

ケアの社会政策のために

高橋 紘士*

抄 録

これまで、日本の高齢者の長期ケアニーズは病院の長期入院によって対応してきた。これはケアに対応する福祉サービスが低所得者向けだったからだ。普遍的に広がったケアニーズは医療保険制度によって対応することを余儀なくされた。後期高齢人口の急増と状態像の変化により新しい対応が必要になった。これが介護保険制度の導入であった。この論文では、そのような検討を行ううえで必要な検討をおこなった。ケア概念の再検討、ニーズ概念の再検討、生活の質を考慮したケアのあり方、などである。今後ケアの社会政策の再構築が必要である。

キーワード：長期ケアニーズ、ケアとニーズ概念の再検討、地域包括ケア、ケアの社会政策

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 4-21.

I はじめに

社会保障制度改革国民会議が、「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とした「1970年代モデル」では、社会保障は専ら「年金」、 「医療」、 「介護」が中心となっていたが、「21世紀（2025年）日本モデル」では、年金、医療、介護の前提となる、現役世代の「雇用」や「子育て支援」、さらには、「低所得者・格差の問題」や「住まい」の問題なども社会保障として大きな課題とってくる。」と述べたように、社会経済の変化の中で社会保障の焦点移動と視野の拡大が課題とされている。また、とりわけ「地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て」の重要性を強調し、「地域内には、制度としての医療・介護保険サービス

だけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。さらに、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるといえる。」¹⁾

* 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長

¹⁾ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月）7頁以降参照。

このような政策論からの指摘は、実は、本特集のテーマである「ケアの社会政策」にとって大きな制度変革の課題を提起しつつある。しかしながら、制度は制度が運用される現場実践の成熟、制度のステイクホルダーの性格に大きく規定される。もし、2025年モデルへの転換が既存制度の枠組みを超えるものであるとすれば、既存制度を維持してきたステイクホルダーと大きな軋轢を生み出すに違いない。それは言い直せば、1970年モデルとまさに現在発現しつつある2025年モデルとの相克のなかで、どのような転換が必要となるかが問題となるということの意味する。

このような議論が成立するためには、2025年モデルが備えるべき諸要件を分析的に検討していく作業が不可欠である。

その前提となるのが、1970年代モデルの完成期における諸課題の解析と、1970年代での2025年モデルを必要とさせる予兆についてのその後、その予兆について政策的に対処してきたのか、という議論が必要となる。このような検討を行う場合、その前提としてケアの内実がどのようなものであったかという再検討が求められているように思う。

例えば長期ケアの概念は第一に我が国では長期ケアを医療に委ねてきたという事情がある。これは精神疾患と高齢者ケアの双方の長期入院患者問題として、今日まで克服できていない。長期ケアを医療に委ねてきた原因はいうまでもなく、本来ケアを担うはずの「社会福祉」制度がその対象を要援護者という、低所得者への選別的制度であり続けていたこと、イギリスのコミュニティケアが1960年代から70年代にかけて、精神病院入院者を地域精神医療によって居宅で対応することから始まり、その後低所得者向けの福祉サービスからパーソナルソーシャルサービスへと普遍的なサービス提供の枠組へと転換したことと対蹠的であった。

さらに、社会的入院を拡大させてきたのは、1973年に導入された、老人医療の無料化政策で

あったことはいうまでもない。長期ケア需要に対応するためであるはずの特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設は予算措置で制約される公費制度が財源であったから需要に追従できるような拡大は難しかった。また、在宅福祉サービスは後に述べるように所得制限の撤廃は遅く、しかも、応能負担制度により、結局事実上の低所得者向きの制度が温存され続けた。しかも補助金による開設のコントロール、社会福祉法人の特別養護老人ホーム開設の独占化、などによって、社会福祉法人の需要拡大への事業拡大の誘因は乏しかった。

一方、医療法人が開設する病床は、医療計画によって病床の開設規制が行われるまでは、事実上医療法人の自由裁量で病床拡大が可能であった。すなわち、高度経済成長に伴う医療保険財源のオートマチックな拡大と、バラマキ型政策としての医療費自己負担に無料化にともなう需要の解放が老人病院をはじめとする、医療機関における長期ケアに対応する病床の拡大を生み出し、そのことが私有制原理〔猪飼(2010)〕²⁾による医療法人の収益拡大の温存と拡大という行動様式につながっていった。これが急性期医療から、療養病床そして、関連法人としての社会福祉法人を取り込んだ医療福祉複合体(二木立)を作り出し、社会保障財政の悪化にともなう制度改革への桎梏と化していったように思われる。

介護保険制度は長期ケアを固有の制度によって、医療から相対化することを目的として導入されたといえる。そして、福祉の措置によって提供されてきた福祉サービスを普遍化し、「必要な保健医療サービス及び福祉サービス」に関わる給付を提供することとして社会保険に原則によって政策化された。

確かに日本における介護保険制度の導入は大きなイノベーションであったことは間違いないが、その展開のなかで、課題に直面しながら、現在の地域包括ケアシステムへと連なっていく。地域包括ケアの思想は医療介護。これらの道筋のなか

²⁾ 猪飼周平(2010)「病院の世紀の理論」有斐閣。

で、ケアがどのように、政策課題として取り扱われてきたか。

これらの介護保険制度および介護保険制度に収斂しきれない部分をふまえて、ケア政策の再定義が必要と考えられる。これは、さまざまな政策範疇と実践範疇の組み替え作業を不可避とさせるに違いない。

以上のような問題意識で検討を進めてみたい。もとより、限られて紙幅のなかで、スケッチのような記述たらざるを得ないが、制度史というよりは、ケアの概念形成史もふくめて、今後の検討課題の提示として、本特集の序論としての責をふさぐことができればと思う。

II 依存性のマネジメントとケア概念の成立

1 依存性のマネジメント

あらゆる社会はその構成員が依存状態にあるとき、何らかの「ケア」によってその構成員の生存を維持する機能を内包している。

依存状態とは、なんらかの心身能力および社会関係遂行能力の欠如によって、自からの能力を駆使して生存の維持が困難なために、文字どおり、「他に依って存る」ことを余儀なくされる状態と定義できよう。

その種類は多様なものが想定されるが、まずは、自己の身の回りの自己による処理が困難であること、自己の力で生活継続に必要な資源の入手活用が困難な状態、自己の判断能力の低下による生存維持のための自己決定能力の喪失した状態などと定義できる。

ヒトの場合、幼少期から成人期に至る過程は一般的にすべての個体がこのような依存期を経験する、成人後、自立を獲得することが困難で、依存状態が継続することも少数の個体が経験するがこれは相対的に少数である。また、自立した時期から加齢に伴って依存リスクが増大することが、いわゆる高齢化問題の要因である。したがって、人口学的には、依存状態にある人口は、幼少人口と高齢人口の双方の合計である従属人口指数で表現される。これらの従属人口をその社会はどのよう

に管理し、その社会の存続を図るかが課題であり、その様相が変遷を辿ってきたことはいうまでもない。

ケアとは後述するように、このような依存状態にある個体への配慮および援助のことをいうが、これが社会存続にとっての不可欠な機能であることはいうまでもなく、そのケアの様式の変遷を辿ることがケアとは何かを考え、その一環として、社会が一定のステージに達すると、ケアの社会制度を組織化してきた。それは社会にとって重要な配慮すべき課題となっていく、これはケアの政策化の背景ということになる。

2 依存・自立サイクルと「ケア」の発生

ヒトの個体は、出生後、依存状態の時期を経て、成人＝自立を達成する、やがて、加齢とともに死に至る経過を辿ってヒトの人生が完結するが、この間、何らかの事情で依存状態に陥っても一時的で自立に復帰すれば「問題」は解決する。長い間、ヒトは依存→自立→短期間の依存状態→死というのが標準であった。

ヒトの文明化のなかで、依存状態が長期化すると、そのヒトの生存持続の危機が発生するようになる。このような長期の依存状態にどのようにヒトの社会は対処してきたのだろうか。人類史を通して、この長期の依存状態への対応の成否がその文明の持続可能性と大きく関わってきたといえる。

今日の豊かな社会のもとで、依存状態にある個体の生存可能性が拡大している。まさに、生殖可能期間を超えて生存する可能性が一般化していく、標準的な依存自立サイクルが、依存→自立→長期的依存→死という経過を辿ることになる。

依存状態に対応する手法として、ヒトは血縁関係に基づく家族集団による対応を発展させてきた。出生から成人にいたる依存期間が家族によって養育されるようになってきた。しかしながら、これが様々な条件で不可能になったときの対処は、神話や説話に示唆されるように子捨てであった。自然に依拠することが大きかった時代には自然の変調による食料の不足のときに、依存状態に

ある個体を遺棄する習慣がみられた。生産能力を失った個体は子捨てであろうが、棄老であろうが、われわれの人類史の記憶の中に埋め込まれてきたとってよい。

わが国でいえば、「古事記」における蛭子伝説も依存状態にある者への対処についての象徴的神話であろう。日本の各所に蛭子神社があるが、とりわけ鹿児島県旧隼人町の村社である蛭子神社（大隅之國二宮とあるが、神社本庁の神社リストからは何故か除外されている）には葦の舟に流された蛭子の後日談が伝承されている。〔戸谷（2014）、p.136以降〕³⁾この説話によると、蛭子をまつた社の周辺の原生林が「奈木の杜」と言い慣わされ、ヒルコを生んだ親神の心情を表現したと伝えられている。言うまでもなくこれは「嘆き」という意味で、後に述べるCareの原義と通底する意味であることに留意しておきたい。

戸谷によると、ヒルコは大和朝廷に滅ぼされた王朝の暗喩であると述べ、興味深い推論を展開し、また、恵比須信仰と結びついていくという議論をしているが、ここでは育たなかったコドモが棄てられるという子捨て伝説のひとつという理解に留めておこう。ただヒルコ伝説を障害をもったヒトの取り扱いのエピソードとして議論する見解〔花田（1987）〕⁴⁾も障害を持った者についてのエピソードとして興味深い。

まさに、ヒルコに見られる子捨ては、家族形成が未成熟な時代の記憶でもあるといえよう。農業や漁労の成立によって、家族というシステムこの点については、広井論文で、河合雅雄の論考を引用しつつ論じられている。生業と生活の単位として、依存性対処の一次的（プライマリー）な集団という機能を持つようになる。さらにこれらの土地への定住によって、血縁組織だけではなく、地縁による集落形成が行われ、その構成員の相互依存関係に依拠する地域共同体が形成されると、家

族・親族による対処が不可能となったときに地域共同体が対処するということが見られる。家族親族と地縁社会が重なりあいながら依存性対処の社会集団としての役割を担う。民俗学の教えるところによると、コドモの発達過程でオヤによるサポートから、年齢階梯組織の形成のなかで、自立への発達の過程で地域共同体が大きな役割を果たすことは言うまでもないし、コドモになにかあった場合、それは家族の問題のみならず、地域の問題として受け止められたということ宮本常一は「忘れられた日本人」のなかで1960年代の周防大島の村落の描写をしている〔宮本（1984）、p.100以降〕⁵⁾。また、農業集落でしばしば、高齢者は隠居の場を設定して、死に備える習慣も見られた。

伝統的家族と地域共同体はその意味で農業や漁業の生産単位であるとともに、依存性に対処する単位でもあった。

3 「ケア」の原義

長い歴史の流れのなかから、依存性に対応するための行為としての「ケア」が成立してきた。「ケア」とはPhillips(2007)によれば、「家族の文脈のなかで愛情とか義務とか、よき生活とか、責務とか、相互性といったような多義的な文脈で使われてきた。そして触ること、行為、情愛、身体表現などによって表現されてきた。一方で、ケアは社会関係や相互作用のなかでわれわれのアイデンティティの基礎でもあった。しかも、また、家族の外部におけるヘルスケアやソーシャルケアにおける関係性の基盤をなすものでもある。」〔Phillips(2007)〕⁶⁾

大きな文脈でいうと、ケアに関わる社会制度が家族や地域共同体からどのようにして、固有の社会制度として、政策対象として発展してきたかは、長い歴史的経過を辿ることになるが、なかでも、産業資本主義および近代市民社会の形成過程

³⁾ 戸谷学（2014）増補新版「ヒルコ～棄てられた謎の神」河出書房新社 136頁以降。

⁴⁾ 花田春兆（1987）「日本の障害者の歴史」『リハビリテーション研究 第54号』日本障害者リハビリテーション協会刊。

⁵⁾ 宮本常一（1984）「忘れられた日本人」子供をさがす 岩波文庫版100頁以降。

⁶⁾ Phillips, Judith (2007) :Care, Polity Press.

と深く関わる。

しかしながら、ケアそのものは人類発生の時まで遡ることができることから、神話のなかにケアの成立の痕跡を留める記述が散見できる。ケア論の哲学的基礎を探るときに、必ず引用されるのが、ハイデッガーがその主著「存在と時間」の第42節で引用した〔ハイデッガー（1927）、p.406以下〕⁷⁾クーラの神話である。本誌の読者はその原文に接する機会が少ないと思われるので、敢えて長文であるが、その全文を引用しておこう。

「ある川を渡っているとき、クーラ（ラテン語で配慮という意味）は粘土状の泥を見つけ、思いに耽りつつそれを取り上げ、こねて人間を作り始めた。自分は一体何を作ったのかと彼女が考えていると、ユピテル（ローマ神話の主神、ギリシャ神話でゼウス）が現れた。像に生命を与えるよう、クーラが願うと、ユピテルはすぐにその願いを叶えた。

クーラが自分の名前をそれに与えようとする、ユピテルはこれを禁じ、自分の名前がその像に与えられるべきであるといった。名前の中でクーラとユピテルが言い争っていると、テルルス（大地の女神）が立ち上がり、自分が体を提供したのであるから、自分の名前がつけられるべきだといった。

彼らはサートゥルヌス（ギリシャ神話のクロノス、時間の神）を審判にした。サートゥルヌスは彼らを公正に裁いたように見える。「汝ユピテルは生命を与えたのだから、このものが死んだとき命を受け取るように、テルルスはこのものが死んだときに体を受け取るように。クーラは初めて彼を作ったのだから、彼が活着している間は彼を所有するように。しかし彼の名前をめぐる論争があるのであるから、彼をホモ（人間、homo）と呼べばよい。なんとすれば彼は（土、humus）から作られたと思われるからである。」〔ヒュギーヌスp.277以降〕⁸⁾

この神話はハイデッガーの訳書では、クーラに

「気遣い」という日本語があてられている。原語はドイツ語のSorgeである。ハイデッガーの議論では人間の本来の存在形態としての「現存在」（＝人間）が「現存在」たらしめている根源的営みが「気遣い」（Sorgeは英語のCare）であるということをも例証するためにこの寓話を引用したという。「『気遣い』をしなくなった時、『現存在』はもはや存在しない。」〔仲正（2015）、p.127〕⁹⁾

4 ケアの語源学 (etymology)

Oxford English Dictionary (On-line版)によればCareの語源は、古英語や古ドイツ語のCaruあるいはCaeru古ドイツ語のCharaなどに由来する。Cureと同義に使われる。日本語にすると、心配、心配事、悲嘆などという原義が、他者との関わりをあらわす関心、配慮、心遣い、などの意味で16世紀半ば以降使われるようになり、これが、世話、などという意味として使われるようになっていく、1930年代にProtectionと併用されて法律等で使われるようになった。また、医師などが患者に行なう行為としてのCareという言葉は17世紀半ばから用例がみられる。Care assistantあるいはCaregiverという用語は1960年代以降からみられる。Care workerは1980年代以降の用語である。

Careと語源を一にするCureはCareと同義の精神的負荷といった意味から転じて14世紀から15世紀以降疾病の治療という意味が加わって、Careの語義から分岐していったようだ。

このように、日常語としての意義に専門用語が被さって、今日使われるような専門用語としての意味で使われるようになっていく。

すなわち心配、悲嘆などという気分・情緒を表す層と世話、配慮などの対象とに関係を表す層と、そして様々に分化した専門用語化していった層の重層性を留意しながら、Careについての考察を進める必要がある。

わが国では、Careが互いに脈絡のない、気遣い、心配ごと、手入れ、そして、専門用語としてのメ

⁷⁾ ハイデッガー 熊野澄彦訳（原著1927 訳書2013）「存在と時間」（二）岩波文庫版 406頁以下。

⁸⁾ ヒュギーヌス著 松田治・青山照夫訳 「ギリシャ神話集」 講談社学術文庫 「クーラの神話」（277頁以降）。

⁹⁾ 仲正昌樹（2015）「ハイデッガー哲学入門―「存在と時間」を読む」 講談社現代新書127頁。

ディカルケア（医療）、ナーシングケア（看護）、介護、などに使い分けられて相互の脈絡が断ち切られてしまうことが、ケアの理解にある歪みを生じさせているのかもしれない。

おおまかにいうと家族の固有機能と見なされるケアの範囲と、家族の機能とみなされないケアの範囲とは何か。家族の変貌のなかで、その機能論とともに、家族から外部化されて、社会によって提供されるケアがどのように制度化されてきたのか。

この問題は、ケアを必要とするニーズ論の検討からケア組織論への展開として議論する必要がある。その場合考慮されなければならないのは、一時的なケアの必要と、長期的なケアの必要を識別しながら、とりわけ長期ケアの問題を念頭におく必要がある。

Ⅲ ケア論あるいは支援論の展開

わが国のケアに関わる今日の制度は、すでに述べたように、選別主義的な社会福祉制度の存在のために、普遍化が遅れ、そのことが、拡大する長期ケアニーズを医療がとりこみ、長期入院が一般化した。しかしながら、療養環境の劣悪さ、コスト高などの理由からこれを政策課題として認識するにいたった。これが社会的入院問題である。2000年の介護保険導入は医療制度に依存していた長期ケアニーズの財源を医療保険から新しい介護保険に移行させるという政策的な意図があったことはいままでもない。

まずは、普遍化が遅れた高齢者を中心とした社会福祉の動向について検討する。その上でニーズ論とケア論を交錯させつつ新しい支援論としてのケア論の姿を探ることにしたい。

1 社会福祉の転換とニーズ論

社会福祉制度は1970年代に、欧米とりわけイギリスの制度改革の影響を受けながら、社会福祉の

転換をはかる動きが顕在化していく。

その嚆矢となったのが、1976年から3年間の期間を経て1979年に「在宅福祉サービスの戦略」と題された報告として公刊された¹⁰⁾。なお、本報告書の本論文で引用する部分の執筆者は三浦文夫である。この報告書は、当時、イギリスのシーボーム報告の影響を受けつつ論議されたコミュニティケアの概念をわが国に制度として定着させようとするをねらいとしていた。当時、社会福祉事業は要援護層への対策として、文字通り選別的なサービス性格が維持され続けていた。そのために多くのニーズが排除され、またそのことが社会福祉の内実を狭隘なものにしていた。これを当時イギリスで使われるようになった「パーソナルソーシャルサービス」¹¹⁾として転換を図ることが、必要と考えられた。

この報告書の中心メンバーが三浦文夫で、後にこの報告書をベースに彼の社会福祉政策論が展開された。

社会福祉の転換を導くために、ニーズ論、サービス論の組み替えが行われた。この文脈で「ニーズが一定の基準から見て乖離に状態にある」ものを依存状態あるいは広義のニーズと呼び、この依存状態の「回復、改善などをおこなう必要があると社会的に認められたもの」を要援護性あるいは狭義のニーズと呼んだ。（前掲書 20頁）

さらに、重要な点は以下のとおりである。第一に在宅福祉サービスを社会福祉の処遇理念としての「居宅処遇原則」の確立にかかるものとして、プライバシーや自由の確保を旨とし、施設の隔離性と閉鎖性を克服した在宅での福祉サービスの展開を構想したこと。

第二に、貨幣的ニーズ、非貨幣的ニーズという概念が提示された。金銭給付で対応できるニーズと具体的なサービス（リアルサービス）で対応すべきニーズが識別された。前者は市場を通じるニーズ充足として現金給付施策で対応できる。しかしながら、非貨幣的ニーズはニーズの内容が多

¹⁰⁾ 在宅福祉サービスのあり方に関する研究委員会報告書 全国社会福祉協議会。（1979）「在宅福祉サービスの戦略」として公刊。

¹¹⁾ イギリスではこの用語は使われなくなり、Social careに置き換えられた。

全国社会福祉協議会。（1979）「在宅福祉サービスの戦

様で、それぞれのニーズに対応して、現物あるいは人的役務サービスによって充足される。また、貨幣的ニーズと異なり、ニーズ充足の程度と範囲を容易に定めにくい性格を持つ。したがって、ミニマムの設置があいまいにならざるを得ない。また、ニーズの発生のもととニーズ資源が可能な限りアクセシビリティが問題とされる。

第三に、非貨幣的ニーズのうち、家族をはじめとするニード充足が何らかの事情で不可能、不十分な場合に社会的にニーズ充足が必要とされる場合。代替的補完的ニーズ (residual need)、および、本来的に家族などの私的な方法ではニーズ充足が困難で当初から社会的ニーズ充足が求められるニーズを「即自的」(an sich) ニードに二つが識別されている。私的ニーズ充足メカニズムとしての家族機能の脆弱化に着目した「代替・補完的ニーズ」、「即自的ニーズ」共に拡大と多様化が見られるとしている。

これらのニーズ概念の概念整理のうえに、在宅福祉サービスを即自的ニーズに対応する専門的ケア・サービス、代替補完的ニーズに対応する在宅ケア・サービスと呼び、このケア・サービスの提供の他に予防あるいは福祉増進サービスの四種類を提起した。

なお、三浦によれば、ケアというのは「我が国の社会福祉では、児童に対する保護・養育(保育)、療育、用語あるいは障害者に対する更生療護、老人に対する養護、介護やその他の保護などの名称で呼ばれてきたものの総称であるが、その機能は日常生活維持をはかるための援助、もしくは身辺の介助を通して、対象者の能力の維持、回復、発達を図る援助を意味する。」〔全国社会福祉協議会(1979), p.49〕¹²⁾ これらの用語を見れば、Careのみならず、Protectionという保護の視点が入っていた。まさに、福祉の措置の時代のパターンリズムを抜けきれない表現であった。

ケアを論じる視点からこの報告書の狙いはケア・サービスの政策的再編へのアプローチであったといえる。このような視点から、三浦の議論は

サービス供給システム論に展開されていくことになる。すなわち、公共的福祉供給システムと非公共的福祉供給システム、さらに、前者は行政型供給システムと認可型供給システムに、後者は市場的供給システムと参加型供給システムに類別される。

このような立論は拡大するニーズをふまえて、ケアを中心とするニーズに対応するためのサービス供給の拡大を狙いとして、従来の措置制度による公共的福祉供給システムに加えて非公共的福祉供給システムを明示的に取り上げ、これまでの福祉の措置によるサービス供給の狭隘さを克服しようとする狙いがあったことはいうまでもない。

2 住民参加型在宅福祉サービスの勃興

なお、1970年代の半ば頃から、主に大都市近郊地域に、後に住民参加型在宅福祉サービスとよばれる支援の仕組みがあらわれた。これらの特徴づけるのは、小規模の住民グループが居宅で家事援助や日常生活の手伝い、身の回りの世話といった活動を会員組織で提供していた。利用者は当時所得制限によって行政サービスが利用できないサラリーマン出自の人々を中心であった。あるいは生協活動がサークル活動としてまた、ワーカーズコレクティブといった組織形態で、会員制度、利用時の低廉な謝礼の支払い、担い手と利用者をマッチングするコーディネート機能などを持つことがこれらの団体の特徴であった。まさに、福祉の措置の対象にならない階層で、在宅での生活継続のための支援活動をコミュニティレベルで展開し始めた。住民互助型活動はその後の介護保険制度の導入で、居宅サービスに吸収されてしまったが、相互扶助原理にもとづく活動の意義は大きかった〔山口、高橋(1993), p.177以降〕¹³⁾。これらの活動の特徴はサービスの利用者と提供者が互酬的システムで対等な関係で支援が行われるという特徴を有する。

¹²⁾ 前掲報告書 49頁。

¹³⁾ 山口昇、高橋紘士編(1993)「市民参加と高齢者ケア」第一法規出版 177頁以降。

absolute (絶対的)	relative (相対的)
objective (客観的な)	subjective (主観的)
basic (基本的)	higher (高次)
material (物質的)	non-material (非物質的)
positive (積極的な)	negative (消極的な)
non-instrumental (非手段的)	instrumental (手段的)
non-derivative (非派生的)	derivative (派生的)
physical/ somatic (物質的・身体的)	mental/ spiritual (精神的・霊的)
physiological (生理的)	cultural (文化的)
viscerogenic (身体起源の)	sociogenic (社会起源の)
intrinsic (固有の)	procedural (手続き上の)
natural (自然の)	artificial (人工的)
true (真実の)	false (虚偽の)
inherent (内在的)	interpreted (外在的)
constitutional (本質的)	circumstantial (状況的)
thin (表層の)	thick (深層の)
hedonic (快楽的)	eudaimonic (幸福な)

Dean, Hartley (2010) "Understanding Human Need" The Policy Press P2

図1 対概念による多様なニーズ概念

3 介護保険制度の導入と準市場

その後、各種のサービスが行政サービスとして予算措置によって導入されるとともに、自治体での取組も拡大していったが、結局、公費財源の制約のなかで、限界に直面したといえる。また、利用にあたって応能負担制度が導入されたため、必ずしも使いやすいサービスではなかった、そのため、高齢者領域では、1989年の消費税の導入とセットで導入された高齢者保健福祉十カ年戦略などによって、サービスの充実が図られることとなったが、この間拡大する高齢者関係の需要に対応するためには公費財源に依存することが難しいという政策判断があったため、介護保険制度の導入が準備されることとなった。

わが国の社会福祉制度によるケアニーズへの対応は、量的拡大をはかるために、結局財源調達力のある社会保険制度を導入して普遍的なニーズへの対応を行うという政策導入によって実現することになったといえる。

1997年に法律が成立し、2000年から施行された介護保険制度は高齢者介護保険として、65歳以上の高齢者全てを対象とする普遍主義の原則によるものであった。

介護サービスは契約によって提供され、介護施設として規定された施設介護以外は準市場によ

り、営利企業をはじめ特定非営利法人などに解放された。サービス利用契約を補完するために、成年後見制度も同時に改正されるほか、介護支援専門員の設置、介護サービス情報公表制度などで契約の補完措置も導入された。

しかしながら、準市場の導入によって、介護サービスの質の担保について準市場の導入に対応するしくみがうまく機能しているとはいえない。

また、高齢化の亢進による介護需要の拡大はあらためて介護保険制度の持続可能性問題が深刻化し、また、医療介護の連携による費用調整と財政の維持などが大きな問題となりつつある。

このような問題へのソリューションが地域包括ケアの導入であることはいうまでもない。

4 ニーズ論の再検討

この間の議論のなかで、あらためてニード論の再定義を行う必要があるかもしれない。Dean (2010) は、ニードは社会政策の中心概念であるが、あまりに多様な概念が使われてきたと述べ、これまで議論されたニーズの概念を巻頭に29種類列挙している [Dean, Hartley (2010)]¹⁴⁾。これらを対概念として整理した図1がある。これらのニーズ概念のなかで、彼が強調しているのは、ニーズそのものを、人間の存在と関わらせた内在

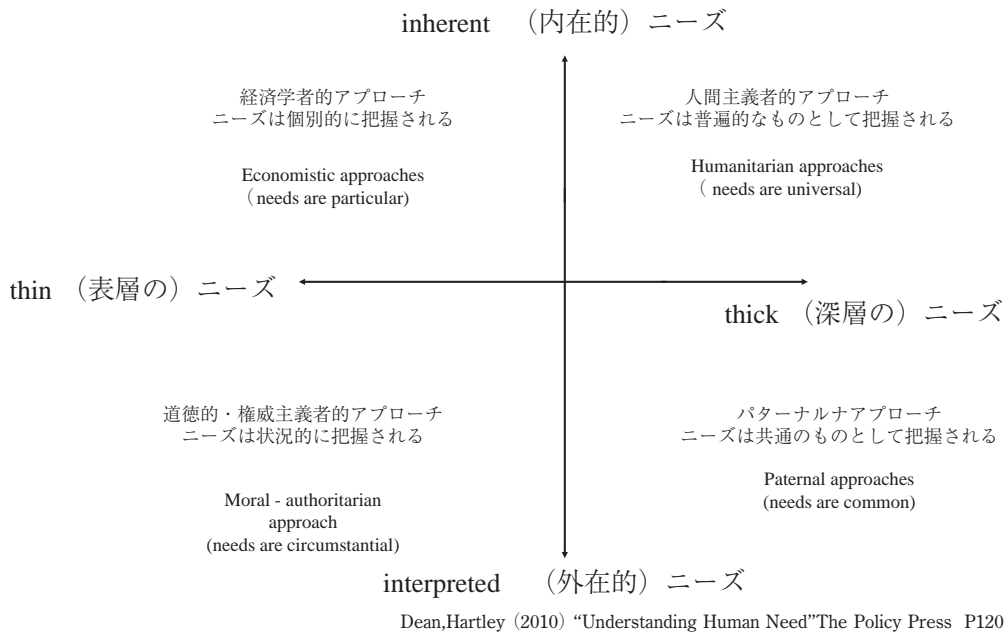


図2 ニーズベース・アプローチの分類

的あるいは固有の“inherent needs”と外在的に解釈された“interpreted needs”と、表層的かつ“instrumental needs”に関わる“thin needs”とその深層に関わる分厚い“thick needs”の二つの軸を設定して、needs把握の接近方法を分類している(図2)。この議論を参照すると、ニーズを充足するためのサービス論に還元できないニーズ概念について検討する必要があるということを示唆するものであるといえよう。

今日のニーズの状況をおおまかに整理すると、生活問題の複雑化と自立依存の連続体化ともいえる現象で特徴づけられるかもしれない。従来ニーズとサービスは一対一対応で整理されることが多かったが、複合的で、かつケア行為論では収斂できないようなタイプのニーズが拡大してきているといえる。後で述べるような「寄り添い」「見守り」などのニーズの重要性が認識されるようになってきたため、ニーズをあらためて包括的にと

らえて再定義する必要がでてきたともいえる。

このような視点からみると次の生活機能の規定要因をあらわす図3は示唆的である〔備酒(2013), p.159〕¹⁵⁾。この図式のポイントは生活機能に改善にあたって、環境的要因としての、社会関係、物理的環境が阻害要因として生活機能改善の妨げになること。身体機能とケアと意欲が掛け算で関係していることから、身体機能が同等でも、ケアの質と本人の意欲のレベル次第で生活機能の改善、悪化が左右されているということを説明している。

注目すべきは、意欲が生活機能改善・悪化の決定的要因であること、関係資源を含む環境的要因が生活機能と大きく関わっていること。ケアの質の重要性は言うまでも無いが、他の要因との関連で生活機能を考える必要があることなどである。

この図式の原典は、老年医学のアメリカで版を重ねたテキストブック〔Kane(2009)〕¹⁶⁾であるが、

¹⁴⁾ Dean, Hartley (2010) "Understanding Human Need" The Policy Press.

¹⁵⁾ 備酒伸彦(2013)「介護予防とリハビリテーション」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』159頁慶應大学出版会刊。

¹⁶⁾ Kane, R, & others (2009) "Essentials of Clinical Geriatrics sixth edition" Mc Graw Hill.

身体機能×適切なケア×意欲

生活機能 =

社会的・身体的環境阻害因子

備酒伸彦 (2013) 「介護予防とリハビリテーション」国立社会保障人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』159頁慶應大学出版会刊

$$\text{Function} = \frac{(\text{physical capabilities} \times \text{medical management} \times \text{motivation})}{(\text{social, psychological, and physical environment})}$$

Kane, R., & others (2009) "Essentials of Clinical Geriatrics sixth edition" Mc Graw Hill p58

図3 生活機能を規定する諸要因

引用元の記述でも医療の役割を相対化し、生活機能を目的変数として各要因の関連をあらわそうとしているところが老年医学の考え方として示唆的である。

「意欲」にどのようにアプローチするかは、支援論を考える場合重要な要因である。これと関連して、地域包括ケアシステムの検討では包括的支援のなかに単なるサービス提供に限定しないで支援を考えるという視点がみられるようになってきた。

そもそも地域包括ケアシステムの考え方をはじめて提起した2003年の「高齢者介護研究会」の報告では、「個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」を地域包括ケアシステムとして定義した。そして、継続的な支援の提供として、高齢者の状態に対応したサービス提供、ターミナルまで在宅で支えること、介護保険外の様々な社会支援を必要とするケースへの包括的支援、住民参加と多職種協働などが地域包

括ケアシステムの構成要素とされた。

その後、地域包括ケアシステムの検討のなかで、専門的サービスの組み合わせだけでなく、自助・互助・共助・公助という「助」の複合化が提起された。当初この自助・互助・共助・公助は補完性の原理として、支援の順序をあらわすものと解されてきたが、今日ではこれらの「助」の複合化として理解されるようになってきた。〔高橋(2003), p.97以下〕¹⁷⁾

さらに地域包括ケアシステム概念を図示した、いわゆる鉢植えの図では、住まいを基盤に医療介護予防等の専門的なケア・サービスが機能するためには、生活援助と福祉サービスが必要であるという比喩が行われている。

なお、平成27年度の地域包括ケア研究会の報告では福祉が専門サービスとして位置づけられ介護予防と生活支援が地域での支え合いの中で展開されることとしている(図4)。

このことはケアというものの内実をフォーマルサービスとだけでは表せないということを示すも

¹⁷⁾ 高橋紘士 (2003) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助の関係」, 社会保障人口問題研究所編前掲書 97頁以下。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年。

図4 地域包括ケアシステムの概念図
平成24年度版と平成27年度版の比較

のである。

事実、イギリスのコミュニティソーシャルワークでもインフォーマル部門の役割が強調されるようになってきている〔平岡(2003), p.148以降〕¹⁸⁾。平岡公一によると、「家族親族や近隣住民・友人などが個人として、特別な社会活動に参加している意識もなしに、日常生活に組み込まれた形で種々の援助活動を行うことを指している」とされ、これらを活性化させるための「近隣ケア事業」を紹介している。これは従来のヴォランティアな活動と区別され「相互扶助」が強調される。

いわば、ニーズをサービスに分解していくアプローチに対比して、ニーズをその主体に即して理解する統合的アプローチが必要になっており、その意味でもインフォーマル=非定型的な支援を視野におくことが求められるようになってきているのではないか。

IV 制度外で展開した新しいケア・支援手法の展開

ケア論を考える上で、この点に関わって示唆的な実践がわが国でも展開している。この幾つかを紹介しながらサービスとの対応で考えられてきたケア論からの新しい展開を考えてみたい。

1 宅老所と小規模多機能居宅介護におけるケア論

2005年の介護保険改革で、地域密着型サービスが導入された。その主力になったのが小規模多機能居宅介護で、通い、泊まり、訪問の三種のサービスを提供するというもので、介護保険のサービスとして制度化されていくことになるが、これ以前にこの小規模多機能居宅介護の創始者の一人である熊本で小規模施設の試みを始めた川原秀夫は「寄り添い支援」という概念の創唱者であった。

¹⁸⁾ 平岡公一(2003)「イギリスの社会福祉と政策研究」148頁以降。

また、1991年ごろから始まった福岡の宅老所「よりあい」の活動なども含め、当時の特養やデイサービスを中心とする、食事、排泄、入浴を中心とした、三大介護と呼ばれる、脳卒中後遺症の入所者の生存のために介護行為がもたらす管理的処遇のあり方では、当時増大する在宅で生活する認知症の高齢者への対応が困難であることに着目して、創始された活動である。その趣旨は管理的ケアの対極にあるケアの理念をあらわすので、長文であるが引用したい。

「当時、ぼけ（認知症）を抱えたお年寄りたちに「行き場」と呼べる場所はありませんでした。既存のデイサービスでは対応できないことを理由に、利用を断られることが多かったのです。そのため、当事者が孤立することはもちろん、その家族も、24時間365日、認知症の親を抱え込み、孤立しながら介護せざるを得ない状況にありました。「宅老所よりあい」は、そういった社会のありようを背景に、いつのころからか、ぼけを抱えたお年寄りたちの居場所となり、家族や地域の人々の拠点ともなっていました。」また、「理念と呼べるものがあるとするれば、食べ物はおいしく食べたい。病院食のような管理された食べ物ではなく、普通の家庭料理を普通に食べたい。それもひとりぼっちで食べるのではなく、みんなで一緒にわいわい食べたい。おむつに垂れ流しは嫌だ。おしっこ、うんこはトイレですっきり自分でしたい。たのみもしないりハビリなんかしたくない。誰かが作った勝手な時間割で、自分の生活リズムを乱されたくない。それより昼寝を楽しみたい。お茶菓手に手を伸ばし、ほおばっていたい。昔話にも花を咲かせたいし、天気の良い日はふらりと外に出て、流れる季節を感じたい。

そして、できることなら。住み慣れた街で最後まで自分らしく暮らしたい。見知らぬ場所で寂しく死ぬより、顔見知りの人々がたくさんいる落ち着いた場所で、穏やかに寿命を迎えたい。もし「宅老所よりあい」に理念と呼べるものがあると

すれば、そんな当たり前の願いや生活を「できるだけ支援する」ということだけです。

高齢者をたらい回しにしない。隔離しない。縛らない。薬漬けにしない。老いの時間とリズムに付き合い、孤立しやすいぼけを抱えたお年寄り、その家族に付き合う。そんな支援に努めています。」¹⁹⁾

おそらく、このようなケアの考え方はケア論へのあらたな視点をあらわすものと考えられる。

2 ホームホスピスのケア論

ターミナルケアに焦点化し、従来型の病院や施設でのターミナルケアへのカウンターモデルとして位置づけられる宮崎市で高齢者のターミナルケアの場として創始された「ホームホスピス」運動がある。

この運動について筆者は、幾つの特徴を下記に整理して述べる。〔高橋（2014）、p.154以下〕²⁰⁾

第1に、ホームホスピスのケアは個別ケアの徹底である。そもそも、ホームホスピスの居住者の方々は多様な経路を辿って、ホームホスピスで暮らすようになった。共通点をあげるとすれば、従来型の医療施設や介護施設では十分対応できなかった方々である。身体状況が極めて多様である。また、共同生活の人数をおおむね5人程度の少人数であるなどの理由から、ホームホスピスのケアが究極の個別ケアともいえるようなものになる。訪問診療や訪問看護、介護を利用しつつ、生活の場でのケアをいわゆる重度の方々に提供するとすれば個別ケアが徹底するということは自明である。

第2に、病院や施設で余儀なくされてきた生活の中断からのそれまでの生活の継続のなかで生活を取り戻すということがホームホスピスの特徴である。生活の継続性のなかで、意欲を取り戻すという効果がホームホスピスのケアにはある。

第3に、「とも暮らし」である。もともと単身世帯の「ひとり暮らし」の増大のなかで、単身の

¹⁹⁾ 宅老所よりあいの理念 HPより引用。

²⁰⁾ 高橋紘士（2014）「ホームホスピスの未来」市原美穂著『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方〈2〉～暮らしの中で逝く』木星舎刊 154頁以下を縮約した。

人々が共同居住する新しい暮らしかたが、いろいろところで始まっている。コレクティブハウス、シェアハウスなど、いずれも個人が孤人ではなくなるための新しい暮らし方といえる。

共同生活の「共」、本人の主体性を尊重した支援を伴走的支援というようになりましたが、その「伴」、共同居住のなかで、友人の関係がふかまっていく「友」、の読み方を重ねて、「とも暮らし」という言葉を考えてみた。これは、豊かな関係資本ということにも通じます。関係資本が豊かなところでは、自立的かつ平穏な生活の条件が可能になるということです。人々に囲まれた療養環境の象徴としての「とも暮らし」の空間としての、ホームホスピスといえる。

第4に、ホームホスピスでは制度的サービスとインフォーマルサポートが豊かな形で相乗効果を発揮している。在宅医療、訪問歯科診療、訪問看護などの、医療サービスと訪問介護等の介護サービスが医療保険及び介護保険の制度サービスとして、必要に応じて外付けで提供されると共に、ホームホスピスのスタッフにより、家族代替的あるいは疑似家族的なサポートが日常生活の営みを支援するものとして提供される。

第5に、さらに、近隣の住民が折に触れて声をかけたり、様々なバックアップをしている。地域に支持され、支えられる関係とは文字通り、関係的資源を開発してきたことが見て取れる。よく使われ始めた概念を使えば社会関係資本が豊かに開発されてきたということの意味する。

第6に、また、在宅でのターミナルケアは家族に様々な過度の負担を強制する。病院入院や施設入所の場合は家族関係が切り離され、人工的な関係になっていく。家族関係の日常性が喪われざるをえないといえる。ホームホスピスでは、家族の親密性が回復し、日常性のなかで、ご本人との関わりが回復していく。

第7に、地域とのかかわりのなかにホームホスピスが存在していることこそがホームホスピスがある意味で地域包括ケアシステムの一つの具体的

な実現形態であるともいえる。

3 認知症ケアのパラダイム転換～ユマニチュードの場合

最近、認知症ケアにおいてユマニチュード〔本田、ロゼット、イヴ (2014)〕²¹⁾という手法が注目されている。この技法が認知症の人の状態を劇的に改善するという一方で、多くの人々に感銘を与え、認知症との合併症で悩んでいる看護や介護の現場に普及しつつある。

このユマニチュードという言葉はフランス語の造語で、「人間らしく在る状態」という意味だが、「見る、話す、触れる、話す」という基本的動作を徹底させることによって、認知症の人へ関わり方を一群の技法としたものである。紹介者の本田医師によれば、「人とは何か」「ケアをする人とは何か」を問う哲学と、それにもとづく150を超える実践技術から成り立っている。ユマニチュードの開発者であるジネストとマレスコッティによれば「生きている者は動く、動くものは生きる」「人間は死ぬまでたって生きることができる」というシンプルではあるが基本的な思想をベースに、ケアの普遍的な技法を誰でもが実践できる技法として体系化したために、認知症の人が平穏になり、意思疎通が可能となる。おそらくおよそ人ならば兼ね備えている他者との関わり方の特性をふまえた技法となっていることが、「人間である状態」としての「ユマニチュード」による支援論の真骨頂なのであろう。

4 ふるさとの会の支援論

ふるさとの会はホームレス、精神の障害、認知症、経済的困窮など様々な生きづらさを抱えている人々を支援するNPOとして、山谷でのホームレス支援からはじまり、今日では、台東区、墨田区、荒川区などの地域と新宿区や豊島区そして世田谷区などに活動拠点を置きながら、シェルターや支援付き住宅を中心に居場所づくりも含めた多様な事業を展開している。約1200人の人々を支援して

²¹⁾ 本田 美和子 (著), ロゼット マレスコッティ (著), イヴ ジネスト (著) (2014)「ユマニチュード入門」医学書院刊。

いる。

これらの事業は住居の確保のための「居住支援」地域で暮らし続けていくための「生活支援」仲間をつくり、役割を得るための「互助づくり」、時先生の最後まで、孤立せず生きることを支える「在宅看取り」さらに最近重要となり始めた若年者の就労支援などの柱からなっている。

この会の援助論〔的場（2014）〕²²⁾はこれらの柱のすべてに係わるもので、これらの実践の積み重ねをとりまとめたものである。なによりもふるさとの会の職員数は270名、職員がすべて専門職資格をもっているわけではない。とすれば、かれらの実践経験を踏まえて支援職員が困ったときの指針として自らの支援の意味を考えるため多くの実戦経験を援助論が「機能障害を生活障害にしないための生活支援」という考え方に集約されている。

基本的信頼関係を構築するための対人援助論としての、問題行動を抑制せず、馴染むまで待つ「風景化」共同作業への「物語の共有」と「共同作業」、パニックへの対応としての「抱き合い喧嘩」安心するまでそばに居る「寄り添い支援」などがこの支援論のキーワードである。

生活づくりの主体になるための互助関係づくりとしての対人援助として「共依存」としての二者関係のなかに「第三項」を構築する。「トラブルミーティング」と「ルールづくり」「互助関係のなかで生きていく支援」「役割分担」と「合意形成」などによって対人支援論として展開されている。

ホームレスとは端的にいえば、自助と互助を失った存在といえよう。かれらへの支援論は普遍的な支援論ともいべきものを開拓してきたように思う。ふるさとの会の支援論の中核をなす日常生活支援を精神医学者の栗田圭一は「情動的、

情動的、手段的ソーシャルサポートを統合的・連続的・一体的に提供しているということになり、確かにこれは家族的支援に相当するものではなからうかということである。〕〔栗田（2012）、p.127-141〕²³⁾として、ふるさとの会の日常生活支援の特性を総括している。

5 ケアモデルの転換 支援の主体化（人間化）モデルと客体化（物象化）モデル

これらの由来の異なる支援論と技法をみると通底するものがあるようである。これらの介護論が徹底したケア対象者を人間として、主体的存在としてとらえているところに特徴がある。

一方従来型も介護論の多くは、対象者を、文字どおり客体としてとらえ、介護報酬や診療報酬を運んでくる「モノ」として物象化されてとらえられているように思われる。介護保険の準市場化のなかで、営利企業の参入がこのような傾向に拍車をかけてしまったといえるかもしれない。

これを別な表現で言い換えると医療モデルから生活モデルへの転換ということであり、ケア行為に収斂した、ケア行為論のみならず、そのニーズを持つ者を生活の主体として尊重する「伴走型支援」〔奥田（2014）〕²⁴⁾ともいえる。

かつて、ピーター・タウンゼントは1950年代の広範から60年代にかけて当時のイングランドの高齢者施設の詳細な調査によって、施設入所者は役割喪失、家族友人、コミュニティとの関係の喪失、入所者同士の間関係の隔離、孤独〔Peter（1962）〕²⁵⁾と不安、プライバシーと自立の喪失を通じて次第に自己決定能力が奪われているということを示唆し、これを明らかにしたと述べた〔松岡（2011）、p.20〕²⁶⁾。

また、同じ時期にゴフマン〔Erving（1961）〕²⁷⁾

²²⁾ 的場由木編著 佐藤幹夫監修（2014）「生きづらさを支える本」言視社刊。

²³⁾ 栗田圭一（2012）「生活困窮者の心の健康問題と日常生活支援」『重層的な生活課題を抱える人の地域生活を支える「居場所」と「互助機能」の研究報告書』（平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策事業費補助金）ふるさとの会 2012年3月 pp.127-141。

²⁴⁾ 奥田知志他（2014）「生活困窮者への伴走的支援」明石書店。

²⁵⁾ Peter Townsend(1962) The Last Refuge:A Survey of Residential Institution and Home for the Aged in England and Wales. なお、Johnson他（2012）は50年後にTownsend調査したホームを再調査し、この間のホームのあり方の展開について興味深い調査を行っている。

は、ワシントンにある連邦政府経営の精神病院の参与的観察を通じて、被收容者が被るさまざまな施設からの制約の状態を活写し、全制的施設 (Total Institution) の全貌をあきらかにした。

V ケアの社会政策のために

1 福祉社会論の転換

かつて、社会保障研究所の所長を務めた馬場啓之助がその著作で福祉社会の構図と論じた部分で、「福祉社会は複合社会たらざるを得ない。経済社会形態は議会制民主主義のもとで、その経済は経営者資本主義と公共経済の混合経済の形態をとり、公共経済の構成要素としては、社会保障と福祉サービスからなる福祉複合体が重視されるようになってきている。しかし、経営者資本主義は業績主義の倫理に貫かれているのに対し、福祉複合体は連帯主義の倫理にたっており、(中略)この二つの倫理はもともと相反関係にたっているのだが、その間に補完関係を作り出していかなければ、複合社会はその統合をうまく維持していかなる。社会の秩序は二つの倫理の「相反と補完の二重の関係」にささえられているからである。」と述べ、さらに「産業社会は社会の構成員すべてが、「共通の生活 (common life) に参加しうる条件を保証されるようになれば、産業社会は福祉社会の相貌を帯びてくる」[馬場 (1980), p.53以降]²⁶⁾と述べたことがあった。

現実には産業社会が、情報化、あるいは金融資本主義化、そしてグローバル化の結果、このような構図とは異なった相貌を今日の経済社会がもつようになった。わが国では、馬場が想定した一国の議会制民主主義を媒介として成立するはずの補完関係が十分機能せず、グローバリズムによって国内外の格差の拡大が起こっている。

かつて、貧困研究がイギリスにおいてチャールズ・ブースやシーボーム・ロウソトリなどの、

キャプテンオブインダストリーと呼ばれる産業資本家によって担われた時代は、貧困問題の発生が労働力の毀損によってその人的資本の消耗をもたらした、資本主義社会そのものの再生産の構造をゆるがすという認識によるものであった。その後長い歴史的過程を経て福祉制度の整備が進展し、福祉国家体制が形作られた。おそらくわが国の渋澤栄一や大原孫三郎が社会事業にコミットしたのも同様であった。わが国では社会事業から分岐して、社会保障制度とこれを補完するレデュアルな社会福祉制度が整備されていった。

産業資本主義と福祉との関連についてその後「労働力の保全」(大河内一男)あるいは福祉の経済業績達成モデル(リチャードティトマス)さらにいえば、冒頭に述べた、わが国の1970年代モデルにまでこのような関係への認識を基礎に経済と福祉の関係性が展開してきた。とりわけ、わが国では社会保険制度が普遍的制度として機能し、レデュアルな選別的制度としての福祉という相互関係であったが、ヨーロッパ諸国では、ニーズの普遍化に対応するために負担拡大を前提として、制度改革を進めてきた。

ところが、新自由主義が優勢になり、さらにグローバルな金融資本主義化はこのような経済と福祉との関係が断ち切れ、経済成長の重荷としての福祉国家批判へとつながっていく。福祉複合体を支える公共経済の削減志向が1980年代以降の福祉国家批判の論調であり、とりわけわが国では経済成長維持政策としての、赤字国債による財政支出の累積による債務拡大と福祉複合体の財政基盤をなす、消費税増税の遅れは、議会制民主主義の機能不全とあいまって、社会保障及び福祉への削減圧力となっている。一方で、所得税の累進課税の縮小、資産課税の縮小などがあるあいまって、福祉複合体をまかなうべき財政基盤がいよいよ、脆弱化している。さらに人口減少下の高齢化の昂進は、従来型の水平的配分の力を弱めていく。この

²⁶⁾ 松岡洋子 (2011) 「エイジングインプレイスと高齢者住宅」新評論社 20頁による。

²⁷⁾ Erving Goffman (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* 訳書 石黒毅訳 (1984) 「アサイラム：施設被收容者の日常世界」誠信書房刊。

²⁸⁾ 馬場啓之助 (1980) 「福祉社会の日本的形態」東洋経済新報社53頁以降。

ような状況で、経済と社会保障・福祉との関係が馬場が想定したような関係性が断ち切れつつあるのではないか。

一方、豊かな社会の意図せざる結果として、依存人口の急増と普遍的なコモライフへのコミットメント要求との矛盾も抜き差しならぬ状況になり、いわゆる「格差」の拡大と固定化の状況が現実化しつつある。実はこれを推進したのが、個別期企業の合理化の結果としての、雇用の非正規化の拡大であり、これが子供の貧困から子育て環境の悪化などを随伴しながら、人口減少社会の趨勢に輪をかけている。これは将来の社会的コストの増大を意味するが、市場主義経済学は将来にわたる社会的費用の問題には目をつぶっているようである。これは、まさに、経済と福祉の相互関係が断ち切られている象徴である。

2 地域包括ケア政策としてのケアの社会政策

おそらく、このような事態へのケア政策におけるソリューションの模索が当初、介護保険制度改革の主導概念であった「地域包括ケアシステム」から社会保障全般の政策の嚮導概念になり、先頃の経済財政諮問会議での厚労大臣発言における社会保障制度のタテワリ構造から「まるごと」への地域包括ケアシステムの包括化の政策提言へとつながっているように思われる。²⁹⁾この視点は少なくとも医療介護福祉を所管する厚労省当局者からのメッセージである。

3 ケアの社会政策のために

本特集は「ケアの社会政策」という殆どこれまで論究されなかったテーマを扱っている。社会保障の領域では、分野横断的、かつ私的な領域と公的な領域にまたがり、わが国を経験する「未踏の高齢化・少子化段階」が人口減少の過程と並進す

るなかで、ケアの再定義と新たな政策的アプローチが行われつつあるからに他ならない。

先述したPhillipsは「Careには幾つかの次元がある。ひとつは義務と責任という枠組で遂行される労働としてのCare、コストを伴った活動としてのCare、さらに多部門間の政治活動として展開するマクロレベルと主として女性のWorkを通じて経験される個別の福祉の経験というミクロレベル識別できる。また、公と私の領域に架橋を架ける特性を持つところからCareの政策はフロンティアとなっている。Careは福祉国家の性格の変化のなかで、政策的にはCareを中心とする政策関心への変動が生じている。〔Phillips (2007), p.34〕³⁰⁾と述べている。その上で、Careの政策的な動因として、第1にCareの人口学的変容、罹病と死亡の変容(女性労働と働く場の変容価値意識の変化、Careにおける価値と規範の変容、Careの提供について長期ケアとホームケアについての論争、ケアの混合経済のあり方、家族と国家の役割についての政策論争、インフォーマルかフォーマルか、あるいは、対価を支払うか否か。そして財政問題、すなわち長期ケアの財政的持続可能性問題。ケア当事者へのダイレクトペイメント問題。ケアラーのコスト問題などをあげ、ケアの社会政策の問題群を提示している。〔Phillips (2007)〕³¹⁾

これらの課題群に加えて、いまや政策としてのケアは、依存人口の急増のなかで、社会の持続性問題の根幹になりつつある。ましてや、新自由主義がケア政策と敵対する関係にあるとすれば、ケア政策は社会倫理の問題と関連し合いながら、技術的政策論ではない、新たな批判的政策論を必要とするのかもしれない。³²⁾このような視点は、社会政策を市民社会の構成原理の中に改めて埋め込む作業が必要とされることを示唆しているのではないか。³³⁾

²⁹⁾ 経済財政諮問会議 5月11日厚生労働大臣発言資料 地域包括ケアの深化にむけた新たな施策展開。http://www5.cao.go.jp/keizaisimon/kaigi/minutes/2016/0511/shiryo_06.pdf

³⁰⁾ Phillips (2007) 前掲書 34頁以降。

³¹⁾ Phillips (2007) 前掲書 3 The Social Policy of Care.

³²⁾ ファビエンヌ・ブルジュール 原山哲他訳 (訳書2014。原著2013)「ケアの倫理-ネオリベリズムへの反論」白水社刊

³³⁾ Spicker, P (2006)

参考文献

- 馬場啓之助 (1980) 『福祉社会の日本的形態』 東洋経済新報社。
- 備酒伸彦 (2013) 「介護予防とリハビリテーション」 国立社会保障・人口問題研究所編 『地域包括ケアシステム』 慶應大学出版会, pp149-161。
- Brugère, F. (2011) *L' éthique du « care »*, Presses Universitaires de France [= 原山智・山下りえ子訳 (2014) 『ケアの倫理——ネオリベラリズムへの反論』 白水社。]
- Dean, Hartley (2010) *Understanding Human Need*, Policy Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* [= 石黒毅訳 (1984) 『アサイラム：施設被収容者の日常生活世界』 誠信書房刊。]
- 花田春兆 (1987) 「日本の障害者の歴史」 『リハビリテーション研究』 第54号, pp. 2-8。
- Heidegger, M. (1927) *Sein und Zeit*, Max Niemeyer. [= 熊野澄彦訳 (2013) 『存在と時間 (二)』 岩波書店]。
- 平岡公一 (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究』 ミネルヴァ書房。
- 本田美和子・ロゼット・マレスコッティ・イヴ・ジネスト (2014) 『ユマニチュード入門』 医学書院。
- Hyginus, G, I., (1695) *Fabulae* [= 松田治・青山照夫訳 (2005) 『ギリシャ神話集』 講談社。]
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』 有斐閣。
- Johnson, J, Rolph, S, Smith, R, (2012) *Residential Care Transformed Revisiting 'The Last Refuge'*, Palgrave Macmillan.
- Kane, R., J. Ouslander, I. Abrass, B. Resnick, (2009) *Essentials of Clinical Geriatrics (sixth edition)*, Mc Graw Hill.
- 経済財政諮問会議 「地域包括ケアの深化にむけた新たな施策展開」 (5月11日厚生労働大臣発言資料)。
http://www5.cao.go.jp/keizaishimon/kaigi/minutes/2016/0511/shiryu_06.pdf。(2016年6月12日最終確認)
- 栗田主一 (2012) 「生活困窮者の心の健康問題と日常生活支援」 『重層的な生活課題を抱える人の地域生活を支える「居場所」と「互助機能」の研究報告書』 (平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策事業日補助金) ふるさとの会 2012年3月 pp127-141。
- の場由木編著・佐藤幹夫監修 (2014) 『生きづらさを支える本』 言視社刊。
- 松岡洋子 (2011) 『エイジングインブレイスと高齢者住宅』 新評論社。
- 宮本常一 (1984) 『忘れられた日本人』 岩波書店。
- 仲正昌樹 (2015) 『ハイデガー哲学入門——「存在と時間」を読む』 講談社。
- 奥田知志・稲月正・垣田裕介・堤圭史郎 (2014) 『生活困窮者への伴走的支援』 明石書店。
- Peter Townsend (1962) *The Last Refuge: A Survey of Residential Institution and Home for the Aged in England and Wales*, Routledge.
- Phillips, J. (2007) *Key Concepts of Care*, Polity Press.
- 社会保障制度改革国民会議 「社会保障制度改革国民会議報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」 (平成25年8月)。
- Spicker, P (2006) *Liberty, Equality, Fraternity*, Policy Press
- 高橋紘士 (2013) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助の関係」, 社会保障・人口問題研究所編 『地域包括ケアシステム』 慶應大学出版会, pp.97-111。
- 高橋紘士 (2014) 「ホームホスピスの未来」 市原美穂著 『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方〈2〉～暮らしの中で逝く』 木星舎刊, pp. 137-160。
- 宅老所よりあいホームページ, <http://yoraiinomori.com/> (2016年6月12日最終確認)
- 戸谷学 (2014) 『ヒルコ～棄てられた謎の神 (増補新版)』 河出書房新社。
- 山口昇・高橋紘士編 (1993) 『市民参加と高齢者ケア』 第一法規出版。
- 全国社会福祉協議会 (1979) 『在宅福祉サービスの戦略』。

(たかはし・ひろし)

Towards Social Policy of Care

Hiroshi TAKAHASHI*

Abstract

Until now, long-term care needs of the elderly in Japan has been addressed by long-term hospitalization of the hospital. This is because welfare services corresponding to the care was the low-income elderly. Care needs that has spread to the universal has been forced to respond by the medical insurance system. Changes in the surge and the state image of the late elderly population is intense correspondence is required. This was the introduction of long-term care insurance system, In this paper, was Tsu carried out the necessary investigation in performing such a study. Care concept, re-examination of the needs concept, the way of care, taking into consideration the quality of life, and the like. To rebuild the social policy of care future is required.

Keywords : long-term care needs, care & needs the social policy of care, community based integrated care

* President, Foundation for Senior Citizens' Housing