

《投稿論文》

リハビリテーション臨床における「障害受容」の使用法 ——臨床作業療法士へのインタビュー調査の結果と考察——

田島 明子

【要約】

本稿は、リハビリテーション臨床におけるセラピストの「障害受容」の使用法について、臨床で働く作業療法士7名へのインタビュー調査より明らかにしたものである。調査の結果より、①リハビリテーション臨床における「障害受容」の使用法、②「障害受容」に対するセラピストの違和や不快、否定的イメージや肯定的イメージ、が明らかとなった。考察では、そうした使用法に対する批判的検討を行い、その使用法は、他性の否定を不快と思うセラピストの「私」の感覚から支持されていないこと、また、医療技術職養成の課程において「障害受容」に関して教授すべきと考えられること等について述べた。

キーワード： 障害受容, リハビリテーション臨床, インタビュー調査

0 はじめに

筆者はこれまでリハビリテーション従事者（以下セラピスト）として働いてきたが、支援が、対象者の人生に対してあきらめのレールをひいてしまうような感じを持ってきた。セラピストー患者・クライアント関係というのは、リハビリテーションに関して、知識・技術の非対称性が存在するし、専門性を表して、セラピストは対象者に対して、なんらかの価値を持って、なんらかの働きかけをしようとするのであるから、専門職の意図によって、対象者がある方向へ差し向けようとするベクトルを有してもいる。そこに、対象者にとって余剰で望ましくはない働きかけがないとは言えない。かといって、実際の臨床現場は、支配的というわけではなく、おおむね社会的な場である。だからこそ、おだやかな流れのなかに沈み込んだポリティクスがあるのではないか。

本稿では「障害受容」に着目したが、その理由は以下のとおりである。リハビリテーションにおいて「障害受容」は、患者・クライアントの、障害との関係性における理想となる態度・価値観を示している。本来の意味での「障害受容」とは、リハビリテーションの1つの目的となりうるものである。しかし、この言葉は、どういうわけか、セラピストが、対象者やその家族からの拒否に出会うなどして支援がうまく進行しないときに「(対象者やその家族が) 障害受容 (できていない)」として用いられるきらいがある。こうした言葉の用い方は、結局、対象者や家族に対して「訓練の流れに乗る」ことを求めることにしかならず、むしろこの言葉は、セラピストの思うように支援が進行しないことのディレンマを解消するために使うことができていると感じている。つまり、「障害受容」は、セ

ラピストー患者・クライアント間のポリティクスが一瞬顕在化する裂け目のように思われたのだ。

とはいえ、一人ひとりの臨床家に目を転じれば、筆者らは、医療技術を学ぶ過程において、それこそいつのまにか、臨床家として肯定されるべき、あるいは否定されるべき、態度・思考法、言動を学ぶ。そのなかには、当然、対象者をどのような方向へ導くべきかの方向性も示される。そして筆者は、その単純に示される方向性が、筆者にとってすっきりといくものではなく、むしろおかしいと思い、田島 [2005b] を書いた。こうして私たち臨床家は、当たり前なことだが、決して「私」として臨床場面に立っている訳ではなく、しかし臨床家として行うことの中には、この「私」として違和を感じることも含まれていたりする。もしかしたら、「障害受容」の臨床での使用について違和を感じているのは筆者だけではないのかもしれない。

本稿では、以上のような問題意識・疑問から、臨床作業療法士へのインタビュー調査により、リハビリテーション臨床におけるセラピストの障害受容という言葉の使用状況について明らかにしつつ、セラピストー患者・クライアント間に生成されるポリティクス、あるいは、セラピストの葛藤など、臨床に生起する様々な現実を記述し、問題点、課題について考察をした。

1 障害受容論と本調査との位置関係

ここで、従来の障害受容論と本調査の位置関係について整理しておく。

日本におけるリハビリテーション研究の領域では、1970年前後より学術雑誌が公刊されるようになったが、刊行当初より「障害受容」に関する研究は散見された。しかし1970年代の「障害受容」に関する論文は、「障害受容」とはどういうことかについて共通理解が確立されておらず、各研究者が概念の意味内容の確定を検討しているものがほとんどであった。そうした状況下において、「価値転換論」と「段階理論」を融合させた「障害受容」の定義を提唱した上田 [1980] の論文は、障害受容のプロセスと目指す状態を同時に示しうるため、1970年代に示された定義に比べると実践に有用であるという意味において大きな説得力を有していたのではないかと考える。この上田論文の「障害受容」の定義が、その後のリハビリテーション実践にインパクトを与え、「障害受容」という考え方を広く浸透させた印象を持つのはそのためではないか。またそうした印象を裏付ける結果として、その後、「障害受容」の定義に関する論文はみあたらなくなったことがあげられる [田島, 2006b]。

上田 [1980:516] は、「障害の受容とはあきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観（感）の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」と定義している。そしてそのような状態には「段階」を追って到達し（段階理論）、価値の転換をすることでなされる（価値転換論）とした。

「段階理論」は、受容過程の順序性・規則性を理論化したものであるが、上田 [1980:517-520] は、受容過程を、ショック、否認、混乱（怒り・うらみと悲嘆・抑鬱）、解決への努力、受容、の5段階に分け、各段階における心理的機制と医療スタッフの対処の仕方について整理している。また「価値転換論」については、上田はそれが障害受容の

本質であるとしており [上田, 1980:516]、「障害が不便であり制約的なもの (inconveniencing and limiting) として認識しており、それを改善するための努力も続けているが、今や障害が自分の人間としての価値を低めるものではない (nondevaluating) ものと認識でき、そういうものとして障害を受入れる (承認する) こと」という Wright の定義を紹介 [上田, 1980:516] し、その4側面について述べている⁽¹⁾。

1990年代以降、「障害受容論」についての批判的論文が見られるようになる [田島, 2006b]。1つは、「段階理論」が‘実際に適合しない理論なこと’である。具体的には、実際の臨床場面において「段階理論」に沿わないことが多いこと、さらに「モデル先にありき」の思考法が、独断や偏見、幻想を生じさせるのではないかとそうした姿勢に警鐘を鳴らしている [田島, 2006b]。筆者はそれに加えて「価値転換論」における‘個人の変容にのみ囚われていること’‘方法論の不明性’‘困難性’を挙げたい。まず‘個人の変容にのみ囚われていること’についてである。上田の「障害受容論」は「社会が付与する障害の否定性」を前提として (肯定して) 話しを進めざるを得ないという論理構造を有していると考えうる。となると結局のところ (それがたとえこの論の本意でないとしても)、「価値転換」が、「社会が付与する障害の否定性」あるいは「能力主義的価値観」を前提としたうえで、個人が障害価値の発見を行うことを期待されるので、その個人にとってみれば、相当の‘困難性’を持つ理論ということにならざるを得ない。‘方法論の不明性’とは、上田の言説には、「再起のための原動力」はどこから・どのようにしたら得られるのかについての記載が見あたらないことだ [石川, 1999]。いうなれば、私たちは、はたから見れば不幸とか不運と見られた状況に置かれたとき、どこからどのようにエネルギーを得て、気持ちを上向かせ、不幸でも不運でもない世界観を獲得できるか、ということだ。またこれも‘困難性’に関わるだろう。

さらに、南雲 [1998, 2002] や上農 [2003] のように、「障害受容論」に対して批判的立場を取りつつ、新たな理論を展開しようとするものも見られる。簡単にそれらの論点について紹介しておく。

南雲は、「障害受容論」について、その専制性、障害が与える影響の過小評価、社会の過小評価の3点から批判を行い [南雲, 1998:77]、「社会受容論」を展開した。南雲は、受傷後の心の苦しみを「自分の中から生じる痛み」と「他者から追わせられる痛み」の2つに分け、前者の痛みに対する受容を「自己受容」、後者の痛みに対する対応を「社会受容」として区別した。そして「他者から負わせられる痛みを緩和する最もよい方法は、他者がそうしないように心を入れ替えてもらうこと」であり、「他者が障害者を心から受け入れること」であるとした。これが「社会受容」である [南雲, 2002]。

また、聴覚障害児の教育に関わってきた上農は、「障害受容」は、「聴者の押しつけの概念であり、聴覚障害児・者にとってルサンチマンの対象となることはあっても、現実の人生を生きていく上で積極的に活用される実践的思考道具となる可能性はきわめて低い」 [上農, 2003:303] とし、「聴覚障害児・者にとっても、また、彼らに関わる聴者にとっても、共に意味を持ちうるような障害観 (障害についての思考方法) とはどのようなものか」 [上農, 2003:303] と考え、「障害認識論」を提示した。その特徴は、「障害」という価値づけシステムを3つの視線 (①聴者→聴覚障害という身体状況、②聴覚障害児・者→①、③聴覚障害児・者→自分の身体状況) に分解し、その3つの視線相互の関係性とその関係性の中

に機能している根拠の正当性、妥当性を検証していくことにある。目指すところは、「感情的『共感』ではなく、異質性に対する根本的尊重と論理的であることの保持、そしてその点によってのみ他者の存在を尊重するという思考のルール確立」[上農, 2003:317]である。

それらの批判の共通点として、1つは、「障害受容」が障害を有する人にとって専制的・押しつけ的であること、2つめに、他者・社会の障害に対する認識・態度を理論枠組みの1項に加え、他者・社会との関係性に生起する事象が問われていること、があげられる。基本的に筆者もその立ち位置を共有するが、本調査は、セラピストの専制・押しつけを反省的態度のみで終わらせるのではなく、さらに、臨床家の立ち位置を、「私」－「セラピスト」に分節化し、なぜ、専制・押しつけが生じてしまうかをメカニズムとして明るみにしたいという意図がある。なぜかと言えば、そこにはセラピストにも意図せざる仕掛けがあると感じてきたからだ。その仕掛けを問題発生の核心として掴みたいと考えている。

2 インタビュー結果

1) 対象者

作業療法士として臨床で働く7名を対象とした。7名の詳細については表1のとおりである。本研究の問題設定が臨床実践についての批判的検討も含み持つため、無作為に選出したところでインタビューに応じてもらえない可能性が考えられたこと、また、できるだけ正直に現状や心情を語ってほしかったことから、対象者の選定にあたっては無作為に選出することはせず、第39回作業療法学会において筆者の発表[田島, 2005a]に関心を持ち名刺を下された方のなかから、後日、本研究の趣旨の説明とインタビューを依頼した5名中承諾を得られた3名、筆者の作業療法士養成校時代に同期であった友人Aと同じ職場で働く作業療法士のなかで、友人Aより本研究の趣旨とインタビューの依頼をしてもらい承諾を得られた3名、さらに、筆者の作業療法士養成校時代の同期の友人B1名にインタビューを実施した。

なるべく専門領域、経験年数が重ならず、幅広く伺えるように配慮をした。しかしながら、筆者の学会での報告に関心を持たれた方たちは、日頃、「障害受容」という言葉の使用について何らかの疑問を持っているがゆえに関心を持たれたこと、7名中3名が同一の施設であること等を鑑みると、本結果が必ずしも実際の臨床を一般化したものとはなり得ないことをお断りしておかなければなるまい。本研究の今後の課題である。

また、ご本人からの聴取をもとに対象者各人の現在の仕事内容、過去の仕事経験につい

表1 対象者内訳

事例No	氏名	経験年数*	性別	インタビュー日時	インタビュー時間
1	Sさん	8年	女性	平成17年6月25日	45分
2	Oさん	5年	女性	平成17年10月16日	1時間20分
3	Iさん	10年	女性	平成17年10月29日	55分
4	Mさん	24年	男性	平成17年10月29日	54分
5	MIさん	3年	女性	平成17年11月5日	1時間32分
6	OKさん	2年	女性	平成17年11月6日	1時間6分
7	Yさん	12年	女性	平成17年11月12日	57分

* 経験年数が○年□か月のとき、□か月は省略している。つまり、丸何年か、の表記である。

表2 対象者の仕事内容

事例 No	氏名	仕事の内容
1	Sさん	養成校を卒業後、Sリハビリテーションセンターの病院部門*に勤務している。 Tリハビリテーションセンターにて回復期のリハビリテーションを行っている。脳血管障害を主たる原因疾患とする高齢障害者が多いが、なかには、脊髄損傷による若い入院患者もいるとのことである。Tリハビリテーションセンターは、開設から約25年が経過したが、日本の病院のなかでは比較的早い時期からリハビリテーション医療を標榜してきた施設であり、病院理念としてもそれを自負していることが窺われる**。したがって、ここを訪れる人たちは、他施設のリハビリテーションを受ける人たちに比べ、機能回復に期待を寄せてくる人が多いのではないかと推察される。
2	Oさん	養成校を卒業後、Sリハビリテーションセンターに勤務している。中での移動はあり、病院部門*と、最初の約4年間は病院部門*におり、その後、更生施設*に約4年間勤務。現在は、再び病院部門に勤務している。
3	Iさん	養成校を卒業後、Sリハビリテーションセンターの前身の施設に就職。まだ設立段階であり、オープンする1年前だった。オープン以来、ずっとセンターで仕事をしてきたが、途中、同じ県内の療護施設に2年間出向。その後センターに戻り、病院部門*の前身であるところに勤務をした。それが1~2年後に、120床が増設され、正式な病院部門となる。その後、センターの中の別部門である地域リハ相談室に異動。1年半の勤務を経て、現在は病院部門にて勤務している。
4	Mさん	現在の職場が2か所めであるが、どちらもほぼ同じような機能を有する施設であるとのこと。いわゆる療養型病院である。地域の利用者が多く、9割が慢性期・維持期の高齢障害者の長期入院である。介護老人保健施設、老人ホーム、ケアハウスが隣接している。
5	MIさん	精神科病院に勤務。作業療法やレクリエーション、音楽療法の補助に関わる。閉鎖病棟であり、長期入院者が多いとのことであり、病院内での生活能力を維持したり、楽しみを見いだせるような支援を行っているとのことであった。
6	OKさん	養成校を卒業後すぐに、神経筋疾患や脳血管障害を中心疾患とする病院に9年間勤務し、その後、重症心身障害児施設に3年間勤務した。現在は、脳血管障害を主たる原因疾患とする高齢障害者の回復期リハビリテーションに関わる病院に勤務している。
7	Yさん	

* Iさん談によると、病院部門と更生施設の違いについては、どちらも社会復帰を目指すのが、病院部門は年齢的に比較的高年齢の人が入ってくることもあり、家庭復帰が大きな目標となる。それに対して更生施設は、家庭復帰だけでなく、そこから就職する人もいれば、授産施設や作業所に行く人もおり、家庭復帰の人の割合よりも、社会復帰を目指す人が多い。また、家庭復帰を目指すとしても、ただ家庭におさまるのではなく、地域の資源や社会資源を使って外に出るところまでフォローするのが更生施設である。病院は、いわゆる機能訓練やADL訓練がメインとなるが、更生施設は、会社や社会とのつながりがメインとなるため、ADLが自立している人が入所の条件となるので、機能訓練やADL訓練は行わず作業耐久性や作業能力のアップを目指すことを主眼に置いているとのことであった。

** TリハビリテーションセンターHPを参考にした。

て整理したものが表2である。表2を見るとわかるように、Sさん、Iさん、Mさんが同一職場である。そして、この3者と、Oさん、現在のYさんの仕事内容は、身体障害を有する人に対して機能回復訓練やADL訓練を行うという点で類似している。しかし、Oさんの働く施設は、古くからリハビリテーション医療を標榜してきた施設であり、他の者に比べ、回復への期待感を強く持った利用者に関わってきた可能性が考えられる。表1を見るとわかるように、経験年数については、5年未満が2名、5年以上10年未満が2名、10年以上20年未満が2名、20年以上が1名であり、ある程度、偏りなく話を伺うことができている。なお、インタビュー実施の場所は、職場、喫茶店、車中等さまざまであったが、音声録音可能な静かな場所でインタビュー対インタビューの1対1でインタビューさせていただいたことは共通している。

2) インタビューの方法

- (1) 上記の対象者に対してインタビュー調査を実施した。
- (2) インタビューは、あらかじめ作成した調査票をもとに半構造的⁽²⁾に行った。質問項目は、一般情報として、①現在、過去の仕事内容、②勤務年数、「障害受容」に関する質問事項としては、①職場での「障害受容」という言葉の使用頻度、②誰が、どのように使用するのか、③その言葉による変化、④障害告知について、⑤「障害受容」についてどのように習ったか、等である。
- (3) インタビュー内容は許可の上で録音、逐語録を作成し、それをもとに分析を行った。

3) 分析方法

逐語録より「障害受容」に関して述べられているものをすべて抜き取りカード化した。そして、各事例ごとに内容が類似するカードは集め、それぞれにカード番号と見出しをつけた。立命館大学大学院先端総合学術研究科 2005 年度博士予備論文⁽³⁾では、カードから得られたすべての結果を反映できるよう文章を組み立て、カード内容(逐語録)も記載したが、本稿では紙数の都合上、上記の問題意識に合う結果のみを抽出し、逐語録内容を要約して表にまとめた。

4) 結果

(1) 職場での「障害受容」の使用頻度

表3は、各事例の職場での「障害受容」の使用の有無である。事例1のSさん、事例2のOさんは、「ときどき用いられる」であるが、事例5のMIさん、事例6のOKさん、事例7のYさんの職場では、まったくといってよいほど用いられることはない、なかったということである。この結果からわかることは、すべてのリハビリテーション職場において「障害受容」という言葉が、一律に用いられているわけではないという事実である。むしろ「ときどき用いる」というSさん、Oさんの施設は、対象者のところでも述べたように、身体障害を有する人に対して機能回復訓練やADL訓練を行うという点で類似している。つまり、Sさん、Oさんの仕事内容は、いわゆる「回復期リハビリテーション」であり、リハビリテーションにおける2つのアプローチ法である「回復アプローチ」「代償アプローチ」(「回復アプローチ：不十分な能力を向上させること」「代償アプローチ：不十分な能力のままでもできるようにすること」)の移行に立ち会わざるを得ないものである。そうした機能を有する職場において「障害受容」という言葉が用いられる傾向があることが今回の結果からも窺われた⁽⁴⁾。

(2) 職場での使用状況

次に、どのような場・人・事象に対して「障害受容」という言葉が使用されるのか。また、「障害受容」できている人・状態とは、どのような人であり、状態であると考えているのか。Sさん、Oさんのコメントに着目してまとめたものが表4である。

表3 職場での使用の有無

事例No	氏名	使用の有無
1	Sさん	ときどき用いられる
2	Oさん	同上
5	MIさん	用いられない
6	OKさん	同上
7	Yさん	同上

表4 職場での使用状況

	Sさん	Oさん
使われる場・人	・会議などで、同職種、あるいは、他職種と担当患者の情報交換を行う際に用いられる。 ・対象者本人には用いない。	
どのような事象に用いるか	「機能回復への固執」の強さを「障害受容」と表現するが、一方、「訓練がスムーズに進行しない」とき、あるいは（訓練がスムーズに進行しないがための）セラピスト側の主観的な苦労度を障害受容という言葉で表現している。	「機能回復への固執」に対して適用。「代償アプローチ」の受け入れはよくても「機能回復への固執」があればそれに対して用いる。
セラピストの苦労と共感	「機能回復への固執」は、セラピストのプランや意図を阻害するものという位置におかれる。そして、プランや意図するものへの到達へ向けての阻害感が苦労度と表現されるものである。また、会議などにおける「障害受容」の使用は、会議に居合わせた各人にその苦労が想起されやすく、了解や共感を得られやすい言葉である。	
障害受容できている人・状態	「機能回復への固執」があったとしても、生活に目を向けることができ、セラピストと目標を共有でき、フットワークが軽い。「障害受容」は長期的な経過を必要とするものである。たとえ生活ができていたとしても、その人の有する能力とかけ離れた目標を持っている場合には「障害受容」できているとは言えない。	対象者がたとえ生活に目を向けられたとしても「機能回復への固執」があれば「障害受容」という言葉を用いる。

表5 施設機能による使用の差異

使用頻度	病院の方がやや多い
どのような事象に用いるか	再就職の際に対象者が自分の適性や能力が分からず、適職を選べず、支援が難航するときに「障害受容」という言葉が適用される
類似語	障害認識、現実検討

(3) 施設機能による使用の差異

Iさんは、Sリハビリテーションセンターにおいて病院部門と更生施設部門の両方を経験しており、それぞれを比較し、「障害受容」という言葉の使用の違いについて話しが伺えた。Iさんの逐語録をもとに、施設機能の違いによる使用の差異についてまとめたものが表5である。

(4) 同一職場においても各人によって使用状況が異なる

事例4のMさんは、Sさん、Iさんと同一の職場である。Sさん、Iさんが、「障害受容」という言葉を使用しているのに対して、Mさんは使用しなくなったと語っていた。どのような理由から、そのように変化していったのだろうか。それをもとめたものが表6である。Mさんに特徴的なことは、Sさん、Iさんの経験年数が10年前後であるのに対し、20数年のベテランであるということである。

表6 Mさんの場合

使わなくなった	臨床に出て3、4年ぐらいで「障害受容」という言葉を使わなくなった。
使わなくなった原因	<ul style="list-style-type: none"> ・「障害受容」と表現される気持ちは、誰もが持っている感情であり、その気持ちの流れは細やかなものであり、「障害受容」という言葉にまとめてしまえるものではないという思いがある。 ・「あの人が障害受容がね」というとき、すべてが「障害受容」という言葉に収められてしまい、細かな気持ちの面が置き去りにされてしまう。だからあまり使いたくない言葉。 ・卒業して間もない頃は、教科書に書かれた正解があり、それを求めようとする気持ちがあった。正解に持っていくことが自分の仕事であるという思いがあった。そうしたなかで「障害受容」という言葉も便利な言葉として使用。 ・年齢を経て、社会には正解ばかりでもなく、なおかつ、そこまで整理できてなくても生きている人はいくらもいることを知るようにもなり、使用しなくなった。
使っていた頃の使い方	「回復が難しいところから本人が抜け出せない」という状況説明をするために一言で表せる便利な言葉として記録などに残すときに使用していた。
経験年数を経るなかでの変化	経験年数が長い人ほど「障害受容」という言葉を使用しなくなるという印象を持っている。アプローチも「障害受容」という言葉を使用していた頃と現在では異なっている。以前は、ゴール先にありきで、そこへ向けるためのアプローチであったが、現在は、対象者が「乗っている」か否かを重視し、一緒に考えていく感じ。OTの治療効果は薬効のようにこうしたらこうなるというものでなく、自然と時間とともによくなる部分があるので、「絶対にここまで」という頑ななゴールは設定していない。
時代の影響	「障害受容」という言葉がよく使われていた時期があり、1985年頃だった。その後、1990年以降、この言葉があまり用いられなくなった印象。その背景には、自立生活運動の思想が影響していたのではないか。それまでは、身の回りの動作を自立させることに意義がある、正しい、という思いがあったが、自立生活運動の思想を知り、違う生き方もある、そればかりが正しいというわけではないと感じるようになった。だから対象者に対してアプローチする際にも、身の回り動作の自立を絶対的なゴールに据えるのではなく、対象者がどう考えているかをまず優先し、大切にするようになった。

(5) 職場で使用していない3名

(1)において、事例5のMIさん、事例6のOKさん、事例7のYさんの職場では、「障害受容」という言葉がほとんど用いられてこなかったと述べてきたが、それでは、MIさん、OKさん、Yさんは、「障害受容」という言葉に対して、どんな思いも持っていないのだろうか。「障害受容」という言葉を日頃使用していない3者が、「障害受容」という言葉に対してどのような思いを持っているかについて整理したものが表7である。筆者のお話を伺った際の印象として、それぞれの仕事内容による違いもさることながら、Yさんは経験年数が10年以上、MIさん、OKさんは、2、3年程度ということであり、「障害受容」に関して与えられてきた情報、経験によって構築された考え方などによる異なりがあると感じられたこと、また、MIさん、OKさんは、OT学会において筆者の発表に関心を持ってくださった方たちでもあり、最近の「障害受容」に関する考えからの影響を受けている印象を持ったことを付記しておく。

(6) 「障害受容」のイメージ

① 「障害受容」と分類される事象

OKさん、MIさんには、上述のように「障害受容」という言葉の使用に消極的である一方で、それは(いうなれば)障害受容のこと、と分類している事象もある。それらを表8にまとめた。

表7 職場で使用していない3名

	Yさん	OKさん	MIさん
学校で習ったこと	「障害受容」とは、障害を受け入れ、その状態でどうしていくかと「発想の転換」を行えるようになることと習ったと記憶している。	「障害の受容は段階を追ってなされる」という説明が記憶に残っており、自分に照らし合わせ、自分が困難にぶつかったときもこういう流れで気持ちが変わっていくのかと思った。	障害受容が段階を経てなされるという受容の過程について印象に残っている。
使わない理由	<ul style="list-style-type: none"> ・この言葉の使用にためらいを持ったのは、最初の患者を担当したときから。 ・「発想の転換」はそう簡単にできるはずのものではない。「障害受容」は時間をかけ、納得したり、憤ったりして行われていくものである。 ・進行性の疾患を持つ人たちと関わるなかで、その人が思いをぶつけてくればそれを受け止めるし、その人が望むことのためにやれることをする／したいという思いを持ってきた。 ・人の気持ちの中のことまでは分からない。その人は「しょうがない」と言うかも知れない。しかしそれが本心かどうかはわからない。だからなおさら「障害受容」という言葉は適用しづらい。 ・進行が進み、呼吸すら苦しい状態の人に対しては、その人が苦しい状態を受容したからといって楽になるわけでもなく、「障害受容」という言葉は不適切である。 	<p>「障害受容」という言葉には馴染みづらい印象を持っており、それがあえてこの言葉を使わない理由。「障害受容」という言葉は、「ありふれてない」「堅い」印象があり、かりにこの言葉を対象者に用いたとして、はたして伝わるだろうかという疑念がある。また、現実にある事象のなかに、受容している／していない、とはっきりと分けられる状況はそうはないが、それに対して「障害受容」という言葉は「完璧すぎる」イメージがあり、自分が表現したい言葉ではない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者はケースバイケースであり、「受容の過程」には当てはめづらいと感じる。「受容」というときちょっと枠が決められてしまう感じがするが、「枠の外で話したい」という思いがある。受容自体が難しいものであるし、それが必要なのか。たとえ受容していなくても、自分なりの生活が営めればよいのではないか。 ・昨今の、障害受容に対して批判的な言説は、「受容の過程にあてはめなくてもいいんだ」「それで間違っていないんだ」という安心感を生起させるものである。

②目的としての障害受容

また、これまでの記述から、Yさん、MIさん、OKさんが、ただ職場で使用していないという理由からだけではなく、それぞれが、「障害受容」という言葉に対して違和感や適用のしづらさを感じ、むしろ意識的に用いてこなかったことを見てきた。それらをまとめるなら、セラピストが対象者に働きかける際に生じる、セラピストの目的遂行を妨げられるような対象者の思わぬ反応に対しての使用（「障害受容できてない」）や、対象者に対してのセラピスト側の一方的な「決めつけ」や「押しつけ」に対する否定感からであったことが伺われた。しかしその一方で、3者それぞれが、対象者が「障害受容している状態」は、セラピーの目的であるとも語る。この場合の「障害受容」とはどのような状態を想定しているのだろうか。表8にまとめた。

表 8 「障害受容」のイメージ

Y さん	OK さん	MI さん
<p>「障害受容」と分類される事象</p>	<p>・対象者と関わるなかで、対象者がこうなった方がよい（例えば自閉的な人なので、他の人と関わりを持つたり外出する機会を持ったりしたりした方がよい）という志向性を持って関わろうとするが、それに対して拒否的な反応に出会ったりするとき、そうした状況下において「障害受容（できてない）」という言葉が浮かぶ、しかしそれはセラピスト側の「押しつけた対象者の思いを受け止めるだけなら OT でなくてもできるのではないか」という疑問を持つ。とはいえ、ただ対象者の思いを受け止めるだけなら OT でなくてもできる。ストップ間で、「（対象者自身が）自分の能力を適正にわかかってない、現実検討ができていない」という話しがされると、それは（障害受容という言葉は用いられないが）障害受容に関する話したと感</p> <p>・自分の希望に対して親から「そんな無理や」と言われたとき、「自分の限度を決められている感じがした」「希望をつぶされるような危機感を感じた」と振り返り、親は自分の期待と外れたときにそう言うのかもしれないが、「患者さんと関わって、こつちができていよと言ったとき、患者さんもそういう気持ちになるのかな」と想像する。</p>	<p>セラピスト側の言動が、対象者やその家族から「障害の受け入れ」「疾患の理解」の問題のため、まるで削除されているような、無視されているような反応に出会ったりしたとき、知的に問題があるわけではなく、その間に、いくらか説明しても、それが理解されている様子がなく、また同じ質問が繰り返されたりする。「それは対象者や家族にしてみれば、あきらめたくない気持ちややそんなんははずはないという思いからだったたりするんでしようけど」と対象者や家族のその際の心情を推測する。逆に言えば、「障害受容している状態」というのは、「もう何もできなくなっただけ、もう何もう駄目ね」と、対象者や対象者があきらめることというイメージにもなる。</p>
<p>受容するしないは個人の選択だが、寝てもさめても「おれの手が」、おれの手が、寝ても飯食ってても「おれの手が」、テレビ見ても本当なら笑える話なのに「でも、おれの手が」って言うってたら、本人だってしんどい。そのこと（障害）を毎日毎日1分1秒考えて、いららしていうて、ほかのことすべないでくればと思う。少しでもうれない状態になれるために役立てたならうれしい。それは結果としてこうない気持ちというのではなく、対象者のつらい気持ち・こうしたいという思いに応えたいという思いが先にあって、こちらは問題解決のための働きかけをする。</p>	<p>・対象者と関わるなかで、対象者がこうなった方がよい（例えば自閉的な人なので、他の人と関わりを持つたり外出する機会を持ったりしたりした方がよい）という志向性を持って関わろうとするが、それに対して拒否的な反応に出会ったりするとき、そうした状況下において「障害受容（できてない）」という言葉が浮かぶ、しかしそれはセラピスト側の「押しつけた対象者の思いを受け止めるだけなら OT でなくてもできるのではないか」という疑問を持つ。とはいえ、ただ対象者の思いを受け止めるだけなら OT でなくてもできる。ストップ間で、「（対象者自身が）自分の能力を適正にわかかってない、現実検討ができていない」という話しがされると、それは（障害受容という言葉は用いられないが）障害受容に関する話したと感</p> <p>・自分の希望に対して親から「そんな無理や」と言われたとき、「自分の限度を決められている感じがした」「希望をつぶされるような危機感を感じた」と振り返り、親は自分の期待と外れたときにそう言うのかもしれないが、「患者さんと関わって、こつちができていよと言ったとき、患者さんもそういう気持ちになるのかな」と想像する。</p>	<p>障害にとらわれ、頑張れる人もいるので、障害にとらわれることと自分が否定されるものではないが、それでも、投げやりにならずに自分なりの生活を営むことができること、障害を意識せずにいられる時間を持ち、気持ち的に楽になれること、は重要である。</p>
<p>目的としての「障害受容」</p>	<p>障害受容に代わる言葉として「折り合いをつける」という言葉がしっくりくる。「折り合い」という言葉は「自分の障害に対しても気持ちの「折り合い」がつけられ、周囲からもある程度自分の思いが受け入れられ「折り合い」がつけ、「案に生きている姿」を想定できる。「障害受容」というと、こつちかこつち、どちらかに比重がかかるイメージがあるが、「折り合い」というと、どちらにも比重がかからず、微妙な均衡が保たれているというイメージがある。</p>	<p>障害にとらわれ、頑張れる人もいるので、障害にとらわれることと自分が否定されるものではないが、それでも、投げやりにならずに自分なりの生活を営むことができること、障害を意識せずにいられる時間を持ち、気持ち的に楽になれること、は重要である。</p>

5) 考察

(1) 「障害受容」の用いられ方

以上の結果から、リハビリテーション臨床における「障害受容」の使用には少なくとも2種類の対象者の言動があることが確認された(表4、5)。1つは、「機能回復に対する固執」、もう一つが、「(復職支援などの際に)自分の能力や適性に対する認識が(セラピスト側からみて)適切ではなく、過剰な期待を表明されるようなとき」である。対象者のそのような反応にセラピストが出会い、そして、そうした事象をセラピストが同職種や他職種に説明する際に、「(対象者が)障害受容(ができていない)」と表現するのである。また、そうした状況は、セラピストにとって、目的遂行が対象者の言動によって阻害されているときでもある。セラピストが「(対象者が)障害受容(ができていない)」と表現するとき、セラピスト側の主観に着目するなら、訓練のスムーズな進行が妨げられているという「苦労感」がある。つまりセラピストにとって、a 目的遂行の阻害感、b 能力認識のズレ感、が感じられるときに用いられるわけだ。それらの関係は、bがaを誘導したときに、「障害受容(できていない)」という言葉が用いられることになる。もう少し詳しく見ていこう。

目的遂行の阻害感

「機能回復に対する固執」と「(復職支援などの際に)自分の能力や適性に対する認識が(セラピスト側からみて)適切ではなく、過剰な期待を表明されるようなとき」の共通項は何か。セラピストにとってみると、機能や能力に対して対象者の希望や期待はもはや現実的ではないと思われる状況がある。おそらく、セラピストにとって、こうした対象者の現実的ではない(と思われる)言動は、セラピストの訓練のスムーズな進行が妨げられているという「苦労感」に正当性を与えるものである。

つまりセラピストは、対象者の機能や能力についての現実を知っており、日常生活、社会生活を行えるようになるための方法論を知っている。それは、対象者の知らない知識・技術である(ということに一応なっている)。その差異が専門性であり、制度や施設は、その専門性を肯定し維持する機能を果たしている。いうなれば「苦労感」とは、まさに制度や施設に支えられ肯定されている専門性をいかに表するかという「苦労感」とも言える。

そして専門性は、セラピストに対して、進むべき指針を与える。対象者に対してある局面に際して何を指しどのような行動を取るべきか、対象者がこのような状態になれば支援は終結できるといった、専門家として「すべき」言動すべてに影響を与える。

つまりセラピストは、制度や施設などのマクロなシステムから専門性を体現することを期待され、マイクロな面に着目するなら、専門性があるからこそ対象者と関わるのが可能になっている。「障害受容(できていない)」という言葉は、「専門性を遂行できない(いなくて困る)」と言い換えることさえ可能かも知れない。このとき、対象者はセラピストにとって、まさに「専門性を体現するための」人であり、「専門性が予定調和的に遂行されることが期待される」人と言える。

リハビリテーション実践におけるアプローチ法には、大別すると「回復アプローチ」と「代償アプローチ」の2つがあり、それらはそもそも「正常な身体」に関して有する価値観が異なっているために、セラピストにとっては「回復アプローチ」から「代償アプローチ」への移行がたとえ容易であったとしても、対象者本人にとっては、相当に大変な価値の転換を内包しているが⁽⁵⁾、「専門性の(スムーズな)遂行」というのは、この移行にもあた

る。つまりここで専門性が優位に置かれることによって、対象者本人がその際に経験するかもしれない「価値の転換」が軽視されることになる。

能力認識のズレ感

なぜ「障害受容」という言葉が、対象者の能力に対する対象者とセラピストの認識のズレに対して用いられるのだろうか。「障害」は「できる／できない（能力）」と深く関係する。そしてまた、リハビリテーション実践は、回復アプローチ、代償アプローチとも、「できる／できない（能力）」に焦点化したアプローチ法である。ゆえに「障害受容」が、対象者が（セラピストの判断による）「（障害によって）できない」事実を（感情的にならずに）「受け入れる」となってもおかしくはない。しかし「障害」の意味は多様である⁽⁶⁾。そちらの現実感に立つなら、この場合の「障害」は、「回復できなかったもの」「できない」と意味づけられた「障害」でしかない。そして、そうした焦点化が専門性と表される観点からなされている。しかも、ここで定義される「障害」は、能力主義社会において否定的な価値が置かれるものである。対象者にとってもっとも重要なことは、障害に対する否定性の払拭であるにもかかわらずである⁽⁷⁾。

つまり、なぜ、対象者の能力に対する対象者とセラピストの認識のズレに対して「障害受容」という言葉が用いられるのかといえば、それが、この専門職が有する障害観だからであり、専門性遂行のためにそのズレを矯正しようとして「障害受容」という言葉が用いられるのではないかということだ。しかしこうした用い方から帰結する様相、あるいは帰結に導く過程は奇怪だ。

本来なら多様であるはずの障害観が能力に収束し、しかもそれは能力主義という社会的価値と共鳴し、障害に否定的価値が付与される。この専門職が有する障害観とは、「障害受容」という言葉が上記のように用いられる限りにおいて、そのように加工がなされた障害観だとまず言える。逆に「できること」を目指すリハビリテーションの専門性は、そうした社会的に共有されやすい「障害観」が基盤にあってこそ、肯定され支持されるとも言える。そして「（対象者が）障害受容（ができていない）」とするとき、「専門性を遂行できない（くて困る）」とほぼ同値であることを述べた。そのとき、対象者はセラピストにとって「専門性の体現」「専門性が予定調和的に遂行されること」（≒「回復アプローチ」から「代償アプローチ」へのスムーズな移行）を期待されているとも述べた。そしてその行間に対象者本人がその際に経験するかもしれない「（対象者本人にとっての身体）価値の転換」が軽視されることになることも述べた。むしろ、この専門職が有する障害観を対象者に内在化させよう（内在化していない対象者が否定される）という意図が含まれていると言い換えられると考える。もちろんこの言葉は対象者本人に用いられる訳ではなく、セラピストが（対象者が「障害受容」できていないという）同職種や他職種からの共感や理解を得たり、対象者（やその周囲）への態度へと転化するものであるが、それでもこの言葉には、セラピストを通して顕在化した専門性に肯定感を与え、専門性の予定調和的遂行への期待感が含まれている。

問題は、対象者の側から見た時である。これまで述べてきたように、専門性の遂行が優位な位置に置かれるがために、「（対象者本人にとっての身体）価値の転換」が軽視されるだけでなく、この専門職が有する障害観を内在化させよう／させるべきとする圧力が含まれるということだ。しかもその障害観とは、本来なら多様なはずの障害観が能力に収束

され、ゆえに能力主義という社会的価値と共鳴し、「障害」に否定的価値が付与された障害観である。いふなれば、「障害受容」という言葉の使用のなかに、これだけ専門性と称され肯定化される対象者への押しつけが含まれるということになる。

(2) セラピストにとっての「障害受容」という言葉の位置

① 違和

一方で、「障害受容」という言葉に違和を感じ、意識的にこの言葉を用いないようになったセラピストも多かった(表6, 7)。

Mさんには「ゴール先にありき」の視点が「対象者の心情」を軽視していると感じられた。「ゴール先にありき」の視点とは、つまり「専門性の優位性」を表現しているのだろう。とすれば、Mさんは「対象者の心情」を優先するために「専門性優位」(「専門性」ではない。その「優位性」)の視点を捨てたということだ。しかしMさんがこの職場に就職したとき、この言葉はすでに臨床現場に存在しており、周囲の人たちも使っていた。そしてこの言葉をMさんも就職して最初の1、2年は使用していたということだから、こうした決定にいたる過程において、「障害受容」という言葉が、「専門性」か「対象者」(のどちらを優位に置くか)かという二者択一の葛藤をMさんに与えたことが推測される。そしてMさんは「対象者」(優位)へ志向性をシフトさせた。そうした認識の変化の背景には「自立生活運動の思想からの影響」もあったと語る。つまり「障害受容」という言葉は、専門職にとって(使いたくなる)「便利な言葉」だが、広く見渡せば、「専門性」が有する価値が唯一の価値ではないのだから対象者の価値を大切にしようという気づきと意志があったということだ。

Yさんは、「その人の本心はわからない」と言う。しかし他の逐語録には、「対象者のつらい気持ち・こうしたいという思いに応えたい思いが先あって問題解決のための働きかけをする」「つらくない状態になるために役に立てたならうれしい」ともある。そしてそのために専門性があると考えている。つまりYさんの場合、「専門性」と「対象者(の心情)」がこれまで「障害受容」について記述してきたような対立的構図には置かれておらず、むしろYさんのなかでは「対象者(の心情)」を基点として「専門性」が構築されていることが窺われる。しかしだからといって(当然だが)すべての支援過程において「対象者(の心情)」が優先されるということではない。逐語録のなかには、専門的見地から対象者にとって不利益と判断される行動には、専門性が活かされるような位置に専門性が置かれるというような発言があった。それはいわば「障害受容(できていない)」と表されるような場面であるが、Yさんの場合は「専門性の予定調和的遂行への期待感」がなく、むしろYさんはそうした状況に対面したときに「再三働きかけるしかないですね。そういう訓練をやり過ぎることもマイナスだからってことは、何回でも。横にくっ付いて疲労しないようにずっと「その辺でもうやめませんか」と言うしかない」と考えている。それにはYさんが進行性疾患の人たちの支援をしてきたことも関係している可能性がある。Yさんの目標設定の仕方は、やはり回復期リハビリテーションや更生施設におけるものとは明らかに異なる。それらの場合は、ADL自立や復職などの安定・固定状態が予定されているが、進行性疾患の人たちの支援の場合、「日々小さな問題がボコボコ」生じ、安定・固定状態が予定されることがない。そうしたなかで目標設定そのものが可変的、予定未定的、一回性の

ものとなるため、逆に目標設定の段階で対象者のニーズや心情を汲み取る作業がより重視されるのではないかと考えられる。

MIさんは、「対象者はケースバイケースであり、受容の過程には当てはめづらいと感じる」「受容というときちつと枠が決められてしまう感じがするが、枠の外で話したい」と言う。また、「受容自体が難しいものであるし、それが必要なのかという思いもある。たとえ受容していなくても、自分なりの生活が営めればよいのではないかと考えている。MIさんの記述については「段階理論」への違和感と解釈できる。リハビリテーション領域の公式な言説においても1990年代以降、「段階理論」への批判的言説が見られるようになった⁽⁸⁾。批判的内容は大きく2つ。1つが「段階理論」に適合しない場合が多いこと、もう1つは「モデル先にありき」のその思考法についてであった。MIさんの指摘はその両方にあてはまると考える。たしかに「段階理論」は「実際に適合しない理論」なのだから「理論優先」では現実の方を歪めてしまうという指摘はどこまでも正しいが、しかし「段階理論」批判はあくまで「障害受容」している状態に至る「過程」の理論についての批判であり、それによって「(障害受容している状態が)ある」という実在感を薄める働きはない。むしろ「(障害受容している状態が)ある」(のだから当然そこに持っていくべき)ことを前提(あるいは肯定)としている論ではある。しかしMIさんは、「障害受容」の状態へ対象者を持っていこうとする志向性そのものに対して懐疑的である。それにはMIさんの他の逐語録より、「障害受容」＝「あきらめ」という印象が影響しているかもしれない。「あきらめ」は前項で述べた専門職の有する能力主義的な障害観と大きく関連性があると考えられる。能力主義とは「できる／できないを人の価値を判断する根拠とする」ことであった。「あきらめ」とは、まさに「できる／できない」の設定が他者によってなされ、その評定を動かし難い事実として本人が「受容」したときに生じる心境であろう。そうした障害観の押し付けは、セラピストの対象者への能力評定という作業を通じてなされることになる。MIさんは、「障害受容(できてない)」とするときの、こうした一連の能力をめぐる障害価値の押し付けに対して否定的イメージを持っていると考える。

OKさんは、現実の事象のなかに、受容している／していない、とはっきりと分けられる状況はそうはないが、それに対して「障害受容」という言葉は「完璧すぎる」イメージがあると言う。例えば「障害個性」論という考え方がある。それは「リハビリテーション」「治療」において障害が「治すべき」対象として位置づけられ、障害／健常と二分化されてしまうことへのアンチテーゼであり、障害肯定の意図が含まれている⁽⁹⁾。障害カテゴリー自体が社会文化的な構築物であり、障害／健常の線引きは、むしろ普遍なものではない。また「受容」にしても、それは障害と障害を有する人との1つの関係を表す言葉にすぎない。しかも「受容」という言葉には「どのように」が抜け落ちている。「個性」として「受容」するのか、あるいは「受容」せずともよい、というあり方を望む人もいるかも知れない。そもそもこの言葉は障害当事者「の」ことを言っているのだから、その人が決めればよいのではないかとさえ思う。と考えれば「障害受容」という言葉そのものに、様々な専制的・押し付けの意味内容が含まれており、しかもそれはやはり障害を持つ当事者に対して、「リハビリテーション」「治療」の求める(押しつける)様々に理想的で完璧な像である(でしかない)と考える。

② 他性の否定の不快

Yさんはさらに、進行が進み、呼吸すら苦しい状態の人に対しては、その人が苦しい状態を受容したからといって楽になるわけでもなく、「障害受容」という言葉は不適切だと語る。つまり「障害受容」という言葉がすり抜ける（「障害受容」の有無が苦楽を左右することにはならない）次元があることを提示している。それはつまり「生きる／死ぬ」の次元の話しか。とすると、そうした次元にも「障害受容」に類似した言葉があったことに気づかされる。「死の受容」という言葉である。やはりこれにも段階を追って「受容」に至るといふプロセスが描かれる。上田 [1980:517] は、『『死の受容』のキューブラーロス等の業績は障害の受容を考えるうえで非常に大きな示唆』を与えたとするが、「死の受容」とは、「死を前にした（病に対する否認や抑鬱を乗り越えて訪れる）心の平安」を意味するものであり、「障害受容」同様、やはり、（身体的）苦楽に効く言葉ではないようだ [奥山, 2003]。しかしYさんが記述したような「死に近い」状態の人が望む基本的なことは、「死の受容」よりなにより（身体的）苦痛を取り除くことであったり、そのために一生懸命になってくれる人だったりするのではないかと [立岩, 2005]。それら2つには「観念」と「感覚」という異質性あるいは次元の異なりを感じる。

Yさん、MIさん、OKさんは、「障害受容」に対して否定観を持ちつつも、「障害受容」は支援の目的であるとも語っていた（表8）。その目的とは「楽にいられる」ことである。つまり障害にとらわれつらい気持ちになるのなら、やはり障害へのとらわれから自由になって「楽な気持ち」になれることがよいと思っている。それが（最終的な）支援の目的だと言う。ここで確認しておきたいことは、「障害との自由（楽にいられる）」は、「障害受容」とイコールなのかどうかということだ。筆者はそれらにもまた、「死の受容」と「快（楽）・不快（苦）」と同様、または共通の異質性を感じる。どこが・なにが異質と筆者は思うだろう。そのことを考えてみる。

1つはその「志向性」である。これまでの記述から、「障害受容」は「社会適応」へと志向する概念であることがわかると思う。筆者は、適応概念について次のような批判的検討を行った [田島, 2005b:346]。「適応」概念は、資本経済社会における中心的価値である「能力主義」的価値観と共鳴しやすく、容易に価値の逆転が生じる位置にあることがわかる。なぜそうなるのか。「適応」概念は、個人と他者・社会との調和した関係性を期待するものであり、そうした関係性から逸脱することに否定的価値を有する概念だからではないかと考える。つまり「適応的」であることそのものに価値が置かれるため、何への適応が求められるか（他者・社会が優位に置く世界観人間観）によって、容易に人の価値の在処が変動するのである、と。「社会適応」は支援の目標とされてきた⁽¹⁰⁾が、それは「障害受容」することによって初めて到達できる目標であることがわかる。つまり、障害を持つ人に「社会適応」してもらうためには、能力主義的障害観（否定される障害）を内在化してもらわなくては困るのだ。

一方、「障害との自由」が目指すのは（いわずもがな）自由である。それはとらわれの根源から自由になりとらわれる必要がなくなることであり、あるいは制御できないものの出現に対する無限の世界観が展開される自由とも言えよう。そういう意味では、能力主義的障害観からの自由とも表現できるだろう。そして少なくとも能力主義的障害観からの自由は、障害価値の肯定のために（とらわれからの自由のために）当然確保されるべき自由だ。

逆に言えば、「障害との自由」のために能力主義的障害観は否定される(べきことになる)。「楽にいられる」という一言のなかには、これだけの意味内容が包含されていることになる。そしてそれは、セラピストが、すでにリハビリテーション文化のなかにあった「障害受容」という言葉を、自らの感覚を便りに否定し拒絶したその感覚と地続きのものであった。「楽にいられる」ことが目標と言った人たちは、「障害受容」という言葉に否定的な人たちであった。それがもう1つの異質性ではないか。つまりそれがこの「私」の感覚から生じているということである。そしてこの感覚は「障害の否定」を肯定しなかった。なぜなら、「障害の否定」の肯定が「私」を不快にさせるからだ。また、「障害」を「制御できないもの(他者)」とするなら、その感覚は、「他性」に対する感覚であると言える。つまり「私」は、どうやら他性の否定を不快とする感覚を持っているようなのだ⁽¹¹⁾。むしろそれは、私に在る他性についても言えることだろう。セラピストは、当然、専門性という指針があるからこそ対象者と接触可能となるのだが、その専門性のなかに、セラピストである「私」の感覚(これもまた「私」に訪れる他性)を否定し、制御しようとする機能も作動している。だから、専門家・セラピストとしての行為として「私」の感覚を判断の指針とすることは、こうして否定し、制御される「私」の他性の肯定の奪還であると言え、そしてそれは「私ではないもの」の他性を肯定していく。つまり「他性の肯定の感覚」は、「私」が有する感覚であるとともに、「私」と「私でないもの」の自明と思われた境界設定を超越していくのである⁽¹²⁾。

(3) 学校で教えた方がよいと思うこと

インタビューした際の印象(表8)としても、筆者の養成校時代の記憶を合わせても、「障害受容」は、学校教育のなかでさほど重点を置かれ教えられる概念ではなかったようである。この5者は、養成校時代を経た時期が異なるが(Yさん、Iさんが1990年代前半～中頃、Oさんが、1990年代後半～2000年、MIさん、OKさんが、2000年以降)、内容的にもそれらは、既述した上田[1980]の「価値転換論」「段階理論」を融合させた理論に大きな影響を受けているようである。むしろ養成校の数も年々増加しており⁽¹³⁾、個々の学校、あるいは教育者によっても教授内容は異なるはずだが、それにしても、リハビリテーション領域における公式な言説レベルにおいて、1990年代以降、「障害受容」に関する批判的言説が現れ始めているのだが[田島, 2006b]、それすら実際の学校教育のレベルにまで一般化されておらず、1980年の上田の理論が、いまだに学校教育のなかで生き続けている現状の一端を伺わせる結果であった。しかしそれは、近い将来臨床に立つ人たちに対して「障害受容」概念をめぐって何を知識伝達するべきかと考えたときに、よいことではないだろうと思う。以下、既述を踏まえ、その理由・別の解について考えてみたい。

まず理由から。いくつかある。1つは、サービスの提供を受ける側にとっての弊害である。弊害とは、これまで述べてきたとおり、臨床においてこの言葉が用いられるとき、「ひとの価値」が否定されてしまうことだ。それにしても一体何故、臨床場面においてあのような用いられ方へと変貌してしまうのだろうか。1つには、これまでに幾度か述べたが、リハビリテーションのアプローチ法と関わりと考える。つまりリハビリテーション実践における2つのアプローチ法(「回復アプローチ」「代償アプローチ」)では、対象者の身体価値が異なるのだ。それゆえに、アプローチ法の移行は、対象者にとって「価値の転換」を

強えられるものとなる可能性がある。それにプラスして、1で述べた「価値転換論」の問題、そしてリハビリテーション従事者が日頃重点を置くこと、が関連してくるのではないかと考える。つまり上田の障害受容論において「価値転換論」はキーとなっているが、それが困難を伴う作業であるうえに明確な方法論が示されていないこと、さらには、日頃リハビリテーション従事者は、「機能回復」や、「ADLの自立」「社会復帰」などを目標に設定し、そちらへのアプローチ法が「障害受容」よりはるかに重要視されるため、専門性の遂行に重点がおかれ、結果的に「障害受容」が対象者への押しつけを含むようなかたちで用いられてしまうのではないかと。

もう1つは「価値転換論」しかり「障害受容論」しかり、‘個人の変容にのみとらわれていること’が考えられる。つまりそれが、対象者に対して「障害の否定性（能力主義的価値観）」を内在化する方へ仕向けようとする根源的な原因を作っているのではないかと考える。

そしてもう1つの理由は、セラピスト側にとっての問題である。今回のインタビュー結果で明らかになったこととして、多くのセラピストにとって「障害受容」は、実際の臨床場面で使用するには躊躇する言葉だが、支援の目標には置かれるという、二律背反的な概念となっている（しまっている）ことがある。その理由として、この言葉を臨床実践のプロセスに用いようとするれば、どうしても上のような用いられ方をせざるを得ず、しかしそういうふうには用いたくないというセラピストの思いがあって、「障害受容」は臨床の場には姿を現さなくなったのだった。かといって、多くのセラピストにとって「障害受容」は全否定された概念としてあるわけではなく、「障害にとらわれず楽にいられる状態」でいられるのがよい（＝障害受容）と考え、それが支援の最終的な目標にはなると語られていた。しかし私は「障害にとらわれず楽にいられる状態」を「障害との自由」と表記し、「障害受容」とは異質なものであることを述べた。その異質性とは、「私」の感覚を単純で重要な基準線（根拠）としたときの異質性だった。つまり「障害受容」は、「他性の否定が不快である」というセラピストの「私」の感覚から拒絶し否定されたが、それに反して「障害との自由」は、セラピストの「私」の感覚から支持され肯定されたものであるということだ。もう1つ、「実際の臨床場面での（「障害受容」という言葉の）使用の躊躇」の原因についても整理しておこう。それはセラピストの側にとって都合よく用いてしまうことに対する拒否感・否定感からであった。そうしたメカニズムが生じてしまう要因として次の2つが考えられる。1つが、リハビリテーションのアプローチ法と「障害受容」の支援法との関係性が明確でないこと、2つめが、「障害受容」の支援法そのものの方法論が明確でないこと、である。

これまで見たように「障害受容」は、リハビリテーション臨床において、対象者・セラピスト双方にとって大きな問題を落としていることがわかった。ではそうした問題と組んだ、別の解を用意するとしたらどのような解を用意できるだろう。

まずもって重要なことは、これまでのリハビリテーション臨床における「障害受容」の言葉の使用についての問題と、そうした方法が生起するメカニズムを伝達しておくことではないだろうか。そのことの中には、むしろリハビリテーションの功罪と方法論上の難点が語られるが、上田の理論を説明して終わりにしてしまうよりは、セラピストが臨床にでて「障害受容」という言葉に翻弄されずにすむはずであり、また不用意な用い方も控え

るはずだから、その方がよいに決まっている。

また1990年代以降、「障害受容」に関する批判的言説、あるいはそれに代わる理論がでてきている[田島,2006b]のだから、それを紹介しておくことにも意味はあるだろう。批判はそれなりの理由があって批判をしているのだから、ある理論の善し悪しを知ることは、新たな理論生成(学問的発展)への原動力にもなる。また新たな理論は、やはり旧来の理論の批判のうえに組み立てられているのだから、その理論の正しさについての検証を重ねつつ、臨床での適用についての検討がなされるとよいだろう。学校の先生は研究もする人なのだから、そうして得られた知見を学生に還元できれば、学生は、臨床にでてから後の理論との対し方も同時に学習できる。

それにしても「障害受容」に関しての(インタビューの結果から読みとれる)最大の問題は、学校の授業においてもあまりにも「障害受容」が軽視されてしまったことではないか。何か言おうとしても上田の理論が有名で、それを説明すれば「障害受容」について説明したとなる気持ちは何となくわかるような気もするが、実はそれでは何も説明したことにはならないことをこれまで言ってきた。しかもこのことは、対象者にとって極めて重要な問題だから、軽視してはならないことである。そして臨床家にしてみれば、「障害受容」をめぐる問題は、リハビリテーションの思想・パラダイムを大きく変換する可能性を持った非常に重要な問題であることにも気づいてほしい。つまり、リハビリテーションのアプローチが、「対象者の価値をどのように規定し」「なぜ」「何を目的として」適用されるのか(対象者に対してどのようなベネフィットを用意できるか)という、アプローチの操作方法をめぐる「規範・倫理問題」に深くコミットしているのだ。インタビュー結果から明らかになったことは、これまで流通してきた「障害受容」-「社会適応」概念は、極論すれば、「ひとの価値」を否定するという1点において、セラピストから支持されていないという事実である。むろんさらなる実証研究は必要だろうが、しかしそれにしても「障害受容」という言葉が臨床現場でほとんど用いられなくなったというのはよく聞かれる話ではある。そして代わりに今回のインタビュー調査で支持されたのが、「障害との自由」だった。仮に「障害受容」に代わる言葉を用意するなら「他性の肯定(障害との楽な関係)」、「社会適応」に代わるものが「自由」とでもなろうか。たとえばこうした概念から、「障害受容」-「社会適応」概念に代わる、アプローチ法の操作地図が理論構築されるという試みがあってもよいのかも知れない。

3 まとめ

今回、臨床の作業療法士7名の協力によりインタビュー調査を行うことができ、臨床における「障害受容」の使用状況について明らかにすることができた。また、「障害受容」に対する作業療法士自身の違和や不快、否定的イメージや肯定的イメージを知ることができた。その結果は、筆者にとって、ある意味予想どおり、ある意味意外なものだった。予想どおりだった部分は、使用のされ方、である。これは、筆者が臨床に入って違和を感じた用いられ方と同じであった。意外だったことは、「障害受容」という言葉を用いたくないというセラピストが多かったこと、それには、この言葉に対するその人その人が感得する違和や不快が原因としてあったこと、また、この言葉は、使用されていないにもかかわらず、否定・肯定両方のイメージを携え、個々のセラピストの脳裏に生き続けていること、であ

った。それは確かに筆者にもある。つまり、臨床で使用したいとは思えないのだが、しかし捨てるわけでもなく、どこに位置づけたらよいのかがよくわからないのだ。やはり悪いイメージもあるがそれは使い方が悪いだけで、使い方を改良さえすればこの言葉自体が悪いわけではないのではないかと考えたりとか、この言葉についてはすっきりとしないものがたくさんある。インタビューの結果は、割合多くのセラピストが、やはりこの言葉に定位しない、収まりの悪さを感じていたことを明らかにしたように思う。

最後に、①「障害受容」そのものについて、②「障害受容」の使い方、③「障害受容」の方法論・支援論、の3つの視点を提示し本稿における論点整理を行っておく。

今回のインタビュー結果及び考察においてまず批判されたのが②についてだった。使用方法である。その理由は、その使用方法が、a 専門性の遂行を優位に置いていること、b 専門性を優位に置く位置から、専門的障害観・能力主義的障害観（障害の否定性）を対象者に内在化させようとする圧力が存在することだった。しかしでは、そのような使い方さえしなければ、そもそも「障害受容」は支援の目標の位置に置くものであり、それならよいのではないかという考え方があった。しかしそれにしても2つの難題が横たわっていた。1つは、リハビリテーションのアプローチ法と「障害受容」の支援法との関係性が明確でないこと、もう1つが、「障害受容」の支援法そのものの方法論が明確でないこと、である。つまりリハビリテーションのアプローチ法のなかで、「障害受容」を目的として設定すると、どこに設定してよいかもわからず、どのようにアプローチしたらよいかもよくわからないのであった(③)。逆に言うなら、2つのリハビリテーションのアプローチ法（「回復アプローチ」「代償アプローチ」）が、「自分でできること」による「社会適応」を目指しているがために、そうした目的志向性のなかに「障害受容」が入るとすれば、既述のような使い方をせざるを得ないのだとも言える。つまり「社会適応」概念が能力主義的価値観と共鳴しやすい概念であることを指摘したが、それゆえに2つのアプローチ法も「できる」ことで対象者の価値化を目指すような格好になっており、そうするとその障害観は、「できる」(肯定) — 「できない」(否定) の能力主義的単線に乗らざるを得ないので、セラピストの対象者に対する能力評定とのズレに対して、つまり対象者が自身の能力をセラピストの判断よりも高く見積もっている場合に、「専門性遂行」のためにそのズレを矯正しようとして「障害受容」という言葉を用いるということではないかということだ。

そして、今回のインタビュー結果は、そうした使い方は、いまや、多くのセラピストから支持を受けていないことの一端を示すものであったと考える。その理由をみると、そうした使い方に対する違和や不快があった。それはどのような違和や不快だったかと言えば、対象者の心情をアプローチ法に合わせようとすることへの違和だったり、障害に対して否定観を押し付けようとしていることに対する否定感であったり、あるいは、「障害受容」という言葉に現実味がないという違和感だった。そしてまた、「障害受容」を支援の目標だとする人たちが目標とする「障害にとらわれず楽にいられる」ことは、「障害受容」とは異なるものであること、そして「障害にとらわれず楽にいられる」を支持する感覚は、「他性の否定」を不快と思う「私」の感覚であり、その感覚は、どうしても「障害の否定」を含まざるを得ない「障害受容」を不快に思うことを述べた。つまりセラピストたちは、主に①と②に対して違和や不快を有していることがわかる。①については、「障害受容」の語感、用いられ方、あるいは志向性のなかに「障害の否定性」が含まれてしまうことに対する違

和や不快、また、②については、先に述べたとおりの用いられ方によって、「専門性」の遂行のために「対象者の心情」がおざなりになってしまうことへの否定感だった。要するにそれらのほとんどが、既述したような「障害受容」の用いられ方に含まれる諸々についての違和や不快であることがわかる。

Mさんは、「障害受容」は、経験年数とともに使用しなくなったとのことであり、多くのセラピストもそうではないかと言っており、それが今回の結果で明らかとなったセラピスト個人の感覚と関係するなら、「障害受容」という言葉が、実践場面において「専門性遂行」や「ひとの価値」における倫理感の試金石として存在している可能性がある。さらには、1990年代以降、リハビリテーションの言説空間において見られるようになった「障害受容」をめぐる批判的言説が影響を及ぼしているかも知れない。あるいはMさんが言うように、障害者の自立生活運動の思想などがセラピスト自身、あるいはそうした言論レベルにも波及し、実践・言説空間の双方へ徐々に影響を与えてきたと言えるのかも知れない。「地域の中で、自らの意志と責任において自らの生活を営むことを『自立』とする障害者の自立生活運動の思想は、それまでリハビリテーション思想が採用してきた身辺自立や職業的自立などの伝統的自立観の転換を大きく促すものであった。それはまた、リハビリテーションがこれまで採用してきた「ADL自立」や「職業復帰」を目指したアプローチ法に対する絶対的な肯定感を相対化したものであったことは容易に想像がつく。そして「障害受容」は、アプローチ法の円滑な遂行が妨げられた際に用いられてきたことはこれまで見てきたとおりであり、Mさんの指摘どおり、障害者の自立生活運動の思想が、リハビリテーション臨床における「障害受容」の使用を減速させる方に作用してきた可能性は大きいと考える。

謝辞：インタビュー調査にご協力くださいました皆様に心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

〈註〉

- (1) 4側面とは次の4つ。価値の範囲の拡大 (enlarging the scope of value)：自分が失ったと思っている価値の他に、異なったいくつもの価値が存在しており、それらを自分は依然として持っているということの情動的な認識 (emotional realization; 単に知的な認識ではなく、心の底からその確信に達すること)。障害の与える影響の制限 (containing disability effects)：自己の障害の存在は直視しているが、それが自己の存在全体の劣等性というところまで拡大しないように「封じ込める」ことができることが重要であるとされる。身体の概観を従属的なものとする (subordinating physique)：外見よりも人格的な価値、たとえば親切さ、知恵、努力、人との協力性などの内面的な価値の方が人間としてより重要なのだという認識 (ここでも知的だけではなく情動にまで及ぶ) に達するような価値体系の変化が重要とされる。比較価値から資産価値への転換 (transforming comparative value into asset values)：比較価値とは、他人、一般的な標準との比較による自分の価値。それに対し、自分の持っている性質、能力、それ自体に内在する価値に目を向けるのは実質価値から資産価値に立つ見方。自己のもつユニークな価値を再発見すること。
- (2) 半構造化面接 (semistructured interview) とは、質問項目の大枠は用意するが、被面接

者の応答により、ある程度の自由度を持って進める形の面接法 [Pope & Mays, 2000=2001:18]。

(3) 田島 [2006a]。

(4) 伍石 [2004] において、リハビリテーション臨床で「回復アプローチ」と「代償アプローチ」の「移行困難性」を「障害受容」の問題として表象しているということは既に実証されている。またその傾向は、筆者の臨床経験における印象とも符合するものである。

(5) 田島 [2006b] の考察部分で同様のことを述べた。

(6) 例えば、立岩 [2002] は、「障害」とは、その人にとっての「生きる様式」であり、「世界に対する対し方」であると述べる。また、田島 [2005a] においても、「障害」は、障害を有する一人ひとりにとって、独自の世界の感受の様式であり、固有の意味を持つものであることがわかる。

(7) 例えば、安積純子 岡原正幸 尾中文哉 立岩真也 [1990]。

(8) 田島 [2006b]。田島 [2006b] では、リハビリテーション領域における障害受容の公式な言説について、1970年代、1980年代、1990年代以降の時代区分を行い、各時代における言説の特徴を明らかにした。

(9) 土屋 [1994]、森 [1999]。

(10) 昭和40年に制定された「理学療法士法および作業療法士法」第2条2には「作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう」とある。また、田島 [2005b] では、作業療法の内在価値について、歴史的変遷を辿り、現在は「社会適応」に収斂されていることを指摘した。

(11) 立岩 [1997:105] に「私が制御できないもの、精確には私が制御しないものを、「他者」と言うでしょう。その他者は私との違いによって規定される存在ではない。それはただ私ではないもの、私が制御しないものとして在る。私達はそのような意味での他者性を奪ってはならないと考えているのではないか。Aの存在は、Aが作り出したものではなく、少なくとも作り出したものだけでなく、Aが身体aのもとにあるということ、等々である。その人が作り出し制御するものではなく、その人のもとに在るもの、その人が在ることを、奪うことはしない、奪ってはならないと考えているのではないか。もっと積極的に言えば、人は、決定しないこと、制御しないことを肯定したいのだ。人は、他者が存在することを認めたいのだと、他者をできる限り決定しない方法が私にとってよいのだという感覚を持っているのだと考えたらどうか」とある。本調査によって明らかとなったセラピストの感覚も、そうした立岩の指摘する他性に対する感覚と何らかの繋がりがあのではないかと考える。

(12) 立岩 [1997:109] には、「(他性について) 以上のべたことは、他人についてではなく、「私」についても言えることだと思う。その他者とは、自分に対する他人のことだけではなく、自分の精神に、あるいは身体に訪れるものであってもよい。私の身体も私にとっての他者でありうる。私が思いのままに操れるものが私にとって大切なものではなく、私が操らないもの、私に在るもの、私に訪れるものの中に、私にとって大切なものがあるのではないか。そしてそれゆえに、それを奪われることに私たちは抵抗するのではないか」とある。少なくとも感情・感覚は、自己にとって制御不可能性の領域であるという意味において、

それを（も）他性と言えらるだろう。とすると、ここで述べたような、他性を基軸とした自己・他者の肯定の感覚の（非）連続性の可能性が浮上してくると考える。

- (13) 宮前・山崎 [2006] によれば、日本における作業療法士養成課程は、世界保健機関 (WHO) の勧告により、1963年に国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院が開設されて以来、年々増え続けており、2000年には100校を越え、2005年には156校となった。ちなみに、2004年日本作業療法士協会会員統計資料 [2005] によると、2004年度現在の日本作業療法士協会の会員数は23151名であるが、そのうち、2002年度以降の会員が35%程度を占めており、今世紀に入る前後より、特に、養成校が増加していることを物語っていると考える。

〈文献〉

- 安積純子, 岡原正幸, 尾中文哉, 立岩真也 1990 『生の技法』 藤原書店.
- 石川准 1999 「障害, テクノロジー, アイデンティティ」, 石川 准・長瀬 修編『障害学への招待』明石書店, 41-77.
- 上田敏 1980 「障害の受容——その本質と諸段階について——」『総合リハビリテーション』8(7):515-521.
- 上農正剛 2003 『たったひとりのクレオール 聴覚障害児教育における言語論と障害認識』ポット出版.
- 奥山敏雄 2003 「「死の受容」と「人生の意味」——終末期医療における2成分の矛盾——」『社会学ジャーナル』28:93-111, 筑波大学社会学研究室.
- 伍石紋子 2004 「「身体を回復させること」に対するクライアントとセラピストの意味づけ——リハビリテーション現場の「協調的な相互行為」に見る矛盾の肯定的・否定的側面——」お茶の水女子大学大学院人間文化研究科発達社会科学専攻社会臨床論コース修士論文.
- Pope, C. & N. Mays 2000 *Qualitative Research in Health Care*, Second Edition, BMJ Books. = 2001 大滝純司監訳『質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために』医学書院.
- 田島明子 2005a 「障害を有する当事者の「障害受容」に関する言説」『作業療法』24 特別号 (第39回日本作業療法学会誌) :381.
- 2005b 「ひとの価値と作業療法——障害者の就労の3つの位相をめぐる一考察——」『作業療法』24(4):340-348.
- 2006a 「障害受容——リハビリテーションにおける使用法——」立命館大学大学院先端総合学術研究科 2005 年度博士予備論文.
- 2006b 「リハビリテーション領域における障害受容に関する言説・研究の概括」『障害学研究』2:207-233.
- 立岩真也 1997 『私的所有論』勁草書房.
- 2002 「ないにこしたことはない・か1」, 石川准・倉本智明編『障害学の主張』明石書店, 47-87.
- 2005 「良い死・4 - 自然な死」『Web ちくま』
(http://www.chikumashobo.co.jp/new_chikuma/index.html).
- 調査部 2005 「2004年日本作業療法士協会会員統計資料」『作業療法』24(4):408-422.
- 土屋貴志 1994 「障害が個性であるような社会」, 森岡正博編『「ささえあい」の人間学』法蔵

館 pp244-261.

南雲直二 1998 『障害受容 意味論からの問い』 荘道社.

——— 2002 『社会受容 障害受容の本質』 荘道社.

宮前珠子, 山崎せつ子 「作業療法教育におけるこの 10 年と今後」『作業療法ジャーナル』
40(2):141-150.

森正司 1999 「障害個性論——知的障害者の人間としての尊厳を考える——」
(<http://www.arsvi.com/1990/990600ms.htm>).

(たじま あきこ / 立命館大学大学院先端総合学術研究科博士課程・東京都板橋ナーシングホーム)

Directions for use of “disability adjustment” in clinical rehabilitation: Result of interview investigation to clinical occupational therapists and consideration

TAJIMA Akiko

Ritsumeikan University / The Tokyo Itabashi Nursing Home

This text is that directions for use of therapists' “disability adjustment” in clinical rehabilitation were clarified in interview investigation to seven clinic occupational therapists. From the result of the investigation, (I) Directions for use of “disability adjustment” in clinical rehabilitation, and (II) therapists' difference, unpleasantness, and negative and affirmative images were cleared. In consideration, the paper discussed critical examinations of such directions for use, and described the idea as it was not supported from the sense of “I” of the therapist who thought the denial of another character to be unpleasant. Also, it described the necessity to teach for “disability adjustment” at the course of the medical technological and vocational education.

Key words: disability adjustment, rehabilitation clinical, interview investigation