

平成12年度
厚生科学研究費補助金
厚生科学特別研究事業

法改正に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究

主任研究者 飯 田 勝

平成 12 年度厚生科学研究費補助金

(厚生科学特別研究事業)

〔法改正に伴う身体障害者及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究〕

〈支援費支給制度における身体障害程度区分のあり方〉

主任研究者 飯 田 勝 (埼玉県総合リハビリテーションセンター総長)
研究協力者 安 藤 武 (埼玉県総合リハビリテーションセンター相談部長)
廣 岡 享 (埼玉県総合リハビリテーションセンター専門調査員)
猪野塚 将 (埼玉県総合リハビリテーションセンター肢体内部障害相談課長)

〈地方分権一括法の施行に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所の役割への対応状況の調査〉

分担研究者 土 田 富 穂 (東京都心身障害者福祉センター所長)

〈都道府県市町村の障害福祉部門の現状分析と今後のあり方〉

分担研究者 中 島 咲 哉 (兵庫県身体障害者更生相談所長)

〈支援費支給制度における知的障害程度区分のあり方〉

分担研究者 金 子 元 久 (福島県知的障害者更生相談所長)
(福島県精神保健福祉センター所長)

目 次

I.〔法改正に伴う身体障害者及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究〕

総括報告書概要版	1
総括研究報告	5

II.〈地方分権一括法の施行に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所の役割への対応状況の調査〉

.....	17
-------	----

III.〈都道府縣市町村の障害福祉部門の現状分析と今後のあり方〉

.....	35
-------	----

IV.〈支援費支給制度における知的障害程度区分のあり方〉

.....	53
-------	----

V. 添付資料

- 資料1 身体障害者更生相談所業務に関する実態調査
- 資料2 知的障害者更生相談所業務に関する実態調査
- 資料3 市町村身体障害者・知的障害者福祉法施行事務実施体制等に関する調査

厚生科学研究費補助金総括報告書概要版

平成 12 年度厚生科学研究費補助金
(厚生科学特別研究事業)

法改正に伴う身体障害者及び知的障害者更生相談所
のあり方に関する研究

〈支援費支給制度における身体障害程度区分のあり方〉

主任研究者

埼玉県総合リハビリテーションセンター総長

飯 田 勝

厚生科学研究費補助金総括報告書概要版

研究費の名称：厚生科学研究費補助金
研究事業名：厚生科学特別研究事業
行政政策研究分野：政策科学推進研究事業
研究課題名：法改正に伴う身体障害者及び知的障害者更生相談所のあり方に関する研究（H12-特別-031）
国庫補助金精算所要額（円）：3,000,000
研究期間（西暦）：2000-2001
研究年度（西暦）：2000
主任研究者：飯田勝（埼玉県総合リハビリテーションセンター）
分担研究者：土田富穂（東京都心身障害者福祉センター）、中嶋咲哉（兵庫県立身体障害者更生相談所）、金子元久（福島県精神保健福祉センター）

研究目的：平成12年4月1日地方分権一括法が施行され、身体障害者及び知的障害者更生相談所の業務に、①市町村福祉担当職員の教育・指導・研修支援、②市町村補装具基準外交付権限委譲に伴う専門的判定、③補装具装着訓練の市町村指導等の新たな役割が加わり、これまで以上に専門的、技術的機能を発揮するように求められている。さらに、平成15年から福祉利用制度は、これまでの措置方式から利用者の主体性を尊重した支援費支給方式へと変わり、費用は障害程度区分に基づき支給され、その判定業務を身体障害者及び知的障害者更生相談所が行うことが期待されている。このような新たな役割に的確に対応するための身体障害者及び知的障害者更生相談所のあり方を検討すると同時に、地域サービスの実施主体である市町村の事務体制を調べ、現状分析とその問題点を明らかにするため、全国の身体障害者及び知的障害者更生相談所、代表的都道府縣市町村にアンケート調査を行う。

研究方法：全国の身体障害者（68か所）及び知的障害者更生相談所（72か所）、3県の市町村及び中核市を対象として、アンケート調査を行った。調査表は、我々が作成した「身体障害者更生相談所業務に関する実態調査」、「知的障害者更生相談所業務に関する実態調査」、「市町村の身体障害者・知的障害者福祉法施行事務体制に関する実態調査」を用いた。主な調査項目は、身体障害者及び知的障害者更生相談所にあつては、①組織体制、②職員（職種毎配置人数、常勤・非常勤、経験年数等）、③更生相談（判定業務、生活、就労等相談業務他）、④判定会議、調整会議（出席者、回数等）、⑤地域支援事業、研修、情報提供等であり、市町村にあつては、①組織体制（人員配置、業務分担）、②援護の取り組み状況、③更生相談の取り組み状況、④身体障害者及び知的障害者更生相談所との係わり方等である。

結果と考察：全国身体障害者更生相談所の法改正に伴う、新たな役割の取り組み状況は、低調であり、現在行っている業務に関しても、内容に地域間格差が著しかった。その最大

の原因は、職員体制の不備にあり、①職員定数の設定数が少なく、②人材の確保や充足が困難なため兼任や非常勤が多く、専任の常勤職が極端に不足しており、特に必須の医療、福祉専門職が確保されていないことにある。とりわけ身体障害者福祉司、知的障害者福祉司の配置は、最低限の法定人員さえ配置されておらず、今後各都道府県の面積、人口、高齢化率等の地域性も考慮した常勤職員定数、専門職種と職員数の抜本的な見直しが必要である（身体障害者及び知的障害者更生相談所、それぞれの最低限の常勤職員定数、専門職種、職員数を明示することが望ましい）。すなわち、身体障害者更生相談所では、整形外科等の肢体を主とする診療科の経験が豊かな医師、知的障害者更生相談所では、精神神経科等の精神神経を主とする診療科の経験豊かな医師の常勤が望ましく、更に、身体障害者更生相談所にあつては常勤で、最低限の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護婦、義肢装具士等の医療専門職と複数以上の身体障害者福祉司、心理判定員、職能判定員等の福祉専門職が、知的障害者更生相談所にあつては、複数以上の知的障害者福祉司、心理判定員、職能評価員等の福祉専門職と最低限の看護婦、作業療法士等の医療専門職が必要である。地域支援については、現状では実施不可能なところが多く、地域毎のニーズを的確受け入れ、個人別のライフサイクル全般にわたる支援を組み立てることのできる地域支援システムを整備するためには、現行の身体障害者及び知的障害者更生相談所組織の抜本の見直しが必要である。さらに、福祉第一線の市町村職員体制も、常勤職員数が少なく、兼任が多く、短い年数での異動が多いため、十分な実務経験と専門的な知識に欠けており、医師、理学療法士、看護婦、保健婦等の専門職に係わる場所は、わずかであり、特に小規模市町村では兼任職員配置が多く、そのため身体障害者及び知的障害者更生相談所の研修に、関心が高く実務的な研修を望んでいた。このような市町村の現状を強化、支援するために、都道府県は身体障害者及び知的障害者更生相談所に教育、研修、指導部門（経験ある身体障害者及び知的障害者福祉司を配置）を設けたり、経験豊かな身体障害、知的障害福祉司の市町村派遣を行うことが望まれる。

結論：この全国調査から、身体障害者及び知的障害者更生相談所の現状は、その組織、常勤職員、専門職体制、業務内容に著名な格差のあることが明らかである。このような現状の体制では、法改正に伴う新たな役割を果たすことは困難であり、求められる障害程度区分の判定や市町村支援を行うことは不可能に近いといえる。これを全国同じレベルで、同じように行うためには、身体障害者及び知的障害者更生相談所の職員定数を見直し、常勤職員、専門職の充足が必須であり、さらに求められる地域支援を行うためには、身体障害者及び知的障害者更生相談所の組織を抜本的に見直し、他機関（他相談所、福祉施設、保健所、医療機関等）との統合、総合化を行うことが望ましい。相談第一線である市町村の事務体制では、知識や経験の豊かな福祉司の確保が困難な状況から見て、市町村を教育、指導、支援するため、都道府県は、身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所に研修部門を整備し、医療、福祉専門職を配置することが必要である。

厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)

総括研究報告書

法改正に伴う身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所の判定のあり方に関する研究

主任研究者 飯田 勝 埼玉県総合リハビリテーションセンター総長

A 研究目的

これまでの社会福祉制度は、昭和 26 年の社会福祉事業法制定以来、低所得者や障害者を対象に、行政主導で保護・救済を行う措置制度が 50 年近く提供されてきた。しかし、生活水準の向上、少子・高齢化の進展、家庭機能の変化等、社会環境の変化等に伴い、従来のような保護・救済だけでなく、児童の育成から高齢者の介護等、国民が自立した生活を営む上で生じる多様な問題に対して、社会連帯に基づいた支援を行うことが求められるようになった。こうした変化を踏まえ、障害者福祉もサービスの利用者と提供者が対等な関係に立ち、利用者が自ら選択できることを基本理念とした利用者本位の社会福祉制度の確立を図り、障害者等のノーマライゼーションと自己決定の実現を目指すため、平成 12 年 6 月、社会福祉事業法等の一部改正が行われ、これにより平成 15 年 4 月から障害者福祉サービスの主体性を尊重した利用契約制度に変わるとともに、その費用(支援費)を市町村が支給する方式(支援費支給方式)が導入されることとなった。支援費の支給に当たっては、障害の程度及び種類、介護者の状況等を勘案して支給の要否が決定されるが、特に市町村が施設訓練等支援費に係る身体障害者程度区分及び知的障害者障害程度区分を決定するとき、身体障害者更生相談所(以下

「身更相」という。)及び知的障害者更生相談所(以下「知更相」という。)に専門的・技術的判定(意見)を求めることができるとされている。

さらに、障害者が最も身近な住み慣れた地域で、必要なサービスを受けることが重要であるとの考えから、平成 12 年 4 月地方分権一括法が施行され、多くの事務が自治事務化されたことに伴い、身更相には新たに、①児童補装具交付事務の市町村委譲に伴う技術的、専門的支援、②市町村福祉担当職員の指導・研修支援、③基準外補装具交付権限の市町村への権限委譲に伴う技術的、専門的判定、④新補装具取扱指針による補装具交付・適合判定・装着訓練までの一貫した実施と市町村支援などの業務が加わり、ますます、その専門的、技術的役割が重視されるようになってきている。

このような変化と時代の要請に応じて、身更相及び知更相は、これからどうあるべきかを検討するため、全国の身更相及び知更相の組織体制、常勤職員体制、現在行っている業務実態等を知ることと併せ、障害者にとって最も身近なサービス実施主体である市町村の障害者福祉の推進体制を把握し、今後の障害程度区分判定時の市町村と更生相談所の役割分担・連携・支援体制整備に役立てるため、4 県の市町村、中核市にアンケート調査を行った。

B 研究方法

全国の身体障害者更生相談所及び知的障害者更生相談所、及び W 県、Y 県、Z 県の全市町村及び X 市(中核市)を対象として、次のようなアンケート調査を行った。調査は、我々が独自に作成した、①「身体障害者更生相談所業務に関する実態調査」、②「知的障害者更生相談所業務に関する実態調査」、③「市町村の身体障害者、知的障害者福祉法施行事務体制に関する実態調査」を用いた。

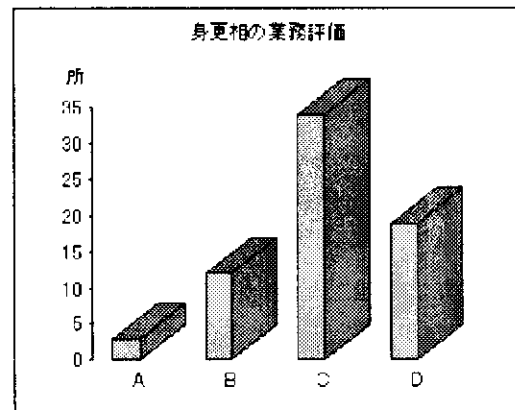
主な調査項目は、身更相及び知更相においては、①組織体制、②所長(医師、事務職)、③職員体制:勤務形態:常勤(専任・兼任)、非常勤・嘱託、及び医療専門職種(医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護婦、義肢装具士、視能訓練士)、福祉専門職種(心理判定員、身体障害者福祉司、職能判定員、知的障害者福祉司)と職員数、現業経験、医師の専門性、④更生相談(実施内容、従事する専門職、補装具判定、巡回・訪問相談等)、⑤判定会議(入所、調整等会議の種類、開催の有無、回数、参加専門職等)、⑥市町村への専門的技術的援助、⑦地域リハビリテーションの推進であり、その他、自由意見を記述できる欄も設けた。

市町村では、①障害者福祉推進体制と業務分担(常勤職員、CW担当職員、障害児担当課、職員の担当業務、CW業務割合、身障福祉経験、現職経験年数、異動前職場、社会福祉主事任用資格)、②援護の取り組み、③判定様式、④地域リハビリテーションの技術的支援と専門的研修であり、そこから、市町村支援を始めとした身更相及び知更相の役割、組織、人員体制(所長、専門職、必要数)等を明らかにすることである。

C 結果と考察

1) 身体障害者更生相談所の現状と問題

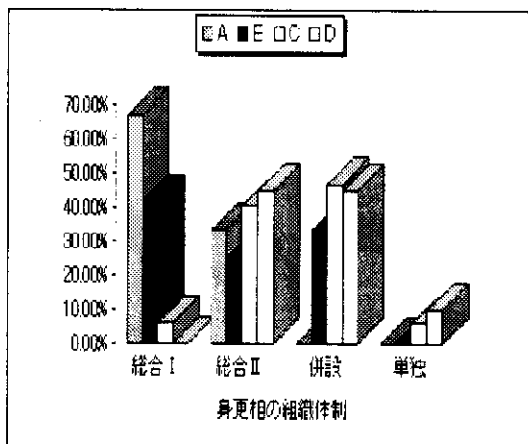
68 か所の身更相の回答内容から、実際行われている業務を、①更生相談の実施体制、②補装具書類判定実施種目、③補装具判定実施体制、④判定会議の開催、種類、回数、出席者の専門性、⑤巡回・訪問相談実施と内容、参加専門職種、人数、⑥市町村との連絡調整(講習会、研修会開催と内容)、⑦地域リハビリテーションの推進(地域リハ連絡協議会の開催等)の 7 項目を選び、それぞれの業務実施状況を、○(優)、△(良)、×(可)で評価した。総合評価は、○が 6 以上あるものを A 群(十分)、5-4 を B 群(まあ十分)、○が 3 又は×が 2 以下を C 群(やや不十分)、×が 3 以上あるものを D 群(不十分)に分類したところ、A 群 3 か所(4.4%)、B 群 1 か所(17.6%)、C 群 34 か所(50.0%)、D 群 19 か所(27.9)の結果を得た。A 群、B 群は、現状では一応満足できる業務状況にあるが、C 群、D 群は、評価項目の半分以下しか行われていず、あまり満足できる状況にはないと考えられる。



この調査には、12 か所の政令市の身更相が含まれ、都道府県の身更相と同じく 7 項目で評価したが、巡回相談、市町村連絡調整等、政令市では、評価が馴染まない項目もあり総合評価を同じ基準で行うのは適当でないが、共通する部分が 7 項目中 6 項目あり、比較のため一応同じ基準で評価して

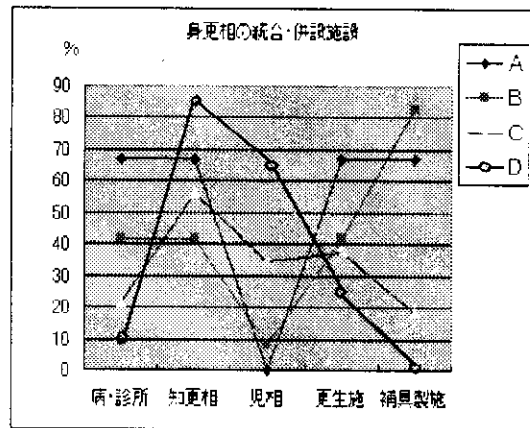
みた。その結果、6 か所(50%)はA群、B群に分類され、残りはC群でD群と評価されることはなかった。評価項目数が少ないことを考慮すると、実質的な政令市の身更相の評価は1ランク上に評価されるので、都道府県の身更相に比べ、政令市の身更相の業務はまあ満足できる状況にあると評価されるが、これは政令市が、面積、人口、財政などの諸条件に恵まれ、効率的行政運営を行いやすいためと考えられる。

しかし、職員体制などが恵まれた政令市の身更相にしる、やはり業務格差があることは事実であり、このような業務格差がどこから生じているのかを明らかにするため、各群の、①組織体制:総合I(身更相機能と医療機能を併せ持ち、知更相、更生施設、補装具製作施設等の多機能を一体的に運営しているもので所長は1人=機能的には総合リハビリセンター)、総合II(総合Iで医療機能のないもの)、併設(知更相、児童相談所等の他行政機関を同一敷地内に併設しているが別組織)、単独、②統合・併設施関の種別:医療機関(病院、診療所)、知更相、児童相談所、精神保健福祉センター、福祉事務所、保健所等、更生施設、補装具製作施設、③職員体制:所長(医師、事務職、専門性、経験年数)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護婦、義肢装具士、視



能訓練士等の医療専門職と身体障害者福祉

司、心理判定員、職能判定員等の福祉専門職の配置状況(常勤職員の専任・兼任の別、非常勤・嘱託職員の別)、業務内容、経験年数等を比較検討した。その結果、組織体制では、総合IはA群66.7%、B群が41.7%と高く、C群は6.3%、D群は0%と低かったが、総合IIではA群33.3%、B群25.0%であるのに比べて、C群40.6%、D群45.0%が高かった。総合IIの傾向は、組織が別で一体的運営が行われていない併設のA、B群が0%、33.3%と低く、C、D群が46.8%、45.0%と高いこと、単独のA、B群の0%に対し、C、D群が6.3%、10.0%であるのと同じ傾向であり、これは、総合II、併設、単独とも機能的にはあまり差がないことを示していると考えられ、総合IIが名前は総合でも、医療機能に欠けるため、併設、単独に近いことを示していると言える。



しかし、総合IIでも、医師が所長であるところは、総合Iに近い機能を発揮しており、更生相談所にとって医療機能が必要欠くべからざるものであるかを如実に示していると言える。従って、統合又は併設施設の種別で、病院、診療所が、A、B群が66.7%、41.7%と、C、D群の21.8%、10.0%に比して大きな差を示すのは当然である。

知的障害者更生相談所の併設では、各群とも、66.7%、41.6%、56.3%、85.0%と、大きな差は見られないが、一般に機能的に統合、併設されている所が多く、身更相、

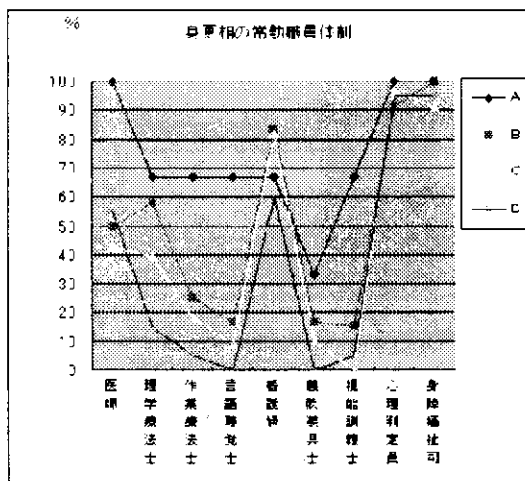
知更相の両機能を併せ持ち、機能的に補完しあうことの重要性を示していると言える。

これに反して児童相談所は、C、D群の34.3%、65.0%に比較して、A、B群は0%、8.3%と低く、児童相談所は身更相にどうしても併設すべき機能ではないことを示していると言える。

また、更生施設に関しては、A、B群が66.6%、41.7%と、C、D群の21.8%、25%に比して高い。施設の種別では重度身体障害者更生援護施設、肢体不自由者更生施設が多く、更生施設機能を併設する有意性を示していると言える。

補装具製作施設についても、A、B群が66.6%、83.0%と、C群、D群の18.7%、0%に比較して高く、身更相が、補装具交付・適合判定・装着訓練を行うためには、必須とされる機能であることを裏付けている。

この結果をまとめると、身更相が、機能を十分果たすためには、医療機能を持ち(病院が望ましい)、知更相、身体障害者更生施設、補装具製作施設を統合し一体的運営を行う総合Ⅰの組織体制(総合リハビリテーションセンター)が望ましいことを示している。この場合の知更相は、常勤精神科医師、知的障害者福祉司、心理判定員を十分に配置し、真の身体障害者、知的障害者の一体的、総合的サービスが行えるよう



な組織・人員体制で統合されていることが

重要である。

次いで、職員体制については、常勤職員配置状況で見ると、医療専門職では医師がA群で100%と高い以外、B、C、D群とも、50.0%、42.4%、55.0%と低かった。

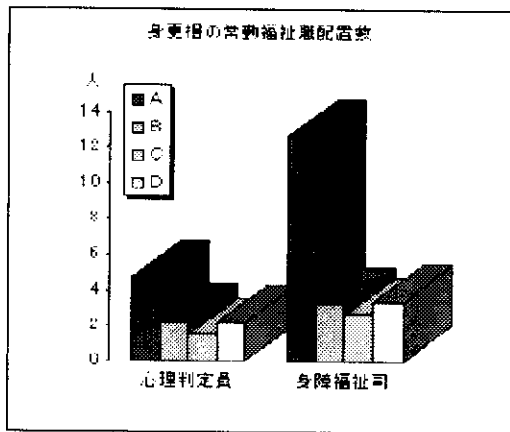
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士では、A、B群が、明らかにC、D群に比べて高く、それぞれ、A群(66.7%、66.7%、66.7%)、B群(58.0%、25.0%、16.7%)に対し、C群の39.4%、18.2%、9.0%、D群の15.0%、5.0%、0%と大きな差が見られた。

看護婦では、A、B群の66.7%、83.3%に対し、C、D群は81.8%、60.0%と大きな差はなく、どの群でも配置されている割合が高かった。

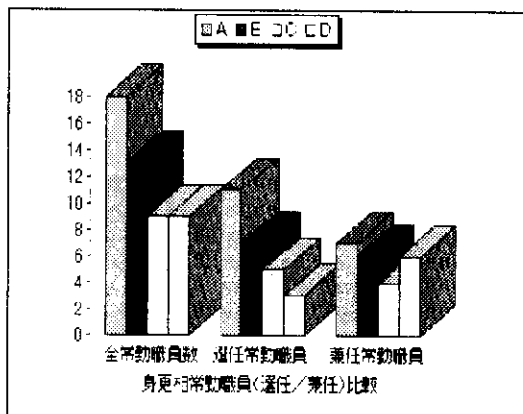
義肢装具士と視能訓練士は、A群で33.3%、66.7%と高いものの、B、C、D群ではそれぞれ、16.7%、15.1%、10.0%、0%、0%、5.0%と低い。このことから、更生相談所機能が十分果たされているところでは、義肢装具士、視能訓練士が適正に配置されていることが分かる。

一方、福祉専門職では、身体障害者福祉司の配置がA、B群で100%であるのに対し、C、D群は、90.9%、95%と僅かではあるが配置割合に差があり、心理判定員でもA群の100%配置に対し、B、C、D群では91.7%、96.9%、95.0%と、配置割合に差が見られた。このことから、各群とも専任であれ兼任であれ、一応常勤配置を行っていることが分かる。

しかし、職員数で見ると、心理判定員では、A群で平均4.7人と、B、C、D群の2.3人、1.5人、2.2人に比較し明らかな差があり、身体障害者福祉司においても、A群12.7人に対して、B、C、D群は3.3人、2.7人、3.4人と同様の傾向がある。業務をきちんと行うためには、一定数以上の福祉専門職の配置が必要なが分かる。

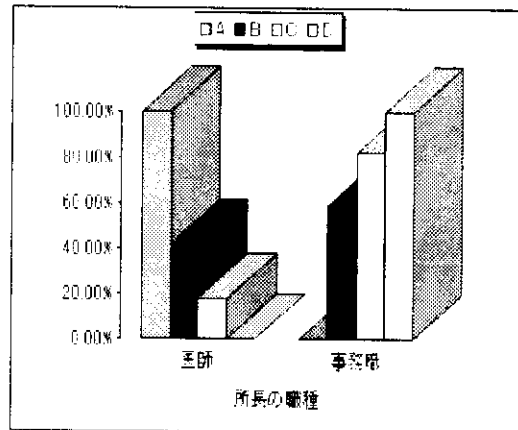


これをまとめて、組織全体の常勤職員（専任及び兼任）の配置数を見ると、A群の18人、B群の13人に対し、C、D群は9人と、職員数に大きな差が見られる。さらに専任常勤職員数でも、A、B群の11人、7人に対して、C、D群では5人、3人と、かなりの差が見られ、業務を十分行うため



には一定数以上の常勤(専任)職員が必要であることを示していると言える。

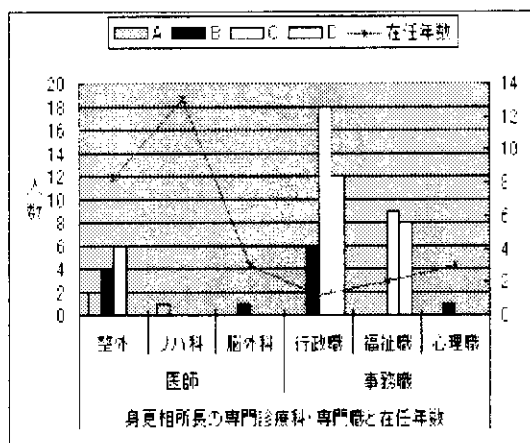
また、職種で見ると、所長が医師である割合はA、B群では100%、41.7%であるのに対して、C、D群では18.2%、0%、事務職所長の割合ではA群0%、B群58.3%に対して、C群81.8%、D群100%と両者に逆の差が見られ、医師の所長が望ましいことを示している。



次いで、所長である医師の診療専門科目を見ると、14人中、整形外科が(内4人がリハ科も標榜)12人(85.8%)、リハ科、脳外科各1人(各7.1%)で、所長在任年数は平均10.7年と長い一方、事務職所長は、54人中36人(66.7%)が行政職、17人(31.5%)が福祉職、心理職が1人(1.8%)であり、所長在任年数も平均1.5年と短い、一般に専門職の方が長い。このことは、所長が整形外科等の肢体不自由を専門とする医師であることが望ましいことを示していると言える。医学的、心理学的、職能的な面から専門的、技術的機能の発揮が求められる更生相談所の業務の特殊性からして、業務の継続性は不可欠であり、臨床経験に加え、福祉面の経験も重ねられる点で長期的に有利であり、所長だけでなく、もう1人の肢体不自由専門医師が配置されるとよい。また、事務職所長を置く場合には、少なくとも1人の常勤肢体不自由専門医を配置することが必要であろう。事務職所長が短期で異動し、専門機関として他機関(特に医療機関、市町村職員)の信頼を得にくいという問題にも対処できる。

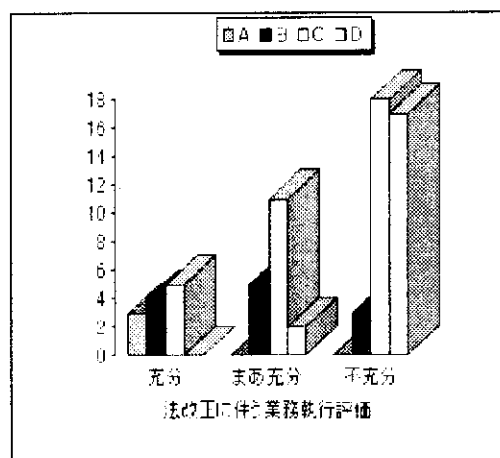
他の医療専門職では、少なくとも、看護婦、理学療法士、作業療法士、義肢装具士各1人の常勤職員が、また、福祉専門職では、身体障害者福祉司、心理判定員各2人の、最低限9人の専任常勤職員が必要である。(9人は、A群の専任常勤11人とB群

の専任常勤 7 人の平均であり、その他、非常勤・嘱託医師が各障害別に 10 名程度、加えて兼任・非常勤で身体障害福祉司、心理判定員、視能訓練士、言語聴覚士、職能判定員等で 9 名程度の配置があるとよい。



このように、組織体制及び医師、医療専門職、福祉専門職の常勤配置数、経験の差が、身更相の業務内容に大きな差をもたらしていることは由々しき問題であり、組織・人員体制の整備が必要なることを示している。次いで、地方分権一括法の施行に伴う身更相の新たな役割への取り組みでは、①市町村福祉担当職員の教育・指導・研修支援、②市町村補装具基準外交付権限委譲に伴う専門的判定、③補装具交付・適合判定・装着訓練の推進、④障害認定の障害程度審査委員会設置の 4 項目について、業務内容を 3 段階評価してみた。その結果、十分と評価されるのは 68 か所中 12 か所(17.6%)と僅かであり、その内訳は、身更相分類での A 群では 3 か所(100%)、B 群では 4 か所(33.3%)、C 群では 5 か所(14.7%)、D 群で 0 であった。不十分と評価されたところは、38 か所(55.9%)と半数以上に達し、まあ十分のところも、僅か 18 か所(26.5%)であり、従来からの業務を十分行っているところが、この業務についてもよく行っていることが分かる。

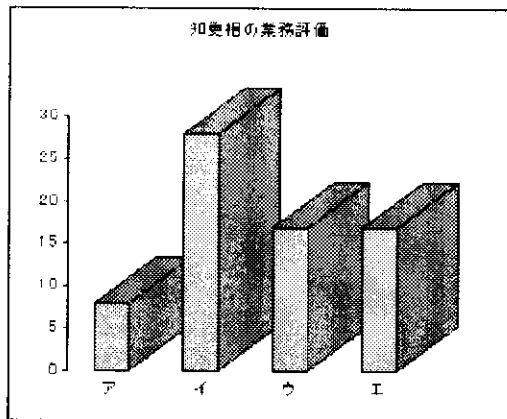
これは、本来業務に関してすら身更相間



で大きな格差のある現状が、法改正に伴う新たな業務への取り組みにも反映され、ますますこの格差が増大していると考えられ、組織・人員体制を充実しないまま新たな業務の増加では当然の結果と言える。

2) 知的障害者更生相談所の現状と問題点

70 か所の知更相の回答内容から、①更生相談内容、②巡回・訪問相談実施、③市町村援助体制、④入所調整会議の開催の4項目について、それぞれ、○(優)、△(良)、×(可)で評価し、その総合評価を、○が3以上のア群(十分)、○2又は×1以下のイ群(まあ十分)、×2のウ群(不十分)、×3以上のエ群(やや不十分)に分類したところ、ア群 8 か所(11.4%)、イ群 28 か所(40.0



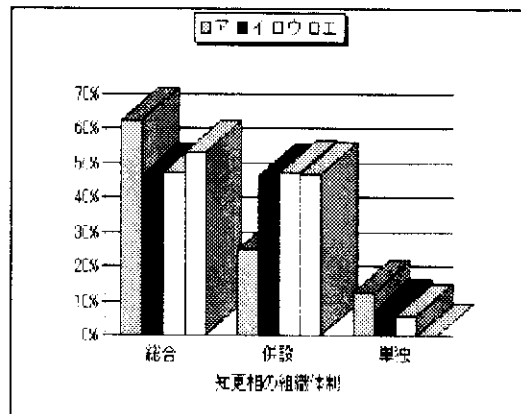
%)、ウ群 17 か所(24.3%)、エ群 17 か所(24.3%)となった。この結果から、身更相(12 か所)に比べ知更相(8 か所 4.3%)は、業務が十分と評価される所はやや少ないと考えられ、知更相が業務を十分行うには、より困難な状況にあることを示めていると言える。

そこで、身更相と同様に、これらア群とイ、ウ、エ群の業務格差が、どこから生じているのかを明らかにするために、各群の、①組織体制:総合(身更相、児童相談所等の機能を持ち、一体的組織で運営されているもの)、併設(他相談所等を同一敷地内に併設しているが、組織は別で一体的には運営されていないもの)、単独、②統合・併設施設、③常勤職員体制(専任・兼任):所長(医師、事務職、現職経験年数、専門性)、看護婦等の医療専門職配置と知的障害者福祉司、心理判定員、職能判定員等の福祉専門

職配置等で比較してみた。

まず、組織体制では、総合がア群 62.5%と、イ、ウ、エ群の 46.4%、47.1%、53.0%に比較して高い。逆に併設では、イ、ウ、エ群が、46.4%、47.1%、47.0%と、ア群の 25.0%に比べて高い。単独では、ア群 12.5%、イ、ウ、エ群 7.2%、5.8%、0%と、ややア群が高い傾向であるが大きな差は見られない。知更相は身更相に比べて、前述の理由から、総合、併設では、専門職の配置が身体障害者更生相談所に比べて軽視されており、所長も精神科の常勤医師が少なく、現状では、あまり総合化のメリットがない。専門性発揮の点からは、むしろ単独で、常勤精神科医師のいるところが優れており、専門性発揮の点で、常勤精神科医師の存在が業務執行の要であることが分かる。

統合・併設施設では、医療機関が、各群で、12.5%、14.2%、11.8%、17.6%と、それほど明確な差は見られない。医療機能を持つところは身更相に比べて少なく、これも、設置医療機関が肢体不自由中心の医療機関であるためであろう。



身更相は、各群とも 75.0%、50.0%、56.0%、70.6%と、その割合に大きな差は見られないが、機能的には統合又は併設しているところが多く、前述のようなデメリットが解決されるならば、統合・併設も必要であろう。

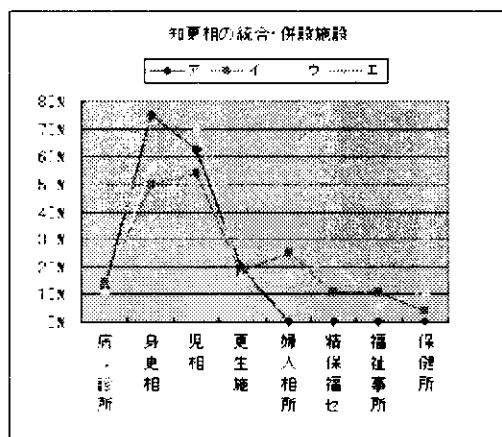
児童相談所も、同様に統合・併設の割合

が高く、身更相に比べ知更相にはある程度必要な機能であることが分かる。しかし、最近の児童虐待等の児童相談所に対する社会的要請が増大する中で、兼任職員が児童相談所業務に力点が置かれるようになり、知的障害者へのサービス低下が懸念されていることから、今後は、児童相談所との業務の分別と職員の専任化が必要である。

婦人相談所、精神保健福祉センター、福祉事務所、保健所は、ア群では0%であるが、イ群、ウ群、エ群では、4%から25%と、統合、併設の割合に明らかな差が見られるが、知更相機能とは、基本的に連携するメリットは少なく、統合・併設の必要性は薄い。むしろ統合に名を借りた行革の結果であることが多い。

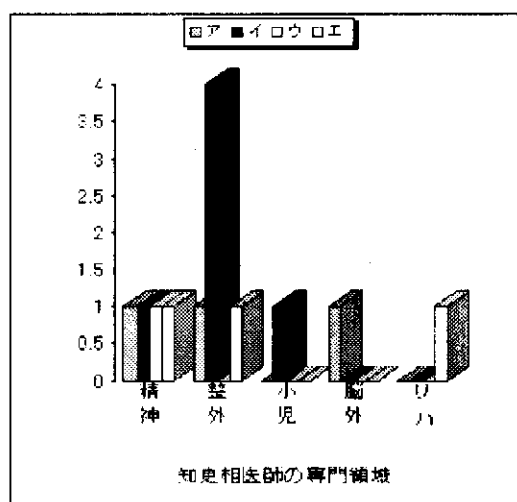
更生施設は各群で20.0%、17.8%、17.0%、29.4%と明確な差は見られないが、統合・併設された施設は身体障害者更生施設が多く、知更相に必要な知的障害者更生施設の併設はなく、今のところ知的障害者更生相談所機能に有利に作用していない。

この結果を、組織体制という視点から考えると、病院、診療所等の医療機能、身更相、知的障害者更生施設等との統合は、知更相機能を補完するものであれば望ましい



が、あまり関係のない肢体不自由関係のものでは統合・併設する必要性は少ないと考えられる。所長も大多数が兼務で、職種も医師が12人(17.1%)、事務職が58人(82.9

%)であるうえ、その専門業務を果たすため最も重要な医師が身更相同様に少なく、しかも、整形外科、リハ科、脳外科、小児科等の専門外診療科の医師が多く(66.7%)、最も必要とされる精神科の医師が少ない(33.3%)ことが問題である。現在の知更相の所長が、医師、事務職とも、業務統括、管理業務が主となり、技術的、専門的機能が従となり軽視されていると考えざるを得ない。これを補うためにも、精神科医師の所長か、事務職所長に、1人の精神科医師を配置することが必要である。

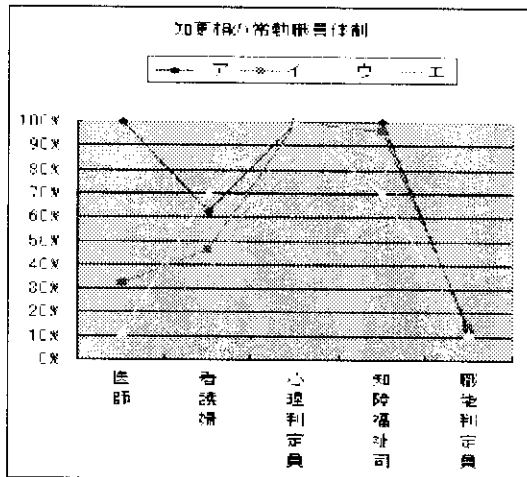


組織としては、身更相、児童相談所との総合化のメリットもあるが、回答にも見られるように、現状では業務量が多くなり、相対的に本来の知的障害者更生相談所の業務が軽視され、専門性も低下する危険性がある。従って、もし総合化するのであれば、その専門性を担保し、むしろ業務量、サービス内容を充実させる方向での充実が必要である。

精神保健福祉センター、福祉事務所、保健所等の統合に関しては、精神保健福祉センター機能(医師、専門職確保)から考え、統合・併設の意味は大きいですが、福祉事務所、保健所等の行政組織との統合・併設の必要性は少ない。

福祉施設の併設も、身体障害者更生施設

が大部分であり、知的障害者更生施設でない限り、その必要性は小さいと思われる。一方、常勤職員体制では、医療専門職で、ア群(8か所)では専任医師2人、兼任医師4人である。専門性を考慮すると、専任常勤の精神科医師が1名という点で問題はあるものの、一応、100%、平均1.4人配置さ

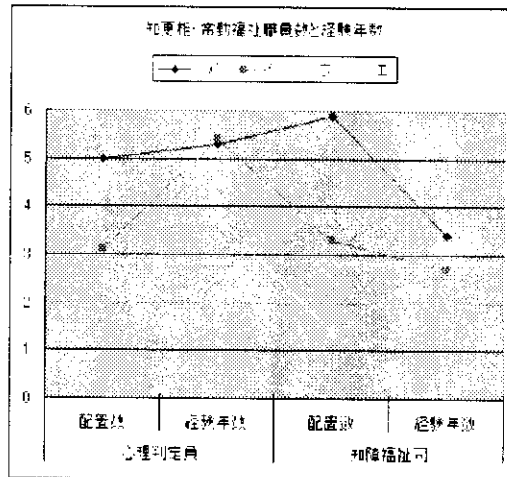


れている。しかし、イ、ウ、エ群では、それぞれ、32.1%、11.7%、17.6%と低い。知更相として十分の機能を果たすには、少なくとも1人の常勤(専任が望ましい)精神科医の配置が必要である。

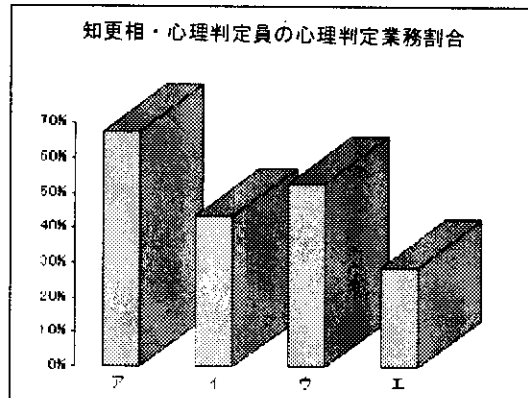
また、ア群では、非常勤・嘱託精神科医師が、5.4人と、イ、ウ、エ群の、2.1人、2.2人、2.8人に比較して数多く配置されており、知更相の機能を果たすためには、非常勤・嘱託精神科医師の役割も重要なことが分かる。

看護婦の配置は、ア群で62.5%(平均1.1人/1か所)配置されているが、イ、ウ、エ群では、46.4%、70.5%、35.2%(平均0.5人、0.8人、0.3人/1か所)と大きな差が見られている。

福祉専門職の心理判定員は全ての群で100%配置されており、配置面では差は見られないが、配置数で、ア群の5.0人に比べて、イ、ウ、エ群では、3.1人、3.4人、3.5



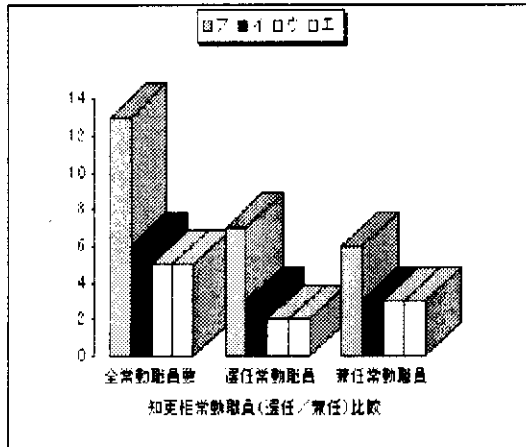
人と少なく、また、経験年数、心理判定業務の割合でも、ア群の5.3年、67.5%に比べ、イ群5.4年、43.5%、ウ群3.8年、52.8%、エ群3.6年、28.9%と低く、業務が十分でない所では、経験が少なく、本来業務に関わる時間も少ない状況にあることが分かる。



知的障害者福祉司では、ア群の100%配置に対して、イ、ウ、エ群では、96.4%、70.6%、82.3%とやや低く、配置人数でもア群の5.9人/1か所に対し、イ、ウ、エ群では、3.3人、1.4人、2.1人/1か所と少ない。また、経験年数でもア群の3.4年に比べ、イ、ウ、エ群は、2.7年、2.9年、2.6年と短く、配置職員が少ないことに加え、経験の少ないことが明らかとなった。

常勤(専任・兼任)職員は、ア群13人、イ、ウ群各6人、エ群5人であり、うち専任常

勤職員は、ア群7人、イ群3人、ウ、エ群各2人であった。この結果をまとめると、知更相が満足な業務を行うには、常勤(専任)精神科医師を少なくとも1名確保する必要があり、他に医療職では看護婦1名、福祉専



門職では常勤で知的障害者福祉経験のある知的障害者福祉司2人、心理判定員3人の7人が最低必要である。(その他、非常勤・嘱託の精神科医師4～5人、職能判定員1人、兼任、非常勤の心理判定員2人、知的障害福祉司4人の配置があればよく、常勤、非常勤・嘱託を含め全職員数は13名程度)。

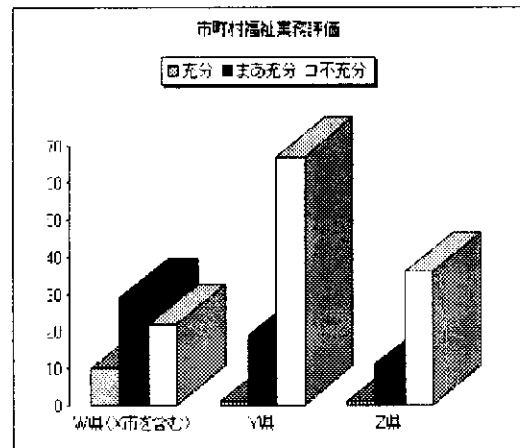
3)市町村福祉業務執行体制の現状と問題点

市町村福祉業務執行体制の現状を分析し、今後の更生相談所における市町村支援のあり方の参考にするため、W県、Y県、Z県の各市町村、及びX中核市にアンケート調査を行い、計197市町村から回答を得た。

調査項目は、最も基本的な人員配備体制と業務分担に関する、①常勤職員数(身体障害者福祉司、知的障害者福祉司、ケースワーク担当職員)、②独立した障害児担当課の有無、③専任職員配置(身体障害、知的障害、児童福祉の障害別の専任・兼任)、④全業務中のケースワーク業務の割合、⑤社会福祉・障害者福祉の実務経験、⑥現職場での経験年数、⑦異動前の職場、⑧福祉

司・社会福祉主事発令の有無を、それぞれを、○(優)、△(良)、×(可)で評価し、8項目を、○(1点)、△(0.5点)、×(0点)で評価し、7点以上を十分、6.5点から3.5点をまあ十分、3点以下を不十分の3段階で総合評価した。

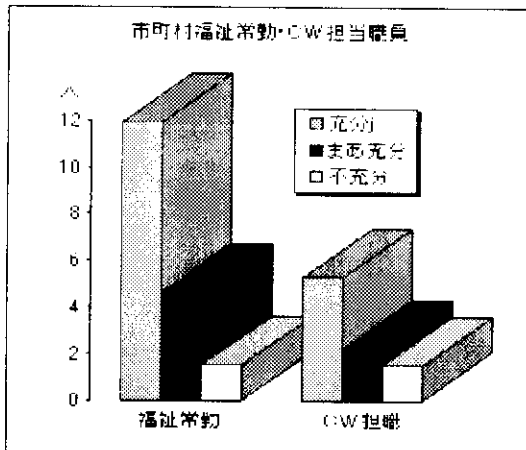
その結果、W県の市町村では、十分は10市(16.4%)、まあ十分は15市12町2村(47.5%)、不十分4市11町7村(36.1%)、Y県の市町村では、十分1市(1.1%)、まあ十分6市7町6村(21.9%)、不十分3市43町21村(77.0%)、Z県の市町村では、十分2市1町(2.1%)、まあ十分3市7町(22.9%)、不十分4市31町(75.0%)、X市は十分と評価され、わずか3県、1中核市の結果ではあるが、都道府県レベルで大きな格差のあることが分かる。



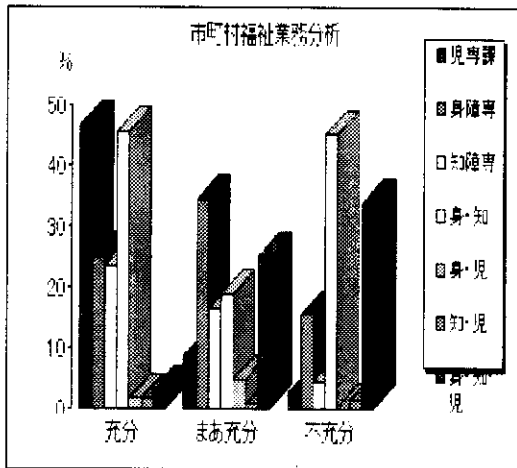
さらにこの格差は、市、町、村という自治体レベルで比較してみても、市では十分、まあ十分、不十分の割合が、28.6%、48.9%、22.5%、町では0.9%、23.2%、75.9%、村では0%、22.2%、77.8%であり、市と町村では大きな格差のあることが明らかになった。格差(十分、まあ十分、不十分)が、どこから生じているかを明らかにするために、次のような点から比較した。

まず常勤職員数で見ると、全体の平均は3.3人であるが、十分では平均が11.9人であるのに対し、まあ十分は4.6人、不十分

は1.5人と、約10人の格差があり、十分な業務執行には、常勤職員確保(最低限5人)が必要なことが分かる。



また、ケースワーク担当職員で比較しても、十分の平均5.3人に対し、まあ十分では2.2人、不十分では1.5人と、福祉業務の根幹であるケースワーク担当職員にも明らかな差が見られ、多くの市町村で不十分なケースワーク業務しか行われていないことが分る。



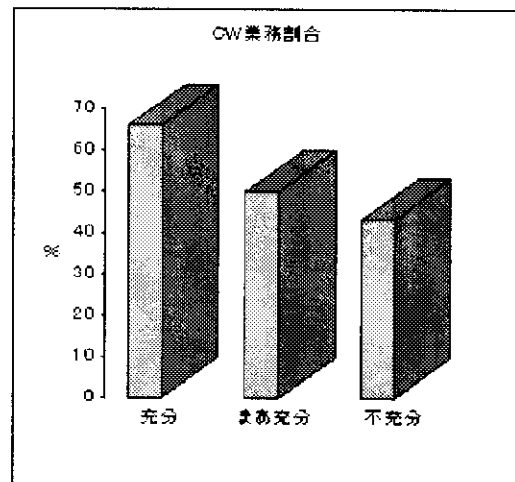
次いで、障害児だけを担当する課が独立しているかという点でも十分では、7か所(46.7%)で別の課で対応を行っているが、まあ十分では5か所(8.6%)、不十分では2か所(1.6%)と、まあ十分、不十分では、成人と同一担当課で対応している実態が分かる。

同時に業務の専門性という点での、障害

専任職員では、十分は身体障害、知的障害と障害別に、身体障害では17人(25%)、知的障害では16人(23.5%)の職員配置が行われているが、まあ十分では身障専任は44人(34.4%)、知的障害には21人(16.4%)、不十分では身体障害11人(5.5%)知的障害3人(4.2%)であり、まあ十分、不十分とも身体障害、知的障害には、ほとんど専任職員は配置されていないことが分る。

それに比べて、身体障害・知的障害・障害児の3障害全てを担当したり、身体障害と知的障害、身体障害と児童、知的障害と児童など、2つ以上の障害を兼任している職員は、不十分では57人(80.3%)、まあ十分では63人(49.2%)と、十分の35人(51.5%)に比較して多く、とりわけ、身障・知的・児童と3障害を兼任する割合が、まあ十分、不十分では多い(十分5.7%に比べ、まあ十分50.8%、不十分42.1%)。一つの障害担当を行うためでさえ、豊富な知識、長い経験を必要とするため、十分では障害別に専任職員が少なくとも1名は配置されているのに対して、まあ十分、不十分では、1人で複数以上の障害を担当していることが業務の不十分さに結びついているのではないかとと思われる。

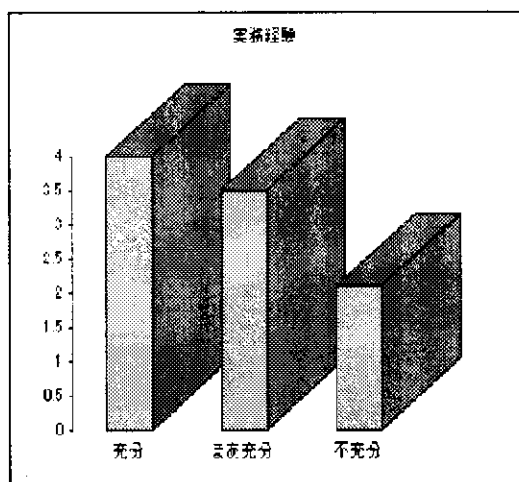
さらに、日常業務のなかでのケースワーク業務の割合でも、十分の66.0%に対



し、まあ十分 49.9 %、不十分 43.20 %と、まあ十分、不十分では実務上最も重要で基本的なケースワーク業務に関わる割合が少ない。

また、福祉業務の実務経験では、十分では、平均 4.0年に対し、まあ十分では、3.5年、不十分では、2.1年であり、業務が不十分と思われるところの職員の実務経験が少ない。現在の職場での経験でも、十分の 4.1年、まあ十分の 3.8年に比べ、不十分では 2.8年と少ない。この業務には多くの経験が必要であるにもかかわらず短期で異動しており、全体に実務・現職場の経験が不足している状況にあると言える。

問題となるのは異動前の職場で、全く福祉と関係のない職場から初めて、しかも指導する経験者もない福祉へ異動している割合が、不十分では 94.6 %、まあ十分で 80.6 %、十分で 75.5 %と高いことである。業務が十分行われているとされるところでさえ、福祉業務の専門性を重視した異動が行われていないことが分かる。専門性を担保する福祉司、社会福祉主事の発令でも、十分では 29.2 %、まあ十分では 26.7 %に発令さ

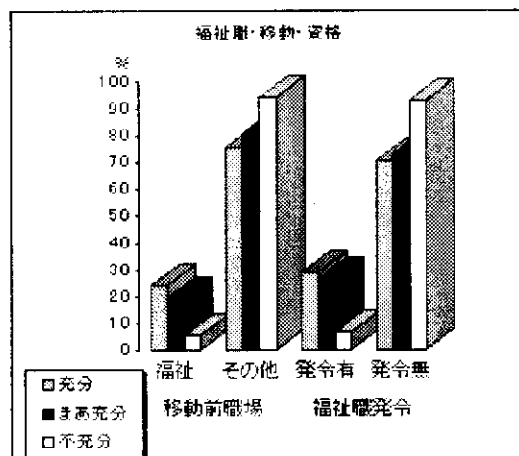


れているが、不十分では、わずか 3.2 %にしか発令されていない。福祉業務の専門性がほとんど考慮されていない結果と言える。

このように、福祉業務の執行が、十分と、

まあ十分、不十分の差は大きく、前述のように、6割以上の市町村が不十分、3割近くがあまり十分でないことが分かった。

この結果から、市町村が十分な福祉業務を行うためには、最低限 5名以上の常勤職



員を、しかも、身体障害、知的障害(必要により児童)の障害別に専任職員を複数以上(1人は実務経験 5年以上)配置すべきであり、配置にあたっては、福祉司、社会福祉主事等の任用資格に留意すべきである。専門職員が配置できない小規模市町村(特に町村)では、介護保険が採ったように広域連合などによる体制整備を見据えることが必要ではないかと考えられる。

現在の不十分な体制のもとで、果たして市町村が新しい支援費支給制度下で障害程度区分の決定や利用者の不服申し立てにきちんと対処できるのか、大いに疑問がある。このような状況を改善し、新しい制度を円滑に実施するためには、都道府県の市町村支援体制の整備が必要であり、都道府県の専門的、技術的支援機関である身更相と知更相が、この役割を果たすべきであろう。そのためには、身更相と知更相に市町村職員の研修部門を整備し、研修担当部門を設けるとか、障害福祉圏域単位に経験豊かな地域担当福祉司を配置して、圏域の市町村の相談、支援にあたり、定期的に巡回、訪問し、市町村職員の実地指導を行える体制

を整備する。また、市町村職員を長期的に受け入れる一方、経験ある更生相談所の身体障害者福祉司を市町村に派遣する。国、又は都道府県は専門職養成施設を整備する。市町村とのインターネット網を整備し質問や疑問に迅速に応答する等、具体的支援策を早急に検討する必要がある。

4) 措置費から生活支援費方式の基本となる障害区分判定を、身体障害者及び知的障害者更生相談所が行うにあたっての問題点とこれからの身体障害者及び知的障害者更生相談所のあり方

この研究から明らかになったのは、現在の身更相及び知更相が、市町村の求めに応じて障害程度区分判定を行うためには、その評価、区分判定をきちんと行える、常勤専門職を確保することが必要である。今後障害区分の判定に関係しなければならない医療・福祉専門職種、その職種も必要数も、障害区分の詳細が、明らかになれば、自ずと決まってくる。そして、障害区分の決定は、障害区分判定の専門性、信頼性、客観性、平等性を担保するため、専門的判定に関係する全ての医療・福祉専門職が参加した「障害区分判定会議」(必要により、市町村職員、学識経験者、障害者団体代表等を加えることも検討の余地がある)に加えて、市町村への不服申立に備えて「障害程度審査委員会」(市町村代表、施設代表、第三者代表、障害者団体代表等の外部委員、県と更生相談所長で構成)を設置すべきであると言える。

しかし、更生相談所にとって最も重要な事業の一つである判定会議を開催している知更相は30.0%であり、身更相では、地方分権一括法の施行による新しい業務である基準外補装具交付審査会が43.7%でしか開かれていない現状では、新たに障害区分判定会議を行うことは至難の業であろう。ま

た、支援費支給制度では、利用者が申し出て、施設利用、在宅支援の支援費の支給決定は市町村が行い、障害区分判定は市町村の求めに応じて、必要により更生相談所が行うことになっているが、この調査結果が示すように市町村の9割近くが、業務を十分に行えない現状から、大半の市町村では障害程度区分を適切に判断し決定を行うこと自体、困難と思われる。そこで、それを支援するため、都道府県の市町村支援体制確立が必須であり、身更相と知更相の専門的、技術的機関としての役割が一段と大きくなる。とりわけ身体障害者福祉司、知的障害者福祉司が最低限の法定人員さえ配置されていないところが多く、今後各都道府県の面積、人口、高齢化率等の地域性を考慮した身体障害者及び知的障害者福祉司や医師、他医療専門職、福祉専門職の職員定数の抜本的な見直しが必要である(具体的に身更相及び知更相の、専門職種、それぞれの職員数を明示することが望ましい)。

この研究結果から、身更相では整形外科等の肢体不自由を主とする診療科の経験豊かな医師、知更相では、精神神経を主とする診療科の経験豊かな医師の常勤所長の配置が望ましく、事務職所長の場合には、それぞれの専門科医師の常勤配置が必要である。さらに身更相にあつては、常勤で最低限の理学療法士、作業療法士、看護婦、義肢装具士等の医療専門職と最低限2名以上の身体障害者福祉司、心理判定員の福祉専門職(言語聴覚士、職能判定員は非常勤でも可)が最低限9人、知更相にあつては、最低限2名以上の知的障害者福祉司、3名以上の心理判定員(職能判定員は非常勤でも可)の福祉専門職が最低限7人の常勤配置が必要である。

同時に、福祉第一線の市町村職員も、専門職員数が少なく、短い年数での異動が多いため、十分な実務経験と専門的な知識に