

医療・福祉経営が直面している課題

Recent Management of Hospitals and Welfare Facilities in Japan

野村 秀和*
Hidekazu NOMURA

目次

はじめに

- 1 今日の政策の焦点——社会保障制度
- 2 医療・福祉事業の経営構造
 - 医療収益の低下と介護福祉事業の増大
 - 複合体（統合システム）の形態
 - 人件費比率の高さ
- 3 医療・福祉経営の管理
 - 東京健和会グループの事例
 - 北海道勤労者医療協議会の事例
- 4 企業内採算分析からの離陸
- 5 地域のいのちと暮らしの拠点を守り、発展させる課題
 - コミュニティ（地域）の信頼
 - 労使の緊張関係の中での相互理解

キー・ワード

aging society, high labor costs, low net surplus, community care,
integrated delivery system, structure of health care business, reduction of labor costs,
labor union, medical insurance system,

* 日本福祉大学大学院情報・経営開発研究科教授

はじめに

本稿の課題は、医療・福祉経営が現在直面している課題を明らかにすることである。

この課題を検討するには、まず、史的背景を見ておく必要がある。その一つは、急速な高齢化である。このため、2000年には、高齢者福祉のための介護保険制度が導入されている。もう一つは、バブル経済の崩壊後のデフレ不況が、10年以上も続いている影響である。このため、行政の財政能力は極度に疲弊し、社会保障などの施策のための財源がきわめて不安定かつ削減を余儀なくされている。また、企業は、不況の下、労働者への犠牲転嫁であるリストラ策以外に有力な打開策を見出せず、ここでも企業による社会貢献は、後退の一途を辿っている。ようやく、リストラの効果によって、黒字幅を増やす企業も出てきたが、増収という企業活力強化の定着は、一部を除いてまだまだの状況である。

こうした大状況の中で実施された衆議院解散による総選挙は、民主党の「マニフェスト」による政策提起が自民党をも巻き込み、そこでの争点となる公約は、年金・医療・福祉という社会保障制度の再構築をめぐる政策が、その財源問題も含めて、トップに位置付けられたのであった。

高齢時代を迎えて、高齢者医療費を頂点とする国民医療費の増大に対して、厚生労働省の他、経済界をも含めて、歯止めをかけようとする政策が、ますます強められようとしている。それは、医療保険や介護保険の見直し改訂政策の中に、露骨に示され、後期高齢者への保険負担の追加を求める案まで検討される状況である。

医療経営は、医療保険制度の度重なる改悪の中で、診療報酬の切り下げ、保険者への負担増加による受診抑制が強まり、医業収益は、前年比横ばいから低減の方向へと「梶」を切り始めた。そのため、医療経営は、医業収益の落ち込みを埋める為に、介護福祉事業へのシフトを強めることになった。このように、福祉事業の伸張によって、事業収益総額の落ち込みをカバーするという対応が全国的に広がってきたのである。保健・医療・福祉複合体経営が、全国的に広がり、定着してきたのは、こうした医療保険制度の度重なる後退がもたらした当然の成り行きといえよう。

しかし、事態は、これによって解決されないほど深刻である。医療・福祉経営の特徴的な経営構造は、人件費比率の高さである。地域差や法人による差異があるのだが、事業収益の50%台から60%台の人件費比率が普通の状況なのである。この高い人件費比率に対し、ネットの剰余(利益)は、1%台から2%台であり、赤字転落事業体も増加している。この現状から、人件費削減の取組みを、制度や情勢の推移を先取りした経営幹部たちは、既に、数年前から意識的に提起していた。このような取組みは、今日では、当たり前前の状況として、広く展開されているといえよう。

人件費削減をめぐる問題は、労使関係に大きな影響を与える。地域医療・福祉で先進的な活動に取組んできた民主的な事業体は、とりわけ、労使間の相互理解の課題に直面しているといえよう。現在の医療・福祉をめぐる政府・厚生労働省の厳しい制度見直しに対し、経営を守る課題の重要性を労組側は、総論として理解していても、経営側から提起される人件費削減提案を無条件

で受け入れることは出来ないからである。

地域におけるいのちとくらしを守る拠点としての医療・福祉経営での労使の相互理解の課題は、今日の医療・福祉事業が、地域の住民の信頼の中でその役割を効果的に果たして行く為には、避けては通れないのである。こうした認識に立って、50年の企業分析の蓄積を土台に、労組側と経営側への提言としての研究を、本稿は課題として自覚している。

1 今日の政策の焦点——社会保障制度

2003年度版の厚生労働白書は、医療費の動向を「近年、国民医療費は経済（国民所得）の伸びを上回って伸びており、国民所得の約8%を占めるに至っている。中でも国民医療費の3分の1を占める老人医療費の伸びが著しいものとなっている。」(p. 269)と書いている。医療費の増加に歯止めをかけたい政府は、医療制度改革の経過を、この白書の中で次のように述べている。

「医療制度改革については、1997（平成9）年以降、薬価制度の見直しによる薬価差の縮小、包括化の推進など診療報酬体系の見直し、病床区分の見直し等を行う医療法の改正、高齢者の定率1割負担の導入等を行う健康保険法等の改正など、着実に改革が進められてきたが、医療をとりまく環境が大きく変化するとともに医療保険財政が厳しい状況となる中で、持続可能な制度としていくためには、更なる改革を実現することが必要となっていた。」(p. 270)。

こうした中で、2002年度には、診療報酬・薬価等のマイナス2.7%の改定を実施したのである。さらに、2003年4月より、医療保険の本人3割負担が実施され、患者側の受診抑制は一段と強まり、医業収益の落ち込みを決定的とした。

しかし、さらに厳しい事態が目の前に迫っているのである。雑誌『フェイズ・スリー』（2003.12.）によれば、財務省主計局厚生労働第3係（医療）主査・主計官補佐 宇波弘貴氏が、スペシャル・インタビューで、2004年度診療報酬改定について「マイナス改定は不可避」として、以下の様に述べているのである。

「医療保険制度については、2002年度に大きな改革があったわけですが、今後も高齢化の進展によりさらなる医療費の増大が予測されているわけです。その一方で、少子化は進み若者の数は減っていく。これに経済の低迷なども合まって、保険料・税収の伸びについては、今後あまり期待できないと見こまれています。厚生労働省の推計でも、医療費は毎年約4%程度伸びていく一方、国民経済の伸長は2%と予測されていますから、保険料率や税率を上げなければ、その乖離はどんどん広がっていくんですね。……こうした状況を勘案すれば、次期診療報酬改定についても、マイナスという方向性は避けられないのではないかと考えています」(pp. 16-17)。

2004年4月に予定されている診療報酬のマイナス改定は、医療経営にさらに大きなダメージを与えることになることは明らかであろう。こうした事態のなかで、医療機関の側からは強い反

撥が広がったのである。そして、そのような動きを反映して、「日本医師会会長」には、大阪府医師会の植松氏が選出されることになった。マイナス改定は必至と見られていたにもかかわらず、結果として、2004年の診療報酬の改定は、中医協において、プラスマイナスゼロとされたのである。2006年度には、診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されているのであるが、このことは、今後2年間は、保険報酬は現状維持で推移することを意味するので、危機意識を募らせていた医療・福祉経営の現場は、胸をなでおろしている状態がみられるのである。束の間の休戦期間に経営体質を強めることができるかどうか問われることになるであろう。

介護保険制度についても、厚生労働白書は次のように触れている。すなわち、「2000（平成12）年4月より、介護保険制度が開始されたところであるが、これまでの間、在宅サービスを中心に利用者やサービス量が大幅に増加し、全体としてはおおむね順調に実施されてきたところである。」（p. 252）と評価した上で、2003年4月の見直しで、新しい介護保険事業計画の策定により、各サービス事業者に支払われる介護報酬の見直しが行われたのである。この結果、「改定率については、保険料の上昇幅をできる限り抑制する見地から引き下げを行う一方、必要な介護サービスの確保と質の向上を図るという観点から、所要の財源も確保することとし、全体としては2.3%のマイナス改定としつつも、在宅分は平均で0.1%のプラス改定を行った。なお、施設分は平均で4.0%のマイナス改定としたところである。」（p. 253）と書いている。施設福祉の報酬の切り下げと在宅福祉への誘導が意図されていることが分かるであろう。

2 医療・福祉事業の経営構造

1でも述べているが、医療保険制度の改悪は、医業収益を連続的に低下させている。このような状況について『全国保険医新聞』（2003年10月15日号）は以下のように報じている。

「9月29日、厚生労働省保険局は、『最近の医療費の動向』の03年度4、5月分のデータを発表した。これによると、被用者本人の総医療費は対前年度同月比で、4月マイナス4.2%、5月マイナス5.1%と連続で減少していることが明らかになった。

また、一人当たり医療費では、被用者本人（70歳未満）では4-5月平均で入院マイナス4.3%、入院外マイナス3.4%、歯科マイナス3.4%といずれも大きく減少している。また、受診率も、4-5月平均で被用者本人は、入院マイナス4.5%、入院外マイナス2.2%、歯科マイナス0.3%と減少している。これに対し被用者家族（70歳未満）では、入院外は1.6%、歯科は1.0%と伸びているが、4月以降負担が増えた入院だけはマイナス0.5%となっており、健保三割負担により受診が抑制されていることは明らかである。

健保本人の医療費が落ち込んだことにより、医療機関1施設当たり医療費も4、5月平均で医科診療所マイナス2.6%、歯科診療所マイナス3.9%と減少した。

2002年4月には診療報酬引き下げにより医療費が減少しており、2003年度は患者負担増によるマイナスがそれに加わったかたち。診療報酬マイナス改定以前の01年度との比較では、1

第1表 損益状況の5年間推移（全法人合計）

	1998年		1999年		2000年		2001年		2002年度総計	
	171法人	構成比	169法人	構成比	159法人	構成比	162法人	構成比	164法人	構成比
入院	240,561,193	49.2	241,895,770	48.5	237,211,003	45.9	239,002,274	45.1	233,737,881	44.7
外来	229,024,368	46.8	234,819,174	47.1	217,272,450	42.1	220,033,208	41.5	207,863,637	39.8
その他	19,689,718	4.0	21,953,812	4.4	17,871,386	3.5	18,750,768	3.5	19,915,364	3.8
医業収益	489,275,279	100.0	498,668,756	100.0	472,354,839	91.5	477,786,250	90.1	461,516,882	88.4
介護収益		0.0		0.0	43,037,803	8.3	51,732,362	9.8	59,943,580	11.5
その他		0.0		0.0	884,868	0.2	872,569	0.2	891,250	0.2
事業収益(千円)	489,275,279	100.0	498,668,756	100.0	516,277,510	100.0	530,391,181	100.0	522,351,712	100.0
人件費	282,321,941	57.7	291,512,416	58.5	305,613,700	59.2	315,197,770	59.4	314,527,764	60.2
材料費	109,430,773	22.4	106,975,550	21.5	104,729,926	20.3	103,900,237	19.6	101,030,410	19.3
経費	60,158,234	12.3	62,358,168	12.5	65,696,150	12.7	69,723,349	13.1	69,280,346	13.3
リース	4,414,008	0.9	4,517,968	0.9	4,686,758	0.9	4,788,849	0.9	4,703,290	0.9
減価償却費	21,198,860	4.3	21,411,543	4.3	21,916,944	4.2	23,923,442	4.5	23,795,251	4.6
事業費用	477,523,816	97.6	486,775,645	97.6	502,643,478	97.4	517,533,646	97.6	513,337,061	98.3
事業利益	11,751,463	2.4	11,893,111	2.4	13,634,032	2.6	12,857,535	2.4	9,014,651	1.7
事業外収益	6,545,663	1.3	6,523,263	1.3	5,937,895	1.2	6,283,477	1.2	6,398,862	1.2
事業外費用	9,303,942	1.9	9,326,004	1.9	8,574,208	1.7	8,599,627	1.6	8,460,430	1.6
(支払利息)	6,088,501	1.2	5,837,505	1.2	5,652,495	1.1	5,683,886	1.1	5,564,120	1.1
経常利益	8,993,184	1.8	9,090,370	1.8	10,997,719	2.1	10,541,385	2.0	6,953,083	1.3

* 年度途中開業・規模変更法人を含む

施設当り医療費は、医科診療所、歯科診療所とも、1割以上もの減少となった。」

医業収益の落ち込みは、医療経営が、介護福祉事業へシフトすることを促進することになる。

第1表を見ていただきたい。この資料は、全日本民主医療機関連合会（民医連）所属の全法人合計の経営資料である。

医業収益の低下と介護福祉事業の増大

5年間の推移をみると、法人数の変動があるので正確には分析できないが、2002年度の医業収益の落ち込みは、入院、外来ともに大きい。介護事業収益が登場するのは2000年度からであるが、それ以後着実に増加を示している。また、事業収益に占める介護収益の比率も高まっており、医業収益の低下傾向に対し、介護福祉事業への傾斜が明確に読み取れるであろう。

なお、事業収益総額が、2001年度対比で2002年度が減少している現状は、法人数の増加を考えると、事態の深刻さを示す数値といえよう。2003年度の上期の速報データによれば、2003年4月から実施された医療保険本人3割負担の影響を受けて、この傾向はさらに強まっているのである。

なお、この数値は、全法人の合計数値である。したがって、個別法人ごとにみえていくと、先見

性を持つ経営幹部に引率されている院・所では、もっと著しい傾向を示す数値として、介護福祉事業へのシフトが見られることはいうまでもない。民医連が、介護福祉事業に本格的に乗り出してきた2000年度には、「保健・医療・福祉複合体」は、地方の個人病院を中心に、既に、ほぼ全国的に定着していたのである（二木 立『保健・医療・福祉複合体』医学書院 1998）。

複合体（統合システム）の形態

高齢者介護の性格からみて、体調の不安定さを考慮すると、医療機関との連携は決定的に重要である。また、資本蓄積の水準や経営ノウハウの諸点からみても、一定の力量を有する病院が主導的な位置にあることは間違いない。したがって、医療機関が実施する介護福祉事業へのシフトは、別法人としての社会福祉法人を設立し、そこが特養や老健などを運営するところまで発展するのに、それほど時間はかからなかった。医療機関の資金で設立された社会福祉法人は、制度上、院長と理事長を同一人のドクターが兼任する所有型複合体となる。介護保険制度発足の2000年の前の段階で、すでに陣取り合戦の第1段階は終了していたというのが、筆者の調査から得た感想である。

所有型複合体は、サービスの質が良ければ、医療と福祉の連携がきめ細かくしかも、即座に実施できる長所を持ち、入院日数の短縮など保険点数上のメリットを実現できる。しかし、影の部分として、患者の困り込みが指摘されている。この意味するところは、地域に存在する医療・福祉事業体との連携志向が弱く、サービス事業を自己グループ内で完結させることになり、改革の契機が弱くなるのである。

社会福祉法人は、資本蓄積や経営ノウハウで医療機関に比べて一般に遅れているので、社会福祉法人をコアとした複合体は一般的な存在ではない。しかも、行政による許認可規制の下で運営されるので、その経験を有する医療機関を凌駕することは難しいのである。

また、介護保険制度の発足後は、ベッド数規制に典型化されるように、自由な施設拡大は、地域の事情にもよるが、難しくなっている。このような事情の中で、所有型ではなく、地域に存在する医療機関や福祉施設との提携型統合システムが模索され始めている。所有型に比べて統制力は弱く、緩やかな連携ではあるが、地域ニーズを実現するこの種のネットワークは、後発の医療機関や社会福祉法人にとって、生き残りをかけた事業展開となっている。

県レベルで実施される地域福祉支援計画の中に位置づけられれば、地域の中で一定の役割を担う可能性を有するのである。

人件費比率の高さ

経営構造の特徴として、もう一つ重要なことは、事業収益に対する人件費比率の高さである。付加価値の高いサービス業であることから当然のことではあるが、50%後半から60%台に達している。しかも、年度が新しくなるにしたがい、この比率は上昇しているのである。

東京など地域の事情で人件費率が高くなっている場合もあるが、医師や看護師など専門職とい

うことから高くなるのである。これとの対比で、事業収益に対する経常利益率をみると、1%台から2%台にすぎない。個別法人ごとの差異も著しいが、全体状況としての低い数値は、人件費管理が有効に実施されるならば、安定した利益率を確保することはそれほど難しいことではないことを物語っているといえよう。医療・福祉事業体での経営管理の要は、まさに人件費管理であるのである。

これらの方策は、直接、人件費の削減という形をとる場合もあれば、アウトソーシングの拡大などの形をとることもある。施設のリニューアルがこうした人件費管理の具体化の契機となることは多いのである。

3 医療・福祉経営の管理

東京健和会グループの事例

2002年4月の診療報酬の「改定」を前に、2002年2月26日、経営側は、職員全員集会で「2002年度の予算・活動方針の具体化にむけて」の文書を配布し、「一步後退、二歩前進」を期した長期計画案の全職員討議を呼びかけた。

この文書の中で、診療報酬の「改定」は、2.7%のマイナスといているが、4%前後のマイナスが見込まれ、年間5億円を越える赤字の危機になるという情勢の厳しさを指摘した上で、予算づくりの基本方針の中で、8点の対策を提起した。その5番目に、人件費についてを挙げ、「人件費総額の抑制も避けられない。労働組合との協議を重視する。労組に提起している、定昇凍結、指定週休方式、8時間労働制、諸手当・加算の見直しなどについて、優先順位を決めて協議する」として、人件費削減提案を公式に提起したのである。

北海道勤労者医療協議会の事例

北海道勤医協理事会は、2002年9月25日に「経営危機を打開する賃金体系の改定について」の文書を発表した。

この提案の性格を素直に表しているのが、「在職職員の激変緩和措置」の説明であろう。

すなわち「号俸改定によってすべての職員が賃下げとなりますが、2002年度に在職する職員について、下記の激変緩和措置を行います。

10%を超える引き下げとなる職員への緩和措置

新号俸によって、現在の額との実際の差がおおむね10%を超える職員は、単年度の引き下げを10%をめどとした『特別号俸』を適用します。この特別号俸から、基本的には03年度より3年間で新号俸へ移行することとします。

『勤続給』、『本給加算』等の廃止の緩和措置

現在在籍職員の『勤続給』は、02年度現在の金額を固定し、『旧勤続給』の名称で『手当』として固定支給します。」

これによって分かることは、一律10%の賃金切下げ提案ということである。

北海道勤医協労働組合本部執行委員会は、2002年11月7日付けで「理事会の賃金体系改定案を批判する」という文書を発表した。その中で「労働組合は、申し入れのあった直後に、書記長のコメントを発表しました。このコメントでは、『改定案』の基本的な性格、すなわち『理事会の「改定案」は賃金体系の改定とは言うものの、その中身は大幅な賃下げ提案であり、退職金の大幅な引下げ』にほかならないこと、『「経営危機」の脱却どころか、ゆるぎない経営をめざすものとさえ言えるもの』であることを指摘しました」と述べている。

人件費削減をめぐる経営側からの提起は、ここで述べた事例だけでなく、例えば、名古屋の「南医療生協」などでも提起され、労使折衝が続いているように、全国的に広がっているというのが現状といえよう。

4 企業内採算分析からの離陸

1962年に創刊された雑誌『経済』は、関東会計研に属する有志グループと関西の研究者グループ（私も参加しており、会計の研究者だけでなく経済学関係を含んでいた）に、独占分析研究会の名前で「経営分析」の紙面を提供していた。関東と関西は、お互いに方法論の違いを意識しながら研究成果を発表していた。分析方法論の手探りの中で、関西のわれわれは、1966年4月号に「武田薬品工業」の分析を掲載した。長い長い徹夜に近い討議と検討、現場労働者との交流を通じ、分析の方法論を確立したという思いを、当時のメンバーは共有することが出来たのである。それは、モノ取りの企業内採算分析への訣別であり、会計データの経済学的解析とその活用という新しい視野の確立であった。

参考までに、「武田」の章別構成を紹介しておこう。

- 「 武田薬品における資本蓄積の実態
 - 一 資本蓄積の特徴
 - A 急激な資本蓄積の実態
 - B 資本蓄積の源泉
 - 二 武田労働者に対する搾取と支配
 - A 武田労働者の無権利状態
 - B 労働強化とその結果
 - 三 人民各層からの収奪
 - A 押し込み販売
 - B 問屋、小売店の系列強化と独占価格
 - C 健康保険制度への寄生

武田資本の蓄積を支えた社会的諸条件

- 一 「合理化」のもとでの疲労のまんえん
 - A 労働災害の続発
 - B 労働過重と医薬品
- 二 国家独占資本主義による健康破壊——厚生省の役割
 - A 「国民皆保険」の本質
 - B 製薬資本と「薬事審議会」
- 三 追加的健康破壊——製薬資本の腐朽性
 - 結び・製薬資本の危機とその帰結
 - 一 めきさしならぬ過剰生産
 - 二 製薬資本の海外進出と侵略戦争

「武田」の分析について、当時、関東側からは、これは武田の経営分析ではなく、製薬業界分析であるという批判を頂いたが、われわれは、分析は企業内労使の闘いという狭い枠組の中に閉じ込めるのではなく、これだけの広がりの中で「武田」を分析しなければ、製薬資本の高蓄積とその腐朽性に対する戦いの国民的広がりを提起することは出来ないという思いがあったのである。このような分析姿勢と分析方法論は、40年近くの歳月が経過した現在でも、本稿の課題である医療・福祉経営とりわけ民主的機関運営を志向するこれらの経営の現状認識と今日的課題を研究する上で、十分に活用できるという自負を持つのである。

この分析の経験を通じて、「経営分析」という用語に代えて、「企業分析」という用語を意識的に使用することになる。その理論的主張の集大成として、1972年5月号の『経済』に、「企業分析方法論の批判的検討とその展開」を世に問うたのである。

さらに、理論的な問題提起として、企業分析の主たる目的は独占大企業の資本蓄積を会計指標として具体的に捉えることであるので、当時からの論争相手である法政大の角瀬教授に対する意見として、「内部留保分析批判——角瀬教授の批判に答えて」（京大『経済論叢』1983年12月号）を書いている。

5 地域のいのちと暮らしの拠点を守り、発展させる課題

コミュニティ（地域）の信頼

高齢社会は、大都会を若者の街に変えるが、その反対の極であるローカルな地域は高齢化率を高め、お年寄りのタウンとなる。高齢者の概念も変化しており、今では、60代は高齢者としての自覚は少ない。過疎の進む農漁村や中山間地帯では、元気に働いている80代、90代が、コミュニティの担い手なのである。

しかし、元気なお年寄りも、ちょっとしたことで体調を崩す可能性を抱えており、健康不安に対するサポートシステムには、強い関心と要求を持っている。この種のサポートシステムは、お

年寄り本人に加えて、離れて暮らす家族に大きな安心感を与える。ローカルコミュニティの自治体行政は、このような医療・福祉にかかわるサポートシステムを支えることが日常の仕事でもある。このような視点で大都會の下町の住宅街を見直してみると、ひっそりと暮らす多くのお年寄りの姿が見えてくる。健康不安の思いはここでも同じなのである。

財政難と人手不足に悩む現場行政は、善意ではあっても、これらの不安解決に対処出来るわけではない。コミュニティの中に存在する医療・福祉経営は、地域のいのちと暮らしを守る砦としての役割を担っているのである。

既に述べてきたように、医療・福祉事業は、保険制度の後退により、厳しい経営を強いられている。人件費削減という「大手術」をやむを得ず執行しているのが今の実情である。人に対する木目こまかなサービス事業であることを考えると、職員の機械的な人べらしは、単純には、サービスを受ける人々にとっては、サービスの質と量の低下を意味する。こうした事態に対処するために、ボランティア組織を広げ、そのエネルギーによって、医療・福祉事業を支えることが追求されるようになった。このようなボランティア労働力の導入が継続的、組織的になると、責任を明確にするためにも、無償から有償のボランティアというように変容することになる。

ボランティア労働は、経営にとって、低コストのメリットを有するが、患者やその家族に近い視点でサービスを提供するという意味では、専門職の正規職員よりも、患者にとっては親しみの持てる相手でもある。かつて、大病を患った経験を持つベテランボランティアは、病院内のデメリット情報に詳しい。デメリット情報を知ること、かえって安心する患者や家族も多いことから、病院への信頼を高める効果もあるのである。

ケアの質を維持しながら、コスト増を回避する手段の一つとして、医療・福祉経営では、従来からボランティアの組織化を強めてきた。しかし、税務当局は、有償ボランティア労働は請負業に該当するとして、その報酬に課税してきたのである。この課税は、ボランティア活動を理解していないとして、千葉県「流山ユー・アイネット」(さわやか福祉財団)が、課税取り消しを求めた訴訟の判決が2004年4月2日に千葉地裁であり、NPO法人流山ユー・アイネットが敗訴したのである。

介護ボランティアの「助け合い事業」が請負業とみなされると、有償ボランティアは、最低賃金法第5条違反、「ふれあい切符」による支払は現金支払原則違反、給与支払者としての源泉徴収義務違反、労働者派遣事業法違反、などとされ、善意のNPOボランティア活動が全面的に否定される惧れが出てきたのである。もし、この判決が定着するとなると、医療・福祉分野での有償サービスボランティア事業が壊滅的な打撃を受けることになり、医療・福祉経営にさらなる追い討ちの打撃をもたらすことが予想されるのである。

労使の緊張関係の中での相互理解

医療・福祉をめぐる環境や情勢の動き、さらに国などの制度改訂の方向などについて、経営責任を有する幹部集団の先見性と責任の自覚が何よりも大切である。その場合に、医療・福祉の統

合システム全体の資源を有効活用し、潜在的な力を効果的に発揮させるような事業執行が求められる。客観的な経営数値による現状把握は当然のことであるが、コミュニティに責任を持つというミッションを運動として提起するようなロマンもリーダーには求められよう。最近では、現場の医師が、経営・会計の勉強を強め、病院経営を論ずる著書を刊行した事例を知る機会を経験した。二木 立教授と一緒に調査で訪問した病院で、院長先生が得意満面で本人を呼び出し、本人から直接に頂いた本である。

「洛和会音羽病院 総合診療科部長 角田 誠『やさしく読める病院けいはい』日総研出版 2002年」がその本である。

医療・福祉事業は、既に述べたとおり、人件費削減をめくっているいろいろな動きがある。今まで、コスト管理の対象からは、直接には外されていた医師層に対しても、プライドを傷つけないような配慮をして、情報提供という形で、医師の経営への貢献度を知らせるようなことも始められている。専門職として、また、熟練技術者として労働組合運動の中心的担い手でもある看護師は、患者と経営との狭間で、労働密度の強化がしわ寄せされている職種である。この層の経営に対する信頼は、職場の団結の基礎ともなるので重視されているが、一定の賃金水準を確保していることもあって、カットの主たる対象となっている。

アウトソーシングの導入が、労働現場に微妙な差別をもたらし、雇用形態の多様化は職場の団結を弱めることにつながる。この隙間を埋めて、職場の団結を守り、離職者を増やさないことで労務体制の強化に貢献できるのは、労組の役割でもある。リストラのもっとも徹底した対象は、事務職であろう。部下を持たない中間管理職が「よろず屋」として活用されている。経営戦略を数値を土台に、全体を見ながら、情勢を先読みし、常勤に対する情報提供と企画提案を、スタッフとして練り上げる訓練は、少数精鋭の幹部育成のプロセスそのものであろう。

福祉事業へのシフトは、収益の増加だけでなく、ヘルパー労働力が、パートや派遣の形態を取り、これが高い剰余を生み出すことになる。介護保険制度によって有力な事業部門に成長してきた介護福祉事業は、低コスト労働力の犠牲の上に高利益を確保するという構造的な弱点を抱えていることを自覚しておかなければならない。それほど遠くない将来には、このような低コスト労働力の条件は無くなると予想されるからである。経営としては、将来の経営計画の中に、この点を織り込んでおく必要があるのである。

さらに、地域におけるクライアントの拡大による信頼の広がりには、経営の安定に結びついてくることが、その場合、現在のクライアントである患者やその家族だけでなく、高齢化しつつある地域住民のニーズである健康不安に対するサービス事業の展開が戦略的に重要となってくる。施設をベースとした健康予防活動や健康相談をもっと重視すべきであろう。それに加えて、在宅介護や在宅看護によるコミュニティへの訪問活動は、ご近所の人達との接点を広げる大切なチャンスとなる。今すぐに、事業収益の改善に結びつかなくとも、このような取組みは、コミュニティの中での医療・福祉事業の担い手としての信頼を強めることになるのである。そのために、通常業務の効率を高め、そこでの剰余を、こうした分野での活動資金財源として活用することが必要なの

である。

高度先端医療を担う大学病院と違い、地域でのいのちと暮らしを守る拠点病院・診療所としての立場を自覚するならば、コミュニティの中での地位を高めるための多様な取り組みが必要となる。保険制度が現行制度上、そのような取り組みを認めていないことを理由に事業としての展開を閉ざすことは、地域のいのちと暮らしを守る砦としての任務と誇りを放棄することを意味する。健康増進と予防の取り組みを保険制度としても保障させる運動を地域の住民とともに広げながら、非営利事業体の経営効率を高めることで、自力財源を捻出し、地域ニーズに応えていく事は、中期的将来展望としては、不可欠な課題となる

ここで決定的な問題は、労使間の相互理解と協同であろう。企業内効率を高めて得た自主財源を呼び水にして、一定の取り組みの広がりを組織できれば、地域からの寄付やボランティア参加の波を広げる可能性を生み出すことになる。

地域パワーの正確な把握、経営内採算や投資計画などの基礎となる会計データによる労使の相互理解、これからさらに改悪されるであろう医療・福祉制度の予測とそれに対する戦略的運動の組織化そして経営としての戦術的な取り組み、そこでは一步後退、二歩前進を含む妥協と柔軟な対応など、足元の経営実態と経営が組織している潜在的資源の総結集が必要となる。

戦略的提起は、今日の情勢をどう見るかによって、その内容が決まってくるが、戦術的な取り組みは、個別具体的な事業体のケースに応じて、経営側からの提案と労働側からの修正による対案のすり合わせから始まる。そして、時期に応じた方針を協同で創り上げることとなる。情勢や地域住民のニーズによって、朝令暮改を気にせず、アクションプランを練り上げていくことが大切となる。

ここで提起した企業採算内人件費削減の課題は、政治・経済の大きな枠組の変化がない限り、中期的に政府の「構造改革」に対決する形で継続するであろう。いずれにしても、先送りできるものではない。したがって、この課題を正面に据え、相互理解を深めなければならない。時には経営側の責任でプランを執行することもありうるし、労組側としては、反対の立場を明かにして、経営側の執行を実力で止めることはしないという妥協もありうる。こうした柔軟な相互理解の内容は、今までの労使関係や経営の現状、競合企業との関係、地元自治体の政治姿勢などの影響により、個性的で多様性を持つことになる。