

総論

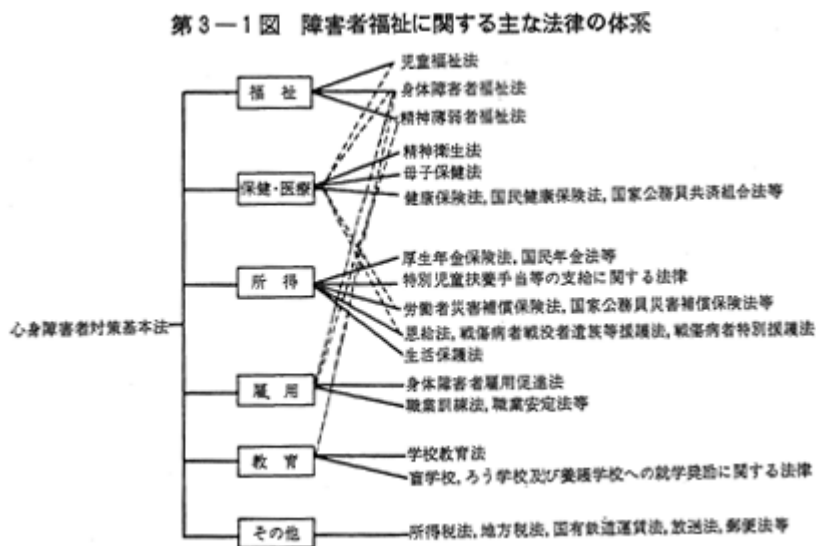
第3章 障害者対策の現状と課題

第1節 障害者対策に関する法制と予算

1 障害者対策に関する法制

我が国の障害者対策は、心身障害者対策基本法を中心として、福祉、所得保障、雇用、教育といった各分野ごとに制定された法令を中心に実施されている。その概念図を示したものが第3-1図であるが、以下その主な法制についてみてみよう。

第3-1図 障害者福祉に関する主な法律の体系



心身障害者対策基本法は、すべての障害者を対象とした我が国の障害者福祉対策の総括的基本法として障害者対策のあるべき基本理念を示している。

福祉、保健医療関係の分野では、児童福祉法が、18歳未満の心身障害児について診査・相談、児童福祉施設への入所の措置といった福祉的施策とともに、育成医療の給付、補装具の交付¹⁾及び療育の給付といった医療に関する施策を定めている。

身体障害者福祉法は、身体障害者手帳の交付等をも定めるとともに、18歳以上の身体障害者を対象として、診査、更生相談、身体障害者更生援護施設への入所、家庭奉仕員の派遣といった福祉施策とともに、補装具の交付、更生医療の給付といった医療に関する施策を定めているほか、公共的施設における売店の設置や、専売品販売の許可等に当たっての優先的配慮といった就業に関する施策をも規定している。

精神薄弱者福祉法はすべての精神薄弱者を対象とした相談事業等を規定しているほか、18歳以上の精神薄弱者を対象とした精神薄弱者援護施設への入所措置や社会的自立のための職親等への委託といった援護内容を定めている。

精神衛生法は、精神病者、精神薄弱者及び精神病質者といった精神障害者を対象とした措置入院患者の医療費の全額公費負担、通院患者の医療費の半額公費負担、予防対策といった主として医学的見地に基づく精神

障害者の身体的な保護と医療のための施策を規定している。

以上のほかに、母子保健法が、心身障害児の早期発見のための3歳児健康診査、早期療育対策としての未熟児に対する養育医療の給付等の施策を規定している。

所得保障の分野としては、厚生年金保険法、国民年金法、国家公務員共済組合法等の年金各法が、障害年金等を支給することを定めている。

また、労働災害については労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法等が業務上の災害及び通勤災害を受けた者について、年金、医療等の給付を行うことを定めている。

このほかに、特別の事由に基づく給付を定めたものとして、戦傷病者に対しては、旧軍人等を対象とする恩給法のほかに、国家補償の精神に基づく援護として年金の給付等を規定した戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦傷病者特別援護法がある。更に、20歳未満の重度又は中程度の心身障害児の父母等に対し特別児童扶養手当を支給するとともに在宅の重度障害者に対し福祉手当を支給することを定めた「特別児童扶養手当等の支給に関する法律」がある。以上の所得保障の最後の受け皿として生活保護法があり、生活扶助や医療扶助により障害者の最低生活を保障する仕組みとなっている。

次に雇用・就業の分野では、身体障害者雇用促進法が身体障害者雇用率制度及びこれを経済的側面から支える身体障害者雇用納付金制度の運用を中心として、職業紹介、職業指導機能の充実強化、心身障害者及び事業主に対する各種助成措置の実施など総合的な対策を規定しているほか、職業訓練法が身体障害者職業訓練校の設置を定めている。また、身体障害者福祉法等に基づき授産施設も設けられている。

障害者の教育については、学校教育法が視覚障害者、聴覚障害者、精神薄弱者、肢体不自由者、病弱者等について、特殊教育諸学校の設置、特殊学級の設置等を規定している。

以上のほか、所得税法や地方税法等の各種税法が所得税・住民税その他税制上の各種優遇措置を、放送法が日本放送協会受信料の免除を、郵便法が盲人の点字郵便の無料取扱いを定めるなど各法で障害者のための特別措置が講じられている。

なお、法令上用いられている障害者に関する不適切用語を適切な表現に改めるべきだとの意見が高まったのを機に、56年5月に「つんぼ」、「おし」、「めくら」といった用語をそれぞれ「耳の聞こえない者」、「口のきけない者」、「目の見えない者」に改める法改正が行われた。

(注) 1)第3章第3節の3参照

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第1節 障害者対策に関する法制と予算

2 障害者対策に関する予算

56年度における障害者対策予算は、総額で1兆4,630億円となっている。その概要は参考資料1のとおりであるが、そのうち主なものをみると、身体障害者更生援護施設等の施設福祉、更生医療、心身障害発生予防等の福祉及び医療対策が3,203億円、厚生年金、国民年金及び船員保険による障害年金等の年金対策が6,011億円となっている。また、労災保険給付は2,213億円、傷病恩給が1,801億円、戦傷病者対策が142億円となっている。以上のほか、障害者の雇用対策等が176億円、障害者の教育対策が1,057億円となっている。

総論

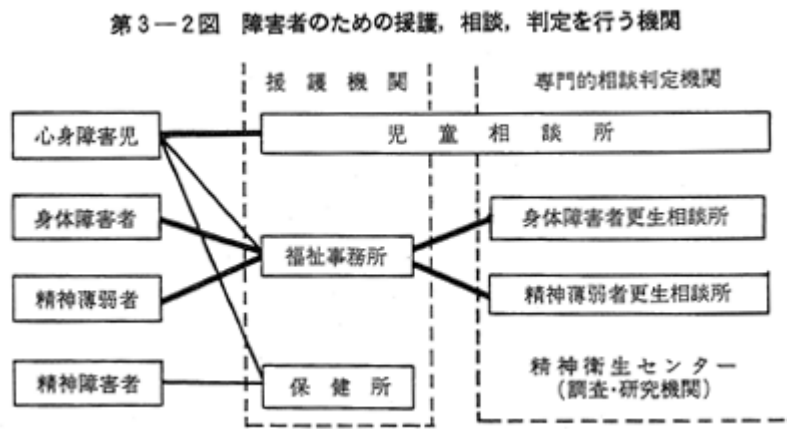
第3章 障害者対策の現状と課題

第2節 障害者の援護,相談,判定等の実施機関と障害の認定

1 障害者の援護,相談,判定等の実施機関の状況

我が国の障害者のための援護,相談等は,児童相談所や福祉事務所,保健所等の各種機関において実施されている。これらの機関は心身障害児(者)関係だけでなく,各般の業務を展開しているが,18歳未満の心身障害児の相談,調査・判定,指導,措置の業務は児童相談所が中心となって行っており,乳幼児に重点を置いた保健指導や療育指導等は保健所が,心身障害児の一般的な相談,指導等の業務は福祉事務所が実施するなど,それぞれの機能に応じた役割を担っている。また,18歳以上の身体障害者については援護等の業務は福祉事務所が,専門的評価判定等の業務は身体障害者更生相談所がそれぞれ担当している。18歳以上の精神薄弱者の援護措置は,福祉事務所が,相談や判定等の専門的業務は精神薄弱者更生相談所がそれぞれ担当して行っている。一方,精神障害者のための相談,訪問指導等は保健所が中心となって実施しており,精神衛生に関する技術指導等は精神衛生センターが担当している(第3-2図)。

第3-2図 障害者のための援護,相談,判定を行う機関



これらの機関では,第3-1表に示すような児童福祉司,身体障害者福祉司,精神薄弱者福祉司,医師(精神科医,小児科医等),心理判定員,精神衛生相談員等の職員が配置されて障害者のための援護,相談,判定等の業務に従事している。このうち,児童相談所における相談業務等の中心的役割を果たしている児童福祉司は56年5月現在,1,042人が全国161か所の児童相談所に配置されており,うち専任が977人と専任率が極めて高くなっている。次に,福祉事務所において身体障害者及び精神薄弱者に対する相談業務等で中心的役割を果たしている身体障害者福祉司及び精神薄弱者福祉司の充足状況をみてみると,都道府県立の福祉事務所では身体障害者福祉司で9割,精神薄弱者福祉司で8割強,市町村立の福祉事務所では身体障害者福祉司で7割,精神薄弱者福祉司で6割弱といずれも充足率が低い。しかも,専任の割合は身体障害者福祉司で3分の1,精神薄弱者福祉司で2割弱にとどまっている(第3-2表)。

第3-1表 障害者のための援護,相談等を行う機関の状況

第3-1表 障害者のための援護, 相談等を行う機関の状況

援護, 相談機関	機関数	主 な 職 員
児 童 相 談 所	162	児童福祉司, 相談員, 心理判定員, 医師(精神科医 小児科医等)等
福 祉 事 務 所	1,162	身体障害者福祉司, 精神薄弱者福祉司, 現業員, 査 察指導員等
身体障害者更生相談所	63	整形外科医, 心理判定員, ケースワーカー等
精神薄弱者更生相談所	55	精神科医, 心理判定員, ケースワーカー等
保 健 所	852	医師(精神科医等), 保健婦, 精神衛生相談員等
精神衛生センター	38	精神科医, 精神科ソーシャルワーカー, 臨床心理技 術者, 保健婦, 看護婦等

厚生省企画室調べ

第3-2表 福祉事務所における身体障害者福祉司及び精神薄弱者福祉司の配置状況

第3-2表 福祉事務所における身体障害者福祉司及び精神薄弱者
福祉司の配置状況(55年6月)

	福 祉 事 務 所	身体障害者福祉司				精神薄弱者福祉司			
		専任	兼任	計	充足率	専任	兼任	計	充足率
総 数	か所 1,162	人 324	人 552	人 876	% 75.4	人 136	人 633	人 769	% 66.2
都道府県立	343	116	191	307	89.5	44	247	291	84.8
市町村立	819	208	361	569	69.5	92	386	478	58.4

厚生省社会局調べ

(注) 市町村立の中には指定都市及び特別区の設置する福祉事務所を含む。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第2節 障害者の援護,相談,判定等の実施機関と障害の認定

2 児童相談所等における相談,判定等の状況

(1) 相談機関の利用状況

56年2月「心身障害児(者)調査」によると,最近3年間に於いて公的機関で相談をしたことのある者は,全体の約6割であり,児童相談所,福祉事務所を利用したことのある者が多い。

また,幼児期での利用度が高い。更に幼児期では,保健所を利用したことのある者が多い。

第3-3表 年齢別の相談機関の利用状況

第3-3表 年齢別の相談機関の利用状況

相談機関の利用状況	総数	0～5歳	6～11歳	12～17歳	18歳～
	%	%	%	%	%
利用したことがある	59.4	83.4	62.2	53.3	58.3
児童相談所	31.1	56.7	41.3	30.7	15.2
精神薄弱者更生相談所	5.8	0.8	1.2	2.2	16.4
身体障害者更生相談所	1.6	2.9	1.1	1.7	1.6
福祉事務所	31.2	34.7	27.0	27.0	39.7
保健所	5.9	25.8	6.4	2.3	4.6
その他	8.5	8.7	11.0	6.3	8.8
利用したことがない	32.6	12.4	30.5	39.9	31.0
不明	8.0	4.2	7.3	6.8	10.7

資料：厚生省児童家庭局「昭和56年心身障害児(者)調査」

(注) 相談機関は複数回答となっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第2節 障害者の援護,相談,判定等の実施機関と障害の認定

2 児童相談所等における相談,判定等の状況

(2) 相談の内容

児童相談所における利用目的別年間受付人員の割合を障害種別にみると,第3-4表のとおりである。いずれの障害でも生活訓練に関する療育相談が高い率を占めている。

第3-4表 障害種別にみた児童相談所における利用目的別年間受付人員の割合

第3-4表 障害種別にみた児童相談所における利用目的別年間受付人員の割合

障害種別	生活訓練	医療保健	補装具等	手当受給	手帳交付	施設利用	学校教育	その他
	%	%	%	%	%	%	%	%
総数	46.5	8.5	1.9	9.8	21.3	22.7	7.1	13.9
精神薄弱	37.4	4.0	0.2	15.0	32.4	21.2	8.6	15.1
肢体不自由	32.1	24.5	9.3	1.4	2.4	47.1	4.7	12.2
重症心身障害	41.2	27.4	3.1	4.8	14.6	32.7	3.0	16.9
視覚障害	32.8	10.9	9.4	1.6	3.1	31.3	21.9	28.2
聴覚障害	42.6	7.0	20.9	0.8	1.6	30.2	12.4	8.5
言語障害	93.1	4.4	0.1	0.3	0.5	4.5	3.1	10.2
自閉症	62.9	7.0	—	11.3	15.9	10.6	13.2	7.6

資料：厚生省児童家庭局「昭和56年心身障害児(者)調査」

(注) 利用目的は複数回答となっているため合計は100%を超えている。

福祉事務所における身体障害者の相談の内容をみると,身体障害者手帳の交付に関するものが33.1%で最も多く,次いで補装具に関するものが18.3%,以下生活7.3%,医療保健7.2%の順となっている。身体障害者更生相談所における相談内容も補装具及び更生医療に関するほか,ほぼ福祉事務所における相談内容と同じになっている(第3-5表)。

第3-5表 福祉事務所,身体障害者更生相談所における身体障害者の相談件数

第3-5表 福祉事務所,身体障害者更生相談所における身体障害者の相談件数 (54年度)

	総数	身体障害者手帳	更生医療	補装具	職業	施設	医療保健	生活	その他
福祉事務所	991,776 (100.0)	328,095 (33.1)	26,363 (2.7)	181,811 (18.3)	29,144 (2.9)	29,982 (3.0)	71,756 (7.2)	72,657 (7.3)	251,968 (25.4)
身体障害者更生相談所	265,546 (100.0)	—	32,270 (12.2)	104,854 (39.5)	3,355 (1.3)	7,274 (2.7)	—	2,967 (1.1)	114,826 (43.2)

資料：厚生省報告例

次に精神薄弱者の場合は,福祉事務所,精神薄弱者更生相談所ともほぼ同じ傾向を示しており,身体障害者と

比べて施設及び生活に関することが高くなっている(第3-6表)。

第3-6表 福祉事務所,精神薄弱者更生相談所における精神薄弱者の相談件数

第3-6表 福祉事務所,精神薄弱者更生相談所における精神薄弱者の相談件数
(54年度)

	総数	施設	職親委託	職業	医療保健	生活	教育	その他
福祉事務所	170,956 (100.0)	45,612 (26.7)	1,839 (1.1)	16,092 (9.4)	16,826 (9.8)	24,686 (14.4)	9,767 (5.7)	56,134 (32.8)
精神薄弱者 更生相談所	64,628 (100.0)	11,071 (17.1)	574 (0.9)	3,613 (5.6)	4,616 (7.1)	13,583 (21.0)	3,686 (5.7)	27,485 (42.5)

資料：厚生省報告例

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

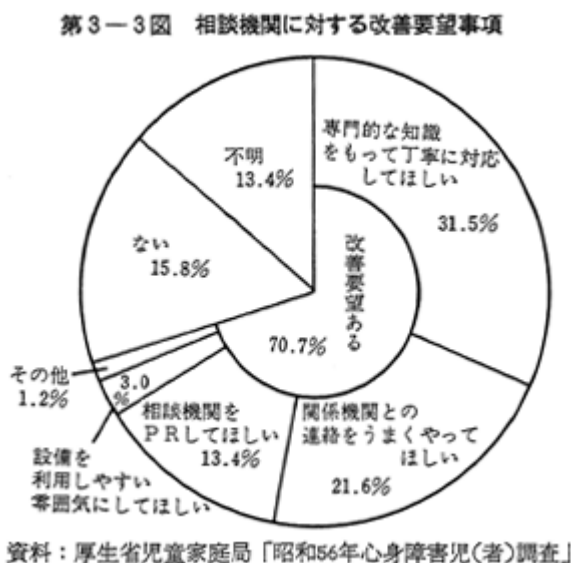
第2節 障害者の援護,相談,判定等の実施機関と障害の認定

2 児童相談所等における相談,判定等の状況

(3) 相談機関への要望

それでは,これらの機関を利用している者はどのような要望をもっているのだろうか。それを示したのが第3-3図である。それをみると,相談機関に対する要望としては「専門的な知識をもって丁寧に対応してほしい」というのが最も多くなっている。したがって,社会福祉主事をはじめとする職員の研修を強化する一方,充足率,専任率の低い身体障害者福祉司や精神薄弱者福祉司といった専門職員の配置を進め,これらの機関の相談機能の強化を図る必要がある。また,障害者がいくつかの相談機関に対して相談を行っている現状からみて,これらの相談機関の緊密な連携を図っていく必要がある。

第3-3図 相談機関に対する改善要望事項



総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第2節 障害者の援護,相談,判定等の実施機関と障害の認定

3 障害程度の認定

障害者の障害の程度について判定を行うことは,それぞれの障害に応じた施策を展開するという意味で極めて重要なことである。そこで我が国においても,このような障害程度の区分は,身体障害者福祉法をはじめとする各種立法等において行われている。

身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳を交付するかどうかの判定は,都道府県知事が,指定医師の診断書等により行うことになっている。

精神薄弱児・者については,児童相談所又は精神薄弱者更生相談所が障害程度の判定を行っている。

ところで,我が国の障害者の障害等級は各種の立法により,様々な区分が行われている。このような背景としては,各法のそれぞれの法目的とそれぞれの発達の経緯を考慮する必要がある。例えば,身体障害者福祉法は,身体の生理的,解剖学的障害を中心とした障害の認定方法が行われている。また,厚生年金保険法は,労働能力の喪失又は減退をもとにした障害の認定方法を定めており,一方,労働者災害補償保険法は業務上の事由及び通勤による障害により生じた労働能力の喪失度合をもとに等級を定めている。これに対し,国民年金法は,日常生活能力の制限度合をもとに定めている。このように各法は,それぞれの法目的にそって視点をかえており,したがって,このような各法の趣旨を無視して一挙にこれを統一することは困難である。しかしながら,各法ごとに異なる認定基準や評価方法をとることは,その認定を行う医療機関にとって極めて繁雑な事務を強いることになる。

したがって,できるだけ統一できるものは統一していく方向で検討を行うべきであり,診断書の統一といった点等について検討を行っていく必要がある。以上の各法の横並びの問題とは別に身体障害者福祉法における障害等級の問題については,その障害の認定の方式が生理的,解剖学的障害を中心に行われており,日常生活活動の能力に着目した評価が十分加味されていないこと,現行の障害認定の方式は,認定時期等の問題により,リハビリテーションの効果を加味した再評価が行われ難いことといった点が指摘されているが,いずれも極めて難しい問題であるので,今後十分な検討を要する課題といえよう。

精神薄弱の障害程度の等級設定は,精神薄弱者福祉法の制定過程でも検討されたが,精神薄弱という障害が,身体障害のように外的な症状のみでとらえることができない内的要因を多く含んでおり,学術的にも統一的な判断基準が確立されていないため,法律上等級付けを行っていない。

児童相談所や精神薄弱者更生相談所等における具体的な障害の程度の判定に当たっては,知能テストの結果による知能指数を基準とし,これに医師,心理判定員,ケースワーカー等によるいわゆる医学的,心理学的,社会学的な所見を総合して,重度,中度,軽度の別に分ける方法をとってきた。

しかし,最近では知的な遅れよりも,その社会生活上の不応答や問題行動等による介護性を重視すべきであるという考え方が強くなっており,このため新しい判定基準を設定すべく研究が進められている。

なお,48年度から精神薄弱者療育手帳の制度が設けられたが,その中では,各種の福祉施策を受けやすくするための障害程度の証明としてA=重度,B=その他=中・軽度の分類をしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

障害者のための保健医療サービスには大きく分けて健康診査制度と医療給付制度の二つがあり、健康診査制度は障害の発生予防及び早期発見・治療の立場から、その対象者はねたきり老人等の障害者だけでなく、その置かれた状況が障害発生の確率の高い時期の健常者も含まれる。また、障害者のためのリハビリテーション医療についても、一般医療との境界が明確でなくその適応範囲はなんらかの障害を残す可能性の高い疾病にまで及びつつあるところである。

第1章第1節の1で述べたように、「障害者の権利宣言」によれば、障害者とは「先天的か否かにかかわらず身体的又は精神的能力の障害のために通常の個人生活並びに社会生活に必要なことを自分自身では完全に、又は部分的にできない人」となっているが、さきのことから障害者の保健医療サービスについては、その対象は上記に定義するところの障害者の域にこだわらず障害発生の予防的な立場から又は障害による能力障害の軽減を図る目的で保健医療及び医学的リハビリテーション等の強化が進められてきている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

1 障害の発生予防と早期発見対策

(1) 心身障害の発生予防や早期発見については、障害発生の原因がいまだ不明の点が多く、また、新生児期や乳幼児期に障害を発見することに技術的に困難な部分が多いこともあるが、今日の医療技術の向上に対応してその対策は改善されつつあり、その成果は着実にあがっているといえる。

心身障害の発生予防や早期発見対策には、妊娠、出産、育児期の保健教育(婚前学級、新婚学級、母親学級、育児学級)と妊産婦及び乳幼児の健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査及び保健指導があり、3歳児健康診査の結果、精神発達面で更に精密な検査を要する幼児については、児童相談所が中心となって精神科医、心理判定員等による3歳児精神発達精密検査が行われている。

フェニールケトン尿症等の先天性代謝異常及びクレチン症を放置すると精神薄弱等になることから、先天性代謝異常については52年度から、クレチン症については54年度から、新しく開発されたマス・スクリーニング(ガスリー法等)による血液検査を新生児期に行い、異常を早期に発見し、治療することで障害の発現を防止することとしている。

マス・スクリーニング検査による代謝異常及びクレチン症患者の発見数は第3-7表のように代謝異常検査では4年間で801人、クレチン症検査では54年度、55年度の2年間で192人となっており、二つの検査を合わせた発見率は55年度で約6,000人の受診者に1人の割合となっている。

第3-7表 先天性代謝異常等検査実施件数

第3-7表 先天性代謝異常等検査実施件数

実施期間	検査件数(受診者数)		再検査件数		患者数	
	年間	1か月平均	年間	1か月平均	年間	1か月平均
代謝異常検査	件	件	件	件	人	人
昭和52年度	510,991	42,583	6,158	513	53	4.4
53	1,360,915	113,410	10,822	902	213	17.8
54	1,484,482	123,707	10,158	847	281	23.4
55	1,477,736	123,145	12,287	1,024	254	21.2
計	4,834,124	100,711	39,425	1,010	801	16.7
クレチン症検査						
昭和54年度	335,795	27,983	1,161	97	41	3.0
55	1,206,905	100,575	5,169	431	151	12.6
計	1,542,700	50,288	6,330	264	192	7.8

厚生省児童家庭局調べ

早期療育対策の一環として療育訓練及び相談指導がある。これは身体に障害のある児童又は機能障害を生ずるおそれのある児童に対し、早期に適切な治療及び指導を行うことで効果的に機能の回復改善を図るために行われる。療育相談・指導は都道府県の指定する療育指定保健所(55年4月現在617

か所)で整形外科医等の専門の医師により行われている。

心身障害の早期発見,早期療育に至る,診断・療育体制を整備するとともに,肢体不自由,精神薄弱及び難聴幼児の通園施設を総合した心身障害児総合通園センターの整備費の助成等が54年度から始められた。これに関連して心身障害児の早期療育の体制づくりを促進する目的で「障害者福祉都市推進事業」の中に位置付けられる心身障害児早期療育推進事業(72市分)が実施されている。

(2) 成人に対する障害の発生予防等については,特に問題となるのが,労働災害や交通災害等による事故が原因となる中途障害者の発生予防である。第3-8表は30年から5年ごとにみた障害患者数の推移である。

第3-8表 病院及び一般診療所における損傷患者数推計

第3-8表 病院及び一般診療所における損傷患者数推計

病名	昭和30年	35	40	45	50	54
頭蓋及び顔面の骨折	1,200	2,200	3,600	5,100	3,100	2,700
頸部及び体幹の骨折	5,300	8,400	14,900	19,900	20,500	24,200
四肢の骨折	16,800	32,000	55,200	78,000	73,200	95,400
関節脱臼	1,500	2,000	2,900	3,600	3,600	3,700
関節捻挫	5,900	14,500	18,200	61,400	48,800	61,000
計	30,700	59,100	94,800	168,000	149,200	187,000

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

これらの損害の大部分は交通事故や労働災害によるもので,54年の推計値は40年当時と比較すると,ほぼ倍増している。これらの事故発生予防に関しては,交通安全対策や労働安全衛生対策等があり,今後もその徹底に期待される場所は多い。

また,事故発生後の傷害の早期治療の対策には救急医療体制がある。これはいつでも,どこでも必要な医療が受けられるよう,52年度から,1)休日・夜間急患センターの整備や在宅当番医制の普及定着化による初期救急医療体制の整備,2)病院群輪番制方式や共同利用型病院方式による第2次救急医療体制の整備,3)脳卒中,心筋梗塞,頭部外傷等の重篤な救急患者を受け入れるため,高度の診療機能を有する24時間診療体制の救命救急センターによる第3次救急医療体制の整備,4)県全域を対象としたコンピュータシステムによる広域救急医療情報システムの整備からなる体系的整備を進めているものであり,今後も更に充実が図られる必要がある。

(3) 老人に対する障害の発生予防等に関する対策としては,高齢者に特に多い脳卒中や心臓病等の成人病対策がある。近年,発作直後の患者に対し一般医療からリハビリテーションを含めた適切な治療により,患者の生命を救うだけでなく,後障害を最小限にとどめ得るようになり,前述した救命救急センターを増設,強化すると同時に,リハビリテーション機能の充実を図ることで,脳卒中患者等の後遺障害を予防することが可能となっている。一方,こうした疾病の予防及び早期発見のため,市町村において地域の中高齢者に対し,血圧等の基礎的な健康診査(1次検診)を実施し,脳卒中等の発症の高い地区に対し,心電図及び眼底検査といった精密診査(2次検診)を実施している。国としては1次検診については48年度から,2次検診については52年度より国庫補助を行っている。

これらの受診状況をみると,54年度において受診者は約719万人となっており,その年次推移は第3-9表のとおりである。また,保健所及び市町村では,保健婦等が循環器病等の成人病にかかわりの深い生活環境,食習慣等の改善指導のために成人病訪問も行っている(第3-10表)。

第3-9表 循環器疾患集団検診実施状況の年次推移

第3-9表 循環器疾患集団検診実施状況の年次推移(各年度末現在)

区 分	年 度	昭和49年度	50	51	52	53	54
		人	人	人	人	人	人
受診者数		6,204,887	5,582,455	7,637,366	7,927,750	8,561,397	7,186,523
血 圧		4,169,219	4,445,770	5,458,094	5,389,493	5,871,125	6,822,248
尿		4,221,206	4,276,545	5,194,295	5,088,722	5,634,045	6,186,631
心 電 図		1,186,611	1,198,012	1,322,281	1,427,999	1,386,260	1,490,078
眼 底		401,639	422,807	472,384	505,489	592,410	649,486
そ の 他		750,688	830,907	859,882	912,415	939,664	1,182,476

厚生省公衆衛生局調べ

第3-10表 保健婦による成人病訪問状況

第3-10表 保健婦による成人病訪問状況

	総訪問件数 (A)	成人病訪問件数 (B)	割合 (B/A×100)
総 数			%
昭和44年	3,713,951	586,675	15.8
50	3,499,912	889,025	25.4
51	3,571,718	952,708	26.7
52	3,386,151	946,453	28.0
53	3,200,292	868,590	27.1
54	3,077,185	824,296	26.8
55	2,970,082	803,358	27.0
保 健 所			
昭和44年	1,616,019	74,520	4.6
50	1,450,786	161,121	11.1
51	1,505,153	188,977	12.6
52	1,444,185	200,144	13.9
53	1,416,346	197,051	13.9
54	1,394,422	202,203	14.5
55	1,369,975	209,381	15.3
市 町 村			
昭和44年	2,097,932	512,155	24.4
50	2,049,126	727,904	35.5
51	2,066,565	763,731	37.0
52	1,941,966	746,309	38.4
53	1,783,946	671,539	37.6
54	1,682,763	622,093	37.0
55	1,600,107	593,977	37.1

資料：厚生省統計情報部「保健所運営報告」

65歳以上の老人については、健やかな老後を過ごすために、先に述べた成人病の検診のほかに老人健康診査がある。

老人は一般に有病率が高いにもかかわらず経済的理由などから受診の機会が阻まれている場合が少なくないので、老人の疾病の予防、早期発見及び早期治療に資することを目的として、65歳以上の者に対して、毎年健康診査が実施されている。

検査の内容は血圧、尿検査等の一般検査と糞便検査、レントゲン検査、眼底検査等の精密検査に分かれている。第3-11表はその受診状況であるが、受診者は年々伸びてきており、54年度で232万人で、65歳以上の対象者の22.5%となっている。

第3-11表 老人健康審査の受信状況

第3-11表 老人健康診査の受診状況

	65歳以上 人	一般診査 受診人員	一般診査 受診率	精密診査 受診人員	要 療 養 者 数	受診者に 対する 療養者率
	千人	千人	%	千人	千人	%
昭和45年	7,307	1,596	21.8	508	674	42.2
46	7,558	1,714	22.7	597	791	46.1
47	7,880	1,753	22.2	605	837	47.8
48	8,160	1,645	20.2	359	689	41.9
49	8,456	1,772	21.0	348	758	42.8
50	8,858	1,883	21.3	361	818	43.4
51	9,196	1,972	21.5	398	888	45.0
52	9,560	2,084	21.8	448	977	46.9
53	9,921	2,215	22.3	453	1,035	46.7
54	10,308	2,317	22.5	460	1,077	46.5

資料：厚生省統計情報部「社会福祉行政業務報告」

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

2 医学的リハビリテーション

医学的リハビリテーションは、疾病の予防、治療につづく第3の医学といわれるが、それは単に運動障害の機能回復訓練を指すのではなく、障害をもつが故に人間社会から疎外されている者の全人間的復権を目指す技術、社会及び政策的対応の総合体系である。

我が国において、このような総合的事業としてのリハビリテーションがはじめて明確な理念として示されたのは、「身体の欠陥」という言葉等を排除し「肢体不自由」という新用語を提唱した高木憲次博士によるところが大きいといわれている。以上のような理念に沿った総合的リハビリテーションの実践は、もちろん一人の専門職の力によってすべてを行い得る性質のものではなく、多くの専門職の緊密なる協力関係によってはじめて効果が上がるものである。リハビリテーションを実施するために構成される専門職のグループをリハビリテーションチームと呼び、このチームは施設、機関、そこに働く専門職の専門分野により医学的リハビリテーションチームともなり、社会的、職業的リハビリテーションチームともなる。この中でも障害者が初めに通過するチームで、他のチームにもかかわりの最も深いのが医学的リハビリテーションチームであり、リハビリテーションの基本をなすものといえる。

近年運動障害を主たる対象とする医学的リハビリテーションの分野が独自の発達をしつつあるが、その主たる業務は以下のようなものであり、まだまだ固定的なものではない。

医学的リハビリテーション業務範囲

1 機能回復訓練

- (1) 観血的療法
- (2) 理学的療法
- (3) 運動療法
- (4) 作業療法

2 社会的適応訓練

- (1) 日常生活動作訓練
- (2) 聴能・言語訓練
- (3) コミュニケーション訓練
- (4) 職業前評価

3 補装具

- (1) 障害の判定
- (2) 補装具の処方
- (3) 補装具の取り付け
- (4) 観血的適応処置
- (5) 補装具適合評価・判定

また、近年、リハビリテーション的な思考が一般治療の中に多く取り入れられている。例えば、四肢の切断においても医師は将来の身体機能等を性、年齢、職業別に考慮に入れ切断レベルを決めたり、脳出血で利き腕側の半身マヒを来した患者に、脳出血の基本的な治療を行う傍ら、早期から利き腕の変換訓練を行うとか、排尿訓練を行うこと等、生命救済至上主義の治療医学が徐々に変わりつつある現状である。

一般医療とリハビリテーション医療との区別は必ずしも明らかであるとはいえないが、制度としては、身体障害者福祉法に基づく更生医療等がリハビリテーション医療を担当するものとされてきた。

しかしながら、最近是一般医療の範囲が広がり、リハビリテーション医療のほとんどが保険給付の対象となりつつある。

なお、医学的リハビリテーションの技術向上、普及促進のための施策としては、56年6月に診療報酬の改定が行われ、理学療法、作業療法、精神科デイ・ケア等のリハビリテーション関連医療費の改善が図られたことや、総合的リハビリテーションの実施、研究開発、専門職員の養成、国内外の情報資料の収集と提供等の機能をもった国立身体障害者リハビリテーションセンターの開設があげられる。

特に国立職業リハビリテーションセンターと併設された国立身体障害者リハビリテーションセンターは、種々ある更生施設等の中での総合的なモデル施設の一つとして、これに対する期待は大きい。また、国立療養所においては、1万床を目標として脳卒中を主な対象とする医学的リハビリテーション病床の整備を進めている。一方、国立療養所静岡東病院はリハビリテーションを含めた総合的なてんかん医療の基幹施設として整備が行われている。

このほか、公的医療機関の医学的リハビリテーション施設整備及び設備整備に対し、国庫補助制度を設け、その普及促進を図っているところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

3 医療給付制度等

障害者の医療制度は先に述べたように大きく分けて健康診査制度(第3-12表)と医療給付制度(第3-13表)の二つがあるが、健康診査制度の大半は先の障害発生予防の項で述べており、重複を避ける意味でこの項では医療給付制度を中心に概説する。

第3-12表 健康診査制度一覧

対象者	実施主体	健康診査方法等	根拠法令等
妊産婦、乳幼児 〃	保健所 〃	一般健康診査 一般健康診査、歯科健康診査(集団健康診査)	母子保健法第13条
妊婦、乳児	都道府県及び政令市	妊婦一般健康診査及び精密健康診査(医療機関委託) 乳児一般健康診査及び精密健康診査	〃
1歳6か月児	市町村	一般健康診査及び歯科健康診査	児童家庭局長通知
3歳児	保健所	一般健康診査、精密健康診査及び歯科健康診査	母子保健法第12条
児童、生徒、学生及び施設に収容されている者 一般勤労者 一般住民 結核患者家族等	学校・施設 事業主 市町村 都道府県及び政令市	結核定期健康診断(ツベルクリン反応、エックス線) 結核定期外健康診断	結核予防法第4条 〃 第5条
在宅重度身体障害者	都道府県市及び福祉事務所を設置する町村	訪問診査	身体障害者福祉法第18条
在宅重度精神薄弱者	〃	〃	厚生事務次官通知
原爆被爆者	都道府県又は広島市、長崎市	健康診断(一般検査、精密検査)他に被爆者の申請による健康診断が年2回認められている	原子爆弾被爆者の医療等に関する法律第4条
65歳以上の者	市町村	一般診査精密診査	老人福祉法第10条
65歳以上のひとり暮らし老人	〃	訪問健康診査(一般診査、精密診査)	〃

第3-13表 医療給付制度一覧

第3-13表 医療給付制度一覧

制度・法律		対象者	対象疾病等	実施主体(窓口)
養育医療(母子保健法)		未熟児	出生時体重が2,000グラム以下生活力が特に弱いもの等	都道府県, 政令市
育成医療(児童福祉法)		18歳未満の障害児	障害の除去, 軽減のための手術等	都道府県(保健所)指定都市
療育の給付(児童福祉法)		児童	結核	〃
小児慢性特定疾患治療研究事業		〃	フェニールケトン尿症等特定の疾患	〃
更生医療(身体障害者福祉法)		18歳以上の身体障害者	障害の除去, 軽減のための手術等	都道府県, 市及び福祉事務所を設置する町村
業務災害補償関係医療(労災法ほか)		被用者	業務上の災害及び通勤災害	保険者
特定疾患治療研究事業		対象疾患患者で医療保険の自己負担のある者	スモン, ベーチェット病等特定の疾患	都道府県
戦傷病者特別援護法	療養の給付	戦傷病者(戦傷病者手帳所持者)	公務上の傷病	〃
	更生医療		公務上の障害	
結核予防法	命令入所(35条)	結核を伝染させるおそれの著しい者	結核	都道府県及び政令市
	適正医療(34条)	一般患者		
原子爆弾被爆者の医療等に関する法律	認定疾病医療(7条)	認定被爆者	原子爆弾の傷害作用に起因する傷病	国
	一般疾病医療(14条の2)	原子爆弾被爆者	一般疾病	
老人医療費の支給制度(老人福祉法)		医療保険の加入者で70歳以上のもの(65歳以上のねたきり老人)	一般	市町村
老人性白内障手術費支給事業		所得税非課税世帯の65歳以上の者	老人性白内障	〃
医療保険(健保, 国保, 共済ほか)		被保険者, 被扶養者	一般	保険者
精神衛生法	措置入院(29条)	自傷他害のおそれある者	精神病	都道府県
	通院(32条)	通院患者		

第3-13表は医療給付制度の一覧であるが,障害者等の世代別や障害の種別ごとに種々の制度がある。しかし,ここでは精神障害者を除いた障害者等をおおむね小児,成人,老人の三世代に分類し,それぞれの世代に対応する制度若しくは,制度の実態がほぼ特定の世代に偏っている場合はその制度は特定の世代特有のものとして分類して説明する。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

3 医療給付制度等

(1) 身体障害児

第3-14表は肢体不自由児施設入所児童の病類別推移を示したものである。ここでみられる特徴は、近年ポリオが激減する一方、脳性マヒ児童が増加していることである。ポリオの激減は、36年度に経口生ポリオワクチン投与が開始された結果によるもので、51年以降ポリオの発生はみられていない。

第3-14表 肢体不自由児施設入所児童の病類別の推移

	昭和38年	40	45	50	55
脳性マヒ	31.7%	40.3%	57.0%	64.8%	63.9%
ポリオ	29.7	23.4	9.4	1.2	0.2
先天性こ関節脱臼	12.3	12.8	7.5	4.9	2.6
ディスメリー	0	0	0.4	0.3	0.2
せき損・せきつい披裂	1.4	1.4	2.3	3.7	4.1
骨形成不全症	0.7	1.0	1.9	1.7	1.5
脳水腫	0.2	0.3	0.3	0.6	0.8
その他の先天性疾患	4.1	3.4	4.0	4.1	4.5
結核性骨関節炎	5.1	3.4	0.5	0.1	0.1
結核以外の骨関節炎	4.2	1.6	0.6	0.5	0.4
せき柱側わん	0.6	1.0	1.4	1.4	1.7
ペルテス病	1.4	1.8	4.8	6.1	7.9
外傷後遺症	2.4	3.0	2.8	2.2	2.6
くるる病	0.5	0.5	0.4	0.3	0.1
進行性筋ジストロフィー症	1.1	1.5	2.1	1.4	1.9
その他	4.6	4.6	4.6	6.7	7.5
対象児童数(人)	1,645	2,147	5,786	6,849	6,714

資料：全国肢体不自由児施設運営協議会「全国肢体不自由児施設実態調査」
 (注) 昭和38、40、45年は3月1日、50年は5月1日、55年は3月1日現在

次に、先天性こ関節脱きゅうの大幅減があげられるが、これは44年度から医療機関委託により乳児健康診査が行われるようになったこと等による早期発見、早期治療の効果が出たものと考えられ、このほか、せき損、せきつい披裂及びペルテス病の増加、結核性骨関節炎の減少がみられる。

ほかに原因が不明であり、治療法の確立されていない進行性筋ジストロフィー症等の問題も残されている。

今後は身体障害児に対する予防から治療、リハビリテーションに至る新しい総合的体系の開発が切に望まれるところとなろう。

ア 妊娠中毒症療養援護,未熟児養育医療

未熟児や先天異常の発生予防のために妊婦に対し健康診査を実施(56年度予算16億3,800万円)している。妊娠中毒症や糖尿病等を合併している妊婦には訪問指導の制度や早期に適正な入院・治療が受けられる妊娠中毒症等療養援護費の支給制度がある。

また,心身障害となる可能性の大きい未熟児に対しては未熟児養育医療の給付制度(56年度予算10億8,300万円)がある。

イ 育成医療,療育の給付等

身体障害児若しくは障害児となる可能性の高い児童で確実な治療効果が期待できる場合,児童福祉法に基づき育成医療の給付が指定医療機関において行われている(第3-15表)。

第3-15表 育成医療の給付状況(54年度)

第3-15表 育成医療の給付状況 (54年度)

	総 数	入 院	外 来
総 数	35,994人	32,923人	3,071人
肢 体 不 自 由	11,314	8,652	2,662
視 覚 障 害	5,132	4,987	145
聴 覚・平 衡 機 能 障 害	911	892	19
音 声・言 語 機 能 障 害	4,627	4,459	168
心 臓 障 害	7,471	7,471	—
そ の 他	6,539	6,462	77

資料：厚生省報告例

(注) 指定育成医療機関 1,976か所 (55年4月現在)

また,長期の療養を要する骨関節結核やその他の結核にり患している児童に対しては療育医療機関(55年4月現在,75か所)において医療,教育,生活指導を行う療育の給付が行われている。

更に,50年度より心身障害児(者)の歯科治療を確保するため,都道府県や歯科医師会が設置する口腔保健センターに心身障害児(者)のための歯科治療部門を整備し,その運営等に必要な経費を補助し,心身障害児(者)の歯科治療の受療確保を図っている。

ウ 小児慢性特定疾患治療研究事業

将来障害を残す確率の高い疾患で,その治療が長期にわたるような場合,医療費が高額となり家庭に及ぼす経済的影響のみならず精神的負担も大きいため,このような小児慢性疾患に対し,43年度から医療費の援助を含む治療研究事業が発足した。その後,治療研究事業の対象疾患に,小児がんを加える等大きく改善され,49年9月に小児慢性特定疾患治療研究事業として行われることになった。

56年度の予算額は33億円で,その対象疾患は9に分類され,小児に係るほとんどの慢性疾患を対象としている。更に年齢制限はほとんどが18歳から20歳にまで延長され,通院治療についても給付の対象が広がりつつあるところである(第3-16表)。

第3-16表 小児慢性特定疾患治療研究事業制度及び給付実績

第3-16表 小児慢性特定疾患治療研究事業制度及び給付実績

対象疾患	治療研究期間	摘要	昭和52年 実績 人	昭和53年 実績 人	昭和54年 実績 人
悪性新生物	原則として1年以内	入院及び通院	6,285	6,557	※11,084
慢性腎疾患 ぜんそく 慢性心疾患 内分泌疾患	原則として1年以内 (ただし1か月以上の入院を必要とするものに限る)	入院のみ(ただし別に定める時は通院を対象とすることができる)	11,290 4,800 4,199 1,676	12,219 6,035 6,003 2,893	12,631 5,999 5,886 3,578
*膠原病	原則として1年以内	入院及び通院	1,278	1,708	1,778
糖尿病 先天性代謝異常 血友病等血液疾患	原則として1年以内	入院及び通院	2,185 2,195 3,265	2,365 2,282 3,775	2,791 2,615 4,213
総計			37,173	43,837	50,575

厚生省児童家庭局調べ

(注) ※悪性新生物の通院治療を新たに対象としたためである。

*膠原病のうち若年性関節リウマチについては56年度より摘要が入院及び通にかわる。

エ 補装具の交付

身体障害者福祉法により身体障害者手帳の交付を受けている児童のうち、義肢装具、補聴器、車いす等の補装具の装着が必要な障害児に対し補装具の交付(修理を含む)が行われている。

一般に発育盛りの児童に対する補装具の処方には、身体の成長、病状の変化、リハビリテーションによる機能の回復及びその効果等を考慮しなければならない。補装具の判定、評価は成人の場合にまして慎重に行う必要があり、その意味で障害児に対する補装具の支給は療育指定保健所でも行われている(第3-17表)。

第3-17表 補装具の種目別交付状況

第3-17表 補装具の種目別交付状況(54年)

	総数	交付	修理
総数	28,338件	25,282件	3,056件
義肢類	1,924	1,645	279
装具類	10,342	9,726	616
補聴器	5,630	4,436	1,194
車いす	6,695	5,903	792
歩行補助つえ	667	653	14
その他	3,080	2,919	161

資料：厚生省報告例

オ 肢体不自由児施設、重症心身障害児施設等

長期にわたり医療や訓練,生活指導等が必要な身体障害児に対しては,肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等へ入所させて障害の軽減,除去に努めるとともに,将来,社会において独立して自活できるような知識や技能を与えることになっている。

このうち,肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設については,対象となる障害児に対し継続的な医療を施す必要のあることから,医療法で規定する病院であり,かつ福祉機能を有した福祉施設でなければならないことになっている。また,肢体不自由児のうち進行性筋萎縮症児及び重症心身障害児については41年度から国立療養所に入院治療等が委託されている。

このほか,在宅で生活することができるが,施設での療育も期待できる児童については,肢体不自由児通園施設,難聴幼児通園施設等があり,独立自活に必要な知識,技能の指導訓練と同時に聴力や口語能力等の機能訓練や残存能力の開発と障害の軽減除去のための療育が行われる。また,家庭においても施設と一貫した適切な指導訓練が行われるよう母親等に対しても技術指導や指導訓練が行われている。

身体障害児関係施設は,医療機関としての性格が強く,各種の保健医療従事者が配置されているが,第3-18表は身体障害児施設の保健医療従事者数を示したものである。理学療法及び作業療法等のリハビリテーションを担当し,身体障害児の療育に当たる理学療法士等の量的,質的な改善が今後の課題となろう。

第3-18表 身体障害児施設の保健医療従事者数

第3-18表 身体障害児施設の保健医療従事者数(54年)

	施設長	医 師		セラピスト (理学療法士 作業療法士 その他)		保助看 健産護	婦 産 婦	栄 養 士	
		専任	兼任	専任	兼任			専任	兼任
盲 児 施 設	人 29	人 1	人 32	人 —	人 —	人 7	人 1	人 14	人 3
ろうあ児施設	29	2	19	—	—	8	1	15	1
難聴幼児通園施設	11	—	9	38	3	—	1	1	—
肢体不自由児施設	76	155	200	1,316	104	2,732	69	102	9
肢体不自由児通園施設	55	3	84	254	106	52	8	6	14
重症心身障害児施設	48	100	275	168	110	1,482	24	68	8

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

3 医療給付制度等

(2) 身体障害者

ア 更生医療給付事業

更生医療給付事業は身体障害者福祉法に基づき身体障害者が更生のために必要とする医療の給付を指定医療機関に委託して行うものである。給付の対象となる医療の範囲は身体の障害を除去し、又は軽減して職業能力を増進し、日常生活を容易にすること等を目的とする範囲の医療となっている。

例えば、肢体不自由の一つである麻痺障害に対しては理学療法、作業療法、運動療法により麻痺の軽減や残存機能の開発等を行う行為が対象であり、関節拘縮や関節強直による肢体不自由の場合には人工関節置換等の関節形成術や義肢装着のための断端形成術等が対象となる医療行為である。

更生医療の給付は医療保険の給付の残額(本人負担分)について行われるものであり、本人又は扶養義務者の負担能力に応じて費用徴収が行われることになっている。

この事業の実施主体は都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村である。第3-19表は更生医療給付状況の年次推移をみたものである。

第3-19表 更生医療給付状況

	第3-19表 更 生 医 療 給 付 状 況		支 払 決 定 額					
	申請件数	支		金 額				
		件 数	総 額	1件当たり 平均金額	公費負担額	社会保険負担額	自己負担額	公費負担率
	件	件	千円	千円	千円	千円	%	
昭和50年度	8,947	8,788	29,825,641	3,393.9	2,178,854	27,503,394	143,393	93.8
51	12,247	12,189	42,596,496	3,494.7	2,985,622	39,412,501	198,372	93.7
52	17,258	17,206	59,829,991	3,477.3	4,168,068	55,389,616	272,307	93.9
53	21,176	21,101	71,596,919	3,393.0	4,669,555	66,465,408	461,956	91.0
54	22,828	22,621	90,854,431	4,016.4	5,802,914	83,795,979	1,255,539	82.2
55	32,575	32,549	115,337,466	3,543.5	6,447,321	108,106,920	783,225	89.2
55年度内訳								
視覚障害	90	87	32,125	369.3	5,324	26,196	605	—
聴覚・平衡機能	5	5	3,867	773.4	401	3,463	3	—
音声・言語機能	7	6	4,180	696.1	266	3,868	46	—
肢体不自由	1,595	1,577	1,642,231	1,041.4	199,804	1,410,769	31,658	—
内部障害	30,878	30,874	113,655,063	3,681.3	6,241,526	106,662,624	750,913	—
心臓機能障害	—	2,712	6,060,488	2,234.7	273,557	5,744,285	42,646	—
腎臓機能障害	—	28,162	107,594,575	3,820.6	5,967,969	100,918,339	708,267	—

資料：厚生省報告例

支払決定件数は毎年着実に伸びており、55年度で3万2,549件と50年度の約3.7倍の伸び率である。

一方、55年度内訳によれば、腎臓機能障害のみの支払い決定件数は2万8,162件で、全体の86.5%を占めている。また、公費負担額についてみると、55年度の総額は64億4,700万円であるが、このうち腎臓機能障害に係る費用は59億6,800万円、全体の

92.6%を占めている。一般的に、腎臓機能障害に係る費用の内のほとんどが、透析療法に要する費用である。透析技術の進歩の結果、慢性腎不全の障害者が、週2~3回、かつ1回につき6~8時間位の透析時間の拘束はあるものの、通常の世界生活を享受できるようになった。しかし、今後も急激に増えつづけるであろう慢性透析患者のより完全な更生のためには、透析技術の向上もさることながら、腎臓移植のような根本的な治療が必要であり、このため52年度から腎移植の中核的施設として国立佐倉病院の整備を進め、53年度からは地方腎移植センターをブロックごとに順次整備している。しかしながら、死体腎提供者(ドナー)の登録数は欧米諸国に比してははなはだ少なく今後、この面における国民的啓もう、普及に更に力を注ぐ必要がある。

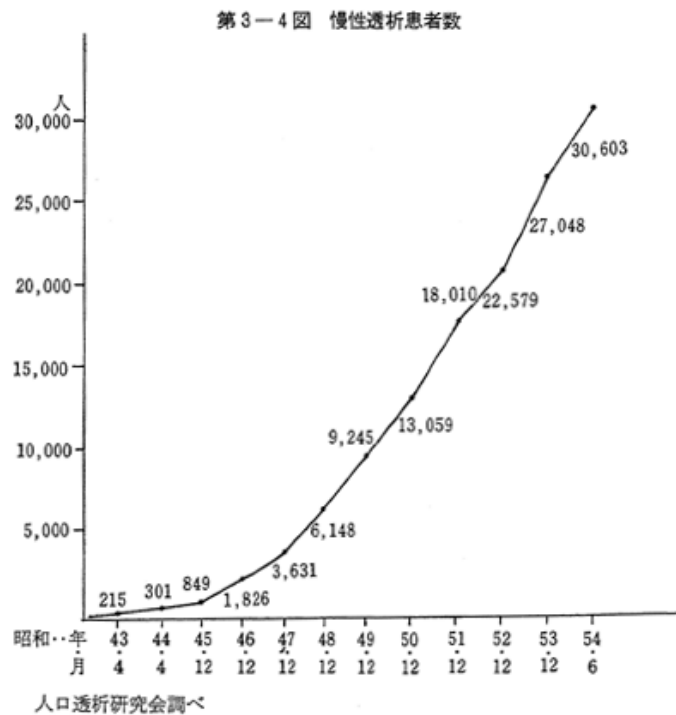
なお、障害者の一般医療の費用負担の在り方について種々論議があるが、諸施策の推移をも勘案しつつ、長期的観点から慎重に検討する必要がある。

イ 補装具

補装具給付事業は、身体の失われた部位、欠陥のある部分を補って、必要な身体機能を獲得するかあるいは補うために用いられる用具(補装具)の交付と修理を行うための制度である。実施主体は都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村で、例えば、視覚障害者には盲人安全つえ、義眼、眼鏡、点字器等の提供が行われている。

身体障害者が補装具の支給を希望する場合には、福祉事務所を通じて最寄りの身体障害者更生相談所で適切な補装具の指示を受ける。その後身体障害者更生相談所は身体障害者に対し指示通りの補装具が支給されているかどうか判定することになっているが、この判定業務が不徹底な点や、補装具の名称の不統一、補装具の性能の乱れ等補装具の支給には幾つかの問題点があり、合理的な交付システムを確立し常時改良と研究が行える態勢の整備が必要であろう。

第3-4図 慢性透析患者数



第3-20表 補装具種目別交付(修理)実績

第3-20表 補装具種目別交付(修理)実績

	申請件数	決 定			
		件 数	金 額	1件当たり 平均金額	公費負担率
	件	件	千円	千円	%
交 付					
昭和50年度	106,161	102,609	3,263,949	31.8	96.9
51	105,460	102,481	3,518,001	34.3	97.1
52	103,961	100,308	3,709,234	37.0	96.5
53	113,870	110,246	4,285,593	38.9	96.0
54	118,477	114,918	4,717,516	41.1	95.9
55	116,211	112,645	4,868,307	43.2	94.9
55年度内訳					
義装具	14,012	13,718	1,362,765	99.3	—
盲人安全つえ	17,091	16,681	711,197	42.6	—
盲義眼	11,151	10,697	25,026	2.3	—
眼鏡	962	934	21,669	23.2	—
点字器	2,216	2,080	29,306	14.1	—
補聴器	1,420	1,384	8,150	5.9	—
人工喉頭	32,139	31,192	892,772	28.6	—
車いす	102	94	473	5.0	—
電動車	19,998	19,379	1,573,707	81.2	—
歩行車	656	573	167,107	291.6	—
歩行補助器	610	582	16,533	28.4	—
歩行補助つえ	1,200	1,184	7,566	6.4	—
その他	13,144	12,693	41,900	3.3	—
	1,510	1,454	10,136	7.0	—
修 理					
昭和50年度	25,515	24,627	261,234	10.6	94.4
51	25,998	25,372	298,224	11.8	95.1
52	26,026	25,287	315,931	12.5	93.7
53	28,266	27,594	368,000	13.3	93.5
54	30,024	29,351	422,408	14.4	93.3
55	30,382	29,614	459,163	15.5	91.9
55年度内訳					
義装具	8,676	8,544	264,156	30.9	—
盲人安全つえ	3,712	3,617	46,271	12.8	—
盲義眼	27	24	26	1.1	—
眼鏡	1	—	—	—	—
点字器	186	176	1,077	6.1	—
補聴器	7	7	24	3.4	—
人工喉頭	10,215	9,808	35,382	3.6	—
車いす	10	9	35	3.9	—
電動車	4,965	4,907	87,687	17.9	—
歩行車	591	578	20,574	35.6	—
歩行補助器	27	27	349	12.9	—
歩行補助つえ	75	74	282	3.8	—
その他	1,301	1,259	1,327	1.1	—
	589	584	1,973	3.4	—

資料：厚生省報告例

ウ 労働者災害補償制度等

業務上の災害又は通勤災害による傷病等に対しては、労働者災害補償保険等が設けられている。労働者災害補償保険(労災保険)は労働者の業務災害及び通勤災害に対して、必要な保険給付を行っているもので、労災保険の保険給付には業務災害(仕事の原因となって生じた負傷、病気、障害及び死亡)に関する保険給付と通勤災害に関する保険給付とがある。業務災害に関する保険給付としては、療養補償給付、休業補償給付、傷病補償年金、障害補償給付、遺族補償給付等及び葬祭料があり、通勤災害に関する保険給付としても同様の内容の給付がある。そのほか、労災保険では保険給付以外に、労災病院、総合せき損センター、労災リハビリテーション作業所の設置運営及び社会復帰資金の貸付け、補装具の支給を行う等の社会復帰に関する事業や、健康診断の助成、安全衛生対策の促進措置を行う安全衛生に関する事業等の労働福祉事業が行われている。

第3-21表 給付種類別保険給付支払状況

第3-21表 給付種類別保険給付支払状況(54年度)

給付種類別	金額	構成比	対前年度増減率
	千円		
合計	520,130,836	100.0	8.9
療養(補償)給付	189,327,693	36.4	6.1
休業(補償)給付	110,206,711	21.2	11.3
障害(補償)一時金	55,964,083	10.8	7.5
遺族(補償)一時金	3,487,504	0.7	△3.3
葬祭料(葬祭給付)	1,595,007	0.3	1.5
年金等給付	159,549,839	30.7	11.8

資料：労働省「労災保険事業年報」

(注) 通勤災害に関する給付を含む。

また、業務外の傷病により、身体機能に障害を生じている厚生年金保険の被保険者又は障害年金受給者については、医学的リハビリテーションの効果の期待できることを前提として厚生年金保険の福祉事業の一環として、厚生年金病院において医学的リハビリテーションと整形外科医療を受けることができる。

これは、身体の機能に障害のある者に対し、その障害の種類あるいは程度に応じて理学療法や作業療法によるリハビリ訓練を実施して、障害の軽減や残された能力の開発を行い社会復帰させる制度である。

エ 特定疾患治療研究事業

原因不明で特に根本的な治療法が見出されていないいわゆる難病の患者に対し、47年度から特定疾患治療研究事業(対象疾患患者の医療費の公費負担制度)が行われている。56年度における本事業の対象疾患は23である。

第3-22表 特定疾患治療研究対象一覧

第3-22表 特定疾患治療研究対象一覧

疾患名	昭和47年度	48	49	50	51	52	53	54	55	56
	総数	4	6	10	15	18	19	20	21	22
ベーチェット病	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
多発性硬化症		○	○	○	○	○	○	○	○	○
重症筋無力症	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
全身性エリテマトーデス	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
スモン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
再生不良性貧血		○	○	○	○	○	○	○	○	○
サルコイドーシス			○	○	○	○	○	○	○	○
筋萎縮性側索硬化症			○	○	○	○	○	○	○	○
強皮症、皮膚筋炎、多発性筋炎			○	○	○	○	○	○	○	○
特発性血小板減少性紫斑病			○	○	○	○	○	○	○	○
結節性動脈周囲炎				○	○	○	○	○	○	○
潰瘍性大腸炎				○	○	○	○	○	○	○
大動脈炎症候群				○	○	○	○	○	○	○
ビュルガー病				○	○	○	○	○	○	○
天疱瘡				○	○	○	○	○	○	○
脊髄小脳変性症					○	○	○	○	○	○
クローン病					○	○	○	○	○	○
難治性の肝炎のうち劇症肝炎					○	○	○	○	○	○
悪性関節リウマチ						○	○	○	○	○
パーキンソン病							○	○	○	○
アミロイドーシス								○	○	○
後縦靭帯骨化症									○	○
ハンテントン舞蹈病										○

厚生省公衆衛生局調べ

オ 原爆医療対策

障害者に対する医療等の給付には他に原爆医療対策がある。被爆者の中には、今なお医療を必要とする人があり、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律に基づいて被爆者の健康診断と医療の給付等が行われている。また、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づいて被爆者に対する医療特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当、保健手当等の各種手当が支給されている。56年3月末現在、被爆者健康手帳交付者数は37万2,264人、健康診断受診者証交付者数は4,975人、指定医療機関数は468施設であり、医療給付状況は54年度には全体で335万件である。このうち認定疾病(原爆の傷害作用に起因する負傷又は疾病)は1万2,000件で、ほとんどが一般疾病に対する給付である。

カ 戦傷病者特別援護法

戦傷病者には戦傷病者手帳が交付され(56年3月末現在15万7,000人)、療養の必要があると認定された者には療養の給付、長期入院患者には療養手当の支給、更生するため医療の必要があると認定された者には更生医療の給付、補装具の支給及び修理が行われている。

キ 結核予防法

我が国の結核対策は結核予防法に基づいて行われており、健康診断、予防接種、患者管理、結核医療(公費負担制度)、そして結核のリハビリテーション(内部障害者更生施設)と、一貫した対策が行われている。

ク 医薬品副作用被害に対する救済

54年度に医薬品副作用被害救済基金法が成立し、55年5月1日以後に使用された医薬品により発生した副作用被害に対し医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金等の給付を行っている。

ケ 肢体不自由者更生施設、重度身体障害者更生援護施設等

上記の医療給付制度以外のもので、身体障害者のために更生施設等がある。これは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、内部障害者更生施設、重度身体障害者更生援護施設等からなり、その中でも特に医学的措置を行うものとされている施設として肢体不自由者更生施設及び重度身体障害者更生援護施設等がある。

肢体不自由者更生施設は、肢体不自由者を収容、又は通所させて、その更生に必要な治療及び訓練を行う施設で、医学的更生、心理的更生、職業的更生の三つの事業を行っている。

医学的更生には医学的診断と医学的更生治療及び訓練(整形外科的治療、理学療法、作業療法、運動療法)があり、心理的更生には、心理的診断と心理的更生措置(討論会、レクリエーション等による集団・個別指導)がある。そして職業的更生には事務的科目、特殊技術的科目、農園芸等がある。

なお、これらの保健医療面での主な職員としては医師(整形外科)、マッサージ師、運動療法指導員、作業療法指導員、心理判定員、職能判定員等があげられている。

重度身体障害者更生援護施設は重度の身体障害者を収容し、その更生に必要な治療及び訓練を行う施設で、医学的更生と心理的更生を行っている。医学的更生を担当している主な職員は医師、心理判定員、理学療法士、作業療法士、保健婦又は看護婦等である。

第3-23表のように、肢体不自由者更生施設と重度身体障害者更生援護施設における保健医療関係従事者数は、他の更生施設に比して多く、それぞれの施設に入る障害者にとって保健医療面からの援護が大きな問題となることが推察される。なお、両施設の入所者の多くは中途障害者であり、その原因は疾病、労働災害、交通事故によるもの等様々であるが、それらの障害者にとって、医療機関からの延長上にあるといえる肢体不自由者更生施設や重度身体障害者更生援護施設等についても医学的ケアは継続的ではないにせよ必要で欠くことのできないものであろう。

第3-23表 肢体不自由者更生施設等保健医療関係従事者数

第3-23表 肢体不自由者更生施設等保健医療関係従事者数(54年)

		施設長 人 (1)	セラピスト			心理・ 職能 判定員 人 (2)	医師 人 (3)	栄養士 人 (1)	保健婦 看護婦 人 (2)
			理学療法士 人 (3)	作業療法士 人 (2)	その他 人 (1)				
肢体不自由者 更生施設	公 営	43	58	31	14	40	75	21	66
	私 営	9	15	16	2	3	13	5	23
	計	52	73	47	16	43	88	26	89
重度身体障害者 更生援護施設	公 営	(2) 15	(6) 44	24	7	16	(5) 30	(2) 18	(20) 79
	私 営	22	36	29	7	16	24	20	72
	計	37	80	53	14	32	54	38	151

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 専任、兼任の合計数である。()内は国立施設の再掲である。

近年、両施設に病院機能を加えた医療と福祉の総合施設化の傾向が進みつつあるところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

3 医療給付制度等

(3) ねたきり老人等

第3-24表は年齢階級別、期間別ねたきり者数であるが、対人口比を年齢階級別に比較すると、60歳以上在宅ねたきり者数は、60歳未満に対して約20倍近く高くなっている。これは高齢者がいかにねたきりになり易いかを表すものといえよう。

第3-24表 年齢階級別、期間別ねたきり者数

第3-24表 年齢階級別、期間別ねたきり者数							
年齢階級	入院・在宅		総数	6か月未満		6か月以上	
	入在	院宅		千人	千人	千人	千人
40～59歳	34	34	34	18	7	16	27
60歳～	94	328	328	42	56	52	272
総数	128	362	362	60	62	68	299
合計			490	121		366	

資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査(昭和53年)」

(注) 小数点以下四捨五入

一般に年齢が進むと、外からのストレスに対応する予備能力の減少がみられ、高齢となるにつれて有病率は高まる。そのため壮年期からの健康管理の習慣は老年期の健康維持に欠かすことのできないものであり、人間の持つ寿命を大病無く全うするための鍵といえるものであろう。また、高齢者がいったん病にかかると、生物学的な治癒能力は低下しているため、長期間の入院療養になることが多い。更に長期臥床により筋の廃用萎縮、じょく創、感染症、精神機能低下(痴呆)等重篤な合併症を併発し、ねたきりとなる確率が高くなるといわれている。

したがって、障害発生予防の意味からも、高齢者の健康管理の励行、及び壮年期から自助と自立の精神で自分の健康は自分で守るという習慣を持つことが必要であり、後述する疾病の予防から治療、機能訓練等の保健事業の総合的な実施を図る老人保健制度の早期確立が緊急の課題といえよう。

ア 老人医療費支給制度

48年1月より70歳以上の者を対象に、また同年10月からは65歳以上70歳未満のねたきり老人等を対象として、老人医療費支給制度が実施された。これは医療保険の自己負担相当額を公費で肩代わりすることにより、老人が必要とする医療を容易に受けることができるようにしたものである。

このほかに、45年度に創設された老人性白内障手術費支給事業があるが、これは65歳以上の手術可能な老人性白内障患者に医療保険の自己負担相当額を公費補助する事業であり、53年度から老人医療費支給制度に

統合された。

老人保健サービスとしては、1)疾病の予防、早期発見、早期治療に資するための老人健康診査(56年度予算12億6,000万円)、2)身体機能に障害のある在宅老人に対し、日常生活能力の回復、機能低下防止のために必要な訓練を行う在宅老人機能回復訓練事業(56年度予算3億1,000万円)、3)健康に関する正しい知識を老人に普及することにより、老人の健康管理に関する自覚の高揚を図る老人保健学級開催事業(56年度予算4,000万円)、4)老人の健康の保持増進から疾病の予防、老化に伴う機能低下の防止、治療、リハビリテーションまでの各種施策を総合的に一貫した体系のもとに行う老人保健医療総合対策開発事業(56年度予算3億3,000万円)の4事業が市町村で実施されている。

54年度の老人医療費は1兆8,000億円で国民医療費に占める割合は16.9%である。また、50年度の老人医療費の約2.1倍となっている。

我が国の老人保健医療対策は、48年以来、老人医療費支給制度を柱として推進されてきたが、その後年々医療費は増加を続け、一方、対策が全体として医療費の保障に偏り、予防から機能訓練に至る保健サービスの一貫性に欠けていること、医療保険各制度間、特に被用者保険と国民健康保険の間に老人加入率の差による老人医療費の負担に著しい不均衡があるなどの問題が指摘されてきている。

そこで、今後の本格的な高齢化社会の到来を控え、総合的な老人保健医療対策を確立することが緊要の課題となっており、このため56年5月には疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、併せて費用負担の公平を図る老人保健法案が国会に提出されたところである。

イ 特別養護老人ホームの入所者

第3-25表及び第3-26表は特別養護老人ホーム入所者の受療状況をみたものであるが、53年調査当時の1週間に受療したことのある者の割合は、入所者の82.6%と高い。第3-26表は治療を受けた際の診断名の分類であるが、中でも脳卒中後遺症が35.2%と一番多く、次に高血圧症、心臓病、神経痛、リウマチの順である。

第3-25表 特別養護老人ホーム入所者の受療状況

第3-25表 特別養護老人ホーム入所者の受療状況
(最近1週間に治療を受けた者)

調査数	59,888人(100.0%)
治療なし	10,433(17.4)
治療あり	49,455(82.6)

資料：昭和53年度厚生省特別研究「今後の人口構造の変化に対応すべき医療福祉資源の有効的活用に関する研究」

第3-26表 治療を受けた者の病名分類

第3-26表 治療を受けた者の病名分類(重複回答)

	総数	脳卒中後遺症	心臓病	高血圧症	呼吸器疾患	消化器疾患	神経痛 リウマチ	その他
人数	49,455	17,421	9,978	15,154	4,581	8,862	9,165	20,584
(%)	(100.0)	(35.2)	(20.2)	(30.5)	(9.3)	(17.9)	(18.5)	(41.6)

資料：昭和53年度厚生省特別研究「今後の人口構造の変化に対応すべき医療福祉資源の有効的活用に関する研究」

受療者のこれらの診断名をみると、そのほとんどが医学的リハビリテーションを必要とする状態にあり、特別養護老人ホーム内でも十分な医療的サービスが行えるよう施設の改善やマンパワーの充実が今後の課

題であろう。

主な職員は,施設長,医師,生活指導員,看護婦,機能回復訓練指導員,栄養士,寮母(被収容者おおむね5人に1人以上),調理員等となっている。設置者は都道府県,市町村,社会福祉法人で収容人員は50人以上,医療法に規定する診療所としての医務室を備えることとなっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

3 医療給付制度等

(4) 精神薄弱児・者,精神障害者等

ア 精神薄弱児・者等

在宅の重度精神薄弱者に対しては,医師,保健婦等が訪問して健康診査を行うとともにその家庭に対して介護等に関する指導助言等を行う訪問診査事業が実施されている。

また,精神薄弱児・者に対する各種の福祉施設においても,例えば,精神薄弱者更生施設では医務室を設けるとともに,精神科の診療に相当の経験を有する医師を置くことが義務付けられているように,これらの施設に入所している者に対して,必要な医療サービスが福祉サービスとともに行われている。

更に,自閉症児について,55年度から精神薄弱児施設の一つとして病状に合わせ医療型(第1種自閉症児施設:56年1月現在4か所,定員200人)と福祉型(第2種自閉症児施設:56年1月現在1か所,定員40人)の2種の施設が設けられ,必要な治療,生活指導等が行われるようになった。

イ 精神障害者等

精神障害者の近年の傾向としては前述したごとく,向精神薬やデイ・ケア施設等の拡充に伴う外来患者の飛躍的な伸びがあげられる。このほか,アルコール需要の増加や覚せい剤等の密輸入により潜在的にアルコール中毒や,覚せい剤中毒が増えているといわれている。これらの予防はいずれも本人の自覚によらざるを得ないもので,アルコールについては適正飲酒等飲み方の問題として,覚せい剤については,常用による障害について若い世代からの徹底した保健教育が必要といえる。

(ア) 精神衛生法による公費負担医療制度

精神衛生法による医療費負担制度には都道府県知事が講じた入院措置又は緊急入院措置の対象となった患者の医療費の全額を公費負担(国10分の8,都道府県10分の2)する措置入院の制度がある。また,通院医療の適正な普及を図り社会復帰を促進する観点で,40年に創設された通院医療費公費負担制度がある。これは通院医療費の2分の1を公費負担(国2分の1,都道府県2分の1)する制度である。

通院医療については向精神薬の発達やリハビリテーションを含む精神病治療技術の進歩により,通院医療の適応の幅が拡大し,その比重はますます大きくなってきている。一方,精神科外来患者に対して行う精神科デイ・ケアや保健所の行う訪問指導等が普及しつつあるところであるが,今後は精神障害者のための職業的リハビリテーションも含めた体系的なリハビリテーションの充実と促進が図られる必要がある。

第3-27表 精神障害疾病の1日平均在院措置患者数及び措置入院費の推移

第3-27表 精神障害疾病の1日平均在院措置患者数及び措置入院費の推移

年 度	措置患者数	措 置 入 院 費		
		総 額	国 庫 負 担	都道府県負担
昭和40年度	65,829人	196億円	157億円	39億円
45	76,470	438	351	87
50	63,237	1,017	814	203
53	51,825	989	791	198
54	48,667	1,043	834	209
55	45,319	959	767	192

厚生省公衆衛生局調べ

- (注) 1. 措置患者数は各年2月末現在
2. 措置入院費は当初予算額(医療費のみ)

第3-28表 精神障害疾病の1か月平均通院患者数及び通院医療費

第3-28表 精神障害疾病の1か月平均通院患者数及び通院医療費(予算額)

年 度	通院患者数	通院医療費
昭和43年度	45,000人	570百万円
45	47,000	665
50	97,500	2,298
53	116,280	3,854
54	127,649	4,334
55	137,768	5,218

厚生省公衆衛生局調べ

(イ) 精神科デイ・ケア

精神科デイ・ケアは精神科通院医療の一形態として49年に健康保険の診療報酬に導入されたものであり、精神障害者等に対し昼間の一定時間(6時間程度)、医師の指示及び十分な指導、監督のもとに一定の医療チーム(作業療法士、看護婦(士)、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等)によって行われる精神科リハビリテーションの一つといえる。

その内容は、集団精神療法、作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、療養指導等であり、通常の外来診療に併用して計画的かつ定期的に行われる。

このデイ・ケアの治療対象は、精神分裂病等の重いものから、ノイローゼ程度の軽いものまで幅広く、入院医療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができる。

デイ・ケアは第2次世界大戦後、英国、カナダ等で研究的に始まり、その後、薬物療法の開発等により1950年代から1960年代にかけて実用化され、我が国では昭和37年に国立精神衛生研究所等で試験的に始められたものであり、現在では、国立精神衛生研究所や国立武蔵療養所等及び45年度から予算化(施設整備費、運営費の補助)された「精神障害回復者社会復帰施設」の通所部門、49年度から予算化された「デイ・ケア施設」等

厚生白書(昭和56年版)

で精神科デイ・ケアが行われている。また,49年には健康保険の診療報酬に「精神科デイ・ケア」料が新設されている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

障害者が社会的に自立するためには多種の機能訓練等を行う必要があり,更に,障害の種類や程度及び障害者の年齢,性別,職業等の違いを考慮すると数十種以上のリハビリテーションの処方が出されることになる。このため多種の技術をもつ専門職種を養成し,多様なニーズに対応していく必要がある。

医学的リハビリテーションの専門職種には医師,看護婦,理学療法士,作業療法士,視能訓練士のほかに,まだ身分法が定まっていない言語療法士(仮称)等の専門職種がある。

以下,主だったものについて概説する。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

(1) 医師

精神障害に対するリハビリテーションは、近年、医師、看護婦、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等からなるリハビリテーションチームにより入院・在宅患者を問わず、デイ・ケアサービス等で積極的に社会復帰させる方向にある。そのリハビリテーションのリーダーは精神科医又は神経科医である。

身体障害については、従来、運動機能の障害に対し治療が進められてきたため、リハビリテーションの分野で働く医師は整形外科医、内科医が多く、最近ではこれに神経内科医、脳神経外科医が参加するようになってきている。また、聴覚・言語障害には耳鼻科医が、視覚障害には眼科医が関与しているが、リハビリテーションそのものに興味を持つ医師の数はまだ少ない。

リハビリテーション医学の学术交流と発展のために、38年、日本リハビリテーション医学会が創立された。56年5月現在会員数1,897人でリハビリテーションに関する教育、研究等の推進とその体制の確立に尽力している。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

(2) 理学療法士(Physical Therapist,略称P.T.)

40年度に理学療法士及び作業療法士法が制定され,55年末の免許取得者数は2,778人である。

理学療法士は医師の指示の下に作業療法士と共に特に運動機能不全を持つ障害者の医学的リハビリテーションの主要な訓練,指導を担当し,障害者の先行きの不安を和らげ,希望を持たせながら種々の療法の中で忍耐強く機能の回復を図る者である。

理学療法士の当面の目標数は6,000人であるが,現在の目標達成率は46%とまだ少ない。

理学療法士は身体障害者の関節の可動域や筋力を測定し,機能障害を改善するために,運動訓練を行ったり,各種の物理療法を行う。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

(3) 作業療法士(Occupational Therapist,略称O.T.)

医学的リハビリテーションの普及と充実のために当面4,000人の養成目標がたてられているのに対して,55年末の免許取得者数は978人であり,目標達成率は24%とまだ少ない。

作業療法士は医師の指示の下に身体又は精神に障害のある者に対し,主としてその応用動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため手芸,工作などの指導を行う。その他上肢切断者のための義手訓練や利き手が麻ひした人々の利き手変換訓練などを担当する。自宅復帰の人に対しては復帰先の入浴用便装置などをみて,その改良についても助言する。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

(4) 視能訓練士(Orthoptist,略称ORT)

46年度に視能訓練士法が制定され,55年末免許取得者数は743人で両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を医師の指示の下に行う。視能訓練士は理学療法士,作業療法士とやや異なり斜視や弱視の児童を対象とするケースが多く,訓練の場はリハビリテーション施設というより眼科診療科に直属することが多い。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

4 医学的リハビリテーション従事者の養成

(5) 言語療法士(Speech Therapist,略称S.T.)

言語は人間相互のコミュニケーションの手段として、最も普遍的なものであるが、近年、言語機能の障害の実態が明らかにされるに従い、適切な治療や援助の必要性が叫ばれてきている。

現在、国立身体障害者リハビリテーションセンター等で専門職員の養成が行われているが、50万人いるといわれている言語訓練対象者数に対しては、いまだ微々たるものである。

第3-29表 文部・厚生養成学校定員数(56年4月現在)

	文 部 省	厚 生 省	総 数
理 学 療 法 士	6校, 95人	22校, 460人	28校, 555人
作 業 療 法 士	3校, 60人	14校, 300人	17校, 360人
視 能 訓 練 士	—	3校, 120人	3校, 120人

厚生省医務局調べ

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

5 心身障害者のための研究費等

(1) 心身障害研究費

社会的要請が強く、緊急に解決を迫られている心身障害の発生原因、病態、治療法、予防法等に関する研究を行うものである。

56年度予算額は5億3,100万円で、研究課題数は15課題である。なお、従来、本研究費で行われていた筋ジストロフィー症に関する研究は53年度以降「神経疾患研究委託費」により取り扱われるようになった。

56年度は「心身障害の発生予防に関する総合的研究」として10課題の小児慢性疾患及び母子保健医療にウエイトがかかった研究と「心身障害児の療育に関する総合的研究」として「自閉症の本態・原因と治療法に関する研究」、「重症心身障害児の療育に関する研究」、「福祉機器の開発と利用に関する研究」等7課題の療育を中心とした研究に助成している。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

5 心身障害者のための研究費等

(2) 特定疾患調査研究費

難治性で原因不明の疾患に対してその成因,治療,予防に関する総合的な研究を行うもので,47年度より始められ56年度の予算額は13億9,400万円である。

調査研究班は43班あり,その一つはベーチェット病の調査研究班で,研究は3年間継続し最終年度に研究成果の評価を受けることになっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第3節 保健医療サービス

5 心身障害者のための研究費等

(3) 神経疾患研究委託費

53年度に国立武蔵療養所に、神経センターが設置されたのを機に、外部の研究者に研究を委託して、神経センターと相携えて、原因不明の精神・神経・筋疾患や発達障害の原因を究明し、予防法、治療法、療護法を開発するために設けられた研究費である。

56年度の予算額は4億円で「筋ジストロフィー症の疫学、臨床及び治療に関する研究」等の16課題で進められている。

以上のほかに、循環器病研究委託費(56年度3億3,100万円)、厚生科学研究費等の部で障害者のための研究が行われている。

また科学技術庁における特別研究調整費における動力補装具の開発、通産省における医療福祉機器開発委託費による開発、労働省における職域開発研究などが行われているが、国際障害者年の推進体制の中で、今後これらの総合的な調整も必要となつてこよう。

研究施設としては国立身体障害者リハビリテーションセンター、国立精神衛生研究所、国立武蔵療養所に併設されている神経センター及び国立病院医療センター等の国立病院内に難病等の臨床研究施設があるほかに、40年6月より都道府県に精神衛生センターが設けられ、精神衛生に関する知識の普及と同時に調査研究等が行われている。

そのほか、社会福祉法人福祉機器開発センター(51年8月厚生省認可)は情報の収集(機器の使用テストも含む)、情報の提供(電話相談等)、福祉機器の研究開発を行っている。また、通産省とも関連の深い技術研究組合医療福祉機器研究所があり、人工腎臓、人工心臓、電動車いす等の研究開発を行っている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

障害者に対する福祉サービスは施設サービスと在宅福祉サービスに大別することができる。我が国における障害者に対する福祉対策は、当初、施設における収容援護を中心として発展してきたが、近年、通所施設の拡充と在宅福祉サービスの充実が図られるようになった。ここでは施設サービス、在宅福祉サービスの順にその施策の現状と課題を探ってみよう。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

障害者のための社会福祉施設としては、心身障害児のための児童福祉法に基づく児童福祉施設、身体障害者のための身体障害者福祉法に基づく身体障害者更生援護施設、精神薄弱者のための精神薄弱者福祉法に基づく精神薄弱者援護施設のほか、盲人ホーム、身体障害者福祉センター、精神薄弱者通勤寮等がある。また、生活保護法に基づく救護施設、更生施設、授産施設、社会福祉事業法に基づく授産施設も身体障害者や精神薄弱者が利用するところとなっている。

更に、障害をもった老人のための老人福祉法上の施設として、ねたきり老人のための特別養護老人ホーム及び盲老人のための養護老人ホームの一種としての盲老人ホーム等がある。これらの施設の数、定員、在所者数は参考資料2のとおりである。一方、精神障害者のための社会復帰施設としては精神障害回復者社会復帰施設、デイ・ケア施設及び精神衛生社会適応施設がある。

以下、これらの施設のうち主なものについてふれてみたい。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(1) 肢体不自由児のための施設

肢体不自由児施設は、上肢、下肢又は体幹機能の障害のある児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識、技能を与えることを目的とする施設であり、医療法上の病院としての要件を備えていなければならないことになっている。

この肢体不自由児施設で注目すべき点は、前節でも述べたように、40年代前半においてその療育の対象の比重が、ポリオから脳性マヒの児童に移行したことである。このため、整形外科的治療を中心とした従来の肢体不自由児施設の対象児童は大幅な減少を示し、理学療法士、作業療法士を中心とした機能回復訓練の役割が大きくなってきた(第3-30表)。特に脳性マヒ児については、できるだけ早期から専門的訓練を行うことが、障害児の将来の社会的自立に効果的であることから、母子入園や通所形態で幼児期から保護者とともに指導、訓練が受けられるようにもなっており、診療所としての肢体不自由児通園施設も、全国的に設置されるようになってきている。

第3-30表 肢体不自由児施設の施設数等の推移

	昭和35年	40	45	50	54	55
施設数(か所)	45	62	75	77	77	76
定員(人)	3,577	6,946	8,603	9,660	9,736	9,716
在所者数(人)	3,285	6,232	7,466	8,067	7,518	7,306

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 各年10月1日現在である。

今後、肢体不自由児施設においては診断治療機能の一層の充実を図り、早期発見、早期治療に努めるとともに、肢体不自由児の処遇に当たっては、障害の態様、程度、保護者の状況等に応じた収容、通所あるいは肢体不自由児療護施設への入所等適切な対応がますます重要となってくる。

また、進行性筋萎縮症児については、その発生原因や治療方法についてまだ未解決の分野が多く、その病態像に特殊性を有することから、その療育を国の機関で実施することとして、国立療養所に進行性筋萎縮症児委託病床の整備が行われ、医療とあわせて療養中の教育及び生活指導の面についてもケアがなされている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(2) 盲ろうあ児施設

盲児施設は強度弱視を含む盲児を,ろうあ児施設は強度難聴を含むろうあ児を,それぞれ入所させて保護し,独立自活に必要な指導又は援助を行うものである。

難聴児については,幼児期から適切な指導訓練を行うことにより,残存能力の開発及び難聴に伴って生ずる言語障害の除去を図り,難聴児の正常な発達を促進することが期待されるようになったため,50年度から難聴幼児通園施設をろうあ児施設の一種として設け,難聴幼児を家庭から通園させて指導訓練を行っている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

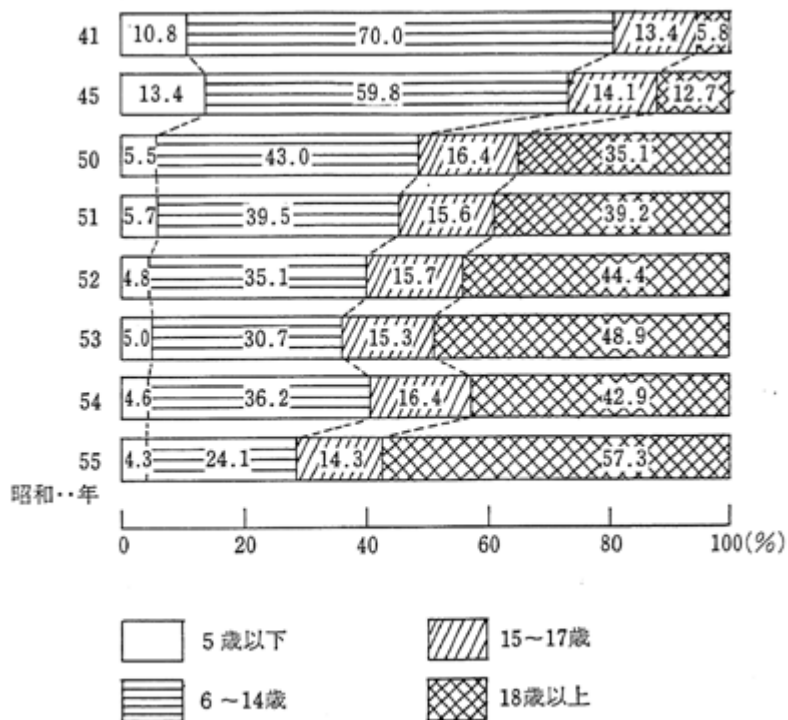
(3) 重症心身障害児のための施設

重症心身障害児のための施設としては、児童福祉法上の重症心身障害児施設と国立療養所重症心身障害児委託病床がある。重症心身障害児施設は、前節でも述べたように重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させ、保護し、治療及び日常生活の指導をすることを目的とするもので、肢体不自由児施設と同様、医療法上の病院としての要件を備えていなければならないことになっている。また、国立療養所重症心身障害児委託病床は、児童福祉施設ではないが、都道府県知事が、重症心身障害児施設と同様の治療等を委託しているものである。重症心身障害児施設及び国立療養所委託病床の整備は、この10年ほどの間に急速な整備が図られた結果、55年10月1日現在の入所定員は、重症心身障害児施設が5,448人、国立療養所重症心身障害児委託病床が8,080人の計1万3,528人となり、病床数のうえでは、入所希望者を入所させることができる態勢が整ってきている。

重症心身障害児施設入所者の年齢別構成の推移を示すと第3-5図のとおりである。これをみると、41年では6～14歳が70.0%を占め、18歳以上は5.8%にすぎなかったのに対し、55年では6～14歳は24.1%に減少し、18歳以上が57.3%を占めるに至っている。この数値は重症心身障害児施設における年長化傾向が進行していることを示しているが、これに対応して職員の増員、措置費の大幅な改善が図られてきており、重症心身障害児施設入所児童1人当たりの経費は56年度は月額で約36万円にのぼっている。

第3-5図 重症心身障害児施設入所者の年齢階層別推移

第3-5図 重症心身障害児施設入所者の年齢階層別推移



資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 41年と45年は12月1日現在, 50年以降は10月1日現在である。

今後は入所者の年長化に対応した療育内容の充実と,それに伴う施設機能の整備を図るとともに,地域的な整備のアンバンスを是正していく必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(4) 精神薄弱児のための施設

精神薄弱児のための施設としては、精神薄弱児施設及び精神薄弱児通園施設がある。精神薄弱児施設は、精神薄弱の児童を入所させ、これを保護し、独立自活に必要な知識、技能を与えるものである。

精神薄弱児施設の整備は近年急速に進み、在宅の精神薄弱児の福祉対策、特殊教育の振興等と相まって、地域的な偏在はあるとしても、全国的にはおおむね充足をみた(第3-31表)。

第3-31表 精神薄弱児施設の施設数等の推移

第3-31表 精神薄弱児施設の施設数等の推移						
	昭和35年	40	45	50	54	55
施設数(か所)	131	219	319	349	351	349
定員(人)	8,396	15,124	23,582	27,022	26,073	25,365
在所者数(人)	7,872	14,133	21,380	22,758	21,195	20,458

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 各年10月1日現在である。

一方、後に述べるように18歳以上の精神薄弱者を対象とする精神薄弱者援護施設も大幅な増設が図られているとはいえ、まだ十分充足されているとはいえない現状にあるため、精神薄弱児施設における18歳以上の入所者の占める割合が高くなるとともに、その障害の程度も重度化が進んでいる。このため、今後は質的な面の改善が必要とされている。なお、一部の県においては、精神薄弱者援護施設への転用が行われてきている。

精神薄弱児通園施設は、18歳未満の精神薄弱児を保護者のもとから通わせて独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設であり、特殊教育が十分普及していなかった時期に学校教育の代替的役割を果たしてきた。54年度から養護学校の義務化が実施されたことに伴い、学齢の児童数が著しく減少し、一方、幼児に対する早期療育の必要性から幼児の在所者数の割合が急速に高まってきている(第3-32表)。

第3-32表 精神薄弱児通園施設における年齢階層の推移

第3—32表 精神薄弱児通園施設における年齢階層の推移

	調査施設数	人 数	幼 児	小学校年齢	中学校年齢	高校年齢	18歳以上
	か所	人	%	%	%	%	%
昭和49年度	—	4,763	36	42	12	9	1
51	159	4,830	46	36	9	7	3
52	127	3,937	60	24	8	7	1
53	168	5,339	69	19	6	5	1
54	153	4,890	80	12	4	3	1

厚生省児童家庭局調べ

- (注) 1 比率は小数点以下第1位四捨五入
 2 49年度は厚生省調査による。
 3 51年度～54年度は日本精神薄弱者愛護協会通園部調査による。
 4 54年度は同上中間報告

今後、精神薄弱児通園施設は、地域社会の中で、精神薄弱の幼児の早期療育の中心的役割を果たす専門施設として、その設備、機能の充実を図る必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(5) 障害児保育

従来、保育に欠ける障害児を保育所に入所させることは、その処遇上極めて難しいとされていた。しかし、障害児を一般の児童から隔絶することなく、社会の一員として一般の児童とともに保育することによって、障害児自身の発達が促進される面が多く、また、一般の児童の障害児に対する理解も深まるという認識が広まり、保育に欠ける障害児も保育所に受け入れられるようになってきている。ただ障害児については、障害の種類、程度が様々であり、保育に欠ける障害児のすべてを受け入れることは、現在の保育所の機能と役割からみて困難が多いため、対象は一般的に中程度(特別児童扶養手当の二級障害程度)以下の障害児で集団保育が可能であり、かつ、日々通所できるものとなっている。国もこうした障害児の保育所への受け入れを円滑にするために、一般の措置費とは別に障害児数に応じて一定額の助成措置を行っている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(6) 身体障害者のための施設

身体障害者のための身体障害者更生援護施設について、施設数や在所率の推移をみると、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、内部障害者更生施設といったいわゆる中軽度の身体障害者のための更生施設は、40年代前半から施設数が伸びておらず、しかもその在所率が年々低下している点が注目される。

55年では、失明者更生施設の75.6%がやや高いものの、肢体不自由者更生施設が61.1%、内部障害者更生施設60.4%と極めて低く、ろうあ者更生施設に至っては57.9%と60%を割っている状態である。これに対して、身体障害者療護施設や重度身体障害者更生援護施設といったいわゆる重度の身体障害者のための施設はいずれも在所率が85%を超え、施設数も年々増加しており、需要が極めて高いことを示している。また、身体障害者授産施設や身体障害者福祉工場、重度身体障害者授産施設も在所率は90%前後で施設数も毎年伸びている。一方、地域の在宅福祉サービスの拠点としての身体障害者福祉センターは毎年増加しているが、点字図書館及び盲人ホームは40年代以降横ばいとなっている。

このように身体障害者更生援護施設についてはそれぞれの種別によりその動向が異なるわけであるが、障害者のニーズの変化に対応して機能及び体系の再検討が必要なことが指摘されている。

第3-33表 身体障害者更生援護施設の施設数、定員、在所者数、

第3-33表 身体障害者更生援護施設の施設数、定員、在所者数

		昭和35年	40	45	50	54	55
肢体不自由者更生施設	施設数(か所)	43	44	50	53	52	51
	定員(人)	1,686	1,936	2,553	2,547	2,413	2,386
	在所者数(人)	1,489	1,735	1,777	1,639	1,444	1,458
失明者更生施設	施設数(か所)	11	14	13	12	13	13
	定員(人)	987	1,271	1,476	1,482	1,510	1,500
	在所者数(人)	903	1,173	1,363	1,206	1,124	1,134
ろうあ者更生施設	施設数(か所)	3	3	3	3	4	4
	定員(人)	128	150	150	152	193	190
	在所者数(人)	91	93	104	74	84	110
内部障害者更生施設	施設数(か所)			28	24	22	21
	定員(人)	—	—	1,635	1,340	1,160	1,130
	在所者数(人)			925	812	691	682
身体障害者療護施設	施設数(か所)				36	89	109
	定員(人)	—	—	—	2,404	4,995	7,073
	在所者数(人)				2,243	5,818	6,845
重度身体障害者更生援護施設	施設数(か所)		3	18	30	37	39
	定員(人)	—	300	1,285	2,192	2,690	2,780
	在所者数(人)		196	1,161	1,845	2,393	2,411
身体障害者授産施設	施設数(か所)	31	43	59	67	75	76
	定員(人)	1,244	2,080	3,142	3,647	4,085	4,104
	在所者数(人)	939	1,626	2,705	3,180	3,546	3,579
重度身体障害者授産施設	施設数(か所)			12	43	63	79
	定員(人)	—	—	735	2,436	3,943	4,848
	在所者数(人)			691	2,380	3,447	4,442
身体障害者福祉工場	施設数(か所)				12	18	19
	定員(人)	—	—	—	635	990	1,055
	在所者数(人)				620	866	950

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 各年10月1日現在である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(7) 精神薄弱者のための施設

18歳以上の精神薄弱者を入所させてこれを保護するとともに、その更生に必要な指導及び訓練を行う施設として精神薄弱者更生施設があるが、その施設数は近年急速に増加しているが、まだ十分需要に応じるには至っていない(第3-34表)。

第3-34表 精神薄弱者更生施設の施設数等の推移

	昭和40年	45	50	54	55
施設数(か所)	70	169	323	460	515
定員(人)	4,920	11,795	24,526	33,547	36,508
在所者数(人)	4,526	11,371	23,016	32,106	35,173

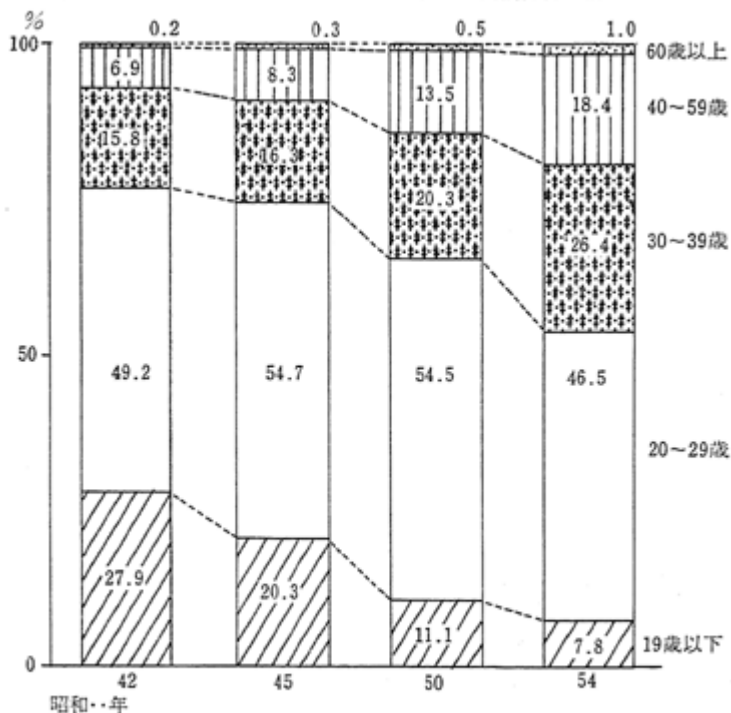
資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 各年10月1日現在である。

精神薄弱者更生施設における入所者の状況をみると、施設入所者の高齢化が進んでいることが第1に注目される。42年には19歳以下が27.9%であり、40～59歳層は6.9%にすぎなかったのに対し、55年には、19歳以下は7.8%に低下した反面、40歳～59歳層が18.4%にまで増加している(第3-6図)。

第3-6図 精神薄弱者更生施設入所者の年齢階層別構成の推移

第3-8図 精神薄弱者更生施設入所者の年齢階層別構成の推移



資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」
 (注) 各年10月1日現在である。

第2に注目すべき点は、施設入所者の重度化が進んでいるということである(第3-35表)。このように施設入所者の高齢化、重度化が進むにつれ、次のような問題が生じてきている。第1には、作業を中心とした指導訓練もさることながら、生活指導が重要になってきていることである。

第3-35表 精神薄弱者更生施設入所者の障害程度別内訳

第3-35表 精神薄弱者更生施設入所者の障害程度別内訳

(単位：か所, 人, %)

調査年月日	施設数	定員	現員	重 度		中 度		軽 度	
				人員	構成比	人員	構成比	人員	構成比
昭和47年4月1日	200	14,492	13,720	6,000	43.7	6,095	44.5	1,625	11.8
49 4 1	256	19,409	18,421	9,343	50.7	6,993	38.0	2,085	11.3
51 4 1	317	24,092	22,932	13,279	57.9	7,536	32.9	2,117	9.2
52 4 1	344	26,869	25,289	15,620	61.8	7,622	30.1	2,047	8.1
53 4 1	378	28,143	26,919	16,263	60.4	8,418	31.3	2,238	8.3
指数($\frac{53年}{47年} \times 100$)	189	194	196	271	—	138	—	138	—

厚生省児童家庭局調べ

- (注) 1 障害程度別の構成比欄は現員に対する割合を示す。
 2 「重度欄」は一般棟に入所中の重度精神薄弱者を含む。

第2には重度者の増加により日常の健康管理に特別な配慮が必要となってきたことである。精神薄弱者は医学的、生理学的な面から心身の老化現象が比較的早期にあらわれるといわれる。今後、このような施設入所者の高齢化、重度化に伴って生じる問題に対応して、協力病院との連携を強化するなどの対策を講じていかなければならない。

第2章第2節の戦後における障害者対策の歩みでもふれたとおり重度の精神薄弱者のための大規模な総合施設として、いわゆるコロニーが全国に18か所建設されている。このコロニーは、重度の精神薄弱者を長期間にわたり収容し、保護するとともに、必要な医療生活指導その他の指導訓練や授産を総合的に行い、その中で、精神薄弱者に社会生活を行わせることを目的としたものであるが、こうした大規模施設については、コロニー自体が一つの地域社会を構成するために広大な土地を必要とすること、地域的に辺りな遠隔地に設置

されがちであり,どうしても地域社会から遊離してしまう傾向にあること,また大規模施設であるために管理運営が難しいといった問題点が指摘されるようになった。そこで,最近では,一般地域社会の中の一構成要素として小さな施設を多数設置する方向へと転換されてきている。

精神薄弱者が施設の指導訓練を経て就職し,あるいは養護学校を卒業して就職しても職場の複雑な人間関係に失敗したり,健康管理や金銭管理等の新しい生活場面にうまく順応できないことも少なくないので,就労している精神薄弱者を一定期間入所させてそこから職場に通勤させ,社会生活への適応を促進させる精神薄弱者通勤寮制度が46年度から設けられた。更に,54年度からは,就労している精神薄弱者であって,家庭環境,住宅事情等の理由により,現に住居を求めているものに独立した生活を営むために利用させることを目的とした精神薄弱者福祉ホームの制度が設けられることとなった。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(8) 精神障害者のための施設

第2章第2節の2(3)で述べたように精神障害者の医療及び保護を行う施策としては、早くから措置入院患者の医療費の全額公費負担、通院患者の医療費の半額公費負担といった措置がとられてきた。しかし、近年精神障害者を精神病院の中に隔離して治療するのではなく、地域の中で社会生活を送りながら治療を進めた方が治療上も社会復帰のためにも有効であるといういわゆるコミュニティ・ケアの考え方が発達するとともに、回復途上にある精神障害者の社会復帰対策が問題となってきた。そこで、精神障害者の社会復帰を促進するための施設の整備が始められ、現在までに、精神障害回復者等に適正な医学的管理の下に、昼間の生活・作業指導(デイ・ケア)並びに夜間生活指導(ナイト・ケア)等を行う精神障害回復者社会復帰施設が3か所、昼間の生活・作業指導(デイ・ケア)等を行うデイ・ケア施設が4か所それぞれ設置されている。更に、53年4月に当時の中央精神衛生審議会(現在の公衆衛生審議会精神衛生部会)が生活の場を提供し、併せて社会適応に必要な生活指導等を行う施設の整備等について行った意見具申を具体化するため、54年度から都道府県が設置する「精神衛生社会適応施設」の整備に対し、補助が行われることとなり、56年に熊本県に全国最初の施設が開所したところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(9) 障害をもった老人のための施設

障害をもった老人のための施設としては、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム及び利用施設として老人福祉センターがある。

特別養護老人ホームは、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅において、これを受けることが困難な65歳以上の者、いわゆるねたきり老人等を対象とした施設である。特別養護老人ホームの整備は、近時、急速に進められており、40年には27施設にすぎなかったものが、55年には1,031施設にのぼっている(第3-36表)。しかし、平均寿命の伸長に伴う高齢老人の増加により、ねたきり老人の数が今後とも増えることが予測されるので、重点的に整備を図る必要がある。

第3-36表 特別養護老人ホームの施設数等の推移

第3-36表 特別養護老人ホームの施設数等の推移						
年次	昭和38年	40	45	50	55	
施設数	1か所	27	152	539	1,031	
定員	80人	1,912	11,280	41,606	80,385	

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

(注) 各年10月1日現在である。

養護老人ホームは、身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な65歳以上の者を対象とした施設である。この施設は、老人福祉法制定前より、生活保護法に基づく養老施設として整備が図られていたものであるが、近時では、その量的整備から各施設の質的整備へとその重点が移行しつつある。なお、養護老人ホームの一形態として盲老人ホームがあり、その整備が進められている。

また、地域の老人福祉の拠点として老人福祉センターの整備が進められているが、今後のねたきり老人等の増加に伴う福祉ニーズの増大が予測されることから、これら要援護老人に対する具体的な福祉サービスを提供する場として、その福祉機能の強化を進める必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

1 施設サービス

(10) 施設の運営

ア 施設職員

施設を利用している障害者の福祉の向上は、その担い手である施設職員の資質や熱意、努力にかかっているところが多い。施設が法制化された当初においては、処遇技術もまだ発達しておらず、また労働条件も極めて悪かったが、その後、これら施設職員の処遇については大幅な改善が図られてきている。

このように、施設職員の処遇改善が図られてきた結果、これからはより資質の高い職員をいかに育成確保するかということが、施設の職員問題の最も重要な課題となってきた。51年11月の中央社会福祉審議会の「社会福祉教育のあり方について」と題する意見具申では、社会福祉施設における生活指導員などの基幹職員について1)社会福祉に関する高度の知識及び技術、2)対象者の処遇に関する実務能力及び関係職員に対する実務指導能力、3)施設の経営管理に関する知識及び実務能力を付与していく養成カリキュラムを組んでいくべきだとしている。以上のような背景のもとに、53年からは施設長についてその資格要件を強化するため、「医師」とか「社会福祉主事として5年以上勤務した者」といった具体的資格を有する者以外について、社会福祉施設長資格認定講習を義務づける措置が講じられている。今後、施設の職員に関しては、量の確保もさることながら質の向上に重点を置いた施策の展開が必要であり、特に施設長や生活指導員等の資質向上策を着実に推進していく必要がある。

イ 施設入所者の適切な負担

障害者施設入所者に対する処遇条件は年々改善されてきているが、施設利用経費の負担については、他施策との均衡に配慮しつつ、妥当な範囲で求められる必要がある。

ウ 施設の立地の問題

従来、心身障害児(者)施設、特に収容施設は、一般的に郊外や山間部に多く建設されてきた。これは一つには施設の建設コストという面からやむを得ずそういう立地をとらざるをえなかった面があったといえる。しかし、最近になって、このような立地は、施設入所者を社会から結果的に隔離するものであり、障害者が社会との接触をとれる場所に立地すべきであるという意見が強くなってきた。障害者が社会との接触をとれる場所に立地することは、各種関係機関との連携のうえからも便利であるため、徐々にこのような立地が行われてきている。ところが、都市部での心身障害児(者)施設の建設は「建設そのものには賛成だが、近隣は困る」という地域住民の反対の前に、その建設の延期又は断念を余儀なくされているという事例も生じている。今後は、施設機能の地域への開放といった方法等の検討も含め、施設建設そのものが、その地域の福

社の向上につながるという認識のもとに、地域住民に対する啓発を積極的に推進していく必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

2 在宅福祉サービス

障害者もできるだけ通常の人々に近い生活をおくれるようにすべきだというノーマライゼーションの思想は、日本においては、在宅福祉、地域福祉の重視という形で表れたことは序章の第3節で述べたとおりである。すなわち、障害者もできる限り家庭生活を営みながら、地域社会の諸活動へも参加できるようにすることが望ましいという発想の下に、我が国では、きめ細かく多種多様の在宅福祉サービスが展開されている。そこで、ここでは家庭奉仕員の派遣、日常生活用具の給付又は貸与等の重度障害者対策、在宅重度心身障害児(者)緊急保護事業等の施設のオープン化対策、障害者福祉都市推進事業や身体障害者スポーツ大会の開催等の障害者の社会参加の促進対策の三つに分けて、以下その主な事業についてふれてみることにしよう。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

2 在宅福祉サービス

(1) 重度障害者対策

ア 家庭奉仕員の派遣

障害者は、その障害のため日常生活の上で、健常者に比べて様々なハンディキャップを負っているが、その程度によっては、他の介助を必要とするケースがある。

55年の身体障害者実態調査で、「食事をする」、「トイレを使う」、「入浴する」、「衣服の着脱をする」及び「家の中を移動する」という五つの基本的日常動作について介助の必要度をみると第3-37表のとおりである。身体障害者全体としては各動作についておおむね「一人でできる」が7～8割を占め、「時間をかければできる」がおよそ1割、「一部あるいは全部の介助が必要」は1～2割となっている。動作別の差をみると、介助の必要度は「入浴」が最も高く20%が介助を必要とし、そのうち、11%は「全部介助が必要」としている。次に高いのは「衣服の着脱」で16%、「食事」、「排便」、「屋内移動」は、およそ1割程度となっている。

第3-37表 日常生活動作別介助の状況

第3-37表 日常生活動作別介助の状況 (単位：%)

日常生活動作	総数	一人でできる	時間をかければできる	一部介助が必要	全部介助が必要	無回答
食事をする	100.0	81.4	9.3	4.1	4.2	0.9
トイレを使う	100.0	77.5	9.8	4.7	7.0	1.0
入浴する	100.0	71.6	7.7	8.5	11.2	1.1
衣服の着脱をする	100.0	71.0	11.4	7.5	9.2	1.0
家の中を移動する	100.0	76.2	11.8	4.1	6.8	1.2

資料：厚生省社会局「昭和55年身体障害者実態調査」

次に介助を必要とする身体障害者について、その介助者をみると、9割が家族であって、その内訳は配偶者が43%、親9%、子供21%、その他の家族15%という状況になっている。

障害者の介護については家族介護によっている者が多いが、その家族が病気等の理由で面倒をみられない場合もあり、また最近では、日常生活に介護を要する状態にある者で家族の手を離れて地域で自立生活を営む意思をもつ障害者が増加していることから、地域における介護体制の強化を要望する声が強くなっている。

37年度に老衰、心身の障害、傷病等の理由により日常生活に支障をきたしている要保護老人世帯を対象としてスタートした家庭奉仕員派遣事業は、42年度から重度の身体障害者に対しても派遣されることとなり、更に45年度からはその対策が重度の心身障害児(者)家庭にも拡大された。これらの家庭奉仕員の数は年々増加されており、56年度は老人、身体障害者、心身障害児の三つを合わせて1万3,320人が派遣されている。

家庭奉仕員の派遣状況と家庭奉仕員制度に対する要望について、56年の心身障害児(者)調査でみると、家庭奉仕員の派遣を受けたことがあるものは、全体の21.1%であり、利用したことがないものが85.3%となっている。次に、家庭奉仕員制度を利用したことがある者では、「回数や1回あたりの時間をふやしてほしい」というのが26.5%となっている。ちなみに、現在の制度では、週2回で1回当たりの派遣時間は通勤時間も含めて半日程度となっている。また、家庭奉仕員制度を利用したことのない者では「よくPRしてほしい」というのが23.6%でトップを占めている。また何らかの形で対象を拡大して欲しいとい

うのが「対象を拡大してほしい」の14.5%と「所得制限をゆるめてほしい」の9.3%を合わせて23.8%となっている。

第3-7図 家庭奉仕員制度を利用したことの改善要望

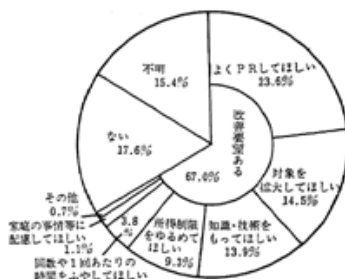
第3-7図 家庭奉仕員制度を利用した
ことのある者の改善要望



資料：厚生省児童家庭局「昭和56年心身障害児(者)調査」

第3-8図 家庭奉仕員制度を利用したことのない者の改善要望

第3-8図 家庭奉仕員制度を利用したことのない者の改善要望



現在、家庭奉仕員の派遣対象は低所得層に限定されているが、応分の費用を負担してもらうことを条件に派遣の対象世帯を拡大するなどの方法を検討する必要がある。

イ 介護人の派遣

家庭奉仕員制度とは別に、一時的な疾病などにより日常生活を営むのに支障がある者に対して介護人を派遣する事業1)が実施されている。これはあらかじめひとり暮らしの身体障害者等の近隣に在住する者等で、身体障害者等の福祉に理解と熱意を有する者を介護人として選定し、登録しておくもので、身体障害者等から申し出があると派遣される仕組みになっている。

54年度の実施状況は第3-38表のようになっており、0.5～5日の派遣日数が最も多いが、30.5日以上も5.1%にのぼっている。

(注) 1)ひとり暮らし老人等については46年度創設,身体障害者については48年度創設

第3-38表 介護人の派遣状況

第3-38表 介護人の派遣状況(54年度)

介護人 登録人員	派遣対象者数			派遣延日数					計
	老人	身障者	計	0.5日 ～5日	5.5日 ～10日	10.5日 ～20日	20.5日 ～30日	30.5日 以上	
人 21,950	人 12,121	人 1,332	人 13,453	人 9,601	人 1,791	人 966	人 402	人 693	人 13,453
	(90.1)	(9.9)	(100.0)	(71.4)	(13.3)	(7.2)	(3.0)	(5.1)	(100.0)

厚生省社会局調べ

ウ 日常生活用具の給付又は貸与

身体障害者、重度の心身障害児(者)及びねたきり老人等に対し、その在宅生活を容易にするため日常生活用具の給付又は貸与が行われており、年々その対象用具は拡大されてきている。

55年の「身体障害者実態調査」によれば視覚障害者で「盲人用時計」を10.8%、「盲人用テープレコーダー」を9.8%所持しており、肢体不自由者で「便器」を7.0%、「浴槽」を2.5%所持しているのに対し、聴覚障害者では「屋内信号燈」を3.9%、「目覚時計」を1.4%所持しているにすぎない。これらの日常生活用具を所持しているもののうち、国の制度で交付された用具を所持している者の割合をみると、視覚障害者用の各生活用具と「電動タイプライター」の交付されている割合が高く、全体では29%となっている。

第3-39表 日常生活用具各種目(身体障害者分)の取入れ年度と所持状況

第3-39表 日常生活用具各種目(身体障害者分)の取入れ年度と所持状況													
	総数	1 盲人用 テープレ コーダー	2 盲人用時 計	3 盲人用カ ナタイプ ライター	4 サウンド マスター	5 聴覚障害 者用目覚 時計	6 聴覚障害 者用屋内 信号燈	7 浴 槽	8 湯 沸 器	9 洋式便器	10 特殊便器	11 特殊寝台	12 電動タイ プライタ ー
取 入 れ 年 度	—	49	49	51	48	53	53	44	44	44	51	47	48
所 有 件 数(千件)	300	34	44	5	1	9	12	31	26	95	16	23	4
所 有 割 合(%)	—	9.8	10.8	1.6	0.4	1.4	3.9	2.5	1.8	7.0	1.2	1.8	0.3
所 有 割 合(%) 国の制度によるもの割合	29.0	52.9	47.7	80.0	100.0	33.3	33.3	29.0	23.1	9.5	12.5	34.8	50.0

資料：厚生省社会局「昭和55年身体障害者実態調査」

(注) 所有者の割合は、1～3については視覚障害者、4～6については聴覚障害者、7～12については肢体不自由者の所有割合をみたものである。
なっている。

56年度から新たに盲人用電卓と障害者用電話・老人用電話(貸与)が追加されることとなったが、今後とも障害者のニーズの多様化に対応して、用具の開発研究、給付制度の改善に努める必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

2 在宅福祉サービス

(2) 施設のオープン化対策

心身障害児(者)施設の整備が進み、その人的、物的機能の充実が図られたことにかんがみ、施設機能を単に施設入所児(者)のためだけでなく、広く在宅の心身障害児(者)のためにも活用し、施設を地域社会に開かれたものとしていこうという観点から心身障害児(者)施設地域療育事業が実施されている。

これには、4種の事業があるが、このうち、在宅重度心身障害児(者)緊急保護事業は、在宅の重度の心身障害児(者)がその保護者の疾病、事故、出産等の理由により家庭における介護が困難となった場合、一時的に施設等に収容して保護する事業である。

この外に、在宅の心身障害児及びその保護者に在宅療育及び日常生活に関する正しい知識を習得させるための心身障害児短期療育事業、在宅の精神薄弱者及びその保護者に生活訓練及び日常生活に関する正しい知識を習得させるための精神薄弱者生活能力訓練事業、心身に障害のある児童・者のため、巡回等の方法により、障害に関する各種の相談に応ずるとともに家庭療育に関する必要な指導を行う心身障害児(者)巡回療育相談等事業の3事業が実施されている。

施設機能の地域開放は地域の心身障害児(者)の療育機能の利用を中心としつつ、今後は、更に、施設の集会所や広場の地域住民への開放といったことをも通じて施設と地域社会との密接な連携を図っていくことが、施設や障害者に対する地域社会の理解と協力を得るうえで有意義と思われる。なお、ねたきり老人等を対象とした在宅福祉施策のうち、デイ・サービス事業(通所サービス)、ねたきり老人短期保護事業は、特別養護老人ホーム等、施設の機能を広く在宅の老人にも利用できるよう開放するとともに、とかく閉鎖的になりがちな施設の入所老人と地域の人々との交流を図ることを目的として実施されている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第4節 福祉サービス

2 在宅福祉サービス

(3) 障害者の社会参加の促進

ア 障害者福祉都市推進事業

障害者にとって住みよい環境づくりを地域ぐるみで進めるため、48年度から50年度にかけて身体障害者福祉モデル都市¹⁾の指定が行われ、道路、交通安全施設の整備、公共施設の構造設備の改善、公共施設や公園等への車いすの配備、身体障害者用公衆便所の整備といった生活環境の整備に重点を置いた街づくりが行われた。これを受けて54年度からは人口10万人以上の市を障害者福祉都市¹⁾として計画的に整備する事業が進められている。ここでは、身体障害福祉モデル都市事業で重点的に行われた生活環境の整備といったハード面の事業の外に、新たにソフト面の整備として次の三つの柱が加えられている。その第1の柱は、在宅福祉サービス、働く場の確保対策、スポーツ、趣味、レクリエーションの振興といった障害者福祉サービス事業であり、第2の柱は心身障害児早期療育指導委員会の設置を中心とした心身障害児早期療育推進事業の推進である。そして第3の柱が市民会議、映写会、福祉展の開催、教育副読本の作成、ボランティアの育成といった民啓発事業となっている。障害者にとって住みよい街づくりのために最も必要なのは、障害者自身の積極的雄会への参加姿勢とそれを支える市民一人一人の援護体制である。その意味で、障害者福祉都市事業の推進は障害者のための住みよい街づくりのための基盤として重要であるといえよう。

(注) 1)参考資料3を参照

イ 障害者社会参加促進事業

身体障害者の社会参加を促進するためには、在宅身体障害者の社会的生活能力の向上を図るとともに、その社会活動に必要な援助を行う必要がある。そのため41年度に身体障害者地域活動育成事業が開始され、その後徐々に各種事業が追加されていった。しかし都道府県により各種事業の必要度、優先度が異なるのにそれらを一律に補助対象とすることは不合理であること等から、48年度においてこれらの事業を統合して「身体障害者地域福祉活動促進事業」としてメニュー化されることとなった。その後、54年度からは「障害者社会参加促進事業」と改称され、56年度に新たに3事業が追加されて、現在20事業がメニュー化されている。

その実施状況をみると、54年度においては手話奉仕員養成事業が全県において実施されているほか、盲婦人家庭生活訓練事業、ろうあ者日曜教室開催事業、点訳奉仕員養成事業の実施率が90%を超えている。これに対し、盲導犬育成事業及び社会通信教育受講促進事業等の実施率が極めて低くなっている(第3-9図)。

第3-9図 障害者社会参加促進事業実施状況

第3-9図 障害者社会参加促進事業実施状況

事業名	実施年度			54年度実施状況	
	昭和41年度	45	50	実施県	実施率
視覚障害者	1. 点訳奉仕員養成事業			54県	96.4%
	2. 朗読奉仕員養成事業			47	83.9
	3. 盲人ガイドヘルパー派遣事業			50	89.2
	4. 盲婦人家庭生活訓練事業			55	98.2
	5. 盲青年社会生活教室開催事業			46	82.1
	6. 盲導犬育成事業			16	28.5
	7. 中途失明者緊急生活訓練事業			—	—
聴覚・言語障害者	8. 手話奉仕員養成事業			56	100.0
	9. 手話通訳設置事業			42	75.0
	10. 手話奉仕員派遣事業			43	76.8
	11. 音声機能障害者発声訓練事業			43	76.8
	12. ろうあ者日曜教室開催事業			55	98.2
	13. 要約筆記奉仕員養成事業			—	—
14. 脳性マヒ者等ガイドヘルパー派遣事業			—	—	
その他	15. 身体障害者生活環境改善事業			35	62.5
	16. 身体障害者生活行動訓練事業			47	83.9
	17. 社会通信教育受講促進事業			7	12.5
	18. 自動車操作訓練事業			37	66.0
	19. 結婚相談事業			—	—
	20. 身体相談員活動推進事業			—	—

厚生省社会局調べ

(注) 実施県には指定都市を含む。

ウ 文化、スポーツ活動への参加

障害者の文化、スポーツ活動に対する欲求は一般の国民に勝るとも劣らないものがあるが、その障害のゆえ様々な制約を受け、そのような活動が不可能、あるいは不十分となっている例が少なくない。そこで、これらの制約を乗り越えて、障害者の文化、スポーツ活動への積極的な参加を促進するための施策の展開が行われているが、最近では、障害者自身の積極的な取組みが目立っている。

障害者の健康の維持、機能の回復、体力の向上、社会生活への適応性の向上といった面においてもスポーツの果たす役割は大きいものがある。このような観点から、都道府県単位でスポーツ大会が開催され、また、毎年国体開催地で全国大会が実施されている。このほか、スポーツ指導員等の養成も行われている。

また、障害者の職業能力の開発を促進し、技能労働者としての社会参加の自信と誇りを育成するために、毎年全国身体障害者技能競技大会(アビリンピック)が開催されており、競技職種は現在、施盤、フライス盤、時計修理、洋裁、洋服、和裁、家具、建具、写真植字、建築製図、機会製図、木工塗装、広告美術、ラジオ・テレビ修理、和文タイプ、カナタイプ、電話交換の17種目となっている。

文化活動の面では、文部省が認定した社会通信教育課程の受講者に対する入学金、受講料の補助等が実施されているが、美術館、公会堂等の公共建築物の構造設備を障害者が利用しやすいように設計することも極めて重要なことである。

更に、人が社会生活を行う上での最も基本的な要素である他者とのコミュニケーション、すなわち、情報、意思の伝達、交換の確保対策としては、前述した障害者社会参加促進事業による視覚障害者に対する点訳奉仕員、朗読奉仕員の養成や聴覚障害者に対する手話奉仕員の養成、派遣等が行われているほか、NHK等においても、字幕、手話を使用した番組を随時放送している。更に、障害者に対するNHK受信料については、低所得世帯は全額免除、その他は障害の程度により半額が免除されており、点字郵便物については、郵送料が無料と

なっている。

以上のような様々な施策に対する障害者やボランティアの積極的な参加が盛んになる一方、音楽を通じた交流を目的としたわたぼうしコンサートのように、障害者自身による自発的な文化活動も極めて活発になっている。

そのほか、手話による落語やさわる絵本、高度難聴者用電話等の福祉対策機器の開発など、障害者の文化生活を高めるための様々な試みがなされている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

経済面での生活の安定は、障害者が社会的に自立した生活を営むための前提条件であり、身体障害者の施策に対する要望を「身体障害者実態調査」によってみても、「所得保障の充実」に対する要望が最も多くみられる。それでは、このような要望が出てくる背景となる障害者の経済面での生活の実態はどのようなになっているのであろうか。

多くの人にとって生活を支える中心は就労による収入である。障害者の場合もリハビリテーションの結果、職業復帰が図られるならばそれが最も望ましいが、現在、障害者の就業率は、次節でみるように一般の就業率の半分程度の32.3%となっており、10年前と比較しても障害者の高齢化、障害の重度化によって、むしろ低下傾向にある。

また、就労している人でも、その平均月収は、勤労者平均の半分程度の10万6,700円にとどまっており、更に、3万円以上7万円未満、7万円以上11万円未満の低いところに比較的多く分布している。

このことは、職業に就くことが困難な障害者、あるいは、就労していてもその収入が低い障害者に対して、適切な所得保障が行われなければ、障害者の生活の安定は図られないことを意味していると言えよう。

次に生活保護の受給状況をみると、第3-40表にみられるように10年前と比較して、身体障害者の生活保護の保護率は低下しており、この面では、障害者の生活に改善がうかがえる。しかし、現在なお全国平均保護率の4倍程度となっており、経済的に自立できない障害者も多い。

第3-40表 障害種類別生活保護の保護率

第3-40表 障害種類別生活保護の保護率		
	昭和45年	55
視覚障害	10.6%	8.4%
聴覚障害	5.0	3.8
肢体不自由	5.8	3.8
内部障害	8.1	6.0
身体障害者全体(A)	6.6	4.9
全国(B)	1.29	1.23
(A) / (B)	5.1倍	4.0倍

資料：厚生省社会局「身体障害者実態調査」

以上のような就労状況、生活保護受給状況から障害者の生活の動向を判断すると、全体として改善の方向にあるものの依然として厳しい状況に置かれており、また、障害者の職業復帰ということだけでは問題の解決が図られないことがうかがわれる。すべての障害者の生活を保障し、その経済的自立を高めていくためには、職業復帰対策とともに障害者に対する所得保障制度の一層の充実を図っていく必要があるので、以下これについてみていくことにする。

我が国の障害者に対する公的所得保障は、年金、手当及び生活保護によって対応している。このほか、心身障害児(者)の親の私的な相互扶助制度として心身障害者扶養保険がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

1 年金

障害者に給付されている年金には、厚生年金保険や国民年金等の年金保険によるもののほか、障害の原因が業務上の災害等の場合の労災補償としての年金、戦傷病者等に対する恩給障害年金等がある。

これらの年金を受給している者は近年著しく増加してきている。障害者のうち身体障害者のみについて、年金を受給している者の割合を「身体障害者実態調査」によってみると、45年の42.7%から55年の69%へと大幅に上昇している。障害年金の支給対象となる障害程度の範囲よりも、この実態調査の対象となった障害程度の範囲(身体障害者福祉法による身体障害等級の1級～6級)の方が広いので、おおむねその範囲が近くなる1級から4級までの身体障害者数に対する割合でみると、45年は75%で、55年はほぼ100%に近くなっている。

身体障害者の過半数は60歳以上であることもあって、年金の種類は障害年金だけでなく、全体としては、むしろ障害年金以外の年金(多くは老齢年金)を受給している者の方が多い。しかし、60歳未満の障害者が受給している年金のほとんどは障害年金である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

1 年金

(1) 年金保険

年金保険による障害年金は、公的年金制度の中で、老齢年金等とともに支給されている。我が国の公的年金制度は、厚生年金保険、国民年金のほか、船員保険、各種の共済組合からなり、一般的な社会保障制度として、生活の安定を損なう原因となる老齢、障害、生計中心者の死亡といった事故が発生した場合に、年金給付を行う仕組みになっている。加入者の相互連帯の精神に基づく社会保険方式がとられており、このため、一定の拠出要件が付されている。国民年金の福祉年金は、拠出制年金を補完するものとして位置付けられており、国民年金制度発足時に、既に老齢、障害等になっていた者などに対する「経過的福祉年金」と、拠出制国民年金の支給要件を満たせなかった者に対する「補完的福祉年金」とがある。この福祉年金はその財源を全額租税収入による国庫負担によっており、このため、現実の社会生活の実態からみて経済的にゆとりのあると思われる者に対しては、所得制限が付されている。

拠出制の障害年金は、制度によってその支給要件に少しずつ違いがあるが、各制度の加入者が、当該制度で定める程度以上の障害となった場合で、かつ、加入期間又は保険料納付等に関する所定の要件を満たしている場合に支給される点で共通している。

一方、無拠出の障害福祉年金は、国民年金加入後に障害となったが、拠出制障害年金を受給しうるほどの保険料納付に関する要件を満たせなかった場合、国民年金制度に加入となる20歳前から既に障害になっていた者が20歳になった場合などに支給されることになっている。

ア 受給者数

年金保険による障害年金受給者数は第3-41表で示されるように、100万人を超え、障害者に給付されている各種年金の中心的位置を占めている。

第3-41表 障害年金(廃疾年金)受給者数

第3-41表 障害年金(廃疾年金)受給者数			
	受給者数		受給者数
	人		人
年金保険	1,049,236	船員保険(職務上)	2,078
国民年金(拠出制)	236,568	公務災害補償制度	897
“(福祉年金)	585,733	戦傷病者に対するもの	138,962
厚生年金保険	200,598	戦傷病者戦没者遺族等援護法	5,794
船員保険(職務外)	3,270	恩給制度(増加恩給、傷病年金)	133,168
共済組合	23,067		
業務災害補償制度	77,861	合	計
労働者災害補償保険	74,886		1,266,059

厚生省企画室調べ

(注) 国民年金、厚生年金保険、船員保険及び戦傷病者戦没者遺族等援護法は56年3月末現在、その他は55年3月末現在である。

ここで障害年金の経緯をさかのぼってみると、昭和30年代前半においては、障害年金受給者は厚生年金保険等の被用者年金を合計して10万人程度であったが、34年に福祉年金が創設され一挙に20万人を超える障害福祉年金の受給者が発生し、更に、36年度からは自営業者、農業者等被用者以外の者をカバーする拠出制国民年金がスタートすることによって、すべての国民に対し障害年金の受給の途が開かれるようになった。

その後も、年金保険制度の拡充、改善に伴い、年金保険による障害年金を受ける障害者の数は、更に増大し、最近の10年間だけでも2倍近い受給者数の増をみている。国民年金について言えば、障害の範囲が当初外部障害に限られていたものが、精神薄弱、内部障害にも拡大され、また、障害福祉年金の支給される障害の範囲が国民年金法に定める1級から2級に拡大されたこと等の制度改善がなされ、これらが、以上のような受給者の増に大きく寄与していると思われる。

以上の改善のほか、51年度には、公的年金制度間で加入期間の通算措置が講じられ、別の年金保険制度に移った直後に障害となった者に対しても、年金保険制度による保障が行われることとなった。

また、受給者の絶対数が増加しただけでなく、その受給している年金の種類についても変化がみられる。すなわち、現在のところ依然として福祉年金受給者が受給者の過半数を占めているが、拠出制国民年金を中心に拠出制年金受給者の伸びが福祉年金受給者の伸びを上回っているため、40年度には全体の4分の3以上を占めていた福祉年金受給者は、現在では6割を割るに至っている。この趨勢は今後も続くであろうから、将来は、拠出制障害年金受給者が障害年金受給者の大半を占めるようになるだろう。

イ 年金額

各制度の障害年金の平均年金額は第3-42表のとおりである。いずれも、近年大幅に上昇してきており、特に、障害福祉年金の伸びが著しい。若干古くなるが、49年に行われた「厚生年金保険の障害年金受給者調査」によれば、当時の厚生年金保険の障害年金の額は、障害年金受給世帯の平均生活費のほぼ3分の1をカバーする水準であった。その後の生計費の上昇及び現在の年金水準から推測すると、現在、更にその比率は上昇していると思われる。障害者の生活の支えとしての年金の役割は全般的に高まってきているといえよう。

第3-42表 障害年金の年金額

第3-42表 障害年金の年金額(月額)

制 度 名	年 金 額 (月額)	制 度 名	年 金 額 (月額)
厚生年金保険	69,672	＃ (公務上)	162,763
国民年金(拠出制)	47,885	公共企業体職員等共済組合	74,495
＃ (福祉年金)	31,328	私立学校教職員共済組合	67,715
船員保険(職務外)	81,922	農林漁業団体職員共済組合	72,919
＃ (職務上)	121,216	＃ (職務外)	72,335
国家公務員共済組合	100,349	＃ (職務上)	82,650
＃ (公務外)	97,513	労働者災害補償保険	84,794
＃ (公務上)	183,756	公務災害補償(国家公務員)	95,518
地方公務員等共済組合	111,313	＃ (地方公務員)	111,807
＃ (公務外)	109,366	＃ (公共企業体職員)	159,900

厚生省企画室調べ

- (注) 1. 厚生年金保険、国民年金及び船員保険は56年3月末現在であり、その他は55年3月末現在である。
2. 労働者災害補償保険法による給付は、同一の事由により厚生年金保険法等による障害年金が支給されるときは、減額調整される。
3. 国家公務員共済組合法及び地方公務員等共済組合法による公務上のものは、同一の事由により公務災害補償の給付が行われるときは、一部支給停止される。

しかしながら、同表にみられるように、制度によって平均年金額に違いがある。これは、各年金保険制度が障害年金の水準を老齢年金の水準を基本として定めており、かつ、制度によって目的、沿革が異なるため、老齢

年金の水準も異なっていることを反映してのことと考えられる。また、労災補償については、業務上の災害又は通勤災害による労働者の稼得能力の損失を事業主の拠出によっててん補する趣旨のものであり、年金保険とは目的が異なるために、年金の水準や障害等級の範囲が異なっていること等、制度の相違に留意する必要がある。

また、無拠出である障害福祉年金と拠出制国民年金との差をできるだけ少なくすべきだという考え方もある。障害福祉年金の額は第3-43表にみられるように、相対的には大幅に引き上げられてきているものの、なお拠出制国民年金の障害年金の額よりも低く、この差を解消すべきであるとの要望が強くなってきている。

第3-43表 障害福祉年金の額の推移

第3-43表 障害福祉年金の額の推移(拠出制国民年金の障害年金最低保障額との比較)

年 度	1 級 障 害			2 級 障 害		
	拠出制国民年金障害年金最低保障額(A)	障害福祉年金額(B)	(B)/(A)	拠出制国民年金障害年金最低保障額(A')	障害福祉年金額(B')	(B')/(A')
昭和45年度	円 10,000	円 3,100	% 31.0	円 8,000	円 —	% —
50	35,375	18,000	50.9	28,300	12,000	42.4
56	56,325	36,000	63.9	45,058	24,000	53.3

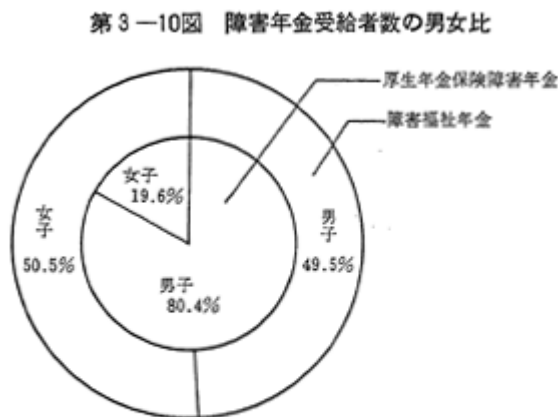
厚生省企画室調べ

拠出制国民年金の障害年金は制度発足以来年数を経っていないためすべて最低保障額(厚生年金保険の最低保障額を基準としており、2級はこれと同額、1級はこれの1.25倍となっている)となっており、障害福祉年金は老齢福祉年金を基準(2級は同額、1級は1.5倍となっている)として定められている。

ところで、障害福祉年金受給者の実態をみると、拠出制障害年金受給者とは、大きな違いがみられる。

すなわち、障害福祉年金受給者と厚生年金保険の障害年金受給者とを比較した場合、第3-10図及び第3-11図で見られるように、男女比が異なるだけでなく、年齢階級別分布においても違いがある。また、配偶者の有無をみても配偶者のいる割合は厚生年金保険の場合は男子73.5%、女子38.1%であるのに対して、福祉年金の場合は男子35.5%、女子26.5%と低くなっている。

第3-10図 障害年金受給者数の男女比

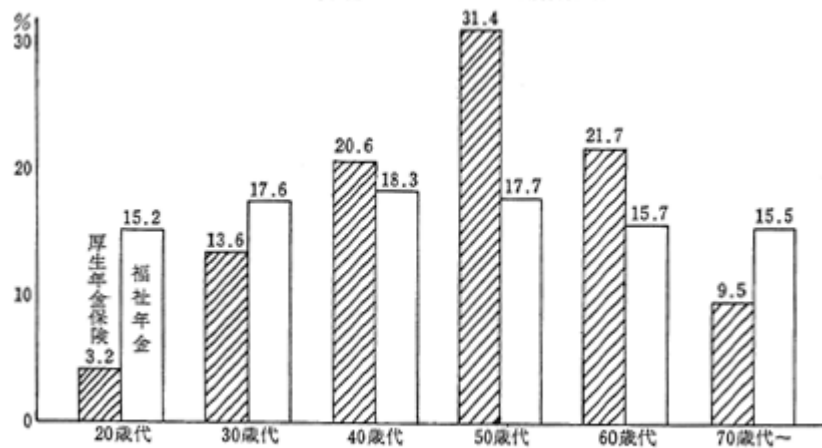


社会保険庁調べ

(注) 厚生年金保険障害年金は昭和56年3月末、障害福祉年金は55年8月末現在

第3-11図 障害年金受給者の年齢階級別分布

第3—11図 障害年金受給者の年齢階級別分布



社会保険庁調べ

(注) 厚生年金保険は昭和56年3月末, 福祉年金は55年8月末現在

このような違いは,男女比については,厚生年金保険は被用者を適用対象とすることから,そもそも被保険者中男子が占める割合が大きいためと思われる。また,障害福祉年金の年齢階級別分布が厚生年金保険に比べ平均化しているのは,現在,障害福祉年金の受給者は,拠出制国民年金制度発足前に既に障害となっていた者(中高年齢層)と20歳前から障害となっていた者(若年齢層)でほとんどを占めることによると思われる。更に,有配偶者率の違いは,厚生年金保険の障害年金の受給者のほとんどが成人になって勤労生活,家庭生活を営むようになってから障害となった者であると思われるのに対し,障害福祉年金の受給者の中には先天性の障害者等20歳前から障害となっていた者が,多くいることによるものとも考えられる。

これらの点にも留意しつつ,前述の障害福祉年金の問題について検討することが必要であるが,現行の年金保険制度が社会保険方式をとっており,拠出に基づく障害年金と無拠出である障害福祉年金とを同水準とするのは困難であることや,年金保険制度が障害を老齢等と同様の事故の一つとみることから,給付の中心である老齢年金等の水準を障害年金の水準の基準としており,障害福祉年金だけの大幅な引上げは年金保険制度の基本的仕組みに係る問題を生じさせることになる等の問題がある。また,障害福祉年金の水準を考える際には,福祉手当(月額1万円)が併給されることをも考慮しなければならない。

以上の障害福祉年金の例にみられるように,障害者の所得保障の問題は,これをすべて年金保険制度の中で解決することは困難であり,諸手当,生活保護等を含めた社会保障制度全体として検討する必要がある。従来,障害者の所得保障については,各制度において順次個々の施策が講じられてきたが,必ずしも整合性が十分保たれてきたとはいえない面もあるので,現在,厚生省内で長期的な視点に立って総合的な検討が進められているところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

1 年金

(2) 労働災害

業務災害又は通勤災害で障害となった場合には、労災補償制度によって障害補償年金等が支給されることになっている。

労働者災害補償保険の場合、後遺障害又は長期傷病による障害に対して、障害(補償)給付又は傷病(補償)年金が支給されることになっている。災害による傷病が治癒した後、身体に一定の後遺障害を残し、その障害の程度が1級から14級までである障害等級の1～7級に該当する場合には障害(補償)年金の支給対象となり、給付基礎日額(平均賃金)の313日分(1級)から131日分(7級)の額の年金が支給されることになっている。54年度における障害(補償)年金受給権者数は約5万人である。

また、災害による傷病が療養開始後1年6か月を経過しても傷病が治癒せず、その傷病による障害の程度が1級から3級までの廃疾等級に該当する場合には傷病(補償)年金の支給対象となり、給付基礎日額の313日分(1級)から245日分(3級)の額の年金が支給されることになっている。54年度における傷病補償年金受給権者数は約2万人である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

1 年金

(3) 戦傷病者に対する年金

戦傷病者に対しては、戦傷病者戦没者遺族等援護法による障害年金、恩給法による増加恩給、傷病年金が支給されている。受給者数でいうと恩給法によるものが95%以上を占めている。恩給法による受給者の年齢分布をみると、55歳以上65歳未満で全体の3分2以上を占めており、55歳未満は1割以下である。援護法の障害年金の額は、恩給法による増加恩給の額に準じている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

2 手当

20歳未満の重度精神薄弱児を扶養する家庭を援護し,精神薄弱児の福祉を増進するという観点から,39年に重度精神薄弱児扶養手当が創設され,41年には,重度の身体障害児を扶養する場合も対象に含めて特別児童扶養手当に発展した。更に50年には,重度の障害を有するため日常生活において常時の介護を必要とする在宅の障害者に対して,年齢の如何を問わず福祉手当が支給されることになった。なお,福祉手当は,障害福祉年金,特別児童扶養手当とも併給される。

在宅障害者福祉対策の一環として位置付けられる特別児童扶養手当及び福祉手当の創設,充実は,重度障害者のいる家庭の精神的,経済的負担の緩和,軽減を図るという点で,大きな意義を有するものといえよう。

特別児童扶養手当の支給額は,障害福祉年金と同額で現在1級3万6,000円,2級2万4,000円である。受給者数は約10万人で,「心身障害児(者)調査」によれば,身体障害と精神薄弱とでほぼ半々となっている。年齢別分布をみると,6~8歳が最も多く,0~2歳が最も少ない。

一方,福祉手当の支給額は月額1万円で,受給者数は約37万人であり,このうち20歳以上の受給者数は約32万人である。なお,「身体障害者実態調査」によれば,18歳以上の身体障害者のうち福祉手当を受給している者は約20万人(10%)と推定されている。

障害者に対する手当制度としては,このほかに,原爆被爆者を対象とした原爆諸手当等がある。原爆諸手当の受給者数は約25万人である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

3 生活保護

生活保護制度の目的は、国民の最低限度の生活の保障であるが、身体障害者の生活保護受給状況でみたように、障害者の生活保護受給率は高く、障害者の所得保障制度上かなりの比重を占めている。

生活保護制度においては、一定程度以上の障害を有する者に対しては、一般の人と比べて日常生活上特別の需要を必要とすることを考慮して、各種の加算が行われており、この加算が行われている世帯数は現在9万6,000世帯で、被保護世帯全体の約13%に当たっている。各加算ごとの加算額と対象人員を示すと次のとおりである(第3-44表)。

第3-44表 生活保護における障害者加算額と対象人員

第3-44表 生活保護における障害者加算額と対象人員		
	加算額(月額)	対象人員
障害者加算		
{ 身体障害者障害程度等級1~2級(又は国民年金の1級)	20,300円	108,661人
{ 身体障害者障害程度等級3級(又は国民年金の2級)	13,500円	
重度障害者家族介護料	6,340円	4,646人
重度障害者介護加算(日常生活において常時介護を要する場合)	9,250円	28,403人
重度障害者他人介護料	32,100円以内	690人

厚生省企画室調べ

(注) 加算額は56年度におけるものであり、対象人員は55年7月の「被保護者全国一斉調査」による

障害者加算の額は、身体障害者障害程度等級1~2級(又は国民年金の1級)の場合は、老齢加算額の1.5倍、身体障害者障害程度等級3級(又は国民年金の2級)の場合は老齢加算額と同額とされている。

また、重度障害者介護加算は福祉手当と同額であり、重度障害者他人介護料の3万2,100円は、原爆被爆者介護手当、公害健康被害者介護加算の額と同額となっている。

重度障害者のいる世帯の最低生活保障水準をモデルケースで示すと第3-45表のとおりである。

第3-45表 重度障害者のいる世帯の最低生活保障水準

第3—45表 重度障害者のいる世帯の最低生活保障水準

	ケースA (重度障害者である 25歳男と65歳女の2人世帯)		ケースB (重度障害者である 25歳男の単身世帯)	
	1 級 地	3 級 地	1 級 地	3 級 地
生 活 扶 助	円 82,203	円 67,398	円 54,067	円 44,325
障 害 者 加 算	20,300	20,300	20,300	20,300
重度障害者家族介護料	6,340	6,340	—	—
重度障害者介護加算	9,250	9,250	—	—
重度障害者他人介護料	—	—	32,100	32,100
住 宅 扶 助	9,000	5,000	9,000	5,000
合 計	127,093	108,288	115,467	101,725

厚生省企画室調べ

(注) 56年度における基準である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第5節 所得保障

4 心身障害者扶養保険

心身障害者扶養保険は、心身障害者の親等が自ら掛金を拠出し、親等が死亡した後は、残された障害者の養育者に一定の年金給付を行うことにより、親亡き後の障害者の生活の安定と福祉の向上を図ることを目的としたものである。

この制度は、障害者の生活保障を公的保障にのみ依存するのではなく、親自らの手で対処しうる仕組みが必要であるという趣旨から、地方自治体単位で実施されていた私的共済制度を全国的に標準化し、統合する形で、45年に創設された。

このように、この制度の基本的性格は障害者を扶養する保護者間の相互扶助の精神に基づく私的共済制度であり、これまで述べてきた公的所得保障制度とは全く意味合いを異にするが、本制度が親亡き後の心身障害者の福祉増進に果たす役割の重要性にかんがみ、国としてもこの制度の安定的運営を図るため、社会福祉事業振興会に、地方公共団体が加入者に対して負う共済責任を保険する事業を担当させている。

55年度末現在、制度の加入者数は8万5,000人を超え、年金受給者数も5,000人強になっている。

年金額は月額2万円であったが、経済情勢の変化等に対応して54年度に制度改正が行われ、二口加入する途が開かれ、二口加入者には4万円の年金が支給されることになった。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

障害者対策として所得保障などとともに重要な位置を占めるのが、障害者の雇用・就業対策であろう。人間にとって労働とは、単にその対価として賃金を得ることができるだけでなく、未来の生活にかかわる生きる喜びと、誇りにつながるものであり、人間の諸活動のなかでも、最も優れた人間的な営みである。更に、障害者にとっては、働くことによって社会参加をしているという実感が味わえ、生きがいを得ることができる。

「昭和55年身体障害者実態調査」によれば、55年1月現在、就業している身体障害者は63万8,000人であり、就業率は32.3%である。55年を45年と比較すると、就業者数は10%増加しているが、不就業者数がそれ以上に増加しているため、就業率はかなり低下している。この要因は身体障害者の高齢化、重度化傾向にあると思われる。

障害の程度別に就業率をみると、障害の程度が重くなれば就業率は低下し、重度障害者の就業率は、「1級」17%、「2級」24%と低率になっている。4～6級の中・軽度障害者の就業率は40%台である。

就業している身体障害者の職業は、「農林漁業従事者」と「製造工程従事者」がともに18.7%と最も多く、また、視覚障害者では41.3%が「あん摩・マッサージ・はり・きゅう従事者」となっている。

就業している身体障害者の就労収入についてみると、55年1月中の平均月収は10万6,700円であり、これは同時期における一般勤労者¹⁾の平均月収19万7,945円に比較して、低い水準となっている。

就業していない身体障害者の不就業の理由は、「重度の障害のため」が32%で最も多く、次いで「高齢のため」26%、「病気のため」22%とこの三者で80%を占めている。

第3-46表 就業状況別身体障害者数及び就業率の年次推移

調査年月	総数	就業者	不就業者	無回答	就業率
	千人	千人	千人	千人	%
昭和35年7月	829	387	442	—	46.7
40 8	1,048	412	636	—	39.3
45 10	1,314	579	735	—	44.1
55 2	1,977	638	1,320	19	32.3
対前回比(55年/45年)%	150.5	110.2	179.6	—	—

資料：厚生省社会局「身体障害者実態調査」

障害者の雇用・就業状況は、いろいろな面で不十分であり、労働の意志と能力を有する障害者のためにその状況が改善されるよう全国的な努力が進められていかなければならない。

ノーマライゼーションの考え方からみても、障害者の就業形態として最も望ましいものは、健常者と同じように一般企業に雇用されたり、自営したりすることであろう。そのための職業訓練、企業内で障害者の適性と能力に応じた職種の開発、身体障害者雇用促進法に基づく身体障害者雇用率制度の積極的運用などによ

り,徐々にではあるが,その成果が上がりつつある。

(注)

1)「一般勤労者」の方は,常用雇用者のものである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

1 一般雇用

障害者の一般雇用については、身体障害者雇用促進法において、事業主に、以下に述べる率以上の身体障害者の雇用義務が課せられ、雇用の促進が図られている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

1 一般雇用

(1) 国,地方公共団体等

非現業的機関……………1.9%

現業的機関……………1.8%

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

1 一般雇用

(2) 民間企業

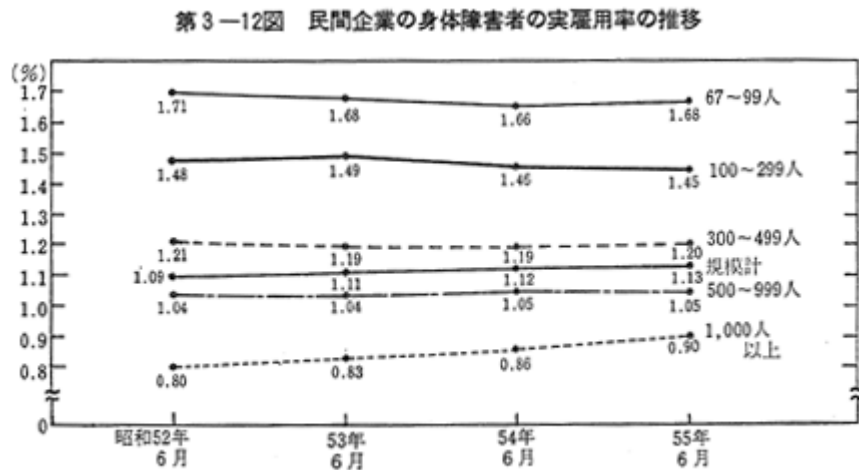
一般の民間企業……………1.5%

一定の特殊法人……………1.8%

法定雇用率未達成の事業主は、不足数1人につき月額3万円の納付金を納めねばならず、一方、一定水準を超えて身体障害者を雇用している事業主に対しては、雇用調整金、報奨金が支給され、また、身体障害者を雇い入れる事業主に対して各種の助成金が支給されている。

「身体障害者雇用状況」(昭和55年6月1日現在労働省職業安定局集計)によれば、民間企業の身体障害者の実雇用率は、1.13%(前年1.12%)、雇用率未達成企業の割合は48.4%となっている。

第3-12図 民間企業の身体障害者の実雇用率の推移



資料：労働省職業安定局集計

第3-47表 民間企業における身体障害者雇用状況

第3-47表 民間企業における身体障害者雇用状況

(55年6月1日現在)

区 分	企 業 数	雇 用 状 況			未 達 成 企業の割合
		常用労働者数	身体障害者数	実 雇 用 率	
一般の民間企業 (1.5%)	企業 36,093	11,934,480 人	135,228 人	1.13(1.12) %	48.4(48.0) %
特 殊 法 人 (1.8%)	100	74,033	994	1.34(1.28)	63.0(64.1)

資料：労働省職業安定局集計

- (注) 1. 常用労働者数……常用労働者総数から除外率相当者を除いた法定雇用身体障害者数の算定の基礎となる労働者数である。
 2. 身体障害者のうち重度障害者についてはダブルカウントしてある。
 3. ()内は、昭和54年6月1日現在の数値である。

企業の規模別雇用状況を見ると、大企業の雇用率は、年々改善を示しているとはいうものの、水準としては今なお低い。また、中小企業においては、大企業よりは高い水準にあるが、ここ数年はほぼ横ばいとなっている。

産業別にみると、鉱業、サービス業、製造業は高く、卸売・小売業、金融・保険・不動産業、化学工業等は低い(第3-48表)。

第3-48表 身体障害者の産業別実雇用率の推移

第3-48表 身体障害者の産業別実雇用率の推移(民間)

(単位：%)

産 業	昭和52年	53	54	55
計	1.09	1.11	1.12	1.13
農 林 漁 業	1.21	1.16	1.20	1.23
鉱 業	3.20	3.48	3.83	2.97
建 設 業	1.09	1.05	1.05	1.06
製 造 業	1.31	1.33	1.34	1.34
食 料 品・たばこ	0.97	0.99	0.97	1.01
織 維・衣 服	1.72	1.82	1.83	1.80
木 材・家 具	2.61	2.62	2.67	2.73
パ ル プ・紙・出 版	1.63	1.59	1.59	1.60
化 学 工 業	0.77	0.76	0.79	0.79
窯 業・土 石	1.59	1.59	1.62	1.59
鉄 鋼	1.48	1.51	1.52	1.49
非 鉄 金 属	1.48	1.41	1.41	1.30
金 属 製 品	1.93	2.04	2.06	2.01
機 械 工 業	1.13	1.18	1.19	1.22
そ の 他	1.50	1.40	1.40	1.35
卸 売・小 売 業	0.65	0.64	0.63	0.64
金 融・保 険・不 動 産 業	0.48	0.51	0.62	0.71
運 輸・通 信 業	1.28	1.28	1.29	1.30
電 気・ガ ス・水 道 業	1.01	1.05	1.09	1.08
サ ー ビ ス 業	1.29	1.37	1.36	1.38

労働省職業安定局調べ

(注) 各年6月1日現在の数値である。

国、地方公共団体においては、非現業的機関は実雇用率1.82%、現業的機関1.85%となっている。

第3-49表 国、地方公共団体等における身体障害者雇用状況

第3-49表 圖、地方公共団体等における身体障害者雇用状況
(55年6月1日現在)

区 分	機関数	在 職 状 況					
		職 員 数 (除外職員 を除く)	身体障害 者数	実雇用率	実雇用率の推移		
					52年	53年	54年
雇用率1.9%が適用 される非現業的機関	3,820	2,040,817	37,095	1.82%	1.83%	1.84%	1.83%
雇用率1.8%が適用 される現業的機関	250	737,799	13,685	1.85%	1.80%	1.85%	1.85%

資料：労働省職業安定局集計

身体障害者雇用率は、まだ低く、雇用率未達成の企業も多いが、障害者雇用の機運は、徐々にではあるが高まってきているといえよう。しかしながら、現在雇用の対象となっているのは、主として中・軽度の身体障害者であり、重度な障害者の雇用はまだ不十分である。

障害者雇用の改善に当たっては、「仕事に人を」あわせるということよりも「人に仕事を」あわせるという考え方が必要であり、職業的に重度な障害者にも雇用の道が開かれるよう、障害者本人の特質を考え、障害者に合った仕事の開発が是非とも必要である。近年、プログラマーなどの新しい職種が開発されてきているが、個々の企業レベルのきめ細かな仕事の開発が、今後一層進められるべきであろう。また、企業と障害者双方の情報がスムーズに交換され、雇用が成立しやすいような職業紹介体制の一層の強化も必要とされるところである。

また、身体障害者雇用促進法の規定のうち、職業紹介、適応訓練等は精神薄弱者についても適用され、また、精神薄弱者を雇用している場合は、身体障害者とみなして納付金が減額されることとなっているが、精神薄弱者については、社会生活指導の面で特別の配慮を必要とする者が多いこと、プライバシーに関する問題が生ずるおそれがある等の諸問題があることから、現状では、雇用率制度の対象となっていない。しかし、精神薄弱者も身体障害者と同じように就職に当たってハンディキャップをもっているため、身体障害者と同程度の優遇がなされるよう、雇用率の適用の可否等についても現在、関係審議会にて検討が進められているところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

2 身体障害者福祉工場

障害者に合った職種の開発が進められても、誰もがすぐに一般雇用になじむわけではない。そうした障害者は、身体障害者職業訓練校や福祉的就労施設である授産施設などで必要な訓練を受けている。ところが、特に、授産施設入所者で、労働能力等からみると一般企業への就職が可能である人が通勤事情や工場設備等の制約のために、なかなか就職できず、通過施設であるべき授産施設に長期滞留する傾向がみられはじめた。このような、本来であれば一般企業への就職が可能であるにもかかわらず種々の制約によりそれができない障害者のために、地方公共団体、社会福祉法人が設置主体となって、47年に身体障害者福祉工場が発足した。

この身体障害者福祉工場は、医療や訓練の場ではなく、職業的リハビリテーションの過程を終了した障害者の社会復帰の場そのものであるといえる。

56年3月現在、全国に19工場があり1,075人が働いている。50年10月に12工場635人であったから、この間に7工場440人の増加がみられ、主として印刷・出版業や電気器具部品組立などを行っている。平均工賃も月平均8万6,000円¹⁾と、身体障害者授産施設(2万5,000円)¹⁾、重度身体障害者授産施設(1万6,000円)¹⁾に比べると高くなっており、障害者の働く場の確保や生活の安定に役立っているといえるだろう。しかしながら、その工賃水準は、まだ十分なものとはいえず、また、授産施設に多くの長期滞留者がいることから、今後とも、各県における授産施設入所者の実情や福祉工場設置のニーズを見極めつつ、整備充実に努めていく必要がある。

(注) 1)社会福祉法人全国社会福祉協議会、授産施設協議会「授産施設・福祉工場総合実態調査報告」によるものである。

この福祉工場は、保護雇用制度の一形態とみなされることがあるが、以下に今後の検討課題ともなるこの保護雇用制度について若干触れてみることにする。

主としてヨーロッパで行われているいわゆる保護雇用とは、働く意志と能力があり、通常の労働時間の就業ができる障害者でありながら、一般的な雇用には結びつかない者を対象として、障害を考慮した勤務体制と指導者の指導、建物構造や工具等作業環境の配慮がなされ、生活を営むのに十分な賃金が保障された特別の雇用形態のことであり、公的機関が経営上の赤字補てん、又は賃金補給を行うとともに、官公需の優先発注などの必要な助成を行う制度である。この制度については、真に社会復帰の効果をもつかどうかなど、その必要性について様々な意見があり、また、福祉・雇用の両政策全体の中にどのように位置付けられるべきものであるか等の問題もあり、長期的視点に立って今後とも検討を進めていくべき課題である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

3 授産施設

障害者のための授産施設とは、障害のために雇用されることが困難な障害者に必要な訓練を行い、かつ、職業を与え、自活させる制度である。

障害者のための授産施設には、身体障害者福祉法による身体障害者授産施設及び重度身体障害者授産施設、精神薄弱者福祉法による授産施設がある。それ以外に、生活保護法による授産施設、社会福祉事業法による授産施設があり、どちらも入所者の何割かは障害者が占めている。

施設数、在所(籍)者数とも年々増加しており、45～54年の間に施設数は3倍弱に、在所(籍)者数は約3.3倍になっている(第3-50表、第3-51表)。

第3-50表 授産施設の施設数の推移

第3-50表 授産施設の施設数の推移					
	昭和45年	50	52	53	54
身体障害者授産施設	59	67	70	72	75
重度身体障害者授産施設	12	43	53	59	63
精神薄弱者授産施設(収容)	35	62	71	77	89
〃 (通所)		45	66	80	86
(参考)					
授産施設(保護施設)	118	81	76	77	77
〃 (社会福祉施設)	157	160	141	138	142

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

第3-51表 授産施設在所(籍)者数の推移

第3-51表 授産施設在所(籍)者数の推移					
	昭和45年	50	52	53	54
身体障害者授産施設	2,705	3,180	3,366	3,502	3,546
重度身体障害者授産施設	691	2,380	3,091	3,447	3,757
精神薄弱者授産施設(収容)	1,495	4,006	4,691	5,091	5,890
〃 (通所)		1,316	1,970	2,458	2,809
(参考)					
授産施設(保護施設)	4,137	3,307	3,117	3,227	3,227
〃 (社会福祉施設)	4,308	4,930	4,774	4,746	4,928

資料：厚生省統計情報部「社会福祉施設調査」

このような法に基づく授産施設のほか、精神薄弱者の親の会などが行っている小規模な通所援護事業に対しても、52年度より精神薄弱者のための地域的な援護対策の一環として社会福祉法人全日本精神薄弱者育

成会を通じて、助成がなされている。

授産施設の実態を表すものとして、社会福祉法人全国社会福祉協議会・授産施設協議会が行った「授産施設・福祉工場総合実態調査報告(昭和54年4月1日現在)」がある。これによれば、

- (1) 平均年齢は、身体障害者関係施設34～35歳、精神薄弱者関係施設25～29歳となっている。中高年齢化の状況が施設の開所年時の古い所ほど高い傾向を示している。平均在所期間は、大体4～7年となっている。
- (2) 身体障害者のうち重度の者(1～2級)が約60%と過半数を占め、うち車いす利用者20%、脳性マヒ者36%となっている。また、精神薄弱者のうち重度は26%となっている。
- (3) 入所者数が退所者数を上回り、また、定員が一杯など何らかの理由で入所を断った数が相当数いることから、授産施設に対する需要はかなり大きいと思われる。退所理由のなかで就職が26%を占めている。
- (4) 授産施設の多くは、数種の職種を行っているが、最も多いのが縫製で、次いで軽印刷、電気部品組立て、紙加工、木工芸などが上位を占めている。

これらの作業の受注形態は圧倒的に委託(下請)によるものが多く、種目数全体の約80%となっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

4 職親制度(精神薄弱者職親委託制度)

職親制度とは、事業経営者等の私人が、精神薄弱者を自己のもとにあずかり、必要な指導訓練を行うことにより、精神薄弱者の自立更生を図ることを目的とした制度のことである。

職親の職業は、農林・畜産が最も多く、また、ほとんどが小規模事業主で、精神薄弱者1人だけを受託しているケースがかなりの部分を占める。受託精神薄弱者の性別は、男性が全体の65%を占め、同居・通勤別に見れば同居が全体の70%を占めている。

54年度(55年3月)における委託職親数は471人(登録職親数2,243人)、委託精神薄弱者数は724人となっている。50年度以降若干増加傾向にあるとはいうものの、この制度の利用率は極めて低い。

このように職親制度が伸び悩んでいる理由としては、職親の業種と精神薄弱者の希望が一致しないこと、住込み形態での指導訓練が大部分であることから、最近の一般的な就労形態になじまないこと、事業主の奉仕的活動に委ねられていることなどが指摘されている(第3-52表)。

第3-52表 委託職親及び委託精神薄弱者の措置状況

第3-52表 委託職親及び委託精神薄弱者の措置状況
(単位：人)

区 分	年 度									
	昭和42年度	45	48	49	50	51	52	53	54	
委託職親数	590	516	457	422	406	426	432	473	471	
委託精神薄弱者数	798	767	714	699	693	622	678	717	724	

資料：厚生省統計情報部「社会福祉行政業務報告」

(注) 各年度3月1日現在である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第6節 雇用・就業

5 職業訓練校等

身体障害者職業訓練校については、重度障害者等に重点を置いて訓練を実施することとし健常者と共に訓練を行うことが可能な身体障害者については、一般の公共職業訓練施設への入校を促進することとしている。

身体障害者職業訓練校は、職業訓練法に基づいて設置され、国立のものが、全国に12か所、県立のものが5か所にある。定員は国立2,290人、県立280人、計2,570人(55年)であり、「製版・印刷・軽印刷」、「一般事務」、「洋裁」等約30科目の職業訓練が行われている。

その他、国からの委託を受けた企業では職場適応訓練等が行われており、また、盲・ろう・養護学校においては職業教育が行われている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

1 教育

児童を健全に育成し教育することは,児童にとっても,また,社会にとっても極めて重要であるが,心身に障害を有する児童についても,その可能性を最大限に伸ばし,可能な限り積極的に社会に参加することができるように,心身の障害の状態や発達段階,特性などに応じてよりよい環境を整えていく必要があることはいうまでもない。そのような必要から用意された学校教育の一分野を我が国では特殊教育と呼んでいる。以下では,心身障害児に対する教育を,特殊教育を中心にみてみよう。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

1 教育

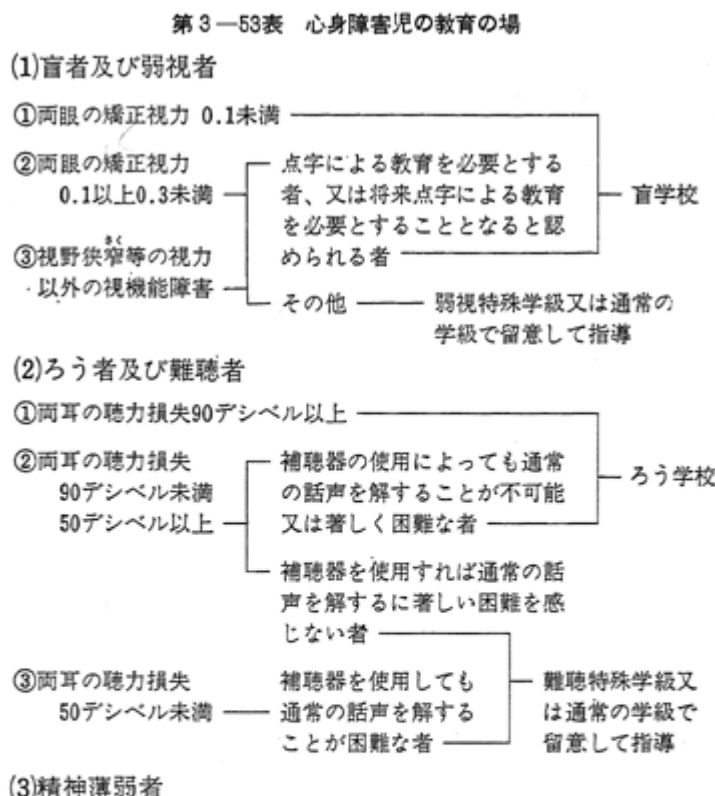
(1) 特殊教育の概要

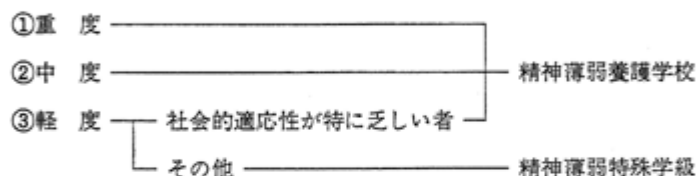
特殊教育とは,盲学校,ろう学校及び養護学校(総称して特殊教育諸学校といい,都道府県が設置を義務づけられている。)並びに小・中学校の特殊学級における教育をいう。このうち養護学校は,精神薄弱児,肢体不自由児,病弱児をそれぞれ対象とする3種に分かれている。また,特殊学級は,学級の設置者である市町村教育委員会が学級編制の一環として小・中学校に任意に設けるもので,精神薄弱,肢体不自由,言語障害,情緒障害等の種類がある。

なお,養護学校については,昭和54年度から長年の懸案であった義務制が実施され,これにより,従来学校教育を受ける機会が保障されていなかった精神薄弱,肢体不自由及び病弱の児童に対しても,障害に応じた適切な教育の場が確保されることとなり,既に義務制が実施されていた盲学校,ろう学校とともに,障害の重い児童に対する義務教育の場が整備されたところである。

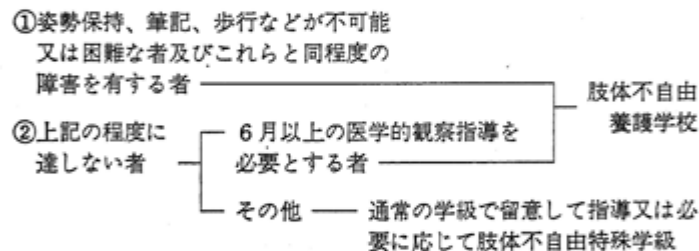
心身に障害のある児童は,そのすべてが特殊教育の対象となるのではなく,第3-53表にみられるように,原則として障害の程度が重い児童は特殊教育諸学校で,軽い児童は小・中学校の特殊学級又は通常の学級で留意して,指導がなされている。

第3-53表 心身障害児の教育の場

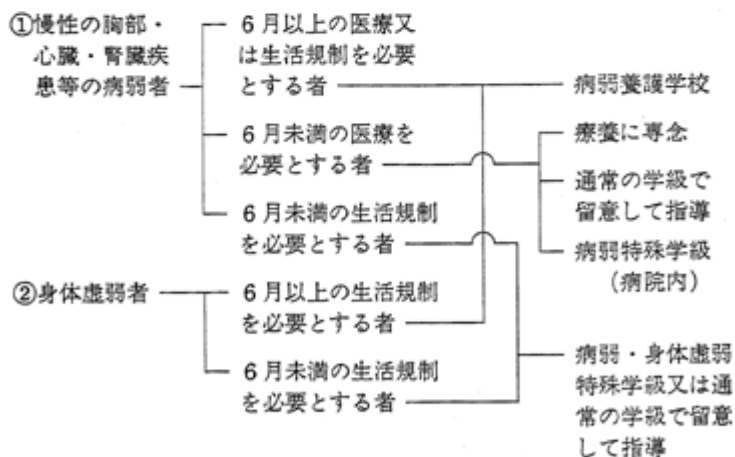




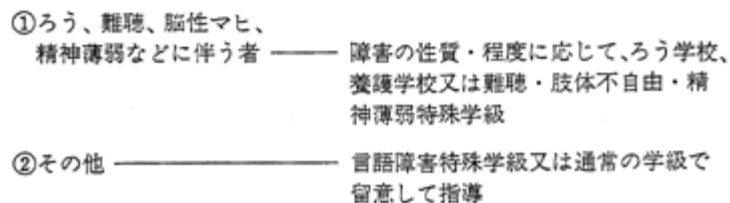
(4) 肢体不自由者



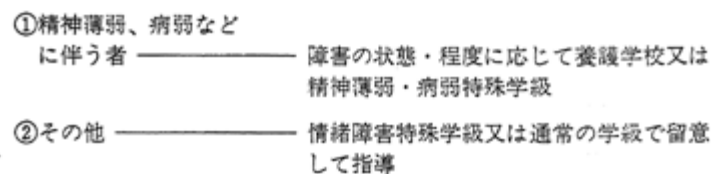
(5) 病弱者及び身体虚弱者



(6) 言語障害者



(7) 情緒障害者

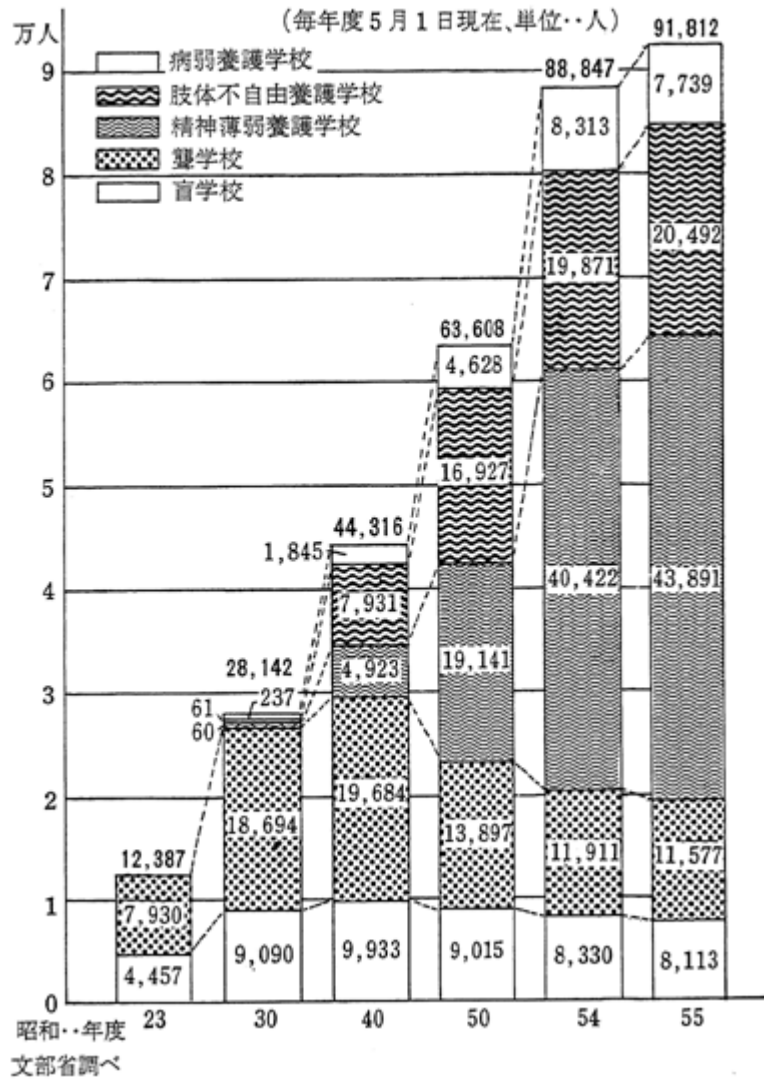


このようにその障害の種類と程度に応じて教育の場が異なっており、一人一人の心身障害児に最もふさわしい教育の場をどこに求めるかは学校教育全体を通じて考慮されている。

55年5月1日現在、全国の特種教育諸学校は860校、在学者数は9万1,812人であり、30年に比べ学校数では4.8倍に、在学者数では3.3倍に増加している(第3-13図)。なお、養護学校の義務化により、55年5月1日現在のその在学者は7万2,122人と、50年の1.8倍となっており、就学義務猶予免除者は、55年には2,593人に減少している。また、小・中学校の特殊学級の学級数は2万1,061、在学者数は11万3,200人である。特殊教育を受けている義務教育段階の児童生徒数は18万1,369人で我が国の学齢児童生徒数1,699万人の約1.1%(うち特殊教育諸学校就学者は0.4%)に当たる。

第3-13図 盲・聾・養護学校の幼児・児童・生徒数の推移(国・公・私立)

第3-13図 盲・聾・養護学校の幼児・児童・生徒数の推移(国・公・私立)



また、特殊教育を必要とする児童生徒に対して適切な就学指導を行うことは極めて重要であり、この役割を担っているのは市町村及び都道府県の教育委員会である。市町村及び都道府県の教育委員会は、就学時の健康診断を実施し、また、保護者が児童生徒の生育歴、現在の心身の状態など実態を聞くとともに、就学指導委員会を設置し各方面の専門家の意見を聞くなどして、心身に障害をもつ児童生徒について、その障害の種類、程度を的確に判定し、就学指導を行っているところであるが、今後その一層の充実を図っていく必要がある。

一方、特殊教育諸学校に在学する児童生徒についても、その経験を広め、社会性を養い好ましい人間関係を育てるために、障害のない児童生徒と活動を共にし互いに理解し合うことは望ましいことである。このことは、障害のない児童生徒にとっても、心身障害児への理解を深め、人間尊重の精神を養う上で有意義なことである。このため、特殊教育諸学校に在学する児童生徒が学校の教育活動を通じて、小・中学校等の児童生徒や地域社会の人々と活動を共にする交流教育を更に一層推進する必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

1 教育

(2) 特殊教育に係る施策の振興

前述のように,54年度から養護学校教育の義務制が実施され,我が国の心身障害児に対する教育は制度的な整備が行われるとともに,その諸条件の整備が行われた。しかし,児童生徒の障害の実態は複雑多岐にわたっており,これに対応してよりきめ細かい施策を講じることが要請されている。

そこで,今後,特殊教育諸学校,特殊学級については,児童・生徒の実態に即した教育を行うため,その質的充実に重点を置きつつ,教育内容・方法の改善,教職員の質的向上,教職員定数及び学級編制の改善,施設設備の整備充実などの施策を一層推進する必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

1 教育

(3) 重度・重複障害児教育の充実

養護学校の義務化により重度・重複障害児の就学が増加し,これに伴い養護学校における重複障害学級在籍者の比率が増大している(第3-54表)。

第3-54表 重複障害学級在籍者等の推移

第3-54表 重複障害学級在籍者等の推移					
区 分	昭和50年度	53	54	55	
養護学校小・中学部児童生徒数	33,211人	40,077人	56,796人	58,701人	
うち重複障害学級在籍者	5,505	7,853	15,405	19,731	
比率	16.6%	19.6%	27.1%	33.6%	
就学義務猶予・免除者数	13,088人	9,872人	3,384人	2,593人	

文部省調べ

重度・重複障害児教育に係る施策としては,教職員の定数改善,介助職員の配置,教育課程の弾力化,重複障害教育設備,重度障害者用スクールバスの設置等がなされている。また,障害が重く,通学等が困難な児童生徒についても可能な限り義務教育の機会を提供するため,学校から教員を家庭等に派遣して指導を行う訪問教育が実施されている。

今後とも,これらの施策の充実を図るとともに教授法,教材についての研究,専門教員の養成・研修等の一層の強化を進めていく必要がある。また,重度・重複障害児は医療的管理が必要な者が多いため,医療機関と学校との連携の強化を図っていく必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

1 教育

(4) 後期中等教育等の充実

特殊教育諸学校中学部の卒業生の進路をみると,高等部等への進学率は盲学校,ろう学校については90%を超えているが,養護学校については約60%となっている。また,中学校の特殊学級の卒業生については,そのうち約40%の者が高等学校ないしは高等部に進学している。

心身障害児に係る後期中等教育は,それに至る教育の成果を更に発展拡充させ,その社会的適応力を高め,社会的自立を図る上で重要であるので,特殊教育諸学校の高等部の充実を図るとともに,高等学校等において教育することが適切な者については,その受入れのための条件整備に努める必要がある。

高等部において特に重要なものは,卒業後の社会的自立を可能とするための職業教育である。盲学校においては,視覚障害者の伝統的な職業であるあん摩,マッサージ,指圧,はり,きゅう師の養成のための保健医療科,理療科が設けられており,このほか,ピアノの調律に関する技能の習得のための学科,音楽,家政に関する専門的な知識・技能を習得させる学科等が設けられているところもある。ろう学校における職業教育は盲学校に比べ極めて広範で,産業工芸科,被服科,理容科を中心に,印刷科,機械科,家政科,美容科,クリーニング科等種々の学科が設けられている。これに対し,養護学校の職業教育は,その歴史が浅いこともあって,いまだ不十分な点が少なくなく,普通科において,農業,商業,工芸等の「コース制」をとって,職業生活や家庭生活に必要とされる基礎的な知識,技能,態度を習得させるための指導を行っているところがほとんどである。今後とも,社会の状況や生徒が進む職業等の条件に即し,生徒の障害の状態,能力,適性等に即した多様な職業教育の充実を図るとともに福祉施設等とも密接な連携のもとに,生徒の社会的適応力を高め,社会的自立を促進していかなければならない。

最後に,障害者の大学進学についてみてみよう。「大学入学者選抜実態調査」(文部省)を基に推定すると,56年度は大学には約3,500人程度,短大には600人程度の障害者が在学しているものと考えられる。49年から「大学入学者選抜実施要項」に依り,障害者の能力・適性等に応じた学部等への進学のを広げる観点から受験機会を確保するよう国公立大学に対して指導が行われてきている。更に,56年度には,同実施要項において障害者の受験に当たって,各大学が具体的にとりうべき措置の例(点字による出題,特定試験場の設定等)が示されている。各大学においても,その受入れ態勢は逐年整備されてきてはいるものの,受入れ態勢はまだ十分とは言えないので,教育の機会均等の観点から,更にその整備充実に努めていくことが必要である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

2 生活環境

障害者が地域社会の一員として,健常者と同様の自立した生活を営んでいくためには,在宅福祉対策と並んで,障害者を取り巻く生活環境を整えていくことが不可欠である。生活環境の整備としては,様々なものがありうるが最も重要なのは住宅等の建築物対策であり,また,移動交通手段の確保である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

2 生活環境

(1) 住宅対策

住宅は,家族との生活,地域社会との交流等の社会参加の場となるとともに,そこで生活することは障害者の自立性の向上にも役立つものである。しかし,障害者は収入の不安定,管理上の不安,一般の理解の不十分さ等のため,民間借家の利用を拒否されることが少なくない。また,住宅構造も障害者にとって不便な場合が多い。例えば,「昭和55年身体障害者実態調査」によれば,身体障害者の43.1%が住宅の改造を希望しており,特に,肢体不自由者は47.6%,1・2級の重度障害者は約半数と改造を希望する割合が高くなっている。

改造を希望する場所で最も多いのは「便所」で52.8%,ついで「風呂」が47.4%,「居室」が26.4%となっている。

現在,実施されている主な住宅対策は次のとおりである。

第1に,公営住宅のうち心身障害者世帯向けの特定目的公営住宅の建設に当たっては,一般向けの住宅より規模の大きなものを供給できるよう措置するとともに,障害者のための特別な設計・設備に対する補助を行っている。建設戸数の実績は第3-55表のとおりである。

第3-55表 心身障害者世帯向公営住宅建設戸数

第3-55表 心身障害者世帯向公営住宅建設戸数						
年 度	昭和51年度	52	53	54	55	56
建設戸数	617戸	656戸	603戸	513戸 (見込)	502戸 (見込)	562戸 (計画)
建設省住宅局調べ						

また,55年に公営住宅法が改正されたことにより,一定の身体障害者については,单身者でも公営住宅に入居できることとなっている。

第2に,住宅金融公庫の融資について,心身障害者同居世帯に対し,大型の住宅(120~150m²)であっても,低金利で適用されるとともに,融資限度額の割増しが行われている。また,年金福祉事業団の被保険者住宅資金貸付においても,心身障害者同居世帯に対する割増貸付が行われている。

第3に,53年から年金積立金還元融資により障害者又は障害者と同居する世帯に対し,障害者の居住環境を改善するため,その専用居室等を増改築又は改造するために必要な経費の貸付けを行っている。

第4に,住宅・都市整備公団の賃貸住宅への入居について,一般の申込者より当選率を高くする優遇措置が講じられており,入居に当たっては,1階又はエレベーター停止階の住宅があつて旋されている。また,56年度からは,分譲住宅についても同様の措置が講じられている。

今後とも,障害者の特性を十分理解し,障害者の自立性をも考慮しながら,これらの施策を一層推進していく

必要がある。また,日常生活用具等の福祉機器についても住宅との関連を十分考慮していかなければならない。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

2 生活環境

(2) 移動交通手段等の確保

障害者には,様々な障害のために外出することにはかなりの困難が伴い,外出が制約されることがある。「身体障害者実態調査」によれば,身体障害者全体では「ほぼ毎日」外出するものが44%となっているが,「年に数回」,「全く外出しない」は,共に11%で両者を合わせると,1年中ほとんど外出しない者が2割以上いることになる。

外出する上で困ること,あるいは外出しない理由としては,「車などに危険を感じる」が27%と最も多く,次いで「道路や駅に階段が多い」22%,「人と話をすることが困難」11%,「介助者がいない」11%等が高い割合を占めている。視覚障害者の場合は約2分の1が「車などに危険を感じる」を挙げ,聴覚障害者では4割強が「人と話をすることが困難」を挙げている。

こうした障害者の外出にあたっての困難な面を解消し,いつでも気軽に外出ができるように移動交通手段の整備や公共建築物等の改良が進められていかねばならない。

ア 公共建築物等

現在,公共職業安定所,郵便局舎等の官庁建物の新築改築に当たっては,玄関扉の自動化及びスロープ化による段差の解消,障害者用便所の設置が行われている。今後は,福祉事務所等直接関連を有する施設や市役所,保健所等日常生活と密接な関連を有する施設のみならず,文化施設,レクリエーション施設についても配慮を加えていかなければならない。

また,デパート,ホテル等広く一般に利用される民間の建築物についても,モデル的な設計に関する標準を作成し,これを公表する等,施設の利用状況等に応じて障害者の利用を考慮した措置がなされるよう国民各層の理解と協力を求め,その実施を促進していく必要がある。

イ 道路及び交通安全施設

道路は,人間の移動にとって最も基本的な施設であり,そこを安全に通行できることは,障害者の社会参加にとって最低の条件である。

現在,道路について講じられている施策としては,歩道の段差の切下げ,視覚障害者用の誘導ブロックや信号装置の設置,斜路式立体横断施設の設置等があるが,今後とも,これらの施策を進めるとともに,誘導ブロックの型,配置等を統一していく必要がある。

また,自動車は障害者の移動の自由を確保するうえで大きな役割を果たすものであるが,「昭和55年身体障害者実態調査」によれば,全身体障害者の16.3%が自動車の運転免許証を所持しており,所持していない身体障害者の7.3%が免許証の取得を希望している。障害者の自動車利用を容易にするための施策として,自動車そのものの改造に要する費用の助成のほか,自動車教習所における訓練費用の補助,下肢等の不自由な者が自ら運転する自家用車についての有料道路の通行料金の割引,歩行困難な身体障害者の使用する車両

についての駐車禁止の除外標章の交付措置,障害者の利用する自動車の駐車スペースの確保等が行われているが,今後とも,これらの施策の充実に努めていかなければならない。

ウ 公共交通機関

障害者の移動の自由を確保するため,道路と並んで公共交通機関を障害者の利用しやすいものにするには重要である。

現在,国鉄においては,視覚障害者のための誘導ブロック・点字運賃表,誘導チャイム,放送設備,車いす利用者のための手洗所の改良,改札口の拡幅,新幹線の専用座席等,駅,車両等の設備改善が逐次進められてきており,また,東京,大阪等の都市部での身体障害者の優先席(シルバーシート)の設置,盲導犬の随伴の認容がなされている。また,民鉄においても国鉄とほぼ同様の措置が講じられてきているところである。しかし,今後とも,障害者の移動の自由を確保するため,障害者のための施設の最寄駅等障害者の利用が比較的多い駅を中心として,所要の施策を推進していく必要がある。

乗合バスの利用については,誰でも円滑にバスに乗り込めるよう低床,広ドア車両の普及が図られているほか,車いす利用者,盲導犬を連れた視覚障害者の乗車が安全かつ円滑に行われるようにするための基準が,53年に設けられている。

今後ともこれらの普及に努めるとともに,一般乗客を含む国民全体が,障害者の乗合バスの利用に十分なり会と協力を行っていく必要がある。

障害者のタクシー利用については,地域の福祉対策の一環として,地方公共団体等が主体となって運賃の一部補助(いわゆる福祉タクシー),身体障害者専用車両の運行を行っている。コストの問題等を克服しつつ,今後とも,これらの施策の充実に努めていかなければならない。

このほか,都市部の公共交通機関は地下鉄をはじめとして高低のある移動を必要とする場合が多いので,垂直移動に対する配慮をしていくとともに,国民一人一人が,気軽に障害者の手助をすることができるような精神的風土を醸成していくことが重要である。

以上の施策のほか,現在国鉄において身体障害者が単独で,また,重度の身体障害者が介護者とともに乗車する場合,普通旅客運賃及び定期旅客運賃並びに急行料金を各々50%割引く等の運賃割引制度がある。

その他,身体障害者を多数雇用する事業所,身体障害者更生援護施設等に対して,不動産取得税,固定資産税,事業所税等の非課税又は軽減措置がとられている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

3 税制上の特別措置

社会生活上種々のハンディキャップを負っている障害者の生活を経済的な面から保障するため,所得保障と並んで税制上いくつかの特別措置が講じられている(第3-56表)。今後とも,健常者との均衡等を考慮しながら,施策の推進を図っていく必要がある。

第3-56表 障害者に関する税制上の特別措置

第3-56表 障害者に関する税制上の特別措置

種 類	内 容	金 額	備 考
所得税	障害者控除(本人又は配偶者, 扶養親族(3~6級)が障害者の場合) 特別障害者控除(上記の障害者が1・2級の重度である場合)	所得控除 23万円 所得控除 31万円	
住民税	障害者控除(3~6級) 特別障害者控除(1・2級) 前年度所得が80万円以下の障害者	所得控除 21万円 所得控除 23万円 非課税	
事業税	重度の視力障害者(失明者又は両眼の視力0.06以下の者)が行う, あん摩・はり等医業に類する事業	非課税	
物品税	身体障害者又は身体障害者と生計を一にするものが運転し, 専ら当該身体障害者の用に供する小型普通乗用自動車等 身体障害者の用に供されるものとして特殊な性状等を有する乗用兼用貨物自動車等 盲人用に供する時計, テープレコーダー	免 税 非課税 非課税	障害の程度が一定以上であること
自動車税 軽自動車税	身体障害者又は身体障害者と生計を一にするものが運転し, 専ら当該身体障害者の用に供する自動車等 構造上身体障害者等の利用に専ら供するためのものと認められる自動車等	免 除 免 除	障害の程度が一定以上であること
自動車取得税	自動車, 軽自動車税と同一要件構造上身体障害者等の利用に供するためのものと認められる自動車等 専ら身体障害者等が運転するための構造変更がなされた自動車等で営業用のもの	免 除 減 免 減 免	障害の程度が一定以上であること
相続税	身体障害者が相続により財産を取得した場合	70歳に達するまでの1年につき3万円(重度障害者については6万円)を乗じた金額を控除	障害程度等級6級以上の者
贈与税	特別障害者を受託者とする信託契約に基づき金銭等の財産が信託された場合	非課税 (限度額3,000万円)	
関 税	身体障害者用に製作された器具等を輸入する場合	免 税	

その他, 身体障害者を多数雇用する事業所, 身体障害者更生援護施設等に対して, 不動産取得税, 固定資産税, 事業所税等の非課税又は軽減措置がとられている。

厚生省社会局調べ

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

4 国際交流の推進

我が国が国際社会の一員として発展を続けるためには,種々の分野において国際協調を進め,国際機関を通じ,あるいは国家間の交流により国際協力を行っていく必要があるが,障害者対策の分野もその例外ではない。特に,欧米先進諸国との学術交流や,開発途上国に対する技術協力は大きいとその発展が期待されている。

学術交流の分野では,54年10月に厚生省の主催により世界の指導的研究者が一堂に会して心身障害発生予防のための周産期・特定疾患治療研究集会が開催され,また,56年9月には,厚生省,社団法人日本精神薄弱者福祉連盟及び日本小児神経学会の主催で世界的に著名な各国の専門家をまじえて心身障害児(者)療育国際シンポジウムが開催されている。このほか,国際リハビリテーション交流セミナー等様々な交流活動が行われている。

開発途上国に対する技術協力としては,55年度から,東南アジア等の8か国の精神薄弱者福祉関係職員を対象に,国際協力事業団の実施する政府ベース技術協力の一環として,社団法人日本精神薄弱者福祉連盟が受入れ機関となり,6か月間の精神薄弱集団訓練コースが実施され,また,56年8月から10月にかけてタイ,マレーシア等アジア地域の義肢装具製作技術者10名に対する技術研修が,国際協力事業団により実施されている。民間においても,国際リハビリテーション協会により,西太平洋東南アジア地域のリハビリテーション専門家の参加する汎太平洋リハビリテーション会議が4年ごとに開催されるなど,活発な事業が行われている。

障害者自身の国際交流を推進するため,1952年から2年おきに障害者の国際スポーツ競技会(パラリンピック)が開催され,我が国も1962年(昭和37年)の大会から参加している。また,56年10月には障害者が旋盤,洋裁などの職業技能を競う国際身体障害者技能競技大会(アビリンピック)が我が国で開催された。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

5 国民の理解の促進

(1) 国民の障害者に対する認識

障害者が社会の一員として健常者と同様に生活していくには,障害者の自立性,公的な施策と並んで,国民一般が社会連帯の精神に基づき障害者について十分な理解を持ち,互いに支え合い,助け合っていくという考えに立つことが不可欠である。国民の障害者に対する認識を総理府「社会福祉に関する世論調査(55年)」によってみよう。

これによれば,身近に障害者がいる場合,「なんとかしてあげたい」と思う者が全体の4分の3を超え,高い割合を示しているが,実際に障害者に対して手助けをした経験のある者の割合は約4分の1で意識と実行とに大きな格差が見られる。このような格差の理由としては,「手助けをするような場面にあつたことがないため」とする者が約8割と圧倒的に多く,「手助けのしかたがわからなかったため」とする者も1割いる。このことは,障害者の社会参加が遅れていることを物語っているともいえようが,障害者が困っているのかわからないために,手助けの必要性を認識できなかった場合も多いのではないと思われる。

以上のように,我が国の国民の障害者に対する全般的な意識は,まだ十分に具体的なものになっておらず,障害者がどういう場合に困っているのか,どのように手助けをしたらよいのか等,それを実行に移すために必要な理解・知識に欠けているといわざるを得ないであろう。こうしたことが「心身障害児(者)調査」にも表れているように,障害者の側からみると,一般の人の意識が低いという意見が出てくる一因ともなっている。

障害者に対する社会一般の態度について「理解を示している」と思う者と「そうは思わない」と思う者とを比較してみると,3年前の同様の調査に比べて前者の割合は25%から39%へと大幅に高まっているものの,依然として前者の割合が後者の割合を下回っているように,国民自身も障害者に対する社会一般の理解の不足を認めており,国民全般の障害者に対する理解・知識を更に深めていくことが必要である(第3-57表)。以下では,そのための具体的施策について述べていくこととする。

第3-57表 障害者に対する社会一般の態度

調査年月	理解を示している	そうは思わない	わからない	計
昭和55年1月	39%	48%	13%	100%
52 3	25	56	19	100

資料：総理府「社会福祉に関する世論調査(52年, 55年)」

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

5 国民の理解の促進

(2) 広報活動

毎年4月が身体障害者福祉強化月間に定められ,更生援護功労者に対する表彰・障害者福祉対策についての広報等が実施されている。また,毎年9月は,精神薄弱者愛護月間であり,かつ,心身障害者雇用促進運動の実施期間とされており,11月には,手足の不自由な子供を育てる運動が展開されるなど,障害者の福祉の増進を図る広報活動が定期的に行われている。

更に,身体障害者スポーツ大会は障害者と健常者との相互交流と理解を深める場となっている。今後ともこれらの施策の一層の充実を図るとともに,啓もう映画の製作,障害者に関するパンフレットの作成等様々なメディアを通じて積極的な広報活動を行っていく必要がある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

5 国民の理解の促進

(3) 学校教育における配慮

小・中学校においては,主として道徳の領域で生命の尊重や人間愛の心を培う指導を行っており,障害者について,理解を深めるようにしている。また,交流教育は,障害児,健常児の相互理解を進めるうえで大きな役割を果たしている。

今後は,生命の尊重や人間愛の大切さなどについて各教育委員会等を通じて指導を徹底するとともに,交流教育の一層の推進を図り,心身障害児理解推進校の指定,心身障害児理解のための教師用指導資料の作成配布などの理解推進事業を更に進めていく必要がある。また,一部の地方公共団体で行われているように福祉に関する副読本作り,社会福祉協力校の設定等を実施していくことも有意義であろう。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第7節 教育,生活環境等の施策

5 国民の理解の促進

(4) 民間諸活動の展開

障害者に対する福祉を地域社会に根づかせる上でボランティア活動の果たす役割は大きい。48年度からは都道府県,指定都市,50年度からは市町村のボランティア活動に対し助成を行い,52年度からは全国社会福祉協議会の設置する全国ボランティア活動振興センターに対し運営費の補助等を行って,民間活動の自発性が損なわれないように配慮しつつ,ボランティア活動の振興が図られている。余暇時間の増大や国民の意識の変化とともにボランティア活動の発展が期待される。このため,都道府県,市町村の社会福祉協議会の機能を十分に活用する等,国,地方公共団体と民間団体との密接な協力,連携を行っていく必要がある。

また,障害者の福祉の向上を図るうえで,社会福祉法人全国社会福祉協議会等民間福祉関係諸団体の果たしてきた役割も大きく,今後ともその活発な活動が期待されるところである。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

障害者の完全参加と平等を目指すという国際障害者年の理念は、欧米諸国の長い障害者対策の歴史の中ではぐくまれてきた。これらの国々の障害者対策は、おおむね第1次世界大戦後の傷い軍人対策に始まり、第2次世界大戦後に、障害者一般の対策へと拡大されてきたといわれる。しかし、当時の対策はその目標を職業復帰においたので、施策の主要な対象となったのは比較的軽度の障害者であった。

職業的リハビリテーションを中心とする従来の施策がある程度成功し、また、障害の重度化も進んだため、雇用困難な重度障害者に対する対策が次の課題となった。社会参加が困難で施設に収容されてきた障害者を社会へ統合していくべきとするノーマライゼーションやインテグレーションの思想が徐々に、各国で主張されるようになり、1970年代に入ると、欧米諸国では重度障害者対策を強化し、社会参加を推し進めようとする立法措置や行政措置が相次いで実施されていった。

このように、欧米諸国の障害者対策の大きな流れは一致しているが、それを実現するための制度や施策については、歴史的背景やおかれている状況等が異なるため国によって特徴があり、これらを見ることは、我が国の今後の障害者対策の在り方を考える上で示唆に富むものと思われる。以下、イギリス、フランス、西ドイツ、スウェーデン、アメリカという代表的な5か国において行われている障害者に対する基本的施策を概観するとともに、併せて最近の動向を紹介することとする。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

1 イギリス

(1) 医療保障

イギリスの医療は、国民保健サービス(National Health Service,以下NHSと略す。)と呼ばれている国営制度によって、予防からリハビリテーションまでを包括した医療サービスが、全住民に対して公費で支給されている。障害者に対する治療、医学的なリハビリテーションも、このNHS体系の中で、専門病院、リハビリテーションセンターを中心に行われている。

また、障害者の在宅ケアにおいて、NHSが無料で実施する保健訪問(Health Visitor)、訪問看護(Home Nurse)は、地方自治体の実施するホームヘルパーの派遣、給食サービスと並んで重要な役割を果たしている。

更に、車いす、補装具等もNHSから支給され、また、重度精神障害者施設は、医療施設としてNHSによって運営されているものもある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

1 イギリス

(2) 福祉サービス

イギリスにおける老人、障害者等への福祉サービスは、地方自治体の社会サービス部が全般的責任を負い、総合的に施策を実施している。前述のホームヘルプ、給食、移動サービスは、在宅障害者に対する重要な援助となっている。

また、これらのサービスを含めて、1970年制定の慢性病者及び障害者法は、地方自治体をはじめとする各種機関のとるべき障害者対策を広範に規定している。ハードな面では、住宅改造、設備改善指導・補助、障害者向公営住宅の建設、また、学校、公衆便所をはじめとする公共施設が障害者の利用しやすい構造にされるべきこと、更に、テレビ、ラジオ、電話等の通信手段の確保を規定し、ソフトな面では、住宅、年金、労働災害、雇用等の各種諮問委員会への障害者の登用を定め、政策形成過程での参画に配慮するなど、その基調は障害者のあらゆる場面での社会参加の促進である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

1 イギリス

(3) 所得保障

障害者の所得保障の中核をなすのは、国民保険制度による拠出制の障害年金である。6か月の拠出を要件とし、年金額は週27.15ポンド(約1万4,300円、以下支給額は1980年11月改定時のもの)で、老齢年金額と同額である。なお、配偶者と子に支給がある。

障害者に対する手当としては、1971年に重度障害者に対する付添手当(障害の程度により、週21.65ポンド(約1万1,400円)と14.45ポンド(約7,600円)の2段階)、1976年に重度障害者の介護に従事することによって稼働できない男子及び未婚女子に対する障害者介護手当(週16.3ポンド(約8,600円))及び歩行不能の障害者でドライバーでない者に対する移動手当(週14.5ポンド(約7,600円))がそれぞれ創設されている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

1 イギリス

(4) 雇用保障

障害者の雇用対策は、雇用リハビリテーションセンターにおける職業判定、職業前訓練にはじまり、就業を希望するものに対しては、全国の職業安定所に配置された障害者雇用担当官(DRO)が、障害者の就労全般にわたって、相談・指導、就職あっ旋等を行うことになる。

一般企業への就労対策としては、従業員20人以上の企業を対象として3%の障害者雇用率が設定されているが、一般雇用情勢の悪化や障害の重度化傾向もあって最近の達成率は2分の1以下とはかばかしくない。

一般の労働市場になじまない障害者は、広範な保護雇用制度¹⁾の対象となる。このうち比較的軽度のものを対象とするのがレンプロイ公社と呼ばれる保護工場であり、87工場で8,300人(1973年現在)が就業している。レンプロイ公社は、ほぼ独立採算ベースで運営されており、国庫からの補助は全経費の5分の1程度である。障害がより重度なものは保護事業所や生きがい保障的な作業、工芸等を行うデイセンターの対象となる。

(注)

1)第3章第6節の2参照

また、イギリスでは障害者の専用職種として、駐車場整理係、電話交換手、手動エレベーター係を指定している。この指定職種の拡大については、障害者への差別意識を助長する結果にもなりかねないとして、障害者の雇用拡大の推進は、前述の雇用制度の運営改善によるべきとの意見が強いようである。

第3-58表 割当雇用制度をとる各国(英・仏・西独・日本)の障害者雇用対策比較

第3-58表 割当雇用制度をとる各国(英・仏・西独・日本)の障害者雇用対策比較

	イギリス	フランス	西ドイツ	日本
(1) 雇用率	3%	3%	6%	一般民間企業 1.5%
(2) 対象企業	従業員20人以上	従業員10人以上	従業員16人以上	従業員67人以上
(3) 対象者	労働能力が減退した障害者で任意登録した者	法適用を希望するすべての障害者	所得能力が50%以上減退した重度障害者	身体障害者
(4) 納付金	—	最低賃金×3×不足人数×日数	1ポスト1か月100マルク	月当たり1人3万円
(5) 裁判所による罰金	悪質なものに1か月50~100ポンド	—	故意に雇用拒否したものに5,000マルク以下	—
(6) 指導官等	全国職安に障害者雇用担当官(DRO)	—	監視, 苦情処理にあたる相談員を企業が任用	全国職安に就職促進指導官(心身障害者担当)
(7) 職種指定	駐車場係, 手動エレベーター係, 電話交換手	—	—	—
(8) 保護雇用	レンブロイ公社, 保護雇用事業所, ディセンター	保護工場, 在宅作業供給センター, 労働援護センター	障害者専用工場 ワークショップ	—

資料: 身体障害者雇用促進協会「海外障害者雇用事情」, 「身体障害者雇用ハンドブック」

(注)

1)雇用する労働者総数に対して一定の比率を設けて,障害者の雇用を義務づけ,不履行には罰金か納付金を徴集して強制する制度

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

2 フランス

(1) 障害者福祉基本法

1975年に制定された「障害者福祉基本法」(以下「基本法」という。)は、その第1条において、「障害の予防及び集団検診並びに身体、感覚又は精神に係る障害児及び成人障害者に対する治療、教育、職業訓練、職業指導、雇用、最低限の所得保障、社会生活への統合及びスポーツとレジャーの機会の提供こそは、全国民の負うべき責務に属する。」と定めるように、細分化、複雑化した既存の障害者対策全般を、多数の法令の改正、補正という形式によって、統合化しようとする意欲的な内容をもつ法律である。その構成は、総則、障害児対策に関する第2章、所得保障に関する第3・4章、住宅、公共施設、交通対策など「障害者の社会生活を助長するための規定」を定めた第5章、そして雑則、経過規定となっており、基本法の関係省庁は7以上、必要な施行令は50以上にのぼるといわれている。

以下、基本法の体系に沿いながら、フランスの障害者対策の概要をみることにする。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

2 フランス

(2) 障害児対策

基本法は、障害児の教育義務を明示するとともに、通常の教育を受けられない場合には、その必要に応じた特殊教育を受ける権利をもつ旨規定している。

その内容は、初・中・高等教育機関を通じて、障害児の教育は国の負担によりすべて無償とすること、疾病保険、あるいは医療扶助により特殊教育に係る寄宿費及び治療費用を支給すること等である。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

2 フランス

(3) 雇用保障

基本法は、県段階の組織として、COTOREP(職業指導及び職業再配置専門委員会)の設置を定めており、この機関が、就労を希望する障害者の能力認定、進路指導、援助、更には関係機関との調整等を行うことになっている。

従業員10人以上の企業は、3%以上の障害者を雇用する義務を負うが、保護雇用機関との製品購入、下請、役務利用の契約によって、この義務は2%まで免除される。また、障害者雇用のために必要な機械、設備の整備に対しては、80%まで援助が与えられている。

一般企業への就業が困難な障害者を対象とする保護雇用機関としては、残存労働能力が3分の1以上あるものを対象とする保護工場と在宅作業供給センター、そして重度障害者を対象として、職業活動とともに医療、社会、教育面での援助を与える社会福祉的色彩の濃い労働援護センターがある。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

2 フランス

(4) 所得保障

フランスの生産年齢(16~60歳)の障害者は約120万人といわれており,そのうち,保護雇用も含めて60万人が就労しており,残りのうち30万人も就労可能であり,就労不能は30万人とみなされている。

態様の如何を問わず,職業活動を営むすべての障害者に対する所得の保障について,フランスにおいては,SMIC(スライド制法定最低賃金1981年6月現在,時給16.72フラン(約670円))が大きな役割を果たしているのが特徴である。一般企業で働く障害者は,同一企業・同一業務に従事する健常者と同一賃金が保障されているが,その最低額がSMICである。保護雇用機関においては,SMICに準拠し当該障害者の生産性比率に応じた賃金が支払われ,その額がSMICの90%(保護工場及び在宅作業供給センター)あるいは70%(労働援護センター)以下である場合には,差額が報酬補完全として支給されている。

拋出制障害年金は,60歳未満で,所得能力を3分の2以上喪失し,一定の加入要件を満たした者に対して給付される。その給付水準は有償で働くことができる場合には過去10年間の平均賃金の30%,労働能力を全部喪失し,有償で働くことができない場合には50%となっている。妻,子に対する加給はないが,常時の介護を必要とする労働能力全部喪失者に対しては40%の介護加算がある。

次に手当制度に言及すると,成人の障害者に対する手当としては,恒久的な廃失度が80%以上の成人に対し支給される成人障害者手当がある。更に,同様の障害をもち,日常生活において第三者の介護を必要とするものには補償手当が支給されている。成人障害者手当は定額であるが,補償手当は各人が必要とする介護の性質等によって一律ではない。

なお,障害者に対する医学的治療・リハビリテーション,補装具等は疾病保険から支給されるが,障害年金や成人障害者手当の受給者は,強制的に疾病保険の被保険者となり,各種給付の自己負担分が免除になるほか,手当受給者の場合,保険料も免除となっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

3 西ドイツ

(1) リハビリテーション給付

他の国々と同じように、戦争犠牲者の職業リハビリテーションから出発した西ドイツのリハビリテーションは、1970年に連邦政府が発表した「障害者のリハビリテーション促進のための連邦政府活動計画」を契機として大きな発展をとげている。

リハビリテーションは、年金保険をはじめとして疾病保険、労働災害保険、公的扶助、戦争犠牲者援護、重度障害者法に基づく雇用促進制度など様々な制度の給付対象となっている。年金保険による現在のリハビリテーション給付が開始されたのは1957年であるが、稼得能力の維持・回復の見込みがある者には年金を支給する前に、原則として、まず、リハビリテーションを実施し、その間は職業訓練手当が支給される。また、1974年に制定された重度障害者法は、それまで、職業生活上の損傷者、戦傷病者のみを対象として実施されていた職業リハビリテーションを中心とした各種援助策を、障害の種類と原因にかかわらずすべての重度障害者に拡大した重要な法律である。

以上のように、各種制度によって、リハビリテーションはリハビリテーション専門病院をはじめ、職業リハビリテーション施設、青少年職業訓練施設、医学的リハビリテーション及び職業準備のためのセンターを通じて広範に供給されている。しかし、その給付内容には、法的規定の違いによって大きな差が存在していたし、また、一人の障害者への給付をどの機関が実施するかあいまいなケースもあった。このような事態に対して、1975年に制定されたのが「リハビリテーションの給付の均等化に関する法律」である。同法は、各種リハビリテーション給付(現物給付及び手当)枠と実施手続の統一化を図るほか、障害者は単一の機関から包括的給付が受けられるべきだとする「リハビリテーション担当機関の単一性の原則」も打ち出している。西ドイツのリハビリテーションは、量的拡大のみの時期から調整、再編成の時期に入ってきている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

3 西ドイツ

(2) 所得保障

障害者の所得保障の中心となる障害年金は、所得能力の2分の1以上の喪失と5年以上の抛出を要件として支給されている。支給額は障害の程度に応じて老齢年金と同額(所得能力完全喪失の場合)又は老齢年金の3分の2(所得能力2分の1喪失の場合)である。

なお、老齢年金の支給額は、全被用者の平均賃金から算定される基本額と平均賃金に対する個人の賃金の割合(年金ポイント)を用いて算定され、加入年数に比例する仕組みになっており、子に対する加給がある。

障害者に対する所得保障としては、ほかに社会扶助法による生活扶助があり、障害者である対象者に対しては30%の特別需要加算がなされている。西ドイツの社会扶助法は金銭給付中心の生活扶助のほかに、人的援助サービスを中心とした特別な生活状態における扶助(特別扶助)を多数規定している。障害者に関するものとしては、社会復帰扶助、盲人扶助、介護扶助等があり、リハビリテーション、補装具、介護手当の支給、ヘルパーの派遣、住宅あっ旋等が行われている。特別扶助には一定の所得制限があるが、これを超える場合にも費用負担することによってサービスを受けることができる。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

3 西ドイツ

(3) 雇用保障

障害者の一般事業所への就労対策として、従業員16人以上の規模の企業及び公共団体に対して、6%の障害者雇用率が設定されている。対象となる障害者は、所得能力を50%以上喪失した重度障害者であり、30～50%の所得能力喪失者はこれに準ずる取扱いがなされている。雇用率が未達成の場合、企業は、1か月間で不足人数×100マルク(約1万2,500円)の納付金を課せられる一方、障害者雇用促進に当たっては、各種奨励金、補助金の交付を受けることができる。

また、障害者雇用に関する監視、苦情処理業務に従事する相談員を各企業内に置くことになっており、更に、障害者の解雇については、中央扶助事務所の認可が必要となっている。

一般事業所への就労が適さない障害者を対象とする保護雇用機関としては、障害者専用工場と重度障害者のためのワークショップ¹⁾がある。

(注)

1)一般の労働市場で働くことが困難な重度障害者のために、適職を用意し、働く機会を提供する施設

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

4 スウェーデン

(1) 障害者福祉の理念

障害者対策のみならず、社会福祉一般の基本理念として広く普及してきたノーマライゼーション²⁾(normalization)とインテグレーション²⁾(integration)の思想はスウェーデン等の北欧諸国から発生してきたといわれている。

障害者も一般の社会の中で社会の一員として可能な限り生活できるようにすることを目的として、物的・社会的条件の整備を推進しており、在宅対策を極めて重視している。

また、スウェーデンにおいては、障害者が存在するのが通常の世界であるならば、障害者福祉を単一の専門機関によって実現しようとするのは、非現実的かつ差別的であり、障害者福祉の視点が教育、雇用、住宅対策をはじめとする多様な社会政策の中に組み込まれること(インテグレーション)こそ必要であるとの認識に立って政策が実施されている。このため、障害者福祉の推進に当たっては、多くの関係機関、プログラム相互の調整が重要な課題となっている。

(注)

2)序章第3節の3参照

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

4 スウェーデン

(2) 福祉サービスと生活環境の整備

ホームヘルパーの派遣,住宅対策,交通サービスはコミューンと呼ばれる地方自治体(我が国の市町村に相当)が実施している。

ホームヘルパーの派遣は,在宅福祉の中核であるが,その料金は,本人の所得によって,また,各コミューンによって異なっている。毎年・コミューン連合会が料金のガイドラインを示しているが,各コミューンにおける実際上の料金は一時間当たり平均20クローネ(約1,070円)前後である。

住宅対策としては,住宅手当の支給,居室やエレベーターなどの住宅改造に要する費用の補助,そして,都市部を中心として一部のコミューンが設置しているフォーカスフラット(フォーカスアパート)がある。フォーカスフラットとは身体障害者専用のアパートで,内部の構造が身体障害者の居住・移動に適するように工夫してあるが,外観は一般のアパートと同様で,市街地に点在している。フォーカスフラットは,1967年設置当初はフォーカス協会という民間公益団体が運営していたが,1974年以降はコミューンに移管され,建物はコミューンの所有となり,障害者に賃貸されている。

フォーカスフラットの入居対象者は,基本的な日常生活はある程度自立しているが,人的サービスも必要とする中程度の障害者であり,自宅生活の可能な軽度障害者と病院や長期療養施設に収容が必要な重度障害者は除外されている。なお,スウェーデンは,イギリス同様公営医療制度をとっており,病院や重度障害者の収容施設の運営は県があたっている。

交通サービスとしては,小型リフトバスの運行とタクシー利用に対する補助がある。前者は一般のバスや地下鉄と同じ料金である。ただし,定期券の金額相当額を超えた分については無料となる。後者は1回につき5クローナ(約270円)の補助となっている(実際は1枚5クローナのタクシー用切符が支給される。)

生活環境の整備という面では,1966年に施行されその後1971年に改正された建築法が,すべての公共施設は老人・障害者等が利用可能なように設計されるよう義務づけている。官公庁をはじめ,交通機関,一般商店等においてエレベーターの設置,段差の解消,出入口の幅の拡大や自動化などきめ細かな対策がとられている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

4 スウェーデン

(3) 所得保障

16歳以上65歳未満の障害者に対する所得保障は、一律給付の国民年金制度(AFP)における障害年金が中心となっている。

AFPの障害年金は、労働能力が2分の1以上失われた場合に支給される。支給額は、労働能力が6分の1以下となった場合には、老齢年金額と同じ額(1980年10月現在単身の場合1,275クローナ(約6万8,300円))であるが、その他の場合には、労働能力の喪失度に応じてその3分の2又は2分の1が支給される。また、16歳未満の子供がいる場合には、1人当り基本額(1980年10月現在月額1,342クローナ(約71,900円))の25%の児童加算がある。

また、手当制度としては、常時介護を要する16歳以上65歳未満の障害者に対しては、障害年金の資格とは無関係に基本額の30～60%に当たる障害者手当が支給され、16歳未満の重度障害児で長期の特別な介護を必要とする児童を看護する両親に対しては特別児童扶養手当が支給されている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

4 スウェーデン

(4) 雇用保障

スウェーデンにおいては、障害者の割当て雇用制度はとられていないが、障害者の技能習得のために職業訓練手当の支給をはじめ、各種の経済援助がなされている。また、企業が障害者雇用のため行う職場環境の整備等に対しても財政援助がなされるほか、賃金の一定割合も補助されている。

障害者の雇用促進の中心機関は、全国の職業安定所であるが、従業員50人以上の事業所には、企業、労働組合、職業安定所の各代表によって構成される三者委員会が設置され、障害者雇用の調整にあたっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

5 アメリカ

(1) 福祉サービス

アメリカの障害者対策は、1935年の社会保障法制定以降施策の拡充がなされてきたが、その中心は職業リハビリテーションであり、最終的な目標が障害者の就業ということにあったため、対象となる障害者の範囲も限定されたものであった。障害の重度化の進行は、職業リハビリテーションを中心とした従来の対策の再検討を必要とさせ、また、60年代以降の公民権運動、消費者運動を背景とした障害者の運動もあって、1973年のリハビリテーション法が生まれたのである。

リハビリテーション法は、従来の職業リハビリテーションの成果を引き継ぐとともに、社会リハビリテーションの概念も取り入れ、発達障害者の自立生活のための包括的援助を新たに規定している。自立生活援助のプログラムとしては、相談、住宅、就労援助、交通、介護、治療、医学的リハビリテーションをはじめ多様なものが含まれているが、その地域における第一線の実施機関は、自立生活相談センターという民間障害者団体が政府の補助金を受けて運営する組織であるということが大きな特徴となっている。

更に、1977年に米国厚生省は、リハビリテーション法504条の施行令として、同省を通じて連邦の財政援助、給付を受けるすべての機関、プログラムにおいて、障害を理由とする差別を原則的に禁止する連邦規則を、公布、施行した。

この規則は、教育・雇用における差別の禁止のほか、公共施設が障害者の利用に適する構造にされるべきこと、学校・病院や、社会福祉関係施設における手話通訳・点字書物の完備等について規定している。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

5 アメリカ

(2) 所得・医療保障

アメリカにおける老人・障害者に対する所得保障と医療保障の中心となるのが、OASDHI(老齢・遺族・障害・健康保険,Old-Age,Survivors,Disability and Health Insurance)であり,同制度は年金部門と医療部門に大別できる。

OASDHIの障害年金は,一定の拠出要件を満たし所得能力を喪失した障害者に,老齢年金の年金額と同額が支給され,62歳以上の配偶者と18歳未満の子それぞれに年金額の50%の加給がある。

このほか,生活困窮状態にある障害者に対しては,SSI(補足的所得保障制度)という公的扶助の給付があり,この一定額の連邦の扶助に上乗せ給付を行っている州もある。

障害者の医療は,メディケアと呼ばれるOASDHIの医療部門とメディケイド(MA)と呼ばれる公的医療扶助によって保障されている。メディケアは65歳以上の老人と障害者などを対象としており,HI(入院保険)とSMI(補足的医療保険)の2部門からなる。HIは,強制加入で入院給付を行っており,SMIは,任意加入で入院以外の内・外科医サービス,検査・補装具等の給付を行っている。両者とも一定の一部負担がある。

なお,日常的なケアを中心とする長期療養施設であるナーシングホームもメディケア,メディケイドの給付対象となっている。

総論

第3章 障害者対策の現状と課題

第8節 欧米諸国の障害者対策

5 アメリカ

(3) 雇用保障

アメリカには、障害者の雇用保障について雇用率制度はないが、連邦政府と2,590ドル(約52万5,000円)以上の契約を結ぶすべての企業(全米企業の約2分の1)は、資格ある障害者の雇用について積極的な取組み(affirmative action)を行うよう義務づけられている。資格ある障害者とは、特定の職務を妥当な配慮のもとで遂行する能力をもつ者であり、積極的な取組みとは、障害者であることを理由とする差別の禁止とその旨の掲示、労組への周知である。また、義務違反があった場合には、労働省から改善命令が出され、これに従わない場合には、連邦政府との契約キャンセルや支払停止という処分がなされるなど、制度の仕組みはアメリカ独特のものとなっている。

一般事業所への就労が困難な障害者に対する保護雇用機関としては、シェルタード・ワークショップがあるが、その多くは、民間非営利団体によって運営されている。その他、障害者に対する各種のサービスにおいても、アメリカにおいては、民間団体の果たす役割が極めて大きい。

第3-59表 各国の障害年金制度

第3-59表 各国の障害年金制度

国名(制度名)	西ドイツ(労働者年金・職員年金)	フランス(一般制度)	スウェーデン(国民保険)	イギリス(国民保険)	アメリカ(老齢遺族障害保険)
受給要件	5年	1年かつ直前1年間に一定期間の就労	なし(16~65歳)	26週の拠出(傷病手当金の支給要件)	22歳以降の四半期数の1/4の適用かつ障害前10年中5年の適用
障害者の程度	所得能力1/2以上喪失	所得能力2/3以上喪失	労働能力1/2以上喪失	労働能力喪失	所得能力喪失
年金額	1/2喪失……老齢年金の2/3 全部喪失……老齢年金と同額 (55歳前に障害者となった場合は55歳までの年数を計算に入れる)	一部喪失……従前所得の30% 全部喪失……従前所得の50%	喪失 1/2~2/3老齢年金の50% 2/3~5/6老齢年金の67% 5/6~老齢年金の100%	定額:老齢年金と同額	老齢年金と同額
加給・加算等	子の加給 リハビリテーション給付	介護加算 従前所得の40%	16歳未満の子の加給 障害者手当 基本額の30~60%	配偶者の加給 子の加給 障害者手当 障害者となった年齢に応じて加給	62歳以上の配偶者の加給 18歳未満の子の加給 リハビリテーション給付
老齢年金の算定方法	老齢年金額 =(全被用者の平均賃金から算出される基本額)×(個人の年金ポイント)× $\frac{1.5}{100}$ ×(加入年数) 1980年基本額=1,826マルク(月額) (約22万7,800円)	老齢年金額 =(過去最高10年間の賃金の平均)× $\frac{加入年数}{37.5}$ ×50%	老齢年金額(単身) =定額1,275クローナ(月額) (約6万8,400円) (1980年10月)	老齢年金額 =定額27.15ポンド(週額) (約1万4,300円) (1980年11月)	老齢年金額 =(再評価して算定した平均賃金)×(賃金区分により定められた定率)

厚生省年金局調べ