

への記入



本調査

・更生相談所での模擬判定記録



・インタビュー調査

実際の判定プロセスを再現するために、電動車いすユーザに研究協力を依頼し、模擬的な相談者とした。なお、協力者は、調査対象となった更生相談所が属する地方自治体とは異なる自治体に居住している。

事前調査として、まず、判定担当者へのヒアリングを実施し、通常の判定業務の概要を把握した。さらに、事前訪問などで判定前に取得する相談者情報の概要・書式の提供を受けた。事前訪問は、研究協力者の承諾を得た上で、国立障害者リハビリテーションセンター研究所の技術補助員(作業療法士)が実施した。取得した情報は、本調査前に判定スタッフへ提示した。

模擬判定は更生相談所内で実施した。ビデオカメラを用いて、映像と音声を記録した。スタッフ間での引継ぎなど、相談者が同席しないプロセスも記録した。情報が記入された書式や判定書も、資料として提供を受けた。別日に、模擬判定を振り返り、通常の判定業務の実情を確認することを目的に、半構造化インタビューを実施した。質問項目は以下の通りである。

模擬判定の振り返り

・みなさんがルーチンとしてなさっている判定と比較して模擬判定はどういうものでしたか？

・Oさんは相談者としてどんな人でしたか？

・事前情報の収集についてはどうでしたか？足りない情報はありましたか？

一般的な判定について

・判定者としてのスキルアップは、どのようになさってこられたのか？

・良い結果を導き出すために、適合判定はどうあるとよいと思いますか？

本報告では、調査対象として協力を得た2か所の更生相談所での調査結果について述べる。以下、それぞれを更相A、Bと記述する。

1-2. 研究協力者(被判定者)の概要

模擬判定の被判定者として協力を依頼した研究協力者の概要を以下に示す。

【基礎情報】

- ・性別：男性
- ・年齢：40代
- ・障害名：四肢・体幹の完全麻痺(第4頸椎損傷)
- ・障害歴：13年

【身体機能】

- ・運動機能：痙直型運動麻痺、クローヌスは生ずるが姿勢を大きく崩すほどではない
- ・感覚機能：表在/深部感覚麻痺(C5レベル、両上腕外側近位1/2の感覚刺激はわかる、左右差あり)
- ・体幹変形：軽度(下位腰椎～仙骨部に後弯変形)
- ・四肢拘縮/変形：多発/軽度(両手指関節MP関節伸展位で屈曲拘縮)
- ・筋力低下：四肢(C5レベル、肘関節屈曲は抵抗運動可能、左>右、手関節伸展運動は不可)

- ・移動様式：極めて短距離だと普通型車いすを両手駆動で自走可能（実用レベルには未達）。実用機は電動車いすで、操作は自立レベル。
- ・車いす座位：脊柱後弯傾向、右凸脊柱側弯傾向、骨盤光景に傾き仙骨座り、両側下肢左に流れる（左股関節外旋、右股関節内旋）両膝関節 90 度屈曲位、両足関節背屈位
- ・褥瘡：癬痕あり（仙骨部、手術経験なし）、同じ姿勢を続けると臀部や大転子部が発赤。

【生活環境】

- ・住居：一戸建て（両親と同居）
- ・住宅改修の状況：スロープ、エレベータ設置で車いすのまま自室へ進入可能。リフター付き浴室。
- ・介助者の状況：家族（食事・整容・排便）、訪問看護・ヘルパー（入浴・更衣・排泄・移乗）

【機器の利用状況】

- ・車いす：簡易形電動車いす（バックレストに背クッション、ヘッドレスト後付、ROHO クッションミドルタイプ）
- ・ベッド：3 モーターギャッチアップベッド
- ・リフター：床走行式リフター

【模擬判定時の申請補装具】

- ・リクライニングティルト式普通形電動車いす

1-3. データ分析

模擬判定の分析は、判定者が相談者から取得した情報をコード化し、カテゴリーラベルを付すことで、判定時の適合項目を明らかにすることを目的に行った。さらに、調査票などの書式に明記されている項目を抽出することで、ルーチン化

されている項目と、判定者が独自に取得した適合項目を比較した。

分析のプロセスは以下の通りである。

(1) 動画データの切片化：模擬判定の記録を時系列に切片化し、発話・行動を抽出した。

(2) 行動・発話のコード化：抽出した発話・行動の切片に、それがどのような情報を取得する行為かを示す抽象的なコードを付した。

(3) コードの結合とラベル付け：類似したコードを結合するとともに、より抽象度の高いラベルを付け、カテゴリに分類した。

(4) 書式情報の抽出：調査票などの書式に明記されているコードを抽出した。

2. 結果

2-1. 抽出された評価項目

図 1・2 に、更相 A・B それぞれにおける模擬判定記録の分析結果を示す。判定の意思決定のためにスタッフが取得した評価項目の分類と (a)、抽出した項目を各更相で用いられている書式と比較し、表記の有無を確認した結果を示す (b)。また、表 1 には詳細な項目の内訳と、更相 A・B 間での共通項目の数を示した。

更相 A では、301 項目のコードが抽出された。氏名・性別といった一般事項に加えて、生活機能 (97 項目)、体圧分散測定 (60 項目)、体圧分散状況測定 (61 項目) といった個人の置かれた状況を把握するためのカテゴリと、車椅子の適合 (53 項目) といった、支給機器に特化したカテゴリの項目が多く抽出された。全 301 項目のうち、48 % (152 項目) が書式に明

記されていた。機器に特化したカテゴリ（車いすの適合）や、褥瘡という特殊な因子に関するカテゴリ（体圧分散状況測定）では、ほとんどの項目が書式外の項目であることが分かった。

更相 B では、439 項目のコードが抽出された。生活機能（247 項目）と環境因子（85 項目）に関する評価項目が全体の 7 割以上を占めた。更相 A と比較すると、車椅子での移動能力の検証に多くの項目が存在する一方で、体圧分散の測定などは実施されなかった。全 439 項目の内、223 項目が書式に明記されていた。

更相 A・B 間での共通項目に着目すると、基本情報以外では、生活機能と環境因子に関する評価項目に共通点が多く見られた。具体的な項目は表 2 に示した通りである。排泄・食事・入浴といった日常生活活動に関する項目や、住居の構造や福祉用具の利用に関する項目などに、多くの共通点が見られた。

2-2. インタビュー結果

模擬判定後のインタビューでは、まず、生活環境を含む、相談者が置かれている状況把握の重要性が指摘された。前項で示された適合項目の中にも生活環境や日常生活に関する項目が見られたが、実際はより広範囲の項目が考慮されるものと考えられる。また、相談者の社会参加への重点も強調された。模擬であるがゆえに、意図的に言及が避けられていた可能性があり、注意すべき点である。特に、社会参加の度合いではなく、機器が社会参加にどう貢献するのかという点に注意が向けられていることは、注目に値する。

更相 A では、仮想相談者が臀部の発赤

を訴えたため、模擬判定では座圧分布評価が大きなウェイトを占めた。しかし、このような対応は必ずしも一般的ではなく、通常は相談者への情報提供とインタークのやり取りの中で、柔軟な対応がなされていることがわかった。

相談者への印象としては、電動車いすへの理解・知識と、要望の明確さが好意的に受け止められていたことが分かった。相談者自身が、車いすなどの福祉機器への知識を持つべきという指摘は、ユーザ自身のエンパワメントの必要性を示唆している。

一般的な判定業務については、まず、自治体ごとの基準の均質性を保つ困難さが指摘された。更生相談所内においても、支給の公平性は極めて重要な問題として認識されている。

判定の体制として、エンジニアの役割が強調された。また、各スタッフが、医学的側面だけではなく、相談者の社会的側面に着目しながら、予後の見立てを行うことの重要性が言及された。

判定のために取得する情報は、所内の評価票など、書式として明記されている項目だけでは不十分な面が多く、場合に応じて様々な項目が追加されることがわかった。一方で、そのような臨機応変な対応は、判定者の経験や勘に支えられており、ルーチン化することの困難さが指摘されている。

① 模擬支給判定はどういうものでしたか？

- 今回の模擬支給判定は「シーティングの相談で、どういふ機能の電動車椅子がいいのかを判定する模擬シーティングクリニック」だと捉えた。模擬支給判定の場では、O 氏から要件を聴取するインターク

時間が十分に取れず、事前情報を確認する作業に留まったため、やり辛さがあった。車椅子を生活場面でどう活用するかについてのインタビュー調査が不足していた。

- 模擬支給判定の場合では、「新しい電動車椅子を作って、どうするのか」という点には全く触れず、医学的な側面に絞って話しをした。
- 通常の業務と同じ心づもりでやった。
- 来所判定に先立って自宅訪問を行うため、通常なら事前の打ち合わせが可能であるが、模擬判定ではその時間がなかった。

② 仮想相談者（0氏）について

0氏はどんな人でしたか？

- 事前に情報収集していて、電動車椅子の試乗経験もあった。「こんな車椅子がいいな」というイメージを持っている人という印象があり、話が進めやすかった。
- 自分の考えを持っていて、はっきりと表現できる人だった。
- 車椅子に対してそれほど強い思い入れがなく、自然体な人だった。0氏の希望を限りなく尊重できれば、更生相談所の当面の役割は果たせると考えた。
- 事前情報では「現在の車椅子をどのように使っているのか」「新しい電動車椅子を作成して、どんな生活を送りたいのか」に関しての言及が薄く、0氏の考えやニーズが見えてこなかった。模擬判定のプロセスを経て、0氏のニーズが「生活の場をもっと広げていきたい」ことだと分かった。
- 相談者の中には古い車椅子を長年使用している人がいる。「試す機会がなかった」「相談する場がなかった」「情報に触れる機会がなかった」という事情があるのかもしれない。0氏も、簡易型電動車椅子を長年使用し、身体的負担が大きくなる中、電動車椅子を新調しておらず、その理由が気になった。しかし、今まで使用していたものが「僕にはあっている」との事であれば、それをあえてひっくり返すこ

とはしない。

圧力分布測定について

- 0氏は、長く電動車椅子を使用して、今の身体状態が保たれている人。圧力分布測定を実施する必要性は低いと判断した。
- 0氏の車椅子は古いタイプの簡易型で座クッションもそれほど厚くなかったため、確認のために圧力分布を測定した。しかし、臀部に褥瘡がある人全員に圧力分布測定を行うわけではない。

③ 通常の判定業務はどのようなものですか？

支給判定のプロセスについて

- 通常は、訪問調査や事前面接といったインタビュー段階から始まり、来所判定→デモ機試用→仮合わせ→完成品チェックのプロセスを経る。模擬判定で行った部分は、その中の一プロセスに過ぎない。
- 通常の判定業務では、医師はリハエンジニアと共同で、複数の相談者に同時並行で対応する。後日行われる仮合わせや完成品チェックは、リハエンジニアが介入しながら業者が微調整を行い、必要に応じて医師が指示を加える。
- 処方初期段階で大枠を決め、仮合わせなどで時間をかけて詳細に見ていく。採型/採寸→仮合わせ→完成/適合→納品/チェックのプロセスで、仮合わせから完成/適合に長く時間がかかる場合が多い。
- 真に使える車椅子に仕上げるためには、時間と手間をかけなければならない。通常のプロセスでは、自宅訪問する事前調査から始まり、相談者は少なくとも3回(①医学的判定→②仮合わせ→③完成品チェック)来所する。
- デモ機試用の工程は重要。通常は、デモ機1台に対して1~2回の訪問評価を行う。デモ機を貸し出す業者に判定従事者が随行し、実生活場面で試用を繰り返し、時間をかけて機種選定を行う。評価場面は屋内に留まらず、買い物や通勤などの生活ニーズに沿った走行評価を行う。

事前情報について

- 限られた診療時間の中で、聞き忘れや診忘れは必ず生じるが、事前情報があれば落ち度は少なくなる。医師の予後予測のベースになるのがインテーク情報。
- インテークでは、医師に引き継ぐために必要な情報を確実に収集する。障害状況、原因疾患、電動車椅子操作能力、車椅子の使用状況、生活環境、家屋情報、社会生活、車椅子作製要綱との照会、などが必要。
- 事前情報の目的は、電動車椅子交付の調査票作成のためだけでなく、「相談者がどんな暮らしをしているのか」を把握することにある。補装具だけにとらわれず生活全般を包括的にみるスタンスにあり、補装具以外のニーズが明らかになれば、他の社会資源との連携をアレンジすることもある。

④ 判定機関が果たす機能について

- 補装具（費）支給の判定業務は、支給の可否の判定というよりは、「生活上何に困っているのか」「本当の希望は何なのか」「希望しているものが本当に必要なのか」「他の解決法はないのか」を考え、「機種はどれが良いのか」といった細かい検討を重ねるプロセス。
- 相談者が「この車椅子が欲しい」と要望しても、それが本当に本人の思いかどうかはわからない。従って、杓子定規に「基準を満たす／満たさない」で安易に処方すると、実際には使用されない結果になる場合もある。判定従事者が相談者の生活状況を把握し、その車椅子が「相談者にとって本当に便利で、使いこなせて、他の物では代替できない役割を果たしてくれるかどうか」の視点で判定すれば、無駄なものを支給することにはならない。
- 一番大切なことは、相談者が心を打ち解けて、言いたいことが言えるような雰囲気作り。相談者が「こういうことを言うと、支給してもらえないのではないか」と警戒心を持っていると、判定従事者の話を

受け入れてもらえない。また、判定者側の判断が、相談者の希望に合わない場合があるので、相談者に受け入れてもらえるように時間をかけてすり合わせを行う。

- 模擬支給判定の場では「新しい電動車椅子を使って何をするのか」という点には全く触れなかったが、本来なら、「生活の中でどう活用されるのか」というインテーク情報は、突き詰めるべき重要ポイント。「どこで使うのか」「通勤先はどこか」「社会参加は週何日か」といった具体的な話があって初めて、本当に必要な移動手段が明確になり、様々なタイプの車椅子から選択肢が定まる。
- 社会参加の視点を念頭に置いて医学的判定を行うのが通常である。その際、相談者の希望だけでは処方できず、具体的に会社に通勤している、週何回か作業所に通っているといった実績に対し車椅子が処方される。その理由は、継続使用しない可能性が高くなるためであり、公的支給である以上、その点は押さえなければならない。しかし、「社会参加の日数が少ないから」「どこにも行かないから」といった理由で処方しないということではない。相談内容によっては、身体機能訓練や家屋調整、社会参加を促進するアプローチに含めて、車椅子製作を検討する場合もある。
- 相談者の社会参加は、車椅子が支給されて即変化するものではない。相談者が、判定従事者との関わりの回数を重ねながら信頼関係を構築し、時間をかけて機種選定するプロセスの中で、判定従事者から新しいライフスタイルを提案する場合もある。

⑤ 判定業務の質向上への取り組みは？

チーム体制／人材育成／スキルアップ

- 厚生労働省からの要綱や通達は枠組みにすぎず、それだけでは医学的判定の統一基準は作れない。判定結果は障害別の判断ではなく、相談者を総合的にアセスメントし、処方した補装具が生活上有効かどうかによって判断する。これは、各自治体の判断に一

任されており、周辺自治体との情報交換の場を通じ、可能な限りの平準化に努めている。

- チームの構成員のパワーバランスが平等でなければ、自由な意見交換ができない。対等に何度でも意見が言えて、わからないことがあれば各員の専門性に頼ることができて初めて、リハカンファレンスが成立する。それぞれの専門性に頼ることができる関係性は重要。
- 評価しどころの識別や、より詳細な評価を行うかどうかの判断は、経験に基づく暗黙知。
- 組織内部の情報交換で相談者への理解を深める。よい判定業務を目指し、所内でのケースカンファレンスを行い、方向性を定める。
- 相談者のことを本気で考えて、「必要なものは何なのか?」「もっと良い方法はないだろうか」と考え尽くせば、リハチーム内の信頼関係は構築される。専門技能の向上も大切であり、人間関係の構築も大切。
- チーム体制が未熟な内は業務遂行に不十分なことが多いが、日々の業務の中でお互いのやり取りを見聞きしていると、相談者にあらかじめ確認すべき事柄がわかってくる。
- 業務をマニュアル化し、あらかじめ決められた箇条書きの項目だけでインテークを済ましてしまうと、大切なことを確認し忘れる。業務マニュアルに記載されている項目は網羅することが前提ではなく、相談者に応じて個別に対応する必要がある。そのため、業務のマニュアル化は行わず、口頭伝承で人材育成している。
- 慣れたスタッフが人事異動で1人抜けるとチーム体制として痛手であるが、最終的に足りない部分は医師が引き受ければよい。ただし、医師が変わるとその組織の診療スタイルは変わる可能性が高い。
- 各専門分野の団体に所属し、学会の動向把握や、関連分野の書物／論文チェック、同業者との情報交換などを通じ、日々研鑽する。判定従事者向けのスキ

ルアップ研修はなく、多くの相談ケースを重ね、臨床経験を積むことが大切。

記録用紙の工夫

医師の立場から：

- 「誰が、どのような場面で、どのぐらい車椅子を使用するのか」というようなことは、判定の際にはおさえているが、書類に記載はない。評価票には、決して漏らしてはならない項目が入っている。ただ、高次脳機能障害など、障害状況によっては記載項目が不十分な面もある。
- 情報収集のための書類様式を一定の様式にすれば、情報収集の抜けはなくなるだろう。しかし、そのような記録フォーマット作成には手間がかかる。一方で、フォーマットに欠陥があれば、すぐに使えなくなる危険性がある。
- 記録は、判定結果への不服申し立てが出た時に、判定理由を説明できる文言が記載されていることが必要。

理学療法士の立場から：

- 情報収集のための書類は、評価用紙の項目を埋めるだけの行為になる可能性があるため、一定の様式にはなっていない。カルテ記載のように自由記述することが多い。
- 確認事項や評価項目は相談者によって異なり、必要に応じて記録を追加する。相談者の希望と、補装具が活用される生活場面を理解することが大切であり、相談者の臨床像が浮かび上がってくる内容が良い記録である。

社会福祉士の立場から：

- 医学的判定書は書類判定も兼ねており、役所の職員も医学的判定書を扱う。多種多様な補装具部品の指示ができる様式が良い。
- 車椅子の仮合わせ以降も評価は進み、記録項目は増えていく。褥瘡や排泄の問題も抱えていると、車椅子の支給判定に留まらず、日常生活の包括的な把握が必要となる。

⑥ 判定にたずさわる関係者の役割

相談者：

- デモ機に乗った感想を述べる。
- 判定従事者からの提案を選択する。
- 補装具に関する予備知識を獲得し、「どういう物が自分にとって良いか」のイメージが持てる。
- 自分の考えを表現できると、後になってトラブルになるリスクが少なくなる。

医師：

- 疾患／障害特性を踏まえた医学的な予後予測。
- 身体面の予後予測を、社会面の予後予測とすり合わせて車椅子を見立てる。
- 各専門職が収集した情報を取りまとめ、医学的な視点から最終判断を下す。
- 他のスタッフが問題解決に迷った時の相談相手。
- 相談者が求める車椅子と判定結果に折り合いがつかない場合、その判定理由の根拠づけを行う。
- 補装具の必要性の判断、公平性や均質性の維持。ただし、同じ障害でも様々な状況は微妙に異なり、公平性や均質性を完全に保つことは困難。
- 車椅子／クッションの機種／機能／装備の選択。

理学療法士：

- 身体／心理精神機能の評価。
- 車椅子操作能力の評価（社会福祉士と共に）。
- 生活状況／生活環境の把握。
- 機種選定。
- 製品の情報収集

社会福祉士（ソーシャルワーカー）：

- 相談者のニーズを医療／社会制度に結び付けること。社会資源を有機的に繋げることで、相談者の自己実現を支援する。
- 電動車椅子が交付できるかどうかの目安（障害程度／自己負担の範囲）。
- 医学的判定に基づいた補装具（費）支給であることの説明と同意取得。
- 社会福祉制度の把握（身障手帳／必要書類／補装具

の耐用年数など）。

- 生活全般の把握（ADL／福祉サービスの利用状況／相談者の考え方／欲しい補装具など）。
- 相談者と判定従事者との関係作りの支援。
- 他の社会資源との連携。

リハエンジニア：

- 身体と車椅子のフィッティングのために、多種多様な車椅子やクッションを準備する。テーブルやアームレスト、枕なども何種類か用意する。
- フィッティングのプロセスには、通常は業者の存在が加わる。リハエンジニアの指示のもと、レッグサポートやアームサポートの位置や調整、クッションの削りだし作業を業者が行う。適宜、医師や理学療法士／作業療法士に確認してもらいながら完成させる。
- 製品の情報収集（製品の長所短所の把握）。

看護師：

- 看護ケアが必要な人の対応（褥瘡／糖尿病）。
- 褥瘡の状態把握と医師への申し送り。
- 補装具のフィッティングのアドバイス。

業者：

- 車椅子やクッションなどの、価格を含めた機器情報の把握と情報発信。

⑦ 模擬判定結果の根拠づけ

- 事前情報で「食事はベッド上で」「外出はするが、外食はしたことがない」とあり、それは不自然だと解釈した。「外出して、レストランで食事がしたい」と誰もが思っていることであり、それを実現するために、臀部の除圧にはチルト機能が必要で、テーブルの天板に膝がぶつからないようにするにはリクライニング機能が必要であると根拠づけた。
- 仙骨部の褥瘡予防にはチルト機能が有効で、起立性低血圧にはリクライニング機能の必要性が高い。判定医の「リクライニング機能とチルト機能が必要」との医学的判定と、O氏の「もっと生活の場を広げたい」というニーズが適合した。

⑧ 現在の補装具制度の問題点は？

- 相談者が真に使える補装具に仕上げるためには、時間と手間がかかる場合が多い。しかし、自治体の規模によっては、時間や人手が足りない場合もあるだろう。
- 状態が変化する相談者は福祉用具をレンタルにしたほうが良い場合が多く、レンタル制度が導入されると良い。
- デモ機でトライアルができるのは、提供側の業者の協力があるから実現できる。これは、業者の好意で成り立っている。
- 機器に精通したリハエンジニアはいた方が良い。
- 補装具が、処方通りに見積もられ、完成品になっているかどうかのチェック機構があったほうが良い。
- 補装具リストと、実際の製品との乖離が出てきている。
- 車椅子に搭載されている不要な機能を取り外すことができなくなっている。

3. 考察

模擬判定で抽出された評価項目には、障害や身体機能といった医学的項目以外にも、住宅環境などの生活環境に関する項目や、機器（車いす）に関する項目が多く含まれた。また、インタビュー調査からは、通常の判定では社会活動の状況が重視されることが明らかになった。

さらに、被判定者が臀部の発赤を訴えたために、座圧分布の状況確認とシーティングの適合（クッションの選択）に多くの時間が割かれた。事後のインタビューから、このような対応が必ずしも一般的でないことが指摘されたものの、医師とリハエンジニアの協働により、二次障害を防ぐための適切な機器選択がなされたことは興味深い。

一方で、抽出された項目の書式項目との比較から、模擬判定時の評価・アウトプット項目の半分以上が、書式に明記されていない項目であることが明らかになった。事後のインタビューでは、書式化されている項目はあくまでも最低限の評価項目であり、どのような評価情報をどの程度の細かさで取得するかという判断は、明文化することが難しく、判定者の経験や技能に依存することが指摘された。

このような、判定者に依存した評価項目の取捨選択は、最終的な処方判断にも影響を与える可能性がある。均質な補装具の支給を目指すためには、例えば、熟練の判定者らの適合手法を参考に標準化された適合・判定のガイドラインなどが有用であり、判定者の技能による処方差はある程度解消できる可能性がある。一方で、わが国では補装具支給状況の詳細なデータベース自体が整備されておらず、支給されている機器と受給者の諸特性との関係性が把握できない状況である。統一的なガイドライン構築のためにも、支給状況の詳細を一定の規模で収集・可視化する必要があるだろう。

更生相談所A(総数301)

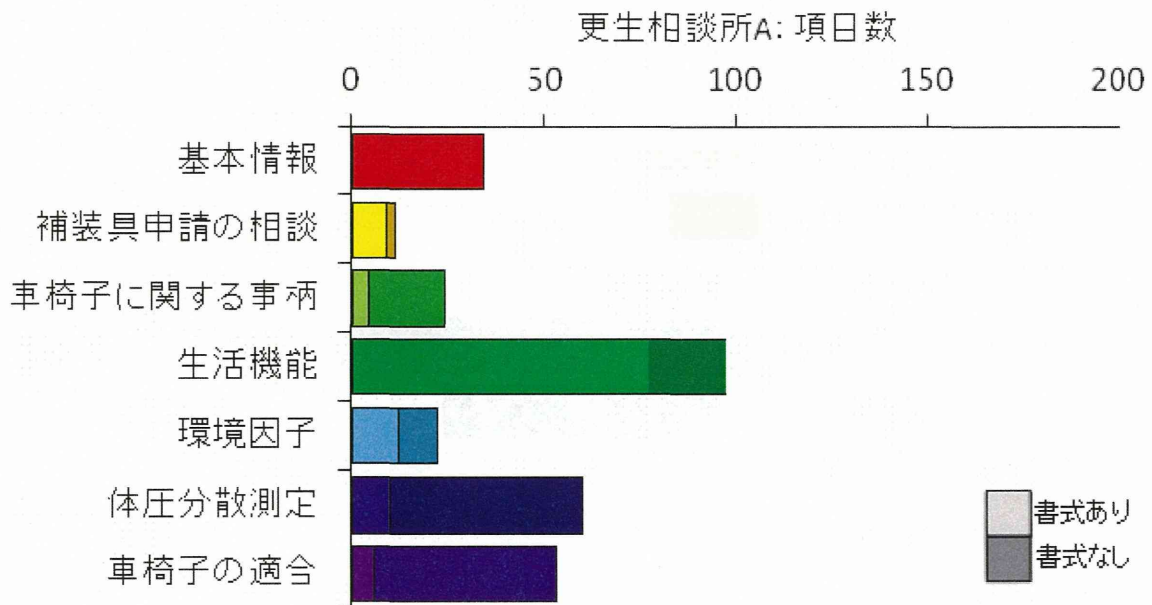
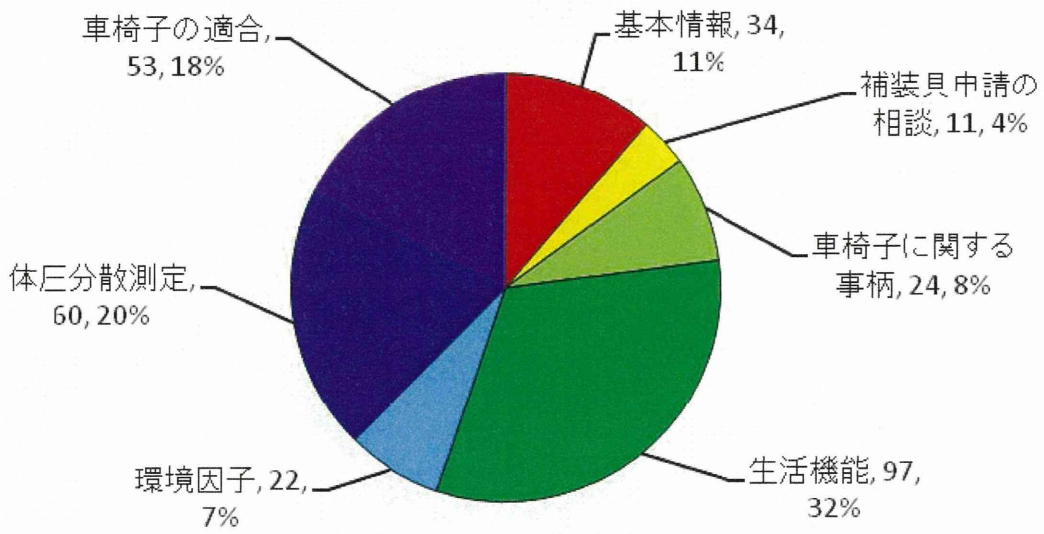


図1 更生相談所Aの評価項目概要

更生相談所B (総数439)

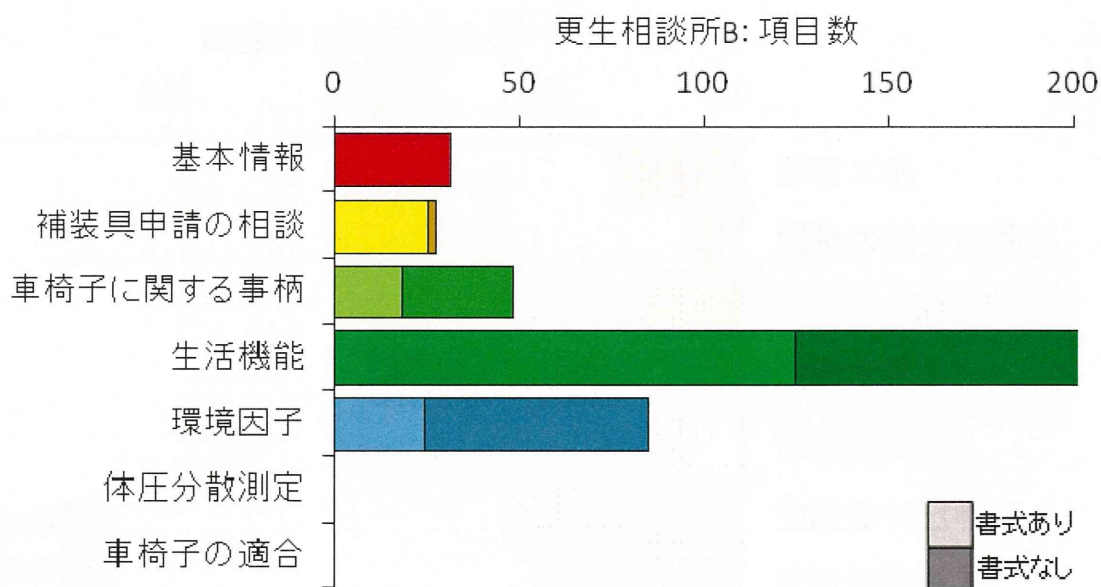
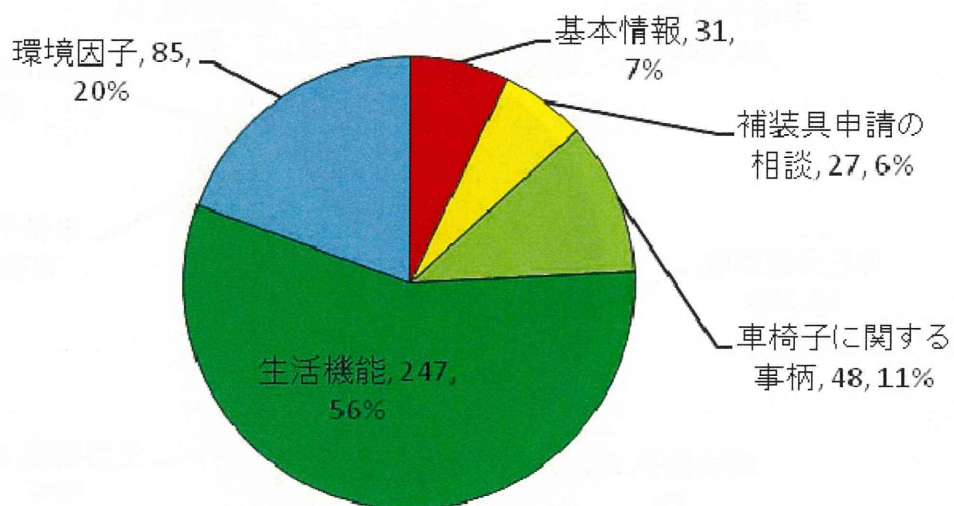


図2 更生相談所Bの評価項目概要

表 1 抽出された評価項目の分類

| カテゴリ | サブカテゴリ | 共通 | 更相 A | 書式あり | 書式なし | 更相 B | 書式あり | 書式なし |
|------------|--------------------|----|------|------|------|------|------|------|
| 基本情報 | 一般事項 | 7 | 15 | 15 | 0 | 8 | 8 | 0 |
| | 障害像 | 11 | 15 | 15 | 0 | 18 | 18 | 0 |
| | 補装具歴 | 3 | 4 | 4 | 0 | 5 | 5 | 0 |
| | 小計 | 21 | 34 | 34 | 0 | 31 | 31 | 0 |
| 補装具申請の相談 | 目的の確認 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| | 新しい車椅子が必要である理由 | 2 | 4 | 3 | 1 | 11 | 11 | 0 |
| | 希望する車椅子／希望する車椅子機能 | 3 | 3 | 3 | 0 | 8 | 8 | 0 |
| | 車椅子に対する考え方 | 0 | 2 | 1 | 1 | 6 | 4 | 2 |
| | 小計 | 7 | 11 | 9 | 2 | 27 | 25 | 2 |
| 車椅子に関連する事柄 | 現在の車椅子 | 6 | 17 | 4 | 13 | 40 | 14 | 26 |
| | 試用の経験 | 4 | 7 | 0 | 7 | 8 | 4 | 4 |
| | 小計 | 10 | 24 | 4 | 20 | 48 | 18 | 30 |
| 生活機能 | 一般状態（痛み・褥瘡を含む） | 8 | 13 | 13 | 0 | 35 | 35 | 0 |
| | 知的機能 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| | 精神機能 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 評価部位 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | 神経学的所見（運動・感覚麻痺） | 8 | 15 | 15 | 0 | 14 | 1 | 13 |
| | 平衡機能 | 1 | 3 | 3 | 0 | 9 | 1 | 8 |
| | 四肢・体幹機能（筋力・ROM・変形） | 12 | 12 | 12 | 0 | 32 | 9 | 23 |
| | コミュニケーション | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 基本動作 | 5 | 17 | 8 | 9 | 36 | 20 | 16 |
| | 移動能力 | 1 | 1 | 0 | 1 | 48 | 34 | 14 |
| | 上肢機能 | 2 | 3 | 3 | 0 | 21 | 6 | 15 |
| | 日常生活活動 | 9 | 12 | 12 | 0 | 33 | 17 | 16 |
| 生活関連活動 | 5 | 12 | 9 | 3 | 16 | 2 | 14 | |
| | 小計 | 54 | 97 | 77 | 20 | 247 | 125 | 122 |
| 環境因子 | 生活環境 | 8 | 11 | 6 | 5 | 32 | 8 | 24 |
| | 介助者・介助方法 | 0 | 3 | 1 | 2 | 10 | 0 | 10 |
| | 福祉用具 | 6 | 6 | 5 | 1 | 24 | 5 | 19 |
| | 制度の利用 | 2 | 2 | 0 | 2 | 19 | 11 | 8 |
| | 小計 | 16 | 22 | 12 | 10 | 85 | 24 | 61 |
| 体圧分散状況測定 | 体圧分散状況測定の必要性の見極め | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 体圧分散状況測定の前準備：装置の設定 | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| | 体圧分散状況測定の前準備：使用する車椅子の準備 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 初期設定（姿勢変化前）の評価 | 0 | 21 | 3 | 18 | 0 | 0 | 0 |
| | ティルト後の評価 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | リクライニング後の評価 | 0 | 7 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | リクライニングを戻した時の評価 | 0 | 6 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | 測定結果の分析 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | その他：リスク管理 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 小計 | 0 | 60 | 10 | 50 | 0 | 0 | 0 |
| 車椅子の適合 | バックサポート | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | 座面 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | コンローラー | 0 | 11 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| | アームサポート | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | レッグサポート | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | フットサポート | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 車椅子上での基本動作 | 0 | 15 | 4 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| | 車椅子での移動能力 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 車椅子の見立て | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 車椅子の試用 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 車椅子のクッション | 0 | 8 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | その他：リスク管理 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 小計 | 0 | 53 | 6 | 47 | 0 | 0 | 0 |
| | 総数 | 108 | 301 | 152 | 149 | 439 | 223 | 215 |

表 2 生活機能・環境因子カテゴリでの共通項目

| カテゴリ | サブカテゴリ① | サブカテゴリ② | 共通 |
|-------------------|---------|-----------------------------|--------------------------|
| 生活機能 | 一般状態 | 褥瘡 | 褥瘡:過去の経過 |
| | | | 褥瘡:できた時の対応 |
| | | | 褥瘡:予防方法 |
| | | | 褥瘡:予防方法(相談者の知識レベル) |
| | | | 褥瘡:手術経験 |
| | | | 褥瘡:できやすい条件 |
| | | | 褥瘡:できやすい部位 |
| | | | 褥瘡:現在の状態 |
| | 知的機能 | | 説明を理解する能力 |
| | 精神状態 | | 社会的行為の交換 |
| | 神経学的所見 | 運動麻痺 | 筋緊張:伸張刺激に対する反応 |
| | | | 筋緊張:評価部位:上肢(左右肩・肘・前腕・手首) |
| | | | 筋緊張:評価部位:手指(左右) |
| | | | 筋緊張:クローヌスの出現 |
| | | | 筋緊張:痙性の強さ |
| | | | 筋緊張:姿勢の変化に伴う痙性反応 |
| | 感覚麻痺 | 上肢の表在・深部感覚機能の残存レベル(C4レベル残存) | |
| | | 下肢の表在・深部感覚機能 | |
| | 平衡機能 | | 座位のバランス機能評価 |
| | 四肢・体幹機能 | 筋力 | 筋力低下:肘関節(左右)の筋力評価 |
| | | | 筋力低下:前腕(左右)の筋力評価 |
| 筋力低下:手関節(左右)の筋力評価 | | | |
| 筋力低下:手指(左右)の筋力評価 | | | |
| | | | |
| 関節可動域 | | ROM:上肢:肩関節(左右) | |
| | | ROM:上肢:肘関節(左右) | |
| | | ROM:上肢:前腕(左右) | |
| | | ROM:上肢:手関節(左右) | |
| | | ROM:上肢:手指関節(左右) | |

| | | |
|--------------------|--------------|---|
| | | ROM: 下肢: 膝関節(左右) |
| | | ROM: 下肢: 足関節(左右) |
| | 変形 | 体幹の変形(車椅子に座った時の腰部～仙骨部のアライメント) |
| コミュニケーション | | 意志の疎通 |
| 基本動作 | 移乗動作 | 車椅子～ベッドの移乗方法: 床走行式リフトを用いて全介助で行う |
| | 車椅子座位 | 車椅子座位保持: 車椅子に座ってられる時間(車椅子座位時間の限界) |
| | | 車椅子走行時の座位姿勢: 座位の崩れは? |
| | | 車椅子座位姿勢: 普段の姿勢の分析 |
| | | 車椅子座位姿勢: 臀部の位置の確認 |
| 移動能力 | 電動車椅子での移動能力 | 電動車椅子の操作能力 |
| 上肢機能 | 上肢機能 | 上肢機能の残存レベル |
| | 車椅子のコントローラ操作 | コントローラを操作する上肢機能の評価 |
| 日常生活活動 | 食事 | 通常、食事をする時の設定(ベッド上) |
| | | 食中、食後に起立性低血圧を起こす |
| | | 食中、食後の起立性低血圧を防ぐために、ベッドのリクライニング機能を上げ下げして頻回にベッド上姿勢を変換する |
| | 入浴 | 浴室内の移動 |
| | | 車椅子から浴槽への移乗 |
| | 排泄 | 排尿方法は留置カテーテルと蓄尿袋 |
| 排尿が関連する自律神経過反射を起こす | | |
| 排泄に関するトラブル | | |
| 排泄に関するトラブルの対処法 | | |

| | | | |
|------------------------------|-------------|----------------------------------|----------------|
| | 日常生活関連活動 | 日中の過ごし方 | 日中の過ごし方 |
| | | | ベッド上での活動 |
| | | 趣味活動 | 趣味活動 |
| | | | |
| | | 外出 | 外出: 外出方法 |
| 買い物 | 買い物 | | |
| 環境因子 | 生活環境 | 住居 | 一戸建て |
| | | | 住居構造 |
| | | | 居室 |
| | | 家族 | 家族構成 |
| | | | 家族の年齢 |
| | | 室内エレベータ | 室内エレベータの構造的特徴 |
| | 室内エレベータの広さ | | |
| | 屋外からの出入り | 屋外の経路 | |
| | 福祉用具 | 移乗に使用 | 床走行式リフト |
| | | | |
| | | 移動に使用 | 簡易型電動車椅子 |
| | | | 自走式標準型車椅子: 入浴時 |
| | 食事に使用 | 左手に補装具(手関節固定装具+万能カフ)を装着し、スプーンをさす | |
| すくいやすい食器、お盆、先割れスプーン、ストロー付コップ | | | |
| 入浴に使用 | 入浴に使用する福祉用具 | | |
| 制度の利用 | 在宅支援サービス | 介護サービスの利用状況: サービスの内容 | |
| | | 介護サービスの利用状況: サービスの頻度 | |

B. アンケートによる専門職の評価視点の調査

1. はじめに

補装具費の支給判定は福祉用具の活用促進要素の要となるプロセスであり、適合を支える様々な視点が包含されている。しかし、判定の業務プロセスには多くの暗黙知が含まれ、支給の適切さは判定者の技能や経験に大きく影響を受ける可能性がある。相談者からどのような情報を取得し、どのような基準で判断すればよいのか、という判定時の視点を可視化・共有することができれば、均質かつ適切な補装具（費）の支給を促進できると考える。

本調査では、判定業務に従事されている（身体）障害者更生相談所の専門職スタッフの方々を対象に、判定時の評価項目（以下、判定項目と呼ぶ。）に関するアンケート調査を実施した。ある仮想の相談者を対象として判定業務を行う際の判定項目を網羅的に調べることで、共通して重視される項目や重要性のばらつきが大きい項目を同定することが第一の目標である。このような項目を把握することで、判定業務の均質化を目的とした教育・研修方法や業務支援手法の基礎的検討を実施する。

2. 方法

2-1. 構成

アンケートは、i) 一般事項、ii) 判定業務全般に関する意識調査、iii) 仮想相談者の事例情報を提示し、判定のために取得する情報や対応方法、処方すると

思われる補装具種別などを問う項目、の3部構成とした。なお、質問紙は付録として章末に示した。

2-2. 質問項目

i) 一般事項

[1-1] あなたの職種を下記からどれか1つ選び、数字に○をつけて下さい。また、勤務形態にも○をつけてください。

[1-2] あなたの年齢をお書きください。

[1-3] 判定業務の経験年数は何年ですか。

[1-4] あなたが関るケース数は一週間当たり何件でしょうか。

ii) 判定業務全般に関する意識調査

[2-1] 判定業務に関する知識・技能を深める機会は十分にあると思いますか。

[2-2] 貴更生相談所内で、判定の基準を統一するための取り組みは十分になされていると思いますか。

[2-3] 他自治体と判定の基準を統一するための機会は十分であると思いますか。

[2-4] 貴更生相談所で判定に関わる（相談者と直接接する）スタッフの数は十分であると思いますか。

[2-5] 貴更生相談所で判定に関わる（相談者と直接接する）スタッフの職種で、人数が不足していると感じるものはありますか。

[2-6] 他職種のスタッフとの情報共有やコミュニケーションが十分に取れていると思いますか。

iii) 仮想相談者への対応

【対応項目】

[3-1] 受傷直後に作製した簡易型電動車椅子を現在まで使っている

[3-2] 食事の際は、起立性低血圧が頻繁に起こるのでリクライニング機能を使いたい。ティルト機能だと足がテーブルにあたってしまう。

[3-3] リクライニング機能は必要だがそれだけでは姿勢が乱れてしまうので、ティルト機能を併用したい。

[3-4] 仙骨部に発赤が生じることがあるが、車椅子上

の時間を減らすなどの対応を速やかに取ることで、それ以上悪化することはほとんどない。

[3-5] 現在使用中の簡易型電動車椅子では、プッシュアップなどの除圧動作ができず、2〜3 時間しか連続して使用できない。

[3-6] 現在使用中の簡易型電動車椅子では、道路の路肩や急停車・発進時にも、安定した座位の保持が可能である。

[3-7] 車椅子からベッドへの移乗は、介護ヘルパーが床走行式リフターを操作し、完全介助で行う。

[3-8] ベッド上での体位変換は完全介助であり、ベッドの背上げ機能を利用してパソコン操作・テレビ視聴・食事などを行っている。

[3-9] 排尿は留置カテーテルを通して行うが、ときどき流れが悪くなる。ベッドの背上げ機能などで腰の角度を変えると流れが改善する場合が多く、車椅子にもリクライニング機能を必要としている。

[3-10] 住居は2階建ての戸建て住宅で、高齢の両親と同居。エレベータは設置済みで、2階で生活している。

[3-11] 起立性低血圧の予防の為、食事はベッド上の背上げ姿勢でとる。オーバーテーブルとスプーン固定用の自助具を使用し、食事介助は行わない。

[3-12] 現在使用中の簡易型電動車椅子では自力で除圧動作ができず、長時間車椅子に座ることできない為、通院以外はほとんど外出しない。日中はベッド上で過ごすことが多く、ベッドにオーバーテーブルを設置し、テレビ鑑賞やパソコン操作を行う。

[3-13] これまでに、希望する電動リクライニング・ティルト式の普通型電動車椅子に試乗し、リクライニング・ティルト操作が可能であることを確認している。

[3-14] 実際に、現在使用している簡易型電動車椅子を使って、エレベータ乗降、自動ドアの通過、屋外歩道の走行能力などを確認する。

[3-15] ジョイスティック周辺のボタン操作やパソコン操作などの作業遂行を観察し、上肢残存機能を把握する。

[3-16] 屋内・屋外の生活環境や福祉用具の使用状況を確認するために、自宅を訪問する。

[3-17] 現在使用している簡易型電動車椅子の状態（座位保持用完成部品の有無、ジョイスティックのセッティング、クッションの種類など）を確認する。

[3-18] 相談者の座位の状態（骨盤の角度、仙骨・坐骨の接触状態など）を確認する。

[3-19] 実際に処方する予定の電動車椅子に相談者が試乗する様子を確認し、適合などの状況を把握する。

[3-20] 発赤が頻回に生じるとの申告があったため、座圧分布測定装置を用いて現状のクッションでの圧分散状態を把握する。

[3-21〜24] 自由記述

【各対応への質問項目】

[Q1] このような回答・情報を導くような質疑・診察・観察を、誰が行いますか？（事前調査として行う場合や毎回行うとは限らないものも含む）

[Q2] 貴相談所での問診票・調査票などの書式には、このような回答・情報の一部または全てを記入する欄が含まれていますか。

[Q3] 仮想相談者から、このような回答・情報を得る必要性を感じますか。

[3-25] これまでの実務経験を参考に、仮想相談者にはどのような補装具が処方される可能性が最も高いでしょうか？付属させる完成用部品なども含め記述して下さい。

[3-26] 補装具支給判定において、判断に困った場合はどのようなことを参考になさいますか？複数あれば、箇条書きでご記入ください。

2-3. 実施方法

本アンケートは、79 か所の更生相談所に5部ずつ郵送し、判定医を可能な限り含む複数のスタッフに記入を依頼した。有効回答は、70 施設・200 名から得られた。

3. 結果

3-1. 一般情報

図3に、回答者の職種内訳と勤務形態内訳をそれぞれ示す。医師・理学療法士・作業療法士といった医療専門職とケースワーカーが回答主体であったことがわかる。また、医師は他職種に比べ、非常勤職の割合が圧倒的に高かった。

図4には、回答者の経験年数と一週間当たりの担当ケース数の分布を示す。回答者の経験年数は平均で 7.0 ± 8.9 年（平均 \pm 標準偏差）であり、5年未満の回答者が最も多かった。一週間あたりの平均担当ケース数は 10.1 ± 9.4 件であり、最大値は45件であった。

3-2. 判定業務全般に関する意識調査

図5に、判定調査への意識調査結果（[2-1~4, 6]）を示す。所内での基準統一や情報共有を問う項目（[2-2, 6]）と比較すると、他自治体との基準統一の機会（[2-3]）が十分ではないと認識されている様子が伺えた。

図6には、不足職種の集計結果を示す。義肢装具士の不足を指摘した回答者が最も多く、理学療法士・医師・作業療法士がそれに続いた。

3-3. 仮想相談者への対応

【定量的分析】

図7に、対応項目の担当者を問う質問への回答結果を示す。「行わない」という回答が10%を超えた項目は、下記の3項目のみであった。

[3-14] 実際に、現在使用している簡易型電動車椅子を使って、エレベータ乗降、自動ドアの通過、屋外歩道の走行能力などを確認する。

[3-16] 屋内・屋外の生活環境や福祉用具の使用状況を確認するために、自宅を訪問する。

[3-20] 発赤が頻回に生じるとの申告があったため、座圧分布測定装置を用いて現状のクッションでの圧分散状態を把握する。

いずれも、屋外試走・自宅訪問など人手・時間を要する項目であり、人的リソースとの兼ね合いで省略されている可能性がある。

図8に、各項目に対応した書式の有無に関する回答結果を示す。20項目中12項目で、「含まれていない」との回答が50%以上を占めた。この結果は、前節における模擬判定調査で得られた、多くの評価項目が明文化しにくいという実態を裏付けるものであると考える。

図9に、各対応の必要性の度合いに対する回答結果を示す。「どちらかと言えば必要性を感じる」「必要性を感じる」との回答の合計割合が8割を下回った項目は、以下の2点のみであった。

[3-8] ベッド上での体位変換は完全介助であり、ベッドの背上げ機能を利用してパソコン操作・テレビ視聴・食事などを行っている。

[3-20] 発赤が頻回に生じるとの申告があったため、座圧分布測定装置を用いて現状のクッションでの圧分散状態を把握する。

図7の結果で、「行わない」が10%を超えていた3つの項目の内、[3-14]、[3-16]は、必要性を指摘する回答が9割程度に達していた。一方で、座圧分布評価に関する[3-20]は、必要性を指摘する回答割合が最も低く、判定従事者の間でも判断のわかる項目であることが示唆された。

対応の実施主体を問う項目（Q1）への

回答と、必要性を問う項目（Q3）への回答の傾向における、回答者の職種に起因した差の有無を統計的に検討するために、 χ 二乗検定と Kruskal-Wallis 検定をそれぞれ実施した。表 3、4 に検定結果を示す。20 項目中、Q1 に関しては 17 項目、Q3 に関しては 7 項目で、職種間の回答傾向に有意な（ $P < 0.05$ ）差が見られた。対応主体に職種間で多くの差が見られたことは、更生相談所内で業務の分担が明確になっていることの証左であると考えられる。一方で、必要性の認識に職種間で差が見られた項目は、対応主体と比べて半分以下であった。これは、判定業務への意識調査でも見られたように、更相内での情報共有やコミュニケーションが十分に達成されており、評価項目の重みづけに関する認識が共有されていたためであると考えられる。

【定性的分析】

表 5 に、仮想相談者への対応の自由記述回答の分類結果を示す。前節の模擬判定調査で抽出した判定項目のカテゴリ（図 1、2）に基づいて分類した。同調査での結果と同じく、生活機能と環境因子に関する対応が多く回答されたことがわかる。さらに、既存のカテゴリに加えて、補装具の申請理由と、処方された補装具で相談者の生活・社会活動がどのように変化するかを見極める対応が 86 件抽出された。これは、前節のインタビュー調査で、模擬判定調査を終えた判定従事者の以下の指摘に呼応する対応であると考えられる。

・模擬支給判定の間では、「新しい電動車椅子を作って、どうするのか」という点には全く触れず、医学的な側

面に絞って話しをした。

・模擬支給判定の間では「新しい電動車椅子を使って何をするのか」という点には全く触れなかったが、本来なら、「生活の中でどう活用されるのか」というインタビュー情報は、突き詰めるべき重要ポイント。「どこで使うのか」「通勤先はどこか」「社会参加は週何日か」といった具体的な話があって初めて、本当に必要な移動手段が明確になり、様々なタイプの車椅子から選択肢が定まる。

模擬判定調査とアンケート調査双方で、補装具処方がもたらす社会活動の変化への重点が指摘されたことは非常に興味深く、全国の判定従事者が根本的には共通の理念のもとに業務を遂行していることを示唆していると考えられる。

表 6・7 には、処方される補装具の記述回答（[3-25]）から抽出された処方補装具と、支給根拠・条件に関する記述をそれぞれ示す。処方内容は、仮想相談者の希望する電動リクライニング・ティルト式普通型電動車椅子から、リクライニング・ティルト式手押し[介助]型車椅子まで多岐にわたった。表 7 に示した通り、アンケートに示した仮想相談者の情報の不足を指摘する記述が多く見られ、ここに示した回答が実態を正確に反映していない可能性は大きい。しかし、それらを考慮しても、更相間で支給内容の判断に一定の不均質性が生じている可能性は否定できない。前節でも指摘された通り、支給基準のより一層の明確化を推進する必要があるだろう。

4. おわりに

本節では、更生相談所の判定業務従事者を対象としたアンケート調査を実施

し、判定業務への意識と、前節の模擬判定調査における仮想相談者への対応を調査した。

判定業務への意識調査からは、更生相談所内の職種間連携や情報共有が十分に達成されている状況が明らかになった。一方で、判定業務人員の不足や、更生相談所間の支給基準統一の機会の不足が指摘された。

このような傾向は、仮想相談者への対応を問う質問への回答結果からも確認できた。対応主体への回答からは、判定業務の役割が職種間で分担されている様子が明らかになった。また、対応項目の必要性を問う質問への回答は、職種間でよく一致しており、更生相談所内での意識統一が十分であることがわかった。一方で、支給補装具への回答には、一定のばらつきが見られ、更生相談所間での支給基準統一が必要であることが示唆された。

仮想相談者への対応の自由記述回答の分析からは、生活機能と環境因子への焦点と共に、補装具支給で達成される相談者の社会活動レベルの向上に強い関心が向けられていることが明らかになった。これは、判定従事者が、補装具がもたらすベネフィットを判定プロセスの中で正確に把握することに重点を置いていることを示している。

ここに示した結果が、前節の模擬判定調査の結果を裏付けるものとなったことは注目に値する。福祉機器の利活用プロセスには多くのステークホルダーが関わり、その内容を精査するためには質的・量的なアプローチを統合的に用いる

ことが必要となる。すなわち、質的な分析にもとづいて得られたプロセス要素の関連性を、量的データにもとづいて検証するというアプローチである。前節と本節は、このアプローチを更生相談所の判定プロセスの分析に適応したものであり、両結果の一致が見られたことはこのような手法の有用性を示していると考ええる。