

# 座談会 「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」

出席 八田 英之（はった ふさゆき、千葉県勤労者医療協会副理事長、全日本民医連顧問）  
坂根 利幸（さかね としゆき、協働公認会計士共同事務所）  
根本 守（ねもと まもる、協働公認会計士共同事務所）  
岩本 鉄矢（いわもと てつや、庄内医療生活協同組合副理事長、全日本民医連事務局次長）  
司会 石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

## ●民医連の資金調達とは

司会 本日は医療制度再編のもと、非営利・協同医療機関の資金調達問題の重要性についてご議論していただきたいと思います。具体的には民医連関連の医療機関における資金調達とは何なのか。資金調達といってもいろいろ目的があると思います。たとえば運転資金、建設資金、これがどういう位置づけになっているのか。そもそもこの問題で困っているのかどうかというのがありますが、運営上、資金調達の問題はどのような問題があるのか、このあたりからお話をいただきたいと思います。

特に医療機関は法律で非営利性を規定されていて、そういう中で資金調達にもそれなりのロジック、規制が課せられていると思います。また最近では法律で社会医療法人が出来たり、医療の民営化で株式会社がこの領域に参入してきたりするのは問題である、という議論もあります。営利関係の資金調達は徐々にPFI方式とか実際に金融機関が医療機関に対して進出してきていると思います。そうした営利・非営利の金融・資金調達の状況をふまえて、まずは民医連関係の資金調達について、八田さん、最初にいかがでしょうか。

八田 千葉県勤労者医療協会は、資本負債構成がだいたい110億円くらいです。大衆資金が40億円、うちちょうど20億が有利息で20億が無利息。無利

息のうち15億が出資基金という地域協同基金で、1億ちょっとが古いタイプの無利息債です。銀行からの長期短期の借入金が33億6千万円。短期はボーナス資金以外はありません。自己資金（退職引当、賞与引当金など）が25億5千万円。ただし、自己資金があるといっても赤字が9億ありますので、その分実質的にはだいぶ減ります。いわゆる買掛金その他債務が15億円。累積欠損9億3千万円です。

非常に古典的な、民医連の4-4-2スタイル（銀行4、大衆資金4、自己資金2）に近い線で推移しているといえます。有利息債は建設時に、一番短くて半年、だいたい2年などの取り扱い期間を定めて募集します。それ以外の時は募集を停止して、書き換えには応じるが新規募集には応じない形なので、年間3千万～4千万円ずつ減少します。一方、職員の月々天引き積み立ての出資基金が月額700万円ありますので、それで大衆資金の有利息の減少分を補うという形です。

現状では目標として月額15-20億円くらいはお金を持って翌月に動くようにしているのですが、この点は守れています。どのくらいの人が出資してくれているかということ、大衆資金は約4千人くらいの人が出資しています。今の時点で資金調達の上で困っていることはありませんが、ただ一つ困っているといえば、銀行に対する説明が民医連の統一会計基準に基づいてすると難しく、担当者が変わるたびに「なんで赤字なのに引き当てるの

か」とかこの出資基金について一生懸命説明しなければならぬ。1,2年すると担当者がわかってきますので問題はなくなるのですが。その辺です。

司会 ありがとうございます。4千人の出資は自己金融になるのですか？

八田 民医連の統一会計基準でいくと出資基金は地域協同基金ですが、法律的には債務になります。ただ民医連の扱いとしては自己資本・協同基金比率として自己資本に準じて評価をしていくことになっています。

司会 出資基金はやはり、他の医療法人とは違う概念規定となっているといえるのでしょうか。

八田 民医連の方針で言う協同基金そのものだから、それを忠実に守ってやっているのですが、金額が結構大きいですね。

司会 一般的に定義すると協同基金はどうなるのでしょうか。

坂根 法律上では、地域協同基金は債務だけれど、経済的な機能で考えると、その性格は出資金に近く、無利息で長期の安定資金というものです。

八田 もともと民医連の歴史でいうと、1983年までは大衆債も含めて「修正自己資本」という概念があったのです。有利息の債権まで含めて自己資本に扱っていたものだから、1983年4月に山梨問題<sup>1</sup>があって、その5月の評議員会で早くもこの概念を止めますと決定したのです。実際、有利息のものを資本として扱うのは間違いですから。ただし、無利息で期限の定めがなく友の会の会員である間はお返ししないとなると、ほとんど生活協同組合の出資金と実質的な内容としては同じになります。ただし法律上は出資金とは扱わないということです。

坂根 逆に言えば、協同組合の場合の、出資金が負債ではないかという欧米の見方と接近していると言えます。経済的機能を重視するか形式的な枠組みを重視するか、が混在しており、議論が継続しています。

八田 我々の頃はあまり問題にならなくて、問題になっているのは最近ですよ。

坂根 最初の議論でいけば、一般の医療法人では、いわゆる資本金である出資金の割合については、通常、広く集めることなんて出来ないから、きわめてウェイトは小さい。出来ないというのは、法律上は規制されていないが、実態として多数多額の出資金受入は出来ない。周りの地域住民や患者から、何らかの資金を一定の額まで集めることは出来ないで、一般の医療法人では、この議論はまったくない、と言えます。

民医連だけかどうかは別にして、地域に根ざした医療を実現しようという人びとが、初めは小さなところから、最初からいろんな人の資金を集めたり、借りたり、もらったりして成り立っていたのが、次第に、そのまま大きくなってきたということです。資金調達的手段として、生協形態の医療機関、例えば民医連でも半分超は医療生協組織ですが、医療生協では、出資金と組合債が組織的な資金調達手段です。組合債は、法律上も生協法の枠組みの中で位置づけられているので、それで問題はない。ところが医療法人や生協法人以外の組織形態には、そのような資金調達にかかる定めがないので、仕方なく独自に出資金という名前か、別の名前か、あるいは「借りる」という形で集めているのです。これが俗に言う「大衆債」というものです。いまでも借入期間や利率に少し差があります。

八田さんの法人は「4-4-2」という現状ですが、かつて「3-3-4」という、大衆債や金融機関からの借入で6割、大衆債や金融機関のどちらにもなるべく偏らない方が良く、ということをも前提命題として、残り4割のうち自己資本は2

1 山梨県の山梨勤労者医療協会が、1983年に負債総額226億円、債務超過112億円で倒産し、全国の民医連の協力で再建した事件。民医連の歴史上重大な転換点になった。

割基準、さらに残り2割は無利息債務などの自己基準という議論もありました。その後、中身は内外環境も変わっているから成り立たなくなりましたが、ここで言いたいのは、なるべく偏らない方が良いのかな、という論点です。

八田 だいたい1960年代は、民医連は「銀行から借りると他人に支配されるから大衆資金に依拠しなさい」という方針だったのです。もともと60年代は経営状況が悪かったから、銀行も貸してくれなかったし、大衆資金に依拠せざるをえなかった。状況が大きく変わったのが70年代で、70年代に病院化をどんどん進めた時期に、山梨を先頭に病院債を集めることがはまりました。有利息の大衆債が急速に83年の山梨問題まで広がっていったのです。一方で経営規模も大きくなったし、そういうのを銀行へのある意味では見せ金にして銀行からも借りられるようになった。これが70年代の高度成長をお金の面で支えた。それが83年の山梨問題以降整理され、「大衆債依存体質」から脱却して自己資本の充実に努めること、無利息の生協の出資金に相当するような資金調達が必要だと80年代に打ち出されて、今日に至っているということだと思います。

岩本 いきなり具体的な話だったのでそういう話になっているのですが、そもそも資金需要ということを医療機関でいうと、私は購買生協出身だからとりわけよくわかるのですが、診療してから2ヶ月後でないとは主要な収入である診療報酬は入ってこない。一番大きな費用である給料は前払いしなければいけない。とにかくこの事業を始めるためには資金を用意しないと始められない、回転差資金というものがない業界だということです。またいま八田さんの話にてきたように、診療所規模の所が病院になったとたんに、診療機械や建物を含めた固定投資が巨大になるのです。それに莫大な資金が固定されちゃうことも含めて資金が必要になってくる。

最近のことでいえば介護を含めた分野、老健施設などはどう考えても1年間で1回転しない固定投資をすることになるし、高齢者住宅なども全然1回転しないという事業の性格なので、とにかく

何らかの形でお金を用意しないことには事業を通じて運転資金が生み出される業種ではないということですね。

司会 すると資金調達で重要なのは、運転資金、病院などの建設資金、高額な医療機器などの購入資金、まとめていえば設備投資ですか、あとは給与支払いでしょうか。

八田 給与まではいかないですね。結局、運転資金と設備投資資金なんです。運転資金に大衆資金を当ててはいけないというのが民医連の昔からの方針だったのです。といっても、スタートしてから2ヶ月は一生懸命集めたお金でつないで、2ヶ月つなげば後は入ってくるお金で何とかなるから、最初の2ヶ月に使った分が言わば資本を食い込んだ部分、これをどう取り返すか、というところでしょうか。

岩本 なおかつ儲からない業界ときてるからそれが大変。

八田 しかも会計制度でぜんぜん儲からないようになっているし。

坂根 まるで我々会計士が悪いような話ですが（笑）。

## ●金融機関との関係

司会 銀行との関係はどのようなのでしょうか。安定的なのですか？困ったときには銀行はどう対応してくるのでしょうか。

坂根 地方は銀行がたくさんあるわけではないから、経営が極端にいけない限りは比較的地方の有力な金融機関との取引が続いていて、「もう止めます」ということにはならないです。しかし都会は金融機関が乱立しているから、かなりドライに関係を切ったり、必要ならばつつこんだりしてきますね。

八田 ひと頃みたいにボーナス資金さえ貸してく

れないという所はありますか？

岩本 まだあるのですよ。

八田 そうすると銀行との事情は、地域差や経営条件によって格差が激しいと。

坂根 あとは銀行の担当者ですね。数字や指標と同じ基準で考えたりするから、ちょっとした幅で動いちゃうことも多いです。

八田 それはそうだ。銀行に対しては民医連の経営は相当丁寧に説明しないと、一番下の数字だけ、損益とか貸借の利益の数字だけを見られても困る。

坂根 だから、経営幹部が自信を持って説明できないといけない。多少、民医連独特の発生主義会計とかがあるのだから、これはこうなんだと説明がきちんと出来ないと、銀行の担当者もよくわからないこととなります。

司会 ヨーロッパには社会的会計とか社会的報告とかありますが、そういうので説明をして、世間で言う社会的貢献度を説明するものがあればと思います。

八田 そういうのがあると良いですね。

坂根 私たち（協働公認会計士共同事務所）も、多少気持ち的にボランティアでやっている仕事があります。それを人件費と、カンパとしてボリュームを損益計算で示すと、本来は収入がこれだけ入っていないがその分はカンパしている、とわかる。民医連でもそういうことはやろうと思えば出来ます。

司会 一般企業でもやっている企業もありますね。

岩本 ただ、銀行は評価しないですよ。

司会 評価しないですか（笑）。

八田 まあ、宣伝材料にはなると思うけれどね。

坂根 ただそのことによって成り立っているという説明にはなるんですよ。だから利幅が薄いことへの説明にはなる。

八田 典型的な例で言えば、友の会の組織活動、班会とか、専任の担当者がいたり、医学対に膨大な経費をつぎ込んでいたり、一般の医療機関ではない経費です。同時にそれがなければ民医連が立ちゆかない経費でもある。またケースワーカーや保健師さんとかが大勢いることもそうですね。それらが目に見えない形で大衆資金として返ってくることなんじゃないでしょうか。

司会 それは医療機関の非営利性、公益性の証明ですよ。公的病院と区分されるところがやる事業であるわけで。

八田 それか、そういうところは案外そうした事業をやっていないのです。絶対に民医連の方がやっていると言える（笑）。

司会 民医連の非営利性、公益性を証明することで、理屈的には民医連の社会性が明らかに出来ることになりますね。ところでこの金融機関には、労金や信金・信組なども入るのでしょうか？

坂根 入ります。労金から資金調達しているところもあります。しかしあまり批判をしたいのではないが、労金は実際は金利が少し高いし、パツと動いてくれないときがあると理解しています。

八田 50年代に民医連の中には大衆運営論というのがあって、その極端なものには労働組合、組織された労働者が民医連を所有していくのが一番良いという議論があったのです。その本音の大きな部分は、労働組合が経営に関わると労金からお金を引っ張れるというのがあったらしくて、実際にいくつかの所では労金からお金が借りられたとか、労働組合が経営に入ってきたとかがありました。たとえば私がいた坂病院でも、塩竈地区労に経営を移管するかという話があったくらいです。だいたい1954,5年頃は経営も厳しかったし、人も少なかったのです。その後この議論は数年で消えて民

医連とはどういう性格のものかさらに議論することになったのです。その頃から民医連と労金との関係は、私の印象では強くないですね。意外にも労金がメインバンクというのは少ないのではないのでしょうか。

岩本 うち（庄内医療生協）は形式上は労金がメインバンクです。生協は農協では可能な金融事業をすることができません。労金は生協ができない金融分野を代行する役割を担っているとと言われてきました。ですから山形県の生協連の理事会には労金がオブザーバーとして参加していますし、庄内医療生協の職員の給与は原則として労金の預金口座に振り込んでいます。しかし、事業資金という分野では十分な機能をはたせるという状況にはないようです。特に労金も合併が行われ、東北労金になってからは事業資金分野での距離がますます遠のいたという感じです。

根本 私が知っている限りで、民医連の中で労金からお金を借りているのは、3法人くらいでしょうか。

坂根 覚えていないけれど、もう少しあると思う。

岩本 うちの職員の給料振込の関係もあり、労働金庫のATMを病院に設置してもらっています。

八田 そうすると労金は今後、ちょっと心配だね。お客さんの評価を見ると。

坂根 非営利の金融機関の一つとあり得るはずだったのに、実際はそうでもない。

石塚 金融庁からの天下りもかなりありますよね？

坂根 もう大蔵省の時代、ずっと前からですよ。信用金庫、信用組合は基本的には小規模事業者（出資金が10億円以下、職員数が千人以下）が相手なのです。この間の川崎もそうなのですが、だから小規模じゃないから全部返せと詰められたのです。法律じゃそう明解な規定にはなっていない

のですがね。

八田 おたくは中小企業じゃありません、っていうことですね。

坂根 だから、地銀、旧第二地銀と都銀、それに信用金庫を組み合わせて、あまり片寄らないようにする。一つに片寄りすぎるとその金融機関の態度が変わると困るから、メインは決めても、どこでも3つくらいの金融機関を組み合わせている。

司会 単一の銀行から支配されないように、ということでしょうか。

坂根 支配はされないかもしれないけれど、態度を変えられると動きが取れなくなりますから。

八田 例を挙げると、M協会は、S銀行一本槍で他の銀行とのやりとりがなかったのです。良いときはそれで良いけれど、ある時厳しくなったら、相当に絞ってきて、資金繰りが心配になったということがありました。いまはどうなりましたか？

根本 すごく苦労したのです。去年の暮れによく他の銀行から5億円借りて、金が回るようになりました。S銀行はね、かたいですよ。

八田 だって静岡銀行に次ぐくらいの手堅さでしょ？だからあまり一つだけだと大変です。千葉勤医協の場合は、千葉銀行がメインだけれど、どんな事業をやるときでも借り入れの半分までにして、残りをみずほ銀行・三井住友銀行に半分ずつとしています。前はみずほ銀行だけだったけれど、私が行ったときに三井住友を入れています。千葉銀行もそうしてくれた方が危険の分散になるのでいいと言っています。

司会 銀行の方も資産を担保にしますよね？

坂根 基本的に無担保はまずありませんし、最近では賞与資金の時でも難しいことがあります。金融機関側の原則は担保の範囲内、というのは変わりません。

岩本 1984年に庄内医療生協が病院を建てたときの借入では、医者は全員個人保証、婦長以上の幹部全員個人保証という担保を入れさせられましたよ。

坂根 まったく信用されておらず、物的資産もなかったんだね。

岩本 というのと、銀行も結局、融資に応じてくれたのは元無尽会社の第二地銀でした。優良銀行は危険を伴う融資には手を出さない一方で、中小の金融機関は、多少のリスクを負っても成功に賭けるというスタンスを取ったのだと思います。

## ◆民医連方式は続けられるか

司会 言わばタイミングが良かったわけですね。

さて、これから医療法人に対する法律が変わって、民医連方式、独特のスタイルというのは、そのまま続けられそうでしょうか。

八田 それは今日、聞いてみたいと思っていたことですね。例の病院債の問題がありますよね。

根本 日本における民間医療経営では、一般に個人か医療法人という医療法に基づく法人か、どちらかでやるわけです。基本的に医療法人の資金調達には個人の開業医等が出資する（社団）か、最初に寄付して出捐する（財団）かによって自己資本が作られ、あとは銀行借入です。銀行借入の中でも病院等比較的大規模なものは医療福祉機構という政府系の金融機関があって、医療福祉機構は民営化の流れの中で今後どうなるかはわかりませんが、そこ民間金融機関が長期の資金を供給するという仕組みだったのです。民医連以外の一般的な医療機関は、銀行借入に依存して資金を回してきたというのが実態だと思います。

ところが2003年くらいだったと思いますが、厚労省の方から「医療機関債発行運営のガイドライン」というのがいきなり出てきたのです。医療機関債とは基本的には民法の金銭消費貸借契約に基づくもので、医療機関「債」とは言うものの、実際は医療機関と貸してくれる個人等との個別の金

銭消費貸借に基づくものであり、そのガイドラインが厚労省から提起されたということです。また、医療機関債については民医連のやっている協力債を参考にしたのかな、と思わないでもないのです。というのは協力債のようなものを民医連以外でやっているという話をほとんど聞かないのです。ガイドラインが出て4年くらい経ちますが、実際の医療機関債の発行状況をインターネットなどで見ると、銀行が医療機関債を医療機関と契約して、通常の手形や証書の借入契約に変わる形式として活用しているというのが実態で、民医連のような地域の方々からお金を調達するという実態にはなっていないように思います。それが一つです。

それから2007年4月に医療法が改正され、あらたに基金という制度が出てきました。これは、医療法人についての非営利性の明確化を理由に、新たに設立する社団医療法人でも出資持ち分が認められず自己資本が集まらないと予想されることから、新たに自己資本を調達する方法として厚労省が考え出してきた制度です。実際は公益法人なども同様にこの制度をつくろうとしているので、その辺で考えたのでしょう。この基金というのは民医連の地域協同基金と似ていて、無利息であり、返してくれと言われれば返すという制度です。

ただし、厚労省のいう基金は自己資本にするとしている以上、自己資本が目減りすると困るので、返す場合には利益から補填する。逆に言えば、利益が貯まっていないところは基金を返してはいけない、万が一返したら理事会は弁済責任を負うということになっています。それが4月に出てきた制度の一つめです。

二つめは医療法人の中で特に公益性が高い法人については社会医療法人という制度を設けていますが、社会医療法人に限っては一定の条件付きで社債発行を認めるとしました。前述の医療機関債とは根本的に異なっていて、法的には有価証券です。有価証券ですから証券市場で広く資金募集し流通もさせる、一般の株式会社の株式や社債と同じ扱いをする、というルールとなっています。

社会医療法人債を巡り厚労省の考えていることの特徴は、医療法人については株式会社参入禁止等の関係で非営利性を求めるけれども、一方で資金調達の手法では市場経済に組み込ませようとい

う発想が強く出ているということです。

**司会** 特に社会医療法人の社債が市場経済に組み込む物で、前の説明があった基金は民医連としても活用できますね。

**岩本** 既にやっていますね。

**根本** むしろ医療機関債や基金は民医連の取り組みを参考にしたのかなと思うくらいですが、規定上の取り扱いが厚労省は厳しい取り扱いにしているので、どう位置づけるかが難しいところです。

**八田** 逆に法律上はそうしなければならないという話ではないのですが、たとえば赤字の場合でも、民医連の場合は、無利息の出資基金を大いに集めるのです。それが厚労省の基準から見れば問題であるといわれるとやばいな、と思うのです。

また社債の問題も、このルールに則って有価証券でやるというのはいいけれど、個別にやっても有利息であるというのは問題だといわれると、医療改革関連法案の関係で民医連がやったことを形の上では真似しているようだけれど、返す刀で民医連の資金調達などを規制することに使ってくる可能性がないかと気になります。

**司会** それは共済問題と同じで、実態はこうであってもイコールフットINGでルールに則ってやりなさいと言うかもしれない。民医連のような非営利・協同の医療機関は中間法人というか、従来の法律ではわりと緩やかに認めてきた法人ですが、これからは白黒ははっきりさせて、非営利で医療法人でも持ち分のないものとはっきりさせると民医連も縛られちゃう可能性はありますね。

**岩本** しかし日本の法律では医療は非営利と定められているのであって、営利・非営利で民医連が違ふということにはならないと思うのですが。

**八田** 公益性の強弱という問題はあります。

**司会** 資金の集め方、特に協同基金のような地域住民や患者から集めるというスタイルは独特であ

って、それは強みである一方、将来的に規制をかけてくる可能性はあると思うのです。

**坂根** ここしばらく前からの医療法人制度の問題なども含めて考えてみると、全部一貫して考えられているかということ、そうでもない。出資額限度法人にしてもわずかの間に変質してくるのだから、いろいろ実態をみて、まずいな、と手を打っている所もある。必ずしも企図しているかどうかははっきりしない。でも、民医連の特定医療法人については社会医療法人の認定を受けるかどうかを考えなければならない。そうするといま言われているとおり、明らかに証券市場かどうかは別にしても地域住民に支持されてというのでないと成り立たない部分があって、民医連と重なる部分が出てくる。規制されるかどうかは別だけれど、この大衆債は何だとなりがねない。彼らが用意しているものとかかなり違ふと評価を受ければ、そのことが問題となる可能性はあるのです。

**司会** いままでやってきたことは、社会医療法人でいうところの社債と同じですよ、ということはどうなのですか？

**八田** いや、しない方がいいのですよ。考え方は金銭消費貸借だから。

**坂根** 社債は証券取引法で規制される世界で、格が違う。

**根本** 民医連のは社債ではなくて、医療機関債に近いです。

**坂根** 民医連のは顔が見える借入なんです。ところが社債になると出し手の顔が見えなくなる。だから会計士のチェックとかが必要になってくる。それが証券市場の概念なんです。いまも会社は1回の発行で5千万円以上の社債募集には会計士の監査が必要になっているのです。

**八田** 社債などの安全性や勝手なことをやらせないという資本に対するコントロールというのを一概には否定できませんが、民医連のやっているい

いわゆる大衆資金、大衆借入とは似て非なるものです。民医連のやってきたような無利息での出資制度、地域協同基金制度、あるいは有利息債というのは、住民が自らの出資、自らの力で医療機関を持つ権利の行使しているわけで、一律にこうしなければならないという規制に対しては戦えるだろうという気はしますね。ちゃんとした契約があって履行されていて、かつ利息だって不当に高くないあるいは無利息だとなると、出資規制法とも全然違う性格でしょう。その辺のところはかなりがんばれるとは思いますが、ただし、悪宣伝するつもりだったら、法律で社会医療法人とかを作ったのだからそちらに則ってやるべきなのに、勝手なことをやっている、という可能性がある、と（笑）。

**岩本** ただ逆によくわからないのは、社債にして流通するということは、投資の価値がある、儲かるということじゃないと意味がないじゃないですか。医療経営なんて構造不況産業で、儲かりっこないのに、こんな制度を作って資金調達の道だと言っても意味がないかなと。ただ、公立病院を建てるときの起債については、自治体による保障があるので銀行が引き受けるのだと思います。

**根本** 当研究所のワーキンググループで自治体病院の経営検討報告書を作った関係で、東京のH市の市民病院の経営研究グループに呼ばれたのですが、H市民病院の病院債を引き受けているのは財政投融资資金でした。病院債は自治体病院の決算書では自己資本に入ってるんですが、その理由は財政投融资資金からの調達だからかと思いました。

**岩本** でも、うちのまわりは全部金融機関だよ？

**坂根** 利回りに寄るのよ、たぶん。自己資本に入れているなら、千葉と同じ。

**八田** えー、現在はまだ許されているはず（笑）。

**坂根** どちらにしても行政の方も市場の方も、儲かるかどうかは別にして、一定の整備を図ろうとしてきている過程だと思います。民医連も山梨以降、整理はしてきたけれど実態には差があって、

もう一度、理屈と実態と手続きとを整理する時期に来ているのかもしれない。またかつて伸びてきたときに集まった、ベースになった人々が高齢化して、相続とかになると、もうやりませんという人もいます。やっぱり活動していないと少しずつ減ってくるんです。

**八田** 大衆資金を集めるときには名目、大義名分がないと出来ないのです。大きな設備投資をするとか、病院や福祉施設を作るとか、名目がないとやりづらい。常時集めると運転資金に使っているのかしらとなってしまいます。一番問題なのは、そういう大きな事業がなくなってきていることなのです。

**司会** 大きな事業というのは、どのくらいの期間で行うのでしょうか。病院立替は30年に1度くらいですか？

**八田** 私のところあたりでは、診療所を作るとか、保健予防センターを作る、老健施設や特養を作るというのはありますが、それでも毎年は出来ない。だいたい2,3年に一度になる。5カ年間の長期計画のうちに2つか3つです。そういうテンポになってくると、また投資規模も100億円収入の所が1回で50億円の事業を行うわけにはいかない。そんなに大きな運動ということではなくて、きめ細かくやらないとうまくいかない。

**坂根** 民医連のガイドラインをこの時期に整理する必要がありますね。

**根本** さきほどの八田さんのお話に続きますが、医療機関債のガイドラインでは更新は認めないとやっているのです。民医連の場合は更新率がおおむね70%程度です。

**八田** 40億円が3年後になくなるようになったら、冗談じゃない、やっていけないですよ。

**坂根** ある法人では来年、償還期限の金額が30億円ですよ。そんなの更新できなければ経営が終わりっちゃう。一応20億円くらいは用意しなければい



けないとは話していますが、簡単じゃない。

八田 そんなときに医療事故でもあってパニックになったら大変です。

ま、今のところは情勢が新しくなったということに対応した民医連のいままでの論点を整理して、内容を新しくするかどうかは別として、検討課題と最低限これだけはということを再確認する必要が、そろそろあるということですね。

うちでは、千葉民医連事業協同組合とって、内部金融があるのです。事業協同組合の方にそれぞれ一定のお金を出して、そこから福祉法人などが事業をやる場合にお金を回す。当然利息がつく。そういう仕組みを全国的に作ったら、非営利的な金融のネットなんて簡単にできるのね。

岩本 そんなことをしないで、一定の実績を作ったら、事業協同組合で商工中金の資金を活用して事業協として金融事業ができるでしょう。

八田 それもやっています。1億円くらい借りてきて事業協でやっています。ところで社会医療法人は、下に株式会社を持つことができるの？

岩本 事業の範囲は広がっているけれど、資本の持ち出しは出来ないんじゃないかな。

## 医療の民営化方式

司会 医療の株式会社化という議論も一部ありますが。

八田 たとえばいくつかの法人が協同出資で介護用品のショップがあるけれど、あれはいいの？

坂根 あれは医科法人が出しているわけじゃないから。ただ世の中の流れはそういうのもあると。規制もいろいろかかってくるから裏表だね。

岩本 だって、非営利を貫徹するために医療法人改革をしたとなっているのだから、ザルや抜け道となることはいいとは言わないね。

坂根 あとは介護等がどうなるかによります。

八田 はっきり言って、いま厚労省のやろうとする社債や基金というのは魅力がなくて、広がりようがないものね。

司会 厚労省の考えている非営利でやろうとするから配当もないし。

八田 もともと福祉行政に関する厚生行政の考え方がそうですね。自分の財産を福祉のために使うお金持ちの慈善が本来だという概念だから。

坂根 広がりという概念ではないね。

八田 そういう意味では民医連運動というのは20世紀ないし21世紀の大衆運動だから、生活協同組合がそういうものを想定して作られてきたというのを医療法人であれ何であれ取り入れてやってきたわけです。

坂根 だから協同の概念の理解が、厚労省にはないのです。非営利はあっても協同はない。

根本 非営利性を徹底する場合、資金を投資して金を儲けるという形を今後の医療法人には認めないと、金が集まらないからどうするんだ、となる。いろいろ頭を絞って社会医療法人債だ基金だアイデアを出してきたけれど、全然魅力がないからおそらくは成り立たないと思う。また一部の民医連の法人に事業協同組合への出資も認めないと行政指導してきた県がありました。協同組合だから、出資配当にしても利用分量配当にしても生協と同じであるのです。非常に形式論理なのですが、事業協同組合は出資配当するから営利だ、というのですよね。

司会 厚労省の考える非営利はアメリカの丸写しで、ヨーロッパのアソシエーションなどを想定していないのですね。協同がない。

坂根 丸写しでもベースとなる他の税制や法制度を一緒に持ってくるのであればそれなりにいると

思うのだけれど、乗っている部分だけを持っていくから困るのです。

岩本 むしろ実効があるのは政治資金なみの寄付控除をする方がよほど実効性がある。医療機関に寄付すれば、まるまる控除するとするならばね。

坂根 社会医療法人なんかはそうできる可能性がある。

八田 そうなれば考えるかな。それでもメリット、デメリットで考える場合、もしいまの出資基金や大衆債を規制されることになるならば、民医連の法人が社会医療法人になるのは危険なことになる。

司会 医療福祉機構についてですが。

八田 あれは医療金融公庫と厚生年金の融資が一体化したものです。

司会 民医連も借りているのですか？

八田 一番最初が坂病院、1967年でした。

坂根 ただ流れは縮小でしょう。

八田 これからの医療機関再編成を本気でして、療養病床を老健にしようと思ったら、一定期間は相当な需要が出ざるをえないですね。

岩本 いまそういっているのでしょうか？療養型を作れと言って建物を作ったばかりで老健にしろというのは大変なので、医療金融公庫が補填したり猶予期間を設けたりしているのでしょうか。

八田 向こうも必死だからね。

岩本 返済期間が20年以上もあるからね。

坂根 あとは市場の側で、いわゆる医療機関コン

サルタントとかどうかは別で、多少、市場のファンドとくっついた人が金と共に支配をしますというのが、民医連ではなくて一般の医療機関では進んでいる。他にPFI方式<sup>2</sup>も公共病院、国公立を中心に進んでいるし、民間でもそういうことが出てきている。

八田 あるけれど、高知市民病院のケースなどは全くうまくいってないですね。だって、建物を建てて、医師と医療管理以外の全部を管理して、そのコストを含めて回収しますという話でしょう。自分の金で建物を建てて運営して真面目にやるの考えると、どっちが得になるかを誰が考えてもわかる話です。行政がさしあたり金を出さないで済むという話なだけ。そもそも、診療材料や経費の管理だけで医者と看護婦の管理権がない経営で、医療の場合はうまくいくわけがない。PFIは医療機関ではムリです。

坂根 同じPFIでも、SPC（特別目的会社）の業務には幅がある。建物からメンテナンスだけまで、自分たちの裁量とそこから得られるものごとをどう考えるかによると思いますね。

司会 いままでやっているところはだいたい地方自治体病院とかでしょうか。

坂根 だから管理そのものを放棄してしまっているということですよ。

司会 H市病院もそうでしょうか。

根本 H市病院は直営ですよ。ただし病床回転率が0.5と非常に低く経営は厳しいです。

八田 機関誌20号でも書かせてもらったけれど、単純に費用科目の構成比率を並べただけで、もう、どう考えても真面目にやっていないなというのが一目瞭然です。そういうところが赤字になってどうしようもありませんので、何とかしてください

2 PFI (Private Finance Initiative: プライベート・ファイナンス・イニシアティブ) とは、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法 (内閣府 PFI ホームページより抜粋)。

PFI という話です。全く管理能力がなくて、薬は高いは、診療材料も何も一般に入れる価格と自治体病院に入れる価格は違うらしいし。自分たちで管理できないんだから、だめですよ。

## ◆非営利・協同の金融ネットワーク

司会 PFI 方式は、イギリスでもダメだという評価ですね。

坂根 市場の中から出てきた発想だから、儲けるということしかないです。

八田 千葉などで試みられているのに、アメリカで流行している IHN (Integrated Healthcare Network)、地域的に経営統合のようにしてまとめて面倒をみましょうというものがあります。市立病院や国保病院が、経営統合して設備投資や診療材料や人事を一体化していこうというものです。千葉では旭中央病院が中心で考えられている。厚生労働省に2、3人、アメリカでこれを勉強してきた人がいて、そのうち一人が千葉に来てやっています。

岩本 山形県立病院と酒田市立病院は、独立行政法人方式での統合という方向で話が進められています。

八田 いろいろな形で公的医療機関が再編成されるなかで、非営利性や医療の公益性はどうなるのかと。

根本 ある地方の自治体病院での指定管理者制度への移行計画を聞いたことがありますが、経営母体は市立病院だけ指定管理者として手を挙げているのが厚生連なんです。市の財政で厚生連の既存病院も含めて建物だけ新築し、一方で現在の市立病院の職員は基本的に切るという構想です。厚生連の人たちだけでやって医者は集めるからとなっているのだけれど、市立病院の労働組合が怒っているのです。

八田 難しいですね。ちらほらと地域住民運動の

方からつぶれそうな公的病院や統廃合の話の中で民医連で引き受けてもらえないのかという話が出ますが、ストレートには出来ないですね。

岩本 今日は資金調達の話の筈ですが、一番手っ取り早いのは、診療報酬を2ヶ月後ではなくて、1ヶ月後に支払ってくれということではないでしょうか。もう電子媒体で保険請求する時代なのだから、2ヶ月も寝かせないでいいのではないかと。いう要求は正当性を持つ話です。

八田 でも千葉県で電算化しているのは20%台だそうですよ。残り7割は紙のレセプト。

岩本 そりゃ紙の所は2ヶ月で、電算化したのは1ヶ月後としたら。

八田 それじゃあ医師会が賛成しないですよ。それより民医連が60年代から要求している8割概算払いをするとか。請求した時点で8割を概算払にする方がいい。

坂根 診療報酬債権融資と似ているじゃないですか。個別じゃ意味がないから、どこかの金融機関がまとめてやってくれば意味がある。どこかの金融機関が、民医連には8掛けで払いますよと。

八田 個々の法人じゃなくて、民医連全体に8掛けでまとめて払うと。これはまたスケールの大きな話ですが。…全体で数百億ですか。すごい話だ。

坂根 個別にやると詰められちゃうから、全体でやればいいということですね。

八田 受け皿の可能性があればできるね。民医連の事業協同組合レベルがあれば、かなりいろんなことが考えられるね。

岩本 いまの共同購入連絡会は、表にでないことを信条としている組織だからそういう任務を担えない。全国規模の事業協同組合なら可能ですよ。

坂根 そうなんです。民医連の質量はそういうこ

となんです。まともればもっとすごい大きな力、金の量だってある。

**岩本** アメリカの非営利病院でも共同仕入れをやって医薬品や治療材料の仕入れの面では営利病院と十分太刀打ちできる条件を築いていると書いてあったし。厚生連の全国規模での事業の中心は共同仕入れだよ。

**坂根** 全日本民医連の全国事業部が出来たら、文化厚生連にも乗らないのかという話を、彼らも簡単にエリアが広がらないのだから、メリットはあるという話をしてきたのだよ、この間。

**八田** ま、そういう話を考え始めると、民医連は運動組織から事業組織に変質するという議論が、でてきて、ずっと私がいた頃からやっている。

**岩本** 本体は指導と運動を中心にして、事業分野での共同は事業連合という工夫をすればいいんだよ。

**司会** イタリアなどでは連合会で政治的ポリシーをやるのとコンソーシアムで事業をするのと、お利口に作っています。二段構えでやればいいのではないかと。

**八田** それに対して私は異論もなく賛成なのだけれど、全体の合意を作るためには、それに対する牽制制度をどう作るかというところで、90%以上変質の心配はありませんという仕組みを作らないといけなんでしょうね。でも出版社は見事に経営してきたわけだから、配当なんて一度もしたことがない出版社。

**坂根** 最後に、民医連の中でお互いに支援をする連帯基金ですが、いまは2億円しか枠がないけれど、これを少しでも拡大しよう。そのこと自体は若干甘くなる取り組みであるけれどね。

**司会** スペインのモンドラゴンなどは、最初から連帯基金が中心なんです。

**八田** モンドラゴンは銀行が中枢なんでしょう？

**坂根** 最初からそうだったのです。ある時、金融機関（労働金庫、CLP）が権限を持った。それで現在は金融機能に限定して、統括機能はモンドラゴンの連合会議みたいなところに分離して、そっちが権限を持つようにした。

**八田** でも政治方針に基づいて、お金を動かすのは信用金庫がやるわけでしょう。

**坂根** 信用金庫は指示されてお金を動かすだけで、指示は連合会議が出すのです。

**八田** つまり中枢になるものを握って、別の政治指導部が更に金融機関を利用すると。

**坂根** しかも民医連みたいな連帯基金が、これ自体がアソシエーションになっているのです。

**岩本** 現実的にはそうじゃないと、合意が得られないじゃないですか。連帯基金も川崎で実際に行使された結果、全国の加盟組織の認識が変わりました。

**坂根** インパクトがあったね。

**八田** たしかに変わった。

**岩本** 実際にやってみてどうだということ、机上でぐちぐち言っているのとでは全然違う。しかも期間内に、各県連からきっちりと入ってきたしね。

**坂根** わずか2億円でも、現地にどう投入するかとかどう使うかとか考えたので良かった。そのことによってだいぶ銀行からもリアクションが出てくるしね。

**八田** その間には周りでいろいろな動揺があるけれどね。それだけのお金が集められたということで銀行の対応が全く変わったというのは、耳原の時と同じです。耳原のときにも1つの銀行にお金が集まって、すっかり相手がビックリしてしまった。

司会 資金調達では、第一には内部のネットワークで連帯基金のようなものを作るのが大事かなと思います。医療法人に関する法律も変わってきていますから、それに対する非営利・協同の医療機

関の理論武装、資金調達に関しても対応をどうするかなどが必要かなと思います。本日はどうもありがとうございました。

(2007年9月28日実施)

## 『「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) PP.12~14より抜粋

### 5. モンドラゴン MCC の現状

MCC グループには218企業(2004年度)が加盟している。事業3部門(工業部門、金融財政部門、流通部門)と開発支援教育部門(製品開発研究所、大学等教育機関)の4つの柱から成り立っている。MCC グループを単なる事業体として見ると、その歴史的形成の経過と現在の全体像を明確に把握することはできない。とりわけ教育の分野は、当初はバスク語を使用するいくつかの小学校教育協同組合グループもモンドラゴングループに加入していたことや、そもそものグループの準備期間ともいえる時期の地域での社会的教育活動が10年以上に渡って取り組まれたということからも重要である。

(省略)

### 6. 労働人民金庫(CLP)の連合的役割

現在、CLPはMCCグループの中では、財政部門という一部門という位置づけになった、と見なされている。確かにその通りであるが、もともとモンドラゴン協同組合はCLPがその中心となってその下に地域単位で協同組合グループが作られていた。それが現在のように部門別編成にMCCが転換したのは、工業分野のヨーロッパ市場の転換に対応することと、なによりもCLPの事業規模が拡大したことによる、と思われる。しかし、その一方、従来のすなわち1986年くらいまでのMCC組織再編以前の構造は依然としてCLPの中に残っているのである。CLPの連合規約に基づき、CLPに加入している協同組合とMCCに加入している協同組合は、大部分が重なるにしても、違った分野の協同組合を含めて両方同時に加入していない協同組合の数も多い。とりわけ、教育協同組合はモンドラゴン大学、技術専門学校を含めて、28がCLPに連合加入している。住宅協同組合も9つ加盟している。すなわち、旧来のモンドラゴン協同組合グループの性格である地域社会におけるネットワークという点で、市場的生産の領域はMCCに特化し、その他の部分は相変わらずCLPとの連合領域として継続させていると見ることができる。CLPの利益のうち教育振興基金の用途の大半は地域コミュニティ発展のために教育協同組合、文化活動などに使われる。

確かに現在ではCLPに連合する協同組合からの預金高比率は5%程度にすぎない。しかし、CLPから加盟協同組合に対する貸付金は、内部優遇利質の適用(一般企業に比べて1.7ポイント低い)もあり、預金に比べると相対的に多い(ただし、一般企業への貸し付け総額に比べると約5分の1、すなわち企業貸し付けの20%程度が協同組合に)。CLPの誕生はもともと協同組合への資金調達であったのであり、協同組合の自己資金調達化とCLPの規模拡大によって、貸し付けの比重は低下しても、CLPの協同組合資金調達機関としての性格は当然ながら現在も持続しているといえる。