

国際障害者年

長期行動計画（上）

一九八一年十一月

国際障害者年日本推進協議会

はじめに（略）

総論

自主的行動計画策定の経過と目的

国際連合は、一九七六年の第三一回総会において、一九八一年を国際障害者年とすることを決議し、一九七九年の第三四回総会において、完全参加と平等をテーマとする「国際障害者年行動計画」を決議した。

この決議にしたがい、わが国においても、一九八〇年三月二五日の閣議決定に基づき、内閣総理大臣を本部長とする国際障害者年推進本部が政府内に設置され、また国連の行動計画六八項に規定されている国内委員会にあ

たるものとして、中央心身障害者対策協議会に、あらたに国際障害者年特別委員会が設置され、長期行動計画策定にかかわる審議が行われることとなった。

このような政府主導の動きに並行して、民間の関係諸団体、すなわち、障害者団体、親の団体、専門団体などを結集した「国際障害者年日本推進協議会」が設立され、当面必要な諸活動をすすめるかたわら、国際障害者年日本推進協議会独自の行動計画を策定することとなった。

その目的とするところは、可能なかぎり多数の関係諸団体の意見や要求を集約し、障害者の完全参加と平等の理念を具現化する施策や、基本的考えを明らかにし、政府に提言し

てその実現を強く求めるとともに、広く国民の合意と支持を求め、そしてまた、障害者や障害者の家族、その他の関係者すべての共通の行動指針を打ちたてようとするものである。

いままでわが国の障害者運動は、障害の種類や運動の視点の相違などさまざまな要因によって、多くの団体に分かれて独自の活動が行われてきた。だが国際障害者年を契機として、各団体の独自性を保ちつつも、障害の種類、程度、親と障害者本人と専門家の相違、そしてまた、思想や信条の相違を超えて、共通の行動計画策定に向けて、痛苦に満ちた過去の体験を凝集し、あらゆる努力を傾けて、その実現を図ってきたことは、わが国の障害運動史上、画期的な意義をもつものといえよう。

本行動計画は、一九八〇年一二月に開催されたプレ国民会議における各分科会ごとの討議にひきつづき、おおむね六カ月間にわたって継続検討してきたものを中間提言の形でとりまとめ、各加盟団体に配布して広く意見をもとめ、さらに各分科会ごとの討議をふかめて、修正、加筆、訂正を加えたのち、成文化したものである。

障害者問題の概況

近年、わが国は、世界の先進諸国の中でも、もっとも高い経済的な発展を遂げてきた。社会公共的な資源の蓄積については、まだ著しい不備があるものの、その経済的豊かさについては、いまや世界のトップレベルに位置しているといつてよい。

そのような経済発展に対応し、わが国の社会保障・社会福祉が、逐年充実してきたことは事実である。だが、欧米の先進諸国にくらべ、わが国の社会保障・社会福祉費の一般会計予算に占める比率は、まだ著しく低位であり、とりわけ障害福祉関連の施策は、もっとも立ち遅れている。

とくに最近、経済発展の鈍化の傾向と国の財政窮迫を理由に、福祉きりすでの姿勢があらわにされてきており、それは容易に、もっとも困難な問題をかかえ、もっとも弱い立場にある障害者とその家族に、集中的にしわよせされる危険をはらんでいる。その危険性は国際障害者年に関する政府の所信表明にもかかわらず、日増しに増大しつつあるといえよう。

障害者の権利宣言は次のようにうたっている。「障害者は、その人間としての尊厳が尊

重される生まれながらの権利を有している。

障害者は、その障害の原因・特質及び程度にかかわらず、同年齢の市民と同等の基本的権利を有する」だが、このような基本的権利は、わが国ではまだ未確立なのである。それだけでなく、高度経済成長政策にもなう急激な都市化の進行と地域連帯性の喪失、核家族化等々社会構造の変化は、あらゆる面で家族機能の崩壊をもたらし、障害者の自立を阻む社会的要因を形成してきた。それは、わが国の社会・経済体制に内在する矛盾と非人間的の最も象徴的な反映なのである。

他方、わが国では、法的に障害者と認められる者の範囲が狭く、精神障害、てんかん、各種の難病など、国連の行動計画の概念に含まれている多くの障害者が、施策の対象から除外されている。法制上も関係各法の不統一と施策の一貫性の欠如があり、また重度、重複の障害者への対応は政策的に遅れており、障害者福祉と自立のためのリハビリテーションの各領域も、大きく立ち遅れている。

障害の予防や早期発見の分野では、かなりの施策が行われつつあるとはいえ、従来以上に諸科学を結集して、国家的なプロジェクトによる、障害の原因の究明と予防措置の体制

が確立される必要があり、障害の早期発見と早期療育の目的に合致するよう、ばらばらな母子保健対策の抜本的な改正と有機的運用が図られねばならず、また早期療育のためのシステム化が整備される必要がある。

医療の分野では、障害そのものに対する治療・訓練のほか、障害に伴いやすい合併症の予防・治療、さらには救急時における救急医療体制の保障など、幅広く多様なニーズがあるが、それらのニーズに応える適切な医療が、必要とするときに、必要とする場所ので、特別の負担なしに受けられるような状況になっていない。すべての国公立病院はもとより、一般の医療機関におけるリハビリテーション医療や難病その他の障害に対する医療の確保が必要であり、地域における総合的な医療・福祉のシステム化は緊急の課題である。医療費の公費負担制度の適用拡大、リハビリテーション医療を保障する診療報酬体系の改訂、各種の専門家の養成・確保など、医療の分野における課題は山積している。

教育の分野では、近年にいたって関係教育施設、教室などの飛躍的増強が行われ、とくに養護学校教育の義務制の施行以来、障害児の全員就学の体制が備ってきた。だが施設の

増設だけでなく、八〇年代は、従来の障害児教育の歴史的伝統と実績を踏まえつつ、教育現場・地域の中で障害児が分断・隔離されることのないよう統合化・常態化の理念に基づいた教育観の変革と質的な充実が強く望まれている。

所得保障の分野では、多くの障害者はもつとも低い水準にある障害福祉年金（一級三万六千円）の対象とされているが、もとより障害者の自立生活の確保からはほど遠く、就業の場を閉ざされている障害者の多くは生活保護に頼っている。しかし、生活保護は一時的な保護を本旨とする救貧対策であり、また扶養親族による扶養が優先され、しばしば家庭崩壊の危険がともなう。障害者の自立を保障する権利としての年金制度の拡充ないしは新設が強く求められている所以なのである。

雇用、就労の分野では障害者の雇用義務が法制化されているにもかかわらず、いまだに法定雇用率すら達成していない企業が数多くある。また障害者が働くことを可能ならしめる諸条件、すなわち一定の経済的保障や住宅・道路・変通などの物的諸条件の整備と、地域における周囲の人々の理解が不可欠であるが、それらの多くは、まだこれからの課題で

ある。

生活環境の分野では、公共建築物・住宅・道路・交通機関等あらゆる領域の施設が障害者の成人中心に作られてきており、障害者のみならず、老人や子どもにとつても、きわめて不利な作用をもたらしている。都市域の拡充や建築物・交通機関の立体化などは、障害者の社会的自立を保障する上でもつとも大切な要件である移動の自由を、大きく阻害している。都市環境は作りかえられなければならない。生産第一主義、効率至上主義ではない。人間中心の町づくりが障害者の参加によつてすすめられなければならない。

障害者に対する差別・偏見の除去

「ある社会が、その構成員のいくらかの人々を閉め出すような場合、それはもろくよい社会なのである。障害者は、その社会の他の異なったニーズを持つ特別の集団と考えるべきではなく、その通常のニーズを満たすのに特別の困難をもつ普通の市民と考えるべきである」（国際障害者年行動計画A 63）。

この条文は、人間社会がこれから築きあげていかなければならない高度の倫理的規範を示している。動物としての人間の本能にふかく根ざしている障害者への差別と偏見は、一

定の経済的、文化的、社会的発達に照応する倫理的、道徳的規範にしたがつて、徐々に除去されていく課題である。

障害者などをしめだすような社会は、もろくて弱い社会なのだという基本認識こそは、民族の心に根づくかき喰っている差別、偏見の思想を助長する傾向のあつたわが国の競争社会の価値観と鋭く対立するものである。

国際協力とアジア

国連の行動計画A 59項は、次のように述べている。「今日、世界にはおよそ四億五千万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。それゆえ、国際障害者年活動の大部分は、これら二国間および多国間の開発という枠組の中で、この分野におけるプロジェクトが、国内レベル、地域レベル、国際レベルでより多くの機会が与えられてしかるべきである。」

国連はまた世界行動計画草案の中でこのようにいつている。「発展途上国における障害者問題には、特に光をあてる必要がある。かれらは底知れぬ貧困の淵に沈んだ社会の中に生活し、ほとんどが予防すればできるはずの数々の病気にあえいでいる」と。

すなわち国際障害者年行動計画は、明らか

に南北問題を念頭におきつつ策定されてきた経緯がある。とくにわが国に要請されているのは、アジア諸国に対する国際的連帯の強化であろう。それらの国々の大部分においては、過剰な人口、貧困や食糧不足による栄養失調や疾病、教育水準の低さもしくは教育の欠如と公衆衛生の不在など、さまざまな要因がからみあつて、多種多様な疾病と障害が多発している。

これらの国々の民衆に対して、リハビリテーションに関する技術・情報の伝達はもとより、公衆衛生や家族計画および貧困の解消など、疾病や障害多発の根底にある要因の除去に関して、適切で永続的な協力体制を推進し、国際連帯をうちたてることは、先進工業国としてのわが国、わが民族の重大な責務であり、かつ民族としての倫理的課題である。わが民族が、そのような倫理的視点を保持しつつ具体的な対応をしていくことは、すなわち国内における障害者に対する差別、偏見の思想の解消にもつながることになる。

国（地方自治体）および企業の責任

「障害者に関する世界行動計画草案」では、その第一章第四項で次のように述べている。すなわち「損障をもたらずような条件を

とりのぞき、また障害の結果に対処する最終的責任は各国政府にある。」

国は障害福祉関連の諸施策の充実と強化に全力をあげて取り組まなければならない。国連の決議に示されている理念はもとより、憲法第二五条、心身障害者対策基本法第三条の規定によるところの国の重大な責務である。

国（地方自治体）は、以上のあらゆる領域、各論で提起されている諸領域の課題に関し、自らの行動計画の中で、明確な政策方針と、具体的な対応策を明らかにしなければならない。

なによりも、各省庁ごとの年次計画を立て、もつて一〇年後の到達目標を明示しなければならぬ。またそれらの政策立案・策定・実施の一連のプロセスの中に、障害者および障害者の家族が実質的に奉加できるよう、保障しなければならぬ。

行動計画は年度ごとに、その実施状況が点検され、必要な追加・訂正が行われなければならない。国はまた行動計画の趣旨・内容・実施状況等について、国民に向けて、必要な広報・宣伝に努めなければならない。

企業はわが国の経済の発展に寄与してきたが、他方で、しばしば環境を破壊し、汚染

し、有害な医薬品や食品、農薬などを販売し、障害者をつくりだす原因を構成した事例も少なくない。これらの痛ましい事実の反省の上に立ち、およそ疾病や障害をもたらず怖れのある人為的・社会的要因の完全な除去、および国民の健康の保持、向上について、企業は社会的責任をおわなければならない。過去の教訓を、企業全体の今後の経営方針の上に活かさなければならない。

また身体障害者雇用促進法に定められている最低雇用率さえ達成していない企業が多数あることは遺憾である。交通手段の確保や職場条件の改善等、必要とされる措置をすみやかに行って、障害者の雇用増大を図るよう強く要求するものである。

国民の理解・協力と障害者の決意

完全参加と平等の理念の具現化にあたっては、国民の幅広い理解と協力が不可欠である。この理念の実現に向かつての歩みは、ひとり障害者のみならず、婦人・老人・子どもをふくめたすべての国民の共通の願いに込め、高い道徳的資質と理性に貫かれた、より人間らしい社会環境を創造しようという基本目標に合致する歩みでもある。

その意味で、国際児童年、国際婦人年の趣

旨・目的と、国際障害者年の趣旨・目的とは、基本的に共通するものである。

また戦争はもつとも大量に人間を殺し、障害者を作りだす根源的な悪である。戦争は国際障害者年の理念とまったく相容れない。世界の各地で軍事的紛争があいつぎ、超大国における核兵器の保有がとどまるところを知らず続き、そしてとくに最近、わが国においても軍備拡張論が唱えられ始め、実際にそうした傾向をたどりつつある状況に対し、深刻な懸念をいだかざるを得ない。

それは単に福祉の後退につながるだけでなく、わが民族をふたたび重大な滅亡の危機にさらしかねないのである。戦争のおそれにつながる一切の動きに、断固反対する意志をここに表明する。

ところで国際障害者年行動計画の実現は、障害者自身はもとより、家族・専門家・現場の従事者、すべての人々の主体的運動の展開いかんにかかわっている。

日本全国の関係者が、相ともに手をたずさえ、完全参加と平等のテーマの具現化に向けて、幅広い連帯の輪を拡大し、全力を傾け続けるよう、国際障害者年日本推進協議会の名において要請する。

心身障害の早期療育（予防・早期発見）の問題

一 はじめに（略）

二 国の予防対策の現状

国が心身障害の発生予防および療育に関する本格的な研究体制を推進するようになったのは、昭和四六年からである。それまで厚生科学研究費、医療助成研究費、特別研究費等に分かれて、それぞれ独自に進められていたものを、心身障害研究については児童家庭局母子衛生課を主務当局として、また神経疾患研究については国立療養所課を窓口として、五五年度現在総額九億三〇〇〇万円余の研究補助金が予算化されている。そのほか厚生省における科学研究費は総額三九億円に達している。

その他、日本先天異常学会、日本人類遺伝学会などに関係のある全国各地の公私立大学附属研究機関または独立の研究機関において、厚生科学研究補助金等によるテーマごとの研究が進められている。

精神薄弱の原因のひとつにされている染色体異常やフェニルケトン尿症、クレチン症などの早期発見と予防措置が可能となつてき

たのは、これら国際的、国内的な研究の成果である。

三 発生予防対策に関する異なった意見

近年、羊水検査によつて胎児の異常をチェックする手法が開発されているが、その制度化については、一部の関係者による異論がとなえられてきた。その論拠は、先天異常の発生予防、とりわけ羊水検査による人口妊娠中絶の制度化には、障害者を異端視し、本来あってはならない存在とする優生学的な思想を前提としており、それは障害者の抹殺につながる恐れがあるということである。

わが国における障害者とりわけ重度障害者は、長い間はなほだしい差別と偏見の下で、人間としての基本的権利を抑圧されつつしてきた。近年、人権尊重の考え方が社会に根づきつつあるかたわら、優勝劣敗の競争原理が支配する現代社会の中で、政治的、経済的状況の如何によつては、障害者がいまままで以上に排除され、場合によれば、抹殺される危険性もまた否定し得ないのである。

発生予防反対論が、とくに社会的適応の困難な脳性マヒ者の組織から提起されていることは偶然ではない。それはわが国の伝統的な思想的、精神的環境のもたらした現象として

理解しなげなければならない。

発生予防の施策に容易に忍びこみがちな障害者否定の思想に十分な警戒をはらいつつ、しかし国連決議の趣旨に基づき、積極的に予防対策を推進していかなければならない。

四 母子保健対策（早期発見）の現状

心身障害の早期発見と早期療育にかかわる保健対策は、妊産婦、乳幼児の健康指導、健康診査制度の発足を起点として、戦後、下記の年代順に展開されている。

- ・ 妊産婦、乳幼児の保健指導、健康診査（昭二三）
- ・ 身体障害児の療育指導（昭二六）
- ・ 育成医療（昭二九）
- ・ 家族計画相談事業（昭三〇）
- ・ 未熟児訪問指導、養育医療（昭三三）
- ・ 母子健康センター（昭三三）
- ・ 新生児訪問指導（昭三六）
- ・ 三歳児健康診査（昭三六）
- ・ 妊産婦訪問指導（昭三七）
- ・ 妊娠中毒症に対する医療援助（昭三八）
- ・ 育成医療に先天性心臓障害追加（昭三九）
- ・ 母子栄養の強化（昭四〇）
- ・ 母子保健法の制定（昭四〇）
- ・ 母子保健推進員制度（昭四三）
- ・ 育成医療に先天性心臓障害追加（昭四三）
- ・ 妊産婦糖尿病に対する医療援助（昭四三）
- ・ 医療機関における妊婦健康診査の公費負担制度（昭四四）
- ・ 乳児の精密健康診査制度（昭四四）
- ・ 自閉

症治療研究施設（昭四四）

- ・ 新生児のフェニールケトン尿検査（昭四五）
- ・ 妊婦、乳児健康診査の対象拡充（昭四五）
- ・ 母子保健推進会議の設置（昭四五）
- ・ 心身障害の発生予防に関する研究（昭四六）
- ・ 小児ガン治療研究（昭四六）
- ・ 母子保健体操の普及指導（昭四六）
- ・ 慢性腎炎、ネフローゼおよび小児ぜん息の治療研究（昭四七）
- ・ 育成医療に先天性心疾患と腎人工透析を追加（昭四七）
- ・ 乳児健康診査の公費負担制度（昭四八）
- ・ 妊婦乳児の健康診査の全階層への対象拡大、所得制限撤廃（昭四八）

これらの施策の結果、妊産婦や新生児、乳幼児死亡率は著しく低下し、国際的にも最高の水準をほこるにいたっている。

早期療育については、ポパース法、ボイタ法など超早期療育の方法論の開発、小規模通園施設や障害児の保育に対する国庫補助、心身障害児総合医療センターや心身障害児総合通園センターに対する国庫補助などの措置が講じられている。

五 予防体制に対する問題点と課題

1 実態の把握

現状では、先天異常の概念（定義）が不明確なこと、観察の時期がまちまちであること

などのため、発生頻度の年次別推移の比較が不可能であり、社会の変化による増減、地域別の発生頻度の比較もできていない。また従来の母子保健統計、傷病統計、および人口動態統計によっても、それらの点は明らかにされていない。

そこで従来のような研究者個々人による任意の研究体制ではなく、正確な実態把握のために、長期的視野に立った研究プロジェクトが必要である。

この研究にあたっては、先天異常の観察対象と観察時期を統一すること、診断差の少ない障害を同一基準、同一視点で共同観察し得るような措置を講ずるべきである。

2 効果的な研究体制の確立

従来、わが国における心身障害発生予防にかかわる研究は見るべき成果をあげつつあるが、関係各機関や専門家間の相互連携体制が必ずしも十分ではなかった。そこで国に「先天異常発生予防対策会議」などを設置し、研究テーマと具体的な方法、世話機関の設置などの措置を講ずると共に、研究企画に十分な時間をかけて効果的な研究計画を立てると、研究結果に対する厳重な評価を行うなどの体制の一層の推進を図るべきである。

3 社会啓発と指導の強化

心身障害の発生予防の効果的推進のためには、国民とりわけ婦人が予防に関する正しい認識をもつことが重要である。中・高校生段階での副読本等による教育の徹底を図るべきである。また周産期ならびに妊娠初期における正しい対応によつて、かなりの程度、障害の発生を防止できるといわれており、そのための指導体制の強化が必要である。

六 早期発見体制の問題点と課題

一般に狭義の心身障害児をかかえた親が、その子の障害を知った時の反応経過は次のようなパターンをたどる。ショック。障害があることを知ったときの最初の反応は耐えがたいショックである。否認。障害があることを認めることをさげ、打撃を和げようとする。悲しみ、怒り、不安。このような段階では、母親は子どもに愛着を感じることにちゅうちょする。適応。不安と情動反応が次第にうすれて、子どもの世話に対して自信をもつてくる。再起。子どもの問題に責任をもつて対処するようになる。

このような経過をたどる親の反応に対して医療機関や保健所はどのような対応をしてきたか。行政健診や療育体制は、どの程度の有

効性を果たしてきたか。障害児の出生と発見、診断の確定にいたる一般的な状況は次のとおりである。

- 1 早い時期に、母親が子どもの異常に気がついて、医療機関で診察をつける例が多い。
- 2 病院や診療所では、早期の確定診断が困難であったり、あるいは特定の疾患の場合は親に十分説明する時間がないなどのため、結果的に親は何か所もの病院をめぐり歩く。
- 3 したがって障害をもつ児童は、一般的な行政健診を利用しないことが多い。
- 4 かなりの種類の障害は、一年未満の段階で、ある程度の診断がついてくる。

このような状況の背景としては医療機関だけでなく、児童相談所、福祉事務所、保健所などが、全部または一部かかわっているが、各機関ごとの援助がバラバラで連携システムがないことがあげられる。

つまり一般の医療機関は、多数の患者を短時間で診察、治療しなければならぬ多忙さのため、或は専門的な診断能力が欠けていたり、さらには長期にわたって経過観察をすることが困難なため、障害の早期発見と早期対

応の上で十分な機能を果たしていない。

母子保健法に基づく行政健診は、断面的な健康診査で追跡がなく、健診相互間の情報伝達がされていない。ケースの最終的措置がどこで判断され、どのように措置されたか責任の所在が不明確であり、効果的なシステム活動となっていない。未受診児に関する訪問診査等がほとんどされていないため、情報把握がはなはだ不十分である。また医師会などに対する健診委託も、診断基準が不統一で、医師個人個人によつて記載の仕方がばらばらであるなどの理由のため、先天異常の早期発見と早期療育の観点からは効果が期待できない現状である。それゆえ多くの地域で積み重ねられている実践的研究の集約、検討の上に立つて効果的な施策の展開がはかられるべきであるが、要約していえば、周産期から新生児、乳幼児、学童にいたる発育段階の情報を継続的に把握し一貫した母子保健ケアシステムを確立することである。

また保健所の現状に立つた現実認識をすれば、各年齢段階に応じた重点的なスクリーニングの方法、つまり全疾患を対象とした健診でなく、特定のチェックポイントにしたがった健診の仕方を取りいれること、ハイリスク

を重点的な対象とする健診と精密検診、継続観察・指導等の体制が考慮されるべきである。

また未受診児には、障害児がふくまれている可能性が高いので保健婦等による訪問指導を行い、全数把握に努める必要があり、そのためには各種健診制度の合理化のみならず、保健所業務全体の見直しを行って、業務の効率的運用を図るべきであろう。

さらに現在実施されている三歳児健康診査は、心身障害の早期発見の目的からすれば適切でないで、これを廃止もしくは健診方法を変更し、現行の三か月、一歳六か月健診に加え、六か月健診の制度を設け、かつ、それらの健診の情報が継続的に活用されるよう弾力的なシステムを作るべきである。

七 地域療育機能の整備

健診のしつぱなしにとどまっている大方の傾向に対して、適切な早期療育の体制を整備する必要があり、そのためには、保健所、医療施設、福祉施設、研究機関、教育機関等のあいだでの連携システムが不可欠である。この連携システムを可能ならしめる手段として、地域療育機関の設置とコーディネーターの機能が重視されねばならない。

1 第一次療育相談機関の設置

従来のような各障害種別ごとの施設ではなく、各種障害児に対応する複合機能をもった施設を小地域ごとに設置することが必要である。この施設には、複雑かつ多様に变化する対象家庭のニーズに迅速に対応するために通園機能のほか、相談、訪問指導等の諸機能の充足が求められる。したがってその施設は、相談員活動の第一線拠点を形成し、保健所など関係他機関と有機的連携をとりつつ、地域における継続的なケアを推進する。

2 第二次療育相談機関の設置

第一次の施設では充足することが困難な、医療を中心としたより専門的な機能を有する機関である。そこには各科の医師のほか、心理、言語などのセラピスト、理学療法士、作業療法士、ケースワーカー、検査技師、保健婦などの専門職が配置され、検査、診断、治療、指導等にあたりるとともに、第一次地域療育機関への指導助言を行い、また必要により、一時保護、デイケア施設、母子入園などの機能を併設することが望ましい。また保健所、一般医療機関における乳幼児健診の精密検査、診断などの機能を併せもつことにより、現行の母子保健体制の欠陥を補強し、併

せて保健所保健婦、地域医師会等とのチームアプローチを推進する核となる。

3 第三次療育相談機関の設置

道府県および政令都市単位で設置される必要のある高度の検査、診断を行い、療育指針を策定するとともに学問的な研究をする総合施設である。この機関には入院病床、救急体制の設備、母子入院、宿泊訓練などの機能のほか、関係各施設の併設も考えられてよい。

この構想にかなりの程度または部分的に合致する施設として、各地の子ども専門病院、療育センター、リハビリテーションセンターなどがあるが、このような基幹施設が、地域の個別的ニーズにのつとつた機能を発揮するためには、一次、二次の機関の整備充実とそれらの有機的連携が不可欠である。

4 コーディネーター機能の充足

多種多様な障害のニーズに有効に対応するためには、各種の障害に関する知識、またそれに対応する療育技術、地域社会内外の人的・社会的資源の実情など十分に把握されなければならない。そこで、前述の各療育機関との有機的連携の上に立った医師、保健婦、ケースワーカー、その他の専門職種で構成されるチームワークが必要であり、このよ

うなチームアプローチを通じて、個々の障害児の療育を総合的に把握、連絡・調整する役割を担うキーパーソン^(key person)の機能が期待される。そのためには行政区分にとられない地域ごとの特性に基づいた一次、二次的な療育相談機関の設置とその弾力的な運用が必要である。

キーパーソンの複数チームワーク機能と、それを支える専門家集団の存在は、これからの地域療育を考える上で不可欠の条件である。キーパーソンの中心となる保健婦および療育関係のケースワーカーの質量の充実は緊急の課題であるが、その視点に立てば、保健所業務における保健婦の役割の見直しを行い、乳幼児健診の充実と障害児の療育指導に重点的な活動が行えるような体制の整備を図る必要がある。

八 母子緊急医療システムの確立

妊産婦の死亡を減少させ、新生児の異常に緊急に対処し、先天異常の発生予防や疾病の軽減に資するため、今日国が推進しつつある母子の緊急医療体制の一層の整備が図られなければならない。

これらの救急医療の制度化にあたっては、医療供給の責任体制の確立が図られることも

に、ハイリスク産院または特殊産院の設置が考慮されるべきである。

医療の問題

- 一 はじめに（障害者の概念と範囲）（略）
- 二 障害者の全生涯にわたる医療・福祉とリハビリテーションのあり方

上記のような障害者問題に対する施策体系の抜本的な改革を考える場合、それによって実現されるべき障害者の全生涯にわたる生活の具体的イメージ自体の根本的な転換が必要である。

従来、とすれば障害者は、「弱者」であり「保護されなければ生きていけない存在」であるから福祉施策を必要とするとの考え方が法制・行政の出発点におかれていた傾向が強かった。

しかし、そのようなところからは「権利性」の認識は生まれにくい。すなわち、国民全体が憲法によって基本的人権を権利として保障され享受しているのであり、障害者は障害をもったがゆえに基本的人権を健全者よりも大幅に制限あるいは奪われている存在である。したがって、障害者は健全者と同じ権利の享受の状態になるために、当然健全者より

もはるかに多くの種々の施策を受けなければ人間らしく生きていけない。この「権利性」の確認なしには、あらゆる施策は常に形骸化の危険にさらされることになる。

そのうえで構想されるべき障害者のライフ・プランの基本は、インテグレーション（統合）とノーマライゼーション（正常化）におかれなければならない。すなわち、障害者はその障害発生の時点から一生を通じて、社会からの隔離ではなく統合を、施設収容ではなく地域におけるできるかぎり自立した生活を保障されねばならず、そのような障害者および老人などを包みこみ、そういう人々が参加して作るのが真に正常な社会であるというノーマライゼーションの思想がならぬなければならない。

しかし、これは終身収容でない施設、たとえば医学的リハビリテーションのための病院、施設、真に障害者のニーズに即した学校や職業訓練のための施設の必要性を単純に否定してよいということではなく、日本の現状では病院、施設に対する障害者のニーズもまだ充足されていない。しかし、あくまで病院、学校、施設等は特殊な目的を達成するために一時的に利用されるものであり、生活の

基本的な場は地域社会にあること、またこれらの各種施設の中においても、社会参加と平等とが保障されているべきことが確認されていなければならない。

以上の目的の実現のためには、地域社会において、障害者の生活と種々のニーズ（一般医療、リハビリテーション医療、教育、職業リハビリテーション、社会リハビリテーションの多種多様なサービス）が満たされうる地域福祉・地域医療（リハビリテーション医療を含む）のシステムづくりが不可欠である。

この場合、これらのサービスは地域レベルで緊密な相互間の「横の連携」をとりつつ、有機的な一体となつて活動するべきことはいづまでもないが、それだけでなく、障害者のライフ・サイクルに沿って、成長・発達とともに変化し発展していくニードに適切に応えうるだけの「縦の連携」（就学、卒業、就職、結婚、退職などの人生の節目、節目における適切なサービスの提供と各種事業間のバトンタッチ）が緊密に保たれているのでなければならぬ。

リハビリテーションのあり方も、このような基本的な考え方に立つてとらえられなければならない。「リハビリテーション」の語の

本来の意味は、「権利・資格・名誉の回復」であり、障害者の「人間らしく生きる権利の回復」「全人的復権」である。この根本的目的を達するためには、医学だけでなく、教育、職業、社会の各面におけるリハビリテーションが障害者のニーズを全面的に満たすべく、総合性、一貫性をもった活動を行わなければならない。

しかし現在は、先にも述べたとおり、専門家の教育・養成体制、施設の配置、活動を支える財政的基盤等々の弱体さと、医学・教育・職業・福祉のそれぞれ異なつた歴史や思想的背景をもつた分野の他分野への理解の不足、独善的傾向からくる相互不信、コミュニケーションの不十分さなど種々の問題があり、さらにこれらの専門家の活動を支える行政システムの不十分さもあつて、障害者の真の利益に奉仕する大きなチームワークが行われ難いことが少なくない。

リハビリテーションのあるべき姿としては、リハビリテーション医療は障害の早期発見、早期治療（訓練・療育）にはじまって、機能・形態障害（impairment）のできるかぎりの治療と、能力障害（disability）のできるかぎりの改善を行い、できるかぎり早期の社

会復帰（handicap）の解消または軽減）を図る。それだけで社会にもどり、活躍できる人の数も決して少なくない。そしてそのためには、少数の特殊なりハビリテーション病院があればよいのではなく、一般医療網のなかにとけ込んで、一定以上の規模の病院には必ずリハビリテーション科があり、障害の発生、発見と同時に医学的リハビリテーションが始められる体制が必要である。

障害児教育もできるかぎり早期に、保育所、幼稚園の段階から始まり、必要に応じ、小・中学校、高校から、さらに大学教育、成人教育まで保障されなければならないが、これもできるかぎりインテグレーションの方向が追求されるべきである。職業リハビリテーションと社会リハビリテーションとは、とくに社会的不利（handicap）の解消という点で大きな役割を演ずるが、前者はとくに青壮年期において重要な役割を果たし、後者は全生涯にわたって大きな役割を果たす。これら二つの分野では、前記の二者にも共通するが、障害の重度化、重複化、高齢化に対応できる態勢の確立がさし迫って必要である。

（以下次号）

国際障害者年

長期行動計画（下）

一九八一年十一月

国際障害者年日本推進協議会

医療の問題

一 (前号掲載)

二 (前号掲載)

三 具体的な解決のために

以上からもわかるように、障害者のもつ医療的ニードは非常に大きく、また多様である。まず第一に、原因と疾患と障害そのものに対する治療、訓練があり、また障害に伴いやすい種々の合併症の予防、治療がある。これは原因疾患と障害そのものに関する医療である。

身体運動障害の場合にはリハビリテーション医学という新しい分野が発達しつつあるが、それだけでなく、整形外科、眼科、耳鼻

科、音声言語学、精神医学、内科一般等々の広い医学・医療の分野が関係する。

第二に、障害そのものが急激に悪化しないし表面化した場合、または合併症が急激に発生しないし悪化した場合の救急医療の問題がある。呼吸器系障害者の急性呼吸困難、精神障害・てんかんなどの急性悪化、また筋ジストロフィー症における肺炎や心不全などの合併症に対する救急医療などがこれにあたる。これは一般救急医療網との関連で考えなければならぬ問題である。

第三には、直接障害とは関係のない一般の疾患であっても、障害者なるがゆえにその治療の機会が著しく制限されているという問題がある。これは脳性マヒ児、精神薄弱児の齒

科治療、車いす使用障害者の一般診療所受診困難などであり、実際の障害者の生活の上で非常に大きな問題を作りだしている。

現在、医学・医療の技術的發展は著しく、リハビリテーション医学も大きく進歩している。しかし、まだリハビリテーションに携わる医師の著しい不足、障害者医療、難病医療に携わる医師のはなはだしい不足をはじめとして、リハビリテーション専門職者の数的不足、医療制度の欠陥、法的な不備、財政的裏付けの不足などが上に述べたような種々の問題を生み出しており、進歩した医学・医療の恩恵を障害者が享受することが困難になっている。今後、障害者が必要とする適切な医療を、必要とする時に、必要とする場所で、特別の負担なしに受ける権利が全面的に保障されることが必要であり、そのためには、次の諸分野の問題の解決をはかることが重要であると考えられる。

四 障害者そのものに対する医療の推進

心身のいずれか、あるいはその両者にわたる障害をもつ人々に対して、原因疾患のできるかぎりの治療を図るとともに、障害の軽減の努力、合併症の予防と治療の努力によって、「人間らしく生きる権利の回復」を図る

のがリハビリテーションの本来の趣旨であるが、身体運動障害に対してその医学的側面を担うリハビリテーション医療の技術、また多種多様な障害・難病等に関する診断・治療の技術は、現在著しく進歩している。

脳性マヒ児の早期発見、早期療育におけるボバース法、ボイタ法の導入、脳卒中、脊髄損傷、とくに頸髄損傷による四肢マヒ者に対するリハビリテーション医学の技術の発達、進行性筋ジストロフィー症を代表とする難治進行性の障害に対するリハビリテーション技術の進歩、切断者に対する高度な義手義足の発達、さらには重度障害者の独立生活のための環境制御装置、コミュニケーション用機器、また視覚障害者のための各種の電子機器の開発にみられるような福祉工学の技術的進歩も著しい。精神障害、てんかん、難病の医療における発展も著しい。

しかし現在、このような障害そのものの克服のための医療の普及をはばんでいる条件は、前記のように種々存在している。その改善のためには、次のような面での努力が必要である。

1 障害そのものに対する医療の場の拡大
すべての国公立病院・療養所、国立大学付

属病院、公的病院（労災、日赤、厚生年金病院など）にリハビリテーション科を設け、また精神障害、てんかん、内部障害、難病の診療部門を設ける。また、眼科・耳鼻科等に付設して視覚障害者、聴覚障害者のためにオプタコン、補聴器、難聴者用電話等々の機器に関する相談部門を設ける。

さらに、このような国公立・公的病院における措置と並んで、医療における民間医療機関の比重が著しく高いわが国の現状からして、民間病院・診療所におけるリハビリテーション医療、およびその他の障害・難病に対する医療をも促進することがきわめて重要である。私立大学付属病院、私立病院・診療所においてリハビリテーションおよび障害・難病医療を行うおととする場合の助成制度を設けるべきであり、とくに難病については適確な早期診断・早期治療開始が可能なようなシステムの確立が必要である。

2 地域におけるリハビリテーション医療
とケアの拡大

わが国においてももっとも遅れているのは、障害者が病院、施設から出て、地域社会の中で、その障害の許すかぎり自立した、また社会に参加する生活を送れるようにするため

の、地域における医療・福祉を総合したケアおよびリハビリテーションのシステムである。とくに、重度障害者と老年障害者（ともに難病によるものを含む）に対するデイホスピタル、デイケア、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション制度を、地域の中心病院のリハビリテーション科と保健所、保健センター、市町村所属保健婦、福祉センター、福祉事務所のワーカー、ホームヘルパー等々の活動との協力によって実施する体制を作ることが、現在緊急に必要とされている。この際、地域福祉の充実が絶対的な前提条件であることはいうまでもない。

精神障害者の地域ケアのためのナイトホスピタル、ハーフウェイハウス、ホステルなどの組織も重要である。また腎機能障害者に対する夜間透析、在宅透析の普及、その他、疾患・障害の特徴に応じた各種の地域医療システムの発展が重要である。

3 医療費等の費用負担の軽減

現在、一部の障害、難病についてのみ、あるいは一部の地域においてのみ行われている医療費公費負担制度（更生医療、育成医療のみでなく、障害者医療、特定疾患医療など）を、すべての障害者（難病によるものを含む）

に拡大し負担の軽減をはかる必要がある。

同時に、リハビリテーション医療の発展が経済的に保障されるような、適切な診療報酬体系の設定が必要である。また補装具・介助具・福祉機器・日常生活用具の給付枠・予算の拡大と所得制限の撤廃が行われなければならない。

4 リハビリテーションおよび障害・難病医療専門家の教育・養成

わが国におけるリハビリテーションおよび障害・難病医療の専門家の教育は、全体として非常に遅れている。この点の強化を抜きにしては、上記1、2などの体制づくりは不可能であり、実質のない形骸化したものに終わる危険も大きい。この点の解決のためには、早期に次の諸点の解決が必要である。

医学教育のなかで、リハビリテーションおよび障害・難病医療に関する課程を必修科目とし、医師国家試験にも必ずこの範囲の問題を含める。これにより、すべての医師に障害・難病とリハビリテーションに関する最低限の知識をもたせ、卒業教育のなかで、さらにそれを充実させる。

リハビリテーション医学専門医その他の障害・難病に関する専門医の研究体制を

大病院、リハビリテーション専門病院・施設を基盤として整備・拡充する。

上記、の目的を達するためには、大学医学部に独立の「リハビリテーション医学」の講座を設け、卒前・卒後の教育・研修を担当させることが不可欠である。現在、わが国では全国八〇近い大学医学部のなかで、わずかに四大学にのみリハビリテーション医学の講座がおかれているだけであり、しかも国立大学には皆無で、欧米先進国に比べ著しく立ち遅れている。リハビリテーション医学講座を、すみやかに多数の国公立大学に設置し、私立大学については助成を行うべきである。また運動障害・難病に関しては、それぞれ関係する各科（内科、精神科、眼科、耳鼻科等々）の講座の内容の充実を図ることが必要である。

理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語治療士、義肢装具士、ソーシャルワーカー（医療福祉士）の教育は、現在、量・質ともに不十分であり、後三者についてはまだ資格制度も未確立である。これらの重要な専門職の教育は、四年制大学を基本として行われるべきであり、資格制度もその線で具体化されるべきである。なお現在す

でにこれらの業務に従重している人々の経験の評価、特例措置などが十分考慮されるべきである。

医療にとって大きな役割を果たす看護婦の教育において、現行カリキュラム中のリハビリテーション・障害者医療の比重はきわめて小さい。これを量・質とも強化することが重要である。

現在すでに医療に従事している医師・看護婦その他の医療従事者に対し、医師会、看護協会その他を通じ、また地方自治体等を通じて、障害・難病・リハビリテーション医療に関する再教育を積極的に行い、その認識を深めるべきである。とくに障害者の一般企業への雇用の拡大にともなう、産業界の間での、この問題に関する認識の向上は緊急に必要とされている。一般学級・大学に障害児童・生徒・学生がますます多く就学する状況から、学校医に関する同様の施策もまた必要である。

五 障害者救急医療体制の確立

精神障害者が急性悪化し緊急入院を要する場合、救急車に拒否されてパトカーを利用しなければならないが、また公的病院には入院できない等の事例がしばしばみられる。呼吸障害

者、心障害者の急性呼吸不全、筋ジストロフィー症、高位頸髄損傷などでの呼吸不全、など受入病院の不備が大きな問題となっている。

以上に対しては、現在地方自治体の責任において各地で整備が進められている救急医療体制のなかで、いつでも入院できる予約ベッド制などを含めた障害者救急医療に対する万全な対策の樹立が強く望まれる。

六 障害者一般医療の拡大

障害者にとって一般医療への門は狭い。車いすで診療室まで入れる病院・診療所はきわめて少なく、脳性マヒ児、精神薄弱児等に対する一般医療を歓迎しない医療機関も決して少なくない。特に、歯科医療は大きな間接となつてゐる。また、視覚障害者が医療機関を利用する上での困難、聴覚言語障害者が自己の病状を説明し、また医師の説明を理解する上での困難などのために誤診の危険があるなどの問題も大きい。

この問題の解決のためには、先に述べた医学教育、看護教育、その他のなかで、障害者医療に対する理解を深めることと、障害者医療加算制度、公的助成制度などを通じて医療機関側の負担を軽減し、また、病院に手話通

訳のできる人をおく、または自治体等から派遣する等々きめ細かい措置が重要である。このように障害者医療の場を拡大することが、上記の救急医療問題の解決とも関連して必要である。また大都市においては、障害者医療センターの設立が望ましく、さらに国公立病院における障害者医療の場の拡大を、前記1のリハビリテーション医療の諸制度との総合的な運用によつて行つたなど、障害者の医療ニーズを最大限に満たす努力が必要である。

七 障害・難病に関する医学的研究の推進

以上に述べた諸施策は、いずれも実際医療上の課題であると同時に、医学研究上の課題でもある。すなわち、リハビリテーション医療、障害者救急医療、障害医療、難病医療、障害者一般医療のいずれにおいても、新しい施策、医療体制の実施には必ず新しい医療的課題の提起が伴つたのであつて、その解決なしには、真に実効のある施策・内容の充実を図ることはできない。

しかるに現在、原因疾患および障害そのものと、それに対する科学的対応に関する研究体制は非常に不十分である。上に述べた大学医学部におけるリハビリテーション医学講座の設置に加えて、国公立の障害・難病・リハ

ビリテーション研究所の設立、それらの機関および研究能力のある病院・施設等に対する研究費助成等を通じて、医学、工学、心理学、社会学等の学際的協力による原因疾患そのものの予防・治療、障害そのものの予防・治療・代償・福祉機器等に関する多面的な研究を推進する必要がある。

特に今後は、障害の重度化、重複化、老齡化に伴つて新たに生じるであろう諸問題に関する研究、また、障害者の独立した生活が普及し、ますます多くの障害者が労働に携はることに伴つた障害者のための体力医学・労働医学の研究が、ますます重要になると考えられる。

教育の問題

一 はじめに(略)

二 基本的視点

教育は人なり、といわれる通り、これから打ち出されなければならない施策は、究極的には、障害者観の変革が重要な条件である。この点を踏まえてこれからの障害児教育は、基底において、次の三点を主軸として強力に展開させることが期待されよう。

すべての障害児の障害の軽減・克服と人

間的諸能力と人格の限りない発達を目指す科学的な障害児教育の充実・発展

障害児教育諸機関と一般の教育機関との連携および一般の教育機関における教育の推進

地域の諸機関および地域住民との連携

一人ひとりの障害をもつ子どもの人生を考へるとき、教育は、医療、福祉などの分野との総合的保障・連携を前提として、子どもからおとなまでの体系的かつ一貫した施策が講じられなくてはならない。そのためには、各分野の横の連携の強化、立体的施策の構築が不可欠なことはもとよりである。個々の子どもに照して多様な教育形態が編み出されるべきであろう。

三 「障害」に対する正しい理解

心身の障害は、たとえそれが重度であつても、幅広い人間の属性の一部に障害があるに過ぎないのである。また、障害という言葉の中にも、症状そのものを指すことから、社会的、行動的不利を指すに至るまで多元的な側面があることも十分に理解してかからなくてはならない。このことは、直接子どもへの指導にあたる教師はもとより、広く一般社会の人々がよく理解すべき事柄である。また、

いわゆる障害という面だけに眩惑されて、子どもの全人的観点をかりそめにも等閑視することはできないのである。

身体的発達の障害と精神発達の障害とでは自ら対応が異なるが、いずれにしても、障害という既存のイメージに過度に拘束されるより、発達の遅れという観点を重視することが不可欠であろう。また、障害児教育の発展には、前述の通り基底において一般社会における障害者観、教育観の変革が重要な課題であり、心身に障害をもつ子どもが「価値の切り下げられた存在」であつてはならない。こうした側面への理解啓発は、今後絶えることなく続けられる必要がある。

四 障害児教育組織の果たすべき役割と発展方向

障害児教育組織の見直しは、新たな展望の下に絶えず追求すべき問題である。たしかに交流や理解の推進は、これからの重要課題の一つであろう。それにともなつて、教育組織および機関をどう位置づけるか研究しなくてはならない。われわれは、現在までに果たしてきた障害児教育組織・機関の役割を、真に教育的な視点から正しく評価し、新たな視野と展望の下に益々それを発展させていかなく

てはならない。今後の基本的な方向性としては、

閉鎖性から脱皮して、努めて開放性を備へること

地域社会に、より密着した性格をもたせること

より高度の科学性を備えるよう配慮すること

医療をはじめとする隣接領域との連携を強化すること

などが特に強調されなくてはならない。

1 障害児教育諸学校

盲、ろう、養護学校は、現在まで障害児教育の中心的役割を果たしてきたが、今後さらにその充実を図るとともに学校規模の適正化をはじめそのあり方をめぐって一段と工夫すべき問題が多いことも事実である。一般学校との有機的な連携の下に、地域のセンター的役割を果たすことも不可欠なるであろう。また、地域住民との交流を深めるために、積極的な学校開放を目指すことも考えられる。

2 障害児学級

障害児学級についても、そのあり方をめぐって数々の問題が提起されているが、可能な

限り一般学級との間の交流を行う工夫が必要である。難聴学級や言語治療教室などに見られる通級制（または二重籍）の問題は、制度的にすつきりさせる必要がある。

3 訪問教育

訪問教育は、全員就学の一翼を形成しているといえるが、まだ不十分な面が多いので、今後の発展を目指して、スクーリングを可能な限り保障するための諸条件の整備、教職員への労働過重を軽減し研修の機会を十分にするための人的条件の改善など、格段の改善を必要とする。また、長欠児に対する訪問教育の実施や、養護学校高等部における訪問教育の実施も考慮する必要がある。

五 早期教育の振興

改めて述べるまでもなく、早期教育および早期療育は、障害の予防と軽減、発達の促進および二次的障害の固定化防止にとって不可欠である。早期教育（療育）には、早期に障害に応じた対策が必要な分野と、一般の保育として行われる分野とがあるが、両者の拡充整備を図り幼少時からの一貫した体制の確立を急ぐ必要がある。また養護学校幼稚部の設置促進に努めると共に、一般の幼稚園、保育園における障害児受入条件の改善を行う必要

がある。

障害によつては、一歳までの治療が予後に大きく影響するものもあるので、医療、福祉等の諸機関との緊密な連携の下に、健診を行い、早期対策の充実を急ぐ必要がある。

六 適正就学の保障

義務教育に向けての就学指導の責務は重大である。早期健診、早期治療、早期教育の成果の上に立つて、障害の状況を科学的に把握し、適切な教育と治療のあり方を示唆するとともに、子どもの就学権の保障に備える就学指導委員会の体質改善が必要である。そのため、就学指導委員会を、適正就学保障委員会（仮称）に改め、その活動を充実することも一つの方策であろう。

制度上の壁は時として就学指導に決定的な影響を及ぼしている。特に就学指定は、わが国の義務教育制度を貫く一つの根幹であるが、学校の選択という立場から議論が多いところである。子どもの就学先の決定にあたっては、保護者の意見を十分に尊重しつつ、子どもの生育歴等の記録、子どもの実態、家族の実態、および受入学校の条件等を総合的に勘案し、合意されたものでなければならぬ。学校指定権限は、あくまでも子どもの発

達と学習の権利を保障し、そのための保護者の就学義務をよりよく果たす上で役立つよう行使されるべきである。

七 交流教育の推進と統合教育への指向

一人ひとりの障害児は、その可能性を最大限に伸ばすために、その発達段階、障害の程度等に応じて、最も適切な教育の場が用意されなくてはならない。障害児教育諸学校、障害児学級等は、いままでそれなりに重要な使命を果してきたが、障害児が条件の許す限り、健常児と活動の場を共にすることもこれからの教育の大切な方向の一つである。相互の交流は、障害児の能力を伸ばし、経験領域を広め、社会性を培う上でも重要な手段の一つであるが、そればかりでなく、健常児に対しても、思いやりの精神を養い、人権尊重の精神を育む上で、有意義な活動である。

1 交流教育の推進

心身障害児の理解推進の方途として障害児教育諸学校と一般小・中学校等の交流教育は、すでにこれまでも実践されてきた。今後ひきつづき種々の条件を吟味してその推進につとめ、交流の方法・内容等について、実践にもとづく工夫と研究を重ね、十分な成果を上げられるよう配慮する必要がある。

2 統合教育への指向

いわゆる統合教育については、その概念、方法、形態、障害条件等の多様性からそのあり方を画一的にのべることは困難であるが、少なくとも今後その主旨にそった教育の発展をめざすことに努めるべきであろう。

個々の障害児の能力・特性を踏まえて、適切な指導技術の開発、指導形態の工夫などが必要であり周到な準備のもとにそれが進められなくてはならない。

なお交流教育も含めて、条件の許す範囲での統合教育の指向にあたっては、一般小・中学校等において、建物・施設などの環境条件の整備、教員および財政面への配慮、児童・生徒への啓発、などが重要な課題となる。

八 後期中等教育の改善

ここに強調するまでもなく、後期中等教育は、生徒の進路選択の上で重要な意義をもつものである。したがって、次の事項について特段の配慮を必要とする。

高等部を、設置義務の意味合いで準義務教育の場とし、希望するすべての生徒が進学できるようにその設置を促進すること

地域の実情に照して、高等部のみで構成

されるいわゆる高等養護学校の設置を考慮すること

養護学校高等部に、特定の専門教育を行う専攻科または簡易な技能を身につけさせる別科を設置すること

いわゆる職業前就職を充実するとともに、現行の職業教育のあり方を見直すこと
進路指導の充実を図り、福祉・労働関係機関との連携を一層密にする土と

養護学校高等部に重複障害生徒のための特別学級を制度化すること

施設入所の児童にも、後期中等教育を保障する措置を講ずること

一級高校に障害児学級を設置することを検討するとともに、高校における障害児の受入条件を整備すること

各種学校等における障害児の受入条件の整備を促進すること

障害にとまなうハンディキャップを補うための措置として、障害児教育諸学校の義務教育年限の延長が、今後の課題の一つであるが、そうした制度の充実と合わせて、生徒の社会自立、社会参加を可能なかぎり援助するための体制の確立に万全を期する必要がある。

九 高等教育機関における障害者の受入体制の拡充

障害者に対するわが国の高等教育は、きわめて不十分であり、教育の機会の実質的に大幅に制限されている。視覚、聴覚などの障害者はもとより、車いす障害者を含むすべての障害者に、可能なかぎり高等教育の門戸が開放されなくてはならない。そのための対策として次のような面で充実整備を図る必要がある。

1 大学入試制度の改善

現在、視覚障害者に対して共通一次試験の特別な配慮がなされているが、これを筆写能力の障害のある上肢障害者等にも拡大し、また手話通訳者の配置などについても配慮する必要がある。

2 環境条件の整備

高等教育機関における建物・設備等の物理的条件には、障害者向けの配慮がきわめて乏しい実情にかんがみ、アクセス（スロープ、トイレなど）の拡大、その他について総点検し、必要な措置を講ずることが望ましい。

3 教育方法等の改善

大学等における教育方法の改善について、障害者のニーズを汲みとり、教育効果を最大

限に高めるよう対策を推進する必要がある。

一〇 福祉教育と社会教育

完全参加と平等の目的を実現するために、一般社会における障害者の正しい理解を普及することが不可欠である。地域のあらゆる社会資源を活用し、地域住民の自治と結びつきながら街づくりを進める中で、障害者の社会教育を確たるものに位置づけていくという観点が重視されなくてはならない。

1 いわゆる福祉教育の導入

児童・生徒がその成長発達の過程において、障害者に対する正しい理解を培うための手だてを講ずることはきわめて大切である。したがって、授業、課外活動等において、積極的に福祉教育の導入を図ることが必要である。

2 社会教育

、一級社会人を対象として、障害者に対する正しい理解と認識を培うため、成人学級、公民館活動その他可能なあらゆる場を利用して、福祉思想の啓発に努める必要がある。、障害者自身の社会教育についても、積極的に配慮することが必要である。、障害児の親を対象とした社会教育の機会の確保についても、十分配慮することが必要であ

る。

社会教育は、障害のある人々の問題について、理解と啓発を促がす重要な手だてであるから、不断にその努力が続けられなくてはならない。とくに、障害者と健常者との触れ合いの場を用意することが障害者への理解の促進に効果的である。

一一 教員養成制度の改善

教員養成ならびに教員の資質の向上は、今後の施策の重要課題の一つになるであろう。障害児教育関係教員はもとより、一般の教育に従事する教員のすべてが、障害児童・生徒への理解と認識を高める必要があるとともに、直接障害児の教育に携わる教員にあっては、専門的知識の普及・拡大が急務である。そのために、次のような点に配慮する必要がある。

障害児教育関係教員養成課程（大学・学部）の拡充強化に格段の努力を注ぐこと。

現職教員に対する研修の機会を大幅に拡大すること。

一般大学における教員免許状の取得に関して、障害児教育関係の単位を準必修とし、教職専門の質的充実を図ること。

教育実習にあたっては、教生に可能なか

ぎり、障害児教育に係る制度、教育方法等についての教育の機会を与え、すべての教員が障害児に関する知識をもつよう配慮すること。

一二 関連する諸問題および重要事項

障害児教育の前進には、前述の通り、立体的な支援体制の確立が急務である。そのための対策として、次の諸問題について充実を期することが不可欠であり、その実現が強く要望される。

1 教員定数の改善

障害児教育関係の教員定数配置を抜本的に改正し、重複障害等教育の困難な対象の教育に携わる教員については、特に手厚い定数配置を行う必要がある。

2 学校規模の適正化

大都市等に見られる一部の肥大化した養護学校は、それぞれ地域の実情に合わせて、適正規模に改める必要がある。その際、児童・生徒の通学の利便を十分に考慮することはもちろんである。

3 寄宿舎教育の充実

障害児教育諸学校の児童・生徒で、寄宿舎に入っている者に対する教育を、今後特に重視する必要がある。そのための配慮を十分に

行つとともに「寮母」を「寄宿舎教諭」に改め、身分制度を改善する必要がある。

4 不就学成人障害者への教育の充実

義務教育の機会が保障されなかつた成人障害者に、必要に応じて、本人の希望があればそれを尊重して、義務教育を保障するなど、適切な教育保障の体制が整備されなくてはならない。

5 重度障害児（者）用教育機器の開発

重度障害児（者）のための教育機器の開発や教材・教具の充実に一層配慮する必要がある。そのために、福祉工学等との連携の下に、学際的な研究開発を行うことが望まれる。

6 福祉・医療・就労との十分な連携

個々の障害児は、それぞれの発達段階において必要な時期に、適切な援助がなされなくてはならない。そのため、先にも述べた通り、福祉・医療・就労関係機関との連携が強化されるべきである。その目的を実現するために、総合調整機関の設置が必要である。

7 研究成果の普及

障害児（者）の教育をはじめ、さまざまな専門領域での研究成果を集めて、その普及と活用を図る必要がある。その目的に沿った機関の設置が必要である。

一三 おわりに（略）

所得保障の問題

一 はじめに（略）

二 現行所得保障制度の現状と問題点

1 職業的自立のできない障害者の大多数は、障害福祉年金の対象となつていていることは表2（略）の示すとおりであるが、重度障害者に支給される福祉手当（昭和五六年度月額一三万円）と合算しても、とうてい、生活を維持できる額ではない。また、等級格付も労働能力を考慮しないものであるから、稼得能力との関係で不合理な面が生じている。

老齢福祉年金と障害福祉年金二級を同額とする理論的根拠もきわめてあいまいである。

労働能力の低い障害者は、稼働年齢期において就職して通常の賃金収入を得ることも、賞与や退職金を受けとることもなく、人生の途上において自己蓄積の過程をもつことができない。

また、老齢福祉年金は経過的なもので、いずれその対象者は存在しなくなるが、二〇歳までに障害をもつた、先天性または幼い時から障害者は、現行制度のもとでは永久に拠出年金の適用を受けとることができない。

しかも、一級の障害福祉年金の額が、特別児童扶養手当として、重度障害児をもつ養育者に支給されていた額と同一の額を本人支給に変えるという現行制度は、どうみても理解しがたい。

また、わが国の年金制度は社会保険原理に基づいており、この拠出制の年金と無拠出の福祉年金とのバランス論がその下敷きになつて、もつとも所得保障を必要としている障害者の問題が前に進められないという奇妙なことである。わが国の所得保障制度は、こうした面からも見直される必要がある。

2 次に、生活保護ではなぜ悪いかという問題がある。これは国民の権利として保障されたものであり、障害者加算や介護加算もあり、住宅その他の手当もあつて、現に多くの障害者が生活保護を受けて生活しているという現実があるのではないか、との意見である。われわれは生活保護を否定する立場ではない。年金または手当の水準が相当なレベルになるまでは、生活保護を受給した方がよい障害者世帯はあるであらうし、生計維持の補完的機能も時には必要である。

しかし、生活保護の基本は救貧対策であり、一時的な保護が本旨である。しかも、あ

くまで最低保障であり、最低レベルを越えないことが明示されている制度である。そして、保護の適用は世帯単位が原則であり、まず扶養親族による扶養が優先され、資産調査とその処分がともなう。したがって生活水準は、生活保護水準にいつも抑えられる仕組みである。また、調査等の名目で、公権力の生活への介入が行われ、プライバシーは日常的に侵害される仕組みとなっている。

以上の理由から、生活保護の存在をもって所得保障制度の必要なしとする主張は容認できない。

その他、在宅での生活は経済的に困難だが、施設に入所すれば日常生活諸費などが公費負担となるので生活できるという、現在の措置制度の問題、また、抛出制の障害年金受給者でも、本人の掛金額は少額であっても受給額の大部分は他者の掛金に依存しているという実情があり、無抛出を理由に財源を問題にすることは妥当性を欠くとの見解もある。

3 さらに、現状の公的年金制度にもさまざまな問題点がある。

その第一は制度間の格差である。例えば、国民年金の障害年会受給資格は一年、その他の公的年金は六か月となっている。また、障

害程度の認定の基準も異なっており、国民年金は不利な取り扱いをされているため、最低保障に格差を生じる結果となっている。

その第二は、通算制度の問題である。老齢年金の場合は制度間の通算制度が確立されているが、障害年金の場合は受傷時認定であるため、その年金制度に加入した場合の資格が完了していなければ受給できないという問題があつて、継続して年金に加入していても通算できないという欠陥がある。

第三は、各制度間に障害認定の格差があるため、事後重症（重度化）などの場合、同じ障害程度であっても再認定あるいは受給資格をえられない等の問題が生じている。

この第二、第三の原因によって多くの無年金者を生み出すという結果が起こっている。

無年金者のケースについては、国民年金が任意加入の制度になっており、未加入中に受傷して無年金者になる場合がもつとも多いが、これに対してもなんらかの措置を講じられることがぞまれている。

三 所得保障政策の展開についての提案

障害者に対する所得保障政策は前項で述べた現状認識と問題意識にそい、かつ憲法第二五条の精神に基づいて具体的な方策の検討を

行うことが必要である。

そして、所得保障政策の基本は、障害に対する給付というより、障害の結果、稼働能力の低下や喪失あるいは稼働状況に対応し、かつ、障害のゆえに余分にかかる費用を個別のニーズに応じて給付することが望ましい。

したがって、所得保障政策を単なる金銭給付としてではなく、労働保障やリハビリテーションと密接な関連をもたせつつ総合的に制度化することが大切な要件である。

たとえば、一定の労働能力はありながら、通常の雇用が困難な障害者のための特別に配慮された雇用制度 わが国でも最近各方面から提言され、その実現が期待されている保護雇用制度は、ヨーロッパでは広く行われており、ILO九九号勧告にも盛られ、わが国政府も批准している制度であるが、この制度は労働保障とリハビリテーションおよび所得保障を結合させた制度といわれている。この創設を政策課題として実現することも検討されるべきであろう。

また、授産施設や共同作業所などの整備、充実をはかり、重度障害者の就労の場の拡大と改善を行うことが必要であり、このような施設と連動させた所得保障政策の実現を図る

ことが政策上の基本となることである。

しかし、所得保障の水準をきめる場合は、稼働能力の喪失している者を基準として、理想的には標準的な生計を維持しうる金額を給付する、所得保障制度を実現することが望まれる。

以下、国際障害者年行動計画の所得保障政策に関し、次のように提案する。

1 昭和五七年予算年度において、障害福祉年金を国民年金の額まで引き上げること。

2 昭和五八年以降の中期計画において、次のような改善を図ること。

、障害年金の給付基本額を、生活保護基本生計費 + 障害加算額とすること。また家族のある場合は一定額の加算を行うこと。、介護費用については、基本額の二分の一を目安として支給し、他人介護と家族介護の別を撤廃すること。、対象者は、自らの力では生計を維持することの困難な二〇歳以上（独立生活をする場合は一八歳以上）の障害者とし、稼働能力の喪失の度合および稼働状況を反映するものとする。おちこぼれている無年金者も対象とすること。、所得制度については、本人については一定基準に基づいて行い（逓減方式による）扶養者の所得

制度は撤廃すること。、財源は全額国庫負担とすること。、この水準が実現したときは、施設入所の際の食費および日常生活費は本人負担とすること。

3 各種公的年金制度間の格差の解消、通算制、併合認定、障害の変化に対応する制度（事後重症等）などの問題について早急な改善を行うこと。

4 生活保護法の運用について次の点の改善を図ること。

、手続きの簡素化。、世帯単位原則を強化し、同一世帯であっても単身適用を行えるようにすること。、プライバシーの尊重には十分の配慮を行うこと。

5 一九九一年の二〇年行動計画の最終年度を目標として、所得保障の水準を標準的な生計水準の額にまで引き上げること。この場合

、現在の各種割引制度や現物給付は、税の控除のうち、障害のゆえの余分な支出に見合う合理的なものに残し、その他は縮小または廃止すること。、また、施設入所（または利用）の際の費用についても本人負担とすること。

四 まとめ（略）

就労の問題

一 はじめに（略）

二 法律・制度による差別的取り扱いの廃止

現行の法律や制度の中には、職業的資格の取得、採用、配置、就業などについて、心身の障害を理由に差別的取り扱いが見られる。

政府および自治体は直ちにこれらの差別を廃止すべきである。

1 国家試験資格取得に関する法律上の制限の廃止

医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法、歯科衛生士法、診療放射線技師及び診療エックス線技師法、毒物及び劇物取締法、臨床検査技師衛生検査技師等に関する法律、薬剤師法および視能訓練士法において、「目が見えない者」「耳が聞こえない者」または「口がきけない者」には、当該免許が与えられないなどの制限が設けられている。このような制限は、障害者の職業能力に対する偏見によるものと思われる。アメリカやヨーロッパなどのように、職業知識と能力に応じて免許を与えることが望ましい。

2 職業紹介・採用などの制限の廃止

障害者の採用に際しては、固有の障害に対応する労働条件を整備して雇用の可能性を追求し、心身の状態を理由に紹介や採用の対象から除外することのないようにしなければならない。

とくに、公務員や教職員、特殊法人などの採用試験については、障害者に受験の機会を与え、試験方法の改善や別枠採用などについて検討し、雇用機会の均等化に努めるべきである。

3 雇用の継続に関する制限の改善

国家公務員法第七八条一 二、同第七九条一 一、地方公務員法第二八条一 二、同条二 一による、心身の故障を理由とする降任、免職または休職、労働安全衛生法第六八条による病者の就業禁止、などのように、法によって障害者を職場から排除することは適当でない。本人に就労意志がある場合、医学的管理のもとに就労条件を整え、あるいは療養後の復職権を明文化し、公的助成によって雇用継続をはかるべきである。

4 最低賃金法の適用除外規定の廃止

現行法律における重大な障害者差別の一つに、最低賃金法第八条（最低賃金の適用除外）がある。個人の尊厳を守り、通常の社会

人として生活を営むためには、障害者も労働者として最低の法定賃金を受け取る権利が与えられるべきである。現行法律は、能力が低い障害者であっても雇用されるように配慮したかのようであるが、単に事業主の利益を守り国の責任を回避しているにすぎない。

雇用主から法定賃金が支払えないと申告され、監督機関が受当と認めたのであれば法定賃金との差額を国が補填して最低賃金を保障すべきである。現状は差別賃金を助長するだけである。

上記のように、心身の障害を理由に、法的規制によって職業資格を奪い、賃金や職業上の差別を合理化することは、社会の経済活動から障害者を排除し、健常者本位の社会をつくる根源となっている。また、そのことは、障害者に職業選択の余地を与えず労働権の重要な部分を奪っていることにもなる。

国は職業的資格や採用・就業・昇進・解雇などにつき、障害者であることを理由とする差別を一切禁止し、公的責任において就業条件の整備を行うことを、法によって明らかにすべきである。

三 身体障害者雇用促進法の抜本的改正と

雇用促進対策の強化

1 障害者の範囲の拡大

本法は定められた範囲の身体障害者を対象としたものであり、その範囲はきわめて狭く限られており、このため「精神薄弱者」については一部適用を受けているにすぎず、「てんかん」、「精神障害」、「難病」その他様々な障害をもつ人々が、法による援助を受けられず、訓練や雇用の機会を与えられていない。国際的に確立している障害者の概念にもとづいて、障害者の範囲を拡大すべきである。なお、障害者として法の適用をうけるか否かは本人が選択権をもつべきである。

2 身体障害者障害程度等級区分の見直し
現行の障害程度等級区分は、職業的障害稼得能力とは無関係である。職業能力と身体機能との関係はきわめて可変的なものである。それは科学技術の応用、労働環境、適職の開発および訓練などによって容易に変わり得るものであり、固有の身体条件によって固定的にとらえることはできない。むしろ社会的関係においてとらえ、その現象面から雇用関係に必要なランクづけを行うことが望ましい。

3 雇用率および納付金の見直し

上記1、2の改訂が行われれば、当然それ

に伴う修正が施されるであろうが、事業主によつては雇用計画の実施に熱意が見られず、雇用率が半分にも達しないところもあり、また特に大企業においては納付金を納めた方が良いといった風潮すらうかがえるので、納付金の額を大幅に引き上げ、雇用率（除外率）についても見直しを考えてしかるべきではないかと思われる。

4 特定職種の拡大

法第一七条に定める特定職種を拡大し、その適用についての行政指導を強化すべきである。

5 納付金による助成対象の拡大

納付金の使途については、授産施設や共同作業所なども助成対象とし、障害者の訓練や雇用促進対策の一環として、厚生行政と重複しない範囲で、助成金の交付を考慮すること。

6 適職開発と職域の拡大

障害者の個別能力の活用をめざし、適職開発によつて職域の拡大を図るべきであるが、特に事業所内における適職の開発を強化育成し、開発情報を交流、殊に重度障害者の職域を拡大することが必要である。

7 地域雇用プロジェクトの推進

行政単位ごとに管轄区域内企業と職業リハ

ビリテーション関係機関および行政よりなるプロジェクトが、事業主の雇用計画に基づいて、対象障害者の選定・訓練を行い、有機的連携によつて雇用の具体化をはかることが望ましい（アメリカにおけるP・W・Iを参考に）。

8 雇用管理改善による退職の防止

安全衛生管理の強化による労災や疾病の予防が重要であることは今さらいうまでもないが、三五歳以上の成人予防検診の義務化や年二回以上の定期健診の強化なども必要といわれている。また傷病者（特に労災）の解雇制限の強化、傷病者の雇用継続や職場復帰訓練などに対する行政の支援、助成、障害者の雇用管理のための、専任の職業カウンセラーなど有資格専門職員の配置などが雇用継続の対策として有効かつ必要と思われる。

四 保護雇用制度の創設

現行の障害者就業対策は、通常の雇用へ向けての雇用促進対策か福祉対策であり、先進諸国のように特別な配慮をした雇用対策に欠けている。したがつて、わが国の場合は今なお通常の雇用に結びつき難い多くの障害者

が、福祉施策である授産施設などで長期にわたつて働いており、また公共職業安定所には

通常の雇用に結びつき難い重度の有効求職登録障害者が、常時二万五〇〇〇人を超えている。

障害者の場合、通常の労働者に比し労働適応の範囲が狭く、そのうえ環境適応の範囲も限られ、就職の機会は一般に比し著しく少ない。このため、雇用の創出についてはいろいろ工夫されており、現行の雇用割当制度もその一つであるが、このほか諸外国で行われているものに保護雇用の制度がある。保護雇用制度は一九五五年（昭和三〇年）六月にILOが「障害者の職業更生に関する勧告（九九号勧告）」を出してから、ヨーロッパ各国で制度化が進み、わが国においてもその早期実施を望む声が高い。政府は、一般職業訓練校に障害者を受け入れ、従来のも身体障害者職業訓練校は重度障害者の訓練校に衣替えする方針のようであるが、その卒業生の就職対策としても早急に当制度の実施が必要と思われる。

保護雇用制度とは、一般の雇用市場の競争にたえられない障害者のために、保護された状態のもとで行われる訓練と雇用のための制度である。

この制度には、保護工場の設置やリハビリテーションサービス（通常の雇用への転換を

含む）や労働法規（最低賃金法も当然含まれる）の完全適用などが含まれており、国際的に一定の評価が確立している。

保護雇用の形態としては、次のようなものが考えられる。

1 保護工場による雇用
障害者を雇用することを目的として設置された工場で、非営利事業として行われ、政府より事業保護、運営補助を行う。

2 在宅雇用

在宅就労者を雇用扱いとするもの。

3 特別雇用組織による雇用

雇用のためにつくられた組織（雇用事業団など）が公共の委託作業（戸外作業や事務作業）に雇用障害者を派遣するもの。

4 企業内保護雇用

保護工場や雇用組織からの出向、または企業が専門機関の認定をつけて雇用するもの。

なお、最低賃金法の適用に際しては、労働報酬との差額を政府が補填し、所得保障給付と調整する。また、当該制度を実施する場合は授産施設、福祉工場、モデル工場など現行制度との調整が必要である。

五 自営業に対する援護

障害者にとって、自営業はもつとも多い職

業であるが、現行援助制度はあまりにも貧弱であり、早急に次の諸措置を講ずる必要がある。

1 あんま・指圧・マッサージ、はり、灸のように視覚障害者の営業に適している職業など、特定の職業については、障害者に対する職業的保護対策として優先開業権などの施策を講ずること。

2 たばこ小売人指定や公共施設内売店設置のほかに優先措置を拡大すること。

3 自治体や商工会議所における経営相談・指導の強化、営業所・店舗・作業場等の障害者向け改造に対する助成、更生資金貸付制度の大幅改訂による設備・運転資金の大口貸付など、経営安定対策を強化すること。

4 障害者の就業を目的とした障害者（または保護者）の団体や協同組合による事業経営に対し、助成や育成の対策を講ずること。

5 障害者が経営する事業に対する税制上の優遇措置を拡大し、公益法人に準じた取り扱いをすること。

六 施設および在宅の就労に対する援護
専門的リハビリテーション施設（リハビリテーションセンター、更生指導所、身体障害者更生施設、職業訓練校など）の治療や教育

訓練によっても、雇用や自営あるいは保護雇用の対象になり難い人たちの就労ニーズに配慮するためには、リハビリテーションサービスをともなう（雇用や保護雇用などへの転換を含む）作業や生活実習などを行う施設を用意し、施設に通うことが難しい人たちのためには、通所サービスが在宅就労の便宜を講ずることが必要である。また、これらの施設の利便性は、障害の性質や程度、環境適応などの違いによって、多様なニーズをもっており、弾力的な対応が求められている。このため創意のある多目的施設として、柔軟な運営が必要とされている。現行の制度はこれらのニーズに十分応えるものとなっていないので、次のような施策が必要と思われる。

1 授産施設や身体障害者福祉センターなどの利用対象者の障害の範囲を国際的基準まで拡大し、施設種別による利用規制を見直し、施設の効果的運用を図るべきである。

2 施設利用の基本を通所に置き、やむを得ない事情で収容する場合も、できるかぎり通常の社会生活に近い処遇を行い、個人の尊厳を十分保つことができるよう、収容所に近い施設基準や恩恵的色彩の濃い現物給付の措置制度は、抜本的に改める必要がある。

3 施設利用者への通所サービスや給食サービスは、リハビリテーションサービスの一環として当然考慮されてしかるべきであり、その経費は公費で負担することが望ましい。

4 通所サービスを行ってもなお通うことが困難であったり、施設での就労が困難な人たちのために、施設もしくは内職・回転機関が、在宅障害者の就労サービスを行うことができるよう、現行制度を改善し、あるいは助成制度を新設すべきである。

5 地域における障害者のニーズに応えるには、できるかぎり小規模の作業施設を多数設置することが望ましい。したがって法定定員二〇名未満の施設または事業に対しても、公的助成を制度化し、育成していく必要がある。

6 授産施設や小規模作業施設の利用者は、重度障害者が非常に増加している。従来の施設に対する運営基準は大幅に改善し、小規模施設に対する補助の基準なども重度更生援護施設にならって制度化することを考える必要がある。

7 現行授産施設を総合作業センターとし、地域小規模未認可施設をその分室として制度の対象とすることができると、現行制

度の弾力的運用を考え、小規模施設や事業の育成対策を講ずる必要がある。

七 職業リハビリテーション専門機関の整備

リハビリテーション施策の一貫性・総合性の確立など、根本対策が前向きに取り組みられることを前提として、専門機関の整備については、次のような施策が必要と思われる。

1 設備および内容の近代化

職業の更生相談、評価、訓練、紹介などの諸機関の専門領域を明確にしたうえで、それぞれの機関の業務内容、処遇内容、設備などの近代化を図り、現代社会の職業人として自立し得る最短距離のコースを用意しなければならぬ。

相談機関における情報管理、評価および訓練機関における機器・設備・訓練内容の近代化、評価方法の全国統一、訓練方法の刷新（事業所からの委託訓練、その場合の事業所からの技術員の出自、訓練用機器の持込み、テーピングマシンの活用、在宅障害者に対する通信教育やスクーリングの開講など）、対象障害者の拡大（障害によっては、専門の訓練校を設ける 視覚障害、精神薄弱など）、一般訓練校への障害者の受け入れなど、

柔軟な対応と近代化が望まれる。

2 専門機関相互および関係機関や事業所などの連携の強化

各種機関は各省庁にまたがっているため、相互の連携を強化するため各省庁間の調整を強力に行う必要がある。治療と職業訓練や訓練と雇用、訓練と自立生活など、関連機関によるプロジェクトの推進が望まれる。

3 専門職の資格制度と養成

職業分野に専門資格制度がないため、企業における雇用管理や障害者の相談係などには、未経験者があまっている。また、専門機関や施設においても、相談員、指導員は講習会や現任訓練によって養成されているにすぎない。職業相談・指導・斡旋や職業評価・訓練などの専門領域を明確にし、資格制度を設け、国の責任によって、技術科学教育と障害者福祉を結びつける高等職業教育機関を設ける必要がある。それによって、障害と職業についての幅広い知識と正しい処遇技術を身につけた有資格者を養成し、リハビリテーションチームとして医師や教師と同レベルの専門的相談や指導が行えるようにすべきである。

八 科学的研究の推進

障害者の就労をより安全に適切にし、職域

をひろげて就労の機会をふやすことは、障害者の自立にとってきわめて重要なことである。科学技術の活用によって職業的重度障害者は激減する可能性を秘めており、そのための研究投資は国家財政上十分見返りのある事業といえる。

当面、必要と思われる研究としては、次のようなものがあげられる。

適職開発、職場適応、職能評価、職業適性、労働医学、労働環境、就労システム、労働補装具、作業用機器開発。

九 障害者就労事業の振興

障害者を多数雇用する事業所では、景気変動などに対し、業種転換などが一般事業所にくらべて困難であり、また授産施設などで

は、人員整理などは不可能である。雇用や就業の安全のためには、次の各項をはじめ必要な施策を早急に実施し、障害者の就労のための事業を振興することが肝要である。

1 障害者を三〇%以上雇用する事業所または授産施設等に対する官公需優先発注などの法制化を図ること。

2 障害者多数雇用事業所や授産施設など（未認可小規模施設を含む。以下同じ）に発注する事業所に対しては、発注する加工高に応じて身体障害者雇用促進法による雇用率を免除するなどの方策をとること。

3 障害者多数雇用事業や授産事業などの振興や不況救済などの保護政策を明確にし、公益事業の場合の経営相談や指導の行政窓口

を設けること。

4 授産事業振興センター（仮称）を設け、受注・版元・仕入れの斡旋、生産技術や経営の指導などを行い、事業振興を図ること。

一〇 おわりに（略）

生活環境整備の問題

一 はじめに（略）

二 住宅環境中整備（略）

三 公共建築物の整備（略）

四 移動・交通体系の整備（略）

五 情報とコミュニケーション（略）

六 地域福祉（略）

七 施設（略）

八 障害についての正しい理解の普及（略）