

アメリカにおけるソーシャルワーク個人開業の検証

——プライバタイゼーションと個人責任の観点から——

木 下 武 徳

0 はじめに

(1) 社会福祉におけるプライバタイゼーションと個人責任

日本の社会福祉は社会福祉基礎構造改革と言われる改革の渦中にある。なかでも、そのさきがけであった介護保険法やその後の社会福祉法等の成立により、社会福祉のサービス提供におけるプライバタイゼーションが急速に進められてきている^①。そして、そのプライバタイゼーションの前提として、生活の自己責任原則、すなわち個人責任を社会福祉基礎構造改革の基本的原則として位置付けている^②。このように考えた場合、社会福祉におけるプライバタイゼーションと生活の個人責任というのは、密接な関係にあり、社会福祉の将来を占う上で非常に重要な論点を形成していると思われる。今後の社会福祉政策の展開を見据えるために、このプライバタイゼーションと個人責任の関係を詳細に検討し、その問題点・課題を明確に示していく必要があるだろう。

(2) アメリカにおける社会福祉のプライバタイゼーション

このような日本の社会福祉におけるプライバタイゼーションと個人責任の関係を読み解く際に、この関係性が非常に密接であるアメリカの社会福祉政策を検討することは有益であろう。例えば、低所得者対策として1966年の「個人責任及び就労機会調整法」(the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)、通称「福祉改革法」(Welfare Reform Act)では、社会福祉の提供者として非営利団体はもとより営利企業や全くの宗教団体にまで民間委託を大幅に拡大することとなった。その際、社会福祉のプライバタイゼーションを促進すると同時に、法律名に端的に表れているように、貧困の「個人責任」が明記されたのである。

ここで注目すべきことは、このような社会福祉のプライバタイゼーションが進む中で、当然のことだが、社会福祉の援助のあり方そのものがプライバタイゼーションの影響を受けてきていることである。その代表が、ソーシャルワークの個人開業(Private Practice)であろう。『ソーシャルワーク事典』(Encyclopedia of Social Work, 19th. ed.)によれば、ソーシャルワークの個人開業とは「十分な教育と訓練によって得られたソーシャルワークの知識、価値、技術を用いて、ソーシャルワークサービスを相互に合意した料金でクライアントに自由に提供するプロセス」とされている(Baker, 1995, 1906)。本論文では、このソーシャルワークの個人開業の問題点を検証することによって、社会福祉のプライバタイゼーションと個人責任の関係を紐解く一つの素材を提供したい。

(3) 本論文の課題

私はかつて上記のような問題関心からこのアメリカのソーシャルワークにおける個人開業の歴史的な発展過程について検討したことがある(木下, 二〇〇〇)。また、アメリカのソーシャルワークの個人開業の状況については、すでに福田(一九九五)や Gihelman (1995/1999)の翻訳などによって概要が紹介されている。しかし、その個人開業の持つソ

シヤルワーク全体への影響力を鑑みれば、特にその問題点について詳細な分析が必要であると考えられる。

そこで、本論文ではブライバタイゼーションの中でその個人開業がどのように位置付けられ、援助のあり方がいかに変質させられるのかということを具体的に検証することにした。そのために、以下の順序で個人開業の影響力や問題などについて考察していく。まず、個人開業が増大する要因について、社会福祉政策の変化、ソーシヤルワーカー及びクライエントとそれぞれの要求から検証する。次に、個人開業の実践の問題として、大きな争点となっている四つの問題点、①個人開業の方法はどのようなものか、②個人開業はソーシヤルワーカーのアイデンティティにどのような影響を与えているのか、③個人開業が対象とする人々は誰なのか、④個人開業の収入のあり方がどのように実践に影響しているのか、について検討する。そして、ソーシヤルワークの個人開業においてブライバタイゼーションと個人責任がどのように関係しているのかを考察し、これらを通して最後に、日本の介護保険制度への若干の問題提起を行う。

1 個人開業増大の背景

まず、ソーシヤルワークの個人開業が増大する要因についてである。これは、社会福祉政策の変化、ソーシヤルワーカー及びクライエントのそれぞれの要求として次のように整理できよう。

(1) 社会福祉政策の変化

個人開業が広まる大きな要因となる社会福祉政策の変化については様々な要因が考えられるが、ここでは重要と思われる二つの点だけを指摘しておく。第一に、社会福祉予算の削減である。特に、レーガン大統領以降の社会福祉反動により社会福祉予算は常に削減の対象として目されることになってきた。これが個人開業に結びつくのは、次の二つから

である。一つは、予算削減により、社会福祉関係プログラムが廃止され、ワーカーの労働条件が厳しくなり、解雇された者がつてきたことである (Ketner and Martin, 1996, 29-32)。その受け皿の一つが個人開業だった (Kelley and Alexander, 1985, 257)。もう一つは、政府は予算を削減するため、コストの高い現金給付や現物給付よりも安価な相談やカウンセリング、心理療法などのサービスによって対処しようとしたことである。これは心理療法やカウンセリングを重視する個人開業の追い風になったのである。

第二に、ベンダーシップ (Vendorship) の適用である。ベンダーシップとは民間健康保険やメディケア等の公的健康保険の償還払いを受ける資格のことである。これは社会福祉予算が削減されていくなか、ソーシャルワーカーが収入源を保つ上で非常に重要となった。そのため、特に一九八〇年代に全米ソーシャルワーカー協会 (National Association of Social Workers: NASW) の運動を通して、ソーシャルワーカーにもベンダーシップの適用が広まっていった。これはソーシャルワーカーが個人開業で収入源を確保し、安定的に経営していくために大きな役割を果たしている (Gibelman and Schervish, 1996, 325)。

(2) ソーシャルワーカーからの要求

次に、ソーシャルワーカーからの要求として二つが挙げられる。一つは、よりよい労働条件の追求である。元来、社会福祉機関の賃金などの労働条件は、「チャリティ」や「女性の職業」という歴史的経緯や現業職として昇進の機会があまりなかったことなどにより、あまり水準の高いものではなかった。それを社会福祉予算の削減がいつそう追い込んだのである。一方、良い労働条件を求めて昇進し管理職についてしまえば、クライアントと対面したソーシャルワーク実践が行えない (Brown, 1990, 418)。また、家事・育児との両立を図りたい女性のワーカーには、柔軟に仕事の時間を決めたいという要求もある (Peek and Plokin, 1941, 176)。このようことから賃金がよく、労働時間も自由に設定しやすい

個人開業がソーシャルワーカーにとって魅力的となったのである。

もう一つは、ソーシャルワーク実践で専門的自律性を発揮することである。クライアントの問題に対する処方箋は多種多様なものが考えられる。しかし、社会福祉機関では、その機関の方針があり、それがワーカーの要求するアプローチと一致しないこともある。その場合、ワーカーは社会福祉機関を制約的なものとして感じるだろう。専門性があるということは管理者の指示を得ずとも自律的に決定し、実行するというニュアンスがある。個人開業のソーシャルワーカーとして認められる「臨床ソーシャルワーカー」(Clinical Social Workers)の資格は、原則的に大学院修士課程を卒業した上で、現任訓練と筆記試験をクリアしなければ取ることが出来ない。そのため、専門家として自律的に働きたいソーシャルワーカーにとって、個人開業は自らの専門性＝自律性を証明し、実行することができるのである。

(3) クライアントからの要求

最後に、クライアントからの要求である。個人開業に関して、クライアントの視点から論じられた論稿が非常に少ないなかで、個人開業推進派の論客であった Ezdale は、早くも一九六一年に個人開業がクライアントからも求められている理由を、社会福祉機関の三つの欠陥から明解に説明している (pp. 198-200)。

第一に、社会福祉機関の待機リストが長いことである。そのため、社会福祉機関のサービスを利用しようと思っても利用は困難であるという。第二に、「チャリティ」への不快である。チャリティは①無料のサービスを利用しようとする人のものであり支払い能力のある人には権利がない、②高い料金を支払うことは高い質のサービスを受けると思われているので、無料であれば質が担保できないという。第三に、社会福祉機関の手続きの不適切さである。例えば、①社会福祉機関はありあわせのものでなされたという感じがあること、②他人にチャリティのサービスを受けていると知られたくないこと、③社会福祉機関は低所得者のためにつくられてきたために上中流階層には合わないこと、④クライアント

もワーカーを選べるようにしたいこと、などがあるという。これらの社会福祉機関の欠陥を回避すべく、支払能力のある人は個人開業を訪れようとするのだという。

以上のように個人開業が増大する要因をまとめて整理してみれば、その主軸がソーシャルワーカーの要求の方にあるということができよう。つまり、社会福祉予算の削減によって、ソーシャルワーカーの労働条件はそれまでよりも深刻な打撃を受けたのであるが、それを打開する方法が個人開業であったということである。ソーシャルワーカーは個人開業によって就職の場を確保し、労働条件を良くすることができた。一方で、ベンダーシップのような公式の認定資格を得ることによって専門性を示すことができたのである。個人開業の場合、クライエントは料金を取れる富裕者であることが望ましく、いかに社会福祉機関が富裕者にとって不適切なのかを主張する一方、富裕者にとって個人開業がいかに重要なかを訴えなければならなかったのである。

2 ソーシャルワークの個人開業の方法とアイデンティティ

(1) 個人開業の援助方法

個人開業に関わる議論は一九九〇年前後を一つのピークにその賛否をめぐって大きな論争になっている。この個人開業の争点はまさしくソーシャルワークと個人開業の関係を問う大きなテーマであった。なかでもソーシャルワークの本質に関わる議論となったのは、①個人開業の方法はどのようなものか、②それに伴ってソーシャルワーカーのアイデンティティにどう影響しているのか、③個人開業が対象とする人々は誰なのか、④個人開業の収入のあり方がどのように実践に影響しているのかである。これらについて順に検証してみよう。

まず、個人開業のソーシャルワーカーが実際に何をしているかである。一般に、ソーシャルワーカーというからはソーシャルワークをしていると考えられるが、そうではない。なぜなら、ソーシャルワーカー自身がどのように語っているからである。

早くも Peck and Plotkin は、一九四一年に個人開業をしているソーシャルワーカーはほとんどが心理療法又は精神分析をしていると述べていることを指摘していた (p. 185)。それは近年までもあまり変わりはないようである。すなわち、Strom (1994) も第一次実践を個人開業にしているワーカーの働いている時間の約78%はカウンセリング・心理療法をしていると述べているという (p. 79)。同時に、これはワーカーが依拠している理論的志向にも表れており、個人開業のソーシャルワーカーでは、心理ダイナミク理論・心理分析理論(83%)、認識理論・行動理論(62%)など心理学・心理療法の理論を使用している割合が非常に高いことも指摘されている (pp. 80-81)。

注意を要するのは、この傾向は個人開業のみの傾向ではなく、ソーシャルワーク全体の大きな傾向になってきていることである。ソーシャルワーカーは今や精神科医、心理士と並列に並べられる心理療法のグループの一員と認識され、かつそのグループの中では最も市場規模が大きい (Coleman, 1983; Gelman, 1987, 50)。そのためNASWでさえ「心理療法の専門職団体」と言われているのである (Haynes, 1998, 502-503)。この傾向を促進させているのは、社会福祉全般にわたるプライバイゼーションとソーシャルワークにおいて個人開業を最高位の専門職とする位置付けにあると考えられる。

(2) ソーシャルワーカーのアイデンティティ

ソーシャルワーカーが心理療法を志向するのに関わって、皮肉にもソーシャルワーカーの中で最も専門性の高いとされる個人開業のソーシャルワーカーがソーシャルワーカーのアイデンティティを否定する傾向にある。

一九四一年に *Peck and Potkin* は、個人開業をしているソーシャルワーカーは自らのことを「個人的精神医学的ケースワーカー」と呼ぶ者が半数近くあるものの、「サイコセラピスト」や「非医学セラピスト」などソーシャルワーカー以外の名称を多く用いていたことを明らかにした (p. 133)。この傾向は、個人開業が一九六〇年代に N A S W によって承認された以降でも変わらない。*Wallace* (1982) は、個人開業をしている N A S W 会員の調査によって、アイデンティティが「ソーシャルワーク」であると答えたのは、彼/彼女らの40%しかなかったことを指摘している (p. 295)。また、*Brown* (1990) の調査によれば、個人開業で成功する要因として「『ソーシャルワーカー』としてアイデンティティを持つこと」をワーカーの半数 (50%) が否定している (p. 415)。

これには、二つの理由があると考えられる。一つは、ソーシャルワークの個人開業に参入する人は「ソーシャルワーク」に関心があるからではなく、心理療法を行う個人開業に関心があるからである。つまり、心理療法を行うにしても、ソーシャルワーカーという一定レベル低い資格で個人開業を行うことができるので、ソーシャルワーカーになるのである (*Kanger*, 1989, 566)。もう一つは、後で見るよう、ソーシャルワーカーの専門用語などは、健康保険の償還払いを受ける際に利益にならないからである。

そのようなこともあって、ソーシャルワークの個人開業の擁護者である *Baker* (1991) は、アイデンティティ云々よりも、そもそも「ソーシャルワーカー」という言葉自体を変えようと考えた。なぜなら、「ワーカー」という言葉自体が未熟練のニュアンスを持っており、非専門的な政府職員がボランティアだというイメージがあるからだという (p. 4)。そして、専門家の名称によく使われる語尾 *-ist* に着目して、「ソシアトリスト」(*Socialist*) の名称に変更するように提言したのである (p. 6)。

このように、個人開業をしているソーシャルワーカーの半数以上はソーシャルワークをしているとも考えていないし、ソーシャルワークのアイデンティティも持っていない傾向にあるといえる。

3 個人開業の対象と収入源

(1) 個人開業の対象者は誰か

個人開業のソーシャルワーカーが対応しているクライアントには多くの場合、低所得者は排除されている。例えば、Brown (1990) によれば、69%の個人開業のワーカーは白人のクライアントだけにサービスをしており、83%は黒人にはサービスをしないという (p. 410)。Strom (1994) の調査では、個人開業のクライアントの89%は白人であり、クライアントの職業の半分以上は所得水準の高い専門家及び準専門家であったという (p. 83)。また、クライアントの所得平均は年に三万ドルから三万五〇〇〇ドルであるという (p. 410)。つまり、個人開業のクライアントは白人の中流階層であると言うことができる。

これらのことは、個人開業の特性から容易に理解できることである。第一に、個人開業ではクライアントの支払能力がなければならぬ。若しくは健康保険に加入できることが必要であるからである。これは必然的に、メディケイドなどの福祉受給者でかつ必要と認められない限り、低所得者は無視されることになる。

第二に、アメリカの中流階層の価値観を持ったソーシャルワーカーと異なる価値観を持った低所得者や民族的マイノリティに対して心理療法は非常に困難だからである。なぜなら、大きく異なった文化・価値観を持ったクライアントをソーシャルワーカーは心理的なものまで含めて「受容」することが困難だからである。Jayatne, Davis-Sacks and Chess (1991) の調査では、個人開業のワーカーは社会福祉機関のワーカーよりもワーカーの価値観と近いクライアントを対象にしていることが示されている (pp. 228-229)。この主な理由は、個人開業のワーカーは対応可能なクライアントを選別できるからである (Karger and Stoesz, 1998, 215)。

しかしながら、このような個人開業における低所得者や民族的マイノリティに対する排除はソーシャルワークの使命をないがしろにしたものだ」と批判されている (Speech and Courtney, 1994)。

NASW (1996) で定められたソーシャルワークの第一の使命について、倫理綱領の前文は次のように謳っている。「ソーシャルワーク専門職の第一の使命は、特に、傷つきやすい人、抑圧された人、貧しい人びとのニーズやエンパワメントに着目して、人間の幸福を高め、すべての人びとの基本的ニーズを満たされるように援助することである」(傍線は引用者)。また、次のようにも述べている。「ソーシャルワーカーは、文化的・民族的多様性に敏感であり、差別、抑圧、貧困、その他の形態の社会的不正をなくすよう努力する。」

このような社会的に非常に困難な生活を強いられている人々に着目し、その是正を図っていくというソーシャルワーカーの倫理綱領の宣言とは、ソーシャルワーカーのなかでも特に最も専門性の高いとされる個人開業のソーシャルワーカーは遠い位置にあると考えられる。逆に、個人開業の存在は、豊かな人とそうでない人との「二層化された社会サービス・システム (two tiered social service system)」をもたらすものとして批判されている (Gilbert, 1998, 304)。つまり、個人開業によってソーシャルワークの中に新たな差別構造が作られ、広がっているというのである。⁽⁸⁾

(2) 個人開業の収入源とその影響

個人開業ではサービスの料金や健康保険からの償還払いがその主たる収入源である。例えば Strom (1994) によれば、個人開業の収入に占める健康保険からの償還払いなどの第三者払いの占めている割合は約66%である。クライエントから直接料金を取っているのは約30%である (p. 83)。そして、これら保険収入や料金収入のあり方自体が次のように、ソーシャルワーカーの実践活動に大きな影響を与えている。

第一に、保険の償還払いの問題である。その一つは、保険の償還払いがもたらす不正についてである。Kirk and Kutchins

(1983)の健康保険料収入に関する調査によれば、調査された72%のワーカーはいっそう多くの償還払いを受けるためにクライアントに対する診断をより重度にし、86%は家族の方に問題があるにも関わらず保険料収入のためにクライアント個人の問題として診断していることが明らかにされた(p. 230)。このような償還払いに関わる「故意の診断ミス」は、①クライアントと実践者の関係における専門家の信頼、②専門職倫理にしたがって知識や技術を使用する専門家の責務、③すべての専門職が持っている社会との合意を侵害しているという(p. 235)。

もう一つは、精神保健の分野でソーシャルワーカーが営業するために、ソーシャルワークの用語を使わないようインセンティブが働いていることである。すなわち、健康保険の償還払いを受けるのに、「支持的なソーシャル・ケースワーク」のような用語は理解されないし、保険の適用範囲に入らない。記入すべき用語は『個人心理療法』、『共同心理療法』、『家族心理療法』である。なぜなら、保険の適用は、保健関連用語を使用する保健関連ビジネスなのだから(Leech, 1984, 71)。このことは、ソーシャルワーカーがソーシャルワークの言葉で考え判断するのではなく、保健の言葉で、保健(若しくは心理療法)のように考えていく大きな要因になっていると考えられる。また、これは先述のソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを失う原因の一つにもなっていると見えよう。

第二に、クライアントから直接料金を取る場合の問題である。一つは、個人開業ではクライアントが治療を止めたり、料金を払えなかったり、面接を減らしたり、キャンセルがあると、それはそのままワーカーの収入の減少になる。そのため、ワーカーはクライアントの利益とワーカー自身の収入への要求とのバランスをとらなければならない。それにもかかわらず、途中で支払いが不可能になったクライアントに何らかの形でワーカーは対処しなければならない(Wolfson, 1999, 270)。その場合、コストシェアリング(費用分担)が有効な社会福祉機関ではある程度融通が利くが、個人開業では非常に困難である。

もう一つは、心理療法における利用者からの料金の徴収自体が心理療法の実践に影響を与えることである。Schulz

(186) は言う。「お金は心理療法における最も無視されてきた論題である。しかし、心理療法への支払いはクライエントと心理療法家の関係の重要な部分であり、治療から分離することはできない」(p. 3)。例えば、より高い料金を払うサービスを受けることはクライエントにより専門的なサービスを受けると感じさせるし、料金設定の交渉においてクライエントのお金に対する価値や心理療法に対する期待を尋ねることになる (pp. 21-3)。しかしながら、このような場合、貧しいクライエントが高額の料金の支払いを躊躇することで、ワーカーはそのクライエントには自己変革の意欲や主体性がない等の否定的な評価・診断をする可能性があり、またクライエントの心理療法の期待も低くならざるを得ないだろう。そうすると、ソーシャルワークの個人開業は低所得者には不利に働きかねない。

このように個人開業で営業していくために、ソーシャルワーカーはクライエントの抱えている問題をそのクライエント個人の問題とすることで保険収入を得ている。また、保険収入のために、ソーシャルワークの言葉を使わないようにしているのである。そして、クライエントが料金を払うということ自体から心理療法は始まっており、そのことは低所得者にとって大きな壁となるといえよう。

さて、以上の点を簡単にまとめると以下のような問題点が指摘できよう。第一に、個人開業を行うソーシャルワーカーは大半はソーシャルワークではなく、心理療法を行っている。そのために、ソーシャルワーカーはソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを失っていること。第二に、個人開業の対象としては、低所得者や民族的マイノリティが被っている社会問題には目が行かず、所得階層で言えば中流階層の白人に焦点が当たっていること。第三に、個人開業が保険収入や料金収入のために、援助実践が金銭がらみの実践になることと低所得者には不利に働く懸念があること、である。

4 ソーシャルワークの個人開業とプライバタイゼーション、個人責任

(1) プライバタイゼーションと個人責任

ソーシャルワークの個人開業は上で見てきたように、ソーシャルワークのあり方を考えるに当って非常に大きな問題をはらんだものであると考えられる。ここでは、その問題を社会福祉のプライバタイゼーションと個人責任の点から整理しなおし、指摘しておきたい。

まず、プライバタイゼーションについてである。ソーシャルワークの個人開業の展開は、日本の介護保険の展開とよく似ている。つまり、一九八〇年代以降のレーガン政権による社会福祉予算の削減、すなわち社会福祉プログラムの社会福祉機関への委託費が削減されるにあたって、収入源の代替として健康保険からの保険収入を得るという図式である。この図式は社会福祉の市場に民間営利事業者を参入させる最も簡便な方法の一つなのである。アメリカの場合、ソーシャルワーカーも個人の民間営利事業者としてその市場に参入していったのである。すなわち、ソーシャルワークの個人開業は社会福祉のプライバタイゼーションの流れに位置付けられる。

今日の社会福祉のプライバタイゼーションの議論は、もっぱら社会福祉予算の削減に焦点が集っている。そのため、ソーシャルワークの個人開業で見られるように、社会福祉Ⅱソーシャルワークの対象は料金を払える又は健康保険に加入している中流階層のクライエントに偏ることになる。これは、社会福祉Ⅱソーシャルワーク内部におけるクライエントの選別化を促進している。つまり、富裕者は個人開業、低所得者は社会福祉機関というように、階層分化Ⅱ差別化されるのである。

第二に、個人責任についてである。このプライバタイゼーションを推進する個人開業には、社会福祉の個人責任が大

大きく関わってくる。その理由は次の二つである。一つは、社会福祉においてクライアントが料金（保険料を含む）を負担することを正当化するためには、クライアントの問題が社会的に作り出されたものであったり、国民や住民の基本的権利としたりして理解されてはならない。つまり、料金を負担するということは、その問題についての個人の責任性が前提とされなければならないと考えられるからである。

もう一つは、個人開業が中流階層を対象とした場合、彼／彼女らの問題は貧困などの伝統的な生活問題とは見なされず、ソーシャルワーカーは個人に、より正確には個人の内面（心理）に問題を設定することになる。このことは個人の責任性を追求する根拠となっていると考えられる。この場合ワーカーは心理的な支援（＝心理療法）によって対処していくことになるだろう。このような援助方法のあり方は結局ソーシャルワークの調査方法にも影響を与え（Kagle & Coar, 1984）、貧困層までもこの流れの中に飲み込まれ、貧困問題を解決するために心理療法が適用されるのである（Specht. & Courtney, 1994, 50-59）。また、これは保険システムからもそのようになされることがあることは先述のとおりである。

(2) 個人開業とソーシャルワーク

このように、ソーシャルワークの個人開業に社会福祉のプライベートジョンと個人責任が結びつく一つの論拠が存在することが分かるであろう。いわば、ソーシャルワークの個人開業（Private Practice：プライベート・プラクティス）は、民間営利（プライベート）により、個人的（プライベート）なものとして対処する。つまり、あくまでも「プライベート」に対処することに徹しているのである。社会問題はほとんど個々人の問題を通して現われる。現実には、社会問題を背負っているのは一人一人の個人である。そこで、個人開業は「個人的」（プライベート）に現われたその問題を徹底して個人的に扱うことになるのである。

それに対して、グループワーク研究で著名な Schwartz (1969/1978) は、暗に個人開業を批判して、ソーシャルワークにとつて何が大切かを、社会学者ライト・ミルズを引用しつつ次のように述べている。すなわち、「絶えず個人的問題を社会的問題へ、そして社会的問題をそれが個人にどのような人間的な意味をもっているかという観点へ移し変えていくようにすること」である。そして、個人開業に対置される社会福祉機関は、「個人的な問題を社会的な問題へ転換させていくための活舞台 (arena) である。事実、機関は、社会に対して、また、社会を構成する人々に対して特別に重大な影響を与えるサービスを提供しようとして始まっている。そして、それぞれのシステムは個人と社会が出合う特別な場合 (case) なのがある」と主張している (p. 255)。

社会福祉機関について詳述する余裕はないが、このように個人的な問題を社会的な問題に転換させていくことは、ソーシャルワークが「ソーシャル」である大きな意義であり、役割であると考えられる。つまり、ソーシャルワークは個人的な問題の社会的な意味を問い、その問題を社会的に構築 (ソーシャライズ) していく。そうすることによって、個人の抱える問題を個人責任から社会責任へと展開していくのである。ソーシャルワークは個人開業 (プライベート・プラクティス) ではなく、「ソーシャル」な実践 (ソーシヤル・プラクティス!) として実践していく。「ソーシャル」な仕事ではないだろうか。これとは相反するソーシャルワークの個人開業が「ソーシャルワーク」となりえていない基本的な原因がここにあると考えられるのである。

5 おわりに

これまでソーシャルワークの個人開業を分析するなかで述べてきたように、今日における社会福祉のプライバタイゼーションはその生活困難に対する個人責任を前提とするものになってきており、その関係は密接になってきていると考

えられる。最初に述べたように、日本でも社会福祉におけるプライバイゼーションと個人責任の関係は非常に近接してきているようである。ここでは、必ずしもアメリカのソーシャルワークの個人開業と一致するわけではないが、介護保険におけるケアマネージメントを例にとつてその関係性を若干指摘して締めくくりにしたい。¹⁰⁾

介護保険制度はこれまでの高齢者福祉における措置制度を廃止し、社会福祉の分野に民間営利事業者を大々的に参入させ、同時に既存の社会福祉法人に民間営利事業者のように事業を行わせるようにさせて、社会福祉のプライバイゼーションを押し進めてきている。その中で、ソーシャルワークのあらたな援助技術として注目されたケアマネージメントも、民間事業者のケアマネージャーが介護サービス利用者の顧客確保のための営業員と化して、いわゆる「困い込み」を行い、また仕事の多忙さゆえにケアマネージメントそのものが利用者本位に行えないということにより、矮小化されることも起こっている。¹¹⁾ また、サービスの利用に関して一割負担がサービス利用者に求められるため、必要に応じてではなく、高齢者がその負担ができる額に応じてケアプランを作成しなければならなくなっている。その負担が困難な分、高齢者はサービスが使えない。結局、サービスが利用できなかつた分については自己責任として、高齢者自身や家族がそれだけの負担を被ることになるのである。このように、社会福祉政策がプライバイゼーションすることによつて、ソーシャルワークの援助方法自体のプライバイゼーションが生じ、予定されていた利用者主体の援助方法が成り立たなくなっているのである。

アメリカのソーシャルワークの個人開業同様、日本においても社会福祉のプライバイゼーションと個人責任を追及する動きは大きな躍進を見せている。これらの躍進は社会福祉の内部でも推進されていることが重要な意味を持つ。そして、このプライバイゼーションと個人責任によつて、社会福祉のなかで社会福祉の否定につながっていくのではなく、いかという大きな懸念がある。このプライバイゼーションと個人責任の時代に、社会福祉がどのように変化していくのか、その中で社会福祉の援助そのものがどのように変質していくのか、今後いつその考察が望まれる。

注

- (1) 本論文における「プライベートイゼーション」には、民営化及びそれに伴う営利化を含蓄する。
- (2) 中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」（一九九七年）における社会福祉の理念の説明を参照。
- (3) Galper (1975/1980: 90) を参照のこと。
- (4) 一九六〇年初期でも社会福祉機関のインテーク(受付)に何週間も待たなければならず、時には六ヶ月から一年も待たされたという。
- (5) ソーシャルワークの個人開業については、様々なところで論争が繰り広げられた。例えば、*Journal of Social Work Education* (1991, vol. 27, no. 2), *Social Service Review* (1992, vol. 66, no. 1), Gambrell & Pruger (1992) など(を参照のこと)はこれらの論争を参考にしてまとめている。
- (6) 一九八五年で、精神保健に従事する精神科医は三万八〇〇〇人、臨床心理士は三万三〇〇〇人、ソーシャルワーカーは六万人となっている。その主な理由は他と比べて資格要件が甘く、かつサービス料金設定が低いことにあると考えられる。
- (7) 「ソシアトリスト」という言葉から、社会性が重要視されていると捉えられるかもしれないが、彼の言う「社会」(social) というのは二人以上人間がいれば社会は成立するという人間関係的な「社会」に着目している点で、心理療法と非常に親和性が強い(Barker, 1991, 3)。
- (8) もちろん、現に所得格差の大きいアメリカにおいて、社会福祉の普遍化の流れのなかで、中流階層に対する福祉サービスの提供も無視できない。しかし、このような傾向のなかで、特に社会福祉に従事する専門家が低所得者や民族的マイノリティを軽視することは大きな問題であると考えられる。
- (9) 加えて、倫理綱領にある「ソーシャルワーカーは不正や詐欺、ごまかしに加わったり、見逃したり、または関与すべきではない」という規定をも侵害している(NASW, 1996)。
- (10) ここでは、主に伊藤(二〇〇〇)を参照のこと。
- (11) 例えば、朝日新聞(二〇〇一年四月一日)を参照のこと。

参考文献

伊藤周平(二〇〇〇)『検証 介護保険』青木書店。

アメリカにおけるソーシャルワーク個人開業の検証

木下武徳(二〇〇〇)「アメリカにおけるソーシャルワークの個人開業の発展」『同志社大学大学院 社会福祉学論集』第14号、一
一五頁。

副田あけみ(一九九五)「ソーシャルワーカーによるプライベート・プラクティスの実態、論点、意義」『日本社会福祉実践理論学
会研究紀要』第3号、三五―四六頁。

Barker, R. L. (1991) "Renaming Our Profession", *Journal of Independent Social Work*, vol. 5, no. 2, pp. 1-6.

Barker, R. L. (1995) "Private Practice", *Encyclopedia of Social Work* (19th-ed), National Association of Social Workers, pp. 1905-1910.

Brown, P. (1990) "Social Workers in Private Practice: What are They Really Doing?", *Clinical Social Work Journal*, vol. 18, no. 4, pp. 407
-421.

Fitzdale, R. (1961) "The Rising Demands for Private Casework Services", in *The Social Welfare Forum*, National Conference on Social Wel-
fare, pp. 194-204.

Galper, J. H. (1975) *The Politics of Social Services*, Prentice-Hall, Inc. (古田・井岡・宮田訳(1980)『変革の社会福祉』ニネルヴァ書
房)

Gambrill, E. & Pruger, R. (ed.) (1992) *Controversial Issues in Social Work*, Allyn and Bacon.

Gelman, D. (1987) "Growing Pains for the Shrink's", *Newsweek*, December 14, pp. 48-50.

Gibelman, M. (1995) *What Social Workers Do*, National Association of Social Workers (中津敏子訳(1999)『ソーシャルワーカーの
役割と機能』相川書房)

Gibelman, M. and Schervish, P. H. (1996) "The Private Practice of Social Work", *Clinical Social Work Journal*, vol. 24, no. 3, pp. 323-338.
Gilbert, N. (1998) "Privatization and Professionalization" in Frösser, G. and Otto, H., *Towards More Democracy in Social Services*, Walter de
Gruyter, pp. 295-305.

Goleman, D. (1985) "Social Workers Vault into Leading Role in Psychotherapy", *The New York Times*, 30, April.

Haynes, K. S. (1998) "The One Hundred-Year Debate: Social Work Reform versus Individual Treatment", *Social Work*, vol. 43, no. 6, pp.
501-509.

Jayarathne, S., Davis-Sacks, M. L. and Chess, W. A. (1991) "Private Practice May Be Good for Your Health and Well-being", *Social Work*,
vol. 36, no. 3, pp. 224-229.

Kagle, J. D. & Cowger, C. D. (1984) "Blaming the Client: Implicit Agenda in Practice Research?" *Social Work*, vol. 29, no. 4, pp. 347-

- Karger, H. J. (1989) "Private Practice", *Social Work*, vol. 34, no. 6, pp. 566-567.
- Karger, H. J. and Stoesz, D. (1998) *American Social Welfare Policy*. Longman, 3rd ed.
- Ketner, P. M. and Martin, L. L. (1996) "The Impact of Declining Resources and Purchase of Service Contracting on Private, Nonprofit Agencies" *Administration in Social Work*, vol. 20, no. 3, pp. 21-38
- Kelley, P. and Alexander, P. (1985) "Part-Time Private Practice: Practical and Ethical Considerations" *Social Work*, vol. 30, no. 3, pp. 254-258
- Kirk, S. A. and Kutichins, H. (1988) "Deliberate Misdiagnosis in Mental Health Practice", *Social Service Review*, vol. 62, no. 2, pp. 225-237.
- Lechtyr, R. J. (1984) "Clinical Social Work Psychotherapy and Insurance Coverage", *Clinical Social Work Journal*, vol. 12, no. 1, pp. 69-77.
- National Association of Social Workers (1996) *NASW Code of Ethics*.
- Peek, J. and Plotkin, C. (1941) "Social Caseworkers in Private Practice", *Smith College Studies in Social Work*, vol. XXI, no. 3, pp. 165-197.
- Schultz, K. (1988) "Money as an Issue in Therapy", *Journal of Independent Social Work*, vol. 3, no. 1, pp. 7-21.
- Schwartz, W. (1969) "Private Troubles and Public Issues" (小松源助訳「個人的な問題と社会的な問題」小松源助監訳 (1978) 『現代アメリカの社会福祉論』ワネルヴァ書房)。
- Specht, H. & Courtney, M. E. (1994) *Unfaithful Angles*, The Free Press.
- Strom, K. (1994) "Social Workers in Private Practice: An Update", *Clinical Social Work Journal*, vol. 22, no. 1, pp. 73-89.
- Wallace, M. E. (1982) "Private Practice", *Social Work*, vol. 27, no. 3, pp. 262-267.
- Wolfson, E. R. (1999) "The Fee in Social Work", *Social Work*, vol. 44, no. 3, pp. 269-273.

付記

本稿は本学大学院研究科井岡勉教授のご指導により執筆し、ご校閲を受けて作成したものであり、ここに感謝いたします。

〔木下武徳は文学研究科福祉学専攻博士課程（後期課程）在学中〕

アメリカにおけるソーシャルワーク個人開業の検証