

## 高齢者サービスの「統合」について

北 村 育 子

### 要 約

高齢者問題に対処するために、老人福祉サービスならびに老人保健サービスを整備する努力が続けられているが、この努力は、福祉、保健、医療といった分野において個々になされてもその成果には限界があり、各分野のサービスを統合する試みがなされている。それらは、連携、総合、統合、一元化、協力、協働、調整、ネットワーク、等々、と呼ばれ、様々な側面から取り上げられてきており、なかでも多く目にするのが、医療・保健・福祉の連携という表現である。このように高齢者サービスの統合に関する試みや議論は、そのレベルも違えば、焦点をあてているものも異なる。しかし、共通していることは、サービスとサービスの間の境界や区分をなくそう、少なくともその垣根を低くしようと努力していることである。本稿は、高齢者サービスの統合に関する議論において取り上げられている事柄を整理することを試み、それに関する課題を考察することを目的とする。介護保険制度が実施されることによって、これまでなされてきた統合の試みのいくつかは実際の成果として見られるようになるかもしれない。しかしながらその場合でも、残された疑問や検討課題の方がはるかに多いことが認識されるべきである。統合の努力を行うにあたって関連する課題や問題点を考察しないとすれば、その努力は徒労に終わる可能性が高い。

医学が進歩し、広い意味での福祉が発展することによって、高齢者に関する問題は発生するようになる。医療が不十分で寿命が短い段階においては高齢者の数が少なく、高齢者問題は社会問題として表面に現れることはない。医学や文明が発達することによって、社会問題が深刻化するという皮肉な状況に我々は置かれている。この社会問題としての高齢者問題を代表するのが、虚弱、寝たきり、独居、痴呆等であり、これらに対処するために、老人福祉サービスならびに老人保健サービスを整備する努力が続けられている。この努力は、福祉、保健、医療といった分野において個々になされてもその成果には限界があり、老人福祉計画と老人保健計画とを一体のものとして作成することをはじめとして、各分野のサービスを統合する試みがなされている。

平成7年、高齢社会対策基本法が成立した。その前文において、「高齢化の進展の速度に比べて国民の意識や社会のシステムの対応は遅れている」こと、「国民一人一人が生涯にわたって真に幸福を享受できる高齢社会を築き上げていくためには、雇用、年金、医療、社会参加、生活環境等に係る社会のシステムが高齢社会にふさわしいものとなるよう、不断に見直し、適切なものとしていく必要があり、そのためには、国及び地方公共団体はもとより、企業、地域社会、家庭及び個人が相互に協力しながらそれぞれの役割を積極的に果たしていくことが必要である」ことが述べられている。またその目的においては、「高齢社会対策に関し、基本理念を定め、並びに国及び地方公共団体の責務等を明らかにするとともに、高齢社会対策の基本となる事項を定めること等により、高齢社会対策を総合的に推進し、もって経済社会の健全な発展及び国民生活の安定向上を図る」ことが示されている。

高齢社会対策を総合的に推進するとあるが、これは、高齢社会対策についての基本理念とこれに基づく基本的施策を明らかにすることによって、従来個別に行われがちであった各種施策に方向性を示し、社会的資源の有効活用を図り、各種施策を体系的に整備し、相互に十分調整されるようにし、社会全体として高齢社会対策を推進することであるとされる<sup>(1)</sup>。そして基本的施策が行われる分野として、就業および所得、健康および福祉、学習および社

会参加、生活環境、調査研究等の推進の各分野が挙げられている。すなわち、これらの分野における基本的施策を、「公正で活力ある社会、地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会、そして豊かな社会を実現する」という基本理念に基づいて行うこと、そしてそれらの施策が体系的に整備され、相互に調整されることが、高齢社会対策を総合的に推進することであるとされているのである。高齢期の多様な問題への対処における体系性の欠如については、従来から指摘されている<sup>(2)</sup>が、福祉政策の概念は明確ではなく、広義の社会保障に加えて、社会保障関連の住宅や雇用に関する政策を含む広い意味で用いられることが多い。これに従えば、高齢期の社会福祉は、所得、雇用、住宅、医療、保健、教育、そして福祉サービス、すべてを包含すべきであり、高齢社会対策基本法も、この線に沿っていると考えることができる。しかしながら、この基本理念はあまりに一般的な内容であり、これによって方向性を出したり、施策の体系的な整備を行ったり、調整が十分に行われるようになったりするであろうか。また、方向性を出し、体系的な整備を行い、調整されることが総合的に推進することであるとして、それで十分なのだろうか。そして、体系的な整備や十分な調整とは、具体的にどのようなことを意味するのだろうか。

高齢者サービスの統合に関するこれまでの議論は、様々になされてきた。それらは、連携、総合、統合、一元化、協力、協働、調整、ネットワーク、等々、様々に呼ばれ、様々な側面から取り上げられてきており、なかでも多く目にするのが、医療・保健・福祉の連携という表現である。この表現は、高齢社会対策基本法においても用いられており、「国は、高齢者の保健及び医療並びに福祉に関する多様な需要に的確に対応するため、地域における保健及び医療並びに福祉の相互の有機的な連携を図りつつ適正な保健医療サービス及び福祉サービスを総合的に提供する体制の整備を図る」とされている。そこでは、有機的な連携とは何かということは直接明らかにされてはおらず、ただ、適正なサービスとはニーズに対応し過不足のないことであり、適正なサービスを取りまとめることによって総合的に（サービスを）提供すること

ができるとし、各分野のサービス提供者相互の緊密な連携や、身体的症状の各段階に応じた医療、介護、リハビリ等の有機的な連携をはかるための調整、相談、申し込み窓口の一元化などを行うことであると説明される<sup>(3)</sup>。また「高齢社会対策の大綱」においては、関係行政機関の連携、要援護高齢者の自立支援施策の総合的实施、老人性痴呆に関する総合的施策の実施、国民に利用しやすいサービス供給体制の総合的整備、子育て支援施策の総合的推進、等の項目がみられるが、それらは概ね、現行施策の見直しと施策相互間の調整、関係行政機関の緊密な連携と協力、在宅介護支援センターの整備、各種サービスの量的な充実、そしてケアマネジメント(ケースマネジメント)機能の充実にさしている。

このように、高齢者サービスの統合に関する様々な試みや議論は、そのレベルも違えば、焦点をあてているものも異なる。しかし、共通していることは、サービスとサービスの間の境界や区分をなくそう、少なくともその垣根を低くしようと努力していることである。本稿は、サービス統合に関する議論において取り上げられている事柄を整理することを試み、サービス統合に関する課題を高齢者サービスにもとづいて考察することを目的とする。したがって、サービスの直接提供レベル(ラインレベル)での統合は、原則として取り扱わない。

先に述べたように、サービス統合に関しては様々な用語が用いられており、それらの用語がそれぞれどのような序列にあるのかは全く明らかではなく、その場その場で適当に用いられていると考えられるが、各用語を明確に定義することなどできそうにもない。諸文献をみると、統合ということばが連携の先にあるものと考えられている場合が多いのではないと思われるので、様々な用語を代表させるというほどの意味で、統合という表現を用いることとする。

### サービス統合のレベル

サービス統合は、一つの組織のなかの複数のサービスの間においても、複

数の組織においても行われるが、統合にはいくつかの段階がある<sup>(4)</sup>。まず第一段階は、情報を交換することによって、よりよいサービスを提供することである。この段階においては、必ずしも協働を必須とするわけではない。第二段階では協働が行われるが、そこに関わる人々や機関の目指すものは一つではない。第三段階においては、協働し、かつ目的を共有する。第一段階が最も統合レベルの低い段階であると言えるが、統合レベルの高いことが必ずしも望ましいとは限らない。第三段階のアプローチよりも、第一段階や第二段階のアプローチの方が適切であることも十分に考えられる。統合にはいくつかの条件が必要であるが、なかでも重要なことは、統合に関わる人々や機関が、お互いに対等であると認識することである。したがって、例えば、複数の組織がサービス統合を試みるとしても、対等であるための組織間の諸条件に大きな開きがあるような場合には、第三段階のアプローチよりも第一段階のアプローチを採用すべきであるということが起こり得る。

第一段階のアプローチであるが、目的を定めた委員会等を設けることによって、複数のサービス提供機関がニーズを把握し、それらに対応するために、共同で計画を行うことを政策決定側が指導するといったかたちを考えることができる。都道府県・指定都市に設置されている高齢者サービス総合調整推進会議および特別区を含む市町村に設置されている高齢者サービス調整チームがこれに相当する。高齢者サービス総合調整推進会議については、行政の側として民生主管部（局）長、衛生主管部（局）長、保健所・精神保健センター・福祉事務所の代表者、民間の側として医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・社会福祉協議会・老人福祉施設協議会の各代表者が基本的な構成者であり、高齢者サービス調整チームについては、行政の側として市町村の老人福祉・保健・医療担当者、保健婦およびホームヘルパー、保健所の保健婦・精神保健相談員、福祉事務所の老人福祉指導主事、民間の側として医師等医療関係者、在宅介護支援センター職員、市町村社会福祉協議会職員、老人性痴呆疾患センター職員、老人福祉施設職員、老人保健施設職員、民生委員を基本的な構成者とする。後者は、実際にサービスの提供に携わっ

ている者によって構成されており、前者とは対象とする地理的範囲を異にしているというだけではなく、同じく「高齢者の増大かつ多様化するニーズに対応し、最も適切なサービスを提供するため、各施策の調整と総合的推進を図るシステムを整備する」ことを目的としても、高齢者サービス総合調整推進会議は、高齢者サービス調整チームを支援するという関係にある。このことから、ここで言う第一段階のアプローチの実際の担い手は、高齢者サービス調整チームであると考えられる。

高齢者サービス調整チームの行う事業は、ニーズの把握、サービスの問題点の把握、処遇困難ケースへの対応、担当者間の常時の連絡体制の維持等である。場合によっては、老人ホームへの入所判定委員会として機能することもあり、第二段階のアプローチの要件である協働を含むようにもみえるが、実際には、「常時の連絡体制」によって関係するサービス提供機関に対して「サービスの提供等の要請」を行うに止まる。高齢者サービス総合調整推進会議および高齢者サービス調整チームは、サービス提供に関わる機関相互のコミュニケーションを増やすことによって、各々の機関がより良いサービスを提供することができるようにするものであり、それ以上のものではない。

先に、サービス統合のレベルが進むためには、統合に関わる機関が、お互いに対等であると認識することが必要であり、組織間の諸条件に大きな開きがあるような場合には、低い統合レベル（第一段階）に止まらざるを得ないことを述べた。この条件のなかでも最大のものが、情報である。各サービス提供機関の持つ情報の量がアンバランスであったり、内容に重なり合う部分がほとんどないような場合には、高レベルの統合は不可能である。高齢者サービス調整チームは、必要に応じ、対象地域を定めて複数設置することになっているが、この事業が行政主導で行われるものであるため、行政組織の最小単位以上に小さな対象地域は設定されにくい。そのため、一地域内には同じサービスを提供する複数の機関があることも十分に考えられ、各機関は利用者を共有しているとは限らない。その場合、高齢者サービス調整チームの設置目的の範囲においては、個人情報保護等を考えるとその地域全体のサー

ビス利用者の情報を共有し、組織間の条件を対等に保つことは困難であり、より高いレベルの統合には移行し難い。

第二段階のアプローチであるが、現在、第二段階のサービス統合はほとんど実現されていない。ここで言う協働とは、組織やスタッフが一定の帰属意識を共有することであるとしておく。部分的な試みは多くあり、市町村レベルでの行政の機構改革として、福祉担当の部署と保健担当の部署を組み替え、窓口の一元化を図る等の体制が整えられる場合などがこれに相当する。ただし、この段階では、福祉サービスは福祉サービスの、保健サービスは保健サービスの目的を保持している。

高齢者サービスが福祉サービスおよび保健サービスのみであるなら、このような機構改革によって、高齢者に関連する第二段階のサービス統合が実現されるかもしれないが、医療という高齢者には不可欠のサービスを組み込むことができるかどうかが課題である。対象地域内に一つの公の医療機関しか存在せず、その医療機関がすべての高齢者サービスの窓口となっていなければ、第二段階の統合は達成されない。また、老人福祉サービスのほとんどは、行政から社会福祉法人にその提供が委託されており、手続きの統合は実現されても、現物のサービス提供において関係する全分野のスタッフを共有することは不可能である。さらに、雇用に関連するサービスや生涯教育等に関連するサービスまでを視野に入れるとすれば、実現への道はなお遠い。

機構改革が実施されず、一つの建物の中に保健所と福祉事務所が置かれるだけでは、住民の便宜は図られるとしても、第二段階のサービス統合には該当しない。一つの組織の中に異職種のスタッフを共有し、複数のサービスを提供するというのが第二段階のアプローチであり、たとえ組織の中では分業が行われるとしても、少なくとも窓口（インテーク）が一元化されていることがここでの条件となる。

第三段階のサービス統合は、協働に加え、目的の共有を要件とする。目的にもまた抽象的なものから具体的なものまで、いくつかの段階があると考えられる。最も抽象的なものは、「すべての人の福祉の達成」であり、次が「す



べての高齢者およびその家族等の福祉の達成」であろうが、このような抽象的な目的は高齢者に関わる者すべてがすでに共有しているものと考えて差し支えなく、目的をこの段階に止めておくとしたら、統合に関する議論が成り立たない。現状を未だ統合がなされていない状態にあると認識するなら、協働する各サービス機関や各職種は、各々固有の目的を保持しているわけである。例えば、同じく高齢者のためのサービスであるにもかかわらず、特別養護老人ホームと老人保健施設では、異なった目的を持っており、同じく高齢者のための福祉サービスであるとしても、ショートステイとホームヘルプでは目的を異にする。この段階において重要なことは、他の専門性を取り込むこと、あるいは他の専門職に自らの専門性の一部を取り込ませることによって、与える側および取り込む側双方の従来の専門性がどのような影響を受けるのか明確でない状況で、各々のサービスの提供に必要な専門性を統合という名の下にどれだけ再構築することができるかということを明確にすることである。

### サービス統合の核

サービス統合は、直接的な供給レベル（ラインレベル）で考えることもできるが、特に組織レベルでのサービス統合を考える場合、その核となる組織や機関が必要である。複数のサービス機関や組織が統合という題目の下に囲い込まれたとしても、統合の核となるものがなければ何も起こらない。構成者の対等なコミュニケーションの促進の場である高齢者サービス総合調整推進会議や高齢者サービス調整チームにおいても、行政の民生担当部局が会議開催等の労をとっている。病院、老人保健施設、老人ホーム等に単に統合のラベルを貼るだけでは、統合は決して始動しない。そのための機能として、在宅介護支援センターが設けられ、ケアマネジメントの手法がとられることとされてはいるが、高齢者のためのサービスの統合を促進するにあたっては、核となる組織や機関をとりまく条件によって、統合の可能性や程度が異なる。それらの条件とは、①どれだけの種類のサービスがその統合の枠組みのなか



で提供されるか、②中心となる組織（例えば、在宅介護支援センター）にどれだけ権限が集中しているか（あるいはしていないか）、③広く高齢者全体を対象としているか、それとも虚弱老人や痴呆老人、寝たきり老人、など対象を限定しているか等である。

地方自治体において、機構改革により福祉事務所と保健所の窓口を一元化した場合、老人福祉施設への入所、通所、ならびに利用、痴呆の家族の介護方法に関する相談業務等は、窓口一元化という統合の枠組みにおいて提供されるが、それ以外は枠の外である。在宅介護支援センターがこれ以上の統合機能を果たしているかどうかは、自治体が高齢介護支援センターをどのように位置づけ、利用しているかによって異なる。在宅介護支援センターがI&Rの機能を果たしているならまだしも、単に電話番号案内に止まっているような場合には、実質的な統合を全く期待できない。またいずれにしても、現時点においては福祉・保健のサービスと医療サービスとは供給の方法が異なり、コミュニケーションの促進や連絡調整以上の統合は困難である。

### サービス統合の成否

先に述べたサービス統合のレベルは、統合がどの程度進んでいるかということ来判断するためのものである。これは、サービス統合がどれほどうまく機能しているかということとは別であり、同じく第一段階であっても、そのレベルでの統合が成功している場合もあれば、うまく機能していない場合もある。組織レベルでのサービス統合がうまく機能しているか否かを判断するために、指標が提起されている<sup>(5)</sup>。高齢者サービスに即してこの指標を整理すると、次のようになる。

- ① 虚弱、身体障害、精神障害、介護者、といった特定のグループの関心やニーズを適格に表現することができているか。
- ② その地域の文化的、歴史的背景を把握しているか。
- ③ その地域に特有の問題やクライアントグループに対して、その特徴を正確に把握し、それらに適したサービスを提供することができているか。

- ④ どこに住んでいようと必要な、すべての人に不可欠な基本的サービスをきちんと提供することができるか。
- ⑤ 一つの場所でどれだけのサービスが得られるか、サービスへの申し込み手続きの迅速さや効率性はどの程度か、複数のサービスに対して申し込みを希望する際にそれぞれのプログラムの受給要件がどの程度整合性を持っているか。
- ⑥ ケアマネジメント等によって、複数の問題を抱えるクライアントの複雑で絡み合ったニーズに応えることができるか。
- ⑦ 政策や諸資源を把握し、評価し、コントロールできる権限が、核となる組織や機関にあるか。
- ⑧ 管理運営面での重複や非効率を避けることができる適切な規模を保っているか。
- ⑨ 縦割り構造を越えて、共同計画ができる状況にあるか。

これらを満たすために必要な最大の条件は、対象地域をなるべく小さく設定することである。行政の最小区画がこれらの指標に満足な結果を出すことができるかどうかを検討しなければならない。対象地域が十分に小さくなければ、サービス統合の試みそのものが望ましくない場合があるかもしれない。統合の努力を行った結果、利用者や家族に不利益を及ぼすようなことは、避けられなければならない。

ここで注意を要するのが、サービス統合が利用者の利益を害する可能性があることである。窓口が一元化されてサービスが協力的に提供されるシステムが備えられ、かつその窓口に必要な権限が付与されている場合、複雑なニーズを抱えた利用者にも有効に対応することが可能となる。しかし逆に、ある特定のサービスだけを必要とする場合、すなわちニーズが複雑でない場合には、そのようなシステムがかえって利用者にとって不便なものとなりかねない。サービス統合が進み、窓口が一元化されればされるほど、すべての人がその窓口を通過することが必須の条件となる。そしてサービスの統合が進むほど、インテークの書式は項目も多く複雑なものとならざるを得ない。まだ十分に

自立している高齢者が、事故を未然に防止するために浴室で使用する椅子を手に入れることだけを必要とするような場合、かなりの長時間をインテーク・ワーカーとともに費やし、大量の質問に答えなければならないとすれば、そのような利用者にとってサービス統合システムはその意義を理解しがたいものとなるであろう。したがって、サービス統合を検討する場合には、利用者のニーズのレベルに応じてインテークの方法を何種類か用意する等の方策を講じる必要がある。

### 統合と分化

サービスの統合ということが言われるとき、そこでは、何かより統一された状態を作り出すことが良いことであるという前提がある。しかしながら、学問においても、組織においても、統合はあまり省みられないのがむしろ普通である。ある分野において研究が進めば進むほど、あるいは専門化が進めば進むほど、その分野は枝分かれしていくのが当然の成り行きであり、また必要なことでもある。ただし、専門分化の必要性が増すと同時に、それは統合によって補完されなければならない<sup>(6)</sup>。統合と分化は、統合が論じられれば分化が置き去りにされ、専門化が論じられれば統合が無視される。高齢者サービスの統合が言われるということは、専門分化の弊害を是正するという背景があるはずであるが、果たしてどれだけそれが必要なのだろうか。また、サービス統合を目指すうえにおいて、差があること、専門分化すること等を、どのように捉えたらよいのだろうか。サービスが散在していることを良しとしない立場は、多様性を価値の低いものと見なすのだろうか。サービスの統合と多様性の両方を実現するにはどうしたらよいのだろうか。

まず、デイサービスとホームヘルプに関して統合と分化について考えることとする。どちらも高齢者のための社会福祉サービスである。両者は、高齢者の在宅生活の継続を可能にし、高齢者の在宅生活の質を維持・向上させるという目的を共有している。サービスの内容はかなり異なるが、どちらも基本的な生活条件の整備に関わるものである（身体の清潔、栄養の摂取、居住

環境の整備、余暇や社会とのつながりのニーズ、等)。スタッフは介護の専門職であり、ここでは、統合よりも専門分化が強調されなければならないだろう。両者が異なった組織に所属している場合には、第一段階の統合レベルで十分であると考えられる。

では、特別養護老人ホームと老人保健施設と老人病院ではどうだろうか。特別養護老人ホームは、常時介護を要する高齢者の生活施設であり、老人保健施設は、急性期を脱した高齢者が在宅生活に戻るためのリハビリテーションを目的とする中間施設であり、(老人)病院は本来、疾病の治療施設である。目的を高齢者の福祉の向上というレベルに置けば、これらすべてが目的を共有することになるが、ここではそれぞれ、日常生活、リハビリ、治療という異なった目的を持っているとしなければならない。これらは本来、それぞれの専門性を異にし、分化が進んで統合によって補完されなければならないはずである。ところが現実には、三者は利用者を共有していると言っても過言ではない。特別養護老人ホーム、老人保健施設、ならびに老人病院は、本来その目的を異にするものであるが、高齢者サービスの絶対量が不足しているため、それらの本来の目的が十分に発揮されず、各施設の利用者を明確に特徴づけることができない状況にある。しかしながら、統合は必ず分化によって支えられていなければならないということが、老人保健施設と老人病院の状況をみるとよく理解できる。各施設の利用者を明確に特徴づけることができないということによって統合が実現されているかといえ、そうではなく、老人保健施設および老人病院内部において、医療という専門性の追求を犠牲にすることによってサービス供給の多様性を減じているに過ぎないのである。

このような状況では、第一段階の統合レベルを実現することをまず必須とし、そのうえで、第二段階・第三段階の統合が模索されるべきであろう。現段階においては、三者はそれぞれに財源を異にしており、個々の専門性を明確にしなくても、別々のものとして存在することができるが、介護保険制度が実施され、同じ財源を分け合うことになれば、他との違いを明確にしなけ

ればその存在価値を失ってしまうことになる。

このように見てくると、高齢者サービスにおいて、サービスとサービスの間に両者を隔てるものがあり、それを垣根のようなものであると考えると、その垣根を低くすることが本当に必要であるのかどうか、またそもそも垣根とは何なのか、垣根はどのような機能を果たしているのか、等を検討することが必要となる。

### 高齢者サービスの垣根に関する問題点

垣根は、あるものとあるものを分けたり、一つにしたり、自己とその環境とを区別したり、関係づけたりするものである<sup>(7)</sup>。垣根はまた、あるものとあるものが相互に絡み合う場でもある。垣根に対する関心は、垣根がそれまでのかたちを大きく変えようとする時に高くなる。高齢者に関する分野においては、いわゆる老人問題がひろく認識されるに伴って専門職間の連携や協力が課題として盛んに取り上げられるようになった。しかしながら、「福祉、保健、医療を結びつける概念も、在宅福祉と施設福祉を統合する概念も、公私を調整する概念もないままに<sup>(8)</sup>」議論がなされてきている。サービス間の垣根に関する問題点としては、垣根の類型、垣根に存在する価値、垣根の果たす役割、垣根の特質、垣根のインフラ、統合（垣根を越えたり無くしたりすること）の過程において用いられる技術等が挙げられる<sup>(9)</sup>。

#### 1. 垣根の類型

高齢者サービス間の垣根について検討するためには、垣根がどのような関係に関わって設定されているのかを考える必要がある。具体的には、デイサービスとショートステイ、特別養護老人ホームと老人保健施設、施設と在宅、というような、ニーズの相違によって設定された垣根、サービスが提供される地理的な範囲を設定した行政区という垣根、サービスが公的な機関によって提供されるかそれとも企業やボランティアによって提供されるかというサービス供給主体の形態による垣根、などである。高齢者サービスの統合といっても、このような垣根の類型を考慮することなしに、例えば医療と福祉

の連携、総合的なサービス提供システム等の表現の下に議論することは非常に困難である。また、個々の類型を設定するにあたっては、それが設定された理由や経過があるはずであり、その正当性や合理性よりも統合による利益の方が大きいのか、そしてそれが実現可能なかどうかを考える必要がある。

## 2. 垣根に存在する価値

垣根は、規範的なものである。そしてそのことは、サービス間に垣根が存在することの意義でもある。垣根において諸価値は機能し、競合し、その本来の目的を追求する。高齢者サービスにおける垣根に存在する価値には、自己実現といった人間に関する価値から、QOLの向上というサービス提供そのものに関する価値、調整や競合といった管理運営に関わる価値、全体性、多様性、分化、一貫性といった政策やサービス提供システムに関する価値まで幅がある。そしてそれらの諸価値は、垣根において対立関係にあることが多い。サービス間の垣根がどのように設定されるかということは、その結果として生じる垣根の両側の差異が、容認され難いものなのか、それとも多様性として意義のあるものなのか、ということに大きな影響を及ぼす。

医療サービスと福祉サービスのあいだに垣根が存在することは、統合に関する多くの議論の前提となっており、そこに価値の対立があるのではないかということが指摘されている。しかしそれ以外にたとえば、地理的な垣根である行政区が設定されることによってA区とB区ができる場合にも、価値の対立を考慮しなければならない。各サービスを提供するにあたってそれぞれの区で、QOLの基準、援助者とクライアントとの関係、サービスの調整や競合に関する考え方、多様性や専門性を重視するかそれとも全体性や一貫性を重視するか、といったことについてどのような価値が選択され、その価値がどのように機能し、あるいはどのような対立が起こるのか等が、実際に提供されるサービスの内容や質に違いを生じさせることは明らかである。また、同じく高齢者に対する福祉サービスであっても、デイサービスとホームヘルプの間に存在する垣根には同じ価値しかなく、価値の対立は起こっていないと言えるのだろうか。行政の直営、社会福祉法人、生協など設置主体の違い

によって、適用される価値にも違いがあるのではないだろうか。高齢者サービスの統合を考えるにあたっては、サービス間の垣根においてどのような価値が機能しているのか、どのような価値の対立があるのか、またどのような価値を機能させるべきなのか等を検討する必要がある。

### 3. 垣根の果たす役割

サービス統合における垣根の役割は、仲介すること、改革を行うこと、向こうとこちらに橋をかけること等であるとされる<sup>(10)</sup>。垣根は、物や静的な状態としてそこに固定されているのではなく、垣根自体が機能し、これらの役割を果たしている。それでは、垣根は何でできているのかと言えば、各サービス機関で利用者を実際に援助する人々がまず想定される。高齢者サービスであれば、それらの人々は、老人病院における看護婦や医師、OT、PT、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、事務職員等であり、福祉サービスにおいては、インテーク・ワーカーやケア・ワーカー、場合によっては医師や看護婦、老人保健施設においてはインテーク・ワーカー、ケア・ワーカー、看護婦、OT、PT、医師等である。統合に関する議論の多くの部分が、この垣根の果たす役割、すなわち各専門職性を持って利用者に関わる一人一人がどのような役割を果たすべきなのかということを扱っている。ここで検討されるべき課題は、仲介、改革、橋をかける、といった役割を果たすためにはどのような能力や技術が必要とされるのか、仲介や改革以外にも役割があるのか、あるとすればそれは何か、各専門職が果たしている役割の何と何を組み合わせればよいのか、またどのような新しい役割が模索されるべきなのか等である。

統合を望ましい状態と考える場合には、各サービスにおいてそこで働く専門職がそれぞれにその努力を行うことが必要であるが、専門職は垣根として機能する以前にそれぞれ固有の役割を持っている。この固有の役割を持つ専門職とは別に、垣根においてのみ機能する専門職として想定されているのが、在宅介護支援センターの相談員であり、そこで使われる技術とされるのがケースマネジメントである。統合を実現するために、この垣根の領域のみに



において機能をする専門職（ケースマネジャー、ただし、介護保険制度における介護支援専門員を直ちには意味しない。）を置くこと、そしてそこでケースマネジメントを行うことに大きな期待がかけられているが、在宅介護支援センターの相談員のみが垣根の領域で機能する唯一の専門職ではなく、各専門職もまた何らかの機能を果たすとすれば、ケースマネジャーと各専門職との関係がどのようなものであるべきなのかを明らかにしなければならなくなるであろう。

#### 4. 垣根の特質

現状を未だ統合が行われていない状況とし、かつ垣根を低くしたり無くしたりすることを良しとするなら、現状のサービス供給システムは、おおよそ次のようなものとして想定される。

- ・非常に硬直した取り扱いがなされ、柔軟な対応に欠ける。
- ・反対に、どのような基準によって判断が行われているのかが明確でない。
- ・サービスや手続きに重複がある。
- ・対応が不確かで信頼性に乏しい。
- ・サービスやそれを提供する組織が細かい縦割り構造になっている。
- ・サービス供給が地理的、時間的、利用資格、等に関して偏りが大きい。

このような状況を打開するために垣根を低くする努力がなされるとしても、どこまで低くすれば従前よりも効果的なサービスが提供できるのか、どこまで低くしようとしているのか、垣根は高く厚いものであっても、随所に木戸をとりつけたり、一か所広く大きな門を作ったりして、自由に行き来ができるようにすればよいのか、垣根を取り払ってしまうのか、などについて垣根を挟んで対峙する各サービスのあいだに合意がなされているだろうか。先に述べた第一段階の統合としての高齢者サービス調整チームにおいても、各サービスが何らかの合意に達しているとは思えない。また現状においては、たとえば特別養護老人ホームと老人福祉施設との垣根は制度上予定されているものとは大きく異なり、垣根がどのようなかたちで存在しているのか明確でない。それでも、両者の間に垣根が全く存在しないかということのような

ことはなく、そして両者の間に垣根が全く存在しなくなることが望ましいのかということになれば、それは今後の高齢者のニーズによって定まっていべきものであろう。

垣根が高いのか低いのか存在しないのかということとは、垣根の種類ごとに検討されなければならない。在宅老人福祉サービス間においても、デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプ、配食サービス、訪問入浴、それぞれのあいだの垣根はその高さ、低さ、厚さ、材質が異なっていることは明らかであるし、そこに訪問看護、精神保健、外来診療などが加わると、ますます垣根の特質に関して合意を得ることは困難になる。だからといってそれを検討することなしに高齢者サービスの統合を議論することは、目的地を定めず放浪するに等しい。

#### 5. 垣根のインフラ

垣根のインフラとは、AとBを隔てるものとしての垣根ではなく、AとBのあいだに存在するものとしての垣根の構造、すなわち、各サービスをどのように配置するかということであり、たとえば、各サービスは単一の組織体のなかの一部局なのか、各サービス機関が独立した組織として存在しつつ一か所でサービス提供を行うのか、政府と自治体との地理的・機能的分担の形態、公私関係の在り方等である。これまでに示したように、垣根にはその種類、価値、役割、特質とそれらの組み合わせによって数限りない種類があると考えられる。それらの各々の違いを区別し、統合に向かって結びつけていくためには、どのようなインフラが構築されるべきなのだろうか。

統合の試みは歴史をたどると、米国では南北戦争にともなって生じた社会問題への対応として量的拡大をみた諸事業に関わって試みられた、というところからまで遡ることができる<sup>(11)</sup>が、政府の限られた施策を慈善組織が補うというかたちでは、わが国においても公私のサービスを統合するためのインフラの一形態を見ることができる。英米において、非営利の私的なサービス組織を統合するためのインフラとしてCOSやユナイテッド・ウェイがその活動を始めたことについては、周知のとおりである。また、異なった種類のサー

ビスを一か所において提供することについては、セツルメントハウスの例を見ることができる。COSやユニテッド・ウェイが登場した背景にあるのは濫給・漏給を防ぐということであり、現在においても統合の試みは多かれ少なかれこの要素を持っていると言えるが、それぞれのインフラがどのようなメカニズムを持ち、どのような過程を経てどのような結果をもたらすのかを見定める必要がある。

#### 6. 統合の過程において用いられる技術

統合の過程において用いられる技術には、ケースマネジメント、部局を越えた調整や運営、窓口やインテークの一元化等がある。それらの技術は、いろいろの名称で呼ばれてはいても、内容には類似点が多い。部局を越えた調整や運営ならびに窓口・インテークの一元化は、サービス統合を管理運営面から考えた場合に主に用いられる技術であり、ケースマネジメントの方法は、組織レベルおよび直接サービスレベルの両方に用いることができる。

サービス統合は、統合を目指す常に現在進行形の過程であり、先の1～5に示したような問題を解決するためには、どのようなケースマネジメントがおこなわれなければならないか、部局を越えた調整や運営の中身は具体的にどのようなものか等が明らかにされなければならない。サービス統合の過程には具体的に何らかの技術が用いられなければならない、ケースマネジメントがその技術として予定され、また有効であろうと想定されている場合が多いが、ケースマネジメント機能のうちのどれだけを具体的に実践することができるのかによって、統合の進行する過程に差異が生じる。たとえば、ケースマネジメントの直接サービス機能のみを用いるのか、それとも間接サービスをも実施するのか、直接サービス機能のすべてを実施することができるのか、それとも限られたものしか提供することができないのか、といったことであり、ケースマネジメントを用いるとしてもサービス資源に関する情報提供のみに止まっている場合と間接サービス機能までを果たすことができる場合とでは、統合の進行過程は全く異なる。また、ケースマネジメントを用いることに各サービス組織が合意しているとしても、ケースマネジメントの中身を

各組織が共有していなければ、統合過程が進行している（垣根を越えたり無くしたりする方向に進んでいる）かどうか、直ちには判断がつかねることになる。

### まとめとして

以上、老人福祉制度を中心として、高齢者サービスの統合について述べてきたが、統合を考えるうえでの課題や問題点を列挙したに過ぎない。ただ、統合の努力を行うにあたって関連する課題や問題点を考察しないとすれば、その努力は徒労に終わる可能性が高い。問題点の整理をめざして何らかの試みがもつとされるべきなのではないかと考える。

サービス統合を考える上で最も重要だと思われるのは、分化に関することである。分化について考察することなく統合の努力を行うことは、その片面だけを見てもう一方の面を無視することになる。AとBを統合した結果、AもBも原型をとどめなくなるとしたら、統合の努力はおそらく行われまいだろう。統合によってなお、AはAとして、BはBとして確立しているという見通しがある場合にのみ、統合の努力は行われる。場合によっては、統合の努力の結果、分化がより一層進んだり、そうでなくとも、統合に関わるサービス組織や専門職が、個々の独立性や専門性に関してそれまで以上に関心を払うようになることは十分に考えられる<sup>(12)</sup>。

もう一点指摘しておきたいことは、サービス統合の主体は何（誰）なのかということである。行政やサービス提供機関、医師、看護婦、保健婦、社会福祉士、介護福祉士、といった専門職が統合の努力を行うこと、すなわち、垣根を低くして越えやすくしたり、垣根を取り払ったりするよう努力することによって、利用者の利益を図ろうとすることが試みられていることは確かである。ただし、従来高い垣根にはじき返されてきたのが利用者ならば、垣根が低くなったとして、その垣根を越えるのもやはり利用者である。低くなった垣根を利用者が自在に越えることができる状況をもって統合とするのか、利用者が垣根を越えるにあたっていずれかの専門職が（ある技術をもって）

関わる必要があるのか、利用者は垣根を低くする努力にも関与するべきなのか、利用者はあくまでも垣根からは一定の距離を置いた地点にあって垣根を越えてサービスや専門職が利用者のところまで出向いていくべきなのか等について検討する必要があるのではないだろうか。

サービス統合に関しては、その努力を行うにあたって合意がなされていないことが多すぎる。そのために、必要性は誰もが認識するところであるにもかかわらず、努力の成果はなかなか見えない。そして何よりも、統合の試みが利用者の不利益となることも場合によっては考えられるのである。高齢者サービスに関しては、介護保険制度が実施されることによって、少なくとも組織レベルにおいては、これまでかなり高い垣根によって隔てられていた複数のサービスをある一つの組織の傘下に運営することが可能になり、これまでなされてきた統合の試みのいくつかは実際の成果として見られるようになるかもしれない。しかしながらその場合でも、社会福祉の固有の領域に関する問題をはじめとして、残された疑問や検討課題の方がはるかに多いことが認識されるべきである。

## 注

- (1) 鈴木章吾・鶴岡洋監修代表、林五津夫・高野浩臣編（1997）『高齢社会対策基本法の解説』44頁、ぎょうせい。
- (2) 冷水豊・浅野仁・宮崎昭夫編（1997）『老人福祉（第3版）』57頁、海声社。
- (3) 鈴木・鶴岡監修代表、林・高野編、前掲書、59-60頁。
- (4) Bruner, C. (1991). *Thinking collaboratively: Ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, DC: Education and Human Services Consortium.

武川正吾(1997)「保健・医療・福祉総合化の意義とその課題」大山博・嶺学・柴田博編著『保健・医療・福祉の総合化を目指して』1-28頁、光生館。

- (5) Ezell, M. & Patti, R. J. (1990). State human service agencies: Structure and organization. *Social Service Review*, 64(1), 22-45.
- (6) Gell-Mann, M. (1994). *The quark and the jaguar: Adventures in the simple and the complex*. NY: W. H. Freeman and Company.
- (7) Michael, D. (1997). What now? Some reflections on the context and conditions for learning. In D. Michael (Ed.), *Learning to plan and planning to learn*. Alexandria, VA: Miles River Press.
- (8) 阿部志郎 (1998) 『コミュニティ』 86-87 頁、海声社。
- (9) Halley, A.A. (1997). Applications of boundary theory to the concept of service integration in the human services, *Administration in Social Work*, 21(3/4), 145-168.
- (10) Edwards, R.L., & Austin, D. (1991). Managing effectively in an environment of competing values. In R. L. Edwards & J. A. Yankey (Eds.), *Skills for effective human services management*. Silver Spring, MD: NASW.
- (11) Lynn, L. E. Jr. (1980). *The state and human services: Organizational change in a political context*. Cambridge, MA: MIT.
- (12) Hassett, S., & Austin, M.J. (1997). Service integration: Something old and something new, *Administration in Social Work*, 21(3/4), 9-29.

## 参考文献

大山博・嶺学・柴田博編著 (1997) 『保健・医療・福祉の総合化を目指して』  
光生館。