告書」をまとめ、「非営利性・公益性」の徹底と「効率性・透明性・安定した経営」を柱とする医療法人制度の改革を提起した。そのなかで、医療法人制度の問題点は、主に社団医療法人における「持分」に起因するものであるから、「持分」の定めのない法人へ移行すべきこと、その移行を促す方策として「出資額限度法人」の制度化が必要であるとの提起を行った。また、営利的な医療経営の防止強化のために、①事実上の配当と見られる行為、営利法人による医療支配の排除にむけての指導状況の点検、②こうした点検の結果を踏まえた営利性を排除するための医療法人に対する指導指針の策定、③監事等を活用した医療法人等による内部点検、④非営利性の観点から見て不適当な医療法人に対し、医療法に基づいて行う法人検査等の在り方の見直し等の措置を求めた。

他方で、経営強化のための経営管理機能の強化、外部委託の活用・共同化の推進、附帯業務規制の緩和を提起し、透明性を高めるために病院会計基準の見直し、経理情報の公開、医療に関する情報提供の推進を、安定性を高めるために資金調達の手段の多様化、国庫補助・政策融資などの公的支援等をそれぞれ提起した。この検討会の基本的なスタンスは、医療経営への株式会社の参入は認めないが、参入論で提起されている経営上の課題は医療法人制度の積極的に取り入れるというものであった。

後者つまり「医療経営の非営利性等に関する検討会」は、これらの議論およびその後の変化を踏まえて、医療法人制度の非営利性を検証しつつ、公益性の高い医療サービスに対応する医療法人の新たな構築を課題に検討を進めた。検討会は2005年7月に報告書「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～」を提出した。検討会は、その報告書のなかで、同時期に行われた公益法人制度改革の議論を踏まえ、民間非営利部門による公益活動の健全な発展という課題と重ね合わせて検討してきた旨

を述べている。

検討会の提起は、まず「営利を目的としない」との内容を、社団医療法人の社員における権利・義務の内容について、出資義務を負わない、利益分配請求権を有しない、残余財産分配請求権を有しない、法人財産に対する持分を有しないことと整理している。そして、医療経営を「地域医療を確実に提供する使命に答えることを目的とする」ものとし、そのためにも特別な利益供与の禁止、余剰金の配当禁止（運営に著しく支障を来たす経費の負担の禁止の規定を検討）、営利法人が医療法人の社員となることの禁止、医療法人の書類の開示、残余財産の国・地方公共団体または他の医療法人への帰属の規定などを求めている。さらに、公益性の高い医療サービスを整理したうえで、その担い手に求められる規律について提起している。その規律として、例えば、情報開示の規定の整備、不当に高額ではない役職員報酬の設定、同一の親族による支配の制限、理事長の資格要件の見直し（医師・歯科医師からの選出という原則は堅持しつつ多様な人材からの確なものを選べる方向での見直し）等を挙げている。

以上二つの検討会の議論が、医療法改正による医療法人制度の見直しの骨格を形成するうえで大きな役割を果たした。しかし同時に、規制緩和の側からも「経営の近代化」と民間参入の促進という側面から、一方で株式会社の参入解禁を求めつつ、他方で医療法人制度の見直しを求める動きが強まってきたこと、その影響を無視するわけにはいかない。そうした動きが端的に示されたのが2005年3月に閣議決定された「規制改革・民間開放推進3ヵ年計画(改定)」である。ここでは、「株式会社等による医療経営の解禁」（構造改革特区における参入要件の緩和等）、国立病院・公的病院等の民営化の検討を求める一方で、「持分のない新たな医療法人（社会医療法人）の創設」を提起している。社会医療法人については、株式会社と同等の経営情報の開示や財務の透明性の確保等、公的医療機関の移譲の積極的受け入れを提起した。

冒頭で触れた営利・非営利の錯綜は、医療法人制度をめぐるかかる議論の展開による。ここで確認できることは、医療法人制度改革論議が、非営利性を明確化することで医療の営利化への動き

に対応するというベクトルを持ちつつも、それとは違うベクトルもうちに含みつつ展開されてきたこと、さらにいえば公益性強化のための改革がそれを縮小させようとする動きとも連動して動いてきたことである。

3、医療法人制度改革の二面性

以上のような動きを背景に、医療法人制度改革は、第164国会における医療制度改革関連法、直接には医療法の改正によって具体化された。改正の主な内容は以下のとおりである。現行の医療法人は「社団法人で出資額限度法人」と「社会医療法人」に再編すること。医療法人が解散した場合の残余財産の帰属は国等とすること。既存の出資持分のある社団法人については経過措置を適用すること。これまで特別医療法人にしか認められていなかった有料老人ホームの設置等がすべての医療法人に認められるようにしたこと。これまで定めなかった社員総会の規定が明文化されたこと。役員、社員、評議員会（財団医療法人）に関する規定が新設あるいは追加されたこと（同一親族の制限等）。理事長は、許可を受ければ医師・歯科医師以外でも就任できることにしたこと。会計処理には病院会計準則が適用されること。公益性の高い医療を提供する民間医療法人として「社会医療法人」を創設すること。「社会医療法人」は、「公益性の高い医療」の定義に即して知事が認定すること。また「社会医療法人債」の発行を認めること。おおよそ以上のような内容である。

これまでの議論を踏まえて従来の出資持分にある社団医療法人を廃止して、非営利性を明確にしたこと、役員などの規定を明確にして組織の近代化と透明性を高めたことなどは、積極的に評価してよい。他方で、有料老人ホーム等の附帯業務の拡大、理事長の資格要件の見直しなど、経営の安定化・効率化を優先した見直しも含まれている。それらの内容が直ちに問題を引き起こすわけではないが、運用次第では一方での医療の非営利性・公益性と衝突する可能性を有している。そのなかでやはり重要な変更は、社会医療法人の創設とその内容である。社会医療法人の創設は、一面では医療の非営利性・公益性を高める側面を持っているものの、他方でそれとは逆行する側面も持つ

ていることに注目する必要がある。

非営利性・公益性と逆行する内容のひとつは、社会医療法人債の発行である。その趣旨は、地域に必要とされる医療を提供するためには多額の資金を必要とするためだと説明されている。しかし、公益性の高い医療であると認めたものであれば、法人の資金調達能力にその提供を委ねるのではなく、公的な資金の投入が最優先されなければならないはずであるが、その選択肢は除外されている。問題は、債券所有者（債権者）への利払いが事実上利益配当に該当するおそれがあるという点である。したがって余剰金の配当禁止規定との関係が問題になる。また、株式会社との関係も問題にならざるを得ない。というのは、株式会社による債券の購入は当然ありうるからである。その場合に債権者としての株式会社が社会医療法人へどう関わることが重大な問題となる。それらの具体化は今後の政省令に委ねられており、懸念は消えない。かかる債券発行の容認は、病院債発行を拡大していく引き金になりかねないだけに、また医療の営利・非営利の関係を再びグレーゾーン化してしまうだけに、歯止めが必要である。

非営利性・公益性と逆行するいまひとつの内容は、冒頭でも触れた公的医療機関の民営化の受け皿としてこの社会医療法人が活用されようとしている点である。そうした意図が込められていることは、上述した「規制改革・民間開放推進3ヵ年計画」で見たとおりである。政府も、法案提出に当たって、社会医療法人が「官から民への流れ」「官民のイコルフットイング」を踏まえて、「従来公立病院等が担っていた医療を民間の医療法人が積極的に担うように推進」する担い手であることを明言してきた。もちろん民間非営利の法人が公益性の高い医療を担うことはありうるし、現にそのような実態が広範に存在するが、そのことはけっして公的医療機関の役割を否定するものではない。むしろ、公的医療機関だからこそ担うことができる役割も少なくないし、公的医療機関だからこそ存続できてきたところも少なくない。非営利性・公益性の強化のための方策を、それらと競合する市場化の手段として活用することは、許されない。

以上のように、今後の医療法人制度改革は、医

療の市場化・営利化に対抗しうる側面とそれを後押しする側面の二つを併せ持っている。

4、医療の非営利原則をめぐる課題

医療保人制度改革をめぐる以上のような展開は、あらためて医療の非営利性・非営利原則とは何かを国民・患者の立場から検討し、精緻化していく必要があることを示している。最後に、そうした議論に向けていくつか問題提起をして結びとしたい。

まず、「非営利」という考え方のあらためての整理である。「非営利」は、営利が意味する個別的な利益の追求、具体的には利益の私的な配分の対極に位置する。その位置関係が意味するところは、私的な利益の追求と社会的・共同的利益の実現との対抗である。そのことを踏まえて、「非営利」の内容をより具体的にとらえなおすと、営利を求めないという消極的な内容にとどまるものではなく、より積極的に「人権を保障すること」との規定が最もふさわしい。なぜなら、社会的・共同的利益の実現とは、他ならない人たるに値する生活をすべての人に保障するというに他ならないからである。したがってそれは公共的利益の実現あるいは公益の実現と言い換えてもよい。公共・公益の基礎にあるのは「すべての人に等しく開かれていること」である。

そうすると非営利原則というのは、他ならない人権保障原則のことであり、人権保障のために社会が備えるべき基本原則ということになる。制度・組織・資金・運営などより具体的なことがらは、この基本原則に即して、その原則の具体的な担保として位置づけ、それにふさわしい内容が盛り込まれなければならない。こうした視点が欠けてしまうと、今次の医療法人制度改革のように、非営利・公益性とあい矛盾する内容が、非営利・公益性の名のもとで持ち出されるという奇妙な事態を

生み出すことになる。

制度・組織・資金・運営などの具体的な規定を提示する用意はまだないが、これまでの検討から、ひとまず以下の点をひとつの論点として提示しておきたい。それは、医業経営および医業経営の担い手を、競争的な関係にある個別の事業体として位置づけるのではなく、医療の公共性・公益性を実現する社会的・共同的利益実現を担う社会的な存在、社会的な事業体として位置づけるということである。もちろん、自由開業医制をとっている現在、個別事業体としての性格は消すことはできないが、個別事業体以前に社会的な利益を担う事業体であることを明確にしておくことは、組織・資金・運営等に対する社会的規制のレベルと質を決定する際の基準を決めることになるだけに欠かせない。

「社会的共通資本としての医療」を一貫して主張されてきた宇沢弘文氏は、あらためてその理論を整理された最近の論文になかで以下のように指摘されている。「社会的共通資本は、一人一人の人間の尊厳を守り、魂の自立を支え、市民の基本的権利を最大限維持するために、不可欠な役割を果たすものである。社会的共通資本はたとえ、私的でない私的管理が認められているような希少資源から構成されていたとしても、社会全体にとって共通財産として、社会的な基準にしたがって管理・運営される」（『経済セミナー』2006年9月号、43-44頁）。

個別の競争体としての側面に傾斜すれば、社会的基準が後退することになる。社会的基準による管理・運営は、社会的存在としての位置づけを明確にすることと一体でなければならない。非営利原則の精緻化も、かかる視点からの検討が欠かせない。

（よこやま としかず、金沢大学経済学部教授）

第2回自主共済組織学習会

「保険業法改正の動向と共済問題」

森崎 公夫

まず私の自己紹介をさせていただきます。生ま
れはいまの中国—当時は関東州といわれていたと
ころ—の大連に生まれ、敗戦後引き揚げて参りま
した。日本に上陸したのはいまのハウステンボス
がある佐世保です。そこに日本の海軍のバラック
があり、約一週間ほどいました。そこから引き揚
げ列車で、広島に親戚がたまたまいたのでそこに
住むことになりました。本来ならば私の父の郷里
は徳島なので徳島に行くつもりだったのですが、
ばったりと出会いました奇縁といえますが広島に
おりました。その後、横浜の方に参りまして現在
に至ります。

私は日本の損害保険会社におりました。その後
スイスの保険会社に移り、その設立をし、定年
で退職をしました。そのときに保険業法の改訂が
ありましていまの保険業法になりました。その保
険業法の改訂につきまして、外資系の保険会社の
意見をまとめて当時の大蔵省と折衝をしていまし
た。私はこの業界から足を洗って日本の仏教につ
いて勉強をしようと思ひ、そのつもりでいました。
しかし、なんとなくいまのような仕事をするはめ
になりました。外国損害保険協会—これは形の上
ではあったのですが、実質的には何もなかった—
これを立ち上げました。当時は大蔵省、その後金
融監督庁、それから金融庁と変わってきておりま
すが、これら政府機関に対して主にロビーイング
をやってきております。

保険業法改正のポイント

一時は日米保険協議の問題などがありました、
それよりも何よりも法律の改正、それから日本の
場合には法律そのものよりも施行規則や、いわゆ

自主共済組織学習会レジメ

1. 保険行政の方向
2. 保険法の改正 9月6日法制審議会保険
部会立上げ
3. 無認可共済の規制は何故始まったか
4. 金融審議会の論議のポイント
5. 総務省の無認可共済に係る調査
6. 少額・短期保険業は成功するか
7. 利益追求型の保険業及び共済と非営利団
体型の共済

る政令・省令の問題の方が重要でそれに意見を言
ってきました。最近ガイドライン、かつて大蔵
省の場合には通達行政・裁量行政と言われていた
ものです。日本の場合は本当の意味で法治国家な
のか、もしくは行政の人治と言いますか、そうし
たところの方が色濃く出ている。いまでもまだあ
り、それに対していろいろ注文をつけるという仕
事をやってきて今日に至っております。

今日は保険行政がいまどういう方向に向いてい
るのかをお話させていただきます。また、今年の
4月に改正保険業法が施行され、その中でも特に
少額短期保険事業者という新しい分野ができた。
これはいわゆる無認可共済にとって、一つは
少額短期保険事業者になる、もう一つはいまの保
険業法上の保険事業の免許を取得する、もしくは
廃業をする、この三つの選択肢があるわけです。
そういう法律が4月から施行されました。現在、
特定保険業者の届出が行われております。これは
各財務局に対して届出が行われています。取り扱
いを見ますと、受理をしなかったり、財務局によ
って取り扱いがまちまちのようです。この届出が
9月30日をもって終了します。その後、特定保険
業者として届出をしない場合には罰則規定があり

ます。これに対してどういう取り組みをするのか、9月30日はある種のエックス・デイになるのではないかと私は思っています。

資料を用意しております。資料についての確認をさせていただきます。

レジュメにつけてありますもの以外に分厚の資料があります。まず1は「根拠法のない共済への対応について」で、これは金融審議会金融分化会第二部会の最終報告書です（末尾資料参照）。金融審議会には第一部会・第二部会それに特別部会があります。第一部会は主として証券関係、第二部会は銀行・保険、特別部会が個人情報保護法をやっていました。私は第二部会・特別部会の両方の委員をやっていました。この第二部会の方はワーキンググループ、つまりかなり実務的なことを論議するところで、長い期間をやりました。

第二部会のテーマは三つあり、銀行窓販・銀行で保険を売るといふもの、セーフティーネット・保険契約者保護機構、無認可共済、この三つのテーマでやりました。その報告書が1です。

2は「根拠法の無い共済に関する調査」で、総務省が調査をしました。私のところにも総務省から照会があり、その時に収集していた、いわゆる無認可共済の資料等を差し上げたという記憶があります。平成16年にこうした報告書を出しています。お手元にございますのはマスコミ用に作ったレポートです。この調査についてはあとで申し上げますが、短時間でやったということもありまして、いわゆる無認可共済、もしくは根拠法のない共済というものを網羅したということにはなっていないと思います。

3は「保険と共済の制度上の比較」で、これは私が作ったものです。ここでは農業協同組合法などの抜粋などが載っております。これはまだ旧法で、2006年農業協同組合法が一部改正されました。これは監督を強化するのが目的です。いわゆる員外の取り扱いをどうするかということがもり込まれた、どちらかというと農水省主導型の法改正がありました。その前の資料です。

4は「保険業法等の一部を改正する法律案の概要」で金融庁が作り一般に出したものです。これはいま申し上げたように改正法の他の部分も入っ



ています。例えばセーフティーネットなどが入っており、簡単に要領良くまとめた内容です。

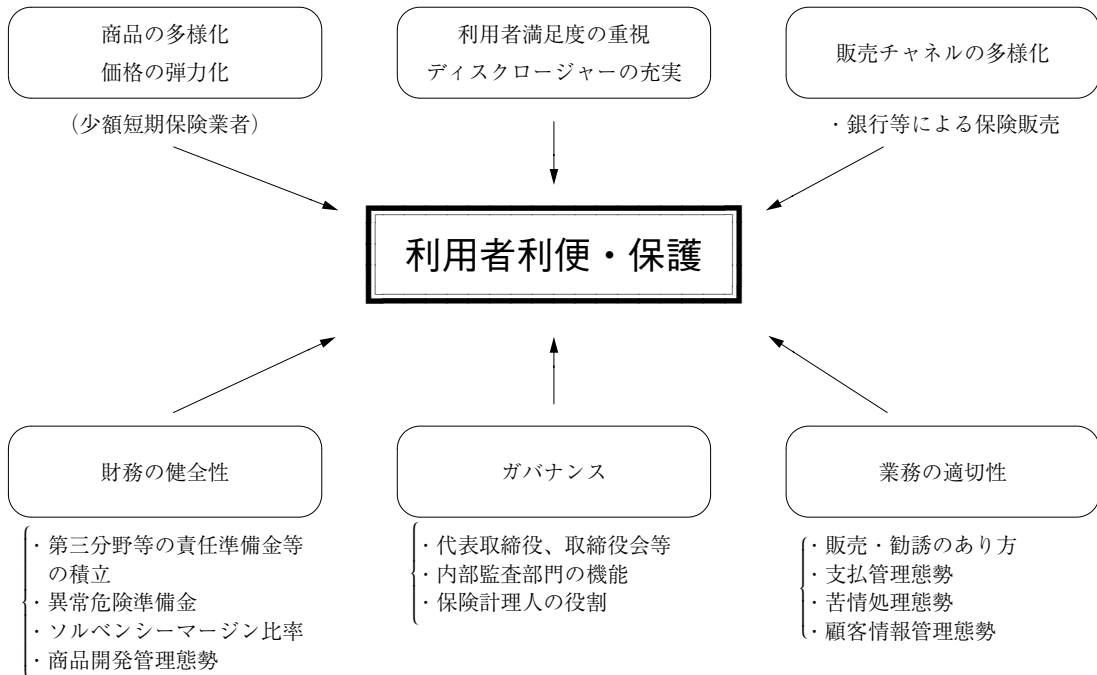
5は「根拠法のない共済について」です。これは金融庁のホームページに出ているものを持ってきたものです。根拠法のない共済とは何かという解説です。

その前の5番目を説明するためにつけた資料は私が作ったものです。保険業法についての改正案について、そのときの改正案が出てまだ国会を通過していない段階における業法についての簡単な解説と問題点の指摘です。

以上が資料です。他はレジュメに、これは番号を振っていないもので、現在の保険行政の方向・保険行政はどうか、ということも扱っております（図1）。ここでは利用者利便を図ることが書いてあります。また商法の一部であります保険契約法の改正作業がいま行われていまして、それについての簡単な解説があります。その他に保険者といわれているものがどの程度あるか、その数と引き受けている契約の件数です。生保・損保・郵政公社・農協・水産・消費者生活組合・中小企業協同組合、これらはいずれも根拠法のある保険もしくは共済と言われているものが扱っている契約の数です。

まず、レジュメの順番にそってお話を進めたいと思います。ご記憶かと思いますが、生命保険の分野では2005年に明治安田生命に業務停止等の処分がありました。それに引き続いて損保の方は主として保険金の不払い問題、主として臨時費用といいますが、付随的な契約についての不払いの問題でした。

図1. 現在の保険行政の方向



損保ジャパン、業界では2位の会社で、それから三井住友、これは3位の会社で、2位3位の会社というのはいわゆる売上という点でいきますとあまり差がないのですが、この2社が2週間にわたる業務停止を受けました。それから商品の期限の無い「売り止め」という行政処分を科されています。これはいままであまりなかったことです。業務改善命令という形で出ている行政処分は多くあります。しかしこのように営業停止や一部商品についての売り止め、新規商品の開発禁止というケースは最近のことです。私どもの方はどういう基準に基づいてそういう行政処分をしているのかということに一部疑念があり、金融庁にもそういうことを質問しております。罪刑法定主義で考えますと、どういう基準でどの程度の罰則が科されるか非常に興味のある部分ですので質問しております。しかし、あまり細かいことを教えるとそれをすり抜けるという性悪説といえますか、そういうことを金融庁は言っておりまして、なかなか内容を教えてくれません。

この利用者利便と保護なのですが、ここにございますように商品の多様化・価格の弾力化とあります。価格の弾力化という点につきましては皆さ

んがご承知のように、昔はどここの会社から商品を買っても値段は同じ、すなわち一種のカルテル体制の中にありました。このカルテルを脱却し、いまは価格設定は一応自由です。一応自由ですが金融庁の審査があります。損害保険については損害保険料率算出機構という組織があり、そこが出したものを参考にすれば金融庁の審査がないので、ほとんどの会社はそれを使います。いわゆる純率（純保険料率）というところにつきましては、ほとんどの会社と同じだと思います。

生命保険はもともとそういう料率を算定する組織はありませんでした。しかし、これは談合の世界でして、ほとんどの会社がだいたい同じようなものを使っています。特にいま問題になっております三利源（死差損益、利差損益、費差損益）、これはいろいろ批判がございまして開示をしています。特に死亡表については、やっとなんとか修正するとか、新しい指標を生保の方は出してきた。死差益、要するに死ぬ人の数が多いかどうかということ。それから経費の問題・投資の収益の問題、この三つの利源をどうみるかという中で、死差益というのは非常に大きい割合を占めます。大きいということは死亡表の作り

方がまずいのではないかとということで、それがいま修正されてきています。そういうことが起きている。

ここにあるかっこ付きの「少額短期保険業者」は後でも詳しくお話をします。これについては、審議会の議論の中で考えられていたことが現実になっているのかというと、そうではないと思います。というのは、新しいカテゴリーができ、その新しいカテゴリーの中である程度フレキシブルなものができたという理解だったのですが、意外とそうではないというのがいまの実態でございます。

次に「利用者満足の重視」・「ディスクロージャーの充実」、透明性を重視するとか販売チャネルの多様化があり、銀行、この銀行窓販でいろいろ消費者サイドに問題が出てきているというのはご案内のとおりです。現在その苦情等をどう解決するのが業界の中で大きな問題になっています。

それから下の方の会社の中の問題に「財務の健全性」があります。保険会社の場合、将来の支払いに対して十分な積立をしているかどうか、それから台風や地震などの災害に対しての積立が十分かどうかということです。しかし、これが思ったよりも良くできていないという実態がわかった。いま各社とも追加の積立等をやっています。

「ガバナンス」ですが、今度の損保ジャパン、三井住友の営業停止の最大の理由にはもちろん不払いという問題があるものの、やはりガバナンスがあげられます。これは生保の場合にもいえます。会社のトップがどこからどこまで経営の実態を把握しているか、責任をもって対応しているか、それを問われているということがガバナンスです。どちらかという下委せといいますか、上の方はあまり良く知らなかった。よく「謝り会見」というものがあって、腰を45度に傾けて「ごめんなさい」と言うんですが、「私は知らなかった」というのはとんでもない話です。そういう話はよくあってそれではいけないというのがガバナンス強化です。

「業務の適切性」は、保険商品売る場合にその内容特に重要事項の説明等をきちんとしているか、現在契約概要や注意喚起情報、それに意向確認書面等、そういうものを課せられるということになるのではないかと思います。

図2. 「保険」と「共済」の制度上の比較

業態	事業主体	準拠法	主務官庁
保険事業	1. 生命保険会社 (国内社38、外社4) 2. 損害保険会社 (国内社29、外社21)	・ 保険業法	・ 金融庁
共済事業	1. 制度共済※ ・ J A 共済 (全国共済農業組合連合会) ・ 全労済 (全国労働者共済生活協同組合連合会) ・ 都道府県民共済 (全国生活協同組合連合会) など (社) 日本共済協会の協力団体 60(18連合会、42単位組合)	・ 農業協同組合法 ・ 消費生活協同組合法 ・ 消費生活協同組合法	・ 農林水産省 ・ 厚生労働省 ・ 厚生労働省
	2. 任意共済(無許可共済) ・ 株式会社、任意団体など	なし	なし

※上記の「制度共済」には国家公務員共済など社会保険の一種としての共済制度や、中小企業退職金共済などの準公的年金制度(国が関与して運営費を国庫負担する)としての共済は除き、民間生損保と同列の任意加入の共済事業をいう。

【保険業法】

第1編総則

第1条(目的) …略

第2条(定義) …この法律において「保険業」とは、不特定のもの相手方として、人の生死に関し一定額の保険金を支払うことを約し保険料を収受する保険(生命保険)、一定の偶然の事故によって生ずることのある損害をてん補することを約し保険料を収受する保険(損害保険)その他の保険(再保険)で、次条第4項各号(生命保険)または第5項各号(損害保険)に掲げるものの引き受けを行う事業(他の法律に特別の規定のなるものを除く。)をいう。

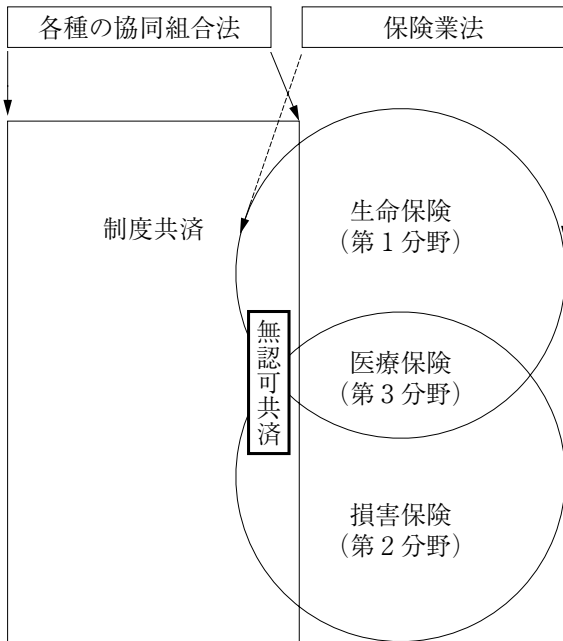
(FNLIA.2004)

制度共済と保険

保険業法で免許を受けている免許会社に対する規制は意外と強化されてきています。制度共済といわれております農協共済や全労災、その他中小企業協同組合法による共済、生協法による共済、全労災も生協法による共済ですが、これらの共済に対しても法律を順次改正し監督強化を計ろうとしております(図2)。

日本における社会保障制度、国家が行う社会保障制度と、それを補完する立場にある民間の保険や共済の役割をどうするか。縦割り行政の中で非

図3. 「保険」と「共済」の関係



(FNLIA.2004)

常に複雑な仕組みになっているというのが現状です。省庁間の権限をどう彼らが温存するかということから、なかなか解決に至っていないのが現状です。

次が保険法、これはいま商法の一部になっており、商法の一部であった会社法がすでに改正されました。単体法ということで商法から分かれ、新しく会社法というものになります。保険法、保険契約法といった方が正確かと思いますが、これにつきましては、現在の商法から外して単体法としてやるという方向性が決まっています。

これは非公式に研究会を作りまして8月23日に研究会が終了いたします。この研究会の最終レポートというものが出ておりまして、これを法制審議会にかける。9月には法制審議会保険部会が立ち上がり、そこで最終的な保険契約法の改正についての論議が行われます。2008年には法制審からの答申を受けて法案を作成し国会へ上程するという予定になっております。したがって新しい保険契約法の施行は2008年末というのがいまのところのほしいの目処になっています。

今後の法制審のメンバーはどのようなメンバーになるかといいますと、だいたい30名くらいです。

いまの研究会のメンバーである商法の先生、民法の先生、それに業界のメンバー、この中には日本共済協会の方—これは農協の方—も入っています。それに裁判官・弁護士、言論界それから消費者団体の代表という人たちが入ります。だいたい20名で構成され、論議が進むということになっています。

内容を簡単に申し上げると、この法律は明治時代に作られたもので非常に古いということがあり、実態をまったく反映していません。そこで、最近の社会経済情勢に対応するために変えるというのがまず一つです。それから現代語化です。カタカナや文語体で表記されている明治32年の法律ですので、これを現代語、ひらがなによる口語体にする。もう一つはいまの保険業法というのは監督法規なのですが、こちらでは損害保険・生命保険、生命保険を第一分野と呼んでおりまして、損害保険を第二分野と呼んでおりますが、その中間に位置するものとして第三分野、これはいわゆる傷害や医療・疾病保険に相当します。今度の契約法の中では傷害・疾病保険について条文を新たに設定する形になります。私どもが直接的に論議に参加していないのが残念ですが、いろいろと話を法務省へ持ち込んでいます。実のある法制審になってもらいたいと考えています。

無認可共済の規制がどういうきっかけから始まったかということですが、一つは保険会社の破綻というものがござります。まず、生命保険の分野で1997年に日産生命が破綻をしました。引き続いて生保会社が合計7社、破綻もしくは破綻に近くなってしまいました。これは保険行政の面からすると「いったいどうなっているんだ、なにをしていったんだ」ということになってきますが、実際に起きました。損保分野でも2社が破綻をいたしました。そうした破綻が起きているなかで、保険会社に対する信頼が失われていきました。これは共済が数多く出てきたということからも窺えます。

もう一つ、制度共済である農協共済—JA共済と言いますが—を例にしますと、ご承知のように日本の農業人口というものはどんどんと減っております。輸入に頼ることで農業が減びるという事態が出てきている。これは非常に問題だと私は思

図4. 保険類似共済に対する「保険業法」の解釈基準について

保 険	制度共済	無認可共済
<p>■保険は、不特定の者を対象とする「個人契約」と、一定の属性を持つ団体の構成員を対象とする「団体契約」がある。…（会社の社員福利厚生プランなど）</p>	<p>■共済の対象は、一定の属性を持つ団体の構成員（特定の者）である。 ■左記「保険」の定義から、募集の対象が「不特定の者」に及べば「員外契約」となり、この取り扱いについては将来の検討課題となる。</p>	<p>■属性を持つ団体への帰属募集は、不特定の者を対象に行われる。（保険との共通点） ■属性を持つ団体が、すなわち契約者団体である。そもそも、給付サービスを受けるために属性を持つ団体に加入するのであるから、「属性を持つ団体」契約者団体は有り得ない。（制度共済との相違点）</p>
<p>・無認可共済といった「偽装団体」を排除するため、「保険業法」の解釈基準（ガイドライン）に「団体への帰属を条件とする給付サービス契約は、名称の如何にかかわらず、これを保険と看做す」を加える。</p>		<p>・左記ガイドラインにより、無認可共済としては、不特定の者を相手としない、特定団体の構成員に給付サービスを行っている、即ち保険にあらず、という「言い逃れ」は出来なくなる。 →保険会社への転換か廃業</p>

(FNLIA.2004)

いますが、こうした中で農協がやっている事業の中に、預金の受け入れ、すなわち銀行業務があります。もう一つは共済、要するに保険です。この中でJAの収益に寄与しているものは何かというと、共済なのです。別の言葉で言うと大変儲かっている。こうしたことを見ると「共済をやろう」という者がたくさん出てきたということも納得できる。

これらがきっかけになったと私は思うのですが、数多くの法律上の根拠を持っていない共済がでてきた。そういう共済はいわゆる特定の構成員で構成されているわけではありません。いわば不特定多数の契約者を集め、これは保険会社とまったく変わらない仕事をしている。

さらに引き受けた契約のかかなりの部分、例えばある共済によりますと85%も再共済・再保険をしている。これはちょっと考えられないことです。なぜ85%も再保険をしているかということ、一つは税逃れがあります。もう一つは自分のところで保

有しますと、それに対する将来の支払責任をまっとうするために、十分な責任準備金を積んでおく必要があります。ところが、入ってきた保険料をドンブリ勘定で使ってしまったということがあるのではないか。したがって責準（責任準備金）が積めない。保有している部分は、つまり15%もしくは10%については何とかやっているところが多いのではないか。

現実にはそういう共済に問題ができています。例えば、一定の年限が過ぎたらその共済が用意した「老人ホームに入れますよ」ということを謳い文句にしていたが、実は蓋を空けてみますと老人ホームが一軒しかなかった等というところがあります。他の例では、佐賀商工共済、これは歴史があります。かつての法務大臣をしていた陣内孝雄さんが佐賀県の出身でいまでも議員をやっています。この人が理事長を長くやっていた佐賀商工共済も2003年に破綻をしました。

そうしたものが出てきて、契約者の保護という

点で何らかの手を打たなくてはいけないのではないか。また、保険業界、とりわけ生命保険業界からみますと、非常に大きな規模の無認可共済が出てきて既存のマーケットを侵食されるということがあり、これをなんとか排除したいということもあつたと思います。

そういうことがあって、業界からも無認可共済の規制をせひやるべきだという議論がでてきた。そこで金融庁はどちらかという重い腰を上げて金融審議会に諮ろうとしたわけです。そのときに総務省が調査をした。しかし、総務省の調査は先ほども申し上げたように必ずしも把握をしている対象が十分ではなかったと思います。私も総務省の人にいろいろ質問をしたのですが、出先の機関、市町村を使って調べたようですが、なかなか把握が十分ではなかったというのが実態かと思えます。

そうした状態で審議会が始まり、「規制すべし」となりました。いろいろな議論がありました。議論の一端を紹介しますと、「共済法というものを作り、制度共済もいわゆる放置されていた無認可共済も一括して監督すべし」という議論もありました。やはり非常に重たい規制・監督をする業法上の保険会社ではなく、少し軽い監督規制をするカテゴリーを新しく作るということにしたかどうかというのが大勢を占めまして、このレポートで諮問されています。

根拠法のない共済と保険

審議会報告の内容をみてみましょう。1ページのところにあるように、特別な法律上の根拠がなく、任意団体等で行われる共済を「無認可共済」・「根拠法のない共済」としました。しかし「無認可」というのは名称が悪いのではないか」ということで議論上は「根拠法のない共済」とし、これの規制をすべしということが内容です。

2ページ目に基本的な考え方が少しありますが、どこまでを公的な規制の対象とすべきかが問題となっています。「構成員が真に限定されるものについては、特定の者を相手方とする共済として、従来どおり、その運営を専ら構成員の自治に委ねることで足り、規制の対象外とすべきと考えられる」、これが重要です。自主共済といっておられ

る方々につきましては、この部分がいわばその辺を指しているのではないかと私は思います。

次は「契約相手方の『特定性』の程度」についてです。「構成員が真に限定されるものを列挙し公的な規制の適用外とすることに加えて、公的な規制の対象とする範疇に属するグループの中でも、例えば、(ア) 団体への加入の要件や他の活動との関連、(イ) 保険募集の態様、(ウ) 事業規模などにかんして、一定の具体的な基準を設け、保険会社規制と異なる規制を導入する場合の基準とすることも考えられる」。こういう考え方が審議会の中であった。これがどうなったかということについては後で説明したいと思います。

尺度としましては「保険料収入等を用いる方」ということで現実にこうなっています。これが一つの尺度として規制対象と規制対象外が分けられました。

参入規制につきましては、免許制ではなく登録制にする。現在の特定保険業については届出制になっております。ただし、少額短期保険事業者といえども商品審査等につきまして保険会社と同様、事業方法書・普通保険約款・保険料の算出方法書の作成等を義務づけるとなっています。

また支払備金、未経過保険料等の計算については保険経理人（アクチュアリー）の関与を義務づけるとあり、また專業原則、副業や兼業が出来ない、原則として專業であるとあります。募集については現在の免許保険会社と同じように行爲規制を課し、募集人につきましては登録を要件とする。現在、第1回のテストをすることになっており、講習については生保協会・損保協会が金融庁からかなり言われ、代行するという形で研修を始めています。

ここが大事なのですが、いま免許保険会社・生保も損保もセイフティーネットがあり、契約者保護制度があります。破綻した場合には条件付ではありますが、一定の給付があり救済されることになっています。ところが小額短期事業者についてはセイフティーネットを作らないとなっています。これは将来において重大な問題の一因となるのではないかと、それを私ははっきりと言わなければならないと思います。

再保険をすることについて、いままでいわゆる

無認可共済と言われていたところは、ほとんどがロイズなどの海外の保険会社に出再（契約を移転すること）一本当は出再という言葉も再共済という言葉も使えないのですが、「ロイズですから安心して下さい」というようなかたちで宣伝に使われていました。今度は再保険先は原則として日本の行政当局の監督が及んでいる保険会社、要するに「日本で事業免許を取っている会社でない」となり、「やたらと海外に出すことはだめ」となりました。これはどういうことかといいますと、煎じ詰めますと、日本で事業免許を取らなくても一事業免許を取らないということは金融庁のかなり厳しい監督・規制を受けなくても一海外直接付保という形が取れるようになるわけです。そういう抜け道を防止しようというのが目的です。

法律の見直しも一応あります。5年で見直しをしてみようということになっている。ということは、「保険業法の改正をしてみたものの、やや拙速に過ぎた」という反省があるのではないかと思います。いろいろな共済の区分や仕分けを把握できていなかったというのもあります。また金融庁に「法改正の内容や少額短期保険事業者の解説とかを、やはり全国的規模でやるべきだ」と私は言ったのですが、なにぶん担当者が少なくだいたい一人でやっているの、「私も体がひとつしかないので出来ません」と言っておりました。結局のところ、東京でしか説明会ができなかった。周知徹底ができていない。そういう事実が残っているので、そこを問題視することは大いにあるでしょう。

できあがってみますと、資料の方では「保険業法等の一部を改正する法律案の概要」—これはまだ国会を通過していませんので法律案となっています—と、もうひとつはその後についております「無認可共済セイフティーネットその他、保険業法改正案」で、私の作りました問題点のところになります（図5～7）。少額短期についての資料としては財務局の申請書をつけましたが、結構分厚いものです。これだけのものを作るというのは大変な作業だと思います。どうも新しいカテゴリを作り、需要があるとすればそれに応えるという姿勢に欠ける部分があるのではないかと。非常に難しい・厳しい規制を課し、淘汰する方向に行く

のではないかと。「そのような方向を考えていない」とは言っていますが、「考えていない」と言ってもそうならざるをえないことになっていると思います。

また業界には汚い面もあります。一方では無認可共済を退治すると言っていますが、一方では無認可共済の再保険を受けたり、一種の約定履行補償保険というのがあり「無認可共済が引き受けた契約について、責任の履行ができない場合にはそれを担保しましょう」という保険商品を作ったりしました。これは日本の会社も外資系の会社も一部やっていて、このカバーを提供していたというケースがありました。私はこれを「一方でけしからんと言いながら、一方で保険料を吸い上げるという矛盾した行動があるが、それはおかしい」と金融庁に言いました。ところがいまでも無認可共済が少額短期になるということで、そこの再保険を受ける—これはかまわないわけですが—、約定履行補償保険等を提供する、という状況の中でいまよりもうまい収入先を見つけようということで動いている保険会社が多いのです。

少額短期保険業は成功するか

先ほどの少額短期事業者の申請書を見ますと、金融庁の要求している内容をつぶさに点検してみますと、これをやるためには大変な要員、しかも経験のある人でないとなかなか出来ないということがあります。それだけの投資をするのは、一般的に言われてきました無認可共済にはなかなか難しいのではないかと。つまり少額短期になろうとしてもなかなか出来ないのが実態ではないかと。現実には先ほど少し申し上げましたとおり、かなりの部分を再保険をしまして、節税に類することや責任準備金を積まないで済ませようということをしていますから、「入ってきたものの証拠を出せ」と言われると難しいものですが、どうも右から左へ流れているのではないかと思います。それをきちんとした形にするのはかなりのお金をつぎ込まないとできませんので、その少額短期保険事業者が本当の意味で成立するのかどうかというのは、私はかなり疑問を持っております。従いまして9月30日が届け出の締め切りです。それを過ぎたあと、

届け出をしなかったところに対して金融庁がどう対処するか。保険ではないという判断をするのか、しないのか、またその基準はどういうものでやるのか。これはいろんな質問が出たり、会合の席などで言われていますが、確とした実態を見てみるとわからないというのが金融庁の返事です。どうもあやふやなところが多いというのが事実です。

次の「利益追求型の保険業及び共済と非営利団体型の共済」について、ここからは私の私見になります。いわゆる保険業法では第一分野、第二分野として生命保険事業、損害保険事業と免許を取ってやっている免許事業は、これは利益追求型であります。きちんとした監督と規制があってしかるべしと思います。それから共済では一制度共済で一番大きいのはJ A共済が利益追求型と言えま

す。今度、生活協同組合法の改正があります。日本生活協同組合連合会は「生協法改正要求案」というものを出していますが、要求のひとつは員外問題です。いまの生協法では員内、員外の区別はないのですが、組合員になるには200円とか300円を払います。そういう出費をして組合員にならなくても契約を結べるようにしてほしい、という内容のものであります。このへんは問題かなと私は思っています。また生協は、いまは都道府県単位になっていますが、それを全国一本に統一できるようにしてほしいという要求が入っています。法案のドラフトはこれから作成するという事なので、厚生労働省の所管ですが私の方でも意見を言うべきところは言おうかと思っています。考えますと結局のところ制度共済と言われているところは、本当に構成員のための共済なのかということになり

図5. 保険業法等の一部を改正する法律案の概要

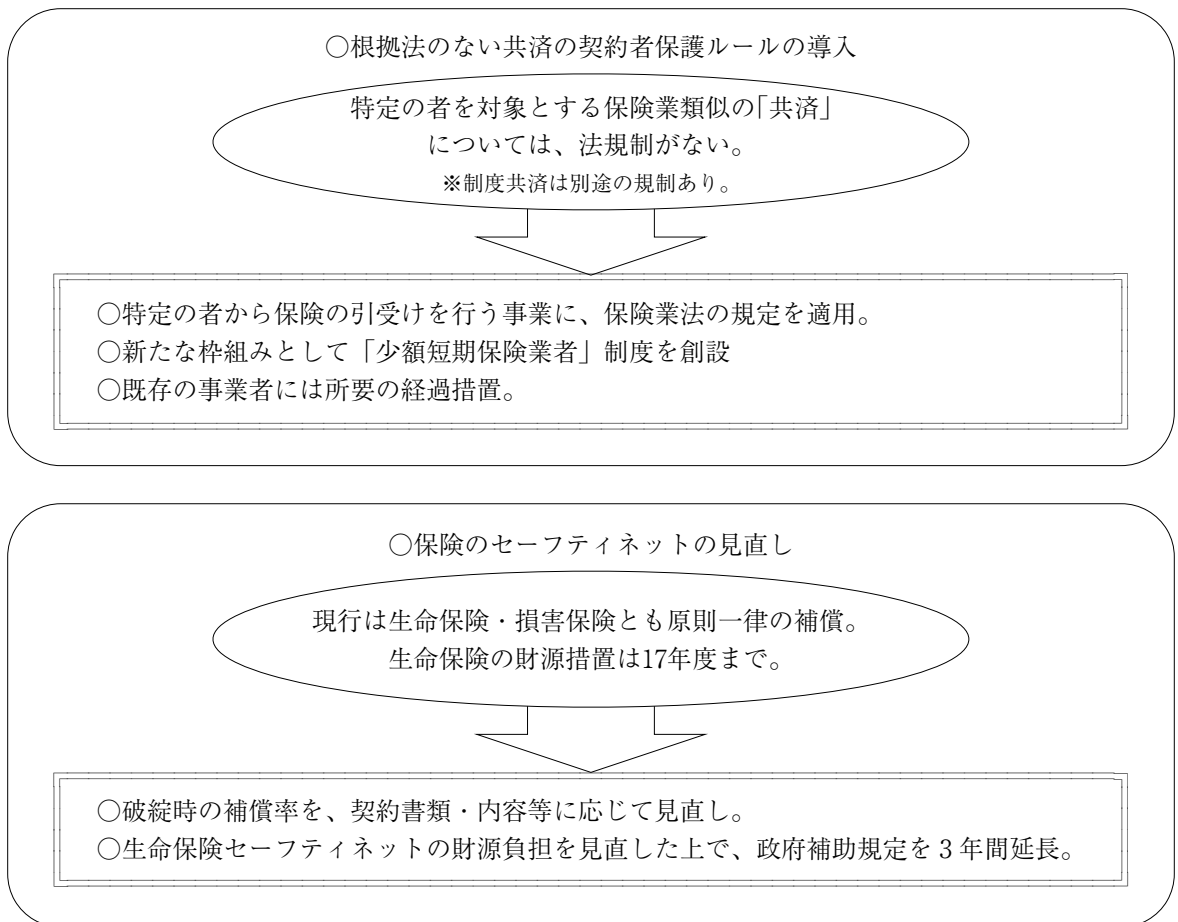
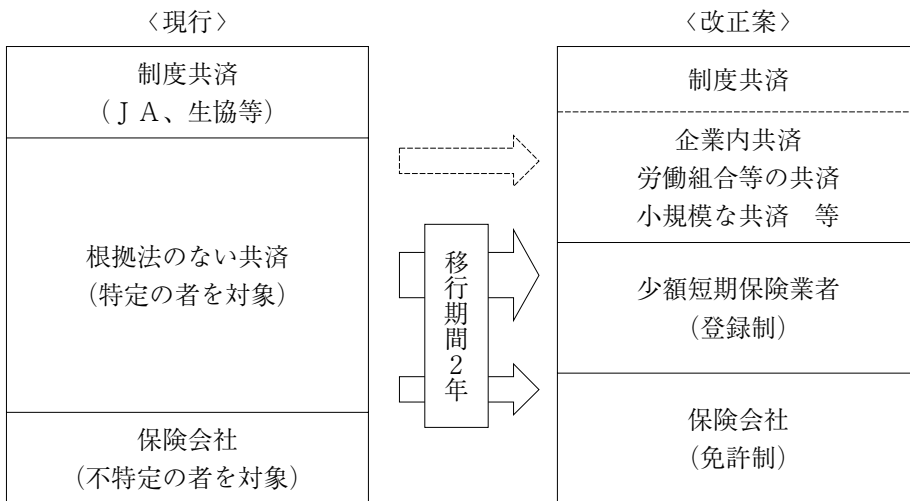
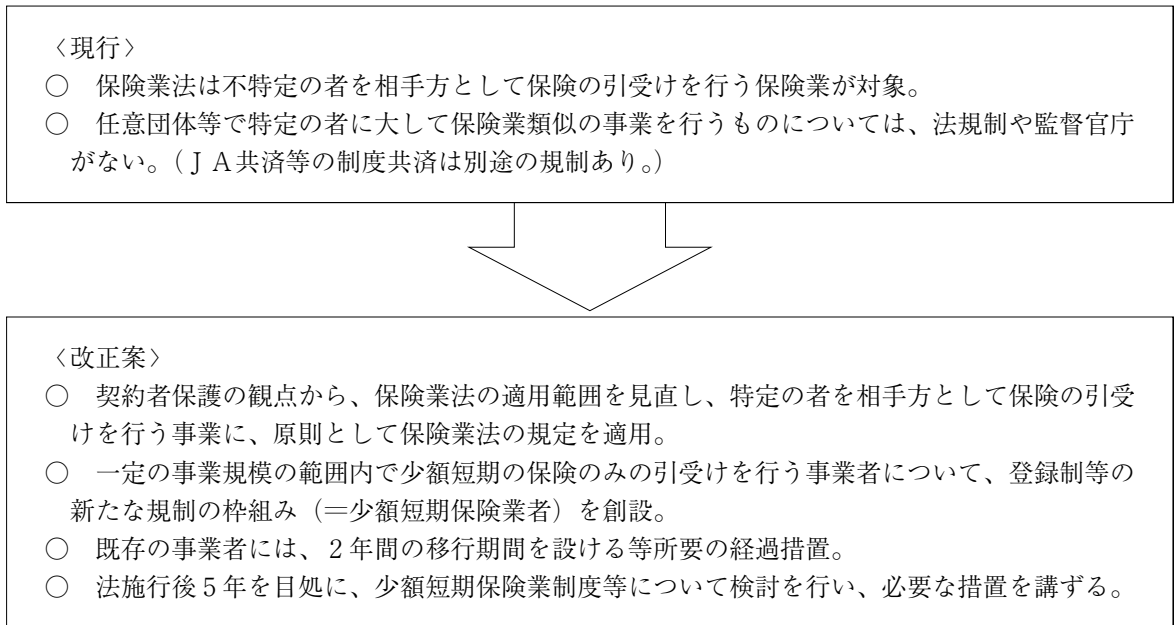


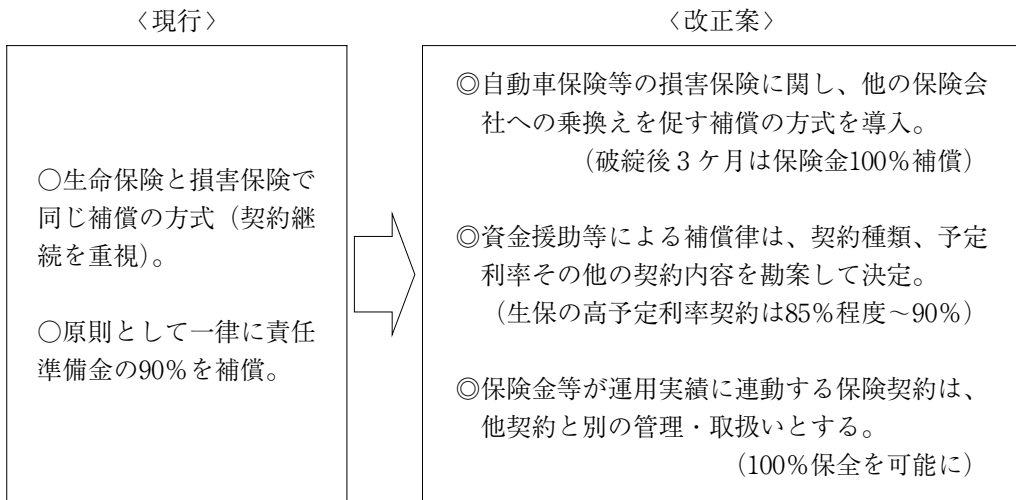
図6. 根拠法のない共済の契約者保護ルールの導入



	少額短期保険業者	保険会社
参入要件等	登録制	免許制
最低資本金	1000万円程度 (+一定の供託)	10億円
取扱商品	少額、短期、掛捨てに限定	無限定 (高額、長期、運用型も可)
資産運用	安全資産 (預金、国債)	原則自由 (株式、不動産、融資等)
その他	情報開示、募集規制、責任準備金、検査・監督 等	

図7. 保険のセーフティネットの見直し

(1) 保険契約の特性に応じた補償の見直し



(2) 生命保険契約者保護機構に関する財源措置の見直し

- これまでの5,000億円規模の時限的な措置は廃止し、原則として、生命保険契約者保護機構の借入可能枠の範囲内で保険会社の負担金により賄う制度に。
- 政府補助の仕組みも当面は存置。

〈発動要件〉

- ・平成18年度から20年度までの生命保険会社の破綻。
- ・予算で定める金額の範囲内
- ・資金援助等の費用を賄うための借入れにより、同機構の借入残高が一定額（4,600億円）を超える場合、かつ、
- ・その費用を同機構の会員の負担金のみで賄うとしたならば、会員の財務状況を著しく悪化させ、保険業の信頼性維持が困難となり、ひいては国民生活又は金融市場に極めて重大な支障が生ずるおそれがある場合

- 法施行後3年以内に、資金援助等の費用の負担のあり方、政府補助規定の継続の必要性等について検討。

ますと、どうもそうはなっていない。私も農業協同組合法の改正のときに農水省の人と話をしたのですが、あそこも員外問題がありまして、規定上は2割まではよろしいとなっていました。組合員数リストを見ますと、北海道からずらっと都道府県名が書いてありまして、組合員数と員外契約数とが書いてあります。目の検査ではありませんが、向こうの方にあるのを見てくださいますかと言うのですが、小さくて見えませんでした。どうも2割を超えていたようですね。そうしますと結局は保険会社と変わらない。イコールフィッティングという点、税の優遇の問題や監督検査の問題からいくとおかしいのではないかという問題提起をしています。いかんせん省庁間の縄張りがありますし縦割り行政の中でもさすがに問題ではないかという話がありましたが、金融庁は新しくできた庁ですからあまり強いことが言えない。しかも農水関係になると政治が後から支えていますから、なかなか歯が立たなかったようです。

制度共済がそういう状況のなかで、特定の構成員だけを対象としている、しかも自治組織である、こういう共済をきちんと調査して実態を解明する必要があります。アメリカなどの制度でもそういうところは各州の保険庁の監督下ではなく自治に任せています。こういうところが抜けちゃったんだな、という感じがします。いま金融庁にいろいろと照会されている共済団体があるようですが、金融庁も断定的に「こうだ」と言えない部分があり、「とりあえずは届け出をしてくれ」というようなことを言っているようです。この辺が十分に実態解明をしないで作った、ある特定の人が経営してお金を海外に投資している、飛ばしているような質の悪いものと、そうではないものとの仕分けが十分出来ていない中で法改正を行ってしまったと言えると思いますね。

また法律には適用除外が決められていまして、政令で追加を決めることになっています。宗教法人は政令の中に入っています。宗教法人というのは檀徒、檀家がありますが、いわゆる信者などはその中に入るのかとなると、それは入らないで、給料をもらっている人だけという。となると1円でも給料をもらってはいればいいのか、となる。こ

のへんも後から出てきた問題ですが、いろいろとプレッシャーがあったかのように聞いています。ですからそういう意味では、今後9月30日というのを区切りにいたしまして金融庁がどういうふうに采配をふるうのか。この問題につきましてはすでに金融庁の総務企画局の手を離れまして監督局保険課の方で少額短期の監督をやっています。ただし人数が少なく専任者は3人しかおりません。各地に財務局がありますが、これが届出・登録の窓口になっています。このへんがきちんと一元的な対応が出来るのかも、今後の課題になると思います。

いずれにしましても我が国の社会保障を、国家が行うもの、それを補完する民間のもの、そういうものをどう構築するのかがはっきりしていない。業界は業界としての領域を侵害されないために動くというのがありますし、制度共済は制度共済で員外を求め、全労済も実は共済が収益性が一番いいし、農協共済もそうです。必然とそちらが活発化していくのは当たり前の話でして、生協も各地に生協がありますけれど、共済分野が一番のびています。全労済もJA共済も収入が下がっているのに、生協は伸びている。いわば「もうけの種」なのです。そういう中で、国としてどう仕切っていくかというグランドデザインがないのです。グランドデザイン、監督を一元化するというのはもちろん必要なことですが、社会保障制度のあり方、その中における国家の役割、それから民間の役割、これらをどう位置づけるか、これを議論する必要があります。保険業法の再改正という話に持って行くのが一番良い道じゃないかと思います。なかなかそこに手がつけられませんが、やはりこれは政治の問題だろうと思います。政治家がこの辺はなかなか票に結びつかないので関心が向かないのです。陳情というのはあるようですが、自分の意思でやろうという政治家がいないようです。ここが問題です。

(2006年08月18日開催)

(もりさき きみお、外国損害保険協会・FNLIA 副会長・専務理事)

資料 金融審議会第二部会報告「根拠法のない共済への対応について」

目次

- 1. はじめに 略
- 2. 現状 略
- 3. 基本的考え方
 - (1) 公的な規制の対象とすべき範囲 略
 - (2) 新たな規制の基本的枠組み
- ①検討の視点
- ②契約相手方の「特定性」の程度
- ③取扱い商品
- ④一定の事業規模の範囲内で少額短期保障のみ提供する事業者
- 4. 5. 6. 略

(2) 新たな規制の基本的枠組み

①検討の視点

根拠法のない共済で新たに規制の対象となるものについては、契約者などの保護や公正な競争条件の観点からは、保険会社の提供する商品と同様の商品が提供される場合には基本的には保険業法の規制が適用されるべきである。ただし、契約相手方が限られることに伴う販売ロットの小ささや特殊なリスクの把握の問題等のために保険会社が必ずしも提供しない商品を提供する等の特定のニーズに対応した商品提供の担い手としての役割、事業規模・態様の多様性を踏まえると、その全てについて幅広い保険商品を大規模に提供し得ることを想定した保険会社と同様の規制を課すことは、好ましくない。

したがって、契約者などの保護、保険会社との公正な競争条件、特定のニーズへの対応といった観点を総合的に勘案しつつ、一定のメルクマールを定め、その事業の特性を踏まえた規制を導入することについて検討する必要がある。

②契約相手方の「特定性」の程度

これまで保険業法の規制の要否のメルクマールとされてきた契約相手方の「特定性」については、構成員が真に限定されるものを列挙し公的な規制の適用外とすることに加えて、公的な規制の対象とする範疇に属するグループの中でも、例えば、

(ア) 団体への加入の要件や他の活動との関連、
(イ) 保険募集の態様、(ウ) 事業規模などに関して、一定の具体的な基準を設け、保険会社規制と異なる規制を導入する場合の基準とすることも考えられる。

このうち、(ア) 団体への加入の要件や他の活動との関連については、形式要件として一定の具体的な基準（例えば入会金等の額や他の事業の実施要件等）を策定することも考えられるが、その場合、活動の実態の実質的変更を伴うことなく予め定めた形式要件に該当するように加入要件等を設定するような場合も考えられ、要件自体が形骸化する可能性がある。また、(イ) 保険募集の態様についても、仮に団体の構成員以外の者に対する保険募集を行わないことを要件としても、団体への加入の勧誘自体が自由に行われれば形骸化の可能性はある。こうした点を踏まえると、これらの要件については、相当程度個別・具体的なものでなければ異なる規制の基準とすることが困難であり、むしろ構成員が真に限定されるものとして公的な規制の対象外とすべきものを個別に検討する際に勘案することが適当である。

他方、(ウ) 事業規模については基準の明確性があり、潜脱行為防止のための制度的工夫を行えば形骸化の可能性は低い⁵。したがって、保険会社と異なる規制を導入する場合のメルクマールとして事業規模を中心とすることが考えられる。その際、契約者数により事業規模を勘案する考え方もあるが、保険商品の保障額も様々であることや引受けリスクの全体の大きさも保険事業を実施していく際には重要であることを勘案すると、むしろ保険料収入等を用いる方が適当である。

なお、特定ニーズに対応した保険商品の円滑な提供という観点からは、幅広い保険商品を大規模に提供し得る保険会社と異なり、事業規模が小さいものでも参入可能な制度設計が望ましいが、他方で、事業規模が小さい場合は保険収支が安定しないことや適正に取扱える保険商品には自ずと制

約があることを踏まえると、契約者などの保護の観点から、取扱い商品に一定の制約を設けることが必要である。

③取扱い商品

取扱い商品が、保険期間が短期のものであって、保険金が見舞金、葬儀費用、個人の通常の活動で生じる物損等の填補程度に留まる等、少額短期保障に限定される場合には、以下の理由から契約者への十分な説明を前提に保険会社と異なる規制とすることが考えられる。

(ア) 現行の保険会社と異なり、事業者は通常の実業保険契約で見られるような長期契約に伴うリスクや損害保険契約で生じ得る巨大なリスクの引受けを行うものでないこと

(イ) 契約者側も長期の契約継続を前提としておらず、事業者の破綻等の場合に生じる損失が限定されるのであれば、契約内容や事業者の財務状況についての適切な情報開示が行われることを前提に契約者などの自己責任を問うことも可能であると考えられること

なお、短期の契約であっても、契約者が保険料又は保険金の水準の見直しなく契約を更新できる場合には、実質的に長期契約の性質も有することから、こうしたものについては、保険期間終了毎に保険料又は保険金の水準が見直される可能性がある旨約款に記載されていることを要件とするこ

とが考えられる。

また、一人の契約者が複数の契約を行うような場合を想定し、保障の合計額に上限を設けること、更に、保険会社と比べて事業規模が小さく保険収支が安定しない場合も考えられることから、保険事故が多発する等の一定の要件に該当する場合には予め約した保険金の水準が削減される旨約款に記載されていることを要件とすることが必要な場合もあると考えられる。

④一定の事業規模の範囲内で少額短期保障のみ提供する事業者

契約者などの保護、保険会社との公正な競争条件の確保、特定ニーズに対応した保険商品の円滑な提供の観点等を総合的に勘案すると、一定の事業規模の範囲内で、保険期間が短期のものであって、保険金が見舞金、葬儀費用、個人の通常の活動で生じる物損等の填補程度に留まる等少額短期保障のみの取扱いを行う事業者については、保険業法において、事業の特性を踏まえた一定の特例を設けて対応することが考えられる。

⑤形式的な団体の分割による潜脱行為を防止するため、法人格の取得を要件とした上で、例えば、法人の分割等について、現行の保険会社と同様、許可制とする仕組みの下で適切な対応が図られる必要がある。

(全文は金融庁ウェブサイトのトップ>審議会・研究会等>金融審議会>答申・報告書等の平成16年12月14日発表のPDFファイル参照。)

【事務局ニュース】1・臨時総会のお知らせ

会員の皆様には改めてご案内をしますが、臨時総会を下記の日程で開催します。総会議決権があるのは正会員のみとなります。

日時：2006年12月9日（土） 午後2時～3時
場所：平和と労働センター8階 全日本民医連
会議室

議題：事務所移転に伴う定款変更承諾の件

往診専門診療所の満足度調査

小川 一八

東京23区内の保健・医療・福祉複合体(以下「複合体」略す)(注1)の展開を見た場合に、多くは何らかの在宅(居宅)サービスをおこなっていることに気づく。そこで、政策誘導のあらわれである診療報酬において往診医療の配点の推移を確認し、2000年介護保険施行前後における在宅患者訪

問診療料の件数推移を検証した。これを踏まえて往診専門診療所における満足度調査を行い、患者や利用者側からの在宅療養をおこなう場合のインセンティブを確認した。この調査結果から、在宅で療養する患者が医療・福祉事業者との連携を求めていることが明らかになった。

第1章. 介護保険施行前後にみる在宅医療重視政策と在宅患者訪問診療料の推移

現在、わが国は少子高齢化社会をむかえ、社会保障費抑制策が進行している。こうした対応として医療・福祉経営に変化が求められている。日本では、最近まで高齢者施設(療養型病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム、その他各種小規模施設を含む)が地域にないために、医療機関の病床がその役割を担ってきた例も多くみられた。介護保険導入前から施設や在宅(居宅)サービスの整備がおこなわれ、患者・利用者は充分とはいえないまでもこれまでよりも多くのサービスを受ける機会を得た。こうした介護保険サービス施行を保障するための施設整備に対して公的助成が行われ、高齢者施設が建設された。また、介護保険施策では民間有料老人施設も介護保険対象サービスに組み込まれた。このような施設サービスの整備だけでなく、在宅医療(医師が訪問して行う往診医療や訪問看護、訪問看護は介護保険施行により医療保険と介護保険のサービスが併行して供給されている。薬剤指導、訪問リハビリ)でも診療報酬による高点数配分による政策誘導がおこなわれた。現在の介護保険居宅サービスは、訪問看護以外は以前から自治体施策であったものが介護保険によって全国的施策として位置づけられたものが多くある。そして、サービス供給量を確保するために営利事業者の参入が認められ、多くの民間事

業者が参入した。こうした施策は、患者・利用者が在宅療養をおこなう場合に、サービス事業者の選択肢を拡大する結果を得た。この傾向は、特に都市部において顕著となっている。筆者は、このような一連の動きに加え、都市部では患者・利用者が密集しているために自宅へ訪問する場合に、交通に要する時間が少なく効率的な訪問が可能なことから、在宅(居宅)サービス事業所数の拡大につながったと推測している。しかし、在宅医療をおこなう医療機関の事業所数は増えていない。その理由は、後に述べる。

こうした話に入る前に、重要な前提として述べておかなければならないのが、在宅療養における医師の定期的な診察による医療管理である。実際に訪問看護ステーションによる訪問看護は、医師の意見書(指示書*介護保険により名称変更)にもとづいて訪問看護を行っている。この医師(主治医、かかりつけ医)が医学的な判断を行いながら在宅療養をすすめていくことは、医療的根拠に基づいたサービスを施行する上で判断の基準となる。ヒヤリング調査の際において聞いた話だが、介護保険が施行されて6年が経過し、在宅(居宅)サービスを行っている事業スタッフの中には、医師の在宅療養の理解不足を批判し、医師の指示を軽視する発言を聞くことがあった。しかし、医師

の養成教育と国家試験、その後の臨床で得た経験と日々の責任は、他の職種と比較しても遠く及ぶものではない。そこで、現実には各スタッフそれぞれが、患者や利用者にとって効率的で有意義に医師とつきあえるコミュニケーション術を見つめることが大事である。この点は、医療機関との連携においてとりわけ重要な事項なので、あえて触れておく。

さて、在宅療養をおこなう患者の医療管理に対する医療保険の報酬対価も、他の医療サービス同様に診療報酬に定められている。診療報酬には、老人が在宅療養をおこなう場合に月2回以上の往診と管理料を含んで「寝たきり老人在宅総合診療料」を算定できると定めている。これを厚生労働省（旧厚生省）は「今後急増すると予想される寝たきり老人等に対し、地域医師会等との連携の下

に、適切な在宅医療を提供する観点から設定されたものであり、これにより在宅の寝たきり老人等に対する診療所のかかりつけ医師としての機能の確立を図るものである。」（平成4年4月8日、老健78号通達）と説明している。表1の在宅総合診療料に関連して診療報酬改定点数推移にあるように1992年から診療報酬において設定され、1994年には24時間連携体制加算が設定された。24時間連携体制加算の説明として「在宅寝たきり老人等が安心して療養できるよう。複数の保険医により24時間診療ができる連携体制が整備されていること又は診療を自ら行わない時間帯において、寝たきり老人在宅総合診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の療養に必要な情報を他の保険医療機関の保険医に提供すること等により他の保険医療機関の保険医が緊急連絡等に対して常時診療をす

表1 在宅総合診療料に関連して診療報酬改定点数推移

点数、1点=10円

診療報酬改定年度	1988	1990	1992	1994	1996	1997	1998	2000	2002	2004	2006	
診療報酬項目												
往診料	400	400	520	570	650	650	650	650	650	650	650	
寝たきり老人訪問診療料	540											
寝たきり老人訪問診療料（Ⅰ）			670	700	790	790	790					
寝たきり老人訪問診療料（Ⅱ）			700	730	820	820	820					
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）								830				
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）								860				
在宅患者訪問診療料									830	830	830	
寝たきり老人在宅総合診療料			2200									
寝たきり老人在宅総合診療料院外処方箋を交付する場合				2200	2300	2300	2300	2300	2290	2290	2200	
寝たきり老人在宅総合診療料院外処方箋を交付しない場合				2500	2600	2600	2600	2600	2575	2575	2500	
寝たきり老人在宅総合診療料（在宅療養支援診療所）院外処方箋を交付する場合											4200	
寝たきり老人在宅総合診療料（在宅療養支援診療所）院外処方箋を交付しない場合											4500	
24時間連携体制加算				1500	1600	1600						在宅療養支援診療所へ移行する
24時間連携体制加算Ⅰ							1600	1600	1400	1400		
24時間連携体制加算Ⅱ								1400	1400	1400		
24時間連携体制加算Ⅲ							410					
24時間連携体制加算Ⅳ								410	410	410		

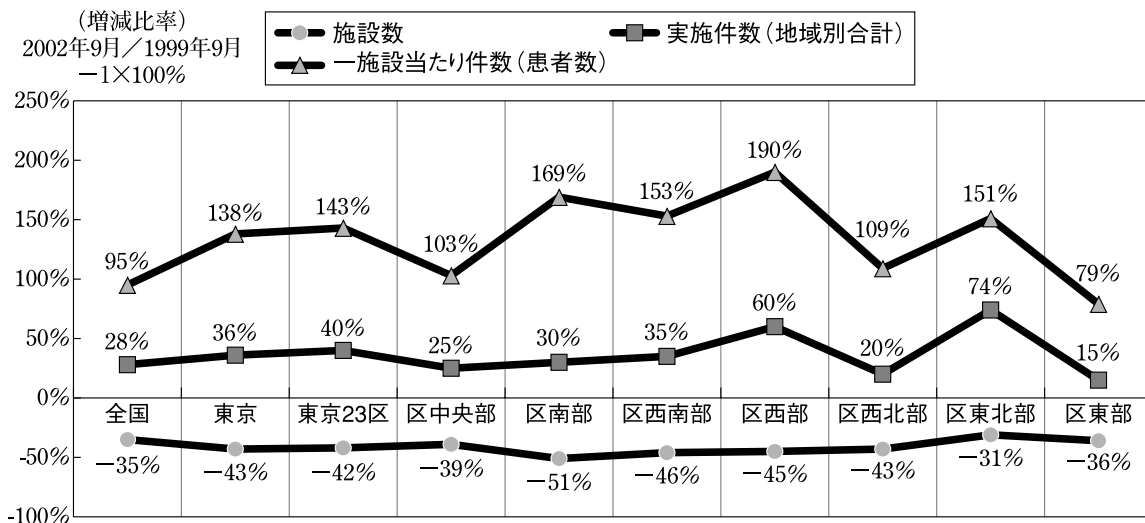
ることができる連携体制が整備されていることを評価するものである。」(平成6年8月5日、老健228号通達)としている。

表1に見るとおり、寝たきり老人在宅総合診療料は、改定毎に点数が下げられずに診療報酬体系の中では優遇された配点となっている。このことから、厚生労働省(旧厚生省)は、在宅療養管理の体制整備を推進する意向があることがわかる。

寝たきり老人在宅総合診療料は、臨時の往診を含めて在宅患者訪問診療料を2回以上算定した場合に算定できる。よって、在宅を療養する患者の

管理体制の整備の如何は、在宅患者訪問診療料の算定回数を一つの基準として検討することができる。筆者の調べた限り、この在宅患者訪問診療料に関する厚生労働省の公表資料は、2000年、2003年「地域保健医療基礎統計」にあるのみである。同資料は、1999年9月中と2002年9月中の在宅患者訪問診療料を地域医療計画に基づく各医療圏の施設数と件数を明記している。これを筆者は全国、東京都、東京23区、23区内の各医療圏を資料1として表にした。本章文末にある資料1を参照いただきたい。

図2 在宅患者訪問診療料を算定した施設数・合計実施件数・1施設平均件数について
1999年9月を基礎として2002年9月と比較した増減率



1999年9月のデータは2000年地域保健医療基礎統計(厚生労働省大臣官房統計情報部編)、2002年9月のデータは、同じく2003年地域保健医療基礎統計を使用し比較をおこなった。

「図2在宅患者訪問診療料を算定した施設数・実施件数・1施設平均実施件数について1999年9月を基礎として2002年9月と比較した増減比率」の結果を見て予想外だったのは、各地域共に在宅患者訪問診療料を実施する施設数が減っていることである。当初の予想は、1999年9月と2002年9月の間の期間には2000年4月より介護保険が実施され、これにより施設数は増加すると考えていた。しかし、現実には、全国で-35%、東京-43%、東京23区-42%の施設数が減少している。一方、予想通りに各地域において実施件数は約倍加(全国95%)している。特に東京都、東京23区は全国に比べて増加している。医療圏によっては2.7倍

(169%)、2.9倍(190%)の増加となっている。そこで注目するのは、実施医療機関1施設当たりの平均実施件数が格段に増加している点である。この傾向は、東京において顕著となっている。このように1施設あたり平均件数の増加は全国的に共通して見られることから、診療報酬による影響が予想できる。そこで調べてみると、2000年4月の診療報酬改定では、寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算において「特別な関係にある保険医療機関の保険医を連携医師とすることはできない。」の項目が加えられた。この特別な関係については、「表3特別な関係にある保険医療機関」において示した。この改定により、所有

関係のない医療機関との連携が推奨された。具体的には、その地域の中核病院との連携が誘導された。筆者は、当該地域の中核病院に組み込まれることを嫌った医療機関の撤退と、介護保険の施行と連携の推進により、実施する医療機関1施設当たりの平均実施件数は格段に増加したと推測している。また、特別な関係以外の医療機関の連携は、状況によっては厳密な内容による書面を前提とした意見交換と日頃の連絡が必要となるために、普段の連携内容の整理が必要となる。この整理には、情報伝達のためのコストが発生する。このことは、従来以上に在宅医療を経営戦略の中核へ位置づけることなしには成立しない。よって、在宅医療の展開を経営戦略において明確に位置づけた医療機関は、必然的に規模拡大が進み拡大したと推測している。現実に本論文の調査対象とした在宅専門診療所は、在宅医療展開を経営戦略において明確

に位置づけた医療機関である。こうした在宅医療の政策を見ていくと、診療報酬のコントロールによって施設整備が促進されたといえるのである。高点数を配分して施設整備を促進し、整備が充足し整い出すと整備内容について規制・点検をおこなない、施設の質的整備をおこなうのである。現在は、2006年度診療報酬改定により質的整備として「在宅療養支援診療所24時間体制加算」(注2)による整備が望まれている。

表3の特別な関係にある保険医療機関についての規定は、この規制の匙加減で事業体の連携が制約される。規制により水面下でグループ構成がおこなわれ、外部から連携内容が見えにくくなる可能性がある。医療・福祉経営において他との連携をおこなっていく場合、こうした外からは見えにくい連携にもたえず注視しておく必要がある。

表3 「特別な関係」にある保険医療機関

「特別な関係」とは次掲げる関係をいう。

ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監査・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関の役員等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ) から (ニ) までに掲げる場合に準ずる場合 (人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る)

イ 「保険医療機関」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、特定承認保険医療機関、老人保健法第25条第3項第2号に規定する病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

(ロ) 使用者及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

(ハ) (イ) 又は (ロ) に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

平18保医発0306001

第2章. 医療費抑制策における患者満足度調査

戦後医療の発展について、充分かどうかは別として「量的には拡充」がおこなわれた。これを川上武氏は、「医療供給体制についても戦後、病院・診療所、保健所が充実の道をたどったことは認めなければならない。」(注3)と述べている。そして、同氏は「一方、病院は量的に充実してきたが、その中身は老人病院も中小病院も医療環境が劣悪で、西欧先進国よりはるかにレベルが低い。」(注3)と指摘している。筆者も、その後の介護保険施行以後において、多少は改善されたものの未だに西欧先進国レベルには開きがあると考えている。川上氏は、改善されない理由を「医療費削減が先行し、病院と福祉施設関連の整備に力を注がず、病院の病床数と回転率のみに注目したため、建前としては病院の機能分化が叫ばれても、現実にはまだ点数操作により病院のスクラップ・アンド・ビルドをはかる面がつよく出ている。」(注3)と厳しく指摘している。

量的な拡充の背景には、経済の発展とともに、医療・福祉の社会保障が国民によって必要性が増していることがあげられる。このことは、現在の先進国の歴史を見ても明らかである。しかし、社会保障は各国の歴史・文化により異なる発展形態を経てきた。実際に、我が国もヨーロッパや米国の社会保障システムの影響を多く受けてきたが、そのままストレートに導入をおこなったわけではない。自国の環境と諸条件をあわせて発展してきたのである。

本調査をおこなった東京23区内では、地価が格段に高いために医療施設の建て替えや高齢者受け入れ施設の建設が進んでいない。そして、人件費単価が高いという環境にある。結果として、在宅(居宅)サービスが施設サービスよりも拡充する

傾向になっている。当然、事業体の拡充とともに、在宅(居宅)サービスといえども、その質について問われるべきである。その場合、施設・各在宅(居宅)サービスの事業体が増えれば、競争が発生し自然に質が改善するというものではない(見えざる手が働くというものではない)。むしろ、悪貨が良貨を駆逐するの例えどおり、質の良いものを悪いものが巻き込んで質低下がおこなわれる可能性を含んでいる。医療・福祉事業は、主に人による人へのサービスである。よって、人の価値観や倫理観によって質が補完される面を有している。これにより、サービスをおこなう人と質向上に注視することは医療・福祉の事業体経営にとって必要であり、マネジメントの重要な課題となる。

在宅医療を担っている医療機関は、現段階において先んじて在宅医療サービスにおける質の向上を模索する必要があるが、現状はこれからといった段階である。それは、往診をおこなっているほとんどの医療機関が医療管理内容を独立した他の機関から精査され、精査内容を開示していない現状からも推察できる。

そこで、在宅で療養をおこなう医療管理水準とは、どのような水準であるかがここでの課題となる。在宅療養の多くは症状が固定した患者が対象となるが、実際には現在の平均在院日数の削減と高齢者施設における医療処置を必要とする患者を敬遠する状況があり、急性期の対応を必要とする患者も存在する。そこで、在宅医療では在宅において一定水準の医療管理内容が求められる。この一定水準が問題となるが、現状では当該の医療機関において議論することにより、医療水準の確保をおこなっていくことが課題となる。

第3章. 満足度調査の先行研究について

在宅は別として「患者満足度調査」は、多くの

医療機関において入院患者や外来患者を対象に施

行しているが、内部の検証に止まり、その内容を世に問うという形にはなっていない。医療機関やサービス事業者の今後の展開のためには、他との比較検証により各施設・事業所が切磋琢磨すべきであると考えられる。筆者は、こうした他との比較検証による切磋琢磨がそれほど効率的な作用するとは考えていない。調査をおこなう当該の医療機関の調査結果は、それぞれの調査客体において異なる。調査の詳細な分析をおこなったとしても、環境因子の複雑さや時間差により内容は異なるであろう。よって、この調査結果をもとにした関係職場の評価と議論が経営において意味を持つと考える。すなわち、調査結果にもとづいて事業内容のプロセス評価を自らがおこなうのである。この点では、個々の医療機関においての主体性が問われる問題であるが、経営改善の手法という点では多に脚光を浴びてよいマネジメントである。先進的な医療機関では、すでに取り組みをすすめており、調査結果にもとづいて事業内容のプロセス評価について各事業体の経験の公開を期待するものである。

参考文献にあげた著書でも、調査の内容を現場の業務改善につなげることが、満足度調査のねら

いとして共通していた。参考文献の中で、江戸時代の商人の事業運営の規範を例にあげて「昨今、脚光を浴びている『顧客満足（CS）』という考え方は、当時は『お客様を大切にすること』ということで、多くの商家が事業運営の基本としていた」、そして、近江商人の「三方よし—売り手よし、買い手よし、世間よし」^{（注4）}を紹介している。ここでは、顧客を中心とした事業とともに、社会（世間）に認知されるような事業をおこなうことが大事であることを示唆している。

以上を踏まえまとめると、固定客をつくる上で重要な因子を占めるのが、「患者満足度」である。断っておくが、「患者満足度」のみが受診継続の有無を結論づけるものではない。企業において、「顧客満足度」は、効率の良い経営管理を行う上で検討するスケールとして使用されてきた。その意味では有用であり、重要な因子となる。

そして、本調査・研究の特徴は在宅を対象にした点である。筆者が調べた限り、わが国において「往診患者の患者満足度」についての調査報告や研究は、他に書籍・論文、学会発表等で公表したものを検索する限りは該当するものはなかった。この点を申し述べ、次章において調査結果を説明する。

第4章. 在宅往診患者の満足度調査結果について

この調査は都市部において在宅療養をおこなう患者を対象とした。調査対象患者は、中重症度までの患者をイメージしている。それは、現在の診療報酬において、例えば在宅で人工呼吸器や中心静脈輸液管理（IVH管理）、尿管カテーテル設置を併行しておこなうような重症患者に対しては診療報酬の配点はその医療機関の支出に比べて少なく、赤字となる。^{（注5）}このことから診療報酬では、在宅療養をおこなう患者の症状レベルは中重症度までを想定していると考えている。筆者は、重症の患者を在宅において療養することが必ずしも良いとは限らない、むしろ、重症患者は患者本人と家族が望まない限り体制の整った医療機関で医療管理を行うのが基本であると考えている。

そして、本調査では医療機関の医療水準を計測

し判定することはおこなっていない。患者の満足度という主観的な基準により調査をおこなっている。その理由として、調査での質の基準は、患者・利用者側から意思表示されたものが基準となる。それは、患者及び家族の意思表示の基準がサービスを利用する基準と共通するためである。

筆者は、複合体の形成を説明する場合には、経営側の視点から展開を説明することができるが、患者側の視点から説明はおこなわれていないという問題意識を持っていた。そうした点から、本論ではサービスを受ける側の患者・利用者に焦点をあてた調査・研究が必要との結論に至り本論の「患者満足度」調査を行った。

外来医療では、満足度は「継続受診」というかたちで現れ、これは「リピーター」といわれる固

定顧客となる。このリピーターの数が増えれば、固定収益として財務数値に対して大きな影響を与える。ここで、大事な点は満足度調査の結果を各職場において検討し、業務を見直すことで質の向上をめざし、固定顧客を生み出すことが可能であるという点である。しかし、在宅医療においては受診を選択・拒否できる選択肢を持たない地域もある。例えば近隣地域に往診をおこなっているのがA診療所のみという場合である。これを別として、現在の医療費抑制策における在宅医療重視の中では、在宅患者の獲得競争が拡大することが考えられる。すでに、都市部では患者獲得でせめぎ合っている実情も耳にしている。

本調査は、東京都23区内のH診療所の協力により調査を行った。H診療所は、在宅専門の診療所として1997年に開設された。調査時の実績は、該当月において保険請求件数は200件を超える程度である。第1回目「患者満足度(不満足度)調査」を、2003年7～8月。続いて、第2回目2006年5～6月におこなった。有効回答数は、1回目70名、2回目68名であった。

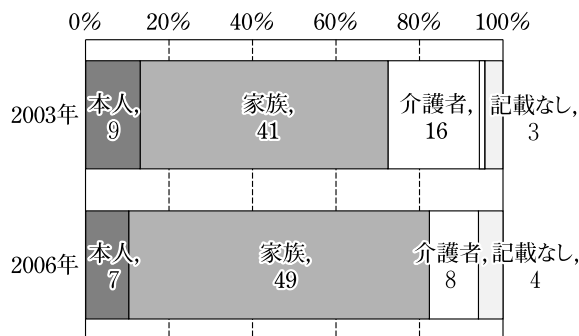
本調査分析により、期待される成果と波及効果について述べる。現在の診療報酬体系における収入の制約では、その人員配置や施設整備への投資には自ずと限界がある。そうした点から、患者・利用者等の求めるサービス内容について、顧客の目線で問題解決する順位を検討する必要がある。言うなれば、少ない収入でどのようにしてより満足度効果を高めることができるのかを検討する。実践的には、患者の要望を合理的に医療サービス内容へ反映するためにどこに力点を入れるか、力点の濃淡を決める有力な判断材料の1つになる。この場合、大前提として安全性は絶対優先である。

4-1 回答者、性別、年齢

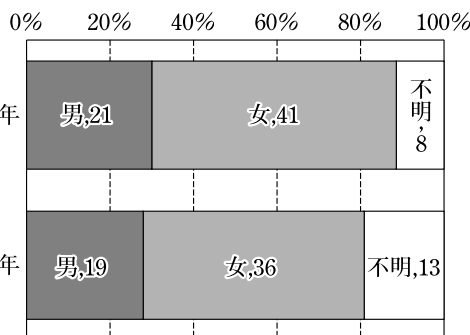
在宅患者を調査対象とした場合に、患者自らがアンケートを読み、回答を記載できない患者が多いと予想できる。そこで、家族、介護者等に回答をして頂くことになる。このために、患者の意志とは異なる回答内容になる可能性も考慮しておく必要がある。しかし、在宅療養をしている患者家族や介護者等の負担は、一般外来患者の比ではない。

*アンケートの回答をあらわした図はアンケート項目番号をそのまま使用している。アンケート用紙は本論文末に添付している。

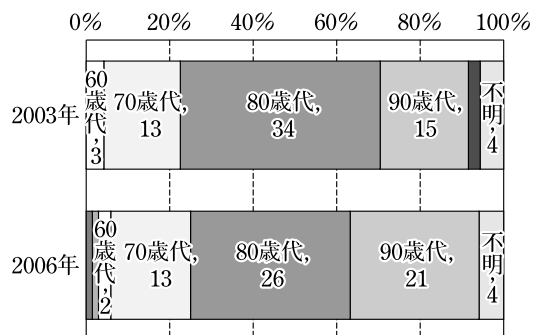
アンケート回答者



問7-① 性別



問7-① 年齢

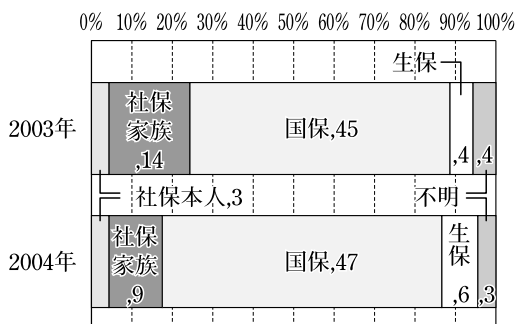


実際の当事者以上に状況を把握している場合もある。こうしたことから、筆者は家族や介護者の回答は事実により近い調査結果となる場合もあると考えている。むしろ、調査する側と調査報告書を読む側がこの点を考慮しているかどうかが問題となる。

アンケートを回答した患者は、2006年について家族の割合が多くなっている。ここでの家族は、介護者であると考えてよい。また、介護者と回答した方は、家族でない介護者であると理解すべきである。患者の性別では、2003年と2006年から記載なしの不明を除くと、同様の比率である。次に、回答者の患者年齢は2006年の90歳代が多く高齢化している。この傾向は、診療所において往診する患者年齢とも一致している。

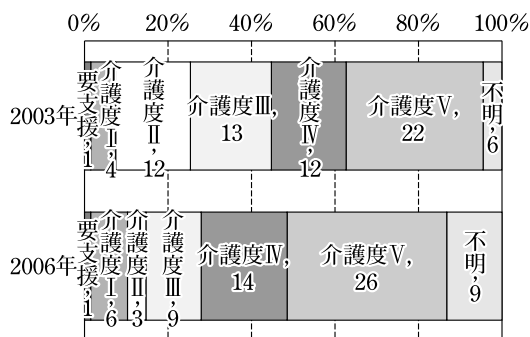
4-2 医療保険、介護認定度

問7-② 医療保険の種類



次に、医療保険は2003年と2006年を比べると社会保険家族が減少している。筆者は国保が増えているのではなく、社会保険家族が減って国保が増えていると考えている。それは、会社において医療費が高額となる在宅療養患者を医療保険家族として会社負担を増やしたがるためである。実際に、社会保険の被保険者本人には、雇用主を通じて定期的に医療保険での医療費支出が提示されている。今後は生活保護の患者も増加するであろう。こうした点も一般的な傾向と一致している。介護保険の認定度については、2003年との比較で2006年は介護度1の軽度の患者が若干増えているが、全体としては重症の患者からの回答が増えている。この点は、回答者の高齢化と一致している。

問7-④ 介護保険の認定度



4-3 利用したことのある介護保険サービス

この質問は、2006年に新しく質問紙へ加えたものである。提供を受けたことのあるサービスから、在宅で療養する往診患者が必要とするサービスを類推することができる。一番は、福祉用具貸与である。使用している福祉機器の詳細はわからないが、多くは車いすやベッドが考えられる。次にヘルパー（訪問介護）、医療管理をおこなう訪問看護や自宅で入浴する訪問入浴が多く利用されていることが確認できた。

4-4 往診開始からの期間

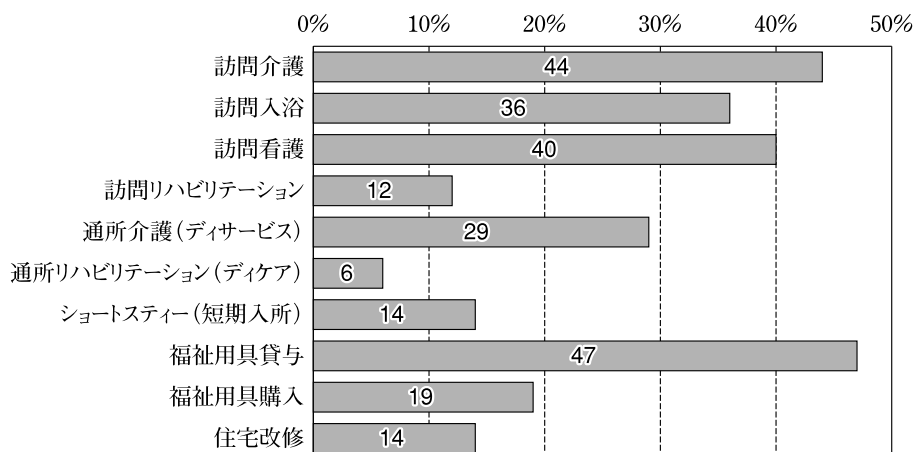
次ページの2003年と2006年の比較から、往診期間が長い利用者の回答が増えている。2年以上で見ると、2003年は半数を超える程度であり、2006年は3分の2の患者となる。

実はアンケート回答者と現在利用している利用者の比率が一致している訳ではない。診療所がサービスをおこなっている患者の往診開始期間の内訳では、期間の短い患者が比率として、もっと多い。このことから、往診開始からの期間が長い患者のアンケート協力が増えているのである。

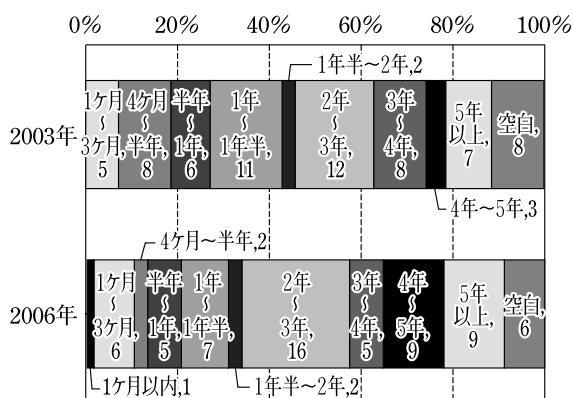
4-5 在宅患者満足度（不満足度）調査結果の活用

49ページ2003年と2006年の比較から「医師の病状・治療方針の説明」「医師への相談に対する応答」について、「少し問題を感じた」が増えている。これを見て単に医師の対応が悪いとした調査結果に終わったのでは、単なる不満足度調査に終わる。そこで、この結果について職場担当者や

問7—⑤ 利用したことのある介護保険サービス
2006年調査(N=68)



問7—⑦ 往診開始からの期間
2003年N=70、2006年N=68



4-6 入院・入所歴と当院選択理由

この質問も2006年に新しく付け加えたものである。在宅療養をおこなう場合に、入院・入所施設の確保は重要である。在宅で療養する患者は、身体状況の悪化や介護環境の悪化により病院や施設への入院・入所が必要となるのである。在宅で療養をする場合に、こういった病院・施設の確保があって初めて在宅での療養が可能となる。問7—⑥の調査結果から、68名中60名が入院・入所していた。

問7—⑥ 病院・介護保険施設への入院・入所歴	合計
病院、療養型病床、特別養護老人ホームを利用	60
(空白)	8
総計	68

関係する従事者の中で論議することが最も大事である。議論では、調査結果から日常業務の点検と事業体のミッションにつながる議論をおこなえるように努めなければならない。

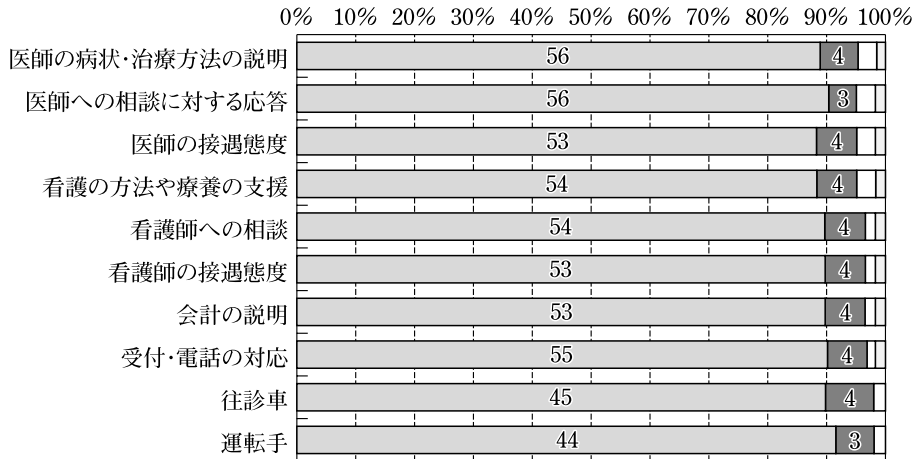
また、この調査結果は事実であるとして、職場の指導監督や自らの権威の保持のためにこの結果を乱用すると、今後は調査そのものに歪みが生じる可能性がある。現場において、このような従事者への個人攻撃を危惧して満足度調査が進まなくなるのでは、経営にとっても悪影響となりかねない。また、職場従事者との人間関係が、満足度調査を事業体にとって意義のある調査内容へ転換する重要な因子であることも加味しておかなければならない。

問7—⑧当院選択理由は、「連携病院から紹介されて」「連携病院との連携」が最も多い。これを「評判がよい」「信頼ができる医師がいる」と比べると、病院の存在が在宅療養において、患者に強く位置づけられていることがわかる。そして、患者側が「訪問看護ステーションとの連携」と「病院の連携」を特に重視していることが伺える。

こうした背景には、「問7—⑨病气や介護に対する悩み」に見られるように、病气や介護について6割以上が不安や悩みを抱えていることが背景として揚げられる。

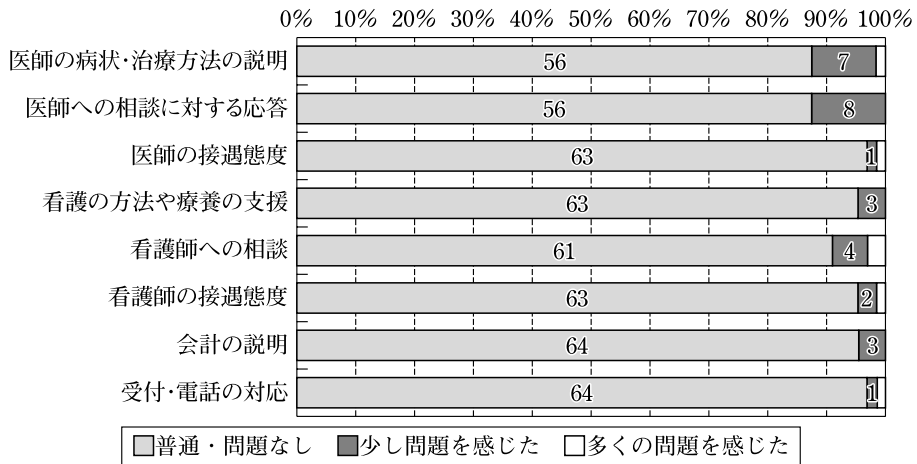
2003年 患者満足度調査 問1～3

(N=70不明分を除いた)



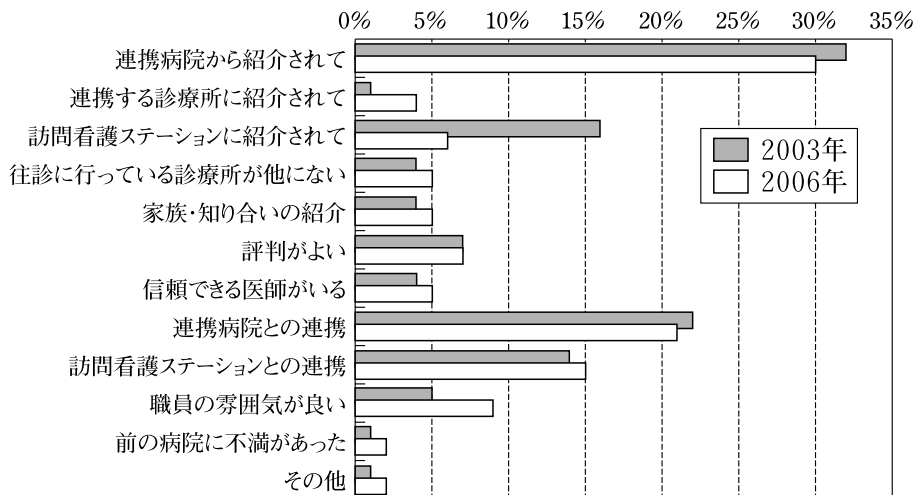
2006年 患者満足度調査 問1～3

(N=68不明分を除いた)

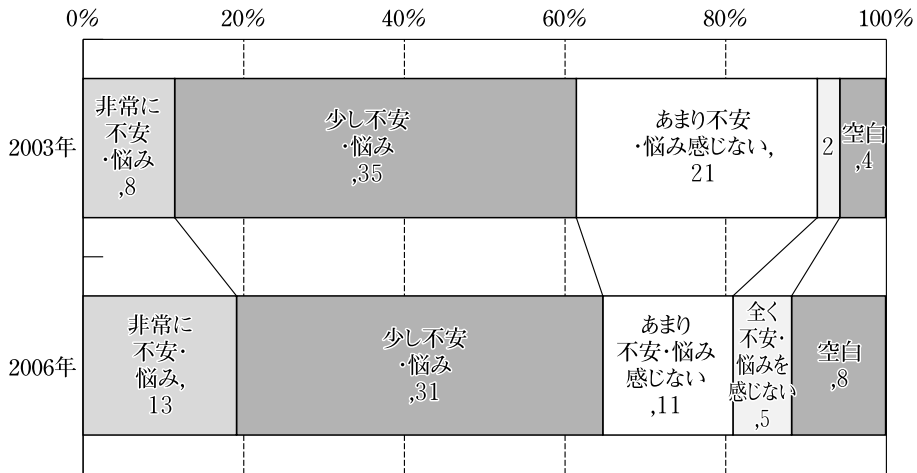


問7—⑧ 当院選択理由

2003年 N=70、2006年 N=68



問7—⑨ 病気や介護に対する悩み



第5章. 医療と福祉の連携による患者（利用者）の安心と満足

本調査は、複合体の連携が患者（利用者）の安心と満足にどれだけ影響を与えているのかを確認することから始まった。そして、在宅で療養する患者にとって、病院の存在が在宅療養において強く位置づけられていることが確認された。

二木立氏は「病院だけでなく診療所も、本格的に地域ケア・在宅ケアに取り組もうとすると「複合体」を形成する必要にせまられることもある」（注6）と述べている。筆者は、大都市部の場合には、人口集中と施設不足の影響により、在宅医療の役割がさらに高まると予測している。現在の医療費抑制政策と高齢化社会の進行から、大都市部における中小の病院と診療所の経営戦略は、在宅医療の位置付けをより重視することになると考えている。厚生労働省の「施設から在宅へ」という方向性は、支出削減という思惑もあるが、質の確保を前提にしたとすれば、患者や利用者も含め全体として一致できる提案である。この場合、在宅で療養する環境の整備状況が、その進行を規定するのである。

本調査では、病院を自己所有し在宅専門診療所を所有する医療法人を調査した。在宅で療養する患者にとって、病状が悪くなればすぐに入院ができる、もしくはすぐに診てもらえる医療機関の存

在を望んでいる。この点から、入所施設を所有している複合体の方が、病院・施設と連携する医療機関よりも患者からの信頼としての優位性があると言える。先の「特別な関係」の規定の有無に関わらず、在宅患者訪問診療の実施件数（患者数）は増えていた。その後、全体としては在宅での往診は拡大したと予測している。

その推進の役割をこの間に担ったのが「地域連携室」である。これにより中規模以上の多くの病院では、連携医療機関に対して毎時情報提供をおこない、緊急を含めた入院要請に対して積極的に答えるといった変化を示している。特に都市部、本論で取り上げた東京23区の場合には、平均在院日数縮小を主たる目的として、200床以上の中規模病院での地域連携室の開設と、診療所における在宅の24時間連携加算（2005年度まで）の影響により、患者入院と退院の連携が拡大してきた。そのような連携は、地域連携室を持つ病院連携を促進するだけでなく、連携の相手方である診療所等との連携も促進することになる。このことは、具体的には病状が悪化すれば入院し、安定すれば退院し在宅管理をおこなう患者サービスの流れを病院と共につくりだすことになったのである。

さいごに

以上から、往診医療を主に進める往診専門診療所等が主体的な改善努力により、もっと地域において先進的役割を果たすことができるのではないかというのが、筆者の感想であり、本調査をおこなったねらいである。

本調査・論文を終えて、往診による医療管理を基本とした在宅医療は、図2で示したように急激な拡大がおこなわれた。それは、患者側のニーズと介護保険の成立により各種在宅（居宅）サービスの整備が、社会から求められたことが背景にある。しかし、最近では在宅（居宅）サービスも量の拡大だけでなく社会保障費抑制と並行して質向上が叫ばれている。

これまではどちらかといえば、それぞれのサービス事業者の従事者が、時には自分流といわれるサービスが施行していた。介護保険では利用者への「情報開示」としてマニュアルに基づきサービス内容の点検チェックがおこなわれている。これにより、サービス内容の平均化がおこなわれ、劣悪なサービスを引き上げることが狙いである。これは逆に患者・利用者において評判の良いサービスが一般化により低下させられることも考えられる。本論では展開できなかったが、筆者はこうした自分流の他から高い評価を得ているサービスを事例としてとりあげ分析することが、今後のサービス質向上の課題になると感想をもっている。それは、今後多くの事業者のサービスが平均化する中では、それぞれの事業所の独自性によって、地域の中で他との差別化をおこなうことで存在を誇示することが必要となると予測しているためである。この点は、筆者の残された課題である。

この調査は、往診患者に限定しているが調査分析結果は他の往診診療所や在宅サービスをおこなう事業においても参考になると考えている。本論について多くの方々からご意見を頂ければ幸いである。

謝辞

調査企画提案から2年以上が経過し、ようやく本論発表に至った。このように長期間に至ったのは筆者の力量不足が主な原因であるが、在宅とい

う新しい分野の調査であることと、情報公開の制約による現場混乱も重なり今日に至った。本論では、2003年に調査をおこなっていることから、最終的にはH診療所に絞って分析をおこなった。しかし、これ以外に他の診療所にも調査協力を頂いている。こうした未公開の他の診療所データが、本論の結論を確かなものへと裏付けたことは言うまでもない。ここにH診療所を含み調査協力いただいた各診療所と患者・家族・介護者等の皆様に深く感謝を申し上げたい。

尚、本調査は本誌発行「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の研究助成を頂き実施し、こうして本論文の掲載となった。御尽力を頂いた研究所並びに関係各位に厚くお礼を申し上げる。

【注記】

（注1）二木立『保健・医療・福祉複合体』1998年11月。この同名の著書から「保健・医療・福祉複合体」は注目された。複合体の典型・中核として「三点セット」として、同法人若しくはグループにて病院・老人保健施設・特別養護老人ホームを開設している例をあげている。最近では、二木氏は「現実には、連携と『複合体』とは『スペクトラム（連続体）』を形成している」「大半の地域では、入所施設開設『複合体』、『ミニ複合体』、単機能の医療・福祉施設とが競争的に共存しているのが現実である」二木立『医療改革と病院』（勁草書房）2004年4月 99頁と述べている。

（注2）「注目の新制度の使い勝手を検証在宅療養支援診療所運営のツボ 往診や訪問看護の24時間体制構築に難しさも」『日経ヘルスケア21』 2006年7月号 57～60頁

（注3）川上武『21世紀への社会保障改革 医療と福祉をどうするか』勁草書房 1997年9月 47～48頁

（注4）日本リスク・マネジメント協会『医療現場の顧客満足と業務改善』同友館 2003年10月

（注5）筆者が発表した2005年6月の日本医療マネジメント学会学術総会発表「在宅専門診療所の患者別原価計算の検討」を参照

（注6）二木立『医療改革と病院 幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房 2004年4月 100頁

【参考文献】

・佐野良夫『顧客満足の実際』日本経済社日経文庫

1996年10月

・武田哲男『顧客「不満足度」のつかみ方』PHP研究所 2004年5月

・高7和江『医療の質と患者満足度調査』日経研出版 1995年9月

・上原鳴夫、黒田幸清、飯塚悦功、棟近雅彦、小柳津正彦『医療の質マネジメントシステム 医療機関におけるISO9001の活用』日本規格協会 2003年10月

・アプルバウム, ロバート〈Applebaum, Robert A.〉・ストレイカー, ジェイン〈Straker, Jane K.〉・ジェロン, スコット『長期ケアの満足度評価法—利用者の声をよく聴くための実用的アプローチ』中央法規 2002年1

月

・島内節、友安直子、内田陽子編『在宅ケアアウトカム評価と質改善の方法』医学書院 2002年6月

・前田泉、徳田茂二『患者満足度—コミュニケーションと受療行動のダイナミズム』日本評論社 2003年9月

・前田泉『実践! 患者満足度アップ』日本評論社2005年6月

(おがわ かずや、日本福祉大学大学院経営開発専攻博士後期課程院生、介護シヨップらくだ勤務)

【事務局ニュース】2・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、読者へお知らせす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。

② 本人・家族から看護師への相談に対する応答について「問題を感じた点」はありましたか。(* 下記の□に√を1つお付けください。)

非常に多くの問題を感じた	多くの問題を感じた	少し問題を感じた	普通・問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1~3を選んだ方)該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
	1. 自由に相談できる雰囲気
	2. 相談できる頻度
	3. 相談に対する応答の態度
	4. 説明の仕方のわかりやすさ
	5. その他 具体的に→()

③ 看護師の接遇態度などについて「問題を感じた点」を感じましたか。(* 下記の□に√を1つお付けください。)

非常に多くの問題を感じた	多くの問題を感じた	少し問題を感じた	普通・問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1~3を選んだ方)該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
	1. 言葉遣い
	2. 励ましやいたわり、温かみのある態度
	3. 身だしなみ
	4. その他 具体的に→()

③ 医師の接遇態度などについて「問題を感じた点」を感じましたか。(* 下記の□に√を1つお付けください。)

非常に多くの問題を感じた	多くの問題を感じた	少し問題を感じた	普通・問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1~3を選んだ方)該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
	1. 言葉遣い
	2. 励ましやいたわり、温かみのある態度
	3. 身だしなみ
	4. その他 具体的に→()

問2 往診時に伺う(診療所の)看護師について伺います。

① 看護の方法や療養の支援について「問題を感じた点」はありましたか。(* 下記の□に√を1つお付けください。)

非常に多くの問題を感じた	多くの問題を感じた	少し問題を感じた	普通・問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1~3を選んだ方)該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
	1. 看護手順や内容についての説明
	2. 要望に対する迅速な対応
	3. ケアの丁寧さ
	4. その他 具体的に→()

問4 医師、看護師、事務、運転手に対するご意見を記入ください。

問5 診療所に対するご意見を記入ください。

問6 その他のご意見を記入ください。

問3 診療所受付や会計、電話連絡等についてお伺いします。

① 受付や会計の説明について「問題を感じた点」はありましたか。
 (* 下記の□に✓を1つお付けください。)

非常に多くの 問題を感じた	多くの問題を 感じた	少し問題を 感じた	普通・ 問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1～3を選んだ方) 該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
1.	ハガキ・電話での「往診の日時」の連絡について
2.	診察後から、「処方箋」や会計の手順について説明
3.	医療費に対する説明
4.	その他 具体的に→()

② 受付時や電話での対応などについて「問題を感じた点」はありましたか。
 (* 下記の□に✓を1つお付けください。)

非常に多くの 問題を感じた	多くの問題を 感じた	少し問題を 感じた	普通・ 問題なし
□ 3	□ 2	□ 1	□ 0

「問題を感じた」と答えた方に伺います。(上記で1～3を選んだ方) 該当する問題点は、次のどれでしょうか。(○は、複数でも可能です)

あてはまるものに○	問題を感じた点
1.	言葉遣い
2.	励ましやいたわり、温かみのある態度
3.	身だしなみ
4.	説明の仕方のわかりやすさ
5.	その他 具体的に→()

⑦ 当院で往診を開始してから期間 (*1つだけ○)

1. 1ヶ月以内	2. 1ヶ月～3ヶ月
3. 4ヶ月～半年	4. 半年～1年
5. 1年～1年半	6. 1年半～2年
7. 2年～3年	8. 3年～4年
9. 4年～5年	10. 5年～

⑧ 当院を選択した理由 (*複数選択可)

1. 病院から紹介されて(具体的に _____ 病院)
2. 診療所に紹介されて(具体的に _____ 診療所)
3. 訪問看護ステーションに紹介されて(具体的に _____)
4. 上記以外に紹介されて(具体的に _____)
5. 往診を行っている診療所が他にない
6. 家族・知り合いの紹介
7. 評判がよい
8. 信頼できる医師がいる
9. 病院との連携
10. 訪問看護ステーションとの連携
11. 職員の雰囲気が良い
12. 前の病院に不満があった
13. その他(具体的に _____)

⑨ 患者さまの病気や介護に対する不安や悩みについて (*1つだけ○)

1. 非常に不安・悩みを感じている
2. 少し不安・悩みを感じている
3. あまり不安・悩みを感じない
4. 全く不安・悩みを感じない

問7 患者さま自身について *患者さま自身のことについてお答えください。

① 性別・年齢 (*1つだけ○)

1. 男性	2. 女性			
1. 20歳代	2. 30歳代	3. 40歳代	4. 50歳代	5. 60歳代
6. 70歳代	7. 80歳代	8. 90歳代	9. 100歳越え	

② 医療保険の種類 (*1つだけ○)

1. 社会保険—本人	2. 社会保険—家族	3. 国民健康保険
4. 生活保護	5. その他	

③ 老人保険の有無 (*1つだけ○)

1. 無し	2. 老人(1割負担)	3. 老人(2割負担)
-------	-------------	-------------

④ 介護保険認定の有無・介護認定度

1. 無し
2. 有り (. 要支援 . I . II . III . IV . V)

⑤ 下記の介護保険サービスを(過去に)利用したことがある。(*複数選択可)

1. 訪問介護(ホームヘルパー)	2. 訪問入浴	3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション	5. 通所介護(デイサービス)	
6. 通所リハビリテーション(デイケア)	7. ショートステイ	
8. 福祉用具貸与(ベッド、車いす等のレンタル)		
9. 福祉用具購入費		
10. 住宅改修費		

⑥ 下記の施設に、過去5年間に入院・入所したことがある。(*複数選択可)

1. 病院へ入院	(____ 回 通算 約 ____ ヶ月 ____ 日)
2. 特別養護老人ホーム(短期入院を含む)	(____ 回 通算 約 ____ ヶ月 ____ 日)
3. 老人保健施設	(____ 回 通算 約 ____ ヶ月 ____ 日)
4. 療養型病床	(____ 回 通算 約 ____ ヶ月 ____ 日)

ロッチデール公正先駆者組合とその「分裂」

「非営利・協同」の源流についての一考察

杉本 貴志

1 非営利・協同の源流、ロッチデール

「非営利・協同」の「源流」といえば、古今東西いろいろなものが考えられるだろうが、非営利・協同セクターにおける最大の勢力が協同組合であり、その協同組合の多くが1844年にイングランド北部で誕生した「ロッチデール公正先駆者組合」(Rochdale Equitable Pioneers Society)を自らの祖と見なしていることを考えると、この先駆者組合こそが現代における「非営利・協同」運動の源のひとつであるといっても、おそらくは許されるであろう。国際協同組合同盟(ICA)傘下の組合員は全世界で8億人を超えるといわれるが、その原点はマンチェスター近郊に位置する、この小さな町にある。今日ロッチデールは「現代協同組合運動誕生の地」として、世界中の人々に知られ、見学者を集めているのである。

協同組合史の書物をひもとけば、ロッチデールにおいて、数十名の先駆者達が苦闘の末、協同の運動を生み出し、育て上げ、そしてそれをイギリス中に、さらには世界中に、広めていったことが例外なく書かれている。ホリヨークによる感動的なルポルタージュ(*George Jacob Holyoake, Self-help by the People: the History of the Rochdale Pioneers*)以来、ロッチデールは「協同」のふるさととして、協同組合関係者の尊敬と憧憬を集めてきた。先駆者組合は常に組合員のニーズに応え、

皆から信頼される存在であったし、(組合の事業を妨害しようとする“悪徳”商人を除けば)それを支えるロッチデールの町の人々も、進歩的な考えを抱き、理想の実現のためには自己犠牲もいとわない人々であったというのである²。

しかしながら、先達の栄光の物語は往々にして美化されて伝えられる。はたして公正先駆者組合は、ロッチデールの人々から全幅の信頼を常に勝ち取ってきた理想の存在であったのだろうか。

こんなことを考えたのは、いくつかの協同組合研究書において、先駆者組合には分離・独立したライバル組合が存在した、という記述がわずかではあるがなされているのを目にしていたからである³。ロッチデールには公正先駆者組合以外にも協同組合が存在したという事実は、国内の研究者にはおそらくほとんど全く知られていないであろうし、現地イギリスの協同組合研究者、組合関係者でも、今日それを知る人は少ないはずである。これに関する本格的な研究は未だ存在しない。しかし、公正先駆者組合が事実上「分裂」し、ライバル組合が誕生した経緯を探ることは、「非営利・協同」の源として名高いロッチデール公正先駆者組合の実像に迫る上でも、不可欠で有益な作業ではないか。

筆者はこうした思いから、ロッチデールおよびマンチェスターにおいて、ロッチデールで発行された地方新聞とイングランド協同組合運動の原資料を渉獵して、久しく忘れられていた公正先駆者

1 ほとんど歴史的根拠はないにもかかわらず、一般に彼らは「28人」の先駆者といわれている。

2 たとえばアメリカ南北戦争において、アメリカ南部から外国への綿花の輸出を北軍が妨害したため、イングランドの紡績業は操業停止に追い込まれ、ロッチデールなど産業革命の中心地では失業者が大量に発生したのだが、それでも自由を愛し、奴隷制に反対するロッチデールの人々は、奴隷制廃止を唱える北軍をあえて支持し続けたという。公正先駆者組合生誕100年を記念して作られた映画 *Men of Rochdale* (日本語版は『ロッチデールの人々』としてコープ出版よりVHSビデオが発売されている)においても、このエピソードが感動的に描かれている。

3 日本語訳がある書物では、G.D.H.コール『協同組合運動の一世紀』(家の光協会、1975年)、J.バーチャル『コープービーブルズ・ビジネス』(大月書店、1997年)などに簡単な記述がある。

組合の「ライバル」達の姿を再現しようと試みた。以下は、2005年冬から夏にかけて実施した、その現地調査による成果の概要である⁴。

2 アイランド系＝緑の店

1870年前後、当時人口4万5000人足らずであったロッチデールの町⁵には、なんと4つの独立した協同組合が存在していた。1833年創設のロッチデール友愛協同組合の挫折という前史を受けて、公正先駆者組合は1844年に創立され、利用高に比例した剰余金の割戻制度などを採用することで1860年代末には7000人近くの組合員を誇るまでに成長していたのだが、その成功と巨大化が、必然的に分派勢力を生み出したのである。

興味深いことに、先駆者組合を含めて、そうした協同組合はそれぞれが固有の「色」、いわばシンボルカラーを持ち、その色によって人々から呼ばれていた。理由ははっきりしないが、先駆者組合は「赤の店 (Red Store)」と呼ばれていたようである。

この「赤の店」から最初に独立したのが、「緑の店 (Green Store)」である。緑といえば、アイランドのシンボルカラーであり、この組合はアイランド系の移民によって設立された協同組合であった。

今日ロッチデールは、実は移民の町として有名である。町にはパキスタン系の人々が非常に多い。一般のイギリス人のあいだでは、ロッチデールは現代協同組合運動誕生の地というよりも、いわゆる「アジア系」住民⁶の多い町（そして人種・宗教対立の激しい町）として知られているほどであるが、19世紀においても、貧しさから逃れるためにアイランドから多くの人々がこの町に移り住んできたのである。のちにイギリス協同組合運動をリードする協同卸売組合 (CWS) の議長ミッ

チェル (J.T.W.Mitchell) の祖父も、その一員であった。

イギリス協同組合連合会 (Co-operative Union) 発行の諸資料のなかには「緑の店」に関する記述は見あたらず、従来この組合は研究者にも全く知られることがなかったが、当時のロッチデールの地元紙 *Rochdale Pilot* には、アイランド系の住民によって新しく協同組合が設立されたという記事が掲載されている (1868年8月15日付)。また友愛組合法による登記記録や、当時の商工業者名鑑からもその創立が確認できるが、それらによれば、この組合は正式名称を *Rochdale Mount Pleasant Co-operative Society* といい、アイランド系住民が多く住むロッチデールのマウント・プレザント地区ユニオン・ストリートで店を開き、食料雑貨品を供給していた。*Rochdale Pilot* 紙は翌1869年2月6日付で、この組合の第2四半期営業成績をレポートしている。

この記事によると、「緑の店」の第1四半期の売り上げは314ポンド、第2四半期は645ポンドであった。年間売上高2000~3000ポンド規模のスタートだったということであるが、公正先駆者組合の売上高が、創立5年目の1848年になっても依然として2276ポンドに過ぎなかったことを考えれば、まずは順調な滑り出しであったと言えるのではないか。しかし、その後飛躍的な発展を遂げた「赤の店」とは対照的に、この後「緑の店」は全く忘れられた組合となってしまふ⁷。おそらく数年後には活動を停止したものと推測されるが、これ以後このアイランド系協同組合の姿を伝える資料は全く見あたらないのである。

3 保守派協同組合＝青の店

「緑の店」が誕生した翌年、1869年には「青の店 (Blue Store)」と呼ばれた組合も誕生している。

4 さらに詳しくは、Takashi Sugimoto, *Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store: The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century*, Working Paper of the Institute of Nonprofit Health Care Cooperation (INHCC), November 2006.としてまとめられた本研究所英文ワーキングペーパーを参照。

5 人口の変化等、当時のロッチデールの社会的・政治的状況については、John Garrard, *Leadership and Power in Victorian Industrial Towns 1830-80*, Manchester: Manchester University Press, 1983.を参照。

6 イギリスではインド、パキスタン、中東の人々を Asian と呼んでおり、民族・宗教問題といえば、その多くが彼らと白人との軋轢の問題である。

7 公正先駆者組合の飛躍的な発展をもたらした、ターニングポイントとなったのは、1849年のロッチデール貯蓄銀行の倒産という思いがけない事件であった。これにより、手持ち資金の安全な避難先として、組合への加入者が一気に増加したのである。この年、先駆者組合では売り上げも前年比3倍近くの6612ポンドに急増している。

「緑の店」の設立動機や「緑の店」と「赤の店」との関わりははっきりしていないが、この「青の店」は、「赤の店」すなわちロッヂデール公正先駆者組合のあり方に満足できない人々によって設立されたことがはっきりしている。

彼らが不満を抱いたのは、公正先駆者組合の政治的姿勢に対してである。ロッヂデール原則は政治的・宗教的中立を謳うが、宗教的にはともかく、先駆者達が政治的に「保守」の側に立つということは現実にはあり得なかった。バーチャルがいうように、政治的中立は、あくまで進歩派内部での、党派争いに巻き込まれないという意味での中立、と捉えるべきであるのかもしれない。

先駆者のそうした進歩的姿勢は、保守派のあいだに、それに対抗する自らの組合設立の動きを引き起こす。というのは、進歩的な町ロッヂデールという、協同組合関係者が疑問もなく抱いているイメージとは些か異なって、実際にはロッヂデールは保守派への支持が（労働者層も含めて）相当強い地域であったからである。

かつてロッヂデールでは複数の地元紙が発行されていたが、そのうちの *Rochdale Pilot* や *Rochdale Times* は明らかに保守寄りの新聞である。そうした新聞上で保守派は、ロッヂデールにおいて強力な支部網を築き上げたことを誇っていたし、リベラル派は別の新聞に、そうした保守勢力の強さを認め、自分たちもこれを見習うべきだと訴える投書をしている⁸。保守派のシンボルカラーが青であることから「青の店」と呼ばれたロッヂデール保守派産業協同組合 (*Rochdale Conservative Industrial Co-operative Society*) は、そうした保守派の地区支部が直接運営する、きわめて政治的な動機が強い協同組合だった。

後発組合である「青の店」にとって有利だったのは、公正先駆者組合の事業・運営をそっくり模倣できるということだったろう。利用高に応じた割戻制度の導入は、先駆者組合成功の最大の要因だったといわれるが、保守派協同組合は組合員だけでなく、非組合員にも高い割戻し金を提供することで客を集めていたようである⁹。支店を

創設して地域の組合員のニーズに応えるという先駆者組合の（実現まで創立から10年以上かかった）アイデアも、「青の店」はまもなく実行している。

こうして「青の店」は創設まもなくして1000名以上の組合員を抱える、当時としては相当な規模の協同組合となったのである。のみならず、この運動はロッヂデール周辺の町、村に広がっていった。公正先駆者組合の影響で次々に協同組合がつくられていた地域で、保守派はそれに対抗する「青の店」を続々と設立していったのである（表1）。

今日ではほとんど忘れられている保守派協同組合であるが、一時期たしかにロッヂデール周辺では、それは無視し得ない存在であった。

4 最大のライバル＝黄の店

「緑の店」は数年で姿を消してしまったようだし、「青の店」は周辺への広がりを見せつつも、ロッヂデールにおいては1000名程度の組合員という規模を保ったままであったが、次に述べる「黄の店 (*Yellow Store*)」は、公正先駆者組合と熾烈な競争を繰り広げ、1万を超える組合員を獲得した、先駆者のまさにライバルといえる協同組合である。ロッヂデールにおける協同組合の発展は、この2つ、「赤」と「黄」との競争による相乗効果によるところも少なくない。19世紀後半から20世紀初めにかけて、ロッヂデールの地元紙上では両組合の広告合戦が繰り広げられている。

組合員カードの色から「黄の店」と呼ばれたロッヂデール儉約協同組合 (*Rochdale Provident Co-operative Society*) については、公正先駆者組合に匹敵する組合であったことから様々な資料が残されているし、組合自身も創立50年を記念して、正史ともいえるパンフレット (*Rochdale Provident Co-operative Society, Limited. Jubilee Souvenir 1870 to 1920.*) を刊行している。しかし、このパンフレットの記述からは、いったいなぜ儉約協同組合が設立されたのか、その動機がはっきりとしない。そこには、親組合である公正先駆者組合へのさまざまな不満があったと書かれているのみな

⁸ *Rochdale Pilot*, 9 January 1869. *Rochdale Observer*, 19 December 1868. ロッチデールの政治状況については、前掲 Garrard を参照。

⁹ *Co-operative News*, vol. II, No.22, 11 May 1872.

表1：ロッチデール周辺の保守派協同組合とそのライバル

保守派協同組合			主要なライバル組合		
名称	創立 (登記)年	1886年の 組合員数	名称	創立 (登記)年	1886年の 組合員数
Bacup Conservative Industrial Co-operative Society	1869	947	Bacup Co-operative Society	1847	2801
Haslingden Conservative Industrial Co-operative Society	1880	276	Haslingden Industrial Co-operative Society	1851	1599
Lower Darwen Conservative Co-operative Society	1874	132	Lower Darwen Co-operative Society	1861	187
Milnrow Conservative Co-operative Society	1874	251*	Milnrow Equitable Pioneer's Co-operative Society	1850	1035
Oldham Conservative Co-operative Society	1871	解散済 1875年時 点で1210	Oldham Equitable Co-operative Society / Oldham Industrial Co-operative Society	1850	8116/ 9525
Ramsbottom Conservative Industrial Co-operative Society	1869	211*	Ramsbottom Industrial Co-operative Society	1858	2528
Rawtenstall Conservative Co-operative Society	1872	700	Rawtenstall Industrial Co-operative Society	1850	1090
Rochdale Conservative Industrial Co-operative Society	1869	994	Rochdale Euitable Pioneers Society	1844	11084
Smallbrdige Conservative Industrial and Co-operative Society	1870	226	Steps Industrial Co-operative Society	1850	265
Wardle Conservative Industrial Co-operative Society	1880	80*	Wardle Industrial Co-operative Society	1860	325

注：*印は1885年の数字。

資料：Co-operative Directory, Annual Co-operative Congress Report, etc.

のである¹⁰。具体的にどのような不満を抱いた組合員達が、新組合を設立したのだろうか。

その答えは、ロッチデールの地元紙、*Rochdale Observer* の当時の紙面、とくにその投書欄を見ることによって、はっきりする。1860年代末の同紙には、先駆者組合の組合員達からの組合への不満の声がしばしば掲載されている。組合員の不満は、ある関係者が「協同組合に関係するものはすべて信用できない、という感情がそこには存在した」¹¹と嘆くほどのものだった。この時期、先駆者組合はトードレーンに壮大な中央店をオープンし、住宅事業にも進出するなど、事業を積極的に展開していたほか、教育重視の原則を体現する図書館の建設にも踏み切るなど、表面的には順調な発展を遂げていた。しかし、その内部では、組合の路線をめぐって、組合員と執行部のあいだで、ある

いは組合員同士で、激しい論争が繰り広げられていたのである。

一部の組合員がとくに不満を持っていたのは、組合で売られる商品、とくにその価格についてであった。彼らによれば、組合は同じ品質の商品を一般の商店よりも高く売っている。それは、安い仕入れ先を探すのではなく、マンチェスターで誕生したばかりの協同組合連合卸売組織、CWSから割高に仕入れたり、工場の労働者に世間相場を上回る賃金を払ったりしているからである。それは、先駆者に代表される協同組合運動の理想を求める人々にとっては当然のことであったかもしれないが、商品の品質と安さだけを求めて組合に入った一般の消費者からしてみれば、無駄な浪費と思われたのであろう¹²。

こうした人々の不満は、先駆者組合執行部の方

10 そういうこともあってか、この儉約協同組合の設立を保守的な政治的意図によるものとしている文献が従来いくつかある。しかし、儉約協同組合設立の前年にロッチデールでは既に保守派協同組合が設立されていることを考えれば、こうした説明は不十分あるいは不正確といわざるを得ない。儉約協同組合と保守派協同組合との混同もあるように思われる。

11 *Rochdale Observer*, 6 November 1869.

12 こうした不満と新組合設立の事情をもっともよくあらわしているのは、*Rochdale Observer*, 21 May 1870に掲載された'The Equitable Society and the New Store Movement'と題する投書である。

針に逆らって、協同組合陣営外部から価格の安い品物を自分の判断で仕入れたマネージャーが先駆者組合において処分されることになったとき、爆発した。そして件のマネージャーとともに大量の組合員が先駆者を脱退、新しい組合の創立を宣言したのである。「儉約」協同組合という新組合の名称は、こうした人々の考え方がよく表れていると見ることができよう。以後、この儉約協同組合は、先駆者組合よりも高い割戻金（＝安い価格）を武器に、順調に勢力を拡大していく（表2、表3）。

消費者の協同組合の使命は何よりも安くて品質

のいいものを提供することにあるという20世紀型生活協同組合の一般的な姿を、それは先取りするものだった。したがって、ホリヨークのようにオウエン以来の19世紀の協同組合運動の伝統を重んじ、先駆者組合の教育重視政策や労働者利潤分配を高く評価する論者からすれば、こんな組合は協同組合ではないという酷評にもつながる。1870年の「黄の店」誕生は、少数の熱心な活動家に率いられてきた協同組合が、住民の多数派組織となったとき、必然的に遭遇する問題を「分裂」という劇的な形で表した事件だった。

表2：ロッチデール儉約協同組合の発展1870—1900

	組合員数	出資金(£)	売上高(£)	総利益(£)	割戻金総額(£)
1870	240	898	2650	341	330
1871	885	2031	12993	1912	1850
1872	1808	4500	31069	4503	4160
1873	2700		42883		6435
1874	3577		60606		9090
1875	4030	12595	67465	10604	9975
1876	4750		81503		12225
1877	4850		89932		13500
1878	4153		79626		12006
1879	3525	20875	60447	9288	9060
1880	2867	23060	67391	11336	10110
1881	3234	29278	66156	10586	9922
1882	3213		70905		10620
1883	3252	42179	73045	12192	10957
1884	3184	45220	65424	10041	9798
1885	3385	44320	65824	11428	9705
1886	3723	49259	68846		10335
1887	3863	52501	70676	11889	10710
1888	3992	57837	76328	13261	11445
1889	4220	63802	80745	14605	13700
1890	4460	67466	86037	15260	13802
1891	4702	75472	93382	16169	15162
1892	4887	82070	98821	16574	15378
1893	4926	82202	88030	9069	12744
1894	5051	84700	85263	14659	12741
1895	5170	90859	92426	16330	13505
1896	5357	96995	104040	21819	15622
1897	5637	101745	115543		18043
1898	6043	105421	124527		19072
1899	6605	111798	140321		23387
1900	7047		153662	27465	24522

注：空欄はデータが得られなかったもの。

資料：Annual Co-operative Congress Reports, Jubilee Souvenir of the Provident Coop, Co-operative Directory, Co-operative News, Return of Industrial and Provident Societies, Rochdale times, etc.

表3：買い物1ポンドあたりの割戻金

	先駆者組合	儉約組合	保守派組合
1879	2 s.83/4 d.	2 s.6 d.	2 s.4 d.
1880	2 s.61/4 d.	3 s.01/4 d.	2 s.5 d.
1881	2 s.51/2 d.	3 s.01/2 d.	2 s.4 d.
1882	2 s.51/2 d.	n/a	2 s.61/2 d.
1883	2 s.81/4 d.	3 s.41/4 d.	2 s.71/2 d.
1884	2 s.93/4 d.	3 s.03/4 d.	2 s.101/4 d.
1885	2 s.53/4 d.	3 s.41/4 d.	2 s.111/4 d.
1886	2 s.53/4 d.	n/a	3 s.0 d.
1887	2 s.53/4 d.	n/a	2 s.111/2 d.
1888	2 s.61/4 d.	n/a	2 s.101/4 d.
1889	2 s.61/4 d.	3 s.6 d.	2 s.111/4 d.
1890	2 s.63/4 d.	3 s.51/2 d.	2 s.111/2 d.
1891	2 s.8 d.	3 s.4 d.	n/a
1892	2 s.5 d.	3 s.21/2 d.	2 s.111/2 d.
1893	2 s.63/4 d.	3 s.0 d.	2 s.111/2 d.
1894	2 s.9 d.	3 s.1 d.	2 s.111/4 d.
1895	2 s.91/2 d.	n/a	2 s.111/2 d.
1896	2 s.81/4 d.	3 s.21/4 d.	2 s.111/2 d.
1897	2 s.101/4 d.	3 s.3 d.	n/a
1898	2 s.91/2 d.	3 s.23/4 d.	2 s.0 d.
1899	2 s.11 d.	3 s.4 d.	2 s.6 d.
1900	2 s.101/4 d.	3 s.31/2 d.	2 s.11 d.

資料：Annual Co-operative Congress Reports, etc.

5 分立・競合から合併・統合へ

この後、「青の店」は30年以上事業を続けながら、1905年、解散を宣言する。形の上では自主的な事業停止、解散ということになっているが、実際にはそれはCWSの意志によるものである。ロッヂデール保守派協同組合は、CWS銀行部門(現在のイギリス協同組合銀行)からの融資を得ることができずに、解散を余儀なくされたのだ。そこには明らかに、乱立とも言える多数の協同組合の併存状況を整理・統合し、合理化しようというイギリス協同組合陣営の意図が感じられる。

長く望まれていた「黄の店」と「赤の店」の再統合も、1934年によく実現する。両者の合併は、60年以上前には激しい論争を生んだ路線上の対立が、この時期にはもはや意味を持たなくなったということをも意味している。ほとんどの組合員にとって、協同組合は「割り戻し (divi)」が

得られる有利な買い物先であって、それこそが協同組合の最大の存在意義なのである。

現在ロッヂデールに本部を構えるユニテッド・コープは、こうしてロッヂデール唯一の生協と再びなった公正先駆者組合を含む数百を超える協同組合が、その後数十年をかけて、その名の通り結集し、合併を果たした結果誕生した協同組合である。事業連合化や法改正の動きにより、現在同じような道を歩もうとしている日本の医療生協を含む生活協同組合陣営も、その統合の過程から、さまざまな教訓を得ることがおそらく可能であろう。

「非営利・協同」の源流は、協同組合統合の源流でもあり、理想の転換の源流でもあったのである。

(すぎもと たかし、関西大学助教授)

【事務局ニュース】3・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

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(多少長めの論文)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

嫌米スペクトル

野村 拓

中立と反米の間

マックス・ヴェーバーがプロテスタンティズムの中に「資本主義の精神」を見出す所論を発表して何年になるのだろうか。かつての「勤勉」と「節約」は「傲慢」と「効率」に転化して「ピュリタン・ブルジョアジー」という言葉を生んでいく。月、火、水、木…とマネーゲームや「乗っ取り」に精を出し、日曜日に教会に行く人たちは、やはり「ピュリタン・ブルジョアジー」と呼ぶべきだろう。どちらかといえば、単純再生産型のイスラム教徒から見れば、ピュリタンの「拡大再生産」は鼻持ちならないのではないか。

『アメリカ帝国』

☆Andrew J. Bacevich: American Empire. (2002) Harvard Univ. Press.

は、世界史に例を見ないアメリカ帝国のひろがりとその内包する危うさを指摘した本だが、本の表紙写真はアメリカ空母の艦載機であり、爆音のものとすごさで世界を支配しているかのようである。

『親米か反米か』

☆Tony Judt他編: With US or Against US. (2002) Palgrave.

イラク戦争を契機にして、こんな書名の本が出されるようになった。書名だけを見ると、親米国と反米国とが分類されているのかと思うが、本の副題は「地球的反アメリカ主義の研究」となっている。そして、ドイツ、フランス、パキスタン、イランなどの明快な反アメリカ主義はとりあげられているが、これに対する明確な「親米」はなく、「アメリカも受け容れる」「理解する国」として、中東欧諸国、ロシア、パレスチナなどが挙げられている。

かつての冷戦時代の政治地図とはかなりちがった印象を受けるが、もし「嫌米」というカテゴリーを立てれば、ある程度のインテリジェンスを持った人たちの大多数はこれに含まれてしまうのではないか。

健保なき国の『健保事典』

例えば、こと医療や福祉に関して、あからさまな「反米」はないかもしれないが、「アメリカのようになってくるとは困る」という嫌悪感を示す人は多い。

『健康保険・マネジドケア事典』

☆David Edward Marcinko 他: Dictionary of Health Insurance and Managed Care. (2006) Springer.

という本が出されたが、「社会保障」を引けばルーズベルトの社会保障法(1935)、「社会保険」を引けばメディケアとメディケイド、「社会福祉」を引けば……そんな項目は載っていない、という事典である。

健康保険とは、民間保険やHMO(Health Maintenance Organization)を意味するらしい。自分の国にないものは載せられないのかもしれないが、どこかの国をお手本にする謙虚さに欠けているから、こんな事典ができるのではないか。この嫌われる傲慢さの典型がcaregiver, caregivingという言葉である。

Care を Give する

Careをする人がCarerで、CareすることがCaringというのが普通の英語であり、前者をCaregiver、後者をCaregivingというのがアメリカ語である。

Careを機能概念(関係概念)としてとらえず

に、Care というモノのやりとりとしてとらえるところがいかにもアメリカ的である。

『ケアの提供』

☆Victoria E. Bumagin 他：Caregiving. (2006) Springer. (旧版は第5回で紹介) では、一方に Caregiver、他方に Care Receiver というとらえ方がなされているが、これは Care が社会的課題となったときには、すでに「商品化されたケア」として問題視されたことを意味する。

ケアの商品化とはちがった文脈で「痴呆ケアの大へんさ」をとりあげた本が

『痴呆ケアを支える』

☆Sheila M. Lobo Prabhu 他編：Supporting the Caregiver in Dementia. (2006) The Johns Hopkins Univ. Press.

だが、この場合は書名の Caregiver を Carer に改めた方がいいように思われる。

もし、出産や育児も Caregiver と Care Receiver との関係でとらえればどんなことになるか。約280日間の胎内期は、Caregiver が母親で、胎児は Care Receiver ということになる。そして Caregiver の役割を金銭によって代行するのが

『代理母』

☆Rachel Cook 他編：Surrogated Motherhood. (2003) Hart Pub.

である。このように、人間存在の奥深いところまで商品化、市場化することに対する反発、という文脈でとりあげるべき本が

『反資本主義』

☆Simon Tormey：Anti-Capitalism. (2004) Oneword. (第9回で紹介)

『十字と新月』

☆Richard Fletcher：The Cross and the Crescent. (2003) Penguin Books.

などである。

このような真向大上段の議論は「反米」に近いが「嫌米」というのは、市場原理の支配が許容範囲を超えていることに対する嫌悪感の表現である。特に医療の場合は許容範囲が厳しく設定されるから、その分「嫌米」も増えるのではないか。この許容範囲を考える上で叩き台になるのが

『医療と市場』

☆Daniel Callahan 他：Medicine and the Market.

(2006) The Johns Hopkins Univ. Press.

で、アダム・スミスからHMOまでという展開になっている。もちろん、「嫌米」も「許容範囲」もお構いなしに市場拡大につつまれる傾向も強く

『医療チェーンの戦略的管理』

☆Eugene S. Schneller 他：Strategic Management of the Health Care Supply Chain. (2006) Jossey-Bass. などはその代表的なものといえる。

乗り分け・棲み分け

医療だけは金次第であってくれては困る、という気持ちを持つ人は多いはずだが、アメリカの歴史は「金次第」で「力づく」の歴史である。

ワシントンDCに地下鉄が造られたころ、料金が高いので、黒人はバス、白人は地下鉄という時期があった。「棲み分け」ではなく「乗り分け」であり、そのことを紹介した本が

『偉大なる社会の地下鉄——ワシントンDCの地下鉄の歴史』

☆Zachary M. Schrag：The Great Society Subway — A History of the Washington Metro. (2006) The Johns Hopkins Univ. Press.

である。やがて、地下鉄が貧困層にとっても「手の届く」というよりは「足の届く」乗りものになってからは「棲み分け」を促進するはたらきを持つようになった。そして、移民、「棲み分け」を象徴する「ジャマイカ駅」などが登場するのが『地下鉄の世紀』

☆Brian J. Cudathy：A Century of Subways. (2003) Fordham Univ. Press.

である。

また、「棲み分け」を別の視点からとりあげたものに

『彼等自身の場——20世紀における黒人の郊外化』

☆Andrew Wiese：Places of Their Own——African American Suburbanization in the Twentieth Century. (2005) Univ. of Chicago Press. (第14回で紹介)

があり、「棲み分け」から対立、緊張関係へのニュアンスを示したものとして

『利害都市——分離、改革、そしてロサンゼルス

の闘い』

☆Raphael J. Sonenschein: The City of Stake——
Secession, Reform, and the Battle for Los Angeles.
(2004) Princeton Univ. Press.

『市民としての適格性は？——ロサンゼルスにお
ける公衆衛生と人種、1879-1939』

☆Natalia Molina: Fit to Be Citizens? ——Public
Health and Race in Los Angeles, 1879-1939.
(2006) Univ. of California Press.

などがある。

公衆衛生の根底には「市民的自覚」が必要とい
う論旨のようだが、市民として認められなければ
「市民的自覚」が生まれるはずがない。なかなか
「市民」にしてもらえない人々をケースワーク
的に紹介したのが

『待されるアメリカ人』

☆Hiroshi Motomura: Americans in Waiting. (2006)
Oxford Univ. Press.

で、この本の副題は「アメリカにおける移民と市
民権・哀話」という副題がついている。ここでは
入国で待たされ、ちょっと里帰りしている間に法
律が変わって再入国できなくなった中国人の例など
が豊富に盛り込まれているが、移民に関する法律
・法規全体を解説した大冊として

『移民』

☆Susan Sterett 編: Immigration. (2006) Ashgate.
が出されている。

「市民」とは「ブルジョア市民」であり、医療
とは市民間の契約であり、「私お金払う人、あな
た治す人」という関係であるからこそ、医療過誤
裁判が続発するわけであり、「インフォームド・
コンセント」の原形としての1914年の最高裁判決
“侵襲的手術を行なう場合には患者のコンセント
を必要とする”も、実はブルジョア市民社会の契
約概念が根底に横たわっている。同じころ、黒人
相手の人体実験的な医学が展開されていたことは
周知のことであり、この傾向は現在でも続いてお
り、

『ボディー・ハンター——貧困患者での新薬実
験』

☆Sonia Shah: The Body Hunters——Testing New
Drugs on the World Poorest Patients. (2006) The
New Press.

などは、その一例である。

奴隷船からコンテナ船へ、そして……

かつて、人体実験の材料をアメリカに運んだの
が「奴隷船」だが、単位空間あたり、金もうけの
材料を沢山つめこんだ「奴隷船」の現代版は「コ
ンテナ船」だろう。

『コンテナ船が世界を変えた』

☆Brian J. Cudahy: Box Boats——How Container
Ships Changed the World. (2006) Fordham Univ.
Press.

によれば、第1次大戦時の軍需物資の輸送がその
始まりということになっている。商品輸送コスト
の低減化によって企業のグローバル化を促進した
という意味で、このような表題がついたのだろう。

1970年代に4万トン級が登場し、現在は8万ト
ン級がつくられている。コンテナ埠頭の関係もあ
って、マンモス・タンカーのように30万トンや50
万トン級は出現しないが、コンテナ船はアメリカ
に富をもたらす象徴的な輸送手段といえる。

他方、タンカーとしては半端な大きさの7万ト
ン級が2隻、「病院船」に改造され（「コムフォ
ート」と「マーシー」）、1000ベッドとそれに対応す
る医療機能を備えて、イラク戦争などに出勤して
いる。医療を受けにくいアメリカの低所得層は、
戦争で負傷すれば医療が受けられるということだ
である。

「奴隷船」「コンテナ船」の延長上に、アメリ
カ覇権主義を実行しつつあるのが「強襲揚陸艦」
であり、これは兵員も軍需物資も攻撃用ヘリコ
プターも積んでいる。この艦種は日本国民には馴染
みがうすく、強襲揚陸艦「エセックス」が佐世保
や沖縄に出入りする報道をときたま目にする程度
だろう。しかし、この艦種はイギリスやフランス
の空母よりも大きく、おおむね4万（排水量）ト
ンのものが多い。

『ジェーン海軍年鑑、2006-2007』

☆Jane's Fighting Ships 2006-2007. (2006) Jane's
Pub.

によれば、この4万トンクラスは建造中のもの
を含めて13隻あり、1,800人の兵員、48機のヘリ
コプター、固定翼の戦闘機、ミサイルなどを搭載し

ている。

10隻の10万トン級の原子力空母、2隻の通常型空母（83,000トン）の方に目が行きやすいが「強襲揚陸艦」は欧州諸国の空母よりも大きいことに注目しなければならない。このついでに、いま話題の「イージス艦」について言えば、日本の「イージス駆逐艦」よりひとまわり大きいクラスのものゝ建造中のもゝを入れて62隻、イージス巡洋艦が22隻という大勢力である。考えてみれば海軍とは古典的帝国主義の道具であり、いまはアメリカ覇権主義の先兵である。日本に4隻あるイージス駆逐艦がそれぞれ「金剛」「霧島」「妙高」「鳥海」と旧帝国海軍の艦名を踏襲しており、ひとまわり大きい5隻目は「愛宕」（6隻目は未定）となっていることなども、いささか気になることである。そして6隻のうち5隻までは三菱重工長崎、1隻は石川島播磨で建造という構図も心配になる。

移民と優生主義

アメリカの強大な軍事力を支えるものがアメリカの富であることはいままでもない。しかも、かつては奴隷船で金もうけの材料を運ばなければならなかったが、いまでは「移民」という形で海外から労働力が流入しつつある。アメリカの富と移民などによって形成される無権利な下積み階層との関係こそ問題である。おそらく、メキシコ国境を越えてアメリカに不法入国する人たちは、「親米」でも「反米」でも「嫌米」でもないだろう。母国でののっぴきならない事情からアメリカに職と金を求めるのだろうか、母国をのっぴきならない状態においているのも、アメリカの覇権主義ではないのか。

アメリカに流入した移民たちの多くは、「負け組」を形成し、「勝ち組」は傲慢さをもって「負け組」を見下す。そして、「勝ち組」の傲慢さは、しばしば人種的偏見を加速する。

『平和を定義する』

☆Jennifer E. Brooks : *Defining The Peace*. (2004) Univ. of North Carolina Press.

は、アメリカ南部の政治的風土、人種的偏見をとりあげ、「ジョージア州ではヒトラーは死んでいない」という章もある。また、アメリカの場合、

公的保険、福祉など普通のアメリカ国民に用意されていないものが移民に用意されるはずがない。その点、イギリスの場合はナショナル・ヘルス・サービスというベースがあるから

『福祉給付と移民法』

☆Kevin Brown 他 : *Welfare Benefits and Immigration Law*. (2006) CLP

という分厚い本が出されている。しかし、最近では財政事情その他で、移民の権利もいささか怪しくなり、移民問題についてのイギリスの「新アメリカ型」弾道 (Britain's 'Neo-American' Trajectory) をとりあげた本が

『移民、市民権とヨーロッパ福祉国家——ヨーロッパのディレンマ』

☆Carl-Urik Schierup 他 : *Migration, Citizenship, and the European Welfare State——A European Dilemma*. (2006) Oxford Univ. Press.

であり、なにがどうなっているかわからないアメリカとちがって、次のような統計も示されている。

〈16～24歳の失業率〉(2001～2002の数字で性別の記載がない)

バングラデシュ	36.9 (%)
パキスタン	24.9
アフリカ系黒人	24.1
カリブ系黒人	23.9
インド	18.4

これらに対して、「いかに手をさしのべるべきか」が論じられているかぎり、その社会は健全であり、「いかに排除すべきか」が論じられるようになれば、その社会は不健全である。ナチのホロコーストから原爆投下まで、共通するものは人種的偏見である。

『原爆の生い立ち』

☆Gerard J. DeGroot : *The Bomb, A Life*. (2005) Harverd Univ. Press.

は、「総力戦」の名の下に、市民、非戦闘員に対する殺りくを正当化した第1次世界大戦を記述の起点においているが、第1次大戦下の空襲など、通学路にクルマが突込んだ程度の事故である。やはり「低開発国」という言葉をつくり出したトルーマンによって都市を焼きはらう戦略爆撃が実行され、原爆投下のゴーサインが出されたことの方が問題ではないか。

民間保険コール

敗戦後の日本にやってきたアメリカの社会保障調査団（ワンデル調査団）は、日本国民の8割近くがなんらかの公的健康保険制度に加入していることを知って驚いたといわれる（戦後のインフレと物不足で機能は失われていたが）。これは戦時遺産ともいえるが、1942年段階で、「国民皆保険」の必要性を論じたものが医学雑誌に掲載されていた（例えば「国民皆保険の理想目指し 国保組合の大普及期す」・『日本医学及健康保険』1942.11.14）。

これに対して、第1次大戦前の1911年段階で、ウィルソン民主党政権の公的健康保険制度の試みが生命保険会社やAMAの反対でつぶされて以来、近くはクリントン民主党政権による国民皆保険の試みがつぶされるまで、ほぼ同じ構図がたがらぬかれています。

『国民皆保険の試み』

☆Rick Mayes: *Universal Coverage—The Elusive Quest for National Health Insurance*. (2004) Univ. of Michigan Press. (第13回で紹介)

でも指摘されているように、健康保険をビジネスの材料と考える勢力によって公的健康保険がつぶされたわけである。

日本の場合、これまで「医療保険」といえば「公的医療保険」を意味してきたが、いつの間にかメディアの広告パワーで「民間医療保険」を意味するようになってしまった。新聞に「医療保険」の大広告が載るとき、そこに描かれているものは「衛生法規」の教科書に書かれている医療保険とは別

の民間医療保険である。そして、いまやオリンピックの「USAコール」のような勢いで、外資系も国内資本系も「民間医療保険コール」の大合唱である。

民間医療保険の背後に存在するアメリカの保険資本は、国民皆保険の試みをつぶしただけではなく、ベトナム戦争がらみでの民主党政権の政治的遺産である「メディケア」（老人医療保障制度、あるいは老人医療保険制度）にも鋒先を向けつつある。

『メディケアの政治的寿命』

☆Jonathan Oberlander: *The Political Life of Medicare*. (2003) Univ. of Chicago Press.

『メディケアが語るもの』

☆Christine K. Cassel: *Medicare Matters*. (2005) Univ. of California Press.

などの著作を辿ると、メディケアの前途の危うさと、メディケアを危うくしつつある勢力が見えてくる。ゆきつくところは

『アメリカ・強者の医療』

☆David M. Cutler: *Your Money or Your Life—Strong Medicine for America's Health System*. (2004) Oxford Univ. Press. (第13回で紹介)

であり、強者必勝、弱者必敗、USAコールなのである。オリンピックのUSAコールに嫌米感情をかき立てられた人は、「民間医療保険コール」にもはっきり嫌悪感を示すべきである。いまや「嫌米」は未来に対する健全な警戒心というべきである。

（のむらたく、国民医療研究所顧問）

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「61年目の8月15日、ソウルで」平山基生
 - 座談会「格差社会の代案とは」後藤道夫、中嶋陽子、前澤淑子、司会：石塚秀雄
 - 資料「統計に見る格差社会」後藤道夫
 - 論文「EUにおけるワーキングプア対策と社会的経済」石塚秀雄
 - 事業所訪問「できることはみんなで分担—『すこやかな家みたて』訪問」事務局
 - 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」角瀬保雄
 - 研究助成報告「非営利・協同に関する意識調査」岩間一雄
 - 書評今崎暁巳著「いのちの証言—私は毒ガス弾を埋めました」村口至
 - 文献プロムナード¹⁵「日本への目線」野村拓
-

●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？

- 座談会「共済と保険業法改正」本間照光、押尾直志、安部誠三郎、住江憲勇、山田浄二、司会：石塚秀雄
 - 労山インタビュー「自主共済は保険業法適用除外に」齊藤義孝、川嶋高志
 - 論文「共済事業の現状と改正保険業法」相馬健次
 - 資料「ヨーロッパの共済運動の特徴」石塚秀雄
 - 論文「CSRとグローバリゼーション」佐藤誠
 - 論文「『社会的排除との闘い』の担い手としての『社会的協同組合』」田中夏子
 - 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター）角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新
 - エッセイイギリス便り「『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～」杉本貴志
 - 文献プロムナード¹⁴「看護と福祉」野村拓
-

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
- 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
- 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」
浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄
- 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
- 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」小川一八
- 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳

- 書評 山口二郎・坪郷實・宮本太郎（著）『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』（ガバナンス叢書）石塚 秀雄
 - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑬「マルチ医療論」野村拓
-

●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
 - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
 - 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫
 - 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、
司会：石塚秀雄
 - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
Y. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
 - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」 野村拓
-

●12号（2005年8月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「よみがえれ、8月15日」小川政亮
 - 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
 - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
 - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
 - 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
 - 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」
高木和美
 - シリーズ医療事故問題①
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚
木隆司会：石塚秀雄
（転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
資料「医療過誤補償機関制度（スウェーデン、フランス）」石塚秀雄
 - シリーズ・文献プロムナード⑪「はたらきかけ」野村拓
 - 書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫
書評・本の紹介：角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄
-

●11号(2005年5月)―特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

- 巻頭エッセイ「和をはかること」と民主主義 中澤正夫
 - 第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観―相互理解のインフォームド・コンセントのために―」尾崎恭一
 - 論文「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」岩瀬俊郎
 - 翻訳 M.ファルケフィッサー、S.ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」竹野幸子
 - インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」小林洋二
 - エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」朴賢緒
 - シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」野村拓
 - 書評 八田英之『民医連の病院管理』石塚秀雄
-

●10号(2005年2月) ――特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」山田定市
 - 座談会「非営利・協同組織における労働の問題―医療労働について」
田中千恵子、二上護、大山美宏、岩本鉄矢、坂根利幸、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
 - 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に関する論点と課題」山口浩平
 - 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」平石裕一
 - 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」相野谷安孝
 - 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会―金持ちより心持ち」色平哲郎
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情―見過ごされた優等生？」林玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」野村拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『社会的企業―雇用・福祉のE Uサードセクター』、日本経済評論社、2004年」日野秀逸
-

●9号(2004年11月) ――特集：非営利・協同と教育／破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」升田和比古
- 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
- インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」升田和比古
- 教育アンケートに見る特徴
- 教育体験談： 長野典右、矢幅操
- Part 1 「民医連北九州健和会再生の決め手」馬渡敏文
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
- 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
- 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
- 文献プロムナード⑧「医療と市場原理」野村拓

● 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「橋木俊詔『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—ライブ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」立岡暁、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

○No.16 (2006.10.31発行)

理事長のページ、副理事長のページ(中川雄一郎)「女性による女性のための社会的企業—アカウント3訪問記—」、「コムスン『医療は儲かる?』」(石塚秀雄)、事務局ニュース

○No.15 (2006.07.31発行)

総会報告、理事長のページ(角瀬保雄)、副理事長のページ「新しい掟を作ろう」(高柳新)、「機関誌15号『共済特集』に関する感想」(宗吉邦夫)、「06年サッカー・ワールドカップで思うこと—サッカーが強い国は社会保障も充実している—」(長瀬文雄)、「ニチイ学館、予防介護にも力点、将来は医療自体に参入か?」(石塚秀雄)、ほか

○No.14 (2006.04.30発行)

理事長のページ、副理事長のページ(坂根利幸)「病院・介護専門ファンド」、「公共性(=共通善 Common good の実現)こそ政治の課題」(大嶋茂男)、「CPE. フランスの若者は街頭に溢れる—若者雇用契約と社会的経済セクターの雇用の取り組み—」(石塚秀雄)、事務局ニュース

○No.13 (2006.01.31発行)

理事長のページ、副理事長のページ(高柳新)、参加報告(ダカールでの社会的経済・グローバル化会議、11.27市民国際フォーラム、シンポジウム「改正保険業法とこれからの共済」)、書評『医療の値段』

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

●ワーキングペーパー発行 (11月)

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

ISBN 4-903543-01-3

Summary

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

本号(17号)に日本語の論文が掲載されています(58~63ページ)。



●研究助成報告発行（6月）

青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』
ISBN 4-903543-00-5

目次

I. 医療における非営利・協同組織の役割

- 1章 NPO論の到達点と課題
- 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
- 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院

II. ワシントンD. C. 現地調査報告書

1. アメリカ看護管理者団体
2. アメリカ病院協会
3. ジョージ・ワシントン大学病院
4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
5. アメリカ糖尿病協会
6. バージニア病院センター
7. シブレイ記念病院
8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
9. プロビデンス病院
10. ユニティ・ヘルスケア

III. 結語

参考資料（現地視察企画書）



●次の研究助成報告は、『いのちとくらし研究所報』に載っています。

- ・「非営利・協同に関する意識調査」（岩間一雄）16号
- ・「往診専門診療所の満足度調査」（小川一八）17号

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No.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



別冊いのちとくらし

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

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

お申し込みは研究所事務局まで。



報告書(2006年3月発行)

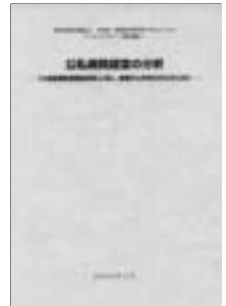
ご希望の方は、研究所事務局（民医連関係者は(株)保健医療研究所）にご連絡下さい。

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

(ワーキンググループ報告書 No.1、A 4判73ページ、頒価1,000円)

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

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



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

(A 4判72ページ、頒価500円)

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

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



◎「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書

(別冊いのちとくらし No.2、B 5判96ページ、頒価500円)

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

- 序文（角瀬保雄）
- I. スペイン・MCC視察
モンドラゴン協同組合企業MCC（石塚秀雄）
MCCの協同労働と連帯、その組織と会計（坂根利幸）
エロスキ（坂根利幸）
労働金庫（CL）（根本守）
MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫（大野茂廣）
イケルラン（坂根利幸）
まとめにかえて—MCCと非営利・協同（角瀬保雄）
 - II. ポルトガルの非営利・協同セクター
ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴（石塚秀雄）
高齢者施設ミゼルコルデア（村口至）
 - III. 感想（野村智夫、村上浩之、山内正人ほか）
日程概要
あとがき（坂根利幸）



【FAX送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03 (5770) 5046
'06年12月1日～：03 (5840) 6568

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

へ
き
り
と
り
く

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
 研究所のFAX番号：03 (5770) 5046
 '06年12月1日～：03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

へ
き
り
と
り
▽