

論文

1970年代以前の障害児政策の展開と支援の実態

—在宅支援に着目して—

黒岩 亮子

Development of Policy for Disabled Children before the 1970s and Reality of Support:
Focusing on the Support for Disabled Children Living at Home

Ryoko KUROIWA

要約：本稿では、障害児政策の展開を在宅支援に着目して整理すると共に、1970年代における支援の実態を明らかにすることを目的とした。具体的には、神奈川県を事例として在宅支援の内容を確認し、当時実施された障害児と家族への訪問調査と、1970年代生まれの障害児の親へのインタビュー調査から、支援の情報や実際の支援が十分に行き届いていたのかに焦点をあてて分析を進めた。日本では1960年代以降、家族介護の限界を訴えた親たちの要望から施設への収容保護が進められたが、施設の代替として、さらに親の会の運動や「早期発見・早期療育」のための地域の療育体制の構築が目指される中で在宅支援も進められた。しかし、当時は高い専門性を持った専門職の関与がわずかで、専門機関同士の連携もなかったことから、家族が支援情報を自力で探したり、地域の通所事業を通して知り合った当事者同士で情報交換やインフォーマルな支援をし合っていたことが明らかになった。

キーワード：障害児政策、施設への収容保護、在宅支援

はじめに

現在、介護、介護予防、医療、住まい、生活支援、社会参加が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を深化させ、高齢者のみならず誰もが生活しやすい「地域共生社会」をつくることが目指されている。日本では、急激な高齢化を背景に、高齢者分野では1980年代後半には「施設から在宅へ」が進められたが、障害分野の「地域移行」が本格的に進められたのは2000年代以降と、他国と比べて大きく遅れを取った。その理由として、日本では障害のある人のケアが長いこと家族

に委ねられており、その限界を訴えた親の運動の成果として、1960年代になってようやく施設への収容保護が進められたことが挙げられる。この時期、他国ではノーマライゼーション思想により「脱施設化」に舵を切っていた。一方、日本では1970年代になると、大規模な施設の集合群であるコロニーが中心部から離れた地域に建設され、施設中心の政策が進められていった。障害のある人は社会から、地域から隔離されて生活することにつながったとも言えよう。「地域共生社会」が目指されながら、障害のある人の「地域移行」の

切り札とも言えるグループホーム建設の反対運動が地域で起こるなど、障害のある人の地域での生活には今もなお課題が多い。

一方、このように施設中心の政策が進められていた中でも、在宅で生活する障害のある人ももちろん存在した。とくに、障害児は親が子育ての中でケアを担ってきたが、そこに十分な支援はあったのだろうか。また、障害児やケアを担う家族を支援する体制は地域の中でどのくらい整備されていたのだろうか。

本稿では、障害児に対する支援がどのように展開していったのかを、在宅支援に着目して整理すると共に、在宅支援が整備されつつあった1970年代における支援の実態を明らかにすることを目的とする。具体的には、神奈川県を事例として在宅支援の内容を確認し、当時実施された障害児と家族への訪問調査と、1970年代生まれの障害児の親へのインタビュー調査から、支援の情報が行き届いていたのか、実際に支援を利用していたのかに焦点をあてて、分析を進める。

1. 1970年代までの障害児政策の展開

障害児といっても障害の種類、程度の違い、さらに家庭の経済的な状況、介護者の有無などによってニーズや必要とされる支援は当然異なる。また、その障害が先天性のものか病気や事故などの後天性のものかによっても違うだろう。しかし、障害児を育てるということは、健常児の子育てと同様に、経済的な扶養、日常的な世話といったケアが不可欠であり、そこに障害特有の特別な配慮が必要となることは共通している。また、学齢期であれば、子どもに適する教育を提供し、その子どもなりの成長を願うのは、健常児であっても障害児であっても変わらない。

本節では障害児のニーズへの公的な対応を「障害児政策」と定義し、その中でも日常的な世話、教育という点から、障害児政策の展開を確認す

る。とりわけ、在宅で生活する障害児への対応である在宅政策に着目し、在宅政策の萌芽期である1970年代までの障害児政策を整理したい。

1) 第二次世界大戦前・戦中の障害児政策

第二次世界大戦前においては、以下に詳しく見ていくように障害児の日常的な世話はほぼ家族に任されており、その点での障害児政策は見られないと言ってよい。しかし、教育という点においては、視覚障害児や聴覚障害児は、肢体不自由児、知的障害(精神薄弱)児とは大きく対応が異なり、特別な配慮のある教育が提供されていた。

日本では1871年(明治4年)に学制が発布されて、国民哲学が実現した。学制には「廃人学校」の記載があり、これが障害児教育を包括していたと言われている(本間、堀尾2007)。しかし、実際はそのような名称の学校はほとんど設立されず、1879年(明治12年)の学制改正では記載もなくなっている。そのため、1878年(明治11年)に設立された京都盲啞院が、障害児教育の嚆矢であると言われている。京都盲啞院には宿舎も併設されており、教養教育および職能教育がなされる場であると同時に、日常的な世話が提供される場でもあった。また、1879年(明治12年)に東京築地には楽善会訓盲院が設立され、1884年(明治17年)から聾啞者の受け入れたことで、名称も東京盲聾啞学校に変更された。このように視覚障害児や聴覚障害児には、学校の数の少なさから自宅を離れることもあったが、それぞれの障害に適した教育が実施された。

一方、肢体不自由児や知的障害児のための学校の整備は遅れ、普通学校の中に配置される、現在の特別支援学級での対応とされた。しかし、そのような特別な配慮のある学級の設置も進まなかった。その最初のもは、1890年(明治23年)に松本尋常小学校に設置された「落第生学級」であるとされるが、実際は学力問題としての落第生対

策として生まれた成績不良児のための学級であったという(八幡2008)。このような学級は全国にいくつかは見られたが、それも戦時体制に移行する中で姿を消していった。

そればかりか、1900(明治33)年の第三次小学校令第33条により、「瘋癲白痴又ハ不具廢疾」の者は就学免除の、「病弱又ハ發育不完全」の者は就学猶予の対象となった(橋田2018)。就学免除となった「白痴」は重度の知的障害のことで、同年に成立した精神病者監護法では、こうした状態の人の監護を家族等がする義務があるとされた。こうした中で、肢体不自由を伴う重度の知的障害児が「不治永患児」と呼ばれて座敷牢に閉じ込められたり、「肢体不自由にある者が『家の中に隠されて』学校に通うことができず、また治療と教育の機会を両立させることが困難である」(小崎2016:349)といった「暗黒時代」とも言える悲惨な状況も生まれていた。就学免除や猶予という「学校に通うことが出来ない」状態もさることながら、障害に対しての社会の厳しい目、偏見や差別なども推察される。

知的障害に適する教育があるという信念を持って、1896年(明治29年)に石井亮一によって「白痴教育施設」として東京府北豊島郡に設立されたのが滝乃川学園である。滝乃川学園は当時日本唯一の知的障害児施設としてイギリスにも紹介されている(HPより)。処遇方針は「家庭教育と学校教育の調和」であり、入所施設での日常生活の世話と同時に教育を提供することが重視された。

肢体不自由児については、1910年代に「肢体不自由児療育運動」が起こった。療育とは「手足に不自由のある児童に医療・教育・授産を施し自治能力をつけさせる」こと、すなわち医療・教育・職能訓練を一体的に提供することである(小崎2016)。1921年(大正10年)にはこの運動を推進してきた教員、柏倉松蔵によって日本初の民間の肢体不自由児の学校である柏学園が、さら

に1932年(昭和7年)には公立(東京市立)の光明学園が設立された¹⁾。1942年(昭和17年)には、東京大学整形外科二代教授高木憲次によって日本初の肢体不自由児の入所施設として、整肢療護園が現在の東京都板橋区に設立された。第二次世界大戦真っただ中の混乱、被災などを経て公立(国立)の施設として認可されるのは9年後の1951年(昭和26年)である。整肢療護園は治療の場、日常的な世話が提供される場であると共に、日常生活上の訓練や、将来の自立に向けた職能教育が提供された。

なお、戦時体制に入った日本では、1941年(昭和16年)に国民総動員法により国民学校令が制定された。盲学校と聾唖学校は国民学校と同等に位置づけられ、公立の光明学園も光明国民学校となった。国民学校令では初めて、養護学校、養護学級の設置がはっきりと明記されたが、その対象は身体虚弱、病弱であり、知的障害児は対象から除かれた。

このように公教育から排除された「学校に通うことが出来ない」子どもは、地域において偏見や差別にさらされていたであろう。肢体不自由児施設や知的障害児施設は、そうした子どもたちに適した教育を提供し、家族の代わりに日常的な世話を提供する役割を担ったが、その多くは民間の手に委ねられており、数も少なかった。とくに知的障害児に対しては、教育も日常的な世話も家族に任される状況が続いたと言えよう。

2) 第二次世界大戦後の障害児政策

一施設への収容保護へ

1947年(昭和22年)に日本国憲法が施行されると、第26条にすべての国民に教育を受ける権利が明記され、それを受けた学校教育法において盲学校、ろう学校と共に養護学校の設置が明記された。養護学校の対象には身体不自由、病弱と共に知的障害も加えられ、普通学校に特殊学級を配

置することも明記された。しかし、1948年(昭和23年)に視覚障害児、聴覚障害児、言語障害児への義務教育が実施されたのに対して、養護学校は義務教育にはならず、就学免除や猶予の措置が残された。また、1955年(昭和30年)くらいまで養護学校は全国に5校ほどが設置されたに過ぎず、その後も盲学校、ろう学校に比べて圧倒的に少ない時期が続いた²⁾。これに対して親たちが、1979年(昭和54年)に実現することになる養護学校義務化運動を展開していくことになる。一方で、養護学校義務化は普通学校(特殊学級)に通いたいと願う親たちにとっては、普通学校からの排除を意味するものでもあり、1970年代には青い芝の会などの当事者団体が養護学校義務化反対運動をするなど、非常に難しい問題であった(本間、堀尾2007)。

1947年(昭和22年)には児童福祉法が制定され、障害児政策の柱となっていく。具体的な障害児政策の中心は施設への収容保護であり、肢体不自由児施設や知的障害児施設は、医師法による病院、児童福祉法による児童福祉施設として位置づけられた。家族に代わり、施設において日常的な世話が公的責任で提供されるようになったことは大きな意味がある。一方、教育については、施設が職能教育などの自立生活に必要な知識や技能の提供を重視したことから、戦前の民間の知的障害児施設のように質の高い障害に適した教育の提供ができなくなったとの指摘もある。さらに、これらの施設に実際に入所できたのは「独立自活」を営むことが期待される子どもでもあったために、重度の障害児は取り残されてしまった。また、重度の肢体不自由と知的障害を併せもつ「重症心身障害児」は制度の狭間の状況に置かれ、肢体不自由児、知的障害児どちらの施設にも入所が困難であったという。第二次世界大戦後は、精神病患者監護法の撤廃により監護の義務はなくなったものの、こうした子どもたちの日常的な世話は家族に委ねられた

ままで、就学免除や猶予の措置により教育を受けることも出来ない状況が続いたのである。

一方、社会の風潮としては、障害児政策の充実を目指すというよりも、障害を持った子どもを予防する=障害児を産まない、ことが推奨されていく。1948年(昭和23年)に制定された旧優生保護法について小林は、「旧優生保護法の目的は、『劣勢の遺伝子』の社会からの排除であり、『劣勢の遺伝子』とは、『精神病、精神薄弱、身体障害』等を有する人を対象としていたことが分かる」(小林2021:114)と述べている。今日では人権侵害ともなる優生手術については、「精神疾患や知的障害を有する人は、未成年と同様に扱われ、家族、保護者の同意がなくとも優生手術ができた」(小林2021:114)という。「知的障害者は『劣勢の遺伝子』であり『優生の遺伝子』を守るために施設収容を行うとしており、これは優生思想に基づく社会防衛論であり隔離政策であったと言える」(小林2021:116)という小林の指摘からは、その後日本で積極的に進められていく施設への収容保護が障害児の親の要望であったとはいえ、社会からの排除を生み出してしまったという皮肉が浮かび上がる。

施設への収容保護を求める動きは、養護学校義務化運動を展開する障害児の親たちから起こっていった。1952年(昭和27年)に発足した「精神薄弱児育成会(現・全日本手をつなぐ育成会)」は、就学免除、猶予で「学校に通うことが出来ない」子どもたちが、家の中に閉じ込められることなく、日常的な世話を受けながら生活していくために施設が必要だと訴えていくのである。運動が展開される中で、知的障害児施設数は1955年70施設、1960年131施設、1965年220施設(厚生省社会福祉施設調査昭和41年)と急激に増加していった。さらに、1958年(昭和33年)には初の国立知的障害児施設である秩父学園が設立された。秩父学園は年齢制限を事実上撤廃した施設であり、

施設の年齢超過問題にも対応したものであった。年齢超過問題とは、知的障害児施設において入所の適用範囲外となる18歳以上となっても施設にとどまらざるを得ない入所者の増加のことを意味する。そうした課題に対応すべく1960年(昭和35年)に精神薄弱者福祉法(知的障害者福祉法)が制定され、18歳以上の人に対して知的障害者援護施設が整備されていくことになった。

以上のように、第二次世界大戦後は施設への収容保護が政策として進められていく。入所施設が親たちの要望から増加していったことから分かるように、家族に任されていた日常的な世話=家族介護の大きな負担、限界に対応するのが施設であるとも言える。また、親たちが社会からの偏見、差別に対して、「障害を持った子どもたちだけの楽園が必要である」と望んだこともあるという(篠原1979)。一方、小林は、「中には、充分家庭で生活できる障害者も、行政や家族、保護団体から『親亡き後をだれが面倒を見るのか』と迫られ、親が仕方なく施設収容に同意し優生手術を受け入所したケースもあった」(小林2021:110-111)と指摘している。施設への収容保護は、在宅生活を支援するサービスが十分でないからこそ進められたとも言えるだろう。

当時、障害児の在宅支援としては、障害児保育なども実施されていたものの、どの地域にもあるというわけではなかった。そうした中、1957年(昭和32年)に知的障害児通園施設の制度化がなされたことは大きな意味を持つ。就学前の障害児、施設入所の待機児や入所困難な重度者にとって、知的障害児通園施設は閉じ込められていた家から外に出て、日常生活上の訓練や、職能教育を受けることのできる場として、親たちにとっても当事者同士が知り合う場として機能していくのである³⁾。

3) 1960年代—施設の「代替」としての在宅政策の萌芽

1960年代に入ると施設への収容保護が進展していく⁴⁾が、1961年(昭和36年)にはこれまで公教育からも施設入所からも排除されていた重症心身障害児のための日本初の施設として東京府南多摩郡に島田療育園が設立された。しかし、民間施設⁵⁾であるがゆえに、その運営は非常に厳しかった。その実状への批判も含めて、1963年(昭和38年)に雑誌『中央公論』に作家の水上勉が「拝啓、総理大臣様」という文章を寄稿したことが社会の大きな関心を呼んだ。水上には障害のある娘がおり、彼のもとには障害児の親たちの悲痛な声が多く届いていた。文章の中で水上はこうした声や島田療育園の例を挙げながら、障害に対して無策な国の責任を問うたのである。

さらに、朝日新聞が1965年(昭和40年)から1966年(昭和41年)に、肢体不自由児が家の中に閉じ込められていることを問題視し、「おんもに出たい」というキャンペーンを展開したことも、障害への関心の高まりにつながっていった。この時期には、たとえば1961年(昭和36年)に「全国肢体不自由児父母の会連合会」、1964年(昭和39年)に「全国重症心身障害児を守る会」など、それぞれの障害ごとの親の会が発足し、ニード充足のための運動を展開していった。こうした動きもあり、1967年(昭和42年)に児童福祉法が一部改正され、重症心身障害児施設の制度化が実現した。その後1970年代において日本では、大規模な施設の集合群であるコロニー建設が公的責任において進められていく⁶⁾。

一方、海外のコロニーは既にノーマライゼーション思想によって施設の解体が始まり、在宅支援に舵を切っていた。こうした海外の動向は、当時海外旅行が活発化したことも背景に、様々な研究者によって明らかにされていた。このことについて佐藤は、「ノーマライゼーション思想とこれ

に基づいた政策転換が行われた国では、収容施設は家族から引き離された教育・治療の場としての位置づけがあった。そのため、ノーマライゼーション思想によって、収容施設が教育・治療の場として非人間的な処遇や人権上の問題の大きい処遇であることが批判されると、コミュニティケア（地域における生活支援）によるサービス展開への移行が考え方としてスムーズに受け入れられやすかった。他方、日本では収容施設は家族介護の限界へのセーフティネットであると考えられてきたので、セーフティネットである収容施設を縮小、解体するなどといった急進的な考え方は受け入れられなかったし、現在でも抵抗は大きいと思われる」（佐藤・小澤 2016：86-87）と説明している。また、日本の特異な現状として「入所施設の基盤整備が始まったばかりのときに、ノーマライゼーション思想が入ってきたために、日本では、入所施設の整備と地域福祉サービスの整備という理念的に相反する2つの施策を同時に推進させることになった」（前掲書：62）と述べる。

一方、当時、神奈川県職員として障害児政策とりわけ在宅政策を進めた大沢隆は「このような動向が進むうちに、もし、施設に入所できないなら、せめても在宅している間に、何か適切な援助をと—つまり、施設の代替策であったとしても、いまでいう在宅対策の胎動がみられるようになったわけです」と在宅政策が「代替」として進められていったと指摘する（大沢 1978：50）。大沢は当時の在宅政策の対象者には、1. 家庭内の養育能力に欠けるため、施設入所をすぐにも必要とするにもかかわらず、やむをえず在宅している「在宅児」、2. 家庭内養育は可能であるが、施設入所が子どもにも家族にも幸せであるとの考えから施設入所を待っている「在宅児」、3. 在宅している方が障害児にとってむしろ望ましいとの自覚に立って、積極的に在宅政策を期待する「在宅児」の3つに分類している。そして、初期の在宅政策

は、1あるいは2のタイプの「在宅児」に対するとりあえずの在宅政策を意味していたが、この過程を通して、在宅することの積極的な意義が問われ始め、親の会の登場により具体的なニーズを表明し、その充足を求めるようになったことで、3つめのタイプの在宅政策が重視されるようになったと述べている（大沢 1978）⁷⁾。

1970年（昭和45年）には心身障害者対策基本法が制定され、障害のある人への公的責任が明確にされた。1970年代に入ると乳幼児健診での精神発達精密検査や、大津市で実践されたことで「大津方式」と呼ばれるようになった早期発見・早期対応から早期療育・障害児保育までを横断的につなげるシステムが他の自治体にも広がっていった。このように障害児政策においては、「早期発見・早期療育」が重視され、これまで希薄であった就学前の障害児への対応がなされるようになった。また、「早期発見・早期療育」を実現するために、専門機関が連携して地域の療育体制を整備することや、親への支援による家庭療育の充実が目指された。なお、この頃になると、療育という用語は、肢体不自由児のみならず障害児全般に広がり、特に就学前の障害児の発達支援全般に使用されるようになった（小林 2019）。さらに、在宅の重症心身障害児と家族を励ますため、先述した「全国重症心身障害児を守る会」が各地で在宅巡回療育相談を実施するようになるなど、民間レベルでの在宅支援も生まれた。

1972年（昭和47年）には、国による法外事業である「心身障害児通所事業（小規模）」が通知、実施された。前述したように1957年（昭和32年）には知的障害児通園事業、そして1969年（昭和44年）には肢体不自由児通園事業が実施されていたが、この事業はこのような法による通園施設の設置困難な条件にある地域への国の補助事業であり、全国115か所に設置された。心身障害児通所事業（小規模）の特徴については、「障害児を肢体

不自由、精神薄弱等と区別しないで、いわゆるすべての障害児を混合して療育できるように、入所条件に制約を持たないことです・・・重要な点はこれへの入所措置は児童相談所ではなく、当該市町村長と位置づけられており、地域性を重視する観点のあらわれとして注目したいところです」(大沢 1978: 56)と説明されている。障害の種類や程度は、必要な支援を得るための手帳⁸⁾取得の際に医師の診断などを通して確定するが、そのために特別な配慮が必要な子どもたちが分断されてしまっていた。また、制度の狭間でサービスを利用できないこともあった。心身障害児通所事業(小規模)は、法外事業であり対象者を厳格に絞り込まないことから、様々に特別な配慮が必要な子どもたちが生活する地域での支援として適していたということが出来るだろう。また、都道府県の権限で施設への収容保護が行われてきたため、市町村の関与は最低限であった。しかし、市町村の権限で実施する心身障害児通所事業(小規模)を通して、障害児も自分たちが対象とすべき住民であるという行政の意識の変化が生じるようになった点は重要である。この点については、「この事業は簡易な補助事業であることから、制度的基盤は脆弱であるが、弾力的運用が可能であったため、自治体が地域の実態に合う地域療育を展開する上で大きな役割を果たした」(小林 2019: 95)との評価もなされている。

その他、在宅政策としては、1970年(昭和45年)に知的障害者家庭への「家庭奉仕員(ホームヘルパー)派遣事業」も実施された。その対象は重度の心身障害児者のいる家庭であり、家族が介護できない時だけ利用できる限定されたものではあった(中山 2008)。しかし、都築も「障害児者の家族に関心が向けられるようになったのは、主に1970年代以降であり、障害児を抱えることにより家族が受ける様々な影響を分析することに関心がむけられてきた」(都築 2019: 25)と述べて

いるように、家族への支援によりやく目が向けられたものであると言える。

2. 神奈川県における障害児の在宅政策とその実態

以上確認してきたように、第二次世界大戦後には肢体不自由児、知的障害児、重症心身障害児の施設への収容保護が進んだ。その一方で、通園施設や通所事業など、待機児への対応や施設の「代替」としての在宅政策も実施された。障害ごとに発足した親の会が具体的なニーズを表出していく中で、市町村による在宅生活への積極的な支援も見られるようになっていく。とくに、「早期発見・早期療育」が重視されるようになると、地域の療育体制の構築が目指され、それが在宅支援につながっていった。

そこで、本節では、国に先行する形で障害児への在宅政策を進めていた神奈川県の方針について、とくに1960年代から1970年代初頭の展開を、社会福祉法人神奈川県匡済会の資料および県・県関連団体に勤務していた元職員へのインタビュー調査も参考にしながら整理する。神奈川県匡済会は、横浜財界人による寄付金を元手として1918年(大正7年)に困窮者の救済を目的とする社団法人として設立された団体で、一貫して時代のニーズに応えた県内の社会福祉事業を展開し、さらに社会問題研究所を設置して調査・研究を進めてきた(HPより)。ここでは、在宅政策を進める上で、県がどのような工夫をしたのかに注目する。なお、指定都市(横浜市・川崎市)においては児童福祉法、身体障害者福祉法上においては県とは別扱いで、知的障害者福祉法のみが全県一本で進められた。

本節の後半では、在宅政策が障害児や家族の生活を支援することが出来ていたのか、その実態について、神奈川県匡済会が1979年(昭和54年)に実施した在宅の心身障害児と家族への訪問調査

と、神奈川県 A 市で1970年代に障害児を育てた親2名のインタビュー調査から検討する。

なお、元職員(1930年代生まれ、男性)へのインタビューは、2022年(令和4年)6月17日に2時間程度対面で実施した。親2名へのインタビューは、Bさん(1940年代生まれ、男性)については2022年(令和4年)6月30日に2時間程度対面で、Cさん(1950年代生まれ、女性)については2022年(令和4年)6月7日に2時間半程度 zoom で実施した。調査にあたっては、日本女子大学人を対象とした実験研究に関する倫理審査委員会に審査申請を行い、承認を得ている(課題番号503号、2022年2月3日承認)。

1) 神奈川県における障害児の在宅政策

神奈川県における障害児への初期の在宅政策として、1958年(昭和33年)の横須賀基督教社会館による「肢体不自由児保育部愛育園」の設置が挙げられる。愛育園は単なる民間の障害児保育施設ではなく、県との協力、連携のもとで在宅の肢体不自由児に対応した点が重要である。具体的には、県立の肢体不自由児施設「ゆうかり園」から職員が参加して、愛育園での合同診療や訓練が行われた。また、ゆうかり園では、1963年(昭和38年)には児童相談所と協力して「肢体不自由児療育講習会」を開始した。これは、「肢体不自由児療育訓練会」として月に1～2回、県下4か所での開催につながっていった。在宅の知的障害児についても、児童相談所による月1回程度の母親クラブや訓練会が自主事業として開催された。母親クラブは母親の悩みの相談など、介護する家族の支援でもあったと言えるだろう。

この時期、県内では、1963年(昭和38年)に「神奈川県肢体不自由児父母の会連合会」、1965年(昭和40年)に「神奈川県重症心身障害児(者)を守る会」が設立されるなど、肢体不自由児や知的障害児の親による運動が活発に展開されるよう

になった。1966年(昭和41年)には、サリドマイド児の親の会である「子どもたちの未来をひろく父母の会」からの寄付金を元手として、心身障害児の早期発見、早期療育および社会啓発を事業目的とする財団法人「神奈川県児童医療福祉財団」が設立された。この財団の理事長には元神奈川県衛生部長が就き、県が運営の責任を担った。翌1967年(昭和42年)には県、横浜市からの建設費補助等により、当時の児童福祉法上では認められていなかった就学前の在宅の障害児のための無認可通園施設「青い鳥愛児園」を設立するなど、先駆的な事業が実施された。1968年(昭和43年)には、同じく県、横浜市などの建設費補助により、親の会の要望が強かった障害児の療育機関である「小児療育相談センター」を設立している。さらに財団では、県民生部委託事業である「心身障害児巡回等相談事業」も開始し、要請のあった保育園、幼稚園に1園あたり年2～3回、ソーシャルワーカーによる巡回相談を実施した。

丁度その頃、海外ではノーマライゼーションの研究が進んでいたが、当時の神奈川県庁内ではこうした理論やその内容が共有されていたこともあり、1967年(昭和42年)に着任した津田文吾神奈川県知事は、ノーマライゼーションという言葉を使うようになったという。津田は、1975年(昭和50年)までの在任期間中、1970年(昭和45年)には神奈川県立こども医療センター、1973年(昭和48年)には総合リハビリテーションセンターの整備と運営に努めるなど福祉政策に力を入れ、「福祉の津田」と呼ばれた⁹⁾。

こうした経緯もあり、神奈川県では1968年(昭和43年)に「在宅心身障害児対策に関する当面の方針」を出している。内容としては、県内4か所(後に5か所)の児童相談所をキーステーションとして位置づけ、そこに在宅障害児担当要員を配置するというものである。当初は1名の配置ではあったが、児童相談所が事項別担当を取ることが

当たり前であったのに対し、地区担当制を取ったことは在宅政策としては大きな進展であったと言える。方針は、①地域ごとに指導訓練体制（家庭から通える範囲の通園施設）をつくっていく、②家庭へのサポート（基礎的：経済的援助、日常的：ホームヘルプサービス）、③地域ぐるみの援助体制の確立の3つからなる。しかし、こうした在宅政策について、大沢は「もっとも厳しい批判は、公立収容施設の職員からで、ついで児童相談所・福祉事務所等の専門家群から強く出ました」（大沢1978：54）と、障害児を画一的に在宅させるのかという疑問を持った専門家が批判したと述べている。これまで見てきたように、日本においては施設への収容保護が進められている時期だったからこそこの批判であったことが推測される。しかし、この対策は親の要望を汲み取ったものであり、親の会の果たした役割が非常に大きかった。

①の訓練会の実施は、児童相談所の在宅障害児担当要員が担当する重要な業務で、市町村への県費助成で始められた。「訓練会実施にあたっては、『財政助成』と児童相談所およびゆうかり園からの『専門的技術協力』を行うという条件があったわけです・・・このように、専門機関や施設と市町村の訓練会との結びつきを重視する考えは、結果として神奈川県の特徴となっています」（大沢1978：58）と説明されている。また、本来訓練会は通園施設で実施されることが望ましいという考えから、訓練会を通して地域的な制度による通園施設に発展させていくことが目指された。実際、1957年（昭和32年）に制度化されて以降、県内に3園しかなかった知的障害児通園施設は、1970年（昭和45年）から1975年（昭和50年）の間に8園も増加している。

②の家庭へのサポート、家族支援は在宅政策だからこそ目を向けられるようになったものである。とくにホームヘルプサービスについては、障害児の日常的な世話に追われていた家族の負担軽

減に必要な支援と考えられたのだろう。

③の地域ぐるみの援助体制の確立については、保健所、医療機関、児童相談所、福祉事務所、療育センター、通園施設などの専門機関同士の連携が目指された。

2) 在宅生活の実態

以上のように、神奈川県の子どもの在宅政策は1960年代に一定の方向性が目指され、日常生活上の訓練ができる訓練会や通園施設も増加していったが、家庭への支援はどの程度提供されていたのだろうか。また、地域ぐるみの援助体制は確立していたのであろうか。以下の二つの調査から見てみよう。

①心身障害児と家族への訪問調査(1979年実施)

1979年（昭和54年）に実施された心身障害児と家族への訪問調査は、「横浜障害児を守る連絡協議会」と社会福祉法人神奈川県匡済会とが共催で行ったものである。「横浜障害児を守る連絡協議会」は、地域において自主的な活動を展開している自主訓練会及びその連絡団体である。ここに所属する対象者の中から1/2の無作為抽出によって261名を選定し、217ケースから回答を得ている（回収率83.1%）。対象児童の年齢は1歳児から16歳までにわたり、障害の種類としては知的障害が48.7%と圧倒的に多い。行動障害に関しては、重い行動上の障害はないは36.0%であるが、食事、着衣、洗面、入浴いずれも介護を要するが26.6%、歩行不能は23.8%であり、肢体不自由を合わせ持っていることが分かる。

調査ではダウン症、自閉症、知的障害、脳性マヒの障害ごとに、家庭への支援である訪問サービスの有無を明らかにしている。ダウン症の場合は、保健婦のアプローチがあり他の障害よりも支援があるとされているが、それでも訪問の頻度は年に3～4回程度である。自閉症の場合は、訪問サー

ビス無しとの回答が88.9%、知的障害は71.9%、脳性マヒは63.6%であり、家庭への支援が行き届いていないことが明らかになった。訪問してくれる専門職は保健婦が多く、その他にはケースワーカーや児童福祉司が挙げられる。県が政策として掲げたホームヘルプサービスについては、ほとんど利用されていない。利用をしている自閉症のケースでも、「(母親が病気の際)ホームヘルパーが6回ほど、ヘルパーの都合で、午前のみとか午後のみとかいうように不定期だったので、あまり期待したほど助けにならなかった。子どものことで気兼ねもし、かえって負担に感じた。子どもの状態を知っている専門家に頼みたい」(浜野・谷口・山口1980:45)という声があり、家族の負担軽減としてはほとんど機能していなかったことが推測される。また、「家庭を訪問し、生活の場に即した助言指導が圧倒的に乏しいため、『家庭内でどう育てたらよいかわからない』ままに年月が過ぎていく例が非常に多い」(前掲書:56)と分析されているように、子どもの育ちを助言できる専門職のアプローチがほとんどなされていないことが問題視され、それを担う保健婦の訪問が重要であるとしている。

専門職のアプローチの足りなさに加え、地域ぐるみの援助体制の確立につながる専門機関同士の連携についても課題が見られた。とくに「早期発見・早期療育」に重要な診断期については、「総合的な診断・評価が理想的に行われたと判断されるものは1例も見出し得ない。その理由の第1は、各機関が個別に機能し、機関内の専門家も個々に活動しているためである。・・・機関相互の関係も、『紹介』どまりで、保健所と児童相談所の紹介事例は相当見られはするが、共同作業が行われていると解釈できるケースは見当たらない。また、医師から次の機関への紹介あるいは情報提供もわずかである」(前掲書:56)と述べられている。そのために、「保護者(ほとんどが母親)は自分で種々

の機関や専門家をめぐり歩き、それらの所見を自分なりに『総合評価』として組み立てねばならない」(前掲書:56)、「46ケース(85%)が、診断があった後なんの手がかりもなく、教育・訓練の場を独力で模索していくのである」(前掲書:58)という状況が生まれている。さらに、「診断期に大きなショックを保護者の誰しものが経験しているが、この動揺する時期にインテンスブや関与を行っている専門職種はみられない。疑念-ショック-心理的動揺(幾日も、どうしていいかわからず泣いてばかりいた)は、その時点で子どもよりも母親に対する支援が不可欠であることを示している。この時期のソーシャルワーカーの関与は、まことにわずかで、その機能がほとんど認められない」(前掲書:56)とあるように、診断期に寄り添う専門職がいないことも指摘されている。

②障害児の親へのインタビュー調査

以上から、とくに診断期における専門職のアプローチの少なさや専門機関同士の連携のなさ、それに伴って親が診断や支援を求めて「めぐり歩き」という当時の状況が明らかになった。この点を神奈川県A市のインタビュー調査から深め、さらに具体的な支援の実態についても見ていきたい。なお、1970年代のA市では、障害児を担当するのは保護課(市内7か所の福祉事務所)であり、1972年(昭和47年)にA市初の療育センターが設立されている。

i Bさんのインタビュー調査結果から

1970年代前半に、出生時の処置で脳に損傷を受け、肢体不自由の障害が残ると告げられた子どもを持つBさんは、子どもの障害から支援(訓練)に至る経緯について、以下のように語っている。

「その時代はね、今のような相談機能がありませんから・・・NHKのテレビにテロップが流れま

すよ、相談窓口っていう。NHKのあのテロップで流れて、四谷だったかで、そういう相談会、相談会みたいなものがある。そういうので、そこへ家内と一緒に行って、練馬の整肢療護園を紹介されて。（でもちょっと遠いですよね、ここら辺になかったってことですか）いや、あるとかないとかの問題ではない。そこで情報を得たので、それだったらそこに行ってみたらって言われれば行くっていうよりしょうがないです」

Bさんの子どもは妻の里帰り出産先の地方都市の病院で診断を受けたこともあるのか、そこでは訓練やサービスの情報を得ることはなかった。A市に戻ってきてから、テレビから得た情報で東京での相談会に参加し、整肢療護園に行くことになったという「めぐり歩く」経験をBさんもしている。

「本当に乳児で行って。その当時そこではね、母子入園っていうのがあったんですよ。で、そこで母子入園、一か月？三週間？（奥様はそこで生活の訓練とかをやっていた）うん、それで、お父さんは1週間にいっぺん必ず行くという縛りがあって。1週間にいっぺん。確かそうだ、1ヶ月にいっぺんじゃないよな。それで3ヶ月、そんなに長くはなかった」

整肢療護園の医者はBさんに、これ以上何もすることはなく、これから先は本人がかっこよく歩きたいと思うかという診断を下した。また、整肢療護園ではBさんの子どもの支援に必要な身体障害者手帳についての情報を提供した。

「身障手帳どうやって取ったのか分からない……取れてって言われて取ったと思う。言われたのはどこが最初なのか分からないなあ……その頃福祉事務所っていうのは、何のために行くかだよな。多分想像だけど、NHKの放送料と、水道料金の減免を受

けるために行った可能性がある……整肢療護園で言われている可能性がある」

整肢療護園での療育や情報提供を受けたBさんであるが、退所後もA市から整肢療護園に継続的に通園するのは難しかった。そこで登場するのがA市の療育センターで実施していたD学園である。D学園は当時、市内で唯一の障害児の通所事業として位置づけられる。Bさんの子どもはD学園に毎日母親と一緒に通い、日常生活上の訓練を受けた。また、母親はそこで情報や友人を得ることになった。

「そこ（整肢療護園）はその卒業した後は通院っていうふうにもなるんですが、さすがに通園はできない。ちょうどタイミングよくそのときに、今の〇〇（地名）に、D学園。うん。そのうちの〇〇（子ども）は1期生かなあ、そう2期生ですよ。もう本当にちょうどその当時は出来たばかり」

「（D学園は）もう毎日です、その当時はもう、要するに母子通園ですよ。母親だけの部屋があって、そこで情報交換をいろいろしたり。もう要するに訓練のときに同伴するんですから、（リハビリが結構熱心についていくことになるんですか）そうですね（そこで奥様はいろんな人と出会われたっていうか、）それは間違いないですよ」

D学園にはケースワーカーが配置されており、そこでの支援がBさんの子どものその後の進路を導くことになる。Bさんの子どもは整肢療護園の医師の診断により身体障害者手帳1級を所持しているが、医師は医学的な症状というよりも将来の生活にどの程度の支障が出るかで等級をつけたという。Bさんの子どもは比較的早く歩き始め、自立歩行もできる状態であった。そのような子どもの幼稚園に対して、ケースワーカーが献身的に

働いてくれたことについてBさんは以下のように述べている。

「5歳の時に幼稚園に通園しましたから、就学一年前は幼稚園に行っているんですよ。・・・今と違ってケースワーカーがしっかりしてましたね。福祉事務所のケースワーカーもさることながら、D学園のケースワーカー。自分で〇〇〇(地名)内の幼稚園探してきて、だから親は探してません。絶対それは探してない。それは福祉事務所のケースワーカーじゃないと思うんだ。D学園のケースワーカーだな。」

「普通の幼稚園にケースワーカーが幹旋して行ったら、普通の小学校にっていう。だから自然な流れですよ」

その後、Bさんの子どもは地元の公立中学校、高校に進学している。Bさんのインタビューからは、福祉事務所では身体障害者手帳の交付は行いが、具体的な支援や情報提供はあまりしていなかったことが明らかになった。一方で療育センターのD学園のケースワーカーは障害に対する専門性が高く、適切な支援につながったのではないだろうか。なお、福祉事務所のケースワーカーの働きについて、Bさんは以下のように述べる。

「サービスというよりも、こういうのがあるから使ってみないっていう。ちょうどその頃っていうのはいろんな、ロータリークラブだとか電力の労組とか、富士通もそうです。はい。いろんなところが、もうちょうど切れ目なく招待行事があって、その核になっていたのは福祉事務所かもしれない。(1980年の国際障害者年とかも関係あるんですか?) それとそんなにリンクしたっていうか、それがきっかけになったのはあるかもしれないけれど、でもそれ以前から、いわゆるボーイスカウトが芋ほ

りをやりませんかとか、うちの梨園が梨の取り頃ですからどうですかとか。それは〇〇〇(地名)の福祉事務所経由で(個別に情報が来ると感じてですか)。だからやっぱり組織に対してきてたんじゃないと思うな。(〇〇〇の福祉事務所の人がいろいろあるよっていうふうに教えてくれた?) 行事に関してはそうだと思う。結構ありましたよ。ライオンズクラブにロータリークラブに。数えていけば、個人で農家の方とかね。ボーイスカウトとどうやって繋がったのかもでもよく分からない」

地域組織であるライオンズクラブやロータリークラブ、またボーイスカウトは地域貢献の一貫として行事に在宅の障害児を招待するということを行っていた。福祉事務所はそうした地域の情報を障害児や家族に提供する役割を果たしていた。これはA市が指定都市であり、市内にいくつか存在する福祉事務所が障害児の支援の窓口だったからこそ出来たことである。神奈川県下に5つしかない児童相談所であったら、担当地域が広域となってしまうこのような役割は担えなかったのではないだろうか。障害児の生活する地域の情報を持っている機関が支援することの重要性が伺える。

ii Cさんのインタビュー調査結果から

当時の支援についてCさんのインタビューからももう少し深めてみよう。1970年代後半に生まれたCさんの子どもは、出生時にダウン症と診断された。その後通院していた病院で心臓疾患があることが判明し、2歳の時に手術をした。その入院の際に脳梗塞を起こし四肢障害も残った。Cさんは親以外の支援が必要であると奮起し、当事者の会を始め様々な会への入会や、行政への要望を行ったりした。Cさんは子どもの出生時について、また2歳までの支援について以下のように述べている。

「ダウン症のことも知識的には知っていたし、姉が福祉事務所に、専門ではないんですけど、福祉のことすごいやっていたんです。まあ、そういうこともあり、一緒に行ってくれたこともあったのかな。だからなんとなく、ダウン症っていうこと自体は私は理解してたし。だからなんでしょう。ショックはショックでしたね、はっきり言って」

「(出生時、ダウン症の診断を受けてから地域の病院を紹介してもらうことは?)それはなくなってねえ。生まれた時から、まあ2歳までは保健師さんかなんか一度くらい来たと思います」

Cさん自身は障害に対する理解を持っていたこと、ショックではあったけれど、子どもが「遅ればせながら」成長していったこと、出産した病院の小児科に通院していたこと等から、保健師による訪問も1回程度であったものの、特に支援の不足や訪問の必要性なども感じずに生活していたようだ。しかし、四肢障害が残って以降は積極的に支援を求めていくようになった。

「〇〇〇(地名)役所でなんていうのかしら、E会、ちょっと障害のあるお子さんたちの遊びの会があって、ここが、でもそれ2歳以降ですね。月1回くらいあったのかな。多分保健師さんか何かしてくれて。遊びましょうですよ、遊びましょうの他の対応はなかったと思いますね。子供の遊ばせるところがないからみんなそういうところで遊ばせていたのかな」

Cさんは子どもの手帳取得について、まずは身体障害者手帳を取得したが、Bさんと同様に、その情報をどこで得たのかが曖昧であり、福祉事務所からの適切な支援がなかったことが推測される。

「その(E会への参加)あとに手帳取りに行ったのかな。いや心臓の方でそれが分かってから福祉事務所に取りに行ったのかな」

「でもケースワーカーさんとケアマネさんとかっていう、そういう認識はない時代だから。そこでチラシか何かそういうのもらったのかもしれない。今でこそこんな〇〇〇〇(サービスが掲載された冊子名)みたいなものがあるけれど。(手帳を取りにいった)唯一そこ(支援を受けていたのは)でしたね」

Cさんには適切な支援を得られなかっただけでなく、逆にその対応に傷ついた経験もある。今も忘れられない経験としてCさんは以下のように語っている。

「福祉事務所に行って、来てもらって、買い物行くのに一緒に行ってくれる人いませんかって聞いて。生まれた子(次に生まれた健常な子ども)をおんぶして上の子(障害のある子ども)をバギーに乗って行かなければならないんですけど、バギー引きながらだと何もできないので、〇〇(地名)の駅から帰って来た時の付き添いでバギーを押してくれるだとか、買い物してる時にちょっと見てくれる人いませんかねって聞いたときに、来てくれた人がこんな重たい子僕初めて見た、ちょっとこんな重たい子見てくれる人いませんよって言われたから、私本当に悔しかったから忘れないですよ、その人の顔もしっかり覚えてるし」

支援をすべき福祉事務所のケースワーカーが、障害についての理解が全くなかったことを語ったCさんは、そのような状況であるから当時、福祉事務所に相談に行く人などいなかったのではないかと述べている。Cさんはその後、D学園に通うようになった。

「D学園。それがA市で唯一、それこそ療育センターとか相談所とかがないから、その前からD学園が就学前の障害児の通院施設だったんです。うん。だからいろんなお子さんがいた。あの、知的の方も、脳性マヒのお子さんが多かったですけど。それで週3回とか、毎日に行かれなかったと思いますね。確か3年間だったから就学前の3年？」

「下の3番目は、それこそ新生児で、何しろかごに入れて寝たきりなのを車の真ん中に入れて最初連れて行ってたんですね。でも、あそこに行くと母子分離になるんですよ、D学園。お母さんはお母さんの控え室にいます、編み物したりお喋りしたりして。子供は先生と一緒にのクラスで、まあ幼児クラスなので給食の時間だけ一緒に、食べさせたのかな」

Cさんのインタビューからは、D学園が肢体不自由児や知的障害児などの混合した療育を実施している心身障害児通所事業（小規模）であること、母親同士の交流があることも分かる。母親同士で助け合っていたことについて、Cさんは以下のように述べる。

「Dで知り合った人が、〇〇（子どもの名前）より2歳年上の方が、ちょうど近くの方が。D行ってからわかったんですけど、近いわっていう方がいて。〇〇団地の方がいて。その方、脳性麻痺のお子さんがいたから、かなり重度のお子さんで。その方も、長女さんで。女の子3人で、次女三女っていらしたんだけど。長女さんがそうだったんですけど。私が3人目出産して、もちろん実家に戻ってんですけど、三人目のときは早々になんか1ヶ月も経たないうちに帰ってきましたね。それが楽だと思って。それでその時に自分は（Dに）通えないんだけど、その彼女が〇〇（子どもの名前）を連れて行ってくれたかな、何回か。そういうお互いに。もうすごいありがたかったですよね」

Cさんは親の会を始め、様々な当事者団体に入っていた。その理由は、その当時の地域にはほとんど支援がなかったからだという。また、当事者同士だからこそ分かり合えることがあるとも述べている。D学園も当事者、とくに母親同士がつながらる場所として機能していると言えよう。

おわりに

1970年代までの障害児政策は、施設への収容保護を中心に進められたが、施設の「代替」として、さらに障害ごとの親の会の発足や、市町村による心身障害児通所事業（小規模）が実施されることで、地域特性に応じた在宅支援がなされるようになったことを本稿では明らかにした。また、1970年代になると「早期発見・早期療育」のため専門機関同士の連携からなる地域の療育体制の構築も目指されていった。

しかし、実際には専門機関同士の連携はあまりなされていなかった。とくに、医師の診断確定後に適切な支援の情報が提供されず、家族が自力で必要な支援を探し出していた。手帳取得の窓口となる福祉事務所では障害に対する高い専門性があったとは言えず、それが情報提供につながらない一因であったことが推測される。もちろん療育センターのケースワーカーや保健師の中には専門性の高い人もいたが、当時は訪問サービスも低調であり、こうした専門職につながらない人もいたのではないだろうか。また、フォーマルな支援である療育センターや心身障害児通所事業（小規模）の利用はあったものの、ホームヘルプのような家庭への支援はほとんどなされていなかった。

一方で、通所事業のような当事者が集まれる地域のが、日常生活上の訓練のみならず、支援の情報交換の場としても機能していた。さらに、そこでの出会いがインフォーマルな支援へとつながり、とくに親にとっての励ましにもなっていた。地域での生活には、専門職であれ友人であれ、近

くに頼れる人がいることが重要である。また、支援の情報のみならず地域の情報は、生活に彩りを与えることもある。当時の福祉事務所の専門性はそれほど高くなかったとしても、地域の情報を提供することで間接的に在宅生活を支援することが出来ていたかもしれない。

現在目指されている「地域共生社会」においても、専門機関同士の連携、誰もが集まれる地域の場の重要性が言われている。本稿では、それぞれの障害ごとに設置された施設が、健常者と障害のある人の、障害のある人同士の分断を生んだのではないかという点について深く掘り下げることは出来なかった。こうした分断をなくすためにも、誰もが集まれる地域の場は必要になってくるのではないだろうか。今後の在宅支援のあり方の一つのヒントとして考えていきたい。

注

- 1) 光明学園の設立には、東京大学整形外科初代教授田代義徳の尽力があった。現在の東京都立光明学園のHPには、「母体となった『東京市立光明学校』の開校に・当たって、東京市長の永田秀次郎先生が、児童の将来の幸福を願って『光明（こうめい）学校』と命名されました・・・本校の母体校の歩みは、戦前唯一の身体障害のある児童のための学校として始まり、激動の時代を潜り抜けて途切れることなく今に続いています」と説明されている
- 2) 養護学校は、1948年（昭和23年）度には、盲学校が74校、ろう学校が64校であるのに対して1校も存在せず、1949年（昭和24年）に病弱児のための、翌年に知的障害児のための養護学校が設立された。養護学校の数が盲学校、ろう学校の数を超えるのは1963年（昭和38年）である（文部科学省 特別支援教育 盲・聾・養護学校数の推移。
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/013/012.htm 最終閲覧日2023年1月27日）
- 3) 知的障害児通園施設に実際に通えたのは、学齢期の就学免除、猶予対象者が主で、就学前の障害児は自主グループとしての関わりであったという（櫻井2019）
- 4) 1963年（昭和38年）には肢体不自由児施設の全県設置56か所も実現した
- 5) 島田療育園は日赤産院小児科部長であった小林提樹によって設立された
- 6) 国は、国立病院の病棟を含めて2000施設18000床を目指したが、2000年（平成12年）には目標を達成している
- 7) なお、在宅することの積極的な意義の一つとして、普通学校（特殊学級）で教育を受け、地域の一員として生活するということが挙げられるが、1979年（昭和54年）に実現した養護学校義務化により普通学校に通えなくなったケースもあった（篠原1979）。
- 8) 1973年（昭和48年）に国は、それまでにはなかった知的障害者のための療育手帳を制度化した。療育手帳を取得するためには、福祉事務所への申請、それを受けて児童相談所か障害者更生相談所が判定をすることになった
- 9) 神奈川県立こども医療センターには病院240床にくわえて、肢体不自由児施設50床、重症心身障害児施設40床の計330床が整備された

文献リスト

- 浜野一郎、谷口政隆、山口尚子「心身障害児と家族—その生活構造とニード（1）」（1980）『障害児と地域社会Ⅱ—コミュニティ・ケアへの模索』社会福祉法人神奈川県匡済会福祉紀要No.11, 1-160.
- 橋田慈子「知的障害児をめぐる不就学問題の解決主体の形成過程に関する研究—手をつなぐ育成会・親の会参加者を事例に一」（2018）『社会教育学研究54』日本社会教育学会, 35-45.
- 本間 真宏, 堀尾 恵太郎 (2007) 「障害児 (者) 福祉の課題：障害者自立支援法との関わりで」『東京家政大

- 学研究紀要1『人文社会科学』47巻, 89-95.
- 小林美津江「障害者のコロニー収容と市場化後の地域生活に通底するもの」(2021)『佛教大学社会福祉学部論集』第17号, 109-130.
- 小林照美「就学前障害児通所支援の変遷と多様化—京都市の現状と課題を中心に」(2019)『滋賀大学大学院教育学研究科論文集』第22号, 95-104.
- 中山妙華「知的障害者福祉の歴史の変遷と課題」(2008)『社会文化論集』10号, 広島大学大学院社会科学研究科, 45-68.
- 大沢隆「神奈川県における在宅障害児対策の歩み」(1978)『障害者と地域社会—コミュニティ・ケアへの模索』社会福祉法人神奈川県匡済会福祉紀要No9. 10合併号, 49-71.
- 小崎慶介「日本における障害児療育の歴史—肢体不自由児療育を中心に—」(2016)『リハビリテーション医学』53(5), 348-352.
- 櫻井貴大「障害児保育史研究の動向と課題」(2019)『岡崎女子大学・岡崎女子短期大学 研究紀要』52号, 77-85.
- 佐藤久夫, 小澤温『障害者福祉の世界』第5版(2000:2016) 有斐閣アルマ
- 篠原睦治「養護学校義務制化と親のねがい—就学要求を越える『共育・共生願望』」(1979)『教育学研究』日本教育学会, 46(2), 117-125.
- 都築繁幸, 小木曾誉「障害児者の家族支援研究に関する動向と課題」(2019)『障害者教育・福祉学研究』第15巻, 25-33.
- 八幡ゆかり「知的障害教育の変遷過程にみられる特殊学級の存在意義—教育行政施策と実践との比較検討をととして—」(2008)『鳴門教育大学研究紀要』第23巻, 128-141.