

リハビリテーション医療と ソーシャルワークの自立への観点

中 俣 恵 美*

A point of view regarding the Independence of Medical Rehabilitation and Social Work

Emi Nakamata

要旨：今日の保健・医療・福祉において「自立」理念は目標概念として存在し、重視されている。また、生活機能をとらえようとする ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) が誕生し、利用者の「生活」も同様に重要なキーワードとなっている。しかし自立の意味合いは、立脚する立場や価値観、生活習慣等により微妙に異なり、自立概念は未だ確立されていないといえる。

ソーシャルワークもリハビリテーション医療も利用者の生活の自立を支援する専門職によって実践され、その方法の確立が求められる。

そこで、今回はソーシャルワーク、リハビリテーション医療それぞれの立脚点より、自立概念と障害概念を整理することで、自立支援への課題を明らかにすることを目的に、生活への視座の必要性について考察したものである。

なお、本論は以下のような構成である。

- I はじめに
- II 自立の概念
- III 障害の概念
- IV 自立をめぐる課題とまとめ
- V おわりに

Abstract : The idea of “independence” exists as a goal concept and today, it is treated as a very important idea in health preservation, medical care, and welfare. The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was established to capture the ‘functioning’ of clients, and the “life” of a clients has become a very important keyword. However, the concept of independence is not yet established because the meaning of independence differs slightly depending on the situation, sense of values, and habits of clients.

Social work and medical rehabilitation are specialties that can enhance the independence of clients. The establishment of a study method for this concept is necessary.

Therefore, this study was designed to clarify the concept of independence enhancement by proposing concepts for both independence and disability from the standpoints of social work and medical rehabilitation. It is considered a necessity from the point of view of life.

The paper is divided into the following section :

*関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

- I Introduction
- II Concept of independence
- III Concept of disability
- IV Problem of independence and summary
- V Conclusion

Key words : 自立 independence 生活 life 障害 disability ソーシャルワーク social work リハビリテーション医療 medical rehabilitation

I はじめに

人間は、常により良い状態を志向して、生活困難を乗り越えようとする力を潜在的に持っている。そして自身の生き方を決定すること自体が、その人が存在する意味の重要な構成要素といえる。その人が私（達）と別な存在としてありのままを認められるなら、社会正義の観点より、その人の生き方は保障されなければならない。他人の都合で人生が決められてしまうことから身を護る 1 つの有力な手段として、自立が存在するといえる。

1981 年国際障害者年以降、「自立」を単に他者に依存しないこと、「身体的、経済的自立」のみを意味するのではなく、「その人らしい」生活を送ることとしてとらえるようになってきている。また「自立」理念は、今日の社会福祉全般の目標概念として存在し、現在社会においては国民諸階層の自立が重視されている。これは逆にいえば基本的人権の尊重を求める社会的風潮が高まりながら、経済的効率性、業績主義、能力主義的な価値観などの浸透によって、自立が疎外されている状況が顕著化しているあらわれともいえる。また子どもや女性、老人、障害者など基本的人権の侵害を受けやすい人達の人格の独立性を確立・回復するための課題として、自立形成が重視されているともいえる。

一方近年では、障害というマイナス要因に視点を置いた ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) が利用

者や家族あるいは環境の持つ力を十分に引き出すことに貢献できなかった²⁾とし、マイナス要因と同様にプラス要因に視点を置き生活機能をとらえ、利用者・家族も含む全職種の共通言語として ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) が誕生した。これにより、保健・医療・福祉の分野において「生活」が重要なキーワードであることは明白となった。それに伴い ICF を基盤として、利用者の主体性、積極性を重視した臨床的応用としての目標指向型アプローチ、インフォームド・コオペレーションという考え方も登場し³⁾、利用者の「自己実現」「自立」も同様に重要なキーワードとなっている。

福祉「welfare」の語源は、well-「快い・満足な状況」-fare「状態」といわれる。いいかえると、福祉とは人の幸福な状態を意味するものであり、ソーシャルワークは人間の社会生活を支援する具体的な方法を持つ実践である⁴⁾といえる。一方リハビリテーション「rehabilitation」の語源は、re-「再び」、habilis は「適した・ふさわしい」という意味であり、リハビリテーション医療はその人らしい生活の再構築、全人間的復権を目指す実践である⁵⁾といえる。

以上のことより、ソーシャルワークもリハビリテーション医療もそれぞれの分野で利用者の「自己実現」を目指し「生活」をとらえ「自立支援」を行う専門の実践であるといえる。

しかし、現実的にはリハビリテーション医療は、身体機能障害レベルにおいて機能回復を目指す職業であり、ソーシャルワークは、社会的

施策の活用の手続きを行う職業という偏った認識と相互の専門性への不十分な理解にとどまっているのが実情ではないだろうか。その結果「生活」「自立支援」という同じキーワードを持ちながら、全体を統一する目標がなく各職種間の目標や方針はしばしば互いに矛盾したりする。「船頭多くして船山を登る」という結果に終わりがちで、いわゆる縦割りの関係として成り立っている。

自立支援の最終目標は、主体的な生活者を目指すことであり、そのためにどのように自立し、いかにして自立していくのが課題となる⁶⁾。自立支援とは利用者の主体性に対する支援ということにもなるだろう。従って自立をどうとらえるかにより、自立支援の方法や質は変わってくるともいえるだろう。ソーシャルワークにとっても、リハビリテーション医療にとっても利用者の自立を正確にとらえることは重要な課題となる。しかし自立という言葉の意味合いは、立脚する立場によってさまざまであり、個々の価値観の違い、環境の違い、生活習慣の違いなどにより微妙に異なる。

そこで本論の目的は、自立に焦点を置き、ソーシャルワークとリハビリテーション医療における概念を整理し、比較検討することで、①個々の利用者の自立を判断することの困難性、②「自立」を標準化することの非合理性、③「自立」と「自律」の関係性の明確化という観点から、自立支援への課題を明らかにする手がかりを考察することである。

II 自立の概念

1. 基本的人権の観点よりの整理

現在における自立概念を概観した時、第二次世界大戦後に誕生した思想の影響が大きく、その潮流を大別すると2つの流れが考えられる。その1つが基本的人権、「人間の尊厳」という思想の誕生であり、もう1つがノーマライゼーション思想の誕生ではないだろうか。

基本的人権は、人々が貧困、飢餓、戦乱、専

制政治等による生活の苦しみを乗り越え、自らの自由・人間らしい生活の保障を訴えた自由権、生存権に起源する⁷⁾。1776年のアメリカの独立宣言、1789年のフランスの人権宣言は、いずれも国民主権による自由・平等の原理を宣言したもといえる。そして第一次世界大戦を経て生存権（社会権）という新たな人権思想が登場した。これは自由・平等の人権が単なるスローガンで終わるのではなく実質的に人々の人間らしい生活を保障しようとするものであり、1919年ドイツのワイマール憲法にて最初に掲げられた。その後、第二次世界大戦の悲惨な経験より1948年に世界人権宣言が成され、「人間の尊厳」は基本的人権に位置づけられた。わが国においても第二次世界大戦後、基本的人権の考え方を法的基盤とする日本国憲法が制定され、第13条の幸福追求権や第25条の健康で文化的な生活を営む権利などが盛り込まれた。

しかし、これらはあくまでも国家の意思として、国民の福祉は「個人の尊厳を尊重する」ことを理念として掲げたものである。黒澤ら⁸⁾は、理念とはすべての人が共通のものとして理解し尊重するという意味で普遍的なものであるが、個人の生活を具体的・個別的に具現化していないし、あまりにも抽象的であると述べている。換言すれば人間の尊厳とは人々が国家を構成し、社会生活を営むうえでの至高の観念（心に抱く考え）であるが、「人間の尊厳」は日々の生活の前において具体的な形を示すものではなく、むしろ遠くにおいて人々が目指すもの、人々の生活の道しるべとなるものであり、理念価値といえる。理念価値が「人間の尊厳を大切にする」「人間の幸せな生活への願い」である以上、個々の生活と密接な関係になければならず、現実の生活における彩りのなかにこそ理念が含まれなければならないと考えられる。

これらのことをまとめると、「人間の尊厳」を生活の場面へ導くものとして、自立の考え方が生まれた⁹⁾といえるのではないだろうか。つまり人間の尊厳は個人の生き方の尊重であり、

その人自身の個性を大切に、与えられた個人的環境のもとで、自己の生活が自己の主體的な意思によって営まれる過程であり、それが「自立」であり、実践価値といえるであろう。

2. ノーマライゼーションの観点よりの整理

社会福祉、リハビリテーションの基本理念に大きく影響を及ぼした、ノーマライゼーション思想を起源とし、自立をとらえてみる。

このノーマライゼーション思想に至るまでの歴史は、古くは疾病に対する呪術的治療から脱却し、理論的に観察して科学的に探求しようとする古代ギリシャ時代のヒポクラテス学派によるヒポクラテスの誓いにまでさかのぼることができる。しかし、その後障害者は長い間極端な貧困と社会からの迫害、無視、蔑視のなかで生きてきた。そのような状況下で、社会福祉においては相互扶助にはじまり、キリスト教による慈善事業、博愛事業へと発展し、1834年に制定された新エリザベス救貧法、わが国においては1929年に制定された救貧事業へとつながった。しかしこれは、劣等処遇の原則に基づいており、ノーマライゼーション思想には、ほど遠いものであったといえる。

一方、1917年以降2回の大戦により、参戦国では多くの傷病軍人に対する国家補償とそれに伴う財政圧迫を解決するため、傷病軍人の職業復帰を目的としたリハビリテーションが推進されるようになった¹⁰⁾。障害者が職業に復帰することで、税の受給者を納税者にして社会貢献することが、リハビリテーションの効果であると主張された。この主張は、リハビリテーションという思想が全く存在しなかった当時の社会に、その必要性の理解を広めるには大きな役割を果たしたが¹¹⁾、就労困難な重度障害者に対する保障は、施設収容することだと考えられる¹²⁾こととなる。

このような経緯のなかで、1958年にデンマークでノーマライゼーション思想が生まれ¹³⁾、バンク・ミケルセン (Bank Mikkelsen N. E.)

は「量的に平均だから普通 (normal) なのではない。また、障害があるからといって、少しもその人が異常 (abnormal) なのではない。だから人は障害ゆえに差別されることがあってはならない。たとえ、身体的に、また、知的に障害があったとしても、一人の人間であり、一般市民と同じ条件のもとで生活する権利がある。ノーマライゼーションの目標は、障害のある人をノーマルにすることではなく、彼らの生活条件をノーマルにすることである。」とした。また、1970年代には脱施設収容、障害者も人間の尊厳を保持しつつ地域社会で主体的に生活する権利があるとする自立生活運動が欧米で生まれ、アメリカで市民権運動、消費者運動とも連動し高まりをみせ全世界に広がった。ここではノーマライゼーション思想をさらに深化させ、①社会的自立と自己実現、②周囲の人々との対等な関係、③生活環境の物理的側面だけでなく市民意識、情報面も含む環境のバリアフリー化、④社会的自立支援、⑤共生、⑥機会均等 (安藤)¹⁴⁾という形に発展させていった。

このような背景をもつノーマライゼーション思想に立脚すると、自立とは、国際障害者年のスローガンでもある「完全参加と平等」としてとらえることができるであろう。障害のために生活の不活性化が起り、自己実現を求めるといふ誰もが生まれながらに持っている権利が剥奪された状態¹⁵⁾はノーマルな状態ではなく、どのような障害があったとしても、一般社会の誰もが日常でかけていくところへは同じようにでかけることができるべきであるということになるだろう。ようするに人である以上、自立した生活を送る権利があり、自らの生活のありようを自らが選び決定する、自己選択、自己決定を行うこと、自己実現こそが人としての自立と理解することができるのではないだろうか。

3. ソーシャルワークに立脚しての整理

ソーシャルワークに立脚し自立を考えるうえで、まず狭義の社会福祉といわれる制度・政策

の観点よりとらえると、新介護保険の成立や支援費制度を基盤とする障害者自立支援法の成立など、「措置から契約へ」「施設から地域へ」と移行してきているといえる。この流れのなかで、「自立」を他者に依存しない身体的・経済的自立と意味し、「自律」を自己選択・自己決定する精神的・社会的自立と意味し、前者を第一義としながらも後者を人の自立の本質ととらえる¹⁶⁾ようになってきている。つまり自立とは「個人が人として尊厳をもって家庭や地域のなかで、その人らしい生活を送ること¹⁷⁾」と考えることができるであろう。そして自立した生活とは、介護・支援をうけながらも主体的・選択的に生きること¹⁸⁾であり、それを保障する支援方法が求められているとも理解できよう。

また自立生活運動においてデジョング(Dejong G)が提唱した役割理論「障がい者は(消極的・依存的な)患者役割、クライアント役割を脱して、(積極的な)消費者、コンシューマーになるべきである。」ということより波及した「利用者」という考え方も誕生し¹⁹⁾、自立を「自らの人生や生活のあり方を自らの責任で決定し、選択して生きることにより、結果としての責任を自らが担う行為」ととらえることもできる。つまり生活主体者として生きる行為そのものが自立であるといえよう。

ソーシャルワークにおいても太田は²⁰⁾、ソーシャルワーク実践は援助(help)ではなく、支援(enhancement)であり、本人の持っている力を高めることにあり、制度・政策がいくら良いものであっても、人は幸せになれないと述べている。また、実践よりのフィードバックによる制度・政策の確立と支援過程における利用者の参加・協働、自助努力の重要性²¹⁾も訴えている。

このようななかで近年では「自律」の重要性も論じられている。自律を自立の前提条件とし「何かを目指す心の動き²²⁾」もしくは「自分自身の心身あるいは自分自身を律していく精神性²³⁾」としてとらえているものもある。しかし

山本は²⁴⁾一般的には、自分の生活に関することすなわち健康状態を含めた身体的な状態、精神状態、能力、自分のおかれている立場、自分の生活観を自分で見定めて自分でコントロールしていくことができ、単に日常生活の行為ができることでなく、むしろ自分ができること、できないことを判断し必要な支援を受けながら自分のライフスタイルにそった生活を自主的に組み立てていける能力を社会的自律性(competence)とし、このことが自立の本質であると述べている。また太田は²⁵⁾、社会的自律性には内的コンピテンスと外的・環境的コンピテンスがあるとしている。内的コンピテンスとは環境の変化に対して、自らを効果的に機能させる適応能力のことであり、外的・環境的コンピテンスとは環境の変化に対応するため、自ら保有する社会資源を活用する能力、つまり経済力や家族・職場・近隣などの人間関係、制度的支援や地域支援などの社会資源やネットワークを活用し、より良い生活を作り上げる能力であると述べている。

ようするに、自立とは人間の尊厳を至高の理念価値とし、その人らしい生活を具現化していく過程であり、社会的自律性とは、その過程においてアイデンティティ(identity)を尊重するという立場に立脚したなかで誕生した実践価値であるといえよう。そして社会的自律性を実現していくことが、その人らしい自己実現につながるのではないだろうか。

4. リハビリテーション医療に立脚しての整理

障害学(リハビリテーション医療)に立脚し自立を考えるうえでは、まずはリハビリテーション医療の立場を理解する必要がある。上田は²⁶⁾、リハビリテーション医療は目的において「復権の医学」であり、対象において「障害の医学」としてしている。復権の医学とは、治療医学がめざす完全治癒、元の健康な体に戻ることではなく、病気が治らなくても「人間らしく生きる権利を回復すること(復権)は

できる」ということであると主張している。また、障害の医学とは、病変(疾病)を直接治療の対象としているのではなく、障害を対象としていると述べている。脳卒中のリハビリテーションが脳の中におこった病変(疾病)を直接治療の対象としているのではなく、手足の麻痺や失語症、歩くことや字を書くことといった障害が対象であるとしている。つまり疾病によって生まれた「生活のしづらさ」を対象としていると理解することができよう。そしてリハビリテーション医療は、方法においては教育的・代償的な医学であるとしている。これは、失った機能の回復を目指すのではなく、残存している機能や能力や隠れた部分の力を引き出し、目的とする行為を行うことを学習すること、つまり障害とともに前向きに生きることを学ぶという学習過程であると述べている。

一方平塚らは²⁷⁾自立を、①ADL(日常生活活動: Activities of Daily Living)を中心とした身辺自立、②IADL(手段的ADL: Instrumental ADL)を核とした日常生活の維持、管理行動、職業行動、対人行動等を含む社会的自立、③精神的自立という3つの要素よりとらえている。従って、身辺自立は自立そのものを部分的には規定しても自立のすべてを決定するもので

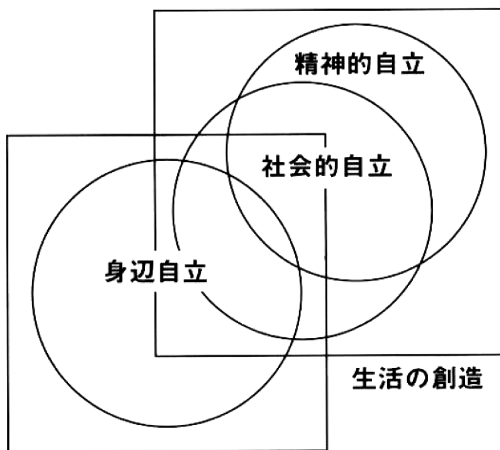
はないと述べている(図1参照)。これらのことより、リハビリテーション医療はかつてのような身辺自立重視のADL自立観から、その人らしい生活・自己実現が尊重された個人の主体性に基づくライフスタイル重視のQOL(Quality of Life)自立観へ転換されているといえるであろう。また佐藤は²⁸⁾、リハビリテーションにおける「全人間的復権」の意味として「(復帰した社会での)生活の質がどうなっているのか。本当に生きがいのもてる人間的な生活が実現できるのかどうか。その人が自らの人生の主体者としての性格、能力や希望にふさわしい社会参加ができてきているかどうか。ということの問題として、評価のものさしとする。」ことだと述べている。

このようなリハビリテーション医療に立脚すると、自立とは人間らしく生きる権利の回復「全人間的復権」であり、「過去の生活への復帰」であるより、むしろ「新しい人生の創造」としてとらえることができる。そして画一的なものではなく、その人の個性を尊重した、その人らしい自立とその人の主観的満足感、充実感が重要であるといえよう。

Ⅲ 障害の概念

1. 歴史的経緯よりの整理

「障害」という言葉が誕生したのは、第二次世界大戦後と言われている²⁹⁾。1949年に身体障害者福祉法、1950年に精神衛生法、1960年に精神薄弱者福祉法が制定され、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由を包括して、身体障害という言葉が創出された。今日のように障害を身体障害と精神障害を包括する言葉として用いるようになったのは、1970年心身障害者対策基本法制定以降のこと³⁰⁾である。では、戦前において今日でいう障害に対応する言葉としては、どのようなものがあつたのだろうか。南雲によれば、江戸幕末、明治維新の頃は、「廢疾」:不治の治らない、回復しないあるいは障害をきたす疾病、または、「廢人」:障害ゆえに働けなくな



生活手段の調達

図1 自立の構造(古川考順 1996)

った人、生活できなくなった人、役に立たなくなった人と呼ばれ、障害そのものよりも否定的な意味合いが強い言葉が用いられていたようだ。日露戦争の頃になると「廢兵」や「不具」：体のある部分に欠陥があることなどの言葉が用いられていた³¹⁾。その後 1928 年に高木憲次により、自分の思い通りにならない状態という意味で肢体不自由という言葉が提唱された。このように、戦前、今日の障害に対応する言葉がなかったのは、障害に対する政策がなかったため、そのことを表現する必要がなかったことを示しており³²⁾、そのことにより、彼らは厳しい生活を強いられ、物乞いや押し売りなどをして生活するしかなく、さげすまれて生活するしかなかったというのが実情のようである。このような経緯より、現在においても障害＝障害者という構図と、障害という言葉より悪いイメージを喚起させる要因の一つになっているのではないだろうか。

近代社会における経緯としては、1975 年に国連が、障害者の権利宣言において「障害のある人」の定義を次のようにした。「障害のある人という言葉は、先天的か否かにかかわらず、身体的または精神的能力の不全のために、通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全にまたは部分的にできない人のことを意味する。」とした。そして 1981 年の国際障害者年において、現代ではまったく障害のない一生を送る人は皆無であり、気の毒な人、不幸な人、すべてに保護の必要な責任の果たせない人といったことを否定し「障害のある人とは、その社会において他の異なったニーズを持つ特別な集団と考えるべきではなく、通常の人間的ニーズを満たすのに特別な困難を持つ普通の市民と考えるべきである。」と新たな障害者観を示した。ここでは、さらに障害という問題のある個人と環境との関係としてとらえるべきであり、障害者問題の解決は、すべての人にとっての社会づくりにつながることを示した。近代日本においても障害と社会の有

り様に同様な考え方が生まれている。糸賀一雄は³³⁾重症心身障害児(者)に関して『この子らに世の光を』あててやろうというあわれみの政策を求めているのではなく、この子らが自ら輝く素材そのものであるから、いよいよみがきをかけて輝かそうという『この子らを世の光に』である」と訴えている。また 1998 年には、乙武洋匡が³⁴⁾「障害は不便であるが、不幸ではない」と述べている。

このようなことより、障害は特別なことではないし、まして障害者は特別な人ではないということがいえるであろう。「障害は個性である」という主張もあるが、まだまだ「違い」を優劣に還元してしまいがちな社会土壌のなかで、「差異」「違い」を「個性である」と主張することは難しい面もあるといえる³⁵⁾。「同じ人間である」という地点に到達する前に考えなければならないことはたくさんあり、そのことを十分に議論することが本当の平等につながるのではないだろうか。

2. 言語的理解よりの整理

現代社会において「障害」という言葉は日常語として使用されているが、実際的にはどのようなイメージで、どのような意味で使われているのだろうか。広辞苑における障害の意味には「さわり、妨げ、じゃまになるもの」などがある。これは障害物競争に代表されるような意味合いである。

南雲らは³⁶⁾障害の意味合いを①仏教的な「苦」、②「けがれ」、③「できないこと」という3つの視点よりとらえようとしている。少し説明を加えると①仏教的「苦」という視点とは、日本語大辞典によると「苦」は、仏教的で自分の煩惱が悪行の報いのためにうけるしくみ。心身を悩まされて不安だったり思いどおりにならない状態であることとされている。このことより障害が苦であるとは、すなわち自分の思いどおりにならない状態に苦しむことであり、それが長時間持続することであるとしてい

る。そしてこの「苦」という概念は日本人としては、日常に深く浸透していることであり、苦の状態にある人たちを前にすると同悲の気持ち、同情、かわいそうという気持ちがおこる。しかしその奥には、裏腹な気持ち「あの人に比べて～できる」という満足感のようなものを感じているのではないかとしている。②「けがれ」という視点は、1974年に東京都大田区であった養護学校建設に対する反対運動で、「ゴミと精薄お断り」といった看板がたてられた例や知的障害者の作業所の建設反対運動で「彼らは常人より怒り方も激しく、性への関心も強い。遠くないところに精神病院もあり、同種の施設は御免である」と言った例をあげ、障害はきたないものとみなされたり、恐ろしいものとみなされている向きがあり、誤解をおそれずに言うなら、障害とは「けがれ」であるともいえると説明している。③「できないこと」という視点においては、歩けない、身の回りのことができない、生業につくことができない、何もできないという意味合いであり、このことで障害をもつ人たちは、(a) 世間との付き合いが破綻している、(b) 敬意を受けない、人格を不当に貶められる、(c) 自己決定権が侵害される、(d) 生存権が奪われるなどの苦しみを感じてきたとしている。

今日では、「苦」「けがれ」「できない」のなかで、「できない」という意味合いが最も強いように思われる。これは明治の殖産興業や富国強兵など、人間の能力の開発に取り組む中で生まれてきた能力主義や功利主義により助長されたのではないだろうか。

以上のようなことより、障害という言葉、もしくは「害」には「そこなう」や「公害」などの悪いイメージを喚起させるところがあると「障害」を使う人もいる。「障害者」からもじゃまな者というニュアンスがあるため、「障害の者」「障害のある者」と表現する人もいる。しかし単純に言葉だけでなく、人々が「障害」という言葉にマイナスのイメージをもたないよう

な施策の充実や社会の醸成が重要なことである。

3. ソーシャルワークに立脚しての整理

個人の尊厳、基本的人権の尊厳を基盤とするソーシャルワークの観点より障害を考えるうえで、岡村重夫が³⁷⁾主張する3つの概念、生活上の基本的要求、社会関係、社会関係の二重構造を借りて展開すれば、障害とは個人が生きていくうえで取り結んでいる多数の社会関係の中で生じるもので、大別すると「社会関係の不調和」「社会関係の欠損」「社会制度そのものの欠陥」という形態に整理できる。

「社会関係の不調和」とは、個人は生活していくうえで各種産業、社会保障、家族、医療、教育、文化などの諸制度を利用し社会関係を結んでいる。現代においてこれらの生活関連諸制度や施策は複雑に分化し、それぞれの専門的機能をもっている。その専門的立場から個人の生活困難をとらえ、それを解決するために個人にさまざまな要求(客体的側面)をする。それが個人の側の個別的な要求(主体的側面)を無視して行われるとき、個人は社会関係の不調和に陥り、大きな困難と深い悩みを持つことであると理解できる。「社会関係の欠損」とは、個人が自己の生活要求を充足するために必要な専門分業制度との関係を失って、制度を利用できない状況に陥ることである。社会関係の不調和が放置されると、個人はいずれかの役割を実行できなくなり、分業的制度との社会関係を欠損してしまう。一方を立てれば一方が立たずの状態である。また、「社会制度の欠陥」とは、社会制度の不備や運用上の問題から社会関係が取り結べない状態となり、生活困難に陥ることである。

以上のことより、生活は主体的社会関係の全体的統一により成り立っており、障害とは全体的統一性の欠損ということができよう。

また、ソーシャルワークにおいて20世紀初頭には、個人をめぐる社会的環境条件の不備が

社会的に不適応な人間を生み出す原因であるとみなし、医学モデルに基づいた社会的治療が有効であるという立場をとっていた。しかし現代においては、人間と環境との関係を重視し、エコシステム論による生活モデルが、実践的価値の高いものとして受け入れられている³⁸⁾。秋山に³⁹⁾よると生活モデルは、「人間とは環境のあらゆる要素との絶え間ない相互交換（相互作用）を通して、その都度適応しながら進歩、成長、発達を成し遂げているとみなしている。人間は物理的、社会的環境を変化させられるものである。いわゆる相互変容関係が存在する。」としている。またこの関係がスムーズに維持、促進されると互恵的適応は人間の進歩、成長、発展を支えるより良い質的環境を作りあげると述べている。生活モデルにおいては、人間は環境との調和のとれた適応関係を維持・発展させることにより、成長の可能性や自律的生活を実現することが可能であり、人間は潜在的にその能力を保持していると考えている。

従って生活モデルにおける問題（障害）は人と環境の互恵関係のバランスが崩れ、ストレスが発生し、環境と人のニーズと能力の調和が乱れることの表れといえるだろう。

4. リハビリテーション医療に立脚しての整理

医学は、病理解剖による病理学の確立や感染症の原因である細菌の発見等、疾病の原因を自然科学の論理的枠組みに従って究明して、疾病の根治を目指し、目覚ましい成果をあげてきている⁴⁰⁾といえる。いわゆる病理モデルに⁴¹⁾基づく理論であり、上田が⁴²⁾主張する基底還元論ということになるだろう。基底還元論とは、より複雑な上位レベルの現象をより単純な下位レベルの法則で説明し尽くせる（還元できる）という考え方である。私たちは、一人ひとり非常に異なった特徴をもつ具体的な個人であるが、一人ひとりの差に固執していたのでは科学的な法則を見つけ出すことが困難である。そのため医学ではまず、具体的な個人を共通の「身体」に

還元してしまう。身体だけ見れば、人間は皆同じだと考え、次に身体を器官系→器官→組織→細胞→細胞の代謝過程というように次々と還元することで、原因を追求し、治療するという構図（病理モデル）が成立する。しかし一方で、このような基底還元論が常に正しいわけではなく、科学的でもないとされている。例えば水素と酸素の性質をいくら説明しても、二つが結びついた水の性質を説明し尽くせるものではないからである。また病理モデルのみでは、根治できずに重度の障害を残す疾病や、産業・交通災害などでの切断や脊髄損傷など、救命治療は終了しても障害が残る疾病に対して対応できなくなってしまった。それに加え疾病（病気）に対する考え方は、個々人が属する集団の文化特性によって形成され、病気に対する特定の行動様式を通じて明らかになるが⁴³⁾、病理モデルはこの文化特性や行動様式を取り込んでおらず、病気によって生ずる人々の困惑、人間として社会的に機能することへの制約、心身の苦痛という心理的反応などに対応しきれなくなったといえるであろう。

このような背景の中でリハビリテーション医療は、疾病がもたらす障害を「疾病によって起こった生活上の困難・不自由・不利益⁴⁴⁾」ととらえ対応するようになった。しかし障害はいろいろな側面を持っており、独特な内部構造を形成している。そのためきちんと整理し、構造を分析することが必要になり、WHOは1980年にICIDHを示した。ICIDHは、機能障害、能力障害、社会的不利の3つの概念を含み、それぞれを複数の項目に分類し、障害の内容を階層的に整理した。機能障害は、心理的、生理的、解剖学的な構造または機能の何らかの喪失または異常であり、能力障害は、人間として正常とみなされる方法や範囲で活動していく能力の何らかの制限や欠如とした。そして、社会的不利は、機能障害あるいは能力障害の結果として個人に生じた不利益であり、社会的および環境的な帰結であるとされた。また上田は⁴⁵⁾、こ

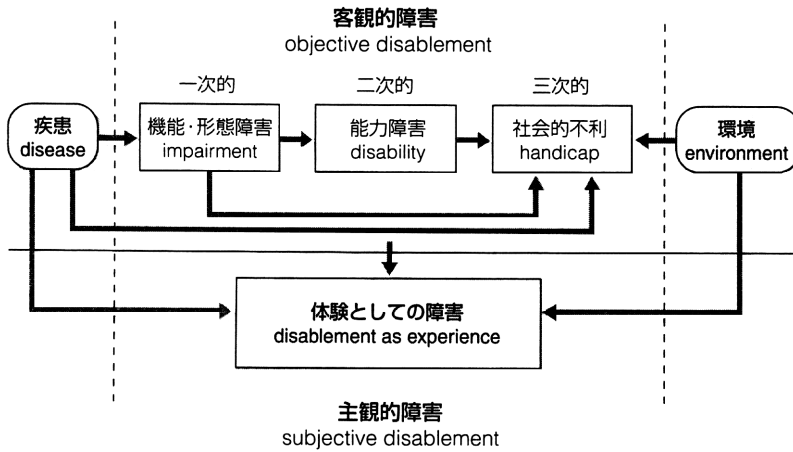


図 2 WHO 国際障害分類 (ICIDH) の考え方を発展させた障害 (disablement) の構造
矢印は因果関係の主な方向を示し、逆方向の影響もある。障害の各階層の間には相互に相対的独立と相互依存性とがある。

の ICIDH の考え方に体験としての障害すなわち主観的障害や階層構造的な理解、階層間の相互依存性や相対的独立性という考え方を加え (図 2 参照)、3つのレベルの相互関係は決して静的・一方的でない、ダイナミックな相互規定的な面をもつと述べている。また本人が社会の相対的・比較的価値観の影響のもと、自分自身の価値を評価するという主観的障害を加え、環境との関係性を考える必要を提起した。以上のようにリハビリテーション医療は、疾病を分析的に追究し、病因を究明する技術・知識を重視してきた医学のなかで、疾病によって生ずる障害という概念を整理し、客観的にとらえようとしてきた。そして医療の対象は病気と共にある人間であるという立場に立脚するようになったといえるのではないだろうか。

また、通常の生活の営みを困難にする心身の機能障害という状態は、確かにその人自身のうちに存在するが、生活上の困難さは環境との関係に左右されながら存在し、軽減もすれば解消もすることが明らかになってきた。また、「障害」はそれだけが単体で存在するのではなく、生活者であるその人自身に内在するものであるため、人が生きることをとらえる必要性、つまり生命、人生、生活、のすべてのレベルにわた

る全体像をとらえる必要性も明らかになってきたといえる。そしてなにより障害者は「障害を持っている人」ではあるが、「障害しか持っていない人」⁴⁶⁾ではなく、さまざまな能力を持ち個性を持った個人であるという点に立脚するようになった。それに対応すべく誕生したのが ICF であると考えられる。ICF の大きな特徴は、障害ではなく、人が「生きること」に主眼し「心身機能・構造」「活動」「参加」という3つの概念を包括する用語として「生活機能」を採用し、それぞれの階層間や因子間の相互作用性を明確に表現したこと、そして環境との関係性に着目し背景因子として環境因子と個人因子という枠組みを示したことであろう。

リハビリテーション医療の特性は、医学を基盤としながらも、疾病や障害だけでなく、その人個人の立場に立脚し、障害をも含むその人の生活をとらえていこうという姿勢にあるといえよう。

IV 自立をめぐる課題とまとめ

1. 自立概念のまとめ

現在の自立概念への潮流を整理すると、自立概念の確立には2つの世界大戦がいずれも深く関係していることがわかる。これは大戦によ

り、①障害者というごく限られた人だけでなく多くの人が「生活のしづらさ」を経験したこと、そのことにより、②人々が自由と平和の重要性を現実のものとして広く受け入れるようになったこと、③哲学や思想が変化して、すべての人が平等に生まれるのではなく、すべての人が平等の機会を持つべきであるという思想となり、社会を醸成させたことなどがあげられる。このような変化が現在の自立概念の確立に影響し、ソーシャルワークやリハビリテーション医療における実践にも「処遇・援助から支援へ」、「機能回復から全人間的復権へ」と変化をもたらしたとはいえる。

一方自立概念のキーワードを整理すると、図3のようにまとめることができる。ソーシャルワークにおける自立概念の特徴は、基本的人権思想を基盤とした、抽象的な理念価値による自立観を中心としていること、一方リハビリテーション医療では、より具体的な実践価値を基盤として、具体的な目標実現に向けての自立観を中心に自立概念が確立されているといえよう。

しかしながら、両領域とも、究極の目標を利用者の自己実現とし、お互いの自立観は利用者を中心として理解しあえるものである。このようなことより、自立とは「人間は自己の人生を主体的に決定して生きていく」という「人間の尊厳」に内包されるものであり、その人らしい生活、「自己実現」そのものであるといえる。また、自己実現を目標として、その人らしい人生を、自らの責任のもと積極的に創造していく過程であるとともに、画一的でなく個別的な概念であると理解できよう。あわせて、それは主観的満足感を基盤にするべきであるともいえる。

そして人間の尊厳は、社会に認知された共通理念であり、あくまでも理念価値である。ゆえに、日々の生活において有用な手引きとなるものでなければならない。そして理念価値（人間の尊厳）へ導く実践価値として「自立」をとらえることができる。これは、現実の生活を実践によって、「より良く」という価値をもつものである。すなわち「自立」は現実的かつ比較級的な価値、日々の生活を一步一步と歩んでいく

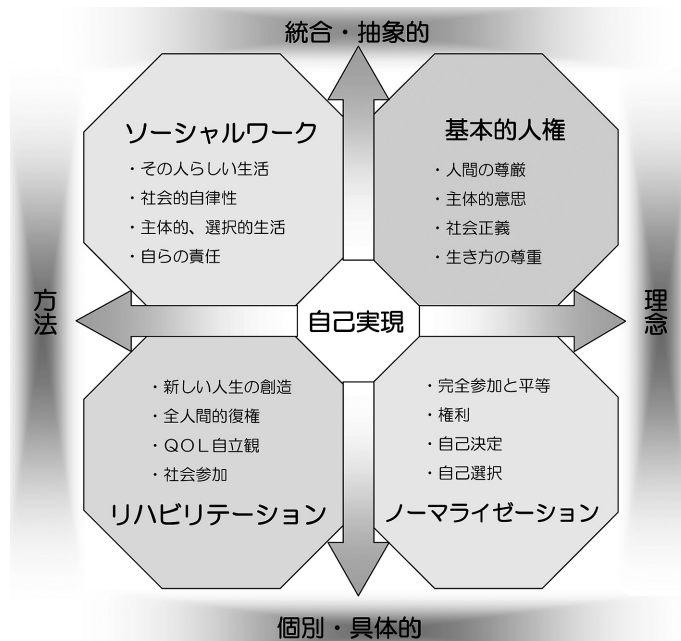


図3 自立概念のキーワード整理 (2009年 中俣)

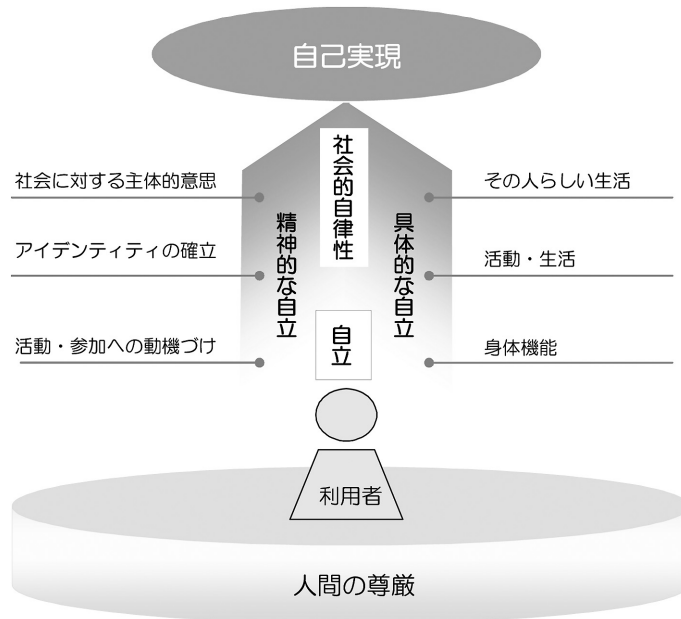


図 4 自立の概念図 (黒澤貞夫：人間の尊厳と自立より一部改訂)

ための価値であり、今日から明日へ向けて、より良い方向性と具体的な意味をもつものといえる (図 4)。従って利用者のおかれている立場や環境、立脚点により実践価値は変化するといってもよい。このような観点に立てば、通常意思疎通が困難な人や判断力のない人の自立を尊重するのは難しいといわれるが、基本的理念や原則を尊重しつつ利用者の個別性に合わせた柔軟な思考と選択肢があれば可能になるのではないだろうか。

そしてこれらのことを換言すれば、それぞれ独自性のある個々の利用者の自立を標準化することは非合理的であるといえる。また、立脚点により変化する価値であり、「その人らしさ」を求め、主観的判断が基盤となる自立に対して、水準を決め、成果をはかる帰結基準を求め、標準化して、個々の利用者の自立を判断することは、非常に困難であると考えられる。

2. リハビリテーション医療とソーシャルワークの共通点と相違点

自立概念のキーワードを整理すると (図 3)、ソーシャルワークにおいてもリハビリテーションにおいても「自己実現」は共通する概念であることがわかる。これは、人間の理念価値として常により良い状態を志向して、生活の困難を乗り越える人間的なパワーを潜在的に誰もがもっているという認識を⁴⁷⁾表しているといえるし、「自己実現」こそが、人間社会の目指すべき普遍的目標としていることを明確にしているともいえる。

ソーシャルワークにおいては、自立概念のキーワードから、より良い生活を求めて自己実現を図ろうとする意思は、人間の通常の姿であり、人間の本質であるという点に立脚しているといえるのではないだろうか。つまり人間は、単に生きているのではなく、より良く生きることを常に志向し、個性的にその人らしく生きるもの、主体的に生きるものであるととらえられているといえる。ゆえに、ソーシャルワークの

対象となる人は、主体的生活者、コンシューマーとしてとらえられ、依存的立場からより積極的な立場となるべきであるといわれている。また社会的自律性の重要性を訴え、利用者自身の可能性と環境の持つ潜在的な能力の開発と活用に対して、参加と協働という支援が必要となるとしている。一方生活は、主体的社会関係の全体的統一により成り立っているとし、障害を人間と環境の互惠関係のバランスが崩れ、ストレスが発生し、環境と人間のニーズと能力の調和の乱れにあるとしている。そして問題の所在は、社会生活機能にある⁴⁸⁾としている。つまり人間が環境のいずれかに問題があるとみるのではなく、そこで営まれている相互作用に問題があり、その人個人の生活特性としてとらえている。従って、生活へのトータルな視点が必要であり、人間の社会生活を内的・外的環境との相互関連性のなかで、総合的、全体的な包括・統合モデルとしてとらえる必要があるといえるだろう(表1参照)。

リハビリテーション医療においては、「自己実現」を目指し、それを具現化するものとして、「自立」を重視するという立場に立脚しているのではないだろうか。ADL 自立、社会参加、QOL 自立観を高めることで、全人間的復権を目指し、新しい人生の創造が可能となり、

自己実現につながるということになるだろう(図3参照)。

中村は⁴⁹⁾、医学の究極の目的は世界から3つのD、死(death)、疾病(disease)および障害(disability)をなくすことであり、それが社会的に受け入れられている価値であることが前提となって、保健医療が成り立っており、疾病の治療法としてその原因を探し、予防、除去、逆作用、中和、矯正などが行われていると述べている。これが病理モデルを成立させている基盤であるとともに、疾病をみて人間をみない医学という問題が生ずる危険を含んでいるとも述べている。

そこでリハビリテーション医療は、それらの問題に対して、「医は仁術なり」という姿勢を求め、疾病や障害への医療行為のみに終始するのではなく、その人の生活を見据えた展開が重要であるとしてとらえている。従って、心身機能の欠損や低下そのものだけが問題(病理モデル)でなく、人間と環境との相互作用(社会モデル)という観点から日常生活を取り上げ、疾病等によって環境との間で摩擦や不均衡が生じることを問題(統合モデル)として障害をとらえようとしている(表1参照)。つまり、社会的に不利な状況におかれた人々の自己実現を目指し、その人の心身の機能障害などのマイナス面

表1 「障害」のパラダイム

	旧パラダイム (社会福祉・リハ両領域)	現パラダイム (ソーシャルワーク)	現パラダイム (リハビリテーション医療)
理念	機能低下あるいは疾病のための個人的制限	生活のしづらさ 固有な生活特性	疾病等によって起こった生活上の困難、不自由、不利益
問題の所在	個人的不適応機能	社会生活機能	日常生活行動機能
特性	病理モデル	包括・統合モデル	統合モデル
対象	保護の対象者	主体的生活者 利用者 コンシューマ	独自の個性・能力を持った個人
目的	身体的・経済的自立支援	社会的自律性支援	生活再構築支援
方法	援助	支援	教育的・代償的医療

(2009年 中俣)

だけでなく、長所や能力に着目し、利用者が自己の能力や長所に気づき、自信をもって自己のニーズを充足することに主体的に取り組む態度を目指しているといえよう。

3. 自立をめぐる課題

「自立」という概念を整理してきたが、では逆に「自立していない」とはどのようにとらえていけばよいのだろうか。何らかの理由で「自立していない」「自立できない」状況にあるからこそ、「自立」ということが重視されるのだろうか。「自立していない」という以上は、客観的もしくは主観的に、どこかに困難さ、課題となる部分があるということになるのだろうか。

ここで確認しておかなければならないことは、当然のことではあるが「人間は完全に自立して生活している人はいない」ということであろう。自給自足の生活を送っていたとしても、何らかの形で他者が作り出したものの恩恵を受けて生活している。人間はお互いに、それぞれの能力に依存し合いながら生活している。従って「自立していない」という概念は、「どこかに困難さ」「課題となる部分がある」ということではあるが、それだけに局限された概念ではないということになるだろう。「障害のある人」「高齢者」など、特定の人だけが「自立していない」わけではないということである。

ソーシャルワーク、リハビリテーション医療においては「自立生活」「自立する」ということが、施策の目標とされ、頻回に議論され、重視されている。これは間違いではないだろう。しかし「自立していないから」という立脚点のみに立つと、基本的姿勢を間違い、方向性を見失うこととなる。ソーシャルワークもリハビリテーション医療も利用者の自立を支援する専門職である。ゆえに「自立していない」から「自立」が重要であるのではなく、全ての人にとって「自立」はその人らしく生きていくために尊重されるべき概念であるからこそ重要であるこ

とを再確認すべきであろう。

ソーシャルワークにおいては、人間の尊厳を基盤とする自立概念を中心とするため、抽象的概念を利用者の実生活に持ち込み具現化することが必要であろう。しかしながら、そのプロセス諸局面を包括・統合的に展開する支援技術論が未確立であり⁵⁰⁾、ともすれば目前の問題のみをとらえ、行政手続きやサービスの取次ぎなどに埋没しがちである⁵¹⁾。また利用者のかかえる生活問題を解決するために利用者の持つ問題解決能力を強化することにより、利用者の主体性、自助能力を支援する必要性を認識しながら、それを具現化する方法論も未確立である。生活への視座を持ちながら、理論と方法論との乖離があり、ソーシャルワークの専門性が発揮されていないという課題に向き合う必要があるだろう。

リハビリテーション医療は利用者自身が障害とともに前向きに生きることを学ぶという高度な学習過程といえる。利用者自身は「障害しか持っていない人」ではなく「たくさんの能力を持った価値ある存在」であるというメッセージを具体的な行動を通じて送り続ける。つまり以前のようにできなくなった行為を、新しいやり方、代償的方法(①健全な体の部分による代償、②環境による代償、③障害された部分も含む全体的な代償)によって可能にしながら、自己の価値を取り戻す為の具体的な行動を「自己決定権」の行使として行う。そのことで成功体験をし、次の新たな目標に向かう。これらの過程を繰り返すことで、新しい生活、人生を創造していくことである。このようななかで、個々の行為の自立に焦点化しすぎたり、生活を構成する「参加」「活動」の個々の自立を寄せ集めることで、生活全体の自立を目指すことになれば、「疾病をみて人をみない」と批判してきたリハビリテーション医療が、障害のある人の現状を解釈する為に、個人の生活を一般化、画一化して基底還元論的に階層化してとらえるという過ちをおかしてしまうこととなる。従って

「何ができるのか」ではなく、「どう生きようとしているのか」を「参加」「活動」の基本的概念としてとらえるべきであろう。また、すべての人がより良い生活を求めて、家族や社会の関係において自己実現を図っている姿こそ、人間の普遍的な自立の本質であり、アイデンティティの確立が重要であることを忘れてはならないと考える。現状に不満があるかないかという問題ではなく、より良い生活を求め自己の現実を変えようとする意志や姿、自身の「生活のしづらさ」と向かい合い、それを克服してより良く生きたいと願い、家族や社会の関係において自己実現を図っている姿をとらえて、「活動」「参加」の状態にあるとみていく必要がある。

4. 生活への視座

これまで述べてきた歴史的背景や文献的考察から、自立概念を中心に自立支援についての問題を整理すると、次のようなことが危惧される。

①理念価値である「自立」を画一化し、標準化することで目標を設定しようとする傾向がある。

②実践価値である「自立」の水準を決め、支援活動の成果をはかる帰結基準にしようとする傾向がある。

③「自立していない」ことに焦点化しがちである。

①に関しては、「その人らしい生活」と主張しながらも「その人らしさ」をどこに、どのように求めていくかが不明瞭であり、支援者の勘や経験による判断に頼りがちである。また社会的自律に向け、アイデンティティ確立のための動機付けを求める方法の展開も不十分である。そのため、目前の問題のみを特定したり、器質的障害のみをとらえて、個人の生活を一般化し、画一的な目標に向かって問題解決を図ろうとする傾向を指摘したい。

②に関しては、生活を構成する個々の行為のみに焦点化し、日常生活活動ごとの自立度を高

めることにより、生活全体の自立度を高めようとするものであり、生活の自立度のみ成果を求めようとするものを指摘したい。また、生活をとらえようと ADL 評価や QOL 評価がなされ、たくさんの評価項目や評価基準が開発されている。しかしこれは、個人や施設の治療成績や障害の程度の判定、援助内容の決定としては利用できるが、未だ自立支援方法の探索に関するものに有効な方法は開発されていないことの指摘でもある。

③に関しては、「人間の尊厳」を基盤としながら、利用者を「かけがえのないもの」、唯一無二の存在である人間としてとらえるのではなく、「患者」「高齢者」「障害者」などのカテゴリーとしてとらえている。つまりひとりの人間からある側面のみを切り取ってとらえること、そして支援者は、それぞれの専門性をそのことに見出そうとすることを指摘するものである。また、利用者の全体像をとらえる必要性を認識しながらも、利用者が結んでいる社会関係の一側面だけに立脚し、状況を解釈するために基底還元論的に階層化して問題をとらえること、そしてそこにのみ課題や科学性を求めようとするものの指摘でもある。

このような問題の背景には、自立概念が抽象的概念から個々の具体的・実践的自立観まで幅広い概念であるとともに、個別的、主観的要素の強い概念であることにより、統一された自立概念が存在しないことが大きく影響していると考えられる。ソーシャルワークもリハビリテーション医療も自立支援をおこなううえでは、利用者の現状を把握し、課題を探り、方法を展開していく必要がある。しかしながら上記で指摘した3つのことが現状であり、ソーシャルワークとリハビリテーション医療は、それぞれの専門性を互いに活かすことができていない。その両者がより有機的に機能するためには、①自立概念の再確認と共通化、②障害を器質的障害と主体的生活者としての生活の支障性という両側面より統合的に把握する方法の確立、③カテゴ

リー別対応ではなく「生活問題」としての共通性と特異性の整理と包括・統合的な展開方法の確立、④社会的自律性を目指し、アイデンティティ確立のための動機付けを求める方法の確立が必要となるだろう。またこのことにより、利用者それぞれの自立をよりの確にとらえることができるのではないだろうか。

利用者は一人ひとり非常に異なった特徴をもった具体的な個人である⁵²⁾。ゆえに「身体」「経済」など、あるカテゴリーのみに還元することに固執するのではなく、複雑なものを複雑なまま構造的にとらえることも必要ではないだろうか。つまり、その人自身と環境とを含んだ生態的で多様なシステムからなる生活への視座が必要といえる。太田らは⁵³⁾、人の生きている姿を生活の内面世界から周辺、環境世界までを含めた生活領域として、さらに生活の流れや変化を生活過程として包括・統合的にとらえた世界を生活コスモスとし、これを理解するためにエコシステムという概念を利用した「エコシステム構想」を提案している。これらを利用者の自立支援のための1つのツールとして活用することで、今後その人固有の生活をとらえること、自立性を理解することの方法論の確立につながる。

V おわりに

今回「自立」を中心に概念整理し、考察をすすめることにより、ソーシャルワークとリハビリテーション医療においての、「利用者の自己実現」という共通の目標の存在を明確にすることができた。また、これを実現するためには、両者が密接にチームアプローチを行う必要があることを感じる事ができた。しかしながら実践現場において、お互いの専門性の理解や言語・概念の共通化がどの程度浸透しているのか。また、お互いが有機的に機能するための具体的な課題を明らかにすることはできていない。

今後は、これらを明らかにすることで、利用

者固有の生活をとらえることにつなげ、利用者の自己実現へ向けての方法論確立のための研究として取り組んでいきたい。

注

- 1) 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編著「自立生活の思想と展望」ミネルヴァ書房 1994年 1～21頁
- 2) 吉尾雅春「生活支援に向けた理学療法－専門性を活かす視点－」『理学療法学』第32巻第4号 日本理学療法士協会 2005年 142～145頁
- 3) 大川弥生「リハビリテーションに携る者としての資質－職業倫理と科学性－」『理学療法学』第31巻 第4号 日本理学療法士協会 2004年 227～232頁
- 4) 太田義弘「ソーシャルワーク実践とエコシステム」誠信書房 1995年 1～37頁
- 5) 上田敏「リハビリテーションの思想」医学書院 2006年 23～48頁
- 6) 山本和儀「福祉領域のリハビリテーション論」医歯薬出版 2008年 1～12頁 83～175頁
- 7) 介護福祉養成講座編集委員会編集「人間の理解」中央法規 2009年 12～24頁
- 8) 黒澤貞夫「人間の尊厳と自立」建帛社 2009年 2～70頁
- 9) 同書 2～70頁
- 10) 澤村誠志「社会リハビリテーション論」三輪書店 2007年 2～17頁
- 11) 安藤徳彦「リハビリテーション序論」医学書院 2009年 8～36頁
- 12) 小澤温・北野誠一編著「新・社会福祉養成テキストブック7障害者福祉論」ミネルヴァ書房 2007年 46～54頁
- 13) 花村春樹「ノーマリゼーションの父 N・E・バンク・ミケルセンその生涯と思想」福祉 BOOKS 1994年 165～183頁
- 14) 安藤徳彦 同掲書 8～36頁
- 15) 橋本正明「人間の理解」メヂカルフレンド社 2009年 2～53頁
- 16) 山本和儀 前掲書 1～12頁 83～175頁
- 17) 橋本正明 前掲書 2～53頁
- 18) 定藤丈弘・佐藤久夫・北野誠一編著「現代の障害者福祉」有斐閣 2003年 1～26頁
- 19) 小澤温「よくわかる障害者福祉論」ミネルヴァ書房 2003年 120～121頁

- 20) 太田義弘「ソーシャルワーク実践と科学化への方法」『関西福祉科学大学紀要』第12号 2009年 1~20頁
- 21) 太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著「ソーシャルワークと生活支援方法のトレーニング」中央法規 2005年 1~24頁
- 22) 介護福祉養成講座編集委員会編集 前掲書 12~24頁
- 23) 橋本正明 前掲書 2~53頁
- 24) 山本和儀 前掲書 1~12頁 83~175頁
- 25) 太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著 前掲書 1~24頁
- 26) 上田敏 前掲書 23~48頁
- 27) 古川孝順編著「介護福祉〈これからの社会福祉10〉」有斐閣 1996年
- 28) 佐藤久夫「障害者福祉論」誠信書房 1999年 26~28頁
- 29) 南雲直二「障害受容」荘道社 1998年 15~48頁
- 30) 同書 15~48頁
- 31) 同書 15~48頁
- 32) 同書 15~48頁
- 33) 糸賀一雄「福祉の思想」日本放送出版協会 1968年 参照
- 34) 乙武洋匡「五体不満足」講談社 1998年 参照
- 35) 石川准・長瀬修編著「障害学への招待」明石書店 1999年 11~24頁
- 36) 南雲直二 前掲書 15~48頁
- 37) 岡村重夫「社会福祉原論」全国社会福祉協議会 1996年 104~113頁
- 38) 杉本敏夫・津田耕一「障害者ソーシャルワーク」久美 2003年 8~10頁
- 39) 太田義弘・秋山薊二編著「ジェネラル・ソーシャルワーク」光生館 2005年 43~61頁
- 40) 中村隆一「入門リハビリテーション概論」医歯薬出版 2009年 27~32頁
- 41) いわゆる医学モデル：疾病：病因-病理-発現といわれるものを示す。現代においては医学モデルにおいても全人間的モデルを主張しているためそれとの違いを示すため病理モデルと表記する
- 42) 上田敏「ICFの基本的な考え方」『PTジャーナル』第36巻第4号 医学書院 2002年 271~276頁
- 43) 中村隆一 前掲書 27~32頁
- 44) 上田敏 前掲書 23~48頁
- 45) 上田敏「科学としてのリハビリテーション」医学書院 参照
- 46) 上田敏 前掲書 23~48頁
- 47) 黒澤貞夫 前掲書 2~70頁
- 48) 太田義弘編著「ソーシャルワーク実践と支援科学」相川書房 2009年 11~33頁
- 49) 中村隆一 前掲書 27~32頁
- 50) 太田義弘編著 前掲書 11~33頁
- 51) 太田義弘 前掲論文 1~20頁
- 52) 上田敏 前掲論文 271~276頁
- 53) 太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著 前掲書 1~24頁