

障害受容概念と社会的価値

— 当事者の視点から —

岩井阿礼*

はじめに

本論文の前稿となる拙論（岩井，2009）において，筆者は，「障害受容」の原理や受容過程を説明する理論を概説し，それについて先行研究で指摘された問題点を整理した上で，当事者の視点からさらにいくつかの指摘を付け加えた。本論文の目的は，そこで提出された「そもそも『障害』は受容できるものなのか，受容すべきものなのか」という当事者からの問いかけについて，前稿で論じることのできなかつた「価値転換論」の抱える根本的な問題点を指摘し，それについて論じることである。

その手順を先取的に述べておくならば，それは次のようなものになる。まずはじめに「障害受容」の定義を確認し，次に，障害受容概念の問題点を，今回の論述の目的に添って整理する。そして，それらを分析し，障害受容の重要な要素であると言われている「価値転換」の問題の多くが，「人は環境との相互作用によってアイデンティティを形成している」ということを軽視していることから生じていることを示したい。

1. 障害受容の定義

まずはじめに，「障害受容」の定義を確認しておこう。字義通りに言えば，「障害受容」とは「障害」を「受容」することである。しかし，広義の障害受容概念と狭義の障害受容概念では，その内容にかなりの差がある。また，「障害受容」という概念は，障害を受け入れていく「過程」を意味することと，障害を受け入れた「状態」を意味することがある。そこで，「広義の障害受容」と「狭義の障害受容」，及び，障害受容の「過程」を論じた「段階論」と障害を受容した理想的な「状態」について論じる「価値転換論」について簡単に整理しておきたい。

*総合福祉学部 准教授

(1) 広義の障害受容と狭義の障害受容

「障害受容」を最も広く捉えるならば、「障害」の中には、先天的な障害も後天的な障害も含まれる。また、「障害」の種類としては、身体的な障害(肢体不自由、聴覚や視覚の障害など)も、知的障害、精神障害も含まれる(本田, 一戸, 1995)。「受容」の主体は、障害者本人のみならず、障害者の近親者(例えば障害児の家族など)も含まれる(梶原, 高橋, 1994)。また、「障害受容」の内容を広く捉え、「価値転換」が明確でなくても、例えば家族のサポートに恵まれて障害を持ったことに対するわだかまりが徐々に少なくなっていく場合などを「障害受容」に含める立場もある。

逆に「障害受容」を狭い意味で捉えるならば、「障害受容を回復の断念に伴う価値体系の変化に限定すべきである」(本田, 南雲, 江端, 渡辺, 1994)と考える立場もある。ここで言う「価値体系の変化」が価値転換論で言うところの「価値転換」なのであるが(それが具体的に何を指すのかは後述する)、本田らによれば、「当然その前提として障害の自覚が必要になる。この意味で、障害受容は障害者すべてに期待できるわけではない。」ということになる。

例えば、「障害の自覚自体が困難で価値体系の変化が明らかでなくても、協力的な家族とそこそこ満足して生活している在宅高次脳機能障害者」を障害受容と理解することは、本田らにとって「障害受容の概念をめぐる混乱」と見なされる。また、脳梗塞後5ヶ月目から2年6ヶ月目までの闘病記を出版した新聞記者横田整三氏についても、その中で最後まで回復を目指す姿勢を変えていないことを回復への「固執」と呼び、「この最大の要因はやはり脳損傷者が自己の高次機能障害を自覚する困難さを上げるべきであろう」と論じて、障害受容にはあたらぬという理解を示している(本田, 南雲, 江端, 渡辺, 1994)。

(2) 障害受容の過程と、理想的な状態について

次に、傷害受容に関する理論と、そこで用いられる「障害受容」概念の差異について論じる。まず傷害受容についての理論には「段階論」と呼ばれるものと「価値転換論」がある。大まかに言えば、前者は障害を受け入れる「過程」について論じたものであり、後者は障害を受け入れた「理想的な状態」とはどのようなものを論じたものである。従って両者は対立するものではなく、むしろ統合的に理解するべきものなのであるが、二つの理論の中で「障害受容」という概念が異なる意味で使われていることには注意しておく必要がある。段階論で論じられている「障害受容」は「障害の受容過程」がどのようなものであるべきなのかという議論であり、価値転換論で論じられているのは「障害を受容した状態」というのはどのようなものであるべきなのか、ということなのである。

障害受容の「過程」を論じた「段階論」は、日本においてはFink (1960) とCohn (1967) のものが、紹介されている。本田ら (1992) によれば、Cohnの段階理論では、「ショック

(shock)」段階、「回復への期待 (expectancy of recovery)」段階、「悲哀 (mourning)」段階、「防衛 (defense)」段階、そして、最後の「適応 (adaptation)」段階、という5つの段階が仮定されている。Finkの理論においては、「ショック」段階、否認によって現実の認知を回避する「防衛的退行」段階を通り、第3の「自認」段階で現実的自己像を認知し、そして第4に「適応と変化」の段階に至る。Finkが危機理論を基礎としているのに対し、Cohnは精神分析理論を基礎としており、感情の落ち込みに対する評価も異なっているとす (本田, 南雲, 1992) 違いはあるが、両者とも、ショックを受け、現実の認識ができない状態から、感情的な落ち込みを通して適応的な段階に至る大筋ではほぼ一致している (本田, 南雲, 江端, 渡辺, 1994)。

障害を受容した「状態」については、価値転換が重要あるいは不可欠の要素と見なされることが多いが、障害受容の議論の中で、初めから「価値転換」が不可欠の要素として含まれてはいたわけではない。例えば、Grayson (1951) は、障害受容を、患者の身体的・社会的・心理的側面についてそれぞれ論じ、身体的障害を認知していること、社会的関係 (雇用関係や家族関係など) を現実的に認知していること、心理的には酷い情動的症候を示さないことであるとした。ここで求められているのは、現実的な認知と情緒的な安定であって、価値転換は明確に中心的要素とされているわけではない。

「価値転換」を障害受容の中心的要素として位置づけたのはDembo (1956) およびWright (1960) の理論である。「価値転換論」では、「喪失の受容」を「何にく価値>をおくべきか」という考え方に関する発想の転換」と捉える。例えば、「価値範囲の拡大 (『歩く』という価値は失われても、歩くことにこだわらずに考えれば、『移動』は車椅子使用によって可能であり、価値の本質的な部分は失われていないことに気づく)」「身体的価値を人格的な価値に従属させること (外見や身体的能力よりも、内面の方が大切であると考えること)」「障害に起因する波及効果を抑制すること (ある分野で自分の能力が標準以下でも、その点のみが劣っていると捉え、その人の人格全体の貶価にはつながらない。同様に、障害も一つの個性と捉えて、その人の人格全体の貶価にはつながらないようにすること)」「外在的基準による比較から生じる価値 (他者と比較して相対的に優れていると見なすことによって生じる価値) から、内在的価値を自分の価値と考えること」などが上げられている (本田他, 1994)。

DemboとWrightの価値転換論は日本の障害受容論に大きな影響を与え、現在流通している障害受容の主要な定義に、価値転換が要素として含まれている。価値転換の重視において最も先鋭的であるのが、本田らの「障害受容を回復の断念に伴う価値体系の変化に限定すべきである」(本田, 南雲, 江端, 渡辺, 1994) と考える立場であろうが、他にも、例えば上田 (1980) が「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。

以上のように、障害受容概念の最大公約数的なところをまとめると、障害受容とは疾病や外傷により心身の機能の一部を失った者が、その事実を受容した状態や、そこにいたる過程であり、「受容」とは何かをめぐっては価値転換が重要な要素とされていると言えるだろう。

2. 障害受容論に対する批判

障害受容論に対しては、拙稿を含め先行研究で指摘されたいくつかの批判がある。先行研究で指摘されたポイントを今回の目的に添って整理すると共に、新たな指摘を付け加えたい。

(1) 段階論と現実の不適合

まず、あげられるのが段階論と現実の不適合であろう。南雲は脊椎損傷患者に対して調査を行い、段階論を適用しようとする際の問題点として、ほとんどの研究で抑鬱状態が外傷性脊椎損傷患者の一部に見られたのみであること、皆が一律に障害を受容した適応段階に至るわけではなく、受傷後経過年数と心理的適応との間に傾向の関係は示されていないことを上げている(南雲, 1994)。

その後、障害の受容過程については唐津や野川(2008)らによって、Yoshida(1993)の「振り子理論」が紹介された。Yoshidaは、段階論は心理的な適応プロセスに反復性があることを説明していないとして、脊椎損傷患者のインタビューをもとに、受傷者が「健常だったときの自己」「完全に障害者である自己」「過剰に正常な自己」「一部障害者としての自己」の間を振り子のように揺れながら、次第に「中間的な自己」に落ち着いていくと述べた。

(2) 障害の多様性への配慮の不足

障害は多様であり、すべてに適用可能な単一の障害受容理論を求めることには無理がある。価値転換論や段階論は、認知機能の損傷がなく、回復の上限が比較的明瞭な切断患者や脊椎損傷患者には適合しやすいが、認知機能の損傷がある障害や、緩やかな回復が長期に渡って続くような性質を持つ後遺障害に当てはめようとすると、かえって患者にとって抑圧的に作用する場合が出てくるのである。

例えば梶原と高橋(1994)は、価値転換論や段階理論が脊椎損傷の患者に適応されたものであることを指摘し、脳卒中患者の傷害受容に当てはめることは困難であると論じた。失語、失認、記憶障害などの認知機能に直結する後遺症を伴う脳卒中患者の場合、内省を深め自己洞察に至ることはもちろん、受容の前提となる障害の把握自体に困難がある場合があり、そのような場合に重要になるのは、後述のように、患者を取り巻く環境の方だと言うのである。

もう一つ例を挙げるならば、筆者は前稿において末梢神経障害の一つであるギランバレー

症候群の後遺障害について論じた。ギランバレー症候群の後遺症は長期に渡って回復を続ける可能性がある疾病である。ある一時点での身体の状態を、切断患者や脊椎損傷患者と同じ意味で「受容」し「価値転換」を果たして、機能回復のリハビリテーションを諦めてしまえば、リハビリテーションを続けることによって得られる機能回復が望めなくなる可能性もある。そのため、ギランバレー症候群の場合の「受容」は「どの程度の回復を期待して良いのか、そして、それにはどれくらいの期間を必要とするのか前もって分からないこと」を受け容れることが、まず必要となる。それから、「今現在の自分の身体の状態」を受け容れること、そしてその上で、現在の生活を愛するために使うエネルギーと、将来の身体機能の回復に使うエネルギーの配分を自分で決定し、出した結論がリハビリの継続であれ中断であれ、それに責任をもつことではないかというのが、筆者が出した結論である（岩井, 2009）。

（3）環境の多様性への配慮の不足

認知機能が損傷された脳卒中患者の障害受容にとって、重要なのは患者を取り巻く環境である、と述べた。梶原と高橋は、障害受容を促進する環境的要因として、家族内の人間関係が良好であること、家族が障害を受容していること、経済的安定、職場復帰、医療チームとの信頼関係を挙げ、阻害要因としては、家族内の人間関係の悪化や家族が障害を受け入れないこと、経済的困窮を上げている。

そして、環境的要素を定義に含んだ障害受容の概念を提案し、「脳卒中患者の障害受容は、本人の自覚的で積極的なかたちの障害受容というよりは、むしろ周囲の暖かな人間関係のなかで傷がゆっくり癒えていくように障害に対するこだわりが消え、日常生活の中で自己自身を受容している状態を指すのではないかと思われる」（梶原, 高橋, 1994, p.831）と述べている。

しかしながら、患者の環境的要素は患者自身にはコントロールできない部分も多い。だとしたら、患者がコントロールできない部分について責任を負うのは誰なのかを明確にする必要がある。例えば、障害を負った患者を家族が暖かく迎えてくれるかどうかという要素について、責任を負うのは誰なのか。それに着目せずに、障害受容を患者だけの精神的作業であると理解するのは、障害受容の重要な一面を見逃していると言わざるを得ない。

また、よく考えてみれば、障害を抱えた自分自身を障害者が受容できるかどうか、周囲の人との人間関係の質に大きく影響されるということは、脳梗塞に限った話ではないだろう。障害受容の大もとの意味が「障害を受け入れる」というものであるならば、（その中心に「価値転換」があるべきだという立場をとるにしても逆の立場をとるにしても）、身の周りの人や所属する集団に拒否されるか、受け入れられるかという「患者・障害者の環境の多様性」が、障害受容の可否に影響される可能性は配慮しておく必要があると思われる。

(4) 社会受容の必要性

さらに視野を広げるなら、患者の直接的人間関係のみならず、社会全体で障害者をどのように定義するかも、障害者の障害受容に大きな影響を与えると予測される。その点について、従来の障害受容理論が障害受容を障害者の個人的な問題としてしか捉えていないことを批判し、障害者が自らを受け入れるには、障害者個人の障害受容プロセスに加えて、「社会が障害者を受容する」過程も必要であると論じたのが南雲である。

南雲は、障害を負った身体に対する他者の好奇心に満ちた視線から生じる悲嘆のような、障害や失った対象と直接関係しない悲嘆が存在することを指摘した(南雲, 1994)。そして、受傷後の患者が背負う苦しみには「自分の中から生じる苦しみ」と「他者から負わせられる苦しみ」の2つがあるとして、それを区別するべきであるとしたのである。前者の苦しみは患者・障害者が取り組むべきもので、それと折り合いをつけようとするプロセスが自己受容であるとすれば、後者の苦しみは患者・障害者が受容する必要のないものであり、それを和らげることは社会全体のつとめである。そして、障害者への蔑視や社会的排除を是正して障害を持った個体を包含していこうとすることが社会的受容であり、障害の社会受容により障害者の自己受容も促進されるとしたのである(南雲, 2003)。

(5) 障害受容理論の抑圧的使用について

日本における障害受容理論は、後遺障害が残る患者・障害者をサポートする職務に就いている医療福祉関係者の間に、海外の理論を導入する形で広まったものである。身体の一部や身体機能を失った患者・障害者が抑鬱に陥る場合があること、認知機能の損傷がなくても機能の喪失を否認して認めようとしなない場合があること、しかし機能喪失の事実を認識し、情緒的にも落ち着いて、自分自身の人生に対する情熱を取り戻せる可能性があることを、医療・福祉関係者が知識として知っていることには積極的な意味があると筆者は考える。

しかし、一旦それが医療・福祉の現場で援用されるようになると、それが権力的に用いられ、患者・障害者にとって抑圧的に作用してしまう場合があることはすでに指摘されている。例えば、野中は障害受容が障害を持つ者の義務になってはいないだろうかと問いかけ(野中, 1999)、田島は、医療関係者が患者やその家族に「障害受容ができていない」と言う時、それはセラピストの思うように支援が進行していないディレンマを解消しているに過ぎないのではないかと自問し(田島, 2008.2)、臨床現場のセラピストが「障害受容」という言葉の使用を避ける時、そこにある様々な思いを紹介した(田島, 2008.3)。

当事者の一人としての立場から言うと、患者・障害者が障害受容を迫られて困惑するのは、まず第一に、その内容が多義的だからである。身体的機能回復の上限や、それをどう評価するのか(小さな取るに足りないことなのか、重要なことなのか)等に関する「事実」につい

て医療関係者と共有可能な認識を構築するように求められているのか、もっと根本的な「価値転換」を迫られているのか、明らかでない。より単純な「事実」認識を求められているのだとしても、その根本になる障害告知のコミュニケーションで使われている言葉についての認識が、医療関係者側と患者・障害者側でかなり隔たっている事がある。

例えば、障害告知場面において医師が患者に「これ以上の回復は望めないのでリハビリを打ち切る」と宣言する時、患者にとって非常に重要な言葉が、しばしば抜け落ちていることがあった。医師は「回復期のような大きな回復は望めない」という意味でしばしば「これ以上回復しない」と宣告し、「維持期にも小幅な回復があり得ること」を言葉にして伝えないという不作為によって、患者からみれば回復を完全に否定されたような印象を与えてしまう。それは、患者の身体感覚とは一致していないので、医師に対する不信感をもたらしがちである。

また、「小さな回復」への評価も医師と患者当事者では異なっている気がしてならない。「小幅な回復があり得る」ということを簡単に伝え損ねる背景には、患者からみれば、「小幅な回復」がどれほどの重要性をもっているかが、医師に理解されていないという事情があるのではないかと感じられるのである。図式的に単純化して言うならば、「これ以上の回復は望めない(小幅な回復はあり得るが、それは大して重要ではない)」という医師と、「小幅ではあるが回復は続いており、それは重要なものである」と感じる患者の間で、不信感が増幅させられるのである。

無論、医師が「小幅な回復はあり、それは患者にとって重要なものである」という患者の視線を共有したとしても、財政上の問題解決のために作られた法律が、回復のためのリハビリを拒絶することはあり得る。しかし、財政の事情でリハビリの打ち切りを宣告されることと、障害を受容してリハビリ打ち切りを受け入れるのが正しい障害者の振る舞いだという前提の元に、リハビリ打ち切りを告げられることには、明白な違いがある。前者において、患者は「小幅な回復を重要だと感じることや、それを社会が共有してくれないことに対する悔しさ・悲しさを感じる正当性」を残しているのに対し、後者では「『障害受容』ができずに『機能回復に固執』し、リハビリ打ち切りに悔しさ・悲しさを感じる自分」を恥じなければならないのである。

筆者が医療・福祉施設でリハビリをしていた2006年の医療現場はリハビリ日数制限の混乱の最中にあり、「機能回復に固執している」「障害を受け入れられていない」という言葉が、リハビリの打ち切りを納得できない患者に対して、(悪意の有無は別として)かなり権力的に用いられていたという印象がある。たとえリハビリを打ち切らなければならないとしても、そこで生じる情緒的混乱を、患者・障害者のパーソナリティ的要因にすることで収束させようとするべきではなく、患者が「機能回復に固執している」と断定するのが適切なのかを、患

者本人の視点から見直した上で、国家財政の健全化の必要性和、障害受容を別個の問題として理解することが必要であり、そうでなければ、「障害受容」は、患者にとって非常に抑圧的な概念になってしまうのである。

(6) 価値転換論に見られる社会的相互作用の軽視

障害受容という概念は、疾病や外傷で後遺症を残した患者・障害者の理想的な心理状態を定義した概念であるにもかかわらず、その中心的な要素であると主張される「価値転換」は、患者・障害者当事者に評判がよいとは言えない。例えば新舎は、医学部在学中に事故で頸椎損傷となり、後遺症を残しながらも、車椅子を使用しながらリハビリ医として勤務している「当事者」である。彼は、価値転換論を批判して、価値の「転換」というよりはむしろ価値の「拡大」ではないかと述べたくだりで、「たかが障害を負った程度でそう簡単に人間の価値観など変わるものだろうか」(新舎, 2003, p816)と疑問を呈し、「『歩けない』より『歩ける』ほうがいいに決まっているし、『歩けない』という事実で満足しているものなど一人もいないであろう。取りあえず、『仕方ない。車椅子でもいいや』という程度の話であろう」(新舎, 同上)と述べる。

筆者が肢体不自由の当事者として価値転換論を一読したとき、連想したのは「酸っぱいブドウ」のイソップ神話であった。「より美しくあるように、また、身体的能力を高めるように努力すること」や「競争に勝ち抜くこと」は、筆者の今までの社会化の過程で求められてきた価値であり、その一部は自分にとっての重要な価値としても内面化されている。疾病による後遺症が残った途端に、「そんなものに大して価値はない。人格や、他者との比較によらない内在的価値こそ重要である」と、思わなければいけないというのは、まるで「あのブドウは酸っぱいから自分には必要ない」と本心から信じ込む狐になればと要求されたような気分であり、そこにある種の欺瞞を感じてしまったのである。

ここで価値転換を行った障害者を描写してみよう。障害のためにある事ができなくなっても、補助用具や人に依頼することができれば、それがある程度は可能になるという事に気づき、それに満足している。外見的な美しさや身体能力よりも人格の方が大切だと考え、他者と比較して相対的に優れていると見なすことによって生じる価値でなく、固有の内在的価値こそが自分の価値であり、自分にはそれがあると確信している。このような障害者像には、どこか「隠者」めいたものを感じはしないだろうか。

また、その一方で、社会において相対的に多くのメンバーに共有された「価値」がある。身体的能力や外見的な美しさ、他者との競争に勝ち抜くことに、社会的に大きな価値が与えられていることは、子供の頃から馴染んできた運動会の徒競走や受験競争などを思い浮かべてみても明らかだ。逆に、「固有の価値」を発見することは、現代日本で生まれ育った人の

成育過程で課題とされることは少ない。ユング派の心理学者Fon Franzは、もっとあからさまに、男性同士の競争的な関係を好まない男性を、大人になれない「永遠の少年」と呼んだ(Fon Franz, 1982)。それほどに、現代社会の健常者は他者との競争で上位に立つことが価値であるとされてきたのである。

それに対して、Wrightは、治療者が内在的価値を障害者とともに重視する姿勢を示すことが大切であると論じている。そして確かに、共感的な治療者はそれを共有してくれるかも知れない。しかし、社会の他の成員がそうであるとは限らないのである。障害者が医療福祉関係者や障害者仲間からなるコミュニティにのみ留まっていればまだしも、健常者とも関わりを持つとすれば、必然的に社会との相互作用に巻き込まれる。

例えば、障害者白書によれば、事業所で雇用されている障害者の賃金の平均月額、身体障害者が25.0万円、知的障害者が12.0万円、精神障害者が15.1万円となっている。また福祉工場の賃金は事業所雇用の平均より低く、通所授産施設の工賃の平均月額は身体障害者2.2万円、知的障害者が1.2万円、精神障害者1.3万円である(内閣府, 2005)。男性の収入が有配偶者率と関係していることは知られているし(労働政策研究・研修機構, 2005, p91)、男女を問わず、性的パートナーの選択過程において、外見が重要な役割を果たすことは対人魅力研究によって明らかになっている(Walster, 1966)。このように自分の力で生活を支える事や、好きになった異性に選択されるためのプロセスで、より多くの挑戦を受けている障害者が、思うような結果が得られない時、「病気になる前の身体だったらよかったのに」と悔しく思うことは、「障害受容ができていない」と糾弾されるべきではない。

無論、社会との日々の相互作用の中でも、他者との比較によって得られる価値から自由であれば、障害をもっていてもそれに囚われることなく、葛藤からは解放される。しかし、身体的能力や外見、他者との比較によって自己の価値を計るような行為とは距離を置き、人格的価値を磨き己の内在的価値を確信しているような人物は、障害者であっても健常者であっても、突出した自我の強さをもつ「尊敬されるべき人物」であり、すべての障害者の目標として強えられるべきものではない。

3. 考察

価値転換論がゴールとすることは、社会的に共有されている価値観から離脱して、独力で自己の価値を発見して、精神的な安定を取り戻すことである。そして確かに、それを成し遂げた障害者は、健常者が所与としており、普段はそれに囚われていることすら意識せずにいる社会的価値を相対化させ、気づきを与えてくれる「感動的」な存在にすらなり得るのだが、一方で、社会的価値から独立に、自分自身に何らかの価値を見だし、日常的な社会との相互作用の中でもそれを見失わないでいることは、強靱な自我があっ初めて可能なことであ

る。社会的な価値に汚されずにいる「隠者」かロシア文学における「聖なる白痴」のような聖性すら帯びたそれが全ての障害者にとってのゴールであるとは考えにくく、何らかのオルタナティブなゴールが必要とされているというのが筆者の結論である。

それでは超人的でない一般の障害者にとって、障害受容とは何だろうか。障害の「種類」も「程度」も、また個々の障害者を取り巻く環境も多様である。また、みずからの障害を切なく感じることを糾弾されるべきではなく、受容は強要されるべきものでもない。そして障害者個人だけでなく、社会もまた、障害者が障害ゆえに差別される状況を除去する責任を負っている。

だとすれば、障害受容とは、障害者個人が、様々な障害の性質、障害者を取り巻く人間関係、全体社会と言った諸要素と相互作用する過程を、そこで生じる肯定的・否定的感情も含めて受け入れることができることではないかと筆者は考える。

引用・参考文献

- Cohn, N., 1961, Understanding the process of adjustment to disability, *Journal of Rehabilitation*, 27, pp. 16-18.
- Dembo, T., Leviton, G., Wright, B. A., 1956, Adjustment to misfortune: A problem of social psychological rehabilitation, *Artificial Limbs*, 3, pp. 4-62.
- Fink, S. L., 1967, Crisis and motivation; A theoretical model, *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 48, pp. 592-59.
- Grayson, M., 1951, Concept of "acceptance" in physical rehabilitation, *Journal of the American Medical Association*, 145 (12), pp. 893-6.
- Fon Franz, M. L., 1982, 松代 洋一, 椎名 恵子訳, 永遠の少年一星の王子さまの深層, 紀伊國屋書店.
- 本田哲三, 南雲直二, 1992, 障害の「受容過程」について, *総合リハビリテーション*, 20, pp. 195-200.
- 本田哲三, 南雲直二, 江端広樹, 渡辺俊之, 1994, 障害受容の概念をめぐる, *総合リハビリテーション*, 22 (10), pp. 819-823.
- 本田哲三, 一戸美代子, 1995, 患者家族の障害受容と適応, *総合リハビリテーション*, 23 (8), pp. 651-654.
- 岩井阿礼, 2009, 中途障害者の「障害受容」をめぐる諸問題—当事者の視点から—, 淑徳大学総合福祉学部研究紀要, 43, pp. 97-110.
- 唐津ふさ, 野川道子, 2008. 8, 障害受容・疾病認識のニューパラダイム (2) 「Yoshidaの振り子理論」と「Patersonの視点変化モデル」, *看護技術*, 54 (9), pp. 74-78.
- 梶原敏夫, 高橋玖美子, 1994 脳卒中患者の障害受容 *総合リハビリテーション*, 22 (10), pp. 825-831.
- 南雲 直二, 1994, 脊髄損傷患者の障害受容—stage theory再考, *総合リハビリテーション*, 22 (10), pp. 832-836.
- 南雲 直二, 2003, 障害受容の相互作用論—自己受容を促進する方法としての社会受容, *総合リハビリテーション*, 31 (9), pp. 811-814.
- 新舎規由, 2003, 当事者の立場から (特集 障害受容における相互作用), *総合リハビリテーション*, 31 (9), pp. 815-820.
- 内閣府, 2005, 平成17年度版 障害者白書.
- 野中猛, 1999, 病や障害からのリカバリー (特集1/リカバリー支援), *作業療法ジャーナル*, 33 (6), pp. 594-600.
- 労働政策研究・研修機構, 2005, 若者就業支援の現状と課題 (労働政策研究報告書No.35).
- 田島明子, 2007.8, 障害受容再考—障害受容をめぐる問い (第2回) 日本における『障害受容』に関

- する言説・研究の流れ（前），地域リハビリテーション，2（8），pp.717-719.
- 田島明子，2007.9，障害受容再考—障害受容をめぐる問い（第3回）日本における『障害受容』に関する言説・研究の流れ（後），地域リハビリテーション 2，（9），pp.799-801.
- 田島明子，2008.2，障害受容再考—障害受容をめぐる問い（第8回）臨床現場における『障害受容』の使用法，地域リハビリテーション，3（2），pp.178-182.
- 田島明子，2008.3，障害受容再考—障害受容をめぐる問い（第9回）『障害受容』の使用を避けるセラピストたち，地域リハビリテーション，3（3），pp.282-285.
- 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，pp.515-521
- 渡辺俊之，1994，切断患者の障害受容，総合リハビリテーション，22（10），pp.837-841.
- Walster, E., V. Aronson, D. Abrahams, and L. Rottmann, Importance of physical attractiveness in dating behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.5, 508-516.
- Wright, B. A., 1960, *Physical Disability: A Psychological Approach*, Harper & Row, New York.
- Yoshida, K. K., 1993. 3, Reshaping of self : a pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury., *Sociology of Health & Illness*, vol.15（2）, pp.217-245.

Relationship between Disability Acceptance and Social Values: From the View Point of a Physically-challenged

Arei IWAI

In this paper, the author has discussed definition of disability acceptance. The dominant definition of the word were shown, criticisms against it were examined and, new definition were presented from the view point of a physically-challenged.

In the dominant definition, disability acceptance includes process of four stage to accept it, and the mental stability with “value change”. It is criticize in 5 ways. First, actual process of acceptance is neither 4 stage nor one-way. Second, disability is so diverse that dominant theory can not be suitable for some of them. Third, acceptance by family members (or other people around disabled person) and society is also needed for the disabled to accept disability. Fourth, the word “acceptance of disability” has repressive function against disabled person. Fifth, the idea that value change is essential factor for mental health of the disabled ignores social interaction.

New definition is like that. Acceptance of disability is acceptance of social interaction process between the disabled person and his or her environment.