

2022 年度聖隷クリストファー大学大学院

社会福祉学研究科 博士論文

身体障害者への職業リハビリテーションの実践史
—戦後から高度経済成長期までに労災病院が果たした役割—

社会福祉学研究科・社会福祉学専攻（社会福祉原理領域）

19DS02 中村 俊彦

身体障害者への職業リハビリテーションの実践史
―戦後から高度経済成長期までに労災病院が果たした役割―

目次

序章 研究の視点と方法

1. 研究の動機	1
2. 研究の背景	2
1) 職業リハビリテーションのニーズの出現 -アメリカでの始まり-	2
2) 戦後間もない頃の身体障害者施策 -職リハに関連して-	3
3) 身体障害者福祉法の成立とリハビリテーションの輸入	4
4) 高度経済成長期における身体障害者就労の変化	5
5) 高度経済成長期以降の身体障害者への職業リハビリテーション	6
3. 先行研究の到達点と課題	7
1) 傷痍軍人の職業問題に関する研究	8
2) 身体障害者福祉法, 身体障害者雇用促進法に関して -産業界との関係-	9
3) 職業リハビリテーションの対象について -社会情勢と疾病構造の変化-	12
4. 先行研究分析の視点 -問題提起-	14
5. 研究目的及び課題	15
1) 研究目的	15
2) 研究課題	15
3) 研究の方法 (倫理的配慮、利益相反)	16
4) 対象とする時期区分	16
5) 本研究における用語の定義	19
6) 本研究の構成	21
文献	23

第1章 傷痍軍人対策と職業リハビリテーションの接点	25
1. 身体障害者の職業問題への対応	25
1) 各種統計データからみる国内の身体障害者の状況	25
2) 身体障害者福祉法(1949)にみる職業リハビリテーション的要素	27
3) 義肢を活かした実践 -戦前に始まる臨床と研究-	29
2. 身体障害者へのリハビリテーションニーズの高まり	30
1) 傷痍軍人施策にみるわが国の医療体制の再編成	30
(1) 戦中から戦後間もない頃の傷痍軍人の職業支援	30
(2) 軍病院から国立病院へ	31
2) 欧州の社会保障制度に学ぶ-1954(昭和29)年の官僚報告から-	32
3. 身体障害者福祉法と身体障害者更生指導所	34
1) 身体障害者福祉法制定の前後の社会的動向	34

2) 身体障害者更生指導所の設置	35
第 1 章の小括	36
文献	38
第 2 章 職業リハビリテーション実践に向けた準備形成	40
1. 欧米の職業リハビリテーションへの取り組み-アメリカとイギリスにおける萌芽-	40
1) アメリカの場合 -20 世紀初めにみる職リハのルーツ-	40
2) イギリスの場合 -レンプロイ Remploy が示した障害者雇用のモデル-	43
2. 産業界の身体障害者雇用促進法への関心	44
1) 身体障害者の就業の実態	44
(1) 疾病構造の変化と身体障害者の態様	44
(2) 産業構造と労災事故	45
(3) 身体障害者実態調査から	46
2) 身体障害者雇用促進法の成立と改正	47
3. 職リハの実践に向けての段階的な動き	49
1) 職リハ関連施設の設置	49
(1) 労災病院	49
(2) 労災リハビリテーション作業所	49
2) 関連専門職	50
(1) 作業療法士 (Occupational Therapist:OT の養成)	
-カリキュラム変遷にみる職リハの位置付け-	51
(2) 医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker:MSW)	52
4. 各地で行われていた職業リハビリテーション的实践	54
1) 新潟県国立小千谷療養所の例	54
2) 国立箱根療養所の例	55
第 2 章の小括	56
文献	58
第 3 章 高度経済成長期における労災病院と職業リハビリテーション	60
1. 調査データから	60
1) 労災事故の概要	60
2) 交通事故の概要	61
2. 身体障害者の復職問題と職業リハビリテーション	62
1) 労働災害への社会的対応の歩み	62
2) 脊髄損傷者を例にした職リハの視点のあり方	62
3. 1960 年代にかけて進んだ労災病院の設置 -重工業化政策との関係-	64
1) 労災病院設置の背景	64
2) 職能評価と労災リハビリテーション作業所 -九州労災病院の例-	65
4. 「患者とともに」 -中部労災病院 MSW による職リハに関連したケースワーク-	66

5. 各地の労災病院における実践	69
1) 九州労災病院	70
2) 東北労災病院	71
3) 関東労災病院	72
4) 中部労災病院	72
第3章の小括	73
文献	74
第4章 九州労災病院における職業リハビリテーションの実践	76
1. 九州労災病院の沿革と概要	77
1) 病院の成り立ち -前身は八幡製鉄所附属医療機関-	77
2) リハビリテーションの独自性	77
3) 外部との連携	78
2. 高度経済成長期の九州労災病院 -独創的で開拓的な取り組み-	80
1) 職業リハビリテーションのニーズの実践に向けた準備と展開	80
2) 職業リハビリテーションへの取り組み -保険診療区分の推移から-	82
3. 職業リハビリテーションの実践	84
1) リハビリテーションセンターの特徴 -臨床環境と教育環境-	84
2) 開拓性と先進性を支えた要素	86
4. 九州労災病院が果たした役割と影響	89
1) リハ大での学びと臨床場面への影響	89
2) リハビリテーションセンター来訪者に関して	89
(1) 兵庫県玉津福祉センター リハビリテーションセンター附属中央病院	90
(2) 水俣市立病院湯ノ児リハビリテーションセンター	91
第4章の小括	92
文献	93
むすびにかえて	95
1. 全体のまとめ	95
2. 到達点	98
3. 展望	101
文献	104
参考文献 ・ 参考資料	

序章 研究の視点と方法

1. 研究の動機

本研究のタイトルは、「身体障害者への職業リハビリテーションの実践史 ―戦後から高度経済成長期までに労災病院が果たした役割―」である。本タイトルについて研究に取り組もうと考えた着想理由は、近年、とくに 2006（平成 18）年度施行の障害者自立支援法（2013 年度からは障害者総合支援法）施行後、障害者への就労支援に対する社会的な関心が高まるのを身近に感じるにつれ、わが国において障害者への就労支援はいつ始まり、どのような変遷をたどって現在の姿を形作ってきたかということに関心を持ったからである。

現代に続くリハビリテーションの発祥をさかのぼると戦争との繋がりが深いと考える。欧米においては、第一次世界大戦時からリハビリテーションに関わる諸制度の整備が進められている。わが国でリハビリテーションへの正式な取り組みが見られたのは戦後からであるが、一時期まで傷痍軍人対策も視野に入れて取り組まれた。筆者は、様々な文献にあたる中で傷痍軍人対策から続く一連の繋がりが収束する時期という視点では高度経済成長期までを一つの区切りしてとらえることができると考えた。

職業リハビリテーション（以下、職リハ）は、歴史的にみて医療や福祉だけではなく、社会経済面との関係が強く、社会科学的側面を有していると考える。とくに、戦後から高度経済成長期までの身体障害者の職リハについては、社会経済的な動きが大きい中で、様々な取り組みが行われてきた。このような研究対象の性質を勘案し、本研究では社会科学的方法を選択し、方法論として歴史的研究が適切であると考えた。

就労支援という用語が公式また臨床場面において用いられ始めた時期は定かではない。国立情報学研究所 CiNii Research（2022.9.2 閲覧）を用いて「就労支援」をキーワードとし、1945 年から 2022 年までの期間を設定して検索したところ、最も古い文献タイトルは、1967（昭和 42）年の「就労指導の手引き（大阪市民生局保護課）」が該当した。細かく言えば、これは就労「指導」であり、就労「支援」ではないが、意味として同様と考える。ちなみに、同様の方法で「職業リハビリテーション」というキーワードで検索したところ、最も古い文献タイトルは、1971（昭和 46）年の松井亮輔による「研究と報告 精神病患者への職業リハビリテーションサービス」（『理学療法と作業療法』5（2）135-140）であった。補足を述べると、「職業リハビリテーション」という用語自体は文献タイトルでの標記とは別に、戦後から高度経済成長期における先行研究の中でみられると考えられる。

現代において、リハビリテーション領域の代表的な国家資格は理学療法士（Physical Therapist, PT）、作業療法士（Occupational Therapist, OT）が挙げられる。ここに言語聴覚士（Speech Therapist, ST）を含めて医学的リハビリテーションの専門職とすることが一般的である。職リハに関し医療機関においては国家資格制定時から OT が主となり実践されてきたことは、1965（昭和 40）年に制定された「理学療法士・作業療法士法」¹が定める

内容からも推察される。本研究では、これらの専門職の中で、OT が戦後の職リハの歴史にどのような形で関わっていたのかにも焦点を当てる。

2. 研究の背景

わが国の職リハの歴史を考える上で、小島（1976）は「障害者を労働人口とみてその地位を高める努力を国の責任とするという感覚よりも、労働の世界はできるだけ健常労働者でかためて障害者を被扶養人口にとどめるという社会通念が強かった」と指摘している。戦後、わが国の労働環境において、障害者は就労困難者として見なされていた側面があったといえよう。そのような中、戦後から高度経済成長期にかけての職リハは、社会経済的側面との関係なくしては言及できないと考え、本節では戦後から高度経済成長期においての身体障害者の職リハに関する施策等を概観する。

1) 職業リハビリテーションのニーズの出現 ―アメリカでの始まり―

両大戦間期の 1918 年、アメリカでは傷痍軍人に対する職業リハビリテーション法が成立した。そして、リハビリテーション施策に関連して、三本杉（1988）は、アメリカのリハビリテーション施策の中で、1920 年に法制化されたスミス・フェス法に着目し、「その目的は、身体障害者、なかでも肢体不自由者の医学的リハビリテーションとしての手術、治療費の援助、補装具の改善や開発および費用援助と職業リハビリテーションとしての訓練や授産にその重点がおかれていた」と述べている²。このようにアメリカでは、1920 年代において、国家レベルで戦傷障害者だけではなく、一般の障害者についても職リハの対象として捉え始めていたといえる。補装具の改善や開発への費用援助などは、身体障害者の生活面での機能向上を目指すことになり、職業面でも効果が期待されたと考えられた。

一番ヶ瀬（1969：190）は「ニューディール政策は、一九二〇年代の繁栄のなかで増大した独占資本と破局的な大恐慌の結果、資本主義擁護のため、国家権力が登場せざるをえなかった国家独占資本主義の政策であったといえよう」と述べている。ニューディール政策は、わが国の戦後の占領政策においても少なからず影響を与えたという知見もあり、この点については後述する。

児島（1967：185）は 1935 年に制定された社会保障法について、1954 年には改正され、「障害の条件により働くことができない障害労働者に、現金による障害給付金を提供することになった」と述べている。当時、戦傷者ばかりではなく、「一般の障害者をも含め、職業生活への再統合をすすめるためのはるかに広範な法制度が、同大戦中から戦後にかけて採用された」とされ、その代表的なものの一つとしてアメリカにおいては「職業リハビリテーション法（1943 年改正）」があげられる（松井 1987）³。

アメリカでは、20 世紀初めから職リハのニーズに対応するための法整備が進んだが、第二次世界大戦前後にかけて、その基準はあくまで労働能力を中心としたものであったと考

えられた。当初、アメリカにおいては、産業社会の構成要素として労働力となり得る障害者については労働市場への参画の道が期待されていたといえる。

2) 戦後間もない頃の身体障害者施策 ―職リハに関連して―

わが国における、今日的な意味での公費による職リハ活動は、松為（2012：14）によれば、1924（大正13）年に同潤会が「同潤会啓成社」を設立して、その前年に関東南部を襲った関東大震災の被災障害者を対象として実施した「職業再教育」事業がその始まりとされる。椿原（2008）は「リハビリテーション医療が我が国に伝えられたのは1940年前後のことであり、東京大学整形外科教室の高木憲次教授がドイツにおける肢体不自由児に対する医学的治療をはじめて紹介したとされている」と述べている。ここでいうリハビリテーション医療は肢体不自由児に対するもので“療育”と呼ばれ、主に学齢期までの小児を対象とするものであったと考えられた。上記の高木は、“療育の父”と呼ばれ、戦時中の1942（昭和17）年には東京に身体障害児のための施設、整枝療護園⁴を開設した。本研究では、主として成人身体障害者の職リハに焦点化するため、ここでいうリハビリテーション医療の輸入とは異なる視座で論じる。

わが国の1941（昭和16）年から1945（昭和20）年までの第二次世界大戦への参戦は多くの戦没者、傷痍軍人を生み出した。敗戦の時点で、わが国には数多くの身体障害者がいたと考えられる。その多くは戦傷であり、中には戦時生産下の労働災害による身体障害者もいた。戦後の傷痍軍人への医療的な対応について、稗田（1980）は、「特に陸軍では、軍内治療の体系化を叫び、第1線救護から組織的に患者を選別し、必要なものは専門病院に収容し、生涯、機能障害を残すようなものは機能回復病院に速かに送った」と述べている。そして、代表的な機能回復病院として、東京第三陸軍病院（現独立行政法人国立病院機構 相模原病院）があり、上肢切断者を含む数千名の機能障害者が常時訓練に従事し、また、東京第一陸軍病院（現独立行政法人国立病院機構 国立国際医療研究センター病院）において、数百名の下肢切断者は義肢による機能回復訓練に従事していた（稗田1980）。このように、戦中において、主に戦傷などの整形外科的領域では現在で言う“リハビリテーション”に近い実践が軍人対象の医療機関で行われていたといえる。

戦後、連合国軍最高司令官総司令部（General Headquarter 以下、GHQ）は、民主化政策の流れにより、軍人対策を解体した。1949（昭和24）年身体障害者福祉法が成立したことにより、身体障害者に対しての職業的更生を目的とした施策が公的に認識され、傷痍軍人も一般の身体障害者と同様に対応されることとなった。吉田（1965）は、1949（昭和24）年に制定された身体障害者福祉法について「これは民主主義的取り扱いとしてGHQから命令されたものであって、傷痍軍人も一般市民と同様に扱われるようになった」と述べている。そして吉田（1965）は、身体障害者福祉法制定後の施策の中で、新しい施設として身体障害者更生指導所（後に身体障害者更生相談所）が設置されたと述べている。その後、

身体障害者更生指導所は、全国各地における職リハの行政窓口としての役割を担った。

労働省管轄では、1949（昭和 24）4 月に九州労災病院、9 月に東京労災病院が設置されたのを皮切りに、1960 年代にかけて全国の工業地帯や炭坑地帯を中心に労災病院が設置された。九州労災病院には、隣接して小倉傷痍者訓練所が設置されるなど、わが国の戦後の身体障害者へのリハビリテーションにおいて開拓的な取り組みをみせていた⁵。全国各地の労災病院でも、各病院とも特色を出しながら労働災害による患者を中心として治療に取り組んでいたと考えられた。当時は労働安全への施設設備などは、現代と比べ不十分であり、労働安全への意識も高いとは言えない中、炭鉱やダム工事、道路工事などで労働災害が頻発し、工場労働の現場でも重大事故が多く起きていた⁶。そのような社会状況の中、九州労災病院は 1950 年代から労災事故による四肢の切断や脊髄損傷、骨折等で身体障害者となった患者への職場復帰や新たな働き先を求めるための関わりを開始しており、わが国における職リハ実践の先駆的存在になったと考えられた。

3) 身体障害者福祉法の成立とリハビリテーションの輸入

1949（昭和）24 年には、リハビリテーションを学ぶため、国連のフェローとして欧米に 5 人が渡ったが、その人選は医学、教育、福祉の分野の将来のリーダーを揃えたものであったとされ、わが国で初めて「リハビリテーション」の語を使ったのは、1950（昭和 25）年の帰国後に水野祥太郎が提出した報告書においてであったといわれる（上田 2013:80）。この 1949（昭和 24）年秋、わが国の経済状況においては、ドッジプラン⁷とシャープ勧告⁸によりインフレの進行は食い止められたが逆に国内経済は不況となり、中小企業は倒産し失業者は増加した（建部 2004:24）。そうした中、昭和 24 年（1949）12 月に公布された「身体障害者福祉法」について、上田（2013:72）は、この「身体障害者福祉法」は、良くも悪くも戦後日本の障害者福祉をはじめとする行政・施策全体のあり方に大きな影響を与えたとし、マイナス面については、諸外国に比べ、「障害」「障害者」の定義が限定的であり、かつ身体の機能障害・構造障害の状態のみで等級を決めることであったと述べている。同じく高島（2002:208）も、身体障害者福祉法について「社会復帰や更生が可能な者にターゲットを絞り、重度・重症者を取り残し」と身体障害者の中でも軽度の者が対象であることを指摘しており、産業の現場で即戦力となる者を想定していたと考えられた。

第二次世界大戦後は、先の第一次世界大戦より増して、戦争で障害者になった傷痍軍人への対策が国際的にも大きな課題とされた。ILO（International Labour Organization：国際労働機関、以下 ILO）⁹は、第一次世界大戦終結後に、戦争への反省をもとに発足した。そして、第二次世界大戦後の 1955（昭和 30）年、ILO はその後のリハビリテーション活動に対し、様々な影響を与えたと考えられる「障害者の職業更生に関する勧告（第 99 号）」を採択した。戦前から終戦まで障害者対策といえば傷痍軍人が主な対象であったのに比べ、職リハは対象の範囲を広くとらえている点で戦時期の枠組みとは異なっていたといえる。

4) 高度経済成長期における身体障害者就労の変化

1950年代に入ると、石炭から石油（化石燃料）へのエネルギー革命と、それに関連して産業構造の変化が進み、国民の生活にも影響を与えた。公衆衛生の面では、長らく死亡原因1位であった結核を脳血管障害が抜いて1位になる等の疾病構造の変化、1955（昭和30）年頃からの高度経済成長の始まりなど、わが国の社会経済面には「生産技術」へのニーズを背景に様々な変化が生まれた。1956（昭和31）年には、大型臨海製鉄所（日本鋼管、神戸製鋼、住友金属、八幡製鉄）の建設が行われ、これ以降、わが国の経済は鉄鋼、造船などの重工業部門の発展を中心に成長した（建部 2004：43）。重工業の発達においては、工場内労働や大規模な土木工事での現場労働者が増加するため、労災事故も増えることとなった。労災事故により脊髄損傷や骨折、上肢や下肢の切断など身体障害者になった者への職業的支援は、単に職業を紹介するだけではなく生活支援の必要性が視野に入るなど身体障害者が抱える問題も複雑になった。

1950年代においては、わが国では、身体障害者のリハビリテーションに関するニーズに応えるだけの施設もそうであるが、とくに専門職が不足¹⁰していた。このような状況に対応する形で、1963（昭和38）年から、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の養成が開始された。OTは、当初から労働災害により四肢の切断や脊髄損傷による対麻痺¹¹など身体障害者になった者の職リハに関わる機会も多かったと考えられ、歴史的な視点においても医学的リハビリテーションから職リハの橋渡しに直接的に関わる職種となったと考える。PTは、主として外傷や疾病により身体障害者になった者に対し、運動機能の機能回復に向けたアプローチを通じ、職リハの実践についても様々な形で貢献した職種であると考えられた。これらのリハビリテーション専門職が国家資格化された頃からしばらくの間は、養成施設の1学年定員の少なさから、OT・PTとも臨床からのニーズに比べて有資格者が極めて少ない状況が続くこととなった。

高度経済成長期に入り、1960（昭和35）年には、身体障害者雇用促進法（以下、促進法）が制定された（文部科学省ホームページ）。促進法では、努力義務とはいえ、わが国初となる障害者雇用率制度が導入されたが、期待されたようには雇用率が上向かない情勢を踏まえ、身体障害者の就職を後押しするために、その後も修正が行われた。1976（昭和51）年の大幅な改正では、身体障害のある人を対象に、障害者雇用率制度を法的義務に強化し、障害者雇用納付金制度を創設し、身体障害者雇用促進協会を創設した（松為 2012：15-16）。この身体障害者雇用促進法の大幅な改正により、一定規模以上の企業や自治体では、身体障害者を雇用することが義務となった。この改正は、身体障害者の雇用について雇用主（事業主）に対し、身体障害者雇用への関心を喚起させることになったと考えられた。高度経済成長期の身体障害者のリハビリテーションにおいて、浦辺（1972：187）は医療ケースワーカーの立場から、中部労災病院において労働災害などで身体障害を負った者について「体がもとでの労働者が重い病気になったり怪我をして人生の途中で身体障害者になったとい

うことは翼を取られた鳥のように生活の手段を奪われたことなのである」と述べており、この言葉は人生半ばにして身体障害を負った者の心境を的確に表現しているといえる。当時は、身体障害者の社会参加を支援する法整備も十分ではなく、身体に障害を持つことは、その後の人生への絶望感を抱かせるほどのことであつたと考えられた。浦辺が取り組んだケースワークの実践は、高度経済成長期における身体障害者の生活全般と職リハに関する支援を理解するために貴重であると考え、第3章にて考察する。

戦後から高度経済成長期の始期にかけて、傷痍軍人などの身体障害者の職業としては農業・林業などの第一次産業がその役割を担うことが多かったといえる。その後、高度経済成長期になると、第一次産業で従事する者が減少し、工場や工事現場で就労する者が増えたと考えられるが、それに伴い通勤の必要性が高まることが多い。身体障害者にとって自力での移動能力を有するかどうか、作業能力と同様に重要になったといえよう。このような労働環境の背景の変化もあり、高度経済成長期には、就職に向け身体障害者の自動車運転免許取得者も着実に増えたと考えられた。このように、産業の重工業化は身体障害者の生活を取り巻く環境にも変化を与えたといえる。

5) 高度経済成長期以降の身体障害者への職業リハビリテーション

1975（昭和50）年頃からの福祉見直しに関する議論は障害者福祉にも少なからず影響を与えた。1980年代に入って日本の障害者施策に影響を与えたのは「完全参加と平等」をテーマとした国際障害者年（1981）、障害者に関する世界行動計画（1982）及び国連・障害者の十年（1983～1992）であり、この時期、ノーマライゼーションの理念が普及し、施設入所中心の施策に地域福祉を加味する形で関連法や施策が変更されるに至った（文部科学省ホームページ）。このような変化の中で労災病院では、かつては労災患者が多数を占めていた入院患者も労災以外の一般患者が増え始めた可能性がある。そして、障害像の重度化、多様化に起因した日常生活動作指導の比重が増し、院内での職リハの評価および訓練の規模が縮小した病院も多かったと考えられた。

1980年代以降の職リハに関連して、小川（1981）は、障害者の就労を拡大していくためには、「まず障害者が働いて生活していくという意志を持つことであり、それを援助するために職業的リハビリテーションのサービスが必要に応じて提供される」と述べており、他にも職リハを生活の自立との関連で位置付ける先行研究が確認できる。加えて、1980年代の職リハ政策には1983（昭和58）年のILOによる「障害者への職業リハビリテーションおよび雇用の勧告」による影響がみとれる。この段階において、わが国においても職リハへの関心が社会に浸透してきた状況であつたと考えられた。

3. 先行研究の到達点と課題

本節では、先行研究で明らかになっている点と残されている課題について述べる。

わが国における傷痍軍人の職業問題あるいは職リハに関する研究はいくつか確認できる。身体障害者福祉法（1949）、身体障害者雇用促進法（1960）に関する研究は、社会福祉、リハビリテーション、社会学、経済学等の幅広い領域から、様々な視点での研究が取り組まれている。しかしながら、本研究の対象期間つまり戦後から高度経済成長期にかけての身体障害者への職リハの実践というテーマに対象を絞り込んだ先行研究はたいへん少なく、包括的研究の中において認める程度である。

ここでは、職リハに対する研究の関心の所在の概観を幅広い領域から把握するために、国立情報学研究所 CiNii Research を用いて文献検索を実施した。表 1 は、本研究に関連する文献の概数を示したものである。

表 1 本研究に関連する文献の概数

国立情報学研究所 CiNii による文献検索結果 対象期間：1945-2022							
検索ワード			論文	本（書籍）	博士論文	プロジェクト	合計
職業リハビリテーション			1498	140	5	25	1669
職業リハビリテーション	身体障害者		56	44	0	0	100
職業リハビリテーション	身体障害者	作業療法	11	2	0	0	13
職業リハビリテーション	労災病院		6	0	0	0	6
	労災病院	職業復帰	23	0	0	0	23

国立情報学研究所 CiNii Research を用いての文献検索結果（2023. 1. 15 閲覧）をもとに筆者作成

「職業リハビリテーション」での検索では、数多くの結果が得られた。これに「身体障害者」を加えての検索では、論文 56 件、本（書籍）44 件を認めた。職リハに関わる専門職として作業療法士をあげ、「作業療法」を加えた検索では、論文 11 件、書籍 2 件であった。その他、「職業リハビリテーション」と「労災病院」では論文 6 件、「労災病院」に「職業復帰」を加えた検索では 23 件であった。

職リハと他の 3 つの各リハビリテーション領域の検索文献数を比較したところ、同検索方法で、「医学的リハビリテーション」を検索すると 303 件、「教育的リハビリテーション」を検索すると 15 件、「社会的リハビリテーション」を検索すると 80 件であった。そして、「職業的リハビリテーション」を検索すると 61 件であった。

表 1 の検索結果から、リハビリテーションの 4 カテゴリー（医学的、教育的、社会的、職業的）の中で、職リハは「職業的リハビリテーション」として「的」を付して使用されることは少なく、一般には「職業リハビリテーション」として認知されていると考えられた。他の 3 カテゴリーは「的」を付して用いられることが多い中での特徴である。「職業リハビリテーション」での検索が他の領域よりも文献数が多いことは、職リハが医学や福祉

の領域に限定されず、幅広い裾野を持った学際的領域で実践されてきた歴史があることが示唆された。

1) 傷痍軍人の職業問題に関する研究

傷痍軍人に対する職リハの近代的概念として、「戦争で傷ついた兵士を戦線に復帰させる。あるいは生産労働者として職場に復職させる。それはとりもなおさず障害者自身の身体的、精神的、社会的自立をもたらすものであり、職業を通じて経済活動への参加を可能にする（小川 1986）」ことがあげられる。わが国においても、傷痍軍人を主たる対象として始まった職リハは身体障害者が持つ能力を引き出し、自信を高めるとともに自立生活に戻るにあたって必要な方法として位置付けられてきたといえよう。

リハビリテーションという言葉は医療の中だけではなく、現在でも社会的や教育的など様々な方面で広く使用されているが、もともとは傷痍軍人をはじめとする国家のために負傷した者への社会復帰を支援するために生まれてきたといえよう。なお、わが国では、令和の時代になっても、一部に「リハビリテーション」と「機能訓練」が同義語のようなイメージで捉えられやすいのは、戦中、戦後からの「訓練」的な名残が残っていることが理由だと考えられる。現代において、わが国では、「リハビリテーション」という用語自体は一般化したのが、その本質である「全人間的復権」の理念は未だ社会に十分に浸透しているとはいえない状況であると考えられる。

リハビリテーションという言葉の意味に関して、武田（2015）は、「負傷した者が再び社会復帰することで、社会保障費を抑制するだけでなく、Taxpayer（納税者）ともなり得るということで、政治的にも重要な意味を持っていた」と述べている。アメリカを例にすれば、20 世紀前半の段階で産業社会化が進展していたため、戦傷により身体障害者になった者にとって、社会に出て何らかの職に就くことは有力かつ現実的な目標となっていたと考えられた。

このように、先進国における職リハは戦傷を負った兵士の生活再建へのアプローチから始まっていると言っても過言ではない。わが国では、第二次世界大戦後の復員兵の中には、上肢や下肢の切断等の身体障害や被弾した銃弾が体内に留まり生活に不自由さを抱える者、伝染病などにより衰弱した者も多く、戦場での極限体験に起因する精神的なダメージを抱えた者も少なくなかったと考えられる。わが国において、終戦まで傷痍軍人は“白衣の勇士¹²⁾”といわれ敬意を払われ、その対応として専門的な医療ケアが実施された。医療における例として、頭部外傷および脊髄損傷者は臨時東京第一病院で特殊治療を受けた後、前者（頭部外傷者）は傷痍軍人下総療養所に、後者（脊髄損傷者）は傷痍軍人箱根療養所に移されて、特殊療法、生活訓練、作業訓練等が加えられた（吉田 1965）。

終戦後、GHQ の非軍事化政策のもとに、傷痍軍人対策は解体されることとなった。それまでの医療機関に関して、上田（2012）は、1945 年 11 月 19 日に GHQ より「陸軍病院に関

する件」が発せられたことについて、「陸海軍病院などを GHQ から厚生省に移管すること、入院や医療の対象を傷痍軍人やその家族に限定しないこと」という政策がとられ、「その結果、陸海軍病院は国立病院として引き継がれていくこととなった」と述べている。終戦までは、臨時東京第三陸軍病院（現独立行政法人国立病院機構相模原病院）に代表される、現代で言うリハビリテーション的側面を重視した「傷痍軍人のための医療機関」が存在していた。終戦後、このような病院の充実した施設や設備が厚生省所管に改められ継承された。そして、非軍事化政策のもと、対象は傷痍軍人のみを対象とするのではなく、一般国民にまで拡大し、1945 年 12 月 28 日「国立病院規定」が発せられ、「提供されるサービスは医療行為のみとなった（上田 2012）」とされる。

水野（1965）は、戦後間もない頃の傷痍軍人の職業訓練について、大阪で 1948（昭和 23）年に元傷痍軍人が集まって作業所を立ち上げたことを例にあげ、この作業所が 2 年後の 1950（昭和 25）年には大阪府管となったことについて述べている。そして、府への移管後は、「はじめの主旨がうすれ、健康者の雇用が増し（水野 1965）」と作業所の形態の変化を述べている。その一方、同じく大阪府身体障害者授産所は、1948（昭和 23）年に設置され、傷痍軍人と引揚者を主としていたが、「昭和 32 年堺地区にうつり、地域社会の中小企業と結んで活潑な社会的存在となるにいたった（水野 1965）」とされている。授産所の性格上、地元産業との繋がりが重要であることを示唆する事例といえよう。現在の就労支援事業所に置き換えて考えても、このような地元産業との結びつきは時代の移り変わりに関係なく、作業所や授産所においては心がけるべき点だと考えられる。

杉原（2008）は、戦後間もない頃の傷痍軍人への社会的対応について、「傷痍軍人の職業更生を契機に進められ、その主となすものは職業指導の実施と、障害者を採用した事業主に対する援助であった」と国家施策として位置付けられたことを示す一方、「職業更生についていえばまったく基礎から作り出されたわけではなく、傷痍軍人を採用している事業主は既に戦時中から存在していた（杉原 2008）」と述べており、このことは戦傷に焦点を当てた場合、身体障害を負った者への職リハの萌芽に通じるものだと考えられた。

ここで述べた水野の経験では、大阪では戦後間もない頃から傷痍軍人を中心とした授産所が成立し、地域の企業との連携が奏功した例を述べており、杉原は施策展開の視点で、戦後の傷痍軍人へ職業的支援への着目がなされたことを述べている。戦後間もない頃は、地域差はあるが傷痍軍人の中には働くことに関して意欲的な者が多かったと考えられる。また、その意欲に応えようとする関係者も少なからず存在していたことを示している。

2) 身体障害者福祉法、身体障害者雇用促進法に関して ―産業界との関係―

身体障害者福祉法は 1949（昭和 24）年に制定されたが生活保護法、児童福祉法を含めた福祉三法の中では制定が最も遅かった。身体障害者福祉法制定後、職業安定法に関する業務は身体障害者福祉法に基づく医療、生活相談、更生訓練などと総合的に実施されるよう

になった（杉原 2008）。

身体障害者の雇用の実際に関して、杉原（2008）は、「障害者が職を得るためには、障害はあるが自分の採用の必要性を説明でき採用される能力のあった人、あるいは実際に労働能力があると認められた人などがその対象となったと考えられ、重度の障害者へはまだ採用の目を向けることができなかった」と述べており、障害程度が雇用に与える影響がうかがえた。ここまで述べてきた先行研究が示すように、身体障害者福祉法が規定したのは、一般労働者に近い就労能力を有する者、すなわち生産能力が期待できる者を対象としていたと考えられ、さきの高島の指摘など、複数の先行研究でも同様のことが述べられており、身体障害者とはいえず幅広い対象者を想定してはいなかったと考えられた。その背景には、敗戦が尾をひく混沌とした社会において、新憲法が施行されたとはいえ、一般的に企業にも経営的な余裕はなく、障害者の生活への社会的関心が向くには至っていなかったことがあげられよう。戦後しばらくはこのような状況であったが、高度経済成長期の始まりにより変化が生まれることとなる。

丹羽（1985）は、ILO が 1955（昭和 30）年に採択した第 99 号勧告について、「多くの人々に世界的なリハビリテーション活動に対する最も大きな貢献のひとつと評価される」、「この種の国際的文書としては初めて、障害者が職業リハビリテーションサービスを受け、雇用の機会を公平に与えられる権利を謳っている」と述べている。大山（1987）は同勧告について、「職業リハについて世界のガイドラインを示すとともに国際的な関心を高めたことにおいて画期的なものであった」との評価をしている。わが国における当時の身体障害者の就業環境や雇用状況を踏まえると、この ILO 第 99 号勧告が掲げる理念が速やかに社会に浸透していったわけではなかったと考えられるが、有識者には一定の認識がされていた可能性がある。ILO 第 99 号勧告が採択された後、障害者の雇用促進への関心は国内で何らかの変化はあったのだろうか。保阪（2008：29）は半藤一利との対談の中で、昭和時代のわが国の外交の特徴を、「日本の外交を考えると、つねに外からの強烈な圧迫が加わってくるときに急に動き出す。やはり、受け身なんですね。そういうかたちでしか、日本人は動かないところが多々ある」と述べ、わが国の動向は、その時々「世界の大勢」によるところが多いことを指摘している。日本人が敗戦国として歩みだした戦後を点検する中では、政策判断において、このような事例もあったと考えられる。

ILO 第 99 号勧告が採択された頃のわが国の法整備の状況に目を向けると、国民の福祉への関心について新たな動きがみられた。土田（2017）は当時、国民年金法案が上程されたことについて、「障害者年金給付対象者は労働能力のほとんど喪失した障害者に限られており、軽度の障害者に対しては年金が給付されず自らの労働能力を活用することによって経済的自立をすることが期待されていた」点を述べている。その後 1960（昭和 35）年に成立した身体障害者雇用促進法（以下、促進法）では、身体障害者の雇用率が設定されたが、

雇用の実際については努力義務とされた。促進法は、「わが国の雇用施策のなかにはじめて身体障害のある人を位置づけたものであり、これまでの福祉行政からの拡大を意味する(松為 2012 : 15)」とされ、身体障害者の進路選択に可能性を持たせるものであったと考えられた。

高度経済成長期における国の経済的状況について、「平成 23 年版厚生労働白書（厚生労働省ホームページ）」では、実質国内総生産（実質 GDP）の成長率は、高度経済成長期に 6 ～10%超であったが、第一次オイルショックを契機に低下したこと、さらに現金給与総額の増減率をみると、1966（昭和 41）年から 1974（昭和 49）年の第 1 次オイルショックまでは 10%を超えており、物価上昇率を上回っていたことを述べている。同白書からは、高度経済成長期以降の産業別就業者割合は第 1 次産業が減少するとともに、第 2 次・第 3 次産業の割合が増加していることが確認できる。このような産業構造の急速な変化は、それに伴う労働力需要にも影響を与えた。失業の状態については、高度経済成長期から 1970 年代まで完全失業率が 1 %前後で推移していた¹³。

高度経済成長期においては、各産業方面での労働力不足が顕在化してきていたため、1960 年代に入り、就業可能な障害者に視線が注がれた。船本（2021 : 129）は、障害者福祉施設の整備の変遷に触れる中で、「高度経済成長期には労働力不足から女性の就業率が高まり、障害者の就労も期待されるようになった」と当時の雇用状況を分析し、高度経済成長期において産業界に起きていた労働力不足が社会的な課題となっていることを指摘している。そのような状況における対応策の一例としては、山田（2013 : 190）が述べた 1963（昭和 38）年の経済審議会答申が、「心身障害児の職業能力に着眼して、障害児教育を若年低賃金労働力確保策の一環に位置付けたことに端的に現れている」との指摘が参考になる。

高度経済成長期の身体障害者雇用の変化について、山田（1992）は、「1960 年以降の経済の『高度成長』に伴って生じた若年労働力不足を補う必要性に迫られて、それまでは正規の労働力として捉えられることの少なかった身体障害者が、中小零細企業を中心に積極的に吸収されていった」点に着目している。この山田（1992）の指摘は、高度経済成長期には、産業界において身体障害者を労働力としてみなす意識が生まれていたことを象徴的に表しているといえる。しかしながら、身体障害の状況（程度）が軽度の者と中等度以上の身体障害者にとっては、その就職の受け入れには差があったと考えられた。

1960 年代から 1970 年代半ばにかけての民間事業所における身体障害者雇用率の推移を確認すると、1960（昭和 35）年の促進法の施行後、身体障害者雇用率は 0.78 %（昭和 36 年）、0.84%（昭和 37 年）、0.99%（昭和 38 年）と上昇した（障害者職業総合センター1992）。これは、雇用促進法の影響もあるが、企業に身体障害者雇用に目を向ける余裕が生まれたこと、1964（昭和 39）年の東京オリンピック開催に向けたインフラ整備による建設ラッシュと資材製造に必要な重化学工業推進など産業全体での人出不足が背景にあったと考えら

れる。当時 1963 (昭和 38) 年頃の障害者の就職を取り巻く状況について、山田 (2013:190) は、「社会全体が高度成長下の産業のための能力主義に動員されるなかで、障害者もまた能力主義的に序列づけられ、その結果、一定水準以下の企業貢献能力しかない障害者は放置されるか、低水準の福祉しか与えられない基本線が強化されたのである」と労働市場で戦力となるかどうかの視点が台頭してきたことを指摘している。能力主義が加速することは、身体障害者の採用試験等において、産業界が求める上肢、手指の運動機能に何らかの基準が存在することを意味する。その点で、高度経済成長期には身体障害者の運動機能面に関する検査、評価が必要とされる機会も増えていったと考えられた。同時に、身体障害者の作業能力の適切な評価を目指す検査・測定技術の研究等も行われていた可能性がある。このような検査・測定、評価技術の歴史的研究を進めることは現在の就労支援の技術にも示唆を与えることになると考えられた。

3) 職業リハビリテーションの対象について —社会情勢と疾病構造の変化—

身体障害者のうち、比較的軽度の肢体不自由者、例えば下肢には障害があるが上肢機能や知的な面に障害がない者は机や椅子をはじめとする作業環境への工夫で就労の可能性が高まることもあり、就職活動に積極的な者もいたと考えられる。

1968 (昭和 43) 年には、身体障害者の法定雇用率が 1.1%から 1.3%に引き上げられたことに連動するかのように、1968 (昭和 43) 年から 1969 (昭和 44) 年にかけて身体障害者の実雇用率が 1.14%から 1.25%へと 0.11%上昇している (障害者職業総合センター1992)。1961 (昭和 36) 年の国民皆保険制度の施行や、1962 (昭和 37) 年の厚生白書に「リハビリテーション」の記述があるように、身体障害者の社会復帰への社会的な関心への萌芽が見られたことも背景にあると考えられた。しかしながら、促進法の実効性に関し、児島 (1967:94) は「身体障害者が適当な職業に雇用されることを促進することにより、その職業の安定を図ることを目的としているが、強制法ではなく、またこれに協力した事業所に対する裏付け (たとえば税の減免、資金面の考慮) もないので、実際の効果はそれほどあがっていない」と促進法の成果を疑問視している。児島の促進法への評価は、書籍の刊行時期が高度経済成長期の最盛期でもあることより、当時の身体障害者雇用の社会的な進行状況や印象を的確に示していると考えられる。このように、促進法が強制法ではないことを背景に、国内では身体障害者の就労や雇用への社会的な関心は、まだ一般的ではなかったと考えられた。

小川 (1986) は、ILO 第 99 号勧告が示した定義から、「目的が就職にあることは明らかである」としたうえで、「特にわが国で雇用といえ、一定の条件が満たされていなければならない、自営就労、内職や授産施設などにおける就労とはいろいろな面で異なった扱いがなされる」と述べている。かねてから、わが国における一般雇用には様々な規定や条件が存在していたため、障害者が「働く」ことについての選択肢は限られたものであったと考

えられた。

促進法の改正（1976 年）前の雇用率の推移については、1960（昭和 35）年に制定された際、民間企業では事務的作業 1.3%、現場作業 1.1%との法定雇用率が定められ、1968（昭和 43）年には、一律 1.3%となった。そうした中、1973（昭和 48）年と 1974（昭和 49）年の実雇用率は 1.3%、1975（昭和 50）年では 1.36%であり、1975（昭和 50）年 10 月現在で、従業員規模 77～99 人の事業所（8,073 ケ所）のうち法定雇用率未達成企業の割合は 31.3%である一方、従業員 500 人以上の事業所（3,629 ケ所）では同未達成率が 40.6%であり、規模の大きい企業の方が未達成事業所の割合が多い結果となっている（障害者職業総合センター1992）。このような身体障害者の雇用情勢を踏まえると、先に山田（1992）が指摘したように高度経済成長期における、わが国における身体障害者雇用は、まずは中小企業に広がりを見せていたといえよう。労働者不足という背景もあろうが、中小企業ならではの労働現場で小回りが利く利点が、個々の労働者の状態に応じた労働環境への配慮に取り組みやすかった可能性がある。

1976（昭和 51）年の促進法改正により、障害者雇用率は 1.5%に引き上げられるとともに身体障害者の法定雇用率に則った雇用が「努力義務」から「義務」になった。この改正には、「重度障害者ダブルカウント方式採用」¹⁴も盛り込まれた。

本研究では、身体障害者の職リハについて、戦後から傷痍軍人を主たる対象として始まった支援施策が、ILO の第 99 号勧告の影響、産業における工業化の推進、疾病構造の変化などの中で、対象を広げつつ促進法の制定から法定雇用率の義務化への改正（1976 年）に至るまでを身体障害者の労働能力への着目が顕在化した時期としてとらえる立場をとる。1973（昭和 48）年のオイルショックによる経済成長衰退に関して、江本（2018）は、「オイルショックを契機に、日本の経済は、高度経済路線から安定成長路線へと転換していた。その中で障害者雇用は、一層困難になる可能性が考えられた」と述べており、オイルショックが身体障害者雇用に与えた影響は少なくないことが示唆された。

医療経済の側面から、山路（2013：63－64）は、1954（昭和 29）年から 1986（昭和 61）年度までの国民医療費の動向を示し、昭和 48 年を基準としたうえで、「高度経済成長期の増加傾向は、毎年二割前後の伸びを示しており、その傾向は一時的に少なくなるも昭和五三年まで続いていくが、国民所得に占める国民医療費をみると昭和四八年に関係なく毎年堅実に増え続けている」と国家財政面での医療費増加について述べている。医療機関への受診の視点で考えると、高度経済成長期における先進的な医療機器の開発をはじめとする診断技術や治療技術の発達は救命率を高めることに寄与したが、治療後に身体障害を残す者が増えたのも現実であった。労災事故における受傷機転の多様化、公害病、いわゆる成人病（現在の生活習慣病）の増加も、国民医療費の増加に影響を与えたと考えられる。医学技術の進歩により、一命をとりとめても様々な後遺症（脳卒中の場合、片麻痺など）により復職が困難となり、生活面に不自由さを抱える者も増加したと考えられた。高度経済

先行研究から、戦後から高度経済成長期までの身体障害者の職リハに関しては、法制度の整備の呼応する形で施設面の整備を中心に進められてきた。一部の整形外科を中心とした医師は戦前から、義肢の臨床及び研究をとおして傷痍軍人を主とした身体障害者へ職業問題まで踏み込んだ関わりがあったといえる。高度経済成長期においては労働災害と交通事故が増加したことが社会的な問題となった。そうした中、身体障害者の雇用等と産業界との繋がりに関連した社会経済状況の変化やILO第99号勧告などの欧米からの影響を受けつつ、身体障害者の就労を促す法制度は整備されていった。このような施策は軽度身体障害者に焦点を当てることとなり、就職を機に自立生活を目指す比較的重度の身体障害者については成果のあがるものではなかったといえる。

身体障害者に対する職リハに関する施設整備が進められた一方、専門的な指導、援助を担う人材の養成は、諸外国と比較すると遅れた。高度経済成長期後半には、疾病構造の変化が顕在化し、リハビリテーションに関わる専門職が養成され始め、1970年代にはリハビリテーションの対象も多様となり、職リハについても従来の方向性からの変化が必要になり始めた時期であったと考えられた。

5. 研究目的及び課題

1) 研究目的

わが国における戦後から高度経済成長期までの身体障害者への職リハの実践の歩みを論じる。対象とする期間において際立つ実践が見られた労災病院については、その実践を考察することにより、労災病院が職リハの発達において果たした役割を示す。

本研究でとりあげる身体障害者は、基本的には四肢および運動機能の障害を有する者（肢体不自由者）とする。身体障害に含まれる視覚障害、聴覚障害および内部障害等は本研究の対象としないが、今後視野に入れていきたい。ただし、一部の内部障害者への特徴的な職リハの実践については研究に示唆を与えるものとして研究対象とする。

本研究は、対象期間における職リハの実践の歩みを掘り下げるものであり、博士論文完成後も生涯のライフワークとして研究を継続していく。

2) 研究課題

本研究の研究課題は次の5点を明らかにすることである。

- (1) 戦後の傷痍軍人への職業的支援
- (2) 身体障害者福祉法における職リハの位置づけ
- (3) 労働力不足と身体障害者の就労（産業界からの要請）
- (4) 九州労災病院を例にみる職リハの実践
- (5) 1970年代の職リハの変化（疾病構造への対応）

3) 研究の方法（倫理的配慮、利益相反に関する事項を含む）

- (1) 本研究は歴史的研究である。
- (2) 本研究は文献研究を主たる方法とし、職リハに関連した広範な領域を対象とする。
- (3) 文献の使用は、研究倫理上の配慮として出典を明記する。

引用文献は各章末に記載し、参考文献、参考資料は本文後に記載する。文末脚注を採用する。研究の視点から、文献等の記載、用語等は表記のまま使用することがある。

- (4) 著者は研究倫理に関する講習会を修了している

（一般財団法人公正研究推進協会 2019/11/26 AP0000326517）

- (5) 本研究において利益相反に該当する事柄は発生しない。

4) 対象とする時期区分

先行研究を踏まえつつ、身体障害者を取り巻く背景を踏まえての時期区分について検討を行うため、戦後の人口、雇用をめぐる情勢、経済状況、家族形態等の時代変化を整理した図を示す（図2）。

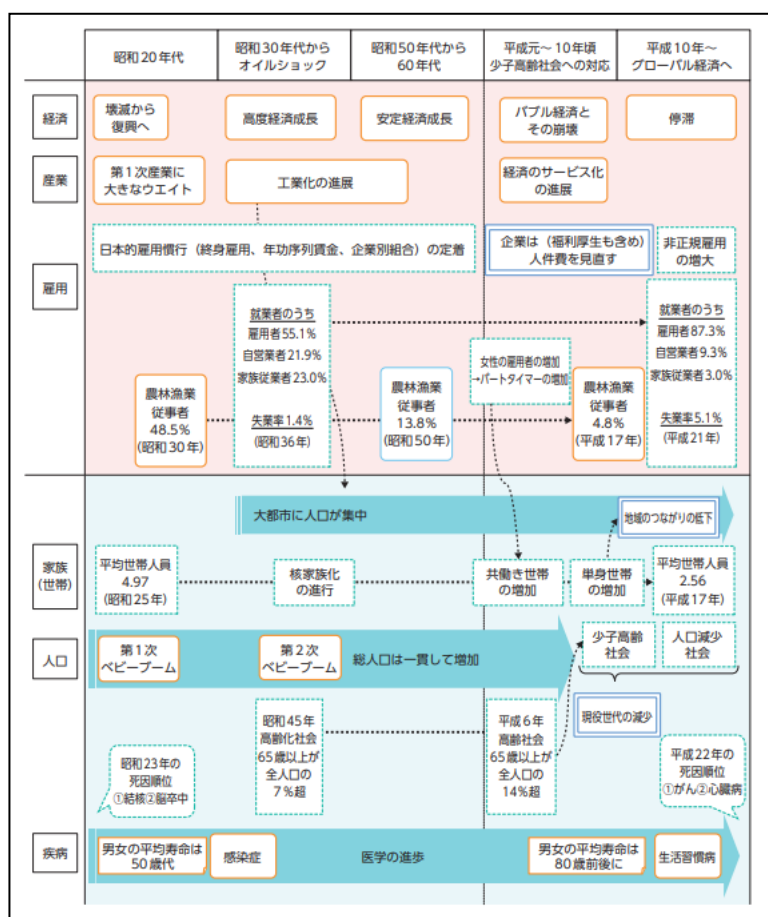


図2 戦後の人口、雇用をめぐる情勢、経済状況、家族形態、社会生活の変遷

出典：厚生労働省 平成23年版厚生労働白書、第1章 どのような時代背景だったのか

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/d1/01-01.pdf> (2021.12.30閲覧)

図2は戦後から21世紀にかけての社会経済状況や雇用情勢の流れを、時系列的に図式化したものであり、本研究の対象とする時期の社会の動きを概観することができる。

本研究が対象とする時期は戦後の社会情勢などを勘案すると、図2では、「昭和20年代」「昭和30年代からオイルショック」に相当する。図2において、時代を縦断的に確認すると、高度経済成長期の進展につれ、産業分野での重工業化が進み、第1次産業（農林漁業）従事者の減少していったことが分かる。大都市に人口が集中するようになったのは産業構造の変化との関係が深いといえる。雇用については、終身雇用や年功序列など、日本的な雇用慣行が根付いていった時期である。同時期は家族分野では核家族化が進み、ベビーブームを経て、総人口は一貫して増加した。「疾病」分野では、戦後の平均寿命50歳代の時期から医学の進歩により、大幅な平均年齢の伸長がみられている。医学の進歩は、以前だと治療が難しかった疾病への対応を高めることとなった。しかし、中には重い後遺障害に苦しむ者も出るようになった。そのような状況に対して、「リハビリテーション」の出現は、時代の要請によるものも大きかったといえよう。

図2において、戦後からの国民を取り巻く社会状況を概観すると、戦後から高度経済成長期にかけて、右肩上がりの経済成長が見られる頃からの社会情勢の変化は国民の生活スタイルにも大きな影響を与えていたといえよう。

ここで、本研究の時期区分を検討する目的にて、表2に関連文献を示した。

表2において、松井（1987）は、第一次世界大戦時以降の欧米の職リハをめぐる動向を踏まえつつ、第二次世界大戦後のわが国の職リハを4期に区分している。このうち、本研究の対象時期に関連があるのは、「近代的職業リハの確立期（第二次大戦後～1950年代）」「職業リハサービスの拡大期（1960年代～70年代）」といえる。杉原（2008）は、先行研究を参考にして、わが国の戦後における「障害者の雇用過程」に着目し、5期に分けている（表2）。このうち、本研究の対象時期に関連があるのは、「雇用基盤の整備期（1945年-1959年）」「法による雇用制度確立期（1960年-1975年）」といえよう。

表2 職業リハビリテーションの時期区分に関する文献

時期区分の内容
「近代的職業リハの創始期（第一次世界大戦～第二次世界大戦前）」、「近代的職業リハの確立期（第二次大戦後～1950年代）」「職業リハサービスの拡大期（1960年代～70年代）」「最近の動向（1980年代）」に区分している。（松井1987）
「雇用基盤の整備期（1945年-1959年）」、「法による雇用制度確立期（1960年-1975年）」、「法による雇用制度拡充前期（1976年-1986年）」、「法による雇用制度拡充後期（1987年-2005年）」、「障害者自立支援法における就労（2005年-現在）」に区分している。（杉原2008）

（出典をもとに筆者作成）

表 2 にあげた先行研究では、それぞれの視点で時期を分けている。

本研究では、表 2 の時期区分を参考にして、戦後から高度経済成長期までの身体障害者の職リハの実践の歩みについて、身体障害者の職業問題に関する政策展開に着目しつつ、職リハの臨床現場ではどのような実践が展開されていたかを念頭に置き、対象時期を 3 つに分けて、それぞれ「制度整備と外圧対応期」「職リハ拡大期」「社会変化模索期」の時期に分けることができると考えた（図 3）。

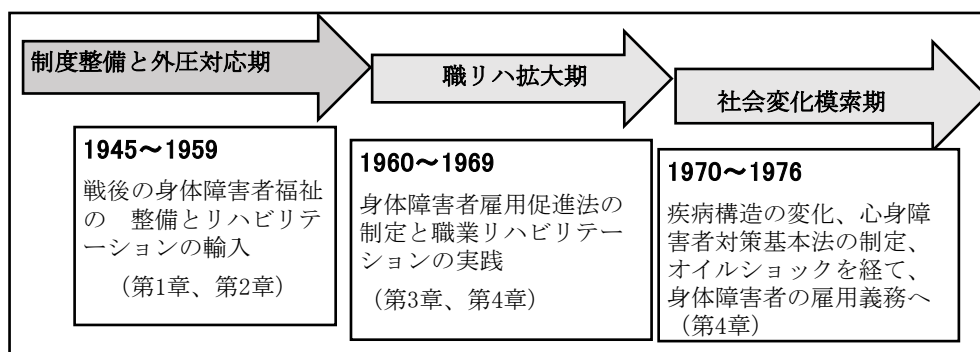


図 3 本研究における時期区分（筆者作成）

本研究は、図 3 が示したように各時期が重複部分を有しながら、各章を構成する。

制度整備と外圧対応期では、戦後の GHQ の占領政策の中で、身体障害者福祉法が制定し、傷痍軍人対策が身体障害者政策に取り込まれる形で整備されていたことに合わせ、1955（昭和 30）の ILO 第 99 号勧告が国内に伝わってきた時期である。

職リハ拡大期では、1960（昭和 35）年の身体障害者雇用促進法が成立したことは、様々な意見はあるが、わが国の障害者雇用の基盤を形成したと考えられた。高度経済成長期も最盛期を迎えるなど、社会が好景気になる中、疾病構造の変化が顕在化してくる時期である。労災事故、交通事故の増加も身体障害者を増やすことになった。

社会変模索期では、前の時期からの疾病構造の変化が本格化するとともに、職リハにも従来の方法論や枠組みにおいて、変化が必要になってきた時期である。

ここで述べた各期については、本研究の成果により 3 つの時期区分が適切であったのか、各期の名称も視野に入れながら検討を加えていく。各期は分断しているのではなく、それぞれが影響し合い、次の時期には前の時期の名残を残しつつ進展していくのが本研究の対象である身体障害者の職リハの特徴であると考えた。各時期の名称については、本研究を進める中で各期の特徴をより明らかに示したものにできればと考える。

5) 本研究における用語の定義

職リハに関する用語は多岐にわたる。その理由として、医学的リハビリテーションなどの他の3領域のリハビリテーションと比べて、関連する領域が幅広いことが挙げられる。

ここでは、本研究において整理しておくべきリハビリテーション用語について述べる。

(1) 職業リハビリテーション

国際的にも、障害者の職リハに関する定義で最初に定められたのはILOによる第99号勧告であることは国際的にもコンセンサスを得ているといえる¹⁷。

本研究の目標を念頭においた職リハに関する定義および説明に関する文献を表3に示す。本研究の対象時期を勘案して、1960年代、1970年代と高度経済成長期の終焉から10年以上経過した1986年の文献を抽出した。時期により、とらえ方が異なるのかの確認するためであったが、全て「ILO第99号勧告」を「職リハの基本的定義」ととらえていたことが確認できた。この点から、「ILO第99号勧告」は職リハが目指す普遍的な要素を示していると考えられた。なお、表3では、児島(1967)が第99号勧告の内容に関し要約して述べている。1980年代以降は1983(昭和58)年の「障害者の障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約(第159号条約)」への着目も見られている¹⁸。

本研究における職リハの定義について、表3に示した先行研究を参考にして、身体障害者に焦点を当てた形で表4のように定めた。

表3 職業リハビリテーションの定義に関連する文献

定義に関する内容
ILO勧告第99号勧告に関して述べている。身体障害者に対し、「適当な職業につき、かつそれを継続できることができるための職業についての施設(たとえば職業指導・職業訓練および職業の選択紹介)を提供する方法を決めたもの」としている。その方法は「これらの身体障害者がどのような職業にむいているかをしらべて、その進むべき方向を与える職業指導をまずあげている」と述べている。(児島1967:217)。
世界的に定着した概念規定には、国際労働機関(ILO)による、1955年の『勧告99号』及び1967年(1970年改正)の『職業リハビリテーションの基本原則』に示された定義があることを述べている(小島1976)。
「ILO勧告第99号が示している職業的リハビリテーションの定義にも、“障害者に適切な雇用を確保し、それが維持できるように計画されたもの”と明記されており、目的が就職にあることは明らかである」と述べている。そして、ILO条約第159号および勧告第168号についても言及している(小川1986)。

(出典をもとに筆者作成)

表4 本研究で用いる職業リハビリテーションの定義（筆者作成）

本研究で用いる職業リハビリテーションの定義は仕事に就くことを希望する身体障害者が、自身が持つ能力また今後獲得が期待される能力を活かすことで就職や自営など職業を得るまでのリハビリテーションの過程とフォローアップをいう。この過程とは、就労に関する広範囲にわたる評価を中心として、実際に職業に就く際に必要となる諸機能の向上を図ることであり、法制度の活用や環境整備なども含まれる。福祉的就労となる場合もそれを含むものとする。

(2) その他のリハビリテーション領域について - 本研究での視点 -

①医学的リハビリテーション

本研究が対象とする身体障害者について述べる。疾病や外傷の受傷への治療後に行われるリハビリテーションである。近年では、疾病や障害発生への予防的な取り組みもリハビリテーションのひとつとして広く行われるようになってきている。本研究が対象とする高度経済成長期においては、主として身体機能の機能向上に重点を置いたアプローチがなされていた。本研究では、切断や麻痺等の身体障害を呈した者への義肢訓練や車いす等の福祉用具や自助具の使用等も範囲とする。

②教育的リハビリテーション

本研究では、障害児の療育に関わるリハビリテーションとしてとらえる。また学齢期の障害児に対しては、学習機会の確保を目指しての学校教諭とリハビリテーション職種との連携も含まれる。かつてはポリオ（脊髄性小児麻痺）や知的障害、高度経済成長期頃からは脳性麻痺児へのリハビリテーションが広がりを見せた。1960年代前半のサリドマイド禍などの薬害被害者への対応にも重要な役割を担った領域である。戦後しばらくまでは、全国でも限られた施設での実践であったが、1950～1960年代にかけて肢体不自由児施設や養護学校（現、特別支援学校）の全国的な設置が進み、療育が行われた。

③社会的リハビリテーション

本研究では職リハに焦点を当てるため、以下の範囲でとらえる。わが国においては、医療機関などにおいてMSW（医療ソーシャルワーカー）、PSW（精神科ソーシャルワーカー）が中心となり、行政や施設で当事者、またその家族など関係者に対し今後の生活全般の相談業務を行っている。MSWに必要とされる知識、技術は幅広く、チーム連携においても核となる役割を担うことがある。本研究では、職リハにおけるMSWの実践の一端を示し、考察を試みる。

(3) 本研究における身体障害者の範囲

本研究で対象とする身体障害者は、研究の対象時期を勘案して、1949（昭和 24）年に成立した身体障害者福祉法 第 4 条の「身体上の障害がある 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付受けた者」とする（厚生労働省ホームページ 障害者の範囲）。具体的な身体障害については、本研究では戦後から高度経済成長期までの職リハに関し、労災病院を中心とした身体障害者（肢体不自由）の職リハの実践に焦点を当てるため、「①社会人の中途障害であること」、「②視覚・聴覚障害などの感覚障害は対象とせず、四肢体幹の運動機能障害を有する者」とする。身体障害の原因（起因別）は、障害者の職業リハビリテーションの基本原則（1972）を参考にすると、(1) 先天的、または、幼児期の障害、(2) 戦傷、(3) 産業災害、または、職業病、(4) 路上、家庭、遊びなどでの事故、(5) 心身の疾病を想定が考えられるが、本研究では、高度経済成長期代表的な身体障害として、(2) (3) の原因を主として脊髄損傷、切断、骨折、脳血管障害（比較的軽度のもの）などを対象疾患とする。

(4) 障害者就労施策

身体障害者の職業問題に関わる行政府として戦前発足した厚生省に加え、戦後、1948（昭和 23）年、労働省が発足した。身体障害者の職リハに関しては、厚生省からは医学的、福祉的な働きかけを目指す施策が展開され、労働省からは雇用関係、労働環境整備等の働きかけを目指す施策が展開された。本研究では、これらの省庁が主体となって展開した施策を研究対象とする。

6) 本研究の構成

本研究は合計 6 章から構成される。本章（序章）以外の各章の内容は次のとおりである。

第 1 章では、戦後の傷痍軍人への職業対策と職リハとの接点について、法整備を中心に論じる。傷痍軍人対策の変遷をとおして、わが国の身体障害者に向けた視点の理解を促す。

第 2 章では、諸外国からリハビリテーションの知識と技術が輸入され、広められていく過程や専門職養成の始まりや各種実践について考察する。また、職リハの定義として影響を与えたとされる ILO 第 99 号勧告（1955）採択後の国内の変化について論じる。

第 3 章では、高度経済成長期における職リハの実践について、総論的に労災病院を例に論じる。戦後のエネルギー革命に端を発する産業の重工業化などによる労災事故や交通事故の急増は、身体障害者の増加を起こしたと考えられるが、労災病院をはじめとする医療機関等がどのように職リハを推進していたのかを論じる。

第 4 章では、第 3 章で述べた内容をさらに掘り下げるべく、研究の対象期間の労災病院に関して、先行研究や資料が多く確認できた九州労災病院（以下、九労）をモデルケースとして、身体障害者の職リハに対して、独創的で開拓的であった実践について考察する。

当時、九労はわが国のリハビリテーションの実践の中でどのような特色があり、その影響についても考察する。加えて、1970年代に入る頃の疾病構造の変化への対応、社会保険体制などの動向にも目を配りながら、当時の職リハの動向について論じる。

むすびにかえてでは、第1章から第4章までの総括を行うとともに、研究により明らかになった点、今後に向けた展望を述べる。

以上で序章を終える。

文献

- 一番ヶ瀬康子 (1969)『アメリカ社会福祉発達史』光生館
- 上田早記子 (2012)「昭和十年代の臨時陸軍病院におけるリハビリテーション —傷痍軍人の就労への道—」『四天王寺大学紀要』第 54 号、131-156
- 上田 敏 (2013)『リハビリテーションの歩み その源流とこれから』医学書院
- 浦辺竹代 (1972)『患者とともに ある医療ケースワーカーの記録』ミネルヴァ書房
- 江本純子 (2018)「近年の障害者雇用政策が中小企業に及ぼす影響と今後の展望」『企業環境研究年報』23、35-50
- 大山 博 (1987)「ILO の職業リハビリテーションに関する条約、勧告の意義」『社会労働研究 法政大学社会学部学会』33 (3, 4)、105-148
- 小川 孟 (1981)「障害者の就労拡大を支える諸条件」『月間福祉』第 64 巻 (10)、8-13
- 小川 孟 (1986)「職業的リハビリテーションの今後の課題」『総合リハビリテーション』(14) 7、487-489
- 厚生労働省ホームページ 障害者の範囲 (参考資料)
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1031-10e_0001.pdf (2023. 1. 10 閲覧)
- 児島美都子 (1967)『身体障害者福祉』ミネルヴァ書房
- 小島蓉子 (1976)「職業リハビリテーションの概念と体系」『理学療法と作業療法』vol. 10 No. 10、741-747
- 三本杉国興 (1988)「アメリカの障害者福祉」『海外社会保障情報』No. 48 : 15-21
- 障害者職業総合センター (1992) 労働省関係統計 I 身体障害者 (および精神薄弱者) の雇用状況調査
https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/p8ocur0000001753-att/shiryou04_03.pdf (2022. 12. 25 閲覧)
- 障害者の職業リハビリテーションの基本原則 (1972)
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r006/r006_002.html
(2022. 12. 29 閲覧)
- 杉原 努 (2008)「戦後我が国における障害者雇用対策の変遷と特徴その 1 —障害者雇用施策の内容と雇用理念の考察—」『佛教大学社会福祉学部論集』4、91-108
- 高島 進 (2002)『社会福祉の歴史』ミネルヴァ書房
- 武田正則 (2015)「障害者の就労支援」『理学療法学』第 42 巻第 4 号、360-364
- 建部久美子 (2004)『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店
- 土田耕司 (2017)「『障害者雇用促進法』改正の背景に関する考察」『川崎医療短期大学紀要』37、15-18
- 椿原彰夫 (2008)「リハビリテーション医療における技術の進歩」『川崎医療福祉学会誌』増刊第 2 号、7-14

- 丹羽 勇（訳：朝日雅也）（1985）「職業リハビリテーションと障害者雇用に関する I L O の新基準」『リハビリテーション研究 48 号』
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r048/r048_032.html
 （2022.10. 16 閲覧）
- 稗田正虎（1980）「日本の PT の原点を振り返って PT 前史 学校発足前の胎動期」『臨床理学療法』第 7 巻第 1 号、12-20
- 船本淑恵（2021）『知的障害者コロニー政策の成立と展開過程にみる障害者福祉』法律文化社
- 平成 23 年版 厚生労働白書 第 1 章どのような時代背景だったのか 第 1 節 経済や働き方はどうだったのか、7-10
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-01.pdf>（2022.12. 25 閲覧）
- 保阪正康・半藤一利（2008）『「昭和」を点検する』講談社
- 松為信雄（2012）「わが国における職業リハビリテーションの動向」、日本職業リハビリテーション学会編集（2012）『職業リハビリテーションの基礎と実践 障害のある人の就労支援のために』中央法規、14-37
- 松井亮輔（1987）「職業リハビリテーションの歴史」『総合リハビリテーション』15 巻 4 号、257-261
- 水野祥太郎（1965）「大阪におけるリハビリテーション活動 —1939 年～64 年の 25 年間—」『リハビリテーション医学』2 巻 2 号、97-101
- 文部科学省ホームページ 日本の障害者施策の経緯
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1295934.htm
 （2022.12. 21 閲覧）
- 山路克文（2013）『戦後日本の医療・福祉制度の変容 病院から追い出される患者たち』法律文化社
- 山田 明（2013）『通史 日本の障害者 —明治・大正・昭和』明石書店
- 山田耕三（1992）「わが国における身体障害者雇用促進法の歴史」『香川大学法学会 '92 11-3・4 』、491-521
- 吉田幸雄（1965）「わが国の病院におけるリハビリテーションの発達について」『病院』24 巻 5 号、14-17

第1章 傷痍軍人対策と職業リハビリテーションの接点

本章の目的と方法

本章では、わが国における戦後の傷痍軍人への職業問題に関する施策を通じて、身体障害者への職業リハビリテーション（以下、職リハ）の萌芽と考えられる点を中心に論じる。研究方法は戦後の身体障害者関連の文献や統計調査結果を通じ、職リハの対象について論じる。同時に、身体障害者福祉法を中心とする法整備と身体障害者の職リハに関連して、医療福祉領域ならびに社会経済状況を念頭に置いた文献研究を行う。これらの手法を用いる根拠として、占領下において傷痍軍人の生活再建への道筋はどのように示されたかの具体的な実践をたどることで、わが国の身体障害者への職リハのルーツを知る手がかりになると考えたからである。焦点を当てる時期としては、終戦から身体障害者福祉法（1949年）の制定前後が対象だが、第1節の身体障害者の統計推移に関しては変化を把握するために対象とする時期を幅広くとらえる。

1. 身体障害者の職業問題への対応

国際的にみても、身体障害者へのリハビリテーションと呼べる取り組みは職業面も含め、まずは傷痍軍人への対策から開始された。戦後になると、深刻な労働災害や交通事故増加への対応として政策に新たな流れが生まれた。高度経済成長期に入ると、国の財政基盤が安定を見せ、社会インフラ整備等とともに、医療や福祉領域への予算も上昇を見せたことは職リハにも少なからず追い風となったと考えられた。

本節では、戦後、主として傷痍軍人に対する職業問題に対してどのような実践がなされてきたかの概観を示す。

1) 各種統計データからみる国内の身体障害者の状況

1945（昭和20）年9月、わが国には連合国軍最高司令官総司令部（General Headquarter, 以下 GHQ）が設置され、国内行政を担うこととなり、この体制は1952（昭和27）年4月まで続いた。敗戦の時点で、わが国には数多くの身体障害者がいた。その多くは戦傷や疾病の後遺症、戦時生産体制下の労働災害による外傷の後遺症をもった人々、空襲により被災した人々¹⁹であった。加えて外地から復員してくる傷痍軍人の処遇も社会問題となった。

吉田（1990：320）は、「占領軍当局の社会事業政策の基本は、非軍事化と無差別平等に基づいて行われたから、戦傷者、特に傷痍軍人中心であった敗戦直後の身体障害者保護行政は消極的とならざるを得なかった」と述べており、戦中にかけて傷痍軍人のために設置された、充実した医療機能を持つ収容施設についても同様であった。例えば、軍の医療機関は再編が進められ一般市民の受療を解禁し、新たに国立病院あるいは国立療養所等として再建された。

表 1-1 身体障害者の推計数（単位：千人）

年次	総数	視覚障害者	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害	重複障害
1951	512	121	100	291		
1955	785	179	130	476		
1960	829	202	141	486		44
1965	1048	234	204	610		215
1970	1314	250	235	763	66	121

資料：障害者職業総合センター 厚生省関係統計 障害の種類別身体障害者の年次推移
(昭和 26 年～平成 3 年)

https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/p8ocur00000016k3-att/shiryou14_08.pdf

(2021. 3. 19 閲覧) をもとに筆者作成

身体障害者数の推移統計（表 1-1）によれば、1951（昭和 26）年には、29.1 万人であった肢体不自由者は、5 年ごとの調査において増え続け、1970（昭和 45）年には 76.3 万人と、2.62 倍に増えた。また、視覚障害者は 1951（昭和 26）年の 12.1 万人が 1970（昭和 45）年に 25 万人と 2.07 倍、同じく聴覚・言語障害者は 10 万人から 23.5 万人と 2.35 倍とそれぞれ 2 倍以上と増えている。肢体不自由者が最も増えたのは、高度経済成長期における労働災害や交通事故の増加が背景にあり、新たな公害病や薬害による身体障害者も含まれていると考えられた。

人口千人对身体障害者数については、から、本研究の対象時期から見ると 1951（昭和 26）年の 6.1（0.61%）から、1970（昭和 45）年には 17.9 人（1.79%）と、2.93 倍に増えている（障害者職業総合センター 厚生省関係統計）。このように、戦後から高度経済成長期にかけては、国内の身体障害者数および国民の中に占める率も増加したことが分かる。この背景には、総人口の増加が一貫して起きていたこと、身体障害者の法的な対象が拡大したことの影響もあると考えるが、労働災害や交通事故による身体障害者が増えたことも原因と考えられた。

間宮（2016）は、1953（昭和 28）年から 2014（平成 26）年度までの労働災害発生件数、死傷者数および死亡者数の推移を示して、「日本の労働災害は長期的に減少傾向をたどり、労働安全衛生法の施行当時 1972 年（昭和 47 年）頃の 3 分の 1 までに減少してきた」と述べている。この推移において、高度経済成長期では死傷者数は 1961（昭和 36）年をピークに時折増加を示しつつも総じて減少を示していることが確認できる。

高度経済成長期には、画像診断をはじめとする診断技術や救急救命医療、外科技術の発展等の著しい進歩がみられたが、後遺障害を来す疾病や外傷についても新しい医療技術が期待されることとなったといえる。高度経済成長期の後期にはなるが、参考として、『フォト』1972. 8. 15 号（1972：4-13）では、「新しい医療」という特集を組んでおり、具体

的には「心臓病」、「ガン」、「結核」、「麻酔」、「救急医療」、「未熟児の保護」、「走る人間ドッグ」、「視能訓練」、「リハビリテーション」を挙げ、画像と共に紹介、説明している。このような医療資源の専門化、細分化の傾向は、身体障害者（中途障害）に対するリハビリテーションに関しても社会的関心を喚起する要因の一つになったと考えられた。

山田（2013:178）は、1951（昭和 26）年の厚生省社会局による調査を分析し、当時多く存在した戦傷病者の就業状況について、「障害別の差異はほとんどなく、農業を中心に工業、事務従事者、販売授業者などが多くなっている」と述べ、「全体的な障害の軽さがこうした就業形態を可能にしたこと」、またほとんどが農村出身でそこに生活基盤があることが考えられる等を述べている。戦後から高度経済成長期が始まる前頃まで、地方農村部で生活を営む身体障害者数は、一定数存在していたと考えられる。当時の産業構成を考えると、第一次産業が多いという社会背景もあるが、農村部では手作業で対応する仕事も多く、身体障害者にとって自身の残存能力に合わせた業務分担ができていた可能性がある。その点では、自営的農業での就労が戦傷病者をはじめとする身体障害者の貴重な就労の場となっていたと考えられた。

高度経済成長期について焦点を当てることから、1955（昭和 30）年 10 月に厚生省社会局が実施した「昭和 30 年度身体障害者実態調査結果表（以下、実態結果表とする）」について述べる。当時の総人口 89,275,529 名について、785,000 人の身体障害者が存在している。つまり、人口 1,000 人に対し 8.8 人、すなわち総人口において身体障害者は 0.88% 存在していた。ただし、この統計対象は 18 歳以上の者であるため、注意が必要である。

ここであげられている身体障害者のうち、障害種類別では、肢体不自由者が 476,000 人で全身体障害者数の過半数の 60.6% を占め、視覚障害者が 179,000 人で 22.8%、聴覚又は平衡機能の障害者が 100,000 人で 12.8%、音声機能又は言語機能の障害者が 30,000 人で 3.8% となっている。実態結果表には都道府県別にみた身体障害者の分布も示している。これによれば、人口 1000 人対身体障害者数（人）で、低い数値の順に 5 件をあげると、神奈川 4.7、東京 4.8、熊本 5.8、北海道 5.8、千葉 5.9 である。また、数値が高い順に 5 件をあげると、鹿児島 15.6、山形 14.7、徳島 13.6、埼玉 13.2、香川 12.7 となっている。概して、都市圏では身体障害者数の人口に占める割合が低く、農業が主たる産業となっていた地域ではその割合が高いといえよう。

2) 身体障害者福祉法（1949）にみる職業リハビリテーション的要素

終戦後、社会は混沌としており、経済的基盤が整わない中、福祉の充実について早々には実現しなかったといえる。そのような戦後の情勢の中、1947（昭和 22）年に制定された職業安定法は、職業指導や職業紹介等について、すべての身体障害者に広く適応されることとされた（長谷川 2018:2）。そして 1949（昭和 24）年には、身体障害者福祉法が成立し

た。

児島（1967：56）は、身体障害者福祉法の成立以前には、「傷痍軍人援護行政が唯一の身体障害者の福祉に関するものとして行われていたほか、身体障害者対策は一般的な救貧対策としてしか取り扱われていなかった」と戦中までの傷痍軍人以外の身体障害者への福祉的支援が十分ではなかったことを指摘している。そして、児島（1967：57）は身体障害者福祉法の目的として、「身体障害者の更生を援助し、その更生に必要な保護を行うことによって、身体障害者の福祉を図ることを目的としている」と述べている。わが国の福祉領域において、「更生」という用語は、身体障害者更生指導所（相談所）を例に行政機関における正式用語として長く使用されることになるが、基本的には職業的自立を主たる目標として見据えた支援が開始されていたといえよう。そこには、職業を得て働くことが「自立」の重要な要素として捉えられていた可能性が考えられた。

吉田（1990：323－324）は、身体障害者福祉法の歴史的特徴点として、「(1) 占領政策上旧軍人軍属を優先的に保護しない建て前が反映し、差別的処遇の禁止が強く打ち出されている。(2) 生活保護と意図的に分離され、リハビリが中心となっているが、また総合的に『福祉法』という形をとって提起されている」等を指摘している。戦後の混乱の中での生活援護に重点を置かざるを得ない状況が身体障害者福祉の内容にも影響を与えていたといえよう。身体障害者福祉法の意義について寺脇（2008）は、「障害者全般ではなく身体障害者に法の対象が限定されたこと」等の問題点を指摘しつつも、「第二次世界大戦直後の時期に、児童の分野に続いて身体障害の領域で、福祉サービスの法と制度がいち早く形成され、その先駆となったことの持つ歴史的意義は大きい」との評価を与えている。序章の研究の背景でも触れたが、身体障害者福祉法は戦後から高度経済成長期の始まりの時期にかけての身体障害者の職業的活動についても、その捉え方をはじめ、種々の示唆を与えるものであったと考えられた。

このように、身体障害者福祉法に対する評価は多様であるが、職リハに焦点を当てた場合には注目すべき点がある。例えば、義肢（義手・義足）など、生活の営みや働く際に助けとなる具体的な用具を交付することや、職業指導においては自営業の活用も盛り込まれたことである。児島（1967：61－65）は、身体障害者福祉法の中に定められた「身体障害者更生援護施設」の種類の中で「授産に関するもの」として「身体障害者収容授産施設」と「重度障害者収容授産施設」があることを述べている。身体障害者が働くことに関して、「雇用」や「自営業」のほかに、新たな選択肢としての授産施設の設置が盛り込まれたことは、対象となる身体障害者、とくに重度身体障害者の受け皿を増やしたといえよう。

ここまで述べてきたことをまとめると、身体障害者福祉法にみられる職リハ的要素については、「働くこと」と「自立」を結び付けることに焦点を当てた社会経済的視点に色濃く見られたといえる。

3) 義肢を活かした実践 ―戦前に始まる臨床と研究―

わが国において、戦前から切断傷病兵に対して、臨時東京第三陸軍病院では「下肢切断者への義足装着や義足歩行訓練、また上肢切断者への義手使用訓練は盛んに行われた（上田敏 2013：55）」という。戦前から傷痍軍人については、生活機能の向上、就労に向けた支援の一つとして、義肢の研究開発および普及に力が注がれたことが分かる。身体障害のある者にとって使いやすい義肢は、身体活動の幅が広がり、軍業務への復帰や労働現場での生産能力の向上も期待でき、社会復帰に向けた自信へとつながったと考えられた。

わが国において、1938（昭和 13）年には「傷兵保護院」が、1939（昭和 14）年には新たに「軍事保護院²⁰」が設けられる等、傷痍軍人への職業問題に関する対策が進められた。戦中にかけては、傷痍軍人に特化した職リハ的な実践も見られる。水野（1965）は、1944（昭和 19）年に自身が大阪傷痍軍人職業補導所（以下、補導所）に属託医として義肢指導を主として医学面を受け持った当時のことについて次の内容を述べている。補導所では、「職業種目は 20 種にちかく、傷痍の程度に応じて選択せしめるようにし、このためには心理学者も属していた（水野 1965）」と当時としては先進的と考えられる運営を行っていた。また作業の「分業化」を実施する等、各障害者が残された能力を最大限発揮できるよう、システマティックな実践が行われていたことであつたといえる。1944（昭和 19）年は、戦局が厳しさを深める中ではあつたものの、傷痍軍人への職業補導については一定の規模を確保した指導実践が行われていたことが分かる。上記のように、補導所に心理学者が配置されたことにより、身体障害者の障害受容に関する支援が行われていた可能性がある。一方、このような傷痍軍人をはじめとする身体障害者の就労への義肢の活用について、水野（1965）は、義肢製作のレベルについて「義肢については第 1 回大戦のドイツの程度にはるかに及ばず、基本的な設計原理が全然理解されておらず、アルミ板の叩き出しを骨子として皮革張りを行なう工作法に終始していたのである」と、当時の義肢に関わる技術水準の低さを指摘している。国内各地の医学技術の偏在もあつたかと考えられるが、総じて当時のわが国の義肢の製作技術は高くはなかったと考えられた。

天児ら（1972）は戦時中の小倉職業補導所での勤務について、「傷痍軍人の職業補導、現在で言えばリハビリテーション、それをやってきたわけです。しかし、当時は主に切断者の職業がほとんど大部分でした」と述べている。さらに天児ら（1972）は、戦時中の傷痍軍人でのリハビリテーションについて、「あの時分、臨時東京第三病院で上肢の切断訓練をやる。第一陸軍病院で、下肢の切断訓練をやる」と主たる軍病院の機能分化について言及している。職リハの観点でいえば、上肢、下肢の切断者を分けて訓練することで、その後の就労に向けて効率化を図ったのではと考えられた。

このように、戦前から戦中にかけて、わが国では義肢の研究に熱心に取り組む医師がいたことから、戦傷により上肢や下肢を切断することになった身体障害者の除隊後の生活再建に向けた職業訓練などが体系化されていたといえる。終戦により軍関係の義肢の研究施

設等は停止、消滅したが、身体障害者福祉法における義肢交付などの明文化により、義肢の研究・開発は、再びわが国における職リハの発達や実践において重要な技術となっていく。傷痍軍人に加え、労災事故により下肢や上肢の切断をした者が多い時期でもあり、義肢への着目は、対象となる者にとって仕事に就くことを通じての社会参加への可能性を期待させるものであったといえる。

2. 身体障害者へのリハビリテーションニーズの高まり

1) 傷痍軍人施策にみるわが国の医療体制の再編成

(1) 戦中から戦後間もない頃の傷痍軍人の職業支援

戦後進駐してきた GHQ は、日本の非軍事化と民主化を進めた。その一環として傷痍軍人に対して行われていた様々な特権は廃止された。陸海軍病院に収容されていた傷病兵のうち重い身体障害を持った傷痍軍人は、治療を終えた後も社会復帰が難しく、多くが病院内にとどまっていたと考えられる。身体障害に加え、生活に苦勞する傷痍軍人の状況に関して、小西（2012）は、「生活困窮から彼らの間に社会問題を生じ、さらには思想問題にも発展しかねない状況となった」と述べており、傷痍軍人の社会復帰については複雑な事情が存在していたと考えられた。

戦傷兵への医療機関として注目すべきは、序章でも述べた神奈川県相模原に 1938（昭和 13）年に開設された臨時東京第三陸軍病院（現独立行政法人国立病院機構相模原病院、以下、第三陸軍病院）である。その敷地面積は現在の独立行政法人国立病院機構 相模原病院の「約 3 倍程度の広さがあった（上田 2012）」という。第三陸軍病院のスケールの大きさは面積に加え、収容患者数にも見られ、「看護師 5～6 名で 5000 人程度の患者に対して、療養上の世話や診療の補助を行うことは不可能である。そのため、診療することが少なく、患者は日常生活に関わる必要な事柄の大半は自分自身でできる病院であったことがわかる（上田 2012）」との記述がある。病院の規模を考える意味で、令和 3 年度医療施設（動態）調査（厚生労働省 2022）を参考にすると、全国の病院 8,205 施設のうち、900 床以上の病床を有する病院は 52 病院であり、構成割合が 0.6% である。戦時中という社会背景、施設の設置目的や医療提供体系が大きく異なるとはいえ、上記の第三陸軍病院の施設規模スケールの大きさがうかがえる。実際の療養場面においては、「第三陸軍病院で行なわれていた職業準備教育の一部は運動機能の拡大や巧緻性の向上を目的とした軽度の作業であり、今日でいうところの作業療法の一つといえる（上田 2012）」との考察があり、第三陸軍病院が軍の施設であることを念頭におけば、上肢機能を高めるとともに心身の鍛錬も目標であったことが考えられ、段階的には職業訓練にも通じる要素が強かったと考えられる。

上田（2012）は、第三陸軍病院では「理学療法や作業療法などが行われており、外科的治療が中心の病院ではなく現在のリハビリテーション病院であったといえる」と述べており、第三陸軍病院での傷痍軍人への各種療法の実践は、まさに「リハビリテーション病院

的」な取り組みであったと考えられた。職業を視野に入れた職業準備教育が実施されていたことは、対象となる戦傷兵の今後の生活設計を視野に入れた取り組みとも言え、第三陸軍病院には新たな機能を担い、実施されていたことを示している。ただし、ここに述べた療養は、基本的には「訓練」的要素が強かったと考えられた。なお復員兵の中には、上肢や下肢の切断などの戦傷による障害を負って戻ってきた者も多く、戦闘場面の体験から精神的なダメージを抱えた者も少なくなかったことが想像できる。このような精神障害（戦争神経症等）を来し、専門的な治療が必要と判断された傷痕軍人のための施設²¹へ入所した者も少なからず存在したと考えられた。

戦後の身体障害者福祉では、職リハを念頭に置けば、「仕事」をいかに確保して、生活の糧としていくかは障害者本人にとって、またその家族にとって切実な問題であった。上田早記子（2013）は、GHQの要求に基づき設置された中央傷痕者保護対策委員会の1948（昭和23）年7月に開催された第二回委員会において、「GHQの覚書には、それまで『身体障害者プログラム』が中心であった記述が『リハビリテーションプログラム』や『リハビリテーションセンター』などリハビリテーションとの用語が用いられている」と述べている。このように、翌年の身体障害者福祉法成立を前にして、「リハビリテーション」という用語の導入例がみられることを鑑みると、GHQ側はわが国の今後について「リハビリテーション」の理念が意味を持つようになっていたと考えていたといえよう。なお、1948（昭和23）年8月には、身体障害者公共職業補導所が設置されており、翌9月には第1回身体障害者雇用促進週間が実施されていること（建部2004：17）等も、身体障害者福祉法の成立に繋がる準備形成的な意味が少なからずあった可能性が考えられた。

ここまで述べてきたように、わが国における現代へと続くリハビリテーションの始まりは、傷痕軍人対策が起点となった部分が大きいのといえる。そしてこの時期は、身体障害者福祉法を通じてリハビリテーションに対する社会的な認識が一部には芽生え始めた時期であったと考えられた。

（2）軍病院から国立病院へ

わが国において、終戦までの医療における傷痕軍人対策には戦況に応じた流れがあったといえる。戦争が進むにつれて、都市部のみならず地方農村部からも多くの若者が従軍したことにより、必然的に地方の労働力が減じ、国内産業のあらゆる現場で若年労働者が駆り出されることも増えた。終戦後、多くの兵士が復員したが、しばらくは生活再建の道を求めるための労働市場も混乱しており、まして傷痕軍人にとって仕事を得ることは簡単なことではなかったといえよう。そのような中、戦時中まで傷痕軍人を対象としていた軍関連の医療機関は、どのような変遷をたどったのであろうか。

研究の背景で述べたように、1945（昭和20）年11月19日にGHQから「陸軍病院に関する件」が発せられ、陸海軍病院などの取り扱いについて、陸海軍病院はGHQから厚生省に

移管され、国立病院として引き継がれていくこととなった（上田 2012）。このことは、非軍事化政策のもと、国立病院として一般医療機関としての新たな一歩としての始まりでもあった。この時期は、戦時中は尊敬の念を集めた傷痍軍人への医療的支援の方向性が曲がり角を迎えたといえよう。その結果、一般市民の傷痍軍人に向けた意識も徐々に変化していったと考えられた。

戦後の国立病院の変遷に関し、小西（1950）は国立病院発足からの5年間の歩みを3期に分けているが、初期の段階を例にすれば「国立病院普及時代とも言うべき期間」であったと述べ、「軍病院から移管になった直後から引揚の大部分が終わる頃迄がこれに相当する」としている。終戦からしばらくは、戦時中を引きずるような背景もあり、旧軍関連の医療機関の一般国民への受療開始の滑り出しは遅々としたものであったと考えられるが、その後、「傷痍軍人や戦災者や引揚者の収容が大体峠を越して下り坂となるあたりから、一般民衆の利用が増加し始めた頃」からが次の時期であるとしている（小西 1950）。

戦後、当初の代表的な医療機関といえる国立病院、療養所の役割は、一般国民の受療を開始させることであったと考えられるが、今回の研究の中では終戦直後における身体障害者（肢体不自由者）の職リハの実践につながるような取り組みは確認できなかった。しかしながら、戦傷では四肢のあらゆる部位の切断が起きる可能性があることや、脊髄損傷などの重傷者の増加など、身体障害者の障害像が多様になったことを勘案すると、各地で何らかのリハビリテーション的な実践が職リハを含めて展開されていた可能性があると考えられた。

2) 欧州の社会保障制度に学ぶ ―1954（昭和 29）年の官僚報告から―

1950 年代初めからは、その後のわが国への“リハビリテーション”の輸入に関する布石ともいえるような取り組みが行われている。軍関係病院の国立病院への移管、国立身体障害者更生指導所設置などが行われていた頃、わが国では WHO（World Health Organization: 世界保健機関）のバックアップにより、社会保障制度の整備に向けた先進諸国への医師、官僚などの派遣留学が実施された。

大村潤四郎²²は東京大学医学部卒業後、海軍病院、無医村診療を経て厚生省に入省し、1954（昭和 29）年、厚生省技官の時に WHO フェローとしてイギリスの National Health Service を視察しており（鈴木 1995：194-197）、1960 年代には、わが国の理学療法士・作業療法士の国家資格制度および養成施設の設置に関して多大な貢献をした医師であり厚生官僚であった。1954（昭和 29）年 8 月、病院協会にて開催された病院学会東京地方会における大村の講演が論文として『病院』11 巻 6 号（1954）に掲載されている。その中のリハビリテーションに関連する部分について考察する。

大村（1954）は、イギリスの医療現場において、専門分化が進んでいることを述べており、中でも「オキュペーショナル・セラピー（Occupational Therapy）」が果たしている役

割に注目している。例として、結核患者等の療養を例にあげ、当時のわが国とイギリスの違いについて、「このオキュペーション・セラピーというのは、籠細工であるとか機織とか、手仕事というものが回復期に処理的に有効に作用することを利用した作業療法であります（大村 1954）」と述べており、患者が自主的に作業に取り組んでいたことを「非常に印象的」であったと述べている。大村は、1960年代に入り、わが国のリハビリテーション専門職としての理学療法士、作業療法士の国家資格法制度化をリードする役割を担っており、その取り組みの背景には、このときのイギリス視察留学が少なからず影響を与えたと考えられる。とくに、イギリスでオキュペーション・セラピーと呼ばれていた生活や余暇の意義も視野に入れたような治療的な実践活動を「作業療法」という用語に置き換えて説明している点は、アメリカ由来の傷痍軍人への職業訓練的な要素を含む「作業療法」とは性質が異なるものとしてとらえていた可能性も考えられた。

後年、鈴木（1995：194）が大村に行ったインタビューでは、上記のイギリス視察に関し、大村は「メディカルリハビリテーションの後で職業から雇用につながる Replacement Officer がいて就職までのサービスをしていましたから、いい制度だと思いました」と述べている。大村は、当時のイギリスではリハビリテーションの体系化が進み、医学的なリハビリテーションから職業的なリハビリテーションまでの途切れない支援体制が整備されていたことへの理解を深めていたことがうかがえた。

このように大村がイギリス視察留学で得た知見は、その後、わが国初の理学療法士・作業療法士養成に関して少なからず影響を与えるものであったと考えられた。

大村（1954）が述べた「籠細工であるとか機織とか、手仕事というものが回復期に処理的に有効に作用することを利用した作業療法」に関連して興味深い知見がある。細川（1986）によれば、九州労災病院（以下、九労）において、1954（昭和 29）年 7 月頃に服部医師が、「頭部外傷で愁訴の多かった患者」に対し、神経科病棟内で作業療法を開始したとされ、「梱包で使われた廃材で箱、塵取り、机、ピンポン台などや、市販の織機でネクタイ、敷物も作り、また竹細工まで器用な理療技術員林茂氏が指導して行った」とある。そして、この「作業療法」によって「愁訴が著しく減った（細川 1986）」という効果もあった。つまり、大村が 1954（昭和 29）年にイギリス視察にて、強い関心を持った「作業療法」が、同時期わが国の医療機関でも実践されていたことになる。

このように、作業療法の治療的な効果に着目した医師の存在は、その後の九労におけるリハビリテーションの医学的根拠に基づいた作業療法の先進性と独自性に影響を与えることとなったといえる。根拠に基づいたリハビリテーションの実践は段階付けられたアプローチを可能とする。その目標として、復職や再就職等への選択の幅が広がることにもつながったと考えられた。

3. 身体障害者福祉法と身体障害者更生指導所

1) 身体障害者福祉法制定の前後の社会的動向

身体障害者福祉法は、1949（昭和 24）年に制定された。同法は、傷痍軍人対策をはしりとして、その後のわが国の社会情勢に求められる労災患者などへの次々の顕在化してくる課題への対応において一定の成果を果たしたと考えられた。しかしながら、すでに述べたように身体障害者福祉法は、対象となる者の「更生」つまり職業復帰を目指すことが強く意識されていた。身体障害者福祉法成立時（1949 年）の時代背景から、当時、非常に多かった傷痍軍人を対象から実質的には外すわけにもいかない一方、身体障害者として広く対象をとらえる必要があるため、苦心しながらの法整備が進行していったのではと考えられた。

厚生省以外の官庁の取り組みについてみると、1949（昭和 24）年には、労働省が 4 月に九州労災病院（北九州市）、9 月に東京労災病院を設置し、その後、炭鉱地帯や工業地帯を中心に全国に労災病院を設置していった。労災事故への具体的な対応という点では、労働省が政策上もあろうが特色を出したといえよう。また、この時期以降が対象になるが内山（2010）は、「55 年体制下の日本では、官僚・族議員主導のボトムアップ型政策決定パターンが定着していた」と述べている。そして、55 年体制下の行政府においては「しばしば各省庁の間で激しい権限争いが起こった」と当時の状況を述べている。このような政策決定パターンの存在を踏まえると、高度経済成長期に労災病院が広く設置された際に政策上で省庁間の交渉などが行われた可能性があり、この点は当時の社会経済情勢ならびに職リハに関連する施策展開を研究する視点において今後の研究課題としていきたい。

本章の主テーマとなる傷痍軍人に再び焦点を当てると、わが国では戦争により身体障害者の構成が変化したことが分かる。傷痍軍人について、戦後のある時期までは身体障害者の中で大きな数を占めることは予見できるが、その後に訪れた疾病構造の変化や社会情勢により従来と比べ、重度の身体障害を持つ者が増える等の状況は、その後の、わが国の身体障害者への医療や福祉全般、またリハビリテーション施策に少なからず影響を与えたといえる。

昭和 23 年に身体障害者福祉法の準備が始まった時の関係者間の動きについて、社会局更生課初代課長補佐を務めた佐野利三郎による講演「身体障害者在宅福祉に関する問題」

（安田火災記念財団 1978）によれば、身体障害者福祉法を作る前段階において、財政的に非常に苦しかったことや（GHQ 側が）軍国主義復活への恐れを持っていたこと等から GHQ との折衝に苦労したことを述べている。佐野（安田火災記念財団 1978）は、「アメリカさんが、日本の軍国主義の復活を恐れるといったようなことから、連合国司令部との折衝にはいろんな難点がございまして」と述べている。そして、身体障害者福祉法を作成する時の一番大きな問題は「全国の国立病院、療養所等に数万の傷痍軍人がたむろしてしまして、あるいは恩給が切られ生活に困り」等を述べ、当時の状況を述べている。すでに述べてきたが、戦中までの傷痍軍人への手厚い支援の廃止は、同時に傷痍軍人の生活基盤にも多大

な影響を与えたことが分かる。

身体障害者実態調査結果表（厚生省社会局 1952、以下調査結果表）の戦傷病者の身体障害の障害別欄には「その他」の項目が設けられており、その説明には「内臓に基づく障害、頭部外傷、精神障害、その他、不詳の分である」と記してある。「その他」に分類された各障害のうち、内臓の障害は傷めた臓器により多様な症状を呈し、日常的に医療的ケアが必要とされる者が少なからず存在していたと考えられた。頭部外傷や精神障害は中枢神経系の障害にも関わってくるため、職業訓練や就職活動等の支援においては専門的な知識や技術を持つリハビリテーション専門職の必要性が高まっていたと考えられた。本調査の実施年が 1951（昭和 26）年ということで、身体障害者福祉法が施行されて約 2 年であり、一般国民への周知は専ら新聞、ラジオ²³等の限られるものであったことから、この法律自体の国民への周知は進んでおらず、一般的に身体障害者への就業に関する支援の理解や浸透は不十分な状況であったといえよう。

2) 身体障害者更生指導所の設置

医学的リハビリテーションが日本に欧米から輸入された 1950 年代初めは、リハビリテーションは外科的手術など医学的治療の後療法としての色彩が濃く、筋力強化や身体耐久力向上を目指した治療を基盤とした実践が主であったと考えられた。

本章第 1 節で述べた臨時東京第三陸軍病院は戦後、国立相模原病院となったが、医学的・職業的なリハビリテーション部門は、病院本体とは分離されたまま、同じ敷地内に並行して存続していたが、1949（昭和 24）年 5 月 31 日の「国立身体障害者更生指導所設置法」によってはじめて「国立身体障害者更生指導所（以下、更生指導所）」として正式な位置づけを得て、1950（昭和 25）年 1 月に第 1 期生を入所させた（上田敏 2013：60）。その後、更生指導所は 1953（昭和 28）年に東京都戸山に新築移転し、「内容的にも、医学的・心理社会的・職業的リハビリテーションを一貫して行うものになった（上田敏 2013：61）」という。都心へ移設後の更生指導所の特徴として、身体障害者に対し、様々な判定を行い、その結果をもとに最適な職業を選定する取り組みが行われていたことがあげられる。更生指導所では、対象となる身体障害者の運動器の状態等から必要に応じ、「手足の形や機能を最も適するよう職能整形外科的手術」を実施するとともに、義肢道具の適応および理学療法、作業療法、義肢訓練を行っていた（稗田 1955）。その取り組みの実際は、「心理療法的助言と日常生活指導の下に心理的、社会的適応性をかんよう（ママ）させ、他の社会福祉的機関と連絡して生業につかしめる等、身体障害者の更生に必要な諸専門的技術を総合一貫的に且つ平行的に行っている（稗田 1955）」としている。この記述から、戦後 10 年という段階で医療的側面と心理的側面を融合させた指導を行う等など、先進的な実践が行われていたといえる。

ここまで述べたように、1955（昭和 30）年当時の更生指導所の特徴（目指すもの）とし

て、「義肢」「職能」「身体障害」等の身体機能面にアプローチすることが主であったと考えられた。「身体障害」の査定、評価の手続きでは、更生指導所の「総合判定会議」において厳正な判定が行われたという（稗田 1955）。稗田（1955）は、同文献の中で「作業療法」という用語を使用している。それまでも傷痍軍人対策や結核患者²⁴、精神障害者への治療的活動の一環として作業療法という用語が用いられることはあったが、わが国において 1950 年代半ばの段階で肢体不自由を主とした成人身体障害者への治療的取り組みの中で「作業療法」の語を公的に用いられているのは、本研究においてはこれが最も古いものであった。

わが国における作業療法士・理学療法士の初の養成施設は 1963（昭和 38）年の設置で、国家資格化（法制度化）は 1965（昭和 40）年である。稗田（1980）は、1954（昭和 29）年にリハビリテーション研修としてアメリカへ WHO フェローにて派遣された経験から、わが国の身体障害者福祉におけるリハビリテーションの方向性に関する知見を深めると同時に、日米における身体障害者施設の利用者（収容された身体障害者）のリハビリテーション導入時期の違いについて強い印象を持って帰国している。当時、世界のリハビリテーション医療実践の最先端と考えられたラスク²⁵のもとでの研鑽が、その後の稗田のリハビリテーション観に影響を与えた可能性があり、「職能整形外科的手術」には、この経験が活かされていたと考えられた。現代医療において「職能整形外科的手術」という用語は一般的に使用されることはないが、この手術は就労の可能性を高める目的に特化した手術であるといえよう。現代でも仕事への復帰を目的として整形外科的な手術が実施されることはあるが、目的は仕事だけではなく生活、余暇全般、QOL（Quality of life：生活の質）にまで活動範囲を広げたものが多く、社会情勢を考えると当時の目的と同列に比較はできない。1955 年（昭和 30）頃は、高度経済成長期の始期でもあり、製造業を中心として、産業現場での人手不足が顕在化し始めてきた時期であった。製造業や土木建設等を例にすれば、四肢の筋力や手指の巧緻性、長時間労働への耐久力など身体的能力が労働上、戦力として必須とされた時代である。それ故、「職能整形外科的手術」は身体障害者の仕事の選択肢を広げ社会的にも容認また期待されていた医療技術であったと考えられた。

第 1 章の小括

戦前、戦中において傷痍軍人の医療、職業指導において中心を担った臨時東京第三陸軍病院での職業準備教育には、今日でいうところの作業療法に近い実践が展開され、戦後は組織再編が図られ、新たに国立病院となった際に隣接して国立身体障害者更生指導所が設置された。この国立身体障害者更生指導所では、現在のリハビリテーション医療に通じる臨床実践が行われていた。しかしながら、その目標はあくまで身体障害者の更生（職業的自立）に焦点化され、その一環として職能整形外科的手術などが行われていた。義肢装具については、戦前戦中を通じて、一部の整形外科医が研究や製作、臨床実践に取り組んでいたことは、戦後の傷痍軍人の社会生活への参加を助ける一手段となった。

戦後、わが国では、GHQの「非軍事化と無差別平等」に基づく占領政策により、戦前までの傷痍軍人を中心とした施策は、解体、整理されながら身体障害者施策の一部として位置付けられたといえる。戦時中までに全国に配置された軍管轄の医療機関等はGHQ政策により一旦解体された。このような「傷痍軍人のための医療機関」の施設や設備が厚生省所管に改められ継承される一方、非軍事化政策のもと、一般医療機関としての新たな一歩としての始まりでもあったことは、傷痍軍人への医療的支援の方向性が曲がり角を迎えた時期といえる。

1949（昭和24）年に成立した身体障害者福祉法により、傷痍軍人は原則的には戦中までのように特別視されることがなくなり、一般の身体障害者として扱われることとなった。しかしながら、上記の国立身体障害者更生指導所の設置など、傷痍軍人対策の一部は形を変えて対応することが可能になったと考えられた。1950年代半ばにさしかかる頃、欧米視察を行った大村はイギリスの医療の先進的な取り組みに理解を深め、そのことはわが国のリハビリテーション政策に影響を与えることとなったと考えられた。この中で、オキュペーショナル・セラピーに着目している点はリハビリテーション専門職養成の背景として重要な要素を成したと考えられた。高度経済成長期が進むにつれて増加した労災事故と交通事故、また疾病構造の変化により身体障害者が一貫して増え続けたことは、欧米から輸入されたリハビリテーションの必要性を高めることにつながった。

以上述べてきた内容から、わが国において戦中から戦後間もない頃にかけての傷痍軍人対策は、身体障害者福祉法や身体障害者更生指導所でのリハビリテーション的实践とあわせ、高度経済成長期にかけての身体障害者への職リハの準備段階に寄与した期間と考え、この時期を職リハ黎明期と名付けた。以上で、第1章を終える。

文献

- 天児民和・大島良雄・松本征二・小池文英（1972）「座談会 日本におけるリハビリテーションの歴史」『リハビリテーション医学』vol.9 no.3、149－159
- 上田早記子（2012）「昭和十年代の臨時陸軍病院におけるリハビリテーション－傷痍軍人の就労への道－」『四天王寺大学紀要』第54号、131-156
- 上田早記子（2013）「国立身体障害者更生指導所の入所事情－傷痍軍人の処遇を中心に－」『四天王寺大学大学院研究論集』8、107-130
- 上田 敏（2013）『リハビリテーションの歩み－その源流とこれから－初版』医学書院
- 内山 融（2019）「日本政治のアクターと政策決定パターン」『季刊 政策・経営研究』Vol.3、1-18
- 大村潤四郎（1954）「欧州各国の社会保険制度」『病院』11巻6号、53－63
- 厚生省社会局（1952）『昭和26年度 身体障害者実態調査結果表-全国調査- 昭和26年12月25日現在』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C26%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%B5%90%E6%9E%9C%E8%A1%A8.pdf>（2023.1.12 閲覧）
- 厚生省社会局（1955）『昭和30年度身体障害者実態調査結果報告書』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C30%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%B5%90%E6%9E%9C%E8%A1%A8.pdf>（2022.10.18 閲覧）
- 厚生労働省（2022）「令和3年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/02sisetu03.pdf>
（2023.1.17 閲覧）
- 児島美都子（1967）『身体障害者福祉』ミネルヴァ書房
- 小西 宏（1950）「国立病院の歩む道」『病院』3（1）、28－32
- 小西律子（2012）「身体障害者福祉法成立に盲人集団が果たした役割」『社会福祉学』第52巻 第4号、3-16
- 障害者職業総合センター 厚生省関係統計
https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/p8ocur0000001753-att/shiryou04_09.pdf（2021.3.19 閲覧）
- 鈴木明子（1995）『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会
- 建部久美子（2004）『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店
- 寺脇隆夫（2008）「身体障害者福祉法（1949.12）の立案過程の検討－木村文書中の法立案過程の史資料を通して－（上）」『浦和大学・浦和大学短期大学部浦和論叢』第39号、1-47

- 長谷川珠子（2018）「障害者雇用政策の歩み」、永野仁美・長谷川珠子・富永晃一編（2018）『詳説 障害者雇用促進法 一新たな平等社会の実現に向けて〔増補補正版〕』弘文堂、2－25
- 稗田正虎（1955）「国立身体障害者更生指導所－身体的低格能力の世界より作業能の世界え（ママ）へのかけ橋」『病院』12（6）、41－53
- 稗田正虎（1980）「日本のPTの原点を振り返って PT 前史 学校発足前の胎動期」『臨床理学療法』第7巻第1号、12－20
- 『フォト』1972.8.15号（1972）新しい医療、社団法人 時事画報社
- 細川忠義（1986）「理学療法の夜明け」『理学療法学』13（1）、5－9
- 間宮直樹（2016）「今日の労働災害の発生状況－労働災害発生の推移と主要産業に占める割合」『表面科学』Vol. 37, No. 7、326－329
- 水野祥太郎（1965）「大阪におけるリハビリテーション活動－1939年～64年の25年間－」『リハビリテーション医学』2巻2号、97－101
- 安田火災記念財団（1979）「身体障害者在宅福祉に関する問題 全国社会福祉協議会常務理事 佐野利三郎氏講演」：1－25 https://www.sompo-wf.org/katsudou/sousho/sousho-no_00009.pdf (2022. 10. 17 閲覧)
- 山田 明（2013）『通史 日本の障害者 明治・大正・昭和』明石書店
- 吉田久一（1990）『改定増補版 現代社会事業史研究』河島書店

第2章 職業リハビリテーション実践に向けた準備形成

本章の目的と方法

本章では、戦後から高度経済成長期において労災患者をはじめとする身体障害者の職リハの状況について、国際的な知見も念頭に置きつつ、先駆的と考えられる事例および人材養成の視点からの考察を文献研究にて行う。

稗田（1965）は、1960年代の欧米のリハビリテーションの状況に関して、その発達した段階にある国では、「リハビリテーション計画は病弱の全期間を短縮し、収容看護費や疾病給付や障害年金を節減し、さらにその上、生産的な雇用もできるような有意義な生活ができるように（中略）社会経済的に、特に社会保障制度の円滑な健全な運営のため重要であることが強調されている」と述べている。ここで言うリハビリテーションは、主に身体障害者を対象としたものと考えられるが、「発達した段階にある国」、つまりアメリカやイギリスを例とする国々については、“雇用”にまで言及している。これは、わが国の当時の障害者福祉の状況を鑑みると先進的な視点であったといえる。

1960年代、わが国ではリハビリテーションの専門職養成に向けた声が高まりをみせた。一例をあげれば、小池（1967）は、1957（昭和32）年に Nimbkar 婦人²⁶（OTR:作業療法士）がわが国のリハビリテーション関連施設を視察した際に、「日本のリハビリテーション・センターは設備その他はすばらしい。しかし、残念ながら P.T.・O.T.の養成制度ができていない」との指摘を受けたことを述べている。このような知見から、わが国における職リハの始まりを考える際、リハビリテーション全体に対する国の姿勢や社会的な認識を知る必要があると考えた。

1. 欧米の職業リハビリテーションへの取り組み ―アメリカとイギリスにおける萌芽―

1) アメリカの場合 ―20世紀前半にみる職リハのルーツ―

20世紀前半のアメリカにおける職リハに関連する法整備では、1918年に米国連邦政府は世界初となる「傷痍軍人リハビリテーション法（Smith-Sears Veterans Rehabilitation Act）」を制定し、同法により「第一次世界大戦の傷痍軍人に対し、医学的リハビリテーションとリハビリテーション工学を用いた残存機能の最大活用を促し、さらに生産的な労働者になるための職業教育と職業訓練を施し、職業リハビリテーションへとつなげていくという流れの基本形」ができたとされている（八重田2012:44）。「医学」と「工学」のテクノロジーを活用して、障害者の残存機能を引き出すことを目指したことは、障害により将来への不安や喪失感を持っていた障害者の自信回復にも寄与したと考えられた。

戦後、わが国における「リハビリテーション」の導入については、第1章で述べたように、まずは身体障害者福祉法に基づいた各施策に一端を見ることができ、これは「更生」の名のもとに展開されたものであった。例として身体障害者に義肢や補装具を交付することにより生活の自立を促した取り組みを挙げると、わが国の職リハの一環といえる実践は

アメリカほど体系化されてはいなかったが、戦前戦中は軍関連の医療機関で行われていた。しかしながら、本研究では職リハと医学的リハビリテーションとの関係性を詳しく言及するまでには到達できなかった。ただ、身体障害者福祉法成立に前後して、国立身体障害者更生指導所が設置され、そこで医師が中心となり、総合判定会議が実施されていたこと等は考察の対象になるといえる。

上田（2013:137-138）は、1954年に政府の職業リハビリテーション室（Office of Vocational Rehabilitation, OVR）室長メアリー・スウィツァー（Mary Switzer）が、ラスクの支援をも受けたことを述べ、「職業リハビリテーション法の再改正に成功し、連邦政府の負担分を増額し、かつて 50%対 50%であったものを、豊かな州でも連邦の負担分を 60%、そうでない州ではそれ以上とし、しかも連邦予算の制限を設けず州の支出と見合う分を制限なしに支出できるようにした」と述べている。また、アメリカにおける法改正に関連した予算支出の目的の拡大が、リハビリテーション従事者の教育にも支出できるようになったとしている（上田 2013 : 138）。この時期、アメリカでは、医師の卒前教育および専門医によるリハ医学講座において、リハビリテーションに関する教育の拡大が見られており（明石 1987）、これは該当する予算が増えた影響が少なからずあると考えられた。

アメリカの大学医学部と比較すると、わが国の医学部へのリハビリテーション講座の設置は遅れた。なお、医学部附属病院としては、1963（昭和 38）年 7 月 にわが国最初の大学病院におけるリハ医学の診療施設（東京大学医学部附属病院中央診療部運動療法室）がオープンし、1966（昭和 41）年には作業療法室その他を加えて拡大し、中央診療部リハ・センターとなり、さらに 4 年後の 1970 年には独立してリハ部となり、現在はリハ科・部となっている。（公益財団法人 日本リハビリテーション医学会 2013 : 31）

歴史的にみて、職リハに関連があると考えられる作業療法士（OT）の養成教育について、アメリカでの OT 養成はわが国の養成システムとは異なる点があり、独自の助手制度を設置するなど医療専門職としての意味付けを積極的かつ戦略的に展開していたといえる。鈴木（1995:44）は、アメリカの OT 教育の歴史においては、治療者としての OTR（Occupational therapist Registered）²⁷と助手に二分されている点について述べている。それは、「1962 年に助手の制度を認め、OT 協会が国家試験を行って自分達の仲間として入れたのにはいくつかの理由がある」とした上で、「社会がもっと多くの OTR を強く要請したこと」、「それに呼応して早急に人数を増やせなかったこと」、「助手には OTR ほどの給料を支払わなくてよいこと」「勝手に他の団体や組織に助手を作られるよりは、明確なカリキュラムを作り、制度化することで OT 職の構成を図り、分業化することで治療の質を下げないこと」等の理由を述べている。わが国における理学療法士・作業療法士の養成は、増加していた身体障害者に対応すべく即戦力を求めての始まった部分が大きいと考えられたが、数十年早く始まったアメリカでの養成教育は、自らの職業の専門性、独立性を示しつつ幅広い対象領域を視野に入れたシステムに発達していったといえよう。

20 世紀前半、世界大恐慌（1929）により大きな影響を受けたアメリカが国内経済の再建

策として打ち出されたニューディール政策は、その後の職リハ政策への関連性が示唆される。上田（2013:140）は、「アメリカのニューディールと日本の戦後改革のつながり」として、ニューディール政策にインスパイアされて、それを推進しようとするアメリカの官僚は「ニューディーラー」と呼ばれ、「第二次大戦でニューディールが中断したことを残念に思っていたその一部が、戦後 GHQ の民政部を足場に種々の改革を推し進めたのである（上田 2013:140）」とニューディールと GHQ による占領政策の接点を分析している。この分析によれば、ニューディール政策のコンセプトは第二次大戦後、GHQ によるわが国の占領政策において一部が推進されたという見方ができる。

加えて、上田（2013:141）は、「アメリカでは戦争による青年戦傷障害者が間断なく生み出されてきた」と、戦後は戦争経験のないわが国とほとんど休みなく戦争を続けてきたアメリカの状況の違いについて述べている。このようにアメリカと日本について、戦争経験を根拠にすれば、リハビリテーションの対象の変遷には歴史的な違いがある。上田が述べているように、傷痍軍人（戦傷者）への社会的な見方は、わが国では傷痍軍人として、戦争中と戦後の一定期間にわたり存在するもの²⁸であったが、アメリカでは、20 世紀の多くの期間にわたり存在していた。この歴史的背景の違いは、わが国とアメリカにおける身体障害者福祉に関連する政策や職リハに関しても影響を与えることになったと考えられた。

アメリカで実践されていたリハビリテーションの方法論は、形としてはわが国に輸入されていたが、戦争に対する歴史的スタンスの違いなどから、本質的な部分では差異があったと考えられた。加えて、わが国とアメリカの文化的な背景や国民性の違いも影響を与えている可能性がある。この両国の戦争や傷痍軍人に対するスタンスの違いは職リハ施策の連続性の点において、拡大していくこととなったと考えられた。アメリカでは、20 世紀前半から芽生えた職リハの意義を戦前から戦後にかけての社会整備に生かしつつ、その必要とされる領域を医療、福祉に限定せず、工学、教育学、心理学、社会学、経済学等々、幅広い領域に広げていったこと等から、リハビリテーションへの国民への認識を戦略的に喚起していったと考えられた。一方、わが国では、職リハ施策を例にすると、顕在化した課題の対応に追われることが多く、ILO 等の国際的な動きを追随する形での政策判断が多かったと考える。障害者就労に関して国際水準をもとに考えた場合、わが国の ILO 条約の批准数²⁹が少ないのは、身体障害者の就職の困難さを含むわが国の労働市場の閉鎖性にも反映されているのではなかろうか。

戦後から高度経済成長期における身体障害者就労において、国の施策判断に影響を与えた要素については、当時の産業振興政策などとの関連を勘案しながら考察する必要がある。社会が好景気に向かっていたとはいえ、国民間には経済的な格差が存在していた。そのような不安定要素が残る社会の中で、身体障害者雇用の実状も産業界からの声に影響を受けた部分があったと考えられた。

2) イギリスの場合 ―レンプロイ Remploy が示した障害者雇用のモデル―

イギリスでは、1944 年「障害者（雇用）法」が制定された。障害者（雇用）法のもとで整備された施策の中で「保護雇用サービスを公的に提供する」レンプロイ公社（Remploy Ltd. 以下、レンプロイ）は、1946 年に障害者（雇用）法に基づいて設立された（山並 2000）。

児島（1967：194）は 1960 年代のイギリスの障害者雇用について、「障害が重度で、他の方法によっては雇用され、または自営する可能性のないものに対して当別な条件のもとで、終生雇用を維持、賃金を得させる特別の雇用施設」を「庇護雇用施設」として、「レンプロイがこれにあたる」と述べている。竹内（1966）は、1960 年頃のイギリス国内 90 ヶ所に設けられたレンプロイの職種による分類を示している。具体的には、家具製造、木工一般、印刷、製本また食品貯蔵などに加えて、整形外科補装具製造などの専門性が求められる事業も確認できる。竹内（1966）は、レンプロイの「一大特徴」として『会社』や一般商業にできるだけ近い方式で運営されているところにあるといえよう」と述べている。

レンプロイの経営に関して、児島（1967：194）は「労働大臣が大蔵大臣の承認を得て設置した特殊公益会社」であることと、「その経営は国庫から経営主体に対して補助される」ことを述べている。本研究の対象時期、つまりわが国における戦後から高度経済成長期に至る同時期、イギリスの障害者雇用では、国の支えによる保護的な雇用が社会的にも受け入れられていた時期であったと考えられた。レンプロイが示した障害者就労への実践は、障害者を労働者としてみなす側面を有しており、本研究の対象とする時期においては、国際的にも保護雇用のモデルケースとして位置づけられていたと考えられた。なお、2013 年 10 月には、レンプロイの保護工場は全て閉鎖されることとなった（日本財団 2020:11）。

中村（1971）は、第 7 回リハビリテーション医学会総会のシンポジウム「一般病院とリハビリテーション施設との関係をいかに強化すべきか（座長：田村春雄）」のパネラーとして、当時のイギリスにおける身体障害者のリハビリテーションに関して、「英国の Stoke Mandeville Hospital の脊損センターでも脊損患者の作業所や収容ホステルなど 3 つの施設を持っている」ことを示した。同じく中村（1971）は、わが国のリハビリテーションの現状と行政機構について、「主として厚生省労働省が関係する面が多いが、リハ局でも新設して貰いたいような気持ちになる。特に職業的リハや身体障害者雇用の面でわが国の行政は過保護的、消極的である」と指摘している。また、中村（1971）は、イギリスの障害者雇用に関しては、「厚生省の病院に Disabled Resettlement Officer (D. R. O.) と呼ばれる役人が出入りして、在院中に患者の就労方針が決定できるのはうらやましい」と述べている。中村が述べていることは、先の大村によるイギリスでの視察報告に重なる点もみられ、わが国における行政官庁間の連携の不十分さや各省庁の取り組みに示唆を与える発言と考えられた。イギリスで、臨床場面における先駆的なリハビリテーション体系を学んだ中村の発言は、わが国のリハビリテーションの課題を浮き彫りにしたものであり、産業と結びついた身体障害者の社会参加の意義を示している。イギリスにおいて、就労を見据えたリハ

ビリテーションが関係各所の連携の中で発達したのは、在院中からのフレキシブルなケースカンファレンスの成果であると考えられた。

2. 産業界の身体障害者雇用促進法への関心

1) 身体障害者の就業の実態

(1) 疾病構造の変化と身体障害者の態様

戦後から高度経済成長期に至る期間においてのわが国の公衆衛生状況は、試行錯誤を繰り返しながらも徐々に向上してきた。本研究において対象とする戦後から現在にいたるまでの死亡原因数の推移を図 2-1 に示す。

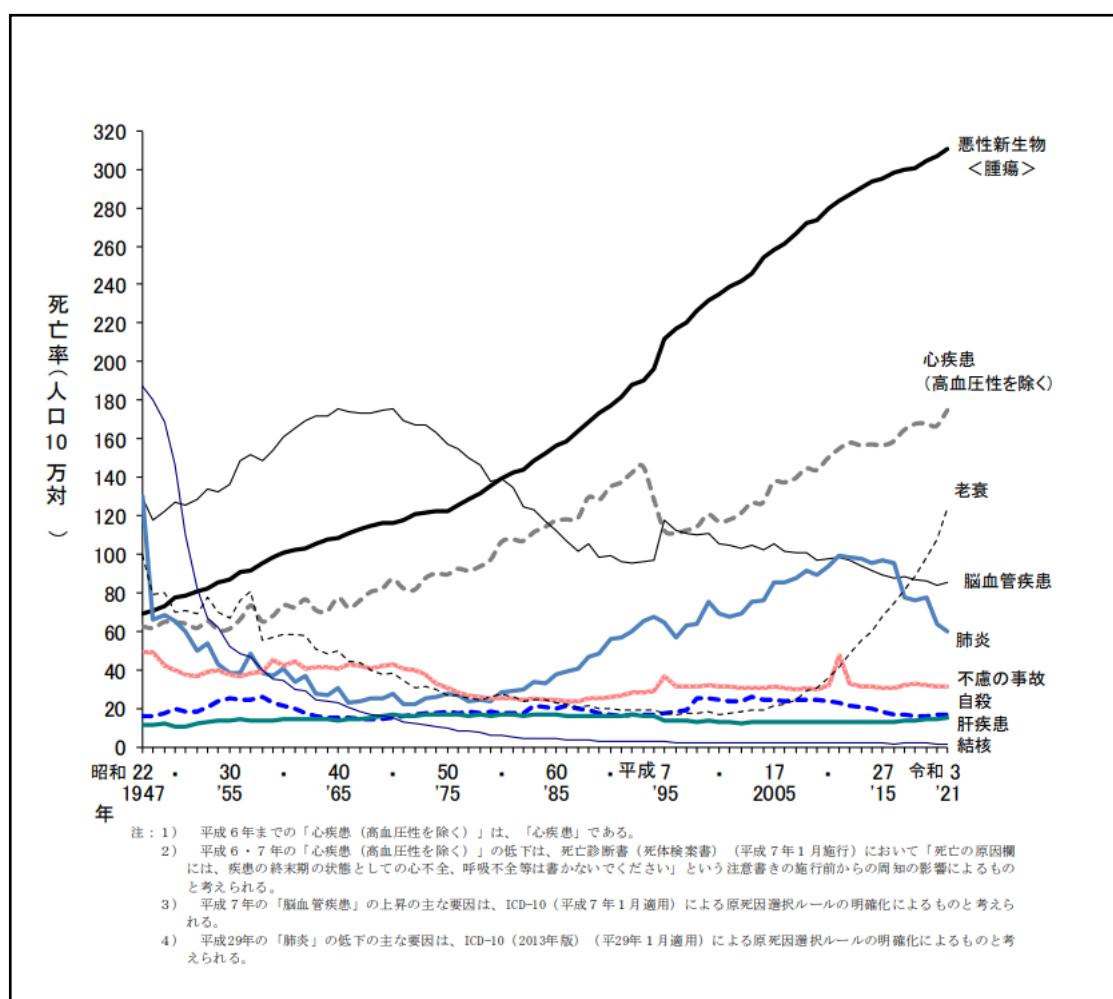


図 2-1 主な死因別にみた死亡率(人口 10 万対)の年次推移

出典: 厚生労働省 令和 3 年(2021) 人口動態統計月報年計(概数) の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf> (2023. 1. 12 閲覧)

戦後しばらくして開始された、国民の健康面や体格の向上を目指して開始された食生活の改善、医学技術の進展は、かつて“死の病”と恐れられた結核への新たな治療方法にも進展をみせた。結核は1935（昭和10）年にわが国死因の首位となり、図2-1に示すように後昭和25年頃まで死因1位を続けた。島尾（2008）は、「最初の抗結核薬としてストレプトマイシンが昭和19年に開発され、米国では昭和20年から臨床の場で使われ始めたが、日本でストレプトマイシンの製造が許されたのは昭和24年であり」とし、「化学療法が治療の主流となったのは昭和30年代になってからである」と述べている。この流れを背景に、1951（昭和26）年には新しい結核予防法が施行された。実際、図2-1からは結核の新しい治療法の成果を確認できる。結核のあとに死因原因1位になった脳血管障害は、1951（昭和26）年から、1980（昭和55）年までの約30年、死因1位を続ける。これは、本研究の対象となる期間の大部分の期間を占めている。

国民生活面での衛生環境において、1964（昭和39）年の東京オリンピックに向けて、前年から国を挙げての東京都市部の環境浄化活動が行われるまで、下水道率はきわめて低く、路面の舗装も不十分、道端へのごみの散乱、河川への生活ごみの投棄など、伝染病や感染症予防への意識は低い状態であったと考えられた。経済成長で進行した産業構造の変化と期を同じくして、社会構造また疫学的側面からは疾病構造の変化も起きた。四大公害病をはじめとする環境問題が出現し始めたのもこの頃である。

高度経済成長期には、四大公害病のほか、大気汚染、水質汚濁、騒音など、安全な国民生活を脅かす多種多様な公害が社会問題となった。昭和44年版公害白書（1969）では、高度経済成長期における公害問題の代表例として、三重県四日市市の大気汚染や海水汚濁をあげ、1961（昭和36）年頃からの、いわゆる四日市ぜん息患者の発生や異臭魚問題などにより、四日市市の名はわが国有数の公害都市として全国に知られるようになったと述べている。その他、スモン病を例にすると、同病は整腸剤キノホルム³⁰が原因であり、働き盛りの時に罹患し、仕事を辞めざるを得なかった患者も多かったと考えられる。労働力不足が顕在化した高度経済成長期において、集団就職をはじめ若年の頃から労働者になる者が多かった時代に、産業発展が原因になった多様な公害問題は、貴重な働き手を失うことになった側面を有したといえよう。

（2）産業構造と労災事故

1950年代半ば、石炭が中心であった産業構造が戦後急速に化石燃料へとシフトしたエネルギー革命は社会の産業構造、経済的側面に大きな影響を与えた。国内における重化学工業の比重が増し、それに比例して労働災害や交通事故の増加がみられた。

酒井（2004）は、高度経済成長期にあたる1960年あたりから現在までの労働災害死亡件数の推移を鳥瞰すると、三つのフェーズを認め、第1のフェーズは、1960年代にみることができ、第2のフェーズは1970年代の10年間、また第3のフェーズは1980年代初頭

からの17年間としている。第1のフェーズでは、労働災害による死亡件数は年間6000人から6500人に達したという。この区分の中で、本研究が対象とするのは、第1のフェーズといえる。厚生労働省ホームページ(令和3年労働災害発生状況の概要)によれば2021(令和4)年度の労働災害による死者数は867人であり、約50年間で死者は約8分の1程度まで減少したこととなり、特に第1のフェーズでの労災事故の深刻さが分かる。

高度経済成長期には、食生活をはじめとする生活習慣の変化に起因する「成人病(生活習慣病)」の増加もみられた。核家族化の進行や食生活の変化、急速な都市化、産業の重工業化にともなう四大公害病に代表される新たな疾患やサリドマイド禍など薬害の頻発などが社会問題として国民の関心を集めた。新たな疾患や労働災害や交通事故に対応すべく、医学技術の急速な進歩をもたらしたが、同時に治療後に残った後遺障害への対策も急がれることとなった。ここまで述べてきたことを勘案すると、わが国の職リハは経済・産業構造の変化により増えてきた社会的な課題への対策の一つとしての側面を持っていたといえる。

(3) 身体障害者実態調査から

厚生省は、1950年度から全国への身体障害者実態調査を開始し、以後、基本的に5年ごとに実施された。ここでは、1951(昭和26)年身体障害者実態調査の結果(以下、1951年結果)と1960(昭和35)年身体障害者実態調査の結果から、本研究で対象とする肢体不自由者の就業種別の結果を考察する。なお、肢体不自由者については、戦傷病者と一般身体障害者を区分していない大分類のため、身体障害者全般の傾向となる。

1951(昭和26)年から1960(昭和35)年にかけて肢体不自由者の就業で構成比率が増加している職業は、増加割合が大きいものから「技能工・生産工程従事者及び単純労働者(1951年結果では、「技能工」が「特殊技能工」と表記されている)」が21.1%から31.4%、「販売従事者」が8.5%から17.0%と増加した。一方、この10年間において、肢体不自由者の「農林漁業従事者(1951年結果では、「農夫・伐木夫・漁師・漁夫及び類似従業者」と表記されている)」の従事者数は41.4%から30.8%へと低下率が目立つ。他の職業においては、「分類不能」を除き同期間で百分率の変化がプラスマイナス概ね2%以内となっている。

両調査間の約10年間において、「技能工・生産工程従事者及び単純労働者」いわゆる「工場等の生産現場での就労」が10%以上増えたことは、高度経済成長期に入り、産業界からの労働力需要が増したことにより、軽度の身体障害者を中心に工場などの生産現場での採用が増えたことを表していると考えられた。1960(昭和35)年には、身体障害者雇用促進法が成立しているが、この法律が成立する前から、国内では身体障害者の就労に関しての社会的な関心が高まっていた可能性があり、比較的軽度の身体障害者については、就職の道が広がり工場等での就労に適応できたのではなかろうか。

身体障害者福祉法(1949年成立)間もない頃の1951年結果では、肢体不自由者の職業分類の説明文において「仮に下肢不自由者であっても上肢は全然不自由がないので手先の

仕事には差支いなく(ママ)相当広範囲に亘つて就業している」との記述がある。戦後、復員した地方出身の軽度の身体障害（主として肢体不自由）を負った傷痍軍人は故郷に帰り、一旦家業の農業に従事する者も多かったと考えられた。その後、1955 年（昭和 30）年頃から始まった高度経済成長による産業発展は地方から多くの男性労働者を工業地帯や全国各地に存在した炭鉱地帯に集めた。身体障害者の中で、障害程度が軽度な者についても「出稼ぎ」などの形で労働力の移動が起きていたと考えられたが、今回研究を進める中では、その実態については明らかにできなかった。ここまで述べてきたように、高度経済成長期が進むにつれ、各方面での労働力不足が顕在化し始めたため、国も国内の経済力を高めるために状況を打開しようと模索していた。

1960 年代に入ってから就業可能な障害者への関心の高まりの一例としては、序章にて述べたように山田（2013：190）が指摘した 1963（昭和 38）年の経済審議会答申における心身障害児の職業能力への着眼と障害児教育を若年低賃金労働力確保の一環への位置付けが挙げられる。この答申内容は、障害者就労の多様性が叫ばれる現在であれば評価が分かれるであろうが、当時は例えば下肢には障害があるが上肢機能や知的な面に障害がない軽度の身体障害児・者にとっては、就職に向けての準備に貢献した可能性があると考えられた。1960 年代は、小児の医療分野ではポリオ（急性灰白髄炎、脊髄性小児麻痺ともいわれる）や脳性麻痺等の先天性障害への対策も課題となり、全国に肢体不自由児施設が設置されたのも、障害児対策への一歩であったと考えられた。

2) 身体障害者雇用促進法の成立と改正

1955（昭和 30）年に ILO（国際労働機関）の第 99 号勧告が採択された後、障害者の雇用促進については、国内でも対策が急務となった。1960 年代に入ると高度経済成長を背景に、1960（昭和 35）年に国民年金法に基づく無拠出制の福祉年金の支給が開始され、また、同年に一般就労への促進を図る身体障害者雇用促進法（以下促進法）が制定された（文部科学省ホームページ 日本の障害者施策の経緯）。促進法では、割り当て雇用制度を採用した。しかしながら、この制度は努力義務であり、一般事業所（1.1%）等への身体障害者の雇用を強制するものではなかった。

1960 年代から 1970 年代半ばにかけての民間事業所における身体障害者雇用率の推移を図 2-2 に示す。図 2-2 から、1960（昭和 35）年の促進法の施行後、実雇用率は 0.78 %（1961 年）、0.84%（1962 年）、0.99%（1963 年）と上昇している。この上昇については、促進法の施行による影響も考えられるが、好景気により企業側に身体障害者の雇用に目を向ける余裕が生まれ始めたことに加え、また 1964（昭和 39）年の東京オリンピック開催に向けたインフラ整備による建設ラッシュ、資材製造への重化学工業推進などにおける労働力不足が追い風になったのではと考えられた。この少し後、身体障害者福祉審議会（1966）が示した「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者福祉行政推進のための総合的方策」

について（答申）では、わが国のリハビリテーション体系を確立させるためには、「リハビリテーション技術の開拓」、「リハビリテーション技術者の確保」、「リハビリテーション施設の整備」等が必要であるとしている。1960年代半ばには、リハビリテーションに関して、「量」と「質」の双方を高める必要性が浮上してきたといえる。

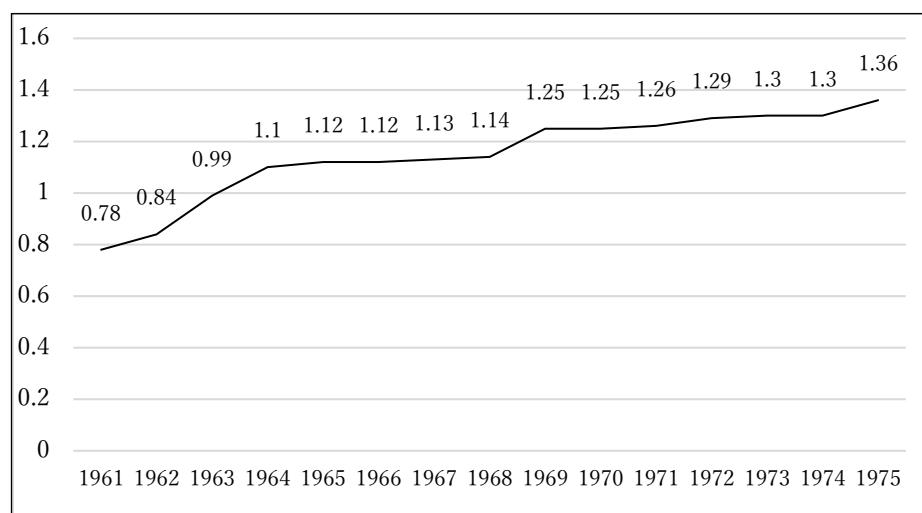


図 2-2 身体障害者雇用促進法（1960）施行から同法改正までの実雇用率の推移（％）

資料：障害者職業総合センター（1992）資料シリーズ no.4 障害者雇用関連統計集

民間事業所における身体障害者雇用率の年度別状況（各年 10 月 1 日現在）：25

<https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/p8ocur0000001753->

att/shiryou04_03.pdf（2023.1. 3）閲覧をもとに筆者作成

高度経済成長期も後半に差し掛かると、産業構造の変化は軽度身体障害者の労働市場への参加を後押しした側面もあるが、政府としても身体障害者のさらなる雇用環境改善を目指したと考えられた。しかしながら、進行していた疾病構造の変化は身体障害者雇用の方向性にも少なからず影響を与えていくこととなったと考えられた。

1968（昭和 43）年に障害者の法定雇用率が 1.1%から 1.3%に引き上げられたことに連動するかのよう、1968（昭和 43）年から 1969（昭和 44）年にかけても身体障害者の実雇用率は上昇している。身体障害、すなわち疾患や身体の不調に目を向けてみると 1961（昭和 36）年の国民皆保険制度の施行により医療機関の受診へのハードルが下がったこと、1961（昭和 36）年、1962（昭和 37）年の厚生白書に「リハビリテーション」について記述された³¹ように、身体障害者の社会復帰への社会的関心への萌芽が見られたことも背景にあると考えられた。しかしながら、重度身体障害者への職リハ対策は遅々としていた状況から、図 2-2 が示す雇用率上昇の傾向は、障害程度が軽度の者の雇用実績が中心であったことが予想できる。

1967（昭和 42）年の身体障害者福祉法改正の第三法別表に関する事項（厚生労働省）において、「心臓又は呼吸器の機能障害を有する者についても、これらの者が身体的、社会的、

経済的なハンディキャップを有している点では他の身体障害者と同様であり、かつ、本法の措置によってその更生援護を図りうるものであることから、これらの障害を新たに法別表に加えたものである」と法的に規定されたことは、該当する内部疾患を抱える者にとって意義を持つ改正であったといえる。身体障害者相談員の設置、身体障害者家庭奉仕員の派遣、内部障害者更生施設の設置等が法改正に盛り込まれたことも、身体障害者雇用の裾野を広げることに貢献したといえる。

高度経済成長に支えられた 1960 年代の障害者施策の展開は、オイルショック（1973）の影響を受けることになるが、それに抗して、身体障害者雇用促進法は大改正され（1976）、それまで努力義務でしかなかった法定雇用率制度が義務化されるとともに納付金制度が導入された（文部科学省ホームページ）が、この大改正以降は本研究の対象時期の次の段階に入ると考えるため、今後の研究の中で考察することとしたい。

3. 職リハの実践に向けての段階的な動き

1) 職リハ関連施設の設置

(1) 労災病院

戦後、わが国におけるリハビリテーション医療の歩みの中で、労災病院が果たしてきた役割は大きいといえよう。歴史的にみるとほとんどの労災病院は労働災害が発生する炭鉱や工場などが集まる県庁所在地以外の地域に設置され、その役割を果たしてきた。しかしながら、時代の変遷に伴い、その需要は減り、1975（昭和 50）年頃からは「労働者医療」への転換への兆しが見られるようになった（宮川 2003）。

労災病院は、戦後間もない時期、すなわち炭鉱産業が最盛期の頃から設置され始め、その後の石炭から石油への急速なエネルギー革命により、重化学工業が発展し、それに呼応するかのように全国各地に設置された。1949（昭和 24）年に、まずは九州労災病院（以下、九労）と東京労災病院が設置された。その後、各地に設置された労災病院は、時代の要請にも応じる形で、わが国のリハビリテーション医療で存在感を示すこととなった。とくに、炭坑災害の多発する地区にある美唄労災病院（昭和 30 年）、福島労災病院（昭和 30 年）、長崎労災病院（昭和 32 年）、筑豊労災病院（昭和 34 年）などは脊髄損傷患者の治療を行ない、労災脊髄損傷患者に対する相次ぐ労災保険上の優遇措置もあって、全国労災病院には多数の労災脊髄損傷患者が入院治療をうけ長期在院していたとされる（赤津 1983）。

(2) 労災リハビリテーション作業所

労災リハビリテーション作業所（以下、作業所）に関する先行研究等はきわめて少ない。そうした中、安井（2005）が示した内容は貴重である。安井（2005）によれば、作業所は、「業務災害又は通勤災害により障害を受けた者を入所させ、健康管理を行いながら、適切な作業や生活指導を通じて、円滑な社会復帰を支援することを目指した施設」として設置・

運営されてきた。作業所は、労働者災害補償保険法における労働福祉事業の一環とし、昭和 40 年（1965 年）から昭和 51 年（1976 年）にかけて開設されてきた（安井 2005）。

作業所は名称に「労災」とつく関係もあり、労災病院との繋がりがあった。原（1970）は、労災病院の患者の中で、「職業リハビリテーションの必要のある患者は、労災リハビリテーション作業所や身体障害者職業訓練所に送られる」と述べており、就労を目指す身体障害者が医療機関で治療を終えた後の進路の選択肢として機能していたと考えられた。

作業所開設当初の昭和 40 年代には、身体障害者雇用促進法（1960 年制定）に基づいて雇用率制度が導入されていたが、その雇用は強制義務ではなく努力義務とされたため、身体障害者雇用が目に見えて増えたわけではなかった。そうした中、作業所は隣接して設置される宿泊部分において生活の場をも提供する機能を持ち、職リハを中心としながらも、労災病院などとの密接な連携の下に、社会リハビリテーションを含む総合的なサービスを提供するものとして、大きな政策的意義を有するものであった（安井 2005）。

1965（昭和 40）年 9 月にわが国初として開設された労災リハビリテーション長野作業所（定員 50 名）には、初代施設長に元九州労災病院院長が転出した（細川 1986）。わが国初の作業所に、九労でリハビリテーションの基盤を築きあげた者が就任した点から、労働省側は作業所でも開拓的实践を期待していた可能性がある。

作業所については、その後、社会の変化に対応する形で順次統廃合され、2015 年度をもって全ての作業所は閉所されているが、高度経済成長期からの一定期間、社会的な要請に応えていたといえよう。

2) 関連専門職

小池（1967）は、わが国における理学療法士・作業療法士の養成が、欧米諸国と比べて著しく遅れたことを指摘し、その原因の一つに「わが国のリハビリテーション医学が諸外国より遅れて発達した」ことを挙げている。そして、「インドやフィリピンのような医学後進国においても、わが国より養成制度が一足早く発足した」ことにも言及している。同じく小池（1967）は、このようなわが国におけるリハビリテーション医学に関する専門職養成の遅れについて、「日本人のチーム・ワーク精神の欠陥がなさるわざではないか」と課題提起している。その背景として、「一つの目的を遂行するために 2 人以上の人が見、お互いに長短相補って助け合うのがチーム・ワークの精神であろうが、日本の過去の医学界にはこのような仕事の流れが希薄であったのではなかろうか」と述べている。当時、このような視点は新しいと考えられるが、1960 年代前半に理学療法士・作業療法士の養成が開始されたことで、リハビリテーションに必要なチーム連携に関する認識が高まりをみせたことも背景にあるといえよう。しかしながら、第 1 章で述べたように、1950 年代における国立身体障害者更生指導所での評価会議の実施など、身体障害者の機能評価や今後の方針などの情報共有がなされ、チーム・アプローチに類した活動に取り組み始めていた施設は存在

していた。

(1) 作業療法士 (Occupational Therapist:OT の養成)

—カリキュラムの変遷にみる職リハの位置づけ—

戦後から高度経済成長期にかけて、医療技術の進歩により、以前ならば救命が難しかった疾病や事故が生存する可能性を高めたことは特筆すべきことである。しかしながら、一連の医学的治療が終了したあとに残った身体の障害に対しての社会的なフォローアップ体制が十分に整備されていなかったことは、高度経済成長期における職リハの実践の中でも積み残された課題であった。例えば、脳血管障害（脳卒中）への医学的治療の進歩は、以前ならば命を落としていた患者の救命を可能にした。その一方、片麻痺を主とする多様な身体障害が残った者を生み出したことは、その後の医療・福祉政策に大きな問題を突きつけることとなった。本研究では職リハに焦点を当てるため、リハビリテーション専門職の中で職リハとの接点が多い作業療法士（OT）の養成に着目した。

医学的リハビリテーション専門職（作業療法士を例にする）の養成として、1970年代まで順次、国立、公立を中心に養成施設が設置された。1960年代から1970年代までの養成施設設置については特徴がみられる。それは必ずしも人口が多い地域や重工業都市ばかりへの設置ではないという点である。その設置背景については、該当地域の医療、福祉の歴史的側面の影響もあると考えられ、機会があれば研究事象としていきたい。

1970年代後半から1980年代にかけて理学療法士（PT）養成課程のみを有する私立養成校の相次ぐ開校がみられた（PT, OTの2学科を有する私立養成校も各地に開校している）。このようなPT養成施設の増加の背景の一つには、脳血管障害の後遺症による片麻痺患者が増加したことへの機能訓練へのニーズが反映されていたといえる。1970年代以降のPT、OTの養成校増加は、国としてもリハビリテーション専門職の養成に危機感をもって臨んでいたことがうかがえる。ただし、当初設置された養成校は、1学年定員が20名と少人数教育を基本として開始された³²ため、実際に臨床現場における療法士が増えるのには時間を要した。この養成施設を卒業することで、「理学療法士・作業療法士」の国家試験受験資格を得ることができる。なお、1966（昭和41）年に国家試験が開始されるにあたって、それ以前より理学療法（作業療法）に従事していた者に受験資格を与えるため5年間の特例措置が取られ、その前年度より受験資格講習会（8週間、240時間）が開催されており、特例措置は、1974（昭和49）年度まで延長された（橋元2015）。

1960年代、国立（公立）養成施設開校当初は主としてアメリカ等から教員を招聘し、外国原著をテキストとして教育が行われる等、当初から国際基準を視野に入れた養成教育が行われていた。1979（昭和54）年に開学した金沢大学医療技術短期大学部は、初の“大学”の設置となり、OTやPTの養成には新たに文部省所管の養成施設が加わることとなった。

養成施設の厚生省（現厚生労働省）の指定カリキュラムを作業療法士養成が始まった時

の指定カリキュラムから、何度か改定が行われているが、金子（1998）の資料を参考に本研究の対象期間とその次の改定までを考察すると、職リハ関連では、最初の（1966 年）の OT カリキュラムでは明確な設定のなかった「職業前評価と訓練」が 1972（昭和 47）年の改定で独立した科目として設けられた。これは医療関係の法制度の影響もあるかもしれないがカリキュラム改定作業の中で、当時、臨床の場面でニーズが高かった職リハに関する知識、技術の修得が養成段階で必要であると判断された科目設置であったと考えられた。

1966 年のカリキュラムでは、当時「作業療法士」の養成を担当できる日本人教員が圧倒的に不足しており、欧米から多くの教員を招聘していた。とくに作業療法の専門科目については、「作業療法」という名の 1 科目のみが設けられており、その時間数の多さから授業内容は養成校の裁量に任されていたと考えられた。

（2）医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker:MSW）

職リハの福祉的な側面での実践に欠かせない職種である医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）のリハビリテーションへの関わりはどうであろうか。『病院 1964. 4 号』において、「MSW の働きー治療効果をあげる患者の生活指導」として写真特集が組まれており、同誌では Medical Social Service が医療社会事業として翻訳されていることを述べている（病院 1964）。リハビリテーション領域において、MSW の役割が果たす役割は大きいといえるが、1960 年代半ば、とくに身体障害者を対象とする施設では医療、福祉の現場では各職種の連携が見られはじめていたといえよう。

病院（1964）では、病院、療養所など 4 施設における MSW の活動を紹介している。ここでは、職リハにも通じる関わりが含まれている①結核療養所と②脊髄損傷療養所における MSW の実践活動について述べる。医療社会事業は心理学などの利用も必要であることが理解できる。加えて、MSW の役割の 1 つに患者の居場所作りが期待されていたと考えられた。これらのことは、第 3 章で浦辺のケースワーク分析において詳述する。

① 結核療養所の場合 ー白十字会村山サナトリウムー

長期療養の場である結核療養所における相談室での面接では、「2 坪程の狭い部屋ですが、ソファとテーブルを置き、患者さんとは 45 度の位置に座ります。1 日平均 3 人、50 分位宛、誰にもわずらわされず 1 対 1 の関係で、話に耳を傾けます（病院 1964）」など、面接の重要性について述べている。また、ベッドサイドへの訪問にも取りくんでおり、幅広い生活支援が実践されており、来談者に対応するために室内環境への配慮がみられる。1 対 1 での面接を基本としての時間をかけた面接は患者にとり安心感を提供することに寄与できていたといえる。また、重症者へのベッドサイドでの面接なども行われている。このような取り組みは、病棟看護スタッフとの連携にも繋がり、ソーシャルワークへの理解を促進する機会になったと考えられた。

② 脊髄損傷療養所の場合 ―国立箱根療養所―

以下は、国立療養所箱根療養所（以下、箱根療養所）における脊髄損傷者へのリハビリテーション的な関わりについての MSW による取り組みを示す（表 2-1）

脊髄損傷のうち完全損傷の場合、患者は一生涯において身体障害と付き合うことになり、医学的リハビリテーションや日中活動や仕事との接点は必然的に多くなっていくと考えられた。表 2-1 では、施設内で行われている諸活動の説明を示した。表 2-1 から、スポーツ的な活動や職業訓練にも通じる活動まで、入所者に対して様々な日中活動を支援していたことが確認できる。MSW はこれらの諸活動への参加者の調整や場の設定など運営に関わる役割も担っていたと考えられた。

表 2-1 箱根療養所における入所者の活動例

・脊髄損傷というハンディキャップを持って、普通の人と対等に競技できる一つは、洋弓である。スポーツを通じて、健全な精神を養い、明るい療養生活を送り、社会復帰へと歩んでいく。
・所内に設けられた 20m のプールにて、水温の低い時は蒸気で温度をあげ、水泳訓練をスリー・シーズン行っている。
・作業場にて竹細工に余念のない患者もいる。症状により医師が作業時間を決定する。
・平行棒にて起立及び歩行訓練を行う。膝関節保持用装具、補助靴をつけている。

出典：病院 23（4）：5-12, 1964 をもとに筆者が表を作成

ここまで述べた内容から、2 施設について考察する中では、高度経済成長期の始まりから 1960 年代にかけて、MSW が身体障害者のリハビリテーションに関わる際の範囲は、生活支援に向けた相談業務を軸として、それぞれの勤務先の特徴に対応した諸活動が展開されていたといえる。当時のわが国における社会的な動きに目を向けると、1964（昭和 39）年に開催された東京パラリンピックでは、箱根療養所に入所する青野繁夫が選手宣誓を務めている（稲泉 2021：139）。稲泉（2021：237-238）によれば、同パラリンピックには、箱根療養所からは複数の参加があり、同パラリンピック後に「厚生省は障害者の『社会復帰』を進めるようになり、箱根療養所の人々も 1966 年から、これまで取得できなかった自動車免許を取れるようになった」と述べている。「運転免許の取得は療養所の方針」であったという。箱根療養所が生活の場として機能してきた歴史の成果が、その一例として運転免許所得を後押ししたとも考えられた。

以上の 2 施設における MSW の実践は、①では、各種相談に力を注ぎ、②では機能訓練や作業訓練などのリハビリテーション的な支援に取り組んでいたといえる。しかしながら、当時の身体障害者を取り巻く社会状況では、必然的に長期入院にならざるを得ない者が多いことがうかがえ、関係者は施設のあり方について模索する機会も多かったと考えられた。

4. 各地で行われていた職業リハビリテーション的实践

1947（昭和 22）年に「職業安定法」が制定された。身体障害者福祉法（1949）が施行される 2 年前である。「職業安定法」に基づき、労働省では、一般の公共職業補導所において職業訓練を受けることが困難な身体障害者については、特別の施設として身体障害者職業補導所を設けることとなったが、その最初のもは、1948（昭和 23）年に開設された大阪身体障害者職業補導所³³である（松井 1987）。身体障害者の職業問題への対応として労働省管轄でのパイロット的な施策事業が展開され始める中、医療、療養の臨床現場ではどのような実践が行われていたのであろうか。ここでは、1950 年代における新潟県の結核患者を対象とした事例と神奈川県の高津軍人（脊髄損傷）療養患者への事例を取り上げる。結核患者については身体障害の中の内部障害に含まれる点で本来ならば、本研究の対象ではない。しかしながら、取り組みの内容は戦後間もない時期の職リハに科学的根拠を生かした実践とも考えられ、参考になると位置付けた。

1) 新潟県国立小千谷療養所の例

新潟県小千谷で、結核療養患者に対する職リハに通じる取り組みを記した文献を得ることができたので、具体的な実践内容を表 2-2、表 2-3 に示す。

新潟県国立小千谷療養所（以下、小千谷療養所）では、入所条件と各種療法に関して具体的な内容を定めていた（表 2-2）。加えて、職業療法のコース等のプログラムも設定していた（表 2-3）。1950 年代初め、このような体系付けられた実践は、全国にも見られた可能性はあるが、今回の研究の中では確認できなかった。

表 2-2 新潟県国立小千谷療養所の入所条件と各療法

※資料の記載は旧かなづかいが多いため、場所により現代かなづかいにした。

病巣停止状態で、菌は塗抹標本上陰性、1 日 2 時間以上の軽作業に耐えるもの。	
観察期間	入所後 1 ヶ月間、観察のため安静療法を行う。
負荷療法	観察期を終えたものに、嚴重な医学的観察をしながら負荷作業を課する。約 6 ヶ月間。元職への復帰可能なもの、他の職業に就ける見込のものは、負荷療法だけで入所させる。
職業療法	長期療養のため元職への復帰の見込めないもの、外科療法其他で労働能力が著しく制限されたもの、如何なる療法を行っても排菌の止まないもの等には更生の道を開くため、負荷療法を終えた後に職業療法を行う。

出典：病院 6（2）：2-3，1952 をもとに筆者が表を作成

小千谷療養所について着目すべき点が3点あげられる。1点目としては、「作業療法」と「職業療法」という用語を使用（併用）していたことである。「作業療法」については、表2-3「機能検査」の内容が一部該当すると考えられた。2点目としては、「医学的評価」、「観察」をもとに、「負荷療法」から「職業療法」へと科学的根拠をもとに段階付けられたアプローチが実践されていたことである。3点目としては、作業療法の実績として、「復職および就職率が70%」と高値であることである。

表 2-3 新潟県国立小千谷療養所の作業療法（1952 年 職業療法コース）

※資料の記載は旧かなづかいが多いため、場所により現代かなづかいにした。

補導期（6 ヶ月）	基礎的知識技能を授ける
訓練期（6 ヶ月）	（具体的な記載はない）
更生期（6 ヶ月）	<p>仕上期間であり、社会復帰への準備期間である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業の種目：時計の製作および組立、人形製作、木工細工（商品切手入桐小函等）、裁縫、畜産（鶏、兎、モルモット、豚の飼育等） ・機能検査：入所者の状態や、作業の条件、作業の影響等を観察するため、常に機能検査を反復して、作業の指導や作業のコントロールの適正をはかっている。
<p>昭和 25 年度の実績：平均入所日数 5.5 ヶ月で、回転率が速い。</p> <p>元職への復帰、新職業への就職、並に作業療法による更生で、社会復帰をしたものは退所患者の 70%、症状悪化のため一般療養所に転送したものは 30%である。</p>	

出典：病院 6（2）：2-3，1952 をもとに筆者が表を作成

小千谷療養所では、1950 年代初めの時期に、施設独自で職リハに通じる作業療法プログラムに取り組んでいた。一般的な製造業の作業に加えて、畜産や時計製作など多岐にわたる種目を揃えていたことは地場産業との連携があった可能性もある。医学的な指標を作業参加への評価判断に導入した、表 2-2、表 2-3 の各プログラムは、第 1 章で述べた 1950 年代初めにイギリスヘリハビリテーション研修に赴いた大村の視察報告の内容にも近いリハビリテーション実践であると考えられた。

2) 国立箱根療養所の例

国立箱根療養所（以下、箱根療養所）での職リハの実践に関連性がみられた点について述べる。前節で述べたように、箱根療養所では、戦前からの脊髄損傷を負った傷痍軍人への医学的対応から始まった歴史を踏まえ、労災事故による脊髄損傷者の受け入れも進めていた。箱根療養所における患者目標は社会復帰とされていたが、実際は箱根療養所にて残

りの人生を過ごす者も少なくなかった。国内の衛生環境や感染対策、リスク管理が十分とはいえない時代でもあり、繰り返す褥瘡や尿路感染症は患者の社会復帰に支障を来たすことが多くあったと考えられた。

箱根療養所における作業については、「症状が安定し、略々関節が充分車に乗れる状態になると、作業を始めることができる。作業はいろいろのものが考えられたが、結局竹細工一本になった。主にこの作業場内で作業する。切り、けずり、ほり、ぬる。皆車に乗ったままの作業である（病院 1957）」と説明されている。「車」というのは「車椅子」であろう。竹細工などは箱根地方の民芸品であると考えられた。これらの製品をどのようなルートに乗せて流通、販売していたかは不明であった。工業製品に関する作業が受注可能であれば、上記の民芸品製作作業で得る賃金より高賃金であったと考えられるが、製造業では製品の納期や作業効率が追及される点から、工業製品（下請け等）の内職は導入が難しかった可能性がある。このように、生産的作業の遂行が制限される中、余暇に関して、映画上映、麻雀など娯楽などを楽しむ機会が創出されていたことは箱根療養所が居住の地としての機能を整備していたと考えられた（病院 1957）。

第2章の小括

身体障害者福祉法の制定にはニューディール政策が少なからず影響を与えた指摘を踏まえると、戦後のわが国の身体障害者福祉のルーツは職リハを含めて、アメリカがモデルとなった部分が多いといえる。実際の身体障害者雇用施策については、法定雇用率を定めるなどイギリスの障害者雇用に着想を得ている点も考えられた。また、わが国のリハビリテーション専門職種の養成には、アメリカやイギリスなど先進国からは数十年遅れて開始されたが、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の養成開始は身分法が成立する2年前に初の養成校が開校するなど混乱の中で推し進められたといえる。

身体障害者雇用促進法に関しては様々な議論があったが、当事者にとって「仕事に就くこと」を通しての自立の可能性を気付かせる機会になったと考えられた。1960年代から70年代にかけての職リハに関する諸施策は障害が軽度の者へは就職の道が広がる一方、重度障害者の就労への道は厳しいものであった。この時期は、産業界のニーズとの関係性から、障害者の作業能力に対し、産業ベースで能力を査定されることが顕在化する一方、障害者就労に科学的根拠を取り入れる取り組みや脊髄損傷者への独自の施策も開始された。しかしながら、労災病院を中心として、リハビリテーション実践の体系化が図られるまではもうしばらくの時間が必要であった。

以上、本章で論じてきた内容から、わが国では欧米を参考に身体障害者への職リハをわが国の実情に適合させるために咀嚼し、各地ではパイロット的な職リハに通じる実践が始まった時期と考えた。このような章の特徴から、この時期を第1章で名付けた「職リハ

黎明期」を引き継ぎつつ、身体障害者雇用促進法制定（1960 年）以降については「職リハ進展期」と名付けることができると考えた。以上で、第 2 章を終える。

文献

- 明石 謙(1987)「リハビリテーション医学小史」『総合リハビリテーション』15巻4号、243-249
- 赤津 隆(1983)「脊髄損傷リハビリテーションの20年」『リハビリテーション医学』vol. 20(4)、255-260
- 稲泉 連(2021)『アナザー1964 パラリンピック序章』小学館
- 上田 敏(2013)『リハビリテーションの歩みーその源流とこれからー初版』医学書院
- 金子 翼(1998)「作業療法教育カリキュラムの変遷と現状」『OT ジャーナル』vol. 32 no. 1、11-19
- 小池文英(1967)「理学療法士・作業療法士の今後の課題」『理学療法と作業療法』1巻3号、3-7
- 公益財団法人日本リハビリテーション医学会(2013)『日本リハビリテーション医学会 50周年記念誌』医歯薬出版
- 厚生労働省 身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について(昭和四二年八月一日)(社第二三〇号)(各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生事務次官通達)による。
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8507&dataType=1&pageNo=1
(2023. 1. 16 閲覧)
- 厚生労働省ホームページ 令和3年労働災害発生状況の概要
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25944.html (2023. 3. 24 閲覧)
- 厚生省社会局(1952)『昭和26年度 身体障害者実態調査結果表-全国調査- 昭和26年12月25日現在』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C26%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%B5%90%E6%9E%9C%E8%A1%A8.pdf> (2023. 1. 12 閲覧)
- 厚生省社会局(1961)『昭和35年度身体障害者実態調査結果報告書』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C35%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf> (2022. 10. 18 閲覧)
- 児島美都子(1967)『身体障害者福祉』ミネルヴァ書房
- 酒井一博(2004)「産業現場の構造変化と安全戦略」『安全工学』43(3)、154-159
- 島尾 忠男(2008)「わが国の結核対策の現状と課題2 『結核対策のフレームワーク』」『日本公衛誌』第55巻 第10号、729-732
- 昭和44年版公害白書 第1章 わが国の公害問題 第2節 深刻化する公害問題
https://www.env.go.jp/policy/hakusyo/s44/mokuji_s44.html (2023. 1. 9 閲覧)

- 身体障害者福祉審議会（1966）「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者福祉行政推進のための総合的方策」について（答申）昭和 41 年 11 月 24 日
- 鈴木明子（1995）『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会
- 竹内愛二（1966）「社会的リハビリテーションと庇護授産特に善意産業について」『関西学院大学社会学部紀要』No. 13、5-15
- 中村 裕（1971）「第 7 回リハビリテーション医学界総会 パネル抄録 社会福祉施設の場合より」『リハビリテーション医学』vol. 8, no. 1、24-26
- 日本財団（2020）『2019 年度海外状況整理部会報告書』公益財団法人 日本財団
- 橋元 隆（2015）「理学療法 50 年の歩みと展望—新たなる可能性への挑戦— 九州からの発信—」『理学療法学』第 42 巻 8 号、628 - 629
- 原 武郎（1970）「心身障害者の社会復帰 職能評価と訓練 九州労災病院」『理学療法と作業療法』4(1)、1-2
- 稗田正虎（1965）「リハビリテーションの総合計画」『病院』24 巻 5 号、30-34
- 病院（1952）「新潟縣國立小千谷療養所の作業療法」6 (2)、2-3
- 病院（1957）「国立箱根療養所 - 高度脊髄損傷療護施設」16 (5)、289-295
- 病院（1964）「グラフ MSW の働き—治療効果をあげる患者の生活指導」23 (4)、5-12
- 細川忠義（1986）「理学療法の夜明け」『理学療法学』第 13 巻第 1 号、5-9
- 松井亮輔（1987）「職業リハビリテーションの歴史」『総合リハビリテーション』15 巻 4 号、257-261
- 宮川太平（2003）「労災病院の役割と将来の展望」『日本職業・災害医学会会誌』第 51 巻 (3)、165
- 文部科学省ホームページ 日本の障害者施策の経緯
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1295934.htm
 (2023. 3. 6 閲覧)
- 八重田 淳（2012）「海外における職業リハビリテーションの発展」、日本職業リハビリテーション学会編集（2012）『職業リハビリテーションの基礎と実践 障害のある人の就労支援のために』中央法規、40-57
- 安井秀作（2005）「労災リハビリテーション作業所のあり方について」『近畿福祉大学紀要』第 6 巻 第 2 号、115-124
- 山田 明（2013）『通史 日本の障害者 明治・大正・昭和』明石書店
- 山並美智子（2000）「イギリスの障害者就労促進政策とその課題：オックスフォードの事例をととして」『熊本学園大学 社会関係研究』7 巻 1 号、151-174

第3章 高度経済成長期における労災病院と職業リハビリテーション

本章の目的と方法

本章では、高度経済成長期における産業発展と、それによる社会的な影響などを念頭に置き、職業リハビリテーション（以下、職リハ）の発達および労災病院等の実践について考察を行う。

高度経済成長により国家予算に余裕が生まれ、医療福祉などの社会保障の充実にも社会の関心が高まり始めたことにより、職リハにも様々な点で動きが見られた。本章では、調査データや社会情勢に関する知見などをもとに、脊髄損傷患者の職リハを例に身体障害者の社会参加と職リハの関係性について考察を試み、医療ケースワークの実践例についても考える機会とする。

1. 調査データから

1) 労災事故の概要

厚生労働省ホームページ「社会の変化と安全衛生施策の方向性」では、高度経済成長期においては製造業と建設業の雇用者数が全体の4割を超えていた状況と、その後のサービス産業の拡大により2010年頃では第三次産業の雇用者数が7割以上となっていると述べているが、死亡事故は依然として、建設業や製造業で多く発生し、建設業や製造業は、その労働内容から時期（時代）を問わず労働災害が起こる可能性が高いといえる。

高度経済成長期からの労働災害による死傷者の推移を概観する。1958（昭和33）年から平成時代の前半までの労働災害による死亡者数の推移を示した図3-1からは、全産業における労働災害の死者発生数は高度経済成長期後半から減少傾向が顕著であることが分かる。建設業や製造業での死傷者も減少傾向である。

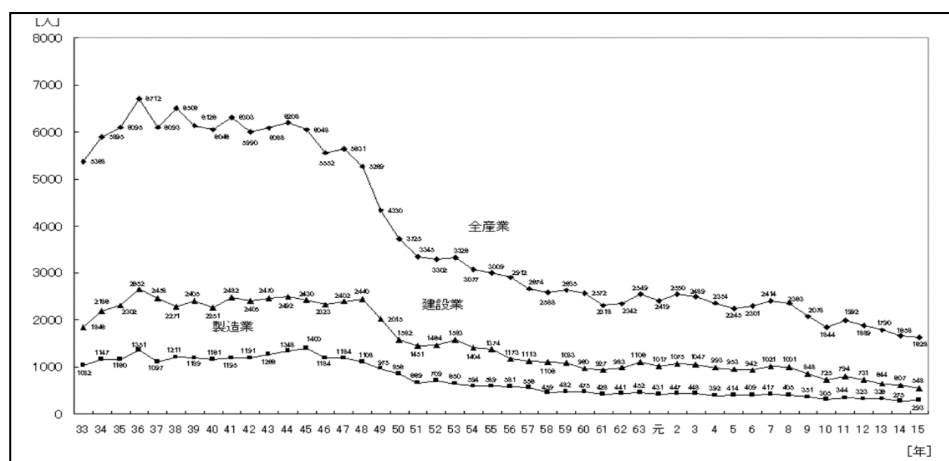


図3-1 労働災害による死亡者数の推移

出典：厚生労働省ホームページ「平成15年における死亡災害・重大災害発生状況」

労働災害による死亡者数の推移

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/04/h0428-3.html> (2023.1.17 参照)

この減少傾向の理由として、1972（昭和 47）年に労働安全衛生法³⁴が制定された成果が大きいといえよう。労働安全衛生法の施行後に、労災事故数が減少しているのは、労働環境への安全配慮などの対策が進んだと考えられた。同法の中には、作業環境測定³⁵など、労働者の安全な就業に向けた具体的な取り組みも設けられた。労働者自身の安全意識の高まりも成果として現れたのではなかろうか。また、大規模な工作機器を製造する企業においても安全性の高い工作機器を作るという意識と技術が高まったことがあると考えられた。

死亡災害の数は、図 3-1 が示すように労働安全衛生法施行後に減少傾向が強まり、徐々に緩やかな右肩下がりが続けた。1950 年代以降に全国的に展開された各地への労災病院の設置と労災事故の発生状況等との関連性については興味深い、今回の研究の中では掘り下げることはできなかった。今後、先行研究の対象領域を広げることで何らかの知見を得ることができればと考える。

2) 交通事故の概要

高度経済成長期には、自家用車所有台数の増加に比例するかのように交通災害が急増した。内閣府ホームページ（道路交通事故の動向）にある道路交通事故（人身事故に限る。以下同じ）の長期的推移をみると、戦後の昭和 20 年代後半から 40 年代半ばごろまでは、死者数及び負傷者数ともに著しく増大しており、26 年から 45 年までに負傷者数は 3 万 1,274 人から 98 万 1,096 人（31.4 倍）へ、死者数は 4,429 人から 1 万 6,765 人（3.8 倍）へと増加している。当時の状況について、同じく内閣府ホームページでは、「道路整備、信号機、道路標識等の交通安全施設が不足していたことはもとより、車両の安全性を確保するための技術が未発達であったことや、交通社会の変化に対する人々の意識が遅れていたことなど、社会の体制が十分に整っていなかったことが要因であったと考えることができる」と交通事故が急増してきた社会的な背景について分析しており、その後の施策として「昭和 45 年に交通安全対策基本法（昭 45 法 110）が制定され、国を挙げての交通安全対策が進められた」と述べている。このように、各種事業所や一般国民の自動車保有台数が増加していった高度経済成長期においては、現在のように自動車運転時のシートベルト装着に代表される安全への意識や二輪乗車時のヘルメットの装着などは一般的ではない時期であるため、交通事故にあった際は重傷を負う可能性が高く、脊髄損傷や頭部外傷になる場合も多かったと考えられる。例として、仕事を持っていた者が脊髄損傷になった場合、車椅子の常時使用や上肢機能に障害を残す可能性があり、それまでの仕事の継続に支障が生じる可能性が高い。このような身体障害を来した場合、医療機関入院時からの職リハを含みリハビリテーション全般において数々の困難を生じる場合があると考えられた。

2. 身体障害者の復職問題と職業リハビリテーション

1) 労働災害への社会的対応の歩み

労働災害に対する補償について、木下（1986）は「わが国の労働災害に対する補償制度の発祥は遠く明治 6 年の日本抗法、明治 8 年の官役人夫死傷手当規定にさかのぼり（中略）、幾多の変遷を経て給付内容が改善されてきた」と述べている。同じく木下（1986）は、戦前の保障制度について、「労働者ならびにその家族を保護するための扶助制度であって、その思想は使用者の雇い入れた鉱夫や工員の困窮を救恤し、手当金を支給するという恩恵的なものであった」と述べ、労災事故への補償は事案が発生した時点での対応に応じる形が主であったことを指摘している。すなわち、法制度上では雇用主は労働災害を負った従業員へのその後の暮らしに関しては、配慮する義務を有していなかったと考えられた。

豊永（2002）は、労災事故・障害者発生の実況に関し、安全の指標等の 5 件の調査データをもとに、労働災害の発生数の推移について、「死亡者・死傷者、新規受給者ともに、昭和 36 年（1961 年）をピークに、一時的に増加はあったが、25 年前の約半分、10 年前の約 6～7 割にまで減少している。これらのことは、安全対策の推進が順調に進んでいる結果といえる」と当時の安全対策の成果に対する評価を行っている。このような労働災害の減少傾向を踏まえつつも、労働災害や交通事故による脊髄損傷者は毎年多く生まれていた。高度経済成長期以降、医学技術の発達や障害者福祉に関する社会的関心が徐々に高まりつつあったことから、脊髄損傷者をはじめ重度骨折や上肢、下肢の切断者といった身体障害者に対して、療養するだけではなく、就労意欲のある者には、復職や就職に向けた支援や活動が起きていたと考えられた。

2) 脊髄損傷者を例にした職リハの視点のあり方

高度経済成長期における脊髄損傷者の実態について、小島（1982：42－43）は、1973（昭和 48）年の全国脊髄損傷者連合会の調査結果をもとに「昭和 45 年をピークとして発生件数が次第に減少している」ことを指摘している。そして、脊髄損傷の原因については、「原因は転落、下敷、交通事故による順」、「その 80%が業務上（労働災害または公務災害）の受傷」、「全脊髄損傷者の 25%は頸髄の損傷であり、全件数の減少に反してその割合は年々増加している」と述べている³⁶。頸髄損傷者の増加は、重度身体障害者が増えることを意味する。頸髄損傷を含む脊髄損傷について、狭義では外傷性に生じた脊髄障害を指す。頸髄損傷による身体障害では、完全麻痺または不全四肢麻痺を呈するとされ、完全麻痺か不全四肢麻痺かの区別は、最下位脊髄節の運動（肛門括約筋）あるいは感覚（肛門周囲）が一部でも残存するかどうかで判断する（久保・堀井 2014：63）。

完全麻痺では、損傷レベル以下の運動神経、感覚神経が麻痺に至り、四肢麻痺となり、物が持てない、つかめない等、日常生活に大きな障害を呈する者もいる。手指の動作が困

難になれば、現代のようにパソコンによる事務処理など存在しない時代での就業には多くのハードルがあったと考えられる。自力移動が困難であることから、通勤手段をどうするかは大きな障壁になったであろう。

高度経済成長期における事務業務は、万年筆、ペンまたは鉛筆などを使用する書字動作に加え、印鑑、紙幣や硬貨の取り扱い、卓上計算にはそろばんを使うなど巧緻かつスピードが必要とされる動作が必須であったと考えられる。工場などの製造現場では、あらゆる場面で複雑な手作業や物を持ち運ぶなど臨機応変な身体機能の発揮と耐久力も必要であったといえよう。このような身体能力が必要とされる就労現場では、上肢機能に重い障害がある者の職場復帰は困難であるといえる。また、損傷時に頭部外傷を負った者については、高次脳機能障害³⁷の有無を確認する必要がある。

通勤に関して言えば、高度経済成長期では、車椅子使用者による自動車運転や路線バスや電車など交通機関を利用した通勤がほとんど想定されておらず、重度の身体障害者が自宅外に働きに出るには、多くの困難が存在したと考えられた。

脊髄損傷（完全型）の場合は、残存機能が障害を受けた脊髄レベルの高さで明確になる特性がある。上下肢、体幹の運動機能に目が行きがちではあるが、自律神経障害や内科的側面の神経因性膀胱や褥瘡の予防に関して、医療的処置が必要であることは留意点である。脊髄損傷者が実際に就労する場合においては周囲（職員、同僚など）の十分な理解が必要である。就労においては、担当業務の遂行はもちろんであるが、職場における社会的側面として、勤務の合間に生じる日常生活動作とくに排泄（排尿）への配慮が必要となる。

本研究では、職リハの実践場面を考察するため上肢機能を中心とした作業能力に着目するが、脊髄損傷患者の職リハを検討する場合、上肢機能の残存状態の評価が重要になる。脊髄損傷者が就労を考えた場合は、本人の作業能力を適切に評価する必要はあるが、就労が社会的活動である以上、周囲の物理的、人的環境面の整備も重要なポイントであるといえる。胸髄以下の損傷では、基本的に日常生活に支障がない程度の手指機能も比較的保たれ、手動車椅子も操作でき、現在では本人の希望があれば自動車運転免許取得の可能性もある。自動車運転免許が取得できれば、移動範囲が広がり、自ずと就労の可能性が高まる（内閣府ホームページによれば、昭和 35 年 6 月の道路交通法により身体障害者の自動車運転免許が取得可能となっている）。

脊髄損傷者の医療的ケアやアフターフォローについては、その障害像の多様さから、小島（1982：43）は、「労災関係でも通院患者が増加し、長期療養給付や障害年金受給者が増えている」と述べており、脊髄損傷者の生活再建や復職問題についても、高度経済成長期の後半から 1980 年代にかけては、地域での生活を視野に入れた支援が求められてきたと考えられた。

3. 1960年代にかけて進んだ労災病院の設置 ―重工業化政策との関係―

1) 労災病院設置の背景

労災病院の設置は、労働者の健康管理の点において、重要な施策であったと考えられる。表 3-1 に、全国に設置された労災病院と設置年を記した。1949（昭和 24）年にわが国初の労災病院が設置されてから、1950 年代半ばにおいては、おおよそ年 1 ヶ所から数ヶ所のペースで設置され、1955（昭和 30）年には全国各地に 8 カ所の労災病院³⁸が設置された。

表 3-1 全国の労災病院一覧

（2022 年度現在 32 施設、全国の労災病院を北から南へ配列した）（閉院されたものを除く）

病院・施設名	設置年
北海道中央労災病院	1955年
釧路労災病院	1960年
北海道 せき損センター（旧美唄労災病院）	1955年
青森労災病院	1962年
東北労災病院	1954年
秋田労災病院	1953年
福島労災病院	1955年
千葉労災病院	1965年
東京労災病院	1949年
関東労災病院	1956年
横浜労災病院	1991年
新潟労災病院	1958年
富山労災病院	1958年
浜松労災病院	1967年
中部労災病院	1955年
旭労災病院	1960年
大阪労災病院	1962年
関西労災病院	1953年
神戸労災病院	1964年
和歌山労災病院	1966年
山陰労災病院	1963年
吉備高原リハビリテーションセンター	1987年
岡山労災病院	1955年
中国労災病院	1955年
山口労災病院	1955年
香川労災病院	1956年
愛媛労災病院	1956年
九州労災病院	1949年
九州労災病院門司メディカルセンター（旧門司労災病院）	1955年
総合せき損センター	1979年
長崎労災病院	1957年
熊本労災病院	1954年

出典：独立行政法人 労働者健康安全機構ホームページ

<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/573/Default.aspx>（2023.1.10 閲覧）から筆者作成

設置年度は、各施設のホームページを参考に記載した。

中国地区においては、3 施設が同年に設置され、地域的には四大工業地帯の阪神工業地帯と北九州工業地帯の中間に位置するこの地域に設置されたことになる。さらに翌 1956（昭和 31）年には、瀬戸内海に面する香川県、愛媛県に労災病院が設置された点から、国は瀬戸内海周辺について重化学工業を発展させる地域の一つにあげていたと考えられ、重化学工業政策発展の意味でも労災病院には労働者の健康維持を担う機関としての役割が期待されていたといえる。

高度経済成長期の労働環境については、現代と比べると危険が多く存在し、工業地帯では労働災害が起きる頻度も増えていくことが予測されたのであろう。労災病院は、戦後間もない時期、すなわち炭鉱産業が最盛期の頃に設置され、その後の石炭から石油への急速なエネルギー革命により重化学工業が発展するにつれ全国各地に設置されたといえる。労災病院の設置には、労働省の意向もあったが、設置地域の産業構造が影響を与えていたと考えられた。高度経済成長期に起きた産業構造の変化は、人々の労働形態や生活形態など、様々な形で国民生活に影響を与えていたといえる。

この労災病院の設置数が妥当だったのかについて、興味深い記述がある。九労の初代院長の内藤三郎（労働福祉事業団 1983：83）は、天児民和との対談の中で「全国に三十か所以上の労災病院を作ることは間違いで、せいぜい十二～十三か所くらいで結構なんです。三十か所以上も作っているのは世界一ですよ」と述べている。さらに内藤（労働福祉事業団 1983：83）は、「労災患者を扱わないで、他の患者ばかりを扱うのでは、まったく厚生省の下請ではないか」と指摘している。表 3-1 から、ほとんどの労災病院は 1960 年代までに設置されていることを鑑みれば、高度経済成長期に多くの労災事故による死傷者が出ていたことへの対策の一環であったと考えられた。しかしながら、すでに述べた 1972（昭和 47）年制定の労働安全衛生法の施行もあり、死傷者は確実に減少していった。そうした中では、労災病院に一般患者の割合が増えていくのも自然な流れだったと考えられた。

2) 職能評価と労災リハビリテーション作業所 -九州労災病院の例-

職リハにおいて基盤とされた職能評価と労働省関連施設（労災リハビリテーション作業所、以下作業所）に関して、1970（昭和 45）年当時の九州労災病院（以下、九労）を例に述べる。原（1970a）は、労災保険によるリハビリテーション医療は「救急医療に引き続く早期のリハビリテーションから開始される」と述べている。また、「本格的リハビリテーションの仕上げとして、作業療法士と社会復帰相談員との協力で、Prevocational Evaluation が行われ、完結する」と述べており、患者は就いていた職業に必要な作業能力などと現状の能力について「今後の職業に対する医学的検討となって報告書ができ上がる」としている。加えて、原（1970a）は「退院後の各患者のそれぞれの模擬的職場条件の下でなるべく客観的な身体能力の情報を得て総合的に査定が行われる」と述べており、九労の作業療法

室には、様々な職業に対応できるようなシュミレーション環境も整備されていたと考えられた。職場復帰を目指す患者に対し、模擬的な職場環境を設定して、実際の就業能力を観察し評価する方法は職リハの評価方法における「場面設定法」に近い実践といえる。

「場面設定法」とは「実際の職場に似せながらも『統制』された作業環境で作業をさせて、行動、能力、および制約を体系的に観察する評価方法とされる（吉光 2005：92）」。

実際の就労場面に近い状況を設定することは、空間的スペースの確保、備品や物品の準備の点でも苦労が予想されるが、それを可能にしていたことは九労のリハビリテーション実践のモデル施設としての位置付けを表していたといえよう。

このように復職や再就職などを目指す退院前の各患者には、それぞれの模擬的職場条件の下でなるべく客観的な身体能力の情報を得て総合的に評価（査定）が行われていたが、当時、病院では「リハビリテーションサービスとして職業再訓練は行わないのが原則である」とされ、「職業的リハビリテーションの必要がある患者は、労災リハビリテーション作業所や身体障害者職業訓練所に送られる（原 1970a）」とのことであった。

作業所の特徴は第 2 章にて述べているが、職リハの実際の施設として、単に労働（作業）に取り組むだけではなく、宿泊施設での生活を含めての職業生活の指導を実施するなどの機能を有していたといえる。このように、九労をはじめとする医療機関においては職リハの実践は身体機能に着目した「評価」領域に重点が置かれ、その次の段階（就職、作業所等）への途切れのない関わりへの役割を担っていたといえよう。この「評価」は一般的な心身機能面だけではなく、日常的な応用動作にはじまり、職場復帰または再就職などを目指す患者に対しては、就労に向けて時間をかけて多角的にシュミレーション的な評価を実施する等、広範囲であり、質の高いものであったと考えられた。

4. 「患者とともに」 ―中部労災病院 MSW にみる職リハに関連したケースワーカー

名古屋市にある中部労災病院に、初のケースワーカーとして浦辺が入職したのは 1959（昭和 34）年である。その後の約 10 年間のケースワーク経験をもとに、1972（昭和 47）年、「患者とともに ある医療ケースワーカーの記録（ミネルヴァ書房）、以下、本書」を刊行した。

中部労災病院には、労災病院という性格上、1960 年代以降は交通事故による頭部外傷や上肢、下肢の骨折や切断の患者もいたと考えられる。加えて、本書が対象とした時期を考えると、結核をはじめとする呼吸器疾患や内部障害の患者も入院していたと考えられた。このような入院患者の背景から、中部東海地区において中部労災病院が身体障害者の職リハに果たす役割は大きいものがあったと考えられる。

当時の中部労災病院での入院患者として多くみられた肉体労働者の健康保険については、法的に保障されているとはいえ、一般サラリーマンと比べると、日雇い労働者の場合

支給される期間、また金額にしても低水準であったと考えられ、そのため、身体障害者となった者は、今後の生活設計について途方に暮れることが多くあったと想像できる。

表 3-2 は、「高度経済成長期の犠牲者」という章タイトルから、本研究の目標に通じる点がみられた 3 事例について、浦辺（1972）が実施したケースワークの実践を簡潔に要約したものである。

表 3-2 浦辺（1972）によるケースワーク事例 「高度経済成長期の犠牲者」の章から

ケースワークの実践内容
T氏（男性）は二輪テストライダーであった。試走中の転倒により、脊髄損傷（下肢麻痺）となる。職場からは、健康保険証の返還を求められたが、契約書に”社会保険を附す”とある以上、従業員と同じであり、人事部に掛け合い社会保険の資格喪失を回避できた。（浦辺1972：2-11）
W氏（男性）はトンネル工事作業員であった。作業中の事故で下肢障害、頭部外傷（知能低下）となる。住所、戸籍ともなく、身体障害者手帳取得に関する相談があった。身体障害者手帳の交付申請には居住地が必要だが、役場に確認したところ戸籍は存在しなかったため住所決定の手続きを行った。家庭裁判所では戸籍作成（調査官面談に同席）を目指し、戸籍を得る判決を得た。（浦辺1972：12-22）
T氏（男性）はダム工事作業員であった。坑道掘さく従事による重度の耳鳴り・難聴外傷性難聴となる。私病扱いにしようとする労務係に抗議して相談に来たが、内科受診で肺結核の診断を受けた。難聴を受容できない状態での診断により、T氏はショックを受けたが、業務上での外傷性難聴が証明され、休業補償費支払い手続き、補償費支給までの生活費等の交渉などの調整を行った。（浦辺1972：23-40）

表記文献をもとに筆者作成

表 3-2 の浦辺は、ケースワークの実践において、各事例が異なった背景で生活上および医療、福祉上の課題を相談してきたことに対し、傾聴を心掛け、善後策を検討し実行している。患者を取り巻く関係者に対し、満遍なく連携を取っていることが分かる。

ここでは、浦辺はケースワークにおいて、どのような領域に関わり（役割）を果たしていたのかを示すために、職リハ的な視点で項目を設定し、評価と考察を試みた（表 3-3）。

表 3-3 ケースワークで関わりがあった領域の評価

文献内容からの評価基準 ◎：多く支援した、○：支援した、△：多少支援した、無記入：機会なし

事例	家族との面談	勤務先との交渉	監督署等との交渉	経済面での相談対応	医療面での調整	就職相談対応	役所との交渉	出典
T氏：脊髄損傷	○	◎	△	△	△	△		（浦辺1972：2-11）
W氏：下肢障害、頭部外傷（知能低下）			○	△	△		◎	（浦辺1972：12-22）
T氏：外傷性難聴、結核	△	○	◎	△	◎	○		（浦辺1972：23-40）

表記文献をもとに筆者が表を作成

表 3-2 および表 3-3 で示した 3 事例は、浦辺（1972）の中の「高度経済成長期の犠牲者」の章で述べられた事例である。浦辺は、面談を重ねるごとに「問題点」「疑問点」を掘り下げ、その対応を模索するケースワークを実践していた。「勤務先との交渉」「監督署との交渉」では事例の立場を尊重しつつ実施するなど、今後の生活設計を視野に入れたケースワークには見るべきものがある。なお、表 3-2、表 3-3 に記した T 氏については、転居先（T 氏の地元・九州某県）に所在する病院のケースワーカーに支援をつなぐなどの地域を超えた連携を見せており、アフターフォローも視野に入れた実践に取り組んでいた。

浦辺はケースワーカー単独で動くのではなく、必要に応じチーム連携を活用している。労災患者への対応には必須とも言える労働基準法、労働災害補償法等の労働者の権利を守る法律の正確な理解と適用、身体障害者福祉法に基づいた疾病や障害への対応の提案など法制度を臨機応変に活用している取り組みはスタッフ間の連携という視点を含め、1960 年代の職リハにおけるケースワークのモデル的な実践に位置付けられると考えられた。

職リハに関連する項目としては、「監督署等との交渉」「勤務先との交渉」に次ぎ、「経済面での相談」などにも関わったことが確認できた。家族がある対象者には、家族との意思共有に労力をかけ、ケースワークに取り組んでいることが特徴である。「医療面での調整」では、医師をはじめ各職種との連携に心掛けており、具体的な提案をする等の踏み込んだ交流が奏功しているといえる。「就職相談対応」については、疾病や障害の程度により、復職や再就職が左右される点からケースワークの立場から判断しかねた可能性はあるが、各事例とも、その後は仕事に就くなど進路が具体化している。

松葉・一戸（1995）は、身体障害者の職リハの連携に関する事例研究の中で、医療ソーシャルワーカー（MSW）の援助の実際について述べ、障害者が職業についた後のことについて、「障害者のリハはそこで終了することは少なく、医療チームのメンバーは職リハの過程や就労後に発生するケースを取り巻く種々の問題に対処する必要に迫られている」と述べている。本研究の定義にも含まれるが、就労後のアフターケアを奏功させるためには、対象となる障害者の障害像などの医学的情報に加えて経済状況や家庭状況など各チーム内の情報共有が欠かせない。浦辺は、当事者との交流を通じての人物理解に心がけている。そして、周囲との意思疎通、連携スキルに長けていたといえよう。チーム連携を自然な形で実践していたともいえる。身体障害者に限らず、疾病や障害などを抱える者に接する場合は、対象者の障害受容の状況を察するなどのスキルはケースワーカーを含む多職種間に必須の技術であり、チームアプローチの実践のうえでは欠かせないと思う。

以上、中部労災病院での MSW によるケースワークの実践を事例として考察を試みたが、職リハの実践においては関係する領域（部署等）が多岐に渡るため、多職種連携と情報共有の円滑さがポイントとなることが確認できた。

5. 各地の労災病院における実践

戦後から高度経済成長期にかけての身体障害者への職リハの実践はどうであったのかを資料が入手できた各地の労災病院について、その概要を述べる。各労災病院の記述の前に、1968(昭和43)年の労災保険によるリハビリテーション医療の法律化について述べる。

原(1970b)は第4回日本作業療法士協会学会(於:1970年九州リハビリテーション大学)の特別講演「労災患者に対する作業療法」において、「昭和43年労災保険によるリハビリテーション医療が法律化されました。これが我国で“リハビリテーション医療”という用語を公文書で最初に使った法律であります」と述べている。そして、労働省の“686号通達”について、「被災労働者に対して傷病の当初から一貫した総合的なチームアプローチによる労働能力の身体的・精神的な回復をはかり、職場復帰への医学的自信を与えるまでの一連の行為をリハビリテーション医療として、療養補償給付の対象としています」として、その特色を表3-4のように述べている。

表3-4 労働省の“686号通達”(1968)の特色(抜粋)

-
- ・人的な基準がある。リハビリテーション専門の担当医からの指示に基づいた治療プログラムを行うこととし、単なるPTあるいは後療法、単なる授産的なOTをリハビリテーション医療としては認めていない。
 - ・作業療法部門の充足を特に重要視し、Pre-vocational evaluationを要求している。
 - ・PT、OTの業務独専(ママ)を明らかに打ち出している。
 - ・チームアプローチを総合的に行うため、関連職種の常駐を義務づけている。
 - ・物的(設備)基準を設けた。(作業療法部門では大別して、木工・粘土・金工・治療用ゲーム・手工芸・屋外作業・日常生活動作にわけ、これに必要なものを配置する。
-

出典:原(1970b:27-34)をもとに筆者作成

原(1970b)は、表3-4に示したチームアプローチについて、「チームアプローチを総合的に行なうために、これに要するパラメディカルの充足すなわち、PT・OT・義肢製作者・サイキスト・ST・MSW・ボケーショナル・カウンセラー・の常駐(ママ)を義務づけています」と述べており、リハビリテーション全般にわたって、関係職種の連携の重要性を指摘している。この点については、第3章で小池(1967)が述べた「チーム・ワークの精神」の重要性がここに繋がりをみせると考えられた。1965(昭和40)年の「理学療法士・作業療法士法」の制定と各療法士の養成が開始されたことは、ここでいう「チーム・ワーク」および「チーム医療」に対し、少なからず着目を集めることになったと考えられた。

次に、原(1970b)が述べた、労働省の“686号通達”(1968)の人的基準の一部を抜粋して示す。

表 3-5 労働省の“686 号通達”（1968）の人的基準の一部を抜粋

1. リハビリテーション医療を担当する診療科を有し、専門的な知識、技能を有する医師が当該医療を主務として 2 名以上常就（ママ）していること。
2. 理学療法士の免許を有する者がすくなくとも 2 名以上常就しており、かつ理学療法士国家試験受験資格を有する者、その他助手を含め療法士 1 人当たりの受持患者数が常態として 15 人以下の割合で実施しうる体制にあること。
3. 作業療法士の免許を有する者がすくなくとも 2 名以上常就しており、かつ作業療法士国家試験受験資格を有する者、その他助手を含め療法士 1 人当たりの受持患者数が常態として 10 人以下の割合で実施しうる体制にあること。
4. 言語療法に関する知識、技能を有するものが 1 名以上常就していること。

出典：原（1970 b：27-34）をもとに筆者作成

ここまで述べてきたように、リハビリテーションの実践において、チームアプローチが基本となることを公的な規定として謳った点に 686 号通達の意義のひとつがある。これは、前節で述べた浦辺によるケースワークの実践にみられるチームアプローチの重要性にも繋がりがみられるといえよう。

表 3-4 での特徴、および表 3-5 が示した人的基準は、当時としては画期的な水準のものであったと考えられた。配置基準の方向性にはリハビリテーション医療におけるチームアプローチの推進が見られ、それぞれの療法の特性を考慮した受持患者の具体的な人数を示すなど、臨床現場の実情を踏まえた基準であると考えられた。表 3-4、表 3-5 が示した基準等は、リハビリテーションの進展を予見させるものではあったが、1960 代後半においては有資格者の不足から、複数名の PT、OT が常勤職員として勤務していた医療機関（労災保険対象施設）はかなり少なかったと考えられた。

以下に、当時の資料を得ることができた九州労災病院（以下、九労）を含めた 4 ケ所の労災病院における 1960 年代から 1970 年代における医学的リハビリテーションおよび職リハの実践に関する概要を述べる。

1) 九州労災病院（北九州市）

すでに述べたように九州労災病院（以下、九労）は、1949（昭和 24）年 4 月にわが国初の労災病院として開設された。北九州地方は豊富な石炭資源から、終戦後からしばらくの間、産業復興に欠かせない地域であったが、労働現場における安全衛生面の対策は十分ではなく、過酷な労働実態が存在した。落盤や爆発、転落などの炭鉱事故や港湾事故による骨折、上肢や下肢の切断、脊髄損傷などの労働災害が多発していた。国は、これらの労働災害に対する治療施設が必要となった。それは単に疾病や外傷を治すだけではなく、可能

な限りもとの生活、職場に戻す医療を実施できる施設であった（室井 2017）。九労では、理学療法、作業療法や職能療法に意義を見出した医師たちがリハビリテーションの方向性を明確に示し、そこに計画的なスタッフ養成を含め、積極的で開拓的な職リハを実践していたといえる。

九労の職リハの先進性は、対象となる患者に対し、基礎的な身体機能評価から模擬的な就労場面での作業観察等の現実的な評価を実践していたことであり、わが国における「職リハのモデル的实践」であったと考えられた。九労のリハビリテーションについては、その開拓性と独自性から昭和 30 年代には、「リハビリテーションの陽は西から昇る³⁹」とも形容されるなど評価が高いものであったといえ、その詳細については第 4 章で述べる。

2) 東北労災病院（仙台市）

東北労災病院は、1954（昭和 29）年に開設された。表 3-1 から、全国的にも九州労災病院、東京労災病院、関西労災病院、秋田労災病院に次いで 5 番目に設置された労災病院である。ここでは、1969（昭和 44）年の東北労災病院におけるリハビリテーションまた職リハに関連する実践について、浜島（1969）の文献をもとに述べる。

当時、東北労災病院にはリハビリテーションに関する施設は、理学療法棟と作業療法棟があり、作業療法棟（昭和 41 年に正式発足）では、多くの脊髄損傷患者（以下、脊損者とする）に対して作業療法を実施していた。浜島（1969）によれば、脊損者への作業療法はまず「各種の合併症を予防し、かたわら心身の作業耐性を養い、“仕事をする”生活習慣を獲得させることを主眼としている」とのことで、上肢に障害がみられない者については、「具体的な内容にはプレボケーショナルな色彩も加わってくることがよくある」という。復職や新規就職を希望する脊損者にとっては、医学的な評価の次の段階として職業面に関する評価を行うのが、当時の労災病院の作業療法室（部門）での臨床業務として定着しつつあったのではなかろうか。頸髄損傷のように上肢に障害がみられる場合は機能回復が作業療法の大きな目標になっていた。作業療法棟には、九労と同様に多種多様な作業種目を用意している。その作業種目は、木工、手芸、機織、事務作業その他、多種に及び、「木工コーナーは街の小さな木工所位の設備規模はあり、手芸室は編物教室の観があると（浜島 1969）」し、加えて「“変わり種”」として、製本や印刻作業をあげ、いずれも車椅子での作業なので、作業環境は比較的に空間を多くとってあることを述べている。これらの記述からも、東北労災病院の作業療法室の広大な空間と機能的な機器配置が想像できる。

東北労災病院では、九労同様に作業療法部門が職リハの対象となる患者に対応していた。両病院とも、作業療法室が広い空間を有していることから、創造的で幅広い作業種目の提供を可能としていたといえる。浜島（1969）によれば、東北労災病院では開設以来 2 年余のうちに約 40 名が社会復帰しており、復帰先は、労働福祉事業団の脊損者作業所（労災リ

ハビリテーション作業所のことと考えられる)、地元ワークキャンパス、現職場、自家営業、家庭生活等さまざまであるとし、他病院への転院目的の退院はほとんどないとしている。

3) 関東労災病院（川崎市）

関東労災病院は、1957（昭和 32）年 6 月から診療が開始されている（真崎 1979）。設置時期については、高度経済成長期が始まって間もない頃でもあるが、京浜工業地帯の川崎市にあるという立地上、古くから労働災害に対応してきた医療機関だと考えられた。

今回、考察対象としたのは 1979（昭和 54）年の文献であり、本研究の対象期間の少し後にはなるが、1970 年代の労災病院の役割を知るには有用な内容と考えた。文献の冒頭では、リハビリテーションという用語が公式に使われ始めたのは昭和 30 年代であると述べ、当時は予防医学、治療医学について第 3 の医学と呼ばれたことを記している（真崎 1979）。

労災病院の役割は労災医療が主であるが、訪れる患者の要望は広く、真崎（1979）によれば、同院のリハビリテーション診断部長は、「労災補償などは急激に良くなりましたが、補償で安穩に生きるというだけではなく、障害者であっても社会人らしい生き方のできるような、たとえば職業面での進出をみなで助けるような環境を作ることが必要ではないでしょうか」と述べている。「職業面の進出をみなで助ける」という視点は「チームワーク」「職種間の連携」にもつながることから、疾病構造が変化していく中、労災病院の大事な役割の一つとして職リハの必要性が再認識されていたといえよう。

1968（昭和 43）年 8 月、関東労災病院（以下、同院）の作業療法士が九労の見学に 4 日間にわたり訪れているのが当時の九州労災病院の来訪者リスト（長尾 2014 : 41）から確認できる。この見学で得た知見は同院のリハビリテーションの実践に少なからず影響を与えていると考えられたが、具体的な内容は把握できなかった。

4) 中部労災病院（名古屋市）

本章 4 節では浦辺の中部労災病院におけるケースワーク実践に関する考察を試みたが、ここでは 1960 年代半ばにおける作業療法士（OT）によるリハビリテーションの特徴、職リハに関連した実践を宮地（1967）の記述をもとに述べる。

中部労災病院の特徴の一つに、他の一般病院には見られないほどの建築面積の広さを持つリハビリテーション施設が存在がある。作業療法棟で対応する患者の大部分は対麻痺・片麻痺・骨折・切断・頭部外傷などである。この作業療法棟の外観はいかにも作業所という造りであるが、「鉄骨組立式だけに、日本家屋と違い間仕切りもなく室内に障害物もなく、広々としていて作業もしやすく、療法士が患者を見通すにも便利である（宮地 1967）」と述べられている。具体的な作業療法の内容としては、第 1～4 までの「療法室」があり、作業種目の特徴にて使用目的が分かれている。また、実施する「テスト」として、各種身

体機能に関するテスト、日常生活動作テストに加えて、労働テスト、職業能力テスト、義肢訓練テストなどがある（宮地 1967）。

1969（昭和 44）年、「労働福祉事業団 義肢センター」が、「日本で最初の純粋な義肢・補装具の総合研究開発機関」として病院構内に開設された。この施設の職員の大多数は機械、電気、あるいは金属、高分子のエンジニア、技術者であった点は、義肢・国内の補装具研究の先駆的な施設であったといえよう（青山 1969）。このように、院内での施設設備が整備され、リハビリテーション機能の特長を示す一方、次の指摘もある。宮地（1967）は、当時の作業療法に対する医療制度について、「現時点では作業療法は社会保険等では認められてはいない。ただし、労働省の指定した病院、または施設では労災保険のみに限り適用される」と述べている。そして、「現状では作業療法を行っても、経済的にはまったく採算が取れない状態であり、特に社会保険等にこの療法が取り入れられて経済的に裏付けられた治療が行えるようになることを切望する」と述べている。さらに、原（1970b）が述べた「労働省の 686 号通達（1968）」と、宮地（1967）の記述との関連性は興味深いが、今回は詳細に検討することはできなかった。宮地（1967）は、長期療養者の病院の次の段階として「収容施設」、「重症者職業訓練所の新設」などをあげており、1960 年代後半においては、身体障害者の重度化傾向に対応するための新たな方策の必要性が生まれていることがうかがえた。リハビリテーションの診療報酬の成立過程において、社会保険として、「作業療法」がどのように位置づけられたのかは、職リハの実践にも関係があると考えられるので、今後の研究課題としたい。

第 3 章の小括

高度経済成長期において身体障害者が復職あるいは新規就職を目指す際の職リハの実践状況はどうであったのかを検証した。当時の身体障害者が発生する社会的背景について調査データをもとに考察し、労災病院に代表される国としての対応策を論じてきた。具体例として、当時労働災害の代表的障害の脊髄損傷（以下、脊損）を例に挙げ、脊損に特徴的な臨床像を把握し、職リハをはじめとするリハビリテーション全体への視野の広がりが求められた時代背景を示した。

労災病院におけるケースワーカーの職リハに接点を有する実践では、医療福祉および行政や勤務先との連携を軸とした働きかけがなされていた。職リハにおいては仕事に直結する作業能力の適切な評価、対象者の家族を含めた関係者間の連携、すなわちチーム連携が重要であることを示すことができた。ここまで述べてきた内容から、この時期は労災病院をはじめとして各地で職種間の連携を踏まえた職リハの具体的な実践が展開されたことから、第 2 章から引き続き「職リハ進展期」と名付けることができると考えた。以上で、第 3 章を終える。

文献

- 青山 孝 (1969)「話題 日本ではじめての義肢・補装具の研究開発機関誕生」『理学療法と作業療法』vol.3 no.5、30
- 浦辺竹代 (1972)『患者とともに ある医療ケースワーカーの記録』ミネルヴァ書房
- 木下 博 (1986)「労災法における補償認定の問題点」『総合リハビリテーション』14 巻 4 号、243-247
- 久保俊一・堀井基行 (2014)『実践入門！一目でわかるリハビリテーションチーム医療』診断と治療社
- 小池文英 (1967)「理学療法士・作業療法士の今後の課題」『理学療法と作業療法』1 巻 3 号、3-7
- 厚生労働省ホームページ 社会の変化と安全衛生施策の方向性
第 12 次労働災害防止計画 (平成 25 年度～29 年度)
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei21/dl/12-pamph-03.pdf>
(2023.1.16 閲覧)
- 小島蓉子 (1982)『社会リハビリテーション』誠信書房
- 豊永敏宏 (2002)「労災事故・障害者発生の現状」『産衛誌』44 巻、153-154
- 内閣府ホームページ 障害者施策の主な歩み
<https://www8.cao.go.jp/shougai/ayumi.html> (2023.1.16 閲覧)
- 内閣府ホームページ 道路交通事故の動向
https://www8.cao.go.jp/koutu/taisaku/h30kou_haku/zenbun/genkyo/h1/h1b1s1_1.html
(2023.1.16 閲覧)
- 長尾哲男 (2014)『作業療法士養成への遙かな道のり 作業療法士養成における生活支援業務と治療訓練業務との乖離』大空社
- 浜島良知 (1969)「私の職場 東北労災病院」『理学療法と作業療法』3 巻 (5)、66-70
- 原 武郎 (1970a)「心身障害者の社会復帰 職能評価と訓練 九州労災病院」『理学療法と作業療法』4(1)、1-2
- 原 武郎 (1970b)「労災患者に対する作業療法」『第 4 回日本作業療法士協会学会 学会論文集』、27-34
- 真崎頌也 (1979)「カメララボ 医療のリハを社会のリハへ ー関東労災病院」『労働時報』32 (9)、38-43
- 松葉正子・一戸美代子 (1995)「身体障害者の職業リハビリテーションにおける連携の実際」『OT ジャーナル』29 (3)、177-182
- 宮地昭郎 (1967)「私の職場 中部労災病院」『理学療法と作業療法』1 巻 (1)、63-65

室井廣一（2017）日本リハビリテーション発祥地記念館設置趣旨 九州リハビリテーション
大学校記念館

www.knwu.ac.jp/about/pdf/kinenkan_secchisyushi.pdf （2019.11.3 閲覧）

吉光 清（2005）「評定尺度と行動観察」、松為信雄・菊池恵美子編（2005）『職業リハビリ
テーション入門 キャリア発達と社会参加への包括的支援体系』協同医書出版、
90-94

労働福祉事業団（1983）『明日への歴史 労働福祉事業団創立 25 年記念誌』労働福祉事業団

第4章 九州労災病院における職業リハビリテーションの実践

本章の目的と方法

本章では、高度経済成長期における九州労災病院（以下、九労）の職業リハビリテーション（以下、職リハ）に関連した先駆的な実践を考察することを目的とする。

戦後から高度経済成長期までの身体障害者へのリハビリテーションに関連性のある文献（医療機関を中心に）は少ない。そうした中、九労のリハビリテーション実践をとり上げた文献については1960年代を中心にコンスタントに確認でき、その記述の中には、本研究のテーマである職リハに関連した興味深い知見が見られる。九労における身体障害者へのリハビリテーション実践は、各種専門職によるチーム連携等、その先駆性から全国的に影響を与えるものであったといえる。職リハについて言えば、九労の作業療法室（部門）の実践として説明されていることが多くみられる。九労における職リハの中心の一つは、「Pre-vocational evaluation」を追求してきたことにあると考えられた（原 1970a）。直訳すると、「前職業的評価」である。医療的なリハビリテーションの段階において就労に向けた多様な評価を積極的に行う点は独創的な特徴であったといえる。

九労は、理学療法士（PT）と作業療法士（OT）といったリハビリテーション専門職が国家資格化される前から、欧米（とくにカナダ）のリハビリテーション医療から知識と技術を学び、計画的な施設整備に取り組んだ。リハビリテーションの実践とともに“療法士”養成など人材養成に取り組んでおり、“リハビリテーションの陽は西から昇る⁴⁰”と形容されたほどの開拓性がみられた。

原（1970 b）は1970年代に差し掛かる頃の九労のリハビリテーション運営について、「職能的作業療法への印象の強さのあまり、カナダのようなドーミトリ型病棟50床をつくり職能回復施設とした。このややかたよった受け取り方は、現在でも、労働福祉事業団がいまだに改められないで持ち続けている受け取り方である」と労災病院の運営について問題提起し、疾病構造の変化による医療、福祉を取り巻く臨床環境の変化が起きていた。このような高度経済成長期後半以降のリハビリテーションに関する背景を踏まえつつ、本章では九労における職リハの実践について当時の文献から考察を試みる。

本章で述べる「職リハ」は、主として「（前）職業評価」、「就労評価」といった過程を軸に身体障害者が職業復帰に向けて医療機関（九労）内で取り組んだ広範囲なリハビリテーションの実践である。文中に作業療法としての作業状況の記述があるが、これも「就労を目指しての評価に基づいた諸活動（治療）」とする。そこには、基本的に前章の表3-4に示したように「授産的」な要素は含まないこととする。

1. 九州労災病院の沿革と概要

1) 九州労災病院の成り立ち ―前身は八幡製鉄所の附属医療機関―

八幡製鉄所が存在した福岡県旧八幡市（現、北九州市八幡区）は、1901 年、全国初の官営製鐵所（以下、八幡製鉄所）の創業を機に、工業都市として飛躍的な成長を遂げた。（井上・出口 2021）。

九州労災病院（以下、九労）の前身は八幡製鉄所（当時、日本製鉄八幡製鉄所）内に設置された診療所である。細川（1986）によれば、「第 2 次世界大戦中、日鉄八幡製鉄所は爆撃により多数の工員が死傷することに備え、小倉郊外曾根葛原足立山麓の村田牧場（約 3 万坪）を買収し、バラックで曾根療養所なる疎開病院を作った」という。この後、本文中にててくる内藤は当時、八幡製鉄所附属病院院長であった。内藤は、労働災害の多年の診療経験から、労働災害専門病院の必要性を痛感していたという（細川 1986）。

1947（昭和 22）年、GHQ の命令で労働省が発足し、労災補償課は労働災害の治療のため専門病院をつくることを企画した。まずは東京と九州、関西、岡山と全国に広げることとしたが、九労を小倉に作ったのは、筑豊の炭坑に労災患者が多発したとの理由からである（服部 1987）。

わが国の製鉄産業発祥の地といわれる北九州地方では戦後、産業発展に伴って増えた炭坑事故や港湾事故などによる、切断・脊髄損傷をはじめとした重度の労働災害が多発していた。そうした中、九労は、昭和 24（1949）年 4 月に、わが国最初の労災病院として開設された。九労には小倉傷痍者訓練所も併設（室井 2017）され、義肢や装具の装着訓練、日常生活の訓練、職業訓練が活発に行われていた。

九労は、昭和 1949（昭和 24）年 2 月 17 日にわが国初の労災病院開設の認可があり、診療科目は外科、整形外科、内科と並んで理学診療科、義肢科があり、職業訓練部門も併設し、病床 34 床で出発した（細川 1986）。労働災害に対応するための診療、教育、研究は福岡県内で医学部が設置された九州大学等の大学においても地域的特徴を踏まえた幅広い臨床・研究活動に取り組んでいたと考えられた。

2) リハビリテーションの独自性

第二次世界大戦前から戦中にかけて、九労の初代院長の内藤三郎（以下内藤）⁴¹は下腿義肢について研究を重ね、附属病院の病院長として多数の労災患者に接していた。

内藤（労働福祉事業団 1983：76）によれば、終戦後、労働省は上記の八幡製鉄所における負傷者の安全収容所として使用されていた個人所有の牧場を買収し、この牧場跡に労災病院の建設が決まった。内藤（労働福祉事業団 1983：76）は院長に命じられた際、「昭和二十二年に労働基準法ができ、労働者災害補償保険法が新しくできて、製鉄所の従業員が全部労働省のお世話になるのだから、これを労働省に寄贈しようじゃないかということに

なったわけです」と述べている。このように、九労は古くから労働災害による患者を診ていた付属病院を前身とし、上記の収容施設跡（牧場）に設置された。労働省への譲渡について、内藤（労働福祉事業団 1983：76）は、「その土地は GHQ の管理地であったので、金なんかいらなからこれを寄贈しますと言ったものの、GHQ がこれを許さず、購入した金額で譲るなら『ヨロシイ』ということになって、建物と合わせて三十五万円で労働省に譲ることになりました」と述べている。このエピソードからも、病院設立当時、関係各所の財政面、予算面での苦心がうかがえる。

九労の設置に貢献した人物として、内藤に加え、事務方では池辺労災補償課長（当時）があげられる。内藤は、労災患者には医学的治療と同じように職業再教育の必要性を確信していたが、服部（1987）は戦後、財政が逼迫した中で費用莫大な理学療法棟を作るのには反対も多い状況であったが、池辺労災補償課長（以下、池辺課長）はこの案（九労の設置）に賛成し、多額の予算をつけたとし、「内藤先生の見先の明と、池辺課長の決断がなかったならば、今日のリハビリ医療は随分おくれたと思います」と述べている。労災事故への対策が逼迫していたことに合わせ、傷痍軍人への対策も無視できない中で、労災事故に関して熱意ある医師と理解ある事務方との連携が、九労がわが国で最初の労災病院として設置された背景に存在していたといえよう。

ここまで述べてきた経緯を鑑みると、戦後のわが国におけるリハビリテーション医療は、まずは九労がモデル的な施設として位置付けられたと考えられた。そして、九労のリハビリテーションの先進性と開拓性に惹かれて全国からの見学者が訪れることとなった。現代のように、情報通信網が発達していない時代のこと、九労におけるリハビリテーションの実践について知る手段は、書籍、文献、新聞などの紙媒体のほか、学会や研究会または関係者の口コミなど方法に限られた中で全国から多くの見学者があったことは特筆すべきである。新幹線の営業運転が九州まで延びたのは 1975（昭和 50）年であったことを考えると、九労に足を運ぶのにも時間と手間がかかったことも想像がつく。地域性の点では、九労が立地した小倉は、明治以降の殖産興業の旗手を担った八幡にも近く、そのような歴史的な背景から開拓者精神が根付いていたと考えられた。このような歴史的な土壌は、地域性にも息づき、リハビリテーションの実践についても同様であったのではと考えられた。

3) 外部との連携

九労における独自のリハビリテーション実践の一例に、大学との連携による実践書の刊行があげられる。現在では一般的である学際的連携には早くから取り組んでいたといえる。福岡県は、明治時代後期に設置された九州大学（かつての九州帝国大学）医学部⁴²や 1928（昭和 3）年に設立の九州医学専門学校（後の久留米大学医学部）⁴³等の医学の教育・研究機関が整備されていたと考えられる。九労において、他の労災病院には見られない環

境として、国立九州芸術工科大学（現九州大学芸術工学部、以下、芸工大）が 1968（昭和 43）年、福岡県に設置されたことがあげられる。芸工大の設置は九労のリハビリテーション実践において、意匠工学など、自助具や治療器具の開発に寄与することとなったと考えられた。

1970（昭和 45）に刊行された、「図説 自助具（医歯薬出版）以下、同書」⁴⁴は、当時の九労病院長（原武郎）と芸工大講師の古賀唯夫による共著であり、同書には、「リハビリテーションの根本理念は、障害者の失われたものよりも、残されたものに目を向けて、総体としての能力のできる限りの可能性を追求するにある（原・古賀 1970：iii）」と、リハビリテーションの本質を言及している。また、同書の「序文」において、当時の九労病院長の天児民和は、「例えば、九州労災病院の脊髄損傷患者は 10 年位前までは大半が胸腰髄の損傷であり、数年前より頸髄損傷がしだいに増加し、現在では、約 40%が頸髄損傷による四肢麻痺である。（中略）残存機能の少ない重度の障害を有する人を社会復帰せしめるには医学のみでは不可能である。医学以外の専門技術を導入しなければならない（原・古賀 1970：i）」と述べ、障害像の変化に対応したリハビリテーションの進展には、医学に加えて、隣接領域の専門知識と技術を含めて幅広い視点を持つことの重要性を指摘している。

同書では、1970 年当時について、欧米では身体障害者の理解、生活支援に向けた様々な配慮が浸透していることを述べている。同書が刊行される当時の状況については、健全な人びとを対象とした日常生活道具の開発が進み、物に囲まれるような一般の生活の様子がみられる一方、「身体障害者のための自助具に対する行政機関、企業や一般の関心度はまだ非常に低い」との指摘がある（原・古賀 1970：8）。また同書は、自助具の紹介だけに留まらず、各自助具が適応となる具体的な障害等に関連付けて説明がなされている点も特徴である。それらの自助具について、「九州労災病院入院中の患者自ら工夫したもの、当院の作業療法士、看護婦などが新たに考案したものに著者らが研究開発したものを加えて、わが国の現実に即した自助の集大成と若干の体系化を試みようとするものである（原・古賀 1970：iii）」と述べており、リハビリテーション医療の臨床において思考錯誤を重ねながら、自助具を科学的根拠に基づいた治療器具として位置づけようとする意欲がみられる。

同書の「自助具の実際」のパートでは、起床・就寝、着衣・脱衣、整容・入浴、炊事、食事、用便、作業、教養、通信、休息、その他というように日常生活動作を各動作の特徴から 11 種類に分類し、本文 192 ページのうち、「自助具の実際」に 163 ページ（約 85%）を割いていることから、同書は自助具の制作から適応に至るまでに焦点を当てたリハビリテーションの実践書といえる。

リハビリテーションの基本的理念として、目指すべきは『全人間的復権』であることを、日常生活動作の場を通じて実践していたといえよう。上記の日常生活動作における「作業」において、鉗を例にすると「電気鉗」「握り鉗」「安全固定鉗」「義手用の鉗」などのバリエ

ーションを提示しながら説明されている。その他にも、義手に適合した事務用品など、職業復帰を目指す際にも役立つ自助具が紹介されている。

このように九労における医療、福祉の領域を超えた学際的な工学、デザイン学、意匠学といった領域との連携がリハビリテーションの実践に活用されている例は、当時としては先駆的なものであったといえる⁴⁵。小野（1970）は、同書の書評の中で、「“自助具の原理”や自助具選択にあたって考えるべき因子をこれほど明快に説いた書物を私は知らない」と高い評価をしており、当時リハビリテーションの臨床現場で、待望されていた実践書であったと考えられた。

戦後から高度経済成長期にかけての九労が果たした「日本におけるリハビリテーションのモデル」としての役割は、高度経済成長期の産業の発展と時期が重なり、身体障害者への職リハに向けた実践の数々を示し、職能評価の質の高さを含め、現代で言う“産学医連携”が基盤になり発達した部分もあると考えられた。そして、高度経済成長期における九労は、わが国のリハビリテーション医療の先駆的や役割を担い、急性期医療から職リハに向けた幅広い実践を行うこととなる。

2. 高度経済成長期の九州労災病院 ―独創的で開拓的な取り組み―

1) 職業リハビリテーションのニーズの実践に向けた準備と展開

1955（昭和 30）年は、身体障害者の職業問題に関して大きな動きがあった年と考える。その流れは 1960 年の身体障害者雇用促進法の成立まで続いたと考える。この流れの根底には、すでに述べてきたが 1955 年に ILO（International Labour Organization 国際労働機関）の第 99 号勧告が ILO 総会で採択されたことの影響があると考えられた。例えば、1956（昭和 31）年には、行政分野で、身体障害者雇用促進中央協議会小委員会により、官公庁等に対する雇用の促進、職業補導所の強化、作業委託訓練制度、モデル事業所、身体障害者の離職防止策等が協議されている（建部 2004：41）。

1957（昭和 32）年 7 月には、労働福祉事業団が設置された。全国に設置された労災病院を統括する存在といえる。1950 年代後半には水俣病や四日市ぜんそくなどの公害が問題となり始めるなど、経済成長の影の部分が増大化してきた時期でもあり、これ以降、身体障害者の障害像にも多様化が見られ始める。

天児（労働福祉事業団 1983:77）は、九労のリハビリテーションセンターを開設してから、「その当時、見学者が年間一千人くらいあり、リハビリという方面の各方面のご理解をできるだけ得た方がよいということで嫌がらず大いにサービスをしてきましたが、ちょっと大変でした」と回想している。九労は、リハビリテーション実践への見学受け入れを通じ、最新のリハビリテーションの知識と技術、臨床現場での管理方法等を広く世に伝える役割を担っていたと考えられた。

橋元（2015）によれば、内藤院長からの意向と構想をうけ、服部一郎（1949・昭和24年～1965・昭和40年まで理学診療科部長として勤務、以下、服部）は、「治療的リハから職業的リハを含めた総合的、施設完結型リハを実践するために専門施設の開設、専門職の人材育成」を目指したとし、そのひとつとして着目したのは「マッサージから運動療法を主体とした理学療法の変換であり、実生活に則した和式の生活指導（和魂洋才）、職場復帰にむけた作業療法での職業前訓練である（橋元2015）」と述べている。「和魂洋才」の理念は、和式生活スタイルを念頭に置きつつも、海外からのリハビリテーションの知識・技術を活用して、生活復帰や職場復帰を目指す指針として当時として最先端を示したものといえる。

初代院長の内藤は1957（昭和32）年にカナダ・トロントの労災病院に学び、職能療法はリハビリテーション医療にあつて理学療法と並ぶ車の両輪であるという確信をもって帰国したとされる（和才1991）。内藤が1961（昭和36）年に発表した論文⁴⁶では機能回復訓練・職能療法（作業療法）・職業更生指導・義肢支給訓練の一貫した施設の設置が謳われている（橋元2015）。

1961（昭和36）年7月に九労には、「世界OT連盟のウイラッドおよびスパークマン女史の指導の下に、東洋一の規模を誇るオープンシステムの作業療法棟およびリハビリテーション病棟が完成（原・細川・和才1967）」した。世界OT連盟（World Federation of Occupational Therapists: WFOT）から指導を受けての施設設置には、九労また労働福祉事業団のリハビリテーション振興への強い意欲がうかがえる。この施設での就業に備え、施設施工と平行して、「4名の院内職員に対して、作業療法士の養成が日本整形外科学会リハビリテーション委員会の全面的な援助と指導の下に行われた」、「名実ともに、総合（ママ）病院でわが国初の作業療法部門が誕生」とされる（原・細川・和才1967）。作業療法士や理学療法士が法制度化（1965年）される前からの療法士養成は、今回、各種資料にあたる中では九労独自の取り組みであり、九労のリハビリテーション実践は独自性と開拓性があったといえる。なお、この療法士養成に他機関からの参加があったかは不明であった。

上田（2013:165-166）は1962（昭和37）年の服部との出会いに触れ、九労を見学した感想を「服部先生の病院を訪れて私が心底驚いたのは『家庭に帰す。しかも日本家屋に』ということが徹底して実践されていた」ことを述べている。和室のリハビリテーションの場での使用は、すでに述べた国立箱根療養所など旧軍事保養施設でリハビリテーションを意識せずに、あるいは施設の構造上、日常生活動作に和室を活用していた可能性もあるので、さらなる検証が必要である。しかしながら、日常生活に戻ることを明確に視野に入れた設備、機器の整備は以降のリハビリテーション施設の方向性を示したと言える。

ここまで述べてきたように、九労が「和魂洋才」に着目する意義は、自院でのリハビリテーションの実践において、理念に基づいた方法論を確立したことであると考えられた。なお、上田（2013:166）は、この九労での視察経験が、1965（昭和40）～1966（昭和41）

年度の東京大学リハビリテーション部の拡張計画の際、「何のためらいもなく作業療法室に『日本間』を作ろうと決めたことにつながった」と述べており、九労リハセンター（作業療法室）が与えたインパクトの大きさがうかがえる。社会的な背景として、当時の国民の生活スタイルの基本は和室の暮らしが主流であったことも、上記の和室を活用したリハビリテーションの実践を後押ししたと考えられた。この例が示すように、九労リハセンターでの様々な実践の影響は臨床や教育の枠を超えて広がりを見せていたと考えられた。九労リハセンターは先に述べたように見学者も多く、天井も高く広々とした体育館のような運動療法室は、その後、設置された全国各地の労災病院やその他のリハビリテーション関連施設の設計や運営方法に少なからず影響を与えた。

九労がわが国のリハビリテーション実践に果たした役割は、外国からのリハビリテーション医学の基礎や方法論等を吸収し、わが国の文化、風土など患者の生活環境に合わせた修正や工夫を行うことでリハビリテーションの臨床実践に適合させたことといえよう。長尾（2014:42-43）は、「九州労災病院におけるリハビリテーションの性格は実践的・具体的なもので、訓練機器においても、独自の工夫と開発を行っていた」と述べ、職場復帰を判定するための多様なシュミレーション等が行われていたことも述べている。そして、「このことは東京大学病院リハビリテーションセンターが科学的・学問的指向性を強く持っていたのと大きく異なっていた（長尾 2014 : 43）」と述べている。

以上を踏まえると、一例として 1960 年代には、わが国の東西でリハビリテーションの臨床場面における考え方や実践に関わる方法論には地域による差が存在していた可能性がある。九労でのリハビリテーションはきめ細かな実践を展開し、職リハについても本格的な職務作業のシュミレーションを用いた取り組みが見られていた。1960 年代半ばにおいて「重度作業療法」として雨天時でも屋外作業ができる設備を用いた「就労テスト」、「身体能力評価」等が実施されており、「屋外作業療法」では、一例として高さ数メートルほどある「トーテムポールの彫刻」があげられている（内藤・服部・原 1964）。実際に梯子や脚立を使用した高所作業の評価は転倒などのリスク管理は必要ではあるが、職業復帰や新たな就職先を検討する際には、臨場感ある作業環境を通じての精緻な評価情報の提供に役立ったと考えられた。

2) 職業リハビリテーションへの取り組み ―保険診療区分の推移から―

原（1970a）は、九労の作業療法部門での保険別取扱数の変化について、1961（昭和 36）年から 1967（昭和 42）年のデータによれば、九労の作業療法部門では、「労災患者の治療を主目的としていましたが、次第に一般患者もサービスとして取り扱うようになり、昭和 45 年に至っては、半数が労災以外の患者となっています」と述べている。

九労の作業療法部門は医学的リハビリテーションに加えて、職リハの実践も積極的に行

っていた。この実践は、職業前評価を軸としたものであった。保険別取り扱いにおいて、「労災・公災・自費」いわゆる労災患者が作業療法部門利用者に占める割合は、原（1970b）によれば、1961（昭和 36）年の 100%から 1965（昭和 40）年 91.9%まで、90%以上で推移していた。しかしながら、1965（昭和 40）年から 1969（昭和 44）年にかけては年々、作業療法を受ける労災等患者の比率が減り、健保等による患者の比率が増えてきた。

高度経済成長期の後半にさしかかる 1965（昭和 40）年以後の九州労災病院作業療法部門における保険別の取り扱い割合は、原（1970b）によれば、1965（昭和 40）年は労災・公災・自費（以下、労災等）91.9%、健保等 8.1%、1966（昭和 41）年は労災等 63.4%、健保等 36.6%、1967（昭和 42）年は労災等（72.1%）、健保等 27.9%、1968（昭和 43）年は労災等 73.8%、健保等 26.2%、1969（昭和 44）年は労災等 63.6%、健保等 36.7%と多少の前後はありつつも、労災等の保険取り扱いが減り、健保等の取り扱いが増えてきていた。原（1970b）によれば、当時の診療報酬体系において「労災・公災・自費」以外は、収入ゼロの「無料サービス」であったとされる。原（1970b）は、1970（昭和 45）年当時の九労について、「労災患者の福祉のための病院という大義名分は薄れた」と述べている。

時期を少し下り、笹本（1973）は、ルポを通じて九労と地域の関係について、九労の業務上災害による労災患者が「全体の三割程度に過ぎない」としたうえで、「労災病院とはいいながら、一般の地域医療機関的な性格がかなり強くなっている」と述べている。このことは、1970 年代に入ると、疾病構造の変化による身体障害の障害像の多様化が九労の診療形態にも影響を与え始めていたと考えてよいであろう。このように 1960 年代後半から 1970 年代に入る頃は、九労のリハビリテーション部門の作業療法分野では今後の方向性について岐路に立たされていたと考えられた。

原（1970a）は、「労災保険の終局の目標は被災労働者を出来るだけ早く、しかも少い後遺症を残して、できれば元の職場に、あるいは最も適した職場に帰してやることです」と、当時の労災病院全般に課された役割を位置付けている。その目標達成のためのリハビリテーション医療プログラムの重要性を述べ、“労災医療”はリハビリテーション医療なしには完結しないと強調するとともに、当時の労災病院におけるリハビリテーション体系について説明している。そして、原（1970a）は、1970（昭和 45）年当時、つまり 1960 年代後半からの労災事故後のリハビリテーション医療の流れについて、「労災病院におけるリハビリテーション体系」として説明している。

原は当時、九労の病院長であったため、自院のリハビリテーション医療を参考にしていると考えられるが、労災病院における「リハビリテーションサービス」に「前職業的リハビリテーション」が含まれており、この「前職業的リハビリテーション」は「地域社会」へと連携が期待される内容の概念が考えられた。また、「前職業的リハビリテーション」から「ナースィングホーム（ママ）」の繋がりもあり、これは重度身体障害者への対応としての

ことと考えられた。労働災害を医療の枠だけでとらえるのではなく、地域社会との連携で考えることで、身体障害となった者の活躍の場や居場所を広く捉えた可能性がある。先述したように、「元の仕事に戻る」ことを第一目標としつつも、対象を限定せず幅広く捉えるために設けた方向性だと考えられた。ここには、今後予測された身体障害の重度化傾向を見据えた視点もみられ、職場復帰を支援する立場として取り組んできた実践に基づいた概念であることが示唆された。

全国の労災病院での職リハの実践は、その歴史的経緯から一般の医療機関より大きかったと考えられるが、九労のように労災事故患者が復職や就職だけを目指すのではなく、地域社会との連携も視野にいたれた実践を行っていた病院や施設はどのくらい存在したのかについては、今後のさらなる研究が必要である。

3. 職業リハビリテーションの実践

1) リハビリテーションセンターの特徴 ―臨床環境と教育環境―

九州労災病院リハビリテーションセンター（本節では以下、センター）の構造上の特徴として、原・細川・和才（1967）が、詳しく述べているので、以下に参考とする。まず目につくのは、センターとリハビリテーション病棟が隣接していて、かつ渡り廊下（横に作業療法用農園がある）で繋がっていることがあげられる。病棟とセンターを物理的に近く設置することにより、患者また理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）の行き来がしやすくなり、日常的な交流や観察が期待される構造であったといえる。

教育的側面では、センターおよび病棟に PT, OT 養成施設（九州リハビリテーション大学校、以下、リハ大）が隣接していた。このことは、学生がリハビリテーションの知識と技術を学び、臨床場面で確認するのに最適な物理的環境である。リハ大理学療法学科 1 期生（1966 年：昭和 41 年度入学）の橋元（2021：80）は、センターの充実したリハビリテーション実践について「一般整形外科はもとより切断や脊髄損傷に対するリハビリテーションプログラムも確立していました。義肢装具製作、言語療法、心理、ソーシャル部門を持ち、当時としては日本一の設備と広さを有していました」と述べ、教育的効果にも言及し、「臨床の場でこれが片麻痺だ、四肢麻痺だ、またこれが拘縮だ、褥瘡だと見せられれば一目瞭然で疾患や障害を理解するのに非常に助かりました（橋元 2021：80）」と回想している。このように、PT, OT の養成には臨床教育が大きな意味を持つことが、養成教育がスタートした頃から強く認識されていたといえる。リハ大の開校時、PT, OT 養成教育用の日本語テキストがない時代のことでもあり「専門科目のすべてが英語（橋元 2021：78）」との教育はリハ大生の英語力の向上に寄与したと考えられる。

リハ大の教育システムは、臨床に接点が多い教育であり、国内で 2 番目に設置された PT, OT 養成施設⁴⁷という点で、その教育成果を期待された。1963（昭和 38）年のわが国初

のPT,OT養成施設として開校した国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院でも同様に当初より臨床教育に力を入れていたことは先行研究に認める。しかし、本研究ではこのことについては述べず、今後リハビリテーションの教育の歴史に関する研究機会があれば分析等を試みたいと考える。

リハ大では養成段階で教育と臨床の接点が多いカリキュラムが組まれていたが、それを可能にしたのは充実した臨床と教育の環境であったと考えられた。リハ大の教育に関する評価として、次の記述がある。鈴木（1970）は、日本作業療法士協会ニュース（1970.6.27発行）の「世界作業療法士連盟第五回国際会議に出席して」⁴⁸の中で、「この協会は準会員として世界作業療法連盟に加入できた。九州リハビリテーション大学校の教育内容が認められた結果である。九州リハ大の関係者の方々にはそのご努力に謝意を表するものである」と記しており、リハ大の教育に関する実績、資料が世界作業療法連盟の加入審議の対象となり、その内容が認められた結果であったことを述べている。

リハ大の作業療法士教育に大きな役割を担ったセンターの作業療法棟の施設、設備について述べる。センターの作業療法棟には、作業療法および職リハの実践には十分な空間、設備、備品等が完備されていたことはこれまで述べた通りである。作業療法室は「オープンシステムで380坪7区分に分かれ工場のような雰囲気である（内藤・服部・原1964）」との広大さを有していた。職リハに関して言えば、身体機能の評価から機能訓練および日常生活動作（ADL）訓練を基盤として、職場復帰を目指しての就労テストなど様々な実践が行われていた。九労の作業療法棟には、筋力や持久力など相当な身体活動が主となる重作業をはじめ、各種軽作業のシュミレーション評価が可能なスペースと機器、道具が完備していたことが確認できた。それらの作業は室内外を問わず、患者が取り組めるような配慮がなされていた。センターのリハビリテーションの臨床では、職リハは機能訓練と組み合わせた幅広いリハビリテーション活動が実践されていたことが想像できる。

先述した和空間は、日常生活動作室と呼ばれていたようである。職リハに関する具体的な部屋は、重作業室、屋外作業場に加え、基礎的な作業能力向上を目指すための木工室、金工室が十分なスペースにて整備されている（原・細川・和才1967）。

国内屈指の規模と考えられた織物作業室では多くの織機をOTがハンドメイドで製作した点は、対象者の身体障害像に合わせた作業工程の設定を可能にするなど、指導する側の資質も高く、オリジナリティに富んだ実践が展開されていたことが推察された。田川・橋元（1970）は、センターの作業療法室の機器類について「織物作業室などの治療用器械器具は、そのほとんどが、当部門の独創的アイデアに基づいた自家製のものである」と述べており、九労の開拓性や独自性がリハビリテーション全体の実践に生かされていたことが分かる。OTには創造的な技術も必要とされた時代と考えられる。

例をあげると、「織機作業」については、「身体各部のほとんどの機能的OTが行いうるの

で応用が広い。23 台の織機、毎日フルに治療目的をはたしている」との記述がある（原・細川・和才 1967）。作業療法室に 23 台もの織機が設置されていることは、全国的に見ても九労だけの特徴だったであろう。織機の操作には座位姿勢を保持し、四肢の協調した動きが必要である。労働災害などで下肢や上肢を骨折した患者の回復段階で織機作業に取り組むことは、身体全体の動きのスムーズさを高め、作品作りを通じての達成感を得る等の効果が期待できる。同時に復職に必要な体力評価、上下肢の運動評価にも結びつけることが可能である。さらには、日常生活動作指導に関して、「200 種以上の自助具（self-help devices）が準備されている」（原・細川・和才 1967）ことは前節で述べた芸工大との連携に基づいた実践であったといえる。

高度経済成長期の時代背景を物語るものとしてボーリング場が設けられている等、機能訓練や職リハに中心を置きながらも、生活を楽しむといった視点でのレクリエーション的要素を持たせた設備、構造は九労のリハビリテーション実践に“潤い”を与え、OT の幅広い実践を醸成することに寄与していたと考えられた。

2) 開拓性と先進性を支えた要素

職リハの実践では、九労が以前から構築してきた「職業評価」、「就労評価」の質の高さは注目される。医学的リハビリテーションと職リハを分けて考えるのではなく、医療面の状況を踏まえつつ、労災患者が「元の職場に復帰する」という大きな目標を支えるためのシュミレーション場面を活用した職業評価（就労評価）の実施や退院が近づいた段階での「就労テスト、身体能力評価」など、個々の患者ごとに体系付けられたリハビリテーションの実践が行われていた。

和才（1970）は、「就労能力の評価」の意義について、「身体能力の評価とは異なり、患者が現時点において、以前の職種あるいは予定された一職種について、復帰できるか否かを、総合的、機能的に評価するためのもの」と述べている。「職業評価」という表現ではなく、「就労評価」とされていることに、実際に「働く」ことを意識する内容がうかがえる。そして、「患者が復帰しようとする職種について、詳細にわたり労働環境や作業活動を調査分析することが必要である（和才 1970）」と述べている。ここまで述べてきた当時の九労のリハビリテーションのスタッフ構成から考えると、対象となる患者の身体面、心理社会面、生活背景など様々な視点での評価が実施されたと考えられる。加えて、質の高い「就労評価」を可能としている要素として、センターの構造と設備、備品等の物理的環境があげられる。和才（1970）によれば、就労評価の実施期間として「少なくとも 1 週間の継続実施期間が必要」と述べ、実際の就労を想定した評価がなされていた。このように、九労の Pre-vocational evaluation（前職業的評価）は、まさに「働くこと」を想定した実践であったと考えられた。

高度経済成長期半ばまでの労災患者の増加は顕著であり、社会問題となっていたと考える。高度経済成長期までのわが国の職リハ施策に関連して、小島（1976）は、「職業リハビリテーションの総合的実施の仕にあたる単一行政のないわが国では、障害者の労働へのニード確認の視点から、対策の強化を計れば計るだけ施策の分化が行われ、サービスのモザイク⁴⁹はますます複雑な様相を呈してくる」と述べ、「サービスの質にかかわる専門職員の養成や、有能な専門職員を確保していくための待遇の改善や配慮は、殆どされていない」と指摘しており、職リハの進展には、専門職の養成の観点からの計画的にサービスの向上を図ることの重要性を示唆している。高度経済成長期における九労の職リハ実践は、1960年代後半までは、病院経営の側面からも、リハビリテーションの質の点でも奏功していたと考えられたが、1970年代に入る頃から進むべき方向性に模索が起きていた時期であると考えられた。

九労は戦前からの八幡製鉄所内の病院を引き継ぐ形で診療開始となった点で、すでに労災病院として担う役割が明確だったこと、初代院長がリハビリテーションの効果に着目し、導入に積極的であり、カナダ、そしてアメリカなど国際的にも最新の知識と技術を取り入れたことがリハビリテーションのモデル的施設として発達してきた大きな理由といえる。加えて、リハビリテーション専門職養成の必要性に早くから着目し、国が養成開始を始める前に独自の療法士養成を実施したのは、当時としては稀有な例であり、九労のリハビリテーションの発展に向けた意欲の高さが分かる。作業療法部門が中心となった職リハの実践では、指導にあたる OT 自らが訓練器具、機器などを自作していたこと等を考えると、患者個々に対応できる「就労モデル」が存在していたといえよう（中村・井川 2021）。

高度経済成長期は、産業構造が多様化し、それまでにはなかったような労災事故も起きていたと考えられる。高所からの転落事故や交通事故などにより起きた頭部外傷で中枢性麻痺となった患者は「質的な障害⁵⁰」とも言うべき多様な障害像を呈する。そのような患者に接する際、訓練器具等を手作りできる技術を有していたことは、個々の心身機能に対応した評価環境をとおして職リハの実践に寄与していたことが考えられた。

1960年代後半、わが国の身体障害者へのリハビリテーションは先進的な概念のもとに発達がみられた点で、まさに開拓期であり海外の文献を頼りに患者に向き合っていた。そのような場で展開されたリハビリテーションのアプローチは医学的根拠を示しつつ、日常生活指導、復職に向けた各種評価など、独創性に満ちたものであったと考えられた。

九労は「臨床実践」と「教育・養成」が近く位置しており、見学者が多く訪れるなどの外部からの評価を得ていたといえよう。九労の作業療法部門は昭和 40 年代前半まで、職リハへの注力が大きかったと考えられるが、1970（昭和 45）年頃には、前節で原が述べたように、労災病院としての立ち位置にも変化が起きていた。

疾病構造の変化により身体障害に重度化の傾向がみられ、労災患者の復職や就職が必ず

しも主たる目標ではなくなりつつあることが、作業療法を受ける患者の保険区分にも表れていた。このことより、「就労モデル」に加えて、地域社会を視野に入れた「生活モデル」を視野に入れるべき転換の時期であったと考えられた。その過程では、重度の身体障害者も対象になってくることがあり、「生活モデル」について、九労がどのように対応していったのかを整理することは、今後の課題となる。中村・井川（2021）によれば、1960年代後半、九労の近隣の病院では「寝たり、起きたり」する日常生活動作へのアプローチを中心とした「生活能力」面に関わるリハビリに取り組んでいる施設も少なからず見られたという。これは現在で言う地域リハビリテーションにも通じる流れといえる。1970年代に入り、全国の労災病院の一般病院化が進展することになり、高度経済成長期後半は、リハビリテーションの方向性を再考する時期であったと考えられた。

1960年代以降、労災事故や交通事故の急増、疾病構造の変化等で身体障害が多様化、重度化の傾向が進んだ。高度経済成長期という時代の変化に応じ、一般病院と同じ事情が九労にもあてはまっていたといえるが、それは他の労災病院や施設等でも同様であったと考えられ、1970年頃にはすでに顕在化していた重度身体障害者の増加は、入院患者のリハビリテーションに対し、従来の方法論だけではなく、柔軟な対応を必要とすることになったといえよう。疾病構造の変化は、各地の労災病院のリハビリテーション診療の方向性にも変化を与えることとなったといえる。九労に代表される全国の労災病院で実践されてきた「労災患者の職場復帰を目指した医療およびリハビリテーション実践」の全盛期は高度経済成長期の終焉と時を同じくして、「多様化する身体障害者へのリハビリテーション」の提供へと、比重を増していくこととなったと考えられた。さらには、身体障害者の障害の重度化に対するリハビリテーションのあり方も問われることになったのではなかろうか。

職リハは医療的リハビリテーションから分断なく円滑な繋がりが重要であると考ええる。小島（1976）は、「職業リハビリテーションは、医療の取り組みに引きつづき、社会復帰段階に近い時点で登場する援助プロセスである」と述べ、職リハに携わる者には、医学的な知識や技術だけではなく、社会資源への着目も欠かせない。このことは、現代においても必要な普遍的な姿勢であると考えられた。

参考までに、身体障害者の職リハの進展を測る指標の一つとして、身体障害者雇用率（実雇用率）の推移をあげる。1976（昭和51）年、身体障害者雇用促進法が改正されたが、翌年からの実雇用率（達成企業の割合）は、障害者職業総合センター（1992）によれば、1977（昭和52）年が1.09%（52.8%）、1978（昭和53）年が1.11%（52.1%）、1979（昭和54）年が1.12%（52.0%）、1980（昭和55）年が1.13%（51.6%）であり、実雇用率は1.1%程度、達成割合は50%程度とこの4年間では、法改正の効果は雇用率の面では、さほど見られない。一定規模の事業所では法定雇用率以上の身体障害者の雇用が義務化されたにも関わらず、身体障害者の就業率が伸び悩んだことについては、高度経済成長期が収束した

という社会経済状況もあるが、身体障害者の心身機能の障害程度が重度化してきたことも背景にあると考えられた。

4. 九州労災病院が果たした役割と影響

1) リハ大での学びと臨床場面への影響

リハ大での教育について、大丸（2021：75）は「教養・専門基礎科目は、九州工業大学、西南女学院などの教授陣に加えて、作業療法学科の作業活動科目は博多織・絵画・陶芸・木工等の一流のアーティストが講師として招かれ、芸術と医学の統合論として実技指導を受けました」と述べており、リハ大が作業療法士の教育を開始した頃の工夫された教育内容が分かる。基礎・教養科目に地元の大学から講師を招聘するなど、専門教育に偏らないような教育的配慮が見て取れる。養成段階において、芸術の要素を取り入れることは、とくに作業療法士としての創造力を高め、「作業」に関する分析力を高める点において効果的かつ先進的な取り組みだったといえよう。

臨床場面から、坪田（2021：233-234）は、「九州リハビリテーション大学校の養成と同期して、1967年『労働省通達 665号』で労災診療報酬制度ができ、労災病院の理学療法士、作業療法士は、診療報酬をベースに医療職として働き始めた」と、リハビリテーションに関する診療報酬制度が開始されたことを述べている。加えて、坪田は就職した美唄労災病院のリハビリテーションに関連した施設設備、充実したスタッフについて「当時としては、かなりシステマチックな組織として各専門職が有機的に働いていた。これも先陣を切った九州労災病院にならった組織作りだと思われる（坪田 2021：233-234）」と述べており、九労での実践が各地で好影響を与えていた様子がうかがえた。

ここに出た 1967（昭和 42）年の「労働省通達 665号」は、第 3 章で原が述べた「労働省通達 686号（1968年）」の前年の発令である。同じく第 3 章で宮地（1967）が述べた作業療法の不採算性と社会保険に作業療法が取り入れられることでの経済的裏付けの必要性を述べた課題提起を併せて考えると、1960年代後半には労災保険における作業療法の報酬について議論があった可能性がある。その経緯については新たな研究課題としていきたい。

2) リハビリテーションセンター来訪者に関して

長尾（2014：41-42）は、「九州労災病院が、時代的にどのような位置づけにあったのかをアルバムとリハビリテーションセンター開設直後の 1961 年 8 月から始まる来訪者リストから、PTOT 導入時期から広がっていくころに関わった方々を拾い出した」と述べ、1961（昭和 36）～1968（昭和 43）年における九労への来訪者リスト（以下、来訪者リスト）を作成している。九州労災病院への来訪者ということで、当然リハビリテーションセンターの見学も行われていると考える。来訪者リストからは、当時、職リハに関わりがあったと

考えられる者が複数名みられ、九労のセンターによるリハビリテーションの実践が、来訪者が勤務する施設のリハビリテーション実践に関して何らかの影響を与えた可能性があると考えられた。

来訪者リストからは、1961（昭和 36）年のセンターの開設以来、当時のリハビリテーション医療の先駆的存在であった医師等の名前がみられる。本研究の中でも度々取り上げた国立身体障害者更生指導所（当時）の稗田正虎は、センター開設の翌年（1962 年）に訪問している。1963（昭和 38）年に訪問した中村裕は、翌 1964（昭和 39）年の東京パラリンピックの選手団結成、運営に貢献し、のちに別府太陽の家⁵¹を設立した。

来訪者リストに記載があった施設から、当時の資料を入手できた 2 施設のリハビリテーションの概要について述べる。一部には職リハに関連がある記述も見られる。この 2 施設は、地域に根差したリハビリテーションの実践に取り組む好例と考えられた。

（1）兵庫県玉津福祉センター リハビリテーションセンター附属中央病院

（以下、センター中央病院） （現兵庫県立リハビリテーションセンター中央病院）

来訪者リストによれば、1966（昭和 41）年 4 月 4 日に、澤村誠志（当時、神戸大学医学部：医師）が九労を訪問している。（1970 年頃まで「沢村」の表記文献もあるが本稿では「澤村」を用いる）

澤村（1970）は、センター中央病院について、「疾病の初期より治療と機能回復訓練を行うが、将来職業訓練校（計画）を併設して、社会復帰までの total rehabilitation program を行うことを目的として建設されている」と述べている。センター中央病院の職リハに関する特徴は、兵庫県立身体障害者更生相談所を併設するなど、「県下の身障行政と密着」していることや、授産指導課は庇護授産を行っていることである（澤村 1970）。

澤村は高度経済成長期の頃から、わが国における義肢装具に関するリハビリテーションの第一人者として国内はもちろん国際的にも、研究と臨床の両面で多大な貢献をした医師であり、1969（昭和 44）年には、兵庫県玉津福祉センター（現兵庫県立総合リハビリテーションセンター）附属中央病院副院長、1972（昭和 47）年には、兵庫県立身体障害者更生相談所長に就任している。（兵庫県立リハビリテーション中央病院ホームページ）。

黒田（2001：42-43）は、澤村が 1972（昭和 47）年 4 月から 1993（平成 5）年 3 月まで二十年余にわたって、身体障害者更生相談所⁵²所長を務めたことに関し、「現在、わが国で展開している地域リハの提唱とその推進ならびに身体障害者福祉サービスのあり方にかかわる数々の革新的な取り組みを実行された」と述べており、澤村は、1970 年代における身体障害者の生活支援に向けた取り組みには多くの実績があったといえる。

このように澤村のリハビリテーション実践に関する業績は広範囲にわたるが、職リハにも関連性があったのではと考えられたものに「義肢装具をはじめとする補装具などのテクニカルエイドに関する専門相談指導（ブレースクリニック）」を 1970（昭和 45）年 10 月か

ら開始していた（黒田 2001：52）ことがある。1960 年代までの身体障害者福祉の実態を勘案すると、義肢が生活に果たす役割は大きかったと考えられる点で、義肢装具使用に関する専門相談指導などの手厚いフォローアップ体制は身体障害者への生活や就労の支援に大きな意義を持つものであったと考えられた。

（2）水俣市立病院湯之児リハビリテーションセンター（以下、湯之児リハセンター）

来訪者リストによれば、1967（昭和 42）年 3 月 6 日に、湯之児リハセンターの米満弘之が九労を訪問している。また、1968（昭和 43）年 2 月 19 日には、湯之児病院の「作業療法」職員が九労を訪問している。この 2 施設はリスト上の施設名が異なるため、同一施設とは言い切れない部分もあるが施設の歴史を勘案し、関連施設であると考えた⁵³。

湯之児リハセンターが設立された動機は、後遺症に苦しむ水俣病患者の機能回復を主目的としているが、わが国リハビリテーション医学の振興と時期的に一致したため、関係方面からの要望を考慮して、水俣病以外の一般身体障害者にも対応する施設として、1965（昭和 40）年 3 月に開院した（池辺 1969）。開院後数年のうちに複数名が九労の施設見学に訪れていることから、リハビリテーションの実践の参考となる何らかの影響があった可能性がある。

湯之児リハセンターでは、1969（昭和 44）年当時、理学療法部と作業療法部があり、作業療法部では、「手製による糸むすび、糸掛け器、織機、パンダー、パズルなどを作り、心理的、機能的、職業前訓練などを行うとともに、義肢センターも併設している（池辺 1969）」との記述がある。この時期の医療機関における作業療法では、第 3 章で述べた各地の労災病院でも織機の活用がみられる。高度経済成長期において、繊維産業は国内の主要産業の一つであったと考えられ、家庭用織機の普及など、織機は人々の生活に身近な作業でもあり、実益も兼ねて導入しやすかったといえよう。すでに述べたように九労リハセンターの作業療法室には、多くのオリジナル織機が訓練（治療）器具として設置、活用されていたことや九労の就労評価に関する設備、機器などの充実ぶりは、湯之児リハセンターでの「作業療法」や「職業前訓練」の実践への何らかの影響を与えたのではと考えられた。

他施設との接点に関して、興味深い知見があったので紹介する。1968（昭和 43）年 7 月に神戸市で開催された「第 1 回義肢装具研究同好会」は、前頁（1）で述べた澤村（当時、神戸大学医学部整形外科）が世話係を務めている。この同好会の主題 3 に設けられた「各病院における義肢製作部門の必要性について」の発言者として、冒頭述べた米満（当時、水俣市立義肢センター）と九労の原が登壇していること（澤村・村田 1969）から、これらの施設には義肢の臨床や研究の領域において何らかの交流があった可能性が考えられた。

第4章の小括

高度経済成長期において、身体障害者が復職あるいは新規就職を目指す際の職リハの実践状況を検証した。職リハの実践として、九州労災病院（以下、九労）を事例として掘り下げた。九労の開拓性と先進性は、1960年代初めにわが国初ともいえる総合リハビリテーションセンター（以下、リハセンター）を設けたことに象徴される。その設備や管理運営方法について、全国から見学者が訪れるなど、職リハを含め当時のリハセンターのモデル的な施設としての役割を担っていたといえる。

九労には、総合リハセンター設置に向けた多方面からの入念な準備、独自の先進的な人材育成、労働福祉事業団によるPT・OT養成校の隣接しての設置、オリジナリティを持ったリハビリテーション展開など、実践的なリハビリテーションの展開が見られる。職リハの実践では、九労独自の「就労能力の評価」は実際の就労場面を想定した実践的な評価であり、信頼性が高いものであったといえるとともに、九労における職リハの中心を構成するものであったと考えられた。しかしながら、1970年代に入る頃には、疾病構造の変化に起因する身体障害の多様化への対応の必要性が生まれた。

本章では、九労を事例として職リハの実践の内容を深めたが、高度経済成長期終盤には疾病構造の変化や保険制度との関係など、社会的な背景に起因する課題が顕在化してきた。そのような社会情勢の中で、高度経済成長期以降の職リハおよびリハビリテーション全体の歴史に関する研究は、それ以前に行われていたリハビリテーションとどのような関係性があるのか理解を深めるのは今後の課題としたい。

この時期は、身体障害像の変化とともに、職リハへのアプローチも複雑化の様相を見せ始めた時期であることから、「職リハ模索期」と名付けることができると考えた。

以上で、第4章を終える。

文献

- 池辺正治（1969）「私の職場 水俣市立病院附属湯之児病院」『理学療法と作業療法』vol. 3, no. 2、62-64
- 井上龍子・出口 敦（2021）「戦前の旧八幡市の都市計画における守田道隆の技師としての業績と役割」『公益社団法人日本都市計画学会 都市計画論文集』Vol. 56 No. 2、267-280
- 上田 敏（2013）『リハビリテーションの歩み その源流とこれから』医学書院
- 大丸 幸（2021）「労働福祉事業団九州リハビリテーション大学校」、矢谷令子・福田恵美子・藤井浩美編（2021）『日本の作業療法発達史－萌芽期の軌跡を尋ねて－』シービーアール、74-77
- 小野啓郎（1970）「書評 図説 自助具」『リハビリテーション医学』7（4）、285
- 黒田大治郎（2001）「地域リハビリテーション推進のもう一つの軌跡」、藤田久夫・浜村明德・田澤英二編（2001）『サワムラ 疾風のリハビリテーション』三輪書店、42-63
- 小島蓉子（1976）「職業リハビリテーションの概念と体系」『理学療法と作業療法』Vol 10 , No10、741-747
- 笹本次郎（1973）「リハビリの歴史を歩む ー九州労災病院を訪ねて（ルポ 日本の社会保障とその背景一）」『健康保険/健康保険組合連合会編』27（8）、81-87
- 澤村誠志・村田秀雄（1969）「第1回義肢装具研究同好会の報告」『リハビリテーション医学』vol. 6No. 1、56-58
- 澤村誠志（1970）「施設紹介 兵庫県玉津福祉センター リハビリテーションセンター附属中央病院」『理学療法と作業療法』vol. 4 No. 4 、42
- 障害者職業総合センター（1992） 統計資料（旧労働省の資料）
民間事業所における身体障害者雇用率の年度別状況（各年 10 月 1 日現在）：25
https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/p8ocur0000001753-att/shiryou04_03.pdf（2023. 1. 15 閲覧）
- 鈴木明子（1970）『日本作業療法士協会ニュース（1970. 6. 27 発行）』「世界作業療法士連盟第五回国際会議に出席して」
- 田川義勝・橋元 隆（1970）「九州労災病院リハビリテーションセンター」『理学療法と作業療法』vol. 4 no. 4、287-290
- 建部久美子（2004）『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店
- 坪田貞子（2021）「創世期における労災病院での臨床体験」、矢谷令子・福田恵美子・藤井浩美編集（2021）『日本の作業療法発達史－萌芽期の軌跡を尋ねて－』シービーアール、233-234
- 内藤三郎・服部一郎・原 武郎（1964）「グラフ 九州労災病院におけるリハビリテーション活動」『病院』23 巻 5 号、5-8

- 中村俊彦・井川淳史 (2021)「職業リハビリテーションにおいて九州労災病院が果たした歴史的役割」『聖隷社会福祉研究』14 号、36-47
- 長尾哲男 (2014)『作業療法士養成への遙かな道のり 作業療法士養成における生活支援業務と治療訓練業務との乖離』大空社
- 橋元 隆 (2015)「理学療法 50 年の歩みと展望－新たなる可能性への挑戦－ 九州からの発信－」『理学療法学』第 42 巻 8 号、628 - 629
- 橋元 隆 (2021)「労働福祉事業団九州リハビリテーション大学校」、矢谷令子・福田恵美子・藤井浩美編集 (2021)『日本の作業療法発達史－萌芽期の軌跡を尋ねて－』シービーアール、77-84
- 服部一郎 (1987)「日本のリハビリテーション医療のあゆみ」『理学療法学』第 14 巻第 6 号、427-443
- 原 武郎 (1970a)「労災患者に対する作業療法」『第 4 回日本作業療法士協会学会発表論文集』、27-34
- 原 武郎 (1970b)「九州労災病院でのリハビリテーションの運営」『病院』Vol29(7)、23-27
- 原 武郎・古賀唯夫編 (1970)『図説 自助具』医歯薬出版
- 原 武郎・細川忠義・和才嘉昭 (1967)「施設紹介 九州労災病院リハビリテーションセンター」『リハビリテーション医学』4 巻 1 号、3-14
- 兵庫県立リハビリテーション中央病院ホームページ 澤村誠志名誉院長紹介
<https://www.hwc.or.jp/hospital/about/sawamura/> (2023. 1. 17 閲覧)
- 細川忠義 (1986)「理学療法の夜明け」『理学療法学』第 13 巻第 1 号、5-9
- 宮地昭郎 (1967)「私の職場 中部労災病院」『理学療法と作業療法』1 巻 (1)、63-65
- 室井廣一 (2017) 日本リハビリテーション発祥地記念館設置趣旨 九州リハビリテーション大学校記念館
www.knwu.ac.jp/about/pdf/kinenkan_secchisyushi.pdf (2019. 11. 3 閲覧)
- 労働福祉事業団 (1983)『明日への歴史 労働福祉事業団創立 25 年記念誌』労働福祉事業団
- 和才嘉昭 (1970)「リハビリテーションにおける前職業的評価」『理学療法と作業療法』vol.4,no.1、9-11
- 和才嘉昭 (1991)「源流 個人史の作業療法 九州のリハ開拓期を生きた理・作・療法士」『作業療法ジャーナル』25 (3)、222-225

むすびにかえて

本研究では、戦後から高度経済成長期までの身体障害者の職業リハビリテーション（以下、職リハ）の実践の歴史について論じてきた。この時期について研究を行うことにより、傷痍軍人問題など残された戦後課題への対応はもちろんのこと、労災事故や交通事故の急増、疾病構造の変化などの社会的背景と職リハの関連の理解を深めることができた。

本研究における職リハの定義は、序章で述べた「本研究で用いる職業リハビリテーションの定義は仕事に就くことを希望する身体障害者が、自身が持つ能力また今後獲得が期待される能力を活かすことで就職や自営など職業を得るまでのリハビリテーションの過程とフォローアップをいう。この過程とは、就労に関する広範囲にわたる評価を中心として、実際に職業に就く際に必要となる諸機能の向上を図ることであり、法制度の活用や環境整備なども含まれる。福祉的就労となる場合もそれを含むものとする。（筆者作成）」である。本研究で述べてきたことは、この定義を念頭に置き考察したものである。

1. 全体のまとめ

以下に、本稿の第1章から第4章の中で、明らかになった点を振り返る。

1) 第1章 傷痍軍人対策と職業リハビリテーションの接点

わが国における戦後の傷痍軍人への職業問題施策が身体障害者に対する職リハの萌芽として位置付けられるかを考察した。戦前、戦中において傷痍軍人には、主として軍関係の医療機関において職業準備教育としてリハビリテーション的、作業療法的な指導が展開されていた。ただし、戦後になると状況は一変し、軍管轄の医療機関等はGHQ政策により解体された。しかしながら、わが国における傷痍軍人に対する多様な職業関連の指導実践は、その後の職リハに通じる内容があり、根拠となる法制度の変更を経て国立身体障害者更生指導所をはじめとして様々な形で受け継がれていくこととなった。

身体障害者福祉法は、「更生」つまり職業復帰が強く意識されたものであった。

1950年代初め、欧米視察を行った厚生省の大村（1954）はイギリスの社会保障システムを報告し、わが国が目指すべき医療システムに理解を深めたが、この中で、Occupational Therapyに着目し、作業が病気や障害の治療に活用できることを示した。リハビリテーションに通じる医療面での実践では、戦前からの義肢の研究、製作が一部の整形外科医により取り組まれていた。国立身体障害者更生指導所における職能的整形外科手術の実施など、リハビリテーションが「職業的更生」とほぼ同義にとらえられていた時期であった。

2) 第2章 職業リハビリテーション実践に向けた準備形成

リハビリテーションが発達した段階にある国でのリハビリテーションの状況、わが国における職リハの法整備や専門職による実践などについて考察した。

わが国では、現代に続くリハビリテーションの知識、技術の輸入が行われたのは 1950 年代であり、高度経済成長期の中で働き手の不足が顕在化してきたことを背景に、身体障害者へのリハビリテーションの場面においても、労災患者などへの職リハにつながるような実践が始まっていた。

戦後のわが国の身体障害者福祉や職リハのルーツはアメリカがモデルであったと考えられる一方、実際の身体障害者雇用施策については、アメリカに加えてイギリスの障害者雇用に着想を得ていることも考えられた。イギリスにおける障害者の社会参加を支える就労のモデルはわが国にも少なからず示唆を与えることとなったといえよう。

リハビリテーションを充実させるためには専門職種の養成が必要との指摘を諸外国から受けつつ、わが国でのリハビリテーションの専門職（理学療法士・作業療法士）の養成はアメリカやイギリスなど先進国からは数十年遅れて開始された。医学的リハビリテーション専門職である理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）の養成開始は身分法が成立する 2 年前に初の養成校が開校するなど、混乱の中で推し進められたといえる。高度経済成長が進む中、1960（昭和 35）年成立の身体障害者雇用促進法については様々な評価はあったが、戦後の身体障害者福祉において障害者の自立の可能性を当事者自身に気付かせるきっかけとなったと考えられた。

1950 年代からは、障害者就労での工夫された取り組みや脊髄損傷者への独自の施策も開始され、医療ソーシャルワーカー（MSW）による身体障害者の生活支援も実践の場を広げていった。そうした中、労働災害への対応に着目した労災病院におけるリハビリテーションの体系化が全国的に図られるまでは、しばらくの時間が必要であったといえる。

1960 年代～70 年代にかけての職リハに関する諸施策は障害が軽度の者は就職の道が広がる一方、重度障害者の就労への道は厳しいものとなっていった。経済成長の途上においては、産業界からのマンパワー確保要請の高まりは身体障害者の作業能力についても合理性重視などの産業ベースで能力を査定されることとなったといえる。

第 2 章で述べた各方面での実践や専門職養成への始まりは、職リハを含むリハビリテーション進展に向けた足がかりとして意義深い動きであったと考えられた。

3) 第 3 章 高度経済成長期における労災病院と職業リハビリテーション

高度経済成長期における労災患者の職リハを支える法制度を整理したうえで、身体障害者が復職あるいは新規就職を目指す際の職リハの実践状況を検証した。

当時の身体障害者が発生する社会的背景について考察することにより、労災病院に代表される国の対応策を示した。労災病院は戦後、国内の重工業推進の政策に呼応する形で全国各地に順次設置されていき、労働災害に対する医療の中心を担ったといえる。当時の労働災害の代表的な障害として、脊髄損傷を例に挙げ、特徴的な臨床症状を把握することの

重要性を示すとともに、職リハをはじめとするリハビリテーション全体への視野の広がり
が求められた当時の状況を述べることもできた。具体的な例として中部労災病院における
ケースワークの分析では、医療ケースワーカーが持つ専門性を考察でき、関連する職種間
の連携と患者に寄り添うことの重要性を示した。各地の労災病院では、それぞれ特色ある
リハビリテーションを展開していたが、時代背景から職リハへの接点が示されることもよ
くみられた。

第3章で述べた高度経済成長期の半ばから後半までの職リハ実践の背景には、産業構造
や疾病構造の変化にともなう身体障害者の急増、多様化する障害像に対応しようとする国
の政策の方向性がうかがえた。そうした中、リハビリテーションの臨床現場においては、
従来の医療モデルを基本としたアプローチから、生活支援を視野に入れたチームアプロ
ーチの必要性への気づきが生まれてきた時期であると考えられた。

4) 第4章 九州労災病院における職業リハビリテーションの実践

高度経済成長期のわが国のリハビリテーション医療の分野で際立つ存在であった九州
労災病院(以下、九労)に焦点をあてて考察するとともに、職リハの周辺で起きた様々な
変化について考察した。

身体障害者への職リハの実践として、九労を事例として当時の資料を掘り下げて考察
した。九労の独自性と開拓性を象徴する取り組みは、1960年代初めの時期において、わ
が国初ともいえる総合リハビリテーションセンター(以下、リハセンター)を設け、
数々の実践に取り組んだことである。職リハに焦点を当てると、各種専門職より構成さ
れるスタッフが、充実した施設、設備を活用して、広範囲にわたる「職業前評価」や
「就労テスト」など、「就労を目指すための評価」を軸とした実践を展開していた。
仕事への復帰を目指す患者に対して、「評価」に基づいて提供される「各種作業」は工夫
に富んだものであった。九労の開拓性は、各種機器を自作するなど、各患者の障害像に
対応したリハビリテーションの環境作りにも心がけていたことであり、この姿勢が職リ
ハの実践でも活かされたといえる。

リハセンターは、わが国における身体障害者へのリハセンターとして構造的にも、ま
た機能的にも先進性に富んでおり、その臨床実践の運営も含めて全国から見学者が訪れ
るなど、国内のリハビリテーション施設の先駆的かつモデル的役割を担っていた。この
実現には、戦後間もない頃からリハビリテーションの必要性、また職リハの必要性を確
信した当時の院長をはじめとする周囲のスタッフの一体となった取り組みが原動力とな
ったといえる。しかしながら、九労における職リハの実践において、1970年代に入る頃
には障害像の多様化への対応への必要性が顕在化したといえる。この点を掘り下げるこ
とは、新たな研究課題といえよう。

2. 到達点

序章で挙げた研究課題は次の5点を明らかにすることであった。

- (1) 戦後の傷痍軍人への職業的支援
- (2) 身体障害者福祉法における職リハの位置づけ
- (3) 労働力不足と身体障害者の就労（産業界からの要請）
- (4) 九州労災病院における職リハの実践
- (5) 1970年代の職リハの変化（疾病構造への対応）

上記（1）～（5）に関して、以下が研究成果である。

(1) 戦後の傷痍軍人への職業的支援

戦時中までに全国に配置された軍管轄の医療機関等はGHQ政策により一旦解体された。このような「傷痍軍人のための医療機関」の施設や設備が厚生省所管に改められ継承される一方、非軍事化政策のもと、一般医療機関としての新たな一歩としての始まりでもあったことは、傷痍軍人への医療的支援の方向性が曲がり角を迎えた時期といえる。1950年代に入ると、大阪では傷痍軍人を主たる対象とする作業所が設立されるなど、軽度の身体障害者はマンパワーとして期待されていた側面も起きていた。しかしながら、重度の身体障害者については依然として職業的自立は困難であった。

(2) 身体障害者福祉法における職リハの位置づけ

身体障害者福祉法は、対象となる者の「更生」つまり職業復帰を目指したものであることが意識されたものであったといえる。同法制定時は、リハビリテーションの概念はまだ国内に正式には輸入されておらず、自立とは自分で収入を得て生活することと理解されていたといえる。しかしながら、同法成立時の時代背景から、社会問題化しつつあった傷痍軍人も一般身体障害者として位置付けることで法整備が行われたといえよう。

この段階では、身体障害者への職リハは「更生」としての意味付けが大きく、対象となる身体障害者の障害の「軽度」や「重度」といった障害程度に基づいた職業指導等が行われていたと考えられた。

(3) 労働力不足と身体障害者の就労（産業界からの要請）

高度経済成長期には、各方面での労働力不足が顕在化した。1960年代には、就業可能な障害者に視線が注がれるようになった。1963（昭和38）年の経済審議会答申で、障害児教育を若年低賃金労働力確保の一環に位置付けたこと等は産業界からの要請への対応と考えられた。当時は、身体障害児・者のうち、軽度の肢体不自由者については、作業環境の工夫などで就労の可能性が期待でき、就職は現実的な選択肢であったと考えら

れた。その一方、重度身体障害者への職リハは必ずしも進展したわけではなかった。

顕在化してきた労働力不足に関して、1960（昭和 35）年に成立した身体障害者雇用促進法は、わが国で初めて障害者雇用率を法的に定めたが、強制雇用ではなく努力義務とされたため、実際の成果は目立つものではなかったといえる。

本研究では、高度経済成長期における身体障害者の職リハの実際について、中部労災病院におけるケースワークの考察を試みた。その結果、いずれの事例においても、患者に積極的に関わり寄り添う姿勢と職種間を超えた連携が機能していたと考えられた。高度経済成長期には労災事故、交通事故が増加したが、労災患者への休業補償や復職支援が不十分であった一端が、医療ケースワーカーの実践に関する考察で明らかになった。

（4）九州労災病院における職リハの実践

九州労災病院（以下、九労）における職リハの実践について、一定の研究成果を示すことができた。同院では、旧八幡製鉄所内の医療機関をルーツに持つ特徴が、その後の職リハへの具体的できめ細かな職リハの実践につながったことを示すことができた。

他の労災病院には見られない理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の養成施設を早い時期に併設し、臨床と教育、そして研究を連携させた「就労モデル」の実践がなされていたことは大きな特徴であり、九労のリハビリテーションは、臨床での幅広い実践と専門職養成の両面において、開拓的かつ先進的であったと考えられた。

職リハについては、作業療法室（部門）の実践として説明されていることが多くみられる。とくに高度経済成長期における九労の職リハ実践の軸は、「Pre-vocational evaluation（前職業的評価）」を追求してきたことに確認できた。医療的なリハビリテーションの段階の進展に応じ、就労に向けた評価を積極的に行う点は先進的な特徴であった。この「評価」は単なる身体的な計測や機能評価だけではなく、「働く場面」を想定した作業観察評価など、時間をかけた現実的な評価であった。それを可能にしたのは、作業療法室の余裕のある構造と各専門職の配置であったといえる。

高度経済成長期においては、九労には全国各地から、医師をはじめ PT、OT など多くの専門職が病院およびリハビリテーションセンターの見学、視察に訪れていた。この事実は先進的なリハビリテーション体系の理解とスタッフが工夫を凝らした医学的なリハビリテーションをはじめ労働災害により多様な身体障害像を呈しつつも職場復帰や就職を目指す患者への職リハの実践についての知見を各地に広めるなど少なからず影響を与えるものであったと考えられた。

（5） 1970 年代の職リハの変化（疾病構造への対応）

高度経済成長期以降の身体障害者への職リハについて、その実践や課題について考察

を行った。1970年代は当初から「リハビリテーション」の解釈が多様化してきた時期であり、職リハの実践の視点では十分な検討ができたとは言い難い。この点は本研究が残した課題である。とくに、本研究が対象とした時期区分の先に世界保健機関（WHO）によるICIDH（国際障害分類 1980）の公開、国際障害者年（1981）の実施など、1980年代初めには身体障害者に関連する大きな社会的な動きが見られている。これらの一連の動向について、今後の更なる研究に取り組むことで、身体障害者への職リハの実践の変化への理解を深めることができると考える。

次に示す図は、ここまで本研究で述べたことを整理した概念図である。

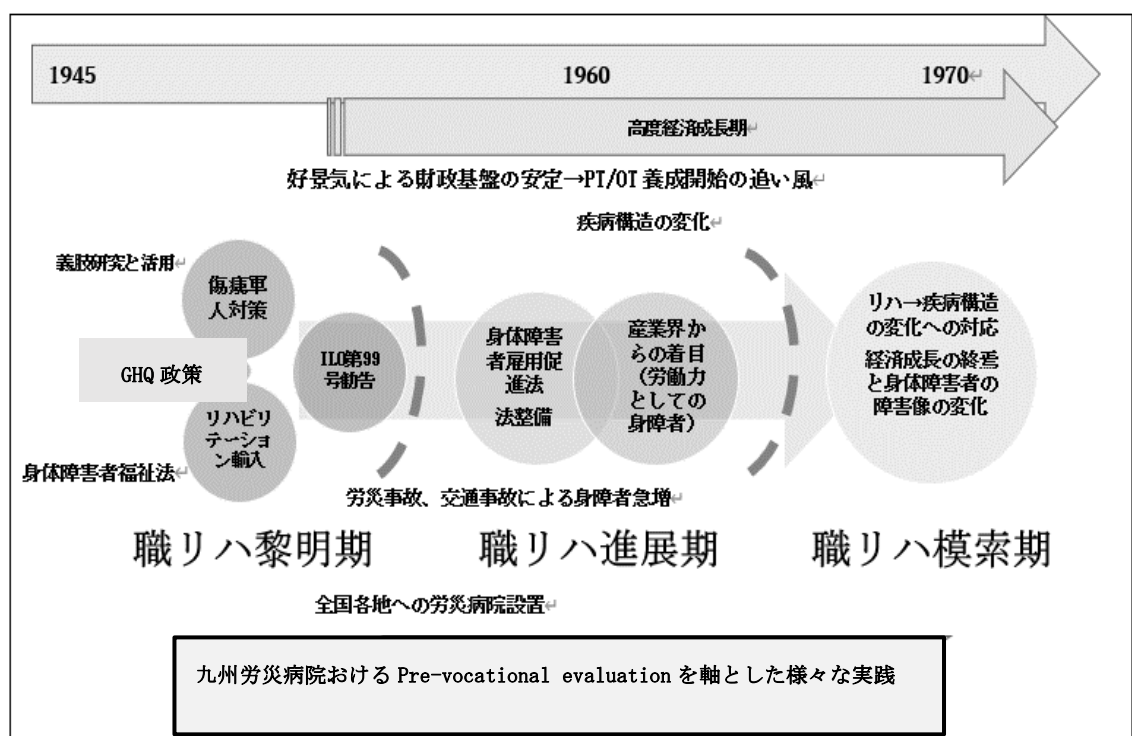


図 本研究の概念図 （筆者作成）

先行研究にあたる中で、職リハの実践や歴史に関する研究はリハビリテーション的領域からの研究と社会科学的領域からの研究に分かれる傾向があることを理解した。本研究では、この2領域に隣接する領域を横断的に融合させる視点で学際的な研究としたことに意義があると考えている。

図で示すように、高度経済成長期における身体障害者への職リハは、職リハ黎明期では職能的整形外科的手術に代表される身体機能の改善で対応できる時期が存在した。しかしながら、職リハ進展期に入る頃には労災事故、交通事故の急増や疾病構造の変化による障

害の重度化が顕在化したため、身体障害者雇用促進法などの法整備に加え、高度経済成長期半ば以降は、リハビリテーション専門職の養成が開始される等、多方面からの対策が必要とされるようになった。時期区分の最終段階、職リハ模索期では、労災病院を例にすると 1970 年前後に起きた入院患者の保険区分の著明な変化等に代表されるリハビリテーション体制自体にも変革が必要となってきた時期であったと考えられた。

ここまで述べてきたことから、到達点を整理すると、第 1 章では、わが国の職リハは欧米先進国の影響を受けながらも、傷痍軍人対策および産業界との連携を視野に入れつつ独自の展開を示した。第 2 章および 3 章では、高度経済成長期には疾病構造の変化が急速に進み、従来からの「治療」的な側面に加え、「環境整備」などの側面にも着目されるようになったことを示すことができた。中でも高度経済成長期の産業発展に呼応して整備された全国の労災病院では、作業療法士、理学療法士、医療ケースワーカーなどの専門職が職リハの実践を支えていたといえる。第 4 章では、事例とした九労では、主として作業療法部門が関わる職リハの実践において「評価」に着目していた。そこでは、体系化された「Pre-vocational evaluation」を実施していたこと、就労に関して必要な日常生活活動の向上や多様な作業種目を活用しての職場復帰や就職に向けた能力向上を目指していたといえる。九労で実践されていた取り組みについて、全国から多くの見学者があったことは、リハビリテーションセンターにおける先進的な実践への評価を表しているといえよう。

3. 展望

1) 本研究をふり返って

本論文では、歴史的視点を基盤にして高度経済成長期における身体障害者の職リハの実践を示した。結果として、ここまで述べてきたように一定の研究成果を得ることができた。しかしながら職リハの実践史とする中で、対象とする障害や時期は限定的であった。

わが国におけるリハビリテーションのモデル施設ともいえる九労で展開された職リハについて、その背景や特徴を明らかにできたが、資料の少なさから概説的な部分とならざるを得ない箇所も多々あり、具体的な事例検討までは踏み込めなかった点は課題である。

本研究において、戦後から高度経済成長期までという限定された時期ではあるが、労災患者などを中心とした身体障害者（肢体不自由者）への職リハの実践を論じることができた。今後は、本研究が対象とした時期以降の身体障害者の職リハの実践についても、研究対象として構想していきたい。

2) 今後に向けて

本研究で得た知見を今後の職リハの発展のためにどのように生かすかを述べる。

本研究では歴史的研究の手法を通じて、職リハとは患者との交流と適切な評価をもとに

した実践を基盤に成り立っているということを論じてきた。リハビリテーションの4領域はそれぞれ特徴があり、その中でも職リハは医学、福祉、社会経済の3つの要素との相互関連が強い。効果的な職リハの実践には、この3要素のバランスが保たれることがポイントであるといえる。

本研究で整理できた知見の中に、1970年代初めにはすでに労災病院において、患者と地域との連携の必要性が検討されていることがあった。わが国の職リハは、歴史的には社会経済的側面に影響を受けながらも、チームアプローチの力を生かした実践を積み重ねてきた点が特徴の一つであろう。この知見を今後の自身のライフワークに結びつけるヒントは人材育成の場にあると考えている。筆者は、リハビリテーション専門職（OT）の養成に携わっている。作業療法士養成のコアカリキュラムが2019（令和元）年に改訂（一般社団法人日本作業療法士協会 2019）され、「就労支援」に関する視点では、障害者の就労に関する基礎的概念、法制度等の知識理解に加え、「障害ごとの作業療法について説明・模擬実践できる」があげられている。これは、障害者の就労支援の場において、OTの幅広い活躍を期待されてのものと考えられる。このような養成教育の方向性を受け、リハビリテーションという自然科学の領域に社会科学的手法を取り入れ、学際的な視点から人材育成の実践と教育を行いたいと考える。具体的には、就労支援の現場で働くOTと学生間に交流の場を設け、チーム連携の重要性を示し、障害者の就労支援への興味関心を喚起する機会を創出していきたいと考えている。今回の歴史的研究で学んだ「職リハの本質は実践である」ということを念頭におけば、作業療法士養成の場でも、実践に視野に入れた学修が欠かせないからである。さらには、「チーム連携の可能性」についても言及できれば、リハビリテーションの理念の理解の促進に繋がると考えられた。

大友（2013）は「歴史研究という方法論」の中で、「社会事象には時間軸とともに激しく変化する事象と、あまり変化しない、あるいは長い時間のなかでゆっくりと変化する社会事象」があると述べ、大きく変動するものの例として「経済変動」をあげ、ゆっくりと変化する事象として、「社会の基底にある人々の考え方や心性、慣習行動などの文化」をあげている。本研究の対象時期は、戦後から高度経済成長期までであり、この時期の社会的基盤は、経済成長の視点から、ここで言う「時間軸とともに激しく変化する事象」であると考えている。一方、まだ仮説ではあるが、高度経済成長期以降の職リハ（現在では就労支援という用語が一般的である）の社会的基盤は後者の「ゆっくりと変化する事象として、人々の考え方や心性、慣習行動などの文化」に移行していった可能性がある。障害者雇用を例にすれば、雇用主の理解ひいては社会全体の理解があつてこそ推進が可能となる。

このような点を踏まえると、職リハの発展には、技術的な部分を発展させるための自然科学的手法とともに、社会的な事象（例えば、障害者の離職問題）の因果関係を分析するための社会科学的手法といった多角的な分析の視点が必要であるといえよう。具体的な研

究方法としても、量的研究と質的研究の組み合わせがポイントになると考える。本研究では、歴史研究の方法を取り入れたことにより、医学、福祉の要素の中に社会経済の視点を取り入れて論じることができた。今後も、職リハの実践と教育において、今回の歴史研究の成果を活かして取り組んでいきたい。

現在、わが国における障害者への就労支援は、障害者総合支援法を軸に多様な就労支援メニューが展開されている。障害者の就労支援が現在の状態に至るまでは、戦後の傷痍軍人対策を起点とした法整備をはじめ、先人たちが取り組んだ様々な実践があつて、今があるということを職リハ専門職は認識する必要がある。とくに戦後から高度経済成長期までは、経済的成長を背景に、わが国における障害者の就労支援の基盤が形成された時期である。このような社会経済と障害者への就労支援の歴史的経過を理解しているかどうかは、専門職としての視野の広がりにも影響があると考えられる。リハビリテーションの各領域において、「過去の出来事が現在の何に繋がってきているのか」を根拠付けて考える姿勢は、専門職が身に付けるべき普遍的な心構えであることを述べて本研究のむすびとする。

文献

- 一般社団法人 日本作業療法士協会（2019）「作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム」『作業療法教育ガイドライン 2019』
- 大友昌子（2013）「歴史研究という方法論 ―社会福祉研究におけるその有効性と可能性―」『社会福祉』第 54 号、67-74
- 大村潤四郎（1954）「欧州各国の社会保険制度」『病院』11 巻 6 号、53-63

参考文献

(和文)

- 天児民和 (1989)「リハビリテーション医学の先達 原武郎君を偲びて」『総合リハビリテーション』17 巻 10 号、816-817
- 伊藤修毅 (2013)『障害者の就労と福祉的支援 - 日本における保護雇用のあり方と可能性 -』かもがわ出版
- 稲泉 連 (2020)『アナザー1964 パラリンピック序章』小学館
- 今田 拓 (1980)「身体障害者更生相談所の実態と地域リハにおける課題」『総合リハビリテーション』8 巻 5 号、349-356
- 今村仁司 (1998)『近代の労働観』岩波書店
- 内山 融 (2010)「政策デザインと合意形成 ―その来歴と行方― 日本政治のアクターと政策決定パターン」『季刊 政策・経営研究』vol. 3、1-18
- 上田早記子 (2013)「国立身体障害者更生指導所の入所事情 ―傷痍軍人の処遇を中心に―」『四天王寺大学大学院研究論集』8、107-130
- 上田早記子 (2016)「傷痍軍人職業保護対策に整形外科医が果たした役割」『神戸医療福祉大学紀要』Vol. 17(1)、1-18
- 上田 敏 (2013)『リハビリテーションの歩み その源流とこれから』医学書院
- 牛久保秀樹・村上剛志 (2014)『日本の労働を世界に問う ILO 条約を活かす道』岩波書店
- 内田竜生・住田幹男他 (2003)「脊髄損傷者の復職状況と就労支援」『日職災医誌』51
- 梅澤 正 (2008)『職業とは何か』講談社
- 浦辺竹代 (1972)『患者とともに』ミネルヴァ書房
- 大田 晋 (2007)「政策・制度・法律からみた」『医療福祉』『川崎医療福祉学会誌』増刊号、39-50
- 大谷 尚 (2021)『質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで』名古屋大学出版会
- 岡 邦行 (2019)『東京パラリンピックをつくった男』ゆいぽおと
- 小川 孟 (1976)「職業リハビリテーション・セミナー ―重度障害者へのサービスをめぐって日米の現状と将来の展望を話し合う―」『理学療法と作業療法』4 巻 12 号
- 小川恵子・尾崎三郎他 (1976)「座談会 不況下における身障者雇用の方向性」『理学療法と作業療法』10 (10)、36-46
- 小野 浩 (2005)「ブレア流『就労支援改革』の光と影 New Deal は何を変えたか」『職業リハビリテーション』VOL. 19 NO. 1、10-14
- 大丸 幸・吉田隆幸編著 (2003)『ノーマライゼーション実践学 凡人から達人をめざす 作業療法士道』青海社

- 加賀谷 一 (2003)『結核作業療法とその時代 ―甦る作業療法の原点―』協同医書出版
- 鎌倉矩子 (2006)『作業療法の世界 作業療法を知りたい・考えたい人のために 第2版』三輪書店
- 蔭山克秀 (2015)『やりなおす戦後史』ダイヤモンド社
- 加藤謙一 (2013)「贗作と和魂洋才」『理学療法ジャーナル』47 (6)、467
- 香取照幸 (2017)『教養としての社会保障』東洋経済新報社
- 川向雅弘 (2019)「障害者支援における『非対称性』の課題 ―『主体性』への『共感』を呼び覚ます―」『ソーシャルワーク研究』第10号、24-34.
- 厚生省社会局 (1951)『身体障害者実態調査結果表 昭和26年12月25日現在』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C26%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%B5%90%E6%9E%9C%E8%A1%A8.pdf> (2022.10.18 閲覧)
- 厚生省社会局 (1961)『昭和35年度身体障害者実態調査結果報告書』
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/physical/%E6%98%AD%E5%92%8C35%E5%B9%B4%E8%BA%AB%E4%BD%93%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8.pdf> (2022.10.18 閲覧)
- 小島蓉子 (1976)「職業リハビリテーションの概念と体系」『理学療法と作業療法』vol.10 No.10、741-747
- 小島蓉子 (1979)「アメリカにおけるリハビリテーションの歴史と哲学」『リハビリテーション研究』第31号
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r031/r031_002.html
 (2022.10.16 閲覧)
- 小島蓉子 (1982)『社会リハビリテーション』誠信書房
- 児島美都子 (1967)『身体障害者福祉』ミネルヴァ書房
- 小瀧 陽 (2011)「アメリカ合衆国の戦争と障害者の就労」『西洋史学』243巻、1-7
- 佐々木亮 (2006)「近代日本の職業教育・職業訓練の経験に関する研究の概観」『職業と技術の教育学』第17号、1-6
- 佐藤次郎 (2020)『1964年の東京パラリンピック すべての原点となった大会』紀伊国屋書店
- 清水正徳 (1982)『働くことの意味』岩波新書
- 杉原 努 (2008)「戦後我が国における障害者雇用対策の変遷と特徴その1 障害者雇用施策の内容と雇用理念の考察」『佛教大学社会福祉学部論集』第4号、91-108
- 杉本 章 (2008)『障害者はどう生きてきたか 戦前・戦後障害者運動 増補改訂版』現代書館

- 鈴木明子（1987）「大村潤四郎先生 人間愛のお手本として」『理学療法と作業療法』21 巻 5 号、359
- 鈴木明子（1995）『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会
- 障害者職業総合センター（1992）『資料シリーズ No4 障害者雇用関連統計集 労働省関係統計Ⅰ身体障害者（及び精神薄弱者）の雇用状況』3～6
- 砂原茂一（1967）「新しい理学療法士と作業療法士の世界」『理学療法と作業療法』Vol. 1、No. 1、4-8
- 攝津齊彦（2013）「高度成長期の労働移動—移動インフラとしての職業安定所・学校」『日本労働研究雑誌』No. 634、88-99
- 高島 進（2002）『社会福祉の歴史』ミネルヴァ書房
- 武田晴人（2008）『仕事と日本人』筑摩書房
- 武智秀夫（1988）「稗田正虎先生を悼む」『総合リハビリテーション』16 巻 3 号、248-249
- 建部久美子（2004）『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店
- 手塚直樹（1974）「心身障害者と職業」『ジュリスト福祉問題の焦点』有斐閣
- 寺西重郎（2018）『日本型資本主義 その精神の源』中央公論新社
- 中島隆信（2018）『新版 障害者の経済学』東洋経済新報社
- 中村俊彦・藤田さより・建木 建編著（2022）『就労支援の作業療法』医歯薬出版
- 長尾哲男（2014）『人間文化研究論文叢書 3 作業療法士養成への遥かな道のり 作業療法士養成における生活支援業務と治療訓練業務との乖離』大空社
- 長尾哲男（2017）「理学療法士・作業療法士養成の摩訶不思議」『西九州リハビリテーション研究』第 10 巻、1-5
- 日本作業療法士協会 渉外部（1971）『45 年度作業療法実態調査報告』日本作業療法士協会
- 日本リハビリテーション発祥地記念館・九州リハビリテーション大学校記念館」資料九州栄養福祉大学（2021. 3. 26 取得）
- 日本職業リハビリテーション学会ホームページ（2014 Japan society of vocational rehabilitation）
<http://vocreha.org/about/about.php>（2022. 10. 2 閲覧）
- 丹羽巖（1993）「ニューディール政策の思想 The Thought of New Deal」『産業経済研究所』第 3 号、1-14
- 林 雅彦（2013）「ILO における国際労働基準の形成と適応監視」『日本労働研究雑誌』No. 640、45-54
- 原 武郎・古賀唯夫（1970）『図説 自助具』医歯薬出版
- 原 武郎（1970）「身体障害者の社会復帰 職能評価と訓練 九州労災病院」『理学療法と作業療法』4（1）、1-2

- 原 武郎・細川忠義・和才嘉昭（1967）「施設紹介 九州労災病院リハビリテーションセンター」『リハビリテーション医学』4 巻 1 号、3-14
- 稗田正虎（1955）「国立身体障害者更生指導所-身体的低格能力の世界より作業能の社会へのかけ橋」『病院』12（6）、41-53
- 稗田正虎（1980）「日本の PT の原点を振り返って PT 前史 学校発足前の胎動期」『臨床理学療法』第 7 巻第 1 号、12-20
- 平井孝志（2021）『武器としての図で考える習慣 「抽象化思考」のレッスン』東洋経済新報社
- 船本淑恵（2021）『知的障害者コロニー政策の成立と展開過程にみる障害者福祉』法律文化社
- 細川忠義（1986）「理学療法の夜明け」『理学療法学』13（1）、5-9
- 松為信雄・菊池恵美子編集（2006）『職業リハビリテーション入門 改訂第 2 版』協同医学出版社
- 松井亮輔（1987）「職業リハビリテーションの歴史」『総合リハビリテーション』Vol. 15, No. 4、257-261
- 真野俊樹（2012）『入門 医療政策 誰が決めるのか、何を指すのか』中央公論新社
- 間宮直樹（2016）「今日の労働災害の発生状況 一労働災害発生の推移と主要産業に占める割合一」『表面科学』Vol. 37, No. 7、326-329
- 水野祥太郎（1965）「大阪におけるリハビリテーション活動 - 1939 年～64 年の 25 年間 - 」『リハビリテーション医学』2 巻 2 号、97-101
- 宮川 努（2018）『生産性とは何か 一日本経済の活力を問いなおす』筑摩書房
- 矢嶋里絵（1997）「身体障害者の制定過程：総則規定を中心に：その 1」『人文学報, 社会福祉学』13、41-71 東京都立大学人文学部
- 安井秀作（2005）「労災リハビリテーション作業所の在り方について」『近畿福祉大学紀要』6、115-124
- 矢谷令子・福田恵美子・藤井浩美（2021）『日本の作業療法発達史 一萌芽期の軌跡を尋ねて一』シービーアール
- 山崎 憲（2014）『「働くこと」を問い直す』岩波書店
- 山田明（2013）『通史 日本の障害者 明治・大正・昭和』明石書店
- 山並美智子（2000）「イギリスの障害者就労促進政策とその課題 一オックスフォードの事例をとおして 一」『熊本学園大学 社会関係研究』第 7 巻 第 1 号、151-174
- 山本健治（2015）『戦後七十年 労働災害と職業病の年表』第三書館
- 横田三郎（1982）『脳卒中から生還した記者』毎日新聞社
- 吉田久一（1995）『日本社会福祉理論史』勁草書房

吉田 裕 (2017)『日本軍兵士—アジア・太平洋戦争の真実』中公新書
 米倉豊子 (1971)「十年一昔」『理学療法と作業療法』vol.5 no.2、13-14
 読売新聞 20 世紀取材班(2001)『20 世紀 高度成長日本』中央公論
 歴史ミステリー研究会編 (2015)『終戦直後の日本 教科書には載っていない占領下の日本』彩図社
 和才嘉昭(1991)「源流 個人史の作業療法 九州のリハ開拓期を生きた理・作・療法士」『作業療法ジャーナル』25(3)、222-225

(英文)

Julie Phillips, Avril Drummond, Kathryn Radford and Andy Tyerman(2010) Return to work after traumatic brain injury:recording,measuring and describing occupational therapy intervention. *British journal of Occupational Therapy*, 73(9), 422-430.
 Stephen Beyer,Mark Kilsby and Julia Shearm(1999)The organisation and outcomes of supported employment in Britain. *journal of Vocational Rehabilitation*, Vol. 12(3), 137-146.
 Thomas F Fisher,Brandi Brodzinski-Andreae and Stacy Zook (2009) Effectiveness of work injury prevention education and safety training by an occupational therapist. *British journal of Occupational Therapy*, 72(10), 450-457.

参考資料

日本作業療法士協会 (1967)『第 1 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 日本作業療法士協会 (1968)『第 2 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 日本作業療法士協会 (1969)『第 3 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 日本作業療法士協会 (1970)『第 4 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 日本作業療法士協会 (1971)『第 5 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 日本作業療法士協会 (1972)『第 6 回日本作業療法学会論文集』日本作業療法士協会
 講談社 (1990)『昭和 二万日の全記録』第 10 巻 昭和 28 年—30 年
 講談社 (1990)『昭和 二万日の全記録』第 11 巻 昭和 31 年—34 年
 講談社 (1990)『昭和 二万日の全記録』第 12 巻 昭和 35 年—38 年

【注】

- ¹ 理学療法士・作業療法士法（1965 年 6 月 29 日制定）によれば、「第二条 2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」とされており、応用動作能力又は社会適応能力の中には「働くこと」すなわち職リハに関することも含まれていると考えられる。

出典：厚生労働省ホームページ 理学療法士及び作業療法士法

（昭和四十年六月二十九日 法律第百三十七号）

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80038000（2023. 3. 7 閲覧）

- ² 1943 年の改正職業リハビリテーション法では、障害者の範囲が拡大され、身体障害者中心から知的障害および精神障害が含まれるとともに、リハビリテーション援助の内容も強化された。

出典：三本杉国興（1988）「アメリカの障害者福祉」『海外社会保障情報』No. 48、15-21

- ³ イギリスでは 1944 年「障害者（雇用）法」、西ドイツでは、1953 年「重度障害者雇用法」等がある。

出典：松井亮輔（1987）「職業リハビリテーションの歴史」『総合リハビリテーション』15 巻 4 号、257-261

- ⁴ 整枝療護園は 1942（昭和 17）年 5 月に設置された。しかしながら、東京大空襲により施設の大部分を失った。その後、高木憲次博士による国立肢体不自由児施設設置の粘り強い要望により、1951（昭和 26）年に国は整枝療護園を開園した。

出典：社会福祉法人 日本肢体不自由児協会 心身障害児総合医療療育センターホームページ

<https://www.ryouiku-net.com/>（2023. 1. 10 閲覧）

- ⁵ 戦後から高度経済成長期までに九州労災病院で行われた職業リハビリテーションに関連する実践については、内藤三郎・服部一郎・原 武郎（1964）による「グラフ 九州労災病院におけるリハビリテーション活動」『病院』23 巻 5 号：5-8、をはじめとして複数の文献を認める。本研究では、特に第 4 章において、九州労災病院における職業リハビリテーションの実践について考察を試みる

- ⁶ 高度経済成長期を迎えた昭和 30 年代には年間 6,000 件を超える死亡労働災害が発生していた。

出典：梅崎重夫（2017）「労働災害の現状と課題」『労働の科学』72 巻 9 号、4-9

- ⁷ GHQ 経済顧問ドッジ公使は「政府の赤字をなくし、通貨を減らすことによりインフレを克服することが急務」と予算編成を指示し、経済安定 9 原則（ドッジライン、1 ドル 360 円単一レート）を設定した。

出典：建部久美子（2004）『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店：24

- ⁸ シャウプ（経済学者）を団長とした税制使節団が来日し、「租税制度の改革を勧告」した。シャウプ勧告は大衆課税強化、法人税優遇、資本の蓄積を図り、大企業の発展を支えるものであった。

出典：建部久美子（2004）『現代社会福祉年表 社会福祉士、介護福祉士のために』明石書店：24

- ⁹ ILO（International Labour Organization）国際労働機関の略称である。第一次世界大戦後、1919 年 6 月 28 日に署名されたベルサイユ条約の第 13 編「労働」では労働者の労働生活条件などを宣言した。そして、国際的な条約や勧告を採択することを目的とした国際労働機関を設置することを定めた。こう

して作られたのが ILO である。

出典：牛久保秀樹・村上剛志（2014）『日本の労働を世界に問う ILO 条約を活かす道』岩波書店：5

- ¹⁰ 小池（1967）は、「わが国においては、P.T.・O.T.の養成制度は、欧米諸国と比べるといちじるしく立ち遅れをとった」と指摘している。

出典：小池文英（1967）「理学療法士・作業療法士の今後の課題」『理学療法と作業療法』1巻3号、3-7

- ¹¹ 対麻痺（Para plegia）：事故などで胸腰髄の完全損傷となった場合、体幹から下肢にかけての運動機能、感覚機能が完全麻痺を起こした状態である。基本的には車椅子を利用した生活となる。体幹から下肢にかけての麻痺（運動、感覚）の存在は、しばしば座骨をはじめとする骨突出部の褥瘡の原因となる。

- ¹² 1875（明治8）年「陸軍扶助概則」が施行されて以来、傷痍軍人対策の充実が図られた。とくに、日中戦争以降、傷痍軍人対策は軍事援護の重要なひとつと位置づけられた。傷痍軍人はこの恩恵に浴し、国民も彼らに敬意を払うことが求められた。

出典：藤原哲也（2014）「戦争と障害者の家族」、山下麻衣編著『歴史のなかの障害者』
一般財団法人法政大学出版局、277-317

- ¹³ 厚生労働省 HP によれば、国民皆保険・皆年金制度が実現した 1961（昭和 36）から 1970 年代までは、完全失業率が 100 人に 1 人という状況であり、就職を希望していた者は、条件を問わなければほぼ就職できた時代であった。

出典：厚生労働省ホームページ どのような時代背景だったのか

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-01.pdf>（2022.12.23 閲覧）

- ¹⁴ ダブルカウント制度では、重度身体障害者（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号の 1 級・2 級に相当する身体障害者）の雇用について、1 人をもって 2 人雇用したとみなすとした。

出典：長谷川珠子（2018）「障害者雇用政策の歩み」、永野仁美・長谷川珠子・富永晃一編（2018）『詳説 障害者雇用促進法 一新たな平等社会の実現に向けて〔増補補正版〕』弘文堂、2-25

- ¹⁵ 1955（昭和 30）年 6 月 22 日、国際労働機関（ILO）第 38 回総会にて採択された。その定義の中で、勧告の適用上、「(a)「職業更生」とは、継続的及び総合的更生過程のうち、障害者が適当な職業につき、かつ、それを継続することができるようにするための職業についての施設（たとえば、職業指導、職業訓練及び職業の選択紹介）を提供する部分をいう。(b)「障害者」とは、身体的又は精神的障害の結果、適当な職業につき、かつ、それを継続する見込が相当に減退している者をいう」と記している。

出典：国際労働機関 ILO 駐日事務所ホームページ勧告一覧 1955 年の職業更生（障害者）勧告（第 99 号）https://www.ilo.org/tokyo/standards/list-of-recommendations/WCMS_238897/lang-ja/index.htm（2023.1.15 閲覧）

- ¹⁶ ノーマライゼーションの理念は、1950 年代にデンマークのバンク・ミケルセン（N.E. Bank-Mikkelsen）をリーダーとする知的障害者の親の会によって知的障害者の処遇について提起された。

出典：高島 進（2002）『社会福祉の歴史』ミネルヴァ書房：182

¹⁷ 1955 年に ILO 総会で採択された第 99 号勧告は、身体障害者雇用促進法制定（1960 年）のきっかけになる等、1970 年代まで障害者の職業リハビリテーションおよび雇用に関する国際基準になってきた。

出典：松井亮輔（2006）「雇用・就労支援の国際的動向」、松為信雄・菊池恵美子編集（2006）『職業リハビリテーション学 改定第 2 版』協同医書出版、116-122

¹⁸ 職業リハビリテーションを含む国際的な労働に関する基準を示す ILO の第 99 号勧告（1955 年）の定義に関する一部は脚注 15 で示した。第 159 号条約（1983 年）では、「職業リハビリテーションの目的は、障害者が適当な雇用(employment)に就き、それを継続し、かつ、それにおいて向上することにより、社会への統合または再統合を促進することにある」と定義している。ここでの employment とは、雇用関係のある雇用のみならず自営や保護的雇用も含めた幅の広い概念である。

出典：朝日雅也（2012）「職業リハビリテーションとは何か」、日本職業リハビリテーション学会編集（2012）『職業リハビリテーションの基礎と実践 障害のある人の就労支援のために』中央法規、2-13

¹⁹ 戦後の我が国における大きな国家事業の一つに復員軍人及び引揚者の受入があった。中国東北部や内陸部、あるいは東南アジア地域からの復員や引き上げであり、彼らの中には戦闘や疾病のために障害のある人があり、その中には重度の障害を負った人もあった。

出典：杉原 努（2008）「戦後我が国における障害者雇用 対策の変遷と特徴その 1 ―障害者雇用施策の内容と雇用理念の考察―」『社会福祉学部論集』4、91-108

²⁰ 1939（昭和 14）年 7 月に傷兵保護院から軍事保護院へと改編された。

出典：杉本 章（2008）『障害者はどう生きてきたか 戦前・戦後障害者運動史、現代書館：311

²¹ 施設の一つに千葉県にある国府台陸軍病院（現国立研究開発法人国立国際医療研究センター国府台病院）があげられる。同病院 HP「児童精神科の歴史」には、「日中戦争の長期化が予想されるに至った 1937 年 12 月国府台陸軍病院として神経症等の研究を目的とした特殊病院とする案が立てられ、1938 年 2 月から精神障害者の収容を始めました」「戦争神経症を扱うなど精神科専門であった」等の説明がある。

出典：<https://www.ncgmkohndai.go.jp/subject/100/20190322131210.html>（2023. 1. 15 閲覧）

²² 大村潤四郎（1915-1987）医師。わが国初の PT・OT 養成校の設立は「役人らしからぬ役人」大村潤四郎厚生省国立療養所課長の長年にわたる努力の結実であった。大村は東大医学部卒業後（1939 年）後、1948 年厚生省に入り、1954 年英国の医療を視察し、1957 年に省局横断的な「リハ研究会」をつくり、座長となった。

出典：上田 敏（2015）「理学療法の 50 年-黎明期からの進歩と課題-」『理学療法学』第 42 巻第 8 号、742-743

²³ わが国におけるテレビ（当時はテレビジョンと呼ばれた）の本放送は 1953（昭和 28）年からである。それまでは、傷痍軍人施策や身体障害者福祉に関するニュース等の情報はラジオまた新聞が主であったと考えられた。

²⁴ 「結核作業療法」については加賀谷 一の著書（結核作業療法とその時代、協同医書出版 2003）に詳述されている。

²⁵ ラスク (Haward Rusk 1901-1989)は「リハビリテーション医学の父」と呼ばれる米国の医師である。1942年から軍医として空軍に勤務することとなり、多くの傷病兵に対して様々な治療的な取り組みを行った。それまで、病状が治まれば退院させられていた人々が、十分に心身を回復させ、退院後の生活に役立つ仕事の準備をしてから退院するようになった。障害者を単に障害の部分だけをみるのではなく、対象となるのは全人間的なリハビリテーションを必要とする人、障害に伴う情緒の問題から職業の問題までを含めた様々な問題を抱えている人、と考えるラスクの信念に支えられていた。

出典：加賀谷 一(2010)「リハビリテーション医療の歴史」、杉原素子編集 (2010)『作業療法学全書 第1巻 作業療法概論』協同医書出版、61-72

²⁶ Miss. Willard のもとで学んだ作業療法士である。

出典：小池文英 (1967)「理学療法士・作業療法士の今後の課題」『理学療法と作業療法』1巻3号、3-7

²⁷ OTR とは Occupational Therapist Registered の略であり、「登録済み、有資格」の作業療法士という意味がある。

出典：鈴木明子 (1995)『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会：35

²⁸ 本研究では、傷痍軍人に対して国が行ってきた対策の一区切りを高度経済成長期までと考えた。

²⁹ ILO 条約は全部で 189 ある。そのうち、わが国が批准しているのは 49 条約にすぎず、未批准は 140 にものぼる。OECD 各国の平均批准数が 73 であり、わが国の消極的姿勢が目立つ。(数値は 2014 年現在)

出典：資料：牛久保秀樹・村上剛志 (2014)『日本の労働を世界に問う ILO 条約を活かす道』岩波書店：15

³⁰ 1950 年代から 70 年にかけてわが国で多発した神経障害である。整腸剤キノホルムによる薬害であることが明らかになり、スモン患者の恒久対策として、健康管理と疾患原因究明を目的として、「スモンに関する調査研究班」が設けられている。

出典：難病情報センターホームページ <https://www.nanbyou.or.jp/> 2023.1.15 閲覧)

³¹ 昭和 36 年版厚生白書では、諸外国におけるリハビリテーションの状況を概説し、昭和 37 年版厚生白書では、新たにリハビリテーションに関する項目を設けての記述がみられる。

³² 1980 年代以降は、理学療法士、作業療法士の私学養成校では 1 学年 30 名または 40 名など、定員枠の拡大を見せた。その後は大学が多く設置され、1 学年の入学定員が 40 名を超える養成校もみられるようになった。

³³ 1948 (昭和 23) 年に開設された大阪身体障害者職業補導所は、1958 (昭和 33) 年の「職業訓練法制定に伴い、身体障害者職業訓練所と改称された。その後、身体障害者職業訓練校と改称された。

出典：松井亮輔 (1987)「職業リハビリテーションの歴史」『総合リハビリテーション』15巻4号、257-261

³⁴厚生労働省ホームページでは、労働安全衛生法の概要として「事業場における労働災害防止のための具体的措置」を示している。そこには、「危険防止基準」「安全衛生教育」「就業制限」「作業環境測定」「健康診断」の各項目を設け、具体的な内容を説明している。

出典：厚生労働省ホームページ 労働基準 安全・衛生

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/index.html

(2023. 3. 20 閲覧)

³⁵ 労働安全衛生法第 65 条の規定により、有害な業務を行う屋内作業場のうち、政令で指定された作業場では、定期的に作業環境測定を行う必要がある。

出典：厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000094161.html> (2023. 3. 20 閲覧)

³⁶ 小島は、1968（昭和 43）年に労災病院の 15 年間の脊髄損傷者の死因についての調査から、原因で最も多かったのが腎機能低下によるもので、次に呼吸器疾患であったと述べている。この結果から、脊髄損傷者の内科的管理の重要性が理解できる。

出典：小島蓉子（1982）『社会リハビリテーション』誠信書房：43

³⁷ 高次脳機能障害について。本稿では、頭部外傷により起きる高次脳機能障害に焦点を当てるが、頭部外傷では、衝撃を受けた部位の直下の脳が直接破壊される直撃損傷、頭蓋内で頭蓋骨の動きとずれて揺れ動く脳が受傷部位の反対側の頭蓋骨に衝突するなどして起きる対側損傷がある。前頭葉な側頭葉の先端部の損傷が多く、記憶障害や遂行機能障害、発動性の障害や欲求コントロール障害が目立つ。

出典：本田哲三（2016）『高次脳機能障害のリハビリテーション 実践的アプローチ』医学書院：14

³⁸ 九州労災病院門司メディカルセンターは、1955（昭和 30）年に九州労災病院門司分院、1957（昭和 32）年に門司労災病院、2008（平成 20）に九州労災病院門司メディカルセンターと名称が変更している。

出典：独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院門司メディカルセンター ホームページ

<https://www.mojih.johas.go.jp/about/greeting.html> (2023. 3. 20 閲覧)

³⁹ 昭和 30 年代には「リハビリテーションの陽が西から昇る」と形容されたという。理学療法士・作業療法士の資格制度のない時代から、幾多の関係者の努力により、北九州市の足立山の麓でわが国のリハビリテーション医療の先駆的な試みが始まったことに敬意をはらった言葉であると考えられる。

出典：日本リハビリテーション発祥地記念館設置趣旨、九州栄養福祉大学

https://www.knwu.ac.jp/about/pdf/kinenkan_secchisyushi.pdf (2022. 11. 15 閲覧)

⁴⁰ 室井廣一（2017）日本リハビリテーション発祥地記念館設置趣旨 九州リハビリテーション大学校記念館九州リハビリテーション大学記念館, 九州栄養福祉大学

出典：https://www.knwu.ac.jp/about/pdf/kinenkan_secchisyushi.pdf (2022. 11. 15 閲覧)

⁴¹ 九労の初代院長の内藤は労働災害においてかねて手術、駐車、内服だけでなく、急性期より理学療法も利用し、心理的にも機能的にも労働力の回復をはかり、できるだけ早期に職場復帰させ、職場復帰不能のものには職業再訓練を行い、とにかく何等かの形で社会復帰させるという一貫した体系を強く主張

していたという。

出典：細川忠義（1986）「理学療法の夜明け」『理学療法学』13（1）、5-9

- ⁴² 福岡県立福岡病院を母体に 1903（明治 36）年、京都大学福岡医科大学が設置された。その後、1911（明治 44）年に九州帝国大学医科大学となった。（九州大学ホームページ）

出典：<https://www.mdc.med.kyushu-u.ac.jp/department/history/>（2023.1. 2 閲覧）

- ⁴³ 久留米大学ホームページを参考にした。

出典：<https://www.kurume-u.ac.jp/soshiki/3/enkaku.html>（2023.1. 17 閲覧）

- ⁴⁴ 図説自助具（医歯薬出版）は 1970（昭和 45）年に刊行された。わが国初の自助具の専門書といえる。九州労災病院の原 武郎と九州芸術工科大学古賀唯夫の共著である。多くの自助具活用場面の画像が用いられており、臨床活用的な視点が生かされているのが特徴である。

- ⁴⁵ 身体障害者の日常生活への工夫について、日本作業療法士協会の態調査報告（1971）では、「ADL 指導」、「家事動作指導」が多くの施設で行われていた。そのような場面では自助具をはじめ、住居へのアプローチをはじめ様々な工夫に取り組まれていたといえる。

出典：日本作業療法士協会 渉外部（1971）『45 年度（ママ）作業療法実態調査報告』

- ⁴⁶ 昭和 36 年の『労働福祉』に発表した論文には、物理療法（理学療法）・機能回復訓練・職能療法（作業療法）・職業更生指導・義肢支給訓練の一貫した施設の設置を謳い、施設の管理運営から各部門の業務全般にいたるまで詳細に述べられているとされる。

出典：橋元 隆（2015）「理学療法の 50 年の歩みと展望 -新たな可能性への挑戦-」『理学療法学』

第 42 巻 第 8 号、628-629

- ⁴⁷ わが国最初の PT, OT 養成施設は、1963（昭和 38）年開校の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院である。国立療養所東京病院は古くから結核治療を専門とする医療機関であり、九州リハビリテーション大学の母体である労災病院とは専門領域に異なるルーツをもつといえよう。

- ⁴⁸ 鈴木（1970）は、以前行われた審議会の質問に答えるためにスイスに滞在した。

出典：日本作業療法士協会（1970）『日本作業療法士協会ニュース』1970・6・27 発行

- ⁴⁹ モザイクという用語は作業療法においては「タイルモザイク」などの作品名で馴染みがあるが、まさしくここでのサービスのモザイクとは、「サービス」が小片を組み合わせしていくかのような状態を指しているといえよう。様々なサービスが「モザイク様」を呈していたために、方向性が定まっていなかつたとまとりのない施策に終わってしまう可能性を指摘していると考えられた。

- ⁵⁰ 「量的な」「質的な」障害に関して、評価の視点で述べる。量的評価とは、速度や量、割合、率、比などの数値を使って治療前後の測定値を比較し、効果判定を行うことであり、質的評価とは、数値で表せない価値観や思考、感情、行動などの変化を言語的表現で判定することである。本文で述べた、頭部外傷で中枢性麻痺となった患者についても、量的な障害に加えて、感情面や行動面での観察など、質的な評価がリハビリテーションの実施において、ポイントとなったと考えられた。

出典：山口 昇（2007）「作業療法効果判定」、岩崎テル子・小川恵子・小林夏子他編集（2007）『標準作業療法学 専門分野 作業療法評価学』医学書院、35-48

⁵¹ 本研究でも名前が出た医師 中村裕が 1965 年に大分県別府市に設立した。「目指したのは、保護施設でも授産施設でもない、障害者が真の労働者として能力を発揮する場」であった。

出典：佐藤次郎（2020）『1964 年の東京パラリンピック』紀伊国屋書店：195

⁵² 兵庫県立総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院長就任後にリハビリテーションセンター長と兼任した。

出典：黒田大治郎（2001）「地域リハビリテーション推進のもう一つの軌跡」、藤田久夫・

浜村明德・田澤英二編（2001）『サワムラ 疾風のリハビリテーション』三輪書店、42-63

⁵³ 国保水俣市立総合医療センターのホームページにおける病院沿革を参考にした。

出典：<https://minamata-hp.jp/outline/overview/02.html>（2023.1. 17 閲覧）