

米国および英国の障害モデル

寺島 彰*

A Discussion about Disability Models in the US and the UK

Akira TERASHIMA*

Disability models are defined as human-made tools for understanding disabilities and accepted guidelines for action. One way in which to conceptualize disability concerns the different models for disability that can be implemented. Today there are a variety of disability models which criticize with medical models, especially in the UK and USA where disability studies are numerous. This article introduces widely recognized disability models and discusses the way to choose it.

キーワード : disability, disability model, medical model, social model

はじめに

Smart, J. [1]は、障害モデルとは、障害を理解するための道具であり、行動のためのガイドラインであり、障害を概念化するためには、実行可能なモデルに関心を持つことが必要であると述べている。今日、障害関係分野においては、障害モデルが話題になることが増えている（注1）。特に、障害研究の盛んな英国及び米国においては、いろいろなモデルが提示され、医学モデルが批判されている。わが国においても、障害者福祉関係の教科書において医学モデルの問題点が指摘されている（注2）。そして、医学モデルに代わるものとして、社会モデル、環境モデル、少数派モデル、市民権モデル、機能モデル等いろいろなモデルが主張されている。しかし、これらのモデルの違いについて、十分に研究されていない。そこで、本研究では、英国と米国の代表的な障害モデルについて整理するとともに、今後、我々がモデルを選択する際の考え方について検討する。

1. 英国の障害モデル

(1) 個人モデルー社会モデル

Swain[2]によれば、Oliverは、英国の障害学の学者であり政治活動家として英国の障害者運動で指導的

役割を果たしてきた。Oliver[3]自身の弁では、頸髄損傷者としての収容施設での経験をもとに、A983年に、「Social Work with Disabled People」により医学モデル（Medical Model）と社会モデル（Social Model）の二分法で障害モデルを概念化したという。以来、彼は、医学モデルを批判し、社会モデルを進展させるために努力してきたが、医学モデルという用語は、本来、このモデルが、障害の心理的・医学的両側面を含んでいたにもかかわらず、医療対象化が1つの重要な構成要素となっていることからそのように呼んだが、内容を十分に表現できないため、現在は、個人モデル（Individual Model）と呼ぶようになったという。

①個人モデル

Oliver[4]によれば、個人モデルは、障害「問題」は、個人に原因があり、障害から発生すると仮定される機能的制限または心理的な損失から生じるとみるモデルである。このモデルの基礎には、「障害は、個人の身に無作為に降りかかるごくまれな不幸な出来事である」と考える「障害の個人の悲劇理論（Tragedy theory）」が根拠となっている。すなわち、障害を悲劇とみなすならば、障害者は、まるで悲劇の出来事と状況の犠牲者であるように取り扱われる。これは、

* 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部社会適応システム開発室

* Social Adaptation System Division, Department of Welfare of Physically Disabled Persons, Research Institute, National Rehabilitation Center for the Disabled.

医学では、事故による怪我を治療することであり、心理学においては、障害受容をショック、否認、怒り、失意の時期という障害受容ステージ理論でとらえることであるとされる。

②社会モデル

Oliver[5]によれば、社会モデルは、個人モデルを否定することにより発生し発展してきたものである。すなわち、障害問題の原因は、どんなものにせよ個人的制限などではなく、社会が適切なサービスを提供し、適切に障害者のニーズを社会が十分考慮することができなかつたことが原因であるとする。例えば、個人的偏見、制度上の差別、アクセスできない公共建物・公共輸送機関、分離教育、障害者に対する配慮のない職場環境等である。Oliver[6]は、これを社会的圧迫と定義して、障害者は個人的な犠牲者ではなく、むしろ管理されない社会の犠牲者としてみなした。この2つのモデルの比較をしたものが表1である。

Oliver[7]自身が述べているように、彼のこのモデルは、修正されて、障害者を社会的に圧迫されたグループとみる抑圧モデル (Oppression Model) が、障害者インターナショナル (DPI: Disabled People International) によって採用されて世界的に広がった。

また、Oliver[8]らは、ソーシャルワークの実践理論としてそれを活用し、講座を開講している。

(2) 医学モデル — 個人の悲劇モデル — 社会モデル

上述のようにOliver自身は、医学モデルという用語を現在使用していないが、英国の障害者運動においては、そのまま、医学モデルとよばれていることが多い。例えば、Drake[9]は、医学モデルと個人の悲劇モデルは同義として捉えており、それらは、社会モデルに対峙するもので、宗教的信念と医学がもたらした幅広い科学的な背景によって強化されているとする。すなわち、世界の主な宗教は、障害を、ある「健全な」基準からの逸脱であると考え、分離、リハビリテーション、治療という医学的処遇が適切な対応であるという考えを強化しており、多くの先進国と宗教の発展した社会では、このモデルが、一般的に使われているという。そして、これらの医学／個人の悲劇モデルと社会モデルのどちらの定義が、その社会において正しいと断定されるかは、どちらの敵対者の力が強いにかかわっているとすて、障害者運動論を展開している。

(3) 社会的死モデル — 社会的バリアモデル

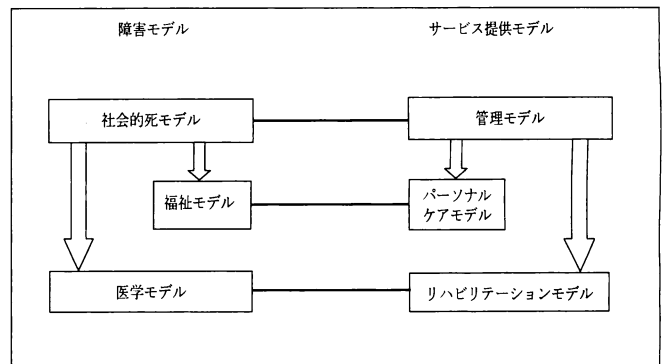
Oliverとともに社会モデルを構築したVic Finkelstein[10]は、現代社会で社会モデルが十分に障害者の社

会的立場を説明していないとして、社会モデルを改良して、「社会的死モデル (Social Death)」と「社会的なバリアモデル (Social barrier Model)」という社会モデルを提案した。

①社会的死モデル

このモデルは、従来の障害のとらえかたを示しており、障害を受けることは、実質的な「社会的死 (Social Death)」であると考えられるもので、医学的な「治療」を行わない限り、障害者は、本質的には社会的に死んでいて、コミュニティや施設での「ケア」に永久に依存することになる。「社会的死モデル」は、その中に医学モデルと福祉モデルを包含する。また、サービス提供モデルとしての管理モデルを提供する。また、医学モデルは、リハビリテーション介入のためにフレームワークを用意し、福祉モデルは個人のケア・サービスを導く (図1参照)。この管理モデルは、公的機関、ボランティア団体等により提供されているすべて形式の障害者支援サービスを支配しているとする。

図1 社会的死モデル

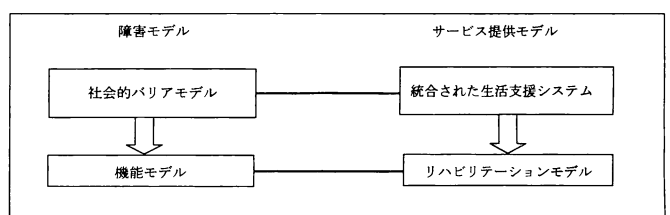


Finkelstein, V. (1993) 'Disability: a social challenge or an administrative responsibility' から作成

②社会的バリアモデル

このモデルは、今後、障害者が、障害の新しい社会の理論を作り上げる必要がある将来の支援サービスの発展のためのガイドとなるべきモデルで、物理的・心理的バリア除去に焦点を当てている。このモデルは、

図2 社会的バリアモデル



Finkelstein, V. (1993) 'Disability: a social challenge or an administrative responsibility' から作成。

サービスモデルとして「統合された生活支援制度モデル」につながる。また、その下に、医学的「機能モデル」があり、それに付随する「リハビリテーション・モデル」が「統合された生活支援制度モデル」の下に包含されている。その関係は、図2のようになる。

彼は、このモデルに基づき、障害者サービスを次のように提案する。

- ・障害に関連したサービスのための基本は、健康と福祉から環境を基本としたサービスに移行しなければならない。
- ・障害に関連したサービスは、それがもはやサービス優先ではなく、障害者が明白な権利を有する資源として再構築されなければならない。
- ・障害に関連したサービスは、医学・教育・住宅・輸送サービス等障害者が利用するすべてのサービスの指針を統合された生活支援制度（CILs）を中心として提供するように再編成されなければならない。
- ・全てのサービス・プロバイダの教育・訓練は、適切な介入モデルを決定するためのより適合する基準ができるように方向を変えなければならない。（特に、医学リハビリテーション・アプローチに関して）そして、地域に密着したサービス・プロバイダによる教育・訓練は、分析的・組織的技術において、機能評価をあまり強調せずに、バリア識別と除去に集中するように改善されなければならない。
- ・市民権法は、自分の家に住む障害者が地域支援を受けられるように地域の発展を導く枠組みを提供し、就業における機会均等と医療、住宅、余暇、環境と情報へのアクセスを確実にするために施行されなければならない。

2. 米国の障害モデル

(1) 医学モデル－環境モデル－機能モデル

Smart[11]は、障害を概念化する基本モデルとして(1)医学モデル、(2)環境モデル(3)機能モデルの3つがあるとする。

①医学モデル

医学モデルは、3つのモデルの中で最も長い歴史を持っており、客観的で、明確な、標準化された方法を採用し、医者等の専門家による診断、治療が行われている。このモデルは、個人の解剖学と生理学に焦点を当てており、「普通」と「病気」という2つの軸があり、単純にどんな病理学的な欠損もない場合に普通と診断される。

その欠点の1つは、今日、慢性疾患のように、急性ではないが治らない状態について十分概念化できてい

ないことと、機能している個人としての患者の役割とその環境的需要を無視することである。医学モデルの関心は、すべての努力を、個人を「治療」することに集中し、社会が障害をつくることや障害に対する社会の反応についての認識がほとんどないことである。また、情報が少なく限られた治療の選択肢しか与えられない従順な受身の受給者に対して、専門家がサービスを提供するものと受け取られており、その結果、父親的温情主義の問題がある。

②環境モデル

環境モデルは、個人をとりまく身体的・社会的環境が障害を引き起こし、拡大させるとする。例えば、駅にエレベーターがないために、車椅子使用者は移動障害者になるという捉え方である。また、社会・文化的な環境も障害に影響する。例えば、学習障害は、文字を使用するようになる前の社会においては障害とはならなかったと考えられる。また、障害者差別禁止法により障害者に市民権が適用されることで、障害の意味が変わるということも社会・文化的環境の変化とされる。

偏見、区別、不名誉も、障害に固有なものではなく、むしろ環境の一部であるとされる。例えば、精神障害者が、薬物投与によりその障害者が十分管理されているにもかかわらず、必要以上に、社会の偏見、区別、不名誉にさらされるというようなことも社会的環境ととらえる。

③機能モデル

機能モデルは、個人の機能が障害にかかわることを理論化したものである。例えば、同じ移動障害があっても、外回りの仕事をしている営業職のほうが、デスクワークをしている事務職よりも大きな影響をうけるだろう。また、大部分の人にとって、指を一本失うことは、障害とはみなされないが、コンサート・ピアニストであった人にとって、指の切断は人生を左右する障害となる。このように、同じ障害種別・程度の2人の人がいたとしても、個人の機能と環境により、非常に異なる障害経験を持つことになる。つまり、障害の定義も異なるのである。

このモデルでは、個人の機能に着目してそれを高めることで社会的な不利を招かないようにしようとする。そのために、支援工学の活用とその活用能力と密接に関連している。例えば、下肢機能障害があっても、車椅子を使って大学教授となっている人や、音声合成装置付コンピューターを使って仕事をこなしている視覚障害者も多い。

現状では、機能モデルにおける機能とは、職業活動

と日常生活活動（ADL）における機能を意味しており、また、障害者の稼働能力に特に関心をもっているために、障害権利運動にかかわっている人々は、障害の機能モデルは、経済モデルとみなしている。

これらの3つのモデルの特徴をまとめると次のようになる。

医学モデルでは、治療により個人を変えることに関心がある。

環境モデルは、個人の物理的・社会的環境を変えようとする。

機能モデルは、個人の機能を適応させることを目的としている。

それぞれのモデルには、それぞれの目的があり、これらのモデルを比較し組合せることで、障害経験をより正確に詳細に理解できる。これらの障害モデルが、どのようにお互いに関連があるか理解することで、障害経験を理解するために役立ち、さらに行動のガイドラインを提供する。米国の社会保障制度は、医学モデルに基礎をおいており、アメリカ障害者法（ADA:Americans with disabilities Act）は、機能モデルと環境モデルに由来しているとする。

（2）道徳モデルー医学モデルー社会/少数派モデル

Mackelprang R.W.とSalsgiver R.O.[12]は、歴史的に、障害を概念化するモデルとして道徳モデル(Moral Model)、医学モデル (Medical Model)、社会/少数派モデル (Social/Minority Model) の3つのモデルがあるとし、合衆国では、現在も、後の2つのモデルが、障害についての社会の見方を支配しているとする。Mackelprang R.W.は、西ワシントン大学ソーシャルワーク・ヒューマンサービス学部の助教授であり、Salsgiver R. O.は、カルフォルニア州立大学のソーシャルワーク教育学部の教授である。

①道徳モデル

最も古いモデルで、障害を道徳的なあやまちや罪に起因する欠陥ととらえる。そのために障害者は恥とされ、個人だけでなく、家族までも障害を引き起こしたことによる非難を浴びることがある。このモデルは障害の古い見方であるが、まだ、一部現存していて、言語・文化・イデオロギーに影響を与えているという。例えば、アルコール中毒や薬物乱用者を飲みすぎ等による「罪」だと見るような態度のなかに存在し続けているという。

②医学モデル

医学モデルは、道徳モデルから、道徳や罪を取り去り、より恩情主義的な見方と取り替えた。障害は、身

体システムの欠点または失敗であって、本質的に異常や病的である。そのために障害は、個人に存在する医学的問題とみなされる。介入のゴールは、治療、身体的な状態の改善、リハビリテーションである。医学モデルの主な貢献は、障害を魂の障害とする見方を否認したことである。さらに、医学モデルは、医学と技術の劇的な進歩をもたらし、障害者の生活を改善した。米国では、現在もこのモデルが優勢であるとする。

③社会/少数派モデル

少数派モデルまたは、社会モデルとも呼ばれ、障害者を障害のない人々が支配的な社会における少数派グループとみなす。それは、人種や女性に非常によく似た社会構造として障害をみている。有色人種や女性等のあらゆる少数派集団にとって、大きな障害は、偏見と差別、社会的孤立、不平等な取扱い、経済的依存、高い失業率と不完全雇用、住宅の悪さ、施設入所率の高さであり、障害者も、そのひとつに該当するというものである。このことから、障害問題は障害者個人にあるのではなく、障害者が適応できない環境と、障害のない人々の否定的態度の中に存在するとする。障害による制限は、障害の生来の特徴よりむしろ障害の社会における定義によりもたらされるとする。このモデルは、「1973年リハビリテーション法」やADAの差別禁止規定に強く影響しているとされる。

Berkowitz[13]によれば、自立生活運動は、障害者が市民権を得るための政治的なプロセスの基礎として障害を概念化する社会/少数派モデルを使用したとされる。また、Olkin R.[14]は、米国カルフォルニア心理学専門家学校 (California School of Professional Psychology) の教授で、彼女もこのモデルを活用して、心理治療の方法をマニュアル化している。

（3）医学リハビリテーションモデルー市民権モデル

Johnsons, W.G.(1997) [15]は、アリゾナ州立大学医療管理政策学部と経済学部の経済学教授であり、障害者に対する労働市場差別の分析等経済学的な研究を実施している。彼は、医学リハビリテーションモデルと市民権モデルとを分類した。

①医学リハビリテーションモデル

このモデルでは、医学的な介入により、健康と機能を回復させようとし、もし、完全な回復ができず損傷が永続した場合には、その制限を補うための個人の能力を高めるために職業リハビリテーションサービスを提供するというものである。

このモデルは、切断のような、若くして戦争で負傷したような健康な障害者に対してはよく合致するが、

疾病構造の変化により、外傷性の怪我に代わって、慢性病患者、退行性疾患、精神障害が問題となっている状況においては、あまり役にたたなくなるとする。すなわち、治療とリハビリテーションサービスに加えて、社会経済的な状況も治療の結果に影響するからである。

②市民権モデル

彼は、障害の市民権モデルは、アフリカ系アメリカ人や他の少数民族の経験と、障害者の経験を同一視するものであるとし、分離・区別された学校教育、高い失業率、高い福祉依存率、住宅と輸送機関の利用におけるバリア等に類似点があるとする。しかし、類似性については、身体的又は精神的制限の影響を考慮しなければ十分ではないとし、その結果、市民権モデルには、2種類のものがあるとする。

その1つは、身体的・精神的な損傷が生産性を制限することがあることを認めるが、損傷のある人が、雇用に際して評価されなければならないのは、彼らの生産性であって損傷の存在でないと考えるものである。たとえば、福祉機器などを使えば高い生産性を発揮できる障害者がいれば、その生産性を発揮できるような便宜を受ける権利を有するという考え方である。

この考え方は、ADAの理念にも反映されており、業務を遂行することができない障害者に働く権利を与えているわけではないが、雇主に仕事の要件を修正したり、生産性において障害に関連する制限を補うための職場環境を要求することによって、生産性の等しい労働者には、等しい機会を提供するという「均等の概念」を超越しているとする。

もう1つの市民権モデルは、彼が、純粋差別モデルと呼んでいるもので、損傷に関連した生産性の制限の性質や大きさは、障害者に対する公共政策を公式化するために関連する基準とは無関係であるとするものである。このモデルでは、障害者が生産するものの市場価格にかかわらず、雇用される権利を持っていることを意味するように思えるとしている。

彼は、自分の調査研究により前者の考え方を提起した本人であるので、前者を支持している。

(4) 生態学モデル

Albrecht [16] は、米国の社会学者で、医学的状態、社会からの逸脱の形式、あるいは、政治的又は少数グループ問題から障害を捉えるのではなく、「障害ビジネス」によって起こされると述べた。彼が「生態学的なモデル (Ecological Model)」と名づけたこのモデルでは、現代米国の、工業化とそれに続くヒューマン

サービス部門の成長、そしてより最近のアメリカの障害者運動による「障害者の権利」の政治的問題化が組み合わさって、「障害」と「リハビリテーション」が数百億ドル産業になり、それが、障害者の社会的定義を構築するというものである。

彼は、このモデル以外のモデルは、程度の違いはあるものの、従来の個人的解釈モデルに代わるものであり、障害は、身体的なものではなく社会的に構築されるものが障害をつくるということを主張するものであるが、因果関係という重大な問題が、明らかにされていない。また、西洋社会が準拠している主要な価値体系や「イデオロギー的基礎」を問題にすべきであると主張する。彼は、障害は、個人の損傷と「障害のある環境 (disabling environment)」の両方によって構成されるとする。

4. 考察

(1) 英国の障害モデルと米国の障害モデルの違い

英国、米国とも、医学モデルの問題点や限界性についての指摘は共通している。

英国に特徴的なものは、障害を個人対社会という対立構造でとらえていることである。これは、Oliverからの伝統であろうと考えられ、収容施設に長く閉じ込められていた障害者が、その状態を抑圧と感じ、それを改良しようとする運動と密接に結びついてきている。

米国の特徴の1つは、障害者をマイノリティーとしてとらえ、有色人種や女性差別と同様に市民権獲得の立場からのモデルが中心であることである。もう1つの特徴は、機能モデル、生態学モデルにあるように、経済的な観点が導入されていることである。これは、ADAの障害の定義にも反映されている。

(2) 医学モデルの捉え方

医学モデルは、「治療」することに関心を集中させ、社会が障害をつくることや障害に対する社会の反応についての認識がほとんどないこと、専門家主導で、障害者は情報が少なく限られた治療の選択肢しか与えられない、父親的温情主義の問題があるといった問題は共通して指摘されているが、モデルによりかなりニュアンスの違いがあると考えられる。

例えば、個人対社会の対立構造のモデルでは、障害者を障害者としているのは、障害を個人的な問題として捉える医学モデルであり、そのモデルは破棄されるものとして提示されているだけである。関心は、あくまでも、社会環境の改良であり、医学モデルは、社会モデルの必要性を説明するための悪者のような取扱い

である。

一方、方法論として医学モデルを見ている医学リハビリテーションモデルのようなものもあり、この場合は、医学モデルの長所・短所をとらえている。

当然のことであるが、医学的な対応が環境的要因を無視しているわけではなく、例えば、医療ソーシャルワークには、環境の改善も含まれるのであり、医学モデルには語弊がある。

(3) 社会モデルの捉え方

障害を決めるのは、社会であるというのは当然である。障害認定にしても社会制度で決められており、バリアフリーの社会環境が移動障害を軽減するのはだれにもわかることである。極端に言えば、すべて社会モデルである。例えば、医学モデルにしても、そのような社会制度により規定されている。また、いろいろな社会モデルの可能性がある。社会の何が障害を規定しているかがわかるようなモデルの名称にする必要がある。その意味で、市民権モデルや少数派モデルというような呼称の方がわかりやすい。

(4) 障害モデルについて

個人に不可能なことを押し付けてはいけませんが、個人が努力すべきこともある。また、支援工学を用いて補助機器により機能を改善・向上させることも必要である。個人に対するサービスも社会環境の整備も車の両輪であり、どちらも改善されなければならないのであり、それを対立させて議論することは誤解を生むのではない。特に、いろいろな捉え方ができる名称を使うことは判断を誤らせる可能性がある。

また、上記のモデルではあまり議論されていないが、経済的な観点も考慮される必要がある。例えば、駅にエレベーターを設置する場合に、どのくらいの広さのエレベーターを設置するのかについて、JIS規格の車椅子で利用できるサイズにするのか、ベットのような大きさのものまで利用可能にするのか判断をする場合、設置後のランニングコスト等の計算は当然検討するのであって、経済的効率性等を考慮したモデルも必要ではないだろうか。

まとめ

英国と米国の代表的な障害モデルについて整理するとともに、今後のモデルの選択、そのあり方について検討した。

注

(1) 例えば、WHOの国際生活機能分類(ICF)[17]では、医学モデルと社会モデルを取り上げて次のように見解を述べている。

「障害と機能を理解し説明するために、さまざまな概念モデルが提案されてきた。これらは、「医学モデル」対「社会モデル」の弁証法として表現される。医学モデルは、障害とは、疾病・外傷・その他の健康状態が直接的な原因となっておこる個人的問題としてとらえ、その結果、専門職による個別的な治療という私たちの医療を必要とする。障害の管理は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目的としている。治療が主な課題とされ、政治的対応の基本は、医療ケア政策の変更や改革である。

一漲、障害の社会モデルでは、問題は主に社会的につくれるものであり、基本的に障害者を社会に完全に統合する問題としてとらえる。障害は、個人に帰属するものではなく、状況が複雑に集まったものであり、その多くは社会環境によって作り出されるものである。それゆえ、この問題に対する取り組みには社会的行動が求められ、そして、社会生活のすべての分野における障害者の完全参加に必要な環境改善は、社会全体の集団としての責任であるとする。従って、問題は、社会変化を求める行動的または思想的な問題であり、政治のレベルでは、人権問題となる。このモデルにおいて障害は政治問題である。

ICFは、これらの2つの対立するモデルの統合に基づいている。機能のさまざまな見通しの統合を獲得するために、「生物・心理・社会的」アプローチを用いる。このように、ICFは、統合を実現しようとしており、生物学的・個人的・社会的観点から健康についてのさまざまな見通しについての首尾一貫した見方を提供しようとしている。」

(2) 例えば、中央法規出版「障害者福祉論」[18]では、次のように述べている。

「従来のリハビリテーションや障害者福祉は、医師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、教師、指導員などの専門家が評価し、プログラムを決め、サービスの対象者として位置づけられた障害者は、それに黙って従わなければならないというような雰囲気があったといえないだろうか。このような専門家主導のサービス提供方法を、比喩として「医学モデル」という。このような「医学モデル」に対置する概念として、「生活モデル」や「社会モデル」の用語が使われるようになった。

従来の「医学モデル」は、医者が患者の病気、悪い面などに焦点を当てて治療をするというように、サービス利用者のマイナス面、欠点、悪いところ、弱さに着目し、治療・援助をしたが、「生活モデル」の視点に立つ場合は、障害のある人の障害だけに着目するのではなく、障害と環境との関係性において課題（問題）をとらえ、サービス利用者の生活状況や社会生活を全体のなかで考え、対応策を見いださそうとするものであり、対象者の主体性、選択性、自己決定を尊重した援助・法である。」

表1 オリバーの障害モデル

個人モデル	社会モデル
個人の悲劇理論	社会の圧迫理論
個人の問題	社会問題
個人的治療	社会活動
医療対象化	自的援助
専門職の支配	個人的で総責任
専門知識	経験
調整	確認
個人的独自性	総独自性
偏見	区別
態度	動作
ケア	権利
政策	選択
個人的適合	政治
	社会の変化

Oliver M.(1996) Understanding disability from theory to practice p.34から作成

参考文献

- 1) Smart, J., Disability: Society, and the Individual, Aspen Publishers, Gaithersburg (2001)
- 2) Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver, M. Disabling Barriers - Enabling Environments, Sage, London(1993)
- 3) Oliver M., Understanding disability from theory to practice, Macmillan Press., London (1996)
- 4) Oliver M., Understanding disability from theory to practice, Macmillan Press., London (1996)
- 5) Oliver M., Understanding disability from theory to practice, Macmillan Press., London (1996)
- 6) Oliver, M., Re-defining disability: challenge to research, Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver ed., Disabling Barriers - Enabling Environments, 61-67, Sage, London (1993)
- 7) Oliver M., Understanding disability from theory to practice, Macmillan Press., London(1996)
- 8) Oliver, M and Sapey B., Social Work with Disabled People second edition, Macmillan Press, Hampshire (1999)
- 9) Drake R. F, Understanding Disability Policies, Macmillan Press, Hampshire (1999).
- 10) Finkelstein, V. , Disability: a social challenge or an administrative responsibility, Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver ed., Disabling Barriers - Enabling Environments, 34-43, Sage, London(1993)
- 11) Smart, J., Disability: Society, and the Individual, Aspen Publishers, Gaithersburg (2001).
- 12) Mackelprang R.W. and Salsgiver R.O., Disability A Diversity Model Approach in Human Service Practice, Brooks/Cole Publishing, Pacific Grove(1999)
- 13) Berkowitz, E. D., Disabled policy: America's programs for the handicapped., Cambridge University Press. London (1987).
- 14) Olkin R., What Psychotherapists should know about Disability, Builford Press, New York (1999).
- 15) Johnsons, W.G. The future of Disability Policy: Benefit Payments or Civil Rights?, The Annals of The American Academy of Political and Social Science, 549, 160-172(1997)
- 16) Albrecht, G., The Disability Business, Sage, London (1992)
- 17) WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva (2001)
- 18) 福祉士養成講座編集委員会編、障害者福祉論、中央法規出版、東京(2001)