

## 障害者とその家族の高齢化に対する社会保障

——障害者の自立支援と介護保険にみるケアマネージメントシステムの矛盾——

### 齊場三十四

#### はじめに

戦後50年経過して、社会福祉基礎構造改革の中間報告も明確になってきた。介護保険優先といわれ、老人福祉と身体障害者福祉の一部が影響を受けることが明らかになった。自立性と要介護度という相反する概念の統合化と自己選択性と自己決定権の実行と自己責任を問われる社会への転換の中で、障害者への支援の仕組みも変革される。障害者支援のあり方の方向性の一つであるソーシャルワーク活動を中心に考察してみたい。

#### I 諸外国にみる障害者の自立・自己決定概念

##### 1 米 国

米国のパークレーで自立生活センターの活動が始まったのは1972年である。自立生活へのチャレンジ(障害者自立生活問題研究会編)を参照すると①障害者に何が必要か及びどう満たせばよいかは障害者自身が一番よく知っている②障害者から提供される必要なサービスについては、包括的プログラムが提供されることで一番よく満たされる③障害者はできるだけ完全に地域に統合されるべきという3点が示されている。

ここには人権・消費者(サービス利用者)主権・自助・脱医療・脱施設がキーワードになっている。根幹的サービスとして①情報提供と照会②ピアカウンセリング③自立生活技術訓練④権利擁護⑤その他の5点が設定され、障害者自身によって確保するという思想が大切にされている。

##### 2 スウェーデン

アドルフD.ラッカ著の「自立生活とパーソナル・アシスタンス(障害を補う作業を他の人に委ねる)」では、『障害者は二流であり、教育・雇用・住宅・交通・社会における政治・文化・経済生活に関して、他の市民と同等選択は困難で、日常生活の自立性を行使できずにきた。私達は、技術援助(テクノエイド)・住宅改造・パーソナル・アシスタンス援助を必要とするからである。社会には貢献できず、生きるに値しないなど「障害」はやっかいものとする否定的な感情として、当事者や家族にも社会側にも思い込まれる。このような不合理さを排斥し、自立援助は展開されるべきである』と述べている。福祉国家のスウェーデンでさえ、自立への努力は大変であることがわかる。

#### II 自己決定

##### 1 デンマークの平等と福祉

社会省の担当官からよく聞くことは、ローカル重視(各地域の問題はその地域で解決する)で、地域の福祉課題は、その県・市の行政と住民によって解決される。国民一人一人に平等のチャンスを与え、共有できる点を大切にしているとの声である。他の諸国のシステムとは異なり、全ての人に対して経済的に平等に保障しており、今まで仕事をすることが無い人も、失業している人も、社会に貢献度が低い人も全て平等に扱うことが原則となっている。福祉サービス水準を高く維持できるのは、幅広い国民理解が得られる環境が存在し、平等にサービスを提供できるシステムが機能して

いるからである。1980年以降「出来る限り長く自宅で」との基本理念が大切にされ、障害者も、自宅（慣れた環境）で生活するのが考え方の基本となっている。障害を持っている人も健常な人も、同じ位置づけで、平等に扱う努力が積み重ねられている。

## 2 自己決定概念

1998年、見学したコペンハーゲンのコミュン・ホスピタルの医師長ローゼンブルグ氏に『実際に治療に対し同意しない』『迷っている』患者に対する自己決定に関する考えを聞く機会があった。

『私達の働きかけに対して、抵抗するような意見を持つ入院患者もいる。どちらかといえば「こうしたほうがよいんだ」という明確な形となる指示的な方法も活用して動機づけをする。自己決定なのと思われるかも知れないが、本人の納得は大切にしながら、治療や訓練プログラムは提供されるべきである。絶対に役に立つ自信、実績を私達の病院チームは持っているの、動機づけも、実績と熱意によって、自分達の責務を理解させることで同意と納得が展開されている』と述べている。

わが国の自己決定のように説明によって、本人に決めさせればよいというスタンスではなく、情報提供と状況判断によって、このプログラムが一番よいのではないかという意見を実績と熱意を基礎に説得や示唆も含まれた形でアクセスしているといえる。

デンマークの社会省ゴンバア・モンク氏に意見を求めてみると『今、デンマークでは、自己決定権を尊重するという形が大切にされており、この点を基本とする点には間違いはない。しかし、自己を見失う状態や痴呆状態の時、非現実的な決定を「自己決定」だからと認め過ぎてよいのか？健康や環境に悪い、他人に被害を与えるなどマイナス面で表れてきた場合には、他人が決定の変更をしてよいのではないか？との討議が展開されている。これから先は、自己決定権で決定された内容が、その人にとってどれだけプラスになって

いるかを見て、全く間違った方向に進んでいないかという点を判断することを明確にすべきで、何か規則を決めようという意見もある現場支援では、自己決定権については、その人にとって、何がよいか常にジレンマの狭間に立ちながら、真剣な討議の上に成り立つものである』と述べている。

わが国の自己決定とか選択権の考え方とは異なっており、真剣な討議があるようである。

## III 介護保険のマネージメントシステムの疑問

### 1 マネージメント論にみる矛盾と問題点

2000年4月から、高齢者と障害者手帳所持者の約半分の人が、介護保険の給付の対象となる。介護保険の重大な欠陥として、身体機能低下に対して、リハビリテーションを受けていたり、意欲的に頑張る人については「面倒みるぞ視点」で組み立てた要介護認定を中心にする今回の保険制度では、介護給付面では、要介護認定度が下がり、利用できる給付限度額が制限され、施設からの退所が余儀なくされたり、自己で購入する福祉が増加するという矛盾が存在する。本人や家族の自立努力について支援する点も構築されなければならない。更に、加齢による心身の機能低下と障害を持って高齢域になった人とは基本的な生活の組み立てに違いがあることを理解されたい。

障害者に対しては基本法があり大切にされるべきでありながら、介護保険のケアマネージメントシステムで障害を持つ高齢者も同一化して、取り扱おうとする点はお粗末過ぎると批判せざるをえない。

特に、北欧や米国とは異なり、国民一人一人の人権意識も薄い中で、基本法体系はドイツ、要介護認定システムは米国、マネージメントシステムは、後程報告するが「日本的まあまあな文化」ともいえるシステムで構成し、しかも、わが国の文化や風土も思慮せず、契約・自己責任を問う制度になることへの不安は大きい。米国では、自己責任社会ではあるが、関連情報やレベルの高いリハビリテーションの入手も可能であり、資質の高いソーシャルワーク活動も存在し、個々性や

権利主張や擁護を明確にした法の整備も進んでいる。厳しい競争社会ではあるが、守るシステムも機能する社会である。わが国は、個々性を大切にせず、上意下達、甘え、他人に依存した『まあまあなあなあ』の社会の状況で、措置から契約社会への転換が進められていることになっている。

介護保険制度では障害者や高齢者の自己決定や選択権が明示される中で、マネジメント概念(図1)の導入と創設が行われたが、国家資格を持つ社会福祉士や医療ソーシャルワーカーを大切にすることにはならなかった。ケースマネジメント理論は、この分野の先駆的研究者である大阪府立大学の白澤氏の『ケースマネジメントの理論と実際』で見ることができるが、図1でもわかるように白澤氏がケースマネジメントとされる部分については、少なくとも精神科領域やリハビリテーション領域のワーカーが自分たちの活動領域として位置づけており、重視し、その確立を図ってきたといえる。白澤氏のケースマネジメント部分を付加することで、ソーシャルワーク活動は本来あるべき活動領域を持つことになる筈であり、新しいソーシャルワーク活動理論の拠り所ともいわれてきた。その後、ケアーマネジメントと呼ばれる具体的になった姿は、私の気持ちとかけ離

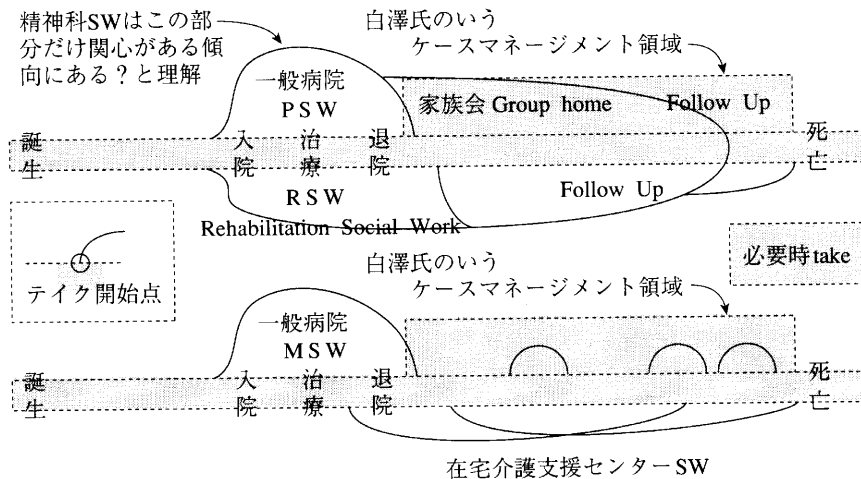
れたものになってしまったというのが正直な感想である。その原因を考えると、次の3点が曖昧に論述された点があったからではないかと感じている。

① 「ケースマネジメントをソーシャルワーク過程から特別なものとし、分離した存在であるとしていること」とした点

② 「専門職の業務の一部としてケースマネジメントを位置づけながらも、ソーシャルワーク活動の一面性のみ理解し、社会福祉援助専門職の仕事としてではなく、支援者ニーズと社会資源の結びつけの請け負いが可能であればよしとしたこと」とした誤解点

③ 「米国や加国など諸外国とは異なるわが国のソーシャルワーク活動の地盤(教育過程の不十分さ、医師教育の不十分さ、社会的理解のなさ)が整備されていない状態でのワーカーの活動把握が不十分ではなかったかと思われる点である。

この3点の曖昧さが、わが国におけるワーカー(社会福祉援助専門職)のおかれている低いレベルを更に引き下げ、ケアーマネジメントを20数職域群でよしとした道が開かれ、ソーシャルワーク活動の専門性を弾きだし「誰でもできるケースマネジメント=ケアーマネジメント」構築



ケースマネジメントとされる領域もそれぞれの領域立場からケーステイク終了までソーシャルワーカーは何らかの形で関わっているし、関わろうとしてきた。

図1 各領域のSWにおけるケースマネジメント領域の活動状況概略

の論理的背景を生み出したのではとの疑問である。

『ソーシャルワークのケースマネジメントに対する関心項の中で、誰がケースマネジメントするかは重大な問題であるが、ソーシャルワーカーが全てケースマネジメントを担っているのではなく、保健婦、看護婦、OT、PT、医師もこういった仕事に従事している。米国ではケースマネジメントの中心はソーシャルワーカーであるが、加国では、Registered Nurse (保健婦) が半数を越えており、ケースマネジメント=ソーシャルワークでない』とされている。

更に、米国では、ソーシャルワークへのケースマネジメントの位置づけに意見の対立点(図2)2点が紹介されている。基本的に(2)の立場で論理化が進められたといえる。

高齢社会到来によって、在宅介護支援センター・老人保健施設相談員などその活動の場も広がる傾向を見せ、地方自治体によっては、老人保健施設の相談員や在宅介護支援センターには「社会福祉士」の配属を求めるなど、専門性に裏付けられたケースマネジメントシステムが確立し、ソーシャルワーク活動が一定の評価を受けていくとの期待が存在した。リハビリテーション領域や精神科領域で働くワーカーは、ケースマネジメント部分にも深い関心を持ち、その専門性を確立する努力をしていた筈である。この部分の現実認識の違いによってソーシャルワーカーは「誰でもできる」的傾向を強く持つ「ケアマネージャー」

- (1) 要援護者への心理的なカウンセリング援助をすることもあり、高い能力が必要であり、精神科ソーシャルワーカーのような専門性の高い者こそがケースマネージャーとして適切であるとする立場
- (2) 対象者と適切な社会資源を連結し、カウンセリング機能は別の機関に致送することを重視する立場がある。この場合、高い専門性は求められず、学部卒で充分で、ケースマネジメントを社会福祉援助専門職の専売特許としてはとらえないと位置づける立場

図2 米国ソーシャルワーカーの意見対立点 (ケースマネジメントについて)

制度として構築される方向になったのではないだろうか？

この分野において、ソーシャルワーク活動の専門性を認めて欲しいという立場を取ってきた筆者としては、100歩譲って「ケアマネージャー」制度を認めたとしても、高齢者の終焉に向かう生活プログラムを組むという作業の重大性を知っているだけに、数日間の『簡単研修』でよしとする方向性には失望を感じざるをえない。福祉系大学で4年間ケースワークやマネジメントを学び、国家資格「社会福祉士」取得者が、純粋国家資格ではない「介護支援専門員」の研修受講の可否のための選別試験を受けるために5年間待たされる現実的矛盾はあってはならない。確かに、マネージャー数はある程度必要であるが、現場ではその資質を求めなければならない。厚生省が熱意を持って国家資格化した社会福祉士を有効に活用しなかったのは何故か？ 筆者としては疑問が残る。

## 2 マネージャーという名称

図3で示したが、マネージャーという言葉は、

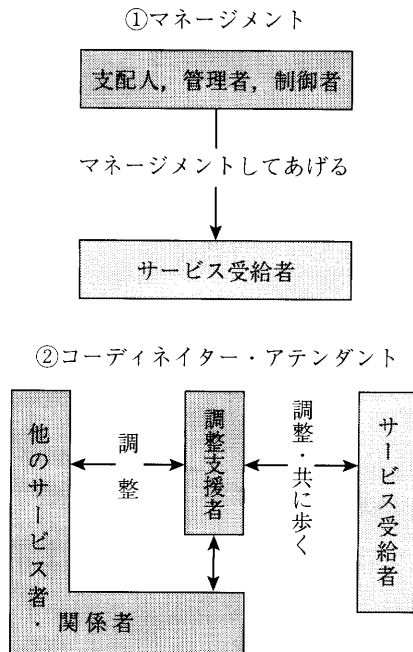


図3 言葉にみる関係イメージ

支配人・切り回し者・事業を支配する人となり、他人を制御するイメージが存在し、上下意識が無意識に認識される不安もある。

業務の一方通行性が強まり「してあげる」意識が支援内容に反映されるのではないかとの不安もある。筆者はマネージャーという名称よりもアテンドとかコーディネーターの方がよかったのではないかと思っている。外国という環境下で著述された英語直訳のケースマネジメント概念をケアマネージャーに置き換え使用することで、本来の意味から離れてはいかないだろうか？

#### IV 障害者の自己決定と相談支援

介護保険と同じく、福祉改革の中で『障害者介護等支援専門員』制度の準備が既にスタートしている。しかし、障害者支援も高齢者と同じく負担・否定的イメージが影響し、自己決定には程遠い問題を抱えた人達、車椅子使用者＝要介護の対象というイメージが強く認識され過ぎてはいないだろうか？ 高齢者ケアマネジメントでは、心的交流・相互成長するソーシャルワーク過程が弾き出され、要介護度の調査と介護プラン提供のコスト管理が主流となっている。障害者に対しても自立視点ではなく、介護概念で構築されるとすれば、自分の人生は自身で決めたいと願っている障害者の願いとは程遠いものにならないだろうか？

障害者の中では①自らが主体者であり、その自立プログラムが組めるようになるのではと考えている者②措置制度ではなく、契約制度で自らの意見を通すことができるといった点で介護保険制度も障害者施策の変革も乗り遅れないとする姿勢を持つ者③自分と介護保険又は障害者介護等専門員制度とは無関係だと思っている者④ニュースソースとして受け入れていない(入れられない)者に分けられる。手元にある資料で見ると限りでは当事者活用の方向制も強く認識されているとは思えない。

わが国でも、生活自立センターの活動やピアカウンセリングが盛んになってきているが、各地の

活動を見聞きすると、杖障害者に車椅子に乗ることを強要したり、働くより生活保護で生活をした方が楽であるとか、医療・治療スタッフに対して、治療体系に不信を露わにし、治療を拒否するなど視野の狭い体験主義によってアドバイスしている場面に出会う。わが国の貧困な医療・福祉風土を反映し、援助を求めている障害者に科学的ではない方法で、指導してしまうなど客観性に問題がある場合もある。

筆者も自ら下肢に障害を持つ当事者で、ソーシャルワーク活動を30年間続けてきた立場から、障害者だから障害者のことが全てわかるのではないことを強く指摘しておかねばならない。ピアカウンセリングを担当する障害者は、体験ではなく、専門的なカウンセリングなり、ソーシャルワークなり、その技術を修得する機会を持つべきであり、社会で活躍する障害者群を増加させる上でも、教育上の不利益は解決し、このような立場で活躍する障害者群に学ぶべき機会を整備すべきである。

バンジージャンプに車椅子に乗ったままチャレンジしたいというニーズがあった場合、①障害もあるし、自己決定とはいえ、とてもじゃないが危ないからとやめさせる立場と②君の自己決定だからと進める立場に分かれる。①は日本でよく考えられる当事者が挑戦欲求を持つことすら否定される方法であり、②の方向が当事者にとって気分もよく、この方向がピアカウンセリングでは推進される。しかし、ここで大切なことは、ロープを掛ける車椅子の溶接や強度について科学的な見方が必要であり、乗っている車椅子の溶接部分にさびや割れはないか？ 重量がかかった時安全か？ などの科学的な検討を加味し、このニーズの実現は検討することが必要であり、この部分は絶対無視してはならない視点である。

当事者による支援活動は大切であり②の方向が重視されていくことには間違いはないが、指摘したような点は必ずクリアしておくことが必要である。この点を曖昧にすると問題を顕在化、深刻化させることを認識しておきたい。

障害当事者の教育体制の整備やカウンセリング資質の向上が保証されてこそ、当事者のための当

事者支援は確立される。支援者が当事者であろうがなかろうが、障害者支援に対しては、要介護視点ではなく、個性性と自己実現を重視した自立プログラムが基本とされ、自己決定（納得）された生活プログラムを対象者とともに構成し、プログラムを提供したり、具体的な支援活動が展開できるシステムに構築できるかが問われている筈である。

自己決定は、単に本人や家族に決めさせればよいものではなく、この活動が必要な場合には、高い資質を持ったワーカーとの専門的交流の上で生み出されていかねばならない。

この部分に問題を抱える対象者への支援については、この相談支援活動（ケースマネジメントであれ、ソーシャルワーク活動であれ）には、専門的視点と知識と体験が必要である。自己選択・決定権が行使できる点に問題を抱えている人をどう支援するかが大きな課題であり、マネジメントシステムが有効に機能することが求められる筈である。

「障害者介護等支援専門員」や「ピアカウンセリング」制度の整備に関しても、自立をキーワードに能力を発揮できる環境整備が進むことが大切である。近年の高齢者支援現場では、家族の意見だけでワーカーが動く傾向が高まっており、当事者状況の情報が家族からの一方的訴えを受ける形で組み立てられ、本人把握が不充分だったり、支援担当者の思い込みでプログラムが組まれる傾向が高まっている。

家族や本人の現実吟味力や自己決定力を引き出すという妥当性の高い専門的な活動が提供されないまま処遇が組み立てられるのである。質の高いサポート活動が当事者間カウンセリングの形であれ、周辺関係者であれ、専門職であれ、自己決定権の行使について、できる限りの努力が実行できる社会構築と社会的理解が確立されることが急務であろう。

## V 後見人制度とソーシャルワーク活動

障害の重度重症化、高齢化を迎える時期に福祉

制度のサービスの内容が変化し、サービスを自己選択により購入する時代に転換しているが、このことは今日的課題として、今までにない契約社会における問題が生じてくる。

それは、自己管理・財産管理・介護プランと本人の（社会）生活権ともいえる状況とのズレの調整、家族調整、本人の生活・心のケアを専門的に、把握、分析し、常に本人の立場の視点を大切にしながら、不利益や尊厳さの侵害を点検し、法的調

第1次後見レベル	家 族	
○第1次のA 同居の二親等以内家族によるもの		相談協議決定機能
○第1次のA2 同居の二親等以外家族によるもの		
○第1次のB 遠・近住の二親等以内家族によるもの		
○第1次のB2 遠・近住の二親等以外家族によるもの		
第2次後見レベル	社会的支援後見	
○第2次のA 近所の人・民生委員など既存構築の人達の相互相談的活動		隣組的相談
○第2次のB 在宅訪問サービス者（保健婦・訪問看護婦・ヘルパー）などの関わりでの活動		
○第2次のC ピアカウンセリング、相談を専門とするSW活動（MSW/在宅介護支援センターワーカー）		福祉的後見相談対応
○第2次のD 福祉的後見人 上記の専門的相談処理などの経験を持つSWのうち、法律学、医学、障害学、老年学など必要な学を取めた後見処理が可能な専門的職域処理可能なSW（社会福祉士）の配置とその活動		
第3次後見レベル	法的後見人	
○第3次のA 司法書士など法的委託処理		協議決定
○第3次のB 弁護士による調整・訴訟的処理		

図4 後見レベル概略

整を必要とする問題や財産管理を主とする法的後見人(司法書士や弁護士)とは、異なる立場、いわゆる芝居の役者の後ろで何かと世話をする役割を担う部分の形成が必要になってきたといえる。

当然、この場合、家族によって問題が解決されることが第一義的であるが、本人の自己認識力や家族自体に問題があったり、家族親戚との関係が悪いとか、後見的役目を果たしてきた家族内のキーパーソンがその機能が果たせなくなっているとか長年の感情的ぶつかりによる争いの存在により、充分後ろ楯になれない場合も多い。まず図4で後見レベルを整理してみた。

### 1 後見レベル

後見レベルを整理(図4)してみると、この中で、第2次のC及びDの部分が手薄であることがわかる。特に、財産問題などで法的処理を必要とする程の本格的法的後見ではなく、専門的な知識を基盤とした相談や支援活動で、一人の人間として、不利益を被ることなく、生活を継続できることを目的とした福祉の後見人活動の確立が必要だといえる。後見の活動レベルは多くの段階があることを認識しておきたい。今後は、第2次のC及びD部分の活動が確立されることが特に大切だといえる。

### 2 具体的な後見活動システムの構築

現行システムでは、第2次のD部分が構築されていないために、第1次の部分で対応されることで問題なく解決できればよいが、問題を抱えている人自身の現実吟味能力と現実処理能力によって様々な問題が生ずることが考えられる。

しかも、家庭内の問題を一気に外部の問題として、第3次処理に委ねる傾向は、わが国の文化では確立されていない。高所得者群の生活者には「お抱え弁護士」などの対応はあるにしても、一般庶民においては法的に依頼し、解決を求める傾向が低いだけに、介護を必要とするレベルで、解決すべき問題が内包されると、外部処理の力が入り込み難いために解決に困難が伴うともいえる。

わが国では、一人一人あるいは一家族一家族が

自立し、民主主義が確立しているとはいいい難く、問題処理にあたる場合に、互いに甘えや見栄をベースにしながら、家族問題を処理しなくてはならない状態であり、費用支出を伴う介護プランの策定が予定されたりした場合大きな問題が投げかけられる可能性も生じているといえる。

従来、わが国では、入院中については、医療ソーシャルワーカーや老人保健施設の相談指導員、老人ホームでは施設管理的職員や生活指導員が、本人や家族から投げかけられる様々な後見的問題にも対応してきた。

このような立場での職域群の場合、法律学、民法、財産法など必要な学を修め後見処理に対応できる程の資質を必ずしも修めてはいない場合も多いが、弁護士などに相談したり、指導を受けて対応してきた。

社会福祉士が後見活動のシステムを構築し、少しずつ機能する動きが構築されているが、特別な教育課程もしくは研修制度を用意したりして、社会福祉士資格所持者の有効活用も含め今後積極的に構築されていく必要がある。

### 3 自己決定力の低下と後見制度整備の課題

高齢社会化や重度重症化が問題となる社会でありながら、自己責任性が問われる時代である。サービスを受けるにあたって、自己選択や自己決定権保護の重要性が強調されるようになってきた。本人の自己選択、決定力が低下する問題を抱えているからこそ支援が必要となる事例が増加するわけである。問題を抱えている人達が不利益を被らないようにするためには、前項で述べた後見レベルを分析し、必要となれば、本人と家族及び親類家族間などに調整役が必要となる。

高齢者や重度重症の障害者の場合、必要があれば、利用者・家族の立場の視点での支援活動(後見)が確立されない限り、どんな素晴らしいケアプランが個別的に設定されても、一方通行的であったり、押しつけ的なプランや福祉サービスが横行する危険度は非常に高いといえる。時には、悪徳福祉産業事業者によって、ささやかな収入や貯蓄、財産を狙われることも考えられる。

私の経験でいえば、一つの理念と方針の下で活動しているリハビリテーション病院におけるチームカンファレンスでさえ、本当に本人の意向が反映されているかといった視点で点検してみると、わが国のカンファレンスのやり方は、単なる症例提示、担当スタッフのみの自己満足の報告会に終わっている場合が多い。

諸外国では、治療場面に、積極的に導入されている患者（主体者）や家族のカンファレンスへの参加や意見を述べる場の設定は、わが国では、ほとんど見かけられないといった現実を考慮すれば問題は深刻で、支援現場においては、チームプレイと主体者尊重の重要性をしっかりと認識しておかねばならない。

特に高齢者に対して現行の支援システムにおいてはケアマネージャー、福祉用具プランナー、在宅介護支援センターの相談員、リフォームヘルパー、訪問看護婦、保健婦、福祉産業スタッフとしての看護婦・ヘルパーなど様々な立場から、対象者に各々アセスメントが行われ、それぞれの立場の思惑が働く形で、介護プランの立案と支援が行われ、まとまりのない支援が展開される危険性はかなり高いものと思われる。しかも、本人や家族の自己選択・決定力に問題があるとすれば、そのリスク度は更に高まることが考えられる。

このような混乱している状態を考慮に入れ、自己決定力の低下した本人や家族を守るとすれば、ここで述べてきたように、対象者の立場、視点で、物事を見つめ、問題点を整理する立場として後見人及びソーシャルワーク活動を構築することは緊急の課題であろう。

## VI 福祉用具にみる介護保険法優先の持つ意味と問題点

介護保険を身体障害者福祉法より優先するという方針によって、障害者福祉では原理・原則的に大切にしている「障害者への基本的配慮」が無視されつつある。『どんな時代やどんな法の適応になろうが、身体の障害に合わせた福祉用具（補装具）が届けられなければならない原則』さえ崩し

ているのである。

障害者手帳による車椅子給付を受けてきた障害者が大きな影響を受けそうである。従来も高齢者への車椅子給付は日常生活用具給付として、既製品やレンタル品を給付する方向で対応される方向になってきた。しかし、障害状況によって適合が困難な時は、障害者手帳を活用することで『補装具』として、オーダーメイドでの製作が可能であり、大切にされてきた原則は維持されていた。

介護保険で打ち出された身体障害者福祉法より「優先」との規定は、大切にされるべき対応ができなくなることを意味しており、障害手帳を持っていても、介護保険受給者は「身障手帳は使えません」となり、既製品のレンタル車椅子が給付される傾向が高まるものと考えられる。

手元にある資料（図4）で紹介するが、医師や更生相談所により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される場合は、補装具として給付しても差し支えないとなっている。しかし、文面上は「優先」は優先であり、給付しなくても差し支えないとも読める文章であり、必要な時に『身体障害者手帳で作れる道を残される筈です』と言われても「優先」と表現されていることに不安を持たざるをえない。

従来、多くの地方自治体で見られた福祉支援対応時の消極的姿勢が強かったことを考えれば、障害状況によって適合が困難な時にオーダーメイドを障害者が希望することに対する理解を得られない不安度は高く、対応力低下が予想される。

注文生産にこだわらず、数多くなった既製品の車椅子から選ばばよいとの論議もあるが、脳性麻痺やリュウマチ、頸髄損傷など既製品では困る場合も多いのである。

介護保険に「優先」を明記することで、地方自治体の福祉予算は減少、オーダーメイド注文に関連する製作事業者の供給能力事態が低下してしまう危険度も高い。

既製品、レンタルの費用支援を中心とする介護保険での保険給付の内容は明らかに障害者福祉法が持つ「障害の特殊性に対する個別対応性」についての対応を低くすることは否めない。



### (1) 補装具

介護保険で貸与される福祉用具としては、補装具と同様の品目(車椅子・歩行器・歩行補助杖)が含まれているところであり、それらの品目は介護保険の保険給付として給付されることとなる。

しかし、車椅子など保険給付として、貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中から選択することになるため、医師や更生相談所などにより、障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目についても、身体障害者福祉法に基づく補装具として給付して差し支えない。

### (2) 日常生活用具

日常生活用具については障害の状況に応じて個別に適合を図るものではないことから介護保険の保険給付の対象となる品目(特殊寝台・特殊マット・体位変換器・歩行支援用具・移動用リフト・特殊尿器・入浴補助用具・便器及び簡易浴槽)については、介護保険から貸与や購入費の支給が行われることとなる。

介護保険の福祉用具の対象となっていない品目については引き続き日常生活用具給付等事業として給付が行われる。

## 図5 介護保険法と身体障害者福祉法との関係

この規定を決めた担当者は、個々性が無視され、日常的に不適合な用具を使用する生活が強いられる状態になると、痛みや変形を引き起こすことを理解しているのであろうか？

介護保険の優先規定は、障害者の基本的な生活する機能を支えてきた『福祉用具(補装具)』の果たしてきた役割そのものを否定することになり、障害者支援の原理原則を壊すことで、障害者の生活そのものが維持できなくなる危険性を持っているのである。

高齢者処遇の場面では、福祉用具の適合性は軽視されがちで、安易に対応する傾向が高まっている状態であるだけに心配してきたが、「優先」という言葉をこのような形で使われることは、障害者の基本的な生活能力を奪う問題を内包しているのである。

障害者手帳での福祉用具に関する支援は、必要

時には必ず利用できるものとして、身体障害者手帳での補装具援助が可能であることを逆に介護保険法の中で明文化し、明確にしておかねばならない。

今回の身体障害者福祉法より「介護保険法優先」という扱いは、身体障害者手帳の役割を大きく低下させることになることや加齢障害と障害者の高齢化についての混同も含め、再検討を求めている。

## おわりに

高齢者支援プログラムの提供にケースマネジメントの確立を願ってきたにもかかわらず、上に述べてきたように筆者の願う方向にはならなかった。特にその延長上にある障害者介護等支援専門員制度についても、障害者を負のイメージでとらえ、安易なケアマネジメントシステムの構築が模索されているように思えて仕方がない。

本文の中でも述べたが、充実して欲しいと願ってきた福祉用具も介護保険法を優先するという基本が提議されることで、65歳以上の介護保険給付対象群に入ると、身体障害者の生活を支えているオーダーメイドを基本とする補装具の給付から、レディメイド品目から選ぶことが大した検討もなく優先されることになる。

図4で示したが、一応身体障害者手帳が必要であれば作れる道を残すとはいわれるが、ケアマネジャーの大半は、福祉用具の知識を学ぶ機会がない状態であり、ヘルパー派遣を軸にして動く介護保険下では、人的ヘルパー派遣プログラムを組む業務が中心になると思われる。

最後になったが、長年医療ソーシャルワーカーとして勤務してきた筆者としては、障害者と家族の高齢化に対して、もっとも基本とすべきソーシャルワーク部門が軽視され、コストパフォーマンス重視の介護保険制度のマネジメントシステムは見直しが必要であり、在宅介護支援センター機能を充実し、社会福祉士や医療ソーシャルワーカーの配属を増やすことで、地域の医療・福祉ネットワークの要としての機能が高められ、効率のよい

システムになるよう再検討が必要だといえる。障害者・高齢者に対しては高品質のリハビリテーションを入手し易くすると同時に、社会にあるバリアを除去・軽減し、生き活きとした生活が地域で送れるようにすべきであろう。障害者の永久の願いである自立・自己決定権がスムーズに行使できる資質の高い制度として、検討されている障害者福祉制度の改革も構築されることを最後に強く願っておきたい。

#### 参考文献

- アドルフ D. ラッカ (1994) 『自立生活とパーソナル・アシスタンス』, 現代書簡。  
 厚生省監修 (1999) 『障害者ケアマネージャー養成テキスト身体障害者編』。  
 齊場三十四 (1999) 『バリアフリー社会の創造』, 明石書店。

———— (1999) 『障害者・高齢者の自立・介護支援と福祉用具』, 明石書店。

———— (1999) 「介護保険と身体障害者福祉法」『ソーシャルワーク研究』, 45-52 頁。

白澤政和 (1992) 『ケースマネジメントの理論と実際』, 中央法規出版。

デイビッド・マクスリー (1996) 『ケースマネジメント入門』, 中央法規出版。

長谷憲明 (1998) 『よくわかる介護保険』, 環境新聞社。

バンク・ミケルセン (1998) 『ノーマライゼーションの父』, ミネルヴァ書房。

ヒューマンケア協会 (1995) 『自立生活への衝撃』。

ベクトニエリエ (1998) 『ノーマライゼーションの原理』, 現代書簡。

辺見 聡 (1999) 『介護保険福祉用具事業者研修会配布資料』, 厚生省。

松田 朗 (1998) 『わかり易い介護保険制度』, メジカルフレンド。

(さいば・みとし 佐賀医科大学教授)