

肢体不自由児と家族から見た戦後の

社会福祉資源の変遷と活用状況及び支持条件

増 田 公 香

はじめに

- I 国際宣言にみる障害児の権利
- II 障害実態及び社会資源・法制度の整備
- III 同一施設にかかわった年代別事例
- IV 障害児をめぐる家族と社会資源の変遷
- V むすびにかえて

はじめに

肢体不自由児のリハビリテーションにおいて、昭和40年代前半までは、施設＝長期入所（5～6年以上）が多く、その結果障害児が家族から分離された形になることが多かったという。

また、障害内容としては、昭和30年代まではポリオや結核性股関節炎等の、いわゆる整形外科的障害が中心であったのに対し、昭和40年代に入り、脳性麻痺等の中枢神経系障害が中心となり重度化の傾向をたどっているという。一方、障害児とその家族を取り巻く社会資源もわずかずつではあるが整備される方向へと向かっている。

そのような変遷の中で、昭和50～60年代に入り、「施設は最小限に利用し、後は在宅で・・・」と言った家族の対応が増えてきた。そして、以前では信じられなかったほど重度の肢体不自由児が在宅で過ごすようになってきているという。

一般に、家族への負担は、障害の程度と比例すると考えられているなか、障害の程度として重度化・重複化の傾向を辿る一方、在宅で対応しようとする家族が増えてきているのは何故だろうか？果たして、社会資源の整備がそう言った家族の対応の変化に大きく影響を与えているのだろうか？

社会状況・社会資源の変遷を背景に、それらが、個人あるいは家族レベルでどのように反映し影響しているのか。さらに、社会資源の活用状況や活用する能力についてはどうなのか。

以上のような点にスポットを当て、肢体不自由児をかかえた家族について個別的に考え、それを修士論文としてまとめた。

方法としては、筆者が、昭和62年4月より2年間にわたり実習を行った心身障害児総合医療療育センターを利用したケースのうち、昭和20年代後半から現在に至るまで、各時代5ケースずつ、計20ケースについてヒアリング調査を行い時系列的に考えてみた。

ここでは、そのなかの一部を抜粋しまとめてみたい。

I. 国際宣言にみる障害児の権利

障害児の権利について考えるとき、次の4つの宣言に目配りする必要がある。

その第1は、1948年12月10日、第3回国連総会において採択された「世界人権宣言」である。つぎに、1959年第14回国連総会において採択された「児童権利宣言」、また、1971年12月第26回国連総会で採択された「精神薄弱者の人権に関する宣言」、さらに、1975年12月9日の第30回国連総会で採択された「障害者の権利に関する宣言」である。

障害をもつ児童の権利については、今から遥か40年も昔の「世界人権宣言」を立脚点としてそれに続く3宣言において、「1人の人間」としてその生命を全うする権利が明確に保障されているのである。

つまり、障害を持つ児童が、両親の十分な愛情のもと家族とともに暮らし地域での生活を営みながら社会生

活に参加し、あるいはそれに最も近い形で全人的発達を念頭にトータルにリハビリテートする権利は「至極当然の権利」として保障されていたのである。

歴史は、現実とその目標とすべき到達点との距離を縮めつつあるに過ぎない。今後、歴史は、さらに現実とゴールとすべき「普遍の真理」との距離を縮め、さらには、普遍の真理＝現実、となるべく歩むべきである。

Ⅱ. 障害実態及び社会資源・法制度の整備

〈昭和20年代〉

昭和20年8月15日太平洋戦争が終了した後、日本は占領軍であるG. H. Q. の指導のもと様々な民主化が図られた。

昭和21年には「旧生活保護法」が、昭和22年には「児童福祉法」が、昭和24年には「身体障害者福祉法」が制定され、「福祉3法」と称される福祉立法の体系が一応整備されることとなる。又昭和26年には「社会福祉事業法」や「児童憲章」が制定されている。

〈昭和30年代〉

昭和30年代にはいと多くの関係立法が制定された。昭和35年には「精神薄弱者福祉法」が、昭和38年には「老人福祉法」が、昭和39年には「母子福祉法」が制定されている。

そして、昭和20年代に制定された3法と合わせて、いわゆる「福祉6法」が整備されるに至っている。また、昭和38年には重度身体障害者更生援護施設が設置され、昭和39年には「特別児童手当法」が制定されている。

昭和20～30年代における障害内容としては、ポリオや結核性骨関節炎等が中心であった。だが、ポリオについては昭和35年度より開始されたワクチン投与の制度化に伴い、以後急激に減少傾向をたどるようになる。

〈昭和40年代〉

昭和40年代には昭和20年代に制定された「身体障害者福祉法」の大幅改正が手がけられる（昭和42年、昭

和47年）。また、従来中心であった施設対策にたいし、昭和40年代に入り在宅対策の重要性が認識され始め、「家庭奉仕員派遣事業」などが法制化されるようになる。

実態調査によると、身体障害児数は昭和40年においては11万6600人、昭和45年時では9万3800人とされている。また、障害内容としては、昭和30年代まではいわゆる整形外科の障害が中心であったのに対し、昭和40年代に入り、脳性マヒ等のいわゆる中枢神経系の障害へとその姿が変貌してきている。

〈昭和50年代〉

昭和50年代には新しい社会福祉関連立法は制定されていないが、昭和50年には「福祉手当制度」が創設されている。

また、教育の面では、昭和54年度より「養護学校の義務化」が全面的に実施され、全員就学が実現する。

世界的動向としては、1981（昭和56）年は、「完全参加と平等」をテーマとした「国際障害者年」で、障害者福祉の大きな分岐点となる。

肢体不自由児のリハビリテーションにおいては、昭和50年を前後して早期発見・早期療育の重要性が高まり、「ボイタ法」や「ボバース法」といった訓練技術が導入されてくる。また、昭和55年度より「心身障害児施設地域療育事業」といった、いわゆる施設のオープン化対策が始められ、ショートステイなど在宅対策が強化される。

〈昭和60年代〉

昭和62年に「国民年金法の一部改正」が行われ、基礎年金の導入、障害年金の改正が行われた。

Ⅲ. 同一施設にかかわった年代別事例

ここでは、心身障害児総合医療療育センター（前称 整肢療護園）を利用したケースを年代別にあげてみたい。

〈ケースA〉

性別 女性

障害名 結核性股関節炎

家族構成 父、母、兄、弟、a子、の5人

(結婚後) 夫、a子、長女、次女、の4人

〈ケース概要〉

a子は、昭和22年東京に生まれる。

父親は戦争に行き終戦後帰国するが、そのときすでに肺結核の身となっており帰国後療養生活を送る。a子が2才時、遊んでいる際片足をひきずっているのに母親が気づいたが、生活に追われていたためそのままにしておいた。しかし、本児が5歳時それが顕著になったため、近所の接骨院につれて行くと「脳性麻痺」と言われる。だが納得しなかった母親は東大病院を受診し、そこで「結核性股関節炎」と診断され整肢療養園を紹介される。

同施設には、昭和28～29年の約2年近く入園した。一方、その間、母親や兄、弟も結核となり、結核療養所にて療養生活を送る。

a子の退園と前後して他の家族の者も退院し家族全員が揃うようになる。父親は当時ペンキ屋を営んでおり、経済的には裕福だったという。施設退園後の翌春から、a子は1年遅れで地域小学校に入学した。しかし、入学して間もなく障害が悪化した為、小3の夏まで在宅で過ごす。その後、地域小に戻りそのまま中学・高校、さらに短大へと進学する。短大卒業後某商社に就職し、その約1年後、施設のOB会活動をとおして知り合った男性と結婚する。結婚1年後に長女が、さらに5年後次女が生まれ、現在は4人家族。

〈ケースB〉

性別 男性

障害名 脳性麻痺

家族 父(昭和33年死亡)、母、b男

〈ケース概要〉

b男は、昭和29年千葉県にて出生する。

父親は米軍キャンプで通訳をしていた。

本児は3ヶ月以上も早い早産で出生体重2000gで未熟児だったが、保育器がなかったため、柳行李の中に湯たんぽをいれて育てたという。生後半年を経ても首が座らずハイハイもしないため、母親は異常に気づき近所の病院をまわる。しかし、どこの病院でも「未熟児だから・・・」と言われただけで確診はされなかった。その後、都内の日赤病院にて「脳性麻痺」と診断される。また、b男が3歳時(昭和32年)に、父親は胃癌で死亡する。その後、母親は整肢療養園という療育施設があることを知り受診し、昭和35年1月から3ヶ月間母子入園をする。退園後、昭和37年夏まで在宅で過ごす。しかし、b男が学齢に達したにも関わらず養護学校にすら通えない状態で、かつ、母親は働かざるを得ない状態であるにも関わらず本児の面倒を見るものがだれもいなかったで、医師に相談の結果、単独入園をする。当初は数年と考えていたが、経済的な問題もあり結局12年間入所することとなる。昭和49年に整肢療養園退園後、寄宿舎のある都内の養護学校に3年間在籍する。その後、昭和52年4月より伊豆の里ハビリセンターに2年間入所した後、約17年間にわたる施設での生活にピリオドを打ち、在宅で母親と暮らしとくに職を得ることもなく日々を送っている。

〈ケースC〉

性別 女性

障害名 脳性麻痺

家族構成 父(昭和54年死亡)、母(昭和54年死亡)、

c子、妹、弟

(結婚後) 夫、c子、長男、次男

〈ケース概要〉

c子は、昭和31年埼玉県にて出生する。生後1年近くを経た頃母親が異常に気づき、近くの病院を回ったが原因がわからず結局そのまま在宅で過ごす。c子が7歳時、公民館に医師団がきて健診を行い、その際「脳性麻痺」と診断され身障手帳の交付を受ける。その

後、地域の普通小学校の校長が「送迎は自分がするから、学校に行こう！」と何度か迎えにきてくれたが、ADLが自立していなかったため、13歳まで在宅で過ごす。13歳時、ある日福祉事務所の人が訪問し、「整肢療護園」という施設があることを教える。両親は快諾せず渋ったが、c子本人が「ぜひ行きたい」と強く主張したため、入園が決定する。昭和44年整肢療護園に入園し、同時に併設されている国立桐ヶ丘養護学校の小学5年生に編入する。その後、c子19歳時に1度退園し施設の近くで妹と自立生活を送るが、弟の急死により妹が実家に戻らざるを得なくなったため、再度施設に入園する。そして、昭和52年4月同施設を退園後、埼玉県内にある某授産施設に入所する。

そこでc子の訓練の担当となった指導員の男性と知り合い、付き合うようになる。そして昭和55年3月に結婚する。その後、昭和56年8月に第1子を出産し、さらに2年後の昭和58年には第2子を出産する。子供の出産に際して自分の障害は全く気にならなかったという。また、出産を行った病院も母親が障害者であることには大変理解があり、拒否するようなことはなく他の母親と同様の出産態勢を整えてくれひじょうに協力的だったという。出産後は一時体調を崩すこともあったが、夫の協力のもとヘルパーの人や地域のボランティアの人々の協力を得て何とかやった。現在、子供たちは昼間はそれぞれに学校・保育園へと通うようになり楽になったため、c子は家事の合間に、授産施設でかつて習った水彩画を趣味にしている、という。

〈ケースD〉

性別 女性

障害名 脳性麻痺

家族構成 父（昭和51年死亡）、母、d子、祖母、叔父、叔母、従兄弟

〈ケース概要〉

d子は、昭和50年埼玉県にて出生する。母親が妊娠7ヶ月時の早産で、出生体重1090gの極小未熟児であ

った。出生後半年ほど経た頃、母親が「首が座らない」などと異常に気づき、近所の病院を回るが「大丈夫」と言われる。その後、d子1歳時（昭和51年）にインフルエンザにて緊急入院した病院にて、「脳性麻痺」と診断される。その病院から整肢療護園を紹介され、ボイタ法習得のため2週間母子入園する。一方、昭和50年（d子10ヶ月時）父親は癌のため緊急入院し、4ヶ月後の昭和51年春、左足大腿部の筋肉腫により29歳の若さで死亡する。以後本児と母親は、母方実家で暮らす。

その後、2度ほど母子入園を行う。その際、担当医師から統合保育を勧められる。そして、知り合いの幼稚園に相談し、昭和54年4月より3年間の幼稚園生活を送る。

1年間の就学猶予の後、昭和57年4月より地域の普通小学校に入学する。小学校生活においては学校側と様々な意見の相違も生じたが、昭和63年春卒業する。そして、同年4月より地域の普通中学に進学する。

また、母親の積極的姿勢に対する地域社会の理解も深まり、昭和63年の秋より地域の生協活動をとうして知り合った主婦たちが結束し、週1回d子の介助を行い母親に休息日をあげよう、といった自主的組織が作られるようになる。父親が早く死亡し、本児の養育を1人で頑張ってきた母親にとり、周囲の自主的な協力は精神的にも肉体的にも大きな支えとなるという。

〈ケースE〉

性別 男

障害名 脊髄損傷

家族構成 父、母、姉、e男、祖母

〈ケース概要〉

e男は、昭和54年出生後健康に成長していたが、昭和60年7月小学1年生の夏休み時、遊びに行っていた友人宅の2階から落下し、塀に背と頭をぶつける。救急車によりN医大の救命センターに運ばれ、成功率は1～2%と言われた大手術を行う。手術後何とか命は

取り留めたが意識は戻らず、約1ヶ月後やっと意識を取り戻す。

その後、医大が家から遠いこともあり、某総合病院に転院する。しかし、同病院は大人の患者が中心であり、また学校の件もあるので本児には余り適した環境ではないという病院側の判断により、心身障害児総合医療療育センターに紹介される。

そして昭和61年3月より当センターに入所し、同時に併設されている国立養護学校に編入する。2年間の入所で、当初スタッフが想像していた以上の回復があり、歩行も可能となる。昭和63年3月に退所し、4月より地域の普通小学校の3年生に編入し、在宅での生活を送っている。

Ⅳ. 肢体不自由児をめぐる家族と 社会資源の変遷

(1) 施設利用に対する家族の対応の変遷

肢体不自由児のリハビリテーションにおいて、戦後40年余りの間にその障害の種類・程度は大きく変貌してきている。それでは、施設利用に対する肢体不自由児を抱えた家族の対応はどのように変わってきているのだろうか。当初、昭和40年代前半までは5～6年にわたる長期入所がほとんどであると予想していたが、今回の調査においては必ずしもそのようには言えなかった。昭和20～30年代においてもそのほとんどが2～3年にわたる短期入所で、昭和40～50年以降のケースと余り相違はみられなかった。それは、対象者の障害が軽度であったことと、また家族の生活が比較的経済的に裕福であったことが大きく起因すると思われる。だが、そのようななかでも、前掲したケースBやケースCのように10年以上という長期にわたり施設入所をしていた事実も明らかである。それに対して昭和40年代後半から現在にかけてのケースを見てみると、そのほとんどが2～3年にわたる短期入所で、また入所目的も手術や訓練あるいは訓練技術の習得のためといっ

たように変化してきている。そして、「施設は最低限度利用し、後は在宅で・・・」といった家族の対応が増えてきている。だが、そのような事実を我々はどのように受けとめていいのだろうか？

すなわち、果たしてそういった家族の対応の変化は家族が本当に望んでのことなのか。あるいは、そうせざるを得ない状況にあるため仕方なくそうしているのか。といった両側面が考えられよう。

昭和40年代以降、在宅で対応している家族は確かに増えてきている。それは子供の幸せを真剣に考え、真剣に考えるがゆえに家族とともに在宅で過ごすことを望む親は増えてきているのである。しかし、その裏側には様々な家族への負担が、依然厳しい現実として横たわっているのである。

(2) 近隣・地域社会の障害者認識の変遷

障害児とその家族が生きていくに当たり、社会の対応に大きく影響されることはいうまでもない。障害者に対する差別や偏見は依然として今だに強い日本社会であるが、30年前まではそれはもっとひどかったようだ。

しかし、時代とともにわずかずつではあるが障害者に対する周囲の認識も変化してきている。例えばケースCでの地域の主婦たちによる自主的な援助組織の誕生などからも理解できよう。

今後、さらに障害者に対する偏見や差別をなくし障害者が何の無理もなく生きていける社会へと歩むためには、まず、「障害者」に対する正確な理解や認識を広めることが重要であろう。

従来、障害者に対しては古い迷信や諺をとおしての誤った認識がはびこっており、それが障害者に対する様々な偏見や差別を生んだと思われる。それを解決するためには、やはり「科学性」とおしての障害に対する正確な理解や認識を行い、教育等の場を等して広めていくことが重要であろう。

(3) 社会資源

a) 医療・保健面

肢体不自由児のリハビリテーションにおける医療・保健面については、今回行った調査からは次のような問題点があげられた。

〈医療機関〉

1. 地域における開業医などの地域住民に最も身近な医療機関において、正確な診断と積極的なフォローが行われるべきである。
2. 医療機関間、あるいは医師同士の連絡や連携を十分に行う。
3. 単に、診断・治療の枠に留まらず、リハビリテーションの視点をもって関わるべきである。

〈保健所〉

1. 乳幼児健診が障害の早期発見に余り役に立っていない。
2. 保健婦の訪問等による継続的なフォローアップがなされていない。
3. 福祉事務所や児童相談所などの福祉窓口との連携が不十分である。

以上のような点が問題点としてあげられた。

b) 社会福祉機関

社会福祉機関についてはつぎのような点が今後の課題としてあげられよう。

〈療育機関〉

1. 障害児が在宅で過ごすに当たり補完的機能として、ショートステイ、デイサービスの充実化。
2. 医療・保健・福祉行政との連携を図り、情報提供の場、学習の場としての機能を充実させる。
3. 専門職の集まった専門機関としての機能を施設内だけに留めておくのではなく、その機能を施設外や地域へと拡大していく。

〈福祉事務所・児童相談所〉

両者については、今回とくに問題は上がらなかった。だが、それは同時に、両者の機関が対象者を「待ち」の姿勢でのみ対応し、障害児のリハビリテーションに

深く関わっていない、といった事実の裏返しであると言えよう。対象者の来訪を「待ち」の姿勢でのみ対応するのではなく、積極的に対象者の把握を行うことが、今後の重要な課題となつてこよう。

c) 教育

肢体不自由児をめぐる教育については、養護学校、統合教育を含め、以下のような点が問題点としてあげられた。

1. 統合保育・統合教育の機会を得るに当たり、それは極めて校長等を始めとする現場の教師の個人的判断次第である。
2. 養護学校において直接子供の指導に当たる教師の質の問題。
3. 教育保障が18歳までに留まり、それ以降の成人期とに分断されている。
4. 親は、障害を持つ子供の状況を冷静に見つめるべきである。

ことに2については、昭和54年度から障害児に対する「養護学校の義務化」が実施されるようになったが、たとえ就学といった機会を得ることができても中身のともなった教育を受けるのではなくては、単に機会の形骸化に過ぎないと思われる。

また、3については、これは教育分野だけについてではなく、18才未満とそれ以後の成人期とを明確に分断している日本の福祉行政のあり方そのものに起因すると言えよう。

V. むすびにかえて

戦後40年余りを振り返ってみると、肢体不自由児とその家族に対する社会資源の整備については、前述したように依然不十分な点はあるものの、かなり充実されてきている。しかし、まだまだ社会資源の活用に当たり積極的姿勢で臨む利用者は少なく、社会資源は十分には活用されていない、というのが現実の姿と言えよう。

その要因としては、次のような点が考えられよう。

1. 情報不足
2. 利用者側の選択の幅の狭さ
3. 供給側主体のシステムのあり方
4. 社会資源の内容と利用者側のニーズの不一致
5. 社会資源に対する誤った認識

まず1については、情報が十分ではないため、社会資源の存在自体を利用者側が十分に知らない、ということである。2については、従来日本においては、その援助方法は物品給付が中心であるため、それは供給側の策定したメニューの制限内においての選択となり、選択の幅は必然的にせばめられている。3については、社会資源のあり方が、常に供給側の便宜に基づいておこなわれている点である。4については、利用者側のニーズを供給側に反映する場がないため、提供側からの一方通行的な資源提供となる。その結果、利用者のニーズとはミスマッチしたものとなりその効用性もひじょうに乏しくなっている。また、5については、従来日本において、福祉的援助＝貧困対策、お恵みといった誤った認識が強く残っていると思われる。その結果、社会資源の活用を避け、かなりの犠牲を敷いても可能な限り自助努力で行おうとするのではないだろうか。以上のような点を踏まえた上で、利用者がもっと積極的に社会資源を活用促進するための条件、すなわち、社会資源活用能力の支持条件として次のような点を上げたい。

1. 豊富な情報提供
2. 利用者のニーズに見合った選択の幅の広い社会資源提供
3. 利用者側のニーズを反映する「場」の確保

4. 利用者が主体となる社会資源提供
5. 「出かけていく」姿勢の強化
6. 社会資源に関する正確な認識
7. キーパーソンの存在

まず、社会資源の存在自体をより多くの対象者に知らせるためには、豊富な情報の提供が重要となつてこよう。また、提供するサービスの内容については、2であげているように利用者の状況やニーズに最も適した条件で、かつ選択の幅の広い社会資源の提供が行われるべきであろう。また、そのニーズを的確に把握するために、利用者側のニーズを反映する「場」が確保されることが重要となろう。サービス提供のあり方としては、4、5が挙げられよう。さらに7については、社会資源活用に当たり媒体としての役割だけではなく、社会資源を新たに作り出す「チャンスメーカー」といった無限の可能性を秘めた重要な存在であると言える。

以上7点を、社会資源活用能力を促進する支持条件としてあげたい。

肢体不自由児とその家族をめぐる社会福祉資源は、わずかずつではあるが年々整備される方向にある。

その社会資源が十分に活用され、それが障害児を抱えた家族の姿勢に大きく影響を与え効力を発揮するような重要な存在となるためには、利用者側がより強力な活用能力を保持することが重要となつてこよう。

そうして、利用者側が豊かな資源活用能力を保持することにより、器としての社会資源はその効力を十分に発揮し重要な存在となるであろう。

(ますだ きみか：本学大学院生)

〈資料〉

年代	社 会 福 祉	教 育	医 療	社 会 一 般
昭和20年代	21. (旧)生活保護法施行 23. 児童福祉法制定 25. 身体障害者福祉法制定 25. (新)生活保護法制定 26. 児童意章制定 社会福祉事業法	22. 教育基本法 22. 盲・ろう児童就学義務制度発足 25. 東京都立光明小・中学校多摩分校を開校 27. 文部省初等中等教育局に特殊教育室設置 29. 盲・ろう学校中学部就学義務発足	22. 医学教育に米国の制度を取り入れるよう改正 26. 日本 世界保健機関 (WHO) に加盟 29. 更生医療の給付開始	20. ポツダム宣言受諾, 国際連合成立, 第2次世界大戦終了 22. 日本国憲法制定 23. 世界人権宣言採択 25. 朝鮮戦争始まる
昭和30年代	32. 児童福祉法一部改正 35. 身体障害者雇用促進法 35. 精神薄弱者福祉法制定 36. 国民皆年金・国民皆保険の実現 38. 老人福祉法制定 38. 戦傷病者特別援護法 39. 母子福祉法制定 39. 「特別児童扶養手当法」施行	30. 特殊学級設置奨励建築費助成 31. 「公立養護学校整備特別措置法」制定 32. 特殊学級への設置補助金支給始まる 34. 中教審 特殊教育の充実振興を答申 36. 文部省特殊学級、養護学校増設5ヶ年計画発表	30. ソーク・ワクチン発見 35. 全国的にポリオ集団発生 36. 3才児健康診査の項目、ならびに方法及び技術的基準 36. ポリオ生ワクチン投与始まる	30. 「経済5ヶ年計画」発表 31. 厚生白書発表 32. 朝日訴訟 34. 児童権利宣言採択 35. 日米安保条約自然成立 37. 38年度を初年度とする社会保障5ヶ年計画 38. ケネディ大統領暗殺事件 39. 東京オリンピック
昭和40年代	40. 母子保健法 42. 身体障害者福祉法の改正 42. 児童福祉法一部改正 43. 肢体不自由児通園施設制度始まる 45. 心身障害者対策基本法 45. 重度心身障害児家庭奉仕員制度発足 47. 老人福祉法一部改正 47. 身体障害者福祉工場開設 47. 療護施設開設 49. 雇用保険法案成立	41. 「就学義務猶予者の中学校卒業程度認定規則」制定 44. 在宅障害児訪問教師制度発足 48. 文部省、中教審答申に基づき養護学校の設置を54年より義務づける方針固める。 49. 希望者全員就学制度発足 49. 文部省S49年度より私立幼稚園の障害児保育(10名以上)に対し補助	40. 理学療法士法及び作業療法士法公布 44. 公害に関する健康被害の救済に関する特別措置法公布 45. 東京都フェニールケトン尿症検査実施 47. 兵庫県、羊水検査で胎児の染色体に異常があれば人工妊娠中絶を指導する試み始める 49. 厚生省難病対策拡大方針を発表	43. 「精神遅滞者権利宣言」 47. 沖縄返還協定発効 48. 金大中事件、ベトナム和平、石油危機
昭和50年代	50. 福祉手当制度の創設 50. 東京都身障者・児の一時保護制度スタート 51. 身体障害者雇用促進法改正 53. 障害者住宅整備資金貸付制度の創設 55. 在宅障害者デイ・サービス事業 57. 老人保健法の制定	54. 養護学校の義務化	59. 被用者医療保険の療養給付の一部負担金の定率化	50. 「障害者の権利に関する宣言」 51. ロッキード事件 54. 国際児童年 56. 国際障害者年
昭和60年代	62. 国民年金法等の一部改正 62. 「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定 63. 「精神保健法」制定 63. 国民健康保険法改正			63.1.7「昭和」終わる