

社会のあらゆる分野における全般的政策・計画のなかに統合されていなければならない。それはまた、国の改革計画および国際協力計画の一部でなければならない。]

[8. 国際障害者年のさまざまな活動は実際的なものであるべきで、プライマリー・ケア、リハビリテーションと予防に焦点をおくべきである。これは、社会的・人道的な見地からこれらが重要だからであり、また障害者の数や障害の深刻さを著しく減少させることを可能とする手段が存在するからである。]

6. The Year (the International Year of Disabled Persons) should promote recognition of the fact that there is a distinction between an impairment which is a quality of the individual, a disability which is a functional restriction due to that impairment and handicaps which are the social consequences of the disability.

7. It is becoming increasingly obvious that a far more constructive approach is to view disability as a relationship between an individual and his or her environment. Experience shows that it is largely the environment which determines the effects of an impairment on a person's daily life. Societies by and large still cater only to people who are in full possession of all their physical and mental faculties. Societies still have to learn to respond adequately to the needs of all the people. Societies have an obligation to make their general physical environment, their social and health services, their educational and work opportunities, as well as their cultural and social life, including sports, totally accessible to disabled persons. This does not only benefit disabled persons but also society as a whole. A society that shuts out a number of its members is an impoverished society. Disabled persons should not be considered as a special group with needs different from the rest of the community, but as ordinary citizens with special difficulties in getting their ordinary human needs fulfilled. Action to improve conditions for disabled persons should form an integral part of general policy and planning in every sector of society. It should be part of national reform programmes and of regular programmes for international co-operation.

8. The activities carried out during the Year should have a pragmatic orientation and accordingly should focus on primary health care, rehabilitation and prevention, in view of the importance of that type of activity from the social and human standpoint, particularly since methods and means exist which would enable society to bring about a considerable reduction in the number of disabled persons and the seriousness of their disabilities.

この行動計画では、次のような、いくつかの新しい論点が提起されている。

①「6.」の「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の概念：これは同じ年（1980）に発表された「国際障害分類」（ICIDH）<sup>16)</sup>の中心概念である。これは全体としての「障害」は、「機能障害」（impairment）、「能力障害」（disability）、「社会的不利」（handicap）の3つのレベルのすべてを含む包括概念であるとした点で画期的なものであり、障害を（後のICF<sup>17)</sup>では生活機能をも）階層的な構造をもつものとして捉えることへの先鞭をつけたものであった。これはそれぞれ、生物レベル、個人レベル、社会レベルでとらえた障害である。

これが行動計画に取り上げられたことの意義は、階層構造に一般的に伴う「各階層間の『相対的独立性』」の理論に立って、「機能障害が改善しなくても能力障害を改善することは可能であり、能力障害が改善しなくとも社会的不利を改善することは可能である」とする、当時ひろく行われた議論に裏づけを与えたところにあった。

なお disability の語の用法については注意が必要である。すなわち、disability の語は、この行動計画や同年の ICIDH（1980）では「能力障害」という障害の一つのレベルを示していたのに、後の ICF（2001）<sup>17)</sup>では「障害」全体を示すものとして使われているからである。これは世界、特に欧米社会における「障害」および「障害者」に関する意識の歴史的変化を示すものである（参考4参照）。

②「7.」において障害の発生における環境の重要性を提起したことは重要である。しかも、ここでの「環境」は物的環境だけにとどまらず、保健と福祉のサービス、教育と勤労の機会、スポーツを含む文化的社会的生活の保障を含む広い範囲のものであることは注目に値する。これは後に ICF の「環境因子分類」が、環境因子を、物的・人的・社会的・制度政策的なものとして広くとらえることへの先鞭をつけたものと評価できる。

③「8.」で「プライマリー・ケア、リハビリテーションと予防」を挙げて、「社会的・人道的な見地からの重要性」だけでなく、これらが「障害者の数や障害の深刻さを著しく減少させることを可能とする」点、すなわち障害予防の上での意義を指摘している点もきわめて重要である。

なお、訳文で ‘needs’ を「必要（ニーズ）」と訳した点につき一言したい。ふつうこの語は単に「ニーズ」と訳されているが、このような内容を含まない外来語的な表記では、その内容が正しく理解されるとは限らず、実際多くの場合、当事者本人の期待・希望・要望、すなわち主観的・願望的なものと捉えられていることが多い。これは厳密に言って誤りであり、原語の意味そのままの「必要」、すなわち、その人が現在および将来にわたって客観的に必要としているもの（本人が現在はまだ気付いていないものを含む）である。ただ「必要」と訳しただけでは漠然となるおそれがあるので「必要（ニーズ）」と訳した。

##### 5) WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会報告（1981）

前記【文書2】の「WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第2次報告（1969）」の約10年後の1981年（国際障害者年）に、同じWHOから「障害予防とリハビリテーション」に関する報告書が出された<sup>5)</sup>。注目すべきことは、ここではすでに「医学的」リハビリテーションに限定せず、「リハビリテーション」全体、すなわち「総合リハビリテーショ

ン」が真正面から取り上げられていることである。

この委員会は、ノルウェイの Harlem 教授を委員長、アメリカの Safilios-Rothschild 教授（社会学）を副委員長として、その他、有名な Fang 博士（香港、リハビリテーション・インターナショナル会長）をはじめ、ベネズエラ、チェコスロバキア、スリランカ、ナイジェリア、ボツワナの 8 カ国の委員、それに国連、ユニセフ、国連開発計画、ILO（2 人）、ユネスコからの代表からなるものであった。前記の【文書 2】と同様に途上国からの委員が多数含まれている。

この報告書で特徴的なことは、1960 年代から 70 年代にかけての「異議申立ての時代」、すなわちアメリカにおける公民権運動（黒人解放運動）に端を発し、フェミニズムを経て障害者運動の興隆に到り、一般的にも 1968 年の「パリ 5 月革命」やわが国の「学園紛争・学園闘争」に到るような激動の時代の反映が著明に見られることである。すなわち、既成の観念に関する厳しい批判や「パラダイム・シフト」（価値基準・思考基準の転換）の時代を反映して、かなり新しい考え方が打ち出されていることが注目される。その点で、ほぼ同時代の前記の【文書 3】、【文書 4】に較べても違いは顕著である。

本報告書の「リハビリテーション」の定義は次のようである。

[リハビリテーションは能力障害や社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することをめざすあらゆる措置を含む。リハビリテーションは、障害者が自分の環境に適應できるように訓練するだけでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して、その社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そしてかれらの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービスの計画と実施に関与しなければならない。]

Rehabilitation includes all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions, and enabling the disabled and handicapped to achieve social integration.

Rehabilitation aims not only at training disabled and handicapped persons to adapt to their environment, but also at intervening in their immediate environment and society as a whole in order to facilitate their social integration.

The disabled and handicapped themselves, their families, and the community they live in should be involved in the planning and implementation of services related to rehabilitation.

この定義の新しい点はほぼ次の 4 つにまとめることができる。

- ① リハビリテーションの「手段」は従来の 4 領域（医学、教育、職業、社会）に限らない「あらゆる措置」
- ② リハビリテーションの「目的」は「能力障害や社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現すること」

③ リハビリテーションが働きかける対象は障害者だけでなく、その直接の環境と社会全体への働きかけも重要

④ リハビリテーションの計画と実施への障害者自身・家族・コミュニティの関与（リハビリテーションは専門家だけが行うものではなく、障害当事者を含む広い範囲の人々の行うもの）

なお、上記②で触れた「能力障害 (disability)」「社会的不利 (handicap)」の用語は、前年 (1980) に同じ WHO から出された国際障害分類 (ICIDH) <sup>16)</sup> の概念であり、これらを起こす「諸条件」という表現には、能力障害や社会的不利は心身の機能障害 (impairment) からだけ起こるものではなく、環境を含む多くの因子が関与して起こるもの、という新しい考え方を見てとることができる。また上記④は、今に続く「本人中心」という考えかたを打ち出した点で画期的である。

なお、本報告書は表題からもわかるように「障害予防」をもテーマとしているので参考までにその定義を以下に紹介する。

[障害予防とは、(1) 機能障害の発生を減らすこと (一次予防)、(2) 機能障害から起こる能力障害を限定あるいは逆転させること (二次予防)、(3) 能力障害が社会的不利へと移行することの防止 (三次予防) をめざす、すべての予防的措置をいう。]

Disability prevention relates to all preventive measures aimed at (1) reducing the occurrence of impairments (first-level prevention), (2) limiting or reversing disability caused by impairment (second-level prevention), and (3) preventing the transition of disability into handicap (third-level prevention).

ここでは、前記の「4. 国連 国際障害者年行動計画」について述べたような、国際障害分類 (ICIDH) <sup>16)</sup> の障害の3つのレベルの考え方が明確に適用され、それに発って「障害予防」の3つのレベルが規定されていることは注目される。

ただ disability の語が、文中の議論では「能力障害」の意味であるが、'disability prevention' として用いられる場合にはむしろ包括的に「障害」全体を意味するように読めることは (disability の語の意味の歴史的変遷の移行時期を示すものとして) 興味深く、また注意が必要である (参考4参照)。

#### 6) 国連 障害者に関する世界行動計画 (1982)

1981年は国連の国際障害者年であったが、それに続く「国連障害者の10年」(1983 - 1992) に向けての行動計画が1982年に定められた<sup>6)</sup>。これは前年の、「5. WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会報告」に見られたパラダイム・シフトを更におしすすめたものともいえ、次のように述べている。

[リハビリテーションとは、機能障害をもった人が最適な (optimum) 精神的、身体的、社会的な機能水準に到達することを可能にし、それによってその人に自分自身の人生を変革する手段を提供することを目指す、目標指向的で時間を限定したプロセスである。]

*Rehabilitation* means a goal-oriented and time-limited process aimed at enabling an impaired person to reach an optimum mental, physical and/or social function level, thus providing her or him with the tools to change her or his own life. It can involve measures intended to compensate for a loss of function or a functional limitation (for example by technical aids) and other measures intended to facilitate social adjustment or readjustment.

この定義の新しい点は次の4点である。

- ① リハビリテーションの最終目的は「障害者が自分自身の人生を変革すること」(障害者の主体性尊重)
- ② 中間目的は「最適な精神的・身体的・社会的機能水準」(「最適」の意味については下記参照。「社会的機能」が含まれることも重要)
- ③ 目標指向のプロセス
- ④ 時間を限定したプロセス

ここで、①では「本人中心」の考え方が更に徹底されている。また、②の中間目的の規定も重要である。すなわち、目指すべき精神的・身体的・社会的機能水準が「可能な最高水準」(1969)でなく、「最適な機能水準」とされているのも、「本人中心」に立った新しい考え方である。従来リハビリテーションの「目的」は「その人にとって可能なかぎりの最高 (highest) の水準」を目指すことと考えられがちだったのに対し、自己決定権の思想に立って、「ある人がどのレベルまで自分の能力を高めるかはその人が選ぶもの(その人にとって最適 (optimum) であるもの)」という意味である。

この②の中間目的によって達成しようとするのが①の最終目的であり、それは「自分自身の人生の変革を可能にすること」である。この場合、人生をどういうものに変革するかという内容・方向は、当然本人自身が決定することであり、ここでも「本人中心」の思想が貫かれている。

③の「目標指向性」も重要である。「目標」(goal)とは、「目的」(objective)が方向性を示すのに対して、「ある時点までに達成されるべき具体的な状態」を示すものである。リハビリテーションに限らず障害者・高齢者に対するあらゆる支援(サービス)は、漫然と行われるべきものではなく、明確な具体的な目標を当事者と支援者が共有して進められるべきものであり、それが明確に打ち出されたのは重要である。

④の「時間を限定した」については当時も種々議論があり、後に述べる障害者権利条約では除かれている<sup>25)</sup>。

## 7) 国連 障害者の機会均等化に関する標準規則 (1993)

「障害者に関する世界行動計画」からほぼ10年を経た1993年に、国連から障害者の機会均等化に関する標準規則が出された<sup>7)</sup>。その「リハビリテーション」の定義は次のとおりである。

[23. 「リハビリテーション」とは、障害者が最適な (optimal) 身体的、感覚的、知的、精神的、社会的な機能水準に到達し維持することを可能にし、それによってその人の人生をより高い自立水準に向けて変革する手段を提供することを目指すプロセスである。リハビリテーションは、さまざまな機能を提供・回復し、機能の喪失あるいは不在、または機能制限を代償する諸方策を含む。リハビリテーション過程には初期の医療は含まれない。それは基礎的・一般的なりハビリテーションから、目標指向的な諸活動、たとえば職業的リハビリテーションに到るまでの、広範囲の対策・活動を含むものである。]

23. The term “rehabilitation” refers to a process aimed at enabling persons with disabilities to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychiatric and/or social functional levels, thus providing them with the tools to change their lives towards a higher level of independence. Rehabilitation may include measures to provide and/or restore functions, or compensate for the loss or absence of a function or for a functional limitation. The rehabilitation process does not involve initial medical care. It includes a wide range of measures and activities from more basic and general rehabilitation to goal-oriented activities, for instance vocational rehabilitation.

この定義の内容は「世界行動計画」とほとんど同じであり、表現の僅かな違いだけである。ただ、先にあげた「時間を限定したプロセス」が、この時点ですでに除かれていることは注目に値する<sup>25)</sup> (次の8) の④参照)。

## 8) 国連 障害者権利条約 (2008)

以上のような様々な論議を踏まえた、最新の結論ともいうべきものが、2006年に国連で議決され、2008年に発効した障害者権利条約である。その「第26条：ハビリテーションとリハビリテーション」は次のように規定している。なお、「ハビリテーション」という用語は、「リハビリテーションの『リ』は『再び』という意味であり、障害児等についてはふさわしくない」という考えからくるものであるが、他方、『リ』は必ずしも『再び』という意味ではなく、『ハビリテーション』は『リハビリテーション』に含まれる」との意見も強い (参考5参照)。

なお原文では、条約としての性格上、「締約国は…すべきである」等の語句が含まれているが、ここでの議論には無関係なので、以下の訳では略した。

[(ハビリテーションとリハビリテーションは、) 障害者が最大限 (maximum) の自立ならびに十分な身体的、精神的、社会的および職業的な能力を達成・維持し、生活のあらゆる側面での完全な包容 (インクルージョン) と参加を達成・維持するための効果的で適切な措置であり、障害者相互の支援 (ピア・サポート) を含む。

特に、保健・雇用・教育および社会的サービスの分野での包括的なリハビリテーション・サービスを強化し、それらは、できる限り早期に開始し、障害者の属する地域社会のできる限り近くで利用可能であるべきである。]

#### Article 26 Habilitation and rehabilitation

1. States Parties shall take effective and appropriate measures, including through peer support, to enable persons with disabilities to attain and maintain maximum independence, full physical, mental, social and vocational ability, and full inclusion and participation in all aspects of life. To that end, States Parties shall organize, strengthen and extend comprehensive habilitation and rehabilitation services and programmes, particularly in the areas of health, employment, education and social services, in such a way that these services and programmes:

(a) Begin at the earliest possible stage, and are based on the multidisciplinary assessment of individual needs and strengths;

(b) Support participation and inclusion in the community and all aspects of society, are voluntary, and are available to persons with disabilities as close as possible to their own communities, including in rural areas.

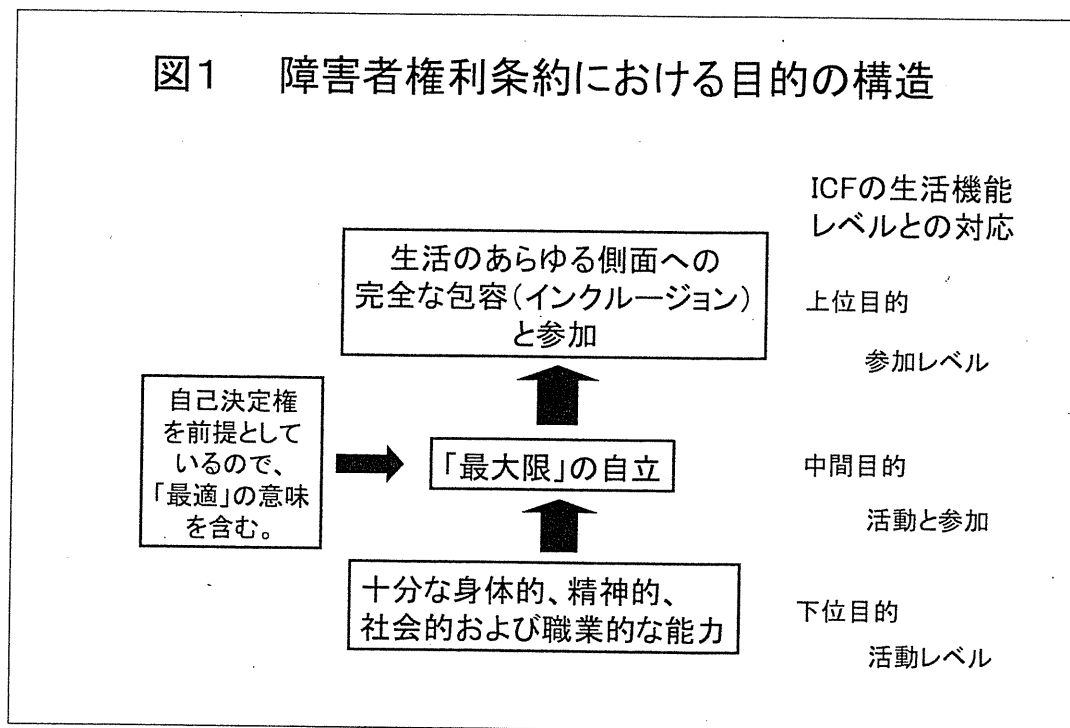
2. States Parties shall promote the development of initial and continuing training for professionals and staff working in habilitation and rehabilitation services.

3. States Parties shall promote the availability, knowledge and use of assistive devices and technologies, designed for persons with disabilities, as they relate to habilitation and rehabilitation.

① ここで総合リハビリテーションの「目的」はいわば「三段構え」で定義されている。すなわち、(1) 上位(最終)目的は「生活のあらゆる側面への完全な包容(インクルージョン)と参加」であり、(2) それを達成するための中間目的が『「最大限」の自立』、そして、(3) さらにそれを実現するための下位目的が「十分な身体的、精神的、社会的および職業的な能力」である。これをICFの生活機能の3つのレベルとの対応で整理すると、上位目的は「参加レベル」、中間目的は「活動」と「参加」の両レベルに関係し、下位目的は「活動レベル」に当たると考えられる(図1)。

なお、上位目的の一つである「インクルージョン」とは、近年障害児教育から起こって障害分野で多用されている概念で、ほぼ「障害児・者を一般人(非障害児・者)の社会に受け入れるが、その際、一般人の規範を押し付けるのではなく、障害児・者の独特のニーズを尊重しつつ行う」という意味である(参考6参照)。またもう一つの上位目的である「参

図1 障害者権利条約における目的の構造



加」は、ここではICFでいう社会レベルの生活機能である「参加」(広義)と、国際障害者年(1981)のスローガンが「完全参加と平等」であったように、より限られた意味での「社会参加」の両方の意味を含むように思われる。

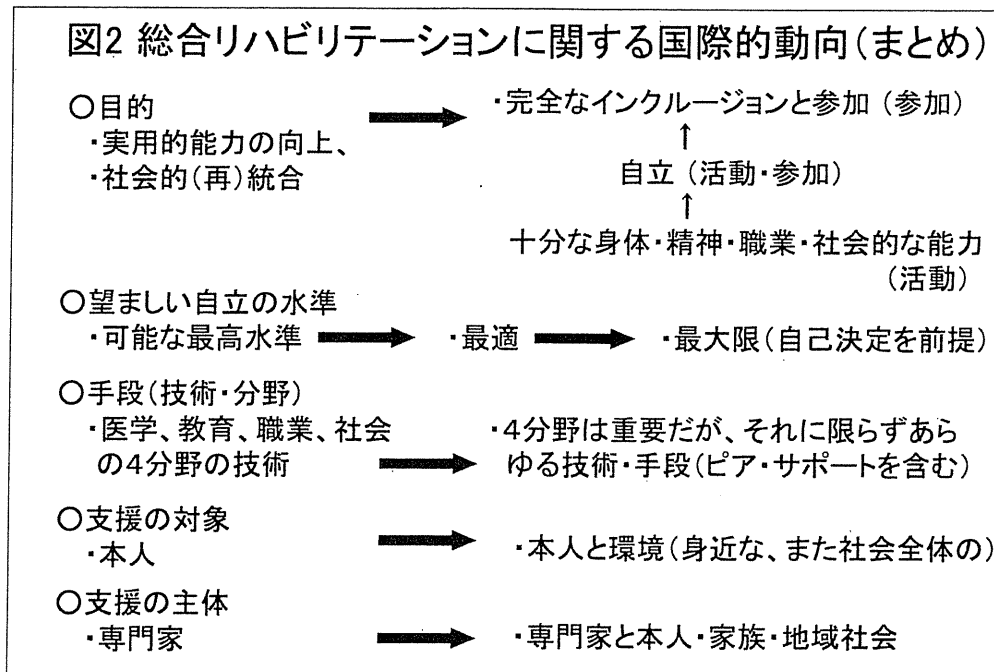
② ここで問題となるのは、(2)の中間目的で「最適」でなく「最大限」が用いられていることであり、1982年の「国連障害者に関する世界行動計画」が「最適」としたこと以前への「後退」ではないか、ということである。詳しくは他で論じた<sup>25)</sup>が、結論をいえば、国連障害者権利条約の大原則が自己決定権である(前文(n)、第3条(a)、第19条等)ことを前提とする限り、「最大限の自立」の内容には当事者の価値観やライフスタイルの選択が当然含まれるのであり、後退ではなく、むしろ前進だと考えるべきものである(自己決定権については参考7、自立の水準については参考8を参照)。

③ その他、リハビリテーションの手段として、専門家のサービスだけでなく、障害者相互の支援(ピア・サポート)を含むものとされたことも重要である(参考9参照)。

④ なお、世界行動計画(1982)の定義に含まれていた「時間を限定したプロセス」が今回含まれていないことについては、障害と疾患(特に慢性疾患)が「共存」する場合が最近増えており(特に高齢社会で、いわゆる「中途障害」として起こってくるもの、たとえば関節リウマチ、糖尿病の各種合併症、パーキンソン病その他の神経疾患など)、そのような場合には継続的なりハビリテーションが必要となり、「時間を限定」することが困難になる等の事情が関係していると考えられる<sup>25)</sup>。



図2 総合リハビリテーションに関する国際的動向(まとめ)



#### IV. 総括的考察

以上、各文書について個別的な考察を加えてきたが、ここではそれらを総括し、障害者支援の在り方に関する国際的認識・理念の歴史的変遷(流れ)を踏まえた現在の到達点を検討する。それは次のようにまとめることができよう。(図2)

以下各項目に沿って流れを述べる。【文書 No・発行年】

1) 基本原則：障害者は、総合的な支援を受ける権利をもつ【文書3・1975以降】。その支援は、障害当事者中心で、その自己決定権(参考7参照)を最大限に尊重しつつ進めることを基本原則とする。当事者中心の原則は1980年代から徐々に強調され始め、障害者権利条約【文書8・2008】で確定されたものである。

2) 目的：「社会的(再)統合【文書1・1958】のための実用的能力の向上【文書2・1969】で始まったものが、最終的に権利条約【文書8・2008】において、三段構えで、①最終目的は「完全なインクルージョンと参加」、②そのために自己決定を前提にした最大限の自立が重要で、③更にそのために身体、精神、職業的、社会的な能力が必要だと重層的にとらえるべきものとなった。

3) 望ましい自立の水準：「可能な最高水準」【文書2・1969】から一時「最適」【文書6・1982、文書7・1993】となったが、最終的に自己決定を前提とした(本人が選ぶ)「最大限」【文書8・2008】となった(参考8参照)。

4) 手段：はじめは、医学(保健・医療)、雇用・職業、教育、および社会(福祉)的サービスの4分野の総合的サービスから出発した【文書1・1958、文書2・1969】。現在も依然としてそれらは重要だが、それに限らず、あらゆる必要な技術を含む包括的なものへと

拡大された【文書3・1975以降】。更に、障害者自身が支援しあう「ピア・サポート」（参考9参照）をも含むものとされている【文書8・2008】。

5) 支援の対象：本人だけを対象とするものから、身近な、また社会的な環境への働きかけをも含むものへと対象が広まった【文書4・1980以降】。

6) 支援の主体：専門家だけでなく、本人、家族、地域社会が手を携えて行うものと考えられるようになった【文書5・1981以降】。

以上は過去半世紀にわたる、障害者・高齢者、一般に生活機能低下者に対する総合的支援のあり方に関する国際的理解の発展の現在の到達点を示すものであり、今後のわが国における支援のあり方を考える際の立脚点として必要不可欠なものと考えられる。

## V. 結論

現在のわが国における生活機能低下者（障害者・高齢者等）に対する支援体系は、最初に述べたように、包括的ではなく分断されており、生活機能低下を克服して、「完全なインクルージョンと参加」、あるいは「全人間的復権」（「人間らしく生きる権利の回復」）を達成することを多くの場合に困難にしている。具体的には、医療、介護、教育、職業支援、福祉（社会サービス）、その他のサービス（インフォーマル・サービスを含む）、特にピア・サポートとの間に、様々な制度的・理念的・实际的・慣習的な壁があり、効果的な協力をはばんでいる。

いま特に大きな懸案は、国連の障害者権利条約【文書8】の批准の問題である。これは、一旦批准されれば、条約の性格上、憲法について法的規制力の強いものとなるため、批准前に現行法を改正あるいは新法を制定し、条約との整合性をあらかじめ担保することがのぞましいが、それが順調にはすすんでいない。

たとえば障害者福祉の分野では、現行の（問題の多い）障害者自立支援法の廃止と、障害者総合福祉法の制定による解決を目指して現在さまざまな動きがあるが、その結果は必ずしも予断をゆるさない。

障害者と高齢者は、わが国の現行法上は画然と区別されているが、現実には障害者（狭義）の半数以上がすでに高齢者であり、また権利条約の障害者の定義は非常に広いものであるため、生活機能低下のある高齢者は、本来その対象となるべきものである。

したがって権利条約の批准とそれに伴う現行法の見直しは、本論文でこれまで検討したような、障害者・高齢者支援のあるべき姿についての国際的到達点に沿った、広い見地に立って行われるならば、その結果は狭義の障害者だけでなく、広い範囲の生活機能低下者（障害者・高齢者）全体に及ぶことが期待される。

今後のわが国における生活機能低下者（障害者・高齢者等）に対する支援は、本論文で検討したような歴史的経緯や国際的到達点を十分理解し、当事者中心の原則に立って、現実の障害者・高齢者等のニーズ（必要）の多面的で正確な把握に基づいて、あらゆる学問、その他の分野の有効な知識・技術・手段（ピア・サポートを含む）を駆使して、総合的に進められる必要があると考えられる。



特に欧米社会の意識の変化を示すものである。すなわち、1980の時点では英語においては「障害」を示す包括用語がなく、「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の3レベルについて別々に論じるほかはなかった。しかし、それでは不便なので、一言で「障害」および「障害者」を示す包括的な用語を求める動きが起こるのは当然であった。その際3レベルのうち、生物レベルを示す‘impairment’あるいは‘impaired person’は、「障害は社会環境とのかかわりで生ずるもので、生物レベルの問題があるから直ちに障害が起こるわけではない」という環境重視の思想から賛同者はほとんどいなかった。残る候補は個人レベルの‘disability’（あるいは‘disabled person’）と、社会レベルの‘handicap’（あるいは‘handicapped person’）であった。このうち、社会環境を重視する立場からは後者を選んでしかるべきであったが、「ハンディキャップ」という用語には「程度が低い」「劣った」というニュアンスがあるため、一部を除いて忌避され、いわば消去法で‘disability’が残ったのである。（ただし、上記の【文書1】のように、かなり早い時期には‘handicapped person’が使われた例もあり、また【文書5】のような、認識の転換期においては‘disabled and handicapped person’と両者が併記されている。）

なお、日本人には disability の語源である dis-ability、すなわち「能力が損なわれている」という意味が意識されやすく、「ハンディキャップ」同様に違和感を感じるが、日常的にこの語を用いる英米人はそういう意識をもちにくく、一語として理解して、違和感をもたないようである。なお障害者について‘disabled person’というのは、その人の全体が障害されているという誤解を招きやすいので好ましくなく、‘person with disability’（障害のある人）というべきだというのが、現在の標準的な用法である。

ただ、このような‘disability’、‘disabled’などの二重（障害全体を示すか、一つのレベルを示すか）の用法は時に混乱を招く。実は、1980年の「国際障害者年行動計画」【文書4】自体にもそのような「混用」がすでに始まりかかっていたことの徴候をみてとることができる。すなわち同【文書7】の最初の文章における‘disability’は、拙訳のように「能力障害」と訳すのが「6.」との関連においては当然であるが、内容的には「障害」と、障害全体を示すように訳すことも可能であり、むしろその方が障害全体に及ぼす環境の影響を強調する点で妥当であるとも考えられる。同様の「混用」の傾向は「WHO障害予防とリハビリテーション専門委員会報告」【文書5】についても見ることができる。現在はICFにおいて、ICIDHの「能力障害」に当るものは「活動制限」(activity limitation)と呼ばれており、障害全体を示す disability と混同の危険はないが、1980年から2001年（あるいはそれ以後）におよぶ「移行期間」の文献を読む場合には注意が必要である。

5：Habilitation とは、リハビリテーションの「リ」が「再び」であるため、生まれながらに、あるいは発達期に障害をもった障害児については不適切であり、障害児には「権利の回復」ではなく「権利の獲得」が必要であるとして、特に障害児教育関係者の一部が好む表現である。また精神障害者の一部には「障害の発生を促進したような病前の状態に復帰することは望ましくなく、新しい、よりよい状態になることが望ましい」という理由でこれを好む傾向がある。しかし、「re-」は必ずしも「再び」「戻す」という意味の接頭辞ではない。たとえば、refine（洗練する、精製する）は原油の精製やマナーの洗練のように、「以前の状態に戻す」というよりは「本来あるべき（より望ましい）状態にする」ということである。その他にも、rejoice（喜ぶ）、renown（名声）などのように、本来の意味を強調したり、resource（資源）、respect（尊敬する）などのように本来の意味をやや特殊化したりする意味での re-

をもつ語は少なくない。すなわち rehabilitation は「人間にふさわしい状態にする」と「そのような状態に戻す」の両方の意味を含んでおり、強いて habilitation を別に述べる必要はないとも考えられる。

- 6: 「インクルージョン」(包容) は、「メインストリーミング」(障害者を社会の主流に参加させること)、「ノーマライゼーション」(障害児・者の参加している社会こそ正常<ノーマル>な社会だという考え方)、「インテグレーション」(統合) などに代わって最近好んで使われる用語であるが、必ずしもこれらの用語間の意味、ニュアンスの違いが明確に意識されて使われているとはいえない。

「インテグレーション」と「インクルージョン」の差について、茂木<sup>26)</sup> は次のように言っている。特別支援教育の分野において、インテグレーションとは「健常者中心の生活、学校、コミュニティ等の環境に障害のある人びとを受け入れていくことそれ自体をいう」もので、「通常学級のカリキュラム編成や教授法をとくに大きく変えることなく障害児を通常学級に受け入れる」ことをいう。それに対して、インクルージョンは「コミュニティ、社会そのものを、多様な人びとが共生する場と考え」、教育に即していえば、「通常の教育の場の考え方や運営のしかたを変えて、障害児を含むさまざまな特別なニーズをもつ子どももすべて包含する教育のあり方を追求しようとする」もので、「学習の到達目標もカリキュラムも異なって(よく)、個別の教育目標を立て、それにしたがって教育しようとする」ものである。

以上から、本文で述べたように、インクルージョンとは、ほぼ「障害児・者を一般人(非障害児・者)の社会に受け入れるが、その際、一般人の規範を押し付けるのではなく、障害児・者の独特のニーズを尊重しつつ行う」という意味とあってよいと思われる。

- 7: 自己決定権は、自己の身体の処置(手術への同意など)から生き方全般に及ぶまで、自己に関連する事柄は他に強制されず、自己で決定することが、障害の有無を問わず、すべての人の固有の権利であるとするもので、他の諸権利(職業選択の自由など)の基礎となるものである。
- 8: 自立には、①身体的自立(基礎的生活行為<日常生活活動、セルフ・ケア>を含む「活動」レベルの自立)、②社会的自立(経済的自立、等)、③精神的自立、などの階層性がある。かつては①が②③の基礎だと考えられやすかったが、1970年代のパラダイム・シフトをへて、逆に③がもっとも重要であるとの認識が主流となった。たとえば、重度の機能障害のために①の面では非自立(全介助等)でも、②③の面では高い自立水準にあり、重要な社会的役割を果たしている人が現実に多数存在している。したがって、あえて①のレベルでの「最高の自立水準」を求めず、介助つきで②③のレベルでの自立を高い水準のものにしようというものを含め、多様な選択(本人にとって「最適」な水準の)がありうる。これらが自立の水準の自己決定である。
- 9: ピア・サポートとは、障害者自身が他の障害者を支援することであり、ピア・カウンセリング(障害者による相談・指導)を含む。以前から部分的には行われてきた(自然発生的に、また医学的リハビリテーションの一部として、意識的に)が、1970年代にアメリカで始まりわが国にも及んだ自立生活(Independent living, IL)の運動でこの名称が与えられ、自立生活センター(ILセンター)等で行われるようになった。なおIL運動の「自立生活」とは、参考8で述べた、③精神的自立を重視するもので、必要な介護を受けつつ、精神的に自立した生活をいう。

[注：引用文献]

- 1) WHO Technical Report Series N0.158, Expert Committee on Medical Rehabilitation: First Report, WHO, 1958 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_158.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_158.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 2) WHO Technical Report Series N0.419, WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation: Second Report, WHO, 1969 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_419.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 3) United Nations: Declaration on the Rights of Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 3447, adopted December 9, 1975> (<http://www2.ohchr.org/english/law/res3447.htm>, last visited 6 October, 2011) .
- 4) United Nations: Plans for Action for the International Year of Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 34/158, adopted January 30, 1980> (<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/intl/apddp/5.html>, last visited 6 October, 2011) .
- 5) WHO Technical Report Series N0.668, Disability Prevention and Rehabilitation: Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation, WHO, 1981 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_668.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 6) United Nations: World Programme of Action Concerning Disabled Persons <United Nations General Assembly Resolution 37/52, adopted December 3, 1982> (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, last visited 6 October, 2011)
- 7) United Nations: The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities <adopted by the United Nations General Assembly Resolution at its 48th Session on 20 December 1993, Resolution 48/96> (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>, last visited 6 October, 2011) .
- 8) United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by United Nations General Assembly, August, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>, last visited 6 October, 2011)
- 9) WHO Technical Report Series N0.221, Scientific meeting on rehabilitation in leprosy, WHO, 1961 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_221.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_221.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 10) WHO Technical Report Series N0.270, Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases, WHO, 1964 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_270.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_270.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 11) WHO Technical Report Series N0.469, Cardiovascular diseases: Prevention, treatment, and rehabilitation, WHO, 1971 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_469.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_469.pdf), last visited 6 October, 2011)
- 12) ILO R99 Vocational Rehabilitation (Disabled) Recommendation, ILO, 1955 (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R099>, last visited 6 October, 2011)
- 13) ILO R168 Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Recommendation, ILO, 1983. (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R168>, last visited 6 October, 2011)
- 14) ILO C159 Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention, 1983 (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C159>, last visited 6 October, 2011)

- 15) The Salamanca Statement and framework for action on special needs education, 1994  
([http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF), last visited 6 October, 2011)
- 16) International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), WHO, 1980 (WHO 総会における承認は 1976 年 5 月)、邦訳: WHO 国際障害分類試案、厚生省大臣官房統計情報部編、(財) 厚生統計協会、1985
- 17) WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF、国際生活機能分類、WHO, 2001、邦訳: 障害者福祉研究会編、中央法規出版、2002
- 18) 上田 敏: 国際生活機能分類 ICF の理解と活用、きょうされん、2005
- 19) 大川弥生: 生活機能とは何か - ICF: 国際生活機能分類の理解と活用、東京大学出版会、2007
- 20) 大川弥生、工藤美奈子、上田敏: 災害時支援における「生活機能」の観点の必要性、国民生活研究 第 51 巻第 2 号、2011
- 21) 上田 敏: 目で見えるリハビリテーション医学、武田薬品、1969; 東京大学出版会 (初版)、1971 同第 2 版、1994
- 22) 上田 敏: リハビリテーションを考える - 障害者の全人間的復権、青木書店、1983
- 23) 上田 敏: リハビリテーションの思想 - 人間復権の医療を求めて、医学書院、初版 1987、第 2 版 2001、同増補版 2004
- 24) 上田 敏: 科学としてのリハビリテーション医学、医学書院、2001
- 25) 上田 敏: 「リハビリテーション」、松井 亮輔・川島 聡編集「概説 障害者権利条約」第 7 章、法律文化社、2010
- 26) 茂木俊彦: 障害は個性か - 新しい障害観と「特別支援教育」をめぐって、大月書店、2003

本研究の一部は平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業: 身体・知的等障害分野) (H22- 身体・知的 - 一般 - 005) による。

