

補装具意見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 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、障害者総合支援法が既に施行となり、障害者権利条約の批准に向けての法整備が進められてきた。

身体障害児・者への補装具費の支給は、障害者自立支援法を継ぐ障害者総合支援法においても自立支援給付の一角をなし、補装具の公的サービスの柱の 1 つとなっており、2013 年 4 月よりは難病等で一定の障害状況にある場合もこの対象に入った。

このような中、臨床や福祉の現場に携わるリハビリテーション（以下、リハ）科医師が、補装具費支給の必要性やその内容についての意見書を書く機会は益々増加している。

障害保健福祉委員会として、障害福祉サービスの重要な要素の 1 つとなっている補装具意見書の作成に携わる日本リハ医学会会員（以下、会員）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、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 1～24（以下、Q 1～24）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、回答者のプロフィール Q 1～5 を除く Q 6～24 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、割合 [%] をそれぞれ付記して図に示した。

なお、障害のある 18 歳未満を障害児（または単に児）、障害のある 18 歳以上を障害者（または単に者）と表記した。

1. 変数及びその属性についての扱い

Q 19～21, 23～24 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 14）。

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. 意見書作成対象者と依頼者との関係

「Q 6. 誰について補装具意見書を作成したことがあるか」、「Q 7. 誰から意見書作成を依頼されたことがあるか」の 2 設問については、各カテゴリー（図 1, 2）を取り上げてグラフィカルモデリング（以下、

表1 アンケート質問項目

Q1	医師歴（年数）をご記入ください。
Q2	補装具意見書作成（補装具処方箋記載）の経験年数をご記入ください。
Q3	所属学会の資格をお知らせください。
Q4	担当されている主たる診療科をお教えてください。
Q5	次に該当するもの（資格等）全てに○をつけてください。
Q6	これまで、どのような方について補装具意見書を作成されたことがありますか。
Q7	これまでにごなたから意見書作成を依頼されましたか（されたことがありますか）。
Q8	これまで意見書作成したことのある福祉用具をお知らせください。
Q9	最もよく意見書作成する（した）補装具について、該当するもの1つだけに○をつけてください。
Q10	前問でお答えいただいた種目の補装具について、どなたかの意見を参考にされていますか。
Q11	補装具が完成した時点（および以降は）どのように利用者にかかわっておられますか。
Q12	作製した補装具のその後の使用については、どのように利用者にかかわっておられますか。
Q13	補装具意見書記載方法の現状として、該当する項目にチェックを入れてください。
Q14	意見書作成に際して困難さを感じられたことがありますか。
Q15	どのような場合に困難さを感じますか。
Q16	困難さを感じた場合にどのようなところに相談していますか。
Q17	「補装具制度」に関する以下の項目の中で、内容についてご存知のものにチェックを入れてください。
Q18	高額そうな製品について補装具意見書作成を求められた場合、本人さんや家族にはどう説明されていますか。
Q19	これまでに先生が意見書作成されたなかで、不支給の決定がなされたケースについてご経験ありますでしょうか。
Q20	児童（18歳未満）の補装具について意見書作成をされたことはありますか。
Q21	児童（18歳未満）の補装具について意見書作成をされた場合、その後の（補装具支給後の）使用状況について、相談や診察を通して関わることはありますか。
Q22	補装具の申請者が児童から大人（18歳以上）になった場合の対応はどうされていますか。
Q23	児童で認められた補装具が、大人（18歳以上）では認められない場合があることを両親や支援者に説明していますか。
Q24	児童について意見書作成されたなかで、不支給の決定がなされたケースについてご経験ありますでしょうか。

GM)を用いた独立グラフの作成を行い、両者の関係を調べた。

3. 補装具作成時・完成時・その後の関わりについての分析方法

「Q 10.（補装具作成時）誰かの意見を参考にしているか」、「Q 11.補装具が完成した時点どのように利用者にかかわっているか」、「Q 12.その後の使用についてどのように利用者にかかわっているか」の3設問については、各カテゴリー（図4, 5, 6）についてGMにより因果モデルを作成し、会員の補装具への関わり方を調べた。

4. 困難さを感じる要因についての分析方法

「Q 15.どのような場合に困難さを感じるか」の9カテゴリー（図9）については因子分析（以下EFA）を行い潜在因子を推定後、これら潜在因子を含めてGMにより因果モデルを作成し、困難さの要因を調べた。EFAでは因子抽出に最尤法を、因子軸の回転にプロマックス法を用いた。またこの際得られた因子得点を各因子の指標として、以後の分析に用いた。

5. 困難さを感じる要因と相談先についての分析方法

「Q 15.困難さを感じる場合」の9カテゴリーと「Q 16.困難さを感じた場合の相談先」の12カテゴリーについて、GMにより因果モデルを作成し、両者の関係を調べた（図9, 10）。

6. 補装具制度に関連する用語の認知度

「Q 17.補装具制度に関連する用語の認知度」（図11）については、リハ科専門医、リハ科認定医、身体障害者福祉法第15条における指定医師（以下15条指定医）、指定自立支援医療機関担当医師、国立障害者リハビリテーションセンターの義肢装具等適合判定医師研修会（以下、国リハ研修）履修、それぞれの資格等の「有/無」を「1/0」で点数化し、両者の間に差が生じているかどうかを多変量分散分析（以下MANOVA）手法を用いて調べた。

またK-means法を用いたクラスター分析を行い、この項目の得点化を試みた。

7. 意見書作成の現状と課題

意見書作成の現状と課題については表2における19項目を取り上げて、GMを用いて因果モデルを作成した。この際、用語認知度については各クラスターに冠する番号を用い、困難さの要因としてはEFAで得られた各因子の得点を用いた。

以上の5つのグラフィカルモデルの検証にはRAM構造化手法による共分散構造分析（以下SEM）を用いた。

表2 意見書作成の現状と課題について関係の深い19項目

Q2	補装具意見書作成（補装具処方箋記載）の経験年数
Q3	所属学会の資格 ・日本リハビリテーション医学会の専門医 ・日本リハビリテーション医学会の認定臨床医 ・日本整形外科学会の専門医 ・他の学会の専門医（日本小児科学会を含む）
Q5	その他資格等 ・身体障害者福祉法の15条指定医 ・指定自立支援医療機関の担当医師 ・国立障害者リハビリテーションセンター学院の補装具適合判定医師研修修了者
Q13	補装具意見書記載方法の現状 ・作製しようとする補装具が必要なことを示す医学所見と理由をできるだけ書くようにしている ・補装具に付加する構造や部品について、それが必要とする医学所見と理由をできるだけ書くようにしている
Q14	意見書作成に際して困難さを感じられたことがありますか
Q15	どのような場合に困難さを感じますか ・膨らむ申請者の希望（因子得点） ・充分でない補装具知識（因子得点） ・制度の理解不足（因子得点）
Q17	「補装具制度」に関する以下の項目の中で、内容についてご存知のもの ・用語認知度（各クラスターに冠する番号）
Q19	これまでに先生が意見書作成されたなかで、不支給の決定がなされたケースについてご経験ありますでしょうか
Q23	児童で認められた補装具が、大人（18歳以上）では認められない場合があることを両親や支援者に説明していますか
Q24	児童について意見書作成されたなかで、不支給の決定がなされたケースについてご経験ありますでしょうか

結 果

1. 概要

2013年3月時点での会員数は9,869名。期間中に得られた回答数は299件で無効回答は3件あり、有効回答数296件（母集団の3.0%）であった。Q1～5の集計結果は「プロフィール」の項に、Q6～24の集計結果は図1～14に示す。

Q14で「補装具意見書を作成したことがない」ケースが3件あったため、Q6～24の分析については3件を除く293件について行った。

無回答項目については当該項目のあるケースを都度欠損値扱いとして集計を行ったため、標本サイズはと

りあげる項目毎に異なっている。

2. プロフィール（Q1～5）

Q1. 医師歴は、6年から61年の範囲で平均25.3年、95%信頼区間（以下95%CI）は[24.2, 26.4]、95%予測区間（以下95%PI）は[6.6, 44.1]だった（ $N=296$ ）。

Q2. 意見書作成経験年数（意見書作成歴）は、0年から45年の範囲で平均18.3年、95%CIは[17.2, 19.5]、95%PIは[-1.1, 37.8]だった。意見書作成歴は医師歴より平均7.1年短かった（ $N=296$ ）。

Q3. 所属学会の資格は、リハ科専門医227（76.7%）、リハ科認定医188（63.5%）、整形専門医114（38.5%）、小児科専門医4（1.4%）、他学会専門医65（22.0%）だった（ $N=296$ ）。

Q4. 主たる診療科は、リハ科199（67.2%）、整形外科74（25.0%）、小児科3（1.0%）、内科9（3.0%）、脳外科3（1.0%）、他科8（2.7%）だった（ $N=296$ ）。

Q5. 資格等では、身体障害者福祉法（以下身障法）第15条による指定あり282（95.3%）、指定自立支援医療機関の担当医師47（15.9%）、国リハ研修履修者226（76.4%）であった（ $N=296$ ）。

3. 意見書作成の現状（Q6～9, 13）

（1）作成対象

入院患者について意見書作成したことのある者は93.9%、外来患者については94.5%で、回答者の殆どは入院・外来患者について意見書作成歴があった。一方、高齢者施設、福祉施設、在宅者についての意見書作成歴はそれぞれ55.6%、43.0%、51.2%とほぼ半数に留まっていた（図1）。

作成依頼者は、本人・家族が92.2%、病院・診療所スタッフが87.0%と多いが、施設スタッフや行政は半数以下で、前問とほぼ呼応する比率だった（図2）。

意見書作成対象者と依頼者との関係（Q6とQ7の各カテゴリー）（図1, 2）について作成した独立グラフは図15のようになった。

対象者は、医療の現場での意見書作成（図の破線A）と、在宅者・高齢者施設・福祉施設の現場での意見書作成（図の破線B）の、大きく2つに分けられた。

外来患者や入院患者については、それぞれ本人・家族の依頼、病院・診療所のスタッフの依頼、と関連付けられていた。在宅者は施設スタッフの依頼、福祉施設入所者については施設スタッフや行政の依頼、とそれぞれ関連付けられていた。医療ソーシャルワーカー

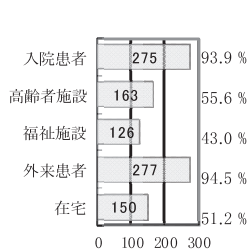


図1 Q6どのような人の意見書を作成したことがあるか (N=293)

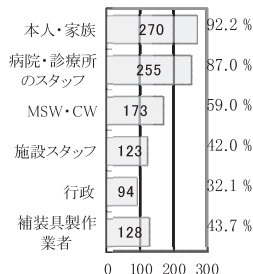


図2 Q7誰から意見書を頼まれたことがあるか (N=293)



図3 Q8これまで意見書作成したことがある福祉用具 (N=293)

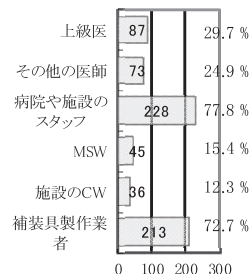


図4 Q10誰かの意見を参考にしているか (N=293)

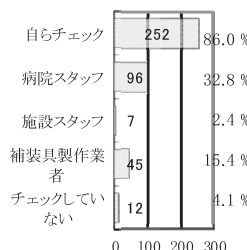


図5 Q11補装具完成時のかかわり (N=293)

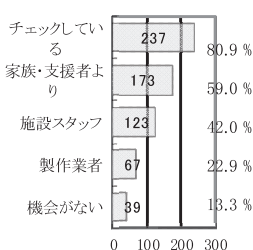


図6 Q12その後の利用者へのかかわり (N=293)



図7 Q13意見書記載方法の現状 (N=293)

(以下 MSW) やケースワーカー (以下 CW) は複数の変数と、福祉用具 (補装具) 製作者 (以下、製作者) は行政と、それぞれ関連付けられていた。

(2) 作成種目

意見書作成したことのある福祉用具としては、装具が最多で回答者の 97.3% に作成歴があり、以下車椅子・義肢・電動車椅子・座位保持装置の順だった。意思伝達装置・日常生活用具・障害児用補装具については 30 ~ 40% に作成歴があった (図 3)。視聴覚障害者用補装具についての意見書作成歴は非常に少なく 1% 前後だった。旧制度における意見書の作成歴が全般に少ない中、紙おむつは 27.0% と突出していた。

意見書作成したことのある福祉用具を担当診療科ごとに見ると図 16 のようになった。装具・車椅子はほぼ診療科によらず意見書作成されていたが、義肢はリハ科・整形外科に偏っていた。障害児用補装具については広くりハ科・整形外科で意見書作成される中、小児科は座位保持椅子・紙おむつの意見割合が多かった。回答者による視聴覚用補装具、排泄用補装具、人工喉頭の処方全般に少なかった。

(3) 作成上の配慮

意見書記載上の配慮については、「できるだけ日本

語を用いて」(89.1%) と「必要性を示す所見を書く」(83.3%) の順で、多くの回答者による配慮がなされていた (図 7)。

「作製しようとする補装具が必要であることを示す医学所見と理由をできるだけ書くようにしている」者が 8 割ある一方、「補装具に付加する構造や部品についてそれが必要であるとする医学所見と理由をできるだけ書くようにしている」者は 5 割に留まっていた (図 7)。

(4) 補装具作成時・完成時・その後の関わり (Q 10 ~ 12)

意見書作成時に参考意見を求める場合、77.8% と多くの回答者が病院や施設のスタッフに聴取しており、次いで 72.7% が製作者に意見を求めている。これに比べると、上級医やその他の医師に参考意見を求める場合は、それぞれ 29.7%、24.9% と少なかった (図 4)。

補装具完成時では、回答者の多く (86.0%) は自ら適合具合をチェックしていたが、適合具合を病院スタッフにしてもらうことがある場合も 32.8% と少なかった (図 5)。

その後の使用状況についても、自らチェックしてい

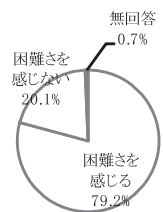


図8 Q14 困難さを感じたことがあるか (N=293)

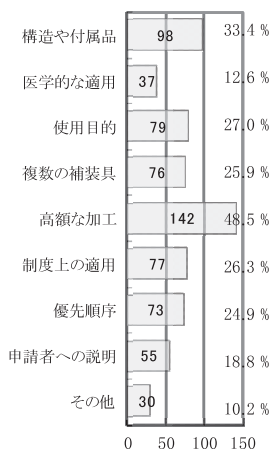


図9 Q15 どのような場合に困難さを感じるか (N=293)

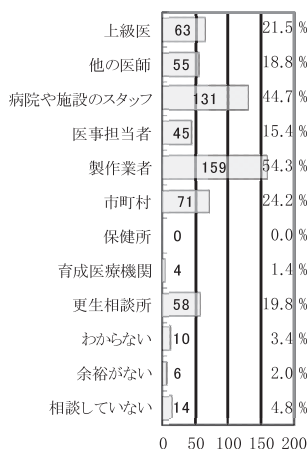


図10 Q16 困難さを感じた時の相談先 (N=293)

□知っている □知らない

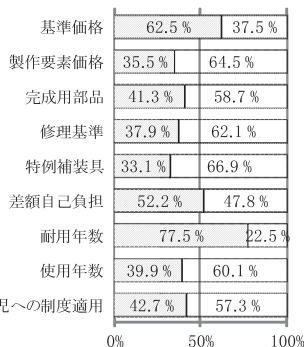


図11 Q17 補装具制度について知っているもの (用語) (N=293)

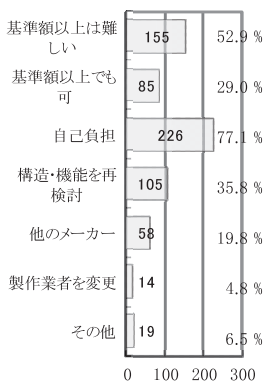


図12 Q18 高額補装具への対応 (N=293)

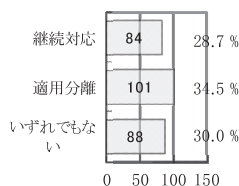


図13 Q22 児童が18歳以上になった場合の対応 (N=293)

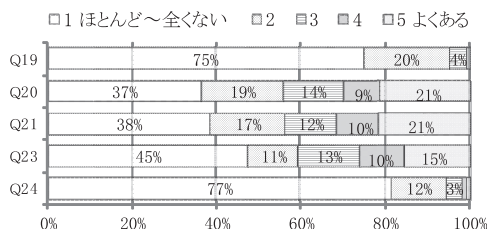


図14 Q19 障害者意見で不支給となった場合, Q20 児童補装具の作成歴, Q21 児童補装具の使用状況についてのかかわり, Q23 制度の違いの説明, Q24 障害児意見で不支給となった場合 (N=293)

る場合は80.9%と多いが、家族・支援者より聞き取る場合が59.0%、施設スタッフより聞き取る場合も42.0%と半数近く見られていた(図6)。一方また、その後の状況をチェックする機会がない(できない)場合も13.3%にみられた。

「Q10. 意見書作成時の意見聴取先」「Q11. 補装具完成時の関わり」「Q12. その後の関わり」の各カテゴリーについて調べたパス図は、図17のようになった。SEMによる適合度の指標はRMSEA 0.026, CFI 0.961, p 値=0.110 (N=286) だった。

意見書作成時の「その他の医師」は、完成時「自らチェック」と、その後のかわりで「製作者」に関連していた。完成時「自らチェック」の場合、その後の状況把握でも「自らチェック」に関連付いていた。意見書作成時の「病院や施設スタッフへの聴取」は、

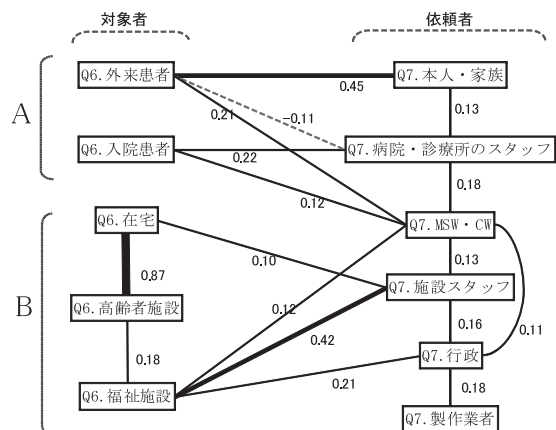


図15 意見書作成対象者と作成依頼者についての独立グラフ (数字は偏相関係数を表す) (N=292)

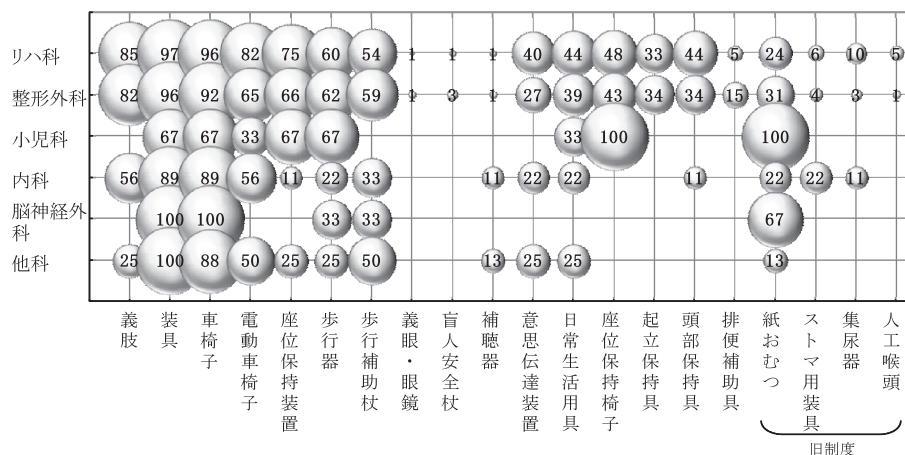


図 16 「診療科」と「意見書作成したことのある福祉用具」とのクロス集計

数字は各診療科内における意見書作成経験ある者の割合 [%] を示す。例えば図左上の「85」は、リハ科診療者のうち 85% が義肢意見書作成経験のあることを示している。(N=296)

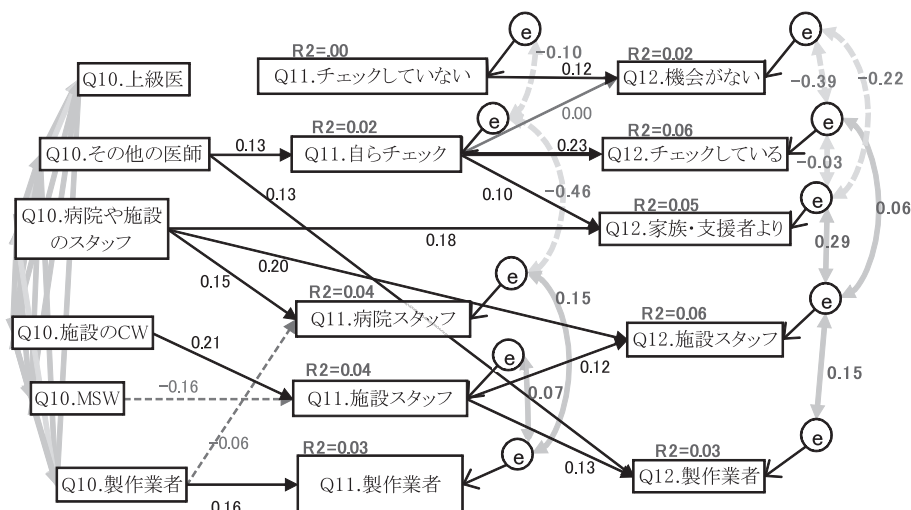


図 17 補装具作成時・後の関わりについてのパス図

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 (R^2 乗値、但し図中では R^2 と表記する、以下の図でも同様)、e は誤差、誤差間の数字は共分散値を表す。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。(N=286)

完成時には「病院スタッフ」に、その後の関わりでは「施設スタッフ」「家族・支援者」に関連していた。「施設 CW」は、完成時も、その後のかわりでも、「施設スタッフ」へつながっていた。「製作者」は完成時のみ「製作者」へ関連していた。

(5) 意見書作成時の困難さ (Q 14 ~ 16)

79.2% の回答者が意見書作成時の困難さを感じていた (図 8)。最も多かったのは、高額な加工・特別仕

様などの付いた補装具の場合で、回答者のおよそ半分 (48.5%) が困難さを感じていた。各補装具の構造や付属品についての理解についての困難さがこれに次いでいた (33.4%) (図 9)。

Q 15 の EFA より、困難さについて 3 つの因子 (A) (B) (C) が推定された (表 3)。

これら困難さの 3 因子を含めて Q 15 の各カテゴリーについて作成したパス図は図 18 のようになった。

られていた。「上級医」「上級医以外の医師や医療機関」には、「使用目的」「医学的な適用」が関連付けられていた。

「医学的な適用」「制度上の適用」「優先順位」といった制度についての困難さは、「医事担当者」か「相談できていない」かのいずれかに関連付けられていた。「製作者」には、「制度上の適用」のみが関連付けられていた。

(7) 補装具制度に関連する用語の認知度 (Q 17)

補装具制度に関連する用語の中で最も知られているのは「耐用年数」で認知度は77.5%，次いで「基準価格」62.5%，「差額自己負担」52.2%だった。残りの用語の認知度は40%前後で、半分に満たなかった。また特に「特例補装具」についての認知度は3割台と低かった (図 11)。

「特例補装具の用語認知度」と相関の高い ($r>0.3$) 他の変数を抽出すると、表 4 のようになった。いずれも意見書作成についての経験に関連する変数か、行政や制度に関係の深い変数であった。

用語認知度について、Q 3, 5 の資格等の有無による差を調べた MANOVA の結果では、リハ科専門医、指定自立支援医療機関医師、国リハ研修履修医師、の3つで差が見られた (表 5)。

リハ科専門医・指定自立支援医療機関医師・国リハ研修履修者とも、各々そうでない場合と比べると用語認知度の平均は複数のカテゴリーについて高かった。

用語認知度の全カテゴリーについて K-means 法に

よるクラスター分析を行った結果を図 20 に示す。「3. 全般に認知度の高い群」「2. 部分的に認知度の上がっている群」「1. 全般に認知度の低い群」の3群に分けられると考えられたため、それぞれを3, 2, 1として得点化し、用語認知度の指標として以後の分析に用いた。

(8) 高額補装具への対応 (Q 18)

高額補装具を求められた場合の対応では、「自己負担の生じる場合がある」という説明をする場合が最多で77.1%，次いで「基準額以上難しい」とする説明が52.9%，「必要な場合は基準額以上でも可」とする説明は29.0%と少なかった。「製作者の変更」については4.8%しかなかった (図 12)。

「Q 18 必要な場合は基準額以上でも可」とする考えと「Q 17 特例補装具の認知度」との関係は、 $r=0.22$

表 4 「特例補装具」認知度と相関の高い変数

	変数	相関	有意確率	N
Q23	児者間の制度の違いを本人等へ説明している	0.52	<0.0001	247
Q20	児用補装具作成歴	0.48	<0.0001	260
Q21	児童使用状況への関わり	0.41	<0.0001	253
Q16	困難さを更生相談所に相談	0.37	<0.0001	234
Q7	行政より意見書作成依頼を受けたことがある	0.37	<0.0001	260
Q22	児と者で制度適用を分けている	0.34	<0.0001	246
Q6	福祉施設の人の意見書を作成したことがある	0.31	<0.0001	260

表 5 資格等ごとの用語認知度

	全体	N	基準価格	製作要素価格	完成用部品	修理基準	特例補装具	差額自己負担	耐用年数	使用年数	児への制度適用
リハ医学会 専門医		227	0.73	0.43	0.50	0.45	0.39	0.65	0.91	0.47	0.49
非専門医		26	0.58	0.28	0.36	0.32	0.34	0.36	0.74	0.36	0.48
p 値	0.0015		0.040	0.048	0.082	0.089	0.523	0.000	0.001	0.170	0.923
	*		*	*				*	*		
指定自立支援医療機関 担当医		47	0.80	0.60	0.67	0.56	0.58	0.76	0.98	0.69	0.80
非担当医		206	0.68	0.36	0.43	0.40	0.33	0.55	0.85	0.40	0.42
p 値	0.0004		0.113	0.003	0.003	0.062	0.002	0.012	0.019	0.000	<0.0001
	*			*	*		*	*	*	*	*
国リハ研修 履修済み		226	0.72	0.47	0.54	0.47	0.42	0.63	0.91	0.47	0.53
未履修		27	0.61	0.12	0.18	0.25	0.22	0.41	0.71	0.37	0.29
p 値	<0.0001		0.103	<0.0001	<0.0001	0.005	0.008	0.004	<0.0001	0.196	0.002
	*			*	*	*	*	*	*		*

各用語について知っている場合を「1」、そうでない場合を「0」としてそれぞれのグループの平均値を算出。表中の「*」のカテゴリーで有意差が見られた。(N=253)

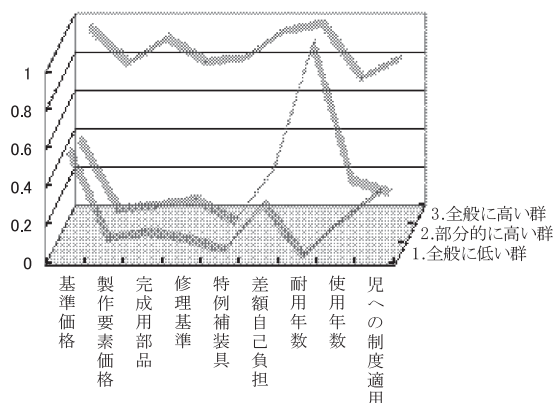


図 20 用語認知度の全カテゴリーについてのクラスター分析結果 (K-means 法)

縦軸はクラスターごとに算出した各項目の平均値を示す。
($N=263$)

($p=0.0004$, $N=259$) と弱い相関だった。

「Q 18 高額補装具を必要な場合は検討する」と「Q 13 補装具が必要であることを示す医学所見と理由をできるだけ書くようにしている」の関係も弱い相関だった ($r=0.14$ ($p=0.0203$, $N=288$))。

(9) 不支給となった経験 (Q 19, 24)

意見書内容が不支給となった経験について、「1 ほとんど～全くない」から「5 よくある」まで 5 段階に分けて選択する質問 (Q 19, 24) では、者・児とも同じような分布で不支給の経験が「1」の場合が大半を占め (74.7%, 76.8%), 「2」の場合がそれぞれ 20.5%, 12.3% だった。不支給の経験が「3」「4」「5」は、児・者とも少数だった。

(10) 児童補装具意見書の作成 (Q 20～23)

児童補装具意見書作成経験は「ほとんどない」(36.5%) が最も多く、使用状況への関わりでも「ほとんどない」(37.5%) が最も多かった。また児童と大人での補装具適用についての説明は、「ほとんど～全く説明していない」(44.7%) が最も多かった。

申請者が 18 歳以上になった場合の対応では「児童の適用を継続する」「適用を分ける」「いずれでもない」それぞれ 28.7%, 34.5%, 30.0% で、3 者はほぼ同数となった (図 13)。

4. 意見書作成の現状と課題

意見書作成の現状と課題 (表 2) について作成したパス図を図 21 に示す。SEM による適合度の指標は、RMSEA 0.034, CFI 0.947, p 値 0.057 ($N=209$) だった。

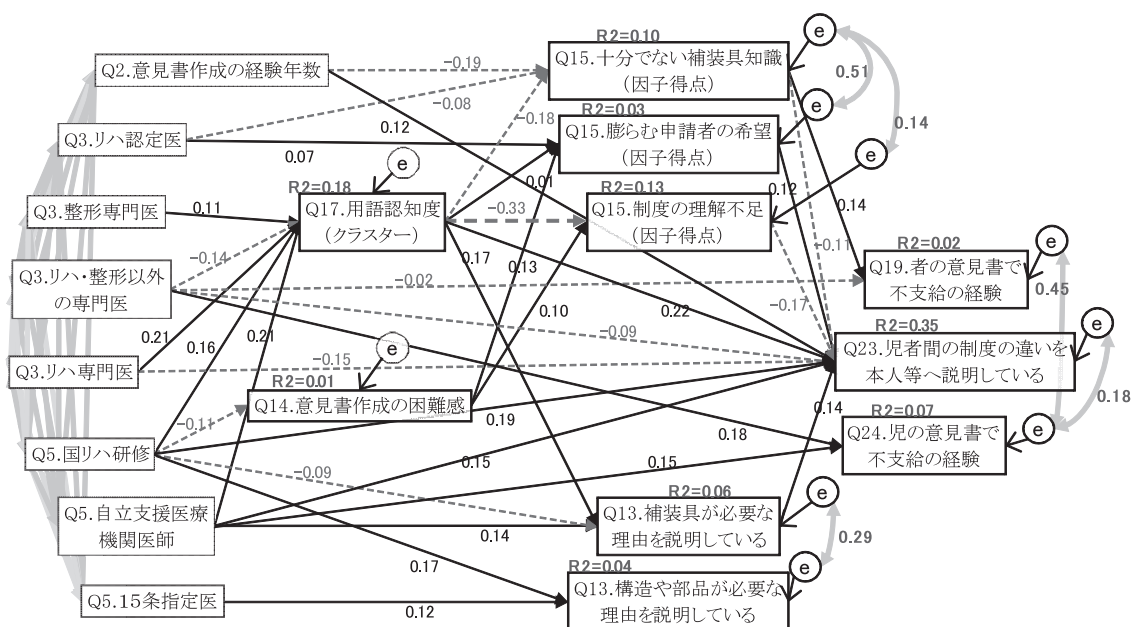


図 21 意見書作成の現状と課題をモデル化したパス図

矢線の数字はパス係数、変数の上の数字は決定係数 (R^2 乗値), e は誤差、誤差間の数字は共分散値を表す。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。 ($N=209$)

図右上の「十分でない補装具知識」に負の効果を及ぼしている（効果を減じている）のは、「意見書作成の経験年数」・「リハ科認定医」に加えて、「用語認知度」を介する「整形専門医」「リハ科専門医」「国リハ研修履修」「指定自立支援医療機関医師」だった。

「膨らむ申請者の希望」に負の効果を及ぼす外生変数はなかった。

「制度の理解不足」に負の効果を及ぼしているのは、「用語認知度」を介する「整形専門医」「リハ科専門医」「国リハ研修履修」「指定自立支援医療機関医師」だった。

図右方の「児者間の制度の違いを説明している」に効果を及ぼしているのは、「意見書作成の経験年数」「用語認知度」「国リハ研修履修」「指定自立支援医療機関医師」だった。

図右方の「者の意見書で不支給の経験」に負の効果を及ぼしているのは「リハ・整形以外の専門医」で、「十分でない補装具知識」は正の効果を及ぼしていた。「児の意見書で不支給の経験」に負の効果を及ぼす変数はなかった。正の効果を及ぼしているのは、「リハ・整形以外の専門医」「指定自立支援医療機関医師」だった。

図左下の「国リハ研修履修」は、「用語認知度」「児者間の制度の違いを説明」「構造や部品が必要な理由を説明している」に効果を及ぼしていたが、「補装具が必要な理由を説明している」と「意見書作成の困難感」には負の効果であった。

考 察

1. 意見書記載の現状

意見書記載の対象者として最も多かったのは、医療機関における入院・外来患者であり（90%以上）、意見書記載の多くは日常診療の場でなされているものと考えられた。これに比べて高齢者施設・福祉施設・在宅者についての意見書作成歴は会員の5割程度にとどまっていた。それぞれは本人・家族や病院・診療所スタッフからの依頼、ケースワーカーや施設スタッフ等からの依頼、と対応しておりいずれも当事者と接する機会の多いスタッフが現場でのニーズ把握等を行う重要な役割を果たしていると考えられた。

一方、MSWやCWは両分野にまたがる幅広いつながりをもって活動しており、医療と福祉の制度の選択など相互の連携を含めた役割を果たしていると考えら

れた。また製作者は制度上の適用や補装具処方内容について行政と深く関連していると考えられた。

意見書の記載にあたっては補装具が必要な理由、構造や部品が必要な理由を書くなど、一定の配慮がされていた。高額補装具について意見書を求められた場合でも、補装具基準額を尊重する考えが多いものの、必要な場合は検討するという立場も29%あり、概ね制度に沿った対応をしていると考えられた。しかし高額補装具が必要で検討する場合でも、補装具が必要であることを示す医学所見と理由が書かれる割合は少なかった。

意見書内容が不支給となった経験は障害者・児の場合ともほぼ同率で、3～4%に見られた。児の意見書が不支給となる状況を軽減する要素はなかったが、者の不支給については「不十分な補装具知識」が改善されれば減っていた。

児童補装具意見書作成経験が「よくある」21%は、「ほとんどない」37%を下回っていたが、児意見書をよく作成している場合は児の補装具使用状況への関わりも高く、児者間制度適用の説明をしており、また制度の使い分けがなされていた。しかし同時にまた、児童補装具意見書作成経験よくある者の方が、児の場合の不支給経験は増えていた。児の場合は育成医療機関での意見書作成が多く、更生相談所への意見聴取が原則不要な市区町村での支給決定となっていることもあり、「補装具の真の必要性」から「膨らむ申請者の希望」まで対応しなければならない状況と制度の適用とがうまくかみ合っていない場合があると考えられた。

一方、児童と大人での補装具適用の違いについての説明をしていないとする会員は半数弱あり、児童補装具制度特有の留意点については広く周知されているとはいえなかった。また児童意見書作成経験の少ない者は、児使用状況への関わりが少なく、児制度への理解不足もみられた。

2. 意見書作成時・完成時・その後の関わり

会員医師は意見書作成時、補装具の医学的内容については上級医かその他の医師に意見を求め、これ以外の判断に際しては広くチームの意見を聴取していた。

この際、構造や付属品等の技術的なことについては、病院や施設のスタッフ（看護師 セラピスト 義肢装具士 リハ工学士）のもつ知識・情報が求められ、制度的なことについては医事担当者や補装具業者のもつ知識・情報が求められていた。

完成時については、医師自らチェックする場合が80%以上だが、これ以外では利用者の接する機会の多い支援者（病院・施設スタッフ、製作者）が主に完成時チェックに携わっていた。その後の関わりについては、医師自ら携わる場合も80%あるが、利用者が診療現場から離れてしまった場合などでは、施設スタッフや家族・支援者、製作者がその後の使用状況の聞き取りに携わっていると考えられた。

3. 意見書作成の困難さ、その相談先

意見書作成時の困難さの因子としては、大きく次の3つが挙げられた。

- (A) 膨らむ申請者の希望
- (B) 不十分な補装具知識
- (C) 制度の理解不足

(A)「膨らむ申請者の希望」に起因して、申請者の「使用目的」や「複数申請」「高額な加工」などの判断について会員医師は困難さを感じていた。しかしこの因子の効果を減らす要素は今回の調査では見つからなかった。

(B)「不十分な補装具知識」に起因して、「補装具の個々の仕様・構造」や「付属品の選択などが補装具の必要性や適用にからむ状況の判断」について多くの会員医師は困難さを感じていた。個々の補装具の仕様・構造・機能等については、詳細まで習熟している医師も多いとはいえず、製作者や病院・施設スタッフ等の意見聴取を欠かせない場面が少なくないと考えられた。これにあたっては、同じ職場にいて比較的容易に相談できる病院や施設のスタッフは有力な相談先とされていることが推測された。

一方、更生相談所や市区町村には「高額な加工」「複数の補装具」など金額のかさむものの相談が寄せられており、構造や付属品を相談する病院や施設のスタッフと一定の棲み分けが図られていると考えられた。

(C)「制度の理解不足」に起因して、「制度適用」「優先順位選択」など制度の理解不足にからむ状況について会員は困難さを感じていた。制度の詳細に習熟している医師や病院・施設のスタッフは少なく、医事担当者や製作者へ相談している現状があった。身近な診療の場に、市区町村・福祉事務所や更生相談所など制度適用について容易に相談できる窓口がない点にも課題があると考えられた。

(B) (C) の「医学的な適用」「制度上の適用に対する困難感」「優先順序選択に対する困難感」について

は、「相談できていない」とする回答もあり、十分な相談が行えていない現場もあることが窺えた。

4. 円滑な補装具意見書作成に効果のある要素

意見書作成時の困難さを軽減する要素として今回の調査でいくつかの要素が浮かび上がった。

「不十分な補装具知識」についての困難さを減じるには、意見書作成の経験年数を積むか、リハ科認定医になるか、補装具制度に関する用語の認知度を向上させるとよいといえる。また「制度の理解不足」についての困難さを減じるには、補装具制度に関する用語認知度の向上を図ればよいといえる。

これらと関連し、円滑な補装具意見書作成に効果のある因子として次の(1)と(2)の2種類が挙げられた。

(1) は日常業務上必要性に迫られて補装具意見書作成に習熟するようになったと考えられる場合で、(2) は研修・研鑽によって習熟度の向上が得られたと考えられる場合であった。

(1) 意見書作成経験と指定自立支援医療機関医師

意見書作成経験が増加すれば、補装具の知識が上がり、児者間制度適用についての説明が増えていた。指定自立支援医療機関の担当医師は用語認知度が高く、児者間制度適用の説明と、補装具が必要な理由の説明をしている者が増えていた。

(2) 国リハ研修履修と専門医資格等

国リハ研修履修は、意見書作成時の困難さ軽減と、用語認知度の向上につながっており、また児者間の制度の違いを説明することや、補装具が必要な理由を説明することに貢献していた。

「リハ科専門医」「整形専門医」等の資格や「国リハ研修履修」は、用語認知度の向上を介して補装具知識を向上させていた。またリハ科認定医は、直接補装具知識を向上させていた。

5. 福祉制度に関する用語の習熟

制度に関する用語の認知度向上は、「制度適用についての困難さ」を減じる要素の1つとなっている。

この用語認知度の向上には、リハ科専門医・整形専門医等の資格、指定自立支援医療機関担当医師、国リハ研修の履修が貢献しており、これらは補装具知識と制度理解の両者の向上へとつながっていた。

また、「特例補装具」の認知度は、「児用補装具作成歴」、「本人への説明」、「その後の児使用状況への関わり」、「児・者間の適用を分けて対応する」などとの相

関が高く、意見書作成の機敏が表れる指標でもあった。

現時点では会員に十分な認知度が得られているとは言いが、これら補装具制度に関連する用語の理解については、困難さの軽減や円滑な補装具意見書作成に貢献しているため、専門医・認定医向けの研修、あるいはこれらを目指す医師向けの研修、国リハ研修等の機会を捉えて、その啓発を促すことは重要と考えられた。

6. 補装具制度の理解とリハ科医の役割

補装具を含め福祉用具の適用判断・処方には、利用者の病態の適切な評価・把握が必要であり、臨床に携わる医師の関与が欠かせない。しかし、日々の臨床業務等をこなす中で、適切な補装具処方に必要とはいうものの各種補装具の個別の仕様・構造・機能や制度に習熟することもなかなか難しいところがあり、これら補装具の仕様・構造・機能については看護師・セラピスト・義肢装具士・リハ工学士などのスタッフに、制度適用についてはCW・MSWあるいは医事担当者や製作者に意見が求められているといった現状もある。

一方当事者の機能障害を代替・補完し生活の向上を目指す限り、高機能・高価な用具の方を選ぶほどその効果が高くなることはもっともなことで、ともすれば高機能・高価な用具の選択が青天井になりかねない場合も少なくない。

このため補装具適用を決めるにあたっては、目的とする補装具の機能・構造や制度選択の詳細について一定の理解と知識がなければ、医学的に適切であり、なおかつ制度上妥当である補装具選択にはつながりにくい。更にその際の費用負担方法や費用額について当事者に一定の理解を得ることにハードルが生じる。

こういった状況に対応するにあたっては、リハ支援体制を有効に機能させることが1つの鍵であると考えられる。

補装具の意見書記載と処方がリハのチーム医療の1つとして行われるにあたり、(1) 補装具のニーズ把握のために当事者に身近な支援者の意見やCW・MSWの意見を受けるルートが作られており、(2) 個々の補装具の使用・構造・機能のチェックについて看護師・セラピスト・義肢装具士・リハ工学士などのスタッフの意見を反映させる体制があり、(3) 制度適用判断について製作者・医事担当者、或いは市区町村・福祉

事務所、更生相談所など行政機関と連携のとれる体制が形づくられておれば、チームは補装具意見書記載・処方に有効に機能すると考えられる。

この場合、これら体制の整ったリハチームを率いる医師、特にリハ科医師の采配が重要であると考えられる。早期に当事者のニーズ把握がなされ、適時に診療への連携が行えるような体制作り・意識付けを行い、病態把握・障害像の評価を自らの確に行うとともに、個々の補装具についてその使用・構造・機能に看護師・セラピスト・義肢装具士・リハ工学士などのスタッフの意見を反映させ、最も適切な制度を選択して利用者に提示できるようにチームを稼働させることが、チームを率いるリハ科医に求められていると考えられる。

しかしチームでどれだけ適切な評価・判断をしても、この内容が補装具意見書に反映されない限り、その必要性や内容の詳細は支給決定機関に適切に伝わらず、当事者の適切なサービス受給につながらない。

こういった点に対応するためにも、意見書記載する医師（特にリハ科医師）は、チームで評価された補装具の必要性、個々の補装具の仕様・機能・構造、制度の選択方法などについて、支給決定機関の担当職員に的確に伝わるように意見書を記載するための一定の知識と力量、及び配慮が求められているといえるだろう。

おわりに

新しい材料や技術の開発により、福祉用具（補装具）も新しいものがどんどん出てきている。またICF等に代表される障害概念の変遷に伴い、福祉関連法制度も変革の中にある。このような中で、必要とする人に適切な福祉用具（補装具）が提供されるように采配を振るうことは、今後もリハ科医の重要な役割として位置付けられていると考えられる。

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