

原 著

強度行動障害児者のケアシステムに関する研究

—— 精神薄弱者更生施設および重症心身障害児施設との関わりから ——

末光 茂¹⁾ 中島洋子²⁾ 出口隆一²⁾ 松本好生²⁾
柴田武男³⁾ 菊池達男³⁾ 江草安彦⁴⁾

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科¹⁾

旭川児童院²⁾

旭川荘いづみ寮³⁾

川崎医療福祉大学学長⁴⁾

(平成4年4月7日受理)

A Study of Care System for the Children and Adults of Developmental Disabilities with Severe Behavioral Problems. : Participation in the Rehabilitation Center for the Mentally Retarded Adults and the Hospital Home for the Severely Mentally and Physically Handicapped.

Shigeru SUEMITSU¹⁾, Yoko NAKASHIMA²⁾, Ryuichi DEGUCHI²⁾, Yoshio MATSUMOTO²⁾
Takeo SHIBATA³⁾, Tatsuo KIKUCHI³⁾ and Yasuhiko EGUSA⁴⁾

*Department of Medical Social Work Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare¹⁾*

Kurashiki, 701-01, Japan

Asahigawa-Jidoin²⁾

Okayama, 703, Japan

Asahigawaso Izumi Ryo³⁾

Okayama, 703, Japan

President Kawasaki University of Medical Welfare⁴⁾

Kurashiki, 701-01, Japan

(Accepted April. 7, 1992)

Key words : developmental disabilities with severe behavioral problems,
care system, severely mentally and physically handicapped,
mentally retarded adults, maladjustment

Abstract

The purpose of this study was to investigate the status of severe behavioral problems and care system of 172 subjects who were admitted to the residential institution for the mentally retarded adults and the hospital-home for the severely mentally and physically

handicapped in Asahigawaso, comprehensive social welfare juridical persons. Evaluation standards of the severe behavioral disabilities used were original, and the problems evaluated were self-stimulation, self-injurious behavior, aggression to others, impulsiveness, excitement, hyperactivity, perseveration, autistic tendency, periodical mood-disturbance, bizarrest, sleep disturbance, problem of eating, problem of excretion, panic, terror, and others. As a result, the high points in the behavioral items were perseveration in the residential institution for the mentally retarded adults, and self-stimulation in the hospital-home for the severely mentally and physically handicapped.

The new enterprise of the Ministry of Health and Welfare in 1992, "Special treatments for the developmental disabilities with severe behavioral problems" will make it possible for the severe behavioral disabled at home to go on to the next step within 3 years. However, it seems that everybody with the severe behavioral disabilities can not be helped in this situation. Regarding this point, it is emphasized that co-operation and a new assignment of a role between institutions for the autism, the residential institution for the mentally retarded and the hospital-home for the severely mentally and physically handicapped (especially for the so-called movable severely mentally and physically handicapped ward), and insurement of organization of the system, especially of a systematization and circulation in an area are important.

要 約

本研究は、社会福祉法人旭川荘内の精神薄弱者更生施設と重症心身障害児施設において、172名を対象に強度行動障害の実態を調査し、ケアシステムについて検討を加えた。強度行動障害の判定基準は、①自己刺激、②自傷、③他傷、④衝動性、⑤興奮、⑥多動、⑦固執、⑧自閉、⑨周期性気分変動、⑩奇異な言動、⑪気分のムラ、⑫睡眠の乱れ、⑬食事の異常、⑭排泄の障害、⑮パニック、⑯恐怖感、⑰その他の17領域について独自の評価基準を用いた。その結果、行動障害項目の中で高得点を示したのは、精神薄弱者更生施設では固執、重症児施設では自己刺激・常同反復行動であった。1992年厚生省の新規事業「強度行動障害特別処遇事業」は、在宅で最も困難な状況にある強度行動障害児者を主な対象として3年を限度にして次のステップに移行するという流れを創成するものである。ただし、これですべての強度行動障害児が、一人の落ちなく救われるということにはならないであろう。その点で関連の自閉症施設、従来の精神薄弱施設そして重症児施設（なかでもいわゆる動く重症児病棟）との連携と新たな役割分担、そしてシステム化、特に地域という面の中でのシステム化と流動性を確保することの重要性を強調した。

はじめに

強度行動障害とは、発達障害をもった人たちの環境への著しい不適応を意味し、激しい不安、興奮、混乱の状態、結果的には多動、疾走、奇声、自傷、固執、強迫、攻撃、不眠、拒食、異食、など行動上の問題が、日常生活の中で高い頻度と強度の形で出現し、現状の養育環境で

は著しく処遇困難なものをいう¹⁾²⁾。また強度行動障害の定義には石井他³⁾があるが、医学的には、自閉症児（者）、重度精神遅滞児（者）、脳損傷児（者）などが含まれるものの、必ずしも医学的診断分類によって定義される群ではなく、一群の発達障害児（者）に対して特別に配慮された療育の必要性を背景として成立した概念である。

本研究は、社会福祉法人旭川荘内の精神薄弱者更生施設および重症心身障害児施設（以下、重症児施設と略す）において、強度行動障害の実態を調査し、あわせてケアシステムについて検討を加え、報告する。

方 法

(1) 対象児者

対象児者は、旭川荘内の精神薄弱者更生施設いづみ寮在籍者99名（男81名、女18名、年齢18～61歳、平均年齢34.5歳）、重症心身障害児施設旭川児童院在院者233名中、歩行可能な73名（男43名、女30名、年齢11～50歳、平均年齢27.5歳）の計172名である。なお対象児者のうち、知能指数（IQ）35以下は、いづみ寮60名（平均年齢34歳、平均精神年齢3歳10か月）、旭川児童院73名（平均年齢28歳、平均精神年齢1歳1か月）の計133名であった。

(2) 手 続 き

強度行動障害の判定基準について飯田他²⁾は、行動障害18種類を①自傷、②他傷（粗暴を含む）、③こだわり（固執・収集）、④ものこわし（破衣）、⑤睡眠（不眠・徘徊）、⑥食事（偏食・拒食・異食）、⑦排便関係（便秘）、⑧騒がしさ（大声・喧噪）、⑨多動（飛び出し）の9領域にまとめ、表1の判定基準を設けている。

本研究の強度行動障害に関しては、この飯田他²⁾の基準をもとに、自己刺激・常同反復行動、周期性気分変調（そう・うつ）、奇異な行動、気分のムラ・予測不能性、その他（性的問題行動が激しい、医療を全く拒否、服薬も全くうけつけないなど）の5項目を加え、かつ評価基準を細分化した独自のものを用いた。

強度行動障害の基準は、程度と頻度に分け、程度について「特に激しい」5点、「激しい」3点、「軽い」1点とし、頻度については「毎日いつも」4点、「週に数回」3点、「月に数回」2点、「年に数回」1点とし、程度と頻度をそれぞれを乗じた得点で強度行動障害の数量化を試みた。すなわち、特に激しい程度（5点）で毎日いつもの頻度（4点）の場合は20点（5点×4点）、特に激しい程度（5点）で週に数回（3点）の場合は15点（5点×3点）となる。その結果、20、15、12、10、9点に該当するものを強度行動障害、あるいはそれに近接するものと考え、それらをもとに20、15、12点をA群、10点をB群、9点をC群とし、他はこの範囲から除外した（表2）。

表1 強度行動障害の判定基準表（飯田，1990）

行 動 障 害 の 内 容	1 点	3 点	5 点
1. ひ ど い 自 傷	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日中
2. 強 い 他 傷	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
3. 激 し い こ だ わ り	週に1, 2回	一日に1, 2回	一日に何度も
4. 激 し い も の こ わ し	月に1, 2回	週に1, 2回	一日に何度も
5. 睡 眠 の 大 き な 乱 れ	月に1, 2回	週に1, 2回	ほ ぼ 毎 日
6. 食 事 関 係 の 強 い 障 害	週に1, 2回	ほ ぼ 毎 日	ほ ぼ 毎 食
7. 排 泄 関 係 の 強 い 障 害	月に1, 2回	週に1, 2回	ほ ぼ 毎 日
8. 激 し い 多 動	月に1, 2回	週に1, 2回	ほ ぼ 毎 日
9. 著 し い 騒 が し さ	ほぼ毎日	一日中	絶え間なく
10. パニックがひどく指導困難			あ れ ば
11. 粗暴で恐怖感を与え指導困難			あ れ ば

結果および考察

(1) 旭川荘内の精神薄弱者更生施設および重症児施設における強度行動障害の実態調査結果

旭川荘内の精神薄弱者更生施設における強度行動障害の年齢分布は、18～20歳5名（5%）、21～30歳30名（30%）、31～40歳45名（45%）、41歳以上19名（20%）であった。重症児施設における年齢分布は、11～20歳14名（19%）、21～30歳35名（48%）、31～40歳21名（29%）、41歳以上3名（4%）であった。男女比は、精神薄弱者更生施設で男81名（82%）、女18名（18%）、重症児施設で男43名（59%）、女30名（41%）、全体で男124名（72%）、女48名（28%）であった。IQ分布は35以下のうち、表2の10点以上の得点を示す者が、精神薄弱更生施設では60名中33名おり、IQ0～20は、14名（42%）、IQ21～35は19名（58%）であった。重症児施設では、IQ35以下が、表2の10点以上の得点を示す者は73名中56名おり、全員がIQ0～20であった。

表2 本研究において使用した強度行動障害の判定基準表

A群（20点，15点，12点）

B群（10点）

C群（9点）

程 度 頻 度	特に 激しい 5点	激しい 3点	軽 い 1点
毎 日 い つ も 4点	20点	12点	4点
週 に 数 回 3点	15点	9点	3点
月 に 数 回 2点	10点	6点	2点
年 に 数 回 1点	5点	3点	1点

図1は、全対象者で行動障害種別頻度A、B、C群に属するものの行動障害種別項目数を示した。A群のうち頻度の高いものは、自己刺激・常同反復行動、固執、排泄に関するものが最も多く、次いで多動・徘徊、孤立・自閉などの順となっている。

図2は精神薄弱者更生施設99名中、A、B、C群に該当する25名の行動障害項目である。A群にある行動障害で最も多いのは固執であり、その他、興奮・奇声、食事の異常などとなっている。

図3は、重症児施設で歩行可能な73名中、A、B、C群に該当する49名の行動障害項目である。A群にある行動障害で最も多いのは自己刺激・常同反復行動であり、次いで排泄に関するもの、多動などの順となっており、精神薄弱者更生施設における行動障害の内容と異なっている。

図4は、精神薄弱者更生施設、重症児施設における強度行動障害児者の中でさらにIQ35以下の対象者の言語・コミュニケーション能力の分布を示している。表現については、精神薄弱者更生施設では意思表示がまったくない人はおらず、意味はわからないが声や身振りで表現するが39%、意図した身振りやサインで表現する12%、単語で表現する9%、2語文で表現する24%、文章で表現する16%である。重症児施設では全体に精神薄弱者更生施設より表現能力が未熟であり、声や身振りで表現するが46%と最も多く、次いで意図した身振りやサインで表現する24%、単語で表現する14%、2語文で表現する6%、文章で表現する2%であり、意思表示がまったくないも8%を占めている。

理解についても同様である。精神薄弱者更生施設では何らかの方法で働きかけると多少は理解するが33%、簡単な言葉や身振りなどを理解する42%、日常会話を理解する25%である。重症児施設では、どんな方法で働きかけてもまったくわからないが25%、何らかの方法で働きかけると多少は理解する39%、簡単な言葉や身振りなどを理解する32%、日常会話を理解する4%である。重症児施設では、どんな方法で働きかけてもまったくわからない人がみられるが、精神薄弱者更生施設では該当者がいない。

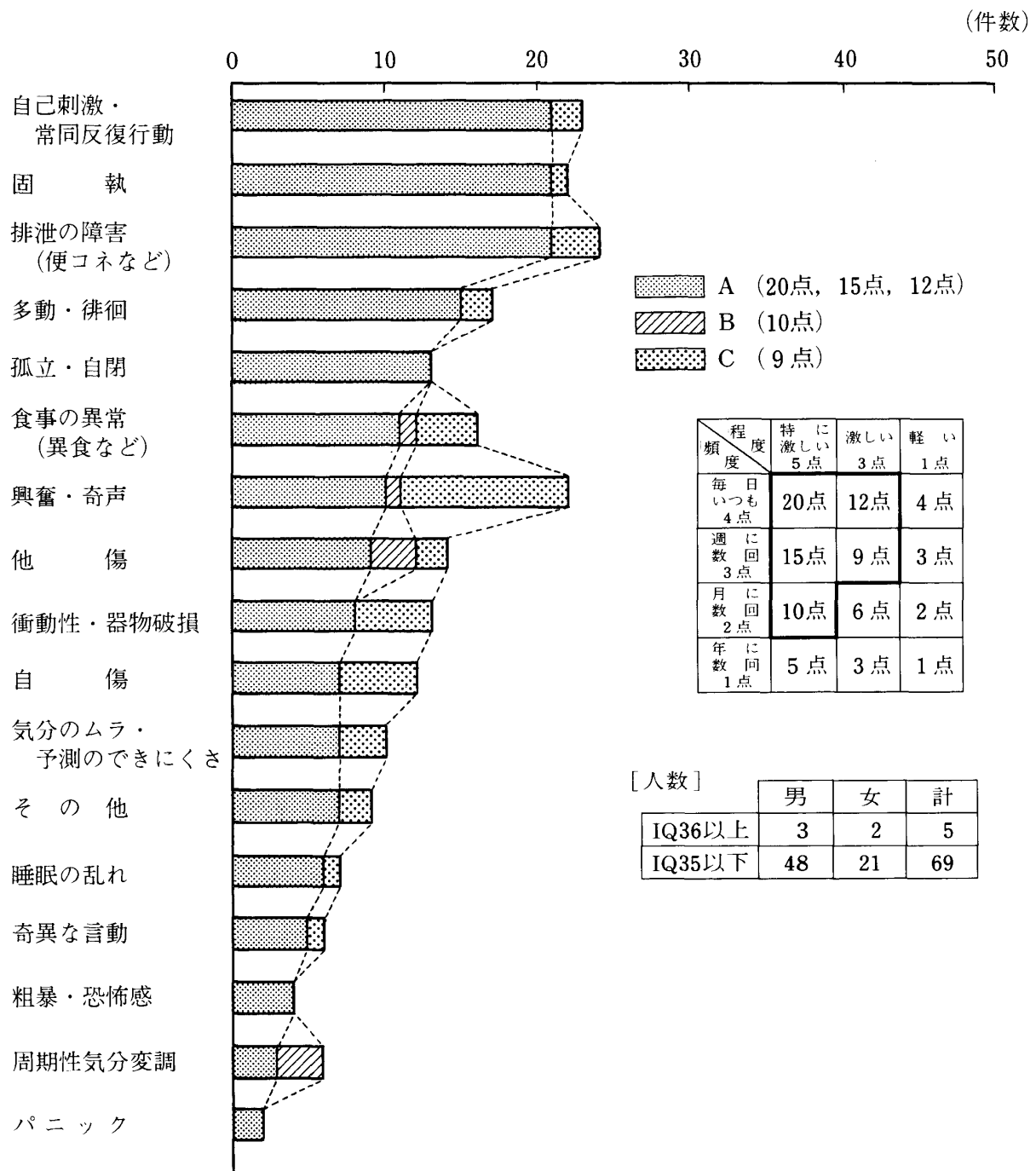


図1 全対象者でのA・B・C群の行動障害種別項目数

(2) 岡山県の強度行動障害児の実態

岡山中央児童相談所(中央児童相談所管内人口約90万人)に來所したケースのうち強度行動障害面での相談に関する件数は1991年1年間に25件であった。詳しくは、厚生省心身障害研究報告書⁴⁾に報告したが、主な点をあげると、強度行動障害の年齢分布は、0～10歳5名(20%)、11～20歳15名(60%)、21～30歳4名(16%)、

31歳以上1名(4%)であった。男女比は、男19名(76%)、女6名(24%)であった。IQ分布は0～20が17名(68%)と最も多く、次いで21～30名が7名(28%)、31以上1名(4%)の順であり、知的に重度・最重度児者がそのほとんどを占めている。

対象者の診断名で多いのは精神薄弱に行動障害が加わった者が12名(48%)と最も多く、次

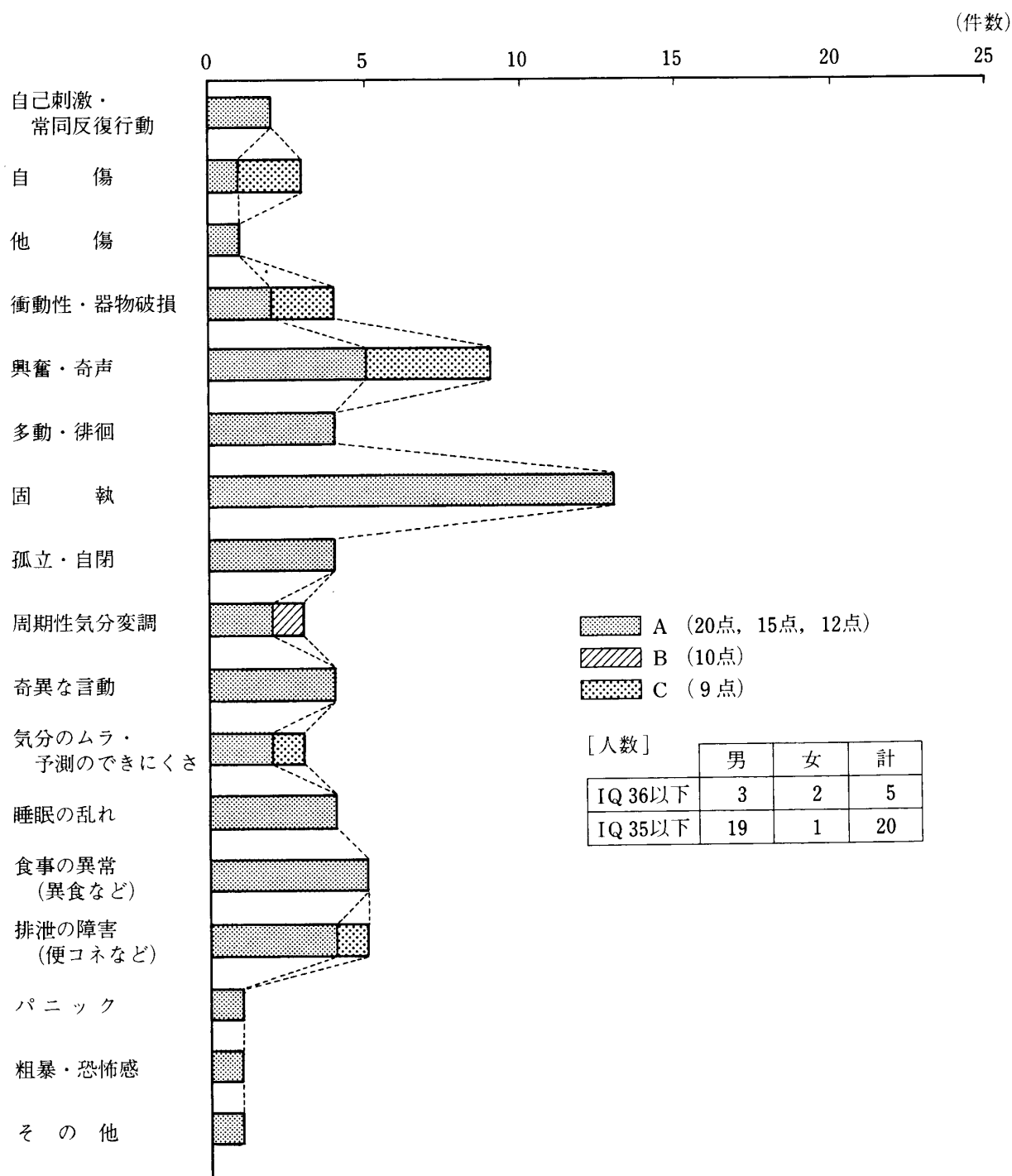


図2 精神薄弱者更生施設における行動障害種別項目数

いで脳障害に行動障害を伴ったもの9名(36%)、自閉症で重度・最重度の知能遅滞が加わったもの4名(16%)である。対象者の処遇環境は、精神薄弱者児施設と重症児施設のそれぞれ各6名(24%)であり、残り13名(52%)、つまり全体の約半数は在宅であった。強度行動障害で困

っておりながら、在宅生活を続けているケースがかなりの数にのぼっており、早急な援助対策が求められる。

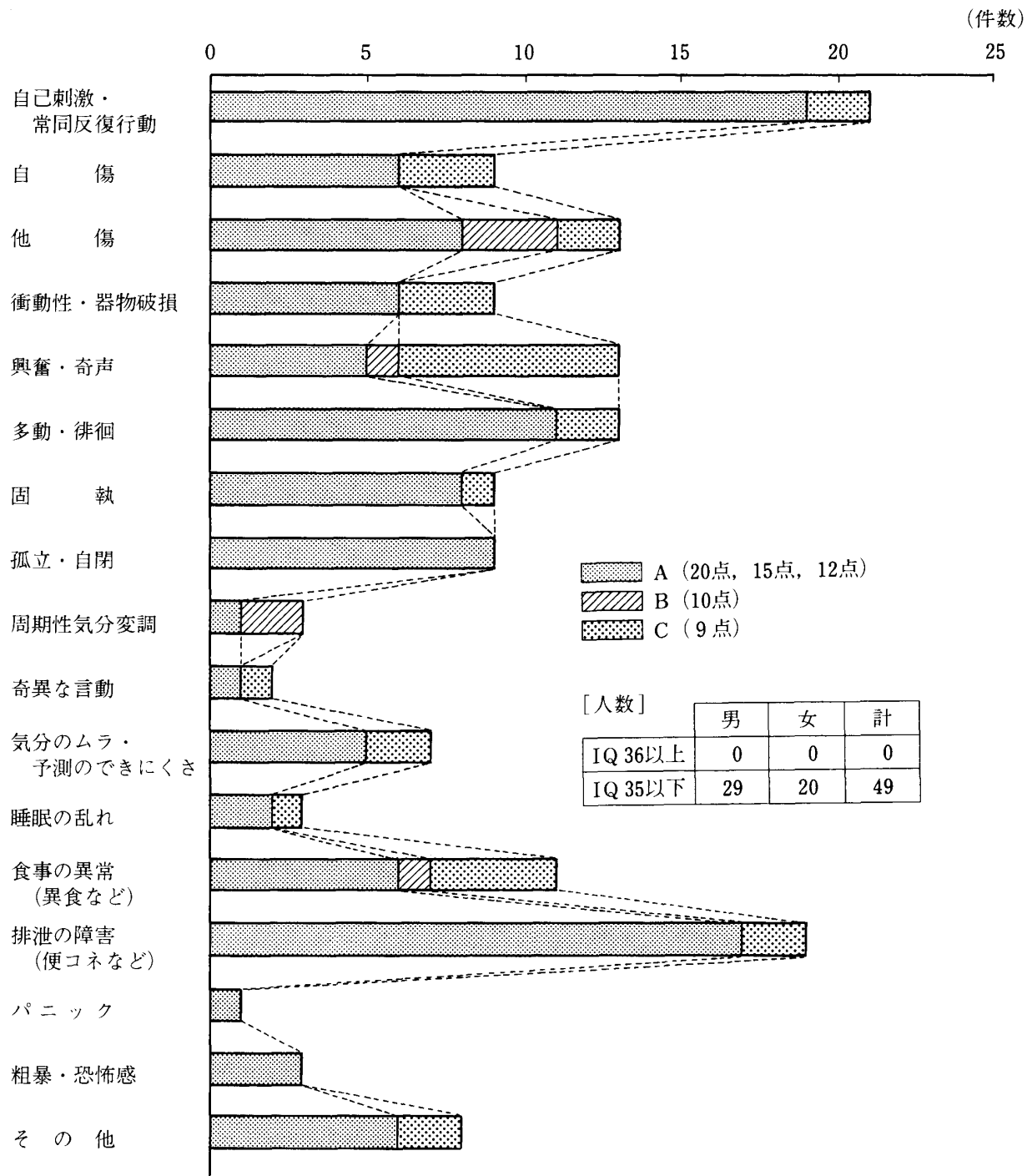


図3 重症児施設における行動障害種別項目数

(3) 重症児施設における強度行動障害の実態およびケアシステム

1) 重症児施設と動く重症児の歴史

重症児施設が法に認められる施設としてスタートした1967年当時の利用者は、次の3つのタイプであった。1つは「寝たきり重症児」、つま

り重度精神薄弱と重度肢体不自由を合併している狭義の重症心身障害児（以下、「重症児」と略す）である。2つは行動障害やてんかん発作、視聴覚障害等があり、精神薄弱施設重度棟でも受け入れ困難な知的に重度～最重度のいわゆる「動く重症児」である（これは当初、臨時的な対応として位置づけられていたが、長期化して

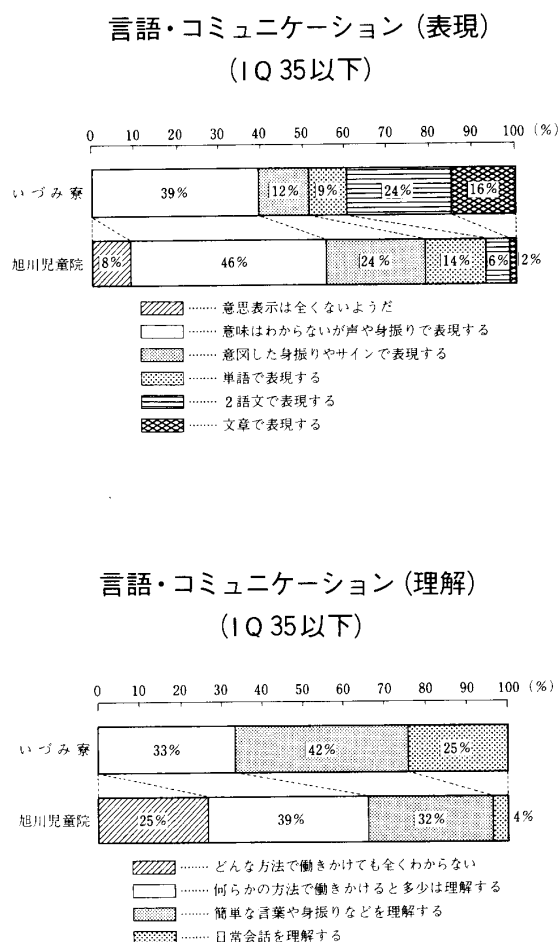


図4 IQ 35以下の対象者における言語・コミュニケーション (表現・理解) の精神薄弱者更生施設と重症児施設の比較

いる現状にある)。3つには、いわゆる社会的な理由で従来からの施設のいずれでも受け入れてもらえないでいた人たちがであり、「社会的重症児」と称された（主として、重度肢体不自由児で知的には中度の人たちが含まれた）。

重症児の定義は、知能障害と身体障害を交差させた大島の分類と文部省の研究班の障害度分類がある。動く重症児に関して、大島の分類では5、10に該当し、文部省分類では15の一部、つまり重度精神薄弱で身体障害がないか、あっても軽度であり、それに各種の顕著な異常行動やてんかん、盲、聾などが合併しているものとされる。つまり、精神薄弱であって著しい異常行動を有するもの、精神薄弱以外の精神障害で

あって著しい異常行動を有するものであり、いずれも、身体障害を伴うものを含む。異常行動の内容は、反社会的行動（暴行、器物破壊、弄火、放火、無断侵入等）が顕著、あるいは非社会的行動（不潔症、異食症、拒絶症、自傷癖等）が顕著、あるいは頻発するてんかん発作及び多動等の行動上の問題が顕著で抑制困難であり、医療ニーズの高いものとされてきた。それらを重症児施設の一部で受け入れてきたのである。

2) 重症児施設における25年間の経過

法に認められる施設としてスタートして25年を経過した重症児施設は、現在、次のような状況にあるといえよう。1つは、寝たきり重症児の中で呼吸管理や経鼻栄養を必要とし、濃厚な医療・看護を常時必要とする「超重症児」と言うべき人たちの増加である。これは重症児施設の医療・看護体制が充実してきたことと共に、総合病院の新生児集中治療室(NICU)等での長期入院が困難になったことが反映されている。

2つには、「動ける重症児」と「動く重症児」の混在と滞留化である。寝たきりか座位可能程度であった重症児が、リハビリテーションや各種の指導によって歩行可能となったいわゆる「動ける重症児」が、他施設に措置変更できず重症児施設にとどまっている。一方ではいわゆる強度行動障害をもった「動く重症児」とが混在したまま両者が長期にわたり滞留している状況がある。3つには、医療・リハビリテーションの強化、充実と地域の多様なニーズへの対応があげられる。この点は、前述した医療、看護、そしてリハビリテーションスタッフの充実や各種の訓練技法の普及とともに、在宅、地域ケアへの要請が高まる中で、重症児施設が地域の中核的な専門療育機関として積極的な役割を果たせるよう条件整備がすすんだといえよう。

これらのなかで、「動ける重症児」と「動く重症児」の混在と滞留に関する資料として、公法人立重症児施設入所者の実態報告書をふりかえてみた。重症児福祉協会による実態調査が始まった1975年から1991年までについて、寝たきり、歩行、走るの3段階に分けてその実態を比較検討してみると、「寝たきり」は1977～1980年

の64%が1991年では67%にやや増加し、歩行できる人も26%（1975～1982年）が28%（1991年）にやや増加しているのに対し、走ることができるのは10%（1975～1981年）から5%（1991年）へと半減している（図5）。これは、寝たきり、あるいは歩行可能の実数が増え、走るについては1960年代に入所した人が他施設へ、ある程度、措置変更できたものと解釈される。

例えば、旭川児童院での措置変更⁵⁾の状況をふりかえてみると以下のとおりである。25年間に旭川児童院に措置入院してきた総数は370名（再入院6名）である。これは、緊急一時や短期入院は含まず、児童相談所の措置によるものであり、再入院の6名を考慮すると実質364名が措置入院となる。これらの中で233名が現在も在院中である。退院者は137名で、退院者の内訳は死亡が最も多く約半数の67名(49%)、措置変更36名(26%)、家庭引取34名(25%)である。措置変更先は、精神薄弱児施設13名、精神薄弱者更生施設1名、精神薄弱者授産施設1名、他県の重症児施設12名、肢体不自由児施設7名、身体療護施設2名であった。精神薄弱児施設へ措置変更されたものの内9名（男4名、女5名）は1975年前後のものである。年齢は11歳6か月

から19歳で重症児施設への入所年数は1年10か月から8年3か月である。これらの措置変更前後の状況は、精神年齢1歳8か月から2歳程度であり、精神薄弱施設に措置変更された場合、重症児施設に比し、職員対児童の比率は約半分に低下するにも関わらず、新しい施設環境に十分適応可能であり、さらにはADL面の改善が顕著に認められている。特に、排泄、更衣、洗面、入浴などは顕著であり、遊び、言語・コミュニケーションについても良好な改善を示している。適切な措置変更が望まれる所以である。

3) 重症児施設に残されている動く重症児問題

前述のごとく、精神薄弱児施設等への措置変更が望まれながら、それが困難であるため、重症児施設に残留している重症児の状態は、次のとおりである。1つは、自己、そして職員のコントロールがきわめて困難であり、かつ突発的な行動や破壊的、興奮的な行動、異常興奮、自傷、他傷が顕著であり、それらの介護上の理由から精神薄弱施設の受け入れが困難な場合である。それらは主として知的に最重度、それも精神年齢が1歳6か月以下の動く重症児で占められている。2つには、てんかん発作の重積や精神医学的入院治療等、医療面でのニーズが高い場合である。

4) 厚生省「強度行動障害特別処遇事業」の概要

厚生省の1992年実施予定の新規事業「強度行動障害特別処遇事業」は、精神薄弱児施設、精神薄弱者更生施設を指定して、そこでの処遇態勢を整え、行動障害の著しいものを優先的に受け入れ、本人の行動障害の軽減と家族の生活の安定を図ろうとしている。

その主な事業内容は、①精神薄弱者更生相談所または児童相談所が「強度行動障害」と判定したもののうち、この事業の対象にふさわしいものが措置決定される。②児童福祉法による精神薄弱児施設、あるいは精神薄弱者福祉法による精神薄弱者更生施設のいずれかの施設を実施施設として事業の実施者が選択して行われる。③特別処遇事業実施場所の構造および設備は、

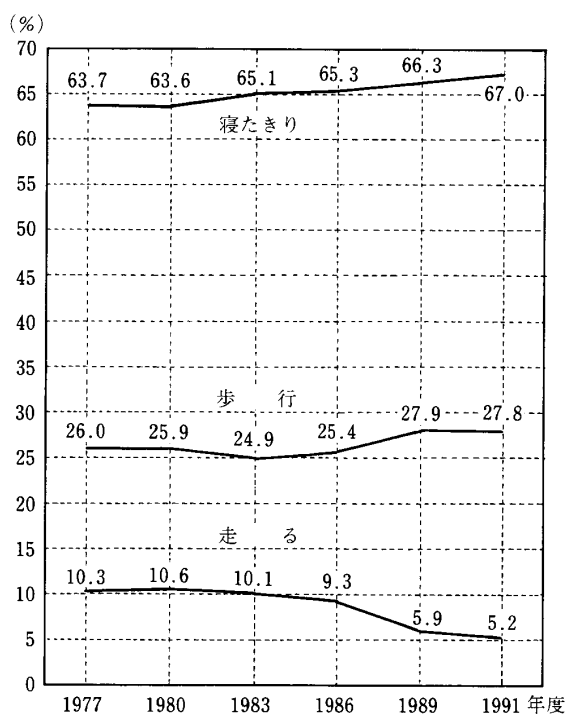


図5 移動可動能力の年度別推移

保護室、観察室、行動改善特別室および各種機能訓練、療法、行動分析等が可能な施設・設備が整備されたものである。④1施設における対象者の受け入れ定員は1施設あたり4名程度である。⑤職員は主任指導員1名および指導員1名の2名のほかに精神科医（嘱託）、作業療法・遊戯療法等を担当する職員（嘱託）が配置される。⑥事業の実施（運営）期間（処遇期間）は3年を限度とする。

この新規事業により、在宅で最も困難な状況にある強度行動障害児者が専門施設で3年を限度にして治療教育を受け、次のステップに移行できるというシステムができあがることとなる。強度行動障害児者に対する施設処遇面での強化と専門的指導の効果への期待が寄せられている。

5) 短期入院と重症児施設

重症児施設に滞留している精神年齢1歳6か月以上の動く重症児については、本人の発達にあった施設への措置変更を積極的に取り組むべきであろう。また外来診療の中で、在宅の強度行動障害児者の家庭状況を見ると、短期間の必要に応じたきめ細かい対応への期待が大きい。デイケア、短期間のナイトケア⁶⁾については早急な整備が求められる。

もう一点は、医療面での対応についてである。とくに思春期、青年期以降の強度行動障害児者については、精神医学的なニーズを抱えているケースが少なくない。そのことに対して、治療面での対応をどこでどのような形で行うかが課題といえよう。今回の新規事業のほかに新たに医療型の強度行動障害児者施設をスタートさせるのも一つの方法であろうが、従来からある、重症児施設の中の動く重症児病棟の医療面を一層強化し、そこで柔軟な対応をすることも一つの方法であろう。

以上のような背景の中で、重症児施設とその関係者も施設の果たす役割について意識の変革をすることが求められている。寝たきり重症児は、超重症児を中心とした医療・看護ニーズの高い方向へのシフト、強化が求められている。ついで今回の強度行動障害児者問題との関わりからみると、従来からの動く重症児、それも行

動障害が顕著で医療ニーズの高い人々へのシフト、強化が求められていると考えられる。そして、それらに適切に対応するためにも、その中間にある動ける重症児についてはすみやかに適切な施設への措置変更が具体化できるように、施設関係者はもちろん保護者にも積極的な取り組みをするよう求められているといえよう。

ま と め

わが国における障害児者の地域での処遇⁷⁾やトータルケア⁸⁾の必要性、旭川荘での実践⁹⁾¹⁰⁾を背景にし、医療福祉上の課題として残された「強度行動障害児者」について施設入所者の実態について調査検討を加えた。今回の厚生省の「強度行動障害特別処遇事業」が実現することにより、重症児施設、精神薄弱施設、いづれについてもいくつかの好ましい変化がもたらされるものと期待される。まず、重症児施設から精神薄弱施設への流れが大きく促進されるものと予想される。しかし、知的に最重度で精神年齢1歳6か月以下については、行動障害が顕著な場合、従来の重症児施設に残される可能性は大きいと推測される。

また精神医学的治療に必要な強度行動障害児者への対応は、改めて重症児施設での受け入れ条件を充実する中で検討すべきであろう。短期入院治療についての対応も一層高まるものと考えられる。つまり、てんかんの重積状態や、精神医学的一時入院、肺炎などの医学的治療面でのニーズへの対応等である。

今回の厚生省の「強度行動障害特別処遇事業」は、とくに在宅で最も処遇困難な状況にある強度行動障害児者と家族にとって、大いなる福音になるものとする。特に3年を限度に期限を切り、次のステップに進んでいくという流れのある点を大いに期待すべきであろう。ただし、これですべての強度行動障害児者が、一人の落ちなく救われるというところには至りえない。その点で関連の自閉症施設、従来の精神薄弱施設そして重症児施設の中のいわゆる動く重症児病棟との連携と新たな役割分担、そしてシステム化、特に地域という面の中でのケアをシステム化するとともに、相互の連携、対象児（者）

の流動性が重要であることを強調した。

文 献

- 1) 飯田雅子, 岡野卓雄, 富沢彰雄, 松田鉄蔵, 加藤邦彦, 三島卓穂, 三浦 啓, 橋本裕樹, 渡邊 博(1989) 強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究(Ⅰ), 1988年度麒麟記念財団助成研究報告書, 1-70.
- 2) 飯田雅子, 岡野卓雄, 富沢彰雄, 松田鉄蔵, 加藤邦彦, 三島卓穂, 三浦 啓, 橋本裕樹, 渡邊 博(1990) 強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究(Ⅱ), 1989年度麒麟記念財団助成研究報告書, 1-67.
- 3) 石井哲夫, 山崎晃資, 中島洋子, 西沼啓次, 飯田雅子, 武居孝男, 奥村幸子, 山根美江子, 白石雅一, 近藤裕彦, 川相智史(1991) 強度行動障害児(者)の処遇に関する研究, 厚生省心身障害研究1990年度研究報告書, 1-100.
- 4) 末光 茂, 石堂正宏, 落合靖男, 佐々木正美, 佐藤 進, 古川宇一, 山下 勉, 渡邊映子, 中島洋子, 出口隆一(1991) 心身障害児の統合的処遇に関する研究, 1991年厚生省心身障害研究報告書, 31-76.
- 5) 浜口喜義, 安達正信, 菊池達男, 山村 健, 末光 茂, 江草安彦(1983) 重症心身障害児の退院予後調査, 旭川荘研究年報, 14(1), 47-54.
- 6) 末光 茂, 刈谷哲博(1991) 重症心身障害児(者)地域医療福祉システム構築の現状と課題, 川崎医療福祉学会誌, 1(1), 151-157.
- 7) 江草安彦, 末光 茂(1988) 日本における障害児の地域での処遇について, 児童精神医学とその近接領域, 29(6), 59-62.
- 8) 江草安彦(1990) 障害児のトータルケア, 小児神経学の進歩, 19, 137-148.
- 9) 江草安彦(1988) 福祉エリアにおける旭川荘の実践, 地域福祉と障害児者施設の役割, 厚生福祉, 3705, 2-6.
- 10) 末光 茂(1987) 社会福祉法人「旭川荘」での実践, 心身障害児・者居住施設の社会機能, 発達障害研究, 260-266.