

# 地域福祉の担い手の形成条件に関する一考察 ～南医療生活協同組合の実践から～

Conditions for Increased Participation of Local Welfare Service Actors: Activities of the Minami Southern Medical Health Co-op in Aichi Prefecture

家族と企業に多くを依った従来の日本型セーフティネットが行き詰まりを示す中、地域社会における支え合いの重要性はますます高まりつつある。都市部における孤立化や、地方部における過疎高齢化の進展、あるいは政府部門による課題解決の限界という状況の中で、あらゆる地域において、地域福祉の担い手を自然な形で増やしていくことは喫緊の課題と言えよう。

本論では、愛知県を中心に活動する南医療生活協同組合の実践を通じて、地域において、民により担われ、形作られていく地域福祉の担い手の形成過程をみてゆく。これを通じて、地域社会において困難に直面している人々の暮らしの課題解決に向けて、自ら積極的にコミットメントしようとする地域福祉の担い手をどう育ていけるのか、その際に求められるポイントは何であるのか、分析する。

結語では、主体性のある地域福祉の担い手形成のためには、①協議の場への参加、②イニシアチブの移譲と意思決定層への登用、③身近な社会課題の気づきを得る機会の創出と、解決に向けた具体的なアクションの積み重ね、の3点が重要であることを述べる。この3つの条件により、地域福祉の担い手は、「自らこそが暮らしに困難を抱える身近な人々の課題を解決する主体である」、という認識を醸成していくと考えられる。

キーワード： 担い手形成、セーフティネット、支えあい、医療生協

The Japanese-style social safety net relies heavily on families and companies, and as its limitations become apparent, the importance of mutual support systems in local communities is increasing. In the face of various problems, including social isolation in urban areas, depopulation and aging populations in rural areas, and limits of the government sector in problem-solving, local communities must urgently increase the number of local welfare service actors naturally. From observations of the activities of the Minami Medical Health Co-op in Aichi Prefecture, this paper examines the process of promoting the participation of local welfare service actors, who are local residents helping to provide welfare services. With a focus on problem-solving for people facing difficulties in their local community, analysis is conducted to answer two questions: how to support highly committed people in becoming local welfare service actors and what factors are important in doing so. This paper reaches the conclusion that there are three key factors in increasing the number of proactive local welfare service actors: (1) residents' participation in relevant meetings, (2) transfer of initiatives and assignment of decision-making positions, and (3) creation of opportunities to recognize local-level social issues and implementation of concrete actions aimed at problem-solving. These factors are considered to promote recognition that local welfare service actors proactively solve problems for neighborhood residents who face difficulties in their lives.

Keywords: local service actors, safety net, mutual support, medical co-op



## 1 | はじめに

本論では、愛知県名古屋市南部、知多半島全域、三河地域の一部を中心に活動する南医療生活協同組合（以下、南医療生協と略記）の実践を取り上げ、地域において、民により担われ、形作られていく地域福祉の担い手の形成過程をみてゆく。これを通じて、地域社会において困難に直面している人々の暮らしの課題解決に向けて自ら積極的にコミットメントしようとする地域福祉の担い手をどう育てていくのか、その際に求められるポイントは何かであるのか、分析を行う。

近年のわが国における社会的格差と貧困の拡大は、家族と企業に多くを依った日本型セーフティネットの行き詰まりを示している。不安定雇用の増大や雇用形態の多様化、失業率の向上、世帯構造・家族構成の変化と多様化が進む中で、家族・職場における従来の相互扶助には限界が生まれている。しかし社会の多様化が進む中で、政府部門が社会のニーズにきめ細かく対応することは難しく、また対応はおろかニーズそのものをそもそも把握することが難しいのが現状だと言える。

こうした社会背景の中で、地域社会において、日々の暮らしの中から自然に当事者のSOSやニーズをつかみ、当事者性を持って課題解決に取り組む地域福祉の担い手を自然な形で増やしていくことは、大変重要な課題である。一方で、このことは、都市部においても地方部においても、大変難しい課題だといえる。高度成長期以降の長期にわたり継続した地方部から都市部への人口移動の結果、現役世代はもちろん引退世帯ですら地域的なつながりは希薄になっている。逆に地方部においてはそもそも人口減少や高齢化率の上昇がかつてないスピードで進み、地域での暮らしを維持することそのものが大変難しい状況にある。こうした中では、地域に住み続けるうえでの日常的な生活課題を、日常的な情報交換の中で、自主的・自発的にどう解決していくか、そしてそうした行動に主体的に取り組む当事者が、どの程度地域に層として存在しているかが問われると言える。

本論では、こうした問題意識に基づき、南医療生協の実践を取り上げる。論述においては、まず南医療生協の概略として、事業や組織構造の概要、設立における歴史的背景や現在に至るまでの発展経緯を追う。次に、南医療生協において広範な組合員参加による経営が可能となった要因と地域への定着過程についての詳細をみてゆく。これを通じて、地域福祉の担い手が、個別具体的な取り組みの中から、主体性を持ち文字通りの『担い手』としてどのように立ち現われるのか、そのための条件とは何なのかを現実と照らし合わせて分析する。

## 2 | 事例～南医療生協とは

### (1) 医療生協とは

南医療生協に関する論述に入る前に、医療生協について述べておきたい。医療生協とは、「消費生活協同組合法（生協法）」に基づき設立された法人で、医療・福祉事業を中心に活動する生活協同組合を指す。医療生協における一般的な事業としては、病院、診療所、老人保健施設、訪問看護ステーション、通所リハビリ、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、高齢者住宅等の医療福祉施設の運営等が挙げられる。日本医療福祉生活協同組合連合会によれば、わが国には2015年3月末現在、109の医療生協が存在し、組合員総数は288万人程度である<sup>1)</sup>。

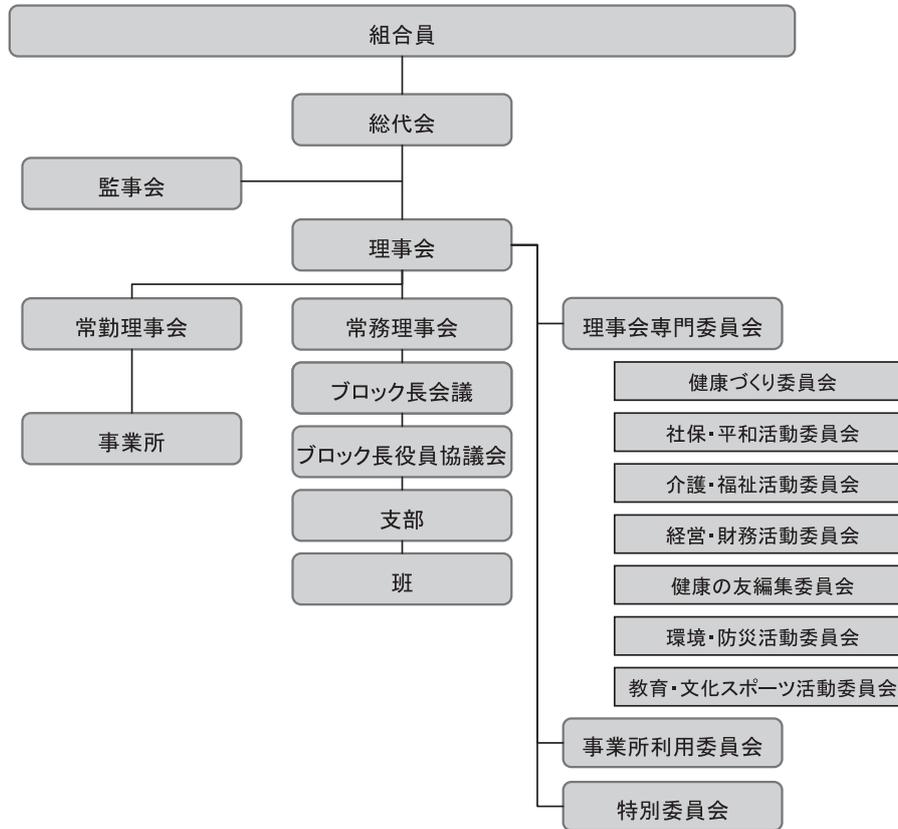
### (2) 南医療生協の概要

1961年に誕生した南医療生協は、名古屋市南区・緑区、東海市、知多市を中心に名古屋市内南東部4区、16市町村を11ブロック、85支部にわけ運営されている。医療だけでなく、介護、保育等も含め56事業所を運営している。

2015年度時点で、組合員数は7万9千人。愛知県に在住・在勤するか、所在している組織であれば誰でも組合員になることができる。

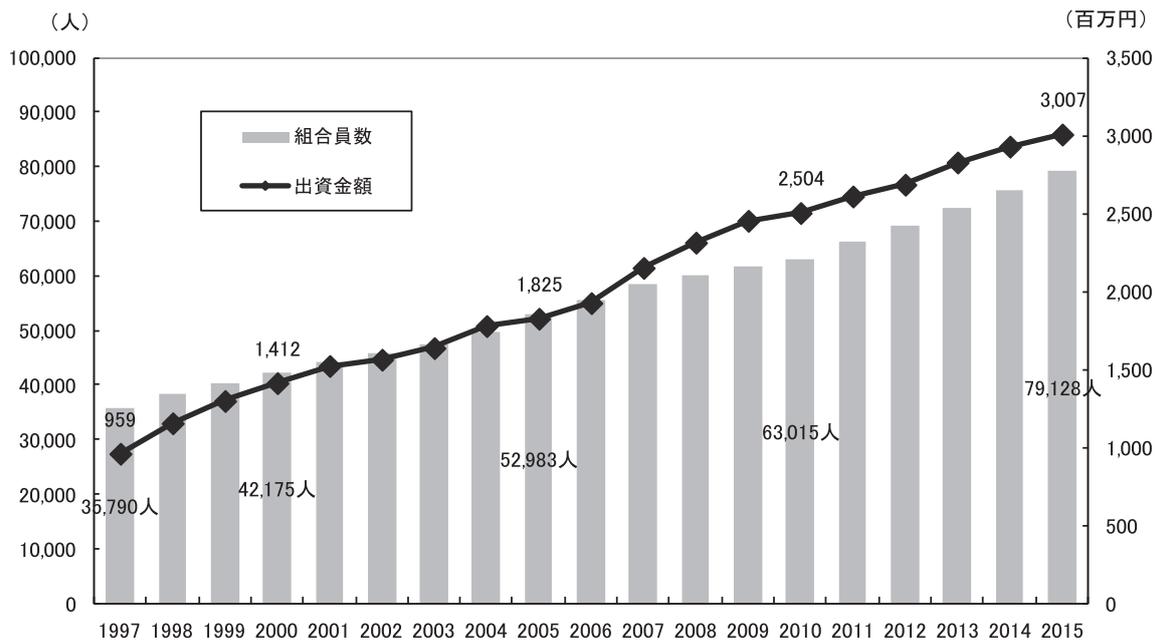
活動の最小単位は組合員3人以上で構成される“班”で、2015年には1,223班が年間合計1万1千回を超える班会・学習会を開催した。班は、地域の仲間が集まって行う地域班と、趣味等が共通する仲間が地域を超えて

図1 南医療生協 組織図



出典：2012年度総代会資料別冊を参考に筆者作成

図2 組合員数および出資金額



出典：南医療生活協同組合総代会資料をもとに筆者作成

集まるサークル班の2種類があり、組合員は複数の班に入ることも可能である。班活動は、地域で気軽に仲間を増やし、無理なく楽しく続けることが目標とされ、登録制で組合員ならば誰でも作ることができるが、班会を年に1回以上開催しない場合は登録取り消しとなる。すなわち上述した1,223はすべて、活動を継続している班だと言える。

支部は、200人以上の組合員が在住し、10以上の班があり、運営委員を引き受ける組合員が5名以上いる場合に立ち上げることが可能である。地理的な範囲は、小学校区よりも小さい程度から市レベルの広さまでさまざまである。支部ごとに運営委員が選ばれ、その数は2015年度時点で611名を数える。各支部からは支部長が選出され、支部長会を構成するとともに、年に1度支部総会を開催、運営委員・年間方針・予算の確認を行っている。

ブロックとは複数の支部が束ねられたもので、11に分かれたブロック単位でも役員が選出され、ブロック長会が開かれている。

### (3) 設立に至る経緯とその後の展開

#### 1) 設立のきっかけ

1953年7月、当時の星崎村(現名古屋市南区星崎地区)に位置する蒼龍寺の一角に、貧しい住民を救済するためのセツルメント活動の一環として臨時的診療所が開設された。その後、医大生と地域の青年たちにより運営協議会が設立され、同じく近隣に所在する常德寺に場所を移し、初代の星崎診療所が常設の医療機関として開設された。翌年、医療生協として組織化することに挑戦するも、会員数が不足し、この時点では医療生協の立ち上げを一度断念することになる。

それから6年後の1959年9月26日、東海地方を伊勢湾台風が襲う。死者・行方不明者合わせて5,000人以上、被災者は30万人を越える激甚災害をもたらした伊勢湾台風によって、名古屋市南部は甚大な被害を受けた。

名古屋市南部は、江戸時代以降に干拓により新田開発された土地で、名古屋港に面した海拔ゼロメートル地帯が広がっている。周囲には山崎川・天白川・大江川といっ

た複数の河川が存在し、伊勢湾台風の際にはこの河川に沿って貯木場から材木が流出、大雨による浸水被害だけではなく、大量の材木が付近に広がっていた木造家屋に衝突したため家屋倒壊が激しく、名古屋市南部は壊滅的な被害を被った。これを受けて、全日本民主医療機関連合会が中心となり、星崎地域において緊急救援活動を実施。復旧期には前述のセツルメント活動の担い手と協力し支援を行った。そしてこの支援活動の中心となった医療従事者と住民計308人の組合員により設立されたのが、南医療生活協同組合であった。

#### 2) 地域社会の変化と南医療生協

70年代～80年代の南医療生協の活動の展開は、同地域の大气汚染による公害問題と切り離すことはできない。南医療生協が初期に活動の中心としていた名古屋市南部地域は、名古屋南部大气汚染公害の発生地である。

同地域は、伊勢湾台風からの復旧期には、かねてから進展していた名古屋港開発が加速し工場進出が進み、繊維工業を中心とする工業地帯へと変化していった。さらに高度成長期には中部電力や東海製鉄(現:新日本製鉄)、大同特殊鋼等の操業が相次ぎ、重化学工業の一大集積地へと変貌を遂げていった。同地域には地方出身者も含めた工場労働者が多く集住、こうした中、1960年代には工場ばい煙による大气汚染が深刻化していった。工業地帯の形成とともに進んだ道路網の整備も大气汚染の深刻化に拍車をかけた。1970年代には三重県四日市市と名古屋市南部の工業地帯を結ぶ国道23号線の全面開通や、国道1号線の交通量増加等も加わり、名古屋市南部では工場ばい煙と自動車の排気ガスを要因とする大气汚染公害が一層深刻化していった。南区内においては、柴田地域を中心に、「柴田ぜんそく」と言われる健康被害が深刻化、喘息の罹患率が向上した。こうした中で、南医療生協は公害闘争においても医療的見地から積極的な関与を果たしていった。さらには老人医療費無料化運動、乳幼児医療費無料化運動等も含め、地域社会の医療を守る取り組みを独自に進展させてきた。

#### (4) 組合員参加を軸とする独自のセーフティーネット構築に至る過程

50年以上にわたる歴史を持つ南医療生協であるが、1990年代後半から現在までの10年あまりで、地域社会における役割は急速に変化していった。変化とは、医療を主とする事業体から、総合的な福祉サービスの提供主体へと自らを革新させていったこと、これと並行して地域における独自のセーフティーネットを構築していったことを指す。ではこうした変化はどのようにして生まれてきたのか。

##### 1) 福祉事業への参入に向けた組織内部での検討プロセス

まず福祉事業への参入に向けて、南医療生協がどのように検討を重ねていったのか、そのプロセスをみていく。

90年代後半、介護保険法の施行を目前に南医療生協においても福祉分野の充実の必要性が言われるようになっていった。しかし医療を中心に事業を推進してきた南医療生協にとって、介護事業への参入には理事層も含め慎重な意見も少なからずあったという。そこで、南医療生協では介護の「事業化」の前に、地域で実際に組合員相互の支え合い活動を広げることと、これと並行して南医療生協が考える今後の福祉事業のあり方について、話し合いを重ねることになった。

この結果、2000年から支部単位で福祉活動を広げることが目的に「1支部1福祉運動（通称：いっぴく運動）」が始まった。これは、地域の支部ごとに近所の高齢者が気軽に集まり楽しめるたまり場を作るのが目的で、お茶会や食事会、誕生日会、ものづくりのイベント等多様な形態がある。

こうした取り組みを踏まえて2003年5月に開催された第40回通常総代会では、2003年～2006年にかけての南医療生協としての活動の方針を示した「組合員・地域の人々との協同でつくる南医療生協の新世紀プラン」（以下、新世紀プランと略称）が示された。同プランでは、事業ビジョンとして「今までの保健・医療のスタンスから、介護・福祉までのトータルな事業複合体づくりを

目指す」という方針が示され、「文字どおり、地域で生まれ、育ち、暮らし、老後から終末に至るまでの生活文化の質的向上を保健・医療・介護・福祉の分野から事業と運動を統一してすすめていく。」として、プランの冒頭に介護・福祉事業計画を班・支部活動が活発な地域から実現してゆく方針が示された。

2004年には、「介護・福祉事業推進百人会議（飛躍人会議）」を開始。これは、当時42あった支部の組合員代表、職場代表、患者会、ボランティア等が参加し1年半にわたり開催されたもので、毎回80名を超える参加者が集まった。この段階での飛躍人会議では、南医療生協による老人保健施設と特別養護老人ホームの建設を目指し話し合いが行われていた。しかし2年にわたり名古屋市に対して建設許可申請を行ったものの、大型老健施設・特養施設の建設が許可されなかった。この経験の後、南医療生協は、支部活動、ブロック活動が活発な地域を中心に、小規模多機能福祉施設を建設するという方針へと舵を切った。

2005年度の総代会では、「1ブロック1介護福祉事業づくり運動（通称：いちぶいっかい運動）」が提案された。そのうえで「介護・福祉事業推進百人会議（飛躍人会議）」を「ブロック百人会議」として進化させ、ブロックごとに必要な介護福祉事業とは何か、具体的に検討していった。

以下、支部・ブロック単位で福祉活動や施設建設がどのように進展していったか、事例に即して見てゆきたい。

##### 2) 支部・ブロック単位の福祉活動の進展

###### i) 例1：グループホームなも（星崎ブロック）

グループホームなもは、南医療生協が初めて取り組んだ介護施設である。全8室の認知症対応型グループホームで2004年に開設された。

星崎ブロックは、星崎支部を含む10支部からなるが、グループホームなもは、星崎支部における「1支部1福祉運動（通称：いっぴく運動）」を契機に立ち上げられた。星崎支部では、当初、毎週金曜に定例のお茶会を開催。その後昼食会に発展し、折り紙や食事づくり等をしながら、毎回10数人が集まる会になった。この食事会を主催し

ていたのは、星崎地域に住む女性Aさんで、現在は南医療生協の副理事長を務めている。この食事会に集まる高齢者に認知症が目立つようになったことから、認知症対応型のグループホームの設立を考えるようになったという。

さらに星崎ブロックでは、2003年4月にヘルパーステーションほしざきがオープン。ブロック内の話し合いの中でも、グループホームの建設を要望する声が出始め、各地のグループホームをブロックメンバーで見学した。この結果、民家改造型のグループホームの設立をめざし、7月には設立準備委員会をブロック内に立ち上げた。

設立準備委員会のメンバーは、自転車地域を回る「チャリンコ隊」を結成。何度も地域を回り、候補地を1軒ずつ訪ねながら、近所の住民との対話を重ねていった。結果、築60年の大きな農家の家屋を格安で借り受けることとなった。

準備委員会メンバーは、さらに家屋の改修費用を自ら集めて回った。その総額は1千万円である。当時、ブロック全体で年間200万円程度の増資を集めていた星崎ブロックにおいて、数ヵ月で1千万円の出資を確保するのは容易なことではなかったという。しかし、設立に向けた着工式への近隣住民の招待、頻繁な見学会の開催、周辺散策を含む星崎の歴史を知るツアーの開催等多様なしなかけでグループホームなものの設立趣旨や地域における意義を説明する機会を創出していった。何より候補地の選定段階から繰り返し地域を回り、1軒1軒の家庭に対面しながら、設立への思いを丁寧に説明しながら出資や増資を呼びかけたことによって、改修に必要な額を調達するに至った。

## ii) 例2：生協のんびり村（東海ブロック）

### ①概要

生協のんびり村（以下のんびり村）は、グループホームほんわか、多世代共生住宅あいあい長屋、小規模多機能ホームおさぼり、地域交流館おひまち、喫茶ちゃらといった小規模な福祉施設が集まった複合的な福祉エリアで、東海市加木屋町に位置する。東海ブロックは、名古屋市

に隣接する東海市の9支部からなり、組合員数は8,226人である（2012年度時点）。

のんびり村は、「1ブロック1介護福祉事業づくり運動（通称：いちぶいっかい運動）」とその後の2005年4月からの東海ブロック百人会議での議論をベースとして立ち上げられた。

のんびり村の800坪を超す広大な土地は、組合員だった農家の女性からの貸借である。当時東海市内には南医療生協が運営する富木島診療所、訪問看護ステーションいずみ、ヘルパーステーションいずみ等があり、この女性の夫が認知症を患い寝たきり生活が続いた際、往診や介護サービス等を通じ南医療生協のサービスを受けていたことから、土地活用についての意思表示があり、固定資産税を賄う程度の安価で貸借された経緯を持つ。

2006年1月には加木屋介護福祉計画推進委員会が発足。毎月1回のペースで検討を重ねた。その結果、地域に必要な福祉・介護の複合施設を建設することを明確に定めた。

### ②開村に向けた取り組み

さらに加木屋介護福祉計画推進委員会と南医療生協の理事会が話し合いを重ね、開村に向けて次の目標を定めた。ひとつは、東海ブロックの組合員を2年間で5,900人から7,000人へ、支部数を5から10へと増加させること、もうひとつは建設費の一部として6,000万円の出資を集めることであった。10支部7,000人という目標から107プランと名付けられたこの運動は、当時の東海ブロックにとって相当に高いハードルであった。

東海ブロックでは、ブロック内の運営委員等が参加する合宿での議論を経て、2006年7月には、夕方6時から7時半にかけて各家庭を訪問する「夕焼け訪問」を開始。のんびり村構想について説明し、協力を呼びかけた。通常、南医療生協では支部ごとにおかれた運営委員が自分の居住地の近くの家を訪問する形式を採るが、夕焼け訪問の際にはひとつの支部の訪問行動にその他の支部の組合員が協力し、支部を超え皆で訪問する形式を採った。各支部の担当者が訪問ルートを準備し、協力支部に

説明を行ったうえで各家庭を訪問する手順となったことで、自らの居住地の状況をより客観的に理解する最良の機会となったという。訪問行動後は振り返りを行い、成果はもちろん失敗や難しさも含めて地域からの反応を共有した。これにより各自がより主体的に地域での呼びかけを行う意欲が喚起されていった。夕焼け訪問は、建設予定の各施設の地域内の利用ニーズを把握したり、ボランティアや働き手を探す機会にもなった。何より地域を回ること、のんびり村に対する思いを地域住民に語る機会を得ることができたという。

支部ごとのイベントも多く実施された。中でも2007年7月にのんびり村の予定地で開催された夏祭りでは、その日までの増資の呼びかけが功を奏し、1日で1,017万円を集めるに至った。こうして地域に対してのんびり村構想の意図やそこに込めた思いを丁寧に語っていくことで、協力者が増え、それに応じて出資が集まっていった。

この結果、2007年度中には増資目標の6,000万円を達成。組合員数も1,100人増の7,000人となった。

これを受けて2008年11月にはグループホームほんわかが開設、翌年4月には小規模多機能ホーム、多世代共生住宅、喫茶、集会施設が同時に開設を迎えた。建設途中では内装ワックスがけやウッドデッキづくり、庭造り等に組合員が関わった。現在も建物の日常的な維持管理や各施設の運営に組合員がボランティアで積極的に関わっている。

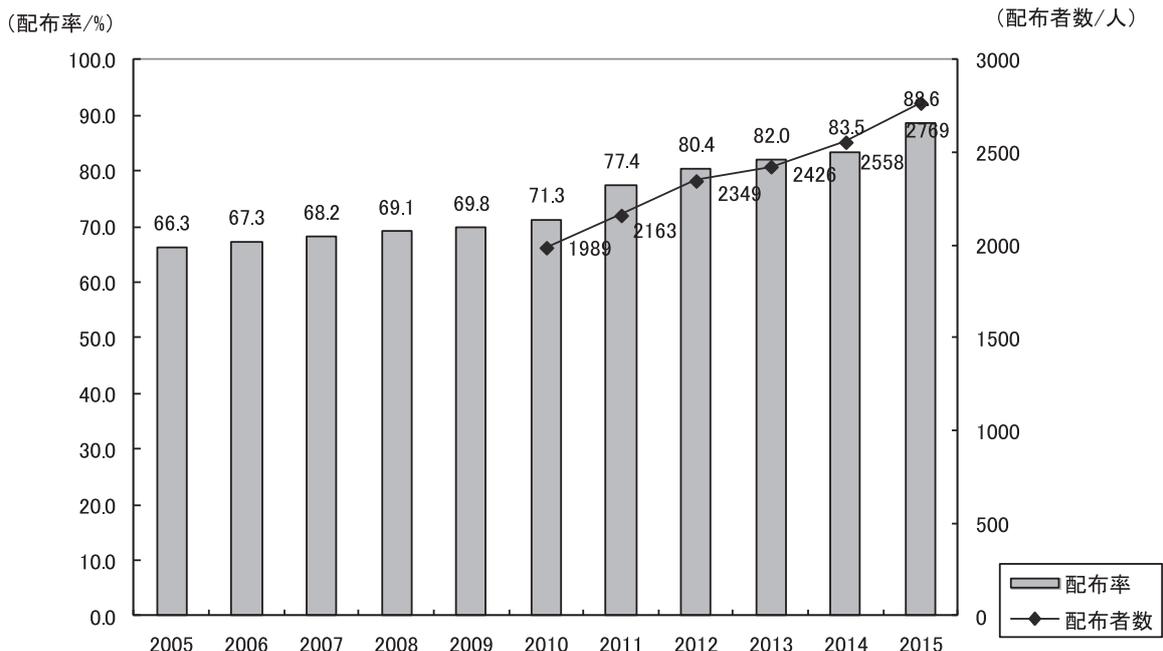
### 3) 地域支え合い活動の展開

このように、支部ごと、ブロックごとの議論と実践から生まれた施設建設が活発になる一方、南医療生協全体での取り組みとして、地域内での医療サービスと福祉サービスをつなぐための支え合い活動が進展していった。具体例としては、南医療生協機関紙『健康の友』の配布と「おたがいさまシート」を活用した見守り活動が挙げられる。

#### i) 「健康の友」の配布

機関紙『健康の友』は、組合員が自発的に発行しているもので、月1回の定期発行を基本としつつ、総代会や大きなイベントやニュースがある際には特別号が発行されている。2015年時点で2,769名の組合員の協力によ

図3 機関紙「健康の友」配布者数と配布率



出典：南医療生活協同組合総代会資料をもとに筆者作成

り毎月4万部が手渡しで配布されている。1名あたりおむね10～20世帯程度を訪問しているが、配布ルートは各支部の運営委員が考え、組合員の新規加入と脱退を踏まえて常に自主的に見直されている。

機関紙の配布率の推移をみると、2005年には66.3%だった配布率は、2010年には7割を越え、2015年度には88%を越えている。

## ii) おたがいさまシートの活用

「おたがいさまシート」は、生活面での不安を抱える組合員を地域内で支える仕組みである。独居の高齢者に対しては『健康の友』の配布時に“おたがいさまシート”を同封し、生活面での困りごとを聞き出す。また南医療生協が運営する医療機関を受診した際にもおたがいさまシートが活用される。具体的には、医師や看護師等が患者との会話の中で生活上の懸念を感じた場合、おたがいさまシートに懸念点を記入、地域支え合いセンターを通じて居住地の組合員に協力を求めながら、日常的な生活支援や見守り活動を行う形をとっている。実際に外来診療の予約日に現れなかった独居老人宅に、病棟からの連絡を受け組合員が安否確認に赴いたケース、国際結婚した夫婦の妻が死去した後、外国籍の夫と残された子供の生活支援を地域の組合員が行ったケース、独居高齢世帯のゴミ出しのサポート、買い物のサポート、班会への誘いを通じた孤立化の予防の実例等がある。2015年時点で、おたがいさまシートの活用例は延べ193件に上る。

南医療生協では、このような生活支援を「暮らしのネットワークづくり」ととらえている。この取り組みの根底には、顔が見え手が届く範囲でのネットワークを日々の積み重ねにより構築していくことが、組合員の暮らしの安全につながるという考え方がある。またこうした取り組みは、日常を支えるのみならず、災害時も含む緊急支援の際にも活用できると考え、組合員のネットワークづくりを推進しているという。

機関紙の配布は組合員が自主的に行っている。おたがいさまシートは、医師・看護師等も含む医療従事者と地域の組合員との連携・協力がなければ活用が難しい。生

活圏における日常的な福祉活動と組合員を中心とする担い手づくりが、南医療生協の独自のセーフティーネットの構築を可能にしていると言える。

## 3 | 変化を促した要因～組織の変化と成長がどのように促されてきたか

2000年代に入り、地域に必要な医療・福祉サービスを、各種施設建設といったハード整備と、支え合い活動やボランティアに代表されるソフト整備の双方により充実させてきた南医療生協であるが、こうした変化はどのようにして促されてきたのか。その要因を、経営上の外部環境の変化と、南医療生協自身の内的な変化の双方から見てゆきたい。

### (1) 外部環境の変化

#### 1) 医療経営をめぐる環境変化

まず挙げられるのは、診療報酬の算定方法の変更等、医療を生業とする事業体であるゆえに直面した環境変化である。

1970年代、わが国の診療報酬制度はオイルショック後の物価上昇にともない大幅な引き上げが行われ、74年には35.0%、76年には9.0%、78年には11.6%という上昇を見せた<sup>2</sup>。さらに南医療生協の活動エリアのうち名古屋市南部と東海市は、1973年に制定された「公害健康被害の補償等に関する法律」における、大気汚染の影響による疾病が多発した地域（いわゆる第1種指定地域）に該当し、診療報酬が70年代当時は1点20円と倍であった。しかし、南医療生協においてはこうした外部環境にもかかわらず、赤字経営が常態化していた。

経営を逼迫させた要因として、剰余や収益に対するアレルギーがあったこと、および人件費が過度に膨らんでいたことという2点があったという。前者について、現在の経営層からは、「当時は“経営”という感覚は皆無だった」、「医療生協は儲けてはいけない」、「協同組合であること、医療生協であることがある種の免罪符のように機能していて、“経営については考えなくてもよい”という雰囲気があった」という声が聞かれた<sup>3</sup>。後者について、90年代前半までは、「医療生協として運動を引っ張るの

は給与を得て働いている職員である」という考え方が強かった、という声があった。現在は地域社会に暮らす組合員とコミュニケーションを図りながら、組合員主導で運営に取り組む南医療生協であるが、当時は組合員をけん引する役は職員であるという考え方があった。こうしたことから、運動の担い手として職員を積極的に増やしてゆく必要性にかられ、結果として人件費が膨らみ、そのことが赤字経営の常態化の一要因となっていた。

80年代に入ると、社会保障関係費の抑制策が講じられ、診療報酬についても引き上げを抑制する傾向が強まっていった。さらには90年代のバブル崩壊とその後の経済の低迷は医療保険財政に大きな影響を与え、2002年にはマイナス改定も行われる等、どの病院においても経営のあり方が問われる時代へと突入してゆく。そうした中で、南医療生協はかねてからの累積赤字もあり、さらに苦しい状態が続いていった。2003年5月に開催された第40回総代会では、2002年診療報酬改定により、医療収入が前年比で3億円以上の収入減となったこと、これを受けて南生協病院のみで前年比2億円の減収、法人全体で1億7千万円を超える減収となったことが報告された。こうした状況から理事手当の10%カット、常勤理事の年収5%カット、当時支出全体の54.6%を占めていた人件費の見直しを行う等の経営改革に着手せざるを得なかったという。

## 2) 高齢化社会の進展と地域における福祉ニーズの顕在化

次に挙げられるのが、高齢化社会の進展と地域における福祉ニーズの顕在化である。大都市名古屋においても高齢化は毎年進展しており、なかでも南区の高齢化率は26.1%と16区内で最も高い(平成25年1月時点)<sup>4</sup>。名古屋市の人口は平成9年以降一貫して増加傾向にあるが、南区は昭和40年代をピークに一貫して減少している。その一方で世帯数は増加を見せ、1世帯あたりの構成員数は減少が顕著である<sup>5</sup>。前述したいっぴく運動を通じて、組合員の実感としても高齢単身世帯の増加が認識されており、こうした地域社会の変化の実感によって、組

合員は福祉ニーズを実感し、自らの生活圏に必要な福祉サービスをどう作ってゆくか、という点に関心を向けていった。

## (2) 南医療生協の内的な変化

### 1) 組合員の量質両面からの変化

南医療生協の内的な変化としてまず挙げられるのは、担い手たる組合員の量質両面からの変化である。変化を促してきた要因としては、班単位、支部単位の活動の活発化により地域の担い手が生まれる土壌を耕してきたことと、組織改革と並行しながら地域から生まれた担い手を理事等への要職に積極的に登用してきたことの2つが挙げられる。

#### i) 地域の担い手を生む土壌づくり

南医療生協にとって活動のもっとも基礎的な単位である班は、2000年代中ごろから飛躍的に増加した。また支部についても増加傾向が見られる。

これにともない運営委員数も増加した。2000年に365名だった運営委員は2007年には400名を突破、2015年には611名の運営委員が活動に協力を行っている。

また南医療生協では90年代後半からそれまで病院や診療所単位であった支部組織を、居住地域ごとの支部組織へと変更した。これにより、組合員の生活圏により近い形での支部づくりが可能になった。支部分割は班の拡大、機関紙配布協力者の確保、運営委員の担い手の確保が揃わなければ実行できない。つまり、支部を分割するということは、地域の中での担い手を見つけ育てる行為と直結している。

さらには2000年以降、福祉施設の誕生に合わせて支部の分割が行われるケースが頻繁に見られる。前述したグループホームと生協のんびり村の2つはその典型例である。そしてこうした動きを後押ししているのが、1支部1福祉運動(いっぴく運動)や1ブロック1介護施設運動(いちぶいっかい運動)である。

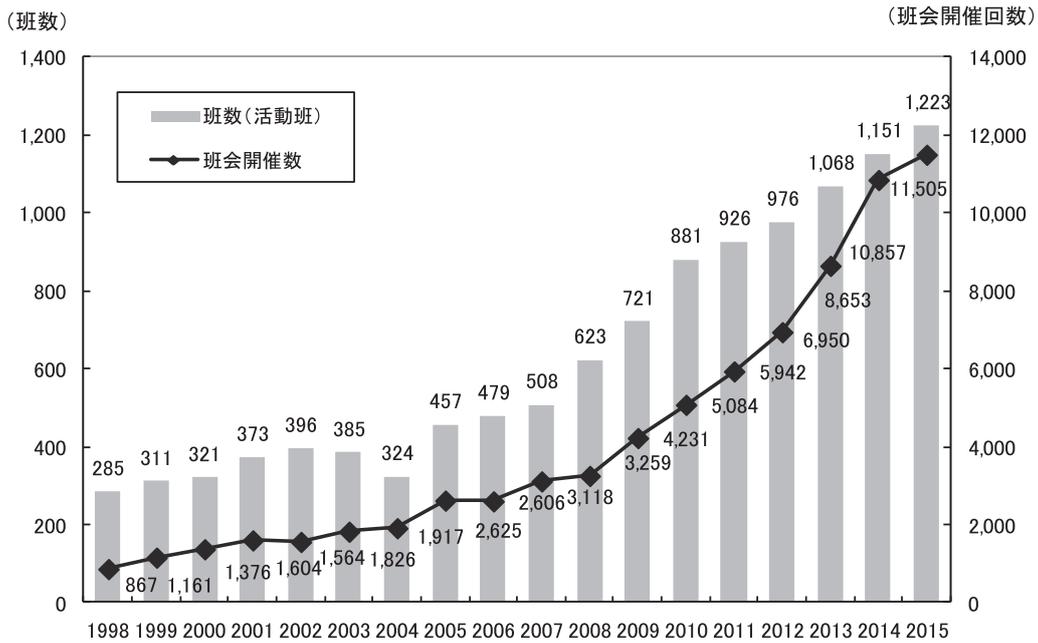
まずいっぴく運動として、組合員が自らの生活圏である支部単位での福祉運動を気軽に始める。それを契機に

生活圏に存在する福祉ニーズを感じたり、そのニーズに自ら応える体験をする。これによって組合員に能動性が広がり、活動の担い手が広がってゆく。しかし気軽な活動や日常的な支え合いだけでは満たされない福祉ニーズ

もやはり存在する。これに対してはブロック単位での事業化を進め、課題解決を図ってゆく。これがいちぶいい運動である。

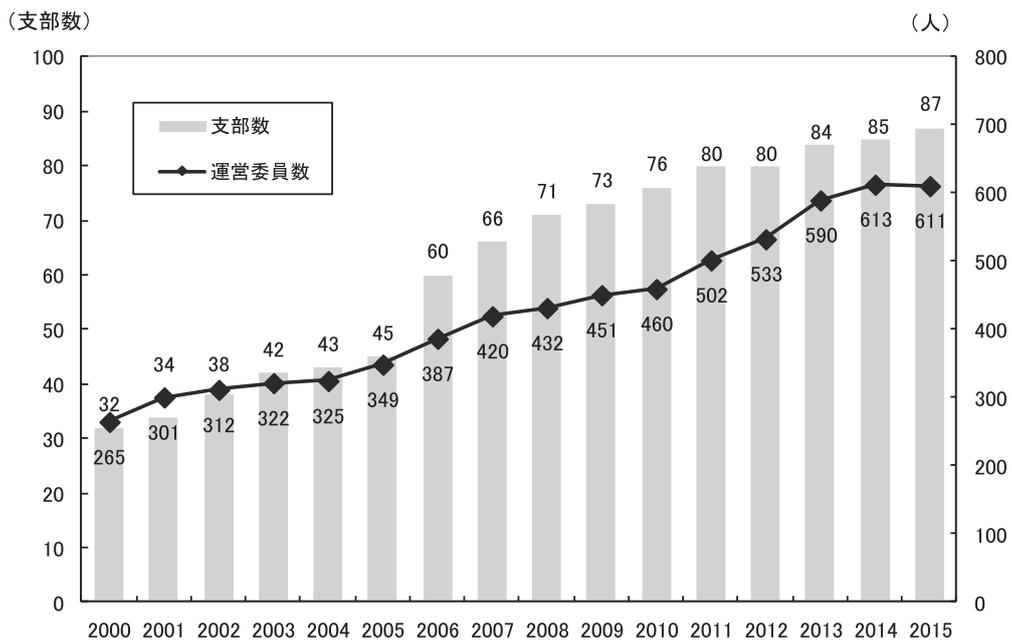
このように福祉分野における運動を進めるにつれて、

図4 班数および班会開催数の推移



出典：南医療生活協同組合総代会資料をもとに筆者作成

図5 支部数および運営委員数の推移



出典：南医療生活協同組合総代会資料をもとに筆者作成

支部単位での福祉運動を推進しながら事業所の立ち上げにつなげ、その両方の過程を通じて担い手を発掘してゆくというサイクルが確立されていった。さらにはこうした過程を経て生まれた担い手は、施設を建設して活動を終わらせるのではなく、その後も施設運営に積極的に関与したり、機関紙配布やおたがいさまシートの活用等を通じて、地域にセーフティーネットを構築する主体として重要な役割を果たすようになった。

## ii) 組織改革と組合員の意思決定層への登用

2点目について、90年代後半から目指す事業と運営のあり方について、理念的な整理が進られてきた。機構改革を進める中で、定款の見直しや再整理、あるいはブロック長会議の新設等地域の声を吸い上げる機会を創出していった。並行して、理事の選任方法も変えていった。それまでは関連する業界団体や地域団体等からの推薦により理事を選ぶ形をとっていたが、結果中高齢の男性が中心となり、政策論議や観念的な議論に時間が割かれ、現実に組合員の暮らしをどう守るかという点に議論が及んでいなかった。そこで支部分割や福祉施設の立ち上げ等、地域で具体的な福祉活動を展開してきた運営委員やブロック長を理事という形で積極的に登用する方針を持った。結果運営委員として地域での支え合い活動を担ってきた組合員、特に中高齢の女性が積極的に意思決定層へ登用されていき、会議時間帯も夜から昼へと徐々に変更されていった。これによって、地域の現場で活動し、活動を積み上げている人を登用することで、地域の協力者を開拓し、組合員の輪を広げることができるとともに、支え合い活動の理念を実践に反映させることが容易になり、組合員の“普通の暮らし”の実感を踏まえた運動が展開できるようになった。

## 2) 資金調達面の変化

次に挙げられるのは、資金調達における考え方の変化である。前述した新世紀プランでは、介護施設や診療所等の事業所を設立する際には、土地代と建設費の双方を出資金によって賄う方針が明確にされた。介護福祉事業においては、用地および建設資金の30%～100%が確

保され、事業所周辺で1,000人から2,000人程度の組合員増が見込まれた地域について、計画を具体化する、という方針が示された。

それ以前にも診療所の改修の際、組合員からの増資を募り、改修費用を確保するといった取り組みはあった(1998年、東海市に所在する富木島診療所の改修においては、2,000万円の増資を実行)。しかし、介護福祉事業に関して経営方針として明示的に示されたのは初めてのことであったという。

実際、2004年に開業したグループホームなもでは“チャリンコ隊”を組織した組合員が空き家を探し、改修費1,000万円の全額を出資で集めた。2008年の生協のんびり村では、土地は組合員からの廉価の貸与で確保し、建設費の一部として6,000万円の出資金を集めた。こうした実践を踏まえ、南医療生協ではある種の経験則として、1億円以下の建設費であれば全額を、それ以上の場合は必要資金の30%を組合員からの出資でまかなうことが原則とされた。

南医療生協としては、自己資本率を常に30%程度に保つことを経営目標としている。また出資金は南医療生協の年度の総予算の20%、余剰金は10%程度とすることが目指されている。2000年代以降、南医療生協では組合員の活動が活発で人数も多い地域から率先して事業所を開設するという方針が明確にされた。しかし、事業所や施設を建設する際、増資なしに数億円を投じると、結果として法人全体の自己資本率を引き下げてしまう。すると、他地域で新たな事業を始めるのが難しくなり、事業の展開可能性を掴むリスクが生まれる。こうしたことから、診療所や介護施設を地域で必要とするならば、組合員自らがそうした要求を実現するために動き、積極的に増資を集めるという方針に切り替えられた。この結果、組合員の運動への参加はいっそう活発になった。地域に立脚したニーズに込んでいるため、施設開設直後から利用者や収益の見込みも立ちやすくなるという効果も生まれた。この結果、経営陣が中心となり経営をしていた場合に比べて、事業所の黒字化が容易になった。

このように、組合員による出資は経営的な意味から見ても大きなアドバンテージとなる。しかしより本質的には、“出資”という行為によって、地域における主体者を作り出すという点が重要である。実際、ヒアリングでは「お金を出すことは主体者を作ることに繋がっている。南医療生協という組織を支えるためではなく、組合員の『暮らし』を支えてくれる主体者を作り出すこと。地域で困っている人がいれば自ら支えにでかけてくれる人を作り出すこと。そうやって地域の隅々で活動してくれる人がいて初めて、組合員の暮らしを支えられる。」という認識が示された<sup>6</sup>。

## 4 | むすび

ここまで、南医療生協における実践を通じて、地域社会において、当事者性を持つ地域福祉の多様な担い手があるように登場してきたのか、そのプロセスをみてきた。

こうした取り組みの経過を踏まえると、地域福祉の担い手が能動性を持って立ち現われる、その条件が少しずつ見えてくるように思われる。

1つ目の条件は、“協議の場への参加”である。南医療生協は、医療サービスの提供者としての立ち位置から、地域社会における総合的な福祉サービスの提供主体へと自らを革新させていった。この過程では、支部レベル、ブロックレベルでの話し合いを始め、飛躍人会議等の場づくり等、目標や行動計画を組合員がともに作り上げるといったプロセスが豊富に含まれている。つまり、話し合いを重ねることで、当事者意識が芽生え、活動の担い手が再生産されていると言える。

2つ目は、“イニシアチブの移譲と意思決定層への登用”である。90年代以前の南医療生協で支配的であった考え方、すなわち運動のけん引役は職員であり、職員によって組合員を組織化し運動を盛り上げるという考え方が、福祉事業への展開過程において、地域の組合員にイニシアチブを譲る方針へと舵が切られた。組織経営においては、支部分割により運営委員の数を増やし、中高齢の女性を中心に、地域で福祉活動を積極的に行う組合員

を、積極的に理事等の意思決定層に登用していった。結果、医療生協の内部で頻発していたイデオロギー的な論争を排し、地域社会のニーズを経営側として受け止め、事業につなげることが可能となった。

3つ目は、“身近な社会課題への気づきを得る機会の創出と、解決に向けた具体的なアクションの積み重ね”である。南医療生協では、福祉事業の展開において、“事業”としてのサービス展開を先行させるのではなく、組合員の生活圏での福祉活動を活発化させることを通じて、組合員自らが身の回りの困りごとやニーズに気づき、支え合いの主体として立ち現われるよう工夫を凝らした。その結果、支部単位・ブロック単位での活動が充実していった。さらに活動が進み、地域内のより深刻なニーズに直面し解決の必要性に対する認識が深まると、その段階で個別の福祉施設の建設へと進めていった。個別の福祉施設の建設においては、土地や建設費を組合員自らが調達することが、組織内である種ルール化・一般化され、当たり前のこととして受け入れられるまでになった。さらにこうした過程を通じて能動性を有する組合員が増えたことで、施設建設という、時限的かつある意味非日常的な局面だけでなく、日常的な支えあい活動も充実していった。日常的な支え合い活動を仕組み化する方法として、機関紙の配布やおたがいさまシートの活用等も積極的に行われ、医療と福祉との連携が現実のものとなった。

南医療生協の強みは、生活から生まれる要求を、組合員自ら実現している点にある。これについて南医療生協では「要求追求型から要求実現型へ」と表現している（成瀬：2012、大野：2011）。ここでは、要求追求型とは、組織としての南医療生協に個々の組合員が個別に必要なサービスを一方的に要求することが、要求実現型とは、組合員自らが地域社会に必要なサービスを知恵と労力と資金を持ち寄って実現することが含意されている。こうした組合員の自治的な取り組みは、結果として組合員相互のエンパワメントにもつながり、新たな担い手の登場を促している。

南医療生協は、病院という限られた空間で医療行為を

提供する主体から、生活の質の向上や地域での暮らしを支える環境づくりを行う主体へと組織を変貌させていった。そしてこの過程には、「南医療生協」という組織の構成員のコミットメントが深く関係している。そしてここでいう組織の構成員とは、医師や看護師、介護職等の専門職や事務スタッフといった、病院等で雇用されているスタッフだけではなく、地域の現場で、暮らしに立脚した小さな取り組みを行う多様な組合員が含まれている。そしてこれらの担い手は、「協議の場への参加」、「イニシアチブの移譲と意思決定層への登用」、「身近な社会課題への気づきと、解決に向けたアクションの積み重ね」によっ

て、次第にその主体性を発揮し、自らこそが、暮らしに困難を抱える身近な人々の課題解決の担い手であるという認識を形成していった。この「協議の場への参加」、「イニシアチブの移譲と意思決定層への登用」、「身近な社会課題への気づきを得る機会の創出と、解決に向けた具体的なアクションの積み重ね」こそが、民によって担われ、形作られていく地域福祉の担い手の形成条件であると考えられる。そしてこの3点を地域福祉の実践の場で意識的に創出していくことが、主体性を持ち地域社会に存在する福祉的課題の解決に取り組もうと考える担い手を形成していくうえで、重要だと考えられる。

#### 【注】

- <sup>1</sup> 日本医療福祉生活協同組合連合会ウェブサイトから (<http://www.hew.coop/about/gaiyou>) 2016/05/23
- <sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 日本社会保障資料IV (1980-200) 4.薬価・診療報酬  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/04.html>
- <sup>3</sup> 2013.9.12 南医療生活協同組合 理事へのヒアリングから
- <sup>4</sup> 名古屋市人口動態調査から <http://www.city.nagoya.jp/shisei/category/67-5-5-7-0-0-0-0-0-0.html>
- <sup>5</sup> 名古屋市南区人口動態調査から <http://www.city.nagoya.jp/minami/page/0000030791.html>
- <sup>6</sup> 南医療生活協同組合 地域支え合いセンターに対するヒアリングから

#### 【参考文献】

- ・大野京子 (2009) 「組合員参加による介護・福祉事業づくり—南医療生協の実践—」、『生活協同組合研究』、398：41-47
- ・大野京子 (2011) 「南医療生協の『ささえあい たすけあい 地域だんらんまちづくり』」、『住民と自治』、578：26-28
- ・成瀬幸雄 (2012) 「医療・介護・福祉・安心のまちづくり—つながりあい・ささえあい・たすけあう“地域だんらん”まちづくり」、『協同組合経営研究誌』、638：62-70
- ・西村一郎 (2009) 「地域だんらんの場づくり—南医療生協『生協のんびり村』—」、『生活協同組合研究』、402：60-67
- ・西村一郎 (2011) 「協同っていいかも？—南医療生協いのちがやくまちづくり50年」、合同出版