

自立生活障害者の地域生活を支えるヘルパーに求められる障害者観 —ヘルパーがもつ可能性と困難・「社会モデル」と「医学モデル」—

橋 本 真 奈 美

要 旨

自立生活障害者が望む介助の質を問うとき、ホームヘルパー（以下、ヘルパーと後述）についての考察は重要である。それは自立生活障害者の主観的視点に応答することでヘルパーは介助を行うのであり、応答の内容によって自立生活障害者の生活は大きく左右されるからである。それでこの論考では、まず自立生活障害者が望む介助と現制度下のヘルパーによる介護では齟齬があることを誰が介助を行うのかという論点から明確にした。そして「障害の社会モデル」と「障害の医学モデル」、さらには「生活モデル」について考察することで、自立生活障害者は「社会モデル」に拠る価値観でなければならないことを論述した。それは「社会モデル」が社会変革を内に秘めていることを明確にすることでもあった。続いてヘルパーに望まれる障害者観について考察した。始めに、国がヘルパーに求める障害者観が「医学モデル」であることを「ホームヘルパー養成研修テキスト」の検証から明確にした。続いて自立生活障害者の介助を行うヘルパーに求められる障害者観とは如何なるものなのかを考察した。そして「社会モデル」の障害者観を持つヘルパーによる介助が望まれると結論づけた。さらに、ヘルパーが自立生活障害者を介助するとき自立生活障害者がエンパワーメントする可能性があることを明らかにした。

キーワード：自立生活障害者、ホームヘルパー、社会モデル、医学モデル、エンパワーメント

1. はじめに

重度の障害をもちつつ親元や施設を離れ地域で暮らす自立生活障害者は、介助¹⁾を受けないと生活できない。そして自立生活障害者の家に訪問し介助を行う人にホームヘルパー²⁾がいる。これは障害者自立支援法による介護給付のサービスを自立生活障害者が利用しているからに他ならない。そして自立生活障害者がホームヘルプサービスを利用するときに問うことは、社会サービスとして位置づけられているホームヘルプサービスを経済的負担も含めて如何に使いこなすのかということと、自分が納得する介助を受けられるのかという2点に焦点化してくると考える。社会サービスの一環であるホームヘルプサービスは、その利用方法や充足の是非も含めて、制度としての社会福祉サービスを利用するという視点から問題の把握に努めなければ説得力のある要求としては成り立たない。しかし自立生活障害者にとって納得できる介助とは如何なるものなのかを問うときには、利用枠や方法といった制度の問題だけで把握できるものではない。そこで問われるのは介助の質であると考え。しかも自立生活障害者にとっての介助の質なのであり、一般化された「介護の質」とは立場を異にするものである。つまりホームヘルプサービスがそれを利用する自立生活障害者にとって納得できるものなのか、そうでないのかという問いに答えるには、自立生活障害者の主観的視点が重要になるのである。そしてホームヘルプサービスを実際に行うヘルパーとの関係の中に、自立生活障害者の主観的視点に應えるか否かも含めて、介助の質を大きく左右する問題があるといえる。つまり、ヘルパーが自立生活障害者の主観的視点にどのように応えうるのかは、そのまま自立生活障害者にとっての介助の質を左右する問題であり、ヘルパーに対する考察は重要であると考え。そのなかでも、ヘルパーとして自立生活障害者の元に訪問してくる人が持つ障害者観は、自立生活障害者の生活に直結する問題だと考える。何故ならば、利用者の指示を聴き介助行為をヘルパーは行なうわけだが、利用者の指示を聴くヘルパーがADLの「自立」支援を第一義と考えているならば、障害者が自分で出来る事を増やすための介護を是とすることになる。あ

るいは障害者に対するスティグマを内面化しているならば、おのずとそれは聴く態度に顕れるだろう。

よってここでは、障害学を中心に提起されている「障害の社会モデル」と、従来の「障害の医学モデル」さらにはケアマネジメントにおいて活用されている「生活モデル」を検証することで、自立生活障害者が介助を受ける際に望まれる、ヘルパーのもつ障害者観について考察する。そして、自立生活障害者が求める障害者観を持つヘルパーが介助を行うことによって生まれるエンパワーメントの可能性について言及する。

なお、この論考で言うところの自立生活障害者とは、重度の障害をもちつつ、親元や施設を離れ地域で暮らす障害者である。そして「自立生活」とは周知のとおり1970年代初頭に始まった「青い芝の会」の自立生活運動、及び米国で始まったIL運動が起源である。しかしこの論考の自立生活障害者には、こうした運動から影響を受けて、主体的に地域で暮らし始めた障害者たちも含まれる。

2. 自立生活障害者とホームヘルパー

自立生活障害者の家にヘルパーが訪問し、身体介護や生活援助を行なうことは当たりまえに見られる光景である。そして自立生活障害者は市町村からの支給要否決定、ならびに支給量の決定に則して障害福祉サービス事業者とヘルパー派遣の契約を結んでいるのである。このホームヘルプサービスを事業者と契約して利用するというシステムは支援費制度によって2003年から始められたものである。支援費制度によって、それまではヘルパー派遣を実施していなかった町村がヘルパー派遣の申請を受理するようになったり、あるいは他の市町村の事業所とヘルパー派遣の契約を結ぶことが可能になったといった利点が指摘された。また、高齢者介護のみを行なってきた事業者や障害者介助を積極的に行なってきた事業者の中に、高齢者・障害者の区別なくヘルパーの派遣を始める事業者が目立つことになった。そして事業者の要請を受けて障害者、高齢者の区別なく利用者宅を訪問するヘルパーが増加し

たといえる。これはヘルパーとして訪問したことで、初めて身近に障害者と出会う人もいるということでもある。と同時に、自立生活障害者からは高齢者に慣れたヘルパーでは困るといった指摘もなされるようになった³⁾。

この指摘は自立生活障害者各々の性格や、たまたまそこへ訪問してきたヘルパーとのやり取りの中から生まれた指摘とも言えるが、両者の相性といった個別性の問題だけで片付けられない要素も含んでいると考える。それは「世話をする」という表出した行動の背景にあるヘルパーがもつ意識である。自立生活障害者がヘルパーに求める意識についての論点は複数あるが、まずは障害者介助が生起した背景と、ホームヘルプサービスが生起した背景の比較を通して、誰が介助するのかという視点から論を進める。

・ホームヘルプ事業の創設と対象拡大の過程

1956年に長野県で始まった「家庭養護婦派遣事業」が日本における最初のホームヘルプ事業であり、1958年には大阪市において「臨時家政婦派遣事業」がはじまり、翌年から「家庭奉仕員派遣制度」に名称が変更されている。その後この制度は、布施市（現東大阪市）、名古屋市、神戸市、秩父市、東京都と各地で実施されるようになり、国は「1962（S37）年には、国庫補助事業として、家庭奉仕員活動費、月額11,700円を250人分、予算化した」とされる（須加1996:91）。これらの対象者は高齢者や母子父子、病身世帯といった生活困難を抱えた世帯であり、その規定は自治体によって若干の違いが認められた。しかし国庫補助事業ではその対象を「老衰、心身の障害、傷病等の理由により、日常生活に支障をきたしている老人の属する要保護老人世帯とする。」（昭和37.4.20 厚生省発社一五七）と厚生事務次官通知で限っており、派遣対象者を絞り込んでいたといえる。そして翌1963年に制定された老人福祉法のなかに家庭奉仕員派遣事業が明文化されることになる。これはそれまでの生活保護法による金銭給付と施設収容中心であった福祉サービスに、在宅における福祉サービスの導入を図るという新たな展開であった。しかし須加美明が「施設収容中心の時代に、全国制度にするためには、防貧的

な観点を強調せざるをえなかった」（須加1996:92）と指摘しているとおり、派遣対象が要保護老人世帯から、低所得家庭であってその家族が高齢者の養護を行えない心身状況にある場合と1965年に拡大されたとはいえ、ホームヘルプ事業は生活困難を抱えた「特別な」世帯に対するものであった。そして防貧的制度から脱却するには、1982年に派遣対象を所得税課税世帯にも有料で派遣できるとする改正まで待たねばならなかった。しかしこの派遣対象拡大に当たっては、厚生省社会局老人福祉課長通知によって、「今回、改正により、ひとり暮らし老人に限らず、家族等介護を行う者の得られない者についても、派遣対象に加えた」（昭和51.5.17 社老二九）とされた。つまり、介護は本来は家族が担うものであるという意識は明確に示されていたといえる。

それから、1967年に身体障害者家庭奉仕員派遣事業、1970年に心身障害児家庭奉仕員派遣事業が創設され、ホームヘルプ事業が高齢者のみではなくなっていた。しかし派遣対象について各法とも制定時に以下のように明記されていた。

身体障害者家庭奉仕員（以下「家庭奉仕員」という。）の派遣対象は、重度の身体障害のため日常生活を営むのに著しく支障がある身体障害者の属する低所得の家庭であって、その家族が介護を行なうことができない状況にある場合とする。（「身体障害者家庭奉仕員派遣事業運営要綱」昭和42.8.1 社更二四〇の二 厚生省社会局長通知）

心身障害児家庭奉仕員（以下「家庭奉仕員」という。）の派遣対象は、重度の心身障害のため日常生活を営むのに著しく支障がある心身障害児（十八歳以上の精神薄弱者及び重症心身障害者を含む。以下同じ。）の属する低所得の家庭であって、その家族が当該心身障害児の介護を行なうことが困難な状況にある場合とする。（「心身障害児家庭奉仕員派遣事業運営要綱」昭和45.8.10 厚生省発児一〇三 厚生事務次官通知）

このように高齢者に遅れて家庭奉仕員が身体障害者や心身障害児に派遣されるようになるが、身体障害者や心身障害児の介護は、その障害が重度であっても本来は家族が担うものであるという意識は明確な中で作られた制度であった。そして幾度かの法改正を通して「家庭奉仕員派遣事業」という呼称が廃止され「ホームヘルプサービス事業」に変わり、派遣対象の規定から「家族が介護を行なうことが困難である状況」といった、本来は家族による介護を期待することを意とする文言は消えている。しかし、措置から契約へという転換点にあった支援費制度でも、現行の障害者自立支援法においても、自治体による支給要否決定において「当該障害者等の介護を行なう者の状況」⁴⁾ という文言で、自治体による裁量権の勘案事項の中に、誰が介護を担うのかという視点は残されている。

以上をまとめるならば、ホームヘルプサービスは地域で必要に迫られて立ち上がった家庭奉仕員派遣制度を起源とするが、国の管理下に置かれると同時に高齢者であって要保護世帯という限定された派遣対象になり、後に低所得世帯に緩和されたとはいえ、この規定は20年続いた。さらに介護をする者がいない高齢者という「特別な」高齢者を制度発足当時から対象にしていたといえる。そして、介護は本来は家族が担うものであるという意識は高齢者に遅れてはじまった身体障害者家庭奉仕員制度でも、心身障害児家庭奉仕員制度でも同じであった。このことは利用者とサービス事業者が対等であるとされる「契約」システムを導入した障害者自立支援法下であっても、自治体をもつ裁量権の勘案事項の中に介護者の状況として残されたのである。

・自立生活運動が求めた障害者介助

40歳、50歳になっても親の保護下に置かれ責任主体とみなされない生活、あるいは安全と弱者保護という医学的配慮をまとった隔離と管理が正しいとされる施設、これら様々な抑圧からのがれ、一人の人間として当たり前の生活を始めるという考えをもった重度の障害者たちが、親元や施設を離れ地域で生きることを始めたのは1970年代とされる。この頃、介助者の確保は個人

の問題とされていた。つまり障害者本人が大学や駅といったところで介助者募集のビラを配ったり、あるいは障害者運動の中から介助者を確保するというのであった。それは介助者確保ができなければ親元あるいは施設へ戻らねばならないという状況や、障害が重度であるほど多くの介助者を繋ぎ止めておかねばならないということでもあった。さらに、横田弘が「一だから『青い芝』が言う、僕が言うお金が間に入る介助ってというのはどうなのかな、っていう思いはありますよ。」（横田2004:31）と述べているように、一緒に社会を変えていく運動として介助を位置づけ無償であるべきとする意見や、新田勲がいう「弱者に対する保障を国家が担ってこそ、弱者は健全者と対等なものと言ったり、闘ったりすることができる」のであり「本来、障害者の介護は国がきちんと保障するもの」（新田1998）という意見など、有償介助と無償介助、さらには有償ボランティアといった金銭の位置づけに対する思いも様々であった。そうではあったが、地域で生きる障害者が一人また一人と増えるにつれ、経済的保障が希薄な彼らにとって公的介護体制を安定させることは自立生活の要ともいえるものであった。そして全身性障害者介護人派遣事業といった制度の創設や、介護時間を増やす交渉を自治体に対して行なうなどの様々な運動を通して、障害者介助は次第に広がってきたといえる。そして現在は支援費制度、障害者自立支援法といった法律改正を通して、ホームヘルパーを派遣する事業者と利用者である障害当事者が「契約」することでヘルパーが訪問してくるといふ、介護保障制度が介助の中心をなしている。

それから障害者介助が独自に生み出したシステムとして自薦式登録ヘルパー制度がある。この制度は杉本章によると「利用者から名指しで推薦された人がヘルパーとして登録し、専属的にその利用者の介助に当たるといふ方式」（杉本2001:148）である。そしてここでいう「ヘルパー」はホームヘルパーの有資格者でなければならないのだが、緊急の場合、研修は後日でも構わないとした自治体もあり、地域によって弾力的な扱いがなされていたといえる。これは障害者の身体特性の個性性が強いために、一般的な介護方法で

はなく、その人一人ひとりに適した身体介護を行なうことが求められるからである。つまり自薦式登録ヘルパー制度により、障害者の申請に応じてヘルパーを派遣しなければならない自治体サイド（熊本市の場合は熊本市社会福祉事業団福祉公社）は、その人の特性を理解している「ヘルパー」を確保することになり、一方のヘルパー派遣を申請する障害者は、自分の介助を理解している人、あるいは自分の生活に合わせる人を自分の「ヘルパー」として選ぶことが可能であった。さらにこの制度によって派遣される「ヘルパー」は、ホームヘルパーとして障害を持つ利用者に出会うのではなく、障害者であるその人に会い、自らの意思で介助を行いその人の「ヘルパー」になったのである。

なお支援費制度以降、全身性障害者介護人派遣事業は中止となり⁵⁾、加えて介護保険制度によって都道府県から指定を受けた訪問介護事業者が居宅介護事業者として障害者介護へ参入してきたことに伴い、厚生労働省はサービスの質の確保を図るという理由の下ヘルパー研修を全国一律で義務付けた。これにより、有資格のヘルパーでなければ支援費制度による介護者として利用ができないことになった。そして現在は障害者介護を行なえる指定障害福祉サービス事業者が不足、あるいは無い地域では「全国ホームヘルパー広域自薦登録協会」が会の趣旨を広めつつ利用をすすめている。この会は「全国の障害者団体が共同して47都道府県のほぼ全域（離島などを除く）で介助者の自薦登録が可能」（障害者自立生活・介護制度相談センター、2005:348）にするために障害当事者団体が作り出した全国ネットワークである。そして自分に適したホームヘルプサービスを提供できる事業者が地域にない、あるいは既存の事業者に属しているヘルパーに介助を受けたくないときに活用できる制度である。つまり、自らが選んだ介助者にヘルパーの資格を取得させ、「全国ホームヘルパー広域自薦登録協会」に登録することでホームヘルプサービスを利用することが可能になり、同性介助や利用時間、介助者との相性といった諸々を解決できるとされている。加えてヘルパー派遣事業者から派遣されてくることで初めて出会うヘルパーではなく、自分が出会った人

にヘルパーの資格をとってもらい、自分のヘルパーにすることができるシステムなのである。

このように障害者介助は、親元や施設からの独立と障害者運動を契機として始まり、公的な介護保障を求めてきたといえる。そして、家庭奉仕員派遣制度から始まりホームヘルプ事業へと変化した現在の介護給付サービスが内包する、本来は介護は家族が担うものであるという意識とは立場を異にするものであった。

3. 障害の社会モデル

日本の自立生活障害者に大きな影響を与えたのが脳性マヒ者を中心とした「青い芝の会」の存在である。「青い芝の会」による障害者解放運動は、1970年に横浜市内で起きた障害児殺しに対する減刑嘆願運動に危機感を持ち厳正裁判を要求したことから始まり、優生保護法改正阻止運動、川崎バスジャック事件といった一連の運動を激しいまでに展開したのであるが、これらの軌跡をみるならば、障害者の存在を社会の中に認めることを「青い芝の会」は要求してきたといえる。当時、身体障害者家庭奉仕員制度は制定されていたとはいえ、重度障害者の属する低所得の世帯であって家族が介護を行なうことができない状況という「特別な」家庭のみを派遣対象に限定し、さらにその派遣回数も当初は「おおむね1世帯当たり週1回以上」と規定されていた。このように家族介護が当たり前であるとされる中で「青い芝の会」は、障害をもつ子を母親が殺しても減刑は当然であるという社会風潮は障害者を「本来あってはならない存在」として扱っている、という告発を行なったのである。そして「本来あってはならない存在」としてしか扱ってもらえない障害者たちが、最初に取り組まなければならなかった問題が自分たちの生きる権利を守ることであったことは、日本の障害者解放運動の特記すべき点である。つまり社会にある障壁を問題にする前に、存在の肯定を求めなければならなかったからである。しかも資本主義社会の中であって、脳性マヒという重度障害のために残余的福祉に甘んじることを強いられた彼らが存在の肯定

を求めるということは、重度障害者であるそのままの自分を受け入れることを社会に求めたのである。これは横塚晃一が次のように述べていることから見て取れる。

脳性マヒ者としての真の自覚とは、鏡の前に立ち止って（それがどんなに辛くても）自分の姿をはっきりとみつめることであり、次の瞬間再び自分の立場に帰って、社会の偏見・差別と闘うことではないでしょうか。（横塚1975:72）

ところでイギリス「障害学」を確立したとされるオリバーは「障害者は境遇がうみだす個々の犠牲者というよりは、社会的な配慮を受けずに無視されてきた集合的な犠牲者として見なされる」（Oliver1990=2006:21）とし、社会的障壁を問題にしている。これは1976年にUnion of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) によって採用されたインペアメントとディスアビリティの定義⁶⁾を基にディスアビリティの本質・原因・経験といった根本的問題を発展させた中から理論化されたものである（Barnes et al. 1999=2004:48）。つまり、オリバーはインペアメントとディスアビリティを区別することで、障害者の生き辛さの原因を社会の側に求めたのである。これは後にオリバー自身がインペアメントとディスアビリティを強調した理由として「社会運動によって変革すべき問題を明らかにし、それに取り組むための実践的な試み」（Barnes et al. 1999=2004:125）と述べているように、「ディスアビリティ理論が個人的経験を無視しているという批判」（Barnes et al. 1999=2004:124）をうけることになった。ここで指摘された個人的経験とは、インペアメントを持つ身体の実験のことであり、モリスは「私たち障害者は健常者とはちがう」のであり「私たち自身の（身体上のまたは精神上的の）差異そのものは否定しない」と主張した（杉野2002：261）。そして現在これらの主張は、インペアメントとディスアビリティの区別を強調する「第一世代」の「障害の社会モデル（社会モデルと後述）」と、

モリスたちの「差異派」と呼ばれる「第二世代」の「社会モデル」という捉え方をされている⁷⁾。

ところでモリスのインペアメントのある身体を否定しない、さらにはインペアメントをもつ自身の経験も否定しないという主張は、前出の横塚の主張と似ているといえる。脳性マヒという重度の身体障害を持つ自分をつみめ、そこから社会に対して自分たちの存在を認めろという「青い芝の会」の主張は、イギリス障害学における「第二世代」の「社会モデル」に近い主張である。このことを杉野昭博は『『青い芝』の思想を原点として思考を積み上げてきた日本の『障害学』にとっては、イギリスの障害学は、オリバーらの『第一世代』よりもモリス以降の『第二世代』の主張の方がなじみやすい』（杉野2002:272）と述べている。そして「本来あってはならない存在」とされていた障害者たちが、自分たちの存在そのものを認めさせなければならなかったと言うこともできる。

このように日本における障害者解放運動は、イギリス「障害学」のいわゆる「第二世代」の「社会モデル」に近いところから始まったのであり、障害者解放運動には「社会モデル」が内包されていたのである。そして自分たちの存在肯定を社会へ発信することや、権利としての介護保障を求めていく姿勢は、自立生活障害者が地域で生きていく上で重要な主張として継続されることになる。これは日本の「社会モデル」による主張が継続されたということでもある。何故ならば、介護保障を権利として要求し、他人の手を使うことで、地域で生きる自立生活障害者の存在を肯定するには、「社会的配慮を受けずに無視されてきた」障害者が社会的配慮を権利として求めていかなければならないからである。

そしてイギリスと日本のいずれにしても、「社会モデル」は「ディスアビリティ」を個人が被る制約条件とみなすのではなく、社会の側こそを“問題”と定める。そして問題の“解決策”を提供するものとして、根本的な社会的・政治的変革を求める」（Barnes et al. 1999=2004:15）のである。つまり障害者の参加を拒む社会の側に問題があるという主張はイギリスと日本に共通し

ているのである。そしてディスアビリティ（Disability）は社会によってつくられるものであり、障害者をディスエイブリング（Disabling）⁸⁾にする仕組みが社会にあると「社会モデル」は指摘している。ここでいうディスエイブリングとは無力化のことであるが、それはスティグマの付与や、障害のために経済活動から遠ざけられる人が多いことからもたらされる経済的な剥奪と依存、さらには社会サービスに依拠することで責任主体とみなされ難い経験の蓄積といった様々なかたちで社会に存在する。それらは、差別、抑圧、搾取、無力化（powerlessness）、周辺化といった言葉で説明されるものであり、そこでは労働力、経済力あるいは健康、美醜といった様々な尺度からもたらされる差別が幾重にも絡み合っている。こういったディスエイブリングな仕組みに異議を申し立て、社会変革を目指す「社会モデル」であるならば、障害者が自分のことは自分で決めることは当たりまえであり、また自らの権利保障を社会に発信することも当たりまえなことである。

また「社会モデル」が社会に存在する障壁を問題にするということは、その障壁を形づくっている社会の価値観、並びにその社会の中で暮らす者の価値観も合わせて問題にしているということである。それは障害者をディスエイブリングにするのは、「健常者」が暮らす社会であり、なおかつ社会のマジョリティとして社会の中心で暮らす「健常者」であることの認識を迫るということである。そして「社会モデル」は障害者の抱える問題を捉えるときに、ディスエイブリングにする仕組みまで視野に入れることが求められるということになる。つまり「社会モデル」において障害者の困難を考えるとときには、例え個人的といわれる困難においても、社会との関係において生起するものとして把握するということになる。それならば介助を利用するという個人的なことも、社会との関わりにおいて把握することになる。

以上から、自分たちの存在の肯定を求めることから始まった障害者解放運動から多大な影響を受けた自立生活障害者の主張を「社会モデル」で捉えなおすならば、地域で生活するために必要な介助を提供しない社会に問題があるのであり、また彼らの参加を阻む社会の側に問題が存在するということに

なる。そして自立生活障害者が求める他人の手を使うことの正当性が主張されることになり、社会に対して介護保障を求めることは当然なことになる。

4. 障害の医学モデル／生活モデル

前段で障害者が自分のことは自分で決めることは当たりまえなことであると前述したが、この当たりまえことをわざわざ言わねばならないところに障害者問題が存在する。それは障害者が責任主体として自分のことを自分で決めるということが当たりまえではない状況があるからである。つまり障害者を、自分一人では出来ないことがある弱者であり、護られるべき存在であり、福祉受給の対象者であると位置づける「障害の医学モデル（医学モデルと後述）」のパラダイムがあるからである。この「医学モデル」を国際生活機能分類では「障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療というかたちでの医療を必要とするものとみる。障害への対処は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目標になされる。主な課題は医療であり、政治的なレベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる。」（障害者福祉研究会2002:18）と定義している。つまりこの「医学モデル」に依拠すると、障害者は障害の原因を病理的なものに求められ、その結果、障害は個人の問題であり障害は克服されるべき対象と位置づけられることになる。それは医学の権威による専門家主導を強めることになり、障害者を病者／弱者であると位置づけ、専門家の決定に従うことを求めることになるのである。さらに個人に対する支援が強調されるあまり、社会に対する責任の問いかけや社会への変化の要請が為されないという事態も招くことになる。

また、「医学モデル」がもつ「規範的な姿勢」は健康、美醜といったことを強化し続けるだけでなく、社会福祉においても大きく作用することになる。つまり諸々の福祉受給を受ける際の判定、あるいは労働からの免除が医学的判断でなされるからである。このことは医療を中心とした専門家支配を強化するだけでなく、障害者は「健常」な状態を目指すことを求められ、そ

れが出来ないということは、即ち依存的な存在であるとする見方が強化されることになる。それならば自立生活障害者が仮に「医学モデル」に囚われたままでは、自立生活障害者は常に「健常」な状態を目指す、あるいは「健常」な状態に合わせるための努力を行わなければならないのであり、医学をはじめとした専門家の指導に従うことを求められることになる。それでは「安全ではない」といった理由づけの下、地域で生活することそのものができなくなる事も起こりうるのである。

ところでヘルパーが自立生活障害者のもとへ出向き様々な介助を行うとき、基本的なサービス内容は事前に取り決めてある。これは「訪問介護」がケアマネジメントのなかに組み込まれた援助サービスの一つとして位置づけられている場合が大半だからであり、アセスメントによって明確にされているとされる利用者のニーズに対応したサービスの一環であるからである。ここでいうところのケアマネジメントは「効果的・効率的な統合的サービス供給のシステムづくりと実践方法を探究する行政のプロジェクトをとおして、1970年代にアメリカで登場し定着してきた」（副田2005:159）ケースマネジメントのことであり⁹⁾、フォーマル、インフォーマルに係わらず社会資源と利用者のニーズを結び付けることを目指すものである。2000年の介護保険制度開始によって、日本でもケアマネジメントが介護保険を利用するときに求められることになった。そしてケアマネジメントの手法として「生活モデル」が強調されている。これは障害者を対象とした福祉サービス利用においても同様に、厚生労働省によって2002年に策定された「身体障害者ケアガイドライン」の文中にも、「障害者を対象とするケアマネジメントは専門家主導のモデルではなく、利用者主体の『生活モデル』でなければなりません」¹⁰⁾と明記されている。

ケアマネジメントの手法としての「生活モデル」はソーシャルワークにおける「生態学的視点から湧きでた生活モデル」(Germain=1992:9)にその生起が見て取れる（中村2005:119）のであり、ソーシャルワークにおける「生活モデル」は障害者に対する「生活モデル」を内包しているといえる。ここ

という生態学的^{エコロジカル}視点から湧きでた「生活モデル」とはジャーメインが提唱した「問題を病理の反映としてではなく、他人や、物・場所・組織・思考・情報・価値を含む生態系^{エコシステム}の要素の中の相互作用の結果として捉える。人格障害ではなく、生活の問題として概念化されている。」ものであり、『生活モデル』は、治癒と成長への潜在的^{ポテンシャル}可能性を促す専門職的な行動様式を必要とするが、個人の適応能力と、実世界での社会的なサポートという両面でなされるものである（Germain=1992:11）。

そうであるならば、「医学モデル」のように障害者を治療対象としてのみ扱うことはしないことになる。また環境との相互作用に注目することで、個人のみに変化を求めるといってもないのであるから、障害者にとって受け入れやすいアプローチのようにみえる。しかし、人と環境の関係性に注目しつつ双方に働きかけて適合もしくは適応させるという考え方は、「健常」な状態を目標としつつ、その手法に環境との適合、つまり環境に合わせて自身を変えること、あるいは不都合で仕方がない環境に働きかけて不都合な箇所を減らすようにしていくといったことを求めているのである。一見すると現実的な対処法のように見える。しかし障害者差別が現存する社会が、いわゆる「健常」な社会であるといった自省的な視点が「生活モデル」に無くとも支援は可能なのであり、その環境との接点に注目し調和させる手法に留まるならば、環境をつくり上げているものの是非を問う必要はないのである。

「社会モデル」は障害者をディスエイブリングにする仕組みが社会に存在することを問題にするのであり、経済活動からの排除や、あるいは常に特別な配慮を必要とする存在であるとされる扱いの数々を社会に問い直しているのである。このことは、ディスエイブリングにする仕組みによって、つまり社会によって障害者が無力にされている存在であるということに対する理解を「健常者」に対して求めているのであり、「健常者」が暮らす社会が無力な障害者をつくりだしていることに対する自覚を「健常者」に求めているといえる。つまり「社会モデル」は環境の変革をその中核に秘めているのであり、「生活モデル」がもつ環境と利用者との接点における調和的な解決を求

めているのではない。

以上から、「生活モデル」が環境に対する配慮があるという点は認めつつも、既存の社会システムの中で専門家主導による問題解決を図るというアプローチに結果的に帰着するという点では、生活主体者として地域で生きることを求める自立生活障害者の存在を肯定するものにはなり得ないとする。

5. ヘルパーに国が求める障害者観

介護保険法あるいは障害者自立支援法の制度はホームヘルプの報酬は利用が発生した時のみ支払われるという制度であるために、事業所がヘルパーを常時雇用するというシステムだけでなく、ヘルパーを登録するというシステムも取り入れられている。そして登録ヘルパーであるならば、利用者宅でホームヘルプの仕事をしたときだけ賃労働として認められるのであり、事業所に集うことは原則としては賃労働としては求められていない。そして現在では、この登録型で事業所と契約しているヘルパーが占める割合が多い。この登録型という非常に緩やかな勤務形態は、同じ仕事を共有する者たちが集う機会を減少させているといえる。この集う場の減少は同じ仕事を共有する者たちの情報交換の場の減少であり、事業所からヘルパーへの情報伝達の場の減少でもある。またヘルパーという職種は、限られた空間の中であって利用者の状態・状況・要望に即して自身の行動を変化させなければならないという、個人での判断が求められる機会が多い労働である。しかし他の対人援助関係の労働に従事している者と比較して、ヘルパーは情報の交換あるいは伝達場が少ないのである。それならば、ヘルパーという資格を取得する時に受け取る情報は、途中で訂正される機会も少なくなり継続されやすいといえる。

ホームヘルパーになるには「ホームヘルパー養成研修」を受講しなければならない。この養成研修は厚生労働省が示す「訪問介護員養成研修カリキュラム」に対応した研修であり、そこでは1999年の厚生省「訪問介護員養成研修テキスト作成指針（ガイドライン）」に準拠したテキストが使用されてい

る。

なお、日常生活支援従業者養成研修という研修をカリキュラムに添って20時間受講すると全身性障害者に対する日常生活支援は行なえることになるが、これは対象者も提供サービスも限られることになる。そしてこの研修を実施しているのは「全国ホームヘルパー広域自薦登録協会」に関係する一部の障害当事者団体のみであるため限定された研修といえる。そのため、ここであるところの「ホームヘルパー養成研修」には含まない。

ところで各地で実施される「ホームヘルパー養成研修」にみられる運営主体や講師は幅広いものであり、運営主体独自のホームヘルプ事業に対する考え方が養成研修に反映される余地は大きいといえる。であるが、そこで使用するとされるテキストの中に国が求めるヘルパー像が読み取れるのである。それでここでは、厚生労働省の「訪問介護員養成研修カリキュラム」に対応し、かつ1999年の厚生省「訪問介護員養成研修テキスト作成指針（ガイドライン）」に準拠している長寿社会開発センター¹¹⁾発行の『2006年改訂版ホームヘルパー養成研修テキスト2級課程第1巻～第4巻』並びに同テキスト『1999年改訂版』の比較を通して、ヘルパーに求められる障害者観について検討する。

ホームヘルパーの研修が行われるようになったのは、「家庭奉仕員採用時研修」という名称で1982年にホームヘルプの研修カリキュラムが初めて整備されてからであり、本格的な研修は1987年に「家庭奉仕員講習会」としてスタートする。そして高齢者保健福祉推進十か年戦略が制定された1991年に、「訪問介護員」という呼称のもと1級から3級までの段階別研修が行われるようになる。さらに1995年のカリキュラム改正や、介護保険導入に合わせた1999年の訪問介護員養成研修テキスト作成指針の改訂が為されてきた（須加1996:97-9；ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2005:294-6）。加えて2006年にはヘルパー2級等の現任者を介護福祉士へキャリアパスさせることも視野に入れた改正がなされた。これは訪問介護員等の専門性を高めることを目的とした全国社会福祉協議会による「介護サービス従事者の研修体

系のあり方に関する研究会」の最終まとめを受けたものである。しかしその内容は厚生労働省担当課長会議資料を見る限り、高齢者ケアにおける認知症の理解や医療・看護のとの連携を中心においたものであり、改正の前後においてヘルパーに求められる障害者観が大きく変化するとは考えにくい。さらに『ホームヘルパー養成研修テキスト2級課程2006年改訂版』と『同 1999年改訂版』を比較した限りにおいても、そこで求められる障害者介護における基本的な視点に変わりはないといえる。以下はテキストからの引用であるが、2文とも記載されている単元の表題に若干の違いはみられるが、同様な文言が2006年改訂版と1999年改訂版の両テキストに記載されている。

利用者と健常者あるいはいろいろな属性をもった人びととの人間関係は、ノーマライゼーションの一部である社会的統合に向けて形成されていくことが求められます。そのためには、利用者の経済的、社会的生活はいうまでもなく、居住環境などにも配慮し、生活の諸側面における利用者自身の自己決定を基本とした自立支援のケアサービスの提供が必要になってきます（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2006:5-6；同1999:11）。

上記文は2006年改訂版並びに1999年改訂版ともに、「第一章福祉サービスの基本視点 第一節福祉理念とケアサービスの意義」のなかで「ノーマライゼーション」という項目で記載されている。なお、「ノーマライゼーション」が1999年改訂版では「ノーマリゼーション」、「自立支援のケアサービス」が1999年改訂版では「統合化されたケアサービス」となっている。

日常生活をより自立的に送るためには、心身の機能を低下させないための予防的活動や心身の機能を維持・改善するためのリハビリテーション等を積極的に行うという視点と、日常生活において、可能な限り自分の力で生活を営むように努めるという視点の両方が必要でしょう。ホームヘル

パーの立場から考えれば、サービス利用者が自立的に日常生活を維持するように、心身の機能を活性化させるようはたらきかけることである一方、必要不可欠な援助のみを行う、あるいは過不足のない援助を行うということになるでしょう（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2006:45；同1999:53）。

上記文は2006年改訂版並びに1999年改訂版ともに、「第一章福祉サービスの基本視点 第二節サービス提供の基本視点」のなかに記載されている。そしてこの文中にある「自立的」とは自立生活障害者が求める自立ではなく、ADL（日常生活動作）重視の「自立」であるといえる。

このように『ホームヘルパー養成研修テキスト』が求めている介護は、ノーマライゼーションの一側面である社会的統合を目指すことが福祉理念の一つとされ、さらに心身機能の重視や自力で出来ることは極力自分で行うべきであるといった「自立」観が求められているのである。ここで言われるところの「心身の機能を維持・改善する」とはいわゆる「健常」な状態を是と位置づけているのであり、さらに「リハビリテーションを積極的に行うという視点」の必要性を述べているのであるから「医学モデル」下の「自立」観といえる。しかも2006年改定版テキストに「“自律的生活を可能にするよう援助する”ことが介護の理念」（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2006:45）であるとされ、さらに「より自分らしい日常生活を営むためには、依存をより少なくすることが望ましい」（ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2006:45；同1999:53）とも記されている。自立ではなく「自律」なので、依存状態を非と位置づけているのであるから、「必要不可欠な援助のみを行う、あるいは過不足のない援助を行う」ことをヘルパーに求めることになる。しかし当たりまえの生活をするために地域で生きる自立生活障害者は、他人の手を使い自らの生活を形づくらねばならないのであるから、他人に依存することで自立した生活が可能になるのである。

またノーマライゼーションであるが、近年のノーマライゼーション理念は

障害の有無や社会における属性にかかわらず、広く社会生活上の権利保障を目指す理念として定着しているといえる。しかし社会的統合という一部が強調されることは「障害者を“通常”の人により近づけていくこと」(Barnes et al.=2004:104) が強調されることであり、障害者をディスエイブリングにしている社会が“通常”の社会であるというノーマライゼーションの限界を不可視化する。

このように、ヘルパーに国が求める障害者観はノーマライゼーションを理念に掲げるものの、その一部を強調することで「通常」の状態を是としている。さらに「医学モデル」下の介護観であるために「健常」な状態も是として位置づけているのである。これらは、現在の社会が障害者をディスエイブリングにしているのであるから「根本的な社会的・政治的変革」を求めるという「社会モデル」の主張とは全く反対なのである。加えて、必要不可欠あるいは過不足のない援助を求めるという介護観は自立生活障害者がもとめる介助との齟齬が大きいといえる。

6. ヘルパーが秘める可能性

ヘルパーが自立生活障害者の元へ出向き介助を行う。介助をする者と介助を受ける者という表面から見える役割や「利用者の意思を尊重する」(ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会2006:49) といった言説からは不可視化されているが、情報の極端な偏在や、必要なときにいないと困るのは自立生活障害者であるという現実などにみられるように、自立生活障害者とヘルパーは非対称の関係を含んでいる。自立生活障害者の元へヘルパーが訪問し介助を行うとき、自立生活障害者はヘルパーが自分の居住空間に入り込むことを認め、料理・洗濯・掃除といったプライベートなことを依頼し、さらには自分の身体介護を任せることになる。自立生活障害者にとってヘルパーは自分の情報をふんだんに分け与える重要な他者なのである。そして訪問が長期に及ぶヘルパーであれば、それだけ受け取る情報も多くなる。

国が「ホームヘルパー養成研修」で使用することとするテキストに示して

いる障害者観や、あるいは各地でおこなわれるヘルパー養成講座で受け取る障害者観がある。さらにはそれらから導き出された介護の専門職としてのあるべき姿がある。ヘルパーはこれらを受け取って資格を取得することになる。そして自立生活障害者の元へ訪問し、重要な他者としてプライベートな情報を受け取り、自立生活障害者の生活する姿勢や態度に接し、さらには障害者としての困難を身近に感じるといったことを経験しながら、自立生活障害者の介助を続けていくことになる。また自立生活障害者も自分の生活を主体的に生きるとはいえ、他人の手を使うのであるから、ヘルパーに指示をすると同時に相談、あるいは質問といった様々な言葉（非言語的なものも含む）をとおしてヘルパーと関係することになる。そして自立生活障害者とヘルパーが互いに協力することで、自立生活障害者が望む介助が成し遂げられているのであり、その積み重ねが無ければ自立生活障害者の生活は困難になる。

では、自立生活障害者と協力して自立生活をつくるヘルパーが持つべき障害者観とは如何なるものが求められているのか。ヘルパーの大半はいわゆる「健常者」であり、社会のマジョリティである。それならば周辺化されている人々の存在に気がつかなくとも不思議ではない。さらに障害者をディスエイブリングにしている社会に暮らしているのであるから、障害者に対する差別や抑圧を無意識のうちに内面化している人は多いと言える。

そしてヘルパーが、国が求める「医学モデル」下の障害者観を持ちつつ「介助」をするならば、それは障害者の主体性を否定する介護にしかならない。何故ならば、自立生活そのものが安全ではないとヘルパーの内面で否定されることも起こりうるのであり、また自立生活障害者は保護すべき弱者として常に扱われるからである。さらに主体的に生きることを求める自立生活障害者の要望は、ヘルパーからは単なる「わがまま」として扱われることも否定できない。加えて障害者は責任主体とみなされないために、ヘルパーが自立生活障害者の生活を「安全」かつ「健常」な状態に近づける為に管理しようとすることも起こらないとは限らない。これでは一人のための施設になって

しまう。

それでは、ヘルパーが「社会モデル」に立った介助を行うとはどういうことなのか。それは障害者を差別や周辺化といった形でディスエイブリングにしているのが社会であり、いわゆる「健常者」である自分たちだと気づいているということである。このことは、障害者が障害ゆえに抱える生き辛さをその人の責任であるとは言えないのだという理解に結びつく。それならば、障害ゆえに出来ないことを他人が変わりに行なうことを個人の責任として扱う社会の矛盾に気づき、さらには介護保障を権利として求める自立生活障害者の姿勢を当然なこととして受け入れることになる。そして医療を中心とした専門家による指導や支援、援助という名目で行なわれがちな管理のおかしさに気がつくならば、ヘルパーが自ずと自立生活障害者の生活や、そこで時々発信される要望を尊重することは当然なことになる。自立生活障害者の存在を肯定しているという意識はなくとも、自立生活障害者も自分も同じ人なのだと分かって介助をするということであり、対等平等な関係になる。さらには、障害者をディスエイブリングにする様々な仕組みから抜け出ることを目指し、地域で生活する自立生活障害者の生き方に強さ（strengths）を見ることも起こりうるのである。

ところで、自立生活障害者がヘルパーの介助を受けながら地域で自立生活を継続させつつ、介護保障といった権利や自己決定・自己選択の生き方を周囲に表明していく過程は、エンパワーメントのプロセスであると考ええる。エンパワーメントについて狭間香代子は「社会的に差別や抑圧を受けている人びとが、自らの主体性をもって、力を行使できるようになるプロセスを意味する」（狭間2001:146）とする。さらにパワーの概念については「関係性の上に成り立った他者に対する影響力」（狭間2001:154）としている。また自立生活障害者は、小松源助が「パワーの欠如状態（powerlessness）」と位置づける「抑圧されている環境の中で『否定的な評価』（negative valuations）を受け」ている存在である（小松2002:155）。つまり、自立生活障害者の生活をエンパワーメントの過程で捉えなおすならば、ディスエイ

ブリングする社会でパワーレスの状態に置かれている障害者が、主体的に生きることを目指して地域で自立生活を始める。そして、訪問してくるヘルパーの介助を利用しつつ自立生活を継続させる中で、ヘルパーとの非対称の関係性や地域との関わりといったことの経験を通して、他者に対する影響力を身につけ、さらには自らの権利と意見を社会に表明していく、あるいは自立生活をしている自分を地域に示すことで障害者に対する理解を周囲に広げていく、と説明できるのである。ただし、訪問してくるヘルパーが「医学モデル」下の介護を行なうのであれば、弱者として扱われ責任主体となり得ないのであるから、パワーの回復は困難になる。

エンパワーメントを可能にするには、ヘルパーが自立生活障害者と対等平等な関係で介助を行うことが求められる。加えてヘルパーが、自分と同じく責任ある個人として自立生活障害者を扱わなければならない。さらに、無力にされている状態からの決別を目指す自立生活障害者の生き方に強さを認めるといった、相手の存在に対する肯定観を持つことができるヘルパーが求められることになる。

それから、障害者にとって自立生活の実現がエンパワーメントの過程そのものであるということは、エンパワーメントの生起した社会背景を鑑みるならば説明できる。何故ならば、ソロモン（Solomon.B）がエンパワーメントという新造語を基本概念に据えて発表した著作の社会背景が、ブラックパワーによる公民権運動にあり、さらにエンパワーメントに影響を及ぼしたとされる社会運動に、民族独立運動・公民権運動・フェミニズム運動・セルフヘルプ運動・障害者の権利運動があげられる（和気2005：206、狭間2001：146）。これらは社会（マジョリティ）によって周辺化されている人びとからの異議申し立てであり、人としての尊厳をマイノリティの人たちが求めるという姿勢が共通した運動である。そしてこれらは、自立生活障害者が社会に対して求めることと同じであるからである。

しかし、ソーシャルワークにおけるエンパワーメント・アプローチに基づいて自立生活障害者の元へ訪問することをヘルパーに求めたから、自立

生活障害者がエンパワーしたのではない。和気純子はエンパワーメント・アプローチについて「当事者と援助者との対等でバランスのとれたパートナーシップを媒介にしながら、社会構造的に生み出される問題によって無力感を抱いている当事者自身が、①問題の社会構造的な特質を理解し、②パワーlessnessからの脱却が可能であると自覚し、③問題解決に必要な知識やスキルを習得し、④それらを用いて資源を効果的に活用・創造して問題（個人的・対人関係的・社会的）の解決を図るための一連のプロセスを促進・支援するアプローチ」（和気2005:205）であると説明している。このアプローチは問題の特質を社会構造の中に求めているが、その解決枠組みは既存の社会の中にあるといえる。これは「社会モデル」の立場からすると、調和的解決を目指していると言えなくもない。またヘルパーはこのようなアプローチができる専門職ではないのであるから、自立生活障害者をエンパワーすることを目的として関わるのではない。

そうではなく、ヘルパーは自立生活障害者が主観的視点で求めてくる介助の質に応えるべく介助を行い、それを継続させるのである。そして自立生活障害者から影響を受ける中から、互いに同じ人であるということを理解し、さらには障害者をディスエイブリングにする社会のおかしさに思い至ることができるのである。このことを自立生活障害者の立場からみると、ヘルパーから介助を受けつつヘルパーに要望を伝えたり、あるいはヘルパーに意見を求めるといった双方向のやりとりを通して、ヘルパーへの影響力を強めていくことができるということになる。つまり、利用者とヘルパーとして互いが影響を与え合う中から、相互に影響力を強めてくるのであり、相互にエンパワーするといえるのである。それならば、ヘルパーは自立生活障害者を介助することを通して自立生活障害者をエンパワーする可能性を持っているといえる。

そしてこのことは、ヘルパーの内面にあった障害者に対する意識が変化したということでもある。

7. 可能性をめぐる困難と可能性の拡大

ヘルパーの中に内面化された、障害者に対する意識が変化するとはどういうことか。ガーゲン¹⁾は社会構成主義と緊密な関係にある理論として「関係性理論 (relational theory)」を示し、「言語やテキストそれ自体は意味をもたないし、それだけではコミュニケーションは不可能である。言語が意味を生成するのは、人間の相互作用の領域に位置づけられることによってのみである。」(Gergen=2004:352) とする。つまり「関係性理論とは、『頭の中の知識』という常識を超えて、『関係性が現実を作る』ことを主張する理論的立場」(Gergen=2004:247) なのであり、人びとが互いの行為を調整し合う中に意味が生まれるとする。関係性理論をとおして自立生活障害者とヘルパーの日常のやり取りをみるならば、言葉や非言語的サインなどのやり取りのなかにこそ、ある自立生活障害者とその人を介助するヘルパーの現実が作られ、さらにその現実を踏まえた新たな現実が生みだされるということを繰り返しているということになる。それならばヘルパーの内面化された意識が新たな現実として変化することは起こりうるということになる。

しかし、いわゆる「健常者」は自分が障害者たちを差別している、あるいは「健常」な状態だけを当たりまえであると思っていることさえも意識していない人が大半なのではないか。つまり「五体満足」という言葉に潜む差別性に関心である人が大半なのだから、スティグマが障害者に付与され続けるのではないかということである。このことをオリバーは、資本主義社会の「経済の発展、考え方の変化、秩序維持の必要性が、障害への社会的反応と障害者の経験に影響を与えてきた」(Oliver=2006:86) と、社会にある障害者をディスエイプリングにする仕組みが資本主義社会の発展とともに強化されてきたことを端的に述べている。さらに「構造化された差別」として「ディスエイプリズムは実在し、(略) ディスエイプリストによって社会的につくりだされたものである。」(Oliver=2006:153) と、障害者差別が社会によって作り出されていることを指摘する。それならば「関係性が現実を作る」ことは否定しないが、資本主義社会の成り立ちと共に社会的に作り出されてき

たディスエイブリズムが、マジョリティに内面化されてきた持続性と生成の過程を顧みるならば、ヘルパーの中に内面化された、障害者に対する意識が変化することの困難に行き当たることになる。

そうではあるが、ヘルパーが自立生活障害者を介助することをとおして、障害者をディスエイブリングにする、社会の中にある「構造化された差別」の存在と「健常者」中心社会の矛盾に思い至るならば、内面化された差別といった意識からもたらされるスティグマに捉われることなく、障害者を自分と同じ人であると認めることの契機になる。そしてそれが互いの存在の肯定に繋がり、自立生活障害者がエンパワーすることをヘルパーが支えることを可能にするのである。

よって、「ホームヘルパー養成研修」においてヘルパーに伝える障害者観を、「医学モデル」ではなく「社会モデル」に拠って立つものにするといったことを、その方途として、社会に深く内在している障害者をディスエイブリングにする社会の価値観を転換していくために、「社会モデル」による実践と理解を広め、さらには深めることが今後の課題である。

【注】

- 1) 介護、介助といった呼び名がある。これらの言葉が示す行為そのものには変わりがないように見える。しかし中西正司・上野千鶴子が「介助では主体はあくまで当事者であるのに対し、介護では当事者は客体である」（中西・上野2003:29）と述べているとおり、生活の主体は自分であり護られる存在ではないという主張を内包して、介助という言葉が障害者の間では使われていることが多い。さらにその主張を内包しない行為を介護、また制度上の言葉としても介護という言葉を使う。本論でも同様の使い方をする。
- 2) ここでいうところのホームヘルパーとはホームヘルパー養成講座の受講者であって1級から3級の資格を有し、指定障害福祉サービス事業所より利用者に派遣される人とする。

- 3) 「自薦式登録ヘルパーや全身性障害者介護人派遣事業を使っていた障害者は、主に高齢者対象のヘルパー事業者の他薦ヘルパーを非常に問題視してい」る理由として次のように述べている。「ヘルパー事業所から派遣されてくるヘルパーは、女性ばかりで（男性障害者は風呂やトイレ介助を頼めない）、高齢者が多く、障害者個々人の理念や流儀を理解しない傾向があります。たいていは医療関係者が講師を行うような内容のヘルパー研修を受けており、障害者を指導対象に見る教育を受けており、障害者の生活を指導しようとしします。どんなトラブルが起こったときも、ヘルパー事業所の上司の方向を向いて仕事をしており、障害者のほうを向いて仕事をすることはありません。」（障害者自立生活・介護制度相談センター:142-3)
- 4) 障害者自立支援法第二十二条において、「市町村は、第二十条第一項の申請に係る障害者等の障害程度区分、当該障害者等の介護を行う者の状況、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を勘案して介護給付費等の支給の要否の決定を行うものとする。」と記載されている。
- 5) 全身性障害者介護人派遣事業は支援費制度に移行後、市町村の単独事業として残った地域（例：新座市）もあった。
- 6) 隔離に反対する身体障害者連盟Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) は声明書『ディスアビリティの基本原則』（1976年）において、インペアメントとディスアビリティの意味を次のように示した。

インペアメント…手足の一部あるいは全部の欠損、または手足の欠陥や、身体の組織または機能の欠陥。ディスアビリティ…現状の社会組織が身体的インペアメントのある人々のことをほとんど考慮しないために、社会的活動のメインストリームへの参加から彼らを排除することによって引き起こされる活動の不利益や制約（Barnes et al=2004

: 46)。

- 7) モリス以降の「初期社会モデルの“批判”者たち」も「障害者の経験が中心的な論点だということへの異論はない」(Barnes et al=2004: 126) のであり、このことを石川准は第二世代のディスアビリティ・スタディーズの説明として、「社会的障壁としてのディスアビリティが削減されてなお残る障害者の身体のインペアメントとその体験を医療的な問題、カウンセリングの問題として社会モデルの外部にくくり出すのではなく、インペアメントの社会的構築という視点を入れて社会モデルを改訂していけないか、という問題提起」(石川2002:28) と位置づけている。
- 8) C.バーンズらによる *EXPLORING DISABILITY: A Sociological Introduction* を訳した杉野昭博は、訳注として「“disabling” (ディスアビリティをつくる、障害者を無力化する): 本書の最重要語である『ディスアビリティ』の派生語」(Barnes et al=2004:17) と記述している。本論でも同様の使い方をする。よってディスエイブリングする社会で生きる障害をもつ人という意味を内包した言葉として、障害者を使用することになる。
- 9) *CASE MANAGEMENT AND SOCIAL WORK PRACTICE* を監訳した白澤政和は、あとがきで「日本では、イギリスで1990年以降公的に使われているケアマネジメントを一般的に使う傾向があり、(略) ケアマネジメントとケースマネジメントは基本的に同じ内容である」(Rose ed=1997:393) と述べている。
- 10) 厚生労働省「身体障害者ケアガイドライン—地域生活を支援するために」の5、ケアマネジメントの意義と留意点 (1)「『ケアマネジメント』とは」の項目の中にある。
- 11) 1974 (S49) 年に財団法人老人福祉開発センターとして設立され、1989年から財団法人長寿社会開発センターに改組される。老人健康保持事業に関する事業促進のため、老人福祉法第28条の2により、全国

唯一の指定法人として厚生労働大臣の指定を受けている。

【引用文献】

- Barnes, C., Mercer, G. and Shakespeare, T.. (1999) Exploring Disability: A Sociological Introduction. Polity Press. (=2004. 杉野昭博・松波めぐみ・山下幸子訳『ディスアビリティ・スタディーズ—イギリス障害学概論』明石書店.)
- 副田あけみ (2005) 「ケアマネジメント」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル』川島書店pp159-183.
- Gergen, K.J. (1994) Realities and Relationships Sounding in social construction. Harvard College. (=2004. 永田素彦・深尾誠訳『社会構成主義の理論と実践 関係性が現実をつくる』ナカニシヤ出版)
- Germain, C.B. (1992) Ecological Social Work Anthology of Carel B. Germain (=1992, 小島蓉子編訳著『エコロジカル ソーシャルワーク—カレル・ジャーメイン名論文集』学苑社.)
- 狭間香代子 (2001) 『社会福祉の援助観—ストレングス視点・社会構成主義・エンパワメント』筒井書房.
- ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編 (2005) 『2006年改訂版ホームヘルパー養成研修テキスト 2 級課程第 1 巻～第 4 巻』財団法人長寿社会開発センター.
- ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編 (1999) 『1999年改訂版ホームヘルパー養成研修テキスト 2 級課程第 1 巻～第 4 巻』財団法人長寿社会開発センター.
- 石川准 (2002) 「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.
- 小松源助 (2002) 『ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究—21世紀への継承を願って』川島書店.
- 中村佐織 (2005) 「生態学的 (エコロジカル) アプローチ」久保紘章・副

- 田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル』川島書店pp119-133.
- 中西正司・上野千鶴子 (2003)『当事者主権』岩波書店.
- 新田勲, (1998)「介護料制度はいかにしてかちとられていったか」『現代思想』26(2), 青土社 114-7.
- Oliver, M., (1990) THE POLITICS OF DISABLEMENT. Macmillan Publishers. (=2006 横須賀俊司・三島亜紀子・山岸倫子ほか訳『障害の政治 イギリス障害学の原点』明石書店.)
- Rose, M.S.. (1992) CASE MANAGEMENT AND SOCIAL WORK PRACTICE (=1997白澤政和・渡部律子・岡田進一 監訳『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房.)
- 杉本章 (2001)『障害者はどう生きてきたかー戦前戦後障害者運動史ー』ノーマライゼーションプランニング.
- 須加美明 (1996)「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」『社会関係研究』2 (1) 熊本学園大学社会関係学会87-122.
- 杉野昭博 (2002)「インペアメントを語る契機ーイギリス障害学理論の展開」石川准・倉本智明編著『障害学の主張』明石書店 251-80.
- 障害者福祉研究会編 (2002)『ICF国際生活機能分類ー国際障害分類改定版ー』中央法規.
- 障害者自立生活・介護制度相談センター (2005)『How to介護保障別冊 資料7巻 ヘルパー制度の資料集支援費制度版』障害者団体定期刊行物協会.
- 横田弘 (2004)『否定されるいのちからの問い 脳性マヒ者として生きて』現代書館.
- 横塚晃一 (1975)『母よ！殺すな』すずさわ書房.
- 和気純子 (2005)「エンパワーメント・アプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル』川島書店pp205-226.
- 厚生統計協会編集 (2005)『国民の福祉の動向・厚生指標 臨時増刊』52(12)通巻819, 厚生統計協会.

厚生労働省，社会・援護局障害保健福祉部企画課，2002，「身体障害者ケアガイドライン——地域生活を支援するために」

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/2002/04/tp0419-3a.html>,2007.9.30)

厚生労働省，全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議，2006.3，「説明事項（振興課関係）14，訪問介護員等の向上」

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/060313/index.html>, 2006.6.14)

【参考文献】

『福祉労働』104，（2004.9）現代書館pp12 - 33.

大島侑監修，山本隆，小山隆編著（2006）『社会福祉概論』ミネルヴァ書房.
安積純子・岡原正幸・尾中文哉ほか（1995）『生の技法 増補改訂版』藤原書店.

『社会福祉六法 昭和39年版』新日本法規出版.

『社会福祉六法 昭和41年版』新日本法規出版.

『社会福祉六法 昭和43年版』新日本法規出版.

『社会福祉六法 昭和47年版』新日本法規出版.

『社会福祉六法 昭和57年版』新日本法規出版.

**The Viewpoint of Disabled People Required for Home Helpers Who
Support the Social Life of the Disabled Leading Independent Life
-Possibilities and Difficulties: “Social Model” and “Medical Model” -**

HASHIMOTO Manami

Abstract

It is important to consider home helpers when we bring into account the quality of the personal assistance which disabled leading independent life hope for. Home helpers assist them by providing their subjective judgment, and their lives are dependent on the content of it.

Therefore, firstly, this paper clarifies that there is a discrepancy between the personal assistance which the disabled leading independent life hope for and the care of the helpers in the temporary staff system. Then it discusses that they should be based on the view of the “social model” by considering the “life model,” and the “medical model.” The purpose of this paper is also to clarify that the “social model” connotes social changes. Secondly, this paper discusses what view of disabled people is preferable. At first, this paper clarifies that the government requires home helpers’ viewpoint to be the “medical model,” verifying *The Home Helper Training Textbook*. Next, it states what is required for home helpers who assist disabled leading independent life. Finally, this paper concludes that the personal assistance of home helpers who have the viewpoint of the “social model” is necessary. In addition, it clarifies that it is possible that disabled leading independent life feel empowered when home helpers assist them.