

続・非営利セクターとしての農村コミュニティの可能性

— 長野県上田市の事例に即して —

田 渕 直 子

目次

はじめに

- I JA 長野厚生連の活動と
福祉コミュニティづくり
- II 上田市豊殿地区振興会と JA 長野厚生連
鹿教湯病院の協働
 - II-1 豊殿振興会の誕生とその活動
 - II-2 リハビリテーションセンター
鹿教湯病院の地域保健福祉活動
 - II-3 コンパクトな医療保健福祉施設
実現まで
- III 豊殿振興会のアソシエーションとしての
発展
おわりに

はじめに

筆者は田渕 [2008] において農村コミュニティは市民社会を構成するアソシエーションの母体となりうるかどうかを考察し、条件さえ整えばそれは可能であると結論付けた。拙論では、右田 [2005] の地域福祉論に沿って次のようにコミュニティを定義した。「コミュニティの概念はすでに、社会学を生み出すこととなった19世紀の社会思想にあらわれ、契約に基づく社会という自然法思想に対抗するものとして再発見されたものであり、地域性と共同性という特性を即自的に統一していた中世の村落共同体やギルドの特質の再発見であり、しかも資本主義の発展によりそれらが解体してしまったところでの再発見であっ

た。これが高度資本主義発展段階においては、その自己完結性を失い、地域性をうすめ、より広義に『高度の人間的な親しさ、情緒的深さ、道徳的拘束、社会的凝集性、時間的連続性によって特長づけられる諸関係のあらゆる形態をふくむ』と規定されるようになった。⁽¹⁾ ゆえに、集落や字といった地縁的小集団も社会的凝集性を失っていけばコミュニティとはいえず、逆に地縁性が薄くとも継続的に研修会や懇親会を行っている人的集団はコミュニティであると判断できよう。

右田 [2005] は、『福祉社会』への要件と地域福祉一要件としての思想・価値の課題と試論』において「福祉国家から福祉社会への移行」を基本的に肯定し、『福祉社会』は地域福祉の原理を内在させる『福祉コミュニティ』を基礎とした、いわば『成熟社会』にほかならない。⁽²⁾ と述べる。ただし、右田は樋口 [1985] を引用して「福祉国家の危機」が「新しい共同体主義(時として人権を尊重しない村落共同体やギルドへの無批判的回帰—引用者—)を勇気づけてしまうことの危険性」を指摘している。そしてグッド・コミュニティ(ウォレン)の要素(奥田 [1981] より引用)に照らしてコミュニティの性格を見極めた上で『福祉コミュニティ』に『自助・共助』が期待されるとすれば、それは『勇気づけ』ではなく、①関係・意識(帰属性と共同性)、②権力構造(自律性・問題解決力、権力の分散、参加、コンフリクトの程度)の分析に基づか

ねばならない。現実的課題としての地方分権との関連では、権限・権力の分散化も福祉多元論の中で避けて通れないであろう。⁽³⁾と、福祉コミュニティを重視することの危険性と可能性を語る。

右田 [2005] の構想する福祉社会(成熟社会)は市民的公共圏(市民社会)と言い換えられよう。田淵 [2008] は、社会学者・佐藤慶幸氏の論考(ハーバーマスに依拠)に従い、次のように市民的公共圏(市民社会)とそれを構成するアソシエーションを定義した。「共同体的な集団から解放された個人が自分の考えや意見を言説と行為をとおして自己表出する公開的な社会空間を、市民的公共圏と言う。そしてその個人を『市民』と言う。この市民的公共圏において、複数の市民がある課題について相互に意見を交わしながら、討議と対話をとおして結び合う言説空間が、アソシエーションを形成する。」ゆえに、市民社会を構成する福祉コミュニティは、狭義の社会福祉サービスの需給を円滑にするためのツールであるだけではない。自由な討議と対話を通じて、広義の福祉を向上させ、かつ最も生活に密着した場で民主主義を持続させる装置である。

田淵 [2008] では集落を対象に理論的考察を進めたが、本論ではその続編として、より広い範囲の地域(昭和の合併以前の旧町)を対象に事例分析を行う。具体的には、主として長野県厚生農業協同組合連合会(以下、JA長野厚生連)との協働によって医療保健福祉施設の整備に成功した上田市豊殿(ほうでん)地区・豊殿振興会を分析対象とする。豊殿地区は昭和の合併で上田市に合併した旧町である。

現在、多くの農村地帯が広域行政合併に伴って直面しているのは、一つには、その自治体の中で周辺化され、公的サービスの供給が確保されない事態である。例えば、1995年に「平成の大合併」に先駆けて合併したあき

る野市では、旧五日市町地域が周辺部となり、旧秋川市への施設や行政機能の集中が進み、五日市地域の活力が失われた事実が検証されている。⁽⁴⁾豊殿地区はすでに1950年代に上田市の周辺部になってしまい、生活インフラの整備が遅れ、公的サービスの供給が十分でない状況が続いてきた。その意味では多くの農村地帯が現在直面しつつある問題を長年抱え、福祉コミュニティとしてこれを主体的に解決してきた点に、豊殿地区の事例を取り上げる意義があるといえよう。

農村地域の「平成の大合併」やそれ以前の農協広域合併がもたらしている二つ目の問題は、集落(自治会)連合会の代表が町村議会議員や農協役員・総代になることで代議制民主主義が成立していたかのような外観が、崩壊したことである。通常集落やその連合組織では、各自の考えや意見を率直に表出・討議することはむしろ稀であり、固定した「代表者」への委任によって、いわゆるお任せ民主主義が成立していた。つまり、厳密な意味での代議制民主主義が存立してはいないが、集落連合会の「代表者」という人格を通じて、一般集落構成員の最大公約数的な「地域の意味」が表明され、構成員の帰属意識が自然に醸し出されていたのである。ところが、「平成の大合併」や農協広域合併は議員、理事や総代の総数を大幅に減らし、結果として代表者を選出する範囲を拡大させることになった。こうなると、代議制民主主義はいっそう空洞化し、自治体や農協への無関心、自らや自らの集落機能の無力感が地域を覆い、「おらが町・村」「おらが農協」という帰属感も急速に薄れることになる。豊殿地区では議員や農協理事・総代を通じて意思表明する形式ではなく、豊殿地区内部に自由な討議空間を創り、直接の意思決定・表明を目指した点が事例として注目すべきところである。

本論ではまず、農村集落連合を再編した組織＝豊殿振興会が、現代的な意味での福祉コ

コミュニティであるか、さらにそれが市民社会のアソシエーションに発展しているかどうかを探りたい。その上で、農村部で不足しがちな医療保健福祉サービスをアソシエーションとしての非営利組織がどのように確保できるのか、その可能性を考えることを本論の目的とする。

I JA 長野厚生連の活動と福祉コミュニティづくり

JA 長野厚生連は、自らのウェブサイトで次のように組織と社会的役割を紹介している。「JA 長野厚生連は、11 病院、4 分院、8 診療所を運営し、公的医療機関として地域医療、救急医療及びへき地医療にも積極的に取り組み、地域の基幹病院として、近隣医療機関、診療所と連携を密にし、診療機能の充実に努め、組合員、地域住民の命と生きがいのある暮らしを守るため日々努力を続けています。利用患者数は、年間外来患者延べ約 211 万人、入院患者延べ 140 万人の方に利用していただいております。⁽⁵⁾」

「健康管理センター・病院を中心に、県内行政や JA（単位農協一引用者一）、関係団体と連携し、住民のニーズのもと、地域巡回健診として、集団健康スクリーニング（老人保健法による基本健康診査）をはじめ、人間ドック、各種がん検診を実施しています。また、健診後の結果報告会、事後指導など健康教育、健康相談にも取り組んでいます。さらに、農村医学夏季大学講座や各種の健康セミナーなどを通じた啓発活動を含め、幅広い保健予防活動を実施しています。⁽⁶⁾」

JA 長野厚生連における上記の医療事業・保健事業は、全国でも突出した水準にある。歴史的にも 2007 年に亡くなった若月俊一氏がリーダーとなり、佐久（総合）病院を拠点に築き上げた農村医療と、行政と連携した集団健診活動はあまりにも有名であり、JA 長

野厚生連の類い稀な発展の基盤になったといえる。さらに、高齢者福祉事業にも力を入れ、同ウェブサイトで「超高齢社会を担う福祉コミュニティ作りを目指し、JA・行政とも連携し、医療系介護保険サービスを中心に、居宅サービス、施設サービスを積極的に展開しています。事業の進捗状況は著しく、医療事業の約 1 割に迫る勢いがあります。今後もサービスの質の確保が課題となるため、研修・教育活動にも重点的に取り組みます。⁽⁸⁾」と謳っている。特に「福祉コミュニティづくりを目指し」ている点が極めて興味深いところである（後述）。

農協および農協連合会は 1992 年の農協法改正で「老人の福祉に関する施設（事業の意味）」を営むことが制度的に認められた。ただし、在宅福祉サービスの提供は認められたが、特別養護老人ホームに代表される施設サービスを提供するには、社会福祉法人を設立することが必要であった。個別の単位農協や厚生連が社会福祉法人を設置することは、他県でも散見されたが、長野県では 1994 年に厚生連が主体となり、中央会や他の連合組織も構成主体となって、社会福祉法人・ジェイエー長野会を設立（信連・経済連・共済連・厚生連が計 2 億円を出捐）したことが画期的であった。これは、第 42 回 JA 長野県大会（1989 年）決議に基づくものであり、農協の全県体制として社会福祉法人を立ち上げた例は他にない。この社会福祉法人は厚生連内に事務局を置き、単協レベルでの高齢者入所施設の要望と準備を踏まえ、1995 年より 7 つの特別養護老人ホームを開設してきた（図表 1）。そのうち、5 施設は 2002 年度の開所であり、介護保険制度導入直後、非常なスピードをもって県内各地に施設整備を進めたことが目立つ。その原則は地元単協の意思と資金・土地等の準備が整った段階で、はじめて施設を建設するという地元主導主義である。本節で取り上げる上田市豊殿地区の特別養護老人ホーム

「ローマンうえだ」も、このうちの一つである。

図表 1 社会福祉法人ジェイエー長野会の施設概況 (2003年11月現在)

施設名 設置地域単位農協	設置場所	運営主体	設置年次	特養定員		通所介護定員		訪問介護	居宅介護 支援	備 考
				施設入所	短期入所	施設入所	短期入所			
特別養護老人ホーム「うつくしの里」 JA 松本ハイランド	松本市	ジェイエー 長野会	1995.4	53	13	25	10	○	○	松本市在宅介護 支援センター併設
蛾ヶ崎デイサービスセンター JA 松本ハイランド	松本市	ジェイエー 長野会	2002.4			15	0			松本市設置のデイを長野会が 運営受託
特別養護老人ホーム「のべやま」 JA 長野ハッ岳	南牧村	ジェイエー 長野会	1999.4	70	10	25	10			デイサービスセンター併設 南牧村から運営受託
特別養護老人ホーム「あさぎりの郷」 JA みなみ信州	高森町	南信州 広域連合	2002.4	60	20	30	0			高森町運営地域交流センター 在宅介護支援センター併設
特別養護老人ホーム「ローマンうえだ」 JA 信州うえだ	上田市	ジェイエー 長野会	2002.9	90	10	30	0	○	○	デイサービスセンター併設
特別養護老人ホーム「りんごの郷」 JA ながの	長野市	ジェイエー 長野会	2002.12	50	20	0	0	○		
特別養護老人ホーム「紅林荘」 JA 諏訪みどり, JA 諏訪湖	富士見町	ジェイエー 長野会	2002.12	80	0					グループケアユニット採用

付表 社会福祉法人松本ハイランドの施設概況

施設名 設置地域単位農協	設置場所	運営主体	設置年次	特養定員		通所介護定員		訪問看護	居宅介護 支援	備 考
				施設入所	短期入所	施設入所	短期入所			
特別養護老人ホーム「ゆめの里和田」 JA 松本ハイランド	松本市	社福法人 松本ハイ ランド	2002.4	80	4	25		○	○	デイサービスセンター併設

資料：JA 長野厚生連資料

JA 長野厚生連の「福祉コミュニティ」は、必ずしも前掲右田 [2005] の定義に沿ったものではないだろう。しかし、図表 2 の JA 長野厚生連の理念を見ると「組合員（農民—引用

者—）・地域住民の主体的参加」を謳っていることが特徴であり、決して福祉コミュニティを安易な共同体主義に還元しようとしていないことは確かである。

図表 2 JA 長野厚生連理念

<p>JA 長野厚生連は、JA 綱領のもとに医療活動を通じ、組合員・地域住民のいのちと生きがいのある暮らしを守り、健康で豊かな地域づくりに貢献します</p> <p>一. 私たちは、医療に携わる者として、常に人間性を磨くとともに知識と技術の習得につとめます。</p> <p>二. 私たちは、地域のニーズを尊重し、親切で良質な保健・医療・福祉サービスの提供につとめます。</p> <p>三. 私たちは、組合員・地域住民の主体的な参加のもとに、労働組合とともに民主的な運営と健全な経営につとめます。</p> <p>四. 私たちは、農村医学と農村医療の確立と発展につとめ、農業と農村を守ります。</p> <p>五. 私たちは、教育・文化・地域活動を積極的に推進し、地域の信頼を高め連携強化につとめます。</p>

資料：JA 長野厚生連ウェブサイト <http://www.janis.or.jp/kenren/kouseiren/policy.html>

JA 長野厚生連の福祉コミュニティづくりの実践は、飯嶋郁夫氏が佐久総合病院[2005]において「佐久地域保健セミナーから保健福

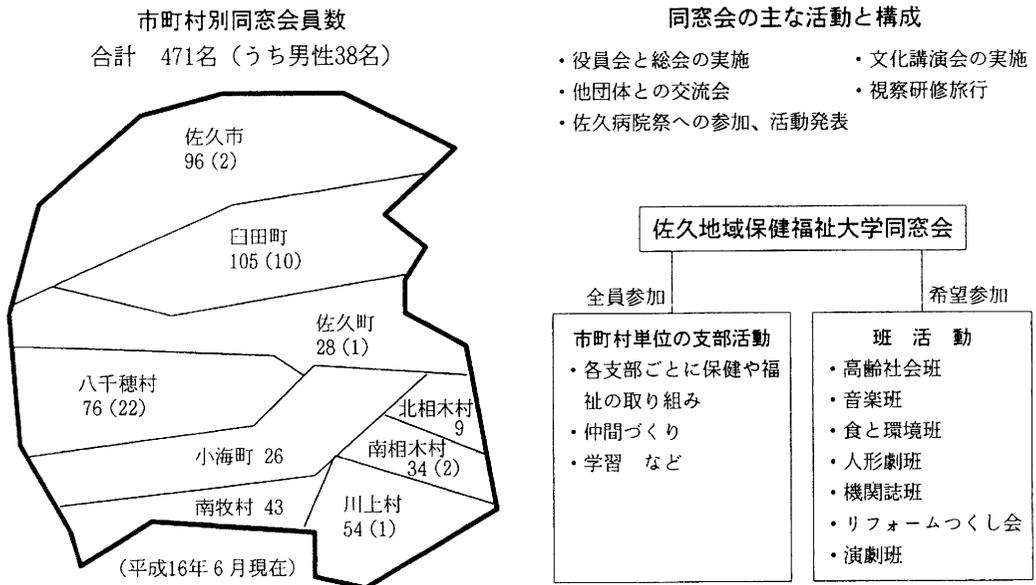
祉大学へ」で紹介している事例が典型的である。「佐久総合病院の保健予防活動は、1945年12月に『出張診療班』が結成され、地域へ出

ての巡回診療が行われたことがその始まりとされています。(中略)1973年には長野県厚生連健康管理センターが佐久病院に併設され、『集団健康スクリーニング』や各種『がん検診』の活動へと発展してきました。同時に健康教育も大切であるとのことから、健診前の『地区懇談会』や健診後の『結果報告会』などにも力を入れ、地域全体の健康状態の向上をめざして住民とともに話し合うことにも力を入れてきました。」「その活動の中から、地域の保健・福祉・医療の活動は本当は病院だけでやるべきものではない、地域の各機関、団体との恒常的な連携のもとに行うことが必要である。そして『住民の参加』がとりわけ重要である、という認識を深めてきました。そして地域の保健と福祉の活動を住民主体のものにしていくもっとも良い方法は、住民の中に

地域のリーダーを育てることであり、それには『地域保健セミナー』という講座を行い、その同窓会活動を活発にやっていただくという議論がされました。(中略)「1989年、第1回の『佐久地域保健セミナー』が開講されました。(中略)即ち当初から単なる知識を身につけるだけの教養講座ではなく、住民サイドで地域の中で長く活動する保健・福祉のリーダーを育てることが狙いだったわけです。(中略)「佐久地域保健セミナー同窓会は卒業生によって規約も作られ、次頁図(図表3—引用者—)のような目的をもち、毎年卒業生が同窓会に入る仕組みとなっており、年々会員が増えています。この同窓会の取り組みは3つあります。1つは会全体としての取り組みであり(中略)、2つには班活動で図のような班があり、市町村の枠を越えてまと

図表3 佐久地域保健福祉大学同窓会の概要

構成：佐久地域保健福祉大学の卒業生で組織している同窓会
 目的：保健、医療、福祉の学習会を継続しながら、住民の立場で地域の健康づくり、福祉のための活動を行う



資料：佐久総合病院 [2005] 17 頁より引用, 2005 年現在の状況。

まりあい、自分たちの研修と仲間づくり知識・技術の習得にも役立っています。(中略) 3つには市町村単位の支部活動であり、セミナー開講の目的に照らしても最も重要な活動だと思えます。自分たちが住む町や村の保健や福祉の問題を、住民の立場から守り発展させる活動を行い、住みよい地域づくりへとつなげることを期待するからです。」「この取り組みは、現在お年寄りのケアセミナー同窓会と合体し、『佐久地域保健福祉同窓会』と改称し、新たな活動をあゆみ始めています。佐久での『協同の郷』を成功させるには、『自立した住民』が地域の中にどのくらい存在するかという点がポイントでしょう。いかに『良質な活動家』が地域と病院の中に育つかが重要と思えます。(後略)」。なお、小諸厚生総合病院においても1991年から「実践保健大学」⁽⁹⁾、ボランティア教室と同窓会活動に取り組んでいる。⁽¹⁰⁾

II 上田市豊殿地区振興会と JA 長野厚生連鹿教湯病院の協働

II-1 豊殿振興会の誕生とその活動

旧上田市の東部に当たる豊殿地区は、1956年9月に豊里村と殿城村が合併し、豊殿村として一つの行政村となった後、1958年4月に上田市に合併された。近隣の神川村は1956年9月に、神科村は1957年8月と、昭和の大合併の中で断続的に合併が進んでいった。その後も1970年に塩田町を合併するなど、時間をかけて、旧上田市の行政地域は広がっていった。そのため、平成の大合併によって2006年3月に新上田市(上田市・真田町・丸子町・武石村)が誕生(図表4参照)した後も、南北に長い市域の広さもあって旧町村のまともりは強い。

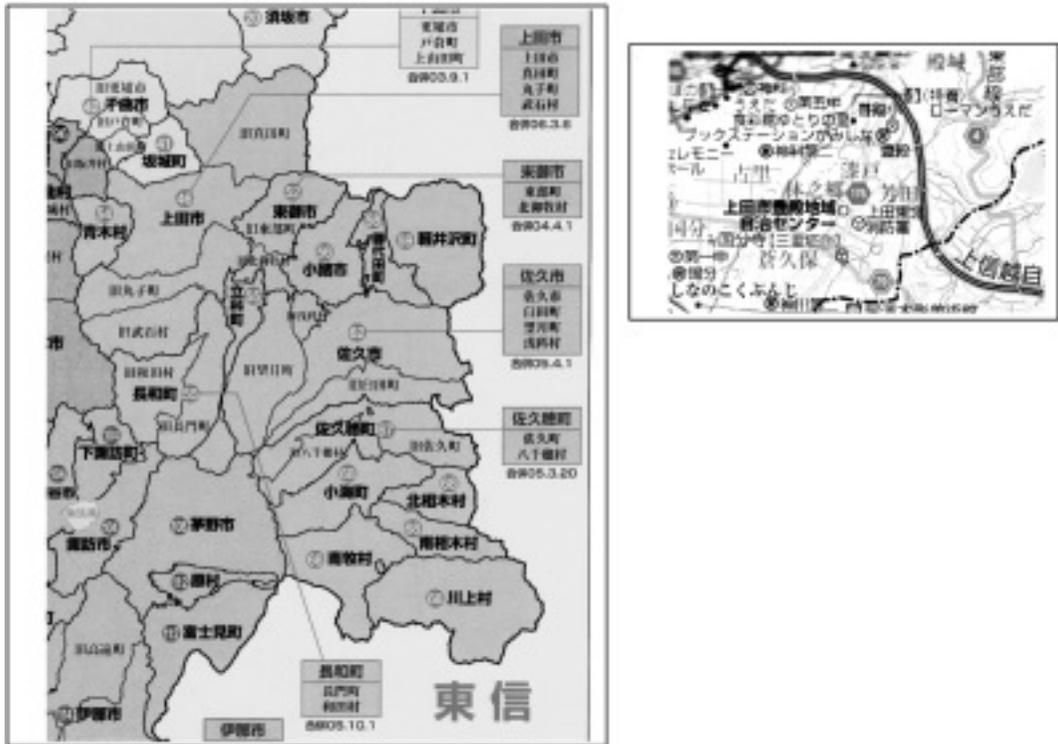
上小地区(上田市・小県郡)における平成の大合併は、順調に進んだものとはいいがたい。2002年3月時点の合併法定協議会では、

上田市に小県(ちいさがた)郡全町村(丸子町・長門町・東部町・真田町・武石村・和田村・青木村)が編入合併するという形態が叩き台であり、合併後の人口は約20万人という想定であった。この合併案はちょうどJA信州うえだの範囲に一致し、1998年4月に設立された上田地域広域連合の区域にも合致する。広域連合は広域幹線道路網などの地域計画策定、ごみ処理・下水処理・消防等に加え、福祉関係の広域行政を担当している。福祉関係では高齢者福祉施設の運営、介護保険認定調査・介護認定審査会を担当し、事実上の広域行政を実現していた。⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

だが、現実には合併構想は変更を重ね、新上田市は旧上田市・丸子町・真田町・武石村の合併、長和町は長門町・和田村が合併、青木村は単独での存続を選択し、東部町は郡越え合併を選んで北御牧村とともに東御(とうみ)市となった(図表4)。中でも、人口16万余の新上田市の合併期日は2006年3月6日であり、旧合併促進法によって合併特例債の対象となる期限(3月末日)ぎりぎりであった。⁽¹³⁾ また、合併協議会は、旧町村単位と旧上田市内の6公民館毎に「地域協議会」を設定し、市長の附属機関となり「住民自らが課題を考え、解決の方策を探る新たな場」として各地域の自治能力の維持と開発を図ろうとしている。一方、上田地区広域連合は上小地区全体をカバーし続けるが、依田窪(よだくぼ)病院を一部事務組合によって共同運営してきた旧長門町・和田村と旧武石村が別自治体になったため、その運営が問題となっている。

上田市豊殿地区の自画像は次の通りである。「農家数減少、農業従事者の高齢化、兼業化に伴う農業依存度の低下など、農家の多様化とともに農村の混住化が進む一方(人口は1947年5,189人から1965年3,994人まで減少、その後漸増し2003年5,419人—引用者—)遊休荒廃地が増加している。特に中山間地は地形的条件が不利の上(稲倉の棚田は農

図表4 上小地区の市町村合併（2006年3月現在）と上田市豊殿地区



資料：信濃毎日新聞社出版部 [2006]『長野県市町村地図』信濃毎日新聞社，索引図，上田市全図

林水産省「日本の棚田百選」認定一引用者一），生産基盤などの整備が遅れ，農地の荒廃が著しく進んでいる。高齢化率は平均20%，中山間地域では50%を超える典型的な少子高齢化地域で，農家後継者難も深刻な問題になっている。⁽¹⁶⁾この地域の真上に，1998年2月に開催された長野冬季オリンピックを目掛け，整備が進められた上信越自動車道の名所「ローマン橋」が建設された。農村地帯をローマの遺跡：水道橋にちなんだ壮大な橋がまたぐ姿は，上田市がロケ地ポイントとして推奨するほどである。⁽¹⁷⁾しかし，ローマン橋の足元の地域で生活道路を初めとする生活インフラが十分に整備されたかといえ，そうではなかった。

上述の農業問題や混住地域としての生活問題を解決するために，1983年に自治会連合会（16自治会，約2,000世帯，人口約5,500人）

と社協豊殿支部共催の「豊殿地区振興懇話会」が結成され，継続的に活動することになった。さらに，原則1年任期の自治会活動ではフォローが難しい地域振興事業を継続的に進めるため，1993年に当年度任期の自治会役員と継続的な役員との合同で構成する「豊殿地区振興会」が設立された。「地域の振興を図るには，地域住民の総意を結集し，地域の未来像を確立するとともに，地域の意思決定を行ったうえで，行政に対して継続的な働きかけをしていくことが大切である。これには当年度かぎりの役員で構成される懇話会方式では不十分で，継続的な役員構成と当年構成の役員との合同による地域振興会組織の設置が必要である。」⁽¹⁸⁾というのが設立の趣旨である。当面の課題として①道路改良整備，②教育施設の充実（豊殿小学校体育館移転改築・児童館建設・公民館機能の推進等），③生活環境の整備（都市

ガス・下水道・市民の森), ④産業振興(卸売団地建設)が, 掲げられた⁽¹⁹⁾。

振興会は10年の活動成果と今後の課題を冊子『豊殿地区振興会10年のあゆみ』にまとめている。先に掲げた課題①に関しては県道の一部拡幅, ②に関しては豊殿こども館建設(上田市子育て支援事業による)を実現した。③については多くの成果を挙げ, 市民の森マレットゴルフ場設置, ローマン橋マレットゴルフ場設置, 住民主体の「あやめの里づくり事業」(あやめの里ウォークラリー等, 1998年上田市都市景観賞受賞), 「あやめの里ショッピングパーク」誘致(農業振興地域指定除外)・オープン, 下水道処理事業(殿城地区農業集落排水処理施設・豊里地区農業集落排水処理施設等)の進展を見た。④については1998年上田市の公設卸売市場の建設断念で実現には至らなかったものの, 当初は目標に掲げていなかった医療福祉環境の飛躍的充実が特筆される成果となった。ローマンうえだの誘致・建設, ローマンうえだの建設開始とともにスタートした『『安心』の地域づくりセミナー』, 豊殿診療所の開所が成果として大きく記されている⁽²⁰⁾。

「この地域には, 適切な医療施設が無く, 気が付いたときには手遅れのケースが多発していた。人間ドックを含めて年間十数万人が, 20~30 km 離れた(JA長野厚生連—引用者—)佐久総合病院にかかっており, 地域に安心して医療・看護が受けられる『厚生連医療施設』が建設されることが, 住民の要望であった。また, 急速に進む高齢化に適切に対応出来る『厚生連福祉施設』の建設も地区の懸案であった。平成11年(1999年—引用者—)夏, JA農家組合員で運営している直売所勤務の女性グループより, 早期の厚生連による医療・福祉施設誘致運動展開の要請が自然発生的に盛り上がり, これを受けて直売所長が呼びかけ人となり運動が展開された⁽²¹⁾」。

旧上田市域には国立病院機構長野病院や上

田市産院が存在しているが, 麻酔科医や産科医の不足が問題になっている。また, 管内のJA長野厚生連病院はリハビリテーションセンター鹿教湯(かけゆ)病院であり, 生活圏の違いと交通機関・道路整備の不十分さから豊殿地区から通院することは困難である。そのため, 佐久総合病院に通うことになるが, 訪問看護・介護サービスを受けることもスムーズでなく, 豊殿地区が独立した行政体ではないため公立病院・診療所を設置して佐久総合病院から医師の派遣を受けることも不可能であった。

II-2 リハビリテーションセンター

鹿教湯病院の地域保健福祉活動

上小地区におけるJA長野厚生連の基幹病院は, リハビリテーションセンター鹿教湯病院である。市川院長(2002年当時—以下同一)の語る同病院の草創期は, 次の通りであった。「私どもの鹿教湯病院は, 昭和31年(1956年—引用者—)9月の開設以来, 脳卒中や整形外科疾患で障害を残す可能性の高い方々をお引き受けし, 診断, 治療, リハビリテーションを主として取り組んできました。当院の活動の中心となっていたリハビリテーションは, 院内で行う医学的リハビリテーションを中心にし, 中風の名湯といわれる良質な鹿教湯温泉の活用や, 里人の細やかな人情, 歴史ある湯治場の風情, 四季折々の豊かな自然などを意識的に統合して取り組んできました。まだリハビリテーションがほとんど行われていなかった頃の開設であったこと, 総合的なリハビリテーションを実践していたことから, それは大きな評価を受け, 全国区的な役割を果たしてきたのです。」⁽²²⁾。

その後, 地元患者の比重が高くなっていくが「昭和50年頃までは, 家族や近隣の人たち, 親族たちの障害者を包む力が大きく, たとえ重い障害が残っても, 『今後は私たちが引き受けます。ここまでにしてもらってありがとう

ございました』と言って、ご家族が引き取っていかれたものでした。そうすることによって、みんなの力でいっそうのレベルアップをはかっていくことができたのです。つまり、私どもの役割は機能障害のできるかぎりの回復と、能力障害の回復・開発に努めることだけでよく、その後、活動性を高め、社会参加をはかることは、家族を中心とする地域の方々で行っていたのです。⁽²³⁾」。

以上の記述に対し、筆者は当時の家族やコミュニティを美化しすぎているという異議を差し挟みたいところである。特に、「嫁」に対する自己犠牲的な無償労働・シャドーワークの強制に論及せずに家族やコミュニティの素晴らしさを語ることは、片手落ちの感がある。ただし、次の時代についての市川院長の記述は、女性もまた労働力市場に包摂され、農家といえども労働の中心が職場での勤務に転じたことをよく反映している。すなわち、「昭和50年代後半になると、このような家族を中心とする地域のリハビリテーションへの参加が失われてしまいました。『うちには手が無い。すっかりよくなるまで退院してもらっては困る』と言われる家族がどんどん増えてきたのです。(中略)平成に入って、超高齢化時代を迎え、いっそうこの傾向が強まり、入院を続けるしか行き場所のない方がどんどん増えてきました。この方々は『時代だよなあ先生、時代が変わったんだよ』と寂しくおっしゃいます。⁽²⁴⁾』という状況である。

こうした時代の変化に応じるために市川院長は「病院から地域へ」「入院から退院後へ」とスローガンを掲げ、病院が地域に出て、単位農協や行政機関との連携に踏み出した。さらに、こうした施策を必要とする病院の内外環境変化には、他にもいくつかの要素があると思われる。一つは、医療としてのリハビリテーションの一般化と、医療保険制度および介護保険制度におけるリハビリテーションと療養病床の量的抑制傾向である。二つは、単

協組合員を対象にした集団保養の減少、組合員および農協職員を対象にした集団健康スクリーニングのルーチンワーク化によって、鹿教湯病院の特長が見えにくくなったことである。そして三つには、医師を自前で養成できる魅力ある病院を実現するための投資と経営の難しさ、さらに四つとして医師を初めとする職員の激務と専門職サラリーマン化を挙げることができる。

一点目のリハビリテーションの一般化と、医療・介護保険制度でのリハビリテーションと療養病床の量的抑制傾向は、病院経営を圧迫し、2005年に同じ地域にある鹿教湯三才山(みさやま)病院と統合する要因となった。三才山病院は1965年に長野県医師会直営奥鹿教湯温泉病院として開設(158床)され、1967年に労働福祉事業団と『労災病棟委託契約』を締結し、1974年には長野営林局の依頼により振動障害者の治療を始める等、労災リハビリを得意分野とした病院として発展してきた。合併当時は一般病床・介護病床計246床の中堅病院となっていたが、病院の機能がリハビリセンター鹿教湯病院とかなり重複するところから、互いに合併を決断したという。⁽²⁵⁾この事情を小林センター長らは次の様に述べている。「平成17年(2005年—引用者—)4月に医療保険制度改革に備えるために、長野県厚生連に属し、同じ谷間でその距離が6kmである鹿教湯病院(病床540床)と鹿教湯三才山病院(現三才山病院、246床)は、経営統合する目的で長野県厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンターを発足させた。その具体的な目標は、病床の有効活用、財務体質の強化、スケールメリットによるコストダウンなどで最終的には雇用の安定と確保を目指している。平成17年4月に両病院の管理部および健康管理部、次いで平成18年(2006年—引用者—)4月には地域医療部が統合され、平成19年(2007年—引用者—)4月には財務と人事を含むすべてが完全統合する予定であ

⁽²⁶⁾る。」(2008年3月時点の状況は、図表6および7に示した)。小林センター長らは、特に2006年度からの医療保険制度改訂と、2012年までに介護保険における介護療養型病床を廃止する方針に危機感を募らせていた。医療保険ではリハビリテーションの日数制限、医療ニーズが少ないと見なされる療養病床患者に対する報酬単価引き下げ、看護基準の厳格化であり、医療・介護保険合計の療養病床削減、とりわけ介護保険療養病床利用者の「在宅化」方針が、問題視される。これらは、リハビリテーションと療養病床の増加を通じて発展し、評価を確立してきた両病院の存続の根幹に関わるからである。

二点目の集団保養とは、県内の農協が「地元温泉旅館と力を合わせ、温泉を中心とする七泊八日の『農協保養』に取り組んで」きたものである。「今年で(2002年現在一引用者、以下同一)41回となり、じつに延べ200万人の人が泊まったこととなります。私たち(市川院長たち病院スタッフ)は検診や健康講話、健康相談、栄養献立などで参加しています。この『保養』は長寿長野県の一助となっていると自負しています⁽²⁷⁾」。市川氏は、30~40年前の農家の主婦が丸々1週間、家から開放され温泉三昧の日々を送ることは、現在であれば「月旅行」の魅力に匹敵するだろうと表現する。ただし、これも各地に温泉施設が整備され、温泉旅行が日常化した現在は参加者が減りつつある。現在は、「ヘルスウィーク」と名付けられ、3泊4日の短期健診など3つのコースが用意されている。また、集団健康スクリーニングは佐久総合病院が八千穂村と協働して進めた姿がモデルとなり、各地の厚生連病院で行われるようになり、鹿教湯病院でも健康管理課の主要な業務に位置付けられている。しかし、日常業務になった分、健診を受ける側にも業務を提供する側にも、その意義が自覚されにくくなったのかもしれない。

三点目の問題の背景には、次のような事情

がある。現在、長野JA厚生連の努力を以ってしても、全県的な医師不足の問題は深刻である。「かつて、山間へき地の診療所には、経験豊富な年配医師が、骨をうずめる“覚悟”で赴任することが多かった。意欲ある医師が全国から信州に集まり、個々の情熱で『長野モデル』⁽²⁸⁾と呼ばれる地域医療を支えていた。県医師紹介センター(長野市)によると、八〇年代には求職者が多い年で五十人以上いた。ところがここ数年は一けた台。前任者の死去などで不在になると、後任がしばらく決まらない診療所も出てきている⁽²⁹⁾」。そこで佐久総合病院では新たな仕組みを導入しているという。「佐久総合病院は以前から、佐久地方の五つの国保診療所に医師を派遣している。かつては経験を積んだ四十代くらいの医師が中心だったが、最近は三十代を中心に充てるようになった。(中略)若い医師を支える教育とバックアップ体制も整えた。本院の総合診療科や小海分院を拠点に、各科や診療所で研修医を数年間教育。診療所医師は週一回、本院に勤務し、病院医療に参加する。その日は代診の医師が診療所を担当。病気や冠婚葬祭でも代診を出す。診療所勤務は数年で交代する⁽³⁰⁾」。しかし、こうした仕組みを支えうる充実した「本院」を整えるためには、最新医療機器を初めとする多額の投資、厚みを持ったスタッフの配置が不可欠である。だが、高額医療機器の稼働率を十分な水準にすることは、都市部の大規模病院でも容易なことではない上、人件費比率の低減が経営上の理由から求められている。地形・気象条件の厳しさ、人口密度の低さによって患者数が限られる長野県においては、解決はさらに困難になる。これが先に指摘した三点目の問題である。

四番目の問題も、充実した「本院」を維持するためにもたらされた事象である。医療介護従事者・事務管理者を問わず、健康保険制度や介護保険制度の改訂に応じながら健全経営を保つには、業務の高度化、量の増大に耐

えなければなるまい。それとともに、最先端の知識・技能に通じている専門職であることも不可欠である。しかし、これらの要素と地域の実情を踏まえ、組合員の健康を守る運動の担い手であることの両立は、不可能ではないものの困難になって来よう。特にリハビリテーションセンター鹿教湯病院は、当初、全国区のリハビリ病院であり、また農協集団保養を組織した独特の医療施設であった。病院の立地も上田市丸子地区（旧丸子町）市街地から離れた温泉街にあり、旧上田市の住民だけでなく、丸子地区の住民でも通院は容易ではない。ゆえに、他の厚生連病院のような総

合的な地域中核病院となったのは、診療科目を徐々に増やした1980年代以降のことであり（図表5参照）、地域の単協組合員・職員の健康を守り、病気予防活動に積極的に努めるスタッフ意識を特に育てる必要性があると認識されているようである。同病院が1997年にソーシャルワーカー1名を、1998年に保健師をJA信州うえだに派遣した理由は、単位農協の保健福祉活動を活性化させるだけでなく、病院内部に単位農協や農村コミュニティに積極的に関わろうという気風を育てることにあつたと思われる。

図表5 リハビリテーションセンター鹿教湯病院概史

年	月	事 項
1956	9	鹿教湯温泉療養所開設。病床数23床。内科、理学診療科開設。
1959	1	集団保養開始。
1963	1	農林年金施設完成。病床数366床。日本の脳卒中リハビリテーション施設のメッカとなる。
1970	8	歯科開設。
1972	6	病床100床増床認可。病床数466床。
1974	9	名称をリハビリテーションセンター鹿教湯病院に改称。
1978	5	整形外科開設。
	11	農林年金施設手術棟完成。（整形外科用）
1983	9	脳神経外科開設。
1984	6	耳鼻咽喉科開設。
	7	神経内科、循環器科開設。
	12	脳神経外科手術室完成。
1985	1	眼科、皮膚科、泌尿器科、精神科開設。
1986	9	外科開設。
1987	3	農林年金施設集中治療棟完成。（ICU18床）
1988	3	第一次救急医療施設告示。
1990	7	消化器科開設。
1992	5	院外処方箋業務開始。
	10	18:00夕食開始。
1993	2	基準看護、基準看護ⅠのⅠ認可。
	4	地域医療部訪問活動開始。
	5	療養型病棟、特例許可老人病棟認可。（ケアミックスの導入）

年	月	事 項
1993	9	基準看護病棟，特2類看護認可。
	11	リハビリテーション総合承認施設認可。
1994	8	訪問看護ステーション「やまなみ」開設。
	9	夜間勤務等看護加算（Ⅱ）施設認可。
	10	一般病棟新看護（3A6：1）施設認可。療養型病床群Ⅰ群・入院医療管理Ⅳ認可。特例許可老人病棟・入院医療管理Ⅰ認可。外科常勤体制。
1996	1	リハビリテーション研究所附属病院が鹿教湯病院分院となる。
	5	放射線科開設。
	9	リウマチ科，リハビリテーション科開設。
1998	1	訪問看護ステーション「信州うえだやまびこ」開設。
	8	南病棟着工。
1999	1	厨房全面改修。
	2	人間ドック室全面改修。
	9	通所リハビリテーション「温森（ぬくもり）」開設。
2000	3	訪問看護ステーション「信州うえだとよさと」開設。
	4	南病棟完成。分院介護療養型医療施設認可。
	6	特殊疾患入院施設管理加算認可。
	8	東病棟全面改修。
	9	農林年金より土地，建物取得。
	10	外来受付・薬局窓口・待合ホール改修。
	11	鹿教湯病院 OB 会設立総会開催。
	12	回復期リハビリテーション病棟入院料認可。
2001	4	訪問リハビリテーション科開設。
	10	JA 長野厚生連創立 50 周年記念式典開催。信州うえだとよさと居宅介護支援事業所開設。
2002	4	日本医療機能評価機構（複合病院種別：B一般・長期療養）認定。言語聴覚療法施設基準認可。
	5	一般病床（114床）療養病床（327床）に変更。
	7	回復期リハビリテーション病棟増設（90床）。
2003	4	豊殿診療所開所。呼吸器科開設。
	7	一般病床（100床）療養病床（341床）に変更。診療録管理体制管理加算認可。
	8	特殊疾患入院施設管理加算認可。（増設89床）。
	10	回復期リハビリテーション病棟増設。（144床）。
2004	3	特殊疾患入院施設管理加算認可。（増設141床）。
	4	訪問看護ステーション信州うえだとよさと移転。あやめの里に名称変更。褥瘡患者管理加算認可。
	5	豊殿診療所訪問リハビリテーション開設。
	9	亜急性期入院医療管理料（4床），画像診断管理加算2認可。
2005	4	鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院に名称変更。

資料：Copyright (C) 2005 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院
最終更新日：2005/04/01 <http://www.janis.or.jp/users/kakeyuh2/kakeyu/ayumi.htm>

図表 6 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター全体像 (2008年3月現在)

鹿教湯病院 1956年(昭和31年)9月 開設

内科・整形外科・脳神経外科・リハビリテーション科・歯科・神経内科・呼吸器科・循環器科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・消化器科・外科・リウマチ科・放射線科・麻酔科

病棟数：9，一般病棟：100床，療養病棟・回復期リハビリ：192床・医療：149床 合計：441床

三才山病院 1965年(昭和40年)8月 開院

内科・循環器科・リハビリテーション科・呼吸器科・皮膚科・神経内科

病棟数：5，療養病棟・回復期リハビリ：34床・医療：60床・介護：152床 合計：246床

鹿教湯病院分院 1996年(平成8年)1月 移管

内科・リハビリテーション科・神経内科

病棟数：2，療養病棟・介護：99床 合計：99床

センター合計 病棟数：16

一般病棟：100床 (10：1看護)

療養病棟・回復期リハビリ：226床 (15：1看護／30：1補助)

・医療：168床 (25：1看護／20：1補助)

・医療：41床 (20：1看護／20：1補助)・介護：251床 (30：1看護／20：1補助)

合計：786床

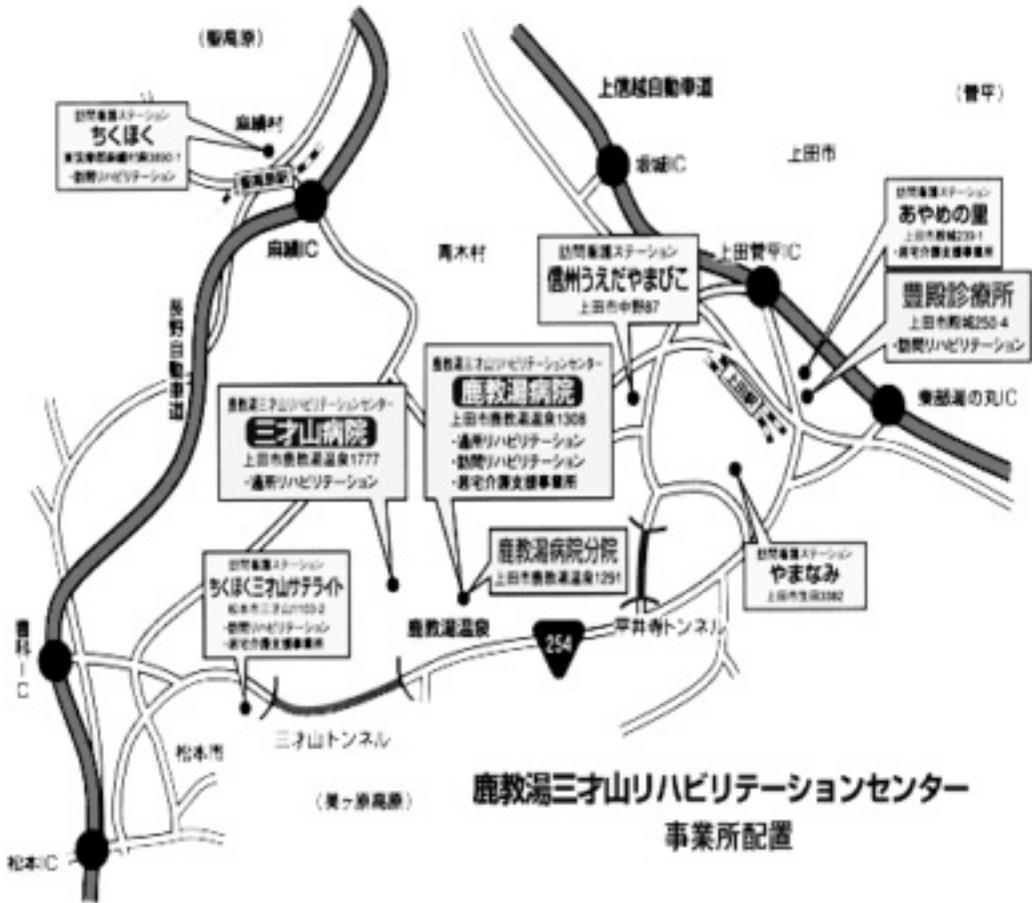
豊殿診療所 2003年(平成15年)4月 開設

内科・消化器科・循環器科・皮膚科・整形外科

資料：JA 長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンターウェブサイト

<http://www.janis.or.jp/users/kakeyuh2/est/center.html>

図表7 JA長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター事業所



資料：JA長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンターウェブサイト
<http://www.janis.or.jp/users/kakeyuh2/est/est3.html>

II-3 コンパクトな医療保健福祉施設実現まで

すでに述べたように、豊殿地区はコンパクトな医療保健福祉施設を実現したが、当初からこうしたタイプの施設に的を絞っていたわけではない。1998年8月には、神科地区と協同して豊殿地区福祉サービス機能に健常者の入浴可能な保養センターを併設した「地域に夢の広がる施設」の建設を上田市市長に陳情している。しかし、その実現の見通しが明るくないことから1999年9月に「医療・福祉施設誘致推進委員会」が地区振興会の専門委員会として発足し、実現可能な道を模索した。「活動は平成15年(2003年—引用者—)までの5

年間に20回以上の会議を開催し、精力的に活動を展開した。」「活動の基本方針として、任期制を採用、ボランティア・無報酬、住民の総意結集による行動を基本とする、政治・特定業者との提携自粛・隣接地区・行政・JA・厚生連との連絡を密にするという申し合わせをした⁽³¹⁾」という。この活動の担い手は、企業や団体をリタイアした地元住民であり、自由な立場と十分な活動時間を生かして粘り強く行動したことが、成果に結びついたのであろう。

その上で、豊殿地区住民の総意を世帯主の賛否署名で確認した結果、収集世帯数1,491戸、うち賛同1,465戸であった。そこで、1999

年10月に豊殿地区より上田市市長、上田市議会議長、JA信州うえだ組合長に①旧卸売団地用地の地域に役立つ有効活用、②厚生連による「医療・福祉複合施設」の建設誘致、③1998年8月陳情への配慮、以上の3点を陳情した。⁽³²⁾ただし、大規模な施設を目指すより、コンパクトな医療・福祉施設を目標としたほうが良いという依田發夫氏(元長野大学教授)、市川英彦氏(JA長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院名誉院長)のアドバイスを得て、若干の軌道修正があったという。

2000年3月にJA長野厚生連リハビリテーションセンター鹿教湯病院の訪問看護ステーション「信州うえだとよさと」が開設され、運動に弾みがつくことになった。2000年6月に社会福祉法人ジェイエー長野会・JA厚生連が福祉施設担当者として正式決定された。豊殿地区は農村地帯で、住民はJA信州うえだ組合員が主であったための要望であったが、現実には他業者(M会)の競合もあり、調整には苦労したようである。同時に(豊殿隣接の)神科・神川地区住民の意志確認署名を5,056戸に対して行い、また「活動のビジュアル化」のため地区内12ヶ所に誘致実現立て看板(90cm×180cm)を設置した。同年8月神科・豊殿・神川地区合同で上田市市長、上田市議会議長、JA信州うえだ組合長に陳情し、前年10月の①～③陳情内容の早期実現を要望した。2000年9月には定例市議会一般質問で地区選出議員に地域の意志表示を明確にし、これを推進委員会委員が傍聴している。

2000年12月には、特別養護老人ホームの建設候補地がJA信州うえだ旧上田東センター選果場跡地に決定された。⁽³³⁾この土地をJA信州うえだが無償貸与し、建物建設費の3/4は補助金(2001・02年度国・県助成金交付+市の助成金)で賄われ、残額1/4(3億5,300万円)は借入で調達した。ただし、この債務はJA信州うえだから年間1,765万円ず

つ20年間寄付を受け償還する予定であり、上田市も400万円余の利子補給の形で助成している⁽³⁴⁾ので、この部分が経営の安定に寄与している。こうして実現した特別養護老人ホーム「ローマンうえだ」(デイサービス・ショートステイ付設)の運営方針は、快適さの維持、帰省の願いを叶える、本人の意思に沿った看取りといったものであり、役割のある暮らしを求めて10人少々のユニット制を採用している(ただし福祉政策が個室化に切り替える直前であったので完全個室化は出来なかった)。そして、こうした方針を支えるのが、JA信州うえだの幹部職員OBであって、経営上の数値にも明るい施設長の存在である。介護保険からの支給額は切り詰められつつあり、経営への影響も避けられないが、稼働率98%、順番待ち480名(2006年3月現在)という好実績を保っている。また、介護職員64人(2006年度配置計画、非常勤換算を含む)、職員計85人(同)を雇用し、人件費率を60%台に抑えつつ、地域の雇用を生み出している。また施設長自身が農家でもあるために敷地内で野菜を栽培し、入所者がそれを収穫することが、歓迎されているという。

新規の医療施設建設には地元医師会が難色を示し、調整・折衝に苦労したが2001年7月に最終的な理解を得られ、ローマンうえだの隣接地に建設の運びとなった。⁽³⁵⁾こうして、豊殿診療所はリハビリテーションセンター鹿教湯病院の附属診療所として2003年4月に開設された。建物面積は363m²と小さいがヘリカルCTを備え、本格的な人間ドックが可能である。何よりも優秀な地元出身の若い医師を確保できたことが、この診療所の価値を高いものにしている。戸兵周一医師を見出し、説得に当たったのは市川名誉院長であったという。『「住民が信頼できる地元出身医師」を探す中で、大学で糖尿病専門医をしていた戸兵医師に白羽の矢が立ったが、当時は米国留学を控え、地元の熱意にも半信半疑だった。

その戸兵医師を市川さんが説得した。『病気の原因は暮らしの中にある。地域という前線に出れば、暮らしと結び付けて患者を診る、大学とはひと味違う医療ができる。ぜひ豊殿に来てほしい』01年7月、医師会は診療所建設を承認。『いつかは地域に恩返しを』と考えていた戸兵医師も8月、豊殿に移る決心を固めた。⁽³⁶⁾』という。診療所ウェブサイトでも同医師は「地元で恩返しをしたい…これが私の希望です。地域の方々の医療福祉施設の誘致運動が実り、地元各位、JA 信州うえだ、上田市のご協力のもと、機能のぎゅっと詰まった診療所が完成しました。多くの方々に未知の器を創っていただきました。皆様の診療所がこれからどう機能していくかが大切と考えます。スタッフ一同、地域に愛される*オラホ(俺方)の診療所をめざしますゆえ、よろしく願いいたします。(*上田小県地区の方言で“自分たちみんなの”を示す言葉)⁽³⁷⁾」と語っている。さらに、週に1回は東京の大学病院に出向く機会を保障し、最先端の医療に携わることで、診療所のレベルアップにも寄与しているとい

える。また、「最新鋭の医療機器導入で1億7千万円にも上った事業費は、同病院(リハビリテーションセンター鹿教湯病院一引用者)が賄った。(中略)当初は1日20人以下だった患者数が、最近では70-90人に増加、豊殿地区だけでなく、上小地域一帯から来るまでに⁽³⁸⁾なった。」。

2004年4月、訪問看護ステーション信州うえだとよさとは、ローマンうえだと豊殿診療所から道1本を隔てた地点に移転し、以前のプレハブ建てから本建築となり、あやめの里に名称変更した。2006年3月現在、ケアマネジャー3人がターミナルケアを含むケアプラン130~145件を策定している。また、訪問看護の半分は社会福祉協議会等のプランに組み込まれたものであり、旧上田市内在が8割(千曲川東地域が大部分、川西は3件のみ)、他は東御市、旧真田町地域のケースである。これを以って豊殿地区の医療保健福祉施設のハード面での整備は一段落したといえる。戸兵医師の言葉を借りれば、「オラホの施設」がまとめて完成したわけである。

図表8 豊殿地区における医療保健福祉施設の整備過程

2000年3月	訪問看護ステーション「信州うえだとよさと」開設。 プレハブ(現JA集出荷施設に用地利用)、看護師2~3人。
2001年10月	看護師4人体制、居宅介護事業開始(ケアマネジメント)。
2002年9月	ローマンうえだ開所。 特別養護老人ホーム90床、ショートステイ10床、 デイサービス定員30名(2007年現在は35名)。 訪問介護:ホームヘルプ、居宅介護支援事業:ケアプラン作成。 (2007年現在は認知症対応型共同生活介護:グループホーム9名)
2003年4月	豊殿診療所開所。 医師1名、看護師3名、放射線技師1名、事務職員2名。
2004年4月	訪問看護ステーション信州うえだとよさと移転。あやめの里に名称変更。
5月	豊殿診療所訪問リハビリテーション開設。

資料:聞き取り調査等によって筆者作成

III 豊殿振興会の アソシエーションとしての発展

豊殿振興会の興味深いところは、前項のハード面整備をゴールと考えずに、次にはハード面を生かすソフト活動に取り組んだことである。

では、豊殿振興会は、右田 [2005] の定義する福祉コミュニティであると確かにいえるか、ここで改めて確認したい。一般に、戦時中に行政組織の末端にフォーマルに取り込まれた集落・自治会（町内会）は、戦後改革で自主的な組織になったとはいえ、現在でも行政の下請け機関として機能している例が多い。そうした性格を嫌い、自治会への未加入者や自治会を解散する事例も散見される。また、脱退こそしないものの自治会（やその連合組織）の意思決定や行事にはなるべく参加しないよう行動している住民が少なくない。逆に農業集落の場合は、水利施設の維持・管理、農業共済認定のための損害把握や転作割当調整のような、困難かつ逃がられない問題にも取り組んできたため、その強制的な性格が福祉コミュニティの定義に抵触しよう。

豊殿地区は、混住地域であるため自治会の「空洞化」と「強制的性格の残存」が並存しかねない。そこで、これらを解決するために、豊殿振興会という新しい組織を創ったのだと推測される。特に重要なのは成員の意思決定過程への参画と、それによる帰属意識の醸成である。振興会の中核役員の固定化と、任期制役員が手弁当で支える機能別専門委員会、福祉施設誘致の際の全戸アンケート調査の実施と、巧みな組織づくりが認められる。さらに、役割を終えた医療・福祉施設誘致推進委員会を解散せずに「懇談会」として残すと同時に、『「安心」の地域づくりセミナー』とその同窓会づくり（後述）が、振興会の活力維持に重要な役割を果たしている。

ただし、自治会を基盤にする限り、豊殿振

興会は世帯単位の組織である。ゆえに、振興会役員のはほとんどは男性世帯主であり、ボランティア活動等に携わる「安心」の地域づくりセミナー同窓会の役員は主婦であるという、ジェンダーに基づく暗黙の役割分担からは免れていない。こうした特性を考慮すると自律した市民からなるアソシエーションであると言い切るには、若干の留保が必要である。

さて、「安心」の地域づくりセミナーは図表9のように理論と実技学習、ワークショップ方式（グループ討議）をバランスよく組み合わせたものであり、会場こそローマンうえだの研修室を利用するものの、その他の経費は受講者の受講料によって賄われる。その同窓会は、前掲の佐久・小諸の経験に学び、市町村ごとの班を基礎とした組織から、あくまでも豊殿地区に足場をおいた活動に組み直したものであり、第1期セミナーから結成された。メンバーは地域の女性たちが中心であり、役員は全員女性、事務局としてローマンうえだの職員が関わり、同窓会顧問には依田氏、市川氏、豊殿地区振興会医療・福祉施設誘致推進委員会（のちに懇談会）メンバー等が加わっている。

図表9 第6期「安心」の地域づくりセミナー概要

「特養・診療所を、地元住民がほんとうに『安心して年をとれる』ための施設にしていくこと、またこの地でできるだけ丈夫で長生き出来るようにし、もしからだが不自由になってもお互いに助け合っていく。そんなことが出来るような地域にしていくため、私たちは保健や福祉の面で自力をつけていきたいと思い、このセミナーを始めることにしました。ずっと続けていく予定です。自分たちがこの地で、安心して住んでいけるようにするためには住民一人ひとりの参加・協力がかせません。(後略)」

主催：「安心」の地域づくりセミナー実行委員会

(実行委員長：春原忠雄，事務局：JA 信州うえだ健康福祉部くらしの相談課)

2006年1月14日～、毎週土曜日午後1時～4時頃、計6回、

於：特別養護老人ホームローマンうえだ研修室、受講料5,000円、募集人員30名

第1回 これからの医療や福祉・介護、年金はどうなる——最近の国の社会保障政策の動向——

講師 前長野大学教授 依田發夫

第2回 健康に生きるすべを身につけよう——生活習慣病などを予防するために——

講師 上田市保健師

第3回 いま危機にある食と農の在り方を考える

——食の安全性と輸入食品、そして地域農業の今後など——

講師 前農村保健研修センター所長 浅沼信治

第4回 高齢社会を豊かに生きよう

——地域での助け合い活動や、老年力の発揮そして介護保険のことなど——

講師 JA 長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院名誉院長 市川英彦

第5回 介護の基本と介護者の健康管理——介護実技と肩こり、腰痛体操など——

講師 JA 長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 主任 田村利男

第6回 「安心」の地域づくりを考え合う——学んできたことをもとに話し合う——

グループワーク方式で自由に意見を出し合い、参加者全員の協力で「まとめ」をだし、地域にアピールしていきます。

資料：「安心」の地域づくりセミナー実行委員会ちらし

同窓会全体による活動は、他施設の視察・研修、講演会、会員相互の親睦を深めること、ボランティア技術研修会、同窓会総会の開催である。専門部はボランティア部、会報部(年1回の発行)、趣味の会(食の会・歌の会・マレットゴルフの会・生花の会・お茶の会・手芸の会)の3部がある。ボランティア部会は「安心の会」として日常的にボランティア活動をする他、自分の趣味・得意分野での活動や話し相手、施設の行事への協力に取り組み、また介護研修会も⁽³⁹⁾行っている。

同窓会会員が常に施設に入り、職員と違う

目線・地域の風が入ることでよい意味での緊張感が生まれることを職員側は、高く評価している。同窓会側もボランティアの日を特に決めず、労力として当てにされないようにしているという。同窓会会員にとっても、会の活動が日常の生活や仕事の活力になる様、心がけているためである。ローマンうえだの職員にとっても同窓会はきめ細かいボランティア活動(話し相手となる、夏祭りには1対1で付く、お萩やお手玉づくり、大正琴)や直売所にユニットで外出する時に売り手として対応してくれるのが同窓会メンバーであり、

頼りになる存在である。

おわりに

田淵 [2008] では「(農村) 集落にとって必要であるのは、農業政策から自由になり、様々な省庁の事業や民間財団などの補助・助成事業のうち、何が必要であるのか、何が使えるのかを情報を集めて吟味する能力である。さらに、ここまで困難な状況となったならば、広域合併行政や広域合併農協を集落自らが利用可能な社会的資源として客観視し、有効な資源は利用するし、悪影響を及ぼしそうな施策には否と明言する姿勢が必要であろう。」と結論付けた。本論で取り上げた豊殿振興会は集落そのものではなく、その連合会の発展した組織であるが、問題構造は同じである。

前項までは、JA 長野厚生連と豊殿振興会との協働をもっぱら取り上げてきたが、振興会の働きかける対象は行政や民間会社など広範にわたる。現在、注目されているのは、全世帯が運行費を自ら負担する循環バス（いわゆるコミュニティバス）を実現したことである。これは、地元の新聞で次のように紹介されている。「住民の負担で地域内にバスを走らせようと計画してきた上田市豊殿地区循環バス運営委員会は十五日、試験運行の委託契約を市内のタクシー会社と結んだ(中略)。祝日を除く毎週火曜日と金曜日に、地区内を循環する四路線で九人乗りのワゴン車を運行。停留所は公民館や診療所、商業施設など二十四ヵ所に設ける。地区内の自治会を通じて約千五百世帯が一律三百円を負担。利用者は一回の乗車ごとに百円を支払う(後略)⁽⁴⁰⁾。」「住民負担で地域にバスを走らせようと計画してきた上田市の豊殿地区循環バス運営委員会は十八日、試験運行を始めた。六月九日までの期間中の利用状況をみて課題を探り、本格運行を目指す(中略)。市が走らせている六十歳以上無料の『オレンジバス』に乗り継ぎ、市中

心部に行くこともできる(後略)⁽⁴¹⁾。』

また、新上田市が合併に当たり、地域協議会制度を旧町村および公民館単位で採用したことはすでに述べたが、地域協議会の活動の基盤である地域自治センターにおいても、豊殿地区は名実ともに自治に取り組めるようなハードとソフトを次のように整備しつつある。「上田市は、豊殿地域自治センター(同市芳田)を改修、市内7ヵ所の地域自治センターで初めて『まちづくり室』を設け、1日、完成式を行った。まちづくり室は56平方メートル。地域づくり活動の拠点として、地元自治会や住民グループが予約なしで自由に使うことができる。自治センターとは別の入り口を設け、鍵は自治会で管理する予定。豊殿地区振興会が地区の家庭から募った絵本や漫画など子ども向けの本も置き、貸し出している。改修ではほかに、和室だった会議室も高齢者らが座りやすいよういすを置ける洋室にした。改修費は、耐震補強も合わせ約7,700万円。佐藤甚一郎センター長は『地域の住民が自然と集まれるような場所にしたい』と話している。同自治センターは1979(昭和54)年に市農村環境改善センターとして建設され、85年に市豊殿支所が移転、併設された⁽⁴²⁾。』

豊殿地区は上田市の周辺部に位置し、長年、医療保健福祉サービスの不足、その他の生活インフラの不足に悩んできた。これを解決したのは豊殿振興会の活動であった。このような住民の主體的な取り組み、しかも特定の組織(例えばJA 長野厚生連)のみに依存せず、自らの負担も必要ならば惜しまない態度は、豊殿振興会が自発的なアソシエーションへと発展しつつあることを感じさせる。筆者は田淵 [2007] において、グローバリゼーションの進行によって、国家による財政的手段での所得再配分という古典的な福祉国家の手法が通用しなくなったことを指摘した。そして、神野[2002]の議論に従い、新たなセーフティネットとして地方自治体が現物サービスの提

供システムを築くことが望ましいと述べた。しかしながら、福祉国家の危機は地方自治体の財政危機と歩調を合わせてやってきた。このため、現物サービスの提供を地方自治体に代わって非営利セクターが担わねばならず、これが非営利セクターブームの一つの背景となったといえる。こうした文脈で捉えると、豊殿振興会が非営利セクターのアソシエーションとして、広い意味での福祉コミュニティを実現したことの意味は大きい。

本論冒頭で指摘したとおり、平成の大合併(それ以前の農協広域合併)によって、農村地域は当該地区の周辺部に押しやられ、十分な公的サービスを享受できなくなりつつある。また、集落連合レベルでの代表を市町村議会(あるいは農協理事会等)に送り込むことが、合併による議員(理事)定数削減で困難になりつつもある。そのような状況下で、公的サービスの確保、地域の意思表示、住民の帰属感形成を同時に進めることは、容易ではない。しかし、みずからアソシエーションを形成し、代議制民主主義だけに限らない多様な回路で施設を整備し、かつ学びながら自然体で活動を進めている豊殿振興会の様子は、他の地域のモデルになりうるものである。今後の展開を期待をもって見てゆきたい。

文末になったが、2006年3月、行政合併直後かつ年度末の多忙な時期に聞き取り調査に御協力いただいた関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

とりわけ、JA長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター、市川英彦名誉院長、小林俊夫センター長には、歴史・理念を初め、多くの教えを頂いた。また、同センター西條一彦事務長を初めとする各課長の皆様、JA信州うえだ総務企画部・健康福祉部の皆様には、忙しい時間を割いて具体的な状況をお教え頂いた。豊殿地区では元長野大学教授・依田發夫氏、ローマンうえだ・小宮山昌

武施設長、桜井記子科長、「豊殿地区振興会」医療・福祉施設誘致推進委員会副委員長・田中公雄氏、「『安心』の地域づくりセミナー」同窓会長・神林文字子氏に、地元の熱意と努力をお伝え頂いた。また調査全体のコーディネートをお願いしたJA長野厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター総務課・竹花昭広氏の御協力なしには、本論は完成不能であった。改めて謝意を表したい。

本論文は、日本学術振興会科学研究費・基盤研究(c)課題番号17580204の支援をうけた成果の一部である。記して感謝したい。

[注]

- (1) 右田 [2005] 87頁より引用。
- (2) 右田 [2005] 34頁より引用。
- (3) 右田 [2005] 35頁より引用。
- (4) 岡田他 [2007] 参照。
- (5) <http://www.janis.or.jp/kenren/kouseiren/jigyo.html> (2008年3月現在)より引用。
- (6) <http://www.janis.or.jp/kenren/kouseiren/jigyo.html> (2008年3月現在)より引用。
- (7) 若月 [2007] [1971], 南木 [1994] 参照。
- (8) <http://www.janis.or.jp/kenren/kouseiren/jigyo.html> (2008年3月現在)より引用。
- (9) 佐久総合病院 [2005] 15-17頁より引用。
- (10) 長野県厚生農業協同組合連合会健康管理センター [2003] 参照。
- (11) 前田他 [2002] 126頁参照。
- (12) 厳密に言えば上田地域広域連合は上田市、丸子町、東部町、真田町、青木村および長門町・武石村・和田村からなる依田窪医療福祉事務組合を構成者としていた。なお2006年4月以降は、上田市、青木村、東御市、長和町、(一部機能については坂城町)から構成されている。<http://www.soumu.go.jp/kouiki/pdf/kouiki3.pdf>, http://www.area.ueda.nagano.jp/intro/soshiki_shisetsu/index.html 参照。
- (13) 旧合併促進法は2005年4月1日から新合併法に改訂されたが、経過措置として2005年3月末日までに合併申請し、翌年3月末日までに合併した場合のみ、合併特例債による財政支援措置を受けられる。
- (14) 一般的には、「地域協議会」は旧合併促進法か

- ら認められた「合併特別区」や、地方自治法による「地域自治区」において地域の意見をとりまとめ、協働活動の要となつて、ある程度の自治機能を持たせる仕組みである。しかし、上田市では、独自に「上田市地域自治センター条例」を合併にあわせて施行し、より自治機能を高めた「地域協議会」を設置した。
- (15) 信濃毎日新聞 2006年2月22日付け記事「新上田市の課題(上)=新機関の『地域協議会』自治の仕組み、手探り」参照。
- (16) 医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] 引用
- (17) <http://www.city.ueda.nagano.jp/kankoka/lcguide/photo/27-4.jpg> 参照。
- (18) 豊殿地区振興会 10年のあゆみ編集委員会 [2003] 1頁より引用。
- (19) 豊殿地区振興会 10年のあゆみ編集委員会 [2003] 1頁を参照。
- (20) 豊殿地区振興会 10年のあゆみ編集委員会 [2003] 参照。
- (21) 医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] より引用。
- (22) 水沼他 [2002] 135頁より引用。
- (23) 水沼他 [2002] 135頁より引用。
- (24) 水沼他 [2002] 135~136頁より引用。
- (25) <http://www.janis.or.jp/users/kakeyuh2/misayama/enkaku.html> および聞き取り調査による。
- (26) 小林他 [2006] 4頁より引用。
- (27) 水沼他 [2002] 144頁より引用。
- (28) 長野モデルは例えば次のように説明される。「長寿で老人医療費も低いという長野県の特性は以前から着目されており、盛んな保健活動、在宅医療への取り組み、高齢者の就業率の高さ等との関連が指摘されている。」「長野県は全国で4番目に広い面積を持ち、さらに日本アルプスや八ヶ岳等の日本を代表する山々に囲まれているため、山間の村等の医療過疎地も多く存在している。そうした地理的条件のなか、地域に密着した医療・保健活動に積極的に取り組んできた歴史を持つのが、『国保の地域医療』と呼ばれる活動を展開してきた国民健康保険(以下、『国保』とする。)関連機関と、農村地域に対する『農村医療』を実践してきた長野県厚生農業協同組合連合会である。」国立国会図書館 [2004] より引用。
- (29) 信濃毎日新聞社 [2006] 74頁より引用。
- (30) 信濃毎日新聞社 [2006] 74頁より引用。
- (31) 医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] より引用。
- (32) 以上、医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] を参照。
- (33) 医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] を参照。
- (34) 筆者聞き取り調査による。
- (35) 以上、医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] を参照。
- (36) 信濃毎日新聞 [2006] 116頁より引用。
- (37) <http://www.janis.or.jp/users/kakeyuh2/hoden/aisatu.html> より引用。
- (38) 信濃毎日新聞 [2006] 116頁より引用。
- (39) 神林 [2005] 参照。
- (40) 信濃毎日新聞 2006年3月16日付け記事。「上田市豊殿地区の循環バス計画、4月18日から試験運行へ 24ヵ所に停留所」より引用。
- (41) 信濃毎日新聞 2006年4月19日付け記事。「上田市豊殿地区の循環バス、試行開始— 出発式 住民負担で運行6月9日まで」より引用。
- (42) 信濃毎日新聞 2008年4月3日付け記事。「上田・豊殿地区に『まちづくり室』住民集まる拠点に」より引用。

【参考文献】

- 医療・福祉施設誘致推進委員会 [2003] 『医療・福祉施設誘致から「安心」の地域づくりへ』パンフレット
- 右田紀久恵 [2005] 『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房
- 岡田知弘・大和田一紘・あきるの市を考えるみんなの会 [2007] 『市民による市民のための合併検証』自治体研究社
- 奥田道大 [1981] 『コミュニティの社会計画』有斐閣
- 神林文字 [2005] 『「安心」の地域づくりセミナー活動報告』レジュメ
- 国立国会図書館(社会労働課・田中敏) [2004] 『レファレンス』637号, 2004年2月号, 有隣堂印刷
- 佐久総合病院 60周年記念誌部会 [2005] 『佐久総合病院 60周年記念誌』佐久総合病院
- 信濃毎日新聞社 [2006] 『揺らぐ長寿神話』信濃毎日新聞社
- 神野直彦 [2002] 『地域再生の経済学 豊かさを問い直す』中央公論新社
- 田渕直子 [2007] 「セクター論の意義と可能性」北星学園大学経済学部『北星論集』第47巻第1号(通巻第52号)
- 田渕直子 [2008] 「非営利セクターとしての農村コ

- コミュニティの可能性」北星学園大学経済学部
『北星論集』第47巻第2号(通巻第53号)
長野県厚生農業協同組合連合会健康管理センター
[2003]『地域とともに歩む健康づくり——健
康管理センター30周年記念誌 あゆみ特別
号(第14集)——』長野県厚生農業協同組合連
合会健康管理センター
長野県厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセ
ンター, 小林俊夫(センター長)・西條一彦(事
務長)・田村治子(考査役) [2006]「療養難民
を発生させないために 苦闘する療養病床の
現実と今後」日本文化厚生農業協同組合連合
会『文化連情報』No.345, 2006年12月号
南木佳士 [1994]『信州に上医あり』岩波新書
樋口陽一 [1981]「日本憲法学と“福祉”問題」東
京大学社会科学研究所編『福祉国家4』東京
大学出版会
豊殿地区振興会10年のあゆみ編集委員会 [2003]
『豊殿地区振興会10年のあゆみ』豊殿地区振
興会
前田みゆき, 小松崎秀行, 榎本敦史 [2002]『市町
村合併と情報システム』日本経済評論社。
水沼あき子・市川英彦 [2002]『うちの保健婦 JA
が取り組む保健・福祉活動』家の光協会
若月俊一 [1971]『村で病氣とたたかう』岩波新書
若月俊一 [2007]『農村医療の原点 若月俊一の遺
言』家の光協会

[Abstract]

The Potentiality of Rural Communities in a Non-profit Sector (2): A Case Study of the Ueda-city, Nagano-prefecture

Naoko TABUCHI

This paper explores the potentiality of rural communities in a non-profit sector through a case study. Hoden-district in Ueda-city, Nagano-prefecture faced a lack of medical and welfare services. In general, rural districts become a surrounding area when municipalities merge extensively. Rural areas cannot elect their own representative because members of the city assembly are cut in many cases. So rural districts need to make own welfare community as a civil society association. But realizing this is so difficult that few districts make such an organization. Hoden-district in Ueda-city built a welfare community helped by the Nagano Prefectural Federation of Agricultural Co-operative for Welfare. The community was able to make a nursing home, a clinic, and a visiting nurse station. The most important fact is to help people come to a consensus through deep discussions and voluntary actions.

Key words: Rural Community, Welfare Community, Non-profit Sector, Federation of Agricultural Co-operative for Welfare, Municipalities Merger