

Staff Paper Series '09-02

June 2009

健康転換と地域包括ケア
— 高齢者福祉からのパースペクティブ —

井上 信宏
(信州大学経済学部)

Faculty of Economics
Shinshu University

3-1-1 Asahi, Matsumoto, Nagano
390-8621, JAPAN

Phone: +81-(0)263-35-4600
Fax: +81-(0)263-37-2344

健康転換と地域包括ケア[†]

— 高齢者福祉からのパースペクティブ —

井上 信 宏[‡]
信州大学経済学部

はじめに

▶報告の課題

人口構造の変動や疾病構造の変化、医療・保健・福祉体制の変化、社会・経済構造の変化が、相互に関連しながら人々の健康のあり方を再構築するという「健康転換」の流れの中で、介護を中心とする高齢者福祉も大きな転換点を迎えている。

「健康転換と地域包括ケア：高齢者福祉からのパースペクティブ」という今日の報告は、主に高齢者介護をテーマに、①1990年代から進められてきた高齢者介護における「地域包括ケア」の考え方、②その実践としての処遇困難事例への対応を担う地域包括支援センターのとりくみ、③地域包括支援センターのとりくみを包摂する自治体における地域包括ケアのシステム化の3つにトピックを絞り、地域包括ケアへの展望を検討し、社会政策が引き受けるべきいくつかの問いを明らかにすることになる。

より具体的には、次の二つの課題を設定する。

第1に、高齢者介護の領域において、介護保険のサービスを中核とした医療・保健・福祉の専門職相互の連携と住民活動を含む地域包括ケアの拠点に位置づけられた地域包括支援センターのとりくみとそれに基づく考察をもとにして、包括ケアの「地域化」の意義について、あらためて考えること。

第2に、「地域福祉の主流化」といわれる潮流の中で、介護保険制度とその運用が社会政策にもたらしたパラダイムシフトについて、あらためて共有すべき問いを確認すること。

▶報告の流れ

こうした課題を引き受けるために、今日の報告は次の構成をとる。

[†] このペーパーは、社会政策学会報告用に用意したもので、未定稿となります。このペーパーからの直接の引用はご遠慮ください。

[‡] 社団法人生活福祉研究機構、主任研究員（兼務）。今日の報告の一部は、筆者が参加した『高齢者が孤立することなく暮らせる地域生活システムの構築に関する調査研究報告書（平成21年3月）』、『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書（平成20年3月）』、『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書（平成19年3月）』（いずれも生活福祉研究機構）、の成果に基づいています。

第1に、「高齢者介護における地域包括ケアについて」。ここでは、高齢者介護研究会の報告書『2015年の高齢者介護』を取り上げて、高齢者介護における「地域包括ケア」の考え方を整理し、それが内包している問題点を明らかにする。

第2に、「地域包括支援センターにおける処遇困難事例への対応について」。ここでは、高齢者介護研究会の報告書を受けた改正介護保険法（2005年）によって新設された「地域包括支援センター」とそこでの処遇困難事例の対応の現状に注目して、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の三職種による制度横断的な支援ならびに地域連携の実践が高齢者介護に逆照射する問題点を明らかにする。

第3に、「地域包括ケアに向けた地域のとりくみについて」。ここでは、自治体による地域包括ケアのシステムづくりに注目する。地域連携による見まもり・発見のシステムづくりにとりくむ東京都三鷹市、専門職連携による援助のシステムづくりにとりくむ兵庫県明石市を取り上げることで、地域包括ケアのシステムづくりが共通に抱えている問題点を明らかにする。

第4に、「社会政策への含意：共有すべき問いは何か?」。今日の報告の終わりにかけて、高齢者介護の現場のとりくみの背後にある“アポリア”を明らかにし、それを社会政策が引き受ける必要を確認する。

▶共有すべき問いは何か? — 今日の報告の到達点 —

今日の報告の到達点は、社会政策が引き受けるべき3つのアポリアを確認することである。

第1は、「高齢者介護は、なぜ「地域」に軸足を据えた施策に行き着いたのか?」ということである。

第2は、「それぞれの地域が抱えている問題は、現在の諸制度のなかで、地域で解決可能な問題なのか?」ということである。

第3は、「高齢者介護が取り込んだ「高齢者の生活」という価値(QOL)を目標とするサービス充足のシステムは、社会政策にどのような新しい側面をもたらしたのか?」ということである。

1. 高齢者介護における地域包括ケアについて

▶高齢者介護における地域包括ケアの系譜

高齢者介護の実践における地域包括ケアシステムは、広島県御調町（現在は尾道市に編入合併）の御調国保病院（現在は公立みつぎ総合病院）が、限られた社会資源の制約下で、1980～90年代に、ほかに先駆けて保健・医療・在宅福祉を連携・統合して提供するシステムを作ったことが先行事例とされる。少なくとも1990年代には、高齢者に対して在宅介護サービスを中核とした様々な支援を継続的

かつ包括的に供給することをめざす政策の系譜¹⁾が確認できる。

1989年の「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」（ゴールドプラン）は、高齢者福祉における在宅福祉サービスの推進が本格的に進められることになった政策の一つであった。この政策では、要介護者や介護者のニーズに対応した各種の保健・福祉サービスを総合的に受けられる体制づくりが行われることになり、市町村等の関係行政機関やサービス実施機関との連絡調整を行なうために、「在宅介護支援センター」が中学校区ごとに1ヶ所、全国で10,000ヶ所を目標に整備されることになった。

1998年に中間とりまとめが発表された「社会福祉基礎構造改革」では、「(1)対等な関係の確立」、「(2)地域での総合的な支援」、「(3)多様な主体の参入促進」、「(4)質と効率性の向上」、「(5)透明性の確保」、「(6)公平かつ公正な負担」、「(7)福祉文化の創造」の7つか社会福祉の基礎構造を改革するための理念とされた。具体的な改革内容としては、①社会福祉事業の見直しと推進、②高齢者介護を中心としたサービスの質と効率性の確保、③地域福祉の確立の3つか据えられる。ここで、地域での生活を総合的に支援するための社会福祉が、地域福祉の充実化と合わせて、地域社会の目標とされたのである。

2000年の「介護保険法」の施行と「社会福祉事業法」の改正による社会福祉法の施行によって、ゴールドプランに始まる高齢者の在宅介護の普遍化（一般化）、福祉サービス供給の市場化、地域福祉計画の策定と地域福祉の主流化が定着することになった。

2005年の介護保険法5年目の改正では、「1. 予防重視型システムへの転換」、「2. 施設給付の見直し」、「3. 新たなサービス体制の確立」、「4. サービスの質の確保・向上」を改革目標とし、「地域包括ケアシステム」や「地域包括支援センターの設置」が政策に盛り込まれることになった。

▶高齢者介護における「地域包括ケア」

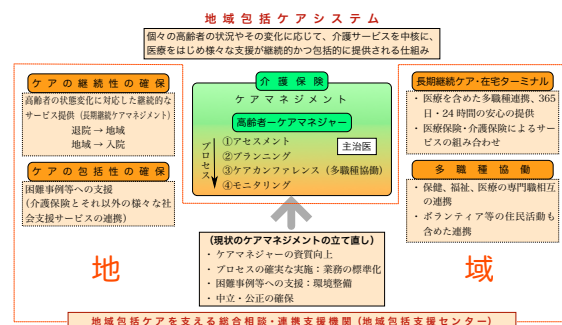
2005年の介護保険法改正に向けて、2003年6月に高齢者介護研究会がとりまとめた報告書『2015年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』は、高齢者の在宅福祉サービスの供給基盤を整備する一連の施策と介護保険制度を経て次第に一般化することになった個別プログラムを「地域包括ケアシステム」としてまとめ、基礎自治体におけるシステム構築の必要性を改めて明確化したものである。

高齢者介護研究会の報告書では、「介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、それのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない」し、

「様々な社会的支援を必要とする人」については「ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいこと」があり、「介護以外の問題にも対応しながら、介護サービスを提供するには、介護保険サービスを中核としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である」として、当時の在宅介護支援センターやケアマネジャーを含み、保健・医療との連携まで視野に入れた「地域包括ケアシステム」の考え方が新たに提示されることになった。

「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、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に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」として明確に示された地域包括ケアでは、「ケアマネジャー自身の資質の向上」、「ケアマネジメントに必要なプロセスの標準化」、「介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援など、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分に発揮できる環境整備」、「ケアマネジャーの中立・公正の確保」が必要だとし、併せて「地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携してケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う、在宅介護支援センター等の機関が必要となる」と政策の方向性を示している。

【図】 高齢者介護における地域包括ケアシステム²⁾



この報告書の提言は、介護保険法の改正に組み込まれることになり、居宅介護支援という介護保険制度に限定されるサービスのみでは要介護高齢者をはじめとする高齢者の生活援助の全てをカバーすることができないという認識の上で、「多職種協働、住民参加」を通じた地域を基礎単位に、高齢者介護システムとして包括的な生活支援システムを用意することが実践レベルでの目標に据えられたのである。

¹⁾ 井上信宏 [2005] 『地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築：ケアマネジメントの系譜とケアの包括性』のゆらぎ、『信州大学経済学論集』(Vol.53) 信州大学経済学部

²⁾ この概念図は、高齢者介護研究会の報告書に初出の図をもとに、厚生労働省が加筆したものかベースとなっている。社団法人日本社会福祉士会ほか（編）[2006] 『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規、に掲載のもの。

▶地域包括ケアの系譜から見えること

こうした地域包括ケアの系譜から見てくることは、次の3点にまとめられる。

第1に、地域包括ケアによる高齢者介護の特徴として「個々の高齢者の状況に合わせた対応が基本となっていること」である。個々の高齢者の生活は多様である。それまでの人生を積み上げてきた分厚い生活があるためである。その上、介護が必要となる背景も多様で、個性が高い。高齢者介護における地域包括ケアシステムは、こうした「個々の高齢者の状況やその変化に応じ」た支援の実施を前提としている。介護保険法がケアマネジメントを導入し、居宅介護支援専門員を利用者それぞれに配置したゆえんである。地域包括ケアシステムは、個人の生活を考慮したマネジメントにより、オーダーメイドの在宅福祉を一般化する理念を高齢者介護の現場にもたらしたのである。

第2に、「地域」を総動員した対応が基本となっていること」である。1960年代に始まる社会福祉協議会による地域組織化³⁾の実践活動、1970年代の岡村重夫による相次ぐ地域福祉の理論化の試み⁴⁾によって実践と理論の両面において蓄積されてきた「地域福祉」と1945年以降国家によって整備されてきた「社会福祉」が、社会福祉基礎構造改革の議論とそれを引き受けた社会福祉法の制定によって、高齢者福祉の領域において、地域での生活を総合的に支援するための地域福祉の充実化を要請することになったのである。そこではすでに地域資源の総動員化が所与とされ、その実施は市民の参画による「地域福祉計画」の策定を通じて、基礎自治体の責任とされているのである。

第3に、「地域包括ケアは、包括的ではあるが、そのとりくみを全て地域（現場）に委ねてしまっていること」である。高齢者介護は、個人の生活を考慮した支援として、基礎自治体を中心に、地域資源を総動員した体制の地域包括ケアシステムを構築することで実施することになる。しかし、もっとも現場が求めているシステムづくりの方法については、地域包括ケアの系譜からも、改正介護保険法で示された地域包括ケアシステムからも、読み取ることはできない。地域包括ケアシステムは、あるべき“イメージ図”として描かれるだけで、実質的な施策の計画や支援のあり方の検討には分析的・理論的な示唆を与えない。

このように、高齢者介護の制度化を通じて、高齢者介護や社会政策の内部に標準を指定することが難しい「生活」を包摂し、その問題の解決のために「地域」の総動員が求められるようになったが、地域包括ケアを分析的に語るメタ言語（理論）は、これまで作られてこなかったのである。

2. 地域包括支援センターにおける 処遇困難事例への対応について

▶地域包括支援センターの設置

2005年の介護保険法改正時に、『2015年の高齢者介護』の論点を引き受け、地域包括ケアの整備を進めるために新設されたケアマネジメント機関が「地域包括支援センター」である。その運営は、市町村の直営か、在宅介護支援センターの運営法人や社会福祉協議会、NPOなど市町村から委託を受けた法人のいずれかを自治体ごとに選択する。その職員は、高齢者3,000～6,000人に、原則として保健師、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）、社会福祉士の三職種の専門職を配置することになっている。設置規模は、人口2～3万人に1ヶ所、全国で5,000～6,000ヶ所の設置が考えられていたが、2008年4月末現在、全国に3,976ヶ所の設置に留まっている⁵⁾。

▶地域包括支援センターの地域支援事業

2005年の介護保険法改正では、介護保険による給付事業に加えて、地域支援事業が創設された。地域支援事業は、介護予防を実施することで要介護化の高度化（悪化）を抑制し、包括的・継続的ケアマネジメントの機能強化を補完するねらいを持っている。地域支援事業は、「①総合相談支援事業」、「②権利擁護事業」、「③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」、「④介護予防ケアマネジメント事業」の4つの包括的支援事業を基礎自治体に義務づけており、基礎自治体が設置する地域包括支援センターは、地域に高齢者介護の総合的、重層的なサービスネットワークを構築して、この4事業を実施することになる。

①総合相談支援事業は、介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援を実施するものである。

被保険者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供関係機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業(改正介護保険法、第115条の38、三)

②権利擁護事業は、高齢者に対する虐待防止、あるいはその早期発見を促すとともに、処遇困難事例への支援を実施することで、高齢者の権利擁護を実施するものである。

被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業(改正介護保険法、第115条の38、四)

③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域に

³⁾ 全国社会福祉協議会「社会福祉協議会基本要項」1962年

⁴⁾ 岡村重夫 [1970]『地域福祉研究』柴田書店、岡村重夫 [1974]『地域福祉論』光生館

⁵⁾ 中学校区を基準に全国10,000ヶ所の設置を目標とした在宅介護支援センターは、2005年時点で全国に約8,700ヶ所設置されていた。

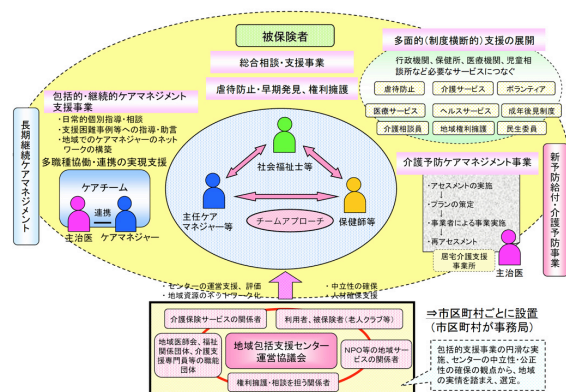
において専門職による多職種協働が可能となるケアマネジメント支援体制を構築し、高齢者が地域において自立した日常生活を送ることができるような環境整備を実施するものである。

保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業(改正介護保険法、第115条の38、五)

④介護予防ケアマネジメント事業は、高齢者が要介護状態になることを予防するための支援を実施するものである。介護予防ケアプランの作成が含まれる。

被保険者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、前号に掲げる事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業(改正介護保険法、第115条の38、二)

【図】地域包括支援センターのイメージ（厚生労働省）⁹⁾



が希薄になって近所から孤立し、次第に地域の中で不可視化され、社会的排除に陥ることになる。その後、制度を横断する対応が求められる、多重的な生活課題を抱えた処遇困難事例として発見されることが多くなるのである。

処遇困難事例は、「①日常生活において、何らかの支援が必要な状況にありながら支援を受け入れようとしない」、「②日常生活において、地域や社会との繋がりが希薄で必要な社会サービスの利用ができていない」、「③日常生活において、保健・医療・福祉の制度を横断するサービスが必要とされるが、供給サイドの連携が不十分なためにニーズとサービスが結びつけられていない」といった3つに大別することができる。

介護保険制度以前から処遇困難事例は確認されるが、介護保険制度は高齢者介護サービスの普遍化（一般化）をもたらしながら、業務の専門性を強めることになり、多職種協働による支援方法が一般化したため、結果として社会的な支援や援助の対象から外れてしまう事例を生み出してしまっている。また、保健・医療・福祉にまたがるサービスの調整が必要となる事例が増加傾向にあるものの、現場のケアマネジャーが対応しきれないまま、新しい処遇困難事例を生み出している可能性も否めない。

【表】処遇困難事例が発生する背景

(1) 高齢者本人の生活の変化
▷ 生活習慣病を抱えたままの急遽な高齢化
▷ 認知症の発症
▷ 生活援助のニーズの拡大と多様化 など
(2) 高齢者をとりまく周囲の環境の変化
▷ 核家族の拡大に伴う高齢者夫婦世帯や独居高齢者の拡大（常態化）
▷ 相互扶助機能がなくなっている地域社会 など
(3) 専門職の力量不足とそれを引き出すケア環境の整備不全
▷ ケアマネジャーの力量とそれをサポートするシステムの相違
▷ 地域社会におけるケアの蓄積不足とその共有の不十分 など
(4) 自治体による行政サービスの提供方法等の変化
▷ 申請主義の相違
▷ 総合相談窓口の外郭化（委託化）
▷ ケースワーク業務からの行政の撤退 など

▶ 処遇困難事例のすがたとその背景⁷⁾

近年では、家族構成が大きく変わり、同居親族数の減少による高齢者世帯が急増している。そのため、高齢者の介護を含む生活援助のニーズが拡大し、かつ多様化しつつある。高齢者介護でも介護保険制度が前提としていた「家族同居モデル」が機能しないケースが増加傾向にあり、支援や介護が必要になっても相談先が分からず、適切なサービスに結びつけられないまま放置される可能性が高いことが分かっている。こうした事例は、近傍の人付き合い

▶ 処遇困難事例の対応：地域包括支援センターの役割

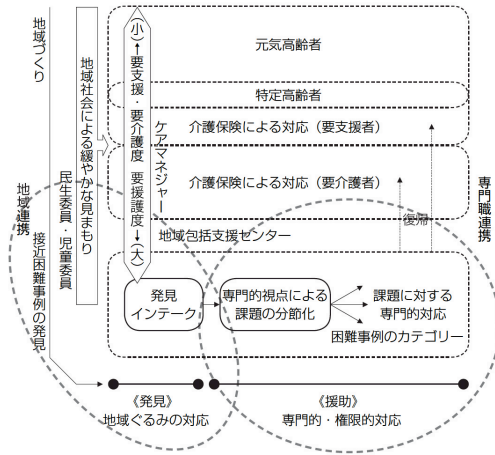
処遇困難事例の対応は、生活課題に対する専門的な対応が必要であったり、場合によっては、虐待に関わるケースのように権限による対応が必要であるため、介護支援専門員ひとりではどうしても対応しきれない。そればかりか、高齢者の処遇困難事例の多くは、世帯内部に隠れ込んで/隠されてしまいがちであり、地域の中で孤立・不可視化される傾向が強い。特に、高齢者の一人暮らし世帯や同居の家族員が何らかの問題を抱えている場合は、高齢者の権利侵害や虐待といった事件性が高まるまで問題が表面化してこないことも少なくない。こうした最悪の事態を避けるためには、家族をとりまく地域社会において、生活課題が複雑化する前に要援護者を早期（発見）することが必要とされる。地域社会による緩やかな《見まもり》を可能とする地域づくりと関係者による地域連携の構築は、地域社会

⁹⁾ これは厚生労働省老健局が示した図である

⁷⁾ 本節は、井上信宏 [2008] 「高齢者介護システムへの市民のアクセス」、『月刊自治研』(2008年8月号、No.587) 自治研中央推進委員会に基づく。処遇困難事例については、井上信宏 [2008] 「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応：地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために」、『信州大学経済学論集』(第57号) が詳しい。

の共助機能を強化し、要援護者が困難事例化することを未然に防ぐことになる。

【図】 処遇困難事例の《見まもり》《発見》《援助》のしくみ⁹⁾



また、困難事例化したケースについては、それを自助努力で解決に導くことは極めて難しい。世帯構造の変化と構成員のライフスタイルの変容は、家族の自助機能が相対的に低下したことを示している。こうした高齢化の進展、自助と共助の機能低下は、専門的視点による生活課題の分節化と整理をふまえた専門的援助の提供の必要性が高くなる⁹⁾。

▶ 処遇困難事例への対応の論点

処遇困難事例への対応では、早期発見と的確な援助を可能にするシステムづくりが必要である。

処遇困難事例の多くは、地域のなかで不可視化されている。何らかのニーズを持っていたとしても、最初は微細な声でしか周囲に伝わってこない。本人の近傍の人たちとの日常的な会話の中で語られたり、当事者の生活の小さな変化を通じて周囲に伝達される程度である。場合によっては「語られない」、「つきあいが無い／途絶えた」という形で表現される場合も少なくない。こうした微細な声が、ニーズとして当事者から直接専門機関に伝えられることはほとんどない。そのために、見まもり・発見のシステムでは、近傍の地域住民を巻き込んだ地域連携が必要となる。

発見された処遇困難事例については、専門職によるニーズの分節化と生活課題に対する専門的対応が実施されることになる。そこでは、処遇困難事例の当事者の権利擁護、当事者の生活を支援するために、複数のサービスや制度を往還する対応を考えた連携のあり方を、ケースごとに調整していかねばならない。そのために、日頃から専門職は、

地域情報や当該地域における処遇困難事例の出現状況に係る情報を共有し、迅速な支援を可能とするネットワークを構築しておくことが必要となる。

こうした、地域連携と専門職連携のインフラ整備と、そこにおける調整役こそが、地域包括支援センターの本来業務と考えることができる。

こうした機能を果たすためには、次に挙げる課題の解決が必要となる。

まず、見まもり・発見のシステムについては、第1に、地域住民による処遇困難事例の発見を次につなぐシステムが必要となる。これは、処遇困難事例を発見した近傍の人あるいは地域が、問題を抱え込んでしまわないようにするために欠かせない機能である。

第2に、地域住民の免責の議論が必要となる。処遇困難事例が社会的排除に陥ったり、虐待といった状態に陥って発見されるとき、あとから振り返ってその兆候が見えていたり、近隣が見ていながらも無視していたという事例は少なくない。多くの人が「関わりたくない」という心情を持つ背景には、無制限の関わりを求められたり、必要以上の責任を背負い込まれるリスクがある。つなぎのシステムがこうした問題を解決することになるが、併せて地域住民の免責の議論と最終責任の主体の議論が必要となる。

次に、援助のシステムについては、第1に、生活をトータルでみるケースマネジメントのあり方をあらためて問う必要がある。地域包括支援センターの三職種による処遇困難事例への支援にしても、地域包括ケアシステムの理念を前提とするならば、現場において、当事者の生活を観察し、それに基づく支援の質が求められている。それが高齢者介護の質を規定するとすれば、その質を担保するためのケースマネジメントの標準化があらためて求められるはずである。

第2に、医療・保健・福祉のそれぞれの専門職による連携のために、ケースマネジメントに基づく高齢者情報の共有化（カルテの共通化）が必要となる。これまでの調査からも、個人情報保護の強固な壁に阻まれて、委託の地域包括支援センターが地域の高齢者情報を他機関と共有できないことが指摘され、地域包括支援センターの専門職による専門職連携の困難として、病院との情報共有の難しさが併せて指摘されることが多かった。今後、多職種協働による包括ケアの実施が進む場合は、医療・保健・福祉で共有可能なカルテを作ることが必要となるだろう。

こうした課題を通じて、私たちは、見まもり・発見のシステムを確定する規模を問う「地域とは何か?」、高齢者の尊厳の内実を確定し、地域を構成する主体の責任範囲を問う「地域における公正や倫理とは何か?」、ケースマネジメントを通じて支援する生活を問う「生活をトータルにみるとは?」、多職種協働が可能となるための生活を組み込んだ理論構築を考える「真に共有できるカルテとは何か?」といったより根源的な問題に行き着くのである。

⁹⁾ この図の初出は、『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書（平成19年3月）』、社団法人生活福祉研究機構の井上担当箇所（第1部・第1章）。

⁹⁾ 処遇困難事例への支援とそこにおける地域包括支援センターの機能は、脚注1)の報告書、脚注11)の拙稿に詳しい。

3. 地域包括ケアに向けた地域のとりくみについて

地域包括ケアに向けた地域のとりくみについて、(1) 地域連携による見まもり・発見のシステムづくり、(2) 専門職連携による援助のシステムづくり、の両面から具体的な地域包括ケアシステムの構築実践を検討し、こうした実践から地域のとりくみが抱えている課題を抽出するのが本節の目的となる。

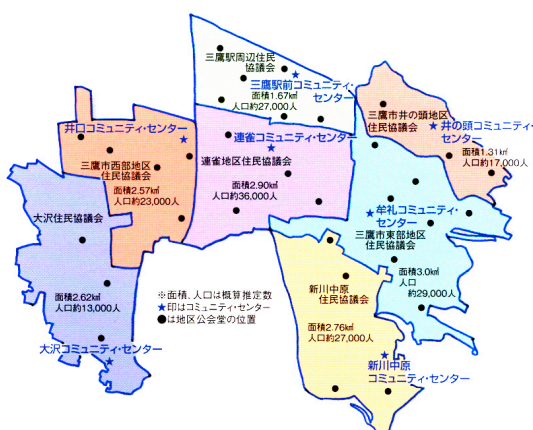
(1) 地域連携は東京都三鷹市、(2) 専門職連携は兵庫県明石市をとりあげる。いずれも先進的なとりくみを進めてきた地域としてよく知られたところである。時間制約のある今日の報告では、もっとも先進的なとりくみをしている典型的な地域を選択したが、課題の抽出は、報告者がこれまで実施してきた、この2地域以外の事例研究にも負うところが大きいことを記しておく。

(1) 地域連携による見まもり・発見のシステムづくり ～東京都三鷹市のとりくみ¹⁰⁾～

▶東京都三鷹市の概要

東京都三鷹市は、都心から約18km、新宿から電車で15分程度の位置にあり、東西6.3km、南北5.2kmの広さの自治体である。人口は177,016人、65歳以上人口は31,889人、高齢化率は18.1%である。世帯構造をみると、総世帯数84,611世帯であるが、このうち高齢夫婦世帯6,513世帯、高齢単身世帯7,056世帯となっている（2005年）。介護保険認定者数は5,409人、介護保険受給者数は4,283人である。

【図】 東京都三鷹市の7つのコミュニティ住区



三鷹市のコミュニティ行政は、市内を7つの「コミュニティ住区」に分け、それぞれの地区ごとに市民が共同利用できるコミュニティ・センターを設置して、それぞれの地区内の団体や個人から選ばれたメンバーによって構成さ

¹⁰⁾ 東京都三鷹市の事例研究は、井上が参加した次の調査報告書に基づく。『高齢者が孤立することなく暮らせる地域生活システムの構築に関する調査研究報告書』（平成21年3月）、社団法人生活福祉研究機構、2009年

れる「住民協議会」がコミュニティ・センターの管理運営を行ない、それを通じて住民自治の地域づくりを目指すものであり、1971年のセンター建設構想から数えて30年以上の歴史があるとりくみである。

コミュニティ住区は、7中学校区とほぼ重なり、地域包括支援センターの日常生活圏域もコミュニティ住区と同じ7圏域、それぞれに6ヶ所の委託型の地域包括支援センターと1ヶ所の在宅介護支援センターが担当割りされている。

▶東京都三鷹市の抱えていた課題

三鷹市では、1971年からコミュニティ住区を中心に、地域住民が市民自治のまちづくりを自主的に展開してきた歴史があるが、コミュニティ住区内部でも町会ごとに地域特性が異なっており、住民自治のまちづくりでも合意をとりつけるまでに時間がかかることが少なくなかった。

地域福祉のとりくみも、コミュニティ住区を基本とする施策が展開されており、三鷹市社会福祉協議会による「ほのぼののネット」は、民生委員とボランティアによる地域の福祉ニーズの発見と見まもり活動の基礎を担っている。

こうした条件下において、三鷹市では、今まで以上に高齢者福祉を考えたまちづくりを求める地域住民の声が高まり、「処遇困難事例や孤独死が見られる都市空間において、それらを防ぐにはどのような方法があるのか？」という問題意識が住民協議会の一部でも醸成されてきていた。他方、行政サイドでは、現市長のマニフェストに書かれていた「地域ケアの実現」と地域福祉計画の策定の中で、「一般コミュニティ施策のなかで積み上げられてきた住民自治のまちづくりの経験を、どのようにすれば地域福祉に活かすことができるか？」という課題を抱えていた。

▶東京都三鷹市の施策

こうしたなかで、2004年から住民協議会が、コミュニティ・センターの管理を通じて地域づくりを行なうだけではなく、福祉のまちづくりに積極的に乗り出すことになり、コミュニティ住区ごとに、地域住民、行政、サービス事業者、関連団体等を連携する「地域ケアネットワーク」の構築事業にのり出すことになった。このネットワークは、公民・多職種・多組織協働のスタイルをとり、事業推進と運営は地域のネットワーク構成員が担当している。また行政は、ネットワーク構築で手間のかかる連携づくりを担当し、設置後も連絡調整などの事務局として活動をサポートし続けている。

地域ケアネットワークは、モデル事業として井ノ頭地区からスタートし、市内7ヶ所に設置予定である。地域ケアネットワークでは、地域固有の課題発見に向けたニーズ調査とコミュニティ住区内をさらに細かく分けた小学校区の半分規模で見まもりや支援を行ない、ネットワークメンバーによる相談サロンやちょこっとサービス支え合い（ボ

ランティアによる生活援助）など、地域独自の福祉事業を展開している。

●地域ケアネットワーク



地域包括支援センターも地域ケアネットワークメンバーの一組織であり、ネットワーク内での事業に参加し、住民との情報交換や支援に役立っている。

(2) 専門職連携による援助のシステムづくり
～兵庫県明石市のとりくみ¹¹⁾～

▶兵庫県明石市の概要

瀬戸内海に面した兵庫県明石市は、東経 135 度の日本標準時子午線上にある、東西 15.6km、南北 9.4km、人口 29 万 3,000 人（2008 年 1 月現在）の特例市である。東と北を神戸市、西は加古川市等と接し、阪神都市圏と播磨臨海地域、海を隔てて淡路・四国と結ぶ位置にある。神戸、大阪のベッドタウンとして大規模団地が建設された地域である。

明石市の 65 歳以上人口は 54,768 人（2007 年、住民基本台帳情報）、高齢化率は 18.8%である。明石市では、地域で生活する要援護者に手厚いサポートを行なう地域包括ケアのシステムを 20 年近く前から独自に構築しており、2007 年 4 月時点で、要援護者（見まもり対象者）として、在宅寝たきり高齢者（1,096 人）、在宅認知症高齢者（785 人）、在宅一人暮らし高齢者（7,092 人）、身体障がい者（10,171 人）、知的障がい者（1,589 人）、精神障がい者（964 人）の台帳管理を行なっている。

明石市では、自治会を地域福祉の小地域とし、28 小学校区を地域、13 中学校区をゾーン、介護保険の日常生活

¹¹⁾ 兵庫県明石市の事例研究は、井上が参加した以下の調査報告書に基づく。『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』（平成 20 年 3 月）、社団法人生活福祉研究機構、2008 年

圏域は 4 つのブロックに区分されており、明石市医師会と明石市社会福祉協議会に委託された市内 2 ケ所の地域包括支援センターが全市を分担する圏域設定をとっている。

【図】兵庫県明石市の圏域（ブロック／ゾーン）



ブロック (4)	中学校区=ゾーン (13)	総人口	高齢者数 (率)
システムブロック会議 (旧自治体圏域4)	地区在宅サービスゾーン協議会 在宅介護支援センター (13ヶ所)		
明石ブロック	朝霧 大蔵 錦城	53,383 人	11,481 人 (21.5%)
西明石ブロック	衣川 望海 野々池	83,628 人	15,058 人 (18.0%)
大久保ブロック	大久保 大久保北 江井島 高丘	77,849 人	12,178 人 (15.6%)
魚住・二見ブロック	魚住東 魚住 二見	79,773 人	11,764 人 (14.8%)
(全市合計)		294,633 人	50,481 人 (17.1%)

(データは平成 17 年 4 月現在)

▶兵庫県明石市の施策

明石市の地域包括ケアシステムの特徴は、1991 年度から明石市医師会の協力で構築された「明石市要援護者保健医療福祉システム」（明石市要援護者システム）にある。このシステムは、全市を生活圏域と一致する 4 つのブロックに分けて月 2 回開催される「システムブロック会議」と、13 の中学校区ごとに設置されたゾーンごとに年 4～6 回開催される「在宅サービスゾーン協議会」を基礎に、年 4 回開催される「専門部会」と年 2 回開催される「システム協議会」からなり、「公的な支援によるだけでは日常生活を営むことが困難となっている要援護者を早期発見し、そのニーズに応じて、保健医療福祉の連携による支援を行なうため」に構築された、専門職、地域住民からなる地域包括ケアのネットワークである。

▶明石市要援護者保健医療福祉システムの特徴

明石市要援護者システムには、次に挙げる 3 つの特徴がある。

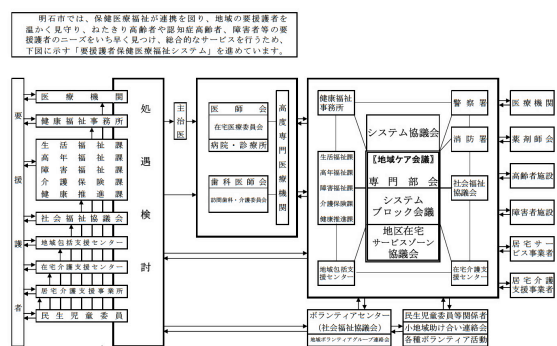
第 1 に、明石市要援護者システムの立ち上げに直接関わった職員が語る「1980 年代後半から少しずつ始まっていた、明石市の小地域ネットワーク活動の展開が予想より立ち遅れ気味で、それを補完するために、保健、医療、福祉の専門家によるネットワークを作ることが必要だという声が各所であがっていました」という立ち上げ時の経緯にある。

第 2 に、明石市医師会がリーダーシップをとりながら明石市要援護者システムの体系を作り上げたことにある。明石市のような大都市圏域にある特例市レベルの自治体で、医療に限らず保健、福祉にまたがる地域包括ケアのネットワークを医師会が中心になって構築する事例はそれほど多くない。

立ち上げ時の経緯から、医師会では以前から「このシステムには手弁当で参加が基本」と原則を定めており、システム協議会と専門部会には一部報償費が支払われるが、基本的には交通費のみで謝礼はない。参加の委嘱状もなく、形式的には医療・保健・福祉の連携が、それぞれの専門職種と組織（機関）による、部会、会議、協議会への参加を通じて、緩やかなネットワークを構築しているにすぎない。

第3に、行政主導ではなく明石市医師会のリーダーシップがあったことに加えて、介護保険制度が導入される前からシステムが作られたことから、要援護者を特定のカテゴリーで囲い込むことなく、地域生活を営む高齢者、障がい者等を「要援護者」として幅広く包括的にサポートの対象にしていたところにある。

【図】明石市要援護者保健医療福祉システム体系¹²⁾



明石市要援護者システムの中心は、医療・保健・福祉と行政による「システムブロック会議」にある。システムブロック会議は、日常的な相談業務を通じて把握した個々の要援護者のニーズについて、最も適切なサービスを提供するために、医療・保健・福祉等の関係者が連携して多面的にケース検討を実施しながら、処遇困難事例を手がかりに地域情報を共有するとともに、関係者の研修の意味を持たせている。

複数の専門職集団による、現場の実践レベルでのケース検討会を基盤とするミーティングと位置づけられるシステムブロック会議への参加は、個別ケースの支援を具体的にに取り上げることから、現場職員的能力アップに繋がるばかりではなく、地域の情報を共有する機会にもなり、それ自体が多職種連携を可能とするインフラの一部をなしているのである。

明石市要援護者システムのあとからできた地域包括支援センターは、こうした経緯から始めは明石市医師会が委託を受け、システムブロック会議の運営を引き受けていた。その後、明石市社会福祉協議会が地域包括支援センターの委託を受け、現在では市内2ヶ所の設置となっている。また、中学校区ごとに設置されていた在宅介護支援センター（13ヶ所）を残して、地域連携のネットワークづくりを

担当することで、地域包括支援センターと機能を按分しているのも特徴的である。

(3) 地域のとりくみから見えてきた課題

東京都三鷹市、兵庫県明石市における地域包括ケアシステムの構築をめざすとりくみを簡単に概観したが、いずれもそれぞれの地域特性を活かした先進事例にふさわしい成果を上げており高く評価される。

本節の最後に、こうした地域のとりくみから見えてきたメタレベルでの課題を整理しておく。

第1は、いずれの先進事例も、それまでの経験則と偶然性を合成した、「ブリコラージュ（器用仕事）によるシステム構築」と位置づけられるところである。これはネガティブな評価ではない。既存の実践や他地域でのとりくみから、地域包括ケアシステムの一部／全部の「読み解き」を行ない、プログラム化を経て実践や計画化、政策化にいたる一連の流れのなかでは¹³⁾、手元の社会資源の洗い出しから始まり、それらを有効に使うことが何よりも必要である。そこでは、予想もつかない目的で社会資源が活用される可能性がある。

しかし、ブリコラージュによるシステム構築は、システムの移植不可能性を合理的に説明することはできない。先進事例や他地域のいずれのとりくみも、今／この施策に有効なのかを判断する理論を持たないからである。現場の政策立案に携わる人にヒヤリングをすると、好事例を見ても地域特性の相違や人材不在を理由に導入を見あわせたり、新しいとりくみを敬遠することも少なくない。

また、ブリコラージュによるシステム構築は、これまでのパラダイムを転換することが極めて難しい。パラダイムシフトを指摘する理論を持たないからである。

第2は、今／ここに集合する主体のなかでの「優位セクター、あるいは人材（突出したリーダー）への依存」が極めて大きいことである。多くの先進事例では、システムの立ち上げにおいてキーパーソンが強く影響を及ぼすことが指摘されている。プロフェッションのヒエラルヒーを利用した“解”への誘導が行なわれる場合も少なくない。また、独自性の高いとりくみほど、地域特性と属人的な要素に立ち上げを依存したシステムである可能性が高いのである。

地域特性と属人的な要素に立ち上げを依存したシステムは、他地域への移植が極めて困難なことになりかねない。また、システムの再生産においても人材不足の問題を引き起こしかねないし、多職種連携やガバナンスに十分に対応できない。

第3は、「地域連携（住民組織化）と専門職連携（特に医療セクターとの連携）の逆相関」が全国各地で見られる

¹²⁾ 明石市提供資料より

¹³⁾ 一連の流れは、地域福祉推進の理論化に取り組み中で「地域福祉のプログラミング」というアイデアを提示する、平野隆之 [2008] 『地域福祉推進の理論と方法』有斐閣が示唆するものである。

ことである。先進事例の多くは、地域連携と専門職連携を同時に解く方法をもっていないのである。専門職同士の連携も、ゴシップの水準での“困難”なら時間が解決してくれるかもしれないが、本質的困難を抱えている場合は逆相関の解消とはならない。

なぜこうしたことが生じるのか。いずれか一方の施策が上手く機能している場合は、残る主体はどのように相手の活動を見ているのだろうか。専門職間の意思疎通の困難は、それぞれの来歴の相違と独立したプロフェッション教育や職業倫理が背景にあるのだろうか。あるいは、地域連携と専門職連携の間には、専門的知識量が絶対的に異なるのだが、こうした情報の非対称のなかで連携する場合にはどのようなことが条件として求められるのか。

こうした課題の多くは、これまで地域福祉や社会福祉の研究領域において指摘されていても、それを所与として具体的な実践過程のとりくみやしかけに注目し、直面する地域課題や生活課題の解決を図るという研究手法がとられてきたのである。

しかしここで今一度考えなくてはならないのは、地域包括ケアという政策モデルと地域で積み上げられてきた実践活動の躓きの石が本質的にどこにあるのかということを開くことである。

こうしたことを確認しながらメタレベルで状況を整理した場合、「地域包括ケア」をめぐるゲームの参加者が、「政策」「言語」「生活」「地域」のそれぞれのレベルで位相を抱えている姿が確認されるのである。そしてこの位相こそ、地域包括ケアの実現の躓きの石となっていることに改めて気づくのである。

4. 社会政策への含意 ～共有すべき問いは何か？～

本節では、1. 高齢者介護における地域包括ケア、2. 地域包括支援センターにおける処遇困難事例への対応、3. 地域包括ケアに向けた地域のとりくみ、が行き着いた課題をもとに、社会政策として共有すべき問いを示しておく。実践過程における「政策」、理論における「言語」、社会政策に本質的な問題を提起する「生活」と「地域」の位相がそれである。

▶政策をめぐる位相

現在の地域（基礎自治体）における高齢者福祉政策の一般化のプロセスモデルには、《モデル事業の実施》→《好事例》→《好事例の模倣による拡大》という一連のアルゴリズムがある。もちろん、モデル事業の実施に先立って、先行的に取り組まれている事例を周到に選別することも少なくない。一定の効果が見られた好事例の情報を広めることで、それぞれの地域のとりくみに“役立てる”ことで具体的な施策が一般化することになる。

好事例の模倣を試みる地域は、あまたの好事例や先行する実践活動の情報から、自分の地域に移植可能と思われる

ものを選別し、事業化、政策化を進めることになる。その選別については、当該テーマを牽引するリーダーか、行政担当者の直観に負っている。

こうした政策の一般化においては、好事例が内包する問題、すなわち属人的要素や地域特性によるバイアスが強い規制力を持っている。もちろんこれは、好事例の模倣が内包する問題でもある。

政策の一般化において、模倣が問題なのではない。模倣は政策一般化の方法の一つである。問題なのは、模倣先の地域において、好事例の何を模倣し、いかに模倣するかを判断する基準が示されていないことにある。

政策の一般化プロセスにおけるこうした状況は、地域政策を立案し決定するプロセスにおいて、合理的な判断を下すことが難しいことを示している。そればかりではなく、具体的な実践過程においても、属人的な部分が政策内容を規定することから、システムの構築が後手に回り、システムの再生産が強いリーダーシップを持つ人材の再生産と同値とされかねない。これは、システムの持続可能性に関わる問題をもたらすことになる。また、属人的な部分への依存度が高いと、システム総体が高度に専門分化された領域を横断することが極めて困難となる。

政策を具体的に立案し、実践する現場こそが、好事例の何を模倣し、いかに模倣するかを冷静に判断する基準＝理論を強く求めているのではないだろうか。

▶言語をめぐる位相

地域におけるとりくみでは、専門職が地域包括ケアの目的を果たすために、利用者の生活を含む利用者情報（カルテ）の共有が必要であると強調する。特に、病院と福祉を行き来する高齢者の情報が円滑に共有されている地域は少ないことが分かっている。また、地域住民と専門職、行政担当者を交えた協働＝ローカルガバナンスの実施がこれからの地域づくりで求められている。「地域ケア会議」や「福祉のラウンドテーブル」といったとりくみは、こうした地域づくりの実践とみなすことができる。

こうしたとりくみの課題や実践の困難は、生活（QOL）をトータルに見て、包括的にケアするためのプラットフォームがないことにある。専門職の中で、同じように“生活”といっても、記号表現と記号内容が明らかに異なっている。先に“生活（QOL）”と記したが、病院におけるQOLと在宅におけるQOLが同じものだといえる根拠を私たちは持たない。それは生活だけではない。医療行為、介護行為、リハビリ行為などは、それぞれに独立したプロフェッションとして専門知を作り上げてきたという歴史がある。医療・保健・福祉の専門職の分立状態は、それぞれの領域における専門性の高度化をもたらすことになったが、その結果、カルテ一枚をめぐる合意がとれない言語的位相を作り上げてしまったのではないか。

こうしたことは、健康転換の中でQOLを基準とする医療・保健・福祉を取り結ぶための理論の構築に向けたとり

くみが求められるゆえんである。言語をめぐる位相のなかで利用者情報＝カルテを共有するためには、情報共有のシステム化を行なうだけでは不十分である。カルテを構成する共通言語を新しく作ることが求められているのである。

こうしたプラットフォームの問題は、分立したプロフェッションを連なる理論の構築に留まらない。専門職と地域住民とのローカルガバナンスを作り上げる環境整備においても同じ問題に遭遇する。公民協働、専門職連携が強調される中で、地域づくりの共同決定のしくみとしてローカルガバナンスが強調されるが、明らかに情報の非対称性が前提とされる関係の中で、いかにして合意をとりつけていくのか。言語的位相を前提としたなかで、ローカルガバナンスを可能とする環境整備を考える必要がある。

▶生活をめぐる位相

高齢者介護の現場が明らかにしたことは、「生活をトータルにみる」、「地域で包括的にケアする」という、今日ではもはや公準化したとりくみの理念が、これまでのケアや福祉のあり方とその単位の見直しを要請し、社会政策の価値基準の再編を要請しているという事実である。

社会政策がこれまで目を向けようとしなかったことは、「他者が、自分の生活に介入するということはどういうことなのか」ということである。自由な個人の主体性を前提とする近代社会における社会政策の中心に据えられた価値基準は、極めて「健常者」の視点に他ならない¹⁴⁾。高齢者介護が教えてくれることは、高齢期の生活がドラスティックに変化する事実と他者によるケアの介入が常態化することへの理論的な準備の欠如である。

「誰が／どこまで、生活に介入するのか」、「誰が／どの範囲で、生活への介入のルールを決めるのか」—こうしたことを私たちはきちんと理論化し、それを選びとる作業が必要なのである。そこでは、医療におけるカルテ、介護保険制度で導入されたケアマネジメント、社会福祉で用いられてきたケースワークによる台帳管理といった、個別の生を記述することか持つ意味とそこに横たわる“生の記述の理論化”があらためて求められるのではないか。

こうした作業を進めるためには、「社会政策にとって、生活（QOL）とは何か？」を考える必要がある。高齢者の生活とは、「標準的な生活水準」がnationalに決定できない現状（個別性）を意味している。ここで問われている生活は、平均値が明示できるという仮説をとらない。こうした個別性の高いものを政策に組み込む場合の問題点を考えねばならない。それは、社会政策がこれまで抱えてきた問題枠組み、すなわち、《ナショナルミニマムを基準とする保障》対《権利保障》に対して、生活（QOL）はどのような意味を持つのか？ という問題に行き着くことになる。

¹⁴⁾ 社会政策は、同様の本質的批判をジェンダー研究から提起された歴史を持つ。

個別性の高い生活を前提とした高齢者介護におけるサービス供給システムは、介護保険がそうであったように、極めて市場原理と親和的である。持続可能性を視野に入れた社会のあり方を探る場合、高齢者介護に代表されるケアの「ニーズと供給の均衡」をどうやって作り出すのか？市場原理で均衡点にたどり着くシステムを望むのか？「市場」による調整ではない場合、それは「何」なのか？いずれも解決されていない問題である。

▶地域をめぐる位相

地域もまた多義的な概念である。今日の報告でも、ある場合はエリア一般であったり、生活圏域であったり、基礎自治体を示していた。地域福祉におけるそれも、小地域福祉活動から地域福祉計画まで、地域の守備範囲は広い。こうした地域を再定義する作業も必要であるが、社会政策が引き受けなければならないのは、生活同様、地域を組み込むことで要請された社会政策の価値基準を問い直すことである。

現在の地域総動員モデルの地域包括ケアで、地域が疲弊し、総崩れする最悪のシナリオをどう回避するのか—いまの私たちが引き受けるのは、これを考えるための理論を作ることである。現場の担当者は、「それぞれの地域が抱えている問題は、現在の諸制度の中で、地域で解決可能な問題なのか？」という問いを直観的に感じながら、それを回避するための部分解を探る実践を取り組んでいる。あらためて私たちは、「包括ケアの「地域化」は何を意味しているのか？」、「高齢者介護は、なぜ「地域」に軸足を据えた施策に行き着いたのか？」という、現在の高齢者介護では公準化されたことを掘り下げる検討が必要なのではないか。

おわりに ～今日の報告の到達点～

こうして今日の報告は、社会政策が引き受けるべき3つのアポリアに到達することになる。

第1は、「高齢者介護は、なぜ「地域」に軸足を据えた施策に行き着いたのか？」ということである。すでに高齢者介護のあり方は、施設介護から在宅介護へ、在宅介護から地域介護¹⁵⁾への動きが政策的に進められており、「地域福祉の主流化¹⁶⁾」といわれる状況を所与として実践や研究が進められている。そうした実践・研究をさらに進化させるためにも、今一度根源的な部分に立ち返った議論が必要ではないか。

第2は、「それぞれの地域が抱えている問題は、現在の諸制度のなかで、地域で解決可能な問題なのか？」という

¹⁵⁾ 平野隆之 [2000] 「「地域介護様式」の選択と介護保険制度」、『社会政策における国家と地域』（社会政策学会誌、第3号）お茶の水書房

¹⁶⁾ 武川正吾 [2006] 『地域福祉の主流化：福祉国家と市民社会3』法律文化社

ことである。「地域福祉の主流化」を引き受けたそれぞれの地域の実践活動や自治体のとりくみはめざましい成果を積み上げている。しかしそのとりくみが、当該社会における最適解に行き着いているかという問いを立ててみると、あらためて私たちはそれを評価する軸（〈価値〉や〈言語〉を含む理論）を持たないことに気づかされる。中央集権的な福祉サービスに係る権限がそれぞれの基礎自治体に委譲されてくる中で、福祉の「補完性原理」を理念として支える〈個人〉や〈自由〉、〈自立〉や〈共助〉、それを支える〈正義〉や〈倫理〉といった原理的な問題が十分に議論されないままに、現実の制度が進んでいる事実にあらためて気づく必要があるのではないか。

第3は、「高齢者介護が取り込んだ「高齢者の生活」という価値(QOL)を目標とするサービス充足のシステムは、社会政策にどのような新しい側面をもたらしたのか？」ということである。「生活」という領域は、長く社会政策が距離をおいてきたテーマ領域の一つであった。しかし問題は、それまで距離をおいてきた「生活」の領域を社会政策のなかに入れ込み、守備範囲を広げることによって解決されるわけではない。「労働過程のみの分析では究明しきれない部分も多くなり、それは必然的に生活過程の重視という方向へ行かざるを得なかった¹⁷⁾」という、今となつては社会政策（あるいは学会）でも自明となっている社会政策による生活領域の包摂が、それまで積み上げてきた社会政策（もちろんそれには、社会福祉や地域福祉の研究蓄積も含まれる）に対して、どのような理論的な問題を突きつけることになったのかということ、改めて確認することが重要ではないか。高齢者福祉、介護保険制度とその現場の実践こそは、社会政策に対して、問題構制の転換、すなわちパラダイムシフトを要請しているのではないかということである。

この3つの論点は、現在の社会政策が抱え込んだアポリアであるかもしれない。しかし、そのアポリアを読み解く作業を抜きにして、部分解を積み上げるだけでは、現在の日本が抱え込んだより大きな社会問題を考えることはできない。いま私たちが考えなくてはならないのは、「地域福祉の主流化」の背後に流れている、地域や生活を組み込むことで社会政策が抱え込むことになったパラダイムシフトを描き上げる理論の構築である。

(了)

▶今日の報告の元になった論文、調査報告書

※ 今日の報告で言及したものの再掲

- 『高齢者が孤立することなく暮らせる地域生活システムの構築に関する調査研究報告書』（共著）、社団法人生活福祉研究機構、2009年3月
- 井上信宏「高齢者介護システムへの市民のアクセス」、『月刊自治研』（Vol.50、No.587）自治労出版センター、2008年8月
- 『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書（2007年度調査）』（共著）、社団法人生活福祉研究機構、2008年3月
- 井上信宏「地域包括支援センターの運営に見る困難事例への対応：地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために」、『信州大学経済学論集』（Vol.57）、2008年1月
- 『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書（2006年度調査）』（共著）、社団法人生活福祉研究機構、2007年3月
- 井上信宏「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築：ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」、『信州大学経済学論集』（Vol.53）、2005年8月

2009年5月23日 第1稿

2009年6月5日 一部改訂¹⁸⁾

本稿は、社会政策学会第118回大会（2009年5月24日、日本大学法学部）の第1分科会において口頭発表した「健康転換と地域包括ケア：高齢者福祉からのパースペクティブ」のフルペーパーとして作成し、学会当日、コピー製版で会場参加者に配布したものである。

¹⁷⁾ 玉井金五・大森真紀 [2000] 『新版社会政策を学ぶ人のために』世界思想社、の「初版 はしがき」より。

¹⁸⁾ 信州大学経済学部 Staff Paper Series のために、誤記等最小限の改訂を施した。