

第2分科会

購買生協は高齢期の生活を支えられるか？ —生協 10 の基本ケアを合言葉にして—

川口 啓子（大阪健康福祉短期大学 福祉実践研究センター長）



■解題 超高齢社会の再認識—ピークはこれから

第二分科会では、「購買生協」を主語にしながら「生協 10 の基本ケアを合言葉に」というサブタイトルのもと、高齢期の生活を支える生協について考えてみることにしました。

【超高齢社会の不安の4領域】

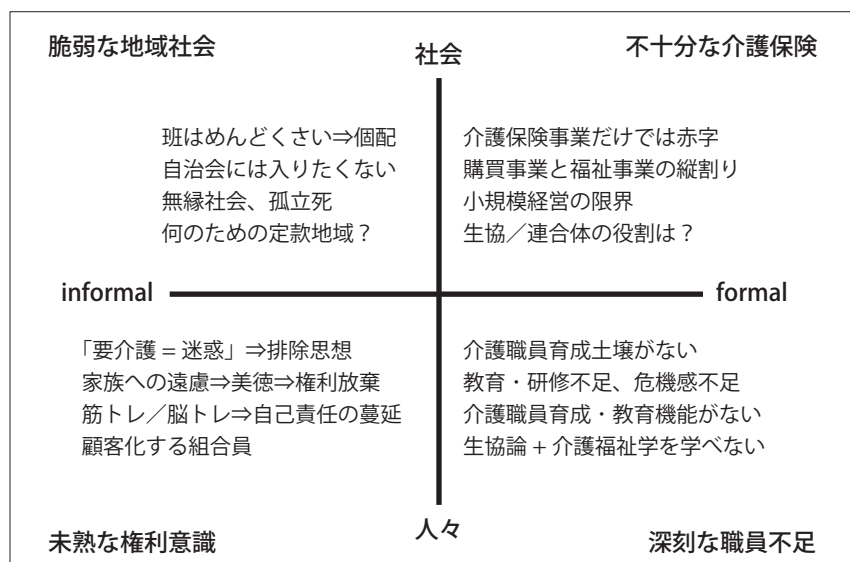
超高齢社会にはどのような不安があるのか、4領域に整理してみました（図表1）。縦軸は「社会と人々」、横軸は「フォーマルとインフォーマル」です。

「右上：社会／フォーマル」の不安材料には、使いにくい介護保険制度があります。介護保険サービスを使うには、本人の申請、行政による認定が必要です。利用料は1割負担。近い将来2割に引き上げられるでしょう。

また、「介護のお世話にはなりたくない」と、ぎりぎりまで介護保険を使わない人がいます。結果、重度化を招く場合もあります。この領域では、介護保険を早期に利用し、介護予防をしながら介護保険を使いやすく育てるという視点で考えてください。

「右下：人々／フォーマル」の領域では、

図表1 超高齢社会における不安の4領域



（筆者作成）

介護職員の不足が大きな不安材料です。生協もご多分に漏れず。「学生の 85% は将来の仕事に介護を選ばない」という調査結果もあります。

現在、介護事業所に働く職員でも離職率が高いと言われます。さしあたっては、現任職員の定着と育成が重要な課題ではないでしょうか。職員が長く気持ちよく働きつづけられる事業所、職場づくりの視点が必要になります。

「左上：社会／インフォーマル」の領域には、近所づきあいが鬱陶しい、無縁社会、セルフネグレクト、孤立死など、脆弱な地域社会が浮かび上がります。生協の定款地域はどうでしょうか。班より個配があたりまえの今、地域で生協らしいつながりの再構築が求められています。

「右下：人々／インフォーマル」では、自己責任、家族責任の蔓延が大きな不安材料です。高齢者と介護をめぐる謙遜や遠慮が美德となり、「要介護＝迷惑」や「ボケたら施設に入るから」というような認識が根強く残ります。ですが、要介護者は中途障害者です。「要介護＝迷惑」という考えは、障害者への潜在的な差別意識の表れとも言えます。また、「ボケたら施設に」は「自宅で最期まで」の本心を隠した権利放棄ではないでしょうか。

このまま放置すれば、自己責任の断絶社会になるのではないかという不安を覚えます。この領域は、私たちに権利意識のアップデートを提起しています。

【超高齢社会は、実は若者の課題】

日本の人口は、2008 年 1 億 2808 万人をピークに、減少に入りました。その後の動態から、今、4 つの画期が確認できます（図表 2）。高齢者介護の問題は、現在よりも近い将来こそ、もっと深刻になるでしょう。

現在、日本人の平均寿命は男性 81.41 歳、女性 87.45 歳です。健康づくりに勤しんで PPK（ピンピンコロリ）をめざす人も多いのですが、健康寿命が延びれば平均寿命も延びます。その差は、約 10 年です。

0 歳の平均余命がいわゆる平均寿命ですので、自分の年齢から平均余命を考えて人生設計をしなくてはなりません。平均寿命を超えた 90 歳でも、男性約 4 年、女性約 6 年の人生があります。PPK ばかりを主張していると、そのための健康づくりが自己責任になりかねません。それは避けたい。ですから、「PPK にこだわらず、皆で仲良く歳をとりましょう」という社会を築きませんか。

誰だって歳をとります。気力も体力も衰えます。衰えに気づく力も衰えます。そんなとき、第三者から見て自分には介護が必要なのかどうか、そういうことに気づいて手を差し伸べてくれるご近所の人づきあいがあれば・・・と思います。このようなつながりが、年をとっても、要介護になっても、安心して生きることができる人と人とのつながり、地域社会のインフラになります。障害を持つ方々をはじめ、社会的弱者・マイノリティを受け入れる基盤にもなるはず

図表 2 人口動態にみる 4 つの画期

2025 年	団塊の世代が後期高齢者になる	要介護高齢者がじわじわ増加
2035 年	団塊の世代が 85 歳を迎える	85 歳以上が 1000 万人超（50% 超が要介護）
2042 年	高齢者人口のピーク 3935 万人	現在、働き盛りの 40 歳代が高齢期
2065 年	高齢化率がピーク 38.8%	現在、20 歳代の若者が高齢期を迎える

（厚生労働省 HP 人口動態調査）

です。生協はそんな社会をめざしていると思います。

ところで、親の介護は済みましたか。親の介護は済んだものの「私の介護は誰がする？」という問題が浮上してきませんか。内閣府の調査では、国民の7割が、外部（介護職員など家族以外）のサービスを受けて自宅で最期までくらしたいと言います。この望みは叶うのでしょうか。

【家族介護の限界】

図表3にあるように、介護職員の不足は深刻です。なかでも、ヘルパーの不足が最も深刻で、有効求人倍率は15倍にもなります。そんな状況ですから、家族介護はまだまだ続きます。結局、「主な介護者の6割が同居の家族」です。定年直後は夫婦で持ちつ持たれつ、やがて片方が亡くなり、ひとりぐらし。そのうち子どもも老いて、100歳の親と75歳の子どもという親子の老々介護も珍しくなくなるでしょう。

図表3 将来必要とされる介護職員数と不足数

西暦	必要とされる介護職員数	不足数
2023年	233万人	22万人
2025年	432万人	32万人
2040年	280万人	69万人

（厚生労働省介護人材確保に向けた取り組み）

家族介護による虐待の件数も、年々増えています（図表4）。私たちは、障害を持つ人たちや身体能力の衰えた高齢者に対して、普段の暮らしでどのように介助すればいいか、何も学んでいません。ですから、介助の仕方がわからず、知識もスキルもな

く、どうしようもなくなって追い込まれていきます。

図表4 家族による虐待相談等の推移

西暦	相談・通報件数	虐待判断件数
2010年	25315件	16668件
2011年	25636件	16599件
2012年	23843件	15202件
2013年	25310件	15731件
2014年	25791件	15739件
2015年	26688件	15976件
2016年	27940件	16384件
2017年	30040件	17078件
2018年	32231件	17249件
2019年	34057件	16928件
2020年	35774件	17281件
前年比	1717件 (5%) 増	353件 (2.1%) 増

（厚生労働省虐待防止法に基づく対応状況調査）

では、誰が虐待するのでしょうか。息子が4割、夫が2割です（図表5）。これまでの男性社会の働き方が、今のくらしの疲弊を物語っていませんか。誰もがくらしのために働いてきたのに、いつの間にかくらしを犠牲にして働くことを常態化してしまいました。働き詰めの毎日では、子どもの成長も親の衰えも近所づきあいも見えなくなってしまいます。

ワーク・ライフ・バランスも叫ばれて久しいのですが、単なる時間のバランスだけでは解決できない状況が虐待件数の増加から見えるような気がします。行き過ぎると、介護殺人になります。介護殺人加害者の7割が男性であると言われますが、コロナ禍では女性の加害者も増加しつつあるようです。

図表5 被虐待者から見た虐待者の続柄

続柄	息子	夫	娘	息子の配偶者	妻	孫	兄弟姉妹	娘の配偶者	その他
%	40.3	19.6	17.1	5.2	5.1	4.2	1.9	1.8	4.7

（厚生労働省虐待防止法に基づく対応状況調査）

一方、虐待されなかったとしても、殺されなかったとしても、私たちはどういう死に方をするのでしょうか。オムツを巻かれ、管につながれ、口を開いて、舌の先がひび割れ、寝たきりのまま亡くなるケース。これは、決して少なくありません。このような死に方を望みますか。

図表6の右の女性は点滴を受けています。これが朝昼晩の食事です。生協が安全・安心だけを提供するのであれば、この姿は究極の「食の安全・安心」です。栄養バランス、カロリー計算、衛生管理に時間管理まで。もちろん、これを肯定するわけではありません。ただ、この写真を見ながら生命・暮らし・人生という時空間に想いを馳せると、「安全・安心な食材提供」だけではなく・・・という問題意識が掘り起こされます。

図表6の左上、お弁当の空箱やカップ麺

の容器が積み上げられた写真からは、人とのつながりを感じさせない食生活が伺えます。孤立死の現場に残された食の痕跡です。お弁当の空箱は夕食サポートかもしれませんし、カップ麺の容器はCO-OPヌードルかもしれません。左下は、セルフネグレクトによる孤立死。遺体が腐敗し、体液が染み出た床です。

こうした写真を見ると、「食の安全・安心」からさらに踏み込んで、本当に暮らしを支えるという生協の事業と運動を考えなければなりません。孤立死は、ある意味「自宅で最期まで」を全うした死ですが、他方で「暮らしをどのように支えるか」という課題を浮き彫りにしたように思います。

図表6 孤立死／孤食／経鼻経管栄養

三度の食事



(株式会社メモリーズ提供／筆者撮影)

図表 7 死亡場所別の割合

	自宅死	病院死	高齢者施設
1951 年	82.5%	11.6%	—
1975 年	46.3%	48.3%	—
2017 年		72.9%	11.6%

(厚生労働省介護人材確保に向けた取り組み)

ところで、私たちの圧倒的多数は病院で亡くなります。

1951 年、日本人の 8 割が自宅で亡くなり、病院死はわずか 1 割ちょっと。それが、1975 年には自宅死と病院死が逆転します。病院死のピークは 82.4% でした。最近になって病院死は減りましたが、高齢者施設で亡くなる人が増えています。自宅死もやや増加しました。

実は、生まれる場所の統計をとると同様の傾向になります。高度経済成長期を境に、自宅出産と病院出産が逆転します。戦後、私たちは医療の恩恵を多く受けてきました。一方、くらしのなかのできごとだった「亡くなる・生まれる」が、くらしの場から見えにくくなってしまいました。

今日、病院死は減る傾向にあります。その分、施設死が増えています。施設死ならいいのでしょうか。施設入所の多くは、家族にとっての問題解決です。本人はそれでよかったのでしょうか。施設内孤独死(孤立死)かもしれません。

【ひとりぐらしと地域と生協】

ひとりぐらしは、確実に増えつつあります。生涯未婚率も上がり、男性は 4 人に 1 人が未婚と言われています。単身世帯率も老若男女合わせて 38.0%。あと 10 年もすれば、単身世帯が 50% を超える予想、ソロ社会の到来です。人と人とのつながりはどうなるのでしょうか。生協が地域でくらしを支える社会資源になり得るのでしょうか。

か。そう簡単に解が見つかるとは思いませんが、今、何となく気づいていることが解決への糸口になるかもしれません。

配達先の高齢者。買い物の仕方や量に、何か微妙な変化がありませんか。ひとりぐらしで何万円も買い物していませんか。先週の配達分が玄関に積みあがったままになっていませんか。1 週間に 1 回、配達日になるとコールセンターに電話をかける高齢組合員もいます。「あれがたりない」「返品したい」「まちがって買った」…。配達に来てくれた職員と一言、二言話す以外、1 週間、誰とも話をしない組合員もいます。そういう状態がじわじわと増えていないでしょうか。

「生協 10 の基本ケア」に第 6 章「座って会話をする」があります。会話には相手があります。人と話すことの重要性がそこにあります。コールセンターとのやりとりも配達する職員との会話も、「生協 10 の基本ケア」という視点から見ると大きな意味を持っています。人と人とのつながりは、類的存在と言われる人間の本来の姿です。ですから、つながりの場(居場所／たまり場／小さな事業拠点…)づくりは、生協の事業と運動にとっても必然性がある取り組みです。

定款地域内のさまざまな組織や団体とつながる生協も多々あります。

島根の浜北台地域包括ケア会議には、地域の諸団体とともに、生協しまね、松江保健生協も関わっています。よどがわ保健生協とよどがわ市民生協がたまり場を共同で活用しようと動きはじめました。広島県生協連では、生協ひろしま、広島医療生協、広島中央保健生協を中心に、介護事業所の職員と一緒に勉強しています。大阪府生活協同組合連合会とくらしと協同の研究所は、講座「生協 10 の基本ケア」を開催し

ました。

地元の社会福祉協議会と懇談を重ねる生協も増えました。フードバンク、子ども食堂、見守り協定など、地域の求めに応じてできることから取り組む、というスタイルがつくられつつあります。

そうしたさまざまな地域資源のひとつとして、「生協 10 の基本ケア」も位置づけていきましょう。

日本生活協同組合連合会は、全国コープ福祉事業連帯機構を立ち上げました。「生協 10 の基本ケア」を広める取り組み—ブランド化プロジェクトは、生協福祉事業の後押しになるでしょう。

「生協 10 の基本ケア」は、介護職員だけのスキルではありません。介護する側と介護される側双方が共有すべき知識・言語、くらしの動作です。この共有それ自体が、双方の負担軽減になり、介護予防にも重度化予防にも役立ちます。「老い」を学び、高齢期のくらしを知り、自立した生活を継続する備えです。ですから「生協 10 の基本ケア」を福祉事業部だけにとどまらせては本当にもったいないのです。

たとえば、高齢を理由に生協を脱退する人もいますが、高齢だからこそ、「生協 10 の基本ケア」を活用した利用継続・促進を考えたいと思います。高齢の親を抱える中高年だからこそ、「生協 10 の基本ケア」をくらしに活かしてもらいたいと思います。職員も組合員も、やがては老いることを前提に「生協 10 の基本ケア」を知り、活用しましょう。

【Basic Literacy for Human Rights】

「生協 10 の基本ケア」を広めようと思う強い動機のひとつに、組合員の数があります。日本生協連 3,000 万人、医療福祉生協連 300 万人、JCA で 1 億 500 万人、ICA

まで加えたら 10 億人という規模です。この多くの組合員に、「生協 10 の基本ケア」を普及するなら、日本中、世界中の介護の局面が変わります。「生協 10 の基本ケア」は互いの尊厳を護り合う立ち居振る舞いでもあるからです。

「生協 10 の基本ケア」を文字にすると、図表 8 のようにたったこれだけです。でも、そこに人と人がくらしを守りう不可欠なエッセンスが詰めこまれています。互いの人権を尊重し民主主義を守り実践すると同時に自分が命・くらし・人生の主権者として主体性を発揮する—そういった立ち居振る舞い、Basic Literacy for Human Rights になりうると考えています。大袈裟でしょうか。

図表 8 生協 10 の基本ケア

1. 換気をする	6. 座って会話をする
2. 床に足をつけて座る	7. 町内におでかけをする
3. トイレに座る	8. 夢中になれることをする
4. あたたかい食事をする	9. ケア会議をする
5. 家庭浴に入る	10. ターミナルケアをする

それでは、小田先生から詳しく紹介してもらいます。発想を飛ばし、イメージを広げながら、「生協に入っていて良かった」という未来を考えていきたいと思います。

■組合員も職員も知っておきたい「生協 10 の基本ケア」—くらしに活かして介護予防も

小田 史（大阪健康福祉短期大学教授）

講師の小田先生は、介護福祉士養成課程において「生活支援技術」というケアスキルを長年教授してきました。このケアスキルを教授できる教員は、全国的にも希少です。国立大学や多くの私立大学には介護福祉士養成課

程がなく、したがってケアスキルの教員もいません。

現存する介護福祉士養成校（短大・専門学校）は閉鎖が相次ぎ、それに伴ってケアスキルの教員も減りました。そうした現状にあつて、ケアスキルの教員を組織することは、生協にとっても、研究所にとっても非常に重要な課題です。

「10の基本ケア」は社会福祉法人協同福祉会が、（介護を必要とする）高齢者の自立支援を軸にしたケアの具体的な方法を10項目にまとめたものです。実際にケアを受けた高齢者の生活が変化する、それが実践のなかで証明されたことから、全国の生協でこのケアの方法を学ぼうという動きが始まりました。それが「生協10の基本ケア」です。

「生協10の基本ケア」の柱となっているのは「尊厳を護る」、「自立を支援する」、「在宅を支援する」です。今日は「あすなら10の基本ケア」、「生協10の基本ケア」に沿って、たとえ介護が必要になっても自分らしく尊厳を保ち生き続けることを可能にする介護の基本についてお話したいと思います。

「10の基本ケア」は、文字通り10個の内容になっています。

「10の基本ケア」介護の基本を整理する

ケアの目的→

1. 換気をする
2. 床に足をつけて座る
3. トイレに座る
4. あたたかい食事をする
5. 家庭浴に入る

日常生活の土台を築く

1～5
順番に実践することに意味がある

まず、1～5。ここでのケアの目的は、介護を必要とする人の日常生活の土台を築くためのものです。病院で治療を優先したがために、疾患そのものは回復していても、筋力は衰え立てない、おむつがはずせなくなっている。奪われた力をとりもどす、普通のくらしを取り戻す、そのための環境整備と生活リハビリを中心としたケアになります。順番での実施、これは「あすなら10の基本ケア」のツボです。順番を飛ばす、入れ替えるはしません。個人の持っている力を1つずつ順番に回復させていくことに意味があるとしているからです。

6～8は、生活全般における自立と意思決定の支援のためのケアです。人とのつながり、地域とのつながりを大事に楽しく生きる、9～10のケア会議やターミナルケアではその人個人の生き方、死に方を自分で決めていく、支援を受けながらも、自分自身が主役ということを重視したケアになっています。

介護を必要とする人は年々すごい勢いで増えている、そんなイメージがあると思います。数字をみるとやはり75歳以上では、約4人に1人が要介護状態にあるという感じでした。

表1は、要支援1から要介護5まで、生活

のなかでどんなことが不自由になっていくかを示した図です。起き上がりや立ち上がりを行うために必要な足腰の力の衰えが要介護状態へと向かうきっかけとなることがわかります。太ももやおしりなど下肢の筋肉は上肢よりも筋肉量の低下が著しく、動かさないとすぐに影響を受けます。要

「10の基本ケア」介護の基本を整理する

6. 座って会話をする
7. 町内におでかけをする
8. 夢中になれることをする
9. ケア会議をする

ケア会議には、専門家・利用者・家族も参加する。家族のための会議にならないようにする

10. ターミナルケアをする

施設入所をせず自宅で最期を迎えるための生活再建に取り組む

ケアの目的→

6～8

人間らしく豊かに
地域の中で生きていく

9～10

生き方、死に方は
自分で決める

意思決定の支援

〔1. 換気をする〕

最初は、「換気をする」から始まっています。換気をするすることで、光や風、季節を肌身で感じることが出来ます。また室内に新鮮な空気を通し、よどんだ空気で生活しないことが大切です。また、感染症や脱水・熱中症などから介護を受ける人の健康を護るという視点が含

支援や要介護の状態の原因となる転倒による骨折は下肢筋力の維持、向上を図ることです。リスクが軽減されます。

まれています。

感染症の予防では換気は欠かせないものです。厚生労働省の換気基準では、30分に1回、数分間の換気を勧めています。あ

〈表1〉日常生活能力の低下 起き上がりや立ち上がり足腰の力の低下が始まり

	要支援1	要支援2/ 要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
低下していく日常生活の力	・起き上がり 立ち上がり		この力が初めに低下する			
			・片足での立位			
			・歩行 身体を洗う 爪切り 金銭の管理 調理など			
			・排泄の動作 衣服の着脱 口腔ケアなど			
			・移動動作 座位保持			
			・寝返り ・食事摂取 ・認知機能の低下			

介護は、人生において決して特別なことではなく、誰もが当事者になる可能性を持っているものです。介護をする立場、受ける立場、どちらにせよもっと身近なこととして、正しい知識を持っておくことは、生きていくうえで重要だと言えます。

ではここから「10の基本ケア」の内容を1つずつ順番に紹介していきます。

すなら苑では寒い時期、こたつに入っているときに窓を開け、空気の流れを意識した換気を行い、温度、湿度を確認し記録しています。ただ窓を開けるだけではなく、空気の流れが起きているかが大事なのです。熱中症予防では、水分補給をこまめに行います。インフルエンザやノロウイルスなどの感染症対策にお

いても、手洗いルール、嘔吐物の処理ル

あすなら苑 換気の方法 ～健康を保つ 環境を整える～

・感染症の予防 室内の湿度 温度を保つ

室温 外気との差を7℃以内に 湿度 約50～60% 40%以上を保つように
冬場は暖房で空気が乾燥しやすい

・臭いがこもるのを防ぐ 新鮮な空気を取り入れる 30分に1回 数分

ナイチンゲール 「看護覚え書」

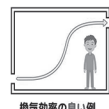
看護の第一の原則は屋内の空気を屋外の空気と同じく清浄に保つこと

・脱水、熱中症を防ぐ

発熱 だるさ 皮膚の乾燥 意識喪失 命にかかわることも…

・手洗い、うがいなど基本的な感染予防策

・室内の掃除 消毒など 環境の整備



換気効率の良い例



換気効率の悪い例

安静に寝たままでいると

筋肉量は

1日→1～3% 1週間→10～15%

3～5週間 約50% 低下する

廃用症候群(はいようしょうこうぐん)

関節の拘縮、臓器の動き、心臓や肺の機能、皮膚、認知機能など
全身の機能が低下する

急性期のリハビリ(医療 病院で行う)



生活リハビリ(自宅で継続的に行う)



「10ケア」

5

るを決めるなどの確な対策を実施し、感染症を広げない工夫をしています。

〔2. 床に足をつけて座る〕

2つめは「床に足をつけて座る」です。日常生活に必要な筋肉を衰えさせないために、あすなら苑では個人の身体に働きかけ

ていきます。
急性期の治療で安静が続くと、全身に影響が起きます。これを廃用性症候群と呼びます。ベッド上での生活が長く続けば、床に足がつかない状態で退院を迎えることも珍しいことはありません。そこに少しずつ体重をのせていくところからリハビリのスタートです。ベッドから起き上がる、正しい姿勢で座る。生活のなかで繰り返し行う基本動作「立つ」「座る」は排泄、食事、入浴、外出など人が目的を持って移動することを支えています。自らの意思で移動する力を維持することが自立したくらしにつながっていきます。

身体にあったイス 足が床に着くイス
下腿(ひざから下)の長さ-1cm

・34cm 36cm 38cm 40cm

あすなら苑では4種類を準備

・テーブルは肘より少し低め

自分の身体にあったイスやテーブルの準備

座位姿勢の維持や立ち上がりを楽にしてくれる

低い椅子に座り足底に体重をかける
尖足を治す 麻痺側の下肢にも負荷を



6

普通の生活をしていれば、人は1日40回以上の立ち座りの動作をしています。無理なく普通の生活のなかでリハビリを行う、生活リハビリの考え方が自然に取り入れられています。あすなら苑の椅子には身体を支えるためのひじかけがありません。皆さん、前の机で支えながら体のバランスを保っているのです。

立ち上がりの動作 重心の前への移動+重心の上への移動

・頭の位置を考える→前かがみを促す
手を前につく

支持基底面積(体重を支える面積)が広くなり安定する
体重を4か所に分散できるので、下肢筋力を補うことができる

手すり 引っ張り立ちは危ない

重心移動ができていないと不安定

腕の筋力で身体を引っ張りあげている

手すりは健側で持つ→離すと患側に倒れる

転倒・骨折の危険が高い



立ち上がる時の姿勢も、前かがみになって膝より内側に足を引き、ゆっくりと重心を移動させながら立ち上がります。この立ち上がりの動作が安定することによって、次の段階「トイレ

7

に座る」へと進んでいくことができます。

[3. トイレに座る]

3つめは「トイレに座る」です。「10の基本ケア」では排泄が先、食事が後になっています。「食べて、出す」食事と排泄は切り離せない関係があります。あえて排泄を先にしているのは、おむつを使わずトイレで排泄できる、便秘や下痢に苦しむことなくすっきりと排泄できる、だからこそ美味しく食事ができるという考え方に基づいています。

写真は、トイレに設置されているファンレストテーブルで、このテーブルを支えに前かがみになったり、お尻を持ち上げたり

します。あすなら苑では、加齢に伴う排泄機能の低下は避けられない、しかし安易におむつ使用はしないことを徹底して実践しています。これは人としての尊厳を保持するという重要な意味を持っています。肌に長時間、排泄物が密着した状態が続けば、皮膚感覚は低下し、尿意や便意があいまいになります。

介護者中心の視点ではでは、おむつは必要悪。失禁があれば介護負担軽減のためにおむつ使用はやむを得ないのだという考え方からどうしても離れることが難しくなります。

あすなら苑では、あくまで介護を受ける本人を中心に、快適な生活は気持ちのよい排便・排尿から始まるという考えのもと、布パンツとパットでおむつを止め、排泄のタイミングに合わせたトイレ誘導を行います。

また、歩行が難しくても、安全な移動、移乗動作でポータブルトイレに座ります。このときに大事になるのは、下剤は使わず自然な排便のリズムをつくることです。高齢になると腸の動きが鈍くなる、食事量が減るなどの原因から便秘になりがちです。だからと言って下剤に頼った排便を続ければますます腸の動きは鈍り、排便のコントロールが難しくなります。

3. トイレに座る

FUNレストテーブル

手をついて体を支える

手すりで身体を引っ張るよりも…
座る姿勢を保つ腹筋・背筋が大切



ADL：日常生活動作

オムツ使用のデメリット

・皮膚トラブルが起こりやすい

尿や便が、刺激や蒸れの原因になり、かぶれなどの皮膚トラブルが起こりやすい おむつかぶれ
尿路感染症にもなりやすい

・座位の姿勢が不安定になる

オムツの厚みで股が閉じにくくなる お尻が前にずれやすくなり姿勢が崩れる

・尿意や便意が失われる → 皮膚は第3の脳

尿や便が皮膚についた感覚になれてしまうと、尿意や便意があいまいになる

・臭いの問題

尿からアンモニアが発生し臭う 便はお尻に付着するので拭ききれずにいると臭う

・ゴミの問題

使い捨てでありゴミの量が増える 尿便を吸収したオムツは重く、捨てる負担も大きい。

・自尊心を損なうことにつながる

オムツのなかに排泄する行為そのもの、陰部を他人に見せなければならない精神的なストレス

〔4. あたたかい食事をする〕

たという実績も報告されています。

あすなら苑 食事のケア

あたたかい食事を美味しくたべる 食器にもこだわる

「作り立て」「いい匂い」のする食事を、親しい人と楽しく食べる 外食で社会性を取り戻す

自分の役割を持てもらう

厨房をやめ、クックチルドに 味噌汁とごはんは食堂で調理

利用者や地域の人と一緒におかずを作ること 地元の新鮮な旬の野菜を食べる

誤嚥性肺炎の予防 低栄養の予防

床に足底がつくイスで安定した座位を保持する

テーブルに肘をつくために、配膳プレートは使わない

肘の高さより低いテーブル→食事の時、自然に前かがみになれる 器の中身が見える

テーブルと身体の間は拳1個分あける→こぼしてもテーブルにおちる エプロンがいらぬ

食前の口腔体操 しっかりと目覚めてからの食事 口腔ケア

10

高齢者は食事量の減少や栄養バランスの偏りによって低栄養になりやすい特徴があり、これも全身に影響を及ぼします。

温かい食事を美味しく食べること、それが健康な身体づくりには欠かせません。

〔5. 家庭浴に入る〕

5つめは「家庭浴に入る」です。

あすなら苑では、日常的に「トイレに座る」「あたたかい食事をする」ことをせず、いきなり「家庭浴に入る」のは無謀だとしています。1～4までのケアのなかで回復してきた日常生活動作があってこそ入浴なのです。

機械浴は使用せず、1対1で個浴に入りますが、そのときのケアの手順を標準化し、誰が介助を行っても安全な介助動作となるよう工夫が

4つめは「温かい食事をする」です。お

いしく、楽しく、安全に、食べることが大事です。誤嚥しやすくなったから、胃ろうで栄養を摂取するというのは、安全を最優先とする医療を中心とした選択肢です。安全を意識しつつ、おいしく・楽しくを実現するために、あくまでも経口摂取にこだわっています。胃ろうだった人も「10の基本ケア」に沿ってケアを続けた結果、経口摂取にもどつ

高齢者に起こりやすい 摂食・嚥下の障害 その原因

加齢による 身体機能の低下

- ・唾液の減少→飲み込みやすい食塊にまとめられない
- ・嚥む力の低下→飲み込みやすい大きさまで噛み砕けない
- ・反射神経の衰え→気管へのフタが間に合わない
- ・筋力の減少→タイミングよくゴックンができない

他にも

脳卒中、神経疾患、認知症の後遺症や症状 薬の副作用

→ 口や喉の周りの筋肉の働きが低下 嚥下反射のタイミングがずれる

低栄養とは

エネルギー・たんぱく質が欠乏し健康な体を維持するために必要な栄養素が足りない状態

全身に様々な影響がある

- ・認知機能の低下
- ・気力がなくなる
- ・免疫力の低下
- ・筋力の低下
- ・骨量の減少



一般的に

肥満による死亡よりも、やせによる死亡の方が多い

5. 家庭浴に入る 湯船につかる

座った姿勢で湯船に入る **気持ちいい～！**
入浴頻度が多いと要介護リスクが減少する

週1～2回 1%
週3～6回 0.9%
週7回 毎日入浴で**0.71%**
(千葉大学研究チームによるデータ)



ADL：日常生活動作 13

あすなろ苑のお風呂 細かな設計の工夫



- ・片側1.5メートル 車イスも入れる
- ・移乗台
身体を洗う時のイスにもなる
幅60×奥行40×高さ40
移乗時は介助者も隣に座る
- ・浴槽の縁は7cm つかめる
腕をのせることができるので安心
- ・浴槽 内寸90 cm × 60 cm
- ・浴槽は底に足がつく深さ 50 cm
10 cm埋め込み床から40cmの高さ
- ・浴槽は壁から20cm離れている
出入りの時、頭を傾けてもぶつけない

14

なされています。また、ハード面でもあすなろ苑仕様の浴槽と移乗台を準備しています。

入浴が楽しみという人は多いですし、湯船につかるという入浴の頻度が高いほど要介護状態になりにくいというデータもあります。しかしながら、日本人は他国に比べ高齢者の風呂場での溺死が多い。2018年、家庭浴槽での溺死者は5398人で、現在も増加傾向で推移しています。入浴は心地よくリラックスでき、身体を清潔に保てる。その一方で、体力を消耗しやすく、ヒート

ショックや転倒の予防など安全への配慮も欠かせません。

〔6. 座って会話をする〕

6つめからは、豊かなくらしをつくるためのケアとなっています。「座って会話する」ここには認知症ケアの基本がつまっています。

認知症とは、脳の細胞が壊れ死んでしまうことで、認知機能が低下し、覚える、話す、考える、判断し行動するなど、人が日常生活をしていくうえで不可欠な機能が上手く働かなくなる。これが原因となって生活に支障が起こっている状態です。原因は100種類以上あると言われていますが、現在、認知症全体の約60%を占めるのはアルツハイマー

型認知症です。

認知症の症状は、中核症状とBPSD(認知症の行動・心理症状)の2つに分類され

6. 座って会話をする

- ・話す・声を出す・笑う=介護予防につながる
- ・ひとりじゃない=相互ケア
- ・認知症の人でも安心して過ごせる環境 居場所づくり



地域ぐるみで
孤立しない社会づくり

考え方：いつもの暮らしが大切 15

あすなら苑の認知症ケアは居場所づくり

基本ケア1～5で 安定した生活の基盤をつくることが重要 順番が大事

- ・「管理・監視する」「お世話する」ではない
日常的に行っている習慣を継続できるように工夫 役割を持つ
料理をする お茶を入れる →自立支援
- ・環境をできるだけ変えることなく生活できるような工夫
なじみの関係でお茶を飲んですごせる 安心できる
- ・生活音にも配慮 雑音に聞こえると落ち着けない原因に…

16

BPSD

認知症の行動・心理症状

周辺症状ともいう

behavioral and psychological symptoms of dementia

中核症状+

環境要因→物理的 人的 社会的 落ち着けない 安心できない 孤独

身体要因→身体的な不快感 痛み 痒み 空腹 満腹 便秘など

心理要因→不安 焦り ストレス どうしたらいいかわからない

中核症状と様々な要因が結びつくことで、心理症状や行動症状が起こる

陰性症状：不安、抑うつなど

陽性症状：興奮 妄想 介護拒否 など 介護を困難にする直接的な原因となりやすい

→個人差が大きく、症状も一定ではない 性格やライフスタイルなどとも関連
要因を取り除くことで改善することもある

17

ます。中核症状は、認知症であれば程度の差はありつつも症状が出現し、やがて進行していくという特徴があります。

BPSD は中核症状と背景要因（環境・身体・心理）が結びつくことで、さまざまな

心理症状や行動症状を引き起こすものです。認知症の介護を困難にする直接的な原因となりやすいのが特徴です。

ここで必要なのは、認知症の人が抱える生活の困難さを（生活障害）本人の視点で正確に理解することです。認知症の人が何を求め、何に困っているのか、その気持ちや願いを本人の立場で考えることが

必要です。そこを理解しようという姿勢こそが、「本人本位の介護」につながっていきます。

しかしながら、認知症の人の介護は、介護者の思うようにいかないことが多いものです。ついつい介護者の視点が先だって、イライラする気持ちを認知症の人にぶつけてしまうこと起こり得ます。そんなとき認知症の人の視点に戻って考えること、それが認知症のケアでは欠かせません。

認知症になると生活のなかでできなくなることが増えていきますが、その反面「感情は生きている」。自分に向けられた感情の全てを感じ取っていると言われるほどです。あすなら苑の認

知症ケアでは、スタッフの人間力を育てることを大事にしています。認知症の人が安心できる居場所づくり、「座って話をする」はその大事な一歩なのです。

このように感じてしまう時は、
介護者の視点であることを自覚する

・「何をしているのかわからない??」疑問
ものを集める 食べ物でないものを口に入れる

・「どうしてこんなことするの!」怒り 苛立ち
ものを盗られたという 風呂に入らない

・「何度も同じこと繰り返さないで」困惑 悩み
止めても何度も立ち上がる 勝手に出ていってしまう

認知症の人の視点に置き換えてみるのが理解への第一歩

18

〔7. 町内におでかけをする〕

7. 町内におでかけをする

行き交う人との相互ケア、セルフケア

ご近所を行き交うことだって、立派な介護予防



← 鳥取医療生協の
シャンシャン祭り

おばあちゃんの銀座
→→



商店街に、イス・テーブル、そしてトイレ...

19

7つめは「町内におでかけする」。介護が必要になっても社会とつながり続け、社会性を取り戻す、維持するためのケアです。あすなろ苑では「10の基本ケア」に取り組むにあたって、施設行事のあり方を見直しました。施設内行事では、楽しい時間は過ごせるが社会性は取り戻せない。施設内から町内へ出ようということで、最低1週間に1回、意識的に外出する計画をケアプランに組み込みました。そうすることで、外出、買い物など今まで生活習慣であったものを再び役割とできるように支援することを目指したのです。

それは、個々人の自立意識の回復「人間力回復」につながるものとなっています。在宅復帰に向けての日々のリハビリは決して楽なものではありません。だからこそ楽しい外出をし、またがんばろう、もっともっと、という生活のなかでの意欲

を引き出すことがエネルギーとなり、相乗効果をもたらすのです。また、本人を支える家族や職員にとっても、楽しんでいる本人の姿や言葉を記憶、記録することができます。

地域ぐるみで介護が必要な人を支える。そのような町づくりも課題となっています。

〔8. 夢中になれることをする〕

8つめは「夢中になれることをする」です。レクリエーションをくらしのなかに明確に位置づけ、日常的に楽しめる環境をつくることも、意欲・生きがいを引き出すことにつながる重要な支援です。

お金や時間や手間がかかる非日常の活動

8. 夢中になれることをする

家族と職場以外に5人の友を！

囲碁でもカラオケでも生け花でも

組合員活動でも！ 生活の中に「楽しい時間」を！



私が人生の主人公 20

加齢によっておこるフレイル(虚弱)

健康と要介護の間の状態 フレイルの予防で健康寿命を延ばす

からだのフレイル→筋肉量の低下 運動機能が低下
食欲がない 口腔機能の衰え

こころのフレイル→意欲の低下 記憶力の低下
集中できない



社会・環境のフレイル→人や社会とつながれない 孤独

ではなく、無理なく個人の生活に定着していて、継続的に取り組めるものを持っているのと、いないのとでは、生活の豊かさが変わってきます。社会とつながりながら、夢中になれることをする、これが介護予防にもつながります。

介護予防という視点で、今、注目されているのが、健康と要介護の間の状態＝フレイルです。フレイルに至る要因として、身体的要素（からだのフレイル）、精神的要素（こころのフレイル）、社会的要素（社会・環境のフレイル）があります。

人間が持っている体力・生理機能の最大の能力と、通常使用している能力の差を予備能力といいます。人間の身体は、普段の生活においてその能力のすべてを発揮しているわけではありません。高齢になると、高齢者の多くは日常生活に必要な体力は保持していても、予備能力に余力がなく、すぐに状況が悪化しやすい特徴があります。今、このフレイルの状態の早期発見と予防の取り組みがさかんに行われています。フレイル状態であるかどうかについては、東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢氏およびフレイル予防研究チームによって開発された11（イレブン）チェックなどが気軽に使えるツールとして活用されています。

9. ケア会議をする

－「私が主役」の自立支援、在宅支援

- ・介護サービスの単なる組み合わせを考える会議ではない
- ・家族のための会議でもない
- ・「迷惑をかけたくない」「お世話になるのは気が引ける」ではなく、**自分の本当の気持ちを置き去りにしない**
- ・自分の人生を最期までサポートするケアプランのための会議



私が人生の主人公

22

ケア会議とは、ケアマネージャーが本人及び家族、医療、介護、福祉の各専門職を招集し、介護保険サービスを導入するにあたって本人の意欲や希望を反映し、生活の質を高めるケアの提供を目的に行われるものです。

ケアを行うにあたって、必要な相互の情報共有やケアプラン（介護サービス計画）のチェックを行います。本人、家族、専門職の意見交換、連携によりケアの視点や可能性を広げます。本来はそういう目的がありながらも、実際は家族の意向重視に偏っていたり、要介護度に応じて介護保険の枠内でどのようにサービスがつかえるか、という調整の場のみになっているのが現状です。

あすなら安心ケアシステム

24時間365日の「安心ケア」を提供する「大規模多機能型ケア」
一人の「長寿の人」の元気なときから亡くなるまで一貫して人間関係を持つ「チームケア」
ケアプランセンターや各施設で無料で相談が受けられる
訪問介護看護で「テレビ電話」を設置 24時間365日見守る
デイサービスでの生活リハビリ(休んだ時は自宅や病院を訪問)
訪問介護看護が充実
在宅復帰を目指す ショートステイ・小規模多機能型ケア
特養 グループホーム サ高住など多様な住まいの場の提供

<https://asunaraen.or.jp/facility/service1.html> 協同福祉会HPより



23

〔9. ケア会議をする〕

9つめは、「ケア会議をする」です。ケ

あすなら苑は、「あすならケアプラン」と銘打って、1度知り合ったお年寄りとその

の家族をサポートし、天寿を全うされるまでかかわっていく、という方針のものでケアプランをつくっています。本人、家族がケア会議に参加することでお互いの信頼関係を深め、全職員がかかわるチームで本人を中心としたケアプランをつくり、それに基づくケアを実施していきます。ここでは、本人が意欲や希望を持てる、伝えることができる環境が保障されている—それを実現可能にしているのが「あすなら安心ケアシステム」というハード面の行き届いた整備です。

協同福祉会内では、特別養護老人ホームはあすなら苑1か所のみです。あとは認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など、介護を必要とする人のニーズに沿い、なおかつ希望に応じて在宅復帰も視野にいたれた施設整備を進めています。

[10. ターミナルケアをする]

「10の基本ケア」の最後は「ターミナルケアをする」です。尊厳を護る、自立を支援する、在宅を支援する、そのケアの柱を以て、希望すれば自宅で最期を迎えられるよ

う体制を整えています。

自分自身が最期を迎えたいと思う場所はどこか？

日本財団が調査を行った結果（2021年3月）では、「自宅」と答えた人が58.8%、次いで医療施設が33.9%でした。およそ6割の人が、在宅での看取りを希望していることがわかります。住み慣れた自宅で最期のときを過ごすこと、それは多くの人の願いでありながらも、実際は、病院あるいは高齢者施設、サービス付き高齢者向け住宅など、自身が望むように死を迎えることは難しい現状があります。

ACP

Advance Care Planning

→ 前進する 発展する

アドバンスケアプランニング

人生の最期をどのように過ごしたいか
どんな医療やケアを受けたいのか

元気なうちに考え、家族や医療従事者・ケアチームと
話し合って、共有しておく 取り組み

「人生会議」

厚生労働省 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン第4版」2018年

25

10. ターミナルケアをする

「自宅で最期まで」—希望ではなく権利



- ・自分が住んでいた家に最期まで住むというのは当然の権利
- ・自宅で最期を迎えられるよう、自身の尊厳を護り、自立を支援し、在宅を支援する—これが「生協10の基本ケア」
- ・高齢期を迎える前から考えていても早すぎることはない

人とつながり、自分の意思を皆に伝える

私が人生の主人公 24

近年では、人生の最期をどのように過ごしたいか、どんな医療やケアを受けたいのか、元気なうちに考え、家族や医療従事者・ケアチームと話し合って、共有しておく取り組み ACP（Advance Care Planning、「人生会議」と訳される）が、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン第4版」(2018年)

として発表され、注目されています。

神戸大学のチームによる ACP のツールでは、書き込み式のシートを順番に埋めていくことで、自分自身の考えをまとめ、他者と話し合い、伝える準備ができるように開発されています。

ここでは、自らの死についての判断を他人任せにしない、自立した個人としての意思表示、意思決定の過程を大切にしている点が重要となります。

本日は「10の基本ケア」、それぞれの意味とポイントとなるところをお伝えしました。「10の基本ケア」は、介護を必要とする人のくらしの再構築を可能にするケアです。その人が持っている力を見極める、先を予測するという科学的根拠に基づくケアです。生活機能の維持・向上につながる日常生活のすべてをリハビリの機会とする生活リハビリが軸にあることで、その人の生きる意欲を引き出す支援となっています。

また、最期のときまで、住み慣れた地域(家)でくらすことを可能にする地域づくりも併せて、尊厳を護り、自立を支援し、在宅を支援するというケアの柱となる考えのもと、介護を受ける本人を主人公にする、というケアを実現させています。

何よりも、協同福祉会あすなら苑が示したお手本、「あすなら10の基本ケア」の効果はすでに実証済みです。自分も家族も…安心して生きる、安心して死ぬる、そんな地域・場所をつくる核が「生協10の基本ケア」ではないでしょうか？

あすなら苑の実践、「あすなら10の基本ケア」を「生協10の基本ケア」として全国に広げていくことができれば、介護の未来は明るいー皆がそう考える社会こそ、真に安心できる社会なのだと思うのです。

■グループディスカッション

5グループ(リモート4、会場1)に分かれて、ディスカッションをしました。その報告内容を箇条書きで紹介します。すべての皆さんの貴重なご意見を十分に紹介しきれませんが、これらの意見からさまざまなテーマを見出し、生協の事業と運動に活かしてほしいと思います。

- 基本ケアは8時間、という説明の意味を尋ねました。当然、ケアは24時間必要ですが、かかわる人は8時間ぐらまで、ということでした。1日の労働時間というような感じで、抱え込まないことと理解しました。
- 購買事業の生協として、どう福祉事業を広げていくかという点について、どのように地域に広げるか、どうやって職員を集めるか、その苦労大きいようです。
- 職員向けの学習として、認知症サポーターの研修は多くなっているようです。さらに、福祉事業のビデオを撮影して、共同購入をはじめ生協職員全体にも見てもらうという取組もあるようです。
- 「生協10の基本ケア」を通じて、人が人に安心して暮らせる世界をつくるということの大切さが、じわじわと湧いてきました。
- 「生協10の基本ケア」は、生協だから学ぶということ以上に、自分の生活に生かせるという発想の転換ができるように思いました。
- 高齢化が進むなか、地域に必要な生活課題、特に高齢者の生活の課題、介護が必要な人の課題がありますが、地域包括と連携するなど、その地域ならではの特徴を活かした地域づくり、そこに生協の組合員／生協で働く人たちがどのようにコミットしていくのかが問われているように思います。

- 「介護に不可欠なのは、愛情より根性より知識」と言われたように、自分のなかでストンと理解でき、人にも伝えていけるような、そういうわかりやすさが定着のきっかけになるのではないかなと思います。
- 人とのつながりが難しくなっている世のなかで、それをどのようにつくり上げていくのか、そういうところ悩みなながらも少しずつ取り組むことができる、生協はそういう可能性を生協は持っていると言えます。
- 「生協 10 の基本ケア」は医療生協の職員も学んでいるのですが、本日のお話から、これは組合員の生活にもっと活かせる内容なのではないかというのが、大きな気づきでした。たとえば、元気なうちから「夢中になれることをする」であったり、「町内にお出かけをする」という習慣がある方は、高齢期でも元気です。そうしたことを、生協らしく組合員と職員がともに学んで協同するという、それが「生協 10 の基本ケア」ではないでしょうか。もっと活用したいと思います。
- 3 年前に、講座「生協 10 の基本ケア」を受けて、介護される人の尊厳を守ることの大切さに共感しました。ぜひ、これを組合員活動に広げたいと思って、自信を持って組合員活動で話をしました。それでも、介護される人の尊厳を守ることの大切さには共感していただけるのですが、一方、介護する人の尊厳はどうなるのか、という問題提起を受けました。3 年前はうまく説明できなかったのですが、今日、「生協 10 の基本ケア」を介護する人・介護される人の互いの共通言語・共通動作に、という話があり、そこを掘り下げていくのがこれからの課題かと思いました。
- まずは職員対象に研修を行い、考え方を広める取り組みをしている生協もあります。これまでの介護が「してあげる介護」だったのではないか。そこから、できることを尊重する「引き算の介護」をしていくことで、結果、介護する人も介護される人も尊厳を保ち、双方の負担を減らすこともできると伺い、納得しました。
- 自分の親が遠方にいると、なかなか直接的に介護することができません。そのような状況で、「生協 10 の基本ケア」の浸透を伴った地域づくりがあればと思います。地域の人どうしがお互いに助け合えるような地域づくり—これが大事だろうと本当に思いました。
- コロナ禍にあって組合員の集まりがなかなか持てず、介護や「生協 10 の基本ケア」について交流することが十分にできていないという悩みがあります。そのなかで、組合員からは「生協 10 の基本ケア」について「全く知らなかった」「初めて聞いた」という声が寄せられました。さらに、「組合員の声をもっと拾ってほしい」という意見も出されました。
- 「生協 10 の基本ケア」をもっと広めたいと思います。特に、第 10 章「ターミナルケアをする」というところ、一人ひとりの望む幸せなエンディングのための考え方であり、技法だろうという、そういう幸せなエンディングを強調することで、「生協 10 の基本ケア」の浸透が深まるのではないかと思います。
- 購買事業として、あるいは商品の開発やお届において何ができるのだろうという話になりました。職員の学習も必要ですし、組合員に向けても発信しないといけません。そのうえで、生協の役割です。商品を売るだけにとどまらず、「生協 10 の基本ケア」のように見えないサービス

をどのように伝えていくのが、大事な
ことかと思えます。

- 私はこの話を聞きながら、人と人とのつながりを大事にすることが一番ではないかと思いました。班機能も、まだまだしっかりしています。そのなかでお互いさまや助け合いが息づいている話も聞き、お互いさまの心、小さな絆、こうしたつながりの大切さに、「生協 10 の基本ケア」を活かしていけたらと思います。

■なぜ、生協が福祉事業に取り組むのか ー原点に立ち返って 浜岡政好（佛教大学名誉教授）

講師の浜岡先生は、長年、佛教大学で幅広く社会福祉の領域において教鞭をとってこられました。専門は社会学、労働・生活研究です。生協と福祉を語る数少ない研究者です。くらしと協同の研究所では、2014 年から 2017 にかけて、「くらし福祉研究会」の座長をされ、生協が福祉にかかわる在り方を幅広く追究していただきました。今日、あらためて生協と福祉のかかわりを問い直し、くらしを守る、協同する、支えるといった生協の原点に収斂し、理論的な整理とともに事業と運動の方向性を示していただきました。

はじめに

今日、多くの購買生協や医療福祉生協が福祉事業（介護事業等）に取り組んでいる。したがって、今更、“なぜ、生協が福祉事業に取り組むのか” などという問いを發するののかといぶかる人もいるかもしれない。しかし、生協の福祉事業の現況はこうした問いかけによって事業の質と量の見直しを迫られる状況に直面していると思われる。そのことを端的に示しているのが、2021 年 11 月に日本生協連の福祉事業・事業連帯強化検討委員会から出された『「委員会

中間まとめ－委員会からの提言－」事業連帯により福祉介護事業の抜本的強化を』であり、それを受けての「日本生協連対応方針報告」である。

この提言は「新しい事業連帯組織」の創設を提起したものであるが、その理由としてあげられているのは、①「介護業界は大変動の時代に」、②「生協福祉事業が危機的状況にあり、早急に事業の立て直しを図ることが求められている」、③「介護業界でも有効な『規模拡大の効果』」の 3 点である。ここでの事業の危機的状況とは、「福祉事業を展開する 45 生協の 2020 年度経常剰余率は平均▲ 4.75% と昨年よりも 1.2 ポイント近く悪化」したこと、「損益状況は二極化しており、安定して黒字を継続する生協と経常剰余率が 2 桁を超える大幅な赤字を継続する生協に」分化していること、また、「20 生協以上が年間事業収入 2 億円未満と小規模事業となっており、大きな赤字の常態化と合わせ、地域での存在が問われる状況」にあることなどである。

しかし、生協の福祉事業における危機、または苦戦は 2000 年の介護保険制度誕生以降、長期にわたって続いている。この 20 年来の生協陣営の介護・福祉における到達状況は厚労省「介護サービス施設・事業所調査の概況」（2020 年）から伺うことができる。生協を含む協同組合セクターのシェアは最も高いものでも夜間対応型訪問介護の 3.9%、続いて定期巡回・随時対応型訪問介護看護 3.7%、複合型サービス 2.9%、小規模多機能型居宅介護 2.2%、訪問介護 2.0%、居宅介護支援事業所 2.0% などとなっている。これは医療福祉生協を含む数値で購買生協に限定すればさらに低くなる。同期間における営利法人や社会福祉法人の動向と比べれば、協同組合の可能性が発揮できたとは言にくい現況となって

いる。

何故、危機・苦戦なのか。もちろん事業規模の零細性は影響しているであろうが、それは他の法人形態でも言えることであり、それだけとは思われない。したがって、危機をもたらししているものを明らかにするために、そもそも論に立ち返って生協の福祉事業を検討する必要があるはしないか。

1. 生協と福祉事業についての2つの原点

生協と福祉事業との関係に何を原点にして検討するかであるが、1つは生協と福祉との関係を理念や理論のレベルから把握することである。それはこれまで購買事業や医療事業をメインにしてきた生協が多いこともあって、福祉の分野を重要ではあっても生協にとって「本業」として受け止める意識が希薄なように見えるからである。改めて生協のミッションに立ち返って、生協と福祉の関係を位置づけ直すことが必要になっている。2つ目の原点は、特に購買生協が事業として福祉に関わり始めた2000年前後の時期における、福祉事業の捉え方がどうであったかということである。そのことをくらしと協同の研究所の「福祉プロジェクト」などを素材に検討することにする。

1) 福祉と生活協同組合はどのような関係にあるのか？

「福祉」という言葉は「社会的に弱い立場にある人びとや恵まれない人びとに対する援助」と慣用的に使われてきたが、その対象には「子ども、高齢者、障害者、貧しい人」などが念頭に置かれてきた。そしてこれらの人びとには「傷つきやすい状態」(パルネラビリティ)にあり、社会のなかで「少数派」(マイノリティ)に属しているという共通点があるとされている。(武

川正吾『福祉社会』有斐閣、2001年)

確かに社会の1時点での断面を見れば、「傷つきやすい状態」にある人びとは「少数派」かもしれないが、人の生涯という面から見れば、「傷つきやすい状態」は何らかの形で全ての人に生じる状態であり、生命や生活の再生産過程における通常の姿なのである。こうした「傷つきやすい状態」に置かれた人びとに対する援助は、近代以前の社会では血縁・地縁等の共同体による相互扶助や慈恵として行われてきたが、近代社会においては共同体の変容や国民国家の成立等を受けて、それまでの共同体型の援助はそのウエイトを減らすとともに、互助の形も友愛訪問や労働者共済など協同組合型へと代わり、他方で行政による公共サービスとしての援助がウエイトを増してきた。こうして今日の社会福祉が誕生してきたのである。

このように福祉という営みは原理的にみても、歴史的にみても、生活における「傷つきやすい状態」に対する社会的・共同的対応であり、したがって、福祉とその担い手としての協同組合との親和性は高いといえることができる。しかし、戦後の日本の生協の取り組みのなかにはあまり福祉が登場していない。「生活」という包括的な言葉を冠した協同組合ではあるが、内容的には生活財や生活サービスの「消費」や「購買」に主力をおいており、「福祉」は視野に入りにくかったものと思われる。この点では同じ「傷つきやすい状態」への社会的・共同的対応であっても、「医療」領域では早くから協同組合による供給が取り組まれており、対照的である。

福祉が生協の射程に入ってこなかったのは、日本における生活の「社会化」のあり方を反映している。「傷つきやすい状態」に対するケアは性別役割分業という形

で「専業主婦」などの女性に押しつけられ、社会的課題として公共政策化することが遅れたのである。1980年代に入って、生活財だけでなく、生活サービスの商品化や生活サービスの公共化が進展するなかで、「消費」や「購買」という生協の視野からも福祉が見え始めた。とはいえ、その時点では福祉は「消費」や「購入」する形では存在していなかったこともあり、「消費」者、「購買」者の生協らしい、良い福祉サービスを消費したい、購入したい、利用したいという役割もあまり発揮されていない。

共働き化が進み、高齢化が進展するなかで、地域住民や組合員の「傷つきやすい状態」はいっそう強まり、それへの対応を行政に求めるだけでなく、住民自身が共同で必要なサービスを供給する動きが広がった。地域住民による無認可の「共同保育所」づくりや「共同作業所」づくりなどである。これらは生協の福祉供給事業へとは向かわず、社会福祉法人としての認可へと向かった。そして実際に生協が福祉サービスの供給に関わるのは、生協の事業としてではなく、「コープくらしの助け合いの会」など家事援助などのホームヘルプサービスを組合員の相互扶助「活動」の一環として展開し始めてからである。ここではまだ福祉サービスの供給は、組合員の供給「活動」であって、専門の職員による供給「事業」ではなかった。

ところで生協の組合員として、つまり、「消費者」「購買者」「利用者」として福祉サービスに関与するということとサービス供給者、すなわち事業として生産、労働、販売の担い手として福祉サービスに関与するということの違いは何であろうか。「消費者」「購買者」「利用者」の側から見える福祉サービスは、それが提供された場合には、サービスの善し悪しや適不適などがほぼリアル

タイムで当事者本人やその家族には分かるということである。それは福祉におけるケアという営みがどのような形態で行われたとしても、つまり、家庭内のケアでも、仕事として行われるケアでも、ケアの提供者の労働過程が同時に利用者にとっての消費過程となるからである。

利用者の生命と生活の再生産過程＝消費過程における「傷つきやすい状態」の修復は、ケア労働の質と量のあり方が直接的に規定している。したがって、利用者にとってはケア提供者の労働過程が生活の質を決めるものとして最大の関心事となり、結果として提供されるケア労働（個人・集団・事業者・行政）に対する最も根源的な評価者となる。とはいえ、こうした福祉サービスに対する「消費者」「購買者」「利用者」としての機能は現実には必ずしも発揮されていない。それはサービス提供体制の不備や遅れ、利用者のサービス供給システムに対する情報の不十分さなどによって、福祉サービスへのアクセスが多くの利用者から遠ざけられた状態にあるからである。そのため直接利用した当事者以外には福祉サービスの評価が共有されにくいのである。

以上のような福祉という社会的営みの特徴、そしてその担い手としての生活協同組合が購買者、利用者の組織であるという特徴をふまえれば、組合員組織が当事者性を発揮する状況を作り出すことが求められていることが分かる。組合員が求める福祉、ケアとは何かを組合員が主体的に考え、作り出す過程がケアの質的・量的改善の推進力となるとともに、事業としての生協の福祉の利用者を増やしていく過程ともなる。

他方、事業者、供給者サイドから見た福祉サービスの見え方にはどんな特徴があるであろうか。事業として福祉サービスを提供しようとする、現実の社会制度や政策

を前提にしての事業を組み立てることになる。多くの場合、制度や政策は人びとの「傷つきやすい状態」の一部にしか対応しておらず包括性、多様性に乏しい。そのため、利用者や組合員の側からは絶えず現行の制度・政策への改善要望がでてくることになる。しかし、事業者としての裁量で制度・政策の運用を行える余地は少なく、設計された制度の下で事業体としての最適の成果を得ようとする傾向になる。ビジネスライクに振る舞うことが求められるということである。例えば、介護報酬等として制度化されているニーズ以外はないものとして扱われたり、要介護認定で「自立」と判定されれば、「傷つきやすい状態」にはないものと見なされる。つまり現行の制度の対象から外されて、放置されることに余り対応しようとしめないなどの態度である。

こうした傾向は営利事業体だけでなく協同組合を含む非営利の事業体でも生じる。所与の制度の下で成果をあげるために経営資源を効率的に運用しようという誘因が働くからである。しかし、協同組合など非営利事業体の場合には、地域住民や組合員などの利用者との距離の近さやその一部を組織の内部に含んでいることなどもあって、利用者の包括的で多様な福祉ニーズに向き合って制度・政策の改善に向けてのソーシャル・アクション等に取り組むなどして事業者、供給者サイドが陥りやすい傾向に一定の歯止めをかけている。この点では非営利事業体の福祉供給事業は営利事業体に比べれば、コストのかかる事業運営になっているかもしれない。とはいえこうした取り組みは長期的にみればケアの質的・量的改善の推進力としての、またエンドユーザーとしての組合員という存在をもつ生協の供給事業の最大の「強み」と言えよう。

2) 生協の事業としての原点となった新たな介護保険制度の受け止め方と「第三の事業」

介護保険制度において、生協は初めて福祉サービスの供給事業者として社会的に承認された。その意味で生協の福祉の供給事業者としての原点は、2000年の介護保険制度の開始とその介護保険制度を運営するための「社会福祉基礎構造改革」にあったことができる。それまでの福祉サービスの供給は公的責任として自治体などの行政直営か、または措置制度によって公と同等と見なされた社会福祉法人などが担っていた。それを大きく転換させたのが社会保障制度審議会の「95年勧告」であった。

「勧告」ではサービス提供は営利企業を含む民間の役割とされ、「サービスの供給が多様化すれば、国民の選択の幅を広げ、国民のニーズに合ったサービスが利用可能」になるとされた。また介護保険制度を提唱し、その実現に向けて「介護人材の確保とサービス供給体制の整備」が喫緊の課題となっており、そのためには住民参加型組織やシルバー産業など「様々な民間部門によっても積極的に行われるべき」として福祉への営利企業の門戸開放を推奨した。この「勧告」を受けて、介護保険制度が創設され、その運用のために前記の「社会福祉基礎構造改革」によって福祉のあり方が「商品」モデル、「市場」モデルへと抜本的に転換されたのである。

こうした政策の流れのなかで生協は福祉事業に加わることになった。その時期の生協など協同組合の福祉事業への期待の大きさは、1996年7月に開催された「協同組合福祉フォーラム」記録集における高村勲氏（コープこうべ名誉理事長顧問）の「公的介護保険制度の施行と相俟って、地域の組合員の中で介護を必要とする人たちだけ

でなく、その家族をも含めて、老人の人間関係の豊富化に寄与するネットワークングを生協のいろいろな領域に拡充していくことができれば、生協は、まさに地域を支える民間自主組織として大きな信頼を獲得できるようになろうし、さらには、ひたすら経済の発展だけを指向してきたことで失われたコミュニティの再建にも寄与することになろう」という言葉からも伺うことができる。(『福祉コミュニティを築く-協同組合福祉の可能性』中央法規、1997年12月)

さらに介護保険実施直前に開催されたくらしと協同の研究所の「介護保険を超えて生協に何ができるか」(1999.11.23)と銘打った福祉シンポジウムでの論議から介護保険制度の下での介護事業に生協がどのように向き合うべきと考えていたかをみることにする。そのシンポジウムで北昌司氏(当時、日生協・組織推進本部福祉事務局長)は次のような報告をしている。生協が介護保険制度上位置づけられ、行政の影響を非常に受けるようになったこと、そのなかで組合員活動から事業へとシフト化してきていること、したがって生協が制度について要望していくためには、財政問題を含めた社会保障政策への考え方をしっかりもつ必要があること、また「ニチイ学館」のような全国展開型の企業の戦略が目立っていることなどが指摘されている。

そして生協については「危機のなかで第三の事業は確立できるか」として、コープかながわの中での「本体事業が危ない中で福祉に手を出していいのか」、「本体事業というのは店舗や共同購入だけなのか、福祉は枝葉の事業なのか」という理事会での議論を紹介して、「時代の変遷と同時に、相互扶助組織である生協が、『福祉』を本体事業にしていくなさ」という結論になったとしている。北氏自身も「政策的な位置づ

けを福祉事業についてきっちりする、つまり、購買、共済に次ぐ第三の事業として確立していくぐらいの位置づけがいないかと思っています」と述べている。

このシンポジウムでは筆者も「介護保険下での生協の福祉」(浜岡政好)という報告をしているが、そこでは事業として国が生協に用意しているポジションはかなり厳しく、在宅介護サービスの不足の穴埋め要員か、法定サービスで位置づけられていないサービスや「自立者」向けのサービスなどお金にならないサービスの担い手として期待されていることなどから事業への懐疑的な見方をしている。したがって生協らしい福祉への貢献として事業よりは「地域の保健福祉サービスの調査と情報提供や保健福祉制度改善のための提言やソーシャルアクション」などをあげている。

これに対して川口清史氏(当時、立命館大学・くらしと協同の研究所副所長)は福祉と生協という視点からもっと踏み込んだ積極的な提案をしている。1つは「参加と事業」という視点から、生協は事業と活動の二つを結合できる条件をもっており、「購買事業以上に組合員の事業参加が可能ですし、福祉事業そのものが組合員の参加によって成り立つ、組合員の参加こそが事業として展開できる条件である、福祉はそういう分野ではないか」と指摘している。第2に、生協は、「利用者の組織という原点にたった事業」でなければいけないこと、この「利用者の側の論理で事業が組み立てられるというのが、非常に大きな福祉のあり方自身を問い直す根拠になる」としている。第3に、福祉分野に取り組むことで、「新しい質で組合員参加が生協の中に広がっていく」可能性を指摘している。

そして第4として、福祉事業の採算については「総合生協であることを生かして、

福祉単体でどうかではなく、福祉事業で出てくる様々な情報やノウハウを、生活を守る取り組み全体として生協の事業にどう生かしていくか、という発想が求められている」としている。規模のメリットではなく、福祉と共済などの関連分野の連携という「範囲の経済」の重要性である。そして第5に、生協が介護保険のような公的システムのなかに入っていくことで、「社会的なポジションが根本的に変わり、行政や地域に対する社会的発信力の高まりが期待されている」。

このシンポジウムは介護保険制度の施行前夜における事業として参入準備中の生協陣営の雰囲気をよく表している。新しく創設された介護保険による介護サービス「市場」に生協陣営は積極的に参入しようとしたのである。1990年代後半の購買生協における事業的危機が背景にあっただけに、事業としての期待値も大きかったのである。

3) 福祉との関係でみれば、介護保険制度にはどのような問題があるか？

しかし、今から考えると、論点として見過ごされたこともあった。それは福祉事業が単なる生活ニーズの充足ではなく、「傷つきやすい状態」への援助であること、すなわち生活問題に対する社会的事業であるという視点である。福祉とはいかなる社会的営みかという視点からすれば、介護保険の「市場規模が4.2兆円」、介護保険以外での「市場規模が45兆円」という受け止め方には強い違和感が生じたはずである。しかし、筆者を含めてシンポジウム参加者にその気配はあまり感じられない。

それは多くの人びとが高齢化への対応として介護の「社会化」が喫緊の課題となっており、それに対処するにはそれまでの公的対応では間に合わないこと、したがって

「民間」の多様な担い手による「供給主体の多元化」と「市場」競争によって介護の量の確保と質の改善が進むというロジックを受け入れていたからであると思われる。その結果、介護の「社会化」の中味が問われず、「公－民」という枠組みで福祉事業が論議にされ、参入する「民」のなかでの「営利－非営利」という違いがもつ福祉にとっての決定的ともいえる重要性が看過されることになった。医療においては現在も営利事業体の参入が強く規制され、また「自由診療」にも制限があるのに、福祉分野においては介護保険制度を先導者として規制緩和されてきているのは実に奇妙ではある。

いずれにしても福祉事業の性質からしてこの分野への参入は非営利事業体に限定されるべきという主張を協同組合陣営は展開できなかった。それは営利事業体と同じ土俵で競争してきた購買事業の延長線に、事業としての福祉を位置づけたことによるものであろう。しかし、福祉事業においては営利事業体と同じようにはふるまえなかったし、非営利事業体や協同組合としてのメリットを生かすこともできなかった。結局、生協は新自由主義的な営利企業との「イーコール・フットイング」という枠組みに押し込められ、事業的にも低迷を続けることとなったのである。

4) くらしと協同の研究所での介護保険制度をめぐる論争

くらしと協同の研究所は生協と福祉のあり方について、90年代後半以降、特に介護保険にどのように関わるかについて「福祉プロジェクト」を設けるなどして、議論を組織してきた。前記の福祉シンポジウムだけでなく、先進的な事例の調査活動を行うなどして、その成果を『協う』（研究所機関誌）に発表している。そこでの研究者

や生協の実践家たちの生協と福祉についての大きな傾向は、生協が相互扶助活動として住民参加型といわれる福祉活動に取り組むことについてはおおむね肯定的に評価されていると思われる。また創設される介護保険制度についてもいろいろな問題があるとの認識でも共通している。しかし、問題があるとしても介護保険制度の下での介護事業に参入すべきかどうかについては評価が分かれていた。

1998年に出版された厚生省の『生協のあり方検討会報告書』に対するくらしと協同の研究所研究委員会での議論をみても、介護保険制度を「自助」「共助」「公助」の組み合わせによる社会福祉システムとして、「共助」を担う生協にとって大きなメリットがあると肯定的にとらえる人がいる一方で、厚生省の福祉政策の一翼に生協が公的に位置づけられたのは事実だが、医療施設の取り組みの実態をみずに生協が事業として乗り出すのは危険だとネガティブにとらえる人もいる。このように事業として見通しをもって介護保険事業を進めたというより、かなり経営的な不安を抱えての参入であったことが分かる。（『日本の福祉システム転換への先導者になりうるか『生協のあり方検討会報告書』を考える』、『協う』47号、1998年10月）

こうした生協と介護保険との関わり方、とりわけ生協の介護保険制度への事業としての参入をめぐるのは、この後に『協う』の誌上で平尾－川口論争が展開されている。平尾良治氏（滋賀文化短期大学）の川口氏への問いかけは、「自助」「共助」「公助」の組み合わせによる社会福祉システムとしての介護保険はおかしい、それに生協が事業として参入するのは妥当なのか、また参入するにしても生協の事業や運動の力量からして今の時点では「時期尚早」ではない

か、というものであった。（平尾良治「いま行政との『パートナーシップ』が必要か」、『協う』48号、1998年12月号）

これに答えて川口氏は次のように反論している。介護保険は「制度としての欠陥を多くもちながらも、介護の社会化を公的におこなうという意味で画期的な制度である」、「現在の政治状況の下では、まず介護の社会化を公的制度として確立することが重要だ」として、「介護保険が施行され、現実には多くの人がその制度の下にあるとき、『批判の目』を持たない社会福祉法人や医療法人、営利会社にそれを任せておいてよいのか」、「生協や協同組合、NPOが公的福祉の担い手になることは、福祉制度にとっても、協同組合にとっても大きな意味を持つ」と評価している。川口清史「福祉社会へどう足を踏み出すか－平尾さんの批判から考える」、『協う』55号、1999年12月号）

論点は「共助」＝相互扶助と「公助」＝介護保険制度との関係をどう捉えるかと設定されているが、相互扶助活動を「公助」としての介護保険制度に組み込むことと、相互扶助活動の担い手としての生協を公共的なサービスの事業主体とすることは分けて考える必要がある。そして互助活動ではなく事業として福祉事業に生協が関与することについては基本的に問題はない。しかし、公的制度の中に相互扶助を組み込むことについては今でも大きな問題であり続けている。それは財政上の理由などから介護保険制度本体が対象を限定しながら、介護保険の法定サービスの周辺に「総合事業」など相互扶助活動を紐付けてきているからである。それは「共助」活動の仕事化、または仕事の「共助」活動化をもたらし、互助活動も福祉の仕事のどちらも損なうことになる。

ところで介護保険制度については別の論点もあった。それは営利企業との「イークオール・フットイング」という新自由主義に親和的な基本的枠組みをもった介護保険制度が日本の福祉に何をもたらすかということである。介護保険移行後の20余年の現在、高齢者、障害者、子どもなど「傷つきやすい状態」にある人びとへの援助は縮小し、また営利企業との「イークオール・フットイング」型福祉へと変容している。その結果、政策的には、今日、「傷つきやすい状態」にあっても全世代的に「活躍」が促される「自助」社会へと誘われてきている。生協と福祉との関連では、介護保険のこの間の歩みを振り返りながら、改めて営利企業との「イークオール・フットイング」という形での「介護の社会化」が妥当であったのか、このシステムをこれからもこのまま継続させてよいかを考える時期にきている。

この点では早い時期に鈴木勉氏（当時、佛教大学）が示唆的な問題提起をしている。（『福祉の共同性と協同組合の福祉事業』『協う』95号、2006年6月）その提言で、「潜在能力の発達としての福祉」という福祉観からすれば、「介護保険制度は潜在能力の発達に不適合」とした上で、「介護保険サービスの事業者でもあり、ユーザー組織でもある生協が、利用者の人権と非営利事業者の安定的な運営を統一する立場」から、①保険料等の引き上げではなく、公費負担割合を介護保険制定以前の水準に戻すこと、②応益性を撤廃すること、③介護の「市場化」は福祉の非営利原則を崩したことから、むしろ「公共性」を維持すべきこと、④営利事業者の参入を認めている介護保険制度の枠組み自体の再検討を行うことなどを要望している。

また現行の介護保険制度の枠組みに則っ

た福祉事業のビジネスモデルだけでよいのかという問いを出し、「生協とケアワーカー」との関係や利用者の「お客様」扱いからの脱却の必要性など、イタリアの社会的協同組合の事例を紹介しながら、生協らしい介護事業組織の模索を呼びかけている。しかし、その後も介護保険事業計画の見直しの時期に、事業者として要望はなされているとしても、制度のあり方について生協陣営から抜本的な見直しの論議が出たという話は聞かない。営利企業の福祉分野への参入は、介護保険制度だけでなく、障害者分野、保育分野にも広がってきている。介護保険制度が行き詰まりを見せている現在、改めてケアの問題とその制度化のあり方、そこでの生協の役割を検討してみる必要があると思われる。

2. 生協の「本業」としての福祉事業を実現するために

1) 福祉事業を「本業」することの意味は何か

まず、生協における「本業」とは何かであるが、この言葉は、通常「その人が生計を立てている主たる職業」や「副業ではない本来の職業」という意味で用いられている。これを生協の事業に当てはめれば、その事業によって生協という事業体が成り立っているということでは、購買事業としての共同購入がそれにあたると考えられる。店舗事業も経営的には厳しい状況にあったが、購買事業としてくくることで事業として維持されており、本業化の途上にあったとも言える。また購買事業とセットで展開された共済事業は経営的には好調で、購買事業を補うものとして受け止められていた。こうした生協の事業認識の上に、「購買、共済に次ぐ第三の事業」としての

福祉事業という発想が生まれたのである。

確かに「くらしの助け合いの会」など相互扶助としての福祉については一定の実績はあったが、事業として福祉サービスを提供することについては、別組織として社会福祉法人を運営している数少ない生協を除いて余り経験はなかった。事業として福祉サービスを提供することと組合員の相互扶助活動とは全く性質が異なるが、多くの生協は相互扶助としての福祉活動の延長線上に介護事業を構築しようとしていたかのように見える。しかし、第三の本業とするには、その本業を担う職員の確保や育成、職員組織の組み立て方、施設の整備、利用者の開拓や確保など独自の準備が必要であった。

しかし、全体としては準備不足で福祉事業がスタートしている。介護保険から6年たった時点での組合員の「購買生協の介護福祉事業」に対する認知度はわずか30.2%と低く（2005年度大阪府生協連「生協組合員の活動実態調査」）、「全国の生協の中に『福祉事業は第3の事業だ』ときちんと評価していただける土壤があるかといえ、2005年度の損益で言う、47生協中、4～5生協しか黒字になっていないのが現状であり、組合員の中でさえ認知度が低いという現実」となっていた。（「生協ひろしまの福祉事業は、どのように発展したか」高田公喜氏へのインタビュー『協う』95号、2006年6月）

こうした構造的な準備不足を解消し、生協の福祉事業を「本業」とするには、まずは、生協にとっての相互扶助活動と福祉事業の位置と意味の整理が必要である。福祉という概念には「自助」的な対応や「共助」という互助的な対応や「公助」という公共的な対応まで含まれている。しかし、同じ福祉という言葉が用いられても、「自助」「共助」と「公助」=社会福祉とは全く性質

が異なっている。この区別が重要なのである。互助的な福祉は「公助」=社会福祉にはならない。それは「公助」=社会福祉は社会権的人権保障のシステムであり、人びとの社会的ミニマムとして社会がその成員に必ず保障しなければならない取り組みという性質を持っているからである。

生協が活動や事業として展開する福祉=ケアについては、おおきく①生活の「自助・共助」部分への関与…「助け合い活動」など相互扶助、共済活動など、②生活の「公助」部分への関与…介護保険、社会福祉など「社会権」保障の公的制度への参入、③生活の「公助」の範囲外での関与…自由に展開する「福祉を創る」事業への取り組みの3つが考えられる。このうち①は組合員のボランタリーな活動への支援であり、互助的な事業体であるという組織の性格からして当然の望ましい取り組みと位置づけることができるが、事業の維持に必要な費用を稼ぎ出すという意味での「本業」とはならない。したがって、ここで「本業」と位置づけるとすると、②や③の福祉事業ということになる。

③の福祉事業は「営業の自由」の世界であるから事業として成り立つと考えれば組合員の了解を得て参入すればよい。しかし、②の「公助」に事業として関与すると言うことになれば、それは「公助」としての社会的ミニマムの供給に責任を持つことを意味し、それは①や③などの自由権的な福祉の活動・事業への関与とは全く社会的位置づけの異なる取り組みだということである。この社会福祉事業を「本業」の一つとするということは、戦後、介護保険制度の始まるまで民間非営利組織として社会福祉事業の供給に関わってきた社会福祉法人と同様なミッションの自覚と事業体制が少なくとも求められることを意味している。

2) 介護保険制度の下での非営利事業体の不振をどう見るか

しかし、「社会福祉事業の主たる担い手」とされてきた社会福祉法人も生協と同様に介護保険制度下での事業経営は厳しい。介護保険制度の事業規模はこの20年間で拡大してきているが、営利法人等の参入が規制されている第一種の福祉事業を除いて、社会福祉法人のウエイトは下がってきている。こうした状況がもたらされているのは社会福祉法人の経営努力の不足という問題ではない。それは介護保険制度がもつ「準市場」という新自由主義に親和的な仕組みや独特な社会保険方式と密接に関わっている。

介護保険制度は利用者と供給業者との契約に基づいて、「応益」負担という利用料と引き替えに福祉サービスを手に入れる仕組みであるが、それまで社会権の人権保障として社会福祉を担ってきた社会福祉法人にも、介護保険の下で擬制的な「福祉というサービス商品」の提供者・販売者として振る舞うことが求められるようになった。社会福祉法人の苦境は営利法人のように福祉サービス商品の提供者としてビジネスライクに振る舞えなかったと言うことでもある。社会福祉法人のミッションからすれば、当然の違和感であろう。そして株主ではなく、組合員や地域住民の福祉への期待を担っている民間の非営利事業体であるということでは生協も同様の状況にある。

介護保険の問題は上記のような営利企業との「イーコール・フットイング」由来の難点だけではない。介護費用の半分が高齢者を含む保険料によって賄われるという財源方式も制度維持に大きな困難をもたらしている。それは高齢者の年金所得が年々削減される一方で、要介護高齢者の増大により介護費用は増大し、高齢者の保険料負担の限界を突破しつつあるからである。こ

うした保険料の増大に対する不満は保険料にリンクしている介護報酬の抑制に結びつけられてきた。こうして社会福祉労働者の処遇は低劣なままに放置され続けるという状況をもたらしている。介護労働者の慢性的不足の進行である。このように介護保険制度は保険料負担の側のからも介護労働の担い手の側の事情からも壁にぶつかっているのである。

2000年の開始以来、介護保険制度は高齢化で国民の介護の必要性が増大するのに合わせて、制度をめまぐるしく改定して、介護保険の対象を増やさないために予防重視を打ち出したり、少ない介護資源を中・重度の要介護者に限定したり、費用負担を引き上げたりして、その対象を絞ってきた。近年では「我が事・丸ごと地域共生社会」の名目で、介護保険の対象からはじき出した「傷つきやすい状態」にある人びとを「自助」（「商品」として「市場」で購入する「福祉」）や「共助」（相互扶助）に委ねようとしている。このように介護保険制度を先頭に新自由主義的な産業政策の色彩を濃くしつつある社会福祉の下で、生協は事業として、しかも「本業」として福祉事業に関わっているという状況認識はしっかりしておく必要がある。

このように介護保険制度は営利企業との「イーコール・フットイング」として制度設計されており、生協においても事業収益をあげることに優越的価値をおくことになれば、その最もオーソドックスな対処方法は営利企業と同じ行動様式をとることになる。それは利益の出そうな事業種目や地域に限定した事業展開であり、法的基準以上の人員配置や職員の処遇、施設整備などはせずに、その下で最も利益につながる利用者の選別であり、また規模のメリットの追求などである。ここでは社会権

的人権保障として「公助」としての社会福祉に関わっているという受け止め方は後景に退くことになる。しかし、このような福祉事業のあり方は果たして生協に求められている福祉なのであろうか。

3) 「本業」として福祉事業のスタンス

日生協「2030 ビジョン・福祉分野中期方針」では、「誰もが安心して自分らしくくらし続けることのできる地域づくりへ貢献する」、「利用者の尊厳を護り、自立支援サービスの提供で、その人らしい在宅生活の継続を支える」という方針を掲げている。ここでの福祉分野は「自助」や「共助」(互助)の福祉活動を含み、必ずしも「公助」としての社会福祉に向けた方針ではないが、「誰もが安心して…住み続けられる地域づくり」などの方針に照らしてみても、すでにみてきたような排除性を強めている介護保険の現状が公的福祉としては容認できない状況にあることは明らかである。

では、生協は事業としての公的福祉にどのようなスタンスで関わるべきなのであろうか。まずは事業として現行介護保険制度のもつ排除性を抑制することで組合員や利用者、地域住民の困難を緩和させ、その尊厳を守り、誰もが地域で暮らし続けられるような地域づくりを強めることである。これについてはさまざまな生協での既に行われている多くの取り組みなどから福祉「本業論」の具体像を読み取りことができるのではない。

例えば、筆者がお話を聞かせていただいた生協等の事例でも、購買事業と福祉事業、生活支援事業をミックスして、全生涯支援型事業を構想、展開中の福井県民生協の取り組みや購買生協と医療生協との連携を強めている広島県生協連の取り組み、福祉事業の「本業」化をいち早く進めたコープあ

いちの取り組み、介護事業の位置を高めてきたひめじ医療生協の取り組み、そして社会福祉法人「協同福祉会」との連携を進化させているならコープの取り組みなど多くの事例がある。

そしてもう一つ事業として介護保険に関わる場合に欠かせないのは、大きな欠陥のある現行の介護保険制度を社会権的人権保障のシステムへと抜本的に改革するための研究やソーシャル・アクションを強め、その必要性についての社会的合意を形成することである。生協が事業として現行の介護保険に関わっていく場合に、非営利の事業体であることを意識してこうしたスタンスをとることが重要になっている。それは営利企業の参入を強力に推進してきた国と財界は、現行の介護保険のような介護システムしかないとの前提で、制度の持続性を大義名分にした、前記のような排除性を強め、介護労働者を劣悪な処遇に放置し続けているなかで、組合員や利用者、地域住民、そして介護労働者にオルタナティブを示す必要があるからである。

介護保険に対するオルタナティブの模索はすでに始まっている。例えば、岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ』(大月書店、2017年)や伊藤周平『社会保障入門』(筑摩書房、2018年)などでは介護保険制度危機を打開するための抜本的改革の必要性が提起されている。こうした研究のレベルだけでなく、非営利事業体の運動や事業のレベルでも、昨今の介護保険にみられる排除性の強化など「権利としての社会福祉」と相容れない動向に対する対抗運動が広がっている。利用者や地域住民に依拠して設立され、運営されてきた社会福祉法人の全国組織化の動き(「一般社団法人『社会福祉経営全国会議』の設立、2020

年)などである。また医療福祉生協でも「医療生協の介護」を掲げて「介護を受ける権利を守り発展させる運動」に取り組んでいる。

つまり、生協が「本業」として福祉事業に関わる場合には、現行の制度によって事業を運営するだけではなく組合員や利用者等の必要に応えられない現行制度の問題点を、一気に抜本的に転換させるには至らなくとも、絶えず制度を改革するための、研究や社会運動が欠かせないと言うことである。したがって「本業」として事業展開にはこの2つの役割を担うことのできる福祉事業スタッフが欠かせないことを示している。

4)「本業」としての福祉事業のポイントは職員問題

社会福祉はすでにふれてきたように「傷つきやすい状態」にある人が抱えている生活問題を解消させるための公共的な対人サービスである。この利用者の生活問題の解消過程は同時に福祉サービス提供者の労働過程でもあるということである。もちろんこの労働過程は一定の施設設備の中で行われたり、機器を用いて行われたりするが、福祉事業のサービスの質を決めるのは、施設設備や道具ではなく、サービス提供者の量と質が決定的な重要性をもっている。そのため、福祉事業においては介護保険以前からサービスの水準を維持するために、施設基準とともに人の配置基準や資格の保持が細かく規定され、規定通りに運用されているかが管理されてきた。

このことは生協の「本業」とされてきた購買事業とは職員の位置が全く異なるということを示している。購買事業における職員は、組合員や利用者に提供する商品を企画したり、販売したり、届けたりする位置にあり、職員の労働過程がそのまま組合員や利用者の直接的な消費や享受になるわけ

ではない。組合員や利用者が消費し、享受するのは商品だということである。この商品の位置にあるのが、福祉事業の場合には福祉職員の労働過程ということになる。そのため福祉事業のケアの質を規定するのは、配置される職員の量と質ということになる。福祉事業においては配置される職員の量と質の最低基準はあらかじめ決められている。そして質を担保しているのは公的な資格ということである。

この公的福祉のケアを担保する職員労働についての量と質の最低基準は、実際には介護労働者の確保が難しいなかでかなりスカスカの状態になっている。必要な職員を正職員で充当するのではなく、非正規労働者を「常勤換算」という手法を使って職員数を満たしているとして基準をクリアさせている。また介護労働者の質を担保する資格も介護職としての国家資格である介護福祉士だけでなく、その受験資格である実務者研修修了者や初任者研修者など養成課程の異なるものも混在・併存させており、さらに介護助手まで付け加えられようとしている。そしてこれらの違いが処遇の格差を付随させており、介護職の職業としての成立を危うくさせている。

このように介護職員の労働過程の状況は事業として提供する介護サービスの質を左右するものであり、「利用者の尊厳を護り、…その人らしい在宅生活の継続を支える」とすれば、まず、介護職員の労働環境を整える必要がある。生協が「本業」として福祉事業を展開しようとするれば、職員問題への対応が最も重要な課題であることが分かる。つまり、購買事業で言えば、「商品」にあたる位置にある職員の労働過程をしっかりと組み立てなければ、事業が成立しないということである。

だがこの職員問題は生協だけでなく、事

業として福祉事業を行っている事業体の多くが直面している課題でもある。それはすでにみてきたように介護保険の制度設計そのものに難点があり、専門的介護者の慢性的な「人手不足」を生み出しているからである。そして「人手不足」対策として取られている素人層への担い手の裾野を広げる戦略がさらに「人手不足」を促進させるという皮肉な結果を招いている。しかし、事業として展開するには、こうした現行制度の介護職員の労働過程に対するいろいろと問題のある最低基準の下で、生協は職員問題に対処して行かなければならないということである。

生協の「本業」としての福祉事業のポイントが職員問題だということに、生協グループもやっと気づいてきたと思わせる動きが「一般社団法人全国コープ福祉事業連帯機構」の設立(2022年6月17日)である。この会員生協と生協有縁の社会福祉法人と生協の連合会を結集した新組織は、主な事業として、①「生協10の基本ケア」のブランド化、②介護・福祉人材確保・定着と教育のしくみづくり、③経営ノウハウの蓄積と共有・経営サポート強化の3つを掲げている。

そして具体的な取り組みとして、①では介護職員向け学習会の開催、教育体系の構築、各法人の推進リーダーのネットワークづくりなどが、②では「国内介護人材確保生協の魅力発信プロジェクト」の発足や「生協の介護・福祉」の認知度向上、ファンづくり、会員法人の人材確保につながる総合的な採用ポータルサイトの開設などがあげられている。

職員問題との関連で、この「生協10の基本ケア」のブランド化の意味するものは何であろうか。それは第1に、生協独自のケアの質の最低基準を設定し、それによっ

て介護職員の労働過程が均質化できるということである。現状の労働過程は職員の質を担保する公的資格や経験がバラバラであり、集团的・組織的ケアを展開するにあたって、ネックとなっている。複数の階層的公的資格の併存のもとで、「生協10の基本ケア」を職員集団全体の基準としてオリジナルブランド化すれば、職員集団としてのケア力の向上につながり、提供するケアの水準を安定化することができる。

そして第2に、そのオリジナルブランドが生協ブランドであることによって、福祉職員の生協職員化が促されることがある。これまで購買生協の職員調査をすれば、福祉職員の多くは生協の職員であることへのアイデンティティではなく、福祉の担い手であることにアイデンティティを感じている傾向がみられた。それは生協と福祉の仕事をつなげるチャンネルがほとんどなかったからであろう。それは生協が事業としての社会福祉を展開することの意味や実際の仕事内容と生協との関連も見えず、生協であろうと、社会福祉法人であろうと、医療法人であろうと、また株式会社であろうと法人形態と自分たちの仕事とはあまり関係がないと思わせていたからだと思われる。しかし、労働過程の生協ブランド化は福祉職員の仕事が生協の仕事そのものであることを可視化させ、生協の職員であることの自覚を促すことになる。

5) 生協の福祉事業の担い手をどう養成するか

こうした生協の福祉労働のブランド化とあわせて、今後の「介護・福祉人材確保・定着と教育のしくみづくり」を進めるにあたって、検討しておくべき課題がある。それは福祉職員の専門性とは何かという問題である。一般には、専門とは特定の分野に

において高度な知見やスキルを持っていることを指し、専門の職業は多くの場合に国家資格などによって担保されている。介護職では介護福祉士が唯一の国家資格となっており、その専門性は①「介護過程の展開による根拠に基づいた介護実践」、②「指導・育成」、③「環境の整備、多職種連携」となっている。（日本介護福祉士会）しかし、介護福祉士は看護師などと違って「名称独占」の国家資格なので、前述のように、介護福祉士資格がなくても介護職場で働くことができるのである。

このように介護職場では医療系に比べれば、未資格者の専門的業務への関与についての厳格さは緩くなっているが、それでも介護職が専門性として目指しているものは前記の日本介護福祉士会の定義のようなものであろう。特に③については、「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」との説明が付けられている。①、②のように利用者に直接向き合った仕事だけでなく、環境を整える仕事やそのため多職種連携も専門性のなかに入れているが、この課題を実行しようとするときさまざまなソーシャル・アクションが欠かせなくなる。

医療職や介護職などライセンス職員の多い医療福祉生協などを調査すると、専門職としての仕事のなかに自分たちの仕事の前提になっている制度・政策を改革したり、新たな制度・政策を創設するためのソーシャル・アクションなどは含まれていないと専門性の範囲を狭く理解している職員が少なからずいることが分かる。そうした活動が本来の仕事以外の負担を強いるもの、専門性の発揮を妨げるものと受け止めてい

るのである。しかし、福祉の専門職のコアな部分にはアドボカシー（advocacy）活動などソーシャル・アクションが含まれている。それは今の制度の下で介護サービスの質を維持しようとするれば、職員の配置基準や処遇の前提となる介護報酬等の公定価格への日常的な働きかけが不可欠になっていることから分かる。また仕事を通して関わっている利用者や組合員、地域住民の権利擁護や主張の代弁などは専門職の重要な使命ともいえる。

こうした福祉職員の専門性をめぐる議論は、介護福祉をめぐっては少し微妙である。それは介護労働の場では、その専門性を維持したり、高めたりする以前に担い手の絶対的不足が慢性的に続いており、介護に未経験者でも受け入れるなど人数あわせに追われている現実があるからである。目の前の日常的業務に対応するだけで精一杯で、制度の現状を改善したり、オルタナティブを提示し、地域住民の合意を作り出すソーシャル・アクションのような活動を専門性に含めて介護職員に求めることはハードルが高すぎると受け止められるかもしれない。しかし現状を変える活動をしなければ、介護労働者の厳しい現実是不変であり、専門家としての力を発揮しにくい状況が続くことになる。

専門性の範囲を限定的に受けとめる傾向は、福祉職員だけの傾向ではなく、前述のように看護師等の医療系職員の場合も似た状況にあり、これは今の専門職養成教育の状況を反映していると思われる。したがって、国家資格が求めている介護福祉士像に欠けている、ソーシャル・アクションなど制度の改善や創設する専門能力を身につけた介護職員を養成するには、入職後の教育過程を想定するしかない。その意味では、前記の「全国コープ福祉事業連帯機構」が

行う「介護職員向け学習会」や「教育体系」を通じて「生協10の基本ケア」とともに、ソーシャル・アクション力を身につけた職員が養成されることを期待したい。また生協が求める介護職の専門性を広げていくためには、養成教育機関への働きかけを強める必要があるし、将来的には独自の養成教育機関の設置が必要となるかもしれない。

おわりに

最後に福祉事業において生協の「強み」はどう発揮されるのかについて述べることにする。この20余年間、生協は介護保険制度の下で福祉事業を展開してきたが生協の「強み」は発揮されたであろうか。今日の生協福祉事業が直面している「危機的状況」は生協の「強み」が余り発揮されたとは言えないことを示している。

では生協の福祉事業における「強み」とは一体何であろうか。それはまず生協という購買者、利用者の協同組織が福祉サービスを供給していることの「強み」である。これについてはすでに紹介したように川口清史氏が「利用者の側の論理で事業が組み立てられる」ことで、「福祉のあり方自身を問い直す」ことができるのではと期待していたことである。また「参加と事業」という視点から、「購買事業以上に組合員の事業参加が可能」で、「組合員の参加こそが事業として展開できる条件」とまで言っていた。

こうした川口氏が指摘した生協の「強み」は介護保険制度スタート後にはあまり追求されたようには見えない。それは現実の介護保険制度が財政事情等から公的規制を強め、絶えずサービスの供給不足状況が続いており、「利用者の側の論理」が働くようなシステムではなかったからである。利用者＝組合員は自分の欲しいサービスを選び

ようがなかった。そのため「利用者の側の論理」で事業を運営するメリットをあまり生かすことができなかった。また専門家の仕事である事業としての介護の場に、素人である組合員が関与することにためらいがあったのかもしれない。

しかし、介護保険制度が供給サイドの論理で運営される仕組みであったとしても事業者が利用者の協同組織であることは、サービスのエンドユーザーをうちに含んでいることを意味しており、サービスの「生産者」と「消費者」との距離がきわめて近いというメリットがある。このことは当時の生協陣営にとってはあまり「強み」とは意識されていなかったと思われる。それは福祉事業については「員外利用」の規制が外されて、広く地域住民が利用者と想定され、他方で、当時の生協の組織率や組合員の年齢構成を考えれば、組合員相手では事業にならないと考えられたからであろう。

今は状況が一変している。介護保険制度の仕組みは大きく変わっていないが、生協や地域の状況は超高齢化の進展で大きく様変わりしている。組合員の高齢化が進んだだけでなく、生協の組織率も上昇し、生協の事業や活動も全地域住民を対象としたものへと変化してきている。そのため利用者＝組合員をうちに抱えている事業組織の潜在的メリットは大きくなっているのである。これを顕在的なメリットにするにはさまざまな仕掛けや仕組みが必要となろう。

例えば、「組合員の事業参加」を可能にする多様なチャンネルをつくり、生協の介護労働の実態を組合員に知らせたり、組合員の福祉学習を支援したり、また組合員に介護への要望を受け止めたサービスを開発したり、組合員＝利用者の目線での事業運営を行うことなどである。組合員の潜在的な介護への要望を利用者として顕在化させ

るには、「生協10の基本ケア」組合員学習は大きな意味をもっている。自分たちが望んでいる介護の形を組合員として共有し、福祉事業や活動に主体的に参加する契機を作り出すからである。

次に、生協の「強み」としてあげられるのは、同じ協同組織の内部にサービスの生産者（福祉職員）と利用者（組合員）が共にいることである。これは組合員と職員との連携・協働が進めやすいというメリットをもっている。公的な諸資格（ナショナル・ブランド）に基づいて行われる職員の労働過程は、組合員と協同・連携する中で、時間をかけて生協化、カスタマイズ化が促されるが、「生協10の基本ケア」を職員も組合員も共に身につければ、組合員と職員との連携・協働はさらに進めやすくなる。この組合員と職員との連携・協働のメリットは、生協の介護の質を一層向上させるだけでなく、職員の専門能力や組合員の福祉理解を高めることである。

また組合員・利用者の生活を重視する生協の福祉であることは、絶えず組合員の生活そのものである総合的で包括的な必要性への対応が求められることを意味している。これが総合生協を生み出してきたのであるが、この総合生協と福祉事業の関連は採算性の視点で「範囲の経済」のメリットとして考えられてきた。しかし、供給サイドでの「範囲の経済」という視点だけでなく、組合員＝利用者の生活の総合性・包括性が供給サイドのもつ専門性による縦割りやパターンリズムに対する牽制機能を持っていることに改めて注意を払う必要がある。これによって福祉のあり方に刷新を迫るだけではなく、福祉と福祉以外の生活支援をリンクさせる役割を果たすことができるのである。福祉がなければ生きられないが、福祉だけでは生きられない。これをつ

なぐ「強み」を生協の福祉はもっているのである。

さてこうした生協の「強み」を実際の福祉事業にどのように活かしていくのか。すぐできそうないくつかのことにふれて稿を閉じることにする。1つは、組合員の事業への参加を促すための仕組みを拡充することである。例えば、医療福祉生協における理事会レベルでの「事業所利用委員会」のような機能を充実させて、単なる「顧客」のクレーム処理に終わらせないで事業の改善や制度・政策の改革に結びつけることである。そのためには、組合員や利用者、地域住民への社会福祉情報の公開などを通じて福祉リテラシーを絶えず更新する必要がある。その一環として「生協10の基本ケア」を組合員、職員、地域住民で共有することからはじめてはどうだろうか。

2つは、「くらしの助け合いの会」などの相互扶助と福祉事業との協力・連携の課題である。介護保険制度が始まって以来、相互扶助の領域は組合員、福祉事業は職員の領域として棲み分けが進み、全体としての生協の福祉に対するポテンシャルは落ちてきているように思われる。組合員の福祉への理解や意欲があってはじめて、互助であれ、事業であれ生協の福祉は成り立つのである。組合員の福祉力をエンパワーすること、例えば、互助型の福祉の担い手の組合員と事業型の福祉の担い手の職員が協力・連携して、共同で組合員や利用者の要望をくみ上げ、福祉の学習会等を組織するなど生協の福祉の底上げを図る活動などが必要ではないだろうか。またこれによって組合員と職員の相互理解も深まると思われる。

3つは、地域の生活インフラとしての生協という「強み」を活かした福祉事業や活動のすすめである。生協は地域の生活インフラとして一定の役割を担ってきている

が、福祉事業を含めて生協の社会資源を地域包括ケアの視点から位置づけ直し、同じ日常生活圏域における他の社会資源とネットワークをつくることである。また生協は地域における人づくりの担い手としての側面もあり、その点の自覚も必要である。こうした地域の生活インフラの担い手としての「強み」を活かすには、組合員や職員が自分の暮らしている地域、職場のある地域における福祉資源の状況を学び・知ることが大切になる。結局、生協のもつ「強み」を活かすかどうかは学習・教育にかかっているということになる。

■質疑・感想

- ・「生協の強みをどう活かすのか」という提起を重く受け止めました。私が携わっていた生協でも十分に活かしていたようには思えないからです。特に福祉事業の場合は、組合員以外にもサービス提供できるということもあり、逆に組合員の意見を福祉事業に取り入れてくという視点が弱かったのではないかと思います。浜岡先生にこういう形で整理していただき、生協の課題があらためて明らかになったと思います。
- ・本日、再認識したのは、やはり組合員があってこそ生協であることです。活かすきれないというモヤモヤ感もありますが、組合員の発信からはじまって、ものが言えるだけの事業を仕上げていくことができる—それが生協なのではないかと思いました。これから、まさに一歩踏み込むことが期待されます。これまでのさまざまな取り組みの連携をいろんな形で発展させていくには、生協の強みを活かす以外にないと、強く強く感じています。
- ・超高齢社会になって、今は右往左往している状態ですが、「でも、生協があるは

ず」、そのことをすごく大切にしたいと思います。その根底にあるのが、組合員の生活そのものですので、生活者はどういうことを考えているのか、このテーマを忘れず、みんなと話し合いながら、活動を、地域づくりをがんばっていきたいと思います。その成果もお話したいし、各地の生協の取り組みも共有したい。また、そんな機会があればと、強く願っています。

■まとめにかえて

「生協10の基本ケア」を少しかじった程度の報告になりましたが、浜岡先生がまとめられたように、生協の強み、生協にしかないものを大切にしたいと思います。

介護大手のニチイ学館、SOMPO ケア、ベネッセなどにとって、喉から手が出るほど欲しいのが組合員です。組合員をどう活かしていくのか、どのような強みにするか—このことなしに生協の存在はありえません。

6月にはコープ福祉事業連携機構も発足しました。まずは「生協10の基本ケア」という言葉だけでも広め、関心を持ってほしいと思います。

そして、理事の学習会に、総代懇談会の話題に、組合員活動に、広報に、配達の仕方に、職員の声かけに、商品のひとつひとつに、「生協10の基本ケア」という視点から具体化すべきことを見つけてください。

私たちは今、ようやくそのスタート地点に来たところです。ぜひ、「生協に入っていてよかった」を実現していきましょう。

これで、第二分科会を終わります。ありがとうございました。