

障害の「克服」と「肯定」の両方を目指す社会福祉支援の今後

—ソーシャルワーク業務における医学モデルと社会モデルの対話—

小山聡子* 久保明夫**

Social Work Methodology which Encourages both Acceptance of One's Disability and Rehabilitation Efforts

— How the SW Harmonize Social Model and Medical Model of Understanding Disability at His/Her Work Performance —

Satoko OYAMA*, Akio KUBO**

Social model of understanding disability arose in 1970s. Nowadays the viewpoint of social model is increasingly stressed in the area of social work. ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) was revised to ICF (International classification of Functioning and Disability), which focused on interaction of each element more precisely. Also empowerment approach increased discussion of the unique and effective way to enhance service user's power. At the same time, deficit of social model has been discussed. When we look at the relationship between the clients and human service professionals, social workers should be sensible in the way to help people, that encourage both acceptance of one's disability and rehabilitation effort. New role of social workers should be considered, besides, the methodology which harmonize social model and medical model should be developed.

キーワード：医学モデル、社会モデル、ソーシャルワーク

1. はじめに

障害理解をめぐる「医学モデル」と「社会モデル」は両極をなすものとされつつも、国際障害分類の第二版がICFとして2001年5月に承認され、両者の関係をめぐる議論は新たな段階に入ったように見える。すなわち、その序章にあるように、ICFはこれら両者を統合し、「生物・心理・社会的」アプローチを用い

るとした。〔1〕 これを受けて、主に社会モデルの立場からこの両者は合論理的に並存しうるものではないという批判が展開されている。〔2〕 この間、社会モデルよりの流れにある考え方とその実践として、機会均等とノーマライゼーションのまちづくりが言われ、また、自立生活運動の台頭と自立生活支援モデルの提唱、障害文化の提唱、エンパワメント・アプローチという言

* 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科
** 国立身体障害者リハビリテーションセンター医療相談開発部

* Department of Social Welfare
Faculty of Integrated Arts and Science
Japan Women's University
** National Rehabilitation Center for the Disabled

葉の登場など、多くの議論が聞かれるようになった。

本論文では、こうした障害理解をめぐる社会モデルの流れを、それに対する批判も含めて概観する。その上で、石川〔3〕の提唱する内容をベースに「治すこと」、「受け入れること」、「社会環境を変えること」のいずれかに方向を限定しない社会福祉支援のあり方について考察を加える。そして、それらを踏まえたマイクロレベルの社会福祉支援における留意点を若干整理し、今後の課題をリストアップする。

なお、奥田〔4〕の整理に基づいて、用語の規定をしておく。ここでいう「社会福祉」とは、制度、政策、それに基づくプログラムや金品の給付を含む全体システムを意味しており、そして、「ソーシャルワーク」とは、社会福祉の機能を運用するための専門的方法を支える技術及び学問分野の名称を指すこととする。また、「社会福祉支援」と「ソーシャルワーク」を、ほぼ同義に使用する。ソーシャルワークの中には、マイクロ、メゾ、マクロの各次元が含まれ〔5〕、本論文で対象とするのは、主にマイクロレベルの取り組みである。

2. 障害理解における社会モデルの流れ

1) オリバーらによる社会モデルの提唱

長瀬〔6〕は、新たに起こった学問領域である「障害学」を説明して、障害者を医療や障害者福祉の対象としてみる枠組みから脱却することを目指すとしている。そしてその障害学にとって重要なのは、社会的な障壁や自他共に否定的に見てきた障害経験の肯定的な側面に目を向けることであるとした。このことは、同時に障害を個人の問題という視点から、環境や社会のもつ排除や差別の問題であるというように視点を転換させてきたという。

英国での障害学の支え手の一人であるオリバー及びキャンベルの著書Disability Politics〔7〕には、障害の問題とは人権の問題であるということが、英国の障害運動の歴史を通じて丁寧にえがかれている。同国での障害学は、チェシャーホームをはじめとする入所施設への抵抗運動に始まった。自らチェシャーホームの入居者であったポール・ハントらの活動が1972年の「隔離に反対する身体障害者連盟」(UPIAS)の結成に結びついた。UPIASは、インペアメントとディスアビリティの違いを明確にし、ディスアビリティとは、身体機構の欠損であるところのインペアメントを持つ人に対する社会的抑圧の問題であるとしている。〔8〕1981年には、障害種別を超えたつながりを持つ「英国障害者団体協議会」(BCODP)が発足し、後述の「障害者インターナショナル」(DPI)に対

し、その規約を脱医療化すること、すなわち障害理解の社会モデル採用に向けた運動を行い、成功している。〔9〕1983年から1992年の「国連障害者の10年」を経て、国際社会の持つ障害認識は大きく変化し、国連総会の「機会均等基準」の採択に見られるように、めざすものは「障害者の個人的適応」から、「社会的障壁の除去」へと転換した。〔10〕

2) 自立生活運動

樋口〔11〕の整理によると、わが国の自立生活運動は、健常者社会に対して挑み続けてきた「青い芝の会」によってスタートを切った。1957年に光明養護学校の卒業生の会より始まった脳性まひ者の会は、1970年台に障害児殺しの母親の減刑嘆願を非難する運動、また、府中療育センターの移転反対と待遇改善を求める運動、川崎駅のバスろう城闘争などに取り組んだ。これらは、自らの中にある刷り込みや常識と戦い、ありのままの自分を取り戻す運動でもあったと言われている。1981年の国際障害者年の少し前より、海外の障害者に関する情報が日本の障害当事者のもとにも入るようになる。80年のウィニペグにおける国際リハビリテーション協会(RI)会議から、障害当事者が自らの声をあげる形で「障害者インターナショナル」(DPI)を立ち上げ、〔12〕日本でもDPIが作られた。同時に、「広げよう愛の輪運動基金」による障害者リーダー養成米国研修プログラムに参加した障害者リーダーによって日本で最初の自立生活センターといわれるヒューマンケア協会が設立されるのである。83年には、アメリカの自立生活運動のリーダーを招いての全国数ヶ所における「障害者自立生活セミナー」が開催される。アメリカにおいてはマイノリティの公民権運動ないしは消費者運動として、日本においては主に行政を批判する過激な運動として、という違いはあるものの、自立生活運動の開始時期に差はない。その後広がるアメリカ型自立生活運動のずっと以前からわが国には、運動を進めた具体的な力と苦闘と試行錯誤があったと言われる〔13〕。

1991年には、全国自立生活センター協議会(JIL)が発足し、自立生活センターの規定を明確にした。JILが普及させてきたとされる自立生活の理念は、社会モデルに基づくものである。すなわち、従来の「身辺自立」と「経済的自立」を大前提とする自立概念を見直し、自らの望む暮らしを主張する「自己決定権」の行使を重視する見方への変更である。そして、それは「障害者を能力の低い、指導訓練し続けなければならない存在としてきた医療モデル、リハビ

り専門家の障害者観・施策に対する大きな挑戦」とも表現された〔14〕。

3) ICIDHからICFへ

1980年にWHOから刊行された「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) は次年の国際障害者年世界行動計画の基本理念にも取り入れられ、14の言語に翻訳出版され、多くの国に知られるようになった。1993年の再版では、「試案」という文字を削り、正式な健康関連分類の一員となっている〔15〕。

こうした普及に伴って、各方面から建設的な批判も聞かれるようになった。一つは、ICIDHは、障害(disablement)発生の社会的側面を無視し、「障害という実態」が存在するかのように描く政治的な道具だ、という障害者団体からの批判である〔16〕。また、社会的な不利を固定的なものとしてとらえるのではなく、環境因子との相互作用によって起こる「不利状況」として流動的にとらえるべきことがカナダモデルとして提唱され、広く諸外国の障害者運動の共感を得た〔17〕。また、上田は、障害における主観的観点の重要性を指摘した。すなわち、いずれも客観的にとらえられるものとしての機能障害・能力障害・社会的不利に加えて、各人が障害のある自分自身を自らどのようにとらえているかという側面の重視である。

WHOは1990年に予備会議を招集して、改訂の動きを開始した。1992年より国際的な改訂会議が毎年開かれ、従来からの関係者による素材吟味としてのアルファテスト、また、ユーザーに試してもらった「市場でのテスト」であるベータ1案に関するフィールド・トライアル、そしてベータ2案の準備と進み、1999年8月に最終的なベータ2案が発表され、2001年5月に世界保健会議にて正式決定された。国際障害分類第2版は、ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) からICF (International Classification of Functioning and Disability) へと名称を変えている。障害を3つのレベル(階層)でとらえるという姿勢に変更はないが、用語をすべて中立的なものに変更し、モデル図に健康状態、環境因子、個人因子という要素を導入してそれらの相互作用を示すものとなった。その序論において、医学モデルと社会モデルを調和させると銘打っている〔18〕。

4) 障害文化と障害個性論

主として、日本の自立生活運動に取り組んだ人々の中からは、個人的な同化の努力をやめて、障害のある姿を文化、あるいは個性としてあるがままに打ち出すという主張が生まれた。その中のひとつが、自立生活センターで展開されるピアカウンセリングの取り組みであり、また、ろう文化宣言である。

障害者は、自らを取り巻く身近な人からのメッセージや障害者の置かれた状況から、「障害」をあってはならないマイナスのものと感じ、深い自己否定感の中にいることが少なくない。自立生活運動の中から生まれたピアカウンセリングでは、このことに配慮し、障害のある自己をあるがままに認めることを奨励する〔19〕。これは、押し込めてきた自分の気持ちと素直に向き合い、解放し、障害を持ったからこそ自分の中に育ってきたものを感じるエンパワメントの作業であると表現される。こうして障害を「受容」し、自信を取り戻すことによって、自らがかけがえのない存在であると思えるようになる。さらに、その視点で社会を見たときに、それを困難にしてきた枠組みや制度、価値や規範を批判的に検討できると述べる〔20〕。そうした作業の過程で、障害をかけがえのない「個性」としてとらえる考え方も示されるようになった。前述の自立生活センターでは、自己変革を行い、さらに社会を変える存在としてのピアカウンセラーを養成する講座を開催している。

木村らによるろう文化宣言では、「ろう者とは、日本手話という日本語とは異なる言語を話す言語的少数者である」としている〔21〕。ろう者を障害者としてではなく、デフ・コミュニティーを形成する言語的少数者、文化集団ととらえる視点の提供である。

5) エンパワメントアプローチ

エンパワメントとは、「差別・偏見などの対象となり、本来有している力を発揮しきれない状態にある人々に対し、その力を引き出すための援助」〔22〕であると言われる。この用語がソーシャルワークの分野に初めて導入されたのは、1976年で、米国のソロモンが差別、偏見を経験する黒人に対する援助実践の枠組みとしてこの概念を提示したことによる〔23〕。1980年代以降この概念が広がってきた背景には、米国の公民権運動や、また障害者自立生活運動、障害文化の提唱など、抑圧されてきた人々が自ら立ち上がる動きの活発化が見逃せないであろう。ソーシャルワークの世界では、専門家が利用者を「診断し、治療する」という医学モデルが喚起する利用者との援助者の関係を見直し、利用者の主体性とペースを重んじる新たな専門性が言

われるようになってきた。

パワーには、資源の所有と、人-環境の関係という2つの構成要素があると言われる〔24〕。本来、人にはあらゆるレベルでパワーを発揮する潜在能力が備わっていると考えられるが、しかし、障害があるために当人の努力にもかかわらず、通常のレベルの達成が望めなかったり、それ以前に過保護にされることによって環境に向かってチャレンジする機会そのものを奪われ、自己達成感や自己効力感と呼ばれるものを得にくい場合も多い。医療や福祉の「対象」として専門家よりも「低く、弱い」位置に置かれると、自律的な本来持つ力がむしろ奪われる状態に陥ることも指摘されている〔25〕。これらの実態を見据えて、問題をかかえた利用者を環境に適応させるのではなく、利用者が本来持っているパワーを見出し、自ら環境に働きかけて問題解決をはかることを支援するのがエンパワメントである。

6) 福祉のまちづくりの考え方

1970年代より、わが国ではノーマライゼーション運動のひとつとして福祉のまちづくりに取り組むようになった〔26〕。当初は、ハートビル法の制定や自治体による福祉のまちづくり条例制定をはじめとするハード面の整備が中心であった。1997年には福祉のまちづくり研究会（2001年より福祉のまちづくり学会に改称）が発足し、ハードからソフトにいたる様々なサービスの確立と福祉型空間作りおよび、社会システム作りを目指して、当事者を含むあらゆる専門分野の人々に参加を呼びかけた。

定藤〔27〕によると、福祉のまちづくりは、目的や目標の力点の置き方により、3種類に分けられる。第一は、狭義の福祉のまちづくりで、障害者などが消費者または利用者としてまちの生活空間を利用したり、その行動圏、生活圏を広げられるよう社会的配慮をするものとされる。第二は、機会平等的な福祉のまちづくりで、そこでは、生活圏の拡大のみならず、教育や雇用を含むあらゆる社会領域での参加機会平等化をはかるとされる。そして第三がノーマライゼーションのまちづくりで、そこでは、機会の平等に加えて、どんなに重い知的障害や身体的介助の必要な障害者、高齢者であっても人間としての尊厳を維持しうるにたる、標準的生活水準を、ハードもソフトも共に保ちうるようなレベルのまちづくりを行うとされる。このように、いわゆる「弱者」に対する社会的配慮から、すべての人にとっての機会平等とノーマライゼーションをめざすものへと福祉のまちづくりは考え方を発展させてき

た。それは、まさに社会モデルを具現化する取り組みと見ることができよう。

7) 社会モデルへの疑問

ICFの考え方は、個人と社会環境のインターフェイスへの介入を奨励し、バリアフリーやユニバーサルデザインの考え方と親和性を持つことになった〔28〕。一方、こうした取り組みの意義を十二分に認めつつも、ある面、これは、克服論の現代バージョンであり、「できるようにする技術」によっては障害者を排除する社会のあり方の「本質」は変わらず、むしろ、より「重度の」障害者排除が進むおそれすらあるという批判もされた〔29〕。また、こうした技術の発達によって、障害のある生身の体を受け入れることが、自他ともにますます難しくなっていくのではないかという指摘もなされている。社会モデルは、身体を隠蔽する役割を果たしてきたし、インペアメントを無視する機能を強めたという見方もあり、米国の障害学会でも、こうした議論は続いてゆくと考えられている。〔30〕

前述の障害個性論や障害文化に対しては、それが従来のステレオタイプな枠組みを解体するものの、今度は健常者、障害者の枠組みを越えた「能力や個性」を軸にした個々人の分断と断層化をすすめるものではないかという疑問も提示されている〔31〕。

また、発達保障を重んじる立場からは、機能障害の軽減がその個人の自由度を増すことになる現実を重視し、「個性」と固定的に見てしまうことへ批判もなされてきた。茂木によれば、個性とは、その属性を肯定的な価値として承認する他者規定があつてこそ成立するもので、障害はその個人の生活と行動を制約する条件となる属性であるからそれを軽く位置付けることはリアリティーを欠く認識である〔32〕。

これに呼応するように、顔面に障害を持つ人のリハビリメイクを提唱するかづきは、個人と社会環境の相互作用に着目し、セルフイメージを作るものとしての「他者からの目」を意識した上で、やはり「個人を変える」ことの重要性を訴えている〔33〕。かづきは、外観が理由のひとつとなるいじめの場合に、まず外観を理由にいじめることはまちがっているという教育を進めるべきであるとした上で、「人間の価値は外観ではなく、中身なのだ」と慰めはげますだけでは、現実的ではないと述べる。ただ、かづきは、外観を気に病む人に対してメイクを指導することで単に「個人を変える」アプローチをしているのではない。「メイクをすることで外観が気にならなくなることで、できればメイクをしなくても大丈夫な自分を取り戻すことがり

ハビリメイクの本質のひとつである」〔34〕と表現する。つまり外界の他者と個人の相互作用そのものを念頭に置いていると考えられる。

3. どちらかに方向を限定しない方法

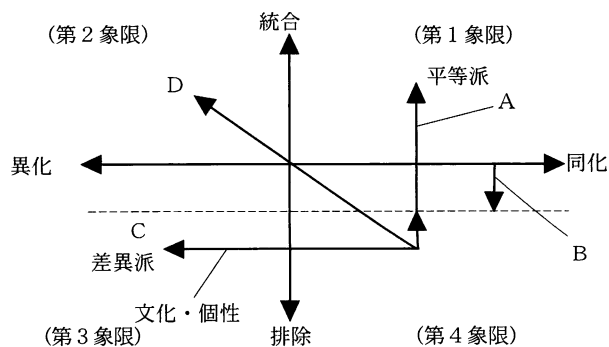
1) 石川の戦略

全盲の社会学者である石川は、「平等派でもなく、差異派でもなく」〔35〕に次のような議論を展開した。すなわち、石川は、個人が行う選択としての同化、異化という縦軸を交わせる図を想定し、「同化+排除」という第4象限に戦略的に身をおいた上で、「異化+統合」という第2象限をめざすことを提案している。

石川は、「私たちの生き方には、社会の価値観に同化して生きるという生き方と、自分の個性や自分らしさ、自分たちの文化といったものを生み出すような生き方、という二つの選択肢がある」と想定する。前者(図1のA方向)をめざして努力したにもかかわらず、第4象限にとどまり続けているのがいわゆる「差別されている」状態である。その状態に怒りを覚えた障害者が取りうる方向として、3つが上げられている。1つめが、「さらに同化的な努力を強化、継続する(A方向)」であり、2つめが、「社会の不平等や差別、障壁を告発する社会運動(AないしはD方向)」であり、3つめが、「自分達のあり方を無条件に肯定する文化の構築(図1のC方向)」である。ただ、このC方向への「引き返し」は、中途障害者にとっては困難な作業である。

石川の主張は、「(社会に)統合要求を強調せずに、自文化の構築・再評価だけをめざしたのでは、同化と異化にかかわらず社会は障害者を排除するつもりであることは再び隠されてしまう」という点である。そこで、これら平等要求と差異要求を二者択一の問題とせず、戦略的な拠点としての第4象限に身を置いた上で異化+統合(図1のD方向)を目指し続ける道が提唱されるのである。

さて、それでは、究極的に目指される方向としての第2象限とは、どのような状態を意味するのであろうか。前述の「平等派でもなく、差異派でもなく」の原型となったと考えられる「脱色された社会から色彩のある社会へ—メルティングポット、サラダボールそして…」〔36〕の中で次のような記述がなされている。エスニックマイノリティをテーマにした本論文の中で、石川は、「序列をとまなわないう差異化」によって「価値を増殖」させることを説く。すなわち、第1象限を「ホスト社会の支配的文化のみに価値を認め、他の文化から価値を剥奪するメル



- A: 従来のリハビリテーション
- B: バリアフリーやユニバーサルデザイン
- C: 障害文化・障害個性論
- D: 社会運動及び福祉の心がバックアップする「多様な人同士の出会い」

図1 (石川准「平等派でもなく差異派でもなく」倉本他編、障害学を語る、エンパワメント研究所 2000、p 34を元に筆者が加筆)

ティングポット・モデル」と表現し、一方、第2象限を「各エスニシティの文化的個性を尊重し、それらに異質的対等を認めるサラダ・ボール・モデルとした。

ただ、このサラダ・ボールモデルには、所属するエスニシティへの個人の同調を前提とする発想がある。つまり、同化圧力さえなければ黒人は黒人らしく、白人は白人らしくしたいに決まっているというとらえかたである。しかし、石川は、これは逆に所属集団への同化圧力ともなりうるというとらえかたであるとして、本来の異化志向とは、支配集団からの同化圧力にも、また所属集団からの同化圧力にも拘束されずに自分流を追及する生き方であると主張した。つまり、「違った自分ではなければだめだ」ではなく、「違った自分でも良い」というとらえかたである。

ところが、ここにも落とし穴があると石川は述べる。それは、何にもとらわれずに「自分らしく行動する」などという行動規範では、それに準じているのか否かについて、自他共に判別できないことも多いという点である。自分の気持ちに素直に行動しているかどうかを知るには自分と深く対話するしかないし、また、その「気持ち」そのものが移ろいやすいものだからである。よって、たとえ、所属集団からの同化圧力のように見えても、「違った自分ではなければだめだ」として、否定されたものを肯定し返す行為がプロセスとして必要になるとも考えられると結んでいる。

これを障害の分野にあてはめて考えると、通常(大多数の人々が出来ているような)身体的、知的、精神的レベルに一步でも近づくためのリハビリテーション努力を延々と続けるのではなく、違った機能状態の

自分で良いと自負する状態を意味するであろう。これは、社会モデルに支えられた障害個性論や障害文化の提唱と軌を一にする。では、これが第3象限とどこが違うかと言えば、上記の自負に対して一般社会が承認を与えていること、すなわち違った自分であっても様々な局面で不利益をこうむらないことを意味するであろう。つまり、この第2象限の状態は、マクロ、メゾ、ミクロそれぞれの次元で考察すべきものである。すなわち、マクロレベルで考えれば、障害者差別禁止法が成立し、障害者差別に該当すると考えられる状況に対して罰則規定が設けられること、特に、雇用や所得の面で不利益をこうむらないことが考えられる。メゾレベルで考えれば、地域におけるサービス利用が当事者主導の運営システムのもとに提供されていること、各種タイプのケアマネジメント手法が確立し、利用者がパワーアップするためのシステムが整っていることなどが考えられる。そして、ミクロレベルでは、機能の改善や向上への希求が側面からバックアップされ、同時にサービス提供者のペースによる「受容」誘導ではなく、あくまで当事者主導の「納得」に向かって共に歩むカウンセリング的支援の提供などが考えられる。

2) 三好の関係障害論

方向を限定しない支援のあり方を考える上で、有効であると考えられるもう一つは、三好の提唱する「関係障害」〔37〕という概念である。三好は、人間という個体を、従来のように個体+（各種の）関係という足し算でとらえるのではなく、個体×関係と掛け算でとらえることを提唱する。前者のとらえかたによれば、関係がゼロになっても個体さえあれば人間が成立しているとするので、個人への治療的なアプローチを継続することになる。一方、後者では関係がゼロになればすべてがゼロと見るので、ICUに入っているような急性期でもない限りは、寝たきり老人でも、痴呆の人でもまずは「関係」づくりに取り組むことが重要であるとみる。

関係には、3種あると見る。すなわち、社会との関係、家族との関係そして、自分との関係である。人は、これら3種の関係のどれがだめになっても「人」として成立しなくなると見る三好の考え方によれば、心身の障害や痴呆が重度であればあるほど、関係を築くための支援が重要になってくる。ここで言う「関係」とは、あくまで本人の主体性を引き出す双方向的なやりとりのことであって、ヘルパーによる介護やセラピストによる～療法のように一方的に「される」のみ、または受け取るのみの関係ではないとみる。〔註1〕三

好は、この考え方に基づいて、高齢者へのケアを中心とする領域で関係障害を修復するアプローチ方法を提唱している。

三好の「関係障害論」には、個人の持つ機能的側面への働きかけのみに固着しては援助者自身が無力感を感じる状態に置かれるおそれのあるような重篤な障害状態を、「関係障害」ととらえることによって状況を打開する視点の転換と方法論が豊富に盛り込まれている。

3) ジャーメインとギッターマンの生活モデル

ソーシャルワークの分野では、1960年代より個人の問題をまわりの環境を含めた全体との関係の中でとらえようとする、いわゆる「生活モデル」の立場が主張され始め、「変わるべきは個人か、社会か」という二者択一論に疑問を投げかけている〔38〕。また、1970年代からはジャーメインらによってエコロジカルな視点が強調され、問題を病理状態の反映としてではなく、他者、事物、場所、組織、思考、情報、及び価値を含む生態系の要素間における交互作用の結果としてとらえることが主張されてもいる〔39〕。ソーシャルワーカーは「状況内の人 (person-in-environment)」にかかわるとするこの考え方は、直線的な因果論を排し、円環的な交互作用を見る。よって、生活モデルに基づくアプローチでは、不具合を感じる個人を「治療する」のではなく、①人が潜在的に持っている力に着眼し、②人を取り巻く環境の改善を目指し、③人と環境の適合性を高めるとしている〔40〕。これらの主張は、障害の理解と各自の行動という点に関して石川が述べた「方向を限定しないあり方」や三好の「関係障害への取り組み」と共鳴すると考えてよいであろう。

4. ミクロレベルの支援方法

1) 相手の主体性を守る能動的なきき方

カウンセリングの領域で古くから強調されてきた受容、共感といった技法は、相手の主体性を守り、ひいては前述のエンパワーメントアプローチにつながるものとして未だにその有効性を失ってはいない。親業の著書でも有名なトマス・ゴードンは「医療・福祉のための人間関係論」〔41〕の中で「能動的な聞き方」について記述している。能動的な聞き方とは、支援者が注意深く相手の言うことを聞き、その送り手のメッセージの意味をどのように理解したか「フィードバック」という方法である。つまり、相手の感情、欲求、恐れ、態度、アイデアなどが何らかの表現手段という「記号」を使って送られた時に、受け手である支援者

が自らの中で起こる「翻訳」という精神的なプロセスを経て「解読」した内容を確認のため相手に送り返す作業である。カウンセリングの世界では自明のことともいえるこのやり取りの具体的方法をマスターすることが結局は相手の「問題所有権」を守ることに繋がるとゴードンは言う。「能動的な聞き方は、聞き手がアドバイスをしたり、情報を得ようとしたり、議論をしたり、命令・支持を与えたりするのではない。患者が自分の問題を解く責任を、聞き手が取り上げるのではないことを伝える方法である。」また、さらに「人は、他の人にありのままの自分が受容されていると感じると、そこから変化する自由を手にし、自分になりたいものになる方法一つあり、どうしたら違う自分になれるか、どうしたら自分の可能性を超えた自分になれるかーを考え始める。」これをゴードンは、「人生の単純ではあるがすばらしいパラドックスの一つ」[42]と表現した。

2) ソーシャルワーカー自身のエンパワメントと連携

前述した三好の関係障害論のように、利用者のエンパワメントを図る支援は、必然的に従来の利用者－援助者関係の見直しを迫り、ソーシャルワーカーに新たな専門性の構築を求める。しかし、組織内に働く立場のソーシャルワーカーは、往々にして施設や機関の方針の中に置かれることが想像される。植戸は、「ワーカーの所属する施設・機関の管理職が、職員集団に対して支配的・搾取的であったり、エンパワメント実践に理解を示さなかったりすると、ワーカーはパワーレスな状態に置かれる」[43]と述べる。短期的に見た「効率的援助」が中長期的には、利用者の無力化や職員への依存に結びつくおそれも指摘している。また、管理者とワーカーの関係はワーカーと利用者の関係にそのまま反映される傾向があるという指摘もある[44]。ワーカーが必要な資源と権限を与えられ、民主的な組織運営の中で前向きに利用者支援を行ってゆくためには、ワーカー自身の研究活動と、民主的な組織運営に積極的にかかわってゆく努力が必要である。そして、そのためには、短期的にはむしろ負担と感じられる研修会への参加や、実践活動の発表が必須である。知的障害者施設や高齢者施設を中心として、旧態依然たる方法に固着した職場のあり方を変えてゆく方法については、久田が詳しく論じている[45]。

また、エンパワメントの視点に基づき、新たな専門性を追求しようとするソーシャルワーカーは、従来の枠組みを越えた複数のシステムへの介入を求められる。さらに、障害者のセルフヘルプグループや前述の自立

生活運動など当事者活動、すなわちセルフエンパワメントに取り組む人々とどれほど連携できているかという課題が残されている[46]。当事者とワーカーのみではない。病院や入所施設のワーカーが地域生活を支援してゆこうとする検討委員会の場に含まれないことなど「場」の違いによって十分な連携が取れない現状は多いと考えられる。〔註2〕「場」によって必要とされることは当然違うことを前提に、それでもそれぞれが連携すること、今日明日のレベルで一步一步現状を変えてゆくにはどうすればよいかを前向きに検討できるつながりを作ることが重要である。

5. 今後の検討課題

前述のような様々の議論を、ミクロレベルにおける実際の支援方法に投影したときに、従前のやり方とどこが違うかという点が意外にわからないという現状がある。例えば、病院という医学モデルに基づく治療的介入をメインに行う「場」におけるソーシャルワークに、社会モデルのプラス面を投入し、かつ、いわゆる「克服」への努力も保障しようとしたときの支援方法をもっと具体的に示せなければならない。以下に、ミクロレベルのソーシャルワークにおける今後の検討課題を示す。

第一に、「治療」から当人の主体性を重んじる「エンパワメント」にどのようにして移行してゆくかという点があげられる。1989年に医療ソーシャルワーカー業務指針検討会より出された「医療ソーシャルワーカー業務指針」[47]をひも解くと、「4.退院（社会復帰）援助」及び「5.地域活動」の中に患者の主体性を重んじ、極力依存性を排してゆくべきこと、及びピアサポートの活用や地域の諸機関へつなげてゆくことが記されている。しかし、「治ること」を求める「患者」を同時に、「生活者」そして場合によっては「障害当事者」またはその家族としてとらえ、パワーアップを支援してゆく方法はさらに詳細に語られなければならない。

第二に、当事者の社会生活力を醸成する技術の向上に取り組む必要がある。社会生活力とは、国際リハビリテーション協会（RI）の社会委員会が1986年に社会リハビリテーションの定義づけの中で、「様々な社会的な状況の中で自分のニーズを満たし、最大限の豊かな社会参加を実現する権利を行使する能力」であると説明したものである[48]。自らの権利を主張し、社会的な障壁に立ち向かうのが他ならぬ当事者であるならば、その当事者がそれに向けた力をつけなければならないのは当然のことで、そのためにも対個人のアプローチは重要な意味を持つ。

第三に援助者と利用者双方の依存関係を助長しない支援のあり方を探ることの必要性である。疾患や障害の内容や時期にもよるが、治療的な関係を持つことがそのものが病的な状況を引き伸ばす場合もあることは、精神障害の分野で言われていることである〔49〕。治療的な介入が必要であればあるほど、いつ、どのような方法でそれを解除し、当人のマネージする市民生活に戻ってゆくかという点にはまだまだ工夫を要する。

第四に当事者グループや家族会におけるピアサポートの意義と限界を見極め、関わる方法を確立することである。前述のように治療や援助の「関係」そのものに潜む危険を自覚し、また、自立生活運動に言われるような理念を大切にすれば、当事者グループや家族会におけるピアサポートは重要な意味を持つであろう。ディペンデントからインディペンデントまでの直線上の様々な場所に位置づくと考えられる当事者グループの育成やそこへのかかわり、ひいては関係を絶つことも含めたかかわり方を学ぶ必要がある〔50〕。それとともに、そうしたセルフヘルプの限界についても知っておく必要があるだろう。

第五は総じて、社会モデル理解に基づくソーシャルワーカーの役割を再考することである。ここまでに述べた障害理解に立脚して、これからのソーシャルワーカーの役割を整理すると、ある意味で、ワーカーの業務は限定されてくるはずであるという見かたがある。松岡〔51〕によると、社会モデルから導き出される生活サポートシステムに基づく、障害者の生活を支える社会資源をどのように利用するのかということ、及び、そうした社会資源の総体としてのサービス提供システムをどのように運営管理するのかという2点が問われるという。この場合、社会資源の利用に当たって、それをコントロールする主体は障害者本人にあることが求められるので、ソーシャルワーカーは障害者自身によるコントロールが最大限可能となるためのワーカー―利用者関係を問い直さなければならない。その点に留意をして検討されてきたのが、障害者ケアマネジメントの手法〔52〕である。当事者が担うとされる障害者ケアマネジメントの各手法を学ぶとともに、それに対するソーシャルワーカーの位置関係を明確にしてゆく必要がある。

6. おわりに

「どちらかに方向を限定しないあり方」は、従前から研究者の問題意識にアがり、理論レベルの整理はかなりできているのに対して、実践現場における具体的援助活動の中にそれらが充分生かされていないのが現

状である。石川の提示した図で言うなら、第4象限から第1象限への移行を支援する対人援助も、また、その横軸自体を下方に移動させる社会運動やバリアフリー、ユニバーサルデザインなどの社会的努力も大切にしつつ、第2象限への移行を支援しようとしたときの方法論をさらに具体的に検討してゆかねばならない。その中には、社会運動に取り組む強い当事者をめざす教育的アプローチ、様々な意味の「出会い」を保障する「福祉の心」の醸成なども含まれるであろう。

また、上記のようなミクロレベルのアプローチを大切にしつつも、ソーシャルワーカーは、おのおのが所属する「場」の特性を念頭に置き、中長期的業務目標の中に「価値の増殖」を目指したメゾ及びマクロレベルの取り組みを位置付けてゆくべきである。そうすれば、マクロな視点からの、「入所施設を解体すべき」というような議論と、そうした動向も踏まえつつ、現に入所施設に暮らす人々へのサービスをより良いものにしてゆくために何をすればよいかという議論を同時に成り立たせることができる。ソーシャルワーカーにおけるこのような「ジェネラリスト実践」〔53〕を大切にしながら「今後の検討課題」に述べた各内容についてさらに追求してゆきたい。

参考文献

- 1) 厚生労働省「国際障害分類作成のための検討会」
訳：世界保健機関（WHO）
国際生活機能分類。（国際障害分類改訂版），P18，中央法規，（2002）。
- 2) 三村 洋明：ICIDH-2 と の 対 話 .
<http://ehrich.shinshu-u.ac.jp/tateiwa/2000/010700mh.htm>
- 3) 石川 准：平等派でもなく差異派でもなく。障害学を語る。（倉本他編），エンパワメント研究所，2000。
- 4) 奥田いさよ：社会福祉専門職性の研究。川島書店，p8～p11，1992。
- 5) 三田優子：「障害」のある人のニーズ。障害者福祉とソーシャルワーク。（大島・奥野・中野編），p53～p54，有斐閣，2001。
- 6) 長瀬修：障害学に向けて。障害学への招待。（石川・長瀬編著），p11，明石書店，1999。
- 7) Campbell, J. M. Oliver：“Disability Politics” .
Routledge, London, 1996.
- 8) 長瀬前掲書。p15,
- 9) Campbell, J. M. Oliver前掲書。p88～p89,
- 10) 長瀬前掲書。p18,
- 11) 樋口恵子：日本の自立生活運動史。自立生活運動

- と障害文化。(全国自立生活センター協議会編), p 12~p 32, 現代書館, 2001.
- 12) Campbell, J. M. Oliver前掲書. p 83,
- 13) 立岩真也: 自己決定する自立. 石川・長瀬前掲書. p 89,
- 14) 樋口前掲書. p 19,
- 15) 佐藤久夫: WHOの障害構造論とその修正動向. 作業療法ジャーナル. Vol.31, No.2, p130,
- 16) 佐藤前掲書. p 131,
- 17) 上田敏: WHO国際障害分類改訂の経過と今後の課題. リハビリテーション研究. No110, p 4~p 5,
- 18) 厚生労働省前掲書.
- 19) 樋口前掲書. p 19,
- 20) 石川准: 私から身体をさしひく. アイデンティティ・ゲーム. 存在証明の社会学. p 129, 新評社, 1993.
- 21) 木村晴美: ろう文化宣言. 現代思想. Vol23 No3, 青土社, 1995.
- 22) Beebe, L. et al. "Encyclopedia of Social Work" 19th edition 1, NASW Press, Washington, DC. p97,
- 23) 小松源助: ソーシャルワーク実践におけるエンパワメント・アプローチの動向と課題. ソーシャルワーク研究. Vol21, No2, 相川書房, p 4, 1995.
- 24) 久保美紀: ソーシャルワークにおけるEmpowerment概念の検討~Powerとの関連を中心に. ソーシャルワーク研究. Vol21.No2, p23, 1995.
- 25) 植戸貴子: エンパワメント. 障害者ソーシャルワーク. (杉本敏夫監修 津田耕一, 植戸貴子編), p 43, 久美株式会社, 2002.
- 26) 小山聡子: 障害者の福祉ニーズ. 新版社会福祉学習双書. 2002, 1. 社会福祉概論. 新版・社会福祉学習双書編集委員会編. p 122, 全国社会福祉協議会, 2002.
- 27) 定藤丈弘: 福祉のまちづくりと機会平等. 講座「障害をもつ人の人権②」. (荒木他編), 有斐閣, 1999.
- 28) 佐藤久夫: 国際障害分類第2版の内容と意義. 福祉のまちづくり研究. (福祉のまちづくり研究会編), Vol.2, No.1.
- 29) 石川准: 障害、テクノロジー、アイデンティティ. (石川他編), 前掲書. p 65~p 70,
- 30) 長瀬前掲書. p 20,
- 31) 篠原睦治: ピア・カウンセリングを考える. カウンセリング・幻想と現実. 下巻, 生活と臨床. 現代書館, 1999.
- 32) 茂木俊彦: 障害児と教育. 岩波新書, 1998.
- 33) かづきれいこ: メイク・セラピー. 筑摩書房, 2001.
- 34) かづき前掲書. p 113,
- 35) 石川前掲書.
- 36) 石川准: 脱色された社会から色彩のある社会へーメルティングポット. サラダボールそして・・・. 石川前掲書. p 44~p 93,
- 37) 三好春樹: 関係障害論. 雲母書房, 1999.
- 38) 袴田俊一: 福祉カウンセリングとは. 福祉カウンセリング. 杉本敏夫監修 袴田俊一編. p 19, 久美株式会社, 2001.
- 39) ジャーメイン著, 小島蓉子編訳: エコロジカル・ソーシャルワーク. p 11, 学苑社, 1992.
- 40) Germain, C.B., A.G.: Ecological Perspective, Encyclopedia of Social Work, Vol.1, 19th Ed. p 816~p 824, National Association of Social Workers, 1995.
- 41) トマス・ゴードン著, 近藤千恵監訳: 医療・福祉のための人間関係論. 丸善株式会社, 2000.
- 42) トマス・ゴードン前掲書. p 118,
- 43) 植戸前掲書. p 50,
- 44) 植戸前掲書. p 50,
- 45) 久田則夫: 「伸びる」職員実践教室. 保健福祉の職場が変わる仕事術. 医歯薬出版株式会社, 1999.
- 46) 植戸前掲書. p 51,
- 47) 前田ケイ監修, 保健医療の専門ソーシャルワーク研究会編: 保健医療の専門ソーシャルワーク. 業務指針の具体的解説. p 133~p 147, 中央法規出版, 1998.
- 48) 小山聡子前掲書. p 120,
- 49) 斎藤学: 家族の中の心の病. p 168~p 186, 講談社α文庫, 1999.
- 50) A・Hカッツ著, 久保紘章監訳: セルフヘルプ・グループ. 岩崎学術出版社, 1997.
- 51) 松岡克尚: 障害者ソーシャルワークにおける社会資源利用. 杉本敏夫監修前掲書. p 211~p 212,
- 52) 身体障害者ケアマネジメント研究会監修: 改訂障害者ケアマネジャー養成テキスト. 身体障害者編及び知的障害者編. 中央法規出版, 2000.
- 53) Germain, C.B., A.G.前掲書. p 821,

(註)

- 1) ヘルパーによる介助やセラピストによる各種療法にも相互作用があることは自明であるが、ここで三

好が意図しているのは、固定した役割関係のもと、良い悪いを抜きにした強弱関係をベースに行なわれる行為であることによる不均衡のことであると考えられる。

- 2) 筆者が2000年度に参加した東京都障害者ケアマネジメント体制整備推進検討委員会の知的障害者部会には障害当事者、地域の通所施設の職員が含まれていたが、入所施設の職員は入っていなかった。一方、学生の実習巡回のために訪問する入所施設では、「地域生活云々と言っても結局は入所施設を望む利用者と家族が多い」といったコメントが聞かれ、両者に大きな温度差を感じた。