

# 障害の社会モデルの理論と実践

横浜国立大学大学院 環境情報学府

博士課程前期 石尾 絵美

## The social model of disability theory and practice

Emi ISHIO

Master's student

Graduate School of Environment and Information Sciences

Yokohama National University

### 要旨

本稿は、障害の社会モデル理論の洗練を目指すとともに、その実践レベルへの応用を模索するものである。日本において障害学会が設立されて以降、障害学の中心理論である社会モデルは、多くの人々に受け入れられてきたかのように感じられる。しかし、そこで取り上げられる社会モデルというのは、「障害問題の負担は個人ではなく社会が負うべきである」と主張するものだ、という程度の認識でしかないのではないだろうか。社会モデルがただのスローガンではなく、実践に応用可能な理論となるためには、理論的探求が必要不可欠である。

そこで、個人モデルと社会モデルの一般的な説明をまずは紹介し、その後で、イギリス社会モデルに対してなされた障害学内外からの批判、それに対する応答を概観する。そして、今まで障害者運動の側面でのみ取り上げられることの多かった、アメリカ障害学にスポットを当て、アメリカ社会モデル理論の分析を行う。また、国内においての議論を取り上げ、その中から誕生したディスアビリティの新たな解釈を模索した主張を考察する。

そして最後に、障害学と既存の障害研究との関連について考察し、社会モデルの実践レベルへの応用という課題につなげていきたいと考える。既存の障害研究との区別を明白にしなければ、障害学はやがて吸収されてしまうだろう。実践現場での支援を想定し、そこにいかして社会モデルが応用可能なのかを模索する。

### SUMMARY

This paper examines the discussion about the social model of disability theory and the application of the social model of disability theory to practice. Since disability studies were organized in Japan, the social model has been accepted by a lot of people. But they understand that the social model is “Not the individual but the society should owe the load of the disability problem”. Therefore, the social model’s theoretical investigation is necessary and indispensable now.

Then, this paper first introduces a general explanation of an individual model and a social model. Afterwards, it introduces the criticism performed to a British social model and the response to it. And, the American Disability studies that have been taken up only on the side of the disability movements are paid to attention, and the American social model theory is analyzed. Moreover, the discussion of putting it within the country and new interpretation of disability concept is considered.

And, the relation between disability studies and an existing rehabilitation study is thought and the problem of application of social model to practice is referred.

### はじめに

障害学とは一体どのような学問であるのか。日本においては、1999年の石川准・長瀬修編『障害学への招待』刊行以降、障害学が徐々に認知されていったと言ってよいだろう。その後、障害を専門分野として研究する既存の学問、リハビリテーション学、障害者福祉学、障害児教育学とは異なったアプローチで障害を捉えなおそうとする試みである障害学の輪は広がり、2003年に障害学会が設立された。

障害を個人の属性ではなく、社会的障壁として捉えるのが、「障害の社会モデル」である。そしてこの社会モデルがまさに障害学の理論的核心である。障害学が障害学でないかは、社会モデルと呼ばれる認識枠組みを採用しているか否かで見極められる。

障害をインペアメントとディスアビリティに二分化し、障害の原因はインペアメントにあるとし、その軽減に焦点が当てられ、障害の負担が個人に押し付けられてしまうのが「個人モデル」。そしてその個人モデル

ルに対峙する理論として社会モデルがある。「いや、実は障害の原因はインペアメントではなくディスアビリティなのだ」、「障害の原因は社会にあるのだ」と主張するのが社会モデルである。

障害の社会モデルは日本において好意的に受け入れられ、障害学会発足後も、障害学という枠組みの中で、さまざまな研究が活発に行われているといってよいだろう。しかし、ここにきて早くも、日本の障害学の存続危機がささやかれている。それはなぜなのだろうか。

ここで述べたようなわかりやすい社会モデルの主張は、そのわかりやすさの分だけ省かれたものがあり、やはりそれで押し通すには無理があった。多くの人に好意的に受け入れられたのはよかったが、一歩足を踏み入れれば、その理論ははっきりとしない、混沌としたものだったのである。それゆえに、障害学に社会モデルの理論構築が求められている。社会モデルの理論整理、構築を果たせなければ、既存の障害研究にいずれ統合されてしまうだろう。

ここでは、社会モデルについて日英米において行われてきた議論を取り上げ、社会モデル理論についての理解を深めたい。そして、そこから得られた社会モデル理論をいかに臨床現場において活用可能なものにしていくのかを考察する。臨床現場における社会モデルについて、これまで活発な議論がなされてきたとはいえない。臨床現場での事例を紹介しながら、そこに現れる、障害の臨床現場でのリアリティを障害学の視点から考察する。

## 1 日英米における社会モデル論争

### 1-1 個人モデルと社会モデル

日本において、障害学が注目されるようになったのは近年になってからであるが、イギリスやアメリカにおいては1970年代から、盛んに研究がなされてきた。イギリス障害学の創始者であるマイケル・オリバー最大の成果が「障害の社会モデル」である。そのイギリス障害学の社会モデルの考え方は、「隔離に反対する身体障害者連盟」(The Union of the Physically Impaired Against Segregation, UPIAS)の障害の定義が基盤となっている。

1975年にUPIASは「インペアメント：手足の一部または全部の欠損、身体に欠陥のある肢体、器官または機構を持っていること、ディスアビリティ：身体的なインペアメントを持つ人のことを全くまたはほとんど考慮せず、したがって社会活動の主流から彼らを排除している今日の社会組織によって生み出された不利益または活動の制約」と障害を定義した。

障害をインペアメントという個人的次元とディスアビリティという社会的次元に切り離すことによって、社会的責任の範囲を明確にしたのである。イギリスの社会モデルは障害者運動の中で育まれ、形成されてきた。イギリス障害学の社会モデル理論への評価は高く、日本の障害学も大きな影響を受けているのは間違いない。

個人モデルと社会モデルについて、この二つのモデルを対比しながら語る際によく使われる例を用いて説明する。

ここに足の不自由なAさんがいる。歩行が困難なため、車イスを使用している。車イスで駅まで行った。しかし駅には階段がある。エレベーターはない。ホームまでたどり着けないAさんは、電車に乗って出かけていくことができない。

この場合、個人モデルの立場では、ホームまで行けないのはAさんに原因があるということになる。A

さんが歩けないから、ホームに行けない。よって、Aさんは、最大限の治療とリハビリテーションによって問題を解決しなくてはならないのである。

一方、社会モデルの立場では、ホームまで行けないのは社会に原因があるのだということになる。そこにエレベーターがついていないからホームに行けない。階段の昇降に不自由のない健常者の身体のみを念頭において駅が設計されていることが問題なのである。そうした社会のありようそのものが、障害者をDisabled people（できなくされた人びと）へと仕立て上げている。これは社会が、ある一定以上の機能や能力を備えた身体を「標準」とし、それを下回る機能や能力しか持ち合わせていない身体は社会から排除するという姿勢にあることを顕著に示しているのである。

もちろん、個人モデルにおいても、エレベーターの設置を必要と主張する場合もある。しかしその論理は「人は通常、階段昇降に不自由のない身体をもっているが、それができない者もいる。治療やリハビリを通じてもできるようになることが難しい場合は、エレベーターも必要だ。」となっている。このように、治療や訓練が不可能な場合の対応としてエレベーターの設置を提案することは、典型的な個人モデルの発想である。

障害の原因を個人に求めるのが個人モデル。障害の原因を社会に求めるのが社会モデル。このように理解されることに懸念を抱いているのが立岩真也である。立岩は、「ホームまで行けない原因を、『足が不自由なのでそこに行けない』とするのが個人モデルであり、『駅にエレベーターがないから』とするのが社会モデルである。」という説明はとてもわかりやすいが、これでは正確ではなく、かえってわかりにくいと指摘する。社会モデルが意味ある主張であるのは、障害の義務、負担を個人が負うべきではないとするところにあるのであって、決して障害の原因を個人ではなく社会に求めたからではない。ここを誤解してしまうと、社会モデルにおいて、環境を変えることはよいがインペアメントをなおすこと全てがよくないこととされてしまう。問題の核心は目的を達成する方法ではなく、目的を達成するための義務や負担を誰が負うのかという点にあると、立岩は主張する<sup>(1)</sup>。

障害の原因を社会に求めるのが社会モデルとしてしまうと、治療やリハビリテーションのすべてが否定されることになってしまう。社会モデルは治療やリハビリそのものを否定しない。しかしそれが、個人モデルのように問題解決の必須条件にならず、障害者自身が必要に応じて選び取ればよいのだとされる。

社会モデルが目指すのは、「治療やリハビリを行お

うが行うまいが得られ利益／不利益が等価となるような社会」、「治療やリハビリへと人びとが社会的に誘導されない社会」の建築なのである<sup>(2)</sup>。

このような立岩の主張は責任帰属によって社会モデルを解釈したものといえる。それは原因帰属による社会モデル理解とは異なる解釈であるが、個人と社会を位置づける二元論的な解釈図式を用いているという点において共通している。

## 1-2 イギリス社会モデルへの批判

オリバーが主張した社会モデルは、障害問題について個人が負担することをはっきりと否定した。そのような画期的なイギリス社会モデルに対して、障害学内外から批判があがる。それはどのような批判であったのだろうか。以下に挙げる批判は、イギリス社会モデルになされた批判であるが、日本の障害学はイギリス社会モデルの影響を多大に受けており、この批判を考察することは、日本において必要不可欠な作業である。

まずは、障害学内部の批判からみていく。社会モデルでは、社会が負担する障害をディスアビリティとした。ゆえに、社会が負担を負っても解決しない障害はディスアビリティではないのである。障害からディスアビリティを差し引いた残りがインペアメントである。そして、このインペアメントの位置づけについての疑問が、社会モデルに対する批判として提起される。

ディスアビリティの社会モデルには、我々の身体的差異、身体的制約は完全に社会によってもたらされているとし、われわれの身体の経験を否定する傾向がある。環境的障壁と社会的態度が確かに我々のディスアビリティの経験の核心部分にあり、我々に不利益をもたらしているが、それに尽きると訴えるのは、身体的・知的制約、病気、死の恐れに関する自分の体験を否定することである。(Morris[1991] 長瀬訳 [1999:18])

ディスアビリティが削減されたとしても、なお残る身体のインペアメント。社会モデルはこれを扱いきれないと、第二世代ディスアビリティ・スタディーズであるジェニー・モリスは主張した。このような障害学内部からの主張は、社会モデルそのものを批判するものではなく、インペアメントの社会的構築という視点を入れて、社会モデルを改訂していけないだろうかという問題提起である。

女性障害者たちにしてみれば、社会モデルが重要視するディスアビリティは、障害者でなかったとしても女性ならば多かれ少なかれ経験しているものであるという認識があった。ゆえに、「健常女性」と異なる「障害女性」としての固有の不利益は、ディスアビリティよりもインペアメントに関するものであるという主張がなされたのだ。

このような障害学内部からの批判は、社会モデルの理論発展をめざした建設的批判であった。インペアメントとその体験を医療的な問題、カウンセリングの問題として社会モデルの外部にくり出すのでなく、ディスアビリティと同じように社会的文脈で捉えなおす必要を彼女たちは説いたのだ<sup>(3)</sup>。

そして、障害学の外部、医療社会学からも批判がなされた。「患者視点」を代弁することを主要なアイデンティティとしていたイギリス医療社会学は、「障害当事者視点」を標榜する障害学と最も競合しやすい位置関係にあった(杉野 [2007:128])。医療社会学の批判は、社会モデルが健康問題であるインペアメントと社会問題としての障害であるディスアビリティの区別への反発であった。医療社会学が一括して扱っていた病気と障害を切り離して考えることへの批判がなされたのである。

オリバーは当初、インペアメントを医療社会学に、ディスアビリティを障害学の対象とすることによって、「棲み分け」を意図したが、後に障害学においても、インペアメントを研究対象に取り込んでいったので、その意図は失敗に終わった。しかし、双方がインペアメントを研究対象とすることによって、よりその研究視点の相違が明確になったと言えるだろう。イギリス医療社会学の研究視点は「現状追認的」であり、障害学において重要視される「解放論的」視点が弱く、インペアメントは「政治化し得ない問題」であるとする立場をとったのである(杉野 [2007:129,134])。

結果として、医療社会学からの批判は障害学に大きなインパクトを与えなかったが、女性障害者たちの批判は障害学にとって、真摯に受け止め解決しなければならない重要な提起となった。

## 1-3 イギリス社会モデル批判への応答

モリスの主張に対してオリバーは、障害問題を個別的・個人的問題と捉える社会において個人的であることを強調することは危険であるとし、理論の持つ実践的でパフォーマティブな効果を考慮して、インペアメントへの言及を戦略的に回避すべきであると主張した<sup>(4)</sup>。このように、インペアメントを社会モデル理論の射程



としないという主張がなされる一方で、インペアメントや個人的経験をも社会モデルの射程に取り込もうとする試みが登場した。

それが「インペアメントの社会学」である。この研究については、日本であまり取り上げられていないが、インペアメントを社会的文脈で解釈する道筋を私たちに示してくれる、重要な研究であるといえよう。身体社会学の視点を用いてインペアメントの社会学を構想したビル・ヒューズとケヴィン・パターンソンについて、杉野 [2007] の分析をもとに紹介する。

身体社会学は、フーコーの身体研究に代表されるポストモダン構造主義とメルロ＝ポンティの身体化論に代表される現象学的アプローチという2つの観点を持つ。

ポスト構造主義のアプローチによって、インペアメントは身体の標準化＝記号化の一環にあらわれた1つの記号にすぎなくなり、言語と同様に社会的に構築されたものと言える。このような観点に立つことによって、インペアメントを社会的にとらえることが可能となる。

審美意識が発達した今日の社会では、障害のある身体への審美的欠格宣言は障害者にとって重要な抑圧の1つとなるが、その過程には医学が深く関与しているとヒューズは指摘する。理想の身体という規範をきわめて狭める「身体ファシズム」が支配する「審美的帝国」は、医学的な身体研究を土台として成立し、審美観に影響を受け医学そのものも発達する。医学はインペアメントのある身体の審美的排除に加担しているのであり、その意味で医学は決して文化的に中立ではないと主張した。

加えて、ポスト構造主義アプローチではとらえきれない障害の個人的体験において、身体の現象学的エスノメソドロジーを用いて考察している。

メルロ＝ポンティの身体観の特徴は、「知覚する主体」という点にある。フーコーが「記号としての身体」に注目したとすれば、メルロ＝ポンティは「感覚器としての身体」に着目したと言える（杉野 [2007:141]）。あらゆる現象は身体を通して認識され、獲得された知識は「身体化された知識」となる。インペアメントもディスアビリティも身体を通して認識され身体化された知識となる。障害の個人的体験である身体的苦痛に意味が与えられるのは、その身体化された知識と抽象的な社会的知識との「共同作業」による。こうして、「インペアメントとディスアビリティは身体を媒介として出会う」のであり、身体感覚を通じて「ディスアビリティは身体化され、インペアメントは社会化される」のである（杉野 [2007:141]）。

さらに、社会的抑圧の次元をどのように抽出するのかという疑問には、アメリカの医師出身の哲学者ドルー・リーダーの「ディス＝アピアランス」*dysappearance* 概念を用いて答えている。日常生活において意識から消えている身体が、苦痛や病によって身体感覚に混乱を引き起こされ、意識されるものとして出現する。しかしそれは異常で不調な形で出現 *dysappear* する。これは生物学的ではなく社会的な現象である。そしてこの概念を障害にあてはめ、インペアメントのある身体が意識されるのは、ディスアビリティを経験したときだと論じたのである。

アクセスが物理的にあるいは社会的に妨げられた時、人は障壁と同時に自己とも向き合うことになる。（中略）偏見な態度や行動に直面すると、インペアメントのある身体がディス＝アピアする。コミュニケーションの身体化された規範－それは社会によって造られたものだが－のもとで、発話機能に障害のある身体がディス＝アピアするのである。そしてこれらの規範は非障害者の身体基準を反映したものである。非障害者との関係が障害者に重大な不利益を及ぼしている。そして、インペアメントのある身体の異様な出現は、この不利益によって構造化されているのである。（中略）インペアメントのある身体は、日常生活の奥深くに埋め込まれた抑圧の結果としてディス＝アピアするのである。（Paterson and Hughes [1999] 杉野訳 [2007]）

これまでは国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH）の障害の定義<sup>(5)</sup>をめぐって、ディスアビリティとインペアメントの因果的関連を障害学は否定してきた。しかしここでは、ディスアビリティを経験することによってインペアメントが立ち現れるのだと論じられているのである。

このようなパターンソンとヒューズの仕事に対し、杉野は「インペアメント（身体）とは、身体が経験したディスアビリティ（障壁）とばかりはいえないかもしれないが、私たちが個人の身体の問題とみなしていることの多くは、実は身体化された社会的抑圧に過ぎないという洞察には耳を傾けるべきだろう（杉野 [2007:142]）」と評価している。

インペアメントを社会的価値規範によって構築されたカテゴリーとみなすとともに、インペアメントの個人的経験を社会的抑圧と結びつけることによって、社会モデルはインペアメントの個人的経験を理論射程に取り込むことを可能にした。

けれども、杉野が「インペアメントを身体が経験したディスアビリティとばかりはいえない」と、述べていることからわかるように、すべてのインペアメントがディスアビリティによる抑圧の結果とは言えないだろう。

重度知的障害者における、認知の困難性について、認知しやすさを追及した道具、または支援者などの支援体制の環境を整えたとしても残る、認知の困難について、ヒューズらの研究から答えを見出すことはできない。また、障害にとまなう「痛み」については、リズ・クロウが「身体的苦痛についても、純粹に生理的な現象ではなく、人がどの程度苦痛と感じるかは社会的・文化的条件に関係している」と指摘しているが、それではどんな社会的・文化的条件に置かれたとしても感じ取られる「痛み」というのは、どのように説明すればよいのだろうか。どんな「痛み」も「痛み」と感じない社会や文化が想定可能だとしても、そのような社会へと現在の社会が変更できる可能性はあるのだろうか。それは難しいだろう。

ヒューズらの研究は、インペアメントの個人的経験を社会的抑圧と結びつけ、それにより、社会モデルのインペアメント解釈の道を築いたのだが、それはインペアメントの一部分を表現したにすぎないだろう。

#### 1-4 日本の障害学

日本でも、オリバーの社会モデルに対するモリスたち女性障害者らの批判は広く知られている。しかし、その批判に答えるような、社会モデル理論の洗練を目的とした研究はあまり見られない。国内では障害者や障害者家族、介助者の語りから個人の経験を社会的経験へと解釈しようという研究や、障害の文化というアプローチ、文化モデルについての研究などが盛んである。これらはみな、障害学という名のもとに行われている研究であり、その障害学とは、社会モデルという理論基盤の上に成り立っているものである。にもかかわらず、社会モデルの理論構築が不十分なままに、社会モデルはもうすでに周知の存在であるかのように認識されてしまっている。日本においては、社会モデルの理論的探求があまりにも周辺に追いやれているといえるだろう。

杉野は、「社会モデルほど、日本において安易に消化され、使い捨てられようとしている障害理論はないだろう。」と述べ、「英米の障害学の代表的な著書さえ翻訳されず、その理論を紹介したものも決して多くないにもかかわらず、誰しもが社会モデルを知っているかのような前提で議論がなされている」と、日本の障

害学に対する危惧を示している。

国内において、既存の障害研究は社会モデルをどのように捉えているのだろうか。茂木俊彦（2003）は、「環境・社会を重視するあまりに、障害における生物学的・医学的な条件をほとんどまったく省みない議論」として障害学を紹介している。そして、オリバーの障害理論を「障害は社会的創造物であるという定義」とあり、「社会モデルは障害にかかわる一面の真実を語っている」が、「同時に問題も含んでいる」おり、「とくに重要な問題は、障害にまつわる固有の問題を視野の周辺に、さらには外に追いやることによって、具体的、実際の問題の解決を遅らせる結果を招くおそれがあるということである」と批判している。

しかし、社会モデルに対する「障害にまつわる固有の問題を外に追いやっている」という批判が、1990年代にイギリス社会モデルにおいてなされ、それに対する応答も、すでに確認した通りである。よってこの茂木の批判は既に障害学内部において議論なされたものであるといえるだろう。

さらに茂木は、インペアメントに起因する制約を位置づけること自体は誤りではないが、それに終始する障害論は、「障害によって発生するさまざまな制約の特質の解明という課題から人びとの目をそらし、問題解決の速度と実効性にマイナスの影響を与えるという結果を招きかねない。」と、危機感を募らせている。そして、「基本的には生物としての人間個人において発生した健康問題は、その固有性に目を向けつつ、社会環境との相互作用をも当然に意識して、対応していく必要がある」と主張し、インペアメントに起因することへの制約が障害特有の不利益の明確化における困難を招くのではないかと指摘している。

しかし、障害学はインペアメントとディスアビリティの因果的連関という想定は否定するが、ディスアビリティがインペアメントのある人の問題であることはこれまでも示してきた。それは、オリバーの理論的基盤ともなったUPIASのディスアビリティの定義にも、「身体的なインペアメントを持つ人のことを全くまたはほとんど考慮せず」と明記されていることを見れば明らかである。これらは、ディスアビリティをインペアメントのもつ人の問題であるとすることによって、その他の不利益との弁別を可能としてきたのである。

一方で、インペアメントの社会学の主張に見られるような、インペアメントはディスアビリティの存在によって立ち現れてくるものだとする見方もある。

星加良司（2007）は、ディスアビリティをインペアメントとの関連で捉える見方を採用せず、「ディスア

ビリティはそれとして発生ないし、創出されているのであって、インペアメントはあくまでも後続のカテゴリーだから、ディスアビリティをインペアメントとの関連で同定することには無理がある。」とし、インペアメントをディスアビリティの存在から遡及的に措定されるものだと分析している。

しかし、発生論においてはそのようであっても、社会的現実においては、現在の社会では、既にインペアメントに対して否定的な価値付けがなされてしまっており、このような社会を生きる人々にとっては、インペアメントとディスアビリティは並存しているといえる。そうであれば、インペアメントを不利益の要件とすることも可能となるではないかと考えられるが、そうすると、なぜ、インペアメントのある人の不利益のみディスアビリティとし、その解消が特に要請されるのかということが問われるだろう。そして、なぜ障害について特に関心を払わなければならないのかについてきちんと議論されることがなければ、それは障害を特別な弱者の問題ととらえようとする社会通念と容易に結びついてしまうと考えた。そして、それに回答するためには、インペアメントのあることが不利益の経験のあり方にどのような影響をもたらすのかを解明しなければならないとし、星加はそれを「不利益の複合化」「不利益の複層化」という特有な形式で個人に集中してしまうと分析したのだ。

そのような独自のディスアビリティ理論を展開することによって、星加はディスアビリティを「不利益が特有な形式で個人に集中的に経験される現象である」と再定義している。この定義は、社会生活全般にわたる不利益の経験のされ方を問題とすることによってディスアビリティを「不利益の集中」とし、ディスアビリティ解消を「不利益の集中」の回避と捉えるものである。ディスアビリティを、多くの場面、また人生の多くの期間を通じて、「社会的に価値のある活動」が「できない」という経験であるとしたのである。そして、そのような状況が一定程度改善されることは、「社会的に了承可能な妥当性があると思われる」と、述べている。

インペアメントとディスアビリティをどのように定式化すればよいかという見解は、研究者によって様々であるが、インペアメントのある人の不利益の経験を考察し、「不利益の複合化」と「不利益の複層化」を導き出した星加の主張は、ディスアビリティ理論の洗練にとって大きな効果をもたらしたといえるだろう。しかし、星加の定義によっては、インペアメントについての直接の関連付けはなされないで、「不利益の複合化」「不利益の複層化」という特有の形式で不利

益を経験しているインペアメントのない人、つまり他の要件の人をもその範囲の中に含んでしまうことから、障害問題が優先的に扱われるということを保障できていない。例えば、貧困や紛争に苦しむ人々もこのように特有な不利益を経験しており、場合によっては障害問題よりも深刻だと言わざるを得ない。このとき障害問題の解決は先送りにされてしまうことになるだろう。ディスアビリティをインペアメントとの関連で定義すべきか否かは、これからも議論していかなくてはならない課題である。

## 1-5 アメリカ障害学

このような社会モデルの状況に対し、杉野（2007）は「この隘路から障害学を救い出してくれるのは、アーヴィング・ゾラの障害研究だと思う」と述べ、ゾラの障害研究を、「徹底的に障害者個人の問題にこだわりながら、同時に、障害の原因を社会に求める社会モデルの視点を貫いている」と評価している。

アーヴィング・ケネディ・ゾラは、アメリカ障害学会 Society of Disability Studies (SDS) の創立者の1人として知られ、「アメリカ障害学の父」と呼ばれた社会学者である。アメリカ社会モデルの原点ともいえる、アーヴィング・ゾラの障害理論は、社会モデル（健康至上主義社会批判）と、自己決定の理念（医療における患者主権）と、障害の普遍化戦略（障害者と高齢者の政治的連帯）の3点に集約することができる<sup>(6)</sup>。ゾラはその著書『健康主義と人の能力を奪う医療化』の中で、以下のように述べている。

もし、わが国がすでに排除的社会になっていることを、あなたが信じられないというのなら、わが国の市民を学校、レストラン、劇場、公共建物、裁判所、さらには個人住宅への完全な接近権と参加から締めだすため、われわれが作りあげた構造物障壁をみってみるがよい。また若さと美を尚ぶ審美感覚のため、老人や何らかの点で奇形となっている人をみれば嫌悪感を覚えるように仕向ける社会的障壁のことを考えてみるがよい。さらにコミュニケーション障壁もある。それはわれわれが目や耳の不自由な人と気持ちよく話すことを、顔貌が正常でない人を直視することを、そして言語障害のある人の話に長時間かけて耳を傾けることを妨げるものである。(Irving Kenneth Zola[1977], 尾崎浩訳 [1984:88])

社会的障壁によって障害者が排除されているとする、このような主張はまさに、社会モデルの視点であ



る。そして、ここで特徴的なのは、アクセスを妨げる物質的障壁と、奇形に対する嫌悪感や健常者のみを想定したコミュニケーションのあり方という「偏見」つまり非物質的、観念的障壁が同じように焦点化されていることである。そしてこの特徴は、アメリカ社会モデルにそのまま移行される。

このような排除的社会システムは、政治的、経済的、社会的な心理要因によって支えられており、こうした事態をもたらした原因の根は深いと、ゾラは主張する。そしてそのシステムを、以下のように読み解き、その変革を目指している。

医療社会学者であったゾラは、まず、医師や医療専門職の道徳的中立性という自己主張の詐欺性を指摘する。社会的問題点に病のレッテルをはる側とはられる側に大きな力のアンバランスが存在し、診断を下すエキスパートたちは、「そのこと自体」には彼らにとって利益になるものは何もないとされ、その専門技術は社会的に正当で、この判断がいかに道徳中立的なもののようにみせる。しかし、こうした決定は医療との関連を主要な行動の次元として設定することにより、「個人は自分の体について、どのような自由をもつべきか、個人のほかにも手当てを必要としているものがあるのではないかといった問題」という、道徳的争点に直面することを妨げてしまうため、道徳的に中立ではないと批判している。

このように、医療専門職の権限が広範囲に及ぶ社会の医療化プロセスを、「生活の中で、医療のよき実現に関わりがあると見られるものの拡大」「ある種の技術的手続きにたいする絶対的管理を保持し続けること」「ある種の“タブー”領域にたいするほぼ絶対的な接近権の保持」「医療のなかで、生活のよき実践に関わりがあるとみられるものの拡大」という、4つに分類し、日常生活の大部分がいかに医療化されてしまっているかを分析した。このような医療化の拡大によって、アメリカ社会は健康至上主義に陥っていると、指摘した。そして、その健康至上主義によって、障害者や慢性病者は社会から排除されているのだとゾラは主張したのである。

障害者や慢性病者を排除する健康至上主義社会を変革するためには、医療化の拡大に対抗しなければならない。そのために必要なのが、患者の自己決定である。医療専門職の権限を制限するためには、患者の自己決定権を強めるしかないと考えたのだ。そして考え出されたのが、ゾラの「障害の普遍化モデル」である。患者が多数となれば健康至上主義社会の変革が可能となると考え、自らは「障害者」だとは思っていないが、生活の一部で「障害」を感じているために、「障害者」

との共通のアイデンティティを感じている人々と共闘するための戦略を提案したのだ（杉野 [2007:104]）。

このような、「客観的な視点から理論的体系化をめざす」といった方向ではなく、「自分の問題」として「障害」を語り、「誰もが病人の社会」について考えた」ゾラの障害研究を原点とした、アメリカ社会モデルとはいったいどのようなものなのだろうか。

1970年代におけるアメリカの障害者権利運動は、公民権運動の影響を強く受けていた。1964年に制定された公民権法（Civil Right Acts）を通じて黒人や女性が勝ち取っていった権利を、障害者も獲得することが目指されたのである。公民権に基づく「差別」概念のなかで、人種や民族、性別と障害が同列に捉えられ、障害者の排除も、「差別的態度」と「偏見」の問題とされた。ここに、アメリカではイギリスのような物理的障壁ではなく、抽象的な「偏見的な社会意識」に焦点化していったひとつの要因をみることができる。

そして、1973年のリハビリテーション法改正に、「連邦政府の財政援助をもらっているプログラムあるいはサービスは、市民が障害を持っているというだけの理由で差別してはならない」という、障害者の差別を禁止する504条が組み込まれた。この504条は「障害者の公民権を保障しなければならない」と明確に宣言するものであったため、リハビリテーション法の改正は「障害者の公民権法」と言われるようになった。しかし、504条では連邦政府の補助を受けている団体に適用範囲が限られていたために、政府と事業契約のない民間の企業はカバーできなかった。そこで、1990年、すべての団体・個人に対して障害者差別を禁止する法律、障害をもつアメリカ人法（Americans with Disabilities Act, ADA）が制定されたのである<sup>(7)</sup>。

このような障害者運動の中で培われてきたアメリカの障害理論、アメリカ社会モデルとはどのようなものであるのだろうか。アメリカの障害理論は、公民権運動の文脈のなかで障害を捉えたところに大きな特徴があるといえる。それは、障害者の定義にも顕著に現れている。公民権を意識し、すべての状況での差別禁止を目指したことにより、障害者の定義もとても広範囲なものとなっているのである。日本では、障害者手帳や療育手帳を交付されているものだけが障害者と認められているが、アメリカでは以下に挙げる3つが障害者の定義となっている。

一つ目は「生活行動に重大な困難さ、制限を持っている人」。二つ目が「障害をもっていたという記録のある人」。三つ目が、自分では障害をもっていないと思っても、「周囲の人から障害者だということ」で差別される人である。

アメリカ社会モデルによれば、たとえインペアメントを有していなくとも、「障害」を感じる人ならば、マイノリティとしての障害者となることができる。慢性病患者も高齢者も、一時的に障害を被った人など、多くの人が障害者となりえるのである。アメリカ社会モデルでは、「障害者」を「マイノリティ」と捉える。ここに、ゾラの普遍化モデルからの流れがはっきりと確認できるだろう。多くの人を取り込める可能性を含み、あらゆる状況での差別を禁止し、社会変革への影響を拡大させようという戦略である。

「マイノリティ」や「差別」という概念に対する意識が、アメリカでは公民権運動を通して培われ、成熟してきた歴史があり、それによってアメリカ特有の社会モデルが形成されている。アメリカ社会モデルにおいて、イギリス社会モデルのようにインペアメントとディスアビリティを二元論的に分解し、ディスアビリティである制度的障壁に焦点化するような主張はあまりなされない。アメリカ社会モデルは公民権の概念を用いて、ディスアビリティを社会の偏見の態度と捉えるのである。

このように捉えると、イギリス社会モデルとアメリカ社会モデルが相容れないもののように感じられるかもしれない。しかし、全く違うように見えるそれぞれのモデルは、実は大きな社会モデルという枠組みの中にきちんと位置している。英米社会モデルは統一的に理解することが可能なのである。

英米の社会モデルの相違を唯物論的社会モデルと観念論的社会モデルとして整理することによって、それが方法論上の相違に過ぎないことが見えてくる。障害(者)を排除する社会構造と社会意識にも配慮しつつ政治経済分析をおこなうイギリス社会モデルと、政治経済要因にも配慮しつつ障害(者)を排除する社会意識を研究するアメリカ社会モデルとの違いは、相対的なものでしかないのである(杉野[2007:148])。

英米社会モデルの唯物論的、観念的といった相違は、障害者に対する抑圧の分析視点としていずれの側面に焦点を当てるかという方法論上の相違にすぎない。そして、その方法論上の違いは、上で見てきたように、それぞれの社会において障害に対する認識がどのように培われ、また障害問題に対してどのような戦略を採用してきたかということによって生じているといえる。

イギリス社会モデルとアメリカ社会モデルについての考察を通して、私たちは社会モデルが持つ柔軟性や射程の広さを知ることができた。そして、制度的位相と非制度的位相への焦点化をそれぞれの目的によって戦略を使い分け、障害問題に対応する社会モデルとい

う概観を掴むことができた。次に、そのように社会モデルを捉えることによって可能となる、臨床現場での社会モデルの応用を考えたい。

## 2 社会モデルの実践

実践レベルの社会モデルといえば、制度的障壁を非合法化する差別禁止法である。2006年12月、国連において障害者権利条約が採択され、国内においても条約批准に向けての動きが活発になっている。それに伴い、国内の法制度や各種の施策において、障害者の権利を保障するものになっているのか検証が行われなくてはならない。そして、その動きが、日本の障害者差別禁止法制定に繋がっていくことが期待されている。

社会モデルの実践モデルにおいては、このような制度的位相に焦点が当てられてきた。それは障害問題の解決を社会に働きかける社会モデルとしては当然のことであり、必要なことである。しかし同時に、社会モデルの実践レベルの応用を、臨床という援助現場において考察することも、障害学にとって必要な作業といえるのではないだろうか。臨床現場における社会モデルを考察することは、既存の個別援助学と障害学との相違を明らかにするだろう。個別援助学との相違を明確にできない限り、障害学は個別援助学に吸収合併されてしまう可能性から逃れられることはない。障害学の存続という観点からも、既存の個別援助学との相違、つまり、臨床現場における個人モデルと社会モデルについての考察は求められる。

また、障害者運動から誕生したはずの障害学なのだが、日本では障害者の障害学への認知度、支持度は決して高いとはいえない現状となっている。障害者に支持されない障害学はその存在意義を見失うだろう。それを避けるためにも、障害学が障害者の日常生活のさまざまな場面において、何をもちたらし得るのかを提示しなくてはならない。その点からも、臨床現場における社会モデルを考察することは必要な作業なのである。

### 2-1 個別援助学と障害学

日本において、リハビリテーション、障害者福祉、障害児教育など、従来の障害研究で障害学が主張する社会モデルの応用を研究したものを探すことはきわめて難しい。それ以前に、障害学に対して、「なぜ、それらと一緒にできないのか」という問いが、個別援助学から投げかけられてしまう。これらの個別援助学は障害学と統合できると主張し、リハ学においては、最



新のリハ学理論である国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）において、もうすでに「社会モデル」を総合している、と主張している。

そのような、リハ学の主張に障害学はどのように答えるのだろうか。個別援助学と障害学の統合の難しさについて、杉野昭博は障害学会第1回大会の報告で次のように述べている。

たしかにリハ学の理論視角は、20世紀後半に医学モデルから生活モデルへと転換し、現在では社会的障壁をも視野に入れ始めている。しかし、そのパースペクティブは「個人」に焦点化していて、「社会的障壁」に焦点化しているわけではない。また、「できるようにさせる」という実践課題をもつリハ学は、まず個人が「できるかできないか」という個人のパフォーマンスに着目し、「できないことをできるようにするプロセス」の解明に向かう。この作業が個別援助レベルでおこなわれることによって、問題解決は個別ケースごとに追求されることになる。したがって、社会的障壁を視野に入れたとしても、その解決に際してはどうしても個人の側の適応努力が求められることになりやすい。（杉野[2005:12,13]）

たしかに、リハ学において、ICFにも見られるように、「相互作用」「関係性」に着目した「適応モデル」が流布しているが、障害の否定性の発生要因が「医学」から「適応」にずらされただけで、否定性の要因が外部から与えられ、その否定性は個人に帰せられるという意味においては、従来と変わりはない（田島[2006:209]）。個人に焦点化する個別援助学と社会に焦点化する障害学の統合は不可能というのが、障害学からの返答だといえる。

しかし、これは理論的統合が不可能であるということであって、実践においては双方が協力しあって個別課題に取り組んでいくことの必要性を否定しているのでは決してないのである。

では、個別課題に取り組んでいく際には、個人モデルと社会モデルはどのようなバランスで折り合いをつけていくのだろうか。

2007年4月から、すべての学校において、障害のある児童生徒の支援を充実させることを目的とした「特別支援教育」が学校教育法に位置づけられたことにより、障害児教育を取り巻く環境は、大きく変化していくだろう。従来までの盲、聾、養護学校が特別支援学校という名称になり、個別支援学級が特別支援学

級となった。（しかし、いまだに従来の〇〇養護学校というような、名称のままの学校がいまだ多数といえる。）それらの場所は、まさしく障害児に対する個別援助の実践の場である。その支援者となるものを育成する「障害児教育コース」に、筆者は昨年まで在籍していたのだが、そこで経験した授業内容について触れたいと考える。障害児の支援者となるべき学生にどのような内容の教育を行うかは、言うまでもなく、その後実践の現場においての支援者の姿勢、取り組むべき方向に多大なる影響を与える。また、支援者となるものに与える教育内容は、まさしく社会的・政治的なものである。

私は、障害児教育の枠組みの中で4年間学んだのだが、その中で、障害学が紹介されることは一度もなかった。障害の社会モデルについては一度だけ、授業の中で取り上げられたことがあったが、社会モデルとは、「環境のありさまを重視する、いわゆるニーズがある、それゆえ援助しようとするモデル。」という紹介がされるのみであった。

その他の授業はすべて、障害種別、各障害についての定義、原因、主な特徴の把握を目的としたもの、障害児に対する指導プログラムの立て方の方法や練習を目的としたもの、障害児と実際にかかわり指導や授業を行う実習などが、主な内容だといえる。しかし、その中に、社会モデルの視点があったかというところ、それを見つけることは難しかったといえるだろう。

私が教えられた指導方法の手順の一例を挙げる。まずは、児童生徒の実態把握が必要であり、その児童がいったい何ができていて、何ができないのかを把握する。「ベースライン」をとることから始めるのである。そして、そのできないことの中から、児童生徒の生活状況と照らし合わせ、指導する事柄を選択する。それから、児童がその課題を克服できるような指導方法、教材などを用意し、指導を行っていく。指導の中で、少しでも児童生徒の成長が認められれば、強化（ほめる、シールやスタンプを与えるなど）を与え、課題克服に児童生徒が意欲的に取り組めるような環境を作り出すことが大切であるとされる。

このような、一連の指導は「できないことをできるようにする」という目標のうえに成り立っている。そして、できないことをできるようにさせることが、教員の仕事であり、いかに個人の能力を向上させるかに焦点が当てられる。それは「教え」「育てる」という教育の枠組みの中だけで見られる傾向ではない。福祉の現場においても、同様の傾向がみられるのである。

ここで、独自の取り組みを展開し、今では周知の存在となったべてるの家の実践を、社会モデルの観点か

ら分析してみたい。

## 2-2 べてるの家と社会モデル

北海道の南端、浦河という町にある「べてるの家」は、精神障害者、主に統合失調症の人びとの共同生活の場である。精神障害を抱える多くのメンバーと浦河赤十字病院精神科病棟のソーシャルワーカー向谷地生良さんが出会い、集いはじめて29年、試行錯誤を繰り返し、今日も明日も問題だらけだが「それでも順調！」というべてるの実践は多くの人の関心をひきつけている。

べてるでは、日高昆布の袋詰め作業を行っている。そこで「3分しか働けない」という人が現れる。3分以上働いてしまうと、時には朦朧状態となって固まってしまうのである。そのとき、べてるでは「3分のままでいい」ということになる。終わらない仕事は誰かほかの人がやればよい。3分が5分、10分になるようにと支援するのではなく、3分のままでいることを認める。ここに、べてるの現場での「常識」の変革が見られる。

長時間働く能力のある人に短時間の仕事しかさせなければ、それは苦痛となる。しかし短時間だったら働ける人たちにとっては、短時間の仕事は満足なものとなる。一週間、毎日働く能力のある人にとっては一日しか仕事がないと「失業」になるが、一日だったら十分働けるというべてるのメンバーにとっては、一日の就労は「就職」に等しいものとなる。(浦河べてるの家 [2002:191])

通常、作業所では、障害者が仕事をできる限りひとりでやり遂げられるようにという方向に、支援が行われる。この場合であれば、「3分しか働けない」という現状が、どのような要因によるものなのか、例えば、集中できないような目に付くものが周りにあるのではないか、作業の手順がわかりにくいのだろうか、声かけのタイミングが悪いのだろうか、ということが支援員によって考えられる。そして、その人に最良であろう、つまり、その人が仕事を3分以上続けられるのにこちらが最も適していると思われる環境を設定して、その人の仕事継続の可能な時間を3分から少しでも長くしようと挑戦し続ける。その結果、2分でも時間が延びれば、「すごいですね、5分も続けられるようになりましたね」と、賞賛するのである。

これがいわゆるリハ学の「障害の相互作用モデル」でいう「環境因子」への配慮である。3分しか働けな

いのは、その人、個人に原因があるのではない。できないのは、環境との相互作用によって生じた現象なのであるから、環境を整えることが必要なのだと説く。そしてこれをもって、リハ学は、社会モデルを統合したというのである。しかし、一見してわかるように、このような支援に、現状の社会とは異なる社会を構想する想像力は備わっていない。現状の社会に対して変革を促すような視点が含まれなければ、それは社会モデルとはいえないのである。

べてるは、働くということの意味を自分たちの障害を通して解釈しなおしている。通常の社会認識では、会社はサボってはいけないものとされているが、その認識を採用せず、安心してサボれる会社を作ろう、と呼びかける。ここで、行われていることは、仕事についての社会認識の変革である。

また、統合失調症に伴う幻聴や幻覚といった症状は、これまでは医療の現場では、それらは忌まわしい、よくないものと考えられ、幻聴の中身に立ち入らず、なんとか薬の力で封じ込めようとしてきた。しかし、すべての幻覚妄想が薬の力で消えるわけではなく、嫌々でも付き合っていかなければならない場合も少なくない。そこでべてるでは、幻聴を「幻聴さん」と名づけ、当事者がそれぞれの幻覚妄想体験について語り合うことによって、幻覚や妄想もコミュニケーションや関係を作っていくうえでの大事な世界であるという意味変革を行ったのだ。

このようにべてるでは、医療によって病気を「勝手に治す」のではなく、当事者自身が病気を語り、病気を生きながら「生きること」「いま存在すること」の意味を問いつづける。

これは、1960年代、70年代のアメリカの患者運動、障害者運動の中でみられた動きと非常によく似ている。そして、医療専門職の権限を制限し、患者主権を主張したゾラに通じるものだといえるだろう。べてるの家では、「当事者が語る」ことから始まり、今では「当事者研究」が行われ、当事者の研究や体験から見出した症状への対処法を登録し、公開する「べてるスキルバンク」というシステムを作り出している。ゾラ自身が顧問として設立に関わったストーマ患者会診療所においても、すべてのサービスは医療資格のない先輩ストーマ患者たちによって計画、提供されていたのである。

現在、「べてるスキルバンク」には、「幻聴さん丁寧お願い法」「体感幻覚おもてなし法」「サトラレサイン・親指立ててSOS発信法」など、さまざまな障害者個人の経験に対する対処法が紹介されている。障害の個人的経験を持つ先輩障害者から同じ経験を持つ障害者

に、その経験の提供される仕組みである<sup>(8)</sup>。

そして、べてるはこのような当事者研究の成果や、さまざまな場面を通して生まれてきた新しい価値観（「勝手に治すな自分の病気」「そのまんまがいいみたい」「昇る人生から降りる人生へ」「苦労を取り戻す」「それで順調」など）を、多数の著書、年間何十回と全国で開かれる講演会などにおいて紹介することによって、社会へ積極的に働きかけている。社会への働きかけが、べてるでは事業の中にきちんと組み込まれているのである。既存の社会のありようにとらわれない、このようなべてるの活動は、まさに社会モデルの実践である。

「弱さとは、強さが弱体化したものではない。弱さとは、強さに向かうための一つのプロセスでもない。弱さには弱さとして意味があり、価値がある……べてるの家には独自の「弱さの文化」がある。」と向谷地は言う。これは、統合失調症という障害の経験を通して、べてるが紡いできた「障害の文化」であるといえよう。しかし、臨床現場において、このような取り組みを見つけることは難しい。それは、べてるがこれほどまでに注目を集めることから示唆されている。なぜ、臨床現場で社会モデルを活用することは難しいのだろうか。

### 2-3 支援・信念・偏見

一つ事例を挙げて考えてみる。極端な偏食がみられる自閉症の方がいた。彼は白いご飯とバナナやりんごなどの果物以外を口にすることはなかった。それ以外のものを、口の前に差し出すと横を向いてしまい、無理に口に入れるとすぐに吐き出してしまっていた。

社会モデルの立場から考えれば、一日に必要とされている栄養バランスや、多様な種類の食物をバランスよく食べることをよしとする認識は、日本の食文化の中での規範であって、白いご飯とバナナしか食べないことを「おかしい」とか「間違っている」「よくないことだ」と考えてしまうのは、既存の社会、健常者中心の食文化の偏見であると指摘することができる<sup>(9)</sup>。

しかし、彼を担当した支援員は、彼が昼食時の給食に出たものを残すことを許さず、どんなに時間がかかろうが、どんなに彼が嫌がろうが、出されたものは全て食べさせた。最初は、彼の抵抗も激しかったが、その取り組みが続けられ、月日が経つにつれて彼が自発的に食べるものが増えていった。そして結果的に、彼は出されたもののほとんどを食べることができるようになった。

この事例において、支援員が「食べさせる」ことにした根拠はいったい何であろう。その根拠にあげられているものは、「彼は食べたくなくて食べられないのではなく、食べたいのだが食べるという行為に特別な困難があり食べられないのだ」と「感じた」ことである。そして、食事という場面は、家族関係の形成の場であるから、食事指導を行い改善に向かうことは、ご家族に対する励ましにもなると考えられた。しかし、この見立てが、どんなに客観視されて作られたものであるとしても、これは支援者の信念、信条のもとに行われた支援ではないかと問われれば、否定できないであろう。少なくとも、そこに科学的な根拠は一切存在しないのである。

天田城介は、著書の中で、「高齢者の尊厳を守るようなケアをしましょう」と、高齢者がトイレではなくベランダで排尿する場合も認めてあげましょう、という主張に意義を唱える支援員の語りを取り上げている。

やっぱりベランダで排尿することをそのまま認めることが尊厳を守ることにはならないと思います。おしっこはトイレです、こういう当たり前のことにこそ、尊厳があると思うんですね。（中略）ここは絶対に譲れません。（中略）自分の信念からいってもトイレでしてもらっています。（天田[2004:221]）

ベランダで排尿することもそれはそれで認めるというケア実践は、「おしっこはトイレです」という「当たり前」の論理と、支援者の抱く信念や信条の否定になってしまう。これは、こうした言説と実践によって、高齢者と支援者において不可欠な「葛藤」という契機が奪われてしまうことを天田は批判的に捉えている。人と人との葛藤は面倒であるし、できれば関わりたくないのも事実であるが、こうした「葛藤」こそ「承認」の決定的な契機になる。そしてこの＜承認と葛藤の社会＞にあることによって、支援者が能動性を発揮し、また同時に高齢者の能動性を引き受ける存在にもなるのだと述べている。

新しいリハビリ理論によって、支援の目的は、ADLの向上からQOLを高めることへと変化したといわれている。しかし、そのQOLの向上がどのように捉えられているかというのが問題である。QOLの向上のためには、機能障害や能力障害の軽減や、潜在的機能・能力の開発と増進、環境的・社会的条件の改善、障害の受容が必要であるとされている。つまり、QOL向上のためにはADLの向上が基礎条件とされている。



このような認識によって、本人の行動を改善すること、個人に介入していくことが本人の生活の質の向上につながると考えられてしまうのである。

どんなに支援者が客観的に判断を下しているとしても、特に本人の意向を汲み取ることが難しい重度の知的障害者における支援などにおいては（親や後見人などの意見を聞いたとしても）、どうしても支援者の見立て次第となってしまう。そして、その見立てとは、既存の社会を出発点として、その判断の多くが支援者の信念・信条によってなされている。この社会のありようとは違った社会を想像し、その中で支援計画が立てられることはほとんど皆無である。

ゆえに、臨床現場に従事する支援者は、できない状態をそのままにしておくこと、つまり、この人は「できない」と決めつけてしまうこと、そのことを「偏見」さらに言えば、「差別」とみなすのである。その人の可能性を信じ、共に挑戦することこそが、支援のあり方として正しいとされている。本人に介入していかないことは、「放棄」「放置」だとして批判の対象となるのだ。このような捉えは、上で引用した高齢者ケアスタッフの言葉にも表れている。

つまり、何を「偏見」とみなすかによって、個人に介入していくのか、社会に介入していくのかが決まるのである。ある行動を「おかしい」とする社会の認識が健常者中心的なものであって「偏見」なのであるから、社会に対して介入していこうとするもの。もう一方は、その個人は障害があるのだから、高齢なのだから「できなくても仕方ない」「できなくて当たり前」とみなしてしまうことこそが「偏見」なのであるとし、個人に介入し、改善を目指すというものである。そして、社会変革を想定しない支援の場によって育まれた信念・信条から見れば、個人に介入しないことは放置となってしまうことから、圧倒的に後者の立場が多くなってしまうのである。

このようにみえてくると、臨床現場において、いかに個人モデルと社会モデルのバランスが重要となるのかわかる。社会の認識を「偏見」だとし、変革を訴える、または独自の文化として自らの生活様式、考え方を相対化していくばかりでは、本人のあらゆる可能性を奪うことになりかねない。しかし、従来の個人モデルの支援では、それが天田のいう「承認と葛藤の社会」を生成する場合があることも確かではあるが、それと同時に、（特に重度の知的障害者支援の場において）本人が支援者の見立てによって、いかようにも解釈され、介入されてしまうという危険があることも忘れてはならない。

個人モデルと社会モデルが統合した支援とはいった

いどのようなものなのか。私たちはその実例をべてるの實踐に見ることができる。べてるの實踐は個人への介入が社会への介入とへとつながっている。個人の介入を個人にとどまらせない、社会へと広げていくメカニズムを私たちは考えなければならない。

### 3 おわりに

本稿では、日英米における障害の社会モデルの論争をまとめ、障害学の現在を考察してきた。制度的位相に焦点化するイギリス社会モデルと非制度的位相に焦点化するアメリカ社会モデルを、統一的に理解することによって、社会モデルの射程の広さと、戦略の柔軟性を示すことができたであろう。

しかし、社会モデル理論に残された課題も多く、インペアメントとディスアビリティの関連についても、いまだ解決には至っていない。回答するために必要な議論を積み重ねることによって、社会モデル理論の洗練を目指したい。

また、社会モデルの實踐について、既存の個別援助学と障害学を関連させて考察した。障害児教育、障害者福祉の現場においては、従来の社会における生活様式、感じ方、考え方が支援の出発点となっている。そのため、個人に介入しないことはこの社会に個人をそのまま放置することになる。そのために、社会変革を想定しない支援の場によって育まれた信念・信条によって、個人への介入が何の疑いもなく行われてしまうのである。

實踐において、個人モデルと社会モデルの統合は必要不可欠である。しかし残念ながら、本稿では、理論的統合は不可能である個人モデルと社会モデルが、臨床現場においてどのように統合可能であるのかという具体的なモデルを示すところまでは及ばなかった。實踐においての個人モデルと社会モデルの統合のモデルを示すことは次稿の課題としたい。

#### 【注】

- (1) 立岩（2002, p.69-71）を参照。
- (2) 倉本（2002, p.282-283）を参照。
- (3) イギリス社会モデルにおける論争は長瀬（1999）、杉野（2007）を参考にした。
- (4) 星加（2007, p.64-67）。星加はインペアメントの位置づけに関してなされたこの一連の論争に対して「議論射程の問題に回収され、実りあるものとはなっていない。」と述べている。
- (5) ICIDHにおいて、「インペアメントは、心理的、生理的、解剖的構造あるいは機能の欠損または異常。ディスアビリティは、インペアメントによってもた

らされた、人間として正常と考えられる活動を遂行する能力の制限あるいは欠如。ハンディキャップは、インペアメントとディスアビリティによってもたらされた、年齢・性・社会的文化的条件相応の正常な役割の達成を制限し阻害する不利である。」と定義されている。

- (6) 杉野 (2007, p.93)、またこの著書の第3章において、ゾラの文献が大幅に引用されており、ゾラの障害研究の特徴が明らかとなっている。
- (7) ADA に対する評価については、立岩 (2000)、花田 (1991) を参照されたい。
- (8) べてるねっと <http://bethel-net.jp/> (2007年8月現在)
- (9) 岡原 (1990)、倉本智明「障害学カフェ」[http://www.akashi.co.jp/menue/rensai/cafe\\_00.htm](http://www.akashi.co.jp/menue/rensai/cafe_00.htm) (2007年8月現在)において、重度の脳性マヒ者や上肢に障害がある人が「犬食い」スタイルで食事をするのと、健常者の身体を前提につくられた食事のマナー、生活様式の間隔を論じられている。

#### 【文献】

- アーヴィング・ケネディ・ゾラ, 1984, 尾崎浩訳「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』新評論
- アドリアン・アッシュ, 2000, 長瀬修「米国の障害学」倉本智明・長瀬修編『障害学を語る』エンパワメント研究所.
- 天田城介, 2004, 『老い衰えゆく自己の／と自由－高齢者ケアの社会的実践論・当事者論』ハーベスト社.
- 石川准, 1999, 「あとがき」石川准・長瀬修編『障害学への招待－社会、文化、ディスアビリティ』明石書店.
- 石川准, 2002, 「ディスアビリティの削減、インペアメントの変換」石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店.
- 石川准・長瀬修編, 1999, 『障害学への招待－社会、文化、ディスアビリティ』明石書店.
- 石川准・倉本智明編, 2002, 『障害学の主張』明石書店.
- 浦河べてるの家, 2002, 『べてるの家の「非」援助論－そのままでいいと思えるための25章』医学書院.
- 岡原正幸・立岩真也, 1990, 「自立の技法」安積純子・尾中文哉・岡原正幸・立岩真也, 1990, 『生の技法－家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店.
- 倉本智明, 2002, 「あとがき」石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店.
- コリン・バーンズ ジェフ・マーサー トム・シェイク

- スピア, 2004, 杉野昭博・松波めぐみ・山下幸子訳『ディスアビリティ・スタディーズ－イギリス障害学概論』明石書店.
- 最首悟, 1998, 『星子が居る一言葉なく語りかける重複障害の娘との20年』世織書房.
- 齊藤道雄, 2002, 『悩む力ーべてるの家の人びと』みすず書房.
- 障害学会, 2005, 『障害学研究①』明石書店.
- 障害学会, 2006, 『障害学研究②』明石書店.
- 杉野昭博, 1997, 「『障害の文化』と『共生』の課題」『岩波講座 文化人類学 第8巻 異文化の共存』岩波書店.
- 杉野昭博, 2002, 「インペアメントを語る契機」石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店.
- 杉野昭博, 2005, 「『障害』概念の脱構築－「障害」学会への期待」『障害学研究①』明石書店.
- 杉野昭博, 2007, 『障害学－理論形成と射程』東京大学出版会.
- 田島明子, 2006, 「リハビリテーション領域における「障害受容」に関する言説・研究の概括」障害学会『障害学研究②』明石書店.
- 立岩真也, 2000, 「一九七〇年」『弱くある自由へー自己決定・介護・生死の技術』青士社.
- 立岩真也, 2002, 「ないにこしたことはない、か・1」石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店.
- 立岩真也, 2004, 『自由の平等』岩波書店.
- 土屋貴志, 1994, 「障害が個性であるような社会」森岡正博編『「ささえあい」の人間学』法蔵館.
- 中西正司・上野千鶴子, 2003, 『当事者主権』岩波書店.
- 長瀬修, 1999, 「障害学に向けて」石川准・長瀬修編『障害学への招待－社会、文化、ディスアビリティ』明石書店.
- 花田春兆, 1991, 「ADA 法やぶにらみ」八代英太・富安芳和編『ADAの衝撃』学苑社.
- 星加良司, 2007, 『障害とは何か－ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院.
- マイケル・オリバー, 2006, 三島亜紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司『障害の政治－イギリス障害学の原点』明石書店.
- 向谷地生良, 2006, 『「べてるの家」から吹く風』いのちのことば社.
- 茂木俊彦, 2003, 『障害は個性か』大月書店.
- 八代英太・富安芳和編『ADAの衝撃』学苑社.
- 横塚晃一, 1975, 『母よ！殺すな』みすずさわ書店.