

資料

インドネシアにおける障害者のプロフィール1995年

- *本資料におけるデータは1995年中央統計局と保健省が共同で行った国民社会経済調査（SUSENAS：Survei Sosial Ekonomi Nasional）と社会省（Departemen Sosial）のデータをもとにしている。
- *本書への掲載にあたって、本文中の「表2州別にみた障害者数」と「付属資料」に掲載されている詳細な州別の障害者の状況に関する統計及び全国の障害者関連福祉施設リスト（住所・障害種類・定員・タイプ等）の部分は省略した。

I 調査の背景等

A. 背景

インドネシア国民の一員として、社会福祉問題の対象者として、障害者はその他の国民と同じ地位、権利、義務、尊厳を有する。したがって社会リハビリテーションサービス等の形で、障害者は政府の大きな配慮を受けている。これまで政府の実施してきた障害者のための社会リハビリテーションサービスの意図するところは、障害者の社会的機能を回復し、社会福祉を向上することにより彼らが社会で活発に役割を果たし、その他の社会構成員や国民と同様の地位と権利と義務を獲得できるようにすることである。

社会福祉の向上と自立によって障害者の地位と権利と義務の平等を実現しようとする努力は、障害者に関する法律1997年第4号の制定により、一段と強固な基盤を有することとなった。

人口の増加と開発の推進、工業化の促進と並行して、障害者数は増加する傾向にあり、障害者の社会福祉向上にあたっては、障害者に関する十分なデータや情報が真に必要とされている。すなわち、障害者関連プログラムを計画する際の基礎的な資料として標準的で完全で、正確、かつタイムリーなデータと情報が要求されている。

B. 範囲

本書には障害者数あるいは人口、障害の原因、障害者への取り組みの結果に関するデータの他にも、障害者の社会リハビリテーションサービス関係の福祉施設、末端の行政機関、さらに障害者の社会リハビリテーションサービス分野で活動している社会事業団体についてのデータも記載している。

C. 定義

1. 障害者

1995年の国民社会経済統計によれば、障害者とは心身の機能や構造に欠陥や異常があり、その障害の

結果、活動上の制限を受けたり、能力低下した者のことを言う。一方、障害者に関する法律1997年第4号ではしかるべき行動をする上で妨げになったり、ハンディキャップや障害となる心身の異常を持つ者のことを言う。

中央統計局の1995年の国民社会経済統計で使用された障害の種類に関する用語と社会省で標準化された用語とを比較すると以下の通り。

- a. 視覚障害 (Cacat Penglihatan) は、視覚障害 (Cacat Netra)
- b. 聴覚・言語障害 (Cacat Pendengaran dan Bicara) は、聴覚・言語障害 (Cacat Rungu Wicara)
- c. 学習／知的障害および行動／精神障害 (Cacat Belajar/Terbelakang dan Perikaku/Jiwa) は、精神障害 (Cacat Mental)
- d. マヒ障害 (Cacat Kelumpuhan)、上肢障害 (Cacat Tangan)、下肢障害 (Cacat kaki) は、肢体障害 (Cacat Tubuh)

2. 結核とハンセン病

社会福祉の側面から見た場合、結核やハンセン病などの後遺症が障害になる場合もある。保健省(1995)によれば、結核は伝染病の一種で、その大部分は人の息を媒介として肺に侵入する結核菌によって引き起こされる。一方ハンセン病は長年にわたる伝染病の一種で、末梢神経、皮膚、細胞組織を侵すハンセン菌がその原因となる。

3. 障害者の福祉施設

障害者社会リハビリテーションサービス等の社会省が実施している福祉サービスシステムには、施設内システムと施設外システムがある。

施設内システムとは、訓練室や寮で、職能訓練や指導、身体的、精神的、社会的な指導を行ったりすることにより、施設内で社会福祉問題の対象者に対する援助やその問題解決を行い、その結果彼らが社会に出て社会的機能を果たし、しかるべき生活を営めるようにすることを目的とする社会リハビリテーションサービスである。

施設外システムとは、社会福祉問題の対象者を、協力的な社会システムの中に配置して、彼らが本来の社会的機能を果たし、人間らしい生活を営むことができるようにすることを目的とする社会リハビリテーションサービスである。

障害者の社会リハビリテーションサービス機関としての福祉施設は以下の通り。

a. 肢体障害者福祉施設

肢体障害者に対して社会リハビリテーションサービスを行う福祉施設。彼らが社会に出て活発に役割を果たせるよう、身体的、精神的、社会的な指導、技能訓練、社会復帰、さらに継続的指導が行われる。

b. 視覚障害者福祉施設

視覚障害者に対して社会リハビリテーションサービスを行う福祉施設。彼らが社会に出て活発に役割を果たせるよう、身体的、精神的、社会的な指導、技能訓練、社会復帰、さらに継続的指導が

行われる。

c. 聴覚・言語障害者福祉施設

聴覚言語障害者に対して社会リハビリテーションサービスを行う福祉施設。彼らが社会に出て活発に役割を果たせるよう、身体的、精神的、社会的な指導、技能訓練、社会復帰、さらに継続的指導が行われる。

d. 慢性病回復者の福祉施設

慢性病回復者に対して社会リハビリテーションサービスを行う福祉施設。彼らが社会に出て活発に役割を果たせるよう、身体的、精神的、社会的な指導、技能訓練、社会復帰、さらに継続的指導が行われる。

4. 福祉施設の種類

組織編成は、業務の負担と社会福祉問題の当事者に対するサービスの度合いに基づいている。障害者の社会リハビリテーションサービスもA、B、Cタイプの福祉施設に分類される。その詳細は以下の通り。

a. Aタイプ福祉施設

所長（等級Ⅲ／bに相当するポスト）、庶務担当、援助課、専門職集団からなる福祉施設。

b. Bタイプ福祉施設

所長（等級Ⅳ／aに相当するポスト）、庶務担当、援助係、専門家集団からなる福祉施設。

c. Cタイプ福祉施設

所長（等級Ⅳ／bに相当するポスト）、庶務担当、専門職集団からなる福祉施設。

上記の福祉施設分類は各種の障害者福祉施設に通用する。

II 調査結果の解説

A. 障害者の人数

1995年現在におけるインドネシアの障害者数は4,374,145人、あるいは27州の総人口(192,712,788人)の3.54%である。その内訳は以下の通り。

肢体障害者は407,714人、0.54%、視覚障害者は1,183,865人、0.75%、心的障害者870,419人、0.94%、聴覚言語障害者659,526人、0.66%、慢性病回復者1,252,621人、0.65%である。

データの収集から障害の原因は家庭内の活動、交通事故、職場、工場、建設現場等での事故の場合もあれば、病気や先天的異常、犯罪、天災等に因る場合もあることが明らかになった。

障害者の一つの側面として結核やハンセン病などの罹患による障害者があげられる。1995年、結核患者の数は77,381人、あるいはインドネシア国民全体の0.04%に達している。

結核患者の数は毎年変化している。1992年には120,376人であったのが、1995年には77,381人まで減

少している。また各州における結核患者の数もかなり変化に富んでいる。それは患者数に比較して医薬品の数が不足していること、医薬品の値段があまりに高額であること、患者の居住地が医療チームが行きにくい所にあることが原因している。

公衆衛生サービスの分野で活動する行政機関の一つとして、衛生省は病院、保健所を通じてサービスセンターを設立してきた。しかし、なおかつ患者とサービスセンターの数は釣り合わない状態である。

社会省は施設システムや福祉住宅を通じて元結核患者に対する福祉サービスを実施している。1991年、ハンセン病患者は92,035人、あるいはインドネシア国民全体の0.05%、感染率5.1、すなわち1万人に5人の割合であったが、1996年現在では34,767人、感染率1.8人、すなわち1万人に2人の割合である。これは保健省が結核病の場合と同様、集中的にかつ定期的に医療を向上させたことによる。社会省は施設システムや在宅を通じてハンセン病患者に対する福祉サービスを実施している。

B. 福祉サービス

社会省は障害者問題の取り組みにおいて、社会と協力して予防、リハビリテーション、社会復帰、事業や仕事面での援助、職業斡旋、継続指導を、包括した福祉サービスプログラムとして実施している。

福祉サービスは施設内および施設外のシステムを通じて実施されている。施設内サービスは末端の行政機関としての福祉施設のファシリティーを利用して実施される。

障害者に対する社会リハビリテーションサービスを実行するための福祉施設の数に国立施設が34、民間施設が263である。その内訳は以下の通り。

肢体障害者施設は国立が7つ、民間施設が53。視覚障害者施設は国立が18、民間施設が61。知的障害者施設は国立が4つ、民間が102。聴覚言語障害者施設は国立が1つ、民間施設が47。慢性病回復者施設は国立が4つ、民間施設は無し。

収容能力は国立施設が各々50人から215人、民間施設は10人から100人前後である。しかし、収容人数は国立施設も民間施設まちまちで、7人から250人前後である。

施設内システムによる障害者の社会リハビリテーションサービスの他にも、社会省は地域社会に密着した施設外における障害者のための社会リハビリテーションも実施している。

C. 障害の種類と原因

1. 障害の種類

身体的障害でも、精神的障害でも国民の障害に関する情報は重要である。国民のおかれている状況が将来的に社会経済活動に、長期的には社会の福祉レベルに影響するからである。

表1は視覚、聴覚、言語、知的、精神的、マヒといった障害を持つ国民のパーセンテージを表わしたものである。その中で一番多いのは視覚障害で、0.75%の人が視覚障害をもっている。以下障害の種類で多いのは順番に知的障害(0.54%)、精神障害(0.40%)、聴覚障害(0.38%)、マヒ障害(0.36%)、そして言語障害(0.28%)である。障害者が都市よりも農村に多いことも明らかである。

表2は州別にみた障害者の割合である（本書では表2の掲載は省略した）。州別の分布から明らかのように西スマトラに最も多くの視覚障害者（2.58%）と聴覚障害者（0.65%）が存在し、他の州に比べて、東ヌサトゥンガラに最も多くの知的障害者（1.47%）が見られる。一方、精神障害者が最も多いのが南スラウェシ州（0.65%）、マヒ障害者が最も多いのがアチェ特別区（0.82%）、また言語障害者はイリアンジャヤ州（0.77%）に最も多い。

表1 障害の種類別にみた障害者の割合

障害の種類	都市地域	農村地域	合計
1. 視覚	0.69	0.77	0.75
2. 聴覚	0.26	0.44	0.38
3. 言語	0.23	0.30	0.28
4. 学習／知的発達の遅れ（心的）	0.43	0.59	0.54
5. 行動／精神（心的）	0.34	0.43	0.40
6. マヒ（身体）	0.32	0.38	0.36

2. 障害の原因

表3は障害の原因別に障害者の割合を示したものである。障害の原因として最も大きな割合を占めているのが病気であることがわかる。また先天性の障害も比較的大きな比重を占めている（4.40%）。さらに家庭内や交通事故によって生じた障害も障害の主な原因となっている。

地域間を比較すると、農村地域では病気や先天異常による障害が原因の大勢を占めている。反対に都市地域で障害の原因として大勢を占めているのは家庭内で生じた事故や交通事故である。

表3 障害の原因からみた障害者の割合

番号	障害の原因	都市地域	農村地域	合計
A	事故によるもの			
1	家庭内	2.34	2.28	2.30
2	交通	1.54	1.45	1.48
3	工場	0.23	0.09	0.14
4	建設現場	0.13	0.10	0.11
5	その他の場所	0.64	0.98	0.86
B	その他の原因			
1	病気	24.53	25.77	25.33
2	先天異常	3.36	4.99	4.40
3	犯罪	0.18	0.12	0.14
4	自然災害	0.11	0.12	0.11
5	その他	66.95	64.10	65.22
	合計	100.00	100.00	100.00

D. 障害の程度と補助具の利用

1. 障害の程度

表4は障害の種類別に障害者の障害の程度を示したものである。過半数の障害者は、軽度障害を持つ

ているに過ぎない。重度や最重度の障害者の大勢を占めているのは知的障害者で、それぞれ15.77%と8.68%である。その他で重度と最重度の障害者が多く見られるのは言語障害者でそれぞれ13.77%と4.56%である。

表4 障害の種類別にみた障害程度

都市地域+農村地域

番号	障害の種類	障害の程度				合計
		軽度	中度	重度	最重度	
1	視覚	62.23	29.54	7.28	0.95	100.0
2	聴覚	64.66	25.30	8.51	1.52	100.0
3	言語	55.86	25.81	13.77	4.56	100.0
4	学習/知的発達の遅れ/心的	42.29	33.26	15.77	8.68	100.0
	合計	60.91	28.90	8.41	1.78	100.0

2. 補助具の利用

日常生活動作の便宜のため、障害者は自分の障害の種類に適した補助具を利用することができる。しかし日常生活において補助具を利用しない障害者が多く見られる。表5によると27.61%の障害者しか補助具を利用していない。すなわち補助具を利用しない障害者が72.39%存在するということである。

障害の種類別に見た場合、最も多く補助具を利用しているのは視覚障害者で、46.74%である。2番目と3番目に多く補助具を利用しているのはマヒ障害者(31.41%)と聴覚障害者(20.92%)である。すなわち68.59%のマヒ障害者は補助具を利用していない。

表5 障害の種類別にみた補助具の利用状況

都市地域+農村地域

番号	障害の種類	補助具の利用		合計
		利用している	利用していない	
1	視覚	46.74	53.26	100.0
2	聴覚	20.92	79.08	100.0
3	言語	11.24	88.76	100.0
4	学習/知的発達の遅れ/ (心的)	10.38	89.62	100.0
5	行動/精神/ (心的)	8.45	91.55	100.0
6	マヒ (身体)	31.41	68.59	100.0
	合計	27.61	72.39	100.0

E. 障害者のプロフィール

1. 障害者の年齢

表6は視覚障害者の84%以上が40歳以上であることを示している。ほとんど同様に聴覚障害者とマヒ障害者の76%以上が40歳以上である。この状況は、この3種類の障害が基本的に高齢者により多く現れることから理解できる。

一方、言語障害、精神障害および知的障害は各年齢層にほぼ均一的に見られる。表6で興味深いのは

精神障害が生産的年齢層（16-39歳）に多く見られることである。このことはストレスに陥っている青年が増えていることと深く関連していると思われる。

表6 障害の種類別にみた障害者の年齢分布

都市地域+農村地域

番号	障害の種類	年齢層(歳)				
		5-15	16-39	40-60	60+	合計
1	視覚	2.06	13.55	42.97	41.42	100.0
2	聴覚	5.16	18.34	22.64	53.87	100.0
3	言語	15.76	48.37	18.48	17.39	100.0
4	学習/知的発達の遅れ/ (心的)	21.84	31.26	23.99	22.91	100.0
5	行動/精神/ (心的)	11.55	46.80	25.36	16.29	100.0
6	マヒ (身体)	4.85	18.48	30.02	46.65	100.0
	合計	9.45	24.72	33.93	31.89	100.0

2. 障害者の教育

障害者の学歴はその大部分（81.66%）が高くてても小学校卒業である（表7）。この事情はあらゆる種類の障害者に共通して見られるが、とりわけ精神障害者においてはその割合は94%に達する。一方、中学卒や高校卒の学歴を持つ者の割合が比較的多いのは視覚障害者やマヒ障害者である。表7が示しているように、視覚障害者のほぼ3%が専門教育機関/大学まで卒業している。これはここ数年来、視覚障害者を参加させている大学の新生受け入れプログラムの成果と言えるであろう。障害者全体では専門教育プログラムや大学を卒業できた者は1.81%である。

表7 障害の種類別にみた最終学歴

都市地域+農村地域

番号	障害の種類	学歴							合計
		小学校 中退/ 未就学	小学校	中学校	高校	専門教 育課程 1/2	大学3 年修了 程度/ 専門教 育課程 3	大学/ 専門教 育課程 4	
1	視覚	48.20	27.62	9.61	11.58	0.77	1.11	1.11	100.00
2	聴覚	64.18	24.93	5.73	4.01	0.00	0.29	0.86	100.00
3	言語	64.50	20.71	5.92	7.10	0.59	0.00	1.18	100.00
4	学習/知的発達の遅れ (心的)	71.12	22.79	3.82	2.03	0.00	0.00	0.24	100.00
5	行動/精神 (心的)	55.46	25.15	9.07	9.07	0.00	0.41	0.82	100.00
6	マヒ (身体)	51.96	27.02	9.47	9.93	0.46	0.46	0.69	100.00
	合計	56.01	25.65	8.10	8.42	0.39	0.64	0.73	100.00

3. 障害者世帯の収入源

表8が示しているように、全体的に46.66%の障害者世帯が主な収入源を農業分野に依存している。

農業分野以外の主な収入源でかなり大きな比率を占めているのは商業とサービス分野でそれぞれ13.44%と11.87%である。

主な収入源を所得給付に頼っている障害者世帯の割合もかなり大きく、13.76%である。所得給付に依存している障害者世帯の中で最も多いのはマヒ障害者で、17.55%である。一方、言語障害者で主な収入を所得給付に頼っているのは9.31%に過ぎない。

表8 障害の種類別にみた障害者世帯の主な収入源

都市地域+農村地域

障害の種類	世帯の収入源						合計
	農業	工業	商業	サービス業	所得給付	その他	
1. 視覚	42.75	5.69	13.32	13.79	16.02	8.44	100.0
2. 聴覚	49.36	6.82	11.57	8.90	16.52	6.82	100.0
3. 言語	43.62	5.99	13.90	14.67	9.31	12.50	100.0
4. 学習／知的発達の遅れ (心的)	51.11	5.32	14.13	11.11	10.60	7.74	100.0
5. 行動／精神 (心的)	44.24	5.25	13.21	13.03	15.46	8.81	100.0
6. マヒ (身体)	42.94	5.78	12.94	12.35	17.55	8.43	100.0
合計	46.66	5.70	13.44	11.87	13.76	8.57	100.0

4. 障害者世帯の平均的な支出

障害者世帯の大部分（58.98%）の毎月の支出は、10万ルピア～30万ルピアで（表9）、月に50万ルピア以上の支出のある世帯は6.44%しかない。

また表9は障害者世帯の21.14%は毎月の支出が10万ルピア未満であることを示している。あらゆる種類の障害に同様の傾向がみられるが、唯一の例外が言語障害者で、その比率はわずか11.35%である。

世帯の支出が毎月10万ルピア未満、あるいは一人につき毎月2万ルピア（家族数が平均5人とした場合）ということから、彼らは貧困者としても社会福祉問題の対象者と見なすことができる。障害者としてまた貧困者として彼らは二重の社会福祉問題を抱えているのである。

表9 障害の種類別にみた障害者世帯の支出状況

都市地域+農村地域

障害の種類	世帯の支出分類（単位：1000ルピア）					合計
	<100	100-300	300-500	500-750	>=750	
1. 視覚	20.00	55.78	15.36	5.55	3.32	100.0
2. 聴覚	26.01	59.25	9.99	2.77	1.98	100.0
3. 言語	11.35	64.67	16.07	5.10	2.81	100.0
4. 学習／知的発達の遅れ (心的)	22.98	60.21	12.47	2.89	1.45	100.0
5. 行動／精神 (心的)	21.93	57.08	14.71	4.69	1.59	100.0
6. マヒ (身体)	21.57	59.80	12.16	4.22	2.25	100.0
合計	21.14	58.98	13.44	4.24	2.20	100.0

F. 障害者の住環境

1. 家の床面積

表10は13.08%の障害者世帯の床面積が30㎡未満で、90㎡以上の床面積の家を持つ者は21.55%であることを示している。都市地域と農村地域の状況を比較すると、その分布状況に違いがみられる。都市地域では床面積75㎡以上の家に住む障害者の方が多いのに対し、農村地域では床面積60㎡未満の家に住む障害者の方が多い。

全体的に都市地域に住む障害者の家の床面積の方が、農村地域に住む障害者の場合よりも大きい。すなわち71.88㎡対61.83㎡である。それだけ広さのある家ならば住むのに充分のはずである。問題は床、壁、屋根の材質から見たその家の状態である。

表10 障害の種類別にみた障害者世帯の床面積

都市地域+農村地域

障害の種類	家の床面積（単位：㎡）							
	<30	30-45	45-60	60-75	75-90	90-120	>=120	合計
1. 視覚	11.42	21.33	19.29	16.73	7.82	11.42	11.99	100.0
2. 聴覚	12.66	22.35	19.19	17.51	7.91	9.10	11.28	100.0
3. 言語	14.80	22.19	17.22	16.96	6.25	11.73	10.84	100.0
4. 学習／知的発達の遅れ（心的）	13.45	24.47	19.91	15.62	7.11	10.34	9.11	100.0
5. 行動／精神（心的）	12.65	19.31	19.21	17.71	7.40	12.75	10.97	100.0
6. マヒ（身体）	13.63	18.33	19.71	16.76	7.84	12.75	10.98	100.0
合計	13.08	22.01	19.47	16.15	7.73	11.03	10.52	100.0

2. 主な床の材質

主な床の材質について、表11は22.39%の障害者の家の床が土のまま、タイルやセメント混合石材で出来た床は、それぞれ2.71%と12.25%であることを示している。

都市地域と農村地域を比較すると、都市地域に住む障害者の家の床材は農村地域に住む障害者の場合よりもずっと良質であることが明らかである。大理石／タイル、セメント混合石材およびセメント／レンガ作りの床は、農村地域よりも都市地域の障害者世帯の方にはるかに多い。反して木材、竹材、土の床は農村地域の方にはるかに多い。

表11 住居の床材の種類から見た障害者世帯の内訳

床材の種類	都市地域	農村地域	都市地域+農村地域
1. 大理石／タイル／人口大理石	6.22	0.75	2.71
2. セメント混合石材	22.72	6.41	12.25
3. セメント／レンガ	43.32	9.60	34.52
4. 木材	17.70	25.69	22.82
5. 竹材	0.18	7.18	4.67
6. 土	9.31	29.70	22.39
7. その他	0.55	0.67	0.63
合計	100.00	100.00	100.00

3. 主な壁の種類

障害者の住居の23.7%の壁が竹材で作られている。一方、壁がレンガや木材でできた住居の割合はそれぞれ40.50%と32.98%である（表12）。

農村地域では障害者の住居の大半は壁が竹材（木材も）でできている。これに対してレンガ作りの壁は都市地域に多く、58.89%を占めるが、農村地域では30.22%である。

表12 住居の壁の種類からみた障害者世帯の内訳

壁の種類	都市地域	農村地域	都市地域+農村地域
1. レンガ作り	58.89	30.22	40.50
2. 木材	27.79	35.88	32.98
3. 竹材	11.24	30.14	23.37
4. その他	2.07	3.76	3.15
合計	100.00	100.00	100.00

4. 主な屋根の種類

障害者の住環境は彼らの家の屋根の種類からも窺い知ることができる。障害者の住居の14.70%は、屋根が葉っぱで葺いてあり、0.83%は屋根がしゅろの幹の繊維で葺いてある（表13）。しかし障害者の住居の大半は瓦屋根（47.78%）、次に多いのはトタン屋根（31.21%）である。

また表13は葉っぱで葺いた屋根の家に住んでいる障害者は、都市地域に比べて農村地域に圧倒的に多いことを示している。その割合は20.13%対4.98%である。同様のことが、しゅろの幹の繊維で葺いた屋根の場合にも言える。反対にコンクリート屋根や瓦屋根の家に住む者は都市地域により多い。

表13 住居の屋根の種類からみた障害者世帯の内訳

屋根の種類	都市地域	農村地域	都市地域+農村地域
1. コンクリート	1.01	0.21	0.50
2. 木材	4.38	4.14	4.23
3. 瓦	51.98	45.43	47.78
4. トタン/アスベスト	36.59	28.21	31.21
5. しゅろの幹の繊維	0.60	0.95	0.83
6. 葉っぱ	4.98	20.13	14.70
7. その他	0.46	0.93	0.76
合計	100.00	100.00	100.00

5. 飲料水の源

障害者の住居の大半（48.32%）では井戸水を飲料水として使用している（表14）。水道やポンプを利用しているのは26.03%である。表14から見て一つ残念なことは、いまだに障害者世帯の10.44%が、飲料水を川水や雨水に頼っているということである。

都市地域と農村地域を比較した場合、飲料水を川水や雨水に依存している障害者世帯は圧倒的に農村地域に多く、その割合は13.41%対5.12%である。同様のことが飲料水を、湧き水や井戸に依存してい

る障害者家庭の場合にもいえる。反対に水道やポンプを利用している障害者世帯の大半は都市地域に住んでいる。

表14 飲料水の源から見た障害者世帯の内訳

飲料水の種類	都市地域	農村地域	都市地域+農村地域
1. 水道／ポンプ	52.49	11.25	26.03
2. 井戸	38.48	53.82	48.32
3. 湧き水	2.76	20.72	14.29
4. 川水／雨水	5.12	13.41	10.44
5. その他	1.15	0.80	0.92
合計	100.00	100.00	100.00

G. まとめ

この報告書では、国民の障害の中で最も多いのが視覚障害であること、障害の原因としてはとりわけ病気が多いこと、その他の原因として多いのは先天異常、家庭内の事故であることを明らかにした。

障害者全体で27.61%が補助具を利用している。すなわち、日常生活の中で補助具をまだ利用していない障害者が72.39%いるということである。

視覚障害者、聴覚障害者およびマヒ障害者のうち75%以上が40歳以上である。またこの報告は、精神障害者の46.80%が生産的年齢層（16～39歳）にあることも示している。このことはストレスに陥っている青年層が増えていることと深く関連している。

障害者世帯の46.66%の収入源は農業である。商業やサービス業を収入源とする障害者世帯は、それぞれ13.44%と11.87%である。また13.76%の障害者世帯が、収入源を所得給付に依存している。

支出面から見ると、障害者世帯の21.44%は毎月の支出が10万ルピア未満である。家族の構成員が平均5人とすると、毎月一人当たりの支出は2万ルピア未満であり、彼らは貧困者としても社会福祉問題の対象者となっている。このように障害者は二重の社会福祉問題を抱えている。

視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。

その際は下記までご連絡下さい。

障害者職業総合センター企画部企画調整室

電話 043—297—9067

FAX 043—297—9057

なお、視覚障害者の方等でこの本のテキストファイルをご希望される時も、ご連絡ください。

資料シリーズ No. 30

アジア太平洋地域の障害者雇用システムに関する研究

編集・発行 日本障害者雇用促進協会
障害者職業総合センター©
〒261-0014
千葉県美浜区若葉3丁目1-3
電話 043—297—9067
FAX 043—297—9057

発行日 2003年9月

印刷・製本 中栄印刷工業株式会社

The logo for the National Institute of Vocational Rehabilitation (NVR) consists of the letters 'NVR' in a bold, black, sans-serif font. Each letter is filled with a pattern of horizontal white lines, creating a textured, striped effect.

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570