

ケアの社会政策への理論的前提

猪飼 周平*

抄 録

1970年代以降、生活問題の複雑性を前提とする支援の必要が主張されるようになったが、社会政策は、これに対応する支援形式である生活モデルの支援やその基礎となるケア／ケアリングの重要性を取り込めていない。その背景には、生活モデルの社会政策における意義を理論的に位置づける作業が欠けていることがある。そこで、本稿では、社会政策領域における支援を生活モデル・社会保障モデル・医学モデルとして類型化した上で、生活モデルが社会保障モデルに対して効率の観点からみて徐々に優位性を増してゆくメカニズムを、理論モデルを構築して仮説的に説明した。その上で、生活モデルを組み込んだ「ケアの社会政策」が取り組むべき課題として、ナショナルミニマム概念の再検討・公平性概念の再構築・社会に遍在するケア資源の活用などがあることを例示しながら、ケアの社会政策がこれからの社会政策のフロンティアに値する学術的・実践的意義があることを主張した。

キーワード：生活モデル，ケアリング，生活支援，社会政策，ナショナルミニマム

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.38-56.

I ケアの社会政策の必要性¹⁾

1970年代。社会政策はこの時代をどのように総括すればよいだろうか。そこに、オイルショックを境に福祉国家・社会保障は危機の時代を迎え、やがて新自由主義が台頭してゆく物語をみるのが一般的ではあろう。だが、このような人目につく騒々しい社会変動と平行して、1970年代には、日本を含む各国で生活支援に関する認識方法を改めることを提案する運動が始まっていた。このこと

についてはどのように評価すべきだろうか。

いくつか挙げてみよう。社会的排除概念 (social exclusion) は、1970年代のフランスに端を発し、欧州を中心に先進諸国の社会政策の中心概念の一つとなっていたものである²⁾。これは今日では幅広い内容を含む概念となっているが、当初より一貫して生活支援のためには、個々人の生活困難の複雑な様相に目を向けなければならないという主張を含意してきた。

ソーシャルワーク領域では、生活支援に際して、個人の状況をエコシステム (生態系) のよう

* 一橋大学社会学部 教授

¹⁾ 本稿は、猪飼 (2010)、猪飼 (2011)、猪飼 (2015) を踏まえて生活モデルに関する理論的考察を進めたものである。

²⁾ Byrne (1999)、岩田 (2008)、福原 (2007) など参照。

な複雑性に対応したシステムとして理解すべきであることを主張に含む「生活モデル」(life model)、「エコロジカルソーシャルワーク」(ecological social work)、「ジェネラリストソーシャルワーク」(generalist social work)などの諸概念が1970年代に叢生したことが知られている³⁾。

また、障害者福祉・リハビリテーションの領域では、障害からの回復とは、単にADL(日常生活動作)の意味で回復することではなく、人間的な生活(人生)を取り戻すことこそが目的とされるべきで、そのためには障害の複雑な諸相を理解しなければならないという主張が、1970年代に高まった。WHOが1980年に発表した国際障害分類(ICIDH)は、それを定式化したものにほかならない⁴⁾。

日本の社会福祉学の領域においても、1970年代には「救貧型福祉」から「普遍型福祉」への「転形」論が展開されるようになった。議論の中心にあった三浦文夫は、従来の「救貧型福祉」において支援とは「カネ」の問題(「貨幣的ニード」)であったのに対し、これからは、あらゆる階層を対象として多様な生活困難のあり方に対応すること(「非貨幣的ニード」)が必要であると主張した⁵⁾。

これらの諸潮流は、それぞれの分野の課題やバイアスなどに影響を受けながらも、共通の主張を含んでいたということが出来る。すなわち、私たちが支援すべき生活や人生が、従来思われていたよりもはるかに複雑な様相を帯びているものと認識すべきである、というものである。

これらの一連の潮流で興味深いのは、第1に、生活問題が複雑性を帯びた現象であるという認識は、オイルショックに端を発する財政危機としての福祉国家や社会保障の危機論としては論理的に出てこないものである、という意味において別の潮流に属していたということである⁶⁾。そして、

第2に、これらの諸潮流は、互いに系譜的に独立していたにもかかわらず、同時期に日本を含む先進諸国において、一斉に芽吹いたということである。このことは、上記のような認識は誰かの発案や運動が発端になったというよりも、先進諸国に共通する生活支援に関する条件の幅広い変化がまずあって、それに対して各国の各領域がそれに呼応したということを示唆している。

とするなら、1970年代の社会政策領域における従来の総括は、経済ショックやその影響のような目立つ部分に目を奪われすぎており、同時に、生活問題をより複雑性をおびた事象として捉え直すよう促す社会的構造の変化が起きていたことを軽視してきた可能性があるということになる。

人びとの生活上の困難をより複雑性を帯びたものとみなさなければならないとすれば、1970年代以降の先進社会において中核となる支援のあり方として、ソーシャルワークを社会政策の中に位置づけなければならない。というのも、それは生活困難の複雑性を正面から取り扱う支援形態だからである。そして、そのことは、ソーシャルワークの基盤を構成する社会的態度・行為を意味するケア(care)／ケアリング(caring)も同様に、社会政策の中心的課題の一つにならなければならないということでもある。だが、社会政策においては、今日まで一貫してソーシャルワークやケア／ケアリングへの顧慮が欠落してきたようにみえる。

もちろん、今日の世界社会政策学者で、社会的排除が重要でないなどと主張する者はないであろうし、すでに社会的排除的観点を梃子とした研究成果の蓄積もある。だが、それらはまだ社会政策の体系に対していかなる変容を要請するのかを明らかにするまでには至っておらず、他方マクロ政策に関心をもつ研究者には、社会的排除概念が内包

³⁾ 白澤(1975)、小松(1993)、太田・秋山(2005)など参照。

⁴⁾ 上田(1983)、上田(1984)、国際障害分類(ICIDH)は2001年に国際生活機能分類(ICF)に改訂されている。

⁵⁾ 三浦(1985)。

⁶⁾ 本稿が議論している生活問題の複雑性の認識は、Robson(1976)の意味での福祉社会論や、福祉多元主義(河野[1998]が手際のよい整理をしている)なども密接にかかわっており、全体として1つの緩やかな潮流を作っていると理解することもできる。いずれも、福祉国家・社会保障の内容・質に関心を向けているからである。ただし、本稿ではこの全体については取り扱わない。

するいろいろな側面のうち、生活問題の複雑性に正面から向き合わない傾向があるように見える。たとえば宮本（2013）は、社会的排除を、社会への参加や社会における自立を促進する制度整備をすべき問題として捉えている。だが、これは、個々人の生活問題の複雑性が、不特定多数に向けられた支援制度によっては解きほぐせないという観点を欠落させているといえよう。この種のバイアスについては、宮本に限らず諸外国の論者を含めて抱えている問題であるといえるかもしれない。というのも、管見の限り、諸外国においても、生活問題の複雑性を正面からとらえた社会政策理論が登場していないように見えるからである。そして、この状況は1970年代における福祉国家の危機の一般的な捉え方と表裏一体の関係にあるといえよう。

ともあれ、生活問題の複雑性を前提とするとき、社会政策は、その複雑性に対抗し得る支援方法であるソーシャルワークやケア／ケアリングを最大限活用することを目指すものでなければならない。そのような社会政策をここで、「ケアの社会政策」と呼ぶとすれば、これまでそのような社会政策が真面目に検討されてこなかったといえるのではないか。

もう少し正確に言おう。生活問題の複雑な諸相に分け入って研究する研究者はすでに少なくない。また、生活問題の複雑さに対抗する狙いをもった法整備も始まっている。とすればケアの社会政策への取り組みが特に遅れているのは、社会政策理論の領域であるといえる。何より必要なことは、この理論的要請に理論研究が応答することである。

本稿が試みるのは、ひとまずこの理論に対する要請に対して、端緒的ではあれ応答することである。上記の状況を踏まえていえば、ケアの社会政策理論には、次の3点を説明することが求められるといえよう。第1に、1970年代の社会政策において生活問題の複雑性への認識が高まったのはなぜかを説明することである。第2に、社会政策領域で行われている生活支援方法にはさまざまあるが、これらを、ソーシャルワークを含めどのよう

に組み合わせ、バランスさせてゆくべきであるかを説明することである。第3に、求められる生活支援のあり方に対応して、ミクロレベルからマクロレベルにいたるまでの政策体系、行政組織にどのような変化が求められるのかを説明することである。

もっとも、本稿は端緒的な論考にすぎないものであり、この小論でケアの社会政策の理論を十全に展開することは叶わぬことである。おそらくは、本稿に接した研究者は、理論としての不完全さを各所に見つけるであろうし、実践家は、理論が予定しない事例、反例、境界事例などを想起するだろう。

にもかかわらず、そのような端緒的な水準であれ理論のアウトラインを提示することに意味があるとすれば、ケアの社会政策が、筆者を含む社会政策学者、ケアの領域を守備範囲としてきた社会福祉学者、なにより現場でケアに関わってきた実践家との間の応答の中で練り上げられるべきものだからである。

読者には、本稿に見いだされるであろうさまざまな難点を超えて、ケアの社会政策が必要とされているということを了解し、本稿を叩き台の1つとしていただければ幸いである。

II ニード／QOLの不可知性

ケアの社会政策の理論化に際しては、次のような方針で議論を進めたい。すなわち、第1に、生活問題の複雑さに対応する支援モデルと、伝統的な福祉国家・社会保障が得意としてきた支援モデルを類型差として抽出する（第2-4節）。その上で、第2に、前者に比して、後者の優位性が歴史的時間のなかで低下してゆく仮説的論理を構築する（第6節）。

この方針にしたがって本節と次節においては、支援モデルの類型差を抽出する物差しとなる生活・生活問題の特徴について論ずることとした。

社会政策学、社会福祉学はもとより生活支援の現場において、広く使われている2つの概念に

ニード (need) とQOLがある。生活支援はニード = 必要性に基いて行われることを原則とするという価値基準が「ニード原理」とよばれるものである。また、QOL (quality of life) は、ニードが充足される程度が高まるほどQOLが高いという意味だと理解すれば、ニードとQOLは表裏一体の関係にあるといえる。以下、この2つの概念について基本的に同内容の概念として区別しないで用いる。

さて、ニードについては、Maslow (1943), Henderson (1960), Walton (1969), Forder (1974) やDoyalとGough (1991), Gough (2000) などによってその多様な性格が整理され、日本においても、これらを参照しつつ、岡村 (1956), 武川 (1991, 2001) や岩田 (1991, 2000, 2015) などによって、社会政策、社会福祉の基礎概念として位置づけることが目指されてきた。だが、総じていえばあれこれと論じられている割には、期待されていたような「使える」概念には鍛え上がらず、知見は停滞しているようにみえる⁷⁾。

そもそも、ニード/QOLは、生活支援に関わる者の願望を表現した概念という性格をもっている。というのも、ニードあるいはQOLが客観的に示されれば、何をすれば支援が成立するかが演繹的に導けるからである。ところが、後述のように、ある個人にとって、必要な支援とは一体何であるかについて客観性が確保できるのは限定された条件下においてだけである。いいかえれば、生活支援の現場が欲するような概念としてニード概念やQOL概念を定式化することはできない。ニード論やQOL論が発展を阻まれている理由は、道無き道を押し渡ろうとするところにあるように思われる。

本節で確認しておきたいのは、ニード/QOLに

客観性を与えることができないこと = 不可知性の構造についてである。そのために、まずニード/QOLと幸福とがいかに区別され得るかについて考えておくことが有用だろう。

ニード/QOLと、幸福との間には、死の取り扱いについて根本的な違いがある。幸福は、メーテルリンクの比喩のとおり「青い鳥」の如きものであり、それが何であるかについて、客観的評価基準が全くないものである⁸⁾。この点は功利主義哲学のアポリアの1つだが、結果として、死ぬことすらも不幸であると断定することはできない。言い換えると、幸福とは、死ぬ幸福というものを排除できない概念である。これに対して、ニードやQOLは、その通常の用法では、生存に対する肯定的評価を前提としている。あるいは、そのように解釈することでニードやQOLの通常の用法に近い意味を概念に持たせることができる、と言った方が適切かもしれない。ともあれ、ニードやQOLは、ひとまず生への肯定付きの幸福概念として理解できる⁹⁾。

このような概念としてニード/QOLを規定すると、それらは幸福とは全く異なる階層的な構造をもつ概念として理解できるようになる (図1)。

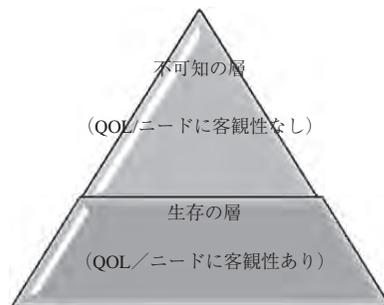


図1

⁷⁾ 基本的にニードの分析は、おおまかにいえば①ニードのリスト化の方向と、②ニードの分類の方向で行われてきたといえるが、どちらもうまくいっていないといえる。①については、それをポジティヴリストとして提示する限り、必然的にアドホックな性格を帯びざるを得なかった。②については、次のようにいえる。ニードの判定とは結局のところ、目標や手段を規定する価値基準をどのように決めるか、という問題に帰着する。ニードの分類とは、結局従来社会的に是認されてきた価値基準を列挙することになる。実用主義的には、これでよいともいえるかもしれないが、この価値基準の根拠を問うとき、この価値基準のリスト自体がアドホックな性格をもっていることは否定できない。

⁸⁾ この点についての解説については、児玉 (2012) 第6章などを参照されたい。

すなわち、生存が脅かされる状況においては、この生への肯定が価値基準となつて、支援に客観的な裏付けが与えられるのである。他の生の価値が、生存が確保された上で付加的に実現されるべきものであるとすれば、生存の条件から離れてゆくにしたがって、QOLは幸福の「青い鳥」に近づいてゆく。なんとすれば、自身にとって最適なQOLとは何かを想像してみるとよい。それが客観的にも主観的にも手がかりがないことが直ちに理解されるだろう¹⁰⁾。

とするなら、ニード/QOLのように広大な不可知の領域を含む概念を、生活支援と結びつけることはいかにして可能なのであろうか。以下私たちの社会にみられる3種類の方法について考えてみよう。

第1に、QOLの最適状態を、「自己実現」「自立」「尊厳」「ウェルビーイング」などの概念に言い換えてみる方法である。この言い換えの過程で、もし意味内容に客観性のある概念を発見することができれば、そこから芋づる式にQOLについても客観的な指示内容を導くことができる。だが、この試みはうまく行っておらず、客観的根拠をもたない概念同士で同義反復する結果となっている。お

そらく、これはQOL/ニードを生活支援と結びつける試みとしては、最も見込みのない方法であるといえよう。

第2に、これは医学などによくみられる方法だが、QOL指標を作成し、その解釈については支援者（医師など）に委ねるというやり方である。医療の世界では、体温計、血圧計、心電計など、この種の指標を生み出す工夫はお馴染みのものである。これらの指標は、直接健康を測定しているのではなく、医療者がその値から患者の健康の度合いを解釈するための手がかりとなるものである¹²⁾。QOL指標の部分に客観性を持たせて、QOLそれ自体の不可知性については支援者の解釈の領域に「逃がす」ところがこの方法の工夫である。

ただし、そもそも医学においてQOLへの顧慮が求められるのは、従来の治療医学の基本戦略である健康を医学的な正常/異常によって判定するという方法では、支援の判断基準として狭すぎるといふ認識が前提としてあるからである。そして、従来の医学的に正常/異常を判定する領域が、概ね生存の層に一致するとすれば、QOL指標が担わなければならない部分は、まさに不可知の領域になる。つまり、指標としての信頼性とQOL指標へ

⁹⁾ ターミナルケアなどにおいて比較的良好に現れる問題として、余命を縮める一方で、残りの人生の質に良い影響を与える可能性がある支援の選択肢をいかに評価すべきか、という問題がある。筆者の理解では、これはQOLによって評価されるべき問題ではない。というのも、QOLは生を前提としているために、余命が短くなることの不利益と生の利益とを比較衡量することができないからである。その意味では、この問題はQOLにおける問題ではなく、QOLを適用すべきかどうかに関する問題である。これに対して、QOLとは、「死ぬまでいかに生きるか」に関わる価値基準であるということができる。

¹⁰⁾ Maslow (1943) や Henderson (1960) などは、ニードを階層的な概念として提示しているが、これは本文で述べたように、生に対する肯定的評価を組み込んでいるためであり、本稿における議論との類似はここに由来している。ただし、従来のニードの階層論は、その「最上層」に至るまでニードの内容を提示しようとしている点に明確な難点を抱えてきた。すなわち、その層には「尊厳」(esteem) や「自己実現」(self-actualization) のような内容を明示できない概念を組み込まざるを得なかった。これに対し本稿では、この部分のニードが不可知であるということ正面から認めることで、この難点を回避している。

また、必ずしも階層的ではなくとも、ニードをポジティヴリストとして列挙しようとしても、不可知の領域について恣意的なニード内容を指示するという階層論と同様の問題が生ずる。岡村重夫の「社会生活の基本的要求」概念はそのような難点を抱える概念の典型の一つである〔岡村 (1956, 1983)〕。

¹¹⁾ ニード/QOLのこの構造は、幻想を与えやすい姿をしているように思われる。生存の層において可能である客観的な根拠をもったニードのイメージのまま、それを不可知の層へと拡張するという一種のごまかしが起きやすいからである。ここで詳述することは割愛するが、現在の福祉国家・社会保障の根幹を構成している生存権をナショナルミニマムとして解釈するやり方は、その典型の一つであると思われる。この点は猪飼 (2011) で端的な水準ではあるが議論しておいたので興味ある方は参照されたい。

¹²⁾ WHO憲章の健康の定義の包括性をみてもわかるように、広義の「健康」はほぼQOLと同様の意味をもち、それゆえにQOLと同様の不可知性の問題を抱えている。

の期待は基本的に両立できないのである。その意味では、医学とQOLは基本的に相性が悪いということになる（第4節参照）。

第3に、ソーシャルワークおよびその基盤となるケア／ケアリングにおいて広く用いられている方法で、人びとの生活や人生を一種の探索過程とみて、その探索過程そのものを支援するというものである。

まず、不可知の層において、最適なQOLの状態、ニードが充足された状態がどのようなものであるか客観的にも主観的にも知ることができない、ということ、私たちが人間は、実はよく知っているともいうことができる。というのも、そのような状態がどんな状態であるかイメージすらできないことは知っているからである。幸福は「青い鳥」だと言われても、そういうものだと自然に了解できるのはそのためである。とするなら、最適QOLに辿りつけないということを知っている者として人間は何をするだろうか。何をしても評価する方法がないのだから同じだ、と考えて自暴自棄な意思決定やランダムな振る舞いを行ったりするようになるだろうか。ならないだろう。私たちは、最適なQOLが何であるかわからなくとも、日々少しでも暮らしがよくなることを期待して、さまざまなことを考慮し、意思決定を行うことをやめたりはしない。このことは、そもそも人間とは、生存する以上のものを希求する存在であることを意味している。むしろ、そのような存在であるからこそ、到達することが不可能であるとわかっていながら、幸福や最適なQOLのような概念を案出したりするといった方が正しいかもしれないのである。

ソーシャルワークにもさまざまな流派があり、単純化して述べることには語弊があることを承知の上でいえば、ソーシャルワークが重視してきた伴走／寄り添い型の支援とは、まさに、この生活

の中で繰り返される探索的な意思決定の過程に介入し、意思決定自体の困難やそこに生ずる不合理を取り除いたりして、意思決定の継続性を支え、当事者の「生きる」力を強めてゆくものであるといえよう（この点については、第5節で再説する）。

この方法の重要なところは、そもそも知ることができる見込みのないQOLから支援手段を導きだそうとするのではなく、それが不可知であるということ正面から認めた上で、QOLの認知の可否とは独立に存在する生への意欲＝QOL増進の探索に着目して支援しようとする点にあるといえよう¹³⁾。

Ⅲ 生活問題の複雑性

QOLやニードの不可知性に加えて、生活支援の類型を抽出する物差しとして、もうひとつ考慮しておかなければならない点がある。それが、生活問題の複雑性である。

私たちの生活については、それを安定的に成り立たせている共通の条件がいくつもある。栄養、住居、衣服、良好な人間関係、それらを生活に統合する本人のスキルや知識など様々である。その一方で、その共通性をはるかに超えて個人の生活は、個人ごとに複雑な内容を持ち、またそれぞれ他者の生活とは異なっている。このため、個人の生活問題が生じたとき、それは往々にして、①他者の生活問題とは異なる要因が作用していたり（個別性）、②他者の生活問題とは異なる要因の組み合わせとなっていたり（複合性）、③他者と同じ要因の組み合わせであっても、組み合わせ方が異なっていたり（構造的）する。このことは、個人の生活や生活問題を、できる限り正確に認識するには、生活問題を生態系のような要素間の相互作用の網目の中に表現される状態として認識する、エコシステムの認識が適しているということ

¹³⁾ この論理が、現代の基本的な人権の根幹の1つである「幸福追求権」と似ているということについては、指摘しておく価値があるように思われる。幸福追求権は、幸福については不可知であるために、それ自体を国家が保障できないということを知った上で、それを探索することについては、自由権として保障するものである。これは、本稿における生の意味の解釈と基本的に重なるものであるといえる。相違点は、本稿がその探索を権利として保障することを論じているのではなく、探索を具体的に支える行為について論じている点である。

を意味している。

では、生活問題に対して支援をする場合、エコシステムの認識に基いて支援することがいつでも現実的か、といえは必ずしもそのような単純な話にはならない。というのは、このような支援は一般に手間のかかるものであるため、他の簡明で効率的な手段があれば、そちらが優先され得るからである¹⁴⁾。

この点を考えるために、まず考慮しなければならないのは、生活にみられる柔軟な性質である。私たちの日常生活は、絶えず様々な変動やショックに晒されている。なんとなれば、一日一日、似てはいても異なった条件下で営まれているのである。私たちは通常、それらの変動やショックを、代替的な手段を用いたり、ときに自身の生活のスタイルを変化させたりして吸収し、生活の安定を維持している。そしてそのような安定性の根柢には、個人にそのような様々な問題に対処するためのスキルが膨大に蓄積されているということがある。私たちは生活に必要な膨大なスキルを幼少のころから一つ一つ身につけ、そのほとんどを列挙できないものとして暗黙知の領域において保持している¹⁵⁾。

このスキルが損なわれていない＝生活の安定を回復する能力が当事者の中に保全されているのであれば、これに委ねることで、生活支援に際して、大きな介入をすることなく支援を完結させることができるであろう。言い換えれば、これは生活問題の複雑性を当事者の側で吸収させることができる場合にあたる。行政サービスなど多くの制度的支援は、特定の生活問題に該当する当事者に対して求めに応じて現金やサービスを給付する形をとっているが、それは、生活問題に対する当事者

の対処能力を前提としている（当事者解決的方法）。

当事者の対処能力を十分に期待できない場合でも、エコシステム的な介入をせずに済ます別の方法があり得る。それが当事者の生活の困難に大きな影響を与えている因子や、生活の安定を回復するのに効果の大きな特定の手段を、何らかの方法で見出すことができれば、エコシステム的に生活問題を認識しないで済むかもしれない。特定の手段を講じさえすればよいのであれば、支援者を必要とする場合にも、特定の手段に当事者を合わせる「フィッター」役を担わせれば済むのであまり手間がかからないといえよう。

今日の疫学や多くの統計的な手法を使って行われる因子や手段の抽出作業は、まさにこのようなアプローチに適合している。もっとも、このような方法によって抽出された因子や手段は、統計的な効果が期待されるものであり、目前の生活困難当事者にとって意味のある情報であるかどうかは定かではない。それでも、集団としての効果がみられさえすれば、功利主義的な観点からみて正当化されるために、行政サービスにおいては、常套的方法の1つとなっている（抽出的方法）。

このように、生活問題に対しては、それがもっている本来の複雑な様相に対して、エコシステム的方法、当事者解決的方法、抽出的方法が、効率を巡って競合的な関係にある。

この他に効率性とは異なる観点から、エコシステムの介入ではない方法をとるやり方がある。これが医学的方法である。その基本的考え方は、生活問題をエコシステム的に把握する代わりに、医学的に取り扱える範囲の因子のみに関心を集中させるというものである。そのような介入方法の意

¹⁴⁾ たとえば、児童虐待においては、親と子の間に複雑で根深い問題が見いだされるのが一般的であるが、その複雑な状況を解きほぐすのではなく、たとえば単純に被虐待児を親から引き離して児童福祉施設に収容することが、もし支援として許容されるとすれば、いちいち複雑な親子のエコシステムに分け入るよりも効率的であることは明らかである。

¹⁵⁾ 読者の多くは引越を経験したことがあるだろう。試みになぜ自分が引越してきたのかを考察してみるとよい。実のところ、引越には手続きや新しい環境への順応などに関する多くのスキルを必要とするが、その一つ一つが長い訓練の時間を経て獲得されたスキルである。なんとなれば、5才児に引越すように命じてもできないし、スキルの一部を失った認知症高齢者を仮に引越させても、多くの場合新しい環境に順応することは困難である。これに対し、健全な大人の多くは、特にスキルを意識化することなく、引越しに対応できる。

義については、次節でまとめて検討する。

Ⅳ 生活支援の3類型

さて、第2節および第3節において、生活支援に際しては、生存条件を超えるとQOLが不可知になること、および生活問題が複雑性を有する事象であるということを考慮しなければならないということを述べておいた。本節では、これらに対応する支援モデルについて議論する。

社会政策領域において実施される生活支援は、従来よりQOLの不可知性、生活問題の複雑性への態度に関して、戦略を異にする3つのモデルが存在してきたといえる。第1に、生活モデルである。これは現在のソーシャルワークの主流となっている支援方法に由来している。第2に、社会保障モデルである。これはその名の通り戦後の社会保障に典型的にみられる支援方法を抽象化したものである。そして、第3に、医学モデルである。これは、20世紀の医療において卓越した治療医学に基づく支援方法に由来する。

以下、これら3つの生活支援モデルの特徴をQOLの不可知性、生活問題の複雑性への態度を準拠点として使いながら典型的に考察しよう。

1 生活モデル

「生活モデル」(life model) という用語それ自体は、上で述べたようにソーシャルワークの領域で使用され、今日のソーシャルワークの主流とみなされてきたものである。それは、概念史的には、1970年代ごろから徐々に使われるようになる。GermainとGitterman (1980) によって体系化されたというのが通説的理解である。ただし、GermainとGitterman (1980) にしても、著者たちが考えるよいソーシャルワークのパッケージを経験則に基いて推奨する内容で、理論的検討に堪えるものとはいえないところがある。そこで、ここ

では、生活モデルを、QOLの不可知性、生活のエコシステムの複雑性への態度および、対象を個人とするか集団とするかという観点から、①伴走／寄り添い型の支援、②エコシステムの状況把握、③個人への支援を準拠点とする、と規定し直すことにする。

まず、生活モデルは、QOLの不可知性に対しては、人びとの生活が探索過程的性格をもっている点を活用する(第2節参照)。人間は、QOLが何であるか究極的には知り得なくとも、その改善を探索し続ける存在であるということが出来る。生活モデルが照準を当てるのは、この過程であり、この探索過程(=生きること)に伴走者／寄り添いとして参加することで、当事者の探索を補強するのである。またこれは過程の支援になるので、単発的な対応ではなく、継続性を前提とすることになる。

また、生活モデル的支援は、伴走／寄り添いに際して、当事者が直面する生活問題がエコシステムの複雑性を有しているという前提で支援を行う(エコシステム的方法)。そして、支援の目的が不可知かつ状況が複雑な当事者の支援を行う以上、生活モデル的支援においては、エコシステムとして把握することが可能と考えられる単位=通常は個人になる。言い換えれば、臨床的支援が基本となる¹⁶⁾。

戦後日本のソーシャルワーカーの草分けの1人窪田暁子は生前筆者に、「ソーシャルワークとは問題を解決することではなく、本人を取り巻いている状況に本人の力で立ち向かえるようになるように、一緒に状況の複雑さを小さくすることである」と話してくれたことがあるが、まさにQOLの不可知、伴走／寄り添い、エコシステム的方法という生活モデルの中核的要素を簡潔に言い表したものといえよう。

この生活モデルが、他のモデルとの間で際立った違いを見せるのは、それが、効率や効果を指向

¹⁶⁾ もっとも、個人が支援対象の単位となるのは絶対の条件ではない。個人が支援対象の単位になるのは、生活困難の複雑性の単位を個人とみなれば複雑性が大きくなりすぎて支援を実行できないことが多いからである。たとえば、虐待問題に往々にみられるように、虐待する側とされる側の関係に困難があるような場合、両者の関係や家族をエコシステムの核とみた方が良い場合もあり得る。

していないためである。生活モデルとは、そもそも結果から評価することのできない生活支援の世界にあって、いかにして支援がそもそも成り立ちうるかという観点から行われる支援モデルである。

当事者の探索過程は、QOLの改善を指向する意思決定の連なりであるが、その度ごとに一時的な価値基準が作られ、その観点から選択肢の評価が行われる。支援者は、当事者の生成する一時的な価値基準を尊重しながらも、当事者と相談しながらそこでの意思決定によって生活が破綻の方向に向かわないための見通しや修正を加えてゆくことになる。だが、ここで重要なことは、そこで介入に使用された価値基準やそれに基づく意思決定には、往々にして絶対的な正しさが存在する理由がないということを支援者が理解しているということである。言い換えれば、良い意思決定を当事者に導いたことをもって支援成立の根拠としないということである。むしろ、支援の成立の根拠とは、根本的には、正しいかどうかかわからない意思決定のために、当事者に伴走しながら一緒に悩んだことそれ自体に求められるのである¹⁷⁾。

2 社会保障モデル

生活モデルが、生活および生活問題の様相に可能なかぎり分け入って支援をしようとする支援モデルであるとすれば、その対極に位置するのが社

会保障モデルである。

社会保障は、先行する社会保険制度や公的扶助制度をパッケージにして、貧困を中心とする大衆現象としての生活問題に対抗しようとする国家プロジェクトを原型的イメージとしてもっている。それは、①明確で客観性のある代理目標を立て、②生活問題に影響する要因や手段を可能なかぎり簡明な形でとりだすことによって、③可能なかぎり多くの人びとを支援することを目指すところに戦略上の特徴があるといえよう。

まず社会保障モデルの原則の一つは、目標を明確にすることである。これはいうまでもなくQOLの不可知性と衝突する考え方であるが、この点については、社会的にある程度広く是認される目標であれば、代理目標となり得るとみなすのである。ベヴァリッジ報告における「5大悪」(five giants) は、その典型であるといえよう。

社会保障モデルが、目標に関して割りきった考え方をするのは、基本的には単純で客観性のある目標を用いることで、支援をできる限り効率よく達成するためである。あるいは、効率の観点から手段を評価できるように目標に単純で客観性のあるものを見出すといった方が正しいかもしれない。その上で、その手段もできるだけ単純かつ多くの人びとに届くものを見出したい。このために、生活問題に大きな影響を与える単純な原因や手段を抽出することが目指される(要素還元的)。

¹⁷⁾ 伴走/寄り添いが生活モデルにおいてなぜ必須となるのかについて、QOLの不可知性からそれが必然であるということを第2節で述べておいたところだが、生活問題の複雑性の側からも伴走/寄り添いが必要になる側面もあるので、ここでひとまずまとめておきたい。

伴走/寄り添い支援の意味には2つの要素がある。1つは、当事者の意思決定・行動に対して協働することであり、もう1つはそれを継続的に行うということである。つまり伴走/寄り添いとは、単に一回限りで当事者と協働することでもなく、単に支援を継続的に行うことでもないということである。以上を踏まえて、伴走/寄り添いが支援に際して必要な根拠においても、協働と継続性の2つを区別して考える必要があるように思われる。

まず、QOL不可知の層に関する支援が、伴走/寄り添いになるということは第2節で議論したとおりである。では、生存の層についてはどうか。生存の層についての協働の根拠は、第1に、生活問題が複雑である場合には、問題解決の手段は試行錯誤的、探索的にしか発見できない、このために、不可知の層における支援同様に伴走的にならざるをえないことがある点に求められる。第2に、生存の層、不可知の層という二分法はそもそも概念的な区分である。このため、生活困難状況が両方の層に関わる場合があるのみならず、原理的には区別できる場合でも、現実の支援現場においては、状況を構成する諸要素について、どちらの層に属するかを、いちいち区別するための情報が支援者には十分に与えられていないし、それを区別するために労力を消費することは支援にとって現実的でない。この点も、生存の層においても伴走/寄り添いが必要となる根拠となる。

他方継続性については、生存の層については、生活問題が複雑であるために探索に時間を要するという理由から、不可知の層については、支援そのものが探索過程の支援であるという理由から説明される。

第3節で示した類型に即して言えば、社会保障モデルが主に利用するのは、当事者解決的方法と抽出的方法である。いずれにせよ、当事者たちの訴えや単純化された手段を抽出できる方法で、生活問題への介入のあり方を決定するのである。

社会保障モデルの特徴の一つは、それが功利主義的性格を強くもっているということである。戦後日本においてみられた一般的な貧困状況を例にとって考えてみよう。戦後の社会保障は、代理指標として貧困からの脱出を掲げ、また貧困を、単純に所得の欠乏とみなし、所得や仕事を与える施策を積み上げていった。このとき、実際に所得や仕事が保障されれば自力で貧困から脱出できる人びとが大勢いたのであり、そのエネルギーが、戦後日本の経済発展をもたらしたことは確かなことである。その一方で、これらの施策は、社会資源として所得や仕事を提示されただけではそれに届かない人びとを置き去りにしがちであったことも事実であろう。たとえば、飲酒などが要因に含まれて貧困状態に置かれている人に、現金を給付しても飲酒が増えるだけで貧困からの脱出には寄与しなかったであろう。そして、なにより複雑性の中で貧困に喘いでいた人びとにとっては、制度的に与えられた支援に繋がること自体が難しかったであろう。

このような置き去りになる生活困窮者が出る施策が正当化されたのは、多少置き去りにされる人がでたとしても、より多くの人びとを効率的に貧困から脱出させることに成功したからにはかならない。集団としての生活が改善するならば、個人が置き去りになっても仕方がないという割り切りは、まさに古典的な功利主義的そのものであるといえる（社会保障モデルによる生存権の取り扱いについては第7節参照）。

3 医学モデル

医学モデルは、代理目標を用い、要素還元主義的な状況把握を行う点では、社会保障モデルに似ているといえる。ただし、社会保障モデルとは本

質的に違う点がある。それは、医学モデルが効率よりも効果を指向している点である。

まず、医学モデルにおいては、代理目標を病からの救出という、生存の層に近いレベルのニードに置くことによって、価値が比較的安定的に維持できるものに目標を固定することを可能としている。そして、さらに、病いを医学的な意味での「異常」を意味するものとして定義し直すことによって、手段を客観的に評価できるようにしている。

実際には、病人を病から救出する方法には、医学的な方法以外にもさまざまな代替的方法があるということは医療社会学・医療人類学などが夙に指摘してきたことである。だが、近代医学は、科学的な検証ができない認識方法や治療手段をむしろ可能な限り排除しようとすることで、科学の進歩のルールに医学を乗せることに成功した。つまり、20世紀における近代医学の大成功は、病からの救出という目的を、科学的な認識方法・治療手段で達成するという割り切りによって、人体に対する知識の急速な進歩、有効な治療手段開発への資源の集中的投下を可能としたことにかかなりの程度依拠している¹⁸⁾。

社会保障モデルと生活モデルが競合するとき、社会保障モデルが生活モデルよりも優位性をもつとすればその根拠は、効率性にある。これに対して、医学モデルと生活モデルが競合する場合、それはどちらの支援の方がその効果の点で優れているかが主な問題となるのである。病人の生存を支える介入に限定すれば、医学モデルはその明確な効果によって優位性を確保しているといえる。

ただ、医学モデルは、代理目標を不可知の領域に引き上げてゆくに従って競争力を失う。医学の領域において、QOLの指標づくりが活発に行われていることを前述したが、これは、不可知の領域において何らかの安定的な基準を設けることで、支援手段に客観的な評価の可能性を与えようとするものである。だが、これは、現状ではバベルの塔を築こうとする努力によく似た企てであると言

¹⁸⁾ この点については猪飼（2010）を参照されたいが、医療史・医学史の常識的見解でもあるといえよう。

表1 生活支援モデルの3類型

	生活モデル	医学モデル	社会保障モデル
目標	QOL不可知	代理目標	代理目標
生活問題把握	エコシステムの	要素還元的	要素還元的
対象	臨床	臨床	主に集団
指向性	伴走／寄り添い	効果	効率

わざるをえないだろう。設定された代理目標は、いつでもその恣意性のために不安定なものとならざるをえないからである。そして、このことが、医学によって人びとの生活に介入し得る可能性＝医療化の可能性を限界づける大きな要因であるといえることができるだろう。

以上で検討した3つの生活支援モデルを比較したものが表1である¹⁹⁾。

いうまでもなく、社会政策領域における生活支援モデルの類型を構築することの意義は、相互に比較するためである。

筆者が2010年に拙著『病院の世紀の理論』を上梓した際、特に大きな反響を得たのは、筆者が病院の世紀とよぶ、ほぼ20世紀に対応する、医療における医学モデルの卓越性の時代が、20-21世紀の転換期を境として終焉し、医療においても医学モデルを生活モデルが凌駕する時代に入りつつあるという主張の部分であった²⁰⁾。また、本稿の冒頭で述べたように、1970年代において、生活問題をより複雑な現象として認識すること＝生活モデルをより活用することを申し立てる一連の運動は、社会政策領域において、社会保障モデルから生活モデルへの支援モデルへ、歴史的な時間の中で、重心の移動が進行する先駆けの事象であったようにみえる（図2）。

つまり、歴史的な時間の中で、日本を含む先進諸国において、医学モデルおよび社会保障モデルから生活モデルに向かって、重点の移動が進行しているといえる。おそらく最終的には、これを包括

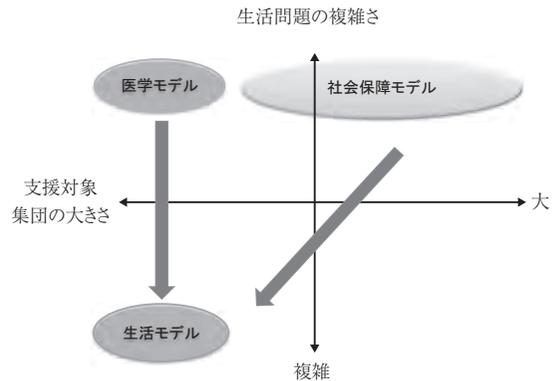


図2

的に説明できる社会理論が必要になるだろう。

ただし、残念ながら、本稿の時点では、そこまでの包括的説明を与える理論の提出の準備がない。代わりに第6節においては、本稿のテーマにとって最も重要な論点である社会保障モデルから生活モデルへの重点の歴史的移行に関する仮説的理論の構築を行う。

V 生活モデルとその土台としてのケアリング

ここで、生活モデルとケアリングの関係について議論しておきたい。上ですでに、生活モデル的支援の基盤にケア／ケアリングがあることに言及しているが、そもそも両者はどのような関係にあると考えればよいだろうか。

ケア／ケアリングは、日常語でもあり、世話をしたり、気にかけてたりすることを意味する元來幅

¹⁹⁾ 表1から明らかなように、生活支援のモデルについては、目的、状況把握に関して単純に2値の選択があるとして、論理的には4種類のモデルを考えることができ、支援対象による区別を考慮に加えれば8種類となる。その意味では、上の議論は、決して生活支援モデルの可能性全体についてのものではないのであり、引き続き拡張の可能性が検討される必要があるかもしれない。ただし、本稿の議論の範囲ではこれ以上の拡張の必要はない。

²⁰⁾ 猪飼（2010）第6章参照。

広い言葉である。これを分析的に使用するために、以下では、M. メイヤロフのアイデアに沿って、「ケアリング」を「支援」(support)から区別することにしたい。区別のポイントは、結果に対する評価に関する態度である。ケアリングについては、その成立は結果に左右されないという意味で帰結主義的でない概念とし、支援については、結果によって支援が成立したかどうかが決まるという意味において帰結主義的概念として把握するのである。

Mayeroff (1971) のよく知られたケアリングの定義は次の通りである。すなわち、「他者をケアするとは、最も深い意味で、その人の成長と自己実現を助けることである。」²¹⁾ もっとも、メイヤロフ自身、「自己実現」(self-actualization)の内容を規定していないので、これだけではあまり意味のある定義にならない。

むしろ、メイヤロフのケアリング概念の特徴は、議論の中で次のようなことがいわれている点であるといえよう。すなわち、第1に、ケアの対象の成長や自己実現といった目的を、ケアする側は自分自身の目的と同一化したものと感じているということである。第2に、ケアの対象に対して、ケアする側は自分の方針を押し付けるのではなく、継続的な関係の中で「応答する」(respond)ということである。第3に、ケアリングに際して、知識の重要性は指摘されているものの、それが能力的な要件としては規定されていない。第4に、ケアの対象は、人間に限定されず、成長や自己実現を必要とするとケアする側が感じるようなものであれば、芸術作品や概念のようなものであっても構わないということである。

第1、第2の特徴からは、第2節で示したニード/QOLの不可知性に対応する第3のアプローチと基本的に同質的な内容をケアの条件として主張していることがわかる。これに対して、第3、第4の特

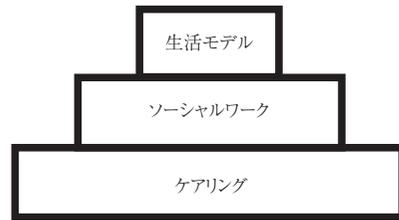


図3

徴は、ケアはケアする側の主観的条件を充足していれば良いのであって、支援として意味のある結果が出ることも、ケアされる側がケアされていると了解している必要もない。つまり、帰結主義的な概念ではないということを主張しているといえよう。

次に生活モデルにゆくまえに、生活モデルを含めソーシャルワークの諸流派が共通の基盤的な技法とみなしているものにバイステックの「ケースワークの7原則」がある。この内容については、バイステック自身が明確に述べているだけでなく、多くの論者が解説をしているので、そちらに譲ることとしたい²²⁾。ただ、読者には是非確認して頂きたいのは、この7原則が、いずれもケアリングが支援としての結果をもたらすために必要なスキルについての言及として理解できるということである。

そして、生活モデルは、ケアリングを前提しつつ、またソーシャルワーク全体に共有された技法としてのバイステックの7原則を踏まえながら、エコシステムの支援を強調する方向にアレンジしたソーシャルワークの一種であるといえる。

上の議論を図で示すと、図3のようになるだろう。一見なんでもないような図だが、これに関して、以下2点述べておきたい。

第1に、生活モデル的支援とは、本来的に特別なものでも新しいものでもないということである。たしかにソーシャルワーク史的にみれば、1970年

²¹⁾ Mayeroff(1971,p. 1)。

²²⁾ Biestek (1957)。確認されたいのは、バイステックの叙述から、メイヤロフの言うケア/ケアリングと、当事者個人との繋がりやなかった他者が一定期間のうちに支援としての結果を出せるようにケア/ケアリングに工夫を凝らした部分を除去したときに、意味のある内容がほとんど残っていないということである。本稿とは問題意識を異にするが、解説としてたとえば結城 (2013) 第3章はわかりやすい。

代ごころから喧伝されるようになった方法であるとはいえるのだが、当時から、ソーシャルワーク業界においても、何が新しいのかわからないという「批判」が散見されてきた。実際のところ、生活モデルが強調していたエコロジカルな認識方法にしても、実際にやっていることといえば、結局のところ当事者の話をよく聴いて、状況の複雑な様相を理解するということであって、熟達したソーシャルワーカーであれば、「生活モデル」という名称が与えられる以前からやっていたことにすぎないともいえる。その意味では、生活モデルは、ソーシャルワークの専門領域の1つというよりは、ソーシャルワークの普遍的な部分を中核とする中庸的支援技法であるといえてよい²³⁾。

第2に、この図3の構図こそ、生活モデルと効率性とを両立させる最大の鍵ではないか、ということである。元来生活モデル的支援は、当事者の生活問題をエコシステム的に把握し、さまざまな社会資源を結び合わせるということ、寄り添いの中で継続的に行っていくものであり、他に簡便な方法がある場合には、相対的に効率の悪い方法であることは確かである。その一方で、私たちの社会は、実のところケアリングで溢れている。私たちは、いつでも他者のことを気遣っているのではない。時には自分自身の利益だけを考えるし、他者をそのために利用しもある。だが、同時に誰かの指令を受けなくとも、他者を気遣い、他者のために何かをしようとする態度が、あちらこちらにいつも現れてくる。

その多くは、スキル化されておらず、生活問題を抱えている人にとって効果をもたないのが普通である。だが、もしこれをスキル化することがで

きれば、自発的な活動によって、生活問題を抱える人びとに広く生活モデル的支援を行き渡らせることができるかもしれないのである。この点については、本稿の最後で再説しよう。

Ⅵ 社会保障モデルの限界支援効率遞減理論

前節までの議論を踏まえて、1970年代以降、社会保障モデル的支援の行き詰まりおよび生活モデルへの支援の重点の以降が主張されなければならないのか、について簡単な理論モデルを考えよう。

さて、最初に検討しておかなければならないのは、生活モデルと社会保障モデルとの間で効率性に関する比較がいかんして可能であるか、という点である²⁴⁾。生活モデルの場合、QOLの探索過程支援が基本的な方針であるが、これを評価するためのQOL尺度を見つけることが原理的にできないことは言うまでもない。社会保障モデルについても、目標はあくまで代理指標なので、その目標が達成されたことがQOLという観点からどのような意味をもつのかを評価する方法はない。つまり厳密な意味ではいずれもQOLに関するアウトカムで評価することができない。

そこで、ここでは、結果はどうあれ支援の届いた人数を支援のために投入された費用で除したものを支援効率と考えよう²⁵⁾。これは1人あたりの支援コストの逆数である。また、追加的に支援を受ける人数が1人増えたときの支援コストの逆数を限界支援効率と呼んでおこう。

ここで社会保障モデルに基づく生活支援を実施する政府があるとして、この政府は、最も効率的

²³⁾ にもかかわらずこの「中庸」を、ことさらに強調し直す必要があったのは、小松(1993)などで詳述されているように、特にソーシャルワーク理論の先端地であったアメリカにおいて、心理学・精神医学の応用を意識した医学モデル寄りのソーシャルワークが流行していたからであるといえよう。

²⁴⁾ 岡村(1956, 1981)は、「社会関係の2重構造」概念を用いて、「社会制度」による支援とソーシャルワークによる支援を性質を異にする支援形態として区別しており、これは本稿における生活モデルと社会保障モデルに類似している面がある。ただし、岡村の議論の問題は、現実の生活問題に対して、その優劣・成否はともかくも、「社会制度」とソーシャルワークのいずれからアプローチされる場合があるということを見過している。詳細については、猪飼(2015)を参照されたい。

²⁵⁾ 不特定多数向けの社会サービスについては、実際にそのサービスを利用した人数をカウントすることにしよう。

に支援が行われるようにさまざまな施策を実施するでしょう（功利主義的政府）。このとき、政府は、合理的に行為する限り、もちろん予算の範囲内で政策効率が高い順番に施策を実施することになる。

このとき、以下の2つのことが起きることになるだろう。第1に、社会における生活問題自体に著しい変動がない限り、社会保障モデルによる支援が進むにつれ、多くの人びとに共有された生活問題が消失してゆき、残る問題はより小さな集団や個人の抱える生活問題へと移行してゆく。それにしたがって、生活課題別の支援アプローチをとる社会保障モデルの支援効率は減少してゆくことになる。

第2に、支援効率の高い順に介入することを前提とすると、当初は生活問題の当事者の生活の安定を回復するスキルが担保されている生活課題が優先的に支援されることになるであろう（当事者解決的方法）。だが、支援が進むにつれ、抽出的方法による支援に重点が移ってゆくことになる。いうまでもなく、当事者解決的方法に比して抽出的方法で介入する方が手間がかかるので、これも支援効率を下げてゆく要因となろう。さらにエコシステムの支援以外に難しい困難ケースに対しても、社会保障モデルによる支援を適用しようとするれば、限界支援効率は著しく小さくなってしまふであろう。

つまり、社会保障モデルの場合、支援が進むにつれ、施策の対象となる集団は小さくなり、また、生活問題の性格も手間のかかる扱いにくいものとなってゆくのである。

さらに、社会保障モデルは、元来複雑な性格をもつ生活問題に対して、効率性を優先して、強引な単純化をすることで成立している支援モデルなので、当事者のエコシステムに照らしてみると、的はずれな支援をする可能性が大きい。このた

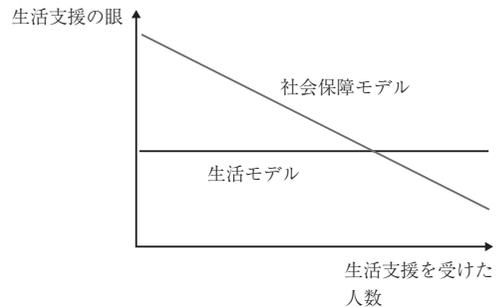


図4

め、とりあえず支援が当事者に届いて、支援が狙い撃ちをしている生活課題が解決しても、生活の安定の回復にはいたらず、あらたに支援を必要とする人の列に並び直す可能性が相対的に大きい。この点を考慮に入れて支援効率を調整すると、おそらく限界支援効率は下方にシフトすることになる²⁶⁾。

これに対し、生活モデルによる支援はどうか。生活モデルの場合、一人ひとりの生活問題のエコシステムに立ち入ってゆく個別支援（ケースワーク）が基本である。そして個別支援の限りでは、基本的に支援者が増えていっても手間は同じなので、その限りでは限界支援効率は一定である。

図4は、生活モデルによる限界支援効率を一定と仮定してグラフにしたものである。社会保障政策が開始された当初は、マスに働きかけることができる手間のかからない施策が効果を発揮するので、社会保障モデルの支援効率は生活モデルよりも高い。ただし、施策が進行するにしたがって、次第に歩留まりが悪くなるように支援効率は逡減してゆく。そして、いずれは生活モデルとの間での優位が逆転する閾値に到達するということがわかる。

加えて、生活モデルの場合、実は、当事者同士を集団化することで支援の効果や効率を高めたり

²⁶⁾ 社会変動が大きい社会の場合、人びとの生活問題の内容が常に再構成されるので、結果として、社会保障モデルで手当すべき大型で単純な施策のチャンスが回復する可能性がある。そのような場合、社会保障モデルの限界支援効率のカーブはなだらかになるといえよう。Taylor-Gooby (2004) や宮本 (2013) は、「新しいリスク」としてこのような社会変動があり、これに対する対応が社会政策に求められるものであると解している。筆者自身は、このような解釈に懐疑的であるが、いずれにせよ本稿の理論の成否に関わる論点であることはたしかである。

するグループワークや、さらに支援に際して共通して利用する社会的資源や制度を整備する（コミュニティオーガニゼーション、ソーシャルアクション）のような方法で、支援対象者を増やしてゆくことで、より効率的な支援を実現することができる。つまり、生活モデルの場合は、基本的に限界支援効率は上昇してゆくと考えられる。この過程が早い段階で進行しているほど、閾値は左にシフトすることになる。

本節の理論モデルは、ある意味では当たり前のことを主張しているといえよう。効率のよい手段から順に手を付けてゆけば、やればやるほど限界的な効率性が下がってゆくというのは、品質改善などにも共通するありふれた事象にすぎない。問題は、工場などで行われるような品質改善の場合、ほどほどのコストでかなり満足のゆく品質に到達することができるのに対し、生活支援に関しては同様の結果、生活問題自体が重要な意味を持たなくなる状態に到達することはできないということである。その背後には、人びとの生活の複雑性が大きいことがあるといえる。

仮説的に言えば、1970年代に日本を含む先進各国で生活モデル的支援の必要性が事実上主張されたのは、次のような事態が起きていたからではないか。すなわち、戦後先進国において一斉に始められた大規模な社会保障が、目標が明瞭で単純な手段で効果が上がる政策から順次実施していった結果として、1970年代には、そのようなわかりやすい生活問題が枯渇してきていた、と。これを図4でいえば、社会保障モデルは戦後徐々に限界資源効率を下げてゆき、1970年代に生活モデルの閾値に到達したのではないかと、ということである²⁷⁾。

本稿の理論はごく単純な理論モデルにすぎない。だが、単純であるがゆえに、私たちの生活問題が複雑であるということ前提としさえすれば、必然的に作動する論理であることも確かであるよ

うに思われる。いずれにせよ、この論理が、現実の社会においてどの程度効いているのかについては、今後の実証を俟たねばならない。

Ⅶ 功利主義的な社会における生活モデル

前節の理論モデルが、社会保障モデルから生活モデルへ重点を移行することを説明するモデルとなるということの意味について一点述べておくべきことがある。それは、社会保障モデルと生活モデルのいずれかが選択されたり、組み合わせられたりするの、判断基準に効率性が使われるのはなぜかという問題と関わっている。

そもそも、人びとに対して文字通りの生存権保障を可能なかぎり厳密に遂行しようとする国家があるとすれば、効率の観点から生活モデルと社会保障モデルとを取捨選択するということは起こりえない。というのも、生存権を厳密に実施するとは、社会のすべての成員に対して「生存」を保障することを意味するので、そもそも社会保障モデルのように、効率性の観点から、支援対象を選択することを許容しないからである。このような社会における生活支援は、基本的に社会の成員に普遍的に生活モデル的支援の網をかけた上で、可能な範囲で社会保障モデルを組み合わせることで効率化を図るという構造になるはずである。

相対的にこのような社会に近いのは北欧諸国であるように思われる。たとえば「ノーマライゼーション」(normalization)は、北欧諸国では生存権を含む基本的人権が普遍主義的に充足されることと解されているといえる。このような概念が社会目標として合意される社会では、生活モデル的支援については効率を考えるまでもなく、基軸的支援として活用されることになる。

対して、日本を含む大部分の先進諸国は、生活支援を功利主義的な観点から実施する福祉国家で

²⁷⁾ Esping-Andersen (1990)などが指摘していたある「逆説」について言及しておきたい。すなわち、福祉国家の発達史の過程で、福祉国家の「黄金期」といわれた1960年代において、それ以降の危機の時代と比して先進諸国では福祉国家の規模ははるかに小さかったという逆説的な状況がみられたことについてである。本稿の理論によれば、前者が黄金期で、後者は危機の時代とみなされた大きな理由の一つは、後者に比べて前者の方が効率が高く、社会保障の正統性が担保されやすかったという点にあると説明できるだろう。

あるといえよう。これらの国々が、なぜ生存権保障を真面目に追求しようとしなないのかといえ、生存権保障についてはほどほどで済ませて、節約した資源を別の有効な用途に使った方が、社会にとってよいという功利主義的な判断をしているからにはかならない。日本についてもこの傾向は明らかであろう。日本国憲法第25条の解釈として、最高裁は一貫して、それがプログラム規定的な条文であり、具体的に特定個人に生存権が保障されるかは事情による、という立場を取り続けてきたし、生活保護制度の捕捉率の低さなどに典型的に表れているように、実際の政策としても功利主義的な性格が随所にみられるといえる。

本稿の理論モデルが主張しているのは、功利主義的な社会においても、功利主義的な価値基準に照らして、生活モデルをより活用した社会政策が合理的であるような社会が到来しつつあるということである。言い換えれば、日本のような人びとの福祉に対して相対的に冷淡な社会においても、北欧型の福祉社会に類似した、一人ひとりに寄り添う支援を行う社会が実現可能なものとなる歴史的な条件が整ってきているということである。

Ⅷ 結語：ケアの社会政策への展望

従来の社会政策学や社会保障論は、ケアやソーシャルワークを研究対象から除外するか、除外しなくとも、政策によって提供された諸制度にうまく取まらない人びとに対して、サービスを微調整する「フィッター」的な、従属変数的な存在とみなしてきた。これに対し、ソーシャルワークを主要な研究領域としてもつ社会福祉学も、こちらはこちらで、「社会福祉の固有性」のような概念にしがみついて、領域を守ろうとする傾向が強く、生活モデル的支援の重要性の増大に見合った社会政策における位置づけを要求してこなかった。

これに対して、本稿が論じてきたのは、上のような社会政策学も、社会福祉学も、そのままではまとめて時代遅れのものになる、そういう状況にあるのではないかということである。

本稿を閉じるにあたって、先進国の生活支援が

生活モデル的支援にその重心を移してゆこうとしているとすれば、それは社会政策にとってどのような意味をもつのか、そのとき社会政策はどのような対応を要請されるのか、その展望について例示的に論じておこう。

第1に、従来の社会保障の基軸的概念の1つであるナショナルミニマム概念は、生活モデル的でないということである。生活モデルの基本的な支援は伴走／寄り添いであり、事前にゴールを定めることも、投入されるべき社会資源を決めておくこともできない。要するに支援のあり方は、当事者ごとにまちまちになるのが自然である。それは直ちに生活にとっての主に物質的な最低条件を定めることを否定するものではないが、少なくとも保障される生活の最低限までしか支援しないという考え方とは決して相容れない。つまりベヴァリッジ報告の伝統を汲む戦後福祉国家が認定した、ナショナルミニマムを境にそれより下は生存権の領域、上は自由権の領域という階層構造と、生活モデルは相容れないのである。

第2に、これに対応して、生活モデル的支援を基軸とする社会においては、公平性の意味も変化せざるをえない。すなわち、従来、私たちの社会では、社会資源が同じ条件で利用できることこそが公平性の意味であるとされる傾向にあったといえる。とりわけ行政組織においてはその傾向が強かったといえるだろう。だがこのような意味での公平性は、生活モデル的ではない。むしろ生活モデル的公平性とは、支援を必要とする人が誰も置き去りにされないことである。

第3に、このような生活モデル的公平性を、いかに功利主義的な社会において現実のものとするかに、ケアの社会政策は真剣に取り組まなければならないということである。本稿の理論が示すように、社会保障モデルに比して生活モデルが効率の点で優位に立つとしても、自動的に誰も置き去りにされない社会が現出するわけではない。

生活モデルそのものは丁寧で手間のかかる支援であることは変わらないので、たとえば職業ソーシャルワーカーに全てを担わせようとすると、一定の財源が必要になることは確か、これを調達

できなければ、功利主義的な観点から一定の生活困難当事者を置き去りにすることを許容する社会でありつづけることになってしまうかもしれない²⁸⁾。その結果として、私たちの社会は、「真に支援を必要とする」生活困難者を選別するということが求められる社会（選別主義的社会）になってしまい、井手（2015）や井手・古市・宮崎（2016）の主張に沿っていえば、そのような選別する社会は、税負担についての合意を取り付けることをさらに難しくし、結局生活モデルの支援に必要な財源を見つけることがもっと難しくなる、という悪循環に入ることになるかもしれない。

このような悪循環を回避する方法はあるだろうか。筆者は、第5節で述べたケア／ケアリングの遍在性にその鍵があるのではないかと考えている。実のところ、私たちの社会には、スキル化することで生活モデルの支援に転換できる潜在的な資源が膨大に存在している。その意味で、私たちの社会は本質的に「ケアする社会」なのである。とするなら、支援を必要とする全ての人がこの「ケアする社会」と接続できるようにすること、およびケアに関わる可能性のある全ての人＝この社会の成員全員が、ケアを支援として成立させるスキルを習得できる社会を構想することができれば、生活モデル的支援に関する需要の多くを、「ケアする社会」が引き受けることができるだろう²⁹⁾。このような「ケアする社会」の力を最大限活用することは、ケアの社会政策にとって理論的にも実践的にも重要な領域となるのではないかと筆者は想像している。そして、それによって井手らの意味での悪循環から、私たちは脱出できるかもしれない³⁰⁾。

最後に、「ケアする社会」についてもう1つだけ付言しておきたいことがある。それは、ケアの倫理学の成果が示すように、ケアの現場が、それ自

体功利主義に対抗力をもつ正義の立ち上がる場でもあるということである³¹⁾。とするなら、ケアの現場に生起する正義が社会に幅広く行き渡ることは、社会全体の功利主義的な性質自体を変える力を持ちうる可能性があるといえる。

いずれにせよ、上に挙げたようなことはあくまで例示すぎないだろう。というのも、本稿の理論が主張するように、生活モデル的支援の重要性が、私たちの社会において増大する構造的な要因があるとするなら、社会政策が対応しなければならない論点は、もとより筆者が想像できるよりも遥かに広範で多岐にわたっているはずだからである。ともあれ、筆者としては、社会政策学者にはケアと生活モデルの重要性を、社会福祉学者には、自らが関わってきた領域が社会政策のフロンティアになりつつあることを、そして実践家には、自らの実践の意味を言葉にすることの意義を、本稿を1つの触媒として理解していただければと思う。

参考文献

- 猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。
 猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題 - 健康概念の転換期におけるヘルスケア政策-」『社会政策』第2巻第3号，pp. 21-38。
 猪飼周平（2015）「[制度の狭間]から社会福祉学の焦点へ -岡村理論の再検討を突破口として-」『社会福祉研究』第122号，pp. 29-38。
 井手英策（2015）『経済の時代の終焉』岩波書店。
 井手英策・古市将人・宮崎雅人（2016）『分断社会を終わらせる 「だれもが受益者」という財政戦略』ちくま選書。
 岩田正美（1991）「ニードと資源」（大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』法律文化社，第3章）。
 岩田正美（2000）「社会福祉とニード -ニード論再考」（右田紀久恵・秋山智久・中村永司編『21世紀への架け橋～社会福祉の目指すもの 第1巻 社会福祉の理論と政策』中央法規出版，第3章）。
 岩田正美（2008）『社会的排除』有斐閣。
 岩田正美（2015）『社会福祉のトポス 社会福祉の新た

²⁸⁾ 行政サービスは予算制約が強ければ強いほど功利主義的に行われやすいことは自明であろう。

²⁹⁾ これが旧来の共同体にみられる互酬性の論理とは異なることには注意が必要であろう。というのもケアは本来的に自発的で報酬を求めない態度・行為の類型に属しているからである。

³⁰⁾ 社会資源としてのケアは、社会関係それ自体ではない。それは、たとえば社会関係資本（social capital）概念と同一ではなく、むしろある種の社会関係資本の源泉をなすものであるといえるだろう。

³¹⁾ Gilligan(1982)。また邦語での解説としては品川（2007）参照。

- な解釈を求めて』有斐閣。
- 上田敏 (1983) 『リハビリテーションを考える -障害者の全人的復権-』 青木書店。
- 上田敏 (1984) 「ADLからQOLへ リハビリテーションにおける目標の転換」『総合リハビリテーション』医学書院12巻4号, pp. 261-266。
- 太田義弘・秋山薊二編 (2005) 『ジェネラル・ソーシャルワーク』 光生館。
- 岡村重夫 (1983) 『社会福祉原論』 全国社会福祉協議会。
- 三浦文夫 (1985) 『社会福祉政策研究』 全国社会福祉協議会。
- 児玉聡 (2012) 『功利主義入門』 ちくま新書, 第6章。
- 小松源助 (1993) 『ソーシャルワーク理論の歴史と展開 先駆者に辿るその発達し』 川島書店。
- 品川哲彦 (2007) 『正義と境を接するもの 責任という原理とケアの倫理』 ナカニシヤ出版。
- 白澤政和 (1975) 「アメリカにおけるソーシャル・ケースワークの新しい動向」『大阪市立大学生活科学部紀要』 第23巻, pp. 41-51。
- 武川正吾 (1991) 「社会政策・社会行政論の基礎概念」(大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』 法律文化社, 第2章)。
- 福原宏幸 (2007) 「社会的排除／包摂論の現在と展望 パラダイム・「言説」をめぐる議論を中心に」(福原宏幸編『社会的排除／包摂と社会政策』 法律文化社, 第1章)。
- Biestek, F. (1957), *The Casework Relationship*, Chicago, Loyola University Press.
- Byrne, D. (2005), *Social Exclusion*, New York: Open University Press.
- Doyal, L. and Gough, I. (1991), *A Theory of Human Need*, New York: Guilford Press.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Forder, A. (1974), *Concepts in Social Administration: a Framework for Analysis*, London ; Boston : Routledge & K. Paul.
- Germain, C. B. and Gitterman, A. (1980), *The Life Model of Social Work Practice*, New York : Columbia University Press.
- Gilligan, C. (1982), *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Gough, I. (2000), *Global Capital, Human Needs, and Social Policies : Selected Essays, 1994-99*, New York : St. Martin's Press.
- Henderson, V. (1960), *Basic Principles of Nursing Care*, International Council of Nurses.
- Maslow, A. H. (1943), 'A Theory of Human Motivation', *Psychological Review*, 50, pp. 370-396.
- Mayeroff, M. (1971), *On Caring*, New York, Harper & Row.
- Robson, A. W. (1976), *Welfare State and Welfare Society: Illusion and Reality*, London : Allen and Unwin.
- Taylor-Gooby, P. (2004), *New Risks, New Welfare: the Transformation of the European Welfare State*, Oxford ; New York : Oxford University Press.

(い・か・い・し・ゆ・う・へい)

Theoretical Foundation of Social Policy for Caring

Shuheï IKAI*

Abstract

Since the 1970s, building a social support system for the people with difficulties that incorporates the complexity of their daily life problems has been long considered urgent. Social policy, however, has not yet succeeded in adapting itself to the above complexity. It is partly because the significance of the social support based on the life model has not yet been theorized properly in social policy. By examining the three support models in social policy (the life model, the social security model, and the medical model), this article explains the mechanisms that the life model was gradually taking over the two other models in terms of efficiency after the 1970s. It also discusses what kind of problems this life model-based social policy should tackle.

Keywords : the life model, caring, social support, social policy, national minimum

* Professor, Hitotsubashi University