教育講演

障害受容と社会受容

南雲 直二

Acceptance of One's Disabilities and
Social Acceptance of Persons with Disabilities

Naoji Nagumo

Abstract: People with disabilities experience two kinds of distress. One originates directly from their disability or disabilities, and the other derives from the social treatment accorded to them as a disabled individual. The palliative method for coping with the former type of distress is acceptance of one's disabilities, although this may involve numerous methodological difficulties. The palliative method for dealing with the latter form of distress is social acceptance of persons with disabilities. Many approaches have been devised to secure such social acceptance, and collectively these have resulted both in improved social participation by persons with disabilities and, as a by-product, easing of the distress originating from their disabilities.

2つの苦しみ

受傷後の心の苦しみは、

1. 自分の中から生じる苦しみ (第1の苦しみ)
2. 社会 (他人) から負わされる苦しみ (第2の苦しみ)

に大別することができる。

1. 第1の苦しみ (自分の中から生じる苦しみ)

第1の苦しみは、さらに、障害との結びつきが直接的なものと間接的なものとに分けることができる。

障害との結びつきが直接的な心理症状としては、脳の器質的障害に起因すると想定されるものである。失語、失認、失行、記憶障害など高次脳機能障害が代表的である。このほか、最近では一部のうつ (血管性うつ vascular depression) もこのカテゴリーに含まれると主張する向きもある。血管性うつとは、脳卒中をはじめとする脳血管障害ないしそのリスクファクターを含む疾患に伴ううつのことである¹⁾。

障害との結びつきが間接的なものは、その大半が自分自身を知ることができる人間に特有なものである。“なぜ私が?” とか “なぜ思いどおりにならないか?” などという執拗に繰り返される自問自答の苦しみである。

2. 第2の苦しみ (社会から負わされる苦しみ)

新聞にこんな投書が掲載されたことがある。「息子がスーパーなどへ買い物に行く時、自動車に車いすを積んでもらって時々出掛けますが、スーパーの売り場の左側を車いすでこいでいると、『じいさん、こっちへ来てはだめ、あっちへ行きな』と汚いものを見たように言われる。私は障害者ですが、努めて清潔にしているつもりです」(朝日新聞朝刊1999年3月27日)。簡単な自己紹介によれば、投書の主は70歳男性で左半身不自由とある。

「あっちへ行け」とはひどい言葉である。言われたほうはいきなり泥足で踏みつけられたようなものであろう。これが第2の苦しみである。これは第1の苦しみ

とは異なっている。第1の苦しみは、“私”と“私自身”の関係から生じるのに対して、第2の苦しみは、“私”と“社会（他人）”の関係から生じる。それゆえこの苦しみは“私ひとり”ではどうすることもできない。つまり“私”の手の届かないところにある事柄である。この人のように、“私”は努めて清潔にしているつもりでも、世間は汚いものでも見たように“私”を追い払おうとする。“私”のせつかくの努力も世間には受け入れてもらえない、ということが起こる。

障害受容とその誤り

1. 価値転換論

障害受容は、受傷後の心の苦しみを緩和するための方法として、1950年代のアメリカで生まれた考え方である。なかでも日本に大きな影響を与えたものが価値転換論である。

価値転換論²⁾によれば、心の苦しみとは「不幸（社会が価値なしと見なすこと）」であり、それを克服するには、本人が自らの価値観を変えなければならない（「価値の視野の拡大」「比較価値からそのものの価値へ」という。また、価値観を変えれば社会の受け入れも良くなり、したがって、社会から負わされる苦しみも軽減するという。

このように価値転換論は一石二鳥（第1の苦しみも第2の苦しみも緩和する）の“スグレモノ”のようであるが、しかし10年もたたないうちに廃れ始める。

2. ステージ理論

1960年代に入ると、障害受容（価値転換論を含む）に代わって、受傷後に共通に見られる心理的反応として悲哀（愛する対象を失うことで生じる感情）が導入され、同時にその回復には一連の心理的段階（＝ステージ）があることが主張されるようになった。これが今日ステージ理論と総称されるものである。

ここでは、サイコロジスト（心理専門職）のフィンク（Fink, SL）³⁾が提唱するモデルを紹介する。それは、「ショック」「防衛的退行」「自認」「適応」からなる4段階モデルである。ショックとはことの重大さに動転し、パニック状態に陥ることである。この状態が圧倒的であるため患者は防衛的退行を示す。この段階で現実回避され、または否認され、一時的で非現実的な安らぎを得る。しかし、次の自認段階では現実と新たに遭遇せざるをえなくなり、価値ある自己像の喪失と、それに伴う深い抑うつを経験する。そして、最終的には、新たな価値を自己像に見出して適応にいたるとされる。

ステージ理論にはこのほかにも実にたくさんのモデルが提唱されている。ただ、いずれも段階を細かく区分するかどうかの違いであって、その背景にある「悲哀の仕事」⁴⁾という考え方は変わらない。

悲哀は愛する人との死別にその典型的な心理を見ることができる。精神分析学者フロイト（Freud, S）によれば、愛する人の死と同時に、残された人の心の中の絆も切れるわけではなく、少し時間がかかるという。とすると、残された人は愛する人への思いを思慕の情として心の中で燃やすことしかできないわけである。いってみれば、無駄なエネルギーを費やしていることになる。しかし、フロイトはそれこそが大切なのだという。愛する人がいないことを頭だけでなく、身をもってわかるためには、心底嘆き悲しむことが必要である。つまり無駄なエネルギーを費やすことは決して無駄ではなく、むしろ絆を断念するのに必要不可欠なのである。これを彼は「悲哀の仕事」と呼んだ。そして残された人はこの仕事を終えて初めて現実に向かって情動的エネルギーを投資することができるようになる主張した。

ステージ理論では自分の身体は“愛するもの”である。したがって、身体障害とは愛するものを失うことであり、その回復には「悲哀の仕事」が必要であるという。

その後も実にさまざまな段階区分が提案されるに及んで、ステージ理論は隆盛を極めることになる。当たり前のことであるが、ブームは必ずしも理論の正しさを証明するものではない。さしものステージ理論にも1980年代後半になると反論が出始める。なかでも重要なのが“うつ”を巡る問題である。ステージ理論家は、受傷後のうつは自然で正常なものであり、それを克服するには「悲哀の仕事」をしなければならないという。一方、反ステージ理論家は、「悲哀の仕事」は無効であるばかりか実害さえももたらすことがあり、むしろ通常の薬物療法が有効だという。

3. 日本における障害受容

ここまでは欧米（特にアメリカ）での話である。一方、日本では、1980年代に入ると欧米とはあべこべの動きが起こる。それは、障害受容が一回りも二回りも大きくなって復活したことである。しかも、ステージ理論が障害受容の中に組み込まれ、あたかも正論であるかのごとく喧伝されることになる。

たとえば、上田⁵⁾によれば、受傷後の心の苦しみ（ここでは恥ずかしさや劣等感のこと）は、あきらめや居直りではなく“受容”によって克服されるという。そ

して受容の本質は価値転換（「価値の範囲の拡大」「比較価値から資産価値への転換」「身体の価値を従属的なものとする」「障害の与える影響の制限」）にあるという。また、障害を負ってから受容するまで、「ショック」「否認」「混乱」「解決への努力」といった心理的段階をたどるともいう。

困ったことに、これが実に多くの専門家に支持されたのである。

4. 障害受容の誤り

なぜ困るのか？

1) 一人歩きを始めた障害受容

もともと障害受容は臨床家の間の“符丁”のようなものだったらしい。「受容できていない」というように否定的に使われていたようであるが、患者が何か解決できない問題に直面して、しかもその問題すら何であるかわからない、そんな状況におかれていることを表していたようである。

そこで二人の専門家が問題を整理する。一人は精神科医のグレイソン（Grayson, M）⁶⁾で、彼はボディ・イメージ障害へのとまどいがその本質であるとする。もう一人（一組というべきか）が先の価値転換を主張したデンボ（Dembo, T）らで、もう一度繰り返すと、問題の本質は自分を不幸だと思い込むことであり、したがって、それから自由になるには価値観を変えることが大事だという。

欧米では、障害受容の文脈で問題を整理しようとする試みは、この二組以降はあまり行われなくなる。なぜか？ 思うに、ボディ・イメージ障害の再構成にせよ価値転換にせよ、具体的な方法を欠いているからではないか。ボディ・イメージ障害などは傍の者がいくら口をすっぱくして言ったところでどうなるものでもなさそうである。もっとひどいのは価値転換で、「価値観を変えろ」などと傍の者から言われようものなら、口もきいてくれなくなるし、機嫌が悪ければ暴行沙汰も起こしかねない。余談であるが、方法論といった点では、ステージ理論のほうがもう少し具体的であり、それだけ患者とのコミュニケーションは取りやすい。

さて、大変なのは日本である。いわば屑カゴに捨てられていたような障害受容（という言葉）を拾い上げ、こともあろうに“鍵概念”として拝み始めたのである。さらに驚くべきは、多くの専門家が“信者”になって一緒に拝み始めたことである。「鰯の頭も信心から」といったところか。障害受容が一人歩きを始めたのである。

こうなってはもう止めようがない。猫も杓子も障害

受容。患者こそいい迷惑である。思うように動けなくなった身体に加えて、専門家からは「受容できました？」の問いかけ。「これ以上、私に、何をどうしろというのか」。思い余って質問してみると、わかったようなわからないような答えが返ってくるだけ。それもそのはず専門家にもよくわかっていないのだから。それでも患者に押し付ける。

2) 悲哀か、うつか

先にも触れたように、この問いがステージ理論（日本の障害受容論の片割れ）に対する批判の第一矢である。悲哀とうつでは対応が異なるため、両者の鑑別が必要となる。しかし、ステージ理論一辺倒の世界では、うつを悲哀と見なし、「悲哀の仕事」を強要するのが当たり前であった。このためうつを伴う患者は実害を被っていたことになる。ちなみに現在では、受傷後比較的早い時期のうつに対しては標準的な対応がなされるようになってきたが、それでもまだ遅い時期のうつに対しては十分な対応がなされていない。

このように、ステージ理論一辺倒の世界では、受傷後の心理症状はすべて悲哀と見なされ、それから回復しないのは、「悲哀の仕事」を怠っているためだとされた。脳卒中や脊髄損傷では受傷後数年にわたって中枢性疼痛で苦しむ人が少なくないが、これらの人も障害受容ができていないからだとして放っておかれこともあった。

余談であるが、どうも当時の理論家（価値転換論者を含む）は、障害がもたらす心理的影響を過小評価する嫌いがあるように思えてならない（こうした傾向をゆきすぎた精神主義と呼んでいる）。たしかに、心のもちよう一つで苦を苦とも感じずに生活することはできる。しかし、それは心が健康であればこそその話である。心が病んでいれば話は別である。一般的に、心の傷（トラウマ）は短期間に治癒しえるものばかりではない。ちなみに現在では、多くの専門家が受傷後の心理症状（第1の苦しみ）の多様性に気づき、適切な対応に心を砕くようになってきた。

3) 第2の苦しみ（社会から負わされる苦しみ）の軽視

思うに、価値転換論に納得がいけないのは、論理が逆立ちしているためである。障害者が何もできないもの、あるいは汚いものと見なされるのは、その社会がもともと持っている障害者観（価値観）にほかならない。その社会で生活すれば、知らず知らず、自然に身につく。

たとえ障害者が自分の価値観を変え、障害は決して

不幸ではないと心底思えるようになったとしても、障害を不幸と見なす世間の人々の心を変えることはできない。同じように、障害者ひとりの努力だけでは、「あっちへ行け」と言った人の心を変えることはできない。変わるべきは社会である。論理が逆立ちしているといったのはこのことである。

価値転換論は、逆立ちした論理によって、本来負わなくともよい苦しみまでも障害者に負わすことになる。たとえば、多くの患者は、障害が認定されたときに、会社から退職を迫られる。そして、その多くは、退職は当然であると泣く泣く受け止め、しかも、こうした身体になったのは日頃の不摂生のせいだと自分を責める。もちろん患者個人の責任が皆無だということもりはない。ただ、その責任の一端が会社側にあることも少なくない、といたいのである。そして、会社側も応分の責任を果たせば、全一的な自責の苦しみから免れることができる。

社会受容とリハビリテーション

1. リハビリテーションとは

リハビリテーションとは「障害者が身体的・心理的・社会的・職業的・経済的有用性を最大限に回復すること」(アメリカの全国リハビリテーション評議会, 1941年)である。時代が下ると、「障害の場合に機能的能力者が可能な限りの最高のレベルに達するように個体を訓練あるいは再訓練するため医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること」(世界保健機関, 1968年)があるが、表現が多少違うだけで、中身はそれほど変わらない。

これらに共通するのは、廃絶された機能や能力を代償手段によって再獲得させる、ということである。ちなみに、代償手段には、人的なものも含まれるが、人以外の、たとえば車いすのような、自力で操作できる物的代償手段のほうが好まれている。

しかし、1980年代以降になると、リハビリテーション観に変化が見られる。すなわち「リハビリテーションは、障害者を訓練して環境に適応させることのみならず、障害者の社会統合を促進するため直接的環境や社会全体に介入することを目的とする」(世界保健機関, 1981年)。

前半は従来の目的であるが、重要なのは後半である。そこには、家族や社会に積極的に介入して、障害者の社会統合の促進を図るべきであることが明記されている。別な言い方をすれば、障害者の生活のさまざまな局面での排除を取り除くことがリハビリテーションの

もう一つの目的となったわけである。

しかし、“もう一つの目的”がこれまでの多くのリハビリテーション専門家の頭の中に入っていなかったのも事実である。むしろ“もう一つの目的”の重要性に気づいていたのは、障害者自身やリハビリテーション以外の分野の専門家であった。こうした人々のおかげで、バリアフリー（障壁の除去ともいう）あるいはユニバーサルデザインといったコンセプトとして、建築や交通機関、あるいは情報など限られてはいるが、すでにいくつかの法律のなかで実現している。

2. 社会受容

社会受容は“心のバリアフリー”と同義語である。それは社会（家族を含む）が障害者を心から受け入れることによって、第2の苦しみである“社会から負わされる苦しみ”を緩和しようとするものである。

社会受容は従来の障害受容のアンチテーゼとして提唱したものである。障害受容のあまりにもゆきすぎた個人主義を警戒したためである。たしかに、障害は個人的なものである。しかし、障害者は社会的なものである。第2の苦しみの多くは、障害者に対する社会の偏見や差別から生じている。こうした事実から目を逸らし、第2の苦しみを軽視したり、ひどいときにはないものと見なしたりしては、いつまでたっても障害者の苦しみは癒えることがない。

社会受容へのアプローチとして、

- 1) 社会的アイデンティティ論
- 2) 社会的相互作用論
- 3) 社会運動論

の3つを提唱している⁷⁾。

第1の社会的アイデンティティ論では、家族や地域（世間）や広域社会において、障害者に対する偏見・差別（スティグマ、境界などが見出されているが、ここでは以下スティグマと総称する）がどのように生じるかを明らかにしようとする。

たとえば、家族にスティグマが生じると、「あっちへ行け」どころの騒ぎではない。家庭内別居（ひどいのは「座敷牢」）、別居（施設送り、離婚など）、虐待（生命さえも奪われることがまれならずある）などが生じる。ちなみにこれらの危険因子として、“世間体（恥ずかしさ）”や“箝口（障害に関することを口にしなくなる）”、あるいは“臭い（くさくて我慢できない）”があるが、なかでも“臭い”は注意すべき因子である。

あべこべに、家族が“あなたは変わっていない(still you)”と感ずることができると、スティグマは生じないようである。

第2の社会的相互作用論では、“自分づくり”がテーマである。これまで、「仲間づくり」によって、同時に「なすべし」という作業仮説の下で、「ピアサポート（自助グループのなかで自然に行われている助け合い）」あるいは「実践の共同体」への参加がもたらす効果を検討してきた。自画自賛であるが、比較的良好な成績が得られている。

第3の社会運動論では、“街づくり”がテーマである。各地に障害者が運営主体となっている自立生活センター（CIL）が置かれているが、あらゆる障害に対応できるものではない。これをすべての障害者が利用できるようにしていくにはどうしたらよいか。さらに、アメリカに聴覚障害者の高等教育機関であるギャローデット大学があるが、その街づくりはどのように行われてきたのか。こうした研究を通して、障害者に住みやすい街づくりの支援をしようとしている。

おわりに

社会受容は思わぬ副産物をもたらすことになる。たとえば、ピアサポートは、受傷後うつなどの心理症状

の改善に薬物と同じくらいの効果をもつことがそれである。この作用因は仲間とのふれあいであり、仲間との信頼関係であり、仲間との助け合いである。これを一般化すれば、受傷後の心の苦しみを癒すのは人間関係（コミュニティ）においてである、ということができる（こうした援助を「コミュニティに基づく援助」と呼んでいる）。

文 献

- 1) Alexopoulos GS, et al: “Vascular depression” hypothesis. Arch Gen Psychiatry, 54: 915-922, 1997.
- 2) Dembo T, et al: Adjustment to misfortune—A problem of social-psychological rehabilitation. Artificial Limbs, 3: 4-62, 1956.
- 3) Fink SL: Crisis and motivation: A theoretical model. Arch Phys Med Rehabil, 48: 592-597, 1967.
- 4) Freud S (井村恒郎ほか訳): 「悲哀とメランコリー」フロイト著作集第6巻, 人文書院, 1996.
- 5) 上田 敏: 障害の受容. 総合リハ, 8: 515-521, 1980.
- 6) Grayson M: Concepts of “acceptance” in physical rehabilitation. JAMA, 145: 893-896, 1951.
- 7) 南雲直二: 社会受容, 荘道社, 2002.