地域介護における要介護者認識の抽象度と 福祉政策実践の基本構造

——類型化認識を手がかりに——

The Level of Abstraction in the Cognition of Those Dependent on Care in Local Areas and the Basic Structure of the Practice of Welfare Policies

山 本 馨
YAMAMOTO Kaoru

By referring to A. Schütz's classification of epistemology, this article analyzes the differences between normal care management and care management in small, multi-functional institutions in Fukuyama, Hiroshima Prefecture, in terms of the cognition of those who need care. In normal care management, cognition moves from a personal type to a more abstract and functional type, as the practice moves from the assessment stage to a care planning stage. This shows that cognition always tends to increase its level of abstraction, as is implied in Schütz's classification. However, cognitive abstraction is consciously avoided in Fukuyama, and personal cognition develops into something more individual. This finding may indicate that abstraction levels might define the size of a welfare practice.

1. はじめに ——介護保険事業所の実践を他者認識論で読み解く——

この論考は、広島県福山市において小規模多機能型居宅介護とグループホームを併設し、多機能地域ケアに取り組む「さくらホーム」で提供しているケアを事例として取り上げ、それを社会学者シュッツの他者認識論で読み解くことを第1の目的としている。それはこの事業所が、地元において「^{とも}軀の奇跡」と称されるほどめざましい身体状況や精神状況改善効果を上げている理由を、単にケアマネージャー（以下「ケアマネ」とする。）の力量や奉仕精神に帰するのではなく、ケアマネの要介護者に対する他者認識の仕方の問題として社会学的に分析することにより理解しようとするものである。分析の方法は、筆者が福山市で実施した質的調査⁽¹⁾を基礎資料として、それに他者認識論を援用して行う。

次に、この分析で得られた知見を元に、将来的な社会福祉政策の方向性を展望することが第2の目的である。それは、個人的な事情や思いを取りこぼさないオーダーメイド福祉とも言うべき、他者認識が具象化の方向へと向かう新たな社会福祉制度設計の展開可能性を示すことになると考えられる。同時に、今回検討した認識論を贈与論や規模論と接続して検討することにより、政策設計者／実践者の他者認識の枠組が、福祉実践の適正規模を規定する可能性があることについても言及する。

以下第2節では、この事業所のケアの実際とその考え方について質的分析を行う。第3節では、シュッツの他者認識の類型を参照して、当該事業所及び一般的な地域介護の政策実践がどのような他者認識のスキームで行われていると考えられるかについて検討する。第4節では、地域介護における要介護者認識の抽象度には、より抽象に向かうベクトルと具象に向かうベクトルの2つが併存する可能性があり、その2つの方向性が福祉実践規模と関係していることについて論じる。

2. さくらホームのケーススタディ

本節では、福山市鞆の浦のさくらホームに関して、事例の検討を質的に行う。

(1) さくらホーム開設の経緯

福山市鞆の浦（以下、住民の呼称に従って「鞆」という。）は、瀬戸内海のほぼ中央の潮の流れが変わる地点に位置していることから、古くから瀬戸内海海運の中心地として栄えてきた。江戸時代には朝鮮通信使の立ち寄り所であり、通信使から「日東第一の景勝（朝鮮、日本を通じて最も景色が優れている場所）」と称されたことは、現在でも地元住民の誇りとなっている。観光地としての鞆は、坂本龍馬がいろは丸事件を国際法に則って紀州藩と交渉を行った場所として、最近では宮崎駿の長編アニメ映画「崖の上のポニョ」の舞台となった場所として、あるいは、お手火神事、町並ひな祭りや鯛網など、一年を通じて必ず何らかの地域の祭りを催しているような、結束力が強く日本古来の風俗が残っている町として有名であり、これらの観光資源を見物に多くの観光客が訪れている。

一方、地域での暮らしぶりは次のとおりである。急峻な山と港に挟まれた狭い居住可能地域の細い路地に、軒を連ねるように古い家々が建ち並び、自動車が進入困難な路地も多く駐車場がごく少ないこともあって、若い人はほとんど居住しなくなっている。人口約4千5百人。高齢化率43%である。まちなかにコンビニエンスストア、スーパーマーケットはともに1軒だけある。介護保険の給付対象となるような高齢者の日常は、たとえば筆者が調査したH家の生活を描写してみると次のようである。高齢（76歳）の夫が、夜明け前に小舟で近海に漁に出る。朝4時頃漁港に戻ると要介護認定を受けた妻が待っていてその魚を捌き、路地や介護保険事業所にも持ってきて売るといった生活を送っている。現在は現金収入が少ないが、質素といえる今の生活では、それほど多くの現金を必要としていないと考えられる。

しかし、このような高齢者の生活を表面的に観察して質素な生活をしているから豊かではないと解釈するのは誤っていると考える。むしろ、経済的な強者ではないからこそ、助け合って生活をし、精神的な豊かさを生み出していると考えの方が正しいのである。近所の人間関係については、住民間で「アンテナが張り巡らされていて」プライバシーがない反面、足りない物があれば食品等の日用品であれば何でも近所の人が持ってきてくれる土地柄なのである。お互いに監視されているようで精神的に窮屈な反面、双方向的に支え合っている豊かな文化がそこにはまだ存在している、と考えるべきなのである。

しかし、そういったお返しや助け合いの文化が、幸いにして地域にまだ残っているとはいっても、そのことは必ずしも認知症高齢者を暖かく地元で受け入れ、見守ってくれる土地柄であることを意味しない。地域での介護を受け入れるための土壌としては、そのような文化がない場合に比べればはるかによい状況ではあるが、このような土地柄であってさえ、認知症高齢者は、地域共同体の中で共同体内部の「仲間」とは認識されず、むしろ異邦人として捉えられているのである。

さくらホームの施設長の羽田富美江さんの10年にわたる地域に根付いた事業所とするための苦労は、鞆のような強固な地域共同体が残っている地域でさえ、認知症高齢者は受け入れがたいとの事実を認識した時点から始まる。羽田さんは、元々介護保険施設に勤める理学療法士であった。施設に入所している利用者のリハビリテーションを担当する中で、利用者がいったん入所するとそれまで生活していた地域の友人や近所づきあいの関係

がその時点で途切れてしまい、それが病状の回復を遅らせ、あるいは地域に戻りにくくしてしまうことに理不尽さを感じていた。そのことが小規模多機能事業所さくらホームを立ち上げるきっかけとなったのである。羽田さんは、地域の人々の力を借りながら、住み慣れた地域で、親しんだ人々に囲まれた環境の中で生活することによって、自分らしさや活力を取り戻すことを事業所全体の目標としている。つまり、可能な限り施設入所はさせず、本人が望む限り自宅や自宅近くのグループホーム等において地域のつながりの中で暮らしてもらうことを目指している。しかし、地域住民の認知症高齢者に対する無理解は、「あの人はもう人が変わり、別の人になってしまった。相手にできない。」という言葉に象徴されるように根強いものがあったという。これまでの羽田さんの10年間は、「人が変わったように見えるのは、病気がさせているのであって、あの人は不安でいっぱいなのです。だから今までどおり普通に付き合って一緒に支えていってほしい。」というメッセージを地域住民に理解してもらうために費やされた年数であったとのことである。

さくらホームは、事業所の機能と利用者の近隣の友人の手助けだけで、すなわち介護保険収入以外の公的援助や地域ボランティア団体の助け等は一切借りずに、地域の高齢者を「本人がご希望になる限り」たとえひとり暮らしであっても、「文字通り亡くなるまでの看取りまで」病院や介護保険施設に長期入所させることなく、地域で見守り、地域での生活を支え続けることを目標に活動している。

しかも利用者の状態は、後で述べるように、病院や介護保険施設に入所しているときに比べて日常生活動作は向上し、精神的にも、さらに言えば霊的にも幸せそうに地域での生活を楽しんでいる⁽²⁾とのことである。そこではどのようなケアや介護支援が行われているのだろうか。筆者が行った聞き取り調査を元に、具体的な事例を見てみよう。

(2) 要介護者の心の平安にも向き合うケア

事例1：生きがいとしてのお寺

〈本人の状況〉

寝たきりでありながら元気にひとり暮らしを継続しているHTさんは90歳。認知症はない。要介護度は病院に入院していた時で4、現在は3と客観的にも改善している。以前は家族や親戚もいたが、自分が一番の高齢になったため、生存している親類は一人だけである。軀にはお寺が非常に多いが、そのひとつの寺の門前の小さな家に住んでいる。以前は心臓ペースメーカーの手術をした病院に入院していた。本人が今までどおりの自宅での暮らしを強く希望したが、病院側では、寝たきりなのにひとり暮らしに戻るは無謀であると言われた。しかし、さくらホームのケアマネが、本人の意を汲んで辛抱強く寺と交渉し、寺では責任が持てないと言われたものの、責任は事業所で持つからと言って退院させた。事業所で提供しているサービスは、1日約5回の訪問と通いのサービスである。

〈担当ケアマネの話〉

入院中のHTさんご本人のご希望は、本当のところどこにあるのか、ということを中心に考えました。それは病院で手厚い医療を受けることではない。一刻も早くお寺の門前にある自宅に帰り、思い出が詰まったお寺がある環境の中で生活したい。たとえ死んでも良いからそうしたい、というのがご本人の本当の希望であることが分かりました。本人のご希望がそうである以上、全力でそれを支えるのがケアマネの、あるいは事業所の役目だと思いました。ご本人はお寺に頼りたいとの思いが強かったため、まず、お寺にご本人の思いをお伝えしました。お寺側からは、そうは言

われても、お寺としてはご本人の面倒を見ることはできない、と良い顔はしてもらえませんでした。でも、ご本人の健康や安全については、事業所で責任を持つから、と言って理解して下さるようお願いしご自宅に戻っていただきました。ご自宅に戻られた後には、お寺は、お孫さんを通じてなどして、日常生活や安全に何かと気に掛けてくれています。

このケアマネが、利用者の安全は事業所で責任を持つからとまで宣言して本人を家に連れ帰った理由は、寺の近くで暮らすことに本人のアイデンティティがあり、多少のリスクの存在を考慮しても、自宅に戻ってもらうことが本人の幸福であるとの確信を持ったからである。彼女の見込みが正確であったことを証明するかのように、現在では、寺の孫の小学校6年生の男の子と中学校2年生の女の子が、毎朝と学校帰りの2回、必ず自主的に本人のところに顔を出して様子を確認し、本人の具合が悪いときには寺の家族に様子を伝えている。本人がベッドから落ちて動けなくなっていたことがあったが、この子たちが早期に発見したため、大事には至らなかったとの「手柄」もある。

〈本人の話〉

これまで一心に仏様に仕え、台所や掃除などお寺のお世話をしてきました。今まで近所づきあいもしてきたが、みんな死んでしまったので、つきあう人がいなくなった。私を見てくれるのはお寺さんくらい。住職さんが私を最期まで見てくれる。お寺の2人の孫が自分のことを「HTばあちゃん」と言ってなついてくれている。「今から学校に行って来ます」と毎日言いに来てくれる。ただいまも家に行くより先に言いに来てくれる。1日2回顔を見て安心してくれているのが、私にとっても最高の楽しみ。この2人のためにも頑張って長生きしたい。

こういった帰宅意図は、実は介護保険の現場では、本人の日常生活動作の状態や安全性あるいはケアのし易さの観点等からなかなか叶えられることが少なく、特にひとり暮らしの場合は、現実的には入院や入所継続になってしまう場合が多い。こういった本人の気持ちを汲み取り、半ば強引に自宅に連れ戻すことを可能にしたのは、当該ケアマネのケアに対する着眼点が他者と大きく異なっていたからにほかならないと考えられる。

その理由は、次のように考えることもできるのではないだろうか。通常のケアマネは、要介護者の状況から、社会的に対応する必要がある福祉ニーズを抽出し、当該抽象化・類型化されたニーズを満たすサービスを複数の選択肢の中から探し出して提供する、といった理路でケアプランを作成している。そういった福祉サービスと接続可能な福祉ニーズを探し出すとの文脈でケアを考えた場合には、たとえばひとり暮らしをした時には、もしベッドから落下したらどうするのか、といった本人の安全を保つことを最優先のニーズとして設定するであろう。そのようなリスクを最も低下させる選択肢として、終日目が行き届く施設入所等を勧めることになると考えられる。これに対して当該ケアマネは、このようなニーズ抽出の方法を採らずに、「本人のご希望」あるいは「本人の霊的な安定」という個別的事情そのものに向き合っていると考えられるのである。次節では、この個別的事情への着眼という点に的を絞って検討を深めたい。

(3) 地域に戻すケアによる病状のめざましい回復

事例2：「軀の奇跡」

OTさん(90歳)は、さくらホームのグループホームで暮らしている要介護度5(最重度)の高齢者である。持病も多いし認知症もある。さくらホームに来る前の介護保険施設では、全介助状態であり、常時おむつで、ずっと寝かせておくことが大事という方針で処遇され

ていた。胃ろうによる栄養摂取であり、経口ではヨーグルトしか食べられず、鬱傾向でおとなしく、ほとんど発語することもなかったとのことであった。

ところが筆者が面接したときの本人の状況は、普段はグループホームに入居し、昼間は自宅近くの小規模多機能型居宅介護の通い施設（グループホーム入所中の利用者の自宅を利用したもの）に少なくとも週2回は訪問していた。施設では嫁や昔からの近所の友達がいつも訪ねてきていて、本人の隣に座って楽しそうに笑い合っていた。食事でも口から摂ることが可能になり、水分を胃ろうで補充すれば足りる。おむつがはずれ、生きる意欲も湧いてきて、以前と比べて若返って見えるとのことである。何でも自分でする気になっているし、彼女が施設に来ていること自体が利用者や職員の癒しにもなっている。要介護度は5であることに変わりはないし、筆者との直接会話は挨拶程度しかできなかったものの、日常生活は明らかに改善しているとのことである。

事業所の介護職員は、OTさんのようなほとんど動けなかった最重度の要介護者であっても「ご本人がそう望む限り」ここで描写したような生活を近隣との付き合いを続けながら看取りまでのケアをグループホームですることが可能である、と自信を見せている。

この事業所での日々の処遇を見る限り、そこには社会資源に接続するために福祉ニーズを抽出しようとする意識がなくなっているように感じられる。そこには本人はどのような生活することが希望なのか、という個別事情に対応した生活を提供しようとする意識と、そのために必要な具体的ケアを提供するのだ、との利用者の生活全般を見通そうとする意識が存在しているようにも見えるのである。

今回は2例しか取り上げていないが、さくらホームでは、今回紹介した例と同様の考え方で、全利用者のケアを実践している。それはすなわち次のようなケアプラン策定の発想である。①自宅に帰ることが本人の意思である場合には、その希望に応じて、事業所で技術的に対応可能な限り施設から自宅に連れ帰る。②自宅では、基本的な日常生活のケアは事業所が行う。③それに留まらず、本人がどのような生活を望んでいるかについてきめ細やかなアセスメントを行い、可能な限りそれを叶える方法を考え、友人や近所とケアマネが交渉して希望する生活を可能な限り実現しようとする。

つまり、基本的な生活については、事業所の介護保険サービスを利用してもらうが、それで十分であるとは考えず、本人の希望が今まで通り地域での近隣や友人とのつき合いを継続することである場合には⁽³⁾、介護保険サービスで基本的な生活を支えた上で、その希望を叶えること、すなわち個人的に本人が望むより豊かで楽しい生活を実現するために全力を尽くすというものである⁽⁴⁾。

このようなさくらホームのケアのやり方は、福山市内の介護保険事業所のケアマネの間では有名になっている。しかし、このやり方を踏襲しようとする事業所はほとんど現れないのである。それはなぜであろうか。2012年9月に筆者が企画・主催し、さくらホームのケアの考え方を取り上げ、軀で実施した「全国福祉シンポジウム～軀・地域介護の奇跡～」に参加した他の事業所のケアマネは次のように話している。

〈他の事業所のケアマネの話〉

たしかにさくらホームでやっているケアプランや実践はすばらしいと思うけれども、自分がそれをできるかという、そうは思えない。事業所の考え方も違うし、勤務時間も決まっているし自分には家庭もあるので。一日中担当している人のことを考えるわけにもいかないし。さくらホームでは理想的なケアをやっているとは思いますが。

さくらホームのケアは理想ではあるが、自分にはできないという発言は、さくらホームと同様のマネジメントをするにはケアマネの負担が大きすぎて、あるいは、利用者一人あたりのケアに必要な労力が多すぎて対応する時間がないとの意味であろう。

しかし筆者には、この問題は、時間や労力あるいはケアマネのやる気の問題あるいは、いわゆる介護保険体系とのマッチングの問題⁽⁵⁾とも関連しているであろうが、介護福祉実践をどのように設計するかという可能性を切り開く問題でもあると考えられる。そのスキームの相違が、ケアマネジメントの発想の相違を生み、それが結果的に要介護者の要介護度や身体状況や精神的な幸福に影響を与えているのではないかと考えられるのである。

このケアの考え方は、いわば医療分野で使われている「病気を診るな、患者そのものを診よ。」という言葉にも近接しているスキームであるとも言える。このスキームの問題は、他者をどのような枠組みで認識するかといった他者認識論との親和性が高いと考えられる。このため、次節では、通常のケアとさくらホームのケアのスキームの相違を、他者認識を類型化して分析した社会学者シュッツの視角を参照して理解してみたい。

3. ケアプランの他者認識類型による理解

(1) シュッツの3類型

藤村は、シュッツの認識論を援用して、およそ人間が他者を認識する際には、①抽象的、②機能的、③人格的の3つのタイプのいずれかによって認識しており、それは他者認識の抽象度と関係していると分析している。[藤村 1999：210]

他者を「①抽象的」に捉えるとは、個人を特定できないある類型の人間がいる、といった認識の仕方である。たとえば援助対象が具体的なイメージを伴わない街頭募金がその例である。今回の検討は具体的な要介護者に対するケアを問題としているため、抽象的な他者認識に基づく具体的なケアの該当はないと考えられるが、介護保険制度成立以前の措置制度はこういった他者認識に基づく政策設計であった可能性がある。措置制度とは要介護者の主観的な事情を斟酌せずに、一定の事由が生じた場合には、機械的に一定の処遇を行うとのスキームで行われる制度であり、その一定事由の存在に着眼し、主観的な事情に着眼しない点が抽象的認識と親和性があると考えられるのである。つまり、抽象的認識に基づく他者認識は、パターンリズミ的な措置による福祉と親和性が高い可能性がある。

これに対して「②機能的」に捉えるとは、特定の機能を果たす代替可能な人、といった他者認識である。具体的な人間と対面するのではなく、ある属性を持つ人間を想定しているが、その人間の個性に着眼するには至らない代替可能な他者認識のことである。たとえば、私のところに来る郵便配達人、という認識である。また「③人格的」に捉えるとは、個性的存在というほどではないが、具体的な他者を想定した他者認識である。たとえば、私のところにやってくる郵便配達人のAさんという認識である。

藤村によれば、人格的類型は、たえず個性的存在性を強めていく可能性を有している。[藤村 1999：210] つまり他者認識の具象度は高くなるとしている。一方、シュッツにおいては、人間は類型に類型を重ねながら具体的な他者を認識する、すなわち他者認識には抽象化が避けられないとしている。[Schütz 1932, 1960, 1974=1982：268] このように、藤村とシュッツの他者認識に関する見解は、具象度が高くなる方向に向かうか、逆に抽象度が高くなる方向に向かうかという一見相反するベクトルを有しているかのように考えられるが、筆者は、両見解は他者認識の各側面を表すものであり、相反するものではないと

考えている。藤村の見解は、人格的類型的に他者認識をする場合であっても、その後個人が特定されていくにしたがって、人間は徐々に個性を強く認識していくものであることを述べている。これに対して類型化が避けられないとするシュッツの見解は、たとえそのような具象性を強めるベクトルの中にあっても「多かれ少なかれ匿名化された相互に交差しあう類型化図式によってしか理解しえない。」[Berger 1966=1977: 55] という意味で抽象化へと向かうことも含めて論じていると考えられるからである。つまり認識の類型化へと進もうとするベクトルは、人間の認識にとって宿命的であり、意識的に個性的存在性を強めていったとしても、その宿命からは逃れられないことも含意していると考えられるのである。

この3類型は、相対的なものであり別個独立ではなく、他者認識の抽象度／具象度に応じて同一直線上において徐々に各類型に変化していくものであると考えられている。[小川 1985: 265] そこでこの論考では、この3類型の中から最も抽象度が高く、現在の地域介護実践には直接の関係性が低いと考えられる抽象的類型を除外し、後で述べるが、第2節で判明したさくらホームのケアマネの他者認識は、人格的類型よりさらに具象度が高い類型認識をしていると考えられることから、この認識類型を「個性的認識」と命名して追加的に位置づけ、便宜的に他者認識の抽象度を、機能的認識・人格的認識・個性的認識の3類型に区分して考えることとする。

シュッツによれば、人間は上記のように場面に応じて抽象度の異なる認識をする傾向を持つ。たとえば社会福祉政策策定の局面にあっても、あるいは政策実践であるケアマネジメントの局面にあっても、政策策定者やケアマネはこれらの他者認識の枠組みのいずれかにその抽象度のレベルを無意識的に設定した上で政策なりケアプランなりを構想しているとも考えることもできる。すなわち、ある政策／ケアプランは、策定当初の段階において意識的／無意識的に選択した他者認識について、機能的／人格的／個性的のいずれかの類型の影響下において策定されていると想定可能である。

(2) 人格的認識から機能的認識へと向かうケアマネジメント

一般的に、介護保険の政策立案者がケアマネに通常期待している業務は、政策立案者が想定したのと同様に、人格的な他者認識に基づいてアセスメントを行い、それを抽象化した他者認識に基づいてケアプランを策定することであると考えられる。他方、それに応えるようにケアマネ側も同様な他者認識の下で、すなわちこの意味で政策策定者の他者認識に影響されてケアプランを策定している可能性がある、と理解することも可能である。

なぜならば、ケアプランは、一般的に次のような経過をたどって策定されるとの共通認識が、政策策定者、ケアマネの両者にあると考えられるからである。まず、ケアマネは要介護者個人の人格に着眼、すなわち「私のところに介護サービスを使いたいとの要求をもって現れた利用者のAさん」というフィルターを通して見えるAさんに対してアセスメントを行い⁽⁶⁾要介護度や本人の状況、属性、希望などを聞き、次に介護保険サービス等と結びつけることを念頭に、本人の状況の中で福祉ニーズとして把握可能なものを抽出する作業（課題抽出）を行う。その上で、当該福祉ニーズを満たすと考えられる介護保険サービスや保険外サービスを選択し、それらのリソースを組み合わせるケアプランを策定する、という順番で考えていくのである。

この作業の中の「福祉ニーズの抽出」とは、個別事情を有する要介護者の状況から社会

的に対応する必要があるニーズを抽出するために、要介護者の生活の機能的な面、すなわちあることができないとか不便であるなどの面に着目して抽象化し、類型化する作業であると理解することができる。また「サービスの選択」とは、ニーズを満たすと考えられる複数の福祉資源の中から適切な資源を選ぶことである。つまり、介護保険制度の一般的な特徴は、要介護者データの抽象化とそれに適合する介護サービスの選択であるとも言える。例えてみれば、措置制度に基づく福祉がワンサイズしかない服を着せるようなものであったのに対して、介護保険制度では、選択可能な色やサイズが複数ある服の中から自分の好みに合わせて選択できるレディーメードの服のような制度であるとも理解可能である。

こうした抽象化と選択の作業を経ない限り、要介護者の状況と類型化されている介護保険サービスとをマッチングさせることはできないと考えられる。なぜなら、各要介護者の個別事情にぴったり合致する介護保険サービスやボランティア類型など存在しないからである。このように介護保険制度とは、個人から福祉ニーズを抽出し、より多くの要介護者の福祉ニーズを満たす最大公約数的な介護保険サービスと接続することを制度趣旨としていると考えることもできる⁽⁷⁾。そして、ニーズの抽象化と最大公約数を満たす福祉サービスの開発という抽象化ベクトルの方向性において、制度立案者と政策実践者である一般のケアマネジャーは同じ発想の地平に立っていると考えられるのである。

(3) 人格的認識から個性的認識へと向かうケアマネジメント

これに対してさくらホームのケアマネジメントでは、前細節での検討と異なり、そもそも介護サービスと接続することを念頭においた福祉ニーズの抽出という認識の仕方をしていないのではないかと考えられる。

たとえば、事例1の場合は、HTさん本人の暮らし方の希望は、施設において身体的に安全な生き方をすることではなく、お寺の加護を受けた霊的な満足の中で生を全うすることである。事例2の場合は、OTさんの幸福は、知らない施設で寝たきりにさせておくことではなく、今まで暮らしてきた地域で、今まで付き合ってきた人たちとこれまで通りの穏やかな時間を過ごすことである。このような彼女たちの暮らし方の希望をアセスメントしたケアマネの他者理解は、介護保険制度策定者が予定し、通常のケアマネが実践していた福祉ニーズの抽出といった抽象化のベクトルを持つ手法ではアプローチすることが困難な種類の他者理解であると考えられる。

このケアマネは、公的書類であるケアマネジメント計画書には形式的に抽出された福祉課題を一応記載しているが、実はサービスに接続することを前提とした福祉ニーズの抽出作業は行っていないのではないかと判断可能である。彼女が行っていることは、もっと現実的に即したケアを考えることであり、それは人格的な他者認識に基づいて行ったアセスメントに基づいて、要介護者の望ましいより詳細で具象化された暮らし方の姿を想像すること、あるいは重度の認知症である場合は希望を忖度することである。そして可能な限りそれを実現する手段を考えること、といった人格的認識から個性的認識へと具象的な方向にさらに深化させる方向のベクトルを持つ作業なのである。そのケアプラン策定作業は、まず要介護者が希望する生活を送るために必要な基本的な身体上の健康や生活を支えるケアを小規模多機能事業所が担当するためのプランを立てることから始まる。重要な点は、そのプランは要介護者に欠くことができないプランではあっても、それだけで十分なケアと

はならないことをケアマネ本人が十分に認識していることである。

一般的な事業所のケアマネの思考との相違は、この欠如の認識の有無として現れる。一般的なケアマネのように福祉ニーズを抽象化してケアプランを考えた場合には、いったん抽象化されたニーズが満たされる手段を見つければ、福祉ニーズは充足されるわけであるから、その段階でその仕事は終了するのであり、要介護者の個性に立ち入って考える必要性を感じないのである。

これに対して、さくらホームのケアマネの仕事は、小規模多機能事業所のサービスで必要条件を満たせる見当がついたその後からが本番である。具体的な本人の状況としては、事例1の場合は本人がお寺に受け入れてもらって初めて「(その霊的な) 希望が叶う」のだから、ケアマネとしては、お寺に受け入れてもらわない限り本人の希望は充足しないと考えるのである。そしてそのようにお寺と交渉することまでを含めて自分の仕事と考えて実行するのである。この発想は、最初から介護サービス等と結びつけることを念頭において行う福祉ニーズの抽出作業によって出てくることは困難であり、より個性的存在性を深めていこうとする具象化へ向かうベクトルを持つことによって初めて可能となるのである。

(4) 具象化に向かう新たな福祉手法の可能性

認識論の分類を借りて分析すれば、措置による社会福祉政策手法は抽象的認識と親和性があり、選択的な手法を指向する通常のケアマネジメント手法はアセスメント段階においては人格的認識と、ケアプラン策定段階では人格的認識を抽象化する方向へとベクトルが展開した機能的認識と親和性があると考えられた。それでは、さくらホームの実践手法である人格的認識からより個性的認識へと向かうベクトルは、何を意味し、どのような形態の社会福祉を展望しているものであろうか。

個性的認識、人格的認識、機能的認識、抽象的認識と移行するにしたがって、認識の抽象度は高くなっていくと考えられる。そして、一般に抽象度が上がるということは、情報のロスが生じているということである。シュッツの言を借りれば「類型化とはすべて……類型化される対象の、当面の特定の目的とは関連がない個々の相違を無視することである。」[Schütz 1964 : 234] からである。この場合の類型化は抽象化と言い換えることができる。シュッツは、抽象化の過程によって、個人にとっては重要な部分が抜け落ちてしまう可能性を指摘しているとも考えることも可能である。今回の事例の場合、抽象化によって失われた部分とはどのようなものだろうか。

この問題は、生身の人間から福祉ニーズを抽出する作業を行う時に何が抜け落ちるのか、との問題に置き換えて考えることもできる。一概に言えば、そこで抜け落ちたものとは、福祉ニーズとして整理される以前の個別的な事情の全てである。事例1の場合は、たとえば、お寺の門前で暮らしたいことやお寺の孫の顔を毎日見たいことが含まれる。事例2の場合は、近所の友達と毎日笑い合って暮らしたいことが含まれる。これらはケアマネにとって、本人の個人的な希望とは認識されていても、通常はケアマネジメントの一環として対応が必要な福祉ニーズとしては認識されない。福祉ニーズとは、社会が対応すべきことが社会的に認知されたニーズのことであり、通常は具体的な介護サービス等との接続を念頭においているからである。たとえば要介護者の身体 の健康の保持や安全の確保は、社会的に認知されたニーズである。こういった福祉ニーズの視点で見ると、ここで掲げ

た個別的な事情は、主観的には、自身の生活全般や幸福感を左右するほど重要であっても、客観的な福祉ニーズとしては認識されないか、たとえ認識されたとしてもその優先順位は劣後することが避けられない傾向があるのである。さくらホームでのマネジメントは、こういった利用者の個人的な事情を可能な限り阻却しないことを目指しているといえる。つまり、介護保険制度設計が、大量に発生する利用者の福祉ニーズに応えるために、大量の類型化された福祉サービスを供給するとの、大量需要に対応する大量供給の発想で組み立てられていたとすれば、この事業所のケアマネジメントの考え方は、そのような発想とは無縁である。そのケアマネジメントは、むしろ事業所周辺に居住するごく少数の利用者のために仕立てられたオーダーメイド福祉ともいうべきものである。

4. 結論 ——他者認識が具象化へと向かう新たな社会福祉制度設計の展開可能性——

筆者は以前にモースの贈与論とダールの規模論の視角を地域福祉に援用して、地域福祉実践には贈与類型ごとにふさわしい適正規模が存在し、かつ各類型は他の類型と親和的であるため、一つの社会内部において各実践を重層的に適用することも可能であるとの議論を提示した。[山本 2011] そこで、今回のシュッツの認識論を参照して得た知見が、研究対象を同じくする上記の贈与論と規模論とを組み合わせた議論とどのような関係性を持つのかについて検討を加えることにより、本論考のまとめとしたい。

それは、政策実践者（と実践者に認識論上の影響を与える政策策定者）の社会福祉対象者に対する認識の抽象度は、福祉実践の適正規模を規定すると考えられると要約することが可能である。抽象度が高くなればなるほど特定の社会福祉実践の適用範囲が拡大し、要介護者の大規模処遇を策定することが可能となるからである。反対に、要介護者の個性的存在性をより重視する観点からは、同様の社会資源からそれほど多くの要介護者の処遇をすることはできないのである。（図1参照）

類型化認識に基づくこの知見は、地域介護の福祉圏域の適正規模を論じる際の重要な要素となると考えられる。すなわち、政策立案者／実践者の類型認識の相違に連動して、福祉圏域の適正規模は存在するとしても変動する可能性があると考えられるのである。

藤村は、デュルケムの「社会形態学」を引用して、ダールが規模論を使って切り開いた問題設定は、公共政策の諸領域に資源空間の問題を組み合わせる理解することの重要性を

図1 他者認識の抽象度のベクトル

示すものであることを指摘している。〔藤村 2000：103〕この指摘を敷衍すれば、この論考は、地域介護という公共政策分野に政策立案者／実践者の認識という一種の社会的資源を組み合わせる理解しようとするものであったと考えることもできる。ダールの結論は、デモクラシーの諸目標を達成する唯一の最適解はない〔Dahl & Tufte 1973=1979：3,226〕とするものであった。この論考で分析した政策立案者／実践者の認識類型のベクトルの向きが2方向に分かれていることは、主にダールのいうシステム容量が政策立案者／実践者により様々であることと関係していると考えられるが、それが介護福祉政策の適正規模にも最適解が存在しない要因の一つとなっている可能性があるのである。

今後の地域介護が抽象化、具象化のどちらのベクトルに向かうのかについては、歴史的な潮流としては具象化に向かっている可能性があると考えられる。仮にそうであれば、小規模多機能事業所を含む介護保険事業所等の活動は、より要介護者の個性を重視するきめ細かなものとなり、それに連動して地域介護の適正規模は、現在想定されている福祉圏域よりも更に地域分割する方向へのシフトが行われるかもしれない。

今回の検討では、シュッツの認識論を補助線として、介護保険制度の導入により、一応の体系的完成がみられたと考えられることも多い日本の社会福祉制度について、選択的福祉サービスの供給という制度的整備は、必ずしも社会福祉政策の最終形態ではないことを示すことができたと考えられる。さらに、次の段階の社会福祉の形というべき萌芽が、地域介護の現場で生じてきたことも提示することができた。一方、現場において新たに試みられているオーダーメイド福祉に、一般性のある社会福祉政策として構想するに足る成熟性を持たせるためには、それが小規模で比較的同質性が高い地域における実践である⁽⁸⁾ことをふまえて、福祉圏域の規模ごとに、また福祉実践の層ごとにどのような実践が必要かを考える必要がある。しかし、従来から「社会性がない」ことを理由として一律に社会福祉の対象外と考えられてきた要介護者の主観的事情の忖度が、介護保険の第一線の現場において再び光を当てられるようになってきている。このことは、現場におけるその都度の個性的認識の重視が、要介護者の人間性の回復に重要な役割を果たすという社会福祉政策におけるパラダイムの一般性を示しているとも考えられるのである。

註

- (1) 調査は2009年5月から2013年2月までの間で施設長、事業所職員、利用者、近隣住民等に対して11日間行った。データの利用に関しては、それぞれの了解を得ている。
- (2) 「霊的」とは、1998年に世界保健機構執行理事会が、健康憲章の健康の定義に「霊的な健康」を追加することを議決し、生きている意味、生きがいなどの重要性を提起したことと関連している。ここでは利用者の（宗教的な）心の平安までケアの内容として包含して取り組んでいることを指している。
- (3) 今までの生活史からこのような近所とのつながりを望まない利用者もいる。そのような利用者に対しては、あえて住居地から離れたデイサービスやグループホームでケアすることもある。
- (4) 本人の個別事情に正面から向き合ったケアを提供しているという点及び代替可能なサービスの提供だけでは十分なケアにならないという観点については、相互に影響し合ったわけではないが、英国ブラッドフォード大学のトム・キッドウッドが提唱したパーソン・センタード・ケアの考え方との共通性が見られる。〔Kitwood 1997=2005〕
- (5) 今回の問題といわゆるケアマネジメントにおけるマッチング問題との関係は、次のとおりと考えられる。マッチングは介護保険の枠外のインフォーマルサービス適用についても考慮したケアプランを立てるべきことを主な論点としている。これに対して今回の論考は、後で述べるように、ケアマネジメントをインフォーマルも含めたサービス利用（あるいは社会資源活用）を検討するものという思考枠

で捉えること自体を論点としている。すなわちこの問題は、サービス利用に限定して考えるマッチングの問題とは異なり、利用者の生活全般を見ようとする新たなベクトルを指向していると考えられる。

- (6) このような認識で行うアセスメントは、アセスメント自体がサービスに接続するためという枠にあてはめた上で行われがちである。これは、介護保険法において「要介護者等が適切に各種サービスを適切に利用できるよう連絡調整を行う者」がケアマネである（介護保険法第7条第5項）と定められていることに規定された政策策定者／ケアマネ双方の思考の枠であるとも考えられる。
- (7) このような「福祉ニーズの抽出」により「福祉サービスの提供計画」を策定することが、介護保険計画の策定プロセスそのものであるという発想は、ケアマネジメントを行う際の厚生労働省の準則にも定められている。「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（厚生省老人保健福祉局企画課長通知老企発第22号1999.7.29）の「利用者の課題分析（＝福祉ニーズの抽出）以降の一連のプロセスに従って業務を進める必要がある。」との規定がそれである。
- (8) したがって、このような小地域に居住するケアマネの村度も的外れにならない蓋然性が高い。

参考文献

- Berger, P. L. & Luckmann, T. 1966 *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Doubleday. 山口節郎（訳）『日常世界の構成——アイデンティティと社会の弁証法』新潮社 1977.
- Dahl, R. & Tufte, E., 1973 *Size And Democracy*, Stanford: The Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. 内山秀夫（訳）『規模とデモクラシー』慶応通信 1979.
- 藤村正之 1999『福祉国家の再編成』東京大学出版会.
- 2000「福祉政策にとっての地域社会：社会政策研究の空間論的展望」『社会政策研究』1: 95-117.
- Kitwood, T. M. 1997, *Dementia Reconsidered: the Person Comes First* Buckingham. 高橋誠一（訳）『認知症のパーソンセンタードケア：新しいケアの文化へ』筒井書房 2005.
- 小川博司 1985「匿名の夢と現実」江原由美子・山崎 健（編）『現象学的社会学——意味へのまなざし』三和書房 pp. 259-278.
- Schütz, Alfred 1932, 1960, 1974 *Der Sinnhafte Aufbau der Sozialen Welt: eine Einleitung in die Verstehende Soziologie*. 佐藤嘉一（訳）『社会的世界の意味構成——ヴェーバー社会学の現象学的分析』木鐸社 1982.
- 1964 *Collected Papers II: Studies in Social Theory*. Nijhoff.
- 山本 馨 2011「地域福祉実践の規模論的理解」『福祉社会学研究』8: 85-104.
- （上智大学大学院総合人間科学研究科社会学専攻博士後期課程 straycat@pop06.odn.ne.jp）