

# 協同組合による医療と介護の可能性

—JA厚生連の佐久総合病院の取り組みから—

齊藤弥生

〈大阪大学大学院 人間科学研究科 教授〉

## 〔要 旨〕

- 1 本稿はJA長野厚生連佐久総合病院の活動を事例に、ペストフの共同生産の概念を用いて、協同組合による医療と介護の可能性を議論するものである。介護サービス供給において準市場が定着しようとする世界的な潮流のなか、ペストフは、本来目指したはずの福祉多元主義が達成できず、営利企業による市場の寡占化が進行している状況に警鐘を鳴らしている。ペストフは1990年代から調査を通じて、協同組合が提供する医療や福祉サービスの質の高さを明らかにしてきた。近年、ソーシャルエンタープライズ（社会的企業）が注目されているが、ペストフはその代表を協同組合と考える。協同組合による対人社会サービスには3つの潜在的貢献があるとし、働き手にやりがいをもたらし、利用者がエンパワメントされ、複数の社会的価値の創造に貢献すると説明する。またその背景として、協同組合による対人社会サービスには、生産プロセスに「共同生産」(co-production)の過程が組み込まれていることを指摘する。「共同生産」には「共同生産」(ミクロ)、「共同管理」(メゾ) (co-management)、マクロレベル、政策レベルの「共同統治」(co-governance)が存在する。
- 2 JA長野厚生連佐久総合病院は、故若月俊一院長のリーダーシップのもと、日本の医療政策に影響を与える数多くの取り組みを行ってきた。「農民とともに」を基本理念に掲げて展開した「出張診療」「文化活動」「全村健康管理活動」は佐久病院の医療活動の特徴である。ペストフの「共同生産」概念を用いると、地域ケア科が行う在宅での終末医療は、専門職（医師、看護師、介護職員等）と利用者（本人や家族等）による「共同生産」といえる。在宅の終末期医療は専門職の技術だけでは限界があり、本人や家族の意思で成立する。佐久病院と八千穂村（当時）で始めた全村健康管理活動は「共同管理」といえるが、健康管理合同会議の構成メンバーが役場、病院、住民、関係団体（JAを含む）であることを考えると「共同統治」に近い。佐久医師会との協働、地域の多職種との協働によるネットワーク組織の構築は、地域において在宅の終末期医療を普及させるための地域医療政策の一環と考えられ、「共同統治」である。
- 3 ペストフは「医療福祉サービスにおける市民参加と共同生産は、民主主義の発展や再生においても重要な意味をもたらす」というが、協同組合医療介護は日本社会が育んできた財産であり、超高齢社会の医療介護のあり方を考える上で示唆に富んでいる。

## 目次

### はじめに

#### —ペストフと日本の協同組合医療介護—

#### 1 なぜ今、協同組合医療、協同組合介護なのか

##### (1) ペストフの危機感

##### —営利企業による市場の寡占化—

##### (2) 協同組合が提供する福祉サービスの質

##### (3) 「共同生産」

##### —利用者参加による福祉サービス—

#### 2 日本の協同組合医療

##### (1) 日本における協同組合医療の始まり

##### (2) JA厚生連(全国厚生農業協同組合連合会)

#### 3 JA長野厚生連佐久総合病院の取り組み

##### —協同組合医療の事例として—

##### (1) その医療活動の特徴

##### —「出張診療」「文化活動」「全村健康管理活動」—

##### (2) 在宅での終末期医療を可能にするネットワーク

##### (3) 在宅で死を迎えること

##### —住民の希望を実現する医療—

#### 4 協同組合医療の「共同生産」「共同管理」

##### 「共同統治」

## はじめに

### —ペストフと日本の協同組合医療介護—

ヴィクトール・ペストフ<sup>(注1)</sup>は、ヨーロッパのサードセクター研究で多くの業績を持つ政治学者である。日本でペストフは主に労働経済学、協同組合研究の分野で紹介されることが多いが、社会福祉学の分野ではペストフの「福祉トライアングルモデル」は多くの論文で引用されている。この「福祉トライアングルモデル」は福祉サービス供給における政府、市場、地域・家族の役割の中で、サードセクターの位置を示したものである。

ペストフはこれまでも日本の協同組合医療を医療サービスの「共同生産」(co production)の好例として取り上げてきた。患者自らを医療介護に参加させることは、なによりも患者自らの健康に積極的に責任

を持たせることになる。患者はもはや医師や看護師といった専門家にとって受身的な対象とはみなされない。むしろ患者は積極的な主体である。患者自身が基本的な医療情報を集めやすくすることは、患者自身が自らの健康生活を増進させ、このことは患者のエンパワメント<sup>(注2)</sup>につながる。つまり専門家と患者の間に存在する知識の大きな不均衡も崩すことができる。またペストフは、日本の協同組合医療が、患者協同組合すなわち利用者協同組合である点に注目する(Pestoff (1998) p.101)。

ペストフは2012年3月に農林中金総合研究所が主催するシンポジウムで来日した際に、JA長野厚生連佐久総合病院(以下「佐久病院」という)を視察し深く感銘を受けた。当時、筆者はストックホルム大学に客員研究員(2011年9月～2012年6月)として滞在していたが、ペストフはストックホルムに戻ると、‘SAKU’ ‘KOUSSEIREN’ という語を

連発していたことを覚えている。ペストフは1990年代終わりに日本に滞在し協同組合医療<sup>(注3)</sup>の調査を行った経験を持つが、今回、佐久病院を訪問し、日本の協同組合医療に対する関心を一段と高めた。2013年5月には日本の協同組合医療・介護の調査のために、再び来日し、佐久病院の病院祭（後述）を訪問したほどである。筆者自身は文献や報道を通じて、佐久病院の故若月俊一院長の功績、病院の歴史や地域医療の取り組みを知ってはいたものの、佐久病院とその経営母体である協同組合の関係を考えることはなかった。恥ずかしながら、日本の素晴らしい事例を外国の研究者に教えてもらったことになる。

そこで本稿では、ペストフの「共同生産」概念を用いて、協同組合医療としての佐久病院の取り組みを論じる。協同組合研究の第一人者であるペストフが、なぜ佐久病院の取り組みに強い関心を抱いているかについて明らかにしていきたい。

(注1) Victor A. Pestoff. スウェーデン・エーシタシュンダール大学市民社会研究所客員教授

(注2) エンパワメント：利用者が自分の無力感を克服し、自己決定を行う等力をつけること。

(注3) 金沢大学経済学部客員研究員(1998年)

## 1 なぜ今、協同組合医療、協同組合介護なのか

ペストフが協同組合医療、協同組合介護に関心を持つ理由を、医療サービス市場や介護サービス市場の営利企業による寡占化に対する危機感、協同組合が提供するサー

ビスの質の高さ、利用者参加による市民民主主義の活性化への期待の3点からみていく。

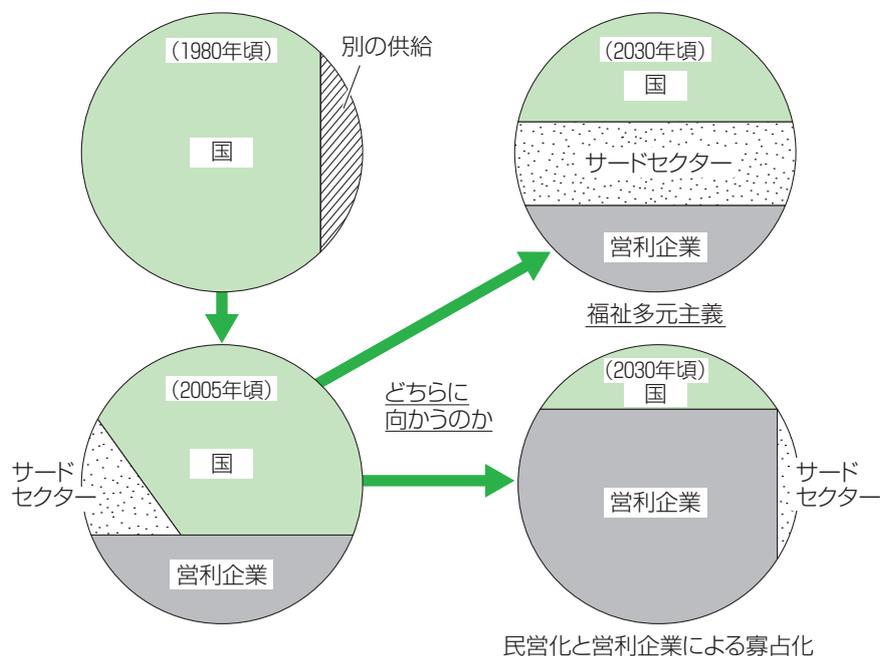
### (1) ペストフの危機感

#### —営利企業による市場の寡占化—

世界的にみて、介護サービス供給においては準市場の形態が定着し、介護サービスも商品として消費するものになりつつある。日本でも社会福祉基礎構造改革（2000年）以降、介護を含む福祉サービスは措置から契約へという傾向が強まっている。

スウェーデンにおける福祉国家の変容を象徴する現象として、福祉サービスの外部委託と利用者選択モデル<sup>(注4)</sup>の導入をあげることができる（第1図）。1990年代以降、供給の多元化が徐々に進行し、例えばストックホルム市では民間事業者による介護サービスの供給は1990年代初頭にはわずか5%程度であったが、2010年には60%を超えた。戦後の福祉国家の形成過程において、スウェーデンでは公的セクターである基礎自治体が福祉サービスの財政と供給の両者を一元的に担うシステムがつくられ、それがスウェーデンモデルとして大きな特徴を示していた。今でも地方税を財源に医療や介護を供給する方式は変わらないが、サービスにおいては、過疎地域を除き、基礎自治体による供給独占という状況は今やほとんどみられない。さらに介護サービス供給の多元化は予算削減を伴うことが多く、サービスの質の低下、利用者負担の増額など、介護の分野に新たな課題をもたらした。

第1図 スウェーデンにおける福祉国家の変容  
(1980年頃→2030年頃)



出典 Pestoff (2009) p.274

一方でソーシャルエンタープライズは福祉サービスの新たな供給主体として重要な選択肢として期待されるようになった。スウェーデンでは一般に、福祉現場の職員は疾病休暇の取得率が高く、離職率も高い。しかしベストフらの調査(1994年)では、例えば協同組合型保育所で働く職員は公立保育所で働く職員より仕事への満足度が高く、病欠率が低い。その理由は協同組合型保育所が小規模で、職員の裁量が大きく、また利用者との良好な関係が持ちやすく、働き手の満足度が高いからと説明している。福祉サービスの質は職員の労働環境や仕事に対するやりがいと直結しており、福祉サービスの質を向上させるために、“良い仕事”を増やすことが重要であり。その点でも福祉分野のソーシャルエンタープライズの存

在に期待が持たれている。営利企業による市場の寡占化を抑え、第1図に示す福祉多元主義を実現する上でもサードセクターの役割は鍵となる。介護保険制度導入後の日本において、NPO、農協、生協等による利用者参加型のサービスが生まれた状況、その一方で大都市部では営利企業による市場の寡占化が進行する状況は両国で共通している。このまま営利企業の勢いが続けば、どの国も2030年頃には福祉多元主義どころか、介護サービス市場は営利企業の独占状態になりかねないことをベストフは警告している。

(注4) スウェーデンでは2009年から「サービス選択自由化法」が施行され、自治体は利用者に対して自治体直営サービスか民間サービスの両方の選択肢を提供しなければならず、利用者はいずれかを選ぶことができる。バウチャーシステムの一つともいわれている。

(注5) social enterprise. 社会的企業と邦訳される。イギリスの社会的企業連合の定義では「社会的企業は、社会問題や環境問題を目的とした活動を展開する事業体。営利企業の多くは社会的な目標を持っていると自認するが、社会的企業は社会的な目的や環境改善の目的をまさに活動の中心に据えていることで営利企業とは異なる。社会的企業は社会改革というミッションを前面に押し出し、それを追求するために利益を事業に再投資する事業体である」(神野・牧里(2012) 59頁)。ペストフもその設立者の一人である。ヨーロッパ社会的企業研究ネットワークEMESは、社会的企業を協同組合的な概念でとらえており、ガバナンスによってステークホルダーの参加と民主主義的な管理・運営が担保されているとする(神野・牧里(2012) 58頁)。

## (2) 協同組合が提供する福祉サービスの質

ペストフは1990年代初頭に「労働環境と協同組合が提供する社会サービスに関する調査」(Working Environment and Cooperative Social Service : WECSS調査)を実施し、協同組合型保育所の社会的意義を明らかにした。1990年代初頭に保育所不足が深刻となり、不足を補うために、両親協同組合やワーカーズコープが運営する保育所が、都市部を中心に増加した。職員、親に対するアンケート調査の分析の結果、協同組合型保育所では働き手と利用者の相互関係が深く、お互いの満足度が高いことが明らかとなった。この調査結果を踏まえて、ペストフは、社会サービスの供給主体としてのソーシャルエンタープライズには3つの潜在的な貢献があることを指摘している。

第一に、ソーシャルエンタープライズは働き手にやりがいをもたらし、働き手の労働生活を豊かにする。特にワーカーズコープ等の職員協同組合は職員の労働意欲を高

めている。それは職員自身が職場において、自分で決定する機会と決定できる可能性が高いからであり、職員の仕事に対する満足度はサービスの質の向上にも貢献する(Pestoff (1998) p.16-17)。

第二に、ソーシャルエンタープライズは利用者のエンパワメントに貢献する。例えば両親協同組合等の利用者協同組合は、利用者自身をサービスの共同生産者にするによって、生産されるサービスの責任を負わせている。この仕組みにより、利用者はサービスの質を向上させるために、自らが発言し、要求を出すようになる。これは供給体に「発言」機能がもたらされることを意味する。その結果、利用者のサービス利用満足度も高まる(Pestoff (1998) p.17-18)。

第三に、複数の社会的価値に貢献する。ソーシャルエンタープライズによって供給されるサービスには柔軟性がある。介護サービスの供給という一次的目標だけでなく、二次的目標として様々な社会的価値を生み出す可能性を持つソーシャルエンタープライズの存在には期待がもたれる(Pestoff (1998) p.19-20)。

スウェーデンでは保育の分野において、両親協同組合やワーカーズコープの増加がみられたが、介護の分野では事例は少なく、さらに近年では営利企業の進出に押されぎみである。介護ソーシャルエンタープライズの事例としては、スウェーデン北部に位置するイエムランド県の過疎地域で見られる高齢者住宅協同組合の取り組み、都市部ではフィンランド人会、シリア人会、ユ

ダヤ系市民のグループが立ち上げた認知症高齢者向けグループホームやホームヘルプの取り組み等がある。スウェーデンの高齢者介護の現場では、特に都市部において、介護職員の欠勤率や離職率が高く、介護職員の不足が課題であるが、介護職員の労働環境は介護サービスの質に直結する。職員の労働意欲を高めるという点でも、ソーシャルエンタープライズは注目されている。

### (3) 「共同生産」

#### —利用者参加による福祉サービス—

公共サービスにおける「共同生産」や「市民参加」の考え方は1970年代から1980年代にアメリカの行政学の分野で注目された。都市型ガバナンスにおいては強力な中央集権と官僚制のもとで、専門職によるサービス供給が効率的であり、効果的と考えられていた。しかし商品の生産と異なり、サービス生産ではサービスの受け手となる利用者の積極的な参加がなくては成立が難しい (Pestoff and Brandsen (2008) p.3)。

そこで当時の「共同生産」という概念は、サービス生産者 (ストリート<sup>(注6)</sup>官僚、学校教師や医療介護のワーカー) と利用者との間に潜在的に存在する関係性を示す概念として発達してきた。1990年代に入ると、イギリスの公共サービスの供給にニューパブリックマネジメントの考え方が導入されるようになり、「共同生産」はボランティア組織がサービス供給に果たす役割を示す言葉として使われるようになった。従来から使われてきた「共同生産」概念をベースに、ペストフ

らは「共同生産」(co-production)、「共同管理」(co-management)、「共同統治」(co-governance) という3つのタイプの共同作用 (co-operation) を示し、これらはサードセクターにおけるサービス生産に直接的な影響を与えているとした。厳密に言えば、ペストフらの概念は分析のレベル (ミクロ・メゾ・マクロ) で分類されている。「共同統治」は調整に言及し、そこではサードセクターの組織が計画づくりや公共サービスの供給に参加するかどうか問われる。「共同管理」も調整に言及するが、そこではサードセクターの組織が政府と共同してサービスを生産するかどうか問われる。「共同生産」も調整に言及するが、利用者自身がサービスの何らかの部分を生産するかが問われ、利用者参加 (user involvement) と解釈できる (Pestoff and Brandsen (2008) p.5)。

3つのタイプの共同作用の概念に対し、ペストフらはさらに2つの区別を提示する。まずは組織レベルと個人レベルの区別であり、「共同管理」においては組織間の相互作用に言及し、「共同生産」については個々の市民によるボランティアに言及する。二つめは、政策のサイクルにおけるステージの区別、つまり計画と生産の間の区別である。このことは「共同統治」と他の2つの概念を分離するもので、「共同統治」は政策形成に、「共同管理」「共同生産」は政策実施に焦点を当てる (Pestoff and Brandsen (2008) p.5)。

ワールグレンはスウェーデンにおいて法人別によるホームヘルプサービスの質の比較調査を実施した。その結論は何が良質の

サービスであるかは統一の基準等は存在しないというものであった。例えば介護サービスにおいてはサービスの提供者は利用者との対話を通じて、良質のサービスとは何かを相互に理解する。介護サービスの質は文章化したり、ロボットにプログラミングできるものではなく、提供者と利用者が繰り返し相互に影響を与えながら、学習、再学習されてつくられていくものである(Wahlgren (1996) p.25)とし、マルチステイクホルダーを特徴とする協同組合型事業者の可能性を示した。

ペストフは消費社会の構図では、対人社会サービスにおいて質の向上は望みにくいとす。サービスの供給者と利用者が頻繁に会い、打ち合わせを重ねることで、両社間の情報の不均衡やサービスの質に対する不安を取り除いていくことができ、良質のサービスの共通の基準への同意に向かわせる(Pestoff (1998) p.127)からである。そしてサービス生産への利用者参加は利用者自身のエンパワメントにつながり、また市民民主主義の発展の可能性ももたらしめている。

(注6) ストリート官僚：政策の立案や法案の作成に関わる官僚をテクノクラート官僚、現場窓口の官僚をストリート官僚と呼び、両者を区別することがある。一般の人が福祉サービスを利用する場合、現場官僚の判断が影響することが多い。

## 2 日本の協同組合医療

### (1) 日本における協同組合医療の始まり

1874年成立の日本医制は、今の日本の自

由開業医制の始まりであったが、医制<sup>(注7)</sup>25条には「人民が共同して病院を建設しようとするときは、社中をつのって届けよ」という内容が示されており、当時から協同組合医療の可能性は存在していた。

協同組合の考え方を初めて日本に輸入したのは、松方正義内閣で内務大臣を務めた品川彌二郎であり、日本初の信用組合法案を提出したがこれは不成立に終わった。その後、山縣有朋内閣の時、1900年(明治33年)に産業組合法が成立し、日本において協同組合が法制化された。産業組合は今の農協、生協などの前身で、行政区単位につくられることが多かった。産業組合法は協同組合による農村医療を促した。鳥根県鹿足郡青原村で農村に住む人たちが資金を出し合って、1919年(大正8年)に石西厚生連日原診療所を始めたのが、医療協同組合に始まりといわれ、全国初(世界初)の協同組合立の診療所であった。これは信用購買販売生産組合が医療事業を兼営する形であった。組合長の大庭政世(1882-1939)の手記に、「青原村は、交通上の要駅なるも医師を欠くこと多年なり。本村は、医師に就き常に不幸の境遇にありて、相当手腕ある医師を渴望すること久しかりし。医院事業を組合において経営するのは本村の現状に鑑み、極めて適切のみならず、組合精神を喚起する上にも効果あるべきを信じ、定款に規定し、利用事業となす」とある。

東京では医療単独の協同組合診療所が新宿で開設された。賀川豊彦(1888-1960)の社会思想に基づく協同組合医療の始まりで

あり、東京医療利用組合（現東京医療生協中野総合病院）であった。当時の組合長は新渡戸稲造（1862-1933）、専務が賀川豊彦であり、協同組合による病院や診療所の設立は全国に展開した。東京医療利用組合の設立趣意書には次のような記述がある。「わが国の医学は、世界的に誇りうるまでに発達しながら、この恩恵に浴する者が、斯く制限されている。誠に遺憾この上ない。協同組合病院は、個人として医師の及ばない経済上の問題を解決し、すすんで治療の根本的問題、組合員の保健、すなわち予防医学まで、誠意を持って徹底的な貢献なしうる点において特色を持つ。私どもが医療事業を特に、協同組合の形態において経営せんとするゆえんは、この運動が、国民のあらゆる層に及ぼしうべき性質のものであり、新社会の基幹となるべきものと信ずるが故に、これが社会単位の組織に、大きな意義を認めるからである」というように日本の協同組合医療は、都市か農村かを問わず、また貧富の差を問わず、すべての人々を対象とした普遍的な医療給付を目指していた。

日本の戦前にみられる協同組合医療は、情報の非対称性から専門家優位になりがちな医療において組合員（=多くの場合、地域の人々）が参加してきた点が大きな特徴といえる。多くの場合、病院の開設、資金集め、医師の確保などは地域の人々の手で行われてきた。協同組合の医療運動は、農民自身の運動であり、いざという時のための医師の確保とともに健康を守ることを目的としていた。そのため農村の医療協同組合

では保健婦を置いて、巡回指導や保健活動に取り組んでいた。保健婦の人件費は国保から支出されており、予防活動による国保財政の健全化も目指していた。このことから、協同組合医療が医療と生活を総合的に考えていたことがわかる。

戦後、農業協同組合法（1947年）、消費生活協同組合法（1948年）の施行とともに、協同組合医療は2つに分かれていく。

（注7）「一府県或いは有志の人民協同して病院を建設せんと欲する時は先づ発起人中の人員医師職員の嘱籍名履歴及び会社の方法資金の經由保続の目的を記し学問の課程病室薬局の規則を附して地方官之を衛生局に議し文部省に達し許可を受くべし」

## （2）JA厚生連（全国厚生農業協同組合連合会）

JAの医療事業は1900年に制定された産業組合法のもとで、1919年11月に、窮乏している農村地域の無医地区の解消と低廉な医療供給を目的に、鳥根県鹿足郡青原村の信用購買販売生産組合が医療事業を兼営したのが始まりといわれている（前述）。その後、この動きは全国的に広がるが、戦時中は農業会に改組され、1948年に農業会は解散し、農業協同組合法のもとで厚生連がこの歴史を継承し現在にいたっている（全厚生連ホームページ）。

厚生連は医療法（第31条）で公的医療機関の開設者として、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会などとともに厚生労働大臣の指定を受けている。営む事業は医療・保健事業および老人福祉事業に限られ、出資配当の禁止、残余財産の帰属先の制限

など一定の要件を満たすことを条件に、医療保健業に関わる法人税などが非課税となっている。

全厚連による病院事業は全国に114病院と66診療所を有する(2011年)が、その41.7%が人口5万人未満の市町村に立地している。そのうち24施設は市町村唯一の病院となっており、歴史的にみても、現在でも、農山村を中心とする地域の基幹病院としての役割を担っていることがわかる。厚生連病院の病床数が最も多いのは新潟県(4,262床)で長野県(4,206床)、秋田県(3,881床)が続く(2011年)。

### 3 JA長野厚生連佐久総合病院 の取り組み —協同組合医療の事例として—

JA長野厚生連佐久総合病院(佐久病院)は長野県佐久市(人口10万人)にある長野県東信地方の基幹病院であり、「佐久病院は『農民とともに』の精神で、医療および文化活動をつうじ、住民のいのちと環境を守り、生きがいのある暮らしが実現できるような地域づくりと国際保健医療への貢献を目指します」を理念として掲げている。ペストフが高い関心を持つ日本の協同組合医療の取り組みを佐久病院の事例から検討する。

#### (1) その医療活動の特徴

##### —「出張診療」「文化活動」「全村健康管理活動」—

「私が東京からこの山の中へ来たのはい

まから50年前ですから、今とは当時の村の様子は全然違います。病気も違いました。あの頃はみんなおなかの中に『腹の虫』を持っていました。回虫、十二指腸虫です。秋口になると伝染病が流行って、この辺でも赤痢が随分とでました。集団赤痢です。臼田町などでも集団的に腸チフスが流行って大変だったものです。(中略)今ではどの家だって湯殿も内便所もあるけど、昔はなくて外便所だけの所が多かったんです。そういう中で、健康のことは考えずにひたすら働いてきた、いや『健康を犠牲にして』働かされてきたわけです。長い封建社会の歴史の中で、そのことを『百姓』と言ったものです」(1993年若月俊一院長講演より)(JA長野厚生連佐久総合病院(2011)11頁)。

佐久病院は1944年に農業会により開設された病院であり、1945年3月に若月俊一(1910-2006)が赴任してから病院を拠点とした農村医療の展開が始まる。ここでは地域福祉の視点から見た佐久病院の医療事業の特徴を3つの点から整理したい。

一つめは出張診療活動である。「私どもは日夜病院で『手遅れ』の患者ばかりを診ている。これの治療に全力をつくすことはもちろん大事であろう。しかし、一歩進んで村の中に入って行って、病気を早期に発見することの方がより重要ではないか。これこそ農民のニードといわねばならない。私どもはこれを満たす実践にふみこまねばならぬと考えた。私どもの顔がひろくなり、しだいに町や部落の青年団や婦人会と連絡がとれるにしたがって、その要請に応じて、

出張診療を始めることになったのである」(若月(1971)30頁)。当時は政治的な思想の宣伝をしている、医者たちが病院を留守にしているために多くの入院患者が死んだなどの根拠のない批判もあったという。出張診療は主に農閑期に各部落の公民館を利用して行われ、初めは不定期であったが、徐々に定期的に行われるようになった。検診内容は、医師の診察のほか、血圧測定、検尿、検便(虫卵)などが主だったが、高血圧・脳卒中や寄生虫症が多く、この程度の内容でも病気の早期発見に有効であった(JA長野厚生連佐久総合病院(2011)37頁)。

二つめは文化活動である。病院が文化活動を行うというのは世界的にみても珍しいことであるが、松島松翠名誉院長は「文化とは、『人間が人間らしく生きる営み、生き方』をいうのであり、『人間らしい生き方を獲得する活動』が文化活動である」とする。佐久病院では「医療は文化」という理念のもとで、医療活動と文化活動が共に病院運営の方針となっている。

病院内には劇団部、コーラス部、吹奏楽団などの文化部と、野球部、卓球部などの体育部がある。また1947年から続いている病院祭は毎年5月の土日に行われ、病院を開放して行われる。2013年5月の病院祭には5万人の来場者があり、佐久市の人口が約10万人であることを考えると、地域全体の行事になっていることがうかがえる。周辺自治体の行事にも積極的に参加して、住民との交流を行っている。

佐久病院の演劇部は1945年に始まるが、

臼田町で演劇大会をするために病院からもチームで出演をしてほしいという青年団からの誘いがきっかけとなった。若月医師は町の青年たちと仲良くなるためのいい機会であると考え、また「農村で文化活動をするにあたって、二つのことを君たちにおくる。一、小作人たれ。二、農村演劇をやれ」という宮沢賢治の教えの影響を受けて、これに参加した。

「白衣の人々」というタイトルの初めての演劇は病院で働く人の生活を描いたものであった。無医村への巡回診療をきっかけに、芝居の中に、へき地に住む村民を啓発するための衛生思想を積極的に組み入れるようになったという。「当時農民が私どものいわゆる医学常識をもっていないことはなはだしいものがあつた。右の下腹が痛ければ盲腸を疑うなどということを全く知らないのだ。そういう場合は、『虫腹』(当時はどんなに回虫が多かつたことだろう)とは違うのだから、腹を温めてはいけないのだ、冷やさなければいけないのだ。こんな常識を、講演の中だけでなく、劇の中にもおりこんで、おもしろおかしく演じてみせる。特にこれを巡回診療と組んでやると大きな効果があつたように感じた」(若月(1971)28頁)。

テレビやラジオが普及していない当時は、病院の演劇班が村に行くと、寸劇を楽しみに、村中の人々集まってきたという。疾病予防の知識と身につけてもらうだけでなく、当時の農村にあつた「健康犠牲の精神」を改革することも重要であつた(JA長野厚生

連佐久総合病院（2011）37頁）。

三つめは定期的集団検診と全村健康管理活動である。村と病院が協力して病気の予防という課題に立ち向かった「八千穂村全村健康管理活動」は全村民の健康台帳をつくり、冬の農閑期に全集落をまわり、全村民の健康診断を行うもので、日本の健診システムのモデルになったといわれている。

1959年に八千穂村（現在は佐久穂町）では全村健康管理が始まったが、そのきっかけは国民健康保険の医療費半額自己負担分の現金支払い問題であった。国民健康保険法改正（1957年）で自己負担分の窓口徴収が始まった。当時は多くの農民が1年のうちにお盆や年末にしか現金収入がなかった。診療のためには常に現金を持たなければならなくなり、受診抑制につながり、早期発見ができなくなる。そのため八千穂村では井出幸吉村長（当時）を先頭に県に対して陳情を続けた。陳情は通らなかったが、八千穂村では制度開始後も窓口徴収はすぐには実施せず、1年半遅れで実施した際も、他の町村が5割自己負担のところを八千穂村では4割負担としていた（JA長野厚生連佐久総合病院（2011）41頁）。

この運動の中で、若月医師は井出村長に病人をつくらないように、村をあげて健康を守る運動に取り組もうと提案し、村の開業医も最終的に賛同した。全村民に配布された健康手帳に自分自身で健康日記をつけるという仕組みをとった。職業、食習慣、住宅などの生活環境、家族の遺伝関係、自分の病歴や経過を詳しく記入する。年1回

の検診結果や医療機関にかかった際の記録も書き込む。書き方には村の有線放送、保健師、国保担当者、衛生指導員が繰り返し、宣伝や教育を行った。

この健康手帳をもとに、村では健康台帳を作成し、個人、世帯、集落の3種類の台帳が5年分、年次別にみることができる。これにより村民の健康状態を個人だけでなく、生活環境から総合的にとらえることができる（現在は個人情報保護の視点から、部落台帳、世帯台帳は活用されていない）。

全村健康管理活動は病院の医師だけでは実施できず、村内の関係者や関係団体との連携が必要となる。横の連携としては健康管理合同会議が設置され、役場からは村長、議長、住民課長、保健婦、事務職員が、住民組織からは保健委員、衛生指導員、衛生部代表が、病院からは健康管理部と出張診療班が、関係団体からは農協、公民館、小中学校の担当で構成されている。

## **(2) 在宅での終末期医療を可能にする ネットワーク**

「出張診療」「文化活動」「全村健康管理活動」は佐久病院の歴史からみた大きな特徴であるが、近年、日本の医療や介護が大きな課題とする終末期医療への取り組みが佐久病院の地域ケア科を中心に展開されている。厚生労働省による終末期医療に関する意識調査（2007年）をみると、「できるだけ長く在宅で療養したい」と回答する人は60%を超えている。

その一方で、60%以上の人々が最期まで

自宅で療養することは困難であると考えている。自宅療養が困難な理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」(80%)「症状が急変したときの対応に困る」(58%)であった。厚生労働省の統計(2002年)では、日本の在宅死亡率は13.4%で、スウェーデン51.0%、オランダ31.0%、フランス24.2%に比べて低く、日本では多くの人々が在宅での終末期医療を望んでいるにもかかわらず、在宅死が困難な状況は続いている。

佐久病院内に正式に地域ケア科ができたのは1994年であるが、その理念は1945年3月に若月医師が佐久病院に来て、同年12月から出張診療活動を開始したときに始まるといえる。入院医療と外来医療のみを行う病院が多いなか、佐久病院には、病院の持つ力を10と考えたときに「入院医療5：外来医療3：地域医療2」とする考え方があ。地域医療に力を入れる基幹病院は少なく、「地域医療2」は佐久病院の医療活動の特徴を示している。

佐久病院の地域ケア活動の理念は「障害をもっても住み慣れた地域で安心して暮らせるために」というもので、その活動の柱を「生命(いのち)を守る援助(在宅医療)」と「生活(くらし)を守る援助(在宅福祉)」としている。そのため佐久病院の地域医療は公衆衛生や保健予防に加え、地域ケアや福祉の領域も含んでいる。「(医療の専門家は)つつい生命にのみ注目しがちであるが、同時に注目しなければならないのは患者自身のくらしであ

る」と医師らは考えている。

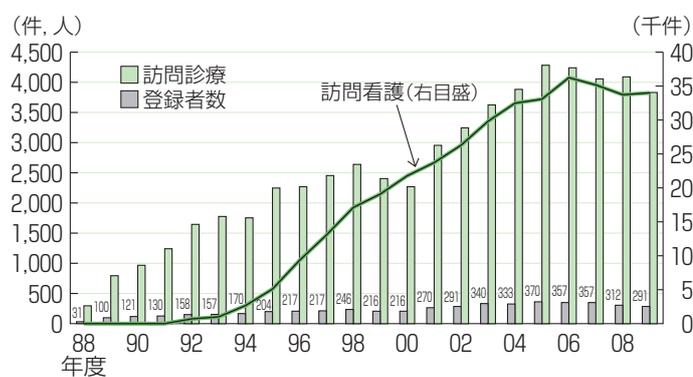
佐久病院の地域ケア科の提供するサービスには、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリなどの一般の医療機関が提供するもののほかに、地域包括支援センター、居宅介護支援事業(ケアプラン作成)、宅老所等、介護保険サービスも含まれており、さらにJAが提供する福祉事業との連携もはかっている。

訪問診療を利用していた家族からの申し出で民家を借り受け、「宅老所やちほの家」を開設し、認知症の方のデイサービスを行っている。9人が利用しており、朝の迎えは定時に行われるが、特別に決まったプログラムはなく、その人にあわせて何かをやってもらうことが大事と考えられている。これも患者の生活全体をとらえようとする訪問診療からの発想につながる。

2010年現在で佐久病院の訪問診療の登録者数は210人で、10年前に比べて約9倍に増加した。登録者が最も多かったのは2005年で370人の登録者があり、このことは病院外に370床があるということになる(第2図)。

また1987年に比べ、地域ケア科の職員数

第2図 佐久総合病院における訪問診療・訪問看護・登録者数の推移



出典 JA長野厚生連佐久総合病院(2009)

も増えたが、最も大きな違いは介護保険制度で新たな専門職となった介護支援専門員であり、23人を配置している。そのうち約半数の12人が看護師である。医療依存度が高い高齢者、例えばがん患者の在宅介護では、看護師資格を持つ介護支援専門員の役割は大きい。

近年では佐久医師会と協働して、地域ケアネットワーク研究会を開催している。これは在宅医療を普及するための課題を検討するための研究会で、佐久医師会のメンバー9人（開業医3人、中小民間病院2人、自治体病院2人、佐久病院2人）で構成され、2か月に1回の会合を開いている。佐久病院の働きかけにより、佐久医師会内において訪問診療を行う診療所は1992年に12か所（全体の50.0%）、2006年22か所（全体の57.9%）、2010年32か所（全体の68.0%）と着実に増えてきている。片道15分以内で移動ができる範囲内で1～2件程度、また佐久病院で夜間のバックアップ体制をとることで、開業医が負担感を感じずに訪問診療が可能だという。佐久医師会内では、2009年には89人の在宅看取りが行われたが、その約40%は2つの診療所で行っており、1～3件の在宅看取りを行った診療所が約40%であった。

また「佐久コミュニティケアネット」は2008年8月に発足させ、佐久地域の多職種が集まり、2か月に1回の割合で事例検討会を行っている。薬剤師、医師、介護職、福祉職等、毎回80人程度が集まっており、まずはお互いに顔がわかる関係を目指している。

### (3) 在宅で死を迎えること

#### —住民の希望を実現する医療—

地域ケア科では、在宅医療の可能性をさらに高めていくには住民参加、住民主体が欠かせないと考えられている。佐久で在宅医療が可能な背景には、訪問看護、介護、薬剤師等の関連機関との協力、いざという時のための病床の確保、がん終末期でも相談可能な緩和ケアチームの存在が安心感につながっていると考えられるが、同時に、いかにして地域住民が主体になれるかが在宅医療を普及させるための大きな課題と考える。最終的に在宅医療を選択するのは患者本人なので、病院は患者に対して安心感を具体的に示すことが重要となる。「医師はがん患者の専門家ではない」と医師らは考える。

地域ケア科が行う在宅医療は、その人が希望する場所でその人らしく最期まで生きる事を支える医療を目指しており、その内容も特徴的である。訪問診療は医師と看護師のペアで行われる。介護者との会話も重要と考え、例えば高齢者夫婦の家を訪問した時には患者が診療を受けている間、もう一人の職員は家族と会話をする。介護者が倒れたら患者本人も自宅で生活することが困難になるため、介護者自身の健康状況（精神的な疲労も含めて）も確認することが重要となる。現行の医療保険制度では看護師の同行は診療報酬の対象とならず、病院にとっては持ち出しとなる。

しかし佐久病院では、一人の患者を専門が異なる職員が見ることで患者の状況を多

角的に評価でき、また車での移動中に情報交換ができる点を重視している。訪問診療で身体的な診療が行われるのは当然であるが、訪問診療はその患者の家に入る前から始まると認識されている。その患者がどのような地域に住んでいるのか、どの部屋で寝ているのか、家の中は片付いているか等の情報は、患者の診療にとって重要な情報となる（例えば、家族に大事にされている人は家族の目が届くところに居室があることが多い等）。その人の病状だけを見て対応するのでは不十分であり、間違った診療判断をすることになるという。全人的な医療を行うために、その人がどのような生涯を送ってきたのかを知ることも重要であり、それがあってこそ、看取りができると医師らは考えている。

地域ケア科では、遺族に対するグリーフケアとして、エンゼルメイク、遺族訪問、故人を偲ぶ会（遺族会）の支援を行っている。グリーフケアは、親しい人を亡くした悲しみから遺族が立ち直ることを支援する行為である。グリーフケアの一つとして、在宅で亡くなった方々へもエンゼルメイクを行う。エンゼルメイクは、患者が亡くなった際に、故人の顔色や表情などをメイキャップで手直しをする行為であり、特に故人に苦痛の表情があった場合、それを穏やかな表情に化粧することは遺族の気持ちを慰めることにつながる。

また地域ケア科では四十九日の前後に故人の在宅医療に関わってきた職員が遺族を訪問し、在宅医療にあたった遺族を慰める

とともに、会話を通じて職員に対する評価を受ける。また地域ケア科は毎年「佐久総合病院地域ケア科登録患者様故人を偲ぶ会」を開催し、その年に亡くなった患者の遺族の会食の場を設けている。この「偲ぶ会」の経験により、遺族会がつくられ、地域ケアを経験した人たち同士のネットワークが形成されている。

#### 4 協同組合医療の「共同生産」「共同管理」「共同統治」

ペストフがなぜ佐久病院の医療に注目するのか、日本の協同組合医療に注目するのか。ペストフの示す諸概念に照らして佐久病院の取り組みを検討する。

「共同生産」：地域ケア科が行う在宅での終末期医療は、医師や看護師らといった専門職と患者である利用者の中で営まれる医療の「共同生産」ということができる。在宅での終末期医療は専門職だけで成立することはありえず、在宅生活を選択する本人の主体性が問われる。本人や家族が在宅生活を選択できるのは、専門職による支援があつてこそであり、佐久病院は在宅医療を支える様々なサービス、特に本人や家族が最も不安を感じる緊急時の対応にしっかりと応えている。

終末期医療の普及には、サービス提供者とサービス利用者の相互関係と信頼が欠かせないことを明確に示している。訪問診療での家族への配慮、また患者が亡くなった後のグリーフケアや遺族会の開催等の様々

な配慮は、地域の人々の間に終末期医療に対する信頼を高める上で大きな貢献をしている。在宅で家族を看取った経験が語り継がれ、自然な形で地域に普及していくからである。持続可能な社会保障制度、人間の尊厳を保つことができるサービス、ボランティアの発露の三者を共存させるためには、地域において参加・協働・学びの機会が保障されなければならないといわれる。佐久病院の終末期医療は、地域における参加、協働、学びの機会を保障することで、人間の尊厳を保つことができるサービスとともに、医療費の高騰を抑え、持続可能な社会保障制度への提言を行っていると考えられる。

「共同管理」:「共同管理」の概念では政府とサードセクターの相互作用が言及されるが、佐久病院と旧八千穂村で始めた全村健康管理はその例と考えることができる。これは病院独自でできる取り組みではなく、村と病院の共同事業である。しかし健康管理合同会議の構成メンバーは役場から、病院から、住民から、関係団体から選出され、活動方針を決めていることから考えると、むしろ「共同統治」の考え方に近いものと言えるかもしれない。

「共同統治」:佐久病院がリーダーシップをとって行われている医療介護のネットワークづくりは「共同統治」と考えられる。佐久病院は地域ケア科の職員を増やすだけでなく、地域全体の医療介護資源を見据えたガバナンスに貢献している。日本の介護保険制度では地域包括支援センターを核

に地域ケア会議<sup>(注8)</sup>の設置を試みている。地域ごとに医療介護の社会的資源の構成が異なるために、誰がリーダーシップをとるかは地域ごとに異なる。佐久病院では佐久医師会と地域ケアネットワーク会議を開催し、それをきっかけに、訪問診療の件数も増えている。また「佐久コミュニティケアネット」では医療や介護に関わる様々な職種や事業者が集まっている。

JAの行う介護保険事業の特徴もそのユニークさから注目できる。介護保険事業を行うJAは全組合の42.5%で、そのうち89.8%にあたる273組合が訪問介護を行っている。次に居宅介護支援事業75.3%、通所介護42.1%と続いている(2011年)。JAでは女性部の活動を通じて、1991年から厚生省(当時)指定のホームヘルパー養成研修に取り組み、2010年までに約12万人のホームヘルパーを養成してきた(小田(2012)39-47頁)。JAの訪問介護は女性部が中心となって活動する助け合い組織との連携がユニークである。お盆を迎えるためのお墓の掃除、秋の農繁期に高齢者の一時預かりや食事サービスを行う等、介護保険外のサービスを助け合い活動で行う組織もある。女性の賃金労働の場ができ、どちらかといえば保守的で家族のつながりが強い地域に介護保険制度の理念を浸透させた点も大きな貢献と言える。

飯嶋郁夫は「佐久病院は農業協同組合の病院である。協同組合の『基本理念』は『参加と民主主義』である」と先輩から教えられてきた。最初はサッパリわからなかった

が、今は、『本当にそーだな』と思える。私が佐久病院での『仕事』で得た、大きな結論の一つである」(飯嶋(2013)35頁)と語るが、「福祉サービス供給における市民参加と共同生産は、民主主義の発展や再生に重要な意味をもたらす」というペストフの考え方と共通している。

現在、筆者はペストフとともに協同組合医療介護の共同調査を行っている。2013年5月には坂下厚生総合病院(福島県厚生連)、豊田厚生病院(愛知県厚生連)、足助病院(愛知県厚生連)等を訪問し、インタビューをさせていただいた。外国人研究者がここまで魅了される取り組みが日本にはまだまだ存在するはずである。日本に住む私たちがまずその存在を知り、またその取り組みからのメッセージをしっかりと受け止めることが、今の日本の医療と介護を考える上で必要なことなのではないだろうか。

(注8) 地域ケア会議は、2025年を見据えて、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステム実現に向けた手法であり、具体的には介護保険制度のもとで設置されている地域包括支援センターが中心となって進められる。地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。将来的にはこれらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげることを目標とする。(2013年地域包括ケア研究会報告書より)

\* 本稿は2012年11月13~14日に行われた協同組合人づくりネットワーク主催「協同組合人づくりネットワーク第4回学習会」(佐久総合病院視察)

に参加の際にいただいた資料および講話の内容を使用している。貴重な機会と情報を下さったJA長野厚生連佐久総合病院の皆様、JA厚生連、JA全中、農林中金総合研究所の皆様にご心からお礼を申し上げます。

「2 日本の協同組合医療」についてはJA厚生連松本誠悦様の講義を引用しています。また農林中金総合研究所原弘平常務様には、ペストフ氏との研究調査でご指導を頂いています。重ねてお礼を申し上げます。

#### <引用文献・参考文献>

- ・飯嶋郁夫(2013)「健康管理活動への私のこだわりと願い」佐久穂町「地域健康づくり員」学習会資料、季刊佐久病院No.17
- ・小田志保(2012)「JAの介護保険事業の現段階の課題と対応」『農林金融』4月号
- ・神野直彦、牧里毎治(2012)『社会起業入門：社会を変えるという仕事』ミネルヴァ書房。
- ・JA長野厚生連佐久総合病院(2009)『佐久総合病院年報』
- ・JA長野厚生連佐久総合病院(2011)『健康な地域づくりに向けて 八千穂村全村健康管理五十年』
- ・松島松翠、横山孝子、飯嶋郁夫(2011)『衛生指導員物語』JA長野厚生連佐久総合病院
- ・若月俊一(1971)『村で病気がたたかう』岩波新書
- ・若月俊一監修、松島松翠編集(1999)『佐久病院史』勁草書房
- ・Pestoff, Victor A. (1998) *Beyond the Market and State: Social enterprises and civil democracy in a welfare society*. Ashgate Publishing Limited (藤田暁男・川口清史・石塚秀雄・北島健一・的場信樹訳(2000)『福祉社会と市民民主主義—協同組合と社会的企業の役割』)
- ・Pestoff, Victor. and Taco Brandsen. (2008) *Co-production. The Third Sector and the Delivery of Public Services*. Routledge.
- ・Pestoff, Victor A. (2009) *A Democratic Architecture for the Welfare State*. Routledge.
- ・Wahlgren, Ingela (1996) *Vem tröstar Ruth? En studie av alterantiva driftformer i hemtjänsten*. Färetagsekonomiska institutionen, Stockholmuniversitet.

(さいとう やよい)