障害者
リハビリテーション
'80

●リハビリテーション交流セミナー報告書●

障害者リハビリテーション'80

――リハビリテーション交流セミナー報告書――

財団法人日本障害者リハビリテーション協会
リハビリテーション交流セミナー実行委員会

刊行にあたって

第４回リハビリテーション交流セミナーが，1980年10月３日・４日の両日にわたって東京（セブン・シティ）において開催され，一応の成果を収めたことは，実行に当たった者として，まことに喜ばしいことです。

このセミナーの性格については，すでにご存知の方も多く，多言を要しないと思いますが，要するに，リハビリテーションの各分野（医学，教育，心理，職業，社会工学など）において，それぞれ活躍されている専門家の方々の知見の交流の場である，といえましょう。

また，同じ職種の専門家（例えば，教育，心理など）であっても，その仕事の場が障害別（例えば，肢体不自由，視覚障害，等々）に分れていて，その間の知識の交流は，ほとんどなかったのが実状です。

こうした専門分野，並びに障害別職場の壁を越えて，互いに知識，意見の自由かつ率直な交換・交流を図ることが，障害児・者のリハビリテーション，福祉の向上にとって，きわめて重要な課題であるにもかかわらず，これまでほとんど欠落していた，というのが残念ながらわが国の現状であった，といっても過言ではないと考えます。

こうした現状を少しでも改善しようではないか，という動機から，私ども20数名の実行委員がボランティアとして結束し，互いに「手弁当」で力を結集して，第１回から第３回までのセミナーを運営してきました。

このようにして，この交流セミナーも一応の基盤が確立したので，次回からはもう少し公的な組織による運営へ移すことが望ましいのではないか，という実行委員会の意見によって，第４回のセミナー（すなわち，本年のセミナー）からは財団法人日本障害者リハビリテーション協会に主催を委ねよう，ということになりました。

リハビリテーション協会としては，もちろんその趣旨に異存はなく，同意したのですが，ただ，残念ながら，協会事務局の事務的な体制が脆弱で，実施面においては，ほとんど従前どおりに，実行委員の各位（並びに事務局の東京コロニー）の御努力・御協力に依存せざるを得なかったことを衷心よりお詫び申し上げるとともに，深甚なる感謝を捧げる次第です。

さて，来年（1981年）は「国際障害者年」です。わが国のリハビリテーション事業の推進・発展にとっても，きわめて重要な機会であることは言を待ちません。

この機会に，日本障害者リハビリテーション協会が強力な団体へと脱皮するとともに，それと併せて，この交流セミナーを1981年に限って「国際交流セミナー」として，海外からも若干の専門家を招くとか，他の関係団体との多少の合流を試みる，などの計画が現在検討されております。

いずれにせよ，それに要す資金（募金額）にも大きく左右されますので，計画の決定には，いましばらくの時間を要すると思われますが，とりあえずお報らせ申し上げます。

最後に，本セミナーに日本アイ・ビー・エム社と日本小型自動車振興会より多額の助成金を頂戴したことを付記して，厚く御礼申し上げます。

また，実行委員の方々および事務局担当者の御努力と御協力に重ねて謝意を表するとともに，講演，シンポジウム，分科会などを快くお引き受け下さった諸先生に衷心より感謝の意を表する次第です。

1980年12月　日本障害者リハビリテーション協会
リハビリテーション交流セミナー'80実行委員会

委員長 **小池　文英**

目　次

刊行にあたって……………………………………………………………………………小池　文英…　iii

第1部　講　演……………………………………………………………………………………　1

Ⅰ　医学の進歩と身体障害者……………………………………………………………天児　民和…　3

Ⅱ　障害児教育のゆくえ……………………………………………………………………長谷川　孝…　11

Ⅲ　社会福祉政策の新理念…………………………………………………………………丸尾　直美…　21

Ⅳ　てんかんをもつ人びとのリハビリテーション………………………………………大沼　悌一…　28

第2部　シンポジウム……………………………………………………………………………　35

シンポジウムⅠ　障害者の雇用——現状と課題……………………………………………………　37

障害者の雇用……………………………………………………………………………………小川　孟…　37

福祉サイドからみた障害者雇用の現状と課題………………………………………………河野　康徳…　38

雇用の現状と課題——企業の立場から………………………………………………………伊東　弘泰…　43

身体障害者職業訓練の現状と課題……………………………………………………………柿崎　栄一…　46

職業安定所の立場から…………………………………………………………………………是枝　茂…　50

改正身体障害者雇用促進法の効果……………………………………………………………安井　秀作…　52

シンポジウムⅡ　80年代のリハビリテーションを考える…………………………………………　56

80年代のリハビリテーション——医学の立場から……………………………………………上田　敏…　56

80年代のリハビリテーション工学……………………………………………………………横溝　克己…　57

教育の質的転換を求めて………………………………………………………………………加藤　寛二…　61

障害者と健常者との接点における問題点……………………………………………………村田　稔…　67

職業リハビリテーションについて……………………………………………………………池田　勗…　68

シンポジウムⅢ　国際障害者年へのとりくみ………………………………………………………　73

完全参加と平等…………………………………………………………………………………五島　貞次…　73

国際障害者年の理念……………………………………………………………………………花輪　隆昭…　75

予算獲得に向けて………………………………………………………………………………板山　賢治…　78

困難を乗り越えて………………………………………………………………………………飯田　進…　80

情報の確保が先決………………………………………………………………………………石坂　直行…　82

暖かい光が………………………………………………………………………………………村谷　昌弘…　86

▶質問と意見……………西村秀夫／登丸福寿／五味重春／八代英太／加藤寛二…　89

▶回答と補足説明…………………………………………………………………………………　93

第3部　分科会……………………………………………………………………………………　99

分科会Ⅰ　地域におけるリハビリテーション・サービスの展開…………………………………　101

[1]　問題の提起と総論…………………………………………………………………………今田　拓…　101

2 地域障害児に対する通園施設と訪問教育……山形 恵子… 105
3 地域リハビリテーション活動におけるマンパワー……寺山久美子… 106
4 職業リハビリテーション連絡会の展開……黒田大治郎… 107
5 米国カリフォルニア州バークレー市の自立活動センター……高橋 孝文… 108
6 討論とまとめ…… 109
分科会II 介護と介助の諸問題…… 111
1 問題の提起と総論……大川 嗣雄… 111
2 障害者のベッドを考える……花村 都… 114
3 討論とまとめ…… 118
分科会III 障害者のレクリエーションとスポーツ…… 119
1 問題の提起と総論……三ッ木任一… 119
2 障害者にとってのレクリエーション活動の意義……飯笹 義彦… 120
3 在宅障害者の生活とレクリエーション活動……勝矢 光信… 121
4 実践報告〔1〕重度障害者の自立生活とレクリエーション活動…赤塚 光子… 123
5 実践報告〔2〕地域の福祉施設におけるレクリエーション活動…曽根香代子… 124
6 実践報告〔3〕レクリエーション活動の推進方策……塚本 哲夫… 125
7 討論とまとめ…… 126
分科会IV 脳卒中のリハビリテーション…… 128
1 問題の提起と総論……大田 仁史… 128
2 脳卒中医療の現状と問題解決の糸口……林 弘… 129
3 プライマリ・ケアの任務……西田 一彦… 131
4 在宅訪問リハビリテーションの成果……米田 睦男… 133
分科会V 障害者の経済的自立の諸問題…… 137
1 問題の提起と総論……調 一興… 137
2 障害者への年金・手当の問題点……橋本 司郎… 139
3 障害福祉年金はいくらであるべきか……高藤 昭… 142
4 当面の所得保障についての提案——障害者の立場から……磯部 真教… 144
5 働く障害者の経済的保障の問題点……飯川 勉… 146
第4部 報 告…… 149
第14回国際障害者リハビリテーション協会世界会議……小島 蓉子… 151
世界会議前セミナーについて
1 医学セミナー……五味 重春… 158
2 工学セミナー……岩倉 博光… 162
3 社会セミナー……トム・ペイトン… 166
4 職業セミナー……高木 美子… 170

英文目次…… 174
あとがき…… 175
リハビリテーション交流セミナー’80実行委員名簿…… 176

ノーマライゼーションへの志向

「リハビリテーション交流セミナー'80」開かる

▲受付風景

国際障害者

第４回リハビリテーション交流セミナーは，昭和55年10月３～４日の両日，東京新宿のセブンシテイにおいて，約 340名の参加を得て開催されました。今回のセミナーは，'81年の国際障害者年を控え，官民あげて，それへの対応を図っ

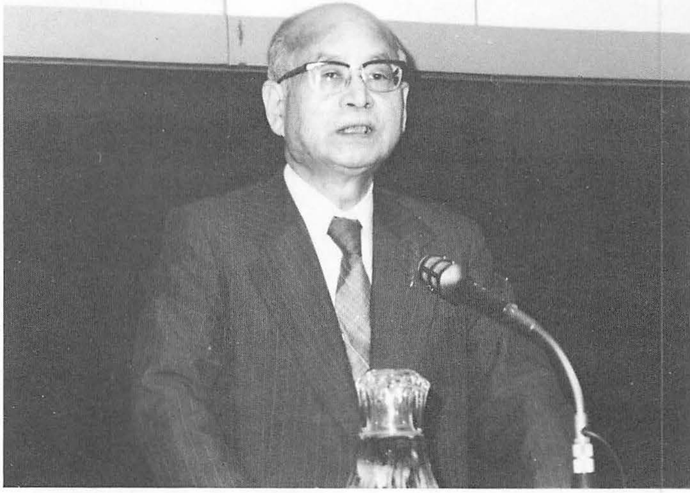
▼昼休みを利用して行われた障害をもつ者の国際交流に関するミーティング

▼１日目の夜に行われた懇親会

▼映画『マザー・テレサ』の千葉茂樹監督

年へ向けて

ている年でもあり，いやがうえにも盛り上がり，多大の成果をおさめることができました。期間中は，正規のプログラムのほか，各所で交歓会や親睦会が見られましたが，その主なものを集約してご紹介いたします。（撮影：成田徹夫）



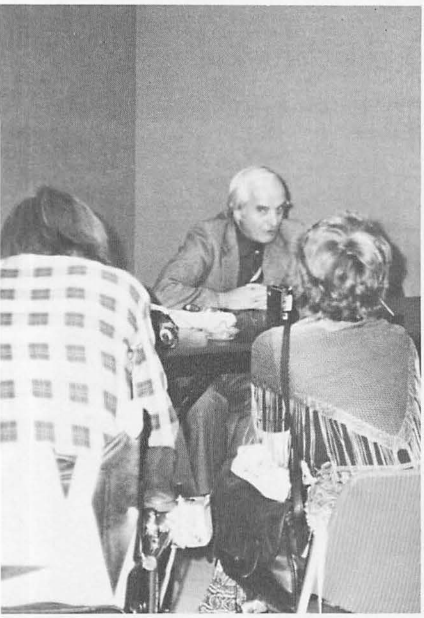
▲太宰博邦氏による開会挨拶

▼手話通訳も行われました。訳者は杉山氏，講師は小島氏。

14回目を迎えた世界会議

――カナダのマニトバ州ウイニペグ市で開催――

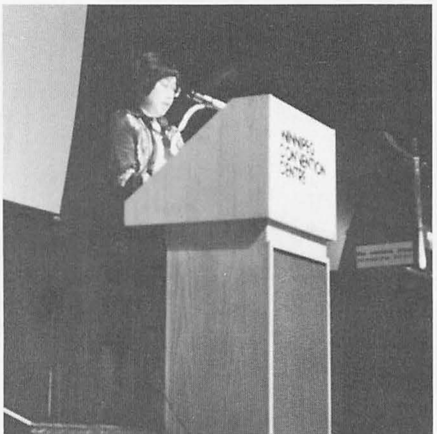
▲80年代憲章を話しあうラウンド・テーブルズ。約150のテーブルを囲んで，それぞれ話し合いました。



▲記者会見するジェンキンズ会長

▲障害者世界連合を目指して開かれた特別集会

◀エド・ロバーツ氏



◀小島蓉子氏

▶堀　秀夫氏

第 1 部

《講　　演》

I　医学の進歩と身体障害者……天児　民和…　3
II　障害児教育のゆくえ……長谷川　孝…　11
III　社会福祉政策の新理念……丸尾　直美…　21
IV　てんかんをもつ人びとのリハビリテーション……大沼　悌一…　28

《講演Ⅰ》

医学の進歩と身体障害者

天児　民和
（九州労災病院）

本日，リハビリテーション交流セミナーで講演できますことは，私の大変光栄とするところであります。私の演題は「医学の進歩と身体障害者」でありますが，常識的に考えますと，医学が進歩すれば身体障害者はなくなる，あるいはずっと減少すると考えられます。しかし，実際には決して減少していないのであります。それは現代の医学が生命を救う技術は非常に進歩しており，それに比例して重度の身体的欠陥のある人が長く生存するということになるのであります。

日本人の寿命について考えてみましょう。京都大学霊長類研究所の推計によりますと縄文時代（紀元前３世紀）は，男女ともに平均寿命は31歳です。1500年代の室町時代になっても，男子35.8歳，女子36.7歳で，あまり進歩がないのであります。その後，僅かながら寿命が長くなりましたが，平均寿命が50歳を超えますのは明治に入ってからであります。しかし，19世紀の終りから20世紀にかけて，医学は著しく進歩しました。その結果，日本は現在では男子は73歳，女子は78歳となり，世界でも１～２を争う長寿国になっているのであります。

ところが，身体障害者は決して減少していない。否，反対に年々増加してきているのであります。身体障害者の数は，昭和28年には総数51万2,000人ですが，年々10万近くの増加があり，本年（55年）の２月の統計によりますと，総数197万7,000人となっています。その中で一番多いのは，肢体不自由者で112万になります。聴覚，視覚の障害者は，それぞれ約30万，その他，内臓に欠陥のある人が約19万となっております。

これは決して我が国だけが多くなっているのではありません。米国の統計をみましても，1960年には障害者が1,695万であったものが，1970年には2,100万に増加しているのであります。

医学の進歩のあらまし

そこで，医学の進歩は一体どのようにして行われてきたか，それをふり返ってみることにしましょう。古代においては，もっぱら神に対するお祈りと，いろいろな魔法に多く期待をもったのです。医聖ヒポクラテスも，もっぱら自然治癒に頼ったのであって，

ヒポクラテスの誓いは「医師は自然の下僕である」とはっきり言いきっているのであります。

1500年代になって，ベザリュースが解剖学を確立し，ハーベイが心臓の機能をはっきりと究明していったのですが，その少し前，1300〜1400年代にヨーロッパでペストの大流行が起こり，ヨーロッパの人口の3分の1は，そのために減少しました。イタリアのフローレンスの町は，ほとんど全滅し，町は屍体で充満したとさえ伝えられております。しかし，このような急性の伝染病を治療する方法は，なにひとつ開発せられていませんでしたし，伝染病という概念さえなかったのであります。

しかし，ここで1つ考えなければならないことがあります。このような時代に生き残るということは，身体が非常に強健であったという証拠であります。ダーウィンが言うように，動物の社会は適者生存であります。弱いものはみな滅び，強健なものだけが生き残って繁栄してゆくのであります。今日のわれわれ人類は，このような時代に弱者は遠慮なく淘汰されてしまい，強健なもののみが長く生存していったのであります。すなわち，身体的に欠陥のあるものは，この時代には生存することが，はなはだ困難であったと言い得るのではないでしょうか。

レプラも14世紀頃は，かなり急性の疾患でありましたが，人類はこのような疾患に対て，次第に抵抗力を獲得し，近世においては，伝染病ではありますが，あまり感染力の強くない特殊な疾患になってしまったのです。

・パレの血管結紮法

外傷においても，1552年，フランスのパレが血管結紮法を考え出すまでは，出血に対しても適当な処置がなく，灼熱した鉄棒で創面を焼灼するという，きわめて乱暴な手段をとっていたのであります。創を焼灼すると，出血はある程度とめることはできたでしょうが，そこに大きな壊死組織を作り，これが感染の培地となり，多くの負傷者は，そのために死んでいったのであります。

パレの血管結紮法は確かに医学の進歩の中で，特筆せられる事項でありましたが，血管を結紮する紐に適当なものがなく，皮革紐で結紮しました。しかも消毒という考えが全然なかった時代ですので，結紮をしたために出血はとめたが，深部に感染が起こるのは当然のことでした。

パレの血管結紮の技術を書いたパレの著書が，1649年にオランダ語に翻訳され，この書物が遠く喜望峰を回って日本まで帆船で到着しました。そして，長崎の楢林鎮山がこの書物を日本語に1706年に翻訳しました。すなわちパレが血管結紮の方法を開発してから154年を経過していますが，それでも，その当時の日本では最新の外科的技術であったろうと思います。

パリ大学の総長をしていたアンドリー（1658〜1742）は，今日の整形外科の父祖と言われていますが，それは身体的な変形を訓練と副子の装着によって矯正しようと試みたことによります。しかしこのような方法で実際に変形を治し得る範囲はきわめて狭いの

でありますが，これを手術で矯正しようとしても，感染があるので，生命の危険が大きくて，簡単にはできなかったのであります。

そこで，ドイツのストロマイエルは，できるだけ小さな切開で拘縮した筋肉や靱帯を切断して変形を矯正しようとしたのであります。もちろん，その前には，大きく切開をし，筋肉を切断したりして矯正しようとした試みはありましたが，矯正はできても，創が化膿し，その結果，生命を失うことも少なくなかったのであります。

ストロマイエルは細い鎌型のメスを作って，これを皮膚につきさし，その下の腱を切断する技術を開発しました。これによって，斜頸，足関節の変形などは非常によくなったのであります。もちろん消毒もしないでメスをつきさすのですから，全然感染が起こらないというわけではありませんでしたが，起こっても，創が非常に小さいので，あまり大きく広がることはありませんでした。

英国の整形外科の開拓者であるリトルは，子供の時に小児麻痺に罹患し，尖足になっていました。英国では，これを矯正できる医師がいませんでした。そこで，ドイツに行き，ストロマイエルの所で手術をしてもらい，大変よくなったので，そこに数ヵ月留まって，その技術を習得し，ロンドンに帰ってから，王立の整形外科病院を建設し，自らその院長になりました。もちろん，このような小さな手術で矯正できる変形は，ごく一部分に限られていました。このストロマイエルの手術が最初に成功したのは，1833年のことです。

・感染との闘い

感染の怖しいことは，外科手術だけではありませんでした。子供を分娩する母親にとっても，これは大変大きな危険を伴っていました。1840～1850年の頃は，子供を分娩してから高熱を発する産褥熱で死亡する者が11～15％ありました。すなわち，出産が10人あれば，その中の１人は産褥熱で死亡するという勘定になります。このような問題に着目したのがハンガリー出身のゼンメルワイスです。

彼は産褥熱の原因をいろいろ探究しました。その頃一緒に研究していた病理の医師が解剖中に指に負傷し，そこから感染を起こして死亡しました。その人の病理解剖の所見は産褥熱で死亡した人とまったく同じでした。そこで，ゼンメルワイスは分娩時に感染を起こすのが産褥熱であろうと考えました。もちろん今日のように微生物で感染が起こるということは，まったく分っていなかったのですが，ゼンメルワイスは晒し粉で手の消毒をしてから分娩に立ち合うようにしたところ，産褥熱の発生が1.3％に減少しました。

これは毒素が創から入るのを防止した結果であろうと考えましたが，当時，彼の学説に賛成する人はほとんどいなかったし，当時ハンガリーにはオーストリア・ハンガリー帝国から分れて独立しようとする運動があり，彼はその方面に関係していたと疑われ，ウィーンから追放になり，ブダペストに帰りました。そこでも，この方面の研究を行っていましたが，不幸にして彼も指に負傷をし，そこから感染をして高熱を発し，皮肉にも産褥熱と同じような症状で彼も死亡したのであります。彼の功績は，その後，全世界

から認められ，彼の死後ウィーン大学の病院にゼンメルワイスの記念碑ができたほどであります。

このようなことは一般の外傷においても認められました。すなわち，開放性骨折は，しばしば重篤な感染を起こして，そのために死亡することが多いので，開放性骨折は18世紀においては，切断が最良の救命法であると考えられていました。しかし，その原因については，あまり深く探究する人がなかったのであります。

少しあともどりしますが，アメリカ大陸が発見され，その後，欧州の清教徒が新天地を求めてアメリカ大陸に多数渡ってゆきました。特に，1620年，メイフラワー号が多数の清教徒を乗せて英国から新大陸に渡りましたが，この人達は，いろいろの伝染病や外傷によって，多くの人が命を失い，約1ヵ年で半数が死亡したとさえ言われています。

また，1854年，クリミヤ戦争では，負傷者に対する取扱いが，すこぶる不潔で，ついにナイチンゲールがこれを指摘し，彼女は新しく教育した看護婦を引率してクリミヤに渡り，清潔な野戦病院を建設した話は有名です。しかし，なぜ不潔にしていたら死亡率が高くなるのか，また，その原因は何か，という問題は，まったく解明されていなかったのであります。

・パスツールの業績

この問題を解決する第一歩は，フランスの化学者パスツールによって進められました。その当時，フランスの産業で最も重要なものは，ブドー酒の生産でした。ところが，ブドー酒は，どうしてできるかという化学的な研究は，まったくされていなかったし，大きなタンクで醸造を始めても，時々まったく醱酵しないで，腐敗してしまう例も少なくありませんでした。

どうしてこのようになるのか，それをブドー酒の生産業者がパスツールに解明してほしいと頼みにきたのです。そこで，パスツールは腐敗という問題の解明に着手し，肉汁を煮沸し，びんに入れて放置し，一方，他のびんには栓をして，長いS字状のガラス管で外界と連絡をとるという方法で研究をしました。肉汁を外気に直接さらすようにしておくと，短期間に腐敗しますが，S字状の長いガラス管をさしこんでおいたものにはすぐには腐敗は起こらなかったのです。

このような研究から，腐敗は外部から何かが入ってきて起こすもので，これを防ぐには液を熱すると，腐敗が起こりにくいということも明らかになってきました。そこで，パスツールは空気中に，これらを起こす物質があって，しかも，これが肉眼で見えない微生物であることも彼は推定しました。そこで，ブドー酒を造る時には，外部から有毒な微生物が入ってこないようにするとともに消毒法も彼は考えました。

その結果，フランスのブドー酒の生産は，きわめて安定した製法で造られていったのであります。なおパスツールは43歳で脳血栓で倒れ，左側の片麻痺を起こしましたが，このような状態の間にも研究を怠らず狂犬病の予防，その他，今日われわれにとって，きわめて重大な幾多の研究を成し遂げているのであります。すなわち，パスツールが微

生物は熱すると死滅するということを明かにしたのであります。

・消毒のはじまり

英国の外科医リスターは，創がどうして感染するかをいろいろ考えた末，パスツールの学説から創に空気中の有害な微生物が入って化膿すると考えました。その結果，創の消毒ということが大切であることに着目し，5％の石炭酸で創を湿布すると，化膿しないことを発見しました。

1865年8月12日，グラスゴーで11歳の少年が左脛骨の開放性骨折でグラスゴーの大学病院に入院してきました。この日，リスターは留守だったので，リスターからいつも教えられていたマックフィーという若い外科医がリスター先生から教えられたとおり5％の石炭酸液を浸ましたガーゼで創を被い，骨折は副木で固定しました。前にも述べたように，この当時までは開放性骨折は皆切断することになっていたのです。

それで，マックフィー医師は3日目に心配しながら石炭酸液を浸ましたガーゼを，そーっと取り除いて創を調べますと，全然化膿の症状がなかったので，彼は元気づいて5％の石炭酸液を浸ましたガーゼで創を被い副木の固定を継続いたしましたところ，骨折も癒合し，創も綺麗になって退院してゆきました。リスターが喜んだのは当然です。そして，このような症例をさらに経験して，2年後の1867年に英国の古い医学雑誌であるランセット誌上に新しい開放性骨折の治療法として論文を発表しました。このような新しい考え方が発表されましても，ゼンメルワイスの場合と同じように，英国内では賛成する人は，きわめて少なかったのであります。

エジンバラの有名な産婦人科医であるシンプソンはランセット誌に要旨次のような論文を発表しました。石炭酸はリスターより前にフランスで消毒剤として使用されていますし，創の化膿はパレが血管を結紮するのに太い糸を使用しており，そのために深部に膿瘍ができ感染する。そこで，シンプソンは長い針を作り，この針をつきさして出血する動脈をこの針で圧迫して止めようと考えました。つまり，結紮しなければ，創の感染は防止できると信じこんでいたようであります。

しかし，欧州大陸では，リスターの学説に興味をもつ人が多く，学会にリスターを招いてその講演を聴き，特にドイツのチールッシュは，リスターの学説に賛同し，これによって多くの手術を行い，好成績を挙げ得たのであります。そして，今度は反対に，ドイツから英国に消毒法が入っていったのであります。

初期のリハビリテーション施設

このように，医療技術は次々と進歩してゆきました。そして，この医療技術の裏づけになる細菌学，病理学もそれぞれロベルト・コッホ，ウィルヒョーというような傑出した学者が出てきて，医学を支えるサイエンスを確立しました。その他，19世紀の終りにはレントゲンがX光線を発見し，またベーリングがジフテリアの血清を作ったりして，20世紀の華やかな医学の花が咲きました。

医学が進歩すれば身体障害者はかなり減少するのではないかと考えられますが，実際はそうではありません。この方面に世界で最初に着目したのはドイツのビザルスキーであります。彼は1906～1910年までの間に，ドイツのプロシャ州に身体障害者が何人いるだろうかと調査しました。その結果，約11万人の少年・少女が，なんらかの援護が必要であることが判明しました。

そこで，当時ベルリンのガス会社の社長をしていたオスカー・ピンチとその夫人のヘレン・ピンチの両氏を説得し，1906年，ベルリンの郊外に肢体不自由児施設を造ったのであります。これが有名なオスカー・ヘレン肢体不自由児施設であります。

もちろん，それよりも以前からドイツには，このような施設がありました。しかし，これは教会の慈善事業として行われていたのであって，医学的に，あるいは社会福祉的に根拠のある施設ではありませんでした。

この施設ができて８年目に第１次世界大戦が勃発し，連合軍とドイツ軍を一緒にすると874万の戦死者と1,939万の負傷者が出ました。この戦争の間にもビザルスキーらは戦傷患者の訓練に努力をしましたが，ドイツではベルリンにおいては，ビザルスキー，ミュンヘンではフリッツ・ランゲ，ウィーンではスピッチー教授が，それぞれその任に当たりました。

英国では，ロバート・ジョーンズが連合国の負傷者の取扱いに苦労していましたが，彼は医療というものを救急医療，再教育，追跡の３つに分けて考えました。米国では，アルビーが1918年にニュージャージー州に初めてリハビリテーションの専門病院を建設しました。

リハビリテーションという用語は法律用語からこれを転用したもので元来リハビリテーションという言葉は，刑務所にいる囚人が刑を終えて社会に出る時，社会に対して迷惑をかけないように訓練することを言っていたのをそのまま医学界にもちこんだものです。

第一次世界大戦の前は，小児の肢体不自由児の訓練が最も重視せられていましたが，第一次世界大戦からは大人の身体障害者の訓練が大きく浮かび上ってきました。

日本における身体障害者施設の変遷

では，その当時の日本はどうであったかと言いますと，日清，日露の戦争で戦傷者はかなり出ていますが，第一次世界大戦時のそれと比べますと，はるかに少数です。日露戦争で負傷をし，その後，年金が支給されている者は，１万6,000人にすぎませんでした。それで，日本では，このような戦争によって肢体に大きな障害を受けた人達を「廃兵」と呼び，これらの人達を世話する役所は「廃兵院」でありました。今日から考えますと，きわめて無神経な用語であると言わざるを得ません。

小児に関しては，田代義徳教授が大正10年，柏倉松蔵氏が肢体不自由児の訓練施設を設立しましたが，それの顧問に就任され，大正12年，東大を定年退官されるや，翌年，東

京の市会議員に立候補し，当選するとともに養護学校の必要を説き，昭和７年に我が国最初の肢体不自由児を収容する養護学校「光明学校」を設立されました。

我が国の最高の学府である東京帝国大学の名誉教授が市会議員に立候補し，養護学校の建設の目的を達せられたことは特筆大書してもよい大きな事件であったと言えます。

田代先生の後任である高木憲次先生は，昭和８年に本郷区，下谷区の肢体不自由児の調査を行い，昭和９年の日本医学会総会の特別講演として「整形外科の進歩とクルッペルハイム」という演題の講演をされました。

これらにより，我が国の社会福祉は今一歩を前進しようとしたのですが，その後，支那事変，大東亜戦争と次第に戦争は激化してゆきました。さすがに，その頃になりますと，我が国の政府も廃兵という言葉を廃し，「傷痍軍人」ということになり，廃兵院に代わって「軍事保護院」ができ，戦争犠牲者の福祉に一歩前進したのであります。大阪の堺と北九州の小倉に傷痍軍人職業補導所ができました。これが今日でいうリハビリテーションの訓練所であります。

しかし，我が国は不幸にして敗戦となり，占領軍である米軍は軍籍にあったということだけで特別待遇することを厳しく禁止しましたが，陸海軍病院は，その後，国立病院に移管され，長期の入院が少しも問題にならず，我が国のリハビリテーションは大きな躓きを経験したのであります。

昭和39年に東京でオリンピックが開催されました。その時，英国のグットマン氏が前回のローマのオリンピックのあとで車いす生活者のスポーツ大会をパラリンピックと称して行い，これを我が国にも持ち込もうとされました。これには，いろいろの抵抗はありましたが，中村裕氏の努力で，我が国で第２回目のパラリンピックが開催せられました。車いす生活者であってもスポーツを楽しむことができ，またスポーツができる位なら適当な職種を選ぶならば，社会復帰も可能であるということが日本の為政者にも分るようになって，沈滞した重度の身体障害者の社会復帰が，ようやく発足するようになったのであります。

一方，医療技術の進歩とさらに冷暖房の施設が改善されてくるとともに，長期生存が困難だろうと思われていた頸髄損傷も各病院に次第にそのパーセンテージを増してきました。ポリオはワクチンの出現によって短期間に著しく減少し，結核も抗結核剤によって，今日では，きわめて少数になってきました。

生き甲斐を与えるのがわれわれの使命

ところが，産科技術の進歩とともに，脳性麻痺および各種の先天性奇形が出産するようになり，身体障害者の数は決して減少せず，否，むしろ年々顕著に増加しつつあるのであります。そして，その蔭に忘れてならないことは医師が患者の生命を救うことには，きわめて熱心ですが，生命を救ってから，これらの人に生き甲斐を与えようとする努力は，まだまだ不十分です。

私が，あえてこのような暴言をはくのは，例えば我が国の古い国立大学の医学部には，まだリハビリテーションの講座がないのであります。この事実をわれわれは黙って見落していってはならないのであります。医学が進歩し，人間の生命が救われたならば，その生命に対して生き甲斐を与えることが，いかに大切であるかについて，われわれは，いま一度考え直さなければなりません。

米国の大統領であった故ケネディーは，1961年に公共建築物の中で身体障害者の行動を阻害するものを排除しようという建築のスタンダード案を公布しました。その時に，ケネディーは，もしも米国において65歳以上の老人も，ある意味で身体障害者と考えるならば，米国の国民の７分の１は身体障害者である。それゆえに公共建築物の中で手足の不自由な人が自由に行動できるように配慮することは当然であると言いきっています。このことは19年後のいま，われわれが十分に味わうべき言葉であると思うのであります。

《講演II》

障害児教育のゆくえ

長谷川　孝
（毎日新聞『月刊教育の森』編集部記者）

「障害児の存在」の問題提起力

教育の全般を対象にして，しろうとの立場から取材している私が，なぜ障害児教育にかかわらざるをえなくなるのか。それは，障害児の「存在」が教育の本質，在り方に対して，突き上げてくる問題提起力の大きさに，取材者が引っぱられるからだ，と言えるだろう。

障害児を地域の学校で引き受けている大阪・枚方市で障害児教育に取り組む宮崎隆太郎さんが，最近，『障害児がいて見えてきた』（三一書房）という本を出されたが，その中で「障害児がいる」ということの意味の大きさを指適している。

枚方市などでは，受け入れ条件や教師の資格がどうだとかいうことではなく，まず受け入れようではないか，「障害児がいる」状態をつくろう，と取り組んできた。「論より受け入れ」だと言えよう。障害児がいれば，必ず波紋が起こってくる。それを教師が引き受けることで教師の教育観も変わっていく。まず障害児を受け入れる。受け入れてから，必要に応じて条件整備や教員の配置を整えていこう。こんな考え方だと思う。「障害児の存在」の大きさ，ということを，私たちはよく考えておかねばならないだろう。

教育の荒廃が叫ばれて久しいが，アメリカの教育学者，ジョン・ホルトの『インステッド・オブ・エジュケーション』という本の中で，「Doing, Not‘Education’」[1]ということが言われている。この言葉で，ホルトが言おうとしていることは，今の教育の在り方に深く問いかける問題点を示していると私は思う。教育に代わるもの（Instead）として，「Doing, Not‘Education’」と言っているのだが，それは，人たちの「行為」が「教育」の営みを含みもっている。「行為」とは，学習しつつ，学習の結果を「はき出している」ことで教育的効果をもっているということだろう。そこに「教育」を戻していって，考えよう[2]ということだと思う。

教育の制度化・秩序化と専門家支配

なぜ「Not‘Education’」ということを考えねばならなくなったのか。私は，その理由として，①教育の制度化・秩序化，②教育の専門家支配・専門分化，③実生活から

の遊離——の三点を，取り上げておきたい。

まず，制度化・秩序化についてだが，内申書裁判控訴審での教育行政の「子どもより制度が大事」というような基調をもった主張がいい例である。ある制度が社会的実在として機能しだすと，[3] それは秩序として人間を支配し，役人たちは（多くの教師たちも），制度と秩序のシモベとしての役割に忠実になる。養護学校義務化で言えば，障害児と健常児が「ともに学び育つ」のは理想であって，いまはまず，義務教育制度の完成としての養護学校義務化を定着させることだ，ということになる。健常者のつくったワクの中で，「適正就学」の振り分けを強制されるわけだ。健常者もまた，自らのつくった制度・秩序に束縛されているのだから，障害児たちは二重の束縛を受けているという状況にある。

専門家支配については，「特殊」領域とされる障害児教育には，特にその傾向が顕著と言えるかもしれない。最近，筑波大学に併設の計画が進んでいる「筑波障害者短大」について話し合ったとき，「私は障害者教育の専門家であり，障害児・者よりも障害児とか障害についてよく知っているし，何を，どう教育すべきかもよく知っている」という専門家の発言と態度に出会い，唖然とさせられた。聴覚障害学生を前にして「私たちは，ろう教育の内側，あなたたちは外側」と言ったりするのである。この専門家意識の裏側には，“障害児は専門家が与えてやる教育をおとなしく受けていればいい。それが最も幸せなことなのだ”という考えがあるわけだ。これは，「ふつう」の教育にも一貫していることで，内申書裁判控訴審で教育行政は「もっぱら与えられた教材について勉学に励むべき」で，よけいな言動は慎め（だから疑問をもったり，矛盾についても考えたりするな，とも理解できる），と述べているのである。

教育の制度化・秩序化と専門家支配には，教育を子供らの実生活から遊離させる。ナマ身の子供たちの「いのちのリズム」は抑圧され，画一化と他律化（または外部規範を内部化したような誤った自律化＝道徳化）をお仕着せられる。学習と教育が混同され，教師たちの中には「子供たちは，教えてやっているから学んでいる」と思い込んでいる人も多い。だが実は，子供たちは，生きている・育っているという自分の現実の内側からの必要によって学んでいるのだ。人間だから《生きているから学んでいる》のだし《学んでいるから生きている》のである。

子供たちは，「教える」という行為には「教えられる」という形で対応している。こうした生活の中で教えられることに慣れてしまうと，自ら学ぶことを失っていくことになる。それは，いのちが萎えていくことである。例えば，朝日新聞の女性記者が，高校生に受験競争の問題で取材したときに，「ぼくらは，考えたら最後，負けなんだ。疑問なんか持たないことだ」という答えが返ってきた，と述べていた。私もよく見聞きすることだが，これは，ものを考えられなくなってきている，自分で問題を設定できなくなってきている，ということであり，いま学校教育が直面している危機のひとつだと思われる。

障害児は，教育設備や専門教師がそろった養護学校などで教えられるほうが幸せという主張がある。これに対し，例えば，養護学校でなく，地域の学校に行きたいと願い，闘っている東京・足立区の金井康治君のお母さんはこう語る。「養護学校は教師がたくさんいて，すぐ手を出してくれるし，親切すぎてだめだなあと思う。子供が体で感じることを奪ってしまうから」と。これは前述のことと共通する。自分の学習を専門家が与える教育におきかえ，さらに子ども相互の教育――学習関係を奪っている，という意味においてである。

教育の制度化・秩序化と専門家支配はいま，教育の官僚統制・管理強化をともなって，いっそう進められてきている。1人の子供の存在より，制度・秩序を優先させる学校教育の体制が，じつに牢固としてできあがっていることを，私たちは知っておかねばなるまい。養護学校義務化は，そのような学校教育制度の整備と“充実”の一環として実施されたといえるのである。そして，確かに不就学児は減り，養護学校在籍者数は大幅にふえた。だが，この義務化によって，それまでに「ふつう」の学級や特殊学級にいた障害児たちが，養護学校に向けて放り出されたという事実もあったのである。文部省は義務化を前にして「6年後には，ふつうの学校には障害児はいなくなる」と言っていたのだが，その6年後を待たずに多くの障害児たちは「ふつう」学級から追い出されたのである。例えば，重度のちえ遅れ児の施設，止揚学園（滋賀県）では，リーダーの福井達雨さんら職員の努力により地域の学校に施設の子が通っていたが，義務化とともに追い出されてしまった。その学校の教職員の中には，「せいせいした」という発言さえあると聞く。障害児がいなくなってスッキリした，というわけだが，学校教師の中にはこういう考え方がけっして少なくはないようである。

「交流」さえできない金井康治君

この「スッキリ」を制度的に可能にしたのが養護学校義務化であると言える。「障害の程度に見合った就学の保障」（適正就学）の推進である。大阪と違い東京では，この姿勢が一貫しており，その東京の中で，金井康治君は苦闘を強いられているのである。都立城北養護学校に在籍する康治君が，自宅近くの足立区立花畑東小学校に転校したいという希望を出してすでに3年たっている。ことし（’80年）の3月に区教委と，①交流を段階的に進める，②転校のために努力する――という確認書を結んだが，2学期の10月に入っても，「交流」の実施すら目途が立たぬままである。なぜ，「交流」すら実現しないのか。

花畑東小は，確認書の実施の前提として2つの条件をつけた。それまでの2年間にわたる自主登校中に学校に混乱を起こしたことに謝罪せよ（校舎の前で自主授業をしてきたが，その中でいくつかのトラブルがあり，学校側は“暴力行為”と非難をしてきた）ということと，学籍のある城北に通学しろ，ということである。康治君は4月末から通学を再開し，両親は花畑東小に「あいさつ」に行き（謝罪しろとは「あいさつ」しろと

いうことだというので），条件に妥協した。これで，地域の学校は，いちおう受け入れ態勢ができた，と区教委は言いながら，こんどは「養護学校から交流の要請が出ないからできない」と言った。

一方，その城北の教師集団の見解は，交流というのは教育課程上の問題であって，学校の権限に属することだから，交流をするという確認書は区教委の権限外のことで認め難い，だから確認書による交流は行わず，教育相談の一環としての「見学」を自主的・主体的に行う，というものだった。2学期に入っても，その「見学」の要請すらすぐには出されず，教員の相互交流・理解がもっと必要だとか，学校相互の交流を重ねる，などと言っているオソマツな状態が続いたのである。

私に言わせれば[4)]，まず“暴力的”な支援の運動があったと両校の教師たちは言うのだが，それではいったい，康治君親子のささやかな願いに，支援運動が盛り上がる前に，だれがふりむいてくれたのか，だれもふりむいてもくれなかったのではないか！　と叫ばずにはいられない。また「自主的・主体的に」と城北の教師たちは言うが，それならなぜ，2年前に「自主的・主体的」に動かなかったのか！　どうして区教委も，城北も花畑東小も，金井君親子の願いを養護学校が適当という判定ひとつで足蹴にし，大きな社会問題になるまで振り向きもしなかったのか。

大きな問題になってからやっと動き出し，しかもいまになっても「交流」すら実現しないのはなぜか。じつは「交流」を約束し，「見学」を提案しながら，関係者全員が腹の底では「適正就学」にこだわり，康治君は養護学校に行くべきなのに「うるさいから仕方がない」と思っている，というのが実際のところではなかろうか。

教育行政や教師たちのこうした意識や行為を支えているのが，分離教育の制度と思想である。私が特に考えておきたいのは，いまはたとえ「分離」されているとしても，その「流れ」がどの方向を向いているのか，である。盲・ろう・養護学校→特殊学級→「ふつう」の学級という，障害児を地域の学校に返していく流れか，その逆に障害児を特殊教育諸学校に送り込んでいく流れかということだ。

文部省や東京都は後者であり，大阪などは前者である。しかも特殊教育が実践的・研究上・制度化において“進歩”するにつれ，学校教育制度の中で専門分化が進み，「障害児は特殊教育の専門家がみるべきだ」という風潮が広がっている。「ふつう」の学校の教師が障害児を知らないという傾向がふえてさえいるのではなかろうか。こうした中で，「ふつう」教育と障害児教育が完全に分離されていく恐れも強い。

“心の視聴覚障害”に気づくこと

分離教育の学校教育制度の中で，まかり通っているのは競争主義である。そこにある原理は，「有用主義」であり，役に立つものを育て，役に立たないものは切り棄てられる。有用主義は，経済や国家・社会の利益と結びついており，それゆえに強固である。だが，ある技術なり技能なり知識なりは，有用性で測ることができたとしても，人間存

自主登校の
金井君問題

一般区民まで巻き込む

来庁者につきまとう

区職員600人 出入り口を警戒

足立区立花畑東小への転校を求める金井康治君問題は、ついに区役所が職員を総動員し、庁舎にバリケードを張りめぐらすという異常事態にエスカレートした。この状態は、日曜日をはさんですでに四日。窓口業務にも支障が出始めている。職員の中にも「やりすぎではないか」との声が出始めた。一人の少年の転校問題が、なぜ、一般区民をまきこむほどの対立を生まねばならなかったのか。

職員のピケの間を縫って出入りする来庁者＝足立区役所裏玄関で

区 批判あっても混乱避けたい

〈動員〉 足立区役所が〝非常事態〟と呼ぶ状態は、十日も続けられていた。正面玄関に張りめぐらされた鉄さくのバリケード。ピケを張る区職員。その前で「区教委は交渉に応じろ」とシュプレヒコールをくり返す金井さん側の支援グループ。

同区職員は四千二人。このうち動員されたのは男子本庁職員の二分の一、出先職員の三分の一。約六百人が一日交代で勤務を離れる。〝警備隊〟は池田賢次総務部長を総合本部長に部隊編成し、正面玄関、裏玄関、裏駐車場、議会出入り口の警戒に当たる。四十五分ごとの三交代制。通常の勤務時間は午前八時半―午後五時十五分だが、非常事態下では午前七時十分―午後五時半または支援グループが引きあげるまで。支援グループが引きあげたあとも、約三十人が泊まり込む。

このほかに、警備会社のガードマンが常時十人前後立ち番する。朝食は現金支給。昼食は、通常は約半数の職員が外ですませるが、この期間は弁当持参が原則。近所の食堂は「あがったりですよ」。

〈やむなし〉今回の措置について、区側は「これまでにもしばしば支援グループが多数庁舎内にはいり、事務が混乱した。職員に乱暴を働く人もあり、こうした事態をくり返さないためには、やむを得ない」と説明。来庁した区民には「理解と協力を」というビラを配って訴えている。

同区は現在三月定例議会が開会中で、十日も予算特別委員会が開かれ、幹部職員は議会に詰めっ切り。それだけに「多少の批判はあっても、混乱はなんとしても避けたい」という窮余の策だ。

同区職員労働組合は、十日、「事前協議がなかったのは遺憾だが、過去の経過から判断して、今回の当局側の措置はやむをえない」との見解を出した。ただし執行委員会での採決は賛成十二、反対四。組合内部にも「いきすぎ」「軍隊みたいでいやだ」との声は出ており、区側が「職務命令」とする今回の動員を拒否した人も数人出ている。

〈反発〉「なんでついてくるんだよ。一人でいくからいいよ」。一階ロビーで中年の男の人が、職員にくってかかった。

来庁者は正面玄関からはバリケードで入れず、裏玄関にまわると、そこも職員のピケ。いちいち用件を聞かれ、ピケの間を縫うように狭い階段を上る。やっとピケを抜けると、そこにも職員が待ち構えていて、来庁者にマン・ツー・マンで付き添う。本当に用事できたのか確認するためだ。一階ロビーは、交代要員の職員がごろごろしているのも異様なふん囲気。つい反発したくなる区民が出ても不思議はない。

住民税の申告受け付けは約百㍍離れた千寿小体育館の片すみに移された。申告期間は今月十五日までで、いまのところ訪れる人は一日百人前後だが、十三日ごろからは二―三百人に増えるとみられるので、混乱は大きくなりそうだ。

◇

金井さん側は、年度内の転校実現を求めて十三日まで連日抗議行動を続けることにしている。しかし、双方が話し合いのテーブルにつく見通しは、遠のく一方である。

康治君問題経過

52年8月 区教委の教育センターに花畑東小への転校願を出す。

10月 センターから「城北養護が適当」と回答。

53年3月23日 区教委に「自主登校」を通告。

4月6日 花畑東小始業式。自主登校開始。区教委がピケ。

5月1日 区教委で話し合うが、決裂。以後再三の話し合いは、支援団体の同席などをめぐって紛糾。区教委事務がしばしば混乱。

9月21日 「支援する会」結成。

12月25日 花畑東小終業式。警官導入。

54年1月5―7日 区役所前にテントを張ってすわりこみ。

5月26日 自主登校の支援者二人逮捕。

8月 城ノ戸・城北養護学校長のあっせん始まる。

9月19日 「暫定通学」について両親と区教委の話し合い始まる。

11月 以後、話し合いは中断。

55年1月7日 区教委に再度転校要求提出。

3月7―14日 区教委、話し合いを拒否。区役所庁舎バリケード封鎖。

3月15日 区教委新提案を確認。

昭和55年３月11日付の『朝日新聞』より転載

よかったね！康治君

文字表指し「うれしい」

転校実現へ大きく前進し、泣いて喜ぶ金井康治君と両親の邦次さん（右）と律子さん（左）ら　＝足立区民センターで

抱き合う親子にあふれる涙

「はいれて　うれしい」。康治君の指が震えながら文字表をなぞる。「よかったね、康ちゃん」。康治君を抱きしめ、おもわずおえつをもらす母律子さん。康治君の目も真っ赤だ。足立区教委の新提案確認で、康治君の転校問題が解決へ大きく前進した十五日、記者会見した金井さん親子の姿には、二年半におよぶ困難を乗り越えてきた喜びがにじみ出ていた。それにしても、「近所の友だちと一緒の学校に行きたい」という一人の障害児の素朴な願いが、なぜこれだけ大きな問題に発展しなければならなかったのか。今後に残された課題はあまりに大きく、重い。

話し合いを求める金井さん側に対し、支援団体による業務の混乱を恐れた区教委が区役所をバリケード封鎖する、という異常事態は、九日目を迎えた十五日、あっけなく正常化した。社会党の仲介で区教委が示した「交流を進め、転校できるよう努力する」という提案を、金井さん側が受け入れたからだ。

二年半の苦しみに光

この日午前、区教委と確認書を取り交わした金井さん側は、午後から足立区民センターで記者会見し、「区教委が私たちの要求を聞き入れる姿勢を示したことを評価します」と説明、さらに「この一歩を礎に、転校の完全実現と普通校での障害児の教育保障を勝ちとるまで運動を続けます」と述べた。

会見には両親の律子さん、邦次さん、康治君のほか、支援団体の代表らが出席。まず律子さんが用意したメモを見ながら、区教委提案を受け入れたいきさつなどを説明した。このあと、両親の間に座った康治君が、文字表を指でなぞった。康治君は重度の脳性マヒで言葉がしゃべれず、いつも文字表で意思表示する。

緊張のためか、指先が激しく震える。律子さんが一字一字読みあげる。「はいれて　うれしい」。

律子さんは、おもわず康治君を抱きかかえた。康治君も律子さんにしがみついて泣いた。たちまち目が真っ赤になり、大粒の涙があふれた。こぶしでぬぐっても、ぬぐっても、涙は流れ続けた。丸二年間、夏のさすような日ざしの日も、しもやけが痛む冬の木枯らしの日も、花畑東小の北門に通い続けた康治君。自分からは決して「休みたい」とはいわなかった康治君が、泣いた。

しばらく沈黙が続いたあと、邦次さんが「これからも康治にとってつらいことがあるでしょうが、私たち夫婦が支えになってがんばっていきたい」とあいさつした。ごく平凡なサラリーマンで、忙しい仕事をかかえながら、何度も区教委に足を運び、全国各地の集会に出かけては、「親の思い」を訴えてきた邦次さんだった。

同席した全障連（全国障害者解放運動連絡会議）の八木下浩一代表幹事が「よかったね」と康治君に手を差しのべ、小さな手を握った。八木下さんは康治君と同じ脳性マヒで、二十九歳で普通小学校に入学し、卒業した経歴の持ち主。八木下さんは「ただの子どもである康治君が、こんな記者会見をしなければならないこと自体が、おかしい」ともいった。

七日からの抗議行動の間、康治君は自主登校を中断していた。来週からまた始める。それも春休みまで。あとわずかを残すだけだ。

昭和55年３月16日付の『朝日新聞』より転載

障害児の〝交流通学〟

再び振り出しへ 足立

養護側が拒否を通告

区教委との確認書をホゴ

養護学校から普通学校への編入を希望して、二年間にわたる自主登校を続けていた足立区花畑五丁目、会社員金井邦次さんの長男、康治君(一二)について、足立区教委と康治君の両親の間では、この三月、「養護学校に在籍したまま、週二回、学区内の足立区立花畑東小に〝交流通学〟を行う」ことで話し合いがつき、確認書も取り交わされていたが、交流の送り出す側である城北養護学校が五日、両親に対して、「現場としては、交流は考えない」との方針を文書で伝えてきていたことが明らかとなった。区教委が取り交わした確認書を、現場の学校がいわば一方的に無視する形で送りつけてきた交流拒否の通告であり、驚いた両親は六日、区教委側を訪れ、学校側の真意と確認書の意味についてただした。しかし、この日は話し合いは進展しないまま。いったん結論が出たかに見えた自主登校紛争は、ふたたび振り出しにもどる形となった。

康治君は脳性マヒによる障害があるが、五十三年四月、都立城北養護学校から自宅近くの花畑東小普通学級への転校を希望した。しかし、「現場が混乱する」ことを主な理由に区教委、学校側が受け入れを拒否、康治君は母親などにつき添われ、二年間にわたって自主登校を続けていた。

この三月、ようやく区教委側との話し合いが進み、①(康治君は)五十五年度一学期から城北養護学校に在籍して、週二回、区立花畑東小に通う。ただし、実施は段階的に行う②今後、できるだけ早く花畑東小に転校できるよう双方は努力して話し合う、などを主な内容とする確認書が交わされていた。

このため、康治君は「確認書」に従う形で城北養護学校に復帰、花畑東小への通学開始を待ちかねていた。しかし、一学期を過ぎても区からの返事はなく、二学期が始まって一週間たとうとした矢先の五日、実質的な「確認書反古」の通知に接した。

六日、交渉は午前十時から区庁舎で行われ、康治君の父の邦次さん、母の律子さん、康治君の普通校入学を応援する支援者代表の計六人が、持木照彦学校教育部長ら当局側と会見した。確認書の不履行について、説明を求める両親らに対し、持木部長は、教育現場と教委側との間に〝交流〟についての十分な合意が得られていない事実を認め、「早急に現場と意見調整を図り、これを踏まえて今週早々にも金井さんとの話し合いを再開する」と回答した。しかし、城北養護学校側は、金井さんにあてた文書のなかで、「問題の根本的解決は、確認書にはよらず独自の〝城北見解〟に基づいて図る」として確認書の効力に否定的な見解を表明している。行政側の意見の食い違いと、あくまで約束の誠意ある履行を求める両親との間で事態はふたたび困難な状況になってきた。

康治君の母、律子さんの話　城北も花畑東も、要するに(康治君を出すこと、受け入れることが)面倒だからいやなんだろうと思う。自主登校の時は、校門を閉められたりトイレを貸してもらえなかったりで、本人はおとなたちのせいでずいぶん辛い目にも遭いました。でも、自分のことは何でもするようになった。明らかに養護学校にいた時より、人間として解放されたと思う。区教委は誠意をもって現場を説得し、週二回の約束を履行してほしい。

昭和55年9月7日付の『朝日新聞』より転載

在の総体は有用性だけでは測れはしない。人間の中には「無用な」ものがたくさんあって，しかもその無用なものは，人間の大事な部分でもあるはずだからである。しかし，その無用性は評価できないから，とかく切り棄てられがちである。競争主義は役に立つものを評価するのだから，評価できないものは無視されることになる。

これは，障害者を排除する学校教育の論理だ，とも言えよう。すべての人間の中に不可分の部分としてある「無用性」をきちんと見定めることのできない教育は，どこへ行くのだろうか。有用性で人間を測り，鋳型にはめていく教育は，子供たちが「いま生きて・育っている」というナマ身の実存在を喰って肥大化する制度のモンスターと化していくのではなかろうか。

障害があろうとなかろうと，子供たちは社会の現在にとって「無用な」存在であり，直接「役に立つ」存在ではなく，おとな社会に寄生しているのが近代以降の子供の現実である。学校教育は，そうした子供を対象にしているものでありながら，有用性の原理に立っているわけで，子供たちは，その学校教育の中で，将来のためとか，未来の可能性とかということで，その現存在が未来へ繰り込まれ，片付けられてしまっていると言うことができよう。

いま子供たちが何を望んでいるか，いま子供である人が子供であるという状態の中で何を学びたいと願っているか，ということは，それほど大事にされてはいない。子供たちは「可能性」でいまを生きているのではなく，おとなたちと「いま」を共有して生き・育っているのに，である。

ここで，ひとつ付け加えておけば，統合教育も含めて，障害者の社会参加とは障害者が障害をもった一個の人間として，社会に参加していくことであり，けっして「障害が克服されたから」参加するのではないのである。障害者は，障害者の「現在」において，人間として生きているのであり，その日常を自分の日常として，社会にかかわり，そのかかわりの中で自らも成長していこう，ということであろう。だが，有用性原理の学校教育は，「盲者等でなくなった」ときに「ふつう」の学校に転入できるという制度なのである。障害児の「現在」を「ふつう」の学校は引き受けず，「盲者等でなくなる」という条件によって拒むか，可能性で裁断しているわけである。

さて，子供が「いま生きている」という，その子供の基本的人権が守られない教育とは，じつは障害者を排除していく教育であると言える。「問題児は排除する」「学校教育の目標達成のためには，子供の基本的人権が制約されるのもやむをえない」というような教育の中で，障害児の人権が守られるはずもないのである。

また，「非有用性」（無用性をこう言いかえておこう）の論理は，「しろうと」の論理とも不可分である。教育を専門家まかせにしておいてはなるまい。教育の中に「しろうと」の原理を大事にしている人であるならば，子供のことは子供に教わり，障害者のことは障害者にいつも教わっている教師でありうるはずである（如是我聞である）。

そうあるためには，自分の専門家としての在り方や意識を，権力化してはいないか，

専門性の穴の中にこもって視野を狭くしてはいないかを，いつも自己チェックできる状態に自分を置いていなければならないし，自分の中の「しろうと」の眼を大事にしなければならないだろう。自己チェックを怠ると，気がついたときは体制に引きずりこまれていて，子供たちを権力支配の下に踏みつけ，障害者差別に走っていることになりかねない。障害者教育の「専門家」は，その危険がさらに大きいと言っておきたいと思う。

ところで，「障害」とはなにか，なぜ「障害」なのか，を考えだすと，私にはわからなくなることが多い。就学指導の判定で，専門家たちが「この子は養護学校が適当」などと判定するわけだが，ずっとその子供と付き合ってきた人ではなく，判定のために，その子供をたまたま見た専門家が「科学的」に判定するわけだが，そのときすでに判定すること自体の正当性は当然の前提となっているのである。

“分別”が心の眼をふさぐ

私は，こうした専門家の判定をこわいと思う。私は知っている，私は知識・技術・経験があるという専門家意識，こうしたことを仏教のことばで言えば「分別」というわけだが，この「分別」が「如是我聞」をさまたげるのである。「分別」が，真実・いのちのありがたさを見えなくさせる。

般若心経には，受想行識・眼耳鼻舌身意ということばがあるが，そうしたもので形づくられる「分別」が，自分の心の眼をふさぎ，いのちのリズム・いのちのありがたさを見えなくさせているといえよう。いま子供たちは学校で，学校のリズムに合わさせられて，自分のいのちのリズムに従った生活をできなくさせられており，そのために多くの子供たちが心を病んできているのだと思う。

そういう中で，いま教師たち，専門家たちが子供たちのいのち・いのちのリズム，また自分の生きているリズムに合わせて教育を考えてやることができなければ，子供たちがかわいそうである。いのちのリズムに従うという意味で，私たちが自律的であるためには，心の眼がふさがれている状態，いわば“心の視聴覚障害”のリハビリテーションをしなければならないということが，健常者である私たち，特に専門家にとって大切なことではないだろうか。

いま学校の中で，いのちが粗末にされているのではないか，と私は思う。障害者を排除し，差別するということも，じつは，いのちを粗末にしていることなのではないだろうか。「いのちの尊さを教える」などとよく言われるが，いのちの尊さは教えることでわかるものではなく，自分で気づかねばわからないものである。学校の場自体がいのちを大事にし（障害者を差別したり，基本的人権を損ったりしないで），教師自身がいのちの大切さに気づいていなければ，子供たちに気づかせてあげることもできはしないはずである。障害者だけでなく，すべての人たちが自分以外の人たちに支えられて生きている。そして，いのちは受想行識・眼耳鼻舌身意の「空」であるところに，すなわち「障害」とは無関係にさずけられているものだ，と私は思っている。

だから，学校制度そのものを，養護学校から「ふつう」の学校へ，そして，その学校教育は，より子供の存在・生活・いのちのリズムに向かって開かれている流れに変わっていかねばならないだろう。障害児の存在は，そうした方向に向けて，“荒廃”した学校教育を救ってくれるひとつの大きなエネルギーとなるはずである。

1） Penguin Books．邦訳は『21世紀の教育よこんにちは』（学陽書房）。ただし，「Not ‘Education’」についての理解の不十分さを指揮する意見がある。私はここでは，「Education」を，とりあえず「学校制度としての教育」ととらえている。

2） 例えば，労働とは学習結果を発揮しており，働く人の姿から学ぶことも多い。このとき，働く人は「学ばれる」という形で，無意識の「教育」を行っていると考えることができる。

3） 昨春（'79年）の東京地裁判決は，学校教育の場においても，子供の基本的人権は最大限に尊重されるべきだ，として，内申書に生徒の基本的人権を侵害する記述・評定を書くことは評価権の逸脱であり，違法性があるとして，学校側（東京都千代田区）の敗訴を言い渡した。教育行政側の主張と「原告」側の主張は，内申書裁判を支える会の機関誌にくわしく掲載。判決文など資料集も発行されている。連絡先は，東京都千代田区平河町1－9－3京商ビル5階，古賀吉川山川中川法律事務所内，電話03（262）9981。

4） 10月中旬に，城北は，①1週間ていどの「見学」をして，その後に判定をする。②校長の判断として週1回の見学をしたい，という提案をした。②は職員会議の少数意見を校長見解として出したようだ。花畑東小は2回の職員会議で対応を話し合ったが，10月中には決論が出ず，1月初めに再度検討するという。だが，城北提案の校長見解は教職員の一致した提案ではないと難色を示し，しかも2学期に入って康治君が城北に通っていないことを再び問題にしたりする意見もあるらしい。金井君の転校問題の資料などは，足立区花畑5－18－54－105，電話（03）850－3963　金井邦次，律子さんに問い合わせてほしい。

《講演III》

社会福祉政策の新理念

丸尾　直美

（中央大学）

本日は，このようなところでお話をさせていただく機会を与えられまして，大変光栄に思っております。

私の専門は，経済政策の分野でありますので，このような場所でお話するのは，若干場違いではないかと私自身も思い，みなさん方もそう思われるかと思います。

私は，学生時代から，資本主義の行き方にも，あるいは革命的な行き方にも，ともについてゆけなくて，やはり福祉国家的な方向が好ましいのではないか，ということで，当時，イギリスは福祉国家といわれていましたので，英国の経済を勉強しました。その後，1960年代の初めに，たまたま北欧諸国，英国などを調査する機会があり，目のあたりにした北欧の福祉政策に非常な感銘を受けまして，経済政策とからめて，福祉政策の分野にもタッチしているわけです。

現在，スウェーデンの場合，社会保障費は，国民所得の30％を超えておりますので，福祉政策は経済政策としても非常に重要な意味をもっています。福祉政策が充実していることは，非常に好ましいことなのですが，同時に，それに比例して費用負担が重くて，スウェーデンのように社会保障費が国民所得の30％を超し，そして，教育も無料といった具合で，いろんなところにお金を使っていますので，国民所得の60％ぐらいを税金と社会保険料で使うような状態になっております。

社会福祉の新理念

そういうことを考えますと，やはり経済の面からも，果たしてどれだけのことがやれるかということを一応知っておかねばならないという意味で，経済学者も最近では福祉政策に関心を持っているわけです。そして，最近では，福祉政策についての考え方が，60年代から70年代にかけて非常に変わり，福祉政策は進展したのですけれども，いままた少しムードが変わってきていることは，ご承知のとおりです。

年金などに関しては，もうすでに日本の年金は世界一であるとか，いろんな点で日本はすでに超福祉大国であるというような意見も官庁の一部の人でさえも言うようになってきています。

しかし，よく考えてみますと，ある一面を非常に誇張しております。年金も共済年金や厚生年金がまともに受給される場合には，55歳，60歳という若い年齢から年金が出ますので，有利には違いありませんが，他方，大半の人びとは，まだ２万円の年金しか受取っていないのでして，二重構造があるわけですね。

社会保障のなかでは年金，医療，社会福祉の三本柱が非常に重要です。その中の社会福祉については日本は，まだその意識の点で後進的であることを私は痛感しております。ですから，超福祉大国になったと言いましても，その社会福祉分野に関しては，北欧やその他のそういう分野で進んでいる国に比べまして，一時代遅れているのではないかという気持を持っています。

私が関係しております社会経済国民会議の福祉政策委員会では，数ヵ月前に「社会福祉の新理念，福祉政策の日常化，ノーマライゼーションについて」という報告を出し，社会福祉分野での提言をいたしました。

その報告書をふまえて，社会福祉の分野でこういう点で意識を変えなければならないとか，あるいは政策を変えなければならないと私なりに気が付いたところを中心にお話したいと思います。

社会福祉から社会サービスへ

先進諸国の福祉政策の流れは,「社会福祉から社会サービスへ」という動きがあります。これは，ちょうどかつての救貧法が社会保障へと移ったのと似たような変化です。救貧法は特殊な恵まれない人だけが受けるという発想でしたが，それが社会保障になりまして，どんな金持でも，会社の社長さんでも退職すれば公的な年金を受けられるという形で社会保障の対象となったわけです。

社会福祉に関しましては，日本の場合，まだこれは特殊だという発想があるわけです。しかし，これがいまは先進諸国では変わりつつあります。そして社会福祉というよりもむしろ「社会サービス」というような形で，ちょうど必要があるとき所得保障が行われ，再分配が行われるように，サービスに関してもニーズがある人には権利としてサービスが行われるような方向がいま出てきています。

社会福祉の総合調整（インテグレーション）

現段階では，社会福祉関係のサービスと，医療や雇用などがそれぞればらばらに行われており，このことは経済的にも合理的でないだけでなく，受給する人にとっても非常に不便です。そして，とくに社会福祉関係においては，なにか特別扱いを受けているような感があります。

老人の方では，社会福祉の対象となりますと，多少昔の生活保護のような肩身の狭さがあります。しかし，病院ならば，だれもが入れるので家族も本人も気にならないというメリットがあります。

本来ならば社会福祉サービスの対象となる人が病院に入って，病院がサロン化したり，老人ホーム化するという現象が起こってきますが，そういうことを調整していって，本人にとって最も快適で，好ましくて，そして経済的にもでき得れば合理的な政策をやっていこうということが「総合調整」であります。現在，ＯＥＣＤ，世界保健機関など，それぞれの分野で総合調整の政策が打ち出されております。

ノーマライゼーション

この言葉は数年前までは，それほど知られていなかったのですが，それが最近になり，福祉政策，福祉のノーマライゼーションという言い方で急に広まろうとしています。比較的最近では，国会で八代英太さんがノーマライゼーションで，大臣の意見を問うという場面がありましたが，おそらく国会でノーマライゼーションという言葉が出た最初ではないかと思います。そして，最近では，例えば「地方の時代」とか，「福祉の見直し」とか，いろんな点で新しい問題を提起しておられる長洲神奈川県知事が，ノーマライゼーションということを盛んに言われるようになりました。

このノーマライゼーションと言いますのは，「意識のコペルニクス的な転換」であります。従来の考え方から言いますと，寝たきり老人とか，老人ホームに入らなければならない人とか，社会福祉の対象とならなければならない人，それから身体障害が重くて町中に出てこれないような人，こういう人びとは特殊なのであって，町中に満員電車で出てこれるし，歩道橋もかけ上がれるような人間がノーマルであるという発想に立っていたわけです。

その発想がコペルニクス的転換しまして，人間の中には交通事故とか，病気とか，いろんなことで，身体障害になる人があるし，そして高齢になればなるで，なんらかの形でハンディキャップを負うという考えから，要するにそんな人びとを何割か含む社会が，「ノーマル」であるという発想です。その意識が転換すれば，そこから当然環境に関しましても，だれもが出てこれる環境というようなことが当り前のこととして考えられなければならなくなってくるというわけです。

スウェーデンとか，アメリカとか，イギリスなどで，とくに使われるようになっており，言葉自体は新しいのですけれども，そういう発想は，やはり福祉国家的な国々が早い。日本でも最近は公共的な施設は車いすでも入れます。私の勤める中央大学の新校舎は車いすでどこへでも行けますし，エレベーターも車いす用のがありますし，トイレも車いす用になっています。これは比較的最近のことで，やはりスウェーデンのような国ではずっと前から設けられていたということは，ご承知のとおりです。

日本が公共的設備などに設え始めたとき，スウェーデンではすでに工場とかオフィスがそうなってきています。そして新しく造られる住宅がそうです。身障者でも自由に入れるように，そして使えるようにするということが法的に義務付けられるようになってきており，非常に積極的にやってきています。

それはつまり，意識の点で子供のときから，それが本人のためにいいというだけでなくて，幼稚園，小学校のときから身近かに身障者が何人かいれば，その中に必ずハンディキャップを持つ人がいるというのがノーマルであるということを当り前に感ずるようになり，そしてそういうとき，どういうふうにヘルプするかということを小さいときから自然に身につけるような社会にしていこうという意識が統合教育の中にあります。

ノーマライゼーションの意識は，まだ日本の場合には，いま一部で言われるようになった程度ですが，80年代は，そういう点で飛躍的な変化があることを私は期待しております。

• 世論の盛り上がりに期待

日本は世論がぐっと湧き起こってブームになり，注目されはじめると，急に飛躍するのです。たとえば年金もそうでしょう。1966年には公的年金を受給する人はわずかでした。そしてもらっても金額はわずかであり，およそ国民所得の0.4％しか使われていなかった。ドイツでは 8.8％すでに使われていたのです。スウェーデンでも5.6％使われていました。

しかし，その後，いわゆる福祉ブームと言いますか，福祉元年などがあって，福祉政策が飛躍的に発展しまして，いま国民所得の４％が年金に使われています。15年の間にこれだけの変化です。ですから，何かそういうひとつの思想の変革が起こり，ノーマライゼーションのような発想とかが人びとの心をとらえ，新聞や週刊誌なども取り上げるようになってきますと，急に意識が変わってくるわけです。社会福祉の分野で，そういう意識の大転換が起こらない限り，まだ日本は福祉の超大国では到底ないのではないかと私は思っています。

• 雇用政策の変化

このノーマライゼーションの発想は雇用政策の面でも現われます。仕事をしたい，そして能力がある，そしてそれはできる限り活かしていこうという意識の転換があれば，雇用はどんどん開発できるというふうに私は考えます。この方面の専門家が多いので私の言うべきことではないかもしれませんが，労働環境を積極的に変えていけば，もっと仕事ができるのだということです。

いまスウェーデンなどでは，目の悪い人，足の悪い人，手の悪い人，耳の悪い人，それぞれについて労働環境をどういうふうに変えるかという指示が出てきています。

日本では一般企業で，労働環境のほうを変えていくというところまではやっておらず，現存の設備や環境を前提として，そこで働けるかどうかということを言っております。ですから，そこにはまだ一段階，意識の違いがあるのではないかと感じます。

スウェーデンの社会福祉の担当官は「ハンディキャップというものは相対的なものである」と言っております。

環境を変えることによって，いままでハンディキャップであったことがハンディキャップでなくなるのだということです。そしてこれは意識についてもそうですね。意識に

よってハンディキャップであるかないかということは，一般の人々がどう見るかによって変わってくるわけです。

環境を変えることによって，通勤環境も変わる，オフィスも変わる，学校のビルディングも変わる，すべてが変わっていくことによってハンディキャップであったものがハンディキャップでなくなっていくわけです。そういうような発想というものはまだ日本では非常にわずかしか認識されていないという感じを私は持っております。

・仕事の種類

それから仕事の種類もそうです。スウェーデンのような国あるいはほかの国もそうですけれどもこういう仕事は高齢者とか身障者でもできるのだ，そういう仕事はなるべく回していく，というようなことをかなり積極的にやっています。

また企業の中に，スウェーデンの場合には適合調整グループ（アジャストメント・グループ）がありまして，労使の代表，そして職業紹介所の代表が参加し，これらが高齢者や身障者の仕事を開発し，どういうところに適するとか，こういうところならやれるということを相談してやっています。この調整グループの活躍というのが高齢者，身障者雇用に非常に大きな役割を果たしております。

日本も労使協議などは非常に密に行われていますから，雇用の分野でも，労使が協力して，高齢者とか身障者の雇用の開発をしていくと，まだまだ適当な仕事はあると思います。

・補助の問題

それから公的な補助の問題もあります。スウェーデンの場合初めて就職する重度身体障害者に対しては１年目には賃金の90％まで補助します。２年目からは70％，そして50％となっていきますけれども，初年度とはいえ90％の補助を出すのは，ちょっと経済的，社会的に見て採算が合わない問題かもしれない。それが経済的合理性から見て，経済学者はちょっと問題にするかもしれませんけれども，そういうところまで意識はいっているということです。

自営の補助もあります。自営の分野で，なにか自分が設備を買う，自分がひとつ商売をしたいというような場合とかいろんな形で自営をやる場合にもお金がいりますから，これを補助する，あるいは融資するという政策もあります。

それからもう１つは仕事のやり方です。毎日会社に出られないことが障害になるというのは，まだまだ非常に初歩的です。これは高齢者の部分年金を受け取る人の場合もそうですけれども，なにも毎日働くことはない，１日おきでもいいわけです。１日おきだったら，そういう人が２人で組んでやればいいわけです。スウェーデンの部分年金の発想がそうです。

高齢者の場合，60歳を過ぎますと，１日おきでいいのです。１日おきで２人で組んでやれば出勤できるわけです。そういうことが障害になって，うまく雇用ができないというのは，これはまだ人間の意識が変わってないからです。いったんここでノーマライゼ

ーションの思想が一般化して意識が変われば，そういう点でまったく変わってきます。

そういう意味で，理念というものは抽象的かもしれませんけれども，やはり80年代で意識の大きな転換が行われることが必要であるというふうに感じるわけです。

• 在宅ケアの問題

それからノーマライゼーションのもう１つの大きな分野は，最近よく言われます在宅ケアです。なんと言いましても，普通の人の場合には，いかに快適な病院でも，病院に入るよりは家で生活できる場合には，自宅で生活したほうが本人も好ましいし，経済的にも通常の場合はずっと安くすむということがあります。そしてなるべく身近かなところでケアしていく。

これは，たいていの先進国でいま当り前のことになってきており，そのためには社会福祉の関係のサービス網を充実することが必要です。立派な病院や，立派な老人ホームなどに収容するのではなくて，身近かなところのケアが必要になってくる。施設の場合にも家庭と施設との中間形態の非常に身近な日常的な施設というものが，むしろこれからの新しい傾向です。

ですから老人ホームなども，最近のニュータウンですと，普通の家と全く区別ができない。それで，いま老人ホームとは言わないで，スウェーデンでは「サービスハウス」イギリスでは「シェルターハウス」という言い方をしています。

そういう身近な施設には，いろんなサービスが必要になります。それはもちろん家庭機能を重視するのですが，一方，家庭機能が非常に重要な役割を果たすことが好ましいけれども，これには限界があります。

スウェーデンのようにあまりにも公的にやりすぎるというのも，どうも日本人にはついていけないし，またあれだけやりますと金がかかりすぎてたいへんです。スウェーデンは人口 820万で，東京都より人口は少ないけれども７万 5,000人から８万人くらいの公的なヘルパーがいます。寝たきり老人とか，重度身体障害者とか，そういう人びとをケアする人がいます。東京都はスウェーデンより人口が多いけれども，そういう公的なヘルパーはおそらく 1,000人もいないでしょう。非常に格差があるわけです。

しかし，スウェーデンがよくて日本が悪いと言っているわけではありません。スウェーデンは１つの極端で，公的にすべてやろうとすると，そんなになってしまう。そこで日本の場合は，もう少しその中間形態というのを考えていく必要があるのではないかと思います。

家庭機能を重視した日本型は結構ですけれども，もう少し家庭機能と同時に近隣機能を活かしていく。それでコミュニティー・ケア的な発想が日本でも人口が定着していきますと，だんだん出てくると思います。そして余暇も増えてきますから，そうなってくると思うのです。

• ボランティア活動

そういう点ではイギリスのボランティア活動というのが非常に参考になるんじゃない

かと思います。在宅ケアでも公的なヘルパーではなくてボランティアが活躍し，しかもボランティアの中間形態が出てきている。例えばよき隣人計画のボランティアのように特定の人を決めると，特定の高齢者，特定の重度身障者を私が担当しますというようなボランティアが出てくる，そしてそこで血の通うケアをする。そして政府はそういうことに対して若干の報酬を出す。そういう中間形態などが開発されてきます。

その他，いろんな形での，従来の，純粋な公的な政策でもないし，純粋なボランティアでもない，そういう中間サービスというものが発展していくでしょうし，また，そういう必要もあると思うのです。そして人びとがそういう形で福祉政策の遂行に協力し，参加するという態勢が必要になってきます。

これは政策の決定レベルでもそうです。決定レベルでも関係者を参加させると，老人ホームとか身障者に直接働いている人が参加するということはもちろんのことです。最近の提言，提案ではメンタルな面での，障害者をそういう審議会，委員会などに参加させようという提案が出てきています。

要するにもっともその政策によって影響を受ける人が参加する，そして，そこで意見を述べて，そういう人々に適合できたならば適合できるような政策をとっていくのが好ましいという考えです。そういう形で政策決定にも参加し，そして政策の遂行にも参加するという参加型の福祉社会に今後なっていく必要があるのではないかと思います。

福祉の窮極にあるもの

ただ要求するというような形の福祉政策は，確かにまだ非常に貧困な場合には，要求型，分捕り型というのが当然かもしれませんけど，ある段階までいきますと，むしろ参加型の福祉社会ということが必要になってくるわけです。

いまスウェーデン等々の福祉国家は，いろんな点で経済的に行き詰まっています。税金は重いし，社会保障だけでも30%も負担しなくてはならない，これ以上拡大していくことはできない，しかし，福祉政策をもっと充実せよという要求は決して乏しいわけではないのです。福祉を充実させながら，しかも経済的に費用負担をそれほど増やさないでやっていこうとすれば，先ほど言いましたような，総合化，インテグレーションを進めると同時に，やはり政策決定にその関係者がすべて責任を持つ，そしてその遂行にも協力していくような体制を作っていくしかないというような考えになってきています。

おそらく80年代の福祉国家というのは，そういう参加型の福祉社会になり，福祉の思想としてはノーマライゼーションのような思想がより強力に浮かび上がってくるのではないかと思います。

《講演Ⅳ》

てんかんをもつ人びとのリハビリテーション

大 沼 悌 一
（国立武蔵療養所）

Ⅰ　はじめに

私は，ここ数年国立武蔵療養所において，てんかん診療に従事しているが，常日頃感じていることを述べ，話の糸口にしたい。

まず第一に，てんかんをもつ人びとは，さまざまな問題をかかえている人が多いということである。そして第二には，医師は，それらのすべての人びとに対して，すべての問題を採り上げ，相談相手になり，何らかの解決の糸口をみつけてやれるほど，充分な時間を割くことができないということである。

第一のさまざまな問題とは，発作のコントロールに関することはもちろんのこと，日常の家庭生活，社会生活における生活指導，家族内の人間関係の調整，職業指導などであり，また第二の診療時間については，1人の医師が外来診療に費し得る時間には，自ら制限があり，特に複雑な問題をかかえている人びとには，充分ではないことが多い。このような意味でも，ケースワーカーなど，パラメディカル・スタッフの助けが必要であると痛切に感ずる。

現在では，医師が薬物調整を主体とした治療を行いながら，片手間にケースワーカーや職業カウンセラーの仕事をやっていると言っても過言ではない。このような意味でも，リハビリテーションに携わる多くの人びとが，てんかんに興味を持って，てんかんに悩む人びとに援助の手を差し伸べようとすることは，大変喜ばしいことであり，従って，リハビリテーション交流セミナーが，てんかんの問題を採り上げたことは，大変有意義であると思われる。

てんかんという病気について，世間一般の人びとのもつ常識的イメージは，しばしば間違っていることがある。例えば，次のような事柄である。

Ⅱ　てんかんについての一般的常識の誤り

(1)　てんかん発作は突然おきるので，それを予知することは，まったく不可能である。

確かにそのようなてんかん発作もあるが，発作の直前に何らかの前兆（警告症状）をみる場合も多く，時には，それが充分に長いので，危険な場所から身を遠ざけることが

可能である場合がある。また，まれには数日前から不機嫌，焦燥感や落着きのなさが出現するため（前駆症状），囲りの人びとが，近いうちに発作が起こるかもしれないと予想できることもありうる。このように発作の前触れがある場合とない場合とでは，職業リハビリテーションの進め方にも，かなりの違いが出てくる。

(2) 発作は，1日のうちでも，いつ起こるかまったく予想がつかない。

これも必ずしも，すべてにおいて正しいとは限らない。多くのてんかん患者において，発作が起きやすい状態や時間帯がある。例えば，夜間の睡眠発作の場合などでは，発作は睡眠中のみに限られておこり，従って日中にはほとんど見られない。この睡眠発作は，また，入眠直後かあるいは朝方，覚醒直前に起きやすい傾向を示す。日中の発作でも，特に朝方の覚醒後ほぼ1時間以内に起きやすいという症例もある。

(3) 発作は，体調や周囲の状況とは無関係に起きる。

発作は，体調とも密接な関係がある。特に不眠は発作を誘発しやすいので注意を要する。身体的な疲労や過労は，さほど大きな誘因にはならないようである。精神的緊張はむしろ発作を抑制し，緊張から解放されて，ほっとした時などに発作は多い。体内ホルモンのバランスとも関係がある。例えば，第二次性徴が出現する時期には，発作が起こりやすく，成人になるにおよんで発作の勢いは弱まる。また女性では月経に一致して発作が起こることも稀ではない。

(4) 発作を起こせば，常に意識を失う。

これも，必ずしも正しいとはいえない。意識が一部分残っているか，あるいはほとんどおかされない場合もある。特に単純部分てんかんの場合などがそうである。

(5) 発作を起こせば，常に転倒し，従って危険である。

これも必ずしも常に正しいとはいえない。発作を起こしても倒れず，歩いている場合には，急に立止り，うつろな表情となるだけの発作もある。

(6) てんかん患者は変屈で協調性に欠ける。

なるほど，そのようなてんかん患者もなかには見られるが，何の合併症もないてんかん患者をみると，彼らの中にある特定の性格傾向を見付けることは困難である。もし協調性に欠けるような性格傾向を持つ患者があれば，それらは脳の器質的障害による精神症状であり，てんかん発作をもたない脳障害児（者）にも同じようにみとめられる症状である。従って，これらは，てんかん患者に特有であるとは言いがたい。

III てんかん患者にリハビリテーションが必要な理由

(1) てんかん人口

てんかん人口は，ほぼ100万である。これは，いくらか多くみた場合の推定である。Lennoxは，人口の0.3～0.5%，Kurland（ニューヨーク州，ロチェスター市）は0.37%，英国においてはPondが0.2%，イスラエルでは0.4%――と，かなりの違いが見られる。日本の人口を11,600万とすると，現在の日本におけるてんかんの数は，ほぼ32～

80万となる。

しかし，その調査方法の多くは，アンケート方式によるものであり，未報告者などもあり，いずれも最低限に見積った成績であろうと推論している。従って，実際はほぼ100万に近いと理解して大きな問題はない。

また，毎年新たに発病する患者数は，Kurlandらは，10万に対して31%，植木らの新潟市の調査では，同じく17.3%と報告しているが，これを日本全体に換算すると，2万ないし3万人となる。つまり，すでに100万近いてんかん患者があり，さらに毎年2～3万の新たな患者が発生するわけである。このことから，てんかんに悩む人がいかに多いかが理解できよう。

(2) 有職率

ところで，てんかん患者で，働く意志もあり，かつ働く能力も持っていながら，実際に職についている人は何%にのぼるのであろうか。文献上，後藤らは，昭和33年，東京下町を中心に調べて67%，懸田らは，昭和44年，関東地方を中心に72%という数字を出している。

また，就職の障害になっている症状は発作のみならず，彼らのもつさまざまな合併症である。いずれにせよ，20～30万のてんかん患者が適職を持たず，リハビリテーションを待っているわけである。

(3) 社会的偏見

洋の東西を問わず，てんかんには偏見がつきまとう。従って，学校や社会生活上，特別な扱いをされ，就職，結婚などにも大きな障害を生む。このため，患者や家族は病気を隠さざるを得ない。就職に際しては，病気のことを「言うべきか，言わざるべきか」という問題に直面する。

もし病気のことを隠せば，就職するチャンスはふえるが，発作が起きて嘘がばれ，首にされるかもしれないという悩みと不安の多い毎日を過ごす。もし，病気のことを事前に話せば，採用されるチャンスは少なくなる。しかし，いったん採用されれば，たとえ職場で発作を起こしても，首になる可能性は低く，比較的安心して働ける。

このどちらを選ぶかは，本人が決めることではあるが，それについても側面から適切なアドバイスが必要となってこよう。このように，てんかん患者は，さまざまな面において側面からの援助を必要とし，かつ，相談相手を求めているわけでもある。

Ⅳ てんかんが他の障害と異なる点
――てんかんを理解したリハビリテーション従事者が必要な理由――

てんかん患者は，他の身体・精神障害者と比べ，さまざまの点で異なっている。これらは，てんかんをより複雑で，分かりにくいものにしている。従って，てんかんにかかわりをもつリハビリテーション従事者は，このことを充分に理解して，適切に対処していかなければならない。

てんかんが他の障害者と異なる点は，以下のとおりである。

(1) 発作を起こす。

発作にも，さまざまな強さのものがあり，また，その頻度もさまざまである。１日数十回，まれには100回にも及ぶことがあるし，あるいは年に１～２回かもしれない。同一人でも，ある時は連日発作を起こし，また数ヵ月，まったく発作がない時もある。ある場合には，発作はきわめて軽く，隣にいる人でも気付かない程度のものから，転倒し，全身の痙攣発作を起こす場合もある。時に同一人でも二種類以上の発作を併せもつこともある。このように，発作は人により異なり，また同一人でも，時により異なる。

(2) てんかん患者は薬をのまなければいけない。

これは，てんかん患者の持つ宿命でもある。薬をのみたがらない人，のみ忘れる人，薬のことをうるさく注意されるので反発する人，薬を多くのみたがる人――毎日の食事のように抵抗なく，規則的に服薬できればよいが，服薬が不規則になり，そのため発作を起こす場合も多い。

また，薬が強すぎて，めまい，ふらつき，眠気などの副作用を来たす場合も少なくない。そのような時には，主治医と連絡をとりつつ，注意しながらリハビリテーションを進めなければならないであろう。

(3) 症状が変化しやすく，多様である。

前にも述べたとおり，発作の頻度は一定ではない。また，稀には薬が強すぎて，眠気，ふらつき，行動の緩慢さなどを来たすこともある。もちろん，多くのてんかん患者では，症状が長期間安定しており，規則的な社会生活をいとなんでいるのであるが，まだ症状が不安定で，発作もあり，時には薬の副作用なども現われ，頻回に薬を調整する必要のある患者も少なくはない。

このように症状が変化しやすく，多様である点が，てんかんの理解を困難にし，従って，不可思議で神秘的な，また何か恐ろしいものに感じさせるゆえんでもある。身体障害者は，例えば目が不自由な人は，１日24時間，１年365日，目が不自由であり，同じく手足の麻痺を有する人は，その障害が時によって変わることはない。従って，その障害の程度に応じて，リハビリテーション計画を立てるのは比較的容易であろう。

しかし，てんかんの場合，特に症状がまだ安定しない例では，より柔軟で幅の広いリハビリテーション計画を立てる必要があろう。てんかん発作が，まだ完全に抑制されていない例では，リハビリテーション施設のみならず，各種の福祉作業所，精神薄弱者施設などから入所や訓練を拒否される場合が多い。そのような場合，いつも「発作がすっかりなおってから来てください」といわれる。

このことは，多数のてんかん患者を排除することに他ならない。最もリハビリテーションを必要とするのは，実はそれらの発作がまだ完全に抑制されていない人びとであって，発作が完全に抑制されている人びとの多くは，もはや保護的リハビリテーションを必要としないのである。

(4) 合併症

てんかんは脳の病気である。粗大な脳障害がある場合には，発作以外の合併症状もあり得る。その程度や種類もさまざまであろう（**表1**）。

表1　時にてんかんに合併して見られる諸症状

	症　　状
身　体　面	手足の麻痺 失調（ふらつき，言葉のもつれ）
精　神　面	精神遅滞，痴呆 ノイローゼ，ヒステリー 性格障害 精神病様状態（幻覚や妄想）

身体面では，手足の麻痺や失調がある。失調は，発作がかなり頻回に見られる例では，長年月にわたって進行することがある。

精神面では，生来の精神遅滞もあろうが，発作のコントロールがうまくゆかない場合，知的機能がぜんじ低下することもあり得る。ノイローゼ，ヒステリーは，困難な環境に対する反応であろう。幻覚，妄想のような精神病を思わせる症状をとる場合は，側頭葉てんかんに多い。しかし，これは全てんかん患者の約0.3％であり，稀なケースである。

性格面では几帳面，まわりくどさ，神経質，疑い深いなどが挙げられようが，これらはてんかんに特有というよりは，むしろ，び慢性の脳の障害によるものであろう。

V　抗てんかん薬と副作用

主な抗てんかん薬の治療量，至適血中濃度，副作用を**表2**に示す。血液中の薬物濃度が高すぎると副作用を来たす。低すぎれば，おそらく無効であろう。従って，血中濃度は薬物治療のよい指標となるものである。

表2　抗てんかん薬の常用量，血中濃度と副作用

薬　　品	常用量(mg)	血中濃度ug/dl	副　作　用
ヒダントイン （アレビアチン）	150～300	10～20	ふらつき，めまい，多毛症 歯肉の増殖，貧血
フェノバール	60～100	10～25	眠気，ふらつき
プリミドン （マイソリン）	300～750	8～10	眠気，ふらつき，不機嫌
カルバマゼピン （テグレトール）	200～1000	8～10	複視，ふらつき，貧血
エトサクシマイド （ザロンチン）	300～1000	50～100	食欲不振 白血球減少
バルプロ酸ソーダ （デパケン）	500～1000	50～100	食欲不振
クロナゼパム	1～6		脱力，眠気

（　）内は商品名

Ⅵ　てんかんの診断

てんかんと診断するには，まず何らかの発作症状がなければならない。発作症状がなければ，たとえ，どのような脳波異常があったとしても，てんかんと診断することはできない。発作は時には，てんかん性のものと，それ以外のもの（例えば，ヒステリー発作や発作的な怒りなど）と一見区別がつきにくい場合がある。そのような時には，発作像をできるだけ詳細に検討することが診断の決め手となる。

主治医自身が発作を目撃する機会は，ほとんどない。むしろ，てんかん患者を扱う現場の人びと，つまり看護者，カウンセラー，リハビリテーション従事者などが発作を目撃する機会が多い。その際には，発作の詳細を医師に報告しなければならない。信頼できうる目撃者からの情報が，きわめて重要であるからである。

脳波はてんかんの診断に重要ではあるが，必ずしも決定的ではない。正常人でも異常所見を呈する場合があり，また，てんかん患者でも異常を示さない場合もある。

Ⅶ　てんかんの類型

てんかんは，**表3**に示すように分類される。これらの各群は，それぞれてんかんの原因，発作症状，適用薬物，予後面でも共通性を有し，それぞれてんかん群を形成しているとみてよい。原発全汎てんかんは，脳全体に同時に発作現象が発来するもので，単に意識を失って動作が止まるだけの欠神発作や，いわゆる大発作といわれる全身の痙攣を伴う強直一間代痙攣発作などがある。これらの原発全汎てんかんは，粗大な脳病変はなく，最も治りやすいてんかん群である。一方，続発部分てんかんは，脱力発作（力が抜けてストンと尻もちをついたりする）や強直発作（短時間全身を硬くさせ前屈する）を主体とし，発作頻度も高く（１日十数回にも及ぶ），粗大な脳病変を有し（従って精神遅滞などの合併症をもつ），最も治りにくいてんかん群である。

表3　てんかんの分類

大分類	小分類	症状
全汎てんかん	原発全汎てんかん	欠神発作 強直（間代性 痙攣発作）
	続発全汎てんかん	
部分てんかん	単純部分てんかん	
	複雑部分てんかん	

部分てんかんは，脳の一部分より発作波が始まるてんかんであり，単純部分てんかん（発作現象が，顔，手，足から始まる）や複雑部分てんかん（感情，記憶，思考などのより高次で複雑な現象をもつ）などに分けられる。

Ⅷ　てんかんと職業

どのようなてんかん患者に，どの程度の職種が望ましいか，あるいは許容されるかについての具体的な計画は，きわめて重要である。しかし，まだ一般に認められているような基準はない。しかしながら，何らかの目安をもつ必要があるので，1963年のGoodglassの「心理的要因と職業適応」の論文を参考にして，私見を述べる（**表4**）。

これらは単なる目安であり，この中に分類するのが困難な症例もあろう。合併症などは別に考慮する必要がある。

表4　てんかんと職業

症　状	許される職種	発作の程度
第 1 度 （重度）	家庭内での仕事 保護工場での仕事 （ヘルメットが必要）	大発作，月に数回 軽い発作，毎日
第 2 度 （中度）	一般事務や一般商店での軽作業 （機械類はおおいをつける）	大発作，年に1～2回 前兆で大発作を予知できる。 軽い発作，月に1～2回 （倒れない）。
第 3 度 （軽度）	一般事務や一般工場（火炎や動く危険な機械はさける） 人の世話や指導的役割も可	1年間発作なし
第 4 度 （最軽度）	高度の就業可能，例えば，高所での作業，火炎，薬物の取扱い，自動車運転（職業運転は除く）をも含む	2年間発作なし 発作は前兆で予知可能
第 5 度 （無制限）	特に制限を加える必要はない	7～10年発作がない。 服薬中止後5年

てんかんをもつ人びとでリハビリテーションを必要とする場合，彼らの多くは，重度，中度である。現在日本には，てんかんをもつ人びとに対する保護工場は皆無であるが，アメリカにおけるエピハブのように，重度の人でも働ける特別な保護工場，作業所の設立が切に望まれる。

第 2 部

《シンポジウム》

シンポジウムⅠ　障害者の雇用――現状と課題…… 37
障害者の雇用……小川　孟…… 37
福祉サイドからみた障害者雇用の現状と課題……河野　康徳…… 38
雇用の現状と課題――企業の立場から……伊東　弘泰…… 43
身体障害者職業訓練の現状と課題……柿崎　栄一…… 46
職業安定所の立場から……是枝　茂…… 50
改正身体障害者雇用促進法の効果……安井　秀作…… 52
シンポジウムⅡ　80年代のリハビリテーションを考える…… 56
80年代のリハビリテーション――医学の立場から……上田　敏…… 56
80年代のリハビリテーション工学……横溝　克己…… 57
教育の質的転換を求めて……加藤　寛二…… 61
障害者と健常者との接点における問題点……村田　稔…… 67
職業リハビリテーションについて……池田　勗…… 68
シンポジウムⅢ　国際障害者年へのとりくみ…… 73
完全参加と平等……五島　貞次…… 73
国際障害者年の理念……花輪　隆昭…… 75
予算獲得に向けて……板山　賢治…… 78
困難を乗り越えて……飯田　進…… 80
情報の確保が先決……石坂　直行…… 82
暖かい光が……村谷　昌弘…… 86
▶質問と意見……西村秀夫／登丸福寿／五味重春／八代英太／加藤寛二…… 89
▶回答と補足説明…… 93

《シンポジウムI》 障害者の雇用――現状と課題

左から小川，伊東，柿崎，是枝，安井，河野の各氏

障害者の雇用

小　川　　孟
（国立職業リハビリテーションセンター）

リハビリテーションの終局の目標は，職業に就き，自立した生活を営むことであるといわれてきた。しかし，障害者の就業の実態は，障害の多様化と重度化と，さらに高齢化という条件が重なって，企業の雇用に結びつくことが，きわめて困難な人びとが増加しているのが現状である。身体障害者の就業率は32.3％で，10年前と比較して11.8％の低下となっている。身体障害者雇用促進法による企業の障害者雇用率も各種の助成措置などが用意されてはいるが，思うように伸びていない。

このような現状において，このシンポジウムでは，雇用に至るまでの過程を担当している現場の実情，関連機関の横の連携，新たな雇用の在り方などを話し合い，職業リハビリテーションの分野が，これからどのように対応していったらよいかを探ろうと試みた。

雇用対策とその効果

雇用促進法に基づく雇用率の設定，納付金制度などは，企業に障害者雇用への認識を新たにさせた。各種の助成措置は，それなりの効果を上げているが，新しい制度であるために，予期したところに活用されていない面もある。

企業の規模，業種などによって，雇用実績に格差が見られるのも事実であるが，雇用促進法の趣旨を正しく受けとめているか否かの姿勢の違いも無視できない。

障害者雇用が企業に及ぼす影響，特に負担となる側面は，大企業と小企業では，大きな違いがある。大企業は，相当思いきった雇用を進める責任があるのではないだろうか。

職業安定所の窓口から

障害の多様化と重度化を実感している。内部障害者の就労について，企業に理解してもらうのが困難である。医学的リハビリテーションからの意見として，1日の就業時間に制限のある場合，わが国の

雇用慣行になじまない。在宅雇用の例も皆無ではないと聞いているが，雇用条件について，法的にも解決しなければならない点があるようである。

障害が重いために，相当努力しても，雇用先を見つけられないケースについて，職業安定所としては，雇用以外を考えるわけにいかないので，求職者に気の毒だと思うと同時に，職業安定所もつらい思いをする。

職業的能力の評価について

職業安定所も身体障害者職業訓練校も，障害者の職業的能力の把握が充分できない。絶対的な方法というのはないだろうが，もう少し期間をかけて，障害者自身が，その希望する仕事を見出し，自らの能力についても知ることができるようにしたい。

職業訓練校では，導入訓練という形で試みられてはいるが，職業指導，訓練の指針を得られるような基礎的な評価方法の確立が望まれる。

身体障害者職業訓練校では

ここでも，障害が重いために雇用を唯一の目標にしたのでは，訓練にのらない障害者が問題となっている。したがって，入校時に，あまり厳しい選考を行わないで，技能を身につけて働きたいという意志を持っている障害者を，できるだけ広く受け入れることが望ましい。残念ながら，雇用に結びつく水準に到達できない場合には，それなりの就労場所を考えたい。

雇用が困難な障害者の就労

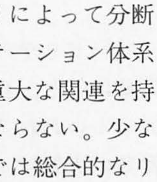
職業リハビリテーションの目標は雇用であろうが，多少なりとも働ける障害者の作業所が急増している実態にも目を向けたい。働きたいという意志と，その能力と，その仕事に対する賃金との関係は，雇用において「ペイするかしないか」という観点だけでは割り切れない。雇用促進法によって，企業における障害者の雇用が進められると同時に，授産施設などで働く障害者を含めた新たな配慮を加えた雇用形態の実現も考える必要がある。

職業リハビリテーションの体系

国全体の行政的な縦割りによって分断されている職業リハビリテーション体系であるが，医学も教育も重大な関連を持っていることを忘れてはならない。少なくとも，地方自治体単位では総合的なリハビリテーション体系が確立しやすいと思われるが，実際には，より厳しい縦割りによって，関係者の横の連携は円滑でないことが少なくない。

地方の時代ともいわれる今日，地域性を重視し，産業分布，人口分布，都市，農村など，障害者を取り巻くさまざまな環境条件に即応した，地域ごとの特徴を持ったリハビリテーション体系の確立が望まれる。

福祉サイドからみた障害者雇用の現状と課題



河　野　康　徳
（厚生省社会局）

雇用は，障害者リハビリテーションの１つの目標であるが，福祉行政としては，雇用という面だけではすまされないものがある。雇用サイドに障害者を送りこむとともに，雇用になじまないものを受けとめる側でもあり，障害者にとっての仕

事の保障ないし働くことの意味というものを，より広く考え，対処せざるをえない立場にあるからである。

就労形態の現状

障害者の就労形態の現状は，大別して，①雇用，②自営，③福祉的就労，④作業活動——の４種に類型化することができよう。③と④は，就労内容からみると，必ずしも分けることを適当としない要素もあるが，③は，いわゆる授産事業の系統，④は，近年急速に広がりつつある地域的な小規模作業所を中心とする活動として理解されたい。

昭和55年２月に厚生省が行った身体障害者実態調査によると，在宅身体障害者1,977,000人のうち，就業者は638,000人（32.3%）であり，10年前の調査結果に比べると，就業率で10%以上の低下（昭和45年調査による就業率は44.1%）である。

就業形態についての詳細な分析が現時点で未整理なので，前回調査の例をみると，昭和45年時点では，雇用が38%，自営が53%，臨時・日雇などが９%となっていた。この比率は現在においても大差ないと思われるが，過半数が自営であることには留意しておく必要があろう。

社会福祉施設における福祉的就労に従事している者は，身体障害者授産施設180か所，9,600人，精神薄弱者授産施設160か所，8,100人，社会福祉事業法および生活保護法による授産施設215か所，9,400人，合わせて555か所に27,100人，そのうち約20,000人が障害者であるとみられる。

作業活動についての実態は，詳細な調査データがなく，把握しにくい面もあるが，身体障害者福祉センター（Ｂ型）約30か所，精神薄弱者通所援護事業（いわゆる共同作業所）約80か所が，国の補助対象となっているほか，東京都内でも国の基準以下のものを含めると，約100か所の小規模作業所があるといわれるので，全国的には500か所を下らない作業所が多数の障害者の利用に供せられているものと思われる。そして，これら作業活動の場が養護学校卒業後の進路としても大きな役割を果しつつあるのである。

以上のように，基本的には雇用対策の分野とみられる障害者の就労問題は，労働行政の枠をこえる実態を広い視野でとらえなければならない。

福祉サイドでのかかわり

さて，職業リハビリテーションは，直接的には職業訓練，職業指導，職業紹介といった分野が主体であるが，より基礎的な要素として，医学的分野，心理的・社会的分野，教育的分野が総合的に職業リハビリテーションにかかわっているといえる。ここでは，福祉サイドでのかかわりを一瞥しておきたい。

いわゆる更生指導所（肢体不自由者，失明者，ろうあ者，内部障害者の各更生施設）は，「更生に必要な治療及び訓練」ないし「医学的管理の下に，更生に必要な指導および訓練」を目的とし，その内容として，医学的更生，心理的更生ならびに職業的更生を行うものとされ，職業的更生については，職業訓練（準備訓練，基本訓練及び応用訓練）そのものであり，はり師，きゅう師の養成施設としての形態をとることが多い。

次に，授産施設であるが，本人の意思に反し，または就労能力などの問題から雇用の機会を得られない障害者のために授産施設によって就労の場を提供することが，わが国では歴史的に福祉サイドの役割の１つとされてきた。

授産施設は，「雇用されることの困難な

もの，または生活に困窮するものを収容し，または通所させ，必要な訓練を行い，職業を与え，自活させる」場所というのが法律の規定であるが，身体障害者授産施設は，身体障害者福祉法制定前の昭和22年に，すでに設置され，補助対象施設として運営されている。

また，共同作業所や身体障害者福祉センターといった名称で作業活動の場が地域的に作られつつあり，就労や生産性の概念を超えて重度障害者の作業活動ニードを受けとめている実態のあることは，前述のとおりである。

雇用上の諸制約

身体障害者雇用促進法が施行されて20年，その間，昭和51年の法改正を経るなど，雇用対策は強化され，それなりの効果を上げつつあることは否定できない。

大企業の身体障害者雇用数が徐々に増加傾向にあり，公共団体においても身体障害者の採用に優先枠を設けるといった試みがみられるなど，雇用主側の姿勢に変化が出てきた結果と思われるが，一方では，伊東氏の指摘されるように，障害者雇用の意味の本質を真剣に考えない安易な認識があって，喜ぶべき状況にないことも反省の資としなければならない。

このように，障害者の雇用をめぐる問題は，必ずしも好転の状況のみを期待しうる段階ではなく，障害者の就労，ひいては生活保障を全体的にみると，問題は少なくない。

“雇用”には，どうしても一定の制約を伴うものだからである。そして，近年，重度障害者や重複障害者の顕在化，高齢障害者の増加といった諸状況は，雇用条件の制約を一層浮彫りにしつつあるともいえよう。

障害者雇用上の制約となると思われる諸要素をみると，1つには能力，能率の問題がある。企業が求める人材の要件として能力，能率を重視せざるをえない一面のあることはやむをえないとしても，障害者即無能力という偏見の支配する要素のあることも否定できないところであろう。

そこに雇用は福祉ではない，との開き直りもあり，雇用されても賃金格差を当然とされ，生活保障となりえない実態も

表5　国，地方公共団体等における身体障害者雇用状況

（55年6月1日現在）

区　　分	機関数	在職状況		
		職員数（除外職員を除く）	身体障害者数	実雇用率
雇用率 1.9%が適用される非現業的機関	3,820	2,040,817人	37,095人	1.82(1.83)%
雇用率 1.8%が適用される現業的機関	250	737,799	13,685	1.85(1.85)

（資料出所）労働省職業安定局集計

（注）1．雇用率 1.9%が適用される非現業的機関……国会，裁判所，政府各省庁，都道府県及び市町村の行政機関等

2．雇用率 1.8%が適用される現業的機関……郵政省，大蔵省造幣局及び印刷局，林野庁，三公社及び地方公営企業法にいう機関等

3．身体障害者のうち重度障害者についてはダブルカウントしてある。

4．（　）内は，昭和54年6月1日現在の数値である。

表6　国，地方公共団体等における機関区分別身体障害者雇用状況

（55年6月1日現在）

区　　分	雇用率1.9%が適用される非現業的機関			雇用率1.8%が適用される現業的機関		
	職員数（除外職員を除く）	身体障害者数	実雇用率	職員数（除外職員を除く）	身体障害者数	実雇用率
	人	人	%	人	人	%
国の機関	390,747	7,819	2.00(2.01)	238,073	4,471	1.88(1.89)
都道府県の機関	752,986	11,558	1.53(1.53)	21,123	486	2.30(2.17)
市町村の機関、	897,084	17,718	1.98(2.01)	43,966	849	1.93(1.91)
三　公　社	—	—	—	434,637	7,879	1.81(1.82)

（資料出所）労働省職業安定局集計

（注）1．雇用率 1.9%が適用される非現業的機関……国会，裁判所，政府各省庁，都道府県及び市町村の行政機関等

2．雇用率 1.8%が適用される現業的機関……郵政省，大蔵省造幣局及び印刷局，林野庁，三公社及び地方公営企業法にいう機関等

3．身体障害者のうち重度障害者についてはダブルカウントしてある。

4．（　）内は，昭和54年6月1日現在の数値である。

生ずる。

一方，雇用者側に配慮されている重度障害者のダブルカウントや除外率設定の制度は，当然のことながら障害者側にとっては雇用条件の制約となる。

また，企業が抵抗なく採用する年代は20歳代までであろうが，昭和55年の身体障害者実態調査による20歳代までの身体障害者のうち，未就業者数は約50,000人であり，仮に30歳代までに広げてみても約 110,000人である。しかも，これら大多数は重度障害者であるとみられる。

片や，昭和54年6月現在の身体障害者雇用状況調査（労働省）による雇用率未達成状況から雇用可能障害者数を逆算で推定してみると45,000人～50,000人となるようである。

このような数字的状況からみると，雇用率というものを前提としたときに，果たして雇用率達成可能な人材を企業が確保しうるかどうかについて疑念をもつむきもある。企業の雇用努力を祈るや切である。

看過できない１つの事例

ここで，われわれは，重度障害者の就労問題に関して看過できない事例，しかも福祉サイドにも普偏的問題を投げかける１つの事例を考えておきたい。

これは，タイピストで自営を試みたある筋ジストロフィー者の話である。彼女は助手なしでは仕事ができない。助手つきで1ヶ月3万円の収入があげられる。ところが助手は１人で働けば月15万円は稼げる人である。２人分を稼ぐには30万円，少なくとも20万円を得なければ生活にならない。

つまり，重度障害者は何もしない方が15万円の稼ぎになるというわけである。かといって，彼女は何もしたくないというのではない。超重度障害者にとって，既製品的仕事では無理があるので，大担な，奇想天外な仕事に目をつけるべきではないか，として文筆業を試みているのである。

この事例は，重度障害者の職業リハビリテーションの方法，目標のみならず，重度障害者にとっての仕事，生き方へのアプローチなど種々の問題を考えさせずにはおかない。

課　題

以上のような現状認識に立って，障害者雇用問題の将来を考えると，課題の第一は，いうまでもなく雇用対策を含めた職業リハビリテーション体制の充実強化であり，具体的には前四人の論者が種々触れられたところである。

この問題に関する福祉サイドの課題としては，職業リハビリテーションとのかかわりにおける連携の強化など，雇用促進のための基礎的条件を整備することである。そのためには，各種更生施設における訓練内容，とくに職業訓練校との関係や，職業能力判定のシステムなど，従来の施設，更生相談所，福祉事務所を含めた更生援護体系の見直しによる地域障害者のリハビリテーション・ニードの把握およびサービスの強化が必要であるとする指摘がある。

第二の課題は，雇用されることの困難な障害者のための施策の充実強化ないし再編成の問題である。授産施設は，本来，職業リハビリテーションの一端を担い，形態としても通過施設であるが，障害者の態様の質的変化とともに施設利用者は長期滞留化の傾向にある。

いまや，重度障害者の働く場であるだけでなく，生活の場として位置づけ改善すべき問題を内包してきている。そして，各種施設における利用者の重度化，等質化の傾向は，授産施設のみならず，重度身体障害者更生施設や療護施設を含めた施設体系のあり方にも目を向けざるをえない状況がある。

さらに，授産施設の一形態とされている福祉工場は，保護雇用的要素をもちながらも性格に不明確な点があるため，運営の現実は経営難に陥る事例が少なくない。したがって，授産施設から福祉工場までを含め，保護雇用として新たな制度的展開を望む声が関係者の間に強い。

国の審議会レベルでも話題とされるようになった保護雇用の問題は，一般企業に雇用されることの困難な障害者の仕事の保障，生活の保障の観点から，労働行政および厚生行政の両サイドからの研究および調整によって，その是非を検討する必要があろう。

諸施策の推進

最後に，重度障害者の自立生活のための諸施策の推進についての課題に触れておきたい。

雇用の問題をはじめ，障害者の生活ニードを検討するときに，今後の対応策の焦点が重度障害者をめぐる諸問題であることは論をまたないところであろう。

重度障害者の生活ニードを全体的にみると，仕事，住宅，医療，年金，生活環境など，社会福祉の分野を超える問題が少なくなく，むしろ，これらは福祉対策の前提として不可欠の条件であるともいえる。

これら多様なニードに対応するためには，多岐にわたる施策の総合的推進が有機的連携のもとに行われなければならないが，これからの福祉対策は，これら各種対策の及ばない部面を補足しつつ，障害者が社会に参加し，可能な限り国民一般と同等の生活水準を確保できるように諸条件を整備することに努めなければならない。

そのための具体的施策として，機能回復・訓練のためのリハビリテーション，重度障害者の地域ケア，社会参加のための諸サービスと街づくり，施設利用サービスといった諸施策の充実強化が図られなければならない。

このような諸施策を重度障害者の自立

生活のために推進することが，とりもなおさず障害者の雇用条件の改善を側面的に援護することになるものと考える。

雇用の現状と課題——企業の立場から

伊東　弘泰

(株)日本アビリティーズ社)

企業としての立場からだけ発言することは，正確に私どもの考え方，実践を申しあげることにならないので，障害者としての立場も含め，当社の現況を中心にして問題点を幾つか指摘させていただきたい。

“障害者としての立場”というのは，当社の社員の多くが障害者であり，また私自身も障害者の１人だからである。

私は３級のポリオ障害者として，軽度とはいえ，少なからず社会的ハンディを感じてきた。このハンディの最も大きな，そして初めての体験は，やはり「就職」ということであった。

学校を卒業する際の就職試験に際して，私は申込んだ企業のいずれからも，申込書類が採用試験の前に返送されてきた。その返却理由は「当社は障害者は採用いたしません」というものであった。その会社数は50社に及んだ。

この事件は，私に大きなショックを与え，社会が障害者に対して，いかに偏見に満ちているかということを，私に強烈に教えたものであった。

当社の現況

このような経過を通して，私は日本アビリティーズ社を設立するにいたったのである。

当社の創立は，昭和41年６月，当初から「身障者による，身障者のための企業」として出発した。53年３月，全国で最初の重度障害者多数雇用事業所として認定され，55年８月末現在30名の社員が働いている。４割が重度(１～２級)，４割が軽度(３～４級)，また健常者が２割という割合である。

当初からこれほど多くの障害者社員がいたわけでなく，その割合は年々高められてきたものである。企業としての経営採算を維持しつつ，徐々に拡大されてきた。

表７　民間企業における身体障害者雇用状況

(55年６月１日現在)

区　　分	企業数	雇用状況			未達成企業の割合
		常用労働者数	身体障害者数	実雇用率	
一般の民間企業(1.5%)	企業 36,093	人 11,934,480	人 135,228	% 1.13(1.12)	% 48.4(48.0)
特殊法人(1.8%)	100	74,033	994	1.34(1.28)	63.0(64.1)

(資料出所) 労働省職業安定局集計

(注)　1．常用労働者数……常用労働者総数から除外率相当数を除いた法定雇用身体障害者数の算定の基礎となる労働者数である。

2．身体障害者のうち重度障害者についてはダブルカウントしてある。

3．(　) 内は，昭和54年６月１日現在の数値である。

表8　一般の民間企業における規模別身体障害者の雇用状況

（55年6月1日現在）

事項 規模別	企業数	常用労働者数	身体障害者数	実雇用率	雇用率未達成企業の割合
	企業	人	人	%	%
67～ 99人	8,867	726,502	12,194	1.68(1.66)	42.2(42.9)
100～299	19,407	2,969,026	42,973	1.45(1.46)	44.0(46.7)
300～499	3,627	1,230,173	14,807	1.20(1.19)	57.8(56.9)
500～999	2,405	1,457,011	15,350	1.05(1.05)	67.4(66.0)
1,000人以上	1,787	5,551,768	49,904	0.90(0.86)	81.5(79.4)
計	36,093	11,934,480	135,228	1.13(1.12)	48.4(48.0)

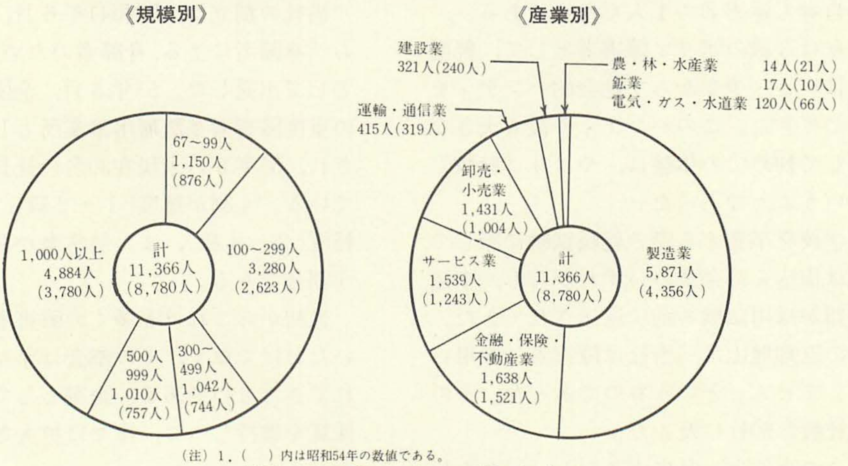
（資料出所）労働省職業安定局集計

（注）1．常用労働者数……常用労働者総数から除外率相当数を除いた法定雇用身体障害者数の算定の基礎となる労働者数である。

2．身体障害者のうち重度障害者についてはダブルカウントしてある。

3．（　）内は，昭和54年6月1日現在の数値である。

図1　一般の民間企業における新規雇い入れ身体障害者の状況



（注）1．（　）内は昭和54年の数値である。

2．新規雇い入れとは昭和54年6月2日から昭和55年6月1日までの1年間に雇い入れられた身体障害者数である。

現在，当社の身体障害者雇用率は115％（重度者1人を2人に数えるダブルカウントによる）で，一般企業の平均雇用率1.13％の 100倍の率となっている。

しかし，これほど高率な障害者雇用と企業経営が，問題もなく順調に行われているというわけではない。社員の身体障害は，それが，そのまま経営にとって障害になるわけでなくとも，1人ひとりのハンディの積み重ねが企業採算に影響を与える危険性を常にはらんでいる。

あまりにも障害者，しかも，重度障害者の割合が多いことが，他の人の健常な機能で補おうとしても補い得ないこと，あるいは障害をカバーするための対策がコストアップにつながる原因になっていることも大きな問題である。

たとえば，通勤や営業活動の手段として多くの自動車を利用しているが，駐車場の確保のため，月間数十万円の経費を要し，ノークラッチ車（最近は貨物車までノークラッチを用意している）が多い

ため，通常より10～15万円も車両価格は高くなり，また維持費も増える。あるいは車いす社員のためのトイレ，通路等の配慮は，当然スペースコストが，しかも都内であっては極端に高くつくことになる。

当社の場合は，またデリバリー業務は不利なため，通常より高いコストを要する。このような問題点は，1つひとつは小さいようにみえてトータルでは大きな負担となってくる。現在の身体障害者雇用促進法の助成対策をもってしても，当社の場合，あまり補充されることはない。経営戦略としての他の方法論をもって，このようなデメリットをカバーするしかない。

こんな状況の中で，社員に対する分配を年々向上し，法人諸税を支払い，先行投資をし，株主配当を支払っていくことは容易ではない。社員の人たちの懸命な努力，取引先の応援，障害をカバーするための対策，人力手段を極力避けて，いかにしてシステムとして経営成果をあげるかに必死になっているのが実情である。

しかしながら，とにもかくにも，月1人平均24万円の人件費，年間 1,000万円に達する法人諸税の納付，株主への8％配当（いずれも54年度実績）を達成してきている。

一般企業の障害者雇用

一般企業の障害者雇用率は，このところ年に 0.1%ずつ上昇している。55年6月の調査では1.13%であった。しかし，これはあまりにも低い水準といわねばならない。

51年の身体障害者雇用促進法の改正は，納付金制度と助成制度，それに重度障害者対策という点で，わが国の障害者雇用の前進にとって画期的な意味をもっている。しかし，いまなお，多くの企業の意識は，納付金を「免罪符」程度にしか考えていないし，また，重度障害者の雇用は，大企業においては進んでいない。

一部，積極的な取組みをみせているところもあるが，実際の採用のほとんどは，軽度障害者である。しかも対象を新卒に制限しているところが多い。いまどき一般の高校・大学に通学できる障害者は，もともと軽度の人たちがほとんどである。

日本経済の基幹になっている大企業や，国，自治体との取引の多い企業を中心として，もっと本格的な障害者雇用が展開されるべきである。

企業が考えている障害者雇用の採算計算の「ものさし」は，あまりにも小さい。雇用する障害者に支払う人件費および関連経費と期待生産高との単純計算比較だけでなく，障害者雇用の生み出すさまざまな波及効果も考えられるはずである。

企業規模の大きさではなく，障害者雇用率で考えた場合，通常の 100倍の雇用率を達成して，企業としてのバランスを得ている当社の状況からいって，一般企業が障害者雇用と真剣に取組むなら，いまの数倍の雇用が容易に可能となると私は確信している。

障害者雇用は，かなりの重度障害者まで進めても，経営として「トータル」で採算がとれるはずである。要は真剣な実行があるかどうかである。

現在の最大の問題点は，ほとんどの大企業が「できれば避けたい」とする消極的な姿勢にあることではないだろうか。

企業雇用以前の教育と訓練

障害の重い人たちになればなるほど，教育を受けるチャンスを逸している。現在の養護学校教育は，一般校よりその水準が落ちていることは疑う余地はない。

また，職業訓練についても，企業に入ってくる段階で，どれほど力がついているであろう。

企業と障害者が出会う段階で，明確に出てきている問題は，職業人として，障害者が基本的戦力に欠けている点である。日常的常識と基礎的知力に劣っている障害者に相対したとき，企業は戸惑わざるを得ない。

教育訓練が不充分な状態で，企業に就職を迫ることでは障害者雇用の本質は改善しない。低賃金で，機械的工程の一補助者として受け入れられる道はあっても，それは雇用率を高めるだけで，障害者の人生は好転しない。

障害者への教育の在り方，そして，さらに職業訓練について根本的な対応がなされなければ，障害者雇用の大幅な進展は今後もありえない。

職業訓練は，障害者の暇つぶしであってはならない。数ヵ月あるいは１年間という時間を費して卒業した障害者が，その結果として，どれほどの力を身につけたかが，もっと厳しく問われるべきである。

障害者も教育サイドも真剣さが欠けている。１年かけても一般水準の半分の成果もあげられないとしたら，これは障害者の責任ではなく，訓練サイドの責任である。

職能評価のシステムが日本には不充分だとか，人員が足りないなどをいう言い訳は通用しない。人生の貴重な時間を使って訓練を受けている障害者にとって，訓練修了後に，気がついたら，やっぱり大した力がついていなかった，となったら，なんと「みじめ」であろうか。

私が企業サイドにいて，いつも気づき，そして，ますます大きくなっていく不満は，この障害者教育と職業訓練である。有効なシステムと情熱のある人が少ないということを，あえて率直にいわねばならない。

おわりに

障害者の幸せは，仕事を得ることだとはいえない，という人が最近多い。まったくそのとおりである。しかし，障害者も生きている以上，現実問題として，生活していかなければならない。保障だけでは，こんな不安なことはない。

また，学校教育も就職のために行われることではない。しかし，社会で生きていく知識も身につけられないで卒業していく状況では困る。

企業だけでなく，教育も，訓練サイドも，そして障害者も，それぞれ差こそあれ，いずれも言い訳をしながらやっていては，障害者の雇用は，容易に前進できないのではなかろうか。

身体障害者職業訓練の現状と課題

柿崎　栄一
（東京身体障害者職業訓練校）

東京身体障害者職業訓練校は，一般の訓練校で健常者とともに訓練を受けることが困難な身体障害者を対象として，その個人の持てる能力に適した訓練科目に就かせ，基礎的な知識，技能を習得させて，就業による社会自立を容易にする目的をもっている。

その経営は，国の委託により都道府県が行うもの，または県立によるもののほか，職業リハビリテーション・センター

表9　在校生の障害原因別

原因別／年度	脳性まひ	指等欠損	脱臼その他	ろう	背ずい性まひ	関節炎等	交通災害	産業災害	脳出血等	疾病その他	合計人員
47	30人 16.5%	人 %	10人 5.5%	8人 4.4%	13人 7.1%	人 %	15人 8.2%	12人 6.6%	人 %	94人 51.7%	182人
49	21 16.3	3 2.6	11 8.7	7 5.2	19 15.3	6 4.8	11 8.7	7 5.2	9 7.2	32 26.0	126
51	23 17.1	3 2.2	10 7.5	13 9.7	11 8.2	2 1.5	13 9.7	11 8.2	7 5.2	14 30.7	134
53	32 24.0	2 1.5	3 2.3	17 12.7	5 3.7	5 3.7	15 11.3	10 7.5	5 3.7	39 29.6	133
54	46 30.0	1 0.6	6 3.8	10 6.4	4 2.5	1 0.6	19 12.1	10 6.4	9 5.7	50 31.9	156

（東京身体障害者職業訓練校）

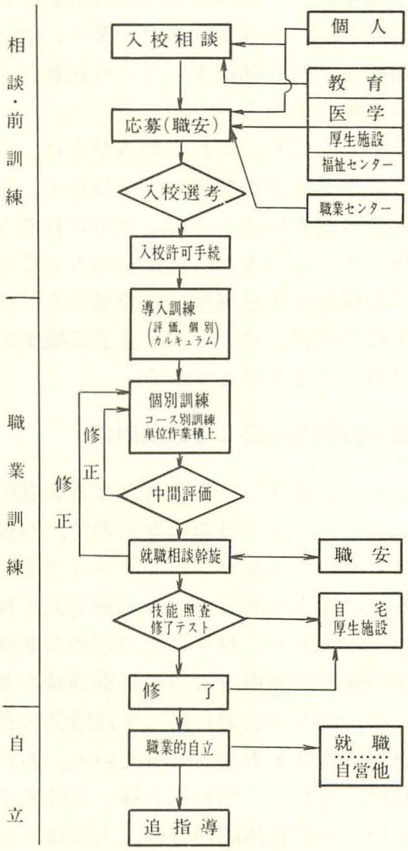
などが行うものがあり，施設は全国で18ヵ所，そして科目は40種類に及び，定員は全国で約2,300名である。訓練期間は，ほとんどが1年で，東京身体障害者職業訓練校も，この中の一校であり，17科目，240名の定員となっている（**表9**）。

身体障害者訓練の理念

さて，身体障害者訓練は，いったいどう在るべきなのか。私は，「対象者の障害」だけに目を傾けないで，その本人に働く意欲があり，職業適性の可能性のある者が入校を希望するならば，誰でも入校できその能力や障害の面だけに限らず，精神的，社会的側面までとらえ，その人の特性を正しく評価し，能力に見合った訓練を行って，職業自立させることだと考えている。したがって，この身体障害者訓練は，職業リハビリテーションの中で，「追跡指導」を除くならば，一応は最終段階に位置付けられるものと考えている（**図2**）。

一方，最近の訓練生の実態は，年々重度化の傾向にあり，訓練指導上の問題に限らず，就職問題など，すべてにわたる思いきった対応が迫られている。これは，おそらく全国の身体障害者訓練校に共通する問題であると思われる。したがって，今後の訓練の重点指向は，「重度障害者対策」にしぼらざるを得ない状況となっている。

図2　身体障害者職業訓練プロセス



ただ,「重度障害」といっても，職業訓練上では，身体障害者福祉法に基づく等級による重度と必ずしも同じではない。なぜなら，障害等級が軽度でも,「物の生産作業」ということからみるならば，例えば，むしろ上肢障害や痙れん硬直などを伴う脳性まひなどが重度であり，また，車いす使用者で，等級が重度でも，上肢が健全ならば，科目によっては軽度ということができるからである。

しかし，後者の場合は，就職困難という難題を持つので，こうした意味からは，重度と考えてもよい。このほか，生徒の高年齢化についてみれば,障害原因が「脳血管障害」による半身まひが多く，加えて結婚などから就職をいっそう困難にしている場合もある。

それにしても，これらの人びとは，けっして作業能力がないわけではなく，指導方法の改善によっては，充分に技能を習得できるし，また，就業に当たっては「作業環境や生活環境」の整備なり「作業工程の改善」によって，立派に職業的自立のできる人びとである。

個人の能力に応じて段階的に

しかし，どうしても障害による職業的ハンディキャップは否めないので，当校では，そのようなハンディキャップをできるだけ除去できるような訓練方式を検討してきており，現在は国の定めた訓練基準の弾力的運用をもって個別訓練を基礎とし，個人の能力に応じて段階的に技能を習得させる方法をとっている。われわれは，これを「傾斜的訓練」と呼んでいるが，その具体的内容は，入校後，一定期間を設けて，その間の障害状況や技能水準を評価し，その評価を基にした個別訓練計画と指導内容を作成する。そして，その個人に適した科目で能力に見合った指導教程により訓練を行っている。

これまでの訓練校が，中・軽度対象であったので，このような指導方式に移行するには相当な苦労と時間を要したが，近年この方法が定着している。しかしながら，今後，多様化，重度化が，さらに進めば進むほど，効率的指導方法や雇用への対応が求められることは当然のことであり，これに対応して，現在，私なりに考えている対応策は，次のようなものである。

(1) 基準という一定の枠に固定的にはめ込まず，能力に応じた訓練が，より可能となるよう，この基準の弾力的運用の幅をさらに広げること。

(2) 個人の適職，能力の評価が的確に把握できるよう入校前2～3ヵ月の前訓練期間を設けること。

(3) 補助機器は，障害者にとって一種の「作業用補装具」といえるので，開発研究を進めるとともに，個人に給付，または貸与できるようにすること。

職業斡旋活動の早期開始

このほか，医療機関との連携など，求められる対応は数多くあるが，特にこれだけは早期に具体化させたいものとしては「就職斡旋活動の早期開始」である。私としては，本来なら入校後6ヵ月ぐらいで雇用予約を可能としたい。その利点は，①生徒の技能習得意欲は向上し，②訓練校では，その個人に適した指導目標が明確となって効率的指導ができる，③企業側にもメリットがある——などである。

半面，学校教育での「青田買い」の防止のための求人協定や，その後の経済変動による採用延期，自宅待機など，物議をかもし出していることもあって，雇用

の不安定，さらには訓練手当の支給の問題などから，現行制度下では早急な実施は困難であることも事実である。したがって，せめて訓練生の適職や能力がある程度把握可能となる7ヵ月頃から就職相談を開始して，求人開拓を始め，早めに就職の見通しをつけるならば，雇用予約と同様のメリットが持てると考えられる。

この場合，現在の就職斡旋活動は職業安定所にゆだねており，われわれもそれ相応に協力はしているが，一歩進めて，訓練生の人柄や技能程度，また個人の特性などを充分に知りつくしている訓練校にも，ある程度の「職業紹介権」の付与を得て，職業安定所と密接な連携のもとに，その活動を展開するならば，重度身体障害者の雇用は，さらに上昇するものと思われる。

ほとんどが中小企業へ

また，雇用という関係から，訓練生の就職状況についてみれば，その就職先は，ほとんどが中小企業で占められている。これは，公共訓練が中小企業向け労働者の養成を主力としてきた歴史もあり，これまで中小企業事業主の理解と協力を基に，訓練を実施してきたことによるものと考えられる。しかしながら，近年，雇用促進法などの関係や，職業安定所の努力で，大企業への就職も数字的には少ないものの，相当な伸びを示している。

当校でも，昭和45年当時は，修了生の0.6%だったものが最近では21.3%に上昇している現状である。ただ，まだまだ大企業の求める対象者は，若年の軽度女子障害者に向けられている傾向は否定できない。われわれとしては，今後も中小企業での積極的雇用を願うことは，もちろんであるが，大企業においても，1人でも多くの障害者が就職できるよう，特に重度身体障害者への就業の場を広げてもらいたいと願うものである。

そして，「身体障害者に何が失われているか」ということでなく，「何ができるか」というとらえ方に立って，個人の能力を正しく評価し，特性に合せた職場を与えてもらいたい（表10）。

表10　昭和54年度修了生就職状況

区分 / 科目	合　計	就職数	自　営	その他
合　計	131 (100%)	103 (78.6%)	7 (6.7%)	21 (16.0%)
洋　服	3	2		1
洋　裁	2	2		1
ミシン縫製	14	13	1	
和　裁	10	8		2
編　物	6	1	3	2
製くつ	18	16		2
事　務	22	12		0
工業調刻	10	9		1
機械製図	7	7		
トレース	8	8		
時　計	5	3	2	
木　工	6	3	1	2
義肢装具	2	2		
塗　装	18	17		1

（東京身体障害者職業訓練校：54．3．31現在）

あらゆるニーズに応えるために

ここで若干補足するなら，入校応募者と，その個人の職能評価の問題については，医療リハビリテーションを必要とするものや，本人に訓練を受ける意志のまったくない者を除き，職業自立の可能性があれば，誰れでも入校させたい，ということが基本姿勢である。その場合，雇用前提の現行制度上では，個人の持つ職能評価が正しく行われないと，入校させても，訓練の意味を失うので，現在，当校では，入校選考時に簡単なテストを行い，入校後に導入訓練を実施して，その評価を行っているが，残念ながら，必ずしも的確な評価がなされるとはいい難い。したがって，この評価の適否が，その後

に及ぼす影響の大きさを考える時，専門機関による職能評価制度の確立が強く望まれる。

また，訓練科目の設定については，時代の要請に従って，その改廃を進めているが，東京都の場合は，技能開発研修所を中心に，企業ニーズの把握，作業工程分析，雇用情勢などを調査研究し，民間（企業側，その他，学識経験者など）の参加を得た委員会をもって，これに当たっている。

しかし，身体障害者を対象とするため，必然的に科目もある程度限定されること。公共訓練という行政対応では「小まわり」がきかないこと，一般校と異なって，委託訓練の制度がないこと――等々，多くの問題を抱えている現状にある。われわれとしては，今後とも，さらに研鑽を重ね，諸般のニーズに応えられる科目の改廃に努力する考えである。

職業安定所の立場から

是枝　茂
（王子公共職業安定所）

1980年４月，職業安定所は，機構を再編整備して，多様化する求職者のニーズに応えることとなった。紹介部門は，これによって，従来の課・係制が廃止され，これまでの援護係は「特別援助第二部門」として，専門官による独自の機能をもつことになった。

業務の中核は，心身障害者の職業紹介であるが，当所では，雇用促進法による雇用率未達成企業の達成指導も業務の重点とされる。窓口における障害者は，身体障害者，精神薄弱者，精神障害寛解者，障害者という捉え方は問題はあるが，社会的に就職困難な者としての「てんかん性疾患」をもつ者，そのほか生活保護受給者の職業更生など多種多様にわたる。

昭和51年10月に改正施行をみた「身体障害者雇用促進法」は約４年を経過し，社会的関心の高まり，雇入れ計画書の作成命令，納付金と，これによる助成制度の波及効果などによって，ひずみはあるが，雇用はかなりの進展を見せている。東京都とその近効周辺では，「働ける障害者」の求職者情報が乏しいという深刻な事態さえ生じている。

一方，都北に位置し，北区のみを管轄とする当所は，都内17所のうち，中規模安定所であるが，常時約 100名の求職の滞留が見られ，しかも漸増の傾向にあるといえる。この矛盾の断層を概略的ではあるが解明して，問題提起の素因，背景としたい。

小児まひ，脳血管障害に起因するまひ系障害者について

運動と姿位の障害とされる小児まひ障害者の雇用問題は古くて新しい今日的な課題とされるが，車いす障害者を含めて壁は厚く，雇用の進展は困難である。最近の事例では，四肢機能障害３級（女子）32歳の同行紹介の機会があったが，作業テストで開始と同時の最初の企図段階で障害の主徴筋緊張が強く出て，ついにテストを失敗した。本人の心情はもちろん，担当者としても挫折感を覚えた。

脳血管障害に起因するまひ系障害者は，機能的，職能的にも重度化が比例し，高齢化と継続的な医療管理を必要として，また，多くは，職業履歴・経験を活かせず，職業領域の決定も非常にせばめられ

ている。

表11～12は，当所における「就職相談会」の実施状況から集約したものである。

表13～14は，身体障害者有効求職者の当所における10月2日現在の状況である。

表11　55．5．23の相談会（まひ系障害者）

部位＼等級		1	2	3	4	5	6	計
上肢機能	両		5	5				10
	片		1	1			1	3
下肢機能	両							
	片			1				1
体幹機能				1				1
計			6	8			1	15

（注）(1)求職者21名（うち精神薄弱者1名）
(2)まひ系障害者15名（63.4%）〔3級以上66.6%〕
(3)採用決定者3名（うちまひ系障害者56歳男3級，51歳女3級，計2名）
(4)医療管理を要する者5名については全員不採用。

表12　55．9．10の相談会（まひ系障害者）

部位＼等級		1	2	3	4	5	6	計
上肢機能	両	1	2	1	1			5
	片		2	2	2		1	7
下肢機能	両		1					1
	片			1	1			2
体幹機能		1						1
計		2	5	4	4		1	16

（注）(1)求職者37名（うち精神薄弱者2名）
(2)まひ系障害者16名（43.2%）〔3級以上39.7%〕
(3)採用決定者11名（うちまひ系障害者49歳男3級，43歳男3級，39歳男4級，25歳女2級，計4名）
(4)医療管理を必要とする者参加5名のうち採用2名

表13　障害部位別等級別状況

部位＼等級	1	2	3	4	5	6	計
視　　覚	2	3	1	1		1	8
聴覚言語	1	14	2	1		2	20
肢体不自由	5	6	10	18	5	3	47
内　　部	2		1				3
計	10	23	14	20	5	6	18

（注）2級以上手帳所持者33名（42.3%）

表14　障害部位別年齢別状況

部位＼年齢別	～34	35―44	45―55	56―64	65～	計
視　　覚	1	1			6	8
聴覚言語	5	6	4	1	4	20
肢体不自由	9	8	11	15	4	47
内　　部		1	1	1		3
計	15	16	16	17	14	18

（注）45歳以上の中高年齢者は47名（60.2%）。なお55歳以上を高年齢者として取扱う。

心身障害学級（中学），養護学校（高等部）生徒などの潜在求職者

卒業予定生徒の動向は，本来，教育関係者の所掌事項であろうが，業務の関連で発表させていただきたい。

当所管内のこれらの在籍生徒のうち，被雇用希望者は，学校が行う教育の単元としての職場実習で職場適応を高め，卒業後の職場確保を図っていく。これに援助，協力する立場で職業安定所は，実習協力事業所の開拓や職場開発を進めていく役割を持つ。

東京都がすでに49年全入学が図られて，現在，卒業後の進路は，家族や周囲の強い希望にもかかわらず，現状の雇用レベルでは，適応困難な者が増加している。福祉作業所などの施設入所も飽和状態であり，待機という在宅を余儀なくされる。

ちなみに，肢体不自由養護学校の55年度卒業予定生徒19名では，就業前訓練を考えながら雇用対象とされる者は，わずか1名にとどまっている。

また，現行の手帳など，制度で救済が困難で，対象外とされる知覚認知の障害など，特に雇用の場では，まったく経験に乏しく新たな対応を迫られているが，関係者の焦燥感や期待感が，ひしひしと伝わってくる。雇用の接点にある公的職業安定機関の役割を認識させられることである。

以上を要約すると，障害の重度，重症化と高齢化しつつある現状を集約したものである。現状のままの推移は，雇用促進の命題のなかで，いわゆる職業的重度障害者が社会的に取り残される危惧なしとしない。

こうしたことはできないか？

(1) 医学的判定機関の体系整備と創設

最近の障害者の職業更生は，医療，職業リハビリテーション関係機関が送り手となっている。雇用の場で，さらに効果的職業リハビリテーションの展開が希求されている。

一方，雇用の側では，これらの障害者を「現時点で身体的に健康か」という視点で捉えるため，特に医療管理を必要とする求職者はまったく不利な立場で，より就職が困難とされる事例は少なくない。

医学的に共通の立場から，その判定についての体系整備，または公共的医学的判定機関の創設が急務であろう。職業リハビリテーションにかかわる新しい発想を求めたい。

(2) 職業紹介機関の地域的情報センターシステムの確立

大都市およびその近郊では，過密な通勤ラッシュに通常の交通機関の駆使が大変困難である。結果として，職住近接の希望は高位指向を示している。都心部における通勤用自動車の駐車場確保が至難なことも付言される。

身体的負担能力のロスをカバーしつつ移動能力の軽減の方向をたどると，行政的区画を超えて，産業構造，交通機関などを検討して，地域的ブロックを再編成，情報センターとしてシステム化して，雇用の側，求職障害者の側ともに利便が供与できるようにして，雇用促進に資したい。

(3) 現状からの雇用拡大についての手がかり

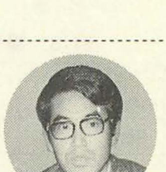
前述のように，窓口に滞留しつつある障害者，潜在する求職者の実態から，心身的に許容できる範囲で，その能力について，就業の可能性を求めながら，パート的，臨時的雇用とはまったく発想を異にする「準雇用」(仮称) 制度など，障害者の社会参画について発想を転換していく時期ではなかろうか。

(4) 補　足

55年度の心身障害者新規学卒者で就職を希望している生徒について，その動向を明らかにするとともに，働くことへの動機づけを高めることを中心に，中学・高校合同で「実習職業相談会」を実施して，就業困難な阻害要因を新たな角度から分析してみたい。

実施には，なお曲折はあろうが，ぜひ成功させたいものである。なお，継続して医療管理を必要とする疾患については，窓口では，じん・低肺機能・高血圧症・精神障害寛解・血友病・てんかん性疾患が挙げられる。

改正身体障害者雇用促進法の効果



安井　秀作
(栃木県商工労働部)

栃木県の職業安定課は，県内の12の公共職業安定所における心身障害者の雇用対策をどう進めるべきかについて指導するとともに，栃木県における障害者対策に関連する部課との施策の調整などの機能を持つものである。そういった立場か

ら身体障害者雇用促進法の改正の効果，県レベルにおけるリハビリテーションの認識などについて述べる。

身体障害者雇用促進法の改正

心身障害者の雇用対策についてみる時，身体障害者雇用促進法の改正について，まずみる必要があると思うので，改正のポイントを説明する。

(1) **雇用義務の強化**

旧法では，身体障害者の雇用は努力義務であったが，これが法的義務に改められ，雇用率が民間については1.5%，官公庁については1.9%(ただし，現業的機関については1.8%)とされた。

(2) **身体障害者雇用納付金制度の創設**

身体障害者の雇用には，作業整備の改善，職場環境の整備など健常者の雇用に比し，経済的負担を伴う面がある。このため，身体障害者の雇用に伴う経済的負担を調整するとともに，身体障害者を雇用する事業主に対し，助成するため事業主の共同拠出による雇用納付金制度が設けられた。

これらの措置によって，身体障害者の雇用を全体的にレベルアップしようとするものである。

法改正の効果

次に，この改正が，どういう効果を及ぼしたかについてみる。実雇用率は年々上昇しており，従来雇用実績のあまりなかった卸売・小売，金融・保険・不動産といった業種についても雇用が進展した。しかし，依然として業種別，規模別にみるとアンバランスがみられる。

一方，助成金による雇用の進展についてみると，重度障害者雇用管理助成金は，雇用義務のない67人以下の事業所での活用が70%（栃木県内での実績）と小規模中心とはなっているが，相当の活用実績がある。

さらに，重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金も相当の活用実績があがっており，各地に障害者雇用工場が設置されつつある。

しかし，個別にみた場合，問題がないわけではない。因みに，栃木県において重点的に指導を進めている企業をみると，①積極的に雇用に努力し実績をあげている企業，②具体的な実績をあげるに至っていない企業――とに大きく分けられてしまう。

①と②の企業は，障害者雇用を進めていく上で困難度に差があるということではない。障害者雇用の研究の結果，判明した不安定要素に対し，そういう要素はあるものの，ともかく採用してみたかどうか，という差でしかない。要は，具体的に一歩踏みだしたかどうかである。

地方レベルでの職業リハビリテーション

最近は「地方の時代」ということが強調される。とくに，障害者の諸問題の解決は，地域レベルでの関係機関の相互の連携が不可欠であることは論をまたない。

心身障害者の対策は，民生，労働，教育，衛生などの各分野にまたがっている。これらが雇用をゴールとする職業リハビリテーションの各段階にうまく組み込まれ，機能することが望ましいが，現実には，国のタテ割りの組織との関連もあり，有機的に機能するには至っていない。

もちろん有機的に機能するようにということで，心身障害者対策協議会などの組織はあるが，職業リハビリテーション体系の確立，あるいは，障害者のニーズに対し，的確に対応できるかなどの観点からみれば，まだまだ不充分であること

は認めざるを得ない。

職業リハビリテーション体系の確立のために

前述のように，企業の障害者雇用への取り組みには，大きな格差がみられること，地方レベルでの職業リハビリテーション体系の確立が充分になされていないことなどに対処するために，どうすべきか，障害者の雇用対策の面からみてみたい。

まず，障害者の雇用促進については，事業主の態度が前述のとおりであるので，重点的に進められなければならない。特に，重度障害者，高齢の障害者が増加しているので，多くの企業に，いわば「点」として雇用されるのではなく，ある程度集中的に，いわば「面」として雇用されるよう，重度障害者多数雇用事業所を育成しなければならない。

しかし，重度障害者多数雇用事業所には，

(1) 多くは中小企業であること
(2) 地元業界との競合がみられ，経営さらには障害者雇用の発展性に難があること
(3) 通勤事情，住宅などとの関連が充分に検討されていないこと
(4) 養護学校，授産施設などとの地理的，機能的関連が充分に検討されていないこと
(5) 印刷，クリーニングなどの業種に集中しており，多様な能力を持つ障害者の能力発揮の面での検討が充分でないこと

などの問題があり，地域全体への広がり，地域で障害者雇用を支えていくとの観点に立った場合，問題なしとは言えない。もちろん，時がたてば相当程度に改善される部分もあろうが，あらかじめこれらの点が総合的に検討されるべきであろう。

さらに，今後の安定的な経済成長下では，従来のように雇用需要そのものの大幅な拡大は考えられないので，従来，障害者の雇用されていなかった新しい分野を地域社会の中で「創出」していくとの発想を持つことが必要である。

このためには，関係部課，機関を構成員とする障害者雇用創出のための組織が設けられなければならない。そして，この中では，障害者雇用の受け皿として期待される業種の開発，養護学校，授産施設などとの有機的連携，交通，住宅など雇用を側面から支える諸条件の整備などについて，総合的に討議される必要がある。

地域の実態に則した雇用の場の創出と，これを維持し発展させることを終極の目標とし，これに向かって関係部課がなし得る役割を１つひとつ明確にすることによって，はじめて単なる連絡調整の段階から職業リハビリテーション体系の確立に近づけるのではなかろうか。

一般雇用になじまない人達に対する措置

一般雇用になじまない障害者は，授産施設へということがよくいわれるが，これには，授産施設そのものも，いろいろ問題があり，簡単には割り切れない。このことから保護雇用の議論もあるが，各人によって捉え方が非常に異なるので，あくまで雇用の面から，この問題を考えてみたい。

雇用とは，一般的には，「当事者の一方が相手方に対して労務を提供し，相手方がこれに対して報酬を与える」ことで，この関係は，雇用される側からみれば，家庭を離れた「職場」で，「一定時間拘束される」ことによって成立している。

しかし，障害者については，これをもう少し広く考える必要がある。人工透析者のように週3日程度しか出勤できない，下肢障害のため通勤に非常に困難が伴うなどの場合，週3日の出勤であっても，あるいは在宅のままでの就業であっても，これを雇用関係にあるととらえる必要があろう。

これは一見突飛な考え方のように思われようが，例えば，現在では当然と考えられている週休二日制も，ずっと以前では，まったく考えられなかったことである。したがって，変則的な出勤，在宅での就業なども一般的な雇用の延長上にあると考えていいのではなかろうか。

もちろん他の従業員とのバランス，法制面での位置づけなどの点で，いろいろ問題もあろうが，障害の重度化を考えた場合，克服すべき課題ではないだろうか。

《シンポジウムII》 80年代のリハビリテーションを考える

左から上田，横溝，加藤，村田，池田の各氏

'80年代のリハビリテーション ──医学の立場から

上田　　敏
（東京大学）

未来を占うのは，きわめて困難であるが，これからの10年間に，医学的リハビリテーションの面で，大きな課題になるであろうと思われるものについて述べてみたい。

リハビリテーションの対象の拡大

これまで医学的リハビリテーションの対象は，肢体不自由，音声言語障害，一部の内部障害（心・肺機能障害）および精神障害に限られがちであった。

しかし，'80年代においては，はるかに広い範囲の障害，例えば，各種の難治進行性の神経筋疾患，てんかん，重度心身障害などが医学的リハビリテーションの重要な対象となってくるに違いない。そして，大事なことには，これはリハビリテーション医療の上の実際的な問題であるだけでなく，まさに学問的な課題にほかならないということである。

現代医学の巨大な進歩も，これまでは，これらの障害に対する医学的リハビリテーションの面では，充分に利用されてきたとはいえず，いっそう有効なリハビリテーション技術の開発のための医学的研究の必要性は，今後ますます大きくなるものと考えられる。

リハビリテーションの理念の拡大

「リハビリテーション」の語の本来の意味は「全人間的復権」，すなわち「人間らしく生きる権利の回復」であるが，医学的リハビリテーションの実際の中では，その本質が，常に正しく貫かれていたとはいえず，あるいは機能障害に対する治療訓練だけに狭く限定したり（その場合は，治療訓練の効果の上らないものは排除される結果となる），日常生活動作能力の向上のみを重視して，社会的視野に乏しかったりすることが，ないではなかったことが深く反省されなければならない。

最近，にわかに注目されるようになった障害者の「独立生活（Independent Living）」の考え方と運動は，ある意味で

は，このようなリハビリテーションの欠陥に対する批判としての側面をもっていることは否めない。このような批判をまともに受けて，リハビリテーションの原点に立ち戻り，リハビリテーションの理念の再発展と拡大・深化を図っていくことが'80年代の医学的リハビリテーションだけでなく，すべてのリハビリテーションの分野に携るものの問題であるといえよう。

一方で，このような努力があってはじめて，「独立生活」の理念の一部にニュアンスとして含まれる「専門家不信論」，「リハビリテーション不要論」といった，正しくない傾向に対処することができるであろう。

普及と向上の統一

医学的リハビリテーション・サービスを，それを必要とするすべての人の手に届くものにすること（普及）と，サービス自体の質を高め，より重度な障害にも効果をあげうるものにしていくこと（向上）とは，車の両輪であり，本来矛盾すべきものではないが，実際の場面では，そのどちらかだけに力が入れられ，偏ったものとなることが少なくない。

すでに1980年に，日本リハビリテーション医学会は，リハビリテーション医学専門医制度を発足させ，また以前から全国の大学医学部に「リハビリテーション医学」の講座を設置することを文部省はじめ，各方面に働きかけてきたなど，質の向上につとめてきている。

さらにこれと平行して医師卒後教育研修会の開催，健保点数問題（医学的リハビリテーション関係の診療報酬はあまりに低く，リハビリテーション医療は経営的に成り立たない）についての厚生省への働きかけなど，普及への努力も行ってきている。

'80年代は，そのような両方向の努力が統一されて，さらに広く，あらゆる面で，推し進められることが必要となろう。特に医療も福祉も従来の施設中心のものから地域中心のものへと大きく転換しなければならない時代にあって，リハビリテーションこそは，その先頭を切って，地域に根ざしたリハビリテーションと障害者福祉のシステムを築き上げて行く責任をもっているともいえるであろう。

研究の課題

80年代の医学的リハビリテーションの研究の課題としては，以上述べたもののほかに，障害者の体力医学（体力増進・老化防止），障害者労働科学（障害者の働くことが健康増進ともなるようにするための研究）などの研究が必要であり，さらに，これらすべての課題を達成するために，徹底した基礎医学的研究が必要である。これらのための多面的な研究態勢が作られる必要があろう。

'80年代のリハビリテーション工学

横溝　克己
（早稲田大学）

I　工学の発展

工学とは，物理，化学，生物学，生理学などの自然科学の法則などを応用して目的（製品，システム）を達成する方法（プロセス）をいうので，最近は，生物

工学，医（用）工学，組織工学（システム工学），経営工学など広範囲にこの用語が使われるようになった。

最近は，あまり技術予測の発表がなくなったが，1960年，1970年に調査が行われたアメリカのランド・コーポレーションやマグロウヒル社の調査によれば，1980年代に商業化されると予想されるものの一部をみると，コンピュータによる人工頭脳の完成，盲人用人工視覚，電子刺激による脳への情報伝達，まひ者の電気刺激による社会復帰，人工臓器，化学療法による細胞悪性化阻止，がん治療，原始的人工生命の創造，老化防止薬，人体細胞核の移植，体重や食欲の効果的コントロール，薬効・疾病のテスト用人体モデルなどが挙げられており，2000年に技術が完成（不可能を含む）されるのが，人体の新生を可能にする薬，頭のよくなる薬，テレパシー，直接頭脳に知識を与える教育，重力コントロール，猿に人間の仕事をさせる，などとなっている。

医学関係以外でも，コンピュータは，ますます大容量化，小型化し，現在の大型コンピュータが小型コンサイス辞書程度にはなるかもしれないし，腕時計サイズのテレビや立体テレビの完成は1980年代と予測されている。

自動翻訳機は1975年，家庭におけるファクシミリ，キーボード操作による各種買物の注文，情報交換のための端末機の普及，多数の大学の講義のテレビネット化と選択（実現済み）なども1980年代と予測されている。

技術の革新は，新幹線式鉄道では，いくらモーターの馬力を大きくしても，レールと車輪との摩擦関係で，時速300 km止まりなので，リニアモーター式になるなど，従来方式に行きづまる前に，全然違う発想の方式が急発展するのが通常で，未来予想はむずかしいが，現在の延長線上で考えてみたい。

II　リハビリテーション工学の発展

傷害，病気からの回復過程に必要な工学という範囲から，やや広く医用工学の面からも述べてみたい。

1　コンピュータの発達

コンピュータは，基本的には，記憶・演算機構であるが、その記憶，取消がナノ秒（10億分の１秒）以下でもできるようになり，記憶素子もLSI（大規模集積回路）が使われ，さらに，過去数年間，重量，価格ともに100分の１以下になってている。これが1000分の１になるのも，そう遠くはないであろう。

このコンピュータの利用が比較的定型作業，中等度思考，選択判断的作業まで行うことになるであろうし，そのための周辺機器，例えば手書き読みとり装置（OCR，OMR），音声入出力機器，図形表示，カラー・グラフィック・ディスプレイ，プリンター，漢字入出力，ワード・プロセッサー，オンライン・システム，ファクシミリなどが同時に発達し，低コストで生産されることが普及のためには必要であり，実現しつつある。

2　感覚代行機器の発達

視覚，聴覚，触覚，臭覚，味覚などのうち，視覚，聴覚などについては，大いに研究が進んでいる。すなわち障害のある感覚を障害のない感覚で表わそうという試みである。

視覚代行機器としては，外界情報をカメラ→電気回路→映像信号として，眼球網膜神経系をバイパスとして，直接大脳中枢に送る方法である。頭に電極をつけて行う実験が行われているが，実用的装置は，現在まだできていない。映像信号

を振動に変え，超小型電磁石式のソレノイドに伝え，背中あるいは前腕にある振動板に伝え，周囲の情景や文字を伝える方式が試作されている。また，文字などを指先に振動で伝えたり，音声に変えるオプタコンという装置は，実用化されるに至っている。コンピュータ内蔵型ポータブルタイプライターの普及もそれ程遠いことではないであろう。

② 補聴器

聴覚障害に対しては聴覚能力の拡大を行うのに補聴器がある。これはどの周波数帯聴能が弱くなっているかを調べ，残存聴能の周波数帯に変換する方法が試みられている。また，人工中耳，人工内耳の研究もされているが，使用材料の安全性，生体への影響調査など，問題点もまだ多い。

手話も普及しているが，両手を使うことが多いので，作業中は作業が中断される。筆者などで，片手で表わす方法を試作してみたが，便利である。

また，最近は翻訳機が販売されているので，それによる意思伝達，あるいはやや離れた場所への伝達もむずかしいことではないと思われる。工場などで働く聴覚障害者にとって問題となるのは動詞ではなく，「ふっくらと」などのような形容詞，副詞の伝達がむずかしいといわれ，また，作業者の方からみれば，朝礼時の話，同僚間の話などを知りたいので，音声を直ちに字句で表示する，あるいはプリントする装置などが，小型で，しかも安価に入手できるのが望ましいであろう。

聴覚障害者には，発声も悪い人が多いが，訓練によっても，その効果の上がらない人や声帯をとってしまった人たちに対して，口腔の動き，胸部の動きなどをマイクロフォンなどでとらえ，それを電気回路を通じて変換し，本人の声ではない合成音に置き替えて，スピーカーから発声させる方法も考えられている。

音声合成には，声を単語または句単位で録音しておいて，使用に際して組み立てるのであるが，PCM方式では，その組み立てに便利なようにデジタル化してある。しかし，この方法は大きなコンピュータが必要なので，LPC法といい，波形合成法を用いると10分の1の少ない記憶容量のコンピュータでよいことになる。また，これを利用し，キーボタンを押せば，その声を発声する装置もすでに試用されている。

このように，音声の研究が進んでくると，音声を入力として文章が印刷される機器は，すでに高価ではあるが，カナ文字方式なら発売されており，また，漢字・仮名混り文などの印刷装置も見本市などでは出品されている。遠からず市販され，普及してゆくであろう。

キーボード・タイプライターであるが，それにやや近い形で漢字入力され，コンピュータによりレイアウトをされ，穿孔テープの型で印刷機に入るシステムなどが大手印刷会社，雑誌社，新聞社などでは行われている。

また，音声の個人識別もデジタル・パターンとして把えることができ，特定の人のみの命令に機械が従うなどのシステムは，すでに国鉄操車場の機関車の運転，自動車生産工場の機械操作などに利用されつつある。車いすの運転などにも利用された例がある。

③ 感覚代行機器

皮膚感覚には，痛覚，冷覚，温覚，触覚の別があるが，皮膚感覚は，強弱はあるが，体全体にその情報をキャッチする受容器がある。現在のところ，感覚代行を考えるより，視覚障害者のための点字や振動板から字型，図型の認知などに指

の触覚を利用するなどのことが行われている。

やや代行機能と思われるのは，動力義手などで，物を摑む場合に，摑む物の堅さを知らなければ摑めないので，ゴム手袋をかぶせ，中に空気または油を入れ，摑んだ時のくぼみ具合を空気圧，油圧の増加で知る，あるいは圧電子発生の程度などで知ることができ，摑み加減を調節するなどに利用されている。

④ 臭覚，味覚の代行機器

臭覚，味覚などのもとである化学物質の分析は，機器分析，クロマトグラフ法など，近年特に発達してきたが，いまだ装置も大きく，また分析目的なども異なるので，感覚代行機器とはいえない。

III 動作補助機器

① 義　手

義手は，人間の手の代行機器であるので，形，重量，機能ともに人間の手に近似していることが要求される。現在，動力式筋電制御義手が実用化されつつあるが，目的に対する指，前腕などの共応動作，動作のなめらかさ，動作速度のスピードアップ，コスト低減などが今後の課題であろう。これらの制約がない工業ロボットは，形も自由で，自動車車体の製作などでは上下左右から８本もの手が出て溶接している。

② 義　足

義足の動力化は，電池などの動力源として，容量不足と重量，大きさなどに問題があり，実用化は現在では困難であるが，歩行姿勢が自然にみられるように，遊脚期調節を歩行条件により自動的に行う節電制御大腿義足がつくられている。

③ 車いす

車いすは，手動のものでカーボン・ファイバー使用の軽量型が試作されているが，材料がいまだ高価である。また，動力いすは，車両の取付傾斜角度を変えることにより，通常の車いすのように円孤を描く方式ではなく，直線的に目的方向に動く方式が市販されている。

筆者などの実験によれば，座面の高さが変えられる方式の車いすを使うと，コンベア作業，各種工作機械の使用，食事，洗面などの時に便利であると判明している。

すなわち，これらの機器は，健常者用にできていて，また彼らの使用するいすは，上下動のできるものであるが，それに対し，車いすは使用者の体型，高さによって作業面が固定化されているのである。

IV 看護，生活システム

今までは看護者の労働集約的作業であったが，人手不足と人件費の高騰は，省力化，作業の能率化，機械化，自動化が要求され，すでに自動車産業などで行われている技術の適用が行われるであろう。例えば，治療，看護作業に対する作業研究，診察，手術室，浴室，病室，病院などに対する運搬装置とシステム，設備配置，さらに，資材の管理，患者に対する過去・現在のカルテ，治療情報のコンピュータによる管理，あるいは医学情報データ・バンクと索引，ホスピタル・オートメーションなどが実施されつつある。

身体不自由者が声で「やや辛いライスカレー」などと注文すれば，食堂の自動調理装置が半加工食品を調理し，そこから自動的に居室のベッドのところに，カロリー表とともに無人運搬台で運ばれてくるようなシステムは，恐らく現在でも可能であろう。

これら現在試みられている方法が，80年代には普及してゆくであろうが，そこ

で問題となるのは，人間の方が主人となるべきで，設計者は使用者の立場に立って，全体のシステムを考えねばならないということである。

教育の質的転換を求めて

加 藤　寛 二
（東京都立府中養護学校）

1つの事実――道を開くもの

12年前にある養護学校で担任した子供たちが，今春，高等部を卒業した。入学当時は，学校教育という場では最重度であり，彼らの就学や教育について，さまざまな論議がかわされた[1]。

それらを契機に，重度・重複児に対する教育の下限論が盛んに論議されだした。教育の内容や方法はもちろん，特に卒業後の進路などは予想もたたなかった。

今春卒業するに当たって，彼らの12年間の学校生活の意味は何であったのか，ということを改めて振り返ってみた。機能的には，ほとんど変わらず，全介助を要する。体が大きく成長しただけ，大変さが増しているともいえる。

しかし，もし就学することもできず，親子ともに家庭にとじこもっていたとしたら，同じ程度に止まっていただろうか。とすれば，平行状態を保ち，悪い状態にならなかったことの中に大きな意義が存することになる。

生活の広がりや人間関係の深まりを思うとき，12年間の学校生活は，何ものにも替えがたい意味を生じたのである。“障害の重い子供にも教育を”ということは人として当然のことであったのだ。

ある親は，仲間の親たちと協力して開所した施設の長として親子とも，そこで働いている。また，ある生徒は，地域の共同作業所へ通所している。というように，既成の施設などでは受け入れてもらえないので，自らの力で，それぞれに進路を開拓していっている。

「重度や重症の子をかかえた親たちは，実に長い間，絶望的な苦悩の中に置かれていました。対策の順番が廻ってこなかったからです。軽い人たちへの対策さえ，まだ充分ではないのに，投資しても社会へのリベートが期待できない人たちへの対策は，後廻しになっても，やむを得ないという考え方が底の方に流れていたのです。そういう考え方をはね返して，重度対策が推し進められるようになったのは，日本の経済が復興して，順番が廻ってきたからというよりも，親たちの熱烈な願いが関係者の心魂をゆさぶったからだとみてよいと思います。経済のこともさることながら，祈りと願いの力を結集して，子供の本当の幸せのために立ち上ったのです[2]」

20年も前に糸賀先生の語られたこの言葉は，障害児への対応の間口が広がったと思われる今でも重く響いてくる。私にとって彼らの人生は，先導的なケースであり，こうした流れの中に，自分自身がどうかかわってきたのか，今後もどうかかわっていくのか，ということを問い直してみるのである。

教育課程の改訂――世界への連帯感

教育課程の改訂は，時代の要請と未来社会の創造を目指して，ほぼ10年を１つの区切りとして行われてきている。障害児教育についても，当然その中で検討が加えられるわけで，前回の昭和44年には，

特殊学校学習指導要領に「養護・訓練」の領域が新設された。

肢体不自由教育にあっては，医療と教育の関連を巡って，いろいろと論議がかわされ，いまだに相互に意見のくい違いもあり，未解決の問題も残している。しかし，指導内容や方法については，研究への取り組みが各所でみられ，特に知覚一運動学習などについては，かなり実践的に探究されはじめている。養護・訓練の指導の内容と方法の確立は，今後とも大事な課題の1つである。

今回の改訂では，「人間性と個性の尊重」，「創造性の開発」，「ゆとりと充実」ということが強調されている。

60年代から70年代にかけての科学技術の発達や経済の高度成長は，物質的には豊かな社会を実現したが，知育偏重の高学歴社会，価値観の多様化を来たし，自己中心的で連帯感の欠如，落ちこぼれ，非行化など，人間性の喪失と教育の荒廃をもたらした。

アメリカでは60年代における同様な教育の危機感から1970年代の教育改革の理念として全米教育協会（NEA）が，「学校の人間化」ということを採り上げた。日本においても，その後を追うように，いま同じ現象が起こっていると思われる。

東京サミットの後で，各国首脳の合同記者会見が開かれた。ジスカールデスタン仏大統領は，「すべてが容易であった時代の習慣を変える必要がある」といい，シュミット西独首相は「われわれの社会そのものを大幅に変えなければならない。これは教育の問題であり，単に経済・政治の問題だけでなく，哲学的な問題である」といった。

こうした発言は，今日の教育の問題が，すでに一国内だけの教育論議にとどまり得ず，世界的問題となったばかりか，一国の教育改革の内容そのものもまた，全世界的視野と展望の中で考えねばならなくなったことを改めて明確にしたものといえる。

では，今日の世界的課題に応える教育，地球的視野に立った教育の具体的構想を1人ひとりの子供に即して，どのように樹立していくか，その緒は子供の日常の言葉や動きなどに即して見出すという当然のことから始まるのだ。[3)]障害児の教育についても同じことがいえる。

障害児教育は，教育の原点である，とよくいわれる。その意味は，1人ひとりを大切にする教育，個性や発達に応じた教育，本当の人間を育てる教育の基本的な事柄と姿が，そこに在るからだ。在るというよりもその必要性を子供が絶えず新鮮に提示してくれるからだ。

しかし，量的にも非常に拡大されてきた今は，改めて「教育とは何か」を根本的に再考しないかぎり，障害児教育においてさえも，基本的な姿勢を見失う。あるいはそれを発見することはできない。

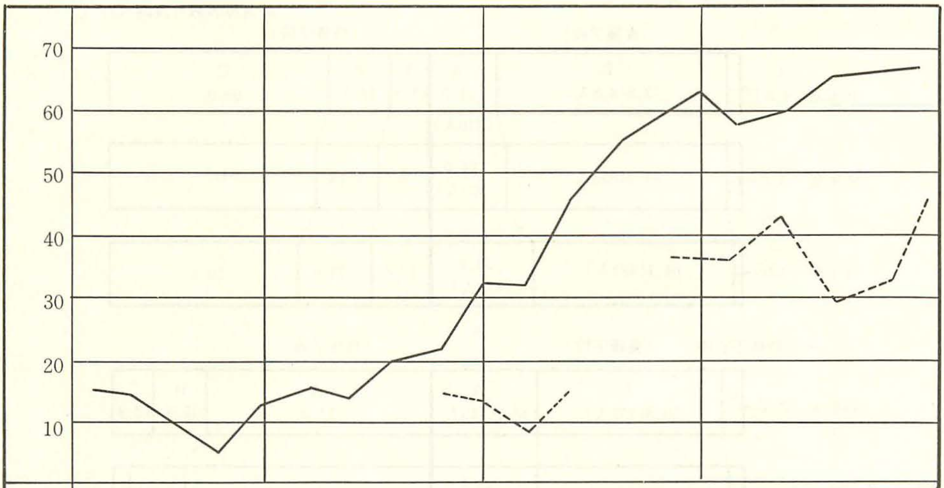
統合教育の推進

障害児教育の今日的課題の1つに統合教育の問題がある。人間としての生活のノーマライゼーションは，心身障害以前の問題として要請される事柄である。教育の場においても，当然のこととして考えられなければならないことであり，世界的な動向でもある。

しかし，**図3～5**が示しているように，障害が多様化し，重度化している現状の中では，柔軟に弾力的に考えていく必要がある。そうでないと，いたずらに困乱をまねき，子供が大きな損失をうける。人は互いに触れ合いを通して理解を深めていくものだ。障害を負う者も，そうでない者も互いに人間的に学び

図3　ＣＰ児増加（実線）の割合とＩＱ60以下の児童・生徒（点線）

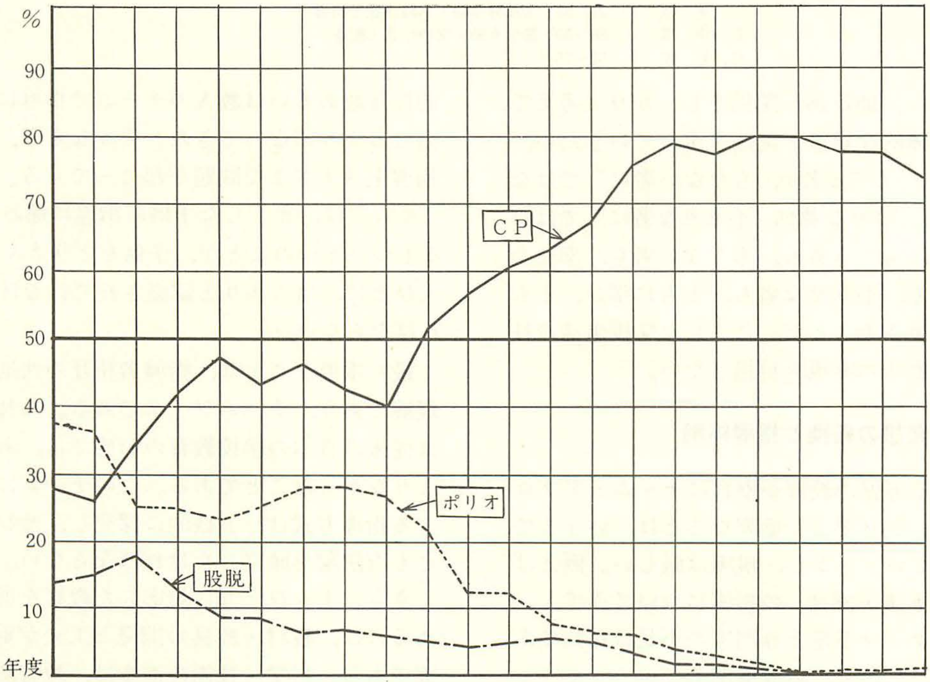
（Ｋ養護学校）



年	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
ＣＰ（%）	14	13	8	4	12	16	13	20	21	33	32	46	55	58	62	58	60	66	67	68
ＩＱ 60以下									14	13	9	16		37	39	36	42	29	32	45

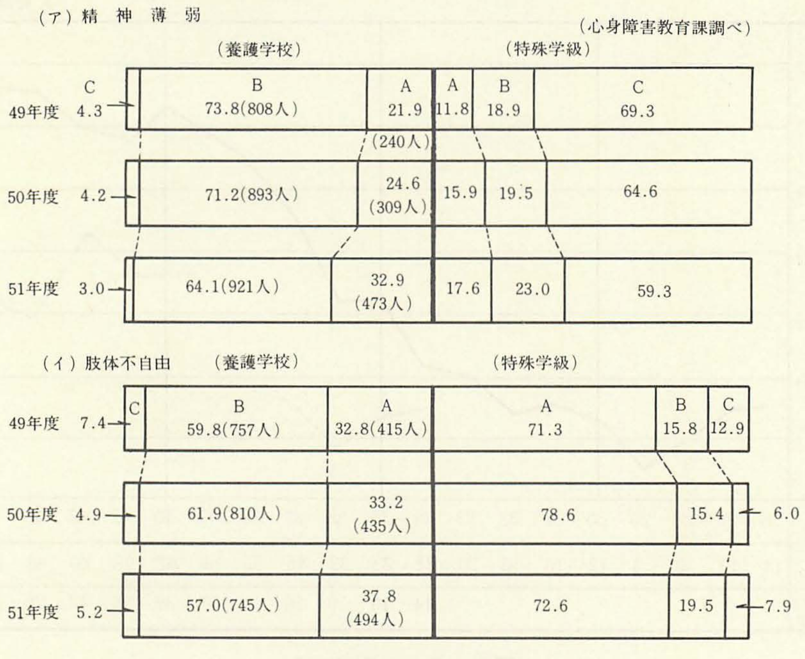
図４　主な疾病別推移

（Ｓ養護学校）



年度	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54（年）
総数	89	124	149	173	189	206	217	197	185	183	178	177	177	182	187	205	212	218	222	223	215	306（人）

図５　発達段階調査票からみた重度化傾向（義務教育段階）



A．最重度　ＩＱ20以下　全面介助・常時保護指導
　　重　度　21～35　大部分介助・常時注意と指導
B．中　度　36～50　部分介助・常時注意と配慮
C．軽　度　51～75

あい，助けあう関係をしっかりと考えて，具体的な対策と実践を重ねていきたい。

「“もてる者が，もたない者に”ではない，“幸せな者が，不幸せな者に”ではない，もてる者も，もたない者も，幸せな者も，不幸せな者も，ともに学び，ともに生きることだ」。こうした学校生活，社会生活の実現を目指したい。

発想の転換と指導体制

障害児の教育や療育にチーム・アプローチが必要かつ重要なことは，いうまでもない。しかし，現実は厳しい。例えば「養護・訓練」の指導についてみても，スタッフ不足と専門家の不足は深刻である。しかも，養成機関もない。

重度・重複化に応じて，単数の指導者のみでは指導が困難になっている。必然的に複数あるいは数人のチームで指導に当たるようになってきた。そうなると，指導上さまざまな問題が起こってくる。

そこでは，そうした子供の指導に係わる１つひとつのことが，子供をとりまく人びとに，はっきりと認識されていなければならない。

最も重要なことは，指導者相互の共通理解であり，チームワークである。これは従来の日本の学校教育の形態では，あまりなかったことである。このチームによる指導方式は，実践的に探究し，ぜひとも方法論を確立しなければならない。

さらに１人ひとりに対応した教育を進めるには，教材・教具の開発と工夫が重要である。科学・技術の進歩は，教育機器の開発と向上をもたらしている。例えば電動タイプライターの改良は，重度障

害者のコミュニケーション活動に，なくてはならないものになり，さらには教育に対する発想の転換をもたらしている。

機器のもたらす効用と限界，そして，人間が働きかける教育の作用，それらを融合した教育の深まりを子供の発達と障害の克服という点から，もっと探究していく必要があろう。

表15 養護学校児童生徒（小～高）の疾患分布

疾　患　名	人数	%
脳性マヒ	48	57
痙直型	(24)	
アテトーゼ	(22)	
低緊張	(2)	
筋萎縮症	10	12
脳炎・急性脳症後遺症	8	10
先天性多発奇形症候群	6	7
知能発達遅延（原因不明）	2	2
その他	10	12
ジストニア	(1)	
シェグレン・ラルソン症候群	(1)	
脳腫瘍術後後遺症	(1)	
頭部外傷後遺症	(1)	
脊髄損傷	(1)	
小頭症	(1)	
孔脳症	(1)	
レノックス症候群	(1)	
脳白質変性の疑い	(1)	
先天代謝異常の疑い	(1)	
	84	100

東京都立府中養護学校（昭和53年）原美智子氏調査

可能性の発見

障害者の雇用に対する関心と理解が広まったとはいえ，現実には，養護学校高等部の卒業生に対しては，その進路先を血まなこになって探さざるを得ない。

全員就学以後の実情をみれば，当然，就職は言うに及ばず，既設の施設では対応しきれず，就労から在宅生活，さらに収容施設などを巡って，大きな社会問題になってくることは必至である（**表15～16**参照）。

共同作業所や生活の場つくりがますます盛んになっていくであろうが，教育の問題として，そのことをどのように考えていったらよいのだろうか。

学校という場が，地域社会におけるノーマライゼーションの場になることも大切なことであるが，重度になればなるほど，この子には何ができるのか，どんなかかわりあいが可能なのかを発見し，引き出していくことが学校に課せられた教育活動そのものになろう。それは教師のみに課せるというのではなく，在学中に教師も親もみんなの力を結集して，それを見出して，伸ばしていくことに他ならない。

表16 53年度都立障害児学校高等部卒業生進路実態（肢体不自由校）

（小数は%）

学校名	卒業生数	就業		訓練校関係		施設（厚生・療護・病院など）		作業所（福作・共作・授産所など）		生活実習所		自営業		進学		その他		在宅	
小平	30	3	10.0	3	10.0	4	13.3	17	56.7	0	0	0	0	0	0	（進学準備）2	6.7	1	3.3
江戸川	20	1	5.0	0	0	4	20.0	4	20.0	0	0	0	0	0	0	（死亡）1	5.0	10	50.0
北	19	1	5.3	0	0	5	26.3	8	42.1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	26.3
城南	9	3	33.3	0	0	3	33.3	0	0	1	11.1	0	0	0	0	（運転免許取得のため）1	11	1	11.1
城北	16	4	25.0	0	0	2	12.5	3	18.8	2	12.5	0	0	0	0	0	0	5	31.3
光明	20	3	15.0	0	0	7	35.0	0	0	0	0	0	0	1	5.0	0	0	9	45.0
小計	114	15	13.1	3	2.6	25	21.9	32	28.0	3	2.6	0	0	1	0.8	4	3.5	31	27.1

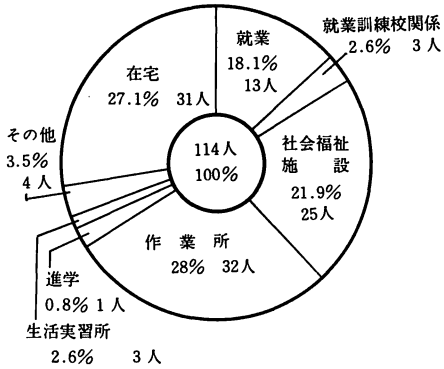
（1979．6．30　都障教組・障害者部調査）

地域に根ざした生涯教育の充実

1960年，国連のユネスコは，·生涯教育を提唱した。人は「誰でも，どこでも，いつでも教育を」受けられるということだ。つまり「教育権の生涯保障」——これが生涯教育の理念である。[4)]

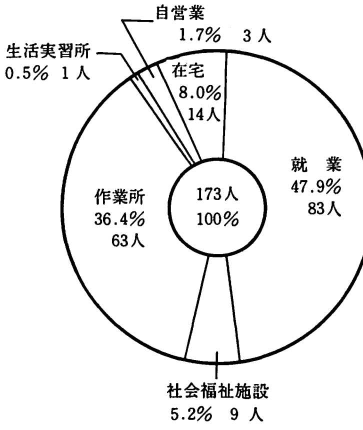
今日のように学校教育万能の限界に気づくと，学校以外の場の教育が強調され，

図6　53年度肢体不自由校卒業生の進路動向



(1979. 6. 30　都障教組・障害者部調査)

図7　53年度ちえおくれ校卒業生の進路動向



(1979. 6. 30　都障教組・障害者部調査)

教育全体の構造の中で，家庭教育，学校教育，社会教育を捉え直し，見直そうとしているわけである。

障害児の教育においても，学校教育の間口は広がったものの，就学前の教育や卒業後の社会教育になると不充分である。重障児にとっては，まったく場がない。また，在校中でも，地域社会における社会教育の分野の中で，障害児の入る余地はまったくない。

生涯教育の出発点は，地域あるいはコミュニティーにある。それは生涯教育の対象者が地域に根ざした生活人であるからだ。したがって，生涯教育の場もまた，地域に根ざしたものでなければならないだろうし，開かれた学校ということも，このような理念の下にあるのは当然である。[5)]

そうしたことを担うのが社会教育であり，障害者についても，その充実は緊急課題である。家庭から出て，新しい人と出会い，仲間を見出し，いっしょに何かをする楽しさをもつこと。社会教育は，そのことをもっと認識する必要があるだろう。重い障害者にとっては，まさに生存の場に他ならない。「生きることは学ぶことであり，学ぶことは生きること」であるからである。

《参考資料》

1）『総合リハビリテーション』6巻4号，加村寛二「東京都における全員就学の現状」
2） 糸賀一雄著『愛と共感の教育』より
3）『教職研修』54年8月号 益井重夫「これからの教育」(巻頭言)
4）森 隆夫『生涯教育』　日経新書
5）『教職研修』天野郁夫「生涯教育を問い直す」

障害者と健常者との接点における問題点

村田　稔
（弁護士）

社会リハビリテーションの分野において，80年代では，いかなる課題と取り組むべきなのであろうか。ここでは，「障害者と一般社会の人びととの接点における問題点」を採り上げてみたい。それは，一連のリハビリテーションのプロセスの中では，特に最終段階では，受け入れ側である一般社会の人びとと障害者との接点の問題がクローズアップされ，かつ，避けて通ることができない問題であるからである。

これまでは，すなわち70年代までは，という意味であるが，一般社会の人びとにとって，障害者の問題は，自分とは直接関係のない話，あるいは，自分をしっかりと守っておいて，余分なところで，または，自分に余裕ができたときに，〈ほどこし〉や慈善の対象としての問題でしかなかったといった感があった。

しかし，これからは，すなわち80年代以降では，一般社会の人びとにとっても，常に自分との利害関係の中で，障害者福祉を考えていただかなくてはならないと考える。なぜならば，この世の中には，障害のある人も障害のない人も渾然一体となって，ごくあたりまえに日々の生活をしているという，まぎれもない現実があるからなのである。

そこで，自分との利害関係の中で，障害者福祉を考えるとは，どういうことかということについて，もう少し具体的に提示をしてみたいと思う。

1つは，障害者と家族とのかかわりの中で発生する。日本では民法という法律によって，障害者にも当然のことながら相続権が保障されている。ところが，日常生活における自立がむずかしい重度障害者が，この相続権を主張することは，現実には，至難のわざとなってくる。

「おまえは，さんざん面倒をかけたのだから，相続分はないよ」とか，「相続分を主張するのなら，これからは一切面倒をみないから」といったことになってくる。

日頃，同じ人間だから，などといっていても，相続がからんでくると，兄弟・姉妹や親類・縁者は，かくのごとくひょう変をするわけである。一般社会の人びとに，遺産相続という場面において，重度障害者を1人の人間として尊重するとは，どういうことかをもう一度考え直してみていただきたいと思う。

2つは，最近，障害者が一般企業に雇用される機会がふえてきた。問題は，官公庁や一流企業などいわゆる一般企業における労働者の障害者に対する態度である。

「障害者なんかと机を並べて，同じ仕事をするなんて，まっぴらごめんだよ」といった拒否反応である。

日頃，働く者の権利を声高に主張する人びとがこの態度である。障害者も同じ働く仲間である。これからは，一般企業の労働者の人びとには，自分の横に同じように机を並べ，同じように仕事をする障害者の働く権利を自分たちの権利と同様に考えていただかなくてはならない。

私は，これまで，障害者の雇用促進について，労働組合などの同じ働く仲間の人びとの反応がにぶいことに深い疑問を

持ってきた。彼らは，障害者の雇用促進について，どのような考えを持っているのか一度じっくり聞いてみたいと思っている。

3つは，地域住民のエゴである。

「養護学校を建てることには大賛成です。ただし，自分の家の近所に建ててもらっては困ります」といった類いである。

ずい分，身勝手な話である。ちょっと話は変わるが，「田園調布に家が建つ」というギャグで人気を博したタレントさんがいたが，われわれ障害者も，このギャグのように，田園調布の高級住宅街のど真ん中に障害者のための雇用促進住宅でも建てて反省を促そうかなどという気にもなってくるわけである。これからは，地域住民の人びとも1人ひとりが自分の向う三軒両隣りの問題として，障害者の問題を考えていただかなければならないわけである。

4つは，障害者が，一般社会の中に，どんどん入りこんでくると，例えば，ラッシュ時の電車にも車いすで乗り込むこととなる。

「わざわざ，よりによってラッシュ時の電車に車いすが乗り込むことはないだろう。おれたちは，おまえら障害者と違って妻子を養うために通勤しているのだ」

これが，ラッシュ時に車いすで電車に乗り込んだ時の一般社会の人びとの反応である。障害者の中の多くの者は，あからさまにこう言われた者もいれば，言葉にこそ出さないが，視線で迷惑そうな顔をする人びとに，いやというほど出会っているのである。

車いすの障害者の中にも，妻子を養ってがんばっている人はたくさんいる。なにも，車いすでない人びとだけが妻子を養っているわけではない。

車いすも，やはり一般社会の人びととまったく同じように，妻子を養うために苦労して通勤のためラッシュ時の電車に乗り込むのである。ラッシュ時の電車に乗らなければならない必要性は，障害のある人も障害のない人も，まったく同じで五分五分である。

以上，4つほど具体例を挙げ，自分との利害関係の中で，障害者福祉を考えるとは，どういうことかをお考えいただいたわけである。

国際障害者年を契機として，ますます障害者の社会への参加が進んでくるわけであるが，こうなってくると，障害者はあなたがたの生活の中に，ひたひたと入りこんでくる。

80年代におけるリハビリテーションの専門家は，いままでのように障害者だけを相手にしていては，障害者の一般社会での自立という問題解決には結びつかないということに気づくべきである。

特に，社会リハビリテーションの専門家の80年代における責務は，一般社会の人びとを教育していただくことである。そして，その教育のテーマは，いままで述べてきたことからお判りいただけるように，障害者福祉を自分との利害関係の中で考えるということである。

以上が私の問題提起である。

職業リハビリテーションについて

池田　勗
（国立職業リハビリテーションセンター）

I　大きな方向

1980年代も，リハビリテーションは，

そのサービスも，その環境も，そして，その成果も漸進するであろう。そうあらねばならないし，そうありたいものである。過去10年の間に，わが国でのリハビリテーションは，確かにさまざまの進歩をとげている。

しかし，問題意識は，ますます増大しており，全体的にみれば，根本的解決策が見つかったのではなく，漸進であったと思われるのである。目の前の問題としては，対象者の範囲の拡大，職業概念の範囲拡大の検討，制度化や専門化を進めることと，そこから派生する問題への対処など，検討すべき課題が指摘されている。

一方，リハビリテーションは社会的なものであり，社会の諸状況の様相と密接不離である。'81年は，国際障害者年を迎えることから，関係者の中では，何かがあるだろうと期待感が強い。しかし，一夜明ければ，突如として様変りするというようには思われない。

強力なＰＲの機会であることは確かであるが，実りは，やはり一例ずつの事例の積み重ねによって得られていくものだと思う。ＰＲの効果が小さいというのではない。リハビリテーションに関したいろいろの言葉や，問題意識を世の中一般に広く知らせることの効果はある。

しかし，これによって起こる効果は，抽象的なものであって，いわばムード作りである。具体的な前進は，関係者が身近かな問題に，どう対処できるかにかかっていると思われる。

II　職業リハビリテーションの成果に影響する諸要因

職業リハビリテーションの成果に影響を及ぼす諸要因を４つに大別して考えてみる。これらは，当然，相互に関連していて，１つだけを採り上げて操作することは困難なものであるが，それぞれについての傾向と課題をとりあげてみる。

[1]　「職業の世界」の諸条件

職業リハビリテーションの成果は，最終的に，障害を持つ人が，就職あるいは自営など「職業の世界」に入れるかどうかが問題であり，その意味で，職業の世界が持っている諸条件は最も重要な問題である。

① 評価すべき傾向

従来は，障害者雇用が中小企業だけに偏っていたが，最近の傾向として，大企業での障害者雇用が強く論じられるようになったことが採り上げられる。これは，職業選択の範囲が少しでも広まったという意味で，望ましい方向である。

不況下の労働市場の中で，障害者雇用だけが，ある程度動いたことは，身体障害者雇用促進法改正が，不況下における障害者の雇用不安定化防止という効果をもたらしたと見ることができる。

大企業での中高年齢障害者の雇用も，門戸の広がる気配が見られる。また，在宅雇用という，新しい雇用形態も試みられ始めた。

② 問　題

実感として，大企業にはなじまないと思われる障害者もある。従来からの，中小企業への雇用促進もないがしろにしない注意が必要であろう。

大企業・役所などの大組織の人事管理制度は硬い。これが，どの程度変貌し，組織，本人，同僚間の調和がとれるようになるかには，未知数のものが残っている。

③ 課題と期待

障害者雇用は，もっと広がるはずであるが，どのようにしたらよいのかは課題として残されている。企業性の幅の中で，

どこまで雇用が進められるのか，生産性と社会的責任の調和点は，どこかが問題である。大企業が障害者雇用を手がけ始めたことによって，大企業の人事管理技術が，この問題に迫る大きな役割を果たすようになることが期待される。

2 法律・制度等の行政面

公的サービスの基盤を規定するものであるため，法律や制度に対する期待感は大きい。しかし，法の制定は社会の実力を反映するものであるし，制定されたものの運用は関係者の任に負うものであることも忘れることはできない。

① 評価すべき傾向

前述の法改正は，ムード作り，関心作りとして，意義のあるものであった。障害者雇用について，行政関係者，サービス提供者，雇用主それぞれに，新しい努力を注ぐよう動機づけを与えたことは間違いない。

② 問　　題

法改正による新しい傾向は，まだ定着したとはいえまい。さらに，既存の諸制度についても，運用しやすく，かつ有効なものとするための，きめ細かな配慮すべき問題は残されている。また，今までの概念，サービスでは対応しきれない，新しい問題意識に対する方向づけも，残された問題である。

③ 課題と期待

保護雇用を制度に乗せようという議論が，正面に置かれるようになってきた。この10年のうちには，具体化されてくることを期待したい。これには，障害者の場合の職業概念について，整理しなおす作業が伴うと思われる。また，既存の制度や現実とのバランスや調整についても，かなり思い切ったものになることを期待したい。

3 具体的サービス

具体的サービスの面は，サービス提供システムと，技術的サービス内容に分けて考えられる。

① サービス提供システムでの評価される傾向

職業センターが，全県設置を目指して増加してきていることは，障害者の職業指導を専任的に行う機関が増すという意味で，望ましい方向である。また，法改正に伴って，職業安定所での機能強化が行われてきたことも，評価されるべき方向といえる。

昭和54年度に，埼玉県所沢市に設置された2つのリハビリテーション・センターは，厚生，労働の関係する機関を併置し，業務上の連携を密にしようという意図を，国の行政レベルで採ったという点が注目に値する。

② サービス提供システムでの問題

障害者の職業指導は，総合的な見地からなされる必要があるが，すべての人が専門機関に接することができる状態になっているとはいい難い。職業センターの設置が，その機会を増すことにはなっているが，それとても，県内全範囲にはサービスがゆきとどかない，知名度が低く，知らない人がいる。歴史が浅いために，他機関とは，まだ充分な関連性がない，などの問題が残されている。

③ 技術的サービス内容について

職業リハビリテーションの技術的内容は，職業指導・職業評価・職業訓練・職業紹介が主要なものである。それぞれに伝統があり，サービス機関の増加と強化につれて，技術的サービスの普及は徐々に広まってきている。しかし，役割分担の統合性や，技術の深まりについては大変問題が多い。

これらの技術内容は，個々に作用しているだけでは有効性を充分発揮できない

のは当然である。複雑な問題を持った人びとに対応することが多くなれば，統合した方向性を採ったサービスの組み合わせが，ますます重要となる。

しかし，現状は，これらの役割分担の基盤が，分化してきたのではなく，個々の発想に基づいて構築されていて，相互の関連性は二の次に置かれてきた観がある。一例を挙げれば，障害者を意識した職業指導，職業評価は，厚生行政の中で先行してきたが，ここ10年の間に労働行政の中にも専門機関が設置されるようになってきた。しかし，これらは，まだ並行関係にあるといえよう。

一方，就職に重点を置いた職業指導は，職業安定所を基点とする，別系統の伝統に立っている。職業訓練の重要性も，常に謳われてきているが，一般健常者向きのカリキュラムの中に位置づけられたままで，障害者に合わせた技法は，日の目を見ていない，などである。

技術的な深まりについていえば，日常経験と研究心の積み重ね，情報伝達とその応用，相互練摩などが重要であるが，大変に不足しているように思える。あまりに専門分化しすぎることへの批判も忘れることはできないが，一定の専門技術を備える必然性は否定することはできない。

④　具体的サービスでの課題と期待

サービス・システムの配置増とともに，その内容の前進が重要である。特に，関連する諸分野での現状と進歩を常に把握しておき，どこの窓口でも，利用者に最新の情報を提供できる態勢が必要であろう。

関係機関の数，そこでの従事者の数が増してきたことにより，徐々に関係者の接触の機会が増す傾向にあり，相互理解，相互練摩の場は，できつつあると期待したい。もっと積極的には，研究会などの場を通じ，世の中の技術革新に遅れない職業リハビリテーション技術の追究が必要と思われる。

職業リハビリテーション・サービスには，非科学的要素が入りやすく，研究とは縁遠いととらえられやすいが，逆に，日常の仕事そのものが，研究対象となるような試行事例に富んでもいるのである。

4　意識のあり方

職業活動そのもの，また，それに関連するさまざまな事柄は，すべて人間の営みであるため，人間の意識に規定される。障害者の社会参加といった場合とまったく同様に，意識の在り方は最も根源となる問題である。

職業リハビリテーションとの関連で考えるとき，意識の在り方は，①一般社会の意識，②職業の世界の意識，③従事者の意識――に分けて考えられる。

①　一般社会の意識

一般社会の意識は，社会規範となるために重大である。種々のＰＲ活動，政治のリードによって，不充分感はあっても，客観的には徐々に障害者の社会参加のムード作りは進展してきているといえよう。

意識の変革と一言でいっても，そのテンポは遅い。例えば，職業活動は必ずしも人間の機能すべてを使うものではないという認識が，障害者の職業リハビリテーションを支えてきたが，これの定着には非常な長期間を要している。問題の所在と，明らかになった正しい対応など，情報をゆき届かせる努力を今後も積み重ね続けることが必要であろう。

②　職業の世界の意識

雇用主の意識は，採否の決定に関係するので，大きな直接的影響要因である。最近は，同僚として迎える，従業員の意識の重要性も認識されてきている。

「障害者を多数雇っているところは，あまり良い事業所ではないからだろう」という見方が消え，「障害者雇用は社会的責任」という見方が強調されるようになってきたことは望ましい方向である。これが定着し，障害者を雇うところは企業としても成績が良い，という評判につながるように発展することを期待したい。

③　従事者の意識

従事者は，具体的サービスの提供を業とするだけに，その意識の在り方も，前述の人びとの場合とは違ったものが要求されるのが当然である。

一般の人びと，あるいは職業の世界の人びとは，少なくとも現状では，受け入れる態度を啓発されるという，いわば受動的な面が強いこともやむを得ないと考えられる。しかし，従事者の場合には，それは許されない。むしろ，啓発する側に立った意識を，当然備えていると期待されていると考えねばならない。

さらに，非常な困難を伴う業務を遂行する者としての，いわば専門的意識も備えていなければならないであろう。

これら両面とも，現状では課題が多いといわねばならない。いわゆるノーマライゼーションの意識とともに，リハビリテーション従事者としての共通意識の定着が待たれる。

《シンポジウムIII》 国際障害者年へのとりくみ

左から五島，花輪，板山，村谷，飯田，石坂の各氏

「完全参加と平等」

五島 貞次
（東洋大学）

国際連合は，1976年（昭和51年）の第31回総会において，1981年（昭和56年）を「国際障害者年」とすることを全会一致で決議しました。

この「国際障害者年」は，1975年（昭和50年）の国連総会で採択された「障害者の権利宣言」を継承・発展させるもので，国連では，特別委員会を設け，国際年における行動計画を検討しておりましたが，このほどその決定をみました。

国際障害者年の関係組織は**表17**のとおりです。また，国内における推進体制は**図8**のとおりです。

表17 国際障害者年関係組織

1．国連関係

(1) 国連，ＩＹＤＰ事務局（オーストリア・ウィーン）

Mrs. Zala Lusibu N'Kanza
Executive Secretary of IYDP
United Nations, CSDHA
Vienna International Centre
P.O. Box 500, A－1400
Vienna Austria
（注）CSDHA＝社会開発・人道問題センター

(2) 国連広報センター（東京） 〒107 港区南青山１－１－１
国際連合広報センター TEL (03)475－1611

(3) 国連児童基金（ユニセフ）駐日代表事務所
住所は(2)に同じ TEL (03)475－1617

2．国際障害者年推進本部事務局
総理府・国際障害者年担当室

〒100 東京都千代田区永田町１－６－１
TEL (03)581－2361

３．中央心身障害者対策協議会関係省庁・担当部局

総理府	大臣官房	審議室
大蔵省	大臣官房	審議官室
文部省	初等中等教育局	特殊教育課
厚生省	社会局	更生課(協議会の庶務担当)

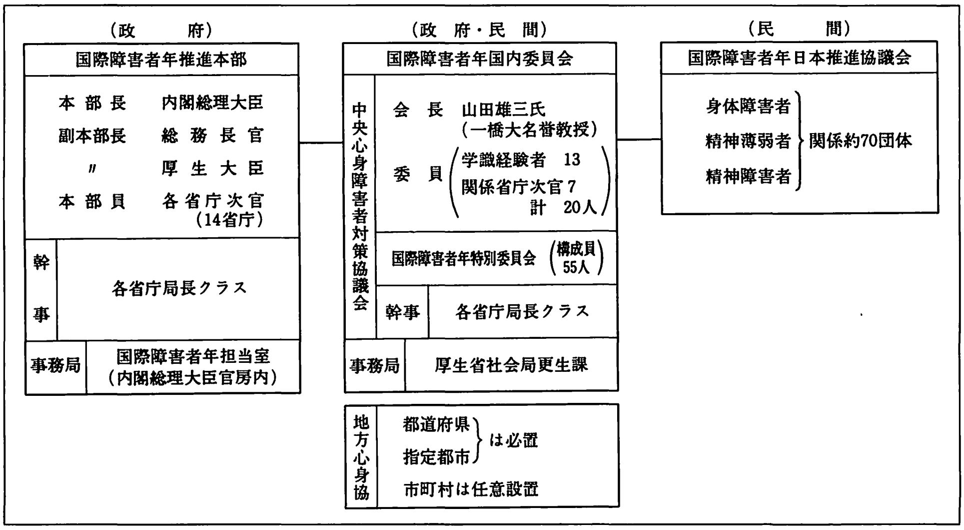
〒100 東京都千代田区霞が関１－２－２
TEL (03)503－1711

〃	児童家庭局	障害福祉課
運輸省	大臣官房	政策課
労働省	職業安定局	業務指導課
建設省	大臣官房	政策課

４．外務省
国際連合局　　企画調整課

５．民間推進団体
国際障害者年日本推進協議会（昭和55年４月19日発足）
〒170 東京都豊島区東池袋３－13－15
日本障害者リハビリテーション協会内
TEL (03)982－9151

図８　国際障害者年推進体制一覧



さて，国連総会の決議は，この国際年のメイン・テーマを「完全参加と平等(Full Participation and Equality)」とし，あわせてその目的を次のとおり掲げております。すなわち，

(1) 障害者の社会への身体的および精神的適合を援助すること

(2) 障害者に対して，適切な援護，訓練，治療および指導を行い，適当な雇用の機会を創出し，また，障害者の社会における充分な統合を確保するためのすべての国内的および国際的努力を促進すること

(3) 障害者が日常生活において実際に

参加すること，例えば，公共建築物および交通機関を利用しやすくすることなどについての調査・研究プロジェクトを奨励すること

(4) 障害者が，経済，社会および政治活動の多方面に参加し，貢献する権利を有することについて，一般の人々を教育し，周知すること

(5) 障害の発生予防およびリハビリテーションのための効果的施策を推進すること

このような理念に則り，現在，日本国内でも，政府および民間におきまして，いろいろ準備が進められております。今日は「国際障害者年へのとりくみ」というテーマで，皆さんとお話し合いをすることになりました。忌憚のないご意見を期待いたします。

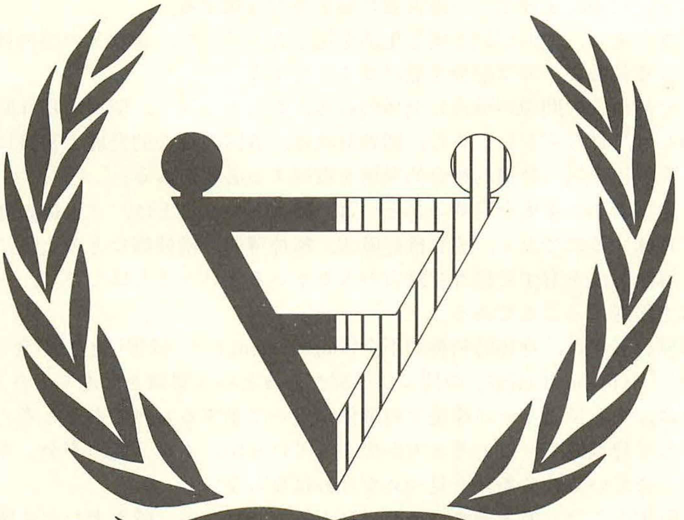
国際障害者年の理念

花 輪 隆 昭
（総理府国際障害者年担当室）

わが国における今までのとりくみ方について，その概略をご紹介いたしたいと存じます。

最近，各団体，あるいは役所などで，障害者年のいろいろなポスターを作っておりますが，それには必ずシンボルマー

図９ 「国際障害者年」のシンボルマーク



国連は，国際障害者年に関連して使用されるべき公式シンボルマークを決定した。それは，２人の人間が連帯して手をとり合い，平等の立場から互いに支えあっている姿を表現している。
このシンボルマークはフランスのＩＹＤＰ国内委員会提供のオリジナルデザインに基づいているが，それは，“平等”，“希望”，“支援”を表わしている。マークの周囲の葉は，国連の紋章の一部を示すものである。
（1979年12月17日 国連広報局）

ク（**図9参照**）が入っております。周知のとおり，2人の人間が連帯して，手を取りあい，しかも平等の立場から互いに支えあっている姿を表現しています。

テーマにつきましては，いうまでもなく，社会活動への完全参加，あるいは障害者も他の国民と等しく平等にその日常生活を送れるというような意味で,「完全参加と平等」ということが決められました。

また，国際障害者年の「五大目的」につきましては，これは翻訳文ですが，国連の決議文章を日本語で見ますと，常時日本で使っている言葉とは，必ずしも同じ意味ではありません。もともと，きわめて広い範囲で五大目的をうたっているのが国連のテーマの在り方になっております。

さらに，もう1つ，国連の決議の特徴として，発展途上国への配慮があります（**表18参照**）。表18の⑧で，発展途上国の問題を大きく取り上げています。今日世界には4億5,000万人の障害者がいると推定され，その大半は発展途上国において生活している。そういう意味で，障害者年活動の大部分は，これらの国々の障害者の環境条件の改善に向けられるべきであるとして，発展途上国への配慮を国連としては重視しています。このような内容が，国連の決議の主な特徴ではなかろ

表18　国際障害者年の概念と主な原則

① 国際障害者年の目的は，障害を持つ人の社会への“完全参加と平等”という目標の実現を促進することである。参加とは，社会生活そのものとその発展への貢献のみならず，政策決定段階への障害者の参加をも意味する。

“平等”とは，他の国民と同じ生活を送ることであり，またその国の社会経済の発展による利益の平等な配分を受けることである。

② 障害を持つ人の問題の解決は全体的に考えられるべきで，個別の特殊問題として取り扱われてはならない。また，問題解決は，各国の総合的発展と密接にかかわるので，発展途上国の経済的社会的発展を重視する必要がある。

③ 国際障害者年の重要な目的のひとつは，障害ということは，「人体の動きの支障」のみを意味するのでなく，感覚機能障害，精神薄弱，精神病などのように，様々な問題と解決方法を有する様々な障害の人々がいるということについて，一般の人々の理解を促進することである。

④ 国際障害者年は,「身体的精神的不全(impairment)」と「障害(能力)不全(disability)」と「不利(handicap)」の間には区別があるという認識を促進すべきである。

⑤ 障害は，ある個人とその環境との関係において生ずるものであると考えるのが解決法として建設的で，この考え方が広まっているが，まず「能力不全」を「不利」にならしめている社会条件を見つめなければならない。

⑥ 国際障害者年は，障害者のためだけにあるのではない。障害者などを閉め出す社会は弱くもろい社会であり，社会を障害者・老人などにとって利用しやすくすることは,社会全体にとっても利益となるものである。(健全者中心の社会は正常ではない。)

⑦ 障害者のうち多くが戦争等の犠牲者であることを留意し，国際障害者年は，世界平和のための諸国民の協力促進に役立て得るものである。

⑧ 今日，世界には4億5千万人の障害者がいると推定されているが，その大半は発展途上国において生活しているので，国際障害者年活動の大部分は，これらの国の障害者の環境条件の改善に向けられるべきである。

うかと思います。

国際障害者年を迎える体制

わが国も来年（1981年）国際障害者年を迎えるわけですが，どういう体制で迎えたらよいかということで，いろいろと政府部内でも検討がなされました。

まず，最初に決まりましたのが，国連の勧告している国内委員会です。総理府の中に従来から中央心身障害者対策協議会，各省の協議会の範囲を超えて中央の協議会としての審議会ができておりました。

従来このメンバーは学識経験者が中心で，委員は20名，障害者の方の参加はなかったのです。しかし，今回，国内委員会として発足するに当たり，構成メンバーを大幅に増して，構成員55名，この中には障害者，あるいは関係団体などの委員が12名参加しました。

それと合わせて，政府としても，この障害者年に歩調をそろえて対策を講じなければならないということで，障害者年を推進する本部を構成しました。当時の大平総理大臣が本部長に就任され，最初の国内委員会で，ご挨拶をいただきました。

日本推進協議会

それと同時に，なんといっても障害者を中心とする民間活動の盛り上がりが伴わなければ，実を結ばないわけです。そういう意味で，民間の諸団体の参加がぜひとも望まれます。現在，約70の団体が集まって国際障害者年日本推進協議会を結成しています。

これらの三者の構成によりまして，全体として障害者年の推進体制が整いました。

国内委員会の第１回の会合は，昭和55年５月13日に行われ，以後，具体的な国際障害者年の事業を，どのように推進するかということで，官民あげてご検討いただいたわけです。

本日の司会の五島先生は，その企画部会の部会長として，たいへんご苦労をおかけしております。板山課長は，私と同じく事務局側として，いろいろとご苦労いただいております。また，村谷，飯田の両氏は，いずれもこの国内委員会の委員で，非常に積極的なご意見をいただいております。

この委員会の企画部会で，具体的な議論をしたのですが，各種団体から500項目にのぼる膨大な要望事項が寄せられ，各委員は，いろいろ議論され，さしあたり障害者年の事業として実施するもの，引き続いて長期計画として今後10ヵ年のうちに，ここまでは実施したいというようなこと，あるいは，さらに議論を整理していこうではないかというふうなこと，などに分けて審議会の議事が進められました。

そして，昭和55年８月12日に，国内委員会からの建議が内閣総理大臣あてに提出されました。

政府は，それを受け，昭和55年８月19日に，国際障害者年の推進本部として，障害者年の「推進方針」を決定して，その方針に基づき，厚生省をはじめ，労働省，あるいは建設省，その他，必要な予算要求，概算要求を，それぞれ提出するという運びに至っております。

国内委員会においては，基本的な中身で，意見の対立するような問題もありますし，あるいは，せっかくいろいろな制度がきめ細かくできていても，その割には社会の中に具体的に浸透していかず，もう少し国民各階，各層，１人ひとりの自覚という意味での啓蒙・普及も必要で

はなかろうかという意見も審議の過程において出されたことをご報告いたします。

予算獲得に向けて

板　山　賢　治
（厚生省社会局）

政府の推進方針を受けて，具体的な対策を担当する厚生省は，どのような立場で，どのような方向で，いま施策を検討しているかということについてご説明いたします。

私どもは，1981年，暦年でいう１月から12月までの１年間をもって障害者年と国連は決定しているのですが，この１年をもって障害者年の目的，あるいはその狙いが終わってしまうのだというふうには捉えたくない。

単なるお祭りの，あるいは記念行事の年にはしたくない，むしろ，この昭和56年という年を，日本においては障害者問題について，正しい理解と認識を深める，そして，その問題解決のためのプログラムを立てる，そして，その立てたプログラムを実行に移す，そのスタートの年にしたいと具体的な施策を担当する立場からは考えているのです。

身体障害者福祉法が生まれて30年余，現在の身体障害者福祉対策は，どこに問題があるのかという理解，認識を深め，その認識の上に立って，その問題解決のためには何をなすべきか，そして，その解決のために10年行動計画を立てる，そのプログラムを作ることが，まず先決である。それを実行に移す，その年が1981年，昭和56年なのだと位置づけていきたいと考えているのです。

５つのチームによる総合的検討

具体的には，私どもは，昭和54年の春以来，身体障害者福祉審議会におきまして，５つのチームを作り，身体障害者福祉対策の今後における総合的な方策を検討してきております。

この検討の結果は昭和55年末から56年の春にかけてご提言いただけるという予定です。この提言と，先ほどお話がありました国際障害者年国内委員会としての特別委員会における長期行動計画についての検討とを組み合わせながら，これからの日本の身体障害者福祉対策の在り方を１つのプログラムとして作り上げてみたいというのが現段階です。

このような長期的な観点に立っての検討が行われていると同時に当面何をなすべきかということが問題になります。そこで私どもは明年（昭和56年）度予算を通じて，いま取り組みつつある行政施策の方向というものを１～２ご披露してみたいと思います。

その１つは，国際障害者年のテーマが「完全参加と平等」であるという観点に立ちまして，障害者の参加を推進するために，何をなすべきかということについて，いささかの検討をしております。

もちろん従来もそのような観点で施策を進めてまいりました。身体障害者福祉法自体が，障害者がリハビリテーション，その他，治療・訓練を通して家庭や社会に復帰していくことを目的とする自立更生法でありますから，従来の施策もそのような観点に立って進められてきたのですが，さらにこれを強力に進めなければならないということを１つの柱にしております。

最近の社会福祉を支える理念は「ノーマライゼーション」という思想です。世の中を構成する，その社会の中に何パーセントかの障害者や老人がいることが当然の姿だという理念，その障害者，寝たきりのお年寄りが生活しやすい社会をつくり上げる，その社会の中で生きていく場所は，決して施設や管理された生活の場ではなくて，家庭や地域の中で１人の人間として生きる場を作ることだというノーマライゼーションの思想が行政の基本理念でなければならないと考えております。これらの理念を実現するためには，具体的には何ができるのか，ということになってまいります。

社会参加促進事業

一般的には，私どもは家庭や地域で生活するための条件づくり，これが身体障害者福祉対策の大きな柱でなければなりません。

そういう意味で社会参加促進事業というものがあり，いまは17のメニューでできあがっておりますが，この中に，昭和56年度からは新たに脳性マヒ者の方たちのための「ガイド・ヘルパー派遣事業」，あるいは中途失明者が失明を宣告されて，これからどう生きるかという緊急時における生活相談から訓練に至る事業も取り上げてみたい。さらには中途失聴者が勉学の場や選挙の演説を聞くときに，要約速記者が必要だとするならば，そういう人の養成事業も取り上げてみたいと考えております。

こういったことを通して，従来の17のメニュー事業と合わせて障害別に，障害者の方たちが家庭や地域の中で生きていく条件作りを進めたい，こんな社会参加促進事業などを１つの大きな柱に掲げているわけです。

さらに障害者の住みよい町をつくろうということで，昨年から始めた障害者福祉都市宣言，この事業を来年の国際障害者年を機会に飛躍的に拡充をしてみたいと思っています。１県１市，福祉都市の指定を新規にするという計画も立てています。

この事業の中には，心身障害児早期療育事業も１つの柱として掲げられておりますが，これは決して身体障害者福祉対策だけの対策ということではありません。労働省のモデル工場も指定都市については優先的に指定する，あるいは文部省の特殊教育の観点からの学校指定も考えてみる，建設省の道路建設における優先的配慮もする，各種総合的な町づくりという観点で，障害者福祉都市を位置づけようとしているのであります。

厚生省社会局更生課の予算ではなくて，政府全体の障害者の生きる条件づくりという観点から捉えていただきたいものだと思っております。

重度障害者対策は，従来の身体障害者福祉対策の中では遅れがちであったという批判を受けています。これらの調査研究のための予算も，なにがしか計上してみたいと思っています。

さらに参加という観点からいいますと，身体障害者福祉センターを拠点にして，在宅の重度障害者の方たちがデイ・サービス事業ということで，軽作業や創作活動，レクリエーションに取り組んでいただく場は，現在，すでに一部で実現していますが，このデイ・サービス・センターの運営に当たっては，利用する障害者自からも，その運営に参加する，運営委員会というものをつくってみたらどうかと考えています。

半数ぐらいは障害者に委員になってもらい，ボランティアの参加も得て，事業

主体側も参加するという形で運営委員会をつくるのも，よいのではないか，ということで，そのような予算も計上したいと考えております。

障害別対策の進め方

さて、障害別対策を，どのように進めるかということが１つ大きな問題としてあります。視力障害者の皆さん方，聴力言語障害者の方々，あるいは，肢体不自由な方々，内部障害者の方々——こういった障害別対策を，いかに進めるかも「完全参加と平等」を実現していくためには，きわめて重要な課題です。

障害者対策の困難さは，経済的保障や，住みよい町づくりや，各種参加の条件を作ることと，一般市民の理解，啓発を行うと同時に，障害別対策を，きめ細かく進めるところに１つの難しさがあるように思います。

つまり，障害者の皆さん方のニーズを的確に捉えながら対応していく努力をしなければならないと考え，いささかの工夫をいたしております。例えば，点字図書などについてのリファレンス・サービス，あるいは広域ガイド・ヘルパーなどの実施，あるいは聴覚言語障害者のためのビデオ・カセット・ライブラリーなどの設置ということですが，果たして予算に計上されるかどうかは，これからの課題です。

こういった長期的な観点から，あるいは総合的な観点から，来年(昭和56年)を，そのスタートの年にするという施策を講じるだけではなくて，さらには，次のような推進も大いに必要となります。すなわち，物事は１つのきっかけがなくては前進しません。国際障害者年は，この障害者対策前進の１つの契機になしうる年ですので，その意味では，記念事業というものを少し考えてみたいと思います。

さらには，東南アジア諸国から，補装具や義肢・適合肢などの，まだ立ち遅れている分野の専門家を招待しまして，所沢の国立身体障害者リハビリテーションセンターで，留学研修制度を作ってみたらと考えています。

あれやこれやを考えながら，国際障害者年を１つの踏み台にして，障害者対策の前進をと考えている現在です。

身体障害者福祉対策に限って申し上げましたが，各省もまた同様な姿勢で昭和56年の国際障害者年を生かして使おうと考えて取り組んでいることをご高承いただきたいと思います。

困難を乗り越えて

飯田　進
(国際障害者年日本推進協議会)

国際障害者年日本推進協議会は，昭和55年４月19日に，67の諸団体，つまり，障害者本人の団体，その親の団体，施設などの専門機関等々の団体が集まってつくった協議会です。

本日の私の発言は，あくまでも飯田個人の意見であることを，あらかじめご承知いただきたいと思います。と申しますのは，国連決議に基づく「完全参加と平等」という抽象的なテーマについては，どの団体も異論のないところです。したがって協議会をつくって，昭和56年度の当面の政策の策定，ならびに長期の行動計画の推進に当たりたいという点では，

意見の一致をみているわけですが，具体的な課題，その課題に到達していくための方法論ということになりますと，おそらくそれぞれの団体，あるいは個人によって意見が異なってくるはずです。したがって，現段階では，日本推進協議会としての基本的な統一見解を申し上げるわけにはいきません。

見通しはかなり悲観的

花輪さん，ならびに板山さんのきわめて次元の高いビジョン，あるいは政策展望をうかがっていますと，万事うまくいきそうな気がしないでもありません。

しかし，もしそうであるならば，民間団体が身銭を切って，やっさもっさやる必要は毛頭ありません。

私は，いまお話しになられたようなバラ色の未来に関する展望を必ずしも持っていません。逆に，かなり悲観的な見通しを持たざるを得ないというのが私の現在の率直な印象です。

例えば，先ほど板山さんは「予算が取れたら」ということをおっしゃっています。これは社会局更生課でお考えになっている予算ですから，何10兆円の国家財政からみれば，ほんのケシツブのようなものです。

しかし，その予算が本当に56年度取れるかどうかということについては，現在まったく未知数です。特に今後どういう形で，長期にわたる活動計画が組まれてくるのか，それ自体問題ですが，私たちがいままで検討してきた考え方の上に立って，長期にわたる活動計画のプログラムを組み立てるとするならば，おそらく相当膨大な予算を投入しなければ，この活動計画は策定しがたいと考えています。

同時に，予算上の問題だけではなくて，各省，各局，各課ばらばらに分かれている現在の障害者関連の体制というものを総合的・一貫性をもって進めていくためには，当然現在の法律，諸制度というものを抜本的に変えていかなければなりません。これは非常に多くのエネルギーを必要とします。

そのようなことを考えてみますと，おそらく大蔵省が国際障害者年に当たって考えておられる予算の総枠は，たぶん10億を超えても，いくらも増えないだろうという印象をもっております。

厚生省はさておき，他の省の施策には，疑問なしとしません。例えば，中央心身障害者対策協議会の内閣総理大臣に対する答申書の中にも各省の政策原案が盛り込まれていますが，その中の文部省の56年度の施策というものは，一口で言えば，単なる作文です。特殊教育だけに限定した，書いても書かなくても別に差し障りがないようなことばかりが羅列してあるにすぎません。

困難は団結によって

このような例をまつまでもなく，国際障害者年に当たっての政府各省の基本的姿勢は，那辺にあるのかということになりますと，私はたいへん嘆かわしいと言わざるを得ません。

ともあれ，関係の各省が今後10ヵ年にわたって多くの予算を計上して，障害者の福祉のために，わが国が飛躍的な施策を推進するという見込みは非常に困難です。

しかし，困難だから不可能であるというわけにはいきません。困難な状況を打開していくためには，何よりも障害をもった人たちの団体，あるいは障害児(者)を抱えた親の団体，そのほかいろいろな専門団体，専門機関の方々が一致団結して，どうすればそのような困難な局面を

打開していくことができるのかという，きわめて高度の戦略・戦術を組み立てて，足並みを揃えていかなければなりません。

率直に申し上げますが，具体的な運動のプログラム，方法論を組み立てていくうえで，各関係団体の足並みが本当に揃うのかどうか，これまた，はなはだ悲観的であります。特に障害者問題の基本的な展望を考えるに当たって障害者だけの福祉を考えるわけにはいきません。

要するに，わが国1億 1,000万人の国民総体の福祉の中で，障害者福祉を，どのように位置づけていくのか，特に国連が提起しているように，国際障害者年の基本的なテーマの1つは，後進諸国に対して，先進工業諸国が，どのような具体的な援助をしていくのかということです。

特に何億人にも達するアジアの膨大な諸民族に対して，わが国が，どのような具体的な役割を果たしうるのか，またその具体的な役割の策定に当たって，私たち関係団体が，どれだけ強力な推進力になりうるのか，ということを抜きにして，障害者福祉の将来展望を語ることは，非常に困難であろうと思っております。

情報の確保が先決

石坂　直行
（障害者福祉評論家）

国際障害者年を推進するに当たって，何が一番の障壁であるか，ということをある厚生省のお役人に質問したところ，その方は即座に「それは役人の頭である。役人の頭を切り替えることが万事先決だ」とおっしゃいました。

「完全参加と平等」は，耳にたこができるほど聞きあきております。しかし，その反応たるや（つまり障害者を含む全国の国民の立場に立っての反応たるや)，まことに無関心の一語につきます。

そのような一般的な反応に対して，例外はあります。その1つは,行政の方で,いろいろアドバルーンをお揚げになりましたので，これはお手並み拝見ということで，いまのところはコメントいたしません。

例外のもう1つは，一部の障害者であります。全国の障害者の中のほんの一部の人たちは，おやっと耳をそばだてて関心をもっているようです。しかし，それはほんの一部の人たちであります。

情報が届かない

なぜ大多数の障害者や国民が無反応であるかといいますと，これは言うまでもなく情報がないからです。充分な的確な情報がないからです。

石坂直行ではなくて，千葉の田舎に住んでいるという1人の障害者ということになりますと，まったく情報がありません。行政からも何のお知らせもありません。団体からも何のお知らせもありません。私がどの団体にも属していないということも1つの理由でしょう。

団体は,無数にあるようにみえますが,実は全国の障害者で，なんらかのグループ,あるいはサークルに属している方は,ほんの一部で，13人に1人ぐらいだろうといわれていますが，私はもっと少ないと思います。なんらかの団体に関連のある人はほんの一部です。

逆にいえば，なんだかんだといって，いつも出てくる障害者は,何の問題でも,

いつでもどこでも同じグループです。

日本推進協議会は，全国的な組織をもって呼びかけているわけですから，いわば大企業の懇話会のようなものです。しかし，全国には，中企業も小企業もたくさんあり，大企業ばかりが団体ではないのです。

理解が充分でないマスコミ

さらに，マスコミについてですが，マスコミも，昭和56年が障害者年であるということと「完全参加と平等」ぐらいのことは，ときどき言ってくれますが，それ以上は出ません。

マスコミ人というのは，たいへん物事を理解するに浅くして「分かった，分かった」といって作文なさる通弊があり，このような問題を紹介するには，まことに不適当な方であろうと思います。マスコミが情報源であるということは，全国の障害者にとってたいへん不幸なことです。

何か事件であるとか，面白い話ということになれば，テレビカメラをかついで大勢来てくださいますが，私たちの交流セミナーのような啓蒙的なことはあまりお好きではないようです。また，その程度のマスコミさんが，障害者年の解説をしてくださいましたら，かえって迷惑だろうと思います。功罪を比較しましたら，マスコミさんに黙っていてもらった方がよいのかもしれません。

準備体制の問題点

準備体制のお話がありましたが，一言いわせていただけば，障害者の参加が大事である，企画の段階から完全参加しなければならないと言われておりながら，その企画段階の参加が，たいへん低調であります。

中央心身障害者対策協議会に（各省次官を含めて）20人の学識経験者がおられるそうですが，かつて一度も障害者委員がおらず，かつ現在もいないということは，まことに分かりやすい。いかに障害者対策を障害者を抜きにして，一方的にやっておられたかということであります。

中央心身障害者対策協議会の下部機構として，１年限りの「国際障害者年特別委員会」がつくられ，55名の委員が任命された中に，障害者当事者が６名，関係団体から６名，計12名を任命してくださいました。

これは日本の歴史始まって以来の画期的な出来事で，お礼を申し上げるべきことだとは思いますが，いかにも少ないですね。とても歯がたたないと思います。

国際障害者年が10年であるなら，せめてこのような委員会は10年間継続してもいいのではないか，なぜ１年限りなのでしょうか。

障害者問題は障害者に聞け，ということから，せめて委員の半数は障害者，残りの４分の１は親御さん，残りの４分の１は専門家というふうに割り当てられたら，もう少し知恵が出たのではなかろうかと思います。

今後は審議は公開でお願いしたい。密室でおやりになっては，われわれはちんぷんかんぷんで，何も分からない。障害者団体の会長さんを，何人か入れられたそうですが，願わくば大きな強い団体の代表者にこだわらないで，個人でもいいではありませんか。障害者問題を客観的に見て，相手に十二分にコミュニケートできるような人であれば，団体の会長さんでなくてもよいのではないかと思います。

予算だけの問題なのか

とにかく，このような審議会というの

は，大ざっぱに言って，官僚の書いた作文を頭から承認する場のようでありますが，この審議会にかぎって言えば，五島座長のたいへんなご苦労があった，とうかがっております。

予算さえ付いてくれれば，がんがんやるぞ，という景気のよいお話がありましたが，果たしてそうであろうかという危惧は飯田さんと同じであります。役人さんは，専任の職員がいなければ，そして専用の予算が付かねば，仕事はやれないのではないかと思います。

国際障害者年日本推進協議会は，これまでのこの種の運動のほとんど全勢力といっていい親の会が，初めて障害者自身をテーブルにつくことをお認めになり，ぎこちないながらも対話が始まったということは，これまた，たいへんありがたいことです。

それにしても，障害者自身の参加があまりにも少ないのではないかと思います。もっと障害者の影響力を反映するような場であってもいいのではないかと思います。いろいろな親の会が初めて集まり，それに専門家の団体の代表も集まったということで，一生懸命仲よく連絡・調整しておられるようですが，なかなかみなさんのエネルギーが外に出ていかないようなもどかしさを覚えております。

どうか大同団結していただきたいと思います。当初，呼びかけて，それをボイコットした非常に有力な団体が，いくつかあります。これは非常に残念なことです。このことは行政の側からみれば「なんだ障害者は結束していないではないか」ということになりかねません。

「消費者運動」への転換

先ほど大企業という表現を使いましたが，そのような大企業的な体質のままですと，全国の障害者は「オレたちには関係ない。いつもよくあるあれだな」ということで，近づいてこないと思います。そういったことも，ぜひ至急ご一考いただきたいと思います。

このように障害者の関係団体が集まって，それをまた１つの団体にして，従来と同じく行政と直談判しようというやり方は，もう古いと思います。

このような市民不在の障害者運動は，もうそろそろ止め，これからは市民としての障害者が，障害のゆえに市民参加の活動をはばまれているということを市民に説明して，市民の理解と支援を得て進めるという「消費者運動」に展開していかなければならないのではないかと思います。

それから，草の根的な動きもありまして，例えば大阪の「私たちの手で創造しよう，1981年国際障害者年実行委員会」という障害者のグループが，昭和54年の暮れに登場しまして，市民レベルで，かなりの運動を展開しております。また，東京では，全国のセンターたらんとして「国際障害者年を進める会」という障害者自身のグループが生まれましたが，まだ活動に至っておりません。

昭和55年９月に，京都で，このプレキャンペーンがありました。これは障害者が企画して，障害者が運営するという，まことに原始的なものでしたが，これに対してフロアーには体制側の代表がずらりと参加しておられたことには，大きな歴史の動きを感ぜずにはおられませんでした。

崇高な思想を求めて

国連というのは，ご存じのように，各国から非常に有能なスタッフを引き抜いて職員としてもっております。その有能

な職員が，非常に有力な団体と協力して案を作りますので，非常に立派なものができます。

国連の資料を読みますと，福祉の先進国では常識的なことでも，そうでない国には非常に驚くべき進歩的な思想が盛ってあります。したがって,日本としても,これまでの行き方から，これを機会に大きく転換すべき時機ではないかと思います。

国連の資料を読みますと，非常に情熱的であります。国民必読の情報であると思います。国連から示されるのでなかったら，おそらくこのような崇高な思想を盛り上げた情報というものが日本の役所のお役人に読んでいただけることはなかったと思います。同時にわれわれ国民レベルで，こういうものを手軽に手にするということもありえなかったと思います。非常に幸運なことだと思います。原文はその訳文に比べて非常に平易で，短くてわかりやすいので，ぜひ原文をお読みになることをお勧めしたいと思います。

それと同時に全国の国民，障害者が読んで分かるような平易な資料を早く作って配らなければならないと思っています。例えば，「完全参加と平等」という言葉は分かったような分からないような，障害者のレベルでいえば，ちんぷんかんぷんの外国語と同じで，何のイメージも伝わりません。それくらい高尚すぎて難しい言葉です。

この運動で一番重要な目標は，やはり国民意識の改革であろうと思います。国民意識を改革させるためには，やはりあの手この手でＰＲをしなければならないと思いますが，誰が，どうやってやるかということは，たいへん難しいと思います。

国民意識を改革するもっと根本的なことは，やはり教育であります。障害児教育については，文部省はあまりにもヒステリックに門前払いを食わしているのではないかと思いますが，あの分離教育が偏見の因であるといわれている以上，やはり分離教育を改めなければ国民の意識は変わらないと思います。

障害者国民会議のことも話題に出ましたが，これは全国の障害者自身が本当に参加して，自分たちの環境の問題をぶちまけて，それを整理して，それを長期計画のたたき台にするというようなことにならなければならないと思います。

実態調査の功罪

実態調査の罪ということで，ちょっと申し上げたいのですが,1973年の４月に,私が参議院の社会労働委員会で，実態調査に関する問題について申し上げまして,それ以来，実態というのは日本の障害者の定員だといっております。

ところが，昭和54年８月に，また実態調査をやり直すということを聞き,『朝日新聞』の「論壇」に投稿いたしましたら，さっそく，厚生省の責任者から説明を受けました。

その説明によれば，身体障害者福祉法の対象とする身体障害者のほかに，身体障害児，精神薄弱児(者)，心身障害者などを全部入れると，厚生省の現在の統計でも 1,000万人を超えているということでした。

私はたいへん喜びまして,「次回は，どうかそのようにご発表いただきたい」と申し上げました。しかし，今年の身障者実態調査の統計の発表は，相変わらず同じやり方でありまして，定員が 197万人に10年間で66万人増えた，出現率は 2.4％になったといいますが，これは国連でいうところの世界の常識の５分の１です。

ここで私が1つだけ申し上げたいのは,「身体障害者の出現率」がマスコミを経由しますと,いつの間にか「障害者の出現率」ということで,すり替えられています。

学者先生も専門家も,日本の障害者出現率といいますと,身体障害者実態調査のいままででは 1.3%,新しい統計では 2.4%をお使いになると思いますが,これはたいへん危険なすり替えだと思います。どうか,国連が言っているように,日本もいわゆる障害者は10%はいるということを宣言していただきたいと思います。

障害児教育の問題

障害児教育につきましては,タブーだそうですが,タブーであっても,国際障害者年がわれわれ障害者にとって千載一遇のチャンスであるなら,それは同時に文部省にとってもチャンスではないのかと,私は素人の立場からそう言いたいのです。

専門的なことは分かりませんが,やはり素人の立場から言わせてもらえば,文部省ならびにその関係者が,障害児を分離して扱うのが一番いいと判断された時点では,やはりマスコミの広めた嘘の障害者出現率を用いておられたのではありませんか。それからもう1つ,障害児教育は分離から共学へというのが世界の趨勢になるということを見落しておられたのではありませんか,ということを申し上げたいのです。

暖かい光が…

村谷昌弘
(日本盲人会連合)

この舞台に上がり,しばらくすると,私の全身が,ほのぼのと暖かみを感じました。

私の両眼は義眼です。見えるような目をしていますが,そうではないのです。だからときどき間違えられます。先ほどの暖かみは,照明だと思います。おそらく,あかあかとした照明だろうと思います。

国際障害者年は,まさに障害者に対して,あかあかと脚光を浴びせてくれました。そして,見えない私も,その暖かさ,ぬくもり,そして国民のみなさんの障害者によせられる心情が痛いほどに分かってきました。

日本盲人会連合が目指すもの

私どもの団体は「日本盲人会連合」といいます。昭和23年8月,まだ敗戦の混迷が続いていたさなかに全国各地から目の障害者74人が大阪府下の「錦の浜」という砂浜にあぐらをかいて,この日本盲人会連合の結成の総会を開きました。連合というのは国際連合にならったものです。ですからこの国際連合が1976年に「5年後に国際障害者年を」といって決議したことは,われわれとしても非常に関係があると思います。

同時に,日本推進協議会に入らない有力な団体の1つでもあります。私どもは決して他の障害者から,あるいは国民一般から離れようとか,別だとかという意識はありません。

障害者自身が,なんとかして更生,自立しようとするには,その障害者それぞれに個性があり,特性があるわけです。

ただ大きな１つの入れ物に入れて，そしてそれをかき回して，そこから何か１つか２つのものをつくるということではなくて，障害者の持っている個性や特性をニーズを基にして，そして，だんだんにその解決を図っていく。その過程で他の障害者，あるいは国民一般との間に共通するものがあれば，それはそれとして統合的，合理的に進めるということもありますが，初めから大きな器をかぶせて，そこから練り上げていくというものではないというのが，私ども日本盲人会連合の主張なのです。

ですから，盲人問題については，厚生省にしても，他の省にしても，あるいは社会に対しても率直に訴え続けてきているわけです。

スタートでなく仕上げの年

揚げ足をとるようですが，国際障害者年は障害者問題の解決へのスタートの年だということですが，私はスタートではなくて，むしろ清算の時であり，仕上げの時であろうと思います。

だからといって，今日，明日に完成するものではありませんし，今日までやってきたことが80〜90点であったわけではありません。渋いようではありますが，あるいは50〜60点であったかもしれません。

しかし，身体障害者の問題に限っても，身体障害者福祉法ができたのが，昭和24年12月に国会で可決し，制定され，翌年４月１日から施行されています。精神薄弱者福祉法は，35年に制定，施行されているわけですから，もうすでに身体障害者福祉法は30年，精神薄弱者福祉法にしましても20年を経過しているわけです。

これがスタート，出発であれば，これから20年，30年，あるいはまた50年，100年ということで，とても私は，それまでは生きていられませんし，現実の障害者が，果たしていつの日か陽の目が見られるかということですので，私はこの障害者年こそ，昭和25年からの身体障害者福祉法，あるいは35年からの精神薄弱者福祉法，45年からの心身障害者対策基本法，これを仕上げる年であろうと私は思います。

「中央心身障害者対策協議会」の位置づけ

先ほど心身障害者対策基本法によって，総理府に置かれている「中央心身障害者対策協議会」へ障害者代表も，というお話でしたが，それは協議会の付属機関に入れられたのであって，協議会そのものに入ったのではないのです。

日本盲人会連合は，すでにこの法律ができたときから障害者問題を捉えるには障害者団体を専門機関に入れなければならないと言ってきたのですが，なかなか聞き入れられませんでした。

それが，ようやくここへきて，初めて中央心身障害者対策協議会の付属機関として，特別委員会を置いて障害者代表を入れてくれたわけです。

特別委員会では，これを単に障害者年だけにとどめないで，将来ともに，この委員会を存置させ，かつ障害者代表を入れるべきだということを強調しております。昭和55年８月12日，特別委員会は，そうした意味を含めて，報告書を提出しましたが，果たして，どう取り上げてくださるか目下のところは未知数です。

元来，この心身障害者対策協議会というのは，政府の各省庁，さらには地方自治体の行政との相互連絡も含まれており，障害者対策を単に厚生省の一行政だけに局限されるものではありません。政府の，あるいは地方自治体の，さらには全国民

に対応した機関だということです。

現在，その事務局は厚生省内に置かれて，依然として厚生行政の一部としか受けとめられていないような感がしますが，これを機に，内閣総理大臣の直属に置いて，そして，各省庁に，あるいは自治体に，その出張所,支部を置いてもらって，常に組織的な，系統的な連絡・協議をとる必要があろうと思います。その中には障害者代表も当然入れるべきだろうと思います。付け加えれば，障害の種別に対応して，と申し上げたいわけです。

次は政策の立案です。これは心身障害者対策基本法にも出ておりますが，政策を立てるのには，障害の種別，程度，年齢に対応したものであるべきだということを言っておりますので，そうした面を十分に把握して，それに適応した施策がとられるべきであり，かつその過程において，他の障害者，他の国民と共通するならば，それは合理的に，総合的にやるのもまたしかりだと思うわけです。

職業の問題

次に具体的な問題として，2～3挙げますが，その1つは職業問題です。身体障害者の就労のために「身体障害者雇用促進法」が昭和35年に制定・施行されました。ところがこれはのちに改正されましたけれども,どうも視覚障害者を含めて，重度障害者に対する雇用は，いっこうに実績が上がっていないことです。

なぜならば，この法律では，障害者を一定の雇用率だけ採用しなければ，その代わりに納付金を納めればよいことになっております。企業は非常に合理的であり，能率的ですから，使えば本当に能率的に，もっとまじめに仕事をする障害者でも，やはり見たところ非能率とみられるのか,なかなか採用しないのです。ことさらに重度障害者は採用しないわけです。

一般の国民に対してもそうですが，労働者に対して，戦前・戦時は，かなり冷遇していました。戦後，いわゆる社会保障というものが，だんだんに進展してきて，いろいろと保障されており，また，いったん職に就くと，少々サボタージュ，ストライキなどをやっても，なかなか馘にはなりません。ちゃんと賃金は保障されています。

というように，雇用という面については，確かに保障される面はありますが，自営業に対しては，皆無といっていいほどに保障がないわけです。

重度障害者，ことに視覚を失った障害者は，雇用が困難であるために，どうしても自営によらざるをえないわけです。これに対する保障が足りないのです。

私は，特別委員会において，自営の障害者，ことに重度障害者の自営生業にかけて，この際，はっきりと問題の所在を捉えてもらわなければならないと提言した1人です。

所得保障

所得保障ということが言われております。この所得保障というのは，1人の生活に足りる所得,生計維持の所得,標準的所得だろうと思いますが，障害者の場合は,そうした標準的生計や,標準的所得以上に障害によって被っている損失や損害を私は保障されるべきであると思います。

つまり，所得保障プラス障害保障ということを申し上げているのです。現在の福祉年金が，いわゆる所得保障方式をとって,一定の所得以上をあげた場合には，停止されるというような，われわれとしては，まことに不合理な話があるわけです。したがって,私はこれを障害保障として見直されるべきであろうと思うのです。

質問と意見

西村　秀夫（北海道リハビリー）
登丸　福寿（はるな郷）
五味　重春（埼玉県生活福祉部）
八代　英太（参議院議員）
加藤　寛二（都立府中養護学校）

《西村　秀夫》

「国際障害者年行動計画」の中の63項に,「社会の構成員の一部を締め出している社会は“弱くてもろい社会だ”」という表現があります。

英語の原文にあたってみましたら,「インパバリシュト」(impoverished)という言葉が使ってありました。「インパバリシュト」は，辞書によれば,「貧しい，不毛である，病んでいる，病気である」などの訳があり，私はどうも，その訳のほうが非常に実感があるのです。

結局，障害者，あるいは障害者の福祉に関係のある人たちが声を大にしても，予算は必ずしも回ってはこないわけで，国民全体の共通の理解として，障害者問題は，われわれの問題だという認識が必要なのだろうと思います。

本当にいまの社会が貧しくて，不毛で，病んでいる社会であるという認識が，国民に共有されているのかどうか，むしろ共有されるようになることが，やはり国際障害者年に向かっての行動の一番の基本になるのではないかと思うのです。

精神障害者という問題を1つみましても，精神障害者は非常に増えているのではないだろうかと感じます。私自身が身近かにそういう問題をもっておりますので，非常によくわかるのですが，精神障害者というのは人の前に姿を現わさないのです。親も出したがらないのです。そうすると，数は意外と知られていないのではないだろうかと思います。

ここにおられるみなさま方も，自分の身の周りを見回わして，親戚，友人の中に，いったい何人ぐらい精神障害者がいるだろうか，数えてごらんになると，意外と多いのではないだろうかと思うのです。

これは，おそらく日本のいまの教育，それから社会の状況が生み出している恐るべき病状ではないかと思うのです。

精神障害者の問題も含めるということを国際障害者年の行動計画は言っておりますが，とかくそのことは軽くみられがちです。

この2日間でも，てんかんの問題は出ましたが，あまり精神障害者の問題は論ぜられませんでした。こういう点を，やはり重要に考えて，病んでいる日本の社会，どうするのかという観点から国際障害者年へのとりくみを考え直す必要があるのではないだろうかと思っています。

《登丸　福寿》

ただいま，精神障害者の問題が出ましたが，精神薄弱についても，精神障害と同じように，軽視されているといっていいほど問題になりません。

新しく障害者年ができて，対策を考えていかれる場合に，やはり精神薄弱についても精神障害者と同じようにこれを採り上げていただいて，表に出ていない人たちのためにご協力をいただきたいと思います。

精神薄弱というのはご承知のように，自分からは訴えられません。精神薄弱についても十分配慮していただきたいということです。

《五味　重春》

教育――1つは社会教育，もう1つは専門教育，その2つの教育について，日本は，すでに完成したと考えられるのか，あるいは，もし発展途上国並みであるというふうに考えられるとすれば，どういう取り組み方をすべきなのか，ご意見を承りたいと思います。

《八代　英太》

国際障害者年をたいへん間近にひかえまして，なかなか皆さんのご意見が出ないということに，たいへん淋しい思いがいたしました。それと今日のみなさんの意見の中にも，消極論もずいぶんありまして，これもまた，たいへん淋しい思いをしたわけです。

やはり私たちは，昭和56年の国際障害者年をなんとしても推進していく，それはいろいろな批判はあるだろうけれども，参加しないという形の身障者団体があってはならないし，そういう意味では，国民総意の下に，もっと啓蒙活動をしながら，いかにやっていくかという観点にふりしぼっていかなければならないと思うのです。

そういう意味では確かに政府の取り組みが，たいへん遅れたことを私は指摘したわけで，今日，花輪さんと板山さんがいらっしゃるのですが，とにかく「予算が取れたら，予算が取れたら」などということを，こんなところでおっしゃってもらっては，まず困るということを，わたしは，板山さんに申し上げたいわけです。

といいますのは，厚生省が大蔵省へ出す予算が，そこは障害者団体の希望をめった切りに切った上に出しているわけですから，それがさらに削られるようなことがあったら，実際，障害者自身は，どうしたらよいかということを思いますと，やはり私は満額回答をすべきだと思います。

満額を必ず実現するように，むしろ，この場合は，厚生省，それから担当室全員が大蔵省の前に座り込みをするぐらいのファイトを私は政府側に要求したいと思うのです。

石坂さんがおっしゃった情報がまったく障害者自身に伝わっていないということも事実で，これはこのまま放置するわけにはいかないわけですから，来年の国際障害者年に対して，総理府には600億円くらいのＰＲ予算があるので，この600億を全部国際障害者年に使うぐらいのファイトを総理府にも持っていただきたいと思います。そういう意味では，決して手遅れではありません。

昭和56年が，さらにそういう意味で，みんなが参加し，みんなが身体障害児(者)の問題，すべてのハンディキャップをもった人たちの問題を語れる絶好の機会だと思いますので，「仕上げの年」ということを先ほど村谷さんがおっしゃっていま

したが，そういう意味では，仕上げの中に，ぜひ皆さんも参加することを私は希望いたします。

お互いに足の動かない者同志が足の引張りあいをしていては仕方がない。そういう意味では，お互いにしっかりと手と手をつなぎあわすような障害者でありたいと思います。また，そのためにも，より多くの仲間たちに呼びかける今後の連帯ということが必要だと思います。

そういう意味では，日本の政府は圧力団体が希望ですから，このリハビリテーションの素晴しい皆さん方が，圧力団体に来年1年間ぐらいは成ってもらって，政府を動かすようなファイトを持っていただきたいと思います。

いずれにしても，障害者にとって，決して保障だけでは幸せではないわけで，障害者に年金をあげたり，物をあげたりしても，ハードルをどんどん高くしてしまえば，やはり越すことはできないわけです。ですから，そのハードルを取り払うということを，まずすれば，保障も少なくてすむわけですので，そういう方策の政府への希望を提言したいと思います。

《加藤　寛二》

統合，あるいは交流教育ということはタブーであってはならず，そういう意味では，われわれは積極的に考えていかなければなりませんが，ただ1つ留意しておかなければならないことは，世界の趨勢がそうであるように，日本も，これからそういうふうになっていくと思います。

しかし，文部省の教育課程の指導要領の中では，「障害児は大いに普通学校との交流を持ちなさい」という表現はありますが，普通学校の方では，そういう表現をとってはおりません。やはり，これは基本的に，たいへん大きな問題点であろうと思います。

なぜ普通学校の方で積極的に障害児の問題を考えていきなさいということを強く打ち出していないのかという問題が1つあろうかと思います。

それから，教育界は非常に保守的なところがあります。ですから，私どもは仲間を非難するような形になっていけないかもしれませんが，やはり普通学校の先生が，なぜ「みんないらっしゃい」ということでもっと間口を広げないのだろうかということを率直に思います。

しかし，現実に障害児が学級にいたときに，どのような生活が学校で行われるかということになりますと，軽度の者ならばいい，重度は駄目だ，というのでは，基本的に，理念的に問題があろうと思います。

そこで，例えば，ある子供は給食を食べるのに1時間半の時間が必要だ，健康，あるいは軽度の子供であれば，10～15分で済んでしまうというハンディがあるわけです。養護学校の中でも現実にそういうハンディを抱えながら，いろいろな子供が混じりあって生活しています。

そういう子供たちが普通学校に行ったときに，どのような生活場面が現実的に作り出されるのか，差別とかいう問題ではなくて，具体的にどういうふうに対応するのか，という具体論がなかなか出ないで，抽象的なことで終わっているので，実りがありません。

統合とか，交流とかいって，単に集まってお互いに自己紹介をしたり，歌を歌ったり，行事を一緒にやったり，ということで済んでしまうわけです。それもやらないよりは，お互いに知り合うきっかけになるからいい，ということは言えますが，単にそういった顔を合わせるというところから，さらに，どうお互いの人

生にかかわりあっていくのかという側面を掘り下げていかなければ，教育の中での意識の変換ということは期待できないと思うのです。

私が先ほど新卒の先生は，障害児教育に無関係でいいと言ったのは，学校の中で，自分がそれを引き受けるという立場に立ったときに，そこから主体的に自分の生活の中に全部障害児教育が組み込まれていくからです。

避けて通れないで，自分の24時間の生活に全部組み込まれてくるのです。ですから，新卒の人でも，1年たったときには，素晴しい人になっていきます。ただ，基本的にいろいろな勉強が足りませんから，一人前になるには，3年，5年，10年，20年とかかると思いますが，残念ながら3年たつと代わっていく人がいっぱい出てきます。

これは，たいへん大きな問題ですが，統合の問題にしても，非常に個人差のある人を，どういうふうにしたら具体的に一緒の生活ができるのかというようなことを，もっと突っ込みながら，この問題をぜひ皆さん自身にも考えていただきたいと思います。

自分の子供は，やはりよい学校に入れたいと，おそらくみなさんは，そう思われるでしょう。その辺のところから，やはり自分の問題として，かかわりあっていかなければ知育偏重の教育というのは転換していかないと思います。

回答と補足説明

花輪　隆昭（総理府国際障害者年担当室）
板山　賢治（厚生省社会局）
飯田　　進（国際障害者年日本推進協議会）
石坂　直行（障害者福祉評論家）
村谷　昌弘（日本盲人会連合）

《花輪　隆昭》

最初に予算の関係ですが，ご存じのように，財政再建ということが，うたい文句になっておりまして，56年度の要求額は55年度予算の7.5%というのが政府全体の目安になっております。

おそらく各省庁の担当課は，それぞれたいへんなご苦労をなさったと思います。社会局ですと，生活保護の予算もあり，あるいは老人の予算もあるという中で，障害者の予算をどれだけ残すかということで，まず局の中の頑張り，それから省全体の中での枠取りということで，たいへんご苦労なさったのではないかと思います。

結果として出てきている予算は，二桁になる伸び率の予算ですから，まずは各省の枠の中から出発したところは，まずまずご苦労をいただいた成果が実っているのではないかというふうに思っています。

56年度は，記念行事としていろいろな催しを実施したいということで，各省も考えております。これは単にお祭り行事というよりは，そういう行事の中で健常者と身障者のとけあい，触れあいをかもし出していったらどうかという趣旨だと思います。

実は今年（55年）の予算が1億8000万円ですが，来年（56年）度要求額が24億です。これは総理府が10億ということで，大きいわけですが，これだけの予算要求の数字になっているということをご報告したいと思います。

次に日本推進協議会への参加ということですが，身障者の方，あるいは団体の方の参加が，まだ例外的にしかないというふうなご発言，あるいはちょっと数が少ないのではないかというお話もありましたが，数の問題につきましては，実際に企画部会などの運営を通じても，部会長が非常にお困りになるくらい，9割以上の障害者の関係の方々の委員から非常に活発なご発言がありました。したがって，数という意味でのご心配は，いらないのではないかと思うわけですが，ただし時間的な特別な委員会のメンバーであるというふうなお話の点は，なお今後の問題といたしまして，審議会自身の問題としては，これから検討が行われるようになるのではないかというふうに思っています。

私は教育問題には素人ですが，今後の長期的な問題点を中央心身障害者対策協

議会の特別委員会の中で検討することになっておりますが，その中で教育につきましては，１つの独立したプロジェクトをつくって，この種の問題を議論していったらどうか，という意見具申が，国内委員から出ていますので，近くそのような段どりになっていくのではないかと思います。

それからもう１つ，国連の文章の中での翻訳の文章のご指摘があり，「弱くてもろい社会」は「病んでいる社会」の方がいいのではないかというご指摘でした。

実は同じ指摘を大蔵省の総理府担当の主計官からいただいております。これにつきましては外務省などの意見も聞いて，いろいろ相談をしているというようなところです。

これは翻訳ですから，どちらが間違いということもないわけですが，どちらがふさわしいかというようなことで，いろいろと代替案を出していただき訳を手がかりに，また国際障害者年を考える１つの材料としても非常に役に立っているのではないかと思うわけです。

《板山　賢治》

西村さんのお話にも入っていたと思いますが精神障害者，あるいは精神薄弱者については登丸さんからも，ともすれば国際障害者年のとりくみに力が入っていないのではないかという指摘がありました。

私は，いままで更生課長という立場でお話し申し上げていましたが，私は中央心身障害者対策協議会の事務局担当の課長でもありまして，今回の特別委員会の委員の人選などにつきましては，親の会を中心とする精神薄弱児（者）の諸団体，あるいは精神障害者の代表の方，家族の方など，多くの幅広いご参加をいただくということで，人選に努めたつもりでして，その方面への力の入れ方が……といわれますと，たいへん心外です。

そうではなくて，例えば，このようなシンポジウムに，身体障害者福祉法を担当する課長が出てきて，精神薄弱児(者)の問題を担当する児童家庭局の障害福祉課長が来ない，あるいは精神衛生課長が出てこないなどのことから，皆さん方が，もし身体障害者に対してのみ片寄った努力がなされているのではないか，というふうにお受けとめになられますことは，たいへん残念で，そんなことは決してございません。

特別委員会の議論の中で，あるいは，これから展開されます行動計画を策定するプロジェクトの中で，いまご指摘の諸問題については，もっともっと掘り下げた立場から，ご議論が展開されるのでありります。

先ほど石坂さんから，日本では身体障害者の出現率は 2.4%だというような誤解をもっている，諸外国では10%，日本にもそのくらいあるのではないかという，たいへん基本的な問題が提示されました。

いま私の手元にあります教字からみますと，日本の精神薄弱児（者）を含めた心身障害児（者）の数は 250万を超えています。また，精神障害者といわれます人々の数は， 100万を超えています。さらに，それに例えば難病とよばれる人々，あるいは原爆の被爆者などを加えますと，約 500万という数字が出てきます。

もし障害者の範囲を，身体障害児(者)，精神薄弱児（者），それに精神障害者，ないし難病患者も加えたものとすれば，日本の場合には， 500万人を超える数字になります。

国連の勧告にある4億5,000万の障害者という範囲には，さらに幅広い分野の人

たちも入っているようです。さらに，その提言の一節は，これらの人々は開発途上国により多く生活していると書いてあります。

地球上の総数は40数億，そのうち４億5000万ですから，10％ぐらいということになります。

より多く開発途上国に住んでいるとしますと，日本は先進国の一隅を占めていると考えられますので，その率は10％より低いと予想されます。

そういう意味で，もし 500万を超える障害者がいるとすれば，総人口1億1,700万の中の 500万ですから，４％強，５％弱であります。

そんなにひどく数字を偽ったものだというふうにお叱りを受けるほどのものではないだろうと私は思います。いずれにしても，10年前に実施しました精神薄弱児（者）の数ですし，最近どうなっているかも分かりません。そういう古いデータも組み合わせて 500万を超えるであろうと申し上げているわけです。

新しい障害者のニーズ，実態をはっきりと捉えるための努力をこれからは関係者，特に専門家の皆さん方のご理解とご協力をいただきながら，推進してゆきたいと思います。

予算のことは，私どもは先ほど「取れたら」と仮定で申し上げましたが，取るつもりでありまして，八代先生ご指摘のように，出したものは満額取る，これは絶対に私たちに与えられた使命でもありますから，これは一歩も譲らないで頑張りたいと思います。

ただ，そのときに大事なことは，やはり,コンセンサスというものがなければ取れないわけです。

「なるほどそのことは大事だ。そのことを実施することによって，確かに障害者対策が進むのだ」ということがなければ，私たちの力も入りませんし，腰も座りません。また理解も得られないわけです。そういう意味でぜひみなさま方のご協力，ご理解をいただかなければいけないと考えております。

それから登丸さんや西村さんが，精神薄弱者，精神障害者の問題について，政府の取り組みが弱い，ということで，いささか淋しい，などとおっしゃられるのは，たいへん私は心外です。先生方はリーダーですから，ぜひ所管の各省庁の，各課に言っていただいて，大いにはっぱをかけて，前進させていただくように，むしろ私はお願いしたいと思うのです。ぜひそういうご努力も，みなさま方のお力でやっていただけたらと思います。

村谷さんから障害者のそれぞれの種類別に対策は考えられなければならないというご指摘でしたが，私もそのように考えておりまして，そこに障害者対策の難しさがあると思っています。

障害種別に，その障害をもった人たちが，いかに自立していくか，生きていく生きがいをいかに見出すか，というところに大きな課題があるわけで，確かに所得保障や，あるいは共通的な前提になる諸条件は整備されましても，それでは足りません。その意味で，また専門的な立場からのご提言を期待したいと思います。

《飯田　進》

たいへん悲観的なお話を申し上げたわけですが，私がここで言いたかったことは，例えば板山さんのような障害者問題に関する非常に深い理解と情熱をもっておられる役人ばかりが各省にいれば問題はないのですが，実態はそうではなくて，板山さんなどは，そういう意味では，例外であって，あまりハッスルしすぎると

厚生省内部では，うっかりすると袋だたきになりかねないと思います。

そのようなことはないと思いますが，そういう現状であるということを，まず私たちは認識してかからなければならないと思います。

しかし，そういう状況を打開していくためには，例えば所得保障の問題１つを捉えてみても，あるいは発生予防の問題１つを捉えてみても，関係諸団体間には，ほとんど敵対的に矛盾する場面もあると言わざるをえないわけです。

しかし，そういう矛盾を乗り越えて，障害者関係団体としての一致協力した体制がなければ，例えば社会局更生課の予算をとってみても，必ず次年度は満額確保するというような応援部隊の態勢は整わないでしょう。

いわんや長期にわたる活動計画の策定については，みなの知恵と力を結集するということは，なおさら困難であるということを申し上げたかったわけです。

《石坂　直行》

教育の統合につきましては，いまやるというのではありません。そんなことは絶対に考えられませんが，やはり先進諸国は，当初は障害児教育を分離でやりながら，あれは根本的な誤りであったということに気づいて，非常に大きなコストを払いながら転換しました。そして約30年かかって，やっと転換を終えたという事例があります。

その先例に習うならば，日本は，この際，転換を決意するまでいかなくても，転換を検討していいのではないかと思います。転換を決意するなら，これから30年かかって状況の整備をすればよいのではないか，ということを申し上げたかったのです。

それから，板山さんとは，障害者総数について，かなり一致して，そして，かなり開いた面がありますが，ご発言には感謝いたします。

日本の身障者イクオール障害者イクオール197万イクオール2.4％というふうに，マスコミが誤伝し，それを学者先生も引用なさるし，行政まで，それを利用して，障害者の雇用率とか，障害児教育のやり方とかに利用されているふしがあるのはまことにけしからんと思うのです。

板山さん，どうかいまの500万という数字は，政府の公式見解だとして，急きょマスコミを呼んで発表していただきたいと思います。

しかも，その数字は，非常に控え目であって，国連のいう国際障害者年の対象は，それよりもはるかに上であろうかということも,ぜひ付け加えていただきたいと思います。それは正確です。なぜならば外国の統計を見ますと，障害者の半数以上は外見上は障害者とわからない障害者であります。日本の統計は10％であります。

リハビリテーションがなんとなく低く見られているように感じられてなりません。リハビリテーションについては，頑張って，一流であるべきではないかと思います。リハビリテーションの専門家の方にも，なんとなく二流ムードをもって自認されるような雰囲気があって非常に残念に思います。

国際障害者年は，もっけの幸いで，例えばスウェーデンが，あれだけの福祉国家になるのに，２回の大戦を回避して，国力を温存しながらも 100年たちました。

しかし，今度の国際障害者年のこの理念を素直に理解して，さっさとやれば，たちまち福祉国家が生まれるとは思いませんが，この10年間で，かなり新しい福

祉国家の基盤をもつ国が世界の方々にできるのではないかと思います。

かたくなに従来の方針に固執している国は，それに乗り遅れるのではないかと思います。

《村谷　昌弘》

先ほど社会教育，統合教育という問題が出ました。私は中途の失明で，20歳を過ぎてから盲学校に入って，実際に自分でも体験してきたわけで，目下のところ，統合教育につきましては，どちらがいい，どちらが悪い，ということは，自分の体験からしますと，なかなか言い難いものがあります。いうなれば，どちらにも充足してほしいし，そうした中で問題を捉えてもらいたいという気がします。

また，障害者自身も文部省にも申し入れているわけですが，社会教育，ことに目の見えない者，あるいは耳の聞えない者に，それぞれに徹底するような教育の場を設けてもらいたいと申しております。

種別などの問題ですが，障害者がお互いの悩み，苦しみを打ち明け，はげまし，助け合うということは，たいへん結構です。しかし，これをただ皆さん方が，1つの美談として見るだけではなく，本来ならば目の見えない者と口のきけない者，耳の聞えない者が手をつないで歩いているという美談ではなくて，目の見えない者に見える人が，足の不自由な人に対して，がっちりとした体を持った人が相助合っていくという1つの社会を作り上げていただきたいものです。

これが，いま厚生省が提唱している「福祉の町づくり」だと思います。私はこの福祉の町づくりを障害者年を期して，いっそう拡充してもらいたいということを期待しております。

日本盲人会連合は，盲人の福祉は，また自から作り上げていこうということで，盲人自身が，零細なふところから，幾らかずつの金を出し合い，あるいは人に叱られながらも，日用品などを売り歩いて，東京・新宿区に日本盲人福祉センターを建て，そして図書館を，出版を，お互いの更生相談を，あるいは広報宣伝活動などを自主的にやっています。

こうすれば，厚生省も，どうしても黙っては見ていられない。それでは，これだけの金を出そう，これだけの事業を預けよう，ということにもなろうかと思います。私たち障害者自身もやはり努力をしなければならない。この機会に，そうしたことについて掘り下げて，いろいろご理解，ご認識をいただければ幸です。

●謝　辞

総理府の国際障害者年特別委員会では，昭和55年10月から56年の終わりごろまでかかるでしょうが，10年の長期行動計画につきまして，保健医療とか，教育，雇用，福祉，生活環境など，いろいろな部門につき，プロジェクト・チームを編成して，長期的に議論することになっております。その中には，もちろん障害者の方，あるいは障害者団体の代表の方にも参加していただき，そこで充分に議論を詰めて，来たるべき10年の計画についてのプランをまとめることになっています。

特に痛感いたしますことは，障害者福祉対策が前進するかどうかは，一にかかって国民の合意が成り立つかどうかということですので，障害者の方々はもちろん，健常者の方々も充分に議論をつくし，たいへん難しい問題がずらりと並んでおりますが，これについての国民的合意のうえに，強力な障害者福祉対策の前進を期待しております。　《五島　貞次》

第 3 部

《分　科　会》

分科会Ⅰ　地域におけるリハビリテーション・サービスの展開…… 101
1　問題の提起と総論……今田　拓…… 101
2　地域障害児に対する通園施設と訪問教育……山形　恵子…… 105
3　地域リハビリテーション活動におけるマンパワー……寺山久美子…… 106
4　職業リハビリテーション連絡会の展開……黒田大治郎…… 107
5　米国カリフォルニア州バークレー市の自立活動センター……高橋　孝文…… 108
6　討論とまとめ…… 109
分科会Ⅱ　介護と介助の諸問題…… 111
1　問題の提起と総論……大川　嗣雄…… 111
2　障害者のベッドを考える……花村　都…… 114
3　討論とまとめ…… 118
分科会Ⅲ　障害者のレクリエーションとスポーツ…… 119
1　問題の提起と総論……三ッ木任一…… 119
2　障害者にとってのレクリエーション活動の意義……飯笹　義彦…… 120
3　在宅障害者の生活とレクリエーション活動……勝矢　光信…… 121
4　実践報告〔1〕重度障害者の自立生活とレクリエーション活動……赤塚　光子…… 123
5　実践報告〔2〕地域の福祉施設におけるレクリエーション活動……曽根香代子…… 124
6　実践報告〔3〕レクリエーション活動の推進方策……塚本　哲夫…… 125
7　討論とまとめ…… 126
分科会Ⅳ　脳卒中のリハビリテーション…… 128
1　問題の提起と総論……大田　仁史…… 128
2　脳卒中医療の現状と問題解決の糸口……林　弘…… 129
3　プライマリ・ケアの任務……西田　一彦…… 131
4　在宅訪問リハビリテーションの成果……米田　睦男…… 133
分科会Ⅴ　障害者の経済的自立の諸問題…… 137
1　問題の提起と総論……調　一興…… 137
2　障害者への年金・手当の問題点……橋本　司郎…… 139
3　障害福祉年金はいくらであるべきか……高藤　昭…… 142
4　当面の所得保障についての提案――障害者の立場から……磯部　真教…… 144
5　働く障害者の経済的保障の問題点……飯川　勉…… 146

《分科会Ⅰ》 地域におけるリハビリテーション・サービスの展開

右端が今田氏

1 問題の提起と総論

(司 会) 今 田 拓
(宮城県拓杏園)

はじめに

この分科会は，中会議室で行われ，はじめ60名ほどの申込みであったが，実際には80名を超す集会となり，盛会であった。イントロダクションとして司会者から総論的コメンテーションがあり，次いで4人の各論的報告が行われ，フロアからの活発な発言のあと，参議院議員・八代英太氏から結論の一部ともいえる示唆に富んだ発言があり，時間となった。

この報告では，地域活動に関する総論部分は，ほぼ全文を，各論部分については各報告者から提出された抄録によって構成した。

《総 論》

Ⅰ 地域リハビリテーション活動の発想

地域リハビリテーション・サービスとは，病院や施設に対象者を収容して行うサービスに対して，在宅者を対象に行うサービス活動，通園・通所などの利用施設を中心とする地域活動，また対象が個人でなく，地域社会という全体に対する活動など，いろいろなものを意味しており，定まった概念があるわけではない。しかし，いずれの問題も，これからのリハビリテーションの展開を考えるに当たって，根幹をなす重要な問題と思われる。

地域リハビリテーション活動の発想は，最近の福祉の見直し論の台頭から，病院への入院や施設収容には費用がかかりすぎるから，という福祉経済の観点からの提言として受け取られやすいのであるが，このように経済問題との短絡は，かえってその本質をゆがめることになる危険性をもっている。

地域リハビリテーション活動の発想は，制度やファンドを考える前に，まず病院や施設のスタッフから，入院や入所中に行われたリハビリテーション・サービスが，地域に的確に反映されているだろうかという反省，そして，それに基づいて新しいケースのゴールに対する検討がな

されるための要請として，存在しているものと思われる。また，それらを前提とした地域リハビリテーション活動の制度に対する医療チームからの要望も当然表明されるであろう。

多くの障害者は地域で，そして家族とともに生きがいのある生活を送れることを期待している。そのような期待が，少しでも実現できるためのリハビリテーションのサービスが，いろいろな形で検討されなくてはならない。これも地域リハビリテーション活動の発想の1つである。

地域には，リハビリテーション活動のために，特に位置づけられた地域マンパワーが存在するわけではないが，リハビリテーション活動に関連，または部分的には活動そのものを担当している多くの職種が分布している。これらのスタッフは，リハビリテーションの専門家ではないが，常にリハビリテーションに関する知識の向上をめざし，制度間調整に心を砕いている人たちである。このような地域グループにも活動発想の源泉がある。

II 地域とは何か

地域活動を展開するに当たって，どのように地域というものを考えてゆくか，ということを検討しておかなくてはならない。

辞書によれば，地域とは，「地形，気候，あるいは文化，政治などのうち，どれか1つの要素について，同質の性質をもつ地表の広がりを指し，2つ以上の地域の間の相違を地域差という」と書かれている。このような定義はareaとか regionという言葉にあてはまり，地域活動にいう地域とは，そこに住む人間が主役となるから「地域社会」(Community)という言葉がふさわしいようである。

地域社会というのは，人間の共同生活が行われる一定の地域が，そこに居住する人びとの生産・生活様式や，意識・態度などによって，他の地域と区別される社会的特徴をもっている場合に，このように呼ぶことができるとされている。

最もそれを端的に説明できるのは，農村である。農村では，生産と生活の場所が一致し，職業の分化が顕著にならず，ある程度自給自足の封鎖性をもっているから，他と区別される社会的特徴をもつ一定の地域社会の存在を明確に知ることができる。

近年の工業化社会に続く情報化社会への急速な発展は，本来の地域社会の存在すら否定する傾向にある。日本中どこを歩いても同じ道路が走り，同じような住宅が建ち，同じ道具を使っている，というような生活が，私たちの周囲に存在するようになった。このような生活と生産の分離は，いわゆる都市化という言葉で表現される。地域を単位とした共同生活意識が薄れ，逆に分化した職業をとおしての結びつきが強くなっている。

このような傾向を「community 形成」に対し，「association 化」として説明されるが，にもかかわらず高齢化社会の到来とともに，新しい地域社会を考えなおす時代となっている。

1964年，アテネにおいて，世界町づくり会議がDoxiadisの主唱によってもたれ，都市づくりについて，その基礎的な「ヒューマン・セツルメントのスケール」というものが，たたき台となった。これは，人間の定住圏を10の段階に分け，人間が住む最も小さいユニットは，部屋であるとした。住むためには，まず，どのように部屋をセットするか，ということが大切であるとしている。それに家族が加わって，ハウス，家がある程度集合してneighbourhoodという近隣的な1つの

グループになる。neighbourhoodが集ってcommunityとなる。その間にプロット（家の機能のなかに若干公共的なもの，例えば井戸を一緒に使うといったもの）とブロック（１つの道路で区画された場合）がある。

ここでいうcommunityは，行政的な管理機構は，そこに含まれず，あくまで住民の自主的な共同体であることを前提としている。さらにタウンになると，行政のセンターをもったものが入ってくるとされている。タウンはシティに広がり，メトロポリス，メガロポリスとなる。この大きくなった都市単位の問題は別として，communityが従来持っていた多くの活動機能は，都市化の中においても，ニードとしては衰えていない。特に日常生活に密着した多くの問題は，地域とのかかわりあいなしには成り立たないのである。

さて，この都市づくり会議で，最小のユニットが部屋であるという考え方は非常に面白いのであって，リハビリテーションにおける人間のactivityを考えてゆく上で参考になる。すなわち，リハビリテーション医学から地域を考える場合，そこにＡＤＬとの関連において話を進めてゆく糸口ができるわけである。ＡＤＬの成書で有名なLawton は「ＡＤＬを考えるに当たって部屋と家ということを念頭において」その定義をしている。

III　ＡＤＬについて

1976年，日本リハビリテーション医学会の評価基準委員会はＡＤＬの概念を発表した。これは国際的にもＡＤＬ評価の目的や範囲についての合意が不明確であり，情報としてのＡＤＬ評価の普遍性が必要とされ，ある意味では，世界に先がけた合意であったとも思われる。つまり，ＡＤＬとは，「ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な，しかも各人ともに共通に毎日繰返される一連の身体的動作群」をいう。

この動作群は，食事，排泄などの目的をもった各作業（目的動作）に分類され，各作業は，さらにその目的を実施するための細目動作に分類される。リハビリテーションの過程や，ゴール決定に当たって，これらの動作は健常者と量的，質的に比較され，記録される。

さらに，それに注が５つ付されている。

(1)　ＡＤＬ評価の対象となる動作能力は，障害（disability）のある人間が，一定の環境において発揮しうる残された能力（ability）であり，評価に際して義肢・装具・生活用具・家庭社会環境の関与も考慮されなくてはならない。社会保障などの目的のために，生物学的（解剖学的）レベルにおける障害，あるいは社会的レベルにおける障害となる場合もあるが，これはリハビリテーション医学における概念としての本来の主旨ではない。

(2)　ＡＤＬ評価の対象となる能力は，原則として身体運動機能であり，精神活動や意志交換能力などが関与する場合もある。身体運動機能障害を伴わない他の独立した障害（精神，視力，聴力，言語などのみの障害）における日常生活動作あるいは生活機能に関する評価は，別に考慮される必要がある。

(3)　ＡＤＬの範囲は家庭における身のまわりの動作（self care）を意味し，広義のＡＤＬと考えられる応用動作（交通機関の利用・家事動作など）は，生活関連動作というべきであろう。

(4)　ＡＤＬ評価の内容には，前職業的

あるいは職業的動作能力は含まないものとする。

(5) ＡＤＬ評価の実施者は，動作をリハビリテーション医学的に吟味しうる知識をもつ者であることが望ましい。

リハビリテーション医学の立場から地域を考えるならば，このような人間の活動の広がりをベースにしての考え方を地域にfitしてゆくことも，理解をすすめてゆく上に大切なことであると思われる。特に生活関連動作を地域のどの段階まで広げるべきかについて，合意を発展させたいものである。

Ⅳ 地域リハ活動のメニュー

地域リハビリテーション活動のメニューは，大きくわけて６項目になると思われる。すなわち，

1) 住宅対策：これは公営住宅などの新築ももちろんであるが，現在使用されている住宅のきめ細い改造が重要である。
2) 生活用具サービス：ただ単に物を給付するという財政的な配慮のみでは不充分で，障害に適した効果的なものの世話が必要である。情報を提供するだけでも，適切な内容であれば効果的な場合が少なくない。
3) 訪問サービス：地域活動の核心ともいうべきものである。
4) 輸送サービス：特にわが国において遅れている面である。
5) 環境改善
6) その他：地域活動センターの整備，教育活動など，多岐にわたる。

Ⅴ 医療，福祉，そして雇用サービスの接点

リハビリテーションのプロセスにおいて，リハビリテーションの有する各々の側面は，互いにかかわり合いながら進められるべきことはいうまでもないが，地域におけるサービスも，医療，福祉，雇用（児童の場合は教育）の各分野が，有機的に連係しながら，しかも無駄な重複を避けて，効果的に進められなくてはならない。寝たきりでない人にギャッジ・ベッドが貸与されたり，特に医療と福祉の接点には検討すべき幾つかの問題があるようである。

Ⅵ サービス体系はいかにあるべきか

サービス体系を決定するものは，ファンドである。わが国のリハビリテーション・サービスは，社会保障の各々のファンドに同じようなサービスが盛られているので，重複がある一方で，取り残された谷間も存在する。

各ファンドの有する給付権と，リハビリテーション専門グループの処方権とは至るところで対決が起こり，体系発展を疎外している。

サービス体系を地域活動としてどのように再編成するかは大きな問題である。

Ⅶ 障害とサービス情報の管理と活用

地域リハビリテーション活動が発展するためには，障害情報と，サービス情報の地域管理が重要である。それは基本的に地域医療情報を基礎として積み重ねられるべきものと思われるが，地域医療と地域リハビリテーション・サービスの情報を，どのように結びつけるかという点で，大きな課題であろう。

Ⅷ 福祉経済的背景

昭和55年度の身体障害者福祉施設措置費は，重度更生施設が14万円，重度授産が11万円であるが，療護施設は20万円弱となっ

た。特別養護老人ホームも，ほぼ同様である。もちろん病院の入院と看護料は，これを上回ることはいうまでもない。この費用の一部が地域ケアに振り向けられたならば，地域活動は，いっそう充実し，地域形成に活力を与えるのではなかろうかという声も少なくない。

本年から老人福祉施設の収容者の自己負担額が急増したことが，大きな社会問題となっているが，改めて地域を選ぶか社会福祉施設を選ぶかの経済的背景を検討してみる必要があると思われる。施設の設置はもちろん必要であるが，際限のない需要に対して，わが国の経済情勢が応えられる状況にあるともいえないことも事実である。

2 地域障害児に対する通園施設と訪問教育

山形　恵子
（東京女子医大リハ部）

地域リハビリテーションにおける障害児の育成は，従来，療育という言葉を用いているが，これは障害児を部分的に取り扱うのではなく，人間個人として育成していくことを意味している。

全国には，54年度の資料で難聴児通園11ヵ所，肢体不自由児通園55ヵ所，精神薄弱児通園214ヵ所となっている。一般に，通園というと，肢体不自由児通園と区や市などが運営している小規模通園施設を指し，全国に300ヵ所以上と推定される。

障害児の育成は，早期発見，早期治療により乳児期からの指導，また，重度な重複児の指導が重要になってきている。

肢体不自由児施設の城北分園の通園児の障害状況をみると，開設の昭和46年には，肢体不自由児が97.0％を占めていたが，昭和54年には，わずか19.5％となり，反対に重度な重複児が63.5％にも達している。また，年齢的にも，2～3歳が35％を占めている。

この傾向は，多くの通園でみられ，通園の原則を3歳以上としていた多くの施設では，職員配置や構造物の調節など応急処置をして対応してる。

通園施設の指導目標も，低年齢化に伴い，育児の基本を指導する必要に迫られている。

以前に比べ，摂食内容が乳児的で，3～4歳になっても流動食や離乳食を与えていた例もある。

保母と看護婦が協力し，1人ひとりの指導目標を設定し，親に協力してもらい，子供の生活リズム作り，感覚面からの遊び指導を通して，物への関心や他人に慣れさせるなど，社会へ向けての手がかりを引き出している。

重度児になると，数年の通園指導では発達が不充分で，体力的問題も加わって，養護学校や訪問教育を希望する親もいる。

幼児教育に引続いて，地域リハビリテーションの部門として，学校教育が関与してくる。昭和54年の改正で，養護学校に訪問教育が義務化され，東京では，12校において実施されている。

また，養護学校のほかに，従来から行われている一般校に所属する訪問教育もある。いずれも病弱児や重度な重複児が対象とされている。病弱児の場合，医療が優先するため，指導時間，感覚指導面や刺激の量など，医療側の理解不足も加わって，プログラムが作りにくいこともあるようである。

主治医の許可を得て，登校させ，学級や合同授業を行うことが病弱児や障害児に大きな刺激となり，体調が改善され，通学に切り替えられる子供もいるということである。通園に比べ，医療管理はさまざまであるが，医療面からの生活指導が薄く，また病状の充分な説明が得られない例や医療不信の例もあり，苦労されているようである。

子供の社会参加の必要性だけでなく，親の社会参加，医療と教育の調整など，多くの問題が解決を待っている。

---

3 地域リハビリテーション活動におけるマンパワー

寺山久美子
（東京都心身障害者福祉センター）

私は，東京都心身障害者福祉センターの職員であり，日本作業療法士協会副会長である。この2つの立場から，標記の問題を論ずる。

東京都心身障害者福祉センターは，身体障害者福祉法にいう更生相談所である。更生相談所は，地域リハビリテーションの要であるといわれているが，実体はどうであろうか。

当センターが，地域リハビリテーションにおけるマンパワーの育成に果たした役割として，①研修生の受入れ，②地域施設等への出張技術指導，③地域リハビリテーション施設の連絡会議である公立心身障害児(者)施設協議会の運営――の3つが挙げられる。

①，②ともセンター側の職員数などの問題で充分なことはできているとはいいがたいが，一応の成果は得ている(**図10**)。③の横のつながりのための連絡調整の役割が重要であると考えている。現在，加盟施設28，他に市立の幼児通園施設で組織されている市立心身障害児(者)施設協議会も運営しており，これが22施設，計50施設となる。これらの施設の多くは，専門職員(医師，ＰＴ，ＯＴ，ＳＴなど)が不足しており，**表19**のように非常勤が多い。したがって，これらの施設への専門職員の援助も当センターで行ってきた。また，この協議会では，毎月１回職員の

図10 東京都心身障害者福祉センターの研修生受入れの推移

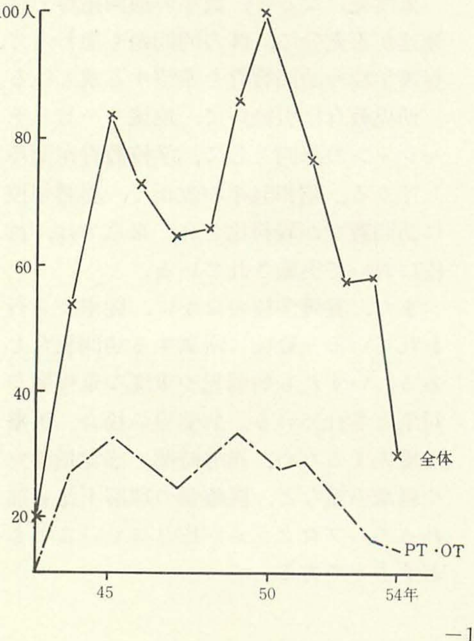


表19 都・公立心身障害児(者)施設協議会における医療職の配置

	職種	施設数	職種	施設数
医師	内科(非)	18	ＰＴ（常）	3
	小児科(非)	18	ＰＴ（非）	18
	整形(非)	20	ＯＴ（常）	4
	精神科(非)	17	ＯＴ（非）	6
	歯科(非)	6	ＳＴ（非）	18
	リハ科(非)	2	看護婦(常)	24
	眼科(非)	2	保健婦(常)	3
	耳ビ科(非)	3	総数	28

ための研修会を開き，マンパワーの質の向上に努力してきた。

マンパワーの養成と一口にいっても，容易なことではない。作業療法士を例にとって述べると，昭和55年9月8日現在，わが国にいる作業療法士は，わずか975名である。昭和49年の厚生省特別研究によれば，ＯＴの必要数は4,764名であるという。ただし，これは病院における必要数であり，コミュニティ・ケアなど，地域リハビリテーションや福祉・教育を担当する数までは入っていない。これを含めると，私見によれば，ざっと 9,000名は必要となる。

毎年ＯＴの養成校が２校開設されると見込んでも，昭和64年に3,675名にしかならない。また，質の上でＯＴを作るためには，よい教師，よい実習施設が不可欠であるが，この獲得が至難という現状である。

諸外国の例をみても，ＯＴが地域リハビリテーションに果たす役割は大きいと考えるが，とてもそこまでは手が回らないジレンマに悩まされている昨今である。

このようにＯＴ１つを例にとってみても，マンパワーの育成ということは難事業である。他の専門職（ＰＴ，ナース，ケースワーカーなど）も同じことであると思われる。更生相談所は，さらに充実したリハビリテーションの専門職を整備するとともに，専門職団体は，その立場でできるかぎりの努力を払って，地域マンパワーの育成に心がけてゆく必要がある。

4 職業リハビリテーション連絡会の展開

黒　田　大治郎
（兵庫県身体障害者更生相談所）

兵庫県では，昭和40年に“総合リハビリテーション構想とその具体的方針”をまとめた。これにそって医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションに至る障害者の社会的自立のための一貫した援助体制の組織化を図り，機能の充実強化をすすめつつ，途中多少の曲折を経ながらも，地域リハビリテーションの確立を目指してきた。

昭和45年には，リハビリテーション病院を新設し，従来からあった更生指導所，授産施設，義肢修理所を改廃・統合することによって「兵庫県リハビリテーションセンター」を設立した。これに更生相談所を併設することによって，総合リハビリテーション構想の具体化に一歩踏みだした。

さらに，昭和48年には，社会的要請の高まりにより，兵庫県身体障害者職業訓練校が併設された。ついで51年には，雇用促進法の改正とあいまって，重度障害者の職業能力の評価開発，職業指導のためのシステム化を図って，52年に障害者能力開発センター（県単独事業）が設置されるとともに，心身障害者職業センターの誘致が実現した。

医学的リハビリテーションから職業リハビリテーションへの一貫した組織や施設の統合化が達成されたことになるが，組織相互の機能を生かすための連携システムは，なかなか成熟しなかった。このため兵庫県リハビリテーションセンターが中心となって，積極的に組織連携の活動を展開してきた。昭和53年に**図11**のような連絡会が発足し，有機的連携が実現した。

本会の意義は，連携による情報交換を日常化したことにあるが，さらにそれぞれの組織が常に他の組織の機能の援助を期待することができる点を前提に活動ができるところにある。今後は，さらに県下の市町単位に対し，また最重度障害者に対しリハビリテーション・サービスを可能にする体制の確立が，職業リハビリテーション連絡会の各組織にも課せられている。

図11 兵庫県リハビリテーションセンターにおける職業リハビリテーション連絡会

職業リハビリテーション連絡会
- 月一回開催
- 輪番制

目的
- 有機的連携推進
- 情報交換
- 調査・研究・報告

- 民生サイド
  - 兵庫県身体障害者更生相談所
  - 神戸市立心身障害福祉センター
  - 兵庫県精神薄弱者更生相談所
  - 兵庫県玉津福祉センター
    - 医療社会事業室
    - 機能回復訓練課(更生施設)
    - 能力開発課
    - 職業指導課(授産施設)
    - 生活科学課
  - 重度授産施設小野起生園
  - 小野福祉工場
- 労働サイド
  - 明石・神戸公共職業安定所
  - 兵庫県立身体障害者職業訓練校
  - 心身障害者雇用促進協会
  - 兵庫県心身障害者職業センター
- 教育サイド（予定）
  - 兵庫県障害児教育センター

5 米国カリフォルニア州バークレー市の自立活動センター

高橋　孝文
（宮城県整肢拓桃園）

1980年6月下旬，カナダのウイニペグ市で開催された「第14回国際障害者リハビリテーション会議」に出席の帰路，米国サンフランシスコの衛星都市バークレーを訪れた。

それは，この地で8年も前から障害者の社会への完全参加の実現に，障害者と市民が協力して活発な運動が展開され，しかも，これがカリフォルニア州議会の特別立法によって支えられている，ということを聞かされたからである。

この活動は，重度障害者にリハビリテーションと「自立生活」「社会参加」の実現を目指して，障害者自身の参加し得るさまざまな機会を付与し，その権利をけっして奪い去ってはならないという基本理念に基づいている。

この自立活動センター（Center for Independent Living；CIL）では，障害者たちと，地域の中から特に選び出された

市民グループとが，有機的かつ強固に結ばれており，この地域の理解とカリフォルニア州のリハビリテーション局の支援によって生まれた全米を通じて最もユニークな，合目的的な働きをしている組織である。目的とするところは障害者のmain streamingである。

1972年の出発の時点では，11人の小グループであったものが，現在（1980年）は150名（障害者75，一般市民75）となるまでに発展した。

所長はPhilip Draperというポリオによる四肢まひの重度障害者で，彼を中心として，一般市民はもちろんのこと，弁護士や医師，教師，その他の技術者，ソーシャルワーカーらが障害者たちとともに討議を重ねつつ，愛と信頼のきずなのなかで気負いなく活動を進めていた。

サービスの内容は，①生活，ＡＤＬに必要なサービス，②障害者に対する相談，③その援助計画，④住宅改善，⑤Transportation，⑥Independent Skill Counselling ——ほか15種に及ぶ。

所長は次のようにいう。“An Old But Revolutionary Concept!”——古くから求め続けられてきたが，しかしきわめて「刷新的」な課題，それがIndependent Livingであると。

そこで，重要なことは，次の３点である。

① Independent Livnigの意義を充分に理解できるための思想普及の努力。
② Peer activity and Peer counselling ——すべてPeer（同僚）としての相談であること。
③ 表に現われない障害者も含めた「すべての障害者」に対してのサービスであること。

この活動を出発点として，現在は全米に25のＣＩＬができ，60ヵ所でsmall groupの活動が進められている。このようなきわめて“地道”なこの活動・実践の積み上げに，強烈な感銘を受るとともに，その根底に国際障害者リハビリテーション協会理事 Harold Wilke博士らが強調する“Main Streaming”の理念が深く浸透しているのに感じ入った次第である。

6 討論とまとめ

以上の総論，各論の報告をもとに，活発な発言や討議が展開された。特に報告の中に触れられなかった住宅問題，訪問サービスの問題などに対して，司会からフロアに課題の提供が要請された。

野村氏（日本大理工学部）は，障害者の住宅建築の立場から，東京都心身障害者福祉センターにおいて，医師，ＰＴ，ＯＴなどのスタッフとチームを作って，住宅の確保，改造などに関する相談活動を行っていることについて紹介を行った。現在までの３年間に150件ほどの改造を指導してきた。障害者の障害に関する情報と，住宅環境を充分関連づけた住宅設計への努力を続けている，とのことであった。

西村氏（北海道リハビリー）は，札幌市において，重度の脳性麻痺者が自立して生活する試みが行われており，その住宅の周囲の人たちが，パートタイムで援助の手を差し伸べ，どの程度の介護があればよいかという検討をして，それを行政に働きかけてゆこうという努力がなされている。地域におけるリハビリテーション・サービスの１つの形であろう，という紹介を行った。

また西村氏は高橋氏の報告の中にあったウィルキー氏の言葉であるメイン・ストリーミングのメインとはどういう意味か，またノーマライゼイションのノーマルとは，どういう意味かという質問を行い，高橋氏から「ノーマライゼイションというのは，障害者をノーマルにするということではなくて，障害者が生きてゆこうと努力している状態を皆で助け合いながら，それを一般的な社会として受けとめてゆくという哲学に立った言葉だと思う。メインということも誰１人疎外されることなく，ともに手を携えて社会の本流を歩む（メイン・ストリーミング）ことのできる地域社会をつくりあげようということ。この社会への完全参加が障害者の課題である」という答えがあった。

最後にフロアから八代参議院議員の発言があり，日本の障害者の住宅の基準は大げさすぎるような気がしている。公営住宅（障害者用）には今度から単身入居ということが可能になったが，障害の多様性が必ずしもこの基準に合わないことと，今ひとつ障害者と一緒に住む健常者には住み難いという問題があり，費用もかかりすぎる。これは障害者の住宅を考えてゆく上で間違っていることではないかと思う。もう少し気楽に，自然であるべきである。そのような町づくりをしてゆくべきである。車いすの人たちも使えるし，健常者の人たちも抵抗なく使えるような単純化され，大げさにならない配慮が必要であろう。これこそほんとうのノーマライゼイションではないだろうか，という示唆に富んだ意見が述べられた。

八代氏の発言は，この主題の結論のひとつでもある。しかし，地域活動の問題は，きわめて多岐にわたり，今回の分科会では，まとめは困難であり，特に訪問サービスの問題も含めて，継続的な課題とすべきという結論となった。

《分科会II》 介護と介助の諸問題

右端が大川氏，１人おいて花村氏

[1] 問題の提起と総論

(司 会) 大 川 嗣 雄
(横浜市立大学病院)

分科会を始める前に，次のような点について検討を行った。

(1) 参加者の間での討論が充分に行われるように会の構成を考える。

(2) 実際的な問題を中心におくが，今後の方向も示唆したい。

参加者は，約30名，主な内訳は，施設，あるいは地域の指導員，介護員が最も多く，ほぼ半数を占め，その他は，看護婦，ソーシャル・ワーカー，ＰＴ，ＯＴ，医師などであった。障害者の参加はわずか１名であったが，貴重な意見を述べていただいた。

＊　＊

さて，司会者として，総論的なことを述べてみる。この交流セミナーにおいて，なぜ介護・介助という問題が採り上げられねばならないかという点について，まず考えてみたい。

介護・介助の必要性

本来，リハビリテーションは，自立した人間を目指しているわけであり，障害者を介護・介助から解き放ち，より自立した人間として歩みだすのを手助けするものと考える。

しかし，現実には，医学的リハビリテーションのゴールと考えられる時点で，多くの障害者が，日常生活のレベルでも，介護・介助にとどまっており，さらに多くの障害者が，施設や家庭で，介護・介助を受けている。

これに加えて，リハビリテーションの対象となる人達の障害の重度・重症化という問題があげられる。これには多くの原因が考えられるが，医学そのものの進歩による生命の予後が著しく向上したことも，その１つであろう。このことは，慢性疾患，あるいは障害を持った人たちの増加が一因である。

一方，リハビリテーションの例から，初期の頃の目標であった社会復帰，すなわち，社会復帰のポテンシャルのある人たちのみを対象としたリハビリテーショ

ンから，次第に人間性回復の手段としてのリハビリテーションという理念の確立に伴い，重度・重症の障害者といえども，リハビリテーションの対象と考えるようになったことも大切な点である。

第二の問題として，障害者を施設へ収容するのでなく，地域へ融合しようという，リハビリテーションの基本的理念の変化があげられる。このことは，地域社会へ戻れる人たちを戻すのではなく，すべての障害者にこの機会を与える必要があるという意味を持っている。すなわち，日常生活においても，介護・介助を受けねばならないような人たちもこれに含まれる。

このような場合に，最も大きな問題は，介護・介助が，病院や施設で，適切な障害に対する理解の上に立った，適切な技術を持った専門の人びとによって行われていたものから，家族や周囲にいる素人の手に委ねなければならないということである。この点については，多くの問題があると思われるが，解決する手段としては，２つの方法が考えられる。

第一の方法は，実際に介護・介助を行う人たちの教育であり，第二の方法は，地域社会の専門家による永続的なサービスの提供であろう。

現在，わが国においても，家庭奉仕員，介護員という制度が生まれ，その数もかなり多くなってきている。これらの人たちが，介護・介助について適切な技術を身につけていって欲しいと願うものである。

一方，このような状況では，個々の障害や障害者に合った適切な介護・介助が容易に行えるような，リハビリテーションの専門家の側での介護・介助の問題に対する科学的な検討も要請されていると思われる。

介護・介助の問題を考えねばならない第三の点として，今後の方向を明らかにしておく必要がある。この点については，多くの意見があるかとも思われるが，介護・介助に直接影響を与える考え方として，独立した生活（Independent Living）の考え方をあげたい。

この考え方は，障害者の問題の発展の同一線上にあるものではあるが，従来からのリハビリテーションとは，次の２つの点で大きく異なっていると思われる。すなわち，第一の点は，障害者が自立してゆく過程において，障害者自身がイニシアチブをとって行うということである。第二の点は，たとえ日常生活に介護・介助が必要であっても，独立した生活が尊重されねばならないということである。いい換えれば，独立した生活のためには，日常生活の介護・介助を受ける必要があるという点にこの考え方の基本があるとも考えられる。

このような問題を念頭において，介護・介助という問題を考えてゆくことになるが，まず介護・介助の意味を考えてみたい。

介護・介助の意義

介護・介助という言葉を，今まで並列して使ってきており，本セミナーでも並べて分科会のテーマとした。しかし，この問題を討論してゆくためには，介護・介助の言葉のもつ意味を明らかにしておく必要があると思われる。

介護・介助のうち，「介助」は本来の日本語であるように思われる。なぜならば，どの辞書にもこの言葉が見出せる。しかし，「介護」という言葉は，日本語ではなく，日本文字を組み合せて作った造語と思われる。すなわち，法律用語と考えられる。教育・福祉関係の辞書などには，

説明がみられるが，あまり納得できるものではない。そこで，私はあえて自分なりの解釈を試みてみたい。

この解釈は，介護・介助の言葉に看護というもう1つの言葉を加えることから始める。看護という言葉を加えると，**表20**のように，三者の関係はやや明瞭になるように思われる。

表20　介護・介助と看護

項　目	内　容
看　護	専門的技術
介　護	?
介　助	非専門的技能

しかし，介護については，実体は明らかでない。そこで，よりはっきりしている看護について，考えてみることにする。看護をその専門的技術を3つの構成要素に分けてみると，**表21**のようになる。このいずれもの部分も，看護という専門的技術であることに間違いはない。すなわち，このいずれの部分でも，看護婦という専門職では，不特定多数の人を対象に，そのサービスが提供される。しかし，この3つの部分のうち，日常生活的部分と精神の心理的部分は，看護婦でない人たちによっても行え，実際にも行われている。この部分が，介護・介助と共通している点になる。すなわち，介護・介助の主要な問題は，日常生活を助けるという点にあると思われる。この日常生活動作に関しては，リハビリテーション医学の領域では，長年にわたって研究がなされており，基本的な問題は整理されている。

表21　看護の内容

看護の側面	内　容
医療的部分	救命的処置 その他
日常生活的部分	起居動作 その他
精神・心理的部分	動機づけ その他

③　日常生活動作

そこで，リハビリテーションから見た，日常生活動作について簡単にふれてみたい。日本リハビリテーション医学会によれば，日常生活動作の概念は，次のように定義される。すなわち，日常生活動作とは，「1人の人間が独立して生活するために行う基本的な，しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の動作群」をいう。

これを基に，日常生活動作を項目に分けると，①起居動作，②家屋内の移動，③トイレの使用，④食事摂取，⑤衣服着脱，⑥洗面，⑦入浴，⑧コミュニケーション——などになろう。このうち,介護・介助と関連した時に，問題となるのは，起居動作，移動動作，入浴などにおいて，介助側の物理的エネルギーを要求するという点で大きな問題となる。また，排泄については，時間的制約と行為そのものが，不衛生感を伴うため，介助側に大きな負担となりがちである。

さらに，これらのことに関係して，項目ごとの関係をみると，**表22**のとおりで，起居動作が他の項目の鍵を握っている。すなわち，起居動作が独立していない時は，摂食動作を除いて，ほとんどが介助を要している。

このように，日常生活動作は，起居動作を中心に，項目の持つ独自性と，項目間の相関関係とによって特徴づけられる。このような点は，介護・介助を系統的に考えていく上で大切な点である。

介護・介助の方向

すでに述べてきたように，介護・介助の主体は，日常生活動作にあると考えら

表22　在宅障害者のADL能力
《起居動作が自立しているもの》
(10人)

ADL項目	自立	介助
移動	6	4
摂食	10	0
排泄	7	3
洗面	10	0
更衣	6	4
入浴	1	9

《起居動作に介助を要するもの》　(9人)

ADL項目	自立	介助
移動	1	8
摂食	3	6
排泄	0	9
洗面	3	6
更衣	0	9
入浴	0	9

在宅障害者19人の実態調査（在宅障害者に対する医学的リハビリテーション報告書より昭和51年度）

れた。そこで，これをいかに効率的に行うか，という点を考えてみなければならない。

第一の点は，日常生活動作の訓練や介助を専門とする理学療法士や作業療法士，あるいは看護婦の技術を採り入れることである。

第二の点は，機械・器具による介助をどの程度まで採り入れるかという点にかかっている。最近は電気を利用した各種ベッド，油圧装置を備えたリフターなども開発されている。

わが国においては，アメリカやスウェーデンなどと比べて，この点には，あまり積極的ではないように思われる。国民性の違いによるものであろうか。

第三の点は，障害者の介護・介助の基本的な問題を，より多くの人に理解してもらう必要がある。今，日本の街中で，段差を乗り越えられずにいる車いすの人を，安全にしかも確実に助けられる人が何人いるのだろうかと考えざるを得ないのが現実である。

このような諸点をふまえて，介護・介助のあるべき姿，あるいは考えるべき問題を整理すると，**表23**のようになる。①②③については，多くの問題が提供され，検討されてきたが，④⑤については，今後に残された大きな課題である。

表23　日常生活動作の介護・介助

項目	介護・介助の段階
①	障害者を理解した技術
②	最少限の介助・介護
③	力学的，物理学的合理化
④	被介助者への身体的精神的快適さ
⑤	経済性　その他

2　障害者のベッドを考える

花村　都
（宮城県拓杏園）

近年，地域リハビリテーション活動の必要性が盛んに唱えられるようになった。すでに病院や施設において，リハビリテーションを終了し，家庭に復帰した障害者に対するサービス活動とは何か。ここでリハビリテーションの目標をもう一度振り返ってみると，以下のような5つのレベルに分けて考えることができる。

(1)　社会復帰。
(2)　現状より自立度を向上させる。
(3)　現状を維持する。
(4)　進行を遅らせる。
(5)　意味のある積極的な生活を送らせる。

(1)は，より身体的，機能的であり，(5)に近いほど社会文化的，精神的要素が濃

くなってくる。

本年2月に行われた厚生省の実態調査によると，成人の身体障害者は197万7,000人，その50%が60歳以上，50歳以上は75%と報告されている。この数字からみて，地域において，われわれが対象とするケースの大部分は，その目的が(2)〜(5)であると推定できよう。

地域リハビリテーション活動のプログラムが多岐にわたることはいうまでもないが，その骨格になるものは，なんといってもADLについての指導と家族に対する介助のテクニックの指導にある。「病院や施設ではADLが自立していたのに，家庭に帰った途端に寝たきりになってしまった」という嘆きをよく耳にし，また経験している。それは，家庭において，介護する人が介助のための専門的知識がなかったことが第一の原因ではなかろうか。

ADLは，ケースの持つ機能と，機能に適した環境（家具，家屋など）のsettingにより，最高の能力が発揮できるものであり，家庭生活における生活機能の評価および援助には高度の応用的リハビリテーション医学の知識が必要である。

マットレスの固さとベッドの高さ

宮城県身体障害者更生相談所では，地域活動の一環として，昭和45年度から重度身体障害者への在宅訪問サービスを行なっているが，その活動内容も，日常生活動作の指導，家具，ベッドの工夫，家屋改造の指導，車いすの支給などが主に行われた。

ここで，ベッドの問題がかなり大きなウエイトを占めていることに気付かれるであろう。在宅障害者の使用しているベッドが，その障害とよく適応していないためにADLを困難にし，残存能力を発揮することができずに，寝たきり障害者になってしまうケースがしばしば見られる。

マットレスが柔かすぎるものは，ベッド上での諸動作（寝返り，起き上がり，座位保持など）の際，異常姿勢を惹き起こし，痙性まひにおいては固有受容器に対する何らかのインパルスの発生原因になることは明らかであり，痙性の増加や協調性の低下，さらに失調現象の誘因になる可能性がある。

また，ベッドの高さが不適当なものは，ベッド↔車いす，あるいはベッド↔床間のトランスファーが困難であるため，ベッド上生活を余儀なくされる結果となる。

障害者にとって，ベッドは睡眠の場であるばかりでなく，ベッド上での種々の生活に関する動作ができてその動作がしやすいこと。一方，ベッドを使用している障害者の介助が容易にできることが必要である。

ADLは起居動作（寝返り，起き上がり，座位保持，トランスファーなど）が自立することによって，他の動作の自立に大きく影響するものである。それらの起居動作が安定して容易にできるか否かによって，ADLはまったく様相を異にしてくる。

ベッドが障害者の自立をはばむ原因となっている症例を数多く経験し，在宅障害者に対するベッドのきめ細かな検討の必要性を痛感した。そこで，寝たきり障害者を作らないために，能力に応じたベッドをどのように基準化すべきかについて研究を行った（昭和52〜54年度)。

その結果，最小限の重要な要素は，ベッドの高さとマットレスの安定性の2点であることが決定的で，それに付随して多くの機能が検討されてゆくべきとの結論を得た。

マットレスは固い詰め物のものが

ベッドを考えるに当たって，ADLの起居動作を，①完全に寝たきり，②半介助で起き上がり可能，③起き上がり可能―の３段階に分けて考えることが必要である。

①の寝たきりの障害者に対しては寝るという目的にそうことと介助のしやすさの２点で選定されるべきであり，介助の容易さからマットレス上面までの高さは60～65cmが適当である。

③の起き上がり可能なケースについては，その能力の段階に応じて，時には，どのようなベッドでも充分対応できる。

最も問題になるのは，半介助で起き上がり可能という程度を中心としたケースで，このレベルにおいては，ちょっとしたマットレスの工夫で，起居動作の自立する可能性や，高さを考慮することによりトランスファーが可能になるなど，能力向上につながる問題が少なくない。

ベッドの高さは，ベッドに腰掛けた姿勢で，例えば着替えなどの作業が安定してできること，ベッドからの立ち上がり，およびトランスファーが容易にできるためには，ベッドに腰掛けた時，足が床に平につく程度であることが必要である。すなわち，マットレスを含めたベッドの高さは45cm前後が適当であった。

マットレスには，さまざまな種類の材料があるが，一般に使用されているスプリング，ウレタン，硬い詰め物，の３種について，起き上がり動作における運動の軌跡曲線，加速度計による動作の測定，表面筋電の追究を行った結果，パーム材などの固い詰め物のマットレスが一番よいという結論が得られた。

マットレスの厚さは，固い詰め物の場合，だいたい10cmであるため，ベッド本体の高さは35cmが適当である。

ボトムの構造には，鋼線のもの，１枚板のもの，スノコ板のものなどがあるが，通気性，安定性の上からスノコ板が最も適している。

ベッドの幅は，小原によると，寝返りのため肩幅の2.5～3.0倍の幅が必要であるとし，幅は睡眠の深さに影響するという興味ある報告がなされている。

福祉事務所の指導でベッド入手

以上のような研究結果から，在宅障害者が，どのようなベッドを使用し，どのような問題を抱えているかを知るためにアンケート調査を行なった。対象は宮城県の更生相談所が昭和45年４月１日から49年３月31日までの４年間に在宅重度障害者訪問調査を実施した者である。障害別では，中枢性に起因する障害が全体の78.6％を占めており，年齢は60歳以上で60％，50歳以上で84.3％であった。

ベッドの入手方法は，自分で求めた者が50％，公共ルートで貸与されている者41.4％であり，その種類は市販の家庭用ベッド41.4％，公共ルートからの貸与が多い病院用ベッドおよびギャッジベッドは47.1％を占める。ベッド入手時に専門家によるなんらかの指導を受けた者は54.3％，指導のない者45.7％で，指導に当たったのは福祉事務所が最も多く，指導を受けた者の68.4％，次が保健婦の28.9％，医師（ＰＴ，ＯＴを含む）の26.3％となっている（**表24**）。

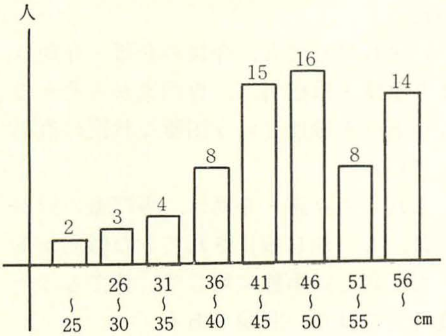
福祉事務所が多いのは，ベッドの貸与事務に当たっている立場から当然であるが，26件中ギャッジベッドを19件も扱っているのは，ベッド使用者に片まひが多いことと考えあわせて疑問のあるところである。

マットレスの構造は，スプリングの入

表24　ベッド入手時のアドバイス

	医師	保健婦	福祉	看護婦	その他	計	%
市販	4	3	5	1		13	23.2
手製			1			1	1.8
病院用	3	2	8	1		14	25.0
ギャッジ	2	5	19	1	1	26	46.4
その他	1	1				2	3.6
計	10	11	31	3	1	56	100.0

図12　ベッド＋マットレスの高さ



っているものが47.1%，硬い詰め物は28.6%，畳18.0%であった。市販のベッドを購入した者の76%が専門家の指導を受けておらず，その大部分がスプリングマットレスを使用している。

床からマットレス上面までの高さは広範囲に分布しており，41〜50cmが最も多いが，50cm以上も20%ある（**図12**）。専門家の指導を受けた者のうち40〜50cmに医師・保健婦の関与している率が高いようだ。

次にベッドの利用状況について，ベッドの上での生活時間をみると，18〜24時間をベッド上で過ごす者が51.4%あり，在宅障害者の重度性を示している。これらの障害者は日常生活は全面介助に近い，いわゆる寝たきり障害者とみることができるが，果たして寝たきりでなければならない障害者であろうか。障害別にみると片まひ14/29：48.3%，対まひ3/9：33.3%，変型6/11：54.5%，四肢まひ8/13：61.5%，平衡機能障害・失調3/3：100%を示している。

ベッド１つにしても多くの問題が

以上，在宅障害者の使用しているベッドの調査のうち，介助に関わりのある部分について，かいつまんで述べたが，ベッド購入にあたって事前のガイダンスの必要性が強く示唆されている。しかし，専門家の指導を受けている者であっても，必ずしもスプリング・マットレスを避けて，硬い詰め物や畳を指導している積極的な傾向はみられず，高さの高い病院用ベッドやギャッジベッドがほとんどで，片まひにギャッジベッドが貸与されているのが現状である。在宅障害者のベッドを考える場合，障害に適した高さ，マットレスの構造，幅など区別して使用する必要があり，事前に専門家の適正な指導が行えるようなシステムが必要であるといえる。

以上，在宅障害者の自立向上を目的とした介助の問題をベッドにしぼって述べた。ベッドの問題１つをみても，このように沢山の問題を含み，専門職による指導の有無が障害者のADLに大きく影響している事実に，地域リハビリテーション活動の必要性を痛感する。

しかし，地域活動にはマンパワーの限界があり，ＰＴ，ＯＴ，が地域活動システムの中にしっかり根を下すまでには相当の年月を要するものと思われる。地域活動におけるマンパワーと考えられる人には，種々の職種があるが，介助に関する充分な知識を備えているとは現状ではいいきれず，具体的で組織的な指導法を考えてゆく必要があるのではなかろうか。

③ 討論とまとめ

日常生活の介護・介助の技術については，理学療法士の松村，鶴見氏などから，理学療法の中に多くの学ぶべき技術のあることが具体的に述べられた。しかし，病院や施設から家庭に復帰する際に具体的な方法が，障害者の状況に合わせて，介護・介助の面まで教えているかという点についての反省もなされた。

続いて，施設における問題が話し合われた。この討論では，各施設の果たすべき役割のあいまいさが指摘されたが，役割の明確化によって，各施設の中での介護・介助の方法，技術も体系化されてくるという意見であった。しかし，この問題は，当分科会の範囲を超えており，結論には至らなかった。

また，これに関連して，養護学校での介護・介助にも問題がありとする意見もあった。しかし，この問題に対する当事者である教員の参加がなく，意見の提起にとどまった。

さらに，課題は在宅障害者の問題におよんだ。在宅障害者の参加者からも発言があり，この問題には，今後に解決すべき難問の多いことを浮き彫りにしたと思われる。

いずれにしても，今後の介護・介助は，より重度・重症者へ，専門家からそうでない者への参加という困難な状況に直面している。

これらの介護・介助は，専門家の側からは，ないがしろにされてきた傾向があった。新しい事態に対して，皆でもう一度考えてほしい問題である。

左から塚本，赤塚，曽根，三ッ木，勝矢，飯笹の各氏

1 問題の提起と総論

(司 会) 三ッ木 任 一
（東京都心身障害者福祉センター）

障害者のレクリエーションとスポーツといったテーマは，従来，一部の関係者を除けば，あまり関心が払われていなかったように思われる。

障害者のレクリエーションといえば，障害者団体による年に一度のバス旅行を，スポーツといえば，パラリンピック（現身体障害者オリンピック大会）や車いすバスケットボールを思い浮かべる方が多いかもしれない。

1979年に日本レクリエーション協会が実施した在宅障害者の生活実態調査によると，「外出は月に1～2回」「テレビやラジオで1日の大半を過ごす」「映画館，劇場，喫茶店には3割強が一度もいったことがない」「外泊は3割弱がしたことがない」など，特徴的な結果が報告されている。

就業することが困難な在宅障害者にとって，あり余る自由時間をどう過ごしたらよいかということは，きわめて重要な課題である。レクリエーション活動は，彼らが余暇生活を充実させ，健康を維持し，社会参加の機会を拡大していく上で，すこぶる有効である。在宅障害者に対する地域ケアの一環として，多様な活動の機会と，それらに参加するための諸条件を整えることが急務である。

今回は，在宅障害者の生活実態と各地でのさまざまな実践例を通して，障害者の生活にとってのレクリエーション活動の意義，地域における日常的な活動を推進させるための具体的な方策などについて検討してみたい。

なお，話題を主として在宅障害者に絞ったことにより，「スポーツ」を「レクリエーション活動」に包含して論議したことをお断りしておく。

2 障害者にとってのレクリエーション活動の意義

飯笹　義彦
（日本肢体不自由児協会）

レクリエーション活動の定義

「レクリエーション」という言葉は，わが国において頻繁に使われてはいるが，その意義，内容を的確にとらえて使っているとはいえない。遊び，余暇の善用，労働の回復力であるとか，スポーツ，レジャーと同義語であるとか，さまざまな解釈がなされているのが実情である。特に戦前は，社会的背景によるものであろうが，「労働の結果たる心身の疲労をいやし，元気を回復するのがその目的」（『教育学辞典』岩波書店，昭和14年）のように，労働の回復力としての意義づけが，その主流をなしていた。

レクリエーションの定義は，社会的背景やそれを提唱する者の立場を反映するために，レクリエーションとレジャーの哲学，あるいはコミュニティにおける活動のプランニングといった具合に多様であるが，現在，大別すると次の２つが代表的なものといえよう。

(1) 参加者を元気づける健全で人生を豊かにする活動（例えば，J.M.アンダーソン）

(2) 余暇時間に営まれる自発的活動の総体（例えば，M.H.ニューメイヤー）

前者が個人の主体的態度に基づく価値的見地を強調するのに対して，後者は没価値的な時間的要素を重視している。これらの定義は，その時代の社会的背景，提唱する人の立場の違いからくる条件などによって左右されるので，今後も流動的に変化しうるであろう。

「障害者のレクリェーション」という立場での定義づけを考えてみよう。在宅生活を余儀なくされている障害者にとっては，日常生活のかなりの部分が余暇となり，生活即レクリエーションとなってしまうわけであるが，その場合，没価値的な時間的要素そのものをレクリエーションとして考えるだけでよいであろうか。

個人の生活を楽しみ，明るくし，豊かにするための個人的または集団的な生活行為であり，優れて主体的な活動であるという意義を強調して，初めて障害者のレクリエーションという視点で定義づけることができるのではないだろうか。レクリエーションを労働と対比して考えがちなわが国では，障害者のレクリエーションは，きわめて特殊な課題であるといえるだけに，それのもつ価値，意義を強調していく必要があると思われる。

レクリエーションの価値

障害者を含めて，すべての人びとがレクリエーションのニードをもっていることはいうまでもないが，社会から隔離されがちな障害者は，一般の人びとの半分もそのニードを満たしていないのが実情である。子供は遊びを通して成長していくといわれるが，この遊びすら障害児には充分に提供されていないのである。

さて，レクリエーションのもつ価値，効果には，どのようなものがあるであろうか。残念ながら，この分野での効果測定，評価は，まだあまり研究されていない。

個人の心理的成長といった側面からみると，社会的帰属意識の助長，成就感，

創造性，自己評価の促進，愛情，向上心の助長などがあげられる。水泳を例にとると，浮くことができたという喜びは，さらに次の冒険を試みてみようという向上心につながるし，浮力のある水の中では，今まで思うように動かせなかった自分の身体を，ちょっとしたバランスの変化で動かせるようになるという，自己評価の促進が図れるのである。これが身体機能の向上につながることはいうまでもない。

ただ，障害者のレクリエーションが病院レクリエーションから始まったといわれるように，これらの効果のみをレクリエーション・セラピーとして意義づけることには問題がある。本質的には，本人が自ら進んで参加するレクリエーション活動の中に治療効果があると考える方が適当である。

このような考え方は，近年，「セラピューティック・レクリエーション」（治療効果のあるレクリエーション）と呼ばれており，レクリエーションが障害者のリハビリテーションに役立つということが，ようやく認識されつつある。

今後の課題として

(1) 正しいレクリエーション観の確立

障害者自身はもとより，一般の人びとにも，レクリエーションの本来の意義が認められていない。遊ぶことは罪悪であるといった考え方を是正するとともに，障害者の外出の可能性，身体を動かす機会をさらに拡大していかなければならない。

(2) レクリエーションリーダーの不足

以上のような視点で障害者のレクリエーションをとらえて，実際の指導に当たるリーダーの絶対数が不足している。これらのリーダーを育成する事業が急務であると思われる。

(3) レクリエーションの場の不足

障害者の利用できるレクリエーション施設はきわめて少ない。一般のレクリエーション施設を，障害者にも利用できるように改善することが必要である。また，障害者を対象とした福祉施設のプログラムの中に，各自の活動をもっと導入することが望ましい。同様に養護学校の教育においても，その場と時間とを活かしたレクリエーション活動の実践を期待したい。

3 在宅障害者の生活とレクリエーション活動

勝矢　光信
（東京都江戸川区福祉電話相談員）

在宅障害者とその親を説得して社会につれ出すことから，レクリエーション活動が始まる。私自身，27歳まで在宅の閉ざされた生活で，ノイローゼ気味であった。電動車いすで外出してから，それまで何にもやる気がなかったのに，意欲が出てきた。レクリエーションは，心理的な問題解決から始まると思う。

’80年のカナダの国際障害者リハビリテーション協会世界会議でも，「レクリエーション分科会」が新設された。障害者のレクリエーション活動に関する情報不足の中で，各地の情報が得られ，共通の理解ができたという。報告書の中からその一部を紹介する。

国際障害者年の目標「完全参加と平等」を実現する上で，レクリエーションがクローズアップされてきた。医学や教育の中で，障害者の扱いが専門化され，一般社会と隔離されてしまった。そして，一

般社会の身勝手な合理主義がまん延して，障害者は施設や養護学校へ追いやられた。今後，いくら時がたっても，障害者と健常者の相互活動が自然に生まれてくることは絶対になく，何らかの働きかけが必要とされている。この共通の考えに立ち，さまざまなレクリエーション活動の研究発表がされたが，特に光っているのは，イギリスの実践活動である。

ボランティア任せではなく

1957年，PHAB(The Physical Handicapped and Able Bodied障害者と健常者）のクラブづくりが始まり，会員は同一会費で，同一の活動を行う。社会に呼びかける各種パンフレットの発行も行っている。各自が目標をたて，チャレンジする。障害者のレクリエーションがないわけではなく，障害者なりのレクリエーション活動をつくり，実践しているという。日本でも，障害者とボランティアの一緒の活動は増加してきている。PHABは世界各地に広まっている。

プレコングレスで指摘された事項は，まず，ボランティアに任せっきりのレクリエーション活動を行政の責任において行うべきであるということである。行政が，単に施設をつくるだけでなく，社会参加の催しの企画を行う義務をもつ。現在，行政の焦点は，レクリエーション活動の場づくりから，レクリエーション活動のための人間養成にその重点を移しつつある。

行政は，福祉関係の大学院修了程度の者を，レクリエーション活動のコーディネータとして採用し，ボランティアや関係機関および障害者の連絡調整の任務を任せている。また，仕事から放り出された中途障害者や在宅障害者のために，レクリエーション・カウンセリング，レクリエーション・リーダーの派遣，レクリエーション・セラピーや創作活動などを積極的に行っている。

統合と逆統合の接点で

次に，社会の成熟が，障害者の社会参加や社会でのレクリエーション活動に不可欠であると指摘された。成熟していない社会では，障害者は外に出ていっても，圧迫から，ふたたび家に閉じこもってしまう。そのため，社会の人びとに理解を求める社会教育が必要である。また，外出のための最低必要条件を行政が援助する義務があるという。

現在，各国とも逆統合（障害者側の企画や催しに，健常者が参加する形）は，かなり進んでいるが，統合のレベルになるとむずかしい。逆統合の問題点は，そこで満足して，一般社会に出ていかない障害者がいたり，一部のボランティアに頼りっきりになったりすることである。

しかし，とにかく一般の人びとや，障害をもつ仲間とのレクリエーション活動を通して，隔離された社会では考えもつかなかった成長がみられる。また，現在在宅障害者の75%が１人の介助さえあれば，社会の中に参加が可能と考えられている。１人でも多くの障害者が，それぞれ失敗をくり返す中で，統合のためのレクリエーション活動を行うべきであると提言されている。「出会い」と社会参加の中で，自分の立場や社会的役割，自分の将来についての展望が開けてくるともいえる。

評価方法の確立と情報収集

レクリエーション活動が，医学や教育と同等の価値や学問体系を形づくるには，評価方法を確立することであるといわれている。単に障害者の顔つきや態度が変

わった，積極的になった，などという判断ではあいまいで，相対比較ができない。

日本でも，今後行うべきことはたくさんある。コーディネータの養成，地域教育，公的機関や美術館，博物館などの環境整備，足の確保，車いすガイドブックの作成，旅行の情報提供，サークルづくり等々。

1日8時間以上，テレビ，カセット，マンガに埋もれている在宅障害者の生活を，より高次な，豊かな生活にする上で，レクリエーション活動の実践は欠かせない。

今後，各地のレクリエーション活動の情報を集め，それを人びとに提供していかねばならないと思っている。

4 実践報告〔1〕 重度障害者の自立生活とレクリエーション活動

赤塚 光子
（東京都心身障害者福祉センター）

東京都内の肢体不自由養護学校卒業生の進路の状況をみると，「就職」「進学」は年々減少し，「福祉施設」「在宅」が著しく増加してきている。

いわゆる「在宅」者には，家に閉じこもりきり，とりたててすることがない，家族の負担が大きい，といった暗いイメージがつきまとっているが，公立，私立の成人通所施設は，「在宅」に伴う弊害を，現実的にかなり軽減しているといえるだろう。だが，「在宅」よりは良いという消極的な理由で施設を利用する傾向があるのも事実で，ここに学卒重度脳性まひ者の，主体性のない受け身の生き方の一端を見るような気がしてならない。

労働報酬による自活が不可能な重度脳性まひ者は，見方を変えれば「労働」に費す時間とエネルギーを，自分の望む分野に集中できる人たちである。それぞれの能力や条件に合った，個性にあふれた生活設計がなされてよいはずである。

東京都心身障害者福祉センターでは，学卒の在宅重度脳性まひ者を対象としたグループ指導を行っているが，その目的の1つは，余暇生活そのものである毎日の生活を，自分の興味や関心ある活動で充実させることである。自分の生活に潤いと張りを与えてくれ，仲間づくりや地域社会参加への接点となるその活動を「作業活動」と呼んでいる。これこそ，出来高やそれによる報酬にとらわれない重度脳性まひ者の「仕事」であり，余暇生活を充実させるという意味で，広義の「レクリエーション活動」といっても差し支えあるまい。

「作業活動」の種目には，「電動小型和文タイプライター」「ししゅう」「手織り」「皮工芸」「編物」などがある。これらは，上肢に著しい障害がある重度脳性まひ者の1人での活動，あるいは仲間との協同活動として成立することが確かめられたもので，レパートリーは徐々に増えてきている。「簿記」や「アマチュア無線」もこれに連なるものである。

「作業活動」の技能を習得するためには，自分なりの努力と工夫が要求される。その過程で得た自信は，重度障害者が“自分の生活”をつくるための具体的な手がかりとなっているようである。それが他の生活場面にも及び，生活が多様に広範囲に広がっていった例が多くみられる。

今年度は新しい試みとして，自分たちがレクリエーションの企画，運営を担当する「自主的レクリエーション活動」の

場を設定してみた。交互にリーダーとなり，トランプ，オセロ，五目並べなどのゲームや，ゴロバレー，ゴロ野球などの軽スポーツを，とにかく楽しく実施した。自分たちの工夫と協力でつくりあげていくレクリエーション活動の意義を，体験を通して理解してもらえたようである。

重度脳性まひ者が，より主体的に在宅生活を楽しむことができるようになるには，彼ら自身の中にある依存的な態度からの脱却と，社会の受け入れ体制の整備が，並行してなされねばならないだろう。

5 実践報告〔2〕 地域の福祉施設におけるレクリエーション活動

曽根　香代子
（東京都足立区心身障害福祉センター）

当センターは，昭和54年4月に開設された。成人部は，在宅肢体不自由者を対象に，週1～3日の通所の機会を利用し，趣味・創作活動を通して，障害者が地域の中で生きがいのある豊かな生活を築くことを目的としている。当初は10名だった通所者も17名に増え，2グループに分かれて週2～3日通所している。17名中12名が在宅で，そのほとんどが家で何もしていなかった。指導プログラムは，**表25**のとおりである。

表25 指導プログラム

	月・火	水	木・金
午前	作業活動｛タイプ・陶芸／平織り・手織り	委員会｛新聞・調理／レクリエーション	設定活動｛調理・レクリエーション／茶話会(映画会)・新聞作り
午後	グループ活動｛話し合い／個別課題	運営委員会	フリータイム(手芸サークル等)

5月の通所開始と同時に，通所者を1つのグループとして組織化するため「かしの木グループ」と名づけ，運営委員会を作り，指導してきている。この委員が中心になって計画し，夏休みに喫茶店を借りてパーティーを開いたり，9月の日曜日にマイクロバスを借りて，皆で郊外に遊びに行った。

また，電動車いすの普及や仲間意識が強まってきたことなどにより，通所バスを利用しないで帰れるようになった何人かで，喫茶店に寄ったり，買物をして帰ったりといった行動もみられるようになった。

これらのことから，地域内におけるレクリエーション的なグループができつつあると思われる。

創作活動の1つとして，通所しない日の在宅時に家でできる作業として平織りを始めたところ，大変反響が大きく，いかに無為な在宅生活を送っていたかがわかった。通所日，通所日外を問わず，在宅障害者の生活すべてをとらえ，充実させる必要性を感じた。そして，昭和55年10月から，余暇の充実と自主グループ化を目指し，手芸サークルを始めた。

また，皆で作り，対外的にアピールする機関紙として「かしの木新聞」を発行した。今年も，地域の商店にインタビューに出かけたりして，意欲的にとり組んでいる。

もう1つの通所部門である機能訓練部

は，利用者の多くが脳卒中後遺症者である。6か月の訓練期間だが，終了後も同じ障害をもつ者同志の交流と自主訓練を続けるための「機能訓練部友の会」という自主グループを作り，活発な活動をしている。

以上，わずか1年6か月の実践ではあるが，在宅障害者の日常生活はすべて余暇と考えられるし，レクリエーション活動ともいえるかもしれない。その障害者が，地域で健康で文化的な生活を送るための要件をまとめると，次の2点となる。

(1) 地域内に行く所があり，行けるということ，各種施設の増設はもちろん，移動手段の確保（一般交通機関，リフト付バス，ボランティアなど）も大切である。身体的条件などで外出不可能な人には，訪問指導も必要であろう。

(2) 行った施設に仲間がいて，楽しく活動できるということ，豊かなプログラムを作り，役割がもてるとともに，在宅時や帰宅してからも家で行う課題（創作活動など）が必要であろう。

さらに，活発に余暇活動（レクリエーション活動）を振興させるために，自主グループ作りの助成や社会教育とのタイアップが，これからの課題である。

6 実践報告〔3〕 レクリエーション活動の推進方策

塚本　哲夫
（東京都障害者福祉会館）

東京都障害者福祉会館は，昭和50年に開設された広域の利用施設で，主な事業は，集会室などの利用公開，講座などの催し物の開催，相談，生活に役立つ諸情報の提供などである。障害者団体の自主的なレクリエーション活動の実践を通して，日ごろ考えていることを述べてみたい。

障害者のレクリエーションは，レクリエーション活動イコール余暇活動という一般的な範ちゅうでは捉えられない。単なる余暇活動ではなく，リハビリテーションの要素を併せ持った，障害者の日常生活上重要な位置を占める活動であるといった認識のもとに，企画，運営されなければならないと考える。

わが国においても，レクリエーション活動は，近年，急速に普及しつつあるが，欧米諸国のレベルには物心両面とも，まだまだほど遠いようである。とりわけ，障害者のレクリエーション活動については，その前提となるべき生活保障すら不充分な現状なので，まったく未開拓な分野という感じである。

障害者のレクリエーション活動を推進させるためには，とりあえず必要な方策は，以下の通りである。

1 レクリエーションの場の拡充

最近，徐々にレクリエーション施設などが増えつつあるが，障害者が利用できる施設はきわめて少ない。障害者を対象としたスポーツ施設も各地で試みられてきているが，障害者の健康維持の上からもレクリエーション活動，スポーツは有効なので，各種施設のいっそうの拡充が望まれる。

2 障害者の移動手段の確保

レクリエーション活動に限らず，障害者の社会参加の促進には，移動手段の確保が不可欠である。一般交通機関の改善，

新しい移動手段の開発に加えて，ボランティアによる介助が重要である。

3 レクリエーション指導者の養成

わが国には，障害者のレクリエーション活動専門家はほとんどいないといっても差し支えあるまい。指導者の養成と配置が急務である。

4 地域における仲間づくり

重度障害者は，行動が制約されているため，やむなく家に引きこもりがちとなる。レクリエーション活動の前提として，地域における仲間づくりが大切である。障害者が気楽に集まる場の確保，関係者による情報提供などが必要である。

最後に強調しておきたいことは，障害者の生活保障，特に経済的自立の問題である。このことが確立しないかぎり，障害者の真の自立生活はあり得ないからである。

7 討論とまとめ

金田安正（国立身体障害者リハビリテーションセンター）――レクリエーションはとらえにくい概念であるだけに，生きがいの問題としてとらえるのか，レジャーの問題としてとらえるのか，論議を整理する必要がある。

中川一彦（筑波大学）――レクリエーションを労働と対比して考えることは，時代遅れである。レクリエーションには，クリエートするための方策という側面と，プログラムの総体という側面がある。いかに方策を立て，プログラムを展開していくかということが問題なので，ことさら新しい定義をつくり出す必要はない。

中西量平（熊本県身体障害者療護施設くまむた荘）――入所者の大半が脳性まひ者である。行動が著しく制約されているので，レクリエーション活動がうまくいかない。特に寝たきりの人たちに，どんな働きかけをしたらよいのか悩んでいる。

相楽清子（大阪市救護施設自疆館）―地域の人たちとの交流を図ろうとして，いろいろ試みているが，あまりうまくいかない。地域の公共施設をもっと開放してほしい。

清水美耶子（神奈川県アガペ身体障害者作業センター）――近くにある自動車会社の労働組合主催の音楽会，運動会などに招待されたり，アガペの納涼祭やクリスマス・パーティを地域の人たちに公開したりしている。身体機能を維持するための訓練をレクリエーション的な要素を加えて実施している。

竹下一男（新潟県療護施設かなやの里）――機能訓練や作業訓練にレクリエーション的な配慮をしている。興味のある活動であれば，入所者は余暇時間にも自主的に行っている。

大漉憲一（東京都心身障害者福祉センター）――その活動が障害者自身にとって興味があり，価値を見出せるものなのか，企画や運営に主体的に参加できるようになっているのかどうかが問題なのである。

勝矢光信――在宅生活を10年も続けていると，何をするのもわずらわしくなってしまう。レクリエーション活動に参加する意欲を高めさせるためには，心理的なアプローチが有効である。

大室皐（千葉県身体障害者福祉協会）――種々の障害をもった人たちが皆で楽めるプログラムが少ない。障害に即したプログラムの開発が必要である。

アメリカはイリノイ州の女子大生で，障害者のレクリエーションを専攻しているドウン・クーパーライダーさんが，交換留学生として来日し，２か月間，日本での生活を体験して，「日本の障害者とレクリエーション」と題するレポートを書いている（日本肢体不自由児協会刊『はげみ』昭和55年10～11月号所載）。

その中で，彼女は，自分の主観的理解によるが，と前置きして，「日本の社会は仕事指向である。労働以外の時間は，休養と明日の労働のために使われる。充分に仕事をした後でないと，遊びやレクリエーション活動を行うには，うしろめたさを感じなければならない」と述べている。また，「日本では，企業が従業員のために，運動会，旅行，クラブなど，余暇活動の中まで入り込んできているのが特徴である」と述べ，したがって，就労できない障害の重い人たちのレクリエーションが発達しにくい状況にあると指摘している。

就業することが困難な在宅障害者の中でも，趣味，制作，障害者運動など，没頭できる活動をもっている人たちは，たとえ収入に結びつかなくても，生き生きとしている。これらの人たちにとって，レクリエーションは労働と対比される概念ではなく，その活動そのものが生きがいであり，生活の中核をなすものであるといえる。

養護学校卒業後，在宅を余儀なくされる人たちが増えてきている。また，再就職が期待できない中途障害者の在宅生活の問題が顕在化しつつある。従来の福祉援護サービスだけでは，対処しきれないことは明らかである。

在宅障害者の余暇生活を充実させ，社会参加の機会を拡大していくためには，地域におけるレクリエーション活動を推進することが不可欠である。

そのためには，レクリエーション活動を地域ケアの一環として位置づけること，グループ活動の拠点としての利用施設（地域の福祉施設，社会教育施設など）を整備すること，外出に不可欠な移動手段を確保すること，レクリエーション指導者を養成，配置すること，ボランティア，地域住民の協力，参加を促進すること，障害を配慮したプログラム，用具，指導法を開発すること，レクリエーション活動に関する情報を収集，提供すること，等々，山積する懸案を１つひとつ解決していかなければならないのである。

今回は，時間の制約もあり，問題の所在を検討するに留まってしまったが，これを機会に，障害者のレクリエーション活動に関する論議と開発的な実践が，各地で展開することを期待したい。

《分科会Ⅳ》 脳卒中のリハビリテーション

奥から手前に，米田，林，大田(背中)の各氏

1 問題の提起と総論

(司 会) 大 田 仁 史
(伊豆逓信病院)

脳卒中のリハビリテーション・サービスのシステムに関しては，センター構想に端を発し，専門病院と一般病院との連携，一般病院のリハビリテーション・ユニットのあり方，重症患者の滞留化に伴う終末施設でのケア，在宅ケアなど，多岐にわたる議論がなされてきています。確かに，結論はいまだ見出し得てはいませんが，それらの議論の中で，現状では，一般総合病院でリハビリテーション・ユニットを持つことが実際的で，しかも有効な手段であることが証明されてきており，さらには，その守備範囲さえも次第に明らかになりつつあることは見るべき進歩といえましょう。

しかし，横山厳氏の推計にみるように，東京には，脳卒中患者の積極的なリハビリテーションのために，なお1700床の専門病床が不足しており，一部の先進的努力も，この実態への具体的な対策になっているとはいえません。

このような現状の中で，現実には，積極的なリハビリテーションが必要な人も，維持的なリハビリテーションが必要な人も，大半はリハビリテーション・サービスを受けないままに経過しているといえます。これらの人たちに対して，いつ，どこで，誰が，どのようにケアし得るのかということを考えると，膨大な地域医療人口ではあっても，リハビリテーション・ユニットを組むことができない一般病院や診療所の機能を期待する以外にないと考えられます。

以上のような考えのもとに，一般総合病院でリハビリテーション・ユニットを組み，効果をあげておられる林先生，開業医としてのお仕事のかたわら，プライマリ・ケア学会，実地医家の会，神奈川県医師会などの理事としてご活躍しておられる西田先生，板橋区の脳卒中在宅訪問リハビリテーション事業の中でがんばっておられるPTの米田さんに，それぞれの立場から御意見を頂戴しました。

先生方には充分意を尽していただける

時間がありませんでしたが，問題がどこにあり，今後どのような方向に目を向けるべきかは浮かびあがってきたと思います。

なお，フロアから，代々木病院の二木立先生より，「一般病院でも，ささやかなリハビリテーション専門病床をもてば，リハビリテーション専門病院に送らねばならない患者は全体の２～３％であろう」という貴重な発言があり，五味先生からも，「医師会と協力して研修会を繰り返すこと，リハビリテーションの不採算性の改善などについて都に提言をしている」とのご発言をいただきました。

[2] 脳卒中医療の現状と問題解決の糸口

林　　　　弘
（東京逓信病院）

脳卒中に対する医療は，高齢化の進むわが国においては，量的にも質的にも，最も深刻な課題であるにもかかわらず，発病からリハビリテーション，さらには地域におけるアフター・ケアに到る一貫した医療サービスが，まったく形成されていない。これは脳卒中に限らず，日本の医療全般の問題でもあるが，高齢者の多いこの疾患こそ，まさに早急の対策を迫られているといえよう。

欧米から輸入された当初のリハビリテーションは，温泉地の完備されたセンターがその舞台であった。資力のある限られた患者が，狭き門をパスしてセンターに送られることがリハビリテーションであると考えられていた。いまや，ようやくリハビリテーションが日本の風土に定着しはじめるにつれて，そのニードが増大し，よりポピュラーになり，リハビリテーションの舞台は，患者の居住地内のより安上りの場所に移りつつある。

緊密な連携のもとに

現に私どもの病院を含めて，すでにいくつかの市中病院がリハビリテーション・ユニットを持って活動しており，このような動向は，今後ますます強まるものと思われる。

しかし，その反面，このような地域リハビリテーションの拠点ともいうべき市中病院の活動も，その前後，すなわち，市中病院の能力を超える障害者のセンターへの移送や，退院後の地域におけるアフター・サービスについては，系統的な連携が，いまもって確保できない現状なのである。

このような壁については，市中病院と専門施設の心ある医師たちの努力によって，最近ようやく突破口が開かれようとしつつあり，この両者の連携は，今後好むと好まざるとにかかわらず，着実に進展の方向をたどるものと思われる。もっとも厚い壁は，地域最前線の開業医諸氏や，行政機関の行う福祉活動と，われわれとの間にある。現状のままでは，せっかく糸口を掴みかけた脳卒中医療の体系化も，結局は停滞せざるを得ない。

この現状で，しからば何から手をつけるべきだろうか。

私は躊躇なく，それは地域医療の拠点である市中病院でのリハビリテーション・サービス開拓，リハビリテーション・ユニットの開設であることを強調する。

現状のように，遠くて狭き門である高級リハビリテーション・センターと，地域医療サービスとが隔絶しているかぎり，

永久に問題の解決はなく，その突破口としては，市中病院によるリハビリテーション・サービス拠点の確立以外にはないと確信する。

市中病院リハ・ユニットの実際

このような提唱には，当然次のような反論がでるであろう。

「リハビリテーションには，特殊な設備と専門職が必要であり，あらゆる面で市中病院には，そのような余裕はない」と。

私が脳卒中のリハビリテーションに手を染めたのは，専門家としてではなく，当り前の内科医として，それも，すでに50歳を過ぎてからのことで，当時はリハビリテーションに関する何の知識もなく，もちろん病院内には，そのための設備も人員もなかった。

私と看護婦と病院の廊下とがすべてであり，見様見真似の発足であった。それでも目の前の患者に何かをやらねばならぬという動機だけで，今日までおよそ10年間模索を続けてきたが，気がついてみると，脳卒中入院患者の約60%は自立して退院する現状であり，以前の自立退院患者が，わずか17%にすぎなかったことを思えば，好成績を喜ぶ前に，昔はいかに何もしていなかったかが，つくづくと反省させられるのである。

その後，言語療法士などの専門職の有志が，この活動に賛同して，パート・タイマーとして参加し，今日では，とにもかくにも市中病院での早期のリハビリテーションとしては，一通りのことができるまでになったのである。

また採算面についても，このようなやりくりの活動にもかかわらず，脳卒中患者の平均在院日数を20日あまり縮めて53日として，病床回転を格段に改善し得ている。脳卒中医療が病院経営にとってマイナスであるという通念は，少なくも私の病院に関するかぎり，完全に拭い去られたといってよい。

とにかく，手持ちの設備と人員だけでも，やる気があれば，必ず成果の挙がることは，その後，都内でいくつかの病院がリハビリテーションの導入に成功し，いまや市中病院での早期リハビリテーションが定着の方向に向かいつつあることをみても疑いない。いいかえれば，それだけのニードの着実な増大が，いまもなお続いているということにほかならない。

もちろん，ここでも，市中病院の能力を超える障害者のその後の対応，専門施設への転送などの困難は，依然として厳しいが，さりとてこの厳しさに耐えて，市中病院があえて突破口を開く役割を引き受けなければ，いったい誰が問題解決の糸口をつくり得るであろうか。

地域リハの現状と将来

以上，述べたように，脳卒中医療の流れの核心は，救急医療と早期リハビリテーションを含めて地域病院以外にないと思われるが，救急医療はともかく，リハビリテーション・サービスについては，その実現が立ち遅れていることから，それにたまりかねて，さまざまな地域活動が行われており，その努力は涙ぐましいものがある。

しかし，その実態は率直にいって，軸となるべき医師の主導性を欠くために，系統的でなく，かつ地域ごとにまちまちであり，あまりにも労力と金の無駄や無理が大きすぎると思われる。

このことは１人私の感想だけではなく，実際に活動に携わる方たちが異口同音に叫ぶところでもある。それは結局，地域ごとのリハビリテーションの拠点となる

べき地域病院のリハビリテーション・ユニットを欠き，そのうえ，地域医師たちの参加がないことが原因なのである。

リハビリテーションのように長期かつ系統的なケアを要する活動の場合，必要に応じて頼りにすべき拠点を欠くことは致命的であり，一方，最前線の開業医諸氏の参加のない単なる行政的福祉サービスには限界のあることは当然なのである。

そこで，これからの地域リハビリテーション活動のためには，次の諸点が早急に着手されねばならないと考える。

(1) 繰返し述べたとおり，まず第一に地域サービスの拠点として地域病院のリハビリテーション・ユニットが開設されねばならない。その規模，つまり設備や人員は，最初から教科書的な完全性を期待すべきでなく，できることから，まず始めるべきである。

(2) リハビリテーション専門職の地域への恒常的な支援活動が必要である。大病院やセンター内に閉じこもって高度の識能を求めるばかりでなく，また，単発的な講演や講習で事足れりとせず，パート・タイマーの形でも，とにかく恒常的に地域に進出して，ニードに応ずることである。専門職不足が口癖のようにいわれるが，もはやその時代は過ぎ去りつつあり，その偏在について深刻な反省がなければ，結局，自らの首を締める結果も招きかねないであろう。

(3) 開業医諸氏の地域リハビリテーション・サービスへの積極的参加が必要である。人口の高齢化，リハビリテーション・ニードの増大は，抗し難い地域の動向であり，地域リハビリテーション・サービスへの参加を迫られるのは時間の問題である。リハビリテーションの最終的サービスの担い手は，結局は最も身近な主治医以外にはなく，病院やセンターでの基本的リハビリテーションの成果は，最終的には障害者の生活の場での自立の成否にかかっている。前述の専門職の地域支援も，肝心な地域医療当事者の積極的姿勢と相まって，はじめてその実が挙がるのは当然である。

以上，脳卒中の地域リハビリテーション・サービスの現状と将来について，私見を述べたが，最後に改めて，その最初の着手は，何をおいても地域病院が，どんなに小規模でもよいから，できることからリハビリテーション・サービスを始めることにあることを強調したい。

3 プライマリ・ケアの任務

西田　一彦
（神奈川県医師会）

昨今，脳出血が減少し，脳梗塞が増えつつあるようである。脳梗塞は比較的老年者に多く，病臥直後からの適切なリハビリテーション訓練を欠くため，いわゆる「ねたきり老人」化する傾向が強い。

私たちの地域には，リハビリテーションとして「七沢リハビリセンター」があり，昨今は，従来に比べて，割合順調に入院できるようになったことは喜ばしいが，せっかく訓練を施し，ADLが可能になって帰宅しても，以後の継続ケアが充分行われず，数ヵ月を経ずして，寝たき

りになるケースも少なくない。

患者を中心に，開業医→市中一般病院→リハビリテーション専門病院→自宅→開業医，といった，一貫した流れがシステム化されず，それぞれの場所での成果が継続していないのが現状である。今後，社会がますます高齢化するにつれて，このことに対する，対応は急務であると考える。

保険制度と医師の認識度

そのためには，まず，第一線の開業医師が，リハビリテーションに対する関心と知識を深めて，地域の中心となって，在宅ケアを推進する必要がある。しかし，実現は，なかなか困難なのが実際で，その原因としては，次のようなことが考えられる。

(1) 開業医のリハビリテーションに対する認識が低いということ。
　(イ) 面倒である。
　(ロ) 技術がない。リハビリテーションは専門家に任せておけばよいという意識。
　(ハ) 日常診療が多忙をきわめ，手が廻らない。
(2) 過去において，リハビリテーションは専門医の仕事ではないから，手を出すべきではないという技術偏重論が大きく支配していた。すなわち，医学教育の問題，理念の問題。
(3) 現行の保険制度では，リハビリテーションに対する評価が低く，収益と結びつかないのみか，在宅ケアのために，看護婦などを動員しても，報酬の出る場所がない。ボランティア精神だけに頼っていても，永続きしない。
(4) リハビリテーション専門病院から，退院時，地域の開業医師の報告なり依頼がほとんどなく，知らないうちに退院し，月余を経て依頼を受けて往診すると，寝たきり化しているということがある。

3つのCが必要なプライマリ・ケア

その他，さらにいくつかの原因が考えられるであろうが，地域の開業医師の意識の改革こそが先決であろう。昨今，喧伝されているプライマリ・ケアの理念は，すなわちリハビリテーションの理念とも一致するものである。すなわち，プライマリ・ケアは，基本的医療であり，次の３Ｃが必須とされている。

1）継続性（Continuity）
2）包括性（Comprehension）
3）協調性（Coordination）

継続性とは，１人の患者を初診から生涯を通じてケアしてゆくことであり，脳卒中後，入院し，リハビリテーション訓練を受け，退院した場合も，相互の連携を保ち，引続き在宅ケアの中心的役割を果たすのが，プライマリ・ケア・フィジシャン（開業医）の任務である。

包括性は，その患者の歴史から家庭環境，さらには心理状態まで十二分に把握して医療を行うことであり，入院先のデータの報告を受けて，一貫性と包括性を持ったケアを展開することにほかならない。

協調性については，一般診療においても当然のことであるが，脳卒中患者のリハビリテーション訓練については，特に必要となる。すなわち，医師が中心となって，PT，OT，ナース，保健婦，ケースワーカー，ソーシャルワーカー，さらには，家族，近隣の人びとも含めた，グループによる対応が必要となる。

この協調性こそが，リハビリテーションには最も必要であり，そのことが，患

者自身の自発性を高め，自らも治療チームと協調性を持つことで治療効果も上がることであろう。

また，別の角度からみると，リハビリテーションは，残された可能性を最大限に生かしていこうとする医療思想に裏うちされていて，異常を管理し，正常の力を最大限に活用させるという考えである。

ひるがえって，われわれの日常診療をみた場合，いかに異常のみに注目し，異常を見付けようと狂奔していることか。一部の異常にのみ治療的行為を集中して，正常機能を殺している場合もないとはいえない。正常な面に注目して，生活管理や食事指導が，もっと行われるべきではなかろうか。

病院と開業医の連携システム

板橋区のように，ＰＴが存在しているということは稀有のことで，どの地域にも望めないことが問題であろう。うらやましいことである。医師会との話し合いの問題だが，現場を理解しないトップとの話し合いだけでは，うまくいかないと思う。秦野市では，公衆衛生担当の医師会理事と，市衛生課，福祉課，社会福祉協議会，および保健所との協議会の場を設け，具体的問題の討議を始めている。この会の設立の中心的動力は医師であった。

どこまで開業医の手で，リハビリテーションが推進できるかも大切なことだが，その論議の前に，病院と開業医の連携システム，コミュニケーションの確立が必要である。市中病院のリハビリテーション・ユニットが，地域の核になるべきであるという考えには同感である。

専門職のＰＴにパートできてもらう場合，その費用を誰が負担するかが，１つの問題である。特に低所得者や，生活保護者の患者では問題になる。また，費用の規準化が必要である。

脳卒中直後，自宅で直ちに二次的合併症予防のための処置が必要であるが，とかくなおざりとなり，入院後，リハビリテーション訓練に十二分の効果を挙げ得ないことがある。これは先に述べたように，医師側に問題があるが，ＰＴの不在も大きいと思われる。

４　在宅訪問リハビリテーションの成果

米田　睦男
（東京都板橋区衛生部）

東京都板橋区では，在宅療養者への訪問看護事業の一環として，昭和52年５月から，寝たきり障害者への訪問看護と必要者に対する理学療法サービスを開始したのですが，寝たきり障害者の大半が，脳卒中であることが明らかになり，翌53年４月から，新たに「脳卒中在宅訪問リハビリテーション事業」を発足させ今日に至っております。

この事業の制度などについては，’78年の本交流セミナーの席上で述べています（『’78年リハビリテーション交流セミナー報告書』に収録）ので，詳細は省きますが，要するに，48万6,000人の区民に対し，行政と医師会との話合いでもって，在宅療養中の脳卒中障害者に対し，早期に必要なリハビリテーション・サービスを実施し，寝たきりを未然に防ぐと同時に，積極的な社会参加を促すという主旨であります。

当事業は，主にＰＴが中心になって，リハビリテーション活動を行っていますが，区では，衛生部に定員２名を確保しましたが，現在，常勤は，私１人で，他は10名の非常勤（パート）ＰＴです。

そこで，今回は，２年半におよぶ事業経過の中での，なまの具体的事実を常勤ＰＴの立場からご紹介し，また地域の中から，一般病院やリハビリテーション・センターで行われている脳卒中リハビリテーションに対する要望などを述べます。

板橋区の現状と課題

(1) 主治医との関係

事業開始の頃は，医師会の先生方の間でも，この事業の受け止め方はまちまちで，まして，ＰＴに対する認識などは(今でもまだ若干残っていますが), 例えば,「衛生部へ頼めば，無料で揉み（マッサージ）にきてくれるから，頼みなさい」といったものでありました。これは，いろいろの地域の老人福祉課あたりで，お年寄りへの福祉サービスとして，あん摩・マッサージなどを実施していた名残りもあるでしょう。

病院・施設において，専門医の処方に基づいて行っているようなＰＴの感覚では，地域の中にあっては勤まらないと考え，とりあえず，正面きっての「理学療法（士）とは……」といった建前論を引っこめ，目の前の患者さんを，ただ安楽に寝かしておくのではなく，全体能力をフルに引き出して，歩いてこれらの先生のもとへ通院できるようにしてあげれば，そのうちＰＴの何たるかも理解してもらえると考えました。

最近では，こうした先生から，直接電話や文書で，「誰々のリハビリテーションをよろしく！」と依頼がくるまでになりました。私以外の他の病院勤務のＰＴが，土曜日の午後，各家庭を訪問していますが，最初の頃は，病院でのアプローチ感覚で，大上段に構えたお世話をしがちで，時々主治医との間に摩擦が生じ，あとで私自身，夜遅くまで，主治医と患者さんの誤解をといて廻ったことも幾度かありました。

ＰＴ側も地域や家庭にある患者さんの事情が病院・施設とは異なることに気づき，また，主治医もわれわれの仕事内容をみて，理解が生まれ，最近はめったに，そうしたことはありません。

ただ，私自身は，もっともっと先生方へフィードバックさせていく事柄が多いにもかかわらず，200名以上のケースをかかえ，常勤ＰＴが１人のために不充分で，ご迷惑かけてしまっています。

(2) 他職種との問題

当事業は，直接指導はＰＴのほか，必要に応じ，保健婦や看護婦も携わりますが，ここでいいます他職種とは，行政派遣でないマッサージ師や鍼灸師，柔道整復に携わる人たちです。彼らの訪問されているケースのもとへ，われわれがおもむく場合も多く，実は当区の場合にも，これらのある団体が区長のもとへ，この事業の中止を求めてみえました。

確かに，彼らの生活権がかかっているだけに，その重大性は理解できますが，われわれＰＴが訪問してみて，確かによくお世話しておられる人もいますが，多くは，たいへん問題の多い指導をしておられる人がいまして，患者さん自身，たいへん気の毒に思える時があります。

具体的には，内反尖足位の人がいて，われわれが短下肢装具の装着で，歩行能力を得るまでにしているのに，装具などは必要ないの一点張りで，そのまま歩かせて，反張膝を併発しているケースなどが，はなはだ多いわけです。

ケースは彼らとわれわれの間の板ばさみとなり，マッサージの人が行くと装具なしで，ひきずって歩き，われわれPTの訪問時は，装具をつけて，杖で独り歩きしているわけですが，「長い間の付き合い上，マッサージの先生は断われない」というわけです。

こういった時の調整は，むしろ主治医と先生方にやっていただくと，角がたたず，たいへん助かるわけです。

(3) マンパワー教育の問題

上記(2)にも関連することですが，この事業の性格は，私自身は，何も脳卒中の人を自宅でリハビリテーションできるんだといったものではなく，病院を退院してからの受け皿的性格をもつものとして位置づけています。

ところが，この発作直後に収容された病院での初期リハビリテーション・ナーシングが確立していない場合が多いために，一命はとりとめても，3～4ヵ月後，経済事情も絡んで自宅退院となった時は，すでに二次的障害に陥っているケースが多いわけです。

そこで，市中の一般病院のナースや付き添い者，一般家庭人，マッサージ師などの啓蒙・研修が必要であり，区では，年2回，この種の研修会を催してきています。そして，第一線の救急病院の医師，ナースに初期リハビリテーション・ナーシングの徹底が図られるならば，家から遠いリハビリテーション・センターへいって，あまりに長期に家庭から離れることで，惹き起こされる，いろいろの弊害の防止にも，殊に老齢患者にとっては，役立つものと考えます。

(4) 患者・家族の変化

先きほど，在宅ケアは，むしろ受け皿的な気持でお世話していると申しましたが，リハビリテーション・センターなどで，ある種の回復の限界を知らされ，しょんぼりして帰ってきている人も多いものですが，こうした人や老齢者のもとへ，われわれが訪問し，声をかけるだけでも，機能面の回復は別として，心理面での向上には目を見張るものがあります。そのことは，在宅での世話の中心になっている家族介護者への影響も大きく，月1回，保健所で開かれるリハビリテーション教室での集いでは，お互いの情報交換が，愚痴っぽいものでなくなってきています。

(5) その他の変化

とかく行政は縦割りであるとされるなかで，リハビリテーション・サービスは，横断的な総合的アプローチを必要としますが，役所の中において，医学的リハビリテーションを衛生サイドの場をかりて福祉的に展開していくさまは，役所の内部においても，横のつながりに若干の変化をもたらせつつあります。

つまり，絶えず衛生と福祉とが脳卒中者のニーズに背中合わせに位置づけられて，同一線上に並んでいるということで，このことは，将来，役所機構の中にリハビリテーション課なりの誕生を生む力へと育てたいものと思っています。

(6) 重要課題

板橋区におけるこのリハビリテーション事業は，基幹となるリハビリテーション専門病院を持っていません。どんなに受け皿とは申せ，やはり，リハビリテーション活動としては，医学的管理を断っては語れません。地域の一般主治医に一般管理をして頂きながら，われわれのこの事業のもう一方の核であるべきリハビリテーション医学管理をなすものとして，私は，医師会との話し合いで進めているこの事業であればこそ，医師会病院の中に，リハビリテーション・ユニットが確保されることを望んでおります。そのた

めには，行政も，施設・設備への援助を図る用意があってよいと考えます。

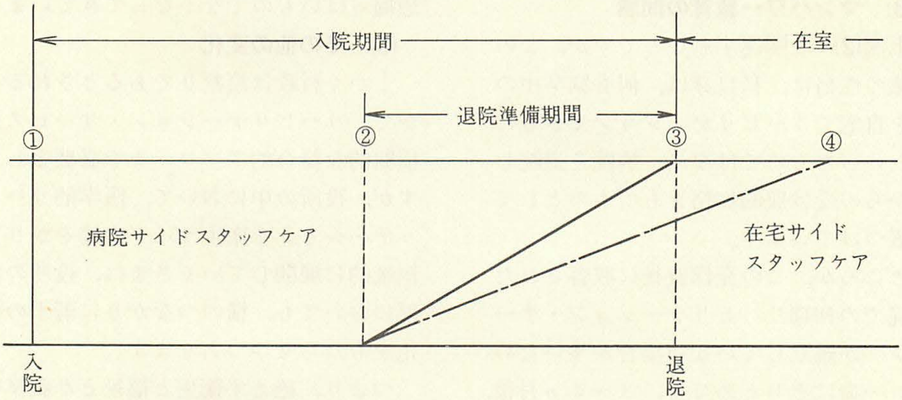
一般病院・リハセンターへのお願い

在宅サイドでのリハビリテーション活動をしておりますと，病院センターなどで行われているリハビリテーション活動が空しく思える時が多々あります。

そうした中で，それら関係者の方々に，ぜひとも以下のような点に留意していただけたら，皆さまの努力が地域在宅患者へ生かされ，ひいては，本人のリハビリテートに寄与できるのでは，と考えます。

1) 退院に当たっては，退院前の準備期間を必ず設けて，その間に，家族や，できたら地域の保健婦なども参加（オーバーラップ）できるようにしてください **(図13参照)**。

図13 退院への働きかけ（オーバーラップ）



①：入院は突然予期せずくる場合がほとんど

②，③：しかし退院は予期できること故，在宅スタッフ（家族や保健婦など）を病院へ呼び，単なる退院前日のオリエンテーションではなく，老人等は殊に時間をかけ，在宅スタッフにケアの実際をやってもらい，その確認ができて退院へ

④：理想的にはこの④の時点，すなわち，退院後も暫らく病院スタッフが在宅へ訪問して，病院サイドケアを終了すると助かる。

従来はオーバーラップと云えば②～③の間と考えられがちであるが，②～④の間と考えたい。

2) 退院通報を紹介医，またはホームドクター，地元の保健所，または自治体衛生関係部署，へ出してください。

3) 高齢者に対しては，あまりに多くの専門家が専門すぎるアプローチを長くダラダラとやりすぎないでください。在宅患者に関しては，それ程専門家はいないのです。

4) 間歇入院の方法をとらせてください（これは避寒，避暑のための入院ではありません)。

5) 専門病院・一般病院・開業医間の隔りがありすぎます。この穴をうめる人を早くはっきりさせてください。

6) 専門病院の専門職の皆さんは，もう少し地域へ出てきてください。在宅患者の生の姿（生活）を見てくだされば，病院でのリハビリテーションのアプローチのスタイルも変わるのではないでしょうか。

《分科会Ⅴ》 障害者の経済的自立の諸問題

左から調，橋本，高藤，磯部，飯川の各氏

1 問題の提起と総論

（司 会） **調 一 興**
（東京コロニー）

わが国の各種リハビリテーションは，まだまだ多くの問題があるとはいえ，その制度や技術水準は，国際的にみても，それほど劣っているとは思えない。比較的高い水準にあるのではないかと私は思う。

だが，そうであるにもかかわらず，現実の障害者の生活の諸条件は，国際的にみても，きわめて低い水準におかれたままであって，「完全参加と平等」とは，ほど遠いところにあるというのが，わが国の実情である。約200万人の身体障害者のうち就業していない者が67.7%，134万人もあり，18～64歳の稼働年齢層（115万人）でも就業率は46%台である。

しかも，常用雇用されている身体障害者は，全体の8分の1，約25万人であり，精神薄弱者は36万人のうち1割にもみたない3万1,000人ほどである。

わが国の，これまでの障害者対策の中心は，職業的自立におかれてきたことは周知の事実であるが，その評価はともかくとして，この現実は新たな施策の必要性を示しているといえる。

年金受給者136万5,000人のうち，もっとも低額の国民年金の受給者は94万5,000人であり，国民年金受給者の約70%が福祉年金受給者であることからみて，稼得収入がないか，あるいは低額な場合，障害者の生活は，まず成り立たない。このため多くの障害者の生活は，親や親族の扶養によるか，施設に入所するか，生活保護の受給者となるか（身障者の受給者は9万8,000人で，一般の4倍の受給率である）のいずれかの選択しかないというのが実態である。

このような現状を抜本的に改善して，経済的側面からの客観的条件を充足しなければ，障害者の自立は達成できず，「完全参加と平等」は，絵にかいた餅に終わることは自明である。

所得保障制度の現状と問題点

わが国の所得保障の現状とその問題点

についての理解をたすけるために，**図14**を参照されたい。

この資料でもお解りのように，わが国の所得保障体系は３つの柱から成っている。すなわち，①社会保障，②公的扶助，③児童手当――である。障害年金受給者の約半数が受給している障害福祉年金は，年金と称されてはいるが，制度的には公的扶助の中にあり，その他の手当（社会手当）として位置付けられているのである。

他の年金は，いずれも拠出制が原則となっていることから，所得制限もないのに対して，福祉年金は，原資が税金であるという理由で，その額は最も低額であり，そのうえ本人および扶養者の所得制限が厳しく行われることになっている。この点をどのように変えていくかということを中心眼目において，年金制度全体の改善を図ることが求められているのである。

今後の方向（発想の転換を）

所得保障の問題を一般論として論じる時，その総論に反対する者は，まずいない。だが，現実の問題として，各論をつめる段階になると，とたんに消極的な態度に変わる（現実に困っている障害者を除いて）というのが，どうもわが国の現実のようである。国家財政の厳しさとか，急激な高齢化社会に向かって年金財政は破綻するなど，政府の宣伝が相当浸透している。さらに能力主義や怠け者論がこれに加担する。

ところが，施設をどんどんつくり，障害者を収容して処遇することは，意外に簡単に受け入れられるのである。最近では生涯収容施設が急速に増え，従来の通過的施設（授産施設など）も長期収容施設化している。施設増設に反対している

図14　所得保障の体系

所得保障
- 1 社会保険（金銭給付）
  - 年金保険
    - 1 厚生年金保険（一般被用者）
    - 2 船員保険
    - 3 国家公務員共済組合
    - 4 公共企業体職員等共済組合
    - 5 地方公務員等共済組合
    - 6 私立学校教職員共済組合
    - 7 農林漁業団体職員共済組合
    - 8 国民年金（一般住民）
    - その他
      - 厚生年金基金（加入者）
      - 石炭鉱業年金基金
      - 農業者年金基金（農業者）
  - 雇用保険（失業給付）
  - 災害補償保険（業務上の負傷・疾病）
- 2 公的扶助
  - 生活保護
  - その他の手当（社会手当）
    - 国民年金（無拠出福祉年金……老齢・母子・準母子・障害）
    - 児童扶養手当（母子家庭）
    - 特別児童扶養手当（重度精神薄弱児・重度身体障害児・重度内部障害児等の養育者）
    - 福祉手当（重度精神薄弱者・重度身体障害者）
- 3 児童手当　児童手当（一般国民）

資　料：「国民福祉の動向」厚生統計協会，1978年

わけではないが，どこか狂っているような気がしてならない。

本来，障害者の施設は家庭や地域で自立した生活をするためのリハビリテーション（訓練）の役割と説明されてきている。ところが現実の動きは逆である。障害者自身への経済給付は，わずかに改善されたにすぎず，施設に入所するほかはないという構図は，そのままである。

わが国と欧米先進国との比較で，きわだって目立つ差異は，それらの国が，ワークショップやシェルタード・エンプロイメントは発達し，数も多いが，施設収容は極力さけるという考え方に徹していることである。そして，当然のことながら，所得保障や住宅の提供，ホーム・ヘルパーや訪問看護などの制度がその背景にあって，障害者の自立生活を支えているのである。

これらの国でも，かつては収容中心・コロニー村づくりなどの方策が中心となっていた時期があり，それを今日のような形に改めたという経過はあったのであり，この経過の中から，われわれは正しく学ぶことが必要である。

ここ数年来，わが国でも在宅福祉ということが盛んにいわれるようになっており，その施策もメニューは増えてきてはいる。しかし，肝心の障害者自身の生活経済が成り立たないのでは，本当に生きた施策とはなるまい。

プライバシーの放棄と引き替えに，食費や日常生活費の現物給付と，専門職員の介護などのサービスの受けられる施設へ入所するコースを選ばざるをえないからである。

障害者の自立の方向は，所得保障，在宅サービス，施設サービスなどが有機的に機能して，初めて軌道上にのるのである。

わが国の障害者対策は，こうした意味で発想の転換が必要であり，所得保障の確立は，当面の最重点課題であると考える。

---

2 障害者への年金・手当の問題点

橋本　司郎
（朝日新聞編集委員）

障害者にとって，年金や手当は，重要な生活の支えである。だが，わが国の現状からみると，金額からみても，あるいはその性格，意味づけからみても，けっして充分とはいえない。まず，現在の年金・手当の実情を知っておきたい。金額は55年10月末に成立した改正法に基づくものである。

◇ 年金部門

1．厚生年金の障害年金

厚生年金加入者（民間サラリーマン）が在職中の傷病によって廃疾状態になったときに支給される。廃疾の程度に応じて１級から３級までの３段階に分かれており，２級が老齢年金と同額，１級はその125％，３級は２級の75％である。３級障害年金には最低保障があり，月額４万1,800円である。

2．共済年金の障害年金

公務員などの共済年金には，公務上，公務外の廃疾年金がある。公務外の廃疾年金が厚生年金の障害年金とほぼ同様の内容である。

3．国民年金の障害年金

国民年金加入者が，加入中の傷病によって廃疾状態になったときに支給される。１級と２級に分かれ，２級が老齢年金と

表26 所 得 限 度 額

（単位：千円）

扶養親族数		0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人
本人	収入	1,664	2,164	2,578	2,992	3,355	3,717.5
	所得	1,014	1,364	1,654	1,944	2,234	2,524
扶養義務者	収入	7,537	7,814	8,050	8,287	8,523	8,760
	所得	5,733	5,982	6,195	6,408	6,621	6,834

同額，1級はその125％であるが，最低保障額が定められており，1級は月額5万2,250円，2級は4万1,800円である。現在支給されているのは，すべてこの最低保障額である。

4．国民年金の障害福祉年金

国民年金加入前，つまり20歳未満の時の傷病によって廃疾状態になった人に，20歳に達した時から支給される。先天性廃疾も，その対象となる。1級と2級に分かれており，1級は月額3万3,800円，2級は2万2,500円である。2級は老齢福祉年金と同額である。障害福祉年金には，本人または扶養義務者の収入に応じて，その支給を停止する「所得制限」の規定がある。その所得限度額は，**表26**のとおりである。

◇ 手当部門

1．福祉手当

重度の障害のために負っている特別の負担の軽減を図ろうとの趣旨で，日常生活において，常時介護を要する重度の障害児(者)に支給される。月額9,250円である。1級障害福祉年金および特別児童扶養手当受給者の約65％に支給されている。所得制限が適用される。

2．特別児童扶養手当

障害児を扶養する者に支給されるもので，重度（国民年金の1級障害年金と同程度）の場合は，月額3万3,800円，中度（同2級）は，2万2,500円である。これは障害福祉年金と同額であり，20歳未満の障害児にも障害福祉年金と同じものを支給しよう，との考え方である。所得制限が適用される。

◇ 生活保護部門

1．障害者加算

身障1級と2級は月額1万8,900円，同3級は1万2,600円である。障害年金，障害福祉年金が収入認定され，生活保護費から控除されるため，その一部を補うための加算である。

2．介護加算

月額9,250円で，福祉手当と同額である。福祉手当が収入認定されるため，その代りに支給される。

3．家族介護料

月額6,340円で，同一世帯のものが介護に当たっている場合に加算される。

4．他人介護料

身障1級の人が他人の介護を必要としている場合に，月額3万900円の範囲で加算される。

◇ 保険部門

心身障害者扶養保険制度は，障害児の保護者が加入し，保護者の死亡後に月額2万円（2口加入で4万円）が支給される。

実際の支給には格差が

これらの年金や手当には，障害による稼得能力の喪失に対する所得保障の意味と，障害があるために出費を強要される

ことへの補塡の意味があると思われる。しかし，どの場合でも，金額的に見て，その目的を果たし得るかどうか非常に疑問である。この低額であることが第一の問題点である。

第二の問題点としては，これらの年金・手当の実際の支給に当たって，障害者間に格差が生じていることである。障害年金を例にとると，同じ１級の年金でも，制度によって，次のように格差がある。

厚生年金	６万4,830円	(54年12月新規受給者の平均)
国民年金	５万2,250円	
福祉年金	４万3,050円	(福祉手当を併給)
	３万3,800円	(福祉手当なし)

このうち，とくに問題なのは，福祉年金には所得制限が適用され，他の年金には所得制限がないことである。このため，厚生年金や国民年金の障害年金受給者は，自活への努力をした場合，〔年金＋稼得収入〕が実際の収入になる。

ところが，福祉年金の受給者は，先に記したような所得限度額を超えると，福祉年金が支給停止となる。つまり，自活への努力は，年金の切り捨てという結果となって跳ね返ってくる。これでは障害者の自立努力を否定するものである。

福祉年金の受給者は，出生時から20歳に達するまでの間に障害を得た人が大半であり，厚生年金，国民年金の受給者は，成人後の傷病によって廃疾となった人びとである。傷病の発生した時期によって，一生の年金に差別をつけることは合理的ではない。

所得把握にバラツキがある

所得制限は福祉年金以外の手当にも適用されている。例えば，特別児童扶養手当であるが，一定以上の所得のある扶養義務者には支給されない。高所得者には，全額国費による手当を出さない，との考え方は，一見もっともにみえるが，必ずしも合理的とはいえない。

まず，所得の把握そのものにバラツキがあり，いわゆるクロヨンという言葉が示すとおり，給与所得者とその他の業態の人びとの所得捕捉率に大きな差のあることは公知の事実である。このため所得制限は給与所得者に特に厳しくなっている。

また，所得制限にかからないようにするために，世帯分離などの手段が取られているケースもある。これは障害者の福祉にとって好ましくないことである。

ちなみに，障害福祉年金の所得制限による支給停止は，54年12月現在で，１万3,808件，その内訳は本人の収入によるもの１万379件，配偶者，扶養義務者の収入によるものが3,429件である。これは受給権者の2.27％にすぎない。これだけの障害者を年金から締め出すことが，財政的にどれほどの意味があるというのか，考え直す必要がある。

障害年金と福祉年金を一本化

障害者への手当，年金には，このほか問題も多いが，とりあえず次のことを提唱したい。

それは，国民年金の障害年金と福祉年金を一本化し，国民年金の障害年金に統一することである。これによって不合理な所得制限がなくなり，現在の福祉年金受給者も，国民年金と同額の年金を手にすることができるようになる。

同時に，手当における所得制限も撤廃することが必要である。こうすれば，同一の障害に対しては同一の保障，という原則ができる。そのうえで，さらに内容の改善を図っていくべきだと考えている。

③ 障害福祉年金はいくらであるべきか

高　藤　昭
（法政大学）

障害福祉年金の額がいくらであるべきかは，その基本的性格をつきとめることによって，はじめてあきらかとなる。宮訴訟第一審判決(東京地裁，昭49．4．24)では，原告側は，それを最低生活保障的性格のものと主張したのに対し，国・裁判所は，それを否定して，所得の上積み保障的なものとみた。裁判所がそのような性格判断をした根拠の1つには，その時点での同年金の額の低さがあったが，これは本末転倒である。

額を規定する同年金，すなわち無拠出年金の基本的性格は，それが社会保障発展史上にあらわれた沿革ないし由来をたどるとともに，他方社会保障の理論をふまえたあるべき社会保障の全体構造との関連でとらえられるものである。

A　障害福祉年金＝無拠出年金の性格

《結論》――障害者に対する年金の形をとおした最低生活保障。

《論拠》

(1)　沿革的根拠

無拠出年金は，世界における社会保障発展史上，社会保険の先駆的制度で(1891—デンマーク，1898—ニュージーランド，1901—オーストラリア，1905—フランス，1908—イギリス)，従来からの前近代的，屈辱感つきの補足性の原則（ミーンズ・テストつき）に立った公的扶助制度にとって代り，定期・定額の形で最低生活を保障しようとして，あらわれたものである。

社会保障の発達は，やがて無拠出年金の存在意義を薄れさせてはゆくが，今日においても，なんらかの理由で社会保険の適用を受けることができなかった者――特に障害者――のためには，無拠出年金は，上記のような役割を担うものとして必要不可欠なものである。

(2)　社会保障構造上の根拠

① 今日の所得比例・拠出制年金には，年金額に最低保障制が導入されている（厚生年金の障害年金では，月額4万1,800円）。これは拠出額が，なんらかの理由で少なく，したがって年金額が低い者にも，その下支えをして，年金による最低限の生活保障をしようとする制度と認められる。そうだとすれば，その延長上に，拠出のまったくなかった者にも，その形で最低生活を保障する無拠出年金があらわれなければならない。しかも，拠出のまったくないような人は，多くの場合，生活困窮者が多いと推定される。

② 年金を受けながら，その額が最低生活を保障するに不足で，そのため，さらに生活保護をも受けなければならないとしたら，年金制度としての意味はなく，また制度的重複である。

(3)　憲法上の根拠

宮訴訟でも堀木訴訟控訴審判決でも，最低生活の保障のためには生活保護法があるから，福祉年金は僅少額であっても，憲法25条1項には違反しないという考え方をしているが，これは，もはや時代錯誤である。同項は，いまやどのような形でもよいから最低生活を保障すればよいというものではなく，上述の無拠出年金

のような，より近代的，人道的，合理的方法で保障することを要請しているものと解される。生存権原理の発展的性格は，その保障水準とともに保障方法の発展の面にも及ぶことを銘記しなければならない。

B　障害福祉年金の額のあり方

障害福祉年金が無拠出年金の１つとして，上記のように年金の形で最低生活を保障することを基本的性格とするものととらえれば，その額は，同一性格の年金最低保障額，さらに生活保護基準と一致させられるべきことになる。

現在この２つ自体に差があるが，より明確な公定の最低生活費とみられる後者は，障害者については，基準生活費に障害者加算を加えた額とされる（「生活保護法による保護の基準」昭38．４．１厚告158)。そして，障害者加算には，以下のような種類がある（昭和55年度)。

(イ) { 重度障害者加算=1万8,900円(月額)
　　　中等度障害者加算=1万2,600円(〃)

(ロ)　同一世帯員による重度障害者介護手当＝6,340円（月額）

(ハ)　特別重度障害者介護手当＝8,000円（月額）

(ニ)　介護人手当＝最高3万900円(月額)

生活扶助基準は，年齢，性などによって異なり（必要即応の原則)，また世帯単位で計算されるため，受給者によって，額はまちまちであるが男，20歳—40歳，１級地の単身，重度障害者の場合，上記(ロ)〜(ニ)を除外すると6万7,370円（月額）となる。

これに対し，現在の障害１級の福祉年金月額は　2,300円にすぎない。

上に述べたように，障害福祉年金額は，とりあえずは，この生活保護基準にみあうものとされる必要がある。しかし，この生活保護基準自体，まだ充分なものとはいえない面がある。

一般に障害者は，健常者に比し，最低生活を確保するについて，次のような特別のニードをもつ。

(1)　タクシー利用度の高さなど，健常者ならば必要としない多額の支出が要請される。

(2)　多額の介護費を要する。

(3)　親族による介護は，その介護する親族の就労所得を奪う。

生活扶助基準の障害者加算は，この特別の障害者のニードに対応していると説明されるかもしれないが，額は明らかに低く，特に前記(3)の損失補償面は，ほとんど配慮されていないといえる。

C　外国の立法例

ここ10年ばかりの間に，かなりの改善がなされているイギリスの例で説明すれば，次のようになっている。

障害者に対する給付は，拠出制と無拠出制に分かれる。

(1)　拠出制

退職年金と同様に計算される年金（Pension）と，障害になった年齢に応じて異なる均一額（障害になった年齢が低いほど高い）の手当（Invalidity allowance）が支給される。年金は次のような部分からなる。

均一額（単身者・週17.50ポンド，1978）＋所得比例部分＋扶養加算

(2)　無拠出制

(イ)　無拠出障害年金（NCIP）——拠出制の恩典に浴することができない障害者に支給される年金。拠出制の３分の２の水準で，78年で週 10.50ポンドの均一額と扶養加算。

(ロ)　付添手当（Attendance Allowance）——昼夜付添を要する重度障害者に

支給される均一額給付。78年で週14ポンド。

(ハ) 障害者介護手当(Invalid Care Allowance)付添手当受給者の親族で介護のため就労できないものを対象とする給付。(イ)と同額。

(ニ) 障害者移動手当 (Mobility Allowance)——歩行不能の障害者を対象とし，78年で週10ポンド。

以上のように，イギリスでは，拠出制としては，退職年金と同一計算による年金と，障害となった年齢別の手当，無拠出制としては，拠出制年金の3分の2の年金，それと同額または同額に近い介護手当，移動手当，さらに，それを4割ほど上廻る付添手当があり，わが国からみれば，きわめて手厚いものである。

しかし，イギリスにおいても，このような措置がとられるに至ったのは，ここ10年ほどのことであり，わが国としても，これを目標として，制度を前進させてゆくべきである。

〔なお，無拠出年金の法的性格に関しては，拙稿「無拠出年金の法的性格とその社会保障法上の地位」(『社会労働研究』21巻3・4号，1975年所収）を参照いただければ幸いです。〕

4 当面の所得保障についての提案——障害者の立場から

磯部　真教
(東京青い芝の会)

障害者の所得保障が，どうあるべきかについては，これまで具体的な提案をしてきたので報告し，皆さんのご意見をお聞きしたいと思います。

障害者と経済給付ということが問題になるのは，職業に就けるか否かということで起こっています。すなわち，生活できる賃金を得られるだけの稼得能力があるかないかということと深い関わりがあります。

ところが，福祉年金を含む経済的な給付をはじめとする「公的諸サービスの受給権が，障害等級によって決定される」仕組みに現状はなっています。この障害等級評価が，社会的あるいは経済的不利益を中心とした評価基準になっていないために，多くの矛盾を生み出しています。

A　サービス受給権の公平化

特に，脳性マヒ者のような場合には，手の不自由さに加えて言語障害を伴うため，職業に就くことが困難な実態にありますが，障害等級は5級，4級になっており，経済給付をはじめ，公的諸サービスが受けられない状況に放置されています。

この問題について，私たちは，過去18年間にわたって，厚生省や東京都と話し合ってきましたが，「障害等級を社会的経済的不利益という観点を中心にした基準に改善せよ」との主張に対して，「話しはわかるが，難しい」という見解を明らかにするだけが現状です。東京都においては，施策の面で，若干のサービス拡大を実施していますが，基本的には変わっていません。

一方，国連が明らかにした国際障害者年の勧告は，これまで私たちが主張し続けた内容を明らかにしています。まず，その目的の中で「完全参加と平等」とは「社会生活，社会発展による利益を（日本でいえば，健全者といわれる人たちと）

等しく与える」という内容として唱われています。

また「障害とは何か」について日本では，目のみえない人，耳の聞えない人，身体の不自由な人，それと内部障害の4つに，なんでも押し込めてしまうが，国連勧告では，「障害者とは等値のグループではなく，それぞれが違った問題をかかえ，異なる解決方法を求めている」とし，さらに，障害をどう分けるかについては，「個人の具わった特性としての損傷，その損傷が惹き起こす機能的制約としての障害，そして障害がもたらす社会的結果である不利益に区別されるべきである」と指摘し，別な項目では，「障害を個人とその置かれた環境との関係として捉えることが建設的な取り組みである」と積極的な姿勢を明らかにしています。

これらの勧告内容を踏まえて，障害者の置れた現状を，事実に基づいて分析した上で，解決方法を考える必要があります。脳性まひ者に代表される幼い頃からの障害者で稼得能力の低い（ない）場合には，労働省の身障者雇用促進とその拡大の対象外におかれています。なぜなら労働省は「企業への雇用は，生産性を無視することができない」と説明しているからです。また職業訓練校でも，「脳性まひの場合には，障害等級が軽く（5級）ても職業に結びつかないが，車いす使用者（1級）でも，手に障害がなければ，設備の改善などによって一般雇用につながる」と報告されています。

こうした事実は，労働省の障害者に対する認識とその基準が，厚生省の等級評価との間に大きな差，矛盾があり，この問題の解決が，なによりも先に行われることが必要かつ急務な課題です。

B　所得保障と最低生活基準額

さて，経済給付の必要性は，前述したように，職業的ないわゆる経済的自立の不利益から起こっています。また，人間の独立と自由，責任を負うことの獲得，《自立》への願いを，地域社会の中で暮らしたいということと相まって重要になってきています。

障害者が，いま人間としての独立や自由を獲得しようと思えば，生活の糧として，生活保護制度に依存せざるを得ません。しかし，この制度は，人間の独立とか自立を助けるものではなく，経済的自立を稼得能力のない障害者に強要し，自らを自覚させることを妨げるばかりでなく，創意工夫を失わせながら，無責任な物取り主義的方向へ押しやっています。現在，全国で1人で20万円を超える生活保護費を受け取っている者がいます。その内訳は，24時間全面介護を主張させ，他人への依頼，依存を生活の中心にすることを余儀なくされています。そうしなければ，生活できる経済給付額に達しないからです。

私たちは，金なら何んでもいいという考え方と人間の誇りを奪う立場を否定します。

そこで当面，福祉年金と福祉手当を合せた額が，生活保護費の基本生計費と障害者加算を合せた額にして独立させることが必要だと考えます。（金額としては7万円程度）。

同時に，本人の実情に合わせて，生活保護の住宅費，介護費，医療費などの一部適応を他制度確立までの間は実施することです。また，稼得の実態によって，（必要経費を除いた上で）所得制限の導入を図ることも忘れてはなりません（例えば，5万で1/5，7万円で2/7，10万円で3/9）。

C　所得保障のあるべき方向

次に，所得保障の在り方について考えてみますと，日本の所得保障制度は，社会保障原理に基づいて構成されています。共済年金，厚生年金，労災年金などが，この仕組みになっており，なんらかの原因によって，身体的に稼得能力を失った場合に，生活できる年金が生涯保障されます。

こうした制度の仕組みを私たちのような幼い頃からの障害者の場合に，同様のものをつくることができないものかと考えてみますと，扶養共済保険制度というものを生かすことができないものかとの考えになります。

この制度は，障害児を持つ親が掛金を支払い，親の死後に年金を受け取る仕組みになっています。結論として，次のようにいうことができます。

(1)　この制度を幼い頃からの障害者で稼得能力のない人たちの所得保障の1つとして位置づけることです。

(2)　年金支給年齢を親の死後ではなく，30歳前後とすることです。

(3)　障害児とわかった時から親の強制加入とし，掛金は，親の年齢に関係なく一律とし，支払うことができない場合には，免除措置を考えることです（親の責任を明確に)。

(4)　国のこの制度に対する助成，補助を50%程度に引き上げることです。

こうして，この制度と福祉年金との併給によって稼得能力のない障害者の場合には，月額年金を9万円程度にすることが望ましいと考えます。

なお，Bで述べたように，所得制限は導入すべきです。

最後に，この制度を確立していく1つとしては，未加入者の特例措置を設けるとともに，制度発足当時にさかのぼって保険料を支払うことができるようにし（約10年)，これに国民年金や厚生年金を通算して（約20年)，加入年限を25～30年で支給できるようにすれば，多くの問題が解決すると思われます。

5　働く障害者の経済的保障の問題点

飯　川　勉
（全国授産施設協議会）

障害者という言葉は，先天的か否かにかかわらず，身体的または精神的能力の不全のために，通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが，自分自身では完全に，または部分的にできない人のことを意味する（「障害者の権利宣言」より)。

わが国では，障害者全体の状況は把握されておらず，特に就業の状況は，身体障害者と精神薄弱者の一部についての調査結果によってしか判断できないことを前もってお断りしておく。

障害者の就業と所得の状況

厚生省の昭和55年2月の調査によれば，18歳以上の身体障害者197万7,000人のうち，就業している者63万8,000人，就業率32.3%であり，10年前の44.1%よりかなり低下し，一般の雇用率64.4%を大幅に下回っている。

就業している身体障害者の就業形態の内訳は，昭和45年の調査によれば，自営業が41.8%（うち雇人なし35.4%)，一般雇用が36.5%，その他が21.7%となって

おり，収入が安定している就業者は半数に満たないことが推定できる。

労働省の昭和53年10月の調査によれば，民間事業所における身体障害者の平均給与は15万5,900円（男子16万8,100円，女子9万700円）で，一般給与の16万8,000円（男子19万5,200円，女子10万8,700円）よりやや低くなっているが，精神薄弱者の場合は，7万6,700円（男子8万1,400円，女子7万500円）と著しく低くなっている。

全国授産施設協議会の昭和54年4月の調査によれば，授産施設における身体障害者の平均工賃は2万5,000円，精神薄弱者は6,000円，福祉工場の場合でも8万6,000円となっており，通常の雇用に比べ福祉サイドでの所得が比較にならない低さであることを示している。ただし，施設収容の場合は現物給付4万8,470円があるので，実質給付としては身障者7万3,500円，精薄者5万4,500円ということになる。

自営業者の大半は，雇人なしということから，勤労収入より低いことが推察できるし，その他の就労者については，ほんの小遣い程度の収入であろうと推察できる。

自立障害者の経済的保障の基準

以上のように就業障害者の半数以上が，その稼得収入のみでは経済的自立が危ぶまれるとすれば，就労する障害者に対する最低の生活を保障する制度が必要となってくる。

現行制度では，拠出制年金による中途障害についての保障は，ある程度なされているが，国民年金加入前の障害者に対する保障は，補充的なものであり，主計費をまかなうに足る保障としては，家計に破たんを生じた世帯に対する生活保護があるだけである。

これでは障害者がいつまでたっても親ばなれして独立することはできず，一家が崩壊して，はじめて自立の機会に恵まれることになるのである。憲法や心身障害者対策基本法にそって，障害者の個人の尊厳を保つにふさわしい処遇を行うとすれば，すべての障害者は成人となった時点で，自立するに必要な生計費として，単身世帯の生活扶助料に相当する基礎年金が支給され，障害の種類や程度による加給と，勤労収入その他の所得の半額を調整減額するような制度および住宅保障が考慮されてしかるべきである。

参考までに，東京都中野区在住の男子20〜40歳，単身者の場合を例にとって，生活扶助を受けて働いた場合の収入月額を基準とし，生活保護を受けずに各種年金の最低額を受給して働いた場合を想定し，必要な勤労収入月額を比較すれば，次のようになる。

(1) 生活扶助を受けて働く場合（障害者加算その他一切の加算がつかない最低額の場合，ただし，家賃は最高額で計算）

生活扶助料	48,470円
住宅扶助料	34,600円
勤労者基礎控除	18,530円
計	101,600円

(2) 障害福祉年金受給者の勤労収入必要額(10万1,600円から年金を差引いた額。以下同じ）

身障等級1級	67,800円
〃 2〃	79,100円

(3) 国民年金の障害年金受給者の場合

身障等級1級	49,350円
〃 2〃	59,800円

(4) 厚生年金の障害年金受給者の場合

身障等級1級	44,350円
〃 2〃	54,600円

身障等級３級　　59,800円

(5)　労災補償年金受給者の場合

身障等級１級　　32,137円
〃　２〃　　39,967円
〃　３〃　　47,087円
〃　４〃　　54,207円
〃　５〃　　60,660円
〃　６〃　　66,890円
〃　７〃　　72,452円

(6)　授産施設に収容された場合

食費公費支給者は

上記金額より48,470円減

食費自己負担者は

上記金額より19,480円減が勤労収入として必要になる。

以上のことから，働かずに生活扶助料を上回っている年金は障害年金１級と労災年金１～３級であり，その他の障害者は毎月少なくも２万～３万円プラス家賃相当の収入をあげないかぎり，生活保護の水準を下回ることがわかる。すなわち，大多数の障害者が，たとえ働いたとしても，施設収容者か扶養家族かの道を選ばざるを得ない状況にあるということであり，経済的保障と住宅保障なしに障害者の自立はないことを示している。

第 4 部

《報　　告》

第14回国際障害者リハビリテーション協会世界会議……………………………小島　蓉子… 151

世界会議前セミナーについて　[1]　医学セミナー…………………………五味　重春… 158

[2]　工学セミナー…………………………岩倉　博光… 162

[3]　社会セミナー……………………トム・ペイトン… 166

[4]　職業セミナ……………………………高木　美子… 170

第14回国際障害者リハビリテーション協会世界会議

小　島　蓉　子
（日本女子大学）

世界各国の公私のリハビリテーション関係機関，障害者団体，専門職者らの参加により，政治的中立性とインターディシプリナリーな組織性とを原則とする世界最大の規模と，最も古い歴史をもつのが，国際障害者リハビリテーション協会の主催する世界会議である。

今年，第14回の世界会議が，カナダのマニトバ州の州都，ウイニペグで開催されたが，振り返れば，この世界大会には，51年の歴史が刻まれた。世界中の都市に開催地を変えながら，守り続けて来たリハビリテーションの科学と実践における国際交流の半世紀は，そのままリハビリテーションの世界史を物語るものともなる。

本稿は，国際リハビリテーション会議史を通じて，読みとることのできる世界のリハビリテーションの動向と，1981年に来るべき国際障害者年を目前にして開かれた今回の，第14回会議の特質を中心に述べたいと考える。

なお，大会以前にカナダ主要都市に分散して開催された専門分野別委員会主催のプレコングレス・セミナーについては，医学セミナー：五味重春氏，工学セミナー：岩倉博光氏，社会セミナー：トム・ペイトン氏，職業セミナー：高木美子氏にそれぞれ報告をお願いすることとした。

I　国際障害者リハビリテーション会議略史と，主体性擁護運動の到達点

国際障害者リハビリテーション世界会議は，第一次世界大戦後，おびただしい戦傷者が治療と社会的地位の回復のための医学と社会復帰を必要としていた欧州社会が，それに加える大恐慌によって援助方策は苦境に追込まれ，共通の課題に直面するヨーロッパ各国の専門家の相互討議によって，打解策を見出そうと，1929年，ジュネーブで会しそれが第１回国際障害者リハビリテーション会議となった。

1920年代にあっては，患者の予後を職業生活への復帰の次元で考えて，治療に当たる医師や，再教育担当者などは，ごく少数であったろうし，各国では少数派にしかすぎない先駆者たちが，障害者援助の科学や政策について論じ合える共通の場は，おそらくこ

表27　国際障害者リハビリテーション協会世界会議の歩み

回	開催年	開催地	大会テーマおよびリハビリテーションの大勢	10年の大勢	主な国際問題
			・リハビリテーションニーズの多量発生		1914～1918 第一次世界大戦
1	1929	スイス，ジュネーブ	・国際協力の基礎構築期		1927 日英米軍縮会議 1929 世界大恐慌起こる
2 3 4	1931 1936 1939	オランダ，ハーグ ハンガリー，ブダペスト イギリス，ロンドン	・貧困者と無差別に同一視されるのを拒否する ・障害者の自立意識高まる ・専門技術援助としてのリハビリテーションの科学性の強調始まる	・世界的経済恐慌 ・全体主義と民主主義の対決	1931 満州事変 1933 日本国際連盟脱退 1933～1936 米国，ニューディール政策 1936 米国，社会保障法の成立 1937 日華事変 日独伊三国防共協定 1939～1945 第二次世界大戦
			・傷痍軍人保護としてのリハビリテーション進む	・国際的分裂 ・終戦，国力回復期	1941～1945 太平洋戦争 1945 国連発足
5 6 7	1951 1954 1957	スエーデン，ストックホルム オランダ，ハーグ イギリス，ロンドン	・平和産業下でのリハビリテーションへ移行 テーマ：Changing Attitude in a Changing World テーマ：Planning for Victory over Disabled	・西欧諸国の結束深まる ・東西の力のバランス激化	1950～1953 朝鮮戦争 1951 サンフランシスコ対日講和会議 1955 ジュネーヴ四国巨頭会談 1955 ILO障害者の職業更生勧告 1959 児童権利宣言採択
8 9 10 11	1960 1963 1966 1969	アメリカ，ニューヨーク デンマーク，コペンハーゲン ドイツ，ウィスバーデン アイルランド，ダブリン	テーマ：Rehabilitation and World Peace テーマ：Prevention and Rehabilitation テーマ：Industrial Society and Rehabilitation ・高度成長期を背景とした職業リハビリテーション政策の進行	・平和維持への努力 ・多元的な平和共存体制 ・経済的高度成長	1963 国連，人種差別撤廃宣言採択 1963 米国，公民権法成立 1967 ヨーロッパ共同体（EC）発足 1968 キング牧師暗殺 ロバート・ケネディ暗殺事件 チェコにソ連軍進入
12 13	1972 1976	オーストラリア，シドニー イスラエル，テルアビブ	・障害者人権の主張 ・重度化に答える社会計画の徹底と専門技術の振興	・世界的不況 ・南北問題が顕著化する	1971 中華人民共和国，国連加盟 1971 精神遅薄者権利宣言採択 1973 石油危機 1975 国際婦人年世界会議 障害者人権宣言採択 1979 国際児童年
14	1980	カナダ，ウイニペグ	テーマ：Prevention and Integration : Priorities for 1980 統合と参加思想の普及	・障害者主流化の運動盛ん	1981 国際障害者年

の国際会議を除いて，他にはなかったことであろう。そのため，第1回をもって終わるどころか，3年に1度は世界の一角の地に集まって，このような専門会議を続行していこうと約束し，そこに国際会議の歴史が始まったのである（**表27**）。

A　第一次世界大戦終了の前後まで

1930年代の世界的経済恐慌は，非障害者層にも失業問題と窮乏化をもたらす中で，障害者は，いっそうの生活困難に陥った。

米国ですら社会保障法が成立する1936年以前は，障害が医学的に治癒されたとしても，障害者の社会生活を経済的に保障する制度は，民間援助を除いて不在だったため，慈善を受けることをこころよしとしない障害者は，就業を成就させてくれるリハビリテーションに希望をかけたのである。

若き日のヘンリー・ヴィスカルディ氏らの生き方は，生活保護や第三者が恩恵的に用意してくれた仕事を拒否して，自己の可能性に挑戦する誇り高き障害者像を代表する。

1931年，第2回国際会議がハーグで，第3回がブダペストで，第4回がロンドンで開催され，ヨーロッパを舞台にして国際会議は軌道に乗りはじめた。

この1930年代のリハビリテーションは，障害者を貧困層から訣別させる専門的援助の科学として，医学も就業にゴールを見つめて組織化される方向にあった。

B　1940〜1950年まで

1940年代前半は戦争に明け暮れる。西欧は，1939年から第二次世界大戦に入り，1941年には，それが太平洋地域に及んで1945年の終戦に至るまで，国際リハビリテーションの推進力となっていた国々が戦争に巻き込まれたため,国際会議も機能まひに陥る。そのため，1940年代は，国際会議ゼロの時代となり，リハビリテーションの実践は，もっぱら傷痍軍人の更生事業として，各国ごとに，最小限の機能を終戦時まで，保持することとなる。

C　1950〜1960年まで

1950年代，サンフランシスコ条約が1951年に締結されて平和期に至り，第5回国際会議がストックホルムで12年ぶりに開催される。

戦後のリハビリテーションは，軍人更生事業から平和体制におけるすべての市民障害者のニーズに対応する人間性回復の具体的行動として位置づけられ，各国の国力回復にて，国際会議も3年ごとの正常な脈拍を取り戻す。

1954年のハーグ会議では戦時中治療や訓練を受けられず，廃疾者イメージの中におかれていた障害児（者）への認識は改められねばならず，人間としての尊厳を回復するために，リハビリテーションの哲学と実践は駆使さるべきであるとして，そのテーマも“変貌する世界に於る障害者への態度の変容”とされた。

第７回会議がロンドンで開催された際には，リハビリテーションは障害に対応する合理的な政策であるという世界の合意を反映して，“障害克服のためのプランニング”がテーマとされた。

D　1960～1970年まで

戦争傷害者対策の急務から一応脱脚する1960年代は，過去において多数の障害者を生み出した元凶としての戦争を否定し，平和体制の中で，障害者の最大限の可能性を引き出す科学として，殊に医学と職業リハビリテーションを発展させた。

1960年のニューヨーク会議は，その十年の開幕にふさわしく，テーマを“世界平和とリハビリテーション”とし，これまでヨーロッパ大陸を基地に展開されてきた研究や実践の国際交流の関心をアメリカ大陸に引きつけた。その蔭には医師として，評論家として世論に指導的役割を果たしたラスク博士の存在を忘れることができない。

国際経済も主要国の戦後の生産力回復から高度成長期を迎え，産業における人力不足から職業リハビリテーション発達に必然性が生まれた。障害者の雇用，訓練政策が専門技術的にも高度化され，ＩＬＯ勧告も世界に定着し始める。

1966年の第10回国際会議が西独で開催された際には，その主要テーマが“産業社会とリハビリテーション”とされる一方，国際障害者リハビリテーション協会内には，職業更生専門委員会も1960年代には専門事務局員も配して組織されるなど，職業分野が最も活力ある発展をとげる時代となった。

E　1970～1980年まで

1970年代は，これまでに発達した科学技術で対応しても解決できず，対応策も拡充しきれずにいる領域に生まれた医学的にも，職能的にも重度な障害者の問題が世界的に顕在化した時期である。

経済社会の動きも，高度成長から低成長に転換する中で，人道的政策の逆流に歯止めをかける必要も生まれた。

重度者（児）対策をバックアップする必要性から，国連は，精神遅滞者（1972年）とその他の障害者（1975年）に対する権利宣言を二度にわたって採択している。また，国際障害者リハビリテーション協会も，1970年代を「障害者の十年」として第三世界の国々に放置されている障害者を考える国際キャンペーンに乗り出した。

1972年，シドニーにおいて開催された第12回国際会議は，重度化する障害者問題に，トータルに対応しようとする地域対策や環境問題をも採り上げ，物・心の障壁除去のシンボルマークの採択や，建築物の国家基準の策定などが力説されたのである。

東西大国は，それなりの力のバランスを保つことができるが，世界的不況の中で，生活がより窮迫するのが発展途上国である。世界の障害者人口推定4億5,000万人といわれる中の３分の２が開発途上国にいて，近代リハビリテーションの恩恵を受けていないと

いう世界障害者関係諸機関協議会（ＣＷＯＩＨ）の指摘を受けた国連でも，この問題を深刻に受けとめ，国際関係に発展途上国対発展国の障害者問題が南北較差問題として意識されてきた。

それに加える政治情勢の不安もあるが，人間の尊厳は危機状態の中でこそ究明さるべきであるという反語も含めて第13回国際会議は中東が過熱した1976年，テルアビブで開かれている。

F　1980年以降

そして1980年代の開幕，1980年に国連の提唱する国際障害者年の各国のとり組みへの導火線のように，従来の国際会議以上に多くの政府関係者，政治家，障害者自身が専門職集団と一諸になって第14回国際会議が78か国から4,000人の参加者を集めて，6月23日から27日までカナダ・マニトバ州の首都ウイニペグで開催された。

14回にわたる国際会議51年の歴史上，それは最大規模に達した。テーマは，“予防と統合―80年代の優先課題―”であり，障害者の主体的参加を支援するリハビリテーションとその土台にある消費者（当事者）運動を採り上げた。それにより，かつては別個の存在であったリハビリテーションの主体と客体が完全に同一基軸上を廻る同心円として概念づけられたことは，会議の半世紀の歴史上に画期的な意識の発達であった。

II　第14回国際障害者リハビリテーション協会（ＲＩ）世界会議の特質

ウイニペグ会議は，1980年代のリハビリテーションの進路を予測するような多くの要素や出来事で満ちていた。

第１は，多元文化の中での国際会議であったこと。開催地カナダは英国とフランスの文化圏がそのまま継承されている国であり，公用語も，英・仏２か国語である。会議の公式部門は，すべてバイリンガル方式（２ヵ国語併用）であり，それに，英，仏，スペイン語，日本語の同時通訳ブースが設置されるというものであった。

第２は，障害者でかつ社会的指導者でもある人びとが会議の講演などで大きな役割を果たし，障害者自身の参加が，これまでの大会以上に活発であったことである。このたびの会議が消費者の参加（Consumers′ Participation）をテーマとしてとりあげたため，全体会議での講演に，アメリカ障害者市民連盟（American Coalition of Citizens with Disabilities）の指導者であるフランク・ボウ博士（聴覚障害）や，カリフォルニア州リハビリテーション局長官で自立生活運動の指導者であるエド・ロバーツ氏（四肢まひ）など，第一線の障害指導者が，真実味あふれるスピーチを客観性とユーモアを交えて展開し，多くの聴衆に感銘を与えた。会場の中にも，障害者自身で専門職についている人や政府行政官，市民も多く，消費者運動の高まりが身近に感じられる会議であった。

第３は，国際障害者リハビリテーション協会に障害者自身のニーズを伝達する独立の協力機関として，障害者世界連盟（The World Coalition of Handicapped People）

を結成させようとする動きが，カナダのヘンリー・エンズ氏を中心として展開され，組織化のための14人準備委員会が結成されたこと。これまでの国際障害者リハビリテーション協会は専門職者や専門機関の組織という色彩が強かったので，消費者側の意志が直ちに届く組織ができることは国際協会の新しい発展にとって画期的なこととなるであろう。

第4は，リハビリテーション目標の多元化がより明確化したことである。会議の冒頭，ジェンキンズ協会理事長は，カナダ特有の氷（ICE）の頭文字をとった3つの課題がリハビリテーションの将来を決めるカギとした。つまり改革（Inovation）協力（Coopeeration）そして評価（Evaluation）である。ことに評価においては，これまでリハビリテーションの成果は仕事をして，どれだけの所得をあげるかの経済的指標で評価されたが，今日では，障害者がいかに主体性をもって生きがいある人生の主人公になり得るか，「生活の質」（Quality of Life)が問題となる。質の評価は必ずしも，経済的指標のみではなく，さまざまの自立生活の実現のプロセスにあるとされたのである。

第5は，第三世界の障害者問題に関心が喚起されたことである。開発途上国からの参加者からは，先進国中心の考え方，スピード，水準などで進行する会議運営や本部の態度に対して，大らかな批評が加えられ，大国側も，経済負担，指導性などの面で，以前に比して消極的となり，開発途上国にリーダーシップをゆずる傾向が生まれたことは注目に価する。

第6は，アジア地域の覚醒が，内的にも国際関係の中でも促されてきたこと。アジアには可能性を秘めた人材が沢山ありながら，リハビリテーションの科学的技術や専門教育が制度化されていない国が多い。1980年代こそアジアの潜在力の発揮が期待されている。国際障害者リハビリテーション協会の新理事長に，ハリー・ファン博士（香港）および副理事長にシャーロット・フローロ女史（フィリピン）が選出されたのも，世界の期待の証しであるともいえる。

第7は，1980年代のリハビリテーションの方向づけとなる80年代憲章案が会議参加者全員に公表され，コメントが最終案作成にフィードバックされるという討議経過が，会議の中に組み込まれたことである。最大の問題点は，原案では障害者の主体的参加の姿勢の打ち出し方が弱いので，積極的に表明すべきであるという主に障害者自身からの訴えであった。

第8は，会議が多くの人びとの関心に上ったことは良かったが，一方では，大衆化現象が現われ，会議運営のむずかしさが露呈されたことである。過去の歴代の国際会議参加状況は

1954年	第6回	ハーグ会議	600人	35か国
1963年	第9回	コペンハーゲン会議	1,460人	61か国
1980年	第14回	ウイニペグ会議	4,000人	78か国

であり，国数は25年で2倍半であるが，人数は7倍に達している。しかし1960年代ぐら

いまでは，選ばれたエキスパートや国際会議のベテランが固定メンバー的に参加していた傾向があったが，今日では会議の公用語ができなくても，観光を兼ねた団体旅行で参加する初心者の数が激増し，これらの参加者の会議における発言や役割意識が低いため予測できない行動が現われたりする。これに対して，今回のカナダ会議は大衆を予測しての会議業者の介入はなく，素朴な地元団体の事務局で対応したためか，多くの問題が露呈された。会議資料の不足，連絡網の立ち遅れ，中核事務局の機能の不徹底など，それにより，すべての人に満足感を与えることはできず，とりわけフル・ペーパーを熟読したがった日本の勤勉な参加者には少なからず期待はずれの感を抱かせた。

巨大会議運営の問題をわれわれは単に批判の材料として並べることが目的ではない。今や国際化した世界の中で，これと同様の立場に日本が早晩立たされることを知り，カナダの事例から学ぶべきものは学び，改めるべきは改めることを学習すべきであろう。

III　世界会議前セミナーの主要テーマ

カナダ主要都市をあげて，大会前セミナーのホストを引きうけてくださった好意は忘れ難い。各セミナーが打ち出した方向性は，次のとおりである。

(1)　医学は，地域住民と社会資源に根を張る地域リハビリテーションの展開を目指す。

(2)　工学は，科学技術の水準を高め，その成果を合理的マーケッテング体制の整備によって必要とする障害者大衆に還元していく責任を明確にする。

(3)　社会的側面は，障害者の主体性尊重の基本理念に立って「生活の質」を内面からから充実させるべく社会啓発を徹底させる。

(4)　職業は，自立生活援助において，社会リハビリテーションの基盤をふまえ，国情や文化に見合う多様な就労政策の具体化を志向する。

おわりに

各専門分野，各世界地域，各対象別対策などにより，セミナーおよび大会で論議されたことの内容は，強調度やアプローチを異にするが，それらが展開され，1980年の会議には１つの思想が流れていた。

それは，障害者を対等な市民として人間の生きる環境と機会を共有していくこと。それは障害者やその他の人びとの関係においてはパートナーシップと呼ばれ，障害者自身の態度としては完全参加とされ，政策理念としては権利の平等性として表記されよう。しかし，基本的には他と変わりない人間としての障害者と「共に生きる」ことが，当り前の生活原理なのだとする，ノーマリゼーションの考え方が世界の人びとの意識の中に共通に流れていた地下水であったと思われる。

次の第15回世界会議は，ポーランドのワルシャワで1984年に再会する。体制を超えて流れゆくリハビリテーションの歴史を末永く見守りたいものである。

世界会議前セミナーについて
1 医学セミナー

五　味　重　春
（埼玉県生活福祉部）

この医学セミナーは，6月15日から3日間にわたり，トロントの東方，オンタリオ湖に面するキングストンという英国風の街にあるドナルドゴルドン・センターで開催された。

参加者は約50名，日本からは帝京大学の岩倉教授と私の2人であった。主題は，「リハビリテーションの評価と刷新」で，評価については，①地域リハビリテーションのニーズ，②オンタリオ州の保健調査，③リハビリテーション体系の評価，④オンタリオ州のリハビリテーション・サービス。そして，刷新に関しては，①バイオ・フィードバック，②労働者障害の収入体系の傾向，③賠償保険の改革――であった。

これらのテーマのうち，私が興味を感じたのは，評価に関する①地域リハビリテーションのニーズと④オンタリオ州のリハビリテーション・サービスの2つである。

①については，ポーランドのミラノスク（ポズナン大学医学部整形外科・リハビリテーション研究室助教授）による「国民のニーズに関するリハビリテーション・サービスの再調査」を要約してみよう。

I　地域リハビリテーションのニーズ

ポーランドでは，1969年，リハビリテーション発展計画が成就し，保健福祉省により受け入れられ，そして，1972年，リハビリテーションは，基本的な治療行為の統合部分として承認された。

このような状況のもとで，ポズナン大学医学部リハビリテーション研究室は，リハビリテーションのニーズに関して，病院の調査と一般家庭の調査を行い，次の結果を得た。

A　病院の調査

人口 100万都市のポズナン（10～11世紀の首都）において，種々の形態の病院で1035名の患者につき，各科の医師が一定の形式で調査し，約50％の患者がリハビリテーションを必要していると判明した。

(1)　300床以上の総合病院では，70％の患者が，リハビリテーションを受けねばなら

ないと判定し，そのうち40％（中枢神経系，整形外科，内科，外科系患者など）は，特殊専門的リハビリテーションを必要とするとのことである。

(2) 大学病院では，リハビリテーションの必要性が80％であり，そのうち40％は特殊なリハビリテーションを要する。

(3) 400床の病院では，次のスタッフを雇う必要がある。高い教育を受けた治療士（3〜4人），ＰＴ（8〜10人），ＯＴ，ＳＴのほか，臨床心理士，ソーシャル・ワーカーなどの職種である。

(4) 一般病院では，50％が老人で，職業的問題，年金，家庭援助，労働時間などの医療と関係する問題がある。

B　一般家庭の調査

ポズナンとその近郊の1000人を対象としてアンケート調査を行い，次の結果を得た。

(1) 大都市では，600人のうち，42％がリハビリテーションの必要性ありと認めた。

(2) 近郊 400人では，34％にリハビリテーションの必要性があった。

(3) 50歳以上の老齢家庭では，リハビリテーションのニーズが高く，50％に必要性を認めた。

これらのリハビリテーションのニーズは，われわれが昭和50年度に調査した東京都内大病院の結果，すなわち入院患者の8.6％，外来患者の5.4％，合計14.0％と比べ，大きな格差がある。その理由は，ポーランドの特性なのか，リハビリテーションのニーズに対する見解の相違なのか，あるいはわれわれの調査に対する過小評価なのか，これらは今後の検討課題といえるであろう。

II　オンタリオ州のリハビリテーション・サービス

キングストンの地域リハビリテーションの主宰者で，かつクインズ大学（キングストン）リハビリテーション科のサイミントン教授の発表である。

A　キングストンにおける医療機関

キングストンは，東オンタリオのリハビリテーション・センターをもち，地域のリハビリテーション・サービスのくさりの環の一つという存在であるという。

特別なリハビリテーション・サービスの場として，キングストン病院（ＫＧＨ）とセントメアリ病院（ＳＭＯＬＨ）があり，ＫＧＨには，職業的リハビリテーション部がある。また一方，地域の家庭ケア計画（後述）があり，これにかかわるリハビリテーション看護の指導を担当するもの，さらにリハビリテーション心理，ＰＴ，ＯＴ，ＳＴなどがいる。そして，ＫＧＨには，頭部外傷，脊髄損傷，切断者部門，障害児センター，電気診断部門などがある。

ＳＭＯＬＨには，関節疾患，整形外科的障害，脳卒中，心臓呼吸疾患などを扱う部門

があるが，特徴的なことは，この病院のなかの昼間病院（Day Hospital）で，身体障害者，老人，慢性疾患患者の継続指導などを主な目的としている。

昼間病院のサービス内容は，次のとおりである。

① 老人診療所と一般のリハビリテーション科
② 運動療法と水治療
③ 作業療法
④ 言語治療
⑤ 専門家相談
⑥ レクリエーション活動
⑦ 社会的触れ合い
⑧ 美容院と理髪
⑨ 職員食堂での食事
⑩ 喫茶室
⑪ 娯楽室

通院回数は，患者のニーズにより２～５日，全日か半日である。

ＳＭＯＬＨには，８人のＲＰＴと４人のＰＴ Aidおよび２人の助手がいて，１人のＲＰＴは１日に８～15人の患者を扱っている。また75人のＯＴＲと２人のＯＴ Aidがおり，１人のＯＴＲは，12人の治療を担当している。

ＫＧＨとＳＭＯＬＨの二病院の医師幹部は，クインズ大学リハビリテーション科の教授および助教授が兼務している。

クインズ大学のリハビリテーションに関する教育は，学部卒前教育と卒後教育に分かれていて，卒前医学部教育は，毎年12時間行われる。

卒後教育は，レジデント制で，整形外科，リウマチ，家庭医学について３ヵ月ずつ行なわれ，継続的な教育制度をとっている。

研究の分野では，切断直後の義肢・義足，環境制御システムなどがある。

また，クインズ大学には，ＰＴ，ＯＴの教育機関として，リハビリテーション治療学校があり，４年制のBachelor of Scienceの学位に通ずるものである。

B 家庭ケア計画

これは保健省によって展開された地域保健サービスであり，特定の患者に最大の効果を与えるため，家庭における看護とリハビリテーション治療である。

家庭ケアを必要とする患者に対するサービスは，次の３つである。

① 急性疾患に罹っている患者の要求に応ずる治療看護をする(Active Home Care)。
② ナーシング・ホーム，または老人ホームなどに住んでいる患者に要求されるケア，ＰＴ，ＯＴ，ＳＴの専門サービスを供給する（Institutional Home Care）。
③ 急性期を過ぎた慢性疾患患者の看護を行う。これらの患者は，１ヵ月につき最低

3人の専門職の訪問を受ける。その目的は，患者の医学的症状の悪化を遅らせ，または防止するためであり，さらに密度の高い看護のところへ移す（施設収容）ことを防ぐためでもある（Chronic Home Care）。

キングストンで家庭ケアを受けられる資格は，①キングストン市内に居住する者，②オンタリオ健康保険への加入者，③家族が進んで家庭ケアを受けようとする者，④現在加療中で主治医により依頼された者，⑤患者の状態が家庭内ケアに有利な者，⑥長期間自宅に留まって援助され，施設収容をされなくてすむ者，⑦最低一専門サービス，例えば，看護，ＰＴ，ＯＴ，ＳＴを要する者 —— などである。

さらに，患者のニーズが，外来通院に適さず，主治医の要求によってもサービスが受けられるようになっている。

その費用は，オンタリオ州保健省が財政負担をし，医師の診断料を除いて患者負担はない。

まとめ

(1) ポーランドのポズナン市のリハビリテーションに対するニーズの高いことを聞き，東京都内のニーズと対比し，ニーズの再検討の必要を感じた。

(2) キングストンの地域リハビリテーション・サービスの現状と，それに至る歩みから，多くの示唆を得た。

《報　告》 リハビリテーションの国際的動向

世界会議前セミナーについて

2 工学セミナー

岩　倉　博　光
（帝京大学医学部）

リハビリテーション工学部会は，1980年6月16日から5日間，トロント市の中心部にあるシェラトン・センターで開催された。

リハビリテーション工学は，近年急速に拡大・発展してきた分野であって，種々の補装具や器械のデザイン，製作にきわめて大きな貢献をし，また最近では，コミュニティにおけるリハビリテーション・システムの進展にも役立っている。

この国際会議は，単に刷新的なアイデアの交換の機会を与えているだけでなく，この新しい方面における発展の1つひとつを創造する機会でもある。したがって，各国からの参加者は若い研究者を中心とした専門家たちであって，登録人員650名に加えて，家族などを含めると2,000人を超える数になった。

主要な発表論文のテーマ

発表論文からまとめてみると次のようになる。分類して項目のみをあげる。

1 視力障害者に対する補助装置
2 側弯症に対する脊柱変形測定法（コンピュータを用いる）
3 環境制御におけるコンピュータ（障害者の日常生活や職場に用いる補助装置を環境制御システムと呼ぶ）
4 義肢（義手と義足における種々のコントロール・システム）
5 人工関節（歩行との関連，上肢では種々の関節運動評価）
6 コミュニケーション・エイド（言語障害者に用いるもの，その他，人工喉頭，音声コントロールなど）
7 車いす（これには動力型のもの，戸外用と室内用のもの，バッテリー，座席の高さなどの問題も討議された）
8 いす（種々の体幹機能障害者のために姿勢保持介助システム，全面接触型など）
9 皮膚圧迫の問題（褥瘡の研究，クッションの効果に関する討議など）
10 バイオ・フィードバック（神経疾患に対するコントロール，小児の世界への導入）
11 神経筋の機能障害（振せん，手の巧緻動作，眼球運動コントロールの試みなど）

⑫ 電気刺激（補装具の操作，麻痺肢の神経刺激，特に歩行との関連，頸髄損傷における手の機能改善に対して，排尿コントロールの目的で）

⑬ 種々の補助装置，器械（肩関節の位置コントロール・システム，頸髄損傷における手指の把握装具，食事の介助装置，特に動力型のもの，肘関節拘縮改善装置など）

⑭ 運動のバイオメカニックス，歩行解析（コンピュータを含む装置について，運動能力と労働能力の検査）

⑮ リハビリテーション工学と社会（障害者に対するスウェーデンの考え方と方法，日本の職業リハビリテーション——割り当て雇用制度，リハビリテーションに対する経済的検討，救急システム，リハビリテーション工学専門家の教育と研究，障害者の援助に関する卒前教育，カナダにおける工学の発展，障害児のコミュニケーション，職業リハビリテーションに対する工学の寄与などの演題が多数ここに含まれている）

⑯ 車の運転（切断者の運転，車いす使用者に対する工夫，知覚障害者の運転訓練プログラム）

⑰ リハビリテーション工学のプロセス（組織的アプローチについて，リハビリテーションの方法論など）

教育研修のテーマとその講師

毎朝8時から始まる教育研修には，8つの項目があげられていて，各2時間，3～4人の講師による講義を中心に実施された。

基礎的なものが中心で，種々の試験的調査や研究結果，それに現在の実情が提示されたが，すでに長期にわたる経験を基にした内容は，リハビリテーション工学が，それ自体独立した科学であることを明らかに示している。ただし，そこには常にリハビリテーション医学を内蔵しているか，さもなければ，障害者自身のチェックがなければならないことを強調している。

ここに，その題目と講師たちの所属を列記しておく。

(1) リハビリテーション工学における心理
〔バージニア州情報研究所：C．ブァッシュ〕

(2) コミュニケーション・システム
〔ウィスコンシン州成長発達研究所：G．ファンデルハイデン，およびボストン・タフツ・ニューイングランド・メディカル・センター：R．フォウルド〕

(3) 義肢と装具
〔ペンシルバニア州モス・リハビリテーション病院：C．プリタム〕

(4) 動力補装具
〔ワシントン州ワシントン大学：G．ワレン〕

(5) 介助を要しない生活

〔バージニア州リハビリテーション工学センター：J．オリーガン，およびニューヨーク・リハビリテーション研究所：C．ストラトフォード〕

(6) バイオ・フィードバックと神経コントロール

〔ランチョ・ロス・アミゴス病院：B．ボウマン〕

(7) いすと座位姿勢に関する問題

〔ウイニペグ小児リハビリテーション・センター：R．ホルト，およびオンタリオ肢体不自由児センター：R．ブラック〕

(8) 職業リハビリテーションおよび教育リハビリテーションにおける工学

〔テキサス州サンアントニオ研究所：S．スクファーランド，およびテネシー州メンフィス・リハビリテーション工学センター：E．トレフラー〕

以上でわかるようにリハビリテーション工学の進歩の中心を担っているのは，アメリカとカナダである。このことは大ホールを用いて展示された各センターの業績にも認められている。特にコンピュータを用いた技術が応用されており，両国ではコミュニケーション・エイドや環境制御装置が実用化されて，言語障害者の多数や重度運動障害者の少なからざる数に利用されるようになった。これらの装置が今後どのように拡大されるかは，なお利用者の側に立った努力が必要とされるであろう。各国の事情が異なるし，障害者の環境も著しく異なっている。後述のように，国際間の情報を得ることが，ますます重要になる。またこの展示場に見られたように，デンマークやスウェーデンが国の方針として，むしろ小さなものからリハビリテーション工学を日常生活自助具の中で着実に，地味に生かすことを知らせるのは意義が大きいと思われる。

ワークショップについて

これは６月17日と18日に集中して午前と午後に分けて合計８部門が実施されたために参加できるものが限られたが，最終日に各部の座長がまとめを全員に発表したので，その雰囲気である程度理解ができた。

まず基礎工学については，リハビリテーション工学への期待と現実，国際間の協力の問題が論じられたが，特に義肢と装具についての議論は理解されたと思われる。

次の問題は，リハビリテーション工学の倫理である。1980年代におけるリハビリテーション工学の教育目的，障害者のリハビリテーション過程とその決定の在り方など，きわめて重要な問題を多く含んでいる。この点は単に工学だけでなく，リハビリテーション全般にかかわる哲学そのものであって，トロントから少し離れたキングストンにおいて行われたリハビリテーション医学部会でも何度か論議された問題であった。

アメリカやカナダで出される意見として，障害者のリハビリテーションにかかわる費用と利益のバランスを重視することは，それなりに理解されやすい。工学の立場からもしばしばそれが論じられる。しかし，単に利益としてまとめられることがらの中に，障害者の個人的満足感，健康感，機能的改善といった内容を，どのように評価するのか困

⑫ 電気刺激（補装具の操作，麻痺肢の神経刺激，特に歩行との関連，頸髄損傷における手の機能改善に対して，排尿コントロールの目的で）

⑬ 種々の補助装置，器械（肩関節の位置コントロール・システム，頸髄損傷における手指の把握装具，食事の介助装置，特に動力型のもの，肘関節拘縮改善装置など）

⑭ 運動のバイオメカニックス，歩行解析（コンピュータを含む装置について，運動能力と労働能力の検査）

⑮ リハビリテーション工学と社会（障害者に対するスウェーデンの考え方と方法，日本の職業リハビリテーション——割り当て雇用制度，リハビリテーションに対する経済的検討，救急システム，リハビリテーション工学専門家の教育と研究，障害者の援助に関する卒前教育，カナダにおける工学の発展，障害児のコミュニケーション，職業リハビリテーションに対する工学の寄与などの演題が多数ここに含まれている）

⑯ 車の運転（切断者の運転，車いす使用者に対する工夫，知覚障害者の運転訓練プログラム）

⑰ リハビリテーション工学のプロセス（組織的アプローチについて，リハビリテーションの方法論など）

教育研修のテーマとその講師

毎朝8時から始まる教育研修には，8つの項目があげられていて，各2時間，3～4人の講師による講義を中心に実施された。

基礎的なものが中心で，種々の試験的調査や研究結果，それに現在の実情が提示されたが，すでに長期にわたる経験を基にした内容は，リハビリテーション工学が，それ自体独立した科学であることを明らかに示している。ただし，そこには常にリハビリテーション医学を内蔵しているか，さもなければ，障害者自身のチェックがなければならないことを強調している。

ここに，その題目と講師たちの所属を列記しておく。

(1) リハビリテーション工学における心理
〔バージニア州情報研究所：C．ブァッシュ〕

(2) コミュニケーション・システム
〔ウィスコンシン州成長発達研究所：G．ファンデルハイデン，およびボストン・タフツ・ニューイングランド・メディカル・センター：R．フォウルド〕

(3) 義肢と装具
〔ペンシルバニア州モス・リハビリテーション病院：C．プリタム〕

(4) 動力補装具
〔ワシントン州ワシントン大学：G．ワレン〕

(5) 介助を要しない生活

〔バージニア州リハビリテーション工学センター：J．オリーガン，およびニューヨーク・リハビリテーション研究所：C．ストラトフォード〕

(6) バイオ・フィードバックと神経コントロール

〔ランチョ・ロス・アミゴス病院：B．ボウマン〕

(7) いすと座位姿勢に関する問題

〔ウイニペグ小児リハビリテーション・センター：R．ホルト，およびオンタリオ肢体不自由児センター：R．ブラック〕

(8) 職業リハビリテーションおよび教育リハビリテーションにおける工学

〔テキサス州サンアントニオ研究所：S．スクファーランド，およびテネシー州メンフィス・リハビリテーション工学センター：E．トレフラー〕

以上でわかるようにリハビリテーション工学の進歩の中心を担っているのは，アメリカとカナダである。このことは大ホールを用いて展示された各センターの業績にも認められている。特にコンピュータを用いた技術が応用されており，両国ではコミュニケーション・エイドや環境制御装置が実用化されて，言語障害者の多数や重度運動障害者の少なからざる数に利用されるようになった。これらの装置が今後どのように拡大されるかは，なお利用者の側に立った努力が必要とされるであろう。各国の事情が異なるし，障害者の環境も著しく異なっている。後述のように，国際間の情報を得ることが，ますます重要になる。またこの展示場に見られたように，デンマークやスウェーデンが国の方針として，むしろ小さなものからリハビリテーション工学を日常生活自助具の中で着実に，地味に生かすことを知らせるのは意義が大きいと思われる。

ワークショップについて

これは６月17日と18日に集中して午前と午後に分けて合計８部門が実施されたために参加できるものが限られたが，最終日に各部の座長がまとめを全員に発表したので，その雰囲気である程度理解ができた。

まず基礎工学については，リハビリテーション工学への期待と現実，国際間の協力の問題が論じられたが，特に義肢と装具についての議論は理解されたと思われる。

次の問題は，リハビリテーション工学の倫理である。1980年代におけるリハビリテーション工学の教育目的，障害者のリハビリテーション過程とその決定の在り方など，きわめて重要な問題を多く含んでいる。この点は単に工学だけでなく，リハビリテーション全般にかかわる哲学そのものであって，トロントから少し離れたキングストンにおいて行われたリハビリテーション医学部会でも何度か論議された問題であった。

アメリカやカナダで出される意見として，障害者のリハビリテーションにかかわる費用と利益のバランスを重視することは，それなりに理解されやすい。工学の立場からもしばしばそれが論じられる。しかし，単に利益としてまとめられることがらの中に，障害者の個人的満足感，健康感，機能的改善といった内容を，どのように評価するのか困

難であろうと思われる。

老化と貧困の課題も論じられた。カナダやアメリカにおいても，人口の高齢化は進行しており，リハビリテーション工学としては，そのサービスを，いかに供給するか，家の構造，安全，デザインなど研究テーマは多い。そこには，当然，老人の生理学的運動能力に関する基礎的裏付けがなければならない。

国際間の諸問題については，社会的環境，性，財政的責任やマーケットなどにつき繰り返し述べられたが，結局は，利用者（医師や障害者周囲の人びとを含めて）と工学側との話し合いが根底にあるべきだと結論されたようである。

コミュニケーション・エイドについては，これには参加者がかなりあり，上にも述べたように，技術的にも進歩の著しい分野である。障害内容に見合ったものを考える必要があるが，その数は単一のものとして使用される数量は，それほど多いものでないかもしれない。言語の異なる国々の問題もある。しかし，基本的には，まだ進歩の過程にあるといってよかろう。テレビの利用も提案されていた。

情報システムという興味ある問題もとりあげられている。ここでは，利用者からみた情報が中心であるが，本来情報とは大きな力を持つが，それはフィードバックされるものでなければならないのであって，利用者からの回答を必要とする。その内容が利点のみならず，欠点をも指摘したものであることが望まれる。国際間の評価を得ることも今後は多くなるであろう。情報技術は今後いっそう高度のレベルを要求される。

最後は，工学技術の企業や臨床への移行である。現在までのところ工学技術から健康の面に用いられることは，まだきわめて少ないようである。それは障害者の実情が工学側に伝わっていないことが原因の１つになっている。

全世界の障害者の内容が知らされるように努力すれば，今後のマーケットとしても可能性があるという意見が出た。新しい技術が生まれても，それが製品として高価になることは数量が限られるからで，これらが広く利用されるには，政府の協力が必要であるということにもなる。

世界会議前セミナーについて

3 社会セミナー

トム・ペイトン
（日本キリスト教協議会）

このたび，日本キリスト教協議会の障害者委員会が中心となって組織したグループ15名の障害者や教会の指導者の方々と一緒に，第14回国際障害者リハビリテーション会議でウイニペグへ参りました。会議の始まる前，6月16日から18日まで，社会部門のプレコングレス・セミナーに参加したので報告します。

私が報告したいことは，次の三点です。第一は，リハビリテーションの社会的側面，第二は，カナダ大会の折り，設立準備の動きがあった「国際障害市民連合」(World Coalition of Citizens with Disabilities：大変歴史的な出来事だったと考えられます)，そして三番目は,「パペット運動」です。

参加と共存の時代

世界会議について，一般的な印象をいえば，障害者たちの積極的な参加があったことです。80年代は，パートナーシップ・イン・リハビリテーションの時代（リハビリテーションにおける共存の時代）になると思います。しかし，もしも協働が行われなければ大変です。リハビリテーションの損失となり，障害をもつ人たちも損失を受け，国家的にも損失になると思います。

二番目の印象は，どの国にも社会問題は同様にあり，リハビリテーションなどの障害者の問題には，多くの共通性があります。ただ問題の程度だけは違いをもちます。またどの国でも障害をもつ人たち自身が立ち上がって市民組織を作り，積極的に国際会議に参加しようとした傾向が現れてきていることも感じました。

そして，さらにお伝えしたいのは，カナダやアメリカにおける「雰囲気」があります。私は，アメリカで素晴しい社会教育的なグループに出会いました。それが，このパペット人形のグループです。このパペットは草の根から障害者理解の教育をするのに大変力があると感じました。人形を会話に使いながら，障害者への理解と，正しい態度についての情報提供などをするのです。

これは，腹話術ではなくて，普通の会話でいいのです。例えば,「日本語できますか？」「こんにちは，お元気ですか？」「日本人大好き」「○○先生好き」などと表現し，そのや

りとりを通じて障害者に対する偏見が不当であることを自然に考えさせようとするものです。

4つの優先課題を設定

次に，社会セミナーの様子についてお話ししましょう。大会の始まる数日前，私ども30ヵ国150人の代表者たちは，ウイニペグに集りました。国際障害者リハビリテーション協会の社会委員会の会長は，ハロルド・ウィルキー氏で，彼は生まれながらに両手のない，素晴しい人格者であり，世界的リーダーです。

この社会セミナーの大きなテーマは2つでした。1つは，障害者の生活の質（Quality of Life）についてであり，もう1つは，障害者の徹底的な参加ということでした。全員小さなグループでの激しい討論の結果，社会セミナーでは，次の4つの優先課題が設定されました。

第一は，コンシューマー（消費者）としての障害者が正規教育に徹底的に参加して統合され，一般社会活動の中に積極的に参加すること，さらには，同志の自立生活を達成する援助者として，障害者自身が働き，自らリハビリテーションの過程（Rehabilitation Process）の主体者となっていく根強い自立への実践です。

第二は，予防（Prevention）に対する大きな課題です。公害・麻薬・栄養失調・産業や工場現場での事故などは大きな障害を生み出しますので，予防の研究と活動が必要です。

第三は，性（Sexuality）の肯定についてです。障害者が人間である以上，性的な必要はもちろんあります。これまで控え目にされていた障害者の性生活を確保する権利と，その教育のニーズは，今後のリハビリテーションの大切な課題になりましょう。

第四は，宗教の役割です。世界中，歴史的にも，また今日でも，さまざまの宗教とその団体が，素晴しい仕事をしています。例えば，日本の教会関係幼稚園の開拓的な統合教育の試みとか，インドのマザー・テレサの献身の愛の実践とかは，目覚ましい業績を挙げています。

しかし，一方，残念ながら，宗教が文化に悪影響を及ぼしたことも事実です。例えば時に障害を罪と解釈したり，前世の因縁とした大間違いもありました。確かにこれは解釈の間違いです。障害は罪でも恥でもありません。今後，宗教自体，宗教の残した貢献と否定的な面を卒直に吟味し，より積極的にリハビリテーションの建設の思想的基盤づくりに参加すべきです。

その他の課題

社会セミナーのスピーカーの中から，この他，いろいろなテーマがでてきました。例えば，いかに障害者をもつ人に対する一般国民の態度を改善すべきか，その具体的方策は何か，ということ，その中で障害者自身の役割が大変重要ですが，その役割とは何か，

ということが問われたことです。

経済援助をめぐる討論の中で，ある種の人びとにとっては，アメリカでの経済援助が自立心をそこなう制度にもなりうるとして批判されました。リハビリテーションを徹底せずして，所得保障を行うのは，障害者のプライドを殺す制度にもなると批判されるのです。

仕事をせずに，家でじっと座って，植物のように生活できるような制度は非人間的であるとし，さらに保険制度や公的保障制度にも厳しい評価がなされ，それを乗り越える新しい試みも報告されました。

コミュニティ・ケアの展開には，共同体が必要です。どんな素晴しいリハビリテーションを受けても，その人の周囲にいる人びと，すなわち，兄弟，友だち，同級生，労働組合の仲間たちなどの支援がないと，地域生活は充実されないという第一次社会集団の重要性を強調する議論も出てきました。

世界障害市民連合の結成

障害者同志の結びつきこそが重要であるとして「世界障害市民連合」が，全世界の国々の障害者を連帯させる組織として生まれました。今まで盲人の団体とか，ろう者の団体だとかはありましたが，今後は，それらを越えて連帯する組織が生まれたのです。

このリーダーシップをとったのは，大変力強い，カナダの車イスの指導者，ヘンリー・エンズ（Henry Enns）氏や，スウェーデンの盲人のベン・リンクウィスト（Ben Lindquist）氏などです。ウイニペグで会した人びとが中心になって委員会を作り，これから1年の間に規約などを作成する予定です。

パペット人形による理解の浸透

最も紹介したかったのは，人形のパペットです。リハビリテーションは，各地域各地方の人びとが参加する草の根プログラムに発展することが大事です。

この人形は，いろいろな学校や施設などの障害者を理解してもらうためのお話しを一般の人びとにしてあげる時に用いられたり，5～6名の障害者と健常者とが一緒になって，教会や学校などへ理解と普及のキャラバンをする時や，対話集会などの現場で用いられます。あるいは，人形を用いる小講演会に，一般の観客の方もはいって勉強し合います。

パペットによる社会教育の指導者ケミー・コンドン（Camy Condon）さんが11月に来日し，約1ヵ月，日本に滞在します。そして，いまアメリカのカリフォルニア州でやっている，障害者や難民に対する差別意識をなくするための，パペットを使っての訓練プログラムを日本でも公開してくれるはずです。

私どもは差別意識を排除するための社会教育のキャラバンを日本のすみずみに及ぼし相談の会も開きたいと思います。あなたの現場でも，対話を中心として統合の心の普及

につとめてください。それは，楽しい草の根運動にもなります。このパペットもその運動に一役買って活動します。

おわりに

最後に，私たちの委員会のＰＲをお許しください。私たちは国際障害者年の便せんを作成しました。このデザインの主旨は，人間家族の多様性を物語っています。つまり，すべての人間にはハンディがあり，弱さも持っている。その人たちが連帯を作って，明るく生きようという願いを込めました。

世界会議前セミナーについて
④ 職業セミナー

高　木　美　子
（職業研究所）

職業セミナーは，６月16日から18日までトロントで行われ，37ヵ国185人が参加した。

メイン・テーマは，世界会議のテーマである「予防と統合」を受けて，「障害者の雇用――統合のゴールと職場の安全」であった。そして，このメイン・テーマの下に，５つのトピックスが掲げられ，それぞれについて，２ないし４ヵ国の代表から発表があり，そのあと質疑応答とワークショップが行われた。

この５つのトピックスそのものが，職業リハビリテーションの国際的動向を示すと思われるので，まず，これらを列挙してみたい。

① 法律は，障害者雇用促進の答えか。

② 職場における安全。

③ 雇用における統合達成のための諸対策。

④ 収容施設からの脱出。

⑤ 発展途上国における保護雇用。

なお，このトピックスの討議に入る前に，ＩＬＯの職業リハビリテーション部のブラウン氏から「雇用における障害者の統合に関する世界的展望」と題する基調演説が行われた。

いずれのトピックスにおいても，障害者の雇用促進に向けての，あるいは障害の予防に関しての対策的な，あるいは制度的な話題が中心で，職業リハビリテーション・サービスの技術的・専門的な側面には，ほとんどふれられなかった。

障害者の範囲

この職業セミナー全体から，職業リハビリテーションの国際的動向といえそうな事項を私なりにまとめてみた。

第一は，障害者の範囲についてである。ＩＬＯのブラウン氏は，全世界の障害者は４億５千万人に達し，全人口の約10％に当たると報告している。そして，その主なものは身体的障害，慢性病，精神薄弱，精神障害であるとし，今後いっそう力を入れていかなければならないのは，精神障害者や麻薬常習者であると指摘している。

また，がん患者の心理的リハビリテーションの必要が話題にのぼるなど，国際的な障害者の範囲は，従来からいわれているように，非常に幅広いものだということである。その点からみて，わが国において，サービスの対象とされている障害者の範囲が非常に狭いことを，まず指摘しなければならないと思う。

水準の差異

第二に，こういった国際的な会議では，各国の国情の違いから，リハビリテーションの水準がさまざまであり，同じ土俵で議論することが，きわめて困難であることを感じた。その中で，発展途上国におけるリハビリテーションの問題が国際的な関心を呼んでいた。特に，戦争，飢饉，伝染病などの社会問題をかかえている国々や，産業が未発達の国々での職業リハビリテーションは，ようやく手がつけられたところであり，経済的にも，技術的，人材的にも援助を必要としているということである。

インドネシアでは，現在，障害者のために国ができることは，スポーツやレクリエーション行事ぐらいのものだという。そして，最近一部の地域でパイロット的に始めたリハビリテーションセンターから各村落への巡回指導も，財政的，人材的不足から，他の地域へ拡大することが困難であるとし，先進諸国への援助を訴えていた。

その他，インド，ケニア，ザンビアなど，アジア，アフリカ諸国の代表は，各国の厳しい国情の中で，障害者の雇用対策を，どう進めるべきかというとまどいや，諸外国から何か学びとろうという意欲で，セミナーでの質疑やワークショップの中で，実に活発に発言していることが注目された。

ＩＬＯのブラウン氏は，これら発展途上国の問題に触れ，職業リハビリテーションの技法は，他国から採り入れるよりも，自国の習慣文化，産業事情を考慮に入れて開発すべきであるとしながらも，この開発に力ある国々の援助が，ぜひとも必要であると指摘していた。

障害者の雇用促進

第三に，オイル・ショック以来，世界的な景気後退と深刻な失業問題の中で，障害者の雇用促進をいかに進めるべきかという悩みが多くの国から出された。その中で，西ドイツ，日本，イギリスなどの割当雇用制による法的規制や，スウェーデンの調整グループやセミ・シェルタード・エンプロイメント（準保護雇用），あるいは，アメリカのアファーマティブ・アクション（肯定的行動）などが注目をひいた。

割当雇用制については，賛否両論がみられた。イギリスでは，障害者であるか否かは本人の自発的登録によって行われているが，最近では，登録をきらう傾向があり，登録数が半減し，全登録者が雇用されても，雇用率は2.1％にしかならず，法定雇用率３％に達しないという矛盾が生じており，現在，再検討中という。

また，障害者雇用を企業に強制することを行政官自身が好まないという事情も生じて

いるというが，そういうイギリスも含め，割当雇用制を実施している国々での，この制度に対する評価は，けっして悪くなく，制度運用上の問題はあるにしても，障害者の働く場を確保し，雇用促進のきっかけを作った点で効果があったとしている。

一方，割当雇用制に対する反対意見としては，法によって強制して，果たして障害者にとって満足すべき職業生活が得られるのかといった疑問や，企業の自発性を無視した強制に対する反発などが主なものといえる。

次に，スウェーデンの調整グループについて述べると，これは雇用主，労働組合，および行政担当者である雇用サービス機関の三者から構成されるグループで，労働者50人以上の企業で設置することになっているが，現在は5,000のグループが活動をしている。

このグループは，障害者，高齢者など個人に合わせて仕事や作業環境を改善することによって，彼らの雇用の場を維持し，拡大していくことを目的にしており，その対策を討議し，実践するものであるが，それに必要な経費は国が補助することになっている。

この他，このグループは，雇用主や一般労働者の障害者に対する否定的な態度を是正するための広報活動や，障害者の解雇防止にも大きな役割を果たしており，不況下で大きな効果を上げてきたことが報告された。

深刻な失業情勢の中で，障害者の雇用促進を図るためには，障害者自身の職業能力，技術の向上を重視すべきであるという指摘もあり，その好事例として，アメリカのＰＷＩ（企業とリハビリテーション機関との協力による職業訓練プログラム）や，フィリピンの企業の協力の下で，障害者リハビリテーション協会などが実施しているナンディ・フィリピン社のオン・ザ・ジョブ・トレーニングなどの成果を挙げることができる。

いずれにしても，それぞれの国情に合わせた対策をとっていく必要があるわけだが，ある程度の強力なコントロールと，厳しい法律を媒介に進めることが必要ではないか，そして，それに対応して雇用しやすいような財政的，人材的援助を国において準備することが必要ではないかというのが全体から受けた感想である。

重度の障害者対策

第四の問題として，重度の障害者に対する対策を挙げることができる。従来，施設に収容されていた障害者を，いかにして地域社会に帰していくか，また，彼らの職業的自立を，いかに達成させていくか，そのために保護雇用は，いかにあるべきか，などが議論にのぼった。

アメリカでは，1974年障害者運動としてスタートした，職業的自立の困難な重度の障害者に対する自立生活のための総合的援助が，1979年にリハビリテーション法の中に唱われるようになった。すなわち，従来，職業リハビリテーションは，職業的自立を目標としてきたわけだが，職業的自立の困難な障害者については，その生活を自立させることを目標にすべきであるというように変わってきたといえる。

現在，全米で約90ヵ所の自立生活訓練センターが，重度障害者が自立できるように，

住宅，家事，家計，その他，介助者の管理などの訓練や相談などを行っており，その結果，多くの障害者が病院や施設から脱出でき，地域社会での自立生活を可能にし，さらには職業への結びつきも生まれていると報告されている。

保護雇用に関しては，いろいろな形態が存在するが，従来からの主流である保護工場は，重度障害者の働く場として絶対に必要ではあるが，財政的には問題が多いとか，オーストラリアのように保護工場が充実しすぎたために一般雇用促進の支障となっているなど，批判が多く出された。

それに対し，スウェーデンの準保護雇用は，その欠点を補うものとして注目された。この準保護雇用は，一般企業に雇用されている生産性の低い障害者に対して，国が一定率の賃金補塡をするという制度で，現在約15,000人がこの制度の適用を受けているという。この制度は保護工場を拡大するよりも財政的には支出も少なく，一般雇用への統合という意味でも優れているといえそうである。

おわりに

最後に，以上のような対策を進めていくに当たって，障害者運動の盛り上りが大きな力になったということが，アメリカなどから報告されたことである。

障害者自身が主体性をもって，自らのニーズに応じた対策を開発，発展させていこうという傾向は，世界会議における障害者運動の盛り上りからみても，今後ますます大きくなることが予想される。と同時に，この力を生かしていくことが必要ではないかと強く感じた次第である。

Contents of "Rehabilitation of Disabled Persons '80"

Part I Speech

1. Progress of Medicine and Physically Disabled Persons 3
2. Where is the Education of Disabled Children Directed? 11
3. New Philosophy of Social Welfare Policy 21
4. Rehabilitation of Epileptic Persons 28

Part II Symposium

1. Employment of Disabled Persons -- Present Issues 37
2. Foreseeing Rehabilitation in '80 56
3. How is Implemented? 73

Part III Sectional Meeting

1. Practice of Rehabilitation Services in Community 101
2. Recreation with Attendant Care 111
3. Recreation and Sports of Disabled Persons 119
4. Rehabilitation in Cerebral Vascular Disease 128
5. Economic Independence of Severely Disabled Persons 137

Part IV Special Report

International Trends in Rehabilitation -- Through 1980 World Congress of Rehabilitation International 149

Appendices

List of Executive Committee Members 176

あとがき

リハビリテーション交流セミナーも盛会裡に第4回の幕を下ろすことができ，慶びに堪えません。これも偏に参会者各位から寄せられたご支援の賜と感謝しております。

顧みれば，各分野の協力を図り，専門職と一般社会人の提携を求め，また健常者と障害者の連帯を期するため，これまで毎回薄氷を踏む思いで開催してきたものでした。

それが，アンケートの結果によれば，今まで蔽い穏されていた問題点が明らかになり，総合的なアプローチに対するセミナーの意義が深められつつあるようですし，そして，その度ごとに出される報告書も広く活用されていると伝えられるところです。

ここにお届けする第4回の報告書も，より一層の効用をお計らいいただければ幸いに存じます。

今回のセミナーは，国際障害者年の開始を控え，1980年代への取り組みを示した点が特徴です。「リハビリテーション丸」の航路を決める上に重要なテーマを含んでいるものと思います。快く講師をお引き受け下さった方々や活発に討議に参加された方々に厚くお礼を申し上げます。

次回からは，国際的な交流セミナーが計画されています。これは，さらに大きな飛躍でもあり，また所期の目的でもありました。引き続き従来どおりのご鞭撻をお願いいたします。

なお，新しいステップへの期待をこめ，この報告書の編集には，いささか改訂を加えました。発展と自戒の姿勢とお受け取り下さい。編集に当たっては，医学専門出版社の方々にお力添えをいただきましたことを併せてご報告します。

末筆ながら，この報告書作成を可能ならしめた日本アイ・ビー・エム株式会社および日本小型自動車振興会のご厚意に謝意を表します。

編集委員：**永井昌夫，松井亮輔，奥野英子**

リハビリテーション交流セミナー'80実行委員会

委員長　小　池　文　英

池田　　昴	笹沼　澄子	三沢　義一
磯部　真教	調　　一興	三ッ木任一
上田　　敏	永井　昌夫	村田　　稔
大川　嗣雄	野村　　歓	矢谷　令子
小川　　孟	原田　豊治	矢部　　進
奥野　英子	松井新二郎	横溝　克己
加藤　寛二	松井　亮輔	
小島　蓉子	松村　　秩	

障害者リハビリテーション'80　頒価 1700円

1981年3月20日　印刷
1981年3月31日　発行

発行人　小　池　文　英

発行所　財団法人　**日本障害者リハビリテーション協会**
〒170　東京都豊島区東池袋3－13－15
☎(983)3213(代)・振替東京 8－132429

お問い合わせ先／リハビリテーション交流セミナー事務局
〒165　東京都中野区江原町2－6－7
社会福祉法人　東京コロニー内　電話 03（953）3541

©1981(財)日本障害者リハビリテーション協会

コロニー印刷／印刷

発行・財団法人日本障害者リハビリテーション協会