

介護保険制度下での生活協同組合福祉の10年と今後の展開

The Status and Issues of Co-op Wellbeing
under the Longterm-Care Insurance

橋本吉広

Yoshihiro HASHIMOTO

はじめに

日本における協同組合には、生協・農協・漁協・企業組合・労協などさまざまな種類があるが、法的には1900年の産業組合法制定に遡ることができ、いずれも組合員による「相互扶助」を組織原理としている。したがって組合員相互の“たすけあい”は、さまざまな形をとって実施されてきたが、協同組合が福祉を「事業」として自覚的に取り組むようになったのは1990年代以降であり、2000年の介護保険開始が本格的なスタート点と考えてよい¹⁾。

1990年の老人福祉法など福祉八法改正により、在宅介護サービスの条件整備が進み、これを受けて1992年には農協法が改正され、農協の事業として「老人の福祉に関する施設」（農協法第10条1項12号）が認められた。あわせて組合員以外の利用が規制されている農協の事業にあって、この事業では組合員の利用高の100分の100までを非組合員にも利用させることが許された。農協によるヘルパー養成講習会が始まるのはこの時期で、農協への地方自治体からの高齢者居宅サービスの委託も各地で始まる。生協では、従来も「組合員の生活に有用な協同施設を設置し、組合員に

利用させる事業」（生協法第10条1項2号）として、組合員に限っては福祉サービスを提供することができた。しかし、これも1993年に厚生省社会・援護局地域福祉課長通知によって、老人保健施設、老人訪問看護、老人デイサービス、在宅介護支援センター、老人居宅介護等事業などについて組合員以外の利用が許可され、公的な「社会福祉事業」の実施が生協でも可能となる。さらに2007年の生協法改正では、「高齢者、障害者等の福祉に関する事業であつて組合員に利用させるもの」（法第10条1項7号）が生協の行う事業として明記され、その員外利用についても農協と同様、100分の100まで可能になった。

こうして1990年代以降、協同組合は社会福祉事業の担い手としても、福祉に参入していくことになる。ただし、以上の経緯が示すように、協同組合の福祉事業への着手は、協同組合にとって内発的なものというより、国の制度・施策に背中を押されて始まったという

1) 協同組合における「福祉」の本格的な取り組みの遅れに関しては、組合員による協同組合への要求としての成熟の遅れという内的要因と、社会福祉法第2条4項3号において組合員など特定の者に対する福祉は「社会福祉事業」に含まないとしたことによる外的要因の両面がある（拙稿「組合員がつくる協同組合福祉」『地域ケアシステムとその変革主体』、光生館）。

性格を色濃くもち、このことがその後の協同組合における福祉の実態に投影されてきた点への留意が必要である。

とはいえ、介護保険制度が始まってすでに10年を経ており、また障害者自立支援法の制定、保育事業における事業者規制の緩和、「公の施設」の指定管理者制度などにより、福祉サービスの提供はますます広く民間事業者に開放され、協同組合も独自の取り組みを含め一定の実績を蓄積して今日を迎えている。

本稿では、主に生協を取り上げ、必要に応じて他の協同組合における取り組みも参照しつつ、第1章では介護保険の開始と共に本格化した協同組合における介護事業が10年を経て相対的には低迷状態にある現状とその理由を他の事業者と対比して確認し、第2章では生協のなかでも、地域購買生協、高齢者生協、医療生協ごとの展開の特徴点を示し今後への可能性を探り、第3章では協同組合福祉の課題について検討し、①協同組合における自助・共助・公助の福祉ミックス、②福祉分野における協同組合事業にふさわしい展開、③コミュニティ福祉における協同組合福祉の独自性と課題、④公的制度へのアドボカシーについて考察する。

第1章 協同組合による福祉の取り組みの

到達点～高齢者介護を中心にして

1) 協同組合における高齢者福祉の自覚的な取り組みのスタート

生協では、1983年の灘神戸生協(現在のコープこうべ)における「くらし助け合いの会」の発足が福祉の本格的なスタートと言える²⁾。それは組合員の相互扶助の活動組織であり、

2) 朝倉美江『生活福祉と生協福祉』(同時代社, 2002年) p.105, 成田直志『社会福祉と生協』『現代生協論の探求<現状分析編>』(コープ出版, 2005年) p.360

高齢者への家事支援などを担う奉仕会員(活動会員・協力会員などと表現する生協もある)

・利用会員・賛助会員による会員制ボランティア組織として誕生した。全国に先駆け、神戸で高齢者福祉の本格的な取り組みが生まれたのは、賀川豊彦の協同思想を継承し「愛と協同」を重視してきた同生協の理念に根ざすと共に、歴史を積んだ同生協(1921年神戸購買組合・灘購買組合設立, 1962年両生協合併で灘神戸生協)にあって、組合員のなかでの高齢化の進行が、1960年代以降に急速成長した新興の市民生協とはやや異なる要因となったといえよう。しかし、灘神戸生協での取り組みは、日本生協連の活動紹介によって全国の生協に広がり、農協でも灘神戸生協方式として学習と普及が図られ、広く協同組合における福祉ボランティア活動の原型となった。

2) 介護保険サービスのスタートと協同組合の福祉事業

1990年代からの行政主導による在宅福祉重視の流れがすすむなか、協同組合における高齢者福祉の取り組みは、必ずしもその一環としての自己認識を伴わないままに広がっていったが、1997年の介護保険法制定は、協同組合が事業として高齢者福祉を意識する大きな契機になった。

介護保険法制定の国会審議において「保険あってサービスなし」の危惧が繰り返し表明されるなか、法案採決に際して行われた附帯決議で「在宅介護サービスについては、民間企業、農協、生協、シルバー人材センター、ボランティア団体等多様な事業主体の活用が図られるよう、事業者の指定基準の設定やサービス提供方法の在り方等において配慮すること」が明記され、協同組合へも介護サービスの提供者としての期待が表明された。生協³⁾に関しては1999年3月に厚生省地域福祉課長

通知が出され、1993年通知による老人福祉法等にもとづく福祉サービスの員外利用許可は、介護保険法を含むサービス体系に再編成され、2000年4月には62生協と114医療生協が介護保険法にもとづく居宅サービスの事業者指定を受けることになる。また農村部での介護サービス提供者として期待された農協では、JA全中による介護事業参入への働きかけもあって、同年4月には362農協、36JA厚生連、それに1漁協が指定事業者となっている。

協同組合における介護保険サービスの出発時における特徴は、地域購買生協ではくらし助け合いの会がそれまでに蓄積してきた組合員による家事援助活動を介護事業のベースとして引き継いだところが多く、この結果、訪問介護が先行し、介護保険のサービス利用者は軽介護者に偏り、ヘルパーもまた身体介助より家事援助などを得意とするメンバー中心の構成になった。農協では、なお家庭での介護を外部に依存することに消極的な農村の実情もあり、まずは農協の既存施設活用を含む通所介護が先行し、訪問介護は二次的な位置づけとなった。医療生協やJA厚生連では、従来、医療保険サービスに位置づけられてきた医療ケアの相当部分が介護保険に付け替えられたため、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ（ケア）が基礎となり、また老人保健施設、療養病床の介護保険施設への編入に伴い、施設ケアの分野でも一定の実績を前提にして介護保険への参入となった。

なお、2003年の障害者支援費制度、2006年の障害者自立支援法の施行に伴い障害者福祉事業に取り組む協同組合も生まれた。とくに生協では2002年に児童福祉法、障害者福祉各

法にもとづく保健福祉サービスの員外利用が許可されたこともあって、高齢者介護以外のサービスにも着手することになった。他方農協では、農協法が老人福祉事業に限って実施事業を法定したため、農協本体は障害者福祉事業の実施主体となれず、行政からの委託という形を取った障害者福祉への取り組みが部分的に始まった。

3) 各種協同組合における高齢者介護事業の現状

2010年において、協同組合が取り組む福祉事業は、依然として介護を中心とした高齢者福祉が主要な事業なため、介護保険制度に基づく協同組合の実態を見ることにする。

厚生労働省の平成20年度介護サービス施設・事業者実態調査（2008年10月1日現在）によると介護保険にもとづく指定事業所数は表1、表2の実態になっている。

協同組合で事業所数の多いサービスは、訪問介護707ヶ所（2000年452ヶ所）、通所介護432ヶ所（同年91ヶ所）、居宅介護支援897ヶ所（同年568ヶ所）で、事業所数は確実に増えている。しかし、サービス毎の全事業所に占める割合は、同じ新興の非営利法人である特定非営利活動法人（いわゆるNPO法人）と比べると、訪問介護（協同組合3.4%：NPO法人5.6%）、通所介護（同1.9%：5.7%）、居宅介護支援（同3.2%：3.5%）とNPO法人の方が多くの事業所を運営している。

介護保険スタート以降の協同組合が運営する事業所の全事業所に占める割合の推移は、図1の通りで通所介護事業所でわずかに上昇しているものの、事業所数の伸びにもかかわらず訪問介護、居宅介護支援の両サービスの比重は、停滞ないし後退しており⁴⁾、介護保険の開始以前に見られた協同組合への期待に十分応えたものとはなっていない。

3) 生協に関しては厚生省において、1996年に「生協が行う介護に係る事業などのあり方についての研究会」（座長 京極高宣）、1999年の「生協のあり方検討会」（座長 野尻武敏）などが、生協の介護事業への参画を促し、そのための行政上の条件整備の必要性を提言した。

表1 介護保険 運営主体別居宅サービス事業所の分布

サービスの種類	事業所数	地方団体	社会福祉法人	医療法人	財団社団法人	協同組合	営利法人	特定非営利活動法人	その他
訪問介護	20,885	134	5,535	1,496	267	707	11,498	1,169	79
訪問入浴介護	2,013	16	1,084	40	20	19	816	18	
訪問看護ステーション	5,434	209	491	2,268	774	275	1,220	69	128
通所介護	22,366	294	9,230	1,807	141	432	9,081	1,267	114
通所リハビリテーション	6,426	209	573	4,901	208		5		530
短期入所生活介護	7,347	259	6,237	214	4	25	569	30	9
短期入所療養介護	5,242	247	558	4,017	155				265
特定施設入所者生活介護	2,876	50	750	39	20	9	1,976	8	24
福祉用具貸与	4,974	4	176	100	15	153	4,457	49	20
福祉用具販売	5,027	1	81	59	12	136	4,678	46	14
夜間対応型訪問介護	83	1	14	6	3		57	2	
認知症対応型通所介護	3,139	17	1,621	416	31	50	800	194	10
小規模多機能型居宅介護	1,557	2	495	233	9	23	678	109	8
地域密着型特定施設生活介護	91		25	4			58	4	
地域密着型介護老人福祉施設	183	19	164						
介護予防支援	3,782	1,250	1,795	432	149	33	100	18	5
居宅介護支援	28,121	451	8,620	5,600	919	897	10,466	974	194

出所：厚生労働省「平成20年度介護サービス施設・事業所調査」（2008. 10. 1 現在）

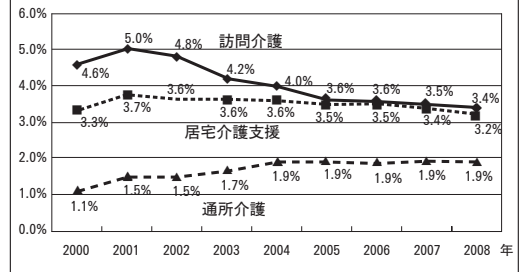
こうした実態の背景には、既存の協同組合において介護保険事業への参入が一巡したという事情もあるが、その参入組合のなかでの事業所数の伸びが事業所全体の伸びに比べて低い最大の理由として、経営問題がある。

利用者の構成が軽介護者を中心としているため、スタート時から介護報酬収入が低く、採算確保が困難であり、これに加えて2003年度の介護報酬マイナス改定、2006年度の報酬改定及び制度改正による報酬引き下げと軽介護者の要支援区分（予防給付）移行に伴う報酬低減など、一連の制度変更に伴う事業収支の構造悪化が事業拡大への意欲を削いできた。介護事業の赤字は、協同組合の他部門の収益で穴埋めすることになったため、介護事業の収益改善なしには、それ以上の事業拡大は困

難でもあり、他の事業者同様に閉鎖する事業所もあり、農協では介護事業から撤退するところも出始めている。

介護事業者全体の動向を見ると、従来から社会福祉事業の主な民間団体であった社会福祉法人は、劇的な位置低下をきたし、新たに参入した営利法人が確実に比重を増している。訪問介護では、社会福祉法人が2000年の43.2%から26.5%に減り、営利法人は逆に30.3%から55.1%に増え、2003年に両者の関係は逆転している。通所介護でも、社会福祉法人が

図1 協同組合運営の各指定事業所が全事業所数に占める割合



4) 協同組合のなかには、社会福祉法人の設立に関与し、協同組合内部で積み上げてきた事業実績を社会福祉法人に移管する事例も生まれており、この移管に伴う事業所数の減少も一部影響している。その実情については後述する。

表2 介護指定事業所の運営主体別構成の変化

単位 %

サービスの種類	年	事業所数	地方公共団体	公的社会保険関係団体	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人	特定非営利活動法人	その他
訪問介護	2000	9,833	6.6 ▽	—	43.2 ▽	10.4	0.0	4.6	30.3 △	2.1	2.7
	2008	20,885	0.6	—	26.5	7.2	1.3	3.4	55.1	5.6	0.4
訪問看護ステーション	2000	4,730	5.1	3.3	10.4	63.4 ▽	0.0 △	4.3	6.0 △	0.3	7.1 ▽
	2008	5,434	3.8	1.5	9.0	41.7	14.2	5.1	22.5	1.3	0.9
通所介護	2000	8,037	22.2 ▽	—	66.0 ▽	4.2	0.0	1.1	4.5 △	1.3	0.7
	2008	22,366	1.3	—	41.3	8.1	0.6	1.9	40.6	5.7	0.5
認知症対応型 共同生活介護	2000	675	3.6	—	37.5 ▽	31.1 ▽	0.0	0.3	21.2 △	5.5	0.9
	2008	9,292	0.2	—	22.6	18.0	0.3	0.3	53.1	5.2	0.3
居宅介護支援	2000	17,176	11.9 ▽	0.3	35.0 ▽	25.1 ▽	0.0	3.3	18.1 △	0.9	5.5 ▽
	2008	28,121	1.6%	—	30.7	19.9	3.3	3.2	37.2	3.5	0.7

出所：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年度) ※5%以上の増減を△・▽で表記

2000年66.0%から2008年41.3%，営利法人が同じく4.5%から40.6%で，ここでも営利法人の比重が飛躍的に高まっている。

こうして全般的な事業所数の動向で見ると劣勢にある協同組合だが，協同組合トータルで見ると2008年度の介護事業高は合計1000億円強で（表3），これは在宅介護の業界トップであるニチイ学館のヘルスケア事業（在宅系介護・居住系介護・生活支援）の売上高（2009年度997億円）にほぼ匹敵する。介護サービス業界では，ニチイ学館はじめ全国展開するトップ企業グループのほかは，多くの中小・

零細事業者が広く裾野を形成しており，事業実績を事業者単位に組み替えると，もう一つの実態が浮かび上がる。つまり，一群の大手事業者が全国で多くの事業所展開をする一方，地域では家族経営的な実態の事業者も多く，そのなかで協同組合では既存事業を背景にして複数事業所を展開するものも増えつつあり，さらに協同組合では老健施設・療養型病床など施設ケアの実績も事業高を引き上げている。もちろん協同組合は一つになっているわけではないが，すでに全国段階では介護保険制度に関する協同組合による共同での政府申し入れ活動も始まっており，相互扶助原理にも

表3 協同組合における高齢者介護事業実績（2008年度）

協同組合区分	介護事業高（億円）	取り組み組合数	参 考
地域購買生協	116	46生協	購買事業 2兆5,987億円
医療生協	465	117生協	医療事業 2,402億円
農協（総合農協）	231	344JA	販売事業 4兆3,480億円
JA厚生連	170	28厚生連	医療事業 6,277億円
日本労協連事業団	21	3	
地域労協・企業組合	55	83	介護事業高は地域労協分のみ
高齢者生協	5	21生協	
合 計	1,063		

出所：各協同組合全国連合会，JA全国中央会の集計データにもとづき作成

とづき、超高齢社会に向け介護を含む高齢期の生活支援を共同して進めることになれば、その社会的な役割は格段に大きなものになる。

第2章 生活協同組合における福祉事業のひろがり

生活協同組合で福祉事業に取り組んでいるものには、①地域購買生協、②高齢者生協・福祉生協、③医療生協があり、それぞれについて検討してみる。

1) 地域購買生協での高齢者福祉事業

日本生協連に加入する地域購買生協155のうち、第1グループにあたる高齢者介護事業を行う生協は46生協で、このなかにはワーカーズ・コレクティブ方式による事業運営を行っているグループもある。多くの地域購買生協では、購買事業による組合員の広がりや安全な食品供給を通してつくられた信頼を基礎に訪問介護、福祉用具貸与、居宅介護支援の3点セットでの事業展開をスタートさせた。生協では、くらし助け合いの会による家事援助や、地域毎の食事会・配食活動、ふれあいサロンなどが組合員活動として取り込まれ、2000年からの介護保険スタートに際しても、組合員の家事援助活動が基盤となって事業形成された生協が多い。他人の家に一人で入って行う訪問介護のヘルパー確保は、通所介護とは違った難しさがあるなかで、家事援助活動での実績が訪問介護サービスの基盤となった意義は大きい。くらし助け合いの会は、介護保険サービスの開始に伴い一旦は活動が後退したが、他方で子育て支援の分野での実績が伸び、加えて介護保険の制度改正により家事援助サービスの利用制限がすすむなか、あらためて期待が高まり実績も回復している（2008年度実績：取組み生協67。年間活動時

間121万時間、前年比110%、活動の担い手は3万人、前年比108%）。

前述したように地域購買生協でも、介護保険サービスの赤字経営が大きな問題となってきた。しかしここ数年、連合会による人材養成をはじめ、マネジメント確立への努力を通して順次黒字経営への転換が図られている。ただし本質的には、購買事業をコアに確立してきた生協が新たに介護事業に参入する際、共同購入などで経験したような組合員参加によって事業を生み出す筋道が組み立てきれておらず、生協「法人」が業務組織をつくり介護事業に取り組む形が多くなった。福祉分野での自主的な協同事業の形成が未成熟なまま、制度に基づく介護サービスが展開された結果といえる。介護保険スタートから10年を経過し、当初はくらし助け合いの会の活動が基盤とはなったものの、介護保険事業は規模的にも遙かに組合員活動を越えて自己展開を始めている。しかし制度に基づく介護の枠を越え、高齢期のくらしを総合的に支える生協の福祉事業を作りだしていく上では、この10年間を通して組合員活動の新たなひろがりやがどれほど生まれているかが問われる。事業的には、取り組みが遅れていた通所介護の展開が本格化し、地域に拠点が生まれることを契機として、事業所を核にした地域での福祉への挑戦も始まっている。コープあいち（旧みかわ市民生協）では、豊橋市から2箇所の地域包括支援センター運営も委託され、地域福祉の拠点の役割を担っている（生協では、コープこうべ、生活クラブ生協神奈川とあわせ4ヶ所の地域包括の受託）。事業連合、広域合併などによるスケールメリットを追求する生協にあって地域志向を強める福祉事業との接点やどう設計できるかは、これからの重要な課題になっている。

地域購買生協のなかには、生活クラブ(神

奈川)グループ、グリーンコープグループ(福岡県・佐賀県・熊本県、大分県、長崎県、鹿児島県、山口県、広島県)など、各事業所をワーカーズ・コレクティブ方式(以下W.Coと表記)で運営するものがある。事業所毎に組合員による協同労働をコアとするW.Co(出資・経営・労働が協同しておこなわれる協同組合)を組織し、各W.Coは生協理事会と共同して事業所運営にあたっている。地域分権が図られ、地域で暮らす女性達(近年は男性参加も始まる)が、くらしのなかで働く場を得て力強い展開を担っており、組合員参加の形態としてW.Coを位置付けるものがある。またW.Coが特定非営利活動法人として自立する事例も多くある。個々には小規模なW.Coが多いなか、W.Co間で連帯組織を作ることや生協との連携によるサポート体制の整備も進み、今後、地域での生協による福祉事業の展開にとって重要な示唆になっている。新たにワーカーズコープ法制定の可能性が2010年現在大きくなっており、これまでは特定非営利活動促進法にもとづくNPO法人を選択してきたW.Coも少なくないが、協同労働にもとづく協同組合として新たな広がりが見られる条件になるだろう。

2) 高齢者生協での高齢者福祉事業

生協の第2グループとして、高齢者生協(以下高齢協)がある。第1グループの地域購買生協が主婦を中心メンバーとしてきたのに対し、高齢協は高齢者を主体とする生協で1990年代に日本労働者協同組合連合会の呼びかけに基づき、共に働いてきた者同士が「死ぬまで仲間の面倒を見合おう」と各地で組織化が図られた。高齢者のみでなく障害者などにも門戸が開かれた福祉生協を志向するものもある。2010年4月現在、生協法人格をもつものが28県28生協、任意団体が7組織あり、

日本高齢者生協連合会を組織している(団体加盟22)。

組合員数が全国で4万(連合会会員)に到達しておらず、なお影響力は大きくないとはいえ、高齢者自身が主体となった活動は、新たな可能性をもつ。とくに元気な高齢者の生活を支え合う活動が大切にされ、高齢者自身の働く場の提供や介護予防に力が注がれている点が特徴になっている。福岡県高齢者福祉生協は組合員5千名と高齢協ではもっとも大きな組織になり、福岡県下で介護保険事業だけで8億円の事業実績をもち、訪問介護11事業所、宅老所型の通所介護19事業所、認知症対応型デイサービス3事業所などを運営している。組合員組織が確立し生協本来の日常的な組織運営が図られ、あわせて協同労働が重視され、働く者の主体的な参加を通し高齢期のくらしを支える活動が展開されている。なお、この日本高齢者生協連合会グループとは別に、高齢者住宅の提供などを中心とした高齢者生協も生まれている(札幌)。

3) 医療生協での高齢者福祉事業

第3グループとして医療生協がある。医療事業としての実績をもち高齢者医療でも重要な役割を果たしてきた。「社会的入院」に象徴されるように福祉の医療化がすすんできたなか、介護保険は医療ニーズにも対応しながら医療と福祉の連携を図る制度であり、医療生協においても、介護保険のもとで保健医療サービスと福祉サービスの一体的な給付が志向されている。また居宅介護だけでなく、医療生協が運営する介護老人保健施設も全国で20生協21施設ある。医療生協自身、病院は持たず診療所のみで地域の医療に徹しているものも少なくないが、最大規模の医療生協さいたまでは、訪問介護18、訪問看護23、訪問リハ14、通所介護5、通所リハ6、短期入所(医療系)

4, 老健2, 療養型病床2など, 介護サービスでも大きな実績をもつものもある。愛知県の南医療生協では, 生協ゆうゆう村, 生協のんびり村と言った小規模多機能ケアや共生型住宅を含む複合施設群を開所すると共に, 新築移転した総合病院を「健康なまちづくり支援病院」と位置付け, 地域の健康づくりをより深化させようとしている⁵⁾。

医療生協では, これまでも地域での班における組合員自身の保健活動を精力的に進めてきたが, 組合員が主体となった福祉活動を地域でひろげ, その基盤の上に介護保険事業として訪問介護・通所介護や訪問看護・通所リハなど医療系のケアを結び, 診療所・病院が医療面からも連携・対応する重層的で複合的な取り組みになっている。また電子カルテが導入された生協では医療・介護・投薬のデータ共有もすすみ, 保健・医療・介護の連携を支えている。従来の医療中心から保健・介護・福祉への取り組みが進むなか, 居住ケアが始まるなど総合化が生まれ, 健康生協・保健生協・ヘルスコープなどの名称使用がひろがっている。2010年7月には, これまでの日本生協連医療部会から独立し, 日本医療・福祉生協連合会が設立され, より一層保健・医療・福祉の一体的な展開を推進する計画である。

この他に全国労働者共済生活協同組合連合会(全労済)が20都道府県で訪問介護, 居宅介護支援などのサービスを実施し, 北海道には日本生協連非加盟の医療生協2がある。

4) 協同組合による社会福祉法人の設立

また協同組合が母体となって設立された社会福祉法人が, 2010年4月現在, 地域購買生

協関与で12法人, 医療生協関与で13法人, 労協・高齢協関与で5法人, 農協関与で38法人ある。地域購買生協が関与して設立された社会福祉法人のうち2000年4月以前に設立されたものが8法人, 2000年以降が4法人あり, 医療生協の設立関与法人では2000年以前が11法人, 以降が2法人ある。

協同組合自体が開設した介護指定事業所を社会福祉法人に全面移管する例が生協でもあり(ならコープ, 生活クラブ生協ちば, 生協グリーンコープ, 生協ドゥコープ, とちぎコープ), これらでは生協は食品の購買事業に純化し, 福祉サービスは社会福祉法人で提供するという役割分担を明確にしながら相互に連携するスタイルが志向されている。現行制度のもとでは特別養護老人ホームなど第1種社会福祉事業の運営には, 社会福祉法人を設立することが必要なため, 施設ケアに踏み込むために社会福祉法人を設立するという理由のほか, 購買事業を中心とする従来の生協運営では, 人事制度, 労務管理を含めた福祉事業のマネジメントの難しさがあリ, また社会福祉法人における福祉行政との連携のし易さや税制優遇などのメリットも社会福祉法人設立の背景にはある。

5) 介護保険の10年と生協福祉のあり方を問う

こうして, 多くの生協は介護保険制度のスタートにあわせ福祉事業に参入し, 2003年の介護報酬改定, 2005年の介護保険法改正・2006年施行と報酬改定, 2009年度報酬改定など介護保険制度の動向に左右されながらも, 制度への習熟を図りながら介護サービス利用者のニーズに対応する努力を進めてきた。

介護保険制度のもとでの2000年からの5年間は, 持続可能な介護保険制度確立に向けた助走期間といえ, その5年を経過した時点で,

5) 2010年3月に南生協病院が新築移転オープンした。南医療生協の重層的な取り組みについては, 拙稿「組合員がつくる協同組合福祉」(『地域包括ケアとその変革主体』光生館)を参照されたい。

厚生労働省は2015年までを期間とする「高齢者の尊厳を支える介護」を掲げた介護保険の第2のステージを宣言した。

しかし介護保険制度の第2ステージは、社会保障財政の毎年2200億円のカットが打ち出された厳しい財源運用のもとでの展開となり、給付の「重点化」と「適正化」という2つのナイフで介護保険給付の剥ぎ落としと、国による統制強化が図られた。この結果、介護保険制度創設時に掲げられた「介護の社会化」の理念は大きく後退し、介護難民とか介護職員の高い離職率、人材確保難など深刻な綻びを露呈させた。2008年秋のリーマンショックに端を発した金融危機の影響が広がり、そのもとで経済危機対策という名目で時限的な財政措置がとられ2009年4月には対処療法的な介護報酬の引き上げが図られたものの、特定加算方式の拡大による報酬改定は制度を複雑にし、利用者にとっては判り辛さが増し⁶⁾、事業者には特定加算の採否による格差拡大をもたらしている。

しかし介護保険制度が抱える矛盾の根底には、自公連立政権が2001年以降進めてきた新自由主義的な政策運営の行き詰まりと小泉・安倍政権後の政策的な迷走があり、2009年8月31日の総選挙において、国民は「政権交代」という選択によって転換への道を求めた。

民主党を中心とする鳩山連立政権のもとで、2009年度からの報酬改定分の財源担保や介護雇用処遇改善交付金制度など矛盾の是正を図る措置が採られているものの、逼迫した国家財政のもとで社会保障全般の立て直しは容易ではない。

6) 社会保障審議会・介護給付費分科会委員を務めた沖藤典子は、著書『介護保険は老いを守るか』(岩波書店、2010年)において、この間の介護保険制度の改正と運用のなかで生まれている介護の危機に警鐘をならし、とくに2005年の介護保険法の改正、2006年からの報酬改定がもたらした利用者不在、介護従事者不在の検討を厳しく指弾している。

あらためて国民的な制度の見直しが必要になるなか、介護保険制度のもとでの10年間の事業実践を通じた介護現場の問題点を明らかにし、利用者や働く者の立場に立った制度・財政のあり方に対する要望を提示すると共に、生協における福祉のあり方についても掘り下げるべき地点に立っている。

第3章 協同組合がもつ福祉分野での複合的な可能性

1) 協同組合福祉とは

生協における福祉を、「協同組合(生協)が実施主体となった福祉」と説明するだけでは、その独自の意義を言い得たことにはならない。前章で見たような生協における高齢者介護を中心とする福祉事業の経過と到達点に立ち「協同組合福祉」が担う課題を次の通り整理してみたい。

すなわち協同組合福祉とは、第1に福祉サービスにおける自助・共助・公助にもとづく福祉ミックスを通し、生活としての福祉の実現をめざすものであって、第2に福祉サービスの利用者自身が、福祉サービスの供給システムの当事者として参加し、これを統治することが可能であり、第3にその実践はコミュニティ福祉の一端を担いつつその拡充を図ることをめざし、第4に国・自治体による公的な福祉制度に対するアドボカシー(提言)機能を有するといった特徴をもった、協同組合における福祉の活動、事業の総体と言えるのではないか。以下、これらについて詳述したい。

2) 近年の「自助・互助・共助・公助」論と協同組合福祉

2012年の介護保険制度改正を視野に入れた論議として、福祉ミックスの原理的な見直しが提起されている。その一つである『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～』⁷⁾（2009年5月22日 担当：厚生労働省老健局総務課）では、「地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ“自助・互助・共助・公助”の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要ではないか」と提起し、それらの内容について次のような「注」を付している。

「今後の社会保障の在り方について」（平成18年5月・社会保障の在り方に関する懇談会）等を参考にして、自助（自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること）／互助（インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等）／共助（社会保険のような制度化された相互扶助）／公助（自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等）。

従来は「公助」のなかに含まれていた社会保険が、「共助（制度化された相互扶助）」として独自に括り出され、同時に「公助」が自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況への対応といった（しかも受給要件も定める）限定された内容に整理されている点が特徴になっている。

報告自体は、平成20年度及び平成21年度老

人保健健康増進等事業として実施され、民間の研究機関に委託された研究報告書ではあるが、こうした整理自体は唐突なものではなく、一連の問題意識の反映と見た方がよい。例えば、厚生労働省社会・援護局が主管し、2008年3月31日に報告書『地域における「新たな支え合い」を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉－』を発表した「これからの地域福祉のあり方研究会」でも議論⁸⁾が行われ、報告書では「新たな支え合い」という共助の新たな可能性を提起している。

小泉政権による「骨太の方針」として、聖域なき構造改革のキャッチフレーズのもとで「民にできることは民に」を掲げた規制緩和、社会サービス市場の民間開放がすすみ、社会福祉においてもサービスの提供については民間事業者への開放が推進された。介護保険サービスはその典型と言われるが、しかし介護保険法にもとづくサービスである限り公共サー

8) 第8回(2008.2.18), 9回(2008.2.27)研究会において論議されており、第8回では当時、社会・援護局長であった中村局長は、次のように発言している。…社会保障関係の議論として自助、共助、公助といふのがかなり強く出されたのは1994年だったと思いますが、当時の厚生大臣のもとにつくられた福祉ビジョンというものが出されたのですが、…その時の自助、共助、公助というのは、どちらかというところ財源論的な、社会保障の大きさをどのぐらいするのか、言葉を変えますと高福祉高負担なのか、中福祉中負担なのか、低福祉低負担なのかという議論が一つありました。それからもう一つはいわゆる税方式でいくのか、社会保険方式でいくのかという議論、その二つの流れから絡み合って、…議論がかなりありました。

もう一つは、…世の中に3セクターあって、政府セクターと市場セクターと非営利セクターがあるという議論があったと思うんです。どうも私も議論していると、自助・公助という時に、その議論でいくと介護保険というのは実は共助というふうに分類されている、ある人はあれも自助だという人もいます。自分で保険料を出しているんだから自助なんじゃないかという論者もいるけど、基本的には公助とされている、それに対して公助というのは生活保護みたいなやつなんだ、こういう整理があるところではあるわけですね。ですから自助・共助・公助ということで議論を整理するのか、マーケットと政府と、それから非営利セクターという形で整理するのか、その非営利といった時に事業者が入ってくるのか入ってこないのかとか、多少どっちの線で整理するかとやらないと、谷間を埋めるのが共助といった時に、その共助って何かというのは、ちょっと介護保険はどっちなんだとか言われるとウツと詰まることもないわけでもないもので、ここの点は大幅に直す可能性もあるということにさせていただきます。

7) この報告書は「安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現に向けた検討に当たった論点を整理する」ことを目的として実施された「在宅医療と介護の連携、認知症高齢者ケア等地域ケアの在り方等研究事業」（実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）にもとづき、2009年5月22日とりまとめられた。これを引き継いだ平成21年度の検討結果が「地域包括ケア研究会報告書」として2010年4月26日に公表され、前者で提起されたフレームは維持されている。

ビスであることに変わりではなく、財政負担や公的管理は不可欠である。その公助の限界の先に自助や互助を含む「これからの地域福祉」が出てくるのは、政府の市民社会への干渉という批判が可能にせよ、政府の限界を提示したという意味では、正直な吐露とも言えよう。鳩山連立内閣のもとでの「新しい公共」をめぐる論議でも、公共サービスの内容や担い手における新しい公共が検討されるにしても、自助や互助のすべてを「新しい公共」として包摂するものではない。

翻って、協同組合福祉が担いようことを検討する際、生活クラブ生協（千葉）理事長として地域購買生協でもっとも大きな介護事業を実現した池田徹氏（現 社会福祉法人生活クラブ理事長）が、生協福祉の最大の特徴として整理した「①無償の組合員活動、②有償の制度外地域福祉サービス、③介護保険事業等の制度サービス、④制度外ビジネス（有料老人ホーム等）の四つの事業を一体的におこなうことが出来ることだ」⁹⁾との指摘は示唆に富む。もちろん①の組合員による身近なたすけあいは生協理事会の意志で進むものではなく、②のくらし助け合いの会などの有償ボランティア活動もその当事者意思に依存する。③、④とても生協の経営意思を決める総会・総代会での合意があって始めて可能である。としてみれば池田氏の提起は、協同組合であればこれらをいかようにも組み合わせ可能で、実現可能だと言うことを意図しているのではなく、むしろ自助・共助（協助）・公助がミックスされた福祉システムのあり方トータルについて組合員のなかで論議し、組合員の時間や労力にせよ、生協への出資金にせよ、ときには自宅の開放にせよ、協同組合の場に抛出可能な組合員自身の活動資源、経営資源を調達し、職員を雇用し研修訓練し、事業所を確保するかについて意見を交わし、さらに公助

とされる国の法律や制度のあり方についても、納税者、有権者の立場を含め、いかにあるべきかについて話し合い政府・議会に要求するなど、組合員の理解と合意を「一体的に」作る場としての生協コミュニティの特質について提起していると見るのが適切だろう。

私が「生活としての福祉」の実現をめざす協同組合福祉という場合も、要介護度で切り分けられる介護ニーズでもなく、介護保険法が定義する介護サービスでもなく、生身の暮らしの中で生まれる“ねがい”や福祉ニーズに向き合って、その実現を図る自助・共助（協助）・公助の現実的かつ制度変革的なミックスに編み上げられる協同組合福祉をめざそうという趣旨に他ならない¹⁰⁾。

3) 協同組合事業の統治者としての組合員

協同組合において組合員は、一般に協同組合の事業の利用者として位置付けられるが、組合員がもつ協同組合における主権者性とは、顧客主権とは区別されるものであり、組合員が自らのために起業し、運営する協同組合事業の主権者であることこそが大切である。

国際協同組合同盟（ICA）が1995年にマンチェスターで開催した100周年記念大会で採択した「協同組合のアイデンティティに関する宣言」¹¹⁾は協同組合を次のように定義している。

9) 池田徹「生協の介護事業」『ケア その思想と実践 6 ケアを実践するしかけ』p.126 (岩波書店, 2008年)

10) こうした協同組合の取り組みの兆しとして、組合員が抱える不安や疑問、悩みを受け止める「相談」を切り口とする愛知県のめいきん生協（2010年3月よりコープあいち）での相談活動、同じく南医療生協での“よってってなんでも相談”の取り組みを上げておきたい。詳細は、拙稿「協同組合の未来を探す旅」(『農業協同組合経営実務』2009. 9～2010. 2連載, 全国協同出版)を参照されたい。

11) 「協同組合のアイデンティティに関するICA声明」日本協同組合学会訳編『21世紀の協同組合原則』(日本経済評論社, 2000年)

「協同組合は、共同で所有し民主的に管理する事業体を通じ、共通の経済的・社会的・文化的ニーズと願いを満たすために自発的に手を結んだ人々の自治的な組織である。」

福祉の場面においては、このことがもつ意義は、従来の生協における組合員参加の到達点をさらに深める可能性をもつ。

商品の購買という行為では、商品として共通化されることで実現するニーズであるのに対し、福祉サービスは一人ひとりの利用者の個別の生活ニーズに向き合い、サービス提供の場でサービス利用者とサービス提供者の協働作業として実現する行為であると言われる。利用者の自宅という生活の現場で生協事業の民主性が問われ、その個別性を踏まえながら、同時に協同事業としての共通のサービスの質や効率性が組合員により管理される。ここにおけるサービス提供者（ここでは生協）としての事業・経営意志決定へのサービス利用者の参与という社会的な行為が、自分自身に対するサービスの在り方にも深く関わることになる。

むろん、認知症の進行を通して失われていく認知能力と参加の実現をどう担保するかを問うとき、介護職員がもつ利用者の代理機能が重要になり、そうであるからこそ職員の利用者発の事業参加の徹底が不可欠になる。ニーズに寄り添いながら働くワーカーズ・コレクティブ、協働労働という働き方が、協同組合福祉にとって決定的に重要な所以でもある。また協同組合における組合員当事者と家族の位置付けについても、一步踏み込んだ理解が求められる。生協では、組合員と同一世帯の家族には組合員と同等な組合事業の利用が認められ、また総会への参加権、発言権も（議決権を除いて）法的に認められている。家族、

とくにここでは介護者としての家族の存在への配慮と参加の保障が、この協同組合のあり方との関わりで重要になる。

このように協同事業に対する主権者性の強調は、協同組合の福祉サービスが組合員以外にも開放されるなかにあって、組合員がその内部で実現した協同組合の事業の質を地域、社会に開放する役割、責任が重要と考えるからである。

4) コミュニティ福祉への生協福祉の関与と貢献

協同組合福祉の質の地域、社会への開放については、前節で指摘したとおりである。それを前提にしながら、協同組合福祉の原理とコミュニティ福祉の原理との差異と関係も視野に入れる必要がある。協同組合とは結社であり、意志ある人々の結合体であって、いわば“この指止まれ”と集った人々によって構成される。地域は、共に地域にある人々をつなぐ縁の組織であって、“この指止まれ”といっても止まらないとか、意思表示もしない人々を前提にする。

神奈川県的生活クラブ生協グループには、「世話焼きワーカーズ」という組織がある。同グループの一員である福祉クラブ生協では、世話焼きワーカーズは商品の共同購入のターミナルの位置にあって、生協から配達される商品を受け取って、この商品を発注した担当組合員にそれを配る。ここでワーカーズと生協との契約的行為とは、生協から委託された共同購入業務の一部であるが、その先にある利用者とワーカーとの関係は自己決定的であり、冷蔵庫のなかの整理やちょっとした片付けなどを通して生まれる信頼感は、暮らしを託す関係を担保し、配達業務を越えた契約外の「世話焼き」を可能とする¹²⁾。

協同組合が形成するコミュニティとは、協

同事業の裾野にひろがる人々の信頼に基礎を置いた親密圏である。生協にも間違いなく限界はあるが、暮らしの中に生まれた契約外の親密圏は、地域コミュニティと生協との距離を縮めることに貢献しよう。また愛知県や神奈川県で生協が関わって始まっている成年後見業務など、一定の事前契約にもとづく停止条件付きのサポート業務であり、こうした契約関係を基礎に、生協としての「世話焼き」の合法化も可能であろう。行政は権力をもって、隣人は止むに止まれぬお節介として、高齢者や児童虐待、DVなどにも「介入」することが可能であるが、協同組合自身はこの兩者をつなぎながら、自己の業務としてときには「介入」も行えるような関係づくりが模索されるべきであろう。福岡県の生協グリーンコープふくおかによる困窮者への生活支援は、生活資金の貸付と結びつきながら、生活の再建、自立に向けたサポートにも着手している。

4番目に挙げた協同組合福祉のアドボカシー機能については、すでに触れてきた通りである。

むすび

協同組合福祉が担いうるこれらの可能性を現実のものとするには、超高齢社会における協同組合の存在意義を示すと共に、吹き荒れた市場原理主義で寸断され、市民自身のなかにも沈殿した競争優位の心を癒し、溶くためにも大切な意義をもつ。

「地域社会の再生の軸としての福祉」を呼びかけた「これからの地域福祉のあり方研究

会報告」の表現を借りるならば、21世紀における協同組合の再生と新生と軸としての福祉が協同組合の前にあることを指摘し、小論の結びとしたい。

12) 食品スーパーの撤退が、高齢者などの食品購入を困難にするだけでなく、遠出しても買ってもらえる軽量、簡便な食品に偏った食生活の実態を、水戸市での調査にもとづき明らかにした岩間信之(茨木キリスト教大学)の研究「地方都市に広がる<食の砂漠(フードデザート)>」(『季刊地域』2010年春号、農文協)は、ここで取り上げた世話焼きW.Coが担う役割の意義をあらためて浮かび上がらせている。