

「地域包括ケアシステム」と討議倫理 —自立と連帯の観点から—

朝 倉 輝 一

2000年の介護保険制度導入以来、医療・社会福祉の連携・統合が模索され、現在は地域包括ケアシステムの推進・拡充が提唱されている。その理由は、単に給付サービスの増加に伴う国民の保険料負担や税負担増加に歯止めをかけることを第一義的な目的とするよりも、介護保険制度創設当初から在宅でのサービス提供を優先してきたことの結果であるとみなすべきである。大規模な収容施設を過疎地に建設して重度の要介護者や終末期高齢者を送り込み、そこで亡くなるまで暮らすという政策は採用しないという尊厳の尊重の根幹にかかわる信念、あるいは哲学といってもよい。それが最近の報告ではいかにされていない。本稿では、地域包括ケアシステムの沿革を簡単に振り返り、その中核的な概念の変遷と問題点を示し、自律と連帯を等根拠的な原理とする討議倫理の観点からとらえ直す。

keywords：地域包括ケアシステム、地域におけるケア、自律、連帯(ケア)、討議倫理

目 次

はじめに

1. なぜ今「地域包括ケアシステム」なのか
- 1.1 地域包括ケアシステムの社会的背景
- 1.2 地域包括ケアシステムの沿革と意義
- 1.3 地域包括ケアシステムとは何か
2. 「植木鉢の図」の変遷と「自助・互助・共助・公助」の意味の後退
- 2.1 「植木鉢の図」変遷の説明について
- 2.2 「自助・互助・共助・公助」について
3. 地域包括ケアシステムと討議の倫理
- 自律と連帯のあり方 -

はじめに

わが国は他国に先んじて超高齢社会化と少子化が同時進行しており、これに関連してさまざまな問題が論じられている。そのうち中長期的な展望を持ちながら取り組むべき喫緊の課題としては、医療・介護問題、あるいはもう少し広く取って社会保障制度の持続可能性をいかに保証するかという問題が挙げられよう。

2000年の介護保険制度導入以来、医療・社会福祉の連携・統合が模索されてきた。現在地域包括ケアシステムの推進が提唱されているのも、その流れの一環である。地域包括ケアシステム推進の理由は、今後施設での介護や看取りが増えるとい

う給付の増加が保険料及び税負担の増加につながり、将来的には国民がこうした負担に耐えられるのかという財源問題として論じられることもある。しかし、中学校区を最小単位とする看取りまで含めた在宅サービスが選択されたのは、単に国民の保険料負担や施設の税負担軽減を目的とするよりも、介護保険制度設立当初から在宅でのサービス提供を優先してきたことの結果である。

それを支えているのは、過疎地に建設された大規模な収容施設に重度の要介護者や終末期高齢者が送り込まれ、そこで最後まで暮らすという政策は採らないというこの制度の根幹にかかわる信念、いかえれば尊厳の尊重という哲学といってもよい。

こうした状況を背景として現在進められている医療・介護提供体制改革の主たる柱は、地域包括ケアシステムの推進・充実化と地域医療構想の策定である。特に、医療・介護体制の地域偏在の是正は大きな課題であり、これまでの病院完結型医療から地域完結型医療・介護体制への移行とその整備といった問題が重要な位置を占める。そこで本稿ではまず「地域包括ケアシステム」がいかなるものとして構想されているのか、その特徴は何かを論じ、それを踏まえてこのシステムの課題を

討議の倫理の視点からどうとらえるかについて論じていくことにする。

1. なぜ今「地域包括ケアシステム」なのか

1.1 地域包括ケアシステムの社会的背景

わが国の少子化と超高齢社会化は他の国に比して急速に進行している。介護保険制度が施行された2000(平成12)年当時、約900万人だった後期高齢者(75歳以上の高齢者)は2015(平成25)年には1400万人、いわゆる団塊世代が後期高齢者となる2025(平成37年)には2179万人(65歳以上3657万人)となり、彼らが全人口に占める割合が18.1%(同65歳以上30.3%)¹となることが見込まれる超高齢社会を迎える。そのため、これまで以上に高齢者に対する医療・介護の必要度が増大することは明らかである。そして、この社会はまた多死社会となることも明らかである。特に都市部を中心に後期高齢者数が急増するとともに、単身又は夫婦のみの高齢者世帯、認知症である者が増加することも見込まれている。

したがって、急性期中心の病院完結型の医療・介護観ではこうした新たな事態に対応できない。そのため、医療・介護一体改革において「国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題ある」²と謳われるに至ったのである。『平成28年度版厚労省白書』では、地域包括ケアシステムの背景として「疾病構造の変化や高齢化により『治し、支える医療』への転換と医療・介護・生活支援等の各種の多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図ることが求められている」³と背景についての説明がなされているように、医療と介護に優劣を設けたり、両者の没交渉な関係のあり方は否定されている。

これまでの社会保障制度を維持しながら、高齢者本人の意思が尊重され、また、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを可能とするためには、有限な社会資源を効率的かつ効果的に活用すること、言い換えれば「医療、介護、介

護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される必要」があり、なおかつ人口密度の違いなどを勘案すると全国一律のシステムではなく、各地域の実情に応じたサービスの構築が重要である。その核となるのが「地域包括ケアシステム」なのである。その意味では、地域包括ケアシステムとは、中央集権システム的に一律に提供されることを想定した医療・介護ではなく、あくまでも地域の独自性を尊重したサービスとして構想されていることは重要である。

本稿では、地域包括ケアシステムが提唱される以前の介護保険制度設立までの経緯や、地域包括ケアシステムが明確化される2011年の介護保険法改正(施行は2012年)と2012年医療・介護分野における診療報酬改訂までの詳しい経緯は割愛する⁴。

1.2 地域包括ケアシステムの沿革と意義

この概念の沿革についてはしばしば指摘されているように、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(略称「医療介護総合確保推進法」)で初めて使用されたのではない⁵。詳細は関連書に譲るとして、簡単にまとめておくと、地域包括ケアという言葉はすでに1984年に公立みつぎ総合病院(当時)院長山口昇が医療だけでなく、予防・リハビリテーション・訪問看護・介護・福祉を包括的に展開することの重要性を指摘したことで知られている⁶。また、さらに遡ると1971年に東京白十字病院の佐藤智院長(当時)のもとで開始された「寝たきり老人訪問看護事業」を発展させ、1990年に「ライフシステム」という在宅医療の組織を発足させた例が挙げられる⁷。島崎の指摘によると、こうした取り組みがなされた理由として「退院した患者の生活の質を維持・向上するため」であったという。そして「地域包括ケアや在宅医療は行政官の頭の中で創出されたものではない。地域医療を展開する過程で生まれた実践的な概念なのである。実際、地域包括ケアにせよ在宅医療にせよ、政策はこうした先駆的な取り組みをモデルに形成されていった面が強い」と指摘し、在野の取り組みを積極的に評価している⁸。

さらに、2003年「高齢者介護研究会」(座長

堀田力)が発表した「2015年の高齢者介護」報告書で地域包括ケアシステムの推進が提唱され、2008年の「地域包括ケア研究会」(座長 田中滋)では地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏)で適切に提供できるような地域での体制」⁹⁾と定義された。

こうした流れの中で「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(略称「医療介護総合確保推進法」)が成立したのである。

地域包括ケアシステムを整備することの意義を厚労省による「医療及び介護の総合的な確保の意義」¹⁰⁾に従ってまとめると以下のようなものとなる。

わが国における医療・介護の提供体制は、WHOにも評価されている国民皆保険を実現した医療保険制度と創設から17年を迎え、社会に定着した介護保険制度の下で整備されてきた。従来は、急性期疾患から慢性期疾患への疾病構造の転換が論じられてきたが高齢化の進展によって老人慢性疾患が増加し、再び疾病構造が変化していることが指摘されている。そのため、医療ニーズについて、「今後は病気と共存しながら生活の質(QOL)の維持・向上を図る必要性がこれまで以上に高まっている」(ibid.)。

介護ニーズについても、医療ニーズと切り離せない重度の要介護者や認知症高齢者の増加が団塊世代の高齢化に伴って見込まれており、医療・介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっているとあってよい。特に、認知症の状態に応じた適切なサービス提供に関して、人口密度などの地域性などに即して個別に確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことも必要である。

また、人口構造が変化していくので医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りながら両制度の持続可能性を確保していかなければならない。

このように、医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民一人一人の視点に

立って、「ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供される必要」(ibid.)がある。特に、高齢化が急速に進む都市部あるいは過疎地等各々の地域の実状に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との連携が重点に置かれるだろう。

このように、「利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義」¹¹⁾なのである。こうした「医療と介護の総合的な確保の意義」についての厚労省による説明については特に問題はないと思われる。

1.3 地域包括ケアシステムとは何か

地域包括ケアシステムという概念が法的に定義されたのは、2013(平成25)年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(通称「社会保障改革プログラム法」)の第四条第四項においてである。すなわち、「地域包括ケアシステム」とは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」。さらに2014(平成26)年の「医療介護総合確保推進法」(略称)、特に「地域における公的介護サービス等の計画的な整備等の促進に関する法律」が改正され「地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律」(「改正医療介護総合確保推進法」と略)第二条にも踏襲されている。

しかも、2015年には厚労省自身が「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現——新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」(「新福祉ビジョン」と略)の中で、「地域全体で支える力を再構築する必要がある」としたうえで、対象を「全世代・全対象型地域包括支援」に拡大す

ることを提唱していることは注意を要する¹²。確かに、この「新福祉ビジョン」は厚労省の公式文書ではなく、「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」の文書であるが、今後の地域包括ケアシステムを考える上で重要な文献と考えられる。というのは、この文書の中で「高齢者に対する地域包括ケアシステムや生活困窮者に対する自立支援制度といった包括的な支援システムを、制度ごとではなく地域というフィールド上に、高齢者や生活困窮者以外に拡げる」(6頁)あるいは「高齢者、障害者、児童、生活困窮者といった別なく、地域に暮らす住民誰もがその人の状況にあった支援が受けられるという新しい地域包括支援体制を構築していく」(同)としているからである。介護保険制度が施行されるにあたって、「家族の介護」から「社会の介護」¹³へとシフトすることが理念として掲げられていたが、さらに介護に限定することなく、広くケアととらえ「地域におけるケア」とでもいうべき構想を掲げているとみることができる¹⁴。以上に示してきたように、当事者によって非公式に語られていたに過ぎない地域包括ケアシステムについての定義が法的に明確化された意義は大きい。

しかし、「システム」という語から受けるイメージが、従来の医療と介護の縦割りというサービス提供のあり方にも影響されて、混乱して理解されているという指摘がある。この点も以下に確認しておきたい。

まず、「システム」という語が多くの人によって国もしくは厚労省によって監督・指示される全国一律のサービス提供であり、医療と介護は別枠である、あるいは地域包括ケアシステムが包摂する範囲は介護の領域であり、医療は地域医療構想に属するという理解がまだ根強いという指摘がある。しかし、二本が指摘しているように、介護に限定された全国一律のサービス提供というような意味での「システム」ではなく、先に示した「改正医療介護総合確保推進法」条文にもみられるように、むしろ地域性を生かした医療と介護の密接な連携によって成り立つ「ネットワーク」なのである¹⁵。ところが現在でも「地域包括ケアシステム」という名称になっている点も混乱を招く要因に

なっている。

2. 「植木鉢の図」の変遷と

「自助・互助・共助・公助」の意味の後退

地域包括ケアについて「植木鉢の図」で説明されることが多いので、その意味を簡単に説明し、2012年度のものから2015年度のものへの変遷のうち重要と思われるものを取り上げ問題点を指摘することにする。

2.1 「植木鉢の図」変遷の説明について

地域包括ケアシステムに関して、まず確認しておきたいのは、厚労省の現在のHP(2017年9月30日現在)に載せられている「植木鉢」の図(以下『H25版白書』)と比べると『平成28年度版厚生労



図1 「植木鉢」変遷図

(出典「平成27年『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(概要版)」より)

働白書』（以下『H28白書』）150頁所収の図表4-3-3「地域包括ケアシステムのとらえ方」の図ではいくつかの変更がある（図1を参照）。

特に植木鉢を支える皿には、2013(H25)年版では「本人・家族の選択と心構え」¹⁶となっているのに対し、『平成28年度版厚生労働白書』では「本人の選択と本人・家族の心構え」¹⁷に変更されており、本人の選択が最も尊重されることがはっきり打ち出されており、個人の尊厳を守る基本的な理念として本人の選択が強調されている点は評価されてよい。ただし、すでに『平成28年度版厚生労働白書』が公開されているにもかかわらず、現状では両者が混在しており、混乱をもたらす。以下に図1を使って説明する¹⁸。

まず全体的な説明をすると、「植木鉢の図」は地域包括ケアシステムの5つの要素が有機的に関連していることを図示したものである。図1の2015年度の植木鉢のほうで説明する。生活の基盤を意味する「すまいとすまい方」は「植木鉢」で示され、その植木鉢を支えると同時に全体を支えている「皿」が「本人の選択と本人・家族の心構え」である。「すまいと住まい方」の具体的なあり方が「土」として表現されている「介護予防と生活支援」である。その「土」を栄養として育つ植物が「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保険・福祉」であり、これは専門サービスを指す。

一般にケアというと葉の部分に当たる専門サービスに目を奪われがちだが、そうした専門サービスが成り立つには本人の尊厳と生活の質を支える生活の基盤としてのすまいとすまい方、それを継続的に支える介護予防・生活支援があること、さらにそうした目的を具現化する根本的な土台としての本人の選択と本人・家族の心構えがあるということを示している。

もう少し具体的に2012年度の植木鉢と比べてみよう。まず、根本的な土台としての皿の部分から見てみよう。2012年度版の「本人・家族の選択と心構え」が2015年度版では「本人の選択と本人・家族の心構え」に変更になっている点について、『報告書』では個人の地域生活の継続の基礎として組み込まれたが、本来「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して本人・家族が

どのような心構えを持つかという観点から変更されたという。この変更そのものは理念として妥当であるものの、説明の最後に「家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態になっても本人の生活の質を尊重することが重要である」（15頁）¹⁹としている点は、「家族の介護」から「介護の社会化」へ、さらに進んで「地域におけるケア」へという転換を推進しようとしている状況を考えた場合、地域や社会へと開かれたケアへの流れと一人ひとりの個人の身体を一つの「身体」へと閉じ込めることにつながらないか、注視する必要があるのではないか。というのは、この図における家族の範囲が不明確だからである。この点について二木は田中滋が「日本医師会医療政策会議平成26・27年版」所収の論文や最新のインタビューで、「家族とは配偶者を指す」こと、「独立家計を営む成人した子どもは別な主体あるいは親族とみなすべきだ」と踏み込んで発言していることを評価している²⁰。

次に、葉の部分の「保健・予防」から「保険・福祉」への変更、また「生活支援・福祉サービス」から「介護予防・生活支援」への変更については関連性が強いのでまとめて説明する。2015年度より要支援者に対する介護予防が介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、生活支援と介護予防が一体的にかつ多様な主体によって提供されることを踏まえた変更である（13頁）。

すなわち、介護予防はそれ独自のものとして提供されるのではなく、「自助や互助などの取り組みを通して社会参加の機会が確保され」、生活支援の一環として行われることを意味する。これに対して重度化予防や自立支援のための生活機能の改善は生活リハビリテーションを中心に専門職間の多職種連携によるところが多いため専門職の役割として残っている（14頁）。

島崎はこうした植木鉢の図によって地域包括ケアシステムを理解するよりも、「包括性」「継続性」「地域」に着目したほうがよりその本質をとらえることができると指摘している。すなわち、「包括性」とは、人の生活は全体として成り立っていることを踏まえて、医療・介護のサービスはその人の生活全体を支えるという視点を指す。「継続

性」とは、人の生活は老化など連続性を保ちつつ変化していくものなのでサービス提供にあたっては一貫性を維持しつつ変化に対応できる柔軟性を指す。最後の「地域」とは、人の生活は住み慣れた場所で日常的・継続的に営まれるという視点に立つということの意味する²¹。島崎は地域包括ケアと在宅医療を区別しているが、地域包括ケアシステムとは「医療・介護・予防・すまい・生活支援のサービスの切れ目ない提供」として構築されることが目指されている以上、もはや地域包括ケアと在宅医療をそれぞれ独立のものとして理解することはできないのではないかと²²。

2.2 「自助・互助・共助・公助」について

次に、植木鉢の図とともに地域包括ケアシステムの重要な概念として「自助・互助・共助・公助」が挙げられている。

まず、この概念について最新の『平成28年度版地域包括ケア研究会報告書 - 2040年に向けた挑戦』²³から見ていくこととする。それによると、費用負担の面からみると、「公助」は一般財源による高齢者福祉事業や生活保護などの税による負担を指し、「共助」は介護保険や医療保険などのようリスク共有による被保険者の負担、「自助」とは自らの健康管理も含む自分のことを自分ですることだが、同時に市場サービスの購入も含まれる、としている。「互助」がここで説明されないのは相互に支えあうという意味では共助と同じだが、費用負担が制度的に裏付けられていない近隣地域住民やボランティア活動に支えられている自発的な支援だからである。

この報告書で注目すべきなのは、自助に家族を含めるような傾向は消えたものの²⁴、「時代や地域性に伴う変化」という項目で、三世同居世帯を標準として伝統的な家文化に支えられた「家族介護」からの転換をはっきり認めながらも、逆に超高齢社会化によって郊外型団地を典型例とする高齢者の単身世帯の増加などを理由に共助・公助にシフトしていくことの困難さを明確に打ち出し、自助・互助への期待を表明している点にある(50頁)。すなわち、都市部では住民間のつながりが薄いのがゆえに意識的に「互助」の強化・地域づ

くりをしていかなければ「互助」が維持できないが、同時に民間サービス市場も大きいので「自助」によるサービス購入に頼ることも可能だとしている。それに対し、都市部以外では住民の結びつきが強いので「互助」の果たす役割は大きいと期待できるが、民間サービスは限定的であるとしている(51頁)。これら四つの概念の役割分担や意味は時代や地域で変化していくとし、次のようにまとめている。「『共助』『公助』を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することはむつかしいだろう。その意味でも、今後は、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取り組みを進めていくことが必要である」(同上)としている。

この平成28年度版では、評判の悪かった「自助」に家族を含めることを断念したが、かえって、少子高齢化と財政状況および高齢者などの単身世帯の増加を理由に「自助」・「互助」を強調する方向に転換している。そのため、この報告書は「自立支援」偏重に流れ(52頁)、以前の『報告書』にみられた「尊厳の保持」と「自立生活の支援」が同格で述べられたことからの後退であることは明らかである²⁵。平成28年度版報告書では基本理念の提示はなくなり、大項目としては3番目で「3.『尊厳の保持』と『自立支援』を守る予防」の3番目の小項目「自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある」にまで落とされている。しかも、2番目の小項目で「地域共生社会」の実現が社会の目的とされたのだから、高齢者に限らず障がい者や子育て中の地域住民にも「尊厳の保持」と「自立支援」は当てはまるとしているのに、予防は高齢者に限定しているという矛盾を抱えていることは指摘しておきたい。自立支援だけが尊厳の保持ではないことは容易にみて取ることができるはずだからである。

したがって、家族介護から介護の社会化を経て地域によるケアへの転換という意味での「地域包括ケアシステム」推進も、じつは国民一人一人の個人としての尊厳の保持は「自立支援」としての本人の意志決定支援、すなわち「あくまでも本人の(表出しない潜在的なものを含む)意思に基づ

く生活への支援」へと切り詰められたのである。

以上、地域包括ケアシステムを説明する際に用いられる「植木鉢の図」と基本概念としての「自助・互助・共助・公助」の『報告書』での説明とそれがはらんでいる根本的な問題点を挙げてきた。地域包括ケアシステムを国民一人ひとりの自律と連帯の両立を目指す新しい試みとして理解すると、討議倫理的な観点から問題点の指摘と提案ができるのではないかと思われる。

3. 地域包括ケアシステムと討議の倫理

- 自律と連帯のあり方 -

討議の倫理の根幹をなす概念は自律と連帯であり、両者は等根源的であるとされている。自律とは単に自分のことが自分でできる生活だけのことを意味しているのではない。日常行動について支援を受けても自律はある。したがって、自律と連帯は切り離せるものではないのである²⁶。

介護保険制度がスタートするにあたって、社会の実態に合わない三世代家族をモデルとする家族介護から社会による介護あるいは介護の社会化への転換の必要性が謳われたことは先に指摘した。

その際、要介護者・障がい者が施設内に封じ込められることで彼ら・彼女らの社会的な活動が大きく制限されことになり、その制限から逸脱することが問題行動として多くの人には映るようになるのではないかと指摘する者があったことも紹介した(注13を参照)。その指摘するところの意味は、こうした見方が、実は要介護者に対することに限られたことではなく、ダイエットや介護予防に典型的に現れているように、我々自身が身体への関心を単体としての身体の問題として考えていることの証しではないかという問題提起をはらんでいるのである。つまり、個人の存在とはその私的な身体のうち閉じ込められて受けとめられているということである。その一方で、ケアのもつ身体相互を通じた社会的な交わりが、輸血、脳死を前提とした臓器移植、人工臓器、出生前診断、遺伝子治療など、現代医療のテクニカルな装置に組み込まれ、病院や健康保険制度を中心とする行政的な管理システムに代理されるようになっていく。その意味で、私達の存在がばらばらに分断さ

れて、その社会性を弱体化させられているといつてよい。

『H27報告書』における自助・互助の強調は、一面では財政的な問題を経済・社会的に放置することを前提としたうえでの議論であるが、同時に自律と社会的連帯(および両者の深い結びつき)がいかにかんげつけられやすいかということの証しでもある。

『H27報告書』は自立支援を強調するが、感情を深く巻き込むケア全般が同時に専門職としての社会的労働でもあることの不安定さを無償のボランティア精神の崇高さ、あるいは「ケアするものがケアの中で癒される」といった心理的満足にすりかえられ、今日でさえ大きな問題となっている医療職を除くケア労働者の低賃金を正当化する口実とさえされていることを見落としてはならない。介護の社会化は、現状においても決して利用者に対する切れ目ない支援として働いているわけではない。在宅支援に典型的にみられるように、24時間365日切れ目なくヘルパーや看護師が付き添うわけではなく、利用者の財政状況に左右されながら、細切れに利用されているにすぎない。そして、その合間を埋めるのは今まで通り「家族」であるという前提がある。

言いかえれば、利用者(高齢者や障がい者など)が心身の状態に変化があった際の対応・処置の判断や手配は家族の精神的・肉体的負担にかかっており、社会化されているとは言えないのである。したがって、最新の『報告書』が高齢者であるか否かを問わず単身世帯の増加を理由に「自助・互助」を強調することは、本来の理念である自律と連帯をとともに毀損することになるのである。自律は社会的な支えがあって初めて成り立つものであり、自律を支える連帯は互助に求めるべきではなく、共助・公助としてシステムとして確立されるものなのである。それは介護保険法の当初の理念にも合致するはずである。地域包括ケアシステムとintegrated careとの関係については別の機会に論じることとする。

(本稿はJSPS科研費課題番号16K11992の助成を受けて作成された)

- 1 厚労省「地域包括ケアシステム」「今後の高齢人口の見直しについて」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf
- 2 この表現の代表的なものとして以下。
厚労省「医療と介護の一体的な改革」<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/04houshin.pdf>
厚労省「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（総合確保方針）平成26年告示、平成28年一部改正 <https://web.pref.hyogo.lg.jp/f15/documents/04houshin.pdf>
- 3 労省『平成28年度版厚生労働白書』146頁 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-04_03.pdf
- 4 以下を参照。筒井孝子『地域包括ケアシステムのサイエンス』社会保険研究所、2014年、16-21頁
- 5 以下の文献では地域包括ケアシステムの沿革や歴史的経緯についての説明がある。
二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、2015年、3頁
二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017年、20頁
島崎謙治『医療政策を問いなおす』ちくま新書、2015年、161頁
島崎謙治「地域包括ケアとは何か」『看護白書平成26年版』日本看護協会出版会、2014年、2頁
- 6 山口昇「包括医療への果てしなき夢」『厚生福祉』3287、1984年、2-6頁
- 7 佐藤晋『在宅医療の真髄を求めて』日本評論社、2000年
- 8 島崎謙治『医療政策を問いなおす』161頁
- 9 『地域包括ケア研究会報告書』地域包括研究会、6頁、http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/ho522-1_0001.pdf.
- 10 厚労省「医療と介護の一体的な改革」参照<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- 11 *ibid.*
- 12 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikaku-ka/bijon.pdf>
- 13 「介護の社会化」は、介護保険法第一条「国民の共同連帯の理念に基づき」「(要介護者が——引用者) 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」、また同第四条「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担する」という条文に示されている理念を指す。
また、介護の社会化がはらむ問題点としては、鷲田清一「介護の社会化 身体相互の貧困な関係性 当事者の苦境語る言葉を」（朝日新聞2000年3月29日付夕刊）。
- 14 厚労省によるこの構想を integrated care と community-based care の組み合わせとしてとらえ「地域による介護」と表現しているものもある。筒井孝子前掲書31頁 integrated care を構成する中核概念の一つとして「規範的統合」は『2015年度報告書』では「地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有」「数量的に評価できる具体的な目標を設定し、関係者間での共有」あるいは「『どのような地域社会を作りたいのか』という理念とその進捗を評価する具体的な『目標と指標の設定』」などに変更されている。
- 15 参照：二木立『地域包括ケアと地域医療連携』6-7頁
- 16 参考例として厚労省 H P 地域包括ケアシステムを説明する図として以下を挙げる。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf
この図は2017年9月24日現在当該HPから直接リンクが貼り付けてある。出典は、注12の出典元である三菱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』平成25年度報告書。以下では『H25白書』とする。
- 17 『平成28年度版厚生労働白書』150頁図表4-3-3。または http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-04_03.pdf 5/55 図表4-3-3 出典：「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』。http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年）（以下『H27報告書』）。<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>
- 18 「植木鉢」図の変遷については以下を参照。
http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1_03.pdf 3/7、『H27報告書』（概要版）より抜粋。
「植木鉢」図の変遷に関する説明としては以下を参照。徳島県地域包括ケアシステム学会 (<https://www.toccs.jp/article.php?aid=148>)。また、ダイヤモンドオンライン

「介護のあるべき方向性を示す『地域包括ケアシステム』とは？」(<http://diamond.jp/articles/-/92660?page=2>)など。

個人ブログは割愛。

「植木鉢の図」の説明については、以下を参照：島崎謙治前掲書159-160頁および二木立『地域包括ケアと福祉改革』25-31頁

19 『H27報告書』15頁

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>

以下、同報告書からの引用は煩瑣を避けるためページ数のみ本文に記す。

20 二木立『地域包括ケアと福祉改革』30頁

21 島崎謙治前掲書160頁

22 これに関しては通称「社会保障改革プログラム法」で同趣旨が謳われている。また、2013年の『地域包括ケア研究会報告書』で医療か介護の一体化が主張されていることも参考となる。以下を参照：http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf 特に第1章「地域包括ケアシステムの理念」

23 『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報告書地域包括ケア研究会報告書－2040年に向けた挑戦－』（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）、2017年3月。引用は以下のHPで公表されている頁数を本文中に記す。http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf

24 参照：二木立『地域包括ケアと福祉改革』29頁

25 前掲『平成25年度版報告書』3頁。地域包括ケアの基本理念の最初の項目は「『尊厳の保持』と『自立生活の支援』」である。「H27報告書」では基本理念の提示はなくなり、3番目の項目「『尊厳の保持』と『自立支援』を守る予防」の「3. 自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある」という表現に変えられている。

26 J.Habermas, Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt am Main, Suhkamp, 1991. 朝倉輝一他訳『討議倫理』法政大学出版局、2005年。また、拙著『討議倫理学の意義と可能性』法政大学出版局、2004年。