

脳卒中患者の適応過程における 社会的援助に対するニーズ

Social Support Needs in Adjustment to Stroke./Evans RJ, et al: Arch Phys Med Rehabil **64**: 61-64, 1983

【障害への適応, 対人関係, FIRO】

脳卒中後の患者が, 医学的リハビリテーション終了後に, 社会との接触に対するニーズが個人によってどのように異なるかを評価したものである。

対象は, 平均年齢63.7歳の男性34, 女性14計48人の脳卒中患者である。これ等の患者に対して Fundamental Interpersonal Relationship Orientation (FIRO) という質問法を行い, Inclusion, Control, Affection の3つの問題について, 回答を Wanted behavior と Expressed behavior のいずれかに分類した。また, 障害に対する適応度も計測した。

その結果, 社会的なニーズに対する表現は, 障害に対する適応度と現実に行われている社会的な援助に密接に関係しているとのべている。そして, 長期間にわたる対人関係の調査が健康な対照群に対して行われるべきであるとしている。

(横市大 大川 嗣雄)

F波による神経伝導速度測定: 末梢神経近位部の ニューロパチーに対する簡単な電気診断法

Axillary F Central Latency: Simple Electrodiagnostic Technique for Proximal Neuropathy./Yeohguchi, et al: Arch Phys Med Rehabil **64**: 117-120, 1983

【F波, 神経伝導速度】

これまでの神経伝導速度の測定は, 計測上の問題から末梢部の神経に限られていたが, F波を用いて腋窩と脊髄の間の伝導時間 (Axillary F Central Latency: AFCL) を計る簡単な方法を考案した。

手技: 正中神経あるいは尺骨神経を, 腋窩で胸骨切痕から 25 cm 離れた部と, 前腕で手首から 8 cm 肘側の部で電気刺激し, 母指球筋または小指球筋より反応を導出した。手首におけるF波とM波の潜時 (Fw, Mw) と, 腋窩におけるM波の潜時 (Ma) を用いると, AFCL は $(Fw + Mw) - 2Ma$ と算出される。

結果: 正常人30人の AFCL の平均は 11.2 ± 0.8 msec であり, 伝導の遅延はギランバレー症候群・腕神経叢損傷・脊髄空洞症・胸郭出口症候群でみられた。AFCL が

13.6 msec 以上となること, あるいは反対側の上肢や同側の正中神経・尺骨神経の間に 2.1 msec 以上の差が存在すれば, 中枢部の神経の障害が示唆される。

(神奈川リハセンター 伊藤 良介)

四肢欠損児のリハビリテーション ——全体論的アプローチ——

A Holistic Approach to Rehabilitation for the Limb-Deficient Child./Marquardt EG: Arch Phys Med Rehabil **64**: 237-242, 1983

【四肢欠損児, 小児切断】

四肢欠損児の誕生は, 母親にとって精神的ショックに相異なるが, 児を家族の一員として受け入れるよう, 十分な説明を心がける。医学的リハビリテーションは, 残存能力の開発トレーニングとそれを助ける手術, 必要な補装具の支給が基本となる。

作業療法においては, 発達に即した「遊び」を通じて ADL 訓練を行うが, 上肢欠損児では, 健全な足を用いて, 把握, 感覚を養う。そのためには, 運動療法で, 脊柱や下肢の動きをよくすることが大切で, 早期にボイタ法を導入している。

手術に際しては, その手術が全人的に及ぼす影響を詳細な評価に基づいて検討した後に行うべきで, 例えば内反手の矯正, 股関節脱臼の整復, 残存肢の切断などを安易に行ってはならない。動力義手は 600 例の両側例に試みたが, 今使用しているものはわずか 6 例である。四肢があるから人間なのではなく, 心・精神があるからこそ人間としての存在価値があるということを銘記すべきである。

(子ども医療センター 陣内 一保)

高齢の両側下腿切断者の酸素消費: 歩行と車椅子駆動の比較

Oxygen Consumption of Elderly Persons with Bilateral Below Knee Amputations: Ambulation vs Wheelchair Propulsion./DuBow LL, et al: Arch Phys Med Rehabil **64**: 255-259, 1983

【移動方法, エネルギー効率】

高齢の両側下腿切断者について, 歩行時および車椅子走行時のエネルギー効果を測定し, 歩行よりも車椅子走行の方がエネルギー効率がよかったと記載している。

対象は高齢の血管性両側下腿切断者 6 例 (45~79歳) 対照正常人 8 例 (45~60歳) で, 歩行および車椅子走行

時の酸素消費量・脈拍・移動速度が測定された。

歩行時の酸素消費量・脈拍は切断者の方が高く、移動速度は切断者の方が遅かった。車椅子走行時の酸素消費・脈拍・移動速度は、切断者と対照との間に有意差はなかった。切断者での酸素消費は歩行の方が車椅子走行時よりも高く、移動速度も車椅子の方が速かった。従って高齢切断者では通常の場合、車椅子移動の方が生理的負担が少ないといえる。

移動型式の選択はこのような生理学的資料にもとづき、更に美容面・快適さ・社会的心理面も考慮して決定されなければならない。

(川崎中央病院 白野 明)

摂食障害：誤嚥(Laryngeal Penetration)

の予知

Dyphagia: Predicting Laryngeal Penetration./Linden P, et al: Arch Phys Med Rehabil 64: 281-284, 1983

【咽頭知覚，湿性嗄声，咽頭反射】

麻痺性嚥下障害における大きな問題である“誤嚥”について、その有無を臨床的に捉える方法を見出す目的で行われた研究である。

対象の中枢性麻痺性嚥下障害15例のうち、X線透視により喉頭への造影剤の流入(Laryngeal Penetration)が確認されたものは11例、梨状窪への貯溜(Piriform Pooling)を示したものは9例で、これらと臨床的特徴との関係について調査した。

湿性嗄声と咽頭反射の異常とはこれらのX線所見と高い相関があり、両者共Laryngeal Penetration 11例中10例、Piriform Poolingの9例中9例に認められた。特に湿性嗄声と咽頭反射異常の両方を示す症例ではLaryngeal Penetrationの存在が強く疑われてよい。咽頭知覚の異常は、咽頭反射の障害とはあまり相関していなかった。

Laryngeal Penetrationを有する患者の多くは意志的な咳嗽は可能であっても誤嚥時に咳嗽が起っておらず、これらでは“silent penetration”が常時起っているものと考えられた。

(川崎中央病院 白野 明)

挙上動作時の腹腔内圧と体幹筋活動：正常者の 腹腔トレーニングの効果

Intraabdominal Pressure and Trunk Muscle Activity During Lifting-Effect of Abdominal Muscle Training in Healthy Subjects./Bertil H, et al: Scand J Rehab Med 15: 183-196, 1983

【腰痛，腹腔内圧】

腹筋の強化による腹圧上昇が腰痛治療に推奨されているが、ここでは健常者に5週間の腹筋トレーニングを行い、筋力、筋活動、腹腔内圧との関連について検討した。腹腔内圧は胃チューブと圧力トランスジューサーにより胃内圧で測定し、筋活動は筋電図を用いた。

結果は、体幹筋はトレーニングにより著明に増加したが、重量物挙上(10, 25, 40kg)時の腹圧に変化はみられなかった。むしろ腹斜筋の活動は低下しており、腹斜筋は腹圧の関連は少ないと考えられる。背筋を用いた挙上動作では背筋活動は初期にはほとんどみられないが、腹筋活動が早期からみられ、腹圧が最大値になるときはむしろ活動は低下している。脚を用いた挙上動作では背筋は初期から持続的に活動し、腹圧は背筋挙上に比し一般に高く、腹圧が最大となると腹筋活動も最大となる。

(川崎医大 土肥 信之)

前傾する椅子に坐る時の体幹の姿勢

Posture of the Trunk when Sitting on Forward Inclining Seats./Bendix T, et al: Scand J Rehab Med 15: 197-203, 1983

【坐位，前傾椅子，脊椎カーブ】

椅子の快適角度は5°～10°後傾が最適であると多くの報告がある。今回は正常人10人(23歳～68歳)について、水平、5°、10°、15°と4段階に前傾する椅子を使用し、1時間坐位における姿勢の変化、体幹、股関節の適応性、spinal curveの変化、快適度について調査した。

計測には傾斜計(inclinometer)を用い、sacro-lumbar, lumbo-thoracic, Thoraco-occipital, sarco-occipitalの4つのベクトルによりspinal curveの変化を調査した。

結果として、椅子の前傾角度が増すごとに腰椎前彎が強くなる傾向にある。椅子の前傾に対する適応性は1/3は脊椎、2/3は股関節によるものであった。1時間坐位の影響は体幹の垂直方向のベクトルの移動が最初に認められるのみで、脊椎curveへの影響は認められなかった。

快適度は5段階で評価し、5°前傾の椅子(快適度4.8)の方が水平の椅子(4.0)より評価値が高かった。以上より、休息には5～10°後傾が適し、仕事するには5°前傾の椅子が最適であると述べている。

(川崎医大 長尾 史博)

感染した全人工膝関節形成術に対するサルベージのための2段階再置換術

Two-Stage Reimplantation for the Salvage of Infected Total Knee Arthroplasty./Insall JN, et al: JBJS 65-A: 1087-1098, 1983

【2段階再置換術，全人工膝関節形成術，6週間後再置換術】

1970年代になされた人工膝関節手術のうち深部感染は平均約5%に達する。その治療は人工関節を除去せず抗生物質単独で用いたリドレナーゼ，デブリードマンを追加したりするものから，関節癒合術まで広く行われているが，その成績は優れているとはいえない。我々は人工関節の除去および6週間後の再置換術という2段階手術法を施行し，11関節について，34週間経過観察し，スペシャルサージェリー病院法による評価を行った。

結果：優5関節，良4関節，可2関節とすぐれた結果が得られた。疼痛については，歩行時痛なし5関節，軽度疼痛2関節，安静時軽度疼痛3関節，中等度疼痛1関節であり，歩行および立位保持能力については，制限なし5例5～10ブロック歩行可能，30分以上起立可能2例，30分以上起立可能および歩行1～2ブロックが3例であった。本法は膝関節の稀弱化が起る欠点があるが，成績は第1回目の人工膝関節手術とほぼ同等であった。

(自治医大 須賀 哲夫)

重度関節拘縮症の歩行

Ambulation in Severe Arthrogryposis./Hoffer MM, et al: J Pediatr Orthop 3: 293-296, 1983

【関節拘縮症，歩行，移動能力】

四肢のすべてに筋力低下を伴う先天性の関節拘縮症例52例のうち，家族発生例，知覚障害，中枢神経症状を有するもの，歩行の評価の困難な10歳以下の症例などを除外した36例について，歩行の状況を調査した。

対象例の年齢は10～31歳で，観察期間はすべて5年以上であった。歩行能力が低下してきたものは，過去の最良の状態の評価を用いた。

歩行の状態は，① community ambulator 15例，② household ambulator 7例の functional ambulator が全体の61.1%を占め，③ nonfunctional ambulator 6例，④ non-ambulator 8例であった。実用歩行を維持するための条件として，筋力は股伸筋4，膝伸筋3以上，それより1段階低ければ肘の伸筋，肩甲下制筋，握力が松

葉杖を使用するに足りる状態であればよい。屈曲拘縮は股・30°以下，膝20°以下にとどまる必要がある。拘縮と脊柱側彎の進行は，歩行能力を低下させる。手術的矯正，補装具は能力維持に有用であった。

(こども医療センター 陣内 一保)

CTによる脳萎縮の診断—側脳室前角領域の計測

Measurement of the Area of the Anterior Horn of the Right Lateral Ventricle for the Diagnosis of Brain Atrophy by C.T./Hirashima Y, et al: Neuroradiology 25: 23-27, 1983

【CT，脳萎縮，側脳室前角領域】

CTを用いて脳萎縮を診断する計測方法は3次元計測をはじめとして様々な方法が発表されてきた。著者らは簡便で信頼性，再現性がある方法として側脳室前角領域の直線計測を行った。

方法は17歳から83歳までの神経学的に正常な198例(男106，女92)について実物大CTスキャンを用い，側脳室前角の最大幅(a)と最小幅(b)，左右脈絡叢間距離(c)，側脳室中部領域での側脳室最大径(d)，頭蓋骨外側の最大横径(e)を計測した。次に0歳より80歳台まで年齢を6グループに分け，側脳室前角面積の実測値と，a，a+b，c/a(脳室係数)c/d(側脳室中部係数)との相関をとった。

相関係数は，a+bが0.87，aのみが0.71，bのみが0.81，c/aが-0.48，c/dが-0.58であった。

以上より著者らは脳室系よりみた加齢による脳萎縮の指標として側脳室前角の最大幅と最小幅の和を計測する方法が秀れていると結論している。局所的な脳萎縮および，病的な脳室拡大については，今後の研究が必要であろう。

(慶大 矢守 茂)

肩関節の荷重による影響

The Weightbearing Shoulder./Wing PC, et al: Paraplegia 21: 107-113, 1983

【大振り歩行，肩関節の変化】

2年以上にわたってクラッチによる大振り歩行を続けている10名の障害者(脊損・ポリオ・脊髄腫瘍・CP)を対象に，肩関節の変化の有無について調べた。

コントロール群として4名の健常者を選んだ。障害者群の年齢は19～30歳，クラッチの使用期間は20ヵ月～19年であった。自覚症状として，大部分の者が頸部・上肢

の痛みを経験していたが、全員神経学的所見および肩の ROM は正常で、X線上下骨に変化を認めた者はなかった。

acromio-humeral interval は平均 9 mm で荷重時と非荷重時に差はなく、コントロール群とも差を認めなかった。photon beam densitometry を用いて橈骨のミネラル量を測定した結果、全員が正常上限またはそれ以上の値を示した。

以上の結果より、大振り歩行は上肢に大きなストレスを与えているが、肩関節には悪影響を及ぼしていないと考えられる。肩関節に適度の力加わること、軟骨・滑膜などの栄養に適度の刺激となっているのではないだろうか。

(慶大 永田 雅章)

極量を越える運動の開始直後 (10秒, 30秒) におけるヒト骨格筋乳酸塩濃度

Lactate in Human Skeletal Muscle after 10 and 30 s of Supramaximal Exercise./Jacobs I, et al: J Appl Physiol: Respirat Environ, Exercise Physiol 55: 365-367, 1983

【嫌気性運動, 糖原分解, Wingate 嫌気性テスト】

運動開始直後に嫌気性糖原分解が生ずるかどうかを知るために、骨格筋乳酸塩を測定した。対象は健康成人 22 例 (男性 15, 女性 7) で、自転車作業計を用いて極量以上の運動を施行させ、運動開始後 10 秒および 30 秒に外側広筋の針生検を行った。得られた筋肉片は即時凍結し、酵素蛍光計によって乳酸塩濃度を測定した。なお、運動中の出力は 5 秒毎に記録した。

平均出力は、10 秒、30 秒とも男性の方が高かった。乳酸塩濃度は、10 秒で著明に増加し、30 秒ではさらに、その約 2 倍に増加した。いずれも男性の方が高濃度であったが、30 秒値と 10 秒値の差は、男女でほぼ同値を示した。乳酸塩濃度と出力との間には明らかな相関は認められなかった。

以上の結果より、糖原分解は極量を越える運動の開始直後より生ずると考えられる。男女差の原因は出力差によるものでなく、女性骨格筋の酵素活性の低いことが推測される。

(慶大 椿原 彰夫)

脚長差と腰痛および股関節痛—臨床症状とその生体力学的考察

Clinical Symptoms and Biomechanics of Lumbar Spine

and Hip Joint in Leg Length Inequality./Friberg O: Spine 8: 643-651, 1983

【脚長差, 腰痛, 股関節痛】

従来の脚長差の測定法では ± 10 mm の誤差がさけられなかった。著者は立位で股関節正面の X 線写真を取り、大腿骨頭最上端の左右差を脚長差として測る方法により誤差を 0.6 mm に減らすことができた。この方法により対照 359 名、慢性腰痛症 653 名、片側性股関節痛 254 名の計 1,157 名の脚長差を測り臨床症状との関係を検討した。

結果: 1) 脚長差 5 mm 以上の割合は腰痛群 75.4%, 対照群 43.5% で、15 mm 以上は腰痛群は対照の 5.32 倍であった。2) 坐骨神経痛は 78.5% が長い側に認められた。3) 股関節痛は 88.9% が長い側に認められ、変形性変化も 89% が長い側であった。4) 5 mm 以上の脚長差を補高により矯正後平均 6 カ月のフォローで、腰痛 77%, 坐骨神経痛 73.5%, 股関節痛 70.8% に改善を認めた。

考察: 脚長差の存在により代償性の側彎が起こり、長い側の椎間板に圧迫、回旋力加わるため腰痛が起こる。また脚長差により骨盤が傾斜し、長い側の股関節は内反位となり、ストレスが増加するため股関節痛が起こると考えられた。

(国療東埼玉病院 里宇 明元)

成人頭部外傷の痙性管理のためのシリーズギブス療法

Serial Casting for the Management of Spasticity in the Head-Injured Adult./Booth BJ, et al: Physical Therapy 63: 1960-1966, 1983

【拘縮, 頭部外傷, ギブス療法】

頭部外傷患者は痙性のため軟部組織の拘縮が起こりやすい。患者の意識レベルが低下していて不動状態の時、急性期にはシリーズギブス療法が有効である。シリーズギブスは、7~10 日ごとに巻き替えて可動域を増大してゆく方法だが、初回は resting cast とする。2 回目以降 3~4 回は drop-out cast (獲得したい可動域方向の関節部分のギブスを一部除去したもの) とする。

目的とした可動域が得られた後、holding cast を行い、維持にはスプリントを用いる。ランチョーでは、19 カ月間 201 例の頭部外傷患者のうち、42 例の下肢のシリーズギブスを施行した。

成績は、短下肢ギブスで、足背屈に対し、皮質損傷患

者では平均 17°, 脳幹損傷で 26° の改善があり, 底屈筋 トーススの改善もみられた. 長下肢ギプスでの膝伸展に対する成績は, 皮質損傷では 27°, 脳幹損傷では 15° の改善がみられた, 受傷後 3~4 カ月でギプス療法を開始, 平均 22~39 日間施行した. 痙性による変形の治療に有効であった.

(弘前大 松本 茂男)

成人頭部外傷患者管理における整形外科的 診断と治療

*Orthopedic Strategies in the Management of the Adult Head-Injured Patient./*Garland DE, Keenan MAE: *Physical Therapy* 63: 2004-2009, 1983

【骨折, 頭部外傷, 筋痙縮】

頭部外傷患者に対する整形外科的管理は 3 期に区分される.

第一期は急性期で, 筋骨格系損傷の診断が重要で, 観血的治療が必要な場合が多い. しかし, 骨折, 末梢神経損傷の診断は遅れがちで, ランチョーの統計では, 259 例中 29 例に診断の遅れがあった.

第二期は神経学的回復のおこる亜急性期で, この期間には 18 カ月程度で, 痙性や異所性化骨が出現する. 痙性の軽減には筋弛緩剤, フェノールブロック, ギプス療法等が用いられる. 異所性化骨は 486 例中 11% にみられた (単関節 27 例, 多関節 30 例). diphosphonates が異所性化骨を減少させるとの報告がある. また, 可動域増大のために全床下に徒手矯正術を行う場合もある. 28 関節に施行し, 18 関節に有効であった.

神経学的回復が固定化した時期が第三期で, 異所性化骨の手術による除去や痙性麻痺肢に対する尖足矯正術や, 上肢に対して, 疼痛軽減, 衛生, 美容上の目的での手術適応がある.

(弘前大 松本 茂男)

脳血管障害の進歩—突発性脳出血

*Progress in Cerebrovascular Disease: Spontaneous Brain Hemorrhage./*Robert GO, Robert CH: *Stroke* 14: 468-475, 1983

【突発性脳出血, 高血圧, CT 検査】

突発性脳出血 (Spontaneous Brain Hemorrhage) は, 全脳卒中の約 10% を占め, その内およそ 50% が死に至る. 原因では, 高血圧が代表的なもので約 1/2 を占める.

診断手技については CT が特に重要であり, 出血の部位, 大きさ, 浮腫の状態等を知ることができる. これにより, 治療方針の決定および予後判定がある程度可能である.

脳動脈瘤や AVM 破裂が疑われる場合には, 血管造影を行わねばならない. 治療法は, 内科的治療が第一選択となる. 血圧コントロール, 再出血防止, mass effect の減少, 脳浮腫のコントロール, 痙攣の予防等をその目的とし, これによっても症状が安定せず, 生命の危険を伴う場合には外科的治療の適応となることが多い. なお直径 3 cm 以上の小脳出血は, 原則として緊急手術の適応である. 高血圧性脳出血では部位により定型的な症状を呈すが, 橋出血は予後最悪といわれている. その他, 血管病変による出血, 凝固機能異常に伴う出血等もあり, 注意が必要である.

(塩原温泉病院 尾河 昌子)

高血圧性被殻出血の治療と結果: 外科的治療は 保存的治療よりすぐれているだろうか?

*Hypertensive Putaminal Hemorrhage: Treatment and Results. Is Surgical Treatment Superior to Conservative One?/*Waga S, et al: *Stroke* 14: 480-485, 1983

【被殻出血, 手術, 保存的治療】

74 例の高血圧性被殻出血を手術例と内科的保存例に分け, 重症度別に 6 カ月間の経過と ADL の改善について観察した.

1977 年に入院したものはすべて手術例とし, 1978~1980 年の入院は全部保存的治療とした (前者 18 例, 後者 56 例).

重症度は入院時の意識レベルと CT 所見で分類し, グレード 1: 意識清明, 2: 傾眠, 3: 昏迷, 4: 半昏睡, 5: 深い昏睡とし, また CT 所見からは I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb, V の 7 段階に分けた.

死亡例はグレード 4~5 に集中し, 手術例に 28%, 保存的療法例に 14% と, 前者に有意に多かった.

また, ADL が自立したのは, 手術例では, グレード 1 で 50%, 2 で 33%, 3 で 50% であったのに対し, 保存療法例では, グレード 1 が 87%, 2 が 80%, 3 が 22% であり, 軽症例では保存療法のほうがすぐれていることを物語っている.

以上の事実は, 被殻出血には保存療法よりも手術療法がすぐれているとの考えかたをくつがえすものである.

(七沢病院 福井 閑彦)

痴呆の診断における CT スキャンの定量的評価

Quantitative Computed Tomographic Analysis in the Diagnosis of Dementia./Damasto H, et al: Arch Neurol 40: 715-719, 1983

【痴呆, CT スキャン】

46名の痴呆患者(変性疾患25名, 血管性疾患8名, 代謝および薬物性疾患5名, その他8名)と46名の年齢, 性をマッチさせた対照群のCTスキャンの定量的評価を行い, 比較検討した。

評価は, 1) 第三脳室, 2) 側脳室前頭角, 3) 側脳室体部, 4) 半球間溝の各部分の面積と, それぞれに対応するスライスにおける全脳面積との比率を求めて行った。

結果: 1) 痴呆群は対照群に比し, 面積比は, 第三脳室で73%, 側脳室前頭角で45%側脳室体部で71%, 半球間溝で47%大きかった。2) 評価項目のうち, 側脳室体部/全脳比, および半球間溝/全脳比の二項目により, 痴呆群と対照群を84%の症例で判別することが可能であった。

結論: 従来の報告と異なり, 側脳室体部および半球間溝と全脳の面積比を求める方法により, CT スキャンによる痴呆群と対照群の判別が可能であった。

(国療東埼玉病院 里宇 明元)

老年者の歩行障害, 50例の調査研究

Gait Disorders among Elderly Patients. A Survey Study of 50 Patients./Sudarsky L, et al: Arch Neurol 40: 740-743, 1983

【歩行障害, 脳室拡大, 理学療法】

歩行障害の診断が定っていない70歳以上の患者50例(平均年齢79.5歳)について, 歩行観察を含めた診察と補助診断法を用いて原因を検討した。

既に判明している脳卒中後片麻痺, パーキンソン病, 鎮静剤投与中患者は除外した。単一原因診断は56%に可能で, 頸椎性ミエロパチーが16%と最も多かった。主要原因診断では末梢性ニューロパチーなどによる多発感覚障害が18%と多かった。特定の原因が同定しえない特発性老年歩行障害は16%であった。CTスキャンにより脳室拡大を有する者の頻度は, 年齢対照群と比較して有意に大であった。50例中12例は代謝障害など原因治療が可能であった。

理学療法部における歩行訓練はいずれにおいても推奨され, 実際的に有用なこともあったが, 長期経過観察例が乏しく, どの群で最も有用かの結論は出せなかった。治療法のない患者では進行を示すことが多く, しばしばナーシングホームへの入院が必要となった。

(東大 江藤 文夫)

ニュース

DPI 第1回アジア・太平洋地域会議

<10月にオーストラリアで開催>

DPI(障害者インターナショナル)第1回アジア・太平洋地域会議が, DPI 南オーストラリア支部の主催で, オーストラリア, アデレードにおいて, 本年11月4日から7日まで開催されることになった。

会議のテーマは, 「アジア・太平洋における我々自身の声を育てる—Developing a Voice of Our Own」。現在, 州政府と多くの障害者関係団体の協力を受け, 準備

を進めている。

DPI は, 国際障害者年の12月に, シンガポールに世界50数か国の障害者代表が集まって結成された世界初の障害者自身による国際組織。一昨年, 世界評議会が東京で開かれた。

会議のプログラム, スケジュール等, くわしいことはまだ決まっていないが, 現在, 広く各国の障害者自身及び障害者団体の参加を呼びかけている。

(「障害者の福祉」1984. 4月号)