

なぜ日本の協同組合医療介護を研究するのか ——日瑞共同研究プロジェクト¹⁾について——

エーシュタ・シュンダール大学客員教授
大阪大学招聘教授

ビクトール・ペストフ²⁾

はじめに

協同組合医療介護研究の背景：国際的状況—スウェーデンを中心に

普遍型福祉国家に分類されるスウェーデンの医療や介護も、他の先進国と同様に複雑で複合的な課題に直面しています。スウェーデンでは財政規律を求める声がニュー・パブリック・マネジメント (NPM)³⁾ の考え方と結びついて、政府は支出削減と税金で運営される医療や介護の効率化を進めました。高齢化に伴い増加する医療や介護需要、さらに医療や介護に対する個別的な要望も多様化する中で、スウェーデンにおける医療や介護サービスの質は国民の関心を集める重要課題となっています。これまでの政策は、たとえば自治体によっては予算縮小のために病床数を削減、また自治体直営病院を株式会社へ委託し民営化を急速に進めるなど、問題をより深刻化させました。このような政策のマイナス面は、OECDによる医療統計をみても明らかで、スウェーデンの病床数や医療従事者数は少なく、既に OECD 諸国の中でももっとも合理化されたレベルにあり、これ以上の合理化には限界があります。税負担をあげて

公的資金の投入を増やすという方法もありますが、スウェーデンは既に最も税負担の高い国の一つであり、現実には困難です。どのようにすれば、個別化された、質の高いサービスを、適正なコストで、多くの人々に提供できるかは、スウェーデンはもちろん、多くの国々にとって重要な課題といえます。

このような情勢の中、日瑞共同研究プロジェクトの目的は、(少なくともスウェーデンや他のヨーロッパ福祉国家にとって) これまでとは全く異なる、新しい視点から、このような医療や介護供給にみられる課題の解決策を検討することにあります。新しい視点とは、利用者自身が医療や介護サービスの提供プロセスにおいて積極的な役割を果たす、つまり利用者参加を進めることで、公的部門のコストを増やさずに、個人のニーズにあった、より質の高いサービスを生み出すことができるという視点です。たとえば、多くの場合、医療は高度に専門化されており、患者はその過程にほとんど参加せずに、医師や看護師等の専門職により提供されています。日瑞共同研究プロジェクトにおける仮説は、医療や介護サービスの生産において、専門職と利用者が、治療と情報を互いに与え合うことでより質の高いサービスが生まれるというもの

です。専門職と利用者のパートナーシップには多くの形態が考えられ、利用者のニーズや能力に適したものであることが大切ですが、専門職と利用者の間にある情報の非対称性、つまり専門職は医療や介護の知識を備えている一方で、利用者は自分自身の健康状態や日常生活についての情報を持っているという状況があります。利用者の健康や生活の向上を共通の目的として、利用者と専門職が十分にコミュニケーションをとり、協調する努力を続けることで、その情報の非対称性をもたらす弊害を減少させることができます。これは医療や介護の専門職が利用者向けに学習機会を提供したり、その一方で、患者自身の自分の状態についてより詳しい内容や意思を専門職に伝えることで可能になります。医療や介護の「共同生産」という考え方にみられる、専門職と利用者の共同作業は、理想的な成果として、より質の高い医療や介護サービスの提供、それに伴う利用者の健康状態や満足度の向上をもたらします。また利用者から利用者自身の健康や生活についての十分な情報が得られることは効果的で利用者の満足度が高い医療や介護にもつながります。利用者の参加には様々な形が考えられます。前述のような自分の健康や生活の状態について専門職に伝えるということだけでなく、利用者自身が自分たちで簡単な健康チェックや日誌つけをするなどの活動にまで広げられるかもしれません。利用者の会や患者の会など、利用者間の情報交換や相互支援によって医療や介護サービスに参加することも可能です。

社会サービスの「共同生産」 (co-production) という考え方

本プロジェクトのメンバーの一人であるヨハン・バムスタッド（エーシュタ・シュンダール大学准教授／大阪大学特任准教授）は、適正な社会コストで、高品質かつ個別化された社会サービス供給を可能とする方策として、準市場と「共同生産」の可能性を挙げています。準市場のメリットやデメリットについては多数の研究が行われていますが、「共同生産」に関する研究はそれほどありません。「共同生産」の概念は、2009年にノーベル経済学賞を受賞したエレノア・オストロム氏らによって1970年代初頭に初めて提唱されました。オストロム氏らは、警察官、教員、医療従事者といった「公共サービス生産者」と、そのサービスでより良い状態になることを望む顧客の間に存在する潜在的関係を表現するのに、「共同生産」という語を使い、その意味を発展させました。

社会サービスの「共同生産」は重要な数多くの社会的価値を生み出す機能を持つものとして注目できます。「共同生産」は、特に税金で運営される保育、義務・高等教育、障がい者支援、高齢者介護など、利用者にとって日々の生活に不可欠なサービスの質や内容の決定において、これらのサービス利用者に強い発言権を与えます。利用者が自ら利用するサービスの生産に関わることで、利用者自身がそのサービスに関する深い見識を持つようになることは、多くの調査の結果が示しています。ヨーロッパ諸国では社会サービスの多元化、つまり、社会サービスの生産において、公的セクター、民間非営利セクター、民間営利セクタ

ーがそれぞれの強みを生かして競争することで、サービスの質を向上させるという考え方が定着してきました。その中で、社会サービスにおける利用者の関与を一層促進するため、(それが法的に可能な国においては)協同組合が組織されることが多いといえます。たとえば、『ヨーロッパ諸国における保育サービスの多元化に関する調査』では、協同組合にみられる、利用者自身がサービス内容や質を決めるという機能を重視しています。この調査によると、協同組合は豊かな知識を持った利用者を育て、彼らのサービス生産への影響力を増やすことでサービスに対する満足感を促しています。また社会サービスの「共同生産」の考え方に示されるように、利用者とサービス提供者の対話が促進されることで、職員の仕事に対するやりがい、職員の影響力の増大がみられ、利用者と職員双方から見て、サービスの質の向上につながることが明らかとなってきました。

なぜ日本の協同組合医療介護を研究するのか

社会サービスへの利用者参加と「共同生産」が生み出す社会的価値については、ヨーロッパにおける保育以外の社会サービスの調査でも裏付けられています。高齢社会の重要課題である医療介護サービスにおける「共同生産」の効果を科学的に測定し、その意義を明らかにしたいものですが、ヨーロッパには協同組合が運営する医療の事例がほとんどありません。高齢者介護については若干の取り組みがありますが、数も限られています。日本には利用者所有の医療サービスという非常にユニークな医療提供の制度が2つもあります。一つは農協を

母体とし、主に農村部にあるJA厚生連、もう一つは主に都市部にある医療生協です。

既に述べましたが、ヨーロッパには医療や介護において専門職と利用者によるサービスの「共同生産」モデルがほとんどありません。いかにして「共同生産」概念を医療介護分野で科学的に検討できるかを考えた時、その可能性が日本にありました。世界でおそらく唯一の、そして最良の事例が日本の協同組合医療介護にあり、だからこそ、私たちは本研究プロジェクトを開始しました。しかし、ヨーロッパ諸国で既に実施されてきた社会サービス(特に保育)の「共同生産」に関係する調査から得た知見を、本研究プロジェクトに活かすことが可能かどうか、そして可能であるとすればどのような条件が必要かを考える必要があります。つまり日本の状況を踏まえた調査設計が必要です。スウェーデンの水準からみると、日本の医療生協とJA厚生連は大規模な病院や介護事業を運営しており、両者の病床数を合わせると合計約5万床で、これはスウェーデン全国の病床数(約3万床)をはるかに超えています。しかし、日本国内の水準でみれば、協同組合が提供する医療や介護サービスのシェアは大きいものではないため、協同組合医療介護にみられる利用者参加がサービスの質に与える効果が一般にあまり知られておらず、また記述もみられません。そこで本プロジェクトでは日本の協同組合医療介護の実態を科学的に調査し、医療や介護サービスの生産プロセスで生み出される社会貢献や社会的価値を明らかにし、日本国内はもちろん、国際的に発信していこうと考えています。

医療制度の背景にある歴史や文化は日本とスウェーデンとは全く異なりますが、

日本の協同組合医療の存在は、これらの国の医療分野が共通する多くの課題に直面していることを示しています。日本の協同組合医療介護は保険料（医療保険、介護保険）で支えられているにも関わらず、主に以下の2つの理由により代替的な手段として発達し、繁栄しています。まず、JA厚生連は自治体間にみられる70年近くにわたる公民連携を通じて、医療サービスが提供されていなかった過疎地域にも医療サービスを提供してきました。農協の組合員はJA厚生連による医療機関を共同所有していることになり、一般市民が自治体の公的サービスに影響を与えるよりはるかに直接的に、その医療に影響を与えることが可能と考えられます。医療生協は主に都市部においてその活動がみられ、「共同生産」を通じて、質の高いサービスを提供し、学習機会の提供を通じて利用者の健康や介護に対する意識を高めるなどの付加価値を提供しています。すなわち、日本における協同組合医療介護はコストの安い代替的な手段ではなく、社会保障制度のしくみの中で長所と限界を持つ、個性的な医療サービス提供者なのです。スウェーデンと日本では、税財源か、社会保険制度かの違いはありますが、公的財源で行われているという点では共通しています。

調査計画について

本調査プロジェクトは、大阪大学大学院人間科学研究科、エーシュタ・シュンダール大学（スウェーデン）、生協総合研究所に所属する研究者⁴⁾と日本の協同組合医療介護の実践者による共同研究プロジェクトです。本調査プロジェクトは主に次の三段階で進めています。第一にフィールド調

査による事業組織についての調査、第二にアンケート調査に向けた予備調査、第三に協同組合による医療機関および介護サービス事業所（居宅介護および施設も含む）、さらに2～3カ所の公立、民間の医療機関および介護サービス事業所を対象にしたアンケート調査です。アンケートは、職員、利用者、ボランティアの方々を対象に実施する計画です。

第一段階はフィールド調査による事業組織についての調査です。これは2012年後半から関係各団体との打ち合わせを経て、2013年5月に5県（埼玉、福島、長野、愛知、兵庫）にある9つの協同組合医療機関、介護施設、居宅介護サービス事業所を訪問し、ヒアリング調査を行いました。訪問日と訪問先は次の通りです。

- 5月13日 医療生協さいたま
- 5月15日 JA 福島厚生連 ^{ばんげ} 坂下厚生総合病院
- 5月16日 きらり健康生活協同組合（旧福島中央市民医療生協）
- 5月20日 JA 長野厚生連 佐久総合病院（19日「病院祭」見学）
- 5月21日 長野医療生活協同組合
- 5月23日 JA 愛知厚生連 ^{あすけ} 豊田厚生病院、JA 愛知厚生連 足助病院
- 5月24日 南医療生活協同組合
- 5月27日 姫路医療生活協同組合

いずれの訪問先においても事業経営の責任者や専門職、職員、ボランティアの方々にご対応頂き、病院に加えて周辺の施設（老人保健施設、介護サービス事業所など）がある場合にはそちらもご案内頂きました。各訪問先ではそれぞれの組織の概要（組織構成、設立からの経緯、事業の内容

と特徴、財政収支の構造、近年の財務状況、行政との関係、職員配置、利用者数、組織運営の特徴、意思決定の方法など）や、本研究調査の中心的テーマである利用者と職員の協働、ボランティアの状況、地域（住民、行政、医療介護関連組織等）とのつながり、今後の活動方針などについて、予め用意したインタビューガイドに基づき、共通の項目についてヒアリングを行いました。

訪問前の文献調査と一連の訪問調査により、これらの協同組合医療介護の持つ特徴（地理的、社会的条件の異なる様々な地域に存在することに加え、それぞれの組織の持つ歴史的背景、規模、組合員による関与の在り方や直面する課題などの違い）を把握することができ、今後実施する予定のアンケート調査を設計する際の基礎となる知識を得ることができました。ヒアリングの終了後、東京、大阪、埼玉で学習会を兼ねた講演会を開催し、参加者からのフィードバックを受けながら、アンケート調査の項目、質問の表現などについて検討を重ね、現在は予備調査の準備をしています（2015年8月現在）。

今後の調査について

第二段階は予備調査です。事業組織についての調査の結果をもとに、アンケート調査の設計を行いました。その設計をもとに、3種類のアンケート調査票（職員対象／利用者対象／ボランティア対象）を作成しています。大規模調査になるため、質問項目についての十分な検討が必要であり、予備調査を行ったうえで、フィードバックを受けて、最終的に質問票を完成させます。協同組合の組織や事業形態はさまざま

であり、すべてを対象とできる質問票の作成に時間を要しています。第三段階は完成した調査票をもとに、職員、利用者、ボランティアを対象に3種類のアンケート調査を実施します。また協同組合医療介護における「共同生産」の機能を明らかにするために、他の形態の医療機関、介護サービス事業所でも調査を実施します。3種類の調査をそれぞれ分析し、そこから導き出される内容を検討するために、インタビューもしくはフォーカス・グループ・ミーティングを行います。

結びにかえて

本研究プロジェクトでは、協同組合医療介護における医療・介護サービスの「共同生産」にみられるメリットと限界、日本のみならず、スウェーデンはじめ、他のヨーロッパ諸国における医療や介護サービスの質向上のメカニズムとその可能性を明らかにするための調査設計を行っています。果たして、日本の協同組合医療介護は「共同生産」概念で説明できるものか、どのような組織的条件があれば、医療や介護サービスの「共同生産」が可能となるのか—どの点が日本独特なもので、どの点は異なる制度のもとでも実践可能なのか。たとえばスウェーデンや他国でも実践が可能なのか等、さまざまな可能性を検討する上で貴重な情報となるでしょう。最終的に、本研究プロジェクトの成果は日本語と英語の双方で刊行し、調査から得られた知見を国際的にも発信していく予定です。

謝辞

本調査研究の実施にあたっては、日本医療福祉生活協同組合連合会、全国厚生農業協同組合連合

会（JA 厚生連）、医療生協さいたま、JA 福島厚生連坂下厚生総合病院、きらり健康生活協同組合、JA 長野厚生連佐久総合病院、長野医療生活協同組合、JA 愛知厚生連豊田厚生病院、JA 愛知厚生連足助病院、南医療生活協同組合、姫路医療生活協同組合の皆様、多大なご協力をいただいています。この場をお借りしてお礼を申し上げます。

【注】

- 1) 本研究は、主に平成24-26年度科学研究費助成金による研究「市民社会における介護サービス供給のあり方とサービスの質の測定方法に関する研究」（基盤C）（研究代表者：斉藤弥生〔大阪大学大学院人間科学研究科教授〕の一部である）。
- 2) Victor A. Pestoff, スtockホルム大学にて政治学博士号を取得後、スウェーデン・ストックホルム大学、セーデルトーン大学、ミッド・スウェーデン大学教授等を経て現職。ヨーロッパにおけるサードセクター研究の中心的ネットワークである「ヨーロッパ・サードセクター研究者ネットワーク」（EMES）の設立発起人の一人で、協同組合、サードセクター研究の世界的な第一人者である。2014年より大阪大学招聘教

授。

- 3) ニュー・パブリック・マネジメント（NPM）。公共政策においても、民間企業において行われているような経営手法を取り入れた上で、公共サービスを提供しようとする考え方。
- 4) 正式名称「協同組合医療介護研究会」。メンバーは斉藤弥生（大阪大学大学院人間科学研究科教授）、ビクトール・ペストフ、遠藤知子（大阪大学大学院人間科学研究科専任講師）、ヨハン・バムスタッド（エーシュタ・シュンダール大学准教授／大阪大学特任准教授）、近本聡子（生協総合研究所研究員）、山崎由希子（生協総合研究所研究員）、佐藤桃子（日本学術振興会特別研究員／大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程）以上、作業部会メンバー。東久保浩喜氏、江本淳氏（以上、日本医療福祉生協連）、松本誠悦氏（全国厚生農業協同組合連合会）、栗本昭氏（法政大学大学院教授／連帯社会研究交流センター 副センター長）。

（本稿は2014年11月に医療生協さいたまで行われたビクトール・ペストフ氏の講演内容をもとに、斉藤弥生教授と山崎由希子〔生協総研研究員／本プロジェクトメンバー〕が翻訳、加筆修正をしたものです。）