

医療制度改革と地域福祉

— 地域ケアと日常生活 —

太田 貞 司*

1. はじめに

オーストラリアでは1980年代中頃、軽度の人々が利用するホステルの役割を位置づけ、それまで増加してきたナーシングホームの役割を見直し、そしてナーシングホームとホステルの全体の利用者を70歳以上高齢者比で一割に抑えることを目指して、地域・在宅ケアへと構造的転換を図ろうとする方向を打ち出した高齢者ケア改革を行った(小林 1994:17;1999:270)。そのオーストラリアの高齢者ケア改革の研究者アンナ・ハウが、1990年代の初頭に来日し、あるシンポジウムで、今後、日本が地域ケアへと進むとしても、日本の高齢者のゴールドプランで示された施設整備目標は低いのではないかという主旨の疑問を述べたことがあった(冷水 1994:151)。

また、OECD諸国の高齢者の長期ケア施設および在宅ケアに関する調査報告書「虚弱高齢者のケアと政策」(1996)によれば、長期ケア施設の国際比較は、制度の違いなどで単純に比較はできないものの、1990年代の初頭の日本は、高齢者の全入院者も含めると65歳以上高齢者比で5%を超えた国だが、6ヶ月以上の長期入院者を含めた施設利用者を見れば、OECD諸国の中でも、施設利用者の割合が低い国だとされたことがあった(OECD 1996:67-97)。当時で言えば、地域ケアを進めるとしても、5～7(5～6)%程度の施設整備が必要だというのが共通認識であったので(OECD1998:99=2000:124, Gibson 1998:12)、その点からみると、いわゆる「社会的入院」は多いが、施設整備は遅れた国ということでもあった。

その後、日本では、ゴールドプラン等で基盤整備が進み、さらに介護保険制度の実施で、サービスも拡大した。それを背景に、2005年には介護保険制度が見直され、施設整備を抑え「地域」を基盤にという方向が示された。

2005年の介護保険制度の見直しは、制度の「持続可能性」、「明るく活力ある超高齢社会」の構築、社会保障の総合化の3つの基本的視点と6つの柱で行われた。その柱の一つが「新たなサービス体系の確立」であり、地域包括支援センター、地域密着型サービス創設の背景になった。これは、要介護等高齢者の支援の方向を「地域」を基盤にした支援へという大きな「修正」でもあった。

また2006年の医療制度改革では、療養病床を38万床から15万床へと削減、とくにそのうちの介護療養病床は全廃という方向が打ち出され、地域ケアの基盤整備を進める方向が示されている。いわゆる「社会的入院」の解消を目標に、介護等高齢者を「地域」を基盤とした支援に切り替えようと、「地域ケア」の基盤整備が課題となってきた。

2006年9月1日付けで就任したに阿曾沼慎司厚生労働省老健局長は、インタビューに答えて、介護保険制度発足の見直しについて、「日本のインフラストラクチャーとして維持・安定させるための

[*神奈川県立保健福祉大学]

「調整期」に入った¹⁾という認識を示している。また、「地域ごとに事情が異なり、オールジャパンで一律に進めることはできません。また、中長期的には施設や在宅だけでなく、居住系サービスも含めた高齢者の住まいと、ケアのあり方を考え、その中で介護療養病床を他施設や居住系サービスへ転換を進める必要があります²⁾」と述べ、療養病床の削減も、その受け皿として地域ケアの整備が必要であるとしている。

また、御園精一郎厚労省大臣官房審議官は2006年11月の全国老健施設協会第17回大会で、「長年の懸案であった老人病院の問題に一つの方向性を出した³⁾」と述べている。療養病床の削減で、行き場がなくなる患者が出ないように地域ケア整備構想で対応という方向を示している。このように、介護保険制度の見直し、医療制度改革では「地域」を基軸にしてきている。

1973年1月に始まった老人医療費無料化制度以後、家族介護者の介護困難に対応した高齢者の施設整備が遅れたことを起因の一つとして起きたいわゆる「社会的入院」、言い換えると高齢者が長期に必ずしも入院治療が必要なくとも退院がなく入院を継続するという、「医療の場」が高齢者ケアの場となる状況が広範に見られるようになる。その受け皿となった「医療の場」・病院は、1970年代に広がったいわゆる「老人専門病院」、1983年に創設され急速に広がった「特例許可老人病院」、1993年に創設された「療養型病床群」、2000年の介護保険制度で介護保険施設として位置づけされた「介護療養型医療施設」と様々な形をとってきた。2000年の第4次医療法改正で、一般病院と療養病床に区分することがきまり、この2006年の医療制度改革において療養病床を大幅に削減の方向が示された。「医療の場」の住宅への転換、医療の場から生活の場への転換という認識が広がってきた。

基盤整備が終わった段階かどうかはいまなお慎重に検討が必要であると思われる、この方向で全面的に事態が進むかどうかは別としても、後述するように、欧米の先進国が経験してきた「医療の場」における高齢者ケアの仕組みの見直しが始まったとあってよいだろうと思われる、また「拠点施設」「新しい住まい（グループホームなど）」「在宅ケア」の「適切な組み合わせ」への構造的転換が問われるようになったとあってよいと思われる（太田 2005a：6；2005b：35）。

同時にまた、その受け皿としての「地域」が課題となってきたが、その「地域」あるいは高齢者の長期ケアにおける「地域ケア（コミュニティケア）」が改めて問われることになった。周知のとおり、イギリスの精神保健で1950年代に「コミュニティケア」という言葉が用いられたのがその用語の最初とされる。そこには、入院治療が必要ない人たちに対しては地域でケアするという考え方があったが、この考え方は多くの関係者が述べているように、日本にも大きな影響を及ぼし1960年代後の「地域福祉」において理論的にも、実践的にも、多くの研究者、関係者が探求してきた（三浦等 2003）。この意味で、社会福祉の側から見れば、むしろより重要と思われるのが、施設内の個々の要介護者のケアの質だけでなく、地域社会でのケアの質、地域ケアの質も本格的に課題となる時期に入り、身体介護に特化して、人を「個体」としてみたケアから、「社会関係」（岡村 1974：3）を機軸においたケアへと転換しようとしているとみることができよう。

2. 90年代以後の「改革」

1) 実践的課題としての「地域ケア」

日本の医療体制は、他の多くの先進国とは違い、時期的には遅れて整備されてきた。1961年の

国民皆保険制度の確立以後、日本は、1960年代から伸び、1988年には病院総数が1万を超え、病床総数も1992年に168万を越え、病院総数、病床総数ともに急速に伸びてきたが、1990年代初頭をピークにその後は両者ともに減少傾向を示している(厚生統計協会 2006:454)。その後の時期は、病院機能を急性期医療と慢性期医療=長期ケアとに区分が進む時期でもある。

濃沼信夫(2000:15)によれば、20世紀後半、1980年代に、OECD加盟国29カ国の多くの国で1000人当たり病床数が減少した。同時に、患者一人当たりの入院期間を示す平均在院日数も短くなってきた。1000人当たりの病床数は、1980年から96年の間に、欧米、オーストラリアでは減少してきた。それに対して対照的なのが日本で、この間に病床数は増加してきた。スウェーデン15.1床→6.3床、イギリス8.1床→4.7床、デンマーク8.1床→4.9床、イタリア9.7床→6.4床、アメリカ5.8床→4.1床、オーストラリア12.3床→8.9床(1993)、カナダ6.8床→5.1床、ノルウェー16.5床→13.3床と減少している。とくにスウェーデンは6割の減少である。それに対して、日本の場合は、13.8床→16.2床で、2割近い増加である。

イギリスなどOECD先進諸国では、病床数の減少が見られるが、それに対して日本の場合は、前述のように1960年代から増加し、1990年代に入るとその伸びが頭打ちになる。イギリスなど他の先進国は、1980代にはすでに、ベッド数、在院日数の減少が見られ、長期ケアのサービスを施設中心から、「地域」を基盤にした「地域ケア」へと向かう。

「地域ケア」の考え方が日本に伝わってきた1960年代の日本は医療整備の拡大の時期であったが、そのときに日本の課題と現在とでは、実践的な意味での重さは大きく異なり、高齢者ケアにおいては、「地域ケア」は実践的課題が問われている。

2) 「21世紀福祉ビジョン」と三つのシステムの提言

ところで、介護保険制度創設のきっかけとなったのは細川内閣時の厚生大臣の私的懇談会「高齢社会福祉ビジョン懇談会」報告書「21世紀福祉ビジョン～少子・高齢社会に向けて～」(1994年3月)であった(厚生統計協会 2006:220)。

1994年には21世紀高齢化社会を展望したサービス供給システムのあり方について基本的なプランがあいついで打ち出されたが、この報告書もその一つで、定量的分析(年金・医療・福祉の各サービス分野に対する財源配分及び給付と負担の推計)も含めて、21世紀高齢社会におけるサービスのあるべきフレームについて提案が行われ、社会保障給付費構造を「年金:医療:福祉=5:4:1」から「年金:医療:福祉=5:3:2」へ転換を提言し、介護保険制度の財源確保を提言した。その後、1994年4月には厚生省(旧)が対策本部を設置し、1994年12月には「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」を提出して、そこで高齢者介護の基本理念を「世話」ではなく「自立支援」となっていった。この報告書では、三つの「システム」が提唱されている。

第一は、「自助・共助・公助の重層的な地域福祉システムの構築」(「地域福祉システム」)であり、その後、社会福祉基礎構造改革へとつながり、地域福祉の推進が盛り込まれた社会福祉法の改正が2000年に行われた。

第二は、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」(「介護システム」)であり、これは周知のように、「介護システム」が「介護保険」となり、2000年の介護保険制度創設へとつながった。

第三は、「医療需要の変化に対応した効率的な医療体制の確保」（「包括ケアシステム」）であり、病院機能の急性期と慢性期の区分、在宅医療整備等の地域ケアにおける保健・医療・福祉の総合化という考え方として提唱している。これは、療養型病床群の診療所への拡大、地域医療支援病院の設置などを盛り込んだ1997年の第3次医療法改正、病院の病床を一般病床と療養病床との区分を盛り込んだ2000年の第4次医療法改正へとつながり、2006年の療養病床の削減と地域ケア整備へとつながった。

先に述べた介護保険制度の見直しや医療制度改革で焦点となった、「地域」を基盤にした「地域ケア」へという流れは、この報告書の三つの「システム」で言えば、第二、第三の流れと結びつくものである。

前述のように、他のOECD先進諸国と比較して、時期的には、遅れて医療整備が行われてきたという事情を背負った日本では、1990年代初頭には、療養型病床群の創設など病院機能の区分の動きが始まり、同時に高齢社会に早急に対応しなければならないという事情も重なり、急性期医療と区分された長期ケアの体制をどう描くか、その整備をどう進めるのかが重要な課題となった。

病院の拡大、病院機能の区分、長期ケアの施設整備、施設利用の抑制も視野にいれた地域を基盤にした長期ケア体制の整備というような段階を経るという「余裕」がある国に対して、日本の場合は、こうした事情から、本格的には2000年代に入ってからであるが、第二次医療法改正による「特例許可老人病院」に代わる療養型病床群の設置（1993）など病院機能の区分、在院日数の短縮が始まり、またゴールドプラン等で特別養護老人ホームや老人保健施設など長期ケアの施設整備が行われ、さらにホームヘルプサービスの充実、訪問看護ステーション創設など訪問看護サービスの整備など在宅ケアのサービスの充実が行われた。日本では、病院機能の区分、長期ケア施設の整備、在宅ケアの整備の三つが同時に進むことになるが、この点が日本の高齢者の長期ケアにおける地域ケアへの転換の特長ともいえる（太田2003：76-109；2005a：161-168）。こうした動きを背景に、2000年の介護保険制度創設、2005年の介護保険制度の見直し、2006年の医療保険制度の見直しへとつながる。

この三つの「システム」提言の中でも、「介護システム」は介護保険制度にとなり、「包括ケアシステム」も、医療改革として大きな流れになる。

介護保険制度について国民的な議論が起き介護保険法案が1997年12月に国会を通過するのであるが、その成立翌月であるが1998年1月13日に厚生省（当時）の介護保険制度実施推進本部は、制度創設の目的を、介護を社会全体で支えるしくみの創設等の四つにまとめなおしている。その四番目が「介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構造改革の第一歩となる制度を創設」である。これはそれまでの制度創設の議論では必ずしも前面には出ていなかった点で、増田雅暢によれば1996年後半から「強く強調された」（増田2003：4）点であった。

実際、その後の流れは、前述のようにその年1997年には第3次医療法改正があり、その後第二次医療圏の中核病院と位置づけられる地域医療支援病院がそこに盛り込まれ、病院機能の区分を促進することになる。介護保険制度はこのように、一方では国民の不安解消を目指し、他方では「医療改革」と連動した高齢者の長期ケアのシステム構築として進むようになる。

そのシステム構築は「地域」を基点としたもので、「地域ケア」の基盤整備が課題となってきた。そして、より身近な「地域」での高齢者等への支援を担う役割が、今回の介護保険の改正で生まれた「地域包括支援センター」に求められるようになる。

この意味では、地域包括ケアシステム構築で「地域包括支援センター」に求められている機能の中でも、「包括的・継続的ケアマネジメント」の機能は重要といえる。

「地域包括支援センター」はその位置づけを巡ってはさまざまな議論があり、職員配置、介護予防等の課題も大きい。しかし、医療制度改革の流れをみると、「地域ケア」の中でどのような位置を占めるのが重要に思われる。

3. 地域ケアと日常生活

1) 社会福祉法改正

こうした「地域ケア」の流れを踏まえて、第一の「地域福祉システム」のその後をみれば、この「地域」を基盤にした「地域ケア」の対象となる人たち＝長期ケアの対象者、要介護高齢者等にとって、また家族介護者にとって、「地域」で自分の「日常生活」を自ら営むことがどのように位置づけられ、その支援がどのように捉えられているのか、また「自助」「共助」「公助」の中でその支援がどのように位置づけられたのかが注目されてよいように思われる。

2000年改正の社会福祉法の第3条では福祉サービスが、第4条では地域福祉の推進が盛り込まれることになる。福祉サービスは、「個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」(第3条)とされた。地域福祉の推進は「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」(第4条)とされた。

この同法第4条では、「地域ケア」の対象となる障害者や高齢者など福祉サービスを必要とする人たちが「地域社会を構成する一員として」(同法第4条)地域社会のさまざまな活動に「参加」(同)できるようにするために、「日常生活」(同)を送ることができよう支援することが地域福祉の推進であり、その支援は「福祉サービス」(同法第3条)となった。三浦文夫が述べるように⁴⁾、こうした規定が同法で行われたのは初めてのことであった。

2) 「日常生活」における落差

ところで、介護保険法でも「日常生活」を営むことができるように支援することが目的とされている。2005年改正介護保険法第1条では、「……尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う……」とされている。また、介護保険制度における介護支援専門員の役割も、要介護者等が「自立した日常生活を営むのに必要な援助」(介護保険法第7条の5)とされたのである。

しかし、介護保険では、何のために「日常生活」を営むことを支援するのが大事な点であろう。たしかに、自立支援が理念とされ、尊厳が議論されるのであるが、この点は必ずしも明確ではないと思われる。もちろん、高齢者の支援と一口に言っても、若い世代とほぼ変わらない地域社会での日常の生活を支援することからターミナルケアまで含むもので、一概には言えないが、何のために「日常生活」を営むことを支援するのが、高齢者分野でも問われなければならないであろう

(太田 1992:131-165;2003:120-123;2005a:125-160;2006b:29-31)。

とくに、これまでの国のホームヘルプサービス制度の歩みを見れば、この制度の目的については、高齢者分野と障害者分野における捉え方の差も大きい。これまでのホームヘルプサービスにおける利用者への支援の目的は国の基準等で、高齢者の場合も障害者の場合も、「日常生活」を営めるように支援するとされてきた。しかし、高齢者の場合、「自立支援」とはあるが、何のために「日常生活」を支援するのかという肝心なところが必ずしも明確でなかった(「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」)。しかし、それに対して障害者の場合、その目的を「社会参加」、「自立生活」、「社会復帰」とし、何のためにという点が明確であった(「障害児・知的障害者ホームヘルプサービス事業について」等)(太田2003:112-125)。

こうした高齢者分野における、「日常生活」を営むことへの支援の捉え方の狭さは、介護保険の訪問介護の介護報酬上に端的に現れていて、訪問介護の支援は、利用者の自宅生活内での支援が基本で、外出は通院等の例外的な場合に認められることに限定されることになっているのは承知の如くである。

その一方で、2006年施行の障害者自立支援法をみると、その第1条では「日常生活又は社会生活を営む」ことができるように支援することが目的とされ、「日常生活」だけでなく、「社会生活」を営むとなっている。この意味で、「日常生活」を営むことへの支援に関してみれば、介護保険法第1条と障害者自立支援法第1条、社会福祉法第3条、4条との落差をどのように捉えたらよいか、その落差を埋める方をわれわれはいかにして持ちえるのかが改めて問われているように思える。また、それらの「日常生活」と憲法第13条(幸福追求権)、第25条(生存権)といかなる関連で捉えるのかが問われよう。

2003年の「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」の改定で、ユニットが取り入れられ、入居者相互の社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するようになり、そして今回の見直しで創設された地域密着型サービスのなかに小規模多機能施設が設けられ、「泊まり」と「通い」のセットのサービスが生まれ、一日中施設内で過ごす仕組みから転換し、地域社会での「日常生活」を営むことへの支援へと進み、従来の要介護等高齢者に対する「個体」として捉えた支援から、「社会関係」として捉えた地域社会での生活への支援へと、実践的課題として進もうとしている。この点では、身体介護に視点を置いた「日常生活」、施設内の「日常生活」、自宅(ベッド)内の「日常生活」ととどまることなく、その「日常生活」を営むことの支援の意味、何のための支援かという点を問うことが大事だと思われる。

そして、福祉サービスを必要とするものが、地域社会を構成する「一員として」「日常生活を営み」、諸活動に「参加する機会が与えられる」ものであるということはどういうことか、何を意味しているのだろうか、また「日常生活」と「社会生活」の両者をどのように考えたらよいか、この「日常生活」と「社会生活」を統一的にどのように理解するかが、われわれに問われているように思われる。

施設ケアに対しては、十分とはいえないが生活上の支援の一定の「基準」は以前からあったが、在宅ケアにはそれがなく、地域での生活には、「市民生活の基礎」(太田 1992:133)となるものが必要である。同時にまた、この「日常生活」については、この定義は明確でない。因みに、岩波書店の「広辞苑(第5版)」(1998年)をみても、約23万もある項目にも、追込項目にも「日常生活」の説明はない。日常生活基礎動作という言葉の説明があっても、この日常生活の説明は、日本

の有数の国語辞典にもない。しかも、高齢者における支援の対象、目標を捉える、地域社会の「日常生活」の捉え方が重要であるが、その捉え方に違いがあり、ADLのように「日常生活」の基礎的な行動という狭義の意味から、抽象化された「生活世界」(フッサール等)といった広義の意味まで、さまざまな捉えかたがされている。この点についてはまた別の機会に述べたい。介護分野では当たり前に使われているこの「日常生活」の概念のそのものが明確ではないのが現状だ。あまりにも狭義に捉えるのも、あまりに広義に捉えるのも適当ではなく、「日常生活」の営みを地域社会での生活の土台くらいに捉えたい(太田 2003:117)。

地域における生活として「日常生活」をどう捉えるのか、また、福祉サービスを「自助」「共助」「公助」の枠組みの中でどのように位置づけられるのかが実践的にも課題であり、「日常生活」への支援に関してみられる介護保険法と障害者自立支援法、社会福祉法との落差の解消の途が問われていると思われる。

3) 介護と社会的ケア

日本における要介護高齢者等の支援の課題は、20世紀後半に先進諸国の長期ケアのあり方として、共通のものである。とりわけ、高齢化社会の到来等を背景に、病院機能が急性期医療と長期ケア(慢性期医療)に区分され、また施設(病院)中心のケアから地域ケアへの転換過程で浮かび上がってきた高齢者、障害者における長期ケア対象者の課題であった。

さらには、人権思想、生活の質の考え方をもとに、長期ケア対象者の地域生活の実現、またその地域生活の質が課題となり、これらの人たちに必要な医療サービスとは異なる生活上の支援サービスの確立が必要となってきた。そしてその支援をどうみるのかという点は、医療制度を整備してきた先進国の共通の課題でもあった。

長期ケアを医療サービスと「社会的ケア」(social care)に大別して捉えることがある。「社会的ケア」の定義は明確ではないように思われるが、この場合の「社会的ケア」は、医療サービス(看護も含む)とは区別された支援、医療行為ではない支援である(太田 2006b:23-25)。

例えば、この「社会的ケア」の概念を使い、各国の高齢者ケアの分析を行ったのが、冒頭で述べたOECD報告書(1996)であるが、この報告書では、「社会的ケア」を、医療やナーシングケアとは異なるものとして、それを構成する支援の範囲を、①身体介護(personal functioning)、②生活援助(家事援助)(domestic maintenance)、③社会的活動を含む普通の日常生活活動(activities of daily living (ADL))の援助としている(OECD 1996:4)。

また、ガン末期のターミナルケア、脳卒中後遺症、認知症、虚弱の4事例に関して「社会的ケア」という概念を用いて欧州6カ国(ノルウェー、デンマーク、イギリス、アイルランド、イタリア、ギリシャ)の生活上の支援のあり方を各国の研究者と現場のソーシャルワーカー等が共同で比較検討したものをまとめた『社会的ケアと社会的排除』(2001)において、イギリスの社会学者ブラックマン(2001)は、この「社会的ケア」の範囲を、①入浴、着替えなど身体介護(介護)(personal care)、②調理、掃除などの生活援助(家事援助)(practical assistance)、③社会生活や余暇活動の地域生活支援(社会参加)(opportunities for socializing and leisure activity)を含むものとするというように、広く捉えている(Blackman 2001:10)。

こうした要介護高齢者等の日常生活を営むことへの支援の範囲は、要介護であるとそのニーズを認められ、社会に認められたもの(三浦 1995:60)とするならば、そのニーズと認められるもの

が課題である。そこには、その人たちに対する人間観、生活観が深く関わり、ケアの公共性、「社会的連帯の理由」(齋藤 2004:298-303)が問われることになる。

また、医療との区分も、こうしたニーズと認められる範囲、その社会的承認をどう考えるかということと同時に、医療や看護と「社会的ケア」をどこでどう区別されるかという点でも、異なるものだ。その区分は固定的ではなく、流動的である。例えば、ブラックマンは、サッチャー政権下で、医療制度の見直しが進む1980年代に、入浴(bathing)が、看護から「社会的ケア」になった例をあげている(Blackman 2001:10;太田 2006b:25-26)。

日本においても、1963年の特別養護老人ホーム創設以来、約40年間の高齢者ケアの中で、同様な例を見ることができる。日本の場合の入浴(風呂も含む)も、1970年代、1980年代前半までは、在宅ケアでは保健婦(師)が行う看護の領域の業務であったが、ホームヘルパーの業務となった。また、認知症の高齢者の支援が、以前は医療対象者であるとして特別養護老人ホームから実質的に外されていたが、1980年代中ごろには、生活上の支援は医療(精神病院)から福祉の場(特別養護老人ホーム)に変わったのもその典型例といえる(太田 2001:49-64)。

長期ケアの対象者の生活上の支援の捉えかたとして日本の「介護」「介護福祉」はどう捉えてきたのか、それがどのように介護保険制度の「日常生活」の中に組み込まれたのか、改めて問われていると思われる(太田 2006b:32-33)。

4. 終わりに

以上みてきたように、介護保険制度の見直し、医療保険制度改革での「地域ケア」では、自分の「日常生活」を自ら営むことを支援することを私たちはどう捉えるのかが、そして、「日常生活」を営むことの権利性とその具現化の方途が問われていると思われる。

施設には、十分とはいえないものの、「日常生活」を営むことへの支援に関する「基準」があり、そのことによって画一性を生じさせる危険性を孕むのではあるが、国民的な合意としての「日常生活」のひとつの、ナショナルなケアミニマムとして具現化している。これまで在宅ケアにこのようなものはなかったが、地域社会ではこれをどのように考えるのかが問われる。多様な生活文化の中で、「日常生活」を営むことの基盤についての共通認識をいかに持ちえるのか。ナショナルなケアミニマムの確立を前提にしながら、地域社会レベルでの共通のものとしての「日常生活」の営みにおける基盤は何かについて共通認識をいかに持ちえるのか。この点では、そこで社会福祉は何ができるだろうか問われているように思われる。地域包括支援センターや地域包括支援センター運営協議会などの果たす役割は少なくないと思われ、その地域包括支援センターの「日常生活圏域」において多様な「日常生活」の理解を共有すること、そしてその共有する力の形成、またその形成を誰かがみているということ、またさらにその誰かがいるという安心感の存在が問われていると思われる(太田 2005b:37)。現代の社会において「共生」ということを築くために、「[地域]への自覚」(花崎 2001:308)が欠かせないのかも知れない。とするならば、「日常生活圏域」という地域社会での生活の基盤としての「日常生活」を改めて捉え返すことがやはり重要に思われる。

注

- 1) 阿曾沼慎司厚生労働省老健局長の「介護保険情報」誌「人」欄のインタビューを受けての発言。「介護保険情報」2006年11月号、22頁。
- 2) 同上、23頁。
- 3) 『社会保険情報』（No2299、2006年12月1日号、3頁）の「潮流」参照。
- 4) 三浦文夫は、この第4条の意義を次のように述べている。「この条文（引用者注：第4条）そのものは初めて登場してきたものである。もっとも旧法（90年）改正法で、社会福祉を経営するものは、「地域において必要な福祉サービスを総合的に提供するよう……」と述べられ、さらに第3条2項では社会福祉事業の実施にあたっては「地域に即した創意と工夫を行い、住民の理解と協力を得るよう努めなければならない」と規定している。（改行）ところでこの第4条（地域福祉の推進）は、上記の地域への配慮とか地域住民の理解と協力といった事業実施上の理念ということを超えて、今後の社会福祉の基本的な方向を示すものであり、同時に、第3条とあいまって社会福祉の基本理念（目的）に関わるものとみることができる。そこではとくに「……地域社会を構成する一員として」以後の文章は暗黙裡に社会福祉におけるノーマライゼーションの理念を意味するものであると理解したい。ノーマライゼーションの理念については前述した基礎構造改革のなかでも触れているので、再言は避けるが、「福祉サービスを必要とする地域住民」のなかには老いも若きも、男も女も、障害のある者もない者も、場合によっては日本国籍である者もない者も、そのすべてが地域社会を構成する一員として同じであるという「平等主義」が明示され、地域において自立した日常生活が送れるよう支援することとしているのである。（改行）それと同時に、その後半部分で、「あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる……」ということが規定されている。それはノーマライゼーションのキーワードの1つである「完全参加」に関わる理念であり、それは自立と並んで社会的統合（ソーシャル・インテグレーション）あるいは社会的包含（ソーシャル・インクルージョン）を社会福祉固有の目的と捉えることができる。」三浦文夫編『社会福祉エッセンス』自由国民社2005年、35-36頁。

文献

- Blackman, T., Brodhurst, S., and Convery, J. (2001) *Social Care and Social Exclusion: A Comparative Study of Older People's Care in Europe*, Plgrave.
- Gibson, D. (1998) *Aged Care: Old Policies, New Problems*, Cambridge University Press.
- OECD(1996) *Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution*, OECD.
- OECD(1998) *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, OECD, (= 2000, 阿部敦訳『OECD諸国・活力ある高齢化への挑戦 — 持続的な経済成長をめざして』ミネルヴァ書房)
- 太田貞司 (1992) 『在宅ケアの条件』自治体研究社。
- 太田貞司 (2001) 「ホームヘルプサービスと『医療対象者』」大島巖・平直子・岡上和雄『精神障害者のホームヘルプサービス — そのニーズと展望』中央法規。
- 太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』有斐閣。
- 太田貞司 (2005a) 『高齢者の長期ケアにおける地域ケアへの転換過程に関する研究』北九州市立大学
- 太田貞司 (2005b) 「介護保険制度のゆくえ — 2005年の改正と高齢者ケアの今後」『社会福祉研究』第94号 鉄道弘済会。
- 太田貞司 (2006a) 「フィンランドの高齢者ケア政策の展開における予防型家庭訪問と日本の「介護予防」および地域包括支援センターの課題」(2005年度厚生労働科学研究費助成成長寿命社会総合科学推進事業(国際共同研究事業) 報告書『介護予防資源および手段としての高齢者のサポートネットワークの機能と実効性に関する国際比較研究』分担研究)

- 太田貞司 (2006b) 「介護福祉思想の起点」 一番ヶ瀬康子・黒澤貞夫監修・太田貞司・住居広士・田路慧・古瀬徹編『介護福祉思想の探求』ミネルヴァ書房。
- 岡村重夫 (1974) 『地域福祉論』光生館。
- 濃沼信夫 (2000) 『医療のグローバルスタンダード』エルゼビア・ジャパン。
- 厚生統計協会 (2006) 『国民衛生の動向』厚生統計協会。
- 小林良二 (1994) 「高齢者ケアと在宅サービス — オーストラリア」大國美智子・和田敏明編『在宅支援の技法』中央法規出版。
- 小林良二 (1999) 「高齢者福祉」小松隆二・塩野谷祐一編『ニュージーランド・オーストラリア』東京大学出版会。
- 齋藤純一 (2004) 「社会的連帯の理由をめぐって」齋藤純一編『福祉国家／社会的連帯の理由』ミネルヴァ書房。
- 冷水豊監修 (1994) 『平成 4 年度老人介護政策国際シンポジウム 高齢者ケア施設政策の再考』中央法規出版
- 増田雅暢 (2003) 『介護保険見直しの争点』法律文化社。
- 三浦文夫 (1995) 『増補改訂 社会福祉研究』全国社会福祉協議会。
- 三浦文夫・右田紀久恵・大橋謙策編 (2003) 『地域福祉の源流と創造』中央法規。
- 三浦文夫編 (2005) 『社会福祉エッセンス』自由国民社, 35 - 36。
- 花崎皋平 (2001) 『増補 アイデンティティと共生の哲学』平凡社。