

社会サービス領域における個別性と総資源管理

高橋 聡・二渡 努

Individuality in Social Service and Total Social Resource Control

Satoshi TAKAHASHI and Tsutomu FUTAWATARI

In areas of social service, it is the major proposition that individuality of clients and cases come before all others. On the other hand, access control to limited social resources is necessary for being responsible for macro social consequences. There are serious diversities among them frequently.

The purposes of this paper are to discuss comparatively about these structure— in medicine, social welfare, and education— and to make clear the outline of controlling the problem.

We propose some proposition and its development about common and specific structures. These are related to some fundamental factors, and constitution of them shape each micro—macro link structure.

Controlling total resources with the principle of individuality, it is necessary to establish the public responsible area and the purposive resource control system adapted to each structure.

I 序論：個別性原則の下での資源管理問題の所在

対人的な社会サービスの領域において個別性が重視されるのは、自明の理であるときえいってよい。近代国家では公共社会サービスとして実施されるのが一般的な、医療・福祉・教育などの分野は、歴史的には個別性指向に起源を持つわけではない。むしろ、国家的な必要（国力強化、社会秩序の維持、社会病理の予防など）に出發するものであった。現代的な社会的基本権の認識が広まり、その実現によって国家が正統化される状況の成立とともに、これらは社会「サービス」として再構成され、対象となるクライアント指向は個別性の重視を要求することになったのである。

個別性重視の認識枠組みのもとでは、「対象者と向き合い」「その事例の本質をみきわめて」対処することが要求されるのであり、関心の中心は一回性を有する個別状況と当事者であって、事例間の共通性や共通の評価基準ではない。後者を重視することは、ひとりひとりを尊重する原則に反するものとして、否定的に

とらえられかねないものでさえある。

一方、共通性が要請される社会的文脈もまた存在する。第一に、サービスの普遍性を求め、同一社会（その意味合いは微妙であるが）内における平等に価値をおく文脈である。

対象者本人の属性等によって、あるいはいつ、どこで、誰からサービスを受けるかによってサービスの質に優劣の格差が存在するとすれば、それは許容できない社会的不公正の問題となる。社会サービスの根拠が基本権であるとするならば、人権の普遍性、法の下での平等が共通性を社会正義(justice)として要求することになる。

第二に、社会資源の有限性に起因する文脈である。資源が無限であるなら「各人がその必要に応じて」資源を利用して他者の不利益には直結しないが、有限の状況にあつては他者の取り分の収奪であつたり、総資源の枯渇につながる(R. Hardinの「共有地の悲劇」)懸念がある。いわゆる「福祉国家の危機」以降、社会サービス・社会政策の領域でその懸念が強調されるよ

うになった。この文脈では、社会全体で使用する資源の総体を管理することが課題となるため、資源の利用に関する共通の秩序が存在する必要がある。

第二の観点は全体としての持続可能性を維持することによって、すべての構成員にとってのアクセス可能性を確保し、いかにすればアクセス機会に恵まれない者が権利の行使から排除される不公正を防止するものである。その意味では「制度の都合」であると同時に社会正義の問題でもある。

このように、個別性の尊重が基本的な要求としてありながら、正義に合う内容の共通性を確保しなければならないという構図は、社会サービスの公共的管理にとって困難な状況を招来している。個別の実践場面においては、対象者に適した最善、最高のサービスを提供することが判断指針となる。この領域で「制度を代表して対象者に接する」サービスの担い手は、主として専門職の枠組みで自らの役割と行動基準を規定してきたが、後述するように専門職の原則は「個別的で最高の」という最大化型原理を中核とするゆえに、資源の最適管理には不適合な面も生じる。

この矛盾は、「社会サービス場面を題材とし対人専門職を登場人物とする」小説や映画等にも一般にとりあげられる図式である。すなわち、「個別性を尊重する善玉としての専門職と、組織の利益を優先する悪玉としての管理者」の構図である。行政場面を対象とした「パブリック・エンカウンター」研究で検討されているのもこの矛盾である。行政組織の一員として対人サービスに従事する第一線職員は、クライアントへの適切な対処の必要性和組織資源の切迫した有限性との矛盾を切り抜ける諸戦略を用いざるをえない。その代表例は「カテゴリー・クライアント化」であり、対象者の属性を予め（社会常識の観点から正当化される範囲で）カテゴリー化して選別することで、資源処理の負荷を減少させる戦略である（畠山 1989）。

これは対象者の個別性を尊重する視点、専門職の原則には背馳するものである。しかし、総資源管理に関する有効な社会的・制度的戦略が明確でない状況では、結局このような戦脈がいわば「次善の策」として暗黙の了解の中で用いられ続けることもなる。さらに言えば、専門職の諸原則の資源管理に対する不都合を理由に、官僚制的管理あるいは私的財に近い形での市場の運営がオルタナティブとして導入される傾向がみられる。総資源管理の問題を正面から扱うことは、社

会サービスの公共的管理における重要課題とみなされるべきであり、対人専門職の職務に関する理論にも再構築を迫りうるポテンシャルを有する¹⁾。

本論文では、代表的社会サービス領域として福祉・医療・教育の3領域を選び、それぞれにおける問題構造を定義しつつ考察をすすめる。その際、立論の基本となる命題は以下の4つである。

1. オープン・アクセスは社会資源を枯渇させるため、総資源管理が必要である。
2. 従来の資源管理は個別状況に関する権利関係のコントロールを通じて行われてきたが、その有効性には限界がある。
3. 専門職の諸原則は、原理的に総資源管理と矛盾する側面があり、その主張する社会正義を実現するためには、マイクロ・マクロ問題への対処が必要である。
そして、
4. 上記の図式は、社会サービス各領域に共通すると同時にそれぞれ固有の構造を持ち、その制御のためにはそれぞれに適した資源管理の公共性が必要とされる。

1. オープン・アクセスとは、社会資源に誰もが制限なくアクセスし、利用できる状況を指す。有限な資源をコストを含む制限なく利用できる場合、資源の過剰使用が生じて枯渇につながることは明らかである。過剰使用だけではなく、生産への貢献を怠ることも懸念される帰結である。社会資源の多くは、たとえば地下資源とは異なって絶対量が決まっているものではなく、関係者の参加によって生産されるものである。誰もが、自らの参加なく生産がなされるとすれば、生産に貢献しないフリー・ライダーへの誘因が生じる。

医療・福祉・教育の分野において、関係する社会資源の性格は異なっており、それに応じてオープン・アクセスの構図や帰結は多様なものとなるが、いずれにしても資源が有限である以上、その防止が必要であることに変わりはない。目に見える形では政府支出の管理であるが、たとえ「民間」による資源配分がなされる場合でも、資源生産と消費の構図にまったく変わりはなく、管理の必要性は同様なのである²⁾。

2. 「共有地の悲劇」のように総資源量が明示され

ている場合は、その配分に関する合理的基準を設定することが可能であるが、社会資源の「総量」は認識上のモデルであり実体として特定することはできず、しかも1.の通り資源量は随時生産行為によって変化することから、明確な目的意識に基づく総資源管理が行われることは稀である。しかも社会サービスの場合、個別性に基づく判断が重視されることから、資源配分の単位も集会的ではなく個別的に設定されることが普通である。

それでも資源管理がまったく行われていないわけではない。資源配分の判断は、権利行使の妥当性判断として行われる。権利の言語が、絶対的な形式で内容を指定するとしても（○は××の権利を有する）、その行使は、当該社会における対応能力、すなわち現実配分できる資源量の程度との関係で相対的に判断されるためである。しかし個別単位での「妥当な水準」判断の集積が総量管理として妥当な保証は存在しない。

3. 2. の末尾で述べた状況は、合理選択論系の社会学理論にみられる「マイクロ・マクロ・リンク」の問題に相当するものである。個別の合理的行為選択が、集積としての社会的合理性につながらない状況は、個別妥当性の積み重ねで社会を説明しようとする方法の限界性を示すものであり、社会サービス領域では、個別・全体の両方の水準での帰結にそれぞれ価値的な正当性を求めるために、その限界性は重大な影響を帰結する。

医療・福祉・教育の各領域は、経緯は大きく違うとはいえ、それぞれ専門職の理念によって実践方針を構成してきた。専門職の理念は、「対象者を第一に考え」「状況を個別に判断し」「しかし普遍妥当性を持った専門性(価値・知識・技術を含む)によって」「最善・最高のサービスを提供する」などの構成要素から、実践方針を導く性格を持つ。しかし対象者やその個別性に対する最善・最高は絶対的な最大化原理であり、現存資源やその他の社会状況との関連における相対的判断とは矛盾するものである。

この矛盾は各領域における専門職研究で早くから認識されており、それはたとえば対人専門職の業務遂行におけるディレンマとして定義される。しかし、それに対する対処は諸価値間に優先順位を付するなどの措置にとどまっており、最終的には矛盾を統合する専門

職の能力、特に人格に大きな負担がかけられているのである(後述)。個別性尊重と普遍的価値の関係も含めて、概念的には止揚や統合が提起されても、それを可能にする論理構造は、現存する専門職理念そのものには十分には含まれていないと評さざるをえない。

4. 1. ~ 3. の図式は社会サービス各領域に基本的には共通するものと考えが、前述の通り実際の展開は多様である。しかも、さまざまな形で部分的な対応がなされたり、特有の派生的問題が生じたりしているのである。共通の構図を前提としつつ、各領域の特殊な構造を定義していく必要がある。

本論文では、代表的(対人)社会サービス領域である医療・福祉・教育の領域を対象に、以上の認識に立って課題を定義し、一般性と特殊性を議論するための理論構築の基礎を設定しようと試みる。各領域に関する詳細な検討はもとより本稿の範囲を超えるものであるが、課題意識の性質上、まずそれぞれを一定の構図の上に並べる作業は必要なのである。

Ⅱ~Ⅳの各章での概観ののち、Ⅴでは基本命題に立ち返って議論を整理し、今後の深化への道筋を示す。

Ⅱ 領域特有の構造①医療

医療と健康に関する平等要求

日本の医療は戦後「途上国型の医療構造」を形成して現在に至ると評されている(広井 1997)。開発途上国においては、急性病、感染症への対処が中心であり、これらの診療機会が広く社会に分布している状況が緊急性をもって望まれる。先進国では感染症等が比較的克服され、ほとんどの国民が高齢期を迎えられる状況の中で、生活習慣病や加齢に伴う健康状態の悪化が問題となる。ここでは長期的で高度な医療機会が、集約的に存在することが望まれる。日本の医療体制は現在でもプライマリ・ケアに偏重しているといわれており、これは先進国型の問題構造と矛盾しているともいえるが、反面、医療機会に関する高度の平等を達成している。これは国民の間に、広く分布したしかも高度な医療が誰でも利用できることへの期待を形成している。

しかしこの状況は日本の特殊性とはいえない。現在、医療や公衆衛生に関する国際機関等の場では「健康の不平等」という概念が定着し、共通した行動目標を立

てるときの基準となっているが、日本ではあまり定着しておらず、政策に反映していないという (spasof 1999、監訳者序文)。医療サービスの供給と利用について、社会内で異なった状況が存在することは、重大な不公正として批判の対象になる認識構造が成立しているといえよう。反面、医師はもっとも高度に確立した専門職であり、専門職としての独立性は他に類を見ないものであることから、個々の状況によって判断が異なる事態がより生じやすい状況があるとも考えられる (専門職の独立した判断として他から検証を受ける必要を免除される)。

両者は、サービスのあり方のばらつきに対する正当化という次元では対立しているが、社会資源の利用という次元では一致する。医師が独立した専門職として、その時々で適宜判断して最善・最高の医療を実施し、社会全体に公平にそれが行き渡るようにしなければならない。そのために、社会は十分な資源を提供する責任が存在する。「医療は資源の制約が存在しないかのように行われてきた」と指摘される所以であり、その背景には「医療は健康や生命に深くかかわるサービスであるため、所得の多寡によりアクセス上の格差が生じることは望ましくないという強い社会規範が存在する」(松田 2003) ことがあった。

医療資源の有限性認識に立つコントロールの試み

しかし、社会資源が有限であることについては医療も全く例外ではない。特に医療の場合、無料診療などの (それ自体は人道的規範からは評価の高い) 政策によってオープン・アクセスに近い環境を作ることで、過剰な需要を誘発することになり、資源不足を促進する状況も生じやすい (福祉や教育の目標と異なり、健康への需要は快/不快による本能的な性格を持ち、「完全な健康」を求めていくと限りがないものであるために、資源量の相対的性格はより強いといえよう)。各国における国民医療システムの整備とともに医療財政の窮迫も問題化し、資源管理に関する直接的取り組みの例もみられるようになった。

代表例が、アメリカにおけるマネジド・ケア (managed care) と総称される医療管理システムである。マネジド・ケアは、医療サービスをはじめとする社会サービス一般に存在する「情報の非対称性」に対処して、資源管理の社会的妥当性を追求する方法である。消費者個人にとって、供給側と契約する医療の

メニューを交渉し、また供給される医療の内容を評価することはきわめて困難であるため、消費者に代わって第三者がこれを代行する。第三者が医療の内容と価格を供給者と交渉し、さらに適切性に関するチェックを行う。これが採用されたHMO等のシステムでは、民間医療の支払い者に代わり、代理人が適切な供給管理を行ってコスト抑制を図る。

ここでは、「患者のエージェントとして最善の医療を追求する」という専門職的な責任と、社会全体 (保険者集団全体) の資源制約というディレンマ構造の中で、両者を考慮して妥協させる責任から医師を解放しようという政策志向が見られる (池上 1992)。

上記の妥協は、たとえばイギリスにおいては、プライマリ・ケアと専門医療を分離させ、前者が後者への「ゲートキーパー」としての役割を担う形で対処が図られた例がある。ただし、この場合プライマリ・ケア担当医の判断が資源配分に決定的な役割を担うため、個々の対処間のばらつきがかなり大きく、総資源管理機能もあまり働かないという欠点があると言われる (池上 前掲書)。

日本の場合、診療報酬に関する出来高払い制度が採用されてきた。いわばインプットの妥当性評価による制御であり、専門職理念の要請にも合致した考え方であるといえる。なぜなら第一に、内容的に適切なインプットであれば、資源総量との相対的關係を問わないため、個別性を十分考慮した専門的判断が優先されることになる。第二に、インプットの結果としてのアウトカムとの関係における効率性を問うものでもない (専門職理念は、インプットの妥当性についての価値的判断を優先するため、その結果生じる帰結の多様性はそれほど問題視しない—「手段を選ばない」考え方を排除する—傾向がある)。

領域的特殊構造—資源の特定性・空間・時間

以上が医師の社会的発言力の強さに起因するところが大きいことは論をまたないが、それ以外にも医療の領域的特殊構造をうかがわせる点がある。まず、医療資源はそれ以外との区別がしやすい点を挙げることができる。福祉において用いられる資源は、それ自体としては生活に使用される資源と区別されない (使用の文脈によって初めて区別される) 場合が多い。教育は福祉ほどではないが、ある程度その傾向がある。医療資源を特定しやすいことは、インプットの妥当性を判

断しやすいことにつながる。

資源そのものばかりでなく、時間・空間においても特定しやすい構造が医療にはみられる。特に医療において、「病気」「治療期間」という枠組みが明確に医療内/外を区分することは、他領域にはみられない顕著な構造である。病気の間は治療を受け、医療の管理下に入るのであるが、「病気が治った」という宣言とともに医療の問題ではなくなる。仮に資源を大量に消費したとしても、治るまでのことである。このような時間の明確な有限性が、専門職理念にも合致するインプット制御を採用する背景になってきたといえるだろう。

出来高払いと異なる管理方式に、包括支払い制がある。アメリカでは、1983年にマネジド・ケアの1種であるDRG/PPSが導入されて以来多くの研究が行われてきた。その主たる関心は包括支払い制の導入によって、医療資源投入量が減少し、結果として医療の質の低下が生じるという仮説を検証することだったが、資源消費が減少しても質の低下は必ずしもみられないという研究が多い。日本でも老人病院に包括支払い制が導入されており、そこでも質の低下は検証されなかった。ただ、包括支払い制が過小診療への動機づけを含むことは確かであり、その意味で質の低下の懸念は否定できない(松田 2003)。

医療の公平と同一診療

医療において「健康の不平等」が強く問題視されるのは、生命に直結するため人権上の重要な要請とみなされているためであるが、サービス提供の個別性を尊重する以上、治療にかなりのばらつきが出ることは避けられない。すべてを公的システムで保障すると膨大なコストを要することから、公的医療の範囲については平等を保障し、それ以上の部分(ニードの性格—たとえば美容整形などの場合—やコストの例外的な高さは私費での対処を求めるという対応が行われてきた。同一症例に対する両者の組み合わせ、いわゆる混合診療は禁じられており、公的/私的医療を峻別しようとする設定(公的責任範囲の限定)がある。公医療の枠組みが強く意識されている背景には、公平さとともに資源管理の意識があるといえる。

出来高支払い制と包括支払い制のどちらが公平であるか、一概に言うことはできないが、前者が公平性を主張できる場合の条件として、それぞれの事例の多様

性に応じた妥当な治療が細かく規定されていることを挙げることができる。これが欠けていると、事例の個別性を無視した「実質的正義の欠如」という批判が避けられない。

近年医療のあらゆる分野で、EBM(Evidence based medicine)が盛んに論じられ、導入されつつある。EBMは「経験に頼ってきた医療を、より客観的基準に基づく医療に改善する」ことを謳って普及しているもので、治療プロセスに関する情報を社会的に共有化し、整備された情報処理手続きによって治療プロセスを管理することによって医療の社会的責任を果たそうとする方式である。

本論文の文脈において重要なのは、これが専門職の判断の幅によるばらつきを極力縮小し、社会内での処遇の共通性を創出することによって、公平性を主張し、さらに公共的責任を果たしていることを社会に主張しようとしている点である。これがさらにマネジド・ケアのような資源管理システムと結びつくと、資源の過剰使用可能性を封じることにより、資源管理を実行ならしめようという志向につながる。ここでは、個別性=過剰消費、共通性=節約という図式が前面に出ているが、それは前述の通り医療領域が、需要の拡大と過剰消費への強い傾向を持つためではないかと思われる(条件によっては、個別性重視が資源節約の機能を果たすこともある。Ⅲ章を参照)。

マネジド・ケアが導入されているアメリカにおいて、利用者側からの批判も数多く出されている。資源の節約が主眼であるため、用いる医療手段が限定されており、十分な医療が受けられないという過小治療の批判。医師の側からも、手段の限定は専門性の発揮を抑制し、cook book medicineに陥っているという批判が強い。

本論文への示唆—公的責任領域、処遇の共通性

アメリカでこのシステムが実行されているのは、公的サービスと私的サービスを峻別し、しかも公的領域が著しく限定されているというアメリカの文脈において理解する必要がある。比較的広い私的領域において、富裕な者が私費で十分な医療を受け、一般国民は限定されたマネジド・ケア範囲内の治療で我慢するという状態を、公平とみなしうるかどうか、他の社会的文脈においては著しく疑問としなければならない。にもかかわらず、この事例には、本論文の文脈からみて

重要が示唆が含まれるだろう。

第一に、公的責任領域と私的領域の区別により、前者の範囲内での公平性が操作可能となる点である。専門職の理念は、それ自体包括的な公共性を主張するため、適用範囲としての公的範囲と私的範囲を区別しない。しかし資源管理の観点を含めると、公私の制度的区別との関係づけが重要になる。

第二に、社会内の処遇の共通性、判断とその情報的基礎の共通性がある程度存在することが、個別的サービスの妥当性と資源管理可能性を両立させうる条件ではないかという点である。EBMが可能であることは、医療領域の構造の特殊性である、資源の性質／時間／空間の特定可能性と関わっており、他領域との関係でこの論点の位置づけが今後興味深い議論を提供することになると考えられる。

医療実践における個別性の位置

医療実践において、福祉や教育におけるような「専門職の自律性」要求という文脈との関連で個別性が強調されることは少なかった。政策側が、国家的必要の方向から内容面に介入する契機は乏しく、ある時点までは総資源管理の緊急性も認識されていなかった。

特に、開業医中心の医療体制である日本の場合、実践内容の個別分散的性格はより著しかった。個々の対象者によってそれぞれの受けた処遇が比較されて評価される機会は確かに存在した。しかしそれはあくまで「名医一敷医者」という、質の垂直的評価の枠組みで捉えられた。評価基準が、自律性とは別に「外部に客観化された形式で」存在する前提の存在が、公平性の問題を質の向上要求へと変換する構造を持ってきたのである。

Ⅲ 領域特有の構造②社会福祉

社会福祉と資源のかかわり

社会資源とは社会福祉において重要な関心の一つである。有限な社会資源の効率的な配分は、福祉国家の危機が叫ばれてから、より一層強力な要請となった。

専門職が社会サービスの枠組みで援助を行う以上、公の関わる範囲という観念は、程度は別として必要である。有限な社会資源の配分に際しては、公私区分の認識が少なからず影響することになる。

社会サービス領域では、公私区分への意図的な「線引き」が、いろいろな形で提起される。拡大するニ

ズに合わせて、公が関わる領域を無原則に拡大してしまうと、需要の掘り起こしになってしまう。公の責任範囲を規定することが、目の前にいる人を切り捨てることになる可能性もあるが、マクロの視点で資源管理に責任を持つという意味づけはある。医療の分野において、マネジド・ケアが「すべての人々に最善の医療を」といった価値目標に反するという批判を受けたとしても、社会全体の効率的な資源配分という観点を重視して、正当化される事例のように。

公私の境界線

わが国の医療において公医療と私医療の境界線は比較的明確である。健康維持に関する最低限度の治療が公共的責任を負い、それ以上のケア、例えば美容整形や歯の矯正などは私的な範囲となる。教育も、「公教育」のみが事実上社会的コントロール対象である。では、福祉において公共の守備範囲は明確であろうか。言い換えれば、「公福祉」と「私福祉」という概念で境界線を引くことが適切な状況にあるのだろうか。

医療は、家庭内でのケアで対処できない場合、専門家に治療を任せる。教育についても同様で、家庭内でもしつけなどの教育機能を果たすが、それ以上の教育は専門家に委ねることになる。つまり医療と教育において専門家と非専門家の役割は区別しやすい。さらに、医療において、公的な社会サービス水準に満足できない場合、対価を支払えば健康維持以上の治療を受けることができる。教育においても、公的必要があると認められていない、たとえば個人的な補習や受験対策のために、塾に通う、家庭教師をつけるなど、付加的なサービスの購入も可能である。

福祉において、専門家／非専門家の明確な役割区分は社会的に認知されにくい。業務が業務独占ではなく名称独占であることも、その一つのあらわれであろう。

この状況は「専門性の未確立」としてとりあげられることが多いが、福祉の機能が、介護や保育など家庭における機能と重なっているところに起因する構造的な問題の性格が強い。

また、そもそも「対価に応じてサービス水準が上昇する」図式そのものが、福祉領域の多くの部分に該当するかどうかという問題もある。

①利用者によってサービス水準は動かないが、応能負担という形でコスト面が動く場合（保育サービスな

ど) ②自己負担の付加によってサービス水準は質の面では動かないが、量的には動く場合(介護保険など)
 ③「サービスに対応するコスト負担」という図式が存在しない場合(生活保護など)がそれである。このような領域が非常に大きいとすると、公私のサービスを区分する際に用いられる主要な基準が有効性を持たないということにもなる。また、たとえば公的福祉の領域が拡大すると家庭機能が縮小するという例のように、線引きの政策的帰結に対する価値判断が国や時代によって大きく異なるという側面も重要である。

福祉における資源管理—個別性の両面性

以上のように、福祉における公私の境界線はあいまいになる傾向があるが、総資源管理が行われていないわけではない。福祉国家では「カテゴリー的解決」が行われているとD.ストーンは議論する。社会的援助の正当な請求の基礎は、具体的な個人ではなく、カテゴリー(児童・老人・障害・寡婦など)である。というのは、カテゴリーごとに社会的必要の性格とそれに対する支援の妥当性の対応関係が定義され、事実上その定義を操作することで資源使用がコントロールされるからである。

たとえば、時間的コスト(行列、文書の提出)をクライアントに賦課することで、サービス受給の放棄、要求内容の低減を狙う。また、文書の提出にはもう一つの文脈が存在する。生活保護受給の際の書類提出における、スティグマによる心的圧力はその代表例である。それ自体の弊害はあえて繰り返すまでもないにしても、スティグマはクライアントのサービス依存を弱め、要求の総量規制に貢献するという機能を担っている(畠山 1989 p.296-301)。

また「クライアント間相互の隔離」と呼ばれる現象も注目に値する。「第一線職員がクライアントの個別的处理を望むのは、クライアントのプライバシーを守る以上に、このように比較による自覚の機会(処遇の適切性に関する一筆者註)をできるだけ抑えようとの配慮である。クライアントが集合的解決でなく、個別主義的解決を志向することは多くの場合、第一線職員の利益になる」(畠山 1989 p.304)。

つまり、「個別性重視は資源を浪費する」と考えられがちだが、以上の文脈からすれば、個別主義的解決が官僚的資源管理にとって有効な手段となりうる場合があることがわかる。後に専門職の個別性原則をとり

あげるが、「官僚制にとって望ましい個別性」と「専門職が志向する個別性」とは、同じ個別性であっても、その志向する方向は異なり、資源管理の次元に関しては正反対の機能を果たすこともあるのである。

福祉専門職者の判断基準—倫理綱領—

医療の世界では、数々の症例を科学的に分析し、蓄積することで「進歩」が実現されてきたとされる。さらに近年、医師の主観に頼らず、公開され共有可能な科学的根拠に基づく治療を行うことを標榜するEBMが採用されはじめ、社会的基準を重視する傾向は強まっている。

福祉の分野においてEBMのような基準は存在するのだろうか³⁾。正しい方針を特定できない場合、職員は何に基づいて判断を下すのだろうか。福祉は医療と比較すると変数の特定が難しい。また時間軸も長期間で限定がなく、期間の見通しは一生涯を対象にすることもある。そのため、福祉におけるケースは医療における症例と比べると、個別的な性格が強調されやすくなるのであろうか。

仲村優一は次のように述べる。「問題を抱え、苦しんでいる利用者の期待やニーズに応えられない場合もでてきます。その場合、ソーシャルワーカーは何を自分自身の行動の基準として、また価値判断の基準として考えたり行動したらよいのでしょうか。その根拠になるのが『倫理綱領』なのです。『倫理綱領』は、すべてのソーシャルワーカーが基本におき、迷ったとき、厳しい状況に陥ったとき読み返すべき指針なのです」(仲村 1999 p.160)

以上の見解は仲村に限らず、ソーシャルワーカー一般に受け入れられている認識標準の一例とみなしてよいだろう。

たしかに、倫理綱領はソーシャルワーカーにとって重要な価値を述べている。ワーカーが直面する問題を正面から扱い、優先される価値を述べている。しかし、ワーカーの頭の中が倫理綱領によって整理され、それによって実践に責任を持てるようになったとしても、状況そのものが整理され、適用されるべき社会的基準が明確化しているわけではない。

福祉専門職は、ナショナルミニマムと倫理綱領の間—その空間はかなり広い—で職務を遂行しているように思われる。つまり、最低限度の保障と、倫理綱領という望ましい価値との中間点である。法的決定が発動

されるのは最低基準を下回った場合である。ミニマムが侵害された時（餓死、虐待など）その対応は問題とされる。しかし裏返すと、そうした状況にならなければ、制御できない構造が福祉には存在するのではないだろうか⁴⁾。倫理綱領はセルフコントロールの道具ではあるが、ある行為水準を誘導するというよりも、望ましい方向を示す性格を持つ。ミクロな行為の集積が帰結する集合行為の秩序をコントロールすることにはつながらないであろう。

ルーティン化された日常業務において、倫理綱領はどれだけの意味をもつだろうか。倫理綱領で求められる価値志向は、コスト問題を重視していないため、これを重く見る組織の論理と相容れないことは明らかである。ソーシャルワーカーも組織の一員である。サービス水準の社会的な標準は存在しないため、もし組織的に資源節約へのインセンティブがあったとすれば、職員がサービス水準を倫理綱領から最低限度の直前まで低下させることを防止する構造はない。このような状況全体をある種の逆インセンティブとみることできるだろう。一方、はじめから価値志向をそれほど重視しなければ心理的負担は軽減される。専門職的な価値志向が組織の圧力によって抑制される構造が存在するのではないだろうか。そして、価値志向する良心的なワーカーは際限のない悩みを背負うことになる。

高度な判断が要求されるケースでは、判断する者の価値観や法の趣旨に対する理解度によってその処遇は異なる可能性が高い。ワーカーは価値を志向して実践を行うことが望ましいとされるが、そのような価値志向へのインセンティブが十分働かず、逆インセンティブさえ存在する状況では、価値志向的な実践と、質の低下した実践との差が広がり、結果的に社会内の処遇格差が大きくなり、社会的公平性は損なわれていくことになるだろう。

マクロな公平性の条件

以上の文脈から、福祉における専門職的諸原則は、ミクロの視点でワーカーに努力を求めるものだが、その帰結としてのマクロ的公平の問題を議論の視野に含めてこなかったのではないかとこの疑問が生じる。

地域格差について、論じた先行研究では、生活保護率の地域差（曾原 1978）や介護保険の地域格差（中井 2003）などが指摘されているが、「中心論はむしろ市町村などの基礎自治体の区域で、各々異なる環境

の中で工夫を活かして地域福祉を推進する、分権的取り組みが中心課題とされ、地域間の平準化よりも地域の独自性の達成に焦点が置かれている」（坂田 1996）と指摘するように、実践指針と公平性はそれぞれ別の次元で議論され、「個々の実践者の努力が全体的水準を不断に改善していけば、静的には格差があったとしても動的には正当化される」と考えられているように思われる。

質を向上される動機として位置づける議論もある。ティプーの「足による投票」仮説は、「住民が移動することによる自治体の選好が政治（投票）に代わるメカニズムとして作用し、住民を得るための自治体間の競争が最適な自治体のサービスを生む」と主張する（武智2001 147）。しかし、福祉政策は、低所得者の流入と高所得者の流出などを招くことがあり、自治体にとって逆インセンティブが作用するため、自治体間の競争は生まれにくい⁵⁾。

このメカニズムを直接考慮した政策的取り組みは現在行われていないように思われる。つまり、福祉においてミクロ的行為誘導を行った場合の、マクロ的帰結についての関心が薄い。この状況は、マクロ的資源管理の欠如と関係しているのではないだろうか。

個別性の両方向性が含む問題性

個別援助技術において有名なバーステックの7原則の中で、個別化の原則がとりあげられている。「個別化とは、クライアントは『不特定多数のなかの一人』としてではなく、独自性をもつ『特定の一人の人間』として対応されるべきであるという人間の権利にもとづいた援助原則である。クライアントは、ケースとしてあるいは典型例として、さらにある範疇に属する者として対応されることを望まない。彼らは、1人の個人として迎えられ、対応してほしいと望んでいる」（バーステック 1957 p.36-38）

「個別性」と「公平性・効率性」は本来基盤を異にする。ワーカーは社会資源の有限性と、対処すべき個別性の間で板ばさみになる構造にある。社会資源の有限性の立場に立ち、画一的なナショナルミニマムを保障する援助だけを行えば職務遂行上、葛藤はそれほど感じないが、対応すべき個別性の立場に立つとワーカーは際限のない悩みを抱くことになる。

「ソーシャルワークは、個別性を重視してはいるが、人間性に共通する基本的な特質や特徴も重視し、二つ

の共通性のあいだのバランスをうまく保っているのである」(バイステック 1957 p.37)。

つまりこの最も重要で本質的な困難な問題について、バランスを果たす機能がソーシャルワークには期待されている。しかし、そのバランスを保つ統合の鍵はワーカーの人格に帰されている。

この状況では、「個別性」を尊重するワーカーは悩みを抱いてしまい⁶⁾、それが特に組織的職務環境において逆インセンティブとして働き、援助の質が低下する懸念がある。問題性を強調して表現するなら、経験という名の「さじかげん」を覚えたワーカーによる「個別的」な援助が、処遇の適切性への検証可能性を欠く条件の下で過度の資源節約を指向する可能性が十分存在する、ともいえるであろう。過剰消費/過少消費の両方向について、コントロール機能は制度に内在していないのである。

IV 領域特有の構造③教育

教育権論の論点：個別性と資源配分の力点

近代国家の発展過程において、教育が一貫性を持った公的制度として整備される段階が到来した。それ以前においては、目的を持った社会的営みとしての教育は、聖職を含む伝統的専門職や官吏養成のための学校系列と、多くは自然発生的な民衆教育の系列とに二分され、両者をつなぐ系統的關係は存在しなかった。近代国家が「国民形成」を機能の一つに認める段階になって、就学前教育から高等教育まで一貫した公教育システムが成立した。

さらに、公教育へのアクセスが社会的基本権の枠組みで保障される構成が近代法で採用される段階に至って、福祉国家の機能として公教育を位置づける発想(持田栄一)が登場することとなった。

教育権に関するもっとも重要な法規定は、教育基本法第三条「すべて国民は、ひとしく、その能力に応ずる教育を受ける機会を与えられなければならないものであって(以下略)」の部分である。ここにはある種の社会的国務請求権が規定されているとみられるが、「ひとしく」と「能力に応じて」のいずれかに力点をおくことによって、実質を著しく異にする解釈が成り立ち、公教育論上の主要な論争点の一つであり続けている。

ひとりひとりの適性・能力の違いや人生設計、価値観の違いを前提として共に認めたとしよう。「ひとし

く」に力点をおく立場からは、その人の目的達成のために支援を要する状況があるなら、そのためにより重点的な資源配分がなされるべきことを主張する。「能力に応じて」に力点を置く立場は、その人の適性に整合した機会が与えられるべきであると考え、相違がむしろ拡大される形で、それぞれの権利が適切に実現されているとする。

前者は個別性を重視した見方であり、後者は資源の合理的配分を重視している。日本における両者の論争において、専門職者の集団である教員組合(日教組)が前者を支持したことは、単に政治的立場によるのみ説明されるべきではない。日教組は当初活動の前提としてはむしろ教職労働者論に立っていたが、次第に専門職論への傾斜を強めていった。

それよりも、教員たちの行動を律する認識規範が、個別性の重視(ひとりひとりの子どものために)とそれぞれへの最善の対応を求める内容で規定されていたことは、内容的に明らかに専門職的規範を(ただし、専門職的規範の主要な要素の一つである、個人主義的な判断の独立性の認識は希薄であるが)内在していたことを示している。

個別性志向が社会的配分要請と整合する場合

このような教師の規範構造においては、個別性重視の専門職と組織/国家利益重視の管理職/教育行政という図式が成立する。しかし実際の現場においては、教師自身も含めて資源管理の全体的な構図に規定されていたことは、「学歴社会」「受験戦争」と一般に呼称される日本の場合に限らない。要するに、選抜による教育機会/学歴/資格という有限の資源の配分である。すべての生徒たちに最善の(個別性に対応するから、答えは一つではないにしても)教育を与えるといっても、社会資源は有限である。特に、これらの社会資源が、社会生活の「将来の見通し」に関する一般的期待(具体的検証ができないだけに、期待の基盤はより強力になる)を高めるものだとすれば、それを提供することが、能力・適性や人生計画に関わらず「その生徒のため」とみなされることになる。

要するに、ここでは個別性志向が、「いま有限な資源をこの人に」と合致し、専門職者が職業的良心と整合的な形で社会資源の使用に競って向かおうとする動機づけが存在する。

消費の限界点—「教育の共産性」

ただ、教師が対象者に資源を提供しようと決意し、教師自身が十分有能だったとしても、その目的は実現されるとは限らない。教育の成果を実現するには、サービスを供給される側の参加が必須要件だからである（藤田 1996 でいう「教育の共産性」）。

一番わかりやすいのは、「やる気がなければ何も身につかない」例である。また意欲があったとしても、すべての人が最高水準の教育（知的内容だけでなく、スポーツや芸術などではより鮮明に）を消化はできない。医療では、回復は本人の意欲に左右されるが、それでも薬を飲めば体内での客観的な作用は存在する。教育では資源が提供されたからといって結果には直結せず、本人の主体的な資源活用が不可欠である。活用できない対象者に資源を提供することは、集会的には資源の浪費ということにすらなるのかもしれない。

この要因は、公教育において政策を資源管理に向かわせる一つの契機でもある。戦後日本の大学進学率が、経済成長と並行して上昇の一途をたどっていたとき、政府が大学増設を厳しく抑制する政策をとったのは、総資源状況が困難になったからではなかった。進学率上昇への否定的主張は、大学の「質の低下」という言説に代表されていた。

第一にこの言説は、大学教育にふさわしい水準をまず想定し、それを活用できる人は全体のある割合を上回るものではない、したがってそうでない人を進学させることは社会資源の浪費である、との主張を含意する。第二に、その水準を受けた卒業生を、経済社会がどの程度まで受け入れられるかという意味での需要水準を想定し、それを超過する数の人々に教育機会を与えることを、やはり資源の浪費とみなしている。ここには社会分業の想定、教育資源の活用とその成果の属人的承認が分業体制でのポジション（これも希少資源である）の振り分けにつながる図式の想定が前提としてある。

カテゴリー化戦略：現場での二重基準

高等教育レベルではこのような図式が比較的明らかであったのに対し、初等・中等教育では教育機会の提供が（資源量との相対関係ではなく）絶対的な要求として社会に存在した（また日本では特に、初等中等教育が社会に供給する外部性が高く評価されていた）ことから、総資源管理はそれほど問題にはならなかった。

しかしそれは「判断姿勢において個別主義的、質的志向において平等主義的」な志向で一貫していたというよりは、学校外の社会からの判断基準の浸透が歯止めになっていたというべきであろう。

「実社会」という不思議な用語に代表されるように、教育の世界で用いられている判断基準は、社会の（特に経済社会の）基準に合致しないことが多いこと、その場合前者に固有の意味はあるとしても、最終的には後者を優先すべきことは、特に日本社会では暗黙の了解であろう。高卒就職と高校教育の関係構造を検証した刈谷(1991)は、企業の採用基準に関する想定が、学校の提供する教育装置や基準（部活動への参加や生活態度の基準など）を裏付けるものとして機能し、全体として教育機能が成立するプロセスを描写している。

生徒たちは、教育活動への参加、特に部活動を3年間続けることや生活指導の規範を遵守することが、就職時に高く評価されることを強く認識している。同時に、教師もそれを利用して、教育内部の価値秩序を守りつつ個別志向の生徒指導と全体的な進路振り分けが両立するような状況を作っている。

生徒たちは、「私はT社に行きたいけれど、1番のAさんこそT社にふさわしい（この高校では、成績1位の生徒ならT社に推薦されて合格できる実績があり、その関係づけが生徒たちに広く認識されているため）から、Aさんこそ出願すべきだ」というように、自らをカテゴリー化して選別し、教師による個別判断のコストを下げる。このメカニズムが進学先の選択にも広く存在することはいうまでもない。

教育システムの中で教師は、生活規範や集団生活の価値等を共通の基準にしつつ、生徒それぞれの個性に即してこれを運用することができる。しかし、社会的機会と本人の希望の、教師から見たミスマッチ（教育を消化できない、活用できない）が生じたとき、教師は自分だけで生徒を納得させ、断念または転進させなければならないのではない。システムの外部には、生産活動への貢献によって人間を判断し、選別する「実社会」が存在するのだ。教師はその判断基準（実社会の厳しさ！）を生徒たちに展望させることで、自発的にミスマッチの確率を下げ、資源の浪費を避けることができる。

このような（カテゴリー化を促進するような）教師のあり方は、対人専門職の理念に合致するものではない、との批判は当然ありうるだろう。その当否は「生

徒＝対象者本人のため」という目標設定が何を指すかに左右されるだろう。医療の目標である健康は、環境としての社会システムからはほぼ独立して存在している。福祉の目標は仮に自立とした場合、社会システムへの適合は展望しなければならないにしても、望ましい状態はその人として独立して定義できる。しかし教育における「望ましい状況」には、社会システムから独立して定義できない部分がより大きいのではあるまいか。

専門性と有限性認識

教職の専門性に関して参照される原則に、M. リーバーマンが提示した専門職要件がある。「人としても集団としても広範な自律性が与えられる」「専門職的自律性の範囲内で行った判断や行為については直接的責任を負う」という自律性原則は、現実には国家政策によって自律性が妨げられやすいという認識とともに、教育学での関心が集中してきた。(Lieberman 1956)

ここでは、自律によって専門性が成立し、それを前提として対象者に直接責任を負うという図式が想定されるが、このようなミクロに完結した図式が資源管理の視点を持たないことは、福祉の項で検討したものと似た状況がある。専門性を確立し前記の図式を確立する要件として、「臨床性を基礎とした」専門性の構築を主張する議論が近年は有力となっている(葉養 2001等)。実践的な方向性は明確であり、アカウンタビリティ論との関連があることも明らかだが、ここでも個別状況への応答性が内部完結的に議論されている構造は福祉と同様であり、資源管理との接続点は見出せない。資源の有限性を論じることが避けられている傾向は、教育および教育世論全般にあてはまるだろう(広田 2003)。

能力の諸次元

教育において目標とされる「能力の形成」は、試験によって個別的に測定できるとのイメージがあるが、能力にもさまざまな次元が存在する。何のための、どのような当事者関係での社会的資源処理、という観点から簡単に整理してみよう。

①「個人が自然を対象とした資源処理能力」物的存在としての外界を合目的的に操作し、秩序化する：「認知・操作できる」

②「①の資源処理の体制」①を可能にするため、人間行動とその組織を操作し、秩序化する：「適切な組織的行為を編成・運用できる」

③「communication contingency(間主観的)」間主観的相互予期の不確定性を克服し、相互予期に基づくコミュニケーションを可能にする

④「communication contingency(通時的)」時間的な変動のリスク、それが人格の連続性と矛盾するリスクを克服し、人格の内部統合を可能にする

これらは当事者関係で区分されている。①は「個人対自然」、②は「集団対自然」、③は「個人間」、④は「個人内各時点間」の関係を対象としている。

これらのうち、①だけは外部環境＝社会システムと無関係に、独立して能力を定義することができる。実はこれが、公教育において測られる学力として一般に認識されている「できる、わかる」力なのである。客観的に計測できるものとして学力を定義する心理学的学力観からすれば、この側面が学力の主眼となるが、②～④は社会システムから独立には定義できない。

②の場合は合理性認識や行為基準を、③の場合は事実の契機可能性に関する想定基準を、それぞれ「共有」できなければならない。④に至っては、将来のことは実際にはわからないので、事前にルールを引き、前に形成した自分が無駄にならないようにしなければならない(経路依存性の事前創造)。これらにおいて、共有したり創造したりした事柄それ自体の価値は二次的な問題である。いかに、持続可能で共通でありうるかどうかかが問題なのである⁷⁾。

個別性の前提としての共通性

今の議論からすれば、教育において形成されるべき望ましい状況は、かなりの程度その共通性に基礎をおいている。個体として絶対的に定義される望ましさは、優劣で序列化できる性格の能力に近接しており、それ以外の望ましさを領域は非常に広いのであるが、こちらは社会的共通性に依存している。

教育における時間の無限性も関連する。N. ルーマンは、教育というプロセスが本来始まりと終わりを持たないために、制度的に開始時点を均質化する—「初期条件」が等しい—条件を創って、そこからの変化によって教育プログラムを評価しなければならないという事情から、機会均等論の機能を説明している(Luhmann 1990)。全社会的教育実践が、それぞれの

時点で共通性を志向することによって、そこを出発点とした人間の変容（その認識、制御）が可能になる（高橋2004）。

さらに、教師が「ひとりひとりに応じて」教育するといっても、その姿勢は臨床家とはおのずから異なるものである。臨床家にとっては、対象者が主体的に人生に立ち向かえる状況を作ることが重要であり、どのように立ち向かっていくかは二次的である。教師にとっては、どう立ち向かうことが望ましいのか、価値秩序は外在的に、ただし複数存在している。個別対処は、その人にとってどのような種類の価値秩序との組み合わせとの結びつきが望ましいのか、との判断という次元に存在するのである。

V 課題構造の整理—議論の深化に向けて

以上、医療・福祉・教育の各領域について、個別性と総資源管理の関連という観点から議論してきた。これらは体系的というより発見的なものであって、必要な論点を網羅するといった性格のものではない。しかし、提起された論点をいくつかの次元から整理することによって、この課題の基本的な関係構造を想定することができると思われる。

Iで掲げた基本命題1.~3.は、本論文の検証の対象ではなくむしろ前提として、各領域課題構造の共通構造と特殊構造を論じるための設定である。したがってこれらを直接論じるよりも、4.すなわち領域別特殊構造の分岐がどのように生じているかの説明を、1.~3.の観点の組み合わせによって展開することで、整理を試みるのが適切であろう。

① 資源の一般性／特殊性

医療の項で論じたように、医療資源は特定可能性がもっとも高く、福祉は相対的に低く、教育はその中間と位置づけられる。それは主として、生活総体から区別された特殊な空間を設定しようとしているかどうか起因する。

医療資源、たとえば医療施設や機器、薬剤などは用途が限定されており、代替可能性はきわめて低い。代替可能性ある資源の場合は、社会サービス目的の資源が不足した場合、生活資源から転用する可能性が生じ、総資源認識があいまいになる傾向がある。

② 空間の特定性／開放性

病院や学校はそれぞれのサービス目的に適合した構成を持っているというだけでなく、「儀式化された」とさえ評されるほどの特殊な様式化が進んでいる。白衣や教壇といった象徴的装置は、「近代」の支配装置としてこれらをとらえる立場からの厳しい視線を受けることもあるが、そのような空間の特定自体が持つ機能は、空間内のできごとの均質化である（個々の施設内ではなく、病院一般や学校一般）。中で起こっていることを共通の意味で（いま「治療中」や「授業中」である認識から生じる特定の意味理解、そこから生じる事実の継起可能性への共通想定）理解できる基盤となる、秩序の形成である。

医師・ソーシャルワーカー・教師の自宅への派遣はどのような意味を持つのか。ソーシャルワーカーの派遣は、生活空間でサービスを受けられること、実態に即して必要を判断することなど、基本的に積極的に捉えられよう。医師もある程度同様だが、資源管理の必要性がより強く認識されているため、派遣が病院にとって代わることは考えにくい。また、治療空間が生活空間と一致することは、福祉ほどは要求されない。教育空間では共通の意味理解がもたらす教育効果が大きく、Vの②~④で表現される共通性（という教育資源）を生産する基盤となるため、学校の機能は基本的には家庭では代替できない。

③ 時間の制限性／非制限性

医療の責任範囲を基本的には「病気が治った」時点で区切ることができるのに対し、福祉や教育の時間には限りがない。後者の場合無限に資源を投入することになりかねない。

学校教育のみをパースペクティブに入れた場合の教育は、卒業（課程修了）によって時間を区切り、その範囲で合理性を計算することができるが、生涯にわたる教育には該当しないし、福祉の対象単位である「生活」には終わりが無いので、どこで区切るかが資源管理の問題となる。

「自立」は、積極的な規定が難しい福祉システムの目標原理として有力候補であるが、現実には、資源投入を制限する原理として用いられる（だからこそ政治的に支持されやすい）側面がある。この場合、健康や成熟のような価値的概念と違って、治療や卒業のような制度的概念として機能することになり、福祉専門職者の職務遂行に困難を生じる。治療や卒業はあくまで

責任範囲の一応の終了であって、目標状態は常にその先にある、と割り切れるため、実践の各单位に求められた成果を、効率的な資源活用で実現することを基準にした管理が可能である。しかし価値的な目標状態と制度的な終了時点が同じであると、誠実な実践者は資源の過剰使用への動機づけが強い一方、誠実さに欠ける、あるいは資源管理志向が強い実践者は法定限度ぎりぎりまでサービス水準を引き下げようとし、両者の格差拡大による不公平はより大きくなる。(Ⅲ 参照)

④ 専門職の権威性の存在、専門職者の内部／外部

伝統的専門職は権威を持って対象者に接する傾向があったが、「基本権を根拠とした社会サービス」として再構成された後は、近代的専門職はもちろん伝統的専門職においても権威性は否定される。人間としては対等であり「支配はいけない」のである。

にもかかわらず、専門職の職務遂行にはある種の権威性は必要である。なぜ、専門職の言うことを、好き嫌いかかわらず傾聴すべきなのか（権威と権力は違うので、従うことを強いられるという意味ではない。しかし、対象者の自己決定に際してある方向性を強く提示する「規範的圧力」があるかどうかという意味である）。方向の共通性がなければ、専門職の実践に対する予測可能性、制御可能性が生じないばかりか、その結果として対象者たちが構成する社会秩序にコミュニケーション可能性は生じないということが重要であろう⁸⁾。

学区制度にかかわる議論で、学区支持→地域の学校づくり、学区廃止→学校自由選択、という議論が、現状への相対立するオルタナティブとして存在する。

両者は、専門職の権威性を、そして規範的方向への「説得」を否定する点において次元を共有している。学区制論では、日常的な地域的共同性の積み重ねによってコンセンサス基盤が形成され、説得の必要なく合意することが想定される。後者は、魅力あるサービスの提供と消費者の自由選択であるから、やはり規範的説得は必要ない。

しかし地域の共同性がよほど高度に組織されない限り、規範の代替になるほどのコンセンサスの基礎は生まれない。そこでは、専門職の諸原則が想定する「自己決定」が重要かどうかとも疑わしい。後者は現在の政府与党によって推進されている方向ではあるが、規範的保障がなくなる不安を「愛国心教育」で補完しよう

とするなど、論理的に一貫しているわけではない。

福祉において自己決定は大原則であるが、社会規範に反するとまではいなくても、規範的想定に反する自己決定は許容されるわけではない。たとえば労働に対する姿勢。責任ある労働を担って社会参加するという生き方は、必ずしも人道そのものというわけではない。また、受け継いだ資産や富裕な援助者がいれば、勤労は生活上必要でもない。しかしだからといって、責任ある労働の姿勢が、自立支援の規範的要求に含まれるべきではないとはいえないであろう。このようなケースが実践の場でそれほど顕在化しないのは、利用者が社会規範を想定して自己規制し、いわば規範的説得を先取りしているからである。

医師の権威は、まず生命という価値の絶対性の上に存在するだろう。さらに、依拠する専門性の「科学性」。実際に医学と医療が、科学的基準から見て他に比してそれほど高度の科学性を持つかどうかは疑わしいが、そのような認識が医療状況における規範的説得を可能にしていることは確実である（インフォームド・コンセントによる自己決定が強調されるにしても、選択の前提としての状況評価や生起確率は医学の権威によって提示される）。

それを象徴的に示すのが、EBMによる決定の社会的共有化である。権威と支配に対する批判は、厳密には専門職者の人格による支配を批判している（祭司は神の権威によって統治するが、信仰の価値を認める者にとってそれ自体は問題にならない。問題視されるのは、神的権威を背景に実は祭司自身が支配することである）。専門職の権威性批判によって、医師そのものと医学的権威の分離が必要となったことが、社会内で共有化された説得根拠の制度化としてのEBMを要求したのだとも考えられよう。

教育においても、教育内容（教育システム内を流れる情報内容）の妥当性と整合性を保障するため、カリキュラムや教師の資質に関する管理制度は高度に用意されている。ここで重要なのは、一般にイメージされるような、臨床家的な事態対応能力が用意されているわけではなく、コミュニケーション上のさまざまな不整合を防ぐために制度が表示する「斉一性」が用意されていることである⁹⁾。医療や教育において、社会のそこかしこにおける対応の共通性が社会的情報処理において保証されていることは、対象者への規範的説得を可能にする社会的資源の源泉となるものであり、個

別主義的实践そのものからはこの種の資源は生じない(外部に別に用意しておく必要がある)。

⑤ 公的領域と私的領域の区分

これは、税金を支出するとか公務員がサービス供給に当たるということと同義ではない。公的領域においては、資源の共同管理が要求されること。総資源管理の合理性を計測するためには、その単位となる時間や空間を限定できること。サービス提供に、社会的に承認された規範的説得が伴うこと(しかし、権威は提供者の外部に客観化されていること)。

医療は、公的責任を背景にした公医療(もちろん、公立病院という意味ではない)以外の医療は、資源配分(保険の適用範囲など)で制限されている。当人が自称しなくても、医療行為を無免許者が行うことはできない。医師の専門性の象徴ともされる「業務独占」は、専門性そのものよりも生命・身体の安全という要求の強さによるものである。

教育や福祉の行為そのものは、免許や資格がなくても、システムの内部に入らなくても行うことができる。教育には公教育という概念が強力に存在し(私立学校であっても、公的責任を担って行われる教育は公教育である)、資源管理の必要な範囲とそれ以外を区別している。福祉において公的領域の区分が明確ではないのは、プライベートでインフォーマルな福祉が、生活のリアリティに対応するものとして望ましいものとされ、また公的資源管理が政府支出の管理と同一視され、それにつきものの画一的管理が個別性重視の原則に反するものとみられているからであろうか。

ただし、前述のように資源使用過多/過少の両極化傾向を内在する構造の上で、いかに社会的公正(均衡概念を内在する)を主張するのかは非常な難題のように思える。もちろん、公医療や公教育の領域であっても、元来内容的な妥当性や支出手続きを主として問題にしてきたこれらの概念を総資源管理の方向に対応させ、個別性の要求と整合しうるようにできるのかどうかは今後の課題である。その場合、専門職の理念と職務上の諸原則も、そこで尊重されるべきとされる個別性の内容規定にも影響が及ぶことは容易に予想されることである。それは必ずしも専門職の理念が実質的に求めている価値の危機とは限らない。実践の個別の自律性を主張することによっては整備できない条件を発見し、制度的文脈の認識の上で改めて課題化するこ

とを可能にする道を開くものでもあると思われる。

註

- 1) 専門職主義は、近年の先進諸国における公的管理改革の政策的動向においては、かなり後退しているというのが一般的評価であろう。専門職主義否定の主要な論拠の一つが資源管理の非合理性である。内容とする価値の否定に基づくならともかく、資源管理を理由に否定されるなら、制度的なマクロ文脈に接続する構成の見直しが必要であろう。
- 2) この問題定式に関する本論文の理論的認識については、Eggertson1990, Hechter 他1990を参照。
- 3) 福祉の世界でもEBP(Evidence based practice)といわれる類似のシステムが存在し、アメリカにおいては訴訟の際に適切性を主張するための重要な根拠として用いられていることは事実である。ただ、この例は社会サービスに対する社会的コントロールが訴訟によってなされるというアメリカに特徴的な文脈を背景としており、本論文のような関心(必ずしも法的にコントロールされない質の向上や公平化)にとってどう位置づけられるべきかは今後の課題である。
- 4) ここでも3)と同様、法的コントロール領域が広い社会的文脈では、両者の幅はそれほど広くならない。ただ、それは一般的状況とは考えられず、日本ではなおさらであろう。
- 5) 政治の現実においては、理論が想定する状況がそのまま実現しているわけではない。第一に、福祉重視、福祉先進地であるということが選挙において持つシンボルとしての重要性(P. ピアソンがいう福祉国家の抵抗性と類似のメカニズム)は否定できない。第二に、(日本の文脈では)地方が合理的行動に出るための選択の自由は著しく制限されている。しかしメカニズムを無視して政策を実施することは、予算規模は減らないものの、内容が著しく偏ることや、浪費に関する批判の高まりが、領域全体に波及するなどの事態を帰結する。
- 6) ソーシャルワーク研究におけるこの種の葛藤の重視にもかかわらず、現実はこの種の状況が一般的かどうかには疑問もある。しかしこれは問題の所在を否定するというより、むしろ本論文で指摘した逆インセンティブ等の論点を示唆するものではないだら

うか。

- 7) 教育における共通性の制度的設定の代表例である「ナショナル・カリキュラム」は今回直接論じなかったが、やはり同様の文脈、共通性そのものが生み出す社会秩序の資源的評価の次元で論じられるべきであろう。なお、日本においては戦後、アメリカの「Course of study」にならって学習指導要領を導入し、その時点では法的拘束力のない、指導行政の基準であった。実践の個別性を前提に、共通性を供給する社会的資源として設定されたとみなすことができる。その後、教育内容に関する政治的価値観の対立などから、政府は指導要領に法的拘束力を持たせ、実践を統制しようとする状況が長期間続いた。ただ近年、いわゆる「規制緩和」潮流（そして政治的対立者の弱体化）の中で、法的拘束力に関する見解は再び転換してきている。
- 8) 形成される目標の範囲内に、集合的社会財を含めるかどうか。この論点は「国民」「コミュニティ」という観点が重視された時代には明瞭に認識されていたが、現代ではかなり希薄になり、臨床的治療モデルが拡大している。ただ、論点そのものの重要性を否定する社会基盤の変化があったとは思われない。
- 9) 情報理論の一般的想定においては、情報の正しさをそれ自体として証明することは困難であり「複数の人々に尋ねたときに大体同じような答えが返ってくる」ことに、原理的には帰結するという。とすると、現実に存在するコミュニケーションの不確実性に対処するため、制度が自ら斉一性を提示することも必要になるだろう。

文献

- 安部雅仁、2003「DRG/PPSの意義と課題」(『季刊社会保障研究』Vol. 39, No3, 322-338頁)
- Eggertsson, T. 1990, *Economic behavior and institution*. Cambridge University Press. (竹下公視訳『制度の経済学』晃洋書房)
- 荻谷剛彦、1991『学校・職業・選抜の社会学 高卒就職の日本的メカニズム』東京大学出版会
- 坂田周一、1996「社会福祉サービスにおける地域格差と公正－課題と方法－」(『季刊社会保障研究』Vol. 32, No. 3 329-339頁)

- 白澤政和、1992『ケースマネージメントの理論と実際』中央法規
- Spasoff, R. A. 1999, *Epidemiologic Methods for Health Policy*. Oxford University Press. (上畑鉄之丞監訳、2003『根拠に基づく健康政策のすすめ方 政策疫学の理論と実際』医学書院)
- 曾原利満、1978「都道府県別にみた生活保護率の地域差について」(『季刊社会保障研究』Vol. 13, No3, 39-67頁)
- 高澤武司、2000『現代福祉システム論 最適化の条件を求めて』有斐閣
- 高橋聡、2004「教育プログラムは人間を変えられるのか」(田中智志、山名淳編者『教育人間論のルーメンー人間は〈教育〉できるのか』勁草書房)
- 武智秀之、2001『福祉行政学』中央大学出版部
- 中井清美、2003『介護保険 地域格差を考える』岩波新書
- 仲村優一、1999『ソーシャルワーク倫理 ハンドブック』中央法規
- Biestek, S. J. 1957, *The Casework Relationship*. Loyola University Press. (尾崎新・福田俊子・原田和幸訳 1996『ケースワークの原則 新訳版』誠信書房)
- 葉養正明、2001「学校とプロフェッショナリズム」(『日本教育行政学会年報27』)
- 畠山弘文、1989『官僚制支配の日常構造 善意による支配とは何か』三一書房
- 久繁哲徳、1998「医療テクノロジー・アセスメントの適用－根拠に立脚した保健医療への転換－」(岩崎榮編『医を測る 医療サービスの品質管理とは何か 厚生科学研究所』)
- 広井良典、1997『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- 広田照幸、2003『教育には何ができないか－教育神話の解体と再生の試み』春秋社
- 福井次矢、1998「Evidence-Based Medicineと決断科学」(岩崎榮編前掲書所収)
- 藤田英典、1996「教育の市場性/非市場性」(『教育学年報5』世織書房)
- Hechter, M., K.D. Opp and R. Wippler, (ed) 1990, *Social Institutions: Their Emergence, Maintenance and Effects*. Aldine de Gruyter.
- 松田晋哉、2003「病院における包括払い制の現状と課題」(『季刊社会保障研究』Vol. 39, No2, 130-143頁)

Lieberman, M. 1956, "*Education as the Profession*" Prentice Hall.

Luhmann, N. 1990, "Die homogenisierung des Anfangs; Zur Ausdifferenzierung der Schulerziehung".
N.Luhmann und K.E.Schorr (hrsg.) *Zwischen Anfang und Ende*, Suhrkamp.