

社会福祉論に関する動学の一考察 —医療モデルと生活モデルをめぐって—

鎌 谷 勇 宏

社会福祉の研究や教育が静学的視点から行われているとする問題意識のもと、社会福祉研究に動学的視点を導入することを試みた。具体的には医療モデルと生活モデルという社会福祉学部の学生ならだれもが知っており、さらにソーシャルワークの専門性や固有性の議論で頻繁に登場する概念を扱った。そこでは、生活全体への視点が欠けているとされる医療モデルが批判的に扱われ、生活全体を考慮する生活モデルが肯定されている。そして、生活モデルを軸に実践を行うことが社会福祉に欠かせない理念であると考えられている。しかし、静学的視点でみるとこのような評価になったとしても、動学的視点からは異なった評価ができる。静学的視点とは、「時間的な要素や原因・結果の関係などを考えない」で現象を分析する方法であり、動学的視点とは「時間的な要素や原因・結果の関係などを含めて」現象を分析する方法である。わかりやすく分類すると、歴史を軽視する静学的視点と、歴史を重視する動学的視点だと考えればよい。静学的視点は目の前にある現象のみを捉える傾向にあり、その現象の歴史的背景を考慮しない。反対に、動学的視点では目の前にある現象をその歴史的背景も含めて分析するところに特徴がある。

動学的視点から医療モデル・生活モデルの分析を行った結果、医療モデルが生活全体への視点を失っているのは社会的要因と制度的要因に負うところが大きく、専門職理念の問題だけではないことを明らかにした。さらにソーシャルワークが持つ理念と制度の間にあるジレンマや、社会福祉研究・教育が理念的な内容に傾倒していることを指摘した。

キーワード：動学的研究、動学的視点、静学的視点、生活モデル、医療モデル

はじめに

社会福祉領域で当たり前のこととして説明されているモデルや理論を大局的見地から眺めることで、それらを批判的に分析・検討をしようとするのが本稿の目的である。社会福祉の研究、実践、教育で頻繁に主張されるキーワードとして「生活モデル」、「利用者の自己決定」や「社会福祉の固有性・専門性」などがある。これらのキーワードが社会福祉の中核を占めるといっても過言ではなく、これらのキーワードを軸として今後の社会福祉が発展されることが望ましいと社会福祉研究者や教育者の多くが考えているようである。

社会福祉領域で“自明の公理”のように扱われているキーワードは“一見”すると素晴らしいものであるが、少し見方を変えると違った評価になるということが本稿の問題意識である。ここで“一見”としているのは、熟考することで社会福祉の常識とは違った見方ができるとい

うことを強調したいからである。

社会福祉領域で主流となっているのは静学的視点からの研究や教育であるように感じる。静学的視点とは「時間的な流れを軽視・捨象」して物事を捉える見方であり、現在を不変のものとして取り扱う傾向にあって理念的な結論や主張に行きつくことが多いといえる。これに対して本稿では、静学的視点からではなく動学的視点から社会福祉論を捉えなおす作業を行う。時間的な流れを軽視・捨象する静学的視点とは異なり、動学的視点は「時間的な流れを強く意識」した見方である。

静学的視点は歴史を軽視あるいは捨象するため理念的部分を強調する傾向にあるが、動学的視点は歴史を重視するため、理念的部分と現実や実現可能性のギャップを深く意識したうえでその軽重を論じることになる。そのため静学的社会福祉論では常識的な内容であっても動学的社会福祉論からすれば多くの問題を抱える論に映ることが多い。そこで、具体的に医療モデルと生活モデルを題材として、静学的視点と動学的視点の違いを中心に論を進める。

第1章 分析視角としての動学的視点

物事の見方や捉え方には静学的見方と動学的見方がある。静学とは「時間的な要素や原因・結果の関係などを考えない」で現象を分析する方法であり、動学とは「時間的な要素や原因・結果の関係などを含めて」現象を分析する方法である（大辞泉）。静学的な見方は歴史を軽視・捨象するため今の社会が変化しないという前提を設定したり、あるいは現象の一部分しか見ないため今現在のみを対象にした理念的な分析や議論になる傾向にある。それに対して、動学的な見方は今現在を「過去から未来に流れる時間経過のうちのほんの一瞬の状態」として把握するため、歴史を踏まえた実証的な研究になる傾向にある。

一例を出そう。消費税率のアップとそれを財源に社会保障を強化しようとする税と社会保障の一体改革が最近のニュースを賑わしているが、社会福祉関係者には前半部分の消費税率アップばかりに注目し、反対する人が多い。反対する理由として、「増税は社会福祉の対象になる人たちの生活をさらに苦しくさせる」あるいは「消費税は逆進性が強い」の二つが有力である。消費税率がアップすれば生活が苦しい低所得層の生活をさらに圧迫するということは想像に難しくなく、消費税には逆進性があり低所得者ほど所得に対する消費税の負担割合が高くなることも事実である。だからといって消費税率アップは認められないとするのはあまりに短絡的で理念的な見方である。負担の側面のみを取り出し、給付の側面を捨象しているところが、いかにも静学的見方である。消費税の増税分がどこか関係ないところに消えるのならこの静学的見方の見解は成り立つが、増税分を社会保障に使用するのであれば静学的見方に綻びがあることがわかる。

社会保障は例外なく再分配を伴っており、再分配の中心は所得の高い人が負担者となり所得の低い人が受益者となる垂直的再分配である。負担割合ではなく負担額でみると間違いなく高所得者の消費税を負担するのであり、集めた消費税は垂直的再分配を伴った社会保障給付にまわるのである。負担の側面だけで捉えれば、消費税率のアップは低所得者に対して非常に厳しいものになるが、給付の側面まで考慮すれば消費税のアップで再分配の受益者となるのは低所得者であることが理解できる。動学的視点は時間の流れを強く意識するため、負担の側面だけ

でなく、給付の側面までも考慮することができる。

これら消費税議論はトータルで見る視点の重要性を教えてくれる。動学的視点から一連の議論を眺めれば、負担の側面だけで消費税率のアップを否定するということは、その先にあったはずの社会保障の充実や垂直的再分配の強化を放棄していることと同義であることがわかる。このように消費税率アップによって社会保障が強化される、あるいは垂直的再分配が促進される、という制度がもつ時間的流れまでも考慮できるところに動学的視点の強みがある。

社会福祉領域で当然のごとく考えられている事柄や主張されている内容を動学的視点で再検討すると違った見解になることがいくつかある。先ほどの消費税議論もその一つであるが、消費税のほかにも、医療モデルと生活モデルに関するものがある。そこで、次章において医療モデルと生活モデルの静学的分析と動学的分析の違いと、動学的視点の必要性について論じる

第2章 医療モデルと生活モデルの動学的分析

第1節 医療モデルと生活モデルについて

社会福祉（ここでは特にソーシャルワークを指す）の固有性や専門性を主張する際に「生活モデル」があげられることが多いが、これは医療が依拠している「医療モデル」に対するソーシャルワークの見方・考え方であると説明されている。まずは医療モデル、生活モデルについて簡単に説明する。

A. 医療モデル（医学モデル、治療モデル）

社会福祉士養成に使用される教科書で医療モデルは「対象となる患者の疾病とその原因を各種検査などによって特定し突き止め、そのうえで診断し、その診断に基づき治療していく」¹⁾と説明される。つまり、問題を引き起こす原因を突き止め、その原因を治療・除去することで問題の改善を図ろうとするものである。この医療モデルをソーシャルワークが取り入れ、医療モデルにもとづいたソーシャルワークが実践されていた時代もあった（1900年代初頭～1960年代、心理主義が代表）。

この医療モデルに依拠したソーシャルワーク理論は、問題を抱える“個人”を治療することで問題に対応するという性格を強く持っており、問題を発生させている“社会的要因（環境的要因）”への関心が薄かった。このような個人の内面に焦点を当てる医療モデルに対する社会福祉内部の反省によって、問題を発生させている外的要因、つまり社会的要因（環境的要因）に焦点を当てていこうとする動きが盛んになった。そこで医療モデルに代わり注目されたのが生活モデルである。

B. 生活モデル

社会福祉内部で医療モデルに依拠したソーシャルワークが批判され、それに代わるモデルとして生活モデルが提唱されるようになった。問題を持った個人の内面的部分を中心課題にしていた医療モデルから脱皮し、「個人と環境の相互関係のあり方を捉えることで、人間の生活や問題状況を全体的に理解することを中心に援助を展開しよう」²⁾とする生活モデルがソー

シャルワークの新しいモデルとなった。

ソーシャルワークの専門性や固有性を主張するにもこの生活モデルが頻繁に利用される。例えば疾病を持つ個人に対して、「医療者は対象者（患者）の病気ばかりに注目するが、社会福祉は対象者の生活全体に注目する」と説明されることがある。つまり、医療モデルに依拠した医療者の視点や関心は「疾病＞生活」であることに対して、生活モデルに依拠するソーシャルワークの視点や関心は「疾病＜生活」であり、ここに社会福祉の固有性や専門性を見出しているのである。

医療者の中でも生活モデルを重視している専門職も多々いるであろうが、大局的な見地に立つと医療が医療モデルに重心を置いていると言っていいであろう。社会福祉領域では医療モデルを否定的に捉える反面、生活モデルに全幅の信頼を置き、社会福祉の固有性や専門性のより所に行っている。

しかし、生活モデルのように社会福祉領域で当然のこととして考えられている“社会福祉的常識”は無批判に肯定されるべきなのであるかという疑問が残る。まず思い浮かぶ具体的な疑問は「ソーシャルワークは、生活モデルに依拠したサービスを実際に提供できているのだろうか」である。少し考えてみると社会福祉領域で自明のものとされている医療モデルVS生活モデルの構図は非常に不公正な見方であることがわかる。批判的に捉えられている医療モデルは医療現場や医療従事者の“実際のサービス提供過程”を表したモデルであることに対して、社会福祉が声高々に主張している生活モデルは“理念”あるいは“目標”の域を出ていない。片方の現実ともう一方の理念を比較することで固有性や専門性を見出していることになるが、これでは非常に浅はかで不公正な主張であると言わざるを得ない。

それでは、なぜ浅はかな主張が社会福祉領域で当たり前のごとく行われているのが問題となる。いくつかの要因が積み重なっているのであろうが、その中でも「動学的視点」の欠如が大きいと考えることができる。動学的視点は時間の流れを重視し、現在を歴史の中の一コマとして捉えるため、ある事象が歴史的に形成された背景や要因に目を配る。この動学的視点の対局に位置しているのが静学的視点であるが、静学的視点は時間の流れを軽視・捨棄することにより今現在を普遍のものとして捉える傾向にあるため、理念的な研究や主張になりやすい。掲げている理念や目標が現実の社会的制約や制度的制約のもとで実行できているのか、できていないとするならばなぜできていないか、を問わないままでの生活モデルの主張では社会福祉内部の共感を得られたとしても外部からの理解は得られない。

生活モデルが現実ではなく理念や目標としての主張であることを指摘したが、それと並行して医療モデル自体の捉え方も浅はかであるといえる。疾病に対象を絞り、対象者の生活全体を総合的に把握しないという批判が医療モデルに対してなされるが、なぜ人間の生活全体を見ずに疾病に焦点を絞っているのかという要因については検討されていない。医学部や看護学部などに代表される医療従事者養成課程で「生活全体ではなく疾病だけを見ろ」とは教えられないはずであり、医師などの医療従事者も生活全体を考慮した方が良いのは重々承知しているはずである。つまり、医療において生活全体を見る視点が弱まっているのは医療従事者内部の問題

だけではなく、患者の思考や社会的制約あるいは制度的制約の影響であると考えることができる。医療モデルが、社会的制約や制度的制約によって疾病に対象を絞らざるを得ない状況になっているといえるが、このことを具体的な例で説明する。

病気をして病院に行った場合を想像してもらいたい。病院によって異なるであろうが、病院が患者で混雑していることが多く、長い時間を待合室で待ってやっと診察室に呼ばれたかと思うと10分程度で診察が終了したという経験は誰にでもあるであろう。厚生労働省のデータによると内科診療所の平均診療時間は5～14分が多くなっており³⁾、やや誇張な表現ではあるが「3時間待っての3分診療」という揶揄もなされる。10分程度の短時間の診察時間では生活全体を考慮できず病状や病気そのものに対象を絞った診療しかできないことは想像に難くないが、そのあたりを考慮しない静学的視点からは「病気ばかりを見て生活全体の視点が欠けている」として医療モデルの負の部分として認識される。しかし、この例を動学的視点で見ればどうなるのかについて次節で検討する。

第2節 医療モデルの動学的分析

社会福祉領域において医療モデルは批判的に捉えられており、医療モデルへの反省から生まれたとされる生活モデルがソーシャルワークの基本的概念として説明されている。医療モデルに対する批判とは「病気ばかりを見て患者の生活全体への思慮が欠けている」と言った内容が大方である。しかし、生活全体への思慮が欠けている要因については深く検討されておらず、医療従事者の理念や医療の本質的欠陥としてイメージされているといえる。

しかしこのような批判は非常に静学的な見方から発生しており、動学的視点からすれば誤謬である。そこで、動学的視点から「病気ばかりを見て患者の生活全体への思慮が欠けている」と批判的に扱われている医療モデルを分析する。

医療モデルを動学的に分析する際に欠かせない要素が歴史認識である。歴史を軽視しては現時点での医療モデルの特徴や欠点を理解することはできても、その背景や要因について理解することはできない。歴史をたどることで医療モデルを規定してきた要因が何であったのかが理解できる。医療モデルを動学的に分析すると、現状の医療モデルが社会的要因と制度的要因に大きく影響されていることがわかる。

(1) 社会的要因

前節で例に出した「3時間待っての3分診療」を思い出してもらいたい。病院が患者で混雑しているため長時間待たなければならず、やっと診察室に入ったと思うと10分程度で診察が終了するということは誰もが経験したことがあるであろう。患者やソーシャルワークの立場からすれば「医師が丁寧な診察をしない」や「病気ばかり見て生活全体を見ない」などと医師側の問題と感ずるであろうが果たしてそうなのか。医師側の問題も全くないわけではないが、それよりも社会的要因の方を注目するべきである。患者からすれば3時間待っての3分診療であるが、これは医師がサボっているからでも手を抜いているからでもなく、医師の数に対して患者数が多すぎることに起因している。OECDヘルスデータ⁴⁾から作成した3つのグラフ(図1～3)

を参考にすると日本の医師数と患者数のバランスが極端にアンバランスなっていることがわかる。第一に、日本の医師数は人口1000人に対して2.1人でありOECD平均の3.1人と比較すると2／3程度であり（図1）、第二に国民の1人当たり年間受診回数は13.6回とOECD平均6.8回の2倍程度である（図2）。つまり、OECD平均の2／3という非常に少ない医師数でありながら、国民の医師受診回数がOECD平均の2倍と非常に多くなっているのである。この2つが重なり合うことによって医師1人当たり年間診察回数が6522回とOECD平均2543回を大きく上回る（図3）。韓国と日本の医師年間診察回数は他国より飛びぬけて高くOECD平均の2.5倍である。

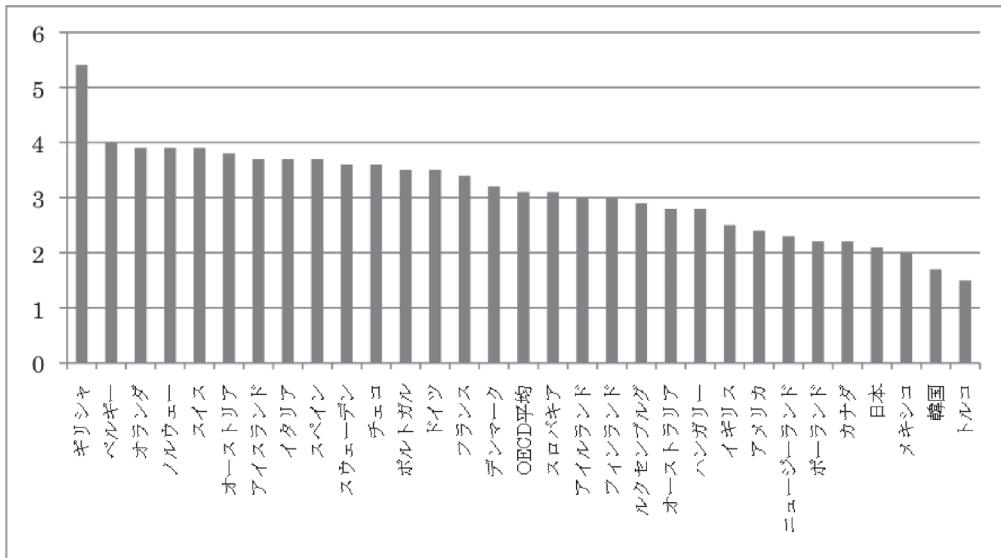


図1 人口1000人あたり臨床医師数（2007年または2007年以前の入手可能な最新年）

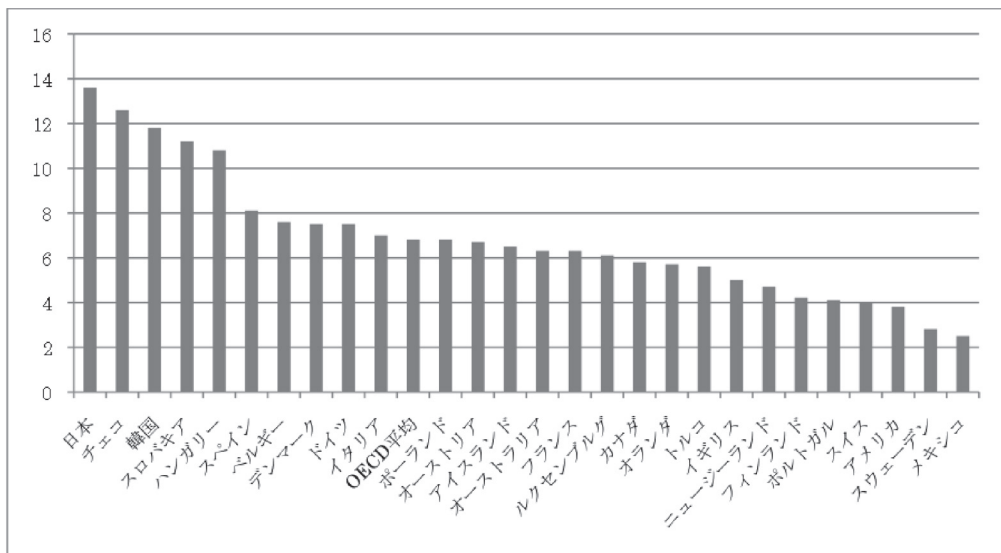


図2 1人あたり医師受診回数（2007年または2007年以前の入手可能な最新年）

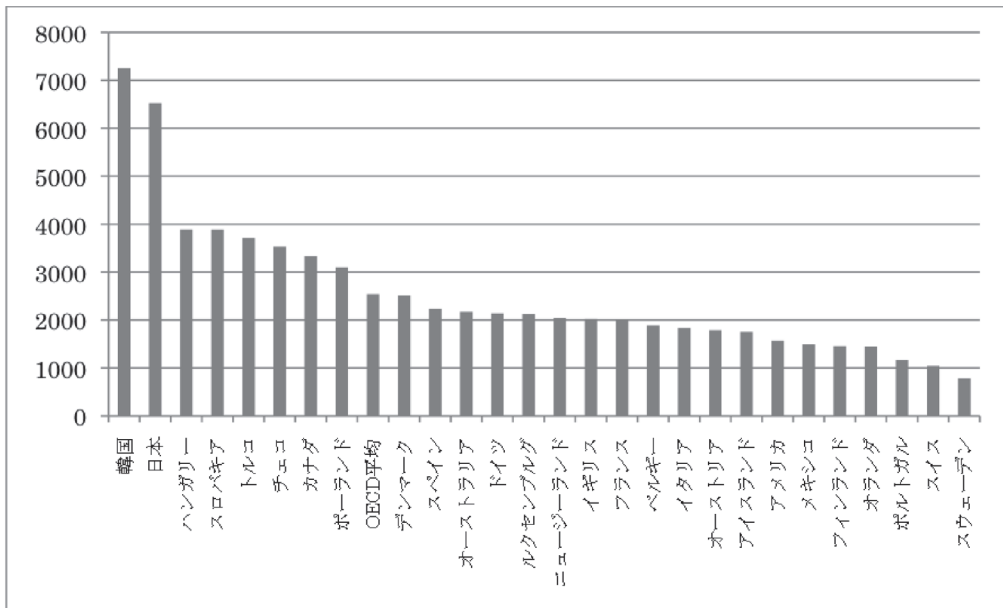


図3 医師1人当たり推定診察回数（2007年または2007年以前の入手可能な最新年）

3つのグラフから、先進国平均（OECD平均）に比べてはるかに少ない医師数で非常に多くの患者を診察している現状がうかがえる。当然のことながら、少ない医師数で多くの患者の診察を行うということは、患者1人当たりにつけられる診察時間は短くならざるを得ない。医療モデルへの批判として生活全体への思慮が欠けていると言われるが、その要因として医師数と患者数のアンバランスによる時間的制約という社会的要因が背景にある。つまり医師がいくら生活全体を考慮して総合的な医療を行いたいと努力しても、担当患者数が多すぎるため実行することが非常に困難な医療環境になっていることがわかる。

ここでは医師数と患者数のアンバランスを社会的要因としたが、さらに深めると「なぜ医師数がOECD平均の2/3なのか」という問いが生まれる。少ない医師数になっているのは、けっして自然になっているわけではなく、1980年代からつい最近まで続けられていた医師数抑制政策の結果である。詳しく触れることはできないが、医師数の増加を抑制する目的で政策的に医学部の定員を減少させてきた結果が現在の医師不足であることも付け加えておく。

（2）制度的要因

現在の日本医療は保険診療が中心となっているが、保険診療は医療者と患者だけでなく保険者や政府が重要な役割を担っている。保険外診療（自由診療）であれば医師と患者の二者関係で成立するが、保険診療においては医療費を出す保険者と保険診療の範囲や値段を決定する政府が大きな影響力を持つ。特に医療における政府の役割や影響は非常に大きく、政府は医療の在り方を決定する立場にあるといえる。

ざっくりと医療の歴史をたどると、「私的医療（自由診療）→公的医療（保険診療）」への変

遷とみることができる。イギリスを例にすると、社会福祉制度の嚆矢と言われるエリザベス救貧法（1601）やその後の新救貧法（1834）の時代において医療は制度化されておらず限られた権力者だけの医療であった。医師はいたものの王侯貴族や修道院を中心に活動しており、この時代は私的医療の段階と呼べる。その後、貧民救済制度である救貧法に医療救済が徐々に位置づけられるようになり、その後の国民保険法（1911）によって広く一般を対象にした医療保障への道が開かれることとなった。対象の拡大という側面からすれば、国民保険法が少数の権力者の私的医療から国民全体を対象にした公的医療への大きな転換点であった。

私的医療の段階では医師の医療活動を政府が統制することなどなかったが、公的医療の段階になると政府が医療を統制するように変化する。医師の立場からすれば自由に設定できていた診療内容や料金から、公的統制によって診療内容や料金が設定され、それに従わなくてはならなくなった。イギリスだけでなく日本も医療制度を国民全体に一般化していく過程で、医師の自由診療から公的規制が伴う公的医療へと変化した。

日本の医療は公的医療保険制度によって成り立っている。公的医療保険には社会保険診療報酬体系が確立されており、保険診療を行うのであれば、医師が提供できる医療行為の範囲やその料金がきっちりと決められている。これら医療行為の範囲やその料金を決めているのが診療報酬点数表である。診療報酬点数表に記載されている医療行為しか保険適用にならず、記載されている診療行為すべてに細かく点数（1点＝10円）がつけられており、その点数（料金）を遵守しなくてはならない。

診療報酬は多岐にわたり、初・再診料や入院基本料なども含まれるが、基本的には医療の技術料であるといえる。つまり検査、処置、注射、手術など何らかの具体的医療行為に対して費用が支払われる仕組みが中心となっている。反対に、患者の病歴や生活状況あるいは健康相談といった形にして見えづらい行為には費用が支払われない。例えば、病状を中心に5分で診察したとしても、患者の生活全体や本人・家族の病歴といったところまでを詳しく1時間かけて診察しても病院に入る収入は変わらない。病気そのものに直接的に対応する処置や手術などには費用が発生するが、生活全体を捉えるというような間接的な部分には費用が発生しないという特徴を診療報酬体系は持っている。つまり、医師が患者の生活全体を総合的に捉えようとしても診療報酬点数上では評価されないのである。評価されない部分よりも評価されるところに重心が置かれるのは当然のことである。

社会福祉領域においては、医療モデルが「病気ばかりを見て生活全体を見ない」と批判的に捉えられているが、これは医療モデルと言うよりはむしろ「社会保険モデル」と呼ぶ方が的を射ているのではないか。王侯貴族の侍医に代表されるような私的医療の段階では、現在批判されているような医療モデルではなく、医師が生活モデルに立って日々の業務をこなしていたであろうことは想像に難くない。私的医療から広く国民一般を対象にした公的医療への変化に伴って、医師が公的医療制度に組み込まれることとなった。公的医療制度に組み込まれたことで医師は診療報酬による制約を受けざるを得ないこととなったが、この診療報酬は「患者の生活全体を捉えることを評価せず、疾病に直接的に対応する具体的医療行為を評価する」という特徴を持っている⁵⁾。このように医療モデルを動学的に分析すると社会福祉領域で医療モデル

として扱われている概念は、“診療報酬モデル”あるいは“社会保険モデル”と呼ぶ方が適切である。つまり社会福祉領域で批判的な眼差しを向けられている医療モデルを形成している要因は医師の理念や倫理観、医療の本質的欠陥といった要因ではなく、医療制度として組み込まれたことによる制度的要因であるといえる⁶⁾。

第3節 動学的分析結果

ここまで医療モデルの動学的分析として医療モデルが社会的要因や制度的要因に強く影響を受けていることを論じてきた。社会福祉領域で医療モデルを批判する場合も生活モデルを肯定する場合もおおよそ専門職の“理念”“価値観”“固有性”の問題として認識されているといえる。社会的要因や制度的要因でもって医療モデル・生活モデルを論じる文献は管見の限り見当たらない。

社会福祉領域では、対象者の問題を個人的な部分や内面の問題として捉えるのではなく、社会や環境との関係などといった外的部分までに視野を拡張し総合的に対象者の生活全体を把握する生活モデルが主張されている。しかし内面・外面の双方からの総合的視点が必要であるとしている反面、医療モデルと生活モデルについて行われる研究や教育では、専門職の内面の問題だと考えるようである。これに対して本節での結論は、「内面の問題もあるであろうが、それ以上に社会的要因や制度的要因が強く影響している」ということになる。

第3章 社会福祉が抱えるジレンマ

社会福祉領域で批判的に見られている医療モデルが医療者内部ではなく社会的要因や制度的要因によって規定されていること、さらには医療モデルと呼ぶよりは診療報酬モデル・社会保険モデルと呼ぶ方がふさわしいことを示してきた。社会福祉領域で批判されている医療モデルは目に見える現時点での状態だけしか見ておらず、医療モデルがどのように形成されてきたのかという要因を無視した誤認であるといえる。

第2章では医療モデルの動学的分析を行ったが、本章では続けて生活モデルの動学的分析を行いたい。具体的な問題を設定するとすれば、「社会福祉がこのまま生活モデルに依拠しているのか」について論を進めることになる。生活モデルを考える前提として、まずは福祉供給の4類型について説明する。

第1節 福祉供給の4類型

まずは用語の説明から行う。ここで用いている福祉供給とは、介護、保育、失業時や老後の生活費保障、など社会保障・社会福祉分野で提供されている現金給付やサービス給付の総称だとしてもらいたい。このような福祉供給を生産・提供できる主体は実はたった4種類しかない。具体的な例で示す方が分かりやすいので、いくつかの例で説明する。

例①高齢者介護

高齢者が要介護状態になった時に介護を行える主体は、

A家族……………息子、娘、配偶者、兄弟姉妹などの家族が介護を行う。

B市場……………専属の介護職員、家政婦、お手伝いさんなどを雇い介護を受ける。

C行政……………行政の制度である介護保険を通じて専門職が行う介護を利用する。

Dボランティア…学生ボランティアや地域住民に手伝ってもらう。

の4種類である。このうちのどれか、あるいはこれら4つの組み合わせによって要介護状態に対応する。

例②保育

保育も介護の例と似た形となり、

A家族……………母、祖父母などが保育を行う。

B市場……………ベビーシッターを雇う。

C行政……………保育所を利用する。

Dボランティア…友達や近隣住民にお願いする。

の4種類である。

例③老後の生活費

少し違う例として、老後の生活費についても例を出しておく。老後の生活費とは、仕事が定年になり就労による収入が途絶えた後、どのような手段によって生活するかである。Lこの場合も、

A家族……………息子や娘など家族が扶養する。

B市場……………現役時代の預貯金、保持している株式の配当、資産運用など。

C行政……………公的年金、生活保護を利用する。

Dボランティア…友達の家にお世話になる、支援グループの支援活動を受けるなど。

の4種類である。B市場の内容が例①②と異なるが、市場とは「自分のことは自分でどうにかする」と考えてもらおうとわかりやすいと思う。

福祉供給4タイプの例として①介護、②保育、③老後の生活費、の3つを簡単に紹介したが、福祉供給を生産・提供できる主体は「家族」「市場」「行政」「ボランティア」の4種類しかないという共通点が見いだせる。

続いて、福祉供給の4タイプを医療に当てはめてみる。医療の場合は業務独占が強いため、資格保持者以外が行える医療行為が非常に限定されているため、

A家族……………家族が行える医療行為は非常に限られ、傷の消毒など低度な内容になる。

B市場……………美容整形やレーシックなどの保険外診療（自由診療）である。

C行政……………保険診療であり多くの人々が一般的に受ける医療である。

Dボランティア…災害などの有事にはボランティア医療が活躍するが、日常ではない。

となる。医療の場合は業務独占であるため、介護や保育と異なり、家族やボランティアが登場する幕はほとんどない。その反面、公的医療保険を通じた医療が大黒柱として中心にあり、そ

れ以外に美容整形などの保険外診療（市場）も存在するということになる。

それではソーシャルワークではどうなるかについて考えてみたい。ここではソーシャルワークの中心的業務を相談・援助として論を進める。相談・援助を福祉供給の4類型にあてはめると、

A家族……………家族が相談にのり援助する。

B市場……………お金を支払い相談・援助を受ける。

C行政……………病院や福祉施設で働いている専門職の相談・援助を受ける

Dボランティア…知り合いに相談する、専門職などが行っている地域活動を利用する。

となる。ここでソーシャルワークの専門職が関係してくるのは「市場」「行政」「ボランティア」の3つである。しかし日本において制度と関係なく市場を通じた相談・援助を行っているソーシャルワーカーは非常に稀であろうから実際に専門職がその技術を提供できる場は「行政」か「ボランティア」のどちらかになる。

第2節 生活モデルの動学的分析

ソーシャルワークの中心的概念である生活モデルは「人間を内面的部分だけでなく外面的部分までも含めた生活全体から捉えよう」とするものであるが、この生活モデルが実践できるかどうかは、「行政」「ボランティア」との関係性で説明できる。多くのソーシャルワーカーが望んでいるのは、介護保険、障害者自立支援法、生活保護法など「行政」を通じたソーシャルワークを基本として、新たな福祉問題の発見などにはアウトリーチのような形態で「ボランティア」として対応していくべきだと考えているのではないか。

しかし、ソーシャルワークが依拠する生活モデルを「行政」を通じて行うには大きな壁が立ちはだかっている。医療、介護、保育のような具体的行為であれば、その専門的行為に対して費用を支出することは可能であるが、対象者の生活全体を総合的に捉え相談・援助を行うというやや曖昧な内容では費用が支出されることは困難であろう。医療において相談部分には診療報酬が設定されておらず費用が発生していないことから、ソーシャルワークの相談業務に対して適切な費用が支出されるというのは非常に困難であることが容易に想像できる。

またソーシャルワークが制度的に評価されていない現状もある。社会福祉士が必置資格とされているのは地域包括支援センターだけであり、その他の施設に必置義務はない。またケアマネージャーになるための多資格のうちの一つであり、診療報酬上においても社会福祉士が位置づけられているものの他職種でも可能で点数自体も非常に低く設定されている。このようにソーシャルワーカーが制度上でほとんど評価を受けていないことは多くの社会福祉関係者にとって大きな課題であるといえる。

社会福祉関係者には二つの目標があると思う。一つはソーシャルワークが制度的に評価されること、そしてもう一方はソーシャルワークの理念をもとに専門的技術を対象者に提供できることであり、この二つは多くの関係者が抱えている思いではなかろうか。しかし、この二つを同時に実現することは非常に難しいことを医療モデルが教えてくれている。対象者の生活問題改善やソーシャルワークの制度的評価・社会的評価を考えるとソーシャルワークが制度（行政）に組み込まれる方が良いが、制度に組み込まれると専門職理念が制度的制約を受けることにな

る。反対に専門職理念をフルに実現しようとすればボランティアとして相談・援助を提供する方がよいとなってしまう、対象者の生活問題改善やソーシャルワーカーの制度的・社会的評価につながりづらい。

生活モデルの「生活全体を考慮する」という主張は諸刃の剣である。理念的には非常に説得的で納得できる内容であるため批判的に検討されることがほとんどない。しかし、ソーシャルワークが制度に組み込まれた場合に、この理念にもとづいたサービス提供が行えるのかという実現可能性から考えるとほぼ不可能とであるという判断になる。このことを踏まえると、ソーシャルワークは「対象者や専門職のために“行政（制度）”を通じてサービスを提供したい」という目標と「社会福祉の固有性や理念にもとづいたサービスを提供したい」という目標の間でジレンマに陥ることになる。

生活モデルの動学的分析で明らかになったことは、生活モデルが無批判に肯定的に追及されるべきではないということである。ソーシャルワークがボランティアとしてサービスを提供していくのであれば構わないが、制度化されることを望むのであれば生活モデルは大きな欠陥を抱えていることになる。しかし、ボランティアとしてサービスを提供することを前提としたソーシャルワークの専門職研究や専門職養成はあり得ないであろう。制度（行政）を通じてサービス提供を行うためにはどのような理念や理論が必要になるのか、あるいは生活モデルによるソーシャルワークを制度化するにはどのような制度体系が必要になるのかなどを今後検討しなくては社会福祉の発展は期待できない。

おわりに

社会福祉の制度研究やソーシャルワークの教育研究に対して、理解できないこと納得できないことが多かった。なぜ、理解・納得できないのかについて理由を考えてもなかなかその答えにたどり着くことはできなかった。その時に会った本が権丈善一著『再分配政策の政治経済学』⁷⁾ シリーズである。現在までに5シリーズが刊行されているが、その中でもⅠ～Ⅲ巻の内容に引き付けられた。目の前に起こっている事象に対して、歴史的観点から捉え、業界の一般的常識を批判の目で眺め、明確な論拠でもって現実を分析する、このような一連の流れに大きな感銘を受けた。この流れこそ動学的視点であり、社会福祉に欠けているのは動学的視点であると気づくことでモヤモヤが晴れた。

動学的視点を社会福祉の研究や教育にこれまで以上に取り入れようとする第一歩が本稿である。まずは社会福祉領域で当然のこととして説明される医療モデルと生活モデルを動学的視点で捉えなおす作業を行った。そこで明らかになったのは、ソーシャルワークが「対象者や自分たちのために“行政（制度）”を通じてサービスを提供したい」という目標と「社会福祉の固有性や理念にもとづいたサービスを提供したい」という目標の間のジレンマを抱えているということであった。つまり、制度（行政）としてサービスを提供されることになれば対象者の生活や専門職の制度的・社会的評価にとってプラスに働くが、医療にみられるような制度的規制の中、社会福祉の理念や固有性は発揮しづらくなる。反対に思念や固有性を重視するのであれば制度（行政）に組み込まれない方がよいということになる。

ソーシャルワークに対する制度的・社会的はまだ低い。ソーシャルワーク研究や教育が理念や理想に傾倒し、現実の社会保障制度の中でどのようにサービスを提供するかという視点が弱いのは評価の低さの裏返しという見方もできる。つまり、ソーシャルワークがあまり評価されていないからこそ研究や教育現場で理念や理想を追求できるのであり、評価が高まれば理念や理想の追求よりもサービス提供体制や効果判定の研究が求められるであろう。

裏を返せば、社会福祉の研究や教育が「行政」を通じてサービス提供を行うことを深く考慮していないともいえる。「行政」を通じたサービス提供を考慮していれば制度的制約や社会的制約の中で専門的能力や技能を発揮できる理論やモデルを構築していくはずであるが、研究や教育がそういった現実的内容よりも理念や理想を中心に置いた抽象的な理論やモデルを準備する傾向にある。これが可能なのは「ボランティア」によるサービス提供だけであり、昨今の地域福祉への傾倒も「行政」ではなく地域で「ボランティア」的に福祉供給を行っていかんとする動向にも合致する。近年、地域福祉の研究が盛んに行われているが、地域福祉はボランティア要素が強い分野であるため現在のソーシャルワーク理念やモデルに適合的であることがその要因と考えることができる。

地域福祉論も必要であろうが、やはりソーシャルワークが制度化されることの方が優先度は高い。しかし、ソーシャルワークが制度化されると現状のソーシャルワーク理念やモデルは力を発揮できない可能性が極めて高い。ソーシャルワークが制度化されるためには、あるいは制度化されたソーシャルワークにはどのような理念やモデルが必要なのかを検討することが今後の社会福祉領域の大きな課題である。

注

- 1) 柳沢孝主、坂野憲司責任編集(2009)『社会福祉士シリーズ7 相談援助の理論と方法Ⅰ』、弘文堂、p.57。
- 2) 社会福祉士養成講座編集委員会(2009)『新・社会福祉士養成講座6 相談援助の基盤と専門職』、中央法規、pp.66～67。
- 3) 厚生労働省(2007)「内科診療所における平均診療時間の分布」。中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会(第115回)における資料(外来管理加算について(2))を参照。
- 4) OECD編著、鐘ヶ江葉子訳『図表でみる世界の保健医療(2009年版)』p.65、p.91。
- 5) ここでの評価とは費用が発生するか否かである。
- 6) 医療保険は出来高払いであるため、点数がつく医療行為が明確に決められている。点数がつく医療行為が明確になっているということは医師がそれらの医療行為を優先して行うインセンティブが強く働く。それに対して介護保険のように包括払いの介護報酬ではどのようなになるかは今後の課題である。
- 7) 権丈善一(2001～2009)『再分配政策の政治経済学(Ⅰ～Ⅴ)』、慶應義塾大学出版会。

