

〔論 文〕

アメリカにおける障害の社会モデルとソーシャルワークの関係について —近年のソーシャルワーク文献をとおして—

松 岡 克 尚*

1. 目的

CSWE (the Council on Social Work Education) の認定基準について、Web で確認できる最新版のそれ (2008 Educational Policy and Accreditation Standards: EPAS) の中で、多様性の1つとして障害が取り上げられており、具体的には教育政策の2.1.4 (Engage diversity and difference practice) と3.1 (Diversity) の中でそれぞれ障害についての言及がなされている。その意味では、少なくともアメリカのソーシャルワーク教育の中では障害領域というものが軽視されているとは言えない、ということになる。

では、この障害というものをソーシャルワーカーたちはどう捉えているのだろうか。Kim & Canda (2006) が述べているように、ソーシャルワークの中で、個人 (医学) モデルと社会モデルの2つの潮流があって、両者の間には緊張関係にあることが近年の文献ではしきりに強調されるようになってきている。そのことは、アメリカのソーシャルワーカーたちが、その専門的文脈の中でこれら2つのモデルをいかに評価し、どちらに軍配をあげるのかについて多大な関心を寄せていることを示唆していると思われる。あるいは、根強い伝統的な個人 (医学) モデルの残滓に対して、ソーシャルワークはいかなる形でその清算を果たし得るのか、その際には社会モデルというものが、この清算にあたって活用するに十分な価値を有しているかどうか、もし有しているとすればそれは果たしてどんな意味においてなのかが、今、注目されているともいえるだろう。

一方、日本においても、障害領域のソーシャル

ワークに対する社会モデルの影響を考えた場合、理論的な面にまだ限定されがちではあるが、社会モデルを切り口にしてソーシャルワーク (理論) の在り方の論議を試みた幾つかの研究が報告されるようになってきている。もちろん、(障害領域) ソーシャルワーク研究全体の中でその占める位置は僅かなものであることは否定できず、ソーシャルワークと社会モデルの関係について今後は更なる研究の深化と、それを踏まえてのソーシャルワークの中での「議論の主流化」にむけた研究展開が望まれるところである。

その端緒の段階において、日本のソーシャルワークに強い影響を与えた、まさしくソーシャルワークの「本家本元」ともいえるアメリカの近年における状況、特に理論的なそれについて検討してみることは、日本での議論を進めていくに当たって相応の意味があるものと考えられる。ここでは、本報告者が入手し得た文献をもとに、社会モデルをアメリカのソーシャルワークがどう「取り扱おう」としているのか (換言すれば、障害学との接点をどう位置づけていこうとしているのか) についての分析を試みてみたい。

2. 不一致理論 (dysjuncture theory)

Depoy & Gilson (2012) は、障害者とソーシャルワークの関係が“strange bed fellows”であって、そうであることの責任が医学モデルに囚われ続けているソーシャルワークの側にあることを認めつつも、「医学モデルか、それとも社会モデルか」という“binary debate”のアプローチは有意義とは思えないことを強調する。とい

キーワード：障害の社会モデル、医学モデル、障害者ソーシャルワーク、不一致理論、包括的パースペクティブ、生物・心理・社会・文化・スピリチュアル枠組み、障害の差別モデル

*関西学院大学人間福祉学部教授

うのも、障害が“complex phenomenon”であって、“multifaced action responses”要求されるからというのが彼女たちの主張である。それに代わって Depoy らによって提唱されているのが「不一致理論」(dysjuncture theory)であり、そこで医学モデルと社会モデルの「止揚」が試みられている。以下、Depoy & Gilson 論文(2012)を基にしてその概要を紹介してみたい。

同論文の中で、Depoy & Gilson は本題に入る前に歴史的な分析を試みており、その中で社会モデルがイギリス・ビクトリア朝の障害観と近似していることを述べている。すなわち、20世紀に入るまでのビクトリア期においては、障害という概念は医学的な状態を指す意味にその範囲を限定されておらず、“the state of being disabled”、“lack of competent means”という意味も含めたより広義的な使われ方をしており、むしろ20世紀の終わりに生じた障害の社会モデルというものはビクトリア期のヨーロッパにおいては頻繁にドキュメントされていたといつてよい、とさえ著者らは述べている。それが、医療ヘゲモニー、技術、グローバル市場経済の影響を受けて、次第に意味内容が狭まれていくことになる。それゆえに、社会モデルとはビクトリア朝当時の思考を、社会的正義、機会の平等といった思想に結びつけたもの、という解釈もできるというのが、歴史分析に関する Depoy & Gilson のまとめになるだろう。

さて本題に入り、国の違いを問わずソーシャルワークが、障害というものを人間の多様性を示すものであるとか、抑圧のカテゴリーであるというとらえ方ではなく、リハビリテーションや特別な専門サービスを提供することで障害者に貢献しなければいけないという見方をしていることは否めないことを著者らは指摘する。そして、社会モデルを支持するソーシャルワーカーであってでも、障害運動家たちがそこから自らを解放してきた既成の概念や思考様式のぬかるみに足を取られている場合も少なくない。ソーシャルワーカーにとっては、障害とは厳密に環境要因のみに起因させることができるようなものではない、という伝統的な思考を否定することができない状況にあることが示唆されているのである。

この Depoy & Gilson と同様の指摘が、後で紹

介することになる Raske (2005) からもなされている点には注目しておきたい。Raske は、ソーシャルワーカーが、障害者をコントロールされる対象、あるいはその生活に制限を受ける存在であると見なしがちであることを指摘している。そこに、伝統的な医学モデルの残滓を見いだすことは実に容易であろう。

さて、Depoy & Gilson は上記のような伝統保持の傾向を認識しつつも、IFSW の定義にあるような社会的正義の実現に向けたソーシャルワーカーの役割を考えた場合、障害概念を巡る今日の混迷を前にすれば、社会的正義に対してはより多面的で深い対応ができる基準を示し得るような革新的な理論が必要とされているという問題意識を示している。つまりは、依然として残り続ける旧来の障害概念ではソーシャルワークの国際的な役割認識との乖離は明らかであり、それを埋めるべく何らかの理論的な「穴埋め」が欠かせないということになるであろう。そこで Depoy & Gilson によって導出されたのが「不一致理論」というものである。

“Dysjuncture”とは、2つの単位 (entities) の関係において全く一致しておらず、重なりが見られない (disconnected) 状態を意味する。その反対に、2つの単位が完全に一致しており、“good-of-fit”状態であれば、それは“juncture”と称される。これらを両極にした軸の上で現象をとらえていくことが、すなわち「不一致理論」ということになるだろう。そして、Depoy & Gilson はこの概念を障害に当てはめることによって、従来の二元論(個人か社会か)を超克し、障害とは、個人と多様な環境の間の“fit”の欠如(すなわち“dysjuncture”)、あるいはその制限である、という説明が可能になるとする。それによって、身体か、あるいは社会・環境か、という単独の対応ではなく、身体と社会という両者の関係の在り方にスポットライトを当てるのが可能になる。ここにこそ「不一致理論」のメリットが見出せることになるだろう^{註)}。

3. 包括的パースペクティブ (Holistic View of Health and Health Promotion)

Kim & Canda は、2006年に発表した論文にお

いて、障害者の健康促進、それもソーシャルワーカーの立場からによる健康支援についての考察を行っている (Kim & Canda 2006)。その論文タイトルから明かのように、著者らの関心は健康問題に置かれているのであるが、それと関連する範囲において、障害者がそのインペアメント故に「健康ではない=病的」と見られがちである (個人・医学モデル) ことが指摘されている。そして、それに対抗するモデルとして社会モデルが取り上げられ、議論が試みられているのだが、その結論は、医学モデルと社会モデルとを包摂するような全体的な視点の提示 (Holistic View) といえるものであろう。以下、Kim & Canda の論文 (2006) から、その概観を見ていくことにする。

著者らは、PIE のパースペクティブにかかわらず、障害を医療化 (medicalization of disability) する傾向を反映して、ソーシャルワークにおいても医療、精神療法、個人に焦点を当て、障害者自身の制約に対処して社会に適応させていくことを支援するモデルに力点が置かれてきたことは否めないという。そして Kim & Canda は、この医学モデルにおいては2つのアプローチがあることを指摘する。1つはバイオ・メディカルアプローチであり、もう1つは機能的アプローチと呼ばれるものである。前者に従えば、障害とは心身の状態によって引き起こされたものであり、後者によれば、機能制限=インペアメントそのものが障害である、という見方になる。いずれにおいても、障害とは個人的な悲劇であり、その克服のためには心理学的アプローチと個人のコーピングが重視されてきた。その際に、ソーシャルワーカーは障害者個人をして“the ableist social norms”に適応させることを自らの課題として考えていたことを Kim & Canda は指摘する。

しかし、障害者が必ずしも病者の状態にはないことからしても、「障害=疾患」ではないことは明らかであり、その意味では、医学モデル的な「障害=疾病」観では限界があることを著者らは認める。そして、医学モデルのオルタナティブとして注目される社会モデルは、IL 運動とも親和的であり、エンパワメント概念とも共通するところを認めることが出来るものであるとする。社会モデルでは、障害者に対する否定的な態度、差別、抑

圧、市民権の制限、各種リソースへのアクセス制約に焦点が置かれており、障害を“abnormal”ではなく、むしろ“difference”と見なしているものと Kim & Canda は説明する。ただし著者らは、社会モデルの中にも、障害に関わる社会的要因を強調しすぎるが故に、障害者個人の日常私的な生活とのコネクションを失っているという批判が障害者の中から生じてきたことを紹介し、ちょうど個人モデルが直面している課題とは正反対の問題に社会モデルは向き合っていかなければならないことを指摘している。また、障害というものを医療的にみる (medicalize) 一般的な傾向を考慮すれば、医学モデルを完全に放棄するのは得策ではないことも指摘する。つまり、健康問題には、どうしても医療的側面を考慮しなければならないということが、ここでの Kim & Canda の出発点 (同時に、そのことは二人の限界ともいえる) になるだろう。

ここまでの議論を整理した上で、Kim & Canda は以上の2つのモデル (医学モデルと社会モデル) のそれぞれの長所を生かすべく、両者を統合した全体的視点 (holistic view of health and health promotion) を提案している。これは、WHO の健康概念や ICF にも見られるように、障害者の健康に関して包括的な視点を提供することを意図したものである。すなわち、病気やインペアメントが無いということが必ずしも障害者が健康であることの前提にはならないのであって、先述したように障害領域における医療化傾向を考慮すれば、インペアメントについても、また障害者をしてできなくさせている環境要因に関しても、いずれにも全体的視点の中に包摂することが重要になってくるとする。すなわち、医学モデルと社会モデルは共にカバーされなければならないというのが Kim & Canda の理論的出発点になる。ただし、ソーシャルワーカーのアセスメントや介入は医学モデルの支配から脱却する必要があると付け加えることを著者らは忘れていない。

それでは、全体的視点とは具体的にどのようなものになるのであろうか。著者らは、それは次の3つの点を含めたものでなければならないという。すなわち第1に、同じような診断、インペアメントであったとしても障害者一人ひとりの個別性

に重大な関心を寄せなければいけないこと、第2に障害者の健康は、身体的、精神的、スピリチュアル、社会的側面も含めて全体的にアプローチされなければいけないこと、そして最後に障害者の健康は個々人の機能レベルや身体的な健康状態を超えた社会的状況やイデオロギーによっても多大な影響を被るものであること、の以上である。以上の内で第2の点は、「全体的」ということの中身を反復して表現しているものだと考えられるが、第1と最後の点は、それぞれ実質的に個人モデル、社会モデルに対応しているものと見なしてよく、その意味では、個人モデルと社会モデルを共に包摂したものが、著者らのいう全体的視点というような解釈がまずは出来そうである。

そのことは、全体的視点に置ける2つの次元についての著者らの解説からも伺えるだろう。2つの次元とは、個人的次元 (personal dimension) と環境的次元 (environmental dimension) であり、前者はさらに生物身体的側面、心理的側面、スピリチュアル的側面、対人関係側面から、また後者は物理的・物質的側面、社会制度的側面、世界観的 (cosmological) 側面からそれぞれ構成されているとする。このように全体的視点とは、医学・個人モデルと社会モデルの制約から自由になった、個人と環境の多面性 (multi domains of person and environment) を基礎にすることができる、というのが Kim & Canda の主張になる。上記で言う2つのモデルの「制約」とは、例えば論文の別の箇所でも述べられている、医学・個人モデルは個人の欠損を、社会モデルは社会の欠陥にそれぞれ注目しており、その点はストレングス視点とは

相容れないという Kim & Canda の記述から、その意味は推測され得るだろう。

こうした全体的視点の特長を強調しつつ、この視点に立脚した際の具体的な実践上のポイントを著者らは表に示してまとめているので、参考までに英文のまま挙げておきたい (表1参照)。

4. 生物・心理・社会・文化・スピリチュアル 枠組み (the bio-psycho-social-cultural-spiritual framework)

先の Kim & Canda とは別のアプローチで、医学モデルと社会モデルと包摂を試みているのが Rothman である。彼女は2010年の論文の中で、障害領域においては、障害の定義と理解とにおいて両極端のモデルが存在していることを述べる (Rothman 2010)。すなわち、「問題」に中心を置く (problem-centered) 医学モデルと、障害を社会的な構築物と見なす構築モデル (construction model) の2つである。以下に、Rothman の論文 (2010) から、彼女の考え方についてまとめてみることにする。

まず、Rothman によれば、障害領域においてソーシャルワークが障害者とどう関わっていくのかを考えるに当たっては、2つの重要なポイント (major components) が存在していることになる。その1つとは、障害者とソーシャルワーカー間のかかわり経験、相互認識を把握することであり、もう1つがソーシャルワークの枠組みを主要な障害の枠組みと統合させることである。

前者のポイントに関連させて、Rothman はニード充足という点で障害者のソーシャルワーカーに

表1 A Holistic View of Health for Social Work with People with Disabilities (Kim & Canda 2012:63)

- ・ Relating with the whole person in full life context
- ・ Viewing impairment only as an aspect of the whole person
- ・ Understanding disability in terms of both personal challenge and social oppression
- ・ Engaging empowerment and strengths-based practice for individual well-being and collective social justice
- ・ Focusing on goals, aspirations, and values identified by the consumers
- ・ Collaborating between professional helpers and consumers with disabilities
- ・ Affirming individual differences of abilities and qualities in diverse social contexts
- ・ Recognizing both consumers' responsibilities and rights

対する満足度が最も高い一方で、保護主義的な介入に対しては否定的な評価が与えられていたという先行調査研究の結果を紹介しつつ、社会モデルを採用した場合に、障害者から評価の高かったニーズ充足という点では限界があることを懸念として示している。さらには、社会モデルが障害者の身体を放置しがち（a tendency to leave out body）であることにも問題があるとする。これらのことから後者のポイントを考えるに当たっては、社会モデル単独ではなく、伝統的なソーシャルワークの実践枠組みと社会モデルを如何にして統合していくことができるかを問うべき、ということがRothmanの基本的なスタンスであるといえるだろう。

こうしたスタンスから出発して、Rothmanが検討の対象としたのが4つの統合モデルである。すなわち、PIEモデル（the person-in-environment framework）、ストレングスモデル、エンパワメントとアドボカシーモデル、そして生物・心理・社会・文化・スピリチュアルモデル（the bio-psycho-social-cultural-spiritual framework）である。これらのモデルが、医学モデルと社会モデルの統合化に向けての基本的枠組みに成り得るかどうかを、以下のとおり考察を展開していくことになる。

（1）PIEモデル

PIEは、個人と社会の間に概念的なブリッジを構築するにはもっとも適切であるモデルになることに加え、介入対象として障害者個人のみならず社会環境もその範囲に含まれることから、個人モデルと社会モデルを包括し得るモデルであるとRothmanも評価する。しかし、医学モデル、社会モデル双方にはそもそも包括性という発想がなく、両者の統合を目指すのであればこれら2つのモデルとPIEとの間で「共通となる言語」を開発していく必要がある。しかし、この共通言語がないままでは、当然、包括される側のそれぞれのモデルからも、あるいは障害者の側からも、あるいは伝統的な障害観＝医学モデル的なソーシャルワーカーの側からも、それぞれの抵抗に遇うことになるのは必然であると懸念を示す。

（2）ストレングスモデル

このモデルでは、個人と環境がそれぞれ有しているストレングスを強化することで、様々な肯定的変化を両者において生じさせるのであり、個人も社会もチェンジエージェントとして捉えられている点特徴的である。その意味でも、統合化に向けた可能性を秘めているモデルとRothmanは評価する。しかし、特に医学モデルはそもそもストレングスという考え方と矛盾しているのは明らかであり、伝統的な障害観の立場に立つソーシャルワーカーとはストレングスモデルは相いれない。社会モデルからしても、社会の側の持つストレングスが問われているのではなく、まさしく社会が障害者をして阻害させているその否定的な側面（ストレングスの反対側面）こそが問題にされるものである。そのように考えると、医学モデルと社会モデルを統合する上では、ストレングスモデルにも弱さがあることは否めないとする。

（3）エンパワメントとアドボカシーモデル

いずれともにソーシャルワークの最も基本となる概念である。2つともにその実現のためには、障害者自身の肯定的な自己評価に加えて、教育、雇用、住居、平等保障などを含めた社会的なフレームワークが欠かせない。ゆえに、個人の問題解決的を指向するモデル、あるいは既存の社会的規範や社会的期待に障害者を合わせようするモデル、すなわち医学モデルとはどうしても相いれない関係になる。Rothmanの結論としては、Raske（2005）らが指摘するように、ソーシャルワーカーが障害者と共同で実践していく上では、先のストレングスモデルに加え、このエンパワメントとアドボカシーモデルに意義があること（especially good social work practice）を認める。しかし一方で、ストレングスモデルと同様に、医学モデルの包摂という点では弱点があり、統合モデルとしての力不足であることを示唆している。

（4）生物・心理・社会・文化・スピリチュアルモデル

「心理社会的モデル（アプローチ）」というのであれば、人の全体性に対応したモデルとしてソーシャルワーク理論の中では既に古典的なものの1

であり、ある意味ではソーシャルワーカーにとって当たり前の視座にすらなっている。そこにさらには「文化・スピリチュアル」という要素が追加になっている点は、ソーシャルワーカーにとってそれほど違和感を生じないものであろう。

こうした古典的な視座に Rothman は更に「bio」を含めた形で再提示を行い、従来においてこの要素 (bio) がソーシャルワークの中で顧みられてこなかった、あるいは距離が置かれていた要因について考察している。その理由は、端的に言えば、「bio=medical」という図式であり、それゆえに障害者における身体的次元は回避される傾向にあったと指摘する。しかし、現実的に、障害者に提供されるサービスを見た場合、ソーシャルワーカーが好むと好まざるとに関わらず、この“bio”的な要素がそれらへのアクセシビリティと密接に連動しているのは明らかであると著者はいう。

以上の考察を受けて、Rothman は次のように述べる。すなわち、この“bio”の要素を無視しては、個人においても社会においても利益にならないのは明らかである。この要素を無視することは、個人的レベルで言えば、障害者の身体を巡る自己認識や現実感を歪めることになりかねないし、それがポジティブな自己認識につながるとは到底思えない。一方、社会的に言えば、“bio”的な要素の無視は、個々人の身体的な相違を肯定し、それを前提に平等性を実現していくような方向ではなく、かえって身体を見えなくすることで結果的に個々の差異への視座を喪失させ、そうした差異を認識できないままでの平等追及になってしまうと警鐘を鳴らす。

Rothman は上記の理由により、“bio”的な要素を包摂することが欠かせないとした上で、それをも包摂したモデル (生物・心理・社会・文化・スピリチュアルモデル) であれば、医学モデルも社会モデルもその範疇に統合化することが可能であり、より広範囲、全体的な視座を提供してくれると結論づけている。そして、医学モデル的なバイアスに囚われてしまわないように、そのリスクをソーシャルワーカーの側がよく認識した上で、この“bio”的な要素を障害者支援の中にどう位置付けていくかが問われていると述べる。

以上のように、Rothman の結論とは、医学モ

デルの弊害を認めつつ、また社会モデルの有用性についても十分に把握しつつも、医学モデルの完全な破棄ではなく、その要素について改変しながらも残し (“bio”的な要素)、それと社会モデル的な要素をも包摂し得るという理由で、生物・心理・社会・文化・スピリチュアルモデルが適切である、というものであった。ここから Rothman の考察は、この“bio”的な要素をどうソーシャルワーク理論に導入していくかという点に移っていくことになる (“Reclaiming the Body”)。

5. 障害の差別モデル (the disability discrimination model)

本論で最後に取り上げるのが、May (2005) や Raske (2005) らによって提唱されている「障害の差別モデル」(the disability discrimination model) である。彼/彼女の論文をベースにして、このモデルの内容に触れてみることにする。

May は、ソーシャルワークにおける長年の伝統に変革をもたらすべく、例えばエンパワメント理論などが提唱されてきたのであるが、残念ながら、医学モデルの影響をより受けている人々への実践に対しては、エンパワメント理論の影響は限られていることは否めないものであり、特に身体障害や精神障害の領域においてその傾向は顕著であると指摘する。このことを問題意識として、ソーシャルワークの伝統変革のためにデザインされたのが「障害の差別モデル」ということになる。

このモデルの特徴は、インペアメントを変えることのできない客観的な現実と受け止めるのではなく、むしろ社会的に構築されたものと見なす、という点に求められるとする。それはディスアビリティも同様である。そして「障害の差別モデル」では、これらの両者、すなわちディスアビリティとインペアメントは必ずしも関連し合っているとは見なさない。また「障害」というラベルは、「女性」「アフリカ系」「ヒスパニック」といったラベルと差がないものと見なす。「障害の差別モデル」とは、まさしく「障害」のラベルを貼られた人の「復権」(restoring) に焦点を置いたモデルであるべきと May は主張する。

さらに May は、「障害」の社会構築性というものを考えれば、クライアントシステムとは単に障

害者（あるいはその一群）ではなく、インペアメントを生じさせている相互システムの一部分ということに他ならない。したがって、図るべき「問題解決」とは障害者個人の上において達成されるべきものではなく、より大きく社会環境上において果たされなければならないことになる。ゆえに May は、クライアントシステムの存在は、パーソナリティ上の問題や行動上の問題から生まれたものではなく、社会的相互作用の犠牲者として位置づけられるものであると述べる。

そして、May は「障害の差別モデル」の下でのアセスメントを行うにあたって、そこで取り上げられるべき項目を以下のように列挙している。すなわち、「障害者」(P:person)、年齢、健康、障害程度などからなる「器官」(O:organ)、「環境」(E:environment)、そして「行動」(B:behavior)である。最後の行動(B)とは、障害者、器官、環境の関数($B=f(P*O*E)$)によって表される。一方、事後評価では、行動の結果を媒介する(mediate)社会的な要因(force)の検証がそこに含まれなければならないことになる。

最後に、「障害の差別モデル」における具体的な実践アプローチについては、Raske (2005) が詳しい。Raske によれば、「障害の差別モデル」は、ストレングス、エンパワメント、レジリアンスの各アプローチのブレンド物ということになる。それゆえに、実践的にいえば「障害の差別モデル」とは、既存のソーシャルワークの実践アプローチにとって代わることを意図して計画されたモデルではないことになる。そして、このモデルでは、①これらのブレンドを用いて差別に関する枠組みの提供、②ワーカーとクライアント関係の柔軟さ、③広範な連携の活用、④個人、関係、社会をターゲットにする、⑤臨床的サービスに加えて、抑圧と差別解消に向けた文化的なスーパービジョン、によってソーシャルワーカーの日常業務は展開されていくことになる」と述べている (Raske 2005)。

以上が May と Raske のいう「障害の差別モデル」の大まかな外観であるが、それではこの「障害の差別モデル」と社会モデルはいかなる関係にあるのであろうか。社会モデルは、他のどのようなモデルよりも、障害における環境要因が演じている役割の大きさを重視していると May はい

う (May 2005)。障害の社会構築性をいうのであれば、「障害の差別モデル」とは社会モデルとはほぼ重なるものと考えて良いはずであろう。しかし、May はインクルージョンや社会的相互依存にとっての障壁を取り外す責任を障害者に求めていることが社会モデルの最大の問題であるという (May 2005:93)。それに対して、「障害の差別モデル」は障害者とその環境とが責任を分担し合うことになるとその優越性を主張している点には注目すべきであろう。この点については、社会モデルに対するアメリカのソーシャルワーク研究者がどのような理解の仕方(社会的障壁解消の責任を障害者に求めている)をしているかを示しているようで興味深い点である。

6. 考察

以上、近年に報告された文献を中心にアメリカ・ソーシャルワークにおける社会モデルの位置づけに関して紹介してみた。次に、これらをもとに大まかな傾向を報告者なりに引き出してみる。もちろん、ここで取り上げた論文自体の数は少なく、これらだけでもって一般化する訳にはいかないのは確かであるが、そうした制約を前提にある程度の傾向を見いだせるかどうか検討を加えてみたい。

(1) 社会モデルの受容について

いずれの論文においても、ソーシャルワークにおいては医学・個人モデルの残滓が存在しており、それに対抗していく上で社会モデルが有用なポジションにあることを認識している点では一致しているといえる。自己批判、反省のためのツールとしては社会モデルが積極的に受容されているという言い方が出来るのかも知れない。しかし、ソーシャルワークを完全に社会モデルに一致させるまでの全面的受容にまでは至っていない点も見逃せない。例えば、ソーシャルワーカーは「メインディッシュ」を差し替えるまでの力を社会モデルに与えておらず、「メインディッシュ」に振りかける「調味料」としてそれを使用しているのであって、その意味ではあくまでも部分的受容に留まっている、ということになるだろう。

各論者共に、社会モデルに対する批判も紹介しながら、あるいは後述するように二元論的論争に

おける片方の当事者という位置づけでもって社会モデルを評価しながら、そうした批判や「医学モデルか社会モデルか」という二元論を超克することや止揚（後述）が目指されている点も示唆的である。医学モデルの弊害を是正する、あるいはその圧倒的な存在を中和する範囲での部分的な受け入れという解釈ということになるだろうか。

この点については、アメリカのソーシャルワークのみならず、アメリカ社会そのものが直面している医療化の潮流の大きさによる影響は否定しきれないところであり、そうしたアメリカ社会分析の観点から、ソーシャルワークの社会モデル受容という問題を再検討する必要があるのかも知れない。

（2）二元論の超克と包摂指向

上にも触れたが、完全に社会モデルに基づいたソーシャルワーク理論の再構築とそれに基づく実践アプローチの創設が意図されているのではなく、医学・個人モデルを払拭することは現実的とはいえないという判断の下、それと社会モデルを統合するベクトルが指向されているのは明らかであろう。つまりは社会モデルの全面的受容ではなく、統合・二元論克服のツールとして社会モデルを利用しているということになる。実践アプローチにしても全くの革新的なそれが導出されているのではなく、ストレングスやエンパワメントといった既存のそれらをブレンドしている点からみても、統合・包摂、あるいは混合というタームが共通して見い出せる。その意味では、社会モデルを材料として改良的なアプローチを採用しているということでも共通しているといえる。

なお、最後に取り上げた「障害の差別モデル」とはその理論的な内容を見る限りは、社会モデルのそれに最も近似的しているのは間違いない。その理論的な解説だけでは、恐らく社会モデルの完全受容にしか聞こえないかも知れないだろう。しかし「障害の差別モデル」提唱者の一人である Raske は、サービス提供システムにおける医学モデルの優越性を考えた場合、医学モデルからの完全な脱却はかえって障害者に不利を強いることになりかねないことを指摘し、むしろ伝統的な医学モデルを変容させるという方向性を重視してい

る。そして「障害の差別モデル」こそがこの変容（transformation）に貢献し得るということを強調しているのである（Raske 2005）。こうした主張からは、「障害の差別モデル」であっても、医学モデルの破棄（give up）ではなく、その変容として認識されている点、あるいは医学モデルを変容させることにこそ「障害の差別モデル」の意味を認めている点には注目しておくべきであると考ええる。

（3）医学・個人モデルの再評価と「身体」への認識

さらに注目されるべきは、医学・個人モデルの残滓が根強いものであるだけでなく、そこからの完全な脱却がむしろ非現実的であるばかりか、サービスを受ける障害者に対しても大きな不利益を与えかねない、という認識であろう。むしろ、医学・個人モデルのドミナンスを否定しつつも、むしろそれに肯定的な位置づけと再評価を探ろうとする指向性を認めることも出来るのではないだろうか。そのことは、ソーシャルワーカーの「身体」の発見とそれへの探求について言及されていることから伺える。

ソーシャルワークにおける「身体」への関心は、ストレングスアプローチの旗手の一人である Saleebey によって既に1992年の論文で示されている（Tagenberg & Kemp 2002）。その中で Saleebey は、身体を扱うことで医学モデル的な発想を惹起させてしまいかねないことからの躊躇があり、ソーシャルワークは身体への視点を喪失（disembodied）してしまったことを述べている。しかし、社会モデルによって社会・環境要因への光の照射が、反動的に「身体」への着目につながり、包摂・統合志向もあいまって、改めて身体的側面への関心が生じてきている点は興味深いものである。

6. 最後に

本論において、アメリカ・ソーシャルワークと社会モデルの関係を見てきたのであるが、更には「アメリカにおける障害者運動とソーシャルワーク」についても検討していくことも実は意図していた。しかし、残念ながらそれについて触れるこ

とができず、障害者運動の帰結の1つとして社会モデルが位置づけられたとすれば、社会モデルとソーシャルワークの関係という形で、間接的な分析にとどまってしまう。ただし、ソーシャルワークがIL運動をどう評価しているのかという点では、入手し得た文献の中に、以下のような記述があったので、ここで紹介をしておきたい。

先のRothman (2010) は、自立生活思想を、エンパワメント、ノーマライゼーションなどと並んで障害者のアイデンティティ獲得にとって意義があったことを評価している。そして、(セルフも含めて)エンパワメントにとっては、障害者のポジティブな感覚 (positive sense of self) が不可欠であり、障害者がそれを強化していけるようにアシストすることはソーシャルワークの重要な課題であったという。その意味では、自立生活運動とソーシャルワークは共通の課題を有していることになるという。実際に、エンパワメントとアドボカシーの枠組みは、障害者運動、IL運動の努力を支える役割を果たしたとさえRothmanは述べている。

しかし、若手のソーシャルワーカーであればあるほど専門職であっても障害者運動に協力的であったという指摘も確かに存在してはいるのだが (Shapiro 1993=1999)、それでもソーシャルワーク全体としては障害者運動、IL運動に対して距離を置いてきたことは否めない。Hiranandani は、障害を機能的な欠損ととらえる (=医学モデル的) 認識論的、障害教育的な要素のために、この被抑圧領域に対してソーシャルワーカーは関与することに躊躇を示してしまい、チャレンジの機会を見逃してしまったと批判する (Hiranandani 2005)。

こうして見ると、ソーシャルワークは障害者運動やIL運動に対する自己の姿勢への真摯な反省に立って、その成果を自らに取り入れているというよりは、やはり道具的にそれらを評価し、ツールとして自立生活プログラムを活用しているという見方が妥当かもしれない。この点は、社会モデルを統合の道具として利用しているとしても解釈できるソーシャルワークの姿勢とも通底するものであろう。その事を踏まえて、結論的にいえば、アメリカのソーシャルワークはIL運動との理論的な接点をあまり有してこなかったといえる。あく

までもソーシャルワークとは、障害者を支援する側の論理であったことは否定できないのではないだろうか。

なお、障害者運動サイドから見て、ソーシャルワーカーが警戒的に見られてきたという点に関して、ソーシャルワーカーが自己分析をしている箇所を取り上げて、それを紹介することでもって本論文を終わりにしたい。

まずHayashiは、ソーシャルワーカー自身、医学・個人モデルの限界を認識し、エンパワメント指向を強調しているにもかかわらず、障害者からは自分たちの生活を支配する存在として認識されがちであること、自分たちを抑圧するシステムの代表者として見なされていることを指摘する (Hayashi 2005)。そのことは、Shapiroによる次のような記述とも軌を一にしているといえるだろう。「実際、療士やソーシャルワーカーは、障害者の希望を尊重せず、自分たちが全てわかっているのだと必要以上に思いこんでいるところがあった」 (Shapiro 1993=1999:188)。

ソーシャルワーカーが障害者を支配する存在になりがちな理由の1つとして、Raskeは、公式、非公式も含めた制度、ルールや規制がソーシャルワーカーをして社会的コントロールのエージェントたらしめていることを指摘する。そのために、無自覚的にソーシャルワーカーは制度的な規制を自己の中に内在化させてしまい、クライアント中心ではなく、機関中心 (agency-centered) に陥ってしまうことになる (Raske 2005)。

またHayashiは、専門書や学校での講義やテキストの内容に代表されるオフィシャルな側面と、実際に施設などで障害者との関わりによって形成される非公式な知見がそれぞれ存在し、両者の間にギャップが見られるという。後者は、いわば現場におけるコモンセンスであり、イデオロギーでもあって、それゆえにそこではどうしてもクリティカル思考が働きにくい。それは特に長期ケアの場面などでは、医学モデルの強化の方向性につながりかねない。

さらにHayashiは、M.Lipskyの“street-level bureaucrat”の概念をもとに次のように説明する。すなわち、市民は政府官僚と直接接することで“government”と出会うのではなく、ソーシャ

ルワーカーなど公的サービス提供者、すなわちストリートレベルの官僚を介して“government”と呼ばれるものに直面することになる。つまり、障害者にとっては、ソーシャルワーカーは自分たちのサービス供給を左右する“government”そのものなのである。また障害者の中にはサービス利用に当たっては非自発的なケースもあり、そのことがソーシャルワーカー優位の力関係を構築していくことにつながっていることを述べている(Hayashi 2005)。

Hayashiの分析はあくまでもアメリカにおけるソーシャルワーカーを対象とするものであって、日本のそれではない。しかし、国家資格とも関連して専門職指向の潮流が存在している日本のソーシャルワークにおいても、アメリカの実態は決して「対岸の火事」として済まされるものではないだろう。日本の障害領域のソーシャルワークが、障害者運動、ILや社会モデルと自らの接点を考えるに当たって、それらを全面受容するのか、あるいは部分的受容に留まるのかということを検討する以前に、そもそもどのような「学びの姿勢」にソーシャルワークは立つのか(例えば、医学モデルの「赤字補填」にそれらを利用するのか、それとも「財政的な見直し」までに踏み込んでいくための枠組みとして活かすのか)という点を問い直す必要があるかも知れない。

本研究は、科研費(22330177「障害者運動とソーシャルワークの協働と葛藤—国際比較による実証的研究—」研究代表者：杉野昭博関西学院大学教授)の助成を受けたものである。

【注】

不一致理論は、2004年の下記文献が初出になる。

DePoy, E. & Gilson S.F. (2004) *Rethinking Disability: Principles for Professional and Social Change*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.

【文献】

Depoy, Elizabeth & Gilson, Stephen (2012) “Social Work Practice with Disability: Moving from the Perpetuation of a Client Category to Local through Global Human Rights and Social Justice.” *Reviasta*

de Asistent Social anul XI,11-22.

Kim, Kyung Mee & Canda, Edward R. (2006) “Toward a Holistic View of Health and Health Promotion in Social Work with People with Disabilities.” *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*,5(2):49-67.

Hayashi, Reiko (2005) “The Environment of Disability Today: A Nuring Home is not a Home.” In Gary E. May & Martha B. Raske (eds.) *Ending Disability Discrimination: Strategies for Social Workers*, Allyn and Bacon, 45-70.

Hiranandani, Vanmala (2005) “Rethinking Disability in Social Work: Interdisciplinary Perspective.” In Gary E. May & Martha B. Raske (eds.) *Ending Disability Discrimination: Strategies for Social Workers*, Allyn and Bacon, 71-81.

May, Gary E. (2005) “Changing the Future of Disability: The Disability Discrimination Model.” In Gary E. May & Martha B. Raske (eds.) *Ending Disability Discrimination: Strategies for Social Workers*, Allyn and Bacon, 82-98.

Shapiro, Joseph (1993) *No Pity: People with Disability Forging a New Civil Rights Movement*, Broadway. (=1999、秋山愛子訳『哀れみはいらない——全米障害者運動の軌跡』現代書館。)

Raske, Martin (2005) “The Disability Discrimination Model in Social Work Practice.” In Gary E. May & Martha B. Raske (eds.) *Ending Disability Discrimination: Strategies for Social Workers*, Allyn and Bacon, 99-112.

Rothman, Juliet C. (2010) “The Challenge of Disability and Access: Reconceptualizing the Role of the Medical Model.” *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 9:194-222.

Tagenberg, Kathleen & Kemp, Susan (2002) “Embodied Practice: Claiming the Body’s Experience, Agency, and Knowledge for Social Work.” *Social Work*, 47(1):9-18.

A study on the relationship between the social model of disability
and social work theories in the US :
Through a review of social work literature in recent years

Katsuhisa Matsuoka *

ABSTRACT

This paper aims to examine how social work theories have been or not influenced by the social model by reviewing the latest articles regarding social work in the US. Furthermore, the paper also aims for the reconstruction of social work theories relating to disabled persons in Japan.

In order to achieve the above purposes, articles pertaining to social work in the US related to the social model of disability were reviewed. From these articles, it was noted that some theories related to the social model, such as disjuncture theory, the holistic view of health, the bio-psycho-social-cultural-spiritual framework, and the disability discrimination model have been adopted. The trends observed in these theories were then extracted.

The review and analysis revealed that US social work theories with disabled persons accept the social model partially. By doing so, social work in the US intends to resolve the dualism of the individual and society that is present in social work intervention. We were able to conclude that social work in the US brings about reappraisal of the medical model by accepting the social model partially. Furthermore, it is suggested that social workers be encouraged to reconsider the importance of the “body” of the disabled person by this reevaluation of the medical model.

This work was supported by a JSPS Grant-in-Aid for Scientific Research “KAKENHI” (22330177).

Key words: social model of disability, medical model of disability, social work with people with disabilities, disjuncture theory, the holistic view of health, the bio-psycho-social-cultural-spiritual framework, the disability discrimination model

* Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University