

医療福祉生活協同組合と介護

川口 啓子*

2026年2月8日受理

1. 組織的特徴から介護を考える

生活協同組合は、共通の想いを持つ人々が出資し・事業を利用し・運営に参画する。そのプロセスを通して、共通の想いを実現し続ける組織である。

医療福祉生活協同組合（以下、医療福祉生協）は、利用者・提供者共同所有協同組合（User and Provider-owned Cooperatives）¹と言われ、利用者にあたる地域住民（地域組合員）と提供者にあたる医療福祉従事者（職員組合員²）を構成員とする組織的特徴を持ち、地域の保健・医療・福祉のニーズに応える事業体として存在する。その遂行に加えて、平和と民

主主義、基本的人権の尊重、社会保障の充実を掲げ、よりよい社会をめざす運動体としても存在する。

本稿では、上記の地域組合員／職員組合員という組織的特徴を念頭に置きつつ、医療福祉生協の事業のなかでも歴史の浅い介護の現状に言及する。

なお、地域組合員／職員組合員という表現とともに、本文では文脈によって介護の受け手と担い手を指しながらも言葉がさまざまに変化することを踏まえ、便宜上、図表1のような大まかな二分で述べることにする（組合員のみ表記の場合は、地域組合員と職員組合員の双方を指す）。

図表1 介護にかかわる受け手と担い手の大まかな二分

1	受け手	組合員	地域組合員 User	介護を受ける側・人 利用者、要介護者ら	介護サービスの消費者	QOLを追求する 人生の質 Quality of Life
2	担い手	組合員	職員組合員 Provider	介護を担う側・人 介護職員、関係者ら	介護サービスの生産者	QWLを追求する 労働生活の質 Quality of Working Life

介護という対人サービスは、生産と消費が同時進行で行われる³。介護は、事前に生産され店頭に並ぶような物財とは異なるサービス財で、サービスの生産者である介護職員と同じ時空間で利用者がサービスの消費者として存在する。要介護者の想い（ニーズ）に基づき、職員による確かなアセスメントを以て介護がはじまる。

医療福祉生協には、実はその組織的基盤が備わっているといつてよい。理想的には、地域組合員（介護の受け手と想定しうる）と職員組合員（介護の担い手と想定しうる）の対等平等な関係性、互いの権利を尊重しあう関係性がそれを支え、どのような介護を受けたいか・受けられるか、どのような介護を提供したいか・提供できるか—これらの共通認識を醸成しつつ、介護

事業を展開する可能性を大いに有する。

だが、現実はまだ不十分ではないだろうか。以下、組合員の認識と現場の一端を紹介しつつ、医療福祉生協への問題提起としたい。

2. 介護をめぐる組合員の意識

全国の医療福祉生協が運営する介護事業所は1,100ヶ所を超え、職員数は7,100人余りになる⁴。全国的には大規模な様相を見せるが、世間一般と同様、職員不足は常態化している。原因については、多くの研究者らが制度・政策や労働条件（賃金等）の問題を指摘するが、おそらくそれだけではないだろう⁵。そもそも、積極的に介護の仕事に就こうとする人が少ないからで

*大阪健康福祉短期大学 名誉教授

ある。結果、全国的にも人手不足による閉鎖や倒産が増え、2023年度の全国の介護職員数が減少に転じた。

その背景には何があるのか。一つには、介護の仕事に対するネガティブイメージが考えられる。さらにその背景には、要介護状態に対するネガティブイメージがある。そして、多くの高齢者が「要介護になると迷惑をかける…」と口にする。これは、介護をめぐる「よく聞く言葉」の代表格である。この言葉が〈要介護＝迷惑〉を定着させ、〈介護職員＝迷惑な人たちを相手にする仕事〉を連想させ、介護の仕事に対するネガティブイメージを増幅させているのではないだろうか。もちろん、介護について上記とは真逆の認識を持つ多くの人々の存在を承知しているが、ここでは介護をめぐる「不都合な真実」⁶を取り上げたい。

そこで筆者は、3つの医療福祉生協の組合員を対象に「介護をめぐるよく聞く言葉についての簡易なアンケート」(以下、アンケート)を実施した。組合員は、「よく聞く言葉」をどのように受け止めているだろうか。設問ごとに「よく聞く言葉」の追認傾向を捉え、筆者の疑問を述べてみたい。

2-(1) 調査の概要と結果

◆調査概要

【調査対象】医療福祉生協3法人の組合員(職員と比較的活動的な組合員)

【調査内容】「介護をめぐるよく聞く言葉」に対するアンケート(4段階評価と自由記述)

【調査期間】2023年8月～10月

図表2 追認する傾向と追認しない傾向(%) 四捨五入

介護をめぐる「よく聞く言葉」		追認	追認しない	NA
①	要介護になったら周りに迷惑をかける	88.2	11.1	0.7
②	介護のお世話になるのは恥ずかしい	47.8	51.9	0.3
③	いよいよとなったら介護保険のお世話になる	95.4	4.1	0.5
④	延命治療はしてほしくない	88.6	11.1	0.3
⑤	介護を受けていても最期まで自宅で過ごしたい	58.2	41.4	0.3
⑥	認知症になったらほとんど何もわからなくなる	40.7	57.8	1.5
⑦	認知症になったら施設入所が望ましい	57.5	41.4	1.2
⑧	ケア会議は家族とケアマネに任せたい	32.2	50.8	2.4
	※ ケア会議が何かよくわからない	14.6	-	-
⑨	介護の仕事は誰にでもできる	19.9	78.9	1.2
⑩	高齢者より若者を大切にしてほしい	36.1	60.2	3.7

図表2の①～⑦を見て読み取れる傾向は、①要介護になったら周りに迷惑をかけると考えていることから

◆回答者の属性

【配布対象】3法人とも専務理事に配布を依頼した。全ての職員組合員・地域組合員ではなく、理事・管理者・職責者など専務理事にとって配付しやすい範囲-結果的に医療福祉生協の運動と事業について比較的理解と協力が得られる層への配布となった。

【回答数】有効回答は588人分で(n=588)、おおよその傾向が示されている。

【男女比】回答者の78.1%が女性である。職員・組合員とも医療福祉生協の構成員には女性が多く、その割合が反映されている。

【地域組合員か、職員組合員か】地域組合員が多数を占める医療福祉生協全体の組織構成とは異なり、回答者の51.9%が医療・介護を比較的良好に知る職員組合員であった。

【年齢構成】年齢構成は70代が39.6%を占めた。自身の介護に直面する世代である。介護をめぐる「よく聞く言葉」に続く残念な理解の現状は、この層の認識や価値観などが大きく反映される。

◆「よく聞く言葉」の追認傾向(図表2)

図表2には、設問にあげた「よく聞く言葉」(①～⑩)を提示し、それらに対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を追認する傾向、「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」を追認しない傾向にまとめた。

はじまる。③いよいよとなったら介護のお世話になろうと思うが、②少し恥ずかしい。できれば、④延命治

療は望まず、⑤自宅で最期まで過ごしたいと思うが、⑥認知症になったら⑦施設入所を望み…といったところだろうか。

⑧～⑩では、介護を受ける利用者の権利意識、介護職員の専門性、社会保障の年齢による対立構図への疑問など、医療生協ならではの権利意識が示される結果となった。

2-(2) 「よく聞く言葉」に潜む残念な理解

以下、「よく聞く言葉」一つずつに疑問を呈し、問題提起としたい。

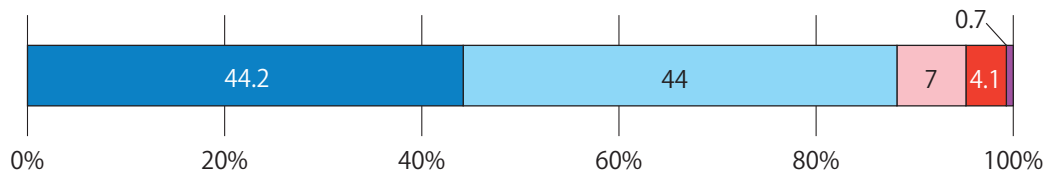
なお、この問題提起は、回答者の自由記述、筆者の介護福祉士養成課程勤務経験、介護職員の研修や地域組合員との交流、家族介護の経験などを踏まえたものである。したがって、確かな数値と根拠に基づく明瞭な解ではなく、議論の素材として扱っていただければ幸いである。

上記の①～⑩をグラフ化するにあたって、追認する傾向（左側青系色）と追認しない傾向（右側赤系色）で示した（図表3）。次項の図表4～13は、上記①～⑩の間と結果を現している。

図表3 追認傾向の色分け（以下のグラフ共通の凡例）

追認する傾向		追認しない傾向		
そう思う	どちらかと言えば そう思う	どちらかと言えば そう思わない	そう思わない	NA

① 「要介護になったら周りに迷惑をかける」 図表4



高齢者自身が何気なく口にするこの言葉は、「よく聞く言葉」の代表格であり、当調査でも88.2%が追認傾向にある。

この言葉は、一見、謙虚な姿勢を思わせる。だが、「要介護者＝迷惑」という発言に等しく、意図せずして「障害者＝迷惑」というアンコンシャスバイアス⁷を滲ませている。なぜなら、要介護者は中途障害者だからである。したがって、「要介護になったら周りに迷惑をかける」と言えば言うほど「障害者＝迷惑」というに等しく、差別意識を温存する。ひいては、高齢者、障害者のみならず、将来にわたってケアを要する社会的弱者の権利を埋もれさせるような「残念な理解」でもある。

たとえ悪気のない言葉であっても、「要介護になったら周りに迷惑をかける」という言葉は、簡単に見過ぎすべきではない「よく聞く言葉」であると述べておきたい。

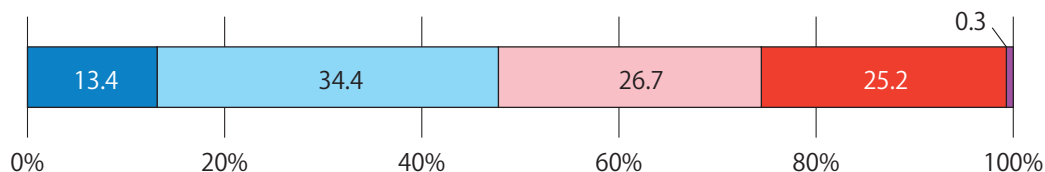
◆要介護者は障害者

脳梗塞で麻痺が残れば肢体不自由、緑内障で視野が欠損すれば視力障害、補聴器を要すれば聴覚障害であり、要介護者は紛れもなく障害者である。だが、これに気づかず「要介護＝迷惑」という感覚は、いわゆるアンコンシャスバイアスと言っていいたいだろう。人権意識の未熟さを物語っている。医療福祉生協は、この未熟な人権意識に働きかけなくていいのだろうか。

本当に「要介護者＝迷惑」なのであれば、提供された介護サービスに不満があっても「仕方がない」、家族に虐待されても「仕方がない」で済んでしまうかもしれない。迷惑だからと遠慮する「美德」も、子ども達には迷惑をかけられないという「理解ある親」も、一方で人権意識の醸成を妨げていることになるだろう。そうなると、介護の質の向上は期待できない。

介護を受ける側・する側がともに人間らしい介護を求めるのであれば、「要介護者＝迷惑」というアンコンシャスバイアスの克服を多くの組合員に働きかける運動が求められる。

② 「介護のお世話になるのは恥ずかしい」 図表5



この言葉は、追認する47.8%、追認しない51.9%とほぼ半々になった。

「恥ずかしい」の理由はさまざまだが、ここでは、具体的な場面である「排せつ介助が恥ずかしい」という場合と、「他人様の世話になることが恥ずかしい」という場合を例にとる。前者は克服できる「恥」、後者は克服すべき「恥」と考えてみたい。

◆排せつ介助が恥ずかしい（克服できる「恥」）

たとえば、排せつ介助の場合、要介護者が感じる「恥」（下着の脱着や身体の清拭など）は、環境やツールによって克服できる可能性がある。オムツを不変の前提とせず、いかに羞恥心を減らすか、いかに排せつの自立へ導くか、それらの一連が課題になる。排せつに伴う知識・考え方・環境・ケアスキル・福祉用具など、要介護者を取り巻く外的要因の工夫・改善がそれを後押しする。トイレに座って排せつできるようになれば、職員が排せつ物の処理をすることはほとんどなくなる。

どのような排せつ介助が適切なのか、どのようなプロセスを経てどこまで改善できるのか、要介護者は「お任せ」ではなく想いを伝え、「恥」を軽減・克服する排せつ介助を介護者とともに追求する。その協同によって、要介護者は少しずつではあっても自信と自力を取り戻し、職員は排せつの自立を促すとともに要介護者の尊厳を護るという働き甲斐を見出していく。

◆他人様の世話になることが恥ずかしい

（克服すべき「恥」）

代表的な言葉が「他人様の世話になるなんて…」と、自身を卑下する発言であろう。要介護者自身が要介護状態を「恥」と考えている。この考え方は前述の「要介護者＝迷惑」と同様、アンコンシャスバイアスが潜んでいる。したがって、要介護者自身が克服すべき「恥」である。

私たちは、誰かの労働の成果（物やサービス、さまざまな制度など）に依存して日常生活を営む。この関係を社会的相互依存関係という。眼が悪くなれば眼鏡に依存し、難聴になれば補聴器を使う。出かけるときには既存の交通網に依存し、農家の生産物をはじめアレコレの商品に依存して生活を営む。それと同様、要介護者が介護者の介助に依存して生活を営む関係も社会的相互依存関係の一環である。この視点に立てば、眼鏡を「恥」とは考えないのと同様、介護者による介助が「恥」という考え方は成立しない。

要介護者だからと自身を卑下する「恥」は、権利意識のアップデートを阻む大きな障壁でもある。そのような「恥」は、克服しなければならない「恥」である。

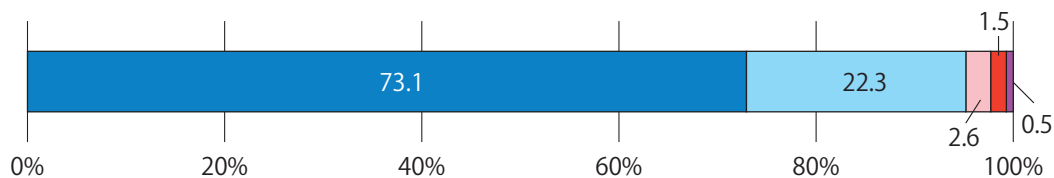
◆社会的相互依存関係と社会保障制度

日本国憲法制定（1946年）以降の民主主義と基本的人権を携えた社会保障制度も、社会的相互依存関係の現在の姿である。社会保障制度は、自己責任や家族責任に帰することができない（帰すべきではない）困難を社会で助けあうことを使命とする仕組みであり、類的存在⁸といわれる人類の本質に根差す制度である。

介護保険は、社会保障制度にある5つの公的社会保険⁹のひとつであり、日本国憲法が定める基本的人権を保険の仕組みによって保障しようとする。したがって、介護保険の活用は「恥」ではなく、権利である。

蛇足ながら、生活保護も同様に権利であって「恥」ではない。生活保護を「恥」だと考える傾向は、基本的人権についての考え方も知識も不十分としか言いようがない。この背景には、多くの国民が生活保護をはじめ社会保障を必要とする実態ならびに制度全般を学ぶ機会がほとんどない、という現実がある。筆者は、この学習機会の欠如を問題視する。医療福祉生協であっても、社会保障の制度改悪反対運動の前に、制度そのものを学ぶ機会が十分ではないと考えている。

③ 「いよいよとなったら介護保険のお世話になる」 図表6

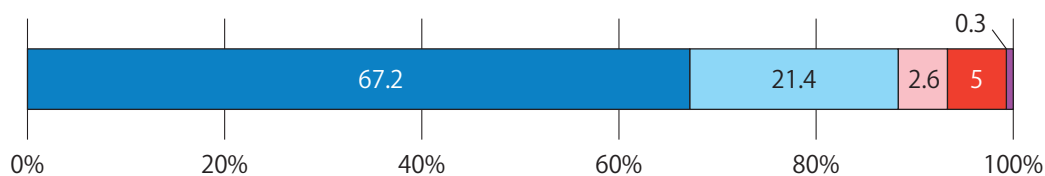


高齢者に介護保険の利用を勧めるとよく返されるこの言葉は、95.4%という多数が追認する傾向にある。

この場合、「いよいよとなったら」という事態をどのように想定しているのだろうか。単純な先延ばしだろうか。先延ばしをすれば歳をとる。歳をとれば心身の機能がより衰え、要介護者は重度化を招き、認知症

は病識がより薄れる。本人、家族、介護職員の誰にとっても負担増が予想される。つまり、「いよいよ」となる前に介護保険の活用を検討しなければならない。加えて、自身の「いよいよ」という事態を、ある程度、想定しておくべきである。

④ 「延命治療はしてほしくない」 図表7



ここでは、88.6%が「延命治療はしてほしくない」を追認する傾向を示した。

では、「延命治療はしてほしくない」とは、どのようなイメージなのか。おそらく、〈オムツをつけ・管につながれ・天井を眺める寝たきり〉が延命のイメージではないかと推測する。そうであるなら、そうなる前に誰かに自分の意思を伝えておかなければならない。つまり、「延命治療はしてほしくない」という自身の状態（身体状況だけでなく生活環境や人間関係など）を想定し、その状態に適う希望がある程度具体化しておかなければならない。その上で、自身の希望の実現を担う「誰か」に、日常会話レベルではなく、適切に伝わっていないなければならない。

また、救急車を要請した場合、救急隊は救命が使命であることも心得ておくべきである。私たちは、自身の状態に適う救命と延命についても無知なままではいられない。

なお、東京消防庁¹⁰では、救急隊の出動に際し、ACP¹¹が行われていることを前提に心肺蘇生を望まない傷病者への対応をまとめて公表している。救命や延

命にかかわるテーマは、医療から出発した生協として積極的に学習すべきテーマではないだろうか。

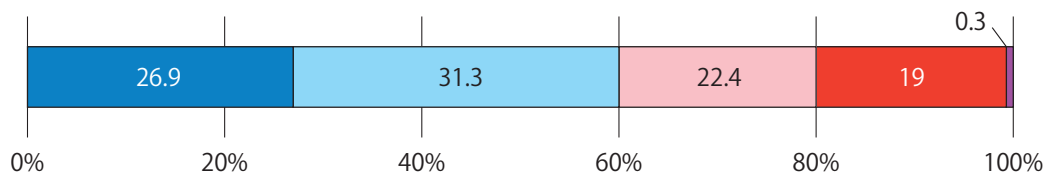
◆ピンピンコロリはむずかしい

ピンピンコロリを望む人は多い。健康づくりに励み、健康寿命を延ばそうとする行動は、言い換えれば、要介護になることを回避しようとする行動である。

だが、健康づくりをしたからといって、ピンピンコロリが叶うとは限らない。統計的には健康寿命を延ばせば平均寿命も延び、その差は男性約9年、女性約12年になる¹²。個人差があるとはいえ、ピンピンコロリはむずかしいと心得え、要介護を前提に備える方が現実的である。

要介護を前提に備えるとは、健康づくり・体力づくりだけではなく、心身の老化を学びつつも、介護の考え方・ケアスキル・制度・社会資源などを知り、活用できる準備をすることでもある。その準備は、自身の介護予防だけでなく、家族介護を担うことになったときの備えにもなるだろう。

⑤ 「介護を受けていても最期まで自宅で過ごしたい」 図表8



この言葉は、追認する傾向58.2%、追認しない傾向41.4%という結果になった。

「最期まで自宅で」という主張は権利として保障されるべきだが、多くの場合、希望として語られる。在宅介護はできるのか、施設の方が現実的ではないかと、要介護者も家族も介護職員も迷うところだ。

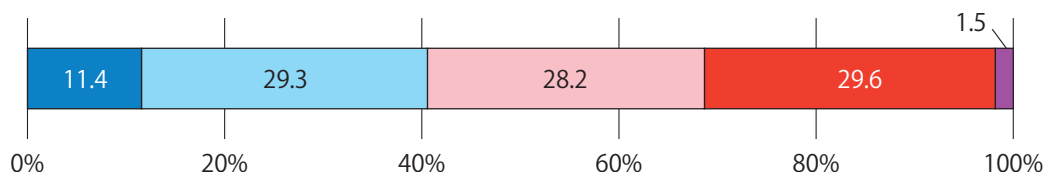
「最期まで自宅で」を希望に終わらせず権利として実現するには、本人の明確な想いととも、支えとなる専門職や周囲の人々、各種制度、社会資源などの介護環境が整えられなくてはならない。だが、「最期まで自宅で」を支える専門職、特に訪問介護員が圧倒的に不足している。そう考えると、「最期まで自宅で」を追認しない層41.4%には、半ば「あきらめ」（権利放棄）も含まれているのかもしれない。

◆家族に迷惑をかけられないから施設に？

介護保険の申請の際、高齢者本人からケアマネジャーがよく聞かされる言葉が「家族に迷惑をかけられないから施設に入りたい」である。ここにも、①で述べたような「要介護者=迷惑」というアンコンシャスバイアスが働く。

あえて言葉尻をとらえるなら、「家族には迷惑をかけられない」が「施設になら迷惑をかけても大丈夫」とでもいうことになる。そのような意図はもちろんないだろうが、施設にも職員にも失礼な発言である。介護施設も職員も、要介護者の尊厳を護りつつ自立を支援しその人らしい人生を継続できるよう、この仕事に就いている。つまり、「家族に迷惑をかけられないから施設に入りたい」ではなく、要介護者が本心から選んだ施設入所であればならない。それを前提に、介護職員にとっても本来の仕事を全うできる入所として要介護者を迎えたい。

⑥ 「認知症になったらほとんど何もわからなくなる」 図表9



医療福祉生協の組合員であるにも関わらず、この言葉を追認する傾向が40.7%に及んだ。

認知症に対する世間の関心は高く、知識も普及している。それでも「あの人、ニンチ入ってるよね」など、小馬鹿にするような発言にたびたび出会う。ここにも、認知症に対するアンコンシャスバイアスがある。

認知症ケアにおいては、本人のこれまでの人生と今この瞬間に寄り添い、尊厳を護り、安心できる環境（周囲の人々を含む）とケアスキルが求められる。だが、こうした知識がどれほど普及しても、知ることと実際に対応することとは、次元が異なる。そこに、介護職員のプロとしてのケアスキルが生きてくる。したがって、認知症が増え続ける今日、量・質

ともに介護職員の育成は喫緊の課題なのである（にもかかわらず介護職員の不足は厳しく、研修時間も不足しがちである）¹³。

加えて、誰もが認知症ケアを学ぶ社会的機会も急務である¹⁴。少なくとも、重度化につながる不適切なケアや環境を放置しないための学びは欠かせない。

◆痴呆症から認知症へ

かつて痴呆症と言われた認知症は、その呼称が偏見や差別につながり尊厳を傷つけることから、認知症と改称された（厚生労働省、2004年）。同様の改称は他にもある。精神薄弱→知的障害（1998年）、孤児院→養護施設（1947年）→児童養護施設（1997年）、精神

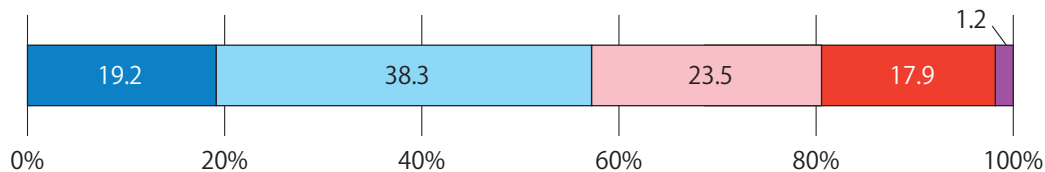
分裂病→統合失調症（2002年）などである。

ちなみに、認知症は脳という臓器の病気に伴う症状で、精神障害の一つに分類される¹⁵。障害の分類は、大きく分けて3つ。(1) 身体障害（肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、内部障害等）、(2) 精神障害、(3) 知的障害である。それらの重複障害¹⁶や二次障害があることも知っておきたい。

近年、障害児・者は増えつつある。要介護高齢者と

いう障害者も確実に増える。一方、私たちには、障害や障害のある人たちのケアについて学ぶ機会がほとんどない。このままでいいのだろうか。義務教育に組み込むべきではないだろうか。「認知症にならない・遅らせる・直す」といった医学の進歩も大切だが、「認知症になっても大丈夫」と言える社会の進歩、人々の認識は、それ以上に大切である。

⑦ 「認知症になったら施設入所が望ましい」 図表10



認知症の施設入所を追認する傾向は、57.5%と6割近くに上った。

「認知症になったら施設入所が望ましい」と考えるのは、主に介護する側の視点ではないだろうか。とりわけ認知症が重度化したときには、介護から解放されたいと思う家族の気持ちが「施設入所」に傾いていく。こうなると、「施設入所」は家族の意思、家族の問題解決となり、「自宅で最期まで」という認知症当事者の本心（権利）は置き去りにされてしまう。もちろん、本人が「認知症になったら施設に入れてほしい」と希望を伝えている場合もあるだろうが、そこに認知症や認知症介護に対する適切な理解が伴うとは、必ずしも言い切れない。

◆「理解ある親」のつもり

「認知症になったら施設に入れてくれって、子どもたちに伝えています」という言葉をよく聞く。子どもたちに負担をかけたくないという、「理解ある親」の言葉である。

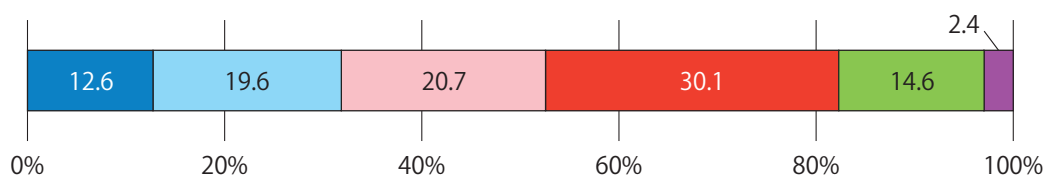
だが、もう少し考えてほしい。認知症が重度化すれば、「認知症になったら施設に入れてくれって、子どもたちに伝えています」と言っていたこと自体を忘れてしまう。「理解ある親」の理解も、なかなかそこまでは及ばないようである。

◆施設に入ったほうが安心？

施設に入ったこともないのに、「施設に入った方が安心」という言葉もよく聞く。その根拠は何なのだろうか。誰にとっての・どのような「安心」なのだろうか。

施設は、民間営利企業から社会福祉法人まで、経営主体も介護保険サービスも保険外サービスも、環境も費用もケアの質も多種多様である。本当に安心な施設入所のためには、入所する本人の想いと心身の状態に対する適・不適が最優先でなければならない。少なくとも、家族にとっての「安心」、家族が介護から解放されるための「安心」を優先事項にすべきではないはずである。

⑧ 「ケア会議は家族とケアマネに任せたい」 図表11



この言葉を追認する傾向は32.2%、追認しない傾向は50.8%と半数を超えるものの、医療福祉生協の組合

員であるにもかかわらず14.6%が「ケア会議が何かよくわからない」と回答した。

ケア会議の主役は利用者本人である。介護を受けつつ自分らしい人生を送るためのケアプランを策定する会議であり、本来、利用者不在はあり得ない。家族介護の場合、利用者本人が遠慮してケアプランに同意するケースも多いが、ケア会議は家族のための会議ではない。とは言え、多くの利用者や家族はどのようにケア会議に臨めばいいのかわからず、説明・同意・書類押印で終わらせてしまう実態も少なくない。

利用者がケア会議の主役になるには、自身がどんな介護を受けてどのように暮らしたいかを伝えられなければならない。そのためには、元気なうちから、介護とは何か、どのような制度・サービス・地域資源があるのか、それらをどう活用するのか、そうしたことを知っておきたい。その上で、どんな介護を受けてどのように暮らしたいか、介護者に伝えられることが理想である。いざ、介護に直面してからの俄か知識では、

なかなかおぼつかないものである。

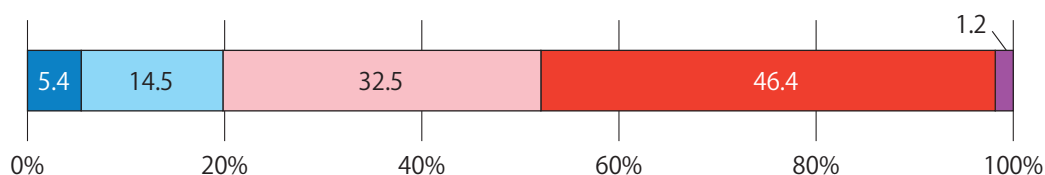
利用者の症状によっては、利用者自身が想いを伝えることが困難な場合もある。だからこそ、介護の専門職がいる。だからこそ、家族とケアマネに任せるケア会議であってはならないのである。

◆ケア会議って？

医療福祉生協の組合員であっても、14.2%が「ケア会議が何かよくわからない」と答えた。ここにも国民の多くが介護保険制度を十分に学べていないという実態が見て取れる。医療福祉生協の組合員ですら、体系的に学ぶ機会が保障されているものではない。

だが、介護保険を含む社会保障が国民の権利である以上、すべての教育機関・すべての職場に学ぶ機会を義務づけるべきだろう。その広く国民的な学びが、将来にわたって持続性ある社会保障を築くことになる。

⑨ 「介護の仕事は誰にでもできる」 図表12



この言葉は、追認する傾向19.9%、追認しない傾向78.9%という結果になった。

「誰にでもできる」を追認する背後には、これまで家族（主に女性）が担ってきたのだから…という前近代的価値観が見え隠れする。加えて、介護には介護福祉士（国家資格）や介護福祉士実務者研修、介護職員初任者研修などの資格があるものの、無資格者でも就労可能という現行制度が並走する。これらが作用して、「介護の仕事は誰にでもできる」という認識が放置されるのではないか。この認識があるうちは、介護職員を社会で育てる機運は生まれにくい。言い換えれば、将来自分を受けるかもしれない介護の質向上にはつながらない、という結果を生みだしていく。

◆介護の専門性とは「動作」ではない

介護をイメージするイラストや写真には、必ずと言っていいほど車イスが登場する。車イスの操作も、要介護者を車イスに移乗し移動するのも、覚えれば「誰でも」できる介助動作である。だが、介護の専門性は「動作」の習得だけではない。

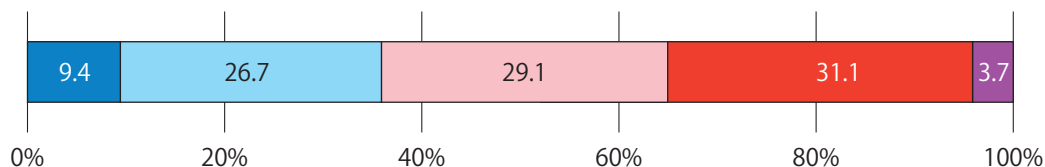
介護福祉士養成の正規カリキュラム（厚生労働省による1850時間¹⁷）では、「動作」に至るプロセス、とりわけ、人間の尊厳をベースにした考え方を重視する。清掃も食事づくりも体位交換も入浴介助も、職員の「動作」が利用者の自力・自信・生きる意欲の支えになってこそ、専門性の高い介護であるといえる。

◆「お世話」から自立支援・在宅支援へ

かつては、食事・入浴・排せつが三大介助といわれ、できないことを「お世話」することが介護だというイメージだった。だが、この「お世話」型介護は終わりを迎えつつある。現在の主流は、自立支援・在宅支援である。それを指向するアセスメントを経てケアプランが策定され、適切なケアが提供される。食事・入浴・排せつも、自立支援・在宅支援を支える一連の営みに位置づけられ、要介護度の改善をめざそうとする。

そこには、介護する側・受ける側双方の学び・目標・ケアプランの共有、協力しあう実践が求められる。それが可能な関係性の構築と知識、共有力と実践力に介護職は専門性を発揮する。

⑩ 「高齢者より若者を大切にしてほしい」 図表13



この言葉は、追認する層36.1%、追認しない層60.2%になった。

「高齢者より若者を…」という言葉は、「家族（自分より若い）に迷惑をかけたくない」「老い先短いから」など善意から出た言葉である。だが、ここにも、年齢差別というアンコンシャスバイアスが潜む。

一方、追認しない層は6割を超えた。この層は、とりわけ社会保障制度をめぐる世間に流布される「若者VS高齢者」という対立構図に異を唱える。医療福祉生協が運動体としても存続するからこそその組合員の認識が反映されている。組合員は、理念や方針の学習を通して、「高齢者より若者」ではなく「誰でも／誰もが」大切にされなければならないことを学んでいる。自由記述にも「どちらも大切にされるべき」という意見が多々見られた。

◆社会保障制度を損得勘定で考えない

社会保障は本来、貧富の差による社会格差をなくし安定した生活を支える制度であって、年齢は関係ない。だが、一般的にはその程度の知識すら学ぶ機会がない。「いくら払って、いくら貰うか」という損得勘定が先行する言動にたびたび出会う。

だが、社会保障は互いの生活を社会で保障しあう（支え合う）制度だ。そのために税金を納め、保険料を納めている。決して、損得勘定で考える制度ではない。もちろん、日本の社会保障制度の完成度は低い。だからこそ、全ての国民が互いの権利を保障しあう制度とはどういうものか・どう育てるか、あらゆる角度から議論に参加できなければならない。そのためには、最低限の知識を学び・共有しなければならないはずである。

図表14 日本の社会保障体系図 4つの構成要素と5つの公的社会保障



※『系統看護学講座 専門基礎分野 健康支援と社会保障制度(3) 社会保障・社会福祉』医学書院（2022年）より。

3. 職員の働き甲斐と介護の専門性

ここまで、介護をめぐる「よく聞く言葉」に対する組合員の追認傾向とともに、「このままでいいのか」という疑問や考察を重ねてきたが、この状況で介護の専門性と職員の働き甲斐はどう育つのか。再度、図表2 (p.6) から利用者の認識を振り返って考えてみたい。

- ①「要介護になると迷惑」だと思ふ傾向は、「老害」や「加齢臭」という言葉が一般化したように、歳を取ると総じて迷惑な存在になるという認識を定着させてしまうのではないか。
- だから、③「いよいよとなったら介護保険のお世話になる」と言いつつ、②「介護のお世話になる」状態を恥だと考えがちになる。

- そして、「いよいよ」となっても⑧「ケア会議が何かよくわからず」、自身の人生を「家族やケアマネにお任せ」し、利用者自ら自覚なく権利放棄してしまう。
- 結果、より適切な介護を職員に求めない（どう求めているかわからない）利用者となり、介護職員のアセスメント機会を失わせる。
- 以上のようなくり返しが、⑨「介護の仕事が誰にでもできる仕事ではない」と言いながら、専門性が育たない労働環境を、利用者もそのままにしているのではないか。

この状況が、従前通りの常識的な介護を継続し、職員の思考停止を生む。以下、いくつかの事例から考えてみたい。

3-(1) 従来通りの介護に潜む思考停止

では、従前通りの常識的な介護（以下、「常識」とは、どのような介護だろうか。

「常識」に疑問を持つ職員も少なくない。だが、改革しようとするればストレスが生じる。一方、疑問を持たずにいれば、ある意味、ストレスフリーで心地よく「常識」を続ける。

① 施設・事業所の出入り口

これまで筆者が巡回・視察した老健（介護老人保健施設）、特養（特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設）、デイサービス（通所介護事業所）などの出入り口（自動扉）では、自由に出入りできないところが多かった。自動扉のスイッチが利用者の手の届かないところにあったり、事務所への声掛けが必要だったり、見舞いの家族や取引業者ですら自由に出入りできない状況がある。

このような措置は、少なくない事業所で「常識」となっている。自由に出入りできるようにすると、「利用者が迷子になるかもしれない」「交通事故にあうかもしれない」など、不安要素が大きいからである。利用者一人ひとりに職員が付き添えない以上、利用者の安全を守るために必要な措置である、という「常識」に支えられている。加えて、施設内では階下へ行くにも階上へ行くにも暗証番号を打たなければエレベータを利用できない、という措置も「常識」になっている。

筆者は、「すぐに出入りの自由を保障せよ」と主張したいのではない。

たとえば、健常者が出入りの自由がない施設（建物）に入れられた場合、それは軟禁または監禁状態に等しい。自由の権利（移動の自由）の侵害だ、と訴えるだろう。場合によっては、監禁罪が成立する。では、要介護者はどうか。安全の名のもと、軟禁・監禁を常態化してよいのだろうか。

当然ながら、犯罪者でもないのに自由の権利を侵害されてよい訳がない。「お世話しているのだから」「安全確保だから」という思考停止の介護なら、それもまかり通るだろう。だが、要介護者の「尊厳を保持し」¹⁸、その人らしい人生を全うする権利実現をめざす介護なら、この「常識」に疑問を呈する姿勢もいるだろう。

② ふかふかのソファ

筆者は、いくつかの特養でふかふかのソファに座る利用者をよく見かけた。特に何をすることもなく、ただ座っている。立派なソファで、利用者が大切にされているようにも見える。だが、利用者はソファから移動できない。背もたれに身体をあずけ深く腰を落としたその姿勢は、利用者の筋力では立ち上がれないからだ。トイレに行くことも、談話室に行くことも、自分の居室に戻ることもできない。

ある老健では、椅子に座った利用者の前に大きなテーブルが置いてあった。利用者は、テーブルと椅子のひじ掛けに挟まれて座っている。利用者にそれらを動かす筋力はなく、座ったまま過ごすことを余儀なくされる。場合によっては、1日中。

「歩くと転倒の危険があるから」「骨折したら家族からクレームが来る」「座位を保ってあげている」「利用者が座りたいと言った」など、理由はさまざまだろう。だが、座らせっぱなしで利用者のADLを低下させてはいないか、他の利用者との交流を妨げ社会性を奪ってはいないか、などの疑問が拭えない。

筆者は、この状況に疑問を呈したい。何の疑問も持たないままなら、身体拘束といわれても仕方がない状況である。虐待と認定される場合もあり得るだろう。このような「常識」は、利用者の現存機能低下を招くばかりか、職員を思考停止にさせているのではないだろうか。

◆自由の権利から考える

自由の権利は、基本的人権の源である。世界中の先人たちが歴史的年月をかけ、命懸けで主張し・獲得し・護りぬいてきた人類普遍の権利である。現代の私たちの生活はこうした権利を享受して成り立っている。さらに、この権利はすべての人々の通奏低音となって社会に響き、継続・発展させなければならない。

日本国憲法は、次のように明記する（下線は筆者）。

図表15 日本国憲法 第3章 国民の権利及び義務

第十一条 国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。

第十二条 この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。又、国民は、これを濫用してはならないのであつて、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。

私たち国民には、「永久の権利」を「不断の努力」によってさまざまな局面で護り育むことが求められる。医療福祉生協の介護職員も利用者・家族も同様である。介護のこの「常識」を永久不変のものとしてせず、ひとつの到達段階と捉え、一步先の介護を追求しなければならない。

③ 鍵のないトイレ

あるデイサービスでは、鍵のないトイレが「常識」になっていた。異変があった場合、職員がすぐにドアを開けられるように、という理由である。だが、利用者はトイレのなかで「どうしよう…」と困惑する。鍵が開いたままでは、用を足すにも落ち着かない。利用者は、鍵を見つけようとしているうちに排せつに失敗してしまうこともある。

鍵のないことが職員の「常識」であり安心を担保するものであったとしても、利用者には不安を与える。さらに言えば、プライバシーの侵害でもある。そこに気づけるかどうか、職員のプロ意識－利用者の尊厳を護るケアが問われるところである。

かつて、施設の多床室ではベッド上のオムツ替えがオープンなままで行われていた。利用者は、恥ずかしかったが我慢していた。だが、本来我慢すべきではない。「恥ずかしい」と声に出すことによって、排せつ介助の方法が変化する（少なくともそのきっかけをつくる）。利用者のそのような想いに気づいた現場は、

カーテンで仕切るようになる。それでもまだ、臭いも音も介助の気配は室内に響く。利用者の恥ずかしさは十分には拭えない。

せっかくトイレで排せつができるようになって、今度はトイレに鍵がない。この「常識」に疑問を抱いたある施設では、利用者のプライバシーと習慣を尊重して内側から鍵をかけられるようにした。同時に、異変があった場合には外側からも開けられる構造にしている。こうした経験を重ねるうちに、プライバシーに配慮する感覚が職員に育まれていく。利用者が「恥ずかしい」などの声をあげ、職員が気づく。それに応えようとして、介護は前進する。

④ 居室に鍵がない？

あるグループホームでは居室の内側に鍵がなかった。トイレの場合と同様、何かあったときに職員が居室に入れるようにするためである。居室に鍵がないこの「常識」も、プライバシーの侵害である。

それだけではない。利用者には鍵をかけるという生活習慣がある。何十年もそうして暮らしてきたからだ。ある利用者は、鍵がないとわかると、寝る前には室内にある椅子や紐などを駆使してドアが開かないようにしていた。それは安眠を得るための行為だが、職員は「安全のため」にこれを阻止する。結果、利用者は安眠できず、夜勤の職員には「紐や椅子を使わせまい」とする仕事が増えた。さらに、利用者が昼夜逆転に陥ると、日勤職員の仕事の一部が「寝てしまう利用者を起こしておく」仕事に転化する。

「鍵をかける」というような人生を通して習慣化された行為は、その人らしい生活の一端である。高齢者施設だからといって鍵がない「常識」をそのままにする現状は、その人らしい生活を実現すべき本来の介護を見失わせているのではないだろうか。

◆介護保険法と尊厳の保持

介護保険法は次のように明記する（下線は筆者）。

図表16 介護保険法 第1章「総則」第1条（目的）

（要介護高齢者が）尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法（1997年成立、2000年施行）に「尊厳を保持し」という言葉が明記されたのは、2005年の法改正である。それから20年以上が経過した。

前述のような「鍵をかけられない」ような「常識」は、利用者の「尊厳を保持し」ているといえるのだろうか。この「常識」は、職員の都合が先行しているのではないだろうか。

私たちは、物心ついた幼いころからトイレに入れば鍵をかけて用を足すことを教わってきた。思春期には、「勝手に部屋に入らないで」と自室に鍵をつけていた人も多いただろう。高齢期にならずとも普段から玄関の鍵をかけ、ひとり暮らしになればなおさら用心深く暮らす。

こうした行為は、人生を通して習慣化されてきた。それにもかかわらず、要介護になるとこの習慣を否定される。だからといって、「鍵をかけられる」ようにすれば「尊厳を保持」したことになるかという、そう単純ではない。重要なことは、「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」ような介護を職員はどう提供するか、また利用者はどう求めるか、ということである。「常識」を疑うことは、より適切な介護を導く上で欠かせない視点である。

⑤ 寝たきりだから機械浴？

最新の機械浴を設置した事業所がある。使用中の機械浴が故障し、新しい機械浴がほしいという職員の要望に応えたものである。事業所を運営する法人としては経営難の上に大きな出費となるが、利用者の清潔保持には欠かせない設備だという認識のもと、迷わず購入した。このこと自体、特に問題はない。だが、ここにも思考停止した「常識」があるのではないだろうか。寝たきりの利用者には寝たまま入浴できる機械浴、という「常識」が疑われていないと思われる。

ある日、入浴介助にあたっていた職員が何気なく「機械浴って、普通の家にはないですよ」と言った。この言葉を聞いた管理者は、ふとNormalizationという言葉の思い起こした。すでに個室が推奨されて数年が経過している。介護の研修では必ずNormalizationを学ぶが、機械浴はNormalizationといえるのか。確かに、利用者の清潔は保たれる。だが、機械浴が利用者の普通の生活（Normalization）を実現しているといえるのか。管理者の脳裏には、この乖離に疑問が生じた。

それから、事業所をあげて個室への挑戦が始まった。いきなり機械浴から個室に切り替えるのはむずかしいが、どうすれば個室にできるかを検討することは可能である。その事業所では、利用者の身体がどのような状態でなければならないか、その介護にはどのようなスキルが求められるのか。それらを検討するうちに、Normalizationをもっと意識しようという機運が職員に芽生えてきた。思考停止していた「常識」から解放されようとする一歩である。

⑥ 食事は車イスから椅子へ

車イスに座ったままで食事をする（食事介助を受ける）風景をよく見かける。特養でも老健でも、利用者も家族も、そこで働く職員も、車イスの食事に疑問は感じないようである。

だが、それに異を唱えた事業所がある。そこでは、①車イスは移動の手段であって座るための椅子ではない、②普通の生活では食卓の椅子に座って食事をする、この2点にこだわった。したがって、食事の際には、必ず普通の椅子に座りかえていた（移乗）。最初は職員の負担が増えた。正直なところ、「車イスでも普通の椅子でも、座っていることに変わらない」というのが本音だったのである。

車イスと椅子の違いは、足の裏に体重をかける（かけようとする）ことができるか、腰を立て背筋を伸ばす（のぼせようとする）ことができるかどうか、ポイントになる。座り替えることで利用者の足腰に小さな負荷をかけ、毎日の繰り返して筋力を落とさないようにする¹⁹。この介護は、介護職員なら誰もが学んだ「足底を床につける」という基本の実践である。多少とも足底に体重が乗ることで負荷がかかり、利用者の脳を覚醒させ、ADLの低下を防ぐという生活リハビリの基本でもある。

当初、負担を感じていた職員も、利用者が座位を保つ時間が増えたこと、食欲が増したこと、誤嚥が減ったこと、おしゃべりが増えたことなどの効果を感じるようになっていた。座位を保つ力は、車イスの自走やトイレに座ること、個室の利用にもつながった。結果として、職員の負担が軽減され、利用者の笑顔が増えていったのである。

ここにもNormalizationの考え方が生きている。思考停止していない。職員は「お世話」型介護を卒業し、利用者は自力と自信を育むポジティブな介護につ

ながっていく。



写真左 車イスのままの食事
これに疑問を抱かない事業所も多い（大阪府内の特養）

写真右 座面の高さを利用者の下腿長に合わせたイス
食事のときはこれに座り替える（奈良県内の特養）



◆Normalizationとは

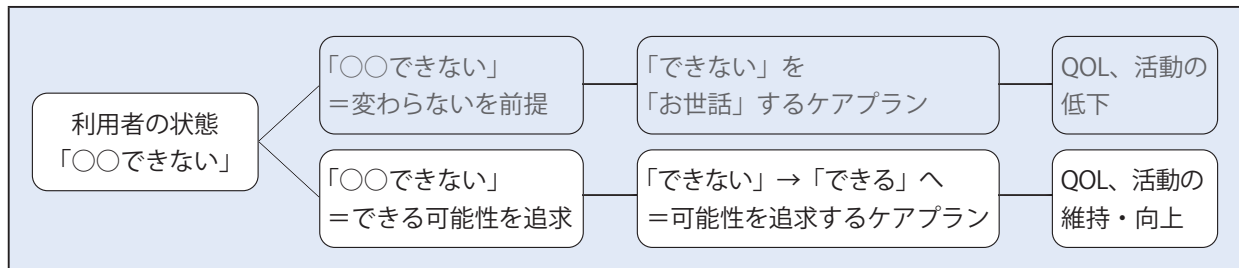
Normalizationは、「正常化」や「正規化」と訳される。ただ、介護（広くは社会福祉）の分野では、障害者や高齢者など社会的マイノリティとされる人々が排除されることなく、健常者と同じように普通の生活ができる社会こそ正常（Normal）な社会だという理念と実践を現している。

はじめは、1951年のデンマークに遡る。当時、隔離や保護が主流だった知的障害者の処遇に対して、「障害があっても健常者と同様に普通に社会で暮らし

たい」と願う親たちの運動が起源となった。その主張はデンマークに知的障害者福祉法を成立させ（1959年）、徐々にヨーロッパに広まった。日本においては、1981年の「国際障害者年」をきっかけに広く普及しはじめる。

介護保険法が掲げる「尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービス」も、Normalizationの実現を求めている。

図表17 可能性を追求するケアプランへ



※ 全国コープ福祉事業連帯機構「生協10の基本ケア」学習会準備資料より筆者作成

3-(2) 介護の専門性をどう問うか

本稿2（p.6～13）では、組合員の介護に対する知識不足や未熟な権利意識、そして残念な理解について問うた。そこには、利用者（になるかもしれない人々）がどのような介護を受けたいかという想いを表明しない（しきれない）状況が伺える。

前項3-(1)(p.14～17)では、介護を担う職員の「常識」を問い、介護を受ける側の思い（本音）をつかまず（つかめず）、思考停止したままの介護を繰り返す事例を示した。この状況で職員の働き甲斐と介護の専門性は向上するのだろうか。

① 介護の専門性

介護の専門性については、日本介護福祉士会の定義と厚生労働省の介護福祉士養成課程の見直しから確認しておきたい（図表18～21）。

なお、ここでは介護福祉士に焦点をあてるが、他の介護系有資格者（介護職員実務者研修：450時間、介護初任者研修：130時間）や現場の無資格者にも同様の専門性が求められるという認識で述べることにする。なぜなら、利用者にとって、職員の資格の有無や種別は関係ないからである。

◆日本介護福祉士会による専門性の整理

日本介護福祉士会²⁰は介護の専門性を次のように述べる（以下、図表18～21の下線は筆者）。

図表18 介護福祉士とは

（中略）介護サービス利用者のニーズを、生活歴や観察を通して集約するとともに、その方の心身の状況等を理解したうえで、その方が、その方らしく生活を継続していくためには（生活の質を担保するためには）どのような課題があるか、いかにその課題に向き合っていくか等を分析し、多職種と連携しながら、環境の整備を行いつつ、その方に最適な介護を提供する役割を担っています。

※日本介護福祉士会HPより

さらに、以下の3点に整理した上で、「これらを相互に関連させて循環させることができるところに、介護福祉士の専門性がある」と付記されている。

図表19 介護福祉士の専門性

日本介護福祉士会では、介護福祉士の専門性を「利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践と共に、環境を整備することができること」と定義し、以下の3項目で整理しています。

1 介護過程の展開による根拠に基づいた介護実践

利用者の自立に向けた介護過程を展開し、根拠に基づいた質の高い介護を実践する。

2 指導・育成

自ら介護等に関する知識及び技能の向上に努めるだけでなく、自立支援に向けた介護技術等、具体的な指導・助言を行う。

3 環境の整備、多職種連携

利用者の心身その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、物的・人的・制度的等、様々な環境整備を行うとともに、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない。

※日本介護福祉士会HPより

◆養成課程における教育内容の見直し

次に、厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」²¹の資料も確認しておきたい。

ここでは、「介護福祉の専門職として、介護職のグループの中で中核的な役割を果たし、認知症高齢者や高齢単身世帯等の増加等に伴う介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応できる介護福祉士を養成する必要」があると訴えている。

図表20 介護福祉士養成課程の教育内容の見直し（概要部分）

- ・専門職としての役割を発揮していくためのリーダーシップやフォロワーシップについて学習内容を充実させる
- ・本人が望む生活を地域で支えることができるケアの実践力向上のために必要な学習内容を充実させる
- ・介護過程におけるアセスメント能力や実践力を向上させる
- ・本人の意思（思い）や地域との繋がりに着目した認知症ケアに対応した学習内容を充実させる
- ・多職種協働によるチームケアを実践するための能力を向上させる

※厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」（2018年）

この教育内容の見直しに伴う介護福祉士像は次のように述べられ、すべての項目に「高い倫理性の保持」を求めている。

図表21 求められる介護福祉士像

1. 尊厳と自立を支えるケアを実践する
 2. 専門職として自律的に介護過程の展開ができる
 3. 身体的な支援だけでなく、心理的・社会的支援も展開できる
 4. 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応し、本人や家族等のエンパワメントを重視した支援ができる
 5. QOL（生活の質）の維持・向上の視点を持って、介護予防からリハビリテーション、看取りまで、対象者の状態の変化に対応できる
 6. 地域の中で、施設・在宅にかかわらず、本人が望む生活を支えることができる
 7. 関連領域の基本的なことを理解し、多職種協働によるチームケアを実践する
 8. 本人や家族、チームに対するコミュニケーションや、的確な記録・記述ができる
 9. 制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できる
 10. 介護職の中で中核的な役割を担う
- +高い倫理性

※厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」（2018年）

以上、図表18～21でみる限り、いわゆる三大介助のような「動作」は言及されていない。「求められる介護福祉士像」を見ると、「実践する」「○○できる」という文言はあっても（図表21）、具体的な「動作」を示す記述はない。

一方、利用者の生活には必ず言及がある。介護の専門性は、利用者の生活に軸足を置くものだからだ。つまり、「動作」は「利用者の生活をより良い方向へ変化させるため」（図表19前文）の介護過程に登場する実践の一部であって、「動作」だけを以て専門性は語れない。利用者の生活に軸足を置いて自立を支える継

続性、そこに専門職たる介護福祉士の役割がある。少なくとも、短期間に一つの課題に取り組んで「一件落着」となるようなイメージの専門性とは全く異なる。生活は、人生の最期まで続くものだからである。

◆介護過程とは

介護過程とは、利用者の生活課題を系統的に解決するためのアセスメント→計画立案→実施→評価を指す。ケアプランや介護計画は、そのなかの計画立案段階で作成される具体的な行動計画である。ケアプランや介護計画に示された「動作」だけを介護業務と考えているなら、それは本来の介護とはほど遠い。介護過程の展開は、専門職の力量として最も問われる。

だが、すべての介護福祉士が介護過程の展開を意識して日々の業務にあたっているとは限らない。介護福祉士をはじめ、現場職員の研修不足やプロ意識の欠如が皆無とは言えず、課題は残されている。

② 介護の専門性をどう問うか

次に、一般的に語られる専門職の要件、資格制度（業務独占と名称独占）、専門性の所在について考えてみたい。

◆専門職の要件

専門職の主な要件として、一般的には、①長期的な学習による高度な体系的知識と技能の習得、②公共の利益に貢献する姿勢、③専門職団体や倫理綱領の存在、この3つがあげられる。

では、介護福祉士はどうだろうか。①については、養成ルートまたは実務経験ルートによって国家試験受験資格を得て合格できなければならない²²。②については、介護保険法に基づく事業に必要な国家資格であり、当然ながら公共の利益に貢献する。③については、専門職団体として日本介護福祉士会（p.18注20）があり、倫理綱領（図表22）も定めている。但し、組織率は2%に満たない²³。

つまり、介護福祉士という国家資格は、ほぼ専門職要件を満たしてはいる。だが、介護福祉士の資格制度は歴史が浅く（1987年）²⁴、介護保険法の成立（1997年）、施行（2000年）に伴い、一旦は介護福祉士をめざす者も増えたが、この20年ほど介護福祉士養成課程の入学者は年々減少している²⁵。また、卒後研修も含めて教育研修プログラムの完成度が高いとは言い難い。

図表22 日本介護福祉士会倫理綱領（1995年11月17日宣言）

前文	私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって最善の介護福祉サービスの提供に努めます。
利用者本位、自立支援	介護福祉士は、すべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。
専門的サービスの提供	介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。また、介護福祉士は、介護福祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負います。
プライバシーの保護	介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。
総合的サービスの提供と積極的な連携、協力	介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。
利用者ニーズの代弁	介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。
地域福祉の推進	介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。
後継者の育成	介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

※日本介護福祉士会HPより

◆業務独占ではなく名称独占

では、介護福祉士と他の専門職とは何が違うのだろうか。

違いのひとつに、業務独占と名称独占という資格制度上の区別がある。わかりやすい事例をあげれば、医師は業務独占で、介護福祉士は名称独占である。

医師は、医学部を卒業し医師国家試験に合格することで医師免許を取得する。医師免許がなければ、医療行為を行うことができない。これを業務独占²⁶という。その仕事は、たとえば入院や手術のように、患者にとって非日常的なシチュエーションで展開される。私たちは、その仕事を「誰にでもできる」とは決して考えない。

一方、介護福祉士はその資格取得者だけが名乗る

ことができる、という名称独占²⁷である。食べ物を口元に運ぶ（食事介助）、お風呂で身体を洗う（洗身介助）、居室を掃除する（生活支援）などは、家族も担える。無資格者の就労も可能であり、ほぼ日常的なシチュエーションで展開される。そのため「誰にでもできる」というイメージがつかまとう。

だからといって、介護を業務独占にすべきとは考えない。日常的なシチュエーションだからこそ、そこには利用者をはじめ多職種・家族・地域の関係者らとの協働を必要とする。介護福祉士は、協働の力を借りながら、利用者の自立支援と生活再建に臨む。これが利

用者の生活の場に軸足を置くことである。そこに専門職たる介護福祉士の役割がある。

◆専門性の所在

この視点から、医療と介護をあえてステレオタイプ的にHomeかAwayかと問えば、介護の業務は徹底的にHomeである（図表23）。利用者のHomeは職員の仕事場であり、それは職員にとってAwayである。たとえば入所施設であっても、職員はその人の生活（Life）をその人の居場所（Home）で支え続ける。

図表23 HomeかAwayか

	医療	介護
業務場所 (物の所在)	診察室、病棟、検査室、手術室など。 患者にはAway、医療職員にはHome (例) 医療職員は医療器具や衛星材料の収納場所、業務の動線を知っているが、患者は、知らなくても構わない。	訪問介護、通所介護、入所介護など。 利用者にはHome、介護職員にはAway (例) 訪問介護の場合、介護職員は利用者宅（Home）にあるものを工夫して介護に活かすが、当初はどこに何があるかわからない。
業務の遂行	医療職員は、医師に指示に基づき医療行為を行う。患者の要望があっても、医師の判断ナシに医療職員が医療行為を行うことはできない。	介護職員は、利用者のアセスメントを行い生活目標や課題を設定する。介護職員が介護サービスを提案し、利用者の納得を伴いつつ提供する。
患者・利用者の協力	検査・診断・治療には患者の協力が不可欠だが、処置や手術などの医療行為そのものには、患者は携われない。	利用者は現存能力を使い、介護職員の介助に協力する。双方の協働が、重度化予防、負担軽減、自立支援を育む。

※医療と介護の比較が必ずしも適切とは思わないが、病気治療後に介護を受けるケースが多いことなどから、あえて比較した。

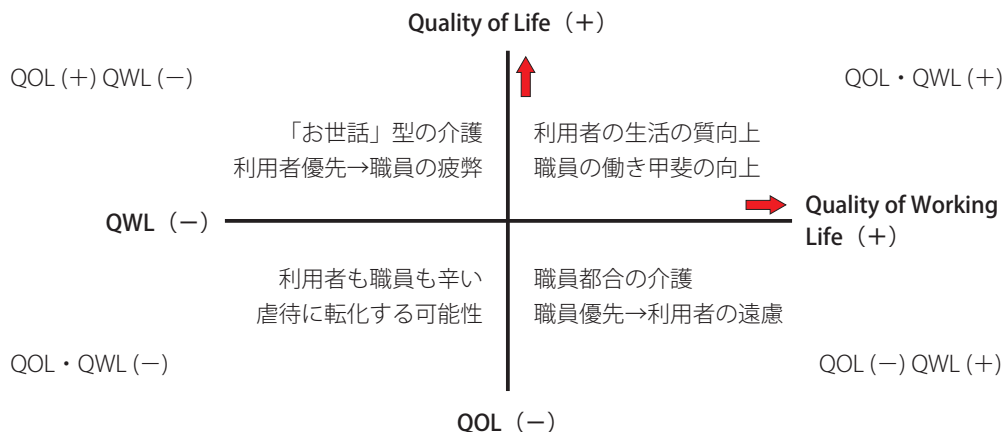
3-(3) 介護職員の働き甲斐の所在

では、あらためて介護職員の働き甲斐の所在を考えてみたい。

そこで、利用者のQOL（Quality of Life）と職員のQWL（Quality of Working Life）を図のように整理

した（図表24）。図は、縦軸に利用者のQOL、横軸に介護職員のQWLを取り、それぞれ（-）から（+）へと満足度の向上を現す矢印になっている。この図を右上から反時計回りに見てみたい。

図表24 利用者のQOLと職員のQWL



冒頭でも述べたように、介護サービスは消費と生産が同時進行である（p.5注3）。したがって、消費者（利用者）と生産者（職員）が直接かかわるリアルタイムは、利用者・職員双方にとって充実した時空間であることが望まれる（図表24、右上の領域）。従来のような「お世話」型介護や職員都合の「常識」を超え、受けたい介護と提供したい介護の最適解がその時空間で生産され消費されることが望まれる。

◆右上：QOLもQWLも高い

右上は、利用者のQOLも職員のQWLも（+）の領域である。医療福祉生協の介護現場は、この領域にあるだろうか、この領域をめざしているだろうか。

たとえば、利用者が「自らの足で歩きたい」「トイレで排泄したい」という想いがあるとき、その想いに気づき・引き出し、どうすればそこに近づけるか・実現できるか—そうした課題をともに考え、実践しようとする職員がいること（職員であること）、それがQOL/QWL向上の起点になる。

従来の排せつ介助では、利用者のタイミングに合わせたオムツ替え、素早いオムツ替えができる職員がよしとされてきた。だが、「トイレで排泄したい」という利用者の想いに応えるには、排せつの自立につながる実践が求められる。その志向が、QOL/QWL双方の好循環をつくりだす。

医療福祉生協の組織的特徴を活かすなら、地域組合員の想いと職員組合員の実践が相乗効果となるフェーズをめざしたい。それが、介護をめぐる利用者・提供者共同所有協同組合（p.5）という存在の仕方でもある。これまで、医療事業とともに院所利用委員会があったように、介護事業においても組合員とともに恒常的に介護の在り方を考える仕組みが早急に望まれる。

◆左上：QOLは高いが、QWLは低い

左上は、利用者のQOLは（+）だが、職員のQWLは（-）の領域である。

介護現場においてはどうか。たとえば、利用者が求めるままの「お世話」がQOLの向上という認識のままなら、利用者は「（自力でできても）～してほしい」という傾向になりやすく、職員は一生懸命「お世話」する。これに拍車がかかると、いつのまにか、「お世話」型介護という働き方が「常識」として

定着する。医療福祉生協に限らず、良心的な介護事業所が陥りやすいパターンである。

筆者が知る限り、上記のような事業所では、職場の人間関係に依拠した介護を踏襲する傾向が強かった。人間関係が良好であれば、現状に疑問をもちにくく、考え方やケアスキルの刷新など労働環境改善には結びつきにくい。働き方に無理・ムラ・無駄が生じても「お世話」を続け、結果、燃え尽き離職する職員のケースも見受けられた。

◆左下：QOLもQWLも低い

QOLもQWLも（-）の状態は、利用者にとっても職員にとっても辛い悪循環である。放置すれば、利用者の事業所離れと職員の職場離れが重なり、事業継続が困難になる。QOL/QWL双方の向上（右上の領域）を展望しつつ、組織をあげて具体的な改革に取り組まない限り、この悪循環からは抜け出せない。

◆右下：QWLは高いがQOLは低い

右下は、職員のQWLは（+）だが、利用者のQOLは（-）の領域である。利用者のQOLを追求するより、職員都合の介護に陥りやすい。

たとえば、人手が足りないから入浴回数を減らす³⁰、個浴はできない。食事も車イスのまま、食事中でも時間になれば下膳する。利用者が「トイレに行きたい」と訴えても「オムツだから大丈夫」と言い、立とうとすると「危ないから座ってて」となりやすい。通所の帰宅時には、送迎車より早めに利用者を玄関に並ばせる（待たせる）。利用者の想いより、職員の休憩時間や勤務時間に合わせた業務遂行になる。3-(1)（p.14）にあげたような「常識」もそのままになりやすい。

このような介護は、働く者にとって効率的かもしれない。だが、利用者にとっての最適は追求されにくい³¹。また、職員の働き甲斐を伴うとも言い難い。筆者の知る限り、罪悪感を抱きながら業務にあたる職員もいた。利用者は、忙しそうな職員を見ては遠慮がちになり、期待は徐々に薄れる。

医療福祉生協の個々の現場は、この4領域のどこに位置するだろうか。その位置によって現場の課題は異なり、右上-QOL/QWL双方の向上をめざす道筋も異なってくる。それでも、右上をめざすことなしに、

職員の働き甲斐と介護の専門性は開花しない。ここを起点として、世間一般の介護に対する認識向上につながる—それこそ医療福祉生協の存在の仕方、運動と事業でありたいと思う。

4. 介護をめぐる運動と事業

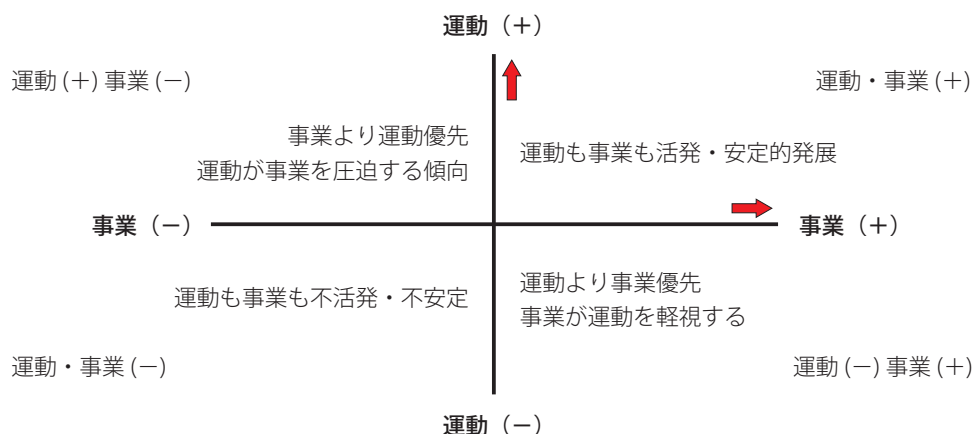
本稿冒頭でも述べたように (p.5)、医療福祉生協は、地域の保健・医療・福祉のニーズに応える事業体として存在するだけでなく、平和と民主主義・基本的人権の実現・社会保障の充実を掲げる運動体としても

存在する。この存在の仕方に対し、しばしば運動と事業の二律背反が浮上する。

4-(1) 運動と事業の二律背反

医療福祉生協における二律背反とは、図表25の運動優先 (左上)・事業優先 (右下) が相反するような状況を指す。そもそも地域の保健・医療・福祉のニーズから出発した医療福祉生協だが、その運動と事業が統一的・弁証法的に発展できないジレンマを抱えがちである。

図表25 運動と事業の二律背反から統一へ



めざすべきは、活発な運動と事業の健全な経営が両輪となって発展し続ける方向 (右上) である。両輪ではあるが、あえて運動が先か・事業が先かを問えば、運動が先である。保健・医療・福祉のニーズを持つ地域の人々が協力し「医療機関をつくろう」という運動がなければ、医療福祉生協という事業体は生まれなかった。

だからといって、運動さえしていれば事業が発展するものではない。時代や社会、価値観や制度の変化に伴い、運動も事業も変化する。たとえば「運動への動員が人手不足の現場に拍車をかける」「医療機関に就職したのであって運動は仕事ではない」など、主に職員組合員の側に運動を忌避する傾向が見られるようになった³²。事業より運動が優先される (左上) という感覚の反動は、運動より事業を優先する傾向 (右下) を生む。とりわけ、1980年代以降の度重なる診療報酬の引き下げは、「事業が危うくなれば地域組合員のニーズにも応えられず、本末転倒だ」という主張に拍車をかけた。

以上のような運動か・事業かというジレンマは未だ残るものの、介護事業を手掛ける現在は運動も事業も新たな局面に入ったのではないか—そこで、介護をめぐる運動に焦点をあてて整理する。

4-(2) 運動が働きかける 4 領域

介護は、利用者 (User) と提供者 (Provider) の日常的なかかわりを要する。ここに、冒頭 (p.5) に示した医療福祉生協の組織的特徴 (地域組合員/職員組合員) を生かせるはずだ。この認識をもとに、医療福祉生協が運動体としてどこに・どのように働きかけるのか、考えてみたい。

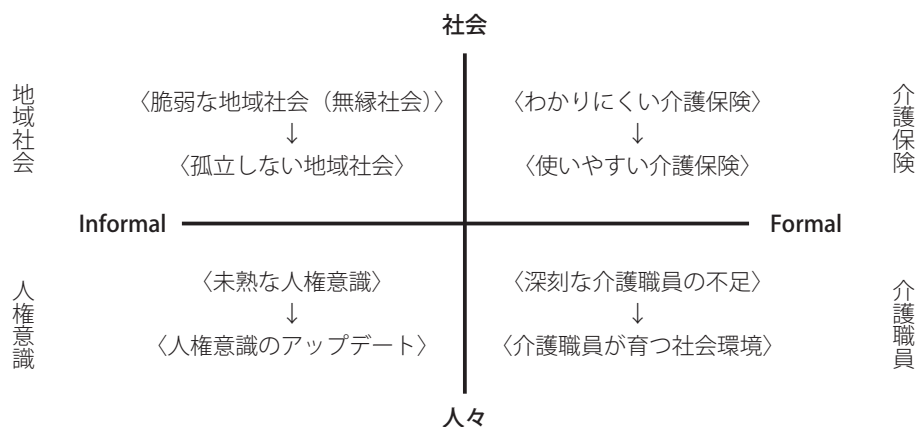
ここでは、縦軸に社会と人々、横軸にFormal と Informalをとり、医療福祉生協が運動体として働きかけるべき 4 領域を考えてみた (図表26)。右上から反時計回りに、介護保険 (社会×Formal) / 地域社会 (社会×Informal) / 人権意識 (人々×Informal) / 介護職員 (人々×Formal) の順で述べる。

これまでの運動、働きかけは、右上、介護保険の制度・政策を中心とする要求運動にウエイトが置かれていた。それ自体は否定しないが、運動と言えれば政府への要求運動というイメージになり、地域社会／人権意

識／介護職員の3領域への働きかけはどうだったのか、その認識が十分とは言えないように思う。

以下、あらためて4領域を一つずつ考えてみたい。

図表26 介護をめぐる働きかけの4領域



※図表 24、25 と異なり、右上をめざす矢印は不要。

◆右上：介護保険（社会×Formal）

働きかけの対象は、主に政府（国や地方自治体等）である。

喫緊の運動課題は、介護報酬の引き上げと職員の処遇改善であり、利用者や被保険者の負担増を伴わない制度設計が求められている。医療福祉生協の運動でも中心的な課題ではあるが、国に働きかけるなら、並走する運動課題として次の2点を加えておきたい。

一つは、介護の専門職、介護福祉士養成の充実・強化を求める運動である。単純に「人を増やせ」というスローガンを掲げるだけでは、追いつかない。質の高い介護職員を多数育てない限り、どれほど完ぺきな制度を整えたとしても「絵に描いた餅」に終わる。介護福祉士養成校が瀕死の状態にある今日（p.19注25）、介護職員の確保・育成を国の責務として、既存の養成校への助成ならびに養成課程の増設を求める運動を同時に強めたい。

もう一つは、介護保険制度の周知徹底である。人は100%老いる。その心身の老化とそれに伴う介護の基本的な知識を誰もが習得できる学習機会公設を運動課題にしたい。そうした知識が〈わかりにくい介護保険〉から〈使いやすい介護保険〉へと、制度・政策の拡充を促す基盤になる。

さらに言うなら、義務教育の過程で社会保障全般から理念と仕組みを学んでおきたい。制度やサービスの

断片的知識で右往左往せず、社会保障を損得勘定ではなく権利として行使する力量を育むこと－医療福祉生協はこの運動のトップランナーでありたい。

◆左上：地域社会（社会×Informal）

働きかけの対象は地域社会であり、人と人とのつながりを再生する働きかけである。

自治会に入らない世帯が増え、管理組合が機能しないマンションもある。近隣との関係を絶ち、ひとり暮らしの人々が無関係に存在する無縁社会、全てを自己責任・家族責任に帰す脆弱な地域社会が広がりつつある。このような状況下、孤独死（孤立死）の増加が不可避になってきた。〈脆弱な地域社会〉の放置は、やがて治安の悪化、社会の崩壊へと向かうだろう。

この状況に抗い、介護を通して人と人とのつながりを再生できないものだろうか。医療福祉生協にとって、介護事業はイコール地域社会再生の運動として位置づけられる。営利企業の工場誘致などと異なり、医療も介護も、そこに人が住み続ける限り地域からは撤退できない。地域組合員が暮らし、職員組合員が働く。そのつながりが連鎖し、ひとり暮らしでも〈孤立しない地域社会〉の再生（基本的人権の実現という概念を伴う再構築）、それが医療福祉生協の存在の仕方である。

◆左下：人権意識（人々×Informal）

働きかけの対象は世間一般、すべての人々である。その権利意識を耕し、アップデートするような働きかけである。

高齢者を老害といい、要介護を恥とするような差別意識、家族への遠慮を「美德」にする感覚、介護を底辺職という職業差別、女性に偏る介護負担など、たとえ悪意はないにせよ、ここには互いの基本的人権を護りあう認識は育っていない。この状況は、介護職員の確保・育成にとっても大きな障壁になっている。世間が「要介護＝迷惑」という意識から脱しない限り、介護のネガティブイメージは拭えない。

人は本来、誰であっても互いの基本的人権を護りあわなければならない。それでも、「要介護＝迷惑」というアンコンシャスバイアスが残る。これまで基本的人権を護る運動³³を絶えず行ってきた医療福祉生協ですら、「要介護＝迷惑」という認識が浮き彫りになった（p.7）。この事態を放置してよいはずがない。〈未熟な人権意識〉を乗り越え〈人権意識のアップデート〉を働きかける運動、まず最初に地域組合員/職員組合員に働きかける運動は最重要課題である。

◆右下：介護職員（人々×Formal）

働きかけの対象は職員であり、職員が当事者になる職場づくりを課題とする。

民主的な職場と言われる医療福祉生協においても、労働基準法の遵守徹底、適切なワークルール、柔軟な働き方、コンプライアンス、体系的研修、業務の標準化、ICT・DX化、トップダウン・ボトムアップが機能する組織運営など、課題は山積みである。

とりわけ喫緊の課題は、職員が辞めない職場づくりである。労働条件だけではない。重視すべきは、介護職員の「提供したい介護」と利用者の「受けたい介護」が呼応する現場ではないだろうか。地域組合員と職員組合員で構成される組織的特徴を職場づくりに活かし、QOL/QWL双方の向上（p.20図表24右上）をめざす運動は、医療福祉生協の原点であり、未来を創る運動である。

加えて、現場から世間への発信も重要である。自分らしく働ける職場、成長を感じる日々、利用者の要介護度改善、喜び合える仲間、地域の人々との交流など、介護のネガティブイメージを覆すエピソードは多々あるはずだ。それらは、〈使いやすい介護保険〉、

〈孤立しない地域社会〉、〈人権意識のアップデート〉とともに〈介護職員が育つ社会〉を盤石にする。〈深刻な介護職員の不足〉の克服を本物にする。

以上、運動体である医療福祉生協が、介護をめぐる働きかける4領域を整理した。介護保険（右上）の領域でイメージされる要求運動（何かを求める運動）に対して、地域社会（左上）、人権意識（左下）、介護職員（右下）の領域では創造運動（新たな何かを創り出す運動）が必要になる。それらの運動とともに、ケアのある社会を展望したい。

5. ケアという人間力のある社会へ

ここまで医療福祉生協の組織的特徴を踏まえ、介護をめぐる組合員の意識、職員の働き甲斐と介護の専門性、介護をめぐる運動と事業に焦点をあてて述べた。

冒頭、「介護という対人サービスは、生産と消費が同時進行で行われる」（p.5）と述べ、並行して、それが暮らしの場＝Homeにあること（p.20）、介護を受けて自分らしく生きること、「侵すことできない永久の権利」（p.15）であることに言及した。

筆者は、そこに医療福祉生協の組織的特徴である地域組合員と職員組合員が呼応し合う関係を意識的・積極的に生かすべき、という問題提起をしたつもりである。さらにその先に、ケアという人間力のある社会を展望したい。

本稿のまとめにあたり、ここからは高齢者をイメージしがちな介護ではなく、より広い概念を持つケアという言葉に変えて、ケアという人間力のある社会を展望したい。

人は皆、生まれ・育ち・老いて・死ぬ。

この過程で、誰もが誰かのケアを必要とする。生まれたばかりの子どもは、一人では何もできない。これは全ての人類が知るところである。だが、歳をとればどうなるのか、人類はそれを学び始めたばかりだ。

来る2070年、日本の高齢化率は約4割に達する。平均寿命が延びるとともに、ケアを要する高齢者の数も増えた。その存在は、否が応でもケアの在り方を社会に考えさせようとする。元気な高齢者もいるが、そうでない人も増えるだろう。階段の上り下りは不自由、横断歩道もゆっくり。突然、転ぶかもしれない。家事にも整容にも介助を要し、杖をつき、迷子になった

り、息切れして座り込んだり…。

医療福祉生協の介護事業は、このような高齢者にケアを提供する。高齢者のみならず、社会的な弱者に手を差し伸べている。それは、社会保障制度を前提としつつも制度を超え、誰かが誰かに手を差し伸べるケアという人間力を育てることになるのではないだろうか。

人類の歴史はケアの歴史でもある。

「ヒト」という動物は、他の動物と異なり未熟な状態で産まれる。それでも猛獣に食され絶滅することもなく、気候変動にも抗い、700万年をかけて進化し続けてきた。そこには、人が人を護るために人に手を差し伸べるケアという人間力が存在しなければならなかった。

私たちの直接的な祖先であるホモ・サピエンスも未熟な状態で産まれる。単独では極めて弱い動物でありながら、協力・協同の原理のままに共同体をつくり子孫を繁栄させ、原始共産制、奴隷制、封建制という社会を経て、資本主義社会に至った。この長い歴史的時間は、社会が弱者を受け入れる救済制度を不完全ながらもつくってきた。その救済制度は、戦争の世紀と言われた20世紀を教訓に、民主主義と基本的人権の尊重を携えるまでに進歩した。

「量から質への転換」という言葉がある。

量とは、多数の高齢者である。老い・衰えていく高齢者を、資本主義社会が強いる競争や効率性やそれに伴う生きづらさに抗う量的基盤として捉えたい。この量的基盤を有する現代は、史的唯物論的な視点で見ると、弁証法的に質的転換を図る歴史的画期であると言える。

医療福祉生協は、この画期を看過してはならない。多数の高齢者を量的基盤としてケアという人間力のある社会へと質的転換を図ることに、さらに意識的であればならない。その転換を早めるか否かは、組織として、組合員として、ケアという概念にどう向き合うのか、日常の姿勢と行動にかかっている。

健康をつくる。平和をつくる。いのち輝く社会をつくる³⁴。

医療福祉生協は、地域まるごと健康づくりをすすめる。組合員の枠を超えて地域の人々とつながろうとする。より多くの人々とともにケアを知り・学び・身に

つけ、高齢者という量的基盤以上の多数を以て、ケアという人間力のある社会へと質的転換を遂げなければならぬ—それが今日の医療福祉生協に与えられた使命ではないか。

利用者・患者である地域組合員と専門職である職員組合員の協同、地域から撤退することのない介護と医療の事業、社会保障と平和を守る運動—これらの相乗がケアという人間力のある社会をつくるだろう。その社会は、高齢者だけでなく、子どもたちも、障害のある人々も、もちろん何不自由ない健康な人々にとっても、くらしやすい社会となるに違いない。

人を「ヒト」に終わらせず、ケアという人間力の本源的蓄積を以て、人間社会の本史がはじまる。この展望のもとに、医療福祉生協のこれからがある。

【付記】

- 本稿は、医療福祉生協組合員を想定読者として執筆した。研究論文等の類ではなく、介護をめぐる組合員意識調査を手掛かりとした問題提起である。
- 図表：出典の明示がない図表は筆者の作成による。
- 調査：本稿執筆以前に筆者が行った調査（調査開始年）は下記の通り。
 1. 「『介護をめぐってよく聞く言葉』に対するアンケート」筆者単独調査（2023年）
 2. 「介護事業所に求められる職員研修のあり方に関する調査研究」非営利・協同総合研究所のちとくらし（2020年）
 3. 「医療生協職員意識調査」くらしと協同の研究所（2016年）
 4. 「ヘルスコープおおさか組合員調査・職員調査」くらしと協同の研究所（2015年）
 5. 「姫路医療生協組合員意識調査」くらしと協同の研究所（2014年）
 6. 「医療生協組合員意識調査」日本生活協同組合連合会医療部会/立命館大学産業社会学部共同研究プロジェクト（1994年）
- 拙著：本稿内容に関係する主なもの
 1. 『医療生協の組織的特徴に関する研究—鳥取医療生協の歴史的考察を通して—』（1999年）東北大学博士学位論文
 2. 「医療生協の組織的特徴に関する考察—『国連調査報告書』及び自己規定の再検討を通して—」研究年報『経済学』（1999年）

3. 「介護保険下における福祉サービス提供事業と生活協同組合」『協同組合研究』（2000年）
4. 「『10の基本ケア』がめざす老後、生協がめざす社会」『くらしと協同』（2018年）
5. 「1950年代における医療生協の生協法人選択理由についての調査と報告」大阪健康福祉短期大学紀要『創発』（2003年）
6. 『職場づくりと民主主義－仕組み・会議・事務』文理閣（2013年）
7. 『改訂版＋補稿 職場づくりと民主主義－仕組み・会議・事務』NPO法人オルト（2017年）
8. 『あなたの介護は誰がする－介護職員が育つ社会を』クリエイツかもがわ（2024年）（原著巻末参照）

註

- 1 Review of National Experience in Promoting and Supporting the Contribution of Co-operatives to Social Development : Co-operative Enterprise in the Health and Social Care Sectors – A Global Review and Proposals for Policy Coordination（世界の協同組合に関する国連の調査報告書、1996年）による。
- 2 市民生協（地域購買生協）には職員組合員という概念はなく、組合員といえば利用者（消費者）を指す。医療福祉生協では職員も総代として選出されるが、市民生協では職員から総代が選出されることはない。
- 3 医療・介護は、サービス提供（生産、たとえば手術をする）が同時に患者・利用者におけるサービス利用（消費、たとえば手術を受ける）になる、という考え方である。
- 4 日本医療福祉生活協同組合連合会HP、2024年度の概況より（2025年12月20日閲覧）。
- 5 拙著『あなたの介護は誰がする？介護職員が育つ社会を』（クリエイツかもがわ、2024年）参照。
- 6 『不都合な真実』（An Inconvenient Truth）というアメリカ合衆国のドキュメンタリー映画（2006年、主演：アル・ゴア 元アメリカ合衆国副大統領）の上映から一般的に使われるようになった言葉である。
- 7 アンコンシャスバイアスは、潜在的差別意識、無意識の思い込み・偏見などと訳される。
- 8 類的存在とは、カール・マルクスの「人間は自身の労働や生産を通じて他人と共同生活を営む社会的な存在である」とする概念による（『経済学・哲学草稿』）。本稿では、人間が他者と関わりながら共同体で生きる存在であり、労働を通じて社会的なつながり・人と人とのつながりを形成する存在であるというイメージで使用している。
- 9 ①医療保険（国民健康保険・健康保険・後期高齢者医療制度）、②年金保険（国民（基礎）年金、厚生年金）、③労働災害補償保険（保険料は100%事業主負担）、④雇用保険（失業給付だけでなく、育児休業、介護休業の給付など）、⑤介護保険（保険料の拠出は40歳以上）が5つの公的社会保障である。
- 10 心肺蘇生を望まない傷病者への対応については、東京消防庁HPを参照されたい。
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>
- 11 ACP（Advance Care Planning）は「人生会議」と訳される（厚生労働省HP参照）。
- 12 厚生労働省 第4回健康日本21（第三次）推進専門委員会資料（厚生労働省健康・生活衛生局健康課、令和6年12月24日）より。
- 13 拙著『あなたの介護は誰がする？介護職員が育つ社会を』クリエイツかもがわ（2024年）参照。
- 14 2024年度より、介護サービス事業所で直接介護に携わる無資格の従業員に対して認知症の研修がようやく義務づけられるようになった。
- 15 看護師養成テキスト『系統看護学講座 専門基礎分野 健康支援と社会保障制度（3）社会保障・社会福祉』医学書院（2023年）参照。
- 16 重複障害は二つ以上の障害を併せ持つ状態で、二次障害は一時的な困難（障害、障壁）によるストレスなどから生じる二次的な心身の不調や行動上の障害など。なお、英語では、障害を disorder（～症、不調）、disability（不自由）、Impairment（機能障害）、Handicap（社会的不利）などの使い分けがある。以前は、disabled（無効、できない）が使われていたが、今日では差別的表現であるとして使われなくなっている。
- 17 厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」について（第13回 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会、平成30年2月15日）参照。
- 18 2005年、介護保険法 第1条 総則 第1条（目的）に明記された。
- 19 社会福祉法人協同福祉会の事業所では、椅子の高さを利用者の下腿長に合わせ（34～40cm）、座っていても必ず足底が床に着くようにしている。椅子にはひじ掛けがなく腰を立て、低めのテーブルに手を着いて立つ動作を日常に取り入れ、利用者の筋力の維持向上に努

- めている。
- 20 日本介護福祉士会 (<https://www.jaccw.or.jp/>) は、1994年に創設され、約38,000人の会員を有する。HPには、「介護福祉士の専門性」、「介護福祉士の役割」、「求められる介護福祉士像」などが掲載されている(2025年12月20日閲覧)。
- 21 第13回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 平成30年(2018年)2月15日(資料2)
- 22 養成校ルートとは、主に介護福祉士養成課程での教育(1850時間)を経た資格取得であり、養成校ルートとは、450時間の研修(ほぼ通信課程)と3年間の実務経験による資格取得をさす。現場で働く介護福祉士のほとんどが実務経験ルートによる資格取得者である。
- 23 206万人以上の介護福祉士登録数(社会福祉振興・試験センターHP 2026年1月)に対して会員数は約38,000人(介護福祉士会HP 2023年)で、加入率は2%に満たない。
- 24 介護福祉士という資格は、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」昭和六十二年五月二十六日(法律第三十号)によって定められた。
- 25 2006年、定員26,885人に対して入学者19,289人で充足率は71.8%だった。2025年は、定員11,001人に対して入学者7,356人で充足率は66.9%である。最も少なかった2023年に比べて増加傾向にあるが、入学者の半数以上を外国人4,074人が占めている。介護業界は、すでに外国人労働者なしには成り立たない。
- 26 たとえば「医師でなければ、人体にメスを入れる手術はできない」ように、特定の資格や免許を持つ者だけがその業務を遂行できる資格制度を指す。
- 27 介護福祉士や保育士のように、その資格取得者だけがその資格名を名乗ることができる制度を名称独占という。なお、一般的に使用される「介護士」は資格名称ではなく、無資格であっても名乗ることができる。つまり、「介護士」という名称は非常にあいまいな使用であると認識しておかなければならない。
- 28 尼崎医療生活協同組合は、「自分のケアプランを自分でつくろう!」というスローガンを掲げ、地域組合員と職員組合員で構成する「みんなのケア委員会(仮)」の設置を検討している。
- 29 無理・ムラ・無駄(ムリ・ムラ・ムダ)の頭文字をとって「3M」と言われる。厚生労働省の「介護人材確保・職場環境改善事業」などにおいても、「3M」の克服が課題とされている。
- 30 施設等の入浴回数は、制度上、週2回でよしとされる。それ以下に減らすことはできないが、週3回以上だった事業所が最低回数に抑えようとする。
- 31 介護における効率性とは、利用者にとって最適な介護であるべきと考える。
- 32 筆者は、1994年に行われた日本生活協同組合連合会医療部会と立命館大学産業社会学部による共同研究プロジェクト「医療生協職員アンケート」を修士論文にまとめている。その後もいくつかの医療生協職員意識調査に関わってきたことによる(付記参照)。
- 33 代表的な運動が社保平和運動である。全国ほとんどの医療福祉生協には、憲法25条(生存権)に基づく社会保障の充実と、憲法9条(平和主義)に基づく平和な社会の実現をめざす委員会として、社保平和委員会を設置している。その運動を、〈人権意識のアップデート〉へとアップデートしたい。
- 34 医療福祉生活協同組合の理念。日本医療福祉生協連HPより(2026.2.15閲覧)。
<https://www.hew.coop/aimis/>