

ケアの生活モデル化とは

猪飼 周平

(一橋大学大学院社会学研究科 教授)

1. はじめに

筆者は2010年に『病院の世紀の理論』を上梓した¹⁾。本書は20世紀の医療システムを国際比較的观点から概観することを通じて、20世紀の医療システムとは何であったのかを総括するとともに、今日の医療の置かれている状況と将来のヘルスケアの方向性をあきらかにしようとしたものであった。その中で筆者が示したのは、大略次の2点であった。第1に、医療にとっての20世紀が、治療医学的な意味における治癒を究極的な目標として、医療システムをその目標のために再編・構築していった、歴史的に特異な世紀——筆者の術語では「病院の世紀」——であったことである。そして、第2に、QOLを究極的な目標とする「生活モデル」が治療医学的治癒を究極的目標とする「医学モデル」を凌駕することで、病院の世紀は今日終焉に向かいつつあるということである。

本書の刊行後筆者は、第2の論点にかかわって、現在、厚生労働省が政策推進している地域包括ケアに対して理論的基礎を与えたという評価を受けようになり、地域包括ケアの専門家の一人といった取り扱われ方をするようになってきたように思われる。たしかに、本書において筆者は、病院の世紀の終焉後に再構築されるケアシステムは、より地域的で包括的な内容をもつことになるだろうこと、そして、そのようなケアを導く動因は、まさに病院の世紀を終焉させる力、すなわちケアの生活モデル化であるという見通しを述べている。だが、この議論は多分に端緒的なものにすぎず、

多くの論点が積み残されたまま提出されたものでもあった。

議論が端緒的なものとならざるを得なかった最大の理由は、ケアの生活モデル化が、決して医療の領域のみで完結した動向ではなかったという点にあった。生活モデルという用語は、元来医療よりもソーシャルワーク論や障害者福祉の領域で使用されていた用語である。さらに、「生活モデル」と呼ばれることはなくとも、同じ発想で行われる支援モデルが多種存在し、それらを統括すると、生活モデル的なケア観の浸透は、1980年代には最広義の福祉（人びとの生活を支える活動）全域に広がっていたのである。したがって、もしこの点について十分な論証を与えようとするならば、病院の世紀の理論とは別の社会理論を、社会政策全体を視野にいれて構築しなければならないであろう。本書において生活モデルそれ自体について十分に論ずることができなかったのは、このような理由による。

ただ逆にいえば、それだけの広がりのある概念である以上、生活モデルの解明こそが、ヘルスケアに関する基盤的知識につながる研究であり、またそこからヘルスケアを含む最広義の福祉領域のダイナミズムの解明にもつながる研究であるともいうことができる。その意味では、本書は、生活モデルに関する研究の重要性を明確化する成果という側面ももっていたということができる。

もっとも、本稿においても依然として生活モデルのもつ意義を全体として解明する準備があるわけではない。ただし、生活モデルを巡る基本的な

論点を素描することくらいはできるかもしれない。本稿ではこのような観点から、論点のごく粗いスケッチを試みたい。

2. 生活モデルの概要

「生活モデル」(life model) という用語は、ひとまず、1970年代末ごろから障害者福祉やソーシャルワークの領域（つまり社会福祉領域）において使われるようになったものである。ソーシャルワーク論の学説史を紐解くと、1980年にジャーメインとギッターマンにより定式化されたことになっている²⁾。だが、彼らの問題意識をみる限り、生活モデルは、従来のソーシャルワーク界における分裂状況を收拾する枠組みとして生活モデルを位置づけようという意識が強く、そこにソーシャルワーク界を超えて生活モデル概念が普及していったことを説明するロジックは希薄であるといえる。

だが、生活モデルの特徴を帯びた生活支援が福祉領域にどのように分布しているかを検討してみると、全く異なる風景がそこに広がっていることがわかる。というのも、1970年代、特にオイルショック以降、先進諸国における社会政策＝広義の福祉領域の全域において、支援観が生活モデル的なものへと変容してゆく様子が観察できるからである。

1970年代のオイルショックを経て、先進諸国では社会保障やそれを実施する国家である福祉国家の限界について、活発な議論がなされるようになった。その1つの系譜として、福祉社会論と総称されるものがある。そこでは、社会保障のような、生活の最低限（ナショナルミニマム）を一律に設定したり、所得の再分配をしたりするような「粗雑」な支援方法によっては、人びとの生活を十分に支えることはできない。むしろ、個人ごとに置かれている状況の違いをよく理解して問題があればそれを解決してゆこうという、きめ細かな支援に向かう必要性が主張された。そして、このような主張やそれに基づく政策実践を象徴する概念が、「社会的排除」(social exclusion) およびそれに対する「社会的包摂」(social inclusion) 政策

であろう。今日ではEUでは社会的包摂政策は多様な政策的立場を含みながらも、EU全体の福祉政策の中核をなすに至っている³⁾。日本においては、民主党政権下において内閣府に社会的包摂推進室が設置されるなどの動きがあったものの、表面的には「社会的排除」・「社会的包摂」という用語の使用自体はまだ大きな潮流にはなっていない。だが、社会政策・社会福祉の実践現場においてその実質的内容が、すでに基本路線となっているという意味では、状況はEUと大きく異なるわけではない。

実は生活モデルにおける問題把握の仕方は、社会的排除論を含む福祉社会論が想定する社会問題把握の方法と、基本的には共通のものである。次節以降で少し立ち入って議論するが、生活モデルと社会的排除はいずれも、生活的価値の実現を支援目標とすること、および社会問題を抱える当事者を、本人と環境に関するさまざまな要因が一種のエコシステムのように因果の網の目を構成しているとみる点で、ケア観を共有している。

つまり生活モデルは、その用語自体は障害者福祉やソーシャルワークの領域で構築されたものであるが、それは決して生活モデル単独で生まれたのではなく、社会的排除その他のケア観を共有する諸概念や実践と同時に現れてきたものなのである。そして、1980年代には、このケア観は福祉の幅広い領域において、スタンダードなものとして広く普及する段階に達していたのである（以下では、これらケア観を共有する諸概念をまとめて「生活モデル」と呼んで議論することにする）⁴⁾。

ヘルスケア領域においては、この生活モデルの普及は他の福祉領域よりおよそ10年ほど遅く進んだ。このことは、QOL概念が医療界で頻出するようになったのが1990年代であったことから分かる。この背景には、他の福祉領域に比して固有の事情があった。すなわち、ヘルスケアにおいては、生活モデルに対置されるケアモデルである医学モデルが20世紀初頭以来卓越していたからである。そこでは、生活モデルは、結果として相対的に長い「助走期間」を必要としたのである。だが、それでも1990年代以降生活モデルは確実にヘルス

ケアにも浸透し、20世紀的医療に幕を下ろす役割を果たしたのである。

3. ケア目標としてのQOL

生活モデルには次の2つの特徴がある。すなわち、第1に究極的なケア目標をQOLとするケアモデルということである。そして、第2に、当事者のQOLは本人と環境における多様な因子の網の目によって規定されるというエコシステムの原因観を特徴とするケアモデルということである。後者については次節で議論するとして、ここではまず第1の特徴について少し立ち入って議論してみよう。

まず指摘しておきたいことは、QOLはそれ自体としては決して新奇な概念ではないということである。なぜなら、QOLとは生活を質という観点から評価しようという意図の産物であるが、実際の生活に際して行われる意思決定の多くはQOLの増進を意図して行われているからである。たとえば、朝起きて一日の過ごし方を考えるとき、スーパーやコンビニで買い物するときなど、私たちは常に少しでも現在の暮らしがよいものとなるように選択を行おうとするだろう。その中には合理的な判断に基づくものもそうでない判断に基づくものもあるであろうが、いずれもQOLの増進を念頭に行われることには違いない。このようにQOLという概念は、生活において頻繁に参照される参照軸を概念化したものに他ならない。したがって、私たちは基本的に全員が日常的に利用しているという意味で、QOLをよく知っているといえるのである。

QOLは、それが生活改善のための基本的参照軸である以上、改善されたり最適化されるとすれば望ましいことであるといえよう。とするならば、QOLの最適化を究極の目標とするケアというものが実現するのであればそれに越したことはない。だが、QOLという概念の難しさは、このような単純なアプローチが使えないところにある。

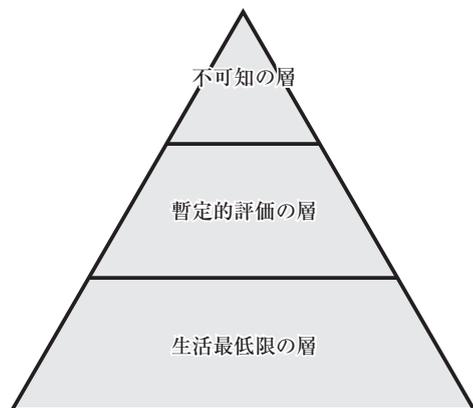
この点を理解するために、QOLと部分的に共通性をもつ類似概念である「幸福」について考えて

みよう。幸福が究極的に測定できない「青い鳥」であるということは、おそらく広く知られていることだろう。少なくともこの問題を最も深いレベルで考えてきた功利主義哲学者たちですら、一人一人の幸福をそれ自体として測定する可能性については悲観的である⁵⁾。この点では、QOLという概念も、幸福と同じ性質がみられる。というのも、QOLという概念は、以下に述べるような最低限の生活レベルを超えたところでは、客観的にも主観的にも測定することができないからである。

他方で、QOLという概念には幸福とは異なる部分もある。それは、QOLには必要最低限度を考慮することができるが、幸福になるための必要最低限度を措定することはできないということである。たとえば死が本人にとって究極的な「不幸」であるということは断定できない。これに対してQOLの場合、その価値の実現のためには、生活が営まれているという前提が存在するために、必要条件としての生活手段を考慮することができる⁶⁾。いいかえれば、生存の条件に近づけば近づくほどQOLの充足条件を客観的に測定することができるのである。実際、生活にとって必要最低限の要素として、衣食住などを挙げることをためらう者はないであろう。

このようにQOLという概念は、主観的にも客観的にも不可知な頂点から、客観的に構成要素を規定することが可能な最下層へと階層的な構造を有している。そして、その間の領域では、QOLは、客観的であれ主観的であれ暫定的なものとしてそのつど暫定的に構築されるほかない。人が生活している以上、QOLの増進の意図は存在し、また生活とは、QOLの増進を意図した意思決定の連なりとして存在している。だが、そこで参照される準拠点としてのQOLは常に暫定的な性格を帯びている。このことは、QOLの増進過程とは、究極のゴールの存在しない探索過程としてのみ存在するということを意味している（図表-1）。

図表-1 QOLの階層的構造



4. エコシステム的原因観

生活モデルというケアモデルのもうひとつの特徴は、エコシステム的原因観である。たとえばここに生活が立ちゆかなくなった人がいるとしよう。これに対するケアのアプローチには多様な可能性があり得る。たとえば、支援者の専門性の範囲でできることは何かを探る専門家的アプローチもあり得るし、行政なり支援する側の予算制約などを前提にその範囲で何をするかを考えるというアプローチもあり得る。これに対して、生活モデルにおけるケアのアプローチは、まず当事者の状況に影響を与える環境因子およびその影響の機序(=エコシステム)について可能な限り把握するということである⁷⁾。

このように表現するとなにか格式張った支援の行われ方が想起されるかもしれないが、要は、当事者の「事情」に精通するというにほかならない。たとえば日常的に友人の悩みの相談に乗るようなとき、多くの人は「とにかく事情を話してごらん」という態度を取るだろう。また「事情」をよく聞かないで頓珍漢な助言をしてしまったという失敗をしたことがない人もあまりいないように思われる。その意味では、エコシステム的原因観もその基本的なアイデアとしては、新奇でもなければ特殊なものでもない。

1970年代後半以降、ソーシャルワーク論において、エコシステム的原因観に基づくソーシャルワークが提唱されるようになって以降今日まで、当たり前すぎてソーシャルワーク理論としては意味がないという批判を受けてきたが、それは理由のあることである。というのも、そこには固有の専門的能力の必要性が示されていないからである。

ただし、エコシステム的原因観が「事情」をよく聞くということにすぎないとすれば、そのことを殊更に強調する必要はないのではないか、という疑問が直ちに湧くであろう。実は、この原因観が強調される必要がある理由は、20世紀を通じて、人びとの生活や健康を支援する技法としてエコシステム的でないやり方が発達し、隆盛を極めてきたことにある。その一つは治療医学的な支援モデル、もう一つは社会保障や公衆衛生において一般的に用いられてきた支援モデルである。ここでは「生活モデル」に対比させてそれぞれ「医学モデル」、「公衆衛生モデル」と呼んでおこう。

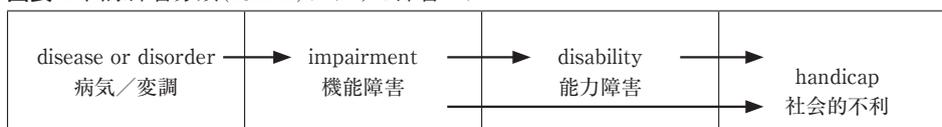
(1) 生活モデルと医学モデル

生活モデルを医学モデルとの対比において理解する上でわかりやすいのは、おそらく1980年にWHOが発表した国際障害分類(ICIDH)であろう。ICIDHでは、障害には4つのレベル(病気/変調・機能障害・能力障害・社会的不利)があり、それぞれのレベルで解決の可能性があることが示されている。たとえば、脳卒中(病気)によって、手の麻痺(機能障害)が残り、そのために字を書くことができず(能力障害)、結果、人びととのコミュニケーションに困難が生じた(社会的不利)としよう。QOLが対応しているのは、大まかには社会的不利の層=生活上の困難である(図表-2)。

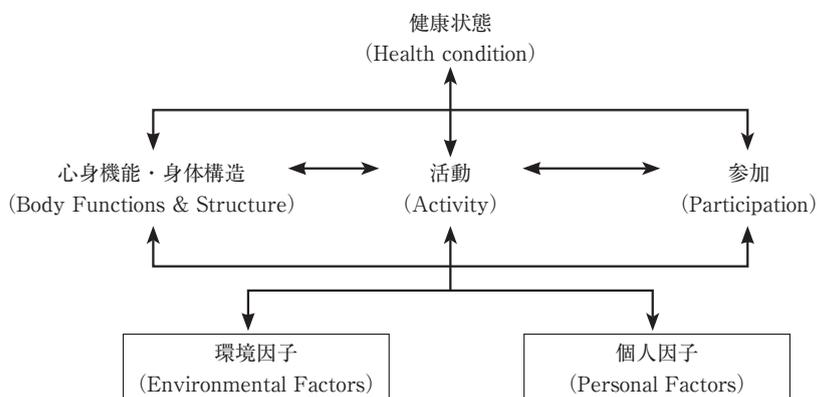
さて、このICIDHの枠組みにおいて、医学モデルと生活モデルはどのように対比できるだろうか。まず、医学モデルと生活モデルとではケア目標が異なっている。すなわち、医学モデルが治療医学的な意味での治癒を目標とするのに対し、生活モデルはQOLの増進を目標としている。

だが、医学モデルと生活モデルの違いは、単にケア目標が違うだけではない。ここでより重要な

図表-2 国際障害分類(ICIDH)における障害モデル



図表-3 国際生活機能分類(ICF)における健康状態モデル



のは、問題の原因についての考え方の違いである。この点において、まず医学モデルの特徴は、医学モデルが病気/変調のカテゴリーに、問題の原因を還元していることである。これは原因観としてはかなり割り切った考え方である。このことは、原因という概念の性質を考えてみれば分かる。というのも、そもそも原因という概念には「究極の原因」というものは存在しないからである。なんとすれば、どんな原因についても、その原因の原因を考えることができ、さらに原因の原因の原因、原因の原因の原因の原因、……という具合にいくらでもより前提的な原因に遡及してゆくことができる。このことを踏まえると、医学モデルの原因観は、このような原因の無限の連鎖の可能性をあえて無視し、医学によって健康問題を医学的原因に還元・単純化することに特徴があるということになる。

これに対し、生活モデルは、問題の原因を因果の連鎖として捉える視点をもつところに特徴がある。リハビリテーションによって機能障害が緩和できるかもしれない、また、それが無理でも、代替的な方法や他者の助けによって字を書くことがで

きるようになるかもしれない。また、セルフヘルプグループや他者の支援を受けることによって麻痺があっても人びととの交流ができるかもしれない。要するに、生活モデルの最大の特徴は、QOLに貢献する要因をさまざまなレベルで捕捉し、各レベルで方策を考えるという点にあるのである。

このような生活モデルの多段的因果観は、現行のICFにおいてはより一般化された形で表現されている(図表-3)。すなわち当事者個人の素因も環境もすべて健康状態の要因であり、また要因同士は互いに影響し合っている、というエコシステムの因果観がそこには示されているのである。そこでは、もはや本人に影響を及ぼす原因は無数にあることになる。そして、ICF的生活モデルを前提とすれば、原因を無数に抽出できることに対応して、本人の健康状態を改善する方法も潜在的には無数にあるということになる。

医学モデルの基本戦略は、原因を医学的要因のレベルに限定して把握し、それに対応する効果的な方法を探してゆくというものである。これに対応して、健康状態の改善方法も、高度かつ標準化された方策へとつながってゆく。これに対して、

生活モデルの場合は、当事者のQOLを改善することに貢献する無数の手段を連動させてゆくという方策へとつながってゆくのである。そして、この観点からみると、医学も論理的には状況を改善する可能性のある無数の手段の1つの位置に置かれるのである。

(2) 生活モデルと公衆衛生モデル

生活モデルは、従来の公衆衛生や社会保障において一般的に採られてきた支援アプローチと比較すると、一つの明確な特徴を持っているといえる。それは臨床的、すなわち支援の焦点が当事者に向けられているという点である。生活モデルにおいては、当事者とそれを取り巻く環境因子の連関から状況の定義を行い、当事者の利益となる改善策を探索してゆく。これに対して、公衆衛生は基本的に集合的な課題を抽出し、それを改善することで集合的な利益を達成しようとする社会事業である。たとえば急性伝染病という社会に対する脅威に対しては、伝統的に発病者を隔離することによって社会の方を守ることを公衆衛生は使命としてきた。現代的な公衆衛生において常套的手法として用いられている疫学も、伝統的な公衆衛生と焦点の置き方に違いはない。そこでは、集団の健康水準が統計的にみて改善するならば、成果を挙げたとみなされるのである。そこでは、当事者の利益という観点は一義的には意味をもたない。その意味において、公衆衛生は非臨床的であるといえることができる。

この非臨床的な公衆衛生的モデルは、決して公衆衛生領域に特殊にみられたわけではない。実のところ、それは戦後社会保障における生活支援の最も根幹にあった支援観でもあった。社会保障制度の確立期にあたる戦後しばらくの間、その主要なターゲットはいうまでもなく貧困であった。当時人びとはおしなべて貧しく、そのことがさまざまな生活苦の源泉となっていた。このような状況において有効な社会保障政策とは、いうまでもなく所得や富を再分配することによって貧困者を救済するとともに、貧困に陥らないように予防することであった。

ここで貧困を生活モデル的に捉えようとするれば、個々の貧困者がどのような環境因子の連鎖によって貧困という状況が生まれているかを理解した上で、貧困からの脱出ルートを探すことになる。対して、社会保障的手法はこれとは対照的な手法をとる。すなわち、個々の貧困者の違いはひとまず捨象して、むしろ貧困＝生活資源の欠乏という多くの人びとに共通の問題を見いだして、その問題を改善する方法を提示しようとするのである。これは、生活困難を抱える個人からみると、問題の過度な単純化に他ならないのであるが、同じ問題を抱える人数が多ければ多いほど、この単純化された支援アプローチの効果は大きくなる。その意味では、社会保障は、大衆がおしなべて貧しい、といったマスの問題に対して特に効果の高い支援戦略を基本的にとる福祉政策であるといえることができる。もちろん、このようなアプローチには弊害もある。貧困者からみると、社会保障によって提示されるのはもっぱら標準化された支援メニューであるから、貧困状況のあり方によっては支援に手が届かないということが起こりうる。ここでは、標準的な支援メニューに手を伸ばすところまでは、個人の責任なのである。このことは、社会保障政策にとっての焦点が集団としての貧困の減少であり、結果として標準化された支援に何らかの理由で手が届かない人びとが発生することを容認することを意味する。このことは社会保障政策の基調が非臨床的であるということでもある。

生活モデルと医学モデル、生活モデルと公衆衛生モデルの対比から、生活モデルのエコシステム的原因観が、それ自体としてはごくありふれたものにもかかわらず、新たな支援モデルという装いで登場してきた理由は明らかではないかと思われる。というのも、社会保障や公衆衛生のようにそもそも非臨床的であるためにエコシステム的原因観に馴染まない支援モデル、および治療医学のようにそれ自体としては臨床的ではあっても、要素還元的原因観をとる支援モデルが生活モデルに対置されるものとして存在し、少なくとも第二次大戦後の時代においては、1980年代に生活モデルが福祉支援の表舞台に出てくるまで、それらの

非生活モデル的な支援モデルの方がはるかに優勢であったためである。

5. 生活モデル研究の展望

1980年代以降、生活モデルに基づく支援は日本を含む各国において、基本的なケアアプローチとして浸透してきている。その意義を私たちはどのようにして理解すればよいだろうか。もちろん最終的には極めて多岐にわたる論点に検討が必要であることは明らかであるように思われるが、ひとまずここでは、前節までの議論から多少なりとも見通しが与えられる2つの論点について指摘しておきたい。

1つは、社会理論構築の焦点についてである。この点を考える上で重要なことは、生活モデルが日常生活の中で常識的に実践されているエスノメソッドに根ざしているということである。このことは、生活モデルが比較的最近の発明品では決してないということの意味している。それはむしろ、日常生活における生活改善のための普遍的な思考方法であり、どんな社会においてもいつの時代においてもみられるようなものにすぎないのである。とすれば、1980年代に生活モデルが、ケアの主流になったということの意味は、むしろ生活モデル的でないケアの退潮ないし限界との関係で理解される必要がある、ということかもしれない。

この間生活モデルによって凌駕されつつある支援モデルは、医学モデルや公衆衛生モデルであり、その舞台となっているのは、従来福祉国家あるいは社会保障がカバーしてきた領域の大部分にまたがる広範な領域である。オイルショック以降、多くの論者がさまざまな角度から社会保障・福祉国家の危機、限界を論ずるようになった。だが、その一方でその危機や限界の正体については、必ずしも捉えることに成功はしてこなかったといえるだろう⁸⁾。この点でいえば、生活モデル化という支援観の転換は、従来の福祉国家論の文脈で頓挫してきた危機の正体についての理解を前進させてくれる観点となり得るかもしれない。

もう1つは、QOLを参照する生活改善が、基本

的には探索過程としてのみ存在するという点についてである。近代社会においては、このような究極的なゴールが不可知であるような価値の取り扱いに際しては、幸福追求権にみられるような方法で対応してきたといえる。すなわち、「幸福が何であるかは不可知であるとしても、人びとが幸福を追求する自由については保障する」という方法である。いいかえれば、近代社会は、幸福のような価値を自由権保障、もっといえば自己決定権の保障という枠内に囲い込むことで実質化しようとしてきたのである。だが、ケアという観点からみると、その対象には、自己決定に困難を抱える人びとが特に多く含まれている。さらにいえば自分で自分の生活課題をうまく処理できないことによってケアニーズが顕在化するのが一般的であるとすれば、自由や自己決定を尊重するだけでは多くの場合ケアを成功させることは難しい。ケアにおいて多くの実践家が、自己決定とパートナーリズムの狭間で葛藤するのはこのためである。

これに対し、本稿におけるQOLの理解を前提とすると、生活改善を探索過程として積極的に位置づけることで、従来とは異なる理論構築が可能であるようにみえる。従来から自己決定とパートナーリズムの狭間にある支援として、実践家たちの間では「寄り添い」というアプローチが広く行われてきている。それは、当事者自身の情報・思慮・能力を補強しつつ、当事者と一緒に生活改善の途を探索する行為といえるかもしれない。とするなら、私たちは「寄り添い」からよく学ぶことで、自由権保障的アプローチとは異なる方法で、人びとのQOLの改善を支援する途がみつかるかもしれない。

注

- 1) 猪飼 (2010)。
- 2) Germain and Gitterman (1980)。
- 3) EUにおける政策概要については、濱口 (2011) 参照。
- 4) 福祉領域への生活モデルの普及については、たとえば猪飼 (2011) 参照。
- 5) たとえば、兎玉 (2012) 参照。
- 6) このようにQOLを考えると、QOLによって評価することができないケースが生ずることには注意が必要であろう。すなわち、生活の改善の可能性が寿命の短縮と引

き替えになるケースである。このようなケースの評価にはQOLではなく幸福が参照される必要がある。

- 7) 生活がエコシステム的に多様な要素のバランスの中で成立していることを最も説得的に示してきたのは日本において発達した民俗学における諸成果であるように思われる。
- 8) 福祉国家の危機について手際よくまとめたものとしては、Pierson (1991 = 1996) がある。

文献

- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』有斐閣。
——, 2011, 「地域包括ケアの社会理論への課題」『社会政策』2 (3) : 21-38。
児玉聡, 2012, 『功利主義入門——はじめての倫理学』筑摩書房。
濱口桂一郎, 2006, 「EUにおける貧困と社会的排除に対す

る政策」柄本一三郎ほか編『積極的な最低生活保障の確立——国際比較と展望』第一法規, 246-247。

- Germain, C. B. and A. Gitterman, 1980, *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory & Practice*, New York: Columbia University Press.
Pierson, C., 1991, *Beyond the Welfare State?*, University Park: Pennsylvania State University Press (= 1996, 田中浩・神谷直樹訳『曲がり角にきた福祉国家』未来社。)

いかい・しゅうへい 一橋大学大学院社会学研究科教授。主な著書『病院の世紀の理論』(有斐閣, 2010)。ヘルスケア政策、社会政策、比較医療史専攻。
(sikai@r.hit-u.ac.jp)