

原 著

障害を持つ人々の社会復帰における障害受容の意義

雨 夜 勇 作

四條畷学園大学

キーワード

PWD、AD、リハビリテーション

要 旨

科学が進み高度に発展した現代の医学モデルは、病気によって生じている人々の心身の苦しみといった心理的な反応には対応できていない。

それは、医学が疾病の科学的な研究を目的としているからである。しかし、そこには、人間の価値観や社会文化的背景が色濃く反映されなければならないはずであるが、科学的になり過ぎた医学は、科学思想が先行するあまり人間という存在自体を希薄化させている。その医学モデルを基とする医療モデルは、実際の治療現場で患者の心理を軽視しているのである。病気を臓器に起因する問題としてだけ捉えて解決を図るために、病んでいる人の心を重んじなくなってしまった。

それが患者が障害をもつ人々（Person With a Disability：以後PWD）PWDとなった時点でより深刻となる。現代の医学モデルを基本とする医療モデルでは、PWDの心の問題は解決できない。特に、患者の心理的な対応に遅れる日本医療は、到底対処できないのが理解できる。そのため、人に重きをおいて心身の社会復帰を目指すリハビリの思想を取り入れることによって、PWDの社会復帰が実現できると考え論述するものである。

リハビリと障害は密接な関係にあるので、障害の歴史的な変遷を辿り、PWDの苦難を確認することが必要であると考えた。そして、障害を理解した上でリハビリが目指す社会復帰を成功するためには、ADが欠かせないという理由を述べ、その意義と取り組みを論じて重要性を説いていく。

I はじめに

病気の捉え方は2通りあるといわれている。発熱や体調不良、痛み、苦痛等をまとめて病気とする概念、これを通俗モデル（folk model）という。医師がこれらのような異質な現象に対して治療を施すことによって病気とするもの、これを医学モデル（medical model）という捉え方がある。また、WHOでは、「病因（etiology）－病理（pathology）－発現（manifestation）」の図式を、疾病の診断と治療のための医学モデル（medical model）としている。そして、互いは歴史的、地域的な変動によって相互に影響し合いながら変化してきた。

第二次世界大戦後の戦傷兵の増加が社会問題となり、

リハビリテーション（以後リハビリと略す）の医療技術体系が成され、教育的、職業的、社会的リハビリと共に一連の体制を必要とする時代となったのである。医療では、主に身体機能の回復や障害によって阻害された身体機能の代償獲得を目指す。障害によって、足が従来の機能を果たさなければその代わりとなる車椅子などを利用した生活環境への適応を検討し対処する。そこで最も慎重を要するのが「心」の問題である。不安、ショック、混乱、絶望といった不安定な精神状態を解決して尚且つ自らの障害の程度を認識することで再起を図らなければならないからである。その心の社会復帰プログラムとでも言うべき重要な課題が、障害受容（Acceptance of

Disability : AD) である。価値体系の転換であるとするライトは、1 : 失った価値にいつまでもこだわるのではなくて新しい価値を求め 2 : 失われた機能が自らの持つ全ての能力を無くしたとするような拡大解釈を止めて 3 : 他者との比較によって自らを評価することを止め 4 : 独自の価値を認め 5 : 身体的な価値にとらわれるのではなくて越えた価値を見出すべきであるとしている。

Ⅱ 障害受容の理念と思想

1 障害受容の理念とその系譜—障害の定義と歴史的变化—

障害は、障害をもつ人 (Person With Disability : PWD と略す) と同一のように捉えられて現在に至っているようである。日本の障害者基本法に定められている障害者とは、

「身体障害、知的障害、精神障害があるため長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者」

とあり、それぞれの障害を総称して障害者と解釈されている。日本の法解釈にはよく障害者とされてあるが、そうではなくて、本来障害をもった人 (PWD) とするべき視点から、障害と人との関係を別々に捉えるべきではないかと考え、その根拠を歴史的遍歴に探るものである。

そこでまず、病気と障害の区別を明らかにしておかねばならない。日本リハビリの先駆者でもある砂原は、脳出血を火事に見立てて、

『火事が燃えさかっている状態、脳に出血している状態を「病気」といい、焼け跡で、住む家もなく不自由している状態、意識が回復したが手足が動かなくなて不自由を訴えている状態を「障害」と呼ぶ・・・』¹⁾

と捉えて、病気の後には生じる様々な現象を障害として整理している。

日常生活や社会生活が制約を受けているだけでなく、精神的な苦痛をも含んでいるのが障害であるという。病気による体調不良、身体の不自由や痛み、痺れなどの異常感覚からくる不快感もさることながら、働きたくても働けない、仕事を得ても一人前には働くことができないという社会的な生活の制限が精神的な苦痛を生じさせる。その結果生じる経済的な危機は、生活を脅かし、死を望む不安定な心理状態を生み出す。それだけに、障害は病気と違って永続的でしかも改善困難であるようだ。

PWDの概念は、ミラン・イーゼンバークが、社会的不利をもたらさない用語 (Nonhandicapping Language) として、障害のある人を人間と受けとめ、個々人の尊厳を守るために提示したものである。

彼の趣旨は、「人を中心に述べるべきで、障害を中心にのべるべきではない。」

というものである。従って、本論文では障害者 (disabled person) を障害のある人 (Person With Disability : PWD)、身体障害者 (the physically disabled) は身体障害をもつ人 (Individuals with a physical disabled) といったような表現を取り入れていく。²⁾ しかし、日本の法令や翻訳では、障害者という表現が使われているため、引用の際はそのまま使用する。

日本の障害者基本法が手本としたのは、世界保健機関 (WHO) の出した国際障害者分類である。WHOが作成した国際疾病分類 (ICD) を元にして、1972年以降WHOが更に検討を重ねて、1980年に国際障害者分類 ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) を定めた。ここでの障害概念は、疾病・変調 (disease・disorder)、機能障害 (impairment)、能力低下 (disability)、社会的不利 (handicap) で、これらを障害モデル (disablement model) という。³⁾

障害に至る原因には、外傷、疾病 (= 病気)、そして先天性異常があり、それらによって身体もしくは精神機能の低下が慢性的に生じる。その様子は歴史にも記されて、障害の歴史を紐解くことができる。最も古い障害者として描かれているのは、古代エジプト時代 BC1580 ~ 1350 年頃で、PWD である青年がポリオの後遺症によって下肢の変形をきたして杖を使っている様子や、成人型の筋ジストロフィー症とみられる人がレリーフに描かれている。また、考古学の分野では、エジプトのミイラに関節炎から生じた骨格の変形が確認されている。⁴⁾

その後は、PWDの苦難の時代が続く。BC200年頃のユダヤ法典によると障害の区別がみられ、精神遅滞をもつ子供たちの部類の中に聾者 (PHI) を入れて、PMIと区別している。ローマ時代にはこの区別がなくなり、障害をもった子供は生後直ちに殺してもよいと定められていたが、後には聴覚の障害の程度によって権利や行動の自由を決めていたという。⁵⁾ ギリシャ時代にはPWDは組織的に抹消された経緯があり、アリストテレスは「政治学」の中に、「奇形児は生かしておくべきではない」

と記している。その後、1349年健康な乞食の禁止法、

1530年ヘンリー8世によるPWDにのみ一定地域での乞食を認可、1601年エリザベス朝時代の救貧法には、PWDで働けない者を救貧院に収容するよう定められていた。⁶⁾

ヨーロッパでは産業革命が起ると、PWDの生活はますます苦しくなり、貧困者が増加して住みよい時代ではなかった。ところがフランス革命は自由と平等を掲げたということもあって、医師のピネルによってPMIの解放が行われた。1563年ワイアが

「“魔女”の大部分は罪のない病人であり、治療のために医師に引き渡されるべきものである」

と発言したのは有名な話で、その公言のとおりによりPMIの解放を進めた。

17世紀になると、戦争によってPWDが多くなった。戦争は、火薬を使った大砲の登場により、戦法が騎士中心の戦いから歩兵による地上戦へと変わったために負傷兵の数が増えてきたのである。⁷⁾

そして、負傷兵が障害を抱えた浮浪者となって大きな社会問題になってしまった。1670年には、パリで負傷兵を収容する施設が作られたのを始めに、ドイツでは負傷兵に加えてPWDや貧困者をも収容する施設が次々に誕生していく。しかしながら施設の増加の目的は人道的な援助というよりも、浮浪者や貧困者を町から排除するためでもあったらしい。そして、時を同じくして世界最初の整形外科の教科書が、ニコラス・アンドリーによって書かれ、優れた多くの整形外科医達を産み出している。

18世紀になると身体障害に対する医学的治療が始まり、スイス人医師のベネルはローザンヌ近郊の古い僧院を改造して、体に障害をもった子供たちを保護し治療にあたっている。フランスのピネルは、精神障害をもった人たちが鎖に拘束されて監獄に入れられていた状況から開放を行い、治療を施した。これらが現代のリハビリ概念の基になっていると言われており、ヒューマニズムを前提に訓練や機能回復をはかり、精神障害をもった人々への人道療法(moral therapy)へと繋がっていく。それに伴って施設は、収容施設という形式から治療や教育を行う施設へと移行し、ヨーロッパ各国に広がったのである。1899年にはイギリスのロンドンで身体に不自由のある子供たちのために公的な施設が開設され、1900年にアメリカのシカゴ、ニューヨークでもこのような施設が建設され教育が行われる。そして1906年、ドイツのベルリンに、ピーザルスキーによる世界で初めての肢体不自由児施設がリハビリテーション専門の施設となるので

ある。⁹⁾

その後、アメリカでPWD対策として法整備がされるのは1918年の「戦傷者リハビリテーション法」、1920年の「Federal Vocational Rehabilitation Act」には国民全てを対象にしたリハビリ法となっている。アメリカが第二次世界大戦直後に、ラスクがPWDに、リハビリを行うことで納税者となることができるという、リハビリの経済性について主張したのをきっかけにしてリハビリが発展した。その当時、戦傷兵の国家負担は莫大となっており、このままではアメリカの経済破綻が現実視されていた背景があったのでラスクの主張に注目が集まったのではないかと考えられている。

一方日本でも、縄文時代から身体にPWDがいたことは確認されており、8世紀には、傷害や障害のある人は援護の対象となっていたが、近親者による私的扶養以外は遺棄されていた。しかし、仏教の伝来後には、遺棄されることは減ってきていた。ところがその後、障害の原因を前世の因縁と解釈するようになったために彼らを隠すという習慣が生じている。1012年、三条帝が病で失明したことにより同病者が保護を受けている。また、1100年には仁明天皇の第四皇子が失明したので、盲人を集めて保護し管弦を教え、鍼やあんまを盲人の独占職にした。このことは徳川時代にも引き継がれて、盲人は特権的職業を得ていた。

近世以降、PWDは1875年恤救規則、1929年救護法、第二次世界大戦後までの期間を、不具、廢疾者という名称で慈恵救貧の対象となって保護されていた。不具とは、もともと身体不自由として体の一部に障害があることを指し、廢疾は、直らない、回復しないといった障害をきたす疾病のこととされている。ちなみに、身体不自由という言葉は、1928年に整形外科医の高木憲次が唱えた造語で、体が思い通りにならない意味を有していた。そして戦後には、廢兵が登場しその後傷痍軍人と呼び名が変わり、都心部で物乞いをする姿が最近まで見られた。¹⁰⁾

そして、日本において「障害」という言葉が登場したのが戦後、1949年の身体障害者福祉法であり、その後1950年精神衛生法、1960年精神薄弱者福祉法、そして1970年の心身障害者対策基本法で、現代のような障害のイメージ化がなされた。¹¹⁾

このように障害は、障害をきたしている身体部位をさすのではなくて、人そのものとして解釈されてきたようである。そして現在においても、障害がそのままPWD(障害をもつ人)として表現されている。特に医学の分

野においてよく表現されているが、例えば、ポリオといった病気の名前だけで羅漢した人をもさすのは疑問である。症状の発生経緯は、ポリオウィルスに感染した人の下肢に変化が生じて筋肉の萎縮が起こり、外見上左右の下肢の大きさが異なる、という状況となるわけで、これをポリオと呼んでいるに過ぎない。本来、ポリオウィルスに感染した人と呼ばれるべきであろうが、ポリオもしくはポリオ患者という名称で呼んでしまい、そこには一人の人の存在が感じられない。

つまり、障害＝障害者ではなくて、「障害」と「障害をもつ人」と分けるべきである。老人を例にすると、老人は身体機能が低い、病弱であるというイメージが一般に存在するが、これが全ての老人に該当するのではない。年齢を重ねると細胞の老化は身体機能を低下させ、免疫力や抵抗力も衰えてくる。それはあくまでも身体各部位の機能、体力、筋肉が発揮する力という点であり、この点では衰えが生じるのは否めない事実である。ところが、知力や経験といった領域では衰えはなく、むしろ高まりをみせることがわかっている。身体機能が低いとか病弱であるという認識は、体力測定のような計測可能で、しかも年齢比較ができる項目によって優劣を判定しているようなものである。それで一人の人間である老人を固定的にとらえている現状は正しくない。

障害＝障害者と認識することは、人間理解を歪めてしまう。従って、身体に障害をもつ人々（IPD）、精神遅滞を持つ子供達（CMR）、精神的病気や精神障害をもつ人々（PMI）、長期的あるいは重症で持続性の精神的病気や精神障害をもつ人々（PLT or SPMI or PD）などのように、それぞれ人と障害を分けてあらわすことが望ましいと考える。¹²⁾

2 障害をもつ人々の人権獲得の遍歴

障害のある人は、障害に苦しむ人、もしくは障害の犠牲者という解釈が成される。そうなると、その人がもつ能力、技能、資質などは無視され易くなる。また、障害が何なのかを知らないが故に、誤った表現や解釈が生まれ、PWDは人生の目標や選択権も無く、主張・表現することも不可能で、社会に貢献できない者といった、ステレオタイプ¹³⁾的な認知が生じてしまう。

日本社会は、おうおうにしてPWDが職場復帰する時に、個人の能力を確認するのではなくて、病名から得られる一般的な医学情報だけで復帰を拒否したり、「過去に前例がないからお断りします」といった見解を平然と

出す会社が存在する。そのため、日本のPWDにとって社会復帰の課題は、個人レベルよりもむしろ受け入れる側となる会社のほうにある。

社会体制が一向に改善していないことを痛感させられた例を紹介しよう。通勤途中に事故に遭遇して車椅子生活となったAさんが、職場復帰を願って申請するが初めは拒否された。しかし、幾度かの交渉の末に、専属の医師と共に本人の状況を説明する機会をようやく得た。そして、本人がワープロを操作し、車椅子操作を独自で行えるといった様子を見てもらい、会社の理解を得てようやく社会復帰を果たしたことがある。また、「五体不満足」の著者の乙武君は、小学校に入るときにほとんどの小学校と教育委員会から入学を拒否された。両親は彼の能力を信じていたので、養護学校ではなくて通常の授業を受けさせようとして、本人を連れて教育委員会まで行き、彼の能力を目の前で示してようやく許可が下りたという。

特定の言葉や成句によっても偏見や、差別を生み出してしまうので非常に注意を要する問題でもある。障害者（the disabled）という表現は、その人が病気に犯された犠牲者という印象を与えやすく、差別や偏見を生み出すので、これを障害のある人（Person with Disability）とすることによって、人の一部分に障害があるという意味を示そうとするのである。

しかし、ここまで障害について解釈が慎重になったのは、20世紀になってからであり、ようやく障害を正しく理解しようとする社会の動きが出てきた。その切っ掛けとなったのは世界人権宣言であるが、それ以上に社会に影響を与えたのは、ノーマライゼーションやこれを実践したILM、ADAといった運動があつてこそであろう。障害を受容し、障害と共に生きることは、個人に課せられた課題ではあっても、社会側にも支援する義務があることを認識しなければならない。

ノーマライゼーションは、1958年にデンマークで、巨大な施設に隔離されている子供たちを地域に帰す運動として親の会が結成されたのが始まりといわれている。その後、1969年スウェーデンのニルイエによってノーマライゼーション原理（Normalization Principle）が提唱された。

その原理は、次の8つの項目に分けられている。

- ① 1日のノーマルなリズム
- ② 1週のノーマルなリズム
- ③ 1年のノーマルなリズム

- ④ ライフサイクルのノーマルな成長体験
- ⑤ よく考えた選択、希望そして願望をもつこと
- ⑥ 男と女によってつくられた世界に住んでいること
- ⑦ 平均的経済があること
- ⑧ 生活がノーマルな家でなされていること¹⁴⁾

これらは、CMRの日常生活の行動やリズムを、社会の規範的なパターンにできるだけ近づけようとすることを目的としている。それまでは、

個々人の状態に沿った対応ではなくて、すべて施設側が管理運営しやすいようにプログラムされた課題を毎日のように続けていた。起床、運動、食事といった日々の生活が一律にプログラムされていた。

一方アメリカでは、1920年に世界で初めての障害者職業リハビリテーション法が成立し、次第に世界規模でPWDの権利平等運動が広がっている。1962年にアメリカで運動が始まったIL運動は「基本的なリハビリテーションは自分をリハビリテートすることであり、障害者が自分でできたことを学ぶことは他者が彼らのためにすることより大切と」という理念を掲げて、別名障害者自立支援運動とも呼ばれた。これは、PWDの当事者が参加して地域と連携していくプログラムで、PWD自らが他者への依存をできるだけ減少させて、最低限度の援助サービスを提供するものであるが、サービスの量や質の決定はPWDが行った。¹⁵⁾

1970年代はPWDが、社会自立へ向けて社会環境に対して権利主張した時でもあり、ILMが中心になってアメリカのリハビリテーション法を1978年の改正に導くなどPWDへの社会復帰が本格的に始まった時でもある。

これらの基になったのがノーマライゼーション理念で、これを早くから取り入れていたアメリカの大学では、多くの障害者が入学していた。1972年のカリフォルニアにあるバークレー校で、障害を持った学生たちが、在学中の4年間は大学側の支援によって通常の学生と同様な学生生活を地域で送ることができていた。ところが、卒業すると今まで受けていたサービスは無くなってしまふ。卒業すると同時に、彼らは以前のように施設や自宅での生活に戻るしかなかった。アメリカ社会もまだPWDへの支援体制を確立させていなかったからである。こうした事情を踏まえて、ILMは、自らが独立して生活することは権利として認められるべきという趣旨の基に始められた運動で、それによって卒業後も自立して生活ができる自立生活センター（CIL）がバークレー校に初めて設置された。それからCILの設置はアメリカ全土に

渡り、1990年で既に300箇所にも達している。

ILMの基本思想は、PWDが「自立」という概念を確立することで、しかも生存するという生物学的なものではなくて、精神的に豊かな生活を送るという意味の「生活の質」（Quality of Life：QOL）がADAにも継承されていくのである。その基本的な概念は、次の3項目に分かれている。

第1「選択する権利」：日常のごくあたりまえにできることが彼等にはできない。朝何時に起きて、食事は何を食べるのかといったことがでず、ほとんどが第三者によって決められている。PWD本人の意志が無視されている場合が多い。

第2「サービスを受ける権利」：PWDが社会生活を可能にするためにはサービスを受ける権利がある。PWD 1人でも生活できる住まいや公共交通機関の利用ができるなどのサービスである。

第3「自己決定権」：アメリカの基本的人権の保障を基に、PWDも社会から守られなければならない。自立する上でPWD自らが決定を下す権利をもつという。

これに対して実施されるプログラム設計の原則にも3つある。

第1：PWDのニーズに対して行われるサービスの方法をPWD自身が十分に理解していること。

第2：PWDのニーズを十分に達成できるサービス体制をそなえること。

第3：PWDは居住する地域で生活することができる。

これによって、生活への介助を含めた支援が行われ、PWD 1人でも生活できるバリアフリー化された環境整備が成されたのである。視覚・聴覚に障害のある人たちでも利用できる交通機関の整備がされた。

また、バークレー自立生活センター所長のマイケル・ウインターが強調するピア・カウンセリング（peer counseling）は画期的なものとして、現在患者の会などでも導入され効果を得ている。ピア・カウンセリングとは、障害をもった人が「仲間」（peer）の相談にのることで、心理的なカウンセリングを行い、具体的なアドバイスをすることである。障害を抱えてしまうとどうしても孤立しがちで自暴自棄に陥る傾向にあるため、同じ悩みを持った仲間がいるという励みは、孤立感を消すだけでなく、PWDが社会へ出かける意識を高めることができる。

そして、バークレーの自立生活センターでは、PWD

が地域で生活できるように援助することによって、PWDが社会の一員として生きることを目指している。地域で暮らす意義は、住み慣れたもしくは住んでみたい地域に自らが入って生活を行う人間としての社会参加であり、また、多くの人と一緒に暮らして生きていくといった基本的な生活が保障されることを意味するのである。

このILMがさらに発展したかたちとなって、アメリカでは1990年に「障害のあるアメリカ人法：ADA」が制定された。そこで、PWDは障害をもたない人と平等であると定め、他人の援助を受けなくても生活できる社会形成を目的にしている。その内容は、全ての機会均等を保障し、社会への完全参加や、社会的自立が理念に掲げられ、PWDへの差別を禁止することが盛り込まれている。具体的には、①雇用の際、障害をもたない人々との差別、②公共機関やホテルなどでのサービス利用の差別、③交通機関の利用における差別、などを極力なくす努力をすることを社会に求めている。

世界規模では、第一次世界大戦後の1919年にベルサイユ平和条約によって創られた国際労働機関（ILO）は、1921年に戦傷軍人の雇用義務を表明し、1944年には身体障害の原因を戦争以外にも拡大させて、雇用のための職業リハビリテーション・サービスを提唱した。そして、国連がPWD問題への検討を1950年の第11回経済社会理事会で、「身体障害者の社会リハビリテーション」の決議を行うにいたる。その後は、様々な検討が成されて1948年の「世界人権宣言」の中身をより具体化した「障害者の権利宣言」が、1975年の第30回国連総会で決議される。

そして、国際障害者年が1981年に設定されて「完全参加と平等」を目標にして、PWDが住んでいる社会において、社会の他の市民と同じ生活条件の獲得、及び社会的・経済的発展によって生み出された生活条件の改善における平等な配分＝「平等」の実現を目指した。続く1983年には、国際労働機関（ILO）がPWDの職業リハビリ及び雇用に関する条約を発表した。PWDが都心部や農村に関係なく雇用を得られる機会をもつことを国際基準で採択したのである。

さらに、国際疾病分類（ICD）が1980年にWHOから発表されて、約20年後の2001年5月22日ジュネーブで開かれた第54回世界保健会議（WHO総会）において改定が承認された。改定に至るまでの作業は、1990年11月フランスでの予備的会議開催から由に10年以上の時

間を費やしたことになる。¹⁶⁾

新分類は人間の生活をより重視した特徴を持ち、「生活機能、障害および健康の国際分類」（International Classification of Functioning, Disability and Health）と名称もICFに変更されている。従来にはなかった環境や個人の因子（性、年齢、ライフスタイルなど）が加えられ、心身機能、活動、参加そして健康状態が相互関係にあると関連付けされている。旧分類がリハビリテーションや医療に多大な影響を与えたが、障害を捉える上では個人レベルの問題に偏った見方があったために障害を理解し難かった。今回の新分類では、個人や環境との関係も取り入れられたことで、障害への理解が低い日本においても、より一層の取り組みが必要となるのは明らかである。

3 リハビリテーションと障害

障害をもつ人たちが、人間としての「復権」を果たして社会参加する。これはリハビリそのもので、ILMはまさにその典型的な例である。人間の権利そして尊厳が、障害によって生じた偏見や差別によって社会から排除されてしまう。これに対して異議をとねえ、人間社会への「復権」を果たすことを指す。

リハビリが、医療に導入され始めたのは1917年世界大戦中のアメリカ陸軍病院に、戦傷兵の社会復帰のために「身体再建およびリハビリテーション部門」（Division of Physical Reconstruction and Rehabilitation）が設けられたのが初めとされている。ここで注目されるのが、医学的な観点は身体機能の回復であっても、それはあくまでも社会へ復帰するためのものだとしてされていることである。それまでの医学は科学化が進み、診断と治療に専念していただけに、社会復帰であるというリハビリ理念の導入は画期的であった。

上田がリハビリを「全人間的復権」と唱えるように、Reは「再び」を意味し、habilisはラテン語で「適した」「ふさわしい」、ationは「～すること」で、総合してランダムハウス英語辞書では、1 社会復帰、リハビリテーション；（犯罪者などの）更生：～medicine リハビリテーション医学〔医療〕 2 再建、復興；復権、復職、復位；名誉回復 とある。動詞形のrehabilitateでは1 〈回復期の患者・身体障害者などを〉（治療・訓練を受けさせて）社会復帰できるようにする、2 〈破産した事業などを〉再建する；〈荒廃・腐敗したものなどを〉修復する、再生する、3 に〈人・名前などの〉名誉〔信望、評判〕を回復させる。4・・・を正式に復権〔復職、復位〕さ

せる」とあり、頻繁に用いられるのはいずれも1の意味である。しかしながら、本来は他の意味を含んでいることから上田は「全人間的復権」と解釈して、単に医療の分野に限ったものでないことを主張している。¹⁷⁾

リハビリが15世紀に起こったフランス革命の英雄ジャンヌ・ダルクの復権に使われていて、その後の定義には、1844年ドイツのフォン・ボスが次のように述べている。

「更生の余地がある限り、彼の可能性の最高水準まで、更生援助が行われなければならない、失った身体的機能の回復は彼自身がなすべきであり、彼はまた新たな生活を再建できるよう、人間的尊厳を自己のなかに感じるに至るまで精神的にも回復しなければならない」¹⁸⁾

身体の機能が回復することがリハビリととらわれがちな中であって、精神の回復をも含めての復権なのであり、これがアメリカのリハビリ定義へ継承される。残念なことに、日本には上田が言うような「全人間的復権」とは異なり、身体の訓練としてのイメージが強く、精神面は考慮されずに現在に至っている。

アメリカがリハビリ推進国であったことは既に述べているが、世界大戦中の1942年にリハビリ評議会で捉えられた定義は次のとおりである。

「リハビリテーションとは、障害者(Handicapped)を、彼のなしうる最大の身体的、精神的、社会的、職業的、経済的な有用性を有するまでに回復させることである。」¹⁹⁾

これに影響を受けた世界保健機関(WHO)が1968年に出した定義は、

「能力低下の場合に機能的能力(functional ability)が可能な限り最高水準に達するように個人を訓練あるいは再訓練するため、医学的、社会的、職業的手段を併せて、かつ調整して用いること」

これが日本のリハビリに影響を与えた訓練思想である。アメリカと比較すると精神的面は含まれておらず、WHOの定義に疑問が残るところである。それからさらに、1981年の国際障害者年にWHOが改定をおこない、やや社会体制の整備を促しているが、ここでも精神面は含まれていない。

その後、1982年国連・障害者世界行動計画でようやくリハビリの思想に近い定義が出された。

「リハビリテーションとは、身体的、精神的、社会的にも適した機能水準の達成を可能とすることによっ

て、各個人が自らの人生を変革してゆくための手段を提供してゆくことをめざし、かつ、時間を限定した過程である。」²⁰⁾

最新の概念をみても、1988年Delisaの定義は、次のようである。

「リハビリテーションは個人に、彼らの機能障害(生理学的あるいは解剖学的な欠損や障害)および環境面の制約に対応して、身体、精神、社会、職業、趣味、教育の諸側面の潜在能力(可能性)を十分に発展させること」²¹⁾

中村はこれを受けて、

「個人は自己の病理過程が現代医療によっては不可逆であり、能力低下が残存しても、最適な機能を獲得できる。リハビリテーションはすべてのヘルスケア(health care、保健、医療、福祉)に浸透すべき概念である。」²²⁾

とりハビリを定義している。ようやく訓練的なイメージが取り払われてPWDを社会復帰へと導くためのプロセスにすぎず、しかも心身両方の復帰を意味すると定義されたのである。

そして、社会福祉領域でエンパワーメント(Empowerment)という概念が1980年に登場して、これもリハビリをさらに押し進める力となった。

「リハビリテーションは、障害が個人的には充足し、社会的には意味のある、そして機能的には世界との間で効力のある相互作用を達成するような能力をつけるため、医学的、物質的、心理社会的、職業的介入の包括的かつ統合されたプログラム」²³⁾

であるというバーヤは1990年に、エンパワーメントがリハビリの中心に位置する重要な理念とすることによって、リハビリが社会的な独自性と価値を現すのではないかと表明している。また、シマンスキーは1994年に、リハビリはPWDが社会的不利な状況下にあって、彼等の持つ長所を気づかせまた伸ばしていくことを目的とすることによって、彼等が自主的に自己のニーズの実現に取り組むことができるといい、リハビリに含まれたエンパワーメントが現代社会における基本的な価値である選択(choice)と自立(Independence)、自己決定(self-determination)を際立たせていると指摘している。

つまり、従来におけるPWDと援助やサービスとの関係は、階層構造を成してサービスが行われていた。そのため与えられたものが全てであるという前提の基に、選択するための情報や選択の自由ももちろん叶えられな

い、ニーズにも必然的に制約が生じ、これに対する合致しないサービスが成されていたと推測できる。利用者側が提供される可能性のあるサービスを知らされず、常に受身の態勢でいるしかなかった時代が続いた。そこにILMやエンパワーメントの理念が誕生して、人間がもつ権利を剥奪されたPWDが、ようやく人間であるという復権を果たすことができるようになった。そこに含まれているのは、生活への復帰という人間の基本的な営みを回復させるとともに、生活を実践している上で生活の質(QOL)といった精神的な満足感や幸福感が得られることを意味する。それが本当の社会復帰がといえるのではないか、そしてこれを実現できるのがリハビリであると主張するのである。

Ⅲ 社会復帰と障害受容の関係

1 障害受容の過程

リハビリ概念の確立や社会的活動は、アメリカを中心として世界に広がっている。社会への自立という、人間本来の持つ権限を獲得したのが運動を自ら起こしたPWDであり、政策までも動かした彼等の行動は、身体的なハンディは抱えても精神的なハンディはないことを象徴するものである。

ILMやADA法の整備は、アメリカの抱える独立精神からくるものであろうか。しかしながらPWDが主張したのは、闇雲に全てを社会に要求するのではなく、できない部分を補うことで自立生活を望むというものである。そのためには、障害受容(Acceptance of Disability: AD)するという非常に重要なプロセスが存在している。自らの障害の状態を認識することによって、身体機能の回復程度を自覚し限界を知ること、そしてこれに伴う精神的な回復を克服することで、人間として社会への参加を図る過程でもある。

ADは、日本では高瀬が1956年に、1980年に東京大学医学部教授上田が報告している。

「現象学的に、障害のある人が障害を負った後の人生に対して本人なりの意味ある見解を発展させていく主観的な体験のこと。」²⁴⁾

障害によって何も出来ないと投げ出すのではなく、残された身体機能を最大限に生かして社会復帰を実現するというプロセスを指す。

障害受容(Acceptance of Disability: AD)は、1951年にアメリカの精神科医モリス・グレイソン(Grayson, M)がとなえた概念で、受容について語っている。

「身体的には患者が障害の性質や原因や合併症や予後をよく知ること、社会的には雇用や住宅や家族やその他の関係に対して現実的であること、心理的にはひどい情動的症候を示さないこと」²⁵⁾

ADには心理的に深い問題があって、個人の性質によるものと、社会がPWDに課せる問題があると付け加えている。個人の性質とは、全く性格によるところで、個々によって差は大きい。そして、社会が障害に対する差別や偏見が、ILMやエンパワーメントが改善を要求する大きな問題なのである。

グレイソンがいう個人の性質とは、障害を負った時点で、個々人がボディ・イメージの再構成をしなければならないが、障害を理解できずに現実から逃避しようとする精神状態に陥るというものである。しかし、これは自然のことで、身体の再合成を図る上で必要な過程と言われている。これがADの第1段階で、その後自らが社会へ適合するために努力を要するというのである。

タマラ・デンボー(Dembo, T.)はグレイソンと同時代のサイコロジストで、PWDを「不幸」と呼んだ。現代ではあたりまえのことと捕らえられるが、当時このような指摘はデンボーが初めてであった。そして「不幸」は価値喪失者が持ちやすい心理であるが、その価値を転換することによって克服できるという理論を展開したのである。そして受容とはこの価値観を変えることによって、不幸な精神状態から抜け出していく建設的なものと捉えていた。喪失という精神状態を4つに分けてこれを受容することによって、障害を持たない人々と同じ価値を持つ者として社会に参画できるというものである。4つの精神状態は段階ごとにあって、

第1 絶望

第2 外見に対する悩み

第3 悲哀の問題

第4 障害の問題

である。これらを「価値の視野の拡大」「比較価値からそのものの価値への転換」をはかることで受容ができるというのである。²⁷⁾

「価値の視野の拡大」においては、絶望という受傷初期には苦しみ以外は何もないようにみえるが、やがて気づくときがあるという。その気づきの時が「価値の視野の拡大」である。それによって建設的に物事を解決していく力が生じる。悲哀を克服するには「比較価値からそのものの価値への転換」が相対するという、失ったものに固執していると永遠にこだわりをもって苦しむが、こ

れを価値の転換によって、失ったものは既に現在は無いと理解し克服するというものである。

さらにADによく登場するのが精神科医のキューブラー・ロスの、死の受容過程における心理ステージである。これは5段階に分かれている。

第1 否認と隔離

第2 怒り

第3 取引

第4 抑うつ

第5 受容

第1の否認と隔離は、グレイソンがとなえた受傷直後に生じる精神的なごく必然的なものと一致している。第2は否認ができなくなってくると怒りへと転化され、それが出し尽くされると第3の取引へと移行する。この段階では、多くの患者が多少の延命に対して神に感謝したと報じている。第4の抑うつは、これから迎える死の覚悟から来る精神状態で、第5にある死への受容に至るというステージ理論である。²⁷⁾

デンボアが提示した価値の転換をさらに進めて、理論展開したのがライトで1960年の「身体障害—その心理的アプローチ」‘Physical Disability—A psychological approach’に論じている。そして、その価値体系は4つの側面をもつことが指摘されている。この理論展開が上田によって日本のリハビリ医療にもたらされ、ADの重要性がリハビリの中心にあると位置付けられている。

1) 価値の範囲の拡大

発病、外傷を受けて障害を残す程の状態に陥った場合には、グレイソンやデンボアも指摘したように失ったものの方が多すぎて、新しい価値に気付かない、しかし、立ち直りの段階で失った価値以外のものを見つけ出す。それは、知的な理解の仕方ではなくて、心の奥底からわかるというか、まるで信仰心や愛情といったものの中からわかるようになる。

2) 身体の外見を従属なものとする

身体障害では外見が変化するため、これにとらわれやすく悩み苦しむことが多い。そこで、人は外見より内面が重要と気付くことによって人間の価値は高められると理解することができる。ベストを尽くすのが重要としているところは、障害が能力低下を起こすと直結するのではなくて、それを個性とみて、優しさ、努力や責任感といった人間本来のもつ内容で価値を高めることが出来るとしている。

3) 障害が与える影響を抑制する

障害があることでその当事者全てを判断することは難しい、ましてや人間性までもが劣ってみられることはない。これに早く気付いて障害の及ぼす影響範囲を抑制する。

4) 資産的価値を重視する

障害を持たない人や他のPWDと比較することは、自らの特性や個性を否定することに繋がる。そうではなくて、障害を自らに備わっている他の個性と同じものと捉えることで、特性、資質や能力に改めて気付くことができる。

これがライトの価値体系の4つであるが、現実的には難しいものがあり、その根拠は障害の程度や年齢といった個々の要因が異なるためと考える。下記にはその不確定要因をあげている。

ADに影響する因子

1) 患者因子：病前性格、年齢、生活歴

2) 家庭環境：親の養育態度、兄弟関係

3) 障害の程度と性質

①原因：外傷/疾患

②事故の責任：労災/自責/他責

③障害部位と性質：身体的/心理的

④予後：軽/重

4) 経済的因子：療育/世話に専念できるか

5) 社会的因子：障害者同士の交流の有無、社会的支援の有無²⁸⁾

南雲らも、障害を体験しているPWDの体験から障害後の心理的变化を検討して障害体験に影響する要因にもほぼ同じ内容をあげている。

1) 個体要因：年代、性別、パーソナリティ、宗教

2) 障害要因：原因

①外傷（自責、他責、労災）

②疾病

3) 環境要因：治療環境、家族、職業

ライトらの言うように、価値の変化は理論上では納得できるものであるかもしれない。ADは身体機能を断念しなければならないという一面をもちながら、精神面での回復を図らなければならないという相反した面を持ち、そこに価値体系の変化が見出せる。しかし、そこに生じるのは当然のごとく様々な人間の心理状態である。帝京大学の表1や南雲が示す表2のように個々によってその心理状況が異なることがわかり、これに沿った価値概念の違いも理解することができる。従って、それぞれがもつ価値概念をどのように変化させるのか、ここが非

常に難しく医療でも未開発な分野といってもよい。²⁹⁾

2 社会復帰をもたらす障害受容

ADが必要な疾患とは、症状が重くしかも重度の障害を残す可能性の高い疾患に用いられることが多い。障害を残す可能性の高い疾患とは、脳疾患や、脊髄損傷、難病に指定されている特殊な疾患である。また、感染症から慢性疾患へと疾病構造の変化が障害をさらにクローズアップすることになった。死亡率が低下した反面、障害を残すようになったのである。救命することが今までの医療に課せられた課題であったが、今度は障害に対処しなければならなくなった。本来医療は、社会との関係の上で医学を適応させていくものであるから、PWDの社会復帰という問題が必然的に生じたのである。そして、社会復帰へのプロセスにおいてADの重要性がリハビリ思想によって表面化した。

ADが社会復帰において重要であると考えるのは、リハビリの思想からである。従って、現代医療の発展時には存在しなかった思想でもある。しかし、現代医療が始まる以前には、医術という方法が存在し、病気を病んでいる人と捉えて施す医療があった。西洋医学の祖といわれるギリシャ時代のヒポクラテスが行っていた医療である。その後もヒポクラテスの思想が受け継がれていたが（現在も残っているらしい）、17世紀になるとデカルトの「心身二元論」によって、医療は「身体」中心の医療へと変化し現代に至るのである。そのため、現代医療には病気を「心」の病であるという捉え方はない。あくまでも「心」の領域は、心理学や精神医学の分野で対処するのみである。20世紀の後半は、更なる科学の導入があって特定原因論を発展させ、診断・治療医学を確立する。そのため、治療医学と共に「心」の科学的な解明も進むが、交わることはなく現在に至っているのである。

現状においても「心」は、心理学や精神医学といった領域に委ねられ、一般の医療とは別にして扱われる。治療医学の発展は、患者の不安、苦しみ、苦悩、苦痛といった「心」の対処を避けるようにして進んできた。これを担わされたのが看護であるが、精神医学や心理学の専門領域があるだけに、看護だけで解決できるほど「心」の問題は容易なものではなかった。そこで「身体」と「心」の両方を扱うことのできるリハビリ思想が注目を浴びることになる。その思想には、障害を自覚することが患者の課題であって、それを促し支援することがリハビリでもあるといわれている。

人間は生命体で複雑な機能を持つために、先のライトの指摘したような要因が多分に影響するので、ADの確立が困難をきたすのである。それは複雑な精神機能を備えていること、脳が持つ機能がまだ十分に確認できていないためでもある。また、日本医療界のリハビリ知識の脆弱、皆保険制度が抱える患者負担意識の欠如、福祉の未発達などが日本の特徴的な阻害因子といえるのではないだろうか。そこで、PWDが社会復帰するためには、ADが前提条件となると考えるので、そこに至るまでのプロセスを具体例を上げていきたい。

リハビリにおいて、障害が重い場合は残された能力を最大限に生かす方法を取るために、患者の協力は是非とも必要である。患者が障害を十分に理解しておくこと、そして最終的にはどのような生活様式ができるのかを自覚しなければならない。移動様式は、歩行それとも車椅子を使用するのかなど明確にしておかなければならない。この点が曖昧にされると、回復への過剰な期待が生じたり、はじめからやる気を失ったりと、リハビリがうまく進行しない場合がでてくる。³⁰⁾

比較的症状が軽度の場合は、一時的に症状が重くても後遺症を生じさせる可能性が低いので、病前の生活復帰が可能である。軽度疾患とは、捻挫、腰痛、五十肩、単純骨折（関節を含まない骨折）などで、一般的によく知られている疾患である。症状は、患者に一時的に苦痛を強いるが情報が多く短期間での回復が可能であるため患者当人も比較的安心して対処ができていく。しかし、これは平均的な見解であって、ライトの指摘する要因によって復帰までの時間は個々によって違っている。日本では、皆保険が患者の負担意識を低下させているために、治療期間が長くなる傾向にある。医師もその認識に欠けるところがあって、患者の訴えに従い、治療継続の方針を容易に出してしまう問題を抱えている。

一方、症状が重くなるほどリハビリを行なう期間は長くなる。脳卒中や他の脳疾患（脳腫瘍、パーキンソン病など）、交通事故、労働災害による頭部およびその他の外傷、脊髄損傷、そして高齢者の骨折は若年層に比べて障害を残しやすく、しかも合併症をきたしやすい。

脳卒中になった高校の物理の先生が復帰するまでの体験談を紹介する。30年以上も前のことであるが、都心部に在住していたために、この教師はリハビリが受けられたという極めて幸運な例といえる。1970年代は、ようやくリハビリが日本に導入され始めて間もない頃である。

脳卒中の特徴は脳の損傷された部位によって、身体の

麻痺、言語障害、高次脳機能障害、感覚障害など様々な症状をみせることにある。この教師は別の病院で2～3ヶ月の入院生活とリハビリを受けて歩けるようにはなったが、右手の麻痺がひどくて回復の可能性はほとんど無いようであった。その後に、東京大学附属病院の上田の基へ右手の回復を求めて来たという経緯である。以前の病院では麻痺を回復させるリハビリが中心に行われていたようである。そのため早い時期に、左手への利き手交換が必要と考えられた。いわゆるコーピング・スキルといわれ、自らの価値の転換を図らなければならない慎重な作業である。このとき、上田は医師として重要な役割である障害の宣告をおこなったのである。ADの初めのステップである。

右手が回復する可能性はなく、左手での書字を獲得するためにリハビリを受ける必要があるという症例であった。獲得には約3ヶ月を要するので、復職しなければならない教師の休職期間を考慮してもギリギリの期間しかなかった。そのため、教師は、右手の回復を願ってきているにも関わらず最終的にはこれを断っていた。一見医療のモラルや良心に反するという見方もできるが、仮に右手回復のリハビリを続けても一生回復することは無いためにこのような判断を下した。リハビリはリハビリをすることが目的ではなくて、患者の社会復帰にある。可能性の無い右手の回復を永遠願っている内に休職期間も切れてしまい、彼の将来も絶望的となる。回復の可能性が無いと判断するのはそれなりの根拠があるためである。それは医学的な診断方法により発病した時のCTやMRIを見ることによって、脳の損傷状態を確認できる。教師は、その後6ヶ月の期間を経て、左手の利き手交換を成功させて復職し、退職後も時間講師で働いているという報告であった。ADが確立されるまでの苦悩は計り知れず、当事者にしかわからない。医師の宣告に始まり、その他のスタッフがそれに沿ってリハビリを実施し、精神面でのサポートを行いAD達成に導くのである。その結果、PWDは自らの障害を認識できて、次の目標を見つけることができたのである。それが達成できることで、残された能力を活かす方法を見つけ、従来とは異なる価値を得ることができたのである。³¹⁾

これがリハビリを成功に導くADの意義であるが、ADが欠如すると患者は過剰な期待を抱いたり、逆に生きる希望さえ失うこともある。過剰であれば、回復することのない機能の回復を願っている間に時間は過ぎ、いつのまにか社会復帰の機会を失うのである。

以上のことは、あくまでも上田のようなリハビリ専門医であったからADの必要性を感じ実施できたものである。現状の日本では、専門医師の不足がリハビリ効果を半減させていることから、このような理想的なAD支援ができない場合が多い。例え現場で働くリハビリスタッフがADの必要性を認識していても、肝心の医師がいないと達成不可能である。そのためリハビリも効果を出し切れずに、リハビリをすることが目的となる患者を量産してしまう。そこにリハビリスタッフのジレンマが生じている。

このように現場でジレンマを生じさせてしまう日本医療制度には、根本的な問題がある。それは、医療と医学の関係でもあり、医療の限界についての認識である。科学の発展によって医学の進歩は更に続いていくことであろうが、これを使って患者や社会の改善を図るのは医療である。医学は学問的な分野にあって、生理学、病理学、解剖学、遺伝子学など多数の領域が存在する。医療はこの学問である医学を、実際の患者に適応させることであって、患者の生活背景や社会状況との関係から病気の原因を探り出して治療することにある。それは患者を治療する事と同じように、生活環境や社会の治療にもあたる行為なのである。即ち、医療と社会との関係は切り離して考えることができないはずである。

ところが、科学の発展は生命の起源となる遺伝子を解明するまでとなり、遺伝子を治療するという技術が開発された。遺伝子治療を要する疾患は、生物学的であるために社会との関係は非常に低い。そのため、科学的な診断や治療がより必要とされ、がん細胞や免疫不全といった細胞単位での治療を要する疾患への遺伝子治療が期待されている。

しかし、それ以外の多くの疾患は戦前、戦後と生活環境の変化に伴い徐々に変化してきた。結核などの感染症から心臓疾患や脳梗塞などへ変わり、障害を残してしまう疾患や慢性の疾患が増えてきた。これらの疾患の原因は、高血圧やストレスなど、そして超高齢社会へと移行している状況にあって、生活環境や社会との関係が深い。そのため、人と社会との関係改善が必要であり、医療の社会化が求められているのではないだろうか。治療では外科手術や薬によるものばかりではなく、患者の心の治療も必要なのである。これからますます増えると予想されるPWDについて、障害そのものを改善するという考えではなくて、障害をもって社会に適応できるようにするために、個人レベルでの克服すべき課題解決とこれ

を受け入れることができる社会の支援体制作りに医療は携わるべきであろう。

Ⅳ 注と参考文献

Ⅰ はじめに

- 1) 『国民衛生の動向』 更生統計協会2001年 第48巻第9号 PP168-169
- 2) 「リハビリテーション病院・施設協会誌」2001年7月 PP3

Ⅱ 障害受容の理念と理想

- 1) 砂原茂一『リハビリテーション』岩波新書 1980年 PP12
- 2) M.G.イーゼンバーク『心理社会的リハビリテーションのキーワード』岩崎学術出版社 1997年 PP37-44
- 3) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社1999年 PP18
- 4) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社1999年 PP1
- 5) 明石謙「リハビリテーション医学小史」総合リハビリテーション 医学書院 1987年4月 PP243-244
- 6) 明石謙「リハビリテーション医学小史」総合リハビリテーション 医学書院 1987年4月 PP243-244
- 7) 明石謙「リハビリテーション医学小史」総合リハビリテーション 医学書院 1987年4月 PP243-244
- 8) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社 PP18
- 9) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社 PP11
- 10) 大田仁史『障害受容「意味論からの問い」』荘道社 1998年 PP1
- 11) M.G.イーゼンバーク『心理社会的リハビリテーションのキーワード』岩崎学術出版社 1997年 PP37-44
- 12) 「stereotype」!紋切り型.行動や発想が型にはまっていること「外来語・略語辞典」imidaz 集英社 1988年
- 13) M.G.イーゼンバーク『心理社会的リハビリテーションのキーワード』岩崎学術出版社 1997年 PP88
- 14) 八代英太・富安芳和編『ADAの衝撃』学苑社 1991年、に詳しい。
- 16) 上田敏「Journal of CLINICAL REHABILITATION」

医学書院 Vo.9 No.9 2000.9 PP927

- 17) 上田敏『リハビリテーションの思想 人間復権の医療をもとめて』 第2版 医学書院 2001年6月 PP29
 - 18) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社 PP3
 - 19) 『リハビリテーション看護』医学書院 1998年 PP14
 - 20) 砂原茂一『リハビリテーション』岩波新書 1980年 PP63
 - 21) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社 PP4
 - 22) 中村隆一『入門リハビリテーション概論』医歯薬出版株式会社 PP5
 - 23) 『リハビリテーション看護』医学書院 1998年 PP14
- ##### Ⅲ 社会復帰と障害受容の関係
- 24) 砂原茂一『リハビリテーション』岩波新書 1980年 PP100
 - 25) M.G.イーゼンバーク『心理社会的リハビリテーションのキーワード』岩崎学術出版社 1997年 PP49
 - 26) 蜂矢英彦・岡上和雄『精神障害のリハビリテーション学』金剛出版 2000年 PP77-78
 - 27) E・キューブラー・ロス 鈴木晶訳『死ぬ瞬間』読売新聞社1998年、に詳しい。
 - 28) 栢森良二「頭部外傷患者家族の障害受容」総合リハビリテーション23 医学書院 1995年 PP666
 - 29) 大田仁史『障害受容「意味論からの問い」』荘道社 1998年、に詳しい。
 - 30) 蜂矢英彦・岡上和雄『精神障害のリハビリテーション学』金剛出版、に詳しい。
 - 32) 上田敏『リハビリテーションの思想 人間復権の医療をもとめて』第2版 医学書院、に詳しい。

Comeback to normal life disorder receptive significance of people having a disorder

Yusaku Amaya

Shijonawate Gakuen University

Key words

PWD, AD, rehabilitation

Abstract

The contemporary medical model whom science advances, and developed highly cannot cope with psychosomatic pains of people occurring in by a disease and the psychologic reaction that said. It is because medicine is aimed for scientific study of disease. However, a color is dark, and, there, human sense of values and social cultural background must be reflected, but rarefaction can put presence in itself to say with a human in scientific medicine because science thought goes ahead. The medical model who assumes the medical model group makes light of psychology of the patient in the real treatment spot. We did not respect a heart of a sick man we caught a disease only as a problem to be due to an organ, and to plan solution. It depends at a point in time when it became people (Person With a Disability,., PWD) PWD which the patient has a disorder toward and becomes serious. In the medical model that assumes a contemporary medical model basics, it cannot solve a cardiac problem of PWD. What cannot deal absolutely can understand in particular Japan medical treatment to be late for psychologic correspondence of the patient. Therefore we think that we can realize rehabilitation of PWD by taking in thought of the rehabilitation which we put weight to a man, and aim at a psychosomatic comeback to normal life and enunciate. Because we had a close relation, rehabilitation and a disorder traced the change of dyscrasic history and thought that we required that we confirmed hardship of PWD. And AD describes a reason to be indispensable to succeed by a comeback to normal life that rehabilitation aims at after having understood a disorder and we deal with the significance and an action and preach importance.