

論文

# 福祉サービスの共同性と主体形成の意義

—— 医療生協の組織的特徴と実践を踏まえて ——

是 澤 宏 美

〔抄 録〕

本稿は、政策主導の地域包括ケアシステム推進強化の時代において、本来の社会福祉の意義を捉えなおし、生活者主体へ転換するために何が必要なか明らかにすることである。筆者は、福祉サービスにおける「共同性」の過程を重要視し、それを事業と運動の組織運営の仕組みとして活かしている「医療生活協同組合」に焦点をあて、先行研究と所属していた医療生協での一実践を基に、生活者（利用者）と職員（提供者）の「福祉サービスの共同性」による双方の主体形成とその意義を明らかにした。社会福祉は公的責任にあるが、その主体はあくまで、社会的生きにくさを抱える人も含めた全ての生活者（利用者）にある。その生活者（利用者）の思いや暮らしに協同する形で、職員（提供者）が同じ組合員として共同しながら主体形成を発展させている仕組みは、他の社会福祉基礎構造改革以降の福祉現場においても普遍化でき有用であると考えられる。

キーワード：福祉サービスの共同性、主体形成、公的責任、地域包括ケアシステム、医療生協

## 1. はじめに

社会福祉基礎構造改革路線で2000年に介護保険制度がスタートした。措置から契約へ、社会保険方式が導入され「自立支援、利用者本位」を基に、介護の社会化が謳われ、サービス提供主体に市場原理が導入された。しかし、実際は介護の社会化は名目で、介護の社会保障が手厚くされるところか、政策主導の市場化・営利化により利用者が逆選択される時代となり、利用したくても利用できない、提供したくても提供できない、そんな時代になっている。

認知症や精神疾患、独居や複合的課題を抱えた家族など、誰にでも起こりうる状況ですら「厄介」と選別され、サービスと地域力が分離させられた状態で「早く施設へ」と言う単純なリス

ク回避支援の方法が、専門職からも地域からも安易に提案されやすい。そこには、生活者としての「主体」が形成されず、サービスを受給する存在としての利用者像があり、解決と責任を政策主導の中で押し付けられた地域像がある。共同的解決や積極的な主体形成が生み出されにくい中で、サービスありきの支援関係に終始してしまうのである。

ある居宅介護支援事業所のケアマネージャーは、介護保険制度改正毎に「ケアマネージャーとしての深みがなくなり、仕事をしていて虚しくなってくることがある」と発言した。ケアプラン作成のための点数計算がより複雑になり、一人の人の生活全体をマネジメントする視点が持ちにくく、サービス提供にも制限や条件が多いため、個別ニーズに合ったプラン作成がしにくい。サービス事業所においても、介護報酬が下がり担い手も不足する時代において、政策的意図の中でいかに効率的に回し、利益をあげるかの運営をせざるを得ない状況にある。

国は、住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせると謳った「地域包括ケアシステム」<sup>1)</sup>を推進し、我が事丸ごとの「地域共生社会」<sup>2)</sup>の実現を目指している。

本来、生きるための権利保障は、憲法にも明記されているように、公的責任によってなされるべきであり、その上でのケアマネジメントにより、くらしの質や豊かさの追求、自己実現を図ることができる。しかし、実際はその逆行で、地域の助け合いを名目にした改革が、より社会的に困難を抱えた者を生み出し、排除してしまう結果になりつつある。生活課題が重なり合うことや生き所のなくなった人の無理心中や自殺に見られるように、支援が必要だと思われる人ほど、政策主導のシステム下では、制度の狭間に埋もれ、必要な支援が届かないのである。

また、支援する側・される側の関係や、生活全体をみたケアから生活の一部を個別サービス提供するケアへと、ケアのつながりも分断化されてしまっている現実もある。

そこで、本稿では、福祉とは何か、社会福祉の責任は公にあるがその主体はあくまで住民であり、社会的生きにくさを抱える生活者にあると言う認識で社会福祉を捉えていく。そして、地域住民が様々な生活課題を解決し、生活保障を獲得するため、自らのために共同し、政策をも動かす原動力を生み出してきた「医療生活協同組合（以下より、医療生協）」に焦点をあてる。医療生協では、共同を基盤に、職員と地域住民・利用者が対等に責任と権利をもちながら、健康な住民も関わる健康づくり運動から看取りを含めた医療・福祉事業を、この時代に至る以前から組織ミッションとして実践している。その共同性と主体形成の実践から、生活者主体の地域包括ケアシステムの再構築をめざす。

## 2. 地域包括ケアシステムを捉える

### 1) 地域包括ケアシステムが打ち出された社会的背景と政策的意図

1970年代、施設から地域福祉の方向で日本の社会福祉が新たな方向で展開しようとしていたが、1973年オイルショックを契機に経済の低成長に伴い「福祉見直し」路線に突入した。この

過程で、財政的理由にした市場化と競争原理により公的責任を大きく後退させる形で、社会福祉の地域化と普遍化が進められることになった。

1979年には「日本型福祉社会論」として、個人の自助努力と家庭や近隣、地域社会等の連帯を基盤に、効率化や自由経済のもつ活力を活かす道が打ち出され、この時から、自助・共助・公助の段階による支援の推進が始まっている。そして、家族介護の負担軽減を名目に介護の社会化や在宅介護の整備が目的で、2000年の介護保険法が施行された。自立支援、利用者選択の自由、サービス効率化が主な目的とされた。

ただ、3年目の制度改正時期には、すでに介護需要が増え財政危機が懸念されるようになり、費用抑制と財政安定化のための制度見直しが検討されるようになった。2003年に初めて「地域包括ケアシステム」という用語が使われ、2009年の地域包括ケア研究会報告書<sup>3)</sup>では、地域包括ケアシステムを「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義している。

2013年報告書<sup>4)</sup>では、「自助・互助・共助・公助」の4つの支援の役割分担が示されたが、介護保険制度は「公助」ではなく、自助・互助による本人・家族の介護優先と公助の間の「共助」に位置づけられた。

そのことについて、社会保障や医療経済の研究者である横山壽一(2015)は、自助・共助・公助と市場化として「社会保険さえ共助と位置づけて社会保障から切り離し、その社会保障も権利性を否定して公の助けに貶め、それさえ自助・共助の後に始めて登場するものとしてはるかに先に遠ざけて、生存権・生活権を条件付きの存在にしてしまう」とし、その代替として「公助として位置づけられてきた領域をできるだけ市場に委ね、国民生活の市場への依存度をさらに高める方向で国民に自立的な生活を営むことを求めるものにほかならない」<sup>5)</sup>と公的責任の後退を述べている。

2014年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(以下、医療介護総合確保推進法)」<sup>6)</sup>が公布された。市町村が実施の地域支援事業の多様化・充実をすすめるとしており、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進など多くが市町村の力量に頼らざるを得なくなっている。同時に、利用料自己負担引き上げや、特別養護老人ホームの入所要件の厳格化など、制度利用適正化がより一層進められた。

地域包括ケアシステムでは、医療・介護の基盤になる「住まい・生活支援・介護予防」の生活支援を強化しようとしており、そこに住民参加(住民活用)を促している。医療・介護の専門職領域の範囲を狭め、素人である住民同士の生活の支えあいを基本におき、2016年7月に設置された『我が事、丸ごと』地域共生社会実現本部<sup>7)</sup>は、従来の地域包括ケアシステムを、高齢者だけでなく「全世帯・全対象型」に拡大するとともに、2035年の保健医療システムの構築の中に位置づけ、医療と福祉の全体のあり方を再編しようとしている。

これらの一連の流れは、利用者の自己決定、自己選択の具体化を名目にした、保険原理と自己責任による「自助・互助頼み」の推進といわざるを得ない。自助・互助・共助が前提で、憲法 25 条保障における生活保障としての医療と福祉の公助を大きく後退させているのである。

本人・家族・近隣の自助・互助ありきでは、互いの牽制につながり「火元が危ない」「施設になんで入れないのか」「誰が責任をとるのか」というやりとりの中で、安易に地域から排除する対立構造を生み出してしまっている。

## 2) 福祉基礎構造改革以降の福祉現場の実態

政策主導の地域包括ケアシステムが、ますます加速し推進され、日本の社会保障全体を取り囲もうとされる中で、実際の福祉現場はより残酷な対立構造を抱えた状態になっている。

鈴木勉（2009）は、その政策の一連の流れである社会福祉基礎構造改革において、新自由主義的な改革と保守主義的な改革の側面の特徴が見出されるとしている。新自由主義的福祉改革の論点として「応益負担原則の導入、利用契約制度、現金給付へ」<sup>8)</sup>、保守主義的改革の論点として「家族扶養が前提」<sup>8)</sup>をあげ、その結果を「利用者と事業者（提供者）の無意識の対立的な関係におかれることになった、福祉構造改革が福祉実践にもたらした最悪の影響」<sup>9)</sup>と評し、共同性の破壊として言及している。

応益負担原則の導入により、利用者の顕著なサービス利用抑制と、報酬単価がどんどん下がることで労働者の賃金切り下げや非正規化が進んでいる。結果、利用者と事業者（提供者）の「福祉サービスの共同性」を分断する結果を導いている。

また、利用契約に関して鈴木勉（2016）は「営利企業は投下した資本を効率的に回収して、利潤を獲得することに最大の目的があるのだから、儲けにつながらない低所得者は相手にせず富裕な利用者を選ぶのであり、こうした階層がある程度まとまっている地域にしか進出しないという行動様式をもっていることから、規制緩和の推進論者が言うような利用者の自由な選択は機能せず、サービス提供事業者が利用者を選ぶという『逆選択』が起こっている」<sup>10)</sup>としている。

応益負担や利用契約の導入により、今まで利用している介護保険サービスを、本人の希望ではなく家族の意向で利用できなくなった事例もある。それにより、ある方の場合、本人の生活保障は地域の見守りに頼らざるを得なくなったが、地域もそこまで踏み込んで見守ることはできない。本人が望んでいても、環境次第で必要なサービス利用は抑制され、生活の安全保障の責任所在が曖昧なまま、自己責任と家族や地域の見守り中心に委ねられてしまうのである。

また、自己決定や自己選択を掲げているながらも、行政は公平中立を楯に、サービス事業所選択に必要な情報提供すら行わないこともある。サービス事業所はたくさんあっても、自分にとっての選択決定に必要な情報を得るところから、必要な支援につながる過程までもに自助努力が求められ、窓口対応やサービス事業所の個別判断に委ねられてしまうのである。

社会福祉基礎構造改革の中では、福祉サービスは商品であり、虐待やセルフネグレクト、生活困窮などにより、商品売買が上手く成立しない場合、責任の所在は曖昧となり、最終的には本人の自己責任に落とされてしまう危険性がある。

鈴木勉(2015)は、新自由主義は市場原理主義とは異なり「国家の機能を使って市場優位体制を確立」<sup>11)</sup>する点にあるとし、「国家管理の福祉の市場化」<sup>11)</sup>が進んでいると述べているが、財政コントロールに主がおかれ現場裁量が狭まってしまうことで、専門職も個別利用者の生活の幅を見ることが出来なくなり、利用者同様に「主体性」を見失ってしまうのである。

### 3) 地域包括ケアシステムをみる視点～政策主導と生活者主体の視点～

政策主導下での福祉現場の実態を、生活者主体の政策に転換する必要性について、『福祉国家と福祉社会』著者のイギリス行政学者 W.A. ロブソン(1980)<sup>12)</sup>が参考になる。「福祉国家は議会が定め、政府が実行するものであり、福祉社会は公衆の福祉にかかわる問題について人びとが行い、感じ、そして考えるものである」と区別し「われわれが福祉社会であろうとしないで、福祉国家を求めている」と課題提起しているのである。また、同様に「福祉社会なくしては真の福祉国家はあり得ないこと、両者は相互補完的である」ことにも言及している。中央集権化する国家や営利企業などへの過大な権限集中に流され、無関心や無責任であるのではなく、福祉社会の実現のためには、分権化と合わせて共同意識や公共心による国民の態度や意志・行動・参加が重要となることが理解できる。

政策主導の地域包括ケアシステムは、少子高齢化の進行など人口動態の影響を最も受けた中で、自治体間格差やマンパワー不足、介護保険財源問題(それによる第1号被保険者の保険料の更なる負担増など)の課題解決に向けての取組みを推進している。これらは、W.A. ロブソンの住民自治と地方自治によって成立する福祉社会が欠如した中央集権的なシステムといえる。

それに対して、健康な住民も含めた利用者と職員(提供者)が共同して事業と運動による課題解決とまちづくりを推進している医療生協は、地域包括ケアを2つの側面から捉えている。政策主導のシステムは「①都市部の高齢者対策から検討されたもの、②自治体間格差を前提としている、③マンパワー(医療・介護・生活支援)の確保対策があいまい、④医療・介護事業者の負担を前提としている、⑤公的財政負担の軽減策」<sup>13)</sup>という負の側面を持ち合わせているので見過ごせないとしながらも、様々な問題を、これまで培ってきた組合員組織としての強みを活かし、行政や自治体と連携強化を図りながら解決を図ろうとしているのである。

医療生協には、W.A. ロブソンのいう「かかわる問題について人びとが行い、感じ、そして考える」福祉社会に必要な主体形成づくりとなる仕掛けが、仕組みとして保障されている。

### 3. 福祉サービスにおける共同性と主体形成の意義

#### 1) 福祉実現の到達点

福祉実現をどう捉えるのか。社会福祉の主体を生活者と捉えることについて、社会福祉の父と呼ばれ社会福祉の実践家である糸賀一雄と共同作業所運動研究者の鈴木勉を引用する。

まず、糸賀一雄（1968）は、「私たちの願いは、重症な障がいをもったこの子たちも、立派な生産者であるということ、認め合える社会をつくろうということである。『この子らに世の光を』あててやろうというあわれみの政策を求めているのではなく、この子らが自ら輝く素材そのものであるから、いよいよよみがきをかけて輝かそうというのである。『この子らを世の光に』である。この子らが、うまれながらに持っている人格発達の権利を徹底的に保障せねばならぬ」<sup>14)</sup> ことを述べている。

鈴木勉（1994.2006）は、「人間らしくゆたかに生きていくためには、①一生かけてやれる自分の仕事があること②安心して暮らせる住まいがあること③一生つきあえる友人や地域社会があることの3つにまとめられ、これらすべてを自分たちの手で創りあげ、人間であり続けるために必要な諸条件を他人任せではなく、自立と協力の力で成し遂げようとする試み」<sup>15)</sup> として捉えている。また、インド出身の福祉経済学者アマルティア・センの福祉の潜在能力（機能）アプローチを示し「潜在能力とは、人間に備わっている機能を選択に組み合わせて発揮する能力のこと、…福祉とは、この潜在能力の全面的な発達を達成することであり、潜在能力の発達を例外なく保障する」<sup>16)</sup> ことと述べている。

公的責任による生活保障を前提とした上で、一人ひとりが人間発達保障の権利を有するものとして、多様な主体性が生み出され保障される仕組みを確保していくこと、そして、具体的に認め合える社会をつくることで、福祉は実現するのである。

#### 2) 福祉におけるコ・プロダクションの定義

ここでは、真の福祉実現に導くための働きかけとして、コ・プロダクション概念をおさえ、本稿のテーマでもある福祉サービスの共同性について捉えていく。

地域福祉における住民参加や医療および介護サービス供給体の多元化、協同組合が生み出す社会的価値について研究している齊藤弥生（2015）は、協同組合研究の第一人者であるヴィクトール・ペストフが、日本の協同組合医療・介護に注目し「協同組合による対人社会サービスは本来の事業以外に3つの潜在的貢献があるとし（1）働き手にやりがいをもたらし（2）利用者をエンパワメントとし（3）複数の社会的価値の創造に貢献する」<sup>17)</sup> と捉え、その背景には「利用者と専門職が協働でサービスをつくる共同生産（コ・プロダクション）の仕組み」<sup>17)</sup> が組み込まれていることを紹介している。

そして、齊藤（2018）はその後、コ・プロダクションを「医療や福祉サービス提供者と地域

住民・利用者がそのサービス提供過程で行う協働作業」<sup>18)</sup>と整理し、積極性と集团的・協同的解決の方向によるコ・プロダクションがめざすべきところは「提供者と受け手の関係性の中で築き上げられていくもの」<sup>18)</sup>として、医療生協をその代表と位置づけている。

福祉サービス供給におけるコ・プロダクションを研究している小田巻友子(2016)は、コ・プロダクションの特徴として「①利用者のサービス供給への参加 ②利用者が実質的な決定権を持つ会議等の意思決定過程に参加 ③利用者の意向・ニーズを反映した経営・運営」<sup>19)</sup>の3点をあげ、その効果を「利用者主権の確立」と導いており、主体形成に必要なものとしてのコ・プロダクション過程が、協同組合の仕組みには内在化されていると捉えることができる。

同様に、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社にてソーシャルセクター・市民公益活動に関するコンサルティングを行ってきた水谷衣里(2016)も「地域福祉の担い手の3つの形成条件」で医療生協を取り上げており「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」<sup>20)</sup>の3点を条件としてあげ、これにより「自らこそ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」と言う認識を成熟させていくとしているのである。

更に、『Review & Research』Vol.22(2020)では、「コ・プロダクションとまちづくり」をテーマとした特集が組まれた。先の齊藤(2020)は、ヴィクトール・ペストフの「コ・プロダクションと分かれ道」<sup>21)</sup>を紹介しており、やり方によっては質の向上や民主主義の醸成にも、地域住民の単なる動員にもなりうる点に言及している。そこでは、市民が協働する社会と地域に責任を押し付ける社会の違いを示しており、前者は「利用者/地域住民は力を合わせて生活課題を解決しようとし、サービス生産と提供の過程でも発言力を持ち、決定に影響力を持つ」、後者は「利用者/地域住民はサービス提供者として動員され、責任を押し付けられる。もちろん参加しないこともできるが、結局のところ、自分の望むサービスに出会えない」とし、日本の地域包括ケアシステムも後者に含まれるとしている。受身と積極性軸、個人化と集合的解決軸による4つのカテゴリー分けの中で、より積極的で集合的解決を図るものが、コ・プロダクションであると示されており、自立した市民であり共同生産者(コ・プロデューサー)であり得るその領域にいかにか近づけるかが、政策主導と生活者主体の違いなのである。

ヴィクトール・ペストフを師とするヨハン・ヴァムスタッド(2020)は、コ・プロダクションを「多くのステークホルダー(関係者)がそれぞれの利益のために働き、またその作業を通じて集団の利益も達成するという、集合的な過程」<sup>22)</sup>と捉えている。これは、協同組合の原理原則・組織的特徴を活かしたまちづくりの過程そのものであり、利用者と職員(提供者)の間だけではなく、集团的に組織的にエンパワーメントが作用し、共同性による主体形成が導き出される仕組みが内在化されている医療生協の特性に通ずるものといえる。

### 3) 日本におけるコ・プロダクションが概念からの「福祉サービスの共同性」

コ・プロダクション概念は、「共同生産」「協働」など和訳されるが、鈴木勉（2006）は、共同作業所運動やイタリアの社会的協同組合に注目しながら、援助者と被援助者との「共同性を内在化する組織が利用者の潜在能力の発達にも適合すると仮説」<sup>23)</sup>をたて、「福祉サービスの共同性」として捉えている。「ワーカーと利用者との共同関係の形成の成熟度合いが、ケアの質を決定する」<sup>24)</sup>とし、単なる仕組みがあれば成り立つものではなく、共同の成熟が福祉実現には不可欠としているのである。そして、その福祉実現に近づくために必要な仕組みとして「サービスの提供者も利用者も、ともに主体的に参加できるシステムを福祉供給主体の内部にビルトインすることが求められる」<sup>25)</sup>としている。

パッケージ化された商品としての福祉サービスを「単に消費する提供する」だけでは、人間発達の保障としての福祉は双方が実感できない。ケアの関係性を破壊し対立構造を生み出している国家のための政策主導の選別主義的福祉を脱却し、一人ひとりの生活保障を公的責任で支えながら、共同性に基づく生活者主体の制度設計が必要なのである。コ・プロダクションとしての「福祉サービスの共同性」が内在化された仕組みの中でこそ、ケアの営みは、主体性という動体を呼び起こし、まちづくりとしての積極性を帯びてくるのである。

## 4. 医療生協の組合員参画の仕組みについて

医療生協は、協同組合原理に立脚しながら、住民・利用者が主体になれる組織運営の仕組みと機会を保障している。患者・利用者を含めた地域住民が積極的に医療介護等に参加する民主的な組織運営により、エンパワーメントしあえるのである。また、共同による多様な主体形成のあり方が、出資・利用・運営により質を高めるだけでなく、より積極的なまちづくりに展開させていることから、福祉サービスの共同性を内在化した組織と捉えることができる。

### 1) 医療生協の発展過程

協同組合運動は、1844年にイギリスでのロッチデール先駆者協同組合を始め、フランスやドイツなどヨーロッパで設立され、1900年までにはアフリカ、アジア、アメリカ諸国にも広がっていった。様々な分野で人々は協同し「世界の協同組合人は協同組合を組織する理由を何百もあげることができる」状況だった。<sup>26)</sup> 国際協同組合運動の動きの中で、その価値を実践につなぐ指針として、協同組合原則も採択されている。そこでは、全て組合員が主と捉えた上で「①自発的で開かれた組合員制、②組合員による民主的管理、③組合員の経済的参加、④自治と自立、⑤教育、訓練および広報、⑥協同組合間協同、⑦コミュニティへの関与」<sup>27)</sup>の7原則があげられている。

日本の医療生協は、組織的には1948年に消費生活協同組合法（生協法）が施行され、そこ基



づいて設立された非営利組織が始まりとされている。戦前からの産業組合法の認可を受けるか、無認可の生協法人としての無産者診療所や産業組合法による医療利用組合、購買生協がその事業の一部門として医療事業を経営しているもの、商店吸収に関連して発生したものなど、医療における民主化や医療不足・貧困者の医療アクセスへの対処と言う医療運動を中心に成立してきたものを含む見解もあったが、議論を経て「単に、個々の医療従事者が患者（働くもの＝労働者、農民、勤労市民）の立場にたった親切で良い医療をしよう、と考えているだけではなく、この理念を実現する組織的保障として、医療機関の大衆所有を志向」<sup>28)</sup> していることが本質条件としてあげられ、その理念に適合する法人形態を与えうる立法としての生協法制定が医療生協のスタートと認識されるようになっていく。地域住民が様々な生活課題を解決し社会保障を獲得するため、医師以外の人々が医療機関などの事業開設者となり、組織化を図り事業と運動を推進している組織を指す。

1980年代以降には、市民運動としての医療分野への住民参加の運動が広がり、患者の権利擁護が進められる一方で、患者・住民が医療従事者とともに医療に参加する特徴をもって医療生協運動は発展した。2008年には消費生活協同組合法が改正施行され、生活協同組合の事業の種類に、医療に関する事業、高齢者や障害者等の福祉に関する事業も追加されたのである。

## 2) 日本の医療生協の特徴

日本の医療生協の性格づけは、1988年医療部会第1次5ヵ年計画の中で「地域の人々が、それぞれの健康・医療とくらしにかかわる問題をもちより、組織をつくり、医療機関をもち、運営し、それらを通して、その医療機関に働く役職員・医師はじめとした医療専門家との協同によって、問題解決のために運動する、生協法にもとづく住民の自主的組織」<sup>29)</sup> と明確化されている。日野秀逸（2009）は、利用者と提供者が共に出資し運営する「利用者志向複合的保健・医療協同組合」<sup>30)</sup> と規定しており、素人である住民（利用者）と専門職である職員（提供者）が、対等な組合員として共同しながら、必要な運動と事業を生み出し実践しているのである。

共通の特徴としては、「①健康な人びとが多数を占める医療団体、②予防・保健・健康づくりとそれを保障する制度の充実を重視する、③住民の参加を保障する民主的な医療機関をもって、④組合員が主権者として活動する場としての班を組織している」<sup>31)</sup> であり、医療機関など事業に地域組合員が日常的に出資・利用・運営に参加しながら意義を実感していく。第2次5ヵ年計画（1995年～1999年度）には、医療生協の理念を事業と運動で具体化するため「地域まるごと健康づくり」をスローガンとして掲げ、病気になってからではなく元気な時から医療・福祉運動と事業に個々の意志をもって関わり、いのちや人権保障の取り組みに各医療生協が様々な取組みを工夫している。

### 3) 医療生協の組織運営の特徴～班・支部の基礎単位～

医療生協の取組みを具体化するために、班・支部の組織単位が特徴としてあげられる。

鶴岡生協では、戦前の消費組合運動でつくられた班を再発見し理論化・実践化させたが、その理由として「生活協同組合は人の組織であり、人の運動そのもの」<sup>32)</sup> であるとし「全組合員が生協の運営に参加する場として、組合員相互の日常連帯の場として班組織が優れている点」<sup>33)</sup> をあげている。そのような班と、班が複数集まった支部が、医療生協の組織に根を広げ、理事会とつながりながら意見を吸い上げ方針を実現化させる役割もっている。

#### 【班】

班は、2018年現在2万8310、所属組合員数は12万8189人いる<sup>34)</sup>。

元々、戦前に購買生協の活動の中で重視され、戦後1950年代半ばから発展、山形の鶴岡生協の家庭班が出発と言われている。医療生協が取り組み始めたのは、1960年代半ばに入ってからであり、1965年には「班は運動上の基礎組織」<sup>35)</sup> とされ、1969年には第1回医療生協組合員集會が開催、出資・利用・運営の三位一体としての組合員としての特質を保障した上で「運動上の基礎組織から医療生協の基礎組織」<sup>36)</sup> として組織的に取り組まれていくようになった。班を通じて、組合員が医療機関を利用し医療・健康活動に参加する、更に経営にも参加できる場として、主体的に組織に関わる側面がある。また、班会への参加は、職員（提供者）と住民（患者・利用者）の組合員が「教える＝学ぶ」の一方通行ではなく、共同的関係が生まれる場となっている。

1991年組合員組織活動政策委員会では「組織する場所や活動内容を拘束的に設定するのではなく組合員自身がつくる『自由な班』として位置づける」<sup>37)</sup> とし、基礎組織としての班のあり方も時代とともに修正しながら今日を迎えている。

その一例として、高羽克昌（2018）は、所属する倉敷医療生活協同組合について、班を「①つながり、健康づくり、学びの単位とする、②つながりを拡げるため、組合員に限らず、地域の方の居場所として活用する」<sup>38)</sup> と役割を見直し、医療生協の基礎単位から地域の資源へ変化させたことをあげ、「班会を開放することは、班会を医療生協にとって都合のいい基礎単位と位置づけるのではなく、社会的に必要な存在」として性格づけている<sup>39)</sup>。

また、多様な要求を満たすためにグループやサークルという単位も生まれている。小田巻友子（2016）も「担い手の高齢化とともに、地区単位の班だけではなく、自らの嗜好に合わせてスポーツや文化活動を行う『サークル』が、より現代の変化に即し、運動を必ずしも目的としない地域住民にも門戸を開くことができる」<sup>40)</sup> とし、新たなつながりが模索されていることに言及している。

#### 【支部】

行政区や学校区の中にいくつかの班が集まった単位として「支部」があり、1990年に、「支部づくり方針」が打ちだされ、この年を契機に支部づくりとその活動が全国的に広がりはじめた。

支部は、職員主導ではなく、同じ地区に住む組合員同士が助け合い、班を活性化させる単位として重視されている。

組織が大きくなると、1人ひとりの組合員の声が届かず、組合員としての実感が得にくくなるが、班—支部—(ブロック)—理事会のラインが上手くつながることで、組織規模が拡大しても一人ひとりの組合員の声、地域の声が届きやすくなる。より民主的な組織運営、地域づくりを展開させる役割として、支部は重要視されているのである。

組合員自治確立のために、支部の肥大化を防ぎ支部分割が推進されている医療生協もある。愛知県の南医療生協は、2019年3月には100番目の支部づくりを達成した<sup>41)</sup>。

支部をつくる範囲は「定款地域の全地域への支部結成を目指す」<sup>42)</sup>とされ、「日常生活圏(日常的に組合員が行き来している範囲)または、行政区を基本とし、支部運営委員が組合員を把握できる範囲とする。—1支部辺りの組合員数は最低200以上、1000くらいまでで、10班以上の班がある」<sup>42)</sup>ことが望ましいとされる。

「日常生活圏域」の中より小さい単位の組織づくりを重視することで、医療・介護難民を出さないネットワークを、地域の中で自分たちできめ細かにつくっていくことが組織づくりの特徴として大きい。この組織単位の規模は、共同性の成熟と主体形成には重要である。

#### 4) いのちの権利章典

医療生協の理念を、組織的に実践していくために成文化したのものとして「いのちの権利章典」があげられる。1991年の「医療生協の患者の権利章典」と、2005年の「(組合員・利用者・職員がともにめざす)医療生協の介護」をあわせ、健康づくりやまちづくりなど医療生協の事業と運動全般の基本的な考え方を明らかにするため、2013年「医療生協のいのちの章典」が採択されたのである。これは、日本国憲法の基本理念である主権在民の立場に立ちながら、憲法13条の幸福追求権や9条の平和主義、25条の生存権を実現するため、主権在民の健康分野の具体化である健康の自己主権を確立したものとなっている。そこでは、いのちを守り健康を育むための、住民(利用者)と職員(提供者)が、共に組合員として下記の権利と責任を負うことが明記されている。

「①自己決定に関する権利 ②自己情報コントロールに関する権利 ③安全・安心な医療・介護に関する権利 ④アクセスに関する権利—アクセス権は、支払い能力という壁・交通上の壁・医療機関・職員の配置の壁・知らないと言う壁など様々な意味合いとして捉えている ⑤参加と協同」<sup>43)</sup>。医療や介護も職員任せではなく、住民(利用者)と職員(提供者)が同じ組合員として知恵を出し合いながら、地域まるごと健康づくりへとつなげているのである。

#### 5) 医療生協における共同性と主体形成の一例

協同組合の主人公は組合員というが、組合員が民主的に参加し主体として行動することは易

しいことではなく、組織の中でも仕組みがないと機能しない。生活者としての組合員の主体形成のために、必要な仕組みをどうつくっていくのか。先にも述べた医療生協内での班、支部など基礎組織は今も重視される一方で、時代と共に、そこへ参加する意義や主体的動機を感じにくくなっている側面もある。そこで、組織が拡大する方向だけではなく、その内部に信頼・共感と、それぞれの主体性が生成される仕掛けの積み重ねが必要となるのである。

#### ①愛知県の南医療生協

南医療生協は、1993年から、職員（提供者）中心の生協がつくる事業所づくりから、土地も金も人も自分たちで集め組合員が生協でつくる事業所づくりへシフトさせ、2000年頃から本格化させた<sup>44)</sup>。中核を担う南生協病院も、住民（患者・利用者）と職員（提供者）が一緒に4年の討議を重ね作り上げられ、病院らしい病院と病院らしくない病院という、二つの願いを兼ね備えた市民病院的な機能を地域で担っている。医療機関をつくる過程や日常の活動でも、医師など専門職に交じり地域の組合員が自分たちの理想について意見を出して一緒につくっていける仕組みがある。

このような、徹底的に組合員による地域重視と議論重視の取り組みを展開し、理念を実現させる中で、累積赤字を解消させ、住民（患者・利用者）と職員（提供者）の信頼を築きながら規模拡大発展させてきた。「2000年頃から、『お願い理事』は『実現する理事』へ変わり、要求追及型の派手さはない要求実現型」<sup>45)</sup>へ変化させていった。そのことは、願いを他人任せにして口だけ出すのではなく、自分事として協同の中に加わる過程で、要求実現型の組合員や職員の仲間を増やしながらか、それが当たり前になるような風土をつくりあげているのである。人材育成が、それぞれの主体性の発揮により生かされ、組織的發展につながっている。

#### ②組合員・地域と職員が協同で行うカンファレンス～くらし支援ミーティングの実践から～

国は、市町村や地域包括支援センターが主催となった「地域ケア会議」<sup>46)</sup>の開催を推進しているが、政策主導の下では半強制力や義務感が伴い、各団体や地縁組織からの参加も役職員が優先されることがある。

実際の地域では「地域のつながりだけでも、また、専門職のマンパワーだけでも、困りごとを抱えた人が、その人の生活の主体として地域の中で生きていくことを支えるには難しいことがあり、専門職が介入するようになると地域が離れ、地域の中で助け合いが始まると専門職は遠慮する」<sup>47)</sup>といった垣根が存在し、話し合いを行っても、実際それぞれの参加者が継続して主体的・共同的に、解決に向けて動き出すまでに至らないことも多い。

筆者が以前勤めていた医療生協版の地域ケア会議として“くらし支援ミーティング”という名称で、実際の地域の困りごとを、組合員も含む地域住民や職員、行政や社協・他専門職などが、共に地域の課題に目を向け解決の一步を踏み出すことを目的に、定期的（2ヶ月に1度）に開催されている。この形は、政策主導の現場において、共同の組織運営を基盤とした中で、医療生協の多職種職員と組合員が生み出した自主的な運営であり、地域ケア会議のように職務と

して専門職側が運営し、参加者が招集されるものとは大きく異なる。「共同性」の一例として事例を一部引用紹介する。<sup>48)</sup>

### 【事例：ゴミ屋敷状態で服薬が出来ない独居高齢者との関係づくり】

外来看護主任が提供した事例です。自宅がゴミ屋敷のようになっており、何回か、本人も片づけようとして地域包括も入っていますが、結局断ってしまって先に進みません。冷暖房のリモコンがなく夏や冬に体調を崩し、喘息も悪くなるばかりで心疾患の薬も飲んでいません。以前は、毎日診療所に薬を飲みに来て話をして帰られており、来ない日は職員が自宅まで持って行くこともありました。本人は、今の生活をどう思っているのか、地域の力を借りて、本人がこの地域で暮らしていけるように一緒に考えていきたい、というものです。

○検討ポイント：本人の気持ちにどう寄り添いどう同意を得ていくか、近隣との関係で必要なこととできることは何か、それらを踏まえて室内環境整備と体調管理にどうつなげるか

○くらし支援ミーティングで具体的に出された提案の一部

- ・現在個別で関わっている人はいるが、チームでサポートしていき、体調面など何かあった時のための情報共有シートなど活用し、本人にも伝え情報を診療所と町会で共有する。
- ・体調管理のための環境整備は大事だが、ゴミだけに着目するのではなく、本人が安心して関わられる人を増やししながら、困りごとが出たタイミングで関わっていけるような体制をつくる。
- ・診療所が居場所になっているが、三輪車で来れなくなっているため地域の中にも居場所をつくり、そこで薬も飲んでもらえるように声をかけてはどうか。

→支部のカラオケや喫茶など好きなようなので、支部の〇〇さんがまずお誘いしてみる。

→本人を囲んで〇月〇日に茶話会を計画してみる。本人の気持ちや好きなことなど聞きだし、本人を中心とした集まりができないか考える。(本人の役割づくりも)

この方のくらし支援ミーティングには、本人に関わる外来看護師、外来医事、PT、デイサービス職員、組織担当者、地域包括、社協、町会など、本人のくらしに関わる、或いは今後関わって欲しい様々な人が参加し、何度か開催する中で、本人参加での開催も実現している。結果、組合員である地域住民は、町会とも連携しながら、老人会や食事会と一緒に参加したり、買い物や食事を届けるなど、具体的な提案を参加者みんなで形にしていくことにつながった。本人中心に仲間意識が芽生え、共同が広がっていったといえる。

そして、毎回のくらし支援ミーティングの運営は、医療生協の職員が担当を変えながら進行やホワイトボードを駆使し、事例提供者が話しやすい工夫を凝らしている。誰かに運営を任せるのではなく、職員も組合員も一人ひとりが運営主体になり、できる限りオープンに開催することで、共同の取り組みとして根を広げているのである。

この事例以外にも、認知症高齢者夫婦や精神疾患を患う方、夫婦と三つ子の幼児にもそれぞれ障がいがある家族など気になる事例を、参加者が自分事として発言し、具体的な地域支援の方法がアイデアとして活発に出される。この「福祉サービスの共同性」の実践で得られた視点

として、本人の思いや強みに目を向けるような気づきの促進、それぞれの立場・役割を知り本人も支援者も一人にしない共同認識の獲得、困りごとを出せる風土（医療生協なら大丈夫）づくりがあげられる。

普段カンファレンスの参加に慣れた専門職だけではなく、地域住民や事務職員など様々な立場の人も交わりながら、意見交換することで、困りごとが多角的に見え、本人像も明らかになる。最初は、手のつけようがない厄介扱いや、本人がそう望んでいるので仕方ないと言う意見、そして、出来事や課題にだけ目が向き「入所させないのはなぜか」「火元が危ない」「行政が何とかしないとイケないのではないか」と言った他責の意見がでることもあるが、検討を深める中で「本人の思い」や「強み」に焦点をあてようとする方向に変化し、最終的にはどのようにしたら地域で暮らせるかという意見にまとまっていく。それは、「福祉サービスの共同性」における相乗効果により、他人事や受身ではなく、自分事に捉えながら考えて行動する瞬間がそれぞれ生じるからだと思われる。

ヨハン・ヴァムスタッド（2020）は、くらし支援ミーティングの取組みを、「個人に合わせて、地域社会を基盤とする地域包括ケアのパッケージをつくりあげる」<sup>49)</sup>ものとして報告している。

医療や福祉と言った受け身になりがちな分野であっても、一つの困りごとに焦点を当てることでリアリティが生まれ、そこでの相互理解は、互いに共通性を見出し、共同が生まれやすくなる。また、地域住民でもある組合員が主体的に参画することで、やりがいにもつながる。

各医療生協では、他にも多様な共同実践を展開しながら、共同性と主体形成を育んでいる。

## 5 まとめ

福祉を単なる現金給付や福祉サービスの枠組みとしてだけで理解するのではなく、人々の潜在能力を引き出し合う「福祉サービスの共同性（コ・プロダクションの過程）」による主体的な関わり合いの中で、人間発達にふさわしい生活者主体の地域包括ケアシステムの再構築に結びつくことができる。

### 1) 実践で活かすための必要な条件 生活者主体に転換するために必要な条件

真の福祉実現に向け、生活者主体の地域包括ケアシステムに転換するためには、共同性の担保と主体形成が欠かせない。一方で、福祉基礎構造改革下の現場では、それが、支援者側・専門職視点による特別で一方通行のアプローチにならざるを得ない。本来、共同性や主体形成の価値自体をそのような特別な領域のものとして捉えるのではなく、一人ひとりのくらしにおいて人の数だけ存在する当たり前で多様なものである。その多様な主体性が「福祉サービスの共同性」において発揮される土壌をつくるのが、生活者主体の地域包括ケアにおいて必要な条件となる。3. 2) でも紹介した「コ・プロダクションと分かれ道」の受身と積極性軸、個人化と集合

的解決軸に見られるように、単なる受給者や消費者としての形式的な参加によるものではなく「より積極的な共同体的取り組みの中で体感できる保障された仕組み」こそ、医療生協の特徴であり機会でもある。

高橋晴雄(2001)は、自己再生のキーワードとして「①うれしいから、楽しいへ、②ねばならない私から、したい私へ、③ふれあいから、まじわりへ」<sup>50)</sup>の3つをあげている。

そこに参加しようとする動機や意志は、個別くらしのニーズから出発し、その課題解決のために動かされるもの、そこには喜びや楽しさ、やりがいや苦勞の共感といった心の作用が絡んでくる。主体形成において、医療生協の組織的特徴が有効であることを示してきたが、協同組合という仕組みの保障があっても、そこを自分も含めた「自分たちのもの」として捉えるか、「生協のもの」と抽象的に認識するかによって、活かされ方も変わってくる。単に仕組みや枠組みがあれば実践できるものではなく、自分事として捉えるための内容を包含していなければ、機能しない。それは、他人事や傍観者ではなく、協同組合が「自分たちのくらし」を基盤に、いつの時代も共同実践を展開してきたことからいえる。

## 2) 残された課題と今後

組合員組織としての医療生協が、持続可能な事業体の確立だけを目的とせず、住民の声や地域社会の要求に応える「公益の力」として発揮することについて述べておきたい。

介護保険を例にあげても、サービスを利用している組合員(住民・患者・利用者)のくらしが直接脅かされる制度改正がすすめられている。福祉基礎構造改革下でくらす住民・専門職は、サービスを提供する・利用する、それに当てはまらない場合は自費での提供を何の違和感もなく提案する・受け入れる、難しい場合はすぐ施設や住宅サービスへ、といった与えられた制度やパッケージ化された支援に慣れている。しかし、それに対して疑問を呈し、共に悩み考える過程で、個別課題ではなく社会課題として捉え直していく必要がある。

医療生協の組合員組織では、こうありたいと願う主体的な意志、自分事としてのくらし感覚から出発し行動を共にする。ただ、医療生協でなければならないといった医療生協ありきの視点ではなく、医療生協の理念に基づく仕組みや機会が、地域社会での共同性や主体形成を成熟させるものとして発揮されることで、改めて公益として活かされ、医療生協の存在価値も証明される。

財政責任を踏まえた公的責任と住民(患者・利用者)が参加・共同できる仕組みを保障していくこと、協同組合から地域社会、市民・行政との協同<sup>51)</sup>へ発展するためにも、今後、イタリア社会的協同組合や韓国の社会的企業など、諸外国の先駆的取組みからの研究を、生活者主体の福祉実現に向けた残された課題としたい。

〔注〕

- 1) 厚生労働省 地域包括ケアシステムの実現に向けて（2020年9月1日閲覧）[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 2) WAMNET 地域共生社会実現関連情報（2020年9月1日閲覧）<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/tiikikyouseisyakai/tiikikyouseisyakai001.html>
- 3) 地域包括ケア研究会（2009）「地域包括ケア研究会報告書 今後の検討のための論点整理」6項
- 4) 地域包括ケア研究会（2013）「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書—地域包括ケアシステムと地域マネジメント」pp. 8-11
- 5) 横山壽一（2015）「成長戦略と医療の営利産業化」岡崎祐司・中村暁・横山壽一『安倍医療改革と皆保険制度の解体』大月書店 p. 140
- 6) 厚生労働省老健局「医療介護総合確保推進法（介護部分）の概要について—地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のための制度改正」
- 7) 厚生労働省（2016）2016年7月15日第1回「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料「「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について」
- 8) 鈴木勉（2009）「協同組合の福祉事業への期待」日本生協連医療部会『2009年度上半期単協代表者会議』資料 pp. 22-24
- 9) 鈴木勉（2010）佛教大学社会福祉士の会 2010年度総会資料 p. 5
- 10) 鈴木勉「人間発達に適合的な福祉供給主体像を求めて」兵庫県社会福祉士会（2006）総会資料 p. 1
- 11) 鈴木勉（2015）「地方自治と協同組合の関連性を考える～新自由主義改革下の協同組合の福祉事業の課題と住民自治～」JC 総研『協同組合研究誌にじ』p. 20
- 12) W. A. ロブソン, 辻清明訳, 星野信也訳『福祉国家と福祉社会』東京大学出版会 i p. 3 p. 215
- 13) 日本医療福祉生協連（2015）「医療福祉生協の地域包括ケアをめざして」『Review & Research』vol.1 p. 5
- 14) 糸賀一雄（1996）『福祉の思想』NHK ブックス p. 177
- 15) 鈴木勉（1999）「福祉社会の創造と協同組合」『協同組合研究』第18巻第3号 pp. 1-2
- 16) 鈴木勉（2006）「潜在能力の発達としての福祉」『みんなのねがい』p. 1
- 17) 斉藤弥生「V. ベストフと日本の協同組合医療・介護」日本医療福祉生協連（2015）『Review & Research』vol.2 p. 2
- 18) 斉藤弥生「組合員参加が事業の質を高める」日本医療福祉生協連（2018）『Review & Research』vol.16 p. 5, p. 7
- 19) 小田巻友子「ポスト福祉国家におけるコ・プロダクションと協同組合」社会政策学会誌（2016）『社会政策』第8巻第1号 pp. 171-173
- 20) 水谷衣里（2016）「シンクタンクレポート 地域福祉の担い手の形成条件に関する一考察」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング p. 82
- 21) 斉藤弥生「特集コ・プロダクションとまちづくり—100年の歴史ある協働の「知」をどう活かせるか」日本医療福祉生協連（2020）『Review & Research』vol.22 pp. 5-6
- 22) ヨハン・ヴァムスタッド「特集コ・プロダクションとまちづくり—日本の医療福祉生協にみるコミュニティ・コ・プロダクション」日本医療福祉生協連（2020）『Review & Research』vol.22 p. 12
- 23) 鈴木勉（2006）「福祉の共同性と協同組合の福祉事業」くらしと協同の研究所『協う』p. 2
- 24) 鈴木勉（2009）「福祉の政策転換と福祉実践の課題」佛教大学福祉教育開発センター創立10周年記念シンポジウム資料 p. 5
- 25) 鈴木勉（2004）「人間発達に適合的な福祉供給主体像を求めて」文部科学省科学研究費基盤研究B（1）報告書『新たな地域福祉の構築における民間非営利セクターの役割と支援の開発』p. 3



- 26) 栗本昭 (2012) 『21世紀の新協同組合原則』 コープ出版 pp. 68-84 参考
- 27) 栗本昭 前掲書 pp. 14-17
- 28) 日本生協連医療部会 (2007) 『医療生協の4つの系譜論とその批判』 p. 18
- 29) 日野秀逸 (2009) 『地域から健康をつくる』 新日本出版社 pp. 18-19
- 30) 日野秀逸 前掲著 pp. 17-18
- 31) 日本生協連医療部会 (2008) 『医療生協の挑戦』 虹のブックレットNo.79 p. 78
- 32) 山中洋代表 (2008) 『佐藤日出夫の協同組合思想と実践』 澤田出版 p. 24
- 33) 山中洋代表 前掲著 p. 25
- 34) 「班をめぐって～小さな社会・おたがいさま, リアリティを手がかりに」 (2018) 日本医療福祉生協連 『Review & Research』 vol.14 p. 3
- 35) 日本生協連医療部会 (2008) 『医療生協の挑戦』 虹のブックレットNo.79 p. 27
- 36) 日本生協連医療部会 前掲著 p. 31
- 37) 生協総合研究所 (1997) 『生協総研レポート』 「時代の転換と生協改革」 p. 41
- 38) 高羽克昌 「インタビュー 班は社会との接点—生協都合からリアリティへ」 日本医療福祉生協連 (2018) 『Review & Research』 vol.14 p. 16
- 39) 高羽克昌 前掲著 p. 17
- 40) 小田巻友子 前掲著 pp. 171-172
- 41) 南医療生活協同組合 機関紙『健康の友』 2019.5
- 42) 日本生協連医療部会 (1992) 『いきいき班会メニュー』 「支部づくりの方針」 1990.2.10
- 43) 日本生協連医療部会 (2013) 『いのちの章典の理解を深めるために』 虹のブックレットNo.102 pp. 37-48
- 44) 西村一郎 (2011) 『協同っていいかも?』 合同出版 pp. 186-187
- 45) 西村一郎 前掲著 p. 194
- 46) 2011 (平成23) 年6月の改正介護保険法第115条の46第5項に, 関係者との連携努力義務を明記されており「多職種協働のもと, フォーマルのみならずインフォーマルな資源やサービスも活用しながら, 個別ケースの支援内容の検討を行い, その積み重ねを通し関係者の課題解決能力の向上や地域包括支援ネットワークを構築するための有効な手法」として地域ケア会議は位置づけられた。
- 47) 是澤宏美 「組合員と職員で「困った」解決を考えあうくらし支援ミーティング」 日本医療福祉生協連 (2019) 『Review & Research』 vol.19 p. 16
- 48) 是澤宏美 前掲著 pp. 17-19
- 49) ヨハン・ヴァムスタッド 前掲著 p. 14
- 50) 高橋晴雄 (2001) 『発想の転換』 同時代社 p. 114
- 51) 本稿では, 「共同」を「共にある, 共にする (結果力が合わさることもあるが)」と捉え, 「協同」は意図的に「力を合わせていく」ことと捉えた。その上で, この注箇所のみ「協同」と記している。

〔参考文献〕

- ・池田敬正 (2001) 『日本における社会福祉のあゆみ』 法律文化社
- ・池田敬正 (2005) 『福祉原論を考える』 高菅出版
- ・岡崎祐司 (2006) 『現代福祉社会論』 高菅出版
- ・川口清史・宮沢賢治 (1999) 『福祉社会と非営利・協同セクター』 日本経済評論社
- ・岸本貴士 (2019) 「医療生協の組織的特徴を踏まえた「地域包括ケア」の再検討に向けて—一人権としての医療・ケア保障からのアプローチ—」 『佛教学大学院紀要社会福祉学研究科篇』 第47号
- ・篠崎次男 (1992) 『医療における住民参加の実践』 日本生協連医療部会

- ・嶋田啓一郎（1993）『生協と福祉の思想』コープ出版
- ・鈴木勉（2008）『社会福祉 暮らし・平和・人権』健帛社
- ・中川雄一郎（2000）『生協は21世紀に生き残れるか』大月書店
- ・鍋谷州春（2012）『人権としての医療・福祉と協同組織』あけび書房
- ・日本高齢期運動サポートセンター（2015）『医療福祉生協による地域包括ケアの展開～けいはん医療生協の過去・現在・未来～』萌文社
- ・野村秀和（1994）『協同の社会システム』法律文化社
- ・野村秀和（2001）『生協への提言』桜井書店
- ・生協総合研究所（1995）『生協労働と職員問題』コープ出版
- ・日本生協連医療部会（1991）『医療生協ハンドブック』
- ・日本生協連医療部会（2015）『医療生協の地域包括ケア』虹のブックレットNo.106
- ・日本医療福祉生協連（2013）『医療生協の生い立ち』通信教育テキスト
- ・くらしと協同の研究所（2003）『健康・医療・福祉複合化時代における医療生協の課題』
- ・くらしと協同の研究所（2014）『地域包括ケアを考える～姫路医療生協調査を事例にして～』
- ・くらしと協同の研究所（2014）『超高齢社会に向けた姫路医療生協の役割と発展の可能性』
- ・生協総合研究所（2000）『生協総研レポート27 失敗の教訓から学び信頼を回復するために』
- ・生協総合研究所（2001）『生活協同組合研究』vol. 311 「医療生協の未来開発」
- ・生協総合研究所（2005）『生活協同組合研究』vol. 355 「医療と介護制度の変化と医療生協の役割」
- ・生協総合研究所（2007）『生活協同組合研究』vol. 383 「医療生協の挑戦～体・心・社会の健康を目指して～」
- ・生協総合研究所（2010）『生活協同組合研究』vol. 414 「介護保険10年をむかえて」
- ・生協総合研究所（2010）『生活協同組合研究』Vol. 415 山下智佳「医療生協の特徴と研究動向」
- ・生協総合研究所（2010）『生活協同組合研究』vol. 418 「医療生協の新たな挑戦」
- ・生協総合研究所（2013）『生協総研賞・第9回助成事業研究論文集』山下智佳「医療生協における組合員参加の領域と参加推進のアプローチに関する研究」
- ・生協総合研究所（2015）『生活協同組合研究』vol. 477 「医療生協の最新動向」
- ・日本医療福祉生協連（2015）千田透「新しい地域支援事業と医療福祉生協への期待」『Review & Research』vol.3
- ・日本医療福祉生協連（2016）V・A・ベストフ、藤原高明「組合員参加が医療・介護サービスの質を高める」『Review & Research』vol.6
- ・日本医療福祉生協連（2017）「日常生活支援からまちづくりへ」『Review & Research』vol.10
- ・日本医療福祉生協連（2017）「本人と医療・介護・助け合いをつなぐCM」『Review & Research』vol.13
- ・日本医療福祉生協連（2018）川口啓子「職員組合員考―事業と運動の新たな統一へ」牧野篤「ちいさな〈社会〉をたくさんつくる」篠崎次男「地域包括ケア時代の班会の意義」『Review & Research』vol.14
- ・日本医療福祉生協連（2018）「総合力こそが品質―会員生協報告」『Review & Research』vol.16
- ・日本医療福祉生協連（2019）田中羊子「協同労働と地域づくり」福祉クラブ生活協同組合「ワーカーズ・コレクティブという参加」『Review & Research』vol.20
- ・日本医療福祉生協連（2019）内山節「協同組合が社会や生きる世界を守っていく」岡権「生き心地の良い町とは―日本で最も自殺の少ない町の調査から」『Review & Research』vol.21

（これさわ ひろみ 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程／修了）  
（指導教員：鈴木 勉 教授）

2020年9月30日受理