

身体障害者手帳診断書作成についてのアンケート調査結果報告

日本リハビリテーション医学会 障害保健福祉委員会

担当理事 水落 和也
委員長・担当 正岡 悟
前委員長・担当 篠原 裕治 (平成 25 年 3 月まで)
委員 大隈 秀信, 大仲 功一, 大野 重雄
角田 亘, 檜本 修, 下園 英史
奥村 元昭 (平成 24 年 9 月まで)

はじめに

現在障害保健福祉の分野は障害者制度改革の流れの中にあり、従前の障害者関連法の改正から新法の公布に至るまで障害保健福祉施策が次々として出されている。これまでに改正障害者基本法、障害者自立支援法整備法、障害者虐待防止法、障害者総合支援法、障害者差別解消法が既に施行となり、今後障害者権利条約の批准に向けてほかの法令も検討されている。

このような状況にありながら、障害福祉サービスを受けるにあたって基本的な要素となっている身体障害者手帳は、1949(昭和 24)年身体障害者福祉法(以下、身障法)の発足より大きな変化のないままに維持されてきている。

今回障害保健福祉委員会として、障害福祉サービス受給のための重要な要素の 1 つとなっている身体障害者手帳診断書作成に携わる日本リハビリテーション医学会(以下、学会)会員の当該診断に際しての意識と現状を調べ、課題を整理する目的で本アンケートを実施した。

対象と方法

2012 年 12 月 6 日から 2013 年 3 月 15 日まで、日本リハビリテーション医学会の会員(以下、会員)を対象とする web アンケートを行った。

アンケートにおける質問項目 1 ~ 30 (以下 Q 1 ~ 30) は表 1 の通り。これを学会ホームページ上で会員に公開し、ホームページ、学会誌、リハニュース、学会登録メールマガジンを通じて会員に回答依頼し、ホームページ上で回答の回収を行った。

各回答内容については単純集計を示すほか、注目する質問項目を都度取り上げて多変量解析等の統計解析を行った。統計処理には SPSS 社製 SPSS 15.0, SAS 社製 JMP 5.1, 及びエクセル 97 GM 1.7, エクセル 97 SEM 1.7, かんたん CFA を用いた¹⁾。推定母集団は会員とした。

アンケート質問内容のうち、会員のプロフィール(Q 1 ~ 5)を除く Q 6 ~ 30 をグラフとして図に示した。回答のうち単独選択項目については各内訳を割合 [%] として円グラフを作成、複数選択項目については各内訳を実数のまま棒グラフを作成、それぞれ図に示した。

1. 変数及びその属性についての扱い

Q 7 ~ 11, 13 ~ 21, 23 ~ 24, 27 ~ 30 については、リッカートの簡便法に従い、各カテゴリー項目に冠した番号をそのまま得点として、分析の際に連続尺度として用いた(図 2 ~ 17)。

調査依頼・回収方法はランダムサンプリングではないが、これに準じる便宜的サンプリングとして各分析を進めた。

2. 身体障害認定基準判断の際の考え方についての分析方法

身体障害認定基準(以下、認定基準)判断の際の考え方について設けられた Q 9 ~ 10, 15 ~ 21, 23 ~ 24, 28 ~ 30 の回答については、因子分析(以下 EFA)を行い潜在因子を推定、これを含めた因果モデルをグラフィカルモデリング(以下 GM)を用いて作成し、認定基準判断の要因を調べた。モデルの検証には RAM 構造化手法による共分散構造分析(以下 SEM)を用いた。EFA では、因子抽出に最尤法を、

表1 アンケート質問項目

Q 1	医師の経験年数をご記入下さい。
Q 2	主たる仕事分野はどれですか。
Q 3	記載している分野はどれですか。
Q 4	15条指定医の資格をお持ちですか。(身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医)
Q 5	国立障害者リハビリテーションセンターや自治体等で行っている診断書作成に関する医師研修会に参加したことがありますか。
Q 6	診断書の記載は医師が行うことになっています。記載の現状についてお尋ねします。最も近いのは以下のどれですか。
Q 7	身体障害認定基準の理解度について、自己評価はいずれですか。
Q 8	障害認定の等級を判断する場合、あなたの意識は以下のどれに近いですか。
Q 9	客観的な検査データとADLの活動程度とが一致しない場合、どちらを重視しますか。
Q 10	等級の境目にあって判断に迷う場合、あなたの対応はどれに近いですか。
Q 11	診断書作成に際して難しいと感じる割合はどの程度ですか。
Q 12	障害の程度を認定するのは都道府県知事(一部市長)であり、診断医は正当な障害認定が受けられるようにその記載に努めなければなりません。記載時に配慮している点についてお聞きします。
Q 13	多くの自治体では、診断書の読解は医学的知識の少ない事務官が行っています。記載時にこの点について配慮されていますか。
Q 14	行政側から診断書の記載内容について疑義回答を求められたことがありますか。
Q 15	認定基準上、筋力の場合、全廃が徒手筋力テストで2以下、著しい障害が3に相当するもの、軽度の障害が4に相当するものと解説されますが、この基準は妥当と思いますか。
Q 16	可動域の場合、全廃が10°以内、著しい障害が30°以下、軽度の障害が90°以下であるが(肩および足関節を除く)、この基準は妥当と思いますか。
Q 17	下肢・体幹機能障害での歩行距離や時間について、この基準は妥当と思いますか。
Q 18	筋力テストや関節可動域に問題はないが、握力や歩行距離が認定基準に該当する場合、認定の対象としますか。
Q 19	詐病等の疑いがある場合や誇張した訴えがある場合と、そうでない場合とで見分けのつく記載を行っていますか。
Q 20	線維筋痛症やCRPS等の疼痛でADLが制限されている場合で筋力や可動域では支障がない場合、認定の対象としますか。
Q 21	転換性精神障害等心因が主体で、ADLが制限されており、筋萎縮なし、関節拘縮なしの場合、手帳の対象としますか。
Q 22	小脳失調によるADL障害や歩行障害があるが、個々の筋力や関節可動域には問題がない場合、認定の対象としますか。
Q 23	90歳、意思疎通困難、歩行困難、筋力低下なし・関節拘縮なしの場合、手帳の対象としますか。
Q 24	1歳半、重症心身障害児、脳MRIで所見が認められた場合に認定の対象としますか。
Q 25	下記のどの場合に困難さを感じますか。
Q 26	困難さを解決するために適当と考えられるものはどれですか。
Q 27	手帳による福祉サービスについて理解されていますか。
Q 28	医療費負担軽減のために超高齢者の手帳診断を求められました。あなたはどうしますか。
Q 29	人工関節置換術によって関節機能は改善するが、認定基準では全廃です。あなたの考えに近いものはどれですか。
Q 30	障害の概念が医学モデルより社会モデルに変化しました。機能・形態異常も補装具や環境を整備することでADLの制限程度が変わります。現行の認定制度を変える必要があると考えますか。

因子軸の回転にプロマックス法を用いた。

3. 困難さを感じる要因についての分析方法

「Q 25. 困難さを感じる場合」の10カテゴリーについても同様に、EFAで潜在因子を推定後GMにより因果モデルを作成し、困難さを感じる要因を調べた。

4. 行政手続きとの関わり

行政手続きとの関わりが深いと考えられる9項目を選び出し(表2)、GMを用いて独立グラフの作成を行った。

5. 診断書作成の現状と課題

診断書作成の現状と課題については関わりが深いと

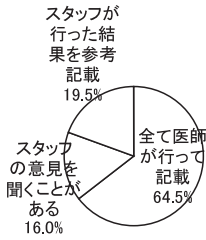


図1 Q6 診断書記載の現状 (N=338)

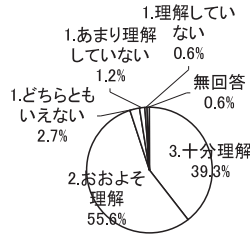


図2 Q7 認定基準の理解度 (N=338)

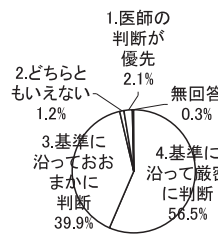


図3 Q8 等級判断 (N=338)

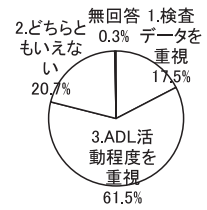


図4 Q9 検査データとADL活動程度 (N=338)

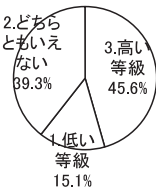


図5 Q10 等級境目の判断 (N=338)

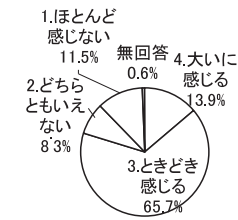


図6 Q11 診断書作成の困難感 (N=338)

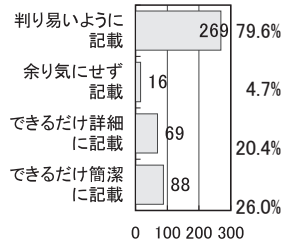


図7 Q12 記載時の配慮 (N=338)

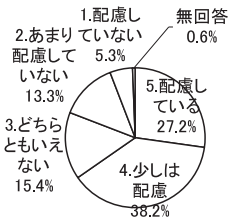


図8 Q13 事務官への配慮 (N=338)

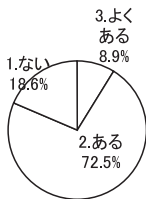


図9 Q14 行政側からの疑義 (N=338)

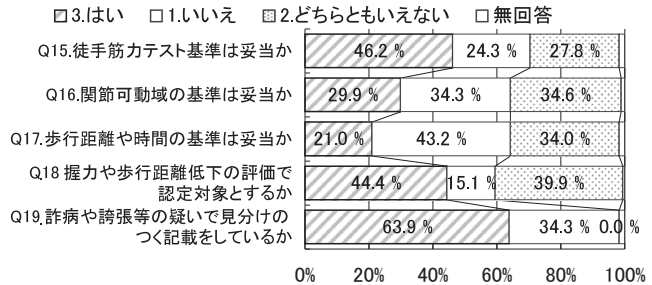


図10 Q15～19 認定基準についての考え方 (N=338)

表2 行政手続きとの関わりが深い9項目

Q7	認定基準の理解度
Q8	認定基準に沿う判断
Q11	作成の困難感
Q12	記載時の配慮の各カテゴリー
	・判り易いように記載
	・余りにせず記載
	・できるだけ詳細に記載
	・できるだけ簡潔に記載
Q13	事務官への配慮
Q14	行政よりの疑義

考えられる15項目を取り上げて(表3), GMを用いてパス解析を行った。

結果

1. 概要

2013年3月時点での会員数は9,869名。期間中に得られたアンケート回収数は338件で、無効内容はなかったため有効回答数338(母集団の3.4%)となった。「無回答」項については当該セルのあるケースを都度欠損値扱いとして集計を行った。このため、標本サイズは取り上げる分析によって異なっている場合がある。

「Q3. 診断書の記載分野」においては無回答ケース

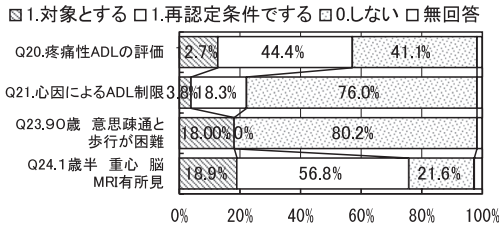


図 11 認定についての見解 (1) (N=338)

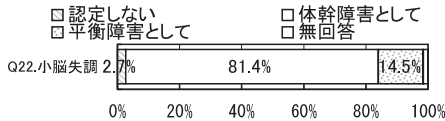


図 12 認定についての見解 (2) (N=338)

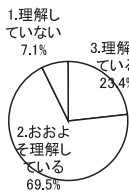


図 15 Q27 行政サービス (N=338)

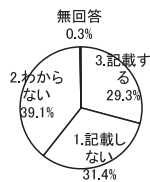


図 16 Q28 超高齢者の手帳診断 (N=338)

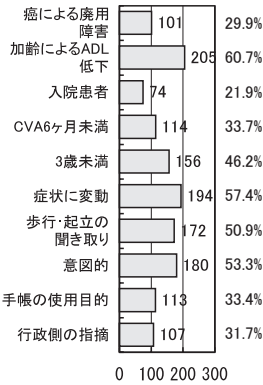


図 13 Q25 困難さを感じる場合 (N=338)

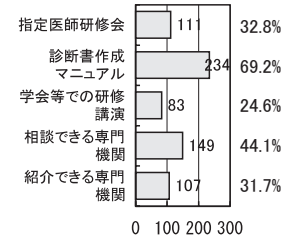


図 14 Q26 困難さを解決するもの (N=338)

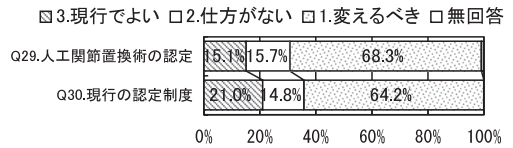


図 17 Q29 人工関節置換術, Q30 現行の認定制度 (N=338)

表 3 診断書作成の現状と課題に関わりが深い 15 項目

Q 1	医師経験年数
Q 2	主たる仕事分野における次のカテゴリー・リハ科
Q 4	15 条指定
Q 5	医師研修参加歴あり
Q 6	診断書作成の現状における次のカテゴリー・診断書はすべて医師が記載
Q 7	認定基準の理解度
Q 8	等級判断時の意識
Q 9	ADL 活動程度の重視
Q 10	等級の境目での判断
Q 11	診断書作成の困難感
Q 12	診断書記載時の配慮における次のカテゴリー・判り易いように記載
Q 13	事務官への記載
Q 14	行政よりの疑義回答依頼
Q 27	福祉サービスの理解度
Q 30	現行制度の維持

が見られなかった。回答者は何らかの形で診断書記載に携わっているか、いたことがあると考えられたため、回答時点での 15 条指定の有無に拘わらず、回答者 338 人を診断書記載医師として分析を進めた。

2. 診断書記載の現状 (Q1 ~ 10, 27)

Q1. 医師歴は、5 年から 64 年の範囲で、平均 25.7 年、95% 予測区間 (以下 95%PI) は [6.0, 45.4]、95%信頼区間 (以下 95%CI) は [24.6, 26.8] だった。

Q2. 主たる仕事分野 (診療科) は、リハ科 61.5%、整形外科 26.6%、内科 4.7%、小児科 0.9%、脳神経外科 2.7%、他科 3.3%、無回答 0.3%であった (N=338)。

Q3. 手帳の記載分野は、肢体不自由 335 人、咀嚼・言語 151 人、平衡機能 38 人、心臓・呼吸器 18 人、ぼうこうまたは直腸機能障害 3 人であった。肢体不自由分野を記載している者の比率は 99.1%で、95%CI は [0.98, 1.00] だった。

主たる仕事分野はリハ科・整形外科の 2 科で 88.4%、診断書記載分野では肢体不自由と言語・咀嚼の 2 分野で 89.2%を占めていた。

Q 4. 身障法第 15 条による指定ありが 95.6%, 指定なしは 3.6%, 無回答 0.9%であった (N=338). 指定ありの 95%CI は [0.93, 0.98] だった.

Q 5. 診断書作成に関する医師研修会に, 参加したことがあるもの 51.2%, 参加したことがないもの 48.5%, 無回答 0.3%だった (N=338).

3. 診断書記載の現状 (Q 6 ~ 10, 27)

診断書記載の状況では, 面談や検査等を全て医師が行って記載している場合が 64.5%, 残りの 35.5%はスタッフの意見や検査を参考にしていた (図 1).

回答者の認定基準理解度 (自己評価) は, 「十分理解」と「おおよそ理解」を合わせて 94.9%と高率であったが (図 2), 医師研修会への参加歴は約半数であった (Q 5).

福祉サービスの理解度 (自己評価) も高率で, 「理解している」「おおよそ理解している」合わせて 92.9%に上った (図 15).

等級判断を認定基準に沿って厳密に判断する者は 56.5%, おおまかに判断する者が 39.9%であり, 合わせて 96.4%と大半が認定基準に沿った判断となっていた (図 3).

客観データと ADL が一致しない場合の判断では, ADL の活動程度を重視する見解が半数以上を占め (61.5%), 客観的な検査データの方を重視する見解は 17.5%しかなかった (図 4).

等級の境目にあって判断に迷う場合, 45.6%は「高い等級にする」という対応をとり, 「低い等級にする」という対応は 15%と低かった (図 5).

4. 診断書記載に際しての困難 (Q 11, 25 ~ 26)

診断書作成に際して難しいと感じる割合は, 「大いに感じる」と「ときどき感じる」を合わせると, 79.6%に上っており (図 6), 困難感の少ない状況が明らかとなった。「Q 25. 困難さを感じる場合」の内訳は図 13 の通りで, 項目によって異なるもの回答者の 20 ~ 60%が困難さを共有していた.

困難さの解決法として挙げられた項目 (Q 26) の内訳では, 診断書作成マニュアルが最も高く, 回答者の 69.2%がその必要性を感じていた. 44.1%は相談できる専門機関の必要性を挙げていた (図 14).

「Q 25. 困難さを感じる場合」の各カテゴリに関する EFA より, 困難感の 3 因子 (要素) が推定された (表 4).

これを用いて作成したパス図は図 18 のようになった.

SEM によるモデル適合度の指標は, $RMSEA < 0.001$, $CFI = 1.000$, $p = 0.576$ (N=332). 3 因子間と, 各因子と Q 25 カテゴリの間に関連性がみられた.

5. 行政手続きとの関わり (Q 12 ~ 14, 27)

診断書記載時の配慮では, 多くの人が「わかりやすいように記載」しており (図 7), また事務官への配慮も, 「配慮している」「少しは配慮している」合わせて 65.4%と一定の配慮はされていた (図 8). しかし, 行政側から診断書の記載内容について疑義回答を求められたことが「よくある」と「ある」を合わせた数は 81.4%と多かった (図 9).

診断書作成に関して行政手続きと関係の深い 9 項目 (表 2) について作成した独立グラフは図 19 の通りとなった.

モデル適合度の指標は, $RMSEA < 0.001$, $CFI = 1.000$, $p = 0.46$ (N=330).

「行政よりの疑義あり」に, 直接効果のあるのは「診断書作成の困難感」のみで, 他の要素はこれを通す間接効果であった.

「認定基準の理解度」の高さが, 「認定基準に沿う判断」, 「事務官への配慮」, 「判り易く記載すること」, 「診断書作成の困難感」, それぞれに関係する要となっている構造が見られた.

一方, Q 12 に挙げられた 4 カテゴリ (図 19 の破線内) のうち, 「判り易いように記載」以外の 3 カテゴリはいずれも「判り易いように記載」と負の相関にあり, 「認定基準の理解度」「事務官への配慮」等その他の変数への直接効果が見られなかった.

6. 診断書作成の現状と課題 (Q 1, 4 ~ 7, 11, 27)

診断書作成の現状と課題に関連の深い項目 (表 3) を取り上げて行ったパス解析の結果は図 20 の通り.

モデル適合度の指標は, $RMSEA = 0.005$, $CFI = 1.00$, $p = 0.45$ (N=335).

図の左寄り「主たる仕事分野がリハ科」は, 「等級の境目にあって高く判断する傾向」, 「現行制度を維持する姿勢」, 「認定基準の理解度」, 「行政よりの疑義」に効果を及ぼしていた.

図の中寄りの「認定基準の理解度」は「診断書作成の困難感」, 「判り易い記載」, 「事務官への配慮」に効果を及ぼしていた. この「認定基準の理解度」向上に影響のある変数は, 「医師歴」と「仕事分野でリハ科を担当」していることのみであり, 「研修参加歴」や「15 条指定」からの効果は見られなかった.

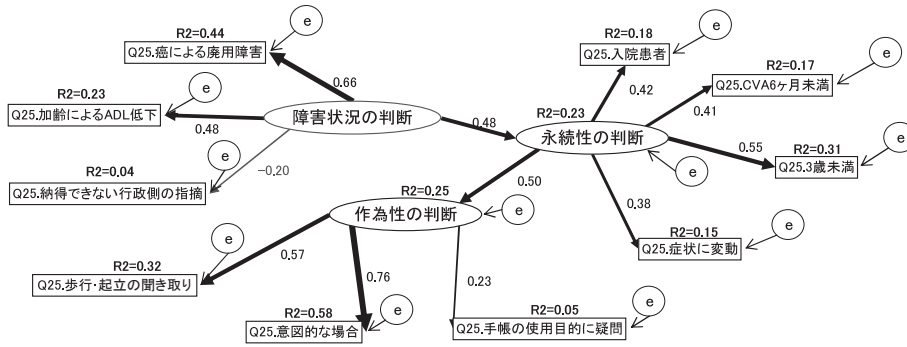


図 18 診断書作成時に感じる困難さをモデル化したパス図

矢線の数字はパス係数，変数の上の数字は決定係数 (R² 乗値，但し図中では R² と表記する，以下の図でも同様)，e は誤差を表す (N=332)。

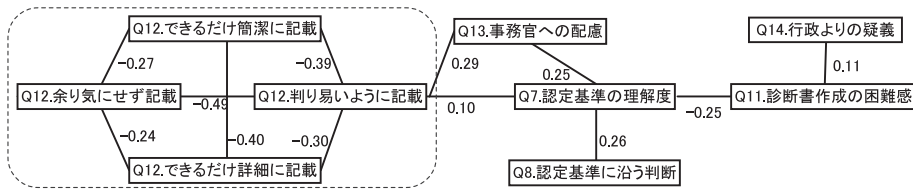


図 19 行政手続きの関わりに関する項目の独立グラフ

破線内は Q12 の各カテゴリー，数字は偏相関係数を表す (N=330)。

表 4 診断書作成時感じる困難感の 3 因子

- (1) 障害状況の判断
- (2) 障害永続性の判断
- (3) 作為性を感じる場合の判断

「研修参加歴」や「15 条指定」は福祉サービスの理解度の向上に効果を及ぼしていた。

図の中寄りの「認定基準に沿う判断」は、「ADL 重視度」・「等級の境目にあっては高く判断する」と「判り易い記載」に、いずれも負の効果を及ぼしていた。

7. 現行認定基準制度に対する考え方 (Q 15 ~ 24, 28 ~ 30)

Q 15 ~ 17 で基準をよとする考えはいずれも半数に満たなかった。基準を妥当と思わない場合で最も多かったのは「Q 17. 歩行距離や時間についての基準」で (43.2%)，次いで「Q 16. 可動域についての基準」(34.3%) だった。基準判断ではないが、「詐病等で見分けのつく記載をしている」とする者については 6 割と多かった (図 10)。

人工関節の認定基準を変えるべきとする意見は 68.3%，現行制度を変えるべきとする意見は 64.2%あり，現行のままでよいとする意見はいずれも少なかった (図 17)。

個々の具体的な判断ケース (Q 20 ~ 24) については個別にその判断が分かれた (図 11, 12)。「心因性の ADL 低下」「90 歳意識疎通不能」では認定しないとする者が 8 割あったが、「1 歳半の重度心身障害児」では再認定を含めて認定するとした者が 75.7%あった (図 11)。

Q 15 ~ 21, 23 ~ 24, 28 ~ 30 の項目について EFA を行い，潜在因子を推定した後作成したパス図は図 21 のようになった。

モデル適合度の指標は，RMSEA=0.031，CFI=0.927， $p=0.047$ (N=308)。

手帳判断の際の考え方として 4 因子 (要素) が推定された (表 5)。

パス図では，(1) は (2) へ，(3) は (4) へ，それぞれ効果を及ぼしており，機能評価を踏まえて現行基準通り認定していこうとする (1) (2) の考え方と，ADL 等の活動度を重視し，社会的弱者も含めて認定

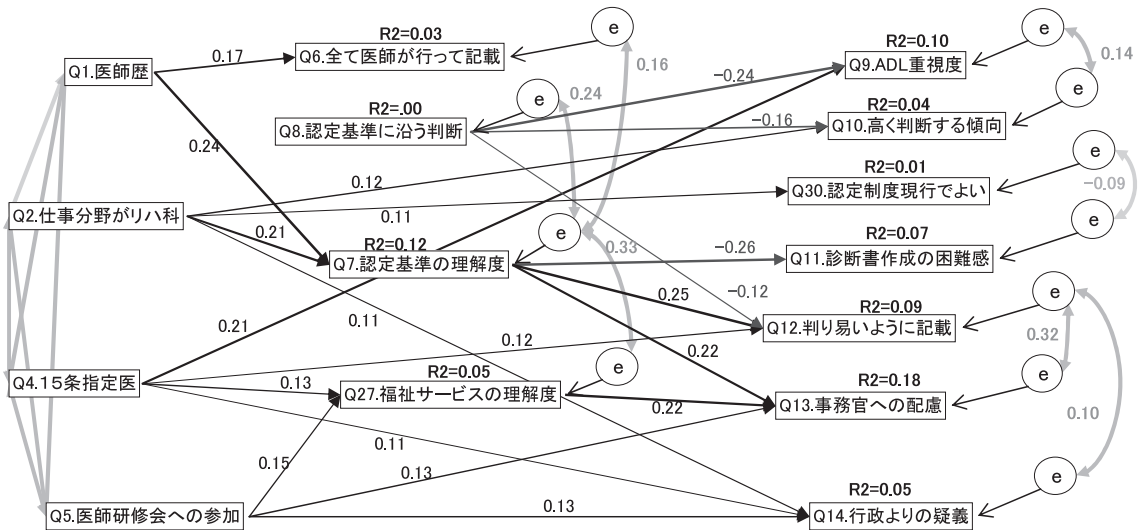


図 20 現状と課題についてのパス図

片側矢線の数字はパス係数，内生変数上の数字は決定係数（R²乗値），eは誤差，誤差間の数字は共分散値を表す（N=325）。誤差以外の外生変数の両側矢線上の相関係数は省略した。

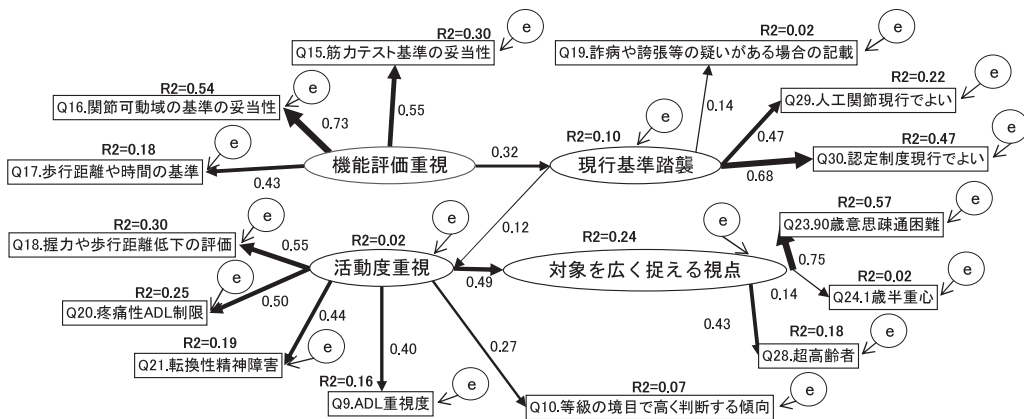


図 21 現行認定基準判断に対する考え方についてのパス図

矢線の数字はパス係数，変数の上の数字は決定係数（R²乗値），eは誤差を表す（N=308）。

表 5 手帳診断時の考え方の 4 因子

- (1) 機能評価により認定する方向性
- (2) 現行基準を踏まえて認定しようとする姿勢
- (3) ADL等活動度を重視する考え
- (4) 対象を広く捉える視点

考 察

1. 診断書記載の現状

診断書作成にはおおむね 6 年程度以上の一定の経験を持つ医師が診断書作成に携わっており，93%以上が身障法 15 条指定を受けているか，いたことがある，と考えられる。

主たる仕事分野と，診断書記載分野はほぼ呼応し，手帳の記載分野には担当する診療分野がほぼ反映されていると考えられた。会員医師の 98%以上は肢体不

対象を広く捉えていこうとする (3) (4) の考え方が大きく分かれた。

自由の記載に携わっているか、いたことがある、といえる。

身障手帳に関する研修の参加歴は半数に過ぎないが、研修会を行っている自治体がそれほど多くないこともあり、研修を実施する側の体制も研修の履修率に影響していると考えられた。

2. 診断書記載に際しての困難さ

およそ8割の会員が診断書記載に際しての困難さを感じており、困難さについての3因子(要素)(表4)とその内容についてのパス図(図18)より困難さの要素と状況が推定された。

<困難さの要素>

(1) 障害状況の判断

診断書記載に際する困難としてまず第一に各疾患の障害状況の判断自体の難しさが存在すると推測された。これに該当する状況の例として「加齢によりADLが低下している場合」や「癌による廃用障害の判断」などが挙げられた。

(2) 障害永続性の判断

「障害状況の判断」から効果を受けて、次に「障害永続性の判断」についての困難さが要因として挙げられた。

手帳の対象者は障害が永続する場合とされているため²⁾、これについても診断医は判断をしなければならないが、現場では困難さを感じる場合が少なくない。該当する状況として、成長期などで障害永続性の判断が難しい場合や、症状変動があるため障害永続性の判断が難しい場合などが挙げられた。

(3) 作為性を感じる場合の判断の困難さ

会員の98%以上が携わっている肢体不自由の診断を例に挙げても、徒手筋力テスト・歩行時間の申告など、被検者の随意性の高い評価項目があり、客観的な医学所見を得にくい場合が少なくない。要因として挙げられた「作為性を感じる場合に客観的な所見を得ることの困難さ」は多くの医師が経験したことのある状況と思われる。このような状況に該当するものとして「歩行・起立状況の聞き取り」「意図的に筋力を発揮してくれない場合」「手帳の使用目的に疑問を感じる場合」などが挙げられた。

3. 行政手続きとの関わり

行政手続きとの関わりを示す独立グラフ(図19)を見ると、「Q7 認定基準の理解度」がこの独立グラフの要の1つと考えられた。この変数が拘束される

と、「Q8 認定基準に沿う判断」、「Q11 診断書作成の困難感」、「Q13 事務官への配慮」「Q12 判り易いように記載」それぞれが独立の関係になってしまう。つまり「Q7 認定基準の理解度」が上がらないと、診断書記載をどのように工夫しても、また事務官への配慮をどのようにしても、「Q8 認定基準に沿う判断」の改善や、「Q11 診断書作成の困難感」の軽減につながらず、「Q14 行政よりの疑義」が減らないといえる。

またQ12のカテゴリー(図19の破線内)の1つ「Q12 判り易いように記載」から「Q14 行政よりの疑義」までの効果は負値で、「認定基準の理解度」を通してになるが、判りやすいように記載することは行政よりの疑義の軽減につながる傾向にあるといえる。

その一方、Q12の「判り易いように記載」以外の3カテゴリー項目はいずれも「判り易いように記載」と負の偏相関にあるため、3カテゴリー項目いずれが増しても疑義は増す傾向にあると言える。

「余りにせずつ記載すること」は論外として、「できるだけ詳細に記載」することや「できるだけ簡潔に記載」すること自体に肯定的な意味は見られず、むしろ認定基準を理解した上で、認定基準に沿う内容を「判り易く記載する」ことが、診断書記載上の重要なポイントであると考えられた³⁾。

4. 診断書作成の現状と課題

診断書作成の現状と課題についてのパス図からは次のことが示唆された(図20)。

「主たる仕事分野がリハ科」の場合、現行制度を踏襲する姿勢であるものの、等級の境目にあって高く判断する傾向にあるためか、行政よりの疑義が増える傾向にある。

「認定基準の理解度」は「判り易い記載」につながり、「診断書作成の困難感」を減じていると考えられた。しかしこの「認定基準の理解度」向上に効果があるのは、「医師歴」と「主たる仕事分野がリハ科」のみであった。

Q26(図14)で、「困難さを解決するもの」として挙げられた中で最も多かったのは、「診断書作成マニュアル」であったことも考えると、リハ科を主たる診療科として業務に携わる医師に認定基準の理解を盛り込んだ適切なマニュアルを提供することは、困難さの解決に対し有効な手段の1つになると考えられた。

一方同じパス図では15条指定や研修会への参加などは認定基準の理解度の向上につながっておらず、指

定のあり方や手帳研修のあり方などに今後は一層の工夫が求められるものと思われた。

5. 認定基準判断についての考え方

Q 15～18の各条件について妥当と思わない意見は15～43%で(図10)、現行基準についての問題意識はそれぞれに一定数見られ、また制度そのものについてもこれを「変えるべき」とする意見が2/3近くに上っていた(図17, Q30)。

現状と課題のパス図(図20)では、基準に沿う判断をしている場合ほど、ADL等の活動度より検査データを重視する姿勢、等級の境目では低い等級にする姿勢となっており、本来の認定基準に沿った状況が表れていた。しかしこれに沿う判断をしている会員は多くなく、実数は「ADLの活動度を重視する」見解と「等級の境目にあって高い等級にする」見解の方が多かった(図4, 5)。

身体障害の認定基準では、ADLの障害状況を生じさせている種々の原因のうち身体障害によるものを、客観的な所見やデータに基づく機能評価により裏付けすることとなっている。しかしADLの活動度を重視する見解が、客観的な検査データの方を重視する見解より多いことは、身体障害以外の原因によるADLの活動度も含めて身障等級判断されている可能性のあることが窺えた(図4)。

また等級の境目で迷う場合、「高い等級にする」という対応が「低い等級にする」という対応の約3倍あった(図5)。客観所見や検査データに基づく根拠があり「高い等級」に該当する場合は問題ないが、「高い等級」の状況を示す明確な根拠のない状況でも高い等級に判断するというケースのあり得ることが推測された。

これらの視点の違いは、「手帳診断時の考え方」のパス図(図21)にも表れており、2つの種類の考え方(視点)が示された。

パス図(図21)の(1)と(2)の、機能評価を踏まえて現行基準通り認定していこうとする考えは、身障法第4条及び別表に基づいたオーソドックスな考え方であり、法の主旨に基づく基本的な姿勢が表れているものと考えられた。

一方(3)と(4)の、活動度を重視し、認定対象を広く捉えていこうとする考えはQ30でも設定したよ

うに、障害モデルのとらえ方の変遷を包含した視点でもあり、改正障害者基本法や障害者総合支援法の理念に沿ったものとも考えられる^{4,5)}。現行制度を「変えるべき」であるとする意見(64.2%)にも表れているように、生活状況や環境等に即した支援の在り方をもとに障害状況を考慮するという視点は会員の間にも浸透してきており、現行制度に対するとまどいや違和感の現れと見ることもできる⁴⁾。

しかし現在の所、手帳制度や認定基準は身障法に基づいて運用されているのも事実であり、認定基準通りに行われることによって公平性が保たれる法制度であるため、障害概念の変遷は考慮すべきとしても制度の公正な実施のためには現行の認定基準に沿う判断がされるべきだろう。

おわりに

今回のアンケートは主に日本リハビリテーション医学会会員の現状や意識について回答依頼をしたものであったため、母集団は限定したものとなったが、会員医師には障害モデルの変遷を包含した視点が浸透していること、1949(昭和24)年施行の身障法に基づく手帳制度と会員意識とに乖離が生じている実状、が明らかとなった。

このたびの結果については、認定基準に基づいた適正な診断書・意見書作成に向けた本委員会の今後の活動や情報発信に活かしていきたいと考える。

会員の皆様にはお忙しい中、本アンケートにご協力をいただき誠にありがとうございました。この場を借りてお礼申し上げます。

文 献

- 1) 小島隆矢：Excelで学ぶ共分散構造分析とグラフィカルモデリング。オーム社、東京、2003
- 2) 身体障害者福祉法。昭和24年 法律第283号
- 3) 樫本 修：リハビリテーション科医が知って役立つ身体障害者手帳の診断書・意見書の書き方。Jpn J Rehabil Med 2013; 50: 130-135
- 4) リハビリテーション医学白書委員会：リハビリテーション医学白書。医歯薬出版、東京、2013; pp 101-107
- 5) リハビリテーション医学白書委員会：リハビリテーション医学白書。医学書院、東京、2003; pp 88-93