

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

利用者主体の障害者地域サービスの
あり方についての研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 寺島 彰

平成15(2003)年3月

目 次

I	総括研究報告	
	利用者主体の障害者地域サービスのあり方についての研究 -----	1
	寺島 彰	
	（資料）英国の障害者サービスの整理	
	（資料）英国の障害モデル	
II	分担研究報告	
	1. 利用者主体の障害者地域サービスのあり方についての研究 -----	19
	大山 博	
	2. 利用者主体の障害者地域サービスのあり方についての研究 -----	20
	河村 宏	

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

利用者主体の障害者地域サービスのあり方についての研究

主任研究者 寺島彰 国立身体障害者リハビリテーションセンター

研究要旨

障害者政策に関して英国のCANの活動における障害者サービスの実態について英国の障害者制度の中での位置付け、CANの歴史的な背景、まちづくり中で位置付け、企業、非営利組織、行政機関の役割分担等について現地調査および文献調査を実施・整理した。

分担研究者

大山 博 法政大学現代福祉学部教授
河村宏 日本障害者リハビリテーション協会
企画情報部長

A. 研究目的

本研究は、英国において、地域の高齢者・障害者を含むすべての住民が参加して、ともに暮らすまちづくりの発展に目覚ましい成果をあげており、現在のブレア政権の最も重要な内政政策である「ソーシャル・インクルージョン」の理念形成に大きな影響を与えている英国のCANの活動における、障害者の社会統合に関する、地域のNPOの役割、地域ネットワーク、まちづくり方法等について研究し、わが国における活用の可能性を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

研究の1年目は、英国のCANの活動における障害者サービスの実態について文献調査及び現地調査を実施した。調査内容は、①英国の障害者サービスの種類、それぞれのサービスの理念、目的、内容、②CANの障害者サービスの英国の障害者制度の中での位置付け、③CANの歴史的な背景、④まちづくり中で位置付け、⑤企業、非営利組織、行政機関の役割分担である。

(倫理面への配慮)

個別の障害者の情報についてはプライバシーを尊重し、本人の事前の同意がない限り個人情報を開示しない。

C. 研究結果

英国の障害者制度に関して①所得保障②住宅給付③社会基金④労働不能⑤雇用支援⑥ケアと移動⑦介護者支援⑧在宅サービス⑨入所施設⑩その他に分類してわが国の制度と比較しながら障害者サービスを整理した(参考資料1)。また、英国の障害モデルについても整理した(参考資料2)その結果、英国の社会保障制度とわが国のそれとは基本的な枠組みが異なるにもかかわらず、具体的に提供しているサービスの種類は、結果的にはよく似ていることが類似

点としてあった。相違点としては、障害を労働不能と同等に捉えていること、重度障害者の介護者に対するサービスが充実していること、ダイレクトペイメント方式が普及していること、住宅政策が充実していること等の違いが明らかになった。また、CANの歴史的背景については、文献整理を行った。CANの障害者サービスの英国の障害者制度の中での位置付け、まちづくりにおける位置付け、企業、非営利組織、行政機関の役割分担について、CANおよび社会企業家に関する現地調査を実施し、その実態を視察するとともに、その登場の背景などを調査した。現状では、ファクトファインディングの段階にはあるが、これまでの調査結果から、CANおよび社会企業家の登場の背景には、ニューディール等英国の労働党政権が主導する「第三の道」の具体化のための政策的意図があるのは当然として、福祉制度とのかかわりが大きいと考えられた。例えば、CANの活動地域は、従来から慈善(チャリティ)と呼ばれる民間組織の活動が不十分で、それを補うものとしての意義もあると考えられた。

D. 考察

CANによる障害者サービスはまだ多くはない。また、インクルーシヴソサエティの考え方から、とりわけ障害者を対象としてサービスを実施する観点はないため、なかなか実態をつかみにくい状況にある。その全体像を把握するためには、より広範な地域の資料収集が必要である。また、事例研究などの手法によりより現場に密着した調査が必要であろう。次年度以降の研究では、CANにおける障害者サービスの事例を障害者政策の観点から詳細に把握することを行う。

E. 結論

障害者政策に関して英国のCANの活動における障害者サービスの実態について英国の障害者制度の中での位置付け、CANの歴史的な背景、まちづくり中で位置付け、企業、非営利組織、行政機関の役割分担等について現地調査および文献調査を実施・整理した。

(資料)

英国の障害者サービスの整理

国立身体障害者リハビリテーションセンター

寺島 彰

1. はじめに

今日、先進諸国では、なんらかの障害者施策が実施されている。また、歴史的にみても、障害者に対するさまざまな施策が行なわれてきた。場所や時代がかわっても障害者に対してなんらかの施策を実施するという事は、ある普遍性をもっていると考えられる。

しかし、なぜ障害者施策が必要なのか、なぜ障害者という範疇を定めて対応するのか、障害者施策はどのような発展傾向をもつのか、障害者施策は国民にどのような影響を与えるのか、障害者施策と他の福祉施策との関係はどうあるべきなのか等、障害者施策についての研究は、ほとんどなされていないのが現状である。そのために、障害者施策が政治のかけひきにより決定されたり、不幸を背負った障害者に施しを与えるという考えから抜け出せないために、結果として本当にサービスを必要としている人にそれが提供されなかったり、ニーズに合ったきめの細かいサービスが提供されない等の弊害を生じている。

本研究では、わが国の障害者サービスと対比させながらイギリスの障害者施策の特徴を明らかにすることを目標とする。ここでイギリスをとりあげるのは、現在のわが国の状況がイギリスの10年前の状況によく似ているためである。

周知のように、わが国では、平成12年5月に社会福祉法が成立し、関連の法律が改正され、戦後50年にわたって維持されてきた措置制度の枠組みが、大きくかわった。すなわち、福祉制度に利用制度を導入することで競争原理により効率性を高めるとともに、多様なサービス供給をはかり、福祉の対象者がサービス購入者としてサービス供給者と対等の関係を構築できるように制度改革がすすめられようとしている。

一方、イギリスは、1942年のベバリッジ報告以降、ゆりかごから墓場までというスローガンのもと「5つの巨人」と呼ばれる窮乏、疾病、狭隘、無知、無為を解決するための政策がすすめられてきた。しかし、増大する医療費による財政危機と低下する医療サービスを解決するために、サーチャー政権のもとで、1990年に成立した「NHS及びコミュニケイケア法」により、NHS内に内部市場と呼ばれる市場メカニズムを導入し、競争原理によりサービス供給の効率性を高めるためようとしたのである⁽¹⁾。この状況は、現在のわが国の状況に類似している。

また、障害者施策についても、わが国の身体障害者福祉法が、リハビリテーション法として登場したにもかかわらず、保護的な傾向を強めてきているように⁽²⁾、イギリスでもいわゆる弱者対策は想定されていなかったにもかかわらず、6人めの巨人と呼ぶべき対人社会サービスが成長し、障害者対策費は社会保障費予算の4.4%を占めるに至っているという⁽³⁾。さらに、この保護的な傾向がすすんだ背景には、障害者団体等による活動が大きな役割を果たしているといわれているが⁽⁴⁾その傾向もわが国に類似しているのである。

以上の理由から、イギリスの障害者に対する対人社会サービスについて整理することで、今後のわが国の障害者施策を検討する際の参考となるようにしたい。

2. 障害者制度⁽⁵⁾

表1は、イギリスの障害者サービスについて一覧表にまとめたものである。以下、この表にそって説明を加える。

表1 制度比較一覧表

所得保障	所得補助 Income Support(IS)	
住宅給付	住宅給付金 Housing Benefit(HB)	
	自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)	
社会基金	出産手当(Maternity payments)	
	葬祭手当(Funeral expenses)	
	寒冷手当(Cold weather payments)	
	冬期燃料手当(Winter fuel payments)	
	地域ケア手当 (community care grants)	
	資金貸付(Budgeting loans)	
	緊急貸付(Crisis loans)	
労働不能	法定疾病給与(Statutory Sick Pay(SSP))	
	就労不能給付(Incapacity Benefit(IB))	
雇用支援	求職者給付(Job Seeker's allowance(JSA))	
	障害者タックス・クレジット (Disabled Person's Tax Credit)	
	就職斡旋	
	試用のための手当	
	手話通訳 (Communicator)派遣	
	朗読者(Reader)派遣	
	援助者(Support worker)派遣	
	福祉機器の購入と設置・職場環境の改善	
	通勤費用	
	職業リハビリテーション	
	支援雇用(Supported employment)	
	ケアと移動	障害者生活手当 (Disability living allowance(DLA))
		付添手当(Attendance allowance(AA))
ブルーバッジ(Blue badge Scheme)		
道路税免除 (Exemption form road tax(VED))		
介護支援	障害者介護手当 (Invalid Care allowance (ICA))	
在宅サービス	介護サービス(Care service)	
	住宅サービス	
	福祉機器給付	
	自立生活基金(Independent Living Funds)	
	社会サービス直接手当(Social Service direct payments)	
施設サービス	生活ホーム(Residential homes)	
	自立生活ホーム(Independent residential home)	
	ナーシングホーム(Nursing home)	
	ホスピス(Hospis)	

(1) 所得保障

イギリスには、病人・障害者・介護者・ひとり親・60歳以上等仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付としての所得補助 (Income Support(IS)) がある。この制度は、国民保険法(National Insurance Act)および1986年社会保障法に基づいており、個人を基本とした個人手当 (Personal Allowance) に家族加算、障害者加算や年金生活者加算が付加されるというものである。資力調査があり、資産が8,000ポンド以上ある場合や週に16時間以上働いて収入を得ている場合等は、対象に

ならない。また、所得がある場合、その分は控除される。国民保険（National Insurance: NI）の保険料納付要件はない。

個人手当の額は、例えば、夫婦とも18歳以上の場合、夫婦で週84.65ポンド⁽⁶⁾である。ここで、もし、どちらかが障害者であれば、障害者加算として週23.00ポンド、夫婦とも障害者の場合週32.80ポンド⁽⁶⁾が加わる。さらに、登録盲人や重度障害者の場合は、重度障害者加算（1人週42.25ポンド⁽⁶⁾）がある。

（2）住宅給付

イギリスでは、ベバリッジ報告以来、住宅の狭隘に対する政策が行われてきた。住宅給付金（Housing Benefit(HB)）は、1986年社会保障法に基づく低所得者のための住宅賃貸援助制度である。住宅とガレージに関する費用のみが対象となる。ただし、その家の居住者が障害者夫婦である場合等により掃除できる人がいない場合には、掃除代が給付される。家主の所有でない家具、生活用品代も含まれる。親族等からの借家でないこと、自分の生活のための家であること、保有資産が16,000ポンド未満、ISか求職者給付（Job Seeker's allowance(JSA)後述）を受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、イギリスに通常居住していること、全日制の学生でないこと等の受給要件がある。

また、イギリスには、自治体税給付金（Council Tax Benefit(CTB)）という制度がある。これも、1986年社会保障法に基づき、CTBという家屋にかかる自治体税の支払いを援助するものである。障害者加算等があり、障害者の家族構成員の有無等により、税の支払いが11/18から11/13まで減額される。自分の生活のための家であること、資産が16,000ポンド未満、ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、イギリスに通常居住していること、全日制の学生でないことという要件がある。

（3）社会基金

社会基金（Social Fund）は、突発的あるいは非日常的な必要に対して、手当や貸付で補う制度で、イギリス特有のものである。1986年社会保障法に基づいている。

出産支援手当(Sure Start Maternity Grant)は、自分自身か配偶者がIS、JSA、障害者タックス・クレジット（Disabled Person's Tax Credit 後述）又は勤労家族タックス・クレジット（Working Families' Tax Credit）のどれかを受けている場合に、子供1人（養子を含む）につき200ポンド⁽⁶⁾給付される。資産額が500ポンド以下が対象である。なお、この制度は、2000年4月から出産手当（Maternity payments）にかわって制度化されたものである。

葬祭手当（Funeral expenses）は、自分自身か配偶者が、申請時にIS、JSA、自治体税給付金（Council Tax Benefit(CTB) 後述）、障害者タックス・クレジット（Disabled Person's Tax Credit 後述）又は勤労家族タックス・クレジット（Working Families' Tax Credit）のどれかを受けている場合に、配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付するものである。最高600ポンド⁽⁶⁾である。

寒冷手当（Cold weather payments）は、連続7日以上真冬が続いた時に、IS、incomebased JSAの受給者で、次のどれかに該当する場合に、週8.50ポンド⁽⁶⁾が加算される。つまり、障害児加算を受けている5歳未満の子供がいるか、障害者加算か重度障害者加算

を受けているか、年金加算、高額年金加算、又は拡大年金加算を受けている場合である。

貸付制度の資金貸付 (Budgeting loans) は、低所得者の通常的生活資金が不足したときに無利子で貸し付けられるもので、対象は、家具の購入、被服の購入、転居に伴う経費、住宅改造の費用、旅行費用等である。income-based JSA 受給していることと資産が一定以下であることが必要である。また、緊急貸付 (Crisis loans) は、病気などで生活が危機に瀕したときの無利子の貸付け制度である。16 歳以上、返済可能な借入額、その危機を克服できる資力が無い、緊急的な出費などに一定の出費をあてること等の要件がある。

(4) 労働不能

法定疾病給与 (Statutory Sick Pay(SSP)) は、傷病・障害のため連続して 4 日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給することが国民保険法により定められているものである。定額制で、週 63.25 ポンドが 28 週以内支払われる。加算はない。65 歳未満が対象で、雇用契約期間と所得の要件がある。

就労不能給付 (Incapacity Benefit(IB)) は、国民保険法に定められており、NI の保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して 4 日以上就労できない場合に 4 日めから給付される。SSP 受給中でないこと、就業できないこと、老齢年金の受給可能年齢にないことの要件がある。手当額は、表 2 とおりである。障害のために 53 週を超えて受給する場合、基本額は、週 70.95 ポンド、配偶者がある場合は、週 113.4 ポンドとなる。

表 2 就労不能給付の手当額 (週)

1-28 週	基本額	53.50 ポンド
	被扶養者加算	33.10 ポンド
29-52 週	基本額	63.25 ポンド
	被扶養者	33.10 ポンド
	第 1 子加算	9.65 ポンド
	その他の子	11.35 ポンド
53 週 -	基本額	70.95 ポンド
	被扶養者	42.45 ポンド
	第 1 子加算	9.65 ポンド
	その他の子	11.35 ポンド
	年齢加算	
	手当開始時 35 歳未満	14.90 ポンド
	35-44	7.45 ポンド

(5) 雇用支援

求職者給付 (Job Seeker's allowance(JSA)) は、失業中、又は週 16 時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当である。2 種類の手当があり、ともに働けること、求職登録していること、週に 16 時間以上働いていないこと、老齢年金年齢に達していないこと、全日制学生又は高等教育の学生でないこと、イギリスの通常居住者であることという給付要件がある。

拠出制求職者手当 (Contribution-based JSA) は、NI の保険料拠出要件を満たす者の 6 ヶ月以内の失業を対象としている。資力調査はなく、18 歳未満の場合週 30.95 ポンド (約 5,261 円)、18-24 歳は週 40.70 ポンド、25 歳以上週 51.40 ポンド給付される。所得調査制求職手当 (Income-based JSA) は、NI の保険料拠出要件を満たせない者及び満たす場合でも 6 ヶ月を超えた場合を対象とする。資力調査がある。

わが国では、雇用保険による求職者給付が JSA に相当する。ただし、給付の対象は、雇用保険加入者のみであり、手当の額は在職中の賃金額により異なる (基本手当: 日額 2,610 ~ 10,900 円)。支給期間も就職の困難さにより異なり、障害者で 45 歳以上 65 歳未満の場合就職困難者として 300 日給付される。

障害者タックス・クレジット (Disabled Person's Tax Credit) は、1999 年 10 月から障

害者就労手当 (Disability Working Allowance(DWA)) に代って開始された手当である。障害のために働くのに困難のある者が就職した時に支払われる手当で、最高単身 (週 62.10 ポンド)、夫婦またはひとり親 (週 92.80 ポンド)、子供 (週 26.45-27.20 ポンド) の手当が支払われる。また、30 時間以上働いている場合は、週 11.65 ポンド加算される。それぞれの手当の合計額より所得額が高ければ、超過額の 55% が控除されて支払われる。就職から 26 週間続く。非課税、無拠出であるが、資力調査がある。

(6) ケアと移動

障害者生活手当 Disability living allowance(DLA) は、介護又は移動介助が必要な障害児 (者) 個人のための手当である。しかし、用途は、介護や介助に限定されていない。表 3 のような手当がある。非課税で、資産評価、NI の保険料支払い要件、支給期間制限は無い。ただし、支給開始 3 ヶ月間前に重度障害に該当するかについての評価がある。高額移動手当は、盲ろう者や強度の精神障害者の場合に適用される。

表 3 障害者生活手当額 (週)

介護手当
高額:56.25 ポンド
中額:37.65 ポンド
低額:14.90 ポンド
移動手当
高額: 39.30 ポンド
低額: 14.90 ポンド

付添手当 (Attendance allowance(AA)) は、65 歳以上の重度障害者のための手当である。

ブルーバッジ (Blue badge Scheme) は、移動困難な障害者のために駐車禁止場所における駐車許可証を交付するシステムである。以前はオレンジバッジといていたが、EU の制度にあわせて変更された。地方政府が発行する。

道路税免除 (Exemption from road tax(VED)) は、移動障害者のための道路税の免除である。もっぱらその障害者のために使用する車 1 台分にかかる道路税を免除される。わが国にも、それに相当するものとして自動車税減免自動車取得税免除制度がある。

(7) 介護者支援

障害者介護手当 (Invalid Care allowance (ICA)) は、重度障害者を恒常的に介護している人のための手当である。介護者本人に 39.95 ポンド⁶ 給付され、配偶者や子供がいれば、その分が加算される。イギリス通常居住者で、全日制の学生でないこと、週に実質所得が 50 ポンド⁶ 以下、16~65 歳未満で恒常的に週に 35 時間以上重度障害者を介護していること等の要件がある。

(8) 在宅サービス

介護サービスは、地方政府の責任として提供されている。住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、H I V 相談、配食サービス、OT 派遣、PT 派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、ST 派遣、無料電話番号案内、相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービ

ス、レスパイトケア等さまざまなサービスが提供されている。わが国にも、同様のサービスがあり、身体障害者福祉法、地方自治体の独自サービス等により提供されている。

住宅サービスについても、地方政府により車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供等が行われている。わが国にも、建設省や地方自治体によって同様のサービスが提供されているが、イギリスには、住宅協会（Housing Association）や住宅改善機関（Home Improvement Agency）が各地にあり障害者や高齢者向けの住宅を専門に建てたり改造したりしているという⁽⁶⁾ことで、わが国よりもかなり質・量ともに充実しているようである。

福祉機器給付についても、地方政府がいろいろなサービスを提供している。例えば、日常生活用具として、排泄、入浴、調理等の機器、医療機器として歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等が給付される。わが国においても、健康保健各法による医療器具の給付、身体障害者福祉法、年金各法等による補装具や日常生活用具の給付等同様のサービスがある。

自立生活基金（Independent Living Funds）は、イギリスに独特のもので1988年に設立され、重度障害者に地域での自立生活を支援するためにパーソナルケアにかかる費用を直接現金給付する制度である。障害者はこの現金で介護者を雇用する。1993年に制度が変更になり、地方政府のサービスと基金からの手当をパッケージにして提供されている。パッケージの意味は、地方政府が提供する介護に関するサービスと自立生活基金からの現金給付を別々に提供するのではなく、それぞれの制度が連絡をとりあって介護サービスを提供するもので、両者にかかる費用は、合計で週500ポンド以内とされている。また、自立生活基金からの給付は、最高週300ポンドとなっている。16・65歳、DLAの高額移動手当を受給している、ISかJSAを受けているか保険料を控除したのちにIS程度の収入がある、8,000ポンド以上の蓄えがない、1人で生活できる、ケアの内容が安定しており今後6ヶ月以上決められたケアを受けることができる等の要件がある。わが国には、このような制度はない。

社会サービス直接手当（Social Service direct payments）は、1969年のコミュニティケア直接手当法により、コミュニティケアを実施する代わりに現金給付を行うことが認められたものである。一部の自治体で実施されている。18-64歳のコミュニティ・ケアサービスのニーズがある重度障害者が対象である。この手当を使って、障害者自身が介護者を雇用することもできる。この場合、最終的な雇用責任は、障害者自身が負う。

（9）入所施設

イギリスでは、施設の設置運営は、地方政府の責任となっている。脱施設化の流れの中で、入所施設の種類は多くはない。

生活ホーム（Residential homes）は、地方自治体が経営する生活の場を提供する施設である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。わが国にも、身体障害者福祉法による福祉ホーム等類似の施設がある。

自立生活ホームは、民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。わが国にも社会福祉法人が運営する知的障害者のグループホームがそれに相当すると考えられる。

ナーシングホームは、NHSにより提供されており、無料である。わが国にも重症心身障害児施設、身体障害者療護施設等類似の施設がある。

(10) その他

本稿では、紙面の関係でいわゆる福祉サービスのみを取り上げてきたが、それ以外にも、税金の控除、労働災害補償制度、戦傷被害補償制度、犯罪被害補償制度、薬害被害補償制度等について障害者に関係のある制度が両国に存在する。

例えば、所得税についてみると、イギリスの場合、登録盲人であれば（弱視者は除く）、年額 1,380 ポンドの所得控除があり、もし、本人の所得がそれに満たなければ、配偶者の所得から控除される。

3. 考察

(1) わが国との類似点

イギリスの社会保障制度とわが国のそれとは基本的な枠組みが異なるにもかかわらず、具体的に提供しているサービスの種類は、結果的にはよく似ている。例えば、在宅サービスには、住宅改造、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、配食サービス等多くのものがあるが、それらのほとんどは両国に存在する。障害者が必要としている具体的なサービスは、それほど異なるものではないことを示していると考えられる。

(2) わが国との相違点

a. イギリスでは、労働不能の場合に、わが国の障害年金に相当する手当が支払われる。

イギリスの国民保険法による就労不能給付や重度障害手当は、わが国の障害年金制度に類似しているが、労働不能であることを要件としている。ただし、このような要件を満たせば、保険料無拠出者にも給付が行なわれる。一方、わが国の障害年金制度では、年金加入時の発症で保険料納付要件を満たしているか20歳前の障害で、一定の障害状態にあれば、労働による所得があっても障害年金の対象になる。しかし、なんらかの理由で保険料を納めなかった障害者の場合、年金は受給できず、無年金者となる。

障害年金を就労により停止するのであれば、無拠出者に手当を支給することも可能であろう。ただし、事故に備えて保険料を支払っていることを考えれば、障害がある限り年金が支給されることも問題があるわけではないだろう。

米国の障害年金は、障害があっても一定の所得があれば停止される⁽⁷⁾ので、イギリスの制度はそれに近い。しかし、イギリスには、障害者生活手当のように、重度障害を要件として手当を給付する制度もあり、米国のように自立か保護かという二分法ではない点は、わが国と類似している。

b. イギリスでは、重度障害者を恒常的に介護している人のため障害者介護手当 (Invalid Care allowance (ICA)) 等介護者に対するサービスが充実している。

障害者介護手当は、重度障害者を恒常的に介護している人に対して生活費を給付する制度である。わが国には、障害児を要する者に、特別児童扶養手当 (障害児1人月 51,550円) があるが、成人の障害者に対する制度はない。質の高い介護者を確保するという観点

からも、また、費用の面からもこのような介護者支援制度をわが国でも導入することを検討されてもよいと考えられる。

c. イギリスには、地方政府が障害者本人に直接現金を給付する制度がある。

イギリスにおいて、自立生活基金と地方政府が協力してケアにかかる費用やサービスを提供することで障害者の自立生活を支援する「ジョイント・パッケージ・ケア」においては、介護人を雇用する費用を現金で支払われる。また、介護だけでなく福祉サービス相当分を直接現金で給付する制度がある。その際、障害者自身が雇用主となって介護者を雇用する形態も認められている。

このような方式は、費用効果の上でも、受給者の満足度の高さからも従来のサービス提供方法よりはるかに利点があるとされており⁽⁸⁾、障害者の自立支援とともに経費削減の観点からも、今後、わが国においても取り入れを検討されても良いのではないかと考える。

d. イギリスは、住宅政策が充実していること。

イギリスでは、ベバリッジ報告以来、住宅の狭隘に対する政策も重要なものと考えられてきた。1980年代に保守党政権のもとで政策はかなり変更されたものの、現在も社会福祉の基盤として住宅政策および都市計画が位置付けられている⁽⁹⁾。そのため、地方政府、住宅協会（Housing Association）や住宅改善機関（Home Improvement Agency）等により車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供等が行われている。一方、わが国は、列島改造の名のもとに狭隘な住宅を作り続け、それが障害者の社会参加の大きな障壁となっている。住宅政策についてイギリスの制度を参考にすることもわが国の今後の障害者政策に役立つと考える。

まとめ

イギリスの障害者施策にまとめた。わが国と比較すると、提供されるサービスの種類、現金給付の水準が類似しており、手当支給のイギリスは、要件として就労不能があること、家族介助者に対するサービスを重視していること、福祉サービス相当分を直接現金で給付する制度があること、住宅政策が充実している等の相違点があった。

注

(1)John Butler : Patients, Policies and Politics - Before and After Working for Patients, 1992(中西範幸訳:イギリスの医療改革 患者・政策・政治, 勁草書房, 東京(1994)

(2)寺島彰:身体障害者福祉法における障害者施策の傾向についての考察, 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要, (20), 15~23(1999), 国立身体障害者リハビリテーションセンター, 埼玉

(3)杉野昭博:第13章 対人社会サービス(3) -障害者-, 武川正吾 塩野谷祐一編:先進国の社会保障1 イギリス, 299-314, 東京大学出版会, 東京(1999)

(4)Robert F. Drake: Understanding Disability Policies, Macmillan Press, London(1999)

(5)以下では、特記しないかぎり、イギリスの制度については、Judith Paterson: Disability Rights Handbook 27 edition April 2002-April 2003, London(1999)を参考にしている。

(6)小川喜道:障害者のエンパワメント-イギリスの障害者福祉, 69-72, 明石書店, 東京

(1998)

(7)寺島彰：米国障害年金受給者数の急増原因についての考察－日米年金制度の比較から－，ソシオサイエンス，(5)，171-187(1999)，早稲田大学大学院社会科学研究所，東京

(8)小川喜道：障害者のエンパワメント－イギリスの障害者福祉，68-69，明石書店，東京(1998)

(9)内田勝一：Ⅷ 住宅保障と都市計画，中村優一、一番ヶ瀬康子編：世界の社会福祉4 イギリス，369-387，旬報社，東京(1999)

(資料)

英国の障害モデル

国立身体障害者リハビリテーションセンター

寺島 彰

はじめに

Smart, J.^[4]は、障害モデルとは、障害を理解するための道具であり、行動のためのガイドラインであり、障害を概念化するためには、実行可能なモデルに関心を持つことが必要であると述べている。今日、障害関係分野においては、障害モデルが話題になることが増えている⁽¹⁾。特に、障害研究の盛んな英国及び米国においては、いろいろなモデルが提示され、医学モデルが批判されている。わが国においても、障害者福祉関係の教科書において医学モデルの問題点が指摘されている⁽²⁾。そして、医学モデルに代わるものとして、社会モデル、環境モデル、少数派モデル、市民権モデル、機能モデル等いろいろなモデルが主張されている。しかし、これらのモデルの違いについて、十分に研究されていない。そこで、本研究では、英国と米国の代表的な障害モデルについて整理するとともに、今後、我々がモデルを選択する際の考え方について検討する。

1. 英国の障害モデル

(1) 個人モデルー社会モデル

Swain^[2]によれば、Oliverは、英国の障害学の学者であり政治活動家として英国の障害者運動で指導的役割を果たしてきた。Oliver^[3]自身の弁では、頸髄損傷者としての収容施設での経験をもとに、1983年に、「Social Work with Disabled People」により医学モデル(Medical Model)と社会モデル(Social Model)の二分法で障害モデルを概念化したという。以来、彼は、医学モデルを批判し、社会モデルを発展させるために努力してきたが、医学モデルという用語は、本来、このモデルが、障害の心理的・医学的両側面を含んでいたにもかかわらず、医療対象化が1つの重要な構成要素となっていることからそのように呼んだが、内容を十分に表現できないため、現在は、個人モデル(Individual Model)と呼ぶようになったという。

①個人モデル

Oliver^[4]によれば、個人モデルは、障害「問題」は、個人に原因があり、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生じるとみるモデルである。このモデルの基礎には、「障害は、個人の身に無作為に降りかかるごくまれな不幸な出来事である」と考える「障害の個人の悲劇理論(Tragedy theory)」が根拠となっている。すなわち、障害を悲劇とみなすならば、障害者は、まるである悲劇的出来事と状況の犠牲者であるように扱われる。これは、医学では、事故による怪我を治療することであり、心理学においては、障害受容をショック、否認、怒り、失意の時期という障害受容ステージ理論でとらえることであるとされる。

②社会モデル

Oliver^[5]によれば、社会モデルは、個人モデルを否定することにより発生し発展してきたものである。すなわち、障害問題の原因は、どんなものにせよ個人的制限などではなく、社会が適切なサービスを提供し、適切に障害者のニーズを社会が十分考慮することができなかつことが原因であるとする。例えば、個人的偏見、制度上の差別、アクセスできない公共建物・公共輸送機関、分離教育、障害者に対する配

慮のない職場環境等である。Oliver⁶⁾は、これを社会的圧迫と定義して、障害者は個人的な犠牲者ではなく、むしろ管理されない社会の犠牲者としてみなした。この2つのモデルの比較をしたものが表1である。

Oliver⁷⁾自身が述べているように、彼のこのモデルは、修正されて、障害者を社会的に圧迫されたグループとみる抑圧モデル(Oppression Model)が、障害者インターナショナル(DPI:Disabled People International)によって採用されて世界的に広がった。

また、Oliver⁸⁾らは、ソーシャルワークの実践理論としてそれを活用し、講座を開設している。

(2) 医学モデルー個人の悲劇モデル

上述のようにオリバー自身は、現在は、医学モデルという用語を使用していないが、英国の障害者運動においては、そのまま、医学モデルとよばれていることが多い。例えば、Drake⁹⁾は、医学モデルと個人の悲劇モデルは同義として捉えており、それらは、社会モデルに対峙するもので、宗教的信念と医学がもたらした幅広い科学的な背景によって強化されているとする。すなわち、世界の主な宗教は、障害を、ある「健全な」基準からの逸脱であると考え、分離、リハビリテーション、治療という医学的処遇が適切な対応であるという考えを強化しており、多くの先進国と宗教の発展した社会では、このモデルが、一般的に使われているという。そして、これらの医学／個人の悲劇モデルと社会モデルのどちらの定義が、その社会において正しいと断定されるかは、どちらの敵対者の力が強いにかかわっているとして、障害者運動論を展開している。

(3) 社会的死モデルー社会的バリアモデル

オリバーとともに社会モデルを構築した Vic Finkelstein¹⁰⁾は、現代社会で社会モデルが十分に障害者の社会的立場を説明していないとして、社会モデルを改良して、「社会的死モデル(Social Death)」と「社会的なバリアモデル(Social barrier Model)」という社会モデルを提案した。

①社会的死のモデル

このモデルは、従来の障害のとらえかたを示しており、障害を受けることは、実質的な「社会的死(Social Death)」であると考えられるもので、医学的な「治療」を行わない限り、障害者は、本質的には社会的に死んでいて、コミュニティや施設での「ケア」に永久に依存することになる。「社会的死モデル」は、その中に医学モデルと福祉モデルを包含する。また、サービス提供モデルとしての管理モデルを提供する。また、医学モデルは、リハビリテーション介入のためにフレームワークを用意し、福祉モデルは個人のケア・サービスを導く(図1参照)。この管理モデルは、公的機関、ボランティア団体等により提供されているすべて形式の障害者支援サービスを支配しているとする。

②社会的バリアモデル

このモデルは、今後、障害者が、障害の新しい社会の理論を作り上げる必要がある将来の支援サービスの発展のためのガイドとなるべきモデルで、物理的・心理的バリア除去に焦点を当てている。このモデルは、サービスモデルとして「統合された生活支援制度モデル」につながる。また、その下に、医学的「機能モデル」があり、それに付随する「リハビリテーション・モデル」が「統合された生活支援制度モデル」はその下に包含されている。その関係は、図2のようになる。

彼は、このモデルに基づき、障害者サービスを次のように提案する。

・障害に関連したサービスのための基本は、健康と福祉から環境を基本としたサービスに移行しなければならない。

- ・障害に関連したサービスは、それがもはやサービス優先ではなく、障害者が明白な権利を有する資源として再構築されなければならない。
- ・障害に関連したサービスは、医学・教育・住宅・輸送サービス等障害者が利用するすべてのサービスの指針を統合された生活支援制度（CILs）を中心として提供するように再編成されなければならない。
- ・全てのサービス・プロバイダの教育・訓練は、適切な介入モデルを決定するためのより適合する基準ができるように方向を変えなければならない。（特に、医学リハビリテーション・アプローチに関して）そして、地域に密着したサービス・プロバイダによる教育・訓練は、分析的・組織的技術において、機能評価をあまり強調せず、バリア識別と除去に集中するように改善されなければならない。
- ・市民権法は、自分の家に住む障害者が地域支援を受けられるように地域の発展を導く枠組みを提供し、就業における機会均等と医療、住宅、余暇、環境と情報へのアクセスを確実にするために施行されなければならない。

2. 米国の障害モデル

(1) 医学モデルー環境モデルー機能モデル

Smart⁽¹¹⁾は、障害を概念化する基本モデルとして(1)医学モデル、(2)環境モデル (3)機能モデルの3つがあるとする。

①医学モデル

医学モデルは、3つのモデルの中で最も長い歴史を持っており、客観的で、明確な、標準化された方法を採用し、医者等の専門家による診断、治療が行われている。このモデルは、個人の解剖学と生理学に焦点を当てており、「普通」と「病気」という2つの軸があり、単純にどんな病理学的な欠損もない場合に普通と診断される。

その欠点の1つは、今日、慢性疾患のように、急性ではないが治らない状態について十分概念化できていないことと、機能している個人としての患者の役割とその環境的需要を無視することである。医学モデルの関心は、すべての努力を、個人を「治療」することに集中し、社会が障害をつくることや障害に対する社会の反応についての認識がほとんどないことである。また、情報が少なく限られた治療の選択肢しか与えられない従順な受身の受給者に対して、専門家がサービスを提供するものと受け取られており、その結果、父親的温情主義の問題がある。

②環境モデル

環境のモデルは、個人をとりまく身体的・社会的環境が障害を引き起こし、拡大させるとする。例えば、駅にエレベーターがないために、車椅子使用者は移動障害者になるという捉え方である。また、社会・文化的な環境も障害に影響する。例えば、学習障害は、文字を使用するようになる前の社会においては障害とはならなかったと考えられる。また、障害者差別禁止法により障害者に市民権が適用されることで、障害の意味が変わるということも社会・文化的環境の変化とされる。

偏見、区別、不名誉も、障害に固有なものではなく、むしろ環境の一部であるとされる。例えば、精神障害者が、薬物投与によりその障害者が十分管理されているにもかかわらず、必要以上に、社会の偏見、区別、不名誉にさらされるというようなことも社会的環境ととらえる。

③機能モデル

障害の機能モデルは、個人の機能が障害にかかわることを理論化したものである。例えば、同じ移動障害があっても、外回りの仕事をしている営業職のほうが、デスクワークをしている事務職よりも大きな影響をうけるだろう。また、大部分の人にとって、指を一本失うことは、障害とはみなされないが、

コンサート・ピアニストであった人にとって、指の切断は人生を左右する障害となる。このように、同じ障害種別・程度の2人の人がいたとしても、個人の機能と環境により、非常に異なる障害経験を持つことになる。つまり、障害の定義も異なるのである。

このモデルでは、個人の機能に着目してそれを高めることで社会的な不利を招かないようにしようとする。そのために、支援工学の活用とその活用能力と密接に関連している。例えば、下肢機能障害があっても、車椅子を使って大学教授となっている人や、音声合成装置付コンピューターを使って仕事をこなしている視覚障害者も多い。

現状では、機能モデルにおける機能とは、職業活動と日常生活活動（ADL）における機能を意味しており、また、障害者の稼得能力に特に関心をもっているために、障害権利運動にかかわっている人々は、障害の機能モデルは、経済モデルとみなしている。

これらの3つのモデルの特徴をまとめると次のようになる。

医学モデルでは、治療により個人を変えることに関心がある。

環境モデルは、個人の物理的・社会的環境を変えようとする。

機能モデルは、個人の機能を適応させることを目的としている。

それぞれのモデルには、それぞれの目的があり、これらのモデルを比較し組合せることで、障害経験をより正確に詳細に理解できる。これらの障害モデルが、どのようにお互いに関連があるか理解することで、障害経験を理解するために役立ち、さらに行動のガイドラインを提供する。米国の社会保障制度は、医学モデルに基礎をおいており、アメリカ障害者法（ADA:Americans with disabilities Act）は、機能モデルと環境モデルに由来しているとする。

（2）道徳モデルー医学モデルー社会/少数派モデル

Mackelprang R.Wと Salsgiver R.O.^[12]は、歴史的に、障害を概念化するモデルとして道徳モデル(Moral Model)、医学モデル(Medical Model)、社会/少数派モデル(Social/Minority Model)の3つのモデルがあるとし、合衆国では、現在も、後の2つのモデルが、障害についての社会の見方を支配しているとする。Mackelprang R.W.は、西ワシントン大学ソーシャルワーク・ヒューマンサービス学部の助教授であり、Salsgiver R. O.は、カルフォルニア州立大学のソーシャルワーク教育学部の教授である。

①道徳モデル

最も古いモデルで、障害を道徳的なあやまちや罪に起因する欠陥ととらえる。そのために障害者は恥とされ、個人だけでなく、家族までも障害を引き起こしたことによる非難を浴びることがある。このモデルは障害の古い見方であるが、まだ、一部現存していて、言語・文化・イデオロギーに影響を与えているという。例えば、アルコール中毒や薬物乱用者を飲みすぎによる「罪」だと見るような態度のなかに存在し続けているという。

②医学モデル

医学モデルは、道徳モデルから、道徳や罪を取り去り、より恩情主義的な見方と取り替えた。障害は、身体システムの欠点または失敗であって、本質的に異常や病的である。そのために障害は、個人に存在する医学的問題とみなされる。介入のゴールは、治療、身体的な状態の改善、リハビリテーションである。医学モデルの主な貢献は、障害を魂の障害とする見方を否認したことである。さらに、医学モデルは、医学と技術の劇的な進歩をもたらし、障害者の生活を改善した。米国では、現在もこのモデルが優勢であるとする。

③社会/少数派モデル

少数派モデルまたは、「社会モデル」とも呼ばれ、障害者を障害のない人々が支配的な社会における少数派グループとみなす。それは、人種や女性に非常によく似た社会構造として障害をみている。有色人種や女性等のあらゆる少数派集団にとって、大きな障害は、偏見と差別、社会的孤立、不平等な取扱い、経済的依存、高い失業率と不完全雇用、住宅の悪さ、施設入所率の高さであり、障害者も、そのひとつに該当するというものである。このことから、障害問題は障害者個人にあるのではなく、障害者が適応できない環境と、障害のない人々の否定的態度の中に存在するとする。障害による制限は、障害の生来の特徴よりむしろ障害の社会における定義によりもたらされるとする。このモデルは、「1973年リハビリテーション法」やADAの差別禁止規定に強く影響しているとされる。

Berkowitz^[13]によれば、自立生活運動は、障害者が市民権を得るための政治的なプロセスの基礎として障害を概念化する社会/少数派モデルを使用したとされる。また、Olkin R.^[14]は、米国カルフォルニア心理学専門家学校（California School of Professional Psychology）の教授で、彼女もこのモデルを活用して、心理治療の方法をマニュアル化している。

（3）医学リハビリテーションモデルー市民権モデル

Johnsons, W.G.(1997)^[15]は、アリゾナ州立大学医療管理政策学部と経済学部の経済学教授であり、障害者に対する労働市場差別の分析等経済学的な研究を実施している。彼は、医学リハビリテーションモデルと市民権モデルとを分類した。

①医学リハビリテーションモデル

このモデルでは、医学的な介入により、健康と機能を回復させようとし、もし、完全な回復ができなく損傷が永続した場合には、その制限を補うための個人の能力を高めるために職業リハビリテーションサービスを提供するというものである。

このモデルは、切断のような、若くして戦争で負傷したような健康な障害者に対してはよく合致するが、疾病構造の変化により、外傷性の怪我に代わって、慢性病患者、退行性疾患、精神障害が問題となっている状況においては、あまり役にたたなくなるとする。すなわち、治療とリハビリテーションサービスに加えて、社会経済的な状況も治療の結果に影響するからである。

②市民権モデル

彼は、障害の市民権モデルは、アフリカ系アメリカ人や他の少数民族の経験と、障害者の経験を同一視するものであるとし、分離・区別された学校教育、高い失業率、高い福祉依存率、住宅と輸送機関の利用におけるバリア等に類似点があるとする。しかし、類似性については、身体的又は精神的制限の影響を考慮しなければ十分ではないとし、その結果、市民権モデルには、2種類のものがあるとする。

その1つは、身体的・精神的な損傷が生産性を制限することがあることを認めるが、損傷のある人が、雇用に際して評価されなければならないのは、彼らの生産性であって損傷の存在でないと考えるものである。たとえば、福祉機器などを使えば高い生産性を発揮できる障害者がいれば、その生産性を発揮できるような便宜を受ける権利を有するという考え方である。

この考え方は、ADAの理念にも反映されており、業務を遂行することができない障害者に働く権利を与えているわけではないが、雇主に仕事の要件を修正したり、生産性において障害に関連する制限を補うための職場環境を要求することによって、生産性の等しい労働者には、等しい機会を提供するという「均等の概念」を超越しているとする。

もう1つの市民権モデルは、彼が、純粋差別モデルと呼んでいるもので、損傷に関連した生産性の制限の性質や大きさは、障害者に対する公共政策を公式化するために関連する基準とは無関係であるとす

るものである。このモデルでは、障害者が生産するものの市場価格にかかわらず、雇用される権利を持っていることを意味するように思えるとしている。

彼は、自分の調査研究により前者の考え方を提起した本人であるので、前者を支持している。

(4) 生態学モデル

Albrecht^[16]は、米国の社会学者で、医学的状态、社会からの逸脱の形式、あるいは、政治的又は少数グループ問題から障害を捉えるのではなく、「障害ビジネス」によって起こされると述べた。彼が「生態学的なモデル(Ecological Model)」と名づけたこのモデルでは、現代米国の、工業化とそれに続くヒューマンサービス部門の成長、そしてより最近のアメリカの障害者運動による「障害者の権利」の政治的問題化が組み合わさって、「障害」と「リハビリテーション」が数百億ドル産業になり、それが、障害者の社会的定義を構築するというものである。

彼は、このモデル以外のモデルは、程度の違いはあるものの、従来の個人的解釈モデルに代わるものであり、障害は、身体的なものではなく社会的に構築されるものが障害をつくるということを主張するものであるが、因果関係という重大な問題が、明らかにされていない。また、西洋社会が準拠している主要な価値体系や「イデオロギー的基礎」を問題にすべきであると主張する。彼は、障害は、個人の損傷と「障害のある環境(disabling environment)」の両方によって構成されるとする。

4. 考察

(1) 英国の障害モデルと米国の障害モデルの違い

英国、米国とも、医学モデルの問題点や限界性についての指摘は共通している。

英国に特徴的なものは、障害を個人対社会という対立構造でとらえていることである。これは、Oliverからの伝統であろうと考えられ、収容施設に長く閉じ込められていた障害者が、その状態を抑圧と感じ、それを改良しようとする運動と密接に結びついてきている。

米国の特徴の1つは、障害者をマイノリティとしてとらえ、有色人種や女性差別と同様に市民権獲得の立場からのモデルが中心であることである。もう1つの特徴は、機能モデル、生態学モデルである経済的な観点が導入されていることである。例えば、これは、ADAの障害の定義にも反映されている。

(2) 医学モデルの捉え方

医学モデルは、「治療」することに関心を集中させ、社会が障害をつくることや障害に対する社会の反応についての認識がほとんどないこと、専門家主導で障害者は、情報が少なく限られた治療の選択肢しか与えられない、父親的温情主義の問題があるといった問題は共通して指摘されているが、モデルによりかなりニュアンスの違いがあると考えられる。

例えば、個人対社会の対立構造のモデルでは、障害者を障害者としているのは、障害を個人的な問題として捉える医学モデルであり、そのモデルは破棄されるものとして提示されているだけである。関心は、あくまでも、社会環境の改良であり、医学モデルは、社会モデルの必要性を説明するための患者のような取扱いである。

一方、方法論として医学モデルを見ている医学リハビリテーションモデルのようなものもあり、この場合は、医学モデルの長所・短所をとらえている。当然のことであるが、医学的な対応が環境的要因を無視しているわけではなく、例えば、医療ソーシャルワークが実施している中には、環境の改善も含まれるのであり、医学モデルには語弊がある。

(3) 社会モデルの捉え方

障害を決めるのは、社会であるというのは当然である。障害認定にしても社会制度で決められており、バリアフリーの社会環境が移動障害を軽減するのはだれにもわかることである。極端に言えば、すべて社会モデルである。例えば、医学モデルにしても、そのような社会制度により規定されている。また、いろいろな社会モデルの可能性がある。社会の何が障害を規定しているかがわかるようなモデルの名称にする必要がある。その意味で、市民権モデルや少数派モデルというような呼称の方がわかりやすい。

(4) 障害モデルについて

個人に不可能なことを押し付けてはいけませんが、個人が努力すべきこともある。また、支援工学を用いて補助機器により機能を改善・向上させることも必要である。個人に対するサービスも社会環境の整備も車の両輪であり、どちらも改善されなければならないのであり、それを対立させて議論することは誤解を生むのではないか。特に、いろいろな捉え方ができる名称を使うことは判断を誤らせる可能性がある。

また、上記のモデルではあまり議論されていないが、経済的な観点も考慮される必要がある。例えば、駅にエレベーターを設置する場合に、どのくらいの広さのエレベーターを設置するのかについて、JIS規格の車椅子で利用できるサイズにするのか、ベットのような大きさのものまで利用可能にするのか判断をする場合、設置後のランニングコスト等の計算は当然検討するのであって、経済的効率性等を考慮したモデルも必要ではないだろうか。

まとめ

英国と米国の代表的な障害モデルについて整理するとともに、今後のモデルの選択、そのあり方について検討した。

参考文献

- [1] Smart, J., *Disability: Society, and the Individual*, Aspen Publishers, Gaithersburg (2001)
- [2] Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver, M. *Disabling Barriers - Enabling Environments*, Sage, London(1993)
- [3] Oliver M., *Understanding disability from theory to practice*, Macmillan Press., London(1996)
- [4] Oliver M., *Understanding disability from theory to practice*, Macmillan Press., London(1996)
- [5] Oliver M., *Understanding disability from theory to practice*, Macmillan Press., London(1996)
- [6] Oliver, M., *Re-defining disability: challenge to research*, Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver ed., *Disabling Barriers - Enabling Environments*, 61-67, Sage, London(1993)
- [7] Oliver M., *Understanding disability from theory to practice*, Macmillan Press., London(1996)
- [8] Oliver, M and Sapey B., *Social Work with Disabled People second edition*, Macmillan Press, Hampshire (1999)
- [9] Drake R. F, *Understanding Disability Policies*, Macmillan Press, Hampshire (1999).
- [10] Finkelstein, V. , *Disability: a social challenge or an administrative responsibility*, Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver ed., *Disabling Barriers - Enabling Environments*, 34-43, Sage, London(1993)
- [11] Smart, J., *Disability: Society, and the Individual*, Aspen Publishers, Gaithersburg (2001).

- [12]Mackelprang R.W. and Salsgiver R.O., Disability A Diversity Model Approach in Human Service Practice, Brooks/Cole Publishing, Pacific Grove(1999)
- [13]Berkowitz, E. D., Disabled policy: America's programs for the handicapped., Cambridge University Press. London (1987).
- [14]Olkin R., What Psychotherapists should know about Disability, Builford Press, New York (1999).
- [15]Johnsons, W.G. The future of Disability Policy: Benefit Payments or Civil Rights?, The Annals of The American Academy of Political and Social Science, 549, 160-172(1997)
- [16]Albrecht, G., The Disability Business, Sage, London (1992)
- [17]WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva (2001)
- [18]福祉士養成講座編集委員会編, 障害者福祉論,中央法規出版, 東京(2001)