

今後わが国においては、一面では社会の中にいまだに強く残っている封鎖的な意識を解消させる努力をしなければならぬし、また、そこに雇用される作業の場面も身障者に見合う仕事に re-design したり、改善したりする技術を開発するとともに、公共の紹介機関自体がさらに専門的知識をもたなければならないのであるが、ここでとくに強調したいのは、あわせて医学面からも、紹介や就業や社会的適応を円滑にすすめるために強力なアプローチをぜひお願いしたいわけである。

たとえば、現在私達は、身体障害者の程度を類別する時に、身体障害者福祉法では厚生省で1～7級までの等級を分類している。また災害保障の面では、傷害保障の立場からは1級から14級まで分類している。すなわち現行の分類は、職業更生の可能性の程度と関係をもった分類ではない。たとえば、2級の視覚障害者・準盲的な人達よりも実際は3級4級の肢体不自由の人達のほうが就業は制約されるというような事例が随所にみられるので、現在のこの種の classification は、必ずしも職業紹介などの面にもたやすく利用できるものでもないのである。したがって、こういう面がもっと医学的専門的な立場から産業内の作業との関係を考慮においた分類体系が作れることを期待したいのである。

また、職業紹介においても、先ほど述べたように、一

般健常者の職業紹介業務の片すみにおいて身障者の指導や紹介をするというのではなく、欧米にみられるように vocational counselor と産業ドクターとが協力して、あるいは両方が一緒になって一人一人の社会復帰や職業復帰を助けるということ、日本の社会は急いで考えなければならない問題であろう。

このほかに、行政のセクショナリズムという面もあるし、さらには、個人的見解で恐縮であるが、行政的な立場で職業紹介の仕事をする者の社会的な status と医師の社会的 status との格差が社会慣習的にもあまりにもありすぎるところにあるのかもしれない。社会が進むにつれて複雑となり一つの問題を解決するには、一見まったく領域を異にしている専門分野の協力が、いよいよ必要となってきた。従来そのままでは、社会復帰の可能な人達に適切なアプローチは、決してうまくいかないであろう。今後いろいろと私どものほうから、医師へお願いにもいくし、医師の方からも身障者が産業社会の中で、積極的にある具体的な仕事をする事ができるという側面から、障害者の治療にアプローチしていただきたいのである。

以上概略的に現状ならびに知見として考えていることを述べた次第である。

「リハビリテーションの社会的心理的諸問題」に関する討論

〔追加〕 水俣市立病院付属湯之児病院 三隅 博
リハビリテーションは、医学と社会のかけ橋であるという。現在リハビリテーションがスムーズに行なわれていないのは、このかけ橋がうまくないからである。

この原因は、①医学の立場（責任者はドクター）にも責任がある。ドクターはリハビリテーションの本当の治療という意味を理解していない。

リハビリテーションの treatment 中には re-education や ADL など、従来の医師の考えている treatment のほかに education の要素が強い。医師もリハビリテーションにおける education の重要性を考えることが必要だということ。

②は、他方社会的リハビリテーションスタッフの人、およびパラメディカルスタッフの人に医学的知識の不足が目立つ。そのために、リハビリテーションの指示を誤ったり、目標を誤っている。社会的リハビリテーションのスタッフも必要であるが、特にパラメディカルスタッ

フの、メディカルソーシャルワーカー (MSW) は、現在では医学的な知識ももたず、普通のソーシャルワーカーとほとんど差がない。

このためドクターとしては MSW を必要としないし MSW が病院に採用されない理由となっているのである。

この MSW の医学的知識の欠乏の原因は、現在の教育方法にある。外国では MSW は病院で教育を受けているが、日本では、病人を扱う MSW であるのに、普通の文科系の学校で教育を受けて、短期間のみ病院に実習にきていることが、大きな教育の誤りである。

医師が時間不足の現在、MSW にもっと医学的知識を与え、医学的に患者を説得し指導して、医師のニーズに応えてほしい。

〔質問〕 旭川整肢学院 七戸 幸夫
重身身体障害者 (CP) に対する職業訓練について、いかにお考えであろうか。

社会保障を押し進めていく場合、現状では保護に走り「1日にどんな人でも7時間は働かせる」という西ドイツ、イギリスなどと大きなギャップを感じるのである。

〔答え〕 労働省職業調査研究室 佐柳 武

1. 職業訓練について

身体障害者の職業復帰には職業訓練が不可欠であると思う。してがって重度の人達のための訓練は一層重要となる。労働省では、現在企業内で障害をうけた人の社会復帰のためのリハビリテーションは職業的なものも含めて数カ所で実施されているが、これを今後どの程度まで拡大していくかが問題であろう。そういう人達に対して、なるべく幅広く受け入れるような職業訓練体制のあることが望ましいと思う。ただ職業訓練といっても、その障害部位によって性格が非常に異なる。

したがって、訓練の目的・対象・職業的分野と障害の部位も検討しなければならないと思う。

2. vocational counselor の問題

本年度の予算に、国の職員として設置したいと努力はしたのであるが、できなかった。vocational counselor を国として養成し、第一線機関に配置する。そして出先の機関に来所される人達に対してだけでなく、施設を訪問して長期的に職業復帰の指導やカウンセリングに従事することが必要と思う。

〔質問〕 中央鉄道病院 佐藤 和男

脊髄横断麻痺はリハビリテーションのプログラムとしては、ある程度のゴールが定められているように思われる。しかし身障者の職業復帰については、比較的恵まれているように思われる。たとえば、三肢切断者がすでに職業復帰し、国鉄職員として労働に従事している。しかし横断麻痺については残念ながら1例も職場復帰がない。この点について、メディカルケースワーカーとリハビリテーションチームとしては、リハビリテーションのゴールが果されたといえても社会的には認められない場合にどのように考えたら良いか困難を感じる。

この2点についてのご意見をうかがいたい。

〔質問〕 北療育園 山本 浩

脳性麻痺を重度の職業障害者として、vocational counselor を教育体系と職業体系の一環として、看護学校とか施設の中に早期から持ちこんでいくことが必要と思うがいかがであろうか。

〔質問〕 整肢療養園 五味 重春

肢体不自由児の中で重複障害のあるCPに対する特殊

教育の特殊性はなにか。その具体的実施はどうしたらよいか。なお特殊教育に関係する教師の養成体系はどうあるべきなのだろうかについておうかがいたい。

〔答え〕 お茶の水女子大学 辻村 泰男

特殊教育は未発達であり、盲・ろうの教育は確立したが、残りの教育は養護学校ということになっている。肢体不自由児を独立させることが課題となっている段階でCPまでは手が及ばないのが現状であろう。

一般的傾向として、特殊学校はできるだけ普通学校にもっていき、将来は特殊学校にはCPだけが残り、その教育が中心となっていくであろう。現在はまだそれが生成過程にあり、その方法についても同様であろう。

教員の養成についても、特殊教育の免許状は盲・ろう養護学校教諭免許状の三本になっており、養護学校の免許状をもっていけば精薄・肢体不自由児・病弱の先生にもなれるというのが現状であるが、養護学校教諭の分化がまず先決で、それから中味の分化に入っていかなければならないと思うのである。

職業教育といっても、特殊教育の場合は日常の生活指導がそのまま地続きにつながっており、その目標は定立されつつある。最終的には職業を目指すがまず自分のことは自分でできるようにするという傾向は良いと思う。

vocational counselor は必要であるが、どこの行政庁がどういう形でとるのが問題であり、よその省で採用した定員が配置されてもなかなかうまく活用されないもので、教育行政のほうで考えなければならぬ。

〔答え〕 鉄道弘済会 松本 征二

現在、身体障害者福祉法で身体障害者収容授産施設が4～6あるが、障害者としての国からの援助は独立には出されていない。

アメリカでは廃物を利用してそれを加工し、それを一般社会に売るといった形をとって成り立っている。イギリスでは、政府で赤字を補填する形をとっている約100くらいの工場があり、障害者だけが普通の労組で決められている賃金をとりながら作業をしている。

日本では、イギリスの方式をとることになっており、政府は3年ぐらいの計画でやることになっている。

ケースワーカーには、医師・看護婦・PT・OT・STなどメディカルな面に従事する人とのつながりを念頭において、総合的にやってもらわなければならないと思うのである。