

地域包括ケアの社会理論への課題

——健康概念の転換期におけるヘルスケア政策——

猪飼 周平

本稿の課題は、猪飼 [2010] において提示された「病院の世紀の理論」から、次代のヘルスケアと目される地域包括ケアシステムに関する社会理論を展望することである。本稿では、現在生じている健康概念の転換が、「医学モデル」から「生活モデル」への転換として生じていることを踏まえ、次の点を指摘した。第1に、健康概念の転換に適合的なヘルスケアは、より包括的かつ地域的であるという意味において地域包括ケアシステムを指向すること、第2に、健康概念の転換が、過去30年間にわたり社会福祉に広範に生じている生活支援の作法の転換を背景としていると考えられること、第3に、地域包括ケアシステムの構築に際しては、従来のヘルスケアとは質的に異なる、専門職の分業、社会関係資本の構築、コスト増大への対応等に関する課題の解決が必要になることである。

キーワード 地域包括ケア 生活モデル 病院の世紀 社会関係資本 QOL

1 はじめに

われわれは地域包括ケアに関する社会理論をもつべきであろうか。

「地域包括ケア」という言葉自体は、日本の保健・医療・福祉関係者の間では、次代のヘルスケアシステムを指し示すものとして広まっている。その意味では、すでに「地域包括ケア」は次代のヘルスケアの代名詞として広く認知されているといえる。そして少なくとも実践的には、すでに多くの取り組みが各地が行われていることから、われわれの社会は、すでにわれわれの社会にふさわしい地域包括ケアシステムを求めて進みつつあるということができよう。

もしこの運動の延長線上に、望ましい地域包括ケアを実現できる保証があるのであれば、地域包括ケアの社会理論は実践的には不要であろうし、

それへの関心はもっぱら学術的なものに留まることになろう。だが、各地で始まっている取り組みのうち、より優れたものが他の地域に伝播し、より劣ったものが廃されてゆくという淘汰のプロセスが作動し、やがてわれわれが満足のゆくシステムに到着すると信じる根拠はあるだろうか。もちろん実践家たちによる目前のケアに関する課題を解決するための試行錯誤が、よい地域包括ケアを生み出す原動力であろうことに疑問の余地はない。だが、同時に彼らの努力にどのような意味があるのかを解釈する認識枠組みがなければ、その努力は霧散してしまうかもしれない。各地で始まっている取り組みのリストは日々長大になりつつあり、各地の実践家や自治体関係者などはそれらの事例の現場を行脚して回ることに多大なエネルギーを使うようになっている。だが、そのような事例集はそれ自体としては単なる道具の知識をもたらしてくれるにすぎない。それぞれの道具が何のため

の道具かも、道具を使って何を製作すべきかも、道具には指示されてはいないのである。

そこに欠けているのは、実践家の取り組みが、より大きな文脈においていかなる位置を占めているのかに関する知識である。それは歴史的な文脈における位置づけに関するものかもしれないし、あるいは全体社会における位置づけに関するものかもしれないが、いずれにせよ、通常、実践家は、自らの実践行為が自分が直接経験できないより大きな文脈においてどのような意味をもつのか、といった点について知識を有することは難しい。実際、筆者の乏しい実践家との交流においても、彼らが学者にもっとも聞きたがっていることは、「自分たちがしていることに何の意味があるのか」ということであった。これに対して、ある種の社会理論は、社会の大きな文脈のどこに位置しているのかを示すことができる。それは、実践家に「現在地点」を知らせる「地図」のような存在である。われわれがそのような社会理論をもつことができれば、学術的な意義はもちろんのこと、プラグマティックな要請にも応えうるものとなるであろう。

地域包括ケアの社会理論が、実践家の「地図」たりうるためには、それは少なくとも次の3点を説明しなければならないであろう。すなわち、第1に、なぜ次代のヘルスケアシステムが地域包括ケアシステムになるのか、第2に、地域包括ケアシステムとはどのような特徴を備えたシステムなのか、第3に、地域包括ケアシステムを構築するに際して解決すべき課題とは何か、の3点である。これに対し、従来の「地域包括ケア」をめぐる議論は、これらの要請に応えようとしてきたとはいえないであろう。これまで数度にわたって「地域包括ケア」に関する報告書が出されてきたが⁽¹⁾、有り体にいって、それらはいずれも報告書に関わる実践家・官僚・学者の信念や利害関心を落とし込んで作成された提案のパッチワークというべきものであり、運動論的あるいは政策的インパクトはともかく、社会理論を構築するための土台となるとはいえないものであった。また、学術研究としても、地域包括ケアを基礎づけようとする研究成

果は、今のところごく少ない状況である。

本稿では、地域包括ケアの社会理論が説明すべき3つの論点について、叩き台となる議論を提起したいと思う。残念ながら筆者は、現時点で地域包括ケアの社会理論に関する明確な構想を有してはいない。本稿で筆者が下敷きにしているのは、別の社会理論、すなわち筆者が「病院の世紀の理論」とよぶ20世紀医療の特質に関する社会理論である⁽⁴⁾。病院の世紀の理論によれば、現在は、20世紀医療＝治療医学に主導された医療の時代が終焉を迎え、生活の質（QOL）の増進を目標とするヘルスケアの時代へと進む移行期に位置している。このことから、直接次代のヘルスケアの形を描ききることはできないのであるが、それでも病院の世紀の終わり方に関する知識から、次代のヘルスケアが地域包括ケアとよびうるものとなるであろうこと、および、20世紀医療における治療医学によって規定される健康／病気（障害）の認識枠組みである医学モデルが、生活の質によって規定される「生活モデル」へと移行することによって、次代のヘルスケアがある種の特徴や課題を帯びるであろうことについて、部分的であれ知見を得ることはできる。その意味において、本稿の課題は、病院の世紀の理論からみえる範囲内で、地域包括ケアを論ずることによって、やがて本格的に構築されるべき地域包括ケアの社会理論のための叩き台を供することであるといえよう。

2 地域包括ケアを必然化する健康概念の転換

次代のヘルスケアシステムは地域包括ケアシステムとよびうるものになるというのは必然的なことだろうか。この問いに答えるために、まず次の2つの問いを考えてみよう。

第1の問いは、老後の暮らしの場として自宅と老人ホームとではどちらがよいだろうか、というものである。多くの調査結果が示すように、高齢者は、概して事情が許す限り自宅で老後を過ごしたいと思っている。高口光子がユーモアを込めて述べたように、「小学生のときの『私の夢』とい

う作文に『私は70歳くらいになったら、“要介護3” くらいの認定を受けて、特養に入ることが夢です』と書く人は1人もいない⁽⁵⁾のである。このことは、やむを得ない事情がないかぎり、高齢者は施設よりも自宅を⁽⁶⁾選好する傾向があるということ⁽⁶⁾を意味しており、その意味で、生活の場として、慣れ親しんだ自宅を中心とする環境には、施設的環境に対して明確な優越性があるといえることができる。とすれば、地域的（非施設的）に展開されたヘルスケアは、生活という観点からみて、人々の嗜好により配慮したヘルスケアのあり方である、とひとまずいえることができる。

第2の問いは、一度かかると治らない病気にかかる可能性があるとして、どのような対策を考えるべきか、というものである。まず病気にかからないようにできるのであればそのようにした方がよいであろう（予防）。それでも病気にかかってしまったらそれ以上病状が悪化しないように必要な治療を受けた方がよいであろう（治療）。ただ病気が治らない以上、病気と付き合いながらも支障のない生活ができるよう支援体制を整えることも必要であろう（生活支援）。このような考え方は、地域包括ケアが念頭におく、保健（予防）・医療（治療）・福祉（生活支援）の連携による包括的な疾病・障害対策に対応している。

おそらく上の議論は、今日のわれわれの一般的な良識に沿うものであると大方が認めるものであるといえるであろう。とすれば、ほどほどの費用で実現できるのならば、より地域的かつ包括的に展開されるヘルスケアシステム＝地域包括ケアシステムは、われわれの常識的判断としての「よいケア」に合致したケアシステムのあり方であるということになるであろう。

ところが、この常識は歴史的観点からみると、決して自明のものとはいえない。というのも、われわれの常識にもかかわらず、少なくとも従来われわれの社会はヘルスケアを地域的にも包括的にも実現することに熱心ではなかったからである。このことは、この地域包括ケアの実現はあくまで将来に実現すべき課題であるとみなされていることに表れている。ここにわれわれは、上の常識は

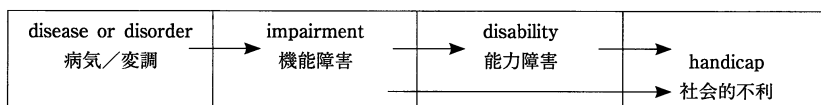
過去においては決して常識ではなかったであろうことを見出すことができる。とするならば、われわれが知らず知らずのうちに経験した常識の転換とは何であろうか。

現在と過去を隔てる常識の転換とは、ヘルスケアシステムにとっての目標概念である「健康」に関する常識の転換である。従来のヘルスケアシステムはその古い健康に関する常識に適應するシステムとして形成されていたのに対し、今日にあっては、その古い健康観が別のものに置き換わろうとしており、その結果として地域包括ケアシステムが新しい健康観に適合するシステムとして⁽⁷⁾展望されるようになったのである。

先進諸国においては、20世紀初頭に治療医学に対する高い期待を社会が抱くようになって以降、健康とは医学的な意味において病気でないことを意味してきた。健康をこのように理解すると、健康を損ねたときの回復手段も、医学的治療ということになる。健康回復手段がもっぱら医学的治療であるという前提で病気やその原因を把握しようとする認識のあり方は、のちに「医学モデル」とよばれるようになったものである。治療医学的健康観および医学モデルを前提とすると、医学的にもっとも治癒（＝病気でない状態）の可能性を追求できるタイプのヘルスケアシステムが望ましいということになる。そしてそれこそが、20世紀において卓越した、病院における施設ケアを中核とする医療システムにほかならなかった。そこでは、ケアの地域性というものは患者の効果的な管理に資さない、むしろ好ましくないものであった。また同時代においては、包括性の要素である保健と福祉も、付け足し的な位置づけに甘んじざるを得なかった。

では、地域包括ケアを求める健康概念とは、このような治療医学的健康観とどこが異なっているのだろうか。この問いに対しては、ひとまず、健康が、治療医学的な観点からではなく、生活の質（QOL）の高さによって定義されているところであるといえることができる。そこでは、単に病気が治ることが健康を回復することではなく、病気が治ることで、あるいは治らなくとも適切な対

図1 国際障害分類 (ICIDH) における障害モデル



処によって、当事者に健やかな生活がもたらされることが健康になることを意味するのである。このような健康の理解の仕方は「生活モデル」とよばれている。

医学モデルと生活モデルの違いをもう少し掘り下げて理解するために、以下では、WHOが1980年に発表した「国際障害分類」(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: ICIDH)をみておこう⁽⁸⁾。国際障害分類では、病気による障害には3つのレベル(機能障害・能力障害・社会的不利)があり、それぞれのレベルで解決の可能性があることが示された。たとえば、脳卒中(病気)によって、手の麻痺(機能障害)が残り、そのために字を書くことができず(能力障害)、結果、人々とのコミュニケーションに困難が生じた(社会的不利)としよう。これらの様々な次元における障害は、多くの場合治療医学では解決することができない。このようなもっぱら治療による回復を目指す思考のあり方が医学モデルである。だが、リハビリテーションによって機能障害が緩和できるかもしれない、また、それが無理でも、代替的な方法(口を使うなど)や他者の助けによって字を書くことができるようになるかもしれない。また、セルフヘルプグループや他者の支援を受けることによって麻痺があっても人々との交流ができるかもしれない。要するに、われわれには、疾病その他の理由で障害を受けたとしても、良好な生活を再建する様々な方法があるのである。特に、治療によっては解決しない障害を抱えている人々にとっては、生活の質を多様なアプローチによって改善する方が、不可能な病気の治癒よりも優れた目標であることはいうまでもない。このような生活改善を目指す思考が、生活モデル⁽⁹⁾である。

生活モデルには、当事者の抱える問題を生活の

質という観点から解釈するという作法に伴って1つの明確な特徴が付与されている。それが、当事者の問題の原因を疾病などの単一の原因に還元するのではなく、因果の連鎖として把握することである。それによって当事者が問題状況からの脱出を計ることを支援したり、問題状況に陥ることを予防したりする上でいくつもの介入のポイントを見出すことができる。このような状況の認識の仕方は、システム論的でありまた生態学的であるといえる。この特徴の重要性については、次節で改めて議論する。

さて、今日の状況が、ヘルスケアへの生活モデルの浸透の途中段階であると理解することを踏まえると、きたるヘルスケアシステムが地域性と包括性を帯びることの必然性の根拠を明確な形で述べ直すことができる。

まず、ヘルスケアの地域性についていえば、以下の4つの理由を挙げることができよう。第1に、本節冒頭でも述べたように、人々は特段の事情がないかぎり施設的環境よりも地域的環境を 선호する傾向にある。このことは、人々の主観的な生活の質の増進という観点からみて、地域的環境においてケアをする方が、施設的環境におけるよりも有利であることを意味している。第2に、地域的環境においては、元々の生活環境によって充足されていた生活要素を引き継ぐことができる。この点も生活の質の維持にとって地域的環境の優位性を担保する。第3に、生活の質の高さが当事者によって多様であること、および生活モデルに随伴する支援機会の多様性に対応するためには、支援のための社会的資源にも多様性が必要となる。地域社会はそのような多様性を有する典型的かつ多くの当事者にとって身近な資源のプールである。

第4に、生活の良さに関する情報が、当事者の生活環境に集中しているために、当事者の生活の質を目標とするかぎり、支援主体も当事者の生活環境に対する十分なアクセスをもたなければならない。このとき、支援主体も地域的に活動することが効率的となる。

ヘルスケアの包括性についてはどうだろうか。そもそもヘルスケアの包括性については、包括医療 (comprehensive medicine) や全人医療 (holistic medicine) といった統合性の高い医療の必要が、20世紀を通じて様々な論者から指摘され続けてきた。その意味では、包括ケアというアイデアは決して新しいものではない。それどころか、20世紀以前にまで遡ると医療は、一般に包括的で全人的な性格を有していたというのが事実なのである。その意味では、治療医学=医学モデルは、20世紀という医療史上きわめて固有性の高い状況の下で、多様に存在する医療観の中でヘゲモニーを握った思考様式であったといえる。そして、このような治療医学=医学モデルの覇権の時代には、保健、リハビリテーション、生活支援といった治療の川上、川下の諸要素はあくまで添え物的な位置づけに置かれざるを得なかったのであり、そのような強弱の関係にあって、各要素が1つのシステムとして包括的に作動することは困難であったといえる。

これに対し、生活モデルが医学モデルの覇権にとってかわることは、このようなヘルスケアの包括性へ向けてのおよそ100年来の障害が取り除かれることを意味する。いいかえると、およそ100年ぶりに保健・医療・福祉が、生活の質という1つの目標を共有する状況が生ずるのである。このとき、医療は重要ではあるが生活の質を支えるヘルスケアシステムのサブシステムの1つへと再定位されることになる。現在日本社会において起きていることはこれである。実践家の多くが指摘するように、現実の保健・医療・福祉の統合に幾多の課題があることは確かであろう⁽¹²⁾。だが、長期的な目標としてあれ、今日そのような統合を現実的な可能性として模索することができるようになったこと自体、20世紀的呪縛から解き放たれたこ

とを示しているのである。

3 健康概念の転換と社会福祉の生活モデル化

本稿冒頭で述べた通り、地域包括ケアの社会理論に求められることの1つが、なぜ次代のヘルスケアが地域包括ケアになるのかという問いに答えることである。これに対して前節では、健康概念の転換を前提とすれば、その転換に適合するタイプのヘルスケアシステムは必然的に地域性と包括性を帯びる=より地域包括ケア的になってゆくということを示した。だが、この議論は問いに対する答えとしては不十分であるといえよう。というのも、それは、なぜ健康概念の転換が生じなければならないのかについての説明を欠いているからである。

この点について、従来の医療政策論では、健康概念の転換に関して長寿化・疾病構造の転換のインパクトを重視してきたといえる⁽¹³⁾。長寿化・疾病構造の転換は、生活習慣病や老化およびそれらに原因する障害を抱えて生きる大量の高齢者を出現させる、そして、このような高齢者にとって、治療医学の効果は限定的であるので、治療医学に対する社会的期待・信認も低下する可能性がある、というものである。この要因は、現在の日本をみると、高齢者医療領域から先行的に生活モデルが受け入れられてきたことを説明するものであり、その意味では健康概念の転換の内容を左右する重要な要因の1つであることはたしかである。

とはいえ、もっぱら長寿化・疾病構造の転換という要因によって、健康概念の転換を説明することには無理がある。第1に、国によって高齢化の進行や疾病構造の転換のパターンが異なっており、高齢社会に到達するタイミングにも大きな差がある。にもかかわらず、健康概念の転換それ自体は、日本に限らず多くの国々で比較的最近進行している現象のようにみえる⁽¹⁴⁾。第2に、治療医学が高齢者になしうることが依然として限定的であるとしても、今日の高齢者が、20世紀前半の高齢者に比べて圧倒的に強力に治療医学によって守られてい

るということはいかなる場合でも、高齢者に対する治療医学の絶対的重要性は、時代が進むにつれ増大し続けているのである。この認識は、疾病構造の転換を考慮に入れても揺らぐものではないであろう。これらの2点は、長寿化・疾病構造の転換が、健康観の転換に密接に関わっていることはたしかだとしても、それは健康概念の転換に直結するものというよりは、ひとまず背景要因あるいは加速要因であると考えておく必要があることを示している。

ここで重要なことは、新しい健康観をもたらす生活モデルはヘルスケア領域にのみインパクトをもったのではないということである。それは社会福祉・社会政策の文脈において、実質的に1980年代から徐々に浸透しつつあった生活問題に対する認識方法である。とするなら、ヘルスケアへの生活モデルの流入は、生活モデルがより広範囲で社会的正統性を獲得してゆく過程の中に位置づけられなければならないということになるであろう。いかにいけば、健康概念の転換がなぜ生じたのかという問いは、単にヘルスケアに生活モデルが流入したのかという問いであるよりも、そもそも人々の生活を支援する作法が生活モデル化したのはなぜかという問いとして問われることが適切であるということになろう。

そこで、以下では健康概念の転換の根底にあると考えられる社会福祉の生活モデル化について、ごく粗い素描としてではあるが検討を加えておきたい。

(1) 生活モデルの特徴

まず生活モデルの特徴を前節よりももう一段立ち入って確認しておこう。

第1に、それはなにより当事者の置かれている状況が、因果の連鎖として把握される、より一般的には、本人に作用する生活諸要素の因果的ネットワーク＝エコロジーのあり方によって規定されるものとして把握される点にあるといえる。これに時間の次元を加えれば、エコロジーの動態やその中で形作られる本人の物語への視点が追加されることになる。このことは、当事者に対する支援

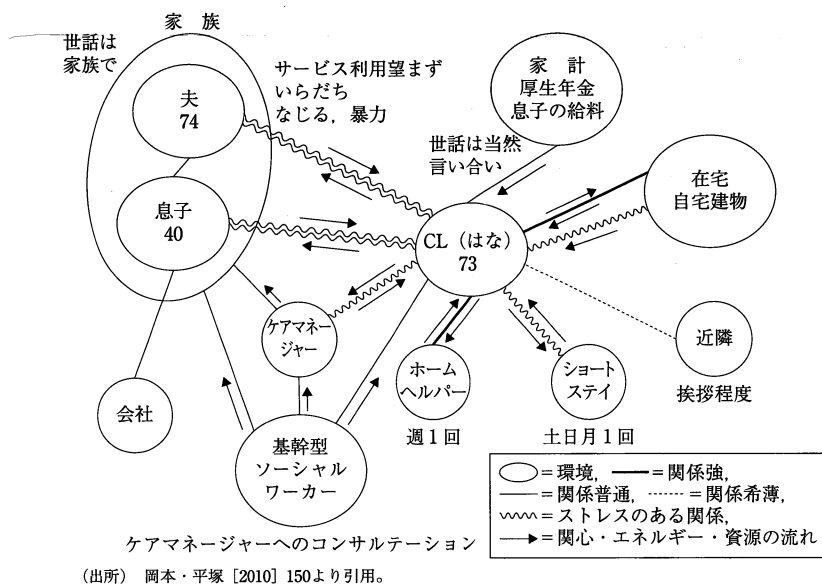
のあり方という点からみると、因果のネットワークの至る所で有効な対策を講ずる機会が発生するということになる。前述の国際障害分類(ICIDH)は、この生活モデルの特徴を備えた端緒的な障害モデルであるといえる。2001年にこれを引き継いだ国際生活機能分類(ICF)では、この生活モデルの特徴をより一般化する方向へ改訂されたことからわかるように、生活の質に関わる身体的・社会的条件の多様性に対してより拡大的に顧慮を払う方向へ向かっており、それは、生活モデルの社会的正統性が年を経るにつれ、より強固になってきていることを意味している。

第2に、生活モデルによって問題を把握して生活支援を行う場合、ナショナルミニマムという戦後の社会保障政策が生存権保障を実行する上で主要な役割を果たしてきた水準概念を放棄しなければならないということである。生活モデルにおいては、生活の質に関わる要素は、それが資源としてあるということに焦点が置かれているのではない。それが資源としてどのように機能するかということに焦点が置かれている。そしてその機能は、他の要素との関係の中で決定されるという意味において状況依存的である。つまり、生活モデルにおいては、最低限の生活要素(いかなる状況においても生活に不可欠な資源として不変の機能を有する要素)の成立は特殊なケースにすぎない。とすれば、生活モデルに基づいて生活を支援するにあたっては、生活資源のエコロジーにおける状況依存的機能を理解することが、それが有効な支援たりうるためにもっとも必要なことであり、普遍的により最低限的な要素を見出すことではないということにならざるを得ない。かくして、生活モデルに基づく生活支援は、それがさしあたり目指す生活水準にかかわらず、生存権保障的ではないということになるのである。

(2) 社会福祉の生活モデル化の潮流

これまで生活モデルを主に国際障害分類ICIDH(国際生活機能分類ICF)に対応させて説明してきた。これはヘルスケアと障害者福祉との連関に焦点を当てた説明の仕方である。このよう

図2 エコマップの一例



な説明の仕方をしてきたことには明確な理由がある。というのも、ヘルスケア側からみると、生活モデルの流入が、主に高齢者の抱える生活困難が一種の障害として再定義される形で進展してきたため、系譜的に説明がつくからである。だが、ここで重要なことは、障害者福祉における生活モデルの確立は、なにも障害者福祉という限定された領域で起きたことではないということである。それは、異なる定式化の仕方ではあるが、少なくとも社会福祉の各領域に浸透しているのである。

以下ではこの点を、これまで論じてきた障害者福祉に加え、①ソーシャルワーク論、②社会福祉のいわゆる「原論」、③貧困研究に関して確認したい。もっとも、以下の議論は、このような研究分野を横断するに十分な準備が筆者の側に整った上でのものでなく、あくまで本稿が全体として議論の叩き台としての意味をもつことを想定して編まれているという理由によって正当化される粗い議論にすぎないということについてはあらかじめ断っておきたい。

①ソーシャルワーク論

ソーシャルワーク論では、1980年にC. B. ジャーメインとA. ギッターマンによるエコロジカル

アプローチによるソーシャルワークの統合モデルが提案されて以降、従来の特定の生活問題を専門的に取り扱う多数のディシプリンからなる専門分立の状況から、当事者のエコロジー全体を顧慮するエコロジカルソーシャルワークがそれらの各専門的支援を統括するジェネラルな領域として必要とされるという考えが主流となってきた。

エコロジカルソーシャルワークがいかに生活モデル的基盤に基づいているかを典型的に示しているのが、その手法として今日広く利用されているエコマップ(当事者を中心とする生態地図: ecomap)である。このツールの活用は、いうまでもなく当事者の生活問題を、当事者を取り巻く環境全体の因果ネットワークとして読み取ろうとするものであり、そこでの焦点は、当事者の生活が改善するような社会関係の構築や既存の諸生活資源の当事者への接続による機能化である。その意味において、エコマップを活用した生活支援は、上で述べた生活モデルの2つの特徴を指向した支援のあり方であるといえよう(図2参照)。

②社会福祉原論

社会福祉のいわゆる「原論」とよばれる領域において広く受け入れられてきた「救貧型福祉」か

ら「普遍型福祉」への「パラダイム転換」も、ソーシャルワーク論が1980年代に経験した生活支援の生活モデル化のストーリーを共有しているといえる。この社会福祉における「パラダイム転換」の主唱者の1人である三浦文夫は、この「パラダイム転換」を「貨幣的ニード」から「非貨幣的ニード」への転換として定式化した。その当否についてはひとまず措くとして、ここでもっとも興味深いのは、三浦のいう「非貨幣的ニード」の特質として、(1)ニードの個別性・多様性、(2)ニードの状況依存性、(3)充足に際して目標を設定することの困難、から「非貨幣的ニード」の充足は、従来のナショナルミニマムの保障として行うことができないとみなしている点である。⁽¹⁷⁾ いうまでもなく、これらの支援観は、生活モデルが生成する支援観とよく整合する。

岡村重夫も、1988年の文章において、生活モデルに適合する議論を自説に引きつけて述べている。すなわち、社会福祉が「社会関係の障害」の克服であることを示した上で、「社会福祉はひとの生活上の困難を援助する社会システムであるが、それは社会保障や医療、教育等々の専門的に分化された生活関連の施策や制度とは異なる固有の論理をもつものである。それは『社会的弱者』に対するサービスによって特色づけられる固有性でもなく、ソーシャル・ミニマム水準以下の人々のみを援助するものでもない。一般の人々、否、すべての人の社会生活の論理に依拠しつつ、その中から固有の視点をみいだして、社会福祉固有の援助の論理と倫理を構成するのである。」⁽¹⁸⁾

もちろん社会福祉における「パラダイム転換」は、生活問題の把握の作法に留まらない、社会福祉のサービス対象や想定されるサービス主体の拡大を含む内容を有していたことから、「普遍型福祉」を生活モデルと直線的に結びつけることには慎重である必要がある。ただ、それでも社会福祉の学界が総じて歓迎したとされる「パラダイム転換」の中に⁽¹⁹⁾、生活モデル化が内容として含まれていたことはたしかなことであるといえるであろう。

③ 貧困研究

中川清によれば、「1980年代にはいると、貧困

をめぐる調査や研究の力点に変化をし始める。都市部における高齢単身世帯や障害者世帯などに集中する貧困の様相は、所得の低さ以上に、職域や地域、そして家族などの関係からの『疎外』として理解されるようになった。さらに、1990年代に入ると、このような貧困理解はより「ホームレス（「野宿者」あるいは「不定住の貧困」）や外国人労働者下層などの特殊で限定された対象が取り上げられ、家族の解体や社会関係からの孤立や排除に直面する状況が分析される」ようになっていった。ここで指摘されているのは、貧困研究のまなざしが、貧困を社会全般あるいはある階層の貧しさではなく、個別的な状況の中で生ずる社会的排除に向かってゆく潮流である。

もっとも貧困研究の場合、典型的なナショナルミニマム保障的制度である生活保護制度につなげてゆくことが支援の実践的目標になる場合が多いために、一見生存権保障からの逸脱が見出しにくい領域であるといえるかもしれない。だが、その場合でも、当事者がどのような社会関係あるいはそこからの脱落のプロセスを経て現状に到達したか、またそれに対して、生活保護制度が当事者の生活に対してどのような機能的意味をもつのかについて、顧慮することなく貧困に対する支援が成立しないという点では、今日の社会的排除論に立脚する貧困研究も、生活モデルによる問題の解釈枠組みを受け入れてきた分野であると考えられる。

以上を総ずるに、およそ1970年代後半から1980年代にかけて、実質的に生活モデルと同等のものが、社会福祉領域の広範な部分で受け入れられてきたということはたしかなことであるといえよう。⁽²⁰⁾ そしてこのことは、少なくとも、ヘルスケアの歴史的变化に関する系譜的な見方、すなわち生活モデルの障害者福祉領域からヘルスケアへの流入という見方が皮相にすぎると示している。

ヘルスケアにおける健康概念の転換が単に高齢者の問題であるとすれば、ヘルスケアの生活モデル化は高齢者医療の領域に限定されることになろう。とすれば、地域包括ケアシステムは、もっぱら高齢者のためのヘルスケアであるということに

なろう。だが、本節での検討は、生活モデルが単に高齢者を障害者として位置づけるだけのものではないことを示している。すなわち、それはわれわれの社会が全体として生活やその困難に関する認識や取り扱いの作法を変化させつつあるものであり、ヘルスケアは、その社会全体の変化に適応することを求められている多様な社会サービス領域の1つとして存在しているということである。

4 地域包括ケアの特徴と課題

前述の通り、ヘルスケアシステムが地域性と包括性を帯びるということは、健康概念の転換の歴史的方向に沿ってヘルスケアを構築するかぎり随伴する現象である。その意味では、地域包括ケアシステムは、時代に適合するものではある。だが、そのことは、地域包括ケア化が、われわれのヘルスケアをよりよいものにすることを保証するものではない。むしろそれは、新しいゲームのルールに基づいて、新たにゲームを始めるようなものである。新しいゲームに固有の課題を解決してこそ良い結果が得られると解されるべきである。とすれば、地域包括ケアシステムの原則とは何であり、またそれを良好なシステムとして構築・維持してゆくためにどのような課題を克服すべきであるか、といった問いに答えることが実践的に重要な意味をもつことになろう。

もとより、本稿は端緒的なレベルの論考であるので、上の問いに十全に答えることはできない。とはいえ、次代のヘルスケアシステムが、生活モデルを基軸とするシステムとなるという見通しそれ自体が、そのシステムがいかなる特徴を有し、またどのような課題を生成するのかについて一定の見通しを与えてくれる。というのも、生活モデルとは、ヘルスケアの方法に対して、マクロからミクロまで広範に制約を加える原則であると考えられるからである。

(1) 地域包括ケアシステムの両極性

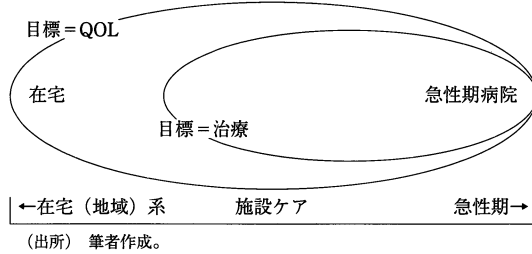
前節でみたように、健康概念の転換のインパクトは、それが医療システムにとっては外生ショッ

クとしての性格を強くもっている点に1つの特徴がある。このことは、治療医学の医療が挫折したのではないということでもある。ここに、健康概念の転換に伴って、包括ケアシステムの全面的な再編が進行しつつあることと、治療医学が更なる進歩へ向かっていること、この2つが両立する根拠がある。いかえると、きたる地域包括ケアシステムの中には、20世紀の治療医学の伝統を引き継ぎ、それをより進歩・高度化させてゆく領域も含まれることになる。高度な専門的・先端的医療機能に特化を急ぐ先端的な病院群がそれである。

これらの病院にとって、治療必要度の低い患者の入院は病院の運営の効率や医療従事者の技能形成を阻害する要因となる²²⁾。そのような病院にとって望ましいのは、濃厚な治療・管理の必要な重症患者のみ入院させ、急性期を脱した際にはできるだけ早く退院させることである。そして、慢性期患者を病床に留め置くかわりに次の急性期の患者を入院させることである。このとき、病院の中では、診療内容は濃厚な治療・管理の連続となる。

この治療医学の進歩が健康システムに与える影響が、健康概念の転換による影響と干渉し合うというよりは補完的な関係にある、ということは興味深いことである。というのも、病院がもっぱら急性期患者に対応する傾向を強めてゆけば、濃厚な治療サービスを必要としない患者は、急性期病院の外側（＝在宅方向）に押し出されてゆくことになるが、それは患者・障害者を在宅方面に引っ張ろうとする包括ケアシステムの引力と基本的に同じ方向を向いているからである。もっとも、同時にこれら2つの力の目的が異なっているということには留意しておかなければならない。というのも、一方では生活の質を引き上げるために施設から遠ざかるのに対し、他方では、患者の生活の質がどうであれ、病院の高度化を達成するために患者を施設から遠ざけるからである。いずれにせよ、総じて地域包括ケアシステムの形成は、両極における2つの磁場を軸に行われることになる(図3)。それは、人的資源・物的資源がシステムの両端に吸引される一方で、患者・障害者は基本的に在宅方向に継続的に吸引されるシステムであ

図3 地域包括ケアにおける2つの目標



る。

さて、地域包括ケアシステムが両極性をもつとすれば、そこにどのような政策上の課題領域が形成されるであろうか。

第1に、医療・看護・介護各職種が全体として、この広大な領域をカバーできるような持続可能な職種間分業がいかにして可能となるかという課題である。20世紀の医療においては、プライマリケア/セカンダリケアという2層の機能領域に対して、病院/診療所という施設構造と医師の能力をどのように配分するかという課題を解くことが医療システムに求められてきた。これに対し、21世紀における地域包括ケアシステムは、はるかに複雑な連立方程式を解く必要がある。というのも、課題を解くための変数も多いが満たさなければならない条件も多いからである⁽²⁴⁾。近年医師数の過不足についての議論が喧しくなっているが、いうまでもなく医師数はこの地域包括ケアシステム全体の職種間分業の要素の1つである。したがって、この点を考慮しない必要医師数推計が、ヘルスケアの構造全体の変化の影響が現れる長期に対しては信頼する根拠をもたないことは確かであろう⁽²⁵⁾。

第2に、地域包括ケアシステムの両極性は、両極の中間に広がる主に施設ケアを供給する領域の存在理由が欠落することを意味している。この領域は、人的・財政的資源を投入する正当性を調達することが難しくなる。たとえば、長いウェイトイングリストを抱えているにもかかわらず、特別養護老人ホームについては、現状では、施設の大幅拡充という政策的対応が行われる見込みは小さい。その理由を辿って行けば、特別養護老人ホームの存在価値を積極的に擁護する社会的価値が存

在していないという点に突き当たる。同種の問題を、中小規模の自治体病院、療養病床中心の私立病院なども抱えつつあるといえよう。

第3に、第2の課題と密接に関わる1つの包括的課題を考える必要があるかもしれないということである。第2の課題には、1つの前提がある。それは、施設の種類ごとに供給するケアが異なるという前提である。これは、今日の医療法や介護保険法の施設基準による規制を前提することでもある。だが、同じ施設に同様の医療ニーズ、生活ニーズを抱えた人々を集約することに一般的な合理性があるかといえ、おそらくそれが合理的である場合は、急性期医療の一部に限定されるであろう。というのも、第1に、そもそも施設間機能分離は、規模の経済が実現できるだけのニーズの大きさがなければ効率的でないためである。小さなコミュニティで地域ケアを実施する上では、保健・医療・福祉を統合するタイプの施設を1つもつ方が効率的な場合もありうるのである。第2に、ヘルスケアの目標が生活の質によって定義された健康であるとするれば、ある限局された状況を除けば、病院であれ介護施設であれ在宅であれ、生活のための支援としての性格を帯びざるを得ないためである。いいかえると、ある施設は医療施設であり、別の施設は生活施設であるという区分そのものが生活モデルの思考に反するためである。もしこのような認識から出発すれば、地域包括ケアにおいては、当事者に供給される医療サービス・生活サービスやそれに対する対価を施設内容とは切り離して決定することを認める供給制度および社会保険制度が適しているということになろう。

(2) 目的を外部に依存するシステムとしての地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは、健康というヘルスケアシステムの目標の定義をシステムの外部に依存するシステムとなる。この点が特に強調される必要があるのは、20世紀に卓越した医療システムにおいては、健康は、システム内部の要素である治療医学によって定義されてきたためである⁽³⁰⁾。この違いは、20世紀と21世紀のヘルスケアシステムの作動の仕方に根本的な違いを生み出すものであるといえる。

医療社会学者 E. フリードソンによれば、医療専門職＝医師の職業としての中核となる特徴は、その自律性 (autonomy) であり、そしてその源泉としてあるのが、秘儀的専門性 (esoteric expertise) に基づく職業としての目標やその手段としての職務を定義する力である。治療医学によって健康が定義されるという事態は、医療社会学的文脈においては、自律性の一側面であるということになる。フリードソン以降の医療社会学の流れは比較的最近まで、概ねこのような医療専門職の自律性に対して強い警戒心を有していた。というのも、医師の自律性は、医師たちに、社会の利益のためよりも自らの利益のために、健康概念・治療対象・治療手段を操作する機会を与えるものでもあったためである⁽³²⁾。このような「企み」がどの程度現実の世界に意味をもったかはひとまず措くとして、少なくとも20世紀を通じて、医師－患者関係が、患者にとって従属的な関係であったことは否定できない。医師が患者に対して「わたしの言うことを聞かないとどうなっても知りませんよ」というとき、それがインフォームドコンセントを無効化するほどの強制力として患者に受け止められてきた理由は、治療医学によって定義された健康概念を患者が共有するかぎり、医師の助言に逆らうことは健康上の不利益を蒙ることと同じとみなされたからである。

その意味では、健康概念の定義が治療医学から生活の質に転換してゆくことは、ひとまず、このような医療社会学が警戒してきた医師による患者に対する搾取、医療による社会に対する搾取の可

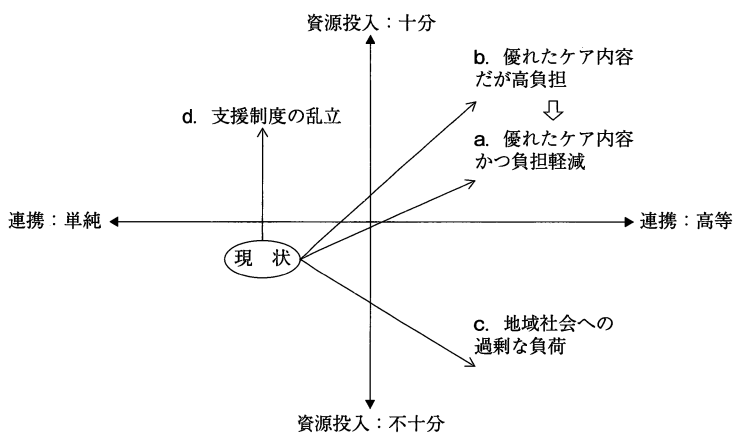
能性の構図から解放されることを意味する。その点だけからいえば、現在の変化は、患者にとって好ましい側面を有していることは間違いない。

他方で、地域包括ケアシステムが生活の質に基づいて健康を定義することは、われわれが次の課題に直面することを意味する。すなわち、このままゆくと地域包括ケアシステムが強度に自己決定に依存するヘルスケアシステムになると考えられることに伴う課題である。

前節でみたように、生活モデルに基づく地域包括ケアシステムは、支援の作法という観点からみて、それが生存権保障に馴染まない点に1つの特徴がある。結果として供給されるサービスも、ナショナルミニマムを逸脱する内容になる。少なくとも20世紀後半における社会保障思考においては、このようなサービスは通常、自由権を行使することによって自主的に確保されるべきものであると考えられてきた。工藤恒夫が述べたように、われわれの社会では「生活についての『自己責任』原則が大前提として貫かれており、そこでは、この『最低』を上回る生活部分は、あくまでも各自がその任意的な『自助』活動を通じて、つまり“自由権”や“労働権”を行使することによって自主的に確保されるべきことが原則とされて」てきたのである。したがって、社会政策の生活支援の原則が不変であるかぎり、きたる地域包括ケアシステムも生存権よりも自由権⁽³⁴⁾に基づくヘルスケアシステムとなることになる。

このような自由権に基づくシステムを指向するヘルスケアシステムに関しては、慎重に検討しなければならない点がある。それは、このようなヘルスケアシステムにとっては、それが人々の利益のためではなく、システムの成立要件として、人々に自己決定を要請する点である。そもそも自己決定は一種の能力概念であり、すべての人がいかなるときでも自己決定を実質的に行いうるわけではない⁽³⁵⁾。疾病、障害、老いなどがそれを困難にすることは稀でなく、しかもヘルスケアとはそのような困難を広く取り扱う社会サービスなのである。とすれば、地域包括ケアシステムを円滑に作動させるためには、システムは、自己決定を擬制

図4 地域包括ケアシステムのヴァリエーション



(出所) 筆者作成。

する制度を発達させることを必要とする⁶⁶⁾。ここで重要なことは、このような形で自己決定を一般化することが、人々が望むものではなく、システムが要請するものであるということである。そこには、論理的な可能性として、人々が望まない領域においても自己決定が一般化される可能性が生ずるのである。

従来自己決定をめぐることは、自己決定する能力を有する人々が社会的障壁によってそれを阻害される側面にもつら光が当てられてきたといえよう。そのような自己決定要求運動の成果については否定すべくもない。だが、地域包括ケアシステムにおける自己決定には、単に人々が望むというだけでなく、人々が望むと望まざるとにかかわらず、それをシステムが要請するという側面がある。昨今日本でも成年後見制度やリビングウィルのような自己決定を抑制する制度の整備が加速的に進捗しつつあるようにみえる。一義的にはそれらは人々の権利を擁護するものにはかならないが、他方でそれらは、システムの要請でもある。ここでわれわれが考慮すべきは、そのようなシステムの要請は、われわれの自己決定権を拡張するだけでなく、人々が自己決定したことを何らかの方法で抑制しない限り支援の是非を決定することができない不自由さをわれわれの社会にもたらす可能性があるということであり、さらに自己決定に高い重要性が置かれることで結局のところ自己決

定する能力を有する者に有利になる社会を出現させる可能性があるということである。

(3) 高価なヘルスケアシステムとしての地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのもう1つの重要な特徴が、従来の医療システムに比べて、元来高価なヘルスケアシステムだということである。地域社会は、施設ではカバーできないニーズに対応することが可能であるので単純に比較できないが、少なくとも、あえて効率性の低い場所でケアが展開されるという側面があることは否定できない。したがって、われわれにとって満足すべきサービス水準の地域包括ケアが構築された暁には、より大きな経済的・社会的コストの負担が発生する可能性は否定できない。もし、十分な資源投入が行われない場合、地域包括ケアシステムは、地域社会により多くの負担を強いる結果となるであろう。それが何をもたらすか。おそらく、家族に育児・介護の負担を背負わせることによって深刻な少子化を招いたと同種の経験を、地域社会でもう一度繰り返すことになるであろう。以上の議論を踏まえて、地域包括ケアとして到達可能性のあるケアを平面上の地点として示すと、図4のようになろう。

地域包括ケアの社会理論が目指すべき主要な論点は、図4における b, c, d に向かうことを避けながら、いかに a の地点に到達することが可能で

あるかである。aに向かって進むためには、3つのハードルをクリアする必要があるであろう。

第1に、地域社会からの支援の調達である。近年ヘルスケアの分野に限らず地域社会に対する関心は高まってきている。住民の自発的な支え合いが、人々の生活を活性化するとともに、従来の行政サービスによるアプローチの限界を乗り越えるものであるという認識が広まりつつある。そこから「新しい公共」の出現を展望する論者も少なくない。

だが、同時にこの地域社会への期待は、現代社会において人々が日常生活の中で地域社会の重要性を実感することが少なくなり、関心が少なくなっているという現実と裏腹の関係にあるものでもある。すなわち、地域的公共性の必要性は認識されてはいても、むしろ地域社会のベクトルは公共的関わりが希薄化する方向で進んでもいるのであり、それを反転させることは、楽観的論調ほど簡単ではないといえる。いいかえれば、地域社会における「新しい公共」の創出には具体的な手段がまだまだ欠けているのである。他方で、行政には、業務をできるかぎり地域住民に担わせることで、折からの財政難を乗り切ろうとする傾きが強まっている。つまり、現在の地域社会をめぐる状況は、地域社会における人々の連帯を強化してゆく手段を欠いたまま、それを利用する方法ばかりを考えている状況なのである。日本社会は、家族に多くのものを担わせすぎた結果として、劇的な少子化という「罰」を受ける経験をしている。上でのべた地域社会をめぐる状況は、同様の「罰」を受けるの愚を、地域社会でも繰り返してしまう可能性を示唆している。

とすれば、地域包括ケアを構築する上でなすべきことは、地域社会を強化する、いいかえれば地域住民同士の関係を強化するために、ヘルスケアを利用することでなければならない。これは因果関係の顛倒ではない。社会関係資本は、ヘルスケアにだけ役立つものではなく汎用の資本である。これを単にヘルスケアだけが構築しようとしても外部効果ばかりが大きく効果は薄いであろう。だが、ヘルスケア、防犯、防災、スポーツ、教育そ

他の様々な公共サービスが一樣に地域社会を強化することに貢献することを目指せば、結果として社会関係資本は、あらゆる公共サービスの目標達成に大きな貢献をしてくれる可能性がある。

ヘルスケアによって地域社会を強化する一例として、開業助産師が妊産婦と結ぶ強い紐帯を挙げよう。一般に、大きな困難をとともに乗り越えることで、人間は互いに強く結びつけられるが、妊娠から出産に至る過程は、まさに妊産婦と助産師との間にそのような強力な信頼関係を作り上げるにふさわしい大事業にほかならない。そして、重要なことは、そこで形成された女性と助産師の強い結びつきは、女性が母親となってゆくことを支援する上で代替の効かない人間関係資本となり得るということである。今日の母親の不安と孤独の問題は、育児について相談する窓口の欠如ではない。現在ではちょっと調べれば育児相談を受け付けているところはいくらでもみつかるであろう。真の問題は、相談に乗ってくれる担当者に、母親が自分の苦しみを話すことができないことにある。このとき、人に言えぬ苦しみを抱えた母親が、妊娠から出産に至る10カ月を伴走してくれた助産師のことを思い出すことができるならば、それだけで助産師の存在は、母親の支援者として十分に価値のあるものとなるのである。

この開業助産師の例が意味しているのは、ヘルスケアの人的資源に対して、単に当事者のニーズを充足する機能だけでなく、地域社会を強化する機能を併せもたせるように設計することによって、地域社会の強化に貢献することができるということである。いうまでもなく、地域包括ケアシステムにおいては、多くの人数、多くの種類の職種が地域社会に入り込んで仕事を行うことになる。彼らに同様の機能設計を行うことができれば、ヘルスケアは上述の意味においてなすべきことをなすことができるであろう。

第2に、柔軟性の高い支援主体間の連携の構築である。地域包括ケアシステムは、旧来の医療システムに比べて格段に柔軟性の高い支援主体間の連携があってはじめて効果的に作動する。この点を理解するには、エコロジカルソーシャルワーク

が直面する困難を考えてみればよい。エコロジカルソーシャルワークにおいて重用されているエコマップをみると、①多様な生活問題の解決に際して、ケースごとに異なる支援者、役割分担の支援ネットワークが構築される、②1つのケースについても、支援ネットワークの形は時々刻々変化するということが読み取れる。支援者は、それがもつ生活支援上の能力のためにネットワークに組み入れられるが、あらかじめ厳格に受けもつ役割は定められておらず、しかも果たすべき役割は時々刻々変化する。このようなシステム内要素の不定型性・柔軟性が、従来の医療システムにはみられなかった要素であることはいままでもない。

また併せて、このような要素の不定型性・柔軟性を基調とする地域包括ケアシステムにおいて行政サービスの役割がどこに置かれるべきであるかについても重要な課題となるであろう。少なくとも現状において行政サービスには、このような不定型性・柔軟性に対応することを苦手としているということはたしかである。だが、行政サービスがどこまで柔軟性を獲得できるかについては、行政学を含めてまだ充分に検討されていない論点であるといえるであろう。

第3に、必要な技術革新が行われることである。地域包括ケアシステムの重要な特徴は、面的広がりをもっていることであり、またヘルスケアシステム一般にいえることは労働集約的であるということである。そして、これらの特徴はいずれも地域包括ケアシステムのコストに大きな影響を及ぼすものでもある。とすれば、逆に地域包括ケアシステムの経済的にみた持続可能性に大きく寄与するイノベーションは、移動可能性(mobility)に関するものと省人化に関するものであるということになろう。

移動可能性についていえば、これはエネルギー問題の解決と自動運転による交通システムの実現の問題である。これらはヘルスケアシステム外部におけるイノベーションであるが、地域包括ケアシステムに対する影響は甚大である。というのも、上の2つの課題がどの程度解決するかによって、われわれがどの程度の地理的ばらつきをもつ

て暮らして行くことが可能かが制約されるからである。そして、この制約次第で地域包括ケアの供給の条件も大きな影響を受けることになる。

省人化については、将来的に介護サービス等はかなり程度ロボットに代替されることは良くも悪くも避けがたいであろう。むしろ課題は、ロボットによって介護力が代替されることによって介護サービスの性質が変化することであると思われる。現在の介護サービスにはおおまかにいって2つのタイプがあるといえよう。1つは排泄・入浴・食事といった基本的なサービスについては職業介護者が効率よく行い、残りの時間で本人と家族の時間をゆったりと過ごさせようとするものである⁽⁴⁰⁾。排泄・入浴・食事を義務的行為とみるこの立場を「ファスト型」と呼んでおこう。これに対して、排泄・入浴・食事を介助者とコミュニケーションを図りつつゆったり行うことこそが生活の質の源泉であるという立場がある。これは先ほどの呼びかたに倣えば「スロー型」ということになる⁽⁴¹⁾。現在のところスロー型の介護に共感する介護関係者が多いように思われる。実際のところ、現在の特別養護老人ホームなどでは、手早く排泄・入浴・食事が済ませられ、自由な時間を手にしても、家族等の訪問の機会が多くあるとは限らないのである。これに対し、ロボットによる介護力の代替は、基本的には介護サービスが、ファスト型のサービスになるということの意味するかもしれない。とするならば、ロボットによる省人化は結局のところ、介護サービスを受ける人々にいかにコミュニケーションを保証するかという課題に帰着するのかもしれない⁽⁴²⁾。

5 結 語

本稿を閉じるにあたって、一点強調すべきことがあるとすれば次の点であろう。すなわち、地域包括ケアシステムは、高齢社会を乗り切るためのヘルスケアシステムではないという点である。というのも、日本においては人口高齢化によって生活モデルを適応するのに適合的な人口を飛躍的に増加したという面はあるが、生活モデルそれ自体

はあくまで、すべての生活支援の局面に活用されるべきものとして発達してきているためである。やがて日本においても人口高齢化はピークアウトしてゆくであろうが、そのことと、生活モデルに基づくヘルスケアシステムの盛衰は別の事柄である。

筆者の現在の認識では、地域包括ケアの社会理論は、生活モデルに関する社会理論の一部を構成するものであるべきである。そして生活モデルの社会理論は、ヘルスケアのみならず社会福祉領域、さらに社会福祉を含む広義の社会政策全体にとっての社会理論として形成されるべきである。筆者としては、ヘルスケア・社会福祉・社会政策に関わる研究者が、この論点にそれぞれの視角から参入して頂くことを期待したい。

注

- (1) 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」(2003年)、これからの地域福祉のあり方に関する研究会「報告書」(2008年)、地域包括ケア研究会「中間報告」(2009年)、地域包括ケア研究会「報告書」(2010年)。
- (2) もちろんこのような報告書を起点とした運動は、政策過程に影響を及ぼす常套的な手段であり、運動論的な観点からみて一定の効果があることは否定すべくもない。ただし、そこでは、基本的な問い——なぜ次代のヘルスケアが「地域包括ケア」になるのか、報告書が「地域包括ケア」システムに現れるとする特徴の提示にはいかなる根拠があるのか、特徴の提示が網羅的でないとすれば他の特徴に関する記述が排除されているのはなぜか——に対して答えが示されていない。
- (3) 地域包括ケアの位置づけを比較的正面から取り上げた数少ない文献としては、田村・山本 [2000] や、大山・嶺・柴田 [2000] がある。もっとも、保健・医療・福祉の統合が必要であるという主張自体は、アカデミズム内部においても決して新しいものであるわけではなく、また地域ケアの重要性については、保健や社会福祉の領域では従来からの常識にすぎないとはいえるかもしれない。だが、その場合でも、本論で述べたような第1～3の3点に正面から取り組まれてきたわけではなく、理論構築のための営みとしては、われわれがまだ端緒的な地点にいることは認めなければならないであろう。
- (4) 猪飼 [2010] を参照。

- (5) 高口 [2008] 108。この点については、高齢者福祉領域に限ったことではない。なんとすれば、特段の事情がないかぎり、自宅から病院に引っ越したいと希望する人がほとんどないことを想起すればよい。
- (6) これは、主観的 QOL による評価に対応するものである。そもそも生活とは日々の実践によって形作られるものであり、それは主観的な評価に基づく意思決定の連なるの結果として存在している。そこでは究極的な意味においてよりよい生活が選択されているのではない。というのも、究極的には何がよい生活であるのかは、行為者本人にとっても不可知であるためである。その意味において、主観的 QOL による選択は、客観的な良さを保証されていない。むしろ、主観的 QOL の重要性は、人々の日常の選択の準拠点として機能するがゆえに、社会の形成や変容に直接関わる点であるといえる。
- (7) この点については、猪飼 [2010] 全編で議論しているところであるので、詳細は同書を参照されたい。
- (8) 上田 [2005] 参照。この国際障害分類は、翌1981年からの国際障害者年の世界行動計画の基本概念として採用され、その後の障害者福祉に多大な影響を与えることとなった。WHO が2001年に採択した国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) は、この改訂版である。
- (9) 上田 [2004] は、リハビリテーション医学を「全人格の回復」という最広義に解した上で、次のように述べている。リハビリテーション医学が「治療医学 (治療のみを目標とする) と違うのは、『治療させえない場合にもあきらめない (見捨てない)。むしろ機能障害よりも大事な『生活』、『人生』をよくすることを考える』という点である」(22頁)。
- (10) 佐藤・小澤 [2007] 第4章。
- (11) Leavell, Clark [1958]。
- (12) 特に医療系職種と介護系職種との間での協働に困難があるということは夙に指摘されてきた通りである。
- (13) 典型的な議論は、武藤編 [1993] や田村・山本 [2000] にみられる。
- (14) この点については猪飼 [2010, 213] でも指摘した通りである。
- (15) これは因果把握をより拡張的に行おうとする点で、生活モデルの拡張の1つであると解釈してよいと思われる。
- (16) Germain, Gitterman [1980]。
- (17) 三浦 [1985] 206。
- (18) 岡村 [1988] 58。

- (19) 岩田 [2007] 19。
- (20) 中川 [2007] 8。
- (21) もっとも、上で述べた各専門分野は、それぞれの文脈の中で変化を説明・定式化しようとしてきたことから、その支援技法の変化に対する説明は互いに相当に異なっている。社会福祉「原論」においては「普遍型福祉」は「救貧型福祉」を打破するものとして出てきたものとされているのに対し、ソーシャルワーク論においては、エコロジカルソーシャルワークは、ソーシャルワークの専門分化の弊害の克服図式として描かれている。さらに、貧困研究の場合、従来の社会一般に存在していた貧困から「新しい貧困」への対象の転換と観念されている。だが、それらの説明は、領域を横断する生活支援の共時的な変化を必ずしも捉えてはいない。
- (22) たとえば濃沼 [2007, 908-913]。
- (23) 猪飼 [2010] 第1章参照。
- (24) 解の自由度が大きければ、これまでのヘルスケアに関する制度的・文化的・道徳的遺産にヘルスケアシステムの性格は強い影響を受ける蓋然性が高まり、解の自由度が小さければ、先行する遺産にかかわらずヘルスケアシステムは特定のパターンに収束することになる。なお、20世紀の医療システムがこの意味において自由度が小さかったことについては猪飼 [2010] を参照されたい。
- (25) もちろん社会学の観点からみて、この複雑な連立方程式を一挙に解くことが現実的に可能かどうかは別の問題として顧慮されなければならない。
- (26) 近年の自治体病院危機問題や療養病床廃止問題も特別養護老人ホームのベッド不足問題と構図を共有しているとみなすことができる。積極的存在理由を見出すことが難しい＝人々が好まない領域は、成り行きに任せると自ずと広義の意味で社会から排除された人々が流れ込んで行く蓋然性が高く、時間の経過とともにこの領域が直面する課題の性質が複雑化してゆく危険があると考えられる。
- (27) これを擬似的に実現した典型例が岩手県藤沢町の保健医療福祉施設コンプレックスである。
- (28) 生活モデルを前提とするとき、急性期の患者を含め病院に収容されているあらゆる患者は、多かれ少なかれ「社会的」に入院する患者にはほかならない。その意味では、厚生労働省が1980年代以降推し進めてきた病床（施設）機能分離による「社会的入院」問題の解決策は、短中期的な功罪についてはともかく、地域包括ケアシステムの実現を長期的に展望するとき、歴史的潮流に合致した政策であったとはいえないということになる。なお、この論点の詳細については猪飼 [2010] 第7章参照。
- (29) この点については、アメリカの報酬支払の伝統であるドクターフィー (doctor's fee) とホスピタルフィー (hospital fee) の分離の効果の分析から有効な知見を得ることができるかもしれない。
- (30) 猪飼 [2010]。
- (31) Freidson [1970]。
- (32) 典型的な議論は Illich [1976] やそれ以降の医療化 (medicalization) 論である。興味深いのは、このタイプの議論の内部から近年概念の限界についての検討が始まっていることである [進藤, 2006, 29-45]。
- (33) 工藤 [1997] 15。
- (34) このような理解は決して筆者の独創ではない。社会福祉の領域において、三浦文夫は「非貨幣的ニードへの対応を基礎とする普遍主義的社会福祉体制のもとにおいて、最低生活の保障または基本的生活の確保イコール国家責任（行政責任）という方式ではなく、別途の方法が追求されなければならない」[三浦, 1985, 216] と主張している。これは、三浦が、社会福祉全般がより自由権の領域で行われることを積極的に認めていたことを意味している。また社会保障法学の文脈における社会保障を自由権を基盤として再構築しようとする研究系列 [堀, 1994; 菊池, 2006] もこれに対応しているといえよう。
- (35) その意味では、中西・上野 [2003] による「当事者主権」の提案は、高齢者や障害者（特に身体障害者）を家族や施設から自立させる運動としては理解できるが、この考え方は、あくまで自己決定能力を有する者に有利であり、したがって一般化不可能な意思決定のあり方を社会原則として打ち立てようとするものであるといえる。一定のグループに対して抑圧的に作用することがはじめてわかっている原則を社会原則として一般化しようとする運動については、その便益とともにそれに伴う社会的コストについても慎重に検証することが必要である。
- (36) ここでエンパワーメントという概念が重要性を帯びるのは、それが自己決定困難な人々の意思を引き出し、具体化し、実現しようとする行為であるからであるといえる。
- (37) 地域社会にしかできない貢献を地域社会に委ねることと、地域社会により多く依存することの間には大きな違いがある（図4のc参照）。一般に、地域がより多くを負担可能なのは、基本的には地域の生活がより脅かされるという状況を必要とするかもしれない。この場合、地域が多く負担することと、より良い地域社会を建設することは矛盾する。

- (38) 今日の論壇において、地域包括ケア的でない方向で人々の健康を支えてゆくことを主張する論者が散見される。「医療崩壊」論者はその典型である。筆者も論者たちの主張の背後にある医療問題の深刻さを憂慮する1人である。だが、医療に対する真摯な思いとはあべこべに、彼らは、必要とされるコストの大きさの割に、達成される利益の小さな改革を望んでいる。彼らの望み通りの改革が行われるとき、到達するのは図4におけるdの地点であり、そこで生ずるのは大きな財政負担と、多様な生活上の要求に対応するための連携を欠いた制度の乱立、もしくは生活要求を無視した治療医学の推進である。それは現状よりはケアの水準は高いかもしれないが、健やかな生活という新しい目標という観点からみて、地域包括ケアの可能性の平面上で目標とすべき地点ではない。
- (39) 三浦文夫は1980年代の時点でこの論点に事実上気づいていた論者の1人であろう。三浦いわく「非貨幣的ニードへの対応を基礎とする普遍主義的社会福祉体制のもとにおいて、最低生活の保障または基本的生活の確保イコール国家責任（行政責任）という方式ではなく、別途の方法が追求されなければならないのである」[三浦, 1985, 216]。いいかえれば、行政組織によるサービスでは柔軟なニード充足はできないので、これを成し遂げるためにはこの責任と権限に縛られない民間主体を十分に活用しなければならない。これが三浦の「社会福祉経営」論であった。だが、三浦のように行政と民間との差異を職務遂行上の柔軟性の違いによって区別することの正否については検討の余地がある。
- (40) 石川 [2000]。
- (41) 高口 [2007; 2008]。
- (42) この点からいえば近年の石黒浩の研究は注目に値する [石黒, 2009]。石黒によれば人間が対象に心の存在を感じるのは、対象の知能よりも対象の人間らしい表情にある。このことは介護ロボットに「心」を持たせることが非現実的な企みでないということを示唆しているといえる。

参考文献

- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Germain, C. B. and A. Gitterman, 1980, *The Life Model of Social Work Practice*, New York: Columbia University Press.
- 堀勝, 1994, 『社会保障法総論』東京大学出版会。

- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』有斐閣。
- Illich, I., 1976, *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- 石黒浩, 2009, 『ロボットとは何か: 人の心を映す鏡』講談社現代新書。
- 石川治江, 2000, 『介護はプロに、家族は愛を。』ユーリーグ。
- 岩田正美, 2007, 「『パラダイム転換』と社会福祉の本質——社会福祉の2つの路線と「制約」をめぐって」『社会福祉研究』100号 (2007年10月)。
- 菊池馨実, 2006, 「社会保障の規範的基礎付けと憲法」『季刊社会保障研究』41(4): 306-319。
- 濃沼信夫, 2007, 「安心と安全の地域医療を担保する医療制度の再構築」『公衆衛生』71(11)。
- 工藤恒夫, 1997, 「社会保障の政策目的としての“生存権”保障」中央大学経済研究所『社会保障と生活最低限』中央大学出版部, 第1章。
- Leavell, H. R. and E. G. Clark, 1958, *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: an Epidemiologic Approach*, New York: McGraw-Hill.
- 三浦文夫, 1985, 「普遍主義的福祉体制と社会福祉ミニマムについて」『社会福祉政策研究』全国社会福祉協議会。
- 武藤正樹編, 1993, 「健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究」ファイザーリサーチ。
- 中川清, 2007, 「近現代日本の社会福祉「対象」の時期区分——生活変動と貧困を手掛かりに」『社会事業史研究』(34): 1-11。
- 中西正司・上野千鶴子, 2003, 『当事者主権』岩波新書。
- 岡本民夫・平塚良子編, 2010, 『新しいソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房。
- 岡村重夫, 1988, 「明日の社会福祉——その原理と原則」福武直・阿部志郎編『21世紀の福祉』第2章。
- 大山博・嶺学・柴田博編, 2000, 『保健・医療・福祉の総合化を目指して』光生堂。
- 佐藤久夫・小澤温, 2007, 『障害者福祉の世界』(第3版)有斐閣, 第4章。
- 進藤雄三, 2006, 「医療化のポリティクス——「責任」と「主体化」をめぐって」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社, 第1章。
- 高口光子, 2007, 『介護びっくり日記』講談社。
- , 2008, 『認知症介護びっくり日記』講談社。
- 田村誠・山本武志, 2000, 「保健, 医療, 福祉の連携

特集◆地域の生活基盤と社会政策——社会政策学会第120回大会共通論題

と統合」三重野卓・平岡公一『福祉政策の理論と実 際』東信堂，第7章。 ——，2005，『ICFの理解と活用』きょうされん。

上田敏，2004，『リハビリテーションの思想——人間 復権の医療を求めて』（第2版増補版）医学書院。 (いかい しゅうへい：一橋大学)