

「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者 福祉行政推進のための総合的方策」について（答申）

昭和41年11月24日
身体障害者福祉審議会

前 文

本審議会は、昭和41年1月21日、厚生大臣から「身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の改正その他身体障害者福祉行政推進のための総合的方策」について諮問を受けて以来、施設部会、医療補装具部会、福祉部会、行財政部会及び企画調整部会の各部会を設置し、各部会を中心に審議を重ねた。その間、49回の各部会と3回の総会において慎重審議の結果本審議会の意見をとりまとめた。

本審議会は、身体障害者が社会の一員として尊重され、健康で文化的な生活が送れるようにすることが近代社会の当然の責務であるとの認識に立ち、現行の身体障害者福祉制度全般について分析を行い、その問題点を解明し今後の身体障害者対策の方向を

検討した。したがって、本答申においては、厚生行政の分野にとどまらず、各省行政全般について身体障害者対策の改善を示しているが、これらについても政府部内においてさらに検討されることを望むものである。

現下における社会経済の発展及び身体障害者対策に対する全国民的な関心の高まりをみるときに、この時期において、身体障害者福祉行政を飛躍的に推進すべきものと思われる。このさい、政府においては、本答申を尊重し、すみやかに、福祉国家にふさわしい身体障害者福祉制度の確立をはかられることをせつに要望する。

第1部 総 論

第1章 身体障害者対策の目的と必要性〔略〕

第2章 わが国における身体障害者対策の沿革〔略〕

第3章 身体障害者対策の体系

第1章に述べたように、身体障害者対策は身体障害者の身体的、社会的、経済的ハンディキャップをできるだけ軽減することであるが、この対策は、身体障害者のさまざまなニードを十分に満たすように、完全な体系をもって行なわれなければならない。身体障害者を個々にみる場合、その障害の種類、程度

を異にするため、その対策も多岐にわたっている。しかしこれを大きく分けると、障害の程度を軽減させ、かつ、身体障害者の肉体的、精神的、社会的能力を向上させるための狭義のリハビリテーションの分野とリハビリテーション期間中の、又は障害が存するために起こる経済上、生活上のハンディキャップを補うための援護の分野とに分けることができる。「リハビリテーション」という用語は、身体障害者の社会復帰、援護の措置のすべてを指す場合もあるが、本答申においては、理学療法、作業療法、外科的手術、社会適応訓練、職能訓練等その人の障害を軽減し残存能力を向上させるための技術的措置を意

味することにする。

リハビリテーションは、障害の種類によって異なる方法が必要であるばかりでなく、同一人についてもその過程に応じて異なったりリハビリテーションを必要とする。事故により外傷を受けた人を例にとれば、そのリハビリテーションは、外傷の一般治療と並行して行なわれる機能回復のための理学療法、作業療法、次いで、日常動作や社会生活を可能とさせる社会適応訓練、さらに職業生活を可能とさせるための職能訓練、職業訓練の順序で行なわれる。このようにリハビリテーションは、さまざまな段階があり、その過程が連続して行なわれなければ、効果も少なく、またこれを受ける人々の意欲を阻害する結果にもなる。したがって、リハビリテーションは、身体障害者が必要な時期に遅滞なく必要なリハビリテーションを受けられるよう一貫した体系が必要である。

わが国において、リハビリテーションの体系を確立させるためには、

- (1) 第一に、リハビリテーション技術の開拓が必要である。リハビリテーションは、学問としても新しいものであり、未開拓の分野が多い。現在リハビリテーションは、医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーション及び教育的リハビリテーションに分けられるが、それぞれの分野の境界が明瞭でない上に、内容について問題が多くその技術が確立していないことが指摘される。また、リハビリテーションについては、その各段階において評価が不可欠であるとされているが、その評価の方法や評価を行なう機構も整備されていない。
- (2) 次に、リハビリテーションを実施する職員の充足が必要である。リハビリテーションは、専門の技術者とそのグループによって行なわれるものである。したがって、上述の技術、方法の確立と同時に、これを実施する専門の能力のある技術者が確保されなければならない。
- (3) 第三に、リハビリテーションを行なう施設の整備が必要である。リハビリテーションを行なう施設としては、一般病院、リハビリテーション専門施設（リハビリテーション専門病院、身体障害者更正指導所、肢体不自由児施設等）、職業訓練施設等があるが、これらのリハビリテーション施設

は、器械設備の点でも収容能力の点でも現状ではまだ不十分であるので、今後、毎年新規に発生する身体障害者も十分カバーできるだけの規模をもち、地域的な利用の便を考慮して設置されなければならない。さらに、これらの施設間の身体障害者の流れは、すみやかに、かつ、ギャップを起さずに、円滑に行なわれることが必要であり、このためには評価、措置状況の把握、施設相互間の連絡を十分に取らなければならない。とくに児童期から成人期へ移行する身体障害者については従来リハビリテーションの過程にギャップが生じ易かったが、今後は、このようなギャップをなくすように法律上も明確にしなければならない。

- (4) 第四に、リハビリテーション関係行政機関の体系的整備が必要である。リハビリテーションの分野は広範囲にわたるものであるから、これが効果的に行なわれるためにはリハビリテーションが制度として体系的に整備されるとともに、関係行政機関相互間の連絡協調が十分に行なわれるべきである。しかしながら現状においては、中央、地方を通じ、いずれも不十分であるので、これら関係行政機関の体系化をはからなければならない。

援護の措置については、(1)社会に復帰し職業につくことが可能な人、(2)労働はできるが通常の職業にはつけない人、(3)家庭内での自力生活は可能であるが労働は不可能な人、(4)常時介護を受けなければならない人等障害の程度に応じた措置を行なう必要がある。すなわち、職業につくことの可能な人については雇用促進のための援護、自家営業についての援助、自動車等の更生用具の援助等があり、通常の職業にはつけない人については授産施設への入所があり、家庭内生活のみが可能な人については、家庭授産があり、常時介護を要する人については家庭奉仕員（ホームヘルパー）の派遣や援護施設への収容等が考えられる。この場合、援護の措置は適切なリハビリテーションを受けることが前提とならなければならない。このためリハビリテーション期間中の所得保障等の援護が必要である。

また視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害等の障害の種類によりそのニードに対応した対策が必要であり、住宅改造のための援助、補装具の支給、点字図書の普及、税制上の優遇措置等も考えられる。

このような身体障害者対策の体系は、障害の種類

と程度に応じてそれぞれ異なるニーズに対応できるものであると同時に、動的なりハビリテーションの過程が円源に行なわれるものでなければならない。従来の対策は、各措置がばらばらに行なわれており、体系的整備も不十分であり、必要な措置の欠けている面も見受けられたが、今後の対策は、リハビリテーションと援護の体系を確立した上でそれぞれの措置が有機的に連絡されるよう十分な配慮が必要である。

また個々の身体障害者に対する措置のほか、リハビリテーション技術補装具の研究等技術向上のための措置、専門技術者養成のための措置もあわせて実施されなければならない。

最後に、身体障害を予防するための措置も、身体障害者対策の一環として考えなければならないとこ

ろである。国民の中にある程度の割合で身体障害者が発生することは不可避であるが、身体障害となる原因を科学的に究明するとともに予防対策を十分に行なうことによって、この割合を引き下げる余地は十分あるものと考えられる。このため、先天的身体障害の発生を予防するための母子保健の強化、後天的身体障害の発生を予防するための交通事故、産業災害、成人病等の予防対策を強力に進める必要がある。

身体障害者のリハビリテーションと援護を通ずる身体障害者対策の全体系を表にすると、次のようになる。

表〔略〕

第2部 各 論

第1章 基本的事項

第1節 身体障害者関係法体系の整備

身体障害者に対するリハビリテーションと援護は、身体障害者福祉法のほか、きわめて多くの法律に基づいて実施されている。その主なものとして、(1)医療の面については、健康保険法、国民健康保険法等の医療保険諸法、(2)教育の面については、学校教育法、盲学校、聾学校及び養護学校への就学奨励に関する法律等、(3)職業の面については、身体障害者雇用促進法、雇用対策法、職業安定法及び職業訓練法、(4)所得保障的な面については、厚生年金保険法、国民年金法等の公的年金諸法のほか、生活保護法、各種税法、国有鉄道運賃法、郵便法等を挙げることができる。また、一方においては、(5)児童福祉法や戦傷病者特別援護法、労働者災害補償保険法のように特定の障害者を対象に、比較的広い範囲の措置を規定しているものもある。したがって、これらの法律の施行に当たる国の行政機関も、厚生省、文部省、労働省をはじめ多くの省庁にわたり、このため、各省が行なう障害者対策の間に密接な関連性が保持されがたく、また、制度の全体を理解しにくい結果となっている。

こうした事情から、身体障害者に関する各法の規定を一本の法律にまとめ、かつ、これを一つの行政

機関が所管するのが妥当であるとの意見、あるいは行政組織は従来どおりでよいが、法律は一本化すべきであるとの意見が一部にある。しかしながら、特殊教育や身体障害者の雇用安定施策を教育行政、労働行政一般から分社することは実情にそぐわない面も多く、諸外国の例に照らしても、現行の各省行政の分離はおおむね受当なものと考えられる。

また、法律のみを一元化することについても、技術上の問題点があるばかりでなく、一本化することの実益も少ない。

ところで、身体障害者福祉法と、その他の身体障害者関係法律とは性格を異にする面がある。すなわち、前者は、広く身体障害者一般に関する単独法として、各種の相談指導、障害の診査判定をはじめ、更生医療、補装具の給付、装着訓練等の医学的措置、職能訓練、自営援助、授産等の職業的措置さらには心理的、社会的リハビリテーション等、身体障害者対策のほとんど全面にわたる措置を規定している点に特色を有しており、身体障害者対策における中心的地位を占めるものといえることができよう。したがって、身体障害者福祉法が持つこの基本法的性格をさらに徹底させ、同法において、身体障害者対策全般に通ずる基本的理念を明示し、もって各種身体障害者対策の有機的、効率的な整備充実と関係機関の密接な連絡をはかることとすべきである。なお、本

答申においては、以下、成人の身体障害者についてその対策を示し、身体障害児についての対策は、これと関連のある限りにおいて言及することとする。

第2節 身体障害者福祉法の基本理念と目的

すべての身体障害者は、身体機能の最大限の回復と残存能力の最大の活用を目的としたリハビリテーションと援護の措置を受ける機会が与えられ、それぞれの能力にもっとも適した生活を送ることができるよう保障されなければならない。身体障害者対策の全般に通ずる基本的理念として、このような趣旨の規定を身体障害者福祉法に設けるとともに、あわせて、国と地方公共団体は、身体障害者の福祉を増進する責務を有すること、並びに国と地方公共団体が身体障害者のための施策を講ずるにあたっては、相互に関連性をもって行なわれるよう、また、その施策を通じて基本理念が具現されるように配慮すべき旨を同法に規定する必要がある。

これと同時に、身体障害者福祉法についても、上記の基本理念にのっとり対象障害者の範囲を拡大して内部障害者を含めるとともに、同法の目的を次のように改めることが適当である。すなわち、現行の身体障害者福祉法は、「身体障害者の更生を援助し、その更生のために必要な保護を行ない、もって身体障害者の福祉を図ること」を目的としているが、これを改め、「身体障害者に対し、リハビリテーション及び援護の措置を講じ、もって身体障害者の生活の安定と福祉の増進を図ること」を目的とすべきである。これによって従来手薄であった重度障害者対策を強化すべきことは当然であるにしてもこれまで身体障害者福祉法が目的としてきた更生及び更生のための援助措置も決して十分であるとはいえないので、さらにその徹底を期する必要がある。

また、身体障害者対策を実効あらしめるためには、国民一般の理解と協力を得る必要があるので、国と地方公共団体は、学校教育、広報活動等によって、国民の指導啓発をいっそう強化しなければならない。身体障害者白書を作成することも一つの有効な方法であろう。また、行政機関の職員も身体障害者に対する理解を深め、身体障害者との間に信頼感を生ずるよう努めることが大切である。しかしながら、国や地方公共団体がどれほど対策を強化しても、また国民がいかに理解をもっても、身体障害者自身に

自立の意欲がなければ社会復帰を促進することは困難である。したがって、すべての身体障害者ができる限りその身体機能の回復と残存能力の活用をはかるよう努力すべきことをさらに強調する必要がある。

第3節 身体障害者福祉法の対象障害者

1 内部障害者への拡大

現行の身体障害者福祉法は、沿革的理由から、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者等の外部障害者のみを身体障害者としているが、今後、結核、心臓病等による内部障害者も、身体障害者として同法の対象とすべきである。なんとなれば、内部障害者も日常生活、社会生活上の障害を持ち、リハビリテーションと援護を必要とする点において、外部障害者となんら変わるところはないからである。

しかしながら、精神障害者については、身体障害者福祉法の対象から除外することが適当と思われる。すなわち、精神薄弱者については、精神薄弱者福祉審議会において、精神薄弱者福祉法を中心に対策の充実を検討しており、また、精神障害者についても、精神衛生審議会において精神衛生法に基づく施策強化の方向が審議されている。

「精神」障害と「身体」障害とでは、理論的にリハビリテーションや援護の必要性は同じであっても具体的にその技術的方法、施設の運営、障害者自身の利便等を考慮すると精神障害者については、身体障害者とは別途に措置することが適当であり、身体障害者福祉法の対象とするのは時期尚早であると考え。ただし、身体障害者に対する措置と精神障害者に対する措置との間に不均衡やギャップを生ずることのないよう、とくに心身障害の重複する者の取扱いについては留意する必要がある。

2 内部障害者の範囲

このように、身体障害者福祉法が精神障害者以外のすべての身体障害者をその対象とするに当たって、障害認定の技術上の問題等から、当面は結核による障害者、心臓循環器の障害者等比較認定の容易な障害のみを対象とすべきであるとの意見もあった。しかし、すでに各種の公的年金制度において、すべての内部障害がとり入れられ、現実に障害認定が実施されている実体があり、認定技術の面についても、本年8月の沖中重雄博士を座

長とする障害等級調整問題研究会の答申もなされており、対象障害の種類を限定する理由は考えられない。また、事情により、段階的拡大が必要とされる場合においても、障害の種類によらず、程度によって区別し、とりあえずは、より多くの援助を必要とする中・重度の者を対象とすることが適当と考えられる。この場合においても、手帳交付の趣旨に照らし、基本的には外部障害者と同様、相当長期にわたって持続すると認められる障害に限るものとすべきであるが、内部障害は、外部障害に比し、一般に症状が固定しにくいので、障害の状況に応じ、身体障害者手帳の有効期間を限って交付する制度を設けることが適当である。

なお、2種以上の障害をあわせ持つ障害者の障害程度は、それらの障害を併合して総合的に認定すべきである。また、そしゃく機能障害等一部の外部障害が従来対象外とされているが、外部障害者についても、その範囲を再検討する必要がある。

第4節 身体障害者手帳交付の意義と手続〔略〕

第5節 身体障害者の予防対策の強化

身体障害の発生を予防することは、身体障害者対策の一環としてきわめて重要である。ひとたび傷病にかかった場合には、リハビリテーションと援護を行ない、傷病の治療後に障害を残すことのないよう、また、不幸にして障害が残った場合にも、できる限りその程度を軽減する一方残存能力を最大限に活用するよう、身体障害者対策の推進をはかるべきことは、すでに述べたとおりである。しかしながら、身体障害は、一般に疾病又は事故による傷害に起因するものであるから、身体障害の原因となる傷病の発生の予防対策も、強力に実施していかなければならない。

まず、身体の障害となる傷害として注目すべきものは、交通事故と労働災害によるものである。交通事故の増加は近年とくに著しいところであり、また、労働災害についても、死傷者総数は年間70万人にも上るものと推定され、重傷者に限ってみるとむしろ増加の傾向にある。したがって、歩道、信号機等道路交通環境の整備、運転免許制度の強化（運転適性検査の実施による運転不適格者の排除等）、製造工業、建設事業、鉱業等災害が多発する職場における

安全設備の整備をすみやかに実施するとともに、歩行者、運転者、労働者、経営者等関係者に対する安全思想の普及徹底をはかり、事故の防止に万全を期さなければならない。さらに、事故が発生した場合の救急体制の確立も肝要である。

次に先天的障害、後天的障害のいずれにおいても、その原因の3分の2を占めているのは、各種の疾病である。結核、トラホーム等の伝染性疾患の予防のための公衆衛生施策はもとより、近年とくに増加の著しい脳卒中、心臓病、がん等の成人病に対する予防、早期発見、早期治療等の措置をいっそう強力に推進する必要がある。また、優生保護思想の徹底も必要である。

最後に健全な児童の出生と成長を目的とした母子保健対策は、身体障害の発生の予防、早期発見、早期処置等の面において、身体障害者対策と密接な関連を有するものであり、今後その対策の進展が強く望まれるところである。

第2章 医学的リハビリテーションと補装具

第1節 病院における医学的リハビリテーション

1 病院における医学的リハビリテーション強化の必要性

医学的リハビリテーションは、医療と同時に始まり、医療を行なうことは、当然、医学的リハビリテーションを含むものであるが、従来これが観念的な考えにとどまり、理学療法、作業療法等の医学的リハビリテーションの技術面が等閑に付されていたことは再考を要するところである。

医学的リハビリテーションは、社会的、職業的リハビリテーション等一連のリハビリテーションの過程における最初の段階を占めるものであって傷病の早期から、治療の一環として実施されなければ十分の効果が期待できないものである。そのため、先進諸国においては、通常、一般総合病院にリハビリテーション部門を設け、医学的リハビリテーションを専門に担当しており、その病床数も、一般病院の病床数の5%から10%に及んでいる。さらに、精神病院や結核療養所では、全病床の10%以上がリハビリテーション病床として整備されている。

これに対し、わが国においては、リハビリテーション専門の部門を持つ病院はきわめてわずか

あり、専門病床数の不足も著しい上に、数少ないこれらのリハビリテーション部門についてみても、必要な人的、物的設備が十分に整っているとはいえない。その結果、機能の回復が遅れたり、回復しうる機能も回復しないままに放置されて、患者の社会復帰に大きな制約をもたらしている。

リハビリテーションの出発点である病院での医学的リハビリテーションを充実強化することは、身体障害者対策の体系的整備の第一歩といわなければならない。そのためには、まず、医学教育を改善して医師の医学的リハビリテーションに関する知識の向上をはかり、あわせて、理学療法士、作業療法士等の養成を推進することが不可欠の条件であるが、同時に、これを促進させるために、医療保険における医学的リハビリテーションの評価を適正なものとする必要がある。

現在国民皆保険の制度がしかれ、わが国における大部分の診療行為に対する評価は、医療保険の診察報酬によっているが、その診察報酬において項目として特に掲げられているのは、マッサージ、整形外科機能訓練等一部の行為に限られている等の問題がある。医学的リハビリテーションについては、年金保険において給付を行なうのが妥当であるという意見もあり、医療保険の給付対象とすることが妥当であるとの意見もあるが、社会福祉制度、年金制度及び医療保険制度のそれぞれの分担すべき役割等を総合的に検討のうえ、早急に方針を決定すべきである。

2 更生医療制度の活用

現在、身体障害者福祉法において、手帳所持者に対し「更生のために必要な医療」を給付する制度がある。これにより、いわゆる変形治ゆ、不完全治ゆ等の状態にある外部障害に対する外科的手術等について、多くの場合、医療保険における自己負担額が軽減されており、医学的リハビリテーションを普及するうえで、この制度は、かなりの役割を果たしている。

医学的リハビリテーションは、傷病の早期から治療と同時に行なわれることが大原則であるが、実態調査によれば、現に、症状固定後において更生医療を必要とする者が8万2000人にも達する実情にかんがみ、今後とも、そのいっそうの活用をはかるのが妥当である。

なお、国民の大半は、3割ないし5割の自己負担をしなければならない現状から、医学的リハビリテーション普及のため、更生医療給付制度を拡大して、症状固定の前に治療と並行して行なわれる医学的リハビリテーションについても公費負担の対象とすべきであるとの意見もあったが、今後医療保障全体の充実という見地から総合的に検討すべきであろう。

第2節 短期訓練施設における医学的リハビリテーション

相当長期にわたって医学的リハビリテーションや就業のための職能訓練を必要とする者については、傷病の治療を主眼とする一般の病院から一般社会の環境により近い施設に移して、これらの医療、訓練をあわせて実施することが、身体障害者の社会復帰と病院の効率的利用の両面から望ましい。したがって、今後身体障害者更生指導所等の訓練施設をリハビリテーション・センターとして整備する必要があり、早急にこれらの施設における理学療法と作業療法の実施体制を整えるべきである。

昨年8月の身体障害者更生援護施設実態調査によれば、44箇所の公立肢体不自由者更生施設において、兼任を含め、理学療法の業務に従事する者は23人、作業療法の業務に従事する者はわずか10人にすぎず、また結核回復者後保護施設におけるこの種の職員の配置状況も、きわめて不十分であるといえる。したがって、すみやかに、各施設に理学療法又は作業療法の業務に従事すべき者を少なくとも1人ずつ配置するとともに、理学療法士又は作業療法士の免許取得等を通じてこれらの職員の資質向上に努めなければならない。さらに、医学的リハビリテーションに必要な設備器具の整備状況も、一部の施設を除き著しく不備であるので、この面での強化措置も、あわせて実施すべきである。また、視覚障害者に対する医学的リハビリテーションについては、まだ十分な体制がとられていないのでその充実が必要であり、聴覚障害者の医学的リハビリテーションについては、遺伝学的研究に力を用い、その他ろう、言語障害等の発生原因の研究を行ない、あわせて言語障害者の治療及び中途失聴者についての早期聴力回復手術を行なうことが必要である。なお、これらの施設がリハビリテーション施設として所期の効果をあげるた

めには、施設自体の人的、物的設備の充実と並行して、病院、福祉事務所、職業安定所等との密接な連携を保ち、同施設において行なわれる各種のリハビリテーションが有効な実を結ぶように特段の配慮を払うことが必要である。

第3節 補装具の普及改良〔略〕

第4節 医学的リハビリテーション従事者の養成

1 医学教育の改善

医師は、医学的リハビリテーションの実施に当たって指導的地位を占めるものであり、その果たすべき役割の重要性は、あらためていうまでもない。しかし、今後医学的リハビリテーションの飛躍的な充実強化を期するには、リハビリテーション部門の専門の医師の養成を早急に進めると同時に、開業医をはじめ医師全般のいっそうの理解と協力と技術の向上が不可欠の要件となる。そのためには、すべての医学生がリハビリテーションに関する基礎知識を習得しうるよう医学教育の内容改善を検討する一方、すでに医師として診療に従事している者に対しても、大学、医学会、医師会その他の関係団体の協力を得て、その指導啓発を積極的に行ない、医師全般のリハビリテーションに関する知識、技術の向上をはかるように配慮すべきである。

2 理学療法士と作業療法士

昭和40年6月理学療法士及び作業療法士が制定され、本年第1回の国家試験が実施されて、わが国においても、203人の正規の理学療法士と作業療法士が誕生した。しかしながら、諸外国での経験をもとに、最近の社会医療調査による診療状況から推計すると、理学療法士、作業療法士のいずれも3000人程度が必要と考えられ、その不足は、きわめて著しいといわなければならない。これに対し、これらの技術者を養成する施設は、全国で5箇所、養成数は年間120人に過ぎない。かりに、在勤年数を平均20年とすれば毎年少なくとも300人の養成が必要である。今後、養成施設の増設とともに、現に理学療法又は作業療法に従事している者の資質の向上を早急に行なわない限り、わが国の医学的リハビリテーションの体制を確立することはきわめて困難であろう。

3 その他の技術者

視能訓練士、言語療法士、聴能訓練士、義肢工等についても、諸外国の例を参考としながら、すみやかに国家試験による免許制度を中心とした身分制度を確立し、その養成確保をはかるべきである。

第3章 社会的リハビリテーション

第1節 社会的リハビリテーションの意義

従来のリハビリテーションにおいては、医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションが重視され、不十分ながらも一応の成果を挙げている。しかしながら、医学的、身体的に機能が改善され、適当な職業訓練を受けて適当な職場に就職できたとしても、なおかつ、更生に成功しない数多くの例が見られる。これは、社会的リハビリテーションという第3の重要な要素に欠けていたからである。つまり、リハビリテーションの本質というものは、「残存機能」の回復とか「職業能力」の向上に限られるものではなく、身体障害がもたらす個人生活、社会生活におけるあらゆるハンディキャップを対象とし、そのハンディキャップを除去したり、軽減したりすることにある。とくに、身体障害者については、心理的な障害のため社会適応が難かしく、これが社会復帰の支障となっている例が少なくない。

一方、重度の身体障害者のなかにも、適当な訓練によって自分自身で自らの世話ができるようになり、あるいは社会に復帰できるようになる者さえいるが、十分な訓練が行なわれていないため、社会復帰ができないばかりでなく、家族の介護を必要とし、ひいてはその世帯の更生の支障となっている例も少なくない。

社会的リハビリテーションとは、このような問題を解決する方法であり、心理的更生指導と生活適応訓練とに大別することができよう。社会的リハビリテーションは、身体障害者厚生援護施設、身体障害者更生相談所、福祉事務所において生活指導員、心理判定員、身体障害者福祉司、社会福祉主事の職員がそれぞれ担当して行なうこととされているが、そのいずれについても十分行なわれているとはいえない現状である。

第2節 心理的更生指導

身体障害者の社会復帰にとって心理的更生指導が重要な役割をもっているが、身体障害者の心理については、身体障害者全般に共通するとみられるものと障害の種類、障害程度、障害原因、障害を受けた時の年齢等により特有とみられるものとがあり、これが身体障害者のパーソナリティの形成に大きな影響を与えている。

しかしながら、一方、身体障害に対する個人的、社会的態度が身体障害者の情緒的適応に及ぼす影響を忘れてはならない。すなわち、社会の人々は身体障害者を身体の一部に特殊なハンディキャップのある人と考えず、人間全体としての劣等と考えやすい。身体障害者自身においても人間全体として、コンプレックスを感じがちである。

このようなことから、身体障害者は、社会的拒否と情緒的な葛藤の重荷を背負わされ、欲求不満の状態に陥りやすい。そして、逃避的、防禦的及び攻撃的解決のような不合理な間に合せの解決を試みる傾向も見られる。もちろん、このような適応のし方は健常者の場合にもみられるが、身体障害者の場合には相対的に多く見られる。

ところで、このような不合理な適応を試みている身体障害者についても適当な心理的更生指導により好ましい適応を示すようになるものである。心理的更生指導の主な方法としては、カウンセリング、ケース・ワーク、グループ・ワーク、心理療法、生活指導、教養指導及び社会復帰のための後保護的指導等がある。

心理的更生指導の現状をみると、次のような問題点がある。すなわち、第1に、専任の専門職員が充足されていないことである。専任職員の充足状況を見ると、身体障害者更生相談所の心理判定員については4割、身体障害者収容施設の生活指導員については7割、また福祉事務所の身体障害者福祉司については5割となっているが、これらの専任職員さえ、その本来の職務以外の職務に忙殺されているのが実情である。心理的更生指導の業務が専門の知識・技能を必要とする点にかんがみ、専門職員の充足を早急に行なうとともに、これらの職員が本来の職務に専念できるよう業務の処理態勢を改善しなければならない。

第2に、心理的更生指導の体系が確立されていないことである。心理的更生指導については、一応の方針が示されているものの、体系的に確立されていないためその具体的内容が明確に示されておらず、関係職員の創意工夫によって行なわれているのが現状である。このため、心理的更生指導の水準が各機関によってまちまちであり、十分な効果をあげることができないので心理的更生指導の体系を確立するとともに、その取扱いの指針を示す等により心理的更生指導の具体的内容を周知させる必要がある。

第3に、心理的更生指導の研究の問題がある。心理的更生指導の方法は、心理学、社会学等による科学的、臨床的研究に負うところがきわめて大きいにもかかわらず、これが十分に行なわれていないので、今後その研究、開発を早急に進める必要がある。

第3節 生活適応訓練

生活適応訓練の目的と方法は、障害の種類、障害程度、障害を受けた時期等によって異なるが、大別すれば、基礎訓練と応用訓練の二つに分類することができる。基礎訓練とは、たとえば視覚障害者に対する聴覚訓練や触覚訓練のような感覚訓練、右腕を失った者に対する左腕の代償機能訓練等日常生活の基礎となる訓練である。応用訓練とは、視覚障害者又は肢体不自由を有する主婦に対する家事訓練、視覚障害者又は聴覚障害者に対する会食作法指導、バス電車等の乗車指導、集団生活指導等二つ以上の基礎訓練を組み合わせて、日常生活又は社会生活に適応させることを目的とする訓練である。

生活適応訓練も、リハビリテーションにおける新しい分野であるため今後において解決すべき問題が少なくない。すなわち、その第1は、専門職員の充足と資質の向上の問題である。生活適応訓練は、障害の種類等によって適用する方法が異なり、なかには、学問として独立した一分野を構成するものもある。たとえば、盲人の歩行学は、先進国においては、ひとつの学問として成立しており、歩行訓練士の身分制度が設けられて、大学院2年間の特別の修士課程を修了した者に資格が与えられている。また、盲人の体育ないしはスポーツについても、盲心理学の立場から特別に工夫されたものが先進国にみられ、専門の体操教師が指導している。わが国においてもこれら職員のほか、生活適応訓練の各分野に必要な

職員の充足をはかるとともに、その現任訓練を積極的に行なう等により資質の向上をはかる必要がある。

第2に生活適応訓練の体系とその細部の具体的内容の確立の問題である。生活適応訓練は、残存機能の訓練から、集団生活、社会生活における適応訓練までを含んでおり、医学的リハビリテーションの一環として行なわれる作業療法と競合する場合も少なくないので、この問題を含め、全体の体系を確立する必要がある。すなわち、生活適応訓練を行なうにはどのような施設がもっとも適当であるか、そこで適用すべき方法にはどのようなものがあるか、在宅の身体障害者に対する生活適応訓練をどうするか等について十分な検討がなされなければならない。

第3に生活適応訓練の研究の問題である。生活適応訓練が新しい専門分野に属するものであるため知識面、技術面の双方について未開発のものが多く、その研究、開発を推進する必要がある。たとえば、モデル・キッチン、モデル・リビングルーム、盲導犬などの検討が必要である。

第4章 職業的リハビリテーションと身体障害者の自立更生

第1節 職業的リハビリテーションの促進

リハビリテーションの理想的な到達点は、身体障害者が自ら労働することを可能とし、その所得をもって一般健常人と同様の水準で社会生活を送ることができるようにすることである。このため、医学的リハビリテーションを受けた人々のうち、原職に復帰する者については、療養期間中に失われた職業能力の回復のための職能訓練の過程が必要であるし、障害のため原職に復帰できない人、児童期から障害があり成人後職につく必要のある人については、さらに職業訓練の過程が必要である。これらの過程が職業的リハビリテーションの分野であって、身体障害者の円滑な社会復帰のために重要な役割を果たすものである。

昨年の身体障害者実態調査は、身体障害者が職業につくのいかに多くのハンディキャップがあるかを示している。すなわち、身体障害者の就業率は40%であって一般の就業率より30%も低く、また、就業の内容も自家営業、とくに農業に従事する者が多い。不就業者の中には、身体障害のため就業が全く困難な者も含まれているが、職業的リハビリテ

ーション、就業についての援助等を強力に推進するならば、一般健常人との就業率の差をかなり縮めることは可能であると思われる。

職業的リハビリテーションは、以上述べたように、身体障害者の職業能力の回復、向上のために行なわれるものであるが、これは、就業の準備として作業習慣、作業耐性、作業速度や基礎的な職業技術等を身につけるための職能訓練と、障害のため原職に復帰することが不可能となった人々や新たに職業につく必要のある人々に対して職業技術を身につけさせるための職業訓練に分けられる。前者は職業につくすべての身体障害者に必要なものであるが、後者は、新しい職業につかなければならない身体障害者についてのみ行なわれるものである。しかし新しい職業につくすべての身体障害者が、職業訓練の過程を経る必要はなく、人によっては職能訓練過程のみで職業につく場合も少なくない。各県に設置されている身体障害者更生指導所は、職能訓練に重点を置くものと、職業訓練に重点を置くものと若干の相違はあるが、いずれも医学的リハビリテーションから社会的・職業的リハビリテーションまで、総合的に行なう施設であり、60%程度は現に社会復帰している。

他方職業訓練のみを行なう施設として身体障害者職業訓練所は現在全国に9ヶ所設置されているが、これだけでは身体障害者の需要に応じることが困難であるから、将来は職業訓練所の増設、適正な配置を考える必要がある。今後職業訓練所と更生指導所は、それぞれの役割と対象者の相異を明確にしたうえで、相互の密接な連携を取りながら両者の充実をはかり、職業的リハビリテーションの施設の施設体系を確立する必要がある。また職業的リハビリテーション期間中の所得保障を充実し、さらに身体障害者職業訓練所における訓練課目も時代の要請に応じた近代的なものとして、身体障害者の残存能力、代償能力が十分に生かされるようなものを選ぶことが必要である。

次に職業的リハビリテーション後の受入れ体制の問題である。身体障害者の社会復帰の促進のためには、その能力を回復させるためのリハビリテーションのみでは不十分であってその後引き続き身体障害者の受け入れ体制を十分に整える必要がある。すなわち、雇用主、公的機関の理解のうえに職場の拡大をはかること、身体障害者が作業しやすいように

職場の環境を改造すること、通勤についてなるべく交通機関を利用しないで済むように住宅を職場の近くに設けること等について配慮しなければならない。

また障害の態様により一般職業への復帰の困難な身体障害者については、保護的な環境において職業を与える措置が必要であり、このための授産施設の充実もまた重要である。

身体障害者の職業的リハビリテーションは、さかのほれば児童期における特殊教育の問題にも関連する。特殊教育を充実するための方策としては、

- (1) 身体障害児の教育の特殊性を考慮し、一般よりは就学年齢をさらに引き上げて早期教育を実施する必要があること。
- (2) 中学部・高等部における職業教育の充実強化をはかること。
- (3) 一般健常人以上に知識技術を身につける必要性があるため、特別の奨学金制度を考慮すること。
- (4) 基本的な問題として現在著しく低い就学率（41年度文部省調査では就学率は盲児49.7%、ろう児65.1%、肢体不自由児21.2%と一般の就学率99.8%に比し著しく低い。）を引き上げるためには特殊学校の整備と教員の確保をはかる一方保護者の理解を深める方策を緊急に考慮する必要がある。

このように特殊教育の充実によって解決すべき点も多いが、さらに高度の教育を受ける能力のある身体障害児に対しては、高等学校、大学への進学を援助することが必要であるにもかかわらず、従来身体障害児の進学について学校側がその門を閉ざしていた例も少なくないが、できる限り身体障害児の便宜をはかり、その受入れに努力するのが学校側の当然の義務であると思われる。

第2節 自家営業のための援助〔略〕

第3節 雇用の促進〔略〕

第4節 授産事業の強化〔略〕

第5章 援護の拡充

第1節 介護援助の強化

自力による日常生活が困難で、家庭で介護されて

いる重度の障害者については、現在、障害年金（児童については特別児童扶養手当）が支給されているが、その額がきわめて低額であるばかりでなく、その他の援助措置がほとんどないため 家族や地域社会に重い負担がかかっている現状である。

実態調査の結果を見ても、家庭にあって適当な介護者がいない身体障害者は2万8000人と推定されている。これらの人々に対して適切な介護を保障するためには、重度身体障害者の長期収容施設を整備することが必要であるが 介護が必要な重症の身体障害者、筋ジストロフィー患者等濃厚な医学的管理が必要な場合には病院等に収容する制度を設ける必要がある。すでに重症心身障害者には法外援護として療護措置を行なう途が開かれているが、これをすみやかに法律上の制度として確立し、筋ジストロフィー患者等の場合にも拡大していくべきである。

また、施設に収容されるより家庭におく方がよいと思われる人々については家庭奉仕員を派遣して家事、介護の援助を行なうことができる制度を創設する必要がある。

また、日常生活のすべてについて常時介護を要する最重度の身体障害者については、障害年金における介護料分の大幅な増額をはかるか、年金から介護料に相当する分を除外し、年金とは別個に介護手当を支給する等の方法により安んじて介護を受けられるような体制を確立する必要がある。

第2節 住宅への配慮

身体障害者については、通勤上のハンディキャップがあること、従事しうる職場が限定されていること、雇用主の理解が十分でないこと等の理由によりその職場は相当に制限されている。したがって就職するためには、下肢障害については自動車利用促進をはかることも大切であるが、住居を職場の近くに移転しなければならぬ場合も少なくない。

一般に住宅事情は、まだきわめて不十分であり、公的資金をもって行なう公営住宅等の分野が立ち遅れているので、身体障害者に対しても、公の立場から住宅について配慮しなければならない必要性がきわめて高い。

第1に公営住宅について身体障害者世帯のわくを設けることが適当である。老人世帯についてはすでに公営住宅についてわくが設けられているが、身体

障害者についても一般の公営住宅の中で別わくで住宅を供給することが必要である。この場合当該住宅については、身体障害者の居住するのに適した構造にすることが必要である。

第2に身体障害者については、公営住宅に優先入居ができる途を開くことを検討すべきである。

第3に遠隔地に就職した場合の対策として雇用促進事業団の融資による住宅の整備を進める必要もあるが、あわせて職場に近い住宅を確保する方法も検討すべきである。

第4に通常の構造の家庭では、日常生活に支障のある身体障害者に対しては、その家屋改造について援助することが必要である。すなわち、重度の障害者に対しては、その日常生活に関係の深い浴場、台所、便所等の改造については補助を行なう制度を新たに設けること、店舗の改造等のための家屋の改造については低利の融資を考慮することが適当である。また、遠隔地に就職した場合、適当な住宅に入居できるまでの間、一時的に居住する場合については、一定期間その住宅について住宅手当を支給することも、身体障害者の雇用促進のために検討する必要がある。

第3節 自動車利用の促進〔略〕

第4節 地域活動の促進

障害の程度や種類の異なる身体障害者がともに会合し、ともに活動を行なうことは、身体障害者の社会適応性の向上のために大きな効果があると考えられる。都道府県の中にはすでに身体障害者のこの種の活動の効果に着目し地域活動を指導し、あるいは補助を行なってきた例も少なくない。昭和41年度からは身体障害者の地域活動費として国の予算措置も始められたが今後大幅に拡充しなければならない性質のものである。身体障害者に、レクリエーション、研修会等の機会を与えることは、家庭にひきこもり勝ちな身体障害者を社会における活動に参加させ、その社会との交流を進め社会復帰の意欲を増進させるばかりでなく、援護の実施機関との接触も深まり、その指導相談も十分に行なわれるようになり、さらに身体障害者団体の健全な育成のためにも効果的である。現在のところ予算額も僅少なため、事業としても狭い範囲にしばられているが、今後は、その行

ない事業の種類、開催回数等も大幅に拡大する必要がある。

第5節 スポーツの振興

身体障害者とくに下肢障害者、体幹機能障害者、重度の視覚障害者は、十分な運動を行なう機会に恵まれないため、体力が弱く、内臓機能も活発でない等疾病の予防、健康の維持の面で障害となっている場合も多い。これらの障害を克服する手段としてスポーツの振興が強く要望されているが、ただこれにとどまることなく障害者の機能の改善、社会適応性の付与のためにもきわめて有効である。

身体障害者のスポーツを本格的にとりあげたのは、脊髄損傷者の治療を行なっている英国のストーク・マンデビル病院が最初とされ、本病院においては、昭和23年以来毎年1回脊髄損傷者の国際スポーツ大会（ストーク・マンデビル・ゲーム）を開催し、大きな成果を収めているが、わが国は昭和37年以来毎年選手を派遣してこれに参加している。このほか、ろうあ者の国際スポーツ大会が4年に1回、以上の障害者以外についても国際スポーツ大会が1年おきに開催されており、これらの大会にもわが国の選手が参加している。

ところで、わが国において、身体障害者のスポーツが全国的に行なわれるようになったのは、昭和38年度からであり、各都道府県大会と全国大会が毎年1回開催されているが、39年には、東京で国際身体障害者スポーツ大会が開催され、身体障害者のスポーツ振興の気運がようやく高まってきた。しかしながら、制度発足後日が浅く指導啓発が徹底しないためもあって身体障害者のスポーツの普及が妨げられている面もあるので次のような点について十分に考慮し、その振興をはからなければならない。

第1に、居宅の身体障害者のスポーツの振興をはかることである。すなわち居宅の身体障害者は、とくにスポーツの機会に恵まれず、社会復帰の障害となっている場合が少なくないので、身体障害者の地域活動等を積極的に活用する等により居宅の身体障害者のスポーツの振興をはかる必要がある。

第2に身体障害者のスポーツを医学的、社会的に効果あらしめるためには、身体障害の種類、程度等に応じたスポーツの種目、競技方法等を確立する必要があるため、これらについての研究を行なうこと

も大切である。

第6節 税制，国鉄運賃，公共的企業の身体障害者に対する配慮等〔略〕

第7節 所得保障の充実

身体障害者の所得保障としてはまず年金制度があるが，わが国の年金制度は先進国に比しまだきわめて低い水準にあるので全体の水準を早急に引き上げるべきである。

第1に国民年金の掛金を拠出しえなかった者又は拠出最低期間を充足しえなかった人々について支給される障害福祉年金の充実である。拠出制の障害年金は月額最低5000円に引き上げられたが，障害福祉年金については，月額2200円にすぎず，しかも支給される対象者はきわめて重度の障害者に限られている。現在身体障害者の大部分は，国民年金法施行以前に障害を負った人々であり，また，今後障害福祉年金の対象者となる人々の中には，先天的又は幼年期に障害を受けた人等保険料を拠出しえないことについて，自己に責任のない人々もある。これらの人々についての障害年金額は現在の程度ではきわめて不十分であるので早急に大幅な引き上げを行なうとともに，所得制限を緩和し，年金を受けることのできる障害の範囲を拡大し，中程度の障害者まで支給する必要がある。

第2に障害年金は傷病の治ゆの見込がなくなったとき，又は初診後3年を経過したときから支給される。傷病の治療期間中の所得保障としては，医療保険における傷病手当金制度があるが支給期間は通常6箇月となっている（国民健康保険においては支給されていない）。したがって治療に引き続く，又は治療と並行して行なわれる医学的リハビリテーションの期間中においては，傷病発生後6箇月を経過すると傷病手当金の支給は打ち切れ障害年金が支給されるまでの所得保障は中断される。身体障害者の機能回復上最も重要なリハビリテーションの段階において所得保障がないことは，結局リハビリテーションの時期を失し，将来にわたって低い水準の能力のまま生活を維持しなければならない結果ともなる。したがってリハビリテーションが十分に行なわれるためには傷病の発生時からリハビリテーション終了時まで所得保障が間断なく行なわれる体制を築き上

げることが必要である。とくにリハビリテーションの期間中の所得保障制度を確立するために特別の公費負担制度等の創設を考慮する必要があるが，この際，医療保険における傷病手当金制度の拡充についても検討することが望ましい。

第3に，リハビリテーション施設に入所し訓練を受けている間の所得保障の問題である。傷病の治療後又は医学的リハビリテーションの前段階を終了して，機能回復訓練，職能訓練等のためリハビリテーション施設に入所した場合，この時期についての所得保障は職能訓練の場合のみにしか講ぜられていない。

施設を利用する身体障害者の立場からいえば，施設入所中の生活の不安のために訓練を受ければ残存能力が向上することが明らかであるにもかかわらず，これを利用しえない場合が少なくない。リハビリテーションを促進し，入所期間中の生活を安定させるために，施設入所者については，社会復帰促進手当のごときものを支給する制度を新たに設ける必要がある。この手当は訓練施設入所期間中おおむね1年を限り支給することとし，その額は，適当な所得制限を設ける必要があるが生活の相当部分をまかなえる額とすべきである。

第6章 身体障害者更生援護施設

第1節 一般的事項

1 身体障害者福祉法における施設の分類

身体障害者に対するリハビリテーションと援護の措置には，施設において行なうべきものが少なくない。身体障害者のための主な施設としては，身体障害者福祉法上に基づく施設のほか，医学的リハビリテーションを担当する病院等の一般医療機関，職業技術を身につけさせるための職業訓練施設があるが，この章では，身体障害者福祉法上の施設に限定して検討したい。

身体障害者を入所させてリハビリテーション又は援護を行なう施設として現在，身体障害者福祉法により，次の施設が設置されている。すなわち，(1)比較的短期間の医療又は訓練によって通常の世界生活に復帰させることを目的とした肢体不自由者更生施設，失明者更生施設及びろうあ者更生施設，(2)重度の肢体不自由者に対し長期にわたる訓練を行なって自己身の自助動作を可能とさせる

ことを目的とした重度身体障害者更生援護施設、(3)収入を得させながら訓練を行なって一般職場へ進ませることを主眼とした身体障害者収容授産施設並びに、(4)相当程度の労働が可能ではあるが一般就業の困難な重度身体障害者に対し半永久的に職場を与える重度身体障害者収容授産施設がこれである。

しかしながら、身体障害者福祉法上の身体障害者の範囲を内部障害者にまで拡大し、あわせてリハビリテーションの余地が少なく、常時医療又は介護を必要とする多くに重度の身体障害者に対しても積極的に援護を行なうことにするに伴い、同法の施設の区分は、障害の種別によるのではなく、訓練の内容や目的に従って行なうのが適当である。もちろん、現実に施設を設置運営するに当たっては実際上障害の種類と程度による区分を行なうことが必要でもある場合も少なくない。

このような観点から、身体障害者福祉法においては、おおむね施設を次のように大きく分類するのが適当であろう。

- (1) 比較的短期間に医療と訓練を行なって社会復帰させる短期訓練施設
- (2) 比較的長期にわたって日常動作訓練並びに医療と介護を行なう長期収容施設
- (3) 授産施設
- (4) 利用施設等

従来の肢体不自由者更生施設、失明者更生施設、ろうあ者更生施設及び結核回復者後保護施設は、(1)の短期訓練施設として、重度身体障害者更生援護施設は、(2)の長期収容施設として、さらに、身体障害者収容授産施設及び重度身体障害者収容授産施設は、(3)の授産施設として分類される。

また、従来の補装具製作施設、点字図書館及び点字出版施設、さらに今後新たに設置する必要のある保養施設、福祉センター等は、(4)の利用施設として分類される。身体障害者のコロニーは、純然たる施設とはいえないが、この分類に入れてもさしつかえないであろう。

なお、短期訓練施設の設置運営に当たっては、従来の肢体不自由、視覚障害、聴覚障害のほか、脳性まひ、リ्यूマチ等についても、分離処遇原則とすることが望ましいと考えられ、また、長期収容施設や授産施設にあっても、特定の障害のみ

を対象とすることが適当な場合が予想されるので、施設基準を定める場合には、この点について十分検討を加える必要がある。さらに、異なる種類の施設、たとえば、短期訓練施設と身体障害者用住宅を併設する等の必要性も考えられるので、個々の事情に即し、弾力的な措置を取りうるよう配慮しなければならない。

2 施設入所の要件

現在、身体障害者福祉法上の施設に入所する場合、手帳の交付を受けていることと18歳以上であることが要件とされている。しかし、義務教育終了後、18歳未満であっても職能訓練、授産等を必要とする場合が多く、しかも、これはの児童のみを対象とした施設を児童福祉法上新たに設けることは適当ではないので、身体障害者福祉法における施設入所の年齢制限を引き下げて、15歳以上であれば、同法の施設に入所できるように関係規定の改正を行うべきである。

なお施設入所要否の判定は、原則として、身体障害者更生相談所において行なうものとし、この場合、単に障害等級のみを基準として入所の要否を画一的に決定することなく、専門的な見地から障害者の適性を的確に把握し、そのニーズに即した施設を選定して入所させることが必要である。そのためにも身体障害者更生相談所の評価判定機能の強化を十分にはかななければならない。

3 通所制度の導入

現行の身体障害者更生援護施設は、点字図書館等の利用施設を除けば、更生施設、授産施設とも、すべて身体障害者を収容するたてまえをとっている。ただし制度発足の当初においては、施設がきわめて少なかったこと、住宅、通勤事情がきわめて悪かったこと等の理由から、収容によらなければ訓練や授産を行ないえないものと考えられたからであろう。しかしながら、法施行後16年間に、施設数も増し、さらに今後施設の飛躍的な整備を行なうに当たっては、この際、通所による施設利用のみちを開き、対象者の利便をはかるとともに、施設の効率的運用に資する必要がある。すでに、児童福祉施設や精神薄弱者援護施設にあつては、広く通所がみとめられており、また、諸外国においても、身体障害者の処遇は可能な限り通常的生活環境に近い状態のもとでなされるべきであると

の観点から、訓練や授産のための施設はむしろ通所を原則としているのであって、身体障害者福祉法において今日まで通所制度が取り入れられなかったことは、遅きに失した感があり、すみやかにその実現を期すべきである。

4 その他

施設の入所措置を講ずるに当たっては、生活保護法に基づく救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設、老人福祉法に基づく特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等、他法による施設についても十分考慮を払い、その活用をはかることが望ましい。

なお生活保護法に基づく救護施設や更生施設には、実体的に長期収容施設や短期訓練施設と同視しうるものが見受けられるが、これらについては積極的に身体障害者福祉法上の施設として移管し、可能な限り身体障害者対策の一元化をはかるべきである。

第2節 短期訓練施設

1 肢体不自由者短期訓練施設

肢体不自由者更生施設は、理学療法、作業療法を中心とした医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション並びに職能訓練、適職判定を中心とした職業的リハビリテーションを総合的に行なう施設として整備していくことが適当である。

いうまでもなく、一般病院に職業的リハビリテーションの実施を期待することは困難であり、また、すでに述べたように、理学療法、作業療法等の医学的リハビリテーションを継続的に行なう必要のある患者は、一般病院からリハビリテーション専門の施設に移して、医学的リハビリテーションを行ないながら同時に社会的、職業的リハビリテーションを実施することが、もっとも効率的であると思われる。すなわち、肢体不自由者更生施設は、総合的リハビリテーション・センターとして発展させていくことが適当であると考えられる。

なお、現在数府県において手術から始まって職業的リハビリテーションまでリハビリテーションの全過程を一貫して実施する肢体不自由者更生施設が設けられており、この種の施設には、望ましい点が多々あるが、全国の肢体不自由者更生施設

にこのようなあり方を期待することは、現実問題として、きわめて困難である。したがって、肢体不自由者更生施設の一般的整備方針としては、上述のとおり、総合的にリハビリテーションを実施する施設を目指すべきである。

2 内部障害者のための短期訓練施設

既存の結核回復者後保護施設は、身体障害者福祉法に取り入れ、結核回復者のための短期訓練施設として、その内容を充実すべきであるが、その基本的方向は肢体不自由者更生施設の場合と同様である。現在の後保護施設は、結核回復者のリハビリテーションを行なうには、その物的設備、職員等の点でまだまだ不十分であるので、早急にその整備が必要である。

また、結核回復者以外の内部障害者については、従来の施設とは別個の施設を設ける必要性も考えられるが、さしあたっては、肢体不自由者更生施設又は結核回復者後保護施設に適宜入所させることとするのが適当である。

3 視覚障害者の短期訓練施設

失明者更生施設の主体となっている国立視力障害センターは、従来、あんま・マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の養成施設としての面に重点が置かれてきたが、同施設は、一般のあんま・マッサージ指圧師等の養成施設や、先天盲を対象とした盲学校と異なり、いわゆる中途失明者を主な対象としているので、障害に打ち勝つ意欲を与え、かつ、日常動作能力や社会的適応性を高めるための社会的リハビリテーションを積極的に取りあげるとともに、広く視覚障害者に適した職種についての職業訓練又は職業訓練を行なっていかなければならない。具体的には、次のような内容改善が必要である。

- (1) 社会的リハビリテーションは、すべての視覚障害者にとって自立更生の基礎となるものであるため、全般的にその強化が必要であるが、とくに家庭の主婦等職業にはつかない者のための「生活訓練課程」を新たに設けること。
- (2) すでに明らかにされている視覚障害者の新職業に関する諸研究の結果を参考とし、現に一部試験的に行なわれている畜産、農業等を軌道にのせる等新職業の訓練課程を積極的に取り入れること。

(3) 最近、入所者の中に、たとえば、パーチェット病、緑内障、糖尿病性眼疾患等が増加する傾向にあるので、施設においては医学的管理が十分行なえるような体制を整えるとともに、入所者の健康増進にさらに留意すること。

(4) 地域的活動との関連が明確でないので、センターとしての活動分野の検討を行なうこと。

4 聴覚言語障害者の短期訓練施設

聴覚言語障害者の場合は、意思の伝達が不自由であるために社会適応性に欠けており、そのことが、更生を妨げる最大の要因としてあげられている。この問題を解決すれば、職業選択の範囲は、他の障害者より広い。したがって、従来のようにあ者更生施設について、次のような改善をはかることが必要である。

(1) 施設内においては、社会適応性を高めるための教育、訓練に重点を置き、職業技術を身につけさせるためには、一般事業所への訓練委託等の方法も考慮し、リハビリテーションの効率的実施をはかること。

(2) 社会生活に復帰した者について、生活相談、結婚相談等の後指導を十分に行なうこと。

5 短期訓練施設の入所期間

短期訓練施設は比較的短期間の医療又は訓練によって就業若しくは家事への復帰が可能となるか、又は職業訓練所へ進む者を対象とするものであるから、その入所期間は、おおむね1年以内とすることが適当である。この場合施設の内容を大幅に充実し、前述のように総合的なリハビリテーションを効果的に行ないうるような態勢にすることが必要である。ただし視覚障害者の短期訓練施設のうち、あんま・マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の養成課程については、その教育、訓練の特殊性を考慮すべきである。

6 国立リハビリテーション・センターの設置

各種リハビリテーション施設のモデルとして身体障害者の医療から職業訓練までを同一施設内において一貫して実施する国立施設を設けるべきである。この場合現在の国立身体障害センターを中核に、既存の視力障害センター及び聴力言語障害センターを活用して、すべての障害にわたり、医学的・社会的・職業的リハビリテーションや評価の部門を整備するとともに、補装具を含めリハビ

リテーション技術全般にわたる研究、開発部門とリハビリテーション事業に従事する技術者の養成部門についても今後国が積極的に推進すべく、これらすべての機能を総合的に結合した大規模の国立リハビリテーション・センターとすることが適当である。

第3節 長期収容施設

現在、重度身体障害者更生援護施設は、国立重度障害者センターを含め、全国に8箇所700人を収容しているが、これは、今後長期収容施設として収容定員の増と内容の充実をはかっていく必要がある。従来重度身体障害者更生援護施設は、「職業的更生は困難であるが、少なくとも自助動作の機能が回復する可能性がある」と判定され、た者を収容して日常動作訓練を施し、家庭復帰させることを目的としていたが、今後は、自助動作機能の回復も困難な重症身体障害者の療護をあわせて行なうものとし、当面これらの者を定員の2割程度収容することとすべきである。これは、重度身体障害者と重症身体障害者とを同一の施設に収容することが、施設運営上や職員確保の面から効果的であると考えられるからである。

第4節 利用施設等

点字図書、盲人録音テープは、盲人の社会的、文化的地位の向上に大きな役割を果たしており、盲人にとって、その知識を高めるために不可欠のものである。この意味から、盲人のために点字図書、盲人用録音テープを無料で貸出し、あるいは低廉な価格で出版している点字図書館や点字出版施設に対して、国は、今後さらに積極的に援助を行なうべきである。

補装具製作施設は、福祉的性格と企業的性格とをあわせもっているため、身体障害者更生援護施設としての性格が不明確となっているので、そのあり方について根本的に検討する必要がある。

また、盲人ホームについては、その利用率が著しく低く、設置目的が十分に達せられない現状であるので、現在の授産施設的性格に福祉センターの性格を付加することの適否を検討する等により、そのあり方を明確にする必要がある。

次に、身体障害者に対して各種相談に応ずるとともに、健康の増進、教養の向上、レクリエーション

のための便宜を総合的に供与する福祉センターや身体障害者に保養を行なわせる保養施設は、今後新たに設置を必要とする施設であり、身体障害者の地域活動の促進や保養のため大きな役割をもつものと考えられる。これらの施設の効果的活用を図るためには、施設のあり方を明確にするとともに、施設の整備に当たっては、適正配置と立地条件について十分に配慮しなければならない。

第5節 施設整備計画

身体障害者更生援護施設のうち収容施設の設置状況は、次表のとおり、昭和40年度末において結核回復者後保護施設も含めて総計137箇所、定員8197人となっているが、入所待機者が6万5000人にもものぼることからみて、きわめて不十分であるといえる。また、利用施設である点字図書館、盲人ホームは50箇所となっている。こうした現状において施設整備を進めていくには、施設の種類ごとに既存定員、待機者数、年間新規発生対象者数、平均入所期間等の基礎的数字をもとに長期計画をたて、他の施設との関連性、施設の適正な配置等を考慮して計画的に整備を進めていくことが肝要である。この場合、わが国の経済水準は10年後の昭和50年におおむね現在の先進諸国の水準に達するものと予測されているので、身体障害者更生援護施設についても、遅くとも昭和50年までには所要の整備を完了することを計画目標とするのが適当である。

身体障害者更生援護施設設置状況表〔略〕

第7章 行政組織とボランティア活動

第1節 行政組織の改革

身体障害者対策は、身体障害者の生活全般の面についてそのリハビリテーションと援護を行なうものであるから、これに関する行政は、厚生省をはじめ労働省、文部省等多くの省にまたがっているうえ、厚生省内においても、社会局、児童家庭局、医務局、保険局、公衆衛生局、年金局、援護局等各局に分れて所管されている現状である。

行政は、できるだけ責任の所在が明確であり、統一のとれたものであることが望ましい。その意味から、少なくとも厚生省内における身体障害者関係の行政は可能な限り統合し、行政の責任を明確化する

とともに、その企画指導を強力に一貫して行なえるよう新たに更生福祉局ないしリハビリテーション局を設置することが適当である。これによってすでに250万をこえると推定される身体に障害のある人々の対策を児童から成人まで、精神障害者も含めて、そのリハビリテーションと援護措置を一貫して所掌することができることになれば、今後の行政の進展に大きな役割を果たすものと考えられる。

次に、都道府県における行政組織についても、前述の国の場合に準じて身体障害者対策を専管する課を設置することが望ましい。

また、身体障害者対策については、関係機関が多く、その相互の十分な連絡が必要であることはいうまでもないが、政府部内における連絡調整は上に述べた厚生省の新設の局が中心となって行なうことが適当である。地方においても都道府県の段階と福祉事務所等の段階ごとに、身体障害者担当部局が中心となって密接な連絡をとる必要があり、ことに第一線段階においては、個々のケースについて福祉事務所、更生相談所、更生援護施設、職業安定所、職業訓練所、保健所、児童相談所等が十分に連絡しうる組織を設ける必要がある。中央、地方を通じて、協議連絡体制の実施にあたっては、具体的に連絡責任者を定めてその促進をはかるとか、協議事項を定めておくとかの配慮が必要であるが、できうれば、法制上これを明らかにしておくことが望ましい。

第2節 身体障害者更生相談所の充実

都道府県には、身体障害者更生相談所が設置されており、技術的判定、更生相談事務等身体障害者行政上重要な部門を担当しているが、現在は設備と職員が不十分なため、巡回相談は若干効果を上げているとはいえ、その本来の機能が十分に発揮されているとはいいがたい。今後内部障害者への範囲の拡大、更生援護施設の整備の進展とともに更生相談所の機能の役割はさらに重要になると考えられるので、その整備をはかることが必要である。この場合新たに内部障害者を対象とすることに伴う整備は、すべての更生相談所について早急に行なわれなければならないが、その他の全般的な整備については、年次計画をもって推進することが適当である。

それと同時に判定にあたっては、一時収容を行なうことができるようにする必要がある。先進諸国の

判定施設は、その心理的判定、職能的判定のため相当長期間収容を行なっているが、更生相談所もこの例にならって、必要な判定のため適当な期間の収容が行なえるよう整備されなければならない。

更生相談所の多くは、更生指導所に附置されており、これは専門職員の活用、今後必要とされる一時収容に便利なこと等の利点があるが一方その活動が当該更生指導所の対象とする障害に片寄りおそれがあるので運営上十分留意する必要がある。また他の形としては、児童や精神薄弱者等の相談所と併設するとか、総合的な相談所とすることも考えられ、これらは一律に定める必要はなく、実情に応じて決定すべきであろう。

なお、現在指定都市については、更生相談所は任意設置となっているが、その機能の重要性と、ほとんどの指定都市にすでに設置されている現状からみて、法律上義務設置とすることが適当である。

第3節 福祉事務所の充実

身体障害者対策の第一線機関である福祉事務所においては、前述のとおり、専任の身体障害者福祉司を配置しているのは全事務所のうち半数にも達しない状況であるばかりでなく、その業務の実態をみるとその重点が生活保護事務に注がれる傾向がみられ、他の福祉行政に十分対処できない現状であるので、この際福祉事務所の根本的改革が必要である。

第1に、福祉事務所の職員の充足については、格段の措置が必要であり、とくに身体障害者福祉司は、各福祉事務所に必ず1名以上専任で配置するようにしなければならない。

現在市の福祉事務所においては、身体障害者福祉司は任意設置となっているが、これを必置制とすべきであり、将来の問題として身体障害者福祉司の増員を考えるべきである。

次に、福祉事務所内での事務処理体制として、たとえば福祉司を中心とする一つの係を設け福祉司のもとに若干名の身体障害者専任の職員を設置し、福祉司の性格を従来の技術指導中心の福祉司から、ケースについて監督をすることもあわせて行なう福祉司に改めるような方向で検討することが望ましい。

第3に、それぞれの福祉事務所の特性を考慮し、職員の配置、機動力の整備等、都会地の福祉事務所、郡部の福祉事務所それぞれの特性に応じた措置をと

る必要がある。

いうまでもなく福祉事務所における身体障害者行政の中核は、身体障害者福祉司であり、その質の向上も緊急の問題である。このため、福祉司の養成訓練については今後さらに充実し、その資格要件を高くするとともに専門職としてふさわしい待遇を与えるよう処遇の改善をはかるべきである。

なお、福祉司は手話、点字について十分な知識を有することが望ましいが現状においては必ずしも期待できないので、さしあたり、職員に短期講習を行なう等の方法により手話、点字を理解しうる職員を福祉事務所、相談所等に配置することが適当である。

第4節 ボランティアの活用と身体障害者団体の育成

身体障害者対策については、国と地方公共団体による行政のみをもってしては十全を期し難く、ボランティア活動の積極的な協力が必要である。このことは、行政面における不足分を補うために行なわれるというよりも、むしろ社会保障の進んだ国々において見られるように、福祉行政の充実と並行してきめの細かい活動が期待されるからである。このため、一般国民に対する周知徹底をはかることはもちろん、一般国民が、容易にこの活動に参加できるような体制を確立することが必要である。今後ボランティアの実態把握、教育訓練、その組織的活動の方法等について、さらに検討を進めなければならない。

とくに身体障害者に対する指導相談活動の充実については、前述の福祉事務所の体制の強化のみでは不十分であり、ボランティアの協力が必要である。すなわち、すでに多くの府県において実施されているが、身体障害者の中のボランティアを身体障害者相談員として福祉事務所の地区に配置し、地域の身体障害者が容易に相談することができ福祉事務所との連絡も円滑に行なえるようにすることが適当である。相談員は、原則として身体障害者の中からボランティアとして相談活動に当たる人を都道府県知事が委嘱することをたてまえとするが場合によっては身体障害者対策について知識経験を有し、かつ熱意を有する人を委嘱することも適当である。現在民生委員が福祉事務所等の協力機関として設けられており、今後身体障害者に対してさらにその活動を活発にすることが望まれるが、身体障害者の相談員制

度を別個に設ける趣旨は、身体障害者の共助組織として必要であり、またこれらの人々が身体障害者を理解しやすい立場にあるからである。

ボランティアの活用と並行して、身体障害者の団体の育成も必要である。身体障害者の心理やニーズは複雑であるが、これらの人々の代表として、その声を直接反映しそのニーズをみとすことに努力するのが身体障害者団体の本旨であり、またすでに述べた地域活動を活発にするためにもそのリーダーシップをとる者が必要である。

このような観点から身体障害者団体の育成は重要なことであり、構成員自らによる団体の活動の活発化とあわせて行政面からする育成の方法を考慮することも必要である。

第8章 財政と費用負担

第1節 国と地方公共団体の負担

現在身体障害者福祉法に定める行政に要する経費については、他の社会福祉行政の場合と同様に職員に要する経費は当該地方公共団体が負担するが、施設整備費、法施行事務費系統については国が5割、地方公共団体が5割、援護費系統については国が8割、地方公共団体が2割を負担している。今後身体障害者福祉法による行政の範囲が拡大された場合についても、この原則が貫かれることは当然であると考えられる。

従来、国の負担について、交付基準上の単価が現実に必要な経費に比しはなはだしく低いことため地方公共団体に超過負担を強い、その結果行政全般が国の期待したほど進展しえない場合も少なくないので、今後は適正な単価を算定し、財政支出の効果が十分に上がるように留意する必要がある。

また、今後とくにリハビリテーション施設については、リハビリテーション技術の進歩や研究の結果、新しい形の施設が出てくることも考えられるので、このような場合国の経費負担制度も十分対処しうるように考慮がなされなければならない。

次に、地方公共団体の負担に要する財源は地方交付税によってまかなわれているが、今後国の対策の充実とともに地方財源を強化する方策がとられなければならない。この場合、地方交付税全体の増額が

基本的に必要であるが、交付税積算基礎の改善を通じて地方公共団体の身体障害者対策の財源の裏づけをするとともに、地方公共団体においてもその財源の有効な使用をするよう努力しなければならない。また、従来地方公共団体の設置する施設については他の地方公共団体から入所せしめた者についても入所費の地方負担分を設置団体において負担する制度となっていた。このため施設の新設、拡張が阻害されていた傾向もあるので、今後は、措置の委託制度に改め、負担の均衡をはかることが望ましい。

第2節 費用徴収制度

身体障害者に対する各種給付や施設の入所については、社会福祉全般に通ずることであるが、負担能力のある者から費用を徴収することが原則とされている。すなわち施設での処遇費は別として、施設での食費、更生医療、補装具の給付等については収入に応じて費用を徴収することになっている。

現行の費用徴収制度は、給付を受けた身体障害者と、給付を受けない身体障害者との均衡を考慮して行なわれていると考えられるが、今後身体障害者対策について国家責任の方向が強化され、すべての身体障害者に必要な給付や措置が行なわれるようになると、費用徴収制度を再検討する必要が起これらと思われる。身体障害者に対するこれらの給付や措置は、一般健常人との間のハンディキャップをうめるためのものであるから、身体障害者の費用負担を大幅に軽減する方向で検討すべきものと思われる。しかしさしあたって現行の徴収基準は、次の点で再検討する必要がある。

第1に、現行の費用徴収はその者の属する世帯の所得税額を基準としているが、最近の家族関係の変化も考慮して、夫婦と未成年の子を単位に負担能力を判定すべきであろう。

第2に、施設入所については、現在その者の属する世帯の収入状況により食費を負担するかしないかどちらか一方に決めているが、負担能力に応じて負担しうる食費の額を段階的に決定することが適当である。

結 語〔略〕