

文化 第81巻 第3・4号 一秋・冬一 別刷
平成30年3月26日発行

地域ケア・システムの社会学

永 井 彰

地域ケア・システムの社会学

永井 彰

1 はじめに

本稿の課題は、医療や福祉をめぐる現実を地域ケア・システムの視点でとらえなおすことの意味について、つまりは地域ケア・システムの社会学を展開することの意味についてまとまった形で論じることである。これまでわたしは、地域ケアを主題とした論文を執筆してきた。そのいくつかは事例研究であり（永井 1998、2003b、2006、2010、2013c、2017b）、またそのいくつかは、その時点における地域ケアの問題状況について概括的に取り扱ったものであった（永井 1999、2002、2003c、2007、2012、2013b）。わたしは、これらの論文において、それぞれの文脈に必要なかぎりにおいて、地域ケア・システムをとらえるための視点について言及してきたが、この視点や方法について系統立てて論じたことはなかった。そこでこの機会に、地域ケア・システム研究のための視座や方法についてまとまった形で提示したいと考えるようになった。このような事情から、本稿で提示した論点の多くは既出のものであるが、それらを、現時点において包括的に論じることがここでの目的である。

医療や福祉についての社会学的な研究は二次的な観察であり、つまりは医療や福祉の専門家による実践的研究とは一線を画し、観察した事実を実務家とは異なった文脈に位置づけ議論を深めるという性格を持つ。もちろん、実務経験者が社会学を学び、みずからの実践を反省的にとらえかえすこともありうる。しかし、それは、社会学的研究である以上、たんなる実践知の言語化を越えざるをえず、いわばバイリンガルとして、実践の言語と、社会学的観察の言語の両方にかかわることになる。社会学的な研究は、当事者による実践のとらえかえしとは異なり、また実践の論理や意味を当事者に代わってただ代弁するというわけでもない。社会学者は、その固有の問題関心のもとに第三者として観察や分析をおこなうしかなく、そこには一定の視座や方法が介在することになる。

医療や福祉について社会的に研究するとしても、多様なアプローチが選択できる。そこでわたしは、地域ケア・システムに着目するという形でこのテーマにアプローチしようと考えた。つまり地域ケア・システムへの着目は、対象の限定というよりむしろ視座や方法の選択を含意していた。ここであらかじめ強調しておきたいのは、地域ケア・システムの社会学を構想するにあたってわたしが何をめざしているのかということである。地域ケア・システムの社会学は、医療や福祉についての福祉社会学的研究であるとともに、医療や福祉の問題を切り口にした地域社会研究でもある。医療や福祉の問題は、その内部では完結しない。たとえば、医療の高度化が「包括化」を帰結するというのは、医療システムそのものに内在する論理である。しかし、この論点に着目することは、医療や福祉の問題を考える上で一つの視点に過ぎない。地域ケア・システムの形成は、医療の高度化という論理だけでは説明できない。地域ケア・システムの形成をとらえるためには、地域社会のなかで住み続けることはいかなる社会的文脈において支持されるのかについての考察が必要であり、それには福祉社会学的な視点が必要となる。さらにこの論点を深めるためには、そればかりでなく、ローカル・ガバナンスや地域自治などの問題との接続を視野に入れる必要がある、地域社会学的な視点や方法を介在させることが必要になる。

以下においては、地域ケア・システムという概念が必要とされる社会的文脈について概観し（第2節）、地域ケア・システムの概念を基軸として構想される地域ケア・システムの社会学がいかなる視点を内包し（第3節）、またいかなるテーマ群へのアプローチを示唆しているかを明らかにしたい（第4節）。

2 地域ケア・システムの社会学の構想

わたしは、地域ケア・システムについて、次のような定義をした。すなわち、地域ケア・システムとは「一定の地域的な範囲のなかで、行政機関、医療機関、福祉施設、住民グループなどが連携しつつ、高齢者本人やその家族にとって必要なサービスを提供する社会的なネットワーク」（永井 2003b: 91）のことである。この定義は、それじたいとしてはきわめて一般的な規定であったが、多様な現実を一括りにするためには、この程度の規定にとどめるほかないという判断が働いていた。この概念は、1980年代から2000年前後（つまり公的介護保険制度の導入前後）までの時期における高齢者ケアの現場の動きを念頭に置き、それを記述・分析するために設定したものであり、さしあたりは

高齢者介護のことを想定していた。つまり、地域ケア・システムという概念は、特定の現実の具体的な過程を記述するための用語として設定したものであった。保健と医療と福祉の連携といった表現が、きわめて図式的な思考に結びつきがちであったのと同じように、各アクターの連携というこの表現は、一見すると図式的な発想に映るかもしれないが、地域ケア・システムの概念にはそのような意味あいはもともとなく、あくまでも具体的な事象が念頭にあった。

さて、地域ケア・システムというべき事象が形成されるにあたっては、次の四つのできごとが重要であったように思われる（永井 2013b: 3-5）。まず第一に、1980年代におけるいくつかの医療機関における在宅ケアの取り組みが、地域ケア・システム構築の端緒になったということである。こうした医療機関では、病院に居続ける必要性の低い高齢者には自宅に帰ってもらい、訪問診療や訪問看護によって療養生活をサポートしようとした。しかし、病院や診療所の提供する医療行為だけでは、在宅高齢者の生活を支えることはできない。日常生活の支援こそが必要なのであり、そのためには行政の提供する福祉サービスが不可欠であった。そのため、医療機関は行政機関との連携を模索していった。

第二に、1990年代における基礎自治体を基盤とした高齢者福祉サービス供給体制の整備が、基礎自治体を範域とした地域ケア・システム構築に繋がっていったということである。この契機となったのが、1990年の福祉8法の改正であった。これにより、基礎自治体が福祉サービス提供の責任主体として位置づけられた。また基礎自治体には、老人保健福祉計画の策定が義務づけられた。1990年代には、介護サービスの基盤整備のための投資が進められた。このことも、基礎自治体を範域とした地域ケア・システム構築を後押しした。

第三に、1990年代後半から2000年代はじめにかけて、ケアの質に目が向けられるようになった。この動きは、施設ケアの革新がきっかけになっていた。この時期に、ユニットケア、逆デイサービスといったいくつかの革新的なところが特別養護老人ホームのような入所型の高齢者施設から提起され、それらのところが具体化していった。自分が働く施設のケアは、もし自分が受ける側だったとしたら満足できるだろうか。そうした素朴でしかも根源的な問いかけから、施設ケアは、大きく変わっていった。また宅老所のような、普通の日常生活に近い空間で高齢者を介護しようとする取り組みも広がっていった。現場でのこのような実践が呼応しあって、高齢者の施設介護において、集团的処

遇から一人一人の暮らしの重視への大転換が実現した。そして、施設ケアのこのような動きが、在宅ケアにも影響を与えることになった。そのことには、二つの事情が介在している。その一つは、介護サービス供給体制の整備がこの時点までにある程度進展したということである。そもそもサービスがなければ、サービスを受けられることで満足できたが、サービス供給体制が整ってくれば、ケアが受けられさえすればそれでよいわけではなく、ケアの質が問題となる。その人らしい暮らしを保障するということが、在宅ケアにおいても求められるようになった。もう一つは、2000年の公的介護保険制度の導入である。社会保険の仕組みを利用したことにより、介護サービスは、生活に困窮した人のためのものではなく、すべての人が受ける可能性のあるものと認知された。そうであるからには、政策的にもケアの質を担保する必要がある。

第四に、2003年から2005年ころになり、持続可能な「地域包括ケアシステム」への模索が始まった。これは、矛盾をはらんだ展開であり、この時期に形成された基調が、こんにちまで引き継がれることになる。矛盾をはらんだ展開というのは、一方における理念の追求と、他方における介護給付の抑制という現実的対応が同時に進展しているといった事態を指している。2003年6月に公表された「2015年の高齢者介護」という文書のなかに、地域包括ケアシステム¹⁾という言葉が登場する。この用語は、「地域包括ケアシステムの確立」という形で見出しに登場するだけであるが、それに対応する本文部分には次のように記載されている。「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療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」（高齢者介護研究会 2003: 35）。このように、この文書においてはじめて、地域包括ケアシステムの確立が政策課題として明示化されることとなった。そしてさらに、「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」（高齢者介護研究会 2003: 35-36）と書き込まれることになる。この記述が、地域包括支援センターの設置へと繋がっていく。地域包括支援センターの設置は、公的介護保険の仕組みのなかで地域ケアを推進するということを意味していた。ただ現実には、地域包括支援センターは要支援認定者のケアプラン作成と

いう新たな業務を担うことになったため、その対応に追われ、現場では困惑の聲が聞かれた。地域包括ケアの実現という理念は理解できても、現実の業務のなかでそれが達成できるかが課題となった。

他方、この「2015年の高齢者介護」という文書には、次のような文言も書き込まれていた。「本報告書は、「尊厳を支えるケアの確立」のため、求められる施策をとりまとめたものであるが、その前提として、介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要である。この3年間の実施状況を見ると、高齢者の増加のスピードを大幅に上回ってサービスの利用が伸びており、この事態が続けばこれからの介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される。そこで、自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である」（高齢者介護研究会 2003: 2）。つまり、ふさわしいケアを提供するためにも、持続可能な介護保険制度の確立が大前提になるということが、はっきり書き込まれていたのである。1990年代は、介護サービスの基盤整備の時期であり、介護サービス量は年々増加していた。2000年4月以降も、公的介護保険制度を軌道に乗せることが課題であったため、給付の伸びは事実上許容されてきた。しかし、ここに来て、給付抑制が現実的課題となった。その具体的なあらわれが、特別養護老人ホームのホテルコスト徴収といった事態であった（2005年10月）。これは、高齢者介護をめぐる動きのなかで、潮目が変わったと感じさせるできごとであった。

ただし、ここで留意すべきなのは、こうした介護サービスの充実にたいする逆風は、もう少し広い文脈で理解しておく必要があるということである。この時期に推進されていたのは、新自由主義的な行財政改革であり、その一環としての自治体合併である。地域ケアは、基礎自治体が基盤であったことから、自治体合併推進により一定の影響を受けた。地域ケア・システムの典型的事例のなかには、小規模自治体を基盤とするものが多かったこともあり、合併による影響は避けがたかった。ただそれよりも重大なことは、このような文脈のなかで、高齢者福祉をどうするのかという論点よりも自治体リストラに関心が向

けられたということなのである。たしかにこの時期において、地域ケア・システムの構築という課題が「地域包括ケアシステム」という形で明示化され、公的介護保険制度のなかに明確に位置づけられた。しかし、にもかかわらず、このことが社会的に優先的な政策課題として認知されたわけではない。少なくとも一般の地域住民にとって重要な政策課題としては認知されるにいたらなかった。ケアは高齢者の尊厳を支えるものでなければならないが、その大前提として公的介護保険制度が持続可能でなければならない。この「持続可能な」介護保険制度のために、いわばアクセルとブレーキを同時に踏むという高齢者介護政策の基本的な方向性が、この時点で定まった。この方向性のもとでは、「地域包括ケアシステム」は理念であると同時に、給付抑制の一環であるようにもみえることになる。

わたしは、地域ケア・システムという表現を、このような一連の経過を想定しながら使用している。つまり、地域ケア・システムは、こうした一連の事実の連鎖のなかで一定の性格を帯びたものとしてあらわれてきた。ただし、地域ケア・システムをいったん術語として定義して用いると、それをより一般的な形で、適用範囲を拡張して利用することができるようになる。一方において、地域ケア・システムの対象を高齢者だけでなく支援を要する人全般にかかわるものと理解すれば、高齢者を、支援を要する人に置き換えることができる（永井編 2008: 1）。また他方において时期的な拡張をこころみ、遡及的に過去について適用することもできる。たとえば佐久病院が長野県南佐久郡八千穂村でおこなった全村健康管理（佐久総合病院 2011）や、岩手県西和賀郡沢内村の地域保健活動について、保健活動主導の地域ケア・システムと位置づけることができる。あるいは、地域ケア・システムといったばあい、アクターのあいだに緊密なネットワークが成立しているといった典型的な事例を想定していた。それにたいして、ごくふつうの地点（つまり連携が十分には進展していないようなケース）が、現実には多く観察される。こうした事例についても、地域ケア・システムの概念を援用して記述・分析をおこなうことは可能であろう。

3 地域ケア・システムへの視点

わたしは、地域ケア・システムを考えるにあたって、三つのキーワードを提示した。すなわち、ネットワーク、ローカル・ガバナンス、ソーシャル・インクルージョンである。これらは、地域ケア・システムを考えるための三つの着

眼点を示唆している（永井編 2008: 2-4）。これらについても具体的な事象を念頭に置いて抽出したものである。

まずネットワークであるが、これはさまざまなアクターが関与し連携することを指しており、ネットワークということは、地域ケア・システムという言葉で想起される通常の意味であろう。そのさいネットワークのアクターには、医療と福祉の専門機関や行政機関だけでなく、地域住民も含めて考えている。地域ケア・システムの初期の段階においては、どちらかといえば専門機関と行政機関が主導的な役割を果たし、地域住民の関与度は低かった。だが、一方において介護 NPO の活動が成熟し、他方において、身近な支援の主体として近隣住民の活動が重視されるようになり、地域住民の位置づけは大きく変化した。とくに「地域包括ケアシステム」の構築が政策課題として掲げられたことは、地域住民の関与を促す一つの要因になった。ただし、地域住民の関与はどうかあるべきであり、またどのように実現していけばよいかは、それぞれの事例にそくして検討する必要がある。またネットワークというばあい、よりよい連携の手法が確立されることにより、それが制度化され、各地に広がるというわけではない。たとえば地域ケア会議という仕組みを制度化するということはおこなわれているが、それで問題が解決したわけではない。ネットワークが実質的に機能するためには現場での創意工夫が必要となる。そして、そこには人（担い手）の問題が介在している。日常業務だけでも忙しいのに、余計な仕事を抱え込みたくないという感情は当然のことである。しかし、よりよいケアを実現するには、その現実を変える必要があるかもしれない。そこで、日々の仕事の進め方をどのように見なおせばよいかは課題になり、その改革を誰が主導するのかが問題になる。

ローカル・ガバナンスについていうと、1990年代以降、高齢者介護は基礎自治体を基盤とした制度設計となっていた。そのため、基礎自治体ごとに工夫が求められたし、工夫する余地があった。老人保健福祉計画が策定義務化になったときに、地域住民を含めた形での合意形成の意義が強調された。いかなる福祉を望むのかは、住民合意のもとに、それぞれの自治体で決めてよいこととされた。もっとも、現実の決定過程は、必ずしも住民の意思を反映したものではなく、議会と首長との力関係によって決まるとというのが通例であったが、いずれにせよローカル・ガバナンスのあり方が地域ケア・システムに決定的な影響を与えるというのは事実であった。計画策定において、行政機関と専門家

と地域住民とが合意形成するというのは、その地区の福祉のあり方を構想するにあたって本筋になることであり、「公私協働」の問題もこの文脈で考える必要がある。つまり、この地域で暮らすわれわれはいかなる生活のあり方を目指すのかという問いである。どのような医療や福祉が望ましいのかという問いは、すでに医療や福祉の問題の内部では解決できない問いであり、むしろ地域社会での合意形成にかかわっている。

ソーシャル・インクルージョンもまた、地域ケア・システムを考える上で欠かせないキーワードである。なぜ地域ケア・システムが必要なのかという問いに答えるとすると、自宅ないしそれに類するところに住み続けることを当事者が願っているので、それをできるだけかなえたいからだというところにいきつく。ここには、かなえることが望ましいという一定の価値判断が内在している。つまりは、支援を必要とする状態であってもできるだけ当人の望む生活を保障することが望ましいとする価値判断である。そして、この背後にあるのがソーシャル・インクルージョンという理念である。ソーシャル・インクルージョンは、普遍性の高い理念であるから、これについては一般的な視点だということもできるけれども、日本の具体的な状況を念頭に置くと、この理念の意味はやや別様にとらえられうる。日本においては、ソーシャル・インクルージョンの実現が絶対的な目標とはみなされてはいないという現実にいきあたる。だからこそ、ソーシャル・インクルージョンの実現をたえず強調しなければならぬことになる。たとえば、要支援高齢者の生活保障は、現実には「それなりに」（つまり財源の許す範囲で）という限定つきである。つまり、この課題の実現は、優先度の問題になっているし、しかも必ずしも上位に位置するわけではない。優先度の問題になっているということは、人権問題とはみなされていないということである。そうすると、この問いもまた、この地域で暮らすわれわれはいかなる生活のあり方を目指すのかという問いにかかわらせて答えるほかない。

地域ケア・システムへの問いは、たんに実務的な問題ではない。つまり、アクター間のより適切な連携の追求だけではない。もちろんこの問い（アクター間の連携はいかなる状況にあるのか）は重要な論点であり、たとえば「地域ケア会議」の制度化や新しい総合事業における協議体の設置など、いくつかの手法がこころみられている。これらは、すでに制度化された手続きであり一定のノウハウは標準化されているので、実務的に運営可能であるように見える。し

かし、これらの組織が実質的に機能しうるためには、何のためにこの作業をしているのかという理念の共有が不可欠であり、それは、何となくできることではない。ここには、リーダーシップの問題が介在しており、「人づくり」の視点が必要になる。そしてこうした組織に、専門家集団だけでなく一般住民の関与が求められることになると、この論点はさらに複雑になる。

地域ケア・システムへの問いは、生活形式への問いつまりは倫理的問いと関連している²⁾。つまり、地域ケア・システムの構築を必要だと考えるのか。また必要だとしたときにどのような地域ケア・システムが望ましいのか。これらは、「われわれ」の選択に委ねられているからである。ここで「われわれ」とは当事者のことであり、さしあたりその基礎自治体の住民と理解しておけばよいだろう。ここでさしあたり問われているのは、われわれはどのような水準の生活を、支援を必要とする高齢者に保障するののかということである。そして、それをより一般化すれば、われわれはどのような暮らしを選択するののかという問いとして表現できる。これは、当事者の選択なのだが、この選択がいかなる論理でなされているかを観察し分析する必要がある。

4 地域ケア・システムをめぐる社会学的な問いの焦点

地域ケア・システムを社会学的に分析していくときに、問いの焦点がいくつかある。わたしは、事例研究をおこなうのあたって、次の二つの問いを意識してきた。その一つは、ネットワーク形成における医療の位置という問題である（永井 2003b: 7-8）。たしかに、医療システムそのものには包括化への論理が内在している（猪飼 2010: 222-225）。病院医療は必然的に高度化していく。病院医療が高度化していくと、高度医療を必要とする人しか入院させることが困難になり、それ以外の人は自宅に返す必要が生じる。そのためには、受け皿が必要となる。その観点からは、病院と診療所の連携という論点も問題になるし、ここでいう地域ケア・システム（日常生活を支えるさまざまなアクターのネットワーク）の形成も問題になる。つまり医療の高度化が逆に在宅ケアの必要性を強化し、それが受け皿としての地域ケア・システムを要請するという論理だが、これは地域ケア・システムの必要性の説明にとどまっている。地域ケア・システムの形成を説明するためには、それを促す（ないしそれを阻害する）地域社会関係や地域文化的背景にも目を向ける必要があるし、さらには人（担い手）の問題にも留意する必要がある。つまり、その地域ケア・システム

の位置する地域社会の内部的な要因に十分に目を向ける必要がある。そして、地域ケア・システムの構築が現状への何らかのブレイク・スルーを必要とするのであれば、リーダーシップが不可欠となるのであり、人（担い手）の問題がきわめて重要になる。アクター間のネットワーク関係が実質的に機能するためには、なぜそれが必要なのかという理念の共有から始めなければならない。それが、定型的な日常業務のなかでは実現できないのだとすれば、誰かが旗振り役を買って出なければならない。そのさい、誰がその役割を担うのか、それは行政の職員なのか専門職なのか、専門職だとするとどの専門職なのか、という問いが付随的に生じる。かつてはそのリーダーのほとんどが医療専門職であり、しかもその大半が医師であった。それには、地域社会における医師のステータスの高さとか、当該医師個人の資質の高さといった要因も関係しているが、根本的には、医療の持つ両義的な位置がかかわっている。両義的だというのは、次の二つの面を指している。すなわち、地域ケア・システムの形成にとっては、医療機関の積極的関与が欠かせない。要支援高齢者の日常生活を支えるためには、日常的な訪問診療や訪問看護に加えて緊急時の往診が必要である。他方、高齢者の日常生活を支えるのにもっとも必要なのは福祉的な生活支援であって、医療はそのバックアップであってよい。日常生活支援においてはキュア（治療）ではなくケア（介護）が重要なのだというのは、当然の理屈であるのだが、このことを強く主張すると、医療機関の利害関係に抵触しかねない。また一般の地域住民のなかには、病院は治してくれるところだという治療中心主義的な医療観が根強い。この状況のなかで、キュアではなくケアが大事だと説得的に主張できるのは、医師じしんでしかなかった。ただしこんにちでは、医療専門職ばかりでなく、福祉専門職による地域福祉視点での組織化も、十分に想定されうる。それは一つには、2000年前後におけるケアの転換をめぐる議論のなかで、ケア改革の主導者たちが登場し、その存在が地域社会のなかで認知され受容されたからである。またもう一つには、2000年代半ば以降の、地域福祉活動への地域住民の関与が期待されるという文脈のなかで、地域福祉専門職が活躍する場面が多くなったからである。こうした状況の変化により、とくに2000年代以降において、医療機関や医師が主導的な役割を担う事例は目立たなくなっているが、地域ケア・システムの構築にとって医療機関は不可欠のアクターであり続けており、以前より影響力が相対的に薄れたとはいえ医師はやはり重要な地域リーダーなので³⁾、医療の位置の問題に着目するこ

とは、こんにちでも重要である。

もう一つの問いは、住民参加と地域自治が地域ケア・システムの構築にどのようにかかわっているのかということである。ここには、二つの論点がある。その一つは、一般的な論点で、そもそも地域自治と地域ケア・システム構築がどうかかわっているのかというものである。つまり、地域住民の集会的な意見形成と意志形成とのかかわりで、地域ケア・システムの構築のあり方が変化するのではないかという問いである。1990年代に老人保健福祉計画の策定が義務づけられたとき、自分の住む自治体の福祉のあり方を住民じしんが選択することになると考えられた。つまりは、どのような地域ケア・システムが望ましいのかを地域住民じしんが選択することが期待された。自分たちの地域社会のあり方を自分たちで決めるといふ地域自治の原則をふまえれば、そうなるのも不思議ではなかった。しかし、現実には観察されえたのは、住民じしんが主体的に望ましい地域ケア・システムを選び取ったという事例は実質的には皆無だったということである。地域ケア・システムの典型的事例の多くは、首長主導であった。そのさい医師の提言を首長が受け入れることで、地域ケア・システムの構築が進化した事例も多かった。地域ケア・システムの構築をめざすという選択そのものが、きわめてパターナリスティックな性格を有していた。つまり首長と医師が地域ケアの充実を住民にとって望ましいものとして発案し、それを実現していったのであって、このプロセスにおいて住民は受動的な存在だった。そうならざるをえなかったということそれじたいが、社会学的には興味深い研究テーマである。また福祉にかかわる計画策定において住民参加が推奨されてきた。しかし、これも額面通り受け取ることはできない。住民の声を聞くといひながらアンケートで済ませる自治体が多い。計画策定においてワークショップ方式など住民参加を実質的に進めた自治体は限定されるし、そうした参加手法を計画策定時ごとに継続的にはおこなうところはさらに少ない。福祉にかかわる計画策定においてなぜ住民参加が実質的に機能しないかを掘り下げることが重要な論点である。

そして、もう一つは、より特定化された論点としての「公私協働」の問題である（永井 2012）。こんにち「公私協働」という形で推奨される住民参加のあり方をどのようにとらえればよいかという問いである。地域ケア・システムの構築という文脈でも、公私協働は重要な論点になっている。地域包括ケアシステムの確立が政策課題になり、地域住民の主体的な関与を促すことが求められ

ているからである。ただ現状においては、ねじれた形で地域住民の参加という問題が現出していることに留意する必要がある。本来的には、意志形成過程への参加と実務への関与は車の両輪のはずであった。住民は、意見もいう代わりに汗も流す。住民が労力提供するのは、その意味を納得しているからであろう。しかし実際には、行政ができなくなった仕事を住民に押しつけるという色彩が濃い。つまり、公私協働は行財政改革の一環であって、行政にお金がないので住民みずからで何とかするように求めている。それに加えて、そもそも協働とはパートナーシップの意味だから、行政と住民とは対等な立場でかかわるはずであろう。そうだとすれば、役所で決めたことを住民にやってもらうのが協働のはずがない。もちろん、対等だからといって、住民を完全に自立した存在とみなすのも誤りである。専門的知識やノウハウ、事務局的な能力や組織力は、行政にしかない。公私協働というからには、住民の内発的な意欲や力を引き出しながら、行政と住民とが共同作業として地域社会の運営にかかわることになろう。そのためには、よりよい地域社会を構築したいからという理念の共有からはじめなければならない。このような形の公私協働をどのようにして実現させることができるかは、経験的には重要な問いである。

ただ、現実の公私協働が、住民の労力だけを期待するものだとしても、いちがいに無意味だと決めつけることは、不適切であろう。というのも、身近な近隣住民しかできない課題が現実存在するからである。たとえば、高齢者の見守りを保健や福祉の専門職だけでおこなうことはとうてい不可能である。また、災害時の要援護者支援なども、近隣住民の力をあてにせざるをえない。大災害時には、行政機関は緊急性の高い課題への対処しかできないからである。いわば同時多発的に生じる課題については、身近な住民しか対処することができない。たとえ困難であっても、地域住民にしかできないことがあるので、この力に頼らざるをえない。ただこのばあいでも、地域住民任せにしない（つまりは地域住民に丸投げしない）ことが必要であろう。地域住民の福祉的な対応力を高めるといふ課題は、住民の力だけでは解決しにくい。そこには、行政や専門職の力が必要になる。地域住民がいかにして公私協働の担い手になりうるのかを考察するにあたっては、地域社会の編成や運営のあり方の差異へ留意することが不可欠である。また、この課題を住民任せにしないという論点は、地域福祉視点での地域社会組織化の必要性を示唆している。この文脈において、コミュニティ・ソーシャル・ワーカーの意義が論じられよう。

5 結び

地域ケア・システムの概念は、特定の文脈のなかで生じた事象を記述・分析するために設定したものである。高齢者ケアについては、経路依存的な事実の連鎖があり、それが、この概念を必要としたということができる。そしてこの概念を基点とすることによって、一連の社会学的な問題群へのアプローチが可能になった。

より具体的な表象と関連づけて定式化するならば、地域ケア・システムの構築とは、支援を必要とする人が住み続けられる地域社会の形成のことを意味している。そうした地域社会の形成をいかにして可能にするかは、社会的にはきわめて重要な問いである。そうした地域社会のあり方を多面的に考察するのが地域ケア・システムの社会学であり、これができるのが、地域ケア・システムの社会学の強みである⁴⁾。

注

- 1) 本稿においては、地域包括ケアシステムという言葉は、厚生労働省の政策用語としてのみ使用している。
- 2) 倫理的問いをめぐるこの議論は、ユルゲン・ハーバーマスによる倫理的討議をめぐる議論をふまえている (Habermas 1992: 187-207 = 2002: 184-202)。
- 3) 東日本大震災後の石巻市においては、石巻市立病院開成仮診療所に着任した医師が、石巻市健康部包括ケアセンター長を兼務し、行政の内部から地域包括ケアの推進にかかわっているという事例がみられる。このケースにおいては、地域ケア・システムの構築にとって医師がキーパーソンとなっている。
- 4) このような文脈のなかでわたしは、離島の地域ケア (永井 2006、2010) や、東日本大震災被災地の地域ケアを取り上げてきた (永井 2017b)。

文献

- Habermas, J., 1992, *Faktizität und Geltung: Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, Frankfurt am Main: Suhrkamp. (= 2002、2003、河上倫逸・耳野健二訳、『事実性と妥当性——法と民主的法治国家の討議理論にかんする研究』上・下、未来社)。
- 猪飼周平、2010、『病院の世紀の理論』有斐閣。
- 高齢者介護研究会、2003、『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』。

- 永井彰、1998、「農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開——長野県小県郡武石村の事例」『東北文化研究室紀要』39、1-19。
- 、1999、「農村地域社会における地域医療・福祉システムをめぐる問題状況」『文化』63（1・2）、71-90。
- 、2002、「高齢者の地域ケアをめぐる今日の問題状況」『文化』66（1・2）、151-164。
- 、2003a、「ユニットケアをめぐる問題状況」『東北大学文学研究科研究年報』52、170-186。
- 、2003b、「農山村地域における地域ケア・システムの再編成——長野県・佐久総合病院の事例」『東北文化研究室紀要』44、1-15。
- 、2003c、「地域ケア・システムの形成と展開」『社会学研究』73、89-110。
- 、2006、「島嶼地域における高齢者ケアの諸問題——鹿児島県甕島列島の事例」『東北文化研究室紀要』47、1-13。
- 、2007、「高齢者の地域ケアをめぐる今日の問題状況再考」『東北大学文学研究科研究年報』56、41-59。
- 、2008a、「自治体合併にともなう地域経営の変容——広島県三次市君田町の事例」『東北文化研究室紀要』49、1-17。
- 、2008b、「災害弱者の支援と自立」吉原直樹編『防災の社会学』東信堂、139-167。
- 、2010、「沖縄の島嶼部における地域ケア・システム構築の現状と課題」、『東北文化研究室紀要』51、1-15。
- 、2011、「福祉社会学からみた小規模・高齢化集落研究の課題」『福祉社会学研究』8、56-60。
- 、2012、「福祉課題への地域住民の関与をめぐる」『文化』76（1・2）、99-114。
- 、2013a、「ハーバースの民主主義的法治国家論の現代的射程——福祉国家をめぐる諸問題とのかかわりで」『東北大学文学研究科研究年報』62、80-102。
- 、2013b、「高齢者の地域生活支援の社会学」『社会学研究』92、1-13。
- 、2013c、「地域自治の変容と地域ケア・システム——長野県上水内郡小川村の事例」『社会学研究』92、141-161。
- 、2013d、「地域社会の異質性の増大と福祉課題の変化」福祉社会学会編『福祉社会学ハンドブック——現代を読み解く98の論点』中央法規出版、96-97。
- 、2014、「地域社会の自立を考える」東北大学大学院文学研究科編『「地域」再考——復興の可能性を求めて』東北大学出版会、3-32。
- 、2016、「自治体合併と地域住民自治組織の再編——長野市中条地区の事例」『東北文化研究室紀要』57、71-92。
- 、2017a、「広域合併後の地域経営の変動と地域住民自治組織の役割——広島県三次市君田町の事例」『東北文化研究室紀要』58、44-60。

- 、2017b、「被災者支援を契機とした地域ケア・システム構築の取り組み——宮城県東松島市の事例」『文化』80（3・4）、294-306。
- 永井彰編、2004、『地域ケア・システムの社会的比較研究』（平成12年度～平成15年度科学研究費補助金（基盤研究（B）（2））研究成果報告書）。
- 、2008、『地域ケア・システムの展開過程にかんする社会的比較研究』（平成16年度～平成19年度科学研究費補助金（基盤研究（B））研究成果報告書）。
- 永井彰・菅原真枝、2001、「大都市地域における地域ケア・システムの現状と課題——東京都足立区千住地域における健和会の取り組みを事例として」『文化』、65（1・2）、128-144。
- 大沼和加子・佐藤陽子、1989、『家で死ぬ——柳原病院における在宅老人介護の10年』勁草書房。
- 佐久総合病院、2011、『健康な地域づくりに向けて——八千穂村全村健康管理の五十年』。
- 矢島嶺、1993、『家で生きる——豊かな在宅介護とはなにか』銀河書房。
- 大和医療福祉センター、1989、『大和医療福祉センターのすべて』。
- ゆきぐに大和総合病院、1989、『地域医療研究会 '89』。

Sociology of Community Care System

Akira NAGAI

A community care system is a social network that provides necessary services for elderly people and their families in a certain area. This system consists of administrative agencies, medical institutions, welfare facilities, and inhabitants groups. The concept of community care systems is used to describe and analyze events that occurred in a particular context. Building a community care system is the formation of a community where people who need assistance can continue living. The sociology of the community care system can consider this in many ways. It is an advantage of the sociology of the community care system.