

「障害」の実体論的モデルへの批判的アプローチ —構築論的モデルへ向けて—

谷内 孝行*

要約

これまでの障害者福祉論における「障害概念」の議論の多くは、WHOに代表される「医学モデル」¹⁾に依拠したものが中心であった。そして、近年では、「障害」がそうした身体や精神にあるのではなく、物理的側面や制度的側面といった「環境側」にあるとする「社会モデル」が注目されるようになってきた。この2つのモデルは、「障害」が指す内容は異なるものの、それらを「客観的事実」として把握することが可能である。本稿では、これらを「実体論的モデル」と呼ぶことにする。

第1章では、「医学モデル」から「障害」を捉えるWHOや上田による議論を整理し、第2章においては、英国における「社会モデル」の議論をまとめる。そして、第3章では、こうした「実体論的モデル」に対し、「障害」をある時代、ある社会によって「障害」と名付けられた「社会的事実」として捉える「構築論的モデル」を検討する。そこから「障害」といった「現実」を文化的差異と捉える方法を探りたい。こうした「差異」を明らかにする作業を通し「健常者」と「障害者」が「共に」生きる、新たな社会を築くことができると思われる。

キーワード：医学モデル、社会モデル、社会的構築主義、差異、障害者文化

1. 「医学モデル」から捉える「障害」の実体論的モデル

医学モデルの展開

(1). WHOによる「障害」概念の変遷

1980年、WHO（世界保健機関）は『ICIDH—International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps』（1984年に厚生大臣官房統計情報部より『WHO国際障害分類』として日本語版が発表された）を発表した。また、同年、国連から出された「国際障害者年行動計画」においては、「個人の特質である器質・機能障害（impairment）、そのために生ずる機能面の制約である能力障害（Disability）、及びその能力低下の社会的結果である社会的不利（Handicaps）の間には区別があるという事実についての認識を促進するべきである。」との指摘がなされている²⁾。その後、「障害」概念化の議論は、20数年間にわたりWHOを中心とした国際的レベルで進められている。

こうしたWHOが「国際障害分類」を作成した背景として、以下にみる1948年「国際疾病分類」（ICD—International Classification of Diseases, Injuries, and, Causes, of Death）との関係があげられる。「WHOは、保健医療に関する国連の専門機関であり、健康を「単に虚弱ではないというだけでなく、身体的にも精神的にも、社会的にも申し分ない状態」と定義し、世界中の全ての人々が2000年までにこの健康を達成することを目標に活発な活動を展開してきた。その一つの作業は国際疾病分類の作成と改訂で、これを用いて予防・治療活動の有効性を測定してきた」³⁾。しかし、

* アルファ福祉専門学校

時間の経過と共に「急性の病気、特に急性伝染病がある程度管理されるようになると、慢性の病気あるいは、病気の後遺症に主要な関心が向けられることになった」⁴⁾。こうした状況の変化から、これまで使用されてきた「国際疾病分類」での状態把握に限界が生じることとなり、1975年、この「国際疾病分類」の第9次修正の際、「障害」に関する分類が作成されることとなったのである。WHOは、その後修正を加え、1980年に以下に見る「障害」の3つの定義を発表した⁵⁾。機能障害とは「心理的、生理的又は解剖的な構造又は機能のなんらかの喪失又は異常」であり、能力障害とは「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（機能障害に起因する）なんらかの制限や欠如」である。そして、社会的不利は「機能障害や能力障害の結果として、その個人に生じた不利益であって、その個人にとって（年齢、性別、社会文化的因子からみて）正常な役割を果たすことが制限されたり妨げられたりすること」としている。これらの定義に対しては、各国から環境との関係性が不明瞭である点、英語圏からの表記上の問題点など数多くの批判が上がり、WHOは1991年からほぼ毎年のペースで専門家による「ICIDH改正会議」を開催している。

こうした動向の中、1997年には、「ICIDH-2ベーター1草案」と呼ばれる改正案が出され、1999年に開催されたロンドン会議において審議がなされた。この中では、「障害」を3つの次元でとらえる点は、1980年版の「障害」の概念と同じであるが、能力障害が【活動 (Activity)】、社会的不利が【参加 (Participation)】という肯定的な表現に変えられた。そして、従来は疾病 (Disease) や変調 (Disorder) から右向き矢印で展開されていた直線型モデルが、双方向矢印で結ばれることとなった。これは、疾病が器質・機能障害や能力障害を生みだし、その結果として社会的不利が生まれると解釈されがちであったことを受けての改訂であると思われる。また、これらの因子を結ぶ各矢印に対して、環境的 (Environmental)、個人的 (Personal) といった背景因子 (Contextual Factors) との関係性が重要視されている。このように「障害」を多次元モデルとして捉えられている点も大きな特徴といえる。

(2). 上田敏による「障害」概念

リハビリテーションの臨床に長年関わっている上田は、一般に「障害」を疾患が消失、固定したその後に残った固定した異常な状態という考えに対しての批判を行なっている。それは、疾患自体が慢性的・進行的な難病や精神疾患等においては、「疾患と障害が共存している」⁶⁾ということから、「障害とは疾患等を原因とする生活・人生上の困難・不自由・不利益」⁷⁾ また「疾患等による人生上の悪影響」⁸⁾ とし、「一時的・短期的障害をも含めるべき」⁹⁾ ことを述べている。そして、ICIDHの定義に批判を加えて、独自の障害の各レベルにおける定義を次のように行なっている。「機能・形態障害 (impairment) とは障害の一時的レベルであり、直接疾患 (外傷を含む)、あるいは妊娠、高齢などの疾患以外の一時的あるいは永続的な機能低下状態から生じてくる。生物学的なレベルでとらえた障害である。能力障害または社会的不利の原因となる、またはその可能性のある、機能 (身体的または精神的な) または形態のなんらかの異常をいう。」¹⁰⁾ とし、「障害」を社会的不利の側からの定義を試みている。次に「能力障害 (disability) とは障害の二次的レベルであり、機能・形態障害から生じてくる。人間個人のレベルでとらえた障害である。与えられた地域的・文化的条件下で通常当然行なうことができると考えられる行為を実用性をもって行なう能力の制限ある

いは喪失をいう」¹¹⁾とし、「社会的不利 (handicap) とは障害の三次的レベルであり、疾患、機能・形態障害あるいは能力障害から生じてくる。社会的存在としての人間のレベルでとらえた障害である。疾患の結果として、かつて有していた、あるいは当然保障されるべき基本的人権の行使が制約または妨げられ、正当な社会的役割を果たすことができないことをいう」¹²⁾としている。ここでは、「障害」を社会的な「基準」によって二分 (正常/異常) する考えのみに固執するのではなく、「障害」のある者の固有性や個別性といった点を重要視しているものと考えられる。

また、上田は、以上の客観的障害に、主観的障害である「体験としての障害」を加え次のような定義を行なっている。「体験としての障害 (illness) とは障害の主観的レベルであり、疾患、3つの客観的障害 (機能・形態障害、能力障害、社会的不利) および不適切な環境のすべての主観への反映 (体験) であり、これらの問題に対する個人の認知的・情動的・動機づけ的な反応として生じてくる。これは受動的なものではなく、その人の人格特徴、価値体系、自己像、理想、信念、人生の目的等に基づいた能動的な反応であり、実存としての人間のレベルでとらえた障害である。なかでも障害についての否定的な価値観 (社会一般にある偏見が本人に取り入れられ内面化したもの) の影響は大きい」¹³⁾と定義している。上田は、ここで不適切な物理的環境に社会的環境が加わることにより社会的不利が大きく関与されることを指摘している。そして、これらの「障害」の4つの側面は、絶対的な関係性を持つものではなく、各側面が相対性を持って関係し合っていると理解することができる。

(3). 「障害」と環境をめぐる議論

これまでの「障害」概念をめぐる議論で一つの焦点となっているのが、「障害」の各側面が独立して存在するのではなく、互いに影響し合っているという点である。

WHOによる「社会的不利」は、前述したように社会的役割を果たしにくくしている問題をその個人が抱えているものとする。そして、その結果、対策の多くは、個人に焦点を絞ったものになるであろう。そのため個人は、自分自身が存在する社会やそのシステムに沿うように自身を変革することが求められることとなる。これは、ノーマライゼーション概念の議論と重複する部分である¹⁴⁾。それは、ウォルフエンズベルガーがノーマライゼーションを「可能な限り文化的に通常である身体的な行動や特徴を確立したり維持するために、可能な限り文化的に通常となっている手段を利用すること」と定義したのを受け、「この定義は社会 [標準] を過度に要求するものである」として多くの批判が行なわれている。これは、WHOの社会的不利の捉え方と同様、個人が社会へ適応することを求める「同化主義」的な考えであると言える。

こうした考えに対して、スウェーデンでは、「社会的不利とは、機能・形態障害や能力障害を持つ個人にとって、環境が未整備のため社会的役割が果たしにくい状況のことをいう。」と定義し、個人への介入ではなく、未整備の環境 (特に物理的側面を指す) への介入の重要性を述べている¹⁵⁾。また、1980年に作成された「障害者に関するスウェーデン行動計画」においても、「社会的不利は能力障害をもつ個人と、ある程度以上の機能的能力を要求する広義の環境との間の関係によって生み出されるネガティブな帰結である」としている¹⁶⁾。スウェーデンでは、こうした環境を「個人の生活の物理的側面のことを指し、意識的・計画的に変えられるもの。」と「物理的側面」の焦点化

を行ない、環境改善（アクセスの保障）を通しての社会変革を重要視している¹⁷⁾。

また、知的障害者当事者団体であるカリフォルニア・ピープルファーストは、1983年に発行した『精神遅滞と遅れを招く環境—制度の中で、生き延びるには』という報告書の中で、「障害」と環境との関係について、次のように明確に指摘している。「知的障害は〔障害〕によってではなく、このような環境要因により〔つくられ〕ているのである¹⁸⁾。WHOが行なっている「障害」概念の改訂作業もこのような当事者からの声に基づくものであり、次に述べる「社会モデル」への接近である。

2. 「社会モデル」から捉える「障害」

「社会モデル」の展開

(1). 「医学モデル」から「社会モデル」への転換

英国障害者団体協議会のリーフレットには、医学モデルと比較して、社会モデルを次のように説明している¹⁹⁾。「医療モデル（Medical Model）は次のように言います。あなたが問題です。あなたの障害は治療を必要としています。あなたは自分の生活について決定をすることができません。あなたは専門家に自分のことを世話してもらわねばなりません。あなたは障害を持たない人と平等ではないのです、と。そして、社会モデル（Social Model）は次のように言います。『障害』は個人の問題ではありません。私たちは、あまりに障壁が多すぎて、対等の立場で競争することができません。私たちは政府とその機関を通して組織された『社会』がこれらの障壁を取り除く義務があると認識することが必要です。障害者は全ての市民が持つと同じように完全平等の権利を持っています」と。これは、社会そのものがマジョリティとしての「健常者」を中心とする発想（基準）によって建物や制度等が築かれていることにより、「障害者」との間に物理的・制度的なバリアが生じてしまうというものである。

また、「障害者」が中心となって組織されている「隔離に反対する身体障害者連合」（Union of the Physically Impaired Against Segregation：UPISS）が1976年に出した声明の中で、「障害とは、身体的機能障害をもつ人を全くかあるいはほとんど考慮せず社会活動のメインストリームでの参加から排除している現在社会を原因とする、活動の制限や不利益のことを言う。」としている²⁰⁾。そして、UPISSは、1975年にインペアメントとディスアビリティとの相違点を、身体面と社会面の分離を視点として次のように定義している。「インペアメントとは、手足の一部または全部の欠損、身体に欠損のある肢体、器官または機構を持っていること²¹⁾。ディスアビリティとは、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。」としている²²⁾。また、この定義は、1981年に発足した英国障害者評議会（British Council of Organisations of Disabled People：BCODP＝英国DPI）でも採択されている²³⁾。ここでは、社会面であるディスアビリティが強調され、ディスアビリティとはインペアメントを持つ人間に対する社会的抑圧の問題であるとされている²⁴⁾。このような「障害」の定義に、ハンディキャップという用語が用いられない

のは、英語圏におけるハンディキャップの用語が持つ否定的な意味合いからである²⁶⁾。

こうした社会モデル的視点は、1995年に英国で成立した障害差別法（Disability Discrimination Act：DDA）の中に明確に見ることができる²⁶⁾。それは、やけどや生まれつきの痣など、非常に「見せかけが悪いこと」をもインペアメントとしている点である。「見せかけが悪いこと」自体は「通常の日常生活を行なう能力について相当かつ長期にわたる不利な影響を及ぼす身体的もしくは精神的なインペアメントではない。」しかし、周囲がその人に対して否定的に反応することで結果としてその人に「不利な影響」が生じる。これを障害者差別の一形態として保護の対象とするものである。一方、日本では、「血管腫」により顔面に「アカ痣」がある石井は「障害者」と「健常者」の境界にいる自身を「異形」の存在と表現している。そして、顔の「障害」が隠喩や神話により社会的意味が付与されると述べている。これは、福祉（法制度）と医療の狭間で苦悩している多くの者（肥満症や脱毛症など）から、社会に向けてなされた重要な問題提起の一つである²⁷⁾。

(2)。「社会モデル」に対する批判

このような社会モデルの考え方は、医学モデルが「障害」を「異状／異常」な状態と対象化し、より「正常」に近づけるための治療やリハビリテーションを行なうことに対して、警笛を鳴らすこととなる。この医学モデルには、「見えること」、「聞こえること」、「手足が動くこと」などを、「正常」と評価し、プラスの意味を与える基準や尺度が存在する。そして、この基準や尺度といったものは、その時代の政治的・社会的・経済的力学によって決定され、「常識」という名のもとに人々の間に浸透する。結果、健常者と障害者といった二分法が成立するのである。つまり「障害者」はその時代における必然性として、社会により「つくられる」こととなる。これら社会モデルが、「障害者」の手によって医学モデルのオルタナティブとして登場したことは、高く評価出来る。しかし、この社会モデルに対して、様々な批判があるのも事実である。その一つが、「社会モデルが身体を隠蔽し、インペアメントを無視する機能を務めた²⁸⁾」というHughes&Patersonの指摘である。また、Morrisは、「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、我々の身体の経験を否定する傾向がある²⁹⁾」としている。そして、不慮の事故により頸髄損傷となった、ある「肢体不自由者」は「途中で障害者になったけれど、本人にとっては、心は健常者のままで、体が障害者なんですよ。これは生まれつき障害がある人とは大きく異なる点ではないだろうか。」と話す。つまり、いくら社会モデルが「障害」は、身体（精神）にあるのではなく社会の方に存在していると言ったとしても、中途障害者にとって、「障害」は紛れもなく自分自身の身体（精神）に現実としてあるのである。この言葉を無視したところに、社会モデルの理論的構築は成り立たないであろう。今後は、「健常者」対「障害者」の議論と共に、幅広い「障害者」相互の議論展開も必要であると思われる。

(3). M. Oliverの「障害の社会モデル」論³⁰⁾

Oliverの「障害の社会的生成」論 (The Social Creation of Disability Thesis) は、1990年の『The Politics of Disablement』の中で提起された。その中では、Oliverは、「障害」(Disability)を個人の属性ではなく、社会とりわけ資本主義的生産様式と近代個人主義イデオロギーの所産であるという主張を行なった。つまり、「障害」の問題は、身体にあるのではなく、「障害者」を排除する社会(「個人的なことは社会的なこと」)にあるとし、医学モデルから脱却した社会モデルの確立を目指したのである³¹⁾。このような社会環境上の「障壁」(Barrier)により「障害」が生じることは、既に1980年のWHOが「障害」を3つの次元に区別して「国際障害分類」以来、常識化してきてはいる。

しかし、Oliverの独自性は、このWHOが示す「器質・機能障害」と「能力障害」という生理的・機能的次元の問題性を、障害者福祉の課題としては否定している点にある。障害の克服に必要なのは、医療やリハビリではなく「社会的障壁」の除去のみであると主張するのである。従って、障害者福祉の研究課題は「障害者」を観察することではなく、「社会的障壁」を発見することとしている。このようなOliverの「障害の社会モデル」(The Social Model of Disability)理論は、1980年代のイギリスにおける障害者福祉研究のパラダイム転換をもたらすと共に、「障害学」(Disability Studies)の基礎理論となったのである。

Oliverは、「障害」の個人モデルと「障害」の「社会モデル」を対立させ、次のように述べている。「障害」の個人モデルは、治療的アプローチ(医療、リハビリテーション、心理療法)、「損傷」の帰結としての「障害」、「個人的問題」としての「障害」、目標としては社会と「障害」への適応、適応過程としての障害当事者の努力=主体性である。一方、「障害」の「社会モデル」は、政治的アプローチ(当事者運動、ソーシャルワーク、反差別運動)、物理的・社会的「障壁」Barrierの帰結としての「障害」、「社会問題」としての「障害」、目標としては「障壁」の除去(「住宅障害」、「情報障害」)、適応過程としての社会的責任=運動主体としての障害当事者³¹⁾であるとしている。

そして、この「社会モデル」で除去すべき対象としての「障壁」(社会的障壁)は、「イデオロギー障壁」と「制度的障壁」であるとする。「イデオロギー障壁」からは、社会のイデオロギーの中心となる資本主義(個人主義)が労働の個人化を創出し、その周辺に社会の医療化と「悲劇としての障害」から「健康」幻想が生じると述べている。そして、「制度的障壁」には、資本主義労働市場から排除する「経済障壁」、福祉行政が「福祉への依存者」を創出する「行政障壁」、そして、専門家とその顧客としての「依存者」を創出する「専門主義障壁」の3種類を上げている。つまり、ここでは、「障壁」は社会からの「排除」や専門家による「囲い込み」によって生じさせられるとしている。

3. 「実体論的モデル」から「構築論的モデル」へ

構築論的モデルへ向けて

(1). 社会的構築主義から捉える「障害」

「障害者福祉論」のテキストの多くは、「障害」の認識枠組みを実体論的モデル、その中でも、とりわけ医学モデルを中心としたものが多く見られる。ここでは、「診断」により、正常／異常、健常者／障害者の二分法を行ない、それを「客観的事実」として捉えることが前提とされている。そして、その結果から「障害」に対して、専門家による「治療」やリハビリテーションが実施される。こうした医学モデルにおいては、既に述べたように「障害」問題は「見えない目」や「聞こえない耳」、「動かない手足」といった身体や精神に還元されることとなる。そして、この「診断」結果に基づき、各法により認定が行なわれ、各種社会サービスの受給資格の取得権が与えられる。つまり、ここでの「障害者」というカテゴリーを必要としているのは、「障害者」本人以上に社会システムそのものなのである。

こうした「障害」や「障害者」を「実体」として捉える考えがある一方、それらを「社会的事実」として捉えることも可能であると考え。それが「障害」の構築論的モデルである。ここでは、「障害」というカテゴリー自体が、その時代の社会により規定されるものであり、通文化的・通歴史的な「障害」を定義することは不可能であると考え。こうした「構築主義／構成主義論」の理論展開は、以前より社会学における「社会問題」の議論や社会心理学における「パーソナリティ」をめぐる議論などで既に行なわれてきている。例えば、ゲイ・レズビアンスタディーズにおいては、実体論者（本質主義者）は「同性愛」は、様々な歴史や社会、文化を通してその本質は共通し、個人の性的な指向性は遺伝子や性ホルモンなどによって決まるものであって、全ての社会において同性愛者は存在するし、全人口に占める割合も一定と考える³⁰。しかし、構築論者は、このような本質主義者の通文化的・通歴史的な考えを否定する。即ち、「同性愛」（を含めた様々なセクシュアリティ）は、社会や文化によって異なった形態をとると考えるのである。また、この社会や文化そのものも、時代と共に変化していくものである。

次に同じく、構築主義的な視点から、視覚障害者（「盲人」³⁰）を例示し、「盲人」というカテゴリーが、社会の中で、どのように社会的意味が付与され、社会的産物として構築されるのかということ述べる。

一般に、視覚や聴覚という感覚器の「障害」や「知能」に関わる「障害」は、手足の切断や内部障害といった他者から何らかの手法により「見る」ことが出来るものとは、性質が大きく異なるように思われる。しかし、日本においては、医学による「診断」、そして、身体障害者福祉法によって、法的な「障害」の程度が決定される。これらは、一見、「客観的」に捉えることが可能であるように思われるが、実際は「見る」、「聞く」、「理解する」といった「能力」は容易に個人的／主観的な世界に陥りやすい。また、「視力」という尺度そのものも、時代や測定方法により大きく異なることとなり、現在の判定基準そのものが、持つ意味は疑わしいものとなりえる。

Scottは、このような「虚像」としての「盲人」の枠組みから脱却し、盲人的なるものの意味づ

けが、社会のどこでなされるのかということを明らかにした。Scottによると「盲人」とは、「学習された一つの社会的役割である。盲人に特有の行動パターンと様々の態度は、その人の障害という条件によって先天的に与えられたものではなく、むしろ社会的学習という日常の過程を通して身についてくるものなのである。」³⁴⁾としている。そして、これを「社会化」という役割学習過程による結果であると述べる。即ち、社会の中には、あるカテゴリー（「盲人」）にあてはまる個人がどのように振舞うべきかという合意が存在し、その期待通りに振舞った個人が評価される。すると、その個人は、その評価を自我像の一部として内面化し、それは、事実上、個人的アイデンティティになるのである。この役割学習過程が「社会化」であるとしている³⁵⁾。

こうした「構築主義」をめぐる視点から、新たな「障害者」の定義が行なわれる。「[障害者]とは、身体上の差異に関わって他の人々から分けられ、[障害者]と名付けられるとともに、[障害者]として振舞うことを期待される人々」(身体とは知的・精神活動を含む)³⁶⁾である。

(2) 「障害者文化」の構築に向けて

以上、述べてきたように「障害」に対しての認識を実体論的モデルから構築論的モデルへシフトすることにより、新たな認識枠組みを示すことが可能であると思われる。それが「障害者文化」という独自の文化を持つ集団としての「障害者観」である。

ここで言う「障害者文化」とは、社会から「障害者」と名付けられた人々が、「障害」という身体／精神生活に基づいて築き上げる活動の総称³⁷⁾である。こうした「障害者文化」は、「障害者」集団の中に何か一つの文化が全体的に存在するのではなく、「障害者」という集団の中で共有されている、ある部分として捉える必要がある。また、こうした文化の構築に際しては、自らの身体や精神などの「機能」に基づく部分が大きく影響すると共に、支配的な「健常者」による文化からの影響を強く受けることとなる。

こうした独自の文化集団としての「障害者」の認識枠組みを提示することにより、これまで「専門家」が医学に依拠し、一方的にカテゴリー化してきた結果、見過ごされてきた「障害者」のリアリティを明らかにしていくことが可能であると考ええる。

1995年の『現代思想』の誌上において、「ろう文化宣言」が発表された³⁸⁾。それは、それまで社会の中で支配的であった「ろう者」＝「耳の聞こえない人」という病理的視点から「ろう者は日本手話という、日本語とは異なる言語を話す言語的少数者である」とする文化的視点への転換であった。この宣言の内容に関しての賛否両論は様々であるが、多くの「ろう者」の中で日常化、当然視されている「日常世界」を活字として、「健聴者」に示したことの意義は大きいと思われる。

こうした「障害者文化」に注目する理由は、「障害者」と「健常者」がそれぞれの立場から相互理解し合うため、現段階においては互いの「差異」を確認することが必要であると考えられるからである。また、それと同時に既成の「障害者福祉」が捉えている「障害」と「障害者」自身により語られる「障害」との認識の差を少なくしていきたい思いがある。これまでの、実体論的な「障害」認識にとらわれず、「ろう文化」や「盲文化」、そして「精神障害文化」などの視点から新たな障害者観を探究していく作業は、社会福祉学をはじめ、隣接する社会科学各分野との学際研究領域である。今後は、これら「障害者文化」の固有性と差異性を検討していく中から、新たな「障害者福祉

論」を展開していきたい。

(注)

- 1) 本稿で使用する「医学モデル」とは「社会モデル」に対しての「医学モデル」であり、社会福祉援助論で援助モデルとして示される「医学モデル」とは異なる。
- 2) 福祉士養成講座編集委員会編『障害者福祉論（第2版）』中央法規出版 1996年 45頁
- 3) 同 上
- 4) 同 上
- 5) 佐藤久夫「WHO国際障害分類の改正動向と1998年東京会議」
『障害者問題研究』Vol. 26 No. 1 1998年5月 70頁
- 6) 上田敏・大川弥生「リハビリテーション医学における障害論の臨床的意義」
『障害者問題研究』Vol. 26 No. 1 1998年5月 4～15頁
- 7) 上田敏・大川弥生 前掲論文 5頁
- 8) 同 上
- 9) 同 上
- 10) 上田敏著『リハビリテーションを考える』 青木書店 1983年 76頁
- 11) 前掲書 79頁
- 12) 前掲書 83頁
- 13) 上田敏・大川弥生 前掲論文 9～10頁
- 14) 横須賀俊司「ノーマライゼーションに求められるもの—多元主義の思想—」
『社会福祉学』第37-1号 1996年6月 73～87頁
- 15) 河東田博他編『知的障害者の「生活の質」に関する日瑞比較研究」
海声社 1999年 7～22頁
- 16) 佐藤久夫 前掲書 79～80頁
- 17) 河東田博他編 前掲書 8頁
- 18) PEOPLE FIRST OF CALIFORNIA『SURVIVING IN THE SYSTEM : MENTAL RETARDATION
AND THE RETARDING ENVIRONMENT』(秋山愛子他訳『私たち遅れているの？
—知的障害者はつくられる—』現代書館 1998年 16頁
- 19) 小川喜道著「障害の社会モデル」『障害者のエンパワーメント』明石書店 1998年 143頁
- 20) 前掲書 144頁
- 21) 障害を「持つ」という表現に対して篠田（作家）は次のように指摘している「haveは本来、自分が「持つ」という「意志」を表わしている。生まれつきの障害者は持ちたくて持ったのではなく、たまたまあったにすぎない。「障害を持つ」ではなく「障害がある」とした方が良いのではないか。」(篠田達明「障害者」の線引き不自然さ問う)『朝日新聞』1998年12月12日付) 現在、朝日新聞では全て「ある」という表現に統一しているが、これに対しては「障害」

を結果的に否定的意味のみにおいてしまう危険性もあると、朝日新聞記者である村山庄司氏は指摘する。(日本障害者協議会主催シンポジウム「障害のある人々の社会参加とマスコミの役割」1999年12月8日)

- 22) 石川 准他編著 『障害学への招待』 15頁
- 23) 同上
- 24) 同上
- 25) 長瀬 修「障害(者)の定義－英国の例(上)」
『ノーマライゼーション』1996年6月 61～64頁
- 26) 長瀬 修「障害(者)の定義－英国の例(下)」
『ノーマライゼーション』1996年7月 39～42頁
- 27) 石井政之著『顔面漂流記－アザをもつジャーナリスト－』1999年3月
かもがわ出版 183頁
- 28) 石川准他編著 前掲書 19頁 (訳：長瀬修)
- 29) 石川准他編著 前掲書 18頁 (訳：長瀬修)
- 30) Michael Oliverは自ら頸髄損傷者で現在、グリニッチ大学の教授である。ここでの「障害の社会的生成論」の論議は1998年に開催された第46回日本社会福祉学会で杉野昭博氏が報告された「M. Oliverの障害の社会的生成論をめぐって」の研究報告概要集と発表時の配布資料に依拠して行なう。
- 31) 石川准他編著 前掲書 17頁
- 32) 古川誠「同性愛の比較社会学－レズビアン／ゲイ・スタディーズの展開と男色概念－」井上俊他編『セクシュアリティの社会学』1996年 岩波書店 116頁
- 33) 1949年の身体障害者福祉法を機に「盲人」から「視覚障害者」へと名称の変更は行なわれている。しかし、本稿では「視覚障害者」の中でも独自の文化を持つ集団という意味から、「盲人」という用語を使用する。
- 34) Robert. A. Scott『The Making of Blind Men : A Study of Adult Socialization (三橋修監訳『盲人はつくられる－大人の社会化の一研究－』1992年 東信堂 23頁)
- 35) 前掲書 25頁
- 36) 倉本智明「障害学と文化の視点」倉本智明他編『障害学を語る』スペース96 (近刊)
- 37) 東京都障害者会館福祉講座98年度「障害学へのお誘い第3回：障害者・文化の視点から」で報告された倉本智明氏の配布資料より。
- 38) 木村晴美他「ろう文化宣言－言語的少数者としてのろう者」『現代思想』Vol. 23-03
1995年 354～362頁

(参考文献)

- ・ 秋山愛子他訳『私たち遅れているの？－知的障害者はつくられる－』現代書館 1998年
- ・ 後藤安彦著 『障害者』現代書館 1995年
- ・ 堀 正嗣著 『障害児教育のパラダイム転換』明石書店 1997年
- ・ 石井政之著 『顔面漂流記－アザをもつジャーナリスト－』かもがわ出版 1999年

- ・石川准編著 『障害学への招待』明石書店 1999年
- ・井上俊他編 『セクシュアリティの社会学』岩波書店 1996年
- ・河東田博編 『知的障害者の〔生活の質〕に関する日瑞比較研究』海声社 1999年
- ・倉本智明他編『障害学を語る』スペース96 2000年
- ・M. Spector and J. I. Kitsuse 『Constructing Social Problems, Menro Park, CA: Cummings Publishing Company』(1977年)『社会問題の構築ーラベリング理論を越えてー』(村上直之他訳)マルジュ社 1992年
- ・中河伸俊著 『社会問題の社会学ー構築主義アプローチの新展開ー』世界思想社 1999年
- ・Robert A. Scott 『The Making of Blind Men : A Study of Adult Socialization』1969年『盲人はつくられる』(三橋修監訳)東信堂 1992年
- ・Robert F. Murphy 『THE BODY SILENT』1987年, 『ボディサイレントー病と障害の人類学ー』(辻信一訳)新宿書房 1997年
- ・定藤文弘他編『自立生活の思想と展望』ミネルヴァ書房 1996年
- ・佐藤久夫著 『障害者福祉論』誠信書房 1998年
- ・佐藤久夫著 『障害構造論入門』青木書店 1992年
- ・武井 満著 『障害の思想』星和書店 1994年
- ・Vivien Burr 『An Introduction to Social Constructionism』1995年『社会的構築主義への招待ー言説分析とは何かー』(田中一彦訳)川島書店 1997年

A Critical Approach for Ontological Disability Models
— Leading to a Constructional Disability Model —

Takayuki Taniuchi

Summary

In welfare for disabled persons, the Medical Model, such as WHO's distinction, has been the major concept of disablement and so on for a long time. In recent year, it is widely noticed that the disablement is not caused by physical or psychological factor but by physical or institutional factor. It is called Social Model, and discussed mainly in England. Although these models include two different contents, but both of them are based on the objective fact, So I called these two models Ontological Disability Models in this study.

Compared to these models I also examine another one. It is a Constructional Disability Model. It defines disabled persons as social fact through time or society. I try to understand disablement as cultural difference (Disability Cultures).

keywords :

Medical Model, Social Model, Social Constructionism, Difference, Disability Cultures