

療方法が判明していないものがみられ、研究体制において非常なおくれがみられる状態である。

以上のような状況にかんがみ、脳性麻痺児、肢体不自由児、進行性筋萎縮症児、盲・聾啞児に関する諸問題について審議を行ない当面推進すべき事項について次のとおり結論を得たので、その実現に努められるよう要望する。

(1) 脳性麻痺等に起因する四肢・体幹・障害児の障害程度等級の認定について

身体障害児に対する障害程度等級の認定は、その福祉の措置の公平と適正を期するために、きわめて重要な要素となっているが、脳性麻痺および進行性筋萎縮症に起因する肢体不自由等に対する障害程度等級の認定基準は、次の事情により実態に比して低く評価される事例が少なくないと考えられる。

すなわち、脳性麻痺に起因する肢体不自由は、大部分が単に四肢・体幹の不自由のみならず、視・聴覚障害および言語障害等を併合する複合障害として現われ、さらに四肢・体幹については、約半数が無目的な動きを伴い、一見「機能喪失」とはほど遠い印象をあたえる。

しかしながら、このようなケースのみならず、ほとんどすべての場合日常生活動作において、巧緻性、速度および耐久性に欠け、機能的には、はなはだ実用性にとぼしいのが通例である。

従って、単にある動作が「可能か不可能か」という点に主眼をおいた現行の障害程度等級認定基準では、運用の如何によっては、脳性麻痺児は、実態よりも相当下位にランクされるおそれがある。

また、進行性筋萎縮症の場合は、障害の程度が進行することにかんがみ、障害の認定時において、比較的短期間に更に重度化することが予知できるという特殊事情を有している。

このような障害の特殊性から、その障害の認定にあたり、障害児の日常生活、動作能力、作業能力等生活機能面を総合的に判断した場合相当程度の重度障害と認定すべきであるにかかわらず障害の実態よりも下位に認定されている事例が多くみられる。

このため、児童福祉の見地からも、脳性麻痺および進行性筋萎縮症に起因する障害の特殊性を十分考慮した身体障害程度等級認定基準の改定について早急に検討するよう要望する。

(2) 肢体不自由児施設の諸問題について

近年医学の進歩等により、肢体不自由児の起因疾患

4.11. 中央児童福祉審議会

緊急に実施すべき児童福祉及び母子保健施策について (46.6.10.)

〔原資料のうち、ここには身体障害児および重症児の項だけを収録した。原資料の目次等については、4.4.〕

2 身体障害児対策について

身体障害児に対する施策は、障害児の年齢、障害の種類、程度に応じたきめの細い施策を講じ、可能な限り身体的、精神的に最大限の力を発揮しうるように障害児を回復させることである。

これらの身体障害児に対する福祉の施策は、年々拡充され、早期発見、早期治療、施設への収容、在宅障害児に対する援護措置および発生原因・治療方法の研究が実施されているところである。

しかしながら、身体障害児に対する各種の福祉の施策をみると、必ずしも障害児のニーズに即した措置が十分行なわれているとはいえないので、特に要収容児に対する受入れ施設の不足のほか、幼少児および重度児の療育体制に問題が生じてきた。

さらに、これら障害の起因疾患のうち、特に脳性麻痺、進行性筋萎縮症等については、いまだ発生原因・治

の質的变化がみられ、脳性麻痺に起因するものの数が漸増の傾向にあり、肢体不自由児施設における脳性麻痺児の比率は、全体の50%を上まわるとともに、重度化による在所期間の長期化をみるにいたっている。

また、現行肢体不自由児施設の実態をみると、その大部分が、創設以来10年以上を経ており、設備・医療機器等が老朽化しており、その間における他の医療機関の設備の著しい近代化に比較してその遅れが顕著となってきた。

さらに、最近手術を必要とする肢体不自由児が相対的に減少してきていることから、肢体不自由児施設が整形外科医にとって魅力の少ないものになっている現実も否定しがたく、加えて、入所児童の幼少化、重度化により、看護婦、保母等の職員にとって、その介護は非常に困難となっている。

また、脳性麻痺に起因する肢体不自由児にとっては理学療法、作業療法および言語療法等の機能訓練が特に必要であるが、これを担当する専門職員が十分に確保されず、また、この訓練に要する費用もほとんど支給されていないという実態にある。

このほか、職員の配置定数、設備等に関する最低基準は、昭和23年制度以来ほとんど改正されておらず、現状にそぐわない面が多くみられる。

以上述べたごとく、肢体不自由児施設については、種々の点について問題がみられるので、今後さらに検討する必要があるが、当面次のような改善を図る必要がある。

第一に、設備については、入所児童の年齢、障害の種類、程度に即した施設の設備、構造および広さを有するとともに、医療機器の近代化、研究体制の整備が必要である。

第二に、職員については、特に脳性麻痺に起因する障害の場合単に肢体不自由というだけではなく、複合障害としてあらわれることから、専門職員によるチームリハビリテーションが必要であり、整形外科、小児科、精神科医等のほか、理学療法士、作業療法士、保母、児童指導員、看護婦等によるチームワークが必要である。

そのために、これら専門職員がその有する実力を最高に発揮できるための設備と処遇がなされなければならない。

また、常に進歩発展するリハビリテーション技術の修得の機会を与え、資質の向上に努める必要があり、そのためには、国内における研修はもとより、海外に

における実研修および外国の専門家の招聘等を積極的に実施する必要がある。

第三に、肢体不自由児施設最低基準については、今後さらに審議を続けることとするが、さしあたり設備の基準において、ギブス室の手術室との兼用の禁止、保母・児童指導員の定数化、施設長・医師の診療担当科について、入所児童の実態に即した改定が必要である。

第四に昭和45年1月の意見具申においても述べたところであるが、次の点について必ずしも十分ではないので、再度その実現のための努力を要望する。

ア 入所児童の重度化に伴う加算対象の拡大および加算費の大幅な引上げを図ること。

イ 脳性麻痺の診断・訓練体制の強化を図るために、脳波測定器、ハーバートタンク等医療機器の整備拡充を図ること。

ウ 児童の機能訓練の充実のために、新たに作業訓練費の支弁および児童の処遇の改善のための日用品費の引上げを図ること。

(3) 進行性筋萎縮症児対策の推進について

進行性筋萎縮症児に対する福祉の施策は、その障害が進行するという本症の特殊性から、昭和40年度以降他の肢体不自由児とは別に特別対策としてとりあげ、国立療養所に病棟を整備し、医療にあわせて生活指導および学習指導を行なうとともに、在宅児に対しては、ホームヘルパーの派遣、特別児童扶養手当の支給を行なうほか、本症の発生原因および治療方法に関する特別研究等施策の充実が図られてきたところである。

しかしながら、本症の特殊性および治療法の未確立という現実があるとしても、収容病床数、療育内容について、さらに充実強化を図る必要がある。

ア 施設の整備

進行性筋萎縮症児の収容施設については、国立療養所に年々計画的に整備が進められているところであるが、未だ要収容対象数に対して十分とはいえないので、整備の促進を図り、これら児童の収容体制の充実を期す必要がある。

イ 療育体制の充実

進行性筋萎縮症児に対する療育は、本症の治療方法が解明されておらず、その症状の進行を阻止することは現代医学をもってしても困難な状況にあるので、自己の将来に深い憂慮を抱く児童に対する療育にあたっては、医学的のみならず、社会的、教育的、心理的な面の配慮が必要である。

さらに、義務教育を終了した児童に対しては、高度の教育が受けられる機会を与える方法を講ずるとともに社会参加への意欲をもたせるような指導訓練を行なうよう配慮しなければならない。

施設における療育については、このように医学的管理の下にこれら児童が個々に有する現存能力を可能な限り発揮できるような生活の場が与えられ、また、意義のある豊かで生きがいのある生活をおくれるよう、教育、レクリエーション、生活指導の充実が図られる必要がある。さらに、このことは、収容児のみならず、在宅の児童についても同様であり、このため、在宅療育の体制の一層の強化を要望する。

ウ 研究体制の強化

進行性筋萎縮症児に対する援護の施策が他の障害児対策に比して遅れがみられるのは、本症の発生原因及び治療方法について、いまだ、明らかでなく、施設に収容されても、その進行を遅滞させる程度の療法しかないというためであると考えられる。

このために、本症対策の推進を図るためには、その発生原因および治療方法の究明が必要であり、そのための特別研究体制の充実、強化が今後とも図られる必要がある。

(4) 盲・聾啞児対策の推進について

ア 早期対策の強化について

(ア) 早期療育の必要性

盲・聾啞児に対する指導の目標は、その障害児自身が自ら身体的欠陥を克服して社会適応性を養い、将来健全な社会の一員となるように育成していくことである。

そのため盲児（強度の弱視を含む。）に対しては、日常生活への適応能力を伸ばすために、生活適応訓練や感覚訓練等を、また、聾啞児（強度の難聴児を含む。）についても、大部分のものが残存聴力を有しているのを、これを最大限に活用し、音に対する弁別力を高めるためのいわゆる聴能訓練と、同時に、ことばの発達を促進するための言語訓練等を行なう必要があるが、これらの訓練は幼児期においてとくに効果的であり、かつ調和のとれた心身の発達を促進するためにも早期から、すなわち、零歳から5～6歳までの乳幼児期に指導を行なうことが肝要である。

(イ) 早期発見の方法

盲・聾啞児は、母親が注意し異常に気付いて受

診すれば生後1年位までにはおよそ発見することが可能であり、おそくとも3歳位までには、大部分が診断を確定することができる。したがって乳児健康診査や3歳児健康診査の際にできるだけ発見するようにしなければならないが、乳幼児の視・聴力検査には特別の技術を要するので、早期発見をおしすすめるためには検診にあたる保健所等の医師や保健婦等に対し、専門家による研修を行なう必要がある。さらに、視・聴覚についてのある種の反応検査は新生児期に行なうことが可能であるので、産科病院にいる間にもかなりの程度までチェックすることができる。一例をあげれば新生児でも、音に対する驚愕反応が欠如していたり、自発性眼球振盪（眼球がゆれていること）がみられる場合などには、それぞれ聴覚や視覚の異常が疑われるので、これらの方法による新生児のスクリーニングテストを普及し、その結果異常があるものについては、追跡調査を行なう必要がある。

また、幼児期における視聴覚障害の発見を容易にするために、母子健康手帳の発育記録の欄に、眼球振盪の有無や話しはじめの時期のおくれを確認するための項目などを新しく設けるよう提案する。

さらに、現在保健所や指定育成医療機関等で発見された身体障害児については、各都道府県により登録管理がなされているが、現行制度の活用を図るために、その把握の方法等について、検討する必要がある。

(ウ) 早期療育の方法

心身障害児の療育、とりわけ盲・聾啞児に対する指導は、できるだけ早期に開始する必要があることは、前に述べたとおりであるが、幼児については家庭において母親等の保護者が自ら行なうホームトレーニングがきわめて重要である。これを行なわせるためには、盲・聾啞児施設における母子通所や母子入所等の方法を検討してみる必要がある。そのほか、専門家による母親等への指導を定期的実施することにより、盲・聾啞児に対し適切な育成環境づくりを図るべきである。また、盲・聾啞児に対する生活適応訓練等は、これら児童ができるだけ早く普通の社会生活の場に適応できるようにすることを目的とするところから、可能な限り普通児の中で一緒に指導すること

が効果的であり、このために施設入所児はもとより、家庭における児童についても、できるだけ普通児と接触する機会をあたえるよう配慮する必要がある。なお、補聴器は難聴幼児にとって、ことばの訓練を行なううえでも不可欠のものであるが、早期から装着できるのでこれを普及させるために、器具の小型化を図る必要がある。さらに補聴器の支給は現在、難聴についての診断が確定したものについてのみ行なわれているが、聴能訓練のとくに有効なしかも言語習得上の大事な時期を逸しないために、残存聴力の有無が不明な幼児についても診断が確定するまでの間においてできるだけひろく交付又は貸与するようにすべきである。

イ 重複障害児対策の推進について

盲・聾啞と他の心身障害を合併しているもの、とくに精神薄弱を合併しているものや、盲で、かつ、聾啞であるものに対する療育は、単独な盲ないしは聾啞のものに対する療育に比べ、その処遇の方法がきわめて困難であるが、従来のが国の盲・聾啞児対策においては、上記重複障害児に対する施策が甚だ不備な状態にあり、施策の谷間におかれ、おきざりにされている感が深い。これらの重複障害児に対しては、たとえば精神薄弱の程度により分類し、盲児施設や盲精薄児のために特別に整備された精神薄弱児施設に入所させるなど、それぞれの児童に適した場所で適切な処遇が受けられるよう、重複障害児に対する療育体系を早急に確立すべきである。すなわち、これらの重複障害児は数も比較的少なく、またその療育にあたっては、とくに専門的方法が要求されるので、盲精薄児や盲と聾啞を合併している障害児のための指導センターとしての専門施設を全国に数か所設置する必要がある。この場合既存の施設の中で先駆的に重複障害児に対する療育を実施しているところのスタッフを母体として整備すべきであるが、さしあたり、国立精神薄弱児施設の中に盲精薄棟を整備し、その処遇のあり方を検討すべきである。

さらに重複障害児の中には、中枢性および末梢性の原因による音声言語機能の障害を伴うものがあると考えられるが、その処遇のあり方および盲・聾啞児施設の諸問題については、今後、引き続き審議することとする。

3 いわゆる動く重障児対策について

心身障害児に対する福祉の措置は、それぞれの障害の様類および程度により、精神薄弱児施設、重症心身障害児施設等において、医療と保護指導が行なわれているところである。ところで、本年1月の意見具申においてとりあげた心身障害児の相互の境界上に位置するいわゆる動く重障児については、その著しい異常行動のため、既存の施設体系において保護指導することが極めて困難であり、そのため在宅のまま放置されているものも少なくない。

このような現状認識のもとに本審議会においては、前年度に引き続き、この問題を審議したが、これらの児童の典型とみられる著しい異常行動を有する児童については、次のような結論に達したので速やかにその対策を推進することを要望する。

(1) 対象児

対象児は、ア．精神薄弱であって著しい異常行動を有するもの、イ．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（いずれも身体障害を伴うものを含む。）の二つに大別される。

この異常行動は、暴行、器物破壊、弄火、放火、無断外出、無断侵入等の反社会的行動、不潔症、異食症、拒絶症、自傷癖等の非社会的行動、頻発する癲癇発作および多動等となって現われ、現行の精神薄弱児施設重度棟および重症心身障害児施設等においては、その保護指導のきわめて困難なものである。

(2) 対策

対象児の著しい異常行動は、一般に複雑なもので必ずしもその分類は容易ではないが、上記(1)の二つに分類し、それぞれの障害の種類と程度に応じて医療および保護指導が必要である。

そのための方策として、当面次のような点について、十分配慮して施策の実現を図るべきである。

ア 診断判定

対象児は、その精神障害のため著しい異常行動を有するものであるため、これら児童の処遇方針の決定に際しては、特に児童精神医学からのアプローチが必要である。

このために現行の児童相談所の診断、判定に原則として精神衛生センター（精神衛生相談所）および精神医療機関（別に指定するもの）を関与させることを考慮し、これがいわゆる動く重障児の診断・判定に十分機能するようにつとめ、さらに必要に応じ

て短期入院のうえ診断・判定もできるようにすることが極めて望ましい。

イ 施策の内容

対象児は、その著しい異常行動のため、常時児童精神医学の管理下において、手あつい療育がなされなければならないものである。主として精神薄弱であって著しい異常行動を有するものについては、精神薄弱児施設重度棟において、またこれに肢体不自由を伴うものについては、重症心身障害児施設において、特に精神医療についての機能の充実により、医療と保護指導を図るものとし、主として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については、小児精神病院において治療を行なう必要がある。又、これら対象児の処遇については、特に次の点について考慮を払う必要がある。

(ア) 保護指導

対象児の保護指導については、その障害の種類と程度に応じて医学および心理学の見地より個別のおよび集団的な生活指導を行なう必要がある。

なお、小児精神病院において治療を行なう対象児においても児童福祉の観点から特別な指導訓練の制度を確立する必要がある。

(イ) 設備の基準

対象児の医療と保護指導等については、現行以上に精神医療を手あつく行なう必要がある。このため、精神薄弱児施設棟では現行の医務室を医療法に規定する診療所とするほか、居室、プレイルームおよび屋外運動場についても相当程度の広いスペースを確保する必要がある。

(ウ) 職員

対象児の医療と保護指導については、精神科はもとより、小児科、神経科、整形外科等の医師および心理指導担当職員等の協力が得られるような体制を確立する必要がある。

また、直接保護指導を行なう職員についても、十分な配置を行ない、少なくとも重症心身障害児施設程度以上の人員の配置を考える必要がある。

なお、重症心身障害児施設においては、従来の経緯等からして、いわゆる動く重症児をも現に収容しているところであるが、当面これらを扱うことのできる福祉施設が他に著しく少ないという事情等を考慮し、この対象児の医療および保護指導の強化のために、居室、プレイルーム、テラスおよび中庭等の

相当程度広いスペースを確保する必要がある。

なお、上記の対象児が成人に達しても、必要な医療と保護指導の継続が可能なように措置すべきである。