

ソーシャルワークにおける自己決定のプロセスと 心のバリアフリーに関する一考察

聖泉短期大学専任講師 上 續 宏 道
関西保育福祉専門学校専任講師 向 井 通 郎

はじめに

「バリアフリー」とは、Barrier（障壁、障害物）がFreeな（除去されて存在しない）状態を意味している。高齢者や障害者の活動の妨げとなる建築設計を指して使われるようになり、住宅建築のパンフレット等を通じても目にする。最近では、建築設計のみならず、交通機関、道路等生活を営んで行く上での物理的障壁を取り除く施策で取り上げられるだけでなく、聴覚障害者や視覚障害者がコミュニケーションや情報をアクセスすることや、社会参加への障壁、偏見や差別などを含む心理的障壁を取り除くことにも使われるなど幅広い概念として使われるようになってきた。

しかしながら掛け声だけが洪水のようにあふれている行政施策のバリアフリーやノーマライゼーションという語の持つ、実態のない空虚さに対する批判もなされている。大阪において「障害者の人権白書」が発刊されたが、その前書きの中で実行委員会委員長の樋口四郎は、我が国の歴史を経て存在する障害を蔑視する社会風潮によって、多くの障害者が偏見や差別に苦しんできた。しかし差別事象がニュースになってマスコミにより伝えられるものもあるが、調査を行って集計されたものはこれまでなく、今回19の障害者福祉関係団体によって、人権侵害の実態を1,550人に面接方式でアンケート調査を行い白書として取りまとめたといっている。そしてこの白書で、現実には、我々が暮らす社会のなかにはバリアとなるものが数多く存在していること、理念が社会に浸透するのは芳しくないことを指摘した。

ノーマライゼーションの理念が浸透してきたとされる今日、50年以上続い

た措置制度は実態に合わなくなったとして社会福祉基礎構造改革に向けた論議が展開されている。障害3審議会意見具申において、ノーマライゼーションや自己決定の理念の実現のために、利用者の選択の保障及び利用者福祉サービス提供者との間の直接で対等な関係の確立が目指されている。障害者プランが完了する平成15年度から、高齢者の介護保険制度に引き続き障害者施策の改革が実行され、これまでの措置制度から自己決定に基づいた契約によるサービス利用になろうとしている。

本稿では、自己決定にまつわる障壁に着目し、心のバリアフリー化の施策が促進されるための対人サービスにおける発想の転換について考察する。

1. バリアフリーとは何か

はじめてのバリアフリー化に向けた取り組みとしては、1959年に当時アメリカ大統領であったケネディが、建築的障壁により、障害者の雇用が阻害されたり、障害児の多くが教育の機会を奪われている事実を指摘したことに始まるといわれている（八代・富安編、1991）。

(1) バリアフリーの基準や法制度－概念の変遷

バリアフリーという概念は、今日的に見て新しい概念ではないが、欧米では、ノーマライゼーション理念の普及とともに、具体的な取り組みとして発展し、社会の中に浸透していったといわれている。しかしながら、我が国においては、ケネディの指摘以後も建築関係の専門家にさえほとんど関心がなかった。障害者団体に静かな広がりがあったにせよ、社会全体に一般的な用語として広がり、具体化してきたとはいえない現実があった。1990年代に入り、法制度化の動きが出てきた。①建築基準法第20条による建築条例化の動き②地方自治法に基づく福祉のまちづくり条例の動きがあげられる。とくに我が国のバリアフリー化の領域で強調されているのが、1994年に建設省により「高齢者、身体障害者が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律（ハートビル法）」が制定とされたことといわれる。

このように、バリアフリーの概念が社会全体に実態をもって定着しなかつ

た理由として、①「社会全体の障害に対する認識が成熟していなかった時代的背景」と、②「ハンディキャップの発生を環境要因への働きかけで、防止できることを示す努力がなされていない障害者の生活実態があること」の2点を、茨木（1997）は指摘している。

また、北野（1999）は、「障害者の人権白書」の調査を通じ、①「障害者はいまだ自分自身の人間としての権利について確信がもてていない」こと。②「障害者に対する社会の偏見や固定的な障害者像の存在が問題である」と指摘している。つまり、嫌な体験、不快な体験をしているにもかかわらず、それを本人に対する、社会の側の権利侵害としては理解していない。本人に、このような認識を強いている社会と、そのような障害者像を本人が内面化してしまっている状況では、日本の障害者に対する人権侵害状況は変わりようがないと指摘している。

2. 対人援助にみるバリアフリー

(1) ノーマリゼーションとバリアフリー

ノーマリゼーションという概念を最初に発表した、デンマーク精神遅滞者協会会長のバンク・ミッケルセンは「精神遅滞者とその障害とともに受容することであり、彼らにノーマルな生活条件を提供することである」と主張した。また、スウェーデンのニルジェは、「精神遅滞者の日常生活の様式や条件を社会の主流にある人々の標準や様式に可能な限り近づけること」と定義している。さらに、「ノーマリゼーションの原理を適用することは“精神遅滞者をノーマルにする”ことではないといっている。（彼らは障害とたたかってはいるが、基本的には、あなたや私と同じようにノーマルである。人間は人間であり、障害は二次的なものである。）」ミッケルセンもニルジェもノーマリゼーションの考えの中に、障害者がノーマルな生活をするための社会的な環境の条件の整備を重視している（江草、1986. 中園、1996）。このような主張の前提には、障害と結びついた偏見とスティグマの存在が指摘された。ほとんどの人々にとって、障害者は「自分たちのようではなく」異なってお

り、他の世界に住んでいるという無意識のイメージが明かにされた。専門職の職員にも同様の感情は明かで心理的分離が行われるという。そのような背景で、歴史的に今日まで、ノーマライゼーションの訓練は、障害者の苦難を扱ってきたが、ワーカーがケアを行う人に感じる自らのアンビバレンツな感情の認知を勧めるような経験的接近方法をしてきていないとの指摘もある。(H. ブラウン、H. スミス、1994)

さらに、ヴォルフ・ヴェルフウエンスベルガーは北欧に起源を持つノーマライゼーションの原理を北米・カナダに紹介した人であるが、先の環境条件とともに対人処遇一般のシステムづくりに広く適用できるよう、この原理を「できるだけその社会で一般的に利用されている方法を利用して、可能なかぎり個人の行動や特性を社会的に普通の状態にしていくこと」と再構成した。ヴェルフウエンスベルガーは、社会からの障害者への態度価値は、障害者を“deviant (逸脱している)”と見なしていることも指摘している。“deviant”逸脱者としての障害者を処遇する社会的努力は、①絶滅②分離③状況の逆転④予防であるとし、③状況の逆転と④予防は教育と訓練・治療によって、その意味や状況が逆転したり予防したりできるといっている(中園、1996)。

このようなヴォルフウエンスベルガーのノーマライゼーションに対しては、リハビリテーション理念が内在する「適応化」「同化主義」への批判もあった。それに対し、ヴォルフウエンスベルガーは、ノーマライゼーションという用語に対する単純な理解(誤解)、「ほとんどの人が即座に、自分たちがその意味を知っていると思っている」ことについて指摘している。つまり、人々は治療モデルや発達モデルの中に、このノーマライゼーション原理を取り入れようとした。「問題行動を治療して同年齢の集団の中で活動できるようにしよう」「障害者を可能な限り他の人々と同じ場所で暮らし、働けるように教育し発達させよう」とノーマライゼーション原理を目標として活用しようとしてきた。このような、勝手な解釈による、誤解や誤用に対し、この用語を捨て、その心髄を表す概念として「ソーシャルロールパロリゼーション(SRV)」を発表した。ここで、ヴォルフウエンスベルガーはノーマライゼーション原理を

目標としてではなく手段にも用いる理論展開をしている。富安（1998）はこれを治療モデルや発達モデルに対して最適支援モデルと呼んでいる。普通の環境での活動が出来るために必要な最小限（最適）な支援をし、その活動を実現し、障害者が自分で行うことが増えるにつれその支援を減らしていくというものである。このモデルでは、障害者は最初から周りの者達と同じ社会的役割を持っていると見られることになる。すなわち障害者についての周りの人々の目にどのように映るか、障害者の役割、これは障害者その人に関係しておらず、周囲の社会的環境や文化に関係していることを指摘している。

(2) リハビリテーションとバリアフリー

WHO は、1980年に国際障害分類(ICIDH)により障害の構造を機能障害 impairment、能力障害 disability、社会的不利 handicap の3つのレベルに分けている。国際障害分類に対する改正作業 (ICIDH-2) で、Impairment-Disability-Handicap という3レベルを、第2版 (ICIDH-2) では Impairment-Activity-Participation という中立的な用語を用いられる。これは障害そのものではなく障害者のあり方を捉えるという「プラス面重視」の立場から賛成できる。しかしながら、人間の持つ機能・能力のマイナス面とプラス面をはっきりと区別させずに混在させており不明瞭な印象を与える。つまり、Activity は ADL 中心、Participation は、社会生活中心となり、両者の差は領域の差と受け取られる危険が大きいことを、上田（1998）は指摘している。さらに ICIDH 同様、（上田の言う体験としての障害）主観的障害をまったく考慮していないことを指摘している。

人は自分の体は、自分の意のままに振る舞うことを望んでいる。誰しも望まなくても、体とはそういうものであり、自分自身だからである。それだけにその機能を失うことは、その人にとっては、決して身体の一部の機能を失ったということではない。その人自身、その悩みのまっただなかに入ってしまったともいえる。その意味では、ある1つの機能障害を受け入れることについても、その人にとっては、その人自身が損なわれているのと同じであると WHO の3つの障害分類に加え体験としての障害を説明している（上

田敏、1983)。

体験としての障害は、先の3つの障害のレベルが、客観的な次元で捉えられる障害であるのに対して、障害者自身がその障害をどう受け止めているかにかかっている。従来、この側面は「障害の受容」の問題として取り上げられてきた。

(3) ハビリテーション

リハビリテーションの概念(社会復帰・復権)というものは、社会的効用論の観点からは非常に大切だけれども、その評価に値しないところの人々の場合に、重症な障害をもって生まれた子どもにとっては、その人の人生、この人の命の輝きを保障することはできないという限界を持っているとの糸賀(1972)の指摘があった。

たとえば教育の世界(教育リハ)でも、すべての障害児に等しくその能力に応じて、教育するということが、又子どもたちは教育を受けることのできる権利がある、権利の主体であるということをお先では言っている。しかし、実際、すべての障害児が等しくその能力に応じて教育を受けさせないといけないということを実践において、どう具体的に捉えているかが問われる。そこでリハビリテーションの初めの「リ」という字をとればいい。ハビリテーションというのは、人が人と生まれて人間となっていくプロセスだと糸賀(1972)は、いう。この教育や訓練のアプローチの過程に問題が潜んでいるといえる。

糸賀は、知的障害者をリハビリテーションするということが、社会の中にもともと障害者が存在しない発想からきている。しかし、社会は老若男女すべてのを含むものである。そのことからハビリテーションとは、社会の中のすべての人々が各々の能力を発揮し、その人らしく生きて行けるようにすることである。知能的に障害を持っているから、この障害を克服してやって、そうして普通児にできるだけ近づけてやるのが特殊教育だとの誤解が見られる。教育技術を駆使して、一日も早く、普通児に近づけることを目指した促進教育がなされてきたのが歴史的な流れのなかで見取れる。しかし促進教

育を特殊教育の本質と考えることは間違いである。普通児にどれだけ近づいたかということの評価の基準にしている限り、知的障害児はどれだけ努力して、教育しても、いつまでも評価は常にビリである。そうでなく、パーソナリティを形成することを目指さねばならないのが特殊教育の本質であるという。ペルソナというのは、面だといわれているが、お芝居で面をかぶることは、芝居のなかで役割を演じることである。役割ということは社会的な活動がなされる場合の役割であるから、役割を持つというのは社会性が形成されていくことである。つまり役割を持つというのは人間と人間との関係がそこに形成されていくことである。このなかには、単なる精神性だけでなく、体も手足の動きも、いろんなものが全体として、これ以上分割できないところの基本的な全体として問題になってこなければならない。ここで限界と指摘されているのは、リハビリテーションの技術やプロセスではなく、リハビリテーションに携わるものの援助観であると言える。

3. 当事者の意識

谷口（社会福祉研究74号の座談会において）は、我が国では、福祉サービスの利用に際して、闘う当事者であるか、かわいがられる当事者であるかの2通りの立場があり、後者のほうが安定していられると言っている。しかしながら、サービスを利用する当事者が、サービスの受給者ではなく主体的なサービスの利用者なのだという意識を持つためには、幼いころから、そのような教育がなされていなければ難しいと言う。さらに、厚生省の遠藤は、月間福祉1999年3月号で、障害者施策が措置制度から自己決定に基づいた契約による施設利用になることは、利用者・サービス提供者・行政庁の位置づけを変更するものであり、これは理念的な改革といえるもので、現場での運営は現行と変わらないと説明している。つまり当事者の意識と彼らを支援しようとする者、この双方の意識の変革なくしては、実態はかわらないといえる。

(1) 利用者の自己意識

我が国の障害児者を取りまく生活条件については、親族扶養優先主義の伝統から、家族中心の限られた人間関係が障害者の生活体験の機会を制限し、家族との過度な一体化は障害者の独立した生活形成のきっかけを失う傾向がある。この結果、障害者は親・家族からの自立に必要な基本的な技術の習得を欠落させたり、独立した生活を具体的にイメージ化する力の獲得が制約されている場合が多い（定藤1993）。また、一般的に近頃は、親子関係でも先生と生徒の関係でも縦の関係は希薄になっている傾向がある。特に障害児についてはこの傾向が強く、特別の配慮がなされている。これは通常成長過程で希薄になり社会参加をする頃には消滅するものであるが、彼らの場合、消滅しないまま社会に出る日を迎える者もある（西村、1994）。アメリカにおいても若い障害者の自立を阻害する要因は、非常に似通っており、自己概念、自己認識の形成過程に共通する問題があり、公教育を補うためのプロジェクト展開がなされている。バークレイ市の南に位置するオークランド市の脳性麻痺センター（Cerebral Palsy Center）というデイサービスセンターでは、日常生活に密着した自立生活前訓練を個人別プログラム計画を作成し実施している（谷口、1994）。個人別プログラム計画の対象は、障害を持つ人たちだけではない。計画を立てても実行できない、夢を実現しようとしても一歩目が踏み出せない、とと思っている人が対象となっている。自分が援助している人たちの幸福を願う気持ちは理解できるが、自分というフィルターを通した幸福は、相手の幸福と必ずしも一致しない。したがって、このプログラムの進行において、「知らず知らずの間に、援助者が主体になっていた。」という失敗を冒さないためには、「障害を持っていても、自分の人生は自分で決めていくべきだ」という基本的な考えを持つことが必要になる。

また、谷口（1994）は、あとがきの中で、障害を持つ人たちは「自分を取り巻く“時”の流れに無頓着であり、まるで時間が止まっているように思える」という疑問を持ちつづけてきた。将来の変化に対して予想をしているわけでもなく、現在の状態が永遠に続くかのような錯覚のなかに自らをおくことにより精神的な安定を維持しているのではないかと思えると言っている。

仮に障害を持つ人たちの時間が止まっているとすれば、“楽しい毎日”という考え方だけですべてが解決するし、“楽しい毎日であればよい”と彼ら自身が思っているならば、それも許されるかもしれない。しかし、それを周りの人々が決めているのだとすれば、将来への不安を押し殺す行為は、援助者自身の安定を求めているに過ぎないのではないかと指摘している。

(2) 自己実現の制限

援助者とサービス利用者の関係は、これが、人間関係である以上、そのなかで様々な感情を経験する。その中での否定的感情が不満や葛藤として現れる場合がある。援助を受けるに際し、サービスの利用者は自分のために大変な労働をしてもらっているという意識も持ちやすい。そこから、援助者に対して負い目や負債感を感じてしまう。この種の感情は利用者に自己主張を遠慮させてしまい、結果として自立した生活が持つべき自由・主体性が損なわれることになってしまう。制度が改善されていくに伴って、それを利用する利用者の意識がいつそう大きく影響力を持つてくる。

社会生活を営んで行く上で誰もが、嫌な、不愉快な思いはしたくないという気持ちを感じる。社会の仕組みが、我々のこうした心理を逆手にとって、人々が黙々と自己規制を行いながら社会秩序に順応して人々の行動をコントロールしていく過程を、ゲーム理論でいう「ミニマックス戦略」で説明されている(石川、1992)。つまり、無難な選択と危険をとまなう選択が与えられる選択状況では、社会は、われわれを無難な選択へと誘導していく。

ミニマックス戦略とは、各選択がもたらし得る1番悪い結果だけを比較して最悪を回避すること。つまりハイリスク・ハイリターンの選択肢よりローリスク・ローリターンのものを選ぶことである。我々は誰しも期待値の計算が困難なとき、この戦略に頼りがちである。人は、これを用いて、自分の意志で自己規制して希望を断念するように求められる。

しかしながら、障害を持つ当事者自身にとっての自己意識について障害の受容過程から、検討してみると、老いや障害や病気によってわれわれは以前発揮していた能力を失うと言うのは誰にとってもショッキングな出来事であ

る。昨日まで簡単にできていたことが、今日はもうできないという経験は、自分自身をもう価値がなくなったという思いにさせる。すると否定的に評価されてしまう負のアイデンティティを隠す。又、価値あるアイデンティティの持ち主であるように装うことも日々行っている。ゴッフマンは、この隠し見せかけることを印象操作と呼んでいる。

また、われわれは自己の存在証明のために、名誉挽回の努力をする。例えば、社会的威信の高い集団への所属を達成するか能力や資格を身につけるように、価値あるアイデンティティ項目を獲得することで、無価値な自分を返上しようともする。これは、かつての理想の自己像に関心が及んでいることを示している。

ところで、施設や親元を離れて暮らすことを目指した自立生活プログラムにフィールドトリップと呼ばれる介助者探しの実習がある。これは、障害当事者が駅や往来で、介助者をその都度見つけ外出を行うものであるが、この目標は、これまで自己規制して何事も前進しなかった事実を実感することにあるという。安積（1995）が言うように、「開き直ると言うか、そこを力にしまえば、これほど強いことはない。だめなんだと思ってることがだめじゃなくなるんだから。」と、これを成し遂げることは簡単なことでない。昨日まで信じ込んでいた価値体系を壊して組み立て直そうとするから、難しい作業といえる。難しい上に目標が自己意識の変容という内的な体験であるから、自己欺瞞がつきまとう。障害の受容という概念に代表されるように開き直った境地に達したいとあせる結果、印象操作が実践されることになり、問題の本質が隠されてしまう。このようなセルフヘルプの活動では、専門家の援助に対する価値を否定するとともに、これまでの価値観（理想の自己）を否定すること、つまり現在のありのままの自己を認めることが行われている。自分の力ではもはや自分の行動をコントロールできない、まったくのお手あげだと実感し、無力な自分を受け入れることこそが立ち直りのための第一歩として必要だと言うのが長年の経験から出た結論であると言う。これは、問題解決を目的とするのではなくクライアントの悩みの解決を目指す

カウンセリングの目標と一致しており、対人援助の業務の持つ本質的な側面を示しているといえる。

4. 人が人をささえる—自分で自分の事を決定する・他人によって支えられる

(1) 福祉サービスの提供形態

潜在的な福祉ニーズを顕在化する介入方法はアウトリーチとしてソーシャルワークの機能とされている。中谷（1999）は、措置制度下において福祉サービスの利用は基本的に「申請主義」によってなされていた。したがって、わが国の福祉サービス利用の仕組みの中には、効果的なアウトリーチ機能が組み込まれているとはいいがたいといっている。その例として、我が国独自のアウトリーチ機能を担う存在として民生・児童委員があげられるが、そのアウトリーチ機能は、初期段階の媒介機能でしかないものという岡本の指摘がある。また社会福祉分野の専門職は、措置制度システムにアウトリーチ機能が明確に位置づけられていないことから、限られた事例を例外として、アウトリーチワーカーとしての機能を積極的に遂行してこなかったことが述べられている。

アウトリーチすなわち埋もれた利用者の福祉ニーズを発掘するための積極的な介入は措置制度下でも十分ではなかった。現在の自らの状況が問題であり、そしてその問題が解決可能であることを自覚できていない人に、自らの状況を改善したり、問題解決が可能であることを知り、サービス利用を決意していく過程であるとする、現在の措置制度でもこの機能が不十分であるなら、契約に基づく利用制度に変わった場合も行政は、この機能を強化するどころか、むしろその責任をサービス提供者にゆだね後退させる可能性が高いとの指摘がなされている。

また、契約が双方の合意によって成立するためには、双方が情報を共有してこそ合意形成が可能になる。しかしながら、はじめから情報を双方が同時に対等に持っているわけではない。サービス提供者側が多くの情報を持っており、主導権を握っている現実がある。高山（1999）は、アイデンティティ

を持った「一人のソーシャルワーカーとして職業倫理を持ち、専門職として自立していくためには、利用者さらに社会に対し自らの役割と責任を明確に説明していく責任としてアカウントビリティに着目する必要がある」という。これは日々利用者とかかわっているものが、権利擁護の現場の担い手となることを意味し、さらに説明を求められたときだけ行うのではなく、説明を受ける側が理解できる言葉や方法によって説明されるべきであるといっている。

また、竹内（1999）は、医学（身体医学）は疾患の生物学ともいえるが、その実践態である医療は、不安という人間的反応を取り扱う分野であるとして、「治し（治療）」のなかに「癒し」が内在しているもの（医療は不安を取り扱う分野である）という。そして、不安とは「今日あるように明日もある」との無意識の確信のゆらぎであり、「明日の自分はどうなるか」という未来の空白化であるとパウライコフの言葉を引用して説明している。治しは、端的に言えば臓器の正常化であるが、癒しは、不安とその背後にあるアイデンティティへの全人間的接近である。病気はその成立において（不安を通して）すでに癒しの成分を内包しているといえ、両者は入り組んだ関係にある。「これからどうなる」が分かれば不安はなくなるといえる。自分の病気が今後どのようなようになっていくかを分からせることに力点を置いた説明をすることが癒しの方法といっている。これは、原野を前にして迷っている人に「地図」を描いてみせる作業にたとえられる。これにより患者は自分の歩いていく道を知り、不安は解消していく。このことは医療者と患者の関係だけでなく、福祉サービスを含む対人援助に共通するコミュニケーションの課題といえる

(2) 専門職制の力学

専門職の意識から援助関係を考えてみる。たとえば、医療の場では専門家としての医者への権威は絶大である。病院の治療システムは、この権威・権力構造を前提として成立しているといわれる。ここでは、医者は「先生」であり、患者の知らないことを知っているゆえに、未だ知らぬ者（患者）に対して、価値ある適切な事を教えられる（指示すべき）立場とされてきた。この

非対称性があるから、患者に対する身体規則の侵犯は、正当化された「教えること（治療）」のなかに含まれ、問題化されず意識化されなかった。ギデンスによると、このような感情（考え方）は生物学的に自然に作りだされるのではなく、社会的に作りだされるという。日常的な身体規則を侵犯せざるをえない状況は、病院での医師・看護婦と患者の相互作用や施設での職員と入所者の相互作用などに見られるが、そこでは規則侵犯が問題化されないために、当事者の間に権力の不均衡配分をもたらし、非対照的な関係を作っている。そのための適切なカテゴリー化を人々は自然に行っている。同じような考え方から施設においても、職員と入所者との間の保護—被保護関係が制度的に維持されてきた。そこでは職員は先生であり、利用者は未だ知らぬ者（指導や指示を受けるもの）として日常関係が進むのが一般的になっており、職員には決定する権利が与えられてきたと考えられる。三好（1990）は、介護現場に、こうした病院内カースト制度というべき権威的で管理的な雰囲気を持ちこまれると、本来生活の場であり、横の人間関係が基本であるべき福祉施設（老人ホーム）で、老人が生き生きするはずは絶対ないと述べている。

(3) 自己決定を支える

玉井（1999）は、社会福祉研究第74号の座談会において（P.61）は、自己決定に関して感じることとして、医療現場での、患者の「お任せします」「どうぞ先生決めてください」という言葉は、決して自己決定権の放棄ではない。これに込められた患者のメッセージをどのように受け止めるかが大事である。「もう少し情報があれば自分で決められるかもしれないとか、もう少し分かりやすく説明してもらえれば考えることができるかもしれない。「お任せします」は、自己決定権の放棄ではなくて、「もう少し一緒に考えてほしい」というメッセージがこめられている。むしろ、言葉に込められた、このような思いに気付く感性を養うことが大切だと述べている。

看護婦であった土橋（1999）は自らの患者体験（癌）から、告知やインフォームドコンセントが何のために、誰のために行われているかを再考して欲しいと述べている。自分ごととして癌と対峙したとき、自分が臨床で携わっ

た看護と違う分野の癌については素人同然であった。危機状態といっても、何がどう危機状態であるかが分からず暗中模索であった。何とか早く自分の足で立ち自分の生きる意味を確かなものにしたい、そのためにも的確な診断と治療をして欲しかった。しかしながら現場の医療者は人ごとの対応に終始しているように感じた。そのあげく入退院の繰り返しで誰を当てにしていいいか分からなかった。あせればあせるほど、逃げ場のない断崖絶壁と先の見えない細い道しか目に入らず、その道を前進する選択肢しか与えられていないように思えた。病人は「弱者」のレッテルを貼られて「見てあげるからおとなしくいうことを聞きなさい」と強要されており、重症になっていくほど自己主張することを批判的な目で見られがちである。それでも患者は本気で向きあってくれる人を探そうと観察力と洞察力を必死に働かせ、看護婦さんの動きをしっかりと見ていたという。

おわりに

中園（1996）は、ノーマリゼーション原理が援助関係の成立する社会的条件となるものであるという。ノーマリゼーションの原理はこのような社会的関係の権利性、平等性を実現しようとするものである。したがってノーマリゼーション原理は、ケースワーク・カウンセリングにおける「関係」の原理と同じ地平に存在するものである。つまり、援助「関係は技術の習得でなく、援助者の価値観、人間観や社会的関係に大きな影響を持っており、専門職者の内面の意識や人間観・価値観を問い直すものである」といっている。

傾聴し共感することは、2人の人間がともに同じ世界に入ることではない。自分を捨てて相手に同調することではない。自分とは違う人間であるという自覚に立って、限りなく相手に添いつつ、相手の体験世界を知ろうとして、自己を投入しつつ聴くことになる。これは対他者的な関係ではなく自分に向かい自分自身の有り方をも変えるものである。他者の共感を得ることによって、自分自身の中の体験と会話ができるようになってくる。ケースワーク・カウンセリングにおける解決とは、自分そのものが変わるのではなく、あ

るがままの自分が受け入れられるようになることである。辛かったり、惨めな自分が、強く堂々とした自分になるのではなく、辛く惨めな、自分を受け入れられるようになることである。あるいは屈折してあるがままの自分が見とめられない自分が素直になるのではなく屈折した自分を受け入れられるようになることである。このように、他者から共感を得ることによって、自分自身にとっての体験、つまり、どうすることもできない体験、あらゆる自分の体験を受け入れられることができれば、つまり不安や恐怖も受け入れることができれば、それを引き起こしていた事柄は消失しなくてもその存在は脅威でなくなるといえる。福祉サービス利用者の援助や支援の要求にこたえていくには、その要求を出している相手に、言葉で表明できていなくても利用者に共感することが不可欠の条件といえ、社会福祉の支援の基盤になっているといえる。

参考文献

- 安積純子、岡原正幸、尾中文哉、立岩真也：「生の技法」、藤原書店、1995
 アンソニー・ギデンス：『身体－摂食、病気、高齢化』、『社会学』、而立書房、1993
 糸賀一雄：「愛と共感の教育」、柏樹新書、1972、
 井上俊、上野千鶴子：「差別と共生の社会学」、岩波書店、1996
 江草安彦：「改訂ノーマリゼーションへの道」、全国社会福祉協議会、1986
 茨木尚子：「バリアフリーのまちづくり」、『社会福祉研究第70号』、1997
 上田敏：「リハビリテーションを考える」、青木書店、1983
 上田敏、大川弥生：『リハビリテーション医学における障害論の臨床的意義』、『障害者問題研究26-1』、1998
 ヴォルフエンスバーガー著、富安芳和訳：「ソーシャルロールバロリエーション入門」、学苑社、1998
 大石剛一郎：『障害者権利擁護システム構築の課題』、『社会福祉研究第74号』、1999

- 北野誠一：『障害当事者の役割とコンシューマーコントロール』、「社会福祉研究第74号」、1999
- 定藤丈弘他：「自立生活の思想と展望」、ミネルヴァ書房、1993
- 障害者の人権白書づくり実行委員会：「障害者の人権白書」、1998
- 高山直樹：『ソーシャルワークと権利擁護』、「ソーシャルワーク研究98」、1999
- 竹内孝仁：『人はなぜ病気になるのか』、「看護学雑誌63巻5号」、1999
- 谷口明広、阿部三樹雄、池末美穂子、玉井真理子、相川裕、西原雄次郎：『当事者の視点に立つ障害者福祉の展開(座談会)』、「社会福祉研究第74号」、1999
- 谷口明広、武田康晴：「自立生活は楽しく具体的に」、かもがわ出版、1994
- 中園康夫：『ノーマライゼーションの原理について』、「援助関係の基礎理論」、相川書房、1996
- 中谷陽明：『契約による利用制度の下でのソーシャルワーク』、「ソーシャルワーク研究98」、1999
- 西村晋二：『進路指導の周辺－育つ環境と働く環境の間のギャップ』、「総合リハ22巻8号」、1994
- H. ブラウン・H. スミス著、中園・小田監訳：「ノーマライゼーションの展開」、学苑社、1994
- 三好春樹：「老いの見方、感じ方」、筒井書房、1990
- 八代英太、富安芳和：「ADAの衝撃」、学苑社、1991
- 厚生省：「障害者プラン～ノーマライゼーション7ヶ年戦略」、厚生省、1995
- 土橋律子：『がん体験を看護に生かす』、「看護学雑誌63巻5号」、1999