

健康長寿キャンペーンの罪：『歩けなくなったらおしまい』

2018/10/06 障害学会シンポジウム「障害学とリハビリテーションとの対話—予防・ヘルスプロモーションをキーワードにして—」

古井 透

前置き

「口は出さない、ひたすら手足に徹する」70年代健全者の残党のなれのはて。たのまれたら断れない「できません」が言えない優柔不断と、健全者と障害者の間を行ったり来たりの中途半端のおかげで、どれだけの人を迷わせ、困らせてきたか。それが、ある日突然鶴の一声で、昔なら嫌いだったリハビリテーションに身を投じそれを生業にする。

実際に介護保険が始まる10年前の町役場での訪問三昧の生活は、手作り感が半端なく実に刺激的だった。始まる前に少しは期待していた介護保険なのに、始まるやいなや「行政が直接関わると民間が育たない。もう動くな」と。ちょうど、町長も変わったので……地域の成人CP者の現実に視線を戻すと、健全者並を目指したり、求められたお陰でぼろぼろになっていく人が今でも後を絶たない。せめて、これを道具使って少しは楽にできないものかと考えてみた。

やがて、親の世代がつぎつぎと加齢のあげく中途障害になり、その絶望の淵から地域で行きぬいたCP者にコーチされ、「借りてきた障害者プライド」で第二の人生を彩って、見送ったりもした。

自験からも確信した。障害は無くせばいいというものではなく、むしろ障害者に教えて貰いながら、そこから考え、悩まなければならないことが次々と増えきた。教えてくれる障害者の生存そのものを、パターンリズムに塗れた「健康観」の蔓延によって、根絶やしにされては元も子もない。なにしろ、日本の公衆衛生や予防医学には、有無を言わさぬ社会防衛という究極のパターンリズムの歴史が、最近まで健在だったのだ。声高に予防を叫ぶ人たちにこそ、障害者に怒られながら教えて貰って、そこから学んでいくというスタンスに、未来を拓く魅力ある学びがあると感じさせる必要がある。

1 「傷害を予防する」と「障害を予防する」は似て非なるもの

予防といっても、失敗から学ぶ「傷害を予防」と、そもそも「失敗」そのものを無きものにしようという「障害を予防」は、目的が逆である。

	一次予防	二次予防	目的
障害を予防	生まない：遺伝子・胎児診断 生ませない：強制。墮胎・断種	隔離収容：国家目的にそぐわない人間の社会からの抹殺	社会防衛
傷害を予防	原因の理解、準備体操	道具、方法の工夫	個人の安寧

傷害を予防するアプローチとしては、人間工学的に無理のない作業を実現させ労働災害・就労困難を減らす産業医学的予防がある。人間工学の応用対象は就労・就学に限らず、スポーツ・趣味、産前・産後や授乳などの育児行動や性生活、IADL、消費行動など、あらゆる社会活動の分野に及ぶ。

上記の少なからずが、作業療法士や人間工学士、理学療法士の職域とされているが、日本はまだこの領域は発展途上で、スペシャリストとして生計をたてている人はまだ一部に限られているようだ¹⁾。

従来のな枠組

予防医学では、まず 1 次予防として感染予防や発症予防があり、次に二次予防として病気や障害になったたら早期発見・早期治療という介入が良いとされ、最後に 3 次予防としてリハビリテーションで退院生活へソフトランディングさせる、というのが従来のな枠組である。

「予防的リハビリテーション」

予防的リハビリテーションとは、本質として予防医学なのか？それともリハビリテーションなのか？

メタボ予防・禁煙キャンペーンなどは、公衆衛生におけるハイリスクアプローチと言われ、社会防衛的な予防医学の側面が強い。リハビリテーション領域での「介護予防」「障害予防」はどうか？やはり、ハイリスクアプローチと言われ、障害者＝「厄介者」という障害へのネガティブイメージを暗黙の了解として、そうならないための賢い国民づくりを目指している。

2. 「寝たきり」の何が問題だったか？

2.1 「寝たきり老人」

1980 年代、むかしから老人ホームがいっぱい、日本中のいたるところで、死ぬまで退院できない老人病院があって、そこで寝たきりが作られていた^{2,3)}。そこで「寝たきり老人ゼロ」が叫ばれ、筆者は 1990 年から、在宅での寝たきりゼロをめざして家庭訪問を仕事にしていた。若いころ農業普及のリーダーをしていた専業農家の 70 歳代の男性を訪問した時のこと。60 歳代に膀胱がんの手術をうけ、そのあと徐々に股関節が曲がらなくなり、歩行困難から床に臥すことが常となった。やがて、両下肢が棒のように伸びたままとなってしまう、寝たきりの生活を送っていた⁴⁾。

彼は「このまま天井を見て死ぬしかないと思っていた」と語った。でも、この言葉は、はじめから語られたものではない。実際に寝床から出て車いすに乗って外出する体験、厳密には、大好きなお風呂にとつぷりと満足するまで浸かって、その帰り道ではじめて語られた。人は絶望すると、それを言う元気さえもなくなる⁴⁾。

2.2. 穢れ「死んだほうが幸せ」

1990 年代に入っても、この人のような状態で、家で孤立した人がいっぱいいた。多くの人達の元気になっていく過程に関わっているとき、大同小異はあっても、きまって当事者の

口をついて出てくるのが「何のバチだか、こんな体になって」「このままなら死んだ方がまし」という言葉である。

実際に、血気はやった若い時や戦時中に「やらかした」今から振り返ると人倫に悖るような自分の行いについて、告白されることもあった。そう言う人に限って「こうなったのも、自分の業のせいだ。」と続けて言った。それまで彼は、往診に来るたびに医師に「先生、楽になる薬をください。」と言って困らせていたという。障害は（前世の因果や自らの業や何か邪悪な敵による）穢れであるという極めて感情的なとらえ方から離れられず、苦しんでいたようだった⁵⁾。

力があるものが偉い、能力主義、差別的であればあるほど、苦しんでいた。それまで、近づきたくない、見たくない、関わりたくない、なかったことに……。 「障害は穢れ」という認識は、いともたやすく「いっそのこと死んだ方が幸せ」になる。その対象は自分ばかりとは限らない、目の前の他者に対してもそうだった事例の枚挙に暇はない。

3. 障害者に教わる

3.1. 大正生まれの満州育ち

私の父古井豊は、大正生まれの満州育ちで当時大学院まで出たインテリである。その父が、私と脳性麻痺者の正代との結婚に反対し「古井の姓は名乗るな」と言い、子どもができると「結婚は仕方がないが子どもは産むな」といい、二人目ができると「一人は仕方がないが二人目はだめだ」といい、三人目ができても「二人は仕方がないが三人目は無理だ」と反対した。穢れに対する人の態度とは、実に理屈にあわない、明らかに忌避の感情そのものだ。

その父は、退職後の終の棲家に清流の河畔に家を建て、足が弱い母を自動車に乗せ自分が面倒を見るのが父の未来予想図だった。だから自分だけはいつまでも元気で、障害者になるなど全くの想定外だった。

3.2. 古井正代について

私が43年連れ添っている古井正代は青い芝の会の中心的メンバーだった。今日まで、障害者として言うべきことを言いながら、地域社会の真ん中で、周囲・近所の人たちを巻き込んで3人の子どもを育てながら生きてきた。障害者として生きるには、ありとあらゆる物的・人的社会資源を駆使し、自分に必要なケアや機能を確保する必要があった。彼女の人生は、自分の状態に見合った適切な社会的スキルや生活知によって、障害の有無にかかわらず誰もが自分の「幸福」を追求できると証明している。

3.3. 「自分には起こらない」と想定外

ある朝、車を車庫から出そうと、運転席に座った時に脳梗塞が発症し、緊急入院となった。父には右片麻痺が残り、失語症もあった。父母の住む家は駅から自動車でも15分以上はかかる、バス路線もない辺鄙な場所だ。父の「家に帰りたい」という強い思いを実現するには、「杖歩行の自立」だけではどうにもならない。正代は「いくら立って歩けても、元の

身体になるわけではないでしょう？限られた人生で自由に自分らしく生きるには、電動車いすを活用して、自己決定の機会を増やす努力をしてほしい。少なくとも私の義父にはそうなってほしい。」と病院の担当者に訴えた。子供の頃からの障害者の立場で、自身の経験に裏付けられた主張には説得力があった。病院スタッフが院内外で日々電動車いすトレーニングを実施した。

3.4. 想定外でも、生活は続く。

一時外泊等で自宅に帰った時や退院時には、駅までの経路を正代が先を走り、父が後をついての路上走行を何回もやって自信をつけさせた。当時母は網膜色素変性症で視野も極端に狭く、側溝に転落したりして下肢の外傷や骨折などが絶えなかった。だから退院後は、電動車いすで片道 30 分かかる道のりを買物に行くことが、父の毎日の役割になり、父も二人の生活を支えた。言葉が出なくても、母が書いた書き付けと「あー」「うん」など少ない言葉を駆使し、スーパーのレジで代金の支払いを助けてもらう。当初の未来予想図とは随分違うが、父は障害と共生することで自律した老後生活を再び継続できた。

3.5. 無理心中未遂

私が 43 年連れ添っている古井正代がまだ 1 歳半だった 1950 年代は、確定診断ができる医療機関が少なく、生まれた街から何時間も汽車に乗って大都市の病院まで行く必要があった。そこで聞かされた診断名は「脳性まひ」で、そのうえ予命 11 年と言われた。そのころの「脳性まひ」という診断名の響きは、ほぼ死の告知に等しいようなものだった。これを聞いた母親は泣きじゃくり、その帰路に、目を腫らしながら走る汽車のデッキから正代を抱いたまま飛び降りようとした。すんでの所で、祖父にそれを阻止され一命をとりとめた。こんな体験は、あの時代の脳性まひ者たちに珍しいことではない。だから、彼らは二重の意味で九死に一生を得た生存者だ。なぜ母親は無理心中を図ったか、障害は穢れであり、それを産んだ責めを負ってのことだったのか。当時は「こんな子どもができるのはお前の家の血が悪いからだ」と離縁された母親もいた。

3.6. 「母よ、殺すな」

正代の母親は 1996 年 8 月傘をさしたまま自転車で通院途中、赤信号で国道を横切ろうとして車に撥ねられた。救急車で搬送され、一命は取り留めたものの、頭蓋骨陥没と脳挫傷による後遺症が残った。大きな運動麻痺は残らなかったが、複視にとまなう眩暈の訴えが強く、何事にも意欲が減退し抑うつ傾向になった。自宅退院してからは、父親が身の回りの介護に当たった。父親は、抑うつ状態のやる気のない人に対して、何もかも（寝たままでおしめも替えて、靴下もはかせて・・・）全てを代わりにしてしまい、やる気をますます奪った。人生の中で初めて「人の世話をする」父親にはそれが精一杯だった。「健常者のようにできないこと」がそのまま「非効率的」「かわいそう」「目障り」で「何もさせてはいけない」とどんどん過保護になった。根底に、障害＝「できないこと」に対する拭いがたい感情的な障害観があった。

脳挫傷・うつ・脊髄麻痺・認知症と数多くの障害と共生、第二の人生を謳歌し、娘に最期

まで見送られ旅立っていった⁶⁾。無理心中していたらありえなかった母子 50 年後の逆転ドラマである。たとえ歩けなくなっても人生は終わらない。

これは、誰にでも訪れる明日である。

障害におびえ、「歩けなくなったらおしまい」と五体満足から遠ざかることに怯えながら、いろいろな言説に振り回され、いろいろな健康ビジネスの消費者として年齢を重ねる不安な日々がいいのか、多くの障害者の多様な生きざまに生に触れそこから学び、あるがままの自分の可能性を感じながら、何時でもどこでも大丈夫と、今の日々を楽しむのがいいのか。

4. 感染予防と社会防衛思想

今のわれわれの根底にある、無自覚なバイアスを抉り出すには、「予防」の名の下での社会防衛の歴史、すなわち、人権を蹂躪し、危害を加え、命を奪う、医療者がそれを率先した歴史を振り返る必要がある。T4 作戦のハダマーばかりではない、この国の、ハンセン病問題、それに優生手術とその系譜について振り返る。

4.1. ハンセン病は目立つ症状

古来から不治とされ、らい、癩病などと呼ばれ、前世からの業病・天刑病とよばれ、恐れられ、忌避されてきた。その理由は目立つ症状で、人々は「不快・嫌悪」の情を覚え「不治である」との誤解を生じさせた。親子や家族に発症することもあったので「遺伝病である」と、血統まで忌み嫌われ差別された。

1873 年 アルマウエル・ハンセンがらい菌を発見した。

4.2. 国家の介入

らい菌発見で伝染病であることが欧州より伝播し、明治の人々が伝染説に過剰に反応した。その結果ハンセン病患者が一層恐れられ、棄民され、多くの患者が路頭にさまよった。外来の宣教師らが患者救済活動し、政府に働きかけた。渋沢栄一・大隈重信らも救済運動に乗り出す⁷⁾。

1897 年ベルリンで開かれた第一回国際らい会議の検討を踏まえて、スラム化する患者達を治安上の対策からも放置することは問題だとし、伝染病として隔離収容する予防法の制定へむかった。

1907 年に法律第 11 号「癩予防ニ関スル件」が制定された。明治開国でハンセン病が感染症だという情報が伝わると、家から追い出され、町から追い出され、乞食となって群れていた人たちには、神社仏閣の境内が生きる場だった。一等国の体面にかけて、お金持ちの人は家にいることを命じながら、神社仏閣や盛り場に群がる患者を強制収容して、一掃することが目的だった。こうして「救済」は「取り締まり」と表裏一体ではじまった。

4.3. 「癩予防ニ関スル件」法律第 11 号(1907 年)

国は一等国の体面にかけて、神社仏閣や盛り場に群がる患者を強制収容して、一掃しようとした。家から追い出され、町から追い出され、神社仏閣の境内で乞食となって群れてい

た人たちには生きる場から囲い込まれた。いっぽうで、お金持ちの人は家にいることを命じていた。日本のハンセン病への対応は、常に「救済」と「取り締まり」が表裏一体だったが、

軍国主義がすすみ日本民族浄化のため、急速に「取り締まり」が強化されていった。

1915年：(感染症は遺伝しないにも関わらず)入所者に対する断種・墮胎手術が始まる。国民優生法に先立つこと25年であった。

1916年：療養所長に懲戒権(患者の拘束・監禁室の設置・食事抜き等)が認められた。

4.4. 無癩県民運動

無癩県民運動とは、地域組織・宗教界などが率先して癩病患者を見つけると密告・告発することを奨める社会運動である。実際、運動に導かれて、1931年に「癩予防法」が成立した。合法化したので、国民は癩病患者を見つけると警察に密告する義務を常に負った。患者の収容は公衆の面前で「見せしめ」的に実施され、人々に恐怖心を植え付けていった。戦時下、国家目的にそぐわない人間は「非国民」として社会から排除・抹殺しようと、無癩県民運動は強化された。警察権力による、すべての患者の強制隔離・収容の徹底によって、絶対隔離政策は完成された。

4.5. らい予防法はどうしてつくられたか

1943年戦時中アメリカで特効薬が開発され、戦後世界の潮流は外来治療と社会復帰にシフトしていった。

1951年 日本では学会重鎮が国会証言で「絶対隔離・断種・逃亡罪」を主張

1953年「らい予防法」(懲戒拘束権は廃止されたが、強制隔離・人権無視は戦後新憲法下でも継続した。

4.6. 間違いを改める機会は何度もあった

1956年 ローマ会議ではハンセン病は伝染力が微弱なので差別待遇的な諸立法は撤廃すべきで、在宅治療の推進と社会復帰を援助する必要性が提起された。「ローマ宣言」が採択(日本の代表も参加していた)された。

1958年 国際らい会議が東京で開催された時も、強制隔離政策をしている国はその政策を全面的に破棄するよう勧奨された。この会議の動向を踏まえ、当時アメリカ統治下の沖縄は「ハンセン氏病予防法」を公布し、退所規定や在宅治療を開始したにもかかわらず、日本政府は何もしなかった⁷⁾。

4.7. らい予防法廃止と国家賠償裁判

1993年：高松宮記念ハンセン病資料館がつくられ、ハンセン病予防事業対策調査検討会が人道的・国際的・医学的見地から予防法の見直しを提言した。

強制隔離による人権侵害を改める機会は何度もあったが、1996年「らい予防法」は廃止さ

れるまで、ハンセン病患者隔離政策は 89 年間続いた。1998 年熊本地裁に入所者 13 人が国家賠償をもとめ提訴、その後も提訴者増加し、2001 年 2 年 10 ヶ月の短期間で「遅くとも政府は 1960 年までに、国会は 1965 年までに隔離政策をやめるべきであった」と有罪判決が下りた。首相は「政府としては控訴しない」と異例の措置、ハンセン病問題の早期全面解決へ政府声明を出した。しかし、国民や患者家族への爪痕は未だに続いている。ハンセン病患者排除では、医療者からの誤った認識の流布・固定化から人々の感情的反応（恐怖心・忌避）が生起し、社会からの排除が進み、ますます世間は病者・障害者を異端視してきた。⁷⁾

5. 優生思想と命の選択は身近になった

5.1. 国民優生法

第二次世界大戦へ向かう日本では、優生思想による民族浄化のため劣等と判断された者の断種・絶滅の合法化をすすめようとした。1940 年、大日本帝国議会は近衛首相の内閣で国民優性法を制定した。断種の対象となされたのは、知的障害・遺伝疾患の身体障害者だった。松原洋子によれば、国民優生法の下で 1941 年から 1948 年に実施された不妊手術総件数は 538 件で、厚生省のもくろみを大幅に下回り、「公益上の理由」による強制断種は 1 件もなかったという⁸⁾。

5.2. 敗戦後に強化された優生政策

戦後になって、優生保護法（1948）が制定された。新憲法下であるにもかかわらず、第一条では法の目的として、民族浄化を彷彿させる“不良な子孫の出生を予防するため”と明記された。戦前に断種・絶滅の合法化をすすめた勢力は、国民優生法ができて戦前には思い通り断種がすすまなかったことから、新憲法の下で新しい合法化で断種を実現した。実際に、優生思想による断種・強制不妊手術の被害者は 1949-1992 年の 43 年間で 16,475 人にのぼり、これを 1 年あたりの被害者数にすると、明らかに戦前の国民優生法とは比べ物にならない程増加していた。対象は知的障がい者、身体障がい者、心身疾患、ハンセン病患者、遺伝的疾患、犯罪者などで、優生手術のターゲットは戦前に比べ遙かに広がっていた。

5.3. 優生政策反対運動

1972 年の優生保護法改正案での胎児条項（選択的堕胎）に対して、青い芝の会の脳性麻痺当事者が始めて声をあげた⁹⁾

「不幸な子どもの生まれない運動」は 1966 年 4 月～1974 年 3 月までの期間に兵庫県衛生部が中心となり、兵庫県下全域に広めていった。また、兵庫県のその施策はモデルとなり全国へと波及していった。「不幸な子ども」とは、主に障害者を指している。兵庫県は「不幸な子ども」を増やさないために県費で強制不妊手術や出生前診断を推進した。

時代は巡り、障害者との共生を謳う 2018 年だが、2016 年発行された『兵庫県立こども病院

移転記念誌』には、これらの施策を「本邦で初めてのユニークな県民運動」と称賛する文章が堂々と掲載された。(次ページ)

兵庫県立こども病院誕生当時のこと

小川 恭一

名誉院長（第5代院長：平成6年～平成11年）

兵庫県立こども病院がポートアイランドの新しい場所で、新しい時代に即した病院として更なる発展をしようとしていること、時機を得たものと、心よりお慶びいたします。移転記念誌を出される機会に、こども病院創生期に関わった者の一人として、設立当時のことを少し振り返っておきたいと思います。

当時の兵庫県知事金井元彦氏は、小児医療に深い関心を持ち、「子供に障害が起こってしまうからでは遅すぎる。予防は治療に勝ることを真剣に考えるべき」という信念を持っておられ、本邦では初めてのユニークな県民運動となった「不幸な子供の生まれない施策」を展開されました。1966年3月、300余名の女性たちを集めて、金井知事の「不幸な子供の生まれないように」と題する講演と平田美穂神戸大学小児科教授（初代病院長）の「脳性小児麻痺の予防について」の講演を皮切りに、県下の各地で実に33回に及ぶ両氏の講演会が行われたということですが、この間に兵庫県に小児専門の病院を設立しようという気運が高まってきました。

知事は、1967年に兵庫県政100年の記念事業の一つとして小児総合病院設立の構想を固められ、平田教授、遠藤中節神戸大学医学部長らを中心に「こども病院設立準備室」が設置されましたが、この際に県当局の要請で竹峰久雄医師（4代日病院長）が小児科教室から出向し設立準備業務に携わりました。

紆余曲折はありましたが、ポートアイランドの造成理め立て用土砂採取後地の須磨区高倉台に設置が決まり、「子供は大人の小型ではない」という基本理念のもとに、一人の患児を複数の専門医が同じ場所で診ることが出来る小児の総合医療センターとし、医療相談施設や研修・研究施設も併設しようという設立当初の夢に向かって平田院長以下関係者が一丸となって取り組みました。この際、神戸大学医学部の全面的な協力を得たことは、設立に向けて大いに追い風となりました。それは、神戸大学が地元の大学というだけではなく、小児科教

室（平田美穂教授）が日本小児科学会、新生児学会のリーダー的存在であったこと、麻酔科の岩井誠三教授が国立小児病院や北米施設での豊富な経験があり、本邦の小児麻酔のリーダーであったこと、第二外科教室（麻田栄教授）で既に小児・新生児外科の先端的な治療や心臓手術が行われていたことなどによります。



平田初代院長と一緒に（1999年）

開院準備にあたり、人材を全国から募るとともに、就任予定者の研修が先端的な施設で行われましたが、医師を北米の先端的施設へ派遣し研修させたことや、北米に留学中の複数の有能な医師を招聘したことは、開院早期から診療成果を挙げることが出来るとともに本邦の先端的小児病院として発展出来る契機を作ったものとして、高く評価出来ると思われれます。

1970年5月5日に待望の開院式を行うことが出来、8日から診療が開始されましたが、開院に当たって金井知事は「このこども病院は、未来を築いていく子供達への贈り物として建設したもので、不幸な子供の生まれない県民運動の一翼を担うものです。子供という特殊性に適した診療体制をとるこの施設は、兵庫県の大きな誇りとなるでしょう」と述べられました。我々兵庫県民が誇り得るこども病院の活動は、場所が変わっても変わり無く続いて行くことでしょう。今後の世界を見つめての更なる発展を願って止みません。



ファロー四徴症術後患者の第1子出産時（1998年）

おりしも、2013年に始まった新型出生前検査は、今春から一般医療として広く実施されようとしている。受精卵の段階で「異常」の有無を広範囲に調べる着床前診断も多くの施設で行われている。障害者は「あってはならない存在」なのか？¹⁰⁾ という1970年代の問いは、いまだに問われ続けている。

おわりに

ドイツでは「安楽死」T4作戦による殺害・焼却は、ヒトラーが中止命令を出しても続いた。当時の子供たちは「いい子にしないとハダマーのオープンに入れられる！」と言って躑躅けられていたという。障害者として社会の負担となるのは本人の不幸であり、その不幸から解放してあげるため、という善意の使命感から医療職は自らすすんで殺害を続けたという¹¹⁾。

メタボになりたくない、病気になりたくない、障害者になりたくない、我々がそう思う意識の傾斜（それが社会構造に裏付けられながら存在する事実）に無自覚なままでは、やがて「健康長寿キャンペーン」は我々を苦しめる社会的圧力として、ついには「民族浄化」「社会防衛」の二番煎じとなりかねないと感じるのは杞憂だろうか？

「介護保険法」で「国民の努力と義務」として身辺自立をめざすことが示された時、前述の「寝たきり」だった人に何か罪科があるとでも言われたようで不愉快だったのを、今も鮮明に覚えている。

現在いわれる、ポピュレーションアプローチも含めた予防的リハビリテーションが必要だという議論が、国家財政的視点、医療経済的視点を根拠として始まっていることに、違和感を覚えるのは私だけだろうか？「介護保険法」が「国民の努力と義務」として、明らかに健全者をモデルの「身辺自立」を第一義とする文脈にモヤモヤしたものを感じ、障害者の自立生活モデルとの齟齬がずっと気になってきた医療職も私だけではないだろう。

心身機能や身体構造によって特定の人の「生活の質＝不幸・幸」を外から推し量り、命を選別することを正当化してきた優生思想から、リハビリテーションが本当に自由でありたいと望むなら、ごく最近まで続いてきた優生政策の歴史的事実を振り返り、自らの立ち位置が、障害者を亡きものにする立場か、障害者（の存在）から学び続ける立場か、どちらなのかを、この機会に再確認しておくのは無駄なことではないはずだ。今後はますます、生命科学の先端技術が大衆化していくのは避けられそうもないのだから。

文献

1. 大淵 修一、浦辺 幸夫(監修) 予防理学療法学要論. 東京：医歯薬出版, 2017. ページ: 248.
2. 介護保険制度施行時における特別養護老人ホームの立地格差. 杉浦真一郎. 1, 東京：一般社団法人 人文地理学会, 2002年, 人文地理, 第 54 巻, ページ: 1-23.

3. 社会的入院に関する総合的レビューと要因モデルの構築. 水口由美. 2, 神奈川：慶応義塾大学湘南藤沢学会, 2008年, KEIO SFC Journal, 第8巻, ページ: 161-176. 3.
4. 農家の大胆介護術 古井透. 東京:農文協, 1992年5月, 現代農業,
5. 地域における痴呆老人の実態と理学療法士とのかかわり. 古井透. 9, 東京：医学書院, 1991年9月, 理学療法ジャーナル, 第25巻, ページ: p618-625.
6. Living with disability: Alternative strategy for an old mother to be led by her daughter with cerebral palsy. Furui Toru, Furui Masayo, Mori Ikuko. Philadelphia：APHA, 2009. APHA137thAnnual Meeting and Expo. ページ: 213240.
- 7.大谷 藤郎. 医の倫理と人権—共に生きる社会へ. 東京：医療文化社, 2005
8. 松原洋子. 第5章 日本一戦後の優生保護法という名の断種法、p182 「優生学と人間社会 生命科学に世紀はどこに向かうのか」 講談社現代新書 東京：講談社, 2000年
9. 園井, ゆり 優生思想の社会史序説：明治以降の日本社会を例に 人間科学共生社会学. 4, pp.43-59, 2004-02-13
- 10.澤田 40 実行委員会. 「ナルヨニナル」 澤田隆司自立生活 40 周年記念. 神戸：澤田隆司自立生活 40 周年記念誌編集委員会, 2014.
11. ETV 特集「私は産みたかった～旧優生保護法の下で～」放映 2018年7月21日(土) 午後11時～

