

## 医療における実践モデル考 (その3)

——「生活」を捉える方法をめぐって——

杉山 章子

### はじめに

ソーシャルワークを論じる際に、「生活」という語は、自明のものとして説明抜きに語られることが多い。個人の生活ニーズの充足と、生活の質の向上を旨とする社会福祉援助において、ソーシャルワーカーは、生活ニーズが何らかのかたちで満たされない場合の支援にあたる。有効な支援の実現のためには、「生活」とは何かを明らかにし、「生活ニーズ」を的確に捉えることが重要なポイントになる。

実践モデルに関して、「医学モデル」から「生活モデル」へという流れが広く論じられるようになると、「生活」は、「医学」に対置され、個人を地域や社会の中で捉える視点と結びついて多用されるようになった。しかし、改めてこの二つの語を比べてみると、自然科学の一分野として具体性をもつ「医学」に対して、「生活」は、きわめて抽象性が高い言葉であり、単純に対比できないことに気づく。

筆者は、「医療における実践モデル考 その2」<sup>(1)</sup>において、診断主義に基づく「医学モデル」として超克の対象とされることの多かったリッチモンド (Richmond, M. E.) の提示した実践方法について考察し、生物医学のアナロジーではない社会的視点の存在を指摘した。草創期のソーシャルワークは、当時の医学、とりわけ社会医学の活動と結びつき、そこから学びながら独自の方法を編み出した。その過程をたどると、「医学」と「生活」は対立拮抗するものではなく、むしろ深く結びついていたことが分かる。

社会福祉分野で、伝統的医学モデルへの批判から「生活モデル」が提唱されるようになった時期、医学・医療分野においても「生活モデル」が登場しており<sup>(2)</sup>、利用者を生活者として捉える視点は、現在、医療・福祉のいずれの分野においても一般的になっている。サービスを提供する各専門職は、それぞれが「生活モデル」を実践しているが、サービス受給者・利用者の側に立てば、問題となる「生活」は一つである。また、地域医療・福祉の進展に伴って、医療・福祉の諸職種の協働は避けて通れない時代の要請となっている。

個々の人間の「生活」をどう捉え、どのように生活の質を高めていくのか、その方法をめぐって、医療や福祉のさまざまな場面で多様な試みが展開されている。しかし、「生活」は所与の前提として扱われることが多く、ひとり一人の利用者にとって、有効な方法が確立されているとは言い難い。

本稿では、「生活」の自明性を問いつつ、医療分野のソーシャルワークにおいて「生活」を捉える方法について考察する。医療・福祉それぞれの「生活モデル」を取り上げて、双方の相違点と共通点を検証し、その接点を明らかにしたい。今何よりも求められているのは、専門職同士の方法の競い合いではなく、利用者にとって有益な協働のかたちである。

その実現のためには、あまりにも広範囲で多義的に使用されている「生活」について再考する必要がある。医学・医療と福祉、「医学モデル」と「生活モデル」を対置させ二分するような発想を超え、ひとり一人の人間とそれを取り巻く環境、すなわち「生活」を的確に把握することができて、初めて社会福祉の方法として有効な「生活モデル」の確立が可能になると思われる。

## 1 医療における「生活モデル」

医学・医療は、体や心を病む人々に対してさまざまなアプローチを積み重ねてきており、それらは、「病理の治療・改善」にとどまらない広がりをもつ。近代医学・医療の流れを顧みると、生物医学の進展につれて、多くの疾患の病因説明が進み、有効な治療法が生まれた。その一方で、単線的因果関係では説明できない事例や身体面の治療だけでは解決しない問題に取り組む社会医学が登場し、患者の心理や生活環境をも射程に入れた医療活動が展開されている。

社会的視点をもった医療活動の中では、しばしば「生活モデル」という語が用いられるが、社会福祉における「生活モデル」と同一ではない。現在、医療をめぐる一つのフィールドの中で、医療職と福祉職がそれぞれの立場から「生活モデル」を展開しているために、重複や混乱が生じることも少なくない。

当事者にとって一つしかない「生活」に対して、別々のアプローチがなされているとすれば、患者・利用者の問題解決に役立つように、両者は有機的に結びつけられる必要がある。まず、医療における「生活モデル」を取り上げ、その内容について検討する。

### (1) 障害をもつ人々に対するアプローチ

ひとりの人間の怪我や病気に対応するにあたっては、本来、どのような場合でも個々の「生活」を無視できないはずである。しかし、急性期医療の場面では、医学的「治療」が優先されるために、「治療」の限界が明らかになる時点になって「生活」が問題化することが多い。

現実には、急性期の治療だけで完治する例はごく少数であり、医療者は、浮上してくる「生活」に関わる諸問題への対応を余儀なくされている。とりわけ、治療後も心や体に障害を抱える人々に対しては、多面的な配慮が求められ、生物学的医療に留まらない数々の試みが実施されている。

長年、脳性まひ児の療育に携わってきた北原信は、症状・徴候から正常か異常かを弁別する従来の「医学モデル」や、機能障害の程度や有無によって何ができないかに着目する「障害モデル」から、課題遂行機能を強化し、社会生活を可能にするための身体的・環境的調整を行なう「生活モデル」への変換を主張し、その具体的方法を提示している<sup>(3)</sup>。

歩行能力が乏しいという「マイナス」面をわずかでも改善するために長時間の辛い訓練をくり返すのではなく、電動車椅子の積極的導入によって移動手段を確保し、生活空間を広げること。近年開発の著しいテクノエイド＝代償機能を活用することによって、個々の生活だけでなく家族や施設など周囲を変え、さらには地域をも変えていくこと。氏の提唱する「生活モデル」のプロセスは、当然のことながら、福祉の分野とも重なりあい、地域全体における多面的連携を前提としている。

精神障害者に対しても、「異常」な側面を治療するというアプローチではなく、本人がもっている能力を生活の中で生かすための支援が、さまざまなかたちで試みられている。社会復帰に長年取り組んできた精神科医の伊藤哲寛は、「医学（メディカル）モデル」に従ってパターンリスティックに患者に関わっている病院の治療構造の転換の必要性を強調し、「リハビリテーション・モデル」を提示した。このモデルは、「生活モデル」あるいは「社会モデル」とも称されている<sup>(4)</sup>。

病理的診断を重視し、治療による回復と病状の安定を目指す「医学モデル」に対して、「リハビリテーション（生活）モデル」では、疾患・障害と生活の關係に着目して心理社会的なQOLを診断評価する機能診断が用いられ、生活の質の向上・自立と社会参加が掲げられている。こうした考え方は、現在でこそ広く受け入れられるようになってきたが、大半の精神障害者が病院に収容されてきた日本において、「社会復帰」や「生活療法」に関する長年の論争と苦闘を経た結果生まれたものであることを見落としてはならない。

伊藤は、主として医学的技術など院内資源を用いる「医学モデル」に対して、医療・保健・福祉など広い分野から資源の利用を進める「リハビリテーション・モデル」を示しており、ソーシャルワーカーの関与も期待されている。医療の場で、連携を実のあるものにするためには、福祉職が、幾多の実践と議論を経て形成された、医学・医療分野における「医学モデル」から「生活モデル」への流れを十分に理解しておく必要がある。

## (2) ターミナルケアにおけるアプローチ

近代医学における高度医療技術の発達には、治療の見込みのない疾患をもつ患者の生存期間の延長を可能にし、患者にとってQOLの高い終末期はどうあるべきかという新たな課題を生み出した。過剰な医学的処置よりも人生最期の貴重な時間を安らかに過ごす環境整備を望む患者に対して、医師や看護師などの医療職は、治療だけでなく全人的な緩和ケアを実施して、患者の生活の質の向上に努めている。

緩和ケアは、末期がんなどで治療不可能な状態になった患者に対して、単なる時間的延命をは

かるのではなく、不快な症状を緩和し、少しでもQOLの高い状態でその人らしい人生を全うできるように援助することを目的としている。これは、狭義の医療にとどまらない生活を見据えたケアであるが、現実の医療場面では、医学的「治療」との関係が問題になる。

「西洋医学による集学的ながん治療から緩和ケア中心の医療ケアへの転換」は、ギアチェンジと呼ばれ<sup>(5)</sup>、さまざまな角度からその方法が検討されている。がん患者を例にとっても、その疾患の状況は多彩であり、当然のことながらギアチェンジのタイミングや方法は一樣ではない。また、患者本人の生き方・考え方や患者を取り巻く環境は、個々に異なり、それぞれの状況に応じた対応が求められる。

ひとり一人の人間が抱える病気やけがに対応する医療では、傷病が急性か慢性か、治癒可能か不可能かに拘らず、医学的治療と生活に焦点を合わせたケアの両方が必要となる。急性期には治療のウエイトが高く、慢性期あるいは障害を抱えた療養期にはケアの比重が増すが、多くの場合両者は併存している。

治癒不可能とされた末期がんの患者にも、取り得る選択肢は複数あり、ギアチェンジには多面的な配慮が欠かせない。化学療法において考えられるすべての抗がん剤を使用しても反応がない場合、効果はあっても全身状態の悪化などから投与できない場合、患者が吐気や嘔吐そして倦怠感などの症状に耐えられず、療法を拒否する場合、効果があり全身状態が良好でも患者の意思で治療を拒否する場合など、患者をめぐる状況は多様である。現在、急性期の治療を主とした一般病院においても、こうした患者ひとり一人に対する緩和ケアが導入され、生活者としてのニーズに応える方法が展開されている<sup>(6)</sup>。

患者の身体的側面だけでなく、心理的・社会的な側面を重視し、医療者が患者や家族とともに診療方針を決めていく緩和ケアのアプローチはまさに医療の「生活モデル」というべきものであり、医師や看護師などの医療職に臨床心理士やソーシャルワーカーを加えたチームによる取り組みが不可欠となっている。

ここで注目すべきは、こうした生活を重視した実践を、ターミナルケアだけでなく早期ケアにも適用する動きの出現である。さらに、ギアチェンジを、治療から緩和ケアへの移行だけでなく、緩和ケア中心の医療への転換<sup>(7)</sup>と位置づけようという考え方もみられる。緩和ケアを、医療全体へ拡大していこうとする動きが現れたことは、医学・医療領域に、社会的視点が定着し拡大しつつある現実を反映しているといえよう。

### (3) 社会的疾患へのアプローチ

どのような疾患にも社会的側面はあるが、産業構造の変化が急激に進んだ高度成長期には、社会・医療システムの歪み自体が直線的に原因<sup>(8)</sup>となる社会病が増加した。労働災害・職業病や公害病、医原病など社会的要因によって引き起こされる疾患は、その数の増加だけでなく、社会変動とともに、年々多様化が進んでいる<sup>(9)</sup>。

社会病については、原因となった社会的問題をふまえた対応が求められ、生物医学的「治療」

だけでは限界がある。多くの社会病は、医学的に疾病が解明され社会的に認知されるまでに長期間を要し、個々の患者の「認定」にはさらなる時間と障壁が存在する。医療者は、疾病に関する情報が不十分で治療法も確立されていない状況の中で、身体的な問題以外に多くの生活上の問題を抱えて、精神的にも不安定になりやすい患者に対峙しなくてはならない。

熊本県で長年水俣病と取り組んできた医師原田正純は、「からだの障害」と「こころの障害」に加えて「生活の障害」の把握の重要性を主張し、診察の場では見えにくい生活障害を捉えるためのアプローチを工夫している。

その具体的方法の一つが、タイム・スタディによる生活障害の記録化である。原田は、慢性水俣病で軽症といわれる人々を対象に、漁業や農業に従事する時間、医療を受けるために費やす時間、睡眠時間などの生活時間を一年間にわたって丁寧に調べ、障害の実態を明らかにした<sup>(10)</sup>。その結果、チッソによって、軽症で大きな問題なしと記録されている未認定患者が、医療に多くの時間を割き、経済的負担を被りながらろうじで生活している現実が浮き彫りにされたのである。

ここで見逃せないのは、診察室ではつかめない患者の生活実態を追求し、潜在していた重大な生活障害に対してきめ細かな援助を積み重ねる実践の中から、地域社会における社会病の構造が明らかになっていった事実である。原田が指摘するように、公害病は、加害者が明確で権力や経済力をもつこと、発生のメカニズムが家族や地域ぐるみであることから複雑な構造を呈する。

公害病による長期療養の難治患者は、生命・健康が損なわれるだけでなく、生活上困難な問題を抱えるが、それらを家族が担いきれずに家庭が崩壊することも稀ではない。こうした患者が多く生活し、不安定な家庭が増えることは、財政的な負担増加、認定や補償をめぐる住民間の対立、病者に対する差別など、地域社会に深刻な問題を生み出す。医療者は、こうした状況の中で患者と向き合うことになり、ひとり一人の患者の生活とそれを取り巻く地域社会まで射程に入れた対応が必要となる。

高度成長期には、工業だけでなく農業分野でも「近代化」にともなう健康障害が現れ、農業機械による外傷や農薬使用に伴う中毒などが増加した。これらの問題は、働く農民の安全性を軽視して進められた農業の合理化・機械化の中で生み出されたものであり、その対応には症状の治療にとどまらない社会的視点が欠かせない。

長野県の佐久病院では、戦後欧米から大量に輸入された農薬が農民の身体に及ぼす影響に早くから着目し、丁寧な診療と調査を経て、農薬中毒の状況を明らかにした。1960年代半ばに、当時の院長若月俊一は、来院する農薬中毒患者を診療していく中で、仕事に差し支える程重症化するまで受診しようとしぬ農民の動向に気づき、生活の中で農薬による健康障害がどのように進行しているのか、実態調査を実施した。

調査は、農民に「農薬使用者健康カレンダー」を渡し、毎日の農薬使用の有無と使用時の症状発言の有無を記録してもらった上でさらにインタビューを重ねるという方法で行なわれた。佐久病院では、3年間にわたる詳細な調査の記録に緻密な分析を加え、農薬による健康障害の実態を浮き彫りにした。

特筆すべきは、この調査データの検討が、農薬中毒の臨床的解明にとどまらず、農民ひとり一人の生活の把握に基いた多面的分析になっていることである。調査報告では、人手不足などから農薬に頼らざるをえない苦しい農家経営、農民の多くが抱えている慢性疲労や持病が農薬による健康障害を悪化させている現実、そして農民の中に根強い健康を犠牲にして働く傾向と受診率の低さなどが指摘され、農薬が農民の生活に与える影響について、その全体像が鮮やかに描かれている<sup>(11)</sup>。

佐久病院では、農薬災害を「農業の公害」として捉え、農薬中毒の医学的追究と治療を進める一方で、その社会的影響にも視点を広げて調査活動を継続している。その中から、生産者が農薬を大量に使用せざるをえない状況に追い込まれている背景に、日本の農政や経済、企業の問題があること、農薬は、直接それを撒布する生産者の健康面に被害を与えているだけでなく、広く土壌や水、空気など環境全体を汚染すること等、地域住民の生活や環境問題に関する提言<sup>(12)</sup>が生まれ、地域保健活動に活かされている。

各地で展開される社会病に取り組む医療者たちの実践は、医療における「生活モデル」からさらに守備範囲を広げ、「社会モデル」というべき方向を旨ざしているといえよう。

#### (4) QOLの重視

医療における「生活モデル」として、障害児療育、ターミナルケアそして社会病における試みを取り上げたが、これらは、ある限定された領域の特殊なアプローチではない。医療のさまざまな場面でQOL（生活の質）の重視が叫ばれる現在、患者の生活のあり方を無視した診療は、事実上成立し難くなっている。

その理由として、まず、高度医療技術の発達によって終末期の延長が可能になったことが挙げられる。QOLの高い終末期のあり方が問題となると、医療技術を駆使して時間的延命をはかるだけではなく、ひとり一人の生活の質を高めるケアの方法が求められるようになった。

さらに、疾病構造の変化に伴う慢性疾患の増加も、生活重視につながる大きな要因となっている。長期に療養が必要な疾患の場合、患者の生活を多面的に捉え、状況に応じた治療目標と治療効果の評価指標を設定しなくてはならない。そして、その目標を達成するためには、医学的治療だけでなく生活に目配りした方法が必要となる。

また、医療者と患者の関係の変化がQOL重視の傾向に拍車をかけている事実も見落とせない。近年、患者の自己決定権の尊重が強調されるにつれて、生活者としての患者の意思を尊重した医療を求める声が高まりをみせた。こうした患者の動きに対応して、医療者にも、パターンリズムを排して患者と向き合う動きが広がりつつある。

QOL重視が進展する中で、「生活モデル」の実践は、医療のさまざまな分野に拡大しつつある。その過程で、医療と福祉の接点は増加の一途をたどっており、両者の有機的な連携のあり方が日々問われている。

## 2 社会福祉における「生活モデル」

医療にかかわるソーシャルワークは、産業化社会の生み出す諸矛盾に対応する社会医学の発展の中から生まれた<sup>(13)</sup>。患者の抱える社会的問題の解決を委ねられたソーシャルワーカーは、医師をはじめとする医療職と連携しつつ、独自のアプローチを模索してきた。

医療という一つのフィールドにおいて、社会福祉から「生活」はどのように捉えられ、生活上の問題に対してどのような方法が試みられているのだろうか。いくつかの例を通して考えてみたい。

### (1) 慢性疾患・障害をもつ人々への援助 —— 手記を通じた生活理解 ——

支援を必要とする人々の生活を理解するためには、当事者自身による「表現」が重要な手がかりとなる。具体的な実践場面では、ソーシャルワーカーは、当事者との面接によってその生活把握に努めている。こうした面接は、多くの場合、解決すべき目の課題に関連した情報収集に傾きがちで、一人の人間の「生活」をトータルに捉えるには限界がある。

生活者としての当事者の「言葉」を取り入れる方法の一つとして、闘病記や手記を検討する試みがある。尾崎新は、「生活福祉援助論」<sup>(14)</sup>において、慢性疾患や障害をもつ生活者自身が書き、病や回復の意味を主に論じようとした文献を検討して、病<sup>(15)</sup>や障害などの生活問題の意味と、それに対する援助のあり方を考察している。

取り上げられている手記 10 編の著者らの抱える問題は、事故後の後遺症、乳児期からの身体障害、がん、腎疾患、スモン病など多彩であり、それぞれが、生活体験としての病や障害そして回復の意味を、独自のスタイルで述べている。

尾崎は、まず、手記の中から、病と障害について語る著者の「言葉」を引用しながら、生活問題を、障害、貧困といった問題別に分類するのではなく、全体として検討する視点の必要を述べ、こうした視点が、日常生活の構造や本質の理解を進める可能性を展望している。さらに、病の回復に関する記述を分析し、「生活体験としての回復」が存在することを指摘した。

病や治療と共存しながら新たな生活を構築していった人々の記録には、それを支える他者との関係形成や自らの非病的部分を生きる力に変えていく過程が示され、医学的概念による回復とは異なる回復の側面がみられる。こうした病や回復の多面性・多層性をふまえて提示された援助の方法には、「生活」を改善し豊かにしていくための知見が豊富に盛り込まれており興味深い。

援助者が専門的知識・技術を用いて病む人を回復へ導く「指導」、援助者が、病む人の困難の理解を試み、支持ないし保護を指向する「お世話」、病む人の主体性・権利・責任などを重視する「主体性の保証」と3つの援助のスタイルについて、それぞれの特徴と有用性、そして限界と危険性が示され、病や回復の諸相に対応した具体的な方法がイメージできる。

生活問題を全体的に捉え、病む人の非病的部分、他者・環境との関係性そして社会との関連に

着目する柔軟で多様な援助方法には、医学的アプローチとは異なる独自性が認められる。そして、一方的な熱意が問題を起こしがちな現実には注意を喚起し、援助を混乱から守り、熱意を有効に生かすために、熱意そのものを検討する必要を強調している点も見逃せない。医学を基礎とした医療のアプローチに対して、社会福祉の方法が専門性を確立するには、こうした冷静な態度を忘れてはならないだろう。

## (2) 精神障害者の生活支援 —— 食卓を通じた生活理解 ——

ソーシャルワークの実践の基本となる面接について、「生活」を捉えるための独自の方法が編み出されている。精神障害者に対する生活支援の中で、支援を必要とする人に対して、あらかじめ設定した項目を問いかけるのではなく、当事者が自らの言葉を見出し、意識化し、表現することを促す試みがその一例である。

結城俊哉は、リアルな生活と出会う方法として「食卓」のもつ可能性に着目し、食卓回想インタビューの有効性を示した<sup>(16)</sup>。援助者と援助の対象者との会話の中で、時間の経過を追って断片的に思いだされる食卓の場面状況が積み重ねながら、トータルな生活理解を目指す手法である。

日々の食事は、誰にとっても生命の維持と暮らしに欠かすことのできない生の営みであり、食卓をめぐる状況には、その人の「生活」が表れる。インタビューでは、当事者が食卓の思い出を語るにつれて、家族構成、家族関係、住宅の状況や経済状態、健康問題などの情報が明らかになり、トータルな生活理解へとつながっていく。

こうしたインタビューがスムーズに行なわれるならば、援助に必要な情報を短時間で聴取できるだけでなく、聞き手と語り手が、体験の共有化と意味付けを行なう中で、良好な援助関係を築くことができる。結城は、自らのフィールドノートとスタッフからのコメントを検討して、インタビューの展開とともに、援助者と支援をうける対象者双方が、生活問題について理解を深め、解決への道筋をつかんでいく過程を分析している。

この方法では、病や障害に焦点をあてる伝統的「医学モデル」による専門家の病理学的・診断学的な立場と異なり、共感を伴いながら対象者の生活経験を明らかにしていく点が強調される。特筆すべきは、「生活の歴史（過去）＝生活史（ライフヒストリー）＝Life History」<sup>(17)</sup>への視点である。問題指向型のチェック方式のアセスメントでは、「今・現在」の状況を細分化して問題を提示する傾向が強くなり、支援を必要とする人の全体像がつかみにくい。一方、食卓回想インタビューは、食卓の思い出とともに「過去」から「現在」への歩みをたどることによって、当事者の生活全体に迫ることを可能にする。

医療や福祉の援助実践において、患者・利用者を全人的に捉えることの重要性は、いまや当然となっている。その方法は、状況に応じて工夫される必要があるが、食卓を回想する方法は、精神障害者への支援のひとつのあり方として示唆に富む。ただ、この方法の有効性が、援助者とその対象となる者とのコミュニケーションの「質」に大きく左右されることに、留意しておく必要がある。



専門家による診断・治療に対して、共感的理解を掲げるだけでは、医療をめぐるソーシャルワークの場に登場する複雑で幅広い「生活問題」を解決することはできない。ソーシャルワーカーには、当事者の生活全体を捉える視点とともに、援助者と当事者を取り巻く環境全体を的確に把握し、柔軟に対応できる力量が求められている。

### （3）高齢者地域生活支援 独自のアセスメント方法

医療機関の機能分化が進む現在、急性期病院における退院援助は、ソーシャルワーカーにとって、困難な業務となっている。多くの場合、病院あるいは医師による早期退院の要請と療養環境の準備に戸惑う患者・家族の意向は対立しがちで、ソーシャルワーカーはその間に入って調整に苦慮する。時間的制約などから、退院援助が、利用者の生活を支援するというよりも、転院先紹介に終わってしまうことも少なくない。

こうした状況のもとで、急性期病院の退院患者への地域生活支援に取り組む実践の中には、医療におけるソーシャルワークの在り方に関わる多くのヒントが見出される。

東京都杉並区にある河北総合病院は、特定医療法人の指定を受けた救急病院で、全床が急性期の積極的な治療に充てられている。病院では、1980年代半ばから、地域の有志の診療所と連携しながら地域医療システムを形成してきた。院内には、在宅ケアシステムが編成され、ソーシャルワーカーは、訪問看護婦と同じ部屋で協働しながら患者の退院援助にあたっている。

退院計画は、「患者・家族が治りにくい病気や障害、老い等を自らの生活に取り込んでいく手伝いをする援助のプロセス」<sup>(18)</sup>と規定され、その実現のために、独自の方法が工夫されている。まず、患者・家族が退院後にどのような生活をしたいのか主体的に明らかにすることが重視され、ワーカーは自己決定を側面から支援していくことになる。

患者・家族の「願望」を可能にするためには、その「力量」を明らかにし、退院後に安定した生活が送れるように、諸調整が必要となる。支援のポイントとなる「力量」把握には、独自のアセスメントシートが用いられる。シートは、医療サービス活用能力を明らかにするための10項目から成り、患者・家族だけでなく、家族や地域の資源それぞれの持つ力の見積りができるように設定されている。

きめ細かなアセスメントに基づいた退院計画の実施によって、現在、短期急性期治療を終えて退院した多くの患者が、住み慣れた地域で生活しながら療養を続けている。こうした取り組みが着実に進展している背景には、ソーシャルワーカーと他職種とのスムーズな連携がある。ワーカーは、地域の諸機関や関係者と密接な連絡を保つと同時に、院内の診療チームにも積極的に参加して、医師、看護師、リハビリテーション関連のスタッフらと、常に情報交換や議論を重ねている。

ソーシャルワーカーは、さまざまな職種の人々と同じ場所で仕事をしながら、患者・家族と向き合いつつ、病院と地域の結節点として有効に機能している。それを可能にしているのは、医療と「対立」するのではなく、「協働」の中から独自の領域を確立していく方法であるといえよう。

(4) 「生活モデル」の登場 —— 環境の中の人間理解 ——

アメリカでは、1970年代に、ジャーメイン (Germain, C.) とギッターマン (Gitterman, A.) によって、人と環境の関係の改善・強化と適合を目指す実践モデル「生活モデル (Life Model)」が提示された<sup>(19)</sup>。

生態学的視点に基づくこのモデルでは、問題を、個人、集団、組織、情報、技術、自然といった生態系を構成する諸要素の相互作用から捉え、援助を必要とする人々の病理や欠落ではなく、長所や回復力を重視した援助活動を展開する。「生活モデル」の登場は、伝統的な「医学モデル」の限界や問題点に直面しながらも、新たな枠組みを生み出せなかった社会福祉分野の研究者や専門職に、大きく寄与した。

マイヤー (Meyer, C. H.) は、生態学理論と一般システム理論を結んでエコシステムの視点を提示し<sup>(20)</sup>、「生活モデル」をさらに深化させた。この視点は、実践モデルや具体的介入方法を示すものではないが、諸要素の関係を認識し、個々のケースの複雑さを理解するために役立つ<sup>(21)</sup>。しかし、生態学理論と一般システム理論という二つの理論を結合して、ソーシャルワークに有効な枠組とするためには、留意すべき点が少なくない。

エコシステムに基づく「生活モデル」では、人間の生活は、環境との相互作用・交互作用によって成立していると捉えられ、環境は、従来の単線的な原因結果観とは異なる「サークル」的発想<sup>(22)</sup>によって、諸変数の関係として分析される。この分析を踏まえて、人間と環境との適応、互恵、適合関係を目指した援助活動が展開されるわけである。

エコシステムの視点によって、生活する人間の全体像の統合的把握と、人間の生活実態の複眼的な理解が可能になったことは否定できない。しかし、援助者の適切な介入方法に関する議論の中で、主体的な環境形成者としての被援助者への支援については、十分に検討されてきたとはいえない<sup>(23)</sup>。また、環境への適応・適合関係の形成過程が、ともすれば現存のシステム維持に向かいがちで、環境自体の変革が必要な場合に対応しきれない傾向をもつことも課題となっている<sup>(24)</sup>。

主としてアメリカで進展をみせた「生活モデル」は、1970年代後半には日本にも紹介され<sup>(25)</sup>、研究が進められている。しかし、このモデルの基盤となっているエコシステムの概念自体が直接実践に結びつく具体性に乏しいこと、外国で形成された理論や方法を日本の状況をふまえて発展させていく手続きが不十分なことから、日本で定着するには至っていない<sup>(26)</sup>。

本稿で取り上げた、社会福祉領域にみられる生活に焦点をあてた実践は、エコシステムによる「生活モデル」を掲げているわけではないが、いずれも人と環境との関係に着目しながら、具体的な介入方法を工夫しており、「生活モデル」の要件を具備している。こうした実践者や当事者からのアプローチと、それとは別レベルで進行してきた研究の動向との乖離を埋めていく作業が喫緊の課題である。

### 3 一つの生活に対する二つのアプローチ

医学・医療分野と社会福祉分野でそれぞれで試みられている「生活モデル」を概観すると、医療活動の方法と福祉活動の方法を単純に二分できないことに気付く。生活の質が問われ患者主体の医療が叫ばれる現在、医療のさまざまな領域で、伝統的「医学モデル」にかわって「生活モデル」が実践されている。一方、誕生から1世紀を経たソーシャルワークは、隣接科学の知見を吸収しつつ独自の方法確立を目指し、人と環境をトータルに捉える「生活モデル」を展開している。

医療と福祉の「生活モデル」は、重なり合いつつも、両者のアプローチは異なる。患者・利用者からみれば一つである「生活」に対して二つのアプローチが存在しているわけである。一つの「生活」に異なった方向から取り組む医療と福祉の専門職の連携と協働のかたちを探るために、それぞれの「生活モデル」の相違点と両者の接点を確認しておきたい。

医療活動における「生活モデル」は、近代医学が進展していく過程で誕生した。19世紀後半から20世紀初頭にかけて、生物医学のめざましい発展によって多くの疾患が克服されていく一方で、単線的因果関係では対応できない例が増加していき、特定病因論の限界が明らかになってきた。慢性疾患や公害病などの社会的疾患には、病因を探し出して除去する方法では対応しきれない。ひとり一人の患者の生活やそれを取り巻く社会に目を向け、そこに存在するさまざまな「病因」とその相互関係の把握が求められるようになったのである。

病因を複線的に考える視点の出現は、患者の個別性への着目を促し、疾患を生活の中で捉え診療していく方法の進展につながった。既述した医療における「生活モデル」の実践例は、いずれも、病や障害を抱える人々のQOLの向上を目指しており、医療活動が、「生命」だけでなく「生活」に視点を拡大しつつ展開されていることを示している。

リハビリテーション医学では、1970年代からQOLが取り上げられ、その後さまざまな議論と実践を経て、2001年には、WHOによって、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）が提示された。生活機能とは、心身機能や身体構造だけでなく、日常生活行動や社会参加まで、すなわち「生命・生物」・「生活」・「人生」と3つのレベル全体を総合的に捉える概念である。ICFの生活機能構造モデルには、生活機能の3レベルに対応するマイナス面「機能障害」「活動制限」「参加制約」に、「健康状態」、背景因子としての「環境因子」と「個人因子」が加えられ、生活機能の各レベルと、それらすべてが相互に関係するものとして示されている。上田敏は、さらに、「心の立ち直り」（障害の受容）を実現して主観的な「体験」のレベルでも最高のQOLを実現するリハビリテーションを提唱している<sup>(27)</sup>。

ICFをめぐる議論には、生物レベルから個人さらに社会レベルにまでQOLを追求し、個人の内面や社会環境に視点を広げつつある医学・医療の動向が明快に表現されている。

社会福祉分野の「生活モデル」は、生物としての人間の治療から、全人的診療へと進展してきた医学・医療分野の「生活モデル」とはその出発点を異にする。福祉の専門職は、病や障害をも

つ人々が抱える生物的治療では解決できない諸問題を対象としてきており、その軸足は当初から個人の生活や社会にあった。しかし、独自の社会的視点に基づいた社会福祉の「生活モデル」が登場したのは、ごく最近のことである。

医学・医療に比べて「後発」のソーシャルワークは、多くの隣接科学の知見を取り入れながら、固有の理論と方法の形成に努めてきた。初期にソーシャルワークの理論と方法の体系化に尽力したリッチモンドは、当時（20世紀初頭）の診断・治療を主体とした医学の手法を参考にしながら、社会的視点を盛り込んだ「社会診断」に基づく方法を提示した。この方法は、diagnosisやtreatmentなどの医学用語を用いながらも、個人を取り巻く環境や生活実態に目配りを怠らず、ソーシャルワーク独自の視点を包含していたが、近代医学のアナロジーとしての「医学モデル」と見なされ、超克の対象ともなってきた。

その後、ソーシャルワークは、精神分析理論の影響のもとで「治療」に重点をおく時期を経て、さまざまな分野の実践の中から多数のアプローチを生み出した。1970年代に入って、これらのアプローチを統合化する流れが進展し、「生活モデル」が登場する<sup>(28)</sup>。

社会福祉の「生活モデル」は、医学・医療の強い影響を受けつつも、伝統的な「医学モデル」から自立しようとするソーシャルワークの苦闘の中で生まれ、エコシステムの視点に基づいて、人と環境の関係を統合的に把握することを目指している。このモデルは、個人の「病理」を「診断」「治療」という枠組みからは脱したもの、すでに述べたように問題点がないわけではない。

エコシステムの視点について、人と環境の相互依存性を優先し、それらの中の緊張と相克の検討が乏しく、介入に関する指示も不明確であると批判し、これらの弱点を克服した人環境の実践方法を提唱する動きもある<sup>(29)</sup>。ともすれば、予定調和的なシステムの維持に傾きがちな「生活モデル」を補強し、個人と社会のダイナミズムを捉え、環境を変革する力をもつ方法へと発展させようとする試みとして注目される。

個人と社会環境の緊張関係の把握と克服は、リッチモンドの時代から変わらぬソーシャルワークの課題である。社会福祉の「生活モデル」が、医療・福祉をめぐる活動の場で、真に有効な方法として確立されるためには、医学や社会学など隣接科学の「成果」を取り入れるだけでなく、それらを実践の中で練磨して、この難問に取り組む必要がある。

「生活モデル」が、人の環境への適合を優先させ、現状維持に向かいやすいと批判される際、エコシステムの依拠するシステム論の限界がしばしば問題視される。しかし、システム論の中にも、「自己組織性」という概念があり、自らの構造を変化させうる高度な自律システムの研究が進んでいる<sup>(30)</sup>。こうした動きを学び、ソーシャルワークに積極的に活かしていくならば、社会福祉の「生活モデル」としての独自性と有効性は高まるはずである。

また、本稿でも例示したように、現実のソーシャルワークにおいて、ことさら「生活モデル」を掲げずとも、人が環境へ働きかけて変革を促す試みが存在することも忘れてはならない。理論の追究と現実を展開する実践を結びつけて、実効性のある方法を開発していくことも今後の重要

な課題である。

医学・医療分野と社会福祉分野における「生活モデル」は、それぞれ異なる形成過程をもつが、実践の場は同一である。QOLを重視する医療・福祉の活動において、医師や看護師などの医療職と医療ソーシャルワーカーは一つのチームで働くことが多い。別々のアプローチをもつ「生活モデル」は、現場で重なり、有機的に結びつくことが求められている。

社会福祉の専門職が、医療職と協働しつつ利用者の生活の質を高めていくためには、医学・医療の方法を正確に受け止めて尊重した上で、それとは異なる社会福祉の方法を提示していかなくてはならない。

### おわりに 「生活」を捉える方法とは

医学・医療と社会福祉の各分野で「生活モデル」が進展してきた過程をたどると、「生活」は「医学」に對置されるものではなく「医学」をも包摂した広義の概念であることが分かる。近代医学における特定病因論や、「治療」に焦点をあてたソーシャルワークの限界を打破するために編み出された「生活モデル」は、領域ごとに特色をもち、その内容は多岐にわたる。それぞれが対象とする「生活」については、自明のものとして捉える傾向が強く、これまで必ずしも共通の認識が確立されているわけではない。

「生活」を捉える方法に関しては、生活学における研究が注目される。生活学は、生活の全体性は個々の場合でなければとらえられないという立場から、個別的な生活を大切にし、それを基本としている<sup>(31)</sup>。従って、マクロ概念に基づいた数量的分析的方法ではなく、ミクロの視点から個別にトータルに生活を捉える方法をとる。

「生活」には、政治、経済、芸術など人間の幅広い社会活動が含まれることから、生活学は、あらゆる学問の基礎学と位置づけられる。社会福祉の領域では、生活学の視点を取り入れた「生活福祉」の研究や実践が展開されている。日常生活の危機的状況の中から課題を整理し、問題を発見して解決を迫るという切り口は、生活者からの福祉探究の試みとして興味深い。しかし、きわめて日常的で幅広い「生活」を対象とした「生活福祉」の方法には、あいまいさがあり、検討すべき点も多い<sup>(32)</sup>。

生活学は、ある対象から共通する要素を抽出して数量的に分析する多くの近代科学とは異なり、全体ではなく個、抽象ではなく具体に着目する。個々の生活がもつ豊かな全体性を把握するために、これまで編み出されてきた個別具体的なアプローチは多彩である。生活史法においては、個別の生活記録の収集と分析が陥りがちな主観的解釈から免れるための方法が工夫され<sup>(33)</sup>、文化人類学で開発された生の体験による参与観察法<sup>(34)</sup>は、社会福祉分野においても有用である。

こうした生活学やその関連諸科学の「成果」を、実践の中で練り上げて「生活福祉」のもつあいまいさを払拭していくことは、社会福祉の「生活モデル」確立への一歩となるであろう。多くの職種のアプローチが交錯する「生活」の場で求められているのは、他に対抗して独自性を強調

することではなく、広く全体を見渡した上で自らの「位置」と「役割」を柔軟に判断できる力量である。

注

- (1) 杉山章子「医療における実践モデル考 その2 社会福祉の方法と「医学モデル」」『日本福祉大学社会福祉論集』109, 2003.
- (2) 杉山章子「医療における実践モデル考 「医学モデル」から「生活モデル」へ」『日本福祉大学社会福祉論集』107, 2002, pp. 67-70.
- (3) 北原侑「肢体不自由児の課題と展望」『総合リハビリテーション』30 (2), 2002, pp. 151-159.
- (4) 伊藤哲寛「精神科医療がリハビリテーションの拠点のひとつとなるために：医療の立場から(2)」『精神障害とリハビリテーション』14 (2), 2000, pp.127-131.
- (5) 高宮有介「ギアチェンジの動向と問題点」『ターミナルケア』11 (3), 2001, p. 173.
- (6) 特集「ギアチェンジ 治療から緩和ケア中心に移るとき ギアチェンジを考える」肺がん患者、消化器がん患者、血液疾患患者それぞれに対するギアチェンジについて、具体例を挙げながら考察されている。『ターミナルケア』11 (3), 2001, pp. 177-200.
- (7) 座談会「"ギアチェンジ"何が問題か」『ターミナルケア』11 (3), 2001, p. 209.
- (8) 川上武『現代日本病人史』勁草書房, 1982, p3.
- (9) 川上武編著『戦後日本病人史』農山漁村文化協会, 2002, pp. 252-320.
- (10) 原田正純「地域社会と生活福祉 水俣病における救済問題より」一番ヶ瀬康子・尾崎新編著『講座生活学第7巻 生活福祉論』光生館, 1994, pp. 60-71.
- (11) 若月俊一「農薬の恐ろしさ」『科学朝日』26 (10), 1966, pp. 101-105, 26 (11), 1966, pp.102-107.
- (12) 松島松翠『農村医療の現場から』勁草書房, 1995, pp. 38-40.
- (13) 杉山章子「医療における実践モデル考 その2 社会福祉の方法と「医学モデル」」『日本福祉大学社会福祉論集』109, 2003, pp. 64-66
- (14) 尾崎新「生活福祉援助論」一番ヶ瀬泰子・尾崎新編著『講座生活学第7巻 生活福祉論』光生館, 1994, pp. 87-113.
- (15) ここでは、著者が用いた「病」という語を、そのまま使用する。医療者が診断する「疾患」ではなく、病者自身の受け止め方を含めた病気という意味合いが込められていると思われる。
- (16) 結城俊哉『生活理解の方法』ドメス出版, 1998.
- (17) 同前, p. 51.
- (18) 渡辺姿保子「病院と地域医療 高齢者を中心に」嶺学編『高齢者のコミュニティケア』御茶の水書房, 1999, p. 108.
- (19) Germain, C. and Gitterman, A., *The Life Model of Social Work Practice*, Columbia Univ. Press, 1980.
- (20) Meyer, C. (ed.), *Clinical Social Work in the Eco-Systems Perspectives*, Columbia Univ. Press, 1983.
- (21) *Ibid.*, p. 31.
- (22) *Ibid.*, p. 241.
- (23) 岡田まこと「「一般システム理論」の福祉技術への貢献とは」『日本社会福祉実践理論学会研究紀要』1992.
- (24) 秋山薊二「ソーシャルワークの理論モデル再考」『ソーシャルワーク研究』21 (3), 1995, pp. 163-164.
- (25) 小松源助編『ケースワーク論』有斐閣, 1975, p. 5. 白沢政和「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 ケースワークへの生活モデル導入の試み」『大阪市立大学生活科学部紀要』23, 1975.
- (26) 佐藤豊道は、1985年に、「社会福祉実践の生活モデル 生態学的アプローチ」(『社会福祉研究』(36))

を、「生活モデルを真の実践モデルとすることができるかどうかは、ひとえに社会福祉従事者の双肩にかかっているとしよう」と結んでいる。7年後1992年に刊行された『ソーシャル・ワーク実践とエコシステム』（誠信書房）の中で、太田義弘は、生態学的視座と生活モデルにふれながら、「それらの実践理論として援助方法に通じた展開はまだこれからの課題だといわねばならない」と述べている（p. 99）。

- ②7 上田敏『科学としてのリハビリテーション医学』医学書院, 2001, p. 76.
- ②8 秋山薊二「社会福祉実践モデルとアプローチの変遷」仲村優一他編『戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望』ドメス出版, pp. 163-190. に詳しい.
- ②9 スーザン・ケンプ, ジェームズ・ウイタカー, エリザベス・トレーシー著横山穰・北島英治・久保美紀・石河久美子訳『人 環境のソーシャルワーク実践』川島書店, 2000.
- ③0 ニクラス・ルーマン著 佐藤勉監訳『社会システム論 上』恒星社厚生閣, 1993, pp. 345-350.
- ③1 川添登・一番ヶ瀬康子編著『生活学原論』光生館, 1993, pp. 2-8.
- ③2 一番ヶ瀬康子「生活福祉とは何か」一番ヶ瀬康子・尾崎新編著『生活福祉論』光生館, 1994, pp. 16-17.
- ③3 桜井厚「方法論としての生活史」松平誠編著『生活史』光生館, 1993, pp. 89-120.
- ③4 佐藤郁哉「参与観察」川添登・佐藤健一編著『生活学の方法』光生館, 1997, pp. 37-58.