

# 保健・医療・福祉サービスの総合的提供に関する考察

## －保健・医療・福祉サービスの問題とその克服－

林 孝 之

### A study on the synthetic supply of health, medicine and welfare services

－Problems and conquests of health, medicine and welfare services－

Takayuki HAYASHI

#### はじめに

筆者は高齢者在宅福祉に携わっていた中で、保健・医療・福祉サービスが別個に提供された事例に数多く接してきた。例えば「疾病により厳しい塩分制限を必要とする痴呆性要介護高齢者に対し、通所サービスでは要介護者が望んでもあの手この手で食事制限を行っていたにもかかわらず、他事業者は要介護者が不穏になってはいけなくと本人の好む塩辛い食物を食べさせ続けた」等。本稿の主要な問題意識はその事例に象徴されるように、保健・医療・福祉サービスが別々に提供され連携が欠如しているところにある。

保健・医療・福祉サービスが連携していないという問題は、今日になってみられた問題ではない。例えば「縦割り行政」(前田;1990, p5)、「専門職間のナワバリ意識」(山手;1996, p125)等、介護保険制度施行以前から解決するべき事柄として議論されてきた。

しかしながら、介護保険制度施行以後、わが国における保健・医療・福祉サービスの総合的提供に関する研究は、保健・医療・福祉サービスの調整を行う専門職として制度化された介護支援専門員の調整能力に着目したものが多く見受けられる。確かに介護支援専門員は、総合的なサービスの提供を行う上で中心的役割を果たす。その意味では資質を問うことは重要であろう。だが、保健・医療・福祉サービスの総合的なサービスの提供に関

する研究においては、保健・医療・福祉サービスの特質を踏まえた議論があつてよいのではないか。

そこで本稿は、わが国の保健・医療・福祉サービスを振り返り、その問題を明らかにする。そしてその問題を克服し、要介護高齢者に対し保健・医療・福祉サービスを総合的に提供するための課題を考察することを目的とする。

#### 1、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービス

##### 1) わが国の要介護高齢者の問題

要介護高齢者の問題とは、保健・医療・福祉サービスの総合的なケアの需要が、疾病構造・障害構造の変化と患者・障害者の生活構造の変化との両面から増大しつづけているという問題である。

山手茂(1996, p170-171)は、要介護高齢者の問題を「高齢化・長寿化と疾病構造・障害構造の変化－ケア・ニーズの増大」と、「生活構造の変化(都市化・核家族化・個人化)－社会的支援ニーズの増大」の2点に要約する。

「ケア・ニーズの増大」とは、「高齢化は、伝染病・急性期疾患に対する予防・治療が効果を上げ、死亡率が低下して寿命が伸びたために実現したのであるが、その反面、慢性疾患患者・障害者・虚弱老人など保健・医療・福祉サービスを総合したケアを必要とする人々を増加させている」ということである(山手;1996, p170)。つまり、要介護高

高齢者は、疾病や障害、生活困難があっても、住み慣れた家庭や地域社会の中での、ノーマルな生きがいのある自立生活を送るために保健・医療・福祉の総合的なサービスを求めているが、近年そうしたニーズを持つ高齢者が増加しているのである。

一方、わが国において情報化・サービス経済化など産業・経済構造の変化が進展するにともなう、都市的生活様式が国民に浸透し、高齢者核家族・高齢者単身生活者が増加し、女性の高学歴化・雇用労働者化が進むなど、国民の生活構造やライフスタイルの変化が進展している。「社会的支援ニーズの増大」とは、こうしたわが国の生活構造の変化に伴って、「伝統的な「家族介護」に期待することができなくなり、「家族介護への社会的支援」「老人・障害者の自立生活への社会的支援」のニーズが増大している」ということである（山手；1996,p171）。

以上、わが国の要介護高齢者の問題を要約すると、高齢化・長寿化と疾病構造・障害構造の変化を背景に、保健・医療・福祉の総合的ケア・ニーズが増大しているということと、生活構造の変化（都市化・核家族化・個人化）を背景に、家族に代替し個人の自立を保健・医療・福祉の面から社会的に支援するニーズが増大しているということがいえる。なお、本論において「総合的サービス」とは、主に在宅要介護高齢者のケア・ニーズと社会的支援ニーズを充足するサービスである。

## 2) 保健・医療・福祉サービスの対応

在宅で生活する要介護高齢者の保健・医療・福祉サービスの総合的なケア需要の増大に対し、わが国の施策は保健・医療・福祉サービスをそれぞれ拡充する方向に進展した。本節では、戦後わが国の老人保健・医療・福祉のあゆみについて、平成10年11月に総理府社会保障制度審議会事務局が公開した以下の報告から、介護保険制度施行以前の、わが国の保健・医療・福祉サービスの対応について概観しよう。

「戦後、夫婦と子供で構成される核家族が増加し、家族が担ってきた老親扶養の仕組みが

変化することとなった状況に加え、高齢者の増加が予測される中で、福祉政策を総合的に進めるための制度の整備が進められ、老人福祉法が1963（昭和38）年に制定された。同法の制定により、低所得者である高齢者に限定された政策から、所得の多寡に関わりなく社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする政策へと転換が図られ、特別養護老人ホーム、訪問介護（ホームヘルパー）等が制度化された。

高度経済成長期は、高齢者の保健福祉の各種施策の充実が図られた時代であった。その一環として、1973（昭和48）年から、70歳以上の者を対象に医療保険の自己負担分を公費により補填する制度（老人医療費の無料化）が行われた。しかしながらこの制度は老人の負担を軽減した一方で、老人医療費の急激な増大をもたらし、これが高齢者を制度上多く抱える国民健康保険を直撃し、その財政悪化を引き起こした。

このため、1982（昭和57）年に、老人保健法が制定され、各医療保険制度間の負担の公平を図る観点から、各制度が老人医療費を賄うための拠出を行うこととし、老人医療費について、一定額を受給者本人が自己負担することとなった。また、老人に対する診療報酬を別建てとするとともに、40歳以上の者を対象とする健康診査等の保健事業が制度化され、地域住民に最も身近な市町村において成人病対策の積極的な展開が図られることとなった。

また、高齢化が進む中で、いわゆる社会的入院の増加状況を改善するため、1986（昭和61）年には、治療よりもむしろ看護・介護等を中心とした医療ケアと生活サービスを必要としている要介護老人を対象とした老人保健施設が創設され、また1991（平成3）年には、老人訪問看護制度が創設された。老人福祉においては、1970年代後半に、介護の必要な高齢者を老人ホーム等の施設に入所させる短期入所生活介護（ショートステイ）

事業や日帰り介護（デイサービス）事業が開始されたほか、介護を必要とする高齢者の家庭を訪問し、身の回りの世話をを行う訪問介護員（ホームヘルパー）が増員された。

さらに、介護を必要とする高齢者ができる限り自立し、住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるような介護サービス体制を整備するため、1989（平成元）年に高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）が策定され、在宅福祉サービス・施設サービスの充実や寝たきり予防の推進が図られることとなった。1994（平成6）年には、ゴールドプラン策定後のニーズ増に対応するため、新ゴールドプランが策定され、高齢者介護サービス基盤の整備が進められることとなった。

1997（平成9）年には、寝たきりや痴呆などの要介護者の増加に対応して要介護者及びその家族を社会的に支援するシステムとして、介護保険法が成立し、2000年度から施行されることとなった。」

以上、介護保険制度施行までの老人保健・医療・福祉サービスの変遷について簡単にふれた。その歩みを振り返るならば、増大する要介護高齢者の保健・医療・福祉ニーズに対し、わが国の高齢者施策は戦後の救貧対策中心の選別的対応から高齢者全てを対象とする普遍的対応へと変遷したということ、また、老人保健・医療は老人保健法を中心とする制度が、老人福祉は老人福祉法を中心とする制度がそれぞれ対応してきたものの、ニーズの増大に対応して幾度か改正や整備が行われてきたということである。

## 2、保健・医療・福祉サービスの構造と問題

### 1) 要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの構造

ここで、要介護高齢者と保健・医療・福祉サー

ビスについて構造的に把握してみよう。

岡村（1983,p82）は、すべての個人が社会人として生活してゆく場合に、避けることのできない要求を「社会生活の基本的要求」と呼び、要求の内容を「(a) 経済的安定、(b) 職業的安定、(c) 家族的安定、(d) 保健・医療の保障、(e) 教育の保障、(f) 社会参加ないし社会的協働の機会、(g) 文化・娯楽の機会」と整理する。それらの要求は生理的欲求や心理的欲求などの人間の基本的欲求と区別される、社会的存在としての人間の社会生活上の必要不可欠な基本 requirement であるから、全てが満たされなければならない。

ところが現代社会は、「高度の分業社会であるから、社会生活の基本的要求を充足させるための各種の社会制度もまた専門的に分化・発展してきた」（岡村;1983,p84-85）。そのため、岡村（1983,p86）は、現代社会において個人は、「社会生活の基本的要求」の全てを充足するために、「多数の社会制度との間に多数の社会関係をとりむすばなくてはならない」という。つまり、個人は基本的要求をトータルに満たすために、主体的に制度と関係を取り結ぼうとする構造があるのである。

しかし、岡村（1983,p86）は社会制度の特徴として、「社会生活の基本的要求」を充足すると同時に、「個人に対してその地位に応じた「役割(social role)」を果たすことを要求することで、社会自身の存続・発展を可能にする組織でもある」と指摘する。

そのため社会制度は、個人の生活上の要求を充足する場合に、例えば年金を受給するならば年金保険に加入し一定額の保険金を支払っていること、また医療を利用するなら医師に診療を受け指示どおりの療養を行うこと等、個人に対して一定の「役割」を課すのである。しかも、社会制度は専門分化されているから、社会から要求される役割は、制度ごとに異なり、例えば保険金を支払うことと医師の指示を守ること等、相互にまったく関連しない。さらに、それらの「役割」は制度自身の論理と建前によって規定されるから、個人の主観や希望を超えた客観的なものであり、制度ごとの運営方針により絶えず変化する。つまり、社会制度

は制度独自の役割を果たした個人に対し、客体的にその要求を充足する。

しかしその役割は、制度ごとに異なり、したがって社会制度は、保健は保険制度、医療は医療制度等、個人に対して別個に機能するのである。つまり、個人の社会生活の基本的要求の充足に関して、個人の要求全体の視点から主体的に各社会制度を規定する側面と、一方で諸制度が各々の役割期待に沿って個人の要求を客体的に規定する側面がからみあっているのである。個人と社会制度のこうした構成を、岡村（1983,p88）は社会関係の「二重構造」と呼ぶのである。

以上の引用から、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスについてみてみよう。

まず、わが国の要介護高齢者は、保健・医療の保障等のケア・ニーズや家族的安定等の社会的支援ニーズ、すなわち「社会生活の基本的要求」を持つ。

一方、他の社会制度と同様、わが国の保健・医療・福祉サービスもまた、要介護高齢者のニーズの増大にあわせて専門分化・拡大してきた。

そのため要介護高齢者は、保健・医療・福祉サービスを総合的に満たすために、専門分化したサービスをそれぞれ利用しようとする構造があると考えられる。

また、社会制度と同様に保健・医療・福祉サービスもまた、要介護高齢者のニーズを充足する場合に、例えば措置にあたり要件を満たしているか、医療を受けるにあたり医師の指示を遵守するか等、要介護高齢者に対して一定の「役割」を課している。しかも、要求される役割は、保健・医療・福祉サービスごとに異なり、相互にまったく関連しない。さらに、それらの「役割」は保健・医療・福祉サービス自身の援助方針によって規定されるから、要介護高齢者の主観や希望を超えた客観的なものであり、保健・医療・福祉サービス事業所ごとの運営方針等により絶えず変化する。

そのため、要介護高齢者は自らのニーズを満たすために、保健・医療・福祉サービスから別個に要求される役割をそれぞれ果たさなければならない。例えば筆者のかかわったある事例では、医師

から褥瘡を防止するため長時間椅子に座らないようにするという役割を期待される一方、訪問介護員から、日常生活の自立のためにベッドから起きて車椅子で過ごすようにするという役割を期待された利用者がいた。この場合、利用者は「長時間座位姿勢をとらない」、「日中は離床する」という、医療機関と福祉機関から互いに矛盾する役割を要求されることになる。この矛盾の原因は、医療機関の医師や福祉機関のホームヘルパーが、他分野から高齢者に要求されている役割とは無関係に役割を要求するところにある。

つまり、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの関係には、次のような二重の構造があるといえる。それは、一つに要介護高齢者からみれば、自らの保健・医療・福祉ニーズを満たすために保健・医療・福祉サービスをそれぞれ利用しなければならないという関係、今一つに保健・医療・福祉サービスからみれば、要介護高齢者の保健・医療・福祉ニーズについて専門領域ごとに別個に対応しているにすぎないという関係である。

## 2) 保健・医療・福祉サービスの問題

保健・医療・福祉サービスの問題としてよく取り上げられるものに「制度間の不整合」がある。「不整合」の辞書的意味は「矛盾していること」である。本稿の関心に引き付けるならば、「制度間の不整合」とは、保健・医療・福祉の総合的サービスという面からみた制度間の矛盾を指す。

では、その矛盾の内容はどのようなものか。『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年4月）は、「制度間不整合」の内容について「施設ケアにおける制度間の差」と、「各サービス間の連携の欠如」の2点を示している。

前者は、施設ケアにおいて、実態的には同程度の介護が必要な高齢者が、特別養護老人ホーム、老人保健施設、老人病院といったように、本来異なる機能を有する施設に入所しているということと、これらの施設が利用手続きや利用者負担もそれぞれ異なっているということであると説明されている。特に、医療施設に比較して福祉施設の整備が遅れていたということと、中高所得層の高齢

者にとって福祉施設に入所するより医療施設に入院するほうが費用負担を少なく済ませられるということにより、結果として医療費の増大を招いたことはよく知られている。そして後者は、保健・医療・福祉のサービスは保健・医療・福祉それぞれの制度にまたがっており、高齢者のニーズに即した総合的なサービスの提供に欠ける面があるということである。

本稿の目的は、保健・医療・福祉サービスの問題を明らかにすることである。そのため、本稿では、総合的なサービスの提供に欠けるという問題を生じさせている「各サービス間の連携の欠如」に着目して、保健・医療・福祉サービスの問題を考えてみたい。

まず、「連携」について。連携とは、同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うという意味であるが、保健・医療・福祉における「連携」とは、前田（1990,p13）の「異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をする」という定義が広く用いられている。

「異なる分野」の構成であるが、前田は「連携」（1990,p13）の構成要素に「全ての地域内社会資源」をあげている。本稿の内容に即していえば、保健・医療・福祉サービスということになる。

「連携」における目的について前田（1990,p15-16）は「究極的には、サービスの受け手である患者や住民あるいは事業の対象者の健康と生活を、より十分に保障することである」と続けている。要約すれば、「連携」における目的とは、ニーズを総合的に充足することであるといえる。

つまり、保健・医療・福祉各サービス間の「連携」とは、保健・医療・福祉サービス機関や従事者等の社会資源が、要介護高齢者の総合的なニーズの充足という一つの目的に向かって互いに連絡・協力しあいながら一緒に支援にあたること、であると考えられる。

次に、保健・医療・福祉のサービスは保健・医療・福祉それぞれの制度にまたがっているということであった。このことは、先にみた、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの二重構造から生じたものと考えられる。分業の進んだ保健・医

療・福祉サービスは、要介護高齢者の保健・医療・福祉ニーズについて専門領域ごとに別個に対応しているから、各サービス間の連携が欠如しているのである。

そして、そのことから高齢者のニーズに即した総合的なサービスの提供に欠けるという。このこともまた、先に本稿がみた、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの二重構造から生じたものと考えられる。要介護高齢者からみれば、自らの保健・医療・福祉ニーズを満たすために保健・医療・福祉サービスをそれぞれ利用しなければならないにもかかわらず、保健・医療・福祉サービスは要介護高齢者の総合的ニーズについてばらばらに対応しているのである。

つまり、保健・医療・福祉サービス間の連携の欠如とは、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの関係における構造上の問題を原因に、総合的なサービスの提供ができないということである。

わが国の保健・医療・福祉サービスは、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの構造的要因により、在宅で生活する要介護高齢者が総合的な保健・医療・福祉サービスを必要としているにもかかわらず、保健・医療・福祉サービスは連携が欠如し、要介護高齢者に対しそれぞれ別個に提供しているという問題をはらんでいるといえる。

### 3、保健・医療・福祉サービスの問題の克服に向けて

#### 1) 社会福祉的援助

岡村は、個人と社会制度の二重構造を踏まえ、社会関係の主体的側面の困難に着目する援助として、「社会福祉的援助」を提唱している。

まず、岡村（1983,p91）は「社会福祉的援助」を「社会関係の主体的側面の困難に着目する援助」とであると定義する。

次に、社会福祉的援助の構成について岡村は、①社会性の原理、②全体性の原理、③主体性の原理、④現実性の原理の4つの原理により構成されるとする。

①社会性の原理について岡村(1983,p96)は「社会福祉的援助は、援助対象者の宗教や思想のいかんにかかわることなく、彼の社会関係の困難のみを問題とし、これを純粹に援助するのである」という。つまり、社会性の原理とは、生活問題を個人と社会制度との関係、すなわち社会関係の中でとらえ、援助していくということである。

②全体性の原理について岡村(1983,p98)は、「社会福祉的援助において重要なことは、社会生活上の基本的要求を充足する重要な社会関係の困難が、どのように重複しているか、あるいはA社会関係の困難がB社会関係にどのように影響しているかを発見し、これを取りのぞいて、多数の社会関係が調和するように援助するのである。」という。つまり、社会福祉的援助は、利用者の社会生活上の困難を社会関係とのかかわりの中で全体としてとらえ、個人が取り結ぶ複数の社会関係が具体的に調和を持って把握できる現実的な援助でなくてはならないのである。

③主体性の原理について岡村(1983,p100-101)は、「社会福祉的援助は、個人や集団の生活上の困難の自主的な解決をめざす制度であるとともに、専門分業制度や施策は生活主体者の主張と参加を単なる形式的なものとしてではなく、個人の社会喚起への主体的側面の表現であることを理解して、自己の狭い専門的視野の欠陥を是正することに努めなくてはならない」という。つまり、社会福祉的援助は、一方で利用者の自己決定の支援であると共に、他方で社会制度の内容や質を高めるため、これを変革するように働きかけなくてはならないのである。

④現実性の原理について岡村(1983,p101-102)は、「社会福祉の提供するサービスは、何よりもまず生活問題の実際の解決をそのうちに含んでいなくてはならない」という。つまり、社会福祉的援助は一定の効率や能率を求めながらも、現実を利用し得る社会資源とのかかわりで解決していかねばならないのである。

そして、社会福祉的援助の機能について岡村は、

(1) 評価的機能、(2) 調整的機能、(3) 送致的機能、(4) 開発的機能、(5) 保護的機能の5点をあげ

る。

(1) 評価的機能について岡村(1983,p118)は、「援助の開始に先だて、まず問題の実態や原因を明らかにしなければならない」という。つまり評価的機能とは、生活困難が社会制度の欠陥なのか、それとも個人の主体的側面に体现する欠陥なのかを明らかにすることである。これには、アセスメントとも呼ばれる「事前評価」と、援助終了後、あるいは援助途中のフィード・バックである「事後評価」が含まれる。

(2) 調整的機能について岡村(1983,p120)は、「個人の持つ多数の社会関係が相互に矛盾することによって起こる生活困難を修復する機能である」という。そしてこの機能は個人に、社会制度に、そして地域社会全体に対して働くのである。個人に対する調整的機能について岡村(1983,p120)は「個人に向かって矛盾する役割を要求されるような生活状況を、前述の評価によって明らかにし、本人にこの実施を認識させることからはじめられる」という。

社会制度に対する調整的機能について岡村は(1983,p121)「両立しない役割を個人に要求する専門分業制度の関係機関や専門家に対して、社会関係の矛盾によって起こっている生活困難や生活状況を説明して、制度の側の要求基準を緩和させたり、また家族や近隣集団を対象とするばあいは対人的態度や人間関係の条件を変更させるのである」という。

そして、地域社会に対する調整的機能について岡村(1983,p121)は、ばらばらな社会制度に対し、「専門分業制度機関を組織化して、ひとつの協議会を結成させ、協議会の場において相互に連携をとりながら、矛盾した事業方針を改めさせ、すすんでは住民の社会関係の全体的調和に配慮した要求基準による共同計画をもつようにする」という。なお、ここでいう「協議会」とは社会福祉機関・団体によって組織されるのではなく、地域の各種の生活関連施策の機関・団体の代表者によって構成されるのである。

(3) 送致的機能について岡村は(1983,p122)、「欠損した社会関係を回復させるか、あるいはそれに

代わる新しい社会関係を見いだすように援助する機能である」という。つまり、社会福祉的援助は社会制度の運営方針を改めさせるか、あるいは個人の生活困難に対応する新たな社会制度を利用して、実際にサービスを送り届けるのである。

(4) 開発的機能について岡村(1983,p124)は、「既存の社会資源の利用だけでは、欠損した社会関係の回復が不可能なばあいに、新たに専門分業的生活関連施策を開始させたり、制度的集団を新設して、社会関係の回復を容易にするような社会資源を作り出す機能である」という。つまり、地域社会における専門分業制度に属する各種の機関、団体、施設やサービスを新しく開発させることであるが、開発的機能の対象は社会制度の他に、個人の問題解決能力の開発や個人をとりまく地域社会開発も含まれる。

(5) 保護的機能について岡村(1983,p126)は、「調整、送致、開発という社会関係の維持・修復機能によっても、なお援助対象者が社会関係の全体的調和を実現しえないとき、あるいは実現するまでのあいだ、一般的専門分業の要求基準を緩和した特別の保護的サービスを提供するのが、社会福祉の保護的機能である」という。つまり、伝統的社会福祉が固有の機能としてきた、生活保護等のことである。ただし、保護的機能は開発的機能の前段階における一時的な機能であり、それで社会福祉的援助が終了してしまっはいけない。つまり、「社会福祉的援助」とは、社会制度の目の届かない、社会関係の主体的側面の困難に着目し、社会性・全体性・主体性・現実性の4原理に基づいて援助することである。その機能は、評価・調整・送致・開発・保護というように多面的であり、常に複数の組み合わせで援助することである。

## 2) 多職種チームとケアマネジメント、ネットワーク

前章では、保健・医療・福祉サービスは連携が欠如し、要介護高齢者に対しそれぞれ別個に提供しているという問題をみた。そこで引用したのは『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』(1994年4月)であった。

その報告書は、現行制度のさまざまな問題点を解消することを目的として、新しい高齢者介護システムの最初の本格的な提言であった。

その報告書をもとに、老人保健福祉審議会等で議論が重ねられ、介護保険法施行(2000年4月)に至っている。

その報告書の内容は要約的であるため、本稿における保健・医療・福祉サービスの上記の問題の克服に向けての検討材料として多少の説明不足感がある。だが、その問題に対する課題を提示する上で、いくつかの重要なキーワードを提示している。それは「多職種チーム」、「ケアマネジメント」、「ネットワーク」である。

### 【多職種チーム】

『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』(1994年4月)は、高齢者の総合的支援のために必要とされる介護サービスが保健・医療・福祉等といった従来の行政の枠組みにとらわれることなく相互に連携して総合的に提供されるための提供方法について「それぞれのサービス関係者が一つの「ケアチーム」となって必要なサービスを組み合わせ、それを継続的に提供していくということである」と説明する。つまり、「ケアチーム」により保健・医療・福祉の連携を図ることで高齢者の総合的なサービスの提供を行おうというのである。

まず、「ケアチーム」とは何か。ここでいう「ケアチーム」とは、保健・医療・福祉の多くの職種が協働して対象者を援助するワークチーム(work team)であろうから、保健・医療・福祉領域で「多職種チーム」(『現代福祉学レキシコン』;p209)、あるいは「多職種協働チーム」(副田;1997,p26)と呼ばれるものと同じものであろう。本稿では「ケアチーム」を、保健・医療・福祉の異分野多職種による構成を強調して「多職種チーム」と読み替えることにする。

次に、多職種チームの構造について。菊池(2001,p16-17)は次の2点をあげる。一つは「メンバーが、どのような地位や役割で参加しているかという公式な意味でのチームの構造であり…「組織上の構

造」である」といい、もう一つの構造は、「チームアプローチを行う上で生じるチーム内の地位と役割という意味での構造であり…「チームアプローチ上の構造」である」という。

前者は、活動場所（同一施設内か地域内機関間か）、職種数（単一職種か多職種か）、そして参加メンバー（正式メンバーか否か）等、組織図で表されるような構造を指す。それゆえ、組織上の構造はチームに対し所与にあたえられている構造であるから、チームが任意に変えることはできないという特徴がある。一方、後者はチームアプローチを行う上で、チーム内の地位と役割が階層性のあるものからないものへと変化したり、チーム内の各メンバーの役割が一人に一つの職務ではなく複数の職務を割り当てるような可変性を持つ構造であるから、チームが達成すべき課題に応じて任意に変化するという特徴がある。つまり、多職種チームは可変性のない「組織上の構造」と、可変性のある「チームアプローチ上の構造」の2つを併せ持っているのである。また、菊地（2001,p13）は、「2つの構造は一致することもあれば一致しないこともある」という。

つぎに、多職種チームの機能であるが、それは目的によって異なることになるだろう。本稿のテーマに沿っていえば、要介護高齢者の総合的サービスの提供達成や保健・医療・福祉サービスの連携である。

そして菊地（2001,p18-20）は、多職種チームが機能するための条件について①タスクワーク、②チームワーク、③ネットワークの3つをあげる。

①について菊池（2001,p20）は「チームの中の専門単位を形成する行動プログラムの集合であり、各チームメンバーが個別に与えられた課題を達成するための個人レベルの行動プログラムと、チームにあたえられた課題を達成するためのチームレベルの行動プログラムがある」と定義する。ここでいう「行動プログラム」について菊地（2001,p18）は「専門職としての知識や技術に基づく実践活動」と考えている。つまり、多職種チームが機能するためには、実践活動が一つのチームとして集まっていなければならないのである。

②について菊池（2001,p20）は「チームの中の専門単位を形成する行動プログラムの集合を、互いに結びつけ調整・統合するための体系的な行動プログラムである」と定義する。

つまり、保健・医療・福祉専門職等による個々のタスクワークのみではばばらな実践となってしまうことがあるが、それらの実践を連携させるための実践活動がチームワークである。

③について菊池（2001,p20）は「チームの中の専門単位を形成する行動プログラムの集合を機能させるために、チームの外部環境にある専門単位を形成する行動プログラムなどの各種社会資源を結びつけ調整・統合するための行動プログラムである」と定義する。これは、チームワークが実際に機能するために、多職種チームの外部にある社会資源を調整・統合するための実践活動である。

つまり、「多職種チーム」とは保健・医療・福祉の多くの職種が役割分担して対象者を援助するワークチームであり、「組織上の構造」と「チームアプローチ上の構造」の2つの構造をもつと考えられる。その機能は課題達成やサービス間連携が想定されるが、その前提としてタスクワーク、チームワークそしてネットワークを必要とすると思われる。

#### 【ケアマネジメント】

『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年4月）は、「ケアチーム」内の連携を促進するために、「ケア担当者が利用者側の立場に立って、本人や家族のニーズを的確に把握し、その結果を踏まえて「ケアチーム」を構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である「ケアプラン」を策定し、実行するシステム、すなわち「ケアマネジメント」を確立することが重要である」という。

その「ケアマネジメント」とはどのようなものなのか。白澤（1992,p11）はケアマネジメントを「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつけるための手続きの総体」と定義している。一方、アメリカでは重度障害を持つ高齢者を在宅でケアできるようにし、ナーシングホームへの入所にかかわる公的費



用の抑制を図ることを目的にケアマネジメントシステムが導入されているというから、「ケアマネジメント」は多義的であるといえる。本稿は要介護高齢者の総合的なサービスの提供について考察することを目的とするから、本稿において「ケアマネジメント」とは白澤の上記の定義を指すこととする。

次に、白澤(1992,p13-18)はケアマネジメントの構成要素として「①ケアマネジメントを必要とする対象者」、「②対象者のニーズを充足する社会資源」、「③ケアマネージャー」、「④ケアマネジメントを実施していく課程」の4点をあげている。

①について白澤(1992,p13-14)は「複数のサービスを必要としている、あるいは受けている要介護者」等13種類を列挙している。

②について白澤(1992,p14)は「家族成員、親戚、友人・同僚、近隣、ボランティアといったインフォーマル・セクター、行政、法人などのフォーマルセクターがある」という。

③について白澤(1992,p14)は、従来は家族や本人がケアマネージャーをやることもあったが、「現在のように各種の社会資源が多角的に供給される時代にあつては、家族がケアマネージャーとして十分力量を発揮することは難しくなってきたと言える」から、ケアマネージャーは専門家であるべきだという立場に立っている。また白澤(1992,p14)は、「ケアマネージャーは一人で実施する場合も、何人かの専門家がチームとなって行うこともある」としながらも、「理想的には、保健婦とソーシャルワーカーが協働で実施することが望ましい」というから、ケアマネージャーは一人が行うよりも、保健・医療と福祉の専門職がチームで行うほうがよいということになる。ケアマネジメントの対象者は保健・医療・福祉に渡る複合的なニーズを持っているのだから、対象者をアセスメントしケア計画を立案し調整する課程は、保健・医療・福祉それぞれの立場から多面的に行われる必要がある。このことにより、ケアマネジメントはチームで行う方が望ましいのである。

④について白澤(1992,p14)は、「①入口(entry)→②アセスメント→③ケース目標の設定とケア計

画の作成→④ケア計画の実施→⑤要介護者およびケア提供状況についての監視およびフォローアップ→⑥再アセスメント→⑦終結、である」という。

また、ケアマネジメントの機能は、白澤が上記定義の中で述べている「社会資源と結びつける」が中心的機能となる。この他にケアマネジメントには「対人支援・サービス提供機能」、「開発的機能」がある(上野谷;2001,p74-75)。前者は、特にケアマネージャーによる要介護者の受容や代弁の機能である。また後者は、要介護者の内面の開発機能と、不足する社会資源の開発機能である。

つまり、ケアマネジメントとは、対象者と対象者のニーズを充足するフォーマル・インフォーマルの社会資源、ケアマネージャー(あるいはケアマネジメントチーム)、そしてケアマネジメントの課程から構成されると考えられる。そしてその機能は、調整機能を中心に、他に対人支援や開発的機能があると思われる。

#### 【ネットワーク】

『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』(1994年4月)は、「(地域ケア体制の整備)」という小見出しのもと、各地域においては、ケアマネジメントの考え方を基本に、「サービス連携の拠点やネットワークづくりを進め、関係者が有機的に連携した地域ケア体制を整備していくことが求められる」という。

そのうち、「地域ケア体制」は、「地域ケアシステム」(太田;2003,p56)、「地域包括ケアシステム」(『2015年の高齢者介護;2003』)等とも呼ばれているが、定義については現在も定まったものがあるとはいえない。

最近の定義を紹介すると、太田(2003,p56)は「地域ケアシステム」を「地域の施設や在宅サービス等の保健・医療・福祉、また建築などの関係者が、とくに長期ケアの対象となる障害・疾病を持つ人たちに対し、家族や地域住民の力も引き出しながら、できるだけ社会生活を維持できるように援助する地域ケアのシステム」と試論的に定義している。また、『2015年の高齢者介護』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としたさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」と定義している。両者を比較すると、それぞれの文脈から両者はフォーマル・インフォーマルの支援からなるという構成、および在宅生活を継続する総合的支援という機能は共通するが、対象について前者は「長期ケアの対象となる人」に対し後者は「個々の高齢者」と、対象者の範囲が異なる。

そこで、本稿の目的にそって定義しておきたい。本稿は「地域ケア体制」を、「さまざまなフォーマル・インフォーマルの支援が有機的に連携し、要介護高齢者に対し総合的なサービスの提供を可能とするシステム」とする。

では、「地域ケア体制」はどのようにして整備されるのか。『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』の上記引用では、「サービス連携の拠点やネットワークづくり」が提案されている。筆者は、それらのうち後者の取り組みを中心につくられる、と考えている。なぜなら、連携の拠点、例えば何らかのケアマネジメント機関等の拠点を創設したとしても、ただつくっただけではそれは地域において「点」にすぎず、その点を要介護者や他事業者と結ぶ「線」が必要になるからである。つまり、「地域ケア体制」は、「ネットワーク」づくりの目的である。

社会科学における「ネットワーク」とは一般に「個人が組み込まれている社会関係」のことを指し、「分散している点が線によって連結されている状態」である(Boissevain;1974,p47)。本稿で検討している「ネットワーク」は、ケアマネジメントを基本とした地域ケア体制づくりのための実践であるから、ケアマネジメントにおける社会資源の連結について考察する。

白澤(1992,p220)は、「地域でのネットワークの構成要素としてインフォーマルな社会資源とフォーマルな社会資源の両方を合わせて検討するのが妥当である」という。前者は対象者のケアを実施する基盤をなすものであり、極めて重要であるが、サービスの質や量に個人差や地域差があるなど、それのみでは十分な援助を提供しえない。また、

後者はサービスの質や量に一貫性があるものの、対象者の全体的な視点に欠ける。よってインフォーマル、フォーマル両方の社会資源が構成要素となる。

次に、ネットワークの機能について白澤(1992,p220-221)は、「地域社会の機関・団体の組織化だけでなく、個人ないしは家族に対する調整の機能も持つ」という。つまり、ケアマネジメントにおけるネットワークの機能は、地域社会の機関・団体間の組織化(コミュニティ・オーガニゼーション)だけではなく、個人と社会資源を結びつける調整的機能(コーディネーション)も重視されるのである。

また、白澤(1992,p226)は両者の機能を「相互補完の関係」とみている。

それは、まず地域社会を単位とした、諸機関・団体間での組織化がなされ、同時に、個人ないし家族に対して彼らのニーズを社会資源と適切に結びつける調整がなされてはじめてネットワークの核が形成される。次に白澤(1992,p226-227)は、「代表者会議と実務者会議を制度化することが必要となる」という。代表者会議とは地域の機関・団体から構成される合議体である。一方、実務者会議とはサービス実務者から構成される合議体である。実務者会議ではケアマネジメントを行うが、地域にある社会資源では解決できない生活困難が発生すると、その解決に向けて代表者会議に社会資源の改善や不足を報告する。代表者会議はその報告を累積し政策に提言する。そして政策が改善、新設され、個人や家族に還元される。「相互補完の関係」とは、このような結びつきを指すのである。

以上、ケアマネジメントにおけるネットワークづくりについて要約すると、ネットワークづくりとは、フォーマル・インフォーマルの社会資源と個人や家族と結びつけることと、社会資源の組織化を核に、社会資源改善要求のボトムアップ等の相互補完のつながりを形成すること、と考えられる。

そして、ネットワークづくりによりフォーマル・インフォーマルの支援が有機的に連携し、要介護高齢者に対し総合的なサービスの提供を可能とす

る地域ケア体制ができるのである。

### 3) 多職種チームによる保健・医療・福祉サービスの問題の克服

わが国の保健・医療・福祉サービスには、保健・医療・福祉サービスの分立構造により、連携が欠如し、要介護高齢者に対し総合的な支援をなし得ていないという問題があった。この問題に対し本論では、岡村の社会福祉的援助による克服と、多職種チームとケアマネジメント、ネットワークづくりによる克服の2つを取り上げた。本節ではそれらを比較検討する。

まず、岡村は保健・医療・福祉サービスの問題に対し、社会福祉的援助を課題としている。これは、社会制度の目の届かない、社会関係の主体的側面の困難に着目し、社会性・全体性・主体性・現実性の4原理に基づいて援助することである。その機能は、評価・調整・送致・開発・保護であり、常に複数の組み合わせで援助が行われるのである。

本論の問題意識との関連でいえば、社会福祉的援助の中でも特に、社会制度に対する調整的機能と地域社会に対する調整的機能に注目するべきだろう。

前者の機能は、個人の主体的側面に立って知り得た生活困難状況を、専門分業制度の関係機関や専門家に知らせ個人の生活困難に対応するよう改善させる機能である。つまり、制度を個人に引き付ける機能である。一方、後者は、多数の専門分業制度がばらばらに分立している中で、社会福祉的援助が、ばらばらな制度そのものを調整する機能である。特に、地域の各種の生活関連施策の機関・団体の代表者によって構成される協議会を結成させ分立を改善するような方針に改めさせる調整機能は、「福祉組織化活動」(岡村;1974,p86)とも呼ばれているから、後者の機能は組織化機能と言いかえることができよう。

わが国の保健・医療・福祉サービスは、社会福祉的援助における特に各サービスへの調整的機能と、地域の各サービスの組織化機能により分立構造が改善され、要介護高齢者に対し総合的な支援

が可能となるというのである。

次に、多職種チームとケアマネジメント、そしてネットワークによる保健・医療・福祉サービスの問題の克服について考えてみよう。

総合的なサービスの提供というタスクワークを目的に多職種チームを編成する場合、チームの「組織上の構造」は連携構造であっても、保健・医療・福祉サービスの専門分化により、各々の運営方針に沿ってばらばらに支援するという「チームアプローチ上の構造」となる。そこで多職種チームはチームワークとネットワークを必要とする。

ケアマネジメントは、チームワークに対応する。多職種チームは、ケアマネジメントにより、その課程に沿って、要介護高齢者の視点に立ってアセスメントを行い、分立する保健・医療・福祉サービスを調整・連携する。

また、ケアマネジメントによる要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの結びつきは、狭義のネットワークづくりといえる。ネットワークづくりは、要介護高齢者と多職種チーム内の諸サービスとのつながりだけではなく、多職種チーム外の社会資源の組織化を図る。そのことにより保健・医療・福祉サービスの分立構造は改善される。そして組織化構造に転換した保健・医療・福祉サービスにより多職種チームを編成する場合、「チームアプローチ上の構造」は連携構造となることが期待できる。

さらに、ネットワークづくりにより、多職種チームでは解決できない個々の要介護高齢者の生活問題に体现した社会資源の不備を、社会資源の組織体に指摘することができる。社会資源の組織体は、それらの情報を累積し、自らを制度的に規定する政策に改善を求める。このことによっても、保健・医療・福祉サービスの専門分化構造は改善され、多職種チームに還元されることになるだろう。

以上、岡村の社会福祉的援助による克服と、多職種チームとケアマネジメント、ネットワークづくりによる克服の2つを取り上げた。それらを比較検討すると、両者は分立する保健・医療・福祉サービスに対し、要介護高齢者とサービスを調整する機能と、地域の各サービスを組織化する機能をもつ

て改善しようとする点において共通することがわかる。

ところで筆者は、わが国の保健・医療・福祉サービスは、一人のケアマネジャーがばらばらな保健・医療・福祉サービスを調整するよりも、多職種チームを形成し、ケアマネジメントにおける各サービスの調整と、ネットワークづくりにおける地域の各サービスの組織化をはかることの方が、要介護高齢者に対し総合的な支援が実現する可能性が高いと考えている。

その理由は、多職種チームが利用者にとって、「ケアマネジャー一人によるよりも、多様な情報、知識、視点のもとで、より適切で効果的なサービス支援計画が作成される可能性」があるからである(副田;1997,p34)。副田(1997,p34)は、多職種チームを用いずに、ケアマネジメントとネットワークづくりのみで総合的サービスの提供を行おうとする場合、「その実施の可能性はケアマネジャーの個人的な能力や熱意に依存する」と指摘する。介護保険制度施行後、総合的なサービスの提供に関する研究は、ケアマネジメント的な業務を行う

介護支援専門員の資質の向上にその議論が集中しているきらいがある。しかし、介護支援専門員の能力や熱意に依存する方法では、保健・医療・福祉にわたる多様な情報、知識、視点において介護支援専門員の能力ごとに格差が生じ、結果として総合的なサービスが行われない事例が発生する可能性がある。そのため、総合的サービスの提供を必要とする要介護高齢者にとって、多職種チームにおける適切で効果的なサービス支援は、大きな意義があると思う。ただし、先に述べたように、わが国において多職種チームを総合的サービスの提供に用いる場合、ケアマネジメントとネットワークづくりがその前提となる。

#### 4、結論と今後の課題

本稿は、今日の保健・医療・福祉サービスの特質をもとに、その問題を明らかにすること、そしてその問題を克服し、要介護高齢者に対し保健・医療・福祉サービスを総合的に提供するための課

題を考察することを目的としていた。

まず、保健・医療・福祉サービスの問題については、わが国の保健・医療・福祉サービスは、要介護高齢者と保健・医療・福祉サービスの構造的要因により、在宅で生活する要介護高齢者が総合的な保健・医療・福祉サービスを必要としているにもかかわらず、保健・医療・福祉サービスは連携が欠如し、要介護高齢者に対しそれぞれ別個に提供しているという問題をはらんでいる。

次に、保健・医療・福祉サービスの構造的欠陥を克服し、要介護高齢者に対し保健・医療・福祉サービスを総合的に提供するための課題については、わが国の保健・医療・福祉サービスは、多職種チームを形成し、ケアマネジメントにおける各サービスの調整と、ネットワークづくりにおける地域の各サービスの組織化が課題となるだろう。

(E-mail;hayashock@hotmail.com)

引用・参考文献

- ・ Jeremy Boissevain “Friends of Friends” Networks, Manipulators and Coalition, 1974, Basil Blackwell and Mott LTD; ジェレミー・ボワセベン, 岩上真珠, 池岡義孝訳『友達の友達』ネットワーク, 操作者, コアリション (未来社, 1986)。
- ・ 菊地和則『多職種チームの構造と機能』-多職種チーム研究の基本的枠組み-; 『社会福祉学』第41巻第1号。
- ・ 増田雅暢『わかりやすい介護保険法』(有斐閣, 1998)。
- ・ 前田信雄『保健医療福祉の統合』(勁草書房, 1990)。
- ・ 太田貞司『地域ケアシステム』(有斐閣, 2003)。
- ・ 岡村重夫『地域福祉論』(光生館, 1974)。
- ・ 岡村重夫『社会福祉原論』(全国社会福祉協議会, 1983)。
- ・ 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』-生活を支える援助システム- (中央法規, 1992)。
- ・ 副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』(中央法規, 1997)。
- ・ 上野谷加代子『ニーズキャッチの方法とケアマネジメント』; 『新版 社会福祉学習双書《第7巻》地域福祉論』(全国社会福祉協議会, 2001)。
- ・ 上野谷加代子『介護保険 つぎなる展開への挑戦』; 『月刊 総合ケア Vol, 13 No, 2』(医歯薬出版, 2003, 3)。
- ・ 山手茂『福祉社会形成とネットワーク』(亜紀書房, 1996)。
- ・ 京極高宣監修『現代福祉学レキシコン』(雄山閣出版, 1993)。
- ・ 福祉士養成講座編集委員会編『社会福祉援助技術論 I (総論)』(中央法規, 1999)。
- ・ 介護支援専門員テキスト編集委員会編『改訂 介護支援専門員基本テキスト 第1巻』(長寿社会開発センター, 2003)。
- ・ 高齢者介護・自立支援システム研究会報告『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』(1994年4月)。
- ・ 総理府社会保障制度審議会事務局『社会保障制度のあらまし』(1998年11月)。
- ・ 高齢者介護研究会『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～ (2003年6月)。

┌ |  
—

┌

| ┌  
—

└

└

—  
└ |

└

| └  
—