

■□ 第1分科会

「地域医療福祉と協同組合」 —地域医療構想・地域包括ケアシステムと 医療福祉事業の可能性—

コーディネーター 高山 一夫 (京都橘大学)



■開会あいさつ

高山一夫 (京都橘大学)

【高山】第1分科会「地域医療福祉と協同組合」—地域医療構想・地域包括ケアシステムと医療福祉事業の可能性—を始めたいと思います。まず第1分科会の趣旨説明と報告者のご紹介をいたします。

さて昨今の新型コロナウイルス感染症のパンデミックでは、地域住民の健康を守る医療・福祉・介護現場の従事者の方々の献身的な努力に励まされました。世論調査等を見ますと、国民の医療従事者に対する信頼や医療制度に対する支持が、コロナ前に比べて非常に高くなっています。

ただ、その一方で、今回の新型コロナへの対応のなかで医療機関・介護施設も含めた施設間の連携や役割分担が不徹底であるという指摘もなされています。新型コロナ以前から、医療における機能分化と連携を促す地域医療構想や、医療だけでなく介護を含めた、より広い分化と連携をめざす地域包括ケアシステムの構築が、政策的に進められています。また、現政権においては、連携のための基盤整備の観点から、医療DX（医療のデジタルトランスフォーメーション）として、全国医療情報プラットフォームの整備を柱とした改革もはじまろうとしています。介護分野においても、科学的介護、あるいはサイエンティフィック

なケアとして、情報通信技術（ICT）の利活用が強調されています。

以上より、新型コロナは、医療・介護従事者への信頼を高めると同時に、今後の医療・介護現場のあり方に大きな変化をもたらす、その起点となるように考えられます。こうした情勢のもとで、地域住民が主体的・自発的に出資し、利用し、経営にも参加するという特性を持った協同組合が医療・介護事業をすることについて、どのような課題と可能性があるのかを考えることが、本分科会のテーマです。

協同組合と医療・介護との関わりについては、報告のなかでも紹介されると思いますが、購買生協の福祉事業においては、「生協10の基本ケア」を理念に、オリジナルな介護ケアの実践に取り組んでいます。また、医療生協が各地で設立され、事業規模や組合員数を拡大させています。協同組合が医療・介護事業を営むということは、広くは住民自身が医療従事者・介護従事者の皆さんと手を取り合いながら、自分たちの健康を自分たちで守っていくことに他なりません。

次に、本日ご報告をお願いしている先生方についてごく簡単にご紹介したいと思います。

第1報告者は、鎌谷勇宏（かまたに・いさひろ）先生です。鎌谷先生は、大谷大学で教鞭をとられるとともに、今期より京都

生活協同組合の有識理事も務めています。鎌谷先生には、医療・介護制度の現状と今後の方向性について、大変にわかりやすい資料を用意していただきました。

第Ⅱ報告者は、眞木高之（まき・たかゆき）先生です。眞木先生は松江生協病院の院長で、全日本民主医療機関連合会の副会長も務めておられます。臨床現場の実情もふまえて、今の政府の進めている地域医療構想が地域の医療需要を取りこぼしてはいないのかを検証し、本来の地域医療連携はどうあるべきかについて、お話をいただけるかと思います。

第Ⅲ報告者は、金山修（かなやま・しゅう）様です。金山さんは、京都生活協同組合執行役員、くらしサポート事業系統の統括マネージャーをお務めです。生協らしい介護・福祉事業のあり方と、今の介護報酬制度の枠組みで事業としてどう採算を取るかという点で、日々板挟みになりながら奮闘されておられるだけに、非常に面白い話が聞けるかと期待しております。

それでは第Ⅰ報告者の鎌谷先生、どうぞよろしくお願いたします。

■報告Ⅰ：「医療・介護政策の方向性～地域に支えられる医療・福祉事業を目指して～」

鎌谷勇宏（大谷大学）



【鎌谷】おはようございます、大谷大学の鎌谷と申します。普段は大谷大学で社会福祉士の養成過程に携わっています。私自身も社会福祉士の資格を持っており、医療・介護や貧困、生活の困りごとに対して、どうやって支援していくかについて、学生を教育しております。本日の報告では、地域医療構想と地域包括ケアシステム、また協

同組合の可能性について、わかりやすく説明したいと思います。

1. 疑問（問題意識）をもって医療や福祉の現状を見るー待ち時間と診療時間の例

今回の大きなテーマである地域医療構想あるいは地域包括ケアの前段階として、まずは医療政策あるいは介護政策をとりまく構図について、イメージを持っていただきたいと思います。そのためにも、疑問や問題意識を持って、医療・福祉の現状を見ていただきたいです。例えば、病院では、「長時間待っての短時間診療」と、よく言われてきました。昔は「3時間待っての3分診療」と、少し大げさに言われた時期もありました。そこで、待ち時間と診察時間に関する統計データを示すと、「待ち時間30分未満」が53～54%、「30分から1時間」が約20%、「1時間から2時間」が16～17%、「2時間以上」も5%あります。20人に1人、あるいは20回に1回は、2時間以上待つことがあり得るわけです。つぎに、診察時間では、「5分未満」が結構多くて27～8%、「10分未満」が40%ほど、「20分未満」が16%、「30分未満」が7%、「30分以上」は4%ほどです。以上のことから、「3時間待っての3分」ではないにしても、「1時間待っての10分」は、まあまあ生じているといえます。長時間待って短時間の診療で終わると、「こんなに待たなければならぬのか」とか、「これだけ待ってもちょっとしか診てもらえなかった」とか、そういった不満が出たりするわけです。

では、なぜ長時間待っての短時間診療になるのかについて、簡単なデータを用いてその一端を探ります。OECD（経済協力開発機構）のデータを用いて人口1,000人当たりの医師数を比較すると、オーストリアが1番多くて（人口千人当たり）5人です。

日本の医師数は、少ない方から数えて4番目で、他の先進国と比べて医師数は非常に少ない現状にあります。次に、これも特徴的なデータなのですが、国民1人当たり1年間の外来受診回数をみると、1位が韓国、2位が日本です。1位と2位がずば抜けて高いかと思えます。日本では医療機関に非常にかかりやすい状況を実現していることにもなるのですが、先ほどの医師の少なさと外来受診回数の多さとが掛け合わされると、医師1人当たり1年間の外来患者診察件数、つまり医師の忙しさを示す指標を考えることができます。1位は韓国で、1年間に7,000件です。あまりに突出していますが、2位の日本は5,000件で、3位以下を引き離しています。韓国・日本以外では、あまり大きな差がなく、おおよそ1年間に2,000件ぐらいとなっています。つまり、他の先進国ではほぼ年2,000件の外来診療件数に対し、日本の医師は年5,000件と、2.5倍になるわけです。韓国が突出しているので、幾分ましには見えてしましますが、日本の医師も大変だといえます。

ただし、長時間待っての短時間診療を余儀なくされる患者も大変といえます。病院に1回行くと半日かかってしまうとか、診察時間が短くて、もう少しいろいろ聞きたかったのに聞けなかったとか、そういうところも起こるかと思えます。こうしたことが、実は医療政策の結果であるということを、次にお話しさせていただきます。

2. 医療政策・介護政策とは

次に、医療政策・介護政策について、医療保険制度、医療提供体制、診療報酬制度、介護政策の4点にわけて、簡単に説明します。

①医療保険制度

1つ目の医療保険制度について説明します。保険料、保険給付、財源に分けてお話しします。

まず、ご参加の皆さんも、医療保険料は結構気にされているかと思えます。被用者の方は給与から健康保険料が天引きされますし、国民健康保険の方はご自身で支払います。いずれにしても、保険料の水準について、すごく気にされるかと思えます。

次に、保険給付とは、保険が適用される範囲です。最近、保険給付で大きな変更が2つあったので、それらを例にお話しします。昨年度の4月、不妊治療が保険適用になりました。それまでは医療保険が適用されず、全額自己負担でしたが、いまは3割負担となりました。いま一つは、本年度の4月より、出産育児一時金が42万円から50万円に増額されました。これらのように、保険の適用範囲や給付の額を決めるのが、保険給付です。なお、自己負担の割合は、現役世代は3割負担ですが、高齢者などは異なります。

医療保険制度の最後に、財源の話をしていきます。国民医療費の9割近くは、医療保険あるいは税金で賄われています。残り1割ほどが自己負担だと考えてください。日本は、限られた財源で良好な医療結果を実現していると言われます。この点につき、先ほど高山先生のお話にもありましたが、コロナ禍において医療従事者に助けていただいて、国民から感謝されていると思えますが、逆に、医療従事者の献身性に頼りすぎると、医師だから、看護師だから、尽力するのは当然だろうと、半ば強要してしまうこともあるのかなと危惧します。

また、後で眞木先生からもお話があるかもしれませんが、多くの医療機関は経営的に相当厳しいです。「安心な暮らしを多少

失っても構わないから税金や社会保険料を安くしてほしい」のか、「安心な暮らしを永く続けるために税金や社会保険料が増加しても構わない」のか、2つの方向性があります。いずれの方向で考えていくのかで、今後の医療のあり方は大きく変わっていくと思います。

②医療提供体制

2つ目の医療提供体制について説明します。医療提供体制とは、主に医療機関、病床（入院患者用のベッド）、医療従事者など、実際に患者に医療を提供する機関や人がテーマになります。ここでは、地域医療連携と医師不足を取り上げます。

まず地域医療連携について、かつては「病院完結型医療」として、例えば、救急車で病院に運ばれてから、手術をして、その後の治療からリハビリまで、患者が退院するまで、1つの病院のなかで全部行っていました。ですが、いまは「地域完結型医療」として、いくつかの病院が機能分化しつつ連携して、地域のなかで医療を完結させる方向に向かっています。

ここでいう機能分化とは、各病院の守備範囲を表します。高度急性期、急性期、回復期、そして慢性期と、大きく4つに分かれます。各病院は、4つのいずれかの機能を担いつつ、連携を通じて、地域のなかで高度急性期から慢性期にかけて医療を完結するわけです。これまでは病院同士が患者をめぐる競争していたわけですが、機能や守備範囲が分かれて地域完結型医療になってくると、協調あるいは連携が必要になってきます。

次に、医師不足についてです。当たり前ですが、実際に医療サービスを提供するのは医療従事者ですので、病院を数多く開設しても、医療従事者がいなければ医療は成

り立ちません。この点について、医師不足を例に説明します。実際に諸外国に比べて日本の医師数は少ないのですが、これは「医療政策の結果」だからです。

医師不足は、ちょうど20年前、2003年ごろから大きく取り上げられるようになり、社会問題化していきます。この医師不足をめぐる政策を紹介すると、1986年の医師数抑制が起点となります。これ以降、社会保障費とくに医療費抑制のために、医師数を減らしていこうという政策が行われます。簡単に言うと、医師が増えるから患者も増え、医療費が高くなるのだから、医師数を減らせば患者も減って、医療費も削減できるとの理解のもとで、進められました。ただ、現役の医師に医師を辞めるとはさすがに言えないので、新しく医師になる人を減らそうとして、医学部の定員数を削減します。医学部の定員は文部科学省（当時は文部省）がコントロールできます。1993年には医学部の定員が7725人となり、当時最高であった1984年の8280人から7.7%の定員削減となりました。これでもまだ削減目標に届いていないということでさらに削減が進められ2003年には最低の7625人まで削減されます。諸外国に比べて医師数が少ないことを認識しつつ、さらに医学部定員の抑制を進めたのです。つまり、医師不足は計画的だったわけです。ただ、2003年から医師不足が言われだし、さすがに医師数抑制がやり過ぎたということで2008年から医学部の定員も増加基調になります。

じつは、海外と比べて医師数が少ないことは以前からわかっていたのですが、それでもなお政府は医学部の定員抑制を進めました。ですから、2003年辺りから問題になった医師不足の問題は、実は計画的であり、当初の目的を果たしたわけです。そし

て、非常に怖い話だったのですが、新型コロナが始まるちょっと前に、医学部定員数を再び減らすことが真剣に議論されていました。最近でも、医師の労働時間があまりに長すぎるということで、医師の働き方改革が言われています。先ほど示した通り、少ない医師数で多くの患者を診るわけですから、どうしても過剰な負担がかかってしまうというわけです。ここが大切なことですが、医師不足や医師の長時間労働は、結局は国民の選択であるわけです。あるいは、こちらがより問題なのですが、国民が無関心のまま問題を放置することもあります。医師不足の問題は、国民の選択あるいは無関心の結果であると言えるかと思います。

③診療報酬制度

3つ目に診療報酬の話をしていきます。ご存知の方も多いと思いますが、病院の料金や医療の料金は、国がすべて決めています。国が決めた医療費のことを診療報酬といいます。例として、はじめて病院・診療所を受診し、あるいは久しぶりに行った場合、初診料として288点、つまり2880円がかかります。処方箋発行料は、診療所では68点、680円です。診療報酬点数表というのがあり、すべての診療行為の点数あるいは料金を定めています。病院・診療所に行ったときにもらう領収書にも、どれにいくらかかったか、だいたいわかるようになっております。そして、今は保険が使える薬が1万6000ほどありますが、一錠いくらとか、何ミリリットルいくらとか、軟膏とかであれば何グラムいくらと決まっています。この診療報酬は経済的インセンティブによる政策誘導の手段でもあり、国は自分たちがやってほしい方向性に値段を高く付け、やってほしくないほうを低く付けると、赤字を出したくない医療機関は勝手に国が

やってほしいことをやってくれるわけで、これが政策誘導です。

④介護政策

医療政策の話は以上ですが、介護政策も同じようなものをご理解ください。介護保険制度では、自己負担割合がどうかとか、あるいは要介護、要支援の範囲をどうやって決めるかとか、あるいは保険料をいくらにするかとか、こういったことが1つのテーマです。そして2つ目は介護提供体制で、相談体制どうするか、訪問介護とかデイサービスとか、あるいは特別養護老人ホームなどの施設、こういった提供事業所、あるいはそこで働く従事者さん、これらをどうするかがテーマです。先ほど診療報酬の話をしました。介護報酬も同じようにありまして、たとえば訪問介護の身体介護は30分でほしい2,500円、1時間でほしい4,000円です。こういう料金もすべて決められています。

3. 現在の医療政策・介護政策の方向性

ここから後半の話になります。地域医療構想とか地域包括ケアの紹介をします。

医療保険制度あるいは介護保険制度の保険料とか自己負担割合とか、保険給付をどうするかは、一般市民にとっても比較的わかりやすいかと思います。それに対して、医療提供あるいは介護提供体制、つまり病院のことや診療所のこと、あるいは介護事業所のこと、あるいはそこで働く方々のことってというのは、非常にわかりにくいかと思います。

この医療提供体制・介護提供体制を理解するためのキーワードとして、地域医療構想、地域包括ケア、そして地域共生社会について、順番に紹介していきます。

①地域医療構想

1つ目は地域医療構想です。地域医療構想とは、簡単に言うと、入院医療に特化した構想計画だと考えていただきたいです。先ほど紹介した4つの医療機能、つまり高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、各病院が自分の守備範囲を決めるということです。そして、地域の医療関係者の協議を通じて、病床の機能分化と連携を進めて、効率的な医療提供体制を実現します。病院完結型医療から地域完結型医療に移行してゆくことが、地域医療構想で今日目指されています。

地域完結型は、状態に合わせて、患者が医療機関を移動します。今までは1つの病院で全部やってくれたのが、これからの時代はA病院からB病院に移って、C病院に移ると、こういうふうに患者が移動していく時代に入って行くわけです。すると、医療機関の連携がないと、患者は困ってしまいます。先ほど申しましたが、競争ではなくて協調あるいは連携が大事になります。

ただ、地域医療構想は入院医療に特化していき、在宅生活あるいは地域生活という視点は非常に弱いです。これが地域医療構想の非常に大まかな内容になります。

②地域包括ケア

地域包括ケア、あるいは地域包括ケアシステムは、高齢者に特化した医療と介護の連携だと言えます。高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援が目的であり、住み慣れた地域で最後まで自分らしい暮らしをするために、地域の包括的な支援サービス提供体制を構築していく内容です。包括的というのは、住まい・医療・介護、あるいは介護予防とか、全般的な生活支援、こういったものを一体的に取り扱う計画になっており

ます。

また、地域包括ケアでは、病院・診療所あるいは介護事業所、あるいは福祉施設、高齢者施設、さらにそこで働く従事者の方々、こういった社会資源をどう確保するか、そしてどうやって連携、ネットワークを作っていくかが求められています。

対象者はやはり高齢者です。支援方法も介護保険ベースとした支援内容になっています。そのため、医療保険や介護保険で対応できる問題には非常に強いんですが、制度の狭間が結構ありまして、医療保険でも介護保険でも対応が難しい場合には、対応ができないという弱点もあります。

③地域共生社会

3つ目の地域共生社会については、聞いたことないという方が多いかなというふうに私は想像しますが、特に福祉関係などでよく言われる言葉です。非常に範囲の広い地域づくりが内容です。

まず、制度分野ごとの縦割り、あるいは支え手、受け手というこういった関係性を超えて、みんなで参加していきましょうという内容になっています。また、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代あるいは分野を超えて繋がることです。さらに、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに作っていく社会を目指します。これらが地域共生社会の内容で、方向性としてはその通りだと思うのですが、具体的な内容がほとんどありません。

地域共生社会では、医療とか介護の扱われ方がすごく小さいです。また、非常に大きな特徴ですが、行政あるいは国よりも、地域とか地域住民の責任でやりなさいという性格が強いです。そもそもざっくりした内容で具体性が全然ないわけですが。

以上が、医療提供体制・介護提供体制を理解するためのキーワードです。

4. 協同組合が行う医療・福祉事業の可能性

報告の最後に、協同組合が行う医療・福祉事業の可能性について話をします。地域包括ケアの実現には医療・介護サービスが不可欠ですし、地域共生社会で考えると、子育て支援や障害福祉サービスなども絶対に欠かせなくなります。医療・介護・子育て、あるいは障害福祉など、実際に提供する事業所、機関（事業所）あるいは人（従事者）、こういったものをどう確保していくかという問題は、避けては通れない大問題です。

その際、1つの方法は行政任せであり、もう1つは他人任せ、そして3つ目に、自分たちで取り組む方法があります。もしかすると、4つ目の方法もあるかもしれませんが。まとめると、行政任せ・他人任せにするか、自分たちで考えるか、大きくこの2つかなと思います。行政あるいは他人任せで安心なら、それでいいわけですが、それでは安心できないことは、皆さん感覚的につかんでらっしゃると思います。そこで、医療機関あるいは福祉事業所を自分たちでとなったときに、協同組合による共同所有あるいは共同運営が、非常に有力な手段かと思えます。新しい協同組合を作ることも1つですし、今ある協同組合に参加して、そこで積極的に動かしていく方法も取れるかなと思います。

ここからは私の経験というか最近非常に強く感じていることの紹介です。私は障害福祉サービスの事業所に関わって、そこで働く20代後半、30代前半のヘルパーさんから、最近よく悩みを聞きます。1つ目は、利用者さんとヘルパーが、パートナー関係というよりお客さんとお店のような関係性になっていて、ヘルパーのやり

がいなかなか見出せない。ということかという、一緒に利用者さんの生活が安定するように支援していくというよりも、そのヘルパーが言うには、利用者がヘルパーのことを何か「使い走り」のように思っているみたいだと言うのです。お客さんとお店の従業員として、「これやっという」「あれやっという」とか、「急に明日来られへんか」「(当日朝の連絡で) 今日やっぱり来んでええわ」など、勝手な使い方をされるということをよく聞きます。こういった話は、私が関係しているところだけじゃなくて、他からもちょこちょこ聞いたりするのです。

この問題は解決策・改善策がなかなか見当たらないのですが、利用者さんやその家族も、経営側あるいは運営側として参加してもらえると、その職員やヘルパーのことを、もう少しパートナーと思って、あるいは育てようとしてくれるのではないかと思ったりもします。協同組合の場合は、共同所有・共同運営なわけですから、自分は利用者でありながら経営のほうにも携わっているとなれば、職員への見方が、単に利用者が職員を見る形だけじゃなくて、経営側が自分たちの従業員を見る、そういうふうな視点も生まれるかなと強く期待しています。職員やヘルパーと利用者とのパートナー関係であれば、働いている側から見ても働きやすい職場にできると思います。

よく地域住民を支える医療・福祉と言われますが、一歩進んで、地域住民に支えられる、簡単に言うと協同組合に参加している方々に支えられる医療・福祉になれば、相互関係が築けるわけで、協同組合が行う医療・福祉事業の大きな可能性はそこにあると考えております。誰かから与えられる、たとえば国あるいは市町村が準備して当たり前と考えるのではなくて、自分たちで作

り、あるいは発展させていく医療・福祉の事業もあるかと思えます。

そして、地域住民を支える医療・福祉という理解ではなくて、地域住民に支えられる医療・福祉ということ、最近強く問題意識として思っています。住民が主体的に参加することで、住みよい地域が構築できる、あるいはその第一歩になるのではないかと。住民が参加するには当然場所が必要なんです。協同組合は、そうした場所になり得る、非常に有力な1つの選択肢だと思います。そして医療・福祉事業を使った地域共生社会の実現を、言うのは簡単で行うのは難しいですが、1つの可能性として、お聞きいただければと思います。

私の報告は、これで終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

【高山】鎌谷先生、ありがとうございました。大変わかりやすいご報告だったかと思えます。続きまして、第2報告に移りたいと思います。眞木先生、よろしく願いいたします。

■報告Ⅱ：「地域医療構想の現局面－“切れ目ない連携”の実態」
眞木高之（松江生協病院院長、全日本民医連副会長）



【眞木】 よろしく申し上げます。自己紹介ですけれども、私は大阪出身で1994年に東北大学を卒業し、そのあとすぐに民医連という組織に入り研修を始めました。専門は循環器、特に不整脈のカテーテル治療を専門にしており、途中、循環器病センターで1年研修をしております。そのあと松江のほうに戻りまして、全日本の民医連の副

会長も務めつつ、去年から松江生協病院の院長代行で今年の4月から院長を務めております。松江生協病院のミッションは、救急・急性期から回復期・療養までを守備範囲とする生活支援病院であることにポイントを置き、やりたい医療でなく、地域から求められる医療を行う医療機関になろうということです。先ほど鎌谷先生から医療の連携、病院完結型から地域完結型化へという話もありましたが、私の病院はあえてそこに抵抗し、救急から療養までを1つの病院でやっていく病院を目指しています。

診療報酬制度のなかでDPCという制度があります。DPCにより、高度急性期の病院では、1回の入院に対しては、一疾患にしか料金が設定されません。だから複数の病気を持っていても、1つの疾患に対してしか治療しちやいけないう内容になっているのです。1つの疾患の治療が終わったら一旦退院した後に、別の疾患については再入院で治療するとなるか、連携先の他の病院に転院となります。一方、我々の病院は、「ケアミックス」という形態をとり、複数の疾患もカバーしています。病院のホームページを見ていただけたらと思います。

1. なぜ医療提供体制の再編なのか

先ほどの鎌谷先生も、医療機関の再編、医療提供体制が変わっているとお話があったかと思えます。なぜ医療提供体制の再編なのかという点を、最初に見ておきたいと思えます。なぜ医療提供体制の再編をするのかについて、政府の言っていることは、高齢者が急増することです。特に2025年に向けて、あと2年後っていうことですが、高齢者が非常に急増する一方で、生産年齢人口が急減するため、人口構成の変化に対応するような医療提供体制

の変換が、今、求められているということが、1つの動機づけとしてあるということです。一方で、2025年から2040年にかけて、実は一律に高齢者が増えるわけではなくて、減少する県もあるということも言っています。

ここでちょっと僕も意外だなと思ったのは、75歳以上の人口の動態を見ると、最も減少するのが大阪府になっています。もともと過疎地域が減少するのは、私が住んでいる島根県なんかも、そうかなというふうに言えるのですけれども、この大阪府、それから実は京都府なんかも減少県に入っているのです。こういうような人口構成を指標として見据えて、医療提供体制を再編しなければならないと言っているわけです。そのなかで、生産年齢人口が減っていくとどうということが起きるかという、医療福祉の就業者数も大きく減少すると言われています。ただし、先ほど言った高齢者の人口が増えますから、必要になる医療従事者とか福祉介護事業者は増えます。ですから就業者人口は減るのだけれども、医療従事者とか福祉事業者は増えなくてはならない。これをどうやって捻出していくのかが、1つの課題になるわけですね。

そこで言っているのは、1つは、就労者人口を増やすこと、70歳を超えても働きましようというようなことです。75歳の人も、支えられる側じゃなくて、支える側に回りましようということです。もう1つは、先ほどDXというような話もありましたけれども、技術改革のなかで、1人当たりの生産能力を上げるため、ロボットなどを導入し、医療とか福祉に従事する人を減らすことです。医療従事者減らすことに合わせて、医療提供体制も再編していけるという話です。

一方で、先ほど鎌谷先生の話で、日本の医療の人口、医者数は非常に少ないことを皆さん知っていただけたかと思いますが、もう1つ特徴的なのは、先ほど医学部定員数をどんどん減らしたことです。若い世代の医師が増えなかったため、今の日本の医療は、高齢の医師でかなり支えられているということになります。うちの病院も、もうすでに定年の年齢は60歳だったのが65歳になっていますし、今は75歳にしていく医療機関も増えているのが実態としてあります。

他方で、前段にちょっと言おうと思ったのですが、実は医療再編のなかで医療需要というのが切り捨てられているということ、言ってみれば私たちの受療権が奪われている、もう本当に見捨てられていっている方向に動いているということ、今日知っていただきたいと思っています。

2. 政府発表によるミスリード

今回の報告をするにあたって、改めて政府の資料とかも見たなかで、我々は本当にミスリードされているなと思います。政府は、入院患者数は2040年までに、主に65歳以上の患者が増えることによって、ピークを迎えると言っています。だいたい2次医療圏で入院患者数が最大となるのは、住んでいる地域によって様々で、2020年でピークを迎えるところもあれば、2035年にピークを迎えるところもあり、2040年に一律に増えるわけではありません。そのため、医療需要も将来は減っていくといえます。外来患者数も実はしばらくは増えるけれども、2020年までにもピークを迎えるところが多いとされます。この説明だけを聞くと、入院患者数も一定で、人口の高齢化とともに増えるけれども、高齢者の方がだんだんお亡くなりになっていくた

め、いずれピークを過ぎると、我々は思っ
てしまいます。医療需要のピークに合わせ
て医療再編すると、あとでその提供体制が
過剰になりますと、ここらへんが厚生労働
省の主張の1つになっているわけです。

ただ、じゃあ需要が減っているのかとい
うと、これは違うのです。医療需要は在宅
のところでもどんどん増え、2040年以降に
ピークが来るのです。だから、全体の医療
需要が減っているわけではないのだという
ことを、我々は見とかなきゃいけない。医
療需要は外来とか入院とか医療機関だけ
にあるのではなくて、在宅も含めて全体で
見ると、医療需要は決して減らないのです。
政府では、在宅が切り離されて議論がさ
れているのではないかと思います。

もう1つのミスリードをされているな
って思っているのは、急性期疾患は2040
年まで入院患者件数が増えるけども、手術
件数は減ることになっています。これ一
体どうということなのだろうなって、皆
さん思いませんか？入院患者が増え
ると、それに比例して、手術件数も
増えないとおかしいですね。さっきも
言いましたように、85歳とか75歳
とかの高齢者の人の入院が増える
わけですね。手術件数が減るって
いうことは、その方々に手術はし
ないということですよ。こういう
ふうな見方をする必要があります。

あともう1つミスリードされている
なと思うことは、医療と介護の複
合ニーズが高まるから、地域包
括ケアで介護は充実させないとい
けませんよという主張です。実態
は介護も充実されてないという
ふうに思うのですけれども、じゃあ
医療はどうなのかって話ですね。
医療の充実という話が抜けて
いるのではないかと、私は本当に
強く思います。医療と介護、高
齢者の複合疾患が増えるって
言ったときに、じゃあその高

齢者の複合疾患に応えるような医療
に対しては、どうするのだと言っ
たところの議論はすっかり抜けて
いるなかで、介護、介護って
いうような話ばかり言っている
ように思います。

3. 医療費抑制政策と医療提供体制の再編

もう少し遡って医療政策を見てい
くと、やはり1980年代に始まる
なというふうに思います。1980
年代ってどういう時代かという
と、世界的にはレーガノミクス
とか、サッチャー、中曽根って
いった新自由主義が始まった
年です。これと呼応する形で
吉村仁氏、当時の厚生省の保
健局長が、「医療費亡国論」を
出しました。将来高齢者が
増えることによって医療費が
増え、保険財政っていうのは
逼迫する、保険が成り立た
なくなるといふことが言われ
るようになりました。先ほど
鎌谷先生が言った1987年
から医師数の医学部定員数を
減らしてきたことと、まさに
呼応していると思うわけ
ですけれども、要は医療費を
減らすってところから、い
ろいろな政策が始まっている
と思います。医療費総額管理
の提言も、実は2005年に
出されていて、それに呼
応する形で医療制度改革大
綱が出されています。ここ
が医療提供体制が大きく
変わっていく分岐点であり、
1つの大きな方向性を打ち
出した大綱になるわけです。
ここでは、医療費適正化の
総合的な推進として、医療
費について過度の増大を招
かないよう、経済財政と均
衡を取れたものにしていく
必要があると書いていま
す。経済の伸び以上には
医療費は使ってはいけない
というわけです。そのとき
の施策として、1つは平均
在院日数の短縮が言われ
ます。病床転換に関する
財政支援も書かれていま
すが、ベッドを一床分減ら
したら何百万円補助する
という制度で、消費税を
上げた部

分で賄われます。柱になるのはやっぱり平均在院日数の短縮であり、急性期とか回復期、慢性期、在宅の機能の分化と連携です。特に、そこでターゲットにされたのは、長期入院患者の高齢者の平均在院日数をどう短縮するかが、政策の主眼になっていったことです。

平均在院日数の短縮に向けた取り組みとして言われていたのは、先ほど鎌谷先生も言っていましたけれども、医療機能の分化・連携ということと、在宅療養を推進すること、療養病床の転換です。療養病床は病院じゃなくて施設にする流れを、柱にしたのです。

それと、コロナ禍を経て、この度、新たにその方向性をさらに強く打ち出したのが、このあいだの財政制度審議会の建議です。コロナ禍で医療崩壊が起きたってことは、皆さん経験されたし報道でもあったかと思います。なぜ起きたのかって言ったら我々医療従事者の立場からすると、散々に医療提供体制を縮小してきた帰結だと思っていたのですけれども、突然報道で、地域医療構想による機能分化と連携が進んでいなかったためだとされました。政府としては、何が言いたいかというのと、医者も少なくなっていくなかで、ベッドがたくさんあると医師や医療従事者が分散してしまう。だから、一つの医療機関にいる医師の数が少なくなったため、そこで有効な機能が発揮できなかったから、コロナ患者を受けられなかった。こういう理屈ですね。言っていることがわかりますかね？医師が分散していることがよくなかった、「低密度医療」が問題だったのだから、地域医療構想をさらに強力に進めなきゃいけないと、言われているのですね。

先ほど鎌谷先生もおっしゃっていたので、詳しくは言いませんけども、機能分化

が進めば、各医療機関でやれる守備範囲を集約させることになります。高度急性期は診療密度が高い、つまり手術とか集中治療みたいところです。急性期は、手術までを必要としないかもしれないけれども、たくさんの薬とか医療従事者を投入しなければいけないところ、それが一定落ち着いたら次は回復期・リハビリ、そして、定常状態に達した方は慢性期と、これで切れ目なく揃っていると、我々はミスリードされるわけですよ。決してそうじゃないですよって話をさせてもらいます。

そして、機能分化と同時にベッド数の削減が、もう1つの政策主眼としてあるわけです。2013年のときに出されたところでは、135万床ぐらいあったベッドを2025年には、119万床ですから20万床近く減らしますよってような方向性です。減らすと同時に、残ったベッドを高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分化させていきますよ。実際に2020年度時点でどうだったかをみると、実はベッドの削減はほぼ達成しています。ただし、ベッドの構成が狙い通りではない、だからベッドの構成を変えましょうっていうのが、現在の地域医療構想の主眼になってきています。急性期を減らす、回復期を増やす、慢性期は減らす、こういうような機能分化を進める必要があるというわけです。これをどうやって進めていくかっていうと、診療報酬制度の枠組みを介して、現場では医療機能の分化っていうのを進めています。病院に支払われる料金体系の一つに入院基本料というのがあります。入院患者を一人受け入れますと、1人あたり決められた額が病院に払われます。これが入院基本料です。高度急性期は格付けが上で、1日あたりの入院基本料が高く設定されています。入院基本料とは別に、診療行為ごとに料金が設定されており、

分厚い料金体系表があつて、薬を使ったとか、手術をしたとかに対して、それぞれに料金が支払われます。さらに、それとは別に、加算もあり、スタッフを整えたとか、設備を非常に充実させたとか、診療の体制や設備を充実させれば、そのことを評価して、別途料金が支払われる仕組みもあります。診療報酬の総額は変わりませんから、加算があるのであれば、これまでと同じ診療を行っていたら、支払われる料金が減らされる、つまり、どこかに減算もあるということになります。それともう1つ、包括払い方式も導入されました。これは、一つ一つの医療行為に対して料金が支払われるのではなくて、疾患ごとに料金が決まっています、どれだけ薬や手術をしようが、病院に支払われる料金は変わらない、というものです。薬を使ったり、手術をすればするほど、病院の儲けは少なくなる、という方式です。これらの支払方をうまく使うことによって、医療機能の分化が進められました。

ちょっと言っておきたいのは、診療報酬点数でだいたい100点の差がつくと、どういふふうなインパクトがあるかということ、1日当たりの点数が100点違うと、100床だと年間3650万円になります。100点下げられると、これだけ一気に病院の経営は厳しくなるということになります。

4. 診療報酬と病床区分

入院料を詳しく説明すると、急性期の病院だと、まず看護体制と患者要件と、平均在院人数によって、6段階に入院医療が分類されています。看護体制が充実している、それから重症な患者さんを多く受け入れている、それから平均在院日数を少なくしている、在宅にちゃんと8割以上帰した、こういうようなところの病院であれば、入

院料1(1250円、加算を加えて1380円)を算定できます。1000点の病院とは300点ぐらい開いていますから、100床で言っても1億ぐらい収益が違ってくるわけです。こういうような形で、高い入院料を取ろうと思うと、病院側は、たくさん看護師を雇い、医療・看護必要度の高い患者さんを集め、早く患者さんを退院させようとなります。

また、急性期だと、DPC方式もあり、この場合には、ある病気で入院してきた患者さんに対して、支払われるお金は、1人当たり一定額に決まっています。その決め方というのは、その人の病気が何かによって、もう値段が設定されているのです。たとえば心不全で入院されてきたら、この患者さんには、どんな治療をしても、どのような看護をしても、お金の支払われる額は同じなのです。この設定額も、入院期間に応じて決められていて、心不全でいえば、入院期間Ⅰはもう5日ぐらいってなっています。入院期間Ⅱだと14日ぐらいってなっています。Ⅰのときは高い点数が設定されています。Ⅱになると低くなります。Ⅲになると激しく低くなります。そういうふうになって、しかも心不全以外の病気があるうがなろうが、DPCでは心不全というのに対しての値段しか支払われません。かつ、その点数も、点数は一定で決められているのですけれども、本当に複雑で申し訳ないのですけれども、病院ごとに係数がかけられます。たとえば在院日数、疾患の多さ、救急医療などによって、DPCの点数に係数がかかってきて、1点の点数も上下します。国が決めるやり方は、こういうふうになっていて、在院日数を短くしてくれる病院であれば点数を上げますよ、係数を高くしますよという形です。こういうふうな形で、病院への

政策誘導が入るのです。簡単に言っちゃえば、特徴としては、急性期では、早期退院ほど収益性アップするということになっています。また、救急手術患者が多いほど、収益性アップするということになっています。それから、DPC 病名以外の疾患は評価されないっていうことですから、いろんな病気を抱えている人ってというのは、歓迎されないことになります。DPC 病名以外の病気を治療すればするほど、病院の持ち出しが増えるからです。

さらに、このあいだの診療報酬改定で高度急性期を位置づけたときに、特に全身麻酔による手術は年間 2000 件以上やれば加算がつくという制度が出てきました。年間 2000 件というのはかなりの件数です。ほかにも、総合入院体制加算を取ろうと思うと、人工心肺、さらに難しい手術をやるってことをやれば、点数は高く設定しますよというふうになっています。ですから、より難しい手術を数多くやればやるほど、病院の実入りはいいよというような話になっているっていうことですね。

地域包括ケア病棟では、出来高算定はなくなって、全部包括になっていきます。出来高算定は手術と麻酔だけが認められるので、それ以外の薬とかりハビリなんかは、何回やっても、どれだけ薬を使っても、それに対して使えば使うほど、利益は下がることになります。施設基準における看護体制も、基本的に 10 対 1 以上だったのですけれども、13 対 1、つまり患者さん 13 人に対して看護職員 1 人でもよいことになりました。入院期間も上限が設定されていて、60 日以内に、ほかの施設にじゃなくて、在宅に退院させなければなりません。在宅からの入院受け入れと急性期医療機関からの転院を想定しているということ、それから少ない人員体制と包括払いのため投入医

療資源はなるべく抑制的にしていったほうがいいですよっていうことになります。そして、上限設定期間内での退院が要件になってくる、というわけです。

また、回復期リハビリテーション病院、病棟というような機能もできましたが、出来高算定はリハビリのみです。だから、この病院では手術は想定されないということで、看護職員はさらに低くても 15 対 1 でもいいというふうになってきます。また、重症の障害を持った人がある程度以上受け入れないといけないし、しかもその障害がちゃんと回復する者が一定数必要です。併せて入院期間も上限が設定されていて、在宅の復帰率も要件化されています。ですから、回復期リハ病院では、医療行為を行う患者は想定していないということになります。そもそもここでいうリハビリで何を想定しているかという、機能が回復しないといけないのです。だから、我々現場で見ていると、ご高齢の方々の機能を維持し、寝たきりを防止するためのリハビリは、機能が回復していないとして、回復期のリハビリの患者さん対象にはならないのです。

あとは療養型病棟、これは唯一入院期間の上限が設定されていない病棟になります。ただし、さっき言ったように療養型っていうのは施設と同じ位置づけなので、療養型はなくなる方向です。医療区分が高い人、つまり、中心静脈という特殊な点滴をしているとか人工呼吸器をやっているとか透析患者をしているとか、一定そういう人で長期の医療になっている人だけが、この療養型の対象です。さっき言った高度急性期とかだと、1 日だいたい 6 万点、6000 点ぐらいないと高度急性期というのは成り立たないですけども、この慢性期だと 1400 点とか 750 点ぐらいになるのですね。そういうなかで、医療区分の高い患者の長期になる

人を受けると、これなかなか大変です。

5. 零れ落ちる患者

各病床に対象となる患者像はどういうふうなものかという点、①高度急性期では、手術や集中治療、科学療法を必要とする単一疾患の患者さんで入院期間Ⅱ以内に済む人というのがターゲットになる患者さんということになります。②地域包括ケアだと、急性期から引き継いだ患者とか、在宅や施設からの容態が悪化した患者さんのうち、60日以内に在宅に退院できる人です。短期滞在手術もターゲットで、たとえば眼科の手術とか白内障の手術みたいなとか非常に理想的な患者さんだということがあります。③回復期リハは、障害の度合いは高いけれども機能が改善するような、例えば1番典型的なのは整形外科の手術を受けた患者さんです。若くて障害を持つといえ、事故とかになると思うのですが、高齢者の脳梗塞なんかで重篤な障害はあるのだけれども、寝たきりになるような人は、回復期リハでは認められないことになりません。最後に、④療養型は、退院後の受入先がないという方ですね。介護施設なんかでも見てもらえそうにないような人ということになります。ただここで特徴的なのは医療資源の投入が少なく済むので、包括診療となります。以上のように、診療報酬で各病床の守備範囲が決められています。

そうすると、いずれの機能でも対象とされない患者は、もうこぼれ落ちちゃうことになります。こぼれ落ちる患者像とは、入院期間が長引いて医療資源の投入量が多くなる、機能改善は望めないけれども維持機能のためのリハビリが必要となる、それから、病気は持たないのだけれども生活面での自立が困難という、こういうような方って

いうのは、なかなかいずれの守備範囲にもカバーされない患者像として浮かび上がってきます。少子高齢化で増加する多疾患併存の自立困難の高齢者は、地域医療構想の視野から外されていることが、よく見えてきませんか。

実際現場の医療機関はどうなってきたかという点、地域医療構想の前から、老人病院のようなところで機能の分化が進んでいたし、療養病床としての機能分化も進めてきました。ですが、1つの病院で急性期から慢性期まで見る病院が、病院の規模にかかわらず、ほとんどすべてだったのです。ところが、地域医療構想によって、急性期、回復期、慢性期の医療機関に分化させていくと、どうしても本当に、隙間が出てくるのです。

そこで、民医連内に加盟する5病院に対して、インタビューをさせていただきました。5病院とも、実はさっき言ったすべての機能を持っていた病院です。でもその病院の規模とかによって、これだけ選択の幅を狭めてきました。A病院は急性期に特化させる、B病院は地ケア（地域包括ケア病床）だけに特化させる、C病院は急性期、一部急性期と回復期だけと、そういうような形でそれぞれに選択を迫られてきたということですね。民医連ですから、我々は本当にすべての医療需要を汲み尽くすっていうか、応えたいというのがモットーとしてあるので、実態はどうなったかということですね。はっきり言うと、高度急性期のところでは、手術とか集中治療にならない急性期の患者さんは、入院適用ではないのです。ですから、誤嚥性肺炎とか尿路感染症などで手術や集中治療を要しない患者さんも、入院できない。こういった患者さんは救急病院に運ばれるのです。回復期リハとか療養型では、救急体制は充実してい

ませんから、地ケアにしてもそうですけども、高度急性期にまず運ばれるのです。運ばれたあとに、でも入院させることができないので、連携先を確保しておくことになるわけです。これはなかなか難しいところで、連携先が確保できないところも多いわけですね。そういうようなところでも、A病院は確保先を非常に一生懸命に確保しながら対応しています。地ケアは60日超えの入院患者の割合を1割以下に収める必要があり、回復期リハは在宅に返さなきゃいけないので、在宅に返したあとも在宅リハを整備することも進めています。それから療養型では体制不足で医療依存度の高い患者は対応できないのだけど、そこをもう身銭を切って看護体制を確保していますね。ケアミックスの病院で、松江生協病院もそうなのですけれども、実は60日超えの患者さんが30%を占めています。収益性や利益性からいけば、非常に低い患者を受け入れながら、やっています。どういう方が60日超えてくるかということですが、病態的に不安定だったり、食事摂取量が不安定だったり、高額医療費を使ってたりとかっていうような場合ですね。もう1つ、やっぱり重要なのは、入院適用外とか長期入院の患者の受入先確保のための連携強化をやるために、ソーシャルワーク機能です。

一方で、診療報酬で評価されない医療資源を、我々は投入しながらやっています。先ほどのA病院でも言われていたけども、手術とか集中治療に特化していこうと思うと、7対1という看護体制ではとてもやれない。4対1とか5対1にして対応しているのですが、これは評価されないのです。だから、高度急性期といえども、非常に身銭を切っている部分が多いことになります。あと、期間Ⅱ超の継続入院とい

うのもやらざるを得ない。これは気管切開とか人工呼吸器装着とか、急性期で受け入れて手術もやったけれども、すんなりと帰られるとばかり限らないのですね。そうすると非常に重症な病気、医療密度の高いことを提供しなきゃいけない患者さんとか、どうしても期間を超えた入院になってきます。でも受け入れ先がないのですね、そういうところの。そうすると、そこはもう期間を超えても受け入れなきゃいけないみたいなことが起きてきます。それから複数疾患を有する患者さんの場合、心不全で入院してきても肺炎があったとか、実は圧迫骨折を持っていた場合、DPCの範囲を超えて治療することになります。地ケアとか回復期とか療養型でも、算定不可能なものも積極的にやっているのが実態ですね。

切れ目ない連携といわれますけれども、本当に受療権が保障されていないのです。どういうことが起きているかという、急性期のA病院では、手術や集中治療が不要の疾患は、入院適用外となっています。ですから、救急で運ばれても、軽症の肺炎、心不全、尿路感染は入院の対象とならない。受け入れ先が確保されないと自宅療養になります。これが顕著に現れたのがコロナ禍ですよ。あと、高齢者は手術対象外になってきています。近隣の高度急性期病院では、ある程度年齢で区切って、それ以上の方は手術しませんと断られるそうです。私は不整脈の専門的なカテーテル治療をしており、病院には高齢の方も年齢に限らず受け入れていますが、近隣では75歳という年齢で区切ってカテーテル治療をやらないふうになっているので、うちには紹介患者さんがたくさん来ます。数か月先まで予約が埋まる状況です。

また、複数の疾患を抱えていても治療対象は1つだけということになりますので、

インタビューした病院長が言っています、同時に2つとか3つとかの何かの疾患を持っていても、患者の希望でまとめてやりましょうとはならない。入院中に別の疾患が見つかり、その疾患の治療を先行する必要があったときには、一旦退院のうえ再入院を予定していたが、ご自宅で急変しお亡くなりになったというケースもあったそうです。それから、うちの病院であったことですが、70歳代後半のパーキンソン病の男性が、食事が取れなくて次第に体動も困難になり、何度も救急車で高度急性期病院に運ばれるのですが、検査で大きな異常がないから治療できないと言われ、たびたび帰されていました。今度は、ケアマネージャーからかかりつけ医を通して慢性期の病院に紹介されたものの、やはり自分のところでは治療できないと断られて、うちの病院に紹介されてきた。こういうことが日常的に起きています。

次の回復期リハ（回りハ）のC病院で何か起きているか。機能回復の促進ということで、回りハに入れる人は、エリートの障害を持った人なのです。抗がん剤を飲んでいるがん患者、生物学的製剤を服用しているリウマチ患者は回りハに入れない、入院させるといづれも病院が赤字になってしまう。かといって、地ケアにも入れない。廃用症候群などの機能維持も回りハの対象にならないので、地ケアでもリハをやりますが、地ケアのリハビリは包括になるので2単位しか入らない。わずか2単位のリハビリでは寝たきりになってしまう。そのため、2単位以上のリハが必要な場合は、一般急性期でリハビリを行っている。だから、病院としては一般急性期の機能を手放すわけにはいかない。しかし、一般急性期でリハビリを行った場合、入院期間が長くなると一気に入院料が下がり、しかも平均在院

日数に影響が出るため、経営的には本当に綱渡りです。

零れ落ちる医療需要を在宅で受け止められるのかというと、高齢者の軽症の患者さん、たとえば圧迫骨折で自宅ではなかなか動けなくて介護者もいなくて大変なのだけど、入院できない。治療上いろいろ検査したけど、どこも悪くないですよって帰ってきてしまう。動けなくなったりとか、食事量水分量も取れていなかったりするの、やっぱり入院とは判断されずに戻ってきてしまう。いわゆる医療と介護の狭間に落ちて、なんとか身の回りの環境のなかで支えられながら、ときにはどうにもならなくなったとの相談があって、当院で対応させていただく場合もあります。先ほど鎌谷先生が医療制度と介護制度の狭間って言いましたが、そういうようなのがやっぱり出てきています。また、機能が改善して退院しても、在宅で行うリハビリテーションに対する制度上の制限が厳しく、診療報酬で評価されない外来リハビリテーションも行われている。

まとめになりますけど、問題点としては、各病床機能の守備範囲の先鋭化・狭小化によって、医療需要を汲みつくす連携が、じつは一層困難になっています。一医療機関で複数の機能を有するケアミックス型病院では、地域包括ケア病棟があり、自院の急性期の病棟から、ケアミックス病棟に病棟移動によって受け入れていたのですけれども、それに制限が加えられました。自院からの転棟による地域包括ケアの入院受け入れが制限されたのです。1つの病院とか1つの空間のなかで、患者が移動する限りは、患者さんのなかに切れ目はないわけです。患者さんも1人の人間ですから。しかし、医療機関が分断されると、必ず隙間、狭間が出てくるっていうことですよ。自

分のところではないという医療機関が増大します。もう1つ深刻なのは、都会とは異なり、郡部では1つの大きい病院ですべての医療を担うところがほとんどだと思います。島根もそうですけども。そういうところが否定されることになります。そうすると郡部の医療は崩壊すると言えます。

ちょっと懸念しているのは、現場でのモラルハザードの危機です。やっぱり高齢者差別医療が起きていると思います。慢性期の病院や高齢者住宅への転院を依頼する際、慢性期の病院では、医療資源を投入することはできないわけです。そうすると、何か急変した場合には、「お看取りでいいですか?」「お看取りでいいよね?」と、あらかじめ決めといてくださいと言われることが、急性期の病院にはあります。DNR (Do Not Resuscitate、心肺蘇生はしない) とか、ACP (Advance Care Planning) で人生の最終段階をあらかじめ決めておきましょうっていうことです。そういうようなことが急性期で合意されるのだけども、回復期に来て家族とゆっくり話してみたら、やっぱりもっと治療してくださいという話になるのです。

急性期では、じっくりと患者さんと向き合うっていうのは残念ながら厳しい。「3時間待ち3分診療」なんて言われますけども、患者さんや家族とゆっくりした時間が取れないとなると、十分な合意を取り付けられないままにDNRが取られるってことが起きてしまいますね。そうやって、回復リハに行ったときに覆るってことはしょっちゅうあるわけです。急性期のA病院に救急車で運ばれてきたときに、DNR、心肺蘇生しないという確認が取られる事態が起きているわけです。これ本当に皆さん医療現場でこんなことが起きているのかと、ショックをたぶん受けられたと思いますけ

れども、これが実際に現場で進んでいることなのです。ある程度の年齢で区切って手術はしませんと断られるケース、これも本当にしょっちゅう起きています。2012年に老年医学会が、最善の医療は年齢で区切ることなく提供すべきだとの立場を表明しました。その表明では、終末期って特に年齢では決められないことも書いています。治療してみて初めて終末期が見えてくるわけで、やらないあいだに終末期を決めることはできないのです。同じ年齢でも個人の差がありすぎますから決められない、そこをちゃんと心得て治療しなければいけないと、老年医学会で言われていて、ここを強く我々医療人も心得ておく必要があると思っています。

もう1つ言いたいことがあります。こういうようなことをやっていて、本当に医療費が減少しているのかということ。実際には医療費はずんずんずんずん増加しているわけですね。これ私は当然ではないかなというふうに思います。どういうことかと言うと、DPC・急性期病院からの紹介では、ほとんど全身チェックをしない。1入院1疾患ですから、それ以外の病気は検査もしないし治療もしないで送られてくるわけです。送られてきたときに検査してみたら、ほかの病気がたくさん見つかり、また送り返すことがあります。ですから、検査や治療の重複ややり直しが起きるし、再入院も繰り返される。そんなことをやっていれば、1人の患者さんに投入する医療費は、むしろ嵩むのではないかと思いますね。医療とか福祉の公共性を思うのであれば、やっぱり患者1人当たり、何人治したかっていう料金設定はおかしいでしょう。消防署の運営を比較してみてください。何件消火したら、いくら消防署には支払われる、という料金体系にはなっていないは

ずです。火事が起ころうが起こらなからうが、それに備えて準備をしていくために必要な運営費が支払われているのではないのでしょうか。医療も、病気の人を何人診たかで料金を支払うのではなく、いつでも、どこでも、すべての人が最善の医療を受けられるように、パンデミックにも十分対応できるような備えを、社会として準備しておく、そのために必要な費用を支払うという料金体系にすべきではないのでしょうか？受療権は基本的人権だということを、声高に地域から発信し、求めていく必要があると思います。いつでもどこでも誰でも平等に、最善の医療を、これ高齢者の人もそうですけども、高齢者が切り捨てられるということは、ゆくゆくは我々自身も切り捨てられるというふうに、ちゃんと見るべきだと思います。実態をやっぱり知ったうえで、それを求めていくっていうことが必要だろうと思います。

あと、皆さん、今日初めて聞いてショックを受けられたと思うのですが、やっぱりブラックボックス化している医療と介護、福祉の市民への可視化をしていくことが、必要なと思います。さっき鎌谷先生も、病床機能の再編は地域の調整会議でされると報告されましたが、うちの病院はこの調整会議のなかにメンバーとしては加わっていません。ですから、会議のなかでどういうことが話されて、どういうふうにして医療連携が進められるかは、わからないのです。情報公開を求めていくことが必要だと思います。やっぱり今言われているような医療需要を切り捨て再編する政策を転換すること、選択と集約、ゲートキーパーかかりつけ機能のあり方に対して、やっぱりNoを言わなければならないと思います。そもそもの社会保障費の拡充とか、医療介護従事者の増員と処遇の改善を求め

て、医療者と一般市民の方とが共同に声を上げていくことが、やっぱり必要になっていくと思います。地域によって矛盾の表出の仕方は様々なので、言ってみれば地域が運動の主体、出発点にならなきゃいけないかなというふうに思っています。長くなりました。すみません、以上です。

【高山】 眞木先生、大変力のこもったご報告ありがとうございました。今日のご参加の皆様は、必ずしも医療従事者ではないと思いますので、本当にブラックボックスを1つ開けていただいたということだと思います。続きまして、金山様、どうぞお願いいたします。

■報告Ⅲ：「京都生協の介護事業～山積する課題と今後の展望」
金山修（京都市生活協同組合 暮らしサポート事業 系統 統括マネジャー）



【金山】

1. 京都生協の介護事業の概要

京都生協における高齢者の福祉活動は、1985年「くらしの助け合いの会」に始まります。家事援助などの困りごとを、組合員同士の助け合いで解決する有償ボランティアということでスタートしております。

その後、1998年に介護保険のスタートを見据えて福祉活動部が開設され、2000年の介護保険事業スタートと同時に、京都市北区で事業を始めました。福知山市、中京区、右京区、左京区、伏見区と順次事業所を増やしていき、2014年に経常剰余黒字が最高になりました。しかしその後は、介護報酬の改定等の影響もあり、損益が悪化していきます。2019年に2つあったデ

イサービスの1つを閉所し、小規模多機能型事業所を開設いたしました。さらに事業所の統合や、もう1つのデイサービスの閉所等、経営的には厳しい状況が続けながら、今日に至っています。

現在は、京都市内に5事業所、福知山市に1事業所の計6事業所です。もともと訪問介護が収入や利益の中心だったのですが、ヘルパー職員の高齢化が進む中で、収入が減っています。2017～18年に非常勤ヘルパー職員の一部を常勤ヘルパーに転換したことも人件費の負荷となりました。また2019年に開設した小規模多機能型は新型コロナウイルス感染症の影響もあり利用者確保に大変苦戦しています。損益改善に努めておりますが、赤字構造が脱却できていないのがご覧の通りです（表：「事業数値の推移」）。

京都生協の理念は「頼もしき隣人たらん」というものです。これは初代理事長の言葉で、困ったときはお互いに寄り添い、支え

合いましょうという、生協の存在意義をわかりやすく述べたものです。京都生協が介護事業を行う意義もここにあると考えています。

2. 介護事業の強み

第一に、利用者に寄り添った丁寧なケアができています。毎月の職場会議で、職員の活動報告を出し合っているのですが、次のような事例がありました。

「普段はヘルパーに対して割に口やかましくおっしゃる利用者が、その日に限っては口数が少なかった。不審に思ったヘルパーがそのことを事業所に報告し、医療に連携したところ、脳梗塞の早期発見に繋がった。」

「『洗濯機に行く途中の段差がちょっと怖い』という利用者の何気ない声をヘルパーがキャッチして、福祉用具の手すりを導入できた。利用者が自分で洗濯を続けることができ、在宅支援につながっている。」

(単位:百万円)		2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年第1四半期
居宅介護支援	福祉収入	137	151	165	165	158	178	152	36
	人件費			146	149	137	145	137	32
	直接剰余	△ 13	△ 8	2	△ 0	9	19	3	1
訪問介護	福祉収入	342	338	315	280	235	251	242	57
	人件費			291	266	234	246	221	49
	直接剰余	31	△ 15	7	△ 2	△ 14	△ 13	4	5
小規模多機能	福祉収入			0	22	35	50	40	12
	人件費			5	44	45	52	53	13
	直接剰余			△ 20	△ 36	△ 22	△ 14	△ 24	△ 3
通所介護	福祉収入	57	55	24	21	13			
	人件費			21	22	19			
	直接剰余	△ 9	△ 14	△ 4	△ 7	△ 11			
管理	福祉収入								
	人件費			52	37	29	23	11	4
	直接剰余			△ 65	△ 45	△ 33	△ 30	△ 20	△ 6
事業部計	福祉収入	536	544	526	488	441	479	434	105
	人件費	474	518	536	518	464	466	422	98
	直接剰余	11	△ 37	△ 86	△ 90	△ 71	△ 38	△ 37	△ 3
人件費率		88.4%	95.2%	101.9%	106.1%	105.1%	97.2%	97.3%	93.1%
直接剰余率		2.1%	-6.8%	-16.4%	-18.4%	-16.1%	-7.9%	-8.5%	-3.1%

事業数値の推移

これらは普段から利用者に身近に接して、様子をよく見ているヘルパーならではの気づきで、とても優れた事例だと思います。このような各事業所からの事例は、所長会議で選定して毎年1回「キラリ賞」として表彰し評価しております。

また小規模多機能型では、利用者をいくつかのグループに分けて、担当の介護職員が、それぞれの利用者の「くらしの様子」や「状況の変化」を共有化してよりよいケアにつなげるように努めています。毎週金曜日、生協の移動店舗に来てもらっているのですが、これまでデイサービスに来るのを嫌がっておられた利用者がこの移動店舗をきっかけに来ていただけるようになった、という事例があります。

第二に、職員自らが運営に参画して運営水準の維持向上を図っているということです。特にケアマネジャーのチームは、自分たちで企画した合同会議を隔月で開催して情報共有や研修をすすめたり、マニュアル・コンプライアンス・リスクといった委員会活動を自分たちで運営しており、このような組織風土をつくっているのは非常に強みだと考えています。

第三は、介護職員からの評価はいろいろですが、それなりに丁寧な処遇を実施でき

ていると思います。処遇改善加算を原資とした賃上げにはいろいろな支給方法があり、法人によっては年度末に一時金として渡す場合もあるそうです。私たちは毎月の賃金や時給に反映する方法で加給していますが、支給総額が加算収入見込み額を上回るように設定しなければいけないので、一部「持ち出し」で支給しています。この結果、常勤職員全体の4割程度が年収440万円超となっています。また、非常勤職員から常勤職員、さらに総合職へというステップアップが可能になっていることも、私たちの強みだと考えています。

3. 介護事業の課題

ただし、この強みの裏返しが私たちの弱みであり改善の方向性でもあります。

第一に、利用者に寄り添った丁寧なケアの裏返しということでは、事業をすすめるうえで事業所や個人の力量に頼る部分が多く、制度的・仕組み的な裏付けが薄いという課題があります。訪問介護では、サービス提供責任者が介護計画作成やヘルパー調整を行います。業務手順やヘルパー研修などが事業所まかせの傾向になっており、組織全体としての進め方が確立できていないという弱点があります。現在、日本生協連からご紹介いただいたアドバイザーの先生に関わっていただき、紙の記録書からスマホを使ったデジタル記録に置き換えるなど、仕組みづくりをすすめているところです。

第二に、職員自身に依拠した運営の裏返しとして、法人本体としての高齢者介護の位置づけが曖昧で、京都生協として具体的にどう考えるのか、打ち出せていないことが課題です。これについては、ならコープを母体とした社会福祉法人「協同福祉会」さんが提唱された「生協10の基本ケア」



生協の移動店舗

をしっかり学んでいこうと考えています。

また京都生協の宅配事業や店舗事業でも、「見守り活動」「移動店舗」「お買物サポート便」など、高齢者への支援はそれなりに実施しています。ただし、縦割りのお互いの協力関係が弱いので、関係性を強めていくと京都生協らしいお役立ちができるのかなと考えています。

4. 介護職員の育成と確保

第三に、一定の処遇ができていないことの裏返しとして、処遇に見合った活躍をしていただけるようなマネジメントが弱いことが課題です。これまで京都生協では、介護事業のことを知らない職員が異動で着任して経営管理を担ってきました。そうではなく、現場のことをよく知っている職員が経営管理を担うことが大事だと考え、一昨年度、現役ケアマネジャーに総合職になっていただき、昨年度より福祉事業部マネジャーとして頑張ってもらっています。今後も、このような内部登用をぜひ進めたいと思っています。

職員不足と高い人件費の同時進行で安定した事業経営ができていないことは、引き続き大きな課題です。あわせて、職員層が非常に高齢化しております。登録ヘルパーの平均年齢は60歳を超えており、新しい登録ヘルパーの応募が少ないため、職員数の減少が進んでおります。今後は、私たちの優位な部分と不得意な部分をしっかりと棚卸して、人的資源の有効活用をはかることが必要です。

最後に介護保険制度についてです。ケア労働者は社会的にも絶対的に不足しております。訪問介護だと求人倍率が10倍以上と言われています。「3K」の代表格みたいな感じになっています。よく言われることですが、「ケアの仕事は家事の延長であっ

て、本来は無償労働である」という考え方が背後にあるのではないかと思います。今後、持続可能性を図っていくためには、「ケア労働には考えられている以上の価値がある」ということについて、社会的なコンセンサスが必要になってくるのではないのでしょうか。

ケア労働は、サービスを売ったり買ったりする「サービス業」として位置づけられています。しかし、私たちケア労働者の側からは、単なるサービス業にとどまらない、社会的・文化的な価値を維持形成する仕事だということを、継続的に発信していかなければならないと考えております。当然、私たち自身の専門性を高める努力も引き続き必要だと思います。

以上です。ありがとうございました。

【高山】 金山様どうもありがとうございました。京都生協の取り組み、強みの部分と、またこれからにも向けての課題ということもわりと率直にお話いただきまして大変ありがとうございます。

■パネル・ディスカッション

【高山】 まずコーディネーターである私のほうから、3人の報告者の皆様に質問させていただきます。そのあと、コメントも1件いただいているみたいですし、参加者の皆様からの質問をお聞きしたいと思います。

まず、鎌谷先生のご報告についてです。大変にわかりやすい制度解説だったかと思えます。感想文も楽しみです。私も先生の授業を受けたいなと思いました。それで、とくに私の印象に残っていることは、先生が、今ある医療の制度や政策は国民の

選択あるいは無関心の結果であるということ、非常に強調されていたことです。またそのなかでも、保険料や患者負担、窓口負担はわかりやすい、そこには国民は反応するのだけれど、医療提供体制では何が起きているのかは非常にわかりにくい、そういった意味での情報格差についても、おっしゃられたかと思います。この点は、協同組合に限らず、医療福祉の分野で事業や運動をするときに、非常に重要だと思います。

そこで、鎌谷先生に質問したいことは、ご自身の障害者福祉でのご感想も含めて、やはり利用者の側も、ケアワーカーというか、介護や福祉の事業従事者に対する考え方が問われるという点です。私は授業などでいつも、コロナ禍での医療・介護・福祉従事者の方々の献身的な努力を忘れちゃいけませんと言います。外国では、コロナ禍の2020年には従事者がどんどん医療現場から逃げ去った国もあるわけですね。だから日本の従事者は素晴らしいと僕は思っていますが、その辺りについて、鎌谷先生には、国民にどのような教育あるいは啓発が必要なのか、お聞きしたいと思います。また、もし時間があれば、もう1つ鎌谷先生には、昨年度の総会記念シンポで取り上げた労働者協同組合というのが、先生のご関心のある分野で使う可能性があるのかということも、もし時間があればお聞きしたいと思います。

続きまして眞木先生のご報告です。眞木先生は、現場で診療に従事され、また全日本民医連や松江生協病院の院長というお立場で、地域の医療や医療政策にも全面的にコミットされておられる方で、本当に今日の報告も迫力があつたかと思います。ご参加者の皆様にはショックを受けられた方もおられるかと思いますが。会場では事務局が

ショックを受けておりました。それで、先生のお話では、厚生労働省の政策文書を鵜呑みにしてはいけないことを強調されました。国にはやろうと思っている政策があつて、それを論証するために資料が用意される。コロナ禍でいろいろな課題が明らかになったいまも、医療機関の連携が進んでいないのが原因だから、地域医療構想を進めなければいけないと国は言います。今回の眞木先生のお話では、細かく診療報酬の施設基準についても取り上げていただいたのですが、そこを踏まえて考えると、実はどこにも該当しない患者さんは、結構出てくるのです。医療現場もそれはわかっている、非常に、特に民医連にも参加しているような病院の方々は、本当にそこでの板挟みになっているという、そういう切実な声も聞けたかと思います。眞木先生のおられる松江生協病院のように、地域に密着しながらケアミックスを担う病院もやはり必要です。経済学では範囲の経済性と言いますが、それも大事だなということも今回非常に印象付けられました。

そこで眞木先生にご質問したいことは、やはり先生の病院で地域に密着しながらケアミックス型を展開しようとされた、その意思決定のところをぜひお聞きしたいです。生協法人ということで、他の医療法人に比べて、組合員といいますか、患者・住民との接点が非常に多く、意思決定にも制度的にも参加するという仕組みがあると思うのですが、たとえばそういうところが先生の病院の特色を出す上で、寄与しているのか、そうでないのかを、ぜひお聞きしたいと思います。

あとはもう1つ、もしお時間があれば構いませんが、先生は医療・福祉がブラックボックスになっているということを結構言われていて、このブラックボックスになっ

ている部分をどう広めていくか、どう発信していくかについて、先生のお考えがありましたら、ぜひお聞きしたいと思います。

最後に、金山様には、京都生協の取り組みを丁寧な、また弱みを示すっていう意味では非常に率直に、ご報告していただき、本当にありがとうございます。私自身も8年間、京都生協の有識理事として参加させていただいたのですけれども、やっぱり京都生協の福祉事業では面白いことをいっぱいやっています、今日お伺いした「キラリほっと」という事例共有については、私も理事会で素晴らしいという話をしました。国には医療事故の調査制度の仕組みがあって、「ヒヤリハット事例」をきめ細かく収集しています。ヒヤリハットというのは、事故にとか過誤に至る前の、危なかったってところですね。それも含めて国は収集しているのですが、それだとつらい話ばかりなので、むしろ京都生協では「キラリほっと」で、これよかったねっていう事例を集めて、それを宝にして共有し、事業の活動、運動の改善に繋げているのが素晴らしいですね。

また、処遇改善についても、法人によっては内部留保するところもあると聞きますけど、京都生協はちゃんと還元し、持ち出しも含めて支払い、かつキャリアパスもしっかり提示されています。こういうところは、もっと宣伝していくことが大切かなと思いました。一方で、弱みというところでは、率直に法人としての位置づけがまだ弱いとも話されていたことが印象に残っています。

金山様は、報告の最後に、エッセンシャルワーカーという言葉も耳にしますが、ケアを担う介護従事者が社会にとって不可欠な社会的文化的価値を維持・形成する必須のワークであることを強調されています。

した。私も賛成なのですが、そのことに関して、京都生協で今取り組んでいることや、これからやりたいということがありましたら、ぜひお聞かせください。あともう1つ、お話のなかで協同福祉会あすなら園の話もよく出てきましたが、生協本体とは別法人にした方がよいのか、金山さん自身はどのようにお考えなのかお聞きしたいと思います。たとえば特別養護老人ホームを作ろうとすると、どうしても社会福祉法人を作らなければいけないとか、いろいろ制度上の課題もありますので、差し支えない範囲で、お答えいただきたいと思います。まず鎌谷先生お願いします。

【鎌谷】 ありがとうございます。2つご質問いただいたかと思いますが、1つ目は、どういうふうに教育というか皆さんにお伝えするかということですね。これはもう非常に難しく、たとえば私も授業で目の前にいる学生にはいろいろ言うわけですが、ごく限られた人数で、なかなか世間には通らないですね。あとやはり大事なのが、金山さんから自分たちでいろいろ発信していくというお話がありましたが、自分たちで自分たちの苦労を発信するだけでは、世間からは避けられることが多いのかなと思います。やはり、我々が伝えたり、あるいはたとえば介護現場の大変さを医療現場の人が伝えたり、あるいはその逆に医療現場の大変さを介護現場のほうで伝えたりとか、第三者というか、横から言うのが必要なのかなと。その意味では、今回のように眞木先生や金山さんと私で報告できたことは、そういう面ではよかったかなというふうに感じております。

2つ目に質問していただいた労働者協同組合ですね。働いている人の共同所有共同運営ですので、今回私が話をした、利用者

さんあるいは地域住民の人たちの共同所有共同運営の話とは、少し方向性が違うのかなというふうに感じております。以上です。

【高山】 鎌谷先生、どうもありがとうございます。それでは、眞木先生よろしくお願いいたします。

【眞木】 ありがとうございます。うちの病院がケアミックスを選択しているということについてのご質問だったかと思えますけれども、たぶんこういう病床選択を迫られたのは2010年前後だったかなと思います。そのときに、ある程度の規模の、うちは350床ですけれども、ある程度の病床規模があったことが、要因として大きいかと思うのですけれども、入院していた患者さんがまさしく急性期から慢性期までいたわけですね。そうした需要に応える形を取るには、どこだけかを切り取ってやるっていう選択にはならないですよ。そうすると、ケアミックスっていう選択にならざるを得なかった。あと、戦略的にどこか1つというような選択を取るとなると、それはそれでまた大変だということもあって、ケアミックスを選んだのかなというところもあります。今振り返ったら、この選択は間違ってたかなと非常に思っています。別の圏域のところでは、かなり病床数を減らしながら、実は急性期に舵切る病院もありました。急性期だけに特化しようとなると、それ以外の部分を受け入れる病床がなくなるので、急性期以外の病床をどんどん減らしていく形になったのです。しかし、急性期を経たあとの患者さんをすべて連携先に頼むというのは、現実的には難しい、そのため、急性期後の患者さんを継続して診ることができる病床として地域包括ケア病床を自院でも取ろうというお考えがこの

度の診療報酬改定前にあったそうですが、今回の診療報酬改定で、自院内での急性期から地域包括ケアへの患者移動に制限がかけられたため、その考えを諦めざるをえなくなったようです。

だから地域の方向性としては急性期だけでは全然ダメだし、地域の連携だけでも難しいという現状があるなかで、やっぱりケアミックスが必要です。最近、「地域密着型多機能病院」が注目されていて、慢性期医療協会なんかでも、一時期は機能分化ばかり言っていたのが、中小病院を中心に地域密着型の多機能病院っていうのが地域で要求に応えられるあり方だと、一部から叫ばれるようになってきています。ですので、ケアミックスは選択として間違ってたかなと思うのですが、今後もそれで生き残っていけるかは非常に厳しくて、うちも先ほど80代以上の方に手術をしているといいましたが、手術をするとなるとそれなりに投資が必要になりますし、それにえられるような料金体系でないと、経営を維持するのは非常に厳しいかなと思っています。

ブラックボックス化になっている部分をどう発信していくかというお話ですけれども、先ほど鎌谷先生が言ってくださったところがポイントの1つになるかなと思います。私は、現場の起きている実態をいろんな場所で発信せざるを得ないと思っておりますが、実は無料低額診療事業もやっており、利用者の属性調査をしました。そこに関して、非常にショッキングなデータですけれども、利用していたのは40代から50代男性で、国保（市町村国民健康保険）の方が1番多いっていうような事情がわかったのです。この実態を、共同研究者である島根大学の法文学部の教室の先生と一緒にマスクミに伝えたら、このあいだテレビ放映さ

れました。そういう発信をいかに多くやっていくかということが、やっぱり何より大切なのかなと思います。そういう意味でも、「共同の営みとしての医療」という民医連の言葉があるのですけれども、現場の矛盾をリアルに伝えていく努力をしていく必要があるのかなと思います。すみません長くなりましたが以上です。

【高山】 眞木先生どうもありがとうございました。それでは金山様お願いいたします。

【金山】 社会的な役割の発信というのは非常に大事だと思います。以前に、組合員さんの集まりに呼んでいただいて話をさせていただいたときのことです。参加されていたのは、60～80歳代の女性5人でした。医療や介護に関心が高い層だと思うのですが、皆さん介護保険の具体的な中身についてあまりご存じではありませんでした。医療もそうだと思いますが、介護は当事者になってみないとわからないし、当事者になったからといって介護保険のことが全部わかるようにはならないわけです。

その点については、「生協10の基本ケア」を元気なうちから学んで在宅介護に備えていきましょう、という切り口は有効だと思います。コープみらいさん等で積極的に実践されていると聞いています。そのようなミニ学習会を組織内で作っていくのが、1つの方向性です。この点につきましては、医療生協さんが取り組んでおられる班活動はとても参考になります。本当にすごいなと思って拝見しています。

別法人につきましては、私たちの現状からみると、難しいと考えています。なんでも自前でやる必要はなく、自法人では得意分野に特化した事業をおこない、それ以外は地域のほかの介護・医療の皆さまとネッ

トワークをうまく組む、という方向に持っていったほうが良い、と考えております。

【高山】 金山様どうもありがとうございました。最後に、質疑応答いきたいと思うんですが、まずコメントで1ついただいております。「組合員の役割が弱まっているのではないか」というところで、今後どうしたらいいですか?との質問いただいております。眞木先生と金山様に回答していただくのがよろしいかなと思います。眞木先生、金山様、組合員の役割というところで何か感じる場所があれば教えていただければと思います。

【眞木】 じゃあ私のほうからいいですか。組合員の役割は絶大ですけども、それを医療従事者のほうでわかっているかというところが問題です。さっき班会というのがありましたよね。班会で今の現場のことを伝えて、その方から地域に発信してもらおうというような流れができればいいのですが、逆に、医療従事者の側が忙しすぎて、組合員活動にあまり参加できていないために、ブラックボックス化というか、組合員自身に伝わっていないというところがあるように思います。そこは、やっぱり組合員さんにも、もっと教えてくださいというアクションを起こしていただくと、我々もそこに出ていく形になってくると思うので、そういう意味では、組合員さんだけの問題ではなくて、我々医療従事者のほうも生協のメンバーではあるはずなのだけど、その自覚をもう少し持たなきゃいけないかなというふうにちょっと思ったりします。以上です。

【金山】 京都生協では、商品や環境などの組合員活動は熱心に取り組まれています。

ただし、組合員の介護や年金に対する強い問題意識を、組合員活動として形にするのは、すこし弱いかなと思います。まずは、職員に対する広報宣伝活動からはじめることが課題だと思っています。

【高山】 眞木先生、金山様、どうもありがとうございました。眞木先生からは、医療従事者の側でも医療生協の職員という自覚が必要だという、非常に貴重なご意見いただけたと思います。また金山様からは、購買生協の職員の側でももっと周知がいるというご指摘でした。ブラックボックスという言い方が繰り返し出しましたが、組合員や地域住民の医療・介護ニーズが広範囲に広がっているなかで、消費生協であれ保健医療生協であれ、生協法人としてどういうふうにもニーズを受け止めて、事業活動あるいは組合員活動に取り組んでいくかが、課題だとわかりました。ありがとうございます。まだお1人ぐらいはご質問受けることはできるのですが、いかがでしょうか？

【眞木】 じゃあ私のほうから、良いですか？ 1つは、協同と言ったときに特に鎌谷先生とか、金山さんのほうから、ヘルパーさんの悩みについての話がありましたね。利用者側からいろいろあったときに、やっぱりその協同というのはお互いをリスペクトして、お互いの人権を尊重し合うという関係性がないと、うまくいかないと思います。そういう意味では、やっぱり人権意識の醸成が、職員同士もそうだし、職員と患者さん利用者とのあいだの関係性でも、そこがベースにならないと、共同の取り組みっていうのはうまくいかないのかなと考えました。

あともう1つ、医療とか介護では、公共にもっと役割を果たしてもらうことが必要

です。協同だけでやると、公共の補完になってしまう可能性がある。協同が頑張ると同時に、協同ができない部分を公共にちゃんと求めていくというのも必要かなと思いますが。

【高山】 では、鎌谷先生、金山様。そしてリスペクトの件ではぜひ今日ご参加されているので川口先生にも一言いただきたいと思っています。

【鎌谷】 リスペクトの件は、私もまさしくそう思いますし、やはりみんなで支えている、片方が片方を支えているだけじゃないということが、重要なのかなと思います。川口先生のご意見ぜひ聞きたいので、私の話はこのぐらいにして次進んでください。

【金山】 眞木先生のご指摘は本当にその通りだと思います。事業者はサービスを売る立場で、利用者・家族はサービスを買う立場ということに、どうしても発想が縛られがちです。介護という社会的資源をいっしょにつくっていくパートナーだ、という関係性がつくれるといいのですが。その辺りが私たちの課題なのかなと思っています。

【高山】 ありがとうございます。じゃあちょっと突然ですみませんが、川口先生、どうぞよろしく願いいたします。

【川口啓子（大阪健康福祉短期大学付属福祉実践研究センター 研究センター長）】 川口です。今日は貴重なお話ありがとうございました。私もいい振り返りになりましたし、ちょっと思い



起こせば、それこそ高齢者に差別的に診療報酬が入ったのが1980年ぐらいだったかなと思うのですが、そこから本当にどんどんエイジズムが進んできたことを、改めて今日振り返る機会になりました。ありがとうございます。だいぶ前ですよ、当時の大蔵大臣が、医療がまだ70歳を超えたら無料になっていたところに、「枯れ木に水をやるようなものだ」と言ったのを覚えていらっしゃる方、多いと思います。それがまだずっと続いていて、いつの間にか我々にもじわじわ浸透してきて、高齢者自身が、病気になったり要介護になったりしたら迷惑をかけると言いますよね。私もそこをなんとかして変えていかないと、お互いのリスペクトが生まれないのかなと思いますね。要介護者って中途障害者なのですよ。だから、要介護は迷惑をかけるというと、本人が気づかないまま、障害者は迷惑だと言っているのと一緒なんですね。障害者差別が、自分でも気がつかないうちにあるわけですよ、心の底にね。そこを克服していくのに、私は、組合員の力がすごく重要だというふうに思っています。先日も尼崎医療生協の組合員さんと話していたら、やっぱり要介護になったら迷惑だから早く施設に入らなきゃと言うんですよ。だから要介護イコール施設に入る。その中間のことはなんにもなくて、自分がどうやって自分らしく生きるかっていうところの問題提起がされていないような気がします。だから、そここのところにやっぱり食いついていきたいなっていうことと、あと医療生協には時々お願いしているんですけど、ぜひ亡くなり方を学びたい。病院内ではデスクンファレンスをやっていると思うのです。私たちなんか、人間はどういうふうに亡くなっていくのか、自宅で亡くなる場合とか、病院で亡くなる場合とか、怪

いで亡くなる場合とか、苦しみながら亡くなる場合と、静かに息を引き取る場合とか、そういう亡くなり方の学習会みたいなのを、少し問題提起したい。昔、中川米造先生が、健康な死に方、健康な亡くなり方を言ったと思いますが、では、どうやって私たちは健康に死ぬことができるのか？みたいな問題提起もどんどん繰り広げてもらいたいと思っています。まずは、要介護イコール迷惑と言わない、言わせない、そこから始めたいなと思っています。

【高山】川口先生、ありがとうございます。もっと議論したいと思うところがありますが、約束のお時間がきてしまいました。最後に出てきましたが、組合員も従事者の方も、地域住民の皆さんも、医療・介護制度とその本質的な役割をしっかりと理解するということが大事だと思います。政府の施策には批判的に検討しながら考え直すこと、また、協同組合らしく組合員の学習活動を大切にしながら、自己責任とかエイジズムの風潮に打ち勝っていく必要があると思いました。

本日は、貴重な報告と活発なご意見をいただきまして、本当にありがとうございます。これで分科会を締めたいと思います。

■解題 高山一夫（京都橘大学）

今回の分科会は、「地域医療福祉と協同組合－地域医療構想・地域包括ケアシステムと医療福祉事業の可能性－」をテーマとして企画しました。参加者の多くが消費生活協同組合の関係者であることを念頭に、第Ⅰ報告の鎌谷先生には医療・介護制度についてのわかりやすい解説をお願いするとともに、第Ⅲ報告の金山様には私自身も有識理事として関係のあった京都生協の福祉

事業について現状と課題を報告していただきました。第Ⅱ報告の眞木先生とは、東京の「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の研究会で一緒する機会があり、先生が精力的に明らかにされている地域医療連携の実態について、かなり専門的な内容ではあるものの、参加者の皆さんにもぜひ知ってもらいたいと思い、先生にご無理を聞いていただきました。ご報告者の皆様には分科会の趣旨をよく汲んでいただき、大変に感謝しております。

本日の報告をお聞きし、コーディネーターとしては、以下の3点がとくに印象に残りました。一つ目は、医療・介護の技術や制度は専門性が高く、保険料や患者・利用者負担などを除けば、ブラックボックス化しやすいこと、それゆえに、意識的組織的な学習活動が大切だという点です。幸いにも協同組合（消費生協と医療生協の双方を含む）は、組合員の自主的主体的な活動を重視しています。とくに医療生協では、健康づくりやフレイル予防、助け合い活動、居場所づくり、そして社会保障制度の学習と運動にも積極的に取り組んでいます。そうした活動を引き続き継続し拡げていくとともに、消費生協においても医療・介護の学習に力を入れてもらうことが期待されます。農協でも保健医療事業をされているので、協同組合セクターとして医療・福祉分野の学習や運動に、さらに力をいれてもらいたいと考えました。

二つ目は、政策文書を鵜呑みにせず、地域医療の現状をしっかりと認識することの重要性です。なにも医療・介護の政策のすべてが間違っているわけではなく、地域医療連携とその前提となる包括医療の考え方、すなわち、医療を急性期だけで考えるのではなく、予防から急性期、回復期、慢性期、そしてリハビリまでを包括したもの

として医療をとらえる見方、また、地域の各種医療機関が連携して住民の健康を支えるという考え方それ自体は、間違っていないと思います。地域包括ケアシステムが希求する、地域の高齢者を中心として医療・介護・福祉・生活などの社会的諸資源が連携する仕組みづくりも、それがうまく機能する限りにおいては、大きな問題があるとは思いません。ただ、報告でも強調されたように、そうした考え方や仕組みから漏れ落ちる患者・利用者が生じた場合に、そうした人々を公的な責任で支えること、つまり基本的人権としての受療権（医療を受ける権利）をしっかりと保障することが、不可欠だと考えます。とくに高齢者の受療権が侵害されていないか、地域の実情をしっかりと把握し、運動につなげることが大切です。また、地域医療構想や地域包括ケアの推進が、公的な医療費や介護給付費の水準を抑制し切り詰めるという、財政面からの政策目標と一体化されないよう、政策動向を注視することも不可欠だと思います。

最後に、川口先生にもご発言をいただいたのですが、医療・介護に従事する方々への態度、あるいは医療・介護における従事者と患者・利用者との関係性についての認識の転換が切実に求められていることが、よくわかりました。ケアワークは決して無償の誰でもできる雑用ではなく、専門性に裏打ちされた対人労働であり、従事者と患者・利用者との間の関係性がきわめて重要であること、その意味では共同の営みであるという視点を、忘れてはならないと思います。本日の報告では、「生協10の基本ケア」の先進性が紹介されましたが、医療・介護従事者の尊厳を守り、市場的価値とは異なる医療・介護労働の社会的本質的価値についての理解を深めることを、11番目

の項目として追加すべきかもしれません。日本医療福祉生協連では、早くから「患者の権利章典」「医療福祉生協のいのちの章典」を掲げ、「参加と協同」を組合員に求めてきましたが、その一環として、医療・介護についての学びを深めることにも、ぜひ精力的に取り組んでほしいと思います。組合員のそうした学習活動もまた、地域医療福祉の質的向上と量的拡充に寄与し、医療・介護分野における協同組合の存在を輝かせるかと思えます。

今回の分科会を機に、地域医療福祉の現状と協同組合の可能性について、さらに深めることができると期待しております。