

障害とは何か ～障害概念の現状と課題～

手賀 尚紀^{*}, 澤田 善太郎

(平成26年10月20日受理)

What is Disability? Current Status and Challenges of Disability Concept

Naoki TEGA^{*} and Zentaro SAWADA

(Received October 20, 2014)

What is disability, and how are disabled people like? There is no clear conclusion of the argument on concept of disability. On this paper, I would like to sort out these three models: individual model, social model, integrated model - and look into present situation or problems of those models.

Talking about welfare system in law of Japan for people with disabilities, almost all of it is individual model based on a functional disorder. It is pointed out that there are bias of disability grade or difficulties in a daily life. Then, social model claims that disability is a social difficulty. However social model could come up with problems that people have anxiety for future or difficulties to get married because of functional disorder. Finally, talking about integrated model in which functional disorder and social difficulty interact together, we can point out that the concept itself is vague since how one sets a value on functional disorder or social difficulty can effect how to see disability.

Therefore I will state that integrated model should put its importance on his or her environment.

Keyword : Disability concept, Individual model, Social model, Integrated model, ICF, Disability studies, Welfare for persons with disabilities legal system

^{*}広島国際学院大学大学院現代社会学研究科 博士後期課程

障害とは何か、障害者とはどのような人なのか、いわゆる障害概念の議論においては未だ結論は出ていない。そこで本稿では、個人モデル、社会モデル、統合モデルによる議論を整理しつつ、その現状と課題について検討する。

わが国の障害者福祉法制度は、そのほとんどが機能障害に基づく個人モデルである。そこでは法制上の障害等級と生活上の困難との偏りが指摘されている。そこで社会モデルは、障害は社会的障壁にあるとして、個人モデルと相反する主張を展開する。しかし、機能障害を有するがゆえの結婚の難しさや将来への不安等、社会的障壁とは異なる個人的な問題についてどう考えるのか、という課題がある。そして、機能障害と社会的障壁の相互作用とする統合モデルは、そのどちらを重視するのか、同じ比重で見るところによっては障害の捉え方は異なってくるといえ、概念の曖昧さが指摘できる。

このような現状と課題を示した上で、統合モデルは環境重視型にしておく必要があることを述べる。

1. はじめに

広辞苑第6版を引くと、いわゆる障害者に関する「障害¹⁾」の意味を「身体器官に何らかのさわりがあって機能を果たさないこと。」と説明し、「障害者」は「身体障害・知的障害・精神障害があるため、日常生活・社会生活に継続的に相当な制限を受ける者。」とある。近年、障害福祉施策の進展やバリアフリーのまちづくり、また人権意識の浸透などがあいまって、障害者を見かけたり、関わりをもったりというのは日常的なこととなった。そのような中、誰でもある程度の「障害」また「障害者」像をイメージできるであろう。ただ一般的には広辞苑のように、障害とは、身体器官（精神をつかさどる器官を含めて）の欠損・損傷した状態ととらえ、障害者とは、そのような欠損・損傷があるとともに、身辺のことや仕事ができないなど、日常・社会生活に制限をもっている人という理解がほとんどではないだろうか。中にはそのような障害をもつために「かわいそう」というイメージをもつ人も多いであろう。

筆者は、ある障害者のスイミングクラブをフィールドに調査研究を行っている。「障害」を対象に研究を行うにあたっては、その概念を規定しておく必要があるであろう。ところが「障害」とは何か、「障害者」とはどういう人なのか、という障害概念についてこれまでリハビリテーション学、社会福祉学、社会学等の分野を中心に議論されてきたが未だ結論が出ていないというのが現状である。その障害概念に関する議論においてはさまざまな障害モデル²⁾が提示されてきているが、これまでの議論を概観すると個人モデル、社会モデル、統合モデルの3つの障害モデルに大きく分けられ、これらを中心に議論されてきたといえる。

そこで、これら3つの障害モデルの議論を整理しつつ、その現状と課題について検討する。また本稿は、現在行っている調査研究の基礎をなす研究レビューである。

2. 3つの障害モデルの概略

寺島彰は、「障害モデルとは、障害を理解するための道具であり、また、行動のためのガイドラインであるといわれている。」(寺島 2009:58)とする。理解する道具とは、障害を理解する上での障害の構成要素といえるし、行動のためのガイドラインとは、その理解に基づく障害の問題解決への方向性とも考えられる。そこで障害モデルは、障害とは何かということを明らかにし、その問題を解決する道筋を示そうとするもの、と言い換えることもできるであろう。

さて、寺島によると、個人モデルまた社会モデルを最初に提起したのはイギリスのオリバー(Oliver, M)である。そして、オリバーは個人モデルを、障害問題の原因を個人に求め、障害から発生すると仮定される機能的制限または心理的な損失から障害問題が生じるものとし、それに対して社会モデルは、障害問題の原因をすべて社会が障害者に対して適切なサービスを提供できなかったこと、適切に障害者のニーズを十分考慮することができなかったことが原因であるとする。したがって社会モデルは、障害の原因を社会に求め、社会の障壁や排除など、社会的圧迫から障害が生じるとみるのである、とされる。また、オリバーは当初、個人モデルを医学モデルとよんでいたが、心理的側面も含む概念として「医学」という言葉に語弊があることから個人モデル³⁾とした、とされる(寺島 2009:58-9)。

そして統合モデルは、相対する個人モデルと社会モデルを統合した概念であり、オリバーがいう個人モデルの機能的・心理的な制限や損失と、社会モデルの社会的圧迫の双方から障害が生じているとみる概念といえる。この統合モデルの代表的なものが世界保健機構(以下WHOという)による国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:以下ICFという)である。上田敏は、ICFは個人モデルと社会モデルの両極端を批判し、それらを総合した統合モデル⁴⁾であるという(上田 2005:29)。

3. 戦前の障害概念

「障害」という言葉はいつ誕生したのだろうか。京極高宣は、歴史的には必ずしも定かではないが、わが国においては戦前まで「不具廢疾者」という意味で使われていた(京極 2002:9)、とする。また、戦前の障害者対策は傷痍軍人中心⁵⁾であり、戦争のための軍事援護事業として実施される。それに対して一般への対策は「恤救規則」1874年(明治7)とそれに代わる「救護法」1929年(昭和4)による恩恵的な救貧対策があるにすぎない(手塚 1987:168, 2003:48)時代でもあった。その恤救規則において障害に関わるところをみると、「極貧ノ者独身ニテ廢疾ニ罹リ産業ヲ営ム能ハサル者ニハ、一ヶ年米壺石八斗ノ積ヲ以テ給与スヘシ」と規定されており、本規則では「廢疾」であることが対象に位置づけられ、そのために「労働できない」ことが一つの条件とされている。

また、救護法においては「不具廢疾、疾病、傷痍其ノ他精神又ハ身体ノ障碍ニ因リ労務ヲ行フニ故障アル者」が被救護者として認められている。ここでは「不具廢疾」とともに「その他精神又は身体ノ障碍」が列記され障碍(障害)⁶⁾の用語もみられる。「不具廢疾」あるいは「その他精神又は身体ノ障碍」のために労働ができないということが本法でも条件の一つである。

恤救規則の前文には「救貧恤救のことは人民相互の情誼において、その方法を設くべき」と規定し、貧困はその原因が障害であれ何であれ、すべてその貧民の責任であり、国が政治責任を拒否している、と指摘される(厚生省社会局厚生課 1982:2, 柴田 1985:150-1)。

戦前の救貧対策では、その対象として重病者、老衰者、幼者、妊産婦等とともに障害者が位置づけられており、障害概念の規定も定かではなかったと考えられる。しかし、救貧対策の規定を現在の障害概念の議論に乗せるならば、次のように規定できるのではないだろうか。

障害とは、身体あるいは精神に損傷、欠損、不全（不具廃疾）等があり、そのために労働や就業が困難なもの。

これは、貧困の原因を身体や精神の損傷等と、そのため働くことに制限が生ずるという機能障害⁷⁾に求め、その責任を個人に負わせることでは、個人モデルといえる。また、この障害と労働等を結びつける概念は、戦後今日にいたるまで、根強く生き続けている概念でもある。

4. 法制度上における障害概念

わが国において、公に障害（者）を定義するのは障害者に関わる法制度の規定においてである。障害者に関わる分野として、福祉、雇用、年金、教育、医療等、多岐にわたるが、本章では戦後、障害者の日常・社会生活のために広く関わってきた障害者福祉法制度の定義を検討していきたい。

4-1 障害種別の法制度における概念規定

障害者福祉法制度における障害の具体的定義は、障害種別各法制度にて規定されている。

まず、身体障害者福祉法では「身体障害者」を「別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。」と定義する。その別表（身体障害者障害程度等級表）では、身体の機能障害を16種別にしており、さらに各種別は機能上の状態や日常生活の制限等により1～7級⁸⁾に分けられている。これらの内容をみると、障害を機能障害のみ要件としているものと、機能障害により身辺・家庭内・社会での日常生活活動の制限が要件とされているものがある。

「知的障害」の定義については、わが国において知的障害者福祉法をはじめ、どの法律にも示されていない。障害の特徴から明確な定義づけが難しいことが、その原因と考えられる。障害認定の一つの制度としては、「療育手帳制度について⁹⁾」（1973年：発見第156号）がある。しかし、この制度は法的な効力をもっておらず、各都道府県の施策として療育手帳を交付しているのが実情（坂本 2009：69）であり、判定の基準も都道府県で異なっているために統一した定義とはなっていない。

そこで、公に統一された定義として考えられるのが、厚生労働省実施の知的障害児（者）基礎調査で示されたものといえる。そこでは「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」とされている。そして、知的障害であるかどうかの判断基準は、知的機能の障害が標準化された知的検査によって測定された結果、知能指数がおおむね70までのもの、および日常生活能力（自立機能、運動機能、意思交換、探索操作、移動、生活文化、職業等）の到達水準等の判定のいずれにも該当するもの、とされている。

これによれば知的障害者とは、「知的機能障害」と「日常生活の支障」と「特別な援助」の3つ

の要件を合わせもつものということになる。ここでいう日常生活の支障とは日常生活能力を示しており、つまりは知的機能障害を有することにより、意思交換や移動や職業等が出来るか、出来ないか、どの程度出来ないのか、ということである。したがって、知的機能障害により日常生活に支障が生じ、そのために特別な援助が必要ということであり、機能障害を前提とした概念であるといえる。

「精神障害」の定義については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」とされ、同法上では機能障害のみを要件に精神障害者と規定している。

しかし、精神障害者保健福祉手帳の交付における判定基準¹⁰⁾では、(1) 精神疾患の存在の確認、(2) 精神疾患（機能障害）の状態の確認、(3) 能力障害（活動制限）の状態の確認、(4) 精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。なお、判定に際しては、診断書に記載された精神疾患（機能障害）の状態及び能力障害（活動制限）の状態について十分な審査を行い対応すること、とされている。本制度においては、機能障害に加えて活動制限が障害を構成する内容とはなっているが、機能障害の存在とその状態について活動制限の状態より前に段階的確認をすることになっていることを鑑みると、機能障害を前提とした概念であると解することができるといえる。

また、発達障害者支援法において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令¹¹⁾で定めるものをいう。そして、この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう、と定義されている。

以上、障害種別の各法制度の特徴をまとめると、次のようにいえるであろう。

障害あるいは障害者の概念に、機能障害のみを要件にしているものと、機能障害により日常生活に制限、少し広げて社会生活に制限があることを要件としているものがある。ここで日常生活や社会生活の制限というのは、あくまでも機能障害によって制限を受けているということであり、社会的障壁により活動の制限を受けるという社会モデルとは相対するものである。これら法制度による障害概念は、機能障害に基づくものとなっており、また、個人モデルである。

4-2 障害者基本法の内容規定

障害者福祉施策の基本事項を規定する障害者基本法において、障害者とは「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁¹²⁾により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」と定義している。

本法の定義の特徴は、障害を機能障害としているが、しかし障害者については、機能障害（障害）と社会的障壁を受けているものとしていることである。したがって、障害者の規定にだけ言及するならば、機能障害と社会的障壁の双方が要因としている点では、統合モデルといえるだろう。しかしながら、「継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態」と、かなり限定的な内容となっており、統合モデルといっても個人モデル側に近い統合モデルといえる。

5. 障害学における社会モデル

わが国で「社会モデル」を中心的に主張しているのが、障害学の分野の研究者等であろう。また、2003年10月には障害学会が発足している。長瀬修¹³⁾は、障害学を「障害、障害者を社会、文化の視点から考え直し、従来の医療、リハビリテーション、社会福祉、特殊教育といった『枠』から障害、障害者を解放する試みである。」(長瀬 1999: 3)あるいは「従来の医療、社会福祉の視点から障害、障害者をとらえるものではない。個人のインペアメント(損傷)の治療を至上命題とする医療、『障害者すなわち障害者福祉の対象』という枠組みからの脱却を目指す試みである。」(長瀬 1999: 11)と説明する。つまり障害の原因は個人の損傷等にあり、その問題解決へのアプローチを個人に求める医療、社会福祉、リハビリテーション等の従来の考え方や方法に対して変革を求める新たな視点の提示ともいえる。この障害学における新たな視点の提示のベースをなすのが、社会モデルである。

社会モデルは、障害を機能障害と社会的障壁に区別し、障害は「社会的障壁¹⁴⁾」であるとする。したがって障害は、あるいは障害の原因は社会にあるのだから、障害の問題解決へのアプローチも社会に対して行うことになる。このことは同時に、障害の原因は個人の機能障害にないことを示すことになり、個人に対する障害の問題解決アプローチとしての医療、リハビリテーション、社会福祉等を否定することにもつながる。ここに障害の問題解決に向けた新たな視点の論拠があるといえる。社会モデルは、個人モデルとの二元論において、論点が明確でわかりやすく、また障害の原因を社会としたことで、従来の機能障害に基づいて障害を否定的に捉える価値観を、肯定的なものへと転換をはかることもできることで、一般的に受け入れやすい側面がある。このような特徴をもつ社会モデルは、「運動戦略の特定(障害除去アプローチ)と障害者の肯定的アイデンティフィケーションに貢献した」(星加 2013: 26)とされる。そして社会モデルの考え方は、障害者基本法にも取り入れられたと考えられるし、次節で述べる統合モデルのICFの検討過程でも影響を与えたとされる。

しかし、社会モデルには2つの批判が提示されている。星加良司によれば、一つは「インペアメントを生物学的な事実として本質化」してしまうということであり、いま一つは「障害者の経験にとって重要な位置を占めるインペアメントを無視/軽視する」というものである(星加 2013: 26)。これらの批判は、社会モデルが障害は社会的障壁にあるとして、障害から機能障害を区別あるいは切り離れたところにそもそもの根源があるといえる。機能障害は、障害から区別し切り離されることによって、いっそう明確化され、再度、医療やリハビリテーションの対象となり得ることも考えられる。また、例えば聴覚障害のために仲間の会話に入れない、機能障害を有するがゆえの結婚の難しさや将来への不安等、社会的障壁とは性格が異なる個人的な問題も当然存在するであろう。このような社会的障壁から切り離された機能障害の問題に対しては、社会モデルは未だ回答をもっていないといえる。社会モデルに対しては、そもそも障害を機能障害と社会的障壁とに区別することに疑問の声もある。志村哲郎は個人の機能障害の側から「心身の機能というものを個体とその個体が生きる生活環境から切り離して単独の機能として捉えることはできないだろう。なぜならば、なにが機能の不全となるかは、心身と環境の関係によって決定されるからである。」(志村 2007: 7)とする。

したがって社会モデルには、「機能障害についてはどう考えるのか」という課題が課せられているといえる。

6. ICFにおける統合モデル

現在、統合モデルとして形づけられ、もっとも認知されているのが、WHOによるICFであるといえる。

ICFは、まず人間は「心身機能・身体構造と活動と参加」の3次元からなる「生活機能」を営んでいるとする。そしてこの生活機能は、健康状態や環境因子の影響を受ける結果として、生活機能が問題を抱えることになり、その状態が「障害」である。また、性別や年齢、職業などの「個人因子」もこれら全体に相互作用する重要な要素となる（佐藤 2010：14-15）。この障害概念を図に表したのが図1である。各要素が双方向の矢印で結ばれており、相互作用している状況を示している。したがって、例えば参加制約（障害）がある場合に対しては、他の要素（健康状態、心身機能・身体構造、活動、環境因子、個人因子）との関係性を総合的に判断し、アプローチしていくことになる。

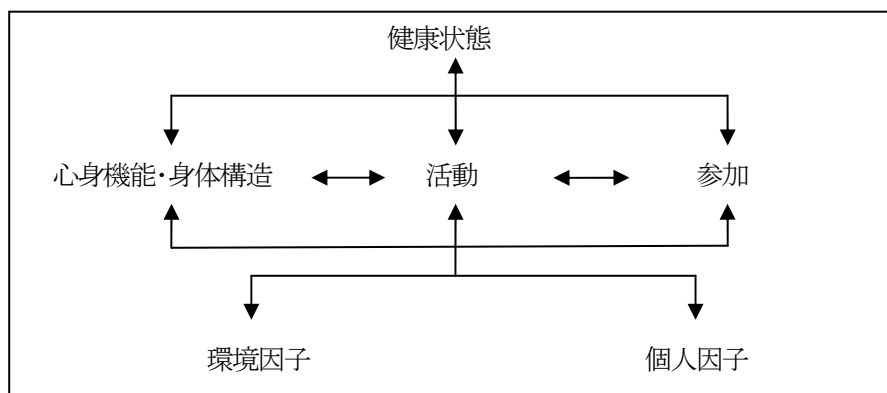


図1 国際生活機能分類 (ICF)

(出典) 厚生労働省 第1回社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会 参考資料3-6頁 2006年 (厚生労働省ホームページ) をもとに、筆者作成。

さて、この統合モデルに対して社会モデルからは、「依然としてインペアメントが、標準からの偏差として医学的・生理学的に定義されている」(星加 2007：252) との批判がある。個人モデルを批判し、機能障害と社会的障壁を完全に切り離す社会モデルとは、この機能障害の要素は相容れないところであるともいえる。

しかし、この統合モデル (ICF) に至る過程では、社会モデルの影響もあったとされる。まず、ICFの前身といえる国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disability and Handicap：以下ICIDHいう) が1980年にWHOから出される。そのICIDHを示したのが図2である。

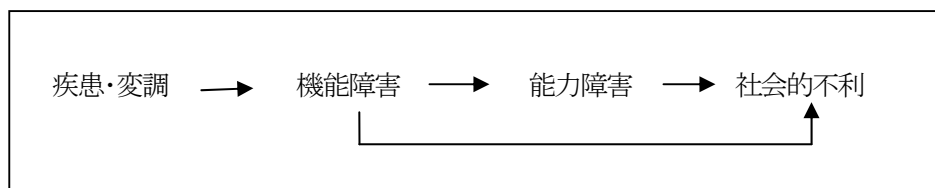


図2 国際障害分類 (ICIDH)

(出典) 厚生労働省 第1回社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会 参考資料3-6頁 2006年 (厚生労働省ホームページ) をもとに、筆者作成。

ICIDHの特徴は、障害の構造を機能障害・能力障害・社会的不利の3つのレベルから示したことである¹⁵⁾。例えば、疾病等により失明（機能障害）する。失明により自由に外出したり、字を読むことができなくなる（能力障害）。また、失明や外出等に制限があることで、就労が困難（社会的不利）というように、障害には失明という機能障害だけではなく、能力障害や社会的不利も含まれているというのである。それまでは障害といえば機能障害のことであり、あるいは日常生活の範囲における能力障害のことと捉えるのが主流であった時代であるが、社会的不利まで障害の概念に含まれたことは画期的であったといえる。

しかし、「社会的不利」は障害を構成する一つとして位置づけされたが、その実態は機能障害と能力障害に重きをおいた「医療モデル」だとの批判を受ける。この批判を主導した勢力の一つが「障害者インターナショナル（Disabled Peoples' International：以下DPIという）¹⁶⁾」であり、DPIは社会モデルに基づく定義を制定し、ICIDHの改訂に向けた運動を展開していく（杉野 2007：52-3）。また、「国際障害分類初版の改訂作業が本格化していくなかで、DPIや障害学と、WHOの改訂作業チームのリハビリテーション専門家との間で論争がおこなわれていく。」（杉野 2007：53-4）とされるように、社会モデルに基づく障害学もまたICFの成立に影響を及ぼしたといえる。杉野昭博によると、ICFは「障害学とリハビリテーション学との理論的対立や矛盾を孕みながら成立した『妥協の産物』」（杉野 2007：50）とされるが、機能障害と社会的障壁を区別する社会モデルからすれば、機能障害と社会的障壁を同列において相互作用ととらえる統合モデルは、結局、障害を個人の責任、個人の改善等（個人モデル）を求めることを残すものとなり、ここは社会モデルとしては受け入れられないところであると思われる。

いずれにしても、統合モデルとしてのICFは従来の個人モデルからICIDHを経て、社会モデルの影響も受けながら、成立したという見方ができるといえる。

7. 障害概念の課題の検討

先に見たように、わが国の障害種別法制度上での障害概念あるいは障害認定は機能障害に基づいた定義であり、それは個人モデルといえた。個人モデルは、オリバーが社会モデルを主張する上での相対する概念として提示したものであり、わが国の障害概念の議論をみても、個人モデルを正面きって肯定する者はいない。しかしながら障害者の福祉を図っていく法制度においては、個人モデルとなっているのは何故であろうか。

このことについて志村は「科学的な客観性と専門性と法としての平等・公平性の視点に立って、障害を定義しようとする時、下肢麻痺であるとか、上肢弛緩麻痺といった医学的に判断できる機能の損傷や不全の種類を、障害として列記することで、定義化した」（志村 2007：3）と述べる。しかし、これまでの機能障害に基づく法制度の障害概念（障害認定）には、社会的障壁が考慮されていないことや、障害等級と実際の生活上の困難には偏りがあり見直す必要があることは従来から指摘されてきたことである（石渡 1997：119、志村 2007：1 等）。今日では、障害の原因に社会的障壁があることは明らかにされていることであるが、法制度上、障害認定には客観性や公平性を担保する科学性が必要であるならば、どのような社会的障壁を受け、また不利益となっているのか、具体的に明らかにしていかなければならない。

一方、社会モデルの課題の一つとして「機能障害についてはどう考えるのか」ということがあった。例えば、統合失調症をもつ精神障害者が、幻覚や幻聴のために社会活動ができないでいる

場合に、その障害者が活動をしやすい環境を整えることも必要であるが、環境要因だけで解決するのは困難であろう。この場合、環境への働きかけとともに、幻覚と幻聴を軽減する医療的対応も必要であると考えられる。また、仮に社会的障壁がすべて解消したとき、同時に障害もすべて解消するといえるだろうか。そこには機能障害から生じる苦悩等、個人レベルの問題が残されると思われるが、これは障害とは別の次元の問題であろうか。

このような機能障害への課題を背景として、川島聡は、機能障害と社会的障壁を区別して、障害は社会的障壁にあるとする英国社会モデルに対して、米国社会モデルを採用すべきと述べる（川島 2013：90-117）。川島は米国社会モデルについて、障害は機能障害と社会的障壁との「相互作用」から生じるとしながらも、障害の原因として社会的障壁を特に強調する、という。そして、統合モデルとの違いについて、統合モデルは相互作用という米国社会モデルの形式面を採用しているが、社会的障壁の強調という実質面は採用していないとする（川島 2013：99-102）。しかし、これに対して佐藤久夫は、「『米国型社会モデル』は参加障害の発生プロセスに機能障害と環境との相互作用を位置づけているのであるから、大きくみれば『統合モデル』（あるいは『相互作用モデル』）としかいいようがない。」（佐藤 2013：122）、そして、例えば統合モデルである「ICFとの違いを強調するなら『環境重視型統合モデル』であろう。」（佐藤 2013：122）と指摘する¹⁷⁾。

いずれにせよ社会モデルは、社会モデルと機能障害との関係性を示す必要がある。そうでなければ他の障害モデルと同じ土俵の上での議論とはならないのではないか。

さて、社会モデルからすると、統合モデル（ICF）は障害を個人の責任や改善等（個人モデル）を求める結果を残すものという課題があった。

機能障害に基づく個人モデルと社会的障壁に基づく社会モデル、この双方を相互作用によって結ぶ統合モデルは、実にその範囲が広いといえる。例えばICIDHも機能障害重視と批判されながらも、社会的不利を取り入れたことでは統合モデルといえるし、障害者基本法の定義も、社会的障壁に相当な制限があるものの統合モデルと見ることができる。これらは佐藤の用語を応用するなら「個人重視型統合モデル」とでもいえよう。ICFは図1にある「6つの構成要素の間のどの相互作用が重要だとも言わず、参加障害を生み出す相互作用において、健康状態や機能障害・活動障害など本人に属する構成要素と環境因子のどちらが重要だとも言っていない。（中略）柔軟にICFの考え方を活用すべき」（佐藤 2013：126）とされるように、場合に依じて機能障害や社会的障壁のどちらかを重視したり、あるいは双方を同じ比重でみることもある。そのような意味では、統合モデルは個人・社会モデルと比較して概念が広範となり、結果的に概念が曖昧になってしまうといえる。これまで述べてきたように障害者基本法の定義、ICIDH、ICF、米国社会モデル（環境重視型統合モデル）、いずれも機能障害と社会的障壁を含む概念であるから、統合モデルとして障害の捉え方が同様であるかという点を決してそうではない。例えばICIDHが機能・能力障害に偏重しているとの批判からICFに改訂された経緯や、ICFと米国社会モデルの違いからも伺えるように、それぞれが異なった捉え方であるというのが実情である。異なっているのであれば統合モデルとしてひとくくりにはすることは適当でないであろう。

障害概念は戦前の「不具廢疾（者）」といわれていた時代からみても長い間、機能障害と捉えられてきたのであり、それからすると社会的障壁の概念が提唱されたのは、最近の出来事であるといえる。しかし、その浸透と認知は急速に進み、現在では障害と社会的障壁との関係は疑う余地がない。今後、社会的障壁の認知がますます進み、例えば障害者差別の禁止等、具体的対策が講じられ

ていくなれば、統合モデルは必然的に社会モデルへ近づいていくことになるのではないだろうか。また、社会的障壁への認知が進むということは同時に、機能障害は否定されるものではない、という同意を得られるということでもある。その結果、今後ますます障害概念は、個人モデルから社会モデルの方に向っていくことは当然予想される。このようなことを踏まえると、統合モデルはより環境重視型に変更して行かなければならないといえるであろう。

8. おわりに

障害を対象とした研究や、また障害を解消する実践を行っていくためには、障害とは何か、障害者とはどのような状態、状況の人なのかという障害概念を明らかにしておく必要がある。研究や実践の対象が曖昧であれば、その成果や結果もまた曖昧なものになってしまうであろう。

これまでの障害概念の経緯をみたとき、長い個人モデルの時代から、社会モデルの登場によって、とりあえずICFの統合モデルまで到達¹⁸⁾したという感がある。そして、今後、社会的障壁への認知が更に進むことが考えられ、統合モデルは環境重視型にしていく必要性を述べた。しかしその先、社会モデルに達するかとなると、そこには疑問が生じる。なぜなら「機能障害についてはどう考えるのか」という課題に未だ回答を持ち合わせていないからである。いずれにいても障害概念の議論を絞り込んでいくには、机上の議論では限界があると思われる。やはり実際に障害者とされている人の状態や状況を分析し、何が障害となっているのかという現実を積み重ねて、結論に結びつけていく必要があるといえる。

注

- 1) 近年、障害の「害」の字について、負の意味合いが強いことから、「碍」やひらがなのまま「がい」を使用する傾向が多くなっている。また、障害者についても「障害をもつ方」等の言葉が使用されたりもする。これらの用字・用語にあたっては、当事者に対する尊厳等への配慮の広がりと考えられる。しかし、本稿では「障害・障害者」を用いる。それは、法制度においては障害（者）を用いており、本稿でも法制度に関わる内容を多く含むことから混乱を避けるためである。また、障害概念の検討等を客観的に行うためにも、従来からの用字・用語であることが適当と考えるからである。
- 2) 寺島彰は、イギリスおよびアメリカにおいて、さまざまな障害モデルが提示されているとし、その中から代表的な障害モデルを紹介している（寺島 2009：58-62）。
- 3) 個人モデルや医学モデルは、医療モデルとも呼ばれる。松波めぐみは医療モデルを「焦点を身体の損傷におき、問題解決の手段を第一義的に医療におくもの」と説明している（松波 2003：52）。しかし、多くの場合これらの言葉は厳密に使い分けされておらず、同様の意味で用いられている現状にある。本稿での個人モデルは、医学モデル、医療モデルと同様の意味で使用する。
- 4) ICFのように個人と環境との相互作用に基づく概念は「折衷モデル」ともいわれる（松岡 2010：18）。統合モデルは、相対する概念を取り入れた折衷論ともいえる。
- 5) 傷痍軍人への施策として、廃兵院法・軍事救護法・恩給法・入営者職業保障法・軍事保護院設置などがあり、医療、補装具の開発・支給、職業訓練・経済的な生活保障などの多くの対策

が講じられた（小澤 2010：75-76）。

- 6) 戦前は「障碍」もしくは「障礙」と表記されていたが、戦後、当用漢字から「碍」がはずれたために、同音の「害」があて字として使用された（杉野 2011：4-6）。
- 7) ICIDH（国際障害分類）ではインペアメント（機能障害）、ディスアビリティ（能力障害）、ハンディキャップ（社会的不利）が包括されたものを障害とする。社会モデルでは、ICIDHにおけるハンディキャップを「ディスアビリティ」と呼び、ICIDHのインペアメントとディスアビリティを包括したものを「インペアメント」として論じられている（星加 2007：37-41）。したがって「機能障害」の概念には、身体や精神の欠損等を意味するものと、その欠損等により日常生活に制限があるなどの能力障害が含まれるものがある。そして、社会モデルに相対する個人モデルの機能障害は、後者の能力障害を含む概念となる。また、本稿で取り上げる障害者福祉法制度では、前者の概念で機能障害が用いられている。
- 8) 身体障害者手帳の交付を受けられるのは6級までであり、同一の等級について2つの重複する等級がある場合は1級上の級となる。例えば7級に該当する障害が2以上重複する場合は6級となる。したがって7級1つだけの障害であれば、本法上は身体障害者ではないと解されることになる。
- 9) 療育手帳制度では、その交付対象者として「児童相談所または知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者」としている。障害程度は18歳以上の場合、日常生活において常時介護を必要とする程度のもを重度としてA区分とし、A以外の程度のもをB区分とする。
- 10) 精神障害者保健福祉手帳の交付については、「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」（1995年、健医発1132）で規定され、障害程度が重いものから1～3級に分けられる。また、その基準については「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」（1995年、健医発1133）による。
- 11) 政令で定める障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害とする。
厚生労働省令で定める障害は、心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害（自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、言語の障害及び協調運動の障害を除く。）とする。
- 12) 障害者基本法の障害者の定義にある社会的障壁とは「障害があるものにとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの」と規定している。
- 13) 長瀬は、『障害学への招待―社会、文化、ディスアビリティ』（1999）の編著者の一人であり、「日本で初めて障害学を題名に据えた書籍」（川島・星加 2013：3）とされる。
- 14) 石川や杉野は、障害学における社会モデルのDisability（障害）とは社会的障壁である説明し、「社会的障壁」という用語を使用している（石川 2002：23、杉野 2005：9）。
- 15) ICFの健康状態と3次元に対して、ICIDHの疾患・変調と3つのレベルは、「心身機能・身体構造」に「機能障害」、「活動」に「能力障害」、「参加」に「社会的不利」が対応しており、「疾患・変調」の病気だけでなく加齢も含むことから、ICFでは「健康状態」と表現されている（佐藤 2011：118）。

- 16) もう一つの勢力は、カナダの「国際障害分類ケベック委員会」であり、「社会的不利」が「環境因子」に強く影響をされることを強調した「相互作用モデル」を提案する（杉野 2007：52-3）。
- 17) 佐藤は、標準的な整理として「不利（参加障害）の原因を機能障害に求める『医学モデル』、社会障壁に求める『社会モデル』、両者の相互作用に求める『統合モデル』の三種類のモデルしか存在しない、とすべき」（佐藤 2013：122）とも指摘する。
- 18) 近年、ICFの障害概念は、研修等を通して福祉現場にも取り入れられ、障害者また高齢者等への支援に応用されている。

【引用・参考文献】

- 石川准（2002）「第1章 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 編著『障害学の主張』明石書店, 17-46。
- 石渡和実（1997）「Q&A障害者問題の基礎知識」明石書店。
- 上田敏（2005）「ICFの理解と活用 一人が『生きること』『生きることの困難（障害）』をどうとらえるか」きょうされん。
- 大川弥生（2006）「参考資料3『ICF（国際生活機能分類）—『生きることの全体像』についての『共通言語』—』」厚生労働省ホームページ＞政策について＞審議会・研究会等＞統計分科会生活機能分類専門委員会。
- 小澤温（2010）「第3章1 戦前（第2次世界大戦以前）の障害者福祉」佐藤久夫・小澤温 著『障害者福祉の世界（第4版）』有斐閣アルマ, 72-76。
- 川島聡・星加良司（2013）「序章 障害学の『リハビリテーション』という企て」川越敏司・川島聡・星加良司 編著『障害学のリハビリテーション—障害の社会モデルその射程と限界』生活書院, 3-13。
- 川島聡（2013）「第3章 権利条約時代の障害学—社会モデルを活かし、越える」川越敏司・川島聡・星加良司 編著『障害学のリハビリテーション—障害の社会モデルその射程と限界』生活書院, 90-117。
- 京極高宣（2002）「障害を抱きしめて—共生の経済学とは何か—」東洋経済新報社。
- 厚生省社会局厚生課（1982）「社会福祉学習双書8 身体障害者福祉論」全国社会福祉協議会社会福祉研修センター。
- 坂本洋一（2009）「第1部第3章第2節 わが国の法律における障害の定義」社会福祉学習双書編集委員会 編『第4巻 障害者福祉論』全国社会福祉協議会, 67-82。
- 佐藤久夫（2010）「第1章3 国際生活機能分類（ICF）」佐藤久夫・小澤温 著『障害者福祉の世界（第4版）』有斐閣アルマ, 13-20。
- 佐藤久夫（2011）「第8章 障害概念の検討と構造的把握の意義」鈴木勉・田中智子 編著『新版現代障害者福祉論』高菴出版, 113-34。
- 佐藤久夫（2013）「第3章 コメント 障害者権利条約実行のツール—社会モデルか統合（ICF）モデルか」川越敏司・川島聡・星加良司 編著『障害学のリハビリテーション—障害の社会モデルその射程と限界』生活書院, 118-30。

- 柴田善守（1985）「社会福祉選書9 社会福祉の史的発展—その思想を中心として—」光生館。
- 志村哲郎（2007）「『障害』概念再考」『山口県立大学社会福祉学部紀要』13, 1-9。
- 新村出 編（2008）「広辞苑第六版」岩波書店, 1367。
- 杉野昭博（2005）「『障害』概念の脱構築—『障害』学会への招待」『障害学研究1』（障害学会）8-21。
- 杉野昭博（2007）「障害学 理論形成と射程」東京大学出版会。
- 杉野昭博（2011）「序論 戦後日本の障害福祉研究」『リーディングス日本の社会福祉7 障害と福祉』日本図書センター, 3-29。
- 手塚直樹（1987）「社会福祉選書⑦障害者福祉論」光生館。
- 手塚直樹（2003）「障害者福祉とはなにか（初版一部改訂）」ミネルヴァ書房。
- 寺島彰（2009）「第1部第3章第1節 国際的な障害の概念」社会福祉学習双書編集委員会 編『第4巻 障害者福祉論』全国社会福祉協議会, 54-66。
- 長瀬修（1999）「はじめに」石川准・長瀬修 編著『障害学への招待—社会, 文化, ディスアビリティ』明石書店, 3-4。
- 長瀬修（1999）「第1章 障害学に向けて」石川准・長瀬修 編著『障害学への招待—社会, 文化, ディスアビリティ』明石書店, 11-39。
- 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。
- 星加良司（2013）「第1章 社会モデルの分岐点—実践性は諸刃の剣？」川越敏司・川島聡・星加良司 編著『障害学のリハビリテーション—障害の社会モデルその射程と限界』生活書院, 20-40。
- 松岡克尚（2010）「障害モデル論の変遷と今後の課題について」『関西学院大学人権研究』14, 13-33。
- 松波めぐみ（2003）「『障害文化』の教育的意義—当事者の視点と人権教育の架橋のために—」『大阪大学教育学年報』8, 51-64。