

平成16年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

# 身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

## 報 告 書

（第2分冊）

主任研究者

岩谷 力（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

平成17年（2005年）3月

平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

# 身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

報 告 書  
（第 2 分冊）

平成 17 年（2005 年）3 月

## 目 次

報告書 (第2分冊) サマリー	1
第1章 支援機器の適合給付手続き 山内 繁	5
第2章 WHO 国際分類ファミリー (FIC) の動向 井上 剛伸	31
第3章 米国における福祉機器の動向 我澤 賢之	45
第4章 支援ロボット開発の内外動向 中山 剛	55
第5章 認知リハビリテーションのための支援機器 に関する調査研究 中山 剛、諏訪 基	79
第6章 再生医療の動向 赤居 正美	101

## 報告書サマリー

本報告書は平成16年度厚生労働科学研究費補助金により実施された「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」の報告第2分冊である。調査研究の目的は、障害者施策にかかわる情報を収集、整理し、厚生労働省における障害者施策の企画・立案が円滑かつ効率よく行われることに資するため、諸外国や隣接関連領域の最新の動向に関する情報に着目して、情報収集を行い、行政に有用な形に整理・提供することにある。

この目的を達成するために、国立身体障害者リハビリテーションセンターの研究所スタッフを研究協力者として動員し(末尾の“調査研究体制”を参照)、障害者施策にかかわる情報の収集、整理を実施した。調査対象として、福祉機器の支給と国際分類ファミリーの動向、ならびに福祉機器開発の動向、およびリハビリテーション研究の動向を取り上げた。

(1) 福祉機器給付制度に関する調査研究は、HEART (Horizontal European Activities of Rehabilitation Technology) における、“Rehabilitation Technology”の支給制度に関する比較研究の成果として IRV (オランダ) から 1994 年に発行された “European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology”、ならびに、北欧障害協会(NSH)が、2004 年に実施した北欧諸国における福祉機器の給付体制の比較研究の結果として公表した “Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries”の2件の報告書を資料とし、合わせてニュージーランドにおける福祉機器アセスメント担当者のためのマニュアル “Equipment Manual for Specialised Assessors, 2000” に掲載してあるニュージーランドの給付制度も調査した。欧州 17 カ国およびニュージーランドの総計 18 カ国を調査した結果、アイルランド、スペインを除いてほとんどすべての国では給付にセラピストによる判定/アセスメントを必要としていること、ならびに、判定、処方箋などで医師の責任による審査が必須である国が半数近くあることが明らかになった

また、国際分類ファミリーの動向に関しての調査研究は、2004 年に WHO から FIC に関する解説書、並びに 2004 年 10 月にアイスランドで開催された FIC ネットワーク会議等の情報を基に、FIC および ICF の最新動向を調査した。その結果、FIC は中心分類と範囲を表すマトリックスがほぼ確立し、それに基づいた派生分類や関連分類を取り込む段階にある。ICF は普及の段階にあり、電子化などのツールの開発も行われていることが明らかになった。

(2) 福祉機器開発の動向に関する調査研究は、米国における福祉機器の動向、支援ロボット開発の内外動向、ならびに認知リハビリテーションのための支援機器を対象に調査研究を行った。米国における福祉機器の動向に関しては、障害を持つアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act: ADA) の与えたインパクトを軸として、2004年において米国で進行しつつある状況を、コミュニケーション機器、移動用機器など福祉用具の種別ごとにまとめ、それぞれの傾向を明らかにした。支援ロボット開発の内外動向の調査研究で

は、支援ロボット開発の現状を俯瞰的に捉えるため、国内外の動向に関する文献等を調査した。加えて、支援ロボットの抱える問題点、将来展望と市場についても調査を行った。認知リハビリテーションのための支援機器の現状を調査に関しては、文献や書籍あるいはインターネットのホームページ等による文献調査方法を用いて、認知障害、認知リハビリテーションおよび関連する支援機器の現状に関する調査を行った。

米国における福祉機器をめぐる状況は、1990年に制定されたADAをうけて変わりつつあること、同法によって、障害者が、就業・移動・公的施設・サービスの利用といった点で健常者と同等のアクセスと機会とが保障されることとなったこと、それにともない、福祉用具の供給がより潤沢になり、また各種施設などにおいて福祉用具を利用しやすい環境が整えられつつあることなどが明らかになった。支援ロボットに関しては、将来展望と市場についても調査を行ったが、ニーズ面、社会的あるいは経済的にも、今後の成長が期待できる分野であることを確認した。認知リハビリテーションのための支援機器に関しては、認知障害者の状態に応じた利用時期（回復初期、中期、後期）とISO9999による分類を試みた。調査および分類の結果から、回復中期（認知訓練期）での言語障害に対する支援・訓練機器に関して開発が集中していること、回復中期（認知訓練期）のそれ以外の分野の支援・訓練機器がわが国では少ないことが明らかになった。また、ISOの分類では、語学訓練用具や徘徊老人監視システムあるいは表示器に分類される支援・訓練機器が多く、特に海外製品の中ではその機能の多さから多目的ソフトウェアとして分類されるようなものが多く見受けられる傾向があることも明らかになった。

（3）再生医療の動向の調査は、最新の研究動向の紹介が行われたシンポジウムの講演内容ならびに関連する論文を参考にして、特に運動器に注目した活動を対象に調査し、再生医療の現状としてまとめた。対象としたシンポジウムは、国立身体障害者リハビリテーションセンターの設立創立25周年を記念して開催されたシンポジウムである、脊髄組織の再生を中心としたシンポジウム「組織再生と機能回復」（平成15年12月）ならびに、未分化細胞から運動器の細胞への分化誘導、立体構造の獲得といったテーマを対象としたシンポジウム「運動器と再生医療」（平成16年11月）での講演内容を調査対象とした。

その結果、これまで否定されていた中枢神経組織の再生能力の存在が確認され、損傷脊髄にも再生が起こりうるということが明らかにされた。こうした細胞生物学的研究の進歩が臨床医療に応用されることが可能となれば、脳卒中、脊髄損傷などで従来の治療の枠組みを越えた治療体系の再構築が必然になると考えられる。近年の再生医療の進歩には目を見張るものがあり、臨床応用が可能となった暁には、従来の治療体系が一変するであろうことは確実と思われる。リハビリテーション領域での一例を挙げると、これまで否定されていた中枢神経組織の再生能力の存在が確認され、損傷脊髄にも再生が起こりうるということが明らかにされた。こうした細胞生物学的研究の進歩が臨床医療に応用されることが可能となれば、脳卒中、脊髄損傷などで従来の治療の枠組みを越えた治療体系の再構築が必然になると考えられる。

以上、第2分冊には、福祉機器の支給と国際分類ファミリーの動向、ならびに福祉機器開発の動向、およびリハビリテーション研究の最近の動向調査の結果を収録した。

## 調査研究体制

### 主任研究者

岩谷 力 国立身体障害者リハビリテーションセンター厚生訓練所長

### 分担研究者

柳沢信夫 関東労災病院長

伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター長

### 研究協力者（第2分冊関係）

山内 繁 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所長

赤居正美 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究部長

諏訪 基 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究部長

井上剛伸 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究室長

中山 剛 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究員

我澤賢之 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究員



# 第1章

## 福祉機器の公的給付の基準

分担執筆者 山内 繁

### 要旨

HEART (Horizontal European Activities of Rehabilitation Technology) における、“Rehabilitation Technology”の支給制度に関する比較研究の成果として IRV (オランダ) から 1994 年に発行された“European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology”、ならびに、北欧障害協会(NSH)が、2004 年に実施した北欧諸国における福祉機器の給付体制の比較研究の結果として公表した“Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries”の2件の報告書を資料として実施した。本報告では、上記2つの報告書から、各国の福祉機器給付手続きを抜き出し、主として専門職の役割についてとりまとめを行った。なお、ニュージーランドにおける福祉機器アセスメント担当者のためのマニュアル“Equipment Manual for Specialised Assessors, 2000”に掲載してあるニュージーランドの給付制度も含めた。

我が国における福祉機器の公的給付は身障保護法の成立に当たって、当時の中心的政策として推進された補装具の給付に始まる。その後、重度身体障害者と老人のための日常生活用具の支給が開始された。

老人の日常生活用具は介護保険制度の発足とともに福祉用具貸与の制度へと展開してきた。介護保険制度においては、利用者の自己決定権を尊重する立場から、介護給付の範囲内において自由に選択するのが原則とされてきた。

介護保険制度の普及とともに様々な問題点が明らかになり、平成16年に公表された高齢者リハビリテーション研究会の報告書には「要支援者に対して電動車いすや移動用リフトといった実際の状態増からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もある。」と指摘されるに至った。

このような事態に対処するため、老健局長の諮問委員会として設置された介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会における検討を経て、平成16年6月に「介護保険における福祉用具の選定の判断基準」が公表され、一定の制限のためのガイドラインとされたが、自己決定の原則は変わっていない。

一方、2001年にWHOからICF（国際生活機能分類）が発表され、障害に関するICFのアプローチは医学モデルと社会モデルとの対立構造で表現されるとした。この事を契機として、医学モデルを廃棄し、社会モデルに立つべしとする極端な解釈が我が国でも広がり始めた。このような、いわば社会モデル原理主義が介護保険において前提とされ



てきた「自己選択権」とが結びつくとき、福祉機器の給付体制に無秩序が持ち込まれる事をおそれるものである。

障害者支援におけるリハビリテーション専門職の関わりについての論議は認めるとしても、公的給付においては国民の税金あるいは保険料が原資となっている以上、恣意的に浪費することはできない。この点で、特に強調すべきは、福祉機器の給付においては利用者の「ニーズ」に基づいた給付がおこなわれるべき点である。ニーズはしばしば「ウオンツ」に対置して用いられる概念であり、利用者が「必要とを感じる」ものではない。

マーケティングの理論では、「ニーズ」というのは具体的、論理的、物理的で客観的な「必要性」であり、「ウオンツ」は具体的にも論理的にも物理的にも不合理であるが「欲しい」という気持ちであると説明されている。この両者が日常生活では区別されていないことが多いために、「欲しいものが支給されないのは不当である。」とする議論がしばしばまかり通っている。

このような場面におけるリハビリテーション専門職の役割は、「欲しい」と感じている当事者の気持ちが、客観的にも説得力のある「必要性」であるかどうかを見極めることであり、客観的にも裏付けられるならば、客観的なエビデンスによって行政当局に対して給付の妥当性を説得する事である。また、利用者の「ウオンツ」に関しては、客観的に説得力のない「欲しい」だけでは公的給付を受けることはできないことを説得する責務があろう。

このような問題意識から、ヨーロッパ諸国およびニュージーランドにおける福祉機器の公的給付における手続きの比較を試みた。福祉機器の公的給付システムの比較は、1986年にヨーロッパにおける比較研究が国際リハビリテーション協会（Rehabilitation International）の専門委員会である ICTA（International Commission on Technical Aids, Buildings and Transportation）において試みられた。国による公的給付制度の相違が大きいため同じ土俵での比較が困難を極め、結局、比較研究としてとりまとめることはできなかった。

1990年代に入り、ヨーロッパ市場の統合を背景として、ヨーロッパにおける福祉機器に関する研究開発のために EC（European Commission）によって TIDE（Technology for the Integration of the Disabled and Elderly）プログラムが組織された。TIDE では福祉機器に関する様々な研究開発に資金が供与された。このうち、利用者の観点から標準化、産業化、支給制度、専門職教育などの総合的調査研究として組織されたのが HEART（Horizontal European Activities of Rehabilitation Technology）であった。ここで、“Rehabilitation Technology”は、「リハビリテーション技術」ではなく、「福祉機器」の意味で使われている。HEART における支給制度に関する比較研究の成果は、1994年 IRV（オランダ）から“European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology”として発行された[1]。

90年代のヨーロッパは80年代末の経済困難の克服を通じて地方分権化が進行し、福祉機器の支給制度も様々な変化を経験した。北欧障害協会(NSH)は、2004年に北欧諸国

における福祉機器の給付体制の比較研究を行い、“Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries”として公表した[2]。

本報告では、上記2つの報告書から、各国の福祉機器給付手続きを抜き出し、主として専門職の役割についてとりまとめることとした。なお、ニュージーランドにおける福祉機器アセスメント担当者のためのマニュアル“Equipment Manual for Specialised Assessors, 2000” [3]に掲載してあるニュージーランドの給付制度についても含めることにした。

表1に国ごとの給付に決定権のある専門職のデータをまとめた。特に標準的な手順が定められておらず、自治体の福祉担当窓口に申請するものと思われるのはアイルランド、スペインの両国だけであって、ほとんどはセラピストによる判定、アセスメントを要している。

判定、処方箋などで医師の責任による審査が必須であるのはイタリア、オランダ、ギリシャ、ドイツ、フィンランド、フランス、ポルトガル、ルクセンブルグである。それ以外の諸国はセラピストによるアセスメント、判定によって給付が決定される。

表2に、各国別に給付制度の概略とともにまとめた。我が国における給付制度を考えるに当たって基礎データとして活用されることを期待したい。

#### 文献

1. Luc de Witte, Harry Knops, Liesbeth Pyfers, Ingela Johnson, Renzo Andrich, Marti Parker, and Susann Forsberg, eds, “European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology”, IRV, Hoensbroek, The Netherlands, 1994
2. Finn Petren, ed., “Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries”, Nordic Cooperation on Disability, Stockholm, Sweden, 2004
3. “Equipment Manual for Specialised Assessors”, Enable New Zealand, Palmerston North, New Zealand, 2000

表1 福祉機器給付制度における処方／決定に拘わる専門職

国名	給付の決定者
アイスランド	福祉機器センター
アイルランド	標準的な手続きは決まっていない
イギリス	セラピスト、ソーシャルワーカー
イタリア	医師の処方箋による。医師の責任でセラピストがアセスメント。
オランダ	GMD (Common Medical Service) の医師が決定。
ギリシャ	保険組織に属する医師による診断書が最初に必要。
スイス	セラピストを中心とした専門職チーム
スウェーデン	県・市町村の職員である OT、PT、ST、看護師によりリハビリテーション

	コンプランの一環として
スペイン	特に決まっていない。
デンマーク	専門職（主としてOT）が決定
ドイツ	医師の処方箋を要す。
ニュージーランド	専門の査定官が決定。
ノルウェー	セラピスト
フィンランド	医師による必要性の判定、セラピストによるアセスメント
フランス	医師、セラピストによる処方箋が必要。介護ショップでアセスメント。
ベルギー	医療に関係ない場合は使用者が専門職のアドバイスによって決定
ポルトガル	医師の処方箋を健康保険に提出し、専門職（PT、OT、看護師など）によるアセスメント。報告に基づいて医師が機器の仕様を決め、処方箋を作る。
ルクセンブルグ	医師の処方箋によって請求。専門職によるアセスメント。

表2 各国の福祉機器給付制度

1994は文献1、2004は文献2、2000は文献3所載のデータよりであることを表す。

### 2-1 アイスランド (2004)

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 能力改善、自助機会の増進、介護の促進に資する機器が給付の対象</li> <li>● 所有権は給付期間に属する。再使用可能な機器は使用終了後返還を要す。</li> </ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会保障庁が福祉機器行政を担当</li> <li>● 財源は全て国が負担</li> <li>● 給付サービスは社会保障庁が設置する福祉機器センターが担当</li> </ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 給付対象、補助条件は全国同一で、社会保障庁が決定する。</li> <li>● 機器ごとに給付条件、補助率が決まっている。</li> </ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 福祉機器センターが給付の決定を行う。</li> <li>● 日常生活支援のための機器（運転補助機器、コミュニケーション補助機器、義肢装具並びに整形靴等の補装具、使い捨て用品（おむつ、ストーマ用具、導尿カテーテルと蓄尿袋など）、治療用機器（呼吸器治療、循環療法、注射用具など）は福祉機器センターから直接給付</li> <li>● 歩行補助器、自走用車いす、ベッドと付属品、リフト、おむつとトイレ用品、義肢装具、導尿カテーテルと蓄尿袋、警報機、酸素療法用具、CPAP/BIPAP[睡眠療法の補助器具]などについては、福祉機器センターを通じて購入契約。</li> </ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 機器によって自己負担割合（0%、30%、50%など）が異なっている。</li> <li>● 例：整形靴（10%）、12月以下の使用期間の装具（30%）</li> <li>● 特定限度額を組みあわせる場合もある。例：補助率90%で上限26000クローネなど。</li> </ul>

## 2-2 アイルランド (1994)

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 伝統的にはカソリック教会とボランティア団体によって福祉機器は供給されてきた。行政の責務は明確には規定されておらず、1992年より包括的な給付制度の検討が始まった。</li></ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 地域保険委員会が保険省からの予算を受けて医療サービスを提供しているが、その一環に福祉機器が含まれている。</li></ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 地域保険委員会が給付品目のリストを作成しているが、リストに載せるための標準的手続きは決まっていない。</li><li>• 8つの地域保険委員会ごとに違ったリストが用いられている。</li></ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 標準的な手続きは決まっていない</li></ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>

## 2-3 イギリス（1994）

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>施設からの障害者を地域に解放することを主要な政策課題としており、それを実現するための基本施策として福祉機器を給付</li></ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>日常生活支援機器は自治体の社会サービス部、車いすや治療訓練機器は健康保険。</li></ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>日常生活支援機器、車いすを含む医療機器は無料で給付、補修、修理、交換するのが原則。</li></ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>洗濯機、入浴機器等の日常生活支援機器：<ul style="list-style-type: none"><li>利用者または介護者が自治体の社会サービス部に給付を申請</li><li>OT、ソーシャルワーカー等によるニーズのアセスメント</li><li>社会サービス部が公費負担の是非を決定。高価なものは社会サービス部の委員会によって議論の上で決定。</li></ul></li><li>車いす等治療訓練機器：<ul style="list-style-type: none"><li>家庭医を通じて健康保険に給付を申請。</li><li>車いすの場合、セラピストによる処方箋によってアセスメントを終了するのが通例であるが、特別な適合を要する場合には、エンジニア、ソーシャルワーカー、ナースなどのチームアプローチによるアセスメントが行われる。</li></ul></li><li>認定された専門職による処方箋は自動的に給付認定される。</li></ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>自治体によっては少額の汎用品（バスマットなど）、調理器、洗濯機などは給付対象から除外していることもある。外出用車いす、高性能車いすは給付対象外。</li></ul>

## 2-4 イタリア（1994）

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般的な障害に関しては、健康保険の枠内で給付している。</li> <li>● 労働災害に対しては、労災保険で対応。</li> </ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康保険の執行には、地方組織として、地方事務所（20）、人口50-70万人あたりに設置したUSL（地域保健ユニット）によって行われている。</li> </ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全ての福祉用具をまとめて“prostheses”として給付している。これら以下の3つのレベルに区分される。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 第1部：補正靴、義肢装具、移動機器、補聴器、義眼、弱視眼鏡など個人への適合が必要な機器。USLが原則全額給付。</li> <li>➢ 第2部：排泄用具、弱視用機器、子供用補聴具、コミュニケーション機器、褥瘡予防具などの既製品。USLが部分給付。</li> <li>➢ 第3部：呼吸器治療用具などUSLから貸し出すもの。</li> </ul> </li> </ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 使用者は障害者として認定されている必要がある。</li> <li>● GPがリハビリテーションセンター、病院の専門科（リハビリテーション科、整形外科、神経内科）に紹介。</li> <li>● アセスメントはセラピストによって行われることもあるが、上記専門医師の責任で行う。</li> <li>● アセスメントの結果に基づいて機器の仕様を定める。</li> <li>● ショップで機種を決定する。</li> <li>● 処方に基づいてUSLが給付を審査、給付額を決定する。</li> </ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul>

## 2-5 オランダ (1994)

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 自立生活のための福祉機器として位置づけている。</li><li>• 様々な法律に基づいた制度が並列しているのが特徴である。</li></ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 医療保険としてのGMD (Common Medical Service) によるものが最も主要である。</li></ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 品目表が定められており、主な品目として、以下のものが挙げられる。<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 車いす、バイク、リフト、警報機、コミュニケーションエイド、乗用車改造、</li><li>➢ 十分な性能を持ち、最も安価なものをリストにしている。</li><li>➢ 1つのカテゴリーについてひとつの製品を推薦している。</li></ul></li></ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者からGMDに申請する。</li><li>• GMDの医師によるアセスメントを行う。入院中などは医師の診断を求められる。</li><li>• 必要な機器の仕様に合致するものをリストから選定する。</li></ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 制度、機器による。車いすの場合は自己負担のないのが通例。</li></ul>



## 2-6 ギリシャ (1994)

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 戦傷、労災など障害原因に関連した分野に従った保険給付制度になっている。</li> <li>• 補助額は上記区分によって異なる。</li> </ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保険組織は全部で300を超えるが、社会保険、農業保険、中小企業保険が人口の80%以上をカバーしている。</li> </ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 国立障害者リハビリテーション研究所が ISO9999 に分類してリストを発行している (価格データ込み)。</li> <li>• 以下の品目をカバーしている             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 治療訓練用具                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 呼吸器治療用具、腹部ヘルニア用具、温熱・寒冷療法用具、褥瘡予防用具、義肢装具</li> </ul> </li> <li>➢ パーソナルケア関連用具                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 気管切開部用具、ストマ用具、採尿器、収尿器</li> </ul> </li> <li>➢ 移動機器                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 歩行器、乗用車、車いす</li> </ul> </li> <li>➢ コミュニケーション機器                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 光学補助具、補聴器</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保険組織に属する医師による診断書が最初に必要な</li> <li>• PTあるいはOTによってアセスメントを行い、必要な機器のタイプを決める。</li> <li>• 後退価格表に基づき給付額を決める。</li> </ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保険システムによって異なるが、通常10-50%が自己負担。</li> </ul>

## 2-7 スイス (1994)

<b>福祉機器給付の基本原則</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 障害者の就労支援、自立生活支援によって社会への統合を実現するために福祉機器を給付</li><li>• 貸与するのが原則とする</li></ul>
<b>給付の責任組織</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 社会保健庁 (OFAS: The Federal Social Insurance Office) が担当</li></ul>
<b>給付品目</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• OFAS は品目表を発行。毎年更新する。</li></ul>
<b>給付手続き</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 使用者、介護者などからの「要求」が出発点</li><li>• 展示場訪問やディーラーとのコンタクトによって福祉機器による解決策を検討する。</li><li>• セラピストを中心とした専門職のチームが、利用者に試用させたりしつつ、ニーズを満たす機器の仕様・要件を評価し、処方箋にまとめる。</li><li>• 社会保険庁に給付を請求</li></ul>
<b>自己負担分</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 自己負担はないのが原則。</li></ul>

## 2-8 スウェーデン

県：26、市町村：286（1994）

県：21、市町村：290（2004）

1994	2004
<b>福祉機器給付の基本原則</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>機能障害（impairment）のある人が活力ある自立生活するための大前提として、行政の基本的責務である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉機器給付の目的は               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 身体機能・能力喪失の予防</li> <li>▶ 身体機能・能力の維持</li> <li>▶ 喪失した機能・能力で日常生活に必要なものを補償</li> </ul> </li> <li>社会の編成原理の基本としての給付制度</li> </ul>
<b>給付の責任組織</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>給付責任は県にあるが、市町村に移行の予定。</li> <li>OTは全部で4000人。このうち160人がテクニカルエイドセンターで相談員として働いている。PTは10000人。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県・市町村が責任。費用は市町村が負担</li> <li>県レベル：               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 地域保健センター：判定、処方業務</li> <li>▶ テクニカルエイドセンター：相談、情報提供、福祉機器の供給</li> </ul> </li> <li>市町村レベル：               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ リハビリテーションおよび福祉機器に責任。</li> <li>▶ そのための OT、PT を採用したりリハビリテーションユニットを有するものが多く、福祉機器の処方と訓練に従事している。</li> </ul> </li> </ul>
<b>給付品目</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>県、市町村が独自に給付対象者、給付品目を決定する。障害研究所のリストを参考にして決めている。91年までは障害研究所のリストが給付品目表であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>給付品目、給付機器、自己負担分など県と市町村が独自に決定する。</li> </ul>
<b>給付手続き</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体の職員である医師、セラピストによる認定が必要。</li> <li>処方箋に基づいてセラピストによるア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションプランの中で福祉機器が選択される。</li> <li>処方箋は県・市町村の職員である OT、PT、</li> </ul>

<p>セズメントが行われる。機器のタイプ、仕様、モデルはセラピストが決める。利用者の意向が聞かれるかどうかは担当者による。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 選択、適合のためにテクニカルエイドセンターを利用することもある。</li> <li>• 公費給付手続きは処方箋によるが、医師による処方箋のみ認められている県もあるが、OT, PTの処方箋が認められている県もある。処方箋は最初の段階で作成される場合の他、選択の完了時に作成される場合もある。</li> </ul>	<p>ST、看護師によって行われる。リハビリテーションプラン策定の一環としての処方プロセスは以下の段階を含む</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 支援の必要性の評価</li> <li>▶ 適切な用具の評価・適合・選択</li> <li>▶ 必要があれば、特別な場合の適合について指示書を作成する。</li> <li>▶ 訓練並びに情報提供の指示</li> <li>▶ フォローアップと福祉機器の機能、便益の評価</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 処方された福祉機器の70%は65歳以上の高齢者用である。</li> </ul>
<p><b>自己負担分</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自己負担はないのが通例であるが、セラピスト、医師の訪問のたびに50-150クローネを要することもある。年間1500クローネが訪問に関する自己負担の上限。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 費用は県と市町村の負担によって本来は自己負担なし。</li> <li>• 個別に自己負担となるもの：整形靴、髪、補聴器、車いすのタイヤ、電池などの消耗品など</li> </ul>