

博士学位
請求論文

1950 年代から 1960 年代における
日本の重症心身障害児者政策の政策過程に関する研究

—なぜ日本はこの時期に重症心身障害児者に関わる専門資源を拡充できたのか—

小埜寺 直樹

目次

序章	問題の設定.....	1
第1章	先行研究のレビュー.....	7
1.	先行研究の整理	
2.	先行研究レビュー	
第2章	政策過程研究の検討.....	43
1.	政策とは	
2.	政策過程研究とは	
3.	政策過程の段階論	
4.	インクリメンタリズム理論	
5.	政策決定における「日常型」「危機型」「非常時型」モデル	
6.	政治決定における「エリートモデル」「プルラリズムモデル」「コーポラティズムモデル」	
7.	政策決定における Allison の 3 つのモデル	
8.	Easton の政治理論による政策過程のマクロ的理解	
9.	Kingdon による課題設定の分析	
10.	政策過程研究の進め方	
第3章	重症心身障害概念の国際的検討.....	82
1.	日本の「重症心身障害」概念	
2.	海外の「重症心身障害」概念　－PIMD, Polyhandicap－	
第4章	分析の枠組み.....	106
1.	分析対象	
2.	分析枠組み	
3.	本論文の構成	
第5章	厚生省児童局の分析.....	114
1.	児童局予算推移のマクロ的把握　政策重点事項の確認	
2.	わが国における障害福祉行政組織の変化	
3.	児童局の成立過程	
4.	知的障害児と身体障害児（肢体不自由児）に関わる行政組織の分離 －身体障害への「衛生」の関与－	

第6章 第Ⅰ期 始動期	165
1. 問題の認識とは何か ―フレーミング―	
2. 第Ⅰ期におけるアクターの措定	
3-1. 乳児院における問題	
3-2. 知的障害領域における問題	
3-3. 身体障害（肢体不自由）領域における問題	
3-4. 昭和31年中央児童福祉審議会「児童福祉行政の諸問題にかんする意見具申」	
3-5. 厚生省児童局の問題認識 ―母子衛生行政の観点から―	
4. 糸賀一雄の「近江学園」における実践と問題	
5. 小林提樹の「日赤産院小児科」および「附属乳児院」における実践と問題	
6. 全国社会福祉大会における問題状況	
7. 第Ⅰ期の政策課題の設定	
8. 第Ⅰ期における政策案の決定	
第7章 第Ⅱ期 発展期	245
1. 第Ⅱ期の分析の視点	
2. 「島田療育園」における研究事業による「重症心身障害児」の定義	
3. 全社協「重症心身障害児対策促進協議会」における「重症心身障害児」対策への提言	
4. 第Ⅱ期における政策案の決定	
5. 第Ⅱ期における政策の環境要因	
第8章 第Ⅲ期 拡充期	260
1. 第Ⅲ期の分析の視点	
2. 「守る会」の組織化	
3. 全社協による障害者団体の調整と「心身障害児福祉協議会（心身協）」の組織化	
4. 第Ⅲ期における政策案の決定 国立療養所重症心身障害児者病棟の整備	
5. メディアによる重症心身障害児問題に関わる言説	
6. 「重症心身障害児」の「障害分類」による再規定 ―法制化のプロセス―	
第9章 考察	283
1. 重症心身障害児問題の端緒-1950年代・60年代の重症心身障害児者政策とは何であったのか？-	
2. 母子衛生官僚の行動を支えた環境要因と母子衛生官僚の行動様式	
3. 各期における重症心身障害児者政策の決定メカニズム	
4. 結論と今後の課題	
文献	294

注

【本論文における「精神薄弱」の表記について】

精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律（平成 10 年 9 月 28 日法律第 110 号）によって、「精神薄弱」から「知的障害」に用語は変更された。しかしながら、歴史記述において、当時の制度を扱う際には「精神薄弱」の語を使用することにする。

【本論文における「肢体不自由児」の表記について】

肢体不自由児は、1967（昭和 42）年までは、「し体不自由児」というひらがな表記が正式な用語であった（児童福祉法施行令の一部を改正する政令 政令第 224 号昭和 42 年 8 月 1 日公布施行により漢字表記に変更された）。とはいえ、昭和 20 年代から行政においても「肢体不自由」という漢字表記を用いていた。そこで、本論文でも、当時の文献においてひらがな表記が用いられていても「肢体不自由」という漢字表記に改めた。

謝辞

文献の収集にあたっては、国立国会図書館、国立公文書館、国立保健医療科学院、朝日新聞社、読売新聞社のデータベースを活用した。

厚生科学研究報告抄録集の収集と閲覧は、国立保健医療科学院図書室のスタッフの方々にお世話になった。また木村忠二郎関係のマイクロフィルム版史料と『福祉新聞』の閲覧は、日本社会事業大学附属図書館で実施した。「全国重症心身障害児（者）を守る会」の機関誌である『両親の集い』は、「全国重症心身障害児（者）を守る会」本部のご厚意により創刊号より閲覧することができた。関係各位に御礼を申し上げます。そして、貴重な歴史証言を提供してくださった諸先生方に感謝を申し上げます。

はじめに

Raising our sight.

People with profound intellectual and multiple disabilities are among the most disabled individuals in our community. They have a profound intellectual disability, which means that their intelligence quotient is estimated to be under 20 and therefore that they have severely limited understanding. In addition, they have multiple disabilities, which may include impairments of vision, hearing and movement as well as other problems like epilepsy and autism. Most people in this group are unable to walk unaided and many people have complex health needs requiring extensive help.

People with profound intellectual and multiple disabilities have great difficulty communicating; they typically have very limited understanding and express themselves through non-verbal means, or at most through using a few words or symbols. They often show limited evidence of intention. Some people have, in addition, problems of challenging behavior such as self-injury.

This means that people with profound intellectual and multiple disabilities need high levels of support from others with most aspects of daily living: help to eat, to wash, to dress, to use the toilet, to move about and to participate in any aspect of everyday life.

Despite such serious impairments, people with profound intellectual and multiple disabilities can form relationships, make choices and enjoy activities. The people who love and care for them can often understand their personality, their mood and their preferences.

Professor Jim Mansell

Tizard Centre, University of Kent

March 2010

出所：（ Mansell 2011:3 ）

【和訳】

我々の目を覚醒させなさい！

重度・重複障害者（ People with profound intellectual and multiple disabilities ）は我々の社会において最も重い障害のある人々である。彼らは最重度の知的障害（IQ20以下）があり、そのために物事を理解することに大きな障害がある。加えて彼らは多種多様な障害（視覚、聴覚、移動）、てんかんや自閉症も抱えている。多くの重度・重複障害者は介助なしでは歩行困難であり、多くは広範囲の支援が必要で多様なニーズを有している。

重度・重複障害者はコミュニケーションに多大な障害がある。彼らは一般的に非言語的な方法か2つか3つのことばやサインのみでしか、物事を理解したり自らを表現することができない。彼らの関心が何に向いているのかについての反応も弱い。彼らの中には自傷行為等の行動障害を有する人もいる。すなわち彼らが日々の生活のあらゆる面において他者から非常に多くの支援が必要であるということである。食事、入浴、着衣、排泄、移動、社会参加等々・・・において。

しかしこれだけの大きな障害を抱えていても、彼らは人々と繋がりを持ち、選択を行い、活動を楽しんでいる。彼らを愛し彼らを介護する人たちは、彼らの個性、彼らの気持ち、彼らの好みを理解することができるのである。

2010（平成22）年3月 ケント大学チザードセンター 教授 Jim Manselle

もともと重症心身障害児は、これ以上の人間はおるまいと思われるほど悲惨なものである。経済的にもその施設は極めて困難であるが、従事する専任者たちを得ることも極めて困難で、その必要性は叫ばれながらも、今日までこの施設が設けられるには至らなかったのである。当協会が、あらゆる困難を排して、この施設作りの冒険を犯して今日に至ったのも、この不幸な子どもたちとその悲しい家庭を救済したいという、一に人道的な立場に立ってのことである。そうした意義を深く理解された各方面の方々の尊い援助と厚意が実って、第二期工事も完成するに至ったばかりでなく、多くの積極的な従事者をも獲得できるに至ったことは、人道未だ地に落ちずの感を深くするとともに、この事業のもつ重要性をあらためて再認識させられることであった。

この重症心身障害児に対して、介護していかなる意味があるだろうかという一部の批判も過去のこと、現在は積極的に重大な社会的意義が認められている。体は寝たきりであろうが、目はうつろであろうが、その顔は笑いを失ってしまっていようが、この子どもたちが声なくして訴える人間としての権利は、見る者の心を何より強く揺するものである。ダ夫を立たしめ、怯者に勇を与え、失意にふるい立たしめ、泣く者に喜びをもたらし、人生の意義を教え、生きる権利を学ばせ、平和を説き、民主主義を体験せしめるに、この子どもたち以上に力あるものはあるまい。ここには人間の最も根本的な問題を、しかも、最も赤裸々に露出していると言つてよかろう。人作りの根底であり、国作りの根底に通じるものがここにあるとも言えよう。しかも、いかに金を注いでも充分とはいえないほどの、底の知れない泥沼のような事業、実に、この子どもたちの処置がその国の民主主義のバロメーターであるといわれる理由もここにある。かくして、この事業がもたらす意義は極めて大きい。

1963（昭和38）年5月 日本心身障害児協会会長 足立正

出所：（財団法人日本心身障害児協会1963：2-3）

この2つの文章は、書かれた時期も国も異なる。前者は2010（平成22）年に、英国の発達障害支援の研究機関が英国社会保障省宛てに書いたレポートの一文である。その目的は「再重度の知的障害を持ち重複障害を伴う人々（People with profound intellectual and multiple disabilities）」のサービスがあまりに貧弱であることから、その充実を政府に要請したことにあつた。

一方後者は、1963（昭和38）年、我が国初の「重症心身障害児施設」である「島田療育園（現・島田療育センター）」の開園2年後に発行された『島田療育園のあゆみNo1』の巻頭言である。

この2つの文章は、時代も場所も目的も執筆者も異なっているが、その根底には共通の考えが流れている。それは社会に向けて、"profound intellectual and multiple disabilities"（以下PIMDと略す）や「重症心身障害」を有する「我々の社会において最も重い障害のある人々」（the most disabled individuals in our community）の存在を尊重していく願いである。なお海外におけるPIMDと日本の「重症心身障害」の概念については後に詳しく検討するが、さしあたりここでは、ほぼ同じ概念と理解しておく。

この英国における 2010（平成 22）年の、マンセル教授のレポートに対する英国保健省の Paul Burstow 大臣（Minister of State for Care Services）の回答は以下であった（一部抜粋）。

Government response to 'Raising our Sights'

Raising our sights: services for adults with profound intellectual and multiple disabilities produced by Professor Jim Mansell of the Tizard Centre, Kent, is a very valuable contribution to the debate on how we can ensure that people with highly complex needs can be supported to live as independently as possible and as included and valued members of society.

（中略）

We support this report and its central message that the major obstacles to wider implementation of policy for adults with profound intellectual and multiple disabilities are prejudice, discrimination and low expectations.

（中略）

We are committed to improving the health and well-being of the population through a health and social care system which is provided to all those who need it. This includes those people with profound intellectual and multiple disabilities.

From: Department of Health Published: 10 February 2011

出所： <https://www.gov.uk/government/publications/government-response-to-raising-our-sights>

【和訳】政府からの 'Raising our sight' への回答

"Raising our sight" Tizard センターの Mansell 教授による PIMD を有する人々へのサービスについてのレポートは大変貴重な貢献をもたらしている。その貢献とは、高度で複合したニーズを有する人々にできる限り自立した生活を支援して、彼らが社会の大切な一員として包摂されることをどのように保障していくのかという議論への貢献である。

（中略）

社会保健省はこのレポートとそこで投げかけられた主張の概要を支持する。つまり PIMD を有する人々への政策を展開していく際の大きな障壁として、彼らへの偏見、差別、望み薄ということがあることについてである。

（中略）

我々は、サービスを必要とするすべての人々に提供される保健福祉制度を通じて、人々の健康やよい暮らしへの改善に関わっていく。これには PIMD の人々も含まれている。

この英国保健省の大臣の回答には、PIMD を有する人々が「社会の大切な一員として包摂される」ことの重要性が述べられている。一方で彼らには「偏見」「差別」「望み薄」という障壁が存在していることも示されている。この 2010（平成 22）年に示された Mansell 教授のレポートと英国保健省の回答は、英国が PIMD を有する人々を社会に「包摂」し彼らの「自立」のための政策を展開しようとしている現状を我々に教えてくれる。

他方、後者の「島田療育園」の運営母体である「日本心身障害児協会」の会長・足立正

の文章が記されたのは、Mansell 教授のレポートと英国保健省の回答から遡ること約 50 年前の 1963（昭和 38）のことであった。この年は、わが国においては厚生省より「重症心身障害児の療育について（昭和 38 年 7 月 26 日厚生事務次官通知発第 149 号）」が発せられ、重症心身障害児の施設療育制度が補助事業として開始された年であった。その後 1966（昭和 41）年には国立療養所における専門病棟の整備方針が示され、以後、国家が「重症心身障害」を有する人たちへの専門資源を積極的に拡充した。このように日本では 1960 年代より、「重症心身障害」に関わる専門資源が飛躍的に増加していったのである。

重症心身障害児者政策の始期についての日本と海外とのタイムラグ

ところで「重症心身障害・PIMD」という、「我々の社会において最も重い障害のある人々」への支援をめぐる、今日の英国の動向と日本における歴史的展開を比較すると、そこにはかなりのタイムラグがあることは興味深い。いったいなぜなのだろうか？

もちろんこの英国の一事例のみをもって、日本の「重症心身障害」への取組みの先行性を主張することは慎重であるべきである。しかしながら海外において、PIMD への関心が高まったのは、比較的最近のことなのである。結論を先に述べれば、海外での PIMD への取組みが強化されるのは 1990 年代からといってよいだろう。

「国際知的障害学術会議（International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities 以下 IASSIDD と略す）」は、知的障害に関わる国際的な研究組織である。この研究組織は 1964（昭和 39）年に創設された知的障害に関わる国際的な学術研究団体である。この IASSIDD 内には特別研究グループ

（Special Interest Research Group 以下 SIRG と略す）が組織化されている。SIRG は知的障害に関する専門的・横断的課題についての国際的な研究ネットワークであり、

2017 年 5 月現在、IASSIDD の Web ページ（<https://www.iassidd.org/content/sirgs>）によると、12 の SIRG が設置されている。この 12 の SIRG の 1 つに PIMD についての特別研究グループである SIRG-PIMD がある。SIRG-PIMD が組織化されたのは 1999（平成 11）年であった。SIRG-PIMD の設立経緯については後述するが、従来、知的障害の研究や実践の領域で光りが当てられてこなかった PIMD に対して、"from invisible to visible（存在を可視化せよ！）" を標語として、現在も精力的に活動が展開されている（小埜寺 2015:69）。

また PIMD に関する専門書も SIRG-PIMD が組織化された前後より増加する。アメリカ議会図書館（Library of Congress）の書籍検索機能を用いて、PIMD をタイトルに付した書籍を検索したところ、PIMD に関わる専門書は 28 件抽出された（2016 年 1 月 1 日現在）。これらの書籍を出版年でソートすると、最も古い出版年は 1987 年であった。また出版年別に整理すると 1980 年代は計 3 件、1990 年代は 6 件、2000 年代は 8 件、

2010 年代は 11 件であった。この検索結果によれば、PIMD をタイトルに含む専門書は、1990 年代以降出版数が増加したことが分かる。PIMD に関わる国際的な研究グループの組織化や PIMD 関連の専門書の出版数のトレンドを踏まえると、海外では 1990 年代以降に PIMD への関心が高まってきたと言ってよいだろう。

日本において「重症心身障害」への専門資源が拡大したのは 1960 年代からであった。

他方、海外においてPIMDへの専門的支援に関心が向けられたのは1990年代からであった。このように日本と海外との間には、「重症心身障害・PIMD」に関わる専門的な取り組みについて、30年ほどのタイムラグがあるようである。

実はこのような日本の先行性については、すでに我が国の「重症心身障害」支援に関わる専門家が指摘してきたことでもある。ここで小池文英、有馬正高、岡田喜篤の3名による指摘を紹介しよう。

「重症心身障害」支援に関わる専門家による日本と海外とのタイムラグに関わる指摘

小池文英は、1950年代に厚生省児童局母子衛生課の技官を務め、その後日本初の「肢体不自由児施設」である「整肢療護園」の第2代園長（1963（昭和38）年～1983

（昭和58）年まで）を勤めた人物である。小池は日本の「肢体不自由児の父」と呼ばれた高木憲次（東京帝国大学医学部整形外科教室初代教授・「整肢療護園」初代園長）の直弟子であり、戦後の障害福祉に関わる制度設計にも大きな影響を与えた。その小池が

1959（昭和34）年にアメリカの障害者施設を視察した際の印象記を後年書き残している（小池1974）。小池はこのアメリカ視察の際に、「重症心身障害」についてアメリカの取り組み状況を尋ねたところ、「このようなベジタブルが何の参考になるのか」との回答を得たという。小池はこのような体験を振り返り、「重症心身障害」を国家的施策として運営しているのは欧州諸国においては皆無であるとし、「世界に冠たる重症心身障害児施設」と称したのであった（小池1974:4）。

有馬正高は1950年代より、東京大学医学部小児科において、障害児の臨床と研究に従事してきた医師である。有馬は世界の小児神経学をリードしてきた人物であり、「国立精神神経センター」総長、「東京都立東大和療育センター」院長を歴任し、2017（平成

29）年現在は「東京都立東部療育センター」名誉院長である。有馬は世界的な脳性小児麻痺の研究者であるスウェーデンのHagbergとも親交が深い。Hagbergはかねてより「重複障害を有する最重度知的障害児（Profoundly Mentally Retarded Children with Multiple Handicaps）」のための専門ケアユニットの必要性を、彼の論文内で主張していた（Hagberg1988：292）。そのHagbergは、1988（昭和63）年に来日した。有馬はHagbergと対象概念の突き合わせを行い、日本において重症心身障害児者に関わる専門施設が、全国的に整備されている事実を目の当たりにして、Hagbergが驚愕したことを振り返っている（有馬1994:21）。

岡田喜篤は、わが国の「知的障害」「重症心身障害」の専門家であり、「国立秩父学園」園長、「川崎医療福祉大学」学長を歴任した人物である。岡田はアメリカへの留学経験があり、アメリカの知的障害児者支援の事情に詳しい。その岡田は1988（昭和63）年の学会講演において、アメリカにおける重症心身障害児者支援の状況について、「こういう重度の人は何をやっても発達することはあり得ないし、どんなに努力をしてもさして効果はないものであるから限定したものでなくてはならない、というような考え方があるようで、介護職員にしろ、あるいはそこで行われているケアの内容にしろ、非常に機械的かつ事務的な部分を持っております」と説明している（岡田1988a：66）。

さらに近年、岡田は、「40年前ほど前から欧米諸国の障害児関係者が、日本の重症児制度を高く評価していたが、今日のどの国でもその願いは実現されていない」（岡田

2013:5) とし、重症心身障害児者支援における我が国の先行性を指摘している。

このような識者の指摘も踏まえると、「重症心身障害・PIMD」を有する人々への支援については、日本は海外に先行して、その対策に着手してきたと言ってよいだろう。しかしながらこれら3人の識者は日本の先行性を指摘しているものの、その理由については、特に示していない。

本論文のリサーチクエスチョンの設定

そこで本論文では、なぜ日本は諸外国に先行して、1960年代に「重症心身障害」を特別な政策カテゴリーとして設定し、「重症心身障害」に関わる専門資源を拡充することができたのか？ 本論文においては、これをリサーチクエスチョンに設定し、その要因の解明を目的とする。

research question

本研究の目的は、なぜ日本において、1960年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか、その要因を解明することである。

本章では、前章で設定した本論文のリサーチクエスションを受けて、わが国における重症心身障害児者対策史の先行研究をレビューする。

1. 先行研究の整理

はじめに

本研究の目的は、なぜ日本において、1960年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか？その要因を解明することである。

そこでわが国における重症心身障害児者対策史を取り扱った先行研究を整理し、その上で先行研究をレビューする。

重症心身障害児者対策に関わる先行研究は極めて少ない

まずもって、重症心身障害児者対策史についての先行研究は、極めて少ない状況にある。その理由として、当該対策史の研究に取り組んでいる細渕は、重症心身障害児者についての療育が開始されてから40年あまりと短いこともあり、まだ歴史として十分成熟していないことを指摘している（細渕 2002: 37）。

確かに細渕の言うように、当該対策史の研究は十分に蓄積されていないといえる。しかしながら対策の進展を記した関係者の手記や当時の雑誌等の記事、またそれらを活用した概説は比較的多いのである。

そこで先行研究の整理にあたっては、学術的な文献のみに限定せず、このような一般啓発書や概説も含めることとする。それによって重症心身障害児者対策史に関する、今日の研究の到達状況を広く把握できると思われるからである。

対策を内側から体験してきた小林提樹と糸賀一雄による基本文献

重症心身障害児者対策の歴史的経緯については、当該対策の推進に際して主要な役割を演じた小林提樹や糸賀一雄による手記や論考が残されている（小林 1958b, 1961, 1968；糸賀 1965: 263-298, 1968: 151-188）。小林と糸賀によって記されたこれらの文献は、当該対策の進展と平行して記されたものであり、歴史史料としても貴重である。特に小林は、わが国初の「重症心身障害児施設」である「島田療育園」（1961（昭和36）年開園）の初代園長として、施設設置運動に深く関与していた。また小林は親の会である「全国重症心身障害児（者）を守る会」の前身組織である「両親の集い」を主宰し、運動体である親の会の結成にも深く関与した。小林は当該対策を内側から体験し、かつ当該対策の推進にも寄与した人物であり、このような小林の文献は、今日でも重症心身障害児者対策史の基本文献といえる。

小林は後年に過去の対策を振り返り、いくつかの証言や資料も残している（小林 1983, 1986, 1988）。また「全国重症心身障害児（者）を守る会」の会報誌での対談記録もある（小林提樹・秋山ちえ子 1979；小林提樹・岡田喜篤 1987）。これらの文献も、小林自身の過去の振り返りとして貴重な史料である。ただし当該対策の経緯に関する新たな情報はそこには付加されていない。

小林提樹と糸賀一雄の略歴

ここで、先行研究の整理からは脇道にそれるが、小林と糸賀の略歴に触れておく。小林は1908（明治41）年に長野県に生まれ、1993（平成5）年に84歳で逝去した。「島田療育園」の園長を1974（昭和49）年に辞任した後も、1975（昭和50）年に「重症心身障害研究会（現・日本重症心身障害学会）」を創設し、会長として「重症心身障害」の学術研究組織を立ち上げるなど、比較的近年まで活動した人物である。

一方糸賀は、1914（大正3）年に鳥取県で生まれ、滋賀県庁勤務を経て、戦後に知的障害児施設「近江学園」の創設に関わり、1968（昭和43）年に54歳という若さで早世した。「島田療育園」に続くわが国2番目の「重症心身障害児施設」である「びわこ学園」の創設は、糸賀の晩年の仕事であり、糸賀は、重症心身障害児者対策の本格的な展開を見届けることなく亡くなった。そのため、その手記や論考は小林に比べて少ない。

ただしいずれにしても、小林と糸賀両者の文献は、重症心身障害児者対策に関わる基本的な文献であり、かつ貴重な歴史史料であることに変わりはない。そしてこれらを基にして、重症心身障害児者対策の歴史的経緯を記した書籍等が多く公刊されていることは述べたとおりである。次にこのような当該対策に関わる概説について検討する。

重症心身障害児者対策に関わる概説史的文献

小林や糸賀の文献を基に記述された、重症心身障害児者対策に関わる概説は多い。これらを分類すると、①学術雑誌において「重症心身障害」の特集を組んだ際の基本情報としての当該対策史の紹介（岡田 2001；細渕 2003；有馬 2010）、②福祉・教育関連の一般向け書籍における当該対策の紹介や社会啓発（上林 1973；石橋 1983；高谷 2011；岡田・蒔田 2016:26-41）の2点に整理できる。

これらは、当該対策史の紹介が目的であり、当該対策の歴史的経過を編年的に整理することに力点が置かれている。従って学術的な見地から当該対策の過程を分析・検討することを必ずしも目的とはしていない。

さらに②のジャンルに含まれるが、小林や糸賀についての伝記や「島田療育園」設立に関するルポルタージュも一般向けに出版されており、その中で重症心身障害児者対策の歴史についても触れられている（辻田 1983；高谷 2005；小沢 2011）。また近年では、「島田療育センター」（島田療育園の現在の名称）によって、「島田療育園」設立時の親たちや施設職員等関係者の手記も編纂されている（社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター編 2003）。この書籍の中で岡田は、小林の業績と重症心身障害児者対策の歴史的経緯を解説している（岡田 2003）。この岡田の概説は、近年出版された岡田の書籍（岡田・蒔田 2016）とともに、当該対策の歴史的経緯に関して定評のある概説書であるといつてよい。さらに最近では、「島田療育園」開園後5年という時期（1965（昭和40）年から1970（昭和45）年の間）に、「島田療育園」で児童指導員として勤務した人物による、当時の実践を振り返った書物も刊行されている（明神 2015）。

その他に、糸賀のもとで「近江学園」の児童指導員として、重症心身障害児者対策を内側から体験してきた田中昌人の著作がある（田中 1974）。田中は小林や糸賀と並んで、重症心身障害児者対策の初期の頃に施設職員であった人物であり、その文献は歴史的に貴重である。ただし田中の目的は、当該対策の歴史的過程を明確にすることよりも、「国家独占

資本主義の政策がその傾向を強化してくることによって、いかに障害者・国民を敵視したものになってきたかを明らかにしよう」(田中 1974: 201)ということにあった。田中の記述には歴史イベントと田中の主観的解釈が入り組んでおり、1970年代における障害児の全員就学を要求する社会運動を背景に記された書籍であることを理解する必要がある。

重症心身障害児者対策の概説史における当該対策の通説的見解

小林や糸賀らの手記や論考を基にして、重症心身障害児者対策の歴史的経緯について整理された多くの概説書が存在することをみてきた。これらの概説書が記述する当該対策史を通して、わが国における重症心身障害児者対策は、おおむね以下に記す歴史イベントを経て展開してきたとされる。これは今日、重症心身障害児者の療育実践や研究に関わる者における当該対策史の「通説的見解」であるといつてよい。

- ① 1950(昭和25)年 日本赤十字社本部産院小児科(小林提樹部長)における異常児の入院収容のため「特別病棟」設置
- ② 1955(昭和30)年 「特別病棟」への健康保険の適用停止
- ③ 1957(昭和32)年 「特別病棟」への医療扶助の適用停止、全国社会福祉大会における小林提樹の問題提起「児童福祉法によって措置されない矛盾について」
- ④ 1958(昭和33)年 全国社会福祉協議会内に「重症心身障害児対策協議会」設置、日本心身障害児協会の設立と「島田療育園」の設置運動の開始
- ⑤ 1961(昭和36)年 「島田療育園」開園、厚生省が「島田療育園」に「重症心身障害児療育研究委託費」を交付(2年間)
- ⑥ 1962(昭和37)年 全国社会福祉協議会内に「重症心身障害児対策促進協議会」設置
- ⑦ 1963(昭和38)年 「びわこ学園」開園、厚生省「重症心身障害児療育実施要綱」により重症心身障害児施設の運営を補助事業化(但し対象は18歳未満の「児童」のみ)
- ⑧ 1964(昭和39)年 親の会である「全国重症心身障害児者を守る会」が発会、対策の拡充を求める社会運動を展開
- ⑨ 1966(昭和41)年 国立療養所に重症児病棟を整備し、当病棟に重症心身障害児者の受け入れを開始(18才以上の「重症心身障害者」も対象に含める)
- ⑩ 1967(昭和42)年 児童福祉法一部改正(重症心身障害児者の施設療育の法制化)

この「通説的見解」のポイントは、わが国の重症心身障害児者対策の出発点は、「日本赤十字社本部産院小児科(以下、日赤産院小児科)」の「特別病棟」であり、そこでの入院収容が健康保険の点で破綻したことを契機に、当該対策が始動した、と解されていることである。そしてその中心には常に小林が存在し、小林こそが「重症心身障害児の父」(北浦 2003:83)として当該対策をリードしたと理解されていることにある。

なお糸賀も手記の中で、1953(昭和28)年に「近江学園」内に重い障害児のための特別グループ「杉の子組」を編成し、1959(昭和34)年2月には「滋賀育成園(後の「びわこ学園」)」設置計画を進めていたと書き残している(糸賀 1965:250)。糸賀も重症心身

障害児者対策の初期から、小林とともに当該対策に深く関与していたと糸賀自身は述べているのであるが、あくまでも重症心身障害児者対策の出発点は、小林の所属した「日赤産院小児科」であったとすることについても通説となっている。

当該対策に関わる個別具体的な研究の分類

以上みてきた当該対策史の概説は、小林や糸賀の文献をもとに組み立てられた記述によって通説を形成している。それでは当該対策をめぐる個別具体的な研究状況に移ろう。

まずもって当該対策についての本格的な学術研究の幕開けは、小埜寺による2論文ということになるであろう（小埜寺 1997, 2000）。小埜寺は歴史資料の発掘及び関係者の証言の収集を行い、当該対策を社会問題としての重症心身障害児問題の歴史的展開過程として分析した。小埜寺の一連の研究は、東京都立大学大学院社会科学研究科に提出した修士論文「わが国における重症心身障害児問題の歴史的展開と課題」（小埜寺 1997）と修士論文のダイジェスト版である日本社会福祉学会誌の掲載論文「重症心身障害児施設療育の制度化過程：対象としての『重症心身障害児』規定をめぐって」（小埜寺 2000）から構成される。特に後者の（小埜寺 2000）論文は、その後、重症心身障害児者対策に関する学術研究でほぼ引用されており（細渕 2002；堀 2014；窪田 2014）、当該分野の先行研究として主要文献となっている。

小埜寺の研究が登場した年から分かるように、当該対策の歴史に関わる個別具体的な研究は、1990年代後半より開始された。小埜寺の研究以降、今日まで少数ながらいくつかの論文が発表されているが、これらの研究の方向性としては、以下の4点に整理できる。

- ①重症心身障害児者対策の全体像の解明と当該対策の歴史社会的な位置づけの試み
- ②当該対策における主要なアクターであった小林と糸賀の療育思想形成と両思想の比較
- ③小林や糸賀以外のアクターへの着目
- ④歴史史料の収集

以下この順に沿って先行研究を整理する。

分類① 対策の全体像の解明と、その歴史社会的な位置づけの試み

当該対策の歴史過程の全体像について、歴史史料の収集に基づきその解明を行っているのは小埜寺であろう。小埜寺のもっぱらの関心は、戦後の社会福祉拡大の一翼を担った重症心身障害児者対策を歴史的に詳細に振り返り、その作業を通じて戦後社会福祉の評価を行うことにある（小埜寺 1997:3）。以下は、その代表的成果の一つである（小埜寺 2000）論文について検討する。

小埜寺論文の **research question** は、「重症心身障害」という対象概念の曖昧性と、施設療育制度が児童福祉施設である「重症心身障害児施設」と純然たる医療機関である「国立療養所」の2系統で運用されていることであった（小埜寺 2000: 151）。「重症心身障害」とは確かに児童福祉法に「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複した障害」と規定されている。この点で「重症心身障害」の法律上の定義は明確になっているといえるのであるが、一方で施設入所対象は行政通知により「従来の通達によって入所対象とされていた者を含む」とされている。この通知は法改正時の国会審議において、「重症心身障害」の定義によって対象が狭まることに多くの反対があったために発せられたものである。児童福

祉法一部改正に際しては、両院の附帯決議が行われた。特に「重症心身障害」の定義を明確化することに委員会審議で強い反対が生じた。それを受けて法改正後に行政通知が発せられたわけである。これによって、法律上の「重症心身障害」の定義は、施設入所対象の選定上の指針とはなったものの運営上は形骸化したのであった。さらに、1966（昭和41）年より「国立療養所（重症児病棟）」において重症心身障害児者の受け入れが決定し、児童福祉法改正時には、児童福祉施設である「重症心身障害児施設」への措置と、「国立療養所」への委託が合わせて立法化されたのであった。このような当該対策の制度上の複雑さがどのような経緯で生じたのか、小埜寺論文はそれを明らかにすることを目的としている。

小埜寺はこの問いに対して、Spector と Kitsuse が提唱した社会問題構築論の枠組みを援用して分析を行っている（小埜寺 2000: 151-2）。Spector と Kitsuse によれば社会問題とは、「なんらかの想定された状態について苦情を述べ、クレームを申し立てる個人やグループの活動である」と定義される（Spector and Kitsuse＝村上他訳 1992: 119）。彼らによれば社会問題とは、すでに社会に存在しているものではなく、クレームメーカーが何らかの形で異議申し立てを行い、それが行政機関や一般大衆に拡大され、紆余曲折を経ていく動的な過程であると理解される。そして彼らはこの過程を以下の4段階からなる「社会問題の自然史」モデルとして公式化を試みた（Spector and Kitsuse＝村上他訳 1992: 224-5）。

段階 1 （一つまたは複数の）グループによる、ある状態の存在を主張し、その状態を不快なもの、有害なもの、あるいはそれ以外の意味で望ましくないものと定義し、そのような主張を宣伝し、論争を促し、そして、その件についての公共のもしくは政治的な論争点を創りだそうとする試み。

段階 2 なんらかの公式の組織、機関、または制度によるこれらのグループの正当化の認知。これは、公式の調査や改革のための提案、上述のようなクレームや要求に応える機関の設置という結論をもたらすかもしれない。

段階 3 初めにクレームを申し立てたグループもしくは他のグループからの、クレームと要求の再登場。これは、想定された状態に対処するために確立された手続き、官僚主義的な苦情の取り扱い、対処手続きへの社会的信用と確信の不足、もしくは苦情への共感の欠如についての、不満の表明というかたちをとる。

段階 4 苦情を申し立てているグループによる確立された手続きへの反応。これは、グループのクレームや要求に対する公的機関や制度の反応（もしくは反応がないという事実）を拒絶したり、彼らによるオルタナティブの、既存のものと平行して存在する、もしくは既存のものに対抗して存在する制度を作りだすための活動を展開するというかたちをとる。

この Spector と Kitsuse らによる「社会問題の自然史」モデルによれば、社会問題とは行政によって対策が講じられても、さらに新たなクレーム申し立てがなされていくことに

なる。社会問題とは一定の解決がなされても、さらに新たな問題が提起されていくという、過程を辿るわけである。このことは Spector と Kitsuse の「社会問題はいつ消滅するのだろうか」という問題意識に表れている (Spector and Kitsuse=村上他訳 1992: 225)。

小埜寺はこの「社会問題の自然史」モデルに立脚し、社会問題としての重症心身障害児問題を、①重症心身障害児問題の端緒 (小林のクレイム申し立ての背景)、②重症心身障害児問題の社会問題化 (小林によるクレイム申し立て活動)、③重症心身障害児対策の展開 (政策による対応) の各段階に分類し、施設療育制度の法制化 (1967 (昭和 42) 年) までの対策過程を分析した (小埜寺 2000: 152)。そして小埜寺は論文の research question である対象の曖昧性や 2 系統の施設療育制度が誕生した要因について、「最も重い障害を抱えながら社会から見捨てられた不幸な子どもたちとその家族の悲惨をどのように救済するか」という社会問題が広く社会に拡大し、「不幸な子供たちや家族への同情心の喚起が原動力となって、とにかく施設を設置して収容を先決した」と考察している (小埜寺 2000: 152)。

重症心身障害児者対策の歴史過程について、一定の理論モデルを用いた学術研究は、小埜寺の研究 (小埜寺 1997, 2000) 以降見当たらない。

分類② 小林と糸賀の療育思想形成と両思想の比較

糸賀は、戦後の障害児教育・障害児福祉に多大な影響を与えた「発達保障」の考えを提示した人物である。また「この子らを世の光に」との名言を残したこともよく知られるところである。前述したように、糸賀は 1968 (昭和 43) 年に早世したため、彼自身によるこれらについての論考はそれほど多くはない。しかしながら、今日でも福祉の古典として版を重ねている糸賀の晩年の著作『福祉の思想』(糸賀 1968) に、「発達保障」や「この子らを世の光に」についての彼自身の考え方が簡潔にまとめられている。

糸賀の「発達保障」や「この子らを世の光に」といった思想は、重症心身障害児者対策の進展の中で、糸賀自身が思索を深めていく中で獲得したものであった。糸賀の療育思想は戦後の障害児教育・障害児福祉領域に広く浸透しており、従ってその思想形成に焦点をあてた研究は比較的古くから行われている。代表的な研究は吉田や清水らの研究があげられ、最近では京極の研究がある (吉田 1974: 384-390; 清水 1976; 京極 2001, 2015)。

一方で「重症心身障害児の父」と称される小林も、医師としての立場から、重症心身障害児者の医学を、医学発展段階の一領域に位置づけようと試みたのであった。この小林の問題提起は「第 5 の医学」として、重症心身障害児者支援の関係者には良く知られている。

この小林の提起した「第 5 の医学」と糸賀の「発達保障」とを対比し、両者の「重症心身障害」に関わる考え方の相違の研究に近年取り組んでいるのが細渕である (細渕 2002; 細渕・児嶋 2013)。ただし小林と糸賀の「重症心身障害児者観」を対比する視点は、既に他の文献 (上林 1973; 高谷 1975; 大谷 2000) で提示されており、その点で細渕の視点は、とりたてて新しいものではない。

ここで簡略に、小林の提唱した「第 5 の医学」について以下説明を加えておこう。

「第 5 の医学」とは、小林が 1971 (昭和 46) 年第 18 回日本医学会総会で「重症心身障害児 (者) の問題点」と題するシンポジウムにおいて提唱した考えである。小林はこのシンポジウムにおいて医学を次の 5 つの段階に整理した (小林 1971c: 804)。

- 第1医学 健康増進医学
- 第2医学 予防医学
- 第3医学 治療医学
- 第4医学 リハビリテーション医学
- 第5医学 重症心身障害児（者）医学

なお、小林によれば、この5つの医学を発展の歴史から整理すると、第3医学（治療医学）→第2医学（予防医学）→第1医学（健康増進医学）→第4医学（リハビリテーション医学）→第5医学（重症心身障害児（者）医学）となる（小林 1971c: 804）。

小林は、リハビリテーションも社会を対象としている立場から、社会情勢に左右されている。したがって、重症心身障害児者もリハビリテーションも明確な基盤の上に立っているとは言いがたいとまず言明した。その上で、重症心身障害児者にはリハビリテーションが希薄であり、それを入れることは無理が少なくないということであろう」と述べた。そして、第1医学から第4医学までの中に、いずれも入りがたい重症心身障害児者医学が第5医学として登場することも考えられる。その時は、リハビリテーション医学とは別個な次元に立つ生命保持医学として、その立場を主張するであろう、と問題提起を行った（小林 1971c: 804）。

小林の提起した「第5医学（重症心身障害児（者）医学）」について、その意味をもう少し理解するために、小林の別の論考をみてみよう。

（前略）

なお「重篤重症心身障害児」といわれる、全くの生ける屍のような障害児は敬遠されているので、社会福祉の実践を願う立場として、私は好んでこれを選んだ。

この重篤重障児は、生きることが精いっぱい、なおるところか、毎日毎日の生活は、オーバーにいえば、一步一步死に近づいて行くだけの人生である。教育はもちろん何の可能性ももてないばかりか、医療も僅かに生命を保つための支えになるだけである。

死に向かって進んでいる点では、高所からすれば私たちも五十歩百歩であると言えよう。ただ、為すべきことが私たちの前途にはなお残されているに過ぎない。そのことから、この重障児は老人の人生と同じとも言える。

老人も、ある段階にいたれば、心身ともにもっぱら下り坂の人生になる。まさに死に向かう人生である。

すべては生きるための医学であるが、重症心身障害児・者や老人ばかりでなく、私たちもやがて生を終わって死を迎える運命にあるのに、なぜ生にだけ医学は執念を燃やすのであろうか。死があつて生がある筈であるのに、なぜ死に対して医学は目をつむっているのであろうか。生命科学も死を抜きにしては考えられない筈ではなかろうか。

私は、そこで、死に焦点をおいた医学を提唱したい。それは、第五の医学とも称すべきものであり、しかも生命医学と命名したいところである（小林 1972）。

小林が「第5の医学」を提唱した1970年代当時、施設療育に関わる一部の専門家からは、「第5の医学」への反対意見が提示された。その批判の急先鋒であつた高谷は、「第五の医学の考えとその実行は『敗北の医学』どころでなく『反医学』であろうし、何よりも

『反生命』『反人権』である」と小林を批判した（高谷 1975：22-23）。そして高谷は「たしかに重症児が風邪をひいたり、けいれんをおこすたびごとに退行していくという場合があります。しかしそのときでも、いかに発達へ転化させるか、そして、その時の生きることの充実を感じ、喜びとしていくかということがかんがえられなくてはならないでしょう」と「発達保障」を重視する自説を展開したのであった（高谷 1975：22-23）。

細渕も小林の「第5の医学」と糸賀の「発達保障」とを対比する中で、高谷と同様の視点を主張している。細渕は、小林の「第5の医学」は「現代的な視点で見ればターミナルケアの主張とも言えるが、それが重症児たちの真の願いであり、家族の望みであったとは到底思われない」と疑問を呈している（細渕 2002：46）。さらに最近の細渕と児嶋の研究では、小林が「第5の医学」を提唱した背景要因のひとつとして、「島田療育園」での深刻な職員不足や職員の腰痛問題からくる労使紛争激化をあげ、「労働組合との交渉やストライキが小林を疲れさせ、思想的にも追いつめたであろうことは想像に難くない」との見解を示している（細渕・児嶋 2013：147）。

小林と糸賀の療育思想を比較する研究は、重症心身障害児者対策についての問題関心の1つを占めているといえる。そしてこのような両者の比較研究においては、小林の「第5の医学」は、ほぼ否定的に捉えられ、糸賀の「発達保障」の考え方の優位性を浮きだたせるための批判的な素材として位置づけられていることが特徴である。なお、史料収集に特化した研究作業ではあるが、小林の療育思想の解明に向けて、小林の文献の収集と文献の解題を行った研究があることも付加しておく（小川 2000, 2001）。

分類③ 小林や糸賀以外のアクターへの着目

重症心身障害児者対策に関わった主要アクターとして、小林と糸賀が取り扱われてきた。しかし近年、小林と糸賀以外のアクターに注目した研究も行われている。なおここでアクター（actor）とは、政治学でよく使われる概念であり、政治を実際に担っている「行為主体」という意味である（平野・河野 2011:30）。ある政策が形成される際には多様なアクターが存在する。例えばアクターの分類には、「政治家」「政党」「官僚」「利益集団」「マスメディア」「市民・NPO」をあげることができよう（森脇 2010: 81-110）。この分類に従えば、小林と糸賀は「利益集団」の範疇に含まれることになる。

近年の重症心身障害児対策に関わる研究で、当該対策のアクターとして関心を持たれているのは、「官僚」「利益集団」「マスコミ」の範疇に属するアクターである。具体的には次のとおりである。

「官僚」→東京都の母子衛生課長であり、国の政策立案にも関わった大島一良。

「利益集団」→小林の島田療育園、糸賀のびわこ学園と同様に、対策の初期から活動していた秋津療育園の創立者・草野熊吉。肢体不自由児対策の推進者であった高木憲次。親の会である全国重症心身障害児者を守る会。

「市民・NPO」→介護人材不足のために秋田から上京したおばこ天使（看護助手）。

以下、各アクターについての先行研究を整理する。

【大島一良に注目した研究】

大島は1962（昭和37）年に東京都衛生局の母子衛生課長を勤め、1968（昭和43）年に

は東京都初の重症心身障害児施設である「府中療育センター」の副院長(1970年より院長)となり、1980(昭和55)年に東京都衛生局技監を最後に都庁を退職した東京都の医系官僚である(有馬1998)。大島自身も、重症心身障害児者対策の東京都の責任者(担当課長)として、国の政策立案にも関わった経緯を記している(大島1965, 1998)。なお後述するが、「重症心身障害」の分類で今日でもよく用いられる「大島分類」の開発者でもある(大島1971, 1998)。

森山は、東京都における重症心身障害児者対策を整理する中で、「調整・推進役としての大島氏の存在を抜きに考えることはできない」と大島の役割に注目している(森山2004: 108-109)。ただし森山の研究では、今後の研究の必要性を主張するにとどまり、その後大島一良を対象とした本格的な研究は見当たらない。

森山の研究においては、大島の役割は東京都における当該対策に限定されている。しかし、筆者の見解では、大島は全国レベルでの重症心身障害児者政策の形成に関与していたと思われる。なぜなら、大島自身が晩年に、学会の特別講演において、児童福祉法一部改正における「重症心身障害」の定義について、厚生省内で検討した経緯を説明しているからである(大島1998)。大島の果たした役割は、東京都のみに限定されず、大きかったといえる。

【「秋津療育園」と草野熊吉に注目した研究】

「秋津療育園」は、「島田療育園」と「びわこ学園」に続いて、1964(昭和39)年に日本で3番目の「重症心身障害児施設」として国の補助事業の対象となった施設である。園長の草野は戦前より社会事業家として活動した人物であった。施設の設立も「島田療育園」や「びわこ学園」よりも古く、『秋津療育園記念誌』によれば、1958(昭和33)年に病院認可を受けて、翌1959(昭和34)年に開園したとある(草野1983: 9)。「島田療育園」の開園が1961(昭和36)年、「びわこ学園」の開園が1963(昭和38)年である。歴史的にみれば、草野も小林や糸賀とほぼ時を同じくして、重症心身障害児者対策に関わったアクターであることは紛れもない事実である。

小林や糸賀が政府等の対策委員会の要職に就任し、マスコミ等を通じて、いわば華やかなスポットライトを浴びたのに対して、草野の活動は地味であったといえる。そのため草野の実践は、重症心身障害児者対策の歴史において、あまり焦点が当てられていない。

このような中で、重症心身障害児者対策において、小林と糸賀以外のアクターとして草野の存在を古くより指摘していたのは、前述の東京都母子衛生課長の大島であった。「秋津療育園」は東京都の所管であり、当時の担当課長であった大島が草野の存在を重視していたことはむしろ自然なことであったといえる。大島は、重症心身障害児者対策の歴史的系譜を、小林による乳児院からの出発(島田療育園)、草野による家庭崩壊の防止と母親を守る運動からの出発(秋津療育園)、糸賀の知的障害児施設からの出発(びわこ学園)の3つに整理している(大島1971: 4)。

この大島の整理は、重症心身障害児者対策が、多様な問題を背景に展開されてきたことを示唆する点で意義は大きいといえる。とはいえ、大島は、対策のアクターを3者とし、また各アクターの所属していた施設種別を基に問題を類型化していることで、いささか重症心身障害児問題の社会問題化のプロセスを単純化しすぎていると思われる。この重症心

身障害児問題の社会問題化の背景については、本論文の第6章で詳細に検討を行う。

近年、重症心身障害児者対策を紹介する一般啓発書においても、草野と「秋津療育園」の実践を、小林や糸賀と並列して紹介する書籍も登場している（高谷 2011:118-126）。小林と糸賀の療育思想の研究を進めている細渕は、今後の課題の一つとして、「従来の重症児施設研究では比較的等閑視されている秋津療育園の設立過程や療育実践、その開設者である草野熊吉の療育思想についての検討」を提起している（細渕 2002: 47）。ただし、「秋津療育園」や草野を研究対象とした本格的な研究は、まだ登場していない。

【高木憲次に注目した研究】

高木憲次は1924（大正13）年から1948（昭和23）年まで、東京帝国大学整形外科教授の任にあり、日本の肢体不自由対策を推進した中心的人物であった。高木は1942（昭和17）年に開園した、日本初の肢体不自由児施設である「整肢療護園」の園長でもあった。戦後は中央児童福祉審議会の委員として、政府の児童福祉政策の推進に専門家（医師）として深く関与した。高木は、戦前より「不治永患児施設」の設置構想を有していた。この「不治永患児施設」構想が、戦後の「重症心身障害児施設」に繋がっていくことになる。

ところが、このような高木の役割について、先に紹介した重症心身障害児者対策の「通説的見解」ではほぼ触れていない。ただし最近では、例えば岡田が、学会講演において高木の存在に触れて、「彼は、今日の重症児についても思いを深め、重症児施設の誕生をも目指していたといわれる」（岡田 2013:9）とその功績を紹介していることは注目に値する。

吉野は、肢体不自由児対策の歴史的展開を研究する中で、重症心身障害児者対策についての概略に触れている。吉野は、「重症心身障害児施設」は、高木の「不治永患児施設」に起源を持つとしている（吉野 1993: 31-2）。

小埜寺も、社会問題としての重症心身障害児問題の歴史展開を整理する中で、小林提樹のクレーム申し立て以前のクレーム申し立て活動として、高木憲次の「不治永患児施設」設置の提唱に注目している（小埜寺 1997: 18-21）。ただし小埜寺論文での高木の位置づけは、その後の小林のクレーム申し立て運動の「下地」として控えめであり、「高木の不治永患の概念は理論的なものであり、リアリティが脆弱であった」として、高木を重症心身障害児者対策の主要なアクターとして扱っていない（小埜寺 1997:20）。

東京都母子衛生課長であった大島の役割に注目した森山は、高木憲次の「不治永患児施設」構想と「重症心身障害児施設」との関係性にも言及している。森山によれば、「高木の構想にある不具廢疾院（不治永患児施設）は自身が具体化する事業とは考えてはいなかったのではないだろうか」として、両者の関係性に疑問を呈している（森山 2010:85）。この森山の指摘は、歴史的に誤りである。なぜなら1956（昭和31）年に、自身も委員であった中央児童福祉審議会において、「不治永患児施設」の制度化を意見具申しているからである。この点については後述する。

【全国重症心身障害児（者）を守る会（親の会）に注目した研究】

「全国重症心身障害児（者）を守る会」は、1964（昭和39）年に結成された全国的な「重症心身障害」の子を持つ「親の会」である。その前身は、小林提樹が「日赤産院小児科」で主宰していた「両親の集い」であった。「両親の集い」は月例会であり、1956（昭

和31)年より同名の会報(月報)も発行した。この会報には小林も寄稿しており(実質的には小林が一人で編集していたという)、重症心身障害児者対策の進展と平行して小林が執筆した記述も多い。従って、当該対策の重要な歴史史料でもある。会報『両親の集い』は、1964(昭和39)年に「全国重症心身障害児(者)を守る会」が発足に伴い、親の会の会報として引き継がれ、今日に至っている。

この「親の会」の活動に注目した研究には、小埜寺の小論があげられる。小埜寺は「両親の集い」の活動が全国的運動体に発展していく過程を親の証言・記録を用いて分析している(小埜寺1999)。この小埜寺論文では「両親の集い」における親たちのセルフヘルプグループ活動に注目し、「重症児を持つことの恥」から「重症児を育てることの尊い価値」に転換していく過程を描き出し、このような親の活動が、社会的共感を伴い当該対策を促進させた要因ではないか、と考察している。

他方、「親の会」の活動の「限界性」を指摘した研究がある。堀は、「親の運動の影響力を度外視して1960年代の重症心身障害対策を考えられない」と指摘し、「これまでの一面的な重症児福祉の歴史的な理解に再考を促す」との見地から、親の会が当該対策において重要なアクターであることをまず指摘する(堀2006:41)。その上で、親たちが運動で用いた「親の心構え(親としてできるだけことはしている、それでもどうにもならないところに限って援助して欲しい)」というレトリックが、「親の介護義務を自明とする社会通念を浮き彫りにし」、「この時期の重症児対策は、まず家族機能を前提として、機能不全をきたしている重症児家族に限って最低生活を保障しようとするものであり、救済であり、救済でしかなかったという限界性をもっていたことを示唆している」とする(堀2014:101)。

このように、堀は、重症心身障害児者対策における親の運動の影響力を評価しており、この点においては筆者も同意しているところである。しかしながら、当該対策史の「通説的見解」でみてきたように、筆者のみるところ、むしろ当該対策史においては「親の運動の影響力」を過大評価しすぎて、対策の背景にあった多様なアクターや社会環境の変化への視点が弱かったのではないかと問題意識を筆者は持っている。また、堀は「この時期の重症児対策は、まず家族機能を前提として、機能不全をきたしている重症児家族に限って最低生活を保障しようとするもの」と述べている。しかしながら、この時期にかかわらず、日本の社会福祉政策は家族を政策策定の暗黙の前提としてきた経緯がある(藤崎2005:115)。いわば家族を「含み資産」として政策内に取り込んできたわけであり、特段、この時期の重症児対策にのみ特徴的であったとはいえないであろう。また堀は、「機能不全をきたしている重症児家族」のみを政策対象としていたことに「限界」を意識しているようであるが、それでは反対に「機能不全をきたしていない重症児家族」のニーズやそれへの対応策とは、どのようなものが想定されるのであろうか。堀の指摘にはいささか曖昧さが残ると思われるのである。

最近の「親の会」に関わる研究では、窪田が、堀や小埜寺と同様に、「全国重症心身障害児(者)を守る会」の成立過程を論じている(窪田2015)。この窪田の研究には、とりたてて従来の研究に対して新たな知見が提示されているわけでもなく、既存研究の焼き直しの感は否めない。なお窪田の問題関心は、堀が指摘したような「親の心構え」が現在でも「全国重症心身障害児(者)を守る会」の会則として継承されていることを踏まえて、「親の義務を前提とした理念も現代の親たちにとってどのように受け止められているかを問い

直す」点にあるとしている（窪田 2015 : 67）。この窪田の問題関心は、とりわけ相模原の知的障害者の入所施設における大量殺人を経た今においては、「守る会」に限らず、日本の障害者関係団体の重要なテーマになっているように思われる。とはいえ、窪田の研究においては、この問題関心に対する解は提示されていない。今後の成果が待たれるところである。

【おばこ天使に注目した研究】

1963（昭和 38）年より、国は「重症心身障害児施設」を補助事業として運営した。しかしながら施設は慢性的な看護人材不足の状態にあった。そのような中で、マスコミのキャンペーンにより、秋田県より都下の「島田療育園」「秋津療育園」に「おばこ天使」が集団就職した。マスコミはこれをこぞって「美談」「愛の奇跡」として報じた。

おばこ天使の活動については、当事者である藤原の手記（藤原 1967）や、小林が記した記録（小林 1971b）が残されている。

細淵は、おばこ天使に関わる当時の新聞記事を分析している（細淵 2011a, 2011b）。細淵の解釈によれば、おばこ天使とは、「過酷な重症児療育の現場に身をささげようとする少女を誘い出し、職員不足の根本問題を解決せぬまま、一時的に現場の矛盾を覆い隠し破綻したものであった」とされる（細淵 2011b: 42）。そして、おばこ天使の“愛と善意”は尊いものの“愛と善意”に依存する福祉では、職員の健康も重症児の生命も、発達も守れないのであり、おばこ天使の活動とは、その後起こる利用者の生命と権利を守る要求運動と連携した、重症児の発達保障への取り組みのまさに夜明け前のイベントであった、と位置づけている（細淵 2011b: 43）。

細淵が指摘するように、たしかに、職員不足問題は当時の重症心身障害児対策の推進において、大きな障壁として立ちはだかっていた。「おばこ天使」はそのような中で、一種の「救世主」として社会的に持てはやされたのであった。またこのような民間施設での対応の難しさから、1966（昭和 41）年度より、国立療養所に重症心身障害児病棟が整備され、国家的施策として重症心身障害児者に関わる専門資源が、以後飛躍的に拡充していったという歴史の一面がある。すなわち民間部門における「愛と善意」ではなく、公的部門が直接的なサービス供給体として主要な位置を占めていったのである。この国立療養所による資源整備の時期を、細淵は「発達保障」運動の「夜明け前」と位置づけている。しかし筆者は、むしろこの権利要求運動の「夜明け前」に、国家が積極的に重症心身障害児者への資源増加に着手していたという史実にこそ、大きな問題意識を抱いている。これは本論文のリサーチクエスションと結びつく視点でもある。このことは、当該対策が必ずしも社会運動の成果として、その政策的対応が引き出されてきたというような、単線的な展開を遂げてきたわけではないことを示唆しているともいえる。この点は、本論文で明確にしておく研究課題である。

<小括>

以上、重症心身障害児者対策史に関する先行研究を整理した。まず当該対策に関する概説は比較的多く存在するものの、個別具体的な専門的研究は極めて少なく、当該対策の戦

後社会福祉における位置づけや解釈に対する知見は十分に蓄積されていない。また本研究のリサーチクエスチョンに設定したように、海外の重症心身障害児者対策との比較も不十分である。

また、先行研究の1つの潮流には、小林と糸賀の療育思想研究をあげることができる。この研究では、両者の「重症心身障害児者観」の比較検討に関心が持たれており、どちらかといえば、糸賀の「発達保障」の先見性や優位性を考察する研究が多かった。小林や糸賀以外のアクターへの注目も、先行研究では不十分であった。多様なアクター間の動的な活動を分析した研究も見当たらなかった。

他方、当該対策の歴史プロセスについては、概説書等で「通説的見解」が構築されていることも指摘できる。この「通説的見解」とは、小林による社会問題化を重症心身障害児者対策の出発点に据えていた。すなわち、小林が勤務していた「日赤産院小児科」における「重症心身障害児」の入院収容の破綻を契機に問題が社会問題化したとし、政財界の支援の下で「島田療育園」（小林が初代園長）が設立され、さらに親の会である「全国重症心身障害児（者）を守る会」（小林の主宰した「両親の集い」が母体）が発足し、「守る会」の社会的な運動を通じて「国立療養所重症児病棟」の整備や施設療育制度の法制化（児童福祉法一部改正）に至ったとするストーリーである。これを本論文では「小林中心史観」と名付けることにする。

たしかに、重症心身障害児者対策の当事者であった小林の存在は、この対策を検討する上で無視できないほど大きな存在であることは否めない。しかしながら小林の手記は、果たして「史料批判」を経たものなのだろうか。また小林以外のアクターの活動や、彼らの対策に果たした役割はどう評価すべきなのだろうか。例えば、高木の「不治永患児施設」構想の提唱に明確に現れているような、彼の重症心身障害児対策への関わりを、どう位置づけることができるのだろうか。さらに政策当局（厚生省）は、重症心身障害児問題をどう理解し、どのような課題認識の元で政策を進めていったのだろうか。

筆者はこのような問題意識を持ちつつ、次に先行研究レビューを行う。そしてこの先行研究レビューを通して、従来の重症心身障害児者対策史研究の課題を提示する。

2. 先行研究レビュー

はじめに

先行研究の整理からわかるように、わが国の重症心身障害児者対策史に関わる先行研究は、当該対策史を概説的に紹介した文献が圧倒的に多くを占める。そのこと自体は、とりたてて批判すべきことではない。しかしながら、このような文献は、学術的なリサーチクエスションに十分に耐え得る文献にはなかなかかなりにくいのである。なぜなら、そこには科学的な分析の視点、客観的な記述態度、史料引用などの学術的研究に求められる基本的要素は十分に意識されていないからである。

さらに、重症心身障害児者対策史に関わる、このような概説史的な文献が蓄積されることにより、一種の「史観」が形成されることは、学術研究を推進する立場としては厄介なことでもある。これは、歴史学者がいわゆる俗説と向き合う際の困難と類似しているといっていよう。

「小林中心史観」は、小林以外のアクターの存在を軽視し、当時の社会環境に対する分析の視野を狭めてしまう。小林の社会問題化の活動を重視することで、政策当局の活動を「受け身」の位置に置いてしまいがちでもある。果たして、社会プランナーとしての官僚が、重症心身障害児者対策について、従属的な位置にあった、といえるのだろうか。「小林中心史観」は、対策の進展の要因を小林に収斂させていく。これを簡潔に言い表す表現が「重症心身障害児の父」(北浦 2003:83)という表現である。たしかに、小林に直接接した親たちがこのような表現を用いることは、自然な心情の吐露といえるだろう。しかしながら、「小林なくして重症心身障害児者対策なし」という歴史認識にまで至るとなれば、前述したような視野狭窄に陥る危険がある。従来の概説史的文献によって構築されてきた「小林中心史観」の問題点は、ここにあるといっていよい。そしてそれに拍車をかけているのが、先に細淵が指摘していたように、当該対策史に関わる本格的な学術研究があまりに少ない点にある。

以上のような先行研究の状況を把握した上で、以下、先行研究の批評を行う。

(1) 「小林中心史観」の批判的検討の必要性

史料批判の重要性

「小林中心史観」は、小林自身による論考や手記をもとに、その史観が構築されてきたことは述べてきた。たしかに、重症心身障害児者対策における小林の役割に注目すれば、そのような状況を安易に否定することはできないだろう。しかも、重症心身障害児問題が社会問題化する過程における当時の歴史史料は、そう多くはない。とはいえ、そのことをもって、小林の記述をそのまま受け入れることは、学術研究としては戒めなければならないだろう。

歴史事象を扱う研究においては、「史料批判」が重要となる。「史料批判」の重要性については、多くの研究者が指摘するところであって、史料の信憑性や信頼性を検討する「史料批判」という作業は必要不可欠なのである(山本 2013:43; 小田中 2004:62)。

とりわけ、歴史事象を扱う領域は、書店に歴史小説が溢れていることからわかるよう

に、ひととき人々の興味を惹くものである。もちろんこのような通俗的な読み物の価値を筆者は否定するわけではない。ここで指摘したいのは、学術研究と歴史小説との混同は避けるべきであって、これらの通俗的な読み物と学術研究とを隔てる重要な要素の一つが「史料批判」なのである。

歴史史料は「一次史料」と「二次史料」とに分類される。「一次史料」とは、歴史家によって加工される以前の原材料であり、大体において歴史的出来事と同時代に作成された記録とされる（岩村 1972 : 11 ; 溪内 1995 : 156）。

このような分類に基づくと、小林のいくつかの文献も、重症心身障害児問題の社会問題化の過程で記述された同時代の「一次史料」と、その後、小林が過去を振り返って記述した史料とに分類できる。先行研究の整理でみてきた概説史の多くは、小林の「一次史料」にアクセスしていない状況がある。小林が社会問題化の時点で記した同時代の「一次史料」に当たっていないことには問題がある。

特に、「小林中心史観」の要諦をなすのは、重症心身障害児者問題が、日赤産院小児科における入院児への医療扶助と健康保険の適用が停止されたことであり、そこに社会問題化の端緒を見出す点で一致している。しかし、本当にそうだったのだろうか。以下、長くはなるが、「史料批判」の重要性を確認する上でも、また重症心身障害児者対策を学術的に研究し、「小林中心史観」の問題点を明確にする上でも、重要な作業となるので、以下その作業を行っていこう。

1968 年時点での小林による過去の振り返り

以下は、小林が 1968（昭和 43）年に、重症心身障害児問題について自身が整理した文献（上記の分類に従えば「二次史料」）からの引用である。1968（昭和 43）年とは、前年に重症心身障害児施設が児童福祉法上の児童福祉施設に位置付き、わが国の重症心身障害児者対策に一定の方向性が確立した時期である。このような時期に、小林は、当該対策について、本文献において振り返りを行ったわけである。

重症心身障害児収容施設ができるまで

これは全く私事に属することで甚だ言いにくいのであるが、私が収容目的で障害児を扱った最初の子どもは昭和 21 年末日赤産院小児科でのこと、脳性小児マヒによる重度肢体不自由と白癩とを合併したる 12 才の女児で、翌年の冬に気管支炎を起こして死亡した。その頃は、戦後の混乱の中に捨て子も多く、その収容場所がないままにその子どもたちを病棟に入院させて保育していたが、その中にはしばしば障害児が含まれていた。このような保育児の数がましたことから、23 年児童福祉法成立とともに日赤産院乳児院が正式に生まれたのであるが、その第 1 号の乳児は分娩傷害による重複障害の男児であった。

乳児院収容児には障害児がかなり含まれていたのは当然であるが、年令 1 年以上のものは収容場所がなかったため、別個に病棟に入院させて看護をせざるを得なかった。なぜ入院させたかは、障害児の不幸ももちろんであるが、その家族と直接の担当者である児童福祉司などの懇請に圧されてのことである。24 年よりその数が増加して 25 年から、私が退職して島田療育園を開設した 36 年までは、常時 20 名ないし 25 名の心身障害児の特別病棟を作って収容を続けていた。

むしろ秘密に、公表もされずに行なわれていたこの収容が、なぜ解散に追い込まれたかには、明確な理由があり、その経過も紆余曲折を辿っている。初めに問題が提起されたのは、健康保険の点であった。要

は、治療に値しない障害児を入院させていることと小児科を標榜して精神科または神経科の患児を入院させているという2点で、健康保険の取り扱いを停止された。その後暫くして、医療扶助の停止も同様に起ってきた。それまで秘密に収容していたものであったが、ここで止むなく公表して社会に訴えざるを得なくなった。

かくして、社会への訴えは全国社会福祉協議会乳児部会において始まり、何回も行なわれたが特別な反響もないままに、次いで同協議会都大会及び全国大会においても幾度か訴えてきたことであった。これが昭和29年から34年の間のことである。他方、報道陣もこれを取材するようになり、非公式ながら厚生大臣以下が見学に見えるようになり問題の重要性が徐々に認識されるようになってきた。

これとは別に、収容施設を作るための協会が設立され、わが国初めての収容施設が36年に民間の手で発足した。これが島田療育園である。私は、この問題の発端者であった関係から、日赤産院小児科を辞してこの療育園の運営を担当することになってしまった。

出所：(小林 1968:13) (下線は筆者が加えた。)

この小林の記述にみられるように、小林は「日赤産院小児科」における障害児の入院収容が破綻したことを示し、その理由として「健康保険の取り扱いの停止」と「医療扶助の停止」の2点を確かに提示している。そして小林はこの「日赤産院小児科」での収容が「解散に追い込まれた」と記している。さらに「それまで秘密に収容していた」ことを「止むなく社会に訴えざるを得なくなった」と小林は言う。

小林は「日赤産院小児科」の小児科部長という管理者であり、その後「島田療育園」の初代園長となった彼の発言には重みがあり、歴史史料として重要視しなければならないことは当然ではある。しかし小林の描いたこの「日赤産院小児科」における事件については、実は当時の一次史料と照らし合わせるといくつかの矛盾がある。その矛盾点については、後述する。

ところで、この小林によるストーリーが、その後多くの文献で引用されて、「小林中心史観」を形成してきたことは述べた。この「小林中心史観」とは、若干くだいて言えば、「国家による切り捨て」→「小林受難劇」→「英雄・小林物語の幕開け」という「ストーリー仕立て」になっているといえよう。「健康保険の取り扱いの停止」と「医療扶助の停止」という、センセーショナル出来事は、このストーリーのスパイスとしては、あまりに刺激的であり、また物語を劇的に昇華させる効果も大きい。しかし、これだけ重要な歴史的イベントを、何の史料批判もなく、ただ小林の言うままに受け入れてよいのだろうか。

史料批判のない歴史的イベントも繰り返されれば事実になる

それでは、以下、今日の「通説的見解」の代表的文献でもある、細渕（細渕 2003）、高谷（高谷 2011）、岡田（2016）ら3人による、当歴史イベントに関わる該当箇所を引用する。若干長いが、「通説的見解」における「ストーリー仕立て」がこれらの記述から読み取れるであろう。

このような緊急避難的な対応を通して（筆者注：日赤産院小児科での障害児の入院収容のこと）、小林は重症児の生命に共感し、彼らが置かれた社会的諸矛盾、具体的には「法の谷間」に放置された児童福祉法で措置できない矛盾、を痛感したのである。

ところが、国の対応はこうした矛盾の解決ではなく、重症児の生きる権利をも奪い取ろうとするものであった。すなわち、1955年、厚生省は日赤乳児院に対し、「治療に値しない障害児を入院させていること」、そして「小児科を標榜して精神科または神経科の患者を入院させている」という2点で健康保険の取り扱いを停止した。さらに、福祉事務所からは生活保護法による医療扶助は適当でないとの指摘を受け、医療扶助も停止された。こうして重症児は、国から教育権はもとより医療を受ける権利まで奪われ、まさに「法の谷間」で生存権すら奪われかねない危機に直面したのである。

出所：(細渕 2003:5)

秘密にしていた障害児の入院も隠しおおせるものではなく、1955年、国は「健康保険」適用を停止した。引き取りが無理な家庭もあったが、小林は涙をのんで断行。二十数名のうち半数の「健康保険」で入院していた子が退院となった。ほとんどが重い障害のある子であった。

小林はこのとき、「万一この家庭で障害児殺し、あるいは一家心中があれば、当然当局のみなさんに責任をとってもらいます」と怒りの言葉を発した。残り半数の「生活保護」制度による入院の子に対しても退院を迫られた。この子らの多くは「捨て子」で重い障害もあり、行くところがなかった。

そして1957年1月、「生活保護」を受けていた子に対して「医療扶助取り扱いの停止」通知が届いた。追いつめられた小林は、名札もかけないというそれまでの閉鎖的なやり方を止め、公開して社会に訴える方向に転換した。おだやかで人との争いを好まず、目の前の障害児を放っておけず、あらゆる労苦を自らに課してとりくんできた小林であったが、社会に訴える以外にないと決意、敢然と乗り出したのであった。

出所：(高谷 2011:111-2)

小林氏は日赤産院に、家庭での介護が困難な重度の障害児のために障害児病棟を設け、入院させていたが、当然のこと、短期間のうちに治療目的を達成して退院するというケースは少なく、結果的に病棟には長期の入院を続けざるを得ないケースが増えていった。このような状況の中で、1955(昭和30)年、行政当局は健康保険の適用を認めないという方針を通告してきた。治る見込みのない障害児は小児病棟に入院することはできないという理由であった。当時、このような障害児が入院できるのは、児童精神科病院である都立梅ヶ丘病院などであり、その他一般の精神科病院に入院させるのが適当であると指導された。この方針に憤りを抱いた小林氏だったが、退院を進めるしかなかった。どうしても家族が引き取りできないケースは、不本意ながら隣県の精神科病院に入院させたのだったが、面会に行き、その待遇のひどさを目の当たりにした小林氏は、激しい口論の末にその子を連れ戻し、日赤産院にかくまってしまった。常識外のこの行動は今日であれば不可能なことだが、当時の日赤産院の職員は密かに黙認していたらしい。

日赤乳児院の状況もほぼ同様であった。乳児院の対象年齢は2歳未満とされていたが、実際には3歳を過ぎて入院を続けるケースが存在していた。1956(昭和31)年、行政当局は乳児院の年令超過児についても、健康保険による医療給付や生活保護法による医療費扶助を打ち切るという通告を行った。すべての児童を平等に守るはずの児童福祉法が制定されたにもかかわらず、産院や乳児院にいる障害児たちは、存在を否定され、闇に葬り去られようとしている現実を前にして、小林氏は重大な決意を固めた。

出所：(岡田・蒔田 2016:28-29)

これらの記述からも読み取れるように、ほぼ小林の記録をなぞる形で、「日赤産院小児科」における入院収容の破綻を、重症心身障害児者対策史における象徴的な事件として描いている。そしてこれらの著者らは、「日赤産院小児科」での障害児入院収容の破綻とは、「国

から教育権はもとより医療を受ける権利まで奪われ、まさに『法の谷間』で生存権すら奪われかねない危機に直面」（細渕 2003:5）、「存在を否定され、闇に葬り去られようとしている現実」（岡田・蒔田 2016:29）との解釈を提示している。

これらの「通説的見解」の記述は、いずれも二次史料（先の小林文献）が示す内容が、あたかも事実であったかのような断定的な記述となっていることも指摘できる。本来は「小林によれば〇〇とされる」「小林は〇〇という」という引用表現が求められると思われる。しかしこれら3人の記述は、著者自身の感想、引用文献である小林の記述、史実の3点が混同している。

このように「史料批判」を経ない「歴史物語」というものは、学術的な見地からは問題を抱えているのである。そして多くの著作でこのような記述が無自覚に引用され、それが「史的事実」と化していくことほど危険なことはない。

日赤産院小児科における当問題の実相とは

それでは、この「日赤産院小児科」における障害児の入院収容の破綻劇の実相は、どうだったのだろうか。いくつかの手がかりがある。まずは1957（昭和32）年10月31日に日赤産院において開催されたとされる「重症欠陥児の対策懇談会」に関する記事をみてみよう。これは小林が当時主宰していた親の勉強会（月例会）である「両親の集い」の会報誌『両親の集い』に小林自身が掲載した記事である。なお小林はこの会報誌『両親の集い』の編集も自身で行っていた。さらに小林は自身の記事にペンネームを用いていた（木村美平、院下広等）。『両親の集い』誌は、重症心身障害児者対策の歴史を研究する上で重要な歴史史料である。ただしこの雑誌は小林自身の手で編集が行われ、いわば小林の「自作自演」的な要素も含まれており、この点で「史料批判」は不可欠な作業となる。

さて話を「重症欠陥児の対策懇談会」に戻そう。この懇談会の開催理由については、関係者に配布したとされる案内状の一文が記事に掲載されている。以下引用する。

重症欠陥児の対策懇談会開催について

児童福祉法によればすべての児童が守られていることになっているのに、ここにその身分も守れない不幸な子供が居ります。それは盲・聾・肢体不自由・精薄などの重症な重複欠陥児で、しかも幼若なるものは殊に全く捨てて顧みられない状態にあります。

この法にそぐわない盲点の現実を打解することを目標に左記のように懇談会を開くことになったのであります。ご参考までに問題の子供を二・三後に掲げますが、その外にも実例をご覧頂いて、この盲点をいっしょに御検討願いたいと存じます。

なおこの問題は、広く児童福祉・衛生・民生・保険などの各範囲に亘って居りますので、関係機関の方々にも御列席下さるようお願いしておりますが、各位においてもお誘いの上ご出席頂き度存じます。

記

日時 10月31日（木）午後1時半

場所 渋谷区宮代町 日赤産院内講堂

都バス 渋谷駅東横デパート東側より「日赤産院行き」終点

都電 日赤病院下車或は高樹町下車

出所：（小林（院下）（1957）27-28）

表 1-1 入院異常児の一覧表（32.10.31 調）

ID	生年月日	入院月日	病名	家庭状況	措置	IQ (DQ)	運動	大 小 便	自から摂食	言語
1	23.8.16	25.8.28	髄膜炎後遺症（白痴、癲癇）	離婚、養育意志なし、父犯罪、服役後死亡	生保	検査不能	寝がえり可能	意識なし	不能	なし
2	24.9.9	27.3.7	日本脳炎後遺症（盲、聾、白痴、脳性まひ）	貧困、混血児	生保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし
3	25.4.19	28.8.1	結核性髄膜炎後遺症（盲、聾、白痴）	貧困、父死亡、母結核	生保	検査不能	起座可能	意識なし	不能	なし
4	19.12.15	28.12.3	癲癇（白痴、弱視）	米国国籍、両親は二世	有料	検査不能	起座可能	意識なし	不能	なし
5	27.8.12	29.1.4	アペルト病（手足及び頭部の奇形、精薄）	棄児（神奈川県下乳児院より）、混血児	生保	40	歩行自由	自立	自立	単語
6	26.8.19	29.8.28	蒙古症（精薄）	貧困、母死亡、父身体障害者	生保	34	歩行少し可能	自立	自立	単語
7	26.2.12	29.9.24	癲癇（白痴、自動運動）	棄児（神奈川県下乳児院より）	生保	検査不能	歩行可能	意識なし	不能	なし
8	24.3.17	29.11.15	癲癇（脳性小児まひ、精薄）	父結核、母勤務	健保	9	歩行やっと可能	意識なし	不能	なし
9	27.1.26	30.6.15	癲癇（反すう、精薄）	離婚、父行方不明	生保	18	歩行可能	意識なし	不能	なし
10	25.2.19	30.8.8	脳性小児麻まひ（精薄）	父結核、母死亡	生保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	数語
11	24.6.6	30.8.20	疫癩脳炎後遺症（脳性小児まひ、白痴）	両親死亡	生保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし
12	24.12.20	31.1.13	脳性小児まひ（精薄）	貧困	生保	検査不能	起座可能	教える	不能	なし
13	30.12.21	31.2.25	多発性奇形	養育の意志なし、おきざり子	無	71	起立可能	意識なし	自立	数語
14	28.5.13	31.5.9	日本脳炎後遺症（白痴、脳性小児麻痺）	父服役中、母行方不明	生保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし
15	29.6.16	31.7.30	脳性小児まひ（白痴）	貧困、母行方不明	生保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし
16	28.2.8	31.11.12	白痴（大頭症）	両親死亡	生保	20	起立可能	意識なし	不能	なし
17	28.7.13	32.4.20	自閉症（栄養失調症、ホスピタリズム、精薄）	貧困、父死亡、母結核入院	生保	24	起立可能	意識なし	不能	なし
18	32.3.1	32.5.25	小頭症、栄養失調症（精薄）	養育困難	健保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし
19	32.1.29	32.7.19	栄養失調、畸形（精薄）	貧困	生保	23	寝たまま	意識なし	不能	なし
20	32.5.19	32.8.31	上蓋破裂、栄養失調症	貧困、離婚	生保	80	寝たまま	意識なし	不能	なし
21	18.3.23	32.9.5	結核性髄膜炎後遺症（盲、ろう、白痴、てんかん）	父死亡、養育不能	健保	検査不能	寝たまま	意識なし	不能	なし

出所：（小林（院下）（1957）：29）

なお原史料には姓名が記されている。プライバシー保護の観点から、筆者は姓名を ID に換えた。また ID2 の入院月日が 37.3.7 となっていたが、これは誤植であると思われるため、筆者は 27.3.7 に修正した。

まずこの懇談会の名称から、「日赤産院小児科」の入院収容児は「重症欠陥児」という用語が用いられていたようである。またこの『両親の集い』の記事には、当日配布したとされる「入院異常児の一覧表（32.10.31 調べ）」も転記されている（表 1-1）。なおこの一覧表では「異常児」という用語が使用されている。

この表 1-1 は、当時の「日赤産院小児科」の入院児の年令、病名（障害状況）、家族状況等についての貴重な一次史料でもある。ここではさしあたり表 1-1 の「措置」の項目に注目したい。21 名の入院児の「措置」の内訳を整理すると、「生保」16 名（76.2%）、「健保」3 名（14.3%）、「有料」と「無」が各 1 名（各 4.8%）となる。この史料によれば、1957（昭和 32）年当時の「日赤産院小児科」における「入院異常児」の多くは、生活保護（医療扶助）の適用を受けていたことがわかる。そして健康保険による入院児は 3 名であった。

すなわち、1957（昭和 32）年の「重症欠陥児の対策懇談会」において、「日赤産院小児科」には「生保」や「健保」による障害児が入院していたことを、小林自身が当日配布したとされる「入院異常児の一覧表」に明記しているのである。小林はこの「重症欠陥児の対策懇談会」の記事において、「医療に値しないこの子供達を健康保険を使って入院することは不適であるという健康保険基準局のお達しがあり、更に最近は生活保護法による入院も適切でないとの福祉事務所からの通知もきている」と述べている（小林 1957:26）。つまり、小林はこの両者の適用が停止されたとは言っていない。この懇談会が開催された 1957（昭和 32）年の時点での小林文献（一次史料）では、健康保険や生活保護（医療扶助）の適用が「不适当」であるとの「通知」を当局より受けたとの記述にとどまっている。しかし 10 年後の小林文献（二次史料）では、みてきたように、「健康保険の取り扱いの停止」と「医療扶助の停止」により「日赤産院小児科」での収容が「解散に追い込まれた」と記されているのである。小林の 2 つの記述は整合性がとれておらず矛盾している。

次に秋山泰子の証言を引用する。秋山は日本における障害児医療（小児精神神経学）の大家であり、小林の指導の下、当時の「日赤産院小児科」に勤務していた。さらに秋山は「島田療育園」の設立母体である「日本心身障害児協会」の評議員も務めた。秋山は「日本心身障害児協会」が在宅障害児のための附属診療所を 1959（昭和 34）年に開設して以来 1984（昭和 59）年 3 月まで、診療所長の職にあった。秋山は、日本小児精神神経学会の会長を歴任後、2017 年現在、日本重症心身障害学会名誉会員、日本小児精神神経学会名誉会員である。つまり重症心身障害児者対策を「日赤産院小児科」以来、小林とともに内側から体験してきた人物といつてよい。

秋山は、1994（平成 6）年 9 月に開催された「第 20 回重症心身障害研究会岡山大会学術集会」の特別講演にて、自らの体験に基づく重症心身障害児者対策史を語った。秋山の講演録は学会誌に掲載はされていないが、筆者は個人的に秋山よりその講演のテープ起こし原稿を入手した。ここでは、従前言い古されてきた「通説的見解」とは異なる内容が披露されている。以下、秋山証言からの引用である。

私は昭和 27 年に、慶応大学から研究生として日赤産院の小児科に参り、昭和 28 年から当時「西の側病棟」と呼ばれていた「異常児」の病棟に配属になりました。当時、小林先生のもとで、医局長以下 8 名の医師と、名にし負うと言える日赤の看護婦陣と補助看、保母たちが障害児の保育に関わっておられました。障害児の入院数が 20～30 名、病棟が 20～30 名、それに外来と、50～60 名の日赤乳児院という

規模の中に 8 名の医師がいたわけです。ここで「8 名」を強調したい理由は、陰になって支えられたこの 8 名の医師が、当直医の数としてもそれだけ揃っていることがありがたいだけでなく、専門分野も呼吸器や大腸菌の専門家、呼吸器感染の専門家など様々で、緊急時には昼間だけでなく夜間にも随時対応できる体制が整っていた、ということです。また、医師に加え、看護陣も充実していましたので、この組織は、あの当時としては、たいへんすばらしかったと思っております。

西の側病棟では、はじめは寝たきりのこども達を中心でしたが、次第にベッドから降りる子供が出てきました。初めのうちは、「つたい歩きができた。は一ちゃんがあんよした」などと言って、みんな喜んでいたのですが、そのうちに子どもたちの動きが活発になり、病室から出歩いて、産科の病棟まで行って叱られる、というようなことが起き始めました。一方、寝たきりの子どもたちについても、彼らの年齢が進むにつれ、保母さんたちが「先生、子供をお風呂に入れるのはいいけれど、大きくなったこの子たちをお風呂に入れるのは大変だし、大人になってきた男の子を入れるのは嫌ですよ」と言いはじめました。「ああそうか、この子たちは歳をとり、育つのだ」ということを目の当たりにした記憶があります。子どもたちの動きが激しくなることによって、病院からも、もうここでは無理ではないか、という苦情がきました。一方、費用の点では、病院に病児として入院させていましたが、その当時は、健康保険は同一病名では 3 年以上は使えないという規則がありました、それには、小児科医の知恵でみんながいろんな病名を見つけてくれ、「くる病になっていたよ」とか「あせもの化膿がひどい」とか、「レントゲンで肋膜炎のあとがあったよ」というように、入院に値するもっともらしい病名を見つけて、毎月の医療請求で凌いで参りました。ただ、そういうことも度が過ぎると、入院にそぐわない子どもを入院させているということで、健康保険の方から調査官が来ました。でも、係官は初めは厳しい顔をして病院に来られるのですが、病室で子どもを見て説明を聞くと、帰り際には、一人の父親の顔になって、「まあ適当によろしく」といれました。そんなことを繰り返しており、結局合法的ではない、という状態でした。

出所：(秋山 1994)

この秋山証言のポイントを抽出すると次のように整理できる。

- ・日赤産院小児科には充実したスタッフ体制がしかれていた（医局長以下 8 名の医師と、優秀な看護師と保母の存在）。
- ・子ども達が成長するに伴って、その行動範囲の拡大により産科からの苦情が発生した。
- ・子ども達が成長することに伴って、介護上のセクシュアリティの問題が発生した。
- ・当時の健康保険においては、同一病名 3 年の給付制限が存在した。
- ・このような健康保険の給付制限の下で、入院児達に様々な病名を糊塗しつつ、入院の継続を図ってきた。
- ・このような日赤産院小児科の対応について、健康保険の担当官よりクレームは付いたが、大目に見られていたこと。

なお筆者は 1998（平成 10）年に、秋山にヒアリングを行っている。秋山によれば「たしかに、保険適用についてのクレームは付いたが、日本赤十字社が、病棟に入院している重い障害児を強制的に退院させることなどあり得ない」とのことであった。

当時の日赤産院の院長は、久慈直太郎であった。日赤産院は、1922（大正 11）年に貧困者のための助産施設として、東京広尾の日本赤十字社中央病院の隣地に設置された。日

赤産院には、産科と小児科が設置されていた。久慈は文化勲章を受賞したわが国産婦人科学の重鎮である。久慈は戦前の1927（昭和2）年より日赤産院の院長の職にあった。久慈はわが国における新生児医療、未熟児医療研究の草分け的存在でもあり、日赤産院における分娩異常や未熟児のケースをもとに、著書も公刊している（久慈1951,1958）。さらに久慈は、肢体不自由児対策の父と称される高木とともに「中央児童福祉審議会」の委員でもあった。このような久慈院長管理下の小児科病棟で、小林が言うように、障害児の入院が「解散に追い込まれた」事実があったとするならば、久慈による何らかのアクションも想定されて然るべきである。しかしながら、この件に関する久慈の記録は、今日見当たらない。

以上見てきたように、重症心身障害児者対策の「通説的見解」である、「日赤産院小児科」の障害児入院収容の破綻を象徴的事件として構成された「国家による切り捨て」→「小林受難劇」→「英雄・小林物語の幕開け」という「ストーリー仕立て」は、相当の疑問点があると言えるだろう。歴史事実の検討において、いかに「史料批判」が重要であるか、ということの証左である。

社会問題化の戦略としての小林の言説

ここで先行研究において小埜寺（小埜寺2000）が、小林を社会問題構築のクレイムメーカーとして位置づけたことに注目したい。社会問題の構築主義を提唱した Spector と Kitsuse らは、「ある問題が社会問題であるという定義は、自分にとって好ましくない状況に人びとの目を向けさせ、その状況を変えるために諸機関を動かそうとする社会のメンバーの手によって構成される」（Spector and Kitsuse＝村上他訳1992：123）とする。さらに Spector と Kitsuse らはこうも言う。「社会問題においては、価値をよりどころにして、クレイムまたは要求が正当化され、不満や義憤、憤激が表出される」、「クレイムがどの機関、組織、団体に向けられるかに応じて、価値は、きわめて戦略的に選びとられるかもしれない」（Spector and Kitsuse＝村上他訳1992：146-147）。

このように考えると、小林の言説とは、重症心身障害児者対策を社会問題化するための一つの「戦略」であったと解するのが妥当なように思われる。小林の言説は、社会問題として当問題を拡大していくための選びとられた「戦略」であり、今日風の表現でいえば、「話を盛っている」可能性も考慮した上で、その内容を吟味しなければならないのである。

（2）戦前から「不治永患児対策」の必要性を主張してきた高木憲次の役割の過小評価

「小林中心史観」における高木憲次の不可視化

「小林中心史観」は、小林以外のアクターの存在を不可視化していく。そこでとりわけ問題となるのは、先行文献において、高木憲次の役割が過小評価されている点である。小林も自身の文献（小林1958,1968）において、高木のことには触れていない。

高木は中央児童福祉審議会委員として、「不治永患児施設の設置」を1956（昭和31）年5月の「児童福祉行政の諸問題に関する意見具申」内に盛り込んだ。これは、1957（昭和32）年に日赤産院で小林が、行政当局を招いて開催した「重症欠陥児の対策懇談会」よりも1年も前のことである。高木は東大整形外科の初代教授であり、日赤産院院長であった

久慈と共に中央児童福祉審議会の委員であった。しかも日本初の「肢体不自由児施設」である「整肢療護園」の園長も勤めていたのである。高木の審議会における提言を、小林が知らなかったとは到底理解出来ないのである。

「肢体不自由児」対策の関係者からの、高木憲次の重症心身障害児対策寄与に関する評価

それでは、重症心身障害児者対策について、肢体不自由児対策の関係者から、高木憲次はどのように評価されているのであろうか。

高木と重症心身障害児者対策との関係については、高木の死去後に編纂された『高木憲次 人と業績』（田波編 1967）において次のような記述がある。なお、ここでの博士とは高木のことである。またこの書籍の編集者である田波幸男は、厚生省児童局の第4代母子衛生課長（1949（昭和）24年12月～1954（昭和29）年5月）である。厚生省児童局母子衛生課は、肢体不自由児対策、重症心身障害児対策の所管課であった。

博士はわが国のリハビリテーション事業の開祖であることはよく知られているところであるが、博士がこうしたいわば攻撃の面のみでなく、守備の面、すなわち今日いうところの重症心身障害児のケアについても深い関心を持っていたことについては、あまり知られていないようである。これまで再々述べられているように、博士は大正時代がからクリュッペルハイム（筆者注・肢体不自由児施設のドイツ語表現）の設置が必用であることを説いてまわったのであるが、そのかたわら、ジーヘンハイムの必要性をも政府当局及び周囲のものに強調していた。「ジーヘン」というのは独和辞典によれば「永患らいをしている者」という意味であって、博士はこれを「不治永患児」、ジーヘンハイムを称して「不治永患院」とよんでいた。要するに、肢体不自由児とは療育可能な者を呼び、それが不可能なものは不治永患児として区別したのであった。そして、このようなケースに対しては、ぜひとも別の施設、すなわちジーヘンハイムが必用であると主張したのであった。

出所：（田波編 1967: 183-4）。

さらに『高木憲次 人と業績』は、高木が1953（昭和28）年に開催された「第一回全国肢体不自由児施設長会議」で「不治永患院」設置の必要性を主張したとの記録を紹介している。なおここでの福島とは福島県のことである。

高木 先き程不治重症例を不適児と判定した肢体不自由児施設でことわられたら自殺するというお話があったが、そういう例は珍しくない。対策として重症児のために、所謂「不治永患院設置の必要性」を強唱する。肢体不自由児療育施設に入れることは適切ではない。自由のきく私設で先づ創設するのがよい。福島の方などでやれませんか。

福島 附属としてつくることも考えている。

高木 前例や、数を示さないと国や県ではとりあげにくいだろう。国や県は国民の大切な税金でやっているのだからお先走りなことは出来ない。もっと開拓してゆかなければならない。

出所：（田波編 1967: 184）

なお当時の政府の対応状況について『高木憲次 人と業績』は以下のように伝える。

博士はこのような主張をたえず心中に抱いており、折あるごとに政府に進言したのであったが、当時はまだ肢体不自由児施設すらもほとんどない状態であったから、まず療育可能なケースのための施設を先にして、これが一通りゆき渡ったところで、不治永患児の対策を考えよう、というのが政府当局の態度であった。

出所：(田波編 1967: 184)

そして『高木憲次 人と業績』は、高木が 1956（昭和 31）年の中央児童福祉審議会の意見具申において、「不治永患児施設」の設立を働きかけたと指摘する。その意見具申とは以下のとおりである。

「不治永患児施設の設置」

家庭悲劇の大きな原因となっている不治永患児に対して、不治永患児施設の設置を制度化する必要があること（1956 年 5 月中央児童福祉審議会「児童福祉行政の諸問題に関する意見具申」）

出所：(田波編 1967: 185)

『高木憲次 人と業績』は、わが国初の「重症心身障害児施設」である「島田療育園」が開園した後の高木の発言も紹介している。これは、1962（昭和 37）年の日本肢体不自由児協会の機関誌「手足の不自由な子どもたち」の巻頭言からの引用である。

不治永患児の問題は、肢体不自由児施設の設置と並んで長年提唱していたところであるが、施設が全県に設置された今日、これ以上放置することは許されまい。昨年島田療育園が誕生したとはいえ、この種の施設はいまだ法律に基づいての措置がないため、運営上において種々の困難に直面している。この隘路の打開なしに、不治永患児対策を進めることはきわめて困難であると考ええる。

出所：(田波編 1967: 186)

最後に『高木憲次 人と業績』はこう結ぶ。この一文が書かれたのは、重症心身障害児施設が児童福祉施設として法制化された 1967（昭和 42）年であった。この時点ですでに高木は死去している。

今日、この種の施設が全国的に整備される機運となり、本年八月に法制化されたことを、もし博士が健在で目のあたりにしたら、さだめし感無量であることであろう。整肢療護園にも既存施設に隣接して、博士のいわゆる不治永患院、「むらさき愛育園」が誕生した。

ただ、最近博士の呼び名であった「不治永患児」が「重症心身障害児」という名称におき換えられている。これは、「不治」という烙印を押してしまうのでは気の毒千万である、といった配慮から出ているようであるが、果たしてこのように改名したことが、本人及び両親の福祉のためによいことであったか、はなはだ問題のあるところである。将来は別として、現在の段階において医学及びその他の措置が、本人の心身の改善のためにしてやることがほとんど不可能であることを認め、その事実の上に立脚して対策を講じることが、長い目でみると本人及び家庭の福祉に最も結びつくというように博士は考えたのであろう。

出所：(田波編 1967: 187)

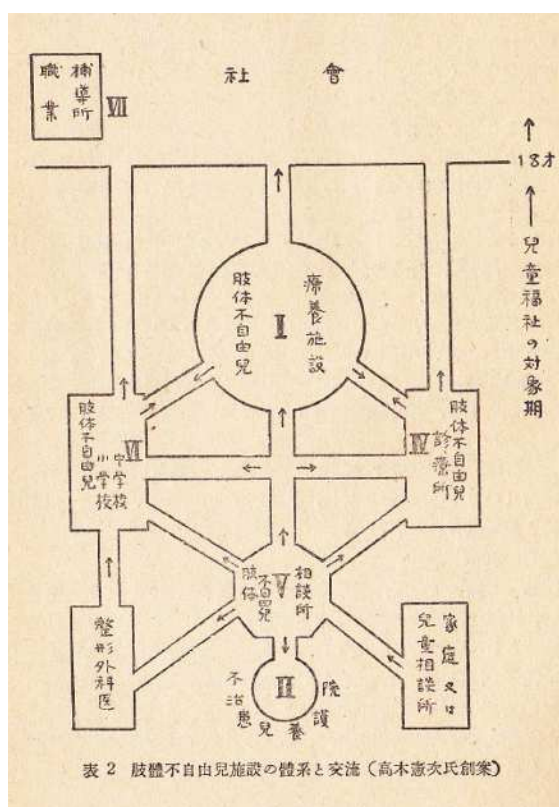
長々と引用したが、肢体不自由児対策の関係者の記述から読み取れることは、肢体不自由児対策の立場からは、重症心身障害児対策は高木の「不治永患院」構想が結実したものであり、肢体不自由児対策の「発展型」とであるという理解がされていることである。そして、重症心身障害児対策の主要アクターは高木に他ならない、と言明しているのである。

「肢体不自由」「不治永患」とは

ここで高木の「不治永患院」構想を見ておこう。高木の「不治永患院」構想とは、図1-1の体系図に明らかにされている。この図は、厚生省児童局母子衛生課と東京都衛生局の共著である、1949（昭和24）年に発刊された『新しい母子衛生』内の高木による肢体不自由児施策についての解説である。児童福祉法施行後1年の時点で、行政当局の編纂による戦後の児童福祉政策（母子衛生分野）を説明した貴重な史料でもある。

ここで「不治永患」と「肢体不自由」とはある種、対概念となっている。そこでまず「肢体不自由」とは何かについて、その造語に携わった高木の言葉をみてみよう。

図1-1 高木憲次による肢体不自由児施設の体系と交流



出所：(高木1949:184)

【肢体不自由という名称】

昔は、不具畸形とか、片輪者とかなどと称されていたが、何れもはなはだ不快な感じをあたえるばかりでなく学術的にみて全然内容を表示していない。

肢体不自由なる術後は高木が命名したものであります。

- ① これなら片輪者や不具畸形なぞの如き不快な響きをもたない。
- ② 疾の箇所が、主として四肢と体幹とであることを示している。
- ③ 本疾患が外観的な形態を重視していない。機能障害に重点をおいていることを端的に不自由なる語に表している。
- ④ 畸形は、先天的の形態異常を示す術語であり、又不具児は従来聾啞盲まで含まれているものと了解されている。反之本名称なら本疾の大部分が決して先天性のものではない事実にも適合している。若しそれらは唯単なる符帳、名称に過ぎずとして、これが患児に及ぼす精神的影響なぞ意に介せざる者あらば、肢体不自由児の療育に関する根本的理念にもとるものである。

出所：(高木1949:175-6)

肢体不自由という用語は、高木自身の造語であり、従来の不具畸形や片輪者という表現が、差別的であるばかりか、学術的にも正確ではないこと、患児の治療へのモチベーションに悪影響を与えることを高木は主張している。続いて、高木は、肢体不自由児を次のように定義する。

【肢体不自由児の定義】

肢体不自由の定義は、「四肢や体幹に不自由なところがあるのみで、その知能は健全なる者であるから、之に整形外科的治療を施しかつこれを適当に教導するときは、独立自活の途をたてることの出来るようになる可能のある者である」

而して肢体不自由症は、整形外科的治療のうち

- 1 肢体の機能障害を主とし、形態異常（畸形、変形）をも含むものであるが、
- 2 法律の精神からも推理判断しうることであるが、知能に欠くところがあったり、或いは現代の医学にては、如何に医療に努めてみても、機能の回復不十分にまで到底生業能力を獲得することは出来ないと推察されるもの、例えば、四肢欠損や四肢麻痺の如き重篤な症例は、整形外科的治療の対象にはなるが、法にいうところの療育施設の対象にはならない。
- 3 また短期間に治療完了する軽症も療育施設の対象とはならない。

出所：(高木1949:176)

まず高木は、肢体不自由とは「知能は健全なる者」と定義し、知的障害を伴わないことを明確にしている。そして、整形外科的治療によって、「独立自活」の途が開けることを主張するのである。

従って、その帰結として、知的障害を有する者や現代医学の効果の及ばない者は、療育施設（肢体不自由児施設）の対象から除外されることも言明している。そして肢体不自由の療育とは何か、について高木はこう説明を加える。

【肢体不自由児の療育とは】

従来社会事業の対象となっていたのは、

- 1 愛護、養育、保育、養護を主とするところの乳児院、保育所、虚弱児施設及び保護者のないものの養護施設と
- 2 教護を主体とするところの不良児に対する教護施設や精神薄弱児施設でありました。しかるに今般

児童憲章とも称すべき児童福祉法においては、今まで社会事業の対象となっていなかったところの

3 治療を主とする施設が脚光を浴びて初登場することになった。

それは肢体不自由児施設であります（第43条）。何故肢体不自由児だけがその医治教導を法律で護らなければならないのか。肢体不自由児は表にみるが如く、盲聾啞の如く症状が未だ固定していないし、又不治永患でもない、幸いにも整形外科の進歩によって医療可能な疾患となったのである。

出所：（高木1949:176）。

高木によれば、肢体不自由児施設とは、戦後児童福祉法における、まさに「新しい母子衛生」の一環として、医療（整形外科学）の進歩を背景に、肢体不自由児に「医治教導」を提供する、新しい施策であることが高らかに宣言されている。

そして、表1-2にみられるように、このような医療（整形外科学）の治療対象とならない対象が「不治永患」ということになる。ただし、この表では「不治永患」は治療の対象とはならないが、教育（普通教育）や職業指導の対象になるとしていることは、注目に値する。このような意味での「不治永患」であれば、今日の「重症心身障害」とはかなり対象の臨床像が異なると言って良い。この点については、高木自身の「不治永患」の臨床像が後年変化した可能性もあるだろう。とはいえ、医療（整形外科学）による治療効果の有無によって、対象を分類する発想自体は、後年も継続していく。

表1-2 肢体不自由児と他の障害児との特性の比較

	治療	教育	職業
精神的不自由＝精神薄弱	—	特殊教育	職業的訓練
盲聾啞	—	特殊教育（点字等）	職業指導
身体的不自由 肢体不自由	治療	普通教育	特殊職能訓練及び職業指導
不治永患	—	普通教育	職業指導

出所：（高木1949:177）

高木は、肢体不自由児の療育システムと不治永患児との関係性を前掲の図1-1で説明しているので、再度みてみよう。この図では6つの組織が登場する（なお図にはⅢがない）。

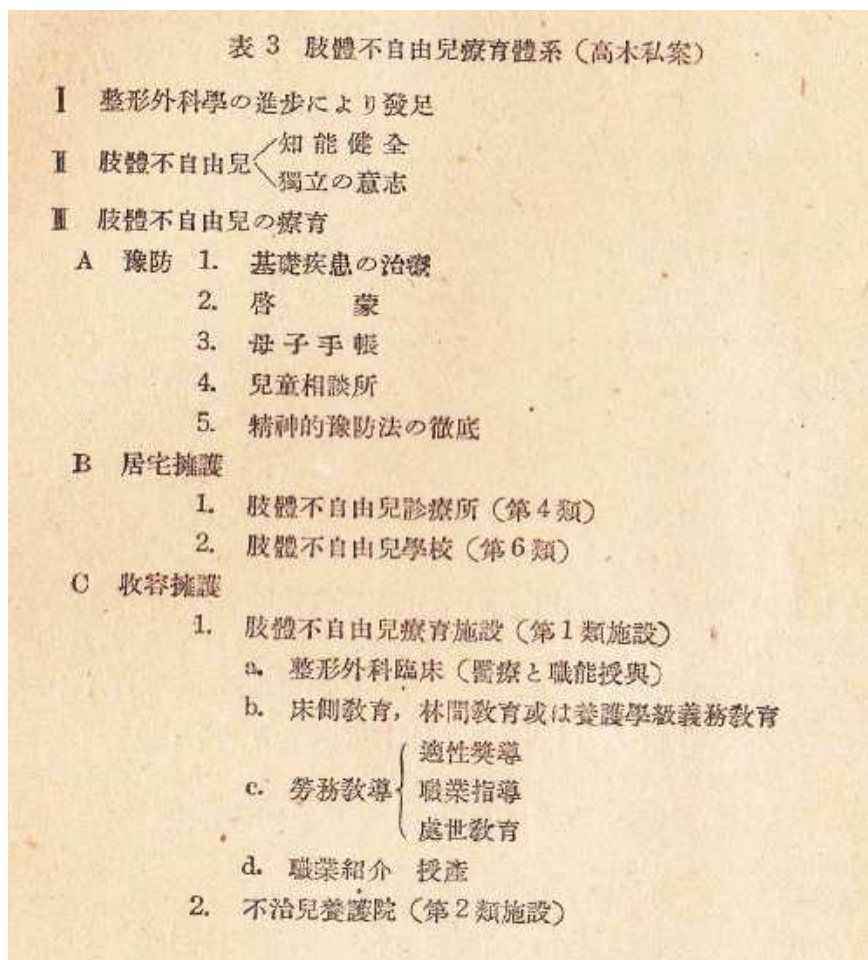
- I 肢体不自由児療育施設
- II 不治患児養護院
- IV 肢体不自由児診療所
- V 肢体不自由児相談所
- VI 肢体不自由児小学校中学校
- VII 職業補導所

II 不治患児養護院に注目すると、その入所ルートには、V肢体不自由児相談所がある。そしてVには家庭又は児童相談所がある。すなわち、家庭又は児童相談所→肢体不自由児相談所→不治患児養護院というルートが想定されている。

次に、高木私案として、「肢体不自由児療育体系」をみてみよう（図1-2）。この体系IIに

よれば、まず肢体不自由児療育が整形外科の進歩により発足し、肢体不自由児は知能健全で独立の意志を有することが述べられる。そして肢体不自由児の療育には、予防、居宅擁護、収容擁護の3種類があり、収容擁護は肢体不自由児施設（第1類施設）と不治児養護院（第2類施設）に分類されている。

図1-2 肢体不自由児療育体系（高木私案）



出所：（高木1949:184）

高木によるわが国の肢体不自由児療育事業の歴史整理

この高木自身による肢体不自由児対策の概説書において、高木は最後に、日本の肢体不自由児対策の歴史的沿革を整理している。これも先駆者である高木による貴重な史料なので、以下引用する。

高木は、次のような4つの時期区分を設定している（高木1949:186-90）。

- ①啓蒙期（大正13年頃より昭和8年まで）
- ②黎明期（昭和9年から16年）
- ③停滞期（昭和16年から21年）
- ④復活曙光期（昭和21年以降）

①啓蒙期は、ドイツ留学から帰国した高木が、1924（大正13）年5月に『国家医学雑誌第449号』に、ドイツを参考に日本においても「クリュッペルハイム」の設置を要望したことに始まるという。高木は「治せば治るはずの疾が、全然医療が加えられないままで既に手遅れとなって終わってるものの多いことを痛感せざるを得なかった」と述べている（高木1949:188）。

次に②黎明期は、1934（昭和9）年の日本医学会総会で「整形外科学の進歩とクリュッペルハイム」の題の総合講演を行ったことから始まるという。高木によればその反響は大きく、翌1935（昭和10）年に「日本肢体不自由者医治教護協会（その後、財団法人日本肢体不自由者療護協会（会長：木戸幸一、理事長：高木憲次）」が創立され、クリュッペルハイムである「整肢療護園」（園長：高木憲次）が東京板橋に開園した時期である。

③停滞期は、「整肢療護園」の開園を機に、全国各地に肢体不自由児擁護の機運が蜂起したものの、戦時体制のもとで余裕のない暗澹たる時期とされる。

④復活曙光期は、児童福祉法の制定過程において、「肢体不自由児」が児童福祉施設として法定化されたことを特徴としている。

ここで、「整肢療護園」についても触れておこう。「整肢療護園」の開園は1942（昭和17）年である。その設置運動は、1932（昭和7）年から開始され、当初は三井財閥の資金を頼りに建設を進める予定であったという（田波編1967:77-81）。その後、1937（昭和12）年に、「肢体不自由者療護園建設委員会」が発足し、「肢体不自由者療護園建設趣意書」が作成され、当時の日銀総裁の池田成彬と結城豊太郎が寄付募集の総指揮をとったという（田波1967:85）。1939（昭和14）年に、「財団法人肢体不自由者療護協会」が成立し、用地取得等を経て、1942（昭和17）年に「整肢療護園」が開園する。財団法人肢体不自由者療護協会の当初の役員は以下のとおりである（田波1967:87-8）。顧問に平沼騏一郎（首相）、池田成彬（日銀総裁）、会長に木戸幸一（内大臣）ら、当時のエスタブリッシュメントが名を連ねていたことは注目に値する（表1-3）。

表1-3 財団法人肢体不自由者療護協会の役員

顧問	平沼騏一郎（男爵） 池田成彬
会長	木戸幸一（侯爵）
副会長	結城豊太郎、長与又朗
理事長	高木憲次
常任理事	堤直温、三島薫
理事	穂積重遠（男爵）、小倉正恆、河原田稼吉、永井柳太郎、小林一三、跡部忠生、明石照男、荒木貞夫（男爵）、篠田亨二、末次信正、塩田広重、広瀬久忠
監事	宝来市松、南条金雄、三好重道
常議員	井坂孝、磯村豊太郎、石原忍、服部玄三、大蔵喜七郎（男爵）、岡田文秀、米山梅吉、成瀬達、村田省蔵、松本健次郎、児玉政介、藤山愛一郎、青木鎌太郎、坂口康蔵、久田益太郎

出所：（田波編1967:87-8）

高木の「不治永患院」構想の根拠

高木は戦前にドイツに留学し、ドイツにおける実践の影響を受けて、わが国初の肢体不自由児施設「整枝療護園」の設立構想を練ったと言われる（田波編1967:41）。それでは、ドイツではどのような療育体系が構築されていたのだろうか。この点について、少数ながら先行研究がある。

趙と峰島は、高木が参考とした「1920（大正9）年プロイセン州公的肢体不自由者福祉法と同法施行令」の翻訳を行っている（趙・峰島2007）。また趙は高木の療育体系とプロイセンの公的肢体不自由者福祉法とを比較検討している（趙2008）。そしてこの趙による両者を比較した研究の一端から、プロイセン法における「不治永患」に関わる規定を垣間見ることができる（趙2008:39）。これによると、プロイセン法の対象規定中には、「整形外科用治療機器全般を有する入所型施設は、長期入所者用と治療不能の患者には高くつきすぎる。彼らは、その他の施設で良好かつ安価に措置可能である。そこで、長期入所者と治療不能の患者を中心に受け入れる施設や収容所を設ける必要がある」との規定がある（趙2008:39）。この規定によると、プロイセン法においては、「長期入所者」と「治療不能の患者」については、整形外科的治療の対象者とは異なる施設の設置が要請されていたことがうかがえる。そして、趙はこのプロイセン法の規定の考え方を高木は踏襲したとしている（趙2008:40）。

趙の研究を基に考察すると、高木の「不治永患」という考え方はこのプロイセンの公的肢体不自由児者福祉法から着想を得ていたであろうことを推察できる。趙は、このプロイセン法が「すべての文明国家における初の社会衛生的正確を有するもの」として、当時の諸外国にも大きな影響を及ぼし、後にそれに類似した法律が制定されたとする海外研究者の評価を引用している（趙 2008:41）。ただし、実際のプロイセンにおける「不治永患」患者に対する運用や特に「長期入所者用と治療不能の患者を中心に受け入れる施設や収容所」の設置状況、さらに当時の諸外国での実際の運用状況について、趙の研究では明確にされていない。

先行研究には、このような限界はあるものの、わが国における肢体不自由児対策の西欧諸国からの継受・輸入は、高木によって、西欧諸国における実践と同時代的に行われたことがわかる。そして「療育可能」と「不治永患」とを分類する考え方も、少なくともプロイセン法の規定を見る限りでは、当時のスタンダードであったことも推測される。もちろん、この規定だけでは、実際の運用状況は不明であることに変わりはない。しかしながら、高木の「不治永患院」構想自体はわが国の特異なものではなく、その考え方は西欧諸国と軌を一にしていたことは、先行研究から理解できる。そしてこのような思想背景は、本論文におけるリサーチクエスションである、1960年代におけるわが国の重症心身障害に関わる専門資源の飛躍的増加について、海外諸国と比較して初期条件は同一であったのに、何が日本と海外との分水嶺となったのかについての、日本における特殊な要因についての探求心を一層かきたてるものでもある。

以上、高木の重症心身障害児者対策との関わりを、肢体不自由児対策の関係者からの視点で整理してきた。重症心身障害児対策の推進においては、とりわけ高木の影響が強いことが明確になった。しかしながら「小林中心史観」においては、当該対策のアクターにすら加えられていない。このような「小林中心史観」は、批判的に検討しなければならない。

(3) 政策形成アクターとしての厚生官僚の役割の検討が不十分

「小林中心史観」における厚生官僚の役割の受け身化

「小林中心史観」は、小林以外のアクターの存在を不可視化していくが、その不可視化は厚生官僚にも当てはまる。重症心身障害児者対策が、小林による問題提起から始まったと解する「小林中心史観」では、政策当局、すなわちアクターとしての厚生官僚は従属的な位置付けとなりがちである。しかし、小林の社会問題化の活動の以前に、厚生官僚が重症心身障害児問題を認識していなかった、と考えるのは不自然だと思われる。

そのことは、既に見てきたように 1956（昭和 31）年の「中央児童福祉審議会」による「不治永患児施設」設置の答申に現れている。この答申は、小林が社会問題化を試みたとされる 1957（昭和 32）年 11 月の日赤産院における「重症欠陥児の対策懇談会」以前の出来事である。

さらに本研究による歴史史料の発掘から、小林と政策当局とはむしろ密接な連携を図っていたことも推察されるのである。これから紹介する史料は、1954（昭和 29）年度と 1957（昭和 32）年度の厚生科学研究報告の抄録からの抜粋である。

小林は 1954（昭和 29）年度の厚生科学研究において、「精神薄弱児処置の判定基準に関する研究（主任研究者・三木安正）」に参加している（表 1-4）。主任研究者の三木は東京大学の心理学教室の教授であり、戦後の知的障害児者対策を主導した人物である。また本研究には、1958（昭和 33）年に開園する国立の重度知的障害児施設「秩父学園」の初代園長となる管修など、戦後の日本の知的障害児者対策を牽引した人物が揃っている。「近江学園」の糸賀も研究に加わっており、小林と糸賀が共同研究者として名を連ねている点も興味深い。この研究は、「精神薄弱児処遇の判定基準の作成という課題」のもと、「精神薄弱児の処置に関与している諸施設において、どのようなことが行われているか、またいかなる児童がどのように適応しているかという実態調査からはじめ、次の段階において、判定基準の具体的な作成に進もうと意図したもの」とされる（表 1-4）。

この 1954（昭和 29）年という時期は、知的障害児対策が本格的に始動する時期であった。1952（昭和 27）年には知的障害児の親の会である「育成会」が発会し、運動体として知的障害児対策の拡充への組織的な要求を開始した。1953（昭和 28）年 11 月には、精神薄弱児対策基本要綱」が事務次官会議で決定され、以後の知的障害関連施策の拡充が関係省庁間で確認された。

表 1-4 昭和 29 年度厚生科学研究『精神薄弱児処置の判定基準に関する研究』

研究者	主任研究者 三木安正（東京大学教育学部）
	管修（神奈川県立ひばり丘学園）
	小林提樹（日本赤十字社産院）
	糸賀一雄（滋賀県立近江学園）
	戸川行男（早稲田大学文学部）
	小宮山倭（東京都立青鳥中学校）
	雨谷三四郎（東京教育大学教育学部）

	狩野広之（労働科学研究所） 玉井収介（国立精神衛生研究所）
本研究の意図	<p>精神薄弱児処遇の判定基準の作成という課題は、児童相談所をはじめ各種施設において精薄児を処置して行くために日々必要なばかりでなく、そうした基準をもって、処置に当ることにより、どのような性格をもった施設をどれだけ設置し行ったらよいかということを策定する上に基礎資料を提供するという意味でも重要である。</p> <p>しかしながら、精神薄弱児処置の判定基準というものは、単に医学的あるいは心理学的な基準を定めることによって得られるものではない。児童の適正なる処置は児童自身のもつ特性と、それを処置する場、すなわち施設の性格との関係において得られるものである。すなわち、ある児童の処遇を理想的に行うためには、施設の物的、人的条件をはじめ、同時に収容する児童の選定等を理想的に行えば、相当の効果をあげるであろうと考えられても現実にあつては、そうした条件をすべて満たすことは不可能である。結局われわれは現在の貧弱な事態において、多様な特性を示す児童とある程度画一的に処遇して行くより外はないが、そこには、今迄の研究と、努力によりなお改善の余地はあろう。</p> <p>そこで本研究においては、まず、精神薄弱児の処置に関与している諸施設において、どのようなことが行われているか、またいかなる児童がどのように適応しているかという実態調査からはじめ、次の段階において、判定基準の具体的な作成に進もうと意図したものである。</p>
むすび	要するに精神薄弱児処遇に関与する諸施設での児童の取扱方を規正すること、また、処遇の判定に当っては上記のごとき諸要因との関連を考慮に入れることが必要であると考えられる。

出所：（厚生大臣官房企画室 1956:80-82）をもとに筆者作成。

また、小林は 1957（昭和 32）年度の厚生科学研究において、「小児の先天性心身障害の予防に関する研究（国立公衆衛生院）」にも参加している。研究メンバーには斉藤潔、内藤寿七郎らの著名な小児科医や、初代児童局母子衛生課長であり、その後東北大学に転任した瀬木三雄も加わっている（表 1-5）。この時期に、厚生科学研究として、障害の発生予防研究を開始していたことも、大変興味深い。

表 1-5 昭和 32 年度厚生科学研究「小児の先天性心身障害の予防に関する研究」

研究者	<p>主任研究者 斉藤潔（国立公衆衛生院）</p> <p>木原行男（九大医学部） 九島勝司（東北大医学部） 小林提樹（日赤産院）</p>
-----	--

	<p>内藤寿七郎（愛育会研究所） 遠城寺宗徳（九大医学部） 瀬木三雄（東北大医学部）</p>
研究方法	<p>小児の先天性心身障害について、在胎期間中に死にいたるもの及び出生直後死亡するものの実態及びその原因についての検索と、死にいたらざるものについての発生要因、更に、これらの異常がその児の発育の上に及ぼす影響についてなどの基礎的な研究をもととして具体的な予防策をみちびき出そうとして研究を進めている。</p> <p>本年度は、先ず次の 2 方向にわけての研究を行った。</p>
協同研究	<p>各分担者の所属する施設に於て、出生児、出生及び産褥期について、次のような異常所見をもったものを選び、その妊娠中、分娩時、家族関係などについて詳細な調査を行った。</p> <p>（1）仮死、及びその程度</p> <p>（2）麻痺、眼球震、瞳孔左右不同、軀幹異常、四肢異常、皮膚異常、強迫姿勢残存、頭型異常、頭囲異常、分娩時外傷、チアノーゼ、蒼白、哺乳力異常、浮腫、病的黄疸、奇形、変質兆候、その他</p> <p>これと共に、対照児として、これらの所見のない出生児についても同様の調査を行い、産褥期以後毎月検診を行い、異常所見の経過一般発育状態の観察を満 1 カ年行おうとしている。</p> <p>この調査にあたっては、各分担者の観察結果の統一をはかるため、同一の調査様式にしたがって行っている。この調査については、現在なお継続中である。</p>
分担研究	<p>先天性心身障害について、前記の協同研究の裏付けとして、臨床病理的な研究も行っている。</p> <p>即ち、木原は、新生児赤芽症児について、交換輸血を行った結果、その発育上には特に影響をもたらさないことをまとめ、又、久島は、分娩障害の一として眼底出血について検察を行い、黄斑部出血が 1 % の頻度にみられることとその吸収の遷延すること、分娩様式との関係についてみている。木原は、異常分娩によって出生した児の発育経過を観察し、正常児と特に差はみられなかったが、観察し得た対象が限られている危険を考慮に入れる必要があるといっている。</p> <p>内藤もこの点を研究し、同様の結果を出しているが、生後 1～2 ヶ月から発赤する異常所見について注意の必要をまとめている。</p> <p>更に、小林及び斉藤は、日赤産院小児科及び慶大小児科精神衛生相談における異常児のカルテ 7,000 枚のうち、乳児期に発見された異常児の原因について疫学的な検討を行っている。遠城寺は、脳性小児麻痺、精神薄弱、蒙古症について、遺伝性、胎生性、出生児性後天性の原因にわけて原因因子の検討を行っている。同時に、未熟児、先天奇形児の発育状態について、適時的な検討を加えている。</p> <p>斉藤は、全国人口動態統計によって、インフルエンザ罹患妊婦からの出生児に、身</p>

	<p>心の障害の伴うものの出現率が多くなるかどうかについて統計的な検索を加えつつあり、又遠城寺は、同様の目的にて、福岡地方に於て検診を行おうとしている。</p> <p>更に、瀬木は、心身障害児が死産中に含まれることから、死産統計、新生児死亡の統計から死因別に検討を加え、又分娩時に於ける破傷風、妊産婦死亡について統計的な見地から調査を行っている。</p>
結論	<p>心身の障害は非情に複雑多岐に亘るため、先ず広範な解釈にたつて、出生時の異常事例に規定して協同研究を行っている、この異常の程度についても程度、症状には相違があつて複雑となり、又これらの異常所見者の確保に困難を感じているが、遡時的な研究と表裏一体となすことによって、研究の目的を達しうると考えられる。しかし、現在の段階では、研究結論を出すところにはいたっていない。</p> <p>各分担者の研究については、上記のような広範な心身障害の一面を狭く、且つ深く検討を行っているために（二）に記載したように一部結論の見られたものもある。</p>

出所：（厚生大臣官房企画室 1958:112-3）をもとに筆者作成。

この 2 つの厚生科学研究の所管は、「精神薄弱児処置の判定基準に関する研究」は「児童局養護課」であり、「小児の先天性心身障害の予防に関する研究」は「児童局母子衛生課」である。当時の障害児行政は「知的障害」は民生系統の「児童局養護課」が、「身体障害」は衛生系統の「児童局母子衛生課」が所管していた。このような障害児行政の 2 課体制については、第 5 章で詳細な検討を行う。

ここで確認しておきたいことは、1950 年代半ばより、厚生省においても、知的障害児の処遇や心身障害の発生予防研究が開始されており、そこには小林を含め多くの研究者や実践家が参集していた事実である。そして、そうであるならば、重症心身障害児の問題も、このような背景の中から生じてきたと考えた方が自然ではないか、とも考えられるのである。

「小林中心史観」によると、政策当局は小林による社会問題化を受けて、その対応が後手となってきたという解釈がされる。あたかも小林一人が問題を抱えて、その小林がクレイムメーカーとして、政策当局と対立していったような状況が「小林中心史観」には含意されている。

しかしながら、政策側は、厚生科学研究として、精神薄弱児処置の判定基準や障害児の発生予防研究を開始し、しかも重症心身障害児問題を社会問題化したとされる小林自身が、その問題化以前に、すでにこの研究メンバーに参加していたのであった。

さらに既述のとおり、1956（昭和 31）年 5 月の中央児童福祉審議会の答申において、後の「重症心身障害児施設」に展開していく「不治永患児施設」の設置が答申に盛り込まれていた。小林の孤軍奮闘で重症心身障害児者対策の必要性が社会問題化され、その対策が進展していったとする「小林中心史観」の通説的見解は、根拠を失っていると思われる。

社会プランナーとしての厚生官僚

このように、ある特定の人物の行動に比重を置いた歴史記述は、他のアクターの行動や当時の時代背景にある環境要因を不可視化していく危険性を有しているといえる。そもそ

も戦前・戦後を通じて、日本においては官僚こそが政策決定の中心として「司令塔」であった。そのことは、経済官僚が戦前・戦後を通して、日本の奇跡的な経済復興を導いてきた過程を描いた Johnson の著作 (Johnson1982=矢野監訳 1982) や、国内行政の全般を担ってきた内務官僚を分析した副田の研究 (副田 2007) でも明らかにされている。官僚は法案作成と予算作成、そして法の執行等、政策決定を半ば独占して国家を運営してきた。しかも厚生省は内務省の系統の官庁であった。厚生官僚が、重症心身障害児対策の推進において、受け身的な位置にあったとは考えにくいのである。

(4) 厚生省における衛生セクションと民生セクションへの考察が不十分である

障害児行政の 2 系統の組織の存在

厚生省とは、その成り立ちを振り返ると、内務省衛生局と内務省社会局に根拠があり、これら衛生と民生の 2 系統の組織が合併した省である。またスタッフには、医系技官と事務官が存在し、それは今日でも医療系の局・課の人事グループと事務系の人事グループとに分立していることにもうかがえる。なおこのような 2 系統の組織編成に至った歴史的経緯は、第 5 章で詳細に検討する。

障害児行政も、1947 (昭和 22) 年の児童局設置以後、永らく種別によって、この 2 系統のどちらかに担当組織が分化していたのである。「児童局母子衛生課」は衛生の系統であり、「身体障害 (肢体不自由)」を所管していた。一方、「児童局養護課」は「知的障害児」「盲ろうあ児」を所管していた。このように同一の局内に、2 系統の人事グループが存在し、かつ障害児行政を 2 分していたのである。

重症心身障害児者対策とは、このような 2 課体制の元で展開されてきたのである。結果的に「母子衛生課」が主担当となったのであるが、このような衛生・民生による行政系統の分課ということも、重症心身障害児者対策を分析する上でも重要である。しかしながら、先行文献では、この点についての考慮がほぼなされていない。

母子衛生行政としての重症心身障害児者対策

重症心身障害児者対策が、主に母子衛生行政の枠組で展開され、その政策案が検討されてきたということは、当時の母子衛生行政の課題認識を視野に入れなければ、当該対策の分析が不十分となることを意味する。

この点について、既に 1957 (昭和 32) 年度の厚生科学研究において、「小児の先天性心身障害の予防に関する研究」が行われていたことはみてきた。また第 5 章で詳細に検討するが、この時期の母子衛生行政の課題は、「乳幼児死亡率の低下」を目的とした「未熟児対策」であった。このような出生にまつわる周産期の医療衛生環境の向上という母子衛生課のミッションと重症心身障害児者対策との関係性を認識することが、当該対策を分析する上で極めて重要であると考えられるのである。

しかしながら、このような視点も先行研究では不十分なのである。

(5) 国際比較の視点が不十分である

欧米へのキャッチアップの再考

障害児者政策に限らず、日本の社会福祉政策全般は、欧米へのキャッチアップによって展開されてきたと考えられている。そのことは、必然的に日本の後発性を前提としていることは言うまでもない。ただし、このようなキャッチアップが、個別の政策においても妥当性を有するののか否かについては、詳細な検討が必要であると思われる。

重症心身障害児者対策についても、先行文献は日本の後発性を前提に論述・記述が進められているといえる。しかしながら、海外の重症心身障害児者支援の状況を検討してみると、むしろそれとは逆の状況があることは、本研究のリサーチクエスションの設定で指摘したとおりである。

IIASSIDD における SIRG-PIMD との連携の重要性

今日、知的障害に関わる国際研究組織（IIASSIDD）においては、PIMD という概念の基に、日本の重症心身障害児者とほぼ同様の対象への研究関心を高めていることもみてきたとおりである。このような海外の情報とも積極的に連携し、国際的な視野から、日本の政策を位置づけて検証する姿勢が、今後は極めて重要となる（小埜寺 2015 : 72-3）。しかしながら、先行研究では、重症心身障害児者対策史を、海外と比較検討しながら本格的に分析を加えたものは、筆者の知る限り存在しない。

<小括>

以上、重症心身障害児者対策史に関わる研究レビューを行い、5 点の課題を提示した。再度整理すると以下となる。

- (1) 「小林中心史観」の批判的検討の必要性
- (2) 戦前から「不治永患児対策」の必要性を主張してきた高木憲次の役割の過小評価
- (3) 政策形成アクターとしての厚生官僚の役割の検討が不十分
- (4) 厚生省における衛生セクションと民生セクションへの考察が不十分
- (5) 国際比較の視点が不十分

これらの 5 つの課題の内、重症心身障害児者対策史において最も重要な課題は、(1) 「小林中心史観」をあげることができるだろう。「小林中心史観」が、小林以外のアクターの存在を不可視化させ、高木や厚生官僚への視座を弱めてきたといっても過言ではないであろう。また特定の人物の行動に歴史を収斂させてしまうことにより、当時の社会環境や海外との比較の視点を置き去りにしていることも指摘できる。

それでは、このような「小林中心史観」から脱却し、重症心身障害児者対策を、どのような方法で分析することができるのだろうか。筆者は、政策過程研究という手法の有効性を主張したいと思う。そこで次章では、政策過程研究の検討を行う。

本章では、本研究で用いる政策過程研究の手法を検討する。

1. 政策とは

政策 (policy) とは何か

まず、政策 (policy) という語は、どのような内容を示す概念なのだろうか。英語の policy からみても。

a course of principle of action adopted or proposed by a government, party, business, or individual etc. (COD 9th edition)

和訳) 政府、政党、企業、個人等によって採択もしくは提案された一連の基本行動方針

なお course とは、「継続的な前進」a continuous onward movement or progression (COD 9th edition) という意味を有している。policy とは未来に向かって継続的に進んでいくイメージを内在している。そしてその行動主体は政府、政党だけではなく、企業や個人も例示されており、特に政治領域に限定されていない。

次に policy の訳語である政策の定義はどうであろうか。『広辞苑 (第7版)』における政策の定義は以下である。

- ①政治の方策。政略。
- ②政府・政党などの方策ないし施政の方針。

政策とは、方策、政略、方針であることが示されている。本来 policy とは方針 (course) を意味するが、訳語たる政策では、方策 (plan) や政略 (tactics) といった方針を実現するための手段も含んでいる。

一方で政策の行動主体 (「策」を講じる人びと) は、政府や政党といった政治領域のアクターを例示しており、企業や個人は特に明示されていない。英語の policy は企業や個人レベルの行動方針も含んでいるが、訳語の政策では政治領域に限定された用語法であることが暗黙裏に了解されているようである。確かに、日本の日常会話において、「それは彼のポリシーに沿っている」といった表現が存在する一方で、「それは彼の政策に沿っている」という言い方を耳にすることはほぼない。我々の言語感覚は、的確に外来語の policy と訳語の政策とを器用に使い分けているようである。

政策には「策」という字が当てられている。「策」とは『広辞苑 (第7版)』によれば、いくつかの意味を持つようであり、①文字を記した竹札、②くじ、占いのめどき (筮竹、50本の細い棒)、③官吏登用試験の問題、④はかりごと等が示されている。これらの内、①文字を記した竹札というのは、高札を想起させる。高札の代表的なものとしては、明治新政府が掲示した「五榜の掲示」がある。「五榜の掲示」とは新政府による5つの禁止事項 (悪行、徒党、キリスト教、外国人殺傷、浮浪) を民衆に周知したものであって、裏返せばそれは新政府の基本行動方針の掲示といえなくもない。また②めどきも course と類似してい

るように思われる。1本1本の棒が、政治の方針（course）だと解することもできる。そして政治の方針（course）が、くじびきや占いで選ばれるというのは、政策決定のルーツが御神託にあることを想起させる意味で興味深い。

いずれにしても、policy の訳語に「策」を当てたということに、先人の苦心がうかがえる。ただしそのことにより、policy という語の本来の意味が、日本において的確に伝わっていないことは指摘しなければならない。policy とはもともと方針（course）であり、未来に向かって継続的に向かっていくイメージを内在した概念である。後述するが、ともすると、政策研究と称する中に、政策（方針）の実現手段としての施策（program）や事業（project）のみに焦点を当てた研究が散見されるのも、政策という語の本来の意味が日本において十分に咀嚼されていないことの証左と言えるだろう。

政策＝公共政策

我々が普段より何気なく使用している政策という語は、本来の policy とはやや意味を異にしている。それでは、政治学において政策とはどのように理解されているのだろうか。

まず政治学においては、政策とは公共政策（public policy）のことを指し、両者は同様の概念であるとされているようである（西尾 2001:245, 岩崎編 2012:4）。確かに、政治学とは、私的な事項を対象とするのではなく、「公的な決定」（辻中 2012:14）を対象とする以上、私的な policy と公共に関わる policy とを分別する意味で、政策＝公共政策と理解することは首肯できる。

さて肝心の定義であるが、西尾は政策を厳密に定義することは難しいとしつつ、政策（公共政策）とは、「政府が、その環境諸条件またはその対象集団の行動に何らかの変更を加えようとする意図の下に、これに向けて働きかける活動の案」とする（西尾 2001:245-6）。西尾はあえて政策を政治機関によって決定済みの「活動の案」としたのは、政策の立案・決定活動とその実施活動とを区別するためであるとする（西尾 2001:246）。西尾は、このような区別は一義的には決めがたく、観察者の立場と視点により変化することも指摘している（西尾 2001:246）。確かに policy とは、未来に向かって継続的に向かっていくイメージを内在した概念であることをかんがみれば、活動の案と活動とを区別する視点は、政策の研究対象を絞り込む上で、非常に有意義だといえる。

この西尾の定義では、政策の目的として「その環境諸条件またはその対象集団の行動に何らかの変更を加えること」を挙げている。政府の行動自体が、そもそもこのような目的を持ったものであると考えれば、西尾の定義は単純に「政府の活動案」を意味しているといえなくもない。実はこのような政策の定義は、アメリカの公共政策学の第一人者である Dye も同様にとるところである。Dye によれば政策とは「Public policy is whatever governments choose to do or not to do. 政府によって、行動する、もしくは行動しないと決定されたものすべて（筆者訳）」（Dye 2002:1）と定義される。非決定の行動も政策に含めている点は Dye の真骨頂でもある。

近年の公共政策の定義

西尾も Dye も政策の行動主体として、政府の活動に焦点を定めている。しかし近年の公共政策学では、公共政策の担い手として政府だけではなく、企業や NPO や市民等の多様な

主体を想定している。これは政府による一元的なサービス供給の行き詰まりに対応するため、行政部門を効率化しようと、1990年代から英連邦諸国を中心に広がった多様な手法（新公共経営 **New Public Management**）の影響があるとされる（秋吉他 2015:252）。わが国においても独立行政法人の設置や政府機関の民営化の流れは、この **NPM** の動きと軌を一にしているといえるだろう。

そこでこの点を重視した政策の定義も登場している。例えば足立は公共政策を「公共問題に社会として対処するための行動方針」（足立 2003:2）とする。また秋吉らは公共政策とは「公共的問題を解決するための、解決の方向性と具体的手段」（秋吉他 2015:26）とする。

このように足立や秋吉らの公共政策の定義は、その行動主体を政府に限定することなく、多様な主体によって公共政策が形成されている現状を反映した定義であるといえる。また公共問題を解決するという意図を明確にした規定でもある。

政策の表現形式

政策を秋吉らの「公共的問題を解決するための、解決の方向性と具体的手段」とした上で、それでは「解決の方向性と具体的手段」とはどのような形式で表現されているのだろうか。秋吉らは、①法律や条令、②予算、③行政計画、④行政命令、⑤政府首脳部の演説や発言の5つを提示している（秋吉他 2015:27）。西尾も政府の活動案は、複数の立法形式（法令・予算・行政規則等）に分散されて定められており、さらに国会での首相の施政方針や答弁などで表明された活動方針なども、政策の一部でありうることを指摘している（西尾 2001:246）。

なお2001（平成13）年に、「行政機関が行う政策の評価に関する法律（平成13年法律第86号）」に基づき、わが国においても政策評価を推進していくことになった。この法律の枠組みにおいて、政府が定義する政策とは、「政策評価の実施に関するガイドライン（平成17年12月16日政策評価各府省連絡会議了承、平成27年4月1日一部改正）」から窺い知ることができる。これによれば、複数行政機関の関係する政策（上位目的）がまずあり、その下に、各行政機関が関係する政策（狭義）があり、その3つのレベル区分は以下のように整理される（表2-1）。

表2-1 政策のレベル

政策のレベル区分	考え方
政策(狭義)	特定の行政課題に対応するための基本的な方針の実現を目的とする行政活動の大きなまとまり。
施策	上記の「基本的な方針」に基づく具体的な方針の実現を目的とする行政活動のまとまりであり、「政策(狭義)」を実現するための具体的な方策や対策ととらえられるもの。
事務事業	上記の「具体的な方策や対策」を具現化するための個々の行政手段としての事務及び事業であり、行政活動の基礎的な単位となるもの。

出所：政策評価の実施に関するガイドライン（平成17年12月16日政策評価各府省連絡会議了承、平成27年4月1日一部改正）より筆者作成。

第2章 政策過程研究の検討

ガイドラインではこのような区分を踏まえつつ、各省庁が政策体系「政策(狭義)－施策－事務事業」を明示し、政策評価を実施する必要があるとしている。なおガイドラインでは、このような区分は相対的であって、一つの「理念型」であることを指摘している。そして現実の政策の態様は多様であり、このような3つの区分に明確に分類することが困難なこともあり得る場合があることにも触れられている(ガイドライン 1. 政策の体系化の項)。

ここで確認しておきたいのは、政府の政策評価の枠組みにおいても、前述したように、政策(policy)と個別の施策(program)・事業(project)という区分を明確に意識している点である。

この分類からも理解できるように、政策研究とは、個別の施策や事業のみを対象とするわけではない。そればかりか、西尾が指摘したように、政府首脳部の演説や発言等も含めた多様な表現形式が研究対象に含まれることになる(西尾 2001:246)。

2. 政策過程研究とは

政策研究の2つの系統

西尾の分類によれば、政策の立案・決定過程の研究には2つの系統があるとされる（表2-2）。

表2-2 政策研究の系統

政策研究の系統	内容
政策分析（policy analysis）	起案者の立場に立ち、政策立案（policy making）活動を少しでも合理化しようとする観点から研究
政策研究（policy study）	観察者の立場に立ち、政策形成（policy formation）過程に働く力学を解明しようとする観点から研究

出所：（西尾 2001:246）の記述を基に筆者作成。

このように、政策分析（policy analysis）の視座からは、「ある問題に対してどのような政策が必要か」という問いが設定できようし、政策研究（policy study）においては、「ある政策がどのように形成されてきたのか」という問いの存在を想起することができる。

さらに、近年の公共政策学の共通理解として、公共政策学が扱う知識には、「in の知識（knowledge in process）」と「of の知識（knowledge of process）」の2つの知識があることも指摘されている（表2-3）（秋吉他 2015:7-8）。

表2-3 公共政策学が扱う知識

公共政策学の取り扱う知識	定義	学問領域	主要関連学問
in の知識 （knowledge in process）	政策の形成に利用される知識	「政策分析論」 「政策デザイン論」 ・政策決定のための情報分析 ・政策案のデザイン ・政策評価に関する研究	システム工学、政治学、経済学、法学（立法学）、個別学問（例：環境学）
of の知識 （knowledge of process）	どのような政策が、誰によって、どのように決定、実施されているかという知識	「政策過程論」 ・政策決定に関する研究 ・政策実施に関する研究 ・政策評価に関する研究	政治学、行政学

出所：（秋吉他 2015:8）

西尾と秋吉らの分類は、ほぼ同様の視点を提供しているといえる。「in の知識（knowledge in process）」とは、西尾の分類する「政策分析（policy analysis）」の系統に対応し、「of

の知識 (knowledge of process)」とは、西尾の「政策研究 (policy study)」の系統に対応しているといえる。

ところで、本論文のリサーチクエスションは、なぜ日本において、1960年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか、その要因を解明することである。このリサーチクエスションの観点からみれば、本論文における分析視点は、近年の公共政策学における「of の知識 (knowledge of process)」における「政策過程」や西尾の分類するところの「政策研究 (policy study)」における政策形成 (policy formation) 過程との親和性が高い。そこで、次に政策過程研究の検討に移る。

政策過程研究とは

政策過程とは、大嶽によれば、「巨視的にとれば、長期的な政策（領域）の変化を意味する反面、微視的に見れば、政策決定過程に現れる行動スタイル（のパターン）をも意味しうる」とされる（大嶽 1990:4-5）。大嶽はこのように述べた上で、さらにこう続ける。「実は、通常いうところの政策過程研究は、こうしたマクロとミクロな分析の中間にある。」「政策過程分析は、たいていの場合、ある政策の決定過程を、始まりと終わりがあり、他の政策過程とは独立であるという意味で自律的な、一つの過程とみなす枠組みによって、この中間的、中期的な観点から分析する」と。（大嶽 1990:5）

大嶽が指摘するように、政策過程研究とは、観察対象とする政策の始期と終期を設定した上で、それを自律的な一つの過程とみなすという点は、政策過程研究を進めていく上で非常に有益であると思われる。というのも、政策とは基本行動方針 (course) を指すものであって、その方針も政治体制が革命的に変革して前体制との断絶が発生しない限りは、一定の変更や修正が加えられつつ連綿と続いていく、と解した方が実態に即しているからである。これは行政の継続性ということからも理解できよう。特に戦後のわが国における 55 年体制以後の政治状況をみると、その感は一層強くなる。となれば、政策過程分析において、連綿と続く政策の全体を把握することは極めて困難であって、大嶽が言うところの「一つの過程とみなす枠組み」を用いて、観察対象とする政策の始期と終期を限定しなければならない。そこで、政策過程を段階的に分解する視点が登場する。

3. 政策過程の段階論

Dye による政策過程の段階論

政策過程の段階論として、わが国でよく紹介されるのが Dye の政策過程 (policy process) である。Dye は政策過程を次の 6 段階に分解している (Dye2002:32-3) (図 2-1)。

- ①問題認識 (problem identification)
- ②課題設定 (agenda settings)
- ③政策立案 (policy formulation)
- ④政策正当化 (policy legitimation)
- ⑤政策執行 (policy implementation)
- ⑥政策評価 (policy evaluation)。

政策過程の最初の段階(step)は、①問題認識である。マスメディア、利益団体、市民イニシアチヴ、世論によって、社会的な問題の存在が認識され、その解決に向けた要求がなされるのがこの段階である。次に、②課題の設定である。①で認識された社会的な問題が整理され争点が明確化されるのである。ここでは大統領や議会を含むエリートの役割が想定されている。③政策立案では、争点の解決と問題の改善のための政策提案が開発される。政策立案においてはシンクタンク等の参加が例示されている。続いて④政策正当化の段階に入る。政策提案の選別が行われ、提案への政治的支持の取り付けや、法律制定、合憲性の確認が利益団体、大統領、議会、裁判所で行われる。その後⑤政策執行の段階において、省庁の組織化や予算化がなされる。最後に⑥政策評価が行われ、省庁、議会監視委員会、マスメディア、シンクタンクによって、政策の効果検証や改善案が提案される。

この Dye の整理は、アメリカにおける政治システムを念頭においている。従ってこの段階をそのまま日本の政策過程に当てはめるためには、いくつかの修正が必要となろう (森脇 2010:5)。とはいえ、政策が問題認識から始まり、課題設定を経て立案・執行され、評価を経るという整理は、現実の政策を分析する際にも有効な視座を与えてくれる。

ところで、西尾が政策を政治機関によって決定済みの「活動の案」と定義して、政策の立案・決定活動とその実施活動とを区別したことは前にみた。この西尾の区分によれば、Dye の段階論は、政策の立案・決定活動とその実施活動の両者を含んだものとなる。そこで政策過程分析とは、西尾が言うところの政策の実施活動 (Dye の段階論では⑤⑥) までも視野に含めるのか、それとも立案・決定活動に比重を置くべきなのか。この問題は、最終的には研究目的によって変わりうると思われる。この点で、日本の政策過程の事例研究を数多く行っている草野の指摘は重要である。

草野は、「政策の発案から実施までは曲がりなりにフォローできても、その政策自身の中身および実施の過程に対する評価をフォローするのはなかなか難し」く「政策の決定 (設定) や当事者間のゲームが外にはわかりにくく情報の入手が困難ということもある」とする (草野 2012:42)。また「そのイシューに関して問題が起きない限り改めて評価を行わないケースもある」ことも指摘している (草野 2012:42)。この点は、旧総務庁の事務次官であった増島も、日本の行政を「プラン偏重の行政」(増島 1979) とかつて評したように、わが国において政策の評価機能が疎かにされていたという背景も考慮する必要があるだろう。

第2章 政策過程研究の検討

もちろん今日では、2001（平成13）年に制定された「行政機関が行う政策の評価に関する法律（平成13年法律第86号）」に基づき、政策評価を推進している。しかしながら、日本の政策過程を分析する際には、増島が指摘したような「プラン偏重の行政」という状況が永らく続いてきたことに注意すべきであろう。

図2-1 Dyeの政策過程の6段階

過程	行為	参加者
①問題認識	社会的問題の公表 政府行為のための要求の表明	マスメディア 利益団体、市民イニシアチブ、 世論
②課題設定	どんな争点を取り上げられるか、 どんな問題が政府によって取り組 まれるか	大統領や議会を含むエリート
③政策立案	争点の解決と問題の改善のための 政策提案の開発	シンクタンク、大統領と執政 部、議会委員会、利益団体
④政策正当化	提案の選別 提案の政治的支持の展開 法律制定、合憲性の決定	利益団体、大統領、議会、裁 判所
⑤政策執行	省庁組織化 歳出 課税	大統領とホワイトハウス、ス タッフ、省庁
⑥政策評価	政府プログラムの報告 目標集団への政策インパクトの評 価 変更と改革提案	省庁、議会監視委員会、マス メディア、シンクタンク

出所：Dye（2002:32-3）。なお訳語は森脇（2010:4）に従った。

政策過程の段階的整理

Dyeの段階論は政策過程を理解する上で示唆に富む。そこで、もう少しDye以外の政策過程に関わる区分についてみておく。結論的にはDyeの段階論とそう変わるものではないが、ここでは草野の著書における整理（草野2012:41-3）を基に検討を進める。

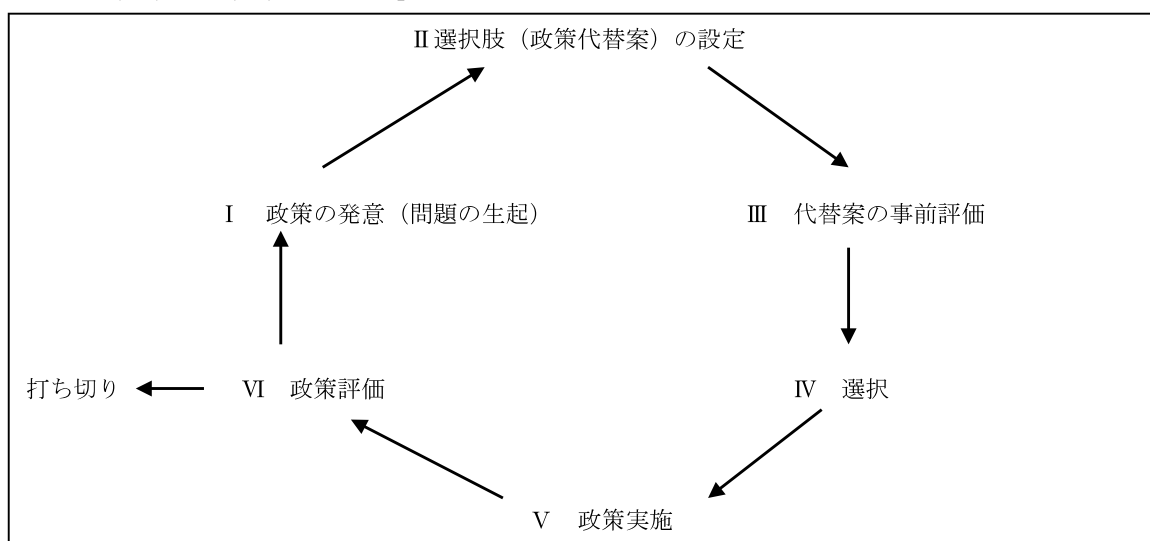
草野は、山本の「政策サイクル」と宮川の「政策プロセス」を紹介している（草野2012:41-2）。

まず山本の「政策サイクル」（図2-2）とは、いわゆるPDCAサイクルと解せる（草野2012:42）。このサイクルは、I政策の発意（あるいは問題の生起—何か問題が起き、この

問題が何らかの決定を要請するものとなる)、Ⅱ選択肢(政策代替案)の設定、Ⅲ代替案の事前評価、Ⅳ選択(選択肢の中から一つの政策を選ぶ)、Ⅴ政策実施、Ⅵ政策評価(実施された政策の効果を事後的に評価する。もし効果が十分であれば、その政策は打ち切れ、不十分であれば、問題あり、と認識され、再びⅠへ帰っていく)、の6段階からなっている(山本 1990:17)。

この「政策サイクル」は、政策過程を問題の生起から始まり、政策評価というフィルターを経て、問題ありと認識されれば再び新たなサイクルに入る、という循環モデルを提示した点に特徴があるといえる。実は Dye 自身も、**feedback linkage** という概念を提示して、政策評価後に新たな問題が設定され、再び政策過程が始動することを示している(Dye2002:54)。その意味では Dye の段階論(step)とは1回限りのものではなく、実質的には循環モデル(cycle)を示唆していることは指摘しておく。

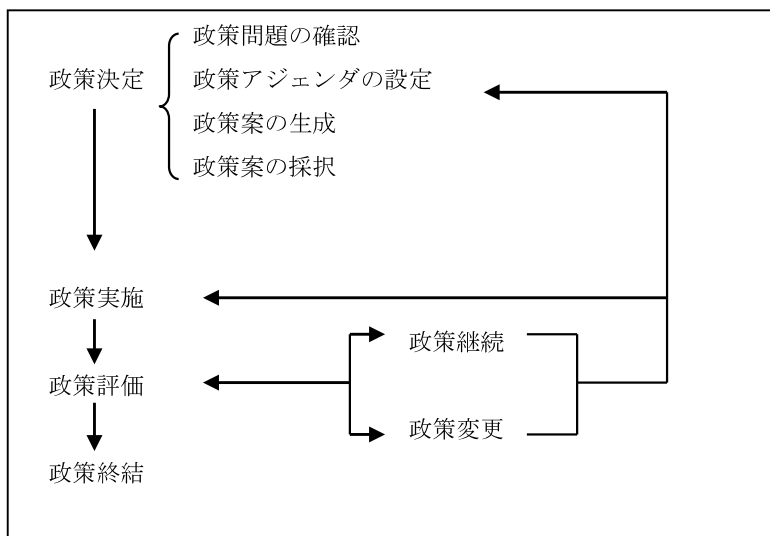
図 2-2 山本の「政策サイクル」



出所：(山本 1990:16-17) を基に筆者作成。

次に、宮川の「政策プロセス」(図 2-3) をみってみる。この宮川の「政策プロセス」も循環モデルを意味しているといえる。宮川の整理によれば、政策決定、政策実施、政策評価という3つの段階を柱にして、政策過程が表されている。そして特徴的なのは、「政策決定」という大括りの下に、政策問題の確認、政策アジェンダの設定、政策案の生成、政策案の採択というプロセスがまとめられている点である。政策過程を、決定、実施、評価という骨太に整理する宮川の「政策プロセス」は、政策過程のイメージをシンプルに把握するのに適しているといえる。

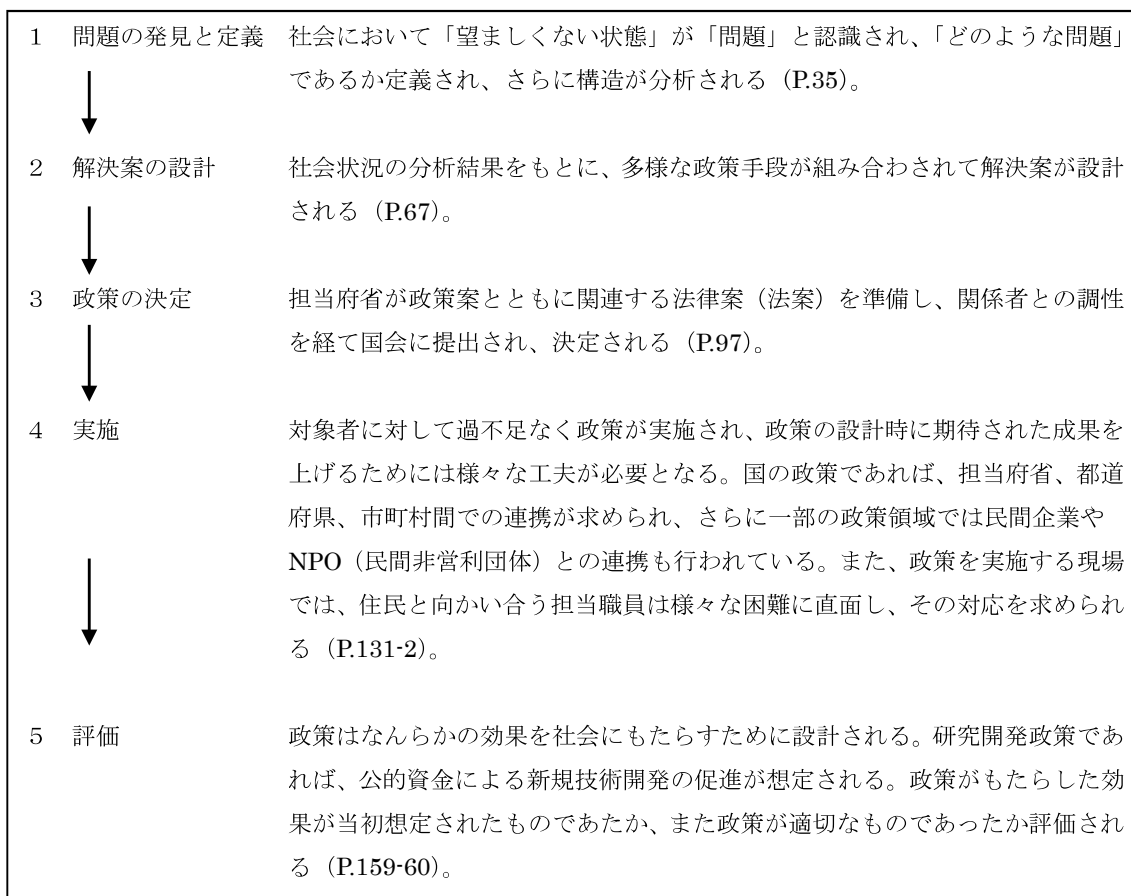
図 2-3 宮川の政策プロセス



出所：（宮川 2002:211）

最後にもう一つ、近年の公共政策学における問題解決プロセスの整理にも触れておく。秋吉らは公共政策とは「公共的問題を解決するための、解決の方向性と具体的手段」と定義した（秋吉他 2015:26）。それでは、公共的問題の解決はどのようなプロセスを辿るのだろうか。秋吉の『入門公共政策学』（秋吉 2017）を基に、問題解決のプロセスを整理したのが図 2-4 である。このプロセスとは、問題の発見と定義、解決案の設計、政策の決定、実施、評価の 5 段階からなる。この 5 段階も、実は今まで検討してきた政策過程の整理とほぼ同様であるといってよいだろう。

図 2-4 公共政策学における問題解決のプロセス



出所：秋吉（2017）の記述を基に筆者が整理。図内の頁は該当箇所を指す。

政策過程の段階モデルと現実の政策との乖離

以上、政策過程を段階に分解するいくつかのモデルをみてきた。それぞれの提示するモデルを要約すると、問題の発見→政策課題の設定→政策案の決定→政策の実施→評価というプロセスを経ていくこと、さらに評価を経て再び新たなプロセスが開始されるという循環があることの2点に集約できる。それでは、現実の政策はこのような段階モデルに沿って進行していくのだろうか。

Dye は、現実の世界においてはこのような段階をきっちりと踏んで政策が形成されていくことはまれである (seldom occur) という (Dye2002:32)。また中野も、「ある政策の立法過程を、構想（課題）設定→起案→立案→調整→国会上程→委員会審議→本会議決定というようにフォーマルな諸段階に分けるにしても、実際の政策過程の流れの途中で不測の事態や国内外の環境変化、与党内部あるいは与野党関係の変化に伴う政局の流動化といった、フォーマルな過程とは別の様々な政治的局面が随伴する、そうした局面では、しばしば予定外のアクターが加わったり、公式的なアクターの行使する影響力に変化が生じたりして、その政策過程が思わぬ方向へと展開し、その結果も予想外のものになることがある」とする (中野 1992:10)。

さらにこのような段階論に批判を加えるのは、Lindblom と Woodhouse である。彼らは、

「周到な順序正しい段階というものは、政策過程の本当の姿を描いているとはいえない。そうではなく、政策形成は、始まりも終わりもない。複雑に相互が影響し合う過程である」(Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:16) という。そして彼らはこうも言う。「政策形成において、どの程度まで分析がなされ、どの程度まで討議がなされるのだろうか」、「我々は分析を行う努力の限界、すなわち権力の介入という要因、そして複雑な問題について決定的な判断を行うための思考能力に関する内在的な制約という要因、この二つによってもたらされる限界を調査する以前に、現在の分析範囲を正しく認識する必要がある」と (Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:17)。

Lindblom らの指摘は、我々の認知能力や思考能力の限界を踏まえた上で、段階論が整理したようなプロセスで、政策過程が合理的に進んでいくことに疑義を呈したものである。

政策過程に関わる多くの段階論においては、問題から政策が開始していくとされていた。しかし彼らは、「行動は決して『問題』からではなく、新しい偶然から生まれるのである」とまで言うのである (Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:15)。そして、このような政策決定における人間の非合理性を基に、Lindblom が展開したのがインクリメンタリズム (incrementalism) の理論である。

そこで、次にインクリメンタリズム論について、検討を行う。

4. インクリメンタリズム理論

インクリメンタリズム理論

インクリメンタリズムとは、わが国では漸変主義、漸増主義と訳され、主として予算編成過程の実証的分析に適用され、広く公共政策形成の過程を記述するにあたって用いられる（今村 2005:189-190）。公共政策は基本的には過去の政策の延長であり、修正は過去のものに付加的、増分的なものにとどまると考えるものである（宮川 2002:186）。西尾は、インクリメンタリズム理論における政策立案者の行動様式を以下のように整理している（西尾 2001:255-6）。

- ① 政策案の立案を始めるのは、理想の目標に近づくためではなく、現実の差し迫った弊害を除去するためである。
- ② 政策案の立案にあたっては、所属機関と対象集団の利益の観点からこれをおこない、その他の集団の利益のことまで考慮に入れようとはしない。
- ③ 目的と手段を峻別せず、初めから両者をワンセットにした政策案を立案する。
- ④ 政策案の探求は、現行業務の実施方法に僅かな修正を加えただけの政策案から始める。
- ⑤ 政策案の探求実現可能と思われる2～3の選択肢を見出しところでとどめ、この範囲のなかから最善と思われるものを選択することで満足する。
- ⑥ 当面の課題を一举に解決しようとはせず、政策の修正・変更を繰り返しながら漸進的にこれを解決しようとする。

このようなインクリメンタリズムの理論は、わが国の予算編成において、翌年度の予算に分野別に天井（上限）を設定し、その枠内で各省庁の予算概算要求を行わせるシーリング方式にもうかがうことができる。また本論文でも後述するが、わが国の各行政セクションの分掌範囲は、1889（明治 22）年の内閣官制以降、「分課規程」によりその担当範囲は明確に定められてきた。あるセクションが新たな業務を担当する際には、「分課規程」の改正を必要とする。そして、このような改正が幾度となく行われ、今日の行政セクションの分課に繋がっている。このように 100 年以上も連綿と続く行政組織の連続性は、インクリメンタリズムの具現化そのものといってよいだろう。

インクリメンタリズムが現実性を持つ理由として、宮川は次の 6 点をあげている（宮川 2002:187）。

- ①政策決定者は、現実の政策に対するあらゆる代替案を検討するだけの時間、情報、能力を持っていない。
- ②まったく新しい政策の結果については、特に大きな不確実性がともなうので、これまでの政策を踏襲する方が安全であるということで、政策決定者はその正当性を承認してしまう傾向がある。
- ③既存プログラムにはすでにかかなりの投資がなされており（sunk cost）、そのために根本的な変化は妨げられる傾向がある。また組織には長期にわたってつくりあげられた慣性のようなものがあり、変えることが困難なルーチンや、組織や慣行の継続に個人的

な命運をかけている人たちもあって、根本的な変化を難しくしている。

- ④増分主義は政治に受け入れられやすいという性格を持っている。争点が予算の増減とか既存プログラムの修正といったことだけであれば、政策決定において合意が得られやすい。
- ⑤政策決定者、あるいは広く一般に人間の持つ特性もまた増分主義モデルに合致したものである。人間はプラグマティックであり、唯一最善の方法をあくまで追求するといったことはほとんどなく、用が足りる方法、満足できる政策が一つ見つければそこでそれ以上の探求をストップする。
- ⑥現在のような多元的価値社会において、社会的目標ないし価値については明確な合意形成はなく、政府にとっては社会的目標を定めた全体的政策決定よりも、現行の政策の持続を中心にした政策決定の方がやりやすいといえる。

このインクリメンタリズムの理論は、政策立案者の行動様式を忠実に一般化した記述モデルであるとしても、この種の行動様式は是正され克服されるべき非合理的なものであって、模範的な行動様式として推奨すべき規範モデルではない、との指摘がある(西尾 2001:256)。

たしかに、このモデルは規範とはなりえないことは理解出来るが、現実の政策過程を分析する際には、有効な視座を与えてくれることも事実であろう。

ところで、草野によれば、インクリメンタリズム理論を用いた事例研究はそれほど多くないという(草野 2012:138)。その理由として草野は、政策過程研究における事例研究の対象となるのが、沖縄返還や国鉄改革など大きな変化を伴う政策だからだという(草野 2012:138)。たしかに、草野がいうように、研究者コミュニティにおいて、政策過程研究の対象として取り上げられる政策には、ルーティンの業務を超えた何らかの危機への対処という、歴史的な大事件に注目が集まりがちな研究状況はあるのだろう。しかしながら、政策過程研究の対象は、このような歴史的に「派手な」大事件にのみ限定されるものではないだろう。むしろ大半の政策が、既存の枠組みの中で展開されている現実を踏まえれば、一見「地味」で衆目を集めない政策に対する着眼もあって然るべきである。更にいうならば、このような日常的な政策についての研究の積み重ねにこそ、その国の政策過程の一般型の抽出が可能になるともいえるのである。

ところで、草野は、政策決定過程を「日常型」「危機型」「非常時型」に整理している(草野 2012:138)。そして草野は、インクリメンタリズム理論の適合について、「日常型」のモデルで説明される事例に特に適合するという(草野 2012:138)。この草野の整理によれば、歴史的に「派手な」大事件とは、「危機型」や「非常時型」との親和性が高いということになる。この分類は、インクリメンタリズム理論の適合性だけでなく、分析対象とする政策の性質を理解する上でも有効と思われる。そこで、次にこの3つの型について検討する。

5. 政策決定における「日常型」「危機型」「非常時型」モデル

政策決定における「日常型」「危機型」「非常時型」

「日常型」業務の特徴を、草野は次のように整理している（草野 2012:92-93）。

- ①日常的に行われる非政治的なイシューに関する決定の過程である。
- ②日常型モデルの仮説は、決定を行うまでの手持ち時間は比較的あり、決定を仮に先送りしたとしても（直ちに決定を行わなくとも）、国家にとり、重大な事態が発生するとは考えられないような問題についての決定過程のタイプである。
- ③一般的にいて、そうした問題は官僚の日常業務の大半を占めている。例えば、外務省における国際協力業務の大半は、通常、事務官レベルで対処可能な業務であることから、非政治的なイシューとして位置づけられる。
- ④日常型では、決定に携わる人数は多い。

一方、その対極の「危機型」について、草野は Hermann の国際危機の定義を引用しつつ、次のように整理する（草野 2012:93）。

- ①決定を急がなければ国家に重大な支障をきたすおそれがある（脅威認識）。
- ②または、その出来事は予測し得なかったか、予測が極めて困難である（意外性）。
- ③決定者に与えられた手持ちの時間は少ない（緊急性）。
- ④危機型では、決定に携わる人数は少数である。

このような2分類に基づき、インクリメンタリズムの理論とは、「日常型」と特に適合的であるとするのが、草野の指摘である。ところで、このような2分類は国家にとっての緊急性の有無を判断軸としているが、この分類は現実の政策の分類としてはかなり粗いともいえるだろう。そこで「日常型」と「危機型」の折衷型として「非常時型」が登場するのである。この「非常時型」とは、日本の外交政策を研究してきた福井の提唱したモデルである（福井 1975）。なお「非常時型」の特徴についても草野が整理を行っているので、以下それに従う（草野 2012:93-4）。

- ①一方で、問題をめぐる一般的論争に政党、ある種の圧力団体、マスコミ、市民グループなどが広範にまきこまれる。
- ②他方で、政府部内における決定過程の参加者の数は非常に少数であり、首相が中心的人物として、論争における一方（積極派）の旗頭となる。
- ③首相の助言者集団は与党の有力者など少数の政治家、官房長官、外務大臣、外務官僚などの高級官僚だが、時として問題になった特定の政策のみにマスコミや学者、野党議員など不特定な個人やグループが参加する。
- ④非常時型のパターンの特徴は、論争の法定外縁における関心と参加の拡散であり、同時に決定中心においては、最高政治指導者とその助言者からなる小グループによる集権的支配と統制である。

- ⑤決定参加人数が少ないため、また参加者関係の非制度的で個人的な性格のために、決定者集団は高度の柔軟性と状況適応性を発揮する。
- ⑥日常型決定は、制度化された硬直性、保守主義、明白な選択の回避、全会一致の原則の尊重、手続き上の妥当性の重視によって特徴づけられるが、⑤で見たように、特定政策ごとに成立する一時的な小決定者集団の行動を中心として展開する非常時型の決定過程はそれと正反対である。積極的行動性、革新性、標準事務処理手続き（SOP）の無視、恣意的で上から押しつけられた決定の受諾、明確な責任の帰属などがその特徴である。
- ⑦非常時型では、主要な決定は一般に首相が発するのために、日常型に比べて、はるかに明確かつ効果的な権力序列と命令系統が示される。
- ⑧参加者が少ないために、決定過程における首相をはじめとした人物の個人的価値観、目的、利害、スタイルといった要素が重要となる。したがって非常時型決定の過程は、少数の政治指導者の個性と個性とのぶつかり合いの関数であるといつてよい。

この「非常時型」は、提唱者である福井が沖縄返還交渉を素材としたものである。福井はこのモデルについて、「未完成で今後さらに洗練すべき経験的モデルであり、かつ分析的概念でもある」としている（福井 1975:98）。その上で、このモデルは、「戦後日本の特異な政治的環境の中で、特定の外交問題をめぐって生じた極度に激しい論争と緊張の状況下で見られた一つの決定パターンを抽象化し一般化したものである」ともいう（福井 1975:98）。

福井はもとより、外交政策の分析を念頭に、「非常時型」を「日常型」と「危機型」との混合モデルとして提示した。たしかに、現実の多くの政策はルーティン的な「日常型」であるといえよう。そもそも「日常型」の政策とは「非政治的なイシュー」に関わるもの、と定義されていた。そうだとすると、このような「非政治的なイシュー」に、研究者コミュニティが問題認識を深めることは想定しにくいことは首肯できる。研究者の抱く関心は、「危機型」の政策か、もしくは「非常時型」が示すような、危機は有さないが「日常型」のいう「非政治的なイシュー」ともいえない、いわば両者の間に横たわっている政策に対して問題関心を持つ傾向があることは、経験的に理解できることである。その点で、「日常型」と「危機型」に位置する政策の型の解明に焦点を合わせた福井の研究は、外交政策をベースとしながらも、他の領域における政策過程研究においても示唆に富む。

「非常時型」モデルの他の政策過程分析への有効性

「非常時型」の特徴とは、問題に関わるアクターは多い反面、その決定に関わるアクターは少数で、かつ首相のイニシアティヴが強く、その少数のアクターらが持つ個人的志向の影響が大きいという点にあった。草野は、「一般論として言えば、政策過程におけるメディアの果たす役割が大きい現在では、一般的な関心が高く、他方、政策決定者は少ないという福井モデルの前提は想定しにくい」とする（草野 2012:96）。しかしながら、「福井モデルが全く説明力を失っているわけではなく、「丹念に探せば、このモデルに合致する事例はあるはず」であり、「外交案件に限らず、国内問題にまで視野を広げれば、その可能性はさらに高まるであろう」ともいう（草野 2012:96）。

この草野の指摘には、筆者も同意する。例えば社会的な関心を高めている問題の解決が膠着した際に、いわゆる政治案件としてトップダウンにより、政策決定が加速する例は、

よくみられる政治現象である。例えば、薬害エイズ問題における菅直人厚相や、ハンセン病問題における小泉純一郎首相による政治決着は、「非常時型」の政策決定のモデルとの親和性が高そうである。

本論文で扱う、重症心身障害児者対策についても、1966（昭和41）年に打ち出された国立療養所重症心身障害児病棟の整備拡充の方針は、第8章で検討するように、メディアの注目も高いなかで、政策決定は、親の会と官邸との間での折衝が大きく影響しており、「非常時型」の政策決定モデルの親和性が高いといえる。

ところで、このような政策決定における「日常型」「非常時型」「危機型」という分類が、政策過程の全体を通して当初から「日常型」か「危機型」か「非常時型」か、いずれかに分類されるわけでもないように思われる。草野はこの点に関しては特に言及していないが、政策過程のある時点を境に、「日常型」が「危機型」や「非常時型」に変化していくということも考えられるからである。

インクリメンタリズムの理論が、「日常型」の政策決定との適合性が高いという指摘は前にみた。しかしながら、政策過程において、「日常型」から他の類型への変化していく可能性を考慮するならば、ある政策がインクリメンタリズムの理論で説明できる範囲も自ずと限定されることにもなる。とはいえ、インクリメンタリズムの理論を提唱した Lindblom 自身は、インクリメンタリズムの理論がすべての政策について適用可能なモデルであると主張している。Lindblom の著作を翻訳した藪野らによると、その訳書のあとがきで、「例えば、公定歩合の引き下げや引き上げという政策は、現実においても漸進主義的に行われているし、また行わなければならない。他方、革命などの政変直後に通貨改革を行うという政策は、現実においても漸進主義的に実施され難いし、また実施されないのではないかと考えられがちである。しかし、漸進主義は、一義的なものではなく、政策ごとにそのスピードが異なるため、公定歩合の変更は、緩やかな漸進主義であり、通貨改革は急激な漸進主義と理解する必要がある」という Lindblom の主張を紹介している（Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:245）。

政策の連続性に強く依拠するのであれば、Lindblom の主張も理解できる。しかしながら、インクリメンタリズムの理論が当てはまる範囲を踏まえつつ、ある政策過程について、「特定のモデルを用いて全ての政策過程を説明することは不可能」（草野 2012:4）であるとの認識にたった方が、現実の政策過程についての高い説明力を有すると思われる。

6. 政治決定における「エリートモデル」「プルラリズムモデル」「コーポラティズムモデル」

Lindblom のインクリメンタリズム理論は、政策形成を批判的に捉える立場からは、現状肯定的な印象を抱きがちである。しかしながら、Lindblom は、政策形成において民主的アプローチによる合意形成の重要性も指摘している (Lindblom and Woodhouse =藪野他訳 2004:198-215)。このような見地から、次に、政策決定における「エリートモデル」「プルラリズムモデル」「コーポラティズムモデル」を検討していく。いずれも、日本の政策形成過程を分析する上で、示唆に富むモデルであるといえる。まずは、Lindblom の主張からみていこう。

Lindblom による政策形成の理性的な相互交流の重要性と経済界批判

インクリメンタリズムの理論は、政策過程における非合理性や偶然性を踏まえた上で、現実的な政府の行動様式（増分主義）の観察から生まれたものであった。このように政策が、一定の枠の中で微々たる修正が積み重なっていくと解しつつ、その決定過程においては様々な利益集団が存在していることにも Lindblom は注意を払っている。

Lindblom によると「政策形成は、権力を担うという環境の下で、無数の関係者が相互に交流することによって生み出される政治的な過程である」という (Lindblom and Woodhouse =藪野他訳 2004:202)。ところが、現実の政策過程において、そのような相互交流が機能していないことを、Lindblom は批判するのである。Lindblom はこう述べる。「最も重要なのは、社会過程と権力関係が、社会の広範な問題や可能性に関して利害や見解を持っている人びとの間の、理性的な調査や討論、および相互調整を促進するように築かれているのかどうかである。潜在的に意味のある参加が、特定の社会集団や意見に対して差別的に力を貸すような組織的偏向によって蝕まれたり、排除されたりしている時には、知性は十分に発揮されないだろう」 (Lindblom and Woodhouse =藪野他訳 2004:202)。そして、Lindblom は特に経済界の政策形成過程への影響の大きさを指摘するのである。「経済界という、我々が対抗的な政策形成システムと呼んだものが、多くの利点をもたらす一方、耐えがたい改革を生み、多くの人々から仕事を奪い、人類と環境を危険にさらし、そしてその他重大な社会問題を輩出するような法的権利や政治的力を持つ限りは、理性的な民主的統治への展望には厳しい制約が課されるであろう。(中略) 経済界が握っている特権によって、またそれに付随して政治経済的領域にふんだんにばらまかれる彼らの拒否権によって、民主的統治の実現は、さらに困難となっているのである」 (Lindblom and Woodhouse =藪野他訳 2004:204-5)。

このように、Lindblom は、政策形成過程においては、経済界の強い影響が存在し、それによって「理性的な民主的統治」が危機に瀕していることに警鐘を鳴らしているのである。この Lindblom の指摘は、政策形成過程における各アクター間の力学に注目する必要性に気づかされる。確かに民主主義社会においては、各アクターは平等であり、その自由で理性的な討議の結果から政策案が決定されることが、理念的には要求されているといえる。しかしながら、それは建前であって、現実の政策決定においては、各アクター間の力学が決定に大きな影響を与えるであろうことも、十分に想起されるのである。各アクターの行動

は、その時々、社会的・政治的構造の下で、その行動が規定されることも考慮する必要がある。

宮川は、政策決定における社会的・政治的構造の分類として、次の3分類を提示している（宮川 2002:139-49）。

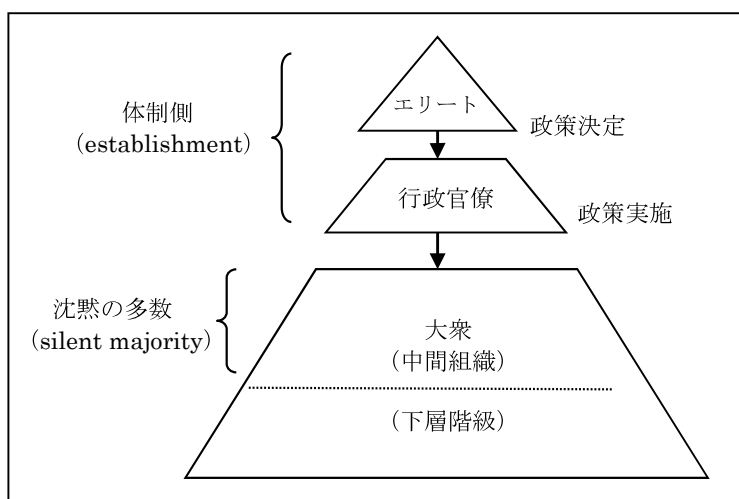
- ①権力エリート（パワー・エリート）モデル
- ②プルラリズム（多元主義）
- ③コーポティチズム（ネオコーポティチズム）モデル

この宮川の分類に従えば、Lindblom は②プルラリズムに属するといえよう。宮川は、「社会が公共政策に取り組むべき問題をどのように確認し、議題に設定し、そして問題解決のための政策を策定し採択するかは、社会的・政治的構造いかんによって異なる」とする（宮川 2002:139）。そこで以下それぞれのモデルについて宮川の論考をもとに検討する。

権力エリート（パワー・エリート）モデル

エリートモデルは、宮川が図 2-5 のように整理している。宮川によれば、エリートモデルによる公共政策とは、エリートの価値や選好を反映したものとする。政府官僚や行政官は、エリートによって決定された政策を単に実行するだけである。政策はエリートから大衆へと下方に向かうものであり、大衆の要求から情報のエリートに上がっていくものではないのである（宮川:2002:139）。

図 2-5 エリートモデル



出所：（宮川 2002:140-1）をもとに筆者作成。

さらに宮川は、エリート理論の要点を以下の4点にまとめている（宮川:2002:141）。

- ①社会は、権力を持つ少数者と権力を持たない多数者（大衆）とに分かれている。少数者のみが社会のための価値の配分を行い、大衆は公共政策を決定しない。
- ②支配する少数者は支配される大衆の代表的なものではない。エリートは相対的に社会に

おける上流の社会的経済的階層からの出身者が多い。

- ③ノン・エリートからエリートへの地位の移動は、安定性の維持と革命の回避のために、ゆるやかで連続的でなければならない。エリートの間での基本的な合意事項を受託したノン・エリートだけが支配階層に入ること認められる。
- ④エリートは、社会システムの基本的な価値とシステムの保全についてのコンセンサスを共有する。自由主義国の場合にはそのようなエリートのコンセンサスの中に含まれるものは、憲法にもとづいた政府、多数決のような民主主義的手続き、言論・出版・結社・公職への立候補などの自由、機会均等、私有財産権の尊厳、個人の相違と報酬の尊重、自由企業経済体制の維持などである。

このように、エリートモデルは、極めて保守的な性格を帯びているといえる。政策決定や政策実施の権限が、少数の体制側（establishment）に握られており、しかも体制側への地位移動が限定的である以上、既存の社会システムの保全が志向されることは、自然な成り行きだからである。

この一見民主主義社会とは相容れないエリートモデルは、我が国における障害者問題と障害者政策を考える際には、実は豊富なインスピレーションを提供してくれる。このことは従来の研究であまり取り上げられて来なかったが、日本の主要な障害者団体の設立経緯を調べれば、団体の役員が多くは体制側（establishment）の人物で構成されていた、という事実がある。例えば、第1章でみてきたように、財団法人肢体不自由者療護協会の役員には、顧問に平沼騏一郎（首相）、池田成彬（日銀総裁）、会長に木戸幸一（内大臣）ら、当時のエスタブリッシュメントが名を連ねていた。また後述するが、我が国初の「重症心身障害児施設」の運営母体である「財団法人日本心身障害児協会」の役員には、足立正（日本商工会議所会頭）、内海清温（電源開発総裁）、田中耕太郎（最高裁判所長官）らの政財界の大名物が就任したのであった。この点は、今日でも社会福祉法人の理事に、皇族や政財界の名士が名を連ねていることなどにも、その一端をうかがうことができる。

また障害者問題についても、国は「国民のおよそ7.4%が障害者であり、障害は誰でもなり得る」と主張しているが、大衆はまさに「沈黙の多数（silent majority）」としてほぼ無関心（政治的アパシー）であることも指摘できる。杉野は、女性差別と障害者差別を比較する中で、男性は女性を必要としているが、健常者は障害者を必要としていない、との違いを指摘したことがある（杉野2007:248）。この杉野の指摘は、障害者問題が一般国民において多くの関心を持たれていないことの一面を言い表したものだといえるだろう。

宮川によれば、エリート理論は「大衆を大体において受動的、無関心、そして十分な情報を持たないものと見ており、政策上の問題は選挙や政党間の競争を通じて大衆によって決定されることはほとんどないと考える」とする（宮川2002:142）。たしかに日本において、過去、障害者問題が選挙の焦点になったことは、筆者が知る限り存在しない。社会的マイノリティへの政策の決定において、利益団体（interest group）が体制側（establishment）の一員となってその要求を実現化する、という行動様式が存在することも、このエリートモデルは示唆しているのである。

プルラリズム・モデル

プルラリズムモデルとエリートモデルとの違いは、公共政策に対して単独でとび離れて大きな影響力を行使しうる明確な社会的集団は存在しないと考える点にある（宮川 2002:143）。むしろ人々は特定の問題について共通の価値や態度を共有する時に、集団（利益集団（interest group））を組織してそれを支持する。公共政策は、そのような利益集団間の相互作用と闘争の産物と考えるのが、プルラリズムモデルのベースとなっている（宮川 2002:143）。

このような利益集団の組織化は、自由社会においては法的に保障されているといっている。従ってプルラリズムモデルでは、「ある問題が政策課題として認定されるかどうかは、その問題に特定の利害を持つ人たちが利益集団を結成したり、あるいは既存の組織に加わって活動し、それが十分大きな支持を獲得できるかどうかによって決まる」ことになる（宮川 2002:144）。この点で、「公共政策を設計してほかの階層に押しつけるというトップダウンのプロセスを想定する権力エリートモデルとは対照的である」（宮川 2002:144）。

このようにプルラリズム・モデルは、人々の多元性と政治参加を前提としている点で、民主主義社会との親和性が高いモデルといえることができる。しかしながら、いくつかの樂觀性も指摘できる。

第1に、利益集団間の相互作用と闘争の結果、そのコンフリクトが時にコントロール不能となり、相対立する利益集団が譲り合わない場合には、公共政策決定が不可能になることもありうる点である（宮川 2002:145）。

第2に、組織化されていない集団利益もあるのであって、既存の政治諸集団間の相互調節に委ねていたのでは、公共の利益が達成されることなどありえないという点である（西尾 2001:256）。

第3に、Lindblom が指摘したように、国家が各利益集団を対等に扱うことはありえず、とりわけ経済界の影響力を無視することはできないという点である（Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:204-5）。このように、近代産業国家において、ビッグビジネスが政府との関係において、他の集団よりも特権的な地位を享受するという Lindblom の立場は、ネオプルラリズム（neo-pluralism）と呼ばれる（宮川 2002:145）。

第4に、利益集団の重要性を過大に評価し、政策プロセスにおける他の要素、たとえば政府官僚が果たす役割などを過小評価している点である（宮川 2002:146）。

第5に、利益集団は、新しく公共政策によって生まれる場合や（例えばある産業に関わる議員振興連盟など）、政府官僚自体が特定の公共プログラムに関わりを持ち、その推進を支援する利益集団として行動することも多い点である（宮川 2002:146）。

プルラリズムモデルは、多元的な民主主義社会との親和性が高いことから、ともすると政策過程を理念的な見地から分析してしまう危険性があるといえるだろう。利益集団間による完全自由競争でもたらされる調和によって、公共問題が解決されていくと考えるのは、非現実的だからである。

次に利益集団が一定の秩序の下に統制されつつ、政策決定過程に参加していくという、コーポラティズムモデルを検討する。

コーポラティズム（ネオコーポラティズム）モデル

コーポラティズムモデルとは、あらゆる利益集団が同じように政策決定システムに参加できるのではなく、政府主導により特定の集団が政府との関係で特権的地位を与えられ、政策決定へのアクセスを制度化されているとする考え方である（宮川 2002:147）。

コーポラティズムモデルの検討は、権力エリート（パワー・エリート）モデルやブルラリズムよりボリュームが多いが、それは筆者が本論文の研究において、重症心身障害児者対策の分析において、重要なモデルであると考えているからである。その点をあらかじめ断っておく。

コーポラティズムモデルの原型と歴史的展開

コーポラティズムの原型は、ムッソリーニ政権下のイタリアのコーポレート国家（corporate state）に見いだすことができるとされる。コーポラティズムモデルの歴史的展開とその研究への示唆については、橋本による次の3段階の整理がわかりやすい（橋本 1998: 218-9）。

①第1段階は、ローマ教皇レオ13世の回勅1891（明治24）年以降のオランダ、および教皇ピウス11世の回勅1931（昭和6）年以降のイタリア全体主義国家において実現した社会構想である。とりわけイタリアのファシストは、資本主義と社会主義の両方を批判しつつ、労働者、資本家、専門職業人を各産業ごとに団体化し、政府直属の指揮下においた。これによって市民から政治的権利を剥奪し、職能団体の政治機関化によって少数者支配を貫徹し、さらに代議機関としての団体を優先して議会制民主主義を否定するといった、国家主導による反議会主義的な体制を築いた。

②第2段階は、1970年代以降に提出された（ネオ）コーポラティズム像であり、国家主導型ではなく、戦後のオーストリアやスウェーデンに代表されるような「下からの要請」に基づく団体主導型のモデルを指す。

コーポラティズム的な団体構成の特徴は、中間集団による孤立した個人の道徳的統合、国家による支配の制限（治安維持、対外防衛、外交問題に限定）、階級内の水平的な関係の排除と団体内の階級的な縦関係の構成、団体ごとに成立する社会的正義の基準、および、移民労働者の排除による文化的同質性の維持にある。こうした団体構成に基づく政治は、地域的投票集団に基づく議会政党政治や、官僚エリートによる支配とは区別され、大衆を政治に動員しつつ、代表者レベルでは労使闘争を排してカルテル的な協働をもたらすという点に、固有の特徴がある。しかし他方でこの体制は、私的利益を代表する組織が公共政策の決定に加わることから、国家と市民社会の公私分離を曖昧にするという問題を抱える。

③第3段階は、1980年代以降の西欧諸国の体制における、コーポラティズムと組織されない資本主義の中間形態に収斂する傾向に示される。第3段階では、コーポラティズム概念の形容詞化、下方修正、および作用への関心がみられる。高次の利益組織化や協調があるだけで「コーポラティズム的」という形容が用いられ、概念が広義化する。またマクロ・レベルを下方修正してメゾ・レベル（産業セクター・地域）やミクロ・レベル（企業）に

コーポラティズム的性格を見出すという、関心の微視化が進む。さらに、社会が部分的にコーポラティズム化の作用をもつ場合、その目的に注目して安定創出型・発展促進型・危機管理型などの区別がなされたりする。コーポラティズム体制は崩壊したとはいえ、複雑な現代社会のなかにコーポラティズム的要素を見出そうとする研究は、議会政治の空洞化、政治的アパシー、巨大企業の支配といった事態を批判的に問題化する視点を提供している。

橋本によれば、コーポラティズムという用語は、ファシスト政権による上からの団体統制（本来のコーポラティズム）→団体側からの国家との協調（ネオ・コーポラティズム）→コーポラティズム体制崩壊後のコーポラティズム概念の形容詞化（コーポラティズム的）というように、使用法が整理される。この橋本の指摘は重要である。つまり本来の（ネオ）コーポラティズム国家体制とは切り離して、そのような国家体制における政府と利益集団との関係性に着目する場合には、「コーポラティズム的」という概念が妥当であるということである。

宮川は、コーポラティズムモデルを、「あらゆる利益集団が同じように政策決定システムに参加できるのではなく、政府主導により特定の集団が政府との関係で特権的地位を与えられ、政策決定へのアクセスを制度化されている」と定義した（宮川 2002:147）。この宮川の視点は、橋本のいう「コーポラティズム的」な視点であり、コーポラティズムの作用面に注目して、政府と利益集団との関係を一般化したモデルということができる。

コーポラティズムモデルと野口の「1940年体制」

このようなコーポラティズムモデルに立脚して、戦後の日本の高度成長の要因を分析した著作が、野口の「1940年体制」である（野口 2010）。野口は、戦時体制下における革新官僚による業界再編とその国家統制がもたらした「生産者優先主義」と「競争否定主義」が戦後も連続し、そこに戦後日本の高度成長の要因をみるのである（野口 2010:136-150）。この野口による戦前と戦後の官僚組織の連続性重視する立場については、占領期の民主化改革や、新憲法制定による官僚組織を取り巻く政治的環境の変化を過小評価しているとの批評がある（大山 2013:8）。たしかに、戦前と戦後の政治体制は大きく変化したといえる。ところが、官僚組織は、一部公職追放が行われたのみで、実質的には温存されたのであった。そのことは、1964（昭和 39）年に大蔵省に入省した野口自身が、入省時の幹部は戦前に入省組であって、そこでは「終戦など別の世界の出来事のようにであった」と回顧していることにも現れている（野口 2010:IX）。官僚の行動様式やメンタリティまでもが、戦後改革によって一新されたと考えるのは、不自然であると考えられる。

戦時体制と新官僚・革新官僚による「国家統制」

戦時体制構築の主要なアクターであった革新官僚の行動様式について、Wolferen はヒトラー政権下のドイツの考え方とムッソリーニの「職能団体主義（Corporativismo）」の影響を強く受けていたことを指摘している（Wolferen＝篠原訳 1994（下巻）:224）。なお革新官僚とは、1931（昭和 6）年の満州事変以降に登場した新官僚の系譜に属する（野口 2010:46）。新官僚とは、1935（昭和 10）年に設置された「内閣調査局」（諸政の根本的更新を企画し基本国策を設定することを使命として、各界の長老クラスを委員として設置さ

れた内閣審議会の事務局を兼ねる内閣の国策調査機関、1937（昭和12）年に「企画院」として発足）や政策研究集団である「昭和研究会」や「国策研究会」で活動した官僚たちである（伊藤 1983:29-38）。彼らが新官僚と言われるゆえんは、旧体制を打破する近衛新体制運動の展開の中でその歴史認識、主張、行動様式が生成されてきたからである。新体制とは、次のように整理される（伊藤 1983:216-9）。

- ①満州事変は、本質的には、英仏米の自由主義的、資本主義陣営との戦いであった。「西欧の没落」は必然化しており、自由主義を背景とした資本主義体制は今や新しい状況に対応することが出来なくなった。
- ②日本も明治維新以来の産業化の中で、必然的に西欧文明の影響を受け、従って、また自由主義を背景とした資本主義体制が今日飛躍すべき日本の桎梏となっている。打倒すべきは、財閥を中心にして、その政治的代弁者である既成政党であり、彼らの配下にある旧官僚であり、新しい状況を認識しない軍官僚＝軍閥であり、天皇をとりまく宮廷官僚である。従って、軍事・政治・経済のみならず教育・文化、労使関係、地主小作関係等、旧来の体制のすべてが見直されなければならない。
- ③時代は、ベルサイユ＝ワシントン体制（自由主義的資本主義）から、4大ブロック化に移行している。4大ブロックとは、欧州新秩序（独伊）、それと提携した東亜新秩序（大東亜共栄圏）、ソ連圏、アメリカ圏である。この中で、日本の歴史的役割は、西欧＝自由主義を基礎とした資本主義的体制の帝国主義的植民地支配からのアジアの解放である。
- ④日本の使命がこのようなものであれば、日本にとって必要なことは、英仏等の植民帝国を打破り、東亜を解放するために必要な「高度国防国家」を建設することであり、日本が自立した高度な重化学工業をもつ国家となる必要がある。そこで日本の産業の飛躍的發展を阻害していると考えられる資本主義体制の変革が必要である。国家的な視点での経済の統制が必要であり、ドイツ、イタリアのみならず、ソ連の共産主義的経済統制も、英米における経済統制も範としなければならない。
- ⑤こうした経済統制は、経済に対する政治の優位によってのみ達成しうる。旧体制は経済による政治の支配であり、その実体は財閥を背景とし、それと結びついた既成政党・官僚の支配である。従って、既成政党は解体されなければならない、旧官僚は放逐されなければならない。

新官僚の行動様式の特徴を簡潔に言えば「国家統制」であったといえる。なお新官僚と革新官僚とのちがいは、新官僚が内務官僚中心であったことに対して、革新官僚は経済官僚中心であり、革新官僚の活動の場は企画院であったことに求められる（野口 2010:47）。

「1940年体制」と厚生行政

ところで、野口の「1940年体制」の議論は、主に経済政策の領域での検討である。しかしながら野口の議論は、厚生行政領域の研究にも影響を与えている。例えば広井は、国民皆保険が戦時体制下の1943（昭和18）年には全国の市町村の95%に普及していたことを挙げて、国民皆保険の「理念と動機づけ」は戦時体制下の1940～45年の時期に形成されており、国全体のゴールが戦争遂行から、経済成長へと変わっただけで、その強力な手段と

して国民皆保険システムが位置付いていることに変わりないとしている（広井 1999:40-41）。

そして、広井は、このように結論づけるのである。野口は「戦後日本の『国家主導型』の経済システムが、戦時の総動員体制の延長にあるものとして「1940 年体制」というとらえ方を提唱しているが、「国民皆保険」は名実ともにそうした 1940 年体制に起源を有するものであったと言える」と（広井 1999:41-2）。

国民皆保険以外にも、母子健康手帳（戦前は妊産婦手帳）も戦時体制の中で「国と個人の身体管理手帳」として制度化されたとする研究がある（中山 2001:47）。この研究によれば、妊産婦手帳の創設に際しては、瀬木三雄の役割が大きかったとされる（中山 2001:47）。瀬木は東京帝国大学医学部産婦人科の出身であり、在外研究員として当時のナチス・ドイツに留学し、その際にナチス・ドイツの母子保健行政を研究し、帰国後それを日本に紹介した（瀬木 1944）。

瀬木は 1941（昭和 16）年に厚生省人口局の嘱託として母子衛生業務に従事した。瀬木の主張とは、妊産婦死亡を減らすために「母性保護」を進める組織を設置すること、「母性保護」には医学的保護に重点が置かれること、そのためには「妊産婦登録の必要性」があることであった（瀬木 1944）。そして瀬木が厚生省に着任した翌 1942（昭和 17）年に「妊産婦手帳規程（昭和 17 年 7 月 1 日厚生省令第 35 号）」が交付された。瀬木は、戦後新たに設置される厚生省児童局の初代母子衛生課長に就任した。そしてこの母子衛生課こそ、本論文で扱う重症心身障害児対策に関わる所管であった。更に、瀬木は、母子衛生課長退官後は東北大学公衆衛生学教室の教授となり、小林とともに、1957（昭和 32）年度の厚生科学研究において、「小児の先天性心身障害の予防に関する研究」に参加していたことは第 1 章でみてきたとおりである。すなわち瀬木は、戦前・戦後を通して、母性保護を行政官・医学研究者として強力に推進してきた人物であった。ここにも、野口がいうような官僚組織の戦前と戦後の連続性がみてとれるのである。

戦時体制下における社会事業の国家統制 社会事業法の制定

戦時体制下の 1938（昭和 13）年に「社会事業法（昭和 13 年 4 月 1 日法律第 59 号）」が制定された。社会事業法の目的や効果は次のように整理される（厚生省二十年史編集委員会編 1960 : 224-5）。

- ①社会事業の範囲を規定し、事業の保護助成を目的とする。すなわち社会事業団体の経済的困難を緩和し、より多く事業の遂行に専念してその能率を上げるため、政府は社会事業を経営する者に対し、予算の範囲内において補助金を交付しうることを規定した。これにより昭和 12 年度厚生省の社会事業奨励費 20 万円と比して、昭和 13 年度予算案は 2 倍半となった。
- ②社会事業団体の経費負担を軽減する趣旨のもとに、社会事業の用に供する土地または建物に対して、道府県・市町村その他の公共団体は租税その他の公課を課することが出来なくなった。
- ③社会事業は元来任意的に発達したものであつて、従来は保護救済の対象、種類、方法、程度等何等法規に拘束されず、自由に事業を実施することができたのであるが、これらの機能をより効果的、合理的に発揮させる目的をもって、必要な指導監督に関する規定

を設けた。

- ④地方の状況により特別の必要ある場合には、厚生大臣は中央社会事業委員会の意見を聞き、道府県または勅令をもって指定する市に対し、社会事業の経営を命じることができ、これによって特別の事態に対応して社会事業の機能に遺憾のないようにし、また地方長官は適当な社会事業に対し、保護を要するものの収容を委託することができ、社会事業を経営する者はその委託に対し、正当の事由なくしてはこれを拒み得ないことになった。
- ⑤中央の社会事業委員会を設け、本法によりその職務に属する事項のほか、社会事業の全般にわたり重要事項の調査審議を行うこととした。また道府県においても地方社会事業に関する重要事項を審議させるため、社会事業委員会を設ける旨を規定した。全国的に社会事業の振興発達を図るとともに、これを通じて社会事業の連絡統制にも資することを期した。

社会事業法は、戦後 1947（昭和 22）年に改正され、1951（昭和 26）年に現行法である「社会福祉法（昭和 26 年 3 月 29 日法律第 45 号）」の施行に伴い廃止された。前述した同法の整理をみれば、本来自由主義体制のもとにあった社会事業が、国家により統制されていった過程がみてとれよう。またこの時点では社会福祉法人制度は存在しないが、国家が社会事業を指揮監督し、また社会事業委員会なる諮問機関を中央と地方に設置するなど、そこには今日の社会福祉法の原型もうかがえるのである。そしてここにも野口がいうところの「1940 年体制」が、今日の厚生行政領域においても深く浸透していることがわかる。

厚生省と全国社会福祉協議会

さて、このような戦時体制下の「国家統制」が強まっていく中で、社会事業関係団体の上部団体として、各団体の調整機関としての役割を担ったのが「財団法人中央社会事業協会」であった。この協会は、戦後「社会福祉法人全国社会福祉協議会（以下、全社協と略す）」に発展していく。

全社協の起源は、1908（明治 41）年「中央慈善協会」に求められる。「中央慈善協会」は、1921（大正 10）年に「社会事業協会」に改称し、1924（大正 13）年に「財団法人中央社会事業協会」に組織変更した。戦後、1947（昭和 22）年に、「財団法人中央社会事業協会」は全日本私設社会事業連盟と合併し、「日本社会事業協会」を結成する。その後いくつかの団体との合併を経て、1952（昭和 26）年に「財団法人中央社会福祉協議会」が設立され、1955（昭和 30）年に「全社協」に改称し今日に至っている。

社会事業法の制定を受けて、これを機に、厚生省は民間社会事業が政府の行政方針に協力して、その相互の連絡を強めるため、有力な中央団体を結成する構想をもっていたという（重田・吉田 1977:48）。そしてその具現化を、「中央社会事業協会」の改組によって実現しようとしたという（重田・吉田 1977:48）。その中心にいた人物が、当時東京市に勤務していた牧賢一であった。

牧はセツルメント事業家であった。1927（昭和 2）年から 1930（昭和 5）年まで中央社会事業協会の嘱託として勤務していた。その後、財団法人同潤会にて不良住宅地区の調査研究に従事し、1935（昭和 10）年に東京市社会局に任ぜられた。牧は、1938（昭和 13）年の「戦時下における社会事業の転換に就て」との論文において、「今日すべての活動は国

策遂行の目的に順応し、社会事業もこれに超然としていられない。従来の救貧事業から国策である国民大衆の生活安定と体位向上に積極的に協力すべきである」と主張している（牧 1938）。

牧は 1941（昭和 16）年に、新体制運動の産物でもある大政翼賛会の事務局に転任した。大政翼賛会は、国民総動員の目的の下、1942（昭和 17）年には厚生部を新設し、医療体制運動、健民運動、医学徒報国運動、国民栄養指導、結核対策運動を指揮した。牧は 1944（昭和 19）年に大政翼賛会の総務部副部長に昇進し、翌 1945（昭和 20）年に大政翼賛会の解散に伴い退職となった。

戦後、牧は 1948（昭和 23）年に全社協の前身組織である「財団法人日本社会事業協会」の常務理事に就任した。そして 1951（昭和 26）年に「財団法人中央社会福祉協議会」の創設に伴い、調査部長に就任した。その後は、1975（昭和 50）年に全社協常務理事を退任するまで、全社協の要職を務めた。

ここまで長々と、牧の経歴を振り返ってきたのは、牧こそが、戦時体制下の中央社会事業協会から戦後の全社協の結成と展開のただ中に、永らく存在した人物であるからである。牧は「全国重症心身障害児者を守る会」の結成にも関わっており（全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡協議会編 1992:18）、戦前戦後を通じて、社会事業・社会福祉関係団体の組織化に影響を与えてきたフィクサー的な人物であったといえる。

さらに、今日も全社協の「灘尾ホール」にその名を刻まれている灘尾弘吉は 1959（昭和 34）年から 1987（昭和 62）年まで全社協の会長の職にあったが、灘尾の終戦時の役職は内務省事務次官であり、戦前戦後を通してわが国の大物官僚・政治家であった。灘尾以外にも、全社協の会長は、前進の財団法人日本社会事業協会からみていけば、中川望（1947-51 内務官僚）、田子一民（1951-59 内務官僚）、灘尾弘吉（1959-87 内務官僚）、太宰博邦（1987-89 内務官僚→厚生官僚）、翁久次郎（1989-96 厚生官僚）、長尾立子（1996-2007 厚生官僚）と、連綿と内務官僚（厚生官僚）がその職を受け継いできた。

このように、戦後に新たに結成された全社協は、戦時体制下の厚生省による社会事業団体統制の中核的な機能を担ってきた「中央社会事業協会」や「大政翼賛会」の系譜を引き継いでいるのである。そして戦後も、全社協の会長職には、内務官僚（厚生官僚）が就任し続けていることから推察できるように、極めて政府との関係性が強い団体である。

このような、厚生省と全社協の関係性は、戦前・戦後の社会福祉政策の分析において、重要な視座を与えるものと思われる。しかしながら、障害福祉政策領域に限定してみても、これらを考慮した先行研究は筆者の知る限り見当たらない。この両者の関係性に、まさに「コーポラティズム的」な特徴が見て取れるのではなかろうか。コーポラティズムモデルとは、「政府主導により特定の集団が政府との関係で特権的地位を与えられ、政策決定へのアクセスを制度化されている」。そうであるなら、まさに全社協とは、多様な福祉関連の利益集団を調整するために、特権的地位が与えられ、政策決定へのアクセスが制度化されている団体と解することができると思われる。従って、厚生行政領域における政策過程分析においては、「1940 年体制」が示すところの戦前・戦後の連続性や、その際の国家統制モデルに代表される「コーポラティズム的」な特徴を検討することが重要であると思われる。そこに政策決定モデルの 1 つである「コーポラティズムモデル」の有効性もみてとれるのである。

7. 政策決定における Allison の 3 つのモデル

Allison の 3 つのモデル

ここまで政策過程の分析に関わるいくつかのモデルを検討してきた。最後に政策過程分析の古典ともいえるべき Allison の 3 つのモデルを検討しておく。このモデルは、1962（昭和 37）年に発生したキューバ危機を題材に、政府部局内の政策決定モデルを提示した Allison の研究に基づいている（Allison 1971=宮里訳 1977）。

Allison の 3 つのモデルとは、①合理的行為者モデル、②組織プロセスモデル、③政府内（官僚的）政治モデルである。以下、表 2-6 に提示した宮川の整理に従う（宮川 2002:226-30）。

表 2-6 3 つのモデルの特徴の要約

モデル	①合理的行為者	②組織プロセス	③政府（官僚）政治
基本分析単位	合理的選択としての政府行為	組織プロセスのアウトプットとしての政府行為	政治プロセスの結果としての政府行為
整理概念			
行為者	合理的・統一的意思決定者としての国家	ゆるやかな結合体としての組織	地位、利害の異なるプレーヤー
問題	国家の直面する戦略的問題	組織間に分割された問題と権力	地位、利害により異なる問題把握
選択行為	静態的 合理的選択としての行為 （価値の最大化）	偏狭な優位順位と認識 組織プロセスのアウトプットとしての行為（SOD）	有効な影響としての権力 政治的ゲームの結果としての行為（ゲームのルール）

出所：（宮川 2002:230）

- ①合理的行為者モデルとは、ある行動をとったことには、何か目的があったからに違いないと考え、もっともらしい説得力のある理由をその出来事の説明として示そうとする考え方が基本となっている。従ってこのモデルでは、国家や政府は単一でかつ合理的な行為者であると考えられ、組織的あるいは政治的な複雑は単純化される。そして、一枚岩である国家や政府は、戦略的目標や目的を最大化しようとして行動を選択すると考えられ、分析者はその行動を目標や目的に合致するものとして理論的に推論する。
- ②組織プロセスモデルとは、①のように、政府の行為を、集中的に統制され、完全な情報を持ち、そして価値を最大化する単一の合理的意思決定主体による行為の選択とは捉えない。現実の政府とは、それぞれが独自の生命を持ったゆるやかに連合した複数の組織の複合体である。政府が問題を認識するのは、組織のセンサーを通じてであり、また政府が行為代替案を定め、その結果を推定するのも、その組織が行う情報処理に従っている。政府行為は、意図的な選択というよりも、標準的な業務手順（Standard Operating Procedures）に従って機能する大規模組織のアウトプットとして理解される。
- ③政府（官僚）政治モデルとは、政府の行動を②がいうような、SOP に従った組織のアウトプットとは捉えず、各組織のトップのリーダーたちの駆け引きに注目したモデルであ

る。①とは異なり、統一的な行為者は存在せず、プレーヤーとしての多くの行為者が存在する。彼らは一貫した戦略目的に従って行動するのではなく、国家や組織や個人の目標についてのさまざまな考えにもとづいて行動する。

Allison モデルとは、政策決定を分析する際の3つの異なった「レンズ」(宮川 2002:239)ということもできる。すなわち、ある事象を遠近異なるレンズで、巨視的か微視的かのどちらかで観察しているのである。①合理的行為者モデルは、巨視的であり、国家を1つの政策単位として、例えば国家間の紛争を観察する際に適したモデルであるといえよう。他方、②組織プロセスモデルでの観察単位は組織となり、①よりは微視的となる。さらに③政府(官僚)政治モデルでは、組織内の人物の行動にも観察が及ぶのである。

政府(官僚)政治モデルとセクショナリズム

このAllisonのモデルの内、③政府(官僚)政治モデルは、わが国の行政官僚制におけるセクショナリズムの分析に適用可能なモデルだといえる(今村 2006:91)。

西尾は、日本の官僚主導体制の最大の弊害は、各省庁のセクショナリズムが異常に強固で、各省庁がそれぞれに拒否権をもっているに等しい状態にあるために、省庁をまたがる政策課題についての各省間折衝における合意形成が容易でなく、幸いに合意に達しても、それは譲歩に次ぐ譲歩を重ねた結果の妥協の産物になるため、現状維持の弥縫策になりがちで、政策・制度の大きな変革にはなりにくいことを指摘する(西尾 2001:148)。

さらに西尾は、各省庁の権限は、すべて大臣に帰属しているが、内部的には決裁権が局長・課長に委嘱されていることが多いことも指摘している(西尾 2001:314)。

この西尾の指摘によれば、セクショナリズムは省庁間だけではなく、同一省庁内での各部局間や同一局内での各課間でも、観察しうることを示唆している。一般に「局あって省なし」「課あって局なし」と揶揄される霞ヶ関の有り様は、日本の行政官庁における「課」の権限が強固であることを言い表しているといえよう。

厚生省における技官と事務官

厚生行政を検討する際には、事務官と技官の存在を無視することもできない。そもそも1938(昭和13)年に厚生省が成立した際の主な母体は、内務省社会局と内務省衛生局であった。内務省衛生局は、1873(明治6)年の文部省医務局に起源を持ち、医療行政と衛生行政を所管してきた。初代衛生局長は医師の長与専斉であった。一方内務省社会局は1920(大正9)年に内務省の内局として設置された。その所掌業務は広く、労働、失業、救護、児童保護、軍事救護等であった。今日でも衛生・民生の分類が用いられることがあるが、これは厚生省が内務省の衛生局と社会局の業務を引き継いだことに求められる。

厚生省の成立以後も、衛生行政と社会行政は実質的には独立しており、そこでの人事システムも別個であって、そのような状態は戦後の幾度の組織改正を経た今日においても、実質的には変化していない。

以下は、戦後の厚生省(厚生労働省に再編される以前)についての藤田の研究(藤田 2008)に依拠している。組織改正前のため、組織名称等は異なっているが、事務官と技官の厚生行政における位置づけを検討する上で参考になる。

第2章 政策過程研究の検討

まず厚生省の人事の特色の一つは、「法令事務官」、「プロパー」、「技官」という3つの職層による独自の人事グループが存在することである。各グループの入省ルート、職種、業務内容や配置については表2-7に整理した。表2-7にあるように、まず技官の採用は選抜試験を経由するわけではなく、小論文や面接が課されるのみであって、各職種の国家資格を取得していることが条件となっている。また医系技官の人事は、組織令上は大臣官房人事課の所管であるが、実際には大臣官房科学課で扱われており、医政局長、健康局長、技術総括審議官、厚生科学課長などの医系技官の幹部によって重要な決定がなされるが、そのような権限は非公式のものでしかないという（藤田 2008:54）。技官の内、医系技官についてはポストが広く分散しており、局をまたがる異動も行われてきた（表2-7）。

厚生省では終戦直後に実現した衛生関係3局長（公衆衛生局、医務局、予防局）を医系技官が占めるという慣行が続いてきた（藤田 2008:53）。但し、局長が医系技官であっても、その下の課長も全て医系技官というわけではなく、課長は事務官が占める課もある。従って医系技官による局長―課長のラインが形成されるのは、医療知識・技術と関連が深い課に限られている（藤田（2008:55）。また政策の立案や局内の総合調整などの役割は法令事務官が中心となっており、医系技官を課長とする課の内部においても、医系技官の配置は課長補佐、専門官ポストに集中している。医系技官が局長を占める局であっても、それを補佐するための予算、権限、情報などの局内の資源を有効に利用しうるような人事ラインは形成されていないという（藤田 2008:55）。

このような事務官と技官（医系技官）の人事グループの違いに着目すると、厚生行政の領域においては、Allison の③政府（官僚）政治モデルの適合性は極めて高いといえるだろう。この点、本論文で扱う重症心身障害児者に関わる政策の所管は、医系技官が課長である「児童局母子衛生課」であった。「児童局」には「企画課」「育成課」「母子福祉課」「母子衛生課」の4課が設置されていた。「母子衛生課」以外の3課の課長は事務官のポストであり、「母子衛生課」の課長のみ医系技官のポストである。また重症心身障害児対策と同時期に対策が進められた重度知的障害児対策は「育成課」の所管であった。まさに「重度」「重症」に関わる政策過程は、「育成課」と「母子衛生課」両者の政治的力学を視野に入れる必要性を、Allison の③政府（官僚）政治モデルは示唆するのである。

表2-7 厚生省における各人事グループの特色

人事グループ	入省のルート	職種	業務内容、配置等
法令事務官	国家公務員Ⅰ種	行政・法律・経済職	<ul style="list-style-type: none"> ・法令事務や部局・課の枠を超えた調整を必要とする事務を担当する法令事務官は全省的に配置 ・各局筆頭課では、最終年次の課長補佐、最終年次の企画法令係長、係員というラインを形成 ・各局原課でも所掌する法律などの要請に応じてラインを形成
プロパー	国家公務員Ⅱ種 国家公務員Ⅲ種		<ul style="list-style-type: none"> ・制度が確立した後の施策の実施事務、すなわち、予算編成、年度予算に基づく各種事業の実施 ・実質的には各局ごとの採用 ・異動も基本的にはその局内

第2章 政策過程研究の検討

技官	小論文・面接 なお各職種の国家資格等を有していることが条件	医師・歯科医師 薬剤師 土木（衛生工学） 獣医師 看護婦 数理 等	・職種ごとにどのポストを占めるかは決まっている ・但し、医師・歯科医師からなる医系技官だけはポストが比較的広く分散されており、局をまたがる異動が行われてきた ・医系技官の中途採用の場合は、医師国家試験の合格した年を入省1年目として算定する ・従ってキャリア途中での入省者は、行政官としては素人のまま、中堅のポストに就くことになる
----	----------------------------------	--	---

出所：（藤田 2008:51-7）の記述を基に、筆者作成。

8. Easton の政治理論による政策過程のマクロ的理解

以上、政策過程に関わるモデルとして、段階論、インクリメンタリズムの理論、問題解決の緊急性からの「日常型」「非常時型」「危機型」の政策の3分類、政策決定における社会的・政治的構造の分類として、「権力エリート（パワー・エリート）モデル」「プルラリズム（多元主義）」「コーポティチズム（ネオコーポティチズム）モデル」、そして Allison による政府部局内の政策決定の3モデルである「合理的行為者モデル」「組織プロセスモデル」「政府内（官僚的）政治モデル」を検討してきた。

そこで、最後に政策過程の全体像を把握するのに有用と思われる、Easton のモデルをみる。Easton はアメリカ政治学の大家であり、その行動論的アプローチと体系分析（system analysis）は、今日も大きな影響を与えている。

Easton による行動学モデル

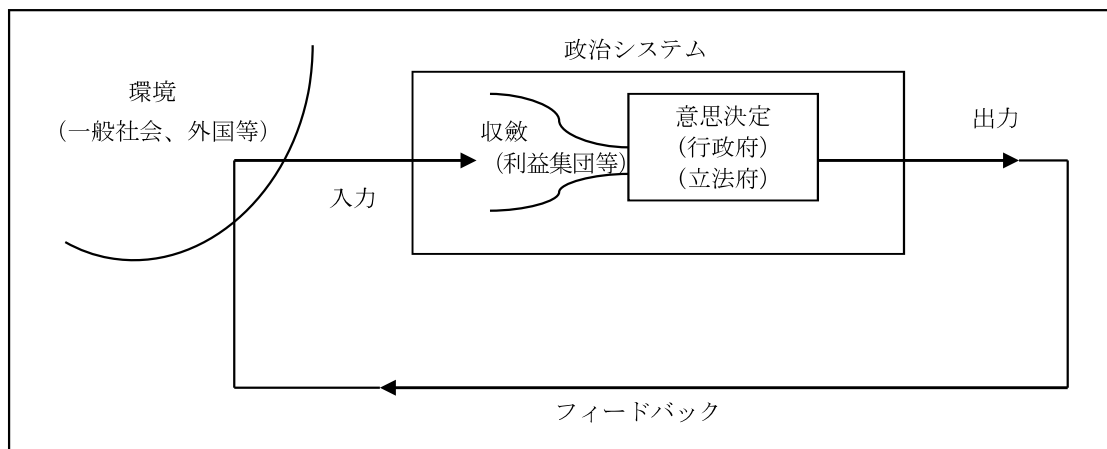
まず Easton は政治を「社会への諸価値の権力的配分(the authoritative allocation of values for a society)」と定義する（Easton1953＝山川訳 1976:153）。この政治学において有名な定義は、政治とは希少な財をどのように権威づけを行い社会に配分するか、という権力の作用に着目した定義と解してよいだろう。

その後、Easton は、『A Framework for Political Analysis（政治分析の基礎）』において、政治システムのモデルを発表した（Easton1965＝岡村訳 1968）。このモデルの特徴は、次のように整理される（Easton1965＝岡村訳 1968:39）。

- ①体系 政治生活（political life）を行動体系としてみることに有益である。
- ②環境 体系は、環境にとりかこまれ、それからの影響にさらされているが、環境とは区別される。
- ③反応 体系内部の構造と過程における変化は、環境および体系内からの圧力（stress）を制御し、それに対処する体系のメンバーの建設的な、積極的な努力であると理解される。
- ④フィードバック 体系が圧力を受けつつ存続していく能力は、行為者や決定作成者に伝達される情報およびその他の影響の存在や性格によるものである。

Easton は、この政治システムの概念を図で整理している（Easton1965＝岡村訳 1968:128）。しかし Easton の図はやや複雑なので、山本による簡略化した概念図をここでは用いる（図 2-5）。

図 2-5 政治システムと意思決定



出所：(山本 1990:15) を基に筆者作成。

Easton によれば、政治システムが作動する前提には、国内外の環境の変化がある。例えば国内の社会問題やなんらかの外圧ということがここでは想定できる。このような圧力が政治システムに入力され、そこでの「諸価値の権力的配分」を経て、社会に向けて出力されていく。このようにして政治システムは存続していくというのが Easton の考え方である。

Easton の行動学モデルと政策形成過程の段階論

この Easton の行動学モデルは、フィードバック概念を用いて政治システムを循環モデルとして把握している。そして環境変化という圧力を受けてシステムが自己変容し、それを維持していく過程を描きだしている。

政策過程の段階論においても、フィードバック概念を導入して、政策過程のサイクルを各ステージに分解して整理していた。すなわち、問題の発見→政策課題の設定→政策案の決定→政策の実施→評価というプロセスを経て、再び新たなプロセスが開始されるという循環過程である。この政策過程の段階論における循環過程は、Easton のモデルを理解することにより、さらにその理解が深まっていくともいえる。

例えば、Easton の環境変化という圧力は、問題の発見の段階において、問題が環境との関係性から生じてくるという視点を提供する。社会問題の構築論の見地では、問題とは「なんらかの想定された状態について苦情を述べ、クレームを申し立てる個人やグループの活動である」と定義された (Spector and Kitsuse=村上他訳 1992 : 119)。従って問題が何であったのかを分析する際は、クレイムメーカーの言説の分析が重要となる。クレイムメーカーの言説には、当然ながら、個人的な不快感や私怨すらも含まれていると想定できるであろう。しかしながら、Easton の環境変化による圧力による input という概念は、このようなクレイムメーカーの私的な感情も、時代背景を抜きにしては語ることができない、ということを感じさせてくれるのである。

9. Kingdon による課題設定の分析

それでは、特定の状態が「問題」である、と人々に認識させる要因として何が考えられるのであろうか。構築主義の見地によれば、「問題」とはクレイムメーカーの言説の表出に起源をもつことになり、彼らの活動によって政策当局が問題に気づくというプロセスが含意されているといえる。

たしかに、構築主義の発想は、「問題」を社会的コンテキストの中で捉えることの重要性を指摘した点においては、意義があったと思われる。しかしながら政策当局内での自発的な「問題」認識の存在を見落としている点では、不十分さが残る。また、「クレイム申し立て」という可視的な活動や言説だけを社会問題過程として位置づけ、我々の目に触れない問題を扱うことができないとの批判もある（工藤 2001:78）。

すなわち言説の表出にとらわれるあまり、表出されなかった幾多の問題の存在を軽視しがちであるとの警告である。たしかに、現実の政策が、すべてクレイムメーカーの異議申し立てに起源があると解するのは、不自然な感がある。

そこで、ある「問題」が解決されるべき政策課題として認識されていくプロセスに着目した Kingdon の研究を検討しよう。

Kingdon による問題認識の3要因

Kingdon は、実際の政策過程における課題設定（agenda settings）の分析に基づいて、政府の意思決定において特定の状態を「問題」と認識させる要因として、「指標」「焦点となる出来事」「フィードバック」の3点を提示した（Kingdon 2011＝笠沢 2017:125-57）。以下この3点を Kingdon の主張に基に整理する。

①「指標」

問題が政府の意思決定者の注目を集めるのは、多くの場合、政治的圧力や直感の類ではなく、ある程度体系的な指標が問題の存在を示唆するからである。政治の世界には、このような指標があふれており、政府機関と非政府機関の双方が、さまざまな活動や出来事を日常的に監視している。また、ある時点で特定の問題に対して行われる研究が、政府の注目すべき問題を示唆することもある。

②「焦点となる出来事」

多くの場合、問題が指標からおのずと明らかになるわけではなく、政府周辺の人々の注意を引く小さな一押しが指標には必要である。この一押しは、特定の問題に注目を集める危機や災害のような焦点となる出来事、流行している強力なシンボル、政策形成者の個人的経験によってもたらされる。

但し、危機、シンボル、その他の焦点となる出来事が、独力で、ある主題を政策アジェンダとして目立たせることはめったにない。第1に焦点となる出来事は以前から存在する問題意識を強め、すでに「人々の心の奥底にある」問題に注目を集めるのである。第2に、災害や危機を早期警報として役立つことがある。注意を要する状況が広範に存在すること

が確認されれば、問題かもしれない何かに対する注意が喚起されるのである。第3に焦点となる出来事は、他のよく似た出来事と結びついて問題の定義に影響を及ぼすことがある。問題は、最初の危機ではなく2番目の危機によって初めて認識されることがある。

③「フィードバック」

政府公職者は既存のプログラムの実施についてフィードバックを受ける。彼らは、歳出を監視し、プログラム管理を手掛け、執行を評価監督し、不満を受け付ける。政府公職者たちはこのフィードバック過程で問題に気づくことがある。フィードバックは、かなり体系的なモニタリングや評価研究の形で公職者にもたらされることもあるが、多くの場合はもっと非公式であり、不平不満やケースワークによって問題が認識されることがある。一般の人々からのフィードバック以外に、官僚自身も日々プログラムを管理する中で問題に気づくのである。

以上のKingdonによる3つの整理は、実際の政策過程の場面から抽出した結果でもあり、説得力に富むといえる。また他の様々な政策過程における汎用性も高いと思われる。政策過程分析における具体的な作業との関連で、これら3点を考察すると、次のような論点を指摘することができるだろう。

まず1点目として、「指標」とは、Eastonがいう環境変化を捉える点でも重要なメルクマールとなるであろう。例えば人口構造や経済成長率の変化は、政策の背景を考える上での出発点と考えられる。そうであるならば、政策決定の場において、各アクターが社会のトレンドを、どのような「指標」でもって客観的に認識・把握していたのかを明確にする作業が求められてこよう。

2点目として、「問題」が政策課題に浮上する際の「一押し」という概念は、非常に面白い切り口である。この「一押し」は、自然災害等の「偶然」もあれば、あえて政策担当者がメディアに情報リークをするような形の「仕掛け」もあるように思われる。前者は、多少古いが、わが国の売血制度が、1964（昭和39）年のライスシャワー駐米大使の刺傷事件を契機に献血制度に転換していった例をあげることができるだろう。後者の「仕掛け」については、研究者が同時代に観察するのは困難な場合も多かろうが、政策担当者の回顧録等を分析することによって、過去の政策過程を検証することは可能であろう。いずれにせよ、「偶然」にせよ「仕掛け」にせよ、ある「問題」が政策課題にステップアップする際のターニングポイントに注目することが、政策過程分析においては重要な作業となろう。

3点目として、Kingdonのフィードバックとは、Eastonの政治行動モデルでいえば「入力」といえるだろう。すなわち、政策担当者の日々の業務点検や利害関係者からの陳情等も、政策を始動する際の環境変化＝入力だからである。構築主義がいうクレイム申し立て活動も、政策担当者の観点に立てば、このフィードバックの一種と解することもできよう。このKingdonのフィードバックは、帰するところ、政策担当者の問題認識という、極めて主観性の高い領域に属するものであり、その意味で、研究者が直接的に観察することは容易ではないだろう。とはいえ、政策形成当時の政策担当者の論文、官庁の広報紙、新聞報道、各種審議会資料等、彼らの問題認識に接近することは可能であろう。そしてこれら収集史料の「史料批判」を通して、政策過程を描き出すことも充分可能だと思われる。

10. 政策過程研究の進め方

本論文における政策過程分析の進め方

本章において、政策過程の整理としてまず段階論をみた。段階論とは、政策過程を問題認識→課題設定→政策案の決定→政策実施→政策評価と分解して理解することを特徴としていた。他方、この段階論に対しては、それを提示した Dye 自身も現実の政策がこのように進行することはまれであると指摘していた (Dye2002:32)。また中野や Lindblom らは政策過程における「偶然」の要素にも着目する必要性を主張していた (中野 1992:10; Lindblom and Woodhouse = 藪野他訳 2004:15)。このような段階論への批判は、十分に首肯しうる。

しかしながら、それでもこの段階論が、政策過程の整理として、多くの政策過程に関わる書籍で紹介されていることには、現実の政策が実際的にはこのような段階を経なくても (行き戻りしつつも)、おおむねこのようなプロセスで進行していくことが経験的に了解されているからだと思われる。また公共政策を「問題解決の学」とする立場においては、このような段階論のプロセスを基に政策を分析することは、思考経済的に理にかなっているとの判断があるものとも思われる。

一方で、インクリメンタリズムの理論等の本章で検討してきた他の各モデルも、政策過程の分析において、有益な視点を提供するものであった。それでは、政策過程の段階論と他のモデルとはどのような関係性に立つのであろうか。

段階論の立脚点とは、観察者が政策の始期と終期を設定した上で、対象とする事象を一定期間追跡することにある。一方で、他のモデルは、観察者が政策過程における特定の場面を分析し、例えば利益集団間の関係や、政策決定者の行動様式等の一般化を試みるものだといえる。前者は時間軸を考慮に入れた「縦断的 (longitudinal)」な視点であり、後者は定点観測的な「横断的 (cross-sectional)」な視点であると整理することもできよう。政策過程分析には、この両者の視点が混在している点に注意すべきだと思われる。すなわち、一口に政策過程といっても、まず各研究者が対象とする政策の観察期間自体がそれぞれ異なっているのである。また研究者の分析の視点も、問題から政策決定案の作成までを含めた全体を俯瞰する場合もあれば、例えば政策決定案の作成段階に力点を置く場合もあろう。批判を恐れずに言うと、このあたりの整理が、既存の政策過程に関わる教科書等において明確になされていないように思われる。そのために、様々なモデルが総花的に紹介・説明はされているものの、各モデルの関係性やそれらの現実の政策分析への適用が読者に伝わりにくい状況を生んでいるように思われる。

それでは、本論文のリサーチクエスションである、なぜ日本において 1960 年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか、に答えるためにはどのようなモデルを参考にできるのだろうか。

まずこの問いに答えるためには、筆者は、一定期間の政策形成過程のフォローが必要であると考え。すなわち政策が必要とされる前提にあった「問題」とは何か、この「問題」の分析を通して社会的な背景や要因を明確にすることが重要なのである。従って、本研究においては、「縦断的 (longitudinal)」な視点に基づき、「問題」の認識から政策決定案の作成までの流れを、段階論的なアプローチを基に分析していく「時間軸」の視点をまず導入する。

ところで、ある政策を一定期間「縦断的 (longitudinal)」に分析する際に、その観察期間内において、段階論がいうような、問題認識→課題設定→政策案の決定→政策実施→政策評価というプロセスが1回限りの進行で進んでいくのだろうか。この点で草野の指摘は示唆に富む。草野は「政策過程分析では特定の決定や実施を選び、そこに至る過程を分析することになるが、実はたった一つの決定からなる政策過程だけが対象となるわけではない。どこからどこまでを政策過程とするかにもよるが、いくつかの決定（いわゆるターニングポイントと考えてよい）の連続という場合が少なくない。あるいは、分析したい最も重要な決定の前に、小さな決定がいくつか存在するといってもよい。その決定ひとつひとつに小さな政策過程が付随し、大きな政策過程を構成しているとみることもできる」とする（草野 2012:55）。

この草野のいう「小さな決定の連続としての政策過程」という考え方に基づけば、観察する政策過程（大きな政策過程）を分割し、分割されたそれぞれの小さな政策過程の分析を通して、大きな政策過程全体にアプローチしていく方法論が考えられる。これは比較的長期間にわたる政策過程を分析する際には有効な手法といえるだろう。本論文でも、この草野の見解を援用して、論述を進めていくことにする。それでは、どのように政策過程を分割するか、これは時期区分ということであるが、この点については第4章で扱う。

さらに、このような「縦断的 (longitudinal)」な視点から、一定期間の政策過程を分析していくことと併せて、「横断的 (cross-sectional)」な視点からの政策過程分析も、車の両輪として求められると筆者は考える。すなわち、分割された各政策過程の時期において（草野のいう小さな政策過程において）、各政策決定案がどのようなアクターの行動によって作成されてきたのか、それはどのようなモデルと適合性が高いのか否か、これらを検討する作業が、これらは政策過程分析の醍醐味であるともいえる。

本研究では、政策過程研究における段階論の知見を基に、「縦断的 (longitudinal)」な分析をまず行う。そして分割された各過程において、「横断的 (cross-sectional)」な視点から各政策決定のメカニズムについての分析を行う。本研究はこのような2段階構成で論述を進めていく。

政策過程分析と歴史研究

政策過程の段階論は、時間軸を考慮に入れた「縦断的 (longitudinal)」な視点を持つ。そうであれば、政策過程分析と歴史研究とには類似性が想起されるところである。この両者の差違について、草野は、「政治学的手法では、演繹的にせよ帰納的にせよ、政策過程の構造上の特徴が繰り返し見られるとの前提のもとに、仮説が提示されている」として、前者においては、モデルや仮説を通して政策過程を「意識的」に分析することに差違があるとする（草野 2012:3-4）。草野は、政策過程研究の特徴とは、あらかじめモデルというフィルターをかけて対象を観察することだというのである。

このような政治学的手法と歴史研究との差違は、社会科学と歴史学における方法論の問題点としても浮かび上がる。この両者の対立については、保城が次のように整理している（保城 2015:4）。

- ①社会科学者の側には、現実を理論に無理矢理押し込んでしまったり、自分に都合の悪い歴史解釈は切り捨てたりする傾向がある。
- ②歴史学者の側には、自らの研究対象に埋没してしまい、広い見知からそれらを捉えることのメリットを軽視してしまう傾向がある。

さらに保城は、社会科学者が歴史学者の研究を利用することはあっても、逆に歴史学者が社会科学者の理論的成果を明示的に参照することはあまりない、という両者の非対称性も指摘している（保城 2015:18）。

たしかに、歴史とはその語源は **history** であって、一回限りの物語（**story**）を史実をもとに忠実に再構成していくことに主眼が置かれているといえる。歴史学の研究法においては、まずもって史料批判の重要性に注意が向けられていることも、この点から理解できる（小田中 2004:169-72；溪内 1995:123-83）。従って保城がいうように、細部にこだわるあまり「木を見て森を見ず」となる危険性があることは否めないであろう。

もちろん、全ての歴史学者が物語の忠実な再構成のみを目的としているとは言い切れないであろう。例えば歴史学の大家である Carr は、その著『歴史とは何か』において、「歴史家とは『なぜ』を問い続けるもの」（Carr1961＝清水訳 1961:127）としており、歴史学者が因果関係の探求や法則性の樹立を放棄しているわけではないことを示している。このように歴史研究自体にも幅があり、一括りでその特徴を言い表すことは難しい。とはいえ、保城の整理はおおむね両者の平均的な問題点を描き出しているといつてよいだろう。

さらに保城は、歴史学者から社会科学者への批判として、社会科学は史実を都合良く取捨選択する、つまり社会科学者は、理論やモデルというフィルターで事実を捨象する傾向があるとの指摘をしている。たしかに、社会科学者が仮に重要な史実をねじ曲げているとするならば、それは大いに批判されるべきことである。しかしながら、歴史事象の「枝葉末節」を切り捨て、「森」を単純化して俯瞰しようとする社会科学の試みは、思考経済的に、重要な知的営為であると思われる。そしてこのような史実の捨象は、実は歴史学者も意識的にせよ無意識的にせよ、行っていると思われる。というのも、歴史学者があらゆる事実を網羅し、それをもって史実を再構成しうるか、と問われればそれはきわめて困難な作業であることは容易に想像できることだからである。草野は、歴史研究においても、「どこを重視するか、何をどう省くかなど、ある種の概念レンズを見いだすことはできる」という（草野 2012:4）。至言であるといえる。

このようにみてくると、筆者は、歴史史料を収集し、それらを編年的に整理し記述する作業では、一回限りの物語（**story**）を構築しえても、そこからある歴史事象がなぜ生じたのかについて答えることは難しいのではないかと考える。ある歴史事象の起因を探求するためには、何らかの理論やモデルが事前に設定され、その枠組みに沿って論述を進めて行くことが、このような探求を助ける道標になると思われるからである。事前に何の海図も設定されないままに、ただ膨大な史料に基づく記述の海を読み進む航海では、目的地にたどり着くことが出来ず漂流する危険があるのではないか。

一方で、社会科学者が史実をないがしろにして、二次史料やそれを基にした文献からのみ、史実を「確定」する姿勢は批判されて然るべきであろう。このような上澄みだけをかすみ取った単なる概念操作は、研究者として戒めなければならないであろう。この点で、

第2章 政策過程研究の検討

歴史学者が重要視する「史料批判」という、丁寧かつ泥臭い地道な作業は、社会科学においても必要であると筆者は考える。

そこで、本研究においても、まずは一次史料の収集とその「史料批判」を重要な作業として位置づける。そして、このような史料収集と「史料批判」を経た上で、重症心身障害児者対策を、政策過程研究における各モデルを援用しつつ分析を進める。具体的な章立てや構成は第4章で述べる。

ところで、本論文では、「重症心身障害」という用語とその概念について、詳細な検討を行ってこなかった。そこで次章では、まず日本と海外における「重症心身障害」概念についての詳細な検討を行う。

本章では、わが国における「重症心身障害」概念と海外における PIMD 概念について、それぞれの形成過程とその概念を検討する。

1. 日本の「重症心身障害」概念

法律上の「重症心身障害」概念＝「重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複」

1967（昭和 42）年、児童福祉法第 11 次改正が行われた（児童福祉法の一部を改正する法律（昭和 42 年 8 月 1 日法律第 111 号）による）。この改正により、児童福祉施設の 1 つとして「重症心身障害児施設」が新たに加えられた（児童福祉法第 43 条の 4）。この規定において、「重症心身障害児」とは「重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童」と定義された。また都道府県知事が、「重症心身障害児」を「重症心身障害児施設」に入所措置することに代えて、「国立療養所」に委託することを可能とした（同法第 27 条第 2 項）。これは 1966（昭和 41）年度より開始された、国立療養所における重症心身障害児者の入院を法律上規定したものである。さらに 18 歳以上の「重症心身障害者」であっても、同様の措置や委託ができるとされた（同法第 63 条の 3）。なお同法第 63 条の 3 では、「重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している満十八歳以上の者」と規定されており、「重症心身障害者」という表現はない。ただし一般的な用語法として、成人については「重症心身障害者」という表現が用いられている。このような児者一貫の見地から、「重症心身障害児者」もしくは「重症心身障害児（者）」というように児童と成人を併記する用語法がある。ちなみに、親の会の正式名称は「社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会」である。ここに法改正によって、重症心身障害児者の処遇は、児童福祉法の規定に根拠を持ちつつも、年齢要件は撤廃されて、児者一貫の継続的な支援体制が構築されたのである。

なお、精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律（平成 10 年 9 月 28 日法律第 110 号）によって、「精神薄弱」は「知的障害」に改められたため、「重症心身障害」の規定も、「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複」となった。

【児童福祉法（第 11 次改正時）】

第 43 条の 4 重症心身障害児施設は、重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設とする。

第 27 条第 2 項 都道府県知事は、第 43 条の 3 又は第 43 条の 4 に規定する児童については、前項第 3 号の措置に代えて、厚生大臣が指定する国立療養所に対し、これらの児童を入所させて肢体不自由児施設又は重症心身障害児施設におけると同様な治療等を行なうことを委託することができる。

第 63 条の 3 都道府県知事は、当分の間、必要があると認めるときは、重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している満十八歳以上の者について、その者を重症心身障害児施設に入所させ、又は第 27 条第 2 項に規定する国立療養所に対し、その者を入所させて治療等を行なうことを委託することができる。

障害保健福祉改革以降、今日の「重症心身障害」の法的根拠

2010年代から始まった一連の障害保健福祉制度改革によって、障害種別の総合化が進められたことは記憶に新しい。その結果、従来の児童福祉法上の「重症心身障害児施設」は法制度から消滅した（障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年12月10日法律第71号））。

この制度改革では、児童と成人（者）のサービス根拠法は明確に分離された。現行制度において、障害児の入所施設は、「障害児入所支援施設」（児童福祉法第7条第1項）に、成人は「障害者支援施設」（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第11項）の2種類に再編されている。障害種別が撤廃されたことにより、従来の種別による施設類型は消滅し、このように1本化されたのである。とはいえ、児童については、施設対象児は分類されている。児童福祉法第7条第2項に障害児入所支援の対象児として、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童（以下「重症心身障害児」という。）」が規定されている。この重症心身障害児の定義は、従来の児童福祉法の定義と同様である。

【児童福祉法（現行法）】

第7条第1項 この法律で、児童福祉施設とは、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童発達支援センター、児童心理治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センターとする。

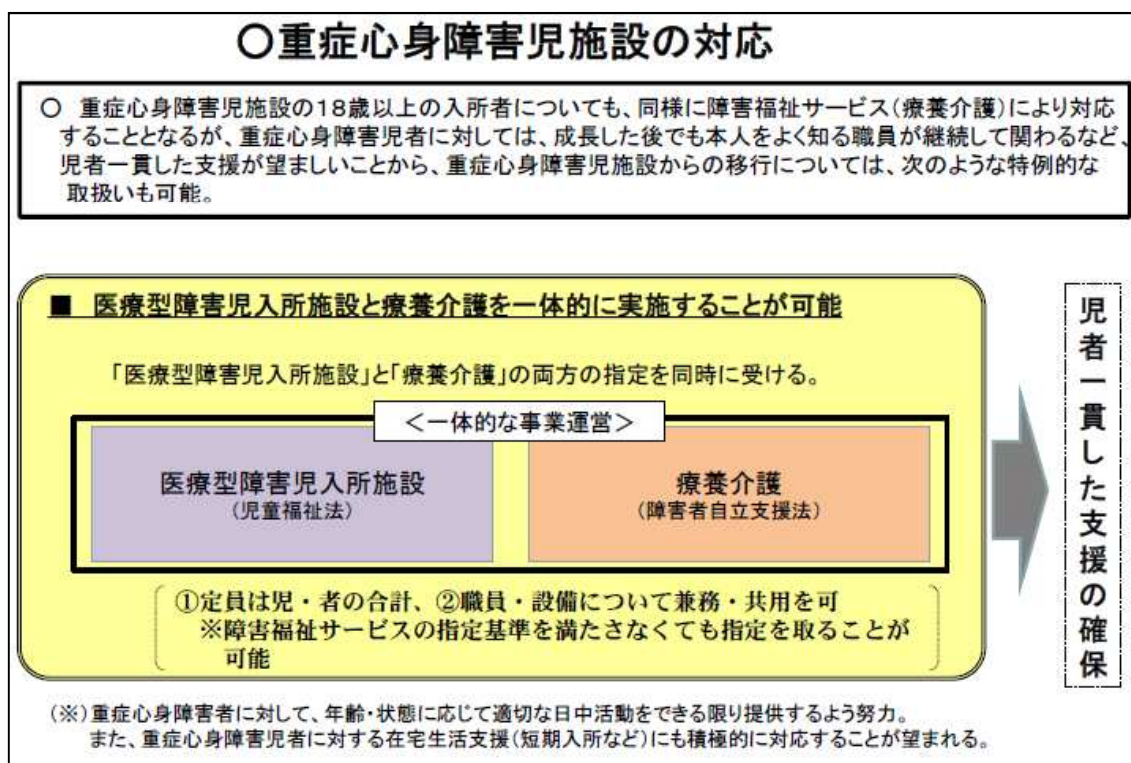
第2項 この法律で、障害児入所支援とは、障害児入所施設に入所し、又は指定発達支援医療機関に入院する障害児に対して行われる保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに障害児入所施設に入所し、又は指定発達支援医療機関に入院する障害児のうち知的障害のある児童、肢体不自由のある児童又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童（以下「重症心身障害児」という。）に対し行われる治療をいう。

他方、18歳以上の「重症心身障害者」に関する規定は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」にはない。ただし入所施設における日中活動系サービスの一つに「療養介護」（障害者総合支援法第5条第6項）があり、そのサービス算定基準の要件の中に、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者（以下「重症心身障害者」という。）」との規定がある（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号））。このように18歳以上の「重症心身障害者」については、サービス費用の面から特別な支援対象カテゴリーとして「重症心身障害者」が規定されている。

なお従来の児童福祉法上の「重症心身障害児施設」は法制度上消滅したが、従来の「重症心身障害児施設」から移行した「障害児入所支援施設（医療型）」には、18歳以上の「重症心身障害者」のための「療養介護」事業が併設されている。従って実質的には、従来の児者一貫の支援体制が維持されている（図3-1参照）。また国立療養所もサービス提供事業者の指定を受けており（児童については「指定発達支援医療機関（児童福祉法第6条の2

の2第3項)」、18歳以上の「者」については「療養介護」事業所として指定)、「重症心身障害」に関わる入所支援の実状が、昨今の改革によって大きく変化したわけではない。「重症心身障害」の法的定義についても、「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複」という従来の定義が踏襲されている。

図 3-1 重症心身障害児者の入所施設支援における児者一貫した支援の確保 (イメージ)



出所：厚生労働省「第1回障害児支援の在り方に関する検討会」配布資料（平成26年1月31日）

法律上の「重症心身障害」概念の混迷 - 「寝たきりの脳性麻痺」と「強度の行動障害」 -

「重症心身障害」とは、児童福祉法において、「重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複」した障害と定義されている。この定義は、1967（昭和42）年以来、約50年以上継続しており、今日においても「重症心身障害」の定義として機能している。

しかしながら歴史を振り返ると、「重症心身障害」に関する政策上の定義は、幾度も変遷してきた。また「重症心身障害」という用語は、重症心身障害児問題の社会問題化の過程から用いられており、用語を使用する人物・団体等によって、多様な定義が存在した。ここに「重症心身障害」という用語の難しさがある。

さらに児童福祉法上の定義は、国会審議における焦点にもなった。法案審議では、「重症心身障害」を、「重度の知的障害と重度の肢体不自由」と規定することで、政策対象が限定化され、そこから洩れる児者の対応が問題となったのである。これに対して、政府は「重度の知的障害と重度の肢体不自由」という定義は、既存施策との法的整合性を保つための定義であって、現実の運用では弾力的な措置を講ずることを答弁した（小笠寺2000:158）。

第3章 重症心身障害概念の国際的検討

両院は法律案の採決に際して、「重症心身障害」の定義を法律上の定義に限定しない旨の附帯決議を行った。そして、この附帯決議を受けて、厚生事務次官通知「児童福祉法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）」（昭和42年8月24日発児第101号）が各都道府県知事・各指定都市市長宛に通知された。この通知において、入所措置の際には法律上の「重症心身障害」の定義に限定することなく、地域の実情に応じて弾力的な運用を図ることが指示されたのである。すなわち行政自身が、この法律上の「重症心身障害」の定義に施設入所対象を限定しないことを、法案提出時点から認めていたのであった。そこで、法律上の「重症心身障害」の文言を、そのまま受け止めてよいものか、という疑問が生じるわけである。

【衆議院附帯決議（該当部分のみ抜粋）】第55回国会衆議院本会議（昭和42年7月21日）

一、重症心身障害児施設入所児童の選定にあたっては、重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより、重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において、集団生活指導が不可能と考えられるもの及びリハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不適当と考えられる等、従来、重症心身障害児施設の入所対象としたものをも含めて 配慮するよう努めること。

【参議院附帯決議】第55回国会参議院本会議（昭和42年7月21日）

一、重症心身障害児施設の入所児童の選定にあたっては、従来、入所対象とされてきた者がすべて含まれるよう配慮すること。

【厚生事務次官通知（昭和42年8月24日発児第101号）（該当部分のみ抜粋）】

各都道府県知事・各指定都市市長宛「児童福祉法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）」

重症心身障害児施設の入所対象となる児童は、重度の精神薄弱と重度の肢体不自由が重複している児童と規定されたが、精神薄弱児施設重度棟又は肢体不自由児施設重度病棟の整備状況及び重症心身障害児施設の入所状況も勘案のうえ、従来の通達によって、現に施設に入所している児童又は入所対象とされていた児童であつて、前記の重症心身障害児と同様の保護を必要とする者については、引き続き当該重症心身障害児施設に在所させ、又は入所させる措置を講じて差し支えないものであること。

このような法律上の定義に関わる意見対立の背景には、そもそも重症心身障害児問題の焦点となった臨床像に、「寝たきりの脳性麻痺」と「強度の行動障害」という異なる2つのタイプの障害が含まれていたからであつた。法律上の「重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複」という定義は、「寝たきりの脳性麻痺（Cerebral Palsy）」を念頭に、政府部内で検討が進められた。東京都の母子衛生課長として、政府の政策決定にも関わった大島も、当時は「重症心身障害とはCPが中心」であつたと後に証言している（大島1998:17）。

そして「重症心身障害」の定義が法律の条文上明確化され、「寝たきりの脳性麻痺」が「重症心身障害」の中核的概念となることで、「強度の行動障害」を有する知的障害児の処遇が

再問題化されることになった。後述するが、これを「動く重症児問題」という。

しかしながら、上記通達による「重症心身障害」概念の弾力的な運用が図られたため、現実の重症心身障害児施設には、「寝たきりの脳性麻痺」だけではなく「強度の行動障害」を有する人々も入所している。

「動く重症児」問題

「動く重症児」とは、法律の規定における「重度の肢体不自由」という要件をみたさない対象を意味する。具体的には、「肢体不自由の程度は軽いか、ほとんど認められず、知的障害の程度が重度ないし最重度という人たち」についての通称である（岡田監修 2015:7）。

この「動く重症児」は、後述するように、かつて小林が「介護的重症」という分類で、その臨床像を表現していた「強度の行動障害児」であった。そしてこの「強度の行動障害児」は、重症心身障害児問題が社会問題化する際の一因でもあったのである（小林 1971a）。

「動く重症児」は、法の規定する「重症心身障害児」の周辺（境界）に位置することから、「周辺障害児」とも言われる（中央児童福祉審議会 1970）。この表現には、「動く重症児」は、法制上の定義から外れているとしても、重症心身障害児者対策の範疇で進めていくべきである、との意図がこめられていると考えられる。

「重症心身障害」の定義の変遷 「重症心身障害」という用語の登場

以下の表 3-1 に、日本における「重症心身障害」の定義の変遷を整理する。この「重症心身障害」の定義の変遷は、第 6 章以下の政策過程分析において重要な位置を占めることになる。さしあたり本章では、我が国において「重症心身障害」概念がどのように変化してきたのか、その変遷を簡単に整理しておくことにする。

表 3-1 日本における「重症心身障害」の定義の変遷

日時・主体	概要
1958（昭和 33） 年 6 月 20 日 東京都社会福祉協 議会「重症欠陥児 対策委員会」	重症欠陥児、不治永患児、多障害永患児などと呼ばれていたものを「重症心身障害児」に統一。 出所：（小林（院下） 1958a:26）
1958（昭和 33） 年 10 月 「日本心身障害児 協会」設立に際し ての小林提樹によ る定義	・ 第一は、心身障害が単一ではあるが、重症であるもので、例えば、重症白痴の如き、或は何才になってもお座りもできないような重症な肢体不自由児の如きものがあります。 ・ 第二は、心身障害が二重、三重或は四重と重なっているもので、ろう（つんぼ）であると共に盲であったり、精神薄弱で脳性マヒがあつたりするようなもので、単一の障害はそんなに重くなくとも、全人間として合せ考える時には医療的にも教育的にも絶望視されるものであります。 ・ 第三に、幼若であるために重症と考えられるものがあります。例えば、乳児、或は幼若な幼児の場合に、障害児の収容場所は現実にはどこにもあたえられないので

第3章 重症心身障害概念の国際的検討

	<p>あります。</p> <p>このように三種類に分けてみましたが、結局生き場所がなく、見放されたままでいる社会的条件にあるわけのものであります。</p> <p>なお、これを医療又は教育の点から見る時には、第一、第二はその効果が先ず期待できませんが、第三だけは将来の期待のもてるものがあり、重症とはいえ唯収容して一生を終らせればよいというものではなく、充分社会復帰を期待できるものがあります。</p> <p>出所：(小林 1958b:3-4)</p>
1958（昭和 33） 年 11 月 全社協「重症心身障害児対策委員会」	<p>全国社会福祉協議会 第 1 回重症心身障害児対策委員会</p> <p>「新しい概念の収容施設をつくり、現行の児福法の運営上もれているものを、収容するものとしたい」</p> <p>出所：(全国社会福祉協議会 1958b:23)</p>
1960（昭和 35） 年 6 月 厚生省児童局母子衛生課	<p>1961（昭和 36）年度「重症心身障害児療育研究委託費」予算要求時期の行政資料</p> <p>○中央児童福祉審議会に母子衛生課が提出した資料</p> <p>「身体障害児対策の現状と問題点（資料）」より抜粋</p> <p>7. 重症心身障害児について</p> <p>心身障害児童（精神薄弱、肢体不自由、聴覚平衡機能障害、音声言語機能障害）に対し児童福祉法は医療及び保護育成について種々な施策を実施しているが、<u>その障害が極めて重度でありあるいはその障害が重複している場合は現在の施設外における養護はもとより現状の施設への収容も不可能である。</u></p> <p>出所：(厚生省児童局母子衛生課 1960)</p>
1962（昭和 37） 年 6 月 島田療育園からの重症心身障害児療育研究報告	<p>「島田療育園」における重症心身障害児療育研究報告</p> <p>収容面からみた重症心身障害児分類</p> <p>①医学的重症 ②介護的重症 ③社会的重症</p> <p>出所：(小林 1962b:6-7)</p>
1962（昭和 37） 年 7 月全社協重症心身障害児対策促進協議会	<p>①単独または複合の障害が重度で、養護に多大の人手を要し、かつ効果の期待しがたい子どもたち</p> <p>②療育は可能であるが障害が複合しているなどのため養護が困難な子どもたち</p> <p>出所：(小林 1962a:16-8)</p>
1963（昭和 38） 年 7 月 26 日 厚生事務次官通知（厚生省発児第 149 号）	<p>重症心身障害とは「身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童」と定義。</p> <p>なお別表に【施設入所基準】を記載。基準は以下の 3 点である。</p> <p>I 高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲又はろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く</p> <p>II 重症の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重症の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの</p> <p>III リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体</p>

第3章 重症心身障害概念の国際的検討

	不自由児施設においても療育することが不適当と考えられるもの 出所：「重症心身障害児の療育について」昭和38年厚生省事務次官通知（厚生省発児第149号）
1966（昭和41） 年5月14日 厚生事務次官通知 （厚生省発児第91号）	国立療養所重症心身障害児病棟の整備、及び18才以上の重症心身障害者への入所を可能としたことにより、従来通知を廃止。 新通知において、重症心身障害児（者）とは、「身体的・精神的障害が重複し、かつそれぞれの障害が重度である児童及び18歳以上の者」と定義。 出所：「重症心身障害児（者）の療育について」昭和41年5月14日厚生事務次官通知（厚生省発児第91号）
1967（昭和42） 年8月 児童福祉法第25 次改正	今日の法制上の定義 「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複した児童および18歳以上の者」 出所：児童福祉法（改定当時）第43条の4、第63条の3

注）各定義の出所は、それぞれの項目で記載したとおりである。

我が国において、公式に初めて「重症心身障害」という用語が登場したのは、1958（昭和33）年6月20日であった。いくつかの記録によると、東京都社会福祉協議会の「重症欠陥児対策委員会」において、従来、重症欠陥児、不治永患児、多障害永患児などと称されていた障害児の総称として「重症心身障害児」という名称が用いられることが決定されたとされる（小林（院下）1958a:26；有吉1958:25）。

この対策委員会の名称にもみられるように、「重症心身障害」という用語が登場する以前には、「重症欠陥」等の呼称が使われていたことがここからうかがい知ることができる。この1958（昭和33）年6月20日という日は、我が国において公式に初めて「重症心身障害」という用語が登場した記念すべき日である。しかしながら、この対策委員会のメンバーや討議の過程についての詳細な資料は、今日見当たらない。また小林自身も、この用語の誕生経緯については、不思議なことに、当時の自身の文献で全く触れていない。実はこの点に、「重症心身障害」という概念が、「寝たきりの脳性麻痺」と「強度の行動障害」という両者を含む多義性を持っていたこと、さらには対策の行政所管をめぐる駆け引きがあったことが推察されるのである。この点については、第2章の先行研究レビューの際に紹介した秋山の証言を、筆者は独自に入手しているので、第6章で詳細に検討することにする。

いずれにしても、「重症心身障害」という用語は、その出発の時点から、その対象とする臨床像についての曖昧さを抱えていたのである。「重症心身障害」という用語が登場してから、1967（昭和42）年に法制度上の定義（今日の定義）が規定されるまで、「重症心身障害」の定義は、政策対象の曖昧さを常に含みつつ行われてきたのである。なぜこのような対象の曖昧さを抱え込まざるをならなかったのかについての問いは、当該政策過程を分析していく際の、重要な視点となることを、まずここで述べておきたい。

小林提樹による「重症心身障害」の定義

1958（昭和33）年6月20日に「重症心身障害」という用語が公式に登場した。その4ヶ月後である同年10月、小林は「重症心身障害」の定義を初めて行った。小林は、「重症

心身障害」を次の3点により定義した（小林 1958b:3-4）（表 3-1）。

1点目は「心身障害」が単一でありその程度が重症であるもので、今日的にいえば「重度の知的障害」や「重度の肢体不自由」等を指すことになろう。2点目は、「心身障害」が「重複」しているケースであり、これは今日的にいえば「重複障害」となろう。3点目は、乳児等の低年齢の障害児である。

第1と第2の定義は、障害の程度と重複状態からの定義であり、第3の定義は年齢による定義である。また医療や教育の効果にも触れており、第1と第2の対象についてはその効果が期待できないとする一方で、第3の低年齢の障害児についてはその効果への期待可能性にも言及している。なお小林はこのような3つの分類も、「結局生き場所がなく、見放されたままにいる社会的条件にある」と述べているように、当時の制度において入所対象とならないという実状を主張している点は注目に値する。この小林のいう「行き場所がない」、すなわち制度の対象から漏れているという対象の「残余的」な性質が、以後の「重症心身障害」概念の定義に際して、その基底に絶えず存在することに触れておく。

全国社会福祉協議会「第1回重症心身障害児対策委員会」の定義

1958（昭和33）年11月、全社協内に「重症心身障害児対策委員会」が設置された。この委員会の詳細については、第6章で扱う。この委員会において、行政、全社協、関係機関等によって重症心身障害児問題が整理され、今後の政策課題の設定（agenda setting）が行われた。

委員会の決定事項の史料には、「新しい概念の収容施設をつくり、現行の児福法の運営上もれているものを、収容するものとしたい」との記録がある（全国社会福祉協議会 1958b:23）。この委員会における「重症心身障害」の考え方とは、まさに「残余的」であって、小林の影響をみてとれるのである。

制度設計初期の厚生省の「重症心身障害」概念 「島田療育園」への補助に際して

日本初の「重症心身障害児施設」である「島田療育園」は、財団法人「日本心身障害児協会」が経営する「病院」であった。従って医療費収入がベースであり、そこに国の補助金（研究委託費）を投入する運営スキームであった。

厚生省は、昭和35年度予算に「重症心身障害児療育研究委託費」を予算計上した。しかし、この要求は財政当局によってカットされた。厚生省は翌36年度予算にも再び「重症心身障害児療育研究委託費」を計上した。この予算要求は認められて、1961（昭和36）年5月に「島田療育園」は開園した。

それでは「重症心身障害児療育研究委託費」の予算要求において、政策側は「重症心身障害」を、どのような臨床像として認識していたのだろうか。筆者は、厚生省母子衛生課が、1960（昭和35）年6月の「中央児童福祉審議会」に提出した史料を発掘した。この時期は昭和36年度予算の作成期であり、この史料は当時の政策側の「重症心身障害」に対する考え方を理解する上で貴重である。この史料に、以下のような「重症心身障害児」についての記述がある。

心身障害児童（精神薄弱、肢体不自由、聴覚平衡機能障害、音声言語機能障害）に対し児童福祉法は医

第3章 重症心身障害概念の国際的検討

療及び保護育成について種々な施策を実施しているが、その障害が極めて重度でありあるいはその障害が重複している場合は現在の施設外における養護はもとより現状の施設への収容も不可能である（厚生省児童局母子衛生課 1960）（下線は筆者）。

ここに記された「重症心身障害」概念には、心身障害の程度が重度であるか、重複しているか、の2点が提示されている。また当時の施設での対応が困難であるとの「残余的」な性質も記述されている。小林の定義と類似しているといえよう。

「島田療育園」における重症心身障害児療育研究の成果報告における定義

「島田療育園」の開園後、1962（昭和37）年6月に、「重症心身障害児療育研究委託費」に関する研究報告が「島田療育園」で行われた（財団法人日本心身障害児協会 1963:13）。園長の小林は、「重症心身障害」の定義について、次の3点の考え方を示した（小林 1962:16-8）。小林によると、この3点の定義は、児童福祉法の枠組みから離れて、収容児を分析した結果、その望ましい収容先を検討する中で整理された定義であるという。

- ①医学的重症—医学的管理が濃厚であり、障害児専門の特殊小児病院形式が望ましい。
- ②介護的重症—介護の手が特に必要であり、小児精神病院形式が望ましい。
- ③社会的重症—家庭崩壊などの社会的問題を有する障害児を収容保護する施設。

この小林の定義は、障害の種別や程度ではなく、支援ニーズから対象を分類したものであって、今日的にみても先進的な視点を有していたといえる。

全社協「重症心身障害援護制度促進協議会」における定義

1962（昭和37）年3月、全社協内に「重症心身障害児援護促進協議会」が設置された。この組織は、心身障害関連団体が連携して、重症心身障害児対策の促進を図るための団体であった。当協議会は同年7月に、重症心身障害児対策の要望書を取りまとめた。その中で重症心身障害児の定義は以下とされた（小林 1962a:16-8）。

- ①単独または複合の障害が重度で、養護に多大の人手を要し、かつ効果の期待しがたい子どもたち
- ②療育は可能であるが障害が複合しているなどのため養護が困難な子どもたち

①は障害の程度が重度であることを前提に、養護に要する労力の大きさとその効果が薄いことを指摘している。②は療育の効果は期待できるが、複合障害ゆえに養護に多大な労力を要するとしている。この2つの規定の文言には、障害の種類と程度、養護の困難度、療育（リハビリテーション）の効果という多様な尺度が混在している。この規定に対して、小林は、現実を知らないものが空論を述べているに過ぎない、との批判を加えている（小林 1962a:8）。

昭和38年厚生事務次官通達 発児49号「重症心身障害児の療育について」

「島田療育園」における2年間の研究事業を経て、昭和38年度より「重症心身障害児施設」の運営は補助事業化された。「島田療育園」に加えて滋賀県の「びわこ学園」が指定

施設となり、東西で1箇所ずつが国内の拠点となって、本格的な重症心身障害児者対策が開始した。

この補助事業化に際して、厚生省は「重症心身障害児の療育について」（昭和38年7月26日厚生事務次官通達発児第149号）を発し、ここに初めて政策側からの「重症心身障害児」の定義が行われた。

この通知において、重症心身障害児とは「身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童」とされた。一方で、通知には「施設入所基準」が付記された。このような「施設入所基準」が作成されたのは、糸賀によれば、重症心身障害児の定義が難しく島田療育園とびわこ学園との調整が難航したからだという（糸賀1968:170）。このあたりの状況については、第7章で検討する。「施設入所基準」には、「重症心身障害児施設」の入所対象として次の3点の基準が示された

【施設入所基準】

- ①高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲又はろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く
- ②重症の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重症の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの
- ③リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設においても療育することが不適当と考えられるもの

①は高度（重度ではない）の身体障害と精神薄弱との重複を基調とし、リハビリテーションの困難性を述べている。なお但し書きで除外している盲・ろうあと精神薄弱との重複障害児とは、既に開設されていた国立知的障害児施設「秩父学園」の対象児であるため、「重症心身障害児施設」の対象からは外したものと推察される。

②は重症の精神薄弱を基調とし、家庭内療育だけではなく、既存の知的障害児施設においても集団指導が不可能であるものを対象としている。

③はリハビリテーションが困難な身体障害を基調とし、②と同様に家庭内療育だけではなく、既存の肢体不自由児施設での療育も不適当であるものを対象としている。

この②③は、要するに、既存の施設での受け入れが困難な障害児を対象とするという「残余的」な性質を「重症心身障害児施設」に与えているといえる。なおここでは割愛するが、この通知により、入所決定者を児童相談所長とした。児童相談所長は「社会的要請の緊急性」と「家庭の状況」の2点から入所者をこの「選定基準」に基づき決定する仕組みであった。この点で、実際の対象決定においては、児童相談所長の裁量が極めて大きかったことにも注意すべきである（小埜寺2001:19）。

またこの補助事業においては対象を「児童」、すなわち18歳未満に限定することも示された。対象の年齢制限が、親の会の結成につながり、重症心身障害児者の終生保護を求める運動を強力に推進させていく契機になった。その詳細は第7章で扱う。

昭和41年厚生事務次官通達 発児51号「重症心身障害児（者）の療育について」

1966（昭和41）年度から、国立療養所に重症心身障害児者を受け入れることが決定され

た。これを機に、我が国における「重症心身障害」に関わる資源は飛躍的に増加していくこととなる。また終生保護が可能となるように、当年度より対象の年齢制限は撤廃された。昭和38年の厚生事務次官通達発見49号は廃止され、新たな通知、「重症心身障害児（者）の療育について」（昭和41年5月14日厚生事務次官通達発見51号）によって重症心身障害児者の新しい定義が示された。この新通達において重症心身障害児者とは、以下のように定義された。

「身体的・精神的障害が重複し、かつそれぞれの障害が重度である児童及び18歳以上の者」

また昭和38年の旧通知にあった「施設入所基準」はこの新通知では消失した。この通知で、「重症心身障害」とは、「身体的・精神的障害」が「重複」し、それぞれの障害程度が「重度」であると定義された。この規定は、旧通知の定義と比較して文言上大きな変化はない。「重症」という表現が「それぞれの障害程度が重度」という文言に置き換わっていることが注目される。すなわちこの新通知の規定によれば、「重症」とは、重度障害が重複している状態を表す。

この新通知の定義は、翌年の児童福祉法改正によって、今日の法制上の定義が示されるまでの短い期間の効力しかなかった。法制上の定義は、「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複」という規定であり、この新通知の規定と、その表現が類似していることも指摘できる。ただし、新通知にある「身体的障害」と「精神的障害」とは、法律上の定義に規定されている「肢体不自由」や「知的障害」以外の障害も含む広義な概念であり、そのことは、法制化によって、「重症心身障害」の範囲が狭まったことを表している。

＜小括＞ 我が国における「重症心身障害」概念の変遷

以上、簡潔に我が国における「重症心身障害」概念の変遷をみてきた。この概念の変遷を振り返ると、重症心身障害児者対策が、当時の様々な社会的ニーズに対応しつつ展開されてきたことが理解できるであろう。小林も、1958（昭和33）年に初めてこの用語を定義した際に、重症心身障害児とは、「医学用語ではなく、社会的な必要から生れてきたものがあります」（小林 1958b : 3）と明言している。そして、小林が当初から主張していたように、「重症心身障害児問題」とは、どこの施設でも受け入れられないものを救済するという「残余的」な性質を基底に抱えていた。このような当時の制度から漏れていた「残余的」な対象について、新たな支援制度を構築することが、当該対策の主要な課題として存在していたのであった。

1967（昭和42）年に児童福祉法が一部改正されて、「重症心身障害」とは「重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複」とであると規定された。とはいえ、今日においても、「重症心身障害」の定義が、運用上もこの法制上の定義に羈束されず、また関係者においてもこの法制上の規定を「一応の」定義として、柔軟に理解しようという姿勢は、以上みてきたような歴史的な背景があるからである。

「大島の分類」

1967（昭和 42）年に児童福祉法が一部改正されて、「重症心身障害」とは、「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複」した障害と規定された。とはいえ、「重度の知的障害」と「重度の肢体不自由」についての国の明確な定義は存在しない。

そこで「重症心身障害」の臨床像を簡便に把握するためのスケールとして、「大島分類」（図 3-2）がよく活用されている。「大島分類」とは、1968（昭和 43）年に東京都立府中療育センターの開設に際して、当時の副院長であった大島一良（前・東京都母子衛生課長）が入所者の判定のために作成した分類である（大島 1970）。「大島分類」は「運動機能」と「IQ」とを 2 軸にして座標平面に 25 区分したものである。この分類によれば、児童福祉法が規定する中核となる「重症心身障害」とは、分類 1～4 の範囲であるとされる。すなわち中核的な「重症心身障害」の臨床像とは、「運動機能」は座位をとれる程度まで、「IQ」は 35 以下ということになる。そして、この臨床像とは「寝たきりの脳性麻痺（CP）」を念頭に置いていたことを、大島は指摘していた（大島 1998:17）。

図 3-2 大島分類

					知能（IQ）	
					80	
					70	境界
					50	軽度
					35	中度
					20	重度
						最重度
運動機能	走れる	歩ける	歩行障害	坐れる	寝たきり	
	21	22	23	24	25	
	20	13	14	15	16	
	19	12	7	8	9	
	18	11	6	3	4	
	17	10	5	2	1	

出所：（大島 1971）

「超重症・准重症」スコアについて

近年、重症心身障害児者の医療的ケアの濃度が高くなっている。そのため重症心身障害児施設の医療費算定において、診療報酬への加算評価を目的に、「超重症」「准重症」の категорияが 1995（平成 7）年に作成された（鈴木他 1995；鈴木他 2008）（表 3-2）。この表 3-2 の判定基準によると、判定スコア 25 点以上を「超重症児（者）」、スコア 10 点以上 25 点未満は「准超重症児（者）」とされる。なお、これは児童福祉法上の規定ではなく、施設運営財源の基盤となっている医療保険の診療報酬を評価する際の категорияである。

表 3-2 超重症心身障害児者・准重症心身障害児者の判定基準

1 運動機能 : 座位まで		
2 判定スコア		(スコア)
(1)	レスピレーター管理 ^{#2}	= 10
(2)	気管内挿管・気管切開	= 8
(3)	鼻咽喉エアウェイ	= 5
(4)	O ₂ 吸入または SaO ₂ 90%以下の状態が 10%以上	= 5
(5)	1回/時間以上の頻回の吸引	= 8
	6回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6)	ネブライザ 6回以上/日または継続使用	= 3
(7)	I VH	= 10
(8)	経口摂取(全介助) ^{#3}	= 3
	経管(経鼻・胃ろう含む) ^{#3}	= 5
(9)	腸ろう・腸管栄養	= 8
	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	= 3
(10)	手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上/日	= 3
(11)	継続する透析(腹膜灌流を含む)	= 10
(12)	定期導尿(3回/日以上) ^{#4}	= 5
(13)	人工肛門	= 5
(14)	体位交換 6回/日以上	= 3
<判定>		
1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が2.5点以上の場合を超重症児(者)、		合計 点
10点以上2.5点未満である場合を準超重症児(者)とする。		

出所：(鈴木他 2008:304)

「重障児」

重症心身障害児者の略語には、「重症児者」もしくは「重症児(者)」というように「症」の字を当てるのが一般的な用語法である。しかし、今日ではあまり見当たらないが、かつては「障」の字を用いて、「重障児」「重障者」という用語も用いられていた。例えば、親の会である「全国重症心身障害児(者)を守る会」の会長として、会の創設期から長らく活動してきた北浦も、1966(昭和41)年に公刊した手記において、「重障児」という略語を用いている(北浦 1966)。また小林も、1976(昭和51)年に「重症心身障害」に関わる研究組織である「重症心身障害研究会(現・重症心身障害学会)」を立ち上げた際の、創刊誌において、「重障児」との略語を用いている(小林 1976)。

これらの意図については、特に明確にはされていない。おそらく「重症」という医学的症状の程度ではなく、様々な障害が「重複」している点を重視したかったであろうことが推測できる。すなわち、severe disabilities(重症)よりも multiple disabilities(多障害)によって、重症心身障害児者の特徴を表現したいとの考えが表出されていると思われる。

ただし、これらはあくまでも重症心身障害児者という用語の略語として、すなわち「重症心身障害児(以下「重障児」と略す)」のように使用された。従って、「重障児」という用語に、新概念を積極的に明示する意図は、あまり感じとることはできない。

今日の一応の結論

以上、わが国における「重症心身障害」概念の変遷を見てきた。みてきたように「重症心身障害」の定義については、法律上の規定がある一方で、その「臨床像」については必ずしも明確ではない。さらに近年では医療的ニーズの濃度によって「超重症」「準超重症」なる概念も登場している。「重症心身障害」とは何を意味するのか福祉の現場では混乱が生じているとの指摘もある（岡田監修 2015:11）。

岡田はかつて、このような「重症心身障害」の概念の混乱がもたらす不合理な影響について次の4点に整理したことがある（岡田 1988b:52）。

- ①重症児についての基本的理解の混乱
- ②科学的評価の混乱
- ③実態把握の困難性
- ④福祉体系相互の影響

この岡田の指摘は首肯できる。しかしながら、このような概念の曖昧さを抱えつつも、関係者間では、児童福祉法上の定義に則り、「大島分類」を用いて、重症心身障害児者の臨床像を定義するのが、今日では一般的である。その際、「大島分類 1-4」を「定義通りの重症心身障害児者」またそれ以外を「周辺児者」と分類して用いている。

1987（昭和 62）時点での「重症心身障害児施設」入所者の約 30%は「重症心身障害」の定義に該当しない（大島の分類 1-4 ではない）ことが指摘されている（岡田 1988a:66）。また 2016（平成 28）年時点でも、その割合は同じく約 30%である（末光・松本 2016:2）。このデータからも、法律上の定義と実際の運用との乖離が見られる。

2 海外の「重症心身障害」概念 —PIMD, Polyhandicap—

日本における海外の「重症心身障害」支援にかかわる情報の把握状況

日本重症心身障害学会の理事長であった有馬は、日本の「重症心身障害」と類似の対象が、海外でどのような支援状況にあるのかについての情報はほとんどなく、個人的散発的な見聞にとどまっていたことを指摘している（有馬 2009：51）。また IASSIDD で長らく活動してきた曾根も、日本の「重症心身障害」に相当する定義が海外には長い間なく、海外の研究を検索する際に、"severe retarded"（重度知的障害）や"severe cerebral palsy"（重度脳性麻痺）といった言葉を頼りに検索する以外に方法がなかったことを指摘している（曾根 2009：53）。この2人の識者が指摘するように、日本において、海外の「重症心身障害」の支援状況に関わる本格的な国際比較研究が困難な状況が長らく続いてきたのである。

それがごく近年に可能となってきた背景には、本論文の序章でみてきたように、PIMD（Profound Intellectual and Multiple Disabilities）という、日本の「重症心身障害」と類似の概念が、1990年代後半より、公式に、国際的な知的障害研究の領域に登場してきたことによる。この PIMD 概念の登場によって、それを通じて海外の「重症心身障害」についての情報にアクセスできるようになった。しかしそれはごく最近のことであった。

そこでまずは、この PIMD 概念を生み出した「国際知的障害学術会議（International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities 以下 IASSIDD と略す）」について説明する。

IASSIDD とは

IASSIDD は、1964（昭和 39）年に創設された知的障害に関する国際的な学術研究団体である。IASSIDD は知的障害に関わる学際的研究を国際的に促進させる非政府組織（non-governmental organization）であり、世界保健機関（WHO）と公式に提携した組織である（出所：<https://www.iassidd.org/content/about-iassidd>）

IASSIDD は 3 つの地域会議（Asia-Pacific Regional Congress, Europe Regional Congress, Americas Regional Congress）と世界会議（World Congress）を開催している。世界会議は 3～4 年ごとに開催され、第 1 回世界会議は、1967（昭和 42）年フランスの Montpellier で行われた（表 3-3）。

第3章 重症心身障害概念の国際的検討

表 3-3 IASSIDD 世界会議の開催状況

Year	Location	Theme	President
1967	Montpellier, France		Harvey Stevens
1970	Warsaw, Poland		Alexander Shapiro
1973	The Hague, The Netherlands		S. Krynski
1976	Washington (D.C.), USA	From Research to Practice in Mental Retardation	Alan Clarke
1979	Jerusalem, Israel	Frontiers of Knowledge	Michael Begab
1982	Toronto (Ont.), Canada	Perspectives and Progress in Mental Retardation	Hans Olaf Akesson
1985	New Delhi, India	Science and Service in Mental Retardation	Annalise Dupont
1988	Dublin, Ireland	Key Issues in Mental Retardation Research	Annalise Dupont
1992	Gold Coast (Qld.), Australia	Sharing a Vision of the Future	Michael Mulcahy
1996	Helsinki, Finland	International Advances in Research and Practice Global Problems- Local Solutions	Terry Dolan
2000	Seattle (Wash.), USA	New Millennium Research into Practice	Trevor Parmenter
2004	Montpellier, France	Towards Mutual Understanding, Person, Environment, Community	Neil Ross
2008	Capetown, South Africa	People with Intellectual Disabilities: Citizens in the World	David Felce
2012	Halifax, Canada	A World of Potential	Glynis Murphy
2016	Melbourne, Australia	Global Partnerships: Enhancing Research, Policy and Practice	Vianne Timmons
2019	Glasgow, Scotland		Phil Davidson

出所： <https://www.iassidd.org/content/world-congresses> を基に筆者作成。

IASSIDD には、特別研究グループ（Special Interest Research Group 以下 SIRC と略す。）が編成されている。SIRC とは、共通の特定の課題について関心を持つ研究者の国際的なネットワークであり、2017 年 5 月現在、以下の 12 グループが組織化されている（表 3-4）。

表 3-4 IASSIDD における SIRC

SIRCの種類	テーマ
Aging and Intellectual Disability	高齢化
Autism Spectrum Disorders	自閉症
Challenging Behaviour and Mental Health	行動障害
Comparative Policy and Practice	国際比較
Down Syndrome	ダウン症
Ethics & Intellectual Disability	倫理
Families	家族
Health Issues	健康
Inclusive Education	統合教育
Parenting with Intellectual Disability	親業
Profound Intellectual and Multiple Disabilities	重度重複障害
Quality of Life	QOL

出所： <https://www.iassidd.org/content/sirgs> をもとに筆者作成。

IASSIDD における SIRC-PIMD の組織化

IASSIDD 内に新たな SIRC として、SIRC-PIMD が公式に組織化されたのは 1999（平成 11）年のことであった（Nakken and Vlaskamp 2002: 10）。当初は、PMD（Profound

Multiple Disabilities) と称していた (PIMD に変更するのは 2006 (平成 17) 年である。この点については後述する)。組織化にあたって、中心的な役割を担ったのは、オランダのフローニンゲン (Groningen) 大学特殊教育学部 (Department of the Education of Exceptional Children) の Nakken と Vlaskamp であった。この 2 人は、SIRG-PIMD の組織化に貢献しただけではなく、それ以前より PIMD (PMD) という概念の必要性を提唱してきた人物である。

Nakken と Vlaskamp が、SIRG-PIMD 組織化について記した文献があるので、以下それを基に SIRG-PIMD 組織化の経緯を以下に整理する (Nakken and Vlaskamp 2002: 10)。

- ①1996 (平成 8) 年ヘルシンキにおける IASSIDD 世界大会において、"Education of persons with profound multiple handicaps" と題するシンポジウムが開催された。そこに 50 人が参加し、そのことが、国際的な研究グループ結成への契機になった。
- ②SIRG の名称は PMD (Profound Multiple Disabilities) とすること。
- ③1999 (平成 11) 年に SIRG-PMD が公式に組織化された。そして翌 2000 (平成 12) 年に開催されるシアトルでの IASSIDD 世界大会にて、以下の 3 点を集中的に議論することが決定された。

- (1) PMD というカテゴリーには誰が当てはまるのか？ 対象を包含する基準 (inclusion) と他のグループと分け隔てる基準 (exclusion) は何か？
- (2) 近年、知的障害者支援については、パラダイムとポリシーの変化がある。すなわち知的障害者への支援の改善には何が求められるのか、という問いを踏まえると、この PMD に対しては何が有効だと考えられるのだろうか？ そしてもし有効であるなら、この PMD というグループの支援の改善のために我々は何をすべきであろうか？
- (3) 我々はこれからどこへ向かうべきか？ この特別な対象グループについて、どのようにして研究と強い関心を促進していくことができるのか？

Nakken と Vlaskamp によれば、このような経緯によって、1999 (平成 11) 年に、IASSIDD 内に SIRG-PMD が組織化されたのであるが、上記 (1) の PMD の定義については、実際のところ、今日の SIRG-PIMD においても明確な定義は存在しない。それは、PMD を有する人々が「多義的な要素からなる集団 (heterogeneous groups)」であることに由来する (Nakken and Vlaskamp 2002: 11)。

そこで、Nakken と Vlaskamp らが、そもそもなぜ PMD という対象に着目したのか、そしてその対象を定義することに、どのような問題を見出していたのか、それをみていこう。

PMD (PIMD) 問題の背景

Vlaskamp は、1993 (平成 5) 年の論文において、Profoundly Multiple Handicapped Persons を対象 (target group) に取り上げて、彼らが入所施設において、支援の「個別化 (individualization)」と「継続性 (continuity)」が欠如していることを問題提起した (Vlaskamp 1993)。Vlaskamp は、当時、Profoundly Multiple Handicapped について、

次のように説明していた (Vlaskamp 1993:49)。

- ① 最重度もしくは重度の精神発達遅滞と最重度の身体的機能障害を有する。
- ② 多くのケースは、感覚障害と重症のてんかん発作を併発している。
- ③ 食事や着替えや排泄について、高レベルの依存状態 (dependency) にある。
- ④ ほとんど言語を解さず、教育や訓練に不適である。
- ⑤ コミュニケーションは通常とは異なり (aberrant)、主に非言語的な方法による。

そして、Vlaskamp は、これらが複合した結果によって、支援困難な対象 (these residents is found to be very difficult) として、Profoundly Multiple Handicapped という存在に言及したのである (Vlaskamp 1993:49)。

さらに Vlaskamp は、このような心身両面の重度障害によって、多くの最重度の重複障害者は施設で生活しており、特別な専門家 (therapist) の必要性があるにも関わらず、彼らの教育 (educating) にはかなりの問題があることも指摘した (Vlaskamp 1993:50)。その問題とは以下である (Vlaskamp 1993:50)。

- ① 重度の知的・身体的・感覚的障害の結果、利用者とケアスタッフとの間に理解不足が生じている。利用者がケアスタッフに注意を向けたり、もしくはケアスタッフに理解されるような方法でプレイを始めることが困難である。ケアスタッフ自身が利用者との意思疎通に自覚的になれない。
- ② ケアスタッフは、教育的な展望 (educational perspective) や発達の可能性 (possibilities of development) について不安がある (insecure)。
- ③ ケアスタッフは、コミュニケーションの方法・手段に不安を持っている。結果的に、ケアスタッフと利用者間のコミュニケーションは、しばしば骨の折れる事態となるか (laborious)、不成立に終わる。
- ④ ケアスタッフは、やる気を失い (demotivation)、バーンアウトの危険を冒すことになる。
- ⑤ そのことは、利用者の孤立 (isolated) を招く危険を冒すことにもなる。
- ⑥ このような状態は、まれなことではなく、実際に、ケアスタッフの業務はルーティン化し、スタッフの高い転職率やしばしば非定着が見受けられる。
- ⑦ 結果的に、利用者にとって最も重要なスタッフがしばしば変わってしまい、そのことがいっそうコミュニケーションを難しくすることに拍車をかけている。

これらを踏まえて、Vlaskamp は、最重度の重複障害者が、支援者とのコミュニケーションの難しさから、単なる保護的ケア (custodial care) に置かれていることに問題意識を抱き、教育的展望について訓練を受けた特別な教育者 (special educator) が、利用者の包括的な理解 (comprehensive understanding) を様々な職種に示していくことが重要だと指摘したのであった (Vlaskamp 1993:50)。

この Vlaskamp の問題意識によれば、PMD 問題とは、利用者とスタッフとの意思疎通の困難さに起因する、再重度の重複障害者の孤立 (スタッフ側に視点を移せば業務のルーティン化) の問題であり、その解決のために、彼らを特別な支援対象として設定し、その教

育的な展望を明確に示していくことが求められる、と整理できる。

IASSIDD に SIRG-PIMD が設置された際の標語は”from invisible to visible”であった。それは「知的障害領域で埋もれた存在に光りを当てて、彼らを可視化していく」という姿勢を指しており（小埜寺 2015:69）、これはまさに Vlaskamp の問題認識を表したものであったといえよう。

本論文の序章で、わが国の重症心身障害児者対策に関わった小池が、1959（昭和 34）年にアメリカの障害者施設を視察した際に重症心身障害児者へのアメリカの取り組み状況を尋ねたところ、「このようなベジタブルが何の参考になるのか」との回答を得たことを紹介した（小池 1974:4）。また同じく本論文の序章でみてきたように、岡田は 1988（昭和 63）年に、アメリカにおける重症心身障害児者支援の状況について、「こういう重度の人は何をやっても発達することはないし、どんなに努力をしてもさして効果はないものであるから限定したものでなくてはならない、というような考え方があるようで、介護職員にしろ、あるいはそこで行われているケアの内容にしろ、非常に機械的かつ事務的な部分を持っております」と説明していた（岡田 1988a: 66）。他方、Vlaskamp の問題提起は 1993（平成 5）年であり、SIRG-PIMD が組織化されたのは 1999（平成 11）年である。これらを勘案すると、海外では、永らく（比較的最近まで）、コミュニケーションに困難のある最重度の重複障害者が、施設内で「埋もれた存在（invisible）」であったことが示唆される。このことは、本論文のリサーチクエスションである、日本と海外との「重症心身障害」支援にかかわるタイムラグとして、再度指摘しておきたい。

PMD（PIMD）に関わる多様な定義の存在

Vlaskamp による問題提起の後、1996（平成 8）年ヘルシンキにおける IASSIDD 世界大会を経て、1999（平成 11）年に SIRG-PMD が組織化された。そして、2000（平成 12）年のシアトルの IASSIDD 世界大会において、PMD の定義や研究の方向性について、集中的な検討が行われたことは、前に述べたとおりである。

このような経過をみると、改めて、海外においては 1990 年代に PMD（PIMD）支援への関心が高まってきたといっていよいだろう。実際 Nakken と Vlaskamp も、PMD（PIMD）支援についての研究論文がこの時期に増加してきたことを指摘している（Nakken and Vlaskamp2007:83）。

さて、PMD の定義に移ろう。Nakken と Vlaskamp は、1996（平成 8）年から 1999（平成 11）年までの学術雑誌を検索し、PMD に関わる研究において、どのような用語が使用されているのかを調査している（表 3-4）（Nakken and Vlaskamp2002:11）。

彼らの「単独表現形式（Singular descriptions）」と「複合表現形式（Compound descriptions）」という分類の意図は、若干不明確ではあるが、おそらく用語に「and」を用いているか否かの差違かと思われる。これらの整理を通じて、彼らは、PMD に関わる研究に様々な用語が用いられている問題点を憂いつつ、これらの用語の内、“multiple” が一つのキー概念であることを指摘した（Nakken and Vlaskamp2002:11）。

表 3-5 1996 年から 1999 年までに PMD 支援に関わる学術研究の分類

単独表現形式 (Singular descriptions)	
Multiple disabilities	4
Severe multiple disabilities	1
Profound multiple disabilities	14
Profound mental retardation and physical handicap	1
Profound multiple handicaps	2
Pre-symbolic communicators	1
Profound mental retardation	1
Profound learning difficulties	1
複合表現形式 (Compound descriptions)	
Severe and multiple disabilities	1
Profound and multiple learning difficulties	1
Profound and multiple learning disabilities	3
Severe and Profound multiple learning disabilities	1
その他、特にタイトルに用語はないが内容的に関連のある研究	4
計	35

出所：(Nakken and Vlaskamp2002:11) を基に筆者作成。

PIMD (PMD) の捉え方

以上を踏まえて、Nakken と Vlaskamp は 2002 (平成 14) 年の文献において、PMD についての概念図を提案した (図 3-3) (Nakken and Vlaskamp2002:12)。

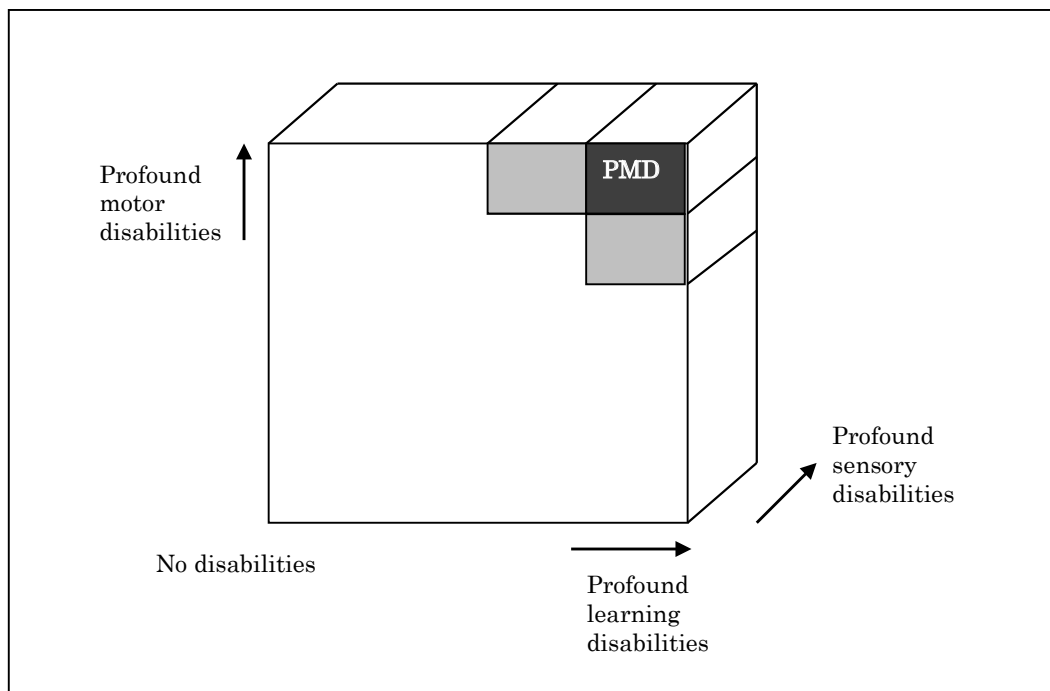
この 3 次元モデルは、「運動障害 (motor disabilities)」「知的障害 (learning disabilities)」「感覚障害 (sensory disabilities)」の 3 軸によって、PMD を把握しようとするものである。なお learning disabilities と intellectual disabilities とは同様の概念である。特に英国では learning disabilities の方がよく用いられている。このことは後述する。

Nakken と Vlaskamp によれば、中核となる PMD (core group) とは、これらの障害のいずれもが最重度 (profound) であるとする (Nakken and Vlaskamp2002:12)。そしてこの中核的集団の周囲には、2 つのグループが存在するという。

第 1 は、重度の知的障害 (IQ20/25～35/40) と最重度の運動障害の重複であって、四肢麻痺 (tetraplegia) や骨格変形症 (skeletal deformities) のようなものをいう。

第 2 は、最重度の知的障害と重度の運動機能障害の重複である (長期間の車椅子依存)。

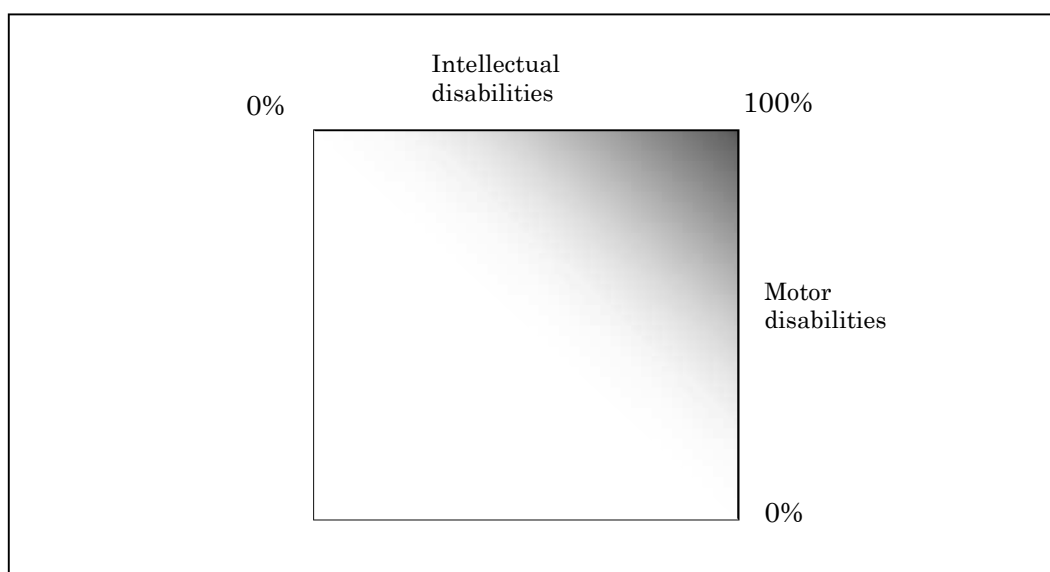
図 3-3 PMD の 3 次元モデル



出所：(Nakken and Vlaskamp2002:12)

さらに4年後には、Nakken と Vlaskamp は3次元モデルから2次元モデルに簡略化したモデルを公表している (Nakken and Vlaskamp2007:85)。このモデルは「知的障害」と「運動障害」の2つのスペクトラムでPIMDの把握を試みるモデルである (図3-4)。ここでPMDからPIMDに概念が変更しているが、このことについては後述する。

図 3-4 PIMD のスペクトラムモデル



出所：(Nakken and Vlaskamp2007:85)

Nakken と Vlaskamp によれば、PIMD とは、①「最重度の知的障害（profound intellectual disabilities）」と②「最重度の運動障害（profound motor disabilities）の2つの特徴で把握できると結論づけ、これらに加えて、いくつかの二次的な重度・最重度の能力障害（disabilities）・機能障害（impairments）もあるとした（Nakken and Vlaskamp 2007:85）。

ところで、PMD から PIMD への変更は、2007（平成 18）年に行われた。SIRG-PIMD の広報誌によれば、2004（平成 16）年の IASSIDD 世界会議（フランス・モンペリエ）において PMD に関わる研究が多く発表されたものの、用語が統一されていなかったことから、SIRG-PMD として早急な対応が必要であることになり、PIMD（Profound Intellectual and Multiple Disabilities）が最も広く使用されていたことで、PMD から PIMD に変更したという（SIRG-PIMD 2006）。

現在の SIRG-PIMD の規定

今日の SIRG-PIMD において、PIMD についての明確な定義は存在しない。しかし、SIRG-PIMD の Mission に以下の文言がある。

Individuals with profound intellectual and multiple disabilities form a heterogeneous group. They are characterized by very severe cognitive, neuromotor and/or sensory disabilities, which lead to very intensive support needs.

（和訳）PIMD を有する人々は、多様な障害をもつ集団を形成している。彼らは、非常に重度の知的障害と神経系の運動障害（感覚障害の場合もあり）によって特徴づけられる。そしてそれによって極めて集中的な支援ニーズを必要とする集団である。

出所：<https://www.iassidd.org/content/profound-multiple-disabilities>

この定義は、SIRG-PIMD の組織化に中心的な役割を果たしてきた Nakken と Vlaskamp の考えが反映されているとあってよいだろう。なお、最重度知的障害（profound intellectual disability）とは、「 $IQ \leq 20$ 」（WHO 1992）、「 $IQ < 20-25$ 」（American Psychiatric Association 1994）と定義されている。また Ware は、「発達レベル 2 歳以下」としている（Ware 1996）。

なお英国では PLMD（Profound Learning and Multiple Disabilities）と称する場合もある。「intellectual」と「learning」の差違については、本論文序章で紹介した Mansell によると、「intellectual」を用いる PIMD のほうが国際的な用語であり、PLMD は英国独自の表記であり、両者は同じであるとのことである（Mansell 2011: 3）。

PIMD の和訳について

PIMD の日本語訳については、「最重度知的障害および重複障害」と「重度重複障害」の2点があるので、以下紹介する。

Pawlyn と Carnaby の監修による 2009 年発刊の PIMD に関する単著 *"Profound Intellectual and Multiple Disabilities: Nursing Complex Needs."* の邦訳に際して、監訳者の中川と小林は PIMD を「最重度知的障害および重複障害」と訳している。中川と小林は、

「国内で使われている『重症心身障害』や『重度重複障害』などとはニュアンスが違いため、直訳的な『最重度知的・重複障害』を採用したとしている (Pawlyn and Carnaby 2009 =中川他監訳 2011:ix)。

他方、曾根は PIMD を「重度重複障害」と訳している (曾根 2009)。曾根は SIRG-PIMD において、日本人として古くから活動しその活動を日本に紹介してきた人物である (有馬 2009: 51)。なお有馬も曾根も日本の「重症心身障害」と PIMD とは、ほぼ同一であることを指摘している (有馬 2009: 51 ; 曾根 2009: 55)。

フランス語圏における Polyhandicap 概念

PIMD とは主に英語圏において使用される概念である。SIRG-PIMD の組織化の中心的人物である Nakken と Vlaskamp はオランダのフローニンゲン大学に所属している研究者であった。SIRG-PIMD の第 1 回会議は 2003 (平成 15) 年にアムステルダムで開催された。参加者の出身国は、オランダ (13 人)、英国 (6 人)、ベルギー (3 人)、ノルウェー (3 人)、ドイツ (2 人)、メキシコ (1 人)、台湾 (1 人) であり、圧倒的にヨーロッパ諸国の参加が多く、かつ英語圏が多くを占めている。このような PIMD 研究のヨーロッパ中心の現状は、今日でも変わりはない (小埜寺 2015)。

一方、フランス語圏域 (フランス・スイス) では、polyhandicap という概念が PIMD より先行して使用されてきた (Petitpierre 2007: 142-3)。但し、IASSIDD において PIMD が公式に採用されたことから、フランス語圏域でも PIMD を使用するようになってきている状況がある。

polyhandicap とは形容詞であり、poly とは「複合」を指し、直訳すれば「複合障害」か「重複障害」となる。

<小括>

以上、日本における「重症心身障害」概念と海外における PIMD 概念とを比較検討してきた。まず両者の概念は、曾根や有馬も指摘したように、ほぼ同一といってよいであろう。

ここで注目すべきは、「大島分類」もオランダの Nakken と Vlaskamp による PIMD の定義も、「知的障害 (IQ)」と「運動機能」によって、対象を規定していることである。時代や国が異なっても、ほぼ同じような結論に達したことは、興味深い。

とはいえ、海外において、PIMD とは、まず「最重度知的障害 (profound intellectual)」が前提にあり、そこに「運動機能」等の他の障害の状況が評価されていく形式となっている。IASSIDD 自体が知的障害に関わる研究組織である点からも、「知的障害」が前提となっていることは当然である。PIMD 問題の背景には、利用者と支援者間のコミュニケーション困難の問題があったことを、Nakken と Vlaskamp が指摘していたこともみてきた。そしてそのことに、PIMD を有する人々を不可視化 (invisible) させてしまう危険性があり、そこに SIRG-PIMD 組織化の背景があった。

他方、日本においては、どこの施設でも受け入れられないという「残余的」な性質が、「重症心身障害」概念の特徴にあった。そしてその理由とは、支援の効果が限りなく認められないという点にあった。そこで、どこの施設 (具体的には知的障害児施設・肢体不自由児

施設)でも受け入れられないということから、「知的障害 (IQ)」と「運動機能 (肢体不自由)」がそれぞれ「重度」であり、それらが「重複」しているという規定が登場したといえる。この点で、日本の「重症心身障害」の定義は、海外の PIMD と異なり、「知的障害 (IQ)」を前提 (重視) としているわけではなく、法律上の規定では「知的障害 (IQ)」と「運動機能」の両者を必須の要素としている。

なお、ここで確認しておきたいことは、海外と日本との施設政策の歴史的タイムラグである。もとより、欧米においては、1800 年代より知的障害に関わる入所施設の整備は開始されていた (Scheerenberger 1983:67-8 ; Wolfensberger 1975 : 1-3)。そして、例えばアメリカにおいては、1900 年代初頭の時点で、数千人規模の大規模収容施設が整備されていたのであった (Trent 1995=清水他監訳 1997 (上巻) 175-226)。このようななかで、イギリスの研究では、1940 年代から 50 年代のイギリスにおいては、家族が介護できない PIMD を有する人々は大規模な精神科病院 (mental handicap hospitals) に入院していたとの指摘がある (Rachael Parry Hughes et al 2011:198)。すなわち、1950 年代と 60 年代の日本と海外とを比較すると、欧米諸国においては PIMD を有する者の入所する「場」はあった一方で、日本にはそもそも障害児者関連の施設整備自体が進んでいない状況があったのである。とはいえ、海外において、PIMD を有する人々への認識は、小池が指摘したような「ベジタブル」(1974:4)であり、また SIRG-PIMD の問題認識にあるように「不可視化された存在 (invisible)」であったということである。従って、入所できる「場」があったとしても、PIMD への専門資源の充実度という点では、極めて低い状況にあったということである。本論文のリサーチクエスションは、入所できる「場」があるか否かという観点からの日本と海外とのタイムラグではなく、「重症心身障害・PIMD」を有する人々への「専門資源」整備の観点からのタイムラグであることは、ここで確認しておきたい。

本章では、前章で整理した政策過程研究のモデルを援用して、本論文においてどのような分析枠組みで重症心身障害児者対策の歴史的展開を分析するのか、それを示す。

1 分析対象

(1) 「重症心身障害児者政策」と「重症心身障害児者問題」

本研究のリサーチクエスションは、なぜ日本において、1960年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか、その要因を解明することである。

そこで、本研究では、「重症心身障害」を有する人々＝「重症心身障害児者」を、どのような方針で国家の政策に位置づけてきたのか、これを「重症心身障害児者政策」と定義し、その政策過程を分析する。なお前章でみてきたように、「重症心身障害」を有する人々については、児者一貫の施策が講じられている。そこで冗長ではあるが、「重症心身障害児者」との表記を用いて、その児者一貫の特性を表現する。

本論文の第2章でみてきたように、政策の背景にはなんらかの公共問題が存在している。重症心身障害児者政策の背景には、「重症心身障害児問題」が存在していた。この「重症心身障害児問題」が、児童だけではなく成人期への対応も含めた「重症心身障害児者問題」に発展したのは、1960年代以降である。従って、政策初期の段階における「児」のみの問題に限定するときは、「重症心身障害児問題」と表記する。そして、成人期への対応も含めた問題全体を表す時は「重症心身障害児者問題」とする。

(2) 時期

分析対象とする重症心身障害児者政策の始期と終期を次のように設定する。始期は児童福祉行政が戦後処理（浮浪児対策）の段階をひとまず終えて、次のステージに入っていく昭和20年代後半とする。この時期は、日赤産院小児科に「特別病棟」が設置（昭和25年）され、知的障害児の親の会である「精神薄弱児育成会（手をつなぐ親の会）（以下、育成会と略す）」の発足（昭和27年）や、国による「精神薄弱児対策基本要綱」の決定（昭和28年）等、重症心身障害児者政策に関わる様々なアクターが活動を開始する時期でもある。

もちろん、始期とは、あくまでも政策を観察する上での便宜上の設定である。事象の因果関係を突き詰めれば、始期は際限なく過去に遡ることができるが、ここでは分析作業上の便宜という意味しか持たない。終期についても同様に、政策過程が一連の循環サイクルだと解すれば、政策の終期は存在しないことになる。これも分析対象を限定し観察する上での便宜上の設定である。

本研究が対象とする重症心身障害児者政策の終期は、昭和40年代前半とする。この時期は、児童福祉法の一部改正による重症心身障害児施設の児童福祉施設への組み入れ（昭和42年）、厚生省に障害福祉課が設置（昭和43年）、心身障害者福祉法の制定（昭和45年）等、重症心身障害児施設を法律事業とし、種別や程度で分立していた障害児行政を総合化・体系化し、重症心身障害児者も含めた重度者政策に、一定の方向性が与えられた時期である。

このように、本論文ではおよそ1950（昭和25）年から1970（昭和45）年までの20年

第4章 分析の枠組み

間を分析対象とすることになる。これを西暦表記にすれば、1950 年代から 60 年代ということになる。

2 分析枠組み

政策の時期区分

先に、草野が、政策過程分析においては、「小さな決定（ターニングポイント）の連続」が少なくないことを提示したことに触れた（草野 2012:55）。たしかに草野の指摘のとおり、1950 年代から 60 年代にかけての重症心身障害児者政策にも、いくつかのターニングポイントとなる決定が行われてきた。このターニングポイントを基に、このおよそ 20 年間の当該政策を観察すると、表 4-1 のような 3 区分に分類できる。

表 4-1 重症心身障害児者政策の時期区分

	1949（昭和 24） ～ 1959（昭和 35） 1950 年代	1960（昭和 35） ～ 1964（昭和 39） 1960 年代前半	1965（昭和 40） ～ 1969（昭和 44） 1960 年代後半
時期	I 始動期	II 発展期	III 拡充期
方針	・現行制度上、施設入所対象から洩れている障害児の救済	・人口資質の向上 ・家庭保護	・国家による成人も含めた重症心身障害児者の終生保護の強化 ・障害者政策の総合化と体系化（発生予防・自立・保護）
方策	・「財団法人日本心身障害児協会」を設立し、施設設置と社会啓発を行う。 ・「国立秩父学園」（重度知的障害児）を設置する（1958 年開園）。	・障害者リハビリテーションの充実 ・重症心身障害児の療育方法の研究（島田療育園に委託） ・「重症心身障害児施設」の新設とその補助事業化 ・既存施設への資源投入（重度棟・重度病棟の設置） ・児童局を児童家庭局に再編する。	・国立施設の設置を推進する（国立療養所、国立コロニー） ・児童福祉法を改正し、「重症心身障害児施設」を児童福祉施設とする。 ・児童福祉法を改正し、18 歳以上の重度知的障害者、重度肢体不自由者、重症心身障害者の継続措置を可能とする。 ・児童家庭局内に障害福祉課を設置する（1968 年）。 ・心身障害者基本法を制定する（1970 年）。
主要アクター	・厚生省（官僚） ・全国社会福祉協議会 ・日本心身障害児協会 ・肢体不自由児施設関係者 ・知的障害児施設関係者 ・乳児院関係者 ・小児保健医療関係者 ・育成会（知的障害関連の親の会）	・厚生省（官僚） ・全国社会福祉協議会 ・島田療育園（小林） ・びわこ学園（糸賀）	・官邸 ・厚生省（官僚） ・守る会（重症心身障害児者の親の会） ・全国社会福祉協議会 ・心身協 ・コロニー懇談会 ・メディア

出所：筆者作成。

第Ⅰ期（1950年代）始動期

この時期は、「重症心身障害児問題」の存在が、福祉・医療関係者の間で認識・共有され、1961（昭和36）年に、わが国初の「重症心身障害児」の収容施設である「島田療育園」が開設されるまでの時期となる

第Ⅰ期の方針とは、「現行制度上、施設入所対象から洩れている障害児の救済とそのため新たな施設の設置」である（全国社会福祉協議会昭和33年度事業報告書²³）。このような当時の制度の運用から除外されていた障害児を「重症心身障害児」と定義し、多様なアクターが参加して、問題解決を目指す時期である。その方策とは、「島田療育園」を開園し、「島田療育園」に対して「重症心身障害児療育研究委託費」を交付し、その運営を助成するとともに、重症心身障害児の療育方法を研究することである。

政策過程が問題認識→課題設定→政策決定という段階に整理されることは見てきたとおりである。この第Ⅰ期においては、問題認識→課題設定に至る過程を、詳細に分析することに主眼が置かれる。なぜなら、この第Ⅰ期で確認された「重症心身障害児問題」が、その後の第Ⅱ期、第Ⅲ期においても、主要な解決課題として続いていくからである。第3章で「重症心身障害」概念の変遷を検討した際に、「重症心身障害」概念の成り立ちの背景に、既存の施設の入所対象にならないという「残余的」な性質があったことをみてきた。そして、そのことが「重症心身障害」の定義化に際して、概念を明確化することを困難にしていたこともみてきたとおりである。

従ってこの第Ⅰ期では、このような「残余的」な対象を救済するという「重症心身障害児問題」の成り立ちを、多様なアクターの言説と当時の社会環境の分析を通じて、明確にすることに主眼を置く。

ところで、重症心身障害児政策を所管したのは、厚生省児童局母子衛生課であった。なぜ医療セクションが、重症心身障害児問題に対応し政策をリードしていったのだろうか。この点は、わが国の重症心身障害児者政策を検討する上でも、最大のキープポイントとなる点である。そこで、本章においては、母子衛生課が当時どのような政策課題を有しており、政策担当者はどのような問題意識を持っていたのか、それらを明らかにしていく。この作業を通して、後の障害の「発生予防研究」に至る萌芽と重症心身障害児政策との関係性を検証していく。

第Ⅱ期（1960年代前半）発展期

第Ⅰ期から第Ⅱ期へのターニングポイントとは、現実には重症心身障害児を収容する施設である「島田療育園」が開園したということである。第Ⅱ期は、「島田療育園」において、重症心身障害児の療育方法を研究し、その成果を基に、重症心身障害児者政策が発展していく時期である。

この第Ⅱ期の政策推進の背景には、高度成長下における人口資質の向上、という人口政策があった。1962（昭和37）年7月12日、人口問題審議会は「人口資質向上対策に関する決議」を行った。この決議では、「経済活動のにない手は人間であり、体力、知力および精神力の優秀な人間に待つのでなければ、経済成長政策は所期の目的を達成しえないであろう」とした。その上で、「精神障害者や身体障害者に対する支援育成対策は、人間能力開発の観点から大きな意義をもって」おり、「これらの精神的、身体的障害者のなかには、適

第4章 分析の枠組み

切な治療と訓練によって、通常人とはほぼ同程度の作業能力をもち、近代的な産業労働者として社会復帰しうる者も少なくない」「ところが、これらの者に対する発見と相談支援等の諸対策は、従来、何れもはなはだ不十分であって、彼らの社会復帰を妨げていたと考えられるので、今後、この支援育成対策を促進するため専門技術者の養成をはじめ、徹底的に諸施設を整備強化すべきである」と主張した（人口問題審議会 1962）。

さらに、同年 8 月 22 日、社会保障制度審議会は「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申および社会保障制度に関する勧告」を行った。当勧告では、「社会福祉の対象は、生活保護の対象のように所得水準を基準に画一的にきめることはできない。というのは貧困におちいる原因なるものは多種多様であるからである」とし、「身体障害、精神薄弱、母子、老齢、母子、多子、失業などの種類別にそれぞれ条件を定めること」を提示している。またリハビリテーションの重視と「更生の見込みのない」重度障害者対策の確立も主張されたのである。

社会福祉において重視しなければならないのは、身体障害者、精神薄弱者など、またとくにそういう児童に対するリハビリテーションである。リハビリテーションにおいては医療が重要であって、その医療の診療方針は保険医療におけるそれと根本的にちがう。すなわちこの医療はこれらの者の更生を目標とする早期医療やリハビリテーションである。この措置は交通事故による障害者に対する対策においてとくに重要である。

また、精神薄弱児、身体障害者なかんずくし体不自由児、盲・ろうあに対する特殊教育などの施策はほとんどなおざりにされている。すみやかな充実をはかるべきである。

なお、せきずい損傷者その他更生の見込みのない重度障害者に対しては、一般的な制度以外に、その生活を保障する対策を確立すべきである。

出所：（社会保障制度審議会 1962）（下線は筆者）

このような、経済成長下での人的資質の向上の要請と障害者へのリハビリテーションの重視が主張されるなかで、厚生省は、1964（昭和 39）年 8 月 1 日に「厚生行政の課題」を公表した。その中に、「心身障害者対策の整備」の一項が置かれた。

身体障害者の能力の再開発を図って、社会復帰を促進することは、本人の福祉向上のためはもとより、経済社会の発展という観点からも必要であるので、精神薄弱者援護施設、身体障害者更生援護施設、し体不自由児施設、精神薄弱児施設などの諸施設の計画的な整備を図るとともに、これら施設における専門職員の養成確保に努める。

また社会復帰を期待しがたい重症ないし重度の心身障害者（児童を含む。）に対しても、収容保護施設の整備を進める。

さらに重度障害児を扶養する家庭を援助し、家庭において介護されている重度障害児の福祉を図るため、重度精神薄弱児扶養手当制度を創設したが、この制度を拡充してあらゆる種類の重度障害児について扶養手当を支給することとするほか、手当額及び支給制限などの改善を図る。

出所：（厚生省 1964）

このように、重症心身障害児者政策は、高度成長下における人口資質の向上を背景に、

発展してきたといえる。

さらに経済成長を支える単位としての「家庭」に対する政策側の注目も進んでいった。重症心身障害児政策は、本人の保護とともに、それを抱える「家庭」を救済するという問題に焦点が移行していったのである。厚生省児童局は1964（昭和39）年7月1日に「児童家庭局」へと組織改編された（昭和39年法律第127号厚生省設置法の一部を改正する法律第13条）。

この第Ⅱ期においては、障害者政策が人口政策との結びつきの中で強化され、更生可能な障害者へのリハビリテーションと更生の見込みのない重症心身障害児者政策が、このような人口政策の中でともに展開していく政策過程に焦点をあてる。

第Ⅲ期（1960年代後半）拡充期

この時期は、第Ⅱ期において形成された重症心身障害児者政策が飛躍的に展開し、重症心身障害に関わる専門資源が拡充していく時期である。第Ⅱ期から第Ⅲ期へのターニングポイントとは、1966（昭和41）年度より、国立療養所が重症心身障害児者の受け入れを開始したことである。ここに国家が重症心身症児者の終生保護を強力に推進していく方向性が定められたのであった。

この背景には、1964（昭和39）年に、親の会である「重症心身障害児者を守る会（以下「守る会」と略す）」が結成したことが大きかったといえる。「守る会」は重症心身障害児者政策の主要かつ強力な利益集団として、政治活動を展開していった。「守る会」は、時の官房長官である橋本登美三郎を取り込み、官邸からの強力なトップダウンによって重症心身障害児者政策を推進していくことに成功した。昭和41年度の重症心身障害児者関連予算は、昭和40年度の8.7倍に拡大したのであった（全国重症心身障害児（者）を守る会1966:2）。

またこの時期は、政策推進においてメディアの果たした役割も大きかった。メディアは「守る会」の活動を取り上げ、重症心身障害児の救済と政治の貧困を糾弾しつつ、政策の推進を加速させたのである。

重症心身障害児者政策は、従来障害種別や年齢によって分立していた障害児者政策の総合化と、重度から軽度までを含めた政策の体系化の動きももたらした。このような動きは、全社協の下に組織化された、障害者団体間の連絡協議会である心身協が中心となった。

1967（昭和42）年に児童福祉法が改正され、「重症心身障害児施設」は児童福祉施設として法制化された。法の改正においては、18歳以上の「重症心身障害者」も法の対象に含め、児童福祉法の年齢制限を事実上撤廃し、重症心身障害児者の終生保護を可能とした。1968（昭和43）年には、厚生省児童家庭局に障害福祉課が設置され、ここに、わが国初の障害者行政組織の総合的組織が誕生した。1970（昭和45）年には、心身障害者対策基本法（現在は障害者基本法に改正）が制定された。この法律は、障害の発生予防を基本に、第Ⅱ期以降のリハビリテーション重視路線を発展させた法律である。この第Ⅲ期の障害者政策は、その後平成の代までのわが国の障害者政策の基本的枠組みとなった。この点から、第Ⅲ期は、重症心身障害児者政策はもとより、戦後日本の障害者政策の基本的枠組みを作った重要な時期でもあった。

本論文では、この第Ⅲ期については、政策過程分析における「横断的（cross-sectional）」な視点から、「守る会」の活動と官邸のトップダウンによる政策決定のメカニズム、全社協

第4章 分析の枠組み

（心身協）による障害者団体の協働体制の構築とその統制、メディアの政策過程への参加に着目し、日本において飛躍的に重症心身障害児者の専門資源が増加していった際の政策決定モデルを検証することを主目的とする。

3 本論文の構成

以上の重症心身障害児者政策の時期区分に応じて、本論文は、次のように分析を進める。まず次の第5章では、重症心身障害児者政策の分析の前提作業として、政策決定の主要アクターであった厚生省児童局それ自体を検討する。

厚生省児童局は、戦後の1947（昭和22）年3月に設置された新しい部局である。本論文では、まず児童局の予算の推移と組織変遷をマクロレベルで把握する。これにより、重症心身障害児者政策の戦後の位置づけを、児童福祉政策全体の中で相対的に把握することができると考えるからである。

また障害児政策が、小児保健（衛生）と児童保護（民生）の2系統に分立して運用されてきた点も、重症心身障害児者政策を分析する上で、重要な視点である。このような衛生・民生2系統の分化が、戦後の障害児政策の開始時になぜ行われたのか。この点について、本論文では、明治以降の内務行政時代に遡り、そのルーツを解き明かすことにする。この第5章は、今日の厚生行政の医系、事務系の2系統の行政機構についての様々な課題を検討する上でも、有益な情報を提供するだろう。

第6章から第8章までは、先に表4-1で整理した重症心身障害児者政策の時期区分（始動期・発展期・拡充期）に対応して、各期の政策過程の分析を行う。各期の分析においては、各期を「小さな政策過程」とみなし、各期別に政策過程の段階論における、「問題設定」→「課題設定」→「政策案の決定」の3段階の存在を念頭に置き論述を進める。ただし、各期におけるこの3段階についてのバランスは、それぞれ異なる。第6章（第Ⅰ期）では、この期における「重症心身障害児問題」の成り立ちとそれに対する課題設定が、その後の重症心身障害児者政策の基底に流れていくことになる。従って、第6章においては、特に「問題設定」の段階に強く注目することになる。続く第7章と第8章においては、第6章の「問題設定」を受けつつ、各期に生じた特有の「問題」を確認しつつ、むしろ「課題設定」と「政策案の決定」段階における分析の比重が多くなる。

以上のような各期の「小さな政策過程」を通じて、1950年代から60年代における重症心身障害児者政策（大きな政策過程）を、最後の第9章において振り返りつつ、本論文のリサーチクエスションに対する考察を行う。

本章では、重症心身障害児者政策の主要なアクターであった、厚生省児童局を分析する。

1. 児童局予算推移のマクロ的把握 政策重点事項の確認

児童局全体の予算推移

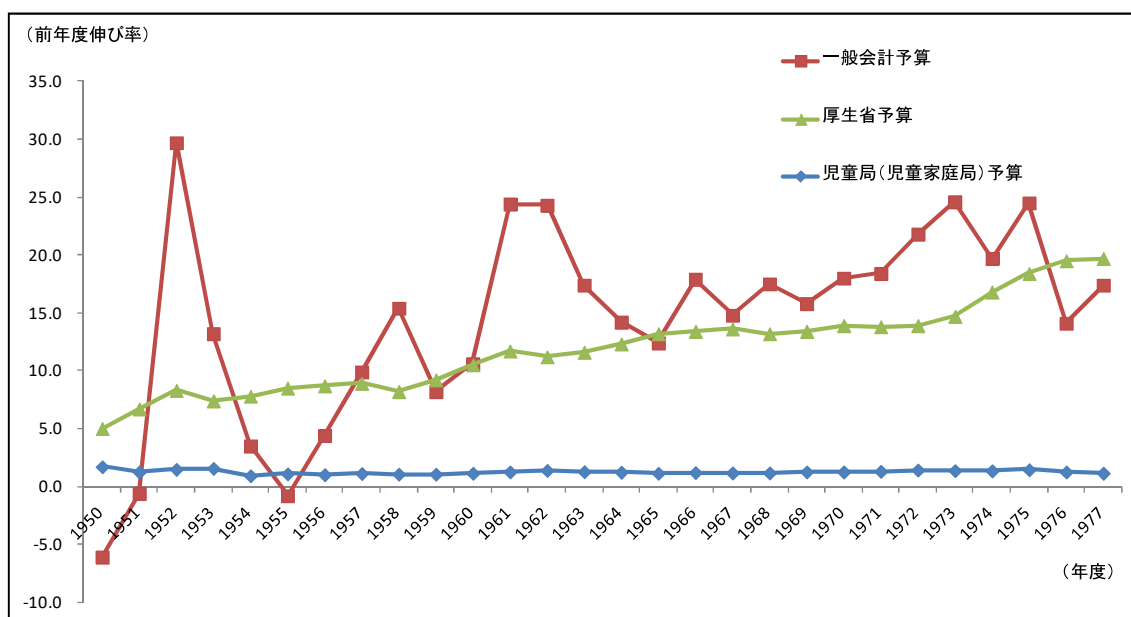
まずは、児童局の予算の推移をみておく。政策過程研究において、予算の推移を分析した研究は、筆者の知る限り、極めて少ないと思われる。予算こそ、政策分析において豊かな情報を含む量的変数といえるのであるが、なぜか従来十分に活用されてこなかった。その理由として考えられることは、政府提出の予算案自体は毎年財務省より公開されているが、費目の括り（勘定項目）が複雑であり、各課間・各局間にまたがる事業も多数あって、その分類作業がかなりの困難を極めるからだと思われる。さらに省庁や局が再編されると、その作業は一層の複雑さをもたらし、データ集計を容易に進めることができなくなるのである。

幸いに筆者は、厚生省児童家庭局によって編纂された予算の推移データを発見した（厚生省児童家庭局編 1978）。この予算集計表には、1947（昭和 22）年度の児童局創設時から 1977（昭和 52）年までの児童局（1964（昭和 39）年より児童家庭局）の予算が掲載されている。しかしながら、この史料では 1965（昭和 40）年度より各費目の括りが変更されており、それ以前とそれ以後の比較を単純に行うことはできない。また 1950（昭和 25）年度以降のシャウプ税制勧告に基づく、「地方財政平衡交付金制度」の導入によって、児童福祉行政に関わる一部支出が、「地方財政平衡交付金制度」に移された結果、予算額も変動している。このような変化も考慮に入れると、長期的なトレンドを、予算額（名目値）だけでもって単純に比較することには無理があると考えられる。

そこで本研究では、「対前年度比」を算出し、「対前年度比」のトレンドを観察することで、予算の推移を分析する。「対前年度比」とは、前年度予算からの伸び率であって、当該予算がカバーする行政領域の拡大・縮小の指標として用いることができると考えられる。しかも急激な貨幣価値の変化が起こらない限り（ハイパーインフレーションによる新円切り替えなど）、指標として安定的に利用できるといえる。

なお、児童局の予算の推移を国家予算の推移とも相対比較するため、一般会計予算に占める厚生省予算の推移のデータも使用した（厚生省五十年史編集委員会編 1988（資料編））。

図 5-1 予算の伸び率比較（一般会計予算、厚生省予算、児童局（児童家庭局）予算）
1950（昭和 25）年度～1977（昭和 52）年度



出所：（厚生省児童家庭局編 1978）（厚生省五十年史編集委員会編 1988（資料編））を基に筆者作成。

図 5-1 は、1950（昭和 25）年度から 1977（昭和 52）年度までの、一般会計予算、厚生省予算、児童局（児童家庭局）予算の対前年度比（伸び率）をグラフ化したものである。これによると、まず一般会計予算の伸び率は、1955（昭和 30）年度までは激しい動きを見せている。今日では考えられないことであるが、1950（昭和 25）年度、1951（昭和 26）年度、1955（昭和 30）年度の一般会計予算規模は、前年度比マイナスであった。これはドッジ・ラインによる財政金融の引き締めの影響と思われる。1956（昭和 31）年度以降、一般会計予算規模は、前年度比プラスに転じていく。『1956 年経済白書』の結語において、「もはや戦後ではない」と高らかに宣言されたように（経済企画庁 1956）、以後日本の高度成長の進展に伴い、一般会計予算規模は拡大していく。

次に、厚生省予算の伸び率の推移である。厚生省予算は、1950（昭和 25）年度以降、一貫して前年度比プラスのまま推移している。ドッジ・ラインによる財政引き締めにより、一般会計予算が前年度比マイナスの状態にあっても、厚生省予算は前年度比 5%程度の水準で増加していたということは、緊縮財政下であっても、社会保障の基盤整備に政府が注力していたことを示しているといえる。

児童局（児童家庭局）予算の伸び率は、1950（昭和 25）年度から、ほぼ一定水準でプラスであった。マクロ的にみれば、児童局（児童家庭局）予算は、安定的に漸増していたことがみてとれる。

これら 3 つの予算の対前年度比について、相関係数を算出した。まず、厚生省予算の伸び率と一般会計予算の伸び率との相関係数は、「.568** (p=.002)」であり、両者にはある程度の相関が見られた。

次に、厚生省予算の伸び率と児童局（児童家庭局）の予算の伸び率の相関係数は、「.021

($p=.917$)」であり、統計的に有意ではなかった。この算出結果は、政府の一般会計の規模が拡大すれば、厚生省予算の増加傾向が観察される一方で、厚生省予算が増加しても、それに対応して児童局（児童家庭局）の予算が増加するわけではないことを示している。すなわち、児童局（児童家庭局）の予算の変化の要因には（そもそも低水準の漸増ではあるが）、時代時代の政策問題への対応が推測されるのであって、全体のパイが増えれば、個別の予算も自動的に増加するわけではないことが、この算出結果から理解することができる。

このことは、先にみたような、政策決定における Allison の第3モデルが指摘するような、「政府内（官僚的）政治モデル」（＝各行政組織のトップのリーダーたちの駆け引きに注目したモデルの、彼らは一貫した戦略目的に従って行動するのではなく、国家や組織や個人の目標についてのさまざまな考えにもとづいて行動する）との親和性も想起される。つまり厚生省内の各局・各課間における、セクショナリズムや予算ぶんどりという要素が、予算の変動に寄与している可能性があることを示唆している。

児童局の分課体制の推移と各課の所掌業務

次に、児童局の予算の内訳の推移をみていきたい。だがその前に、児童局の体制と所掌業務を簡単に整理しておく（図5-2）。まず局の体制であるが、1947（昭和22）年3月の児童局発足時は3課体制であった。児童福祉法が同年12月に成立した際に、「保育課」が加わり、4課体制となった。以後1968（昭和43）年まで、この4課体制が続いた。なお1964（昭和39）年7月に児童局は児童家庭局に組織改編されたことに注意されたい。この間、1954（昭和29）年には「保育課」が「母子福祉課」に再編された。1968（昭和43）年に「障害福祉課」が新設されて児童家庭局は5課体制になり、「養護課」は「育成課」に再編された。1971（昭和46）年に「児童手当課」が創設され6課体制になった。

図5-2 児童局の体制の推移（1947（昭和22）年～1977（昭和52）年）

児童局	児童局	児童(家庭)局	児童家庭局	児童家庭局
企画課 養護課 母子衛生課	企画課 養護課 保育課 母子衛生課	企画課 養護課 母子福祉課 母子衛生課	企画課 育成課 障害福祉課 母子福祉課 母子衛生課	企画課 育成課 児童手当課 障害福祉課 母子福祉課 母子衛生課
1947.3～	1947.12～	1954.8～	1968.5～	1971.7～

出所：厚生省分課規定を基に筆者作成。

第5章 厚生省児童局の分析

各課の所掌業務の詳細は、後述するので、ここでは予算の内訳を理解するために、各課の主な所掌業務を整理しておく（表 5-1）。

表 5-1 児童局の各課の所掌業務

課名	主な所掌業務
企画課	企画、総合調整、児童扶養手当、特別児童扶養手当
養護課 →育成課（1968～）	浮浪児対策、知的障害児者対策、盲児、ろうあ児、児童虐待対策、教護、児童厚生施設
母子衛生課	妊産婦及乳幼児の保健、助産施設、肢体自由児対策、虚弱児対策、流早死産、家族計画
保育課 →母子福祉課（1954～）	棄児、保育所、母子寮、母子福祉貸付資金、
障害福祉課（1968～）	心身障害児者対策（養護課と母子衛生課より障害児対策を移管）
児童手当課（1971～）	児童手当（児童手当法の施行によって組織新設）

出所：厚生省分課規定を基に筆者作成。

「企画課」は児童局の統括組織である。児童行政の企画と各課の総合調整を行う組織である。また他課に属さない手当関連の事務も所掌する。

「養護課」は戦後直後は浮浪児対策を所管し、戦後の要保護児童対応の中心的役割を担った課である。障害児関連では、知的障害児、盲児、ろうあ児を担当する。

「母子衛生課」は、保健医療セクションの系統であって、課長は医系技官である。妊産婦や乳幼児の保健行政を中心に、障害児関連では肢体不自由児を担当する。所掌する施設は、乳児院、助産施設、肢体不自由児施設、虚弱児施設であり、全て児童福祉施設であると同時に医療機関である。後に加わる重症心身障害児施設も、同様に児童福祉施設と医療法上の病院の 2 面性を備えている。重症心身障害児者政策は、この「母子衛生課」が所管した。このように障害児行政が、「民生－養護課」と「衛生－母子衛生課」の 2 系統に分化していたことが、重症心身障害児者政策を分析する際にも、重要な視点となる。

「保育課」は保育所を所管し、1954（昭和 29）年より母子福祉貸付資金制度が開始したことに伴い、「母子福祉課」と名称を変えた。

この「企画課」「養護課」「母子衛生課」「母子福祉課」の 4 課体制が、1950 年代から 60 年代中盤まで続いた。その後、1968（昭和 43）年に「障害福祉課」が新設され、わが国において、障害児者行政の一応の総合行政セクションが誕生した。「一応の」という意味は、この時点では成人である「身体障害者」は、社会局援護課の所掌業務であり、精神障害に関しては公衆衛生局精神衛生化課の業務だったからである。これらが統合するのは、1995（平成 7）年に、大臣官房内に「障害保健福祉部」が設置されるまで待たなければならない。

児童局予算の費目別推移 分析の前提

表 5-2 は、児童局予算の費目分類対照表である。なぜこのような分類対照表を作成したのか、それは 1965（昭和）40 年度を境に、費目の組み替えが行われたからである。この点が

第5章 厚生省児童局の分析

児童局予算の経年変化を分析する際の難点である。1947（昭和22）年度～1964（昭和39）年度の予算費目は15分類である。費目の番号は筆者が便宜上振ったものである。1965（昭和40）年度から新たに設けられた費目は、「⑩家庭児童対策費」「⑪保育対策費」「⑫心身障害児（者）対策費」である。「①児童福祉関係一般行政費」「②児童福祉等施設整備費」「④母子保健対策費関係」「⑥母子福祉対策関係費」「⑨国立施設関係」「⑩扶養手当等関係」については、費目の名称も大きく変更はしておらず、比較的継続的にトレンドを追うことが可能である。しかしながら細かく内容を吟味していけば、全ての内訳が同様であるわけではないため、その点は比較の際に注意が必要である。

また比較の際に注意すべきことは、各費目の「対前年度比」は、当然のことながら、ある事業について、予算集計上の費目が変わることで、見かけ上の急激な変化をもたらすことである。もちろん、これには新規事業が開始されたことによる本来の変化もあるわけで、このあたりの見極めがまず必要となる。すなわち「対前年度比」の変化には、費目が変わったことによる変化なのか、新規事業の開始もしくは事業停止による変化なのかの判断が必要なのである。なお、この種のデータ解釈においては、一定期間の傾向を大まかに把握するというアバウトさが重要であり、あまり細部にこだわってしまうことで、傾向を見失うことは避けなければならないであろう。

表5-2 児童局予算の費目分類対照表

昭和22年度～昭和39年度の費目分類	昭和40年度～昭和52年度の費目分類
①児童福祉関係一般行政費	①児童福祉関係一般行政費
②児童福祉等施設整備費	②児童福祉施設等関係費（旧児童福祉等施設整備費）
③要保護児童対策費関係	-----
④母子保健対策費関係	④母子保健対策費
⑤身体障害児対策費	-----
⑥母子福祉対策関係費	⑥母子福祉対策費（旧母子福祉対策関係費）
⑦家族計画関係費	-----
⑧調査研究費関係	-----
⑨国立施設関係	⑨国立施設関係費
⑩扶養手当等関係	⑩手当等関係費（旧扶養手当等関係）
⑪児童福祉職員処遇関係	-----
⑫児童育成関係	-----
⑬重症心身障害児関係	-----
⑭精神薄弱者福祉関係	-----
⑮本省行政事務費等	⑮本省行政事務費等
	⑯（新）家庭児童対策費
	⑰（新）保育対策費
	⑱（新）心身障害児（者）対策費

出所：（厚生省児童家庭局編1978）を基に筆者作成。

第5章 厚生省児童局の分析

児童局予算の費目別推移その1 1947（昭和22）年度～1964（昭和39）年度

表5-3と5-4は、児童局予算の各費目の推移（対前年度比の変化）を整理したものである。再度指摘するが、1965（昭和40）年度を境に、予算費目が組み替えられて集計されているため、継続比較が困難であることから、このような2表に分類整理したのである。

各表のセルに網掛けした部分は、「対前年度比」が1.2倍以上を示す。1.2倍に設定したことに特に根拠はないが、「対前年度比」1.2倍が4年連続すれば、 $1.2^4=2.0736$ となり、予算は約2倍になることになる。それではまずは1947（昭和22）年度～1964（昭和39）年度までの推移を見ていこう（表5-3）。

表5-3 児童局予算の各費目の推移（対前年度比の変化）（昭和24年度～昭和39年度）

年度	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964
年度	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
児童福祉関係一般行政費	2.74	0.67	1.06	1.25	1.14	1.05	0.94	1.03	1.37	1.04	1.01	1.08	1.08	1.09	1.13	1.17
児童福祉等施設整備費	1.07	5.48	0.93	0.66	1.89	0.67	0.84	1.03	1.00	1.29	0.96	0.96	1.13	1.13	1.35	1.78
要保護児童対策費関係	2.32	1.49	1.37	1.72	1.33	1.01	1.17	1.01	1.09	1.07	1.08	1.16	1.26	1.30	1.21	1.21
母子保健対策費関係	1.80	1.14	1.00	0.93	1.48	0.45	1.00	1.00	1.00	2.12	1.46	1.55	2.04	1.43	1.38	0.90
身体障害児対策費				1.11	2.17	2.33	1.00	2.00	1.20	1.20	1.10	1.08	1.07	1.25	1.02	1.17
母子福祉対策関係費						0.68	0.79	1.00	1.31	0.94	0.75	0.76	1.00	1.00	1.32	1.24
家族計画関係費												0.88	1.13	1.04	1.12	1.01
調査研究費関係											0.94	0.83	4.82	1.53	0.67	1.00
国立施設関係	1.71	1.87	3.13	1.55	0.82	1.00	0.81	1.02	2.64	0.63	1.69	1.48	0.67	2.07	1.60	1.02
扶養手当等関係													6.21	1.91	1.12	1.12
児童福祉職員処遇関係	1.87	1.28	1.23	1.69	1.65	1.27	0.97	1.06	1.02	0.96	1.00	1.03	1.02	1.78	1.46	1.13
児童育成関係													1.00	0.97	1.47	2.86
重症心身障害児関係																1.18
精神薄弱者福祉関係																
本省行政事務費等	2.06	1.28	1.05	0.99	0.47	1.01	0.84	1.07	1.26	1.01	0.70	0.94	1.54	2.44	1.34	1.15
児童局予算計	2.13	1.71	1.25	1.48	1.56	0.93	1.09	1.02	1.12	1.07	1.06	1.14	1.26	1.38	1.28	1.23

出所：（厚生省児童家庭局編 1978）を基に筆者作成。

表5-4 児童局予算の各費目の推移（対前年度比の変化）（昭和40年度～昭和52年度）

年度	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
年度	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
児童福祉関係一般行政費	1.09	1.10	1.03	1.16	1.15	1.08	1.06	1.09	1.06	1.13	1.31	1.07	1.09
児童福祉施設等関係費（児童福祉等施設整備費）	17.7	1.18	1.17	1.19	1.28	1.28	1.29	1.31	1.26	1.33	1.44	1.21	1.15
母子保健対策費	2.57	1.15	1.02	0.97	1.15	1.70	1.23	1.36	1.38	1.07	1.30	1.21	1.08
母子福祉対策費（母子福祉対策関係費）	1.1	1.00	1.00	1.05	1.33	1.19	1.11	1.17	1.16	1.08	1.07	1.23	1.18
国立施設関係費	0.74	1.29	3.18	0.99	0.91	0.96	0.96	1.25	1.02	1.00	1.40	1.05	1.21
手当等関係費（扶養手当等関係）	0.81	1.44	1.05	1.15	1.17	1.03	1.68	2.60	1.99	1.46	1.48	1.38	1.15
本省行政事務費等	1.73	0.51	1.10	1.16	0.84	1.26	0.87	0.97	3.33	0.73	0.62	0.99	1.12
家庭児童対策費	1.27	1.34	1.23	1.24	1.22	1.22	1.22	1.23	1.29	1.41	1.27	1.11	
保育対策費	1.24	1.23	1.20	1.20	1.18	1.18	1.21	1.22	1.31	1.49	1.23	1.18	
心身障害児（者）対策費	1.41	1.68	0.07	2.58	2.20	1.69	1.97	1.32	1.27	1.43	0.73	1.32	
児童局予算計	1.14	1.20	1.17	1.17	1.26	1.25	1.31	1.42	1.37	1.35	1.45	1.25	1.15

出所：（厚生省児童家庭局編 1978）を基に筆者作成。

まず昭和 20 年代に着目してみよう。1949（昭和 24）年度から 1954（昭和 29）年度においては、「要保護児童対策費関係」「国立施設関係」「児童福祉職員処遇関係」の 3 費目が、継続して「対前年度比」が 1.2 倍以上という水準で推移している。この時期の「要保護児童対策費関係」の内、多くを占めているのは「児童保護措置費補助」である。また「国立施設関係」の内訳は「国立教護院費」と「肢体不自由児施設（筆者注：財団法人日本肢体不自由児協会に運営を委託していた「整枝療護園」を指すと考えられる）」が計上されている。これらの結果から、1950 年代前半は、浮浪児対策を中心とした戦後処理と、児童福祉法制定による児童福祉の基盤整備に政策の重点が置かれていたことがうかがえる。また 1953（昭和 28）年度より、「身体障害児対策費補助」が高い水準で増加している。これは「育成医療給付」制度の開始を受けたものと考えられる。戦後処理といういわば消極的な児童福祉政策に注力している中で、「育成医療給付」によって、自立の見込みのある身体障害児に医療を提供し、その障害の軽減を図るという積極的な政策を打ち出した点は、この時期の特徴のひとつであるといえる。

「育成医療給付」事業は「母子衛生課」の所掌である。戦後障害児行政の展開において、まずは「母子衛生課」が医療の観点から、治療効果の高い身体障害児への対応に着手したということは、わが国の障害児福祉政策を考察する上で、重要な視座を提供してくれる。

続いて、1955（昭和 30）年度から 1959（昭和 35）年度に移ろう。「対前年度比」が高い水準で継続しているのは、「母子保健対策費」と「身体障害児対策費」である。「母子保健対策費」の内訳は、1958（昭和 33 年）度から開始した「未熟児対策費補助」と 1959（昭和 34）年度から開始した「結核児童療養費補助」である。なお 1958（昭和 32）年度の「国立施設関係」で「対前年度比」が 2.64 倍と高率であるのは、重度の知的障害児のための「国立秩父学園」が 1958（昭和 33）年に開園したことによる。この 1950 年代後半の児童局の政策の特徴は、「母子衛生課」を中心に、「育成医療給付」に加えて、「未熟児対策」や「結核児童対策」への対応に注力していたことだろう。また「育成課」も、重度の知的障害児への対応を開始した（「国立秩父学園」は「育成課」の所管である）ことも特筆すべき点であろう。まさに重症心身障害児政策も、この 1950 年代後半から本格的な検討が開始するのであるが、それはこのような児童局が障害児政策に本格的に着手した時期と軌を一にしていたことを踏まえておくことは、今後の政策分析上、重要なことである。つまり、重症心身障害児政策が、とりたてて、他の障害児政策より遅れて登場したわけでもないということである。

1960（昭和 35）年度から 1964（昭和 39）年度において、児童局の予算は、依然として「母子保健対策費」の「対前年度比」が高い水準で継続している。そして 1961（昭和 36）年度からは、再び「要保護児童対策費関係」の「対前年度比」が高水準で継続していく。注目すべきは、1961（昭和 36）年度に「調査研究費関係」の「対前年度比」が 4.82 倍、翌 1962（昭和 37）年度は 1.53 倍となっている点である。これは 1961（昭和 36）年に開園した、わが国初の「重症心身障害児施設」である「島田療育園」に対して「重症心身障害児療育委託研究費」が計上されたからである。すなわち、「重症心身障害児」対策が、まずは「研究事業」という形式で取り組まれたことが、ここに現れているのである。その他注目されるのは、「国立施設関係」と「児童育成関係」である。「国立施設関係」の内訳は、「中央児童厚生施設費」であり、「児童育成関係」の内訳は、「児童健全育成費補助」「児童

館運営費補助」である。すなわち、この時期より、児童政策は「要保護児童」だけではなく「一般児童施策」への配分が増加していく。

この時期は、児童局の予算総額の「対前年度比」も高い水準で推移している。1961（昭和36）年は、重症心身障害児者政策においてもエポックメイキングな年であるが、厚生行政全体においても画期的な年であった。まずは「国民皆保険」「国民皆年金」が達成された年である。さらに従来の研究ではほぼ触れられていないが、本年に「引揚援護局」から「引揚」の文言が消えて「援護局」に組織再編された。また同じく児童局の「育成課」の所掌事務から「孤児、棄児、浮浪児、保護者のない児童」が削除された（厚生省組織令の一部を改正する政令・政令第157号・昭和36年6月1日公布施行）。1961（昭和36）年とは、戦後処理を終えたということを行政組織上明確にした年であり、厚生行政の転換年であったといえる。

児童局予算の費目別推移その2 1965（昭和40）年度～1977（昭和52）年度

次に、1965（昭和40）年度から1969（昭和44）年度に移ろう。まず1965（昭和40）年度の「対前年度比」については、この年から集計費目が変更されているため参考値である。

この時期でまず特徴的なのは、「国立施設関係費」が1967（昭和42）年度に「対前年度比」3.18倍と高いことである。これは1966（昭和41）年より、「国立療養所」が重症心身障害児者の受け入れを開始したことによる。これに関連して、「心身障害児（者）対策費」もほぼ高い水準で継続して予算額が増加している。この1960年代後半の時期の「心身障害児（者）対策費」の内訳で多くを占めたのは、「重症心身障害児療育費補助金」であった。先に1961（昭和36）年度に「島田療育園」に対して研究費を計上したことに触れた。その後1963（昭和38）年度からは、補助事業として「重症心身障害児施設」への療育費補助が開始されたのである。この時期が本論文で先に整理したように、重症心身障害児者政策の拡充期であることを、予算面からも裏付けている。

なお1968（昭和43）年度に「心身障害児（者）対策費」の「対前年度比」は0.07倍と急減しているが、これは「重症心身障害児施設」が児童福祉法の一部改正により、児童福祉施設となり、その費用が「児童関係施設等関係費」の費目に含まれたことによる。その他、「家庭児童対策費」と「保育対策費」の増加が顕著である。「家庭児童対策費」とは、従来の「児童育成関係」の費目から構成されており、児童館運営等の「一般児童施策」の系譜である。「保育対策費」は、高い水準で予算が増加している。ここに保育所問題の嚆矢が見て取れるのである。

最後に、1970（昭和45）年度以降を見てみよう。「児童福祉施設等関係費」の「対前年度比」が1969（昭和44）年度から1976（昭和51）年度まで、長期にわたり継続して高い水準にある。これは「社会福祉施設の緊急整備要綱」を受けて、この時期に児童福祉施設が飛躍的に増加したことを表している。「母子保健対策費」も1970（昭和45）年度より同じく長期間予算額が増加し続けている。その内訳は、1970（昭和45）年度「妊婦乳児健康診査費補助金」、1971（昭和46）年度「心身障害研究費補助金」「小児がん治療研究費補助金」「小児ぜんそく治療研究費補助金」「慢性腎炎・ネフローゼ治療・研究費補助金」、1974（昭和49）年度「小児慢性特定疾患治療研究費補助金」等であった。妊婦と乳児への健康

第5章 厚生省児童局の分析

診査と小児の多様な疾患に対する治療研究の推進が、1970年代の母子保健領域における政策の焦点であったといえる。「心身障害児（者）対策費」の伸び率も注目される。この内訳をみると、1969（昭和44）年度「自閉症児治療訓練費補助金」、1970（昭和45）年度「重度心身障害児（者）家庭奉仕員派遣事業」、1972（昭和47）年度「心身障害児通園事業費補助金」等であった。自閉症児療育の開始とホームヘルプや通園事業といった在宅支援対策が始動したことに、「心身障害児（者）対策費」の増加の要因を認めることができる。

児童局予算の費目別推移 まとめ

以上の予算の対前年度比の推移を分析した結果を整理したのが、表5-5である。この表は児童局の予算費目別の伸び率（対前年度比）の中で、顕著に高かった費目を年代別に抽出して、その内容を整理したものである。この表の整理によって、予算の実証分析からの各時期における児童局の政策上の力点を、簡潔に把握することができる。

表5-5 児童局の予算推移の整理（対前年度比）

	1949（昭和24） ～ 1954（昭和29） 1950年代前半	1955（昭和30） ～ 1959（昭和35） 1950年代後半	1960（昭和35） ～ 1964（昭和39） 1960年代前半	1965（昭和40） ～ 1969（昭和44） 1960年代後半	1970（昭和45） ～ 1977（昭和52） 1970年代
	<ul style="list-style-type: none"> ・戦後処理 ・児童福祉の基盤整備 ・育成医療 	<ul style="list-style-type: none"> ・育成医療 ・未熟児対策 ・結核児童対策 ・重度知的障害児対応（国立施設） 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉施設の増加 ・重症心身障害児対策（研究事業） ・一般児童施策（児童健全化施策） 	<ul style="list-style-type: none"> ・重症心身障害児対応（療育費補助＋国立療養所整備） ・一般児童施策（児童健全化施策） ・保育対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉施設の飛躍的増加 ・健康診査 ・治療研究の推進 ・自閉症児療育 ・在宅支援対策 ・一般児童施策（児童健全化施策） ・保育対策 ・児童手当

出所：児童局予算費目のうち、対前年度費の伸び率が高い費目を抽出して筆者作成。

2. わが国における障害福祉行政組織の変化

以上、予算の実証分析によって、戦後の児童局の政策史をマクロ的に把握してきた。次は、行政組織の変化をみていく。具体的には、障害福祉行政の担当セクションの推移を、厚生省の分課規定の改正をフォローすることによって明らかにする。着目すべき点は、我が国の障害福祉行政においては、衛生と民生の部局が、分課と統合を繰り返しつつ、行政を推進してきたという点である。

障害福祉行政の担当セクションの分課と統合

今日、障害福祉行政に関わる組織は、社会局障害保健福祉部に一元化されている。しかしながら、このような障害福祉行政の総合的なセクションが設置されたのは、1996（平成8）年に、大臣官房内に「障害保健福祉部」が新設されてからのことであって、比較的最近のことである。それまでは、わが国の障害福祉に関わる行政組織は「障害種別」や「年齢」に応じて複数の組織に分課していた（表5-5）。

表5-5 わが国における障害福祉行政担当セクションの推移

	1947 (昭和 22)	1949 (昭和 24)	1960 (昭和 35)	1965 (昭和 40)	1996 (平成 8)	2001 (平成 13)
障害児 (18 歳未満)	児童局 (1964 年児童家庭局に組織変更)			児童家庭局	大臣官房 障害保健 福祉部	社会・援護局 障害保健 福祉部
知的障害者 (18 歳以上)	---		社会局			
身体障害者 (18 歳以上)	---	社会局				
精神障害者	公衆衛生局 (1984 年保健医療局に所管変更)					

出所：（厚生省五十年史編集委員会編1988（資料編））（厚生省1996）（厚生省2000）を基に筆者作成。

まず18歳未満の「障害児」は、「児童福祉法」の対象であり、「児童局（1964（昭和39）年より児童家庭局）」が長らく所管していた。これは、1996（平成8）年に大臣官房内に障害保健福祉部が設置されるまで、実に半世紀近く続いたのである。

18歳以上の「障害者」については、「障害児」よりも法制度の整備が遅かった。「障害者」の行政担当は「社会局」であった。1949（昭和24）年に「身体障害者福祉法」（昭和24年法律第283号）が、1960（昭和35）年に「知的障害者福祉法」（昭和35年法律第37号）が制定された。「知的障害者」に関しては、1965（昭和40）年に、「児童局」に移管された（厚生省組織令の一部を改正する政令・政令第186号・昭和40年6月2日公布施行）。これは知的障害の特性を踏まえて児者一貫の対策を講じるためであった。

1968（昭和43）年、児童家庭局に「障害福祉課」が新設された。「障害福祉課」の誕生により、「障害福祉」の名称を付した行政組織が、わが国に始めて登場したことになる。しかしながら、18歳以上の「身体障害者」は「社会局更生課」が引き続き所管した。また「精

神障害者」については、永らく「公衆衛生局精神衛生課（1984（昭和59）年より保健医療局精神保健課）」の所掌であった。このように児童家庭局に「障害福祉課」が設置されたとはいえ、「身体障害者」と「精神障害者」は他局の所掌に属していたのである。

年齢や障害種別を超えた、総合的な障害福祉行政組織の登場は、前述したように1996（平成8）年の「障害保健福祉部」の設置まで待たねばならなかった。このような障害福祉行政組織の一元化の背景には、「精神障害者」が障害福祉政策の対象として、正式に加えられたことが大きかったといえる。「精神障害者」は、永らく社会防衛的観点から、精神科医療の対象として扱われてきた。1970（昭和45）年に「心身障害者対策基本法」（昭和45年5月21日法律84号）が制定された際にも、精神障害者は対象から除外されていた。1993（平成5）年に、「心身障害者対策基本法」が「障害者基本法」に改正されて、「精神障害者」が障害者福祉行政の範囲に含まれた。さらに1995（平成7）年に「精神保健法」（昭和昭和25年5月1日法律第123号）が「精神保健福祉法」に改正され、「精神障害者」への福祉施策が講じられた。

当初「大臣官房」に設置された「障害保健福祉部」は、2001（平成13）年の中央省庁再編で厚生労働省が発足した際に、「大臣官房」から「社会・援護局」に移行して、今日に至っている。

戦後の障害児者政策の大きな役割を担っていた「児童局（児童家庭局）」

以上みてきたように、障害福祉行政に関わる担当組織は、年齢や種別によって分立していた。このような中において、児童局（1964（昭和39）年からは児童家庭局）は、障害児を中心に戦後の障害児者福祉行政の中心的役割に位置していたといえる。

1968（昭和43）年、児童局に「障害福祉課」が設置される以前は、「養護課」と「母子衛生課」が障害児行政を担っていた。「養護課」は知的障害児（1965（昭和40）年からは「知的障害者」も含む）と盲児、ろうあ児を、「母子衛生課」は肢体不自由児を所掌していた。なお「母子衛生課」は歴代課長は医系技官であった。このように児童局内には、事務官と医系技官が要職を占める組織が内包されており、障害児行政も2系統に分立していた。それでは、なぜ障害児行政がこのような2系統の組織に分課することになったのだろうか。

そこで、まずは児童局の成立過程をみていく。その上で、このような障害児行政の2系統化の要因を探っていく。

3. 児童局の成立過程

旧憲法体制下での児童局の設置

児童局が発足したのは、1947（昭和22）年3月19日である。児童福祉法が成立したのは同年12月12日である。同年5月3日より新憲法が施行され、新憲法下での第1回国会において児童福祉法案の審議は開始された。法案は同年8月11日に内閣提出法案として国会に提出された。児童福祉法案は参議院先議で行われ、同年8月19日より参議院厚生委員会において法案審議が開始、9月18日より衆議院厚生委員会で審議を開始した。このように開設まもない児童局においては、今後の児童行政の根幹をなす児童福祉法の法案作成作業が大きな業務であったといえる。

児童局の創設は、旧憲法下の体制で行われた。大日本帝国憲法において、官制大権は天皇に属していたので（大日本帝国憲法第10条）、児童局の設置は勅令に根拠を持つことになる（厚生省官制の一部改正勅令（昭和22年3月18日勅令第87号））。児童局の所掌業務は、同勅令に4点提示されている。

- ①児童福祉に関する事項
- ②児童の保育、教護その他児童保護に関する事項
- ③児童及び妊産婦の保健衛生に関する事項
- ④その他児童に関する事項にして他の主管に属せざるもの

厚生省官制の一部改正勅令（昭和22年3月18日勅令第87号）【抜粋】

第3条 厚生省ニ左ノ八局ヲ置ク

医務局、予防局、社会局、児童局、労政局、勤務局、保険局

第6条ノ二 児童局ニ於テハ左ノ専務ヲ掌ル

- 一、児童ノ福祉ニ関スル事項
- 二、児童ノ保育、教護其ノ他児童保護ニ関スル事項
- 三、児童及妊産婦ノ保健衛生ニ関スル事項
- 四、其ノ他児童ニ関スル事項ニシテ他ノ主管ニ属セザルモノ

注：下線は筆者。

なお後に検討するが、課の編成と業務分掌については、大臣の訓令である「厚生省分課規程」が別に定められている。ここでは、児童局発足時の分課規程と児童福祉法成立時の分課規程をみておく。

第5章 厚生省児童局の分析

表 5-6 児童局の編成 発足当初と児童福祉法成立直後の分課規程の比較

	児童局発足当初の分課規程（3 課体制） 厚生省分課規程中改正 （昭和 22 年 3 月 19 日）	児童福祉法成立直後の改正分課規程（4 課体制） 厚生省分課規程中改正 （昭和 22 年 12 月 22 日）
企画課	1 児童に関する総合企画に関する事項 2 児童福祉委員会に関する事項 3 保育施設に関する事項 4 母子保護に関する事項 5 他の主管に属せざる児童福祉に関する事項	1 児童福祉思想の普及その他児童福祉推進に関する事項 2 児童福祉法施行の総合調整に関する事項 3 児童福祉委員に関する事項 4 児童福祉委員会に関する事項 5 児童相談所に関する事項 6 児童に関する調査統計に関する事項 7 児童の福祉を保障する為必要な連絡調整其他他の主管に属せざる児童に関する事項
養護課	1 孤児等の保護に関する事項 2 浮浪児の保護に関する事項 3 <u>精神薄弱児の保護</u> に関する事項 4 児童虐待防止に関する事項 5 児童の教護に関する事項	1 孤児の保護に関する事項 2 浮浪児、 <u>精神薄弱児等の保護</u> に関する事項 3 児童の不良化防止及教護に関する事項 4 児童其の他養育委託に関する事項 5 児童の虐待防止に関する事項 6 児童保護に必要な物資に関する事項
保育課	※この時点では存在しない	1 保育所に関する事項 2 保母に関する事項 3 棄児等に関する事項 4 母子寮其の他母子の保護に関する事項 5 児童厚生施設に関する事項 6 児童文化に関する事項
母子衛生課	1 妊産婦及乳幼児の保健に関する事項 2 妊産婦及乳幼児に特殊の栄養に関する事項 3 虚弱児童及 <u>不具児童の保健</u> に関する事項 4 未就学児童其の他児童の保健に関する事項 5 流早死産に関する事項	1 妊産婦及乳幼児の保健に関する事項 2 妊産婦及乳幼児に特殊の栄養に関する事項 3 妊産婦及乳幼児に特殊の疾病予防に関する事項 4 助産婦の業務の指導及助産施設に関する事項 5 虚弱児及 <u>身体不自由児</u> の保健に関する事項 6 未就学児童其の他児童の保健に関する事項 7 流早死産に関する事項

出所：厚生省分課規程をもとに筆者作成。なお仮名遣いは現代語表記に改めた。下線は筆者。

表 5-6 は、児童局発足当初と児童福祉法成立直後の分課体制の比較表である。児童局発足当初は「企画課」「養護課」「母子衛生課」の 3 課体制であった。その後、児童福祉法案の審議を経て、同法成立直後に分課規程が改正されて、新たに「保育課」が加わって 4 課体制となったのである。

そしてこの分課規程にみられるように、児童局の設置以降、障害児行政は「養護課（精神薄弱児）」と「母子衛生課（不具児童→身体不自由児）」の 2 系統で運用が開始されたのであった。

児童局の設置の背景

児童局設置の経緯について、先行研究によれば、浮浪児対策への積極的な対応が求められていた時代背景と、その対応のために、日本政府と GHQ とが交渉したことが指摘されている（寺脇 1978:82, 岩永 2002:5）。寺脇は、1946（昭和 21）年の秋には児童局設置の方針が明確になり、11 月にはほぼ確定しつつあったとする（寺脇 1978:82）。

先行研究では、児童局の設置の背景に、浮浪児対策があったことは指摘しているが、児童局の設置について、日本側と GHQ のどちらにイニシアチブがあったのかについては、必ずしも定かではない。そこで、以下、当時の厚生官僚らによる座談会の記事をみてみよう。

児童局設置に関わる当時の官僚たちの座談会記事

筆者は、児童局創設に関する当時の官僚の座談会として、1958（昭和33）年8月30日の『福祉新聞 No.103』を発掘した（福祉新聞社 1958b）。『福祉新聞』という業界紙での特別対談であり、比較的にリラックスした雰囲気での発言をしていることが特徴的である。もちろん、児童局創設後10年が経過しており、また業界紙での対談と言うことで若干の虚飾が含まれている可能性も否定できないが、以下引用する。対談の参加者は次の4名である。なお括弧内の役職は児童局設置構想作成時のものであり、『福祉新聞』記載のまま引用した。

葛西嘉資（厚生省総務課長）

齋田晃（厚生省通訳）

齋藤勇一（厚生省通訳）

黒木利克（厚生省渉外担当課事務官）

援護課が児童局に 生みの親は葛西局長

黒木 次は児童の関係で、児童局設置の裏話から始めていただきたいと思います。児童関係と申しますと二十一年の四月に、浮浪児等の応急措置の実施に関する件というので指令がありまして、それから二十二年の児童局の設置となっております。

葛西 これはね、終戦の直後いまの浮浪児の指令がきた当時というのは大へんなんです。岡山の知事の手島正太郎という人がやつてこられて、葛西君、君ひとつやつてくれ、実は軍政部が浮浪児を一週間以内にいないようにしろといつてきた。いまから浮浪児の収容施設を作るという予算をもつていつてやるんじや、いまのアメちゃんの話には間にあわないんだね。これまたせつかちの話でね。困つちやつた(笑)援護課ができたのはいつだい。…どうも私が社会局長やつたときは、大体三分の一の仕事は保護課長がやつているんだ。大体社会局の八割が保護課にあるんだよ。

黒木 援護課のできたのは二十一年四月です。

葛西 やはりそうだろう。浮浪児についてどうも法律もできないし、現場では火のついた問題だし、どこもしかるべき処置は考えてないというもののだが、社会局の中に専任の課を作るべきだということで援護課を作ったが、これが児童局の卵になるとわれわれは考えたのです。初めから児童局という姿を考えて、それでやろうじゃないかということで、斉田君なんかアメリカのはどうやつてるか調べてもろうたりしてみると、アメリカにもある。アメリカにあるなら日本でやつてもよからうというんで、援護課をまず作った。そうしてその課長には当時遊んでおった高田君（現保険局長）を拾ったんだ。(笑)浮浪児のお相手にね。こういうことなんだ。細かい話は高田君がずい分知ってるだろう。

黒木 児童局をアメリカさんが作れといったというのは間違っておるのですかね。そのへんを…

葛西 そこで援護課を作ってからやつてみると、これはどうしても児童局を作ろうじゃないかということになりましたね。そのときにぼくは二つの措置をとつたように思う。一つは、GHQ に児童局を作らせるようにしなければならんということが一つと、もう一つは、児童のための法律を作らなければいかんと思つた。私が非常に気になっているのは、いろんな母子保護法とか、戦災者援護法とかあいう法律を廃止しちゃつて一つになったから、そこでいまの子供に関する何らかの法律を作ろうじゃないかというんで、高田

第5章 厚生省児童局の分析

正巳君と、それからいまの警察の刑事局長をやつてる中川薫治、それからいま労働省の労働局長、基準局長をやつてる松崎君、この三人に、お前ら法律作るのやつてみいというんで、社会事業調査会に諮問したわけですよ。これはまあ非常に当時からみればいい法律ができたのですが、そのことともう一つは GHQ をその気にさせるそこで斉田君からいま聞くと、GHQ のほうから児童局を作れという司令部起案ができて、向うの意思のようになっておるが、これは当時の大蔵省なり厚生省が作れないので、GHQ の指令ということにしたのだが、あの時私の名前でサ姆斯宛に手紙を出したのですよ。長い手紙でね。そうしたらその手紙がよかつたとみえて、案を出せというんで、高田君なんかが案を練つて書いたがそれが非常に具合がよくて。こりゃもつともだということになって、さあ集れというんで、内閣、大蔵省、厚生省、法務省、文部省というものを GHQ に何べんも集めて、そこでドラフト(草案)になつたと思うんですね。

斎藤 日本の児童福祉法ほど大がかりなものは世界にも例を見ません。それで二十二年の十二月に児童福祉法公布となつて、児童福祉行政が新しく展開するわけです。

逃した"学校衛生" 職業補導は取返す

黒木 そういうことがあつて二十三年の二月に厚生次官になられたわけだね。だからこの更生課設置が、社会局長時代の最後の仕事ということになりますね。

葛西 児童局を作り、更生課を作つたということね。

斎田 児童局を作るときに、最後まで残つたのが、学校衛生を児童局にもつてくるというのがあつた。これは一日か二日サ姆斯のところで御前会議をして、サ姆斯はこれはもつてくるべきだというんだが、日本側はみんな気が進まないらしく、厚生省も特にほしいとはいえないわけだ。そんなふうにつつちはへつぴり腰だつたな、最後にサ姆斯に説得したら、サ姆斯がまあこれで一年やつてみようこれは参考だから一年たつたら命令を出すぞということで、それで最後に、それではということで結局両方引つこんでしまつて、とうとう学校はそのままになつちやつた。

葛西 それでね。斎田君思い出したよ。山崎つていう東大の教授から文部次官になつた人が頼みにきて、頼むからやめてくれといつてたぞ。

斎田 とにかく、さすがの葛西さんもそのときになると頑張らなかつた(笑)サ姆斯は厚生省に入れる案があつたんだが、こつちのほうかへつぴり腰だつたんでね。

葛西 あの教授がやつてきてね、そうだ、そうだ。

斎田 一年たつたらと、その頃サ姆斯はいつてたが、結局そのままになつちやつた。

葛西 ぼくは非常に失敗してあと厚生省に迷惑かけたと思つてるのは、学校衛生が一つと、それからいまだに残念というか、しまつたと思うのは、総務課長のときに一黒木知つてただろう。授産所の仕事なんだ。こりや全部勤労局でやつてたんだよ。その当時のぼくの心境を申しますと、ぼくは総務課長しておつて仕事を配分せんらなん。ことに社会局が復活したときに、授産事業のない社会事業はないということを不肖なりといえども、私は知つとたつもりだが、あの当時の社会局というのは忙しすぎたんだよ。朝鮮人の問題で大へんなんだ(笑)。それに引揚があるだろう。それと困窮者の問題、どれ一つとらえても、いま考えれば頭がいたくなるくらいだ。

斎藤 授産事業は厚生省で職業補導は向うがやつたんでしょう。

葛西 最後はこつちに来ましたがね。これはぼくが社会局長やつてるときに取り返したんですよどうやつてそれを取り返したかという、勤労局長が吉田氏なんです、吉田君と二人で喧嘩して、どうしてもだめだんだな「ようしじやお前そんなこというんなら次官のところに行つて裁判してもらおうじゃないか」と、いまの東京都知事の安井誠一郎さんが当時次官で、そこへ行つて、わしはこういうけれども、吉田は

第5章 厚生省児童局の分析

こういうんだと、あんたはどつちかに裁判つけてくれといつたら、安井さんこうやつてみて「そりや、君、葛西君のいうのがええわ」(笑)それで一ぺんにきまつて、授産は吉田から取り返したんだ。

黒木 厚生省は、傷痍軍人のことじや当時まで疑われ通し、圧迫され通し。そこで大体身体障害者の厚生授産の仕事が多いのですから、そういうものはとにかくしばらくそつともといたらいいという、実は背景があつたんですな。労働省で身体障害者の職業補導や授産をやらすほうが、風当たりが弱いんですよ。だから身体障害者のいろいろ福祉事業をみますと、当時に勤労局なり労働省のほうがいろいろなことが積極的にやれたんですね。それではこの辺で。

出所：(福祉新聞社 1958b)

葛西の「アメちゃん」「アメリカさん」という表現にみられるように、この座談の記事を読む限り、敗戦国といえども占領軍と渡り合ったことを示したい、葛西ら官僚の矜持がうかがえる。そして児童局の創設については、厚生官僚がGHQの威光を活用しながら、むしろ戦略的に組織改編を進めっていった経緯が示されている。

この点について、占領期の厚生省の機構改編を記した厚生省監修の『厚生省 20 年史』によれば、「昭和 20 年 11 月半ばころから、占領軍総司令部から機構に関する主な指令や覚書が出され、このころ以後の機構改編は、多かれ、少なかれ GHQ の指導により行われた。」とある(厚生省二十年年史編集委員会編 1960 資料編：3)。しかしこの座談会の記録を読む限りでは、『厚生省二十年史』がいうような GHQ の「指導」というよりは、厚生官僚が GHQ を「活用」したというイメージの方を強く感じ取ることができる。さらに座談会において葛西らが、組織の管掌業務について、他省庁との駆け引きや同一省内においても他局とのぶんどり合戦を繰り広げたことも披露されている。

むろんこの座談は『福祉新聞』という業界紙内での対談であり、また児童局創設後 10 年以上を経た時点での記事であって、歴史史料としての限界はある。また決定的に問題なのは、相手方である GHQ の担当者(Sams PHW 局長)が存在しないことである。従って児童局創設に際して、日本側と GHQ のどちらがイニシアティブを取ったのかについての実状は不明な点が多い。しかしながら、日本側も GHQ もともに、児童を対象とする専門的な行政組織の必要性を認識していた点については、両者一致していたといえよう。

児童局設置構想は、引用した『福祉新聞』の座談会によれば、「社会局援護課」が中心となり検討を開始したとある。これは史実の通りである。ただし『福祉新聞』の座談では、援護課の設置は 1946(昭和 21)年 4 月とあるが、これは誤りであって、同年 3 月が正しい。

それでは、「社会局援護課」の分課規程をみてみよう。

児童局設置構想の作成を担当した社会局援護課

社会局に「援護課」が設置されたのは、1946(昭和 21)年 3 月である。当初の所掌業務は、「引揚者」と「傷痍者」が主とされた(表 5-7)。その 1 ヶ月後、年度が変わった同年 4 月 2 日に分課規程が改正されて、「援護課」の所掌業務は大きく変化する。「援護課」の所掌業務に、「母子及児童の保護」「保育隣保」が加わり、「引揚者」は所掌業務から外されている。これは、同年 3 月に厚生省外局に「引揚援護院(昭和 21 年 3 月 13 日勅令 130 号)」が設置され、同院に引揚者の帰郷後の援護を所管する「指導課」が追加されたことで、こ

ちらに業務が移管されたからである。「援護課」は短命であり、翌年に児童局が発足したことにより、組織は解消している。児童局の発足までの児童局構想の作成や児童福祉関連の行政は、この「援護課」が所掌したのであった。

表 5-7 社会局援護課の分課規程

1946（昭和21）年3月13日 厚生省分課規程中改正（援護課発足時）	1946（昭和21）年4月2日 厚生省分課規程中改正
一 引揚者の保護指導に関する事項 二 傷病者等の保護指導に関する事項 三 他の主管に属せざる国民生活の指導に関する事項	一 母子及児童の保護に関する事項 二 保育隣保に関する事項 三 傷病者等の保護指導に関する事項 四 他の主管に属せざる国民生活の指導に関する事項

出所：厚生省分課規程を基に筆者作成。下線は筆者。

明治以降のわが国の児童行政組織の変遷 分析の方法

さて、ここで、明治以降のわが国における児童行政組織の変遷をみてみよう。戦後に児童局が発足し、児童行政の専門行政組織が誕生したのであるが、それ以前にも、「社会局援護課」も一時的にせよ児童行政の担当組織であったのである。とかく戦後の児童局の発足を、児童福祉行政誕生の画期的転換と捉える余り、それ以前の児童行政への注目が薄れてしまうことは、遺憾としなければならない。

またわが国の児童行政組織の変遷を長期的に追跡することは、戦後の児童局の性格を分析する上でも、貴重な情報を提供してくれるのである。特に児童福祉行政が、小児保健医療と児童保護の2系統に分立していたことは、戦後の児童局の成り立ちを考える上でも重要な点である。この2系統の分化は、1938（昭和13）年に厚生省が設置された際に、従来業務を引き継いだ、内務省衛生局と内務省社会局の系譜にその起源を求めることができる。さらに児童行政が、戦時体制における「健民政策」の下で、人口政策との関係を強め、国家的な事業として展開されたことにも注意を向ける必要がある。

そこで、便宜上「衛生：小児保健、乳幼児衛生、栄養」と「民生：児童保護、母子保護」とに行政分野を2分類して、分析を行うこととする。この「衛生分野」が内務省衛生局に、「民生分野」が内務省社会局に対応すると考えてよい。そもそも内務省は1874（明治7年）に太政官時代に設置された官庁であり、国内行政を広範に所管した大組織である。内務省衛生局は1875（明治8）年に、内務省社会局は1920（大正9年）に設置された。局の設置は、当該領域を独立した専門行政領域として国家が承認したことの裏付けにはなるが、それ以前にも各業務を所掌していた行政組織が存在することには注意すべきである。このように考えれば、どの時点まで分析を遡るかという問題が生ずるわけであるが、ここではさしあたり、わが国で内閣制度が成立する1885（明治18）年以降の、「分課規程」に着目する。そして分課規程に列記されている各課の所掌業務から、児童行政と関わりのある業務を抽出し、「衛生」系統と「民生」系統に整理したのが、以下の表5-8と表5-10である。便宜上、時期を4区分にして検討を進めていく。

わが国の児童行政組織の変遷 第1期

内閣制度成立以後、「分課規程」に児童行政関連の記載がみられるのは、1893（明治26）年11月である。「県知局府県課」の所掌業務内に、「賑恤及救済に関する事項」と「府県立以下の貧院、盲啞院、瘋癲院及育児院その他慈恵の用に供する营造物に関する事項」がある。「瘋癲院」とは精神科病院であり、「育児院」とは棄児施設である。なお衛生局には「保健課」と「医務課」が設置されていたが、それぞれの所掌業務には児童関連の業務は明示されていない。

以後、1919（大正8）年12月に、「衛生局保健課」に「小児及び婦女の衛生に関する事項」が所掌業務として、初めて明記されるまでは、「県知局府県課」→「地方局府県課」→「地方局救護課」→「地方局社会課」が、今日にいうところの社会福祉行政全般を担当していた。ここで注目されるのは、「瘋癲院」である。今日的には、「衛生」系統の「衛生局保健課」の所掌業務と考えられるが、この時点では「県知局」と「地方局」が担当していた。これは当時の社会福祉行政が、地方行政一般の枠内で把握されており、国家（中央政府）の政策領域であるとの認識が存在しなかったことを意味する。そして「瘋癲院」も地方行政一般の枠内の一施設であったということである。

このように、児童行政も含めた社会福祉行政が、地方行政一般の枠組で行われていた、この時期を第1期としよう。

なお、この第1期で他に注目されるのは、1897（明治30）年、「衛生局保健課」の所掌業務に、「労働者及貧民衛生に関する事項」や「工場衛生」が加わったことである。ここに「衛生」セクションが、当時の社会問題に医学的見地から積極的に介入していったことが見て取れる。社会政策の領域に、医系官僚（衛生官僚）が強い関わりをもっていたという事実は、近代日本における国家統治と医学との関係性を再考させられることでもある。

わが国の児童行政組織の変遷 第2期

第2期とは、内務省衛生局と内務省社会局が、児童行政をそれぞれ「衛生」「民生」の2系統で担当した時期を指す。その始期とは、みてきたように、「衛生局保健課」に「小児及び婦女の衛生に関する事項」が所掌業務に加わった、1919（大正8）年とすることができよう。さらに翌1920（大正9）年には、「内務省社会局」が設置され、その「社会局第二課」の所掌業務に「感化教育その他児童保護に関する事項」が明記されたことにも、その緒を見出すことができるだろう。ここに「児童保護」とのカテゴリーが新設され、以後、児童行政は、衛生局の「小児衛生」と社会局の「児童保護」のという2系統で展開されていく。

このような2系統での児童行政の展開は、衛生局と社会局を母体にして、1938（昭和13）年に厚生省が設置されるまで続く。

その他この第2期の注目点としては、1921（大正10）年に衛生局に「予防課」が新設されたことである。「精神病」の所管は「保健課」から「予防課」に移管された。感染症対策と同じ行政組織で、精神障害は、「予防」の観点から問題把握されたことを表している。

第5章 厚生省児童局の分析

表 5-8 内閣制度発足以降の児童行政関連組織の分課規程（衛生と民生） 第1期 第2期

	衛生 小児保健、乳幼児衛生、栄養	民生 児童保護、母子保護
1893 (明治26) 11月9日	内務省 大臣官房(略) <u>県治局</u> 府県課 一 貴族院多額納税者議員及衆議院議員選挙に関する事項 一 府県会、府県経済その他総て府県行政に関する事項 一 郡会、郡経済その他総て郡行政に関する事項 一 <u>賑恤及救済に関する事項</u> 一 <u>府県立以下の貧院、盲啞院、癲癲院及育児院その他慈恵の用に供する営造物に関する事項</u> 一 徴兵及徴発に関する事項 市町村課(略) 北海道課(略) 警保局(略) 土木局(略) <u>衛生局</u> 保健課 一 伝染病及地方病の予防、種痘その他総て公衆衛生に関する事項 一 検疫停船に関する事項 一 飲料水、水道、下水、清潔法に関する事項 一 飲食物、絵具、着色料及中毒に関する事項 一 売薬取締に関する事項 一 衛生会に関する事項 医務課 一 医師、産婆並治療に関する事項 一 薬剤師、製薬者、薬種商並薬品取扱に関する事項 一 日本薬局方に関する事項 一 地方病院に関する事項 社寺局(略) 庶務局(略)	
1897 (明治30) 10月25日	内務省衛生局保健課 一 飲料水水道下水に関する事項 一 河川及道路その他の清潔方法に関する事項 一 <u>労働者及貧民衛生に関する事項</u> 一 <u>工場衛生に関する事項</u> 一 劇場興業場その他他課に関せざる公衆衛生に関する事項 一 公園転地療養所及鉱泉場に関する事項 一 飲食物絵具着色料及中毒に関する事項 一 売薬に関する事項 一 衛生会に関する事項	内務省県治局府県課(再掲) 一 貴族院多額納税者議員及衆議院議員選挙に関する事項 一 府県会、府県経済その他総て府県行政に関する事項 一 郡会、郡経済その他総て郡行政に関する事項 一 <u>賑恤及救済に関する事項</u> 一 <u>府県立以下の貧院、盲啞院、癲癲院及育児院その他慈恵の用に供する営造物に関する事項</u> 一 徴兵及徴発に関する事項
1898 (明治31) 11月1日	内務省衛生局保健課 一 飲料水水道下水に関する事項 一 河川及道路その他の清潔方法に関する事項 一 <u>労働者及貧民衛生に関する事項</u> 一 <u>工場衛生に関する事項</u> 一 劇場興業場その他他課に関せざる公衆衛生に関する事項	内務省地方局府県課 一 貴族院多額納税者議員及衆議院議員選挙に関する事項 一 府県郡行政並経済に関する事項 一 府県郡行政並経済の監督に関する事項 一 <u>賑恤及救済に関する事項</u> 一 <u>府県立以下の貧院盲啞院癲癲院及</u>

第5章 厚生省児童局の分析

	<ul style="list-style-type: none"> 一 公園転地療養所及鉱泉場に関する事項 一 飲食物絵具着色料及中毒に関する事項 一 売薬に関する事項 一 衛生会に関する事項 	<u>育児院等その他慈恵の用に供する施設に関する事項</u> <ul style="list-style-type: none"> 一 徴兵及徴発に関する事項
1917 (大正 6) 8 月 25 日	同上 変更なし	内務省地方局救護課（※府県課より独立） <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>賑恤救済に関する事項</u> 一 軍事救護に関する事項 一 <u>道府県立以下の貧院盲啞院癲癲院 育児院及感化院等その他慈恵の用に供する施設に関する事項</u>
1919 (大正 8) 12 月 24 日	内務省衛生局保健課（業務追加） <ul style="list-style-type: none"> 一 飲料水水道下水に関する事項 一 河川及道路その他の清潔方法に関する事項 一 <u>労働者及貧民衛生に関する事項</u> 一 <u>工場衛生に関する事項</u> 一 劇場興業場その他他課に関せざる公衆衛生に関する事項 一 公園転地療養所及鉱泉場に関する事項 一 飲食物絵具着色料及中毒に関する事項 一 売薬に関する事項 一 衛生会に関する事項 一 <u>精神病者の保護及精神病院に関する事項</u> 一 <u>小児及び婦女の衛生に関する事項</u> 一 恩賜財団済生会その他救済に関する事項 	内務省地方局社会課（※課名変更） <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>賑恤救済に関する事項</u> 一 軍事救護に関する事項 一 <u>道府県立以下の貧院盲啞院癲癲院 育児院及感化院等その他慈恵の用に供する施設に関する事項</u>
1920 (大正 9) 8 月 24 日	同上 変更なし	内務省社会局（※地方局社会課が局に格上げ） 第一課 <ul style="list-style-type: none"> 一 罹災救助、窮民救助その他賑恤救済に関する事項 一 軍事救護に関する事項 一 職業紹介、授産事業その他失業の救済及防止に関する事項 一 その他他の局課に属せざる社会事業に関する事項 第二課 <ul style="list-style-type: none"> 一 感化教育その他児童保護に関する事項 一 共済組合及び小資融通施設に関する事項 一 民力涵養に関する事項 一 社会教化事業に関する事項
1921 (大正 10) 7 月 1 日	内務省衛生局保健課（予防課設置に伴う再編） 精神は予防へ <ul style="list-style-type: none"> 一 飲料水及水道に関する事項 一 飲食物その他栄養に関する事項 一 屠畜及屠場に関する事項 	同上、変更なし

第5章 厚生省児童局の分析

	<ul style="list-style-type: none"> 一 下水道、汚物掃除その他清潔保持に関する事項 一 毒物、劇物その他有毒物に関する事項 一 医薬部外品に関する事項 一 公園、鉱泉場、海水浴場、療養地等に関する事項 一 工場、劇場その他多衆集合する場所の衛生に関する事項 一 <u>小児及婦女の一般衛生に関する事項</u> 一 他課の所管に属せざる公衆衛生に関する事項 <p>※参考</p> <p>予防課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 結核「トラホーム」、癩、花柳病その他慢性伝染病に関する事項 一 寄生虫病、原虫病及地方病に関する事項 一 <u>精神病に関する事項</u> 一 恩賜財団再生かその他救療に関する事項 	
1922 (大正 11) 11 月 1 日	同上 変わらず	内務省社会局 (外局) 庶務課 (略) 統計課 (略) 第一部 労働課 (略) 監督課 (略) 第二部 第一課 一 罹災救助、窮民救助その他賑恤救済に関する事項 二 軍事救護に関する事項 三 職業紹介、授産事業その他失業の救済及防止に関する事項 四 その他他の課に属せざる社会事業に関する事項 第二課 一 <u>児童保護に関する事項</u> 二 共済組合及び小資融通施設に関する事項 三 民力涵養に関する事項 四 社会教化事業に関する事項 保険課 (略)
1924 (大正 13) 12 月 20 日	内務省衛生局保健課 (組織再編) 医薬品を医務課 調査課の業務を引き継ぎ <ul style="list-style-type: none"> 一 飲料水及水道に関する事項 一 飲食物その他栄養に関する事項 一 屠畜及屠場に関する事項 一 下水道、汚物掃除その他清潔保持に関する事項 一 公園、鉱泉場、海水浴場、療養地等に関する事項 一 工場、劇場その他多衆集合する場所の 	内務省社会局第二部 保護課 <ul style="list-style-type: none"> 一 罹災救助、窮民救助その他賑恤救済に関する事項 二 軍事救護に関する事項 三 感化院に関する事項 四 <u>児童保護に関する事項</u> 五 他課に属せざる社会事業に関する事項 福利課

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>衛生に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 小児及婦女の一般衛生に関する事項 一 運動奨励に関する事項 一 衛生統計に関する事項 一 衛生思想に関する事項 一 他課の所管に属せざる公衆衛生に関する事項 	<ul style="list-style-type: none"> 一 住宅の供給改善に関する事項 二 公設の浴場、質屋及簡易食堂宿泊所その他福利増進に関する事項 三 社会教化事業に関する事業 <p>職業課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 職業紹介その他失業の救済及防止に関する事項 二 失業保険の調査に関する事項 三 移植民の保護奨励に関する事項 <p>健康保険課（略） 救護課（略）</p>
<p>1926 （大正 15） 4 月 21 日</p>	<p>同上、変更なし</p>	<p>内務省社会局 組織編成 部名</p> <p>庶務課（略）</p> <p>労働部</p> <ul style="list-style-type: none"> 労働課（略） 監督課（略） <p>社会部</p> <p>保護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 罹災救助、窮民救助その他賑恤救済に関する事項 一 軍事救護に関する事項 一 感化院に関する事項 一 <u>児童保護に関する事項</u> 一 他課に属せざる社会事業に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> 一 震災救護残務に関する事項 <p>福利課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 住宅供給改善に関する事項 一 公設の浴場、質屋及簡易食堂宿泊所その他福利増進に関する事項 一 社会教化事業に関する事業 <p>職業課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 職業紹介その他失業の救済及防止に関する事項 一 失業保険の調査に関する事項 一 移植民の保護奨励に関する事項 <p>保険部</p> <ul style="list-style-type: none"> 監理課（略） 経理課（略） 医療課（略）
<p>1937 （昭和 12） 7 月 8 日</p>	<p>内務省衛生局企画課（企画課設置に伴う再編）</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 健康増進に関する事項 一 衛生思想に関する事項 一 公衆衛生の企画調査に関する事項 一 <u>妊産婦及乳幼児の衛生に関する事項</u> 一 保健所に関する事項 一 国立公園その他公園に関する事項 一 衛生技術員の教養に関する事項 一 衛生統計に関する事項 一 他課の主管に属せざる事項 	

出所：内務省分課規程中改正を基に筆者作成。下線は筆者。

わが国の児童行政組織の変遷 第3期

第3期は1938（昭和13）年に厚生省が設置されてから、1945（昭和20）年8月に終戦を迎えるまでである。この時期は、戦時体制下における児童行政の発展期である。まずは、厚生省設置時の局組織を確認しておこう。

表5-9に整理したように、厚生省設置時の局編成は「体力局」「衛生局」「予防局」「社会局」「労働局」の5局である。その他、「大臣官房」と「臨時軍事援護部」が設置され、さらに外局には「保険院」が設立された。

児童行政は、「体力局」と「社会局」がそれぞれ所掌していた。「体力局」は「妊産婦、乳幼児及児童の衛生に関する事項」を、「社会局」は「母子及児童の保護に関する事項」を担当した。これは内務省衛生局と内務省社会局によって、児童行政が「衛生」と「民生」の2系統に分立してきたことを引き継いだことによる。ただし、「衛生」系統が、「衛生局」ではなく、「体力局」が所掌したことは注目に値する。「体力局」とは、1940（昭和15）年の東京オリンピック（中止）に向けて編成された局であり、その所掌事項に「体力向上」「体育運動」「体力調査」の語が並んでいることから、そのことをうかがうことができる。次に「分課規程」に移ろう（表5-10）。

表5-9 厚生省設置時の局組織

局	部局の所管事項 厚生省官制（昭和13年勅令第7号）	課
<u>体力局</u>	一 体力向上の企画に関する事項 二 体力向上の施設に関する事項 三 体力調査に関する事項 四 体育運動に関する事項 五 <u>妊産婦、乳幼児及児童の衛生に関する事項</u>	企画課 体育課 施設課
衛生局	一 衣食住の衛生に関する事項 二 衛生指導に関する事項 三 医事及薬事に関する事項 四 その他国民保健に関する事項にして他の主管に属せざるもの	保健課 指導課 医務課
予防局	一 伝染病、地方病その他の疾病の予防に関する事項 二 検疫に関する事項 三 精神病に関する事項 四 民族衛生に関する事項	優生課 予防課 防疫課
<u>社会局</u>	一 社会福利施設に関する事項 二 救護及救療に関する事項 三 軍事扶助に関する事項 四 <u>母子及児童の保護に関する事項</u> 五 その他社会事業に関する事項 六 職業の紹介その他労務の需給に関する事項	保護課 福利課 児童課 職業課
労働局	一 労働条件に関する事項 二 工場及鉱山に於ける労働衛生に関する事項 三 国際労働事務に関する統括事項 四 その他労働に関する事項	労政課 労務課 監督課

出所：厚生省官制（昭和13年勅令第7号）をもとに筆者作成。下線は筆者。「大臣官房」「臨時軍事援護部」と外局の「保険院」は割愛した。

第5章 厚生省児童局の分析

表 5-10 厚生省設置以降の児童行政関連組織の分課規程（衛生と民生） 第3期 第4期

	衛生 小児保健、乳幼児衛生、栄養	民生 児童保護、母子保護
1938 (昭和13) 1月11日	厚生省体力局企画課 一 体力向上の企画に関する事項 一 体力調査に関する事項 一 公衆衛生の企画調査に関する事項 一 <u>妊産婦及乳幼児の衛生に関する事項</u> 一 保健所に関する事項 一 国立公園その他公園に関する事項 一 衛生技術員の教養に関する事項 一 衛生統計に関する事項 一 他課の主管に属せざる事項	厚生省社会局 <u>児童課</u> 一 母子保護に関する事項 一 少年教護に関する事項 一 児童虐待防止に関する事項 一 その他母性及児童の保護に関する事項
1941 (昭和16) 8月1日	厚生省人口局母子課に「衛生」「民生」とともに児童行政が統合される。 総務課 一 人口の涵養及国民の保健の企画に関する事項 一 民族優生に関する事項 一 保健指導施設の総括調整に関する事項 一 保健所及保健婦に関する事項 一 人口問題研究所及厚生科学研究所に関する事項 一 他の主管に属せざる人口の涵養及国民の保健に関する事項 管理課 一 国民体力法の総括施行に関する事項 一 国民体力の調査及統計に関する事項 母子課 一 <u>妊産婦及乳幼児の保護に関する事項</u> 一 <u>保育施設に関する事項</u> 一 <u>母子保護法の施行に関する事項</u> 一 <u>虚弱児及異常児の保護に関する事項</u> 一 <u>結婚及出産の奨励に関する事項</u> 一 <u>他の所管に属せざる母性及児童の保護指導に関する事項</u> 体錬課 一 体育運動の調査研究及普及奨励に関する事項 一 体育運動指導者の教養に関する事項 一 体育運動団体に関する事項 一 運動場その他体力向上の施設に関する事項 一 体力錬成に関する事項 一 その他体育訓練に関する事項 ※参考 生活局 生活課（略） 住宅課（略） 保護課（略） 一 救済及び救療に関する事項 一 罹災救助に関する事項 一 社会事業の助成に関する事項 一 方面委員に関する事項 一 恩賜財団済生会に関する事項 一 他課の主管に属せざる社会事業に関する事項	

第5章 厚生省児童局の分析

<p>1943 (昭和 18) 11 月 1 日</p>	<p>厚生省健民局母子課に組織変更。</p> <p>涵養課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 人口の涵養及国民の保健の企画に関する事項 二 健民指導体制の整備確立に関する事項 三 保健指導施設の総括調整に関する事項 四 保健所及保健婦に関する事項 五 国民体力管理に関する事項 六 他の主管に属せざる人口の涵養及国民の保健に関する事項 <p>指導課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 健民生活の指導に関する事項 二 栄養に関する事項 三 救護、救療その他社会事業に関する事項 四 戦時災害保護及罹災救助に関する事項 五 方面委員に関する事項 六 社会福利施設に関する事項 七 国民共同勤労施設に関する事項 八 地方改善に関する事項 九 協和事業に関する事項 十 他の主管に属せざる国民生活の保護指導に関する事項 <p>修練課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 健民修練の企画に関する事項 二 健民修練の実施に関する事項 三 修練施設に関する事項 四 国民厚生運動に関する事項 五 体力検査後の措置に関する事項但し療養指導及療養措置命令に関するものを除く <p>母子課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>妊産婦及乳幼児の保健指導に関する事項</u> 二 <u>保育施設に関する事項</u> 三 <u>結婚及出産の奨励に関する事項</u> 四 <u>民族優生に関する事項</u> 五 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u> <p>鍛錬課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 国民鍛錬の企画に関する事項 二 武道及体育運動の調査研究並に普及奨励に関する事項 三 武道及体育運動指導者の教養に関する事項 四 武道及体育運動団体に関する事項 五 武道場、鍛錬広場その他鍛錬施設に関する事項 六 その他体育訓練に関する事項
<p>1943 (昭和 19) 8 月 2 日</p>	<p>厚生省健民局母子課にて児童行政を所掌。</p> <p>健民課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 人口の涵養及国民の保健の総合計画書及統計一般に関する事項 二 保健所及保健婦に関する事項 三 国民衣食生活の指導に関する事項 四 非常食及特殊食料に関する事項 五 協和事業に関する事項 六 他の主管に属せざる人口の調査、国民の保健並に健民生活の指導に関する事項 <p>修練課</p>

第5章 厚生省児童局の分析

	<ul style="list-style-type: none"> 一 健民修練に関する事項 二 修練施設に関する事項 三 体力検査後の措置に関する事項但し療養指導及療養措置命令に関するものを除く <p>体力課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 国民体力法実施の総括に関する事項 二 体力検査に関する事項 三 武道の新興及体育訓練の普及事業に関する事項 四 錬成場その他訓練施設に関する事項 <p>母子課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>妊産婦及乳幼児の保健及保護に関する事項</u> 二 <u>妊産婦及乳幼児の栄養確保に関する事項</u> 三 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u> 四 <u>結婚及出産の奨励並に民族優生に関する事項</u> 五 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u> <p>戦時援護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 避難者等の援護に関する事項 二 救護及救療並に罹災救助に関する事項 三 方面委員に関する事項 四 同和事業に関する事項 五 国民共同勤労施設に関する事項 六 他の主管に属せざる国民生活の保護に関する事項
1943 (昭和 19) 9 月 26 日	<p>厚生省健民局母子課にて児童行政を所掌。</p> <p>体力課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 国民の保健及健民思想に関する総合計画及統計一般に関する事項 二 国民体力法の総括に関する事項 三 体力検査に関する事項 四 体力検査後の措置に関する事項但し療養指導及療養措置命令に関するものを除く 五 健民修練に関する事項 六 武道の振興及体育訓練の普及奨励に関する事項 七 錬成場その他訓練施設に関する事項 八 他の主管に属せざる国民の保健に関する事項 <p>健民課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 保健所及保健婦に関する事項 二 国民衣食生活の指導に関する事項 三 非常食及特殊食料に関する事項 四 他の主管に属せざる保健指導並に健民生活の指導に関する事項 <p>母子課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>妊産婦及乳幼児の保健及保護に関する事項</u> 二 <u>妊産婦及乳幼児の栄養確保に関する事項</u> 三 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u> 四 <u>人口の調査、結婚及出産の奨励並に民族優生に関する事項</u> 五 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u> <p>戦時援護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 避難者等の援護に関する事項 二 救護及救療並に罹災救助に関する事項 三 方面委員に関する事項 四 同和事業に関する事項 五 国民共同勤労施設に関する事項

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>六 他の主管に属せざる国民生活の保護に関する事項</p> <p>民生課</p> <p>一 内地在住外地同胞の保護及指導に関する事項</p> <p>二 協和思想の昂揚に関する事項</p> <p>三 協和団体に関する事項</p> <p>四 その他協和事業に関する事項</p>
<p>1945 (昭和 20) 5 月 25 日</p>	<p>厚生省健民局健民課にて児童行政を所掌（母子課消滅し健民課に統合される）。</p> <p>体力課</p> <p>一 国民の保健及健民生活に関する総合計画書及統計一般に関する事項</p> <p>二 人口の涵養、結婚及出産の奨励並に民族優生に関する事項</p> <p>三 国民体力法の施行に関する事項但し体力検査後の措置に関する事項但し療養指導及療養措置命令に関するものを除く</p> <p>四 健民修練に関する事項</p> <p>五 武道及体育訓練に関する事項</p> <p>六 錬成成場その他訓練施設に関する事項</p> <p>七 他の主管に属せざる国民の保健に関する事項</p> <p>健民課</p> <p>一 国民衣食生活の指導に関する事項</p> <p>二 栄養に関する事項</p> <p>三 保健所及保健婦に関する事項</p> <p>四 妊産婦及乳幼児の保健及栄養確保に関する事項</p> <p>五 保育施設及母子愛育施設に関する事項</p> <p>六 その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</p> <p>七 他の主管に属せざる保健指導及健民生活の指導に関する事項</p> <p>戦時援護課</p> <p>一 避難者等の援護に関する事項</p> <p>二 救護及救療並に罹災救助に関する事項</p> <p>三 方面委員に関する事項</p> <p>四 同和事業に関する事項</p> <p>五 国民共同勤労施設に関する事項</p> <p>六 他の主管に属せざる国民生活の保護に関する事項</p> <p>民生課</p> <p>一 内地在住外地同胞の保護及指導に関する事項</p> <p>二 協和思想の昂揚に関する事項</p> <p>三 協和団体に関する事項</p> <p>四 その他協和事業に関する事項</p>
<p>1945 (昭和 20) 8 月 23 日</p>	<p>厚生省健民局健民課にて児童行政は実施（戦時援護課を保護課に）。</p> <p>体力課</p> <p>一 国民の保健及健民生活に関する総合計画書及統計一般に関する事項</p> <p>二 人口の涵養、結婚及出産の奨励並に民族優生に関する事項</p> <p>三 国民体力法の施行に関する事項但し体力検査後の措置に関する事項但し療養指導及療養措置命令に関するものを除く</p> <p>四 健民修練に関する事項</p> <p>五 武道及体育訓練に関する事項</p> <p>六 錬成成場その他訓練施設に関する事項</p> <p>七 他の主管に属せざる国民の保健に関する事項</p>

第5章 厚生省児童局の分析

	<p><u>健民課</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 一 国民衣食生活の指導に関する事項 二 栄養に関する事項 三 保健所及保健婦に関する事項 四 <u>妊産婦及乳幼児の保健及栄養確保に関する事項</u> 五 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u> 六 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u> 七 他の主管に属せざる保健指導及健民生活の指導に関する事項 <p>保護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 方面委員に関する事項 二 同和事業に関する事項 三 国民共同勤労施設に関する事項 四 他の主管に属せざる国民生活の保護に関する事項 <p>民生課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 内地在住外地同胞の保護及指導に関する事項 二 協和思想の昂揚に関する事項 三 協和団体に関する事項 四 その他協和事業に関する事項
<p>1945 (昭和20) 10月27日</p>	<p>健民局母子課復活、社会局も復活。県民局母子課で児童行政を所掌。</p> <p><u>企画課</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 一 人口の涵養の企画に関する事項 二 国民優生法の施行その他民族衛生に関する事項 三 健民生活の指導に関する事項 四 国立公園その他公園に関する事項 五 他の主管に属せざる人口の涵養及体力の向上に関する事項 <p><u>母子課</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 一 <u>妊産婦及乳幼児の保健及保護に関する事項</u> 二 <u>妊産婦及乳幼児の栄養確保に関する事項</u> 三 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u> 四 <u>結婚及出産の奨励に関する事項</u> 五 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u> <p>体錬課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 体育の普及奨励に関する事項 二 体育運動団体に関する事項 三 体育施設に関する事項 四 その他体育に関する事項 <p>※ 参考 社会局</p> <p>保護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 救済及救療並に罹災救助に関する事項 二 戦災援護に関する事項 三 方面委員に関する事項 四 他課の主管に属せざる社会事業に関する事項 <p>福利課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 同和事業に関する事項 二 興生事業に関する事項 三 公益質屋に関する事項

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>四 社会福利施設に関する事項</p> <p>住宅課</p> <p>一 住宅に関する事項</p> <p>二 住宅営団に関する事項</p>
<p>1946 (昭和 21) 2 月 1 日</p>	<p>健民局鍛錬課は文部省へ移管。母子課は引き続き児童行政を所掌。</p> <p>企画課</p> <p>一 人口の涵養の企画に関する事項</p> <p>二 国民優生法の施行その他民族衛生に関する事項</p> <p>三 健民生活の指導に関する事項</p> <p>四 国立公園その他公園に関する事項</p> <p>五 他の主管に属せざる人口の涵養及体力の向上に関する事項</p> <p>母子課</p> <p>一 <u>妊産婦及乳幼児の保健及保護に関する事項</u></p> <p>二 <u>妊産婦及乳幼児の栄養確保に関する事項</u></p> <p>三 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u></p> <p>四 <u>結婚及出産の奨励に関する事項</u></p> <p>五 <u>その他母性、乳幼児及児童の保護指導に関する事項</u></p>
<p>1946 (昭和 21) 2 月 8 日</p>	<p>衛生局保健課で、児童行政を「衛生」「民生」とともに統合して所掌。</p> <p>医務課</p> <p>一 医師、歯科医師その他医療機関関係者に関する事項</p> <p>二 国民医療法の施行に関する事項</p> <p>三 他の主管に属せざる国民の保健衛生に関する事項</p> <p>薬務課</p> <p>一 薬事法の施行に関する事項</p> <p>二 医薬品、医薬部外品、医療機関器具その他衛生資材に関する事項</p> <p>三 製薬監理官事務所に関する事項</p> <p>四 薬用植物の栽培及採取に関する事項</p> <p>五 阿片、毒物及劇物に関する事項</p> <p>六 その他薬事に関する事項</p> <p>保健課</p> <p>一 保健所及び保健婦に関する事項</p> <p>二 栄養に関する事項</p> <p>三 <u>妊産婦及乳幼児の保健に関する事項</u></p> <p>四 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u></p> <p>五 飲食物の衛生に関する事項</p> <p>六 清掃衛生及多衆集合する場所の衛生に関する事項</p> <p>七 水道及下水道に関する事項</p> <p>八 屠場及屠畜に関する事項</p> <p>九 国立公園その他公園に関する事項</p> <p>十 <u>他の主管に属せざる人口の涵養及母性、乳幼児並に児童の保健に関する事項</u></p> <p>社会局 1945 (昭和 20) 年 10 月 27 日の分課規程と同様。なお児童行政に関わる業務は見当たらない。</p> <p>※再掲</p> <p>保護課</p> <p>一 救済及救療並に罹災救助に関する事項</p> <p>二 戦災援護に関する事項</p> <p>三 方面委員に関する事項</p> <p>四 他課の主管に属せざる社会事業に関する事項</p>

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>予防課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 結核に関する事項 二 癩に関する事項 三 トラホームに関する事項 四 寄生虫病、原虫病及地方病に関する事項 五 近視及齲歯に関する事項 六 癌その他慢性病に関する事項 七 精神衛生に関する事項 八 国民優生法の施行に関する事項 九 国民体力法の施行に関する事項 十 勤労衛生に関する事項 	
1946 (昭和 21) 3 月 13 日	<p>引き続き、医務局保健課にて児童行政を所掌。</p>	<p>社会局に援護課（後に児童行政を所掌。子の時点ではまだ所掌していない。）</p> <p>保護課（再掲）</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 救済及救療並に罹災救助に関する事項 二 戦災援護に関する事項 三 方面委員に関する事項 四 他の主管に属せざる国民生活の保護及社会事業に関する事項 <p>援護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 引揚者の保護指導に関する事項 二 傷痍者等の保護指導に関する事項 三 他の主管に属せざる国民生活の指導に関する事項
1946 (昭和 21) 4 月 2 日	<p>引き続き、医務局保健課にて児童行政を所掌する一方で、一部業務は、社会局援護課で所掌。</p>	<p>社会局援護課に、児童行政の一部業務が列記される。</p> <p>援護課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 母子及児童の保護に関する事項 二 保育隣保に関する事項 三 傷病者等の保護指導に関する事項 四 他の主管に属せざる国民生活の指導に関する事項
1946 (昭和 21) 7 月 3 日	<p>同上 変更なし</p>	<p>社会局に庶務課（総合企画部門）が設置。</p> <p>庶務課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 社会事業に関する総合企画に関する事項 二 社会事業に関する調査統計に関する事項 三 方面委員に関する事項 四 社会事業関係職員の教育課程に関する事項 五 他の主管に属せざる社会事業に関する事項
1946 (昭和 21) 11 月 5 日	<p>衛生部局の大改正が行われる。児童行政は公衆衛生局栄養課の所掌業務となる。</p>	<p>同上 変更なし</p>

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>公衆保健局</p> <p>調査課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 国民の健康増進に関する企画に関する事項 二 衛生に関する調査及統計に関する事項 三 国立公園その他公園休養地に関する事項 四 公衆衛生院に関する事項 五 他の主管に属せざる人口の涵養に関する事項 <p>保健課</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 保健所及保健婦に関する事項 二 衛生知識の普及向上に関する事項 三 国民体力法の施行に関する事項 四 優生に関する事項 五 他の主管に属せざる国民の保健衛生に関する事項 <p><u>栄養課</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 一 栄養に関する事項 二 飲食物の衛生に関する事項 三 屠場及屠畜に関する事項 四 <u>妊産婦乳幼児の保健に関する事項</u> 五 <u>虚弱児童及不具児童の保健に関する事項</u> 六 <u>未就学児童の衛生に関する事項</u> <p>医務局（略）</p> <p>医務課 薬務課 製薬課 病院課 療養課</p> <p>予防局（略）</p> <p>予防課 防疫課 検疫課</p>	
<p>1947 （昭和22） 3月19日</p>	<p>児童局設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 企画課（略） 養護課（略） 母子衛生課（略） 	

出所：厚生省分課規程中改正を基に筆者作成。下線は筆者。

1938（昭和13）年1月に厚生省が設置された当初、児童行政における「衛生」領域は、「体力局企画課」が「妊産婦及乳幼児の衛生に関する事項」を所掌した。一方「民生」領域は、「社会局児童課」が所掌した。「社会局児童課」は、その名称のとおり、「児童」を付したわが国初の行政組織（「課」）である。

第5章 厚生省児童局の分析

このような従来の「衛生」「民生」2系統の児童行政が、一元化されるのは、戦時体制が濃厚となっていく、開戦前夜の1941（昭和16）年8月である。この年厚生省に「人口局」が新たに設置され、「体力局企画課」と「社会局児童課」が所掌していた児童行政は、「人口局」に統合された。従って「社会局児童課」は、厚生省設置から3年余りで発展解消したことになる。

「人口局総務課」の所掌事務に、「人口の涵養及国民の保健の企画に関する事項」や「民族優生に関する事項」とあるように、「人口局」とは総力戦下における人口政策を進めた行政組織である。このような人口政策推進の枠組みにおいて、児童行政における「衛生」と「民生」の両部門が統合・一元化されたことは、特筆すべき点である。そしてこのような児童行政の一元的体制は、終戦まで続いていくのである。

児童行政はまず「人口局母子課」の下に統合・一元化された。「人口局母子課」の所掌業務は次の6点であった。

- ①妊産婦及乳幼児の保護に関する事項
- ②保育施設に関する事項
- ③母子保護法の施行に関する事項
- ④虚弱児及異常児の保護に関する事項
- ⑤結婚及出産の奨励に関する事項
- ⑥他の所管に属せざる母性及児童の保護指導に関する事項

「人口局母子課」の所掌業務に、⑥「異常児の保護に関する事項」の一句がある。これはわが国で初めて異常児（障害児）が独自の政策対象として、国家に承認された画期的な出来事であったといえる。このことは、わが国の障害児政策が、戦時体制強化の下での「人口政策」の枠組みで展開したことを意味する。わが国の障害児者政策が「人口政策」との関係性において、国家的施策として明確に政策対象とされたことは、戦後の障害児者政策を分析する上でも、極めて重要な視点である。

「人口局」は、1943（昭和18）年11月に「健民局」に再編された。この組織再編は、本土決戦も視野に入ってきた戦局の硬直状況が背景にあった（いわゆる絶対国防圏の設定）。厚生省だけではなく、国家行政組織全体の再編が行われた時期である。人口政策は「健民政策」と呼称を変え、児童行政は「健民局母子課」が引き継いだ。

「健民局母子課」で進められた児童行政は、すでに敗戦が濃厚となった1945（昭和20）年5月の組織再編（いわゆる行政組織の整理・縮小化）において、「母子課」自体が消滅することになり、新たに「健民課」が業務を継承した。ここに行政組織の名称から「母子」は消え、この縮小体制のまま、8月15日の終戦を迎えたのである。

わが国の児童行政組織の変遷 第4期

第4期は、終戦以後、児童局が設置される1947（昭和22）年3月までの期間である。第4期の特徴は、児童行政が再び「衛生」と「民生」の2系統に分立していくことにある。この分立の過程には、各課間の攻防をうかがえる。そして「社会局援護課」が、新たな「児童局」の設置構想をGHQとの調整の下に進めていくのであった。

まず終戦直後の1945（昭和20）8月23日に、厚生省の「分課規程」は改正された。こ

の改正は、戦争終結に伴い、戦時体制を解くための改正であったといえる。ただし、従来の「健民政策」の枠組が大きく変更したわけではなく、「健民局」の各課についても、「戦時援護課」が「保護課」に変わったのみで（戦時ではなくなったためであろう）、各課の所掌業務も戦前と変わっていない。

その後、同年10月に「健民局」に「母子課」が復活して、「母子課」が従来の児童行政を所管した。なお、「社会局」も同時期に復活するが、この時点で「社会局」は、まだ児童行政を所管しておらず、「健民局」が戦前と同様に児童行政を「衛生」「民生」部門ともに所掌していたのである。

1946（昭和21）2月1日に、「健民局」の「鍛錬課」が消滅した。これは、厚生省設置時に文部省の体育行政を吸収した厚生省から、当該行政領域が再び文部省に移管されたことによる。そして同年2月8日に、児童行政は、再び「衛生」と「民生」の2系統に回帰していく。ただし、2月8日の時点で、「分課規程」の記載だけでは、明確な「衛生」と「民生」の分課はみられない。むしろ児童行政全般は「衛生局保健課」の所掌となったと解することもできると思われる。「衛生局保健課」の所掌事務に、「妊産婦及乳幼児の保健に関する事項」「保育施設及母子愛育施設に関する事項」「他の主管に属せざる人口の涵養及母性、乳幼児並に児童の保健に関する事項」がある。この所掌事務にあるように、本来「民生」部門の領域であった「保育施設及母子愛育施設」が、「衛生」領域に属したことが注目され、この点からも1946（昭和21）年2月の時点では、「衛生」部門が児童行政全般を所掌したといっていよいだろう。

一方、「社会局」の「保護課」の所掌業務には、次の4点が記載されている。「救済及救療並に罹災救助に関する事項」「戦災援護に関する事項」「方面委員に関する事項」「他課の主管に属せざる社会事業に関する事項」。この「他課の主管に属せざる社会事業」の中に、児童行政の一部が含まれていたとも解せられるが、みてきたように「保育施設」が明確に「衛生局保健課」の所掌とされていたことを鑑みると、おそらく児童行政の所掌範囲をめぐって、「衛生局」と「社会局」間で攻防が行われたであろうことは想像される。というのも、それから2ヶ月後の同年4月には、「社会局援護課」が、その所掌業務に「母子及児童の保護に関する事項」「保育隣保に関する事項」を明記し、児童行政の内、「民生」領域を取り戻した様子がみてとれるからである。この「社会局援護課」が、先述したとおり、児童局の設置構想を進めていくのである。

1946（昭和21）年7月3日には、「社会局」に「庶務課」が設置された。「庶務課」は局の総合調整組織であり、それは課の筆頭業務に「社会事業に関する総合企画に関する事項」が記載されていることにみてとれる。すなわち、児童局の設置構想の作成作業が、いよいよ本格化していったことが、この新課の設置にうかがえる。

「社会局庶務課」において、児童局構想が検討されていく過程で、「衛生」領域の組織の大改革が行われた。同年11月に厚生省内に「公衆保健局」「医務局」「予防局」の3局が誕生し、従来「衛生局保健課」が所掌していた児童行政関連業務は、新たに「医務局栄養課」が担当した。「医務局栄養課」の所掌事務は、次の6点である。「栄養に関する事項」「飲食物の衛生に関する事項」「屠場及屠畜に関する事項」「妊産婦乳幼児の保健に関する事項」「虚弱児童及不具児童の保健に関する事項」「未就学児童の衛生に関する事項」。このように「栄養課」の所掌事務は、その「栄養」という名称にかかわらず、「児童行政」や「飲食物衛生」

「屠場・屠畜管理」を含んだ広範なものであった。この「栄養課」の所掌業務で注目に値するのは、「不具児童の保健」である。「不具児童」とは「身体障害児」を指す用語であり、ここに、翌年の児童局設置時に「児童局母子衛生課」が「身体障害児」を担当していく緒があったといえる。

以上みてきたように、児童局設置直前の児童行政は、「医務局栄養課」と「社会局援護課」が2系統の行政組織体制でもって、所掌していたことになる。そして、1947（昭和22）3月19日の「児童局」設置によって、再び児童行政における「衛生」と「民生」は、「児童局」の下に統合されていくのである。

<小括> 戦前の児童行政組織の変遷、そして戦後への示唆

以上、「分課規程」の変遷に基づいて、明治期以降の児童行政組織の推移を分析した。この分析によれば、わが国における児童行政組織は、「衛生」と「民生」の2系統の分立とその統合を繰り返してきたことをまず確認できた。すなわち、内務省衛生局と内務省社会局による児童行政の2系統の分立、厚生省の設置による両局の合併を経て、戦時体制期における人口政策・健民政策の下での児童行政の統合・一元化、戦後における再び「衛生」「民生」への分化、そして児童局の設置による再統合である。

ここで再度指摘しておきたいことは、児童政策において「衛生」と「民生」の領域が、「課」のレベルまで統合・一元化されたのは、1941（昭和16）年の「人口局母子課」の設置から始まる、戦時体制下の「人口政策」「健民政策」の枠組みにおいてであった。さらに、「異常児の保護」が「人口局母子課」の所掌業務に明記された点も特筆すべきことである。それは当課が1943（昭和18）年に「健民局母子課」に再編されるまでの2年間という短期間であったにせよ、障害児政策が国家の一政策として明確に位置づけられ、それが「人口政策」との脈絡で開始されたことは、わが国の障害福祉政策を考察する上で、極めて重要な視点となる。

話を先取りして言えば、この1941（昭和16）年の「人口局母子課」と1961（昭和36）年の「児童局」各課の所掌業務には類似性がある。1961（昭和36）年とは、児童局の予算の推移でみたように、いわゆる浮浪児対策等の戦後処理を終えた年であり、児童行政の転換点であった。重症心身障害児者政策においては、「島田療育園」が開園し、重症心身障害児の収容を研究事業として開始した年でもある。このような厚生行政においてエポックメイキングな年と、それより遡るちょうど20年前の戦時体制下の人口政策が本格的に始動した年における、児童行政の所掌業務を比較したのが、表5-11である。

ここでとりわけ注目されるのは、「人口局母子課」の「結婚及出産の奨励に関する事項」と「母子衛生課」の「家族計画に関すること」という業務である。「母子衛生課」が「家族計画に関すること」を所掌業務に加えたのは、1959（昭和34）年であった（厚生省組織令の一部を改正する政令（政令第129号昭和34年4月16日公布施行））。この時期は、前章で述べたように「人口資質の向上と社会開発」が高らかに宣言された時期であった。

わが国において、障害児者政策は、人口政策との強い関係性を有しながら、政策対象化され展開されてきたことを、ここから理解することができるのである。そしてこのような政策の考え方は、戦前戦後断絶することなく、連続性があることも注目されるのである。

第5章 厚生省児童局の分析

表 5-11 児童行政の所掌業務の比較 1941（昭和16）年と1961（昭和36）年

人口局母子課 所掌業務 1941 年（昭和16）年	児童局（4課） 所掌業務 1961（昭和36）年
母子課 一 妊産婦及乳幼児の保護に関する事項 一 保育施設に関する事項 一 母子保護法の施行に関する事項 一 <u>虚弱児及異常児の保護に関する事項</u> 一 <u>結婚及出産の奨励に関する事項</u> 一 他の所管に属せざる母性及児童の保護指導に関する事項	【企画課】 1 児童及び母性の福祉に関する総合企画を行うこと。 2 児童福祉法の施行に関して総括すること。 3 児童保護措置費の監査に関すること 4 児童福祉思想の普及及び向上を図ること。 5 児童相談所の設備及び運営に関する指導監督及び助成を行うこと。 6 児童相談所の所長及び所員、児童福祉司その他児童福祉事業関係職員の指導及び養成訓練を行うこと。 7 児童委員の指導に関すること。 8 児童福祉に関する事業を行うことを主たる目的とする社会福祉法人その他の法人に関する認可、許可及び指導監督を行うこと。 9 児童、妊産婦等に関する調査を行うこと。 10 中央児童福祉審議会に関すること。 11 前各号に掲げるものの外、局の事務で他課の主管に属しないもの。 【養護課】 1 <u>精神薄弱児、盲児、ろうあ児、不良行為をなし又はなす虞れのある児童等の保護に関すること。</u> 2 児童厚生施設、養護施設、精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、盲児施設、ろうあ児施設、教護院及びこれらの職員を養成する施設の設備及び運営に関する指導監督及び助成を行うこと。 3 児童厚生施設、養護施設、精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、盲児施設、ろうあ児施設及び教護院の職員の指導及び養成訓練を行うこと。 4 児童の不良化の防止に関すること。 5 里親及び保護受託者の指導監督を行うこと。 6 児童の虐待の防止に関すること。 7 児童の生活指導及び児童文化の向上に関すること 8 児童の育成に関し、家庭の指導を行うこと 9 児童、妊産婦等の福祉に必要な物資のあつ旋に関すること。 10 国立教護院及びこれに附置された教護事業職員養成所に関すること。 11 <u>国立精神薄弱児施設に関すること</u> 【保育課】 1 母子福祉資金貸付等に関する法律の施行その他母子の福祉の向上に関すること。 2 乳児、幼児等の保育に関すること。 3 保育所、母子寮及びこれらの職員の養成施設の設備及び運営に関する指導監督及び助成を行うこと。 4 保育所及び、母子寮の職員の指導及び養成訓練を行うこと。 5 保母の養成機関及び保母試験に関すること。

	<p>【母子衛生課】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 妊産婦、乳児及び幼児の保健指導に関すること。 2 妊産婦、乳児及び幼児に特殊な疾病の予防及び栄養の改善に関すること。 3 <u>家族計画に関すること</u> 4 未熟児の養育に関すること 5 虚弱児の健康の向上に関すること。 6 <u>身体障害児の療育に関すること。</u> 7 骨関節結核児童の療育に関すること 8 助産施設、乳児院、虚弱児施設、<u>肢体不自由児施設</u>及びこれらの職員の養成施設の設備及び運営に関する指導監督及び助成を行うこと。 9 助産施設、乳児院、虚弱児施設及び<u>肢体不自由児施設</u>の職員の指導及び養成訓練を行うこと。 10 流早死産の予防及び調査に関すること。
--	---

出所：厚生省分課規程中改正を基に筆者作成。下線は筆者。

4. 知的障害児と身体障害児（肢体不自由児）に関わる行政組織の分離 ー身体障害への「衛生」の関与ー

問題の設定

児童局は1947（昭和22）年3月19日に発足した。従って、その設置構想は予算編成作業を考慮すれば、1946（昭和21）年度の早い段階で、その作成作業が開始したとみるのが自然であろう。これを先の表5-10で整理した「分課規程」の変遷で振り返るなら、1946（昭和21）年4月2日という年度始早々に、「社会局援護課」に「母子及児童の保護に関する事項」が所掌業務に付加されたことに現れているといえる。また同年7月3日には「社会局庶務課」が設置され、総合企画を担う組織が社会局内に設置されたことはみてきたとおりである。この「分課規程」の改正をみると、社会局が次年度に「児童局」を新たに設置するための作業に取りかかっていたことを裏付けていることがわかる。そして同年11月13日には、「厚生省に児童局を設けることについて」との内部資料も作成され、ここに児童局設置に関わる構想が明確化されたのである（厚生省社会局1946）。この「厚生省に児童局を設けることについて」の内容については、後に詳細に検討する。

このように1946（昭和21）年度中に、児童局の設置構想が社会局において検討されたわけであるが、ここで問いを設定したいと思う。戦後の障害児行政において、「肢体不自由」は「母子衛生課」が、「知的障害」は「育成課」が、それぞれ担当してきたことは、前に述べた。それでは、なぜ障害児行政が障害種別によって、「衛生」と「民生」に対象が振り分けられたのであろうか。結論を先に述べれば、このような障害児行政の対象の分離の方向性は、児童局が発足する直前の1947（昭和22）年の1月以降に急遽着手されたのであった。それに影響を与えたのは、東京帝国大学医学部の整形外科教授であり、「日本の肢体不自由児対策の父」と称される高木憲次であったと推察されるのである。

ここで再び児童局設置構想作成時の「分課規程」をみってみる（表5-12）。1947（昭和22）年3月の児童局発足当初の「母子衛生課」の所掌業務をみると、その前身は「公衆衛生局栄養課」の業務を引き継いだようにみえる。1946（昭和21）年11月5日に、「公衆衛生局栄養課」が設置された際の「分課規程」に、「不具児童の保健」の文言がみられるが、これは「身体障害児（肢体不自由児）」を意味している。この「不具児童の保健」の文言は、そのまま「児童局母子衛生課」の所掌業務に引き継がれている。なお「不具児童」の文言は、児童局発足後の同年12月に、児童福祉法が成立した後の「分課規程」改正によって、「身体不自由児」に置き換えられている。おそらくこの用語の差別的な面に配慮した結果の改正であったと思われる。

表5-12の「分課規程」の整理を見る限りでは、児童行政の「衛生」領域については、「公衆衛生局栄養課」から「児童局母子衛生課」に、そのまま移管したように思われる。しかしながら、これは結果的にそのようになったのであり、児童局設置構想において障害児行政は、「身体障害」を「衛生」に、「知的障害」を「民生」に、といった仕分けはなされておらず、一元化されていたのである。それでは、なぜこの一元化が挫折し、障害種別によって「衛生」「民生」に分課する2系統に変更されたのであろうか。

第5章 厚生省児童局の分析

表 5-12 児童局設置構想作成時 1946（昭和 21）年度における児童行政の所掌分担

	「衛生」領域	「民生」領域
1946 （昭和 21） 2 月 8 日	衛生局保健課において児童行政全般を所管。 保健課 一 保健所及び保健婦に関する事項 二 栄養に関する事項 三 <u>妊産婦及乳幼児の保健に関する事項</u> 四 <u>保育施設及母子愛育施設に関する事項</u> 五 飲食物の衛生に関する事項 六 清掃衛生及多衆集合する場所の衛生に関する事項 七 水道及下水道に関する事項 八 屠場及屠畜に関する事項 九 国立公園その他公園に関する事項 十 他の主管に属せざる人口の涵養及母性、 <u>乳幼児並に児童の保健に関する事項</u>	社会局における児童行政所掌業務はなし。
1946 （昭和 21） 4 月 2 日	同上 変更なし	社会局援護課において、児童行政の一部を所掌。 援護課 一 <u>母子及児童の保護</u> に関する事項 二 <u>保育隣保に関する事項</u> 三 傷病者等の保護指導に関する事項 四 他の主管に属せざる国民生活の指導に関する事項
1946 （昭和 21） 11 月 5 日	公衆保健局栄養課に児童行政を移管。 一 栄養に関する事項 二 飲食物の衛生に関する事項 三 屠場及屠畜に関する事項 四 <u>妊産婦乳幼児の保健に関する事項</u> 五 <u>虚弱児童及不具児童の保健に関する事項</u> 六 <u>未就学児童の衛生に関する事項</u>	同上 変更なし
1947 （昭和 22） 3 月 19 日	児童局発足（3 課体制）	
	母子衛生課 1 <u>妊産婦及乳幼児の保健に関する事項</u> 2 妊産婦及乳幼児に特殊の栄養に関する事項 3 <u>虚弱児童及不具児童の保健に関する事項</u> 4 <u>未就学児童其の他児童の保健に関する事項</u> 5 流早死産に関する事項	企画課 1 児童に関する総合企画に関する事項 2 児童福祉委員会に関する事項 3 保育施設に関する事項 4 母子保護に関する事項 5 他の主管に属せざる児童福祉に関する事項 養護課 1 孤児等の保護に関する事項 2 浮浪児の保護に関する事項 3 <u>精神薄弱児の保護</u> に関する事項 4 児童虐待防止に関する事項 5 児童の教護に関する事項

出所：厚生省分課規程中改正を基に筆者作成。下線は筆者。

児童局設置構想における児童局の「分課規程」案の変遷

それでは、さっそく社会局において検討された、児童局の設置構想中の局の「分課規程」案をみていこう。

児童局設置に関わる当時の行政資料の収集を進めている寺脇は、表 5-13 に整理したような経過で、児童局の事務分掌案が変化していったとする（寺脇 1996:45-47）。

ここで注目されるのは、歴史的にはⅠ案の「児童婦人局」との名称があるように、「児童局」には、「婦人保護」行政も含んだ局の設置がまず構想されたことである。しかしながらその後すぐにⅡ案の「児童局」に変わり、以後は「児童局」に落ち着き、1947（昭和 22）年に正式な「児童局」の発足に至っている。従って、本稿ではⅡ案以降に焦点を当てる。

それでは、このような事務分掌はどのような経緯で決められていったのであろうか。まず表 5-13 の第Ⅱ案には、「普通児童課」「特殊児童課」「母子保健課」の 3 課体制が示されている。これについて、当時の PHW（GHQ に設置された公衆衛生福祉局 Public Health and Welfare Section）の Daily Journal を調査した岩永によれば、1946（昭和 21）年 11 月 6 日に PHW と厚生省の代表が、児童局の所管事務について話し合い、「普通児童」「特殊児童」「母子衛生」を所掌する 3 課の設置で両者が合意に達したとしている（岩永 2002:6）。

この岩永の研究成果は、表 5-13 における第Ⅱ案の 3 課と対応していることがわかる。従って、児童局設置構想における、児童局の「分課規程」は日本と PHW との検討と調整の中で、作成されたと考えることができると思われる。

それでは、さっそくこの第Ⅱ案、第Ⅲ案、第Ⅳ案における 3 課の「分課規程」案をみていこう。

表 5-13 児童局の「分課規程」（案）の変遷

案	局名	作成時期 ※児童局発足以後は適用日	課の構成
Ⅰ案	児童婦人局	1946（昭和 21）年 10 月 15 日	一般児童課 特殊児童課 母子保護課 母子保健課
Ⅱ案	児童局	1946（昭和 21）年 10～11 月	普通児童課 特殊児童課 母子保健課
Ⅲ案	児童局	1946（昭和 21）年 11 月 13 日	第一課 第二課 第三課
Ⅳ案	児童局	1947（昭和 22）年 1～2 月	普通児童課 特殊児童課 母子衛生課 母性保護課
—	児童局 発足時	1947（昭和 22）年 3 月 19 日～	企画課 養護課 母子衛生課
—	児童局 児童福祉法 公布直後	1947（昭和 22）年 12 月 12 日～	企画課 養護課 保育課 母子衛生課

出所：（寺脇 1996:45-47）を一部加筆して筆者作成。

児童局「分課規程」案にみられる障害児行政組織の一元化 「特殊児童」カテゴリー

社会局において検討された児童局の「分課規程」案は寺脇の整理によれば、以下に整理した3案である(表5-14)(寺脇1996:46-47)。先に、岩永が、児童局の分課規程については、日本側とPHWとの交渉の結果、「普通児童」「特殊児童」「母子衛生」の3分類とすることに決定したことを指摘したことをみた(岩永2002:6)。第Ⅱ案から第Ⅳまでは、課の名称が異なっているが、基本的にこの3分類に沿って、各課の分掌事務案が規定されている。なお第Ⅲ案と第Ⅳ案は、ほぼ同様であって、「母子衛生」については、係のレベルではなく「母子衛生課」と「母性課」の2課に格上げしている点が第Ⅲ案と異なる。

それぞれの所掌業務は興味深いが、ここでは「肢体不自由児」と「精神薄弱児」が「特殊児童」のカテゴリーの下に束ねられていることに注目したい。すなわち児童局の設置構想においては、障害児行政は、障害種別によって担当組織を分課していなかったのである。

表5-14 児童局の分課案

案	第Ⅱ案 1946(昭和21)年秋頃 (※日付は確定していない) 児童局職員事務分掌表(案)	第Ⅲ案 1946(昭和21)年11月13日 「厚生省に児童局を設けることについて」	第Ⅳ案 1947(昭和22)年1~2月 第92回帝国議会予算説明資料 (※日付は確定していない) 「(別紙)児童局事務分掌一覧表」
普通児童	【普通児童課】 1 幼児保護(保育所)に関する事項 2 浮浪児保護に関する事項 3 虚弱児保護に関する事項 4 貧児保護に関する事項 5 孤児、棄児、遺児保護に関する事項 6 虐待児保護に関する事項 7 吃音児保護に関する事項 8 母子寮に関する事項 9 母子の授産内職に関する事項 10 母子の生活相談に関する事項 11 児童遊園、児童図書館、児童劇映画、校外保護、絵本玩具等文化施設に関する事項 12 保姆及び児童保護従事者職員養成に関する事項	【第一課 庶務係】 1 児童保護委員会に関する事項 2 児童補導委員に関する事項 3 児童保護の企画に関する事項 4 児童保護奉仕団及び児童保護機関に関する事項 5 児童保護従事者養成訓練に関する事項 6 他課の主管に属しない児童に関する事項 【第一課 事業係】 1 保育施設に関する事項 2 孤児、棄児、迷児等の保護に関する事項 3 児童虐待防止に関する事項 4 吃音児矯正に関する事項 5 児童文化施設に関する事項 6 母子寮その他母子保護に関する事項	【普通児童課 庶務係】 1 児童福祉委員会に関する事項 2 児童福祉委員に関する事項 3 児童保護の企画に関する事項 4 児童保護奉仕団及び児童保護機関に関する事項 5 児童保護従事者養成訓練に関する事項 6 他課の主管に属しない児童に関する事項 【普通児童課 事業係】 1 保育施設に関する事項 2 孤児、棄児、迷児等の保護に関する事項 3 児童虐待防止に関する事項 4 吃音児矯正に関する事項 5 児童分化施設に関する事項 6 母子寮その他母子保護に関する事項
特殊児童	【特殊児童課】 1 矯正院の予算人事に関する事項 2 矯正院の管理監督指導に関する事項 3 少年教護院の予算人事に関する事項 4 少年教護院の管理監督指導に関する事項 5 院生の入退院に関する事項 6 退院生の補導に関する事項 7 青少年不良防止に関する事項	【第二課 第一係】 1 浮浪児の発見及び一時保護に関する事項 2 浮浪児の鑑別に関する事項 3 浮浪児収容保護施設に関する事項 4 浮浪児委託保護に関する事項 5 浮浪児の更生保護計画に関する事項 【第二課 第二係】 1 少年教護院に関する事項 2 不良児童の院外保護に関する事項	【特殊児童課 第一係】 1 浮浪児の発見及び一時保護に関する事項 2 浮浪児の鑑別に関する事項 3 浮浪児収容保護施設に関する事項 4 浮浪児委託保護に関する事項 5 浮浪児の更生保護計画に関する事項 【特殊児童課 第二係】 1 少年教護院に関する事項

第5章 厚生省児童局の分析

	8 要保護少年の調査研究に関する事項 9 肢体不自由児療護院の管理に関する事項 10 肢体不自由児の調査研究に関する事項 11 精神薄弱児療護院の管理に関する事項 12 精神薄弱児の調査研究に関する事項 13 性格異常児の調査研究に関する事項	3 児童の不良化防止に関する事項 4 退院児童の保護に関する事項 【第二課 第三係】 1 肢体不自由児及び精神薄弱児の収容保護施設に関する事項 2 異常児の職業補導その他の保護に関する事項 3 肢体不自由児及び精神薄弱児の調査研究に関する事項	2 不良児童の院外保護に関する事項 3 児童の不良化防止に関する事項 4 退院児童の保護に関する事項 【特殊児童課 第三係】 1 肢体不自由児及び精神薄弱児の収容保護施設に関する事項 2 異常児の職業補導その他の保護に関する事項 3 肢体不自由児及び精神薄弱児の調査研究に関する事項
母子衛生	【母子保健課】 1 乳幼児の保健指導に関する事項 2 乳児院に関する事項 3 巡回訪問婦に関する事項 4 牛乳及び乳製品に関する事項 5 乳幼児健康相談に関する事項 6 乳幼児必須物資の補給に関する事項 7 乳幼児の体位向上に関する事項 8 乳幼児保護啓発に関する事項 9 妊産婦の保健指導に関する事項 10 妊産婦手帖に関する事項 11 妊産婦保健相談所に関する事項 12 産院巡回産婆に関する事項 13 妊産婦必須物資の補給に関する事項 14 妊産婦保健育児知識の普及に関する事項	【第三課 保健係】 1 児童保護施設における保健指導及び栄養に関する事項 2 乳幼児その他児童の保健に関する事項（学校衛生を除く） 3 虚弱児の保護に関する事項 4 乳児院に関する事項 5 乳幼児必需物資の補給に関する事項 6 乳幼児健康相談所に関する事項 7 乳幼児保護思想の啓発に関する事項 【第三課 母性係】 1 妊産婦の保健及びその他の保護に関する事項 2 産院に関する事項 3 巡回助産婦に関する事項 4 妊産婦必需物資の補給に関する事項 5 母親学級に関する事項 6 妊産婦保護思想の啓発に関する事項	【母子衛生課 保健係】 1 児童保護施設における保健指導及び栄養に関する事項 2 乳幼児その他児童の保健に関する事項（学校衛生を除く） 3 虚弱児の保護に関する事項 4 乳児院に関する事項 5 乳幼児必需物資の補給に関する事項 6 乳幼児健康相談所に関する事項 7 乳幼児保護思想の啓発に関する事項 【母性課 母性係】 1 妊産婦の保健及びその他の保護に関する事項 2 産院に関する事項 3 巡回助産婦に関する事項 4 妊産婦必需物資の補給に関する事項 5 母親学級に関する事項 6 妊産婦保護思想の啓発に関する事項

出所：（寺脇 1996: 45-47）を基に筆者作成。

「特殊カテゴリー」を収容保護する各種施設案

「精神薄弱児療護院計画」「肢体不自由児療護院計画」

このように、「肢体不自由児」も「知的障害児」も「特殊児童」というカテゴリーにおいて、同一の行政組織がその行政を所掌することが、当初の児童局の設置構想であった。この構想は、児童局が設置される 1947（昭和 22）年 3 月の直前まで効力を持っていた。結論的には、分課規程が急変するわけであるが、その理由については、後に検討することにする。ここでは、このような「特殊児童」カテゴリーのための専門施設（児童療護院）である、「精神薄弱児療護院計画」と「肢体不自由児療護院計画」をみておく（表 5-15）。これらの計画は、寺脇によれば昭和 21 年秋頃に策定されたとされる（寺脇 1996:380-385）。

この構想中、「精神薄弱児療護院計画」において「なお、その性質上終身生活を営むことの出来るコロニーのような施設を必要とする」との記述は、注目に値する。敗戦直後の、

第5章 厚生省児童局の分析

しかも児童局を設置構想の段階で、「終生生活」のための「コロニー」の構想が、担当官僚においてプランニングされていたことは、歴史的にみても重要である。とはいえ、この「精神薄弱児療護院計画」において、在院期間は「学齢期より成年期まで」とされており、この点では児童局の行政所掌としての限界はあったといえるだろう。

表 5-15 「精神薄弱児療護院計画」「肢体不自由児療護院計画」

	「精神薄弱児療護院要項案」 1946（昭和 21）年秋頃	「肢体不自由児療護院要項案」 1946（昭和 21）年秋頃
収容児	<p>白痴及痴愚の者（軽度の精神薄弱児は補助学校で取扱う）</p> <p>但し不良行為を伴う者は収容しない。又生活困難者及び収容児の独立可能性について考慮を必要とする。</p> <p><u>なお、その性質上終身生活を営むことの出来るコロニーのような施設を必要とする。</u></p>	<p>【主なる病名】</p> <p>脊髄性小児麻痺 23%</p> <p>骨関節結核 19%</p> <p>脳性小児麻痺 11%</p> <p>空襲による火傷</p> <p>（2 院以上設置の場合は結核性のものを分離するのが望ましい）</p> <p>【入院資格】</p> <p>学齢期以上にて長期の後療法を要するもの 早期治癒可能者及び幼児は収容に適しない。 また生活困難者及び本人の独立可能性（経験上、18・9 歳にて独立なし得）に対する考慮を必要とする。</p>
在院期間	学齢期より成年まで	平均 5,6 年
主要定員	1 ヶ所あたり 100 名	1 ヶ所あたり 100 名
日課		
教育、作業、治療内容	<p>①個性鑑別 心理学医学等種々の方面より個性を判定する（鑑別機関）</p> <p>②学業</p>	<p>①教育 学業、国民学校課程に応ずる（教室）</p> <p>②作業</p>

第5章 厚生省児童局の分析

() 内は 応 ず る 施 設	<p>個性に応じて行う モンデッソリー法 (教室)</p> <p>③職業指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・将来の生計の資たらしむること ・作業を極度に分解する ・農業は多角的なるため最可とする (農場) <p>④医療</p> <p>先天梅毒脳炎性白痴等の原因的治療 (医務)</p> <p>⑤生活訓練</p> <p>寮舎において生活の躰をなす (家庭療保母)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職業指導 ・将来の生計の資とさせる ・坐業例えば旋盤工、仕上工、木工、印刷、縫工等が望ましい <p>③医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期手術 <p>収容の初期又は他の整形外科病院で行われる (整形外科手術室及病室 (40 名))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後療法 <p>学業の休憩時を利用してマッサージ、運動練習、コルセット等の装置をする (マッサージ師、運動場、義肢製作工場)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対職業手術 <p>職業に応ずる腱等の移植手術 (整形外科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対結核その他一般治療 (内科又は小児科医) ・収容生活 <p>家庭的取扱と動作の不自由に対する介補 (家族寮舎、保母)</p>
職員構成	<p>院長</p> <p>教官 5 (心理学者を含む)</p> <p>技官 2 (精神科医 1、内科医 1)</p> <p>事務官 2</p> <p>嘱託 1</p> <p>保母 10</p> <p>事務備 5</p> <p>庶務 2</p> <p>教務 1</p> <p>医療 2</p> <p>作業手 2</p> <p>農業</p>	<p>院長 1</p> <p>教官 5 (寮舎 5 棟の教官)</p> <p>保母 5 (1 名寮舎受持、4 名病室受持)</p> <p>作業手 4 (鉄工、葺工、木工、塗工)</p> <p>技官 4 (整形外科医 2、内科医 1、薬剤師 1)</p> <p>看護婦 8 (手術及び病室附)</p> <p>技工 1 (レントゲン手)</p> <p>技工 2 (装具製作)</p> <p>マッサージ師 2</p> <p>事務官 2</p> <p>事務官雇 5</p> <p>医務 2</p> <p>事務 2</p> <p>教務事務 1</p> <p>運転手 1</p>
土地及建 物及器具	(略)	(略)

出所：(寺脇 1996:380-7) を基に筆者作成。下線は筆者。

児童局設置構想における「精神薄弱児数」と「肢体不自由児数」の推計

児童局の設置構想の作成段階における、「精神薄弱児数」と「肢体不自由児数」の推計史料も残されている（表 5-17、表 5-18）（寺脇 1996:380-7）。まず「精神薄弱児数」についての推計（表 5-17）によると、「要収容保護児童数」として総数 75,033 人と見積もられており、内訳は「白痴者（IQ25 以下）」が 29,558 人、「痴愚者（IQ50 以下）」が 45,475 人である。「白痴（IQ25 以下）」とは現在の「最重度」であり、「痴愚（IQ50 以下）」とは「中度・重度」となる。ここで興味深いのは、「最重度」の知的障害児についても、政策対象に含めていると思われる点である。

表 5-17 精神薄弱児数の推計

「精神薄弱児に関する調（推計）」

1946（昭和 21）年秋頃

要収容保護児童数

白痴者（IQ25 以下）痴愚者（IQ50 以下）

29,558 人 + 45,475 人 =75,033 人

1 精神薄弱児総数

昭和 21 年 4 月現在

5 歳から 18 歳までの児童数 精神薄弱児比率

22,737,519 人 × 2.83% =643,471 人

2 精神薄弱児程度比率及人員

白痴者（IQ25 以下）22,737,519 人×0.13%= 29,558 人

痴愚者（IQ50 以下）22,737,519 人×0.20%= 45,475 人

痴愚者（IQ70 以下）22,737,519 人×2.52%=568,438 人

（註）精神薄弱児数比率

（イ）奥田三郎調査（昭和 10 年）

全国就学児童数 精神薄弱児数 比率

11,024,532 人 白痴 14,300 人 0.13%

11,024,532 人 重痴 22,000 人 0.20%

11,024,532 人 軽痴 275,000 人 2.52%

2.83%

（ロ）大阪市小学校児童（11,546 人）／IQ 分布状況（昭和 14 年）

IQ 人員 比率

60-69 226 人 1.957%

50-59 70 人 0.607%

40-49 19 人 0.165%

30-39 14 人 0.034%

2.563%

0.199%

2.762%

出所：（寺脇 1996:381-2）を基に、筆者作成。

肢体不自由児数についての推計（表 5-18）によると、要収容保護児童総数は 163,084 人とされ、さらにその内の「重症児童」は比率 60.88%を乗じて 99,286 人と算定されている。

第5章 厚生省児童局の分析

また「重症児童」の内訳として「脊椎性小児麻痺」「カリエス」が提示されている。肢体不自由児数の推計においても、症状の重い重症児を政策対象に含める視点が、ここからうかがうことができる。

表 5-18 肢体不自由児数の推計

「肢体不自由児に関する調」										1946（昭和 21）年秋頃	
1 要收容保護児童数中重症児童数											
要收容保護		重症児童			重症児童						
児童総数		比率			総数						
163,084 人		×	60.88 %		=	99,286 人					
重症児童比率内訳（東大調査）											
1 歳～5 歳		1 歳～5 歳		6 歳～15 歳		6 歳～15 歳		比率			
脊髄性小児麻痺		カリエス		脊髄性小児麻痺		カリエス					
57.14 %		+	10.71 %		+	31.33 %		+	22.58 %		= 60.88 %
2 要收容保護児童総数											
A 農家											
昭和 21 年		肢体不自由児比率			要收容保護児童比率			農家要收容保護児童数			
農家総人口											
34,539,693 人		×	0.8%		×	45.6%		=	126,001 人		
B 非農家											
昭和 21 年		肢体不自由児比率			要收容保護児童比率			農家要收容保護児童数			
非農家総人口											
38,571,302 人		×	0.2%		×	48.07%		=	37,083 人		
C 総数											
126,001 人		+	37,083 人		=	163,084 人					
（註）総人口に対する肢体不自由児童総数の比率											
A 農家＝0.8%（昭和 16 年厚生省社会局児童課調査 埼玉県日勝村、宮城県愛島村、神奈川県高部屋村、千葉県富崎村四ヶ村平均による）											
B 非農家＝0.2%（昭和 8 年東大整形外科病室の本郷下谷両区調査）											
本郷 0.103% 下谷 0.115%											
（昭和 13 年東大医学部の荒川区三河島町調査）											
0.313%											
（昭和 7 年埼玉県一斉調査											
0.133%											
（同年東京市保健険局調査）											
0.349%											

(1906年ドイツにおける調査)

0.15%

非農家においては、概ね0.1～0.3%であるから平均をとって0.2%とみなした

出所：(寺脇 1996:385) を基に筆者作成。

児童保護法案、児童福祉法案における、障害児入所施設の規定の変遷

この時期、社会局においては、児童局の設置構想とともに児童保護法案の作成作業も進行していた。それでは、児童福祉法が制定されるまでの立法化作業において、障害児関連の施設体系がどのように位置づけられていったのか、その変遷の経緯をみていきたい(表5-19)。

まず1946(昭和21)年10月の「児童保護法案要綱大綱案」である。この大綱案は法案の原案といってよく、当時の社会局の担当官により作成された法案の原型である。ここでは「特殊児童保護施設」として「児童療護院」があり、そこには「精神薄弱児又は肢体不自由児を収容して保護育成する所」とある。ここでは、「精神薄弱児」と「肢体不自由児」とを「特殊児童」というカテゴリーで同じく扱っている。なお「児童療護院」の構想については先にみたとおりである。

続く同年11月4日の児童保護法仮案も、考え方は大きく変わっていない。「特別保護児童施設」として「療護院」を設置すること、その対象は「18歳未満のものであって、精神又は身体に著しい欠陥があるため、正常の生活を営むことができないもの」と規定している。この11月の保護法案では、10月の大綱案とは異なり、「精神薄弱児」「肢体不自由児」ではなく、「精神又は身体に著しい欠陥があるため、正常の生活を営むことができないもの」という表現となっている。

仮案の直後の11月30日児童保護法要綱案では、「国は、精神又は身体に著しい欠陥により、正常の生活を営むことができない児童を療護するため、必要な場所に療護院を設置すること」との規定がある。これは11月4日の仮案とほぼ同様である。

翌1947(昭和22)年1月6日と1月25日の児童保護法要綱案は、前年の要綱案等とは表現が若干変化する。「療護院」は「療育院」へと変わり、その対象は「精神の欠陥又は、身体に著しい機能障害により、正常の生活を営むことができないもの」とされた。身体については「欠陥」ではなく「機能障害」と表現が変わっている。

1947(昭和22)年2月3日に、初めて児童福祉法案と名称を児童保護法から児童福祉法に変化した。児童局が設置されるのは同年3月29日であり、児童局新設直前の動きである。ただし、この2月3日の児童福祉法案の規定は、1月の児童保護法要綱案の規定をそのまま引き継いでおり、障害児施設に関する規定は変化していない。

先にみた、児童局の分課案においては、この1月～2月の時期(第Ⅳ期)は、「普通児童課」「特殊児童課」「母子衛生課」の3課体制とする旨、帝国議会に説明されていた。そして「特殊児童課」が「知的障害児」も「身体障害児」も併せて所管することとされていたのであった。

ところが、3月19日に児童局が創設された際には、課の名称は変わり、「企画課」「養護課」「母子衛生課」の3課となった。また障害児行政は、知的障害児は「養護課」に、身体

第5章 厚生省児童局の分析

障害児は「母子衛生課」にそれぞれ分類されたのである。このようにみると、帝国議会への説明と平行して、事務レベルでは「普通児童」「特殊児童」というカテゴリーを廃止し、「養護」と「母子衛生」という新たなカテゴリーで対象を分類していく作業が慌ただしく進められていたと考えられる。

そして、児童局の開設後の、昭和22年6月2日の児童福祉法案では、従前の規定とは全く異なり、まさに行政所掌の変化に対応した条文の構成となっている。まず児童施設は「療育施設」と「養護施設」に分類された。そして「療育施設」は、「身体の虚弱な幼児」「身体の機能の不自由な幼児」「病弱、発育不完全その他やむを得ない事由のため、市町村立小学校又は中学校の管理機関から就学させる義務を猶予又は免除された児童」を対象とした。他方「養護施設」は「保護責任のない児童」「虐待されている児童」「精神薄弱もしくは病的性格の児童」を対象とした。これは「母子衛生課」－「療育施設」、「養護課」－「養護施設」という、行政所掌分類に対応した施設体系といえる。

同年8月11日に、児童福祉法案は国会に提出された。この国会提出時の法案において、6月法案における「養護施設」は対象別に細分類され、「精神薄弱児施設」は独立した施設類型として規定された。「療育施設」については、6月法案の文言を整えたのみで基本的な性格は変更されていない。8月の国会提出法案は、国会の議決を経て12月22日に児童福祉法として成立した。

表 5-19 児童保護法案・児童福祉法案における障害児施設関連の規定の変遷

法案名称・日時	関連規定
児童保護法案要綱大綱案 昭和21年10月15日	<p>第2章 児童保護施設</p> <p>第12条 児童保護施設として、次の施設を設けること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1, 普通児童保護施設（略） 2, 特別児童保護施設 <ol style="list-style-type: none"> (1) 児童教護院 (2) 矯正院 (3) <u>児童療護院</u> (4) その他中央児童保護委員会の意見を聴き厚生大臣の定める施設 <p>第22条第3号 <u>児童療護院とは精神薄弱児又は肢体不自由児を収容して保護育成する所とすること。</u></p>
児童保護法仮案 昭和21年11月4日	<p>第2章 児童保護施設</p> <p>第7条 左に掲げるものは、この法律にいふ児童保護施設に該当する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 普通児童保護施設（略） 2 特別児童保護施設 <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>療護院</u> 2 教護院 3 その他中央児童保護委員会の意見をきき、厚生大臣の定める施設

第5章 厚生省児童局の分析

	<p>第9条第1号 <u>療護院とは、第2条第2号に掲げる児童を収容して、これを保護育成する所とすること。</u></p> <p>※第2条第2号 <u>18歳未満のものであって、精神又は身体に著しい欠陥があるため、正常の生活を営むことができないもの。</u></p>
<p>児童保護法要綱案 昭和21年11月30日</p>	<p>第4章 療護院</p> <p>第43条 <u>国は、精神又は身体の著しい欠陥により、正常の生活を営むことができない児童を療護するため、必要な場所に療護院を設置すること。</u></p>
<p>児童福祉法要綱案 昭和22年1月6日</p>	<p>第3章 保護</p> <p>第33条 産婆、医師、保健婦、学校長、警察署員、児童委員その他何人も、次の各号の一に該当する児童があると認めるときは、命令の定めるところにより、これを地方長官又は児童相談所長に通告しなければならない。</p> <p>1 保護者のいないもの、現に保護者の監護を受けていないもの、又は保護者の監護の適当でないもの。</p> <p>2 <u>精神の欠陥又は、身体の著しい機能障害により、正常の生活を営むことができないもの。</u></p> <p>3 不良行為をし、又は不良行為をするおそれがあるもの。</p> <p>第34条 地方長官は、第33条の通告のあったとき、又は第33号各号の一に該当する児童を発見したとき、児童相談所の鑑別に従い、次の各号の一の保護を又はこれをあわせてすることができること。</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 乳児院もしくは養護院に児童を収容し、児童の収容を委託し又は命令の定めるところにより、<u>療育院</u>もしくは教護院に児童を送ること。</p> <p>6～9 (略)</p>
<p>児童福祉法要綱案 昭和22年1月25日</p>	<p>第3章 保護</p> <p>第34条 産婆、医師、保健婦、学校長、警察署員、児童委員その他何人も、次の各号の一に該当する児童があると認めるときは、命令の定めるところにより、これを地方長官又は児童相談所長に通告しなければならない。</p> <p>1 保護者のいないもの、現に保護者の監護を受けていないもの、又は保護者の監護の適当でないもの。</p> <p>2 <u>精神の欠陥又は、身体の著しい機能障害により、正常の生活を営むことができないもの。</u></p> <p>3 不良行為をし、又は、不良行為をするおそれがあるもの。</p> <p>第35条 地方長官は、第34条の通告のあったとき、又は第33号各号の一に該当する児童を発見したとき、児童相談所の鑑別に従い、次の各号の一の保護を、又はこれをあわせてすることができること。</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 乳児院もしくは養護院に児童を収容し、児童の収容を委託し又は命令の定めるところにより、<u>療育院</u>もしくは教護院に児童を送ること。</p> <p>6～9 (略)</p>

第5章 厚生省児童局の分析

<p>児童福祉法案 昭和22年2月3日</p>	<p>第3章 保護</p> <p>第32条 次の各号の一に該当する児童を認めた者は、命令の定めるところにより、これを第12条第3号の規定による事業を行う児童相談所に通告しなければならない。</p> <p>1 <u>精神の欠陥又は身体の著しい機能障害により、正常の生活を営むことができないもの。</u></p> <p>2 不良行為をし、又は不良行為をするおそれのあるもの。</p> <p>3 前二号に該当するものの外、保護者又は現に監護する者（以下保護責任者という）のないもの又は保護責任者の監護の適当でないもの。</p> <p>第35条 都道府県又は特別市の長は、前条の報告のあったとき、児童相談所長の鑑別にもとづき、次の各号の一の保護を又はこれをあわせてすることができる。</p> <p>1～5（略）</p> <p>6 乳児院もしくは養護院に児童を収容し、児童の収容を委託し、又は命令の定めるところにより、<u>療育院</u>もしくは<u>教護院</u>に児童を送ること。</p> <p>7～8（略）</p>
<p>児童福祉法案 昭和22年6月2日</p>	<p>第3章 児童福祉施設について</p> <p>第7節 <u>療育施設</u></p> <p>第48条 療育施設とは、次の各号の一の児童を収容して、児童の健康増進を図る（身体障害児に対しては、これを治療し、独立自活に必要な知識技能をも与える。）施設をいう。</p> <p>1 身体の虚弱な幼児</p> <p>2 <u>身体の機能の不自由な幼児</u></p> <p>3 病弱、発育不完全その他やむを得ない事由のため、市町村立小学校又は中学校の管理機関から就学させる義務を猶予又は免除された児童。</p> <p>第8節 <u>養護施設</u></p> <p>第51条 養護施設とは、保護責任のない児童、虐待されている児童又は<u>精神薄弱もしくは病的性格の児童</u>を入所させて、これを養護する施設をいう。</p>
<p>児童福祉法案（国会提出） 昭和22年8月11日</p>	<p>第3章 児童福祉施設</p> <p>第40条 <u>精神薄弱児施設は、精神薄弱の児童を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。</u></p> <p>第41条 <u>療育施設は、身体の虚弱な児童に適正な環境を与えて、その健康増進を図ることを目的とする施設又は身体の機能の不自由な児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。</u></p>
<p>児童福祉法（成立時） 昭和22年12月22日</p>	<p>第3章 児童福祉施設</p> <p>第40条 <u>精神薄弱児施設は、精神薄弱の児童を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。</u></p>

	<p>第41条 <u>療育施設は、身体の虚弱な児童に適正な環境を与えて、その健康増進を図ることを目的とする施設又は身体の機能の不自由な児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。</u></p>
--	---

出所：（児童福祉法研究会編 1978:519-606）を基に筆者作成。下線は筆者。

高木憲次による「肢体不自由児」対策の分離 2 系統障害児行政組織への方向転換

それでは、組織編成と法の規定の両者にわたって、障害福祉行政に関わる 2 系統の分課が短い期間でなぜ行われたのか。そこには「肢体不自由児の父」と呼ばれ、後の重症心身障害児者政策にも多大な影響を与えたと考えられる高木の提言が推測されるのである。以下は、愛育研究所の斉藤文雄（医師）が高木に宛てた、1947（昭和 22）年 1 月の書簡である（児童福祉法研究会編 1978：697-8）。

東京帝国大学医学部整形外科教室

高木憲次教授殿

愛育研究所 斉藤文雄

（前略）

療育院のことを質問して見ますと、この内容は肢体不自由者と精神薄弱児の収容機関であります。名前は同じでも各々別個の収容所を作るといふことでもあります。

そこで小生考えますに、肢体不自由児の精神的な打撃に対して絶えず明るい面を持たせたい、又肢体不自由者の中には加療すれば相当普通の人として活動出来るものを含む、更に肢体不自由者の収容は医療を主とし教育及び職業指導に従とする関係上終局的な収容機関と考えることなくあく迄明朗に取り扱うべきものと思うのであります。そこで療育院の中の精神薄弱者の収容機関としての療育院は第三章でも結構ですが肢体不自由者を収容する療育院は産院、乳児院、健児院等と同じく第二章の健康及び文化の部門に入れる方が適當ではないか、そうして施設の少ない現在、この方面の認識を新たにさせ、あく迄文化面で発展させたい。不良児等と同じ章で暗く扱うことは面白くないと思うということを当局に申しました。しかし肝心の先生が御欠席でしたので確定的な所まで参りませんでした。先生の御意見如何で御座いましょうか。医師としての委員は先生と私のみで心細いことですが、若し先生の御意見で、その方がよろしいということでしたらこの際至急に申し入れをいたしませんと間に合わなくなりますので一筆いたしました。局長の意見では予算を貰う技術上ここへ置いておく方が通り易いということでありました。予算も大切なことですので私として無理押しも出来ませんでした。「そのままの形で第二章へ入れて予算をとるべきであろう」ということは申し上げておきました。（後略）

1 月 8 日夜

高木憲次先生

斉藤文雄

出所：（児童福祉法研究会編 1978：697-8）。下線は筆者。

この書簡の後、高木と厚生省当局とのやり取りは実際にあったのか、またあったとしたら、どのような内容であったのかは、現時点では定かではない。しかし高木の厚生省への

影響力を考慮すれば、一定のアクションがあったと考えても良さそうである。先述したように、高木は、肢体不自由が知能健全であって知的障害とは一線を画すべき、という考えを持っていた。この高木の考え方は、児童局の障害児行政の方向性（組織編成や障害児福祉施設体系）に関して大きな影響を与えたと思われる。その結果として、極めて短期間で、身体障害に関しては「特殊児童対策」ではなく、医療セクションの所管である「母子衛生」の枠組みに入れ込んだと考えてもよいのではないか。

高木の影響力については、推測の域を免れないが、いずれにしても児童局は、障害児行政を障害種別により、2つの組織系統で展開していくことになった。そして重症心身障害児者政策は、「母子衛生課」が所管となり、その政策を推進していくことになるのである。

第1期は1950年代である。この時期は、わが国の重症心身障害児者政策の始動期である。決定された方針（政策案）は、現行制度上、施設入所対象から洩れている「重症心身障害児」を保護するということである。その方策は、新たに「重症心身障害児」のための収容施設「島田療育園」を開園し、重症心身障害児の療育方法を研究することであった。本章は、このような政策決定が行われるまでの政策過程を分析する。

政策過程は、「問題の認識」→「課題設定」→「政策案の決定」という段階に整理できることは、みてきたとおりである。そこで、まずは政策の前提にあった「問題」とは何であったのかを検討する。

1. 問題の認識とは何か ―フレーミング―

はじめに

公共政策学の見地によれば、公共政策とは公共的問題（政策問題）を解決するための、解決の方向性と手段である（秋吉 2017:35）。それでは、政策問題とは何か。これは無数の問題の中から、政策の解決に値すると認識された問題である。この無数の問題の中から、政策問題を設定する（agenda settings 課題設定）プロセスが、フレーミングと呼ばれる作業である。フレーミングによって、問題の理解や解決の方向性が規定されることになる（秋吉 2017:48）。社会福祉政策の領域でも、岩田が問題の「切り取り」という概念を提示しているが、この岩田の示す「切り取り」も、フレーミングと同様の概念といっていよう（岩田 1995:91）。

このような、政策決定の前提となる問題（政策問題）についての分析は、実は政治学を主体とする政策科学の領域では、力点が置かれてこなかった。というよりも、むしろ方法的にその視野から抜けていたといっても過言ではない。

例えば、わが国の政策過程研究の第一人者である大嶽は、問題（政策問題）の分析において、「狭義の政策決定過程を超えた社会的、経済的要因の分析が不可欠であり、したがって、それらの要因を分析するために政治学以外の学問的知識が必要とされる」と述べている（大嶽 1990:208）。また政策過程研究において、問題（政策問題）を、「前決定」（大嶽 1990:208, 笠 1988ab）と称してきたことも、問題（政策問題）へのまなざしが弱かったことが表れている。

わが国の政策過程研究において、「前決定」とされた問題（政策問題）への注目が高まった背景には、公共政策学という問題解決重視の学際的な学問が、わが国に導入されたことが大きいと言える。またポストモダンのいう「言説」へのまなざしが、この問題（政策問題）への分析に貢献したことは言うまでもないであろう。社会問題の構築過程を提示した Spector と Kitsuse らの業績も、まさに社会問題の構築過程における「言説」に注目したものであった。そのことは、彼らが社会問題を「なんらかの想定された状態について苦情を述べ、クレームを申し立てる個人やグループの活動である」と定義したことに表れている（Spector and Kitsuse＝村上他訳 1992:119）。

無数の問題の中から、ある問題が、政策問題と設定される際のフレーミングのプロセスは、問題が語られる「言説」の分析から抽出することが可能だと思われる。例えば、少子化という社会事象は、「生産力の減少問題」「女性参加の問題」「保育所問題」、はたまた「不

妊問題」等々、フレーミングによって、問題の理解と解決の方向が全く異なる。これらは政策問題がどのように語られたのかという、「言説」に注目することで、分析が可能となるのである。このようなフレーミングによる問題の再規定は、リフレーミングと呼ばれる。近年アメリカでは、障害者を **the disabled**（機能障害のある人）から、**the challenged**（挑戦する資格を有する人）とする新たな用語法が生まれている。ここにも、障害者をネガティブな存在からポジティブな主体へと転換させる、レフレーミングの意図がみえる。

どの問題を観察するのか

それでは、政策過程分析を進めるにあたって、そもそも無数にある問題の内、どの問題を観察すればよいのだろうか。このような観察対象の限定化の方法論については、先行研究においては明確な方法論は提示されていない。しかし、この点について、筆者は、次のように考える。無数の問題の中から、ある問題が政策問題と設定される際には、「検討委員会」や「対策委員会」が設置されることが多い。これらの委員会には、問題に関わる主要なアクターが参加していると考えerことは、自然なことであろう。従って、問題が政策問題化（agenda settings 時）した際の参加アクターを確認し、これらアクターの過去の行動や言説を遡り確認することで、政策問題化する以前に存在した問題にアプローチできると考えるのが、筆者の立場である。

もちろん、このような「検討委員会」や「対策委員会」に参加していないアクターが存在する可能性も否定できないであろう。また、そもそも問題として表出されない潜在的な問題が存在することも理解できる。このような潜在的な問題とは、社会問題の構築主義の観点からは、「クレーム申し立て以前の問題」とされる（工藤 2001）。しかし本稿では、社会問題の存在状態やその問題構造の分析を志向するわけではなく、あくまでも政策決定に先立って存在していた問題の内容について、そのおおまかな把握を目的としている。従って、本稿ではあまりこのような議論に深入りすることなく、観察対象とする問題を骨太に把握することに主眼を置く。

2. 第I期におけるアクターの措定

第1回「全社協重症心身障害児対策委員会」の参加者の顔ぶれ

1958（昭和33）年11月17日に、東京原宿の中央社会館において、第1回「全社協重症心身障害児対策委員会」が開催された（福祉新聞社 1958c）。この対策委員会は、その名称のとおり、全社協が関係者を招集し、重症心身障害児問題を政策問題として設定するために開催した全国的な会議である。委員の構成は以下のとおりである（表6-1）。

表6-1 全社協「第1回重症心身障害児対策委員会」の構成員

委員長	遠藤省三	全社協乳児部会長
副委員長	佐伯藤之助 小林提樹	全社協民生児童委員会委員長 日赤産院小児科部長
常任委員	石川秀雄 里吉澄 有吉道哉 和田博雄 西川春彦 浅野秀二 大坪侑二 渡辺清綱 田中法善 伸野好雄 田中正雄 梅田博 村田克己 河村定治	都児童相談所長 都民生委員 都児童福祉司 国立身体障害者更生指導所医務課長 日本肢体不自由児協会事務局長 全社協乳児都会常任委員 （同） 都公衆衛生部母子衛生課長 都社協事務局長 全国精薄児育成会専任理事 全社協心身障害児部会長 読売新聞論説委員 日本心身障害児協会事務局長 全社協児童部長
委員	饗庭元 戸巻俊一 高口住子 鮎子田繁雄 松尾正雄 立山春男 管修 小池文英 梅崎英雄 糸賀一雄 江草安彦 森田伝一郎 岩崎幹一	都民生委員 全社協乳児部会副部会長 （同） （同常任委員） 厚生省母子衛生課長 同養護課長 国立秩父学園長 整枝療護園副園長 神奈川県社協事務局長 近江学園長＝滋賀 旭川学園長＝岡山 群馬県整枝療護園長 桃花塾＝大阪

出所：（福祉新聞社 1958c）を基に筆者作成。

これらの全 30 人の参加者を所属組織別に整理すると、次のようになる。

- ・行政（厚生省・都庁）
- ・全社協（乳児部会、民生児童委員会、心身障害部会）
- ・都社協
- ・知的障害児施設関係（国立秩父学園、近江学園、旭川学園、桃花塾）
- ・肢体不自由児施設関係（日本肢体不自由児協会、整枝療護園、群馬県整枝療護園）
- ・相談機関（都児童相談所、都民生委員、都児童福祉司）
- ・日赤産院
- ・日本心身障害児協会
- ・メディア（読売新聞）

まず行政のメンバーには、厚生省と都庁が参加している。ここで都庁が関わっているのは、重症心身障害児問題が社会問題化した際の、主な問題発生の方が東京広尾の日赤産院であったことにあろう。なお第3章で述べたように、「重症心身障害児」という用語は、1958（昭和33）年6月20日に東社協内の委員会において決定された。6月の東社協での対策委員会から、この11月の全社協での全国的な委員会の設置までの経緯は後述する。東京都の児童相談所、民生委員、児童福祉司が参加していることから、東京都が重症心身障害児問題に、早期に関与していたことが読み取れる。

他方、施設関係者には、近江学園（滋賀）、旭川学園（岡山）、群馬県整枝療護園（群馬）、桃花塾（大阪）といった、東京以外の施設も参加している。重症心身障害児問題が全国的な問題として認識されていたことを表していると考えられる。この第1回「全社協重症心身障害児対策委員会」の開催の背景には、同年7月の全国社会福祉大会において、重症心身障害児問題が各県から提起され、その解決の機運が高まったことがある。その点についても後述する。

施設関係者を、種別で整理すれば、「乳児」「知的障害児」「肢体不自由児」の3つとなる。これらの関係者は重症心身障害児問題の発生場として重要である。そこで、以下これら3つの施設領域において、どのような問題があり、ここでの問題がどのように重症心身障害児問題として社会問題化していったのか、その過程を見ていくことにしよう。またこの施設領域における問題と併せて、当時の政策当局においては、どのような問題認識を有していたのかについても分析を行う。

3-1. 乳児院における問題

乳児院とは

乳児院とは、1947（昭和22）年の児童福祉法制定によって設置された児童福祉施設である。その入所対象とは、同法の規定によれば、「1歳未満（乳児）」である（同法第4条）。この規定によれば、障害の有無は入所要件とは関係のないようにも思えるが、現実的に、障害乳児の乳児院への受け入れは厳しい状況があり、受け入れたとしても年齢超過児として滞留する現状があったという（小林 1958:6）。

児童福祉法制定直後の乳児院の状況とその後の問題の変化

戦後直後の乳児院は、捨て子問題に対応した施設であった。またその施設衛生環境は、必ずしも良いとは言えず、入院児の死亡率は極めて高く、当時から問題視されていたという（全国社会福祉協議会全国乳児福祉協議会 2000）。このような施設衛生環境の低下が改善されたのは、1955（昭和30）年以降であり、それに併せて、施設処遇におけるホスピタリズム問題や障害乳児の対応問題に関心が変化していったとされる（全国社会福祉協議会全国乳児福祉協議会 2000）。

日赤産院附属乳児院

小林が勤務していた日赤産院小児科には、附属乳児院が設置されていた。この乳児院は、児童福祉法の制定を受けて設置された施設である（日本赤十字社 1972:318）。院長は小林が兼任していた。すなわち日赤産院小児科とは、制度的には医療法上の病床と児童福祉法上の乳児院病床が併存していたのである。

小林の記録によると、この乳児院の第1号の入所児は、産院での分娩障害による障害乳児であったという（小林 1968:13）。

日赤産院附属乳児院の設立経過は以下のとおりである（日本赤十字社 1972:318）。

昭和23年1月に制定された児童福祉法に基づいて産院でも乳児預り所を開設することに決し、5月11日東京都知事に申請、6月16日認可を得たので西側病棟の室内を改造し、7月1日から乳児養育の業務を開始した。

・収容の対象になる者 すて児、こ児、および戦災者、引揚者あるいは生活困窮者の乳児で満1歳未満から満2歳までのもの

・収容の方法 児童福祉法の該当者で地方庁の委託によるもの、特殊の事情あるもので保護者から申出あるもの

・収容定員 20人

・室数および総面積 収容室、観察室、病児室、調理室、浴室、洗濯場、倉庫、手洗所、338.25平方メートル
出所：（日本赤十字社 1972:318）。下線は筆者。

この日本赤十字社の記録によれば、「西側病棟の室内を改造」とある。この「西側病棟」というのは、後に障害児を収容する「特別病棟」のことである。「特別病棟」については後述する。また収容対象に、「すて児、こ児、および戦災者、引揚者あるいは生活困窮者の乳

児で満1歳未満から満2歳までのもの」とあり、戦後の当時の世相を表しているといえる。

乳児院協議会の動き

乳児院協議会は、1950（昭和25）年に設立された全国の乳児院の連絡組織である（全国社会福祉協議会全国乳児福祉協議会2000）。会の目的は、全国乳児院間の情報交換と政府への対策の要求であった。

1957（昭和32）年の第7回乳児院協議会において、小林は障害乳児の対策の樹立について問題提起を行っている（全国乳児院協議会1957）（表6-1）。記録によると、この協議会の主題は2点あり、小林は主題2「乳児院行財政の推進について」の「（1）児童福祉法の再検討について」において「重複欠陥児の処遇と対策について」のタイトルで問題提起を行った。また主題1では「府県の乳児院行政の推進について」の演題で、未熟児を対象児に含めることや、福祉に欠けている乳児の早期措置も要求されていた。この演題のタイトルから、1957（昭和32）年当時の乳児院が、障害乳児や未熟児を対象を拡大していく様子が見て取れる。

表6-1 第7回全国乳児院協議会の議題 1957（昭和32）年11月27日～29日

主題1	府県の乳児院行政の推進について	<p>（1）乳児保護の積極化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未熟児の取扱について <p><u>家庭養育困難な未熟児の養育を児童福祉対策の中に強力に取上げ乳児院の対象児として発育の万全を期することとこの措置基準を設定すること（北海道）。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本県における乳幼児の収容児童数は年々減少の方向を示しているが一方乳児の死亡率は依然として高く、これが措置児童の発見について具体的方策を承りたい（岩手）。 <p>（2）乳児措置基準について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所措置を早期にすることについて <p>入所児の栄養状況は90%まで標準以下である貧困家庭、結核家庭、労働家庭などの親の救済に重点を置いているが乳児の栄養状況は見守られていないからであり相談所、社会福祉主事児童委員などの考え方にも問題があるが<u>福祉に欠けている乳児の早期入所措置</u>が肝要である（北海道）。</p>
主題2	乳児院行財政の推進について	<p>（1）児童福祉法の再検討について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単一の昼間乳児院を設けられたい（東京）。 ・<u>重複欠陥児の処遇と対策について（東京）。</u> <p>（2）最低基準の再検討について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・乳児院における栄養士及び調理士の規定を設けられたい（東京）。 ・最低基準では乳児院に於ける保育者の三分の一は看護婦有資格者でなければならぬ規定であるが、当今看護婦備入れ困難の事情に鑑み短期大学家政科児童福祉科等の卒業者にして保育並に児童の保健衛生に関する

		<p>学科を修したものは一定員数を限り看護婦同様に取扱い前記三分の一の員数中に加え得るよう便法を講ぜられたし（愛知）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最低基準の再検討について（北海道）。 <p>（3）措置費に関する諸問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・超勤手当を大中に増額されたい（東京）。 ・乳児の給食カロリー引上について <p>一歳未満の（特に離乳期の児）乳児のカロリーは不足で正常にもってゆくのに非常に困難で、この最低基準をもって定めた限度額が最高であり責任額でない。引上を要する（北海道）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・庁費、各所修繕費を増額し、期末手当、退職手当を支給する道をひらき、之等に伴う事務費の限度額を改定増額せられたし（広島）。 ・援護費の交付について（山梨）。 ・措置費に関する諸問題 <p>乳児院施設の火災保険料を措置費として支出して貰いたい（東京）。</p>
--	--	--

出所：（全国乳児院協議会 1957）より筆者作成。

また、この第7回乳児院協議会の史料には、当時の乳児院への入院理由を調査した結果も掲載されており興味深い（表6-2）。これによると1956（昭和31）年度と1957（昭和32）年度における、乳児院の新規入所の理由について、両年度共に1位は、「父母が離婚又はそのいずれか家出した為入院したもの」であった。そして、「乳児が未熟児又は身体障害児のため入院したもの」は1956（昭和31）年度が5.5%、1957（昭和32）年度が6.6%であった。

この結果から、当時の乳児院の入所理由の上位は、父母の離婚等の家庭の状況であった一方で、乳児自身の障害による入所という理由も一定数存在していたことがわかる。

表6-2 乳児院への入院理由状況調査（新規入院のみ）

入所理由	1956（昭和31）年度		1957（昭和32）年度	
	人	(%)	人	(%)
父又は母が結核のため乳児を入院させたもの	211	(10.3)	125	(10.7)
父又は母は結核だが同時に貧困なため入院したもの	168	(8.2)	88	(7.5)
家庭が貧困で養育不能なため入院したもの	154	(7.5)	80	(6.8)
棄児又は孤児のため入院したもの	149	(7.3)	96	(8.2)
父又は母のいずれか死亡したため入院したもの	361	(17.6)	154	(13.1)
父母が離婚又はそのいずれか家出した為入院したもの	423	(20.6)	234	(20.0)
父又は母が精神病あるいはその他の病気の為入院したもの	294	(14.3)	203	(17.3)
乳児が未熟児又は身体障害児のため入院したもの	113	(5.5)	77	(6.6)
父又は母が受刑中のため入院したもの	85	(4.1)	49	(4.2)
夫婦共稼が必要なため入院したもの	42	(2.0)	21	(1.8)
その他の家庭事情、父不詳、混血児等	43	(2.1)	35	(3.0)

第6章 第1期 始動期

他の施設より来たもの	2	(0.1)	4	(0.3)
虐待児	2	(0.1)	---	
母若者による（中学生）	3	(0.1)	---	
知人又は親せきへおいたまま行方不明	---		2	(0.2)
双生児にて保育困難にて入院したもの	---		4	(0.3)
計	2,050	(100.0)	1,172	(100.0)

出所：（全国乳児院協議会 1957：26-27）を基に筆者作成。なお 1957（昭和 32）年度のデータは 1957（昭和 32）年 4 月～10 月までの新規入院。

3-2 知的障害領域における問題

戦前から存在した知的障害関連施設

知的障害関連施設は、児童福祉法の制定以前、すなわち戦前から存在していた。ただしその運営形態は「私塾」であって、利用者（家族）との自由契約によっていた。ただし救護法（昭和4年4月2日法律第39号）の対象となった者については、委託措置によって公的保護となった。

知的障害関連施設の名称には「塾」や「学園」の名称が非常に多い。これは施設の性格が特殊教育を意識したものであったからではないかと推察されている（国立コロニーのぞみの園田中資料センター1982）。従って入所児の生活能力は比較的高く、重度児が受け入れられる余地は低かったことが想起されるのである。

児童福祉施設としての知的障害児施設の制度化

戦後、児童局の設置構想において、「児童療護院」の一形態として「精神薄弱児療護院」の設置が早々に検討されていたことは、第5章でみてきたとおりである。またその際の「精神薄弱児数」の推計において、「白痴（IQ25以下）」と「痴愚（IQ50以下）」の中度・重度・最重度の知的障害児が要保護対象として算定されていたことも見てきたとおりである。

また既に戦後の児童保護法の立案の段階から、「終身生活を営むことの出来るコロニーのような施設」の必要性も政策側で認識されていたことも前述した。児童政策の対象として、児童局の設置構想の段階では、積極的に重度児を受け入れていく政策側の方針が見られたのである。

この点は身体障害についても同様で、同じく「特殊児童」のカテゴリーで、やはり重症なケースを対象とした「児童療護院」の一形態として「肢体不自由児療護院」の設置を検討していたことも第5章でみた。そして「肢体不自由児数」の推計においても、「重症児童」を要保護児数として算定していた。

しかしながら、このような「特殊児童」というカテゴリーでの「保護」は、身体障害児にとって「明るさがない」と反論したのが、第5章で引用した高木憲二宛の斎藤書簡であった（児童福祉法研究会編1978：697-8）。そしてこの書簡の後、身体障害については、「衛生」の領域である「母子衛生」の枠組みにおいて、その政策が展開していくことになったことは述べてきた。

それでは、知的障害については、「特殊児童」という性格を残したまま、「保護」の対象として残されたのか。その答えは否である。そこで、児童福祉法に規定された「独立自活」規定の問題について検討を行う。

知的障害児施設の入所児に関する「独立自活」規定

1947（昭和22）年3月に児童局が設置されて以降、児童福祉法案の国会提出に向けて、局内で法案作成作業が進められていたことは第5章でみた。1947（昭和22）年6月2日の法案では、「養護施設とは、保護責任のない児童、虐待されている児童又は精神薄弱もしくは病的性格の児童を入所させて、これを養護する施設をいう」（同法案第51条）と規定されており、精神薄弱児を「養護」することを目的とした規定になっていた（児童福祉法研

研究会編 1978:569)。

その後、国会提出前の最終段階の法案となる同年8月11日の法案では、「精神薄弱児施設は、精神薄弱の児童を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする」(同法案第40条)と変わり、ここに対象の「独立自活」を目的とする旨の文言が新たに挿入された(児童福祉法研究会編 1978:593)。これがいわゆる「独立自活」規定である。

この「独立自活」の意味について、児童福祉法案の国会審議のために児童局が作成した答弁資料(1947年8月5日)によれば、「馬鹿は馬鹿なりに飯を食う術を教えようとするものであって、学校教育を意味しない。」との行政当局の説明がある(児童福祉法研究会編 1978:808)。戦後の文部省と厚生省において特殊教育と知的障害児福祉の行政の任にあった辻村康男は、この「独立自活」規定について、次のように振り返っている(辻村 1960)。

- ・「独立自活とはすこし仰々しすぎるのではないか」という異論は草案時代にあったが、起草者側は「独立と云っても身の自立、自活と云っても自己の生命力で生きてゆける、という程度のものまで含む」という答え方で原案を通した。
- ・「これは理想目標、努力目標の表現でもあり、飼育施設であるなどという消極的な表現は、施設を沈滞させる心配がある。『天をめざして』という表現に似た積極性が、この新しい法律の精神なのだ」という言い逃れを、辻村自身行った記憶がある。

出所：(辻村 1960:22-4)

そして、当時の厚生省内部の考え方として辻村は、以下のように述べている。

- ・児童福祉法は、年齢で対象を区切っており、18歳未満の範囲内で一応ケリがつくというかっこうにしなければならない。
- ・大蔵省的感觉でいうと、税金を吸い上げた国費を、底なしの壺の中に投入することは好ましくない。救済者が他に納税者になれるような救済でないと予算もくれず、法案に賛成もしてもらえなかった。
- ・とはいえ、現実には「天をめざして」背伸びしても、天にはとどかない、という現実がその後あちこちで生まれてきたのである。それが18歳以上の成人対策と重度者対策であり、前者は精神薄弱者福祉法(昭和34年)に、後者は国立精神薄弱児施設(昭和33年)に結実していくことになる。

出所：(辻村 1960:26-8)

この辻村の証言によれば、知的障害児施設における「独立自活」規定とは、児童福祉法を保護法という消極的なものではなく、自立をめざした積極性を付与するためのものであり、また財務当局に対する予算獲得上の戦略でもあったということである。

なお、この「独立自活」規定は、身体障害(肢体不自由)関連の施設(療育施設)についても同様に規定された(児童福祉法第41条)。

第41条 療育施設は、身体の虚弱な児童に適正な環境を与えて、その健康増進を図ることを目的とする施設又は身体の機能の不自由な児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。(下線は筆者)

なお、肢体不自由児については、第1章で高木の療育体系で触れたように、そもそも整形外科的観点から治療効果のあるもの（療育対応）と効果のないもの（不治永患）とを分類しており、前者の治療効果のあるものが肢体不自由児対策の対象であった。従って、この「独立自活」規定は、むしろ高木の肢体不自由児療育構想の観点からは、極めて親和的であったといえることができる。

辻村の証言にあるように、財務当局への配慮から、経済効率性やベッド回転率を重視していく方向性は、施設の対象を軽度の障害児に限定していく状況を創出した可能性は高いと思われる。この点、いくつかの証言があるので引用しておこう。

まず1958（昭和33）年5月の厚生省の広報誌『厚生』における座談である。参加者は当時の児童局長・高田浩運と社会局長・安田巖、そして毎日新聞の記者の3人である。この座談において、高田は、「精神薄弱児施設の年令制限を外してもらいたいという意見があるが、ところがはずすというのはそこに滞留するということになるのであって、現在の限られた施設で、そこに滞留するということになればなるべく早く入れて、必要な訓練を施すべく早く出すといういわゆる回転はストップしてしまう。やはり年齢を延ばすということは問題の本質的解決ではないのであって、大人の施設や児童の施設の絶対数を増やすということです。」と発言している（高田他 1958:16）。そして社会局長の安田に対して、「ぜひそういう大人の施設を作ってもらいたいですねえ。」とも述べている（高田他 1958:16）。

厚生省児童局が1959（昭和34）年に作成した施設運営のマニュアル「精神薄弱児施設運営要領」では、次のような記述もみられる（厚生省児童局 1959:33-4）。

ただ社会の立場から云うと、一般に精神薄弱の程度の高度のものほど、取り扱いにも困り、家庭でも養育ができにくいので、施設の数が少く、施設外に保護を要する精神薄弱児の多数存在している現状では、そのようなものを先に収容保護することが望まれると思う。

又同じ意味では知能の段階が低くなくても情意方面の障害が高度であれば、矢張り優先的に収容保護するべきであろう。要するに学校においても、家庭においても又社会においても取扱いに困っており、本人の福祉が著しく欠けている者から先に収容することが精神薄弱児施設が児童福祉施設である以上は当然のことである。

然し一方において精神薄弱児施設は、精神薄弱児をただ保護するだけが目的ではなく、医学的にも、教育的にも、あらゆる手段を講じて精神の発育を助長し、児童が当該施設を対処した後、できる限り社会に適応せしめることを目的としているのであるから、その立場上、できるだけ早期に精神薄弱の症状の軽度の中に保護収容し、適切な指導を施すべきである。殊に精神薄弱児は早期に扱えば扱うだけ効果も大であり、家庭や本人の福祉も確保されるのであるから、施設の事情の許す限り、症状の軽度の児童を早期に扱うことが望ましい。」

出所：（厚生省児童局 1959:33-4）。下線は筆者。

1961（昭和36）年に東京都母子衛生課長となる大島も、後年の講演で、当時は知的障害児施設の入所児の回転率の高さが施設長の勤務評価となっていたことを述べている（大島 1998:15-6）。

1950年代前半の児童局の課題は戦後処理 児童福祉法は障害児施設でほとんど機能せず

第5章でみてきたように、児童局が設置された大きな要因には、戦災孤児対策があった。児童福祉法において、障害児施設は制度化されたが、実際のところ、施行直後の1950年代前半は、戦後処理対応が主であり、これらの施設整備は停滞していたといえる。このことは、前章において児童局の予算の推移を分析した際にも確認してきたところである。

表6-3は1953（昭和28）年の障害児関連施設への措置率を整理したものである。精神薄弱児についてみると、要保護児童総数81,327人の内、入所児は3,027人で措置率は3.7%であった。また肢体不自由児について、施設への措置率はわずか0.3%であり、全くニーズを充足していない状況であった。「独立自活」規定の文言はさておき、そもそも財源が圧倒的に不足しており、児童福祉法は、障害児施設の整備と運営に関して、この時期はほとんど機能していなかったといえるだろう。

表6-3 障害児関連未措置児童全国推計数と入所児数（昭和28年6月現在）

施設別	未措置児童(人)	入所児(人)	要保護児童総数(人)	施設措置率
精神薄弱児	78,300	3,027	81,327	3.7%
盲児	16,200	1,464	17,664	8.3%
ろうあ児	27,700	2,196	29,896	7.3%
肢体不自由児	129,200	401	129,601	0.3%
合計	251,400	7,088	258,488	2.7%

出所：厚生省児童局「要保護児童調査」（『厚生白書（昭和31年度）』に所収）より筆者作成。

育成会（親の会）の発足

1952（昭和27）年に知的障害児の親の会「全日本精神薄弱者育成会（育成会）」が発会した。育成会の誕生の経緯については、この会の中心的人物として活動する仲野好雄が後年それを振り返っているのも、以下引用しよう（仲野1970：58-9）。仲野は陸軍士官学校を卒業し、終戦時の階級は大佐であり、その人脈を通じて、厚生官僚と政界との仲介も引き受けるなど、その政治力を大いに発揮して、知的障害関連の政策推進に影響を与えた人物であった。

この会は、東京都千代田区神田にある神竜小学校の特殊学級にわが子を入れておられた加藤千加子、諏訪富子、広瀬桂の三人のお母さんが立ち上がったことによって始まったのであります。

加藤さんが、結核予防運動について近藤宏二先生にお話を伺ったのがきっかけで、精神薄弱は結核にまさるとの劣らぬ社会的な大問題なのに、しかるべき運動がないのは、精神薄弱の人々自身に訴える能力がなく、親は恥ずかしがって人知れぬ苦労を重ねているためであることに気がつき、母親が立ち上がらないで誰が立ち上がるのかと奮起されたのでした。

三人のお母さんは取りあえず近藤先生に指導をお願いしたところ、当時千代田区役所で精薄児専門の仕事をしておられた故花岡忠男先生を紹介され、その快諾を得、その翌日から四人で都内の特殊学級をしらみつぶしに訪ね、親への呼びかけを始めたのです。大へんな苦労でしたが、思いを同じくする親たちと手をつなぐことができ、協力の手をさしのべる先生に出会えました。その最大の味方は、当時日本唯一の精

第6章 第1期 始動期

薄児のみの学校、都立青島中学校の小宮山俊校長以下全職員および塚本常雄以下の全父兄が全面的に協力したことであって、それは昭和27年4月下旬のことです。

5月22日には、都内の親たち、聞き伝えて馳せつけた近県の親たち五十余人が神竜小学校で集会を持ち、当時厚生省児童局の養護課長補佐、後の初代文部省特殊教育課長、現在お茶の水女子大学教授の辻村泰男先生が講師として招かれ、読売新聞の滝沢さんも出席され、官庁や報道関係との連絡がつきました。この集会の結果、25日午後、参議院会館で催された加藤シズエ先生主宰の婦人児童問題研究会の「児童福祉について」の研究会にも出席して、神竜小学校の集会の決議を訴え、本格的な活動の第一歩を踏み出し、マスコミにもようやく大きくとり上げられたのです。

その時の決議は、(1) 精薄児の6・3制に対する特別教育法の制定実施、(2) 少年期から青年期に入る精薄児の養護施設の実現促進、(3) 精薄児教育者の養成強化と生活保障、(4) 児童に対する医療施設の強化実現（定期診療・医学的研究）の4項目でありました。

立ち上がったとは申せ、親たちには社会的運動の経験も専門的知識もありませんので、学識経験者の協力を仰ぐ必要に迫られ、花岡先生は当時社会党文化部で活動していた江木武彦先生（養女が二重障害の精薄児で花岡先生のお父さんの経営の花岡学院に入院）に協力をお願いし、その快諾を得、江木先生からその学友の糸賀一雄先生と人脈が広がり、他方、花岡先生が神流小学校特殊学級設置時に知り合った八幡学園の渡辺実先生、青島中学の小宮山校長、小杉長平教頭、教育大附属の後藤綾子先生らから協力の手がさしのばされたのです。

たまたま「日本子どもを守る会」が参議院会館で催された時、花岡先生は本島百合子先生から大内邦子女史（当時吉田首相の娘婿麻生氏の抱え弁護士夫人）が紹介され、その人脈から、加藤シズエ、藤原道子、赤松恒子、本島百合子ら各婦人議員が親身な協力者となられ、官庁関係では厚生省児童局養護課の竹下精紀課長、辻村泰男先生、木田市治先生が乗り出されました。

当時は精神薄弱という言葉が口にするさへはばかれる時代でしたから、この運動の最初は「児童問題研究会」という漠然とした名で出発し、花岡先生が会長、江木先生が事務局長となり、全国に呼びかけ、「7月19日参議院会館第一会議室を会場にして『知能の発育に欠陥を招いた精神薄弱児を守り、その福祉をはかること』を目的として、その恵み薄い子どもらのために日夜苦労を重ねている両親が堅く手をつなぎ合って児童問題研究会は結成されました。ここに新しい発足に当たって本会は結成記念大会を開催いたします」との案内状が出されました。当日は会場を埋めつくし、東京、近県ばかりでなく、滋賀、高知など遠隔地から馳せつけた人々によって熱気溢れる討議の結果、会の名称は児童問題研究会から脱皮し、「全国精神薄弱児育成会」として堂々と精神薄弱の名を打ち出すことに踏み切り「手をつなぐ親の会」を別の名とすることに決定したのです。

出所：（仲野 1970:58-9）

「育成会」設立時の役員は表6-4のとおりである。

表6-4 「育成会」設立時の役員一覧（○は親または保護者）

役職	氏名	所属
会長	八木沢善次	東京都教育委員会委員長
理事長	花岡忠男	千代田区役所
常任理事	○塚本常雄	明治大学教授

	○加藤千加子	
	江木武彦（事務局長）	社会党文化部
理事	糸賀一雄	滋賀県近江学園長
	○金子松栄	
	小宮山倭	東京都立青鳥養護学校校長
	小杉長平	東京都立青鳥養護学校教頭
	○重田定正	東京大学教授
	○諏訪富子	
	○玉岡忍	共立女子大学教授
	○仲野美保子	
	○堀内君子	
	○森田本次郎	
	三木安正	東京大学教授
	渡辺実	八幡学園

出所：（仲野 1970:60）を基に筆者作成。

なお、事務局長の江木について、仲野は次のように説明している。仲野が革新勢力を嫌っており、また「政党を超えた会」と言いつつも、極めて保守色の強い会であったことが、この記録から読み取れる。

以上のごとくに任意団体「全国精神薄弱児育成会」が誕生したのであります。事務局長の江木先生は社会党の方でしたから社会党の方々が積極的に協力され各方面からいろいろ誤解もありましたが、本格的組織として出発して間もなく他県への転出もあって退かれ、「政党を超えた親の悲願を結集する会」として本来の姿を取り戻したのであります。

出所：（仲野 1970:60）

育成会は、当初は任意団体であったが、1954（昭和 29）年 12 月に社団法人となり、会長に前田多聞、副会長に徳川正子が就任した（仲野 1956:4）。前田多聞は内務官僚であり戦後、文部大臣を務めた人物である。前田の長女はハンセン病問題に深く関わった精神科医の神谷恵美子である。前田は、後に日本初の重症心身障害児施設「島田療育園」の運営団体である「日本心身障害児協会」の役員にも就任する。徳川正子は、日本の知的障害児教育の権威であった東大教授・三木安正とともに、知的障害児の学校である「旭出学園」を創設した人物で、その名字のとおり徳川家の一員である。正子自身も、子息に知的障害があった（出所：旭出学園 WEB ページ <http://www.asahide.ac.jp/about/message/>）。

仲野は育成会発足時点では、役員ではなく妻の美保子が役員であった（表 6-4）。育成会は 1955（昭和 30）年 7 月に定款を改正し、専任理事に仲野好雄が就任した（仲野 1956:4）。

「育成会」の設立時の運動目標と陳情事項は以下の通りである（全国精神薄弱児育成会 1952:222）。

【運動目標】

- ・精薄児のための養護学校および特殊学校義務化の速やかな実現
- ・精薄児施設の増設および内容の拡充
- ・精薄者福祉のための法的措置の整備および職業補導施設の設置

【陳情書・厚生関係】

- ・児童福祉関係法令、並びに精神衛生法、優生保護法に基く精神薄弱児に対する福祉保護の適用強化
- ・乳幼児期における精神薄弱児の早期保育指導機関の設置
- ・精神薄弱児出生防止に関して優生保護法の適用強化
- ・精神薄弱児保護収容のための福祉施設の設置
- ・科学的医学的診断による精神薄弱児の精神衛生相談所並びに医療社会保障期間の設置
- ・精神薄弱青少年のために職業補導機関の設置
- ・精神薄弱児保護補導に関する指導員養成機関の設置

出所：（全国精神薄弱児育成会 1952:222）

この中で、特に注目されるのは、「優生保護法」と「出生防止」である。この主張は以後の「育成会」においても繰り返し主張された。この点について仲野はこう述べている。

会の発足当時は「ゆりかごから墓場まで」の合言葉のもとに、(1) 軽い者は自立、(2) 重いものには保護、(3) 親なき後の保障、の三つの現存する子どもの幸せを考えたスローガンを掲げて施策推進の目標としてまいりました。しかし子どもたちが成人し本人はもちろん兄弟姉妹の結婚の問題に当面して強く頭をもたげた問題は、「こうした苦しみは私たち一代でたくさん、孫子の末までこのような子どもが生まれないように」との願いをこめて、私の合言葉も、「胎内より墓場まで」に飛躍し、スローガンの第四として、(4) 発生予防と早期発見を加え、現在この四つのスローガンのもとに全国運動を強力に進め、全国すみずみまで浸透するに至りました。

出所：（仲野 1970:58-9）。下線は筆者。

この仲野の発言は、1970（昭和 45）年時点での振り返りとなるため、1950 年代における問題意識の実相はこの史料だけでは判断できない。しかしながら、1956（昭和 31）年の育成会の機関紙の創刊号において、仲野は「育成会の歩みと将来の諸問題」と題する論考を発表し、そこに以下のような記述がある。なお「育成会」の機関紙は、日本最初の「精薄指導誌」として、文部省初等中等教育局、厚生省児童局監修という雑誌でもあった（仲野 1956:13）。ここにも「育成会」と政策当局との密接な関係性がみてとれるのであり、「育成会」の保守的な性格が表れているといえる。

最近の医学の進歩は精薄に治療の道が拓けたとの朗報もあります。私共は此の方面の研究を専門家にお願ひしてその原因の探求、発生予防、早期発見治療により此の世から精薄児を絶滅したいものであります。

出所：（仲野 1956:11）。下線は筆者。

この仲野の発言にみられるように、「育成会」が知的障害児の「出生防止」を会の運動方針に掲げていたことは事実であった。これについては、当時の社会の状況を踏まえた上で社会に対する「戦略的言説」であって、親の本心は本当にそうであったのか否か、この文言だけから解釈するのは危険であろう。とはいえ、「育成会」がその運動方針として、知的障害児自体の「絶滅」（発生予防）を主張していたことは、少なくとも会の運動自体の評価を行う点では、重要な視点である。

育成会による重度知的障害児対策の要望

育成会の発会により、知的障害に関わる全国的な運動団体（利益団体）が登場したといえる。なお当時は知的障害児を抱えていることを世間に公表すること自体、非常に勇気のある行動であり、とりわけ重度児を抱える親の場合は、外部からの介入や援助に対して、拒否的である場合さえ少なくなかったことを、国立秩父学園の園長を務めた妹尾正は指摘している（妹尾 1972:180）。

妹尾は、当時をこう振り返っている。

血縁的共同体がとしての相互扶助の精神と家庭に於ける子女養育態度の閉鎖性が、なお強く残存していた当時においては、外部からの介入や援助に対して、重度精神薄弱児を持つ両親は、むしろ拒否的である場合さえ少なくなかったのである。

しかしながら、重度精神薄弱児を抱えた家庭における相次ぐ悲劇や、施設に起こった火災による重度精神薄弱児の焼死事故等が世論をゆさぶり、国立の重度精神薄弱児施設の設置運動が急速に高まった。

出所：（妹尾 1972:180）

育成会の要求は、発生予防から保護、就労支援、職員養成と多岐にわたっていた。そのうち、重度児対策への要望としては、成人の知的障害者対策、そして国立施設における重度障害児の保護が主要要求事項にあった。先に引用した 1956（昭和 31）年の仲野の文献には、次のような記述がある。

<施設の増強と一貫性のある精薄福祉法の制定問題>

全国 76 の施設では 1%をも収容出来ない情無い実情であるので何とか増強し更に漸く芽の出始めた 18 歳以上の者の施策も今後大いに増したいものであります。

（中略）

更に根本問題としては一般に永久に大人になれないとされている此の子達の福祉の問題が一貫した法律として徹底的に面倒を見て頂けたらどんなにか幸福であろうと考え、少なくとも年令 18 才を精神年齢 18 才と訂正するか 25 才位迄に延長して 18 才以上の者の行く道を定めて頂きたいものであります。

<二重以上の障害者及白痴児の問題>

最近文京区盲学校の父兄で精薄との二重障害の方々が支部を結成して入会され近くは啞と精薄の方が入会されんとしております。私達は世の中で一番不幸の親達と思い込んでいたのであるが上には上があることを知って心からなる同情と新なる勇気を奮い起こした次第であります。盲、ろう、啞、肢体不自由と精薄とが二重以上に重りあった子供の福祉のため如何にすべきやは今後に残された大きな問題として私達の眼前に現れたのです、斯の如き子供達こそ国立（精神薄弱児）施設を新設して之に収容保護し且つ研究を

進むべきではないでしょうか。そして殆んど見捨てられている知能指数 25 以下の白痴児の問題も同様に考えられるべきでしょう。

出所：（仲野 1956:11-2）下線は筆者。

結論を先にいえば、仲野の指摘した前半部分についての問題提起は、1959（昭和 34）年の知的障害者福祉法制定に、後半部分については 1958（昭和 33）年の国立秩父学園の設置として結実していくことになる。ここでは、さしあたり「育成会」が、発足時の 1950 年代後半から、重度知的障害児対策についても政府に要望を行っていたことを確認しておく。

国立秩父学園の開設

国立秩父学園は、1958（昭和 33）年 5 月に開園した。その対象は厚生省設置法第 27 条の 2 に規定された。

厚生省設置法第 27 条の 2

国立精神薄弱児施設は、精神薄弱の程度が著しい児童又は盲（強度の弱視を含む）若しくはろうあ（強度の難聴を含む）である精神薄弱児であつて児童福祉法第 27 条第 1 項第 3 号の措置を受けたものを入所させて、その保護及び指導をつかさどり、あわせて全国の精神薄弱児施設の保護及び指導の向上に寄与する機関とする。

この規定にみられるように、国立秩父学園の入所対象は「精神薄弱の程度が著しい知的障害児」と、「盲若しくはろうあと精神薄弱が重複した障害児」とされた。

また厚生省設置法の一部改正と併せて児童福祉法も一部改正されて、入所時の年齢制限の枠が一応外されることになった。

児童福祉法第 31 条（改正時）

「国立精神薄弱児施設の入所者は、その者が社会生活に順応することができるようになるまで、引き続きその者をこれらの児童福祉施設に在所させることができる」

ところで、開園時の国立秩父学園の定員は 100 名であり、全国的な重度者のニーズに対応することはほぼ困難であつたと思われる。その後予算要求で定員の増設を幾度となく要求したとの記録があるが、その後この定員数を上回ることにはなかったという（国立コロニーのぞみの園田中資料センター1982）。年齢制限についても、当時の厚生省担当官であつた飯原久弥によれば、財政当局の反対は極めて強く、運用上もこのような「超児童」の入所を無期限に認めることは断固として反対されており、27,28 歳まで社会復帰が可能であると云わざるを得なかったという（国立コロニーのぞみの園田中資料センター1982）。同じく当時の担当官であつた、児童局養護課の北村二郎も、開園に際して「国立施設では、さし当って指導職員が少いこと、病院のように看護婦さんが沢山いないなどの理由で、歩行の困難な児童や座臥に常に介護を必要とする児童、またてんかんの大発作の頻発する児童や極度の性格異常、精神病の症状のある児童等をおあずかりすることは、当分無理でしょう。」と厚生省の広報紙で行政説明を行っている（北村 1958:6）。

これらの証言から、1950年代後半の時点では、国立の重度知的障害児施設は開園したものの、重度知的障害児対策はまだ発展初期の段階にあったといえるのである。

3-3 身体障害（肢体不自由）領域における問題

母子衛生対策と肢体不自由児対策との関連付け

肢体不自由児については知的障害児と異なり、医療が積極的に関与し、対象児への治療によって独立自活させていくという施設の積極的な性格を、高木らが主張してきたことは述べたとおりである。そして、実際に児童局の組織編成や児童福祉法の制定において、このような高木の考え方が強く影響を与えたであろうことも述べた。

その弟子であり母子衛生課の技官でもあった小池は、母子衛生と肢体不自由児対策との強い関連性を主張した（小池 1958）。特に「先天性股関節脱臼」に関しては、乳幼児期の早期発見が重要であることから、母子衛生対策との関係性が大きいことが指摘された。また脊椎カリエスによる身体障害は、結核性の疾患であることから、当時の医療政策の主要課題であった感染症対策（結核対策）との関係性も高かった。当時の母子衛生の主要な政策課題は、後に詳細に検討するが、乳幼児死亡率の低下、出産前後の母体の保護、そして乳幼児の栄養管理であった。高木や小池は、母子衛生の枠組みにおいて、身体障害児対策も重要であることを、政策当局に認識させることに注力していたといえる。

肢体不自由児施設の整備率は極めて低い状況

本章で既に述べたとおり、1953（昭和 28）年時点における肢体不自由児施設の措置率は 0.4%と極めて低い状況にあった。高木や小池の肢体不自由児対策推進への強い要望とは逆に、現実の施設整備は停滞していたのであった。

わが国初の肢体不自由児施設である「整枝療護園」は、高木によって 1942（昭和 17）年に、東京板橋に開設されたことは第 2 章でみてきた。その後、児童福祉法制定により、肢体不自由児施設は児童福祉施設となった。しかしながら、1950 年代においては全国的な整備は進まず、全県設置が達成されたのは 1961（昭和 36）年であった（整枝療護園 1961）。

肢体不自由児対策の主要疾患の転換

整形外科的治療によって、対象を治療し、独立自活させることが肢体不自由児対策の主張であった。そして先天性股関節脱臼においては良好な治療成績をあげていた。ところが 1955（昭和 30）年頃を境に、結核性疾患（脊椎カリエス）は抗生剤の導入により減少傾向が始まっていた。運動機能障害の原疾患は、整形外科学領域から脳神経学領域（脳性麻痺）に移行していく時期にあった（吉野 1993）。

高木の尽力により、肢体不自由児対策は戦後制度的な基盤を背景に、その飛躍的な展開が望まれていた。しかしながら疾病構造の急激な変化によって、高木の領域である整形外科的治療は、運動機能障害治療の主要な役割から減退していったのであった。

肢体不自由児対策における予防の重要性の提起

母子衛生課の技官でもあった小池は、肢体不自由児対策において予防の重要性を提起している。小池は、「肢体不自由児の治療、育成は甚だ手数がかかる高度の仕事であるから、もしもこれが予防出来るものならば最も望ましいことはいうまでもない」（小池 1958:29）

という。そして予防が可能かについて、「ある種のものについては然り」と答え得るとする（小池 1958:29）。小池はこう述べる。

脊椎性小児マヒについてはソーワクチンの出現によって大きな曙光がもたらされたことは周知の事である。また股関節結核も一般結核対策の推進に伴って漸次減少する公算が大きい。クル病についていうならば、最近この疾患による肢体の高度の変形（セムシ）を見る機会が著しく少なくなったことは衆目の一致するところである。

公衆衛生の進歩、普及に伴って或る種の不自由症は減少していく（一時的予防）のであるが、これには自ずから限界がある。例えば先天性の諸疾患については現在のところ殆んど予防のめどがついていないといっても過言ではない。しかしながら、起因疾患そのものの発現を防止出来ないとしても、早期治療によって不自由に陥らずにすむか、又は不自由の程度を著しく軽減することは不可能ではない（二次的予防）。先天股脱臼の場合生後2~3ヶ月以内に発見して適当な治療を施せば本人が歩行を開始する時期には全く正常の状態に治療せしめ得る。その他、内反足、斜頸等についても同様である。また、結核性関節炎についても、抗生物質の出現によって、早期に治療を行えば関節機能を害わないで（即ち、従来専らやっていたように関節を強直せしめずに）治癒させる途も開けて来た。脊椎性小児マヒなども早期から治療を行うか否かでマヒの予後が相当違ってくる。

出所：（小池 1958:145）

小池は、ワクチンや抗生物質による起因疾患そのものの発現防止による予防（一時的予防）と、起因疾患の発現防止ができないものの早期治療によって不自由を軽減できる予防（二次的予防）を分類し、両者併せて肢体不自由児対策を推進していく重要性を提起していた。

肢体不自由児対策の現況

小池は、1950年代の肢体不自由児対策の現況について、このように述べる。

肢体不自由児が現在どの程度療育の恩恵に浴しているか、は甚だ重要な点であるが、いま治療面を例にとってみても満足すべき状態からかなり隔たっている。例えば、文部省の実態調査によれば、治療可能のものが75.6%（不能12.6%、不要9.8%、無記2.0%）であるが、これに対して現在治療を受けているものが僅かに21.4%（受けていないもの73.0%、無記5.6%）にすぎない。甚だ心もとない次第であるが、これは昭和29年当時、即ち育成医療が初めて実施された年の実情である。当時育成医療の予算額（8/10の補助額）は3千万円であったのが、その後急速に増額して33年度には1億円をはるかに上まわっていると聞いている。また肢体不自由児施設も当時十数カ所であったのが、毎年数施設あて増設されつつあり、今後数年ならずして各府県に一施設設置される見込みとのことである。

出所：（小池 1958:146）

小池は、1954（昭和29）年の実態調査の結果を引用し、治療可能のものが75.6%存在していた中で、治療を受けていたものが僅かに21.4%という低率であったことを指摘する。

このように対象児童に施策が行き渡っていない点を不十分としつつ、今後の肢体不自由

児施設の全国的な整備に期待を寄せていたのである。

不治永患児対策の必要性の提起

肢体不自由児対策の先駆者であり、またその療育事業の体系化を行った高木が、対象児の治療可能性によって、「療育対象児」と「不治永患児」とに分類していたことは本論文第1章で見てきた。そして1953（昭和28）年に開催された「第一回全国肢体不自由児施設長会議」で「不治永患院」設置の必要性を主張したこと、それに対する政策当局の態度は、まだ肢体不自由児施設すらもほとんどない状態であったから、まず療育可能なケースのための施設を先にして、これが一通りゆき渡ったところで、不治永患児の対策を考えよう、ということであったこともみてきた（田波編 1967: 184）。

小池は、1954（昭和29）年の文部省の実態調査において、「不治永患児」が5.4%存在していることを指摘している（小池 1958:146）。そして次のような問題提起を行っていた。

なお、肢体不自由児のうちには重症でかつ現代の医学を以てしては治療効果を期待し得ないケース、即ち不治永患児がいる。これら児童は肢体不自由児施設の入所対象とはならないで、家庭にとっては最も大きな負担となるものであるが、これらのケースに対する対策は全く放置されたままの状態にある。

出所：（小池 1958:146）。

この小池の文献にあるように、肢体不自由児対策においても、1950年代後半（昭和30年代前半）より、従来の整形外科的治療の対象とはならない、不治永患児への対応が課題として浮上してきていたのであった。

3-4 昭和31年 中央児童福祉審議会「児童福祉行政の諸問題にかんする意見具申」

ここまで、乳児院、知的障害児施設、肢体不自由児施設について、1950年代前半の問題状況をみてきた。もう一度整理すると、乳児院においては障害乳児への対応が、知的障害児施設においては重度知的障害児への対応や児者継続した保護が、肢体不自由児施設については不治永患児への対応が求められている問題状況があった。

そして、このような中で、1956（昭和31）年5月に中央児童福祉審議会は、「児童福祉行政の諸問題にかんする意見具申」を行った。この意見具申において、まさに前述した各施設における問題が整理されているのである。

ここで確認しておきたいことは、重症心身障害児対策に関わる通説的見解である「小林中心史観」においては、重症心身障害児問題のなりたちは、小林による全国社会福祉大会等におけるクレーム申し立てにあったとされていることとの違いである。小林のクレーム申し立て活動は、第1章の先行研究レビューでみてきたように、1957（昭和32）年以降から開始されたとされている。しかしながら、本章でみてきた乳児院、知的障害児施設、肢体不自由児施設における問題形成は、小林のクレーム申し立て活動の前に開始していた。そしてこのような各施設における問題の「総括」が、1956（昭和31）年5月の中央児童福祉審議会の意見具申で行われたのであった。すなわち、小林のクレーム申し立て活動以前に、後に重症心身障害児対策につながる問題認識は、すでに形成されていたのである。

それでは意見具申を見ていこう。まず意見具申では、次のような問題認識が述べている。

児童福祉法の制定以来、児童行政は著しい進展を示してきたことは事実であるが、やはり、その歴史が浅いため不備の点が少なくなく、児童福祉の万全を期するためにはなお多くの問題が存在している。

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。

意見具申は、児童福祉法制定以降約10年が経過しつつある時点で、児童福祉の問題が「多数」存在することを指摘している。そして、そのための8つの対策を提示している。

- 一、一般児童の健全育成対策
- 二、精神薄弱児対策
- 三、要教護児対策
- 四、里親制度及び保護受託者制度に関する対策
- 五、母子衛生対策
- 六、身体障害児対策
- 七、乳児院及び虚弱児施設の運営に関する対策
- 八、児童福祉施設に収容している幼児の処遇改善対策

出所：（中央児童福祉審議会 1956）

本論文では、「二、精神薄弱児対策」「五、母子衛生対策」「六、身体障害児対策」「七、乳児院及び虚弱児施設の運営に関する対策」について、以下検討を行うこととする。

精神薄弱児対策

精神薄弱児対策として、意見具申では以下の8点を提起している。

- 一、精神薄弱児は、その性質上、18才を超えても、なお引続き保護指導を行う必要がある者が多いので、精神薄弱児施設における在所期間の延長につき特例を設けること。
- 二、精神薄弱児のうち、白痴児、身体的障害又は性格異常のある者については、それぞれ特別な保護指導を行う必要があるので、これらの児童を分類収容するため国立の施設を設置すること。
- 三、精神薄弱児施設は、全国に88カ所、4千名を収容しているに過ぎないが、施設に緊急に収容を要する者は約4万名にものぼっているから、精神薄弱児施設は緊急に増設及び拡充を行う必要があること。
- 四、精神薄弱児施設は、通園が可能且つ適当な精神薄弱児を個別的、集団的に指導訓練する施設として極めて適切なものであるので、極力その増設を図ること。
- 五、精神薄弱児の社会的自立を図るため、精神薄弱児施設に職業補導設備を整備するほか、精神薄弱児通園施設も将来職業補導を行うよう考慮すること。
- 六、精神薄弱児の就職を促進するため、保護受託者制度の活用と、職場の開拓について積極の方途を講ずること。
- 七、精神薄弱児施設職員の養成のため、専門の養成施設を設置するとともに、職員の現任訓練を強化するよう配慮すること。
- 八、精神薄弱児の居宅保護及び居宅指導の徹底を期するため、児童相談所の整備充実を図るとともに、児童福祉司を増員してその活動を強化すること。

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。下線は筆者。

この8つの対策の内、「1 精神薄弱児施設における在所期間の延長」と「2 白痴児、身体的障害又は性格異常のある者についての国立の施設を設置すること」については、見てきたとおりであり、関係者の要望がそのまま審議会の意見具申に反映されたと考えられる。

母子衛生対策

この意見具申では、母子衛生対策については、次のように意見している。

胎生期及び乳幼児期の健康は、児童の健全な発育の基盤となるので、乳児死亡の原因内容を検討の上、現行の母子保健指導の内容、方法及び体制を改善し、併せて民間の自主的な組織活動の助長を図ることとし、これらの要する費用について予算措置を講ずる必要がある。

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。下線は筆者。

そして次の4点の対策を提示している。

- 一、母子保健指導内容の改善
- 二、母子保健指導方法の改善
- 三、母子保健指導体制の検討
- 四、母子衛生地域組織の育成

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。

ここでは、この4つの対策の内、未熟児対策を提起した「一、母子保健指導内容の改善」についてのみ見てみる。

一、母子保健指導内容の改善

(1) 妊婦保健指導の強化

乳児死亡中に占める新生児死亡の割合が漸次増大しつつあるので、胎生期における胎児の健全な発育のため、妊婦の保健指導を強化すること。

(2) 未熟児の対策

新生児死亡の過半数が未熟児死亡である現状にかんがみ、未熟児の予防及び養護について、その対策を樹立すること。

(3) 人工妊娠中絶の防止と受胎調節の普及

人工妊娠中絶の乱用は、母体に障害を与えるのみならず、出生児にも悪影響を及ぼす傾向が憂えられるので、これを防止するとともに、受胎調節につき適切な指導を行うこと。

(4) 乳幼児の精神発育指導

乳幼児については、一般的保健指導を行うほか、精神的発育についても漸次その指導を及ぼすこと。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。下線は筆者。

意見具申では、「新生児死亡の過半数が未熟児死亡である現状」を指摘し、未熟児対策の必要性を提起している。また「人工妊娠中絶」による「母体への障害」と「出生児への悪影響」にも警鐘を鳴らしており、その防止と適切な「受胎調節」も提言している。

身体障害児対策

この意見具申では、まず以下のように、身体障害児対策における「起因疾患の予防」と「早期発見」「早期治療」を基本方針とすることが明記されている。

身体障害を残すいわゆる起因疾患を予防し、早期発見、早期治療による身体障害増悪の防止を推進するとともに、医学的面のみならず心理的、情意的、教育的、職業的面を十分考慮して総合的な施策を確立し、身体障害児の福祉が十分に達成されることを基本方針として、左の諸施策を推進する。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。下線は筆者。

そして次の9点の対策を提示している。

一、予防の推進

二、療育指導の強化

三、育成医療の適正実施

四、補装具交付の適正化

五、肢体不自由児施設の増設整備

六、専門家の養成

七、調査研究の推進

八、広報活動

九、関係諸機関との連絡調整

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。

以下、「一、予防の推進」「二、療育指導の強化」「三 育成医療の適正実施」「五、肢体不自由児施設の増設整備」「七、調査研究の推進」についてみていく。

一 予防の推進

（1）遺伝的配慮に基づく予防

遺伝に基づく先天性の奇形、盲ろうあ等各種身体障害の発生を防止するため、近親結婚の回避その他の優生学的な配慮が徹底するよう衛生教育の普及を図ること。

（2）胎生期及び乳幼児期における予防

（イ）妊娠中の母親の疾病或は物理的、化学的な諸種の影響並びに分娩時の事故などが新生児の身体障害を招来する重要な原因をなしている点にかんがみ、妊産婦の保健衛生の向上に努めること。

（ロ）小児結核、麻疹、百日咳、デフテリア、日本脳炎、その他乳幼児期の諸疾患並びに栄養障害が、身体障害を招来する重要な原因をなしている点にかんがみ、乳幼児の保健衛生の向上に努めること。

（3）事故及び不良環境による身体障害の予防

（イ）運動競技中の不慮の事故或は不適当な玩具使用のための事故等による失明、難聴或は肢体不自由の防止に努めること。特にこの種の障害を招来しがちな玩具が少なからず市販されているので、これを防止するため必要な対策を講ずること。

（ロ）交通事故及び不良環境に基づく障害（例えば大都市における騒音が乳幼児の難聴を醸成するなど）の予防に努めること。このための一策として児童遊園の増設整備を図ること。

（ハ）右二項の趣旨を徹底するため、啓蒙普及活動の強化に努めること。

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。下線は筆者。

予防の推進においては、「（1）遺伝的配慮に基づく予防」と「（2）胎生期及び乳幼児期における予防」というように、出生前から出生後のステージに対応した対応を示している。「（1）遺伝的配慮に基づく予防」では、「近親結婚の回避その他の優生学的な配慮」が問題視されており、そのための「衛生教育の普及」が提起されている。

「（2）胎生期及び乳幼児期における予防」においては、「新生児の身体障害を招来する重要な原因」として、「妊娠中の母親の疾病或は物理的、化学的な諸種の影響並びに分娩時の事故」をあげている。この点は、「母子衛生対策」の項目でみた「妊婦保健指導の強化」や「未熟児対策」との関係性もうかがえる。

次に「二、療育指導の強化」をみていく。

二、療育指導の強化

（1）早期発見の励行

（イ）一般の乳幼児保健指導（保育所内のクリニック及び所外の一斉検診）の際、身体障害児或はそのおそれのある者の発見に努めること。

（ロ）医師、保健婦、助産婦、児童委員、児童福祉司、身体障害者福祉司、社会福祉主事、養護教諭、

第6章 第1期 始動期

- 学校教員等により早期発見が励行されるよう、各関係諸機関の協力を一層緊密にすること。
- (ハ) 将来各種の施策の充実と相俟って身体障害児の届出、登録制度を制定するよう考慮すること。

(2) 療育指導体制の整備改善

- (イ) 療育指定保健所を中心とする現行の療育指導の制度に検討を加え、身体障害児の早期発見と指導の強化推進に努めること。
- (ロ) 巡回による相談指導を拡充すること。この際身体障害者福祉法による巡回相談との連絡提携を密にすること。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。下線は筆者。

療育指導の強化には、「(1) 早期発見の励行」と「(2) 療育指導体制の整備改善」の2点があげられている。「(1) 早期発見の励行」では、一斉検診における障害児の発見や、身体障害児の届出、登録制度についても言及されている。「(2) 療育指導体制の整備改善」では、巡回指導の必要性も提起されている。

三、育成医療の適正実施

(1) 育成医療給付の検討

- (イ) 早期治療による予防面の強化に努めること。
- (ロ) 給付対象の範囲を明確化し、且つ肢体不自由児施設の療育及び生活保護法による医療扶助との関係を調整すること。

(2) 指定医療機関の整備

- (イ) 育成医療の給付を円滑ならしめるために、指定医療機関の地域的分布を調整すること。
- (ロ) 育成医療指定医療機関に関して設備及び事業内容の水準を維持又は向上するよう、指導を強化すること。

(3) 育成医療の重点的实施対策

- (イ) 先天性股関節脱臼を乳児期の初期に発見し、且つ適切な医療を施して、乳児期のうちに治療を完了するような体制を確立すること。早期発見の手懸りとして開排制限の検査の普及徹底を図ること。
- (ロ) 内反足、斜頸、その他の先天奇形についても右に準じた措置を講ずること。
- (ハ) 急性灰白髄炎の届出制度を利用して脊椎性小児麻痺の新規発生ケースに対して、その届出をうけた保健所が家庭訪問等により指導を行う体制を確立すること。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。下線は筆者。

育成医療の適正実施においては、「(3) 育成医療の重点的实施対策」として、「先天性股関節脱臼」の早期発見体制の確立や「急性灰白髄炎（ポリオ・小児麻痺）」への対応が注目される。

五、肢体不自由児施設の増設整備

(1) 肢体不自由児施設の増設

肢体不自由児施設の病床数の著しい不足に鑑み、各府県に少なくとも一施設が早急に設置されるよう増設に努めること。

(2) 肢体不自由児施設の整備改善

(イ) 肢体不自由児施設の療育内容の向上のため、設備の改善及び職員の充実に努めること。

(ロ) 肢体不自由児施設における療育の一環であるべき義務教育の制度が、現行の体制においては確立していないため種々の支障があるので、この体制の確立に努めること。

(ハ) 施設における職業指導の面を助長し、少くとも職業の基礎的指導が施されるよう体制を整備すること。

(ニ) 通園療育サービスを可能にするよう考慮すること。

(3) 不治永患児施設の設置

家庭悲劇の大きな原因となっている不治永患児に対して、不治永患児施設の設置を制度化する必要があること。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。下線は筆者。

肢体不自由児施設の増設整備については、「(1) 肢体不自由児施設の増設」として、施設の病床数の著しい不足という現状と、各府県に最低一施設整備するという方針が示されている。また、「(3) 不治永患児施設の設置」を制度化する必要があることも明記されたことは重要である。

七、調査研究の推進

(1) 実態調査

療育事業の推進のため各種の調査を行い身体障害児の実態の把握に努めること。

(2) 研究

身体障害児について医学的、心理的、社会的、職業的各々の面について専門的研究を助長推進すること。

出所：(中央児童福祉審議会 1956)。

身体障害児対策の項目では「調査研究の推進」も意見されている。実態調査の実施と、身体障害児についての各種専門的研究の推進がうたわれている。

乳児院及び虚弱児施設の運営に関する対策

最後に、乳児院についての対策をみる。ここでは虚弱児施設については割愛する。

一 乳児院

(1) 結核家庭の乳児の収容について

乳児院は、従来主として、父又は母の死亡、父母の離婚等により養育できない乳児を収容して来たので

あるが、すべての児童をすこやかに育成することを目的とする児童福祉法の精神にのっとり、結核家庭の乳児（発病児を除く）をも積極的に収容するよう考慮を払うべきである。それについては、現行の最低基準の医療設備を確保するのみならず、医療機関を常時利用しうるような態勢にあることが必要である。

(2) 里親委託の推進

乳児院における乳幼児については、出来るだけ早い機会に家庭を与えられることがその健全な発育を助長するため最も有効であるので、乳幼児の里親委託を推進することが必要である。

(3) 乳児院における心身発育遅滞児の養育について

乳児院における幼児は、一般の幼児に比し、精神薄弱、身体障害等の異常児の占める率が大である。幼児期における心身欠陥の理由による発育遅滞児は、下級年令児としての養育を行わなければならない。従って乳児院における心身発育遅滞児は日常生活の基本的習慣が自立するまでひきつづき乳児院において養育することが適当である。

二 虚弱児施設（略）

出所：（中央児童福祉審議会 1956）。下線は筆者。

この意見具申において、乳児院対策としては、「(1) 結核家庭の乳児の収容について」が筆頭事項にあげられている。また「(3) 乳児院における心身発育遅滞児の養育について」の項において、「乳児院における幼児は、一般の幼児に比し、精神薄弱、身体障害等の異常児の占める率が大である」との問題認識が提起され、「乳児院における心身発育遅滞児は日常生活の基本的習慣が自立するまでひきつづき乳児院において養育することが適当」との対応が示されている。

以上、1956（昭和31）年5月の中央児童福祉審議会による「児童福祉行政の諸問題にかんする意見具申意見具申」をみてきた。本論文では、この意見具申で提示された9つの領域の内、次の4領域、すなわち「二、精神薄弱児対策」「五、母子衛生対策」「六、身体障害児対策」「七、乳児院及び虚弱児施設の運営に関する対策」についてみた。

本論文で、重症心身障害児問題のなりたちの背景として、「乳児院」「知的障害児施設」「肢体不自由児施設」における1950年代の問題状況を検討してきた。「乳児院」では障害乳児の対応が、「知的障害児施設」では重度児への対応が、「肢体不自由児施設」では不治永患児への対応が問題となっていたのであった。そしてその問題認識は、この1956（昭和31）年の中央児童福祉審議会の意見具申に集約されていたのであった。またこの意見具申は、小林のクレーム申し立て活動以前にとりまとめられたものであった。このことは、小林がクレーム申し立て活動に関係なく、既に障害児施設の現場と政策当局において、重症心身障害児問題に連なる諸問題が共有されていたことを意味する。

また、この意見具申で、精神薄弱児対策と身体障害児対策とを比較すると、その項目の量からも、身体障害児対策の方が対策のメニューが豊富であることに気がつく。また、「母子衛生課」が所掌する身体障害児対策においては、「起因疾患の予防」「早期発見」「早期治療」が問題認識に浮上していたことは注目される。

第5章の厚生省児童局の分析において、1950年代の児童局には「企画課」「養護課」「保育課」「母子衛生課」の4課が設置されていたことはみてきたとおりである。そして「知的

障害児対策」は「養護課」の所管であり、「身体障害児対策」と「乳児院対策」は「母子衛生課」の所管であった。また、児童局の予算分析の結果から、1950年代の児童局の予算面の重点事項は、「育成医療」「未熟児対策」「結核児童対策」「重度知的障害児対応（国立施設）」の4点であり、圧倒的に「母子衛生課」の所掌事務の方が「養護課」よりも大きかった。この点からも、1950年代の児童局の政策においては、「母子衛生」という衛生セクション（医系技官）の影響が局内においても大きかったことが想起されるのである。

次に1950年代の児童局の問題認識を、母子衛生の観点から検討する。

3-5 厚生省児童局の問題認識 ―母子衛生行政の観点から―

若松栄一・母子衛生課長による問題認識の整理

若松栄一・母子衛生課長の在任期間は、1955（昭和30）年8月23日～1958（昭和33）年7月10日である（厚生省五十年史編集委員会編1988）。若松は1958（昭和33）年3月の『公衆衛生』誌において、「母子衛生のあゆみ」と題する論考を投稿している（若松1958）。そこでこの論考に従って、当時の母子衛生行政についての問題認識を確認する。

まず、若松は、日本における母子衛生行政のおいたちを述べる。

まだ日本の乳児死亡率が現在の4倍も高かった頃、大正5年に政府は乳幼児死亡及び青壮年の死亡改善のために保健衛生調査会を設置し、大正11年には我国の乳児死亡を減少させるための方策如何という諮問が出され、それに対して特別委員会を設けて調査審議した結果「差当り須要都市に小児相談健康相談所を設置すべし」との答申がなされた。現在788カ所の保健所を整備した偉容と思いきらべると今昔の感なきを得ない。

出所：（若松1958:120）。

若松は、乳幼児死亡率を減少させることを目的に「小児相談健康相談所」の整備が大正年間から進み、それが今日の788カ所に至る「保健所」につながっていることを振り返る。そして若松は続ける。

昭和12年に保健所法の制定により、保健所が保健衛生サービスとして発足したわけであるが、当時多くの保健所が簡易相談の健康相談所から転換したため結核の相談のみが主として行われ、母子の保健指導仲々進展を見なかった。当時満州事変に始まった戦争が拡大するにつれて、産めよ殖やせよの掛け声をバックにして母子の保健指導が取り上げられた。即ち昭和15年に制定された国民体力法に基づいて人的資源の培養策としての青少年の体位の向上が打ち出され、その一環として乳幼児の検診、保健指導が実施されることになった。16年には人口対策確立要綱が国策として定められ、乳幼児から更に妊産婦の保健指導をも行うことになり、17年には妊産婦手帳の制度が始められるに至った。しかしながら末端行政機構も技術者のサービス網も整備せずにそういう施策が徹底するはずもなく、かつ又太平洋戦争の非勢と共にすべてが壊滅に帰してしまった。

出所：（若松1958:120）。

若松によると、当初の「保健所」における母子の保健指導は進展がみられなかったという。しかしながら、戦時体制下の「人的資源の培養策」の一環として、乳幼児の検診、保健指導が実施されるようになり、更には妊産婦の保健指導も進められるようになったという。そして1942（昭和17）年に「妊産婦手帳」の制度が始まったことを若松は指摘するが、戦争によって行政が停滞していったとする。なお、この「妊産婦手帳」については、第2章で後に初代母子衛生課長となる瀬木が、その制度化に大きな役割を果たしたことは述べた。瀬木は、ドイツ留学でナチスの母子保健行政を研究してきた人物でもあった（瀬木1944）。

戦後のGHQによる母子衛生行政の発展について、若松はこういう。

戦後になって日本の行政が占領軍の司令部所謂 GHQ の指令、指示によって動くようになると、日本の衛生行政も背のび、足のびしてアメリカの模倣をするように引きづり廻された。その結果として公衆衛生事業が総体的に飛躍的な発展をとげた事はいなめない事実であった。

出所：(若松 1958:120)。

若松は戦後の GHQ 主導による公衆衛生事業の飛躍的な発展を認めた上で、「これからの仕事」としてこう続ける。

とやかくはいつでも、母子衛生の示標ともいふべき乳児死亡率はこの 10 年間にめざましい改善を示してきた。乳児死亡の三大要因というものが昔から先天性弱質、下痢腸炎及び肺炎気管支炎ときまっていた。ところが戦後の 10 年間に下痢腸炎及び肺炎気管支炎による死亡が急激に減少してしまった。その原因として、乳児栄養の改善特に乳製品の長足の進歩改良とその普及が消化不良症という病気の姿を一変してしまったり、ペニシリン及びそれに続いた各種抗生物質の発見普及は肺炎気管支炎による死亡をゴッソリと削り落してくれた。

出所：(若松 1958:120-1)。

若松は、乳児栄養の改善と各種抗生物質によって、先天性弱質、下痢腸炎及び肺炎気管支炎という乳児死亡の三大要因が変化している現状を指摘する。そして、今後の方向性として、未熟児対策の必要性を以下のように指摘する。

日本の乳児死亡率がこの 10 年間ですばらしく改善されて、死亡率半減という成果をあげたが、一步先に進んでいた欧米の先進国も矢張りこの 10 年ではば半減という進歩を示している。結果として依然として先進国の倍近い死亡率を保ったまま追いかけている事になり、依然としてその間隔は相対的に縮められていない。しかも上の様に乳児死亡の三大原因の二つである下痢腸炎及び肺炎気管支炎は既に相当大巾に制圧されて来ている。結局最も対策の困難な先天性弱質或はそれに近い関係にある未熟児の死亡があまり改善を見ずに取り残されている事が予想される。

そこでこれまでの乳児死亡改善の足どりと今後さらに改善されるであろう姿を想像して見るとこんな事がいえないだろうか。現在の日本の乳児死亡率は 40 程度であるが、欧米の先進国が既に 20 台から 20 を割るほどに進んでいる状態であるから、日本も X 年後、Y 年後には乳児死亡率が 25 になり、20 にも下ることは期待出来る。更に進んで理論的に予防し得る原因による死亡は完全に防あつし得たと仮定すれば、最後に残るものは高度の未熟児と奇形等に基づく極端な生活力微弱児ともいふべきものだけが、人力を以て如何ともし難い死亡として残る筈である。それらのものは生後比較的早い期間に死亡するものと予想されるから、当然新生児死亡となるであろう。

この様な推定のもとで考えると、新生児外の死亡はこれまでも急激に減少して来たり、今後も相当減っていくであろうが、新生児死亡を大巾に減らすことは並々ならぬ努力が要る事と思われる。新生児死亡の原因は 31 年に於てその 63.3%は新生児固有の疾患及び性質不明の未熟児によって占められ、肺炎及び気管支炎は 13.5%、下痢腸炎は僅か 2.7%であるから、現在でも既に未熟児死亡の防止に相当の努力を払わなければ新生児死亡の改善は困難であり、逆に未熟児対策を進めない限り乳児死亡率を 20 台に引き下げる事は難しいのではあるまいか。ここら辺に今後の母子衛生の一つの方向がうかがわれるのである。その方法と

して単に生れた未熟児の救助に専念することは智恵のない話で、未熟児の生れることを出来るだけ防ぐに越した事はない。その意味から妊娠中毒症の予防や、原因的につながりのある流早死産の防止というオーソドックスな妊産婦保健指導の強化が強く打ち出される事が必要である。

出所：(若松 1958:121)。下線は筆者。

若松は、乳児死亡率をさらに引き下げ、欧米諸国にキャッチアップするためには、未熟児対策が今後重要であること、そしてそれだけでは「智恵のない話で」あり、「未熟児の生れることを出来るだけ防ぐ」という「予防」のための政策も重要となってくることを指摘した。

児童政策における「予防」へのシフト転換

このような「予防」に着目した政策のシフト転換は、「母子衛生課」だけではなく、児童局全体の方向性でもあったといえる。高田浩運・児童局長は、1959（昭和34）年4月の厚生省広報誌で、「当面する児童福祉行政の問題」として、次のように述べている。

「予防は治療にまさる。」とは一般に言われるところであるが、児童福祉事業の領域でも同じことが言えるのであって、健全育成対策に重点を置くことは、児童福祉の進展のために効率的であるといわなければならない。

わが国でも従来、戦後の特殊事情もあって、どちらかといえば問題児の保護に重点がおかれ勝ちであったのであるが、ここ一、二年健全育成対策に力を入れるとともに、児童福祉行政の重点をこの方向に指向させつつある。

出所：(高田 1959:9)

そして、高田はそのための方策として、次の4点を提示している。

- (1) 母子保健対策
 - (イ) 母子保健健康センターの増設
 - (ロ) 未熟児対策の強化
 - (ハ) 愛育地区の育成強化
- (2) 児童の不良化防止及び児童厚生対策
 - (イ) 文化財対策の強化
 - (ロ) 児童館及び児童遊園の整備
- (3) 要保護児童対策
 - (イ) 児童福祉施設の整備
 - (ロ) 結核児童の療育対策
 - (ハ) 児童保護措置費の充実
- (4) 母子福祉及び特別保育対策
 - (イ) 母子福祉資金の貸付制度の強化
 - (ロ) 母子世帯向け低家賃住宅の確保

(ハ) 特別保育所の設置

出所：(高田 1959:10-11)。下線は筆者。

ここで、高田が「(1) 母子保健対策」を筆頭項目にあげていることが注目される。高田は、「母子保健対策」を進展させていく背景について、次のように語っている。

妊産婦、乳幼児の健康の増進と疾病の早期対策を目的とする母子の保護対策は、いわば国民保健の基礎をなすものであって、戦後、乳幼児死亡率は 1,000 対 40 前後に、また新生児死亡率は 1,000 対 21 前後にと、それぞれ相当低下して来たが、近年その低下は緩慢となり、さらに妊産婦死亡率は、10,000 対 15 の線で近年殆ど変化がないまま停滞している。

出所：(高田 1959:10)、下線は筆者。

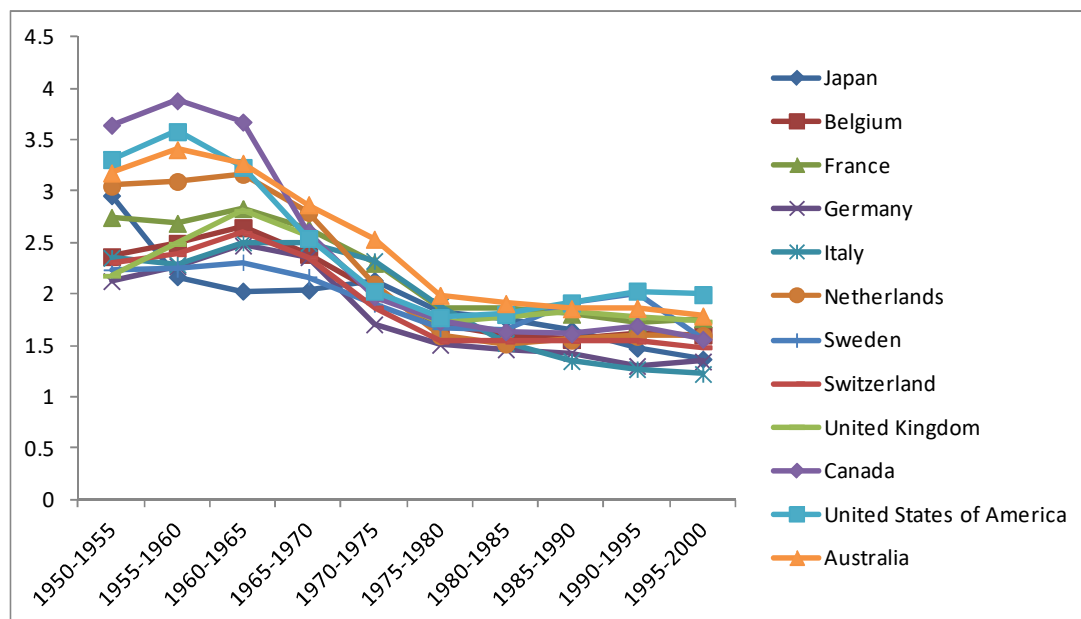
この高田の記述によると、「母子保健対策」とは「国民保健の基礎」であり、児童局の筆頭事項として問題認識していたことをうかがうことができる。そしてその乳幼児死亡率や新生児死亡率の低下が、緩慢となっており、さらに妊産婦死亡率の低下が停滞していることを問題であると捉えていることがわかる。

それでは、日本における乳児死亡率はどうであったのか。国際比較データによって、分析する。

我が国の人口構造と乳児死亡率の特性

まずは、合計特殊出生率からみていく。日本は第1次ベビーブーム(昭和22年～24年)を終え、1950年代に入ると、急激に出生数の減少を迎えた。これは過剰人口による「人口の重圧」を受けた国民の産児制限の結果である。1955(昭和30)年から1960(昭和35)年における合計特殊出生率を12カ国で比較すると、日本のみが、いち早く2.17と、12カ国中最も低い数値となっている(図6-1)。1955(昭和30)年から1960(昭和35)年における他の西欧諸国の合計特殊出生率は、カナダの3.9を最高値に、概ね2.5以上であった。それどころか、日本で出生数が減少していくのとは逆に、諸外国では増加傾向にすらあったのである。

図 6-1 12 カ国の合計特殊出生率の推移 1950-2000 年

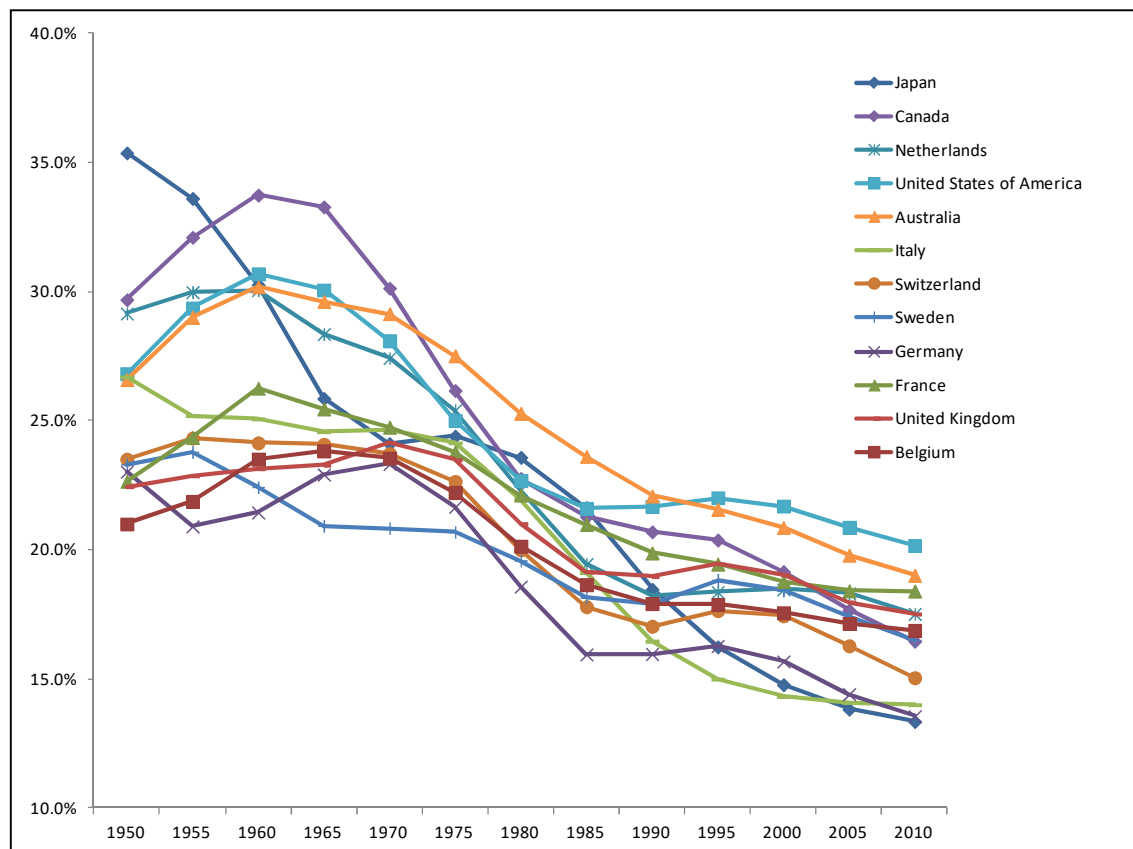


出所： World Population Prospects: The 2017 Revision | United Nations Population Division を基に筆者作成。

次に、図 6-2 は、12 カ国の年少人口の総人口比の推移である。表 6-2 をみると、日本が 1950 年代と 60 年代にかけて、少子化社会に急激に変化していったことを如実に表す。1950（昭和 25）年時点における日本の年少人口は 35.4%と、12 カ国中最も高い割合であった。ところが、合計特殊出生率の低下を受けて、1955（昭和 30）年から 1960（昭和 35）年にかけて、年少人口は 25.9%まで急減する。この間、10 年間で、日本の年少人口は約 10%の減という急激な減少であったのである。1950 年代とは、年少人口が急減する時期であった。

他方、表 6-2 によれば、西欧諸国における年少人口の減少は、日本より遅れて、おおむね 1975（昭和 50）年以降から開始するのである。この点で、日本の 1950 年代とは、他国よりもいち早く少子化に向かっていく時期であったという特性がある。

図 6-2 12 カ国の年少人口（0-14 歳）の総人口比率の推移 1950-2010 年



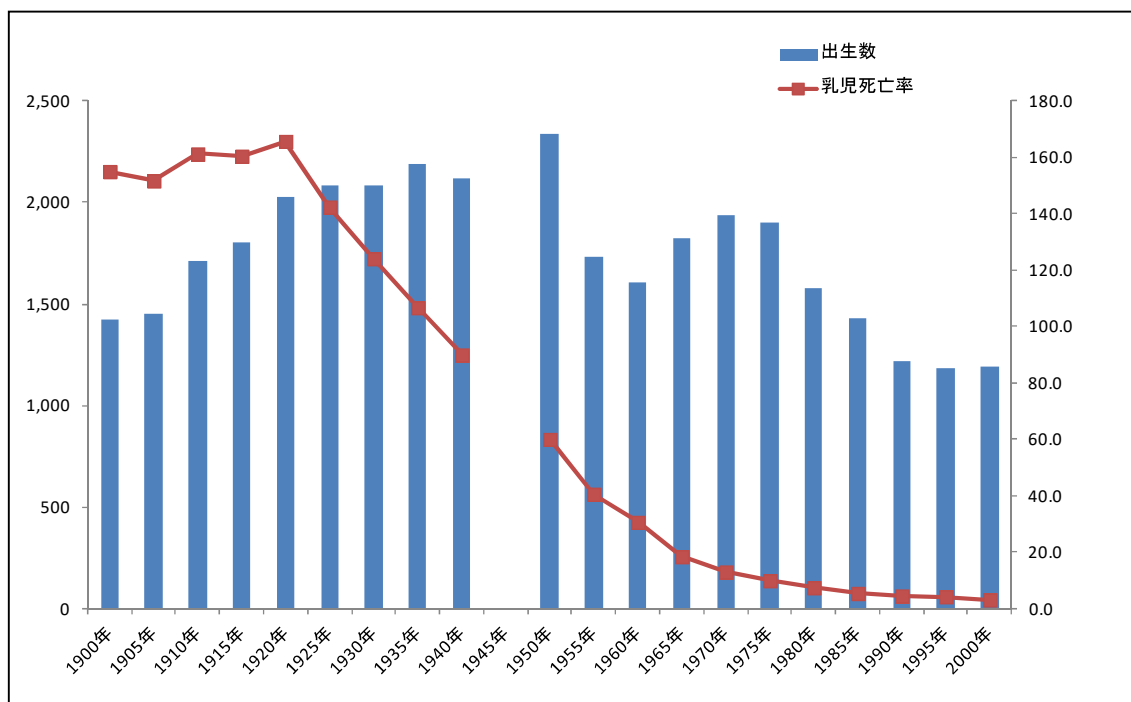
出所： World Population Prospects: The 2017 Revision | United Nations Population Division を基に筆者作成。

次に、乳児死亡率（1 歳未満）の推移をみる。乳児死亡率の変化も、1950 年代の日本の特殊性を明確にする。

まずは日本のみに限定して、その推移をみる。図 6-3 は、日本における 1900（明治 33）年から 2000（平成 12）年までの 100 年間の乳児死亡率の推移である。日本の乳児死亡率は、1920（大正 9）年までは、生産児人口 1,000 あたり約 160 であった。すなわち生産児 1,000 人の内約 2 割は生後 1 年以内に死亡していたのである。しかし 1920（大正 9）年を境に、乳児死亡率は低下し続ける。これは戦前・戦後を通したトレンドであった。

日本において乳児死亡率が低下した背景には、1919（大正 8）年に内務省衛生局保健課の所掌業務に、小児保健が初めて明記されたことと対応していると思われる。乳児死亡率の低下は、内務省衛生局以来、母子衛生に関わる医系技官の最大の政策関心事であったといえるだろう。なお、日本の乳児死亡率は、1985（昭和 60）年にスウェーデンを抜き、日本は、世界トップの乳児死亡率の低国家となったのである（図 6-4）。

図 6-3 日本の出生数と乳児死亡率の推移 1900-2000



出所：厚生労働省「人口動態統計」より筆者作成。

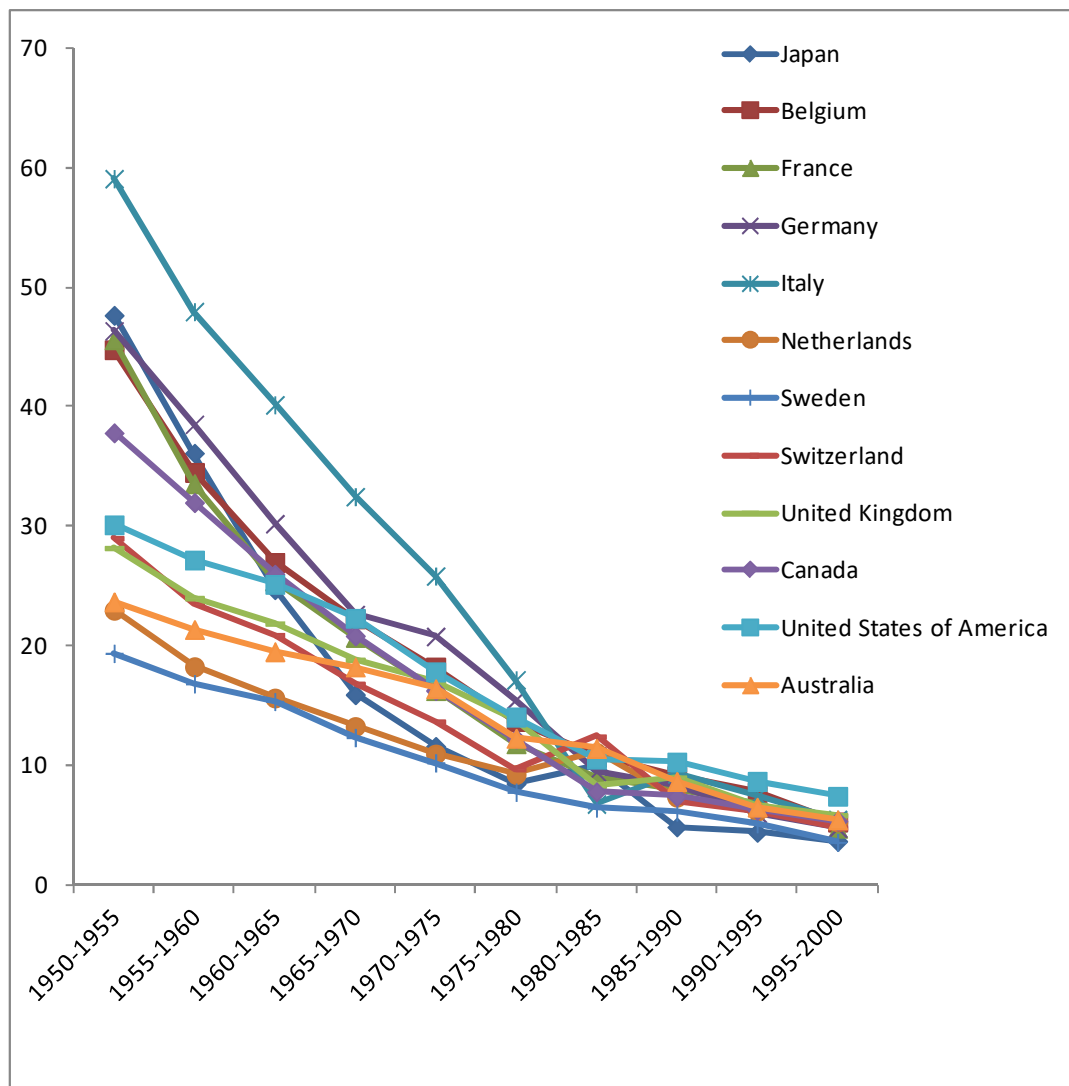
それでは、国際比較に移る。1950（昭和 25）年以前の国際的なデータを入手出来なかったため、戦前からの長期トレンドを国際比較することはできなかった。データは 1950 年以降に限られる。

1950（昭和 25）年から 1955（昭和 30）年時点で、最も乳児死亡率が高かったのはイタリアであった（59.1/1,000）。その次に高かったのは日本であった（47.7/1,000）。日本は、1920（大正 9）年より乳児死亡率が低下していたとはいえ、西欧諸国と比較すれば、その水準は極めて低い状況にあったのである。この点については、母子衛生課長の若松も指摘していたとおりである。

しかしながら、日本は 1965（昭和 40）年から 1970（昭和 45）年までに、世界のトップクラスに仲間入りする。そして[1985-1990]年で乳児死亡率が最も低い国家となる。

1950 年代と 1960 年代の日本は、乳児死亡率の低下において、西欧諸国を追い越すために、驚異的に政策を推進した時期であったといえる。当時の児童局、とりわけ「母子衛生課」が、乳児死亡率の低下に注力していたことは、述べたとおりである。そしてそのことは、このデータからも確認することができる。

図 6-4 12 カ国の乳児死亡率の推移 1950-2000 年



出所：World Population Prospects: The 2017 Revision | United Nations Population Division を基に筆者作成。

少子化と乳児死亡率急低下の同時進行 日本の特性

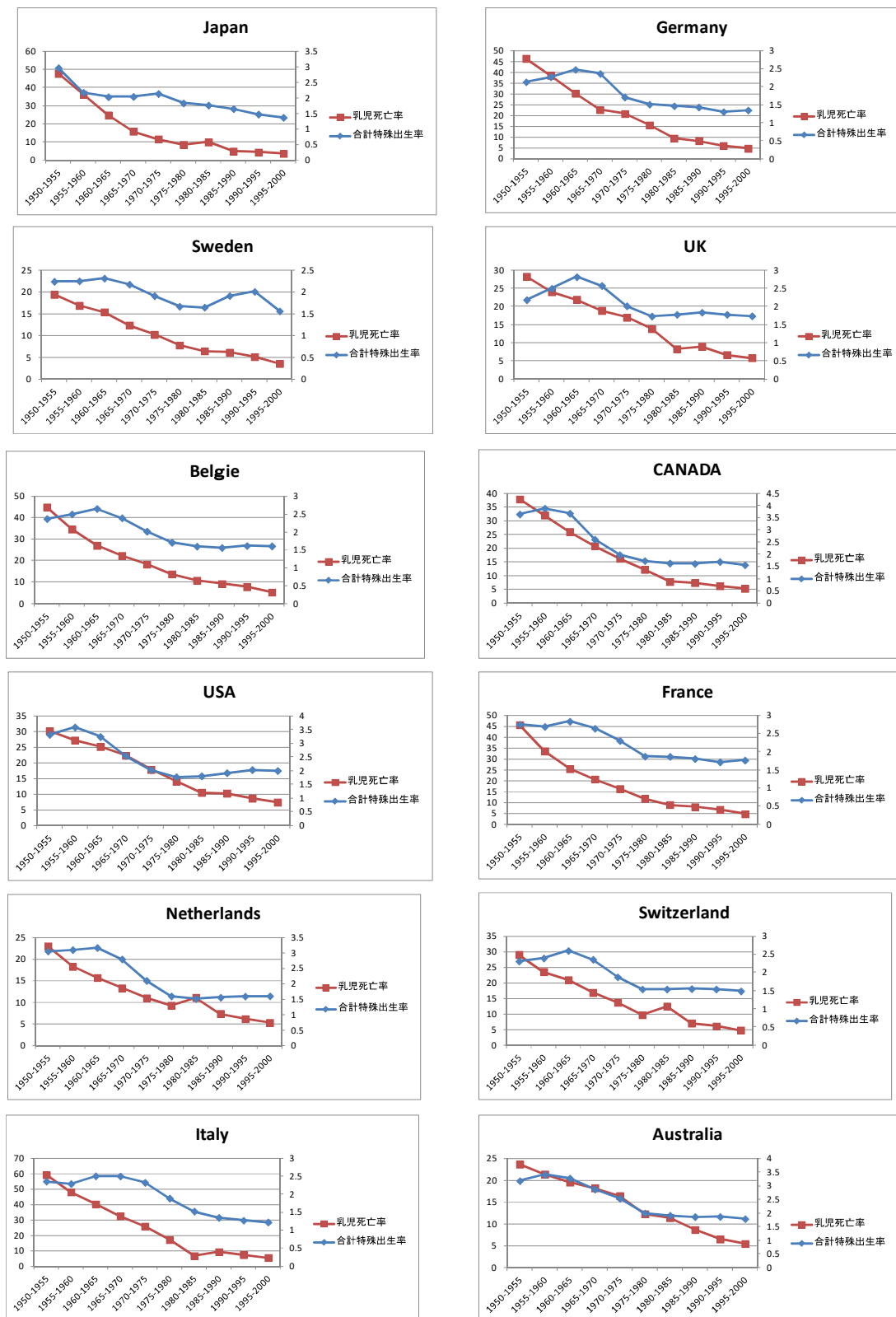
さらに乳児死亡率と合計特殊出生率の両者の変化を組み合わせると、日本の特性がさらに明確になる。

図 6-5 は、12 カ国別に、乳児死亡率と合計特殊出生率両者の変化を比較したものである。これらを見ると、1950 年代と 60 年代は、日本のみが、乳児死亡率と合計特殊出生率の両方が、同時に低下している（2 つの折れ線が両方とも並行して低下している）。西欧諸国では、この時期は、逆に合計特殊出生率が上昇して、乳児死亡率は低下している（2 つの折れ線がクロスしている）。

日本の 1950 年代と 60 年代は、「少ない出生児に対して、集中的に医療資源が投入された」時期であったことを表している。1950 年代と 60 年代の日本は、急激な少子化社会への移行と急激な乳幼児死亡率の低下とが同時に進行したという、他国にはみられない特殊な状況にあった。そこには母子衛生対策の強力な効果も見取れるのである。

そしてこのことは、次章で検討する高度成長下の「人口資質の向上」という政策を、データ的に裏付けるものでもある。

図 6-5 12 カ国別の乳児死亡率と合計特殊出生率の変化の比較



出所：World Population Prospects: The 2017 Revision | United Nations Population Division を基に筆者作成。

4 糸賀一雄の「近江学園」における実践と問題意識

次に「重症心身障害児問題」のクレイムメーカーであった小林と糸賀の実践と問題意識を検討する。既に障害児対策において、重度障害児の処遇が問題となっていたことは前にみてきたとおりである。小林と糸賀は、当時、実際にこのような重度障害児を処遇していた。まずは糸賀の実践と問題意識からみていこう。

「近江学園」は1948（昭和23）年、児童福祉法制定後に誕生した滋賀県立の知的障害児施設である。園長は糸賀一雄である。糸賀によると、「近江学園」内で集団生活が困難な知的障害児を、一つのグループを編成して分類処遇を行っていたという（糸賀 1956:126-7）。このグループが「杉の子組」であり、後の「びわこ学園」に発展していくのである。

重度障害児のための「杉の子組」の設置

「杉の子組」では、「近江学園」の岡崎英彦医師（後の「びわこ学園」初代園長）と伊藤貞子保母を中心に、その特別な支援を実施したという（糸賀一雄著作集刊行会編 1983:251）。表 6-6 は、「杉の子組」の入園児のデータである。この入園児4名の症状を見ると、年齢も比較的高く、またIQも比較的高い。症状に虚弱体質や大発作とあるように、知的障害児の中で医療的な対応が必要な入所児であったといえる。

表 6-6 「杉の子組」の入園児

原因	年齢	学年	IQ	入園年月	症状
神経症的傾向	15.2	中3	65（鈴木ビネー）	28. 7	頻回下痢を起す。一見老化して虚弱体質
テンカン	12.6	中1	40位（相談所）	28.12	大発作二、三日間隔に起す。行動、言語重い
アテトーゼ	14.10	不就学	〃	29. 4	アテトーゼによる肢体不自由、言語障害
神経症	16.10	中学卒	100以上	28.10	動作かんまん、行動中絶、主体性の喪失

出所：（糸賀1956:127）。

「杉の子組」から「滋賀育成園」設置計画へ

糸賀は「杉の子組」の実践を経て、このような精神神経医学的な症状を有する知的障害児を中心とした新施設の設置構想の作成に着手したのであった。1958（昭和33）年11月に、糸賀は「夢を語る」と称したエッセイで、その構想を披露している。

近江学園のわれわれが、多年要望してきた二重、三重障害児の対策として、ひとつの新しい施設を建設することである。現在「杉」と「檜」の二部屋でひきうけている多障害児は、主として精神神経科的症状をもっている。てんかんや自閉症やひどいチック症の子どもたち9人である。これに、3人の専属の指導員と保母そしてアシスタントが1人、側面から医師1人、保健婦1人が関与している。それでも手が足りないというのが実情である。私たちのところでは、もうこれ以上はとても引きうけられない。しかし、要

望は日増しに強くなっているのである。国か県がこれをつくることが望ましいのであるが、やむを得なければ、国や県や社会の支援を得て、純粋に民間的な事業としてでもこの問題と取り組まざるを得ない。それは、小児精神科的な病院を併設した精神薄弱児の収容施設のようなものとなるであろう。この建設にはさしあたり 100 ベッドで 4・5000 万は必要であろう。

出所：（糸賀 1982b:345）

この構想が「滋賀育成園」の設置計画として公になるのは、1959（昭和 34）年 2 月である（糸賀 1982b:259-60）。以下はその設立書の抜粋である。

精神障害児収容施設滋賀育成園

①建設の趣旨及び目的

人口の 3 ないし 4 パーセント、従って全児童中少なくとも約 100 万と推定されております精神薄弱児の保護、育成につきましては特に昭和 23 年 4 月児童福祉法施行以来、関係省庁、民間団体、有識者の非常なる努力が注がれて参りました。

ところで現在運営されている精神薄弱児のための学校や施設の現状を詳細に検討致しますならば、その対象は殆ど比較的軽度、或いは中等度の精神薄弱児であり、重度の精神薄弱児あるいは心身障害をともなった精神薄弱児に対してはその門戸が閉ざされている現状であります。たまたま収容されている場合でも、従来の施設や学校の規模に於ては、その取り扱いの困難さと専門的な技術を必要とするために、非常な努力が払われながら、しかも尚所期の成果を挙げ得ないのであります。

一方このような二重三重障害児童、重度自痴児の適切な処遇を希う社会的要求は年を追って大となって参りました。事実、本会の取り扱っております児童相談のうち、その 70%以上がこのような児童に関するものであります。

このような現状にかんがみ、滋賀県立近江学園及び本会におきましては数年前より特にこのような精神薄弱児のための収容室をもうけ、特に精神障害を合併する精神薄弱児数名ないし十数名を取り扱い、ほぼ所期の成果をおさめて参りました。

政府に於ても特にこの問題の重要性を認め、昭和 33 年度特に、盲、聾を合併する重症精神薄弱児施設として国立秩父学園の開設をみたわけではありますが、精神障害を合併する精神薄弱児については専門の保護、育成、教育機関は今なお皆無であります。

本会は過去数年間にわたる経験と資料に基づいてこれ等児童の専門施設を建設し、社会の要求に応えたいと考え、ここに「滋賀育成園」の設立を企画したのであります。

②重症精神障害児収容施設設置計画書

一、名称

社会福祉法人大木会滋賀育成園

二、事業の種類

児童福祉法による精神薄弱児施設。特に重度精神薄弱児及び精神障害を合併する精神薄弱児を収容

三、定員

100 名

四、位置

第6章 第1期 始動期

滋賀県大津市神出開町 259 番地

五、建物その他設備の規模及び構造並びにその図面（略）

六、建設予算（略）

七、開園予定年月日

昭和 35 年 4 月 1 日

③事業計画書

一、経営主体

社会福祉法人大木会

二、定員

100 名

三、職員組織

園長 1 名

医師 2 名

事務長 4 名

指導員 4 名

事務員 1 名

保母 15 名

看護婦 3 名

看護夫 1 名

調理員 4 名

計 32 名

四、昭和 35 年度事業計画

設立の趣旨及び目的達成のために昭和 34 年度中に施設の建設を完成いたし、それぞれ専門の職員を配置し、園長は定款に基づき本法人の理事を充て、児童福祉法による関係法令を適用の上運営をいたします。

精神薄弱児中特に重度の精神障害を合併する児童にして何等特別の処遇をうけることなく、そのために生活が困難に陥っているもの、及び一般社会においてこれが療育に困難を来たしているものを収容し、専門的取り扱いのもとにその社会生活を可能ならしめようとするものであります。

昭和 35 年度においては、徐々に定員まで収容し、設置内容の充実を実施すると共に、家庭生活及び社会生活における基礎訓練を指導し、生活慣習の習熟と療育の成果をあげる計画であります。

本施設に必要な経費は、児童福祉法による措置費、保護者負担金、共同募金、本会負担金及び指定寄付金をもって経営を行うものであります。

五、昭和 35 年度収支予定書（略）

財団法人大木会設立経過及び現況と将来の展望（略）

財団法人大木会寄付行為（略）

出所：（糸賀 1982b:259-60）

糸賀の問題認識

この滋賀育成園の設立趣意書によると、糸賀の問題認識とは、まず、現行の知的障害児施設の対象が「比較的軽度」、あるいは「中等度の精神薄弱児」であり、「重度の精神薄弱児」あるいは「心身障害をともなった精神薄弱児」が対象外に置かれていることであった。

また 1958（昭和 33）年に国立秩父学園が開園したが、それは盲、聾を合併する重症精神薄弱児施設であり、精神障害を合併する精神薄弱児については専門の保護、育成、教育機関が皆無であるという。

糸賀は滋賀育成園を「重症精神障害児収容施設」と名付けており、その対象も「特に重度精神薄弱児及び精神障害を合併する精神薄弱児を収容」とあるように、「知的障害」「精神障害」を基礎とした対象へのアプローチであった。そして施設の種類は、児童福祉法上の精神薄弱児施設としたのであった。

伊藤貞子による糸賀と小林の実践の媒介

「杉の子組」は医師の岡崎と、保母の伊藤貞子が実践の責任者であった。伊藤は 1957（昭和 32）年 3 月に近江学園を辞し、東京に戻った（糸賀 1982a:163）。伊藤は、翌 1958（昭和 33）年に、「島田療育園」の運営母体となる財団法人「日本心身障害児協会」の常務理事に就任する。

後述するが、「島田療育園」とは、強度の行動障害を有していた島田良夫のために、その両親が施設建設のため土地と資金の寄付を申し出たことから、その名称が付されたのであった。その島田良夫は、家庭内での養育が困難であったことから、1958（昭和 33）年に「杉の子組」に入園した。そして島田良夫は、1961（昭和 36）年の「島田療育園」の開園を待たずに、1960（昭和 35）年に「杉の子組」で事故死したのである（糸賀 1982a:163）。小林と糸賀、そして新たな施設建設のための資金の寄付を申し出た島田家、これらを仲介し結びつけた伊藤、このような関係性が、重症心身障害児対策の背景にあったのである。

それでは、次に小林の実践と問題認識をみていこう。

5 小林提樹の「日赤産院小児科」および「附属乳児院」における実践と問題

日赤産院とは

日赤産院は、東京広尾に1918（大正7）年に設置された貧困者のための助産施設である。日本赤十字社中央病院に隣地に建設された。日赤中央病院とは別組織である。日赤産院は1972（昭和47）年に日赤中央病院に統合されたため、現在は存在しない。

1950年代の日赤産院の院長は、日本産婦人科学の重鎮であり、奇形児や未熟児の研究にも従事していた久慈直太郎であった。久慈は、戦後児童福祉法の施行とともに、中央児童福祉審議会の委員も勤めた人物である。日赤産院には助産施設と小児科が設置された。すなわち、今日の周産期医療施設の形態を備えていたのである。日赤産院には、1954（昭和29）年に我が国初の、未熟児保育器が整備されている。

慶応大学小児科「小児精神衛生相談」

小林は、1946（昭和21）年に、日赤産院小児科の医長に就任した。小林は、1937（昭和12）年に慶応大学小児科教室を卒業後、慶応大学小児科で「小児精神衛生相談」と称する、障害児の特別診療を行っていた（小林1983）。この「小児精神衛生相談」は、我が国における障害児診療と家族相談の嚆矢といつてよい。小林の前任者は小川三郎であった（小川1960）。小川は日本における障害児診療の大家であり、小林はそれを引き継いだことになる。

小林による「小児精神衛生相談」は、小林の兵役により、戦争中は中断する。しかし戦後、小林が日赤産院に着任したことにより、1950（昭和25）年からは、日赤産院小児科においても実施されることになった（小川1960:9）。日赤産院小児科には、障害児のための特別外来が開設されたのである。当時は障害児の専門診療機関が圧倒的に少なく、患児は全国から来院したという（小林1983）。そして、この特別外来に、後の「島田療育園」開園の基礎を築いた島田家の子息・島田良夫が通院したのである（財団法人日本心身障害児協会1963）。

日赤産院小児科と附属乳児院における障害児の取り扱いと「特別病棟」の設置

小林の記録によると、日赤産院小児科病棟に初めて障害児が入院したのは、1946（昭和21）年の冬であったという（小林1968:13）。その入院児は重度の脳性麻痺児で、家庭内での養育が困難であるとの理由で、病棟に入院したものの、短期間で死去したという（小林1968:13）。また先述したように、児童福祉法施行によって、日赤産院小児科には附属乳児院が設置された。その第1号の入所児も、産科での分娩障害による障害乳児であった（小林1968:13）。

小林によると、1950（昭和25）年に、障害児のための入院病棟である「特別病棟（西側病棟）」を設置したという（小林1968:13）。この「特別病棟」には、福祉司より措置困難障害児の処遇が多く依頼されるようになったと小林はいう（小林1968:13）。

「特別病棟」における問題の状況 秋山泰子の証言

この「特別病棟」の運営状況や入院児については、病棟の特性から「秘密収容」（小林1968:13）であり、その実態については今日でも不明な点が多い。なお1957（昭和32）年11月時点での収容児のデータは、既に本論文第1章で引用した「重症欠陥児対策懇談会」の資料でみた。

そこで、当時の日赤産院小児科に勤務していた、秋山泰子医師（現・小児精神神経学会名誉理事）が、1994年（平成6）年に第20回重症心身障害研究会岡山大会学術集会で講演した際の、講演録をここに紹介する。この講演録は、学会誌には掲載されなかったが、筆者は個人的に秋山からその記録を入手した。

私は昭和27年に、慶応大学から研究生として日赤産院の小児科に参り、昭和28年から当時「西の側病棟」と呼ばれていた「異常児」の病棟に配属になりました。当時、小林先生のもとで、医局長以下8名の医師と、名にし負うと言える日赤の看護婦陣と補助看、保母たちが障害児の保育に関わっておられました。障害児の入院数が20～30名、病棟が20～30名、それに外来と、50～60名の日赤乳児院という規模の中に8名の医師がいたわけです。ここで「8名」を強調したい理由は、陰になって支えられたこの8名の医師が、当直医の数としてもそれだけ揃っていることがありがたいだけでなく、専門分野も呼吸器や大腸菌の専門家、呼吸器感染の専門家など様々で、緊急時には昼間だけでなく夜間にも随時対応できる体制が整っていた、ということです。また、医師に加え、看護陣も充実していましたので、この組織は、あの当時としては、たいへんすばらしかったと思っております。

西の側病棟では、はじめは寝たきりのこども達を中心でしたが、次第にベッドから降りる子供が出てきました。初めのうちは、「つたい歩きができた。はーちゃんがあんよした」などと言って、みんな喜んでいたのですが、そのうちに子どもたちの動きが活発になり、病室から出歩いて、産科の病棟まで行って叱られる、というようなことが起き始めました。一方、寝たきりの子どもたちについても、彼らの年齢が進むにつれ、保母さんたちが「先生、子供をお風呂に入れるのはいいけれど、大きくなったこの子たちをお風呂に入れるのは大変だし、大人になってきた男の子を入れるのは嫌ですよ」と言いはじめました。「ああそうか、この子たちは歳をとり、育つのだ」ということを目の当たりにした記憶があります。子どもたちの動きが激しくなることによって、病院からも、もうここでは無理ではないか、という苦情がきました。

一方、費用の点では、病院に病児として入院させていましたが、その当時は、健康保険は同一病名では3年以上は使えないという規則がありました、それには、小児科医の知恵でみんながいろんな病名を見つけてくれ、「くる病になっていたよ」とか「あせもの化膿がひどい」とか、「レントゲンで肋膜炎のあとがあったよ」というように、入院に値するもっともらしい病名を見うけて、毎月の医療請求で凌いで参りました。ただ、そういうことも度が過ぎると、入院にそぐわない子どもを入院させているということで、健康保険の方から調査官が来ました。でも、係官は初めは厳しい顔をして病院に来られるのですが、病室で子どもを見て説明を聞くと、帰り際には、一人の父親の顔になって、「まあ適当によろしく」といわれました。そんなことを繰り返しており、結局合法的ではない、という状態でした。

ところが、子どもが育ってきて、日赤の病室では限界がきた時に、千葉に精薄施設が新設され、病室にボランティアで来ていた男性が、そこに行くことになったので、その方をお願いして、七人の精薄児（当時は「過動児【hyperkinetic】と呼んでいました）と一緒に連れて行ってもらいました。そして、二人は異常行動も治り、歩行もできるようになり、家庭が引き取れる状況に整ったため引き取ってもらいました。経済的に余裕のある一人は、有料でその子を育てていただける福祉司の方がおられましたので、その方に

お願いし今も一緒に暮らしておられます。第一期の歩き始めた子どもたちは、結局そのようにお願いをしました。それが昭和28年の2月頃でした。

小林先生は、この問題を捨ててはけないということで、全社協の乳児院部会で訴えられましたが、あまり反応がなかったようです。ところが数か月後にこともあろうに先ほどの精薄施設が、基準にはずれているということで、閉鎖になりました。その精薄施設へ私も行ってみましたが、その時に先程のボランティアの方と、保母さんが一人同行してくれました。その施設はお寺の庫裏を改造したようなところで非常に家庭的で、野性的な施設でした。子どもたちは、「さあ、お散歩行くよ」と言うと、ワアーとみんな手をつないで行き、日赤産院時代には、過動児で問題行動が多かった子ども習癖もあつた子どもたちが、環境が変わるとこうも変わるかと思うほど変わっていました。自閉傾向のある子どもも一人いましたが、その子もみんなの後ろについて歩けるようになっており、環境の重要性をつくづく感じたものでした。

そこで一人は別の精薄施設へ入ることができ、一人は家庭が引き取りました。しかし、当時は動く(可動性)の子どもたちの行き場がなかった時代で、残りの五人の子どもは行くところがなく、結局、精神病院に入れられることになりました。その精神病院に行くのにも、保母さんが「かわいそうだ」というのでついて行ってくれましたが、2、3か月後に私たちが面会に行ったら、大変な事態になっていました。精神病院としても、大人の精神病院にいきなり子どもが連れて来られましたので、大変迷惑だったと思うんですが、子どもたちはオルガンが一台おいてあるだけの広い部屋に入れられ、おもちゃもなく、庭にも出られないという状態でした。子どもたちは、一緒にきた保母さんにすがって「あーちゃん、あーちゃん」と言って離れません。その時みんな涙が出ましたが、驚いたのは、あんなに人から離れ、フラフラと歩き回り、呼んでも来なかったような子が、こんなショッタな場所に入ると、やはり人恋しくて離れられないんだ、ということを目の当たりにしたことです。みんな、その病院に心を残して却ってきましたので、2、3か月後にまた行くと、今度は赤痢が流行ったということで面会謝絶になっていました。その時に、精神病院の職員が面会謝絶のお断りを述べるとともに、「何をしにおいでになったんですか？」と聞かれました。そこで、私たちがいつまでも子どもの後を追ってはいけない、ということに気づきました。

結局、保育者が、自分たちが育てた子どもたちが将来こんなことになるのだったらこれは大変だということで、小林先生にかなり強く申し上げるという場面もあり、小林先生もこれではいけないということで、昭和31年の全社協の乳児院部会や全国大会で、声を大きくして、「重複欠陥児」という名前で、「重複欠陥児の処遇について」というお話をされました。そうすると、それに対して反応がありました。反応があったのは良かったのですが、日赤でこういう子どもを育ててくれるということで、神奈川県やあちこちから、捨て子の重複障害児、多発性奇形、アベルト症候群など様々な障害児を連れて来られるようになり、今度は逆に病室が満員の盛況ということになりました。子どもたちを引き取つてばかりいたのでは問題の解決にならないということで、小林先生が再び全社協で声を大にしてお話しになりました。しかし、訴えてばかりもいられないので、昭和32年6月に、今度は日赤産院の乳児院で「重症欠陥児対策懇談会」という会を開き、関東地区の福祉司や、関係の役人をお招きになり、懇談会されました。そして、「あなたたちは、ここへ連れて来るばかりではなく、自分たちも声を大にして、自分たちの所で育えなさい」と、かなり強く言われました。それでもそんなことがすぐ出来るわけでもなく、その場で決まったことは、「生活保護法は大目にみて、健康保険ではどんな病名も通しますから、どうぞよろしく」、ということになってしまったわけです。

出所：(秋山泰子 1994) 下線は筆者。

この秋山の証言は、先行文献で検討した、「小林中心史観」に基づく、今日の通説的見解となっている重症心身障害対策の概説史とはかなり異なっていることは、第2章で批評したとおりである。また第2章において、この日赤産院小児科の「特別病棟」において医療保険や生活保護（医療扶助）の適用が停止になったわけではないこともみてきた。

ここで注目すべきことは、「特別病棟」で生じていた問題とは、「強度行動障害」への対応であって、「寝たきり」の障害児の処遇については、問題視されていなかった点である。端的に言うと、秋山の証言によれば、日赤産院における問題とは、「強度行動障害」を有する知的障害児への対応だったのである。そして、それは糸賀の「杉の子組」の実践とも共通していたのである。秋山がこのような歴史的事実を控え目に証言し、小林自身も後の記録でほとんどこの点に触れていないということに、重症心身障害児問題が、日赤産院小児科における実践から単線的に社会問題化してきたわけではないことが、ここからくみ取れるのである。

島田夫妻による施設設置の寄付の申し出と知的障害児施設「島田学園」の建設計画

この秋山の証言を裏付けるように、1956（昭和31）年10月には、千葉県に知的障害児施設を新設する計画が作成された（小林1956:20-22）。この計画案は「収容所設立並びに運営上の基本要領 -K氏の案-」とあり、このK氏とは、筆者が1998年に秋山に個人的に尋ねたところ、小林であるという。

この施設設置計画によれば、対象は「主として医学的治療を必要とせる精神薄弱児たること。年齢十四歳未満とする」とある。そしてこの施設設置に対して、「強度行動障害」を有する子供を持つ島田夫妻が、その資金の提供を申し出たのであった（財団法人日本心身障害児協会1963）。

収容所設立並びに運営上の基本要領 -K氏の案-

一、趣旨

将来よい精神薄弱者たらしめることを究極の目的として、適切なる医学的診断と、適応した心理的治療を、家庭的な環境のもとに実施しながら、健康の維持と知恵の助長をはかり、医学と教育の不断の教育実践によって、人間性に立脚した、新たな将来に対する社会的環境の方策を見出すことに主眼を置く。

二、取扱定員とその対象

- (1) 取扱定員は第一年度定員十五名とし、第二年度において二十名、第三年度において三十名にすることを目標とする。
- (2) 原則として全員寄宿せしむることとする。
- (3) 取扱対象＝性別に関係なく、主として医学的治療を必要とせる精神薄弱児たること。年齢十四歳未満とする。

三、入、退園に対する基準

(1) 入園許可の方法とその標準

1. 知能状況は本園における生活に耐え得るか。

第6章 第1期 始動期

2. 健康状況は本園において無理がないか。

3. 入園費用を支弁し得るか。

等を調査し、医学的意見を聴いて諾否を決定するものとする。

四、入園に要する保護者負担の一切について

(1) 費用…三等入院健康保険の費用の二分の一、約七千円也

及び医療費として約二千円也

第二年度より全額費用で八千円程度に切下げる様にし、なるべく親の負担を軽減する様に努力する。

(2) 入園に際しては誓約書を取り、夜具、身の廻り品、異動証明書等を持参せしめた上で入園させるものとする。

(3) 入園中の費用は毎月五日を納期とする。

五、退園の基準

(1) 保護者が退園を希望したるとき。

(2) 本園に於て退園を相当と認めたるとき。

(3) 保護者が入園費支弁能力を失ったるとき。

六、設備の基礎的な規模について（設立に必要な設備）

(1) 寝室兼居室は児童一人当たり 0.75 坪を標準とすること（児童福祉法準拠）故、二部屋をこれにあてる。

(2) 静養室（安静室）を一部屋とする。（保母の部屋を兼用しても可）

(3) 事務、応接室をかねて一部屋（玄関先をあてるも可）

(4) 炊事婦と保母との合宿部屋、一部屋

(5) 大便所は十人に一つの割を標準とする。（児童福祉法準拠）

(6) 洗面所（当初なければ浴室をこれにあてる。）

1. タオル掛、歯刷子、歯磨粉、石鹸入れ、櫛、コップ等をいれるロッカーを、なるべく早い機会に設備するものとする。

(7) 調理室（従来の台所をこれにあてる）

1. 台所用具及び保存食料、野菜をいれる戸棚、棚を備えつける。

2. 流し…流しの下も利用する。

3. 保存野菜…床下を利用し保存する様にする。

4. 将来は衛生上からも窓、引戸等を網窓にし、調理と皿洗いの場所等を考慮する。

(8) 浴室

一般浴室の風呂場をそのまま浴室とする。但しその場合、風呂と洗い場の高さに注意する。

(9) 食堂

居室を臨時にこれにあて食堂兼用とするか、遊び部屋を食堂兼用にしても可とす。

1. 食卓（子供むきのもの）

2. 食器（皿、椀、汁椀、箸、スプーン、コップ等）

(10) おおむね必要とすべき物品

1. 台所用具（十五名から二十名の炊事をするに必要なもの）

第6章 第1期 始動期

2. 選択用具、物干竿等一切

将来は電気洗濯機を購入するようにすること。

3. 掃除用具一式

4. 裁縫用具一揃

将来はミシンを購入するものとす。

5. 薬局、小医療器具をいれる救急用品箱。

6. 看護用品一揃（水枕、氷のう、湯たんぽ、ビニール布、便器等）

7. 事務机一、椅子一、接客用椅子二、柱時計一

8. 多少の玩具類（積み木等）

(11) 倉庫、適当な所を仕切ってこれにあて、棚をつけ整理し易くする。

七、設立に関する費用の限界について

(1) 敷地百五十坪から二百坪程度、建坪三十坪前後の家屋（敷地は借地でも可とする）を、金壹壹百万から壹百拾万程度で購入し、

(2) 金貳拾万にて設立に必用な諸備品を購入、且譲りうけると同時に、大工をいれ棚を作らしめたり修繕せしむ。

(3) 金拾万円を流動資金にあてる。

必用な経費はおおむね壹百参拾万円から壹百五拾万円程度にて発足する様にする。

八、運営の方法について

(1) 経営機構の問題

経営主体を確立する事は、事業を軌道に乗せしめ且発展せしむる最も根本的な要素につき、出発当初より内部的には法人組織形態をとり、経営主体を系統だてて置くこととする。

(細目省略)

(2) 職員組織について

職員は理事会の承認を得て、職員として身分と待遇を与える事とし、代表理事(理事長)を任免することとする。

職員組織として

1. 園長

2. 主事(事務員)

3. 保母(保婦助手)

4. 看護婦

5. 用務婦(炊事)

6. 医師(非常勤)

が考えられるも漸次その様な職員組織を整備することとし、当初の職員組織は次の如き要領にて出発することとする。

第一年度即ち出発当初、定員十名から十五名を養護する事を基準として

1. 有能なる保婦(保健の心得ある者)一名を当初採用し、十五名を収容するに及んで、保母助手若しくは若い保母か、或いは看護婦にて保母を兼務する者一名を採用する。

2. 炊事婦一名は当初より採用する。

3. 保母並びに炊事の補助として、なるべく早い機会に、この用務に忠実に従う精神薄弱児若しくは精薄の成年者を一名採用する。第二年度より収容児五名増加するごとに一

第6章 第1期 始動期

名あての割で、保姆、若しくはこれを補助すべき者を採用する。

4. 定員三十名に至つて、第一段階の態勢を整備し、この時に到つて専任の事務員を採用するものとする。

5. 精薄出身者で出来得る仕事は、彼等をもつてそれにあてる様にし、就職の機会を与える方針をとる。

(3)運営の実際、具体的な日常の計画、それに対する通年の系統的具體案、事務処理上の諸規定等は後日、理論的実践的立場にたつて作成する。

九、将来に対する本園の在り方についての所見

(1) 第一年度若しくは第二年度期間中に、十九床を標準とする診療所の認可をとり、その整備を経て病院認可の目標に全力を傾け、第三年度若しくは第四年度中に、最低限度のベッド数でも可なる病院の認可をとる様にする、

(2)その病院の方向は、少年専門の精神科、小児科の病院たること。

(3) 病院は常に社会福祉的な性格を持ち、発展と必要に応じ特殊教育施設、精神薄弱児に対する諸対策による施設を附属せしめる方向をとる。

○対外的な考え方については

(1) 先ず保護者を中心とした組織を設け、園の運営に寄与せしめ、それと同時に

(2) 広く一般に後援会組織を持ち設備の充実をはかり

(3) 園の整備と共に法人組織とし、そのもとに病院、その他の諸施設を運営機関たらしめる。

十、当面の法的な問題について

私立としての性格に鑑み、児童福祉法第三十条ら規定により、当該市町村長を経て、その旨都道府県知事に三カ月以内に届出をすれば足りる。

十一、運営上の経済的基礎

歳入歳出予算書省略

1.職員給与以外はすべて余裕を持たしめて予算をくみあわす。

2.食事に対する費用は、一般水準より上廻るカロリーを確保出来得る金額を計上した。

3.間食はその子に応じて、牛乳を給する等のことも考え、多少ゆとりを持たしめた。

4.多少各必要経費の譲りあい、割愛あるべきこと。

5.予算を組む上での基礎資料

細目省略。

出所：(小林 1956:20-22)

この小林(K氏)による施設構想では、施設の種類は小児専門の精神科病院であり、対象は、「主として医学的治療を必要とせる精神薄弱児たること。年齢十四歳未満」であった。このような「知的障害」を基調とした対象へのアプローチは、先に見た糸賀の「滋賀育成園」構想と類似している。そしてこの施設構想に共鳴し、資金の提供を申し出たのが島田夫妻であった。夫妻の子息・島田良夫は「強度行動障害」を有する重度の「知的障害児」であり、この点からも、構想における施設の性格(小児専門の精神科病院)が島田良夫の障害特性と一致していることも、極めて自然なことであるといえる。

島田夫妻と小林提樹との接点

ここで島田夫妻と小林との出会いをみておこう。以下は、「島田療育園」の開園後2年目である1963（昭和38）年に発行された『島田療育園のあゆみ』誌における記述である。

昭和24年10月、生後4ヶ月になる良夫君をつれて両親の島田伊三郎氏夫妻が、慶応病院小児科内精神衛生相談所を訪れた。主訴は痙攣発作。それ以来同相談所主任である小林提樹博士の診療を受けることになったが、病勢は一進一退、日赤産院小児科部長でもあった同博士のもとに入院治療も強行したけれど、好転が見られず、ついに治療は断念する段階にまでに立ち至った。良夫君は痙攣が大発作、小発作、その他の型も頻発し、その知能発達はひどく障害され、最も困ったことには危険も認知しないでどこにでも飛んで行ってしまう異常な性格に陥ったのである。

出所：（財団法人日本心身障害児協会1963）

次の記録は、2003（平成15）年に、島田良夫の母・島田与志が、「島田療育園」の開園42年を記念して編纂された書籍に投稿したものである。

私の4番目の子どもだった次男の良夫は昭和24年6月30日に生まれ、昭和34年8月24日に亡くなりました。良夫はひきつけが激しかったのに加え1年たっても歩けなかったので、慶應病院に行くことにしました。翌年10月のことでした。当時ハイハイはできました。誰に紹介してもらったわけでもなく、たまたま慶應病院に行ったところ、小林提樹先生の小児科外来に回されました。小林先生に診ていただきましたが、その日は何もおっしゃいませんでした。ただ次からは日赤産院に来るように言われたので日赤産院の小児科に通いました。

わが家では店の仕事のほか良夫の世話や通院で大忙しだったため、他の子どもたちはお手伝いさんや賄いさんに任せていました。また小林先生が「具合が悪い時は入院させなさい」と言ってくださって、出たり入ったりしょっちゅう入退院を繰り返しました。

その頃小林先生のところに知的障害の子がたくさん来ていました。夫（島田伊三郎）がこれを見て、「こういう子どもはまとめて面倒をみたらいい」と言い出しました。知的障害の子の中には重度の子も大きい子もあり、ほかに寝たきりの子もいましたから、「みんないっしょにみたらいいのじゃないか」と言うのを小林先生が聞いて賛成しておられました。夫はその時分から、いくらお金を出すつもりでいたのだと思います。

出所：島田与志（2003：58）。

1963（昭和38）年の段階で記述された島田療育園の記録と2003（平成15）年に記された島田氏夫人の回顧とでは、小林との出会いが昭和24年（良夫君生後4ヶ月）と昭和25年（生後1年4ヶ月）と1年の差がある。ただいずれにしても、小林の外来患者として、また日赤に入退院をする状況にあったことは読み取れる。

そして島田夫人の記載にあるように、新たな施設の設置に向けて島田からの財政的支援が申し出されたのである。それは1956（昭和31）年の初夏のことであった、と小林は記録している（小林1958：34-35）。

昭和31年初夏のことでした。島田さん夫妻は男女四人のお子さんを持っておられます。ところが、末子のお男のお子さんが、不幸にも心身障害児になられ、夫妻は八方手をつくされ、私のところにも相談に来られたのが、島田さん御夫妻を知った最初でありました。その結果、自分の子供と一しょにこのような不幸な子ども達も収容する小規模な学園を独力で作ろうと考えられるに至ったのです。そこで、31年の秋から暮にかけて施設をつくる土地を求めて島田夫妻の努力が続けられました。その結果、千葉県に小学校分校の廃校が売りに出ているのがあり、土地も一千坪あり手頃なので手金もうって話を進めていたところ土地の人々の無理解から猛烈な反対を受けて、とうとう流れてしまいました。伝染病院や精神病院を作るのではないからと随分説得に努めたのですが、とうとうきき入れてもらえなかったのであります。その後、埼玉県、神奈川県と広く探して歩かれたのですが恰好の土地を入手することができないでいました。

32年の6月漸く、都下南多摩郡多摩村に、1万5千坪の山林を手に入れることができたのですが、今度は村道から、その土地へ入る道路が買えず難航。その上、山林ですから整地作業が必要ですが、これに莫大な費用がかかる。これを32年暮のクリスマスの日に多摩の駐留米軍に島田夫人が行ってブルドーザーによる奉仕作業を要請したところ、社会福祉事業であるからというので心よく許可するところとなって、33年度の6月下旬にはブルドーザーによって2千坪位の整地が行われかまぼこ兵舎も4棟払下げを受ける段取りになり、島田さんの学園建設も一步一步具体化し現実化が進んできたのであります。ところが昨年暮頃からの日本経済の不況から島田さんの避けられず大きく打撃をうけられ、始め出費の予定だった建設費も調達できないようになりここに一頓挫を来し、今一息というところでこの事業も停滞してしまったのであります。

出所：(小林1958b：34-35)

島田与志も、同様に、施設建設計画についてこう記している。

昭和31年11月、小林先生と私たち夫婦で千葉の八千代台の土地を見に行きました。あの時夫は廃校になった学校を買うつもりで、飲み屋の売り上げ何百万円かを持って行き、そのお金を役場に置いてきました。そのことを聞いた周りの村の人たちの猛烈な反対にあいました。「バカばかり集めて」とか「皆にうつる病気じゃ困る」などと言って、こちらがいくら説明しても施設をつくることはとうとう理解してもらえず、役場からお金が戻ってきてしまいました。そこはお役所ですから正直に「売らない」と返してきたわけです。

私たちが八千代台に土地を探していた頃はまだ飲み屋をしていて、その後パチンコ屋を開業しました。夫は飲み屋で儲けたお金を土地代に全部注ぎ込みました。私が店で一生懸命稼いだ売り上げを夫が持っていつてしまうので、夫とケンカもしました。その言い方が「今に見ている、子どもが喜んで歩き回るから」というのです。

出所：島田与志（2003：60）。

小林提樹による施設建設計画

このように1956（昭和31）年秋に（島田夫人の回想によれば11月）千葉県八千代台の廃校を活用して施設の設置を計画していた。その後の施設計画の進行について、『両親の集い』誌における記載内容を抜粋し、以下に整理した（表6-7）。この施設設置計画で注目すべき点は、千葉での設置計画が頓挫した後、東京多摩に施設建設地（現在の島田療育園）

を決定したこと、児童局「養護課」と折衝し、施設を「知的障害児施設」として開園する方向性となったこと、但し特別な措置費が必要であり獲得出来なければ病院形態も考慮する等、施設の性格をどのように位置づけるかであった。特に、1958（昭和33）年5月に、突如として「児童福祉施設としての療育施設としての便法も許されるのではないか」との記述に注意しなければならない。

「島田療育園（計画時点では島田学園）」とは、1956（昭和31）年10月の「K氏の案」の構想段階から、「知的障害児施設」として設置される計画で進んできた。そもそも島田夫妻の子息は、「強度行動障害」を有する知的障害児施設であったのである。『両親の集い』1958（昭和33）年3月には、精神薄弱児施設・「島田学園」の施設計画書が掲載されている。「学園」や「塾」とは、知的障害児施設の名称に付与されるものであることも前述した。

ところが、1958（昭和33）年5月に「療育施設としての便法が許されるかもしれない」という記事の後、短期間で「島田学園」は「島田療育園」という名称に変更し、「肢体不自由児施設（療育施設）」としての施設設置計画に変更していくのである。この施設の性格を「知的障害」から「身体障害」に変更したことの意味とは、施設所掌の行政系統が「養護課」から「母子衛生課」に変わったことを指す。すなわち、ここに「母子衛生課」による介入が想起されるのであるが、この点は後で検討する。ここでは、1958（昭和33）年5月までの、小林を中心とした施設設置計画における問題認識が「知的障害」をベースとした問題認識であったことを確認しておく。

表 6-7 「島田学園」施設計画の推移

『両親の集い』誌 発行年月と号数	記載内容（下線は筆者）（該当箇所のページ数を記載）	ポイント
1957（昭和32）年 5月 No.17	千葉の施設は何うなったか 倉持春樹 千葉に施設々立をめざして半歳、あくまで因襲の殻の中で利害を追求してやまぬ農民を相手の、いつ果てるとも知らぬ折衝を、思い切つて5月15日打ち切り、東京都下に設立の地を求めることにしました。教育的良心と責任を思えば、いささかの感傷も斥け、この試練にめげず、勇を鼓舞し目的遂行を期すべきと信じました。以来都下を西に東に土地を求め歩いて居ります。どうぞ善意あふるる涙のこもったお力添えを賜わり、よい環境をお与え下さいます様心よりお願い致す次第であります。 田へつづくひとすじの道の緑なる（P.22） 『委員会報告』 近江学園に職員として、5年間精薄児と共に生活された伊藤貞子先生が我々のこの会を援助して下さいました。そして、近江学園で17才になる男の子で誤った環境の下に置かれてどの様になって行つたか、というお話を、こまかく、お話し下さいました。毎回、今までの施設でのお話をして下さいます。増々先生の御健闘を祈つてやみません。（p32）	・千葉から東京多摩（現島田療育園所在地）への施設設置地の変更 ・近江学園の伊藤貞子の登場

	<p>千葉市において施療（ママ）創設のため大変な努力を重ねられた倉持先生から、その地の部落からの反対で土地の買収が不可能に陥った由の連絡がありました。御努力が報いられなかったことを遺憾に思うと共に、同先生の御尽力に心からの感謝を捧げます。次に新しい土地を探すことになりましたが、なるべく都下で与えられたいものです。皆様の御協力を願ってやみません。（p32）</p>	
<p>1957（昭和32）年 6月 No.18</p>	<p>待望の施設</p> <p>千葉市に予定した施設の問題は倉持先生の御努力が全く寸前というところで実を結ぶに至らなかったが其後各方面に物色中のところ北多摩郡に候補があり、6月14日S様御夫妻と小林、倉持両先生と実地検査に行き決定、買収の手筈もうたれた。それは新宿駅からでる京王線桜が丘駅よりバスで約20分、そこから徒歩で5分の山林で、面積は6千坪。傾斜があること、斜面が西向きであることなど、多少の不満があるにしても、それは内部を整えることによって打開されることで、取り敢えず土地の決定を見たことは大きな喜びである。次は、ウグイスの鳴くこの別天地に一日も早く不幸な子供達を連れてきたいもの、そのための建築など皆さんの御意見を聞かせていただきたい次第。（P32）</p>	<p>・東京多摩に施設建設地の購入</p>
<p>1957（昭和32）年 7月 No.19</p>	<p>『委員会報告』</p> <p>南多摩群に土地の決定をみた施設については、実測土地面積1万2千坪のこと。<u>厚生省養護課</u>と都庁民生局養護課との連絡状況などの経過報告があった。</p>	<p>・厚生省養護課と折衝</p>
<p>1957（昭和32）年 12月 No.24</p>	<p>待望の施設はどうなったか</p> <p>本年六月号(十八号)に、S様御発願の施設のことが報告されて以来(何らその後の報道を得ない有様でしたが、やっこの度土地の問題が解決することになりました。現地は都下南多摩郡南多摩村字中沢、通称中沢山の殆んど半側全部で、実測しましたら一方四千余坪という面積であります。地目は山林で、雑木林が繁り、所々に松の大木も見えます。この土地の買収は旨く解決したのですが、そこへ到る道路がせまく、それを入手するために思わぬ長い月日を経過してしまいました。というのは道路は、水口を買収しなければならないからでした。もう一週間、もう十日というようにシリシリ延しに延されて、どうしても目鼻がつかね、とうとうこの土地を断念しようというところまで思いつめたこともありましたが、幸にもやっと好転して解決に至ったのであります。そうなるまでには、S様御夫妻は何回現地へ足を運んだか分かりません。そして、農地委員、村長、村の顔役などへお百度をふんだのであります。営利事業でもない全く社会への奉仕であるこの仕</p>	<p>・施設の形態について、特別な措置費が認められないか交渉</p> <p>・認められない場合は病院か</p> <p>・国立施設は期待外れ</p>

	<p>事であるのに、大きな土地と一千万円という巨額を無償で提供しようという.S 様の御督意が、それだけでは実ることができず、何度も頭を下げて歩かなければならない現実に S 様自身は少し懐疑的にすなられたようでした。これは丁度、最初に千葉市で土地と建物とが入手寸前のところまできて、土地の人の反対で中止してしまった苦杯と同じような味であります。この度も、十一月中に解決できなければ他に頭を転換しようというところまできたのであります。幸にも、十二月初旬に二百余坪の水口を道路として買収できたのですが、最後のギリギリのところまで考えをすすめて居ったのであります。S 様は勿論私達も唯善意だけをもって、施設開設に努力いたして行くわけですが、これから多くの問題が前途に横わるものと覚悟しなければなりません。世の中は、全く悪意に満ちていすぎます。凛達は、甚だ遺憾なことに、この社会全般の考え方いらい立ち向って行かなければならないわけなのです。</p> <p>土地の問題が解決しましたので、次には整地の問題です。ところが、その前に根本的な事件が又起ってきました。前々から重症児を収容したいという考えでしたが、どうしても措置費ではこれをまかなうことができかねるのです。それで、この<u>重症児のための特別な措置費が認められないものであろうか</u>というのですが、厚生省や都庁へ連絡をしたり、世論を喚起するための手段をとったり、或は全国乳児院協議会に提案して早急に適切な施設を造るようにとの議軟がなされたりもしたことはあるが、まだまだよい解決の具体策がどこからも生れてきません。実は、<u>国立精薄施設が所沢に決定したので、このような子供達の収容を期待していたのに全く的がはずれてしまいました</u>。それで簡更、私達の流設はこの誰にも、又法にも見捨てられた不幸な子供達を収容する方向に行こうという気持になったのであります。しかし措置費の問題が解決されない限り、この施設は方向を決定することができないのであります。</p> <p>もし措置費の特例も認められないとすれば、重症児を扱うためには、病院施設以外にはできかねることになります。それで、第二段として病院も考えざるを得なくなってくるわけでありです。次に、もし病院も許されないということになると、第二段として普通のどこにもある精薄施設ということになってしまいます。ここまでは、私達は譲歩したくないのであります。あくまで、重症児、重複欠陥児、乳幼児というところを対象として考えを進めて行きたいのであります。</p> <p>このような方向はとも角として、早急整地にかかる必要に迫られて、その手配を只今考慮致して居ります。どうか、皆々様の御援助をお願い申し上げます。 (T・K 生) (P.31)</p>	
1958 (昭和 33) 年 3 月	四、このための施設はできないものだろうか	・対象を重症精神薄弱児、 重複欠陥児、奇形児、幼弱

<p>No.27</p>	<p>ようやく社会の関心が、この重症児に向けられるようになってきたことに、大きい喜びを感じるが、二回にわたる前記の福祉新聞を見ても気づかれるように、ここには二つの問題がある。第一は勿論重症欠陥児を救う問題であるが、第二は私達の間に進められているそれを収容したい施設の建設である。</p> <p>この施設は島田氏一個人の寄贈になるもので、今は駐留軍の援助による整地をまっている一方、設置計画書を提出しようとしている。その中の設立趣意書を見るとこう書いてある。</p> <p>「<u>重症精神薄弱児、重複欠陥児、奇形児、幼若な欠陥児などは、完備している筈の児童福祉法の中で、いかなる施設にも収容されずに盲点として取り残されている。</u>これらの子供達を収容して、<u>比較的軽症児は教育し、重症児は不幸でない人生を過ごさせる</u>目途をもって保育することは、不幸な子供達は勿論、それをめぐる社会のためにも極めて意義深いことである。ここに目標をおいて、この学国の収容所を設立するに至ったのである。」</p> <p>なお計画書は書いている。</p> <p>施設の名称 島田学園</p> <p>経営主体 社会福祉法人(認可後に手続きをとる)</p> <p>事業の種類 <u>精神薄弱児施設</u></p> <p>運営方法 社会福祉法人理事会による</p> <p>開設年月日 昭和三十三年五月一日</p> <p>施設の規模 (一) 収容児定員 五〇名</p> <p>職員 定員一五名</p> <p>(二) 敷地 一五、〇〇〇坪</p> <p>(三) 建物 建坪二〇八坪</p> <p>木造平家、一部二階建</p> <p>建設所要経費 約六百万円(全額個人負担)</p> <p>資産状況 建設用地、山林を含み 一五〇〇〇坪</p> <p>予備資金 約四百万円</p> <p>土地が先ず決定、それから殆んど一年を経て初めて設立可能の見通しがつき、今度計画書を提出して許可を得ようという段になってきたが当事者にとっては実に長いしかも忍耐のいる月日であった。土地に出入りする道路が入手できない時には、放棄しようという最後の腹まで決めその一歩手前で危うく解決した場面や、土地の人達の反対で召集された時の驚きなど、多くの生々しい記憶がある。今後も開設までにまだ残された多くの問題がある。しかも特に将来の経営の面にはどのようなにしたらよいか考えも決らない。この重症欠陥児を引きうけてやっていけないのは当然であるが、そうかといって日赤産院小児科の</p>	<p>な欠陥児とする</p> <ul style="list-style-type: none">・比較的軽症児は教育し、重症児は不幸でない人生を過ごさせる目途・精神薄弱児施設として運営
--------------	---	--

	<p>不合理な入院が許されてよいものであろうか。</p> <p>「とも角入院が許されている子供達は、それで一応解決の所を得ているのであるから、とや角いう必要はあるまい」との御意見もあったが、ギセイを忍んでいる当事者に対してはつらい言葉である。ギセイには限度がある。耐えられなくなった時に、処置を講じたところで、全く泥棒を見てナワをなうに等しい。</p> <p>丁度この不幸な子供達へという島田氏の贈り物を活かし、この個人の好意に報ゆるだけの収容施設が何とかできないものであろうかと、切に願うことである。</p>	
<p>1958 (昭和 33) 年 4 月 No.28</p>	<p>重症欠陥児への関心の昂り 院下広</p> <p>小さな結論</p> <p><u>呼び方はまた一定しないが</u>、乳児部会、全社協、新聞、民生委員部会と、この問題を取りあげる社会がだんだん広がってきた。誠に嬉しい限りである。思えば、長い長い隠忍であった。最初の重症欠陥児の収容は昭和 22 年までさかのぼっている。そして今までにも、秋山知恵子さんが NHK で紹介し、雑誌にも書いて下さったのが最初で、宮田重雄博士が KR (?) で取り上げ、秩父宮妃殿下もご覧になられたことがある。この人ならと張り切って案内しても、何の反響もないことが多く幾度失望をくり返したことであろうか。だが、問題は解決どころか、今緒についたばかりである。ところで、<u>厚生省や都庁への幾度かの交渉の結果得た結論は、この子供達は精神病院へ入院させる以外にないということになってしまった。</u>(P30)</p>	<p>・対象児の呼称は一定しない</p> <p>・精神病院へ入院させる以外にはない</p>
<p>1958 (昭和 33) 年 5 月 No.29</p>	<p>重症欠陥児対策の胎動 院下広</p> <p>重症欠陥児への社会的関心はいろいろな方面に現れている。厚生省における新しい展開は見られないが、一般社会においては一般社会においては次のような新しい動向が見られた。六月二十四日から東京で開催される全国社会福祉大会には、都の大会の決議によってこの問題が提案される予定、そのため委員会が準備されつつある。(略)</p> <p>重症欠陥児の収容を目標とした島田学園の動向も決して停止してしまっただけでなく、駐留軍の無償の援助によって山地約二千坪の整地がすんだ。ブルドーザー二台が八日間出動してくれたのである。そして、病院形式をとる以外に収容の方法がないという一応の結論を前号に報告したが、<u>児童福祉法の療育施設という便方も許されるかも知れない</u>という話があつて、目下その検討が進められている。</p> <p>とも角、今までにない新しい事業を始めるというところに、一日には行かない多くの難関が山積しているが、しかし、社会は大きく動き</p>	<p>・児童福祉法の療育施設という便方も許されるのではないかの検討</p>

第6章 第1期 始動期

	出している。私達は更に努力を重ねて行かねばならない。	
--	----------------------------	--

出所：該当箇所に記載。

6 全国社会福祉大会における問題状況

最後に、全国社会福祉大会における問題状況を検討する。全国社会福祉大会とは、年に1回開催される、全国の社会福祉関係者による問題提起の場であり、全国社会福祉協議会と厚生省が主催した。来賓として皇族や政府関係者、議員が来場し、施設の永年勤続者表彰を行うなど、祝賀的な要素もある会であった。問題提起に対しては、行政当局からの回答もあり、社会福祉の実践と政策とを繋ぐ会でもあった。

「小林中心史観」においては、「重症心身障害児問題」の社会問題化のプロセスとして必ず取り上げられ、この大会における小林のクレーム申し立て活動によって、重症心身障害児者対策における小林の役割は、大きく評価されてきたのである。

しかしながら、この大会では、小林以外の参加者からも、「重症心身障害児問題」に関わる類似の問題提起がなされていた。すなわち小林の問題提起は **one of them** であって、小林だけが「重症心身障害児問題」のクレームメーカーではなかったことを、以下確認していく。

1957（昭和32）年5月 全国社会福祉大会

この大会では、「児童福祉」の領域で、以下の問題提起が行われた。

<精神薄弱児施設保護>

- ・精神薄弱児の年令超過対策について左記の事項を措置せられたい。
 - 1 生活年令によらず精神年齢をもって退所の基準と法を改正すること。
 - 2 継続収容可否審議会を設けて、これによって決定するよう法を改正すること。
 - 3 速やかに救護施設を国立又は県立として、ブロック又は都道府県毎に設けること。なお、最後の目的は精神薄弱者福祉法を制定するにある。千葉県。

- ・国立の精神薄弱児施設を少くもブロックに一つ設置されたい。宮城県。

出所：（全国社会福祉協議会 1957::43-44）

<肢体不自由児保護>

- ・重度肢体不自由児（脳性マヒ等）を収容する国立肢体不自由児施設を設置されたい。

肢体不自由児施設に収容し治療育成すべき児童に対して、これ等を収容する施設が甚だしく少いため、脳性マヒ等の機能回復度の遅い重度不自由児は、施設収容を忌避され治療育成の機会を失いつつあるのが現状である。

国はこれ等重度不自由児のため、全国数カ所（ブロック単位）に国立の肢体不自由児施設を建設して、その福祉を緊急に図るべきである。群馬県。

出所：（全国社会福祉協議会 1957:44-5）

<乳児保護>

- ・児童福祉法によって措置されない矛盾について
児童福祉法は満18歳未満の児童の措置を網羅しているが、実際には盲点がある。例えば、盲、ろう、

知的障害などの欠陥のある乳児は是を収容する施設がない。この矛盾を解決するため現在行っている糊塗的な方法を披露し、あわせてその為の恒久的な施設を要望したい。東京都。

出所：(全国社会福祉協議会 1957:45)

この大会における問題提起で注目されるのは、精神薄弱児保護関係では、年令超過児対策と重度児対策が、肢体不自由児保護関係では重度肢体不自由児（脳性マヒ等）の対策が問題提起されていることである。この問題認識は、既に前年の 1956（昭和 31）年中央児童福祉審議会の意見具申で確認された問題認識と同様である。

乳児保護関係からは、東京都提案として、「児童福祉法によって措置されない矛盾について」と題する問題提起が行われている。これが小林の発言である。小林は、「盲、ろう、知的障害などの欠陥のある乳児」を例として、児童福祉法の施設入所対象から外れている児童の存在の保護という観点から、問題提起を行ったのである。

なお、この大会では、前年 5 月に開催された「全国児童福祉大会」における決議事項の処理について報告されている（全国社会福祉協議会 1957:290-7）。各問題提起について、厚生省の回答が掲載されているので、以下引用する。

まず、昨年度大会の内「心身障害児関係」についての総括として、「関係者の努力がみのり、重度の精薄児または盲ろうあとの二重障害児を収容する国立精神薄弱児施設の設置をみることができた。さらに厚生省等と共催のもとに精薄児作品展を開催する等、国民的協力を得るため具体活動が続けてきたが、問題は今後に残されている。」としている。（全国社会福祉協議会 1957:291）

そして個別領域における、厚生省の回答は次のとおりである。

<乳児関係について>

乳児院における年令超過児は一般的にいつて心身発育が遅滞しており、これは下級年令児として養育しなければならないので、乳児院における心身障害遅滞児は日常生活の基本的習慣が自立するまで引続き乳児院において養育するよう措置せられたい。

<心身障害児関係について>

（精薄、肢体不自由、盲ろうあ児共通事項について）

- 1 心身の重複障害児、高度心身障害児等を保護収容できる国立施設を設置せられたい。

答 昭和 32 年度において、重度の精神薄弱児または盲ろうあとの二重障害児を収容する百名程度の国立精神薄弱児施設（予算 5,700 万円）を計上したが、今後ともその整備増設について努力致したい。

（精薄児関係）

- 1 精神薄弱児施設における年令超過児対策として

イ、当面の解決策として、現に収容している児童が年令超過しても退園することが不能かまたは著しく困難な場合は引きつづき残留できるよう特例を設けられたい。

答 御主旨は了解されるが、児童福祉法の建前もあり慎重に検討されたい。

ロ、根本的には単独法を設け、精神薄弱児を年令によって区分するなどの不合理を是正されたい。

答 児童福祉法から離れた新しい制度を樹立すべきこととなるので種々問題点もあり今後検討致したい。

(肢体不自由児関係)

次の事項については、それぞれ検討、努力いたしたいとの回答があった。

- 1 肢体不自由児施設を未設置県においては少くとも1カ所早急に設置せられたい。
- 2 肢体不自由児実態調査に要する調査費と育成医療費を大幅に増額されたい。
- 3 肢体不自由児施設の技術職員の養成機関の設定および養成にともなう予算を確保されたい。
- 4 肢体不自由児に対する指定医療機関の指定条件を緩和されたい。

出所：(全国社会福祉協議会 1957:291)

まず、心身障害児関係で、「重度の精神薄弱児または盲ろうあとの二重障害児を収容する百名程度の国立精神薄弱児施設」への予算計上が報告されている。これは翌1958（昭和33）年に開園する「国立秩父学園」を指している。

また、精神薄弱児施設における年令超過児対策についての厚生省の回答は、「児童福祉法の建前もあり慎重に検討されたい」、また単独法の制定についての回答は、「児童福祉法から離れた新しい制度を樹立すべきこととなるので種々問題点もあり今後検討致したい。」と難色を示していた。

肢体不自由児関係では、例えば肢体不自由児施設の全国的整備についての回答は、「努力、検討」ということであり、その実現には困難が多い状況が読み取れる。

従って、1957（昭和32）年当時の政策当局は、さしあたり「国立精神薄弱児施設」の設置を柱にして政策を推進し、その他の重度児への対応への優先度は低かったと思われる。

1958（昭和33）年6月 全国社会福祉大会

この大会では、「第二部会児童の保護に関する問題」において、次の様な問題提起が行われた。

・重症欠陥児の処遇とその対策について

児童福祉法は18才までを網羅していることになっているが、実際には大きな盲点がある。

重症欠陥児（重症精薄児、重複障害児、奇形児、幼若な欠陥児など）がそれである。児童福祉法によるいかなる施設もこれを収容することができないこれらの子供たちを、何とか救う措置は考えられないものであろうか。

日本赤十字社乳児院 小林提樹

・肢体不自由児施設の設置について

特殊医療でなければ治療育成が困難である肢体不自由児は県内に400名程度あるにもかかわらずいまだ

に設置をみない。

これには財政的な問題、その他種々の障害点が多いが経費の点が重大な障害であると思われる。

又設置の基準からみても単独の設置が基準とされているが、国庫補助率を高度にひき上げるとともに、公的医療機関に併設を認める等積極的な施策により薄幸の不自由児が成人しないうちに治療の機会を与えるため早期設置をはかるべきである。

又脳性小児麻痺に起因する重度の肢体不自由児については現在の施設収容も忌避され治療の機会を失ない家庭の一隅に放置されている実情にある。

このような重度の障害児は、長期の収容と機能訓練ならびに治療を必要とし、この対象収容児の施設は現在の肢体不自由児施設より高度の医療施設内容と人の充実が必要で、都道府県または一部団体の能力では困難で、重度の肢体不自由児施設を国で建設し障害児の福祉をはかるべきである。佐賀県。

・重度の肢体不自由児に対する保護について

肢体不自由児施設は関係者の努力によって全国各地に設置せられる気運にあるので、対象児童の福祉が増進されることになったが、保護を要する児童の数からみると、未だ主要力が少ないことは施設の運営が医療と適切な保護指導により自活可能性がある児童の保護に重きをおかれることと共に、重度の肢体不自由児（脳性麻痺等）は依然保護を受ける機会に恵まれない。これら児童に対する日常の医療的介護と教育を行なう施設を国において設置すると共に地方において建設する場合における国庫助成の予算措置を図られることを要望する。富山県

・ダブル、ハンディキャップ患者の法制化をはかられたい

肢体不自由、精薄、盲ろうあ等二重三重の障害をもつ社会復帰の見込みのない重度の不遇児に対する処置が放任されているのは人道上捨ておけないものであって速やかにこれが法制化を図り収容保護の措置を講ぜられるよう要望する。静岡県

・重度心身障害児に対する援護措置の急速なる樹立について

千葉県手をつなぐ親の会副会長 小名木博子

・二重、三重障害児の対策について

精神薄弱児にして肢体不自由、盲、聾、或いは精神神経科的異常を合併している者があり、そのような児童の育成については社会的な関心が高まりつつ或現状である。しかしその保護と育成については特別な配慮が必要であり、既に現在諸施設に収容されている児童の取扱いについても夫々の施設で努力されているが尚遠く及ばないものを痛感している。更にこのような児童を将来自活の道に導き社会人として自立させることは大きな困難を伴うものである。

これは児童福祉法施行 10 周年を迎える今日、改めて対決しなければならない課題であり、既に一部このような児童を対象とする国立施設が創立され解決の緒となっているが、国立の一施設のみでは到底社会的要求を満し得るとは考えられない。早急に各地方に於いても民間或いは公立のこのような施設の設定が望まれる次第である。

このため我々の現場における経験に鑑み次の 2 点について特別な考慮がなされるよう検討されたい。

一、最低基準に於て特別な考慮を必要とする。特に職員定数、措置費等が問題である。

二、施設における収容年限を国立施設におけると同様「社会に順応するまで」と改正するよう検討が必

要である。滋賀県

- ・重症の肢体不自由児並精薄児施設々置について

一般の肢体不自由児並びに精薄児施設はなお十分ではないが、一応各地方に普及したが重症の肢体不自由児並精薄児施設がない。

入所該当者は本県だけでも各 100 名を越す状態である。

是非各県においてこれが収容施設を設置されたい。なお各県でできなければブロック別にでも設置されるよう強く要望する。石川県

- ・重度肢体不自由児施設（脳性マヒ等の重度不自由児収容施設）を建設されたい

肢体不自由児施設の不足は必然的に脳性マヒ等の重度不自由児の収容忌避となって現れている。国家は緊急にこれら重度肢体不自由児施設を建設してその福祉をはかるべきである。東京都

日本肢体不自由児協会

事務局長 西川春彦

書記 宮田国精

出所：（全国社会福祉協議会 1958a:44・5）

まず、東京都提案として小林が、「重症欠陥児の処遇とその対策について」と題する問題提起を行っている。小林は前年の大会と同じく、児童福祉法によって措置されない矛盾を問題視している。

重度肢体不自由児対策（脳性麻痺児対策）としては、日本肢体不自由児協会、佐賀県、石川県、富山県から問題提起が行われた。滋賀県からは、「二重、三重障害児の対策について」との提案があった。これは近江学園の糸賀からの提起と思われる。この滋賀県の問題提起では、「精神薄弱児にして肢体不自由、盲、聾、或いは精神神経科的異常を合併している者」の育成について、「国立施設が創立され解決の緒となっているが、国立の一施設のみでは到底社会的要求を満し得るとは考えられない」として、この種の施設の整備推進が要求されている。

このように、小林の問題提起だけではなく、重度障害児対策を求める問題提起が、各地域からなされたのである。

また、昨年度大会の問題提起についての厚生省の回答は以下の通りである。

<乳児福祉に関する事項>

乳児福祉に関しては、全社協乳児部会が中心となり、関係機関との折衝、共同研究及び全国乳児院協議会を開催して研究協議を行い、事業の推進に努力している。とくに重複障害児の問題に関しては厚生省の協力を得てその実態を把握し、対策の樹立を促進するよう研究を続けている。

1 盲、ろう及び知的障害などの欠陥のある乳児を対象とする施設を早急に設置せられたいという要望に対しては、盲、ろう及び知的障害のある乳児童であっても乳児期においては一般乳児と同様乳児院に収容して差支えないものである。

2 嘱託医の手当を増額せられたい、という県については嘱託医の勤務状況を検討の上研究いたしたい。

3 乳幼児の死亡率を低下させる、とくに未熟児保護対策を確立されたいことについては、昭和33年度より未熟児に対する訪問指導、簡易保育器の貸出し、医療機関における養育等その対策を実施することになっている。

<心身障害児童に関する事項>

1 精神薄弱児関係について国立施設の増設、年令超過対策、特殊学級の拡充、職業補導対策の強化、優生保護の徹底等について要望されたが、これについて厚生省当局では次の様に答えている。

重症または盲ろうあとの二重障害の精神薄弱児については、これを国立精神薄弱児施設に収容し社会生活に順応することができるようになるまで在所させることができることになっているが、この他の精神薄弱児の年令超過対策については、精神薄弱者対策全般の問題として研究したい。なお収容力の増設は緊要と認められるのでさらに増設に努めたい。知能の低い児童の中には、職業補導を特に行うことによって社会復帰の容易なものが相当あるので、地域やその児童の状況などに応じて万全を期したい。

2 肢体不自由児関係については、施設の増設、国立施設の設置児童の特殊性から寒冷地以外にも採暖費を給すこと、養護学校の設置、指定医療機関の設置、職業補導対策の強化、乳幼児の健康診断を義務制にされたいなどの要望がなされたが、重度肢体不自由児施設を収容する施設については、施設の性格、運営方法等、現在の肢体不自由児施設とかなり異なった面があることが予想されるので、現在の施設の全国的整備とともに分類収容を検討し、不自由の程度に応じた運営をはかりたい。

出所：（全国社会福祉協議会 1958a:193-4）下線は筆者。

まず乳児期における障害乳児の収容についての厚生省の回答は、「盲、ろう及び知的障害のある乳児童であっても乳児期においては一般乳児と同様乳児院に収容して差支えないものである」とされている。この回答によれば、乳児院において障害乳児の収容を行うことは問題ないということであるが、これについての加算措置等はこの回答にはみられない。また、「乳幼児の死亡率を低下させる、とくに未熟児保護対策」については、1958（昭和33）年度から開始したことが回答されており、未熟児対策に着手したことを説明している。

心身障害児童に関する事項について、精神薄弱児施設関係では、重度児対応の国立精神薄弱施設の増設に努める旨の回答が厚生省よりなされている。肢体不自由児施設関係では、重度肢体不自由児施設を収容する施設について、「施設の性格、運営方法等、現在の肢体不自由児施設とかなり異なった面があることが予想されるので、現在の施設の全国的整備とともに分類収容を検討し、不自由の程度に応じた運営をはかりたい。」との回答があった。

このように政策当局は、重度障害児対策について、一定の政策を推進していく方向性を固めつつあったということができる。つまり、通説的見解である「小林中心史観」がいうような、小林のクレーム申し立て活動によって、政策当局が対策に着手したとの理解は誤りであって、既に見てきた中央児童福祉審議会の意見具申にもあったように、この1958（昭和33）年の6月の時点では、重度障害児への対策が動き出していたと解することができるだろう。

それでは、このような問題の存在を前提に、これらの問題がどのように整理され、最終的に1958（昭和33）年11月の全社協の重症心身障害児対策委員会での課題設定（agenda setting）に結実していくのだろうか。

7 第I期における政策課題の設定

社会における様々な問題が、多様なアクターからの問題提起を経て、ある一定の方向性に整理されて共通の課題設定がなされる。その際は対象の定義が大きな手がかりとなると思われる。そこで、ここでは「重症心身障害児」という名称の誕生と、その定義を中心に検討を進める。

1958（昭和33）年6月20日 「重症心身障害児」という名称に統一される

みてきたように、当時重度児対策として政策の対応が求められていた障害児は、「二重三重の重複障害児」「重度精神薄弱児」「重度肢体不自由児」「不治永患児」「奇形児」「重症欠陥児」「多障害児」「異常児」等、多様な表現が用いられていた。

これらの表現が、「重症心身障害児」という名称に統一されたのは、1958（昭和33）年6月20日に東京都社会福祉協議会（東社協）内に設置された「重症欠陥児対策委員会」においてであったとされる。残念ながら、この対策委員会における検討史料は今日確認できない。とはいえ、いくつかの史料から会の状況を類推することができるので、以下、引用する。

まず、小林が発行していた『両親の集い』誌の1958（昭和33）年7月号の記事「重症心身障害児を救おう」からである。

重症欠陥児対策を訴えた叫びは、殆んど毎月本誌に掲げられてきたが、社会の動きは急速にこの問題への関心を深めてきた。その動きを次にお伝えしたい。

6月20日、東京都社会福祉協議会内に生れた重症欠陥児対策委員会が第1回の会合をした。委員10名が参集して協議し、重症欠陥児、不治永患児、多障害永患児などの名称を重症心身障害児に統一し、今後の運動方針を決定した。

6月24日より3日間、東京において全国社会福祉大会が開催され、第1日の第2部会におけるこの問題に関する発言は極めて活発であり、しかも殆ど全国より提案されたといつてよい盛況であった。厚生省もいよいよ本格的に対策を練らなければならない段階にきたように感じられた。全国的重症心身障害児対策委員会の設置、国家として対策予算の計上、国立の収容施設設置の3条が議決され、関係当局に要望されることになった。

出所：（小林（院下）1958:26）

まず記事のタイトルに「重症心身障害児を救おう」とある。これより前の『両親の集い』誌で、小林は「重症欠陥児」との名称を用いていたことは既にみた。7月号より「重症心身障害児」との名称が用いられていることから、6月20日の名称統一の決定というのは、ほぼ間違いないといえるだろう。

この記事には、6月24日から開催される全国社会福祉大会で、「重症心身障害児」についての問題提起がなされ、全国的に問題発言があったことも記されている。この点については、既に確認してきたところである。そして全国的重症心身障害児対策委員会の設置が議決されたとある。この対策委員会が、11月に全社協で開催される「重症心身障害児対策委

員会」のことである、この委員会についても既にみてきたとおりである。この委員会での討議事項は後に検討する。

また、この小林の記述によると、委員10名が参集して協議し、重症欠陥児、不治永患児、多障害永患児などの名称を重症心身障害児に統一し、今後の運動方針を決定したとある。残念ながら、委員の構成や協議事項については、会議の原史料を確認できないので、この点は不明確である。ただし、他の史料からある程度の推察は可能である。

東京都児童福祉司の有吉迪哉の文献をみる。有吉は「育成会」の月刊誌1958（昭和33）年7月号に、「重症の心身障害児」と題する一文を寄稿している。

（中略）手をつなぐ親の会や各方面の尽力で国立秩父学園が開かれたことはほんとうに喜ばしいことですがあまりに収容力が少く、この東京ですら割りあてが10名位とか聞いています。そして重い脳性小児マヒや白痴、三重四重の重症の児童は、今の所収容はむずかしいようです。私たちの願いは普通の施設に収容の困難な最も不幸な子供は重症な程優先的に最も完備した国立施設に収容して欲しいのです。

去る6月20日、都の社会福祉協議会では重症心身障害児対策委員会が開催されました。私も委員の1人として列席しましたが、各方面の責任者や専門家の間で、これが対策が実に熱心に討議され、来る6月24日、5、6日の3日間東京で開催される全国社会福祉事業大会に議題として提出し、是非とも法律の改正まで持って行って、これ等重症の心身障害児も必ず国の保護が当然の権利として受けられる方向に持って行かれるよう準備されています。（中略）（33.6.22 深夜記す）

出所：（有吉1958:25）

有吉は「重症の心身障害児」という表現をしているが、これは「重症心身障害児」と同一でみてよいだろう。ここでも6月20日の東社協の対策委員会で「重症心身障害児」との名称が検討されたことに触れられている。また有吉は委員であったことも述べている。ただし、有吉のこの記述だけでは、具体的な検討事項は不明確である。なお有吉は、11月の全社協の対策委員会の委員にも就任している。

次に『福祉新聞』の記事をみてみよう。1958（昭和33）年6月20日号に、東社協での対策委員会の様子が記事になっている。

奇形児の名称統一 重症心身障害児と称す

20日午後1時東京都社会福祉協議会で開催された重症欠陥児対策協議会で、今まで重症欠陥児、重複障害児、不治永患者などその呼び名が区々であったが、これを重症心身障害児と統一することになった。

重症心身障害児とは、①重症脳性小児麻痺、②進行性筋萎縮症、③重症白痴、④重症精薄、⑤脊椎性小児麻痺、⑥幼少のために重症となりやすいと認められる疾病の比較的軽症であっても⑥までの障害が重複合併されているもの、ということに解釈も統一された。

なお同協議会は児童福祉法を改正して重症心身障害児のための一項目を立てる運動を全国大会に提議、その実現に努力することを申し合わせた。

出所：（福祉新聞社1958a）

この福祉新聞の記事は、6月20日当日のものであって、内容も具体的である。まずこの記事の見出しでは「奇形児の名称統一」とあり、福祉新聞の「重症心身障害児問題」についての認識は「奇形児問題」であったことがよみとれる。また、重症心身障害児の内容として7種の臨床像が提示されていることも重要である。それらを再掲すると以下となる。

- ①重症脳性小児麻痺
- ②進行性筋萎縮症
- ③重症白痴
- ④重症精薄
- ⑤脊椎性小児麻痺
- ⑥幼少のために重症となりやすいと認められる疾病の比較的軽症であっても⑥までの障害が重複合併されているもの

この7種をみると、ほぼ重度児を網羅しているように思えるが、②進行性筋萎縮症や⑥脊椎性小児麻痺も含まれている点は、今日的にみても、かなり幅の広い症状が含まれていたといえることができる。

最後に、日本肢体不自由児協会の機関誌をみてみよう。1958（昭和33）年7月1日発行の『手足の不自由な子どもたち』の記事にこうある。

児童福祉法10周年を記念して6月24日から3日間東京で開かれた全国社会福祉大会は盛会に終わった。児童の保護育成に関して協議した第2部会の第1日が、肢体不自由児、特に重症心身障害児の問題で占められたことは特筆すべきであった。

児童福祉法のわく外におかれ、家庭で生計を妨げ、社会では心中などの悲劇を生んでいるこの不幸な子どもたちを救おうという声が会場に溢れ、満場一致で大会の決議として採択された。

高木博士が昭和初年から学問上の立場で不治永患児と呼んできたこの名称もさる20日開かれた対策委員会で重症心身障害児と呼ぶことに衆議一決し、いよいよ法の改正と施設設置の運動を熱心にまた辛抱強く盛り上げることとなったことは誠に喜ばしい。

出所：（手足の不自由な子どもたち 1958.7.1号）

この肢体不自由児協会の機関誌も、6月20日の委員会で重症心身障害児という呼称が決定されたことを明記している。また高木の提唱してきた不治永患児が、重症心身障害児に置き換わったとの認識も示されている。

小林による「重症心身障害児」の定義と分類

小林は、1958（昭和33）年10月に、重症心身障害児の定義と分類を行っている。

重症心身障害児という耳なれない言葉は、医学的用語ではなく、社会的な必要から生まれてきたものがあります。

心身障害児は、多くは教育の対象となり得るものですが、そうした対象にもなり得ないような重い障害

児がいるのであります。それは、当然施設に収容されるべきものでありましょうが、実際には施設にも受け入れてくれないのであります。そこで、止むを得ず家庭におかなければならないはめになりますが、この望みのない重症な心身障害児を抱いても、家庭は何らの支障もなく経済的にも又社会的にも、充分やっつけられるということであれば、そこには問題となることは少しもないのですけれど、多くの家庭はそうはゆかないのであります。ここに重症心身障害児の問題が生じてきたのであります。

重症心身障害児は、社会的な必然性から生れてきたものですので、その社会的条件によって支配されて参ります。

この社会的条件は、結局どこにも措置してもらえないということになりますが、現在わが国において、収容を希望しても許されない障害児は次の三種に分けられるといえましょう。

第一は、心身障害が単一ではあるが、重症であるもので、例えば、重症白痴の如き、或は何才になってもお座りもできないような重症な肢体不自由児の如きものであります。

第二は、心身障害が二重、三重或は四重と重なっているもので、ろう（つんぼ）であると共に盲であったり、精神薄弱で脳性マヒがあつたりするようなもので、単一の障害はそんなに重くなくとも、全人間として合せ考える時には医療的にも教育的にも絶望視されるものであります。

第三には、幼若であるために重症と考えられるものがあります。例えば、乳児、或は幼若な幼児の場合、障害児の収容場所は現実にはどこにも与えられないのであります。

このような三種類に分けてみましたが、結局行き場所がなく、見放されたままにいる社会的条件にあるわけのものであります。

なお、これを医療又教育の点から見る時には、第一、第二はその効果が先ず期待できませんが、第三だけは将来の期待のもてるものがあり、重症とはいえ唯収容して一生を終わらせればよいというものではなく、充分社会復帰を期待できるものがあります。

出所：（小林 1958:3-4）

小林は、まず重症心身障害児とは医学的用語ではなく、社会的条件によって影響をうけている概念であるとする。その社会的条件とは、「現在わが国において、収容を希望しても許されない障害児」とする。つまり、既に第3章の「重症心身障害」の定義でみてきたように、その対象の「残余的」な性格を主張していた。

その上で、重症心身障害児の臨床像を3分類している。この分類によると重症心身障害児とは「心身障害が単一であるが重症であるもの」「心身障害が重複しているもの」「年令が幼弱であるもの」とされ、前2者は効果が全く期待出来ないが、後者は社会復帰の期待ができるものもある、とした。

1958（昭和33）年11月17日 全社協「重症心身障害児対策委員会」における課題設定

同年6月に開催された全国社会福祉大会で、全国的な対策委員会の設置が議決されたことは前にみた。そして開催されたのが、この全社協での「重症心身障害児対策委員会」である。この委員会の参加者は30名で、本章の冒頭で確認してきたとおり、再掲すると以下となる。

- ・行政（厚生省・都庁）
- ・全社協（乳児部会、民生児童委員会、心身障害部会）
- ・都社協
- ・知的障害児施設関係（国立秩父学園、近江学園、旭川学園、桃花塾）
- ・肢体不自由児施設関係（日本肢体不自由児協会、整枝療護園、群馬県整枝療護園）
- ・相談機関（都児童相談所、都民生委員、都児童福祉司）
- ・日赤産院
- ・日本心身障害児協会
- ・メディア（読売新聞）

正副委員長には、全社協の役員が就任した。委員長は遠藤省三（全社協乳児部会長）、副委員長は佐伯藤之助（全社協民生児童委員会委員長）である。なお小林も副委員長に就任した。このように、全社協を中心に、行政や関係者等の利益団体を交えた、いわゆる議論調整のプラットフォームが構築されたという点は、注目すべきことである。『全国社会福祉協議会 30 年史』によると、「昭和 30 年代から 40 年代のはじめにかけて、全社協としてとりくんだ問題のひとつとしては、重症心身障害児問題がある。」（全国社会福祉協議会 1982：234）との記述がある。

この対策委員会当日の史料は不明である。ただし、全社協の昭和 33 年度事業報告書に、対策委員会の概要が整理されているので、以下抜粋する。

重症心身障害児対策委員会（第 1 回）

重症及び二重・三重の障害をもち、どの施設でも処遇困難なため収容されていない児童の対策を具体的にすすめるために設置されたものである。

第 1 回の対策委員会は、次の通り行われた。

1 日時 11 月 17 日

2 場所 全社協

3 協議事項

①正副委員長選出・常任委員選出

②対策協議 重症心身障害児施設とも名付ける施設をつくるべく運動をすすめることになった。

重症心身障害児対策委員会（第 2 回）

1 日時 34 年 1 月 29 日

2 場所 全社協

3 協議事項

対策について更に検討し、「新しい概念の収容施設をつくり、現行の児福法の運営上もれているものを、収容するものとしたい」との結論に達した。今後は処遇の問題にからんで具体的な検討を行うことになった。

出所：（全国社会福祉協議会 1958b:23）。下線は筆者。

この史料によると、重症心身障害児問題とは、「どの施設でも処遇困難なため収容されていない児童の対策」というように位置づけられていることがわかる。すなわち、これは小林による重症心身障害児問題の問題提起と同じ課題認識であり、対象の「残余的」な性質を表してもいる。また、「重症心身障害児施設」という「新しい概念の施設」を設置していくことも課題として提示している。

以上のように、1950年代から問題提起されてきた、障害乳児の処遇、重度精神薄弱児の対策、重度肢体不自由児の対策等の諸問題は、「重症心身障害児」との名称を付与し、児童福祉法の措置から外れた「残余的」な対象の処遇問題として課題設定された。そして、そのための「新しい概念の施設」を設置することが決定されたのである。

8 第I期における政策案の決定

以上の政策課題に対して、どのような政策案が採用されたのか。ここでまず確認しておきたいのは、既にみてきたように、糸賀や小林によって、施設建設計画も同時に進んでいたことである。すなわち、糸賀は「滋賀育成園」構想を、小林は「島田学園」構想を計画し、小林については、島田夫妻から寄付を受けて建設用地は取得していたのである。つまり政策案の決定に際しては、施設をゼロから作り上げるというわけではなく、このような民間での動きを、どのように制度として位置づけていくか、という側面があったことに注意する必要がある。

また、「重症心身障害児問題」の所管課は「母子衛生課」であった。そこで、「島田療育園」の運営体となる「日本心身障害児協会」の設立についてみておく。

「日本心身障害児協会」の組織化 施設設置計画の転換 「知的障害児施設（養護課系統）」から「肢体不自由児施設（母子衛生課系統）」へ

「日本心身障害児協会」は、1958（昭和33）年11月に発会した。協会の設立趣意書は、1958（昭和33）年7月に作成されている。設立趣意書は以下のとおりである。

設立趣意書

終戦、ここに十余年を経過し一般社会の事情は好転しつつあります。

本年は児童福祉法施行十周年を迎えました。今日児童福祉の面には大いなる発展を遂げております。然るに一部の心身障害の児童に対する福祉に対しましてはまだまだ前途遙々の感じが致します。

現在の措置に洩れているものに

一、乳幼児肢体不自由児

二、二重三重肢体不自由児

三、重症精神薄弱児、重症肢体不自由児

等があります。これら児童の福祉を中心とした施設の必要性を痛感しております時に、偶々一父兄から南多摩郡多摩村の土地一方五千余坪の寄贈を受けることになりました。

ここに収容施設の建設をなし一人でも多くの心身障害児を収容いたしたく、各方面の御理解と御協力を得て、ここに財団法人心身障害児〇〇会としての法人化を希うようになりました。

財団法人心身障害児〇〇会はその第一歩として児童福祉法による肢体不自由児施設・島田療育園（仮称）を運営し、主として乳幼児肢体不自由児を収容し医療、教育、庇護と関連して児童の福祉増進につとめてまいりたいと思ひます。

昭和三十三年七月

設立発起人

島田伊三郎

三木威勇治（東大整形外科教授・日本肢体不自由児協会理事）

遠藤省三（全社協乳児院部会長）

河村定治（全社協児童部長）

塚本哲（東京都新宿生活館館長）

中鉢不二郎（国立東二病院二の宮分院長）

西川春彦（日本肢体不自由児協会事務局長）

小林提樹（日赤産院小児科部長）

渡辺清綱（東京都衛生局母子衛生課長）

伊藤貞子（元近江学園指導員）

出所：『両親の集い』1958（昭和33）年8月No.32。なお設立発起人の所属は筆者加筆。

本章で既にみてきたように、小林と島田夫妻による施設設置計画は、知的障害児施設「（仮称）島田学園」構想として進展していた。そして1958（昭和33）年5月の『両親の集い』誌において、小林は「児童福祉法の療育施設という便方も許されるかも知れないという話があって、目下その検討が進められている」と記していた。

この7月の設立趣意書をみると、「財団法人心身障害児〇〇会はその第一歩として児童福祉法による肢体不自由児施設・島田療育園（仮称）を運営し」とあり、ここに施設の種別を、知的障害児施設から肢体不自由児施設に転換したことがみてとれるのである。また設立発起人のメンバーには、島田と伊藤に加えて、三木、西川という肢体不自由児対策の関係者が加わっていることが注目される。さらに、全社協から2人の部長が発起人として参加し、東京都母子衛生課長・渡辺清綱の名前もある。すなわちこの発起人は、肢体不自由児施設と乳児院といった「母子衛生」の関係者、現役の行政官、そして全社協の職員らを中心に構成されている。

また施設の名称も「島田学園」から「島田療育園（仮称）」に変更している。「学園」や「塾」は、知的障害児関係施設に付される名称であり、「療育園」とは肢体不自由児関係施設の名称である。施設設置計画は、「知的障害児施設（養護課系統）」から「肢体不自由児施設（母子衛生課系統）」に転換したことが読み取れるのである。

そして、施設の入所対象をみると、「現在の措置に洩れているもの」とした上で、「一、乳幼児肢体不自由児」「二、二重三重肢体不自由児」「三、重症精神薄弱児、重症肢体不自由児等」との文言にあるように、「肢体不自由」を基礎に規定がされている。これらを勘案すると、1958（昭和33）年5月頃から7月頃にかけて、重症心身障害児政策に、「養護課」ではなく「母子衛生課」が急遽介入し、既に進んでいた「島田学園」の設置計画を、「母子衛生課」所管の「島田療育園」設置計画に、強力に変更するよう指導を行ったのではないかと推察されるのである。

「日本心身障害児協会」設立への政財官界の協力

さらに「日本心身障害児協会」の役員には、政財官の大物が加わる。まず島田の資金調達が難航したことで、それを新聞紙上で知った電源開発総裁の内海清温が、協力を申し出たという（財団法人日本心身障害児協会1963:9）。そして内海は、同郷の日本商工会議所会頭・足立正に連絡を取り、足立は「日本心身障害児協会」の会長に就任したとある（財団法人日本心身障害児協会1963:9）。

表6-8は日本心身障害児協会の役員名簿である。この役員をみると、元首相や最高裁判所長官、都知事、また全社協会長であり前厚生事務次官であった木村忠二郎の名前もある。

財界からは会長の足立の他に、日経連会長の石坂泰三の名前もある。「日本心身障害児協会」とは、政財官のエリートから構成される団体であった。

この急速な動きについて、秋山は、小林が「連中、することが早いんだ」と言ったことを証言している（秋山 2003:96）。おそらく、小林も秋山も与り知らぬ所で、重症心身障害児政策が、行政主導で急速に動き出したことを示唆しているのではないかと思われる。

表 6-8 日本心身障害児協会 役員名簿

役員名簿（アイウエオ順）			
種別	氏名	住所	備考
会長	足立正		日商會頭
理事	赤坂東久郎		医学博士
	伊藤貞子		元近江学園児童指導員
	内海清温		工学博士・前電源開発総裁
	遠藤省三		全国社会事業協賛会乳児院部会長
	木村忠二郎		日本社会事業大学学長
	小林提樹		日赤産院小児科部長
	島田伊三郎		商店経営
	塚本哲		新宿生活館々長
	細田義安		衆議院議員
	前田久吉		産経新聞会長・参議院議員
	三木威勇治		医博・東大教授
	守屋東		大東学園々長
	金井良太郎		
監事	梅田博		読売新聞論説委員・早大講師
	渡辺清綱		医博・都母子衛生課長
	石坂泰三		日経連会長
	石橋湛山		元首相
	片山哲		元首相
	河上丈太郎		衆議院議員
	田中耕太郎		最高裁判所長官
	鳩山一郎		元首相
	前田多門		全国精神薄弱児育成会
顧問	安井誠一郎		東京都知事

出所：寺脇隆夫編（2011）『マイクロフィルム版木村忠二郎文書資料』を基に筆者作成。

「日本心身障害児協会」の事業計画

「日本心身障害児協会」の昭和33年度の事業計画案をみてる。その目的をみると、「二重三重の重症心身障害をもつ子どもたちは、在来¹の精神薄弱児施設や肢体不自由児施設から収容を拒否され、「不治永患児」の名のもとに、社会から見すてられている」とある。この「不治永患児」という表現は、高木の造語であった。ここにも肢体不自由児対策（母子衛生課）の強い影響が見て取れるのである。そして「これらの子どもを生涯にわたって施設に保護し、終身の育成を行い、かれらの福祉を図ると共にその家庭を貧困、犯罪、心中などの不幸から救済しよう」との文言もみられる。

日本心身障害児協会事業計画案（昭和三十三年度）

一、目的

二重三重の重症心身障害をもつ子どもたちは、在来¹の精神薄弱児施設や肢体不自由児施設から収容を拒否され、「不治永患児」の名のもとに、社会から見すてられている。これらの子どもを、生涯にわたって施設に保護し、終身の育成を行い、かれらの福祉を図ると共にその家庭を貧困、犯罪、心中などの不幸から救済しようとするのが協会設立の目的である。

出所：寺脇隆夫編（2011）『マイクロフィルム版木村忠二郎文書資料』

「母子衛生課」技官の重症心身障害児問題への見解

それでは、「母子衛生課」は「重症心身障害児問題」に対して、どのような見解を有していたのか。当時の母子衛生課の技官であった宗像文彦は、1958（昭和33）年11月の小児科医療の機関誌でこう述べている。

重度の精神障害児は、盲、ろう、身体の奇形を伴う場合が多く、その介護は普通の施設では到底不可能に近く、しかもこれらのものは成人になっても全く自立できる見込がないので、極めて深刻な問題を提起している。国立精神薄弱児施設は、重度の痴愚級および白痴級のものと及び盲、ろうを合併したものを収容する目的で、昭和32年に設置されたが、今のところ収容人員100名であって、到底必要を満たし得ない。

このような児童は、元来、身体的および精神的に重度な欠陥状態を併せもっていることが多いので、従来乳児院や精神病院の一隅で忘れ去られたように取り扱われて来たようであるが、これらに対する施策はこれからの問題として考究していく必要があるようである。

出所：（宗像1958:25）

宗像は、「養護課」が所管している「国立精神薄弱児施設」が「重度の精神障害児」を扱っているものの、収容定員が少なく「到底必要を満たし得ない」という。そして「これらに対する施策はこれからの問題として考究していく必要がある」と対策の必要性を主張している。「母子衛生課」の技官である宗像が、他課である「養護課」の所掌業務である「重度の精神薄弱児」に言及していることは興味深い。この宗像という人物については、当時の母子衛生課の事務官であった田代實は、こう述べている。

当時母子衛生課に宗像さんという課長補佐—お医者さんでした—がおられて、その方が「人類は発達していく中で必ず、何百人のうちの何人かは、正常に生まれない人が出てくる、それは健康に生まれた人達

が、お互いに面倒をみるのは当然じゃないか」といった論法で押すのですが、なかなか仏様のような言い方では大蔵省は納得してくれない。重症児にお金をかけて、結果はどうなるんだ、と問い詰められては「どんな障害をもった子にも残存能力はあります、それを早めに発見し、療育してのばしていくのです」と言い続けてきました。

結局、将来重症心身障害に関する制度化はしないと大蔵省に一筆入れたような記憶があります。

出所：(田代他 1994:3-4)

「母子衛生課」における「重症心身障害児」についての認識

1960(昭和35)年5月の母子衛生課が作成した「身体障害児対策の現状と問題点(資料)」によると、重症心身障害児とは、「その障害が極めて重度でありあるいはその障害が重複している場合は現在の施設外における養護はもとより現状の施設への収容も不可能」であると説明されている(厚生省児童局母子衛生課 1960)。

またこの資料には、「心身障害児の療育と施設の分類収容の現状」と題する表(表 6-9)が添付されている。この表 6-9 では、既存施策を障害種別に「療育・治療効果」「社会的適応の効果」から分類している。そして、これら両者の効果を全く期待できないもの(×印)が、重症心身障害児を指すと考えられる。

重症心身障害児について

心身障害児童(精神薄弱、肢体不自由、聴覚平衡機能障害、音声言語障害)に対し児童福祉法は医療及び保護育成について種々な施策を実施しているが、その障害が極めて重度でありあるいはその障害が重複している場合は現在の施設外における養護はもとより現状の施設への収容も不可能である。

出所：(厚生省児童局母子衛生課 1960)

表 6-9 心身障害児の療育と施設の分類収容の現状

	療育によって治療又は軽快を期待できるもの	同期待できないが、社会的適応を期待できるもの	全く期待できないもの
精神薄弱	—	精神薄弱児通園施設 精神薄弱児施設	×
肢体不自由	育成医療 肢体不自由児施設	—	×
視覚障害	育成医療	盲児施設	×
聴覚平衡機能障害	育成医療 ろうあ児施設	ろうあ児施設	×
音声言語機能障害	育成医療 ろうあ児施設	ろうあ児施設	×

出所：(厚生省児童局母子衛生課 1960)

「母子衛生課」における海外の障害児施設についての認識

この1960(昭和35)年5月の母子衛生課による「身体障害児対策の現状と問題点(資料)」には、参考として、「諸外国における心身障害児収容施設」も付記されており、アメリカとスウェーデンの施設の概況が紹介されている(厚生省児童局母子衛生課1960)。

これによると、アメリカの施設は1,000~4,000人という大規模定員施設であり、重症児も含めて病型に制限がないことが紹介されている。スウェーデンでは、重度児や重複児が対象となっている例も紹介している。

この海外調査の資料の意図とは、おそらく、海外においては既に重症心身障害児は収容されている、ということを行政当局が主張したかったであろうことが推察される。

(参考) 諸外国における心身障害児収容施設の状況

1 アメリカ

(A) New Jersey 州立

(1) Vineland State School

1888年創立

収容定員 1,253名 (現在収容 1,765名)

収容児 女児のみ、年令は5~14才 病型には制限なし、重症児も可

職員 教師 20 医師(構内居住) 3

心理学者 2 歯科医(構内居住) 2

保母 24 嘱託医 5

ソーシャルワーカー 1

事務管理者 1

従業者 365

嘱託従事者 7

計 430名(内嘱託 12名)

費用 委員会で決定、ケースによりことなる。

(2) State Colony of Woodbine

1921年創立

収容定員 1,000名 (現在収容 1,159名)

収容児 男児のみ、年令 5~14才(超過児も可)

病型はあらゆるもの、重症、盲、ろう、マヒ、テンカンなど

職員 教師 7 事務管理者 1

心理学者 1 栄養士 1

保母 17 従業者 343

嘱託医 3

嘱託歯科医 1

計 374名(内嘱託 4名)

費用 同上

(B) New York 州立施設

(1) Rome State School

1894 年 創立

収容定員 2,861 名 (現在収容 男児 2,466 女児 1,953 計 4,419 名)

収容児 制限なし

職員 教師 16 事務管理者 1

心理学者 1 栄養士 1

保母 28 従業者 2

医師 (構内居住) 14

歯科医 (構内居住) 2

社会事業士 (Social Worker) 13

計 1,052 名 (内嘱託 13 名)

費用 1 年間の基礎費用 \$1,320.00 (¥475,200 1 月¥39,600 となる)

(2) Wittowbrook State School

1947 年創立

収容定員 3,490 名 (現在収容 男児 2,470 女児 1,855 計 4,325 名)

収容児 制限なし

職員 教師 21 社会事業士 (Social Worker) 3

心理学者 4

保母 43 事務管理者 1

医師 (構内居住) 20 栄養士 1

歯科医 (構内居住) 2 従業者 1,071

嘱託医 25 嘱託従事者 2

計 1,193 名 (内嘱託 27 名)

費用 家庭の支払能力による。

2 スウェーデン

1. Kronprinsessan Viktories Kustsanatorium, Barkakra

(肢体不自由+精神薄弱の児童)

2. Vipeholms Siukhus, Lund

(重度の精神薄弱の児童と成人)

3. Statens amstalt for blinda med komplicerat byte, Lund

(視覚障害+精神薄弱或いは肢体不自由等の児童又は成人)

4. Brache Oster gards internat, goteborg

(重度の脳性麻痺の学齢前児童)

平均 1 人当りの経費は 1 日 30 スエーデンクローナー 即 1 日約 2,100 円である。

出所：(厚生省児童局母子衛生課 1960)

「母子衛生課」による障害の発生要因と「予防」への注目

1960（昭和35）年6月に母子衛生課が作成した「母子保健の現状」では、障害の発生要因について、「妊娠中の母体の健康及び分娩の状況」と重大な関係性があることを指摘している。

妊娠分娩の出生児に及ぼす影響

妊娠中の母体の健康及び分娩の状況が出生児に対し大きな影響をもつことは一般に知られている。近年特に問題となっている精神薄弱児や、身体障害児の中で、最も治療と訓練の困難な脳性小児麻痺についても重大な関係があることが明らかになった。

例を精神薄弱児にとると図の中学生の精神薄弱児の6割が胎内にある時に原因があり、更に出生児の原因を加えると3/4は出生児の原因となり、図は更に年令の小さな小児の場合においては8割が先天性となり、出生児を含めると9割以上が出生児以前の原因となる。

脳性小児麻痺についても同様に図の如く妊娠分娩の影響が約8割近くに見られる。

また未熟児（出生時体重が2.5kg以下のもの）の原因も母体の妊娠中毒症、結核、梅毒、過労、栄養不足などによるものである。

出所；厚生省児童局母子衛生課「母子保健の現状」1960（昭和35）年6月

寺脇隆夫編（2011）『マイクロフィルム版木村忠二郎文書資料』に所収。下線は筆者。

この点について、当時の母子衛生課長の松尾は、次のように述べている。

精神薄弱児や身体障害児の真の対策は、その発生を防ぐことにあることは申すまでもないところであります。その原因を確かめて、それぞれの確に予防手段を講ずるほどには研究も進んでいないことは事実ですが、その可能性は次第に明らかになって来ているようです。遺伝という意味で先天的だといわれる障害もその範囲は次第に狭められ、それに代わって妊娠中の母体の影響や、出産時や新生児期の影響が大きく浮び上って来ていることはこれを物語っているといえましょう。

私共はこの目的のためにも母体の保護の徹底を図ることが基本的な問題だと考えています。今後の研究が進んで発生防止の方途が実現される基調となるものは母体の特に妊娠中の徹底した保護対策であることを確信しています。胎児に及ぼす影響は単純な作用がなく、有機的な働きをしている母体の全体の健康度が大事なことになるはずだと思うからです。

（中略）

次の対策は早期の対策を図ることにありましょう。今日までのこれらの障害児対策は年令的には遅すぎでいたと考えられます。皆様方の御努力でこれが早期化されつつあることは大きな功績だと思いますが、対策のあり方としては決して早めに始まっていなかったように思います。学校入学という時期が大きな転換をなして、この頃からの対策であったといっても、過言ではないでしょう。

出所：（松尾 1960:18）

松尾は、「精神薄弱児や身体障害児の真の対策は、その発生を防ぐことにある」とし、障害の発生予防の重要性を提起している。そして、「予防手段を講ずるほどには研究も進んでいない」現状を指摘しつつ、「母体の保護の徹底」や「早期の対策」が必要となるとしている。

政策案の決定 ―重症心身障害児療育研究委託費の予算化―

児童局母子衛生課は、1960（昭和 35）年に、翌 36 年度予算に「重症心身障害児療育研究委託費」を予算要求した。この研究費は予算化され、昭和 36 年度から 37 年度までの 2 年間、「日本心身障害児協会」に交付された。

「島田療育園」は、1961（昭和 36）年 5 月に開園した。「島田療育園」の施設形態は「病院」であった。1960（昭和 35）年春、「厚生省母子衛生課より療育園は病院で行くことを指示された」との記録がある（財団法人日本心身障害児協会 1963:11）。1958（昭和 33）年の「日本心身障害児協会」設立時の趣意書では、「肢体不自由児施設」として開設するとされていたことは前にみた。この「母子衛生課」による「病院」形態での運営の指示は、将来的に「病院（医療）」をベースとした新たな施設類型を設計するという政策意図とみることができるだろう。

この研究事業の課題は、以下の 3 点であった。

1. 療育面及び医療面から判定される重症心身障害児の定義
2. 重症心身障害児の医学的管理及び医療の限界
3. 重症心身障害児の収容施設は専門収容施設を設置すべきか、又は児童福祉施設の重症病棟として附置すべきか

出所：（財団法人日本心身障害児協会 1963:13）

このように、重症心身障害児政策は、まずは「研究事業」として開始した。「島田療育園」は「重症心身障害児」専門の「病院」として開院し、入所児の研究に着手したのである。

1. 第Ⅱ期の分析の視点

第Ⅱ期は1960年代前半である。この時期は、わが国の重症心身障害児者政策の発展期である。第Ⅰ期において政策決定された「重症心身障害児」の療育方法についての「研究事業」は、「島田療育園」において、1961（昭和36）年度から1962（昭和37）年度までの2年間実施された。

第Ⅱ期を発展期とする理由は、この時期は国が重症心身障害児対策を本格的に展開していく時期だからである。具体的には、1963（昭和38）年度より開始した新たな施設類型である「重症心身障害児施設」の補助事業化と、既存施設（知的障害児施設・肢体不自由児施設）への「重度棟・重度病棟」の整備の2つの施策があげられる。

第Ⅱ期の政策過程分析にあたっては、まず政策問題の再規定（reframing）の視点と政策を取り巻く環境変化に注目することにする。第Ⅰ期において、重症心身障害児とは「その障害が極めて重度でありあるいはその障害が重複している場合は現在の施設外における養護はもとより現状の施設への収容も不可能」であると定義された。それを端的に表すならば、「療育・治療効果」「社会的適応の効果」いずれも期しがたい対象であり、「不治永患」ということであった。そしてこのような対象に対して、「母子衛生課」が「障害の発生予防」「早期発見」「早期対応」という予防医学の見地から、その方策を「研究」することが、第Ⅰ期で決定された政策のスキームであった。その「研究」は「島田療育園」に委託されたのであった。さらに全社協においても、「重症心身障害児対策促進協議会」を立ち上げて、関係団体による意見を調整しつつ、今後の重症心身障害児者政策の方向性を検討した。従って、これらの研究や検討を通して、第Ⅰ期で規定された重症心身障害児政策の課題や政策のスキームが、第Ⅱ期でどのように変化し政策の発展をもたらしたのか、それを分析することが本章に求められることになる。

そこで分析に際して、以下、本章のおおまかな流れとその概要を述べておく。

まず第Ⅰ期から第Ⅱ期への変化については、その手がかりを「重症心身障害児」の定義に求めたいと思う。第Ⅰ期で、「療育・治療効果」「社会的適応の効果」いずれも期しがたい対象と定義された「重症心身障害児」は、第Ⅱ期においてどう再規定されたのか。まずは「島田療育園」での研究成果としての小林による「重症心身障害児」の定義を検討する（本章2）。続いて1962（昭和37）年7月に、全社協の「重症心身障害児対策促進協議会」がとりまとめた「重症心身障害児対策促進について」と題する意見書における「重症心身障害児」の定義を検討する（本章3）。この意見書は厚生省に提出され、第Ⅱ期における新たな重症心身障害児政策のスキームづくりの土台となったのである。従って、「重症心身障害児」の定義だけではなく、この協議会において整理された重症心身障害児問題の課題を検討することは、第Ⅱ期の政策の分析において重要な位置を占めることになる。

以上の作業を経て、第Ⅱ期の政策決定に影響を与えた環境要因の分析を行う（本章4）。この環境要因とは、高度成長下における「人口資質の向上」という人口政策の転換であった。このような人口政策の「量から質への転換」は、児童福祉政策における「健全育成」と「能力開発」という政策の方向性を導出したのであった。また障害児者政策におけるリハビリテーションも、このような「人口資質の向上」における「能力開発」の一環としてその必要性が喚起されたのである。

最後に、第Ⅱ期における政策案を検討する（本章5）。

2. 「島田療育園」における研究事業の成果としての「重症心身障害児」の定義

「島田療育園」における「重症心身障害児療育研究委託」の成果として、小林は重症心身障害児の「重症」概念を「医学的重症」「介護的重症」「社会的重症」と3分類した（小林 1962:16-8）。これは児童福祉法の枠をはずした定義であり、療育園の運営体験から生まれた分類であるとする（小林 1962:16）。

医学的重症とは

小林によれば、「医学的重症」とは、医学的管理が必要であるという場合を称したもので、施設の形としては、医師や看護婦が常駐する病院形式ということになるとする。

これを家庭からみれば、医学的な管理の面で困っている心身障害児ということになるという。（小林 1962:16）

介護的重症とは

小林によれば、「介護的重症」とは、介護するには家庭ではお手上げであるというものとする。ただし、家庭によって条件は異なるので、ある家庭では手に負えなくなっても、他の家庭ではそれほどではない。またこれを受け入れる施設の介護条件も加味して判断されるとする。

さらに小林は、介護で一番閉口する年齢は一般的に体力が発達してきた時期で、島田療育園の入園申込み統計によると、8・9才であることがそれを裏づけているとする。

また施設の運営形式について、小林は「小児精神病院」になるとする。（小林 1962:16）

社会的重症とは

小林によれば、「社会的重症」とは、「社会的緊急性」の意味で、それは「家族の問題」が主だとする。小林は、障害児を抱えていた家庭が崩壊するような事情がある時、その救済の緊急度は大きく、家庭条件が回復するまでの短期収容ということになるとする。またこのような緊急施設が整備されれば、重症施設の必要性は解消されるともいう。

小林は、現実の「島田療育園」の運用においても、この種の例がかなりあり、「これでも重症児かと思われそうな障害児が何名も入園する次第」という現状も指摘している。（小林 1962:16-7）

小林は、以上の「重症」の3分類を行った上で、こう述べる。

現実の社会が、特に他の施設の発展いかんによって、重症児の姿も変り、同時にその考え方も推移していくものである。ここに重症心身障害児という明確な、しかもろう固として不変な定義を盛りたてては、むしろ無意義な努力ということにもなる。

しかし、これを、例えば当面の行政面へ反映せしめようという立場などからするならば、ある程度の線を引いて考えを進めない限り問題の進展は阻まれようというものの、そこで前述のような議論をくり返した次第である。ここでの取りあえぬ結論は、3種の分類が考えられ、そして、それぞれが将来実施され得る収容場所を予想し得たとしても、なお重症施設としての意義が残るであろうことを指摘したのであるが、

社会情勢がいかに変遷しても、重症の考えは変化してその施設の形は多少変っても、あくまでも要求されるであろうことは、現実を深く見つめるほど、強く思われるのである。

出所：(小林 1962:17)。下線は筆者。

この小林の「重症心身障害児」の定義は、対象を障害分類で定義するのではなく、必要な支援ニーズの観点から分類した定義であったといえる。本論文の第 3 章において、重症心身障害の定義の変遷でみてきたように、小林は「重症心身障害児」を、現行制度から漏れている「残余的」な性質を有するものとして位置づけてきた。ここにも、そのような小林の見解がよく表れているといえる。

3. 全社協「重症心身障害児対策促進協議会」による「重症心身障害児」対策への提言

「重症心身障害児対策促進協議会」の組織化

1962（昭和37）年3月、全社協に「重症心身障害児対策促進協議会」が発足した。この協議会の発足の背景には、「全国肢体不自由児父母の会連合会」の結成とその運動があったとされる（西川1962:2）。「全国肢体不自由児父母の会連合会」は、1961（昭和36）年に結成された「肢体不自由児」の親の会である。1962（昭和37）年1月の「全国肢体不自由児父母の会連合会」の常任理事会において、重症心身障害児対策の推進が決議され、その場に参加していた当時の児童局長・黒木利克が全社協に呼びかけを行ったという（西川1962:2）。

この証言をみるかぎり、全社協と行政との密接な関係性をうかがうことができる。そして全社協の「重症心身障害児対策促進協議会」とは、実質的には行政主導の協議体であったことも推察される。協議会の構成団体は、以下の11団体であった。

全日本精神薄弱者育成会、日本肢体不自由児協会、日本心身障害児協会、全国肢体不自由児施設長会、全国肢体不自由児父母の会連合会、肢体不自由児こだま会、全国養護学校長会、全日本特殊教育研究連盟、盲ろうあ児施設長協議会、全国盲学校長会、全国社会福祉協議会。

1962（昭和37）年7月「重症心身障害児対策促進について」における問題認識

「早期介入効果の主張」と、「家庭の生産性向上による社会還元」

1962（昭和）37年7月に、「重症心身障害児対策促進協議会」は「重症心身障害児対策促進について」と題する意見書を公表した。まずこの要望書の前文からみていこう。

近年児童福祉の施策は著しく進み、各種の障害児に対し福祉の手が伸びてまいりましたことは、誠に同慶の至りに存じます。しかしながら残念なことに、もっとも養護療育を必要とする生涯自立困難な重症の障害児、二重苦、三重苦の子供たちは後まわしにされ、ほとんど顧みられていないといった現状にあります。

これらの子供の実態は未だ明らかにされず在宅児に対する福祉施策はなに一つなく、受入れる施設もなく、たとえあったとしても二・三の例外的なものであり、その措置の内容は重症、二重苦、三重苦の子供を対象としていないため、処遇も極めて不十分であって、わずかに施設側の篤志にすぎるといった有様であります。

またこのような子供を抱えた家庭は精神的にも経済的にも負担の大なること言語を絶するものがあり、今日の如く野放しにされている実情にあつては親子心中、家庭崩壊などの悲劇を生んでおります。

これらの子供といえども、人間としての価値に何等変りあるものでないことはいうまでもありません。早期に適当な養護療育を施すならば、その能力をこれらの子らなりに十分伸ばし、人間としての幸福を味わわせることができるのであり、適当な福祉措置を講ずるならば、その家庭をして、後顧の憂いなく社会のため貢献せしめることができるのであります。

私共、障害児福祉に関する団体は愛結んで重症心身障害児対策促進協議会を作りこれが対策につき研究協議を重ねてまいりましたがとりあえず下記の如き対策が一日も速やかに実施されるよう切に要望いたし

ます。

出所：(小林 1962a)。下線は筆者。

まず、この前文では重症心身障害児を、「もっとも養護療育を必要とする生涯自立困難な重症の障害児、二重苦、三重苦の子供たち」と表現している。「生涯自立が困難」としている点は、第Ⅰ期における対象の認識と同様で変わりはない。

またこの前文は、「このような子供を抱えた家庭は精神的にも経済的にも負担の大なることと言語を絶するものがあり、今日の如く野放しにされている実情にあつては親子心中、家庭崩壊などの悲劇を生んでおります。」とし、「親子心中」「家庭崩壊」などの「悲劇」の発生を問題視している。この点も第Ⅰ期で、高木や小林が問題提起していたことと同様である。

前文は、続いて、「これらの子供といえども、人間としての価値に何等変りあるものでないことはいうまでもありません。早期に適当な養護療育を施すならば、その能力をこれらの子らなりに十分伸ばし、人間としての幸福を味わわせることができるのであり、適当な福祉措置を講ずるならば、その家庭をして、後顧の憂いなく社会のため貢献せしめることができるのであります。」と述べる。

ここで注目されるのは、次の3点である。まず「人間としての価値に何等変りあるものでない」という表現である。このような意識は、第Ⅰ期においても、基底に流れていたとは思えるのであるが、重症心身障害児の社会的存在を、同じ人間としての平等という見地から、明確に主張をしたという点で、第Ⅱ期との転換がみられるのである。

第2に、早期介入を行えば、「その能力をこれらの子なりに十分伸ばし」とあるように、早期介入の効果を主張している点に、やはり第Ⅱ期との変化がみられる。

第3は、「適当な福祉措置を講ずるならば、その家庭をして、後顧の憂いなく社会のため貢献せしめる」という文言である。すなわち、重症心身障害児対策は、子どもの問題だけではなく、家庭の問題であり、福祉措置により、その家庭が「社会のために貢献せしめる」ということを主張しているのである。ここに、子どもへの資源投入によって、その介護者家族の負担が軽減され、それによって家庭の社会的な生産性が高まるというロジックがみてとれるのである。この「人間としての同じ価値」「早期介入効果」「家庭の生産性向上による社会還元」という主張は、第Ⅰ期から変化した問題認識であるといえる。ここに「重症心身障害児」についての問題認識のリフレーミングがみられる。

「重症心身障害児対策促進について」における「重症心身障害児」の定義

「重症心身障害児対策促進協議会」はこの意見書で、「重症心身障害児」を以下のように定義した。

- (1) 単独または複合の障害が重度で、養護に多大の人手を要し、かつ療育の効果の期待しがたい子どもたち
- (2) 療育は可能であるが障害が複合しているなどのため、養護が困難な子どもたち

この定義は、「障害臨床像」「支援資源量」「支援効果」が混在しているため、筆者は表 7-1 に整理した。

表 7-1 によれば、意見書の定義する 2 種類の「重症心身障害児 (1) (2)」は、両者ともに「支援資源量」が「大」という点では一致している。ただし「支援効果」の点では、「期待し難い」群 (1) と「支援効果あり」群 (2) に分類されることになる。そして、この意見書の定義を、後述する今後の対応策とリンクさせると、(1) は「重症心身障害児施設 (新設)」の対象であり、(2) は「既存施設の強化」で対応する対象ということになる。

これらを踏まえると、要するに、「既存施設」は「支援効果」のある者を対象とするという点では、第 I 期でみてきた重症心身障害児問題の背景と変わりはない。そして、「支援効果は期待し難い群」を新たに「重症心身障害児施設」を設置して対応していくという方向性は、第 I 期の問題認識の延長上であったといえる。すなわちこの意見書における解決策の方向性については、第 I 期の問題認識から変化していないのである。

表 7-1 「重症心身障害児対策促進について」定義の分析

定義	障害臨床像	支援資源量	支援効果	対応
(1)	重度障害 (単独・複合ともに)	大	期待し難い	新設の 重症心身障害児施設 (病院)
(2)	複合障害	大	あり	既存施設の強化

出所：「重症心身障害児対策促進について」を基に筆者作成。

「重症心身障害児対策促進について」にみられる「建前」と「本音」の「二面性」

さらにこの意見書で注目されるのは、前文の文言で見たように、前文では、早期介入を行えば、「その能力をこれらの子なりに十分伸ばし」とあって、「重症心身障害児」には「早期介入効果」があることを主張していたことである。ところが、実際の定義やその対応策をみると、「支援効果は期待し難い」群が存在していることも認めているのである。

ここに「建前」と「本音」という「二面性」が表出されている。この「二面性」が、今後の重症心身障害児政策の展開においても、その基底に流れていくことを、ここでは指摘しておく。

「重症心身障害児対策促進について」における当面の諸対策

最後に、この意見書における「当面の諸対策」を順に書き出す。項目は 7 つある。

- ・ 発生の予防と早期発見および早期措置の促進
- ・ 既存の施設の強化と措置内容の改善
- ・ 専門施設の建設
- ・ 専門職員の養成と研究の強化
- ・ 経済的福祉対策の強化
- ・ 社会一般の理解増進をはかる
- ・ 総合的対策の確立

まず、「当面の諸対策」として「発生予防」「早期発見」「早期措置」が筆頭に上げられている点が注目される。第Ⅰ期において「母子衛生課」がこれらの要素を重視していたことはみてきたとおりであり、この「当面の諸対策」は「母子衛生課」の政策課題認識との親和性が高いといえる。

次に「既存の施設の強化と措置内容の改善」である。これは「既存の精神薄弱児施設、肢体不自由児施設等」の児童施設に重症心身障害児を収容するようにする」とあり、これらの既存施設に定義（2）で該当する重症心身障害児を入所させることは前述したとおりである。

「専門施設の建設」とは「重症であって療育の効果を期待しがたいもの、主として定義の（1）に該当するものを収容するために、専門施設を建設する」とある。なおこの専門施設は「病院」である。これも既にみてきたとおりである。

「専門職員の養成と研究の強化」「経済的福祉対策の強化」「社会一般の理解増進をはかる」は割愛する。最後に「総合的対策の確立」として「これ（当面の対策、筆者注）を系統化し、恒久的な施策を確立する」と結んでいる。

この「当面の諸対策」における「重症心身障害児施設の新設＝療育の効果を期しがたいものを対象」、「既存施設の強化＝療育の効果のあるものを対象」というスキームは、第Ⅱ期の政策決定に反映されることになる。

この意見書は1962（昭和37）年7月26日に、全社協会長・木村忠二郎（前厚生事務次官）の名前でとりまとめられた。『福祉新聞』の報道によると、意見書は8月16日に厚生大臣はじめ関係方面に提出したとある（福祉新聞社1962a）。この時期は次年度予算要求の時期であり、この全社協による意見書は、既に政策当局との調整済みであったと考えるのが自然であろう。

それでは第Ⅱ期の政策決定に移ろう。

4. 第Ⅱ期における政策案の決定

「研究事業」から「補助事業」への転換 その政策案の決定時期の措置

昭和36年度に「日本心身障害児協会」が経営する「島田療育園」に、「重症心身障害児療育研究委託費」が交付された。この「重症心身障害児療育研究委託費」は翌37年度まで2年間継続した。そして、昭和38年度からは、厚生事務次官通知「重症心身障害児の療育について」（発児49号）が発せられ、「重症心身障害児施設」は補助事業として運用されることになった。従って、政策案の決定についての観察時期は、昭和37年度を中心とする。

昭和38年度予算要求

1962（昭和37）年9月3日の『福祉新聞』は、「重症心身障害児に光明、児童福祉法を改正、対策ようやく軌道へ」との見出しで、厚生省が昭和38年度予算に対策強化のための要求を行ったとある（福祉新聞社1962a）。また、「大阪に1カ所増設、東京は島田療育園で」とあり、東京と大阪の東西2カ所で「重症心身障害児施設」を運営することが予算要求されたともある（福祉新聞社1962a）。

さらに1962（昭和37）年9月17日の『福祉新聞』には、「厚生省予算要求まとまる」との見出しで、主要な項目の要求額が列挙されており、「重症心身障害児療育費9,039万1千円」「島田療育園のほか大阪に1カ所新設、対象300人」とある（福祉新聞社1962b）。

この記事で注目されるのは、大阪で1カ所とされている点である。結果的には、滋賀県の「滋賀育成園（びわこ学園）」が補助事業の対象となるのであるが、この時点では大阪となっている。このことは、「びわこ学園」は、この時点では補助対象施設として想定されていなかったことを表している。そのことは後述する。

1961（昭和36）年度の重症心身障害児療育研究委託費は400万であり、翌1962（昭和37）年度は600万であった。1963（昭和38）年度予算要求では、「重症心身障害児療育費」の費目で9,039万1千円が計上されており、これは1962（昭和37）年度予算額の15倍である。政策当局が、重症心身障害児政策をこの第Ⅱ期において、発展させていく意図をよみとれる。

「養護課—滋賀育成園（びわこ学園）」設置計画」の「母子衛生課」への統合

前章の第Ⅰ期の分析において、1959（昭和34）年2月に糸賀が「滋賀育成園（後のびわこ学園）」の設置構想を作成したことはみたとおりである。糸賀は滋賀育成園を「重症精神障害児収容施設」と名付けており、その対象も「特に重度精神薄弱児及び精神障害を合併する精神薄弱児を収容」としていたように、「知的障害」「精神障害」を基礎とした重症心身障害児対策へのアプローチであった。そして糸賀は施設の種類を、児童福祉法上の「精神薄弱児施設」としていた。このことは糸賀が「滋賀育成園」の設置を「養護課」の系統下で進めていくことを表していた。

「島田療育園」も本来は、糸賀と同様に、「島田学園」として、知的障害児をベースに施設設置を進めていく計画であったことは述べてきたとおりである。「近江学園」の保母であった伊藤貞子が、「近江学園」を辞し、この「島田学園」構想に参加し、糸賀と小林の実践

を媒介したこともみてきた。ところが、「島田療育園」は、1958（昭和33）年5月頃より、「肢体不自由児施設」として施設の方向性を転換し、「母子衛生課」のもとで「病院」として開園したのであった。そして1961（昭和36）年度より重症心身障害児対策についての「研究事業」を実施してきたのであった。この間の「島田療育園」と「滋賀育成園」との関係性について、糸賀は1960（昭和35）年の3月時点で、次のように語っている。

昭和33年の4月には国立秩父学園が誕生して、白痴児や盲、聾を伴った精神薄弱児対策が国として着手されることになりました。しかし私たちがいま問題としているような重度の精神障害をあわせもっている痴愚や白痴の子どもの対象は、国の施策としてはなかなか実現の見込みがありません。そこで昭和34年2月に至って、いよいよ具体的に「滋賀育成園」という仮称のもとに建設計画が進められることとなりました。時たまたま東京では日本心身障害児協会が結成され、この協会の経営者として肢体不自由児施設島田療育園が重度の身体障害を伴う精神薄弱児をとりあげることとなり、私どもの大木会は精神薄弱児施設として滋賀育成園を建設し、重度の精神障害を伴う精神薄弱児をとりあげることとなったのです。

「身体」を関東が、「精神」を関西が、というふうに二つにわけてそれぞれが計画をすすめたような恰好になりましたが、もとより重度の障害の場合は身体も精神もともに障害をうけている場合が多く、截然とわけることはむずかしいと思います。しかし現在の法律では、このようなむずかしい対象を処遇するのにふさわしい条文もなく規則もありませんから、規定の条文からすれば、いきおい肢体不自由児対策か、または精神薄弱児対策の一つとして問題をとりあげるしか方法がないのです。しかもそのような対策のなかでは定められた最低基準の枠にしばられて、ふつうでは、とても重度の心身障害児を取り扱うことはできません。1960.3.1「南郷」

出所：（糸賀 1982b:255）。下線は筆者。

この糸賀の認識にあるように、第Ⅰ期までの重症心身障害児政策は、「島田療育園」の運営を「母子衛生課」が主導したとはいえ、「身体（母子衛生課）」と「精神（養護課）」というように、それぞれ各課が2分しつつ重症心身障害児政策を進めている状況があったようである。1958（昭和33）年5月に開園した重度の国立知的障害児施設「秩父学園」は「養護課」の所掌業務であった。

ところが、糸賀の「滋賀育成園」計画は、1963（昭和38）年度予算の編成時期である1962（昭和37）年12月に、「母子衛生課」の管轄下に吸収されることになる。この事情について、糸賀の記述を引用しよう。

ところで、いよいよびわこ学園の建設がすすみ、厚生省としても38年度予算の編成期になって、重症心身障害児対策のために必要な経費の積算基礎をはっきりさせる必要がでてきた。37年12月にこの問題で上京したときのことである。当時の黒木児童局長から、びわこ学園も母子衛生課の管轄で、島田療育園と同じように、病院形式でやってはどうかというすすめがあった。そのほうが経営上有利と判断されるという話であった。乳児や肢体不自由児対策と同じ窓口にして、それまで母子衛生課を通していた島田療育園と同一歩調をとってほしいというわけである。

そこで私としては、それまで病院形式というよりも、広い意味で教育を中心とした、いわゆる施設体系でという考えをもっていたので、いささかとまどいを感じた。しかし、これからの重症心身障害児対策を、肢体不自由児対策の単なる特殊分野に終らせないという新しい課題をそこに展開させることを考えて、児

童局長の考えかたに暫定的な意味で同調することにしたのであった。かくして東西相呼応してすすむ道がととのった。

出所：（糸賀 1968:168-9）。下線は筆者。

この「びわこ学園」の「母子衛生課」への参入について、当時の「母子衛生課」の事務官であった田代は、「私は島田療育園のできる当初からかわりがあったせいもあって、重症児施設の元祖は島田と天から思っていたので、補助金の予算が決まった時『びわこ学園』がでてきたのにびっくりしました」と、後の座談会で述べている（田代實他 1994:7）。

糸賀の証言によれば、「母子衛生課」の所管で「びわこ学園」を運営することは、黒木児童局長からの提案であったとされる。この糸賀の証言から推察すると、「養護課」と「母子衛生課」における重症心身障害児政策についての所掌をめぐる調整は、児童局長の黒木が担ったということになる。

「重症心身障害児」施設運営スキームの検討

糸賀によると、1963（昭和 38）年 2 月 1 日に厚生省において、重症心身障害児施設の運営スキームについての打合会が行われたという（糸賀 1968：169）。「島田療育園」側の史料によると、やはり同じく 1963（昭和 38）年 2 月 1 日に「厚生省にて、びわこ学園と合同にて収容重症心身障害児についての検討会」との記載がある（財団法人日本心身障害児協会 1963:18）。従って、この打合会の開催は歴史的事実といえる。

討議事項について「島田療育園」側の史料に記載はないが、糸賀はその内容について、次のように整理している。

- ・研究費から補助金制度に移すこと。
- ・公共性をもたせる意味で措置を私的契約だけにせず、児童相談所を通すことが必要。
以上は滋賀県から提案した。
- ・入所基準を審議した。

その理由として、島田療育園からは「社会的重症」という考え方を含み、びわこ学園側からは「発達保障」という考え方が出され、定義ではなく入所基準という技術的次元で問題を整理した。

出所：（糸賀 1963:169-70）をもとに筆者要約。

まず、児童相談所を通すという点についてである。「島田療育園」は「病院」であって、その入園は契約であり、独自の基準と裁量で入園選考を行っていたことが背景にあった（財団法人日本心身障害児協会 1963:84-87）。滋賀県（糸賀）からの提案は、新設する「重症心身障害児施設（病院）」は、児童福祉施設に準じた形で、入所者選定に公共性を持たせるとの提案であったといえる。

他方、「重症心身障害児」の定義については、難航を極めた様子がうかがわれる。結論的には「入所基準」を設定するという妥協案に落ち着いたということである。なお、島田療育園のいう「社会的重症」とは、小林による「重症心身障害児」の 3 分類でみてきたよう

に、家庭の緊急性により一時的に対応する対象を指していた。糸賀のいう「発達保障」と「社会的重症」との見解の差異について、糸賀は次のように述べている。

こういう整理をする作業に仲間入りしながら、私たちは発達保障という考え方の中身として、つぎの点をはっきりさせることができた。すなわちまず島田療育園の肢体不自由児対策からの出発にたいし、私たちが精神薄弱児対策から出発するという考え方をふかめることによって、不治永患という考え方を捨てたということである。肢体不自由児対策は整形外科の手術によって回復し、社会復帰することによって相당한回転が考えられている。それにのれない脳性小児麻痺は不治永患として一応除外しなければならない。そういう思想的系譜は重症児対策にとりくんだとき、軽視できない問題をはらんでくる。私たちは肢体不自由児対策が必要であり、その思想の大きさにふれればふれるほど、ここで重症児自体の側にたつて問題をうけとめることが大切だと思うようになったのである。即ち、当時は病院で重症な子どもが死ぬことは、家庭でどこかすすべもなく死んでいったばあいの両親の嘆き悲しみにくらべれば、その子が病院で死んだことは、家族の安心と幸せにつながる。病院とはそういうところなのだという。つまり親のすくいのために重症心身障害児施設は役割を果たさなければならないということがいわれていた。あるいは社会的重症というのがあって、その地方の対策がまだ未熟であるときに、比較的軽度であるという程度の精神薄弱児が重症と見なされて、重症児施設にはいつてくることが、じつは従事者にとって救いであり、従事者の心をゆたかに、あかるくしてくれるともいわれた。

私たちはその事実をみとめるのである。しかしそういう考えかたにたいして、子どもの側にたつとどういうことになるのであろうか。そういう考えは分類処遇をくずすこと、したがって正しい関係づけを意図する根拠はなくなること、さらには飼育殺し思想につらなつて、リハビリテーションは死への転機でしかないということになること、しかもそれによって親のセラピー、それも安心とあきらめへのセラピーをもたらそうという。それが果たして重症児対策といわれていいものかどうかということの問題としたいと思った。

私たち自身もふくめて、すべての人のところに一度は飼育殺し思想が宿る。そういうものであるから、この対処は施設をつくる以上に大切なものと考えてよい。そして、この重症児も普通児と同じ発達の通ること、どんなにわずかでもその質的転換期の間でゆたかさをつくるのだということ、治療や指導はそれへの働きかけであり、その評価が指導者との間に発達の共感を呼びおこすのであり、それが源泉となって次の指導技術が生み出されてくるのだ。そしてそういう関係が、問題と問題を特殊なものとするのではなく、社会の中につながりをつよめていく契機になるのだということ。そこからすべての人の発達保障の思想の基盤と方法が生まれてくるのだということをつかんだのである、こういう道すじを明らかにしていくのに近江学園研究室の研究成果は多大の貢献をした。

出所：（糸賀 1967:171-2）。下線は筆者。

糸賀は、肢体不自由児対策の生みの親ともいえるべき、高木が提唱してきた「不治永患」という考え方を批判した。すなわち治療効果によって対象を分類すること自体が問題であり、また治療効果がないとする対象を、「飼育殺し」にするという考え方と対峙しなければならない重要性を糸賀は指摘したといえる。また「社会的重症」という考え方については、比較的軽度の障害児が入所することで、介護者に安らぎをもたらすということについて、正しい「分類処遇」を崩すものであるとして、糸賀は批判を加えている。また病院という医療体制の中で子どもが亡くなることは、親の安心とあきらめのセラピーにつながるという

うことも問題視している。その上で、重症児も普通児も同じ発達する主体であるということとを主張したのであった。

この糸賀の見解について、当時「近江学園」の指導員であった田中によると、「厚生省は、発達保障の考えは相容れない」との態度であったと後に述べている（田中 1974）。

重症心身障害児政策のスキーム 「単独型」「総合施設型」

当時の児童局長・黒木は「重症心身障害児」の施設には「単独型」と「総合施設型」の2タイプがありうることを指摘している（黒木 1964a:25）。この考え方は先に見た全社協の対策委員会による意見と同様であるといつてよい。黒木はこう述べている。

重症児のための施設を単独で設けた方がよいのか、あるいは総合施設のなかに重症児を収容するベッドを設けた方がよいのかということです。これはそれぞれ利害得失があり、まだ世界的にも定説がなく、当時厚生省もそこまで研究が進んでいなかったのです。ところが大蔵省はこれがはっきりしなければ制度として認めるわけには行かないというのです。私は研究の結果両建てで行くことにしました。単独施設というのは熱情のある人でなければ永続性がなく、また職員も永続しにくいし職員の確保も困難だからです。しかしそれだけの熱情のある人がやるというならやらしてもよい。それは各県につくるといふわけには行かないだろうから、各ブロック別につくるということに止めることにしました。その変り総合施設にし、つまり精薄施設とか肢体不自由児施設に重度の人のためのベッドをつくるという決心をして 38 年度から既存の施設を活用することにふみ切ったのです。精薄施設がまずこの方針にふみ切ってくれましたが、肢体不自由児施設は 2 年おくらせて今年からふみ切ってくれました。

出所：（黒木 1964a:25-6）

この黒木のいう「単独施設」とは、新たに設置する「重症心身障害児施設（病院）」であり、「総合施設型」とは、既存施設への併設（重度棟・重度病棟）ということである。このような黒木の決定の背景には、「職員確保」の困難さという問題があったことは注目される。要するに、重症児のみを集めた施設の運営の厳しさを黒木は予想しており、また黒木の回答によれば、そのような施設は「ブロック別」で十分であるということであった。

なお、ここで注意しておくべき点は、この政策スキームは、児童のみを対象としていることである。ここに重症心身障害児の終生保護を求める親たちの運動の組織化の要因があった。この問題点については、次章で扱う。

それでは、この 2 つの施策をみていく。

「単独型」

黒木のいう「単独型」とは、新たに整備する「重症心身障害児施設」であり、その設置根拠は、以下の次官通知に求められる。なお「重症心身障害児」の定義については、第3章で詳細に検討したので、ここでは割愛する。

「重症心身障害児の療育について」昭和38年7月26日厚生事務次官通知（発児第149号）

「身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童（重症心身障害児）」

<入所選定基準>

I 高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲又はろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く

II 重症の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重症の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの

III リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設においても療育することが不適当と考えられるもの

「総合施設型」

黒木のいう「総合施設型」とは、知的障害児施設に付設された「重度棟」と肢体不自由児施設に付設された「重度病棟」を指す。それぞれの設置根拠は、以下の通知に定められた。

「重度精神薄弱児収容棟について」厚生事務次官通達（発児39 1964.1.13）

重度精神薄弱児収容棟に入所させる児童は次に定める児童であること。ただし、整形外科的治療又は精神病の治療を施すことができるもの及び精神薄弱児施設の一般収容棟（重度精神薄弱児収容棟以外の収容設備をいう。以下同じ。）若しくは精神薄弱児通園施設又は盲ろうあ児施設において保護指導することができるものを除くものとする。

① 知能指数がおおむね35以下の児童であつて、次のいずれかに該当するもの。

ア 食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とし、社会生活への適応著しく困難であること。

イ 頻繁なてんかん様発作又は失禁、異食、興奮、寡動その他の問題行動を有し、保護を必要とするものであること。

② 盲（強度の弱視を含む。）若しくはろうあ（強度の難聴を含む。）又は肢体不自由を有する児童であつて知能指数がおおむね50以下の精神薄弱児

「重度肢体不自由児収容病棟の設備及び運営の基準について」児童家庭局長通知（児発197 1964.3.13）

対象児童は、次の各号のいずれかに該当する肢体不自由児であつて、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号の規定に基づいて、肢体不自由児施設入所の措置がとられた児童とすること。ただし、肢体不自由児施設一般病棟及び通園児童療育部門への入所又は通園の措置がとられた児童を除くものとする。

① 各種補装具を用いても、身体の移動が困難なもの

② 肢体の機能障害が重度であつて、食事、排泄及び衣服の着脱等の日常生活動作の大部分に介助を必要とするもの

5. 第Ⅱ期における政策決定の環境要因

昭和35年8月に発足した池田内閣は「所得倍增計画」を発表し、さらに所得倍增下の人口資質の向上を提唱した。これが「人づくり」政策である。

このような中で、児童局長の黒木は、児童政策を人口資質の向上という観点から捉え直し、攻めの姿勢を講じていったと語っている（黒木1964b）。

まずその第一段階として、昭和37年3月、中央児童福祉審議会に「幼少人口の資質をたかめるための積極的施策」が諮問された。この諮問により、マスコミも人口構造の変化により若い労働力の減少が見込まれる中で、児童局は、幼少人口の育成問題が重要であると、この問題をクローズアップさせていったという（厚生省児童局編1963:136）。

中央児童福祉審議会は、先の諮問に対して、「幼少人口の資質をたかめるための積極的施策」において、「現下の憂慮すべき青少年の事態と人口構造の推移からみて、幼少人口の資質の向上、能力の開発のために積極的な対策を講じる必要がある」と答申した。これは高度成長の状況下、先進国との経済競争に対処していくために、質の高い人間が必要であり、そのためには児童の育成が大問題であるとの方向性を明示したといえる。

また同時期、人口問題審議会においても「人口資質向上対策に関する決議」と題した答申がなされている（人口問題審議会1962）。ここでも、「経済活動のにない手は人間であり、体力、知力および精神力の優秀な人間に待つのでなければ、経済成長政策は所期の目的を達しえない」とし、人口動態が少産少死型に移行したことにより、将来の備えとして優秀な人間の育成を主張した。これもまた児童問題の喚起を促進させたと黒木は言う（（黒木1964b））。

こうして児童政策は、池田首相の「人づくり」政策と合致することとなり、経済成長下における児童政策の意義を正当化させていったのである。

さらにこのころ、人的能力の開発と相俟って、リハビリテーションの重要性も提起された。1962（昭和37）年8月の社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」では、社会福祉対策として「リハビリテーション」を掲げ、「社会福祉において重視しなければならないのは、身体障害者、精神薄弱者など、またとくにそういう児童に対するリハビリテーション」であると提起した。

1963（昭和38）年1月の経済審議会では、「経済発展における人的能力開発の課題と対策」答申の中で、身体障害者は「今後予想される労働力需給のひっ迫から就業の機会も増加すると思われる」から、「職業につけ、その社会復帰を促進するためには、いわゆる医学的及び職業的リハビリテーションの強力な推進が必要」とした。

これにより、障害福祉政策が経済的観点や労働人口の面から非常に価値のあるものであることと解釈されたのであった。

しかしながら、経済成長政策のなかで、「支援効果が期待し難い」とされた重症心身障害児について、どこに政策の根拠を求めていったのか、この時点ではまだその根拠は定かではなかったように思われる。

1962（昭和37）年度の『厚生白書』において、重症心身障害児対策について、こう記されている。

「現在は、民間団体において、収容療育の方法を研究中であるが、能力開発がとうてい期待しえないこれらの児童に対しては手厚い保護をよりいっそうに強化すべきであろう。」

次に、黒木は「家庭」への注目を高めていく（黒木 1964:43）。池田の「人づくり政策」の根拠として、児童局は家庭に焦点を当てていく。それは黒木によれば、池田の「人づくりは要するに母親からだ」という発言に求められるという（黒木 1964:43）。

当時の家庭問題の認識には、核家族化、女性の就労、住宅事情の悪化など家庭内の児童の人格形成に問題が生じていること、また家庭内の人間関係の崩壊による青少年の非行があった。重症心身障害児問題も、重症児を抱えることにより家庭が立ち行かなくなり、崩壊を起こしたり、また一家心中になることが問題になっていた。そこに重症心身障害児政策と家庭政策との関係性を見いだしていったということである。

1963（昭和 38）年の『厚生白書』には、重症心身障害児の療育について、次のような説明がされている。

「生命尊重及び家庭福祉の観点からもこの対策の確立は緊急の要務であった」

重症心身障害児政策と家庭政策との結びつきがここに示されているのである。

児童局は、児童政策の根拠としての「家庭」への注目を喚起し、1963（昭和 38）年 6 月には、中央児童福祉審議会に「家庭対策特別部会」が設置された。この部会は、人づくり政策と家庭政策との関連に対し積極的に答申を行った。1964（昭和 39）年 7 月に、児童局は児童家庭局に組織改編した。

以上のように、第Ⅱ期の重症心身障害児政策は、高度成長下における「人口資質の向上」という人口政策と、経済成長を支える「家庭の保護」という観点からの家庭政策とを背景に、それらと結びつきながら展開していったのである。

1. 第Ⅲ期の分析の視点

第Ⅲ期は1960年代後半である。この時期は、わが国の重症心身障害児者政策の拡充期である。まずこの第Ⅲ期の問題とは、第Ⅱ期で決定された重症心身障害児政策のスキームが児童のみを対象としており、終生保護が不可能であったことである。またこのスキームの作成当事者であった、児童局長の黒木が予測していたように、「職員確保」の観点から、重症心身障害児施設の整備拡充の見込みがたっていなかったことである。ここに親の会の組織化の要因があったのである。

第Ⅱ期に政策決定された「重症心身障害児」についての「単独施設」と「総合施設」の両建ての運用について、児童局長の黒木の見解では、「単独施設」は「職員確保」の観点から、全国ブロックレベルの設置で十分であるとのことであった。しかしながら、この第Ⅲ期においては、この「単独施設」である「重症心身障害児施設（病院）」が飛躍的に増加していく方針が決定されたのである。それが1966（昭和41）年度から始まる国立療養所における「重症心身障害児者病棟」の整備であり、1967（昭和42）年の児童福祉法一部改正による「重症心身障害児施設」の児童福祉法体系への組み入れであった。

この「重症心身障害児施設（病院）」の飛躍的な増加の背景としてあげられるのは、まずもって重症心身障害児者の親の会である「全国重症心身障害児（者）を守る会」が1964（昭和39）年に組織化されたことが大きかったといえる。「重症心身障害児」に特化した運動体が組織化されたということは、重症心身障害児者政策に関わる直接的な利益団体が登場したということである。この「守る会」の組織化以前は、知的障害児対策関係の「育成会」や肢体不自由児対策関係の「肢体不自由児父母の会」が、重症心身障害児対策に関わる親の運動組織であったのである。しかしながら「守る会」の登場によって、重症心身障害児者に特化した組織が発足したのであった。この会の組織化を指導したのは全社協であった。さらに全社協は、既存の障害者団体を上位の連絡協議体である「心身協」の元に統括し、障害者団体の政府への要求を調整していったのである。

国立療養所における重症心身障害児者の受け入れは、「守る会」の全国大会に出席した、当時の官房長官・橋本登美三郎が、親の訴えに共感し、トップダウンで方向性が決定した経緯があった。また国立療養所の整備予算の獲得においては、「心身協」を中心に精力的な活動が繰り広げられた。一方で、国立療養所側においても、結核病床の減少の中で、新たな領域への転換が求められている状況があった。このような中で国立療養所は、筋ジストロフィー患児（神経難病）に対する医学研究に着手する体制を構築していたのであった。重症心身障害児者の国立療養所への受け入れは、このような素地を抜きに語ることはできない。

第Ⅲ期の、「重症心身障害」に関わる飛躍的な社会資源の増加の背景には、メディアの影響も指摘できる。「守る会」の結成やその活動は、メディアによって取り上げられ、結果として重症心身障害児者政策の推進を加速させることに寄与したのである。

本章の分析に際して、以下、おおまかな流れと概要を述べておく。

まず、「守る会」の発会のプロセスとその要望事項について検討する（本章2）。「守る会」の活動の背景に、この第Ⅲ期の問題をみることができる。続いて、全社協による障害者団体の調整と「心身協」の組織化を分析する（本章3）。これら「守る会」と「心身協」の分析を通して、第Ⅲ期にける重症心身障害児者政策に関わる利益団体の活動に焦点をあてて

いく。

次に、「重症心身障害」に関わる専門資源の飛躍的な増加となった、国立療養所における重症心身障害児者の受け入れという政策案について、その決定プロセスを分析する（本章 4）。ここでは官邸によるトップダウンによる決定に注目することになる。また、併せて国立療養所側の抱えていた問題（病床転換問題）とその解決策としての神経難病領域への医学研究の着手という、後の政策医療につながる系譜と、重症心身障害児者問題との接合を分析する。

「重症心身障害」に関わる専門資源拡充の背景的要因の一つであった、メディアの活動については、重症心身障害児者政策に関わる言説の分析を行う（本章 5）。最後に「重症心身障害児施設」の法制化における、「重症心身障害児」の再規定を検討する。第Ⅱ期までの「重症心身障害児」の定義とは、「支援量」や「支援効果」という点から、その状態像を「記述」するものであった。しかしながら、法体系内に位置づけるためには、法体系が採用している「障害分類」によって、対象を再規定することが求められるのである。重症心身障害児者政策に法的な基盤を与えるために、どのような再規定が行われたのか、それを検討する（本章 6）。

2. 「守る会」の組織化

「守る会」設立の背景と経緯

1964（昭和39）年6月に「全国重症心身障害児（者）を守る会」が発会した。その設立の背景として、次の2点の問題が存在したことを指摘できる。

- ①1963（昭和38）年より開始した「重症心身障害児施設」の補助事業の運営は、対象を18歳未満に限定したため、18才以上の成人期の保護（終生保護）が不可能であったこと。
- ②単独の知的障害でも単独の肢体不自由でもない、両者の合併した重複障害としての「重症心身障害児」のための独自の会を組織化すること。

まず、①年齢制限の点について、設立以来長らく「守る会」の会長職にあった北浦はこう述べている。

国の予算がいただけるようになったため、児童福祉法による年齢制限が適用されて、収容できる児童は18歳までとなってしまったのでございます。

これまで、政府からはなんの対策もないままに放置されていた重障児たちに、やっと明るい光明がさしこんできたと思ったとたんに、こんどは法律にひっかかることになったのですから、そんなことになるとは思っていなかった親たちにとっては、まことにやりきれない思いでした。

（中略）

夢にまで見ていた国の予算がいただけるようになって、かえって収容資格を失ってしまうとは、なんという皮肉なことでしょう。

出所：（北浦 1966:134-5）

また、②重複障害である「重症心身障害児」のための独自の会の組織化については、既存の障害児団体との調整が必要であったことを、北浦は指摘している。

普通の学校でも優等生の親は父兄会にゆきやすいが、劣等生の親はなんとなくゆきたくないし発言もしにくい、と同じように、どちらの会に出席しても、自分の子が重障児だということで思いっきり気持ちが表現できないのです。

わたくしもたびたびこれらの会に出席しましたがせっぱつまった重障児の親として強く訴えたいのですが、みんな思うように叫べなかったのです。

全社協でも、既存の会とのつながりを考慮されたのでしょうか、四月（1964（昭和39）年、筆者注）のはじめに、全社協の事務局長新国先生と見坊先生を交えて、二つの会の幹部の方々との話し合いの場をつくってくださいました。

育成会、父母の会の幹部の方々は、かねてから重症心身障害児の問題については力を入れてくださっていましたので、わたくしたちにどちらかの会に所属するようおすすめていただきましたが、わたくしたちの子どもたちにどちらかの会に所属するようおすすめていただきましたが、わたくしたちの子どもたちは「肢体不自由の上に精薄をとまなう」ために、やはり単独の親の会が必要であることを申し上げました。

第8章 拡充期

そうして長時間の話し合いののち、見坊先生が次のようにいわれました。

「重障児の親たちのこの気持ちは、育成会や父母の会を母胎として芽生えたのであるから、どうか今後とも二つの会は先輩として、この芽生えを協力的態度で育ててほしいと思います」

いよいよそれから、わたくしたちの「守る会」結成への運びとなったのです。

出所：（北浦 1964・139-141）

この点について、「育成会」の側からの記録には、次のような記述がある。

（守る会は、筆者注）全社協のあっせんで親たちの奮起で発会されました。育成会と肢体不自由児父母の会連合会に相談があったとき、育成会としては創立以来決して重症児のことを忘れずに努力をしつづけ、秩父学園をつくり各県に重度精薄児収容棟の増設運動に成功し、島田・びわこ学園等重症心身障害児施設の建設運営にも協力して来たこと、小さい力では施設推進の悲願は達成されませんよとご忠告申し上げましたが、必要に迫られた者たちで純粹の叫びをどうしてもあげたいとの代表者の強い願いでありますので、それではと発会に協力することにいたしました。この会の中心になられた方々は島田療育園の小林先生を中心として育ってきた日赤以来の「両親の集い」の方々のようです。肢体不自由児の方は協会あり、養護学校 PTA 連合会あり、肢体不自由児父母の会（大部分は重症児）等があり、大へん複雑であって、発足に反対されたむきもありますが、育成会といたしましては将来の大同団結を楽しみに大らかな気持で手をつないでまいりたいと思います。

出所：（「手をつなぐ」100号 1964.7 P.38）

この記述をみると、既存の障害児団体からの反応は、いささか冷淡であった様子もうかがえる。ただいずれにせよ、全社協が、新組織（守る会）と従来組織（育成会、肢体不自由児父母の会）との間の仲介と調整を図っていたことがわかる。

「守る会」の発会の趣旨にみる重症心身障害児対策の社会的根拠

「守る会」の発会の趣旨は、1964（昭和 39）年 4 月の「発会に当たってのお願い」と題する史料にみてとれる。

<全国重症心身障害児（者）を守る会の発会に当たってのお願い>

この子供も人間として生れた以上、人間として尊重されなければならない、生命ある限り大事に育てよう、と必死になってその養育に取り組んでおります。この子供が生まれたのは、多くは決して本人の、或いは家族の責任ではない、天から負わされた重荷であり、災難というべきものであると判断されても、社会の目は冷たいばかり、しかも尚、その胸中常に去来する思いは「自分が倒れた後、誰がこの子を看て呉れるだろう。この子を残しては死ぬにも死ねない」という悲痛な心配であります。

このように個人の力でどうにもならない切実な願いを持つ親たちが、今すべての力を合わせてたとうとして居ります。すなわち「全国重症心身障害児（者）を守る会」として一つの組織にまとまり、重症児の全ての問題を、社会に訴え、国家に訴え、力を合わせてその救済と擁護の対策を推進しようとしているのであります。

出所：『両親の集い』96号 1964.4 P.3）。下線は筆者。

この発会の趣旨には、「人間として生れた以上、人間として尊重されなければならない」とあるように、まず「重症心身障害児」の「人間としての尊重」を主張している。そして「生命ある限り大事に育てよう」とあるように、その生命の絶対的な保護を提起しているのである。

さらに注目される点は、「この子供が生まれたのは、多くは決して本人の、或いは家族の責任ではない、天から負わされた重荷であり、災難というべきもの」とあるように、「重症心身障害児」の出生は「不可抗力」であって、本人にも親にも「帰責性」がなく、それを担わされていることは「災難」であるとの文言である。親や本人が「不可抗力」で「無答責」であるという理由から、重症心身障害児者政策を正当化していく姿勢がここから読み取れる。

そして、「自分が倒れた後、誰がこの子を看て呉れるだろう。この子を残しては死ぬにも死ねない」という言葉に表れているように、「親亡き後の社会による保障」を要求しているのである。

これらを整理すると、「不可抗力」の問題→たまたま担うこととなった「災難」→生命は絶対的に保護しなければならない→しかし親亡き後の保障は社会で、このようなロジックに要約することができるだろう。

さらに北浦はこうも語っている。

重症心身障害児は最近世界的に増加する傾向にあるそうです。一種の文明病ともいえるようです。原因も理由もわからぬまま重障児が生まれてくるのです。

一日も早く、その発生や予防の方法を発見していただきたいと思います。

わたくしたち重障児をもっているものはもう間に合わないことですが、これから結婚して子どもを生み育てるような若い人びとの知識として、ぜひ必要な問題でございます。重障児をもつ親の苦しみは、わたくしたちだけでもうたくさんです。世界中の子どもたちが健康でしあわせであることが、わたくしたちの願いです。

出所：(北浦 1966:118)。下線は筆者。

北浦は、「重症心身障害児」が「原因も理由もわからぬまま生まれてくる」という「不可抗力」について、「一日も早く、その発生や予防の方法を発見していただきたい」と述べている。つまり「不可抗力」や「無答責」を、医学研究によって「予防」し、その原因を明確にして欲しいと要求するのである。そして「重障児をもつ親の苦しみは、わたくしたちだけでもうたくさんです」というように、現段階では「不可抗力」や「無答責」であることを、自分たちが一手に引き受けることで、社会的な共感を得ようというロジックが、ここにみてとれるのである。

このようなロジックは、「重症心身障害児問題」の社会問題化の1つの「戦略」であったといえる。そして結論をいえば、この「戦略」は大いに成功したのであった。

「守る会」の要望事項（スローガン）

守る会の要望事項（スローガン）は、次の6点である。

- 1 重症心身障害児（者）のための特別立法
- 2 療育施設等の新設および拡充
- 3 障害児対策の年令制限撤廃
- 4 施設職員の待遇改善および職員の確保
- 5 在宅障害児（者）の指導制度確立
- 6 重症心身障害児（者）の経済的保障制度確立

出所：（1964年「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』98,4）

この記録によると、大会後には、首相官邸の黒金官房長官、衆・参両院社会労働委員、大蔵省、文部省、厚生省、東京都、全社協へ陳情を行ったとあり、その際の要望事項は以下のとおりである。上記スローガンとほぼ対応しているので、以下、その要点を抜粋する。

- 1 「重症心身障害児（者）のための特別立法」
 - ・児童福祉法には年齢制限があるため18歳に達すると施設に入っても退所を余儀なくされる
 - ・新たに乳児より老人に至る終生を一貫した総合的な特別立法が必要である。
- 2 「重症心身障害児（者）の施設の新設および、拡充」
 - ・全国の未収容心身障害児（者）は3万人といわれているが、国の委託による施設はわずか2カ所で、到底全てを収容することは不可能である。
 - ・保護者に事故のある短期入所を行える総合病院を設置すべきである。
- 3 「施設職員の待遇を改善し、職員の確保、養成を図る」
 - ・重症心身障害児（者）療育施設の職員は勤務内容が特殊で、待遇が不十分のため、現在従事している職員も転退職し、折角の病床も入所希望者が殺到しているにもかかわらず、空床のままに放置されるおそれがある。
- 4 「在宅心身障害児（者）に対する指導員派遣制度」
 - ・一般病院や相談所等から見放され、専門病院に通院することも困難である。
 - ・保護者は外出できず、一人で悩んでいる例がかなりある。
- 5 「重症心身障害児（者）に対する経済的保障制度の確立」
 - ・心身障害児（者）の療育には多大の出費が必要である反面、その家族は療育におわれて就労が困難であり、経済的負担は非常に多く、このため生活保護によらなければならない例も多い。
 - ・手当の支給、公租公課の減免、医療費の国家補償などの措置を講ずる必要がある。

出所：（1964年「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』98、18-9）

「守る会」の組織

「守る会」設立当初の役員は（表8-1）のとおりである。会長は北浦貞夫（前九州大学教授）である。理事の北浦雅子は、会長北浦貞夫の妻である。北浦雅子は、北浦貞夫が1976（昭和51）年に没した後、会長職を引き継ぎ、今日は名誉会長である。城戸礼は、著名な

第8章 拡充期

作家である。顧問には、小林らの施設関係者と全社協部長で東京都参与であった牧賢一が就任した。

表 8-1 「守る会」の役員

役職	氏名
会長	北浦貞夫（前九州大学教授）
副会長	丹羽正治
	杳早苗
理事	井上仰子
	宇賀神國伊
	小野良政
	城戸礼
	北浦雅子
	金原行雄
	小林武雄
	小林浩一
	佐野三男
	佐藤力
	竹中静江
	早川智恵子
	東小蘭敏夫
会計・監事	馬場勇
	渡辺仁
顧問	小林提樹（島田療育園園長）
	岡崎英彦（びわこ学園園長）
	草野熊吉（秋津療育園園長）
	田中豊（久留米園嘱託）
	牧賢一（全社協・東京都参与）

出所（1964年6月「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』98,3）

（1964年6月「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』99,32）

を基に筆者作成。

「守る会」大会の来賓からみた「守る会」運動の性格

「守る会」第1回全国大会の来賓は、記録によると、以下の10名であり、それぞれが祝辞を述べている（表 8-2）。その顔ぶれをみると、灘尾は全社協会長であり文部大臣、続いて小林厚生大臣、東都知事、衆参両院の社会労働委員長、田中正巳は自民党代議士、伊藤よし子と藤原道子は社会党代議士、「育成会」と「父母の会」からは、仲野と多田が参加している。

この来賓の顔ぶれをみると、「守る会」結成の際の全国大会には、行政府と立法府の主要人物と、保革両者の代議士が参加している、このことは、「守る会」の組織の性格や運動の方向が、党派を超えた性質を持ち、さらに政策決定を主導できる「政策エリート」との直接的なラインを形成していたことを表しているといえる。

表 8-2 「守る会」第1回全国大会の来賓名簿

氏名	職名
灘尾幸吉	文部大臣 全国社会福祉協議会会長
小林武治	厚生大臣
東竜太郎	東京都知事
田口長治郎	衆議院社会労働委員長
柳岡秋夫	参議院社会労働委員長
田中正巳	衆議院議員
伊藤よし子	参議院議員
藤原道子	参議院議員
仲野好雄	全日本精神薄弱者育成会会長
多田富士男	全国肢体不自由児父母の会副会長

出所：(1964年6月「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』98,10-14)

児童局長・黒木による「守る会」運動の方向性の指導

黒木は、「守る会」の親達に、「特別講話 重症児を抱えるみなさんへ」と題して、次のような運動方針を指導している。

予算がとれないのはいろいろな問題があります。大蔵省にも立場があります。だから大蔵省の立場を考
えて、それを乗り越えて予算を獲得しなければならないのです。大蔵省も人の子です。国民のなかにはこ
どもが欲しくても生まれない人もいます。たとえ重症児でもよいから子どもがほしいと思っている人もい
る。そういう人から税金をとっているのです。大蔵省はこうした納税者の立場を考えなければならないの
ですから、納税者の立場に立って納税者が納得できるチエを出してもらわなければなりません。

みなさん方は納税者に訴え、理解と協力を求めなければなりません。納税者に対する PR が足りないこ
とが、重症児問題の解決をおくらせてるといえます。みなさんが重症児を抱えて日夜ご苦労をされている
ことはよくわかりますが、もうひと踏張り頑張ってください、親としてできるだけことはやり、「私たち
はやるだけのことはやっているのだから足りないところを援助して下さい」と納税者に訴えるべきだと思
います。納税者もみなさんのこの実情を知ればきっと協力して下さるはずです。やはりみなさんがやらな
ければならないことは納税者に協力を訴えることです。これをやるのが大蔵省に対して予算をとる方法
だと思います。しかしみなさん方の力だけでは不十分なものがありましよう。そこでこれまでにある先輩
団体と手を取り合ってやって行ってもらいたいと思うのです。

出所：(1964年6月「全国重症心身障害児者を守る会発足」『両親の集い』98、24)

この黒木の指導の要点とは、以下のように整理できる。

- ・大蔵省の立場を考慮して運動すること。
- ・大蔵省の背景には納税者がいる。従って納税者を納得する運動をする必要があること。
- ・納税者へのPRが不足していることが重症児問題の解決を遅らせている。
- ・「私たちはやるだけのことはやっているのだから足りないところを援助して下さい」という姿勢を持つこと。それが納税者の理解を得られるであろうこと。
- ・「育成会」「肢体不自由児父母の会」と連携すること。

この黒木の指導は、いわゆる革新勢力の社会運動や権利要求運動とは一線を引き、とにかく親の「養育義務」を徹底して苦勞している姿勢を納税者に見せて、納税者の納得を獲得せよ、ということであったといえる。このような親の「犠牲」と「献身」、また先にみたように、重症心身障害児を持ったことの「不可抗力」や「無答責」が、「守る会」が重症心身障害児問題を社会問題化していく際の「戦略」的な言説となっていたのである。そしてこのような親の会の運動理念の形成に、政策当局（厚生省）の指導が入っていたことは注目すべきことである。

3. 全社協による障害者団体の調整と「心身障害児福祉協議会（心身協）」の組織化

「心身協」の参加団体

心身協は、1965（昭和 40）年に全社協内に組織化された障害児団体の連絡協議会である。会長には前厚生事務次官の太宰博邦が就任した。

心身協の参加団体は、14 団体である（1966（昭和 41）年時点）。（表 8-3）

参加団体は、「施設長」の協議会と、「家族会」から構成されており、「育成会」は会員 31 万人、「全国肢体不自由児父母の会連合会」は会員 3 万人、他の「家族会」も千人単位の団体であり、「心身協」の組織規模は極めて大きかったといえる。

太宰が残したメモによると、心身協が大同団結して行動する理由とは、「心身協は、構成する各団体の独自活動を阻害するものではない。むしろ各団体がその目的を達成するためには、個々の団体がバラバラに動くよりも、より効果的な活動の展開が期待できるという認識のもとに参加している」とのことであった（全国社会福祉協議会・心身障害児団体連絡協議会 1991:25）。

表 8-3 心身協 参加団体（1966（昭和 41）年時点）

全国肢体不自由児施設運営協議会	全国の肢体不自由児施設長 68 名
全国虚弱児施設協議会	全国の虚弱児施設長 32 名
日本肢体不自由児協会	
全国盲ろうあ児施設長協議会	全国の盲ろうあ児施設長 58 名
日本精神薄弱者愛護協会	団体会員（全国の施設長）288 名 個人会員 1、500 名
全国重症心身障害児（者）施設経営団体連合会	
日本精神薄弱者育成会	各地方組織構成員は合計 31 万人 地区組織 800 以上
全国肢体不自由児父母の会連合会	会員 3 万名
全国重症心身障害児（者）を守る会	会員現在 2、000 名
全国心臓病の子どもを守る会	会員約 2、000 名 現在 30 支部
日本筋ジストロフィー協会	会員約 1、500 名
子どもたちの未来を開く父母の会	会員 150 名
全国言語障害児をもつ親の会	会員約 5、000 名 34 支部
全日本特殊教育研究連盟	

出所：（全社協心身障害児福祉協議会『ひとりの子どももれなく』1966 年）より筆者作成。

「心身協」の組織化の背景は「重症心身障害児」対策

1961（昭和 41）年より「心身協」の職員であった石橋によると、「心身協」の組織化の

背景には「重症心身障害児問題」があったとされる。石橋によると、「心身協」の前身は、1962（昭和 37）年の全社協内の「重症心身障害児対策促進協議会」であり、その後、重症心身障害児対策の盛り上がりに応じて、障害者団体間の連絡協議会である「心身協」が設立されたという（石橋 1965:14-5）。

「心身協」による「心身障害児（者）福祉総合対策」

1961（昭和 41）年、「心身協」は、「心身障害児（者）福祉総合対策」を発表した。この対策では、「ひとりの子ももれなく」の標語のもと、心身障害児（者）対策の総合化を問題提起した。この対策には、次のような、「近代医学」と「その後遺症」といった問題認識が明記されていたことが注目される。

近代医学は生命の保全に大きな進歩をみせているが、一方には生命が保全されたのちの後遺症とくに重複障害又はある種の慢性疾患の問題が重大化している。各種の原因によっておこるこれらの後遺症等に対しては積極的なリハビリテーションを各分野について行う必要があるが、このためには行政官庁をはじめとし、各関係者の密接な協力を不可欠の前提とする。また複雑な症状を呈する重症者に対してもこの事情は同様で、このような協力体制を推進する上には制度上の考慮もまた必要である。

出所：（心身協『心身障害児（者）福祉総合対策』1966 年）。下線は筆者。

そして心身協は、基本対策の柱として「発生予防」と「早期発見・早期対策」を掲げた。その詳細は以下のとおりである。

<基本対策は発生予防（母子保健対策）>

なんといっても発生の予防が一番大切です。ワクチンの発見によって、それまで予防できないとされていたポリオが予防できるようになり、その発生数は一度に大巾な低下を見せました。心身障害児の原因発生の時期はほとんどが妊娠中、出産時、乳児期です。ですから、妊娠中や出産時の保健対策が充実すれば、非常に多くの心身障害が予防できるわけで、このために制定された母子保健法を大いに活用し、発展させることが必要です。

ところが、わが国の心身障害児対策は、すでに障害児になってしまったもののために 7、予防のためには 3といった程度の人手と費用しかかけておりません。また、予防についての研究は地味で気長な仕事ですからなかなか予算をまわしてもらえないのです。これが最大の隘路です。幾多の悲惨から人々を救うだけでなく、心身障害になってしまってからかかる費用に比べれば、基礎研究の費用は問題にならないほど少ないのです。基礎研究にもっと予算を出し、予防を最大の課題として取上げる政治がほしいと思います。

出所：（心身協『心身障害児（者）福祉総合対策』1966 年）。下線は筆者。

このように心身協は、障害者団体の「上位団体」として、各種団体の意見を調整しつつ、団体が一丸となって障害者政策の総合化をめざし、その重要な方策として「発生予防」を掲げたのであった。このような「心身協」の活動は、1970（昭和 45）年の「心身障害者対策基本法」に結実していった。

4. 第Ⅲ期における政策案の決定 国立療養所重症心身障害児者病棟の整備

国立療養所における結核病床転換の問題

国立療養所とは、戦前の傷痍軍人療養所を、戦後厚生省（医務局）が引き継いだ慢性疾患患者のための病院である。国立療養所は精神、脊椎、結核、ハンセン病を中心疾患としてきた。しかしながら、この時期は結核患者の減少に直面していたのである。

1976（昭和 51）年に刊行された『国立療養所史（結核編）』によると、「昭和 30 年代の後半頃、予防医学の普及、化学療法、外科療法の進歩で、結核患者の入院は次第に減少して来ており、将来なんらかの方向転換を考慮せざるを得ない状況になってきていた」、と当時の国立結核療養所を取り巻く環境変化が説明されている。（国立療養所史研究会編 1976:255-7.）

国立療養所における進行性筋萎縮症（筋ジストロフィー）への患児の収容と研究体制の開始

このような国立療養所の環境変化を受けて、いち早く新たな対象として選定されたのが、進行性筋萎縮症疾患であった。これは国立療養所に重症心身障害児者病棟が整備される 1 年前のことである。以下は、『国立療養所史』における、湊次郎の「国立療養所に筋ジストロフィー患者を収容するにいたるまでのいきさつ」を引用する。

進行性筋ジストロフィー症が一つの筋疾患として、ドイツの医学者エルプにより記載されてから約 100 年になる。決して新しい病気ではない。しかし、わが国でこの病気が本当に社会の注目を集めはじめたのは極く最近である。正しく言えば、昭和 39 年以降である。原因も不明で、治療法も無いまま、時には正しい診断さえつかないままで、この病を負った子供たちは他人の知らない場所で、その短い生命を終えていたのである。これを看とっていた家族の苦痛は想像を絶するものがある。（中略）

こうした極めて困難な病気に対しては、国家的見地から事に当るより他に道がないという考えから、3 月 16 日、親の会々長 徳田篤俊と、副会長 川崎菊一および高久寅吉ら 3 名は、厚生省に時の厚生大臣小林武治および尾崎嘉篤医務局長を訪問し、筋ジストロフィー症の研究に医師と専念できる研究所と収容施設の整備および医療費の助成を陳情するにいたっている。

この時大臣および局長が親の会の陳情に対して極めて好意ある態度でのぞみ、直ちに、積極的且つ具体的な対策を提示している点、まことに印象的であり、深い感銘をおぼえる。

川崎によると、その大要は以下の通りである。

「研究機関や収容施設の設置については、施設の建物よりも研究や看護に従事してくれる医者や看護婦から探さなければならないが、なかなか来てくれる人がない。そこでとりあえず次の 3 つの方法が考えられる。

その 1 は、国立療養所は将来有休病棟が発生する見込なので、これを利用することである。結核入院患者は逐次減少傾向にあるので、国立療養所を利用することは最も着手が早い。

その 2 は、研究を大学に委託すること。

その 3 は、研究機関を全く新しく新設する考え方。新設の場合、東京は地価が高いから地方でも差支えないと思う。」

第8章 拡充期

3月17、18日、徳田、川崎らは同じ問題につき、関係議員を通じ衆、参両議院に請願を行っている。

厚生大臣および医務局長によって示された構想はその後極めて迅速に実現に移され、昭和39年5月6日（先の陳情後わずか40日余りにすぎない）、厚生省は進行性筋萎縮症対策要綱を発表している。

それによると、進行性筋萎縮症の発病の原因および治療法研究に着手するため、

千葉県四街道町 国立療養所下志津病院

宮城県仙台市鉤取 国立西多賀療養所

内に、各20ベッド宛の専門病床を設けることに決定した。

当時、西多賀療養所(現 西多賀病院)には、すでに8名の筋ジストロフィー患児が入院して、他の疾患児童と一緒に、ベッドスクールで教育を受けていたという。おそらくこれは、わが国における筋ジストロフィー患者の国立療養所収容の嚆矢とも言うべきで、同院創立35周年記念誌によると、前院長近藤文雄は「昭和35年に、兄弟が三人そろってこの病気にかかって、途方にくれている一家に出遭った。ベッドスクール以外にこの子たちを精神的に救う所はないと考えて。従来の常識を破って筋萎縮症を入院させることに踏みきった」と言っている。昭和39年6月15日、さらに広島県原療養所に10床の専門病床の設置が発表され、8月10日には、石垣原病院、刀根山病院、八雲療養所、徳島療養所にそれぞれ10床の設置がおこなわれている。さらに9月3日、鈴鹿病院に10床指定され、全国8ブロック8療養所合計100床の筋ジストロフィー用ベッドが指定されるに至った。

8月31日、厚生省は、直ちに、昭和40年度進行性筋萎縮症対策として、

児童局関係 13,804,000円

医務局関係 98,462,000円

計 112,266,000円

の予算案を大蔵省に提出しているとは言え、専門病床数が指定された当時は、特にそのベッドに対する特別の予算的措置は無かったようである。その頃の現場施設の苦労の様子は項を改めて書くことになるが、何れにせよ、国立療養所に筋ジストロフィー症患者を収容するという、おそらく世界でも類を見ない画期的なでき事がこの時はじめられたのである。

出所：(湊:1976) 下線は筆者。

この湊の証言にあるように、国は、進行性筋萎縮症患児に対して、結核病床の転用を図ることで、1964(昭和39)年に、国立療養所での収容を開始すると同時にその「研究」に着手したのである。この時期は、重症心身障害児対策においては、「単独」「総合施設」の2タイプで、対策を推進している時期であった。

そして、「研究」は大学医学部と各国立療養所の共同で開始された。再び湊の記述を引用する。

昭和39年春頃から、進行性筋ジストロフィー症児を国立療養所に収容する計画が具体化しはじめ、その最初の収容に関する打合せ会が行われたのは、昭和39年9月11日である。

場所は徳島市経済センターで、出席者は本省から大村潤四郎国立療養所課長、古崎正義課長、真杉武医療係長、大学側からは徳島大学黒田銘一郎医学部長、三好和夫内科教授、山田憲吾整形外科教授、勝沼信彦酵素化学教授、野島元雄助教授、西条一夫講師、その他医局員、各地の医務局長、次長あるいは専門官、担当施設として各ブロック1箇所宛の八雲、西多賀、下志津、鈴鹿、刀根山(研究施設)、兵庫、原、石垣原、徳島の院(所)長、事務長、事務長補佐等の参加がみられた。なお当日出席予定の沖中重雄虎の門病

第8章 拡充期

院長は都合で参加取止めとなった。

徳島で開催されたのは、徳島大学に、古くから本病究明に当たっている三好教授ならびに異色あるリハビリテーションを提唱されている野島助教授がおられるためで、両氏の講演および臨床指導に併せて、大学附属病院における本症患者の実態を見学する便宜のためであった。

この時、本省から示された対策要綱（案）の主なものは以下の如くである。

収容および治療は本病の本態が不明で比較的長期入院を要するために、各担当施設はそれぞれ協力大学と連絡を密にして収容患者の選定、治療方針の確立に遺憾のないようにすると共に、学齢期にある者に対しては、教育の機会を与えることとする。

また、本病は病期、病勢によってはリハビリテーションの対象となるので、該当患者には積極的にリハビリテーションを行うこととした。研究は治療と同様、大学と施設が協力して推進することとした。なお協力大学としては次の9大学の名があげられている。

1. 八雲療養所 北海道大学
2. 西多賀療養所 東北大学
3. 下志津病院 東京大学
4. 鈴鹿療養所 名古屋大学および名古屋市立医大
5. 兵庫療養所 大阪大学
6. 原療養所 広島大学
7. 徳島療養所 徳島大学
8. 石垣原療養所 九州大学

出所：（湊・1976）下線は筆者。

この湊の証言によれば、進行性筋萎縮症児の国立療養所への受け入れは、原因不明の疾患を国内の拠点的大学医学部と連携して「研究」を推進していくという性格があったのである。

国立療養所重症心身障害児病棟整備の経緯

第Ⅱ期より、「重症心身障害児施設（病院）」の整備が進められていたが、「守る会」の要望事項にみられたように、「職員不足」の点から「空床」が生じていたのであった。

当時の母子衛生課の事務官・窪田勉は、こう述べている。

国立療養所に委託することが決まる前の話ですが、私が課長に随行して関西地区の重症児関係者の会議に出た時、だいたいこういう難しいことを民間にやらせるとは何事か、まず国がモデル施設を作って、運営方針を作って示すべきではないかという議論ができました。

また地方行政の側からは、当時重症児施設はどれも経営が厳しく、入所児の出身県で運営費の一部を負担している現実があって、どうして国がやらないのかという意見もあり、それでは国立の施設を作ったらずとすることで積算をし、予算を要求した経緯があります。

しかし省議で国立療養所が当時空床を抱えて大変な時期で、児童家庭局で新たな施設を建てるのではなく病院を使ったらどうだということになって、要求はお流れになったと私は聞いています。

出所：（田代他 1994:9）

当時、医務局総務課長であった渥美節夫（昭和 35.7.1－40.6.15 まで総務課長，その後医務局次長 40.6.8－41.8.26 に就任）は、当時の状況をこう語っている。

ちょうど医務局では、国立療養所の再編成計画があつて、国立療養所に結核の患者さんがどんどんいなくなり、これをどうにかしなくちゃいけないという時期だったんです。それで竹下さん（児童局長 昭和 39.10.2－41.8.26、筆者注）や翁さん（児童局企画課長 昭和 39.4.17－41.6.1）から、医務局サイドに国立療養所を活用するように、と言われてもいましたので、一部を重症心身障害児病棟に切り替えてみてはという気持ちがあつたわけです。私にそれを叱咤激励したのが、官房長の梅本純正さんでした。

出所：（竹下他 1987:5）

児童局母子衛生課の事務官の窪田の証言によれば、児童局では、国立の「重症心身障害児施設」を整備していく計画があつたところ、省議で、それであれば国立療養所を転用すればよいとの意見が出されたということであつた。また当時の医務局総務課長の渥美の証言によると、児童局長や児童局総務課長から、国立療養所の活用が申し出されていたことで、転用を考えてみようとの気持ちをもつたとのことであつた。そしてそれは官房サイドからの指示であつたとされる。

ここで、もう 1 つの証言をみておこう。当時若手の厚生族であつた橋本龍太郎は、1999（平成 11）年の「守る会」全国大会の来賓として、こう述べている。

橋本登美三郎官房長官が、守る会結成大会で涙ながらに親の訴えに答えたあと、橋本龍太郎、田中正巳、竹内黎一に「智恵を出せ」「予算をとってこい」と命じた。田中の提案で国立療養所の転用について、他に先行していた計画を重症心身障害児病棟に転用させた。

出所：（1999 年『両親の集い』 521,6-8）

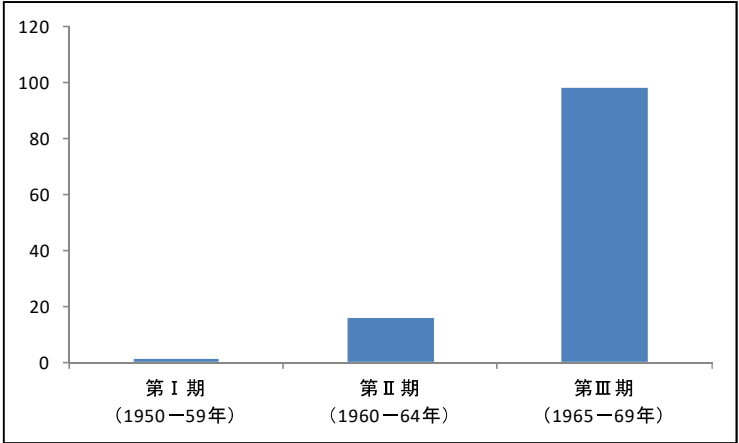
なおここで橋本龍太郎がいう、官房長官の件とは、1965（昭和 40）年 6 月の第 2 回「守る会」全国大会に来賓として参加した当時の官房長官・橋本登美三郎が、親の訴えを受けて、7 月に「守る会」幹部と児童局長を官邸に招致したことである。官房長官の橋本は、この場で、国の強力な政策推進を指示したという（1965.7『両親の集い』 111, P.3）。

以上を勘案すると、国立療養所における重症心身障害児者の受け入れという政策決定は、そのベースに国立療養所の転換問題と原因不明疾患に対する医学研究の強化という国立療養所自体の方向性があり、そこに官邸サイドからの強力な指示が、重症心身障害児者の受け入れを促進させたということになるであろう。

5. メディアによる重症心身障害児問題に関わる言説

第Ⅲ期の特徴としては、メディアが重症心身障害児問題に関心を高めていったことである。第Ⅰ期から第Ⅲ期までの重症心身障害児関連の新聞記事の数を比較すると、第Ⅲ期に飛躍的にその数が増加する（資料 8-4）。

図 8-4 「重症心身障害」に関わる新聞記事数の推移



出所：朝日新聞・読売新聞の記事検索データベースを用いて筆者作成。

検索ワードは「重症心身障害児」「重度障害児」とした。

メディアによる「重症心身障害児問題」の認識

そこで、メディアがこの問題をどのように捉え、どのように問題を報道していったのか、分析する。分析時期は、さしあたり 1964（昭和 39）年から 1966（昭和 41）年までの 3 年間とした。上記（表 8-4）と同様、朝日新聞と読売新聞の「記事検索データベース」から「重度障害児」「重症心身障害児」のキーワードで抽出した記事の「見出し」から、「エモーショナル」な表現を用いた見出しを抽出した。以下が（表 8-5）がその結果である。

表 8-5 「重症心身障害児問題」に関わる新聞見出しのエモーショナルなワード

年	見出し
1964（昭和 39）年	・ 二重苦の子に愛の手を
1965（昭和 40）年	・ おぎゃー献金 愛の配分きまる ・ 障害児を持つ嘆き ・ 身障児の親 涙の訴え ・ 重症の不自由児に光を ・ 不自由なわが子のために強く「涙」と「死」に勝つ家族 ・ マヒの子に愛の灯を
1966（昭和 41）年	・ この子らに政治を ・ 泣いて訴える母親

	<ul style="list-style-type: none"> ・予算、身障児の母が涙のお礼 ・身障児に愛の手を ・身障児に国の保護を 厚相迎え全国大会 おかあさん涙で訴え ・重症身障児を救え
1966（昭和 41）年	<ul style="list-style-type: none"> ・命の予算頼みます ・いっそ心中したい 重症身障者の長男 ・死ぬのはいつでもできる 重症身障者家庭の苦闘 ・重症身障者に救いの手を ・この父に救いはないか クローズアップされた「安楽死」 ・裁かれる冷たい政治 ・この子らにしあわせを 親が捨てた重症身障児 ・手をつなごう 身体障害児の母 苦しみを分け合う会 ・この悲劇をなくそう ・悩める親の悲願実る

出所；朝日新聞・読売新聞の記事検索データベースを用いて筆者作成。

この分析によると、見出しには「愛の手を」「光を」「政治を」「救え」「救いの手を」といった表現で、対策を要求している見出しが多くみられた。また「悲劇」「安楽死」「心中」といった強い表現で、重症心身障害児問題を記述する記事があった。

当時朝日新聞社の記者だった酒井寛は、1987（昭和 62）年の「重症児（者）福祉のあゆみ」と題する座談会で、当時のマスコミの動きをこう振り返っている。

我々としては、重症心身障害児の問題に関しては、役所は何をやっているんだといくら怒っても平気だったですから、仕組みなどということは考えず…。極端な話ですが、ただこの子どもたちをどうしてくれるんだみたいな感じでした。

出所：（竹下他 1987:10）

この酒井の証言によると、メディアは重症心身障害児者政策については、問題や政策を深掘りするというよりも、感情的に国民世論を煽って政策を推進していくことに注力していたようである。このようなメディアの姿勢は、上記の見出しの表現にも表れている。

6. 「重症心身障害児」の「障害分類」による再規定 ―法制化のプロセス―

第Ⅲ期の重症心身障害児者政策の政策過程分析を終えるにあたって、どこの施設でも受け入れなかったという「残余的」な性質を有していた「重症心身障害児」が、法体系内にもどのように位置づけられたのか、それを分析していく。

「障害分類」による問題の再規定

まず、法体系への位置づけとは、「障害分類」による問題の再規定ということができる。なぜなら、わが国の障害者政策は「(医学的) 障害分類」で対象を規定しているからである。従って、法体系の枠内に「重症心身障害児者」を位置づけるためには、対象を「障害分類」で再規定することが求められるのである。

第Ⅰ期、第Ⅱ期でみてきたように、この時期における「重症心身障害児」の定義とは、「支援量」や「支援効果」で対象を「記述」する方式であったといえるだろう。

とはいえ、1963（昭和 38）年から開始された「重症心身障害児施設」の補助事業の実施要綱である厚生事務次官通知「重症心身障害児の療育について」では、重症心身障害児を「身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童」と定義していた。これは一応「障害分類」である。しかしながら、「身体的精神的障害が重複」という文言は、その解釈の幅が極めて広い。また、この通知には「施設入所基準」が付記され、施設入所対象選定においては、既存の施設の整備状況から対象を規定するという「残余的」な基準が使用されていた。従って、この通知においては、「重症心身障害児」を「障害分類」によって積極的に定義したとはいえないであろう。

「重症心身障害児」の臨床像の「型どり」

当時の東京都母子衛生課長であった大島は、法制上の「重症心身障害」の規定を検討したことについて、学会講演でこう振り返っている。

全社協の提出書（1962（昭和）37 年 7 月の「重症心身障害児対策促進について」筆者注）の中にも、その他の関係団体、個人の定義からの資料もふまえ、IQ おおむね 35 以下ということになりました。

私の所の精神科の、特に精神薄弱の方を専門に研究されているドクターの方々に尋ねましたら、昔は白痴、痴愚、魯鈍と称していたが、現在の IQ に当てはめると、IQ35 以下、35-50、50-80 というあたりでしょう、との返事を得ていますし、肢体不自由児施設のドクターによりますと、治療・訓練の対象として、IQ80-85 以上でないと難しいとのこと。また、精神薄弱児施設の方でも、指導訓練の可能なものとしては、IQ80-85 以上でなければ、との意見でした。

これで大体の重症心身障害という状態像の型どりができたと思いました。

出所：（大島 1998:15）下線は筆者。

この全社協の意見書における「重症心身障害児」とは、「支援量大」で「支援効果を期しがたい」という状態像であった。この大島の証言によれば、法制化に際して「重症心身障害児」の臨床像を規定するにあたっては、この全社協の意見書における「支援効果の期しがたい」という状態を、「IQ 値（おおむね 35 以下）」に設定したということになるろう。

この大島の講演では、残念ながら、それ以上の詳細な内容は述べられていない。またこれらの検討が行われた明確な時期も述べられていない。ただし、この検討の場に、児童局長の黒木がいたことを証言している（大島 1998:15）。黒木は 1964（昭和 39）年 10 月まで児童局長の任にあったことを踏まえると、この検討は 1963（昭和 38）年から 1964（昭和 39）年の間のことであったと推定される。

1965（昭和 40）年「身体障害者実態調査」における「重症心身障害児」の定義と実態

1965（昭和40）年に「身体障害児実態調査」が実施された。この調査において「重症心身障害児」の定義が行政上初めて「障害分類」で明確にされた。

この調査の対象者分類は（表 8-6）のとおりである。この表によると、「重症心身障害児」とは、「重度身体障害（1・2 級）」と「重度精神薄弱（IQ35 以下）」の重複障害と規定されている。

これを上述の大島の証言と照合すると、やはり「IQ35 以下」というラインが、「支援効果」の期しがたい「閾値」となっていることがわかる。この運動機能と知的機能の 2 軸から、対象を分類する方法は、児童福祉法改正の際の「重症心身障害」の規定である「重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複」という規定の原型になったと考えられる。

図 1965（昭和 40）年身体障害者実態調査における「重症心身障害児」の定義

身体障害者実態調査における身体障害児の分類

		身 体 障 害 の 程 度							
		軽 度			中 度			重 度	
		その他	6 級	5 級	4 級	3 級	2 級	1 級	
精神 薄弱 程度	軽度	精神薄弱児通園施設 精神薄弱児施設	—	肢体不自由児 盲児 ろう児	—	施設 施設 施設	重度身体障害児		
	中度 IQ35								
程度	重度		重度精神薄弱児				重度 身体障害児		

(出所) ; 1965 (昭和 40) 年身体障害者実態調査 p.18

1966（昭和 41）年 5 月 14 日厚生事務次官通知発児 51 号「重症心身障害児（者）の療育について」における定義

1966 (昭和 41) 年度から、国立療養所が重症心身障害児者を受け入れるにあたって、1963 (昭和 38) 年の厚生事務次官通達発児 49 号は廃止された。新たな次官通知によって「重症心身障害児者」の新しい定義が示された。

この新通知には「重症心身障害児（者）」の表記がみられる。これは、国立療養所の重症心身障害児病棟の受け入れ開始とともに、従来通知による「重症心身障害児施設」の年齢制限が撤廃されたことを指している。

この年齢制限の撤廃は、「守る会」からの強い要求があったことはみてきたとおりである。この政策決定については、先の大島の証言があるので以下、引用しておく。

いわゆる重症心身障害児はどのくらい生きられるのか、との局長の質問に、「成人式を迎えられる子はほとんどいないのではないですか」と小池、小林両先生が答えられた。局長は、「それなら、児童福祉法で対応できるね」と決まってしまった。私（大島・筆者注）はちょっと不審に思いましたが、あとで質問しようと思い黙っていました。

（中略）

最後に私が質問をしました。「年齢を児童福祉法の限度内に限った場合、現存の施設に収容されている超過年齢の人達の受け入れ体制の方は、どうなるのですか。」これには返事がなかったので、「全国主管課長会の席上で質問をしますから、それまでに考えておいてください」と約束をし、会をおわりました。

出所：（大島 1998:15）下線は筆者。

黒木局長による重症心身障害児の寿命について、小池と小林の回答は、実際のところ、当時の現実を表していた。東京都が 1965（昭和 40）年に「守る会」の協力の下で実施した重症心身障害児の実態調査によると、重症心身障害児の年齢分布は、「1 歳～17 歳」までが 96.2%、「18 才以上」が 3.8%であり、この結果の解釈として短命であり 15 歳が標準であることを表していると述べられている（東京都企画調整局企画調整室 1965:15）。

従って、親の終生保護についての要求と現実の重症心身障害児の寿命とは、実は乖離しており、またこの時点で重症心身障害者は圧倒的に少数であったことは注意すべき点である。

さて、新通知において「重症心身障害児（者）」とは、以下のように定義された。

「身体的・精神的障害が重複し、かつそれぞれの障害が重度である児童及び 18 歳以上の者」

この新通知では、昭和 38 年の旧通知にあった「施設入所基準」は消失した。新通知で、「重症心身障害」とは、「身体的・精神的障害」が「重複」し、それぞれの障害程度が「重度」であると定義されている。ただし、「身体的障害」と「精神的障害」という規定は、後に法制上の定義で用いられる「肢体不自由」や「知的障害」以外の障害も含む広義な概念であったことは注意すべきである。なおこの新通知において「重度」の具体的な定義はない。しかしながら、先にみた「身体障害児実態調査」における「重症心身障害児」の規定と照らし合わせれば、「身体的障害」については身体障害者等級 1 級・2 級、「精神的障害」については IQ35 以下、を想定しているものと考えられる。

1966（昭和 41）年 12 月 23 日 中央児童福祉審議会「児童福祉施策の推進に関する意見具申」における「重症心身障害児」の規定

中央児童福祉審議会は、1966（昭和 41）年 12 月 23 日に、「重症心身障害児施設」を児童福祉施設とすることを提言した。この意見具申において、重症心身障害児の定義は「重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童」とすることが明記されている。この規定は現行の法制上の規定と同様である。

国会審議の経過

厚生省は、翌 1967（昭和 42）年、第 55 回国会に「児童福祉法の一部を改正する法律案」を内閣提出法案として提出した。

国会審議において、渥美節夫政府委員（児童家庭局長）は、この「重度精神薄弱＋重度肢体不自由」という定義は、重度精神薄弱児収容棟、重度肢体不自由児収容病棟の制度を進めていることから、それらとの整合性をはかるため、一応の「交通整理」として打ち出したものだと言及している。渥美の答弁は以下のとおりである。

今回法定されることに御審議をお願いいたしております重症心身障害児施設の入所対象の問題でございます。すでに設けられております精神薄弱児施設の重度棟に入所される子供の対象なり、あるいは肢体不自由児施設の重度棟に入所される子供たちの対象との関係もございまして、今回は、重症心身障害児施設に入所される子供を、重度の精神薄弱と重度の肢体不自由が重複した児童ということにいたしたい、かように考えておるわけでございます。それは、いま申し上げましたように、いろいろ児童福祉の施設がございまして、そういった施設に入れる対象につきましては、交通整理といいますか、一応の区分けをしておけるようにいたしたい、かように存ずるからでございます。

出所：（第 55 回国会衆議院社会労働委員会議録第 23 号（1967.6.28））。下線は筆者。

渥美は、この定義はあくまでも既存施策との整合性を図った上での「交通整理」と言明した上で、こうも言う。

ただいま御指摘の重度の肢体不自由という定義につきまして、身体障害者福祉法の別表に定めます一級、二級に限るのではないかとのお話がございましたが、私も一級、二級に限るということに考えておりません。特に三級につきましては、肢体不自由な方々も三級に属しているわけでございますので、もちろん一級、二級というふうに限界を考えることをしておるわけではございません。また、精神薄弱児につきましても知能指数が三五というふうに言っておりますけれども、これもいろいろと知能指数も、子供につきましては絶えず変動する、いろいろの測定の方法もあるというふうなこともいわれておりますので、三五以下に限るというふうな取り扱いも考えておらないわけでございます。特にまた身体障害の等級表の検討も、今回これから行なわれるわけでございます。そういった意味におきましても、そういった標準がこれで固定するというふうなことも考えておらないのでございます。いずれにいたしましても、精神薄弱児施設の重度棟なり、あるいは肢体不自由児施設の重度棟なりに入るべき子供であっても、これは重度棟も非常に少ない現状でございます。そういうふうな意味におきまして、そういった点につきましては、十分子供たちの症状を考えまして、医学的な管理が必要であるというふうなことも考えまして、重症心身障害児施設については、そういった子供も今後措置をするという運営をいたしてまいりたい、かように思うのでございます。

出所：（第 55 回国会参議院社会労働委員会議録第 26 号（1967.7.21））

渥美は、国会審議においても、「重症心身障害」の定義を法制上の定義にこだわらず、柔軟に対応する旨を答弁している。

1967（昭和 42）年 7 月 21 日、法律案は可決し、重症心身障害児施設は児童福祉施設として規定された。なお法案の採決に際しては、両院とも、この規定によって対象外となる

第8章 拡充期

児童が生じないように配慮すべきことを附帯決議した。

衆議院附帯決議

重症心身障害児施設入所児童の選定にあたっては、重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより、重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において、集団生活指導が不可能と考えられるもの及びリハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不適当と考えられる等、従来、重症心身障害児施設の入所対象としたものをも含めて配慮するよう努めること。（下線は筆者）

参議院附帯決議

重症心身障害児施設の入所児童の選定にあたっては、従来、入所対象とされてきた者がすべて含まれるよう配慮すること。（下線は筆者）

すなわち、衆議院の付帯決議には、廃止された旧通知（昭和38年発児第149号）にあった「施設入所基準」の基準が具体的に示されており、この効力を維持することを求めた決議であった。

厚生省は両院の附帯決議を受けて、厚生事務次官通知「児童福祉法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）」（発児第101号 1967.8.24）を発し、「重症心身障害児施設」の入所対象者を以下のように解釈するよう通知した。

重症心身障害児施設の入所対象となる児童は、重度の精神薄弱と重度の肢体不自由が重複している児童と規定されたが、精神薄弱児施設重度棟又は肢体不自由児施設重度病棟の整備状況及び重症心身障害児施設の入所状況も勘案のうえ、従来の通達によって、現に施設に入所している児童又は入所対象とされていた児童であつて、前記の重症心身障害児と同様の保護を必要とする者については、引き続き当該重症児施設に在所させ、又は入所させる措置を講じて差し支えないものであること。

出所：厚生事務次官通知「児童福祉法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）」（発児第101号 1967.8.24）

すなわちこの施行通知により、重症心身障害児施設の入所にあたっては、既存施設の重度棟・重度病棟の整備状況を勘案しながら、従来の通知（廃止した通知を含む！）のとおり運用してもよいことが示されたのである。なお18才以上の者については、児童福祉法一部改正において、児童福祉法の特例として、児童福祉法の措置とすることが規定された（同法第63条の3）。

第63条の3 都道府県知事は、当分の間、必要があると認めるときは、重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している満十八歳以上の者について、その者を重症心身障害児施設に入所させ、又は第27条第2項に規定する国立療養所に対し、その者を入所させて治療等を行なうことを委託することができる。

また、国立療養所の重症心身障害児者病棟（筋ジストロフィー児病棟も同様）は、児童

福祉施設とはされず、児童福祉法による措置委託という形式によることとされた（同法第27条第2項）。

第27条第2項 都道府県知事は、第43条の3又は第43条の4に規定する児童については、前項第3号の措置に代えて、厚生大臣が指定する国立療養所に対し、これらの児童を入所させて肢体不自由児施設又は重症心身障害児施設におけると同様な治療等を行なうことを委託することができる。

児童福祉法の改正という政策決定によって、第Ⅰ期第Ⅱ期から続いてきた「重症心身障害児」の規定にあった、対象の「残余的」な性質は、行政通知による柔軟な運用というかたちで、児童福祉政策の枠内に組み入れられたのであった。すなわち、「重症心身障害児」を「障害分類」によって再規定するという作業は、児童局長の答弁にあったように、いわゆる見かけ上の再規定であり、内実は、第Ⅰ期第Ⅱ期からの「残余的」な規定を踏襲していることになる。

この法制化によって、重症心身障害児者政策は確固たる財政基盤を有することになり、以後わが国における重症心身障害に関わる専門資源は飛躍的に増加していくことになった。

本章では、前章までの重症心身障害児者政策の政策過程の分析を通して、本論文におけるリサーチクエストionsである、なぜ日本において、1960年代に海外に先行して、「重症心身障害」という特別な政策カテゴリーを設定し、その専門資源を拡充することができたのか、についての解を考察する。

1. 重症心身障害児問題の端緒 -1950年代・60年代の重症心身障害児者政策とは何であったのか？-

重症心身障害児者政策の前提にあった「重症心身障害児問題」とは、当時の制度の対象から漏れていた「措置困難児」を救済することであった。このような「措置困難児」とは、「残余的」な対象であり、その内実は「不治永患児」（必要な支援量が多く、支援効果も認められない）ということであった。重症心身障害児者政策の展開において、「重症心身障害児」を定義する際は、常にこのような対象の「残余的」な性質がつきまといつていた。

このような「措置困難児」の救済を社会問題化したのが小林であり、小林の問題提起が社会が受け入れて、重症心身障害児者対策が進展していったと解するのが、小林中心史観に基づく当該対策の通説的見解であった。このような見解は、当該対策史の一面を捉えてはいる。しかしながら、本研究によれば、重症心身障害児者政策は小林の社会問題化によってのみ発展・拡充したわけではなく、通説がいうように単線的な展開を遂げてきたわけでもなかった。そこには、むしろ政策側からの介入と政策による主導、特に母子衛生官僚による「障害の発生要因の研究」という新たな行政領域（医学研究領域）の創出という側面が本研究の分析から見て取れたのである。小林らにより社会問題として問題提起された「措置困難児」の救済、「措置困難児」を抱えた家庭の救済、そして母子衛生官僚による新たな行政領域の創出、これらが複合的に絡みあいつつ、重症心身障害児者政策が展開してきた、と理解するのが本論文の結論である。

このように1950年代から60年代にかけて、日本で重症心身障害児者政策が発展・拡充した背景には、複合的な問題が存在していたと考えられるのであるが、やはり最大の要因は、医学研究との接点であったといえる。そしてそれを推進したのが母子衛生官僚であった。しかし、この政策の発展・拡充は、母子衛生官僚の自発的な行動のみで説明できるとは思われない。このような母子衛生官僚の行動を取り巻くいくつかの環境要因があったと考えられるのである。次に、これらの想定される環境要因を検討してみよう。

2. 母子衛生官僚の行動を支えた環境要因と母子衛生官僚の行動様式

① 乳児死亡率の低下（欧米へのキャッチアップ）という政策目標

母子衛生官僚の最大のミッションは、大正年間以来、乳児死亡率を低下することであり、そのことが近代化の証左であると考えられてきた。わが国の乳児死亡率は、大正年間より一貫して低下していたが、1950年代は戦後の混乱期でもあって、欧米諸国との差はまだ大きく開いていたのであった。第6章において、若松栄一・母子衛生課長（1955（昭和30）年8月23日～1958（昭和33）年7月10日）が、今後さらに乳児死亡率を下げるためには、未熟児対策はもとより、さらに障害の発生予防にまで着手する必要性を述べていたことをみた。「重症心身障害児問題」は、まさに母子衛生課が未熟児対策に着手した1958（昭和33）年という時期に、政策が本格的に始動したのである。すなわち、母子衛生官僚の最大のミッションである乳児死亡率の低下、という重要な政策課題との親和性が、重症心身障害児政策の背景にあったのである。このことは、小林による社会問題化の活動がなくとも、遅かれ早かれ、我が国における重症心身障害児者政策は、乳児死亡率の低下という脈絡の下で、政策を始動したとも考えられるのである。

② 少産少死社会への急速な移行

第6章で、合計特殊出生率と乳児死亡率についての国際比較を行った。そこで明らかになったことは、1950年代から60年代の日本は、他の西欧諸国とは異なり、両者とも急激に低下するという「少産少死」社会への急速な移行期であったことである。このような少産少死社会では、「少ない子どもを大事に育てる」といった子育て観が主流になると考えられる。そして、このような子育て観は、出生にかかわる母子衛生施策の重要性を喚起することにもつながっていくと思われ、そのことが母子衛生官僚の行動を社会的に後押ししたとも考えられる。

③ 疾病構造の変化

わが国における疾病構造が1960年代に、急性疾患（感染症）から慢性疾患に変化していったことはよく知られている。この疾病構造の変化は、小児の保健医療の領域でも同様であった。母子衛生官僚は、このような疾病構造の変化には当然のことながら強い関心を抱いているはずである。ところで母子衛生課が所管していた肢体不自由児対策は、整形外科的治療をベースとしていた。肢体不自由児施設が全県設置されたのは1961（昭和36）年のことであった。これには高木の尽力が大きかったといえるが、皮肉なことに、この時期において、肢体不自由児対策の焦点は整形外科的治療から脳神経学的治療（脳性マヒ）に原疾患が移行しつつあった。疾病構造の変化は、当然に医療資源の転換をもたらす。重症心身障害児施設が肢体不自由児施設の発展型であるということは、重症心身障害児政策の始動とは、疾病構造の変化による必然であったと解することもできるのではないか。

④ 国民皆保険の実現による国民の医療へのアクセスの向上

1961（昭和36）年に、国民皆保険が達成された。これによって、全国民の医療へのア

クセスが向上したといえる。このことは、母子衛生官僚（医系官僚）が、医療を通じて、全国民に関わる保健医療資源の動員と配分が可能となったことを表している。重症心身障害児施設は「病院」であり、その経営資源は、医療資源をベースとしている。「島田療育園」が開園したのも1961（昭和36）年であった。国民皆保険の達成は、母子衛生官僚（医系官僚）の政策形成をより活性化させることに寄与したと考えられる。

⑤ 児童行政における「衛生」部門の優位性

本論文第5章において、児童行政における「衛生」と「民生」の2系統の分化体制を分析した。もとより児童行政領域においては、歴史的にも「衛生」の優位性は高かったといえる。戦後の児童局の設置の際にも、母子衛生課は「身体障害（肢体不自由児）」をその所掌業務に収めた。これは高木の影響が大きかったであろうことは見てきたとおりである。下記の表9-1は、第5章で児童局の予算分析をした結果を整理した表である。この表は予算面からみた重点事項を時期別に整理し列挙したものである。この分析結果によると、1950年代前半、児童行政がまだ戦後処理対応に注力していた時期に、すでに「育成医療」が児童局の重点的な取り組み事項になっていたことがわかる。わが国の戦後の障害児政策が、まずは母子衛生課所管の育成医療であったという事実は、戦後の障害児政策における母子衛生官僚の影響の大きさを想起することができるであろう。

（表9-1）（再掲） 児童局の予算推移の整理（対前年度比）

	1949（昭和24） ～ 1954（昭和29） 1950年代前半	1955（昭和30） ～ 1959（昭和35） 1950年代後半	1960（昭和35） ～ 1964（昭和39） 1960年代前半	1965（昭和40） ～ 1969（昭和44） 1960年代後半	1970（昭和45） ～ 1977（昭和52） 1970年代
	<ul style="list-style-type: none"> ・戦後処理 ・児童福祉の基盤整備 ・育成医療 	<ul style="list-style-type: none"> ・育成医療 ・未熟児対策 ・結核児童対策 ・重度知的障害児対応（国立施設） 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉施設の増加 ・重症心身障害児対策（研究事業） ・一般児童施策（児童健全化施策） 	<ul style="list-style-type: none"> ・重症心身障害児対応（療育費補助＋国立療養所整備） ・一般児童施策（児童健全化施策） ・保育対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉施設の飛躍的増加 ・健康診査 ・治療研究の推進 ・自閉症児療育 ・在宅支援対策 ・一般児童施策（児童健全化施策） ・保育対策 ・児童手当

出所：児童局予算費目のうち、対前年度費の伸び率が高い費目を抽出して筆者作成。

⑥ 人口政策

本論文第7章において、重症心身障害児政策が高度成長下の「人口資質の向上」という「人口政策」との結びつきにおいて、発展してきたことを検討した。このような「人口資質の向上」と母子衛生施策の展開との親和性は高いと考えられる。この点について、第5章において、戦時体制下の「人口局母子課」の所掌業務である「結婚及出産の奨励」に關す

る事項」と戦後「母子衛生課」の「家族計画に関すること」という業務の類似性を指摘したことに再度触れておく。「母子衛生課」が「家族計画に関すること」を所掌業務に加えたのは、1959（昭和34）年であった（厚生省組織令の一部を改正する政令（政令第129号昭和34年4月16日公布施行））。母子衛生施策とは、戦前戦後を通して人口政策との強い関係性を有しており、具体的には出生のコントロールという見地から施策が展開されてきたことを理解できるのである。

⑦ 親の要望

最後に、この時期の障害児の親の運動自体が、「発生予防」を強力に主張していたことを指摘しておく。例えば、「育成会」は知的障害児の「絶滅」までをも主張していたことは、第6章でみてきた。「守る会」は、重症心身障害児者の存在を「不可抗力」「無答責」であるとした。そしてそれを背負わざるをえない、いわれのない「悲劇」「不運」を、医学的な「発生予防」研究で明確にしてもらい、そのことによって社会に対して、親の運動の正当性を主張したのであった。もちろんこれは、親の運動の「戦略」であって、親の本心であったかどうかはわからない。しかしながら、運動の「戦略」であったとしても、「発生予防」を主張していた事実には変わりはない。このような親の要望が、母子衛生官僚の活動を後押ししていたことは、十分に想定されることである。

以上、母子衛生官僚の行動を支えた要因を7点に整理し検討した。

本論文で、小林の「島田療育園」も糸賀の「びわこ学園」も、出発点は「知的障害児」対策を基盤としており、その行政系統は「養護課」に属していたことをみてきた。しかしながら、両施設とも「母子衛生課」の所管に組み込まれたのであった。特に「島田療育園」については、当初の「島田学園」構想が、短期間で「肢体不自由児施設・島田療育園」設置計画に変容し、母子衛生関係者を中心にした「日本心身障害児協会（島田療育園の運営母体）」が、これまた短期間に組織化された経緯があった。

このようにみてくると、母子衛生官僚は、精力的に新規業務を拡大していく行動様式を備えていたことも推察されるのである。すなわち障害児政策における新たな行政領域（研究領域）である「発生予防」を見出し、それを所掌業務に組み入れていったということである。

重症心身障害児者政策が、母子衛生課の下で展開されていった背景には、このような母子衛生官僚の行動様式が存在も視野に入れる必要があるのではなかろうか。

3. 各期における重症心身障害児者政策の決定メカニズム

以下、各期における重症心身障害児者政策の決定案がどのような政策モデルで行われたのか考察する。

(1) 重症心身障害児者政策の始動期の政策決定メカニズムの特徴

始動期の政策決定とは、当時の制度上、施設入所対象から洩れている障害児を「重症心身障害児」と定義し、そのための収容施設を設置し、療育方法の研究を行うことであった。

この政策決定のメカニズムは、「エリートモデル」との親和性が高いといえる。エリートモデルとは、「プルラリズム（多元主義）モデル」と対比されるモデルであり、政策決定が少数のエリートと体制側からなる *establishment* に限定されている点に特徴があった。

もとより日本の障害者団体は、*establishment* 層に属する人物を中心に構成されていた。知的障害児の親の会である「育成会」や島田療育園の運営母体である「日本心身障害児協会」の構成員は、圧倒的に *establishment* 層に属する人物であった。団体の構成員には、官僚 OB も参加しており、エリートモデルが示しているように、*establishment* 層の中での人事交流も行われていたのである。

エリート理論は、「大衆を大体において受動的、無関心、そして十分な情報を持たないものと見ており、政策上の問題は選挙や政党間の競争を通じて大衆によって決定されることはほとんどないと考える」とされた（宮川 2002:142）。重症心身障害児者政策の始動期の決定においては、「プラリズムモデル」が示すような、自発的に組織された利益集団は存在しない。「育成会」「愛護協会」「日本肢体不自由児協会」「日本心身障害児協会」とともに、その内実はエリートモデルが示すところの *establishment* 層による組織であった。

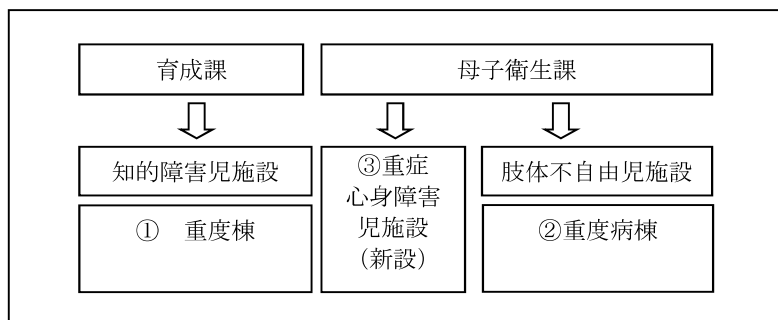
「重症心身障害児療育研究委託費」の予算獲得運動も、一般社会の広範な支持を受けた運動ではなかった。予算の獲得は、「日本心身障害児協会」の *establishment* に属する役員が、政官界における人脈を駆使して陳情を行った結果であった。

(2) 重症心身障害児者政策の発展期の政策決定メカニズムの特徴

発展期の政策決定とは、現行制度の対象から漏れていた「重症心身障害児」を、新たに設置する「重症心身障害児施設」と、既存の施設（知的障害児施設と肢体不自由児施設）で吸収を図ることであった。

第2期の政策決定のメカニズムは、Allison の第3モデル（官僚政治モデル）によって説明が可能だと思われる。Allison の第3モデルとは、政策決定を、各組織のトップのリーダーたちの駆け引きに注目するモデルである。よく言われる行政官庁のセクショナリズムとは、この第3モデルによって説明される現象である。簡潔に言えば、各行政セクションの「ぶんどり合戦」ということである。そこで発展期の決定案を図式化しよう（図 9-2）。

図 9-2 発展期における決定案の図式



- ① 知的障害児施設に重度棟を設置。「重度知的障害児」を対象とする。→「育成課」
- ② 肢体不自由児施設に重度病棟を設置。「重度肢体不自由児」を対象とする。→「母子衛生課」
- ③ 重症心身障害児施設を新設。①②で対応できない障害児を対象とする。→「母子衛生課」

この決定案の意味するところは、育成課も母子衛生課も既存施策（知的障害児施設・肢体不自由児施設）を拡大していくことと、母子衛生課は、さらにこれらの既存施策の拡大によっても洩れる障害児を、新たに設置する「重症心身障害児施設」で対応すること、の2点に集約できる。

このような、重症心身障害児者政策をめぐる、「育成課」と「母子衛生課」の主導権のせめぎ合いが、この第Ⅱ期の政策決定の特徴である。もとより、重度の障害児対策は、1958（昭和33）年に重度知的障害児施設「国立秩父学園」が開設されたことに表れているように、「養護課」が主導していたといえる。「島田療育園」も「養護課」の下で、知的障害児をベースとした施設の設置を構想していたのである。しかしながら、「母子衛生課」が突如として、この施設構想を自らが所管する「肢体不自由児施設」をベースとした施設に転換させたであろうことは既述のとおりである。そして「母子衛生課」が「発生予防」の見地から、重症心身障害児政策にコミットし、「島田療育園」において研究事業を開始したこともみてきた。

この2課の主導権争いの具体例とは、「びわこ学園」が「母子衛生課」の所管のもとで「重症心身障害児施設」に参入したことを指摘することができるだろう。「滋賀育成園（びわこ学園）」は、もともと育成課のもとで、知的障害を有する「行動障害児」を主な対象とし、「知的障害児施設」として開設する計画であった。ところが、急遽、母子衛生課の所管する「重症心身障害児施設」として開園することになった。第7章でみてきたように、糸賀の証言によれば、それは当時の黒木局長による調整であったとされる。そして糸賀は、黒木の打診について、かなり躊躇を感じたことを表明していた。知的障害児対策の指導的立場にあった糸賀としては、母子衛生課という医療セクションの下で、「びわこ学園」を運営することは、もとより想定外のことだったのであろう。そしてこの両課の所掌業務をめぐる駆け引きは、結果的には「母子衛生課」が優位となったのである。そのような「母子衛生課」の行動を促進させた環境要因については、すでに検討してきたところである。

（3）重症心身障害児者政策の拡充期の政策決定メカニズムの特徴

重症心身障害児者政策の拡充期における問題とは、第1に対象が児童に限定されていたため、成人期を含めた終生保護が不可能となった点、第2に重症心身障害児施設の職員不足により、定員増床に支障をきたし、資源の増加が見込めなかった点であった。

このような政策問題の解決に向けて、重症心身障害児者の親である「守る会」が新たなアクターとして、強力な政治運動を展開した。1964（昭和39）年に結成された「重症心身障害児（者）を守る会」は、全社協の指導のもとで、組織化された団体である。

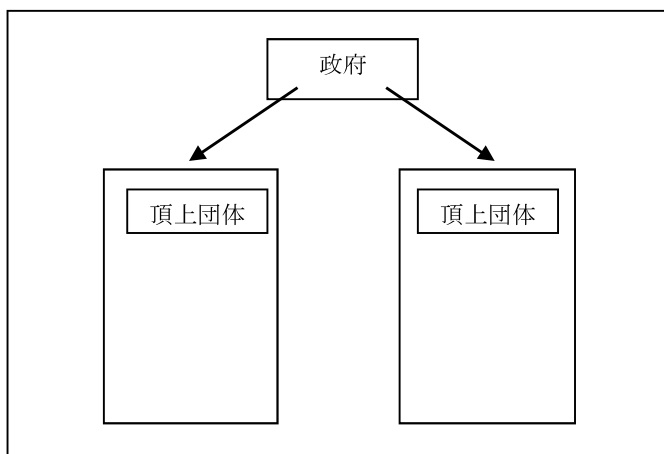
さらに、メディアが重症心身障害児者政策のアクターとして精力的に活動するのも、この期の特徴である。メディアは「守る会」が結成されてから、「重症心身障害児問題」への注目を高めたのである。

拡充期の主要な政策決定とは、国立療養所において重症心身障害児者の受け入れを開始することであった。この決定は、「非日常型」モデルとの適合性が高いと思われる。この「非日常型」モデルの特徴とは、第3章で検討してきたように、社会問題として一般市民の広範な問題関心を集めている問題でありながら、その政策決定は少数者に限られ、それは特に首相を中心としたトップダウンによってなされ、しかもその決定には個人的な資質が影響をしているという点であった。本論文の第3章でも、このような「非常時型」決定の例として、筆者は、ハンセン病問題における小泉首相や野中官房長官の役割、薬害エイズ問題における菅厚相の存在が、このモデルの政策決定との親和性が高いことを指摘した。

重症心身障害児者政策においても、橋本官房長官が、「守る会」の全国大会に出席し、親の訴えに共鳴したことが、その後の官邸主導のトップダウンの政策決定に大きな役割を果たしたといえる。橋本は、1965（昭和40）年に、「守る会」の幹部らを官邸に招き、その場で国立収容施設の設置を厚生省幹部の前で確約した。このような政策決定は、「非常時型モデル」による説明が可能であろう。官邸からのトップダウンによって、「国立療養所」への重症心身障害児者の受け入れが決定し、重症心身障害にかかわる専門資源は以後、飛躍的に増加していったのである。

また、この拡充期には、全社協内に心身協が組織されたことが注目される。心身協は、障害者団体を連携させ、いわば上部団体として、政策のとりまとめや団体交渉を担ったのであった。この心身協の会長には、前厚生事務次官の太宰が就任した。全社協（心身協）と各障害者団体との関係に注目すると、そこにはコーポラティズムモデルが観察される。コーポラティズムモデルとは、業界別に編成された団体と政府が、協調関係の下で、政策決定を行うモデルであった（図9-3）。政策決定においては、各団体の頂上団体が、政府と交渉し、業界内の組織の調整を行う機能を有する。

図 9-3 コーポラティズムモデル



実はこのような障害者団体の連携を促進したのは、重症心身障害児者政策であったことは第8章で検討したとおりである。重症心身障害児者政策は、始動期の段階から、全社協が課題設定の場を提供してきたのであった。そのことは、重症心身障害児問題が「措置困難児問題」という、各障害者団体の問題意識とオーバーラップする問題であったことが、各団体における共通の問題認識を付与したということができるであろう。

以上のように、第3期の政策決定は、「非常時型」モデルが示すトップダウンとコーポラティズムモデルが示す政府・団体の強固な協調関係の構築体制を背景としてきたことが特徴的であるといえる。

4. 結論と今後の課題

1950年代と60年代における重症心身障害児者政策とは、当時の制度の対象から洩れていた「措置困難児」を救済するという社会的性格と「障害の発生予防」を進めていく母子衛生官僚の行動とが絡み合いつつ、その政策を拡充させてきたと考えられる。そして後者の「障害の発生予防」を推進する社会的背景がこの時期に存在したことが、政策の推進を加速させていくことに寄与したと考えられる。その社会的背景とは、①乳児死亡率の低下、②少産少死社会への急速な移行、③疾病構造の変化、④国民皆保険の実現による国民の医療へのアクセスの向上、⑤児童行政における「衛生」部門の優位性、⑥人口政策、⑦親の要望であった。

さらに重症心身障害児者政策の決定メカニズムを分析すると、以下のような特徴があった。まず政策の始動期（第Ⅰ期）においては、establishment 層内での政策決定（エリートモデル）が観察された。また、重症心身障害児者政策が、第Ⅰ期→第Ⅱ期→第Ⅲ期と進行していく過程で、コーポラティズムモデルの政策決定様式が、構築されていったことも観察できた。このような「全社協（心身協）」による障害者団体間の連携と業界の組織化は、「重症心身障害児」が複合的障害を有するという特性が、その促進に影響を与えたといえるだろう。すなわち各障害者団体にとっても、「重症心身障害児問題」は共通の課題だったからである。しかも「重症心身障害児」という「気の毒」な存在を救済するとのスローガンは、各団体の使命感を向上させるとともに、障害者政策の「シンボル」として、運動を統一化することに貢献したと考えられる。さらに、第Ⅲ期において重症心身障害児政策が、飛躍的に拡充していく際には、「非常時型」モデルが提示するところの、官邸によるトップダウンによる政策決定が存在したことにも注目しなければならない。この「非常時型」モデルは、広範な社会的関心を寄せている政策問題について、首相に代表される少数のトップの個人的資質が左右して、トップダウンの政策決定を行う点に特徴があった。国立療養所において、国家が重症心身障害児者を積極的に終生保護していくという政策決定は、当時の橋本官房長官によるトップダウンがあった。このトップによる方針が、一気に、重症心身障害児者政策を飛躍させたのであった。

このように、日本における1950年代と60年代の重症心身障害児者政策は、「エリートモデル」「コーポラティズムモデル」「非常時型」モデルによる決定で、飛躍的に拡充してきた。このことは、これらのモデルと対比される「プルーラリズムモデル（多元主義）」とは異なる政策決定であったということを意味する。「プルーラリズムモデル」とは、問題に関心のある利益集団が自由に組織化され、そのような利益集団間の民主的な政治過程（闘争）によって、政策決定がなされることが前提となっている。当然このような利益集団間のコンフリクトが制御不能に陥る可能性もあり、また利益集団間の完全自由競争でもたらされる調和があり得るのかとの批判が提示されたことも見てきたとおりである。しかしながら、この「プルーラリズムモデル」を民主主義社会の純粋な理念型と考えれば、日本の重症心身障害児者政策は、民主主義を経験していないと考えられる。政策が、一部のestablishment層で決定されるか、もしくは利益団体と政府（厚生労働省）との協調関係の下で決定されるか、ということは、いわば一般社会とは「閉ざされた」空間で、政策問題が解決されたことを意味する。それは、政策決定に関わる関係者間の人的交流とそこでのパワーポリティクスが、政策決定の舞台となることを意味する。従って、利益団体（障害者団体）の行

動様式も、政策決定を優位に進めるための人事仕事を志向する可能性が高いことになる。このようなモデルは、エビデンスベースの議論とも対局の位置にあるといえる。政策決定が、establishment 層内での人的交流に依拠し、または政府当局と利益団体との協調の場で行われるとすれば、そこで鍵となるのは、実証的なデータというよりは、参加人物の社会的地位と人脈（コネクション）である。このような政策決定モデルで、日本の重症心身障害児者政策が飛躍的に拡充されてきたであろうことは、本論文で分析してきたとおりである。

このような決定様式は、民主主義社会とはなじまないものではある。しかしながら、仮説ではあるが、重症心身障害児者という存在は、民主主義的な議論になじまない性格なのかもしれない。この重症心身障害児者の存在は、つきつめるところ、人間存在の根本問題に行き着く。とりわけ西欧社会では、重症心身障害児者の人格（personhood）の有無をめぐる議論も活発に行われている。日本においては、このような人格論の有無はほぼ検討されず、一般大衆は「気の毒な子どもと家族を救いたい」という「同情心」が強く支配していたことは、メディアの言説の分析で明らかにしたとおりである。このような「同情心」が、重症心身障害児者政策を推進させる原動力にあったが、これはいわゆる「場の空気」（山本 1983）であって、民主主義的な議論の結果ではない。日本の重症心身障害児者政策は、このような「場の空気（同情心）」を活用しつつ、政策決定が行われてきたとも考えられるのである。仮にこの日本における重症心身障害児者政策の決定過程を 1 つのモデルとするならば、なぜ西欧諸国で、1990 年代以降に PIMD を有する人々への問題関心が専門家の間では高まりつつも、今日においてその専門資源が飛躍的に増加しない要因を、探求することに有益となるだろう。従って、今後は西欧諸国における、政策決定構造を「利益集団」と「政府」との関係性や「一般社会」の問題参加状況に着目しながら、どのような政策決定モデルが妥当するのかについての検証が必要である。このような国際比較を進めることによって、日本の特性が一層明確になるとと思われる。

さらに、日本における障害児政策が、「衛生」と「民生」の 2 系統で運用されてきたという点も、海外諸国の行政組織との比較を加えてさらなる分析が必要である。私見では、児童行政組織のもとに「衛生」と「民生」が 2 系統で存在していた組織形態に、重症心身障害児政策を拡充させてきた要因があると考えからである。そして、厚生省内の人事異動についての検討も必要と思われる。本論文では分析の限界を超えているが、例えば課長や局長ポストに誰が就任するかによって、政策の展開は異なってくると思われる。一例をあげれば、本論文の第Ⅲ期で、国立療養所に重症心身障害児病棟が設置される際の、国立療養所を所管していた医務局次長は渥美節夫であった。渥美は、その後、児童家庭局長に異動し、重症心身障害児施設の法制化を指揮するのである。また渥美は、1950 年代初頭は児童局養護課長であり、知的障害児対策を所管していたのである。このようなキャリアポストの異動や組み合わせということも、政策決定においては、重要な要因を占めると考えられるのである。

近年、重症心身障害児者の医療重症度は高まっている。また出生前診断の技術革新により、事前に障害児の出生を制御することも技術的に可能な時代に突入した。1950 年代と 60 年代に発展・拡充した重症心身障害児政策の背景にあった重症心身障害児とは、親たちが主張したように「不可抗力」「無答責」の存在であったといえる。しかし「発生」のメカニ

第9章 考察

ズムが解明（出生前診断）されていき、「生命を選ぶ」時代となったときに、重症心身障害児者政策の根拠はどこに求められるのだろうか。このような今日の問題への処方箋を提示することも、今後の研究課題としたい。

文献

注) 小林提樹は、木村美平、院下広というペンネームを用いていた。この文献リストでは、木村美平と院下広による文献は、小林の文献として、木村や院下は括弧書きとした。

A

足立幸男 (2003) 「トランスディシプリンとしての公共政策学」 足立幸男・森脇俊政編『公共政策学』ミネルヴァ書房。

秋山泰子 (1994) 『命名心身障害児』第20回重症心身障害研究会岡山大会学術集会特別講演録, 小笠寺所蔵。

秋山泰子 (2003) 「日本心身障害児協会の始まり」社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター編『愛はすべてをおおう 小林提樹と島田療育園の誕生』中央法規, 58-64。

秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉 (2015) 『公共政策学の基礎 (新版)』有斐閣。

秋吉貴雄 (2017) 『入門公共政策学 社会問題を解決する「新しい知」』中公新書。

Allison, T. (1971) *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*. (=宮里政玄訳 (1977) 『決定の本質 キューバ・ミサイル危機の分析』中央公論社。

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual* (4th edition)。

有馬正高 (1994) 「これからの重症心身障害研究」重症心身障害研究会誌 19(2) 13-22。

有馬正高 (1998) 「大島一良先生のご逝去を悼む」『日本重症心身障害研究会誌』23(2), 3。

有馬正高 (2009) 「総括—重症心身障害児施設はどこへ向かっているか?—」『日本重症心身障害学会誌』『日本重症心身障害学会誌』34(1), 51-2。

有馬正高 (2010) 「我が国における重症心身障害児医療の歴史」『Monthly book medical rehabilitation』122, 9-11。

有吉迪哉 (1958) 「重症の心身障害児について」『手をつなぐ』28, 24-5。

C

Carr H. (1961) *What is history?* (=清水幾多郎訳 (1962) 『歴史とは何か』岩波新書。)

中央児童福祉審議会 (1956) 『児童福祉行政の諸問題にかんする意見具申』中央児童福祉審議会。

中央児童福祉審議会 (1970) 『緊急に実施すべき児童福祉及び母子保健施策について』中央児童福祉審議会。

D

Dye T. (2002) *Understanding Public Policy (10th edition)*. Prentice Hall.

E

Easton D. (1953) *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*.

Alfred A. Knopf. (=山川雄巳訳 (1976)『政治体系—政治学の状態への探究』ぺりかん社.)

Easton D. (1965) *A Framework for Political Analysis*. Prentice-Hall. (=岡村忠夫訳 (1968)

『政治分析の基礎』みすず書房.)

F

藤崎宏子 (2015)「家族と福祉政策」三重野卓・平岡公一編『福祉政策の理論と実際』東信堂 113-139.

藤田由紀子 (2008)『公務員制度と専門性 技術系行政官の日英比較』専修大学出版局.

藤原陽子 (1967)『おばこ天使—ある青春・重症児と共に生きる』文芸市場社.

福井治弘 (1975)「沖縄返還交渉—日本政府における決定過程 (沖縄返還交渉の政治過程)」『季刊国際政治』(52), 97-124.

福祉新聞社 (1958a)『福祉新聞 (昭和 33 年 6 月 20 日号)』98.

福祉新聞社 (1958b)『福祉新聞 (昭和 33 年 8 月 30 日号)』103.

福祉新聞社 (1958c)『福祉新聞 (昭和 33 年 11 月 30 日号)』112.

福祉新聞社 (1962a)『福祉新聞 (昭和 37 年 9 月 3 日号)』267.

福祉新聞社 (1962b)『福祉新聞 (昭和 37 年 9 月 17 日号)』268.

H

Hagberg B., Edebol-Tysk K. and Edström B. (1988) The Basic Care Needs of profoundly Mentally Retarded Children with Multiple Handicaps. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 30, 287-293.

橋本努 (1998)「コーポラティズム」野上啓一他編『岩波新哲学講義 7—自由・権力・ユートピア』岩波書店.

平野浩・河野勝 (2011)『新版 アクセス日本政治論』日本評論社.

広井良典 (1999)『日本の社会保障』岩波新書.

堀智久 (2006)「重症児の親の陳情運動とその背景」『社会福祉学』47(2), 31-44.

堀智久 (2014)『障害学のアイデンティティー—日本における障害者運動の歴史から—』生活書院.

保城広至 (2015)『歴史から理論を創造する方法 社会科学と歴史学を統合する』勁草書房.

細渕富夫 (2002)「重症心身障害児の療育史研究(1)—療育施設の成立過程と療育思想—」『埼玉大学紀要教育学部』51, 37-48.

細渕富夫 (2003)「重症心身障害児療育の歴史—重症児施設設立の経緯を中心に—」『障害者問題研究』31(1), 2-10.

細渕富夫・飯塚希世 (2011a)「重症心身障害児の療育史研究(2)—おばこ天使の集団就職そ

第9章 考察

の1-」『埼玉大学紀要教育学部』60, 27-34.

細渕富夫・飯塚希世 (2011b) 「重症心身障害児の療育史研究(3)ーおばこ天使の集団就職そ

の2-」『埼玉大学紀要教育学部』60, 29-43.

細渕富夫・児嶋芳郎 (2013) 「重症心身障害児の終末期医療とグリーフケアをめぐって」『発達障害研究』35(2), 143-151.

I

今村都南雄 (2006) 『官庁セクショナリズム』東京大学出版会.

糸賀一雄 (1958) 「療護クラス『杉の子』ーノイローゼ、アテトーゼ、テンカンの子らー」『精薄児の実態と課題』関書院.

糸賀一雄 (1965) 『この子らを世の光に 自伝・近江学園二十年の願い』柏樹社.

糸賀一雄 (1968) 『福祉の思想』日本放送出版協会.

糸賀一雄著作集刊行会編 (1982a) 『糸賀一雄著作集Ⅰ』日本放送出版会.

糸賀一雄著作集刊行会編 (1982b) 『糸賀一雄著作集Ⅱ』日本放送出版会.

糸賀一雄著作集刊行会編 (1983) 『糸賀一雄著作集Ⅲ』日本放送出版会.

伊藤隆 (1983) 『近衛新体制 大政翼賛会への道』中公新書.

石橋俊一 (1965) 「重症心身障害児(者)対策の理解のために(その1)」『両親の集い』114, 14-7.

石橋俊一 (1983) 「守る会運動のあゆみ」『この子たちは生きている』ぶどう社, 216-228.

岩村忍 (1972) 『歴史とは何か』中公新書.

岩永公成 (2002) 「占領初期の PHW の児童福祉政策構想--厚生省児童局の設置過程を通して」『社会福祉学』42(2), 1-10.

岩崎正洋編 (2012) 『政策過程の理論分析』三和書籍.

岩田正美 (1995) 「社会福祉における政策と「問題」量・分布の測定: 全国消費実態調査のデータ分析(2)」『人文学報社会福祉学』11, 87-114.

J

児童福祉法研究会編 (1978) 『児童福祉法成立資料集成上巻』ドメス出版.

Johnson C. (1982) *MITI and Japanese Miracle: The Growth of Industrial Policy*

1925-1975. Stanford University Press. (= 矢野俊比古監訳 (1982) 『通産省と日本の奇蹟』TBS ブリタニカ.

人口問題審議会 (1962) 『人口資質向上対策に関する決議 (昭和 37 年 7 月 12 日)』人口問題審議会. <http://www.ipss.go.jp/history/shingikai/data/PDFY09120303.pdf>

K

上林靖子 (1973) 「重症心身障害」川上武・岡上和雄 編『福祉の医学』一粒社, 193-254.

笠京子 (1988a) 「政策決定過程における「前決定」概念 1」『法学論叢』123(4) 48-71.

- 笠京子 (1988b) 「政策決定過程における「前決定」概念 2」『法学論叢』124(1)91-124.
- 経済企画庁 (1956) 『昭和 31 年度経済白書』経済企画庁.
- Kingdon W. (2011) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Pearson Education. (=笠京子訳 (2017) 『アジェンダ・選択肢・公共政策』勁草書房.)
- 北浦雅子 (1966) 『悲しみと愛と救いと 重症心身障害児を持つ母の記録』佼成出版社.
- 北浦雅子 (2003) 「重症心身障害児の父『小林提樹先生』」『愛はすべてをおおう 小林提樹と島田療育園の誕生』中央法規, 83-91.
- 北村二郎 (1958) 「国立精神薄弱児施設 (秩父学園)」について『厚生広報』10-9,5-6.
- 小林提樹 (1956) 「収容所設立並びに運営上の基本要領—K 氏の案—」『日赤両親の集い』10,20-22
- 小林提樹 (院下広) (1957) 「重症欠陥児の対策懇談会」『両親の集い』23,26-30.
- 小林提樹 (院下広) (1958a) 「重症心身障害児を救おう」『両親の集い』31,26-31.
- 小林提樹 (1958b) 『重症心身障害児とその処遇について』日本心身障害児協会.
- 小林提樹 (1961) 「重症心身障害児の社会的問題」『看護技術』7(4), 28-32.
- 小林提樹 (1962a) 「重症心身障害児対策促進について」『両親の集い』77,6-8.
- 小林提樹 (木村美平) (1962b) 「重症心身障害児とは (1)」『両親の集い』81,13-8.
- 小林提樹 (1968) 「重症心身障害児問題」『小児の精神と神経』8(2), 13-19
- 小林提樹 (1971a) 「いわゆる『動く重障児』の問題」『教育と医学』19(1),41-54.
- 小林提樹(1971b) 「秋田おばこの集団就職をめぐって」『島田療育園のあゆみ No.5』島田療育園,78-118.
- 小林提樹 (1971c) 「重症心身障害児 (者) の問題点—リハビリテーションの立場から—」『第 18 回日本医学会総会会誌』802-805.
- 小林提樹 (1972) 「生命科学とは何か—心身障害児・者問題の立場から—」『理想』482, 51-56.
- 小林提樹 (1976) 「在宅重症心身障害児療育問題の一考察—主として医療の立場から—」『重症心身障害研究会誌』1,32-41.
- 小林提樹・秋山ちえこ (1979) 「新春特別対談 重症児福祉の歩み」『両親の集い』271, 2-9.
- 小林提樹 (1983) 『来し方の記』信濃毎日新聞社, 53-120.
- 小林提樹 (1986) 「島田療育園の創世記と歩み」『25 周年記念誌』社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育園, 11-51.
- 小林提樹・岡田喜篤 (1987) 「人たり医師たり—上—」『両親の集い』375, 16-22.
- 小林提樹 (1988) 「重症心身障害児に学ぶ」『重症心身障害研究会誌』13(2), 3-11.
- 小池文英 (1974) 「世界に冠たる重症心身障害児施設—為政者、マスコミへの直言—」手足の不自由な子どもたち 178,1-4.
- 国立コロニーのぞみの園田中資料センター (1982) 『わが国精神薄弱施設体系の形成過程：精神薄弱者コロニーをめぐって』心身障害者福祉協会.
- 国立療養所史研究会編 (1976) 『国立療養所史 (結核編)』厚生省医務局国立療養所課.

第9章 考察

- 厚生大臣官房企画室（1956）『昭和29年度厚生科学研究報告抄録集. 80-82.』
- 厚生大臣官房企画室（1958）『昭和32年度厚生科学研究報告抄録集.112-3.』
- 厚生省（1964）『厚生行政の課題』厚生省.
- 厚生省（1996）『厚生白書（平成8年版）』ぎょうせい.
- 厚生省（2000）『厚生白書（平成12年版）』ぎょうせい.
- 厚生省児童局（1959）『精神薄弱児施設運営要領』財団法人日本児童福祉協会.
- 厚生省児童局母子衛生課（1960）『身体障害児対策の現状と問題点（資料）』中央児童福祉審議会提出資料（寺脇隆夫編（2011）『マイクロフィルム版木村忠二郎文書資料』,柏書房）.
- 厚生省児童局編（1963）「児童福祉行政の展開」『児童福祉白書』.
- 厚生省児童家庭局編（1978）『児童福祉三十年の歩み』日本児童問題調査会.
- 厚生省社会局（1946）『厚生省に児童局を設けることについて（昭和21年11月13日）』（児童福祉法研究会編（1978）『児童福祉法成立資料集成上巻』ドメス出版,670-1に所収.
- 厚生省五十年史編集委員会編（1988）『厚生省五十年史（記述編）（資料編）』中央法規.
- 厚生省二十年史編集委員会編（1960）『厚生省二十年史』厚生問題研究会.
- 窪田好恵（2014）「重症心身障害児施設の黎明期—島田療育園の創設と法制化—」『Care Ethics』10, 73-83.
- 窪田好恵（2015）『「重症心身障害児（者）を守る会」の発足と活動の背景』『Care Ethics』11, 59-69.
- 工藤宏司（2001）『「クレイム」が立ち上がるとき』『社会構築主義のスペクトラム—パースペクティブの現在と可能性—』ナカニシヤ出版,78-96.
- 久慈直太郎（1951）『新産児の取扱いと其知識』診断と治療社.
- 久慈直太郎（1958）『未熟児の取扱いと其知識』診断と治療社.
- 黒木利克（1964a）「重症児を抱えるみなさんへ」『両親の集い』98,25-6.
- 黒木利克（1964b）「児童福祉行政の展開」『日本の児童福祉』良書普及会.
- 草野厚（2012）『政策過程分析入門（第2版）』東京大学出版会.
- 草野時治編（1983）『秋津療育園25年のあゆみ われよわくとも』財団法人秋津療育園.
- 京極高宣（2001）「この子らを世の光に—糸賀一雄の思想と生涯」日本放送出版協会.
- 京極高宣（2015）「障害福祉の父 糸賀一雄の思想と生涯」ミネルヴァ書房.

L

- Lindblom C. and Woodhouse E. (1993) *The Policy-Making Process*, 3rd ed. Prentice Hall.
(=2004, 藪野祐三・案裏明子訳『政策形成の過程 民主主義と公共性』東京大学出版会.)

M

- 牧賢一（1938）「戦時下における社会事業の転換に就て」『社会事業』26(11)
- Mansell J.(2011) *Raising our sights: services for adults with profound intellectual and*

multiple disabilities.

https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-06/Raising_our_Sights_report.pdf

松尾政雄（1960）「早期対策へのみち」『てをつなぐ』 59,18.

増島俊之（1979）「経験的行政管理論・2-プラン偏重の行政」『自治研究』 55(9), 45-67.

宮川公男（2002）『政策科学入門』 東洋経済新報社.

湊治郎・浅倉次男（1976）「進行性筋萎縮症児（者）の医療」『国立療養所史』 276-297.

宗像文彦（1958）「児童精神衛生の行政」『小児科診療』 21（11） 22-27.

森山治（2004）「東京都における保健・医療・福祉施策 重症心身障害児施策の成立過程についての考察（その1）」『人文論究』 北海道教育大学函館人文学会 73, 97-112.

森山治（2010）「戦前期における我が国の肢体不自由児政策と高木憲次の影響」『福祉図書文献研究』 9, 73-89.

森脇俊雅（2010）『政策過程』 ミネルヴァ書房.

明神もと子（2015）『どんなに障害が重くとも 1960年代島田療育園の挑戦』 大月書店.

N

中野実（1992）『現代日本の政策過程』 東京大学出版会.

仲野好雄（1956）「育成会の歩みと将来の諸問題」『手をつなぐ』 1,9-14.

仲野好雄（1959）「重症心身障害児対策委員会で話われたこと」『手をつなぐ』 35,36-7.

仲野好雄（1970）「手をつなぐ親の会の誕生」『教育と医学』 3,58-65.

中山まき子（2001）『身体をめぐる政策と個人 母子保健センター事業の研究』 勁草書房.

Nakken H. and Vlaskamp C.(2002) Joining Forces: Supporting Individuals with Profound Multiple Learning Disabilities. Tizard Learning Disability Review, 7(3) 10-15.

Nakken H. and Vlaskamp C.(2007) A Need for a Taxonomy for Profound Intellectual and Multiple Disabilities. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 4(2) 83-7.

日本赤十字社(1972)『日本赤十字社社史稿第6巻』 日本赤十字社.

西尾勝（2001）『行政学（新版）』 有斐閣.

西川春彦（1962）「重症心身障害児の援護制度促進をめぐって」『手足の不自由な子どもたち』 40,2-3.

野口悠紀夫（2010）『1940年体制（増補版）』 東洋経済出版社.

O

小田中直樹（2004）『歴史学ってなんだ？』 PHP 新書.

小川英彦（2000）「小林提樹の『療育』思想に関する研究—その1 著作年表の作成—」『岡崎女子短期大学研究紀要』 33, 101-110.

- 小川英彦（2001）「小林提樹の『療育』思想に関する研究—その2 特質の検討—」『岡崎女子短期大学研究紀要』34, 99-109.
- 小川三郎（1960）「わが国小児精神医学のあゆみ」『小児の精神と神経』1-1, 3-12.
- 岡田喜篤（1988a）「重症心身障害施設入所について」重症心身障害研究会誌13(2) 62-75.
- 岡田喜篤（1988b）「重症心身障害児とは」『小児看護』11(1), 50-54.
- 岡田喜篤（2001）「重症心身障害児の歴史」『小児看護』24(9), 1082-1089.
- 岡田喜篤（2003）「小林提樹 その業績と今日的意味」『愛はすべてをおおう 小林提樹と島田療育園の誕生』中央法規, 136-167.
- 岡田喜篤（2013）「世界唯一の重症心身障害児医療福祉の今日的意味」『日本重症心身障害学会誌』38(1), 3-9.
- 岡田喜篤監修（2015）『新版 重症心身障害療育マニュアル』医歯薬出版.
- 岡田喜篤・蒔田明嗣（2016）『重症心身障害児(者)医療福祉の誕生—その歴史と論点—』医歯薬出版.
- 小埜寺直樹（1997）「我が国における重症心身障害児問題の歴史的展開と課題」東京都立大学社会科学部研究科1996年度修士論文.
- 小埜寺直樹（1999）『『全国重症心身障害児(者)を守る会』の成立過程—小林提樹の実践であった「両親の集い」を中心に』『ソーシャルワーク研究』25(1), 62-68.
- 小埜寺直樹（2000）「重症心身障害児施設療育の制度化過程：対象としての『重症心身障害児』規定をめぐって」『社会福祉学』41(1), 151-161.
- 小埜寺直樹（2001）「昭和38年『重症心身障害児療育実施要綱』—『措置困難児問題』との関係を中心に」『社会福祉学評論』1, 15-30.
- 小埜寺直樹（2015）「海外における『重症心身障害』研究の動向：国際知的障害学会(IASSIDD)『重度重複障害研究グループ(SIRG-PIMD)』の活動から」『埼玉県立大学紀要』17, 67-73.
- 大島一良（1965）「重症心身障害児の課題」『厚生』(10) 22-24.
- 大島一良（1971）「重症心身障害の基本問題」『公衆衛生』35(11), 4-11.
- 大島一良（1998）「重症心身障害児分類—大島分類の由来—」『日本重症心身障害研究会誌』23(1), 14-19.
- 大嶽秀夫（1990）『政策過程』東京大学出版会.
- 大谷藤朗（2000）「重心研究会発足の頃と小林先生」『日本重症心身障害学会誌』25(1), 3-6.
- 大山耕輔（2013）「公共政策の歴史と理論とは何か？」大山耕輔監修『公共政策の歴史と理論』ミネルヴァ書房, 3-13.
- 小沢浩（2011）『愛することからはじめよう 小林提樹と島田療育園の歩み』大月書店.

P

Pawlyn, J. and Carnaby, S. eds. (2009) *Profound Intellectual and Multiple Disabilities*.

Nursing Complex Needs. Wiley-Blackwell. (=2011, 中川栄二・小林巖監訳『最重度知的障害および重複障害の理解と対応』診断と治療社.)

Petitpierre G., Wolf D., Dietrich S., Benz M., Adler J. (2007) Integration of Education and Care Given to Children with Profound Multiple Disabilities in Switzerland. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(2) 141-151.

R

Rachael Parry Hughes, Marcus Redley, and Howard Ring (2011) Friendship and Adults with Profound Intellectual and Multiple Disabilities and English Disability Policy. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(3) 197-206.

S

整肢療護園 (1961)『整肢療護園のあゆみ』整肢療護園.

瀬木三雄 (1944)『ドイツの健民政策と母子保護事業』北光書院.

妹尾正 (1972)「戦後問題史重度児者対策」『精神薄弱者問題白書 1972 年版』179-183.

Scheerenberger R.C.(1983) *A History of Mental Retardation*. Paul H. Brookes Publishing Co.

重田信一・吉田久一 (1977)『社会福祉の歩みと牧賢一』全国社会福祉協議会.

島田与志 (2003)「みんなのちからで 島田療育園の創立を目指して」社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター編『愛はすべてをおおう 小林提樹と島田療育園の誕生』中央法規,58-64.

清水寛 (1976)「戦後障害者福祉と発達保障ー近江学園における糸賀一雄の『発達保障』の立場に立つ福祉思想の形成ー」吉田久一編著『戦後社会福祉の展開』ドメス出版, 435-517.

新藤宗幸 (2002)『技術官僚ーその権力と病理ー』岩波新書.

新村出編 (2018)『広辞苑 (第7版)』岩波書店.

SIRG-PIMD (2006) Report on the SIRG Profound Intellectual and Multiple Disabilities(PMD) 2005-2006.

https://www.iassidd.org/uploads/legacy/images/documents/SIRGs/PMD/sirgpmc_report_iassid_june06.pdf

Spector, M. and Kitsuse, J.I. (1977) *Constructing Social Problems*. Cumming Publishing Company. (=1992, 村上直之・中河伸俊他訳『社会問題の構築』マルジュ社.)

副田義也 (2007)『内務省の社会史』東京大学出版会.

曾根翠 (2009)「海外における重症心身障害の扱いー国際知的障害学術会議 (IASSIDD) ーにおける重度重複障害 (PIMD) についてー」『日本重症心身障害学会誌』34(1), 53-6.

壮田智彦 (1983)「島田療育園の成立と重症児施設ー小林時代の光と陰ー」『同行者たち 絶望の福祉はこうしてつくられた『重症児施設』島田療育園の二十年』千書房, 183-258.

末光茂・松本好生（2016）「重症心身障害児者の支援者育成に関する事業について」『両親の集い』702,2-12.

杉野昭博（2007）『障害学 理論形成と射程』東京大学出版会.

鈴木康之・田角勝・山田美智子（1995）「超重度障害児（超重症児）の定義とその課題」『小児保健研究』54,406-10.

鈴木康之他（2008）「超重症児の判定について－スコア改訂の試み－」『日本重症心身障害学会誌』33(3),303-9.

社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター編（2003）『愛はすべてをおおう 小林提樹と島田療育園の誕生』中央法規.

社会保障制度審議会（1962）『社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度に関する勧告（昭和37年8月22日）』社会保障制度審議会.

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/7.pdf>

T

高田浩運・安田巖・五島貞次（1958）「これからの社会福祉児童福祉を語る座談会」『厚生』13(5),8-18.

高田浩運（1959）「当面する児童福祉行政の問題」『厚生広報』11-7,9-11.

高木憲次（1949）「肢体不自由児について」厚生省児童局母子衛生課・東京都衛生局編『新しい母子衛生』医学書院 175-90.

高谷清（1975）『障害者医療の思想』医療図書出版社.

高谷清（2005）『異質の光 糸賀一雄の魂と思想』大月書店.

高谷清（2011）「重症心身障害児施設の誕生－とりくんできた人たちと社会－」『重い障害を生きるということ』岩波書店, 105-144.

竹下精紀（1966）「厚生省の重障児対策について」『両親の集い』111,20-22.

竹下精紀・渥美節夫・翁九次郎・上村一・酒井寛「重症児（者）福祉のあゆみ」『両親の集い』367,2-15.

田中昌人（1974）『『重症心身障害児』に視点を当てて考える』『講座発達保障への道②夜明け前の子どもたちとともに』全国障害者問題研究会出版部, 25-194.

田波幸男編（1967）『高木憲次 人と業績』日本肢体不自由児協会.

溪内譲（1995）『現代史を学ぶ』岩波新書.

田代實（1982）「支部長会議特別講演」『両親の集い』316,4-9.

田代實他（1994）「重症児（者）対策の草創期にかかわって」『両親の集い』462,2-13.

寺脇隆夫（1978）「法律案成立過程資料、同関連資料」児童福祉法研究会編『児童福祉法成立資料集成上巻』ドメス出版,77-93.

寺脇隆夫編（1996）『続児童福祉法成立資料集成』ドメス出版.

東京都企画調整局企画調整室（1965）『重症心身障害児およびその家庭に関する実態調査報

第9章 考察

告書』東京都.

Trent J.W. (1995) *Inventing the Feeble Mind : A History of Mental Retardation in the United States*. University of California Press. (=1997, 清水貞夫・茂木俊彦・中村満紀男監訳『「精神薄弱」の誕生と変貌 (上巻) (下巻)』学苑社.

辻村泰男 (1960) 「精神薄弱時施設における『独立自活』論争の経過—戦後精薄問題史の一面—」『精神薄弱問題研究』22-28.

辻中豊 (2012) 『政治学入門』放送大学教育振興会.

V

Vlaskamp C. (1993) Developmental and Evaluation of Individual Educational Care Programs for Profoundly Multiple Handicapped Persons. *Issues in Special Education & Rehabilitation* 8(1) 45-50.

W

若松栄一 (1958) 「母子衛生のあゆみ」『公衆衛生』22-3,120-1.

Ware J. (1996) *Creating Responsive Environmental for People with Profound Learning and Multiple Disabilities*. David Fulton.

WHO (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.

Wolfensberger W. (1975) *The Origin and Nature of our Institutional Models*. Human Policy Press.

Wolferen K. (1989) *The Enigma of Japanese Power: People and Politics in a Stateless Nation*. (=1994, 篠原勝訳『日本／権力構造の謎 (上) (下)』早川書房.)

Y

山本博文 (2013) 『歴史をつかむ技法』新潮新書.

山本七平 (1983) 『「空気」の研究』文春文庫.

山本吉宣 (1990) 「政策決定論の系譜」白鳥令編『政治決定の理論』東海大学出版会,1-36.

吉田久一 (1974) 『社会事業理論の歴史』一粒社.

吉野由美子 (1993) 「わが国における肢体不自由児施設の歴史的展開 (下) —緑成会療育園の歴史を中心に—」『東京都立大学人文学報』242, 23-77.

Z

財団法人日本心身障害児協会 (1963) 『島田療育園のあゆみ No.1』財団法人日本心身障害児協会.

全国重症心身障害 (者) を守る会 (1966) 『両親の集い』118.

- 全国社会福祉協議会（1957）『昭和 32 年全国社会福祉大会資料』全国社会福祉協議会.
- 全国社会福祉協議会（1958a）『昭和 33 年全国社会福祉大会資料』全国社会福祉協議会.
- 全国社会福祉協議会（1958b）『全国社会福祉協議会昭和 33 年度事業報告書』全国社会福祉協議会（寺脇隆夫編（2011）『マイクロフィルム版木村忠二郎文書資料』, 柏書房）.
- 全国社会福祉協議会（1982）『全国社会福祉協議会三十年史』全国社会福祉協議会.
- 全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡協議会編（1992）『心身障害児者とともに「心身協」25 年のあゆみ』全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡協議会.
- 全国社会福祉協議会全国乳児福祉協議会編（2000）『乳児院 50 年のあゆみ: 全国乳児福祉協議会 50 年史』全国社会福祉協議会全国乳児福祉協議会.
- 全国乳児院協議会（1957）『第七回全国乳児院協議会要覧』全国乳児院協議会.
- 全国精神薄弱児育成会（1952）『手をつなぐ親たち 精神薄弱児をまもるために』国土社.
- 趙没名・峰島厚訳（2007）「プロイセン州 『公的肢体不自由者福祉法』同法施行令(1920 年)」『立命館産業社会論集』43(2), 127-145.
- 趙没名（2008）「戦前の高木憲次の療育論の形成における『公的肢体不自由者福祉法』の影響」『社会福祉学』49(2), 30-43.