

ビクトル・ペストフ、石塚 秀雄訳

(訳者まえがき： この論文は、Victor Pestoffの論文“Democratizing Medical & Health Care — the Japanese Example”の全訳である。もともとは、近日刊行される彼の著作“A Democratic Architecture for the Welfare State”の第7章に当たるものである。ペストフは、スウェーデンのMid Sweden大学の教授を長年勤め、ヨーロッパにおける社会的経済論、福祉国家論の指導的論客であり、サードセクターの位置を示すいわゆる「ペストフの三角形」（日本ではペストフ・富沢の三角形）としても知られており、『福祉社会と市民民主主義』などが邦訳されている。ペストフは90年代の後半に金沢大学の藤田暁男教授の下に客員研究員として長期滞在した。そのときの調査研究の成果のひとつがこの論文である。訳者はペストフからこの論文草稿チェックを頼まれた関係もあり、今回、翻訳掲載の許可を得た次第である。この論文が掲載される単行本自体も邦訳の計画があると聞く。

この論文の意義は、なんといっても日本の非営利・協同の医療機関が著者の解釈の下に広く世界に紹介されたことであろう。これまで、ヨーロッパの研究者によるこの種の論文はほとんど見かけることがなかった。日本の関係者にとっては、多少の違和感を覚える記述もあるかもしれないが、国際比較研究にはつきものの事柄である。外の世界からどのように見られているのか、を知ることは大事なことである。ペストフはアローの仮説を借りて、日本の医療を事例にとり、公的セクター（国家）、営利セクター（市場）、非営利・協同セクター（市民社会）の関係性と役割を分析している。

## 序

1960年代に、ノーベル賞学者のK. アローは、厚生経済学の観点から医療産業について、市場が最適状態の実現に失敗した場合、社会がそのギャップを一定程度埋めるであろうし、非市場的な医療事業機関がその橋渡しをするだろうと述べている（Arrow 1963）。さらにアローは、米国における医療市場における特徴は、選択性の欠如をどうするかであり、医療情報提供が不完全であるということである。その結果、医師の望ましい行動は利潤動機から離れることである。それは米国において営利病院に対して非営利病院が優勢になるべきであるということである。

本論文の資料は1998年春から私が研究のために日本に滞在したときに自立的な医療機関を調査して集めたものである。資料は金沢、弘前、石川、青森などにある医療機関の文書や取材によるものである。

日本のこうした医療機関については、アローの言う、米国の医療産業の特殊性に関して、40年後においても日本にも当てはまる。アローは、社会

は医療供給と非市場との間にあるギャップを埋める方向に動くと言っている。しかし、われわれとしては、社会はこのギャップを埋めるのに政府主導で行わせるか、直接市民的なイニシアチブによって市民社会自体が医療を供給するという2つの方法があると考ええる。

## 1. はじめに、市場化か社会的機関か

ノーベル賞受賞者のケネス・アローは、市場が最適状態を達成することに失敗した場合には、社会がその欠陥を認識するだろうし、また非市場的な社会的機関がその橋渡しをすると言っている（1963：947）。さらにアローは、米国においては医療市場の特別構造があり、市場がリスクを取らないことや情報の非対称性に基づく最適性の欠如を埋めあわせると述べている。その結果、米国においては営利病院に対して非営利病院が優勢となったのである。1958年に営利病院のベッド数は全体のわずか3パーセントにすぎず、それに対して非営利病院のベッド数は30パーセントを占めてい

た。残りの間3分の2は連邦政府立、州立、自治体立の病院が占めていた (ibid.:920)。

アローは、米国の医療産業の特徴は、患者と医者との関係性における信頼の必要というものであり、医者は収入を最大化する者としては決して存在できないということであった。つまり医者は信頼を維持するために、利潤最大化する者という烙印を避けるのである。アローは言う。「利潤という言葉は、医療産業における信頼関係を損なうシグナルである」 (ibid.:965)。

オズボーンその他は最近日本のボランタリィセクター・非営利セクターの変化を分析して、1995年1月の阪神淡路大震災以降の発展について触れている (Makoto, 2003)。オズボーンたちが強調しているのは、日本の新旧の非営利組織には大きな相違があり、従来のは官による統制すなわち制度化されているのに対して、新しい非営利組織は制度化されずにいる、ということである。出口 (2001) の議論に触れて、オズボーン (2003) は、制度化とはボランタリィ組織や非営利組織が国家に極度に依存することであり、非制度化のボランタリィ組織や非営利組織とは地域コミュニティや自立的な事業によって生み出されたものであると指摘している。しかし、非制度化すなわち無認可の非営利組織は、安定財政に欠けているとか、法的規定が無いために行政との制度的な関係がもてないという問題を抱えている。仏教的伝統にもとづく相互扶助による日本のボランタリィセクターは、国家に垂直的に統合されてきた。ヤング (2000) は、今日まで日本の非営利セクターは政府によって指導、統制、調整されてきた、と述べている。したがって、日本では政府と非営利セクターは補完的な関係を強く持っているし、非営利組織は「プリンシパル—エージェント関係」におけるエージェント (主人にたいする代理人) と位置づけられると見なされる (ibid.:168)。しかしながら、オズボーンは、1998年の「特定非営利活動促進法」と2000年の介護保険法によって、新しいボランタリィ組織や非営利組織が認定されることになったとしている (Osborn, 2003: 8)。

約40年前に、A. ハーシュマン (1970) は、「退出」と「発言」という議論を企業や組織や国家の在り方に対する消費者の拒否の手段として議論し

た。消費者はそれによって財とサービスの質の改善をさせるのである。「退出」とは市場における典型的な対応である。不満な消費者は買い物先を変更する。「発言」とは、政治的 (政策的) 対応である。消費者は粗悪なモノへの失望を個人的または集団的に表明する。「発言」は不満であったり改善提案であったりする (Stryjan, 1989; Pestoff, 1994)。

ハーシュマンは「退出」と「発言」の議論に対する批判に対して、消費者や生産者が財やサービスに対して無知であることが、特に最近複雑化して無知が増しているが、それが「発言」の原因になると述べている。消費者は、食品の味が好みでなければ、すぐに自分の好みの味のほうに「退出」してしまう。しかし、保育、教育、介護、医療などの福祉サービスについて好みを表明することは、消費者にとっても生産者にとっても、その質が不明確な場合は、もっと「発言」する必要がある。そこでは消費者と生産者との積極的建設的な関係が、財とサービスの質を改善するためには不可欠である。同時に、こうした財とサービスの売り手と買い手の間には知識の非常な不均衡があるので、たとえば医療での「発言」はサービスの質改善のために重要な役割を果たす。さらに、新しいサービスの必要はそのための知識の引き上げをもたらす。こうした事情で、消費者の教育だけでなく生産者も期待に応える仕事をするためにより情報提供が必要である。「発言」によって情報が引き出されて、詳細がわかることによって「退出」を避けることになる (ibid.)。

「発言」は消費者と生産者との間の継続的相互関係を繰り返すことであり、質改善の重要な手段である。消費者を共同生産者と考えれば、伝統的な取引交換関係から、相互関係に転換できる (Wikstrom, 1993)。生産者と消費者の相互関係には長期の安定的関係が必要である。それによって、3つの利点がある。すなわち、より良い財とサービス、短期に新しいものを開発できること、低コストである (ibid.: 8—11)。

複雑化した社会では、分業があり、多くの人が財とサービスの生産に従事している。しかし、個別の消費者や消費者グループもまた、財とサービスの生産に貢献できる。それは消費者である生産者というものである。この混合型はいろいろな形

で現れる。消費者と生産者の共同生産の場合、それは技術的、経済的、制度的、政治的な影響の結果である (Parks, *et al.*, 1981&1999)。技術は、普通の生産活動と消費者—生産者活動による生産機能の両方の在り方を決める。経済的な在り方は、両方の効率性を決める。制度的な在り方は最適混合を決めて、共同生産の技術的可能性や経済的効率性を高めたり、あるいは不適切性を確認する (ibid.:1002))。オストロム (1999) によれば、公共財とサービスは、通常の実産者によって産み出されるが、彼らはしばしば顧客にも相談している。しかし、「顧客」という言葉は、受け身的な言葉である。すなわち、なにかに対して動かされている者である。逆に、共同生産という言葉には、市民が公共財とサービスの生産に積極的な役割を果たすという意味が含まれる (ibid.:347)。

これまでの公的医療モデルは、人々が受け身であり、専門知識がなく、上からの手助けやガイダンスが必要であるという前提に立っていた。公的医療は専門家が推進し、トップダウン方式に基づいていた。このモデルでは、病人や障害者や失業者やホームレスは、情報源という存在ではなかった。それにたいして医者のような外部の専門家が彼らの代わりに回答を用意した。専門家が「これはこうなんだ」と言って、官僚が処方箋を書くのである。フォンテン (2000) は、民間セクターはサービスの中身について消費者の期待を満たす努力をしている、と述べている。フォンテンはヘスケット、ザッサー、ハート (1990) たちを引用して、次のように述べている。「医療専門家は主人のような仕事をして患者自身が子供扱いされることを望むようにし向ける。患者は話をすることができずに自分に起きたことを正しいことだと受け入れるようにし向けられ、医療が正しくされなくても不満を持つべきでないとし向けられる」 (ibid.:59)。

対照的に、スターリン (1997) によると、新しい医療モデルは、誰もがそれなりに専門家にいるという考えからスタートしている。そこでは各人の情報資源が増加し、各人の対応能力が増加することが大事であり、それにより民主性が深まり、各人の健康状態が改善される、とされる。これまでの医療モデルでは、問題が発生した場合は隠蔽

されたりするが、新しいモデルでは積極性が促進される。すなわち、資源、対応能力、平等性が促進される (Levi, 2000)。しかし、ルンドセン (2005) の指摘ではスウェーデンでは2003年の新公的医療政策によれば、社会における「参加」と「影響」が公的医療の再編にとって大事だと序文で強調されている。つまり、医療権に個別の目標がある (ibid.)。しかしスウェーデンの公的医療政策には問題もある。

医療はとりわけ貧困者問題を抱えている。新しい医療モデルは自立的な医療を強調している。貧困地区での医療は疾病問題の1つと見なされる。D. ワーナーの本『医者はいないところで』(1997 & 2003) は、貧困コミュニティに対する最良の医療マニュアルである。ワーナーは次のことを強調している。

- 医療は人々の権利ではなく、義務である。
- 自己治療が医療プログラムの目標である。
- わかりやすい情報が人々が家庭で健康問題を解決して、医者にかかるよりも安価ですませることができる。
- 医療知識は少数の選良たちによって秘匿されるべきではなく、自由に共有されるべきである。
- 知識のない人もある人と同様に信用すべきであり、確かに賢い人たちなのである。
- 基本的に医療は外から渡すものではなくて、内から作り上げるものである (Werner, 1997 & 2003)

ワーナーはすべての人々が自らの健康を最大限に維持する方法の1つを提示している。それは医者と患者の間の情報の非対称性を是正しようとするものである。すくなくとも先進国においてはインターネットなどで医療情報の入手が容易になるにつれて、情報の非対称性は将来的に徐々に是正されるであろう。A. ヴェイルの『自然医療、自然薬品』(1995 & 2004) というマニュアルでも患者に代替医療を紹介するとよいと述べている。

日本は、1961年に強制的な公的医療保険を導入し普遍主義的な医療制度とした。1973年に厚生省は、患者の窓口支払いを減らした。それにより患者は医療を受けやすくなり、どんな医療サービスを選んでも支払い費用のほとんどが保障された。

医療保険制度では医療機関には公的なものだけではなくて以下に示す医療機関も含まれる。

K. アローが示したギャップを埋める市民社会の役割とはなにか。病院の専門家と公的保険の患者との間の協同、共同生産のための役割を市民社会は果たせるのか。アローのいう情報の非対称性を市民社会は変えることができるのか。これらの問いに答えるために、本論文では日本における医療供給セクターの5つの「医療機関」すなわち医療のサードセクターを示す。それらの医療機関の目的、政府との関係、医者と患者の情報の非対称性の是正、患者の医療にたいする積極的役割を見ていく。

## 2. 方法と検討材料

日本では病院、診療所を経営する医療サービスを供給する非営利組織がいくつか存在する。日本赤十字社、厚生連（農協）、医療生協などは外国でもよく知られている。組合員サービスのためであるが、医療機関としての明確な社会目的も持っている。

本論文のための資料は1998年春に、金沢大学の研究員として滞在したときに、各医療機関を調査して集めたものである。医療機関の文書やインタビューなどによる。質問票に基づいて金沢、弘前、石川、青森、埼玉などの医療機関の代表者にインタビューを実施した。質問の関心は主として3つの分野であった。すなわち、a) 医療機関の概要、ベッド数、職員数、b) 当面の目標と課題、c) その他の医療機関や行政との関係、である。インタビューの多くは、面談方式により、通訳を介して、それぞれ約2時間であった。ただし、本論文の表の数字は2004年のもの書き換えている。

調査した非営利の医療機関は次のとおりである。a) 恩賜財団済生会、b) 日本赤十字社（石川県赤十字社、金沢赤十字病院、金沢赤十字血液センター）、c) 厚生連（農協、青森厚生連）、d) 医療生協（埼玉の医療生協病院、弘前の医療生協病院）、e) 民医連（金沢の介護施設）である。

## 3. 非営利・協同の医療機関の事例

取り上げる5つの医療機関は1997年の病院ベッド数の約7パーセントを占めている。この5つの医療機関で、2004年度では500病院、144,000ベッドであり、1997年度よりも3万ベッド増加している。病院当たりのベッド数は平均167から439に増加している。職員数は2004年度で22万人であり、1997年度より5万人増加している。この人数には医師、看護師、技術専門家、事務職員などが含まれる。付録の表1はこの5つの医療機関に関する数字である。次に各医療機関について簡単に触れよう。

### (1) 済生会、恩賜財団

済生会は1911年、社会的な変動の中で、明治天皇の主導によって、救恤的医療を提供するために作られた。第二次世界大戦後、「社会福祉団体」となった。東京に本部を置き、各県に支部を置いている。済生会は、低所得者に対する無料、低費用の医療提供を幼児、障害者、高齢者、精神病患者に行うという明確な目的を掲げている。また看護師の教育も行っている。済生会は明確な慈善目的を掲げている。2004年には79病院を運営し、1997年以来2000ベッドを持つ病院は5つとなった。職員数は35,000人で、1997年度より7,000人増加している。病院の平均的規模は、285ベッドである。1996年度では補助的な医療施設として13保健診療所、産婦人科病院、17高齢者施設、18介護ステーション、32高齢者介護センター、19在宅介護支援ステーション、65の離島を巡回する医療巡回船を持っている。

### (2) 日本赤十字社

日赤は1877年に設立され、1952年に「日本赤十字社法」に基づいて特別な医療機関として認定された。個人や団体の課税控除となる寄付を受けている日赤は、他の非営利組織が受けられない特別な優遇を受けている。医療事業と血液事業が日赤の二大事業であり、1997年度では職員の83.2パーセントが医療分野、12.2パーセントが血液事業分野に従事している。2004年度では日赤は90病院を

運営している。1997年度より6つの減少である。日赤は他の国々の赤十字に比べると医療においても血液事業においても大規模である。それには歴史的事情があり、明治維新以降、日赤と軍隊は密接な関係があったからである。1996年の日赤の活動は、災害救援、医療、看護師教育、児童・障害者・高齢者に対する社会的支援などがあり、また日赤青少年会、教育訓練事業、献血サービス、国際協力、資金提供などを含む。1996年度において、日赤は1870万人の会員がおり、ボランティアは430万人である。

1974年に政府は各県に血液センターを設置することとし、日赤に独占的な役割を与えた。石川県では、厚生省県事務所の所管となった。金沢血液センターの責任者によると、石川県は献血で十分まかなわれている。日赤は献血者に支払いはしていない。

赤十字病院の財源は事業と寄付である。血液センターと病院は利潤を上げるよう運営されている。一方、国際活動や社会福祉活動は非営利的の運営である。寄付は年間150億円ほどであるが、近年減少傾向にある。このことは日赤の医療活動に大きな影響を与えている。半数の病院は将来、破産するかもしれない。ヨーロッパに比べて日本では患者は「長期入院」する。たとえば、盲腸手術では5-7日の入院だが、ヨーロッパでは1-2日の入院である。心臓バイパス手術は日本では5週間、ヨーロッパ5-7日の入院である。「日本の病院サービスは合理化されるべきだ。その点で日本はヨーロッパよりも20年遅れている」と金沢赤十字病院の責任者は述べている。

金沢赤十字病院は120ベッドの新病棟を建設中であった。できあがると全300床の病院となる。従来の病棟は築30年であった。50年前に最初の日赤病院が作られたときは独自性があったが、現在はその独自原則は失われつつある。国民医療保険制度が全国民をカバーしており、患者はどの病院にも自由にかかる。しかしながら、将来的にどの病院も独自性を持たなければならなくなれば、金沢赤十字病院の新病棟のように、全部個室としなければならないかもしれない。またどの病院も科目を糖尿病や産婦人科などに特化しなければならないかもしれない。

石川県日赤と金沢赤十字病院との関係は薄い。事実、日赤病院と一般の病院との違いはほとんどない。金沢赤十字病院は地方自治体や石川県との連携が強く、資金提供のほとんどをそれらから受けている。石川県日赤は、今のところ大きな問題はないが、さきざきボランティアの在り方が問題になるだろうとしている。特定非営利活動法は邪魔にはならない。日赤は日本における唯一の災害救援指定組織であるので、長年の実績と経験で独自の立場にある。

### (3) 厚生連、全国厚生農業協同組合連合会

日本の農協運動は20世紀初頭に始まった。1945年に再建された。今日では資金への高配当がその主要目的となっている。多目的な農業協同組合として、資材供給、マーケティング、信用、保険、医療、社会サービスなどを事業としてきた。JA（農協）は1948年厚生事業を開始し各地で厚生連として知られるようになった。公的医療が不十分な地域や組合員の資金能力不十分な地域で厚生連は発展した。農村地域住民に奉仕する医療を目的とした。すでに1951年に政府によって、農村医療プログラムの実施主体として認定され、公的資金や税控除の対象となった。厚生連は組合員の健康維持が目的であり、組合員の福祉向上のために財政的社会的支援を受けるものである。農村地域における毎年の定期検診は重要な機能を果たしている。移動診療所による検診により組合員の健康促進、食餌療法、居住環境などのための講習会や映画上映などをおこなってきた。300万人以上の農民とその家族が毎年、検診を受けている。

厚生連は農業団体や設備の近代化のために長期で低利の基金提供や農村地域の医療機関のためのロビー活動を行っている。農協は日本全国で病院経営をおこなったが、現在では都道府県の約半分をカバーするだけになっている。各地の農協が自分たちの社会活動の中身を自主的に決めている。弘前農協によれば、1950年代に青森に病院を持っていたが、何年か後には自治体に売却してしまった。それは当時青森の農協が組合員への医療サービスは自分たちの主要な仕事ではないと考えたからだろうとのことである。もし県などが医療サービスに熱心でないなら、医療事業はうまく行かな

いので、病院を売却するというにもなるのであろう。

1997年に、厚生連の病院と診療所の3分の2は人口5万人以下の農村地域に所在している。厚生連の唯一の大病院は長野県の佐久病院である。佐久病院は今日、農業農村地域の典型例を示している。2004年に厚生連は122病院、47診療所、総ベッド数46,400ベッド、287移動診療所を保有し、農村地域や過疎地での訪問検診、プライマリケアを行っている。2002年からの増加数としては、職員数7,400人、ベッド数100の増加である。2002年度においては医師数4,009人、看護師数23,456人、職員数11,539人である（栗本、2005）。今日厚生連の病院の平均ベッド数は309ベッドである。

厚労省の主導によって、農協法が約5年前に改正され、農協に社会福祉活動が認められた。現在、高齢者介護を全国で展開している。地方自治体は農村地域での高齢者介護の需要に対応できないので、厚労省は農協に「ホームヘルパー」養成の認可を与えた。こんにち、約6万人の女性、主として主婦がその資格を得ている。彼女たちは農協で資格を取得し、自治体を通じて仕事をしている。1990年代終わりまでに、青森農協は28のホームヘルプステーション、4のデイケアセンター、12の介護施設を運営している。ホームヘルパーになる農村女性は、それまで未経験であるが、教育訓練を受け資格を取り、収入を上げることになる。

#### （4）医療生協

医療生協の起源は、1930年代、1940年代の社会的混乱期に遡る。それは当時のアジアにおける日本の軍事的帝国主義に対する反対の一部でもあった。終戦直後の窮乏時に医療生協の役割は高かった。医療生協は公的医療サービスの不十分な地域で組合員の資金力以上に発展した。医療生協の目的はコミュニティと住民に医療とリハビリサービスを提供することであり、健康な生活を包括的に長期に維持するための予防活動を行うことである。医療生協は生協法に基づく法人である。地域の人々が医療生協を作り、組合員の健康と医療のために運営を行う。日本生協連は、1980年代に生協医療部会を設立して医療生協を組織化した。1991

年に生協医療部会は医療生協「患者の権利宣言」を制定した。自己の健康や病気を知る権利、自己決定の権利、プライバシーの権利、健康や病気についての学習の権利、治療を受ける権利などが書かれている。

日本の医療生協の特徴のひとつは、組合員が自分の医療に対して積極的な役割が期待されていることである。したがって、組合員は病院や診療所に行ったら自分で血圧を測り、状態を看護師や医師に話すので、専門家から話を受けるというだけの消極的な存在ではない。多くの組合員は自分の通常の血圧がいくつかわかっており、ヨーロッパ各国の人々よりも医療知識が豊富である。組合員は10人程度の班組織に集まって、自分の健康促進の学習などをする。2004年に、医療生協の100万人の組合員の約4分の1が26,127の班に所属している。班は平均10人の組合員の構成である。班の組合員は地域医療生協による学習会などに出席する。一部の組合員は健康相談者になり班のリーダーとなる。今日約4万人の健康相談者（保健委員）がいる。

班のメンバーは看護師や保健委員の支援を受けて、自己検診を行う。組合員は血圧、尿の糖分と塩分量、肥満度などを単純な装置によって図る。異常が見つかったら、組合員は医療生協の医師の診察を受ける。こうした自己検診活動は病気の初期治療に効果を上げる（栗本、2004）。班グループではまた健康状態について自己検診にもとづいて話し合いをして、食餌、栄養、生活習慣、運動などのバランスについて話す。このように、班メンバーは自分たちの健康状態を自覚できるので、健康な生活が可能になるのである。学習や知識をつけた利用者が医療専門家と積極的に共同することが病気を予防することにつながる。それは医療専門家の手に自分たちの健康を任すという消極性とは対照的である。

1978年に医療生協さいたまの埼玉協同病院は74ベッドであった。それ以後病院は埼玉県南部地域の最大病院として発展し、1990年代半ばには350ベッド、1日の患者数は1000人となった。職員数は450人で、その中に医師50人、看護師210人を含む。1990年代後半において埼玉県にはさらに3つの医療生協病院、9つの診療所、4つの歯科診療

所、組合員数156,000人を数え、日本で最大の医療生協組織となった。組合員の出資金は5000円であり、また職員の出資金はその倍から10倍である。出資金は建物や医療設備機器に投資される。医療生協さいたまの職員は自分たちを埼玉県民に奉仕するコミュニティ病院であると考えている。

病院の理事会は約40人の理事により構成されている。3分の2は地域組合員の中から選ばれる。さらに医療生協さいたまは42人の理事がおり、9人が常勤理事であり医療の専門家である。33名の非常勤の理事は組合員から選ばれている。異なる種類の理事の組み合わせは、医療生協さいたまの病院がマルチステークホルダー型の組織であることを示している。

医療生協さいたま埼玉協同病院の幹部は、従来の医療の家父長的なやり方を是正するのが大事だと考えているという。組合員のほとんどは病気にならないかぎり医療生協にはやってこないの、組合員が病院経営に直接関与するという機会はほとんどないという。しかしながら、積極的に意識の高い組合員は、地域の健康学習グループや班に参加する。彼らはたいていは50代、60代の女性である。職員は公的医療機関と同程度の賃金であるが、単なる被用者ではなく、職員もまた組合員であり、出資金を出している。同病院にはボランティアも存在する。ボランティアは週に1日、朝9時から午後3時30分の間に病院にやってくる。彼らの多くは主婦か定年退職男性である。非専門的な仕事に携わり、患者の衣類の洗濯や入浴補助などを行う。

厚労省は医師数増加を目指した。医療生協さいたま埼玉協同病院は1990年代初期に医学部卒業後のインターン訓練の重要な病院となった。1994年にその協定を結んだ。2000年4月に高齢者介護保険法が始まった。多くの病院では現在、長期介護サービスに取り組みようとしているが、それはいわゆる医療社会的介護の複合体の動きを強めるものである。医療生協はそうした中で、医療福祉ネットワークの形成のためにコミュニティへの参加をすすめている。それには地方自治体との関係も含まれている。その結果として医療介護におけるより広いマルチステークホルダー的取り組みが、自治体レベルで進むだろう（栗本、2005年9月）し、

医療システムに共同的経営が導入されるかもしれない。

2004年に、医療生協は約250万人の組合員となった。1996年には180万人であった。1996年には38都道府県に336病院・診療所が存在した。その多くは民医連に加盟している。2004年には医療生協は40都道府県で76病院、240診療所、12,660ベッド、平均ベッド数167であった。現在、医療生協は25,000人の職員、内、医師数1,779人、看護師9,896人、その他職員13,897人である。医療専門家たちもまた医療生協の組合員である。医療生協は異なるステークホルダーを組織の中に関与させることで相乗効果をねらっている。多様な組合員区分は医療生協の理事会における利用者支配をもたらし、医療生協全体で、利用組合員の理事数は2,133人で、専門家組合員が710人である。たとえば、医療生協さいたまでは27人の理事が利用組合員で、常勤理事10人のうち、医師が3人、看護師1人、経営理事が6人となっている。弘前市の津軽保健生協の理事数は41人で、そのうち12人は病院の職員であり、27人が地域代表の組合員である。医療生協はしたがってマルチステークホルダー的運営を行っているのである。

津軽保健生協は1998年にその経済的・社会的目的を定めた。経済的な側面では、2000年以降の介護保険法に対応するためには施設が不十分であるとしている。そのために、訪問看護センターやベッド数やケアマネージャーや訓練士、介護施設、デイケアセンター、給食、ホームヘルパーなどの新たな取り組みに積極的である。1998年9月に、20人がケアマネージャーが資格をとったのは1つの成果である。医療生協は新しい介護保険法の個々の内容には反対ではあるが、ないよりはましであると見ている。医療生協の領域を拡大し、医療制度を改善して、自分たちの医療サービスの民主化の一助にしようとしている。弘前の医療生協の52,000人の組合員は27の地域に分かれているが、新しい介護保険法の下での介護サービスがどのようになるか心配している。

政治的な側面では、医療生協は民主主義とは人々の意思を重視することであると見ている。地域レベルではガバナンスの代表機能は十分ではない。津軽保健生協の組合員は弘前市において640

の班に分かれている。定期的に班会を開催し、医療問題を議論したり、組合員にデイケアを提供したり、医療や協同組合について学習したり、「患者の権利宣言」を議論したりする。津軽保健生協は生協医療部会を単なる医療団体というよりも組合員の力を引き出す道具だと考えている。社会的側面では、社会的に健康健全な社会を目指すことが目標である。津軽保健生協は医療サービスの民主化と市民と組合員の関与を推進を掲げている。地域のすべての住民が健康状態を保つこと、すなわち健康な国民というのが彼らの目標である。

津軽保健生協のある弘前市には済生会、赤十字、厚生連の病院はない。津軽保健生協は民医連の中でも活発な病院である。戦後、貧乏人や多くの元小作農民にとって医療はなかなか受けられなかったので、民医連が作られた。地域の他の病院とも共同しており、現在、弘前地域には6病院がある（県立病院1、生協病院1、民間病院4）。これにより24時間救急サービス、夜間救急サービスなどの分担を行っている。

津軽保健生協はまた県とも協力して医療教育、緊急サービス、専門職訓練コースなどを行っている。地域の医師会もいろいろな病院の医師が集まって定期的な会合を行っている。

#### （5）民医連、全日本民主医療機関連合会

民医連は、1930年代の社会的不安定な時期にルーツを持ち、戦争に反対し、アジアにおける日本帝国主義に反対した。1953年に（再）組織化された。1990年の厚生省白書によれば、民医連は国内の病床ベッド数の1.5パーセント、医師数の1.3パーセント、看護師の2.3パーセント、理学療法士の2.2パーセントを占めており、日本における重視すべき医療機関の1つである。2004年度では、病院数151、診療所数592、その内歯科診療所45、保険薬局81、その他加盟組織64（看護師学校、訓練施設など）がある。1993年以降3つの病院がなくなったが、診療所の数は過去10年で200以上増えた。加盟団体の約半分が医療生協であり、残りは医療法人等である。今日、民医連は医師数4,000人、看護師数22,000人、事務職数10,000人など専門家や一般職員を含めて総計62,287人の規模である。2005年でベッド数は27,000であった。病院や

診療所の法人形態は様々であるが、多くは医療法人と医療生協である。

民医連の患者は病気の種類によって147に区分される。患者は「共同組織」とよばれる利用者団体に組織されている。約300万人で、その約70%は医療生協の組合員である。患者の積極的参加が推奨されて、民医連の総会や地域会議にオブザーバーとして招待される。そのうち57,000人の会員が民医連のイデオロギーや平和運動の積極的参加者である。

民医連は4つの課題を持っている。a) 民医連では62,000人が働いており、毎年2千人から3千人の新入職員がいる。彼らにどのように民医連の原則を教育するのか。b) 民医連原則と資本主義の相性は悪い。しかし民医連は健全な財政形態で存続しなければならない。民医連はどのように自分たちの財政と投資をして医療サービスの向上を図るのか。民医連は資金を患者たちから借りている。c) 民医連の医師不足。d) 医師と患者は医療に参加する。民医連の名誉会長のモットーは「医療活動は、医師と患者が共に関わる共同の活動である」。

民医連は生協医療部会とも密接な関係にある。医療生協の多くは民医連に加盟している（94%）。日本労働者協同組合連合会との関係は強くない。日赤は民医連に年間10万円の寄付をしている。民医連と厚生連、済生会との関係はないし、地域でのそれらの病院・診療所間での制度的関係もない。ただし心臓麻痺などの緊急な場合には特別に連絡をとる場合もある。異なる医療機関の医師同士の人間関係は良好だという。

民医連は、日赤や済生会よりも1日あたりの外来患者が多いにもかかわらず、県や自治体の公的支援を受けていないことを強調する。またいかなる政党とも公式の関係はないと言うが、日本共産党の医療政策と民医連の医療政策は類似している。選挙では民医連の職員は日本共産党を支持することが多いし、民医連の医師が国政、地方での共産党候補になることも多いという。

## 4. これらの医療機関と公的権力との関係

日本のこれらの5つの医療機関はそれぞれ異なる社会的側面を持っている。済生会は1900年代初めに明治天皇によって、貧民医療のために設立されたものである。その起源と対象者のために済生会は慈善活動を行っているという社会的側面を持っている。日赤は医療について明確な運営方法を示している。特定の対象者に絞って医療供給するという戦略をとっている。農協（JA）の一部である厚生連であるが、農協は医療を主要な活動とはしていない。農協の一部地方組織は医療を提供しているが、していない地方が多い。しかし、高齢者介護保険サービスは農協にとって新しい社会福祉分野となっている。農村女性がホームヘルパーの専門教育を受け、新しい収入を得る機会を作り出している。農村の非常に保守的な風土に大きな刺激を与えることになるかもしれない。

医療生協は、利用者／組合員を医療の取り組みに関与させる点でユニークである。利用者は自分や他人の健康状態を知り、医療専門家と利用者との効率的な共同を促進させる。共通の目標は市民の健康とくらしの促進である。利用者／組合員は医療の共同生産者となる。医療生協はマルチステークホルダー型組織である。したがって、医療における民主主義を2つの方法でとりくむ。第1に、利用者と医療供給者との間、職員と患者の間の情報の非対称的関係を均等なものにしていくこと。第2に、医療生協の民主的ガバナンスである。最後に、民医連は職員の間での平等と民主主義を推進している。

日本のこれらの5つの特別な医療機関と公的権力すなわち行政との関係、また患者との関係はそれぞれに異なる。一部は厚労省やその他政府機関と密接な関係を持っているし、他の一部は行政とのつながりは薄い。一部は特定の社会集団に医療を提供するし、他は一般人に医療を提供する。こうしたことで各医療機関の目的や医療への影響力は将来的に違ってくるだろう（表参照）。

明治維新以降、日赤は公権力と特別な関係があった。日赤は戦後、法律によって再建されて、血液センターを独占した。さらに日赤だけが、最近

まで税控除を受けていた。したがって、市場的に医療供給が最適選択状態にない場所を社会的に穴埋めがされるのであり、社会的機関によってそのギャップが埋められるように橋渡しがされるのであるという議論が成り立つ。しかし、表の数字を見ると、日赤は、以前に軍隊と連携してやったような、もはや社会的における特別なグループを形成するという事はない。今日、日赤はすべての人々むけの医療を供給しているのである。

一方、済生会は1911年に明治天皇によって作られたのであるが、低所得者、貧窮者への医療を提供した。アクセスできない人々に対する医療の穴埋めをした。患者との間には明確な慈善的な関係がある。同じように、厚生連は、厚生省が戦後農村地域での医療機関として指定し、最近では農村部における高齢者介護保険制度のサービス供給者としても位置づけられた。農村での独占的な医療供給者という感じになったが、政府はこうした医療サービスをそうした場所では提供しなかったし、また競争相手もいなかったのである。済生会も厚生連も公権力とは特別な関係があったが、日本の非営利セクターの制度化された一部なのである。

日赤、済生会、厚生連の3つの医療機関は、アローが言うところの、市場が最適選択状況を作り出すのに失敗したところを埋めるために登場した社会的機関なのである。この3つの医療機関は、医療サービスのギャップを埋めるために、国家が天皇や厚生省を通じて作り出した事業組織である。したがって、日本の社会は、市民社会を通じてというよりも政府を通じて、市場が放棄したギャップを穴埋めを行ったのである。

医療生協と民医連の活動については、政府というよりも市民社会によってギャップが穴埋めされた例である。それゆえに、前3者とは異なるものである。医療生協と民医連は公権力との関係が希薄であるし、患者グループとの関係性や都市の労働者階級との関係性が強い。2つの組織は、互いに重なっており、医療専門家の数字としても重複している。しかし、民医連は医療について規模が大きくイデオロギカルな考えもある。一方、医療生協は小規模である。したがって、民医連はマクロレベルでの日本の医療改革を提言しているのであり、医療生協は主として、班グループにおける

組合員の自己検診や健康に関する情報や教育を行うということに重点を置いているのである。

たしかに、医療生協は民主的なマルチステークホルダー組織であり、患者と専門家が一緒に決定をして医療施設を運営し、協働してよりよい医療を目指す。すなわち両者の間に情報の非対称性の橋渡しをする。組合員／患者に対して健康管理と病院について「発言」をさせ、専門家による都合主義的な態度の点検をおこない、情報の非対称性を克服するのである。医療生協の組合員を多く作り、健康の共同生産者にすることは、純然たる専門的医療の受動的な消費者あるいは患者にとどまるということより大事な事である。これは従来の医療モデルよりももっと大衆的な医療モデルを示すものである。たしかに、これは簡単なことではないが、ともかくも一般の組合員が自分の健康と医療の民主化に関与することを促進するものである。

## 5. 結論と議論

日本のオルターナティブな医療機関を見るときに、われわれは米国の医療産業の特別な構造的性格に関するアローの仮説が、40年後の日本でも当てはまると結論できる。アローは、社会は医療供給のギャップを認識して、非市場的な医療機関が登場してそのギャップを埋めると主張した。しかしわれわれの見るところ、済生会、日赤、厚生連の事例のように、社会は政府や公的権力の命令によってこのギャップを埋めることもあるし、また医療生協や民医連のように市民の直接的なイニシアチブによって市民社会に医療供給をもたらす場合もある。

オズボーン（2003）が指摘した、日本における古い制度化されたボランティア・非営利組織と新しい制度化されていない非営利組織を区別するという見方は、こうした医療機関の事例にも由来するのである。3つのより制度的な医療機関は国家に依存し、医療の公的セクターの拡大として現れた。一方、2つの制度化されていない医療機関は公的権力と距離を置いた関係を保ってきた。前者は政府による規制や指導の下に医療サービスの種類や範囲が決められ、厚労省の下で垂直的に統合

されている。しかし、後者も阪神淡路大震災以降、地域の自主的なコミュニティの運動と密接になったというわけでもない。制度化されない医療機関は患者をいろいろな医療機関を選択する受動的な消費者だと見なさず、市民主義と民主主義に基づいた明確な価値を推進する。さらにこの2つの医療機関は、戦前に遡る相対的に制度化された2つの大衆運動の規制と指導を受けている。日本生協連と日本共産党は、戦後一貫して支配している自民党に対して反対の立場である。

医療産業における利用者と専門家間の情報の非対称性について、アローが述べているように、患者の知識が増えて不均衡が減って、患者の影響力と医療における民主主義が増加する。医療生協の多くの組合員が医療問題の教育を受けていることがそのことである。このことは、医療が人々の権利であるばかりでなく、また義務でもあるということである。医療生協が組合員を積極的に巻き込み、健康維持を図ることがそれである。組合員は自らの医療の共同生産者となりさらに経営にも「発言」をするのである。これは公的医療の考えよりも大衆的医療の考えに近い医療哲学に基づくものである。世界においてどこでも医療の民主化モデルを見いだすのは難しい。

医療協同組合は、相互扶助（共済）が社会で重要な役割を果たしている国で、国家が医療を推進しないときに一部の市民要求によって新しく作られてきた。国家は、社会の増大する多種多様なニーズにすべて応えることはできない。医療協同組合は、増大するマイノリティに「発言」を与え、社会的排除された人々に医療サービスを提供して、社会的集団の変化にともなう社会的ニーズに対応する。今日、一部の市民は医療においてより積極的な役割を果たしたいと思っている。厚労省主導ではあるが、高齢者介護保険法における農協の長期介護サービスや訓練の提供はそのひとつである。

医療生協における組合員の「発言」は民主的な手続きを経て、制度化され、医療の生産者と消費者の双方がマルチステークホルダーとなる。それにより医療の質の改善に組合員が参加し影響を与えることになる。こうした民主的な制度が、低費用で質の高い医療サービスをもたらすのである。しかし、専門家組合員／消費者組合員は互いに依

存しあってこそ医療の質を確保できる。どちらも単独ではそれはできない。互いに情報を交換することが必要である。またいずれにとっても励みと

なる確かな動機がなければ、医療の共同生産はできないのである。

表 5つの医療機関の比較 (2004年)

	済生会*	日赤*	厚生連*	医療生協*	民医連**
設立 (再設立)	1911	1877, 1952	1945	1990	1953
圏域	All	All	Na.	40	All
病院	79	90	122	76	151
診療所	10	2	47	240	592
訪問介護ステーション	42	50	102	Na.	379
医師数	Na.	Na.	4,009	1,779	4,059
看護師数	Na.	Na.	23,456	9,896	22,072
事務職数	Na.	Na.	11,539	13,897	10,471
全職員数	35,218	56,751	46,400	25,572	62,287
ベッド数	22,546	39,511	37,734	12,660	26,793
平均ベッド数	285	439	309	167	177
組合員数 (会員数)	None	1870万人	Na.	250万人	300万人
ボランティア数	Na.	430万人	Na.	40,000+	Na.

出所：modified from V. Pestoff, 1998 and e-mail correspondence with Alvar Hugosson, Hideo Ishizuka and Akira Kurimoto in 2006; \*figures for 2004; \*\*figures for 2005; Na.=not available.

図 医療機関と政府、患者グループの関係

	専門家との関係		患者グループとの関係	
	強い	弱い	No	Yes
政府との関係	強い	弱い	日赤	済生会、厚生連
	強い	弱い	……	医療生協、民医連

References:

a) published materials:

- Arrow, Kenneth, 1963; "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Econ. Review.*, v 53/5: 941-73.
- Deguchi, M., 2001; The distinction between institutionalized and non-institutionalized NPOs. New policy initiatives and non-profit organizations in Japan, pp.153-67 in Kendall, Jeremy & Helmut Anheier (eds), *Third Sector Policy at Crossroads. An International Nonprofit Analysis*; London. Routledge.
- Heskett, J., W. Sasser & C. Hart, 1990; *Service Breakthroughs: Changing the Rules of the Game*; New York: the Free Press.
- Hirschman, Albert O., 1970; *Exit, Voice & Loyalty. Responses to Decline in the Performance of Firms, Organizations and States*, Cambridge, MA & London : Harvard University Press.
- Hirschman, Albert O., 1981; *Essays in Trespassing*; Cambridge, London & New York : Cambridge University Press.
- Fountain, Jane, 2000; Paradoxes of Public Service Customer Service, *Governance: an International Journal of Policy & Administration*, v.14/1: 55-73.
- Kurimoto, Akira, 2004; "How Social Economy Can Improve User Access and the Capability of Health Services — the Case of Health Co-ops", *CCIJ News*, No.43 Dec. 2004: 1-7.
- Kurimoto, Akira, 2005 a; "What Can Co-operative Health and Social Care Offer?", Ch. 19 in *The Emergence of Global Citizenship: Utopian Ideas, Cooperative Movements and the Third Sector*; Tsuzuki, C. et al. (eds), Tokyo: Robert Owens Society of Japan.
- Kurimoto, Akira, 2005 b; "How Health Care Systems Cope with Aging Populations: the Japanese Case", Tokyo: Consumer Co-operative Institute of Japan.
- Levi, Lennart, 2000; *Folkhälsa makt o. demokrati*, Stockholm: LO Folk Styr, LOs Demokratiutredning.
- Lundåsen, Susanne, 2005; *Frivilliga insatser och hälsa*; Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, R 2005:47.
- Makoto, Imada, 2003; The voluntary response to the Hanshin Awaji earthquake. A trigger for the development of the voluntary non-profit sector in Japan, Ch. 3 in *The voluntary and non-profit sector in contemporary Japan: the challenge of change*; Osborne, Stephen (ed.) ; London & New York: RoutledgeCurzon, Taylor & Francis Group.
- Osborne, Stephen P. (ed.), 2003; *The Voluntary and Non-Profit Sector in Japan. The challenge of change*; London & New York: Routledge Curzon, Taylor & Francis Group.
- Ostrom, Elinor, 1999; Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development, Ch. 15, *Polycentric Governance and Development. Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, McGinnis, Michael D.(ed.); Ann Arbor, MI: Univ. of Michigan Press.
- Parks, Roger B., et al., 1981 & 1999; Consumers as Co-Producers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations, *Policy Studies Journal*. v.9: 1001-1011 & Ch. 17 in *Local Public Economies. Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, McGinnis, Michael D. (ed.); Ann Arbor, MI: Univ. of Michigan Press.
- Pestoff, Victor, 1994; Beyond Exit & Voice in Social Services — Citizens as Co-Producers, in 6, P. & I. Vidal (eds), *Delivering Welfare — repositioning non-profit and co-operative action in western European welfare states*, Barcelona: CIES.
- Pestoff, Victor, 1998; "An Overview of Alternative Medical and Health Care Services in Japan", Stockholm: unpublished report.
- Pestoff, Victor, 1998 & 1999; *Beyond the Market and State: Social Enterprises and Civil Democracy in a Welfare Society*; Aldershot, UK, Brookfield, USA and Singapore: Ashgate.
- Starrin, B.; 1997; "Empowerment som tankemodell", I. Forsberg & B. Starrin (eds), *Frigörande kraft — Empower-*

*ment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*, Stockholm: Gothia.

Stryjan, Y., 1989; *Impossible Organizations - Self-Management and Organizational Reproduction*; Westport, CT: Greenwood Press.

Weil, Andrew, 1995 & 2004; *Natural Health, Natural Medicine. A Comprehensive Manual for Wellness and Self-Care*; Boston & New York: Houghton Mifflin Co.

Werner, David, 1977 & 2003; *Where There is No Doctor, a village health care handbook*; Berkeley: the Hesperian foundation. (事務局より：日本語訳のウェブサイト『医者のないところで 村の健康管理ハンドブック』日本語版（英語改訂版による）<http://wndoc.hp.infoseek.co.jp/>)

Wickström, Solvei, 1993; “The Customer as Co-Producer”, *Studies in Action and Enterprise*, Stockholm; Dept. of Business Administration, PP 1993:1.

Young, Denis R., 2000; Alternative Models of Government-Nonprofit Sector Relations: Theoretical and International Perspectives, *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*, v. 29/1: 149-172.

b) interviews and personal correspondence:

*Min-iren* Nursing Home in Kanazawa on 26 May, 1998, interview with Dr. Shozo Azami, Honorary President of *Min-iren* and Dr. Kawanishi.

Ishikawa Red Cross Society in Kanazawa on 28 May, 1998, interview Mr. Norika Kobayshi, together with Mr. Yasushige Sano.

Kanazawa Red Cross Hospital (KRCH) on 28 May, 1998, interview with Dr. H. Matumoto, Director of KRCH.

Kanazawa Blood Centre on 28 May, 1998, interview with the Director.

*Sakura-so* Cooperative Hospital in Hirosaki, 1 June, 1998; interview with Dr. Ryoji Arituka, Chair & Psychiatrist at the mental hospital, plus three other unspecified staff, together with Prof. Kensaku Kanda and Mr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University.

Aomori Prefecture Agricultural Co-op, on 4 June, 1998, interview with Mr. Narita, together with Prof. Kensaku Kanda and Mr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University.

Dr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University, e-mail on 13 March 2006.

Professor Hideo Ishizuka, e-mail on 9 March, 2006.

c) organizational documents

History of *Min-iren*.

Explanation of the General Principals of *Min-iren*.

Annual General Reports of the Red Cross of Kanazawa, 1984/85-1994/95.