

日本における足部・脚部の障がい、疾患への靴による対処の現状 義肢装具士でない技術者が、なぜ「靴型装具」「足底装具」を提供するのか

渡辺 好庸

(NPO法人 靴総合技術研究所 理事)

はじめに (1)

I. 〈義肢装具士が関わらない「治療用装具」を療養費支給の対象としない〉ことが、何をもたらすか (3)

1. 議論の前提 (3)
2. 私たちの事業と「装具提供業」との接点 (6)

II. 目を覆ってはならない現実 —— 「靴型装具」をめぐる20年間の推移 (7)

1. 20年前に何が起こっていたのか (9)
2. 10年前に「発展途上」とされた靴型装具技術 (13)
3. 本当の「不適切」とは何か (16)

III. 私たちの事業と「靴型装具」のこれから (18)

—— 私たちが提供する靴がなぜ「靴型装具」として求められるのか ——

1. ドイツ整形外科靴技術の特殊性 (19)
2. 現代日本人の「足と靴と歩行の特異性」 (20)
3. 私たちの事業 (22)

—— 「靴型装具」として求められる「私たちが提供する靴」 ——

NPO法人 靴総合技術研究所

2018.8.

(改訂 2019.4.)

はじめに

私たちにとっては、直接関係することでないために何らの情報も得ていなかったのであるが、近年、治療用装具を巡って、保険者(全国健康保険協会、健康保険組合連合会)から、療養費の「不正請求」の増加が指摘され、その適正化のために「治療用装具の作成(原文ママ)基準の明確化」を求める意見(要請)が、厚労省宛に出されていたようである(注1)。そのような指摘がある以上は、それに該当する何らかの事実があったのであろうが、私たちが、その内容の一端を知ったのは、2017年8月20日付『朝日新聞』一面(および社会面)に掲載されたかなりセンセーショナルな「治療用装具 不正請求相次ぐ」という記事(続報9月6日)であった。

以前から保険者の要請があったからというよりも、直接はこの記事を受けてのことと明言している(注2)が、厚労省として、「要請」を出していた保険者以外の保険者にも「不正事案の有無」の調査を依頼し、その上で、当該の審議会の専門委員会(注3)で治療用装具に関わる「療養費の不適切な請求事案」について議論することになり、それを踏まえて、2018年2月に「保医発0209第1号 平成30年2月9日 治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について」という「通知」を発出することになった。

そして、この「通知」発出の前提であった治療用装具に関する療養費の「不適切な請求」が、保険医療現場の実情からすれば当然のことであったようであるが、装具提供を業とする義肢装具士が主体的に関わることによって生じた事案であったようである。保険医療現場の実情を認知しない私たちからすれば、治療用装具に関する療養費の「不適切な請求」と言えば、当然、請求者は被保険者であり、また被保険者は患者として医師の指示で治療用装具を購入しているわけであるから、その費用の保険者への請求が、それも「保険医が治療に必要な装具」とは言えないものが「治療用装具」として「不適切」になされているというのであれば、医師の指示そのものか、装具提供業者から提供された装具に対する医師による適合確認か、いずれにしる医師の判断が「適切でなかった」ということ以外には想定し得ないのであるが、現実には、装具の内容までが「医師の判断」よりも装具提供を業としている義肢装具士の「判断」(責任)で決定・提供されているようであり、それ故に、「通知」において「不適切な請求」の抑制のために重視されているのが義肢装具士への牽制(責任の所在を明らかにさせる)ということになっているのである。

さらに私たちが驚いたのは、確かに私たちも、治療用装具が、義肢装具の製作・提供を業とする者に与えられる国家資格である「義肢装具士」の資格保持者(注4)によって基本的に担われていることは了解しているが、その資格が名称独占の資格であって業務独占資格ではなく、さらに、例外的な業務独占(注5)が「義肢装具の採型適合等のうち」の「医行為の範疇にわたるもの」(注6)に限定され、そして何よりも、義肢装具士が業として行う行為は全て「医師の指示の下に」行うとされている以上、医師の責任で、自らが必要とする治療用装具の製作・提供を、義肢装具士ではない特定の技術者に指示することは当然ありうるし、現に行われ療養費支給もなされているにも関わらず、「通知」発出にあたっては、そのことが全く想定されていなかったということである。

その結果、義肢装具士への牽制のために「領収書への義肢装具士の氏名記載」を求めたことから、義肢装具士が関わっていないが故に領収書に氏名記載のない治療用装具に関して、療養費請求することが「不適切」であるかのような誤解が生じ、保険者・被保険者間で混乱が発生したのである。その混乱に関して、厚労省に「通知」の本意を照会したところ、上記内容を確認し、「通知」は義肢装具士が関わっていない治療用装具は想定しておらず、そのような治療用装具への療養費支給自体を「不適切」としているわけではなく、そのような治療用装具への療養費支給に関しては保険者が判断することである(注7)とした上でなお、保険診療の対象としての治療用装具に関しては、装具提供を業とする医療専門職である義肢装具士が関わるべきであり、治療用装具を提供するのなら義肢装具士の資格を取得するか、義肢装具士を同席させるべきだ、

というのが厚労省の見解とのことであり、その根拠が、(それを「保険診療」に限定する理由は定かではないが)「治療用装具」に関しては治療中の「採型」「適合」である以上、それらが「診療の補助行為」となり得るためである、というものであった。

しかし、いうまでもないことではあるが、それは、「医師でなければ、医業をなしてはならない」との医師法の規定に発する医療分野における業務独占に関わることであり、それは「国民の保健衛生上の危害の防止」という「公共の観点から設けられた」ものであって、義肢装具士の業務独占についても、「採型」「適合」が「衛生上危害を生じるおそれのある」場合に、その行為によって人体への危険性が及ぶことを避けるために無資格者を排除したものであるのは論をまたない。したがって、義肢装具士の業務独占とされる「採型」「適合」の内容が、保健師助産師看護師法に規定される「診療の補助」としてなされる行為とされている以上、それは「医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為」であり、そのような行為が無資格者によって業として行われること自体が違法であり、装具の種類によって左右されるような性格のものでないことは自明のことである。保険診療の対象であろうがなかろうが、治療用装具であろうがなかろうが、その装具の製作・提供上そのような行為が必要な場合に、あるいは、さらに言えば、それが「装具」の提供としてではなく、「靴」や「中敷」の製作・提供としてであったとしても、そのような行為が無資格者が業として行うことが違法であることは論をまたない。

ところが、「保険診療の対象としての治療用装具」に限定して「義肢装具士の関与」を強調する先の厚労省の見解では、義肢装具士法に規定される「採型」「適合」に該当する行為一般が、「医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為」であるかないかの判断を前提に、そのような行為である場合は、医師の指示があれば「診療の補助行為」として義肢装具士か看護師等が行えるが、医師の指示がない場合は(医師以外)何人も業として行ってはならない、という「医行為」に関する実体的原則をあいまいなものとし、「保険診療の対象としての治療用装具」であるかないかをもって、形式的に「医行為」であるかないかを判断することにもなりかねないのである。義肢装具士の業務独占に該当する「採型」「適合」に関しては、義肢装具士法の制定時に厚生省医事課編の『臨床工学技士法義肢装具士法の解説』に、「具体的に診療の補助行為に当たるものについての概括的な判断は難しい、個々の行為に着目して、それが、『医師の判断をもってしなければ、人体に対して危険であり、又は危険であるおそれのある行為』に当たるかどうかを判断していく必要がある」と(234-235頁)と明記されているように、「個々の行為に着目して」判断すべきことであり、一概に治療中(それも保険診療中)であるかないかで判断できるようなことではないはずなのである。

何れにしても、装具の「製作適合等」を業とする唯一の医療専門技術職である義肢装具士の業務に関する厚労省の認識が、例外的に認められた独占業務である「採型」「適合」に固執し、それが義肢装具士の本来業務である「装具の提供」全体にとっての部分でしかない点を忘却したかのように、技術者たる者の核心的業務であるはずの「製作」は「誰が行っても良い」(だから「採型・適合」のために義肢装具士を雇用しろ)などというのでは、今回表面化している「不適切問題」も含めて、「靴型装具」「足底装具」に関する問題(本質的には、それらの装具を必要としている人たちにとっての深刻な問題)の解決には程遠いと言わざるを得ない。

そこで、以下、なぜ義肢装具士でない私たちが「靴型装具」「足底装具」を提供しているのかを、その歴史的背景を含めて明らかにし、もって、「靴型装具」「足底装具」に関する本質的問題——**本当に必要な人たちにまともに使えるものが供給されていないという深刻な問題**——の解決へ向けた意識喚起の一助にしたい。

(注1) 全国健康保険協会理事長、健康保険組合連合会副会長・専務理事による厚生労働省保険局長宛
「平成28年度療養費改定に当たっての意見(要請)」2016年8月9日。

(注2)「保医発0209第1号 平成30年2月9日 治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について」【参考】通知に関する補足 1 通知の発出の経緯。

(注3) 2017年12月27日 第3回社会保障審議会医療保険部会治療用装具療養費検討専門委員会。

(注4)「義肢装具士の名称を用いて、医師の指示の下に、義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の製作及び身体への適合を行うことを業とする者」義肢装具士法第二条3。

(注5)「義肢装具士は、保健師助産師看護師法第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合を行うことを業とすることができる」義肢装具士法第三十七条。

(注6) 義肢装具士の「例外的業務独占」である義肢装具士法第三十七条上(注5)が規定する「診療の補助として」の「採型・適合」の内容については、本文でも再三触れる通り、誤解されている事例が見受けられるが、同法施行時に都道府県レベルで「適切に対処」するために「留意」すべき「事項」として発出された下記の「通知」の内容(1.1.(注1)に引用)が、改めて周知徹底されるべきである。

「健政発第199号 昭和63年4月1日 義肢装具士法の施行について(各都道府県知事宛厚生省健康政策局長通知)」
記 第五 義肢装具士の業務について (一)。

(注7)「通知」に対しての、厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室医療経済専門官・三谷和令氏の見解は以下の通りである(2018年8月7日、川村範昭新宿区議会議員が、面談での口述を筆記し、その場で読み上げ確認)。

「通知」発出の前提として「義肢装具士の関わっていない治療用装具」は想定しておらず、「通知」の本意は、義肢装具士の関わった不適切行為の抑制のために、義肢装具士に責任の所在を明らかにさせるという牽制効果としての実名記載要請である。

「保険診療上必要な治療用装具の提供」に「診療の補助行為」を行う必要のない、あるいはその行為を医師・看護師が行うのならば、装具製作・提供に義肢装具士がかかわる必要はない。当該装具に療養費を支給するかどうかは、保険者が判断することである。

I. 〈「義肢装具士」が関わらない「治療用装具」を療養費支給の対象としない〉ことが、何をもたらすか

1. 議論の前提

この間の問題が、「治療用装具」の提供を巡って顕在化していることから、「治療用装具」を提供したいのであれば、「義肢装具士」の資格を取得するか、「義肢装具士」を雇用するか、あるいは「義肢装具士」の名前を借りるかすれば良いではないか、という低俗な議論がなされているようであるが、議論の前提条件が全く異なっていることを指摘しなければならない。

私たちは、「治療用装具」どころか、「装具」そのものをも提供したいと考えているわけではないということ、まずもって確認しておきたい。

問題は、それにもかかわらず、私たちが「装具供給業」を現実に担うことになっているのは何故なのかということなのである。

私たちの事業は、日本人一人一人に、「足の保健に役立つ靴」を提供することであり、事業の対象は、足・脚に障害、疾患の有る無しに関わらず、また老若男女に関わらず、靴を必要とする全ての日本人である、ということを確認しておきたい。

そして、この事業の背景には、「靴と西洋式歩行」の日本への普及のありように規定されて、現代日本人の多くが「足の健康」に問題を抱えているという現実があるということをも、合わせて確認しておきたい。

したがって、日本の福祉制度上「靴型装具」「足底装具」と規定されているものも、私たちにとっては「靴」と「その構成要素」であり、それは、対象によって個別のものではあっても、「障がい者、罹患者」に特殊なものとしてあるわけではない。

私たちの事業にとっては、足部・脚部に「障がい」があると公的に認定されているかどうか、あるいは、本人が「障がい」があると自覚しているかどうか、ということは直接関係しない。一人一人の足部・脚部の状態、及び立位、歩行の状態を前提に、「個々人の足の保健に最も適した靴」を提供するという意味では、「障がい」があるかないかが問題なのではなく、一人一人の違いが問題であるに過ぎない。

その点は、「疾患」に関しても同様であり、医師が「疾患」と認め治療をしているかどうか、あるいは、本人が自覚して医師の診断、診療を受けているかどうか、ということは、直接問題にはならない。

ただ、私たちの業務が、一人一人の足部・脚部の状態、及び立位、歩行の状態の詳細な認識を前提とすることから、業務の開始に当たって、足部・脚部に触れることが「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」あるいは「医師が行うのでなければ保健衛生上危害の生じるおそれのある行為」となる可能性が疑われる状態の場合は、本人の自覚の有る無し、あるいは医師の治療を受けているいらないに関わらず、業務の継続はありえない(注1)。

私たちの事業が、上記の通りである以上、「(義肢及び)装具の」「製作適合等」を「行うことを業とする者」にとっての「名称」として使用を認められる「義肢装具士」の資格を取得することは、私たちの事業内容からも義肢装具士法の精神からも到底合理性を有しているとは思えない。

余談ではあるが、輸入健康靴の販売を主たる業務とする事業者が、義肢装具提供を本業としていないにも関わらず「義肢装具士」の資格を取得したり、「義肢装具士」を雇用する事例が散見されるが、個々の事業者の意図はともかく、福祉・医療行政主体にとっては義肢装具士法の精神に照らして異様さを感じて然るべきように思われる。

私たちの事業が、(義肢というまでもなく)装具の提供でない以上、「義肢装具士」の「名称」を使用する必要は全くないし、その資格を有することによって行いもしない業務を行うかのような誤解を招くことを避けるためにも、私たちの業務を「義肢装具士」として行うことはできない。したがって、私たちが「装具提供」を行なっているという客観的事実も、私たちの事業が内発的に現実化させたものではないということが重要なのである。

(注1) 私たちの事業については後(III.)に詳しく述べるが、単に「靴」という一つの生活資料を供給する業ではなく、「靴」を必要としている人の足・脚がどのような状態であり、どのように立ち、どのように歩行するのか、等々を詳察し、一人一人に適合する靴を提供し、その靴を正しく履き、それを使用して正しく歩くところまで実際に指導し、使用後の経過についても足・脚の状態の変化を含めた定期的な確認を継続する、という、いわば、靴を使用することに関わる足・脚の保健指導(その中に適合した靴の供給も含まれる)ともいべき内容であり、当然にも、その業務遂行においては、一人一人の足部・脚部はもちろんのこと、必要に応じて他の部位も含めた身体に直接・間接に触れることになる。したがって、そのような身体への直接・間接の接触行為が「医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、また危害を及ぼすおそれのある行為」となるような対象者に、私たちが私たちの業を行うことはありえない。

したがって、私たちにとっては、如何なる状況にあっても「医行為」となる可能性のある行為を行わないということが重要なのであり、義肢装具士法の規定する「採型」「適合」の具体的内容に対応する行為をするかしないかには関心はない。ところが、義肢装具士法を巡っては、「採型」「適合」は、「身体に触れた上で行う行為」であるから「診療の補助行為」に該当するなどという解釈が、行政当局者も含めて散見される(※)のである

が、そのような解釈は、「身体に触れた上で行う行為は全て医行為であるから、それが医師の指示に従ってであれば、すべて診療の補助行為である」という「医行為」に対する驚くべき理解からしか導き得ない。それならば、私たちの事業は、そもそも「身体に触れずには行えない行為」であるのだから、本来は医業であるともいうのであろうか。

「採型」「適合」は、「身体に触れた上で行う行為」であるから「診療の補助行為」に該当するなどという解釈が、どのような意図でなされているのかは私たちの知るところではないが、そのような解釈を主張する人たちは、少なくとも、義肢装具士法の制定時に、この法が何のために制定されたのかを説明した、前掲『解説』の冒頭に記された次の一文を改めて確認すべきである。

「近年、リハビリテーション医療の分野において、義手、義足、ギプス等の義肢装具を手術直後の患者に装着して早期訓練を行うことにより、円滑な社会復帰を促進することを可能とする、いわゆる超早期リハビリテーションが普及、定着しつつあるが、これに伴い、義肢装具を製作し、身体に適合させる等の業務に従事する者が臨床の場において重要な役割を果たすようになってきた。」(前掲書155頁)

つまり、「手術直後の患者」を対象とした「超早期リハビリテーション」の普及、定着に伴い、「手術直後の患者」の「身体に適合させる等の業務に従事する者が臨床の場において重要な役割を果たすようになってきた」ために、義肢装具士法を制定し、そのような(「手術直後の患者」の「身体に適合させる等」)業務に「診療の補助」として従事できる者に限定して義肢装具士の資格を与えることになったということなのである。したがって、法の規定する「診療の補助として」行う「装着部位の採型」ならびに「身体への適合」が、手術直後の部位などへの「採型」ならびに手術直後の患者の身体などへの「適合」という、明らかに「医師が行うのでなければ保健衛生上危害の生じるおそれのある行為」としての「採型」「適合」であるのは疑問の余地のないところである。

だから、義肢装具士にとっての業務独占である「診療の補助行為としての義肢装具の採型適合」に関して、先に指摘した「具体的に診療の補助行為に当たるものについての概括的な判断は難しい、個々の行為に着目して、それが、『医師の判断をもってしなければ、人体に対して危険であり、又は危険であるおそれのある行為』に当たるかどうかを判断していく必要がある」(前掲書234-235頁)との解説がされているのであり、「個々の行為に着目」しないどころか、対象者の身体の状態も、装具の種類も一切考慮することなく、ただただ「身体に触れた上で行う行為」であることをもって全ての「採型」「適合」を「診療の補助行為」とする解釈に無理があるのは明白なのである。

確かに、判断が「難しい」が故に「少なくとも、治療を継続している(又は治療が必要とされる)患者に関わる義肢装具の採寸・採型及び適合については全て該当すると考えて良い」(前掲書235頁)という、患者の安全のための概括的な解釈が追記はされているが、それは、当然にも「国民の保健衛生上の危害の防止」を目的としたものであり、「診療の補助」の法概念自体を変えているわけではない。この追記箇所を根拠に、「治療を継続」「治療が必要」の字句をことさら強調して、治療の具体的内容どころか装具装着部位に関わる治療であるかどうかさえも無視して、「療養費支給対象である治療用装具は治療中の患者のための装具であるから、その採寸・採型、適合は診療の補助行為である」という、強引な解釈も散見できるが、いずれにせよ、法の精神、法の概念に即した解釈としては成り立ち得ない、ためにする解釈以上のものではない。

なお、このような解釈が、厚労省のQ&A(※)などで、公然とまかり通っている関係なのか、都道府県の更生相談所の判定員の中にも「採型・適合は全て診療の補助行為なので義肢装具士が行わなければならないから、義肢装具士が関わらない装具は補装具費の支給対象にならない」と理解している者が見受けられるが、そのような人たちは、改めて、先に「はじめに」の(注6)でも触れた、義肢装具士法制定時に都道府県知事宛に発出された通知の「義肢装具士の業務について」指摘した次の一文を精読すべきである。

「義肢装具の採型適合等のうち、従来医師又は看護婦のみができることとされていた医行為の範疇にわたるものについても、義肢装具士が診療の補助として行うことができるものとされた」

(「健政発第199号 昭和63年4月1日 義肢装具士法の施行について(各都道府県知事宛厚生省健康政策局長通知)」)

(※) 厚生労働省ホームページ掲載。「障害福祉サービス等に関するQ&A」の「3 補装具関連Q&A」

「2008年5月14日付 補装具関連Q&A(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/qa22.pdf>)」

2. 私たちの事業と「装具提供業」との接点

私たちの事業において、「装具提供業」との接点は、決して私たちの事業の延長上に現出するのではない。

先にも触れた通り、私たちは、一人一人の足部・脚部の状態、及び立位、歩行の状態を前提に、個々人の足の保健に最も適した靴を提供しているのであり、その対象が、「障がい者」として公的に認定され福祉関連法によって「装具」支給の権利を有した個人である場合に、その個人の権利の延長上に「装具提供業」との接点が現出するのである。

つまり、具体的には、「装具提供」を本来の業務とする義肢装具士が提供する「靴型装具」「下肢装具」等ではなく、私たちの提供する「靴」によって、公的に認定された「障がい」に対する機能改善等を希望する「障がい者」が、私たちの提供する「靴」を「装具」として公的支給の対象とすべき、と要求するところから、私たちの事業が「装具提供業」の一面を有することになる。

私たちの提供する「靴」が、公的支給対象の「装具」となるためには、当然、更生相談所の判定による補装具として「補装具費の算定基準」(注1)に適合した物でなければならない以上、私たちの「靴」が(内容の細部では異なっても)判定内容に即して算定基準に則って製作されたものとみなされ、装着の確認を得なければならない。

そのため、私たちは、判定によって指示されている内容を最低限満たす(実際には、判定による指示にはない内容を必要に応じて付加することにもなるが)靴を、「靴型装具」として「算定基準」内の価格で提供することになり、それをもって「装具提供者」とみなされることになる。それ故に、私たちは、単に価格の基準だけではなく、製作工程に関しても、「基準」が想定している技術とは異質な技術によっているにも関わらず、可能な限り「基準」の想定に合致させるように対応するのである。

したがって、輸入健康靴に加工を加えた靴が「靴型装具」として、福祉現場や医療現場に義肢装具士や健康靴販売業者によって供給されている事実を、あえて批評するつもりはないが、私たちが「障がい者」の権利の行使のために「靴型装具」として提供する靴は、後(III.3.(注1))にも明示する通り、少なくとも、輸入健康靴の類に手を加えることによって「靴型装具」とするような、日本の福祉行政が想定している「補装具購入基準」から逸脱したものでないことだけは、明言しておきたい。

私たちの事業の延長上に「装具提供業」がないことは、今見た福祉現場における事態以上に、「治療用装具」の場合は、より鮮明となる。

繰り返しになるが、私たちの事業は、個々人の足の保健にとって最も適した靴の提供であり、それが「治療」を直接意図する事業でないことは論をまたない以上、その事業の延長上に「治療用装具提供」が位置付くことはない。

私たちの事業と「治療用装具提供」との接点は、私たちが個々人の足の保健のために提供している靴とその構成要素であるフットベッドの機能性に着目した医師が、自らの患者の治療に効果があると認知し、自らの処方に従っての製作を要請することによって、初めて出現することになる。

具体的には、特定の医師が、自らの治療に必要な治療用装具の提供者である特定の義肢装具士に指示して提供させる「靴型装具」「足底装具」よりも、私たちの提供する「靴」や「フットベッド」に「治療効果」を認め、個々の患者に対する治療のための「靴」や「フットベッド」の製作を要請することによって、私たちの事業にとって「治療用装具提供」との関わりが開かれることになる。

ただ当然のことながら、ここにおける私たちの業務は、一般的には医療従事者でない私たちが「診療の補助行為」を行う必要のない範囲に限定されることになり、どのような患者に対しても同じように提供することにはならず、個々の事例について医師の判断により個別になされることになる。もちろん、一般的ではないが、私たちの事業を自らの保健活動の一部として主体的に担っている保健師の場合は、医師の指示のもと

に「診療の補助行為」を行うこともないわけではない。

しかし、これだけでは、まだ私たちの事業が「治療用装具提供」となるわけではない。これは、医師の依頼による治療に役立つ「靴」や「フットベッド」の提供であり、私たちにとっては、それらをあえて「装具」という必要はないからである。

私たちが、これらを「治療用装具」として認識しなければならないのは、医師と患者が「保険医」と「被保険者」との関係の中で、医師の治療に関わる費用を保険者が負担することが前提となるとき、私たちが提供する「靴」や「フットベッド」が「治療用装具」であれば療養費の支給対象となる、という保険診療制度との適合性が要求されるからに他ならない。

その意味では、先に見た私たちの事業と「障がい者」福祉制度との適合性が「障がい者」の権利の延長上に求められるのと同様、医師の治療に必要な効果を発揮するが故に保険医による治療の一環として提供され、実際に治療効果を発揮する以上、患者としては、それを「治療用装具」として保険者に療養費の支給を要求できるという、被保険者の当然の権利の行使の延長上に、初めて求められることになるのである。

そこで、私たちの事業が「治療用装具提供」となるのは、保険医の治療のために必要な「靴」や「フットベッド」が「治療用装具」としての「算定基準」に合致したのものとして提供されることによって可能となる以上、私たちは、患者の被保険者としての当然の権利の行使に供するために、医師の処方指示内容を満たす「靴」や「フットベッド」を「算定基準」に依拠した「靴型装具」「足底装具」として、「算定基準」内の価格で提供することになるのである。

以上が、私たちが、現実に「装具提供業」を担っている背景であり根拠である。

したがって、〈「義肢装具士」によって提供された「治療用装具」のみを療養費支給の対象とする〉ということ自体が、私たちの事業そのものに直接影響を及ぼすことはない。

それは、私たちの事業に対してではなく、私たちの提供する「靴」や「フットベッド」によって治療効果が上がり、そのために通院も必要なくなっている患者、またそのような治療効果故に患者に使用を指示している医師、この両者の、**保険医、被保険者としての当然の権利を制限することになる**ということなのである。

事の本質は、第一には、「治療用装具」の提供を本業としている義肢装具士の中に、保険医が治療のために必要とする「靴型装具」「足底装具」を提供できない者がいるという現実を直視しなければならないということ、

そして、第二には、義肢装具士ではない者の中に、保険医が治療上の効果を認める「靴」や「フットベッド」を「治療用装具」として供給できる技術者がおり、それによって被保険者の治療に効果が確認できるという現実に目を瞑り、それを保険診療制度から除外しても良いのかということ、これである。

(注1)「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」2006年9月29日 厚生労働省告示第528号。
現行は、第9次改正 2018年3月23日 厚生労働省告示第121号。

II. 目を覆ってはならない現実 —— 「靴型装具」をめぐる20年間の推移

私たちは、「装具を提供する唯一の医療専門職が義肢装具士であるにも関わらず、医師が必要とする装具を提供できない義肢装具士もいる」という事実を一般的に指摘しているわけではない。私たちは、「義肢装具士だからといって、すべての装具を提供できる(そのためのあらゆる技術を有している)わけではない」という

装具一般に関する自明のことを強調しているのではない。私たちは、装具一般を問題にしているのではなく、「靴型装具が装具の一つとされているにも関わらず、医師が(したがって患者が)必要とする、また障がい者が必要とする靴型装具を提供できない義肢装具士があまりにも多い」(言い換えれば、「装具を提供する唯一の医療専門職が義肢装具士であるにも関わらず、医師が必要とする靴型装具を提供できない義肢装具士があまりにも多い」という「日本の靴型装具をめぐる現実」をこそ、直視すべきであると言っているのである。

日本において装具の一つとされている「靴型装具」に関しては、「靴ではなく装具である」と強弁したところで、「歩くための道具」としての本来の靴の機能性無しには、それらが個別の障がい、疾患に対応できる「装具」たり得るはずがないにも関わらず、靴の基本ともいべき左右一対での機能性をほとんど顧みない「補装具購入基準」が象徴しているように、また、「靴型装具」(「靴型」ではあるが「靴」ではない)という名称自体が正直に示しているように(注1)、そこにおいては、靴(合理的二足歩行を実現する道具)技術の未熟性は覆うべくもないのである。そのような靴としての本来の機能性を前提としない「靴型装具」に、足部・脚部の障がいや疾患で歩行困難な人たちの歩行改善や疼痛の軽減を期待すること自体無理なことなのである。その結果が、特定の障がいや疾患のために開発されたわけではない、しかし、靴としての本来の機能性を有し、さらに医学的観点から足の保健を考慮した「輸入健康靴」の方が、日本の装具技術の「成果」である義肢装具士が供給する靴型装具よりも「優れている」ということにもなったのである。

そのような、義肢装具士が医師や判定員の指示を受けて、自らの技術で製作・提供した「靴型装具」が「痛くて履けない」、それよりも「健康靴店のドイツ健康靴の方がまだマシだ」という、前世紀末から今世紀初頭にかけての福祉・医療現場での障がい者、罹患者の声の高まり(注2)を受けて、「ドイツ健康靴」に加工を加えた、当時の日本の装具学で言う「靴の補正」にあたる加工品が、「靴型装具」として「許容」されることになり、輸入健康靴店が「靴型装具」を提供するという、従来の装具支給制度では想定していなかった事態が現実化したことを、当時すでに国家資格化されていた「義肢装具士」達が、いかなる主体性を持って「我が事として」捉え返していたのかが、実に今改めて問われているのである。その現実化の中で、義肢装具士(というよりも、その問題性を究明し事態の改変を行うべき、日本における装具技術の発展を主導してきた人たち)による、従来の「靴型装具」に関する技術的・制度的検証を踏まえた具体的な対応が成果を上げていけば、20年後の今日、私たちが今だに「靴型装具」を提供しなければならないようなことにはならなかったはずなのである(注3)。

この20年間の「靴型装具」をめぐる推移に関しては、装具提供主体の問題であり私たちが直接関わるべきことではないが、先に指摘した通り、装具提供主体の実情に規定されて私たちが「装具提供業」を担わなければならない事態が継続している以上、当然無関心ではいられない。部外者ではあるが、影響を受けざるを得ない立場からこのかんの「靴型装具」をめぐる推移を私たちに評価すれば、以下の通りである。

(注1) 「靴型装具」の「補装具購入基準」においては、片側のみが「患足」の場合、他側は「健足」として健足用の価格基準で見積もられるが、この点に関しては、古くから製作現場からも疑問が出され、「靴の製作にあたっては採型・採寸から適合検査・完成までと健足と言えどもほとんど同じ製作工程が必要になって来る」から、「靴を製作する場合は両足を作るという事になるので健足価格と言う基準も見直す必要がある」(※)との指摘もされていた。このような、「靴は両足で一対だから」という指摘は常識的にも理解できる事であり、当然考慮されるべき見識ではあるが、私たちが問題にしていることは、ここで指摘されている「左右同じ製作工程」とか「左右のファッション性でのバランス」とかということではない。

このような指摘に対しては、現在でも厚労省福祉用具専門官が「医師の意見や処方に基づき義肢装具士が関わりながら製作される患足の靴型装具と、健足に装用する靴とは、明らかに製作工程が異なっており、そのことを反映させた基準額を設定している」(※※)などと何の迷いもなく反論するように、「靴型装具」という概念そのものとも不可分離に前提されている、「患足には装具が必要だが、健足は靴で良い」という認識そのものが問題な

のである。

片側が患足で機能障がいがあれば、それ自体への対処と同時に、むしろそれ以上に、立位時、歩行時に患足を庇わなければならない健足が、健常者の片足以上に機能を強化されるべきことは、「二足歩行のための靴」について少しでも考えてみれば容易に気付くことであり、したがって、「健足」の「靴」に関しても、患足の症状の把握とそれへの対処と同時に、それと対をなすものとして、医師が「意見や処方」を指示し、義肢装具士のような特別の技術者が関与して「特別の靴」として製作すべきことは、素人考えにもわかることなのである。

ところが、そのような極めて常識的な見識さえ、福祉用具専門官が持ち合わせることができないほどに、日本の「靴型装具」は、障がい者にとっての「歩くための道具」とは、考えられていないのである。

(※) 川村一郎「我が国の整形外科靴支給制度の現状と問題点」『日本義肢装具学会誌』Vol.9 No.3 1993。

(※※) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室福祉用具専門官・秋山仁氏による、同上川村氏の指摘についての見解。

(注2) この時期に行われた靴型装具に関する調査によると、3割を超える利用者から「靴ずれ」「強い痛み」が訴えられ、1割以上の人たちが「使わない」と回答していた(若林秀隆 他「医療現場からの提言：ユーザー」『日本義肢装具学会誌』Vol.16 No.3 2000)。

(注3) 「最近、足と靴に対する関心が高まっているが医師や患者のニーズに合った靴型装具が提供されるチャンスはむしろ稀である」(※)という認識は、その根拠については論者によって多様に語られてはいるものの、義肢装具士法が制定され、その経過措置が終了しようとしている(つまり、新たな人材育成体制が整ったはずの)時期における、装具に関わる人たちにとっての共通認識であったことは間違いない。特に、現状での製作技術者数の絶対的僅少性に加え、その前提でもある「我が国では靴型装具製作技術者の教育ならびに養成は全く行われていない」(※※)という認識を踏まえて、さらに、義肢装具士法に基づく新たな義肢装具製作技術者養成では「靴型装具は下肢装具の中に含まれているに過ぎず、時間数内容とも問題が残されている」(※※※)から、新たな養成制度が必要である、との認識は、当時の「義肢装具等の技術の進展」に責任を持つべき人たちにとっては共通しており、かなり深刻な問題として受け止められていたはずである。

ところが、それから10年近く経った後の状況が、上記注(2)の調査結果なのであるから、「義肢装具等の技術の進展」に責任を持つべき人たちは、当然にも、その間の事態の推移を総括して、その後、さらなる改善を試みようとしたのではあるが、注目すべきは、この同時期に、輸入健康靴店が、ではなく、義肢装具製作技術者たちが「輸入既製靴」を「靴型装具」として認知し、「靴職人の減少している現在、既製整形外科靴は、選択により良い評価を受ける」(※※※)との認識から、「補装具支給基準」との乖離を問題にすることもなく供給を開始していたのである。

(※) 前掲 川村「我が国の整形外科靴支給制度の現状と問題点」。

(※※) 加倉井周一「我が国の整形外科靴製作の現状と問題点」『日本義肢装具学会誌』Vol.9 No.3 1993。

(※※※) 加倉井周一「我が国の靴型装具製作技術者の教育ならびに養成計画の在り方」『日本義肢装具学会誌』Vol.9 No.3 1993。

(※※※※) 奥村庄次 他「靴型装具としての既製靴の紹介と特徴」『日本義肢装具学会誌』Vol.16 No.3 2000。

1. 20年前に何が起こっていたのか

「靴型装具」に関する問題性とドイツ整形外科靴技術の意義については、90年代中葉には、すでにドイツ人整形外科靴製造マイスター(OSM)を招聘しての義肢装具士を対象としたセミナーが国立身体障害者リハビリテーションセンターで開催されたことがあったように、装具技術の普及・向上を主導する少なからぬ人たちにとっては自明のことだったはずである。実際、当時すでに改訂作業が進められていたはずの義肢装具士の教本『装具学』の改訂3版(2003年)に、「整形外科靴(靴型装具)」というタイトルが登場し、「ドイツ流の整形外科靴の設計、製作法を重点的に取り上げ」ることにもなっていたのである。ところが、それに関わらず、さらには、その技術によって開発された「輸入健康靴」が従来の「靴型装具」を「排除」し始めていたにも関わらず、この技術を日本の装具技術の中に根付かせるための施策が、上記セミナーの他に具体的になされたようには見えない(注1)。むしろ、「輸入健康靴」の販売拡大のための技術として輸入商社によって

導入された「輸入健康靴の補正技術」を、それを教授するために招聘されたOSMの技術とともに、そのまま「靴型装具技術」として事実上「容認」し、従来の「補装具交付基準」に規定される「靴型装具」との整合性が意識的に問われることもなかった。

その結果、今世紀に入って以降、「治療用装具」としての提供(つまり保険診療に関して)だけは、なぜか輸入靴販売業者においても義肢装具士が関与する形をとることになったようで、その結果、医療現場では義肢装具士が関わった「靴型装具としての輸入健康靴」の提供が、そして福祉現場では、従来通り、義肢装具士の関与の有る無しに関わらない、輸入健康靴販売業者と装具提供業者の両者による「靴型装具としての輸入健康靴」の提供が、常態化し、従来の「交付基準」に即した「靴型装具」とは異質な「靴型装具」が「普及」することになったのである(注2)。それでも、それらが従来の「痛くて履けない靴型装具」に代位できるものとして供給されていればこそ許容されることになるが、装具提供業者自身とその容認のものと輸入健康靴販売業者とが、なんの緊張関係もなく野放図に、「(輸入靴を転用した)靴型装具は利益率が高い」とか、「少し加工すれば3万円の健康靴が10万円の靴型装具になる」とかと、「不適切」行為をも含めて行うことになれば、何よりも、障がい者、罹患者からの疑問の声が再び表面化することになり、行政や保険者が、改めてオーダーメイドでの製作を求めたり、「写真の添付」を要求したりするという、20年前に支給現場で「靴型装具」に関する「交付基準」のなし崩し的な変更が迫られたにも関わらず、それを「交付基準」に反映させることもなくそのまま放置してきたことへの反省もないまま、その結果生じた「不適切」行為への形式的な防止策をとらざるを得なくなってきたのである。

したがって、私たちがこの経緯を通して深刻な問題と考えるのは、結果としての「不適切行為の蔓延」それ自体以上に、先にも触れたように、福祉・医療現場におけるこのような現実を前に、義肢装具提供を伝統的に担ってきた技術者・事業者の全国組織である義肢協会や、義肢装具士資格成立後に「義肢装具士の資質の向上及び知識・技術の研鑽に努める」ことを目的に組織された義肢装具士協会、さらには、当該の医療・福祉事業の中核とも言える整形外科医の主導のもとに「義肢装具等の技術の進展と知識の普及等の事業」遂行のために組織された義肢装具学会といった、日本における装具提供の主体であると同時に社会的に責任を有する諸団体が、「靴型装具」をめぐるこの間の事態に有効な対処をなし得て来なかったという事実なのである。

先に触れたように「靴型装具」をめぐる混乱が顕在化していた20年前には、その後なし崩し的に「靴型装具」の技術とされることになるドイツ整形外科靴技術と、従来の日本において技術的・内容的に想定されていた「靴型装具」製作技術とが異質であることは、当時日本における「装具学」の主導者たちにとっては了解済みであったはずである。にもかかわらず、従来の技術を駆使し、その技術を前提にした「交付基準」に則って、誠心誠意製作・提供される「靴型装具」よりも「靴店の輸入健康靴の方がまだマシ」という、装具提供現場の混乱に対して、現場で苦闘する装具製作者の立場に寄り添った「知識・技術の研鑽」「技術の進展と知識の普及」が取り組まれたようには見えない。さらには、現場での唯一の基準である「交付基準」に関しては、1973年の告示を86年に大幅改正することによって今日につながる「基準」が整備されているが、そこでの「靴型装具」の内容の中に、同時期に義肢装具士法制定とも連動して初めて作成された教本である『装具学』の用語(1980年制定、86年改定のJIS T0101に抛る)との不整合があるにも関わらず、それらを含めた見直しがなされた形跡もない(注3)。

一方、このような装具提供主体の実態を背景としながら、当時、ドイツ整形外科靴技術の日本への導入を先進的に考えていた人たちは、技術そのものの導入の難しさもさることながら、その物的基盤ともいべき福祉制度上の制約を最も重視しており、足部・脚部障がいへの靴による対処が「靴型装具」の「交付基準」に即す限り、「整形外科靴」の福祉現場での普及は不可能と断ぜざるを得なかったのである。OSMが製作する整形外科靴は、仮に日本人技術者が製作しても、技術の高度さ・精緻さの故に当時でも20~30万円を

下らないと推定される以上、この技術が福祉現場に普及するためには、この技術の有効性が最終的には全国的に承認され「障がい者が歩くために30万、50万の靴を公費で負担しよう」という「常識」が形成されない限り、つまり、ドイツにおけるこの技術の形成がそうであったように、世論を背景に制度的基盤が整備されない限り無理であると断ぜざるを得なかったのである。

そのような現実の中で、当時、この技術によってOSM向けに開発された多様な「福祉・医療用のドイツ靴」が、多くの「ドイツ健康靴」の一部として紹介されることになると、それらのそれぞれの特徴を活用しながら、OSMから学んだ技術で加工(当時の日本の「装具学」の規定にしたがえば「靴の補正」)を加えた靴が、決して安価ではないが、さりとして「靴型装具」の「交付基準」ほどもはしない「市販靴」として提供されたのである。

ところが、そのような「靴の提供」が、「装具学」において明示されていた「靴の補正」が想定している内容とは、技術面だけではなく「補正」の前提となる「靴」自体もが明らかに異なり、したがって、「交付基準」にしたがっての「靴の補正」では、その提供が困難であることが明らかであった(注4)にも関わらず、「交付基準」の見直しが行われることはなく、経済的条件のある特定の障がい者、罹患者が自費で求めることしかできなかったのである。それが、公費で作った「靴型装具」が使い物にならないで、自費で買った「健康靴」で歩けるようになった、という障がい者、罹患者の率直な声となり、福祉・医療現場で「ドイツ靴」も「靴型装具」として認めざるを得ない事態を招くことになったのである。

少なくとも、この時点で、装具提供に責任を負う主体と、当然、彼らの活動を保証し、また規制することによって障がい者福祉を執行しなければならない行政当局とが、「靴型装具」を巡る混乱に目を向け、現場の現実と「装具学」の現状と「交付基準」との不整合の修正に手を付けていれば、その後の無秩序な事態はある程度は避けることもできたのであろうが、なぜかそのような動きは見られなかったのである。

(注1) このセミナーについては、主催者自身が、「現在の研修会は靴型装具製作に従事している義肢装具士あるいは製作技術者を対象として、そのレベルアップを図るものであり、2～3週間のカリキュラムでは到底、理論から製作までを習得できるものではない」との認識のもと、日本における現実的な方策として「義肢装具士としての勉学を修めた上で靴型装具専門課程で就学する」という、「新しい人材を養成するための、少なくとも1年あるいは2年程度の教育体制の整備が急務である」と提言していた(*)なのであるが、そのような教育体制が整備されているようには見えない。

(*) 高嶋孝倫 他「オーダーメイドの靴型装具」『日本義肢装具学会誌』Vol.16 No.3 2000。

(注2) 一方では、輸入靴販売業者が、輸入商社の開催するOSMを講師に招いた加工技術の講習を受講し、輸入既製靴を個人用に加工して販売する新たな靴小売業が出現し、日常的に足と靴の不適合に悩んでいた市民に歓迎されるだけではなく、既存の「痛くて履けない」靴型装具に悩んでいた障がい者、罹患者にとっても「よほど履きやすい」との評価を得ることになり、その現実を更生相談所の判定員も無視できず、補装具基準では「既製靴の補正」でしかない「輸入既製靴の加工品」を「靴型装具」として容認することになり、他方では、そのことに触発されたことかどうかは定かではないが、前項の(注3)でも指摘したように、義肢装具業者自身が「靴型装具としての既製靴」なる概念を用いて、特殊な用途として開発・生産されているメディカルな既製輸入靴だけではなく、ドイツ等では一般市場で流通している、いわゆる「コンフォートシューズ」に対しても、「整形外科的観点から、足・体を正しく支え、歩行できるように作られており(インソールは最初から取り外し可能、または内蔵されている商品が多い)、義肢装具士、または専門家がある程度、手を加えることにより、十分に、治療靴となりうる製品も多い」(*)などと、輸入既製靴の紹介カタログと見間違えるような「論考」を学会誌に投稿するまでになっていたのである。

(*) 前掲 奥村 他「靴型装具としての既製靴の紹介と特徴」。

(注3) 73年告示で示された「交付基準」(*)は非常に大雑把なもので、「靴型装具」に関しても、その定義自体は「医師の処方のもとに治療に用いられる靴であって、ふまず鋼の入っているものを基本とする」という現行「基準」

にまで踏襲される内容であるが、製作上の基準となる内容はほとんどなく、「靴型装具の要素」として、「整形外科靴」と「外転靴(内反足の矯正用)」とを、個別の「補正」内容や「付属部材」と合わせて挙げ、「整形外科靴」に関しては「陽性モデルから作成(原文ママ)した特別製の木型を用いるもの」とし、その「木型を新製する場合」と「以前に作成(原文ママ)された木型を用いる場合」とに分けて示しているのみであった。

それが、80年代前半期の義肢装具士法制定に向けた「義肢装具」を巡る動向とも連動して、その告示の内容が大きく変更され、86年には「靴型装具」に関する製作法までを含めた現行の「基準」が完成する(※※)ことになると、そこでは新たに「靴型装具の製作要素」として「整形靴」と「特殊靴」が挙げられ、「整形靴」は「標準木型に皮革、フェルト等を張って、補正して作られるもの」、「特殊靴」は「陽性モデルから作成(原文ママ)した特殊木型を用いて作られるもの」とされ、新規か継続かではない、木型の違いに伴う具体的な製作基準が示されることになる。つまり、従来「整形外科靴」とされていたものが「特殊木型」による「特殊靴」とされ、新たに「標準木型」を「補正」(整形した木型による「整形靴」)が加わり、両者が製作法の違いによる2種類の靴型装具とされ、それが今日に至るまで「靴型装具」の製作に際しての「基準」とされ続けているのである。

ところが、この86年の変更時に、「靴型装具の要素」については、個別の補正内容や付属部材等は「付属品等の加算要素」として新たに位置付けられ、「整形外科靴」と「外転靴」のみが、「備考」欄に「整形靴(陽性モデルから作成(原文ママ)した特別製の木型を用いるもの)」と「矯正靴(内・外反足の矯正用)」に「改正」されて残るのである。それは、73年告示では、“orthopedic shoes”の直訳語として「整形外科靴」とされていたものが、JIS T0101によって“orthopedic shoes”が「整形靴」とされたことに対応して変更されたものではないかと思われるが、その同時「改正」によって新たに製作上の基準として示された「靴型装具の製作要素」の中に、〈標準木型の「形を整えた」木型で製作する〉という意味での「整形靴」が明記されていたのである。そして「靴型装具の要素」の一つである「整形靴」と同義の「陽性モデルから作成(原文ママ)した特殊木型を用いて作られる」「特殊靴」が、もう一つの「製作要素」とされたのである。

なぜこのような、誰が見ても即座に気付く「用語の不統一」が、それも同時に一体のものとして出された「告示」の中に出現したのかは全く不明であるが、私たちにとっての最大の疑問は、それが、気付いているにも関わらず、なぜ30年以上放置され続けているのかということである。

さらに重大な混乱は、「交付基準」の取り扱いの「技術的助言」として制定されている「事務取扱要領」(※※※)においては、「靴型装具の製作要素」の「整形靴」と「特殊靴」に、以下の説明がなされているのである。

「整形靴とは、医師の処方に基づき変形の矯正、疼痛のない圧力分散等特定の目的のために特定の患者の足部に適合させた靴であること」

「特殊靴とは、特定の患者の形態に応じて靴を作るため特別に木型をおこし作られた靴であること」

「交付基準」と対応させれば一目瞭然であるが、「特殊靴」に関しては、「交付基準」の「陽性モデルから作成(原文ママ)した特殊木型を用いて作られるもの」への解説であるにも関わらず、「整形靴」に関しては、全く異質な、「製作要素」としては無意味な、製作法とは無関係な説明となっている。それは、ここでの「整形靴」に関する説明が、本来製作法に関わる用語であるはずもないJIS T0101の「整形靴(orthopedic shoes)」の規定そのものなのであるから、当然のことである。

「交付基準」の「技術的助言」などと言いながら、「助言」のみで「製作要素」を理解すれば、特殊靴は特殊な木型で製作しなければならないが、「整形靴は、どのような製作法であっても(木型を使わなくても)、医師の処方に基づき変形の矯正、疼痛のない圧力分散等特定の目的のために特定の患者の足部に適合させた靴であれば、良い」ということにもなり、「基準」として示された「製作法」を無視することに道を開く内容なのである。

一体なぜ、このような混乱が、長きにわたって放置され続けていたのかを私たちは知る由もないが、確かに、このような相矛盾する内容であるが故に、福祉・医療現場においては、「交付基準」本体では「靴型装具」とは認められないが、その「技術的助言」によれば「ドイツ靴に補正して特定の患者の足部に適合させた靴」でも「(整形靴としてなら)靴型装具」として容認できる、という現実的運用にとっては都合の良い「混乱」であったのかもしれない。そして、そのおかげで、従来の「(交付基準本体に即した)靴型装具」が使い物にならなくて困っていた障がい者、罹患者が、「輸入健康靴」を「靴型装具」として支給されることによって救われていたのであれば、その意味ではこの「混乱」を一概に否定的にのみ見るべきではないのかもしれない。

しかし、そうであったとしても、そのような現場における善良な判断によって事態が推移している間はそれで

良いのかもしれないが、そこにおいて、「(輸入靴を転用した)靴型装具は利益率が高い」とか「(保険財政悪化に対して)療養費を削るために基準を厳格に守らせる」などという、現場の善良な判断とは異質な要因が現実化してきている以上は、もはや放置されるべきではないであろう。

(※)「厚生省告示第171号」別表1 交付基準 1973年6月16日。

(※※)「厚生省告示第20号」別表1の(3) 装具 1986年2月28日。

(※※※) 現行のものは、2018年3月23日「障企自発0323第1号」。

「補装具費支給事務取扱要領」の制定について」の(別紙)補装具費支給事務取扱要領。

(注4) 「装具学」においては「靴の補正」が規定されているにも関わらず、それが「補装具支給基準」の価格体系においては明示されていたわけではなく、そこで扱われている「補正」は、「靴型装具」の製作にあたっての「付属品等の加算要素」としての「補正」金額でしかない(※)ことも、また、「既製靴」自体が、日本において一般的に流通している「靴」を想定している以上、それらは「種類が限られており、靴の補正を行うには極めて不十分である」(※※)ことも、「義肢装具等の技術の進展」に責任を持つべき人たちにとっては自明のことであり、したがって、新たに普及することになった「ドイツ健康靴」への補正が、靴の価格においても、補正の内容においても、従来の「靴の補正」の想定とは異質であることは了解されていたはずなのである。

(※) 前掲 川村「我が国の整形外科靴支給制度の現状と問題点」。

(※※) 前掲 加倉井「我が国の整形外科靴製作の現状と問題点」。

2. 10年前に「発展途上」とされた靴型装具技術

それから10年近くを経て、障がい者関連法が改定され、「交付基準」も「購入基準」になっていたが、「靴型装具」に関しての内容は何も変わらず、福祉・医療現場では従来の「交付基準」に即して製作される「靴型装具」と、「交付基準」では到底「靴型装具」とは言えない「輸入靴を転用した靴型装具」との併存が続いてきたが、後者の簡便さに加え従来の「靴型装具」製作者の高齢化も相まって、「靴型装具」の「製作」そのものの存続が危うくなりかねない事態が進行していた。ちょうどその頃、このような事態を意識してのことかどうかは定かではないが、義肢協会が、靴型装具の技術自体が「発展途上にある」ことを前提に「靴型装具の製作技術に関するセミナーを開催し、必要な知識・技術を講習し、講習終了後に試験を行い」、合格者に「靴型装具製作者」の認定書を出すことになった。ところが、2日間だけのセミナーでどれほどの「質の高い技術者の育成」につながるのかという点はあえて問わないが、驚くべきは、その内容が、予想はできたとはいえ、あまりにも唐突に、ドイツ整形外科靴技術を前提したものと思われる点であった。

従来の「靴型装具」に代わって「ドイツ靴」が福祉・医療現場でもはやされ始めていた今世紀初頭に、装具提供に責任を負うべき人達の見たと関係するのかわからないかは定かではないが、著名なドイツ人OSMを招聘してカリキュラムを編成し、在日OSMを講師として2年制の「整形靴科」を開設していた専門学校(当初は「シューフィッター・コース」として前世紀末に開設されたコースが、その後、招聘されたOSMの指導による新たなカリキュラムで2000年から「整形靴科」となったようであるが)の卒業生が、この時期すでに相当数になっていたが、その卒業生のみにはセミナー受講を免除して認定試験の受験資格を与えている(注1)ことから、上記義肢協会の認定資格は、ドイツ整形外科靴技術の受容を前提したものと理解せざるを得ない。つまり、義肢協会の認定する「靴型装具製作者」とは、従来の伝統的「靴型装具」の製作技術者の延長にではなく、新たにドイツ整形外科靴技術を学んだとされる人たちを想定しているかのようであり、まさに「発展途上」の技術への対処のために、とりあえずドイツ整形外科靴技術を習得したとされる人たちをもって「靴型装具製作者」と認定することにしたようにさえ見える。

ということは、その「靴型装具製作者」と認定された人たちが所属する装具提供業者においては、すでに10年前から、「交付基準」が想定する「靴型装具」とは異質な、しかし「交付基準」の製法には準じることのできる、既製靴の転用ではない、「オーダーメイド」の「靴型装具」の「製作」が可能となったということであり、技術的には「輸入靴を転用した靴型装具」を提供する必要はなくなったはずであった。

しかし、このように、「発展途上にある」からとの一言で、なし崩しとも言える方法で「靴型装具」の内容を変更すること自体の、従来の「装具学」との整合性を含めた問題性は置くとしても、肝心の「交付基準」に手を付けることなく「靴型装具」の技術的内容を変更したのでは、「交付基準」(「購入基準」)を無視するわけにはいかない実際の製作現場においては、その新たな技術を十全に発揮することが困難であることは自明のことであったはずである。「交付基準」(「購入基準」)をそのままに、ドイツ整形外科靴技術に基づく技術で「靴型装具」を「製作」したのでは、おそらく業としての継続は困難なはずであり、だから、認定された製作者の技術力自体が問われる前に、そのような「靴型装具」が供給されることは稀なケースにならざるを得ず、業としては「輸入靴を転用した靴型装具」の提供が継続されることになったのであろう。

従来の「靴型装具」技術が「発展途上にある」ことを装具提供の主体が明言し、その発展のために新たな認定制度までが必要とされ、そのためのセミナーを厚労省が後援するという、「靴型装具」の問題性に関する関係者間の共通認識が得られていたにも関わらず、なぜか関係者たちは、「靴型装具」の「発展途上」前端的ともいべき旧来の技術を想定した「交付基準」(「購入基準」)を、現実的なものへ見直そうとはしなかったのである(注2)。

それどころか、そのような議論を主導すべき主体とも言える人たちは、そのような認識で行動するのではなく、現に「靴型装具」として普及している、従来の「装具学」では「既製靴の補正」と規定されるべき「輸入靴を転用した靴型装具」を追認するかのように、この時期に彼らによって改定された『装具学』(第4版・2013)から「既製靴の補正」が削除されることになり、また、(前項の注(3)で触れた)「交付基準」(「購入基準」)に規定される「整形靴」概念が現状の「装具学」における概念(JIS用語による)とは異質であることを明言しておきながら、現場では、まさにその異質な概念の「整形靴」として「輸入靴を転用した靴型装具」を提供するという「交付基準」(「購入基準」)からの「逸脱」が容認されざるを得ない現実があるにも関わらず、「交付基準」(「購入基準」)に規定される「靴型装具」に関しては、「整形靴」については触れることなく、もう一つの「特殊靴」の内容(10年前の改訂3版以来部分的に取り入れていたドイツ整形外科靴技術をも意識した)のみになっていたのである。

この時点で、現に供給されている「輸入靴を転用した靴型装具」が、従来の「交付基準」(「購入基準」)に則って「製作」された「整形靴」よりも機能的に優れているというのであれば、その実態(内容とコスト)に即した「交付基準」(「購入基準」)を示し、そして、従来の「交付基準」(「購入基準」)に規定された「整形靴」が現状の「装具学」の概念と整合しないのであれば、「輸入靴を転用した靴型装具」を新たな概念による「靴型装具」として位置付けるか、あるいは従来の「既製靴の補正」の概念で現実に見合った「交付基準」(「購入基準」)を設定しておけば、今日につながるような混乱を招くことにはならなかったはずなのである。

この本質は、障がい者、罹患者にとって提供される装具が有意義なものであるかないかということであって、「どのように提供するか」の「基準」が、その有意義な装具を「適正に供給するため」にあるということは論をまたない。現に提供されている「有意義な装具」が「交付基準」(「購入基準」)と矛盾しているのであれば、糾されるべきは「基準」の方であり、「交付基準」(「購入基準」)に則っていないことをもって、「有意義な装具」を無きものにするのがあってはならないのである。

もちろん、言うまでもないことではあるが、このような議論の大前提は、長年にわたって供給され続けてきている「輸入健康靴を加工した靴」が、障がい者、罹患者にとって有意義なものとして機能しているということであって、その原因が何であるにせよ、常々散見されている、従来の「靴型装具」同様に「痛くて履けない」類の「輸入健康靴を加工した靴」が対象となることがあってはならない。

以上が、「靴型装具」をめぐる20年の推移に関しての、装具提供業者ではない(当事者たちの動向とは全く外

部にあつて、しかし、その時々福祉・医療現場で、障がい者、罹患者、医師の要請を受けて「装具提供」を担ってきた)私たちの立場からの評価であるが、「治療用装具」の「不適切」な療養費請求に関しては、さらに以下の点を付言しておきたい。

(注1) このセミナーと認定試験は、2008年度に第1回を開催し、2010年度、2012年度と隔年で3回開催し、それ以後は3年毎に開催することになり、2015年度に第4回を開催。当初の予定では、2018年度に第5回目が開催されているはずである。(なお、「靴型装具製作者」が在籍している補装具製作所は、2019年3月時点で全国58社である。)

セミナーの受講資格者は、義肢装具士および補装具製作所勤務の補装具製作者に加えて、前記専門学校卒業生とされているが、専門学校卒業生は受講が免除されているため、セミナーの対象は実質的には「義肢装具士あるいは製作技術者」ということになる。

ところで、主催は日本義肢協会ではあるが、「専門性をより深めるため」に協力し、会場も提供する国立障害者リハビリテーションセンターの前身は、前項の(注1)で指摘した研修会を1994年以来主催していた国立身体障害者リハビリテーションセンターである。その研修会の数年間の実績を踏まえて、当事者たちが、「靴型装具製作に従事している義肢装具士あるいは製作技術者を対象として、そのレベルアップを図る」ためには「2～3週間のカリキュラムでは到底、理論から製作までを習得できるものではない」との総括の上で、2000年の時点で「少なくとも1年あるいは2年程度の教育体制の整備が急務である」と提言していたことを想起する時、それから10年近く経って、この「靴型装具製作者」の認定試験のために「必要な知識・技術を講習」という「2日間のセミナー」に対して、どのような協力をすることで「専門性をより深める」ことができると考えていたのか、容易には理解し難い。

もっとも、2日間のセミナー自体の内容はともかくとして、自分たちが当時提言した「少なくとも1年あるいは2年程度の教育体制の整備」を民間の専門学校が担うことになり、その成果が卒業生の創出として実現していることを評価し、その貴重な人材(技術者)に義肢協会が「靴型装具製作者」の資格を認定し、補装具製作業界の技術者として確保することに協力するというのであれば、本来、国立障害者リハビリテーションセンターとしてもその責任の一端を負わなければならない立場である以上、理解できないことではない。

そうであるならば、どう考えても「2～3週間のカリキュラムでは到底、理論から製作までを習得できるものではない」と明言した当事者が、その言と全く整合性が取れない「2日間のセミナーの受講」のみを条件とする「認定試験」に協力するように解釈されるようなことは慎むべきであり、卒直に、専門学校の卒業生のみを対象とする「認定試験」へこそ協力すべきであろう。そうでなければ、せっかくの2年間にわたる技術習得を終えた専門学校卒業生の技能自体が、「2～3週間のカリキュラムでは到底」習得が無理な内容を「2日間のセミナー」受講で済ませた程度と同等にしか見なされないということになり、専門学校の教育内容を不当に低く評価することにもなりかねない。

本来、国家が資格を授与している義肢装具士が、本務として行うべき靴型装具製作を十全に行えないという現実があるにも関わらず、その養成に一義的に責任を負うべき国立障害者リハビリテーションセンター(直接的には学院)が、自らの提言を実現することもできない現状の中で、民間の専門学校がそれを行なっているというのであれば、その内容を正当に評価し(必要があればサポートもし)、そこで技術を習得した技術者にこそ「資格」を授与すべきであろう。

いずれにしても、一般市民対象ではなく、国家資格保持者および一定の技能保持者のみを対象としたセミナーの受講を、一民間の専門学校卒業生のみを例外的に免除して実施する認定試験が、公益社団法人が共催し、厚生労働省の後援と、国立障害者リハビリテーションセンターの協力を得て、一般社団法人によってなされる、ということであるから、当該専門学校としては、自校卒業生のみを例外的に「国家資格」に準ずるかのような「業界認定資格」が与えられる訳であり、それ自体は歓迎すべきことではあるが、その教育成果としての技能が「2日間のセミナー」程度の評価では不本意なことであろう。

ただ、国立障害者リハビリテーションセンターの当事者にとっては、自らの提言した「少なくとも1年あるいは2年程度の教育体制の整備」とは、「靴型装具製作に従事している義肢装具士あるいは製作技術者を対象として」のものであり、「医学や工学を一から始めるのではこの程度では不足」であり「ドイツのようなしっかりとした教育制度」が必要との認識を示していたわけであるから、当該専門学校のような一般市民を対象とした2年

間の教育では、自分たちの求める「靴型装具製作技術者」としては認められない、靴型装具を製作する義肢装具士の指示に従って(義肢装具士にはできない)「靴製作」のみを担当できる「製作者」として「認定」というのが本音なのかもしれない。しかし、そうであるとすれば、ドイツにおいてももっとも権威あるマイスター養成校の副学長経験者でもあるOSMを招聘してカリキュラムを作成し、在日OSMを講師に整形外科靴技術者の養成を行っているという専門学校とその卒業生に対しては、あまりにも低い評価と言わざるを得ない。

(注2) 「交付基準」(「購入基準」)自体は、現在も「概ね3年に1度」は見直されているようであるが、IIの冒頭(注1)でも触れた川村一郎氏の指摘のような「靴型装具」の価格体系の問題性等については、全く30年間変わっていないと言って良い。この「基準」は、前項(注3)でも詳しく触れたが、装具学教本でも指摘されているJIS概念との不整合や概念の異なる同一語の30年にも及ぶ放置という、そもそも私たちの知見からは理解しがたい代物なのではあるが、それにしても、考え方によっては柔軟な運用で問題化を避けられるそのような内容とは異なって、利用者にとって「基準」として厳格に意味を持つ「価格」については、確かに「必要に応じて」見直されているようではある。

しかし、ここで問題にしている「靴型装具」に関しての「基準」については、「靴型装具」技術が「発展途上にある」ことを前提に、旧来想定していなかった(教本『装具学』においても初版、2版では取り上げていなかった)技術を有した「質の高い技術者」を、新たに「靴型装具製作者」として認定し、製作にあたらせようというのであるから、当然、価格の前提となる製作法の見直しまでなされてしかるべきように思われるが、そのような動きは全く見られない。

それどころか、価格そのものについても、必要に応じて見直されているとは言っても、四半世紀前に「靴型装具」に関しての基準価格が現実の生産価格から乖離していると指摘されていた(※)にも関わらず、その一点についてさえも改善されているようには見えない。当時の生産コストから「飯田方式」で算出された「あるべき価格」が、当時の基準価格の2倍程度であるという川村氏の指摘が、一定の客観性を有していたとするならば、四半世紀後の今日の基準価格が、未だ当時の「あるべき価格」に達していないという現実を、どのように理解すべきなのか。今日の生産コストが、四半世紀前に川村氏が算出した「あるべき価格」よりも下がっているという非現実的な解釈以外に、価格そのものについても「必要に応じて見直されている」とは、到底思えない。

そして、何よりも不可解なことは、このような川村氏の指摘が学会誌に掲載されいながら、義肢協会も、義肢装具士協会も、義肢装具学会も、このような問題意識を全く共有していなかったかのように、行政当局が認識していることである。前出の福祉用具専門官は、川村氏の指摘は「個人の考察であり、業界団体としての意見ではない」し、実際、少なくとも2006年以降は、患足と健足の基準額の問題についても、どこからも意見は寄せられていない、と明言している。

それが事実であるとすれば、義肢協会自体が、この間、新たに「靴型装具製作者」を「質の高い技術者」として認定し、良質な靴型装具の製作・供給を目指しておきながら、その製作コスト(それを規定する製作技術の変化への対応も含めた)に関しては無関心であったと言わざるを得ないが、そのようなことは、私たちの知見からはには信じ難いことである。

(※) 前掲 川村「我が国の整形外科靴支給制度の現状と問題点」。

3. 本当の「不適切」とは何か

保険者からの「不適切」の内容が、「医師の治療に役立つとは言えない」ということであれば、その「適・不適」は(装具の必要性を認め製作の指示を出した)保険医と(それを不要と判断する)保険者との議論による以外に、患者も含めて第三者が口を挟む余地はないはずである。この点は、装具提供者が医師の指示に従わずに(あるいは医師の了解のもとで)、「医師の治療に役立つとは言えない」ものを提供した場合でも、医師が完成した装具に関して患者への「装着・適合」の確認をしている以上は、同じことである。

したがって、通常、申請された装具の内容に関して保険者が疑問を持てば(個々の書類記載上の事務的・形式的事柄は別として)、当該医師に照会するし、また、照会を受けた医師は保険者が納得できるように説明して

いるはずである。納得できる説明が得られなければ、保険者は、その根拠を示して被保険者に療養費支給を行わない、ということになるのであろうが、ここで初めて、被保険者が主体として対峙することになり、保険者の示す根拠に納得できれば問題はないが、納得できなければ「審査請求」「処分取り消し訴訟」等の主体として、被保険者としての権利を行使することになる。

ということで、私たちの知見では、「治療用装具」に関しての今問題にした意味での「不適切行為」を装具提供業者が行うとしても、それは医師を欺くこと以外には考えられないので、そのような場合には医師からの(当然、患者からも)糾弾を受けることがあっても、保険者と直接対峙することにはならないはずである。もし、装具提供業者と保険者とが直接対峙する可能性があるとするれば、「医師の治療に役立つ装具」として提供されている(この点では、「治療用装具」としては認められるが)にも関わらず、保険者としては、その提供のされ方が「購入基準」に照らして「不適切」であり、請求額に疑問がある、という場合でしかないように思える。であるとすれば、これは、「医師の治療に役立つとは言えない」代物が「治療用装具」とされているという意味での「不適切」とは全く異なり、「医師の治療に役立つ治療用装具」であるにも関わらず、その対価としての価格設定が「不適切」である、ということである。

そこで問題としなければならないのは、保険者が「治療用装具」の価格の「適・不適」の判断基準として、おそらく何の疑問もなく前提している「補装具の購入基準(かつての「交付基準」)」が、実は「治療用装具」の基準ではないということ、それは、1961年に発出された、従来福祉行政によって定められていた身障者法に基づく「更生用装具」の「受託報酬に関する基準」を、「治療用装具」の療養費支給を行う際に支給額の算定「基準」とする、との保険行政当局(厚生省保険局長)の「通知」(注1)を根拠に、長年「治療用装具」の「基準」として運用されてきたものであるということである。したがって、当然のことながら、この「購入基準」に「掲載されていない装具でも、支給対象となる場合」も想定されており、「治療遂行上必要な範囲のものについては、現に療養に要した費用の範囲内で支給することが認められている」以上、「購入基準」のみをもって全ての「治療用装具」の価格の「適・不適」を判断することに無理があることは、当初から織り込み済みのはずなのである。

したがって、装具の名称としては同じであっても、医師が自らの知見によって「購入基準」の想定していない技術、素材で製作した装具が治療に必要であるとし、そのような処方指示に従えば製作に要するコストが「購入基準」と乖離することもありうるわけで、その時、装具提供者が現に要した費用で提供すれば、保険者がそれを認めることも、制度上は想定されているはずなのである。ところが現実には、「購入基準」内であれば認めるということが前提されることによって、逆に「現に要した費用」がほとんど問われることがなくなり、結果として、「(輸入靴を転用した)靴型装具は利益率が高い」とか、「少し加工すれば3万円の健康靴が10万円の靴型装具になる」とかという、およそ「医師が必要とする治療用装具を提供するために必要な費用」を「現に療養に要した費用」とするという療養費支給の原則からの逸脱が横行することになってしまったのである。

このような事態を保険者が容認してはならないのは当然のことであるが、大切なことは、少なくとも製作技術自体が「発展途上」である「靴型装具」については、現行の「購入基準」がほとんど機能する内実を有していないにも関わらず、医療現場では治療に必要な「靴型装具」が求められているという現実、どう向き合うべきなのかということである。少なくとも、「不適切」支給の抑制を理由に、医師が治療に必要とし、実際治療効果が得られている「靴型装具」が療養費支給の対象から排除されるという事態を避けるための方策だけは、保険医療行政が緊急に実施しなければならないことなのである(注2)。

以上の点を踏まえるならば、今回の事態の起点となった「治療用装具」の「不適切」な療養費請求に関しても、全く異なった視点が提示されなければならないはずである。

「不適切」な療養費請求自体を抑制することは当然であるにしても、その本来の課題が、公費が投入され

る保険診療(障がい者福祉の対象である更生用装具に関してはなおさらのこと)における「無駄」の削減である以上、適・不適の判断基準は「治療効果」「更生効果」の有無でなければならないはずであり、そうであるならば、義肢装具士が関わっていようがまいが、オーダーメイドであろうがなかろうが、義肢装具業者や健康靴店が提供する「治療効果」の期待できない「足底装具」や、痛くて履くこともできない「靴型装具」や、さらには障がいや疾患に対処できるとは到底思えない「輸入健康靴」等々に、長年に渡って公費が支払われていることこそが、行政あるいは保険者が問題とし、その改善に向けて、日本における「靴型装具」技術そのものの問題性の解消をも含め、抜本的に取り組むべきことなのである。

この現実から目を逸らし、義肢装具士の関わっていない(しかし治療効果を上げている)「治療用靴型装具」(としての靴)や「治療用足底装具」(としてのフットベッド)を保険診療対象から排除することが、**被保険者の正当な治療を享受する権利の侵害となることに無自覚であってはならない。**

(注1)「治療用装具の療養費支給基準について」1961年7月24日 保発第54号。
現行は、「一部改正について」2014年3月31日 保発0331第9号。

(注2) 義肢装具業者の「不適切」行為の事例として報道(※)されている〈足底装具を装着した既製のスニーカー2足を「靴型装具1足」として領収書を作成した〉という行為自体が許されないのは当然のことであるが、もし業者の弁明の通り、提供された靴が(補装具基準に準拠して製作した靴型装具と同じかあるいはそれ以上に)医師の処方指示に合致し、治療効果があるものであったとすれば、それ自体を「治療用装具でない」とは言えないはずである。

また、子供の治療に際して、長時間の校内生活を考慮すれば、治療効果を上げるために常時使用するには上履き用と屋外用の2足が必要であり、そのために2足製作すること自体を「治療用装具として不適切」とは言えないはずである。むしろ、それを医師が自らの治療にとって必要であると判断し、効果があるのであれば、保険制度上は当然認められるべきことなのである。

もちろん、それらが「現に療養に要した費用」として保険者が認定できる「適正な価格」で販売されるのが前提であるのはいうまでもないが。

問題の本質は、このような既製のスニーカーの例は論外としても、既製靴ではあっても、国際標準で orthopedic shoes と認定されている靴も多様に存在している現状を無視し、従来の日本の補装具基準で規定される「靴型装具」でないことを理由に、それらを「治療用装具ではない」と一蹴することが合理性を有していないことは誰でも理解できるわけであるから、30年以上放置され続けてきた「靴型装具」に関する基準や、また半世紀以上放置されてきた「治療用装具に関する基準」の慣例的運用にのみ拘泥するのではなく、実際に「治療に効果のある靴」が「不適切ではない価格」で供給され、療養費の対象として公正に認められる方途を考えなければ、実際に「治療に役立つ靴」を必要とする人たちの正当な権利が制約されるということなのである。

(※)『東京新聞』2019年4月4日、5日。

III. 私たちの事業と「靴型装具」のこれから

—— 私たちが提供する靴がなぜ「靴型装具」として求められるのか ——

私たちの事業が、日本人一人一人に、「足の保健に役立つ靴」を提供することであることは、繰り返し述べているが、そのために依拠している私たちの技術は、OSMカール=ハインツ・ショットに学んだ技術であるという意味では、ドイツ整形外科靴技術であると言って良い。言い換えれば、私たちは、日本人の足の保健に役立てることを目的に、「日本人のためのドイツ整形外科靴技術」の確立・定着を推進しているとも言えるのである。

しかし、ドイツ整形外科靴技術が、ドイツにおいて「足部・脚部に関する機能障がいを補い、疾患を緩和・改善するための靴の技術」として形成・確立した技術であるからと言って、私たちが「日本人のための

ドイツ整形外科靴技術」と考えているものは、障がい者、罹患者のための特殊な靴技術ではない。それは、日本における「靴と西洋式歩行」の導入の特殊性に規定された現代日本人に特有の「足と靴の問題性」と、ドイツ整形外科靴技術が形成・確立してきた歴史的背景とを踏まえるならば、この技術の現代日本にとっての意義は、ドイツにおいてのような直接的な福祉・医療技術にとどまらない、むしろ、全国的な「足と靴の問題性」への対処を可能とするところにこそある、との認識の故にである。

1. ドイツ整形外科靴技術の特殊性

私たちは、ドイツ整形外科靴技術が、ヨーロッパの長い靴文化を背景に、1920年代のドイツの特殊な政治情勢下に形成され、70年代の西ドイツにおいて成熟した福祉・医療技術である、という特殊な地域歴史性を無視して、それを、「足部・脚部に関しての機能障がいを補い、疾患を緩和・改善するため」の一般的な技術として理解するわけにはいかない。この技術が、第一次大戦によって生み出された大量の戦傷者の社会復帰のための「靴の技術」として、20年代ヴァイマル体制下のドイツにおいて政策的に生み出されたという事実、また、それを可能とした技術的背景が、生産工程の近代化を経てもなお高度な伝統的製靴技術を維持・再生産していたドイツにおける中世以来の強固なマイスター制度であったという事実、さらには、この技術が、「社会的福祉国家」を掲げた70年代西ドイツの福祉政策の拡充の中で、「福祉・医療技術」として成熟し得たという事実、このようなドイツ固有の歴史的、政治的、社会的背景からだけでも、この技術が、現代社会に一般的な福祉・医療技術としてそのままどこへでも導入できるというものでないことは、容易に理解できるのである。

そして、私たちがドイツ整形外科靴技術の日本への導入を考えるに当たって重視したのは、このようなこの技術の成立に関わる特殊性に加えて、この技術が「障がい者のための技術」の延長にではなく、「靴の技術」の延長に「特殊な靴の技術」として形成されているという点である。つまり、「戦傷者の社会復帰のための多様な補装具」の一部である「足部・脚部障がいに対処する補装具」が、それにも関わらず、「補装具の技術の一つ」というよりは、「靴の技術」の一つとして伝統的な製靴技術を前提に形成されたという点なのである。

それは、靴と靴を履いた歩行とが中世以来の伝統として根付いているドイツ(その点ではヨーロッパといっても良いが)においては、靴が日常の歩行と分かち難く結びついているということに起因してのことなのである。ヨーロッパの伝統的な靴の文化にあつては、靴は単に足の覆いであるだけでなく、歩くため、踊るため、各種労働のため、等々の用途に応じて使い分けもする「道具」であり、当然にも、大前提として「歩行のための道具」として、逆に言えば、歩行自体が靴にも規定されるものとして、根付いているのである。だから、何らかの原因で歩行が困難な人たちにとっては、「歩くための道具としての靴」が障がい者や罹患者にとっての「特殊な靴」として提供されるべきことが当然のこととされるのである。「靴」が「一人一人の歩くための道具」として一般的に認知されている社会では、その「靴」では歩くことのできない人たちにとっての「特殊な靴」が、そのような人たち「一人一人が歩くための道具」として供給される必要性が社会的に了解され、「特殊な靴の技術」が福祉・医療技術として成立することになるのである。

それに対して、靴を日常的に履くことのない、あるいは、履くことがあっても外出時の足の覆いの一つとして使用しているに過ぎない社会にあつては、足部・脚部の障がい、疾患による歩行困難に対処するために靴が用意される理由はないのである。それは、逆に言えば、靴が日常的に歩行と分かち難く結びついているわけではない、むしろ例外的に使われるに過ぎない、ヨーロッパ文化圏外の地域においては、足部・脚部の障がい、疾患に対して「靴」が提供されても、それは「(より良い)歩行のための靴」というよりは、(日本において「靴型装具」とされるように)障がい、疾患故に必要な「装具」となるしかない、ということである。そこ

においては、一般的には歩行のために必ずしも必要ではない靴が、障がい、疾患により歩行が困難な人たちにだけは、「装具」として提供されるということになり、それ自体が「歩行に必要な道具」として「より良い歩行」が目指されるというよりは、装具としては当然の「個々の障害、疾患への対処」が優先されることになるのである(注1)。

したがって、私たちがドイツ整形外科靴技術を日本へ導入するにあたって、まず第一に考慮したことは、1980年代以降の日本においては靴を履いた日常生活が全国的に一般化しているにも関わらず、「靴が日常の歩行と分かち難く結びついている」という意味での全国的普及とは言い難く、むしろ、急速な靴の普及によって、靴による足の異常が顕在化したのが80年代であったということである。つまり、靴と靴を履いた歩行とが伝統として根付いているドイツ(ヨーロッパ)とは真逆の、まさに、「靴と靴を履いた歩行」を(次項で見ると、伝統的歩行との内在的連続性がないという意味で)外的に強制された結果として、「靴と歩行との不適合」が全国的に蔓延しているという現実を考慮することなく、この技術をドイツにおいてと同様に足部・脚部の障がい、疾患への対処技術として導入することの無理性ということであったのである。

(注1) 日本における装具技術自体が(他の多くの技術同様)、伝統的な技術の延長にではなく欧米の技術の移入であることから、足部障がいに対する装具技術が靴を履くことを前提に形成された orthopedic shoes 技術であったことは容易に理解できる。しかし、ほとんどの日本人が日常的に靴を履くようになるのが戦後も高度経済成長期を経た1960年代以降のことであるから、少なくとも、それまでの(戦後補装具技術が本格的に欧米から移入され始める)時期は、足部に障がいがあっても靴を履くことのない(下駄や草履の工夫で対処している)人たちがほとんどであり、そこで求められるものは、障がいのある足の機能を補うための補装具であって、決して靴ではない。それにも関わらず、足部障がいに対する装具技術が orthopedic shoes 技術として導入される以上、その技術で下駄や草履というわけにはいかないわけで「靴型」にならざるを得ないが、しかし求められているものが「靴」ではなく「障がいのある足の機能を補うための補装具」であるから、「患足用の靴型装具」ということになるのも当然のことであった。

その結果、さすがに「健足は下駄か草履で」というわけにはいかないために、健足用の(当然装具ではない)靴も必要になるわけであるが、そこにおいては、片足が「靴型」になるから対足も衣装的に「靴」とせざるを得ないということ以上の意味があるわけではない。本来、靴が左右対をなして歩行具たり得ているという自明のことが前提されていれば、直接の障がい片足であろうが両足であろうが、それへの対処が両側の靴の機能が補完し合っただけなのは当然のことなのであるが、先(Ⅲ.冒頭(注1))にも触れた通り、残念ながら、日本においては、いまだにそのようなことさえ常識とは言えないようである。

2. 現代日本人の「足と靴と歩行の特異性」

日本においては、近代化=西洋化(つまり「近代化とは西洋化である」という日本社会の近代化の特殊性の中にあって、本来靴を履いてこそ可能な「西洋式歩行」が靴の普及とは直接関係なく導入された結果、誰もが靴を履く今日に至ってもなお、例外的な一部の人たちを除いて、ほとんど全ての人たちが靴に対する知識も靴を履いた(靴に規定される)歩き方も身に付けることができていないのである。それは、「西洋式歩行」が軍隊と学校において近代化の初期から強制され(伝統的歩行が否定され)たにも関わらず、日常的な履物として靴が全国的に普及するのは100年後のことであったという、「靴と西洋式歩行」の日本への導入の特殊性に直接規定されてのことなのである。

洋装とともに「靴」が「文明開化」の象徴として近代化の当初より特別の人たちの間で普及することになったとはいえ、実際に日本人の多くが靴を日常の履物として受け入れるのは、戦後の高度経済成長期を通してであった。戦前・戦中期を通しては、量産革靴は基本的に軍需用であり、民需用には、特定層のための高級

注文靴から始まり、近代化の進展に連れて、ホワイトカラー、学生層に、業務用、学業用として普及することになるが、高級靴を日常的に(室内でまで)履くような特別の人たちにとっての靴を除いては、軍靴はもちろんのこと、いずれの靴も日常の履物として受け入れられていたわけではなかった。日常的には、従来の伝統的な下駄や草履がほとんどの日本人の履物だったのである。

ところが、そのような履物事情にも関わらず、近代化の当初より「西洋式歩行」が軍隊と学校に導入されたのである。軍隊においても全兵士に靴が行き渡らない状況下で、学校現場においては靴など見たこともない子供たちに対して、「靴」という裸足時とは立位を異にする特殊な履物による歩行として生み出されてきた「西洋式歩行」が、その歴史的背景を伴った内実が理解されないまま、ただただ「文明化=西洋化」の思い込みによって強制されたのである。しかし、当然のことではあるが、強制する側もされる側も、その内実を理解しないで、そして何よりもその条件である「靴」そのものがない中で現実化する「西洋式歩行」は、目指された「西洋式歩行」とは似て非なるものとならざるを得ず、到底日常生活において一般化できる新たな歩行になるはずがなかった。したがって、軍隊や学童の行進時にのみ怪しげな「西洋式歩行」が「文明的な歩行」として強制され、模範とされた結果、前近代社会的に躰けられ日々実践されていたであろう伝統的歩行が否定されることになり、強制力を伴わない日常生活における歩行は、社会的規範を失った「自由な歩行」とならざるを得なかったのである。

その結果、人間を人間たらしめる前提とも言える(だからこそ、原始以来の地域歴史性に規定されて多様性を有し、個々の文化として伝統的に継承されている)「直立二足歩行」のありようへの無関心が、近代化の中で日本人に蔓延することになるのである。裸足に近い履物による歩行を伝統的に継承していた日本人が、「靴に適合した歩行」を靴を履かずに模倣した結果、個々の文化として履物の特徴にも規定されて合理性が担保される直立二足歩行が、そのような規範を解除され、個々人の「癖」と呼ばれる「個性」に解消され、誰もが「歩き方」そのものに関心を示さなくなるのである。

そして、近代化100年を通して、そのような「歩行」が一般化していた日本社会に、大量生産品としての「靴」が一挙に普及するのが、1960-70年代の日本であった。

そこにあつては、まず第一に、靴に対する認識が、靴と分かち難く結びついた歩行を日々実践している人たちにとっての靴に対する認識とは決定的に異なり、下駄や草履に代わる外出時の履物の一つというものでしかなかった。したがって第二には、履物の変化が歩行に影響することもなく、「歩き方」を特に意識することもない「歩行」が靴を履くことによっても継続されることになる。さらに第三には、このような「歩行と靴」とに対する認識が全国民的な常識となつている中にあつては、そこに供給される量産靴自体が、靴と分かち難く結びついた歩行を常とする社会で一般的な「歩くための道具としての靴」にならざるを得なかったのである。

その結果が、80年代に顕在化した「外反母趾」に代表される、靴の急速な普及以外には直接的原因の特定が難しい、足部・脚部疾患の急増だったのであり、90年代ともなると、「外反母趾でない中高年女性を見つけることが難しい」と言われる程の、ドイツをはじめとしたヨーロッパ社会の常識では考えられない事態が現実化したのである。そしてこのような事態が、実は、当然のことではあるが、ヨーロッパ社会の常識では考えられないということ以上に、従来の日本の「足部・脚部の障がい、疾患」に対する認識の延長上には全く想定されていなかったということこそが、決定的に重要なのである。

だから、80-90年代に、このような「足部疾患」の急増を生み出した日本人の「足と靴の問題性」に、日本の医療関係者や靴関係者が対処の必要性を考える前に、ドイツ整形外科靴技術(とその成果であるドイツ健康靴)の存在を知っている人たちによる「ドイツ靴」の日本への導入が開始されることにもなったのである。そして当初は、外反母趾の進行を疾患と認知することもなく、ただ「履ける靴がない」という消費者(患者としてではない)の要望に応える靴であった「ドイツ靴」が、ドイツ整形外科靴技術という医療技術によって開発

された靴であり、実際に「外反母趾という疾患」の治療に効果をあげる靴である、ということが「実証」されることになるや、俄かに、医療関係者、靴関係者の注目を引くことにもなっていくのである。実際、この技術の存在が広く知られることになれば、「ドイツ靴」の販売拡大を主目的とする輸入商社の提供する商品自体が、当初の「健康靴」からOSMのために開発・生産されている多様な「メディカル既製靴」にまで及び、また、それらの拡販のためにOSMを招聘しての技術者養成も現実化することになる。こうして、「履ける靴がなくて困っている消費者のためのドイツ靴」が、いつしか「足部・脚部の障がい、疾患に対処できる整形靴」とされ、医療・福祉現場で対処困難であった従来の「靴型装具」に代わる「整形靴=靴型装具」の位置を占めていくことにもなるのであるが、その経緯は「靴型装具」を巡る推移の中で先に見たとおりである。

これが、全国的に靴が普及することになった80年代以降の日本において現実化した「足と靴」を巡る事態であるが、私たちが、日本へのドイツ整形外科靴技術の導入を、日本人一人一人に「足の保健に役立つ靴」を提供できるための技術として進めているのは、何よりも、このような事態を現出させた現代日本人の「足と靴と歩行の特異性」に着目してのことなのである。

3. 私たちの事業

——「靴型装具」として求められる「私たちが提供する靴」——

もちろんドイツ整形外科靴技術が、「足部・脚部に関する機能障がいを補い、疾患を緩和・改善するための靴の技術」である以上、装具の提供に責任を負っている人たちが、その技術の導入によって「発展途上にある」靴型装具の技術の発展を試み、足部・脚部の障がい者、罹患者の悩みの解消のために努力することは当然のことではある。ただ、私たちは、「足部・脚部の障がい者、罹患者が靴に困っている」という現実の直視に止まるのではなく、それに比べれば「困っている」内実は問題にならないほど微々たるものであり、「困っている」自覚さえない程のものもあるにしても、実はほとんど全てと言って良いほどの日本人が「靴に困っている」という全国的状況をこそ見据えているのである。それは、その原因が、近代化150年の歴史を通して形成された、人間を人間たらしめる前提とも言える「直立二足歩行」のありようへの無関心によってもたらされた日本人の「足と靴と歩行の特異性」であり、この「特異性」が、実は特定の障がいや疾患のために歩行が困難な「障がい者、罹患者」にとっても無関係ではあり得ないからなのである。つまり、現代日本人にとって歩行を困難にする「障がいや疾患」のかなりの部分が、この「足と靴と歩行の特異性」によって発症したものであり、そして、それらを含めた障がいや疾患によって歩行が困難な人たちこそが、靴に対する認識を改め、靴が「歩くための道具」であるということ、「靴によってこそ歩行の改善、疼痛の緩和が可能になる」ということを自覚しなければならないからなのである。

伝統的な靴の使用者にとっては日常実践で前提されている、「靴は歩くための道具であり、靴と分かち難く結びついた歩行によってその機能が発揮される」という「靴と歩行に関する常識」を、今や全国的に靴を履くことが一般化した以上、全ての日本人が体得しなければならないのである。「靴に困っている」という事態は、単に「足に合う靴がない」ということではなく、靴を提供する側も、靴を使用する側も、何れもがこの「常識」に無自覚なままに、靴の供給と使用とを続けてきた結果に過ぎないのである。だから私たちが、ドイツ整形外科靴技術を日本へ導入する時、この技術が足部・脚部の障がい、疾患で歩行困難な人たちにとっての「歩行のための特殊な靴の技術」であり得るのが、特別の障がい、疾患のない人たちが「歩行のための靴」による歩行(靴と分かち難く結びついた歩行)を日々実践するという現実を前提してのことである以上、靴を履かない人がいなくなったにも関わらず、そのような歩行をほとんどの人ができない日本においては、まず、その前提そのものの形成から始めなければならないということなのである。

それはまた、ドイツ整形外科靴技術にとっても、日本に根付くためには、ドイツにおいては本来想定していなかった課題を新たに持つということなのである。ドイツ整形外科靴技術は、足部・脚部の障がい、疾患への対処の技術であるとは言っても、靴の履き方、靴を履いた歩行、さらには靴そのものの歩行具としての機能の欠如が原因となった「障がい、疾患」などという、ドイツ社会では一般的にはありえない、しかし現代日本においては全国的とも言える「障がい、疾患」を、当然のこととして直接対象とはしていないし、また、その技術が直接対象とする足部・脚部の障がい者、罹患者が、それを享受できる前提としての靴の履き方をはじめとした「歩くための道具としての靴」に対する(実感としての)認識を有していないことを、全く想定していないのである。

したがって、このことに無自覚なまま、ドイツ人OSMが自らの技術を駆使してドイツ社会でと同じように日本人のために整形外科靴を製作・提供しても、期待通りに受容され、効果が得られるとは限らないのである。それはまた、ドイツ整形外科靴技術を足部・脚部の障がい、疾患への一般的な対処技術として学び取った日本人であっても、同じことなのである。

私たちが、日本へのドイツ整形外科靴技術の導入を、あえて、足部・脚部の障がい、疾患に対処するための技術としてではなく、日本人一人一人に「足の保健に役立つ靴」を提供できるための技術として進めているのは、まさにそのためなのであり、そうであるが故に、それは、単に新たな技術の導入というよりも、その技術を根付かせるための前提の形成という意味で、近代化150年を通して(ごく一部の特別の人たちをのぞいて)ほとんど全国的に現実化したと言って良い「足と靴と歩行の特異性」を、同時に解消できる内実を有したものでなければならないのである。それは、まさに、現代日本人がほとんど関心を持つことのない、「直立二足歩行」のありように対する自覚、つまり、靴を履物として前提するのであれば、まず「歩くための道具としての靴」の特殊性と、それ故に要請される「靴と分かち難く結びついた特殊な歩行」とを意識すること、ここから全てを始めなければならないということなのである。

だから、ドイツ健康靴のような「歩行具としての靴」を供給することは大切ではあるが、重要なことは、その靴の正しい履き方、そして、その靴と分かち難く結びついた特殊な歩行を自覚的に実践し、習慣化できるまでをもって、「足の保健に役立つ靴の提供」と言い得るのであり、それは、靴そのものの提供とその靴を「歩行具」として使いこなせるための啓発とが相互に関係付けられながら進展することによって可能となるのである。だから、ドイツ整形外科靴技術の日本への導入は、まず第一に、ドイツ人のために生産されている「ドイツ健康靴」とは異なった、ドイツ社会では想定できない現代日本人の「足と歩行」を前提に、その改善に適した「日本人のための歩行具としての靴」の開発から開始されなければならないのである。それが、それと同時に、その靴を歩行具として使いこなすための靴と分かち難く結びついた歩行を自ら実践し、さらに、多くの人たちを啓発できる主体形成にも着手されなければならないのである。

それが、私たちがこの間行ってきた、日本人の足の保健に役立てることを目的とした「日本人のためのドイツ整形外科靴技術」の確立・定着の内実なのである。だから、私たちは、「健康靴」はもちろんのこと、OSMが加工するための半製品も含めた多様なメディカルシューズ等々の、優れたドイツ製の既製靴を参考にしつつ、また、日本人の足のデータからドイツ整形外科靴技術に基づいて設計された日本人のための標準的なフット・ベッドを開発し、もって、ドイツ整形外科靴技術に基づく日本人のための「足の保健靴」の開発・生産を着実に進めて来たのである。そして、それを一人一人が「足の保健に役立つ靴」として使いこなすためには、一人一人に対して履き方、歩き方の啓発が必要であると同時に、靴自体が一人一人の足の状態、歩行のありようを改善できるものとして提供される必要がある以上、一人一人の個別性に対応できる靴の供給に必要な技術者の要請をも行ってきたのである(注1)。

かくして、私たちは、OSMカール=ハインツ・ショットから学んだドイツ整形外科靴技術をもって、足部・脚部に障害、疾患の有る無しに関わらず、また老若男女に関わらず、日本人一人一人に「足の保健に役立つ

靴」を提供しているのであり、その中の一部が、医師の指示(依頼)によって「治療用装具」として、また、補装具の支給を受けられる障がい者からの依頼によって「更生用装具」として、提供されることがあるにしても、それらが、私たちにとっては「一人一人の足の保健に役立つ靴」の一つとして提供されているという内実に何ら変わるところはないのである。「治療用装具」と言おうと「更生用装具」と言おうと、少なくとも(他の装具については私たちは知見を持ち合わせていないが)靴型装具と足底装具に関しては、それによって歩行が実現できてこそ「治療効果」も「更生効果」も期待できる以上、それがまず何よりも「歩くための道具」として提供されることが前提でなければならないわけであり、その点で、私たちにとっては、個々の障がい、疾患の内容がどうであれ、またそれらへの個々の対処の内容がどうであれ、それらを含めた総体として、個々の特徴(障がい、疾患を含めた)を有した一人一人が、それぞれに合理的な「直立二足歩行」を実践する靴として受容できることこそが、決定的に重要なのである。

私たちが、「治療用装具」や「更生用装具」として提供するとき、それらが「治療」や「更正」にどれほどの効果を有しているかは、医師をはじめとした医療専門職の判断に委ねたいが、少なくとも、それを使用することによってより合理的な直立二足歩行が実現できなければ、提供することはありえないのであるが、私たちへ製作を依頼する「障がい者」「罹患者」が、自分たちの使用中の(あるいは使用できない)装具に関して例外なく訴える内容は、「痛くて履けない」「履けても歩くと痛いので歩けない」「不安定で歩けない」等々の「歩行具としての欠陥」なのである(もちろん、医師が依頼する場合は、それらの歩行具としての欠陥と同時に治療効果の不備も指摘するが)。つまり、私たちの眼前には、義肢装具士、靴型装具製作者等の国家資格や業界認定を有する「装具提供」を業としている人たちや、あるいは、ドイツ整形外科靴技術を習得していると称している輸入靴販売業者(義肢装具士が所属しているかどうかに関わりなく)が、「歩行具としての欠陥」故に使用さえできない「靴型装具」を、業として提供している現実が(それが量的にどの程度であるのかは私たちの把握できるところではないが)あるということなのである。

この「歩行具としての欠陥」の解消を最低条件としない「靴型装具」や「足底装具」が提供され続ける限り、「装具提供」を業としているわけではない私たちが、「足の保健に役立つ靴やフットベッド」を、「靴型装具」や「足底装具」として求められ続けることになるのである。しかし、医師はもちろん、職能的には最も理解していても良いはずの理学療法士を含めた医療関係者の多くでさえも、現代日本人(自らも含めた)の「足と靴と歩行の特異性」に無自覚であるという、日本近代化の特殊歴史性に規定された150年を通して(特別の人たちを除いて)全国的に浸透した「日本人の直立二足歩行の異常」の中にあっては、義肢装具士や靴型装具製作者だけではなく、靴販売者や製靴業者や製靴職人といった靴(や靴型装具)を提供する人たちにとっても、靴が(したがって靴型装具が)、本来「靴と分かち難く結びついた歩行を実現するための道具」でなければならない、ということ意識化するのは容易なことではあろう。

(注1) 私たちがNPO法人を設立した2002年には、II.でも触れた通り、「ドイツ健康靴」が福祉現場においても「靴型装具」として容認され、輸入靴販売業者も「装具提供業」を開始していた。

当時の私たちは、そのような「靴型装具としての輸入健康靴」に対する輸入靴販売業者と義肢装具士との両者の動向については、それぞれの立場からのそれぞれの意向に基づくものと了解し、どちらにも属さない立場から、カール＝ハインツ・ショットに学んだ技術による「足部・脚部の障がい、疾患に対処できる靴」の「靴型装具」としての供給体制の構築を目指し、実現してきたのである。つまり、当時は、ショットが開発した既製靴に多様な加工を加えた「補正靴」が、「輸入健康靴」同様に更生相談所の判定員によって「靴型装具」として算定されていたが、私たちは「交付基準」からの逸脱を容認し続けるのではなく、逆に「靴型装具」であろうがなかろうが、どのような場合であっても必要に応じて「標準木型に皮革、フェルト等を張って、補正して作られるもの」という「靴型装具・整形靴」の製作法で供給できるようにしたのである。

それが、標準的な靴(日本人のための「足の保健靴」)では対応できない人たちに、一人一人の個別性に依拠して製作される「カスタマイズ専用靴」であり、当然「靴型装具」として提供される靴もその一つなのである。