

■ 慶應大学のリハビリテーション科は、わが国で最も多くのリハビリテーション専門医を輩出している教室である。その教室の教育・診療・研究システムの概略を紹介してもらったが、30年に及ぶ歴史と、この間の地道な努力の成果を感じさせるシステムで、大変参考になった。ところで、筆者らは「リハビリテーション医学を志す医師の層が薄い」ことを嘆いているが、現状では、たしかに質の高い若手医師をどのように育成するか大きな課題である。今後は一大学にとどまらない、関係機関のネットワークによる教育・研究システムを構築するなど、現状の枠組みを越えた積極策が必要と思われるが……。 (正門由久氏ら, 303頁)

■ 水俣市立湯之児病院リハビリテーションセンターは、わが国で最初に設立された公立のリハビリテーション専門病院である。さすがに30年の歴史の重さを感じるしっかりとしたシステムができています。また、今後の展望についても、筆者の総合的リハビリテーション・サービス提供にける意欲は、組織のリーダーとして高く評価されるものである。介護のファンドが未整備な現状で、地方自治体がどの程度のサービス供給体制を構築し得るか、行政関係者およびリハビリテーション専門職の姿勢が問われている現在、貴重な存在である。 (浅山 滉氏, 309頁)

■ 国立身体障害者リハビリテーションセンターは、昭和54年に在京の国立3更生援護施設(身体障害センター、聴力言語障害センター、視力障害センター)を統合し、総合的リハビリテーション・サービスが提供できるセンターとして再出発した。とはいえ、総合センターなら必要なサービスをいつでも効率よく提供できるかといえば、それは決して容易なことではない。今回、筆者には同センターの実績を基に、総合センターの利点と今後の問題について論じていただいた。総合的サービスを真に実現するには組織の縦割りによる弊害や専門職間の齟齬を調整する必要がある、コーディネーターの存在が不可欠であることが強調されている。まったく同感である。 (初山泰弘氏, 315頁)

■ わが国において、県単位に地域リハビリテーション・システムを構築することは大変難しい。今回は、筆者を中心に長年にわたって積み上げてこられた兵庫県システムを紹介していただいた。量的に不十分とはいえ、わが国の地域リハビリテーション・システムは未だ絵に書いた餅にすぎず、現在このようなシステムが稼働しているのは兵庫県だけであるといっても過言ではない。政府の経済優先政策、臓器別専門医養成システム、縦割り行政など、筆者が怒りをこめて指摘するこれらの阻害因子を今後どう克服していくのか。関係者必読の論文である。 (澤村誠志氏, 321頁)

■ 在宅障害者の雇用率は34.1%で一般人の約1/2にとどまっている。政府は、昭和35年に身体障害者雇用促進法を制定して以来、種々の法改正により雇用率引き上げに努力してきたが、現在もなお法定雇用率を下回っている。リハビリテーションの最終目標は何らかの就労であり、軽度障害者から重度障害者まで、障害の種別を問わず一貫したシステムの構築が求められている。それにもかかわらず、労働省サイドの一般雇用システムと厚生省サイドの就労システムに縦割り分割されている現状をどう打開するのか! それによって生じるであろう弊害をどう回避して前進するか。当事者および関係者のさらなる努力に期待したい。 (松井亮輔氏, 331頁)