

新潟県福祉職員協議会「会誌」

手毬

第 2 号

平成6年3月

新潟県福祉職員協議会

身体障害者とは（後編）

中央福祉相談センター
中央身体障害者更生相談所

主任・医師 萩 莊 則 幸

平成5年3月の本誌、創刊号に前編を掲載させて頂き、各方面の方々からいろいろな御意見、御講評を頂きました。私自身それまで気付かなかった勉強不足の点につき改めて整理する機会を得る事ができ誠に感謝の念にたえません。

また、福祉関係八法の改正に伴う、身体障害者福祉分野の措置権の町村移譲や新発田、長岡、六日町、上越における各相談所の整備、また新潟県内だけで約70,000人弱が所持する身体障害者手帳の交付事務の当所への移管などまさにこの1年は大きな変革の年でありました。

各地域で直接障害者の方々また、各市町村の担当の方々と多数お会いしてきた中で、ますます福祉の難しさとその重要性に対する認識を新たにしました次第です。今回は、当所の行っている業務を通して具体的な各種の制度ならびにその問題点等を考えてみたいと思います。

1 身体障害者更生相談所（身更相）について

身更相は昭和24年制定、身体障害者福祉法（身障法）第11条に規定された行政機関とされ、当初、医学的、心理学的、職能的判定を行うとされていた。また、判定に必要な診断業務を行うために、医療法上の診療所としての許可が必要とされている。昭和27、29、34年の厚生省社

会局長通知で施設、職員、職務分掌、業務の種類などが示されたが技術的指導要綱は現在に至るまで示されていない。また昭和45年8月の身体障害者福祉審議会の答申では地域リハビリテーション（C B R）推進のための能動的な役割を身更相が行うこととしている。また地域の医療、教育、職業などの各関係機関との有機的連携、ネットワークの育成のため各都道府県にリハビリテーション協議会設置の必要性について言及している。昭和53年の厚生科学研究における「身更相の業務指導指針」の中では、身更相所長の適格、専門性、医師、判定スタッフの専門性、身更相と他の社会保障制度、相談機関との関係・調整、また補装具、更生医療における判定の問題について報告がなされている。

昭和57年3月の身障福祉審議会の答申では、「今後における身障福祉を進めるための総合的方策」の中で身更相業務の役割の重要性の再認識が促されている。地域リハビリテーション・サービスの中核機関として身更相が総合リハビリテーションセンターに統合される方式が初めて示された。

昭和59年10月の身障法改正では、従来日常行ってきた業務である“専門的な相談”が法的規定として整備された。平成2年5月の総務庁行政監察による身更相

現状に対する改善意見では、医学、心理学、職能的判定に関する問題、地域リハビリテーション推進事業の低調状況等が指摘された。同年6月の社会福祉関係八法改正において、身更相の業務とし専門的技術側面を支える都道府県の中核機関として専門的判定の他に以下の新たな役割が追加された。

- ①身体障害者更生援護施設入所措置の調整
 - ②身障福祉行政推進において福祉事務所の求めに応じ専門的な技術的援助及び助言を行う
 - ③また施設に対しても技術的助言、指導を行う
 - ④福祉事務所が行う各種研修に協力する
- この法改正を受け、平成4年7月の身更相の在り方等検討会では、身更相が地域におけるリハビリテーションを推進するための技術的中核である事の再確認、施設入所等に関わる連絡調整の方法の確立、情報処理体制の確立、その他、既存事業の見直しが報告された。またこの中で、施設入所判定、補装具適合判定など将来とも身更相の専門的機能の重要な側面である判定業務から地域リハビリテーション推進事業に至るまで新たな改善策が提示されている。

全国の身更相の設置形態をみてもその7割以上が各都道府県における基幹的更生施設との総合型になっている。つまり身更相の運営は、機能的実質から考えると更生施設との連携なしには、ハード面ソフト面共に困難が予想される。

新潟県では新規、再交付等を含めて毎年約6,000件の身障手帳が交付されてい

る。つまり、県内の身障法第15条指定医が6,000枚の診断書を記入している。また補装具に関しても年間2,500件が交付されている。これもやはり医師の意見書が必要である。その他、施設入所時の医師の診断書、特別障害者手当、障害児福祉手当の診断書等、すべて身更相にその判定が求められている。医師の診断書に対し身更相の医師が判定を行っている現在、身更相と15条医師、身更相と医療機関（更生医療指定病院）の関係は他の相談機関に類をみない程、密接なものとなっている。また地域リハビリテーション事業においても保健・医療との関係なくしてその活動は語れない。

以上のことから今後の身更相の在り方については、その存在のアピール、啓蒙が大切な要素となってくると思われる。市町村、病院、医師、施設、ケース・ワーカー、保健婦、福祉機器関係の業者等、その対象は多岐に渡ると思われる。ここで重要な事は、やはり、情報の収集・提供及び実施体制の組織化である。また23年ぶりに改正され、平成5年11月26日可決された、障害者基本法にも盛り込まれた、都道府県、市町村障害者計画の策定に関しても身更相の関与する分野は大きいものと考えられる。

前述した、平成4年7月の身更相在り方等検討会から出された“身更相の在り方について”の報告書の委員をみると、全て、ある意味では身障福祉の先進県の方々である。つまり先進地から後進県へのメッセージであり地域間格差を狭めるための方策が述べられている。今後この措置権も持たない、ボールに包まれた身

更相が生き残るためには従来業務の枠に固執する体質から抜け出し、企画、運営能力を高め、また各地域のそれぞれのニーズに答える様に再考する時期ではないかと思われる。またその設置形態についても活動形態の実質が大きく異なる身更相を他の相談所と同一の組織に組み込む事で真のサービスの向上につながるのか大きな疑問が残る。身更相に要求されている専門的知識及び技術とは、地域の中核更生施設と一体運営される事により効率的、かつ真に確保できるものと思われる。

今後、身更相が発展するか否かは実務者側の意識と活動、また本庁をも含めた市町村の身更相への認識が大きな要因となってくる。

2 身体障害者手帳（手帳）について

総論的な事項は創刊号の注釈7）、8）で述べましたので参照して頂きたいと思います。

現在、毎年約6,000件前後の身障手帳が交付されている。新潟県の場合この手帳申請は、各地域の身障法15条指定医が作成した診断書を身更相の医師が全て審査している。この方式の利点としては専門の医師が専門的知識で診断書より客観的に等級を公正に決定できる。しかし、そのための経由機関が多く申請から交付までの時間が掛かり過ぎる欠点がある。今年度から手帳交付の事務が身更相に移管されたが全国的には4か所の身更相が行っているに過ぎない。この本来業務でない手帳交付の事務が身更相に移管された事により多少、交付までの期間が短縮された。

身障法15条指定を受けるための研修活

動が行われていない現在、15条指定医の医師は、診断書の持つ意義すら把握できない状況である。その事により臨床の現場で多忙を極める医師にとって、診断書作成業務は、関心を持てる対象にはなっていない。その結果、不備な診断書が多くなり、専門の判定医が審査しても正確な等級を判定できないケースが増加している。今後、身障福祉の基礎となる身障手帳の交付事務は、高齢化社会を迎えるにつれてますます膨大なものとなってくる。この交付事務をより迅速に行うには各福祉事務所、地域福祉センターで判定される事も一つの手段である。しかしそのためには、正確で公平な判定が行える診断書が不可欠である。そので15条指定を受けようとする医師に対し研修、啓蒙活動を行い、身障福祉行政を理解してもらう必要がある。またすでに15条指定を受けている医師に対しても定期的に情報提供の必要がある。福祉を医師に、いかに興味、関心を抱かせるかが今後の福祉の発展、また医療・保健との連携において大切である。

3 補装具について

創刊号の注釈9）も参考にして頂きたいと思います。

身更相の判定業務でこの補装具の判定制度が一番、困難、複雑である。身障手帳が交付されると同時に補装具の申請がなされるケースがほとんどである。つまり、補装具給付を受けるために身障手帳交付を受ける方が多い。

特に平成5年5月6日「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」（福祉用具法）が公布され10月1日に施

行われてからこの補装具に関する情報のニーズが膨大なものになってきている。また、同じ平成5年10月より政府管掌健康保険による在宅介護支援事業で車イス、特殊ベッド、歩行器等のいわゆる介護機器のレンタル事業も開始された。この他にも福祉用具の支給制度は以前から社会保障体系に広範囲に含まれており、その支給体系、委任形態、補助率が各々異なっている。そのため、現場の支給側（医師、業者、市町村、社会保険事務所）と受給側での混乱が大きくなっている。

以前からの支給体系は、

- ①社会福祉制度として、身体障害者福祉法及び児童福祉法がある。これらの支給体系、基準指定品目、基準価格がこれ以降の他の制度の基盤となっている。
- ②労働災害補償制度として労働者災害補償保険法があり療養の給付としての治療材料及び労働福祉事業としての補装具の支給を行う。
- ③医療保険制度として健康保険各法があり、療養の付として行われる治療材料の中に治療用装具が認められている。
- ④年金保険制度として厚生年金保険法があり福祉サービスとして義肢、装具、車イス、補聴器等が限定され支給される。
- ⑤公的扶助としての生活保護法で医療扶助の対象となる治療材料として義肢、装具等の特定品目が指定されている。
- ⑥国家補償として戦傷病者特別援護法において身障福祉制度に準じた補装具支給体系が整備されている。

これら種々の支給制度が混在しているが、大きな相違点は社会保険等における

支給制度の財源が保険料であるのに対し、社会福祉制度による支給は一般会計予算である点でそのため支給体系が全く異なっている。

現在、介護用品ショップ等、福祉用具、福祉機器を扱う業者が急激に増加している。それに伴い、用語の定義も問題となってきた。まず身障法で40年以上使用されてきた補装具という用語が今回の福祉用具法の中では福祉用具という用語の範疇に含められた。またその定義として、“福祉用具とは、心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障のある老人又は身体障害者の日常生活上の便宜を図るための用具、機能訓練のための用具及び補装具をいう”とされた。

この定義では、その使用目的があくまで日常生活に限られている事である。しかし、身障法では常用、作業用という区分がなされている。またスポーツ用の補装具も認められている。いずれにしても障害者の方々が、各種の制度を利用できる事は、サービス向上になり障害者にとっては歓迎すべき事である。また福祉用具法の中に盛り込まれている様に市町村、都道府県が障害者に福祉用具を適切に利用できる様、情報の提供、相談、その他必要な置を計画するよう早急に望まれるところである。同時に、難解な各制度の支給体制や、各制度間で利用できる優先順位なども一般に理解しやすい様に整理される事も望まれる。

近年医療技術の高度化、ニーズの多用に伴い昭和61年秋、医療分野5職種（医療ソーシャルワーカー、言語聴覚療法士、臨床工学技士、義肢装具士、補聴

器士)と社会福祉2職種(社会福祉士、介護福祉士)の資格法制化が推進されこのうちの義肢装具士と臨床工学技士、社会福祉2職種の身分法が第108国会で成立した。

平成4年4月1日より義肢装具士の資格を持たない者が義肢装具の採型・適合を行うことができなくなった。この分野は特に技術改革、進歩が著しく資格制度の導入によりある程度供給側の質を保てる事ができる。問題は補装具給付の中の双壁である車イスと補聴器である。身障法単独で車イスは年間約1,000件、補聴器は約800件前後、毎年交付されている。

身更相業務としての適合判定は基本的に一人一人に対し、実際の補装具が障害者に適合しているかどうか、不備はないか行わねばならない。しかし広大な新潟県で、これだけ大量の判定を実際に行うには不可能であり、逆に時間がかかりサービスの低下の原因になりかねない。全国的にも実際に全ての補装具に対し適合判定を行っている身更相は約1/4にすぎない。その結果、適合判定は書類審査のみで行われ、補装具業者と障害者の間にトラブルが増加してきている。この弊害を是正するためにも補装具給付の制度の根本的な見直しが必要である。まず、現物給付は廃止すべきである。戦後の昭和20年代の補装具製作者が皆無の時代に身更相が補装具を製作し、障害者に適合判定を行い現物を交付していた時代は、はるか昔の事である。現在は多数のメーカー、業者が盛んにアイデアを出し、日々いろいろな新技術が導入された補装具が開発されて時代である。現物給付では常に

新開発の補装具は使用できず逆に技術の停滞の原因になりかねない。よって補装具給付は各種目毎に上限額を定めた経済給付にすべきである。それにより障害者、メーカー、業者ともに技術革新の恩恵を受ける事ができる。また現在、有名無実化してきている適合判定業務が、本来のあるべき姿に近づける可能性がでてくる。

4 施設入所判定について

平成4年4月の第2次医療法改正以来出来高払い方式の一般病院における長期入院は病院の運営上、難しいものとなってきた。急性期を過ぎた患者の受け入れ先としては自宅、社会的入院が可能な定額制の療養型病床群の病院、もしくは身障施設が考えられる。中途障害者、特に新潟県では脳血管障害後遺症と外傷後遺症が主要な原因を占めているがこれらの方々が3～6か月で退院を勧められても日本式の住宅では、段差等のバリアが多すぎ、在宅生活が不可能である。バリアフリーの住宅にリフォームし、補装具を含めたテクニカル・エイドを駆使すれば在宅生活も可能になるが一部の自治体を除き、その全てを公的補助では賄えない自治体がほとんどである。その結果日本では、依然として施設の整備が身障福祉における大きなウェイトを占めてきた。

脱施設化は、社会資本が整備され、全ての面でその社会資本が円熟してこそ可能である。最低限の施設が整い、またその施設も積極的に社会に開かれている必要がある。

身障福祉における施設福祉は、まさに障害程度によるヒエラルキー制度になっ

ている。身障更生援護施設の中で最も古く、一般に身体障害者更生指導所（身更指）と称されている肢体不自由者更生施設は、全国的に昭和28年頃より設置され、医学的、社会的、職業的更生を目標にし、総合的指導を行う事とされてきている。しかし現在、医学的更生は病院においてリハビリテーション料として診療報酬請求でき、また職業的更生は労働行政の中で、各種協会が拠点施設を整備してきている現在、身更指、単独で社会のニーズに応える訓練科目の設備また専門指導員の配置は難しいものと思われる。

施設入所判定に際し、特に私の担当する医学的判定を行うにあたり、これほど存在意義のはっきりしない施設はない。

（かくいう私は昨年度まで身更指の職員であり、今年度も兼務辞令が発令されているが……）

昭和55年には全国に55か所設置されていたが平成3年には44か所に減少し、なおかつ定員1,897名に対し約6割の1,196名しか在所者がいない。施設の目的としては“肢体不自由者を入所させてその更生に必要な治療および訓練を行う”とされているが、この目的そのものを見直さなければならない時期にきている。入所希望の身障者をこの施設目的にかなう人かどうか判定せよといわれてもその人の人生設計の中でどう位置づけさせれば良いのか非常に悩む場合が多い。

昭和38年6月、設置運営要綱が定められ、昭和40年頃より各地に設置され出した重度身体障害者更生援護施設（重度更生）は、重度の障害者を収容し、必要な治療訓練を行う事とされた。身更指とは

異なり職業的更生を主要目標とはせずあくまでADL、日常生活訓練を主体とする施設である。身更指とは異なり全国的に漸増し、昭和59年には漸減してきた身更指よりその数が多くなり、平成3年現在63か所が設置されている。定員数も4,330名で利用率も85%前後である。

入所に際しての医学的判定では、ほとんど寝たきりの障害者であっても自動動作の機能が回復する可能性のある場合、入所適応となる。

施設の性格上、重度障害者の入所になるため、介護（治療、養護）と更生訓練両方のマン・パワー、施設整備が必要である。また、かなり重度の障害者でも機能向上の可能性がある場合、入所適応となると次に述べる療護施設入所の判定との相違も問題になってくる。今後、特に病院から在宅への中間的施設の役割が大きくなるため、是非、新潟県でも設置が望まれる施設である。

昭和47年に制度化された身体障害者療護施設の目的は“身体障害者であって常時の介護を必要とするものを入所させて治療および養護を行う”とされている。医学判定上、特に明確な規定がなされていない。よって私見としては第1に常時（この言葉はあいまいであるが）医学的管理（この用語がなにを指すかもあいまいである）を必要としない障害者である事。しかしここで問題は、たとえば頸髄損傷で四肢、体幹麻痺があり、かつ排尿がフォーレ、もしくは導尿、膀胱瘻、排便は摘便により行われ、また褥創があるような最重度の障害者を在宅で家族が介護している場合である。フォーレ交換、

褥創の簡単な創傷処理などすべて家族が行っていても施設としては医学的管理を要するという事で入所不相当とできるのか疑問である。また脳幹出血、梗塞などで気管切開がなされ、経管栄養、胃瘻で在宅介護されている場合も問題である。気管チューブの交換、また経管栄養のチューブ交換、その他フォーレ交換等、全て家族が行っている。意識レベルは良好に保たれていても、四肢麻痺であり、また気管切開のために発声不可能なため、意志表示も困難である。

身障者の入所判定に関しては本人の意思が一番尊重されるため意思の確認をどう行うか問題である。また上記のチューブ交換等が施設では不可能という事で入所不相当と判定できるのかどうか疑問である。大切な事は施設、職員体制など一定の基準があるにもかかわらず個々の療護施設は、入所している障害者に対する対応、職員との関係がそれぞれ微妙に異なっている。

本年度より身更相に施設入所調整という新たな業務が加わり、身障施設の整備が遅れている当県にとっては非常に、難しい調整役が回ってきた。そのため今後個々の施設入所判定に際しても、また入所調整委員会においても個々の施設の現状を十分把握し、理解する必要がある。

今後、望まれる施設体系としては、小規模で良いが医療施設を中核とした、小人数定員の小さな各種別の施設が統合された総合施設が望まれる。

急性期を過ぎ退院した障害者はまず、重度更生施設に入所、評価を十分行った上でゴール設定を行う。ADL訓練、社

会訓練を経て次に進む施設を決定する。障害程度が訓練したにもかかわらず回復しない者は療護施設へ、また訓練を行いながら働ける場合は重度授産施設へ、十分障害程度も回復し職能訓練も行えるようなら肢体不自由者更生施設へという流れが有機的に連動できる総合的施設が理想である。しかしこの施設統合化にも各種別の施設における措置費区分の相違や、その基盤調整をどう行うか問題がある。

身障者更生援護施設の入所判定で、常に疑問に思うことは、昭和60年1月22日の厚生省社会局長通知で入所の要件に従来は「精神障害者または伝染性の疾病にかかっている者であること」となっていたものが「精神障害を主たる障害としない者または伝染性疾患を有しない者であること」に改正された。それでは、従たる障害なら精神障害者も入所相当と判定しなければいけないのか、また伝染病予防法による法定伝染病、指定伝染病、届出伝染病以外の類似疾患（MRSAなど）の取扱いはどう解釈すれば良いのか分からない。

また職能判定は、何をどう判定するのか疑問である。千葉の幕張にその威容を構える日本障害雇用促進協会の障害者職業総合センターがある。これは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年）の規定に基づいて、国立職業リハビリテーションセンター等をはじめとする関係施設の中核として職業リハビリテーションセンターに関する調査・研究、技術情報の提供、専門職員の養成、研修などを通して、全国47か所の地域障害者職業リハビリテーションサービスの全体的

な質的向上を目的とする施設として運営されている。

これら地域障害者職業リハビリテーションセンターでは、心身障害者に対する就職相談、職業に関する能力および適性の判定を非常に詳しく時間をかけて行っている。この職業センターにおける障害者の判定と身更相が更生施設入所に際して行う職能判定との連携は将来特に望まれる。

心理判定で思う事は、脳血管障害後遺症、外傷後遺症の障害者などの中途障害者は、それまで健康に過ごしてきた人々である。それがある日を境に、それまで培ってきた人生の経験が生かされない。無になる日を迎えた方々である。入所判定の前に大切な事は、この障害を契機に引き起こされた「変化」をどう本人が受けとめているか、また、いまだに受けとめられないままなのか。また受けとめていたとしてもその受けとめ方も問題になってくる。肯定的に受容しているとしても、医学的なリハビリ訓練は終了しているにもかかわらず、莫大なエネルギーを医学的な治療にのみ向けていないかどうか。職業的更生、復帰を最終目的にするにせよ、基本的な社会性が障害によって引き起こされた失語症、高次脳機能障害により知的レベルまで低く評価されていないか。本人の意志の尊重、確認が正確に行われているかどうか、考慮が必要な点が多い。素人の私がみてもこの分野の判定が困難な障害者が数多くいると感じている。

あちこち脱線しながら日々の業務で思うままに書き綴らせて頂きましたが、我々

(健常者?)が障害を持つ方に接していく際、一番大切な事は、常にリハビリ(広い意味で、福祉をも包括した)・マインドを持ち接していく事ではなかろうかと考えている今日この頃です。

最後に、創刊号に前編を掲載させて頂き、その物語の続編にしようかと思いましたが、しかし、最近ある頸髄損傷の、四肢麻痺の方が力強く在宅生活で生きている生活に接しまして、いかにこれまでの自分の知識が浅薄なものか気付かされました。そのため続編がこういう型になりました事をご諒承下さい。