

テーマ「介護システムの構築」

レポート：介護システムの構築——社会的ケア・システムから考える——

……………（関西大学助教授）松 原 一 郎

レポート：老人と家族のための介護システム

……………（お茶の水女子大学助教授）袖 井 孝 子

レポート：老人介護政策の課題

……………（日本社会事業大学社会事業研究所教授）古 瀬 徹

コメント：……………（社会保障研究所研究員）梶 本 一三郎

コメント：……………（日本社会事業大学教授）前 田 大 作

討 論（司会）……………（社会保障研究所長）小 山 路 男

あいさつ

社会保障研究所長 小山 路男

高齢社会に向けて、介護問題が重要な中心になるということは、申すまでもございません。昨年12月に介護検討会の報告が出ました。またことしの予算では、高齢者の福祉の10ヵ年戦略というので、予算を付けて、これから介護の問題に真剣に

取り組もうとしているところであります。ただ、そうは申しましても、なにぶんにも未経験の領域であります。今後介護、保健、福祉というものを統合したような介護システムを、どう仕組んでいくかという問題は、非常に大事な問題であります。

そこで、きょう各先生からご報告を願ひまして、お互いにこの問題を考えてみたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

これをもって開会のあいさつに代えさせていただきます。

.....

【レポート】

介護システムの構築

——社会的ケア・システムから考える——

関西大学助教授 松 原 一 郎

この伝統のある社会保障研究所のシンポジウムにお招きいただき、大変感謝しております。小山先生、堀先生、どうもありがとうございます。さっそくですけど、時間が45分ということで限られているので本題に入りたいと思います。

介護システムの構築というテーマであるが、ゴルゾム・ソーシャル・ポリシーという、マーチン・バルマーが編者で LLC の皆さんが書かれた本のいちばん結びのところに、LSE のブライアン・エイベル・スミス教授が、「イギリスが大変ソーシャル・ポリシー研究において優れている、しかしながら、研究は優れているのに比べて、ソーシャル・ポリシーの実践に関しては後れをとっている」ということを述べている。具体的にいうと児童福祉はフランスに、年金制度は西ドイツに、保健医療サービスではデンマークに、そしてオランダには障害者福祉の分野で、その実践に後れをとっているということである。そういう意味では、すべてのソーシャル・ポリシーの面で、イギリス以外のよその国のほうが、より良いシステムを有していると、エイベル・スミス教授は言っているわけである。ただし彼は、「日本を除く」というふうに付け加えるのではないか。

そういう意味ではインフレ、物価高とはいえ、おしなべて日本経済のパフォーマンスは諸外国に比べて良いが、それにもかかわらず、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心とする在宅福祉サービスの、その体系化というものがまだまだ未発達である。とりわけ高齢者、身体障害者、精神障害者、精神発達遅滞者等の人々のためのケア体制の発展というものは、これは私の価値観も含めてだが、「日本型福祉社会」のスローガンのもと

に10年間の回り道をしたという感さえある。

そこで、広くケアと言っているが、介護システムの構築に向けての問題提起なり、あるいは具体的な、政策的な幾つかの提起、提案というものを当報告でしてみたいと思う。

マーチン・バルマーが幾つかのケアに関する著というものをまとめて、そのなかに認められるケアというものの特質というか、要件というものを3つの要素でとらえている。これは『ザ・ソーシャルベース・オブ・コミュニティ・ケア』という本のなかでであるが、3点あって、「第1点は、ケアというのは具体的な、身体的な接触を通しての介抱をすること、あるいはお世話をすることである、第2点は、物質的な援助や、心理的な援助である、第3点は、他者に対する一般的な関心である」とこう言っている。

今回の介護ということを考える際には、このケアというマーチン・バルマーの言葉と同じようにとらえたうえで、そしてこの大きく3つをとらえておくというふうに一応してみたいのだが、とりわけ1番、2番の要素というものを具体的に考えてみたい。つまりそれは、具体的なサービスであり、金銭や物品の給付という形で政策的にとらえることができる。

その際、その給付、あるいは供給のあり方（または供給主体のあり方）はどうなるかということを考えてみると、同じくロンドン大学の LSE のロバート・ピンカー教授が、公、民、そして私等のセクターによる供給主体間の配置に関して、4つの政策の選択肢が用意されると述べている。彼自身この政策のオプションというものを、社会サービス一般について考えているわけだが、これ

をより具体的にパーソナル・ソーシャル・サービスを基幹とした介護システムというふうに置き換えても、この図式は妥当するように思われる。

これが図1だが、この4つのオプションの1番目が、ほかのすべての供給を排して、すべての市民に公的サービスの拠出と使用を強制することができるという選択肢である。第2番目は、拠出は普遍的、強制的にするが、余裕のある市民には他の制度に加入する自由を認めるということである。第3番目は、公的でない制度に全面的に、あるいは部分的に加入しようとする市民には拠出および税において控除する。第4番目は、公的制度はほんの最低限にとどめて、市民が代わりの制度をつくらざるをえないようにするか、それをするとも市民が決めるにまかせる。この4つである。

この4つの類型、政策的オプションと、そしてよくいわれているインスティテューショナルな制度モデルと、レディデュアルな残余モデル、この2つのモデルが対応関係として組み合わせられるわけだが、それを図示したのが図1である。

ただ、ここで注意すべきことは、公的セクターといっても、日本においては中央政府、都道府県、市町村と細分化される。また、非公的セクターもより細かな分化が今日存在しているという事実である。そういう意味では、こういうセクター間の組み合わせ、これが具体的なケア体制なり、社会福祉サービスの供給における連携というものを形づくっていることは見逃せない。その意味では、各セクターが財源、事業、組織等の各領域において役割分担と連携をはかりながら、社会的なサー

ビスというものの供給をはかっているという実態がどんどん生まれつつあるように見受けられる。

先ほど、日本型福祉社会という言葉を出したが、この図1のオプションでいうと、それは2から3への動きというふうにとらえることができるのではないか。そういう意味では、福祉国家への歩みとしての制度モデルから、残余モデルへの、いわば福祉国家への道に対する逆行が、少なくともイデオロギーとして唱道されてきたということが指摘されるかと思う。

とはいえ、地方公共団体レベルの供給に最近では重点が置かれはじめ、ご存じのように機関委任事務から団体委任事務化への動きをはじめとして、入所措置事務の市町村自身に見る国から地方公共団体への権限の一部委譲ということにも、その流れは典型として見られる。

また、民間活力の活用として、とりわけシルバービジネスの振興が政策目標として設定されたことは記憶に新しいわけだが、いわゆる企業型の単独方式だけではなくて、企業と社会福祉法人のタイアップという形も本格的なスタートをすでに昨年切っている。

また、民間部門で提供されるサービスのうち、地方自治体が積極的に関与して設立されたサービス供給主体によるという、たとえば福祉公社だが、これを積極的に法人化していく流れ、あるいは生活協同組合組織の福祉サービスの担い手化の促進という形も、サービス供給形態の多様化というものにいつかの拍車をかけているかと思う。

先進諸国が打ち出しているノーマライゼーションや、生活の質の原則、クオリティ・オブ・ライフという原則をわが国も高齢者福祉政策の理念として、あるいは障害者福祉政策の理念として据えようとするならば、この図1にあるような、いわゆる残余モデルからの完全な脱却ということが望ましいことはいうまでもない。

また残余モデルは、いうまでもなく、家族と市場メカニズムというものを立脚点としているが、その片方の家族に着目すると、その家族の介護機能というものが大変低下しているという現実に照らしてみても、この残余モデルからの脱却が望ま

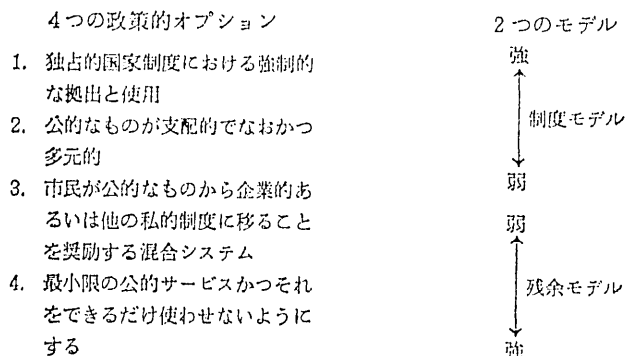


図 1

しい、あるいは急を要することであるということはいうまでもない。

ちなみに図2だが、これはいわゆる私的なインフォーマルセクターによるケアの能力の低下を示した図である。きょうは細かい数字は提示しないが、この3つのマス目は、たとえばいちばん上のマス目はケア要員、介護要員に着目したものであって、とりわけ具体的には家族成員ということの意味するマスである。家族規模の縮小、とりわけ世帯人員という形での3.1人という平均的な世帯人員、これが今世紀末には欧米並みの2.6人になるという家族規模の縮小、あるいはケア要員の就労、ケアを担っていた専業主婦層の就労化という事態、こういうふうなことがケア要員の量の縮小を物語るものである。

これに対して真ん中のマス目は、高齢者本人に着目した動向である。つまり人生80年というなかにおける、いわゆる老齢期の長期化、それから要介護状態の深刻化、重度化ということである。

こういうふうに家族に着目しても、私的ケア能力を相対的に低下させる要因というものは枚挙にいとまはない。加えて、もちろん民法では老親扶養というものがうたわれているが、社会全体としての扶養意識の低下は認めざるをえないと思う。

図1に戻っていただくと、図1の4に近いところの3のシステムが標榜されてきたというのがここ数年の動きではないか。しかしながら、昭和63年版の厚生白書等からもそうだし、今回の高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略等でもそうだが、むしろ反対に少し2のほうに傾斜した方向での3というものが最近では、介護施策を通して認められるようになってきたといえるのではないか。その意味では、生活関連の社会資本整備の遅れ、これから「生活小国」という不満さえ聞こえる今日、財政の好転期こそ、介護システムの構築を社会資本の充実の一環として、いまこそはかるべきだと思う。

そういう意味では、図1の2のところ、つまり「公的なものが支配的で、なおかつ多元的なものが用意されている」という形で、介護ケア・システムを構想すべきだというのが私の見解である。そういう意味では、脆弱化している家族の介護機

能にいちろの望みを託したり、あるいはシルバービジネスに救世主の役どころを期待するのは無理であろうという理由で、第4番目の「最小限の公的サービス、かつそれをできるだけ使わせないようにする」という選択肢は唾棄される。また、選択肢1、「独占的国家制度における強制的な拠出と使用」という形も、ニーズが高度化し、多様化し、そしてニーズが充足されればその段階でまた新しくニーズが生まれるという、ニーズのいわばいたちごっここの性質を考えると、1番の公的セクターのみで対応していくということは現実的ではないと思う。とりわけ中央集権化、あるいは官僚化、非専門化の弊害ゆえに、むしろこれは棄却されるべきではないか。

介護システムを構成するものは、パーソナル・ソーシャル・サービスにとどまるわけではない。とりわけ看護を含めての医療サービスというものの占める比重は大変大きい。わが国においてはご承知のように、医療保険方式と、自由医業制というシステムが、医療サービスに関してはできている。それはいいかえると、この選択オプションにおいては、第3番目に位置するものである。そういう意味では医療制度というものは3に位置し、そして片方で高齢者の介護、とりわけ在宅介護については、2を主張するというのは何か無理があるような気がするかもしれないが、しかしなおかつ2を望ましいものだと考えるのは、むしろまだまだ在宅介護についての法制化というものが大変未整備である、だから法制化というのを急ぐ必要があるのではないかということで、あえて2を主張したい。

それは、法制化といっても中央政府レベルでの社会サービス法のようなものが、たとえば外国では考えられているが、それも一例であるし、今日のように地方自治体に、こういうサービスの供給というものをゆだねていこうという動きがあるにもかかわらず、まだまだ条例設置という形がなされていない。いわんや国もそういうふうな方向を進めているわけではないという現実を見ると、風向きでいまのところ少し3の動き、特に2に少し寄ったような3の動きが出ているものの、これか

ら財政事情と、政党政治のダイナミックス、これにより絶えず2と4のいわば振り子のように揺れ動くなかで模索をしていくという現実が予想に難くない。そういう意味ではいつ4に座標がなびいてもおかしくないという、そういう政治状況を考えると、やはり法制化による2という位置づけが望ましいのではないかと、当報告者は考えるわけである。

この2の選択肢に位座して、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心にしつつ、ほかの社会サービスをも提供するシステムとして、当報告者は社会的ケア・システムというものを提唱してきた。介護システムも当然、この社会的ケア・システムのサブシステムとしてとらえるものであって、社会的ケア・システムの準拠枠を適用しうるものだと考えている。その準拠枠というのは、社会的ケア・システム構成要件というものを意味しているが、それは機能性と社会共同性の2つからなると私は考えている。

社会政策、ソーシャル・ポリシーのレベルで、日常生活の継続を困難にする特定の事態、これが発生した場合、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心に据えながら、社会サービスを提供していくというのがこのシステムであるが、その構成要件としては機能性というものが挙げられる。これもシステムの果たす目標達成のパフォーマンスにかかわる側面というものを意味し、具体的には次の3つである。1つ目は包括性ということである。すべての必要とされる資源と、サービスが現にシステムのなかに存在しているということ、またクライアントがそれを利用しうるということ、これが包括性の意味である。2番目が適合性である。システムを構成する要素の間に、適切な結びつきと、順序立てがあるということである。3番目が協力性である。サービス供給システム内の人間関係の質に着目したもので、社会福祉機関、施設、専門職、クライアント、あるいはその集団、資源管理者等の間での協同とまとまりというものを示している。

スウェーデンの元の福祉大臣で、アンデルセンという方がおられて、このたび日本を訪問された

その印象記などをこの1月14日の『厚生福祉』に出されていた。日本のねたきり老人の家族、家庭を訪れられての印象なり、あるいは日本の福祉政策、とりわけ介護システムに対するアドバイスを、自らの国での経験を踏まえての発言がそこでなされている。そしてこういう介護システムを考える際には、アンデルセン教授が指摘されているのには、包括性と継続性が重要であると、こういういい方をしている。

「各種のサービスの隅々に配慮を加え、サービス総体で個人のニーズに合わせて、包み込んでいくというのが、『包括性』の中身である。それから病院入院から家庭への復帰まで、またそのちに緊急事態が発生した場合も想定して、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供され、サービスが一貫したスムーズな流れとなるように関連職種の連携を可能ならしむる、そういう継続性を重視する」という発想である。そういう意味で片方は「包括性」、コムプリヘンシブネスというのが元々の言葉のようだが、もう1つは「継続性」、コヒーレントという言葉を使っている。このコヒーレントというのには継続的などという意味もあるが、こういう脈絡でコヒーレントを使っているのを見ると、首尾一貫したとか、あるいは整合性があるということで、むしろ私がケア・システムのなかで取り上げている「適合性」という言葉が該当するのではないか。そういう意味では大変偶然であったのだが、コムプリヘンシブネス、「包括性」と、それから「適合性」、整合性、こういうものがケア・システムを考えていく際には必要不可欠の要素であるということが、デンマークの経験からもいえるのではないかとすることをアンデルセン教授は指摘しているわけである。

そういう意味では、サービス資源の不十分さ、社会福祉サービスの不足というもの、これが全体としてシステムに包括性が欠如しているということの結果しているわけである。アンデルセン教授がいうにはたとえば、デンマークでは脳卒中のような障害状態に陥る人々の割合は、他の工業化諸国と比べて特に少ないわけではないのに、ねたきり老人が日本と比べて格段に少ないのは、このよ

うな包括的なサービスシステムがデンマークに用意されているからだといっている。

日本でねたきり老人が特に多い理由の1つは、家族の自己犠牲の精神にあまりにも依存しすぎているからであり、包括性と適合性を備えた援助システムが長い間欠如していた結果だと思う。この状態を放置すれば事態はさらに困難性を増し、もっと経費のかかる対応を迫られようという指摘をアンデルセン教授はしているわけである。

そういう意味では、医療や保健サービスにおいて、こういう「包括性」と「適合性」というものに関心を向けざるをえないというのが私達ソーシャル・ポリシーに関心をもつ、あるいは現場の政策立案者のオリエンテーションではないか。

アンデルセン教授による問題点の指摘が大変興味深いので、ここで2点付け加えたいと思う。

第1点は、「民間保険や営利動機に依存したシステムは、サービス全体の構造を総合化するよりは、むしろバラバラに分断しがちだ。保健や福祉政策の中心を、私保険や私企業にゆだねる方針は、このような危険性をはらんでいる」ということである。

第2点は、『包括性』と『適合性』がきわめて大切だということは、間近に老人達や、その家族の願いに日々接して、医療や福祉サービスに携わる現場の人々はよく認識している、しかし潤沢な経験を積んでいるにもかかわらず、彼らは全体システムをうまくオーガナイズするための方策を提案できない。そして現場の人々は、包括性の重要性をさておいて、彼らの役割を、もっと社会資源を増やせと要求する役割に限定してしまう。もっと人手を、もっと建物を、もっとお金を」ということである。

政策立案の際のこういうジレンマを看過することはできないであろう。

高齢化社会の到来のなかで、在宅ケアが強調されてはいるものの、要介護老人のケア・システムは、病院や、老人福祉施設等の、いわゆる施設ケアというものが中心であって、在宅というか、居宅ケアとの両輪体制にはまだまだなっていない。また、保健、医療、福祉、さらには住宅のような、

そういう分野が縦割りの、いわゆるビューロクラシーのなかでサービスが供給をされてきた。このような弊害というものは、高齢者のみならず、心身障害者対策にも見受けられる。もちろんその際には教育とか、雇用というサービス分野が入ってくることはいうまでもない。そこで少なくとも、保健、医療、福祉が一体となって、総合的なサービスの供給を行えるシステムづくりというものが昨今模索されてきた。厚生省が行っているモデル事業としての、たとえば訪問看護等の在宅ケア総合推進事業というものも、保健、医療、福祉という分野別の、縦割りサービスの壁をどこまで打ち破れるのかという、そういう試行的な事業にほかならないと思う。

サービスを供給する側にとっての、効率の追求、効果の追求という側面、そしてサービスを利用する側にとっての在宅生活の継続、あるいは生活の質の向上、こういう側面、この両者の側面が互いに合致する施策レベルでの連携なり、統合化というものが望まれている。それには在宅福祉サービスに向けてのニーズがどのような構造を有しているのか、それについての認識と、そのニーズ充足に適合したサービス供給の新たな機構、その創設という、2段階の作業が必要かと思う。

きょうは時間の関係で、それについて詳しくお話しすることはできない。しかしながら現実には、たとえば医療やリハビリテーションサービスはAという医療機関から、特に介護を中心としたサービスはBという民間機関から、ケースワークはCという福祉事務所から、家事援助はDという社会福祉協議会からということで、サービス供給の単形というか、単形対応の配列というのは、これはまことに不都合である。

また実際にこういう生活者のニーズというものは、そういう単形の構造をもっているものではないと私は考えて、図3、4に見られるように、セミラティスとか、ツリーという、こういうモデルを用いて、ニーズ構造を説明し、そのニーズ構造の認識論というものを仮説として提示してきた。

セミラティス・モデルの構造というものが、ニーズ認識の図式として位置づけられるならば、

供給システムもこれに適合した供給体制をもつべきだという論を展開してきた。いうまでもなく従来は、図4に見られるように、ツリーの適合でサービスの供給というものが考えられてきたわけである。どうも私達のニーズ構造の認識というものを改めて考える必要があるのではないか。そしてそれに応じたサービス供給主体の組織論というものを、打ち立てる必要があるのではないかということを申し上げたわけである。

これは別の機会にすでに論じているので、きょうはこれ以上の議論を省略させていただきたい。

ただ図5について説明すると、セミラティスの構造に即してサービス供給を考えるべきだということで、事実さまざまなネットワーク会議であるとか、あるいは庁内の連絡調整機構であるとかというものが最近は多く生まれてきているが、いうまでもなくそれらは第1象限、あるいは第2象限という段階で、そういうネットワークをはかろうとする試みであろうと思う。

そういう意味では、サービス・エレメントがここではわずか7つぐらいしか、基本的なものを挙げていないが（もちろんこのなかにケア・サービスというものが、エレメントとして入ってくるわけだが）、このエレメントが増えれば増えるほど、この複雑な体系を具体的な供給体制として、具現化できるという、そういうシステムを構築する必要がある。具体的には先ほどいったネットワークであるとか、あるいは組織においてはマトリックスの開発であるとか、少なくとも最近では、兼務辞令の発令という形で、2つの部局に属するという体制が役所のなかでもかなり見受けられるようになってきた。こういう複雑な体系であるが、組織なり、その供給体制をいかに複合、コンプレックスな組織にしていくかという、そういう知恵が問われている時ではないか。

さて、社会的ケア・システムということを行ったが、この社会的というものの意味するところを触れておきたい。私達は、特に三浦先生等の考え方に大変触発されるところが多いが、個人のニーズ、それに対していかに対応していくか、その際社会的ニーズとして認識されるのは、その個人の

ニーズの累積的なものであると、一応操作的に考えておこうということを三浦先生はおっしゃった。たしかにそういう個人のニーズの発生に対して、集合的なというか、累積的なニーズをさまざまな社会的チャンネルによって充足していくというのが社会的という、あるいは社会福祉という「社会」の1つの側面だと思う。

さらに加えて、もう一方では、社会全体が介護という問題を通して、社会の機能要件充足の達成という目標を抱えているのだと考えれば、介護システムというものが、その目標達成の手段となるということになる。そういう意味ではニーズというものは、単に個人的な、属人的な発生だけではなくて、むしろそれ自身がすでに社会という大きなシステムの存続ということに対して、社会的という言葉が必要とするゆえんであるということである。この考え方はむしろ、社会学者の富永先生に触発されたものである。そういう意味では、社会的ケア・システムの2つ目の要件である社会共同性というものは、まさしく社会的なニーズというものの存在を前提としているといえるかと思う。

アメリカの社会学者のピーター・バーガーがこんなふうにいっている。「老齢、病氣、死は日常生活の〈中〉での経験である。その性格上、日常生活の限界へと向かう経験でもある」と。哲学者のヤスパースの造語でいえば、この経験は境界線上の経験である。つまり、日常生活のなかに対して、境界線上の経験である。そして彼はさらに続けて、「そのため、特別の制度を用意して、そのなかにどうにかしてこれらの経験を包み込み、社会生活の基本的な構造が崩壊するのを防ぐことが、人間社会にとっては常に大切である。これはいつの時代でも同じだった。しかし、いかに制度のなかに包み込むかという問題は、現代社会では特に難しい」ということをいっている。さらに彼は、「特に近代の家族には、昔の親族組織に比べて、老人のいる場所がない。重病人は死の経験を病院ですが、病院は社会生活の他の部分からはっきりと隔離されている。そしてまた病院は、社会的な規制を受けた死に場所でもある」という指摘をしている。

そういう意味では介護、とりわけ終末期に近い、あるいは終末期における介護というものは、私達はこういう老齡期、そして死というものを社会としてどのように定義するかという、古くて新しい問題を抱えているのではないか。それはとりもおさず、介護というものを、どんなふうに社会が相対的に位置づけるかという、そういうテーマでもあるかと思う。

特別な制度を用意してきたと、バーガーは指摘をしているが、その具体的なものとして、その典型がさっきもいったように病院である。最近よくいわれていることは、在宅死に比べて病院死が圧倒的に多いということである。6割以上、あるいは7割に近い数字だともいわれている。それにもかかわらず、病院における死というものはいまや、老いとか、死というものに、親和性をもって立ち向かえなくなってきたということがある。

ちょっと話を横道にそらしてみたい。この問題を考える際に大きな示唆を与えてくれるのは、フィリップ・アリエスの『死と歴史』という本である。彼は社会が死をどのようなまなざしでとらえ、取り扱ってきたか、これをヨーロッパの中世以降に照準を合わせて、検証、分析を行っているわけである。そして、アリエスは死というものは大変濃密な、そして大変親和性をもった、そういう受け入れられた形のなかで、それは迎えたということを、ヨーロッパの中世以降の検証、分析から明らかにしている。ところが18世紀の終わりぐらいから、感情面での変化が起きて、主導権が死にいく本人から家族へと移った。そして今日のように、その主導権が家族から病院、とりわけ医師と看護スタッフへと移ってきた。その結果死は、一連の小刻みの段階に解体、細分され、医療サービス制度の手による、いわゆる技術上の現象というものに矮小化されてしまった。そういう意味では、アリエスが中世のヨーロッパの人達に見た、単純な人々が死にいくときに示した、運命への素朴な信頼、これを再び今日において見出すことは、われわれの技術的な文化のなかでは不可能であると、死を遠くへ押しやった現代社会の心性というものを鋭く批判している。

アリエスはこういう身近で、穏やかで、大して重要でないものとする、このなじみ深い死を、「飼いなされた死」と呼び、反対に今日のひどく恐ろしく、恥すべきもの、タブーの対象となった死を、「野性化した死」というふうに位置づけた。その結果、死はいちばんなじみ深い物事の世界から、ひそかに離れていったとアリエスはいうわけである。

死が家族から、現代社会ではますます遠ざかっていくという、こういう過程、あるいは構造原理を芹沢俊介が説明している。そして、死だけではなくて老いというもの、死に隣接する老いも家族からはじき出され、ひいては社会からも忌避されてきているという分析を行っている。そこで芹沢はアリエスにならって、老いも野性化してきていると断じている。

彼はこういうふうにいっている。「老いを恐れ、畏怖している社会では、老いは飼いなされている。反対に老の価値が低く、老いを忌避し、嫌う社会においては、老いは野性化する。現代日本の社会は、老いを自己イメージから追放し、自ら老いを野性化することに手を貸したのだが、いまその野性化した老いに手を焼いている」と。

「寝たきりや、痴呆症などの重介護状態が、老いの野性化した結果だとするならば、野性化した老いを前に、老いを飼いなす社会、それから老いを解体した社会、この2つの対応がある」と、芹沢は続けるわけだが、さて、私達はどちらを選択するのか。

「老いを飼いなした社会」というのは、病人が、あるいは介護を受ける者が肯定される社会、扶養されることが恥ずかしいことではない社会、社会から撤退することが非難されることがない、そういう社会だという位置づけを芹沢はしている。一方、「老いを解体した社会」は、常に健康であることが求められ、いつまでも経済的、社会的な自立が要求され、いつまでも社会に貢献することが課せられる社会だと、彼は規定している。

たしかにいつまでも健康であるように支えるというのが医療であり、あるいは看護であり、きょうの主題である介護の中身であることは、もちろ

ん否定しないが、しかし場合によっては老いを局所化する、密封化する、解体化するという社会は、芹沢の言葉を借りれば、「高齢者はいるかもしれないが、老人のいない社会」になりかねない。

ちょうど児童の分野でマリー・ウインという人が「チルドレン・ウイズアウト・チャイルドフッド（子供時代を失った子供達）」という現代アメリカ社会の子供像を表現したのと同様に、日本の老人も、老年期を奪われた老人、これにつくられ、老いはますます野性化していくという可能性すらある。

機能主義的な社会学ではなくて、むしろそれは異なった社会学のアプローチにも踏み入れたために、少し混同することになるかもしれないが、こういうふうに老年期をどうとらえるか、そして看護をどういうふうに社会として定義し直すかという問題の中身に触れたかったので、あえて間主観的なアプローチを紹介した。

そういう意味では、私自身「社会的ケア・システム」ということを、機能性と社会共同性という、2面でとらえるべきだといっているけれど、機能重視という従来の狭い意味のシステム観だけでは、この介護システムというものはどうしても限界がある。そこでその限界を超えるものとして社会共同性なりを選択しなければ、あるいはそれらを十分に踏まえたうえでのシステム構築ということを考えなければいけないのではないかとことを強調したかったわけである。

ちなみに、社会共同性の構成要素としては、選別主義ではなく、全国民を対象として、特定の事態を予防し、またその事態を迎えたときにケアが利用できるという普遍主義、それからサービス利用者が主体性を保ち、情報を与えられたうえで自ら取捨選択できるという参加性、それから社会システムのサブシステムとして、恒常的かつフォーマルな位置づけをされているという、いわゆるインスティテューショナルな社会福祉、自己利益を自らの目標とするのではなく、他者のそれを重要関心事とし、かつその方向に沿って、のっとって行為を営む道徳的な価値を含んだところの概念、いわゆるアルトゥルイズム、愛他主義、この4つ

が当面は挙げられるかと思う。

そういう意味で、私が社会的ケア・システムということ強調しているのは、先進諸国の医療や福祉の制度の鍵となっている概念が生活の質であり、ノーマライゼーションであるということを考え合わせれば、日本においても、一般市民の生活のなかで、障害や高齢などを契機として引き起こされた生活困難を招来する特定の事態に対して、あるいは近い将来にそれが起こらぬよう予防策を講ずることも含めて、社会全体として対応策を仕組みとしてつくっていくこと、この必要性をいっているわけである。

社会サービスの展開というものは、ことに家族機能の大いなる変容のもとでは、日常生活に必要不可欠な社会的な生活基盤、いわば社会資本であり、インフラストラクチャとして充実させるべき政策だということがいえるのではないか。

そもそも先進諸国は、資源の配分と分配とを公共団体の計画と政策にゆだねる方法、そしてもう一方では市場機構にゆだねる方法、この両者を同時に社会経済政策的に選択してきた。いわゆる混合経済体制である。わが国も混合経済体制を取る国家の1つであるが、ケア・システムの構築においても、計画と政策、そして市場、この最適のバランスを求めていく必要があると思う。そういう意味では、このケア・システムというのは、公的セクターで行うのか、民間セクターで行うのかという、二分論で考えることはむしろ建設的ではないのではないかと考える。

それから、繰り返しになるが、他者との共同性そのものを価値として位置づけて、そして相互作用と共感の世界の構成ではじめて社会の存立が可能になるという見方をとるならば、社会的ケア・システムというものが社会共同性をもう1つの構成要素として挙げていくことを強調しておきたい。

結論的にいうと、在宅生活を目指した諸サービスを体系化したものとして、社会サービスシステムの構築というものが肝要である。とりわけ在宅ケアのシステムについては、総合性と地域性を兼ね備えたサービス供給体制、これが志向されることになる。

もともと社会自体が、人間1人1人では達成できないことを実現するための仕組みとして、合目的に形成発展してきたものである。それならば、個人のニーズはいうに及ばず、社会全体のニーズの充足にも、社会がその充足メカニズムを用意することは何ら不思議ではない。社会制度であり、社会集団である家族も充足メカニズムの1つであるし、官庁その他の仕組み、あるいは市場というメカニズムも、これら充足メカニズムを構成する集団である。産業社会はこれらの集団の分化というものをうながしてきたが、同時にそれらの統合へのベクトルも強く働いてきた。生活者の社会関係の障害や、あるいは個人や、特定集団の社会的孤立という事態の深刻化を前にして、その克服のためにはこれらの専門分化と総合の希求というものが、むしろ社会レベルで働くというのは、社会存続の目的のためには当然すぎるほどのことである。

そういう意味で、こういうシステムのサブシステムとして、介護システムというものを考えていくべきだということを申し上げたかったわけである。

最後に3つのポイントを、これから考えていく課題として一応列記だけさせていただく。いちばんはじめは財源論である。介護サービスの供給、狭くは費用負担であるけれども、大きくは財源をどうするかという問題である。

それから介護サービス自身は、あるいは介護という行為自身はサービス・テクノロジーだけではなくて、時間という要素が大きくかかわっている

ので、その時間、とりわけライフステージにおける系列での時間と、国民の間での時間の配分という、この時間の問題がある程度踏まえたうえで、あるいは場合によっては、政策的に経済社会的なシステムをある種の変更（具体的には労働時間の短縮等の方策を意味する）せずして介護にかかる時間というものを捻出することができないのではないかと思う。人生80年、70万時間の配分と分配、時によっては政策的な時間の再分配ということも、これからの課題として考えられるのではないかということをお願いしたい。

それから3番目は、介護されるという立場であるが、老齢期というものを、役割縮小であるという、そういうライフステージでとらえていく考え方が何人かの社会学者のなかでされているが、役割縮小でもあり、同時に介護されるという役割の獲得でもある。この被介護者役割の遂行に伴うアノミー状態、この場合のアノミーというのは社会的なきずなとか、連帯から孤立しているという、そういう使い方でいっているわけだが、こういう人達の地位と役割をどんなふうにとらえるか。そして介護が生き甲斐を与える介護であると同時に、さっきのアリエスの言葉に従っていえば、いかに死に甲斐の与えられる介護をするかという、こういうことを含めて、被介護者の位座と役割ということも今後検討していく課題ではないか。

ということで以上3つを課題として、列記させていただいた。

では、これで第1回目の発言を終わらせていただきます。ありがとうございました。

~~~~~