遡航

1 号（2022.03.24）

目次

緒言 …… 2

バークレーに行き、アジアから受け入れる
——奥平真砂子へのインタビューから …… 権藤 眞由美 3

戦後から 1970 年代までの病床数から検討する国公立病床の担う役割の変容
…… 酒井 美和 24

介護職員等によるたん吸引・経管栄養の法制化の経緯と論点の分析
——「医療的ケア」をめぐる介護現場ニーズと医事法制の衝突・架橋の試み
…… 鈴木 悠平・牧野 恵子 48

失敗に終わったとされたケア付き住宅建設運動
——「川口に障害者の生きる場をつくる会」の軌跡 …… 増田 洋介 76

龍谷大学「入学制限反対闘争」の記録
——いかにして門戸は開かれたのか …… 山口 和紀 100

緒言

原稿がたくさん査読で落とされる。査読をいちどでもやったことのある人はわかると思うが、それはかなりの部分、もっともなことだ。そのこと自体をどうこう言うつもりは、ここではない——そのうち言う。ここではそれより、そんなことをしている間に、あるいはその手前で怖気づいてためらっている間に、いやそんな仕組みがあろうとなかろうと、思いがあろうとなかろうと、とにかく、書かれないことが多すぎる。それがよくない。おびただしい過去のことそして現在のことが調べられ書かれることがないまま積み上がる。積み上がるならまだよい。知られず忘れられたことは、消えていく、あるいは最初からないことになる。それは未来の構想も痩せたものにする。誤らせることにもなる。

だから、書かれるべきものをまずたくさん書いてもらう。それを、何度でもやりとりし、よくしてもらって、よくなったら、載せていく。職業研究者になるつもりなどなく、査読なんかどうでもよという人には査読付きでないただの論文という形態でも掲載させてもらう。ただその場合でも、間違いを指摘し、意見を言い、よくなることを期待し、よくしてもらう。さらに、資料を資料として提示する、その営みにも場を提供する。

なにがよい、の基準になるのか。そのことについても考えることはあるが、それは、また次の号に、もっと長い文章で述べることにする。とにかく調べられ書かれることが、あまりに調べられ書かれていない。それはほんとうにまったくだめだ。それだけは確実に言える。それで、日頃忙しい忙しいと言っている人たちが、なんでわざわざこんなことをと言われるのだろうが、この雑誌は発刊された。ごくごく真面目に、言論状況全般が改善されるまで、1000 本掲載されるまでは、続けていこうと考えている。

2022.3　『遡航』刊行委員会

立岩 真也

【論文（Peer Reviewed)】

バークレーに行き、アジアから受け入れる

奥平真砂子へのインタビューから

立命館大学大学院先端総合学術研究科

権藤 眞由美

要旨：
障害のある人が、研修と称して政治や経済、文化の違いがある外国へ行くことで何かを学び得ることは可能なのだろうか。本稿では、障害の差異や共通性のもと何が起こり、人は何を得て何を与えることができるのかという問いをたて、ひとりの研修経験者を取り上げた。その結果、研修前から自立生活運動への関りはないまま研修地へ赴いたが、具体的な制度や仕組みを学び自らの将来像を見出し肯定的な影響を受けたことが分かった。したがって、障害という紐帯は制度などのもたらす差よりも強いとも思われた。しかしながら、研修前後の自立生活運動の関りの有無によって何かが異なるのか、研修先で得られたものは、日本の運動・政策にどのように影響したのか、また、肯定的なものだけなのか。海外という場所や人との出会いによって得るものがあるのであれば、複数の人に調査をおこない確かめるという課題も明らかとなった。

キーワード：
障害、差異、バークレー、自立生活運動、研修

１．　はじめに

１－１　本稿で設定する問い

障害がある人が研修と称するもので外国に行き、帰国後に今度は外国から障害のある人を研修として受け入れる側になる。この「研修」によって人は何を得るのだろうか。両国の間に政治や経済、文化の違いがある時、両者は何かを学ぶことが可能なのだろうか。それは、海外援助、人道支援といった行ないについて長く問われてきた問題でもある(松本・佐藤[2021])(佐藤[2021])。

一方で、障害という共通性が、そうした差異を超える強固なものであるという主張がある。例えば伊東香純は精神障害者の国際的な運動に対する調査・研究の中で「自らの考えや体験を否定された経験は、精神障害を理由とした医療による非自発的な介入や代理意思決定制度などによって差別されてきた精神障害者による運動だからこそ見出された連帯の基盤といえる」（伊東［2021］：338）と結論づけている。しかし、それは他の障害を含む障害全般についても言える

のだろうか。そして、こうした差異や共通性のもとで何が起こり、人は何を得て何を与えることができるのだろうか。

１－２　取り上げる人たちについて

本稿では「研修」によって得られるもの、特に障害という切り口からみた「研修」の意義について明らかにする研究の始まりとして、一人の人を取り上げる。奥平真砂子は、1981 年に開始された「ミスタードーナツ障害者米国留学派遣事業」（後に「ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業」）の第 1 期の研修生であり、その後、日本から外国への研修生を送り出す仕事に、さらに、外国からの研修生を受け入れる仕事に長く従事してきた。

まず、奥平のインタビュー（奥平［i2018a］［i2018b］）から、その経験と経験を経た思いを描いていく。その際、奥平の経験に関与する人たちについても見ていく。奥平と同じ出身地で障害者運動を牽引していた平井誠一★01、奥平が大学生であった時期に関西で障害者運動をけん引していた尾上浩二★02、奥平が「研修」生として訪問したバークレーで出会った安積遊歩、桑名敦子、樋口恵子が登場する。安積遊歩と樋口恵子は、帰国後日本の障害者運動で中心的な役割を果たし、桑名敦子はバークレーで出会ったアメリカの活動家マイケル・ウィンターと結婚し、彼の没後もアメリカで生活を続けている。こうした人々の経験を付加して全体を俯瞰することは、「研修」が日本の障害者運動に与えた影響を理解するうえで重要なことであるが、本稿は論点を絞るため、奥平の経験に焦点化するが、書ききれない部分については別稿で論ずる。

１－３　調査の概要

奥平へのインタビューは 2018 年 6 月 30 日に奥平の当時の職場であった戸山サンライズにて実施した。聞き手は立岩真也と筆者であり「ミスタードーナツ障害者米国留学派遣事業」（後に「ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業」および「ダスキンアジア太平洋障害者リーダー育成事業」に関する情報提供を依頼した。

奥平に承諾を得て音声を録音しインタビュー終了後、逐語録を作成、分析をおこなった。またその他のインタビューについても話し手の了解を得たうえで、話し手の著作物として公開されているものを、そのインタビューに関する情報を記載した上で引用している。

２．　1957～富山

２－１　奥平の経験

奥平は 1957 年 5 月 1 日、富山県富山市に生まれた。未熟児として生まれ、重度の黄疸に罹り、脳性まひ（ＣＰ）となった。4 歳の時、富山市にある肢体不自由児を対象とする高志学園に入所し、そこで生活しながら併設され隣接する高志養護学校小学部・中学部・高等部に就学した。

奥平　私、4 歳から高志学園って施設〔現在は統合・再編された「富山県リハビリテーション病院・こども支援センター」、富山市〕に入って、18 までそこにいたの。富山。施設に養護学校〔富山県立高志養護学校、現在は高志支援学校〕が併設された、今でいう特別支援学校、小学校から中学部、高等部って行った。
——　施設と学校は屋根のある渡り廊下隔ててみたいな感じ？
奥平　そう、つながってたよ。
——　たしか平井〔誠一〕さんが 53 年生まれ。
奥平　「先輩の真似をしちゃいけないわよ」って（笑）、すごい言われて。
——　その悪い先輩が平井さんだった。
奥平　平井さんだったの（笑）。私なんて、ほんとに、「障害者運動なんてだめだ」って教わってきた人だから。
——　その平井さんたちと仲間になっちゃいけない、みたいなことを言われて育ったみたいな話を何年か前に奥平さんからに聞いてさ。この間、平井さんにインタビューしたんだ（平井［i2018］）。そんなふうに話聞いていって、人はつながるんだって思いましたよ。平井さんは青い芝〔の会〕、全障連〔全国障害者解放運動連絡会議〕でしょう。
奥平　そう。
——　そういう人はけっこういるんだよね。他の地域でも、青い芝、若干いて、「あいつら過激派だから近づくな」的なこと言われて。
奥平　そうそうそう（笑）。

２－２　平井誠一の経験

平井誠一は奥平よりも 4 年ほど早く 1953 年 5 月 10 日に同じ富山県で生まれた。奥平と同じ脳性麻痺の障害である。奥平同様に幼少期に入所施設に入り、そのまま学校生活を送っている。2 人は何年か同じ施設にいた。

平井　僕は 3 歳の頃、学校と病院が併設の施設に入ったんです。高志学園というところがあったんです。そこで、小学校 6 年まで同じ施設で育ってきたんです。中学校になってから養護学校ができてきて、そっちに移ったんです。
　養護学校にいた時に、たぶん僕が運動に関わるきっかけというのはここかなと思ってるんですけど。僕が 13 の時に中学校 1 年です。その時に母親が腫瘍で亡くなったんですよ。母親が亡くなった時に、僕は泣かんかったんです。泣けんかったんです。泣けんことをけっこう、親父なり、養護学校の先生に責められて。
　母親が亡くなって、僕が責められるようになって、なんで責められんといけないのかというのが、僕の中ですごいモヤモヤしながら、中学校、高校時代を過ごした。（平井［i2018］）

親の死を悲しめなかった（のを咎められた）ために社会運動の方に行ったのだ、という話は他

で聞いたことはない。その平井がその後何をしたのかはインタビューで語られている。そのなかで、「悪者にされた」と自ら語ったのが以下である。

平井　八木〔勝自〕君〔1954 年生、ＣＰ〕★03 を病院から出してきたのは僕なんです。古込〔和宏〕さん〔1972 生 2019 没、筋ジストロフィー、cf.立岩［2018]〕がおった医王病院〔石川県金沢市〕と同じ系列の。
――　国立療養所ってこと？
平井　国立療養所富山病院〔現在は、国立病院機構富山病院〕。そこから、77 年頃に勝自を出した。当時はもうめちゃくちゃ悪者にされて。
――　八木勝自ですよね？　八木さんって脳性まひですよね。そこに八木さんが入院されとったんですか。
平井　はい。家族が面倒見れないということで。その前は、高志学園にいたんですが、結局、高志学園の対象じゃないと言われて、重いから★04。
――　高志学園の入所の方より富山病院の入居者の方が軽い？　八木さんはたしかにまぁ重いは重いか。国療って筋ジスってイメージありますけど、重い人はけっこういろいろ、入れられたということはあったみたいですね。77 年だと全障連〔全国障害者解放運動連絡会議〕が出来た次の年ぐらいからですか。（平井［i2018]）

77 年頃のことだとすると、奥平は 76 年に大学に進学しており富山にはいない。その後、平井は、全障連の活動でいろいろと各地を行ったり来たりはしつつ、ずっと富山に暮らし、活動する。
関わってはいけないということで、同じ場や近い地域にいながら具体的な接点はなく、しかし平井のことは知らなくはなかったといった具合に、そのまま二人はすれ違っていた。
こうして奥平の周囲に何もないわけではなかったが、隔てられ、実際の関わりはなかった。
その後、奥平は、富山の養護学校で大学に進学する最初の人として、富山から離れた。

３．　1976 年〜　京都

３－１　大谷大学

卒業後、1976 年、京都市にある大谷大学に入学し、1980 年に卒業後、同年 4 月、京都高島屋内に販売コーナーのあったガット・リハビリに就職した。

――　18 歳で大谷大学だよね。それは普通に受験生やって、大学受験して？
奥平　そうだよ。だからさ、これ自分の歴史になっちゃうんですけど（笑）。先輩が何人か大学に挑戦してたんだけど誰も合格してなくって、私が行きたいって養護学校の先生に言ったら、先生、すっごい反対して。
――　それはなに、受かんないからみたいな話？

奥平　ていうより、「障害者が大学に行って何をする」みたいに言われて、

——　「何になる」、みたいな話？　「行ったってしょうがないじゃねえか」、って。

奥平　そうそう。「おまえたちは手に職をつけろ」、みたいな。

——　「そっちが先だ」、みたいな。

奥平　そうそう。

——　富山のそこでは、それまで大学に行った人なんかあんまりいなかった？

奥平　いなかった、いなかった。私が…、

——　あんまりどころじゃなくて最初ぐらい？

奥平　私がファーストワンだった。そう。だから校長室に呼び出されて、校長にそんなこと言われ。

——　校長に「やめとけ」って言われたわけ？（笑）

奥平　「やめてくれ」じゃなくて「やめろ」って言われた（笑）。

——　「やめろ」って言われた。それはずいぶんだね。

奥平　まあそういう時代だったんだよね。だから、とにかく障害者は手に技術をつけて何とか生計を立てるっていうのが順当な道だったんじゃない？

——　平井さんは印刷屋さんに勤めてたって言ってたけど。

奥平　そうそうそう、だから男の人は印刷か木工。で、女の人は洋裁か和裁。印刷に行った人もいたかもしれないけどそんな感じ。

——　鈴木絹江さん〔1951 生 2021 没〕なんかもさ、郡山で、洋裁やれとかって言われてやってたって言ってたよね★05。

奥平　おんなじ、おんなじ。

——　その当時って障害者で手足が若干動く人の職業ってのはそういうもんだみたいな、そういう時代だったのかな。

奥平　そうそう。座ってできるし、そう。でさあ、私、手悪いしそんなの商売になんないだろ、とか思ったわけね。たまたま親が教育者だったっていうのもあるのかもしれないけど。「大学に行きたい」つったら、「教育にはお金出してやる」って言ったのね。そんで行くことにしたんだけどさ（笑）、校長に反対されて。で、養護学校の勉強ってレベル低いでしょ。本当に低かったと思う。で、どうしようって思ったら、受験科目をなるべく少なくして、何か…、それでまずは富山県の短大とか大学とか調べたけどどこも受け入れてくれなくて、入試も受けさせてくれなかった。だから今だと差別よね。

　でもその頃は、「そんな、障害者ってやっぱりだめなんだ」と思って。

——　それってでも、分かるような分からないような話。受験って願書出しゃいいわけじゃん。

奥平　いや、でも養護学校の生徒だったし、受けさせて下さいって。そう、今だったらそうかもしれないけど、その時は…、

——　言いに行くのか。それは養護学校が？

奥平　いやいや。多分、私、自分で調べたと思うのよ。「受けられますか？」みたいな。

――　で、

奥平　だめって言われ（笑）。

――　県内はだめだって言われた。

奥平　それで、受け入れてくれそうで、かつ、まずは自分の受けられそうな科目を受験科目にしてる大学を探して、そこでいくつか調べて、京都と奈良と大阪。何か関西に…

――　富山からだと、近いは近いね。

奥平　で、調べて３つ受けたよ。奈良、帝塚山女子短大。大谷短大。ともう一つ、大阪の何か、何だっけ、名前さえ忘れちゃった。ここは結局受けなかったと思う。親が「ここはやめなさい」って言った。で、帝塚山女子と大谷短大、受かったけど、最初帝塚山女子短大に受かって、親が入学金とか見て、「あんたどうする？　ここだけだったら、うちお金出せない」って言われて（笑）。高くて。それで、「えー、どうしよう」と思ったら、大谷が受かってそこに行ったの（笑）。

――　大谷のほうが安かったってこと？

奥平　安かった。

――　あそこは浄土真宗の大谷派ですよね。そういうこともあるのかな。

奥平　よく分からないけど（笑）。

――　場所はあそこでいいの？　〔京都市営地下鉄〕北大路の駅の真ん前。

奥平　そうそう。でさあ、私、ほんとに今考えるとよく合格したなって思って。それで、受験科目の先生が特別に勉強見てくれたの。国語と古文と社会と英語。

――　私学の文系だから社会と国語と英語、３つで受けられるわけですよね。

奥平　うん、そうそう。それで、だから、３人の先生が放課後とか土曜日の午後とか勉強を見てくれて。それで…、

――　それで２つ受かって、帝塚山はお金かかるからやめて、大谷は安かったから入って。何年前だろう、北山通りの店で奥平さんに話聞いたじゃない？　その時聞いた話で覚えてるのは、大学でけっこう、ぽつんとしてたっていう話。

奥平　うん。

――　短大だから２年？

奥平　２年で、その後編入したの。編入試験受けて。

――　４年制の方に。それで大谷を４年で出た。

奥平　こないだ短大と四大の卒業証書を見つけたのね。そしたらそこに成績入ってて、「あっ、やばい！」って思ったことがあって（笑）。何かほら大学、今はよく分かんないけど、その頃大学の成績ってＳとかさ、ＡとかＢ、Ｃ、Ｄでしょ。でさあ、Ｋっていうのがあって、なんだかわからない。当時の先生に聞かないと分からないけど、「危険」じゃないかって。きっとさあ、障害者かわいそうだからって卒業させてくれたのかなって勝手に思った（笑）。もちろん全体がＫじゃなくて、いくつかの科目がＫで、見たら英語だけはＳだったよ。

―― そっか、英語はできたんだ、前から。

奥平 いや、よく分かんないけど、劣等感が激しくてなんか他の人と一緒にいるっていうのができなくて。だからサークルも入ってなかったのね。それで暇でしょ、だいたい、単位とか取ってくと。京都の駅前で女の人がかっこよく外国の人に通訳してたから、「あっ、かっこいい」と思って、ＹＭＣＡ通ってたの。

桑名も、養護学校では他の教科ではまにあわないと思い、英語ならと思って、英語は熱心に勉強したという。富山では養護学校の教員に面倒を見てくれる人がいたが、郡山養護学校にも学生運動経験のある教員もいて、桑名も「社会的なもの」に関心をもち、大学進学を希望するようになったという。「桑名敦子を福島大学に入れる会」が結成され、成田闘争に関わっていた福島大学、福島県立医大学生が勉強を教えたという★06。

―― 大学は現役で入って４年で出たってことだよね。ちなみに何学部何学科？

奥平 文学部仏教学科。そうそう。よく出たよねほんとに（笑）。卒論まで書いたんだよ。よく書いたよね（笑）。

―― 何書いたの？

奥平 なんかね、はっきり覚えてないけどスッタニパータっていう思想があって、仏教思想。

―― 仏教の、古代、原始仏教ですよね。

奥平 …の解脱思想についてとか書いたらしい（笑）。訳わからん。ネタだよね、話す時の。

３－２ 2000～高島屋→2002～バークレーへ

―― 80 年に大学卒業。で、高島屋？デパート勤めてた時期もあった。で、たまたまダスキンの応募を知って、出したら受かっちゃって…、と聞いてますけど。

奥平 あの、先輩が教えて…、

―― 先輩ってどういう先輩なの？

奥平 障害のある人。そこって福祉機器売ってたから。高島屋に入ってる、ガット・リハビリィっていう、今もあると思うけど〔1974 年、京都で開業、福祉用品等のレンタル・販売、現在は豊通オールライフ、本社東京 https://www.toyotsu-alllife.com/company/outline/〕。そこに就職したの。知り合いのつてで。高島屋の中に売り場を持ってた。で、今は死語ですけど、デパガをやってたわけ（笑）。

―― 見に行きたかったかもしれない。

奥平 （笑）そうだよ。

―― 就職試験受けて？

奥平 うん。それで１年目に、ダスキンのがあるって言われて。ミーハーな私はすぐに応募し、「ただでアメリカに行けるじゃん」とか思って、応募したら選ばれたから、１年ぐらい

してすぐにもうアメリカに行っちゃったの。
――　入社した年ぐらいに…、募集があって。
奥平　募集の後ちょっと時間があったから、結局は 82 年の 1 月にアメリカに行った。だから、在職は 1 年ちょっと。
――　80 年の 4 月にガット・リハビリィに入って、81 年、で、82 年か。
奥平　1 月 7 日だったかな、6 日だったかな。
――　この間も、北山の店で聞いた時、それはけっこうやっぱり転機、転機的な…、
奥平　そりゃそうだよ。大学に入ったのも転機だよね。初めての一般社会だから。施設、だって 4 歳からずっと…、
――　4 歳から 18 までおんなじとこだったら、そりゃあなかなかのもんだよね。
奥平　そう、そう。今思うとよくやったよね。買い物すらできなかったと思う、最初。郵便局とか行ったことなかったし、銀行で口座開くなんてこともしたこともなかったし。まあ普通の高校生もそれはあんまりないか。ま、とにかく初めてだった。
　そして、株式会社ダスキンって、1981 年から日本の障害者を海外に派遣する、「ダスキン障害者リーダー何とか派遣事業」っていうのをやってるんですけど、それのまず第 1 期生として私はアメリカのバークレーに送られて。
　それ、もう 500 人ぐらい研修を修了している。

4　バークレーでの経験

4－1　派遣先はお任せ

奥平　日本の人を派遣しようと思ったのは、そもそも、その前の年だったかな、前の前の年かな、ダスキンの創業者が突然亡くなったんですって。その創業者って鈴木清一っていう方なんですけど、何かすごいいろんなこと…、生きる上で、ちゃんとした考え、理念を持ってた方で、「人のために生きる」とか、それはダスキンの人に聞いた方がいいと思うんだけど、社会のためにいいことをするっていう信念持ってた人で。で、会社の社員の人たちも「彼になら」って、付いていったんだと思うけど。
　で、亡くなって社員の人たちがしゅんとしてたから、それをこう立て直すために何かやったらいいね、っていう話が出て。それでちょうど 81 年が国連の国際障害者年だったでしょ。それがあって、「じゃあ障害者のこと、何かやろう」ってなったんですって。で、宮城まり子っているじゃないですか。宮城まり子さんに、何かのつてがあったか分かんないけど相談したら、「じゃあ、障害者を海外に派遣したら？」って言われたって聞いたよ。
――　へえー。宮城まり子、関わってるんだ。ちょっと意外感ある。
奥平　私なんかはさ、ほんとに障害者のこと分からなかったわけでしょ。だから行き先なん

か選べるわけないじゃない、自分で。アメリカなんて分かんないし。1980 年なんてそんな時代じゃないじゃん。まだ１ドル 240 円とか 60 円。だからリハ協が見つけてきたところに行ったの。もちろん、ちゃんとしたしっかりした意識を持ってる人は「ここ行きたい」って言ったかもしれないけど、私みたいなパッパラパーはなんにも考えてなかったから（笑)、言われたところに行った先がバークレーの自立生活センターだったという。よく学校とかじゃなくて障害者団体に行ったよね、とか思っちゃうけど（笑)。
――　81 年って、日本でそういうものが入ってきた、ちょうどその頃ですよね。
奥平　そう、ちょうど。エド・ロバーツ〔Edward V. Roberts〕★07 が 79 年か 80 年に１回来てるらしいんだけど。その頃、私まだ京都で大学生やってたし、なんもわかんなかった。
――　いくつか、そういうアメリカのリーダーを呼んだ催が国際障害者年の前、前の年あたりにあって、それの報告書なんかも出てますね (→権藤［2021])。だから業界では話題になった話だと思うんだ。で、たぶんリハ協の人たちもその辺に関わってたというか、関わって知ったのか、もっと前から知ってたのか分わんないけど、わりとそういう場所にいたんで、じゃあそういうところ行ったら、みたいな話になったのかもね。

４－２　バークレーでの経験

――　で、82 年１月から半年バークレー行って帰ってきて。
奥平　１年間お礼奉公しなくっちゃと思って、１年働いて。それで 83 年の７月に、またアメリカに、４人でアメリカに行ったのね。桑名敦子と…、私と、あと、国井澄枝さんていう人と、アガペーに今もいるのかな、土屋健造さんって、４人でアメリカに行って。
　ダスキンの研修、私は６ヶ月の研修期間で、桑名敦子は９ヶ月だったかな。で、私が帰った後に、桑名敦子は、ちょうどバークレーの自立生活センターの転換期だったのかな、マイケル・ウィンター〔Michael Winter〕★08 がハワイの自立生活センターの所長をやってたのをちょうど辞めて、「バークレーにおいで」って、「所長になりなさい」って言ってきてたところに、桑名敦子もマイケルと出会って。で、敦子もいったん帰ったけど、マイケルが「おいで、おいで」って言ったからか分かんないけど、翌年 83 年の、何月かなあ、何月かに前に、アメリカに行って。マイケル・ウィンターを恋しかったんじゃない？
――　あの人たちはその時に会った。
奥平　そうそう。ほんで、帰る直前まで付き合ってたのかなあ、よく分かんないけど。
――　付き合って、いっぺん戻って、やっぱり行くわ、って話になって？
奥平　うん。そうそう。それで私も「えーっ、じゃあ私も…」。アメリカから帰ってきたあとって、逆カルチャーショックで、すっごいなんか日本が嫌いっていうか、もうアメリカが輝いて見えてたから、ほんとに何かアメリカに帰りたくて帰りたくて。帰りたいっていう心境だったから、「あっちゃんが行くんなら私も行く」とかつって、会社辞めて行ったの (笑)。で、それから３年２、３ヶ月、アメリカに…、

――　３年間？　そんなに行ってたんですか。

奥平　もうちょっと。だから合わせるとだいたい４年ぐらいはなってる。

――　最初ダスキン行ったのプラス、自分で勝手にっていうか…　、

奥平　勝手に行ったの、アメリカ。

――　それ全然知らなかった。けっこう長くいたんだ。主に西ですか。

奥平　バークレー。ずっとバークレーで、マイケル・ウィンターが、ビザの手配とかしてくれて、エイチワンビザって言ったかな、ちゃんと取って。バークレー自立生活センターでアルバイトをしながら暮らしてた。

――　暮らせるぐらい稼げたんですか？

奥平　貧乏だったけど、若かったし、楽しかったあ（笑）。青春ですよ。

――　それで桑名さんはそっちにずっとその後いるわけだけれども、他は戻るけど、でも、けっこう長いこといて。

奥平　で、３年いたでしょ。その間に、樋口恵子さん〔1951 生、脊椎カリエス〕とルームメイトやったり、あと、安積遊歩と出会ったり、けっこうな人に出会ってる。

――　バークレーで会ったんだね。日本ではなくてバークレーに行ったのに会ったっていう感じなんだ。

奥平　そうそう。そう。だからお世話をちょっとしたって感じ。

――　そうやって日本からやってくる人たちにね。

奥平　だから、私…もっと話すとさあ、面白いよー。みんなの裏話知ってるから（笑）。

――　アメリカ側の日本人アテンダント的な、そういう？

奥平　そうそうそう。

――　先輩みたいな。

奥平　うーん、先輩とはみんな思ってないと思うけど（笑）。樋口恵子さんとは、どれくらいかなあ、3ヶ月かなあ、ルームメイトしてたの。私が部屋を借りてるところに恵子さんがダスキンの研修生としてやって来て、アメリカ人のリサっていう人と私と樋口恵子さんで何ヶ月間か暮らしたりした。だから仲良し。

――　で、奥平さん、経験もあるし英語できるしっていうことで、お世話っていうか、

奥平　お世話したかどうかは覚えてないけど、うん。

――　ちょっとそういうこともしながら。バークレーのそういう日常業務的なものにも、アルバイターっていうか

奥平　そう。私は Job Development って言って、職業斡旋部門でアシスタントをしてたから、だから何、履歴書の書き方とかさ、インタビューの受け方とか、そういうのの手伝いしてた。

――　３年いて、戻って来る時は、次何やろうとか、どこで働こうとか、そういうの全然なし？

奥平　全然。私、ほんとにミーハーだから、そんなね、難しいこと考えない（笑）。なんで

帰って来たかって、これも笑うよ（笑）。

その間に桑名敦子はマイケル・ウィンターと結婚したわけよ。結婚式にも、なんとか人として出たりしたから。で、そういうのってやっぱり憧れるでしょ（笑）。ほんで私もちょっと、しばらくだけどボーイフレンドいて、脊損のボーイフレンドがいて、「ああいいなあ、結婚したいな」と思っちゃったけど、彼は、なんて言うの、他に好きな人がいて…、っていうか、しばらく私と付き合ってたけどそっちに行っちゃって、それで失恋して落ち込んでた時に、親が、「もういい加減帰って来なさい」って言って（笑）。言って、ちょうどビザも切れる頃だったのよね。んで、だから「帰るか」とか思って帰って来た。

5．　～朝日メディコ→～日立→1996～JIL

5－1　帰国後の仕事

――　富山に帰ったの？

奥平　一番最初は帰ったけど、仕事をしなきゃいけないでしょ、生活。で、リハ協〔日本リハビリテーション協会〕の副会長を頼って、「何かアルバイトないですか？」って聞いたら、肢体不自由児協会って今もあるじゃん、あそこでアルバイトさせてくれて、そこで半年ぐらい働きながら仕事を探した。企業の仕事を探して、障害者の今で言う職業…、何だっけ、ジョブフェアみたいなのにも行って、そこで西友グループの朝日メディコっていう所に契約社員で１年働いて。それもサンシャインの 43 階だったから「カッコいい」とか思って行って（笑）。で、それは契約社員で１年ごとの契約で。

朝日メディコって薬屋さん。西友グループとかに卸してるとこかな。そこで財務してＣＰなのに各店舗の売り上げ処理とかしてた所に、何か…、私、それで、ハローワークにさ、肢体不自由児協会に通ってた時にけっこう行ってたの。で、それもあったかな。知り合いだったか忘れちゃったけど、その朝日メディコで働いてた時に、日立製作所から「面接に来ませんか」って電話がかかってきて、「へえー、日立製作所の方が大きいや」（笑）とか思って。

――　そう、奥平さん、日立勤めてる人だよ、っていうのは知ってた。それが最初に奥平さん知った時ぐらい。知ってる人たちみんな貧乏人ななかで、「大企業じゃん」、みたいな。

奥平　そうそう（笑）。ただただミーハーなだけ、みたいな（笑）。88 年から日立製作所で８年ぐらい働いた。

――　で、ヒューマンケア〔協会〕って 86 年の開始でしょ。だから、既に自立生活センターの活動みたいなの東京辺りじゃ始まってるわけじゃない。それはある種、協力者というかなあ、そんな感じで関わったっていう感じかな。

奥平　それはそうだったよね。樋口恵子さんとか遊歩とか知り合いだったから。あと、ジュディ〔・ヒューマン、Judith E. Heumann、1948 生、ポリオ、自伝的な著作に Heumann et

al.［2020＝2021］〕いたし、エド・ロバーツまだ生きてたし、パイプもあったし。そういう所で協力はしてたけど。

――　それが、そこやめて、96 年にＪＩＬ（全国自立生活センター協議会）の事務局長に、ですか。給料激減したって話は聞きましたけど。

奥平　そうそう、すごい減った。「マジかー」とか（笑）。だけど、日立で働いててもやっぱりその時代、今は違うけど、障害者枠で特別な感じだったでしょう。まあ、今も障害者枠ってあるけど。ただ、周りはどんどん一般職で出世していくのに、私がいくら論文書いてもなかなか相手にもしてもらえなかったし、英検、社内でさ、英検とかＴＯＥＩＣとかちゃんと試験があって、情報処理技術者試験とかもちゃんと受けて、やっても全然、上にいかせてもらえなかったから…、

――　資格は取ったんだけど、っていうことだよね。

奥平　そうそうそう。論文も書いて、やったけど。

――　ＴＯＥＩＣも点数取ったのに、みたいな。

奥平　そうそう、全然。上司にもよったみたいだけど、私がついた上司は全然相手にしてくれなくて。そういって不満抱えてたところに、樋口恵子さんが「真砂子、いい加減に障害者のことやりなさいよ」って言ってきて。で、その８年の間にもリハ協とも関係があったし、適当に英語も喋ったから国際会議とかにもけっこう何回か連れてってもらってたのね。そういう感じで何となくつながってはいたんだけど。で、樋口恵子さんにそう言われて、「そうだなあ。」と思って。

奥平　でも、日立を辞めるのに２年かかった。安定を捨てるってことでしょ。

――　不満はあったけど、まあ辞めなけりゃ給料、ちょっとずつ上がったりしていくわけだし。いい給料だったんでしょ？　大企業じゃないですか。

奥平　まあ普通に…、まあ、事務職だからそんなに高くはないけど生活できるし、ネームバリューだってあるわけじゃないですか。「日立で働いてる」ったら不動産屋の態度もコロッと変わったし（笑）。

――　いいこともありつつ、悩んでたけど、樋口さんにＪＩＬに来いって言われて、最終的に行くわけですね。ＪＩＬに 1996 年から 2001 年まで？

奥平　そう。５年弱。

５－２　JIL での海外支援

奥平　中西さん〔中西正司、1944 生、頚椎損傷〕が、1998 年ぐらいに、「ＪＩＬで韓国の自立生活センターを支援しよう」って言い始めて。それが私が一番初めに聞いた、日本の障害者っていうか、ＩＬセンターが海外支援しようっていうのの初めてだった。その時は私、そんな海外支援なんて意識もなかったし、アメリカ馬鹿だったから（笑）、「何でそんな、日本の国さえうまくいってないのに海外支援なんかしなきゃいけないのよ」ってすごく思っ

た記憶があったけど。その前後だったと思うけど、韓国からキム・ドンホウっていう人をＪＩＬで招聘して、セミナーをやったんですよ。それは覚えてて。で、それはそれで終わって。
　で、高橋修さん〔1948 生 1999 没〕が亡くなったでしょ。
――　99 年ですね。
奥平　99 年。で、その次に私はＪＩＬの事務局長になったけど、もう代表の入れ替わりの時期で、次の年か、次の次の年ぐらい…。高橋さんの後釜って形で、とりあえず仮で、やってたけど、樋口恵子さんが代表を降りるっていうことで、「どうしようっかなあ」と思って。高橋さんが亡くなってなかったらまた変わったかもしれないけど。日本の障害者運動も変わったと思う。で、だから、「あ、何かちょっと違うかな」と思ってたところに、「どうしようかな」って思ってたところに、声がかかった。
　「ＪＩＬでこのまま働くかな、どうしようっかなあ」と思ってたところに、リハ協から「ダスキンの仕事しませんか」って言われて。

二つのことがこの短い回顧に出てくる。海外支援を言い出したのは中西正司★09 だと言う。ただ、実は奥平は中西の主張に違和も感じている。「高橋さん★10 が亡くなっていなかったら」はそのことも言っている。ここではこれ以上追えないので別の機会に検討する。

6　2001～リハビリテーション協会

6－1　アジアの障害者に対する研修の開始

奥平　ダスキン、何のきっかけがあったのかそこまでは知らないけど、1998 年って、何だっけかな、「アジア太平洋障害者の 10 年」の事業の一環として何かやり始めようということになったんですって。
――　ああ。そう〔パンフレットに〕書いてありますね。
奥平　千葉さん。２代目社長。なんかで逮捕されちゃったけどさ。すごいいい人だったよ、私たちには。その人もカリスマ性があった人で。その人が多分言い始めたのかもしれないね。よく分かんない。これは愛の輪に聞いた方がいいと思うけど。で、このきっかけで今度アジア太平洋から障害者、若い障害者を呼んで育成しようっていうのを 1999 年に初めて始めたんですよ。
　ここに来たのは、2001 年かな。研修課。私が運がよかったのはダスキンの研修生だったっていうのと、あと、英語を話したっていうところじゃない？
――　そうして受け入れながらやってて、何を研修に来た人たちは得ていくのかとかね。いや、それなりに上手いことといってるな、とかさ、そういうことも聞いて、実は、意外と、と言っちゃ失礼かもなんですけど、うまくいっているんだとも思うんだけど、でもどうなんだろう、どういう感じなんだろうと思うんですよ。

奥平　私自身ダスキンの研修生だったわけでしょ、アメリカで。だから、私はこの研修事業やる時に、自分がアメリカで経験したことをみんなに経験してほしいな、と思ってやってたのね。うん。それが一番大きいかな。生活を楽しむことであったり、あとは自分の障害をちゃんと受け入れられるようにっていうのと、あとは権利意識とか自分の可能性を知るっていうところとか、あとは仲間の大切さっていうのを知ってほしいなっていうのはあって、それを基本にやってた。

途上国に行ったら分かるけど、日本と比べたら全然違うし、多分私たちがアメリカに行ってアメリカがすごーいって思ったそのギャップよりも、今は途上国の人たちが日本に来て、帰った時に感じるギャップのほうが大きいと思うよ。

今バンコクとか随分変わってきてるけど、それでもまだまだ日本とは状況が全然違うから。さっきも言ったように私がアメリカに行って感じて帰ってきた時のギャップよりも、たぶん彼らが感じてるギャップのほうが大きいっていうところがあるから、なるべくそこのところもちゃんと最初から言ってやってる、っていうのがあるんですよ。だから仲間として私は研修生と接するようにはしてたんよ。それともう一つは、「お母さんにはなっちゃいけない」って誰かに言われたから（笑）、お母さんにはならないようにした。年齢的にはもうずいぶんなね、あれだから。

——　そうですね。年齢的にはそのぐらい離れてるんだよね。

奥平　うん。そいで、国際協力っていうか、その自立生活センターたちが…、っていうか、私は、そうそう、帰ってからも、ちゃんと何か活動してほしいっていうのはもちろんあるでしょ。だから、そのために私がアメリカで、…の人と繋がっているような関係を研修生にも作ってほしいなっていうのはあったかな。

——　日本に来て、日本の誰かとか組織とかそういうものとの関係を作って、戻っても維持するっていう。

奥平　そう。何となくでもいいから繋がってて、落ち込んだ時とか何か助けが必要な時とかに相談できるような関係を作れるような人との出会いがあったらいいかなって。

奥平は、バークレーで自分が得たものを、と語る。それはその通りなのだろう。ただ、その伝え方は、日本の各地の組織において、独自であったりもするようだ。その具体的なところは別稿で紹介する。ここでは一つの挿話を紹介する。

——　この間、メイン〔ストリーム協会、兵庫県西宮市のＣＩＬ〕の人に聞いたんだけれども、何だろな、やっぱり制度の違いとかはあるわけじゃないですか。それを、例えば自分の国に戻ってすぐにできるかって言ったら普通は難しいわけじゃない？　で、そういうところはどうなの？　そしたら、これはメインストリーム的なノリなのかもしれないが、けっこう、たたきこむって言ってたね。根性っていうか（笑）。

奥平　あはは（笑）。

——　ほんでやっぱりやる気っていうか、「戻って、やるぞ」っていう奴らって、感化され

てっていうか、やる気になっていって、そんなにがっくり…、落差とか格差みたいなのものに、「どうしようもねえや」っていうネガティブな、っていうよりは、そのまんま実現するわけではないにしても、すぐに実現するわけではないにしても、それなりにやれると思ってやる気になって、っていうことは実際あるんだよって、彼らは言ってたね。

奥平　私が本格的に職員としてここ働き始めて、面接にも行ったのが３期生で、その中で、パキスタンの、シャフィック・ウル・ラフマンっていう奴がいて、彼を支援し始めたのがメインストリーム協会。

シャフィック〔Shafig-ur-Rehman、1977 生、ポリオ★11 がまずメインに行って、１月だかな、夜中にシャフィックから電話がかかってきて、体験室に研修生いつも泊まるんですけど、「ここにオバケが出る」とかわけわかんないこと言って（笑）。でも、他の研修生も言ってたらしいんだけど。で、「帰りたい」とか言い始めて。まだ半分ぐらいしか済んでないのに「帰りたい」ってて、どうしても言うこと聞かないから、「じゃあ」って、迎えに行って話をして帰ってきたんだけど、そしたら後で廉田さんが何ヶ月か…、シャフィックたちが帰る直前に、「もう１回、奴、よこしてくれ」とかつって、１週間だったかな２週間だったかな、フォローみたいな研修をしてくれたのね。で、それで帰ったんだけど、でまあ、廉田さんはその時どんな研修をしたかっていうの、ちょっと聞いてないけど。

シャフィックが帰って、したら日本の状況とパキスタンの状況と全然違うわけじゃないですか。したら落ち込んでまた電話してきて。「誰も、僕の言うことを信じてくれない」って。「そりゃあ、だからそう言っただろ！」とかって言ったんだけど（笑）。で、泣きながら何回か電話してきて。なんか、その頃ダスキンもお金があったから、フォローアップで呼ぼうっていうことになって。

――　いっぺん帰って、泣いて電話してきて、で、もう１回来させたの？

奥平　あの、彼だけじゃなくて何人かね。まだ３期だったから、けっこう大勢呼んだかも。まだお金がある時期だったからね。で、フォローアップっていうことで、過去に来た人を何人か呼んで、フォローアップって、した。その中にシャフィックがいて。で、札幌のＤＰＩ世界大会だったと思うけど、シャフィックと廉田さんと私がたまたま同じテーブルで話してて、シャフィックが何か落ち込んでるっていうことを話したら、廉田さんが、「ほな、俺たちが行って盛り上げてやるから。次の年の２月頃行ってやるから」とかつって、ポンって、あれいくらだったのかなあ、30 万ぐらいかな、「これで活動続けろや」って言ったの。

――　ヤクザ？

奥平　そうそう（笑)、廉田さんヤクザだよ、ほんとに。

――　ヤクザ、札がいっぱい入ってる財布を渡したりするじゃん。そのノリだよね。

奥平　30 万だった…。いや、あの人の場合、袋ね（笑）。首から下げて。んで、シャフィックが何かそれを真に受けて、10 月に帰ってからやり始めたんだよね。

――　パキスタンで落ち込んで…、日本に戻って来て、30 万持って…

奥平　うんうん。ほんで廉田さんが「あいつのやる気を見てやるわ」って言って、そして

私もたまたま…、これって現地まで面接に行くから、たまたま面接とそのセミナーの日程と合わせることができて。で、一緒にセミナーやったりして。で、すごい盛り上がって。それが始まり。

――　その辺からこう、やってるなっていうか…、効き目あるな、みたいな。

奥平　そうそう（笑)。図に乗ったね。

――　そんな感じ、乗った、ドライブがかかってっていうか、そんな感じなのかな。

奥平　そうそう。で、次の年にまた行ったんだよな確か。廉田さんたち。パキスタン。〔続く〕

7．　ここまででわかったこと、さらに調べるべきこと

7－1　考察－研修の意義

①　出会いの場として（特に女性たち）

奥平は４歳から養護学校の寄宿舎に入り、大学進学までの時期を施設で過ごした。同じ時期に同じ施設に平井がおり、彼の話は聞いていたが、出会うことはなかった。しかし、一方で、養護学校のでき始めの頃は数が少なく、各都道府県の全域から障害児が集まる場でもあった。ときに複数、「社会派」の過激と周囲から呼ばれる人がいたこともある。中でも福島県郡山養護学校には、青い芝の会の運動に関わった複数の中心人物がいて、それに接した人、何かしらを知った人、じかに関わった人もいた。ダスキン１期生でバークレーで奥平と一緒だった桑名敦子（1959 生、頸椎損傷)、３期生でやはり奥平とバークレーで会いその後もいろいろと関わりのあった安積遊歩（戸籍名：純子、1956 生、骨形成不全）も同じ養護学校にいて、福島のまた全国の青い芝の会に関わった白石清春（1950 生、ＣＰ)、橋本広芳（1950 生、ＣＰ）らを知り、安積などは活動にも関わった。★12

奥平は、日本の動き、さらに日本での米国の流行の傍にいながら、すり抜けるようにして米国によくわからないまま行ったのが最初という人だった。障害者運動に関心があったわけではなく、米国という地に惹かれ無料で行けるとチャンスをつかみ障害者運動にであった。そして一度日本に戻りながら、またアメリカに渡り、そこで研修生を受け入れる側として働いた。

奥平の場合、その前の自らの生活と比べた時にバークレーに行ったことがよかったのは明らかだ。ただ、その明らかによかったことの一つは、研修を通じて日本からの人たちとそこで会ったということでもあった。

日本の障害者運動において、他の時期と比べ、１９８０年代後半以降に女性のリーダーが占める割合が高く、その果たしてきた役割が大きなことは知られている。米国に住んだ桑名を、また奥平をいったん別にしても、安積遊歩、樋口恵子がこの時期に米国で知り合う。ここで、わざわざ遠くでという契機だけを見ることはないだろう。福島、東京、京都にいた人たちが、バークレ

ーという狭いところで、青い芝の会にしても全障連（全国障害者解放運動連絡会議）にしても、それまで男たちが仕切ってきた場所から離れて出会うことになった。そしてそのことは、その後女性が活躍する部分が大きくなっていったことにもつながっていったのである。
以後、多くは日本を場として、そして多くは女性たちが、私的な関係と社会的な活動とが地続きでの活動がなされていく。やがてその中心にいることになる人たちがバークレーにいたということだ。それはその発祥がそこにあったというだけの話ではない。私的で近い関係とともに動いていく社会運動が存在し、一定の役割を果たしていること、そのことの意義と位置を考えさせるものだ。

② 伝え、つなぎ、次を作る場として

奥平は、のちにアジアの障害者を受け入れる側として働くことになったが、その際重視した点は、自身のアメリカでの経験を日本で経験してもらうことだった。それは、生活を楽しんだり、自分の障害を受け入れたり、権利意識や仲間の大切さ、自分の可能性を知ることだという。そして、そこに伝授されるのは、具体的な制度や仕組みということもあるが、まずは、自分の見本がある、それを自分たちができるという感触をつかむということらしいこともわかった。奥平はまた別のところでは、当時の経験は青春だったとも答え、また自身の恋愛経験についても語った。
そうした様々な経験を奥平はアジアの障害者に経験してもらう際、面倒を見る母親としてではなく、同志として接し、同志となることを彼らに期待した。シャフィックはその一例である。質問者からの問い、すなわち制度の違いなどがあって、必ずしも日本での経験がすぐに役に立たないのではないか、という問いかけに対し、奥平はフォローアップの機会の活用、現地でのセミナー開催への協力、さらに独特な方法での資金提供を通して、障害者運動の理念を伝え、それを現地での活動に結び付けていくことができたことを語った。伊東が述べていたように、障害という紐帯は文化や制度の差のもたらす困難よりも強いということを意味していた。かつて奥平がアメリカで学んだことが日本での展開に広がったように。

７－２　さらに調べるべきこと

① 「研修」が与えた影響の範囲

奥平は日本の障害者運動ではなく、研修を通して障害者運動を知り、学び、そしてそれをつなげた人である。同じように障害者運動を研修を通して知ることになった人はいるのか。障害者運動の受け取り方に何かが異なるのか。それを調べる必要がある。
このことも含め、そして廉田のように世界放浪の旅を経て（廉田［1987］）といったことも含め、場所を変えること、一人でいられたり、会わない人に会うことの意味があるようだ。複数の人に調査を行いそのことを確かめる。

単純な疑問として、幾人かの人をしばらくの期間だけ呼び、受け入れることにどれほどの効果があるのか。その問いに対して、奥平は肯定的に答えた。しかし、必ずしも肯定的にとらえられない場面もあるのではないか。どのような手練手管が何をもたらすのか。さらに、冷静に確かめる必要がある。

そして、そこに行った人の多くは肯定的な影響を与えられたと思い話すのだが、果たしてそれだけでよかったのか。そのことも含め、日本の運動・政策にどのような影響を与えたのか、なぜ与えたことになっているのか。どのように評定できるのか。例えば長瀬修は「バークレー詣で」現象にいささか呆れ、もっと冷静になるべきだと書いたことがある（長瀬［1997］）。冷静に検討する必要がある。

② 仕事の意義

上述のことも含め、人はどのようにして、活動・運動に入り、続け、そして何を得るのか。金を得るといったことを想像もしなかった人たちにしても多くは、今なんらかの「事業」に携わってもいる。奥平もときに複数を天秤にかけ、いくつかの仕事を渡ってきた。運動の仕事、運動の仕事でない仕事から人は何を得るのか、また何を失うのか。

日立で奥平は障害者枠で雇用されていた。新卒採用が一般的な中で、その制度があったから採用されたとも言えるはずだ。法定雇用率を満たすために、あるいはその率に近づけるために、障害者で使える人がいると都合がよくそれで奥平を見出し、ということであったかもしれない。そして採用後は、枠とは関係なく仕事ができる、ということはないではないのだが、しかし実際にはそうではない、ということも多い。奥平はそのように遇された。そこで、このままではこのままだと思った。ただ給料はよかったから、他に何もなかったら続けていたかもしれない。給料は下がったが、ＪＩＬの仕事を受けることにした。それは、人が、そのなかで障害者が、どのような時に、どのような条件があった時に、仕事を選ぶのか辞めるのか、社会（貢献）的な仕事に就くのか就かないのかに関わる。

■註

★01 1953 年 5 月生。脳性まひ。1976 年に結成された「全国障害者解放運動連絡会議（全障連）」副代表幹事などを務める。2000 年に富山市で「自立生活支援センター富山」を開設し、以来その代表を務めている。2018 年に行われたインタビュー（平井［i2018］）がある。

★02 青い芝の会の活動の拠点だった大阪府立大学に入学し、以来ずっと活動を担う尾上浩二（1960 年生、ＣＰ）などその進学先の大学になにかあった人もいる。1978 年大阪市立大学に入学。1988 年に「大阪青い芝の会」事務局長、2004 年に「ＤＰＩ日本会議」事務局長、他。2020 年に行われたインタビューの記録として尾上［i2020a］［i2020b］。奥平が入学した大谷大学にはとくになかったようだ。そこで日本での運動と（米国、というより）バークレーとの差異を、前

もって経験した人とそうでない人(数的には圧倒的に後者の方が多いはずだ)とがまず分かれる。そこにどんな差異があったのか、またなかったのか、それが検証の対象になるが別稿（権藤［2022]）で描く。
★03　1954年生。脳性まひ。1977年に「富山県青い芝の会」に入会。2003年に設立されたＮＰＯ法人「文福」の代表を務める。
★04　八木のブログでは以下。「10歳から15歳までこれまでの人生で一番暗く、友達も年に何回しか来ない在宅生活を経験。／15歳から23歳まで［…］「私が大きくなったため親が介護や世話ができなくなったので」役所の斡旋で婦中町の国立富山病院に入所。／1977年の23歳の時に病院に訪ねて来た友達の影響で、入所先から出て、富山市内でアパートを借りて一人暮らしを始める。／1977年10月、日本脳性マヒ者協会「富山青い芝の会」に入会」(八木［2009])。この「病院に訪ねて来た友達」が平井。
★05　「その人〔鈴木〕はものすごい頑張り屋で手先の器用な人だから人が三年かかるのを、年半で編物の師範の免状とってものすごく頑張ってたの。ところがその人の養護学校の同級生が青い芝のＣＰの人で、生活保護とか年金とかで自分達も地域で生きていくんだってやっているのが聞こえてきて。その人は、「許せない！」、そう思ったんだって。生活保護とか年金でただ食いしてって、文句言おうと思って事務所に行って二晩激論したんだって。最後に、青い芝の方が「正しい!」って、結論を出すと早い人だから」(安積［1990→2012:28-29])
★06　1959年生。出生時の事故で脊髄損傷。インタビューの記録に桑名［i2018a］［i2018b］［i2019]。別稿（権藤［2022])で紹介する。
★07　1939年生、1995年没。ポリオ。「バークレーＣＩＬ」初代所長。
★08　2013年没。先天性の骨の障害。「ハワイＣＩＬ」「バークレーＣＩＬ」所長、「全米自立生活協議会」会長、運輸省特別補佐等を務めた。1984年に結婚した桑名へのインタビュー（桑名［i2019])でもその活動について語られている。
★09　上智大学の学生の時の事故で頸椎損傷。1986年「ヒューマンケア協会」の設立時に事務局長、その後代表、「ＤＰＩ日本会議」議長、「全国自立生活センター協議会（ＪＩＬ)」代表、等を務める。著書に中西［2014]。
★10　1948年7月生、1999年2月没。1991年に「自立生活センター・立川」を設立、代表に。「ＤＰＩ日本会議」、「全国自立生活センター協議会（ＪＩＬ)」等でも活動。立岩［2019a］に新たに加えた第9章に「高橋修　一九四八〜一九九九」(立岩［2019b])。
★11　シャフィク・ウル・ラフマン Shafiq-ur-REHMAN(1977生)国籍はパキスタン。アジア太平洋障害者リーダー育成事業3期生(2001年)。障害は、肢体不自由(ポリオ)。
★12　これら福島の人たちのことについて青木他［2019］に詳細がある。

■文献

青木 千帆子・瀬山 紀子・立岩 真也・田中 恵美子・土屋 葉　2019　『往き還り繋ぐ――障害

者運動於＆発福島の 50 年』，生活書院
安積 純子　1990 「＜私＞へ――三〇年について」，安積・岡原・尾中・立岩［1990:19-56→2012］
安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也　1990 『生の技法――家と施設を出て暮らす障害者の社会学』，藤原書店
――――　2012 『生の技法――家と施設を出て暮らす障害者の社会学　第 3 版』，生活書院
権藤 眞由美　2021　「（未定）」（投稿中）
――――　2022　「（未定）」（投稿中）
平井 誠一　i2018　インタビュー　2018/01/29　聞き手：立岩真也　於：富山市・自立生活支援センター富山
Heumann, Judith; Joiner, Kristen　2020　Being Heumann，Beacon Press＝2021　曽田 夏記 訳『わたしが人間であるために――障害者の公民権運動を闘った「私たち」の物語』，現代書館
伊東 香純　2021　『精神障害者のグローバルな草の根運動――連帯の中の多様性』，生活書院
廉田 俊二　1987　『どこでも行くぞ、車イス！＜寝袋ひとつでヨーロッパの旅＞』，ポプラ社
桑名 敦子　i2018a インタビュー　2018/10/09　聞き手：田中恵美子　於：東京
――――　i2018b インタビュー　2018/12/02　聞き手：田中恵美子　於：東京
――――　i2019　インタビュー　2019/11/12　聞き手：立岩真也　於：京都
長瀬 修　　19970625　「カリフォルニアの光と闇――世界から・第五回」，『季刊福祉労働』75
中西 正司　2014　『自立生活運動史――社会変革の戦略と戦術』，現代書館
奥平 真砂子　i2018a インタビュ――半生のこと　2018/06/30　聞き手：立岩真也・権藤眞由美　於：東京・戸山サンライズ
――――　i2018b インタビュ――研修の仕事　2018/06/30　聞き手：立岩真也・権藤眞由美　於：東京・戸山サンライズ
尾上 浩二　i2020a インタビュー　2020/08/07　聞き手：立岩真也　＋伊東香純　於：（NPO）ちゅうぶ
――――　i2020b インタビュー　2020/08/07　聞き手：立岩真也・岸田典子　＋伊東香純　於：（NPO）ちゅうぶ
立岩 真也　2018　『病者障害者の戦後――生政治史点描』，青土社
――――　2019a 『弱くある自由へ――自己決定・介護・生死の技術　増補新版』，青土社
――――　2019b 「高橋修　一九四八～一九九九」，立岩［2019］
八木 勝自　2009　「勝自君の経歴（２００９年現在）」，『ブログ、八木勝自』https://ameblo.jp/yagi-katuji/entry-10236924280.html

Go to Berkeley and Accept from Asia

From an interview with Masako Okuhira

Mayumi Gondo

Keyword:
Disability、Difference、Berkeley、Independent Living Movement、Training

【論文（Peer Reviewed)】

戦後から 1970 年代までの病床数から検討する 国公立病床の担う役割の変容

立命館大学大学院先端総合学術研究科

酒井美和

要旨：

本稿の目的は、戦後から高度経済成長が終焉を迎える 1970 年代までを対象として、国公立病院が持つ病床数の推移から、国公立病床が担ってきた役割の変遷を明らかにすることである。そのために、『医制八十年史』（厚生省医務局）や『医療施設調査』（厚生省）を用いて、病床数などのデータ収集を行なった。また、政府発言や各種文献などから、国が国公立病床にどのような役割を期待したのか、また実際にその期待が病床数の増減として現れ、国公立病床がどのような役割を担ったと考えられるのか示す。

本稿で分かったことは、次の通りである。終戦直後の 1940 年代は国公立病床は主要な医療の担い手であり、日本人の死因 1 位であった結核の病床を担う役割であった。しかし、GHQ および日本政府の方針により、私立病床を整備する方向性が示されるだけでなく、疾病構造の変化により結核患者が減少することで、結核病床だけでなく、他疾病の病床も担う役割が求められるようになった。その時期に、重症心身障害児などの病床が親の会から求められるだけでなく、社会的にも関心が高まったことを受けて、重症心身障害児などを含めた、長期療養が必要となる特殊疾病患者の病床も担う役割へ変化した。

キーワード：

病床、医療、国公立病院、私立病院

1　背景

厚生労働省が調査・公表している 2019 年版の医療施設動態調査によると日本の病院の病床割合は、国公立が 26%、私立が 74%であった。しかしながら、1945 年は医療施設調査によると国公立が 61%、私立が 39%であり、年代によって割合が異なっていることが分かる。このように異なる理由は、直接的には、年代によって医療に関する法律や政策が異なるためであるが、その法律や医療政策を形作ってきたその時代の人々の意識や社会情勢、歴史などの違いが根底にある。科学が発展し、政治や経済などの情勢が変わるなかで様々な社会問題が取り挙げられるようになり、医療提供は誰が担うべきなのか、国はどのように医療に関わるべきなのか等について議論されてきた。次第に医療提供に関わる各種の法律が整備され、それらに基づいて国や民間組織

によって病院が設立され医療は提供されてきた。よって、2019 年の日本において国公立病床が約 3 割、私立が約 7 割である状況は、今までの日本の時代によって異なる社会背景などが根底にあり、人々が医療に関して検討するなかで病床が設置されてきた結果であるとも考えられる。

1948 年に医療法が成立して以降、何度も医療について様々な委員会や国会などにおいて議論され、医療に関する基本的な事項を定めた医療法が改正されてきた。2014 年には、将来の今以上に進むであろう超高齢社会に対応した医療提供体制を構築するため「医療介護総合確保推進法」が成立し、全国の病床再編が目指されることになった。それを受けて、2019 年に厚生労働省から再編統合について特に議論が必要な公立・公的 424 病院が公表され、公立・公的な病院が担うべき役割や必要な病床数が論点の一つとなった。今までに厚生労働省は国が担うべき医療として政策医療を示しているが、再編統合の病院が公表されて以降、公立も含めた、国公立病院が担うべき役割について、ますます議論されようとしている。2021 年 7 月には、厚生労働省の「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」の会議が開催され、新型コロナウイルスの感染拡大に配慮しながら、将来の日本社会を見据えた病床再編成について検討が進められており、今後の日本における公私の病床のあり方が議論されようとしている。

2　本稿の目的

本稿の目的は、戦後から高度経済成長が終焉を迎える 1970 年代までを対象として、国公立病院が持つ病床数の推移から、国公立病床が担ってきた役割の変遷を明らかにすることである。病床は私立病院でも設置することができるが、今まで国は国公立病院を設立し、病床数を増加させてきた。そこには、私立病床に委ねることはできない、国公立の病床が望ましいと国が判断した理由と背景があるはずであり、すなわち国公立病床に国は何らかの役割を期待して設置してきたと言えるだろう。本稿では、政府発言や各種文献などから、国が国公立病床にどのような役割を期待したのか、また実際にその期待が病床数の増減として現れ、国公立病床がどのような役割を担ったと考えられるのか示す。

また、本稿では戦後から 1970 年代までを対象とする。戦後から現在までの医療提供体制の歴史は、平成 19 年版厚生労働白書において、おおむね 3 期間に分けられており、1 期：医療基盤の整備と量的拡充の時代(おおむね 1945 年から 1985 年まで゛)、II 期：病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代(おおむね 1985 年から 1994 年まで゛)、Ⅲ期：医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代(おおむね 1992 年以降)とされているが、本稿では 1 期のうち 1945 年から 1979 年までを 1 つの期間と捉える（厚生労働省 2008:4)。

戦後から高度経済成長が終焉を迎える 1970 年代までは、日本の急激な経済成長を背景に、国は方向性としては積極的に医療提供体制および病床数の拡充を図ってきた。1949 年に社会保障制度審議会が報告した「社会保障制度の確立のための覚書」では、「医療組織については総合的規格のもとに公的医療施設の整備拡充をはかる」とされ、1951 年には公的医療機関に対して国庫補助も始められた。政策面においては、1961 年に国民皆保険により誰もが受診や入院しやす

い環境が作られ、1973 年には老人医療費の無料化が行われた。このような病床の整備と医療政策の拡充は、1973 年の第一

次オイルショック、1979 年の第二次オイルショックによる不況の到来により、これを境に見直しが検討されるようになる。そこで、本稿では戦後の 1945 年から第二次オイルショックが起きた 1979 年までを 1 期間と捉え、戦後から 1970 年代までを対象とする。

本稿では、背景で述べたように、現在、議論が始められた国公立病床の役割について検討するが、病床再編の議論では、将来に焦点が当てられるあまり、どのような経緯を経て、なぜ現在のような病床構成に至っているのかについての議論は不十分のままとなっていると考える。将来を論じるためには、過去の事例や今までの経過がどうであったのかについて理解することが不可欠であり、それを為すことで、ようやく現在の位置付けを把握し、将来を論じることが可能となる。そうでなければ、過去の繰り返しや同様の失敗に至ることがある。しかし、現在の議論では、「医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成する」（医療法第 30 条の 14）ために、公立・公的医療機関等については、「将来に向けた担うへ゛き役割や病床数の具体的対応方針を策定」（公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について、医政発 0117 第 4 号 2020 年 1 月 17 日）することに焦点が当てられ、医療計画の策定が始められた 1980 年代以降が議論の対象となりやすい。そのため、戦後から 1970 年代までの経過が見落とされていると考える。よって、本稿では見落とされてきた戦後から 1970 年頃までを対象として、国公立病床が担ってきた役割を明らかにすることで、今後の病床再編の議論に資すことができると考える。

また、本稿を通して、国公立病床に対する基本的な考え方を振り返ることができる。戦後復興を経て、高度経済成長期の 1961 年に国民皆保険・皆年金が成立し、日本の現在につながる基本的な社会保障制度が構築された。医療提供体制においても、この間、順調な日本経済を背景に私立病床は増加しており、そのままの流れで殆どの病床を私立に委ねるという選択もあったが、現在に至るまで国公立病床は全病床の 3 割程度を維持しつづけている。つまり、この時に日本の病床はそのまま私立中心を加速させるのではなく、国公立病床も維持しようとする選択がなされたとも考えられる。そこには、国公立病床には私立とは異なる何かの役割を期待したからこそ、現在に至るまで国公立病床が維持されているのではないだろうか。よって、本稿を通して、国公立病床の役割の変遷を明らかにすることで、現在に繋がる国公立病床に対する基本的な考え方を振り返ることができると考える。

3　研究方法

1）使用する文献等

本稿では､病床数などのデータ収集のために､1945 年から 1953 年までの数値については 1955 年に厚生省が発刊した『医制八十年史』（厚生省医務局 1955）を用いる。本誌には総病床数や種

別ごとの病床数が掲載されているが、1947 年・1948 年の 2 年間においては、総病床数等は掲載されているものの、国立・私立別の病床数はデータなしとして記載されているため、本稿においても図１・２の 1947 年・1948 年の国立・私立別の病床数についてはデータなしとなっている。また、同じく総病床数は掲載されているものの 1946 年の結核病床数および 1950 年の感染症病床数はデータなしとして記載されているため、病床別の推移を示した図 4 は全種別のデータが分かる 1951 年以降をもとに作成した。

1954 年から 1979 年の病床数などのデータ収集には、厚生省が 1951 年版から現在まで毎年発刊している医療施設調査(1973 年からは、医療施設動態調査・静態調査に変更）を用いる。本調査では、全国の病院や診療所の病床数などが収集され、公表されている。医療施設調査は年によって集計されている項目が異なる場合があり、本稿に用いた国立・私立別開設者のなかの法人の種類まで分かるデータや、同じく国立・私立別の病床の種別については 1954 年版から集計されているため、これらのデータを用いて作成した図 3 および、図 5 から図 7 は 1954 年以降のデータをもとに作成した。

２）国立・私立病床などについて

本稿で国立とは、厚生労働省・文部科学省・労働福祉事業団・三公社などを開設者として指し、公立とは都道府県および市町村を開設者として指す。よって、国公立とは、これらを含めた国立および公立を指し、国公立病床とは国立・公立病院によって設けられた病床、私立病床とは国公立以外の法人である、社会保険関係団体・会社・個人などによって設けられた病床を指す。
また、本論文における国会の発言や答申などの引用に出てくる公的医療機関とは、発言者や答申・報告書などの文脈によって、医療法上の公的医療機関（医療法第 31 条に定められている都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会などによって設立された病院であり国立は含まれない）を指す場合と、これらだけでなく国立病院も含めて指す場合がある。

３）本論の流れ

本論の流れとしては、次節の「4　現在までの研究」において、まずは関連する先行研究を確認する。次に、「5　戦後から 1970 年代における病床推移の概要」において、本稿が対象とする 1945 年から 1979 年までにおける病床推移の概要を示す。その後、6 からは年代ごとに検討し、6 では 1940 年代、7 では 1950 年代、8 では 1960 年代、9 では 1970 年代における国公立病床数の推移と役割の変容について示す。それにより、1940 年代は国公立が病床提供の主体であり、結核患者に病床を提供する役割を担っていたが、結核患者の減少や国公立病床の規制が始まることで、他の役割も模索するようになったことを述べる。そして、病床数を減らしながらも、常に結核病床と感染症病床においては病床提供を担いながら、新たな役割として求められるようになった長期療養が必要となる特殊疾病患者に対する病床提供の役割も担うようになった変化について明らかにする。

4　現在までの研究

現在までの病床数に関する研究は、古いものとしては小林の「所要病床数の推計方法」、近年のものとしては、松田の「医療の可視化と病院経営(第 9 回)DPC および NDB データを用いた病床機能別病床数の推計方法」、井出の「入院受療率のトレンドとアクセス性を考慮した必要病床数の推計」がある（小林 1961；松田 2015;井出 2015)。これらは、病床数データを元にした将来推計の研究であり、本稿では、これらの研究では中心には置かれなかった戦後から 1970 年代までの病床数に焦点を当てる。

また、医療供給体制に関する研究としては、河野の「占領期の医療制度改革の展開に関する一考察――医療供給体制の整備を中心に」があるが、占領期が中心となっており、本稿では占領期も含めて 1970 年代までを対象とする(河野 1990)。

公的な病院の役割や病床に関する研究については、井上の「(2) 国立病院・療養所の役割」、山本の「公立病院の経営効率性は改善しているのか?:未利用病床数に対する裁量の限定を考慮した DEA による検証」などがある（井上 2002;山本 2020)。前者については、今後、担うべき役割について検討し、後者については経営の視点から論じており、本稿が主題とする国公立病床が今まで担ってきた役割の変容については検討がなされていない。よって、本稿では今までの研究が対象としてこなかった期間や国公立・私立別、病床別を対象とすることで、戦後から 1970 年代における国公立病床の役割の変遷を明らかにする。

5　戦後から 1970 年代における病床推移の概要

本節では、次節以降で年代ごとに検討するために、まずは本稿が対象とする 1945 年から 1979 年における病床の推移を示す。国公立・私立病院が持つ病床数の割合を示したものが図 1 である。終戦直後の 1945 年は国公立で 61%、1946 年は 64%と過半数を占めていた。1947 年・1948 年については、総病床数は公表されているものの国公立・私立病院別の病床数は公表されていないため国公立・私立の病床割合は不明である。1949 年の国公立病床の割合は、1946 年と比較すると 16%も占める割合が下がり 48%になっており、50%を下回っているが、1950 年 1951 年は微増し、1951 年には 54%まで国公立病床が占める割合が増えている。このように、1945 年から 1951 年の間は、国公立・私立病床割合の推移は一定ではないが、この間の病床設置などの医療政策は、日本の占領政策を実施した連合国軍機関である連合国最高司令官総司令部（General Headquarters、以下 GHQ）の指示のもとにあるため、GHQ の方針による影響があると考えられる。終戦後の日本は GHQ による間接統治を受け、それは「連合国軍最高司令官が直接、命令を国民に発出するのではなくて、覚書などの指令を終戦連絡中央事務局などをとおして、日本政府につたえる、日本政府はそれを法律・命令・規則・通牒などの形式になおして都道府県庁に伝える」方式であった（竹前 1988:10)。覚書は、連合国最高司令官（SCAP:Supreme Commander for the Allied Powers）からの指示であり、SCAP Index Number として番号が付され、SCAPIN-

775 のように日本政府に発令された。よって、日本の医療に関する GHQ からの指示も SCAPIN により発令されている。このような GHQ の間接統治による占領は 1952 年に終わるが、その後、国公立病床が占める割合は徐々に減少し、1979 年には 30%まで減少していた。以上から、国公立病床の割合の傾向は 1951 年までは一定していないが、その後は、毎年度、１～３％程度の割合で徐々に減少していた。

また、割合ではなく実際の病床数を見たものが図 2 である。国公立の病床数は 1945 年から 1960 年頃までは、毎年、約 20,000 床が増えているが、1960 年頃からは毎年、約 5,000 床ほどの緩やかな増加数に留まっている。一方、私立による病床数は国公立以上に急激に増加しており、1954 年に国公立より病床数が多くなってからは、それ以後も毎年、約 20,000 床が継続的に増加している。したがって、図１に示した国公立が占める割合が減った原因は、私立病院の病床数が国公立以上に増えたためであると言えるだろう。では、私立病院の開設者には、どのような者が含まれていたのか見るために、私立として１つに合計していた開設者のうち、上位２者（医療法人・個人）とその他の３者に集計しなおしたものが図３である。医療施設調査において国立と私立だけでなく、私立病院の法人別による病床数まで分かるように集計されているのは 1954 年からであるため、図３は 1954 年から 1979 年までの推移となる。1954 年に最も病床数が多かったのは公的医療機関（都道府県、市町村、地方公共団体の組合等）であり、次に国立、その他（社会保険関係団体、学校法人、会社等）、個人、医療法人の順であった。1954 年以降、全ての開設者が病床数を増加させているが、図３が示す通り、医療法人が飛びぬけて継続的に増加している。そのため別に後述するが、私立の病床数が増加した要因は医療法人にあり、私立の中でも医療法人が増床しやすい背景があったと考えられる。

以上のことから、国公立と私立病床の数と占める割合は年によって変化していることが確認できた。GHQ の占領期間であった 1952 年頃までは GHQ による影響が考えられ、1953 年以降は国公立の病床割合は継続的に減少し、私立病床のなかでも医療法人による病床が増加していることから、医療法人が増床する要因があったと考えられる。このような病床数と割合の変化は、何が影響し、国公立病床の役割はこの変化の中でどのように変わったのかについては、以降で検討する。

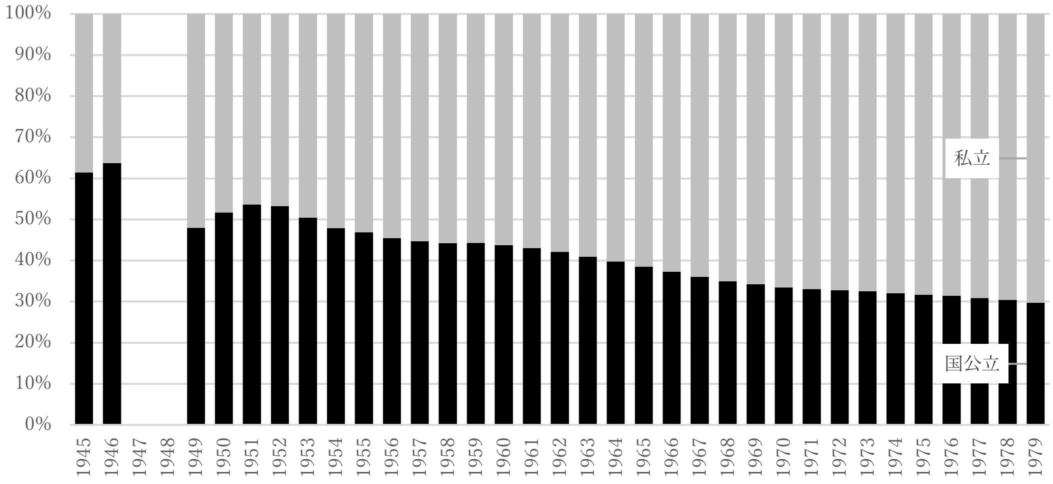

図 1　総病床数に占める国公立・私立病院の病床割合

1946 年・1947 年はデータなし

1953 年までは「医制八十年」、1954 年以降は医療施設調査から作成

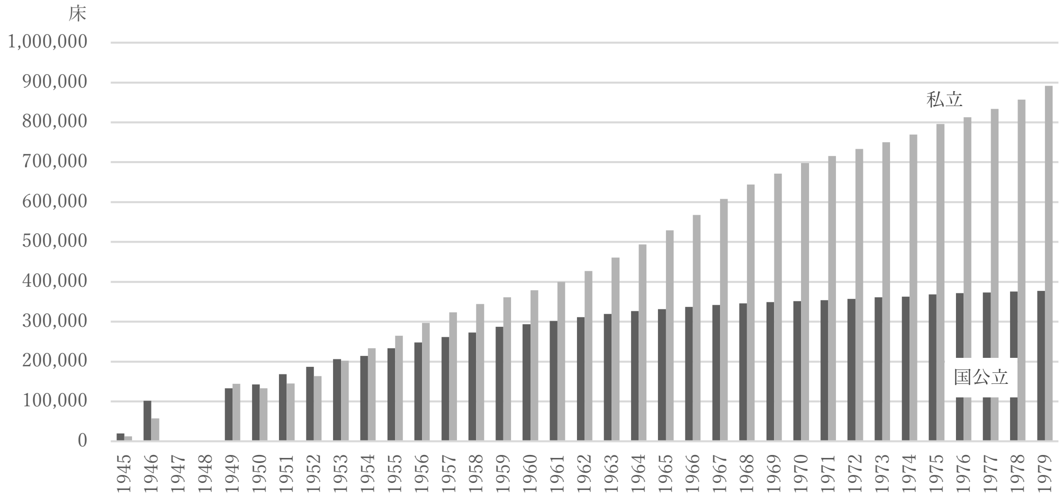

図 2　国公立・私立病院の病床数

1946 年・1947 年はデータなし

1953 年までは「医制八十年」、1954 年以降は医療施設調査から作成

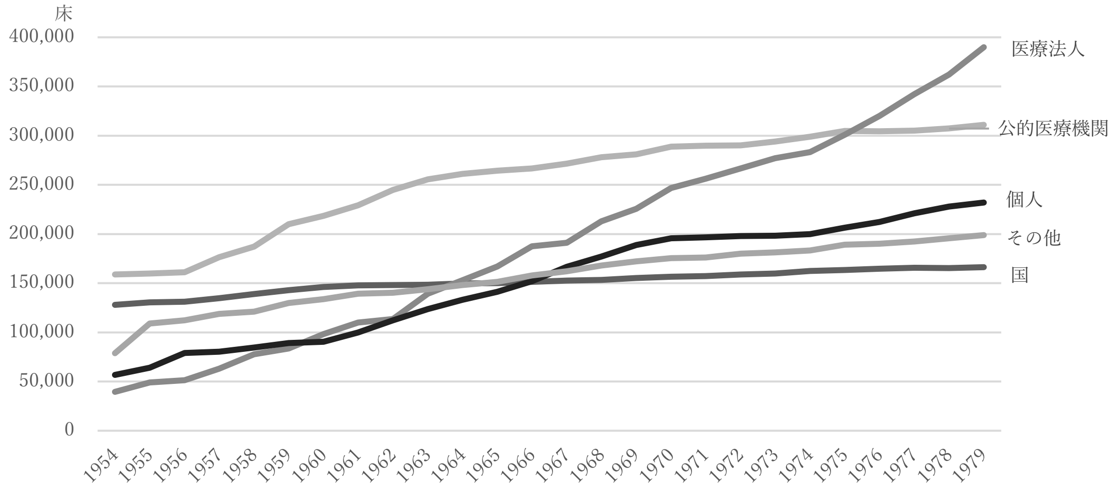

図 3　開設者別の病床数

医療施設調査において開設者別に集計されている年が 1954 年からとなるため開始年は 1954 年となっている

公的医療機関には、都道府県、市町村、地方公共団体の組合などが含まれる。

その他には、社会保険関係団体、学校法人、会社などが含まれる

6　戦後の 1940 年代における病床

1）本節の流れ

本節では、1945 年から 1949 年における国公立病床を取り巻く状況について述べる。GHQ から傷痍軍人施設などが返還され、厚生省へ移管されることにより国公立病床は急増し、主要な医療提供者の役割を担った経緯を明らかにする。

2）傷痍軍人施設などの移管

『医制八十年史』における 1945 年の病院数を見ると、国公立病院が占める割合は 46%となっているが、国公立は大規模病院が多く、病床数で見るならば図 1 に示した通り総病床数の 61%が国公立病院の病床であった。よって、1947 年・1948 年を除いて、1953 年までは国公立が総病床数の過半数を占めており、主な病床提供主体であったと言える。1979 年には占める割合が 30%まで減少した国公立の病床数が、どのような理由で、1953 年頃までは主な病床提供主体として成り得たのだろうか。それには、1945 年から 1952 年までの占領期における GHQ の方針を背景とした、医療体制の整備の影響があると考えられる。

日本政府は戦後、GHQ より発せられた SCAPIN による指示を受けたり、GHQ との交渉などを通して様々な行政を行っていくが、医療については 1945 年 9 月 22 日の GHQ 覚書「公衆衛生対策に関する件（SCAPIN48)」から戦後の医療整備が始められた。覚書では、「軍以外の病院、結核療養所及び診療所をできる限り早急に再開し、または継続すべし。病院施設不足ならば応急

病院として利用し得べき学校その他の建築物を調査すべし」と示されたことで、一般病院や診療所の再開が始まった（社会保障研究所 1968:2)。

国立の傷痍軍人向け医療施設であった軍事保護院については、1945 年 11 月 13 日の GHQ 覚書「軍事保護院」により「日本政府は、軍事保護院のあらゆる病院、療養所、患者収容所そのほか病院施設の監督権を厚生省の一般市民の医療に責任を負う期間に移管すること、およびこれらの諸施設において行う入院医療は、退役軍人およびその家族に限定しないこと」として、軍事保護院は厚生省へと移管が指示された（厚生省医務局 1955：5-6)。その後、同じく国立の軍事病院である陸海軍病院に関する GHQ 覚書も出され、「日本政府は、内務省が日本陸海軍の全病院、療養所、および他の療養施設の監督権を占領軍司令官より受領した際には、直ちに一般市民の医療に責任を有する厚生省に移管すること、およびこれらの諸施設において行う入院医療は、傷痍軍人及びその家族に限定しないこと」とされ、軍事保護院だけでなく、陸海軍病院も同じく厚生省の管轄となることが示された（厚生省医務局 1955：5)。このような経緯で GHQ から厚生省へ軍事保護院および陸海軍病院が返還されることで、厚生省が管轄する国立の医療施設であっても、軍とは引き離され、これまで軍関係者用であった軍事病院が、関係者だけでなく一般市民も対象とした国立病院へと変わったのである。

このような軍事病院だけでなく、日本全土の医療体制構築を目指していた日本医療団の病床も厚生省へ移管されており、これも戦後の国公立病院数の増加に寄与している。日本医療団は、戦時中である 1942 年に政府から 5 年間で 1 億円の出資を受けて創設された組織であり、「国民体力の向上に関する国策に即応し医療の普及を図るを以て目的とす」（国民医療法第 29 条）とされた組織である。日本医療団では、全国における既存の公立病院や民間病院などを譲り受けたり借り受けたりすることで全国的な管理体制を構築し、保健医療の体系化が構想された。しかしながら、終戦後、GHQ からの日本医療団の取り扱いについての回答に基づき審議された結果、一般病床を都道府県へ、その他の結核病床・ハンセン病床等は厚生省へと移管が決められ、1947 年には閣議において日本医療団の解散が決定された。それにより、全国に設立されていた軍事保護院、陸海軍病院は厚生省へ、日本医療団のもつ一般病床の多くは都道府県へ、その他は厚生省へ移管され、国立（厚生省）と公立（都道府県）の病床数が急増する状況となった。

３）医療法制定まで

1946 年 2 月には、GHQ 覚書「社会救済（SCAPIN775)」により、日本政府は都道府県や地方政府機関を通し、困窮者に対して平等に差別なく食料や医療を提供する全国的政府機関を設立すること、そして私的または準政府機関に委任しないことが明記され、医療提供における国の責任が示された。これにより、国の責任の下、国公立病院が担うべき役割として、困窮者を含めた日本国民に対して平等な医療の提供が示されたが、では、どのように実際に医療を提供するのかについては、日本政府に検討が迫られた。

ちょうどその頃、日本における社会政策研究の中心的人物の一人であった大河内一男らは、社会保障制度について研究するため研究者たちと社会保障研究会をつくり社会保障案をまとめた。

本案では、「医療は国営を究極の目的とし、それに到達するまでは社会保険運営の医療施設を全国的に設置する。」、「医療は国営を原則」として、医療は国営を中心とすることが提案された（社会保障研究所 1968:159）。そして、日本政府は社会保障制度について検討するため、1946 年 3 月に「社会保険制度調査会」を設置したが、そのうちの小委員会では、大河内らの社会保障案を下敷きとして「現行保険制度の改善方策」を答申として取りまとめた。本答申では医療制度について「公的医療機関はこれを拡充整備すること」として、ここでも医療については公的な機関が中心的に関わっていくことが提案されている（社会保障研究所 1968:163）。その後、1947 年 2 月には医療制度審議会が設置され、厚生大臣からの諮問を受けて翌年に「医療機関の整備改善に関する答申」を公表したが、社会保険制度調査会の報告を引き継いで、公的医療機関を中心とした医療の拡充整備の必要性を説いた。私的医療機関については、「公的医療機関の及ばない場合並びにこれを必要としない対象に対する医療機関として存置すること」として、公的医療機関の補助役として位置付けられた（社会保障研究所 1968:532）。

以上のように、日本政府は GHQ からの指示に基づき日本における医療に関して、社会保険制度調査会や医療制度審議会などにおいて検討を行い、医療は国公立を中心とする方向性を示した。一方の GHQ 側の動きとしては、アメリカ政府に日本の社会保障に関して調査を要請し、1947 年 8 月にワンデルを団長としたアメリカ社会保障制度調査団が来日した。翌 1948 年に勧告をまとめて GHQ に提出しており、そこでは、「病院の公的奉仕の性格を認識せしめる事」、「単一の総合的計画により全国的病院組織を確立すること」、「病院の設立費用は、公金により、主として国庫負担となす事」、「病院の経常費の大部分は、公金によりまかなはるべき事」とされ、医療は公的なものであり、公金により設立および運営されることが勧告された（社会保障研究所 1968:24-97）。

このように社会保険制度調査会や医療制度審議会の答申、ワンデル勧告において、日本の医療提供について、国公立中心の方向性が示された。これらの方向性を実行するため医療に関する法律の検討が求められ、1948 年 3 月には日本政府によって医薬制度調査会に「国民医療法改正の具体的方針如何」が諮問された。同調査会は医療法案等を答申し、厚生省は答申を基に医療法案を作成した。医療法案は GHQ により一部修正され、1948 年 7 月に医療法は成立し、病院は 20 床以上、診療所は患者を 48 時間以上は収容できないこと、必要があれば国は設置費用の一部を補助することなどが定められた。また、先の医療制度審議会の答申を取り入れて、医療提供は公的医療機関を中心とした想定がなされ、公的医療機関は、「都道府県、市町村、その他厚生大臣のさだめる者の解説する病院または診療所をいう（第 31 条）」として定められた。

以上のように審議会の答申や勧告などを取り入れながら、国公立病院に主な医療提供者としての役割を担わせた医療法が 1948 年 7 月に成立した。このような流れであったため、図 1 ～ 3 において示されたように、戦後初期である 1940 年代は、GHQ による医療機関の接収や日本政府への返還などがあり、国公立病床の割合の推移は一定ではなく年によって異なる結果に繋がったと考えられる。そして、公的機関による医療提供が GHQ の方針として示されたため、日本政府による国公立病床の整備が行われ、国公立病床の割合が高くなったと言えるだろう。

４）国公立病床の増床鈍化

　前述したように、医療提供者として、国公立を中心とした整備が目指されたたが、1950 年頃に国公立病床の増床数が鈍化し始める。その最初のきざはしは、まだ国公立病床が過半数を占めていた 1948 年に見られた。
1948 年 8 月にマッカーサーの要請により、アメリカ医師会調査団が来日した。GHQ で日本の医療関係を統括していた C.F.サムス（公衆衛生福祉局長）によると、その理由は以下の通りであった。

> 「1947 年社会保障制度調査団が合衆国の連邦社会保障総局から招かれて来日し、調査と勧告を行なった。その諮問委員会が滞在中、アメリカの国会議員が連邦政府社会保障総局のいく人かと、GHQ 公衆衛生福祉局が結託して、日本で強制国民健康保険制度を使って国家医療をしようという黒い陰謀があると中傷した。これは全く事実に反することであったが、アメリカ本国では、公の議論を巻き起こした。ある者はわれわれを支持し、ある者は批判した。そこでわれわれは、アメリカ医師会の代表から成る使節団の来日と事実調査および勧告を要請した」
> （C.F.サムス 1986:355）

　上記の回想でサムスは、アメリカでは医療は私立が中心となっているがワンデル勧告では医療は国公立主体とすることを唱えており、国家医療を日本で実施することはアメリカの私立中心と異なるため、これは黒い陰謀であるとして中傷されたと述べている。そのため、アメリカ医師会調査団が来日し、ワンデル勧告に関わる事実の調査と新たなる報告が行われた。アメリカ医師会調査団による報告は、「日本側関係公私団体の公衆衛生並びに福祉計画、特に社会保険の医療分野を検討し、変更を企画するにあたっての助言と、参考の書」（社会保障研究所 1968:98）とされ、ワンデル勧告とは異なる方向性が示された。ワンデル勧告では国公立中心の医療が勧告されているが、アメリカ医師会調査団の報告書では、それは権威の集中であり、社会主義的計画であるとして非難された。そして、「然しながら、我が国に於けるアメリカ病院協会の如き任意団体が病院計画を拡充、改良する重要な要素となるべきことはあり得る事である」（社会保障研究所 1968:104）として、任意団体等による病院計画が重要な要素となるとして指摘されたのである。
　また、ワンデル勧告に基づき、1949 年に社会保障制度審議会が設置されたが、審議会においても徐々に、国公立病院を中心とした医療から私立病院へと流れていく。1949 年 11 月の総会において「社会保障制度の確立のための覚書」が可決され、そこでは「医療組織については総合的規格のもとに公的医療施設の整備拡充を図るとともに、開業医の協力しえる体制を整え、また公衆衛生活動の強化拡充をはか必要がある」とされ、国公立病床の整備拡充は変わらないものの、私立病床を提供する開業医との協力体制を整える方向性が示された（社会保障研究所 1968:171）。

５）国公立病院の特別会計化

前述してきたように、1946 年に社会保障の中心人物の一人であった大河内一男らが提案した医療は国営の路線は日本政府の方針となり、GHQ のワンデル報告においても国公立中心の方向性が示された。しかし、サムスが回想で述べたように、私立病院が中心であったアメリカ本国では、国公立中心を示したワンデル報告は糾弾され、新たにアメリカ医師会調査団が派遣された。アメリカ医師会調査団は報告書においてワンデル報告とは異なる意見である、私立の任意団体による医療提供組織を整備する方向性を示した。それは、助言と参考の書としての報告書であったが、日本政府はアメリカ医師会調査団の報告書を受けて、国公立病床整備の促進に、変化が見られ始めた。その最初の端緒となるのが、1949 年の国立病院の特別会計化である。一般会計を特別会計にすることで、一般会計とは別に特定の収入と特定の支出として資金の流れを明確化できるが、国立病院の特別会計化では、今までより患者の医療費が高額になることが懸念された。厚生技官（医務局長）東龍太郎および、厚生事務官（医務局次長）の久下勝次は、特別会計化に関して、以下のように述べている。

「先ほどから繰返して申し上げております通り、特別会計になったから、今までの國立病院の性格をかえるようなことは絶対にございません。と申しますのは國立病院は一般の國民に対して平等に医療を行う機関である。この國立病院の本質が、國としてそれを守っておる限りさようなことは絶対にないことを私から申し上げます。」（第 5 回国会衆議院厚生委員会第 8 号 1949 年 4 月 13 日東龍太郎発言）

「結局國立病院の経営はやはり当然医療費のとれる人からは医療費をいただいて医療を行って行くというのが建前であります以上、そういう面における能率の増進ということが、特別会計をやることによって相当期待せられるということは大なる利点であると思うのであります。そういたしますことは、同時に病院の歳出の面におきましてもむだを省いて行き、あるいは職員の勤務につきましても適材を適所に配置いたしますとかいうようなことが、当然特別会計の実施によって期待をせられますので、それらの点から病院全般が能率的になって行くということは、國立病院の運営上特別会計制をとる利点であると考えるのであります。」（第 5 回国会衆議院厚生委員会第 8 号 1949 年 4 月 13 日久下勝次発言）

東は国立病院は一般の国民に対して平等に医療を提供する役割を担っており、それは今後も変わらないことを述べた。久下は、特別会計化することで基本的に有料として診療費を徴収する方向を推し進めること、人事面でも効率化を行うことを利点として述べている。国立病院の役割として平等な医療の提供が述べられたが、今まで基本的に無料または減免による軽費であったために経済的事情によらず受診や入院が可能となっていたものが、基本は有料とし、減免による軽費の措置を講じる体制への変化が行われたのである。戦後、医療は国が提供するものとして国公立病床の整備拡充が行われ、経済的事情によらず誰もが入院できる病床が基本であったが、病

床数が増え入院できる患者は増えたものの基本は有料へと変わったのであった。

7　1950 年代：国公立病床の減少

1）本節の流れ

本節では、1950 年代における国公立病床の推移と求められた役割について検討する。1950 年代に入り、国公立病床の割合は減少し、代わりに私立病床が増加していく。特に、国の方針により、医療法人が顕著に増床し、今までは医療は国公立が主体として提供する役割を担っていたが、私立の中でも医療法人に医療提供の役割が期待されるようになる変化を述べる。そして、国公立には、結核患者が減るなか結核病床は維持しつつも僻地への病床設置の役割が新たに期待されるようになった経緯を検討する。

2）国公立病床の割合の減少と私立病床の増加

前述してきたように、国立病院は特別会計化され診療費は有料が基本となるなか、1950 年頃から私立病院に対する整備も始められた。1950 年の社会保障制度に関する勧告では、「公的医療機関や私的医療機関は本制度に協力し、これに従事するものの生活安定をはかる必要がある。国は以上の施設の推進と拡充のために大幅の補助をなすとともにその責任をもたねばならぬ。ただし、施設の設置や運営については地方公共団体が中心となることが望ましい」とされたが、「以上のような立場から、私的医療機関の普及とあわせて医療機関の整備はつぎのようになされなければならない」として、初めて私立病院の普及が明記された。また、「医療機関は公私を問わず、本制度に協力参加すること」も記載され、公私を問わないとすることで、今までの公的医療機関が中心であった病床提供が、徐々に私立病床の設置へと舵が切られたことが窺える（社会保障研究所 1968:196-197)。

私立病床の増床へと向けた動きは、図 1〜3 においても見ることができる。図 1〜3 において、1951 年以降、国公立病床が占める割合が減少し、私立病床の増加、特に医療法人による病床が増加していることを示した。この要因としては、1950 年に施行された医療法人制度がある。厚生事務官の久下勝次（医務局次長）は、以下のように、医療法改正の文脈において、財政上の理由から公的医療機関の整備が十分には行われておらず、医療機関整備のひとつとして医療法人制度の創設の必要性について述べている。

> 「ことに医療法におきましては、御承知の通り公的医療機関の開設に対して、国庫補助を与え得る規定もございますが、先般御審議をいただきました予算にも現われております通り、私どもの希望にかかわりませず、財政上の理由から、この方も十分に実現を見ていないというふうなことであります。これらの問題が未解決のままに、この法案が改正になったからといつて、ただちに医療機関が整備できるというふうには考えておらないのでありますが、少

くとも医療機関整備に関する一つの隘路を打開するということにはなり得ると考えておりますとともに、お話のありましたような点、その他医療機関整備の障害となっておりまするような各般の事態につきましては、私どもとしては、今後全力を盡しまして、その改正に努めたいと思っている次第であります。」（第 7 回国会衆議院厚生委員会第 25 号 1950 年 4 月 10 日）

上記に示したように、1950 年の厚生委員会における医療法改正の文脈において、財政上の理由から医療法人という私立病床を設置できる新たな私立法人について言及されており、その後、医療法の改正により医療法人制度は成立した。また、医療法人について 1950 年 8 月 2 日厚生省発医第 98 号各都道府県知事宛厚生事務次官通知において、「本法制定の趣旨は、私人による病院経営の経済的困難を、医療事業の経営主体に対し、法人格取得の途を拓き、資金集積の方途を容易に講ぜ゛しめること等により、緩和せんとするもので゛あること」と明記されており、私人による病院経営がしやすくなるよう意図されて作られたものが医療法人であったことが分かる。前述したように、1950 年の社会保障制度に関する勧告において、私的医療機関の普及と整備の必要性についても述べられ、国による私立病床の整備が示されただけでなく、実際に私立病床が設置しやすい医療法人がつくられた。それにより、私立病床設置の基礎は整えられ、特に医療法人が設置しやすい環境が作られ、1950 年代以降において医療法人による増床に繋がったと考えられる。

３）結核病床の推移

1950 年代以降の病床別割合の推移を示したものが図 4 である。1946 年は結核病床数がデータなし、1950 年は感染症病床がデータなしのため、図 4 は 1951 年から作成した。図 4 には示されていない 1945 年については、一般病床が 67%、感染症病床が 18%、精神病床が 13%、結核病床が 0.5%であった。1945 年には、わずか 0.5%しか設置されていなかった結核病床は、GHQ による結核患者の隔離や入院の命令により急激に病床数を伸ばし、1955 年には全病床の 47%が結核病床となった。1955 年に全病床の半分が結核病床であった背景には、世界の傾向と同様に日本でも結核が蔓延していたことにあり、1947 年から 1950 年における日本人の死因第一位は結核であった。しかし、結核が死因となる順位は、1951 年～1952 年には第 2 位、1953 年には第５位へと変化し、その代わり、1951 年からは脳血管疾患が死因 1 位、2 位には悪性新生物が上がってくるようになった。つまり、1950 年頃まで日本人の結核による死亡割合は増加するが、その後は減少するという傾向を辿っており､病床はその傾向を 5 年ほど遅れて後追いする形で、1955 年まで結核病床の割合を増加させ、その後、減少するという推移を示した。

図 5 は、結核病床の開設者の推移である。病床別の開設者が集計され始めた年が 1954 年になるため､1954 年から 1979 年の推移となっている｡1954 年以前については詳細は分からないが、国立結核療養所の病床が総結核病床に占める割合が、1947 年は 64%、1948 年は 66%となり、その後、減少を始め、1949 年は 54%、1950 年は 53%、1951 年は 46%となっていることから

()、1950 年頃まで結核病床の約半数は国立であったと考えられる。また、図 5 が示すように公立も含めた国公立の結核病床の割合で見ると、常に 50%以上を国公立が占めている。以上から、1940 年代は結核総病床の 6〜7 割が国公立であり、日本人の最も高い死亡原因となる結核の治療と療養を国公立病床が担っていたと言える。その後、1950 年に入り、結核が死因となる割合が減少し、図 5 が示すように 1950 年代後半から結核病床数は減少し始めるものの、国公立は結核病床においては 50%以上の割合を占めていた。したがって、私立などが結核病床を減らすなか、結核については、主な病床提供者の役割を国公立が担い続けたことが分かる。

４）国公立に対する僻地における病床設置への期待

前述したように、1950 年代に日本人の主な死因は結核から脳血管疾患や悪性新生物に移り変わり、それに合わせて図 4・図 5 が示したように結核病床が減り、一般病床が増え始めるというように病床構成も変わり始めた。1950 年代は病床の面においては、結核から脳血管疾患などの病に対応できる一般病床へと転換する動きが起こり始めたと言える。このような変化を受けて、総合的な病院計画について検討の必要性が唱えられるようになる。1956 年に社会保障制度審議会は「医療保障制度に関する勧告」を公表し、医療における機会の不平等について指摘し、以下のように勧告している。

「医療法制度の確立に当って、国がもっとも力を注がねばならないのは、私的医療機関をも含めての医療機関網の整備である。ことに無医村解消のための積極策としては、公営診療所などの設置など公的医療機関網の整備が必要となってくる。もちろん、このことは従来しばしばみられたような公的医療機関の濫設を意味するものであってはならない。とくに国民経済力と見合わないようなぜい沢な病院が一地域に多数偏在するごときは厳に戒めなければならないとともに、今後はいやしくも公的資金により開設設置される病院については、それがどの省の所管に属するとしても、医療機関網の計画的整備の見地から、強力に、その地理的配置、規模、設備、機能などについての規制を行うべきである。」（社会保障研究所 1968:231）

「つぎに、公的医療機関の中枢となるべき国立病院については、従前の軍施設を引きついだものなどが多く、その配置の均衡、立地条件その他についての問題が少なくないから、この際体型的にその整備を断行する必要がある。」（社会保障研究所 1968:232）

このように勧告では、私立病院も含めた医療機関ネットワークの構築、偏在する病院立地の是正、特に無医村解消のため国公立病院・診療所の整備が必要であるとするが、従来みられたような公的医療機関の濫設であってはならないと公的医療機関の設置については警告している。また、医療機関網の計画的設置のために、公的資金による病院については規制を行わなければならないとして、規制の必要性を記している。

以上の流れのなか、「医療機関整備計画」（1950 年）や「基幹病院整備計画要綱」（1951 年）

を基に、1959 年に厚生省は医療機関整備計画案を公表した。本計画案では、診療所の整備は私的医療機関を中心として整備すること、僻地については公的医療機関の出張診療所を設置することとされた。また私的医療機関の普及を図るため、医療金融公庫を通じて積極的に資金の融通を図ることとされた。すなわち、1950 年代においては国公立病院には出張診療所を設置し、僻地医療を実施する役割が期待され、私立病院・診療所は医療金融公庫を通じた積極的な地域医療への貢献が期待されるようになったと考えられる。

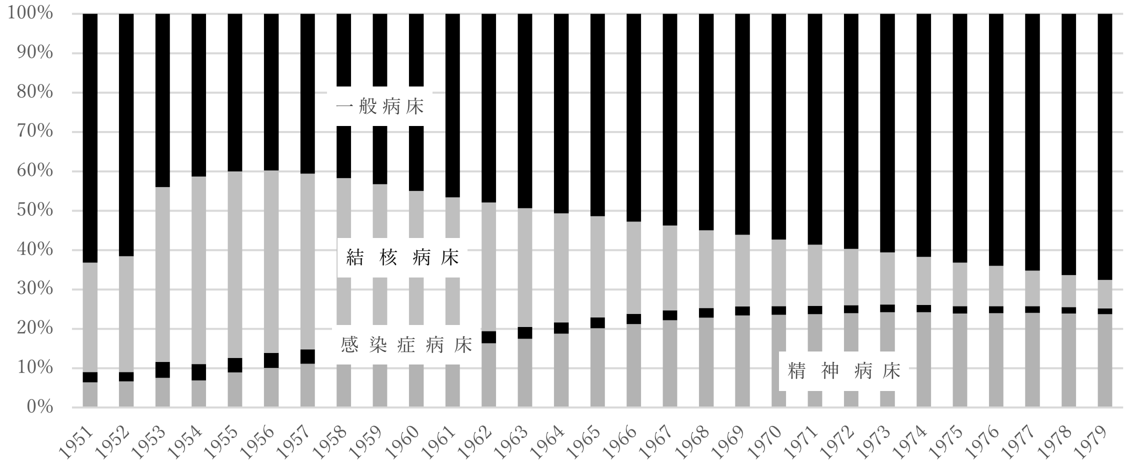

図 4　病床別割合の推移

1946 年は結核病床数がデータなし、1950 年は感染症病床がデータなしのため 1951 年から作成

1953 年までは「医制八十年」、1954 年以降は医療施設調査から作成

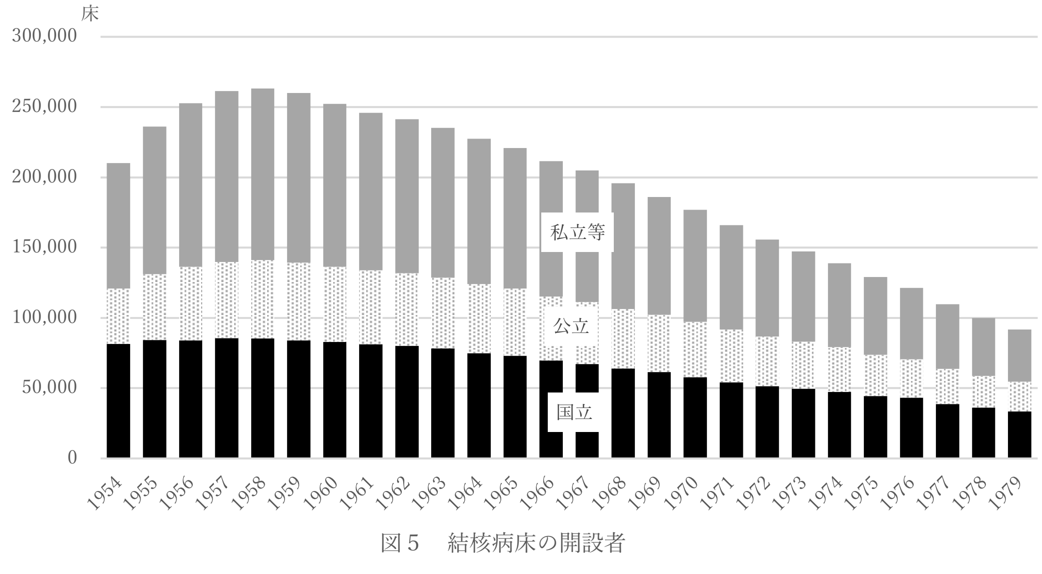

図 5　結核病床の開設者

医療施設調査から作成

医療施設調査において開設者別かつ病床別に集計されている年が 1954 年からとなるため開始年は 1954 年となっている。その他には医療法人、個人、会社、済生会、厚生連、社会保険関係団体、独立行政法人などが含まれる。

8　1960 年代：国公立病床の役割の模索

本節では、1950 年代に国公立には僻地への病床設置が求められるようになったが、実際には財政難のため 1960 年代に入っても設置は進まず、国公立病床の役割を新たに模索する経緯を述べる。その結果、国公立病床が新たな役割を探していた状況と社会的要請の合致により、長期療養を必要とする特殊疾病患者への病床提供を新たな役割として担おうとする経緯を検討する。
1961 年に国民皆保険が始まり、誰もがどこでも平等に医療を受けられる体制の早急な構築が要求され、医療機関の整備が求められるようになった。今まで述べてきたように、財政難、疾病構造の変化などを受けて、医療提供体制の変革が必要と考えられるようになり、1962 年に医療法の一部が改正された。1962 年の改正では、都道府県知事が病床過剰地区において国公立病院の新設および増床に許可を与えないことができるという形で規制され、その一方で僻地への病院・診療所の整備について努力義務が課された。今までの勧告などで報告されてきたように、病院の立地が偏在しており、都市部に集中しているとして、国公立病床が都市部において増加することを抑制し、僻地へ分散していくことが狙われた。しかし、財政難から僻地への医療整備は円滑には進まず、医療金融公庫を利用した私立病院の新設と増床の促進が行われ、図 2 に示したように 1960 年代に入ってからも継続的な私立病床の増床へと導かれた。また、病床過剰地区における国公立病床の規制が設けられたとはいえ、図 2 にある通り、国公立病床も緩やかな継続的増床が行われた。

しかしながら、1963 年に医療制度調査会によって出された「医療制度全般についての改善の基本方針に関する答申」では、国公立病床の規制が、以下のように早くも否定されると共に、国立病院は「特色のある運営」を行なって「採算のとり難い高度の設備を必要とする施設」であり、病床は長期療養者、特殊な疾病の患者、貧困者を対象とするべきであることが示された（社会保障研究所 1968:637-655）。国立病床の役割として、今までは貧困者への病床提供や僻地医療を担うことが期待されてきたが、ここで長期療養者や特殊疾病者も特に国立病床が担うべき患者として以下のように追加されたのである。

> 「厚生省所管の医療施設は国立としての立場から特色のある運営を行い、医療の水準を向上させるような努力を払うべきである。したがって、これらの施設は原則として、採算のとり難い高度の設備を必要とする施設、長期療養を必要とする施設、特殊な疾病のための施設、貧困者のための施設等とすべきである。」（社会保障研究所 1968:650）

国立病床が担うべき特色として、採算が取りにくく高度設備が必要となり、長期療養を要する特殊な疾病の患者の受け入れが示されたが、このように示された背景には、社会的な要因があると考えられる。その一つとして、1961 年に日本で初めて開設された、重症心身障害児施設の島

田療育園が挙げられる。島田療育園は、1500 万円の寄付をもとに障害児の親や関係者の活動により開園された施設である。国からは 1961 年に重症心身障害児療育研究委託費として 400 万円、1962 年には委託費 600 万円が補助された。そのような経過のなか、1963 年に、障害児の娘がいる作家の水上勉は、「拝啓池田総理大臣殿」と題した文章（水上 1963)『中央公論誌』(1963 年 6 月号)のなかで国の障害児者に対する政策や補助費が不十分であるとして厳しく批判した。その反響は大きく、重症心身障害児や島田療育園の存在が知られるようになり、これを契機に施設入所療育費が公費負担されるようになった。このように 1960 年代に入ってから、重症心身障害児の親や関係者による活動が行われ療育園が作られ、水上勉の批判により社会的にも国による障害児支援が注目されるようになった。また、親の会の積極的な活動は、国から補助を得るだけでなく、厚生省に医療が必要となる重症心身障害児などの入所施設の設置を求める流れへと広がった。その結果、国立の医療施設において重症心身障害児者の入所が検討されるようになり、国立病床の役割として、長期療養を必要とする特殊疾病の患者を受け入れることが想定されるようになったと考えられる。その後、厚生省は 1964 年に前述した国立結核療養所に筋ジストロフィー病床を設置し、筋ジストロフィー児者の受け入れを始めた。また、1966 年から重症心身障害児の病床も設置を始めており、長期療養の特殊疾病患者の病床が実際に国立において設置され始めた。

9　1970 年代：国公立病床の役割の拡充

１）本節の流れ

本節では、1970 年代に入り、国公立病床が 1960 年代の長期療養者や特殊疾病患者の病床を担う役割を拡充する方向へと進む経過について検討する。1970 年代には国公立病床の規制化を見直そうとする提案がなされ、国公立病床の整備が再びなされようとする動きが見られた。その整備には、今までの結核病床と感染症病床は維持しつつ、新たに獲得した重症心身障害児などの特殊疾病患者の病床に、精神病床も加えて、長期療養を要する特殊疾病患者の病床を担う役割を拡充する流れを考察する。

２）国公立病床に対する規制緩和の動き

国民皆保険を迎え、制度上は誰もが医療にアクセスしやすい環境となった 1960 年代において、国公立病床でも特に国立は長期療養患者、特殊疾病患者、貧困者への病床提供が求められるようになったことを述べた。また、医療が必要となる障害児者の病床も設置されるようになったことも述べた。そして、前述した「医療制度全般について改善の基本方針に関する答申」において、がん・高血圧・心臓病などの成人病、結核、精神病患者、身体および知的障害者などの施設整備を急ぐ必要があるとしていることから、1940 年代から 50 年代には結核病床が中心であった国公立病床が、1960 年代に入ってからは、結核以外の特殊疾病を含めた病床を担おうとする動き

が見られるようになった。

このような流れのなか、1960 年代には都道府県知事が病床過剰地区において国公立病院の新設および増床に許可を与えないことができるという形で行われた規制や、僻地への病院・診療所の整備について国公立病院には努力義務が課されるという国公立病床に対する厳しい方針は 1970 年代に入り、変化が見られるようになる。1970 年の社会保険審議会「医療保険の前提問題についての意見書」においては、以下のように示された。

「疾病予防、治療、リハビリテーションを通じる一貫した国民医療の確保という観点の下で、医療機関の機能分化、適正配置、各種医療機関相互の連携補完の関係の強化、共同利用施設の整備等、総合的かつ体系的な整備を行い、医療の効率化をはかることが必要である。その具体化にあたっては、公的医療機関を中心に大幅な公費の投入、地域計画の確立が必要である」（社会保障研究所 1975:221）

公的医療機関に大幅な公費の投入が必要と記された点において、今までの規制に向けた流れとは異なる変化が見られた。また、1971 年の社会保障制度審議会の答申「医療保険制度の改正について」では、次のように述べられている。

「皆保険になっても自由開業本位の体制は変わらず、私的医療機関が医療制度の主体をなす姿は変わっていない。私的医療機関に対しては多額の低利資金が貸し付けられ、その増強が図られる半面、公的医療機関の病床についての法律的な規制が行われた。先進諸国と比べ、わが国の医療機関の公私の分担区分は著しくゆがめられている」（社会保障制度審議会事務局 1971：760）

「現在、経営主体ごとに無計画に設けられている国公立病院など公的病院について、地域的、機能的にその役割を再編成し、計画的にその整備を行う。これについては、現在、本来は公的医療機関の守備範囲とされるべき分野でも、私的医療機関が存在している場合は、それを優先させているという姿を改めることはもちろんであり、公的病院の整備について加えられている一切の不合理な制度的、実際的な制約を取り除くとともに、整備に必要な公的投資を積極的に行ってこれを促進すべきである。」（社会保障制度審議会事務局 1971：762）

以上のように、公私の分担区分について言及されるとともに、公的病院の規制を取り除くべきあるという、1950 年代から 1960 年代に行われてきた国公立病床の規制化と全く反対の方針が提案されたのである。このように 1970 年代に入ってから方針が変化した背景には、高度経済成長を受けて拡充してきた社会保障制度の発展が要因の一つとして考えられるだろう。1961 年に国民皆保険・皆年金がなされ、誰もが受診したり年金を受け取ったりできる環境が制度として整えられた。そして、1973 年は福祉元年と呼ばれ高齢者の医療費が無料化する共に、医療費が高額になる場合は補助が受けられる高額療養費制度も始められた。このように公費を投入し社会

保障制度を拡充しようとする流れが高度経済成長を背景に促され、その流れのなかにあった国公立病床も公費を投入し、病床整備を行おうとする方針へと繋がったと考えられる。

３）国公立病床が担う役割の拡充

前述したように、1970 年代に入り、国公立病床の規制撤廃が提案されたり、公費の投入が求められるように変化し始めたなか、実際の国公立病床はどのような経過を辿ったのであろうか。病床数については、図 2 に示した通り、1970 年代は毎年約 5,000 床程度の緩やかな増加であり、大きく伸びてはいない。では、病床別の推移はどのような変化であったか示したものが図 6 である。医療施設調査において、国立・公立・私立などの開設者別の病床数の集計が始められた年が 1954 年であるため、図 6 は 1954 年が開始年となっている。また、その開始年である 1954 年の病床数を基準となる 1 として、毎年の病床数の推移を示した。全体の流れとしては、結核病床数は継続的に減少しており、感染症病床は 1960 年代に微増するものの、1970 年代に入ってからは減少に転じている。継続的に増加している病床は一般病床と精神病床であり、特に精神病床数は数の面で言えば 1954 年と比較すると 1979 年には約 4 倍にまで伸びている。その点から、国公立病床が最も力を入れて増やそうとした病床は精神病床であったと言える。本稿では言及しないが、この時期、国公立病床だけでなく私立病床も同様に精神病床を急増させており、その事については後藤（2019）が詳細を述べている。

図 7 は、開設者別の感染症病床数の推移である。1970 年頃まで総病床数は増加し、その後、減少を始めている。しかしながら、常に公立とくに市町村による病床数が最も多く、感染症病床においては市町村病床が最も大きな役割を果たしていると言える。感染症病床は 1897 年の伝染病予防法により市町村は伝染病院または隔離病舎設置の義務が課せられており、その結果、実態としても市町村の病床が最も多くなっていることが分かる。

以上のことから、国公立病床は病床数を減らしながらも、1970 年代においても図 5 が示したように結核病床では国公立が半分以上を担い、感染症病床においても国公立病床が約 8 割を担い続けていた。また、病床の中では特に精神病床の増床に力を入れており、それは結核および感染症病床が減少したことによる診療収入減を精神病床の増床で当時は補ったと考えられる。日本は世界で精神病床が最も多く、世界が精神病床を減らしていくなか、反対に激増させてきたことは周知の通りだが、国公立病床も精神病床を増床させてきたと言える。

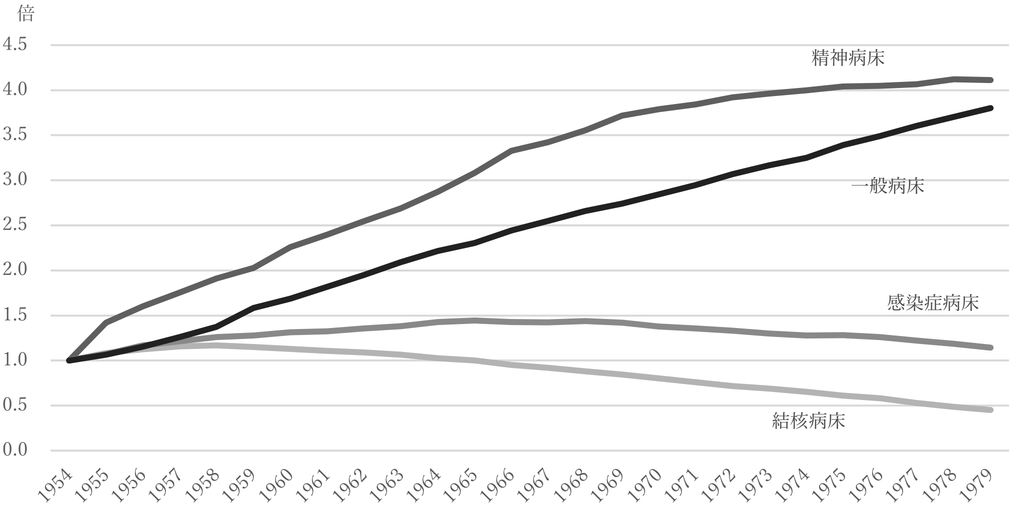

図 6　1954年の国公立病床数を 1 とした時の推移

医療施設調査から作成

医療施設調査において開設者別かつ病床別に集計されている年が 1954 年からとなるため開始年は 1954 年となっている

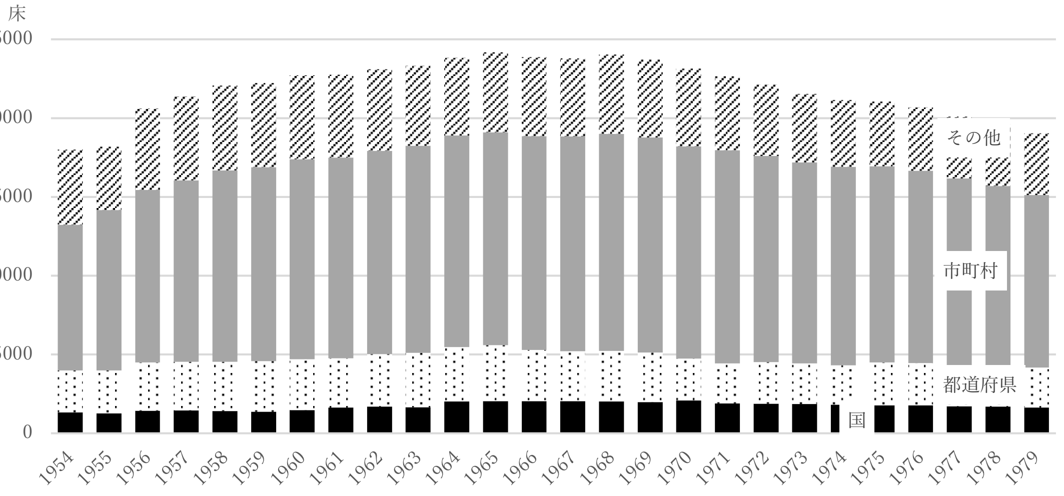

図7　開設者別の感染症病床数

医療施設調査から作成

医療施設調査において開設者別かつ病床別に集計されている年が 1954 年からとなるため開始年は 1954 年となっている。その他には医療法人、個人、会社、済生会、厚生連、社会保険関係団体、独立行政法人などが含まれる。

１０　まとめ

本稿を通して、終戦直後の病床においては国公立が約６割を占めており、主な日本の病床提供

を担っていたことが確認された。GHQ および日本政府ともに病院は国公立を中心として構成していく方向性で進めていたが、1948 年のアメリカ医師会調査団の来日以降、流れは少しずつ私立へと促された。それは GHQ の日本における医療政策の転換によるものであり、日本政府も財政難などの理由から私立病床が設置しやすい環境の整備へと向かった。国民に対して平等に病床を提供するという国公立病院の役割は私立病院とも共有されるようになり、公私ともに病床数自体が増加していくなか、国公立の増床率を遥かに上回る割合で私立病床が増加していった。そして、国公立病床には僻地の医療を担う役割が期待されたが、実際には財政難で進まず、国公立病床は他の役割を模索するようになった。そのなか、大都市における国公立病床が規制されたが、その後、数年で規制が否定される方向に反転し、1960 年代以降は新たに国公立病院における病床が担うべき役割として、長期療養患者や特殊疾病患者を含めた、がん、精神・身体・知的障害者への病床提供が求められた。国公立病床の病床別推移を見てみると、戦後から現在までに渡り、結核病床および感染症病床については、病床数は減少するものの最も高い割合で病床提供を行っていた。減少する病床を補う形で、精神病床および一般病床を増加させており、特に戦後から 1970 年頃までにかけては精神病床の増床割合が高かった。

以上のことから、終戦直後の 1940 年代は国公立病床は主要な医療の担い手であり、日本人の死因 1 位であった結核の病床を担う役割であった。しかし、GHQ および日本政府の方針により、私立病床を整備する方向性が示されるだけでなく、疾病構造の変化により結核患者が減少することで、結核病床だけでなく、他疾病の病床も担う役割が求められるようになった。その時期に、重症心身障害児などの病床が親の会から求められるだけでなく、社会的にも関心が高まったことを受けて、重症心身障害児などを含めた、長期療養が必要となる特殊疾病患者の病床も担う役割へ変化した。それは、結核病床が減少するなか、新たな役割を探し求めたいた国公立病床と、重症心身障害児などの病床を求める親や関係や、後押しをする社会、それぞれの思いが合致したことにより生み出された、新たな国公立病床の役割と言えるだろう。この時期を契機として、国公立病床は、精神障害、結核や感染症、特殊疾病の患者など、主な日本人の死因ではないけれども一定数は必要となる病床を担う役割へと自ら変化させたと考えられる。

このように本稿を通して、戦後から 1970 年代までにおいて国公立病床が担う役割の変遷を示すことができた。しかしながら、本稿の限界として、病床数などのデータが集計されておらず一部データがない年や項目があり、その点は前後の数値から推測をするしかなかったことが挙げられる。また、1945 年から 1979 年という 34 年間を対象とすることで、その間の方向性と流れを把握することは可能となるが、その分、一つ一つの検討が深められず、結果だけを述べるような点が出てしまった。

また、本稿に関する課題としては、本稿では国公立病床の役割として国立と公立をひとつの病床として取り扱った点が挙げられる。国立病床、公立病床のそれぞれにも国として、公立として求められる役割も考えられ、今後の検討課題としたい。

■文献

C.F.サムス・竹前栄治編訳 1962『DDT 革命一占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店.
井上通敏（2002）「(2)国立病院・療養所の役割」『医療』56(2)，91-93.
井出博生他（2015）「入院受療率のトレンドとアクセス性を考慮した必要病床数の推計」『社会保険旬報』2613，14-21.
小林成光（1961）「所要病床数の推計方法」『傷病統計学雑誌』3(3)，93-96.
厚生省医務局（1955）『国立病院十年の歩み』五宝堂.
厚生省医務局（1955）『医制八十年史』印刷局朝陽会.
厚生省医務局（1976）『医制百年史』ぎょうせい.
厚生省医務局（1982）『昭和 54 年度国立療養所年報』仁至会.
厚生省医務局国立療養所課（1982）『昭和 54 年度国立療養所年報』厚生統計協会.
厚生省医務局国立療養所課内国立療養所史研究会（1976）『国立療養所史（総括編）』厚生問題研究.
厚生労働省（2008）『平成 19 年版厚生労働白書』ぎょうせい.
厚生労働省（2020）『人口動態統計』厚労労働統計協会.
後藤基行（2019）『日本の精神科入院の歴史構造——社会防衛・治療・社会福祉』東京大学出版会
河野すみ子（1990）「占領期の医療制度改革の展開に関する一考察(上)－－医療供給体制の整備を中心に」『医療福祉研究』3（55），40-49.
松田晋哉（2015）「医療の可視化と病院経営(第 9 回)DPC および NDB データを用いた病床機能別病床数の推計方法」『病院』74(9)，678-683.
水上勉（1963）『中央公論』1963 年 6 月号，124-134.
社会保険審議会（1970）『医療保険の前提問題についての意見書』
社会保障制度審議会答申（1971）『医療保険制度の改正について』
社会保障研究所（1968）『戦後の社会保障資料』至誠堂.
社会保障研究所（1975）『日本社会保障資料Ⅱ』至誠堂.
社会保障制度審議会事務局（1980）『社会保障制度審議会の３０年の歩み』社会保険法規研究会.
竹前栄治（1988）『占領と戦後改革』岩波書店.
山本俊（2020）「公立病院の経営効率性は改善しているのか?:未利用病床数に対する裁量の限定を考慮した DEA による検証」『青森中央学院大学研究紀要』(33)，1-16.

Transformation of the use of public beds in hospitals from the postwar period to the 1970s

Miwa Sakai

Abdstract:
Beds、Medical、National public hospitals、Private hospital

【論文（Peer Reviewed）】

介護職員等によるたん吸引・経管栄養の法制化の経緯と論点の分析

「医療的ケア」をめぐる介護現場ニーズと医事法制の衝突・架橋の試み

立命館大学大学院先端総合学術研究科[1]

鈴木 悠平[1]、牧野 恵子

要旨：
2012 年 4 月 1 日に施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、一定の研修を受けた介護職員等が、たんの吸引や経管栄養といった行為を業として行えるようになった。本稿は「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」(2011-2012) 議事録から、検討会委員の意見が法改正に及ぼした影響を分析したものである。在宅 ALS 患者や重症心身障害児者などたん吸引等を必要とする立場の委員の働きかけにより、施設以外の在宅や特別支援学校、重度訪問介護の移動中もたんの吸引等の「実施場所の範囲」に、保育士や教員など、介護福祉士やヘルパー以外の幅広い職員も「介護職員等」に含みうることとなった。職員研修については、重度訪問介護等の個別性の高いケアの実情を踏まえ、「特定の者」を対象にした類型が追加された。法制化にあたってはたんの吸引等の医事法制上の位置付けも議論になった。医行為について統一的な定義は存在しないが、たんの吸引や経管栄養は、医行為であるとの社会通念上の解釈のもと、それまで「実質的違法性阻却」での運用がなされてきた。検討会では医行為から外すべきとの医師会の提案があったが、生活援助行為でもありつつ医療職の関与も一定必要になる「医療的ケア」の特徴を鑑み、たんの吸引・経管栄養の一部を医行為に含め、法令・省令で介護職員等に解禁するという結論に至った。

キーワード：
医療的ケア、喀痰吸引、経管栄養、重度訪問介護、医行為、医事法制、実質的違法性阻却

1. 研究目的と背景

2012 年 4 月 1 日に施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、一定の研修を受けた介護職員等が、たんの吸引や経管栄養といった行為を業として行えるようになった。本稿の目的は、同法施行に先立って 2010 年 7 月 5 日から 2011 年 7 月 22 日に開催された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する

検討会」の議事録および関連資料を分析することで、介護サービスの利用者やその家族、介護・医療・看護従事者といった、同検討会出席委員の意見や利害関係が、法改正にどのような影響を及ぼしたのかを分析することである。

1-1. 在宅・施設等での「医療的ケア」ニーズの増加

検討会の分析に入る前に、たんの吸引をはじめとする、いわゆる「医療的ケア」の性質や位置づけと、それが在宅・施設等の日常生活で行われるようになった経緯について説明する。医療的ケアとは、たんの吸引や経管栄養の注入、導尿、人工呼吸器の管理といった、日常生活で必要となる医療的な生活援助行為である。

「ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある」（厚生労働省［2005(1):1]）とされており、具体的かつ網羅的な定義は存在しない。2005 年 7 月 26 日に厚生労働省より発出された、医政発第 0726005 号「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（ 医政局長通知）」において、爪切り等や擦り傷の手当の行為は「医療行為」から外されたが（厚生労働省［2005(1)]）、たんの吸引や経管栄養といった「医療的ケア」は引き続きグレーゾーンにとどめ置かれていた。そのため、介護事業所の多くは業務としてのこれらの行為を行うことに消極的になり、退院後の在宅生活においては、医師・看護師が訪問できない日常生活の多くの時間で、家族がこれらの医療的ケアを実施するしかなく、家族に大きな介護負担がかかってしまう。そこで現場では、自己責任の延長で、本人や家族からの依頼を受けて介護福祉士やヘルパー等の介護職が医療的ケアを実施せざるを得ない（あるいは市町村から違法扱いされることを恐れるゆえに断らざるを得ない）という状況に陥っていた（日本 ALS 協会［2005]）。

こうした現場実態と、医療的ケアの法的位置づけのギャップを埋めるため、厚生労働省は「実質的違法性阻却」という形で各種通知を出し、利用者と介護者との間で個人的に同意書を取り交わすことで、現場での介護職による医療的ケアの実施を容認する対応を取ってきたが、これは利用者・介護者双方にとって法的・心理的に不安な状態であったため、合法的に医療的ケアを実施可能にする法改正を求める声が大きくなっていった（詳しい経緯は第 3 章で述べる）。

1-2. 法改正後の介護現場でのたん吸引等の法的位置づけ

2012 年 4 月 1 日に施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、現在は一定の研修を受けた介護職員等がたんの吸引等を業として実施することができるようになっているが、これらは法的には「医行為」として扱われている。

また、具体的に介護職員等が実施可能な医療的ケアの範囲は法律ではなく省令レベルで定めることとされ、2011 年 10 月 3 日の「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（平成 23 年厚生労働省令第 126 号）」において、喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）と限定された。また、吸引については、2011 年 11 月 11 日の「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀

痰吸引等関係）（平成 23 年社援発 1111 第 1 号）」にて、咽頭の手前までを限度とすることが通知された。

1-1.で述べた通り、「医療的ケア」の内容は喀痰吸引・経管栄養以外にも多種多様であるが、現在の法体系においては、介護職員が業として行うことができる医療的ケアは、あくまで上記の省令・施行通知で定められた喀痰吸引・経管栄養の範囲内であり、それ以外は医師・看護師等の医療職のみが行える独占業務である。

1-3. 本研究の意義

医療技術の発展と社会の高齢化によって、今後も引き続き、医療機関外の在宅・地域生活で日常的に医療的ケアを必要とする人たちは増加すると考えられる。前述の通り、現時点で介護職員等が合法的に行える医療的ケアは喀痰吸引・経管栄養に留まっているが、医療技術の発展や現場からの要請を受けて、新たな省令等で実施可能となる医療的ケアの範囲が拡大する可能性は考えられる。その際、過去の議論を踏まえて制度の検討・設計が進められるべきであるが、人事異動や世代交代、時間や人員等のリソースの制約といった理由で、過去の議事録等の読み直しや重要事項の申し送りが不十分なまま制度策定が進んでしまうリスクは常にある。過去に成立した制度について、策定過程での論点や関係者の立場、議論や合意形成のプロセスを整理・分析しておくことは、未来の制度設計のためにも有用であろう。

本稿において「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の内容と経緯を分析し、2011 年の法改正によって喀痰吸引・経管栄養が法制化されるに至ったプロセスをたどることで、医療・看護・介護・教育といった複数の領域が関与する「医療的ケア」を、利用者のニーズに応えられる形で実施・提供できるようにするためには、法律上・実務上どのような課題が生じ、どのような論点・選択肢があり、どのような判断がなされたのかを明らかにすることを試みる。今後、現在法制化されていない別種の医療的ケアの扱いについて、同様の検討がなされる際に、関係者が参照し、議論の立脚点とすることができる史料を残すことが本研究の社会的意義である。

2. 分析の方法

2010 年 7 月 5 日から 2011 年 7 月 22 日に開催された「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の各回議事録および提出・使用された資料を対象とし、検討会出席委員の主張・発言を分析する。たんの吸引等の法的な位置づけ、実施可能とする行為の範囲やケア提供者の範囲、研修の実施や認定の基準、医療・介護の連携のあり方といった主要な論点を整理しながら、検討会において各委員の発言・主張が結論にどう影響したかを考察する。

著者 2 名でそれぞれ同一の資料にあたり、事実確認および関係者の主張・発言の意図や議論への影響の解釈について、協議を行い、最終的な分析結果をまとめた。

3. 検討会の経緯・内容

3-1. 医療的ケアに関する、検討会開催以前の議論と対応

3-1-1. 介護保険制度施行を控えての行政監察

介護現場における医療的ケアの扱いに関する問題は、介護保険制度施行を控えた 1999 年の時点で早くも指摘されている。旧総務庁の行政監察局が旧厚生省、地方自治体、特別養護老人ホーム事業者等を対象に行政監察を行い、1999 年 9 月 24 日「要援護高齢者対策に関する行政監察結果－保健・福祉対策を中心として－」にて、厚生省に対してホームヘルパー業務の見直しを勧告した。

ホームヘルパー業務では医療行為を実施することが不可能であるが、老人訪問看護事業における看護婦等の訪問頻度が週 2 回以下に留まる事業者が全体の約 88%であり、傷口のガーゼ交換、血圧・体温測定等の医療行為の一部をホームヘルパーが行わざるを得ない状況もあるため、これらの行為を実施できるようにしてほしい旨を要望する事業者もいたことが行政監察の結果として報告されている。医療行為は、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為であるが、その具体的な範囲は社会通念に照らして個別に判断することと述べ､「身体介護に伴って必要となる行為をできる限り幅広くホームヘルパーが取り扱えるよう、その業務を見直し、具体的に示すこと」を厚生省に勧告している（総務庁［1999］)。

3-1-2. 実質的違法性阻却による対応

介護保険制度施行後も、ヘルパーが医療的ケアを行えないことについての現場からの問題提起は続き、2005 年から 2010 年にかけて、ALS 患者、盲・聾・養護学校の生徒、ALS 以外の在宅療養患者・障害者、特別養護老人ホームの高齢者、それぞれに対するたんの吸引等の「実質的違法性阻却」通知が出された。以下にその経緯を概観する。

ALS に関しては、2002 年 11 月 12 日に日本 ALS 協会が当時の坂口厚生労働大臣に 17 万 8 千人分の署名を提出し､「ALS 等の吸引を必要とする患者に医師の指導を受けたヘルパー等介護者が日常生活の場で、吸引を行うことを認めてください」と要請した。大臣は「関係者による検討会を設置し､桜の花の咲くころまでに結論を出したい」と回答（日本 ALS 協会新潟支部[2002]）、2003 年 2 月 3 日に第 1 回「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」（すでに開催されていた「新たな看護のあり方に関する検討会」の下に設置）が開催され、検討がスタートした。

また、日本 ALS 協会は同年 2 月 10 日に「ALS 患者に関する調査報告　吸引等に関する ALS 患者・家族の実態と意見」を公表した。2000 年に実施した在宅療養実態調査の結果をもとに、在宅 ALS 患者の 63%が日常的なたん吸引を必要としており、訪問看護でカバー出来る時間は 2%弱に過ぎないこと、吸引のため患者から 24 時間離れられず家族は疲労困憊しており、37%の患者が自己責任の延長で吸引をしてもらえる知人や家政婦、全身性介護人、ヘルパー（介護事業

所）等を探して依頼しているが、吸引が医療行為と言われて禁止されているため介護者の確保に大変な苦労をしていること、などを報告した（日本 ALS 協会［2005］）。

6 月 9 日に分科会の報告書がまとめられ、たんの吸引について、危険性を考慮すれば医師または看護職員が行うことが原則であるとしながらも、家族の負担軽減が求められる在宅療養の現状を鑑みれば、家族以外の者による吸引も一定の条件下では当面の措置として行うこともやむを得ないとの結論が出された（厚生労働省［2003(1)］）。

分科会の報告を踏まえて、2003 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」が出された。これにより、1）療養環境の管理、2）在宅患者の適切な医学的管理、3）家族以外の者に対する教育、4）患者との関係（たんの吸引について文書により同意を交わすこと）、5）医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施、を条件に、家族以外の者によるたんの吸引の違法性が阻却されることとなった。実施可能なたんの吸引の範囲は、「口鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までの気管内吸引」（厚生労働省［2003(2)］）が限度とされた。

盲・聾・養護学校に関しては、文部科学省が関係道府県衛生主管部局及び教育委員会の協力を得て、1998 年から 2002 年までの「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」および 2003 年から 2004 年の「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」を行い、盲・聾・養護学校教員による医療的ケア実施のあり方について検討を行った。

これらのモデル事業等を踏まえて、厚労省は 2004 年から 2005 年にかけて、「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」を開催し、報告書を取りまとめた。報告書では、盲・聾・養護学校へ看護師が常駐し、教員等関係者の協力が図られたモデル事業等の安全面や負担軽減効果を認めつつも、児童生徒に必要な医行為のすべてを担当できるだけの看護師の配置を短期的に行うことは困難であり、一定の条件下で教員がたんの吸引等を実施することはやむを得ないものと結論が出された（厚生労働省［2005(2)］）。

この報告を踏まえて、2004 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」が出された。非医療関係者の教員が医行為を実施する際の違法性が阻却される条件として、1）保護者及び主治医の同意、2）医療関係者による的確な医学管理、3）医行為の水準の確保、4）学校における体制整備、5）地域における体制整備が挙げられた。実施可能な医療的ケアの範囲としては、たんの吸引（咽頭より手前）、経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）、導尿に限られ、その標準的な手順も通知で示された（厚生労働省［2004］）。

ALS 以外の在宅療養患者・障害者に関しても、盲・聾・養護学校と同じく「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」にて検討が行われ、ALS 患者に対して認められている措置が同様の状態にある者に認められないことは法の下の平等に反するものであり、ALS 患者と同様の条件の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することはやむを得ない措置として容認されるとの報告が出された。その後、2005 年 3 月 24 日付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたん

の吸引の取扱いについて」が出され、ALS 患者と同様の条件・範囲でたんの吸引が認められることとなった（厚生労働省［2005(3)］）。

特別養護老人ホームを利用する高齢者に関しても、2009 年 2 月から 2010 年 3 月にかけて「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」が開催され、介護職員による医療的ケア実施のあり方について検討が行われた。検討会開催期間中の 2009 年から全国各地の特別養護老人ホームで「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するモデル事業」も行われ、その結果を踏まえて報告書が取りまとめられた。報告書では、盲・聾・養護学校での議論と同じく、たんの吸引が可能なだけの看護師を全国の特別養護老人ホームに短期的に配置することは困難であると述べ、一定の条件下で介護職員がたんの吸引等を実施することはやむを得ないものと結論が出された（厚生労働省［2010(1)］）。

この報告を踏まえ、2010 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」が出された。違法性阻却の条件として、1）入所者の同意、2）医療関係者による的確な医学管理、3）口腔内のたんの吸引等の水準の確保、4）施設における体制整備、5）地域における体制整備が挙げられた。介護職員が実施可能な医療的ケアの範囲としては、口腔内のたんの吸引と、胃ろうによる経管栄養に限られ、その標準的な手順も通知で示された（厚生労働省［2010(2)］）。

なお、同検討会の第 2 回が行われた 2009 年 6 月 10 日には、日本医師会が審議内容への反対声明を出し、口腔吸引や経管栄養が「医行為」であるのなら、介護職員等が実施することは認められないとの考えを発表した。対案として、2005 年 7 月 26 日に厚生労働省より発出された「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（ 医政局長通知）」 を引き、ここで医行為ではないと解釈された「口腔内清掃」や「爪切り」と同様に、たんの吸引等が医行為ではないとはっきり示されれば問題ではないとも述べている（日本医師会［2009］）。医師会のこれらの主張は、本稿の主題である「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度のあり方に関する検討会」でも再三提起されることとなる。

図表 1 は、たんの吸引等の実質的違法性阻却通知がなされた対象や時期、その条件・範囲等をまとめたものである。

図表 1. たんの吸引等の実質的違法性阻却対応

対象者	**実質的違法性阻却通知**	**違法性阻却の条件**	**違法性阻却が認められる医療的ケアの範囲**
在宅療養 ALS 患者	2003 年 7 月 17 日 「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」	1）療養環境の管理 2）在宅患者の適切な医学的管理 3）家族以外の者に対する教育 4）患者との関係 5）医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施	・たんの吸引（口鼻腔内吸引、気管カニューレ内部までの気管内吸引）
盲・聾・養護学校の児童生徒	2004 年 10 月 20 日 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」	1）保護者及び主治医の同意 2）医療関係者による的確な医学管理 3）医行為の水準の確保 4）学校における体制整備 5）地域における体制整備	・たんの吸引（咽頭より手前） ・経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む） ・導尿
ALS 以外の在宅療養患者・障害者	2005 年 3 月 24 日 「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」	1）療養環境の管理 2）在宅患者の適切な医学的管理 3）家族以外の者に対する教育 4）患者との関係 5）医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施	・たんの吸引（口鼻腔内吸引、気管カニューレ内部までの気管内吸引）

特別養護老人ホーム入所者	2010 年 4 月 10 日「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」	1）入所者の同意 2）医療関係者による的確な医学管理 3）口腔内のたんの吸引等の水準の確保 4）施設における体制整備 5）地域における体制整備	・たんの吸引（口腔内） ・経管栄養（胃ろうによる）

3-1-3. 規制改革・総理指示等の政治的機運

ここまで見てきたように、ヘルパーや教員等の非医療職によるたんの吸引等の医療的ケアは、本来非医療職がやってはいけない違法なものという社会通念上の取り扱いをされてきたが、介護・教育現場の実態を踏まえればやむを得ないとして、「実質的違法性阻却」というある種の例外対応で容認されてきた。2009 年 9 月に民主党政権が成立してからは、チーム医療の推進、医療・介護従事者の役割分担の見直しといった議論が活発になり、介護職員等によるたんの吸引等を解禁する方向での法改正が本格的に検討されることとなった。

2009 年 8 月から 2010 年 3 月に「チーム医療の推進に関する検討会」が開かれ、3 月 19 日に出された「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）」では、看護師の負担軽減を図るとともに、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要性が明記され、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養）の具体的な実施方策について、早急に検討すべきであると報告された（厚生労働省［2010(3)]）。

2010 年 6 月 18 日には菅直人総理大臣（当時）の下で「新成長戦略」が閣議決定された。「不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化」の具体的な方法のひとつとして、医療・介護従事者の役割分担の見直しを行うことが示されている（首相官邸［2010(1):19]）。「規制・制度改革に係る対処方針」において「医行為の範囲の明確化（介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等）」が規制改革事項の一つとなり、「医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁する方向で検討する。また、介護職員が実施可能な行為の拡大についても併せて検討する」と明記された（内閣府［2011:8]）。

2010 年 6 月 29 日には「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された。そのなかで個別分野における基本的方向と今後の進め方の項目として、「たん吸引や経

管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成 22 年度内にその結論を得る。」と記載されている（内閣府［2010:5］）。

こうした政治的機運も背景にあって開催されたのが、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」である。

3-2. 検討会の構成

検討会は、厚生労働省の厚生労働省老健局振興課が事務局となり、18 名の構成員が参加した。構成員の一人、独立行政法人国立長寿医療研究センター総長・大島伸一氏が座長を務め、各回の議事進行、議論の取りまとめを担った。構成員には、たんの吸引等の医療的ケアを必要とする利用者本人またはその家族を代表する立場、医療・看護・介護・教育といったケアの実施に関わる者を代表する立場、法や政策等の学識者など様々な関係者が選ばれた。図表 2 に、構成員の名前・所属と共にその立場を整理した（いずれも所属・肩書きは検討会開催当時のもの）。

図表 2. 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」構成員一覧

名前	所属・肩書（当時）	立場
大島 伸一（座長）	独立行政法人国立長寿医療研究センター総長	検討会の座長 同センターは高齢者保健の医療・研究機関。本人は泌尿器科が専門の医師
岩城 節子	社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会評議員	ケアを受ける側： 重症心身障害児（者）の 保護者による組織
橋本 操	NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会理事長・日本 ALS 協会副会長	ケアを受ける側： ALS 患者・支援者の組織
因 利恵	日本ホームヘルパー協会会長	ケア実施に関わる側： ホームヘルパーの職能団体
中尾 辰代	全国ホームヘルパー協議会会長	ケア実施に関わる側： ホームヘルパーの職能団体
内田 千恵子	日本介護福祉士会副会長	ケア実施に関わる側： 介護福祉士の職能団体

河原 四良	UA ゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長	ケア実施に関わる側： 介護従事者の労働組合
川崎 千鶴子	特別養護老人ホームみずべの苑　施設長	ケア実施に関わる側： ケアの現場の一つである、特別養護老人ホームの運営者
桝田 和平	全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長	ケア実施に関わる側： 高齢者福祉施設が加入する全国団体。調査や研修等を実施
白江 浩	全国身体障害者施設協議会副会長	ケア実施に関わる側： 身体障害者支援施設が加入する全国団体。調査や研修等を実施
三室 秀雄	東京都立光明特別支援学校校長	ケア実施に関わる側： ケアの現場の一つである、特別支援学校の運営者
太田 秀樹	医療法人アスムス理事長	ケア実施に関わる側： 栃木県で診療所、訪問看護ステーション、グループホーム等の複数事業所を運営
齋藤 訓子	日本看護協会常任理事	ケア実施に関わる側： 保健師・助産師・看護師・准看護師の職能団体
三上 裕司	日本医師会常任理事	ケア実施に関わる側： 医師の職能団体
川村 佐和子	聖隷クリストファー大学教授（看護学部・看護学科）	学識者： 看護師養成を担う教育機関
黒岩 祐治	ジャーナリスト、国際医療福祉大学大学院教授	学識者： フジテレビで救急医療特集等を経験後、医療・福祉に関する報道・メディアについて研究

島崎 謙治	政策研究大学院大学教授	学識者： 社会保障政策、特に医療政策を専門に研究
平林 勝政	國學院大學法科大学院長	学識者： 医療・看護をめぐる法と制度を専門に研究

3-3. 検討会の議題と進行

検討会は 2010 年 7 月 5 日から 2011 年 7 月 22 日にかけて全 9 回開催された。事務局の厚生労働省老健局振興課が、各回の議題と、それに応じた資料（論点整理メモや、前回までの議論を踏まえた法案・研修・施行事業等の具体案）を用意したほか、構成員から資料が提出され、議論に使われることもあった。開催要綱には、検討課題として(1)介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方、(2)たんの吸引等の適切な実施のために必要な研修の在り方、(3)試行的に行う場合の事業の在り方の 3 つが挙げられており、検討会内での実際の議論も、概ねこの 3 つの課題に関連する内容となった（厚生労働省［2010(4)］）。

また、厚労省が作成した第 1 回配布資料 6「介護職員等によるたんの吸引等の実施について法的措置を講じる場合に考えられる主な論点（案)」では、より具体的な論点が示されている。1 つ目の論点は「対象の範囲」である。その内訳として、たんの吸引・経管栄養等の実施可能な「行為の範囲」、介護福祉士やホームヘルパー等、ケアを実施可能にする「介護職員等の範囲」、介護施設や居宅、障害者施設や特別支援学校等、ケアが行われる「場所の範囲」の 3 つを検討する必要があるとされた。2 つ目の論点は、「医師・看護職員と介護職員等との連携体制の確保等の要件」であり、3 つ目と 4 つ目は開催要綱と同様の「研修の在り方」と「試行事業の在り方」である。各論点について検討会で交わされた議論の内容や結論は次項で詳しく述べる（厚生労働省［2010(5)］）。

次に、全 9 回の検討会がどのように進み、最終的な法改正に至ったか、全体の流れを概観する。第 1 回～第 3 回（2010 年 7 月 5 日～7 月 29 日）までは、たんの吸引を取り巻く現状と課題を確認しながら、法制度のあり方と研修のあり方について意見を出し合うことが中心となった（厚生労働省［2010(6)(7)(8)］）。

並行して、10 月から実施予定の施行事業の案を、検討会の議論をもとに厚労省が作成し、第 3 回および第 4 回（8 月 9 日）ではその内容の検討も行われた。この際、検討会とは別に、施行事業の実施や評価についてのアドバイザー委員会が立ち上げられ、検討会委員のうち、大島座長、内田委員、太田委員、川崎委員、川村委員、橋本委員がアドバイザーに就任した（厚生労働省［2010(8)(9)］）。

第 4 回終了から第 5 回（11 月 17 日）開催までの間に起こった出来事についても述べる。9 月 26 日に菅直人総理大臣（当時）から厚労省宛に総理指示「介護・看護人材の確保と活用について」が出された。介護職員が医療的ケアを実施できるよう法整備の検討を早急に進めること、また適切な実施のための研修事業を本年度中に前倒しで実施することが指示され、第 5 回検討会でも共有された（首相官邸［2010(2)］，厚生労働省［2010(10)］）。

また、介護福祉士やホームヘルパー等さまざまな介護職員のたん吸引について議論していた本検討会での議論内容は、別途、介護福祉士養成の在り方を議題として同年 3 月より開催されていた「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」にも影響を与え、10 月 12 日の同検討会の議題に「介護福祉士によるたんの吸引等について」が盛り込まれることとなった。結果、第 5 回検討会には、今後の介護福祉士養成カリキュラムの中にたんの吸引等に関する内容を追加する必要があるとの意見が提出された（厚生労働省［2010(11)］）。10 月 29 日には試行事業がスタートし、以後の検討会では、試行事業の進捗が毎回報告され、議題に上るようになった。

こうした動きを受けて 11 月 17 日に開催された第 5 回の検討会では、国家資格である介護福祉士と、ホームヘルパー等その他の介護職員それぞれについて、たんの吸引等の実施やそれを可能にするための養成課程・研修内容等の扱いをどうすべきかの議論が行われた（厚生労働省［2010(10)］）。

第 6 回検討会（12 月 13 日）では、公表を予定している「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間まとめ」の案が厚労省より提出され、その内容について議論が交わされた（厚生労働省［2010(12)］）。その後、中間まとめは 12 月 16 日に公表された（厚生労働省［2010(13)］）。

翌年 2011 年 2 月 21 日の第 7 回では、試行事業の実施状況の中間報告を受けて、研修の内容や方法についてより細部にわたっての議論が行われた（厚生労働省［2011(1)］）。

施行事業の結果検証を行うための第 8 回検討会は 6 月 30 日に開かれたが、検討会委員に連絡がないまま、法案が 3 月 11 日に閣議決定され、4 月に国会上程され、衆参両院で通ってしまったことに対して、委員から疑問や批判がなされた。法律レベルで定められたのは検討会の中間まとめを踏襲した制度の大枠であり、実施可能な行為の範囲や研修等の具体的な中身は省令レベルで定めるものではあるものの、厚労省は、連絡の不備があったことについて委員にお詫びした（厚生労働省［2011(2)］）。

第 9 回検討会（7 月 22 日）では、引き続き施行事業の結果検証が行われたほか、厚労省が作成した「省令等に規定する事項案」をもとに、研修機関の登録要件や安全確保措置等の細目について議論がなされた。最後に大島座長と厚労省の宮島老健局長が総括を行い、閉会となった（厚生労働省［2011(3)］）。

3-4. 論点ごとの議論の詳細

ここからは、各種検討課題と論点について、検討会各回でどのような議論が行われ、結論に至

ったかを詳述する。

3-4-1. 検討課題(1) 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方について

総論として、介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにするという方向性自体には反対する委員はいなかったが、全 9 回の検討会の中で繰り返し議論になったのが、たんの吸引等を「医行為」とするのかどうかという論点であった。ここまでの経緯で述べた通り、たんの吸引や経管栄養といった医療的ケアは、法律上は医師や医師の指示を受けた看護師等の医療職しか行ってはならない「医行為」と定義するのであれば、介護現場の実情を踏まえて「実質的違法性阻却」とすることで、介護職員等が行っても違法性を問われないようにする、という扱いであった。

今回の法改正に当たっては、大きく 3 つの選択肢が検討会で議論された。1）法的には医行為に含め、研修修了や医療職との連携等の「一定の条件」の下に、介護職員が業務として行えるようにする、2）医行為に含め、たんの吸引等の医療的ケアを独占的に行える新たな医療資格をつくる、3）医行為から外し、誰が行っても違法性を問われない行為とする、の 3 つである。結論としては 1）の道が選ばれ、1-2.で述べた通り、法律と省令を組み合わせて扱いを定めることとなったが、検討会では繰り返し議論が紛糾した（特に第 1 回～第 4 回、第 6 回は所要時間の大半がここに費やされた）。

2）の新たな資格をつくるという選択肢については、早期に棄却された。「ケアを受ける側」を代表する委員の一人である、NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会理事長・日本 ALS 協会副会長の橋本委員は、第 1 回検討会にて、重度訪問介護の地域間格差やヘルパーが常時不足している実情を述べ、新たな資格要件を設置することは、ヘルパーの増員・定着の抑制や、当事者の個別性が無視されることにつながりかねないと主張した（厚生労働省［2010(6)］）。また、日本医師会の三上委員も同じく第 2 回検討会にて、「医行為の範囲のままでこれを可能にするためには、いわゆる業務独占資格を新たにつくらなければいけない。それは非常に混乱するので、医行為から外すべきである」と述べている（厚生労働省［2010(7)］）。医行為に含めるか外すかという 1）と 3）の立場の違いによらず、資格を設けるべきと強く主張する委員はいなかったため、第 2 回検討会の終わりに、大島座長が「今のところでは新たな資格をつくるべきだというような御意見はなかったと理解しています。（中略）資格ということよりも、安全・安心を確保していくためには相当きちんとした研修教育体制をつくっていく必要があるだろう」とまとめて終了した（厚生労働省［2010(7)］）。

3）の立場、すなわち、たんの吸引等を医行為から外すべきと主張したのは日本医師会の三上委員である。介護福祉士の業務がたん吸引等を含むものへと拡大することに反対しているわけではないと強調しながら、それを「医行為」のまま法制化することは混乱を招くであろうとの懸念を示した。医行為は、訓練された医療専門職が行わなければ人体に危害を及ぼすおそれがある行為であるゆえに、その業務独占性を定めた「医師法 17 条を解除するための法律というのは、非常に厳格で、17 時間とか 50 時間とか、そんな簡単な研修で医行為を解除すること」はなかったのであり、たん吸引がその実例となることで、今後さまざまな行為が「これが突破口になって

幾つもできるという形になるので、私は後々後悔するんではないかということを申し上げました」と述べている（厚生労働省［2010(9)］）。資格要件を設けることについては、三上委員含めいずれの委員も不要との立場だったが、医行為のまま研修等の「一定の条件」を備えた者のみたん吸引等を可能にするということは、実質的に業務独占資格になってしまう、それならば医行為から外した方が良いというのが三上委員の主張であった。

一方で、たんの吸引等を行うことになる介護側の意見として、日本介護福祉士会の内田委員から、「医行為から外してしまうことで、例えば医療職の関与がなくなるといったようなことでは、やはり現段階ではまずいと思うんです。」「介護職が不安に思っているというのは、法的に違法なことをしているからではないかと心配することももちろんあるかもしれませんけれども、一方では技術だけではなくて知識も不足していてうまく判断できなかったりとか、あるいはそのことが事故につながったりというような危険性もやはり感じているわけです」（厚生労働省［2010(7)］）と、医行為から外した場合の安全面への不安が述べられた。また、将来的にたんの吸引や経管栄養以外の行為にも拡大していく可能性についても、三上委員が懸念するようにむやみやたらと拡大されるものではなく、生活支援の一貫ととらえられ、ニーズがあるのであれば検討すべきものである、と主張した。

政策研究大学院大学教授の島崎委員と、國學院大學法科大学院長平林委員は、学識者として医行為の解釈や位置づけについての議論に参加しつつも、法的な位置づけがどうあれ、吸引行為の安全性を担保するために医師が関与して一定の「メディカルコントロール」を働かせることが本質的に重要であると主張した（厚生労働省［2010(8)］）。

メディカルコントロールの必要性については三上委員も同意しており、介護職員等が吸引行為を業として行う場合の訓練も必要であると考えているが、それは医行為から外した上でも可能だと主張した爪切りや耳垢の除去といった行為が原則として医行為ではない、すなわち誰が行っても違法性を問われないものであるとの解釈を示した、2005 年の医政発第 0726005 号通知「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 32 条の解釈について」を第 3 回検討会で参考資料として提出し、たんの吸引等もこの通知と同様のロジックで医行為から外して行えば良いと提案した（厚生労働省［2010(8)］）。

同通知内の、「病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もある。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる」、「業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。」、「看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。」（厚生労働省［2005(1)］）といった内容に触れ、医行為から外してもメディカルコントロールを働かせることや、研修や訓練を課すことは可能であり、スピードを持って決着できるはずだと主張している（厚生労働省［2010(8)］）。

この三上委員の案に対して島崎委員は、たんの吸引と言っても口の中だけの吸引と気管カニューレ内の吸引では対応が違うという例を挙げて三上委員の見解を尋ね、「口の中とカニューレについて、見える範囲については医行為でない。見えないところについては、一応だめだと」（厚生労働省［2010(8)］）という回答を得た。

これを受けて平林委員は、法律論としては、抽象的なレベルで危険がある行為は医行為だと考えられているのであり、島崎委員と三上委員が場合分けした吸引のように「ある時は医行為になってある時は医行為ではない」と考えらえるような行為は、抽象的な危険がある以上、それは医行為なのであるとの見解を述べた。また、ここでいくら議論をしても「すべて医行為ではないということにはならないわけで、通知だけでは問題の解決はできない」「安全であるためには、教育あるいは研修を受けるということが必須の要件になっているわけで、その必須の要件である教育とか研修を 1 つの通知で義務化できるかというと、これもやはり難しい」（厚生労働省［2010(8)］）などとも述べており、三上委員が提案した 2005 年の通知の応用は、たん吸引の場合は適した手段ではないとの立場を取った。

たんの吸引等を「医行為」とするかどうかの議論は平行線を辿り、全委員が同意する一つの結論を出すに至ることはなかった。大島座長は、「たんの吸引や経管栄養を安全で確実な方法でそれを求めている方達に届ける状態をつくる」ための議論が検討会の目的であり、医療行為そのものをどう考えるかということは本質的な問題であるものの、深く踏み込むことはこの会議の役割ではないとした（厚生労働省［2010(6)］）。三上委員が主張してきた医行為から外すという考え方も「一つの選択肢としては間違いなくある」（厚生労働省［2010(12)］）とした上で、たん吸引や経管栄養を爪切り等の簡単な行為と同様に扱って医行為から外すことには、他の委員からの賛同が得られなかったこと、相当慎重な議論を必要とする課題ではあるが、この検討会で扱うには時間が足りないこととも述べ、医行為から外すかどうかという論点については、中間まとめの付記事項に記載するに留めることとした。

法制度の在り方に関係するその他の論点についても、以下に議論の内容を述べる。法制化する「対象の範囲」のうち、実施可能な「行為の範囲」については、最終的に省令で定められた、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）を解禁することを大枠の方針として議論が進み、特に大きく意見が分かれることはなかった。

厚労省は、これまで違法性阻却運用によって許容されていたものができなくなることがないように配慮をし、特別支援学校、在宅、特別養護老人ホーム等それぞれ詳細な範囲の違いはあるが、「運用で認めていた範囲の一番広い部分を組み合わせ」る形で案を作成したと説明している（厚生労働省［2010(7)］）。

また、将来的な対象行為の拡大可能性についても検討会で議論された。たとえば、全国重症心身障害児（者）を守る会の岩城委員は、第 1 回検討会の提出資料で「自己導尿の補助」を含めることを要望しており（厚生労働省［2010(14)］）、光明特別支援学校の三室委員は、補助を超える導尿の指導を教員が行う可能性について言及していた（厚生労働省［2010(8)］）。NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会・日本 ALS 協会の橋本委員も、将来的に拡大すべき行為

として「導尿介助、摘便、ストーマのパウチ張替え、 気管カニューレ等のガーゼ交換など」を挙げている（厚生労働省［2010(15)］）。こうした議論を踏まえ、「まずは、たんの吸引及び経管栄養を対象として制度化を行うが、将来的な拡大の可能性も視野に入れた仕組みとする」との文言が中間まとめにも盛り込まれることとなった（厚生労働省［2010(13)］）。なお、「自己導尿の補助」については、過去の通知で医行為ではないと整理されているため、今回の法改正の内容によらず実施に問題はないことが第 3 回の議論の中で確認されている（厚生労働省［2010(8)］）。

たんの吸引等を実施する「介護職員等の範囲」については、介護福祉士とそれ以外の介護職員等を広く含むものとされた。中間まとめの中では、「介護福祉士以外の介護職員等（訪問介護員等の介護職員とし、保育所にあっては保育士、特別支援学校等にあっては教職員を含む。）」（厚生労働省［2010(13)］）と具体例も記載され、これまでの運用が狭められることなく、検討会出席委員が代表するさまざまな職種が「介護職員等」として包含される定義となった。

ただし、検討会の議論の過程では、最初から「介護職員等」に誰が含まれるかという明確なイメージが共有されていたわけではなかったため、各委員が都度、自身の関わる現場の状況を説明しながら、実施可能な職員が狭められることのないよう確認を行っていた。第 2 回終了時に大島座長が「具体的に行うのはヘルパー、介護福祉士ということにとりあえず今回は限定してもいいんじゃないか」（厚生労働省［2010(7)］）と述べたところ、光明特別支援学校の三室委員がヘルパー等に限定されてしまうと教員ができなくなるとの懸念を表明したほか、第 3 回で全国重症心身障害児（者）を守る会の岩城委員が、重症心身障害児者の通所・通園施設には保育士や児童指導員といった、介護福祉士・ホームヘルパー以外の職員も多くおり、それらも対象に含めるべきと主張し（厚生労働省［2010(8)］）、これら多様な職種名が中間まとめの例示に盛り込まれることとなった。

他方で、介護福祉士以外の介護職員等がたんの吸引等を行えることについて、「※介護福祉士のみでは現に存在するニーズに対応しきれないこと、介護福祉士養成施設の体制整備や新カリキュラムでの養成に相当の期間を要することに留意」（厚生労働省［2010(13)］）との注意書きが中間まとめに付されている。これは第 5 回検討会で、「介護人材養成の在り方に関する検討会」から「介護福祉士は、福祉・介護現場において中核的な役割を担う専門職であることにかんがみ、今後養成される介護福祉士には、その本来業務として、たんの吸引等を実施することが求められる。」（厚生労働省［2010(11)］）との意見が出されたこと、日本ホームヘルパー協会の因委員と日本介護福祉士会の内田委員の 2 名が、介護の現場は原則介護福祉士が担っていくようにすることが国の方針であり、ホームヘルパーがそれを担うのはあくまで経過措置であるとの見解を述べたことに配慮したものであると考えられる（厚生労働省［2010(10)］）。

介護職員によるたん吸引等を認める「実施場所の範囲」については、一定のニーズはあるが看護職員だけでは十分なケアができない施設、在宅等の介護現場で、医師・看護職員と介護職員等の適切な連携・ 協働が確保されていることを条件として認められることとなった。具体的にはどのような場所かという例として、介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護、等） 、 障害者支援施設等（生活介

護、グループホーム、等）、在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）、等）、特別支援学校が中間まとめにも明記され（厚生労働省［2010(13)］）、そのまま法制化に至った。「介護職員等の範囲」に関する議論と同じく、検討会出席委員の立場・要望が取り入れられ、入所・通所施設、在宅、特別支援学校など、ニーズのある高齢者・障害児者が過ごす場所が幅広くカバーされた内容となっている。

検討会での実際の議論の順序および厚労省が作成する資料の内容としては、まず介護施設と障害者施設を対象として想定されており（厚生労働省［2010(7)］）、次いで在宅・特別支援学校も検討の対象となり（厚生労働省［2010(7)(8)］）、さらに障害者自立支援法の重度訪問介護を受けている場合の移動中や外出先・介護保険法の通所介護や短期入所生活介護の事業所も対象にすべきかどうかが議題に挙げられた（厚生労働省［2010(10)］）。検討の順序はあるが、厚労省としても医療との連携が取れればいずれも認めて良いのではないかというスタンスであり、検討会委員からも異論がなかったため、いずれも順当に認められ、資料に盛り込まれた。

実施場所について意見が分かれたのは、医療機関を対象に含めるかどうかである。結論としては、今回の法改正においては医療機関は対象外とすることとなった。日本看護協会の齋藤委員は、医療機関を対象に含むことに反対であった。医療機関に指定されている施設は当然看護職員配置によって対応すべきであること（厚生労働省［2010(7)］）、そもそも今回の法制化は介護現場でニーズのある方へのたん吸引等を可能にするためであり、そうした方々に比して医療機関で入院・療養している患者は状態が安定しておらず、介護職員が医療行為を行うことは適切ではないこと（厚生労働省［2010(8)(10)］）を理由として述べた。

日本医師会の三上委員、全国老人福祉施設協議会の桝田委員、国際医療福祉大学大学院の黒岩委員は、医療機関も対象に含めて良いのではないかという意見であった。三上委員は、介護療養型医療施設には看護助手と呼ばれる職員が介護職のような形で配置されており、そこでは 20%近い方が喀痰吸引を頻繁にされているため、見る頻度もやる可能性も十分にあると述べた（厚生労働省［2010(8)］）。桝田委員は、医療機関には医師も看護職員もおり、一番安全な場所であるはずなのに、研修を受けて介護現場でたん吸引等をできるようになった介護職員が、その後病院に勤めることになったら出来なくなるというのは変ではないか、と意見し、黒岩委員も、医療機関に入ると、突然介護職がたんの吸引ができなくなるというのは、やはりおかしいと思うと述べた（厚生労働省［2010(10)］）。

こうした議論を踏まえて、厚労省の川又振興課長は、介護現場における不安定な状態を解消することが議論の目的であること、医療の現場については看護職員等が十分に配置されていることを述べ、今回の法改正においては医療機関を含める必要はないのではないかとの見解を述べた（厚生労働省［2010(10)］）。國學院大學法科大学院の平林委員も同様に、介護、教育、保育の現場に医療関係者が日常的に入っていってたんの吸引等を行うことは現実的に不可能である状況の中で、介護職、教員、保育士等がそれらを実施可能にするということで問題を解決することが今回の制度化の趣旨・目的であり、病院の中での問題は少なくとも当面は出てこないだろう、との見解を述べた（厚生労働省［2010(10)］）。

「医師・看護職員と介護職員等との連携のあり方」については、適切な連携が必要であることに異論はなく、検討会での議論や施行事業の結果を踏まえて、順次詳細な要件が定められていった。施設と在宅で状況が大きく異なるため、たとえば心身の状況に関する情報共有の方法として、「施設の場合は、配置医や配置看護師等の関与を業務方法書等により担保。在宅の場合は、介護職員から看護職員への日常的な連絡・相談・報告等についての取り決めの文書化など」（厚生労働省［2011(4)］）と、状況の違いに応じたマニュアル整備が必要であるという点が強調された。

3-4-2. 検討課題(2) たんの吸引等の適切な実施のために必要な研修の在り方について

研修のあり方については、検討会内の議論だけでなく、期間中に並行して行われた試行事業の進捗・結果や、試行事業のアドバイザー委員会での議論なども経て決まっていった。最終的に、以下 3 つの類型に研修が分かれることとなった。1 つは、たとえば特別養護老人ホームなどの施設職員など「不特定多数」の者にたん吸引等を行うための研修で、対象となる行為のすべて（たんの吸引については口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部すべて、経管栄養についても胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養すべて）を行えるようにする研修類型である。2 つ目は、同じく「不特定多数」の者を相手とするが、気管カニューレ内吸引と経鼻経管栄養を除き、口腔内、鼻腔内のたん吸引と、胃ろう、腸ろうでの経管栄養のみ行えるようにする研修類型である。3 つ目は、たとえば ALS 患者への重度訪問介護ヘルパーや特別支援学校教員など「特定の者」へのケアを担当する職員が、その人に必要な行為のみ出来るようになるための研修類型である。

いずれの類型も、講義とシミュレーター演習による「基本研修」と、施設や在宅での「実地研修」を組み合わせた研修となっている。基本研修は、不特定多数の場合は講義 50 時間＋シミュレーター演習、特定の者の場合は講義および演習で 9 時間（※重度訪問介護従事者養成研修と併せて行う場合には合計 20.5 時間）と、研修時間に差を設けている。また、介護福祉士の養成課程にもたんの吸引等が組み込まれることとなった（厚生労働省［2012］）。以下、この研修形式に至るまでの検討会議論の経緯と、各委員の発言の分析結果を述べる。

第 3 回検討会で、厚労省から試行事業の案が提出され、その中で研修の具体的な内容も案として盛り込まれていた。この時点ですでに、基本研修と実地研修という基本的な形式は示されていたが、不特定多数と特定の者で類型を分けるという選択肢はまだ俎上に載っていない。そのため、基本研修の講義 50 時間と記載に対して不安や懸念を示す委員もおり、議論が一時紛糾した。

NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会・日本 ALS 協会の橋本委員は、少ないヘルパーが交代制で 24 時間つきっきりの介護をしている ALS 患者の在宅生活の実情を説明し、個別性が高いため他の人と簡単に交代ができず、50 時間の研修時間を確保することはできないと述べた。重度訪問介護の枠組みの中で、20 時間の研修と一人ひとりの利用者（＝特定の者）に合わせた現場実習で対応してきた実績に触れながら、「さくら会関係の 28 団体に昨日聞きましたら、今は 20 時間の中でやっておりますけれども、これ以上の研修義務を課されたらどこもできない、ALS に派遣するのは辞めるというふうに言われました。」（厚生労働省［2010(8)］）と強い懸念を示した。

全国重症心身障害児（者）を守る会の岩城委員も、「小さな施設等から、通常勤務の中でこの時間をそれぞれ 1 人ずつ出していくのは大変困難が伴うのではないか」(厚生労働省[2010(8)]）と不安を表明した。こうした意見を受けて、全国老人福祉施設協議会の桝田委員は、「一般的な研修の場合は、いろいろな対象者の方を想定して教えていくという部分と、多分 ALS の方も同じだと思いますが、1 人の方に対して細かな部分をちゃんと教わって対応していくというのと、汎用的な部分とは変わってきますので、研修時間もおのずから変えてもいいと思うんです。」(厚生労働省［2010(8)］）と、不特定多数と特定の者とで研修時間を分ける提案をした。

第 3 回の議論を踏まえ、第 4 回検討会で厚労省が提出した修正案にも、「介護職員等に対する教育・研修の在り方についても、不特定多数の者を対象とする安全性を標準とするが、特定の者を対象とする場合はこれと区別して取り扱うものとする。」(厚生労働省［2010(16)］）という記載が盛り込まれた。第 4 回では、橋本委員が再び重度訪問介護での 7 年間の運用実績を述べ、今回の試行事業の中でも、特定の者を対象とする場合のモデル事業をさくら会で実施・検証させてほしいと要請した（厚生労働省［2010(9)］)。光明特別支援学校の三室委員も、これまでの特別支援学校での研修実例を紹介し、特定の者を対象にする場合には扱いを別にすることに支持を示した。第 4 回の橋本委員の提案の結果、試行事業においても、特定の者を対象とする場合の研修を別立てで実施することになり、NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会が実施事業者となった。

不特定多数を対象とする場合の研修に関しては、「50 時間」という講義時間に対して、議論の時点では明確に賛成・反対を示す者はおらず、試行事業の結果を踏まえて検証すべきとの意見が大勢であった。特別養護老人ホームみずべの苑の川崎委員は、前年に行った高齢者施設でのモデル事業の結果を振り返りながら、50 時間の検証はできていないが、やはり研修には十分な時間が必要であるとの認識を示した（厚生労働省［2010(9)］)。日本ホームヘルパー協会の因委員も、不特定の場合のヘルパーは多くの技術や知識を持っておく必要があり、厚労省が示す 50 時間をまずやってみるべきとの意見を述べた（厚生労働省［2010(9)］)。

実地研修の場所については、利用者のいる場で行うことが重要であり、可能な限り施設、在宅等の現場で行うという方針が示された。総論としては反対は無かったが、一点、医療機関も実地研修の場所に含みうるかどうかが第 3 回検討会で議論になった。3-4-1.にて、たん吸引等の「実施場所の範囲」から医療機関が除外された経緯はすでに述べたが、日本看護協会の齋藤委員は実地研修の場所としても、同じく医療機関は適切ではないとの意見であった。医療施設には介護の現場と比べて医薬物品や人員体制が整っており、ケアの現場である患者の自宅等とは環境が乖離しているため、研修場所として適さないという理由を述べた（厚生労働省［2010(8)］)。聖隷クリストファー大学の川村委員も、病態の変化が激しい方が多い病棟の状況では、看護学生でさえもなかなかこういった研修をするということは難しいと述べた（厚生労働省［2010(8)］)。

他方、日本医師会の三上委員は、研修は医療機関でする方が安全であり、連携を取りやすいと述べ、賛成の立場であった（厚生労働省［2010(8)］)。全国ホームヘルパー協議会の中尾委員も、

専門的な内容を学ぶ研修は医療機関の場で実施してほしいと、ヘルパーの立場から希望を述べた（厚生労働省［2010(8)］)。

賛否は分かれたが、最終的には厚労省が「教育・研修の機会を増やす観点から、介護療養型医療施設、重症心身障害児施設など医療機関として位置づけを有する施設であっても、実地研修の場としては認める」と整理し（厚生労働省［2010(10)］)、その後再びの議論はなかった。

第 8 回、第 9 回の検討会では、試行事業の実施結果が資料として出され、気管カニューレ内部の実地研修が、他のケアよりも進行率が低かったことなどが判明した。他の行為と比べてニーズのある人が少ないため研修実施回数が少なくなったことが理由である。こうした試行事業の結果を踏まえて、不特定多数の場合の研修に、気管カニューレ内の吸引・経鼻経管栄養を除いた 2 類型目を設けることとなった（厚生労働省［2011(3)］)。

国家資格である介護福祉士に関しては、基本研修に相当するものを養成カリキュラムに盛り込み、実地研修も養成課程中に可能な限り実施する（または資格取得後に登録事業者にて実施）こととし、2015 年度（平成 27 年度）以降に介護福祉士の養成課程を卒業した者は、業としてたんの吸引と経管栄養が行えるようになるとされた。それ以前にすでに介護福祉士である者は、10 年間の経過措置期間で追加研修を受講することも法律で定められた。また、介護福祉士以外の介護職員等を対象とした研修を修了した介護福祉士は、2015 年度の制度移行を待たずして、たんの吸引・経管栄養を行っても良いと厚労省からの補足説明があった（厚生労働省［2011(3)］)。

3-4-3. 検討課題(3) 試行的に行う場合の事業の在り方について

試行事業は、10 月下旬から不特定多数に対して、11 月上旬から特定の者に対しての類型が実施された。試行事業の趣旨・位置づけについて、第 2 回検討会で厚労省から「制度のあり方に関する議論の状況を踏まえつつ、一定の範囲で試行事業を行うこととし、その結果を踏まえ、更にこの検討会で議論を行っていただいてはどうかということ。ただし、その試行事業をやるということになりますと、少なくともその際は法律はないわけでございますので、『実質的違法性阻却論』の考え方に沿って要件設定等を行うことが適当ではないか。」(厚生労働省［2010(7)］）との説明がなされた。検討会全体を通して法制化を見据えた議論を詰めていきつつも、試行事業の結果を分析した上で、さらに制度の詳細を検討する、という位置づけであった。

試行事業そのもののあり方については、前項の通り、第 4 回検討会での橋本委員の提案によって新たに「特定の者」に対する試行事業を実施することになったことが、検討会の議論が影響した大きな変更点である。

試行事業の結果が最終的な制度のあり方に影響した点は、前項で述べた通り、不特定多数の研修を 2 類型に分けることとしたのが大きい。その他には、講義のわかりやすさに関する講師・受講者のアンケート結果を踏まえて、不特定多数の研修カリキュラムの内容変更の可能性が議論された。具体的には、吸引と比べて人工呼吸器の使用に対して、また成人と比べて小児への吸引に対して、受講者の理解・関心が低い傾向にあったことから、これらも研修類型を分けて対応してはどうかとの意見が出た。これは、試行事業の参加者に高齢者施設の介護職員が多かったこと

が影響していると分析された。全国老人福祉施設協議会の桝田委員は、「余りにもできる範囲を広げていくと、関心のないところまで技術を高めていかなければいけないのと、実際に実地研修の方に入っていくと、対象者が全くいないということが起こってきます。」（厚生労働省［2011(1)］）と述べ、成人の場合と小児の場合、吸引と人工呼吸器を分けたカリキュラムで行うことを提案した。

一方、医療法人アスムスの太田委員は、小児の施設である重度心身障害児施設も高齢化しており、65 歳を超える入所者もいるという実情を話し、「今回の研修はベーシックなものですから、特に小児と成人と分けて教えるというよりは、両者に共通するところから指導するということが妥当だと思います。」（厚生労働省［2011(1)］）と述べた。また人工呼吸器については、技術発展により最近は小型かつメンテナンスも容易になっていると述べ、医師も含めて人工呼吸器に苦手意識を持っている者は昔の「大変物々しい」人工呼吸器の印象が強く、それがアンケート結果に影響しているのだろうと分析した。

光明特別支援学校の三室委員も、「私どもは特別支援学校ですので、子どもたちを対象にします。範囲が限られてしまって、福祉士の方あるいはいろんな方の研修体系からはずれてしまって、養成ができなくなってしまうということは危惧します。当然、学校では養成していきますけれども、いろんな範囲が含まれた研修が広く行われることの方が、広がりができるのではないかと思っています。」（厚生労働省［2011(1)］）と、小児と成人を分けることによる人材養成面への懸念を述べた。議論はあったが、最終的には、人工呼吸器および小児・成人に関して研修類型を分けることはせずに、不特定多数の研修受講者全員が学ぶべきカリキュラムとなった。

4. 考察――検討会委員の構成・意見の法制度への影響

今回の検討会には、医療的ケアを必要とする利用者本人またはその家族を代表する立場、医療・看護・介護・教育といったケアの実施に関わる者を代表する立場、法や政策等の学識者など、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方」というテーマに関係する様々な委員が集められた。

ケアを受ける側であり、これまでの「実質的違法性阻却」の下での介護現場の対応をよく知る橋本委員（在宅療養 ALS 患者について）、三室委員（盲・聾・養護学校の児童生徒について）、岩城委員・白江委員（ALS 以外の在宅療養患者・障害者）、川崎委員（特別養護老人ホーム入所者）が参加したことにより、新たな法制度が、それぞれの現場にかえって不利益を生じさせないようにするべきであると、検討会の議論でも繰り返し強調・確認されることとなった。

具体的な法制度の中身である「行為の範囲」「介護職員等の範囲」「実施場所の範囲」については、3-4-1.にまとめた通り、概ね現場のニーズが幅広くカバーされる結果になったが、「実施場所の範囲」には施設以外の在宅や特別支援学校、重度訪問介護の移動中も含みうること、「介護職員等」には介護福祉士やヘルパー以外にも保育士や教員も含みうること、など、上記の委員たちが議題ごとに具体例を細かく挙げて確認を取っていった。厚労省の中間まとめにもそれらの具

体例が明記される結果となったことは、これらの委員の働きかけの影響が大きいと言える。

研修制度のあり方そのものに大きく影響したのは、NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会・日本 ALS 協会の橋本委員の発言であり、20.5 時間の基本研修と利用者在宅での長期に渡っての実地研修という重度訪問介護の枠組みでの運用実績を示し、初期に出された厚労省の素案で想定されていなかった「特定の者」を対象にした研修類型を立ち上げることに至った。この類型が設けられないまま法制化がされれば、在宅 ALS 患者だけでなく、盲・聾・養護学校の児童生徒など、個別性の高い少数の関係での医療的ケアがほとんど実現不可能になってしまっていたであろうことから、橋本委員をはじめ、介護現場、特にケアを受ける側を代表する者が法制度検討の過程に参加することの意義は大きいと言える。

たんの吸引等を「医行為」から外すか残すかといった議論は、検討会の中でも繰り返し紛糾し、最後まで平行線となった。医行為から外すべきとの立場であった日本医師会の三上委員を含め、「介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにする」という方向性自体には、委員の誰もが賛成・同意していた。にも関わらず議論が長時間・複数回に渡ったのは、たんの吸引等の「医療的ケア」という行為そのものの特殊性が影響していると考えられる。

三上委員は、医行為は、訓練された医療専門職が行わなければ人体に危害を及ぼすおそれがある行為であるゆえに、業務独占行為として法律で厳格に定められているのであり、その原則を逸脱する実例をつくることが今後の混乱や危険を招くのではないかという立場であった。そして、2005 年の通知を紹介し、たんの吸引の危険性は低いのであるから、ここで医行為から外された爪切り等と同じように扱うことが可能であると主張した。

こうした三上委員の案に対して、法制度に関する学識者の立場から、政策研究大学院大学教授の島崎委員と、國學院大學法科大学院長平林委員が解説・翻訳の役割を担う形となったのが検討会の議論の特徴であった。たんの吸引といっても行う範囲によって難易度や安全性は異なり、抽象的にでも危険があるのであれば、爪切りのように一概に「医行為ではない」とすることは難しいのではないかという見解が出された。最終的には大島座長が議論を打ち切り、今回のたん吸引等の法制化においては、時間の制限や検討会の役割を理由に現行の医事法制下のまま対応する方針を取ったが、この医行為を巡る議論自体は、今後の医療的ケアにまつわる法制度を考える上で、重要な示唆を含んでいると言える。

そもそも「医療的ケア」と呼ばれる行為・概念が立ち上がったのは、医療技術の発展や、人工呼吸器等の医療機器の小型化・普及等により、かつては生存が困難であったり医療機関から出られなかったような疾患・障害のある人が、たんの吸引や経管栄養等の一定の医療的な支援を受けながらも自宅や地域、学校で過ごせるようになっていったという時代の変化があったからである。

島崎委員は第 4 回検討会で「医療的ケアの本質は何かと言ったら、それは本質的にはケアです。しかし、そこはだれでもやってもよいのかといえば、一定のメディカルコントロールなり、一定の研修が必要な領域ではないか。その方が安全なのではないか。そういうことを今議論しているんだと思うのです。」（厚生労働省［2010(9)］）と発言した。

すなわち、医療的ケアとは、「ケア」という言葉から見れば介護職員等が担い手となる「生活援助行為」であり、「医療的」という言葉から見れば医師・看護師等の医療職が担うべき「医行為」でもあるという、2 つの性質を併せ持った行為である。であるからこそ、第 2 回で内田委員が「医行為から外してしまうことで、例えば医療職の関与がなくなるといったようなことでは、やはり現段階ではまずいと思うんです。」（厚生労働省［2010(7)］）と不安を示したのであり、三上委員が 2005 年の通知をもとに提案した「爪切り」や「耳かき」といった行為と同様に、一律に「医行為ではない」とすることは出来ないとの意見が検討会時点では大勢となったのであろう。

大島座長も医行為から外すことは「一つの選択肢としては間違いなくある」（厚生労働省［2010(12)］）としており、今後の医療技術の発展によっては、現在「医行為」に留まっているたんの吸引や経管栄養の一部が、危険なく実施できると判断され、医行為から外れるという可能性もゼロではないであろう。また、現時点では介護職員等が担うことはない、医療機関内でのみ行われているなんらかの高度な治療行為が、将来いずれかの段階でたんの吸引等と同様に、在宅・施設でも可能な「医療的ケア」の領域に移ってくる可能性も当然考えられる。そうであるからこそ、今回の中間まとめにも将来的な行為の拡大可能性を否定しないという文言が盛り込まれたのである。同じく島崎委員は第 3 回検討会にて、「第 3 の行為とかというと話がややこしくなるのでやめますけれども、そういう日常的なケアという類型ができ、それに対しては全く野放図にしてよいわけではない。本当の純然たる医行為と言うと言い過ぎかもしれませんけれども、それとはレベルは違うかもしれないが、一定のメディカルコントロール下に置いておく必要がある。その実態を詰めればよい」（厚生労働省［2010(8)］）と述べている。

今後、たんの吸引や経管栄養に続いて、新たな「医療的ケア」の法制度上の扱いや現場での運用が議論されることになった際も、一律に医行為から外すかどうかではなく、医行為に置きながら「メディカルコントロール」を働かせるという今回と同様の対応が適切となることもあるだろう。一方で、今回そのような扱いとなったたんの吸引を含め、医療技術の発展や現場実態を踏まえて、いずれかのタイミングで医行為から外すという判断が適切となる場合もあると考えられる。

いずれにせよその際の議論・判断においては、検討会でも繰り返し確認された「必要な人に必要なサービスを安全かつ速やかに提供すること」が最も重要であることは変わらない。今回の検討会は、大島座長が繰り返し会の目的を確認・強調し、事務局の厚労省もまとめ資料にそのことを明記しながら進められた。医事法制という専門性・抽象度が高い法制度との関係と、リアルな現場での実情やニーズを行き来しながら法制度のあり方を決める必要がある議論では、議論の目的や会の役割を出席委員全員と丁寧に共有・確認することが合意形成の上で非常に重要であったと言えるだろう。

最後に、本稿の限界と今後の課題について述べる。本稿は「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の議事録を中心に、公表された資料のみを分析対象とし、介護職員等によるたんの吸引等の法制化に直結する論点に絞って分析を行っている。当時の検討会出席委員へのインタビューや、メールのやり取り等の非公開資料の収集・分析を行った

り、検討会や試行事業の中で語られたその他の論点にも焦点を当てることで、「医療的ケア」をめぐる新たな課題が抽出されることも十分に考えられる。本稿の整理・分析を入り口に、今後さらなる研究を進めていきたい。

■文献

厚生労働省　2003(1)　「『看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会』報告書」, 看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会 https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/06/s0609-4a.html　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2003(2)　「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」, 医政発第 0717001 号　https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6777&dataType=1　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2004　「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)」, 医政発第 1020008 号 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb2648&dataType=1　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2005(1)　「医師法第１７条、歯科医師法第１７条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」, 医政発第 0726005 号 https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iiut.pdf　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2005(2)　「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いに関する取りまとめ」, 在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会　https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0310-4.html　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2005(3)　「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」, 医政発第 0324006 号 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb2894&dataType=1　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2010(1)　「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめ」, 特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会　https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-14a.pdf　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2010(2)　「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」, 医政発 0401 第 17 号　https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb5988&dataType=1　（2022 年 3 月 15 日取得）

厚生労働省　2010(3)　「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告

書)」 https://www.jshp.or.jp/cont/10/0323-3.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(4) 「『介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会』開催要綱」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000bhqz-att/2r9852000000bjh2.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(5) 「介護職員等によるたんの吸引等の実施について法的措置を講じる場合に考えられる主な論点（案）」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000bhqz-att/2r9852000000bjpx.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(6) 「2010 年 7 月 5 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 1 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000nexk.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(7) 「2010 年 7 月 22 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 2 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000nw65.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(8) 「2010 年 7 月 29 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 3 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000125dh.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(9) 「2010 年 8 月 9 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 4 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000012mgw.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(10) 「2010 年 11 月 17 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 5 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000012svd.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(11) 「介護福祉士によるたんの吸引等の実施に関する本検討会の意見」，今後の介護人材養成の在り方に関する検討会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000wnoo-att/2r9852000000wnsy.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(12) 「2010 年 12 月 13 日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第 6 回） 議事録」 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000012tmf.html （2022 年 3 月 15 日取得）
厚生労働省 2010(13) 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方につい

て　中間まとめ」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yreb-att/2r9852000000yrid.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2010(14)　「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会　要望書」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000bhqz-att/2r9852000000bkff.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2010(15)　「橋本委員意見　第5回介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会提出資料」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000wnoo-att/2r9852000000wo04.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2010(16)　「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方についての今後の議論の進め方及び具体的方向（修正案）」　（2022年3月15日取得）　https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000jcmm-att/2r9852000000jcqy.pdf

厚生労働省　2011(1)　「2011年2月21日　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第7回）　議事録」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001beyn.html　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2011(2)　「2011年6月30日　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第8回）　議事録」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001maz0.html　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2011(3)　「2011年7月22日　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（第9回）　議事録」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uvy9.html　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2011(4)　「省令等に規定する事項案」　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001jvww-att/2r9852000001jw28.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2012　「喀痰吸引等研修～研修課程（1）～」　https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/4-1-1-1.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2019　「医療的ケア児に関する施策について」，厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課障害児・発達障害者支援室 難病・小児慢性特定疾病地域共生ワーキンググループ　https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000553177.pdf　（2022年3月15日取得）

厚生労働省　2020　「介護分野をめぐる状況について」，社保審－介護給付費分科会第176回　https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608284.pdf　（2022年3月15日取得）

首相官邸　2010(1)　「新成長戦略～「元気な日本」復活のシナリオ～」 https://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/sinseichou01.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）

首相官邸　2010(2)　「介護・看護人材の確保と活用について　総理指示」 https://www.kantei.go.jp/jp/kan/statement/201009/27siji.html （2022 年 3 月 15 日取得）

総務庁　1999　「要援護高齢者対策に関する行政監察結果－保健・福祉対策を中心として－（要旨）」 https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/990924.htm （2022 年 3 月 15 日取得）

内閣府　2010　「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」 https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_16/pdf/ref.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）

内閣府　2011　「規制・制度改革に係る対処方針（平成 22 年 6 月 18 日 閣議決定）」 https://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/publication/230909/item230909-2.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）

日本医師会　2009　「『特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会』について　」 https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090610_1.pdf （2022 年 3 月 15 日取得）

日本 ALS 協会　2005　「ALS 患者に関する調査報告——吸引等に関する ALS 患者・家族の実態と意見」 https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0310-1c.html （2022 年 3 月 15 日取得）

日本 ALS 協会新潟県支部　2002　「『ヘルパー吸引』について坂口大臣陳情レポート」 http://www.jalsa-niigata.com/newshouse-9/9-18l02-11-12.daijin.html （2022 年 3 月 15 日取得）

The process of legal reforms regarding care-workers doing sputum suctioning and tube feeding for patients requiring long-term medical care at homes in Japan: How can legal and occupational conflicts between medical care and home healthcare be addressed?

Yuhei Suzuki, Keiko Makino

Abstract:

A legal reform in 2012 in Japan enabled care-workers to conduct sputum suctioning and tube feeding for patients requiring long-term medical care who were living in residences or care homes and studying at kindergartens or schools. Regulations in Japan allowed only medical staff such as doctors and nurses to conduct medical practices for patients. However, it was not clear whether sputum suctioning and tube feeding at home were defined as medical practices prior to the 2012 legal reform. Following petitions and policy proposals from patient groups, a conference was held during 2011–2012 to review the legal reforms that enable care-workers to perform sputum suctioning and tube feeding as part of their jobs. This paper analyzes minutes of the conference to appraise how each committee member's opinion influenced the details of the reform. Members representing care-users, such as amyotrophic lateral sclerosis patients and children with severe motor and intellectual disabilities, presented various situations where they needed sputum suctioning and tube feeding in daily life, and advocated for making the rules as flexible as possible. As a result, not only certified care-workers but also private home caregivers, teachers at kindergartens and schools, and patients' caregivers were allowed to undergo sputum suctioning and tube feeding training. The members decided to develop three types of training curriculums that care-workers can choose from to learn the practices necessary and adequate for their patients. The legal definitions of sputum suctioning and tube feeding were also discussed at the conference. A committee member from Japan Medical Association insisted that sputum suctioning and tube feeding should be excluded from medical practice. However, other members did not agree, citing that sputum suctioning and tube feeding by care-workers still needed to be supervised by medical staff for patient safety. Therefore, the two processes were legally defined as medical practices in the legal reforms of 2012, and the law partially lifted the ban on trained care-workers.

【論文（Peer Reviewed）】

失敗に終わったとされたケア付き住宅建設運動

「川口に障害者の生きる場をつくる会」の軌跡

立命館大学大学院先端総合学術研究科

増田　洋介

要旨：
1960 年代の終わりから身体障害者のケア付き住宅建設運動が全国各地で一定の広がりをみせ、1980 年代には各運動間で連携や情報共有が行われた。一方で 1970 年代半ば、埼玉県川口市で展開された「川口に障害者の生きる場をつくる会（以下、生きる場をつくる会）」の運動は、それを待たずして失敗に終わったと認識されている。本稿では、生きる場をつくる会の運動について推移を追ったうえで、なぜこの運動が失敗に終わったとされたのかについて考察した。考察にあたっては当時作成された冊子、関係者による書籍や雑誌記事などを用いた。それまで地元で地道に築いてきた人間関係をもとに、従来の施設よりも小規模なものを完成させた事実を踏まえれば、運動は部分的ではあれ成功したといってもよかった。しかし、生きる場をつくる会によって要望された、障害者と健常者の協働による自主運営を行うことと公的責任を明確化した公立公営にすることの 2 点は、行政にはまったく受け入れられなかった。生きる場をつくる会の運動の事例は、現在の障害者福祉において今なお続く課題を示している。

キーワード：
障害者運動，ケア付き住宅，生きる場，埼玉県川口市

■１．はじめに

1960 年代の終わりから 1980 年代にかけて、身体障害者のケア付き住宅建設運動が全国各地で一定の広がりをみせた。この取り組みについては、『自立生活への道』（仲村・板山編［1984］）や『続・自立生活への道』（三ツ木編［1988］）で多くのページを割いてとりあげられている。また 1987 年 11 月には、全国的な催しとして「『ケア付き住宅』研究集会」が開催された（「ケア付き住宅」研究集会実行委員会編［1988］）。この集会は、全国各地で個々の団体が各自治体に対して要求し、試行錯誤しながら運営している実践を持ち寄り、報告と討論を通して共有し今後の展望につなげることを目的として行われたものであった。

一方で 1970 年代半ば、これらとはやや様相の異なる運動があった。それは、埼玉県川口市で展開された「川口に障害者の生きる場をつくる会（以下、生きる場をつくる会）」★01 の運動である。彼らも他のケア付き住宅建設運動と同様、重度障害者も地域で制約のない生活ができるよ

うに、充分な介護者がついた小規模な住宅を市街地につくってほしいと行政に要求した。そして 1974 年 12 月に、市からいったんは前向きな回答を得た。会のメンバーは、先行して取り組みを行っていた東京青い芝の会から情報を仕入れ、その動向を横目に見ながら運動を進めた。雑誌や新聞、書籍でも多くとりあげられ、全国的にも無名な運動ではなかった。しかし、『自立生活への道』や『続・自立生活への道』が刊行されたころには、およそケア付き住宅とはよべないものがつくられてしまったとして、失敗に終わった運動ということにされていた。

「生きる場」という言葉は、彼らが運動を起こした当時はあまり注目されず、1980 年代に入ってから関西の障害者運動のなかで多く使われるようになった。1984 年 10 月に結成された「差別とたたかう共同体全国連合（現・共同連）」の結成宣言では、「われらは共に働く場、生活する場をつくり、実践し、その拡大、発展を通じて社会全体を共に生きる場としていくために全力を尽くす」と謳われた。生きる場をつくる会には、共同体思想の影響を受けていたメンバーもおり、共同連の源流のひとつである滋賀県の「あらくさ共同体」や「ひゅうまん運動」にかかわっていた者もいた（山下［2021］）。また、大阪の「中部障害者解放センター（現・NPO 法人ちゅうぶ）」は、発足前の 1984 年春から「作業所－生きる場調査」を実施し、各地の取り組みについて情報を集めた。1984 年 12 月の発足記念イベントではテーマ別分科会のひとつとして「生きる場分科会」が開かれ、約 60 名の参加者によって討議が行われた（道野［1985:60-66］）。

当時、生きる場をつくる会の運動に参加したなかに、のちにバリアフリー建築の第一人者になった髙橋儀平（現・東洋大学名誉教授）がいた。髙橋は東洋大学の助手をしていた 1974 年に生きる場の設計図面を描き、生きる場をつくる会はその図面を陳情書とともに市に提出した（髙橋［2019:34-35,241-242］）。また髙橋は、1976 年に神奈川、埼玉、東京、千葉の障害者世帯向け公営住宅の悉皆調査を行い、その過程で東京都のケア付住宅検討会の委員であった秋山和明や三澤了、中西正司らが都営住宅で生活している状況を見聞きした（髙橋［2019:49］）。さらに 1978 年には、スウェーデンで新しい住宅の試みが始まっているとの情報を聞き、一番ケ瀬康子（当時・日本女子大学教授）の協力を得て調査旅行を行った。大規模施設が解体され、フォーカス・アパートなどで障害者が独立した生活をしている様子を見学した髙橋は、自分たちの方向性が間違いではないことを確信した（髙橋［2019:51-65,245］）。髙橋は本格的に福祉のまちづくりの研究を志すようになり、1981 年から国際障害者年日本推進協議会（現・日本障害者協議会）の生活環境問題プロジェクト小委員会の委員長を務め、障害者の住宅やまちづくり政策の提言を担当した（髙橋［2019:244］）。その後も多くの自治体のまちづくりや商業施設の設計などにかかわり、東京オリンピック・パラリンピック開催時には新国立競技場のユニバーサルデザインにも携わった（髙橋［2019:167-203］）。

髙橋は、生きる場をつくる会の運動について次のように述懐している。

> 「川口に障害者の生きる場を作る会」という名称の「生きる場」とは、八木下たちが日本ではじめて障害者の世界で使った言葉である。当時としてはどこまで受け入れられるかという懸念もあったが、今日でも依然として何の問題もなく素晴らしい響きをもっていると思う。

［…］
1978 年 3 月に川口市単独事業として「しらゆりの家」が開設された。「川口に障害者の生きる場を作る会」の主張が完全に認められず障害者運動の成果とまではいえないが、小規模ケア付き住宅（定員 10 人）が建設されたのである。（髙橋［2019:36-38］、傍点は引用者）

実際「しらゆりの家」は、髙橋による設計構想が一定程度採用され、当時としては設備が整った建物として完成に至った。しかし、なぜ「障害者運動の成果とまではいえない」とされているのであろうか。

本稿ではまず第 2 節で、運動の推移を追う。そして第 3 節で、なぜ生きる場をつくる会の運動は失敗に終わったとされたのかについて考察する。

■２．運動の推移

■2.1　運動初期

生きる場をつくる会は、脳性マヒ者の八木下浩一を代表として 1974 年 5 月に結成された。八木下は 1941 年に生まれ、生後 6 ヶ月で肺炎を患い脳性マヒになった。埼玉県川口市で生まれ育った八木下は、障害を理由として学齢期に学校への入学を拒否されていたが、いつかは学校に行きたいと考え続け、1970 年に 28 歳で学区内の小学校に入学した。八木下が起こしたこの運動は、現在まで続く障害児・者の普通学級就学運動の先駆けといわれている（河野［2007:16］、小国［2019］）。

その傍ら、八木下は「川口市には重度の寝たきり障害者が何人いて、どういう生活をおくっているのかを知りたい」との思いから、在宅障害者の家を訪ね歩いていた（八木下［1980:157］）。訪問しても家族から拒否されて本人に会えなかったり、ときには塩をかけられて追い返されたりすることもあったが、八木下はこの在宅訪問を通じて、のちに会の運動に大きくかかわることになる脳性マヒ者の雨宮正和、山崎広光と出会った。

この時期に前後して、八木下は大学教員の西村秀夫★02 から声をかけられた。西村は、1960 年代後半の大学闘争に、東京大学教養学部の学生部教官としてかかわっていた。学生への強権的な支配を進めた教授会に対して、西村は少数の教員とともに異議を唱えた（西村［1969］）。大学闘争が終息していった頃、西村は志を同じくする教員や学生とともに、市民に開かれた討論の場として連続シンポジウム「闘争と学問」を企画し、1969 年 11 月に第 1 回のシンポジウムを開催した（西村［1971:1］）。シンポジウムは毎回、ただ講師の話を聞くのではなく、さまざまな現場で闘いを担っている人が報告者になり、参加者どうしで議論を重ねるかたちで行われた★03。そのなかで 1971 年 6 月、「身体障害と教育」と題するシンポジウムが開催され、八木下が報告者になった。

1971 年 7 月、西村やシンポジウムに参加していた学生、教師らによって「八木下さんを囲む

会」ができ、月1回のペースで討論会が行われるようになった（連続シンポジウム実行委員会編［1971:33］）。西村は「これは『八木下さんを支援する会』ではない。障害者も健全者も同じ会のメンバーとして討論し、考える会であり、健全者中心の文化の中で育って来た私たちが、障害者によって目を開かれ、教えられる機会である」と考えていた（西村［1972:37］）。

一方、在宅生活を続けていた山崎は1972年ごろ、整形外科医の和田博夫に会うために浦和市（現・さいたま市）内の「浦和整形外科診療所」を訪ねた。和田は身体障害者の機能改善医療を専門にしており、脳性マヒ者やポリオ患者の手足の拘縮をなおして歩けるようにする医者として「障害者の神様」と崇められる存在であった。勤務していた国立身体障害センターの方針転換によって和田が別の病院に配転されようとしたときには、反対する障害者によって厚生省への抗議活動が展開されたほどである。和田は、まだセンターに勤務していた時期から診療所を開業し、本業の合間を縫って手術を行っていた。また和田は、自身のシンパであった障害者とともに「根っこの会」★04 を組織しており、診療所が根っこの会の本拠地になっていた（二日市［1979:80］、根っこの会編［1992］、小佐野［2007］）。

和田は医師業だけでなく、複数の施設経営にかかわっていた。山崎は当初、施設入所の相談をしたいと考えていただけで、診察してもらうつもりはなかった。しかし和田は、施設に入るためには手術して歩けるようになったほうがいいだろうと勧め、山崎はいつの間にか勧めに応じて手術を受けた（山崎［1975:4-5］、和田［1978→1993:308］）。

診療所は入院病床も備えており、山崎は何回か手術を受けながら入院生活を送った。施設入所の経験がなかった山崎にとっては、初めての長期間の団体生活であった。診療所のなかでも重度者であった山崎は、軽度者からつまはじきにあいながらも入院を続けた。それは、退院したら以前のように、家族に気兼ねしながら過ごす生活に戻ってしまうと思ったからであった。入院から2年近く経った1974年、いよいよ真剣に今後の人生を考えなければならなくなった山崎は、八木下に対して「教育問題も大事だけれども、くそ・小便すらも保証されていない障害者の現状がある。これをどうする」と問い詰めた（山崎［1975:5］）。この山崎の訴えがきっかけとなり、生きる場をつくる会が結成されることになった。

会の結成にあたり、まず趣意書が作成された。八木下、山崎に加えて西村秀夫の3人で喫茶店に行き、山崎が言うことを西村が聞き書きし、山崎と同様に和田の手術を受けていた雨宮の意見を加えて趣意書がまとめられた（西村［1975:6］）。趣意書の題名は「わたしたちはどういう　いみで　いえをでたいかというと」であった（川口に障害者の生きる場をつくる会［1975:40］）★05。生きる場をつくる会は、1974年5月にこの趣意書を川口市に提出し、交渉を開始した。

9月に行われた3回目の交渉で、会はさらに市に対して陳情書を提出した。その内容は次のようなものであった。

陳情書

1. 定員10名入れる場所（建坪90坪）
2. 土地を市街に見つけて下さい

3. 重度者 3 名（山崎・雨宮・仲沢）には 3 名の介護者を着けて下さい。
（重度者 1 名に対して介護者 1 名を必要とします）
4. 管理職員 8 名（炊事、洗濯、雑務）をつけて下さい
◎4.についてはホームヘルパーでもよい

以上

4 項目について 1 日も早く実現して下さい。私達の死活に関わるものです。
（川口に障害者の生きる場をつくる会［1975:41］）

こうした要望に対し、川口市は前向きな姿勢を示した。1 回目の交渉では、民生部長が「八木下君たち 3 人の考えはよくわかるから、関係者と相談して、試験的にも実現してみたい」と発言した（川口に障害者の生きる場をつくる会［1975:12］）。また、9 月に行われた 3 回目の交渉では、市長の長堀千代吉が出席して「完全に要望のとおりにいかなくても、ある程度のものは作りたい。しかし、私たちだけでは決められないから財政関係とも相談する。作ることは確かに作る」と発言した★06。そして、建設資金として 1,650 万円が予算計上された。

このように当初、「生きる場」の実現は順調に進むかにみえた。しかしその後、大きく揺り戻しがおきることになる。

■2.2　運動の分断

1975 年度に入り民生部長が交代になると、市がなかなか交渉に応じなくなった。ようやく 9 月に行われた交渉の場で民生部長が、通園の授産施設を建設するとの通告を行った。生きる場をつくる会は、これまでの約束を反故にされたとして強く抗議した。市はその後も交渉にほとんど応じず、提出した質問書への回答も得られなかったことから、会は 1976 年 1 月 19 日から 20 日にかけて座り込みを決行した。これは 1933 年に市制施行されて以来、初めて行われた座り込みであった。座り込みには、会の中心であった障害者や支援者だけでなく、学生や労働組合員、他県で障害者運動を展開していた人たち、のちに県内各地で障害者と健常者が共に生きる活動を始めた人たちも参加していた。一方で生きる場をつくる会は、市民に対して「生きる場」の必要性をソフトな形でよびかけ、多くの人たちの理解を得ようとしていった。その結果、交渉の場を後日設けるとの約束を市から得て、座り込みは解かれた。会は市を追及し、通園施設案を撤回するとの確約書を 1 月末に受け取った（川口に障害者の生きる場をつくる会［1977:148-149］）。

こうした運動が展開されていた最中の 1975 年 12 月、『埼玉県身障根っこの会会報』に「川口市の障害者の『生きる場の会』の活動に思う」と題する和田博夫の文章が載せられた。

①「収容保護施設の設備場所は、市内の繁華街でなくてはならない」としたり、
②「日常生活動作のほとんどが、他人の介補によらなければならないような重度の障害者の収容を予定する施設を考えながら、職員と対象者の区別のない言葉どおりの共同生活の場としての施設を要求する」とか、
③「その施設はかならず公立公営でなければならない」などという激しい要求に固執しなく

ても、我々身障根っこの会の、
①「設備場所は市内の多少田舎でも我慢したらどうか。そこにできるだけ広い土地を用意してもらって、その収容者の数はいつまでも五人とか十人とかいわず、社会福祉事業法による福祉法人を目ざして、将来三十名ないし五十名程度になることをしのばないか」
②「そのためには公立公営一点ばりでなくて、公立民営でも民立民営でも、初めのうちは我慢できないか」
③「精神的には共同生活の場という発想は充分理解できるが、現実的には施設の中における職員とその対象者との区分の存在は、重度重症の対象者を考える限り避けられないことを理解して、職員とその対象者との新しい人間関係を創造して行くような施設を考えないか」
などという助言に耳をかしてもよかったのではないかと思われる。（和田［1975→1993:252-253］）

この文章を読んだ民生部長は、和田に会って相談を始めた。また和田は、診療所で入院生活を送っていた山崎と雨宮に対しても、自分たちの意見のほうが現実的だから賛成するようにと説得していった（和田［1978→1993:302-305］）。和田は次のように考えていた。

国中の精薄児者たちを（川口市の人を含めて）高崎市のコロニー★07 に収容したり、埼玉県内の人々を嵐山コロニー★08 などに収容するのと、川口市内の対象者たちを川口の田舎に収容するのとの差を、相対的に考えるのが現実的な行動と考えられないであろうか。

本当に重度重症の人々を対象と考えるなら、精神的な面以外では職員とその対象者との共同生活の場と考えるなどということが、現実的思考と言えるのだろうか。共同生活の場を作ってくれと言われれば、ホームヘルパーを派遣すればすむ程度のものを考えた川口市の前福祉部長の方が常識的なのである。

他府県にみられる公立公営の施設に問題を認めるなら、施設だけ作ってそれが公的に運営されたとして、期待通りの運営が保障されるのだろうか。保障されないからと運動している人達が、そこの職員になることを万一期待しているとしたら、そしてそれが初めから公務員としての立場を要求しているのなら、その人達が要求しているような条件がその職員たちによって実施されるとは私には思われない。

その対象者たちの福祉の前に、まずその職員たちの社会保障の要求が求められない保障はないとしか思われない。

進歩は苦労しないでは達せられない。障害者たちの、しかもこれまで捨てられて来た重症者の福祉の進歩のためには、その人達を支援する人達の苦労なしには進められない。公立公営の施設が苦労がないというのではない。公立公営や公立民営の施設の職員より、私立私営の施設の職員の方が苦労が多いというのである。現実の国や県の姿勢では、私立私営・公立民営・公立公営の順で、川口で問題になっている施設の建設は難しいはずである。この壁を破るには、どこからでもできるところから始めて、出来上がったら公立公営に移すように目指すべきである。（和田［1975→1993:253-254］）

> 主として肢体障害者のうち、日常生活のすべてまたはその大部分を人の世話にならなければならないような人たちを収容して、その生活を維持する社会福祉施設として療護施設というものがある。その中ではそのような重度な障害を有する人たちの身の回りを世話する介補職員という人たちが必要とされるが、国のたてまえは五十人の障害者を二十人の職員で世話することになっている。それでは充分な世話はできないだろうとして、革新自治体というところでは、二十人の職員のほかに何名かを国の基準のほかに用意するところが多い。埼玉県では三名か四名を余分に用意されているようである。
> 東京都は三十名を国の基準外に用意して、療護施設を作ってその経営を民間に委託して、一つは仕事をはじめて何年か経過し、一つはこの五、六月から仕事がはじまろうとしている。
> ［…］
> さきに書いたように国はこのことを認めてはいない。東京都がやっと認めたところである。埼玉県はまだそのみちにほど遠いが、一歩みちをすすめている。山崎君や雨宮君の母親たちは、一人の母が一人の障害者を、その夫や他の子供たちの世話をしながら生きて来ている。このような母親たちが、世の中にはなおたくさん生きつづけているはずである。
> 国の基準以下の数の世話をする人でも、この老いて来た母親たちの代わりをしなければならないと、私たちは覚悟しなければならないだろう。（和田［1976→1993:279-281］）

1976 年 2 月、市は交渉の場で「専門家の和田医師とも充分協議の結果、①市立民営の収容施設。②委託先は和田博夫医師。③土地はグリーンセンター脇に 150 坪用意する」との新たな案を提示した（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:17］）。グリーンセンターは、植物園や集会堂などを備えた広大な公園で、交通の便が悪い郊外に位置していた。民間委託の方針も含め、これまで生きる場をつくる会が要求してきたこととは相容れない内容であり、会のメンバーは強く抗議した。

しかし、その交渉中に突如、山崎と雨宮が「この案は検討の余地がある」として退席する事態がおきた。まったく思いもよらなかった出来事にほかのメンバーは唖然とし、その場は混乱した（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:17］）。さらに翌 3 月には、山崎と雨宮、和田の連名で、市の案でよいので早く開設してほしいという内容の要望書が市に提出された。のちに八木下は次のように記している。

> ひとつ和田氏たちがやったことを例にあげると、「生きる場」の会員であった雨宮君の親をおどかし「生きる場」から抜けるように親から説得をさせました。雨宮君の親は雨宮君に対して、殴る蹴るやの親としての脅かしを加えました。つまり和田氏は雨宮君と山崎君を「生きる場」から抜くことによって私たちが市に作らせようとしている「しらゆりの家」を乗っ取ろうという計算だったのです。そのことは二人の障害者からずっと後になって聞きました。
> 最終的には二人共、和田氏の脅かしに屈して「生きる場」から抜けました。私たちは二人

がやめたことはショックだったけれども団結を固めて川口市に対して私たちの要求をつきつけてきました。（八木下［1980:165-166］）

会のメンバーは、山崎と雨宮を説得したが受け入れられず、2人は会から除名になった（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:20-21］）。生きる場をつくる会は、山崎、雨宮らよりも自分たちが正統であるとして運動を継続することを決め、和田への委託案に反対する見解書や公開質問状を市に提出した。しかし市は、2人の障害者が賛成したことを理由にして強行を図ろうとした。会は抗議し、7月1日から3日にかけて2回目の座り込みを行った。このときには、近隣の公共施設で映画「さようならCP」の上映会も開催され、200人ほどの参加者を集めた（川口に障害者の生きる場をつくる会［1977:150］）。

■2.3　2つの座談会

このように泥沼化した状況のなか、2つの雑誌で誌上座談会が組まれた。雑誌『市民（第二次）』1976年8月号の誌上座談会「障害者にとって施設とは」（高杉ほか［1976］）と、『新地平』1976年11月号の誌上座談会「障害者が“地域で生きる”とは」（八木下ほか［1976］）である。とくに前者の座談会は、和田博夫を吊るしあげるために、生きる場をつくる会側から持ち込まれた企画であったという。
まずは、『市民（第二次）』1976年8月号の座談会についてみていく。

和田　［…］長期的には、いまの施設より小さい二十から三十人の、もっとすれば八木下君たちのいう十人程度のものが公的に認められるような社会にしなければならない。それすらも、もっと先にいけばなくてすむような社会にならなければいけないと思う。［…］当面はやっぱり私立私営でも公立民営でもわたしの生きている間ぐらいはあっちこっちに作っていかなければならない。われわれの施設だって万全だとはいえませんよ。さっきだれかが改良的だと言われたようですが、何か他の施設と多少ちがったものだというものとして作っていくつもりです。［…］
八木下　和田さんの言っていることはぼくにはわからない。いいこと言っているような、そしてよく聞いてみると体制側だと思うんです。つまりおカネがないからうんぬんかんかんで終わっている。たとえばぼくたちが川口でやっていることは、アパートでもどこでもいいから障害者は住むべきだということです。絹ちゃん★09みたいに結婚しなさいと、相手がいないやつは介護者でもなんでもつけなさいと。それを行政側は最低保障すべきなんです。ともかく過渡的な段階で、川口のやり方があるんじゃないか。いま和田先生が言ったのは、市立民営がいいけど、しょうがないから民間委託でがまんしようということではないかと思う。［…］
新井★10　ぼくは個人的に話を聞いているんですが、基本的には八木下さんの話も和田さんの話も最終的にこういう方向になったらいいんだということでは同じことを言っているように聞こえるんですよ。各人が家庭で完全に介護者をつけるだけのものが取れれば、ある

いは途中の段階としては公立公営で十人規模のものができればいいみたい感じですね。[…]
八木下　[…] ぼくたちの運動は川口市に施設ではない“生きていける場”を作っていこうというもので、障害者十人に介護者が三十人ぐらいのものを作ってくれと要求したら、市は作りますよと言って、いったん約束をしたのに、市側はその時調査不足で、あとからよく調べたら、これは大変な話だ、障害者十人にたいして一億のカネがかかる、百人いたら十億もかかってしまって大変だということで、民間とやっていきたい、市だけではだめなので、専門家なんかをあわてて呼んできて、公立民営で作りたいと。それなら安くあがる。[…] 和田さんがさっきから将来的には小さい施設がいいんだと言ってるけど、それじゃあなんで川口市の民間委託のは大きいのかということを和田さんはどう考えてるのか、そこらへんに和田さんに矛盾があると思うんだ。
和田　さっきから言ってるように、小さなものがいいんだということは、長期展望の見通しのなかでのことで、いまの彼我の力で実際に取れるかどうかという運動論で、予測の問題と彼我の力との判定なんですよ。[…] あなたたちが市と約束したというのは“生活する場”を作るという約束ですね。あなた方は、世話をする人とされる人との共同生活の場ということだけど、すれ違ってるんだよ。彼らは共同生活の場というから、常識的にホームヘルパーぐらいを派遣すればいいだろう、あるいは家族が介護すればいいだろうと考えていたわけなんだ。[…] 川口市はホームヘルパーという程度なら納得したんですよ。そこのところがわたしらと違ってるんだ。そこで、基本的には共同生活の場というけど、施設の中でよく問題になっている介護する人と介護を受ける側との人間関係の新たな関係を作っていかなければならないということをわたしは言ったでしょう。そういうつもりで、介護する人とされる人の区別を前提として要求しないと、わたしらの理解では、あなたたちはそこを明確にしないままに市に要求してるから、市ははっきりすればするほど、そこから先はガンとして受けつけないわけだ。[…] 都立の施設の中で問題になっている、いわゆる対象者の人たちの人権を守るのが先なのか、それを介護する労働者の人権を守ることが先なのか、あるいは同時並行的にできるのかということになると、わたしは同時並行的にはできないと思う。（高杉ほか［1976:66-70］）

高杉★11　いままでの、事実経過がどっちがどうだというような話は、ひじょうに複雑千万で第三者にわかりにくい話だと思いますが、[…] もう一度問題をもとにもどしましょう。つまり、いまそういう問題がひじょうに複雑微妙にからんでしまって、にっちもさっちもいかんような形になりよるという事実は事実としてある。しかし、もう一つ、現実に地域で生活しているというふうな状況のなかで、三井さん夫妻と、その陰でいったいどういう長期的展望に立ってやっておられるのかということを出してもらって話の展開をもう少し、一般論ではないけど、ひきもどしてみたいというふうに思うわけです。
三井★12　いま、話を聞いてて、ひじょうに参考になる話なんですね。八木下さんの川口でやってる「生きる場」という話を彼らからちょっと聞いたことがあるわけなんだけど、「生

きる場」をやってるというなかでぼくらが感じていたのは、当然に行政の側からいけば、「公共の福祉」という名のもとに、全体のニードということを盾にして出てくるだろう。そうすれば当然、施設認可基準なり、そういったものにあてはまった形での施設づくりに、行政としては向かざるをえないんだというふうに思っていたわけです。そういう意味では、行政に要請していったとすれば、そういう方向でまるめこまれるのがおちなんだというふうにぼくらは考えていたわけです。（高杉ほか［1976:71-72］）★13

また、『新地平』1976年11月号の座談会は、次のようなものであった。

村田★14　［…］施設におこる問題は社会の人たちには全然わからないでしょ。今の施設は独立したものとして社会に存在している。そうじゃなくて川口の「障害者の生きる場」みたいに、地域の中の施設になっていくのがいいんじゃないか。少人数で、どこの誰がそこにいるということが地域の人にわかっている。そして職員も、その地域の人間が職員としてはいっている、そういう中で生活していくのがいいんじゃないかと思うわけね。［…］
八木下　［…］あんなもの、ぼくはいいとは思ってないよ。川口で一〇人の施設をつくったのは、それを媒介にしておもてに出ていくステップとして使うという意味ですよ。しょうがないからつくったわけですよ。いずれはぶっこわしますよ。
村田　ぼくはあくまでも、施設なんていうものは絶対にあってはならん、あることがまちがっていると思うし、そこで人間性をなくしていくものだと思う。今の施設は、管理体制を十分にして、障害者を人間扱いしないでやっていこうと、そして、八木下くんが言ったように、酒を飲みたい時にも飲ませないものとしてあるわけでしょ、外出・外泊も自由にはできないわけでしょ。だけど、今の段階で言うならば、施設の内容を変えろということですよ。障害者の生活の場になるようなものにしていかなきゃいけない。変えるにはどうしたらいいかというと、やっぱり川口でやったようなものが必要だと思うわけね。
水沢★15　施設の内容改善ということは、現実的な課題としてたしかにあるけれど、同時に今の社会、特にその支配層が施設を必要としている問題、あるいは、今の社会の中で施設にはいらざるをえない人たちがいるという問題、そのことをどう根本的に解決していくのかということを、施設に収容されている障害者、または施設労働者が基本的なところでおさえきって闘いを組んでいかないと、やはりいつまでたっても施設は残っていくんじゃないかと思うんですよね。［…］
　川口市の「障害者の生きる場」をつくる運動について言えば、今の社会において生きていく場、団結の基盤そのものを破壊されている障害者が、生きる場、団結していく場所ないし力をつくっていく運動だと思う。そういう意味で、現在的には非常に評価すべきだと思うんですけれども。（八木下ほか［1976:58-59］）

八木下　ぼくは、施設を否定しながら施設をつくるという矛盾を自分で感じて、やっててイヤになるわけですよ。やっぱり、労働者がわからなかったら、市民意識が変わらなかったら、

いくら「施設反対」と言っても施設は存在すると思う。これから、市民をオルグしたり、これは労働者の問題なんだということを、ぼくたちは徹底的に言わなくちゃいけないんじゃないかと思っています。

北野★16　社会福祉闘争の中で、施設の問題点は「大規模・分類・隔離」の三つだという。だから、そのアンチ・テーゼとして「小規模・非分類・地域化（町なかに）」というふうに立てられるわけね。七生福祉園は園生だけで四百人をこえてるし、職員も二百人以上という最大級の規模だ。じゃあ、七生を小規模化する闘いを組む、町なかに分散させるということになるのかどうか。

　そうじゃなくて、「大規模で隔離されて分類されている」施設がなぜ生み出されてきたのか、なぜ、それを行政なり社会が必要とし、要求してきたのか――そこの構造をかえていかなければならない。たしかに、小さければもっと解決しやすいんじゃないか、という幻想はある。でも、町なかにある小さな施設、しかもいろんな障害者がいるというところが、一体どんな施設なのか。七生の問題がより凝縮された形であるだけなんですよ。

八木下　川口の場合でも同じだと思う。一〇人いたって、二百人、三百人いたって同じなんだよ。同じなんだけど、やっぱり、ぶっこわしながらつくっていく、つくっていきながらぶっこわしていくという作業を、これからやろうとしているわけです。

水沢　「大規模・分類・隔離」に対するアンチとして「小規模・非分類・地域化」が出てきているというけど、厚生省は彼らなりに今までの施設収容主義を反省して、在宅対策を重視すると、「コミュニティ・ケア（地域福祉）」みたいなことを言ってるわけでしょう。それは、逆に地域の中に再隔離していく、さらにきめ細かく分類収容していくことでしかない。そのことに根底的に対決しきれる質を、ぼくらの現在の運動の中でつくっていかないと、敵側のやり方に負けていってしまうんじゃないかと思うんですね。（八木下ほか［1976:63］）★17

これらの座談会で述べられていることを整理すると、次の通りである。

座談会の参加者は和田も含めて皆、公立公営が理想であり、大規模よりも小規模なもののほうがよく、介護者は多いほうがよく、地域から隔離されないほうがよいという意見で一致している。八木下は「あんなもの、ぼくはいいとは思ってない」「つくっていきながらぶっこわしていく」と言う。そして和田でさえも「もっと先にいけば（施設が）なくてすむような社会にならなければいけないと思う」とまで述べている。一方で「川口の『障害者の生きる場』みたいに、地域の中の施設になっていくのがいい」「現在的には非常に評価すべき」といった意見もあげられている。これらだけみれば、目指すべき方向性は一致していて、違うのは急進的か漸進的かという点であるかのようにみえる。

しかし、介護する側とされる側、職員と入所者の区別がないほうがよいという意見に対しては、和田はあり得ないとして完全否定し、介護する側＝労働者の処遇改善と介護される側＝入所者の処遇改善は両立し得ないと述べている。つまり和田は、労働運動と障害者運動を互いに対立するものとして考えているのである。これは、障害者問題を労働者の問題として捉えようとする考

え方や、一般市民の意識を変えていこうとする考え方とは、根本的に相容れない。

また行政も、「大規模・分類・隔離」から「小規模・非分類・地域化」へと施策を転換しようとしているとはいえ、さらにその先——介護する側とされる側、職員と入所者の区別をなくすことまでは、到底考えていない。あくまで介護する側とされる側、職員と入所者を区別したうえでの施設認可基準を設定し、それに則った運営形態を求めることになる。したがって行政への要望という形をとる以上、介護する側＝職員と介護される側＝入所者とを区別する運営形態——和田が考えているのと同様な形態しか見込めないだろうと予想されたのである。そして実際、その予想通りの展開になっていった。

■2.4　「しらゆりの家」の開所

1976 年夏以降の経緯について、生きる場をつくる会の関係者によって書かれた文章にもとづき辿っていく。とくにカギ括弧内の文言はそれらの文献からそのまま引用しているため、生きる場をつくる会側による一方的な喧伝が多分に含まれているであろうことをあらかじめ断っておきたい。

9 月の交渉で和田委託案は撤回され、市から新たな案が提示された。その案は「①土地は柳崎地区に 550 坪。予算は建築費 7,500 万、年間運営費 1,000 万。②定員 10 名の小規模施設とする。③『障害者』の生活費、人件費として 1,000 万程度をつける。④公立民営方式とするが、和田博夫氏には委託しない。⑤今後も会とよく話し合って案を練り上げてゆく」とするものであった。提示された柳崎地区の土地は、工場と公営住宅に囲まれた区画で、グリーンセンター脇に比べれば市街地に近くなった（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:24-25］）。

会は、土地については了承したが、運営形態や予算に大きな問題があるとして交渉を続けた。市から示された運営費を検証したところ、職員 4 名を住みこませ 24 時間体制で働かせることを強いる案であることが明らかになった。会の追及によって次に市から出された案は、「重度者 5 名・中軽度者 5 名の計 10 名に対し、7 名の介護職員・施設長 1 名・炊事 2 名の計 10 名にする。昼間 5 名・夜間 2 名、のべ 7 名（公休 1 名を含む）の介護者を配置する」というものであった。これは、週 88 時間拘束、54 時間勤務、週 3 回の夜勤で、夜勤の時間は施設内宿泊として労働時間から除外されるという、著しく労働基準法に反する案であった。市は「労基法など守っていたら、とても施設なんか出来ない」「障害者は外出しないから、外出介護などは考えていない」と答弁し、「これが市の最終的見解」であるとして交渉を打ち切り、強行を図ってきた（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:25-26］、八木下・吉野［1979:40］）。

これに対して生きる場をつくる会は、市議会開会中の 12 月 16 日から 17 日にかけて 3 回目の座り込みに入り、議場で市長が「労基法を守る。職員を増員する」と答弁せざるをえなくなるまで追い込んだ。1977 年 2 月の交渉では、「重度者 5 名、中軽度者 5 名の計 10 名に対し、直接介護職員 12 名、施設長 1 名、炊事 2 名の計 15 名、労働条件は公務員なみとし、問題があれば増員する」との回答を得た（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:26］）。

しかし翌 3 月になると、市はその回答も反故にし「対象は『重度者』十名、診療所方式をとる」

との案を示した。7 か月分で 1,996 万円が計上された予算のうち、人件費に 1,615 万円をあて、残りの月 30 万円程度で入所者 10 人の食費、生活費、事務費、設備維持費をまかなうというものであり、算定根拠も「委託先との交渉が終了するまで秘密事項だ」として明らかにしなかった（八木下・吉野［1979:40-41］）。委託先は、和田が理事を務め、東京久留米園、和泉園、清瀬療護園などの入所施設を運営する社会福祉法人まりも会であった。市はこの案をもとに設置条例を作成し、9 月議会に上程しようとした（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:28］）。これを阻止するために 8 月 24 日から 25 日にかけて、会は 4 回目の座り込みを行った。結果として、民間への運営委託はついに撤回させられなかったものの、まりも会への委託案を白紙に戻すとの確約を得た（八木下・吉野［1979:41］）。

一方で同時期、山崎、雨宮と和田のシンパである根っこの会は、「市の案にもろ手を上げて賛成します」「生きる場をつくる会の圧力に屈せずガンバレ！」という内容のビラまきを行った。委託先が白紙に戻された直後の 8 月 29 日には、今度は彼らが座り込みを行い、まりも会委託案の復活を求めた（『読売新聞』1977.8.30 朝刊 埼玉県版 20 面、川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:28］）。

10 月に開所する予定にしていたものを翌年 3 月に延期させられ、さらに先延ばしにさせられては困ると考えた市は、まりも会以外の社会福祉法人に対して運営受託の要請を行った。しかし結局、手を挙げる法人がなかった。八木下は、次のように記している。

> 市側は市長自らが私たちの行動の場に出てきて「まりも会」には委託をしないと確約をしました。「別の法人を見つける」「私たちと協議をして委託先を見つけたい」と民生部長は言っていました。しかしながら最終的には委託先は「まりも会」に決まってしまったのです。
>
> 川口市は一九七七年八月ごろから関東近辺の福祉法人にこの「しらゆりの家」を引受けてもらいたいという要請状を送りました。返事がきたのは十六くらいの団体で、多分よい返事は四つの団体くらいであとの団体は断わってきました。その四団体も最終的には断りました。［…］
>
> 最終的には川口市は他の福祉法人に全部断わられた結果、市が直接運営するか、民間委託をするか、二つに一つしかなくなりました。結局は恥も外聞もなく委託先として「まりも会」が決まりました。（八木下［1980:167-8］）

1978 年 3 月 1 日、「しらゆりの家」と名付けられた施設が開所した。当日、市長代行が参加して開所式典が行われようとしたところ、現地に 50 人ほどが集まって抗議活動が行われ、式典の開催が阻止された（川口に障害者の生きる場をつくる会［1978:2］）。半年後の 10 月にも現地で抗議集会が行われ、「『生きる場をつくる会』は“しらゆりの家”の『障害者』『労働者』と共に、更に厳しく行政、『まりも会』と闘い続けてゆく」（八木下・吉野［1979:46］）と叫ばれた。しかしその後、実態としての運動は急速に萎んでいった。

■3．なぜ、生きる場をつくる会の運動は失敗に終わったとされたのか

市に提出した趣意書や陳情書の内容からみれば、生きる場をつくる会の運動が獲得したものは、けっして少なくなかったといえる。重度障害者が街なかで暮らすことが一般的ではなく、それを実現するだけの国の制度もないなか、市独自の条例を制定させ、地元・川口市内の市街地に定員 10 名のものをつくらせたことは、やはり画期的であったはずである。そして何よりも、切実に「いえをでたい」と希望していた雨宮と山崎が「しらゆりの家」に入ることができたという事実がある。もとをたどれば、生きる場をつくる会の運動は、八木下が在宅訪問のなかで雨宮と山崎に出会ったところから始まった。生きる場をつくる会が結成されたのも、山崎の「いえをでたい」という要望が発端であった。こうした経緯を踏まえれば、運動は部分的には成功したと考えられてもよかった。

しかし、運動の結果については、完全に失敗に終わったと捉える者が多かった。それは、生きる場＝ケア付き住宅を地域社会のなかにどのように位置づくものとして考えていたかに起因していた。市に対する陳情書のなかで雨宮や山崎とともに入居予定者として名を連ねていた仲沢睦美★18 は、次のように振り返っている。

> いろいろあって場所も内容も思い通りではなかったが施設はできた。自分たちに運営はさせてもらえず､東京の社会福祉法人がやることになった｡話が違うと怒っている人もいて、要求が全部通るまで交渉を続けるという話もあった。そのとき、重度障害者のお母さんに「明日の 100 円よりも､今日の 10 円がないと今日すら生きられない人がいる」といわれた。結局はせっかく作ったのだからというか､「とにかくできた、必要な人が入れた」ということで良しとするしかなかった。（仲沢［2017］）

また、会のなかで精神的支柱のような存在になっていた西村秀夫は、次のように述べている。

> このグループが求めたのは「施設に収容される」ことではなく､「地域の住宅に住む」ことだった。しかし川口市当局は一貫してこの点について無理解だった。重度障害者が介助付きで町の中の住宅に住むということがあり得ることとは思えなかったのだろう。約 2 年かかって「10 人以下の小施設」を町の中に建てるということを約束したが、管理体制の点で難航を続けた。［…］昭和 53 年 3 月、社会福祉法人『まりも会』の経営する『白百合の家』が開設された。場所は市街地であり、人数は 10 人と少数であった。しかし、内容は従来の療護施設と変わらないものになってしまったのである。（西村［1981:26］）

生きる場をつくる会は和田博夫に対してだけでなく、まりも会についても劣悪な法人であると喧伝した。しかし、本当にそう考えていたとすれば、やや不思議でもある。

まりも会は 1962 年に、田中豊と妻の寿美子、そして和田を中心として設立された。田中豊は 1952 年 4 月、国立身体障害センターに心理判定員として入職した。その 3 か月後の 1952 年 7

月に和田がセンターに着任し、公私にわたって親交を深めていった。国立身体障害センターには入所期限があり、また機能改善の見込みがないとされた者は入所することができなかった。田中夫妻と和田は、行き場のない障害者が暮らせる場づくりの必要性を実感していた。そして 1960 年 12 月、無認可施設として「東京久留米園」を開設した。開設当時は粗末な建物で、田中一家は 2 階の 6 畳 2 間に住み込んだ。

開設から 2 年後の 1962 年 10 月、社会福祉法人の認可を受けて生活保護法の救護施設となった。法人の理事長には和田の軍医時代の上官であり、設立にあたって多額の寄付をした医師の山田進弘が就任し、園長は寿美子が務めた。豊と和田は、国家公務員という立場を考慮して役員には名を連ねなかった。しかし、実質的な運営は豊と寿美子が担い、必要に応じて和田が協議に加わる形で行われた。豊は園の運営について、管理的ではなく自由で開放的な方針をとった。運営上のすべての問題について入所者と職員との間で協議することを前提とし、飲酒や喫煙をはじめ外出や男女交際、政治活動や宗教活動などの制約を可能な限り取り払い、入所者の自主判断に任せた（川村［2001:96-115］）。

こうした環境のもと、園では入所者による自主的な読書会や勉強会が自然発生的に開かれるようになった。それらの会には職員や豊も参加し、既存の施設では考えられないような入所者、職員、管理者の三者によって構成される会が継続的に開かれた。豊は、会のなかで自らの知識や考え――障害者解放論や運動論などを語った。触発された入所者は、当時まだ萌芽期にあった青い芝の会へと活動の場を広げていった。青い芝の会の活動家は、東京久留米園を会議や集会の場としてよく利用した。豊は、青い芝の会にも同調的で協力的であった（川村［2001:121-127］）。

全国青い芝の会の初代代表幹事を務めた横塚晃一は、次のように記している。

> 私は、七、八年前から国立身障センター当時の恩師である田中豊先生の始められた東京久留米園に度々遊びに行き、教えを乞うておりました。そこには今では五十人ほどの重度障害者がおりますが、他の収容施設と違う点は、外泊、外出、面会、入所者の酒、たばこに至るまで大幅な自由が認められているということです。しかし時には入所者が外出先で事故を起し、ケガをして帰るようなこともあり、そのため警察等から「こんな重度者をなぜもっとよく管理しないのか」と言われるそうですが、「責任は各自が負うべきであり、また、園としては私が負う。運営規則など変えるつもりはない」と田中先生は突っぱねるそうです。（横塚［1971→2010:125］）

このように、田中豊は障害者の主体性を認め、障害者も社会のなかで主体的存在であるべきという考え方の持ち主であった。しかし和田は、この点で田中と正反対の考えであった。そのことは、和田の次の文章から如実に知ることができる。

> 議論というものは、絶対に悪いとか絶対に良いとかいうものは少ないものである。その各々がどういう立場から言っているかに関係するのであって、互いに反面の真理を語っている場合が多い。

> A「障害者は障害者だけで働ける場所をという前に、できるだけ健康人の社会にまじわり、可愛がられる人となり、そこに職を求めてそこで頑張るように辛抱しなければならない」
> B「社会の人々は、我々障害者に対する理解が少ない。我々障害者を能力一杯に認めてくれず、就職の機会も少ない。我々の働ける場所を作ってほしい」
> ［…］
> 私が国立更生指導所の職員としての立場から、障害者の諸君に望むところは「A」の立場である。（和田［1956→1995:11］）

障害者に対する和田の考え方は、医師としての立場から治療を施す客体として捉えるものであった。一方、田中豊の考え方については、豊が施設長を務めた清瀬療護園で 1978 年から 1991 年まで職員として働き、人となりをよく知っていた川村邦彦が次のように述べている。

> 豊は決して手術が至上とは考えてはいなかった。そこが盟友と称された和田との微妙にして大きな違いであった。豊は次のように考えていたのである。身障者がなぜ手術をしなければならないのか。障害を持ったままでもよいではないか。手術をして障害を取り除き、生活しやすくなったり働けるようになるのは現実的な要求として大切だが、だからといって次から次へ手術してよいのだろうか。むしろ変わるべきは社会の側で、身障者がそのままの姿で暮らせる社会であるべきなのだ。身障者が手術をして「人並み」になって社会に近づくのではなく、社会が身障者に近づかなくてはならないのではないか。
> 豊が示したこうした考えは、今に至れば多くの人が口にする障害者リハビリテーションの常識的思想ではある。しかし舞台は、ノーマライゼーションも「完全参加と平等」も唱えられていなかった時代の出来事である。障害当事者を含めて多くの人が手術を望んで疑わなかった時代に、豊と和田の間に身障者リハビリテーションアプローチをめぐって、すなわち望ましい社会を作り出すその方法論を巡って、すでにこのような相克が萌芽していたのである。（川村［2001:85-87］）

このように和田と田中豊との間には、障害者観や社会観に根本的な相違があった。ひと言で「まりも会」といっても、内部には正反対の考え方が並立していたのである。しかし生きる場については、和田を主体とした運営形態にしたいとの思惑がまず前提としてあり、そのうえで社会福祉法人格をもつ団体を委託先にするほうが都合がよいという行政側の事情があった。つまり、まりも会は和田が運営権を得るための一手段として利用されたのである。のちに和田は、田中豊や他のまりも会の理事と対立し、1980 年代半ばに理事の座を追われている。それでもなお、しらゆりの家の施設長は開設時から 1992 年まで、和田のシンパである根っこの会の春山敏秀が務め続けた。

生きる場をつくる会が発足してまもなく作成したリーフレットには、副題として「『障害者』が自ら創り、自ら運営する！」と記された。しかし和田は、それを真っ向から否定する人物であ

った。規模の大小や閉鎖性の有無、職員の労働条件など相互に連関する争点は存在していたが、生きる場をつくる会と和田との間のもっとも根本的で決定的な対立点は、障害者と健常者の垣根を取り払った協働による自主運営を認めるか否かであった。

さらに、生きる場をつくる会は自主運営を求めるとともに、行政の責任を明確にする必要があるとして公立公営にすることも求めた。しかし、行政側としては公立にするとなれば、何らかの法的基準を定めたうえで、その基準に則った運営形態を求める必要がある。自主運営と公立公営を同時に求めることはある種矛盾しており、要望として無理があった。そして結果として、自主運営も公立公営のどちらも得ることができなかったことによって、生きる場をつくる会は自らの運動を失敗したものとして規定したのであった。

その後、1980 年代以降の埼玉では、ケア付き住宅の実現に向けて別の方法――民設民営の形態をとりながら自治体からの補助を獲得するという手段が模索され、1988 年に実現に至ることになる。そしてこの方法は、全国的なケア付き住宅建設運動の趨勢に合致したものでもあった。これについては、稿をあらためて論じたい。

■4．おわりに

本稿では、「川口に障害者の生きる場をつくる会」の運動について推移を追ったうえで、なぜ生きる場をつくる会の運動が失敗に終わったとされたかについて考察した。それまで地元で地道に築いてきた人間関係の延長線上で、従来の施設よりも小規模なものができたという事実を踏まえれば、運動は部分的ではあっても成功したといってもよい。しかし、職員と入所者の垣根を超えた自主運営についての要望と、公的責任を明確化した公立公営についての要望はまったく受け入れられなかった。そもそも自主運営と公立公営を両立させることには無理があったが、この 2 つの要望が実現できなかったことをもって、生きる場をつくる会は自らの結果が失敗に終わったと規定したのである。

ただし、公立公営ではなく民設民営であったとしても、行政からお金を得るならば行政が定める法的基準と無縁ではいられない。現在、定員 10 名程度の「施設」はグループホームとして認可を受け、地域の至る所で運営されている。在宅生活の支援も、行政の基準に沿った障害福祉サービスとして供給されている。障害者の生活を保障する制度はたしかに充実したが、それと同時に、制度の枠からはみ出すような生活が困難になったと考えることもできる。かつて八木下が代表を務めていたこともある埼玉障害者自立生活協会★19 の総会記念シンポジウム「ハコのない施設になっていない？」（2019 年 5 月開催）の呼びかけ文では、次のように述べられている。

> 当協会の発足当初、制度はありませんでした。障害の種類程度に関らず、共に学び暮らすという地域生活を探っていくうえで、問題や課題は明快でした。障害当事者と一緒に手探りし、けんかをしたり個人の生活の中で出てくる具体的な問題をみんで話し合ったり、行政にも投げかけ、話し合いながら解決してくることができました。

でも、制度ができ、充実し始めると、見えない規制や障害当事者と支援する側の隔たりができてきていませんか？ 地域生活での問題解決の糸口を探るにも「制度に基づく守秘義務」やしばりが強くなり、サービスの受け手と支援者という関係だけになり、人と人としての「暮らし方」の問題や悩みを出し合えなくなっていませんか？（埼玉障害者自立生活協会［2019:2］）

障害者の地域生活を支援するための制度の多くは、障害者運動が追求し獲得し、また自らつくってきたものでもある。しかし一方で、制度が充実すればするほど、その制度に自ら縛られるというジレンマが生じる。生きる場をつくる会の運動から 40 年以上経つが、障害者と健常者が地域で共にどのように住まいどのように生きるか、そしてそのための仕組みをどのように配置するかは、現在的課題として存在し続けている。

■注

★01　文献によって、川口に障害者の生きる場を作る会、川口市に障害者の生きる場を作る会、川口に「障害者」の生きる場をつくる会などと表記の揺れがある。本稿では便宜上、川口に障害者の生きる場をつくる会と表記を統一している。文献リストも同じく、この表記で統一している。

★02　西村は 1931 年に千葉県で生まれ、東京帝国大学理学部に進学。太平洋戦争の勃発によって繰り上げ卒業となり、1941 年に陸軍技術中尉として満州に出征した。終戦翌年の 1946 年に日本に引き揚げ、厚生省技官や高校教員を経て、1951 年に東京大学教養学部の学生部厚生課長に就任した。事務官ではなく助教授の肩書きを与えられていたが、教授会には議席がなかった。おもな業務は学生相談で、着任当初は経済問題や健康問題への対応が中心だったが、経済復興とともにそれらの問題は薄れていき、大学での学生生活に関する相談が中心になっていった。学生が友人たちとの出会いに充足感を得ていることを知った西村は、学生を募って合宿セミナーを開き、集団討議などを通して学生生活の諸問題について学生とともに考えた。しかし 1960 年代後半、大学闘争の激化とともに学生と教授陣との溝が深まるにつれて、西村にも攻撃の矛先が向くようになった。それでも西村は、学生と教授陣との対話を成り立たせるために尽力し、学生への強権的な支配を進めた教授会に対しても異議を唱えた。また、学生同士の衝突や流血の事態が勃発しそうになると、その場に駆けつけて回避しようとした。しかし、大学に機動隊が導入され衝突が鎮圧されつつあった 1968 年 12 月、西村は心身の疲労がピークに達し休職した。1969 年 11 月に復職した西村は、厚生課長を自ら辞任して進路相談室の専任相談員になった（西村［1969］［1970］）。

後に、西村は 1974 年 6 月に次男を自死で亡くした。ほかにも心労が重なり、同年 12 月から翌 1975 年 1 月にかけて沼津の牛臥病院で療養生活を送った。同年 8 月に東京大学を退職し、家族の事情により北海道に転居した。9 月から札幌郡広島町（現・北広島市）の身体障害者授産施設「北海道リハビリー」で授産部長として勤務する傍ら、当時建設計画が進められていた「北海

道立福祉村」の推進会議に参加した。しかしその構想に疑問を感じ、会議の参加者であった脳性マヒ者の小山内美智子らが 1977 年 1 月に結成した札幌いちご会のケア付き住宅建設運動に助力した。1983 年 8 月に再び東京に転居した後は、身体障害者授産施設「泉の家」の施設長に就任し、1989 年 3 月まで勤務した。それと並行して、1987 年に発足した世田谷区の「在宅ケア研究会」で身体障害者の地域生活調査に携わり、1990 年に設立された「自立生活センターHANDS 世田谷」の活動にも助言した（西村［1982］［1983］［1991］［1992］［2001a］［2001b］）。また西村は、内村鑑三の流れを汲む無教会主義の敬虔なクリスチャンであり、キリスト教の教えに関する多くの講義や講演、講話を行うとともに数々の論考を遺している。

★03　1969 年 11 月、1 回目のシンポジウムが「東大の現状と『自主改革路線』」というテーマで開催された（西村［1971:1］）。シンポジウムは、「精神科医師連合はなぜ粘り強く斗うか」「社会学科共斗の生活・斗争・模索」「林学科斗争の軌跡と現状」といった東大の学内闘争に関するテーマを経て、「なぜ公害にとりくむにいたったか」「解放大学労働者部会からの提起」「斗う高校生の諸問題」「ベトナム人留学生の場合」というように、テーマをらせん状に広げていった。なかでも、彼らの関心のひとつの焦点は教育問題であった。西村らは、「『教育』が体制の求める人材の選別・形成の機構と化し、さらに近代的・合理的に再編される現状」において「どこに選別・差別の『教育』をこえる道を開くことができるのか」（西村［1971:1］）との問題意識のもと、連続シンポジウムを続けた。「廃墟における自己形成」「中教審答申批判」「伝習館高校の処分問題」「教育への抑圧の諸形態」「通信簿廃止」「『入試改革案』批判」をテーマにしたシンポジウムが行われた後、「教育における差別」に的を絞った企画が進められた。そして「精薄児教育と差別」「定時制高校の当面する問題」に続き、「身体障害と教育」をテーマにしたシンポジウムが開催された。

★04　文献によっては、身障根っ子の会、根っ子の会などとも表記されているが、本稿では便宜上、根っこの会と表記を統一している。

★05　趣意書の全文は以下の通り。

わたしたちはどういう　いみで　いえをでたいかというと　　おやはいつまでも　いきて　いるわけではない。きょうだいに　おしつけようとするが　きょうだいが　めんどうをみてくれても　めんどうをみられるほうが　つらい。また　おや　きょうだいと　くらしていると　しゅたいせいがなくなる。めしをくって　くそをたれて　いるだけがにんげんではない。じぶんのかんがえをいっても「じぶんではたらけないくせに　もんくをいうな」といわれる。おさえつけられてしまって　じぶんでせきにんをもってできない。そのけっか　おやにあまえていることになってしまう。また　じぶんで　できることでも　あぶないからとか　しくじるからといっておさえられてしまう。

げんざいあるしせつに　ゆけばいいといわれるかもしれないが　げんざいのしせつはしょうがいしゃにめしをくわせて　かって　おくだけである。しょうがいしゃをびょうにんとして　みているから　れいだんぼうかんぴ　りはびりいりょうつきでも　いろいろの　きそくで　しばられ　かんしされている。だいきぼな　しせつでは　ふちゅうりょういくせんたーのように　ぎ

むてきとなり　にんげんを　ものとしてしか　みなくなってしまう、3 どの　めしも　はいべんも　しばられてしまう。また　げんざいのように　やまおくの　しせつではなく　かわぐちしに　すみたい。しんたいしょうがいしゃでも　ちえおくれでも　ねたきりの　ひとでも　まちの　なかに　すむのが　あたりまえだ。なぜ　しょうがいしゃだけが　あつまって　けんじょうしゃから　はなれたところで　いきてゆかなければ　ならないか。ぼくたちも　まちに　でたいし　おやきょうだいや　きんじょの　ひとが　あいにくるにも　ちかい　ところのほうがいい。たてものはじゅうじつしていなくても　ぜいたくはいわない。3 どのめしと　はいべんをやりたいときに　やれる。ぼくらのすむば　いきるば　そこから　ゆきたい　ところに　ゆけるところがほしい。

★06　長堀は、1972 年 5 月から 1976 年 5 月までの 1 期のみ市長を務めた。生きる場をつくる会の主要メンバーのひとりであった仲沢睦美は、「当時の市長が良いおじいさんで『いいよ』と言ってくれた」と述懐している（仲沢［2017］）。長堀の前任は「川口自民党」を率いていた大物政治家の大野元美で、1957 年 2 月から 1972 年 4 月まで 4 期にわたり市長を務めていた。1972 年に辞職して県知事選に立候補したが、革新候補の畑和に敗れた。1976 年 5 月、長堀の任期満了に伴って行われた選挙で川口市長に返り咲き、さらに 1981 年 4 月まで 2 期にわたって市長を務めた。長堀は、市長就任前は川口市に本店をおく青木信用金庫の理事長を務めていたが、政治家としての実績はほとんどなく、いわば大野の不在を埋めるための「つなぎ役」であった。

★07　国立コロニーのぞみの園（現・国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）。1971 年に開設された。

★08　埼玉県立コロニー嵐山郷（現・埼玉県立嵐山郷）。1975 年に開設された。

★09　三井絹子。脳性マヒ者。1945 年生。20 歳で東京都立府中療育センターに入所。劣悪で非人道的な処遇に抵抗し、東京都庁前で 1 年 9 か月座り込みを行った後、結婚して施設を退所し地域生活を始めた。

★10　新井啓太。健常者。誌面上では東京がっこの会会員と表記されているが、生きる場をつくる会のメンバーでもあった。

★11　高杉晋吾。健常者。1933 年生。団体紙記者を経てフリーランスのジャーナリストになり、障害者差別や部落差別、医療問題や環境問題などをとりあげたルポを多数発表している。

★12　三井俊明。健常者。三井絹子の夫。

★13　この座談会には、ほかに脳性マヒ者で関西青い芝の会会長の鎌谷正代も参加していた。

★14　村田実。脳性マヒ者。1939 年生。座談会当時は、和田が理事を務めていたまりも会が運営する東京久留米園に入所しながら、普通学校就学運動を行っていた。その後、学校就学は叶わなかったが、1981 年に施設を出て地域生活を送った。

★15　水沢洋。健常者。自治体ケースワーカー。

★16　北野浩平。健常者。知的障害児者入所施設の東京都七尾福祉園職員。

★17　この座談会には、ほかに国立小児病院の心理療法士で、普通学級就学運動を行っている「教育を考える会（通称・がっこの会）」の中心的人物であった渡部淳も参加していた。

★18　仲沢（1938 年生）は陳情書に名前を連ねてはいたが、すぐに家を出て暮らすようなつもりはなかったという。中学 1 年のときにポリオを発症するまでは、普通学校に通っていた。障害をもつようになってからも家族との関係は良好で、ほかのきょうだいと分け隔てなく育てられた。父親が亡くなった後は、脳内出血で寝たきりになっていた母親との 2 人暮らしになったが、母を介護しながらの毎日にもあまり不満を感じず、むしろあたりまえの生活だと思いながら過ごしていた（仲沢［2017］）。

★19　埼玉障害者自立生活協会は、障害のある人もない人も分け隔てなく学び働き暮らす地域づくりを行う団体として、1992 年 2 月に社団法人格を取得した。その前身は 1980 年 8 月、スウェーデンの視察旅行を行うために八木下を代表として結成された「埼玉社会福祉研究会」である（埼玉社会福祉研究会編［1981］）。その後、1986 年 10 月に「国際障害者年・サイタマ五年目のつどい」を開催し、県内のグループや個人のネットワーク団体として活動を本格的に始めた。1991 年 4 月、事業部分を担う埼玉障害者自立生活協会（改組時は設立準備会）と、運動部分を担う任意団体の「埼玉障害者市民ネットワーク」に分かれ、現在に至っている（山下［2010］）。

■文献

「ケア付き住宅」研究集会実行委員会編　1988　『ケア付き住宅を考える――「ケア付き住宅」研究集会報告書・資料集』（1987 年 11 月 7・8 日開催，於：横浜市健康福祉総合センター・障害者研修保養センター横浜あゆみ荘）

二日市安　1979　『私的障害者運動史』，たいまつ社

川口に障害者の生きる場をつくる会　1975　『川口市に生きる場をつくる運動――「障害者」が自ら創り、自ら運営する！』，りぼん社

――――　1977　「障害者の生きる場をつくるために 第 2 回」，『月刊自治研』216:146-153

――――　1978　『娑婆も冥土もほど遠く――「生きる場」活動報告その 2』

川村邦彦　2001　「田中豊」，川村・石井［2001:9-162］

川村邦彦・石井司　2001　『シリーズ 福祉に生きる 45　田中豊／田中寿美子』，大空社

河野秀忠　2007　『障害者市民ものがたり――もうひとつの現代史』，NHK 出版

小国喜弘　2019　「大規模施設も養護学校もいらない――八木下浩一・『街に生きる』意味と就学運動」，小国編［2019:33-52］

小国喜弘編　2019　『障害児の共生教育運動――養護学校義務化反対をめぐる教育思想』，東京大学出版会

道野孝之　1985　「新たなくらしづくり」，『季刊福祉労働』26:56-68

三ツ木任一編　1988　『続・自立生活への道――障害者福祉の新しい展開』，全国社会福祉協議会

仲村優一・板山賢治編　1984　『自立生活への道――全身性障害者の挑戦』，全国社会福祉協議会

仲沢睦美　2017　「障害者のくらしいまむかし『Vol.1 仲沢睦美の場合』」,『シンポジウム「障害者のくらしいまむかし」資料集』:ページ表記なし（NPO 法人リンクス主催，2017 年 3 月 18 日開催，於：青木会館）
根っこの会　1992　『きみも歩ける——身障者に機能改善医療を！』，新泉社
西村秀夫　1969　「東大闘争と私」，田畑書店編集部編［1969:115-143］
————　1970　『教育をたずねて——東大闘争のなかで』，筑摩書房
————　1971　「『夜学』について」，連続シンポジウム実行委員会［1971:1-2］
————　1972　「障害者の教育権と内なる差別意識の克服」，『婦人教師』57:35-40
————　1975　「市のお役人との交渉で感じたこと」，川口に障害者の生きる場をつくる会［1975:6-8］
————　1981　「『ケアー付き自立』を求めて——経過と展望」，札幌いちご会［1981:23-33］
————　1982　「共に生きる」，『季刊パテーマ』3 → 西村秀夫先生記念文集刊行会編［2007:325-329,332-335,352-358］
————　1983　「札幌いちご会のあゆみ」，障害者自立生活セミナー実行委員会編［1983:77-80］
————　1991　「泉の家へ」,『西村先生信仰五十周年記念感話会用資料集』 → 西村秀夫先生記念文集刊行会編［2007:362-365］
————　1992　「札幌いちご会の役割」，『HSK いちご通信』93 → 西村秀夫先生記念文集刊行会編［2007:358-361］
————　2001a　「私の入門」（1 月 9 日今井館講話）→ 西村秀夫先生記念文集刊行会編［2007:303-310］
————　2001b　「私のとってのイエス・キリスト」(2 月 13 日今井館講話）→ 西村秀夫先生記念文集刊行会編［2007:311-316］
西村秀夫先生記念文集刊行会編　2007　『西村秀夫記念文集——時代の課題に応えて』
小佐野彰　2007　「全身に障害のある人に対する医療の歴史と私達の到達点——現状の脳性マヒ者の二次障害治療についての考察」，『二次障害情報ネット』，http://nijishogai.net/bunken/ronbun_osano-iryonorekishi.pdf
連続シンポジウム実行委員会　1971　『シリーズ「夜学の記録」第 1 集　身体障害と教育（その 1)』
埼玉社会福祉研究会編　1981　『ハンディキャップレポート——親と子のスウェーデン福祉体験記』，現代書館
埼玉障害者自立生活協会　2019　「ハコのない施設になっていない？——地域で共に暮らすってどんなこと？」,『SSTK 通信』211:2-3
札幌いちご会　1981　『心の足を大地につけて——完全なる社会参加への道』，ノーム・ミニコミセンター
障害者自立生活セミナー実行委員会　1983　『障害者の自立生活』

田畑書店編集部編　1969　『私はこう考える——東大闘争 教官の発言』，田畑書店
髙橋儀平　2019　『福祉のまちづくり その思想と展開——障害当事者との共生に向けて』，彰国社
高杉晋吾・和田博夫・八木下浩一・鎌谷正代・三井俊明・三井絹子・新井啓太　1976　「座談会 障害者にとって施設とは」，『市民（第二次）』11:52-78
和田博夫　1956　「お互いの立場について」，『共生の友』創刊号 → 和田［1995:11-12］
————　1975　「川口市の障害者の『生きる場の会』の活動に思う」，『埼玉県身障根っこの会会報』4 → 和田［1993:251-255］
————　1976　「『生きる場の会』に寄せて」，『のびろ』27 → 和田［1993:279-281］
————　1978　「『しらゆりの家』の成立の過程」，『ひふみ』18 → 和田［1993:298-308］
————　1993　『障害者の医療はいかにあるべきか 1　福祉と施設の模索』，梟社
————　1995　『障害者の医療はいかにあるべきか 3　障害者とともに歩んで』，梟社
八木下浩一　1971a　「八木下さんの談話」，連続シンポジウム実行委員会［1971:26-29］
————　1971b　「東大シンポに向けて」，八木下ほか［1972:30-32］
————　1972a　「わたしの就学運動」，八木下ほか［1972:13-16］
————　1972b　「学籍獲得闘争のこと」，八木下ほか［1972:20-22］
————　1980　『街に生きる——ある脳性マヒ者の半生』，現代書館
八木下浩一ほか　1972　『わたしの 30 年間』
八木下浩一・村田実・北野浩平・渡部淳・水沢洋　1976　「座談会　障害者が“地域で生きる”とは」，『新地平』30:52-63
八木下浩一・吉野敬子　1979　「『障害者』にとって地域に生きるとは」，『季刊福祉労働』2:37-46
山下浩志　2010　「写真で見る——共に学び・働き・暮らしあう埼玉年表 1978～2009　参考にして！」，共に学び・働く——「障害」というしがらみを編み直す，https://yellow-room.at.webry.info/201005/article_3.html
————　2021　「障害者と出会い内なる差別問う　2021.4.14 すいごごカフェ 菊地一範さん（地域自立支援グループあん）」，共に学び・働く——「障害」というしがらみを編み直す，https://yellow-room.at.webry.info/202109/article_2.html
山崎広光　1975　「これまでのこと」，川口に障害者の生きる場をつくる会［1975:4-5］
横塚晃一　1971　「我々の手で小さな施設を」，『あゆみ』12 → 横塚［2010:124-127］
————　2010　『母よ！殺すな［第 2 版］』，生活書院

A Movement of Housing with Care Recognized as Failed: The Process of “Living Space Project for People with Disabilities in Kawaguchi City”

Yosuke Masuda

Keywords:
Disability Movement, House with Care, Living Space, Kawaguchi City

Abstract:

The movement of housing for people with disabilities, which constantly spread throughout Japan in the late 1960s, developed cooperations and information-sharing among each housing project nationwide in the 80s. However, “Living Space Project for People with Disabilities in Kawaguchi City (Living Space Project)” embarked in the mid-70s is recognized as failed before the development benefitted it. This paper examines the process of the Living Space Project in order to clarify why the project was unable to be realized as planned. For the examination of the process and failure, I deal with different texts such as brochures distributed by the project members, books and magazine articles by relevant people in the project. The Living Space Project could be partially a success because it built a warm and small housing based on local and steady relationships in the city, not a big facility. However, the city administration rejected the project’s two requests: a cooperative autonomy by disabled residents and non-disabled supporters and a public management with a clear administrative responsibility. The case of Living Space Project implies the everlasting dilemma in the present welfare system for people with disabilities.

【資料】

龍谷大学「入学制限反対闘争」の記録

いかにして門戸は開かれたのか

作成：山口和紀

■解説

龍谷大学「入学制限反対闘争」は 1972 年から 1973 年にかけて龍谷大学において起きた闘争である。発端は 1971 年の末に教授会が「視力障害者」の入学を各学部 1 名までに制限し、法学部については 2 名在籍中につき入学を当面許可しないとの決定を行ったことにある。

1972 年の 7 月頃から問題提起が始まり、1972 年の 10 月 12 日、最初の公開質問状が、「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会の名前で、当局に提出された。内容は、以下のようなものである。

> 我々「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会は、まず大学執行部に対し、直ちに我々との話し合いに応じ、我々の前に入学制限の理由を再度明らかにすることを要求する。更に、我々と共に今後の「視力障害者」の入学と学習について大学側ができるだけ最低限の保障についても率直に話し合うことを要求する。([資料 1])

また、同質問状において、次のような要求が行われている。

> 一、「視力障害者」の入学制限を白紙撤回し、短大を含めて全ての学部の入学を認めること。
> 二、「視力障害者」の為のリーディング室を設置すること。
> 三、図書館に点字の辞書類を置くこと。
> 四、点字タイプライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の学習活動に必要な用具を保障すること。
> 五、大学当局は、我々との話し合いにすみやかに応じること。([資料 1])

入学制限の撤廃が第一の要求であった。しかし、同時に単に入学制限の白紙撤回を要求するだけではなく、そこから就学上の問題をも解決しようとする姿勢があったことが確認できる。

しかし、当局は期限までに回答をしなかった。それに対し、10 月 26 日、11 月 13 日と重ねて追加の公開質問状の提出が行われた。

11 月 15 日、大学当局からの回答が口頭で行われた。その内容は次の通りである。

> （一）入試における不平等を是正するための専門委員会を設置せよ
> ◎入試は選抜試験であり大学の教学の反映であるので教学内容を変えない限り現行の入試制度は変更する必要はない。

（二）点字図書の充実
◎現在の図書費用でまかなうことは不可能だが努力する
（三）リーディング（本を読んで聞かせること）室を設置せよ
◎視力障害者のためだけに全学友の費用（ママ）を使うことはできないので設置はしない。
（四）点字機、点字タイプライター、テープレコーダー等、点訳、リーディング活動に最低必要なものを女性すること。
◎現在の大学予算ではまかなうことはできないし、今後も予算上不可能である。([資料 j])

この回答が「居直り」であるとし、この後も運動は激化していく。12 月 12 日、全学ストライキが行われる。同日、これに対し 14 日に改めて回答すると執行部は確約した。
12 月 14 日、全学討論集会が開かれた。同日、大学当局から次のような通達があった。

私学の現状にかんがみ、本学においても「視力障害者」のための特別施設を置くことは、困難な状況にあるが、視力障害者の受験入学については、原則として制限を加えない。
12 月 14 日
龍谷大学
龍谷大学短期大学部（[資料 a]）

これにより、視力障害者の入学制限は白紙撤回された。しかし、就学上の支援を行うことについては無回答、リーディング室の設置等の「特別施設を置く」ことはできないとの内容であった。これに対し、12 月 18 日には抗議集会が行われている。

■年表

1971
11xx 大学執行部が各学部の教授会に対して、「視力障害者」の入学に関する討議を依頼した。
xxxx 教授会は「視力障害者」の入学を各学部 1 名のみに制限し、法学部については 2 名在籍中のために当分は入学を受け入れないとの決定を行った。
1972
02xx 執行部は中垣教授および教務課長を「京都府立盲学校」に派遣し、入学制限を伝えた。
07xx 問題の提起が始まった
1012 最初の公開質問状を提出する
1021 最初の公開質問状の回答期限
1026 二度目の公開質問状を提出する
1107 大宮・深草の両学舎に対して回答を出すように要求
1113 三度目の公開質問状を提出する
1115 口頭で公開質問状に対する回答を受ける
1116 入学抗議集会

1124 四度目の公開質問状を提出する
1206 抗議集会（図書館前広場・主催は盲 xx 人五人会および盲人五人会を支援する会）
1212 ストライキ：執行部から 14 日に回答するとの確約を受ける
1214 執行部からの回答確約期日：「紙きれ一枚」の回答が届く
1214 回答要求決起集会が開かれる
1218 執行部からの回答に対する抗議のピケットを行う

■資料

◆資料 a :

「視力障害者」入学制限は終っていない！ 12・18 執行部の逃亡に対し抗議のピケで闘おう

我々は 12・12 のストライキを学友とともに貫徹する中で、執行部から 14 日に回答する確約を勝ち取った。そして 14 日に”全学討論集会”に集まった学友と共に、学生課に行ったところ、我々に対し、何の説明もない一枚の紙きれが渡されたのみであった。

『私学の現状にかんがみ、本学においても「視力障害者」のための特別施設を置くことは、困難な状況にあるが、視力障害者の受験入学については、原則として制限を加えない。
12 月 14 日
龍谷大学
龍谷大学短期大学部』

我々はこんな回答で済ませようとした大学当局に対し、話し合いと、次の事項を明らかにする様、要求する。

1. この回答はどのような討議内容のもとで出されたのか。詳しい経過を説明せよ。
2. 「視力障害者」の入学制限をどのようにとらえ、自らをどのように反省したのか。
3. 史学科、福祉学科等は、具体的にどのように「視力障害者」を受け入れるのか。
4. 保障はどのような方向で考え、どのような場で長期的に考えていいこうとしているのか。

我々はこれらの点に対する回答が出ていない以上、制限が撤回されたなどと考えることはできないのである。入学制限は除かれはしたが、勉学範囲の制限にどのような姿勢で対処してゆこうというのか。12・12 のピケットをはっていた我々に対し、教授達は「入れろ。入れろ。研究

の妨害をするのか」と怒鳴った。彼らは同じように「視力障害者」が竜大の内に門に対し「入れろ。入れろ。我々の教育を受ける妨害をするのか」と叫ぶ声を忘れたのか。彼ら・執行部は、その責任と罪の深さにおいても、学友前で自ら回答を、誠意をもって明らかにする義務があるのである。我々はこれらの問題が解決するまで入学制限が終わったなどと考えることはできないのである。

14 日の回答を、紙きれ一枚ですまし、我々の前から逃亡している大学執行部に対し、我々実行委は怒りをこめて、本日、18 日ピケットによって抗議するものである。

当局は本日 12 じ半より我々との話し合いにおうぜよ。その場において、「視力障害者」に対する差別に関して、自己批判し、保障問題に対して、誠意ある態度をせよ。

本日 12 じ半 15 大

執行部との話し合いに全学友が結集せよ！

◆資料 b :

入学制限に抗議する【】に協力を！「視力障害者」入学制限について抗議する実行委員会

竜谷大学全ての学生諸君！これまで何度も訴えてきたように大学側は今年度の入試の際、「視力障害者」の入学をまったく一方的に制限することを決定しました。すなわち本学を受験する「視力障害者」はたとえどんなに成績がよくても各学部 1 名しか入学させない。法学部に関しては二名在学中だから、当分入学を認めないというものです。その理由は「視力障害者」がたくさん学内をウロウロ歩くと非常に危険だからとか、入学させてもあとの保障ができないというのです。しかし、今在学中の数名の「視力障害者」に対しても歩行の安全や講義の便宜を保障することなど、ほとんど行われていないのです。

今、竜大で学んでいる諸君達と同じように、人間として日本に生まれた「視力障害者」が憲法で保障されている権利も、支配者や管理者の都合で一方的に奪われていることはどうしても納得できません。

大学側が本当に「視力障害者」の教育について考える意志があるのなら、まず在学中の「視力障害者」や受験生、盲教育関係者などと真剣に話しあって問題点の一つ一つを解決していく姿勢を示すのが本当ではないでしょうか。「盲人は何もできない」という偏見や無理解のために「視力障害者」の多くが教育や労働の場からしめだされているのです。最近の社会では隣で人が殺されても知らん顔しているといった利己主義と退廃が横行しています。しかし、そんな無関心がやがては自分自身にも被害をもたらす可能性のあることをはっきりと確認する必要があると思います。

また、本当に全ての人が平和に生きていくためには差別する者とされる者といった関係を全ての人がなくす努力をすることが必要なのです。

我々実行委は左にかかげる五つのスローガンをもとに署名運動や学校側との話し合い、学生による抗議などの運動を展開し、今年度の入試時には二度とこのような差別をさせない決意です。

この運動にできるだけ多くの学生や教授をかくとく（ママ）、また学校側に対して我々の運動のもりあがりを示すため当面は署名運動を展開します。できるだけ多くのみなさんが署名され、クラスやゼミなどの決議にあげ実行委に参加されて入学制度を白紙撤回させるまで共に運動しようではありませんか。

要求項目

一、「視力障害者」に対する入学制限を白紙撤回すること

二、「視力障害者」の為のリーディング室を設置すること。

三、図書館に点字の辞書類を置くこと。

四、点字タイプライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の点訳、リーディングに最低必要な用具を保障すること。

五、すべての教授会は実行委との話し合いに応ずること。

毎、月、水、金、実行委員会
於　点訳サークル BOXPM.4 時より

◆資料 c：

11・16 入学抗議集会に更なる結集を！

全ての龍谷大学の学友の皆さん

すでに皆さんは大学当局が行った「視力障害者」入学制限について確認されているであろう。在学中の「視力障害者」が中心となって結成された我が「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会は一貫して入学制限白紙撤回要求と在学中の「視力障害者」の学習【権】保障を要求し、署名運動、クラスへの訴え等を通して運動してきました。

だが、全ての学友のみなさん。学校当局は、私達の要求に対して一度でも誠意ある態度を見せただろうか。断じて否である。私達は 10 月 26 日に二度目の公開質問状を出し、11 月 7 日に大宮・深草両学舎（ママ）に回答を示すように要求したにもかかわらず当局は何らの回答を示さず責任の所在をあいまいにするだけで平然と居直りました。このように当局は「視力障害者」が勉学の苦労を彼らを切りすてることによって解決しようとした自らの犯罪性を何ら見つめることなく、できる限り、にげまわろうとしているのです。それが、我が龍谷大学の管理者達の姿なのです。

だがしかし、皆さん、私達実行委は日々強まりゆく白紙撤回要求の声に当局がいつまでも逃げられないのを知っている。私達は更なる【怒り】を込めて 11 月 13 日公開質問状をつきつけ、私達はまた何度でも質問状を突きつけるだろう。

全ての学友の皆さん、私達は 11 月 6 日 12 時より学館前において当局の数々の居直りに対し

て抗議集会に結集され、入学制限白紙撤回要求を断固としてかかげ共に運動されることを強く訴えます。

要求事項

１、「視力障害者」の入学制限を白紙撤回し、短大を含めて、全ての学部の入学を認めること。

２、「視力障害者」の為のリーディング室を設置すること。

３、図書館に点字の辞書類を置くこと。

４、点字タイプライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の学習活動に必要な用具を保障すること。

５、大学当局は、我々との話し合いにすみやかに応じること。

「視力障害者」入学制限について抗議する実行委員会

◆資料 d :

12・12 ストライキへ 全学討論集会へ結集せよ

＜本日 １：００～ 【】303 教室＞

諸君！我々「視力障害者」入学制限について抗議する実行委員会は明日 12 月 12 日、この問題に対して顔をそむけてきた教授、助教授、および職員に対し、ストライキで、真向からこの問題をつきつきよう（ママ）としている。彼らは、この問題に対して、真に考えようとする姿勢を示さなかった。そして今も又、我々の要求から逃げようとしている。我々は 7 月以来何回もこの問題を提起してきた。2 万枚にわたるビラ、100 回にも及ぶ署名活動、6 日間のすわり込み、各新聞による提起など、我々20 名たらずの学友の全力つくして、この問題を知らないなどとは言えない程の情宣活動をやりつくしてきた。しかし彼らはこの問題を積極的に開放の方向へ考えなかった。ある教授は我々の署名運動の前を素通し（ママ）、又ある人は我々の追及に自己の見界（ママ）を出さずに黙り込んだ。我々はこれ以上彼等の自主性を待つ事はできない。彼らと 1 対 1 で真正面から、この問題をつきつけ、自分自身のこの問題に対する姿勢を聞き出すまで、我々は、決してひきさがる事はできない。我々は全「視力障害者」の大学教育を受けたいという願いを実現すべく、 12 月 12 日 に全学ストライキを決行する。

諸君「視力障害者」入学制限に抗議する 1165 名の声をムダにすることなく、ストライキを成功させるべく、全学友の協力を願望する。

そして、本日 12 月 12 日の討論集会に、圧倒的学友の結集を、強く訴える！

◆資料 e :

ストライキ闘争の成果を踏え、白紙撤回勝利へ向け前進しよう！12・14 回答要求決起集会へ！

竜谷大学の全ての学友諸君へ。

12・12　我々実行委は「視力障害者」を不当に排除してきた大学当局との実力による対決、そしてこの差別決定に加担してきた教授一人一人に対する球団、更にはこの問題を無関心に見過ごしてきた学生に対する告発として全学ストを決行し、最【後ま】で貫徹した。

我々の怒りの球団に恐怖した当局は、執行部代表として増【未】と高林を送り「直ちに門を開け」と恐喝を加える一方、「14 日に回答してやる」という管理者そのものの姿勢を示してきた。これに対し、実行委をはじめ数百の学友はこれまでの我々の闘いに対する無視と管理者的対応に断固たる球団と自己批判を迫り、ついに彼らはそれを認めた。

大学当局は今や窮地に陥っている。彼らの道理が論理が破綻していることを認めざるを得ない。にもかかわらず彼らは我々の白紙撤回要求の本質を歪曲し、事務処理的に「これ以上闘いが盛り上がると厄介だ。」「何も保障しなくてもいいなら入学させてもよい。」といった実に欺瞞的対応に出ている。

諸君！我々はどのような意味で白紙撤回を要求していたのか。当局の責任逃れや体制維持の為に「視力障害者」の教育権を一方的に踏みにじり、大学や社会から排除しかねない彼らの思想性に対してではなかったのか。

常に資本の要請に左右されている大学に対して、我々はその有り方を問い返してきたのだ。「視力障害者」など一部の人間を排除したところで行われている。学問とそれを【知識】としてのみ研究し、【訂正】していない教授に対して問い返してきたのだ。我々は当局のごまかしを絶対に許さない。彼らの不当な差別によって一生を踏みにじられた「視力障害者」に対し彼らはどう責任をとるのか。大学執行部及び教授一人一人は【全国】の全ての「視力障害者」と我々の前に心から自己批判せよ。我々実行委は「視力障害者」をはじめとする全ての「障害者」の教育権を当局が完全に認めるまで闘いつづけるであろう。

12・14 は当局が回答を約束した日である。全ての学友が　【12 じ半より】15 号大教室でお行われる回答要求決起集会に結集し入学制限白紙撤回と彼らの自己批判をかちとるためにもたたかわれるように強く要請する。

我々は紙切れ一枚の回答を絶対認めない。

当局は誠意をもって我々との話し合いに応ぜよ。

「視力障害者」の入学制度に抗議する実行委員会

◆資料 f :

学内における「障害者」差別と闘おう！

新入生諸君　全「障害者」諸君
同情・融和（ママ）を乗り越えて、「障害者」差別を許さず
「障害者」の自立と解放に向けて闘おう！
「障害者」解放研究会に結集しよう！！

各方面で「障害者」に対する福祉・ボランティアから国民春闘での「弱者救済」等々に至るまで「障害者」問題が、声高く叫ばれたのも束の間、現在のスタグフレーション（不況とインフレの同時進行）下では、真先（ママ）に「障害者」が首を切られ、【職場】を追い払われ、その攻撃に対して、それらは何ら力を持ち得ていないのが現状です。

そのことはそれらの問題意識の低さ、事実認識の朝さ、その限界性を露呈したものと言わざるをえません。そして、その発送には「めぐまれない人達」「自分（「健全者」にとって）」とは違う人達」等々が根底にあり、それそのものが差別意識に貫かれています。「弱者救済」においても、一見差別を克服するかに見えて、実は人間関係に根深い下記ねを生み出し、「上位者が下位者をすくいあげること」に変わりありません。

「障害者」は、職業につけたとしても劣悪な労働環境で低賃金で働かされ、まさに企業の安全弁として不況になればぞうきんのように使いすてにされているのが現状です。生産性向上ー合理化によっては、収奪され、首を切られ、その合理化は労災・職業病を多発し、新たに「障害者」が作り出され首を切らて（ママ）いくのです。そういった循環が形成されて「障害者」差別も拡大されます。

現在、労働運動では、労働者は自らの内なる「障害者」に対する差別意識・偏見（それは資本制社会が拡大し生み出す差別の反映であり、無意識な支配階級の屈服の結果）を克服し、社会的差別を自覚し、労働運動と「障害者」解放運土うを結合して闘うという先進的部分も、多く登場しています。

そして、私達学生は、学園での「障害者」差別と闘わなければなりません。

一般に「障害者」は小学校に入学する時から就学猶予・免除と教育権を奪われ、入学出きたとしても、盲学校・ろう学校・養護学校という隣の子供が行ってる学校じゃなくて遠くの学校へ行かされます。「障害者」は、遠くへ隔離され、「健全者」社会からしめ出されており、「健全者」は「障害者」に接する機会も少なく、「障害者」に対する偏見も助長され差別も生み出されるのです。「障害者」（特に脳性マヒ者）は、知能面で低下しているという世間の無知・偏見が広くはびこっていることもその現れです。しかし事実は知能面は普通人と同じであり、今日では言語障害・肢体不自由等のため、教育の場を締め出されたが、その場が十分に与えられなかったによる（ママ）、後天的・社会的原因に基づく知能のおくれが認められるというだけです。しかし、何故に「障害者」の教育権が剥奪されているのかと言えば、それは現在の教育が生産第一主義・差別・差別ー能力主義の教育体制に貫かれているからに他ありません。

龍大においても「障害者」特に視力障害者に対するロコツ（ママ）な差別があります。72’年

度、当局は「視力障害者」を入学制限しましたが、私達の闘いで白紙に撤回したものの、実質的により巧妙な手口で入学制限を行っています。入試における差別ー漢字という表現方法のない視力「障害者」に平然と漢字の問題が出題され、解答不可能なのにそれ個人の能力に帰し、また点字という表現方法のため「健全者」の 1.5 倍〜3 倍の時間がかかるにも関わらず、高々15 分間の延長であり、また漢字の一字と点字の一字とでは、当然異なるにもかかわらず同一に字数制限したり、ロコツに差別し「障害者」を切り捨てています。また学習保障を要求しても、回答らしい回答もせず自らの教育者としての立場さえ放棄しているのです。

私達は、一切の幻想を抱くことなく、はっきりとこの現実を直視し、あらゆる人間関係の根底に触れる問いかけとして、自らの日常性を見つめ直し、自己を変革していかなければなりません。そして私達がいかなる時代の落としであるかを確認し・・・全ゆる差別と闘うことこそが親鸞精神ではなかったのでしょうか。

龍大「障害者」解放研究会

◆資料 g：

偽善者当局の面の皮を剥がせ！

ー本年度入試における視力「障害者」差別糾弾！
ー竜大当局の差別・選別教育体制糾弾！

1　実践的学（ママ）を奪回せよ！

竜谷大学の受験生の皆さん。

今日、あなたがたは、本学を受験されたわけですが、そこには「選別する者」ー「受験する者」といった上下の関係＝支配ー被支配の関係が存在し、そこを経て、はじめて字を学ぶ場が与えられる。そしてそこでの教育とは、教師が学生に対して、たんに知識を一切れいくらで切り売りするのであり、学生は所詮それを書いとる客体として存在しうるにすぎない。そこには本質的に教育の主体者としての学生は存在していない。また決して、教授と学生とが、それぞれの自己世界の改造をしていく緊張関係ー厳しい対等関係を本質的な基軸としていない。ただそこには、提示の能力主義と選別主義があるだけである。

我々は、あらゆる人間関係の根底に触れる問いかけとして、常に学問とは、大学とは何であり何でなかったのかを問いつつ、自己の人間としての世界を主体的に想像しうるよう、学を奪回していこうではないか。

そして我々がいかなる時代の落とし子であるかを確認し、事故の存在にかけても・・・・。

端的にはそういった矛盾が契機となって、問題は露呈するのだが、我々はさらにこれらの問題をより深く掘り下げ、具体的な問題へと移らなければならない。

2　個別・竜大での「障害者」解放の闘い

現在、政府ー自民党は、優生保護法改悪等にみられるように「障害者」 【以降劣化のため読み取れず】

◆資料 h :

視力障害者は大学に入れない？

盲学生五人会
それを支援する会

厳しい受験戦争を闘ってこられた皆さん。
皆さんはこの入試のためにどれほどの汗と涙を流されただろう。
その苦労は言語に尽くせない者があるにちがいない。
しかし、皆さんと同様に日夜勉強に励んだ盲学生は門を閉ざしている大学の多い中で数少ない大学を受験するしかない。その上、入試問題に「点字」にない漢字の問題が出されたり、点字では問題を読むのに時間がかかるのに、試験時間が普通の時間であったりしている。これは盲学生に不可能なことを要求する大学側の盲学生への就学拒否に他ならない。昨年も当大学もう受験生がわずか 10 点差で不合格になっている。これはもし漢字の問題が変更されていたら得点可能な数字である。
我々盲学生五人会及びそれを支援する会は大学によるこの「盲学生への差別」を怒りをもって訴えるものである。
盲学生は高校においても受験参考書の附則、理科系学科の学習困難などのために大変な苦労をして受験しているのである。それを全く不可能な入試問題のために不合格にされるのではあまりにも不平等である。
皆さんも同じ受験生としてこの苦痛を想像できることを思う。このような苦難をのりこえてめでたく合格した盲学生に対して、大学当局は入学後もほとんどまったくといってよいほど学習保障していない。
そこで我々盲学生五人会とそれを支援する会は、この様な「入試における不平等の是正」「視力障害者に対する学習保障」を大学に、要求し「四項目要求」を大学執行部に公開質問状として提出した。しかし、大学側は「現在の予算ではムリ」「今後も予算上不可能である」など、全く誠意のない解答（ママ）をしている。我々は、この様な大学側の姿勢に断固行為してゆかねばならない。皆さんがこの問題を知り「四項目要求」の署名活動に参加されることを切望するものである。

◆資料 I :

入学制限に抗議する【】に協力を！「視力障害者」入学制限について抗議する実行委員

会

竜谷大学全ての学生諸君！これまで何度も訴えてきたように大学側は今年度の入試の際、「視力障害者」の入学をまったく一方的に制限することを決定しました。すなわち本学を受験する「視力障害者」はたとえどんなに成績がよくても各学部 1 名しか入学させない。法学部に関しては二名在学中だから、当分入学を認めないというものです。その理由は「視力障害者」がたくさん学内をウロウロ歩くと非常に危険だからとか、入学させてもあとの保障ができないというのです。しかし、今在学中の数名の「視力障害者」に対しても歩行の安全や講義の便宜を保障することなど、ほとんど行われていないのです。

今、竜大で学んでいる諸君達と同じように、人間として日本に生まれた「視力障害者」が憲法で保障されている権利も、支配者や管理者の都合で一方的に奪われていることはどうしても納得できません。

大学側が本当に「視力障害者」の教育について考える意志があるのなら、まず在学中の「視力障害者」や受験生、盲教育関係者などと真剣に話しあって問題点の一つ一つを解決していく姿勢を示すのが本当ではないでしょうか。「盲人は何もできない」という偏見や無理解のために「視力障害者」の多くが教育や労働の場からしめだされているのです。最近の社会では隣で人が殺されても知らん顔しているといった利己主義と退廃が横行しています。しかし、そんな無関心がやがては自分自身にも被害をもたらす可能性のあることをはっきりと確認する必要があると思います。

また、本当に全ての人が平和に生きていくためには差別する者とされる者といった関係を全ての人がなくす努力をすることが必要なのです。

我々実行委は左にかかげる五つのスローガンをもとに署名運動や学校側との話し合い、学生による抗議などの運動を展開し、今年度の入試時には二度とこのような差別をさせない決意です。

この運動にできるだけ多くの学生や教授をかくとく（ママ）、また学校側に対して我々の運動のもりあがりを示すため当面は署名運動を展開します。できるだけ多くのみなさんが署名され、クラスやゼミなどの決議にあげ実行委に参加されて入学制度を白紙撤回させるまで共に運動しようではありませんか。

要求項目

一、「視力障害者」に対する入学制限を白紙撤回すること

二、「視力障害者」の為のリーディング室を設置すること。

三、図書館に点字の辞書類を置くこと。

四、点字タイプライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の点訳、リーディングに最低必要な用具を保障すること。

五、すべての教授会は実行委との話し合いに応ずること。

毎、月、水、金、実行委員会
於　点訳サークル BOXPM.4 時より

◆資料 j:

盲学生五人会と共に視力障害者の学習保障を勝ち取ろう！

竜谷大学に学ぶ全ての学友の皆さん！我々盲学生五人会と盲学生五人会を支援する解は視力障害者の大学に入学する際の入試の不平等の是正、【及】び視力障害者に対する学習保障を大学に要求する運動をしています。

そして、我々は去る十月二十一日に入試不平等是正など四項目要求を大学執行部に公開質問状として提出し、それに対する回答を十一月十五日に口頭で受けとりました。それが次に示すものです。

（一）入試における不平等を是正するための専門委員会を設置せよ

◎入試は選抜試験であり大学の教学の反映であるので教学内容を変えない限り現行の入試制度は変更する必要はない。

（二）点字図書の充実

◎現在の図書費用でまかなうことは不可能だが努力する

（三）リーディング（本を読んで聞かせること）室を設置せよ

◎視力障害者のためだけに全学友の費用（ママ）を使うことはできないので設置はしない。

（四）点字機、点字タイプライター、テープレコーダー等、点訳、リーディング活動に最低必要なものを女性すること。

◎現在の大学予算ではまかなうことはできないし、今後も予算上不可能である。

これらの回答から分かるように大学側は盲学生の実態を知ろうともせず、そこから生ずる一方的な誤解によって、盲学生に対する入試の不平等の是正及び、学習保障を一切しようとはしません。たとえば入試において必ず出題される漢字の部分であるが、点字は表音文字であるので漢字がないのである。それにもかかわらず大学側は入試は大学教学の適正試験であるので漢字【文】書は読めないとだめだというのである。だが盲人が漢字を読み書きするのは【技】術的にできないので、決して能力云々という問題ではないのである。それを書け読めというのは大学側の明白なる盲学生に対する就学拒否を示しているのです。我々として、本学の現状がきびしいことはよくわかっているし、それゆえ実現可能な最低限の要求をしているのです。それにもかかわらず大学側が居直り続けるならば、我々はこのような大学側の姿勢に抗議してゆかなければなりません。

全竜大生の皆さん！
この盲学生の学習権を克ち取る為に共に闘って行こうではありませんか。

盲学生への学習保障を要求し今回の大学執行部の回答に抗議する集会への多数の参加を呼びかけたいと思います。

時・十二月六日（金）十【】

所・図書館前広場

尚、この四項目を要求する署名活動を行っていますので、多くの支援を！

盲学生五人会

盲学生五人会を支援する会

◆資料 k :

19721214 話し合い要求書、提出

大学当局は十二月十四日、実行委に対して回答をしてきた。内容は「視力障害者の受験、入学は原則として制限はしない」といったものである。我々は、この回答を、この間一環として非妥協的に東京に対して追及してきた成果として踏まえるとともに、当局の我々に対しての論理の破産をおおい隠すものとして紙切れ一枚で処理しようとするものととらえ徹底的にその内実を問いたい。そして以下の文章をもって、大学当局に話し合いを要求する。

＜要求書＞

我々「「視力障害者」の入学制限に抗議する実行委は、今回の回答に関してその理由を昭かにする為に当局に対して我々実行委をはじめとする全ての学友との話し合いに応じることを強く要求する。

我々実行委は、今年度の入試に際し大学執行部および各教授会がくだした「視力障害者」に対する入学制限が「視力障害者」の教育権、人間としての権利を踏みにじるまったく不当なものであることを主張し、当局に三度にわたる公開質問状を提出した。にもかかわらず、当局はただの一度たりとも誠意ある回答を示さないばかりか十二月十二日の我々の全学抗議ストライキに対し、管理者的態度でのぞんできた。当局の制限理由である「保障ができない」や「設備が整うまでは」などがまったく欺瞞的なものであることは、我々の教授に対するある追及の中ですでに昭かになった。我々は大学執行部および教授一人一人に断固抗議するとともに､あなた方が犯した差別的行為を真剣にとらえ返し､全国のすべての｢障害者｣および竜大学友の前に自己批判することを強く要求する。あなた方の犯した行為は、紙切れ一枚の回答で決して免罪されない。

執行部は十二月十六日(月)十五大　十二時半より我々との話し合いに直ちに応じること。

竜谷大学執行部殿

十二月十四日

「視力障害者」の入学制限に抗議する実行委

◆資料 l：

19721012 公開質問状

公開質問状
　昨年１１月、大学執行部は各学部教授会に対し、「視力障害者」の入学に関する討議を依頼し、それを受けた教授会は「視力障害者」の入学を各学部 1 名に制限し、法学部については 2 名在学中のため、当分は入学を見合わせるとの決定を行った。そして、今年の 2 月執行部は代表として中垣教授、および教務課長を京都府立盲学校に派遣し、この決定を一方的に伝えた。我々はこの決定が明らかに「視力障害者」の教育権をはく奪する差別的なものであることをはっきり確認するとともに、この決定を白紙撤回することを強く要求するものである。更に、入学制限の理由が「視力障害者が増えると保障ができない」とか、「学内をウロウロされると危険だ」とかいうものである。これは「視力障害者」に対する無理解、無関心から生じたもの以外の何ものでもない。
　大学側が、真に「視力障害者」の入学について考えているのなら、盲教育関係者や、もう学生と討論し問題の解決を計る（ママ）べきではないのか。我々「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会は、まず大学執行部に対し、直ちに我々との話し合いに応じ、我々の前に入学制限の理由を再度明らかにすることを要求する。更に、我々と共に今後の「視力障害者」の入学と学習について大学側ができるだけ最低限の保障についても率直に話し合うことを要求する。
　なお、この質問状に対する解答（ママ）の期限を S.47 年 10 月 21 日とする。

　要求事項
　一、「視力障害者」の入学制限を白紙撤回し、短大を含めて全ての学部の入学を認めること。
　二、「視力障害者」の為のリーディング室を設置すること。
　三、図書館に点字の辞書類を置くこと。
　四、点字タイプライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の学習活動に必要な用具を保障すること。
　五、大学当局は、我々との話し合いにすみやかに応じること。

龍谷大学執行部殿

一九七三年十月十二日
「視力障害者」入学制限について抗議する実行委員会

◆資料 m：

19721124 公開質問状

　昨年 11 月から 12 月にかけて、大学執行部側は、各学部教授会に対して、「資力障害者」の入

学に関する討議を依頼した。それを受けた教授会は「視力障害者」の入学を各学部一名に制限し、法学部に於いては、二名在学中につき当分は入学を認めない。（句点ママ）との決定を行った。そして、今年 2 月、執行部は代表として中垣教授、および教務課長を京都府立盲学校に派遣して、この決定を一方的に伝えた。我々は、この決定が明らかに「視力障碍者」の教育【権】を剥奪する差別的なものであることをはっきりと確認するとともに、この決定を白紙撤回することを強く要求するものである。更に、入学制限の理由が「視力障害者が増えると保障ができない」とか「学内をウロウロされると危険だ」とかいうものである。これは「視力障害者」んじ対する無理解、無関心から生じたもの以外の何ものでもない。入学を希望する「視力障害者」の多くは、現在の竜谷大学に完璧な保障など期待してはいない。憲法で保障された、職業選択の自由も奪われ、あんま、はり、きゅう以外には殆ど進む道のない「視力障害者」にとって、大学進学はかすかな希望なのだ。今年の入試においても、この大学の不当な決定によって受験を断念せざるを得なくなった「視力障害者」のいた事実を大学執行部、および教授一人々々（ママ）はどう考えるのか。

大学側が真に「視力障害者」の入学について考えると言うのなら、まず盲教育関係者や盲学生と話し合い、具体的な問題の解決を計るのが当然ではないのか。我々「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会は、まず大学執行部、および各学部教授会に対してただちに我々との話し合いに応じ、入学制限の理由を再度明らかにすることを要求する。更に、我々とともに今後の「視力障害者」の入学、および学習について大学側ができうる最低の保障を【率直】に話し合うことを要求する。我々はこれまで二度にわたって公開質問状を提出したが、何ら回答をも得ていない。こうした不誠実な態度に断固、抗議するとともに、この公開質問状に関して誠意ある回答を示すことを強く要求する。なお、回答制限は 11 月 24 日、1時半までとし、回答は【深草】および【大宮】に提示すること。更に我々実行委員会宛に教務課へ提出することとする。

要求項目

一、「視力障害者」の入学制限を白紙撤回し、短大を含めたすべての学部の入学を認めること。

一、「視力障害者」のためのリーディング室を設置すること。

一、図書館に展示の【辞】書類を置くこと。

一、点字タイプ、ライター、テープレコーダー等の「視力障害者」の学習活動に必要な用具を保障すること。

一、大学当局は、我々との話し合いにすみやかに、応じること。

1972 年 11 月 24＜提出日＞

龍谷大学執行部、各学部教授会

「視力障害者」入学制限に抗議する実行委員会

以上の質問並びに要求に対し、教育者としての真摯なる態度で回答されんことを要請します。

『遡航』001 号
2022 年 3 月
発行：『遡航』刊行委員会

※原稿募集については、一番に公募した場合、早晩本委員会の査読編集能力を超えることが予想されますので、現在検討中です。ご了承ください。

※それ以外の問い合わせについては編集委員会・立岩（tae01303@nifty.ne.jp）までお願いいたします。

※本誌はオンライン雑誌です。PDF と HTML の両方を用意しますがまずは PDF を入手できるようにしました。http://aru.official.jp/m/index.htm をご覧ください。あるいは『遡航』で検索してださい。