

References

- Association of Yashiro Society and Welfare (1982). *Yashirocho Syakai Fukushi Kyougikai Houzinka 30 syunen kinensi*
- Children and Families Bureau, Ministry of Health and Welfare, Japan (1992). *Maternal and Child Health in Japan: Mothers' and Childrens's Health and Welfare Association*
- Federation of Hyogo Aiku (1988). Hyogoken Aiku Rengoukai Dayori, *Hyogo Aiku*.
- Hashimoto, M. (1968). *Tiikihokenkatudou - Kousyuueisei to Gtouseino Tachibakara -*: Igakusyoin Health Planning Bureau, Japanese Ministry of Health and Welfare, Japan *Fumishimete 50 nen - Hokenfukatudounorekisi -*: Japan Family Planning Association
- Hyogo Nurses Association (1982). Hyogoken Hokenfukatudou Kinou KyouAshita. In J.N. Association. (Ed.).
- Hokenfu Committee, J.N.A. (1964). Michi. In Japan Nurses Association (Ed.).
- Hokenfu Committee, J.N.A., 1982, (1982). Hyogoken Hokenfukatudou.
- Kaneko, M. (1967). Hokenfunikansurugyouseinonagare. *Hookenfuzasi*, 13(1), 24-28.
- Katougun Local Committee. (1974). *Katougun si (History of Kato District)*. Rinkawa shoten
- Kazuo, N. (1984). Sontyoariki - Sawauchimurafukazawanosyougai-. Sintyosya (Ed.).
- Kubo, H. (1997). *Nihonno kazokukeikakushi (History of Family Planning in Japan)*
- Kunii, W. (2000). *Kokenkaikan monogatari (History of the Health Group)*: Hokenkaikan.
- Ministry of Health and Welfare, J. (1988). *Hokenjo 50 nensi (50 years history of Hokenjo)*
- Ministry of Health and Welfare, J. (1988). *Kouseisyo 50 syunensi Kizyutuhen (50 years history of the history of Health - Narrative Version-)*: Kouseimondai Kenkyuukai.
- Muramatsu, M. (1976). *Basic Readings on Population and Family Planning in Japan: Japanese Organization for Internaitonal Cooperatiion in Family Planning*
- Nakamura, Y. (2002). Nouseinikerukousyueiseinosuisin (Pubic Health Promotion in Rural Area). *Japanese Association International Development*, 11(2), 67-80.
- Nakayama, M. *Shintaiwomeguru Seisakutokozin*: Keisousyobou
- Nishiuchi, M. (2001). *Nihonnoboshihoken to MoriyamaYutaka*: Japanese Family Planning Association
- Oobayashi, M. (1989). *Zyosanfunosengo (Mindwives in the post war period)*: Keiso syobou
- Ookuni, M. (1973). *Hokenfunorekishi*: Igakusyoin
- Kawakami, T. (1992). *Sengo Iryoshi Zyosetu*: Keisou Syobou
- Kawakami, T. (1992). *Sengoiryosizyosetu*: Keiso syobo
- Wakatuki, S. (1971). *Nouseinigaku*: Keisousyobou

資料 10

日本のリハビリテーション（障害児・者ケア）の経験

大阪大学大学院人間科学研究科

山中 早苗、中村 安秀

1 はじめに

途上国では、経済的な貧しさといった社会経済的背景だけでなく、障害者は先進国に比較して多くの困難な課題に直面している。社会福祉に関する財源の不足、障害に関する保健医療や教育の専門家の不足、地域差が大きく不公平なリハビリテーションサービス、障害対策を立案実施するための基本的な統計や情報の不足、障害者に対する差別と偏見などがあげられる。

一方、現在の日本では、障害に関する多様な専門家が数多く存在しており、障害の早期発見や保健医療ケアのシステムが確立している。しかし、日本も一世代前には、多くの途上国と同様の課題に直面していた経験を持っている。日本の障害者ケア、リハビリテーションの発展の軌跡を辿ることにより、途上国におけるリハビリテーションの今後の展開に役立つのではないかと考えられる。

リハビリテーションは「医学的リハビリテーション」「教育的リハビリテーション」「職業リハビリテーション」「社会リハビリテーション」の4つから成るといわれ、これら4つの要素が障害者のニーズに応じて、常に欠けることなく提供されうる状態が望ましいリハビリテーションのあり方とされている（上田、1983）。ここでは、日本における障害者福祉発展の歴史の変遷と、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーションを中心に論じる。

2 日本における障害者福祉

2-1 日本の障害者福祉の歴史の変遷

第二次世界大戦以前の日本における障害者対策は、1874年の「恤救規則」と1932年に施行された「救護法」があるが、これらは救貧施策としての救済措置にすぎなかった。

第二次世界大戦後の1949年、主に戦争で負傷した身体障害者を対象とした「身体障害者福祉法」が制定され、翌1950年より施行された。精神障害者に関する法律としては、1950年に「精神衛生法」（現・精神保健福祉法）が制定され、同法によって都道府県に精神病院の設置を義務づけ、精神障害者の医療・保護とその発生予防を目的として精神保健対策が開始された。その結果、私宅監置は廃止された。知的障害者も「精神衛生法」の対象にされたため、福祉法体制からは取り残された。1951年の「社会福祉事業法」（現・社会福祉法）を基本に、各領域での法整備と具体的な療育・訓練・授産・更生などの機能を果たすべき施設などが徐々に整えられていった。

この時代には、日本の福祉の基本をなす法律である「児童福祉法」(1947年)、生活保護法(1950年)も相次いで制定された。特に「児童福祉法」は、戦後悲惨な状況におかれていた児童を保護・育成することを目的に、障害児を含む18歳未満のすべての児童を対象に制定された法律である。障害児については、児童相談所及び肢体不自由児施設、盲聾啞児施設、知的障害児施設等が設置され、肢体不自由、視聴覚障害、知的障害等の障害に対して、保護・指導の措置がとられることになった。児童福祉法はその後、障害の種類に応じた施設の細分化、車いすなど補装具の交付、育成医療の給付など、様々な施策が行われるように改正されていった。今日では、身体障害児・知的障害児に対する福祉施策は、障害の予防・早期発見・早期療育施策、在宅福祉施策、施設施策の3分野から、総合的に推進されている(山口、2003)。

児童福祉法の制定により18歳未満の知的障害児の保護・指導は実施されていたが、18歳以上の知的障害者は法の対象となっていなかった。そこで、児童から成人に至るまでの知的障害者の福祉施策として、1960年に「精神薄弱者福祉法」が制定された。この法は、1998年に「精神薄弱」という用語が「知的障害」に改められたため、現在は「知的障害者福祉法」と名称が改正されている。1967年には重度の身体障害と重度の知的障害をあわせもつ重症心身障害児についても、児童福祉法の改正により、その施設の法制化がはかられた。

1970年に障害者福祉の総合的推進を図る「心身障害者対策基本法」(現、障害者基本法)が制定された。同法は「心身障害者」を、「肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能障害若しくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸器機能障害等の固定的臓器機能障害又は精神薄弱等の精神的欠陥がある」(第2条)者と定義した。1970年代には、施設中心の施策が超大型施設であるコロニー建設へと発展したが、その一方で、心身障害者対策基本法の制定により、在宅対策や地域福祉施策が進展した時代でもあった。

1980年に世界保健機構(WHO)が発表した「国際障害分類(ICIDH)」は、障害を3つのレベルで断層的にとらえた概念として、世界各国に影響を与えた。このICIDHにおいて、障害のとらえ方には、機能障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)という3つのレベルがあることが示された。2001年にこの障害分類は「生活機能・障害および健康の国際分類(ICF)」に改定され、環境因子と個人因子が枠組みの中に加えられた。

1981年は「国際障害者年」であり、国連は1982年に「障害者に関する世界行動計画」を採択し、それに続く1983年から1992年までの「国連・障害者の10年」とした。「国際障害者年」は、「完全参加と平等」をテーマとして、すべての障害者が市民として平等の生活ができることを目指したものであり、日本は積極的に活動を展開したことから、障害者施策においても大きな転換期となった。政府の国際障害者年推進本部は1982年に「障害者対策に関する長期計画」を策定した。1988年には「精神衛生法」が「精神保健法」に改正され、具体的施策として精神障害者生活訓練施設および精神障害者授産施設が設置された。

この法律は1995年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」と改められ、精神障害者に対するはじめての福祉対策として位置づけられている。

1993年には、1970年制定の「心身障害者対策基本法」が一部改正され、「障害者基本法」が施行された。「障害者基本法」では、これまでの法律のように法対象を特定の障害に限ることなく、「『障害者』とは、身体障害者、知的障害又は精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義された。この法律ではじめて、精神障害者が法律上障害者として位置づけられた。また、この法律の条文の中に理念や権利を明確に示している点も大きな特徴である。同じく1993年に、「障害者対策に関する新長期計画」が策定された。翌1994年に厚生省は、「障害者保健福祉施策推進本部」を設置し、保健医療だけでなく、教育、労働、生活など障害者に対する様々な施策を統合する形で、1995年に「障害者プラン—ノーマライゼーション7ヵ年計画」が策定された。

2-2 障害者プランの策定

「障害者プラン—ノーマライゼーション7ヵ年戦略」は、施設を中心とした障害者ケアへの反省を踏まえ、ノーマライゼーションをはじめとするリハビリテーションの理念を盛り込む形で策定された。現在の日本の障害者に対する基本的な政策のほとんどは、この障害者プランに集約されている。

同プランは、1993年に策定された「障害者対策に関する新長期計画（1993年～2002年）」（平成14年度版障害者白書、2002）の残り7年（1996年度から2002年度）の重点施策実施計画として1995年に策定された（内閣府、2002）。障害者対策の「障害者プラン」と高齢者対策の「新ゴールドプラン」（1994年策定）、児童家庭対策の「エンゼルプラン」（1994年策定）は、日本の保健福祉施策総合計画の三本柱である。障害者プランの特色は、地域との共生、社会的自立の促進、バリアフリー化の促進、生活の質の向上、安全な暮らしの確保、心のバリアの除去、我が国にふさわしい国際協力・国際交流の推進という7つの視点から総合的、横断的に障害者ケアを捉え、関係省庁が連携して障害を持つ人のための施策を効果的に推進していく点にある（平成14年度版障害者白書、2002）。従前は縦割り行政の中で各省庁ごとに種々の取り組みが行われていたが、この障害者プランにより縦割り行政が大臣官房（現在の社会援護局）障害保健福祉部として統合され、セクター間の包括的な協力体制ができたといえる。

障害者プランは、上記のような包括的な視点から、心身障害児、肢体障害者、精神障害者、知的障害者に関わる具体的な施策を掲げている。肢体障害者については、車椅子がすれ違える幅の広い歩道の整備などハード面の支援から、介護サービスの充実、移動やコミュニケーション支援など社会参加の促進などソフト面の支援まで具体的に明記している。精神障害者については、生活訓練施設の（援護寮）の拡充や、精神科デイケア施設の増設など施設の充実を明記するとともに、精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正も取り上げている。知的障害者については、更正施設の増設など、ハード面の支援を中心に

施策が明記されている。

障害者プランの進捗状況として、同プランの中で「当面緊急に整備すべき目標」が設定されたものについて、数値目標と実際の数字を比較してその達成度を示している（内閣府、2002）。保健福祉分野においては、数値目標の設定等施策の具体的目標を盛り込んだ点は評価されるが、緊急に整備すべき目標の多くが、施設の増設など数字で示せるものである（福祉士養成講座編集委員会、2001）。

現時点では、目標値に対し 80%以上の整備水準に達していることから、障害者プランは概ね順調に進んでいるといえる。しかしながら、障害者に対する理解の促進、差別や偏見の是正など数字で表すことが難しい課題や、生活の質の向上などに関する具体的な目標設定や、そのモニタリングと評価については未解決であり、将来への大きな課題といえる。

3 取り組みの変遷

3-1 リハビリテーションの発展の経緯

リハビリテーションという言葉は、第一次世界大戦後の英米において、国の英雄である戦傷障害者に対する社会復帰問題が大きな課題になったことを契機に使われるようになった（福祉士養成講座編集委員会、2001）。第二次世界大戦は更に多くの戦傷障害者を出し、障害者に対するリハビリテーションはこの時期に大きく発展したとされる。しかし、本来的には、リハビリテーションとは個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害をもつ人間を全体としてとらえ、その人が再び「人間らしく生きられる」ようになること、すなわち「全人的復権」を究極的な目的としている（上田、1983）。

日本のリハビリテーションは、科学・技術としてのリハビリテーションが主として 1920～1930年代におけるポリオとの闘いの中で形成され、英米と同じく第2次世界大戦時の傷痍軍人の疾病・障害管理や社会復帰活動を契機として発展したとされている（上田、1994）。当時のリハビリテーションは、軍国主義を貫くために、傷痍軍人を戦場の前線復帰や職業復帰させることを目的としていた。その際、戦傷者の年齢が若く、肢体不自由を中心とした運動機能に障害を持った場合が多かったため、運動機能回復訓練を中心にリハビリテーションが進められた。従って、日本でもリハビリテーションを運動機能回復であるとして狭くとらえる傾向が長く続いた。

障害児支援としては、大正、昭和にかけて医学的治療・訓練と教育を一体的に対応する実践が行われ、現在の障害児のリハビリテーション・療育概念の基礎となった。1920年に高木憲次が「肢体不自由児」の「療育」理念を提唱し、肢体不自由な児童への支援を呼びかけた（日本障害者リハビリテーション協会、1994）。高木はそれまでの不具、廃疾などの語に代わる語として「肢体不自由児」という語を提唱し、肢体不自由児が必要とするのは医学的治療だけでなく、全人的な教育（職業訓練を含む）と統合された治療であるという視点から「療育」を提唱したが、これは世界的にみても当時としては先駆的な思想であっ

た（上田、1983）。この高木の理念をもとに、1942年に整肢療護園（東京）が医療・保護・教育の機能を備えた最初の肢体不自由児（者）施設として設立された。なお、1921年には柏倉松蔵が肢体不自由児学校として柏学園を東京に設立し、肢体不自由児に小学校の課程に準ずる教育、生活指導、整形外科的治療などを行っていた。これらの実践は苦難の道をたどったが、障害者に対して医学的治療、訓練、教育と複数の領域が継続または統合して援助する体系であるリハビリテーションの概念が形成され、戦後の肢体不自由児の療育につながった（高橋、2000）。

第二次世界大戦以降、日本肢体不自由児協会が1948年に任意団体として発足し、1948年から1951年にかけて高木が肢体不自由児のための相談・指導を実施するため全国を巡業した。1952年にWHOの顧問として米国カリフォルニア州肢体不自由児局長マーシャルハイズ氏が来日して視察と助言指導を行うなど、リハビリテーションの推進が本格的に進められるようになった（日本障害者リハビリテーション協会、1994）。関連団体の設立も相次ぎ、1958年に日本肢体不自由者福祉協会日本国委員会が発足、1963年には日本リハビリテーション医学会が創立した。また、リハビリテーションに係る職種の専門化が進み、1965年に理学療法士法、作業療法士法が制定された。このような背景には、1960年代の高度経済成長にともなう産業災害、公害、交通事故などの社会問題で障害者が生み出されたこと、そのため障害者対策の一環としてリハビリテーションが推し進められたことも関係している。

リハビリテーションを受ける対象者については、肢体障害者だけでなく、疾病による障害者、視覚・聴覚等の感覚機能障害者、精神障害者などへ対象が広がってきた。また、1960年代のノーマライゼーション思想の盛り上がり、及び1970年代の自立生活運動の展開によって、障害者の人権、自己決定権をリハビリテーションにおいても意識する状況が生まれてきた（佐藤、小澤、2000）。また、リハビリテーションサービスにおける専門化間のチームワークの重要性も指摘されている。チームワークは、サービスの総合性、包括性を確保し、サービス利用者の生活を一体的に援助し、全人的対応（ホリスティックアプローチ）を達成するために必要である。チームワークはチームの総体として質の高さが問題で、専門職の個人能力だけでは達成しにくい。チームワークを機能的にするにはメンバー個々の活動に先立ち、理念や援助原則の確認、障害者のニーズの総合的把握、援助目標の設定を協働で確認・合意することによりサービスの方向性を見定められ、各メンバーの業務がしやすくなると考えられる（高橋、2000）。リハビリテーションの目的である「全人的復権」を実現するためには、「失われたものではなく残されたものに目を向ける」という考え方が大きな意味を持つ（児島、成清、村井、1999）。

3-2 リハビリテーションに関連する施設

我が国には、障害の種類や程度、障害者の年齢などによって様々なリハビリテーションに関連する施設がある。身体障害者を例にとると、更生施設、生活施設、作業施設、地域

医療施設の4つの施設が存在する（福祉士養成講座編集委員会、2001）。更生施設は、身体障害者が入所し、必要な治療、指導または訓練を受ける場所とされ、肢体不自由者、視覚障害者、聴覚・言語障害者、内部障害者、重度身体障害者のそれぞれに施設があり、医学的更生、心理的更生、職業的更生などの側面から各種サービスを提供している。生活施設は、常時の介護を必要とする障害者のための身体障害者療護施設と、常時の医療、介護を必要としないものための身体障害者福祉ホームとがある。作業施設としては、雇用されることの困難な者などを入所させ、必要な訓練と職業を与え、自活させる施設である授産施設と、授産施設の一部でありながら企業的色彩が強い身体障害者福祉工場がある。その他、地域利用施設として、身体障害者福祉センター（各種の相談、機能訓練、教養の向上、レクリエーションのための便宜等を総合的に供与する施設）、補装具製作施設（無料または定額な料金で補装具を製作・修理する施設）、視聴覚情報提供施設（点字図書館、点字出版施設、聴覚障害者情報提供施設）の3つの施設がある。

知的障害者に対する福祉の措置としての施設サービスには、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者福祉工場、在宅知的障害者デイサービスセンターの6つが存在する。

精神障害者に関しては、1995年に改正された精神保健法において、精神障害者の社会復帰施設が法定化された。精神障害者社会復帰施設として、精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場ならびに精神障害者地域支援センターの5施設が法律上明記された。

障害児が入所、通所する児童福祉施設としては、知的障害児施設、知的障害児通園施設、自閉症児施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、肢体不自由児療護施設、盲児施設、ろうあ児施設、難聴幼児通園施設、重症心身障害児施設、情緒障害児短期治療施設、心身障害児総合通園センターの12施設がある。肢体不自由児施設と重症心身障害児施設は病院としての機能も有している。

障害者のための施設が様々なニーズに対応すべく整備されてきた一方で、施設の設置に反対する住民運動等があった事実も、障害者と地域社会との関わりを考える上で重要である（佐藤、小澤、2000）。その背景として障害者、特に精神障害者への偏見や差別、また行政側の説明不足など様々な問題が考えられる。障害者一般への理解に関しては、国際障害者年以降の啓発キャンペーンなどによって改善が見られたと考えられるが、施設の設立反対運動が障害者プランを始めとする障害者計画推進への障害になっていることに注目する必要がある。

3-3 リハビリテーションに関わる人材養成

1980年当時には、我が国においてもリハビリテーションに関わる専門職の人員不足が指摘されていた（砂原、1980）。しかし、リハビリテーション医療におけるチームアプローチの重要性が認識されるにつれ、言語聴覚士や義肢装具士などの資格法制化の遅れ等問題は

あったものの、徐々に専門職種の拡大と人員の確保が図られるようになった(千野編、1996)。この章では、このリハビリテーションに携わる人材として、リハビリテーション専門医、リハビリテーションナース、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士を取り上げる。

リハビリテーション専門医は、神経筋骨格系、循環器系ならびに慢性疾患の判断と治療を行うが、他の臨床分野と異なるところは、物理療法と言われる電気治療、水治療、温熱療法、紫外線療法、超音波療法、マッサージ、運動療法、装具療法などを診断や治療のなかで広く用いることである(千野編、1996)。リハビリテーションナースは、看護の一般業務以外に、病棟内での日常生活訓練など、リハビリテーション訓練と、患者の精神的面のケアも担当する。理学療法士は、物理療法の専門職として働き、日常生活動作(ADL)訓練の指導なども行う。理学療法士は、寝返り、起き上がり、座位、立位、歩行、移動という基本動作能力を対象とする。また、これらの動作に必要な義肢、装具、車椅子の訓練も行う(高橋、2000)。一方、作業療法士は、手芸、工作など創造的な作業を行うことによって、身体的能力の向上や心理的意欲の向上を促し、更には社会復帰に向けての評価、訓練なども担当する。1人の障害者の治療・訓練において、作業療法士と理学療法士は協働で取り組む必要がある。また、近年法制化された専門職種として、義肢装具士と言語聴覚士が挙げられる。義肢装具士は、1988年に法制化され、切断者及び麻痺患者の評価・処方・製作・適合検査・装着訓練を担当する(加倉井、1993)。言語聴覚士は、1998年に法制化された資格で、言語障害(失語症、聴覚障害、口蓋裂など解剖学的発声器官の障害、心理情緒的影響)の改善や、小児の言語発達遅滞の評価訓練などに携わる(千野編、1996)。

リハビリテーションに関連する人材については、言語聴覚士など様々な専門職種が必要とされてくる中で、長い期間体系的な教育・資格制度が確立されてこなかった専門職種もある。法制化されることで、技術の向上や待遇の改善が促進され、人材の確保やリハビリテーションサービスの質の向上に役立ったと言える。

BOX 1 リハビリテーションに関わる人材の修業年限	
職種	資格取得のための条件と修業年限
リハビリテーション専門医	リハビリテーション医療の一定以上の臨床経験を持つ医師に対する「認定臨床医」とその認定臨床医を指導する役割の「専門医」とに分かれる。医師免許取得後4年以上及び日本リハビリテーション医学会加入後4年以上経過しているなど6つの受験資格を満たした医師が同医学会主催の認定試験を受け、合格すれば「認定臨床医」となる。一方、認定臨床医の資格を有している、リハビリテーション医療を担当した100症例を有することなどの条件を満たした人が、同医学会主催の認定試験を受け、合格すれば「専門医」となる。
理学療法士	高校を卒業し、厚生労働省、文部科学省の定める学校を卒業し、国家試験受験資格を得て国家試験に合格した者。学校は、大学(4年制)、短期大学(3年制)、専門学校(4年制、3年制)がある。

作業療法士	高校卒業、あるいは高校卒業と同等以上の学力があると認められる人が、文部科学省、厚生労働省により指定された学校養成施設を卒業する必要がある。修業年限は3年以上であることと定められ、学校によって3年制と4年制の違いはあるものの、定められた修業年限と必要な単位を修得すると国家試験が受験できる。
義肢装具士	高校（短大・大学など）を卒業し、厚生労働省指定の義肢装具士養成校で3年以上修学し、卒業したものに国家試験を受験する資格が与えられる。
言語聴覚士	言語聴覚士国家試験の受験資格は、以下の（1）～（5）のいずれかに該当する人に与えられる。（1）高校を卒業後、厚生労働省または文部科学省指定の言語聴覚士養成施設で3年以上必要な知識及び技能を習得した人、（2）大学で2年間または高等専門学校において5年以上修業し、かつ厚生労働省の指定する科目を履修した人で、1年以上厚生労働省または文部科学省指定の言語聴覚士養成施設で必要な知識及び技能を習得した人、（3）大学で1年、高等専門学校において4年以上修業し、かつ厚生労働省の指定する科目を履修した人で、厚生労働省または文部科学省指定の言語聴覚士養成施設において2年以上言語聴覚士として必要な知識や技能を習得した人、（4）大学において厚生労働省が指定する科目を履修して卒業した人、（5）大学を卒業した人で、文部科学省または厚生労働省が指定した言語聴覚士養成所において、2年以上言語聴覚士として必要な知識及び技能を習得した人。

3-4 障害者を持つ貧困家庭への施策

障害児・者に関係する法律は、障害者基本法を頂点として多数存在する。一般国民を対象とした法律において、障害あるいは障害者に関連した規定をもつものも多く、生活保護法もそのうちのひとつである。

障害者を抱える貧困家庭に対しては、生活保護制度による支援が行われている。生活保護制度は1950年に制定された公的扶助制度であり、「日本国憲法第25条（生存権の保障）に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低程度の生活を保障するとともに、その自立を助長すること」を目的として創設された。支給額の決定にあたっては、居住する地域や世帯員の構成状況によって基準が設けられており、その基準に基づいて生活保護費が計算される。

2002年現在、生活保護を受けている家庭は全国で約75万世帯であり（全人口の約0.84%を占める）、その38.7%にあたる29.1万世帯は障害者を抱えている（日本統計年鑑、2003）。このような障害者を抱えて貧困に苦しむ家庭に対しては、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助などの具体的な支援が行われている（福祉士養成講座編集委員会、2001）。例えば、この生活保護家庭の人が受ける医療費については、基本的に全額が補助されることになる。

4 教育的リハビリテーション（障害児教育）

教育的リハビリテーションは障害児・者が教育を受け、その能力を開発し、社会のなかで自分らしい生き方を追求し、自己実現できるようにすることを目的とする(高橋、2000)。障害児に対する教育は、学校教育法では「特殊教育」と呼ばれている。これは、盲・聾・養護学校の「特殊教育諸学校」と、小・中学校に設置される「特殊学級」を指している(児島、成清、村井、1999)。以下に日本における障害児教育の変遷と現状について述べる。

4-1 聾・盲児教育

わが国の障害児教育は、1878年、京都に盲啞院が設立されたことに始まる。東京では、スコットランド人宣教師フォールズ(Faulds,H.)を中心に、中村正直や津田仙らの啓蒙思想家が組織した楽善会によって、1880(明治13)年に楽善会訓盲院が設立された。この楽善会訓盲院は、1885年に文部省に移管され国立東京盲啞学校となった。1890年に、石川倉次が日本訓盲点字を考案すると盲児の教育効果は著しく向上した。しかし、1872年に国民皆教育をめざし制定された「学制」以後も、小学校での教育が困難だと思われていた盲児や聾児は就学の対象から除外されていた。1886年の「小学校令」制定以降、義務教育が整備される過程でも、障害児は「就学猶予・免除規定」の対象として明文化され、法的に義務教育の対象からはずされていた。

1923年に「盲学校及聾啞学校令」が制定された。この令により、盲学校、聾啞学校の目的が普通教育と職業教育とされ、道府県に盲学校、聾啞学校の設置義務が課され初等教育が無償となり、初等部と中等部の設置を原則とすることによって中等学校への道が開かれた。同時に改正された小学校令によって、盲学校、聾啞学校の初等部在籍児は正式な就学児童と認められた。こうして、盲学校、聾啞学校は通常の学校と法的に同格のものとして公教育体系の中に明確に位置づけられ、従来の慈善的施設から教育施設へと転換することができた。しかし、設置義務の延期が認められたり、就学義務の規定がなかったなどの問題点もあった(石部、柳本、1998)。

4-2 知的障害児教育

わが国最初の知的障害児施設は、1891年に石井亮一が濃尾大地震により孤児となった者を引き取って設立した孤女学院である。引き取った孤児の中に知的障害児が含まれていたことを契機として、石井は知的障害児の指導に取り組むことになった。その後石井は渡米し、セガン未亡人からセガンの教育方法を学んで帰国、1896年に滝乃川学園を創設し、知的障害児の指導にあたった。また、1909年には、脇田良吉により京都に「白川学園」が設立された。

重度の知的障害児を対象にした知的障害児施設は大正から昭和初期にかけて設立が続いた。知的発達検査の日本版が作成されたこともあり、大都市を中心とする公立小学校内に知的障害児学級が設置されはじめる。1940年に全国で最初の知的障害児学校「大阪市立思斉学校」が大阪に開設された(石部、柳本、1998)。知的障害児のための学校の法的根拠がなかったため、同校は小学校に類する各種学校として認可された。

4-3 身体障害児教育

肢体不自由児教育は、聾・盲児教育に比較し、はるかに遅れて始められた。1921年に開設された、日本で最初の肢体不自由児施設の柏学園では、小学校に準ずる教育と職業教育を行うことをうたっていた。学校としては、1932年設立の「東京市立光明学校」が最初であるが、これも小学校に類する各種学校としての位置づけであった。設立当時の職員構成は生徒34名に対し校長1名、教師4名、看護婦4名、週2回の嘱託医1名であったと記載されている。教師数と同数の看護婦が健康管理と共に、今でいう各種の訓練を担当していたのである（高松 1987）。

4-4 障害児教育の義務化

1946年に公付され、翌1947年に施行された「日本国憲法」は、国民の権利として「教育を受ける権利」を明確に規定した。日本国憲法に示された教育を受ける権利にもとづいて、1947年に公布・施行された「教育基本法」は、教育の機会均等の原則を明らかにした。この2つの法により、障害児も含めたすべての国民に対する義務教育の保障が確立された。教育基本法と同時に施行された「学校教育法」では、盲・聾・養護学校を幼稚園・小学校・中学校・高等学校に準ずる教育を行う義務教育として位置づけた。しかし、障害児に対する就学猶予・免除規定が設けられ、附則において盲学校、聾学校、養護学校の設置義務、就学義務については別に政令で定めるとされたため、これらの学校の義務教育化は実質的に延期されることになった。

盲学校と聾学校は、1948年から学年進行で義務化され、1956年に9年間の義務教育が完成した。その後長い期間を経て、1979年に養護学校の義務化がようやく実現した。この背景には、障害児教育に関する民間教育運動、親の会や教育関係団体による運動の活発化と、義務化実施の要求の高まりがあった。

4-5 障害児教育の現制度

現在日本の障害児教育は、障害の種類や程度に応じて、盲学校・聾学校・養護学校および小・中学校の特殊学級において行われている。養護学校は、知的障害児・肢体不自由児・病弱児を対象とする3種類に分類される。そして特殊学級は知的障害・肢体不自由・病弱・身体虚弱、弱視、難聴、言語障害、情緒障害の8種類に分けられている。

現在、障害児が就学年齢になると、居住地の教育委員会が就学相談・指導をとおして就学する学校を決める。1993年には障害児が普通学級に学籍を置きながら、特別学級で教育を受ける通級制度が開始された。さらに、重度障害や重症の病気で学校に通えない児童には、教師が家庭や病院に訪問する訪問教育がある。

日本の障害児教育は障害をもつ子どもと障害をもたない子どもとを分離して教育してきた。しかし、健常児との交流を実践の視野に入れなければ、障害児教育は進展しない。近

年、統合教育（integration）の重要性が指摘されているが、全面的に普通学級に在籍する完全統合方式と、一部教科を普通学級で学ぶ通級方式などに分けられる。しかし、障害児がただ単に通常学級に在籍しているだけという状況は、真の統合教育とはなりえない。一人ひとりの障害児がもつ特別なニーズを充足するための援助を提供し、普通教育に統合することが必要である。

5 途上国協力へ向けた日本の経験の分析

ここでは、障害者ケアに関する取り組みのうち、途上国に応用できる可能性をもつものを紹介する。

5-1 施設中心のケア

わが国においては、戦傷者に対する扶助や救済のシステムは存在していたが、障害者ケアに対する行政施策の対応は遅れていた。たとえば、1951年には全国でわずか1カ所しかなかった肢体不自由児施設は、1963年には全県に設置され、全国で56施設（在所児童数1889人）になり、70年には71施設（在所児童数6611人）に増加した。しかし、その後は在宅療養の展開により、施設入所児童数は減少している（陣内 1999）。

このように、日本では施設を中心とした障害者ケアが先行し、その後、それらの基幹施設を核として在宅リハビリテーションや地域リハビリテーションが展開した。施設の再整備の過程で、施設の統廃合が行われ、現在では施設数は減少傾向にある。

これらの反省を踏まえ、途上国においては、1970年後半から世界保健機関（WHO）が推進してきたCommunity-based Rehabilitation（CBR）などの理念に基づいた障害者ケアが展開されている。CBRとは、地域社会開発における、全障害者のリハビリテーション、機会の均等化、社会統合のための戦略の1つである。CBRは障害者自身、家族と地域社会、そして適切な保健、教育、職業及び社会サービスの連携協力を通じて遂行されると定義されている（WHO、ILO、UNESCO、1994）。CBRの目標は、地域社会の資源を利用し、家族と共に生活しながら、障害者自身をサービスの受益者としてだけでなく、サービスの提供者としても位置づけ、社会を変革することである（中西、1997）。

我が国においては、多少の違いはあるもののCBRの理念を「地域リハビリテーション」という考え方で表現している。「地域リハビリテーション」は、高齢者や障害のある人々がたとえ介護を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活が続けられること、つまりノーマライゼーションを基本的理念とし、在宅ケアと施設ケアのみならず、住宅、交通、環境、住民参加によるまちづくりなども含めたものである（日本公衆衛生協会、2000）。途上国のCBRと我が国の「地域リハビリテーション」の大きな違いは、途上国のCBRが障害者が居住する地域から発想してきた概念であるのに対して、我が国ではすでに存在しているリハビリテーション施設や行政機関から地域へのアウトリーチ活動を想定していることにある。途上国におけるCBRのアプローチは、専門家が「治療・訓練という狭義のリハビリテーションが障害者問題を解決していく」という考え方に縛られず、「地域社会におい

てなされるべき事が多く存在する」という認識をもち、自らの役割を転換することが鍵となる。障害者やその家族、障害者の生活する地域の人々が主体的となって地域社会の障害問題の解決のための方法を決定し、実施、評価していくこと、すなわち地域社会が CBR に対してオーナーシップを持つことが、プログラムの実践と継続のための戦略となる。地域社会に属さない外部の第三者が地域社会の主体化を支援する方法としては、啓発と地域社会の組織化がある。(久野、1997)。また、国際 NGO に所属する理学療法士が CBR において果たせる役割について古澤正道(1999)は、①リハビリテーション医療機器や資金の援助と障害児・者のニーズにそった援助項目であるかを調査すること、②リハビリテーション要員の育成、③CBR に関する文献や他国の CBR の情報を提供すること、④アドボカシー、⑤現地スタッフのエンパワーメントの5つをあげている。

5-2 専門的人材の養成

1980年以降、リハビリテーションに関する人材の法制化と養成が活発に行われ、現在では、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士などのリハビリテーション専門職は高学歴で希望者も多く、社会的なステータスも上昇している。1960年代ではリハビリテーション専門職のなり手がほとんどいなかったことを考えると隔世の感がある。リハビリテーション専門職に対する意識の変容については、法制化による職種ごとの専門性の確立が果たした役割は大きいと考えられる。

ただ、初等中等教育の普及に課題を抱える多くの途上国では、日本のような高学歴の専門的人材の養成は困難であるが、法制化の重要性については応用できる面もあると考えられる。

5-3 障害児教育

日本における障害児教育は、盲・ろうあ児を対象に1878年にはじまり、知的障害児に対する教育は、篤志家や先駆的实践者による社会事業が中心となり1891年に開始されている。そして1979年の養護学校教育義務制の実施を経て、障害児の完全就学が制度的に確立された。

多くの途上国において、障害を持つ子どものうち教育を受けているのは現在でもごくわずかである。教育を受けている障害児の数は、障害のある子ども全体の10%以下とするもの、また2~5%とするものなど統計により様々であるが、障害児数とそのうち何人が就学しているかというデータを把握している国自体、途上国において非常に少ない。このような途上国における障害児の教育保障の一例として、ベトナム南部のベンチェ省の例について述べてみたい。ベンチェ省では、1991年に日本のNGO(ベトナムの子ども達を支援する会)の協力により障害児学校が開設され、視覚障害児、聴覚障害児、脳性まひなどの肢体不自由児に対する教育の機会がひらかれた。しかし、この障害児学校だけでは省全体の障害児を受け入れることは不可能であることから、地域の小学校とも連携して障害のある子ども

の教育を保障する努力が必要となった。ベトナムでは義務教育課程でも、学年末試験により次の学年に進級できるかできないかが決定される。この制度は地域の普通学校に通う知的障害児の「同学年の繰り返し」を招き、それに伴う学習意欲の後退とドロップアウトの一因ともなっていた。そこで、障害児教育専門家や教師を中心とした日本 NGO メンバーと現地ベトナム人（障害問題に関わる医療関係者、教育関係者、地域有識者や障害児・者家族など）との多くの話し合いや意見交換を経て、知的障害を持つ子どもは学年末試験の結果に関係なく進級を可能とする柔軟な制度改革、教師に対する研修、地域や家庭と連携したサポート体制の確立が実現し、これまで就学できていなかった多くの障害児が就学の機会を得ている。日本でも障害児に対する教育が義務化されるまでには長い年月を要した。その経験とこれまで積み重ねてきた教育現場での実践例、障害児教育に携わる教師に必要な知識や技術を伝えていくことは、途上国の人々にとって重要な示唆となると考えられる。

5-4 障害者ケアにおける住民参加型活動と親の会、当事者団体活動

日本では、公的財源が障害者ケアにあまり分配されなかった時期から、多くの市民が、障害者に対する草の根の活動を実施してきた。また、それらの活動は単に資金を集め、障害者施設の整備、障害に対する研究助成を行うだけでなく、多くの市民を巻き込むことにより、行政施策に対するアドボカシー活動などを実施してきた。

これらの草の根活動は、行政に対して障害者ケアへの関心を高め、市民の意識を喚起することにより、差別や偏見の解消にもつながっていったという点で、障害者ケアの発展に大きな貢献をした。換言すれば、余裕のある個人だけでなく、企業や私立病院なども参加した市民社会に立脚したボランティア活動であるといえよう。

また、障害者親の会と当事者団体も、アドボカシー活動において重要な役割を果たしてきた。1952年に東京都内の特殊学級に在籍する知的障害児の母親3人のよびかけにより、「精神薄弱児育成会」が結成された。同会結成を契機として、知的障害者を対象とする福祉法の制定、完全就学、職業的自立、親亡きあとの生活および経済的保障など、知的障害者の生涯にわたる生活の保障に向けて、「わが子の代弁者」として親の運動を活発に展開していった。「精神薄弱者育成会」は、1995年に「全日本手をつなぐ育成会」と改称し、創立50周年を迎えた2001年には、正会員数は22万人をこえ、わが国の親の会のなかで最も大きな団体の一つとなっている。「全日本手をつなぐ育成会」は知的障害をもつ子どもたちが安心できる社会を求め、知的障害者福祉の充実に向けて、現在も全国的な活動を展開し続けている（山口、2003）。親の会だけでなく、障害当事者団体も1950年代後半からあいついで結成された。1957年、東京都立光明養護学校の卒業生たちを中心に結成された「日本脳性マヒ者協会・青い芝の会」も当事者団体のひとつである。「青い芝の会」は、障害児殺害事件を起こした母親の減刑嘆願に対する批判、交通権獲得運動、養護学校義務化阻止運動などの社会的活動に深く関わった。

BOX 2 患者および家族の会

日本の障害者ケアについては、以前、人材や施設の不足がみられ、行政の対応が遅れていた。そのような状況の中で、患者やその家族は自分たちで会を組織し、情報交換や陳情・要請を行ってきた。たとえば、「全国心臓病の子どもを守る会」は昭和 38 年（1963 年）に結成され、今日まで心臓病児に対する医療、福祉、生活など多くの面について情報交換、相互扶助、行政への要請など行い、多彩な活動を展開してきた。また、小児の心臓病を専門とする多くの医師や看護師もアドバイザーとしてこの会に参加し、患者の親たちと協力してきた。現在では、このような患者および家族の会は多くの難病、先天性疾患、公害などの疾患単位で組織され、その支部も各都道府県におかれている。日本独自の組織ともいえる「患者と家族の会」がこれまでに障害者ケアに果たしてきた役割は非常に大きいといえよう。

BOX 3 おぎゃー献金

鹿児島県大口市で産婦人科を開業している遠矢善栄氏が、近くに住む重症心身障害児の三姉妹をみて、何とか救済したいと考えたが、当時は一部の軽症者を除いては、重症心身障害児収容の道は固く閉ざされていた。これらの子供たちに少しでも幸福を分け与えたいと考え、健康な赤ちゃんを出産したお母さん方と、それに立ち合った医師や看護師さんたちに愛の献金をしてもらおうと発案したのがされたのが、「おぎゃー献金」運動の発端である。

1964 年に、日本母性保護医協会の正式事業となり、全国の病産院に募金箱が置かれ、出産した母親や産婦人科医師、助産師、看護師などから寄付を募っている。2003 年は約 1 億 2 千万円の募金収入があり、全国の障害者施設の整備および障害者予防のための研究活動に配分された。

5-5 発展途上のノーマライゼーション

ノーマライゼーションの理念はデンマークの E. N. バンク・ミケルセンによって提唱された。バンク・ミケルセンは「デンマーク 1959 年法」を起草し、この法で障害者や高齢者を特別の存在としてとらえることなく、彼らが住み慣れた地域社会で、家族や友人とともに可能な限り普通の生活を創造し、援助する社会・生活・環境条件の整備を実現しようとした。そのためには、物理的なハード面だけでなく、障害者に対して偏見や差別を持たずに障害者を受け入れるというソフト面でのバリア除去が必要となる。その後ノーマライゼーションの理念はスウェーデンでニリエラによってさらに理論的に深められ、アメリカにわたってヴォルフエンズベルガーらによって概念化が進められていった。ヴォルフエン

スベルガーは初期のノーマライゼーションを、障害者の「社会的役割の実現」という考え方に变化させていった。

生活の質や完全な社会参加といったリハビリテーションの理念からみると、日本の障害者ケアは、施設を中心として行われてきた既存の施設や思考を引きずっているため、ノーマライゼーションが進んでおらず、依然家族に依存し、自立とはかけ離れた社会的隔離が当然視されている（竹前、2002）と指摘する向きもある。その背景として、家族介護の限界へのセーフティネットとしての施設という日本独自の考え方があり、障害を持つ人々の収容施設の縮小、解体への抵抗は大きい（佐藤、小澤、2000）とも言える。

また、設備の質においても、世界に見劣りしない施設が出来てきたにもかかわらず、退院後の日常生活動作が自立しているはずの多くの人が機能低下し、寝たきりになっている、また大半の国民はそのような施設でのリハビリテーションサービスが受けられない状況にある（福屋編、1990）。また、地域社会と障害をもつ人々との関わりを見ると、障害を持つ人々の受け皿が地域社会にないという課題も存在する（福屋編、1990）。

このように、欧米とくに北欧などと比較すると、日本のノーマライゼーションは発展途上にあるといえよう。しかし、緊密な家族関係を基盤としたコミュニティの中で障害者ケアを発展させようと試行しているアジア諸国においては、日本におけるノーマライゼーションの進展と阻害要因という経験そのものが大きな参考になると考えられる。

6 日本の経験を活かした途上国協力

現在の日本では、知的障害に関する保健医療や教育の専門家が数多く存在しており、知的障害児の早期発見や保健医療ケアのシステムが確立しているが、日本も一世代前には、社会福祉に関する財源の不足、障害に関する保健医療や教育の専門家の不足、地域差が大きく不公平なリハビリテーションサービス、障害対策を立案実施するための基本的な統計や情報の不足、障害者に対する差別と偏見など、多くの途上国と同様の課題に直面していた。そのような状況のなかで、家族や身近な人びとが中心になってリハビリテーションサービスを発展させ、行政へのアドボカシー活動を行ってきた経緯は、途上国の現状を打破するときの大きなヒントになると思われる（中村 2003）。「障害児・者の代弁者」としての親の会や、当事者団体の結成とその活動は、障害者の置かれている状況やニーズを「障害者自身の声」として社会に届けるために重要である。

障害を持つ子どもに対する教育についても、日本で障害児の義務教育が実現されるまでの経緯、教育現場でこれまで培われてきた実践を、途上国に紹介することは有意義なことであると考えられる。障害のある子どもが教育を受けることは、一人ひとりが人間としての発達を促し、その能力を伸ばし、社会のなかで自己実現していくことを可能にする。現在の障害児の障害の多様化、重度・重複化は、多様な教育の場の設置と医療・福祉の専門家との連携が必要であるという認識を生み出した。途上国においても、障害児教育は教師だけの問題ではなく、障害児に関わるすべての専門家、地域の人々、行政が連携して取り

組む問題であることを伝える必要がある。

リハビリテーション分野の途上国協力として、専門職種別の研修や施設の充実などが考えられ、数多くのリハビリテーション専門家を抱える日本に対する期待は大きい。同時に CBR などの世界的な動向に関しては、すでに理学療法士などの資格をもつ青年海外協力隊員が途上国で実践を学んできた。日本のリハビリテーション専門家は、途上国における専門家育成だけでなく、地域社会の啓発と組織化、必要な援助項目の調査や情報伝達、アドボカシーといった役割が期待されている。また、途上国での障害児・者ケア分野での国際協力においては、現地に積極的にももむくことで、障害児・者自身と彼らに直接関わる人たちのおかれている状況を的確にふまえ、彼らの意見に耳を傾けることが大変重要である。今後は、途上国における CBR の実践やノーマライゼーションの取り組みに協力する中で、わが国も同時に学んでいくという双方向性をもつ国際協力が望まれている。

障害児・者ケアは保健医療、教育、福祉、労働など、多分野間にまたがる学際的かつ総合的な視点での取り組みが必要となる。途上国での国際協力に関わる者は、自分の専門分野のいかんにかかわらず、地域の住民である障害児・者の存在に配慮し、障害児・者ケアに関する問題意識を常に持ち、現地の行政機関や地域の人々の理解と積極的な関与を促しながら、活動を進める必要がある。

参考文献

- ILO、UNESCO、WHO（1994）：Community-Based Rehabilitation for and with People with Disabilities、Joint Position Paper.
- 石田 三郎（2002）：子どものリハビリテーション、同成社
- 石部 元雄・柳本 雄次編著（1998）：障害学入門、福村出版
- 岩倉 博光著・五味重春 編（1981）：リハビリテーション医学講座第1巻：リハビリテーション医学概論、医歯薬出版
- 上田 敏（1983）：リハビリテーションを考える、青木書店
- 上田 敏（1994）：目で見るリハビリテーション医学、東京大学出版会.
- 加倉井 周一（1993）：講座、義肢装具にかかわる関連職種、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研究、77、36-39.
- 久野 研二（1997）：Community-Based Rehabilitation—これから途上国へ行くあなたに一、日本理学療法士協会・国際部
- 児島 美都子、成清 美治、村井 龍治編（1999）：障害者福祉概論、学文社
- 佐藤 久夫、小澤温（2000）：障害者福祉の世界、有斐閣.
- 澤村 誠志（1997）：地域リハビリテーションはどこまで来たか、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研究」、91、2-7.
- 障害福祉研究会（2003）：障害者のための福祉2003、中央法規
- 陣内 一保（1999）：こどものリハビリテーション、こどものリハビリテーション医学、医学書院、1-11
- 杉本 章（2001）：障害者はどう生きてきたか、Nプランニング
- 砂原 茂一（1980）：リハビリテーション、岩波新書.
- 総務庁統計局（2003）：第52回日本統計年鑑.
- 高橋 流里子（2000）：障害者の人権とリハビリテーション、中央法規
- 高松 鶴吉（1987）：療育と教育の接点を考える、リハビリテーション研究、55、18-22
- 竹前 栄治（2002）：障害者政策の国際比較、明石書店.
- 千野 直一編（1996）：リハビリテーション医学全書Ⅱ-5 リハビリテーション医療社会学、ソーシャルワークとそのシステム、医歯薬出版.
- 手塚 直樹（2002）：障害者福祉とはなにか、ミネルヴァ書房
- 内閣府障害者対策推進本部（1995）：障害者プラン.
- 内閣府編（2002）：平成14年度版障害者白書、財務省印刷局.
- 中西 由起子（1997）：障害者とCBR、ワールド・トレンド1997年6月号、13-15頁、アジア経済研究所
- 中村 安秀（2003）：障害をもつ人々が健康に暮らすということ—国際保健からみた「障害と開発」、ワールド・トレンド2003年9月号、29-31頁、アジア経済研究所
- 日本障害者リハビリテーション協会（1994）：30年のあゆみ、日本障害者リハビリテーシ

ョン

協会 30 年 戸山サンライズ 10 年.

福祉士養成講座編集委員会（2001）：障害者福祉論、中央法規出版.

福屋 康子編（1990）：地域理学療法マニュアル、日本理学療法士協会.

古澤 正道（1999）地域に根ざしたりハビリテーション（CBR）における国際的 NGO に
所属する理学療法士の役割：ベトナム、ベンチエ省での援助活動を通じて、論文

山口 洋史編著（2003）：障害者福祉論、コレール社

山口 洋史（2004）：これからの障害児教育—障害児教育から「特別支援教育」へ、ミネル
ヴァ書房

資料 11

戦後日本の小児保健

—法律で子供を守った—

巷野悟郎先生（こどもの城小児保健クリニック院長）

戦後、大人の健康を維持するだけの余裕もない中で、アメリカの主導で児童福祉を保障する法律が作り上げられた。それは障害児福祉をも含んだ先進的なものであった。

1、児童福祉法

保育所：児童福祉法を受けて、保育所が設置された。子供を育てる余裕のない親は、子供を保育所に入れる義務があり、国はその子どもたちに対して措置費を払う制度ができた。

乳児院：巷野先生の勤務された、八王子乳児院の前には毎週のように生まれて間もない新生児が置き去りにされていた。家庭を作ろうという熱意で、その子供達を受け入れて育てていった。

2、児童局

児童局を設立するに当たって、GHQは国に産科医、小児科医、整形外科医、保健師、看護師、助産師を要請した。障害児ケアを念頭に置いて、整形外科医が入っている。当時、国としては健常児の健康を保障する余裕さえなかったが、保健対策としては、当初から障害児を含んだ枠組みになっていた。整形外科医として、児童局に入った小池文英は後に、肢体不自由児施設整肢療護園の園長となる。

母子衛生課課長瀬木光男（産科医）はドイツから妊産婦手帳を導入した。これによって米や脱脂綿の配給がなされた。これをもとに巷野先生たちが作られた母子手帳は、子どもを包括的な健康管理に導く日本独自のアイテムである。

GHQの医師ナイトが中心になって小児のケアの指導を行った。それはオムツの当て方、日光浴の仕方、哺乳瓶の消毒（オイル缶メソッドといわれた煮沸によるもの）など非常に細かいところまでの指導であった。その中ではオムツの当て方など、定着するものもあったが、オイル缶メソッドのように、日本の医師から見向きもされないものもあった。

3、物質援助

巷野先生は、国内でミルクを確保するために、農林省と共同でどれだけの乳牛が必要であるかなど、調査をされていた。基本的には国内でまかなう方針であったものと考えられる。しかしこの時期、合衆国からの脱脂粉乳が子どもたちの栄養状態の改善に与えた影響は大きい。