

医療分野におけるケア論の特性と広義の ケア概念に基づく地域ケアの総体的展開

松 浦 尊 磨

Characteristics of Care Viewed from a Medical Standpoint and
the Comprehensive Development of Community Care Based on the Broad Concept of Care

MATSUURA Takamaro

Abstract : A fundamental problem in “community care” is that the concept of “care” has not yet been established among health, medical, and welfare professionals and the general public. There is a huge gap between general theories of care proposed by scholars and specific theories that are required for care practice. Moreover, most people involved in care practice still do not recognize the necessity of incorporating the broad concept of care into care techniques.

In order to achieve effective collaboration among health, medical, and welfare workers, it is essential to recognize the primary concept of care: “mutual assistance or support to help people live life to the fullest”, and understand that care is a comprehensive issue closely associated with life. It is important to be able to share the concept of care in the broad sense to provide quality care in communities. Otherwise, any theories of care techniques or cooperation will be nothing but unsupported claims.

Key words: care, concept, community care, collaboration

抄録：今日の「地域ケア」をめぐる基礎的課題は保健・医療・福祉に携わる人たちや国民一般に「ケア」のコンセプトが形成されていないことである。諸家により説かれてきたケア総論と実践現場における各論が乖離していることもさることながら、実践のなかで広義のケアの概念を戴した技法の改変・創出の必要性が未だ十分に認識されているとはいえない。

保健・医療・福祉領域の望ましい協働関係を構築するためには、ケアを「生を受けたものが、その限りある命をできる限りよりよくまっとうすることができるよう相互に支援しあうすべての営み」というケア本来の概念を受け入れ、ケア課題が人々の生をめぐる包括的課題であることが理解されなければならない。そのような広義の概念の共有が「地域ケア」の質的発展の土台となる。このことが許容できない素地のもとではいかなる技法論も連携論もよって立つ基盤のない不毛な論となるであろう。

キーワード ケア, 概念, 地域ケア, 協働

I. はじめに

今日の「地域ケア」をめぐる基礎的課題は保健・医療・福祉に携わる人たちが国民一般に「ケア」のコンセプトが形成されていないことである。諸家により説かれてきたケア総論と実践現場における各論が乖離していることもさることながら、実践のなかで広義のケアの概念を戴した技法の改変・創出の必要性が未だ十分に認識されておらず、今なお、新しい「地域ケア」創出へのダイナミズムが欠如している。

いずれにしても、保健・医療・福祉の各分野や住民生活の安全、「安寧な生」など、ケアに関わる専門職や住民相互の連携による総体的な地域ケアの基盤づくりのためには、ケアに携わる人々が「ケア」・「地域ケア」について共通の概念・理念を保有することが不可欠であり、その下で各分野、専門職の役割分担を再検証していくことが必要とされている。

以上のような基本認識の下で本稿では、医療領域で論述されている概念、理念の特性を文献的に考察し、地域ケア発展のために共有すべき概念を提示するとともに、その概念のもとでの地域ケアの基盤づくりについて概説する。

II. 歴史にみる日本のケア土壌

ケアという言葉は、日常的に汎用されているが、ケアの語源となったのは、ローマ神話に登場する女神クーラ (Cura) といわれている。クーラは始めに人を形成した神ということで、人間が生きている限り人間を掌握し、ケアする責任を負わされた。人は生きている限りケアを離れて存在できず、ケアによって人が完成されることをこの神話は象徴的に述べている¹⁾。和辻哲郎は、その著作「神話伝説における神の意義」²⁾において、日本の神々の特性として、「祀ることを要求する神」換言すれば「ケアを求める神」を挙げ、祀らなければ人間に危害を及ぼす存在であるとの見解を示している。「祀り」と「崇り」の構図は、死者の靈魂もカミと同様、丁寧に祀られることを要求し、魂を祀らなければアラミタマ (荒御魂), アラタマ (荒魂) としてヒトに崇り危害を及ぼす危険な存在となるが、丁寧に祭られることにより、穏やかな和魂 (ニギタマ) となり、匿名の靈として鎮まるとされる。これら「甘え」の心理は、生死に関わらず、非分離、絆、結合という特徴をもち、死者へのケア、カミへのケアは結果としてケアの連環を形成し、老人・子供・病者など弱者に対しても、「孝養」, 「養育」, 「世話をする」, 「思

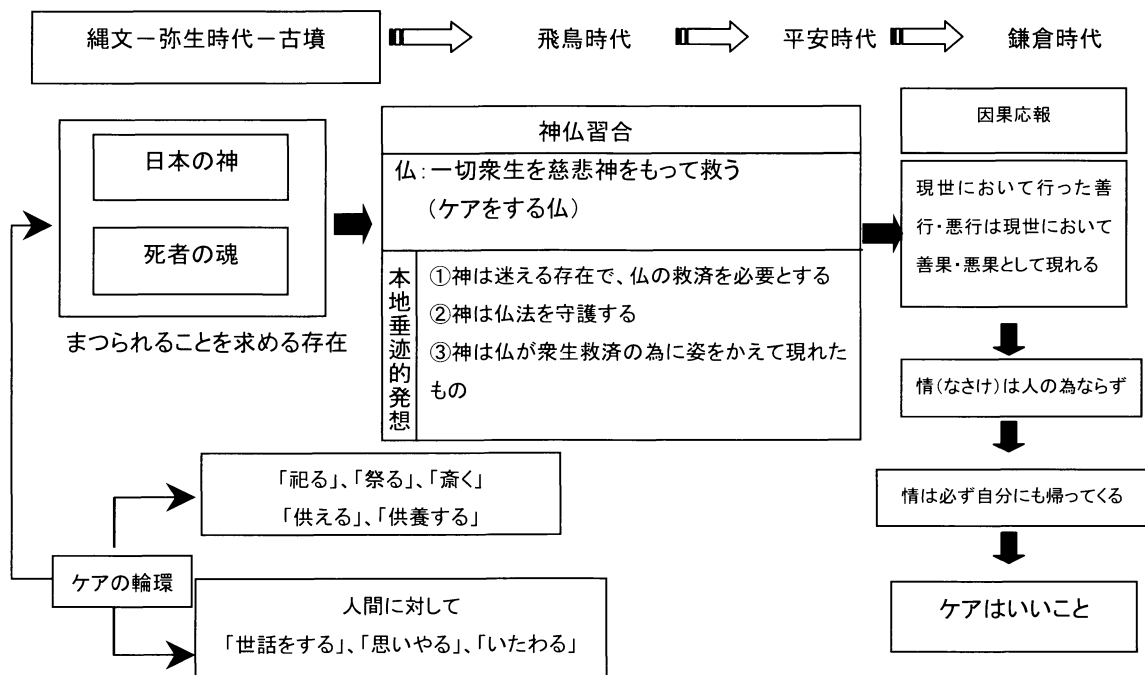


図1 ケアに関する日本人の思想の変遷 (松浦尊磨, 松山賢治 他: 保健・医療・福祉領域におけるケア論の特性に関する文献的考察と「ケア」概念の共有による「地域ケア」の相対的展開への提言, 兵庫県プライマリ・ケア協議会地域ケア研究会報告書, 2006, p5 図3 著者一部改変)

いやる」、「いたわる」、「同情」などの気持ちを抱かせる倫理的規範を形成することに寄与した。この様にケアの対象を生きている人間同士にだけに限定するものではなく、カミにも死者にも適応するという日本人の思想は、日本人が本来、ケア的土壌に生きていることを示している。(図1)

仏教では、人間には、病苦、老苦、死苦、生苦の四苦と愛別離苦、怨憎会苦、求不得苦、五陰盛苦を合わせて八苦があるとしているが、その全てが「衆生」のケア課題であるといえよう。しかし、「苦」から開放され安寧な境地に身を置くことがかなわぬ衆生への仏教的ケアの実践理念が「四摂法」にみられる。即ち、物質的な供給のみならず心の耕しの実践である「布施」、痛みや苦悩を分かち持ち相手を心底から敬う心と言葉としての「愛語」、相互に存在そのもののエネルギーを交流することにより spiritual な健康を達成する行いである「利行」、ケアする側の立場を越えた協働、ケアしケアされる間のパートナーシップなど理念・目的をもった協働である「同事」であるといわれている³⁾。この仏教思想の伝来とともに、カミに関する日本人の思想は次第に変化し、鎌倉時代に入って大きく変化を遂げることとなる。

わが国の「ケア施設」として最古のものは、聖徳太子により建てられた四箇院（悲田院、敬田院、施薬院、療病院）といわれている。その後、養老7年（723年）には時の最高権力者、藤原不比等により、平城京の興福寺の中に悲田院が設立され、平安時代には京都に移設された。その設立の背景には、仏教の貧窮病人を哀れみ供養すれば徳が得られるという福田（ふくでん）思想の影響を受けたものと推察される。施薬院が医療に重点をおいたのに対し、悲田院は孤窮人の収容と京城内の死体処理を行い、預・雑使・乳母らが正税出挙のほか藤原氏の封戸・荘園収入を財源として十二世紀半ばまで機能した。財源に裏打ちされたこれらケア施設の運営は、文字通り、わが国における公的ケアの源流と言えよう⁴⁾。

御伽草子に収録されている二十四孝は、孝行を善しとする日本人の道德観を端的に表していると言えるだろう。しかし、いつの世も老病者の介護は若い世代への経済的・肉体的負担が大きく、次第に介護を忌避する傾向が現れてくる。そこで江戸幕府は、寛政の改革の時、松平定信が林大学頭に命じ、『官刻孝義録』を作成させるなど、孝行者の行いを手本として示すことで民衆の教化に乗り出した^{5) 6)}。ここで注目すべきは、障害者に対する扶助は「当然」のものであるとする考

えが、既に江戸時代の寛政年間に浸透していることで、わが国の障害者ケアの先進性を示しているといえよう。また、近世における日本人のケアの考え方の特性は、物理的な看病だけにとどまらず、精神面のケアの重要性を説いていること、さらに「障害者」等社会的弱者に対する公的扶助を当然のものとするわが国の伝統的考え方を示している。

Ⅲ. 父性・母性原理とケア

一神教に由来する欧米の「父性原理」思想においては、人間の営み・進歩とは、自然を征服することであり、社会生活の面でも、個人の確立、個人差（能力差）の肯定、契約関係、言語的、指導者、個人の責任などが重視される。一方、農耕民族であった日本人の場合、生産共同の「場」への所属、絶対的平等感、一様序列性、非言語的、再生による変化、調整役、円環的という点に価値がおかれる「母性原理」思想を基盤とした社会であった⁷⁾。(図2)しかし、今日、政治・経済分野では世界的なボーダーレス化が進行しており、日本の社会システムが「母性原理」から「父性原理」へとパラダイムシフトしつつある。一方、今日、日本人固有のメンタリティーが「父性原理」に完全にシフトしておらず、日本における政治・経済思想の変化と日本人の精神の乖離が生じている。「父性原理」に基づくケアシステムは、「切り捨て」、「個人差の肯定」、「契約関係」、「直線的」であり、アメリカ社会にみられるように、持てる者は個人差に応じた豊かな福祉を甘受できるが、持たざるものはまともな衣食住さえも拒絶され、ケアの対象から排除されがちとなる。今後は、個人の確立、個人差の肯定、契約関係など西欧型の「父性原理」に基づくケアシステムから「場への所属」、「包む」、などを基調とする日本人の「母性原理」に基づくケアシステムへの転換を図り、家族レベルでの“絆”の復活、地域での“絆”の復活、国民と国家の“絆”の再構築を介して、日本人の心情にあった施策推進プランを確立しなければならない。そのためには、歴史にみるわが国の「ケア」「地域ケア」の特性を再評価する必要がある⁸⁾。(図2)

Spiritual pain という根源的な苦悩へのケアが希薄であることが指摘され、「自立」の意味が問われている今日、父性原理を基調とした法制度、契約によるケア関係、コミュニティの脆弱化などで露呈してきている諸問題に対応するためにも日本人が歴史的に育まれてきた「母性原理」にもとづくケアが真摯に探求さ

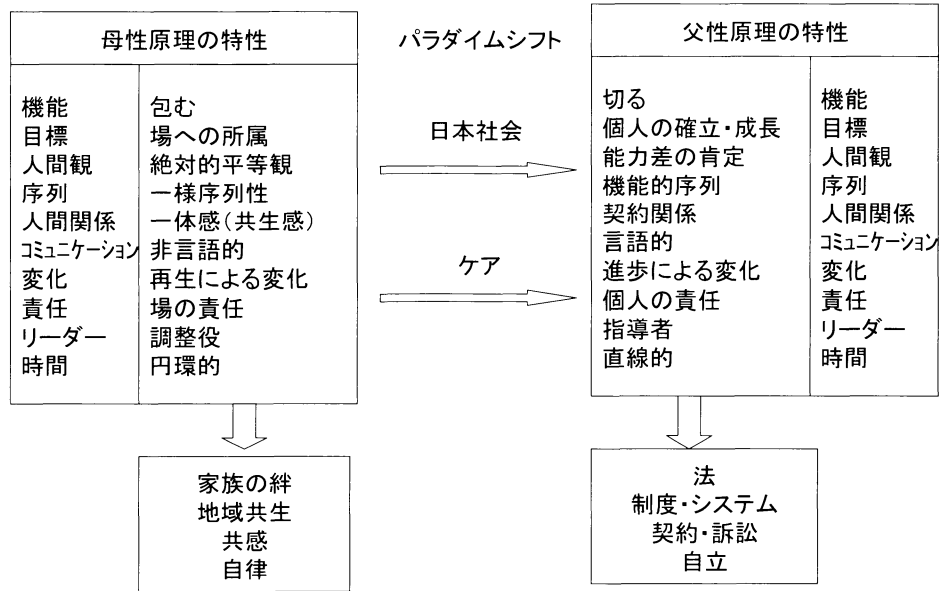


図2 母性原理から父性原理へのパラダイムシフト

(河合隼雄, 父性原理と母性原理, 河合隼雄著作集第7巻, 岩波新書, 1995の表及び松浦尊磨, 松山賢治 他:保健・医療・福祉領域におけるケア論の特性に関する文献的考察と「ケア」概念の共有による「地域ケア」の相対的展開への提言, 兵庫県プライマリ・ケア協議会地域ケア研究会報告書, 2006, p5 図3 著者一部改変)

れるべきであろう。

IV. 医療における「ケア」の捉え方の特性

“We can't be cured, must be cared.” (治療の及ばぬところでは, ケアがなされるべきだ) にみられるように⁹⁾, 一般的に医療とケアは対峙的に捉えられている。サイエンスとケアは異なるという前提がその背景にある。サイエンスとしての医療が未だ, 多くの疾病, 老化, 死の課題に完全に答えられていないにもかかわらず, 人間としての感性(情動, 情緒)に十分に向き合っていないという現実からの対峙論である。

高齢社会の到来を機に福祉領域の専門家を中心として, 従来の医療モデルから生活モデルへの転換の必要性が説かれている。老化, 不治の病, 障害ということに関して, これまで医療の領域がこれらの問題に真正面から向き合うことを避けてきたことに対する批判であることは十分に理解できるが, これも結局は, 医療とケアを対峙概念として理解していることによる主張である。村田は¹⁰⁾, 「人間の苦しみへの援助には, 患者の客観的な状況を変化させ, それを患者の主観的な想い・願い・価値観に合致させる Cure という方法と患者自身の主観的な想い・願い・価値観がその客観的な状況に沿うように変わるのを支える Care という方法がある」とし, 専門教育カリキュラムのあり方を論じる中で, 「若い, 病, 死に直面している患者・クライ

アントへの理解と共感を, ケア概念に基づき, ケア概念との適切なバランスのもとで学んでいくための教育プログラムの開発と実施が, 医療・看護・福祉のどの分野においても, あらためて必要となるのである」と述べている。これは, 今後の専門教育のあり方への重要な提言であるが, その主張の基盤にはやはり, 医療とケアの対峙がある。日野原は¹¹⁾「ケアの本質には命のケアとしての疾病のキュアとは別のもので, 科学を超えた人々の交わり, コミュニケーションの中で, 命の本質を探り, 命の価値, 生活の質を高める方向での, 患者, クライアント, その家族の成長と自己実現, 自立を助けるものであり, それらこそがケアすることの行動である」と, キュアを「疾病のケア」として限定し, ケアの本質とは区別して述べている。

三井は¹²⁾社会学の立場から, 「まず確認しておきたいのは, 医療がそもそもケアの一部だということである。…本来, ケアの一部である医療が, より他者の『生』をささえるものへと転換されることが求められている」と述べ, 医療もケアの一部であるとしたうえで医療専門職が「生」の固有性を重視した対応(ケア)にもっと積極的に取り組むべきことを期待している。一方, 臨床医療においても, 高齢者医療, 終末期医療, 生活習慣病管理の面において, ケアのあり方が論じられるようになってきている。高齢者医療や終末期医療の場においては, 人生の最終局面における「生」を支えるケア, 疼痛など苦痛の緩和ケアに積極的に取り組まれ,

生活習慣病管理面では、本人の QOL をできるだけ維持するための治療法の開発が進められるようになり、臨床の場でもケアの視点が取り入れられるようになってきているといえよう。治療の場におけるインフォームド・コンセントも患者自身が本人の「生」に向き合い選択できるように情報提供や説明、相談するという点で、おのずとケアの視点にたったものであると理解される。しかし、医療の場においては、できるだけ医療をスムーズに行おうという指向が強く働き、医療専門職、特に医師は、ケアの一環としての医療という認識のもとで医療を行っているとは言いがたい。しかし、わが国における臨床現場の多忙さ、医師の医療内容の多様さの現状を勘案すれば、医師の責任として一面的に批判されるべきものではない。

最近、医療モデルと生活モデルを対峙させながら、ケアにおける生活モデルの優位性が論じられている。介護を前面に打ち出した介護保険制度の創設の中で、あるいは、その後のケアマネジメント、ケアプランのあり方をめぐって、その論調が顕著になってきた。それが、WHO の国際生活機能分類の思想やケアの場における医療の影響力、医療的対応を排除しようとする医療政策的、職能団体的思惑も絡みながら、医療モデルから生活モデルへの転換が主張されている。しかし、本来のケア概念からすれば、このよう対時的優位性論自体が包括的視点を欠くものである。両モデルの対峙論においては、サイエンスとしての医療モデルが疾病の治療、救命を目的としているのに対して老人退行変性、障害、避けられない終末期へのケアは生活の質 (QOL) の向上を目的とした生活モデルへのシフトが必要であるといわれている。しかし、両者は本来、非対時的であり一体として理解・対応されなければならないものである。また、医療モデルの目標が「健康」であるのに対し生活モデルの目標は「自立」であるとされているが、「健康」の概念からすれば「人間としての健康」と自立とは不可分の概念である。両モデル

それぞれのターゲットである疾病、障害についても、疾病と障害は別個の固定的なものではなく常に相互に影響を及ぼしあいながら常に変化するものであり、臨床場面では疾病・障害を明確に区分して対応することはできない性質のものである。医療モデルの展開が病院 (施設) で生活モデルの展開は社会 (生活) であるとするのも、急性期医療を除いては両者ともに施設、地域社会双方が場となっている。また、医療モデルが医療従事者の命令関係で展開されるのに比し、生活モデルでは異職種との協力関係で展開されるものであるとしているが、両者ともに責任体制を明確にした協働こそが必要とされている。

これからの地域ケアのためには、医療モデル、生活モデルの優位論を乗り越えて広義のケアの視点にたったモデルの構築が不可欠であり、そこにこそ保健・医療・福祉の真の連携を育む素地が存在するといえよう。(表1)

一方、1975年に WHO はプライマリヘルス・ケア (PHC) を提唱した。PHC とは、「人々の健康状態を改善させるに必要なすべての要素を地域レベルで統合する手段をいい、それは国の保健システムに組み込まれていて、予防、健康増進、治療、社会復帰、地域開発の全てを含む」とし、「包括的なケアであること」、「地域、すなわちコミュニティレベルであること」、「国の保健システムの中に位置づけられていること」が重要であると訴えている¹³⁾。

WHO による健康の定義の “Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” における “social well-being” から伺われるように、人間としての「健康」が広義のケアの一環として取り組まなければならない目標に近接できないことを意味している。しかし、これまでの PHC の取り組みの歴史を概観すると、PHC が保健衛生面の取り組みに偏し、必ずしも包括的な取り組みとして実行されてきたとは言いがたい。

表1 「医療モデル」「生活モデル」とケアの視点

	医療モデル	生活 (QOL) モデル	広義のケアの視点*
目的	疾病の治療, 救命	生活の質 (QOL) の向上	本来, 非対時的
目標	健康	自立	健康と自立は不可分
主たるターゲット	疾患 (生理的正常状態の維持)	障害 (日常生活動作能力 [ADL] の維持)	疾病・障害は複合
主たる場所	病院 (施設)	社会 (生活)	病院・社会双方が場
チーム	医療従事者 (命令)	異職種 (医療, 福祉等) (協力)	責任体制を明確にした協働

広井良典：ケア学，医学書院，2000，P37，表中*部 著者追加
(原典：長谷川敏彦「日本の健康転換のこれからの展望」、『健康転換の国際比較分析と QOL に関する研究』)

V. 看護領域における「ケア」、「ケアリング」概念の変遷

1950年代に入り、アメリカで看護の専門教育が大学で行われるようになって以来、「看護」の概念が次第に整理されていったが、それとともに看護がケア、ケアなどの関連についても論じられるようになった。ヘンダーソンは¹⁴⁾、看護独自の機能として、患者が自分自身ではできない欲求の充足を代行して満たすことであり、その目標はできるだけ患者が早く自立することができることとしている。また、ジョンソンは、「看護ケア」という用語を用いて看護の説明を試みており、看護とは患者の当面の状況を主眼として、看護活動は患者の普遍的な欲求に向けられるものであるとしている。一方で、ホールは¹⁵⁾、カール・ロジャース（心理学者であり来談者中心カウンセリングの創始者）の影響を受けて、看護をケア（Care）、治療（Cure）、核心（Core）の3つの側面に分け、ケアについては看護学のみが担当する分野であるとして、自然科学の知識に基づいて身の周りの世話、すなわちケアを行うこととしている。このようなことから、1950年代の看護理論の創始期においては、ケアするとは患者が自分で満たすことのできないことを代行してニーズ充足を充足することであり、養育的な意味合いが強かったといえるだろう。

1960年代に入ると、看護は、患者のニーズ充足をする看護者という一方的な関係ではなく、「配慮」「気にかける」などのケア的要素が重視されるようになり、看護とケアの関係についての論議が活発化していくこととなった。1965年には米国看護師協会が看護師の役割の定義を発表し、ケア（治療）、コーディネーション（調和）とともにケアを看護の不可欠な構成要素と位置づけた。しかし、この中ではケアについては明確な定義がなされず、“caring for”（世話をすること）、“caring about”（関心を示すこと）が重要であることが示され、ケアリング（caring）という用語がさまざまな状況で用いられるようになった。この頃、ミルトン・メイヤロフが、ケアリングに関する論文を初めて発表しており、続いて1971年に“On Caring”（ケアの本質）を著し、これが後の看護理論に大きな影響を与えることとなった。

メイヤロフは、「私たちは全面的・包括的なケアによって、私たちの生を秩序だてることを通じて、この世で“場の中にいる”」と述べ¹⁶⁾、ケアすること（caring）とはケアする人、ケアされる人に生じる変化

とともに成長発展をとげる関係であるとしている¹⁷⁾。1970年以降は、看護領域におけるケアリングに関する知識は飛躍的に発展をとげる。看護理論家であるレイニンガーは¹⁸⁾、ケアリングとは他者への関心を基盤とした人間の行為であり、そのプロセスであると定義し、1978年に開催した全米ケア研究会議で「ケアリングは看護の本質であり、看護にとって独自のそして変わることのないものである」との認識を示した。

その後は、様々な研究者が看護における「ケアリングとは何か」について焦点を当てて研究を行い、定義・構造、構成要素、プロセス、パターン、行動・行為などについて探求がなされていった。しかし、今日なお、看護とケアリングの関係が明確にされているとはいえず、我が国においてもケア、ケアリング、看護が明確に区別されることなく同義に使用されている。このことについて、近田は¹⁹⁾、人間関係の上のみ成り立つ看護の世界において、医学的・生物学的知識を用いて疾患看護およびハイテクノロジーの陰に、知らぬ間に人間性喪失という現象が生じており、看護の本質から離れた活動が展開されてきたゆえに、ケアリングという言葉を用いて看護を再理論化しようとしたことを指摘し、看護におけるケアという言葉は必ずしも統一された定かな概念を持ち合わせておらず、根源的な意味でケアという言葉の一つにまとめることは困難であると述べている。

このように、看護が新しい実践学問として全体的な人間性に関わる拠り所として、またヒューマニズムに目を向けた看護哲学として、さらに看護の質が問われてきた中で看護中心ではなく患者中心の看護を展開していくために、看護の特性、独自性、価値について新たな理論づけを行うにあたって、「ケア」というあまりに一般的な用語を用いるのではなく、新しいパラダイムとして「ケアリング」を用いるようになったのではないかと推察される。

金井はケアの原形論²⁰⁾の中で「看護的ケア」という表現を用い、その目的を「病者の内で起こっている“自然の治癒過程”が順調に進むように、またそうしたプロセスを妨げないように、その人の持てる力に力を貸すことである。そして、この場合の力の貸し方は、生命体を取り囲む生活過程全体に働きかけて、その人が自らの力で維持・管理できない生活過程の一部、あるいは大部分を補い（代行し）つつ、その人の内の力が拡大するように援助することである」とした。そのうえで、「看護（看護・介護）（ケア）の5つのものさし」として①生命体の維持過程（回復過程）を促進す

る援助、②生命体に“害”を与えない援助、③生命力の消耗を最小にする援助、④生命力の幅を広げていく援助、⑤持てる力・健康な力を活用し高める援助、を挙げているが、ここでも看護とケアの関連が曖昧なままとなっており、「病者」に焦点をあてた医療的な視点からの論述であることが窺われる。

1980年代以降、ヒューマンケア²¹⁾、ケアリングなど多様な概念が氾濫する状況のなかで、看護界においても、その再整理と深化が必要とされているが、今日、看護、看護ケア、ケアリングという看護の枠組みの中だけでなく、他の職種によるケアについても言及することが求められている。また、看護が患者／クライアントに対して提供される対人的サービスであるとすれば、看護者側からの視点でケア、ケアリングを検討することのみでは不十分であり²²⁾、ケアの受け手からケア、ケアリングとは何かを考えていくことが求められている。今や、看護におけるケアリング理論だけでは、広範なケアについて説明できない状況にあるといえよう²³⁾。

広井²⁴⁾がケアの見取り図をもとに、ケアは単一の専門領域・職種のみで説明できるものではないことを示し、「はじめから医療・福祉などの文脈に論議を絞り込むのではなく、ケアの概念が持つ広さを一旦受入れ、次第に個別分野のより特定された場面に焦点をあてていくべきである。そうすることによってこそ、ケアという行為がもつ、より深い意味が明らかになる」²⁵⁾と、ケアに関する広い概念の共有の必要性を説いているように、本来、ケアは一看護の領域を超えた営みであり、ケア、ケアリングを看護領域だけに引き寄せて検討するだけでなく、ケアの受け手の視点から総合的に再探求することが求められているといえよう。しかし、今日なお、医療、介護、看護、保健、社会福祉などの分野では、それぞれの領域の枠内でのケア論に固執する志向が払拭されず、保健・医療・福祉の連携による包括的地域ケアの構築の阻害要因ともなっている。

VI. 広義のケア概念とその総体的地域展開^{26) 27)}

保健・医療・福祉の真の連携、医療・看護・介護などの領域の望ましい役割分担を推進するためには、ケアを「生を受けたものが、その限りある命をできる限りよりよくまっとうすることができるよう相互に支援しあうすべての営み」という広義のケア概念を素直に受け入れ、医療・看護・福祉などという枠組みを超えた視点で理論を再構築すべきであろう。そのような広

義の概念のもとでの地域ケア課題が、人々の生をめぐる包括的課題であることが理解されなければならない。医療も看護、介護、福祉、保健もケアの一環としての営みであることの共通理解と協働が「地域ケア」の質的発展の土台となる。このことが許容できない素地のもとではいかなる技法論も連携論もよって立つ基盤のない不毛な論となるであろう。

私たちは誕生する前からケアを受け、生涯を終えるまでの人生の各ステージにおいてケアし、ケアされながら歩んでいる。ケアは意識されているか否かは別として日常生活のあらゆる場面において繰り広げられているといえよう。そこでは、専門的な知識や技術を必要とすることもあるが、つまるところ、限りある生を精一杯生きていく意欲・気持ちとそれらを内包する肉体を支えることに他ならない。そこに、ケアが、治療をも包含した健康増進への取り組み（ヘルスケア）や日常生活への支援、心身のハンディキャップを抱えた人も安心して生活できるノーマライゼーションの達成、そのための体制や組織づくり、さらには住みやすい健康性豊かな地域づくりを志向した各種の行政施策の展開など総体的な取り組みであるという実践思想の必然がある。ケアをこのように広義に捉えるならば、当然、キュアもケアの概念の中に含まれるものである。この基本認識をしっかりと共有することが極めて重要である。

1) 広義のケア概念の下での地域ケアの実践課題

どの地域においても、住民の願いは、老後に至るまで安心して住み続けることができる地域であってほしい、ということであろう。「安心」とは、単に老後の介護保証だけではない。誕生後、健やかに育つ環境があり、健康を保持しながら生きがいを追求する生活を阻害しない地域社会であり、病気のときも信頼して診療や相談が受けられ、心身障害により支援が必要となったときも、自己主張しながら生きていくことができる。それらを包含した「安心」づくりがコミュニティとしての素養が問われる主要課題である。

地域ケアの実践課題は大きく5つのテーマに集約される。すなわち、「健やかな成長支援」、「早世の防止」、「健康寿命の延伸」、「生活の質の向上」、「安寧な終末」である。これらの目標に近接するための実践課題は、それぞれ、子育て支援、生活習慣病予防、要介護移行予防、共生環境の整備、ターミナルケアなどが相応する。具体的には、保育の充実、子育て支援体制づくり、障害児および家族への継続的支援ネットワークの構築、

母子の食習慣指導, 学齢期からの健康教育, 定期的健康診断の受診勧奨, 生活習慣病学習を通じた健康の自己管理能力の向上, 疾病管理の徹底, 要介護状態につながる疾病発症要因の低減, 心身機能の再建, 寝たきりハイリスク者の早期発見・早期複合対応, 閉じこもりの防止, 自己決定を尊重した生活支援, 心と環境のバリアフリー化, 脱施設のための高齢者集合居住環境の整備, 残存能力を発揮した就労の場づくり, 住民の共生活動の高揚, 安らかな終末のための看取りとその環境づくり, など多様な実践を生み出していくことが求められる。(図3)

2) 地域ケアの基盤づくり

「地域ケア」の基盤づくりは住民に最も身近な市町村の最大の責務である。もちろん, 地域づくりは行政だけでなく, 各種専門機関, 多様な専門職やそこに住む住民との協働のなかで形成されるものである。そのことを含めて新たなコミュニティづくりの中核には, なんといたっても住民の健康の向上と支援を必要とする人たちの生存の質を高めるための基盤が据えられなければならない。地域のなかで病気や心身の機能障害, それに起因する生活障害, さらに学校や就労の場, 地域社会との関係障害など複合した問題にさらされながら生きている住民の立場にたって保健・医療・福祉や関連分野が連携して包括的な地域ケア体制が構築される必要がある。このような地域ケアの基盤は, 単に各種のケア施設を配備すれば事足りるというものではない。それらの機能が全ライフステージを通して連続性を有し, 各種ケアが融合的に提供される仕組みが備わっていなければならないし, それを保証する体制が強固なものである必要がある。

そのためには, 首長の理解と指導性の発揮の下で市町村が「新たな公共づくり」を真正面に据えて臨むことが不可欠な要素となる。保健・医療・福祉の総体的推進体制は図4に示すように, 第一線の医療機関, 住民の健康づくりを担う保健センター, 各種のケア施設や地域包括支援センターなどの機能の連携・統合による総合サービスセンター化が必要である。将来, 「地域包括支援センター」が年齢・障害の別なく地域の general care management 部署として「地域ケア」発展の中核となることが望ましい。それは, 単に, 個別ケアのマネジメントを行うだけでなく, それらを通じてコミュニティ再建のマネジメント役ともなることが期待される。このような体制を基盤として, 専門機関や大学などとも長期的な視野での連携関係を構築し, 事業の効果的推進を図ることが大切である。また, 健康づくりや相互支援による共生は, すべからく住民自身の自主性に依拠しなければ改善できない課題でもあるため, 地域内のさまざまな社会資源や住民と協働した取り組みを創出していくことが極めて重要な実践課題である。そのような仕組みを可能とするためには, 市町村が公私協働を基調とした保健・福祉施策づくりに努め, 必要な基盤の整備や人材の育成を積極的に進めるとともに, 保健・医療・福祉など関連機関のコーディネートを強力に推し進める責務があることを強調したい。

しかし, 地方行政は今なお, 住民に最も身近な行政として, 縦割りでありてきた各種の施策を住民の立場に立って横に整理し総合的に事業を展開しようという姿勢が希薄である。

かつて村落共同体の中で生産共同とともに営々と営まれていた相互「ケア」が地域をはなれ社会保障とし

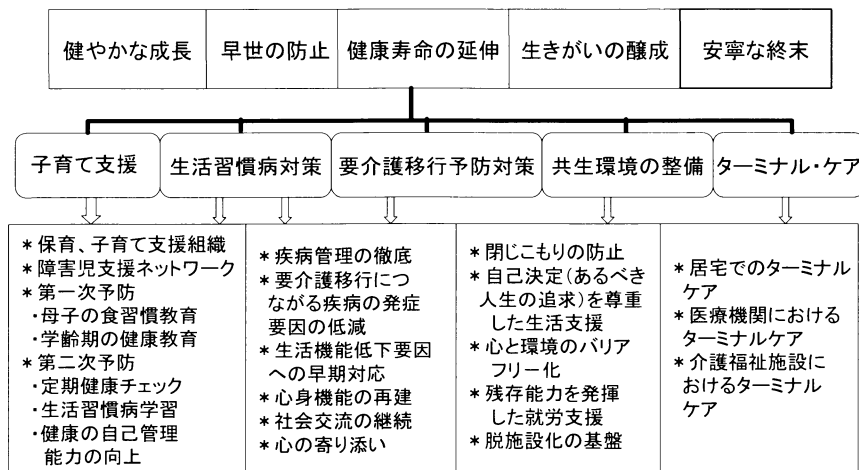


図3 地域ケアの実践課題

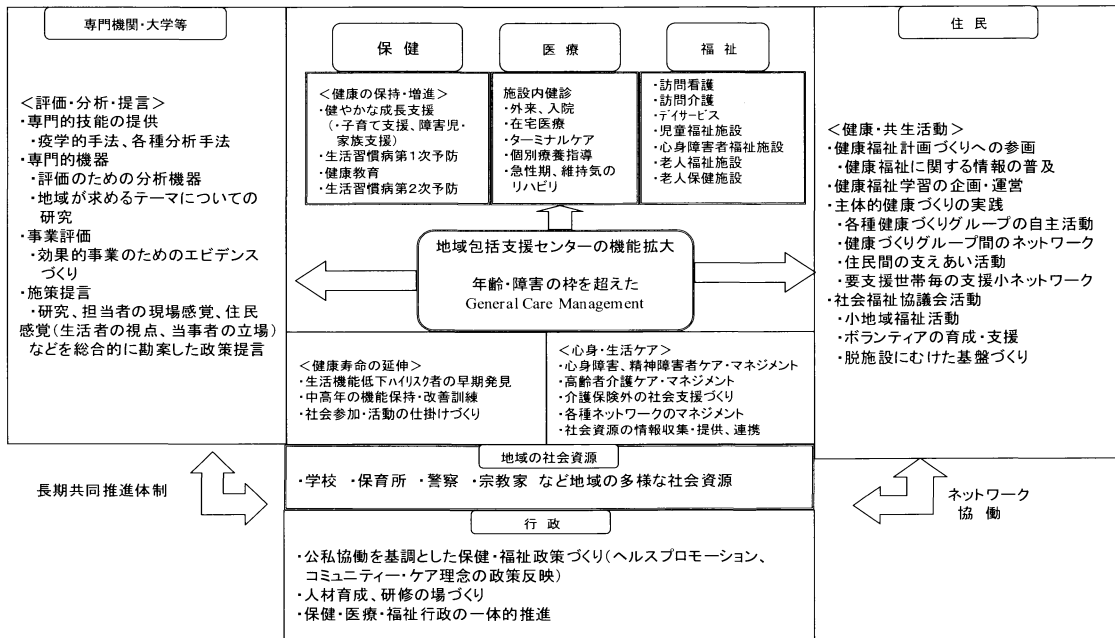


図4 地域ケアの総体的推進

て発展していくなかで「地域」が霞んでしまった感はぬぐえない。サービスの市場化の中で「提供者」と「利用者」、「権利」と「義務」関係に規定されながら、今あらためてコミュニティ再建の必要性が高まっている。

わが国においては、これまで行政、住民双方に行政責任と住民の役割の明確化への努力があまり行われてこなかったきらいがあり、未だ、協働環境が成熟しているとはいえず、今なお、「住民参加」が、行政の企画した事業に協力願うような古い位置づけであったり、「体よく働かされてしまうのでは」、という住民の疑心暗鬼をもたらしている。しかし、「住民主体」と一口にいても実に多様な価値観を有した住民である。コミュニティたる要件が満たされていない地域においては住民の主体意識が芽生えているとはいいたい。行政の保健事業について、社会教育主事の立場で住民の健康づくりの組織化にあたった松下氏がその著書²⁸⁾のなかで「保健担当者を含む行政は、その結果（効果）を焦るあまり、結果を生み出す過程が軽んじられ、活動の評価や視点が取り組む過程に向けられず行政の側で期待している到達点に向けられる傾向が強かった」と指摘しているように、それが住民の主体的な力量形成を阻害してきた面は否定できない。

ケアをめぐる、保健・医療・福祉の連携が言われて久しいが、今日なお連携をめぐる多くの課題が指摘されている。連携の阻害要因は、ケアのコンセプトが十分形成されていないこと、職種間の権益をめぐる縄張

り思考、小さくまとまり排他的となりやすい人間集団の特性、生存の質の多様性、社会が父性原理にパラダイム・シフトしたことによる個別主義化、コミュニティ素養が低下した「地域」の増加、等々多岐にわたると考えられるが、その多くは一朝一夕には解決が困難な要因である。

「地域ケア」の場においては、政策策定過程、ケアの提供、地域での共生、いずれの局面においても当事者をはじめとする住民が参画し、生活者の視点で政策のあり方、サービスのあり方、住民相互の共生活動のありかた、について積極的に提言しながら協働することが住民の力量形成、ひいては地域力の向上につながる。新たなコミュニティは、父性原理を基調とした法制度、契約関係だけに包括的な地域ケア課題を委ねることなく、行政、各種専門職、住民がそれぞれ多元的主導性を許容し合いながらその基盤づくりに取り組んでいくなかで形成されていくであろう。

引用文献

- 1) 中山 将, 高橋隆雄編: ケアの射程, p4-5, 九州大学出版会, 2001
- 2) 和辻哲郎: “神話伝説における神の意義”, 日本倫理思想史 (上巻), p55-73, 岩波書店, 1979
- 3) 大下大圓: 癒し癒されるスピリチュアルケアー医療・福祉・教育に活かす仏教の心一, p91-95, 医学書院, 2005
- 4) 『新版・社会福祉学習双書』編集委員会/編: 社会福祉概論, p33-34, 全国社会福祉協議会, 2004

- 5) 菅野則子：孝行者の群像，江戸時代の孝行者：「孝義録」の世界，p 8-19，吉川弘文館、1999
- 6) 菅野則子：孝行者の群像，江戸時代の孝行者：「孝義録」の世界，p 70-71，吉川弘文館，1999
- 7) 河合隼雄：父性原理と母性原理，河合隼雄著作集第7巻，p 16-23，岩波書店、1995
- 8) 松浦尊磨，松山賢治，松岡千代 他：保健・医療・福祉領域におけるケア論の特性に関する文献的考察と「ケア」概念の共有による「地域ケア」の相対的展開への提言，兵庫県プライマリ・ケア協議会地域ケア研究会報告書，p 6-7，2006
- 9) 村田久行：ケアの思想と対人援助，川島書店，p47，2003
- 10) 村田久行：ケアの思想と対人援助，川島書店，p147，2003
- 11) 日野原重明：ケアの新しい考え方と展開，p16，春秋社，1999
- 12) 三井さよ：ケアの社会学，p 45-49，勁草書房，2004
- 13) 国際看護交流境界編：プライマリ・ヘルスケア，p 28-32，メヂカルフレンド社，1978
- 14) Henderson, V. 著 湯楨ます他訳：看護の基本となるもの，日本看護協会出版会，1973
- 15) 操華子：解説—米国におけるケアリング理論の探求，シスター・M・シモーヌ・ローチ，アクト・オブ・ケアリング，ケアする存在としての人間，p206-224，ゆみる出版，1996
- 16) ミルトン・メイヤロフ／田村真・向野宣之訳：ケアの本質，p 13，ゆるみ出版，2004
- 17) ミルトン・メイヤロフ／田村真・向野宣之訳：ケアの本質，p 68-69，ゆるみ出版，2004
- 18) Leininger, M. M 著，稲岡文昭監訳：文化ケアの多様性と普遍性，医学書院，1995
- 19) 近田敬子：「ケアリング」概念と研究方法を模索して，p40-47看護研究，26(1)，1993
- 20) 金井一薫：ケアの原形論 看護と福祉の接点とその本質，現代社，p 130-131，2002
- 21) Watson, J. 著，稲岡文昭他訳：人間科学とヒューマンケア，医学書院，1992
- 22) 筒井真優美：ケア／ケアリングの概念，p2-12，看護研究，26(1)，1993
- 23) 松浦尊磨，松山賢治，松岡千代 他：保健・医療・福祉領域におけるケア論の特性に関する文献的考察と「ケア」概念の共有による「地域ケア」の相対的展開への提言，兵庫県プライマリ・ケア協議会地域ケア研究会報告書，p 27-28，2006
- 24) 広井良典：ケア学—越境するケアへ，p42-44，医学書院，2000
- 25) 広井良典：ケアを問いなおす，p11，ちくま新書，1997
- 26) 松浦尊磨：コミュニティーの基盤づくり～保健・医療・福祉の総体的推進へ，p 28-31，月刊福祉，2，2004
- 27) 松浦尊磨：保健・医療・福祉の連携による包括的地域ケアの実践，金芳堂，200
- 28) 松下 拡：健康問題と住民の組織活動，頸草書房，1981