

平成 20 年度 分担研究報告書

福祉用具供給制度の海外調査

主任研究者 井上剛伸 国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長

研究要旨 本邦における公的福祉用具供給システムの改変に向けて、海外の供給システムを調査し、活かせる知見を抽出することを目的とする。今年度は、カナダのオンタリオ州、ドイツ、スウェーデン、フィンランドを対象として、制度の概要、価格の決め方等について、関係者への訪問調査を行った。その結果、北欧型の一括購入により、強い市場の形成と競争原理の効果的な導入が行われていることが明らかになった。また、適合が必要な用具についての問題点も抽出され、日本型のシステム構築の必要性を指摘した。

A. 研究目的

本邦における福祉用具の供給は、補装具費支給制度、日常生活用具給付等事業、介護保険における貸与、購入制度、労災保険による給付制度など、種々の公的な仕組みにより支えられている。このように福祉用具は公的な予算によりまかなわれるケースが多く、これは経済的にある程度の水準に達している国では、ほとんどの国で同様な状況にある。公的資金の使用においては、限られた財源の中で、いかに効率よく活用するかが課題となる。

本研究では、海外の公的福祉用具供給システムの仕組みと現状、課題について調査することで、今後のわが国の福祉用具供給制度の向上に向けた知見を得ることを目的とする。

今年度は、わが国と近い制度を有する、カナダオンタリオ州とドイツの状況および、北欧型の手厚いサービスを提供しているスウェーデンとフィンランドを対象として、その現状と課題に関する調査を行った。

B. 研究方法

福祉用具の海外での供給制度について、訪問により調査を行った。調査を行った国は以下の通りである。

・カナダオンタリオ州（対応者：オンタリオ州健康・介護省 福祉用具プログラム シニアマネージャー Ian Lowe 氏）

・スウェーデン（対応者：スウェーデン障害研究所 Hakan Leender 氏，スウェーデン・クオリティ・ケア CEO Bjorn Wigstrom 氏，スウェーデン・クオリティ・ケア 教育責任者 Emil Ostberg 氏）

フィンランド（対応者：STAKES Tuula Harnasti 氏）

ドイツ（対応者：ドイツ経済研究所 REHADAT プロジェクトリーダー Petra Winkelmann 氏）
調査で聞き取りをした項目は以下の通りである。

- 1) 国（または州）の公的福祉用具供給システムの概要について
- 2) 公的福祉用具供給システムでカバーされる費用の割合について
- 3) 利用者自身の負担額について
- 4) 公的福祉用具供給システムにおける福祉用具の価格設定について
- 5) 福祉用具の適合にかかる経費の取扱について
- 6) 義肢・装具・座位保持装置の価格設定計算式について
- 7) 価格改定の頻度について

これらの項目を基本として、2 から 4 時間程度のプレゼンテーションによる説明、質疑および意見交換を行った。

C. 研究結果

1. カナダオンタリオ州の供給制度

1.1. 供給制度の現状

カナダのオンタリオ州では、長期にわたる身体障害を有する住民に対して、資金の援助をする福祉機器プログラム（ADP）がある。このプログラムは、自立支援を目的としており、必要な装置・必需品の購入を通して、最低6ヶ月間以上資金が支給される。給付金の申請者は、個人の氏名に発行された番号を有するオンタリオ州に永住する者で、資格基準や代償範囲は福祉機器の種類や供給量によって設けられている。掛け金の保管人は、メーカー、卸売り、カナダ糖尿病協会などの特別な利益団体を含む、オンタリオ州の全年齢の住民としている。給付金を受け取る者は様々であり、年齢や障害によって必要とする装具も異なる。先天性の障害を有する小児は、補装具や車いすなどを必要とし、早期から生涯を通してこのプログラムを利用し続ける。成人の多くは、病気や事故によって障害を負い、義肢や胸部人工器官、車いすなどを必要とする。高齢者の障害は、通常老化現象の結果として現れ、補聴器や歩行器を必要とする。

資金は、認可された価格の75%をこのプログラムで賄い、給付金を受け取る者は価格の25%を負担する。社会的援助を受けている給付金の授与者は、さらに25%の資金提供を受けることが可能である。

ADPで規定されている“権限授与者”は、理学療法士、作業療法士、聴覚言語学者、義肢装具士を含む医療従事者で、現在約6000名の権限授与者がいる。権限授与者は、個人のニーズの算定・ADP資金支援のための適格性の確認・権限授与同意書に示された期間と状態の固守を行わなければならない。申請書には、呼吸装置などの特定のものの場合には内科医が署名し、車いすなどの場合にはそれ以外の医療従事者が署名する。

ADPで規定された業者は、プログラムの実行の許可をできる個人事業または非営利団体で、給付金を受ける物に対して与えられる装置・サービスの質を保証することを目的とし、厳密な基準に合わせなければならない。

ADPには、現在1000近くの規定された業者がいる。

ADPで扱われる装置の分類は表1のとおりである。

装置の価格は、価格が適正であること、装置のカテゴリー内で正当性や一貫性を保証し、規則的な原則でメーカーなどが価格を伝えるために、新しい装置のメーカーの価格とリストに載っている製品の価格を調査し、決定する。具体的な手続きとしては、ADPのリストにおいて、補助金の項目以外に掲載されているすべての装置は、製品の卸値と小売価格の査定などの再調査をし、2年毎に価格を変更する。補助金の支給額については、5年ごとに再調査される。すでにADPに掲載されている装置の価格の上昇は、オフセットを用いることで中間の価格であることが必要であり、全体の価格は、州政府が設定した経費の増加を超えてはならない。安価なもの、小さいもの、現在ADPのカタログに載っている臨床の利点に相当しない新しい製品の価格は、現在リストに載っている製品の価格域を制限する必要がある。他の地方や連邦管区で十分な改善に相当する製品を供給する大きな進歩を遂げた製品を同等に扱う。33%までの適度な報酬を加算する製品の価格は、卸売りに対するメーカーの単位価格でなければならず、25%が卸売りの利益となる。価格は、全てカナダドルで決定される。ADPの金融・審査部門は、方針の追従の保証を目的とし、卸売りに定期的な審査を実施する。ADPに掲載されている製品が改良される、掲載されている製品を取り替えるなどして、新しい製品がリストに掲載された場合は、以前リストに掲載されていた製品と同じ価格帯にしておかなければならない。また価格調査の年に、新たにリストに掲載された製品は、価格調査をする必要がある。価格の変更は、増加だけでなく減少も含めて行なわれる。価格調査の間は、2年間利用されることがなくても、製品は持去らなければならない、プログラムでは、カタログの価格から離れた低価格の装置を見つけるために、最低価格を設定する。ADPカタログから除かれた製品については、給付

金を受け取る者の財政的責任となる。

表1 APDで支給される福祉用具種目

<p>医薬品</p> <ul style="list-style-type: none"> 家庭用酸素装置 呼吸器材 (CPAP、薬品コンプレッサー、吸引機器、気管開口術チューブおよび装置、無呼吸モニター) 腸経栄養(ポンプおよび装置) オストミー装置 糖尿病の装置 	<p>感覚</p> <ul style="list-style-type: none"> 補聴器 コミュニケーション機器 視覚機器 テレタイプライター (T.T.Y.) 人工内耳と骨導補聴器 (BAHA) の外部の構成要素
<p>移動</p> <ul style="list-style-type: none"> 車いす (手動・電動) 電動のスクーター 位置決め(クッション材料) 移動機器(車輪のついた歩行器) 	<p>義肢装具</p> <ul style="list-style-type: none"> 義肢(従来のものや筋電性のもの) 装具(オーダーメイドで作られたもの) 圧力修正機器(やけどの傷跡やリンパ浮腫のための衣服)

2. スウェーデンの供給制度

2.1. 現行の制度における目標と政策

障害者政策の目標は、障害のある人が社会の中で十分に活動することができる社会を実現することである。どのような社会をつくるべきかということに関しては、全ての人間は同じであるということ、そして障害のある人もほかの人と全く同じ権利や義務を持った市民であるということが出発点になっている。このことは Riksdag (スウェーデンの国会) が承認した障害者政策の国の行動計画の中で “Fran patient till medborgare” 「患者から市民へ」という言葉で明確に表されている。

障害者政策の目標達成のためには有用な福祉用具を得ることが必須である。

福祉用具は障害者が以下の目的のために必要なものである。

- ・自分に現在ある機能や能力を将来的に失うことからの回避
- ・機能や能力の維持、改善
- ・不全または喪失した日常生活を行うための機能や能力の補償

2.2. 福祉用具給付に関する規定

治療などのための家庭における福祉用具保健医療サービス法 (S3b と S18b) によると県や市町村は障害のある人に福祉用具を提供する義務がある。ただ、保健医療サービス法は県や市町村に対する義務法であるが、個人に対しては福祉用具を得る権利を与えていない。法廷に対して福祉用具の決定に対する不服を申し立てる権利は与えられていない。

保健医療サービス法の範囲内ではどの製品が福祉用具としての補助金の対象となり障害のある人へ処方することができるかといったことは県や市町村が決めてよいということになっている。また、料金についても県や市町村が決める。したがって、スウェーデンのどこに住んでいるかによってある福祉用具を手に入れる可能性が変わる。県によって料金や福祉用具として指定されている製品の差が大きい。このような地域差のため福祉用具の領域では公衆保健局によって現行の政策の変更がされている。

保健医療サービス法によると、福祉用具というのは日常生活の助けになる、もしくは治療や療養のための福祉用具を含む。

福祉用具は障害のある人が自身で、もしくは誰かの助けを借りて以下のようなことを行なうことを目的としている

- ・個人の基本的な需要を満たす (服を着る、食事をする、個人の衛生など)
- ・移動
- ・周りの人とコミュニケーションをとる
- ・家と身近な場所で必要な機能
- ・自分の立場を見定める
- ・家での日常生活を行なう
- ・学校や大学に通う
- ・余暇や趣味に従事するため

2.3. 教育や訓練の場での福祉用具

学校や大学で使用される福祉用具は以下の

ものを含む。

- ・ 個人の福祉用具
- ・ 教育補助用具
- ・ 基本的な機器

学校や大学での個人の福祉用具—学校での福祉用具—は障害のある学生が自分の障害を補ってクラスに参加することができるようにするための機器である。保健医療サービス法を共通基盤とする公衆保健局—県や市町村—はこれを履行する義務がある。作業療法士や言語聴覚士、理学療法士といった健康や医療のスタッフは福祉用具の提供や処方の必要性を評価し、処方する責任がある。公衆保健局が福祉用具を充当しておく責任のある学校は以下のものである：

- ・ 特殊学校を含む小学校、中学校
- ・ 高校
- ・ 大学
- ・ 国や市町村の成人教育

保健医療サービス法によって義務化されてはいないが、全ての学校は福祉用具を買う責任がある。

文化省は教育の援助と基本的な機器を与える責任がある。障害のある生徒は時に特別な教育上の援助が必要になる。特別教育協会は教育制度の公的な分野において個人に対して特別な支援を行なう責任がある。この責任は、たとえばその分野において教育上の支援の発展や適合を促進していることで果たされている。特別学校を含む小学校、中学校、高校や国の管理下にある私立学校では、教育の援助のための資金提供は学校が責任を負っている。

どこまでが学校の責務でどこまでが健康と医療業務の責務かという境界線は文化省がどのような決定を下すかによって変わる。

2.4. 職場での福祉用具

普段は職場に必要なが、その使用によって障害のある人が働くことを可能にするような機器は職場での福祉用具として知られている。職場は障害者が順応しやすい環境を作る必要もある。職場での福祉用具と職場の環境改善またはその一方に対しては社会保障局とスウェーデン雇用局がその責務を共

有している。雇用者は従業員のニーズや能力にあった職場を保障するという基本的な責務を負っている。仕事を続けることができないという不当な扱いをされないために従業員が必要とする福祉用具を用意することは雇用者の責務で、従業員のための福祉用具として認められている。

社会保障局は雇用を維持するために必要な福祉用具の保障に対して責任があり、スウェーデン雇用局は障害のある人が第一線で働けることを保障する責任がある。障害のために仕事をするのが難しい人や長期的な病気にかかっていた人、リハビリテーションをしている人、または職場に戻るために手助けの必要な人は社会保障局から福祉用具を得るための補助金を受け取ることができる。被雇用者も自営業者もこの補助金を受け取ることができる。

スウェーデン雇用局は従業員が職場を変えて、もしくは失業期間の後で新しいポジションに付く際に必要な福祉用具を提供する責任がある。雇用1年以内に必要になった福祉用具についても同様である。またスウェーデン雇用局は障害のある若者が実際に職に就いて必要になった福祉用具や視覚障害のある人が職業訓練を行なう際に必要になる視覚障害者用のレコードやブライユ点字法の本についても資金提供する責任がある。

社会保障局とスウェーデン雇用局はこれらのケースに際してリハビリテーションや福祉機器の専門家を雇う。

2.5. その他の支援

建物および自動車の改造に関する規則と支援システムがある。

Housing Adaptation Assistance Act (1992 : 1574) などによると障害者は自分の家で自立した生活を送るために家を改造するための資金を得ることができる。そのための資金は市町村に申告する。家を改造する必要性を申請するために作業療法士や医者、その他の専門家の手助けが必要になる。そして市町村が金額を決定する。

障害者が自動車を買ったり、改造することに対して自動車の改造に関するサポートは

いくつかの財政サポートでカバーしており、それは障害者に対する自動車サポートの原則（1998：890）で規定されている。この支援を受けるためには志願者は自力で移動すること、一般の交通手段で移動することが長期的に不可能であることが必須条件となる。重視される点は障害のタイプではなく、一般の交通機関を使えない期間がどのくらい続くか、一般の交通機関の使用に際してどのような問題があるかということである。長期というのはその障害が永久的に続く、もしくは自動車の寿命、すなわち実質9年間続くということである。自動車の改造に関する支援は社会保障局に対して申請する。

2.6. 苦情申し立て

公式には、福祉用具の処方に対して法廷に提訴する権利はない。保健医療サービス法は公衆保健局に対する義務法ではあるが、患者の福祉用具に対する権利は与えていない。決定に不服な者は県あるいは市町村の担当責任者や患者委員会に抗議することができる。

2.7. 組織と責任体制

福祉機器は、公衆保健局、県および市町村が提供するケアおよびリハビリテーション・ハビリテーションの取り組みの一部である。スウェーデンには21の県と290の市町村がある。

日常生活やケア・治療を促進するために、家庭、近隣の環境、学校で使われる福祉用具は、公衆保健局、すなわち、県および市町村の責任である。県及び市町村にある様々な部署の保健・医療担当職員が福祉用具の処方を作成する。

2.8. 県レベル

地域の保健センターあるいはプライマリヘルスケアにおいて福祉用具が処方されるのは主として身体障害者である。これらのセンターには、福祉用具の必要性を判定し処方する医師、看護師、場合によっては作業療法士や理学療法士が配置されている。障害者はここから聴覚センターやロービジョンセンターなど他の機関で診察を受けるように指示を受ける。

福祉用具センターの職員は、通常その県や

市町村の身体障害者、音声・言語障害者、認知障害者のための福祉用具の処方を行う人に対して相談業務を行なう。複雑な福祉用具やまれな用具の場合、あるいは福祉用具の適合を行う場合には相談業務も行っている。福祉用具センターは、情報提供と福祉用具の処方のための訓練を行い、人材を提供する。これらのセンターは別の重要な機能として、処方された福祉用具を給付する機能も有している。

聴覚センターおよび相当する施設は聴覚リハビリテーションを行う。そこでは、聴覚機能テスト、聴覚補助機器およびヒヤリング用具の試験、適合、処方、および用具使用者の訓練を行う。聴覚センターは聴覚障害に関わる情報の提供も行う。

通訳センターおよび言語サービスセンターは、聾者および言語障害者のための通訳業務を担当する。翻訳センターはテキスト電話の処方をすることもある。

ロービジョンセンターは、視覚障害者のリハビリテーションを行う。この中には、福祉用具の必要性に関する検査と判定およびリハビリテーションの開始、読書や移動のしかたの教育を行う。

整形外科の診療所は、県の仕事を代行する。これらは、医師による義肢装具および整形靴の処方である。

ハビリテーションおよびリハビリテーションユニットは、先天性障害、主として身体障害あるいは重複障害のある青少年、成人の治療を行う。福祉用具は彼らの治療の一部を成し、ハビリテーションのプロセスの中で、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士によって処方される。

肺クリニックや糖尿病ユニットなど、入院患者の介護に関わる病院においては、それぞれの領域の福祉用具に責任がある。

言語療法診療所では、発話・言語障害のある人々に福祉用具の処方を作成し、代替コミュニケーション訓練を行う。県によっては、コミュニケーションセンターを設置し、一層複雑なコミュニケーションを扱い、職員を訓練している。

高度なコンピュータ技術に基づく福祉用具の専門技術者が配置されている福祉用具センターあるいはコンピュータセンターを設置している県もある。

子供コンピュータセンター(Datateks)では、まだ読み書きの出来ない障害児が特別のコンピュータソフトウェアを使ってみることが出来る。彼らはソフトウェアと制御用機器を借り出して、自宅のコンピュータで用いることが出来る。

2.9. 市町村レベル

市町村は在宅や市町村の施設などにおける高齢者・障害者の保健・医療サービスに責務がある。このことは、身体障害者をはじめとするリハビリテーションおよび福祉用具に対する責務も含まれる。市町村の中にはこの種の仕事に責任のある作業療法士や理学療法士を採用しているリハビリテーションユニットを有するものも多く、そこでは福祉用具の処方と訓練を含み、またその需要予測といった作業を行っている。県の福祉用具センターと密接な協力関係がある。

特別施設のスタッフ、ホームヘルプスタッフあるいは親族が、処方された福祉用具が適切に利用されていることの確認作業を支援する。

多くの市町村には、ホームインストラクターがおり、視覚障害者、あるいは聴覚障害者を助け、彼らが福祉用具の使い方を実習するのを助け、より一層活発な社会参加を支援する。看護師たちは医療担当の立場から、市町村保健医療サービス、並びにリハビリテーションと福祉用具の領域でサービスの質と安全にたいする責任をもつ。リハビリテーション医療に責任を有するスタッフを配置した市町村もある。

市町村は、在宅を可能にするために必要と判定された住宅改修に責務を有するが、その申請のためには作業療法士、医師あるいはこれと同等の医療職による証明書を必要とする。

2.10. 処方の手順

福祉用具の処方は、保健医療サービス法に基づき、保健医療サービスのスタッフによって行われる。福祉用具の処方プロセスは、ハ

ビテーションあるいはリハビリテーションの一部であり、特別なハビテーション・リハビリテーションプランが必要である。このプランには福祉用具の処方、その評価の責任者、達成目標など解決策を含むプランが必要である。患者は可能な限りこの計画立案に参画しなければならない。

処方された福祉用具の70%ほどは65歳以上の老人に使われている。視覚補助機器、聴覚補助機器、装具が必要な場合には、患者はそれぞれロービジョンセンター、聴覚センター、補装具ワークショップに紹介される。このような施設で処方される視覚補助機器、聴覚補助機器、装具の数は非常に多く、県がこれらの福祉用具に責任をもつ。

福祉用具センターで処方される他の福祉用具(身体的障害、認知障害など)の処方に関しては、この責任は県と市町村とで分担する。福祉用具を処方する人——通常は作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師であるが——は県あるいは市町村の職員であり、福祉用具はプライマリーヘルスケアサービスの中でスタッフにより直接処方される。処方担当者が用具に対する技能が不十分と自覚したときには福祉用具センターの福祉用具の専門職員が相談にあたる。

ベンチレータやいびき防止のためのCPAP、吸入器などの福祉用具は、保健医療サービス法によって処方される。しかし、処方の手順は若干異なっており、病院の臨床医がこれらの福祉用具の処方とフォローアップに対して責任がある。

福祉用具の処方を行うのは、患者の必要度の評価に基づいて適合する製品を選定するスタッフである。彼らは、自分の属する自治体が決めた規則に即して適用可能な福祉用具の選定をおこなう。高価な福祉用具の場合には福祉用具の購入に先だって処方を承認するための公式の決定がしばしば必要とされる。

処方のプロセスは、対象となる福祉用具の分野や処方権限のある専門職の職種、保健福祉当局者に依存することはない。処方のプロセスは段階を追って進行するが、一人の同一

スタッフがそのプロセス全体に一貫して関与することもできるし、一部分のみに関与することもできる。様々な段階、たとえばリハビリテーションプランの策定などにおけるそれぞれの責務を明確にしておくこと、一連のケア全体を通じて情報の転移が効率的に機能することが肝要である。

処方プロセスは以下の段階を含む：

- ・ 支援の必要性の評価
- ・ 適切な用具を評価・適合・選択すること
- ・ 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。
- ・ 訓練並びに情報提供の指示
- ・ フォローアップと福祉用具の機能、便益の評価

2.11. 使用者の影響

福祉機器の運用に関しては、利用者の役割が大きくかつ強力である。その参加と影響力は、様々な様相を呈する。個人として参加し影響力を行使することにより、自分自身の福祉用具の処方に参加し影響を与えることができる。ここでは、利用者がこのプロセスに適切に参加できる機会が本来的に利用者に与えられているという事実が力点が置かれている。

利用者は障害者団体を通して影響を行使することもできる。福祉機器活動に関しては様々な連携の方法がある。県はコンサルテーション団体を束ね、障害者オンブスマンを組織している。そこでは、他の問題と共に、福祉機器問題に関して定期的に政治家や行政官と意見交換の機会を持っている。福祉機器センター、ロービジョンセンター、聴覚センターなど、福祉機器担当の各ユニットは、様々なグループ、利用者評議会などを設けて適切に問題提起が行われるよう取りはかっている。これらの組織は、単独であるいは福祉機器施策に関して、リハビリテーションと福祉機器に関連した様々なプロジェクトを行っている。

2.12. 資金

福祉用具の費用は県と市町村が負担し、本来は利用者には無料になっている。責任の分担は組織と責任分担の条項に規定されてい

る。利用者に個別に課金される福祉用具、たとえば、整形靴、鬘、補聴器などもある。また、車いすのタイヤ、電池などの消耗品の支払いも同様に利用者が負担する。

職場での福祉用具は社会保局、スウェーデン雇用局、雇用主が支払い、利用者は無料で利用できる。

2.13. 政府の支援機能

スウェーデン障害研究所(HI)は福祉機器と障害者のアクセスに関しての国家財源センターである。スウェーデン障害研究所は障害者の社会に対する完全の参加と平等を促進するために、良質な福祉用具、福祉用具の効率的な給付と参加しやすい社会の実現を目指している。

3. フィンランドの供給制度

フィンランドでの福祉用具サービス(AT サービス)は、以下の4つの法律により定められている。

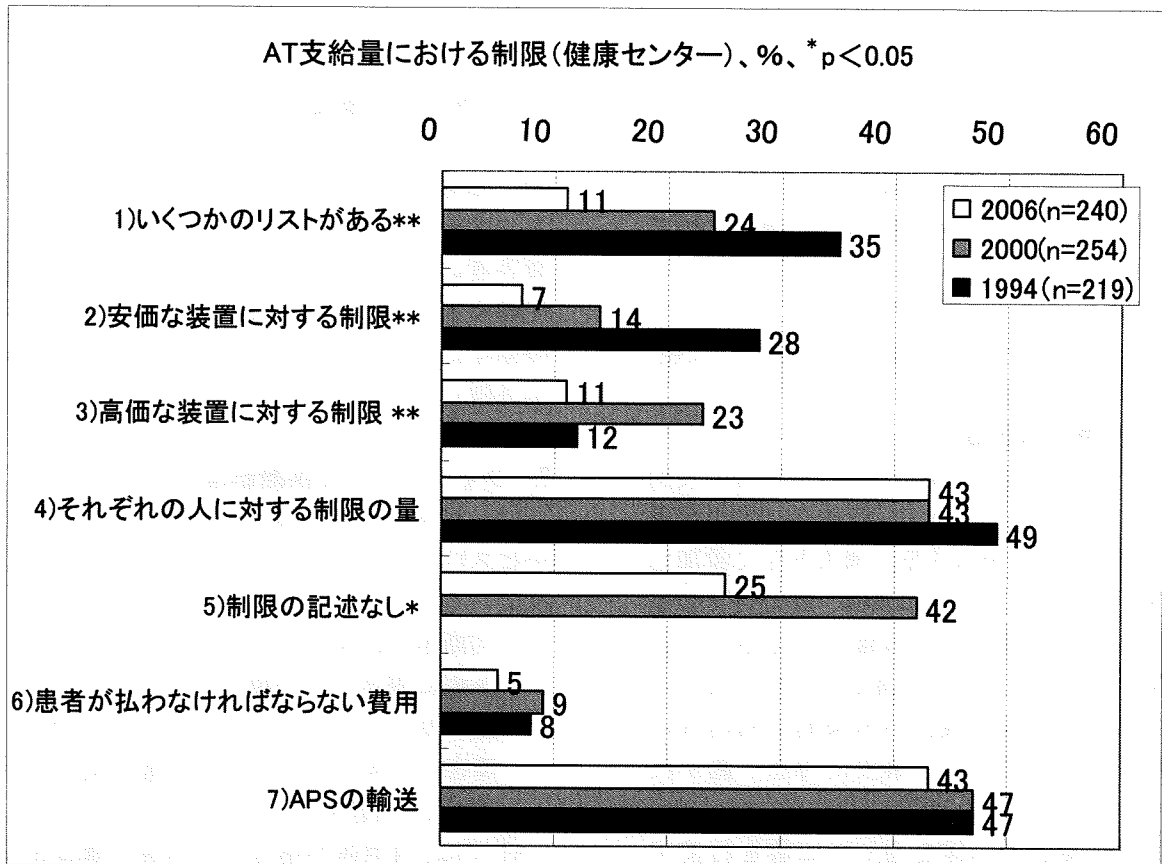
- ・ 初期手当に関する法律
- ・ 医療に限定した法律
- ・ 医療リハビリテーションにおける規則
- ・ 障害に対するサービス・支援に関する法律および規則

ATでは、自治体が運営する地域の健康管理センターと病院に主な責任があり、地域の社会サービスにおいて、自宅への適応を目的とし、技術的な支援を行っている。障害者が日常生活活動で必ず必要とする機器をATと定義し、フィンランドの保健医療においてATサービスを管理することにより医療リハビリテーションが行われているのが現状である(1991年)。なお、ATと定義されている支援機器は無料で貸し出される。健康センターでは、シャワーチェアなど基本的な用具の供給を行い、電動車いすやコミュニケーションエイドなどの複雑な機器については、中央病院が供給を担う。供給種目については、国がガイドラインを示し、それに基づいて各地方自治体が決定している。したがって、各健康センター、中央病院により異なっている。

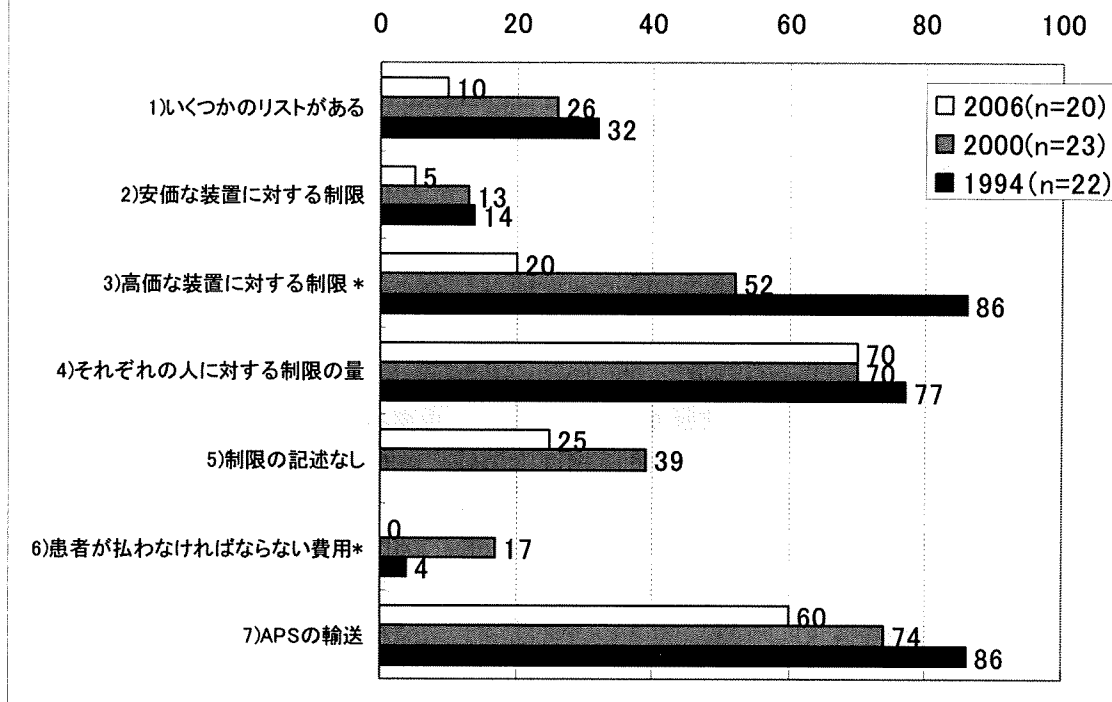
1995年から2006年にかけてのATサービスの国家研究では、68%の健康センターと83%

の中央病院が、技術支援の費用、数、種類などのいくつかの基準において、ATの供給を制限している。また、ATの供給の調和のために、国のガイドラインに対する要望が多く見ら

れた。健康センターおよび中央病院におけるAT支給量の制限の内訳を1994年、2000年、2006年で比較したものを図1に示す。



AT支給量における制限(中央病院)、%、*p<0.05



また、世間一般における AT サービスの有用性について訊ねた結果、「とても良い」と回答したのが健康センターで 23%、中央病院

で 15%、「良い」と答えたのは健康センターで 57%、中央病院で 80%であった。

	健康センター (%)	中央病院 (%)
とても良い	23	15
良い	57	80
普通	18	5
すこし問題あり	2	0
明らかな問題あり	0	0

1993 年から 2005 年までの健康センターと中央病院の AT サービスの費用は、1993 年 33,3milj. €、1999 年 35,1milj. €、2004 年 54,3milj. €、2005 年 59,0milj. €と増加傾

向にある。

	2005 milj. €	2004 milj. €	1999 milj. €	1993 milj. €
健康センター	22,9	21,9	15,5	12,9
中央病院	36,1	32,4	19,6	20,4
合計	59,0	54,3	35,1	33,3

また 2005 年における AT サービスの国民一人あたりの費用の平均は、健康センターでは

4, 4€, 中央病院では 6, 9€であり、健康センターの費用の個人差が大きい結果となった。

	一人当たりの費用 (€)	個人差 (€)
健康センター	4, 4	0, 7~13, 3
中央病院	6, 9	5~11
合計	11, 3	

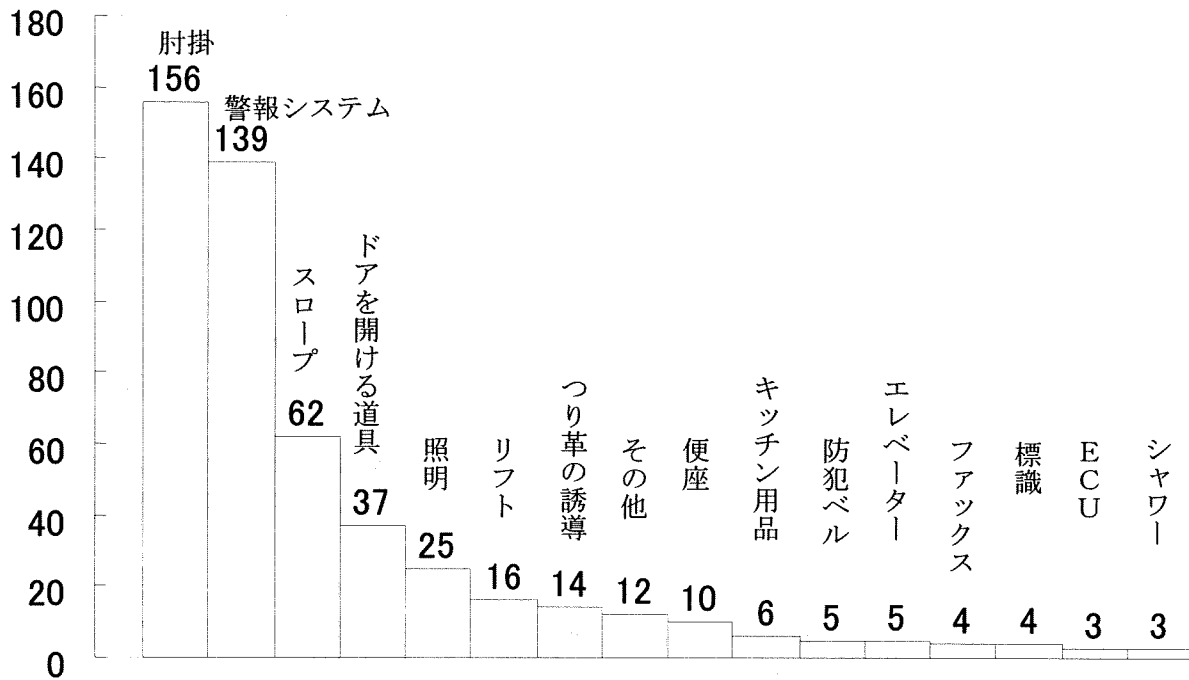
サービスを受けている者の年齢の内訳を以下に示す。

年齢 (歳)	健康センター			中央病院		
	2005	2004	1999	2005	2004	1999
0~15	5	4	5	16	17	22
16~64	38	37	38	36	40	39
65~74	19	19	20	17	16	19
74 以上	38	39	38	31	27	19

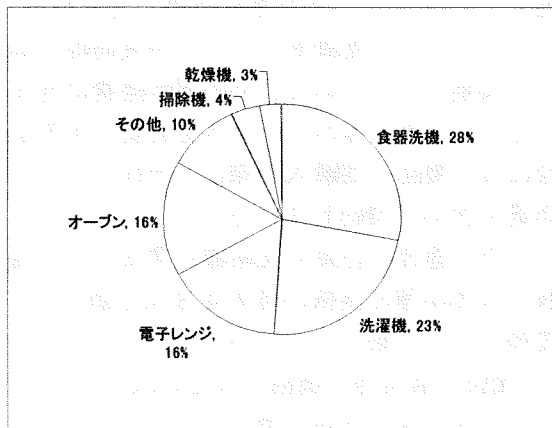
障害者に対するサービスに関する法律は、障害者自身が社会において平等に生活・機能することを促進すること、障害によって生じた問題と困難を防ぎ、除くことを目的としている。障害者に対するサービスの発展に当たって、自治体は、公的事業が障害者に対してふさわしいものかということに注意を払わなければならない。障害者に対するサービスでは、移動・付き添いのサービス、通訳のサービス、住居のサービス、適応訓練、リハビ

リテーション、カウンセリングなどがある。経済的な支援については、日常生活のための家の改装・設備・道具 (装置)、個人的な支援、特別な服や食事などがある。知的にハンディキャップのある人に対する特別なケアでは、在宅サービス、日常の活動や自由な活動、家族支援、住宅支援などがある。住宅の改装に関連した装置には、肘掛、警報システム、スロープ、ドアを開ける道具、照明がある。

住宅の改装に関連する装置(n=501)



日常生活に関係する装置には、家電、車の適応装置、電話、車、コンピューターと付属品、聴覚機器などが多い。サービス利用者が、利用する家電の割合は以下のとおりである。



4. ドイツの供給制度

ドイツでは、主に健康保険と労災保険で福祉機器の供給に対する費用の補助を行っている。健康保険には、約200の事業者があり、それぞれで異なったサービスを実施している。これらの事業者について、国が監督をしている。ドイツ保険協会では、すべての種類の福祉機器にコードを振ったカタログを作成している。保険請求はこのコードを付して、請求するシステムとなっている。ただし、このカタログには価格は記載されておらず、価格や給付対象にするかどうかについては、各保険で別途リストを作成している。

供給の流れについても、種目により異なっているが、たとえば補聴器の場合、以下のような流になる。

- ・医師の処方
- ・処方箋を持って専門店に行く
- ・専門店にてアドバイスを受ける
- ・機種を選定して購入

この場合、価格は固定されており、適合サービスに関する費用も含まれている。

義肢・装具に関しては、他の福祉機器とは別扱いとなっており、労働省が主導して供給システムを構築している。医師の処方が必要であり、それに基づいて義肢・装具業者が製作をする。価格の低いものについては直接製作可能であるが、高価なものについては事前に健康保険事業者を確認をとることになっている。義肢については、製作に使用した製品の価格の48%（上限）を製作にかかる費用として上乗せして保険が支払われる。上乗せ分の比率は価格により設定されている。価格については、労働省と保険協会で話し合いにより決定している。部品の価格については、市場がきめる価格を採用しているが、ソケットなどは固定価格が設定されている。

近年 EU の法律により、公的予算の支出に対して、競争的な入札等の利用が義務づけられており、福祉機器の価格決定でも競争入札が進められている。しかし、質の低下を招く危険性も危惧されている。また、義肢・装具等の個別適合を必要とする機器に対して、入札がなじまないためその対応を検討中である。2008年末までに決定するとの情報もあったが、その後の動向は明らかではない。

D. 考察

質問項目について各国の状況をまとめると以下ようになる。

1) 福祉用具給付の概要について

カナダオンタリオ州：それぞれの種目について、機能的なカテゴリーと品目のリスト、基準価格がきめられている。

スウェーデン：各地方自治体が製品のリストを作り、それについて貸与を行っている。基本的に、国民に選択権はない。

フィンランド：各地域に設置された健康センターおよび中央病院が国が呈示したガイドラインに基づいて貸与を行っている。

ドイツ：公的健康保険（国内に約200事業者）が福祉機器購入費の補助を行っている。

2) 公的制度で負担する割合について

カナダオンタリオ州：75%

スウェーデン：100%

フィンランド：100%

ドイツ：90%程度

3) 利用者の支払いの有無

カナダオンタリオ州：有り 但し、高額なものについては基金や寄付などにより利用者の負担を軽減またはなくなる場合がある。

スウェーデン：無し

フィンランド：無し

ドイツ：有り（機能の高いものを購入する場合など自費を追加することがある）

4) 公的供給制度での価格設定について

カナダオンタリオ州：州で統一した製品の価格設定がある。

スウェーデン：価格は設定していない。一括購入となるため、競争原理を活用し、価格をコントロールしている。

フィンランド：価格は設定していない。一括購入となるため、競争原理を活用し、価格をコントロールしている。

ドイツ：健康保険事業者ごとに各社と契約を結んで決定している。競争原理が働いている。但し、義肢装具については、国で価格を定めている。

5) 機器の適合等に関する経費について

カナダオンタリオ州：製品の価格の33.

3%を小売りにかかる経費として上乗せしている。数年前に大規模な調査を行い決定したとのこと。

スウェーデン：補助器具センター等で適合を実施しているため、その運営経費に含まれる。

フィンランド：健康センター、中央病院で適合を実施しているため、その運営経費に含まれる。メーカー等のサービスを必要とする場合には、製品一括購入の際に、それにかかる経費も含めて契約している。

ドイツ：適合の経費も支給額に含まれる。義肢では部品等の価格の最大48%を適合経費等として上乗せしている。

6) 義肢・装具等の価格の設定の式について

カナダオンタリオ州：無し

スウェーデン：無し

フィンランド：無し

ドイツ：部品代等に最大48%を上乗せ

7) 価格改定の頻度

カナダオンタリオ州：3年ごと

スウェーデン：業者とは年間契約

フィンランド：業者とは年間契約

ドイツ：義肢・装具は2年ごと

今回の調査で、北欧型のレンタル制度における一括購入が、市場原理を活用した効果的な制度であることは注目すべき点であった。適合にかかる経費についても年間の契約の中で競争原理を働かせ、価格のコントロールを行っている。ドイツでは、競争入札による質の低下を危惧していたが、スウェーデン、フィンランドでは、サービスの質も含めた評価手法を採用しているとの情報もあり、対応策がとられていると考えられる。ただし、毎年、細かい契約内容を決定するには、ある程度の手間がかかるものと考えられる。また、競争原理の導入の流れは、EUの法令に従う中での動きでもあり、今後の動向には注目していく必要がある。

スウェーデン、フィンランドでは、過去の中央集権的な供給制度から、地方への権限委譲が急速に進んでいる。そのため、地方ごとの格差が問題となっている。フィンランドでは、STAKESが中心となり、給付状況の調査を行い、それに基づいた政策の立案と評価が行われている。このような中央政府の役割についても、参考となる部分があると考えられる。

ドイツでは、健康保険事業者が数多く存在し、保険ごとでカバーされる福祉用具が異な

っている。ドイツ経済研究所が運営する福祉機器のデータベース（REHADAT）では、これらの情報も掲載し、利用者が機器を選択する際の支援を行っている。このような、情報の収集や提供も重要な要因となる。

E. 結論

本研究では、カナダオンタリオ州、ドイツ、スウェーデン、フィンランドを対象として、福祉用具の公的供給制度について調査を行った。スウェーデンやフィンランドのレンタル方式では、地方自治体や病院等で一括して機器を購入することと、福祉用具の供給量が多いため、強い市場が形成される。そのため、競争原理が働き、自然な価格コントロールが行われていることが明らかになった。この流れは、ヨーロッパにおいてはEUの法規に基づいた公的予算使用における競争原理の導入により、さらに進むものと考えられる。しかし、適合が重要な義肢装具や座位保持装置では、競争原理の導入により、質の低下なども考えられ、その点も考慮した業者選定の方策が必要と考えられる。ドイツはこの流の中で、過渡期を迎えており、今後の動きに注目する必要がある。

次年度以降、ドイツ、アメリカの動向について、さらなる調査を行い、日本型の公的供給システム構築に向けた情報提供に結びつける予定である。

平成 21 年度 分担研究報告書

福祉用具供給制度の海外調査

主任研究者 井上剛伸 国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長

研究要旨 本邦における公的福祉用具供給システムの改変に向けて、海外の供給システムを調査し、活かせる知見を抽出することを目的とする。今年度は、アメリカVA、メディケア、フィンランドの制度の概要およびドイツの義肢装具価格決定の仕組みについて、関係者への訪問調査を行った。その結果、VAのシステムは北欧型と同様に一括購入により、強い市場の形成と競争原理の効果的な導入が行われていることが明らかになった。競争入札等の市場原理導入には、適合やサービスの質が課題として指摘された。以上より、今後の制度の改定に向けた論点を示すことができた。

A. 研究目的

本邦における福祉用具の供給は、補装具費支給制度、日常生活用具給付等事業、介護保険における貸与、購入制度、労災保険による給付制度など、種々の公的な仕組みにより支えられている。このように福祉用具は公的な予算によりまかなわれるケースが多く、これは経済的にある程度の水準に達している国では、ほとんどの国で同様な状況にある。公的資金の使用においては、限られた財源の中で、いかに効率よく活用するかが課題となる。

本研究では、海外の公的福祉用具供給システムの仕組みと現状、課題について調査することで、今後のわが国の福祉用具供給制度の向上に向けた知見を得ることを目的とする。

今年度は、アメリカの退役軍人に対する供給システムおよびメディケアに関する調査を行なうとともに、昨年度調査したドイツ、フィンランドの追加調査も行った。

B. 研究方法

福祉用具の海外での供給制度について、訪問により調査を行った。調査を行った国は以下の通りである。

・アメリカ（対応者：ピッツバーグ大学作業療法学科 Mark Schmeler 氏）

・ドイツ（対応者：ドイツ義肢装具技術協会経済契約部 Klaus Becker 氏）

・フィンランド（対応者：STAKES Tuula Harnasti 氏）

アメリカでは、退役軍人を対象とした福祉用具の供給システムおよびメディケアにおける福祉用具の供給システムについて調査を行った。ドイツでは、義肢装具の価格決定に重点をおいた調査を行った。フィンランドは、福祉用具の供給システムについて、対応者から入手した文献を基に調査した。

C. 研究結果

1. アメリカの供給制度

1.1. VA（退役軍人援護局）における供給制度

以下、聞き取り調査より得られた、VA（退役軍人援護局）の福祉用具供給制度についての結果を示す。

1.1.1. VAのサービス提供組織

VAの福祉用具支給システムは、退役軍人とその家族を対象としたサービスである。VAの組織を図1に示す。VHA (Veterans Health Care Administration) はVAに属する部署であり、VAの医療・福祉サービスの全体を統括している。おり、その下に21のVISN (Veterans Integrated Service Network) という地域を統括する組織がある。VISNの下には、地域のVAに属する病院

や入所施設がある。VAでカバーしている患者の数は、6,000,000人に上り、メディケアの45,000,000と比較すると少ないものの、アメリカで最も大きなサービス提供事業者のひとつである。

1.1.2. 福祉用具の供給の流れ

福祉用具の供給の流れは機器により違いがあるものの概ね以下のような流である。基本的にはVAの病院で処方される。処方は、PT、OT、医師、リハエンジニア、リハカウンセラー、サプライヤー、ベンダー、利用者、家族等のチームアプローチによる適合を

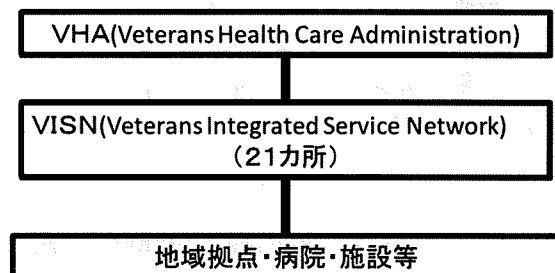


図1 VAシステムの組織

経て決定される。義肢装具の適合においては、さらに義肢装具士(有資格者)がチームに加わる。医師は、チームリーダーとしての役割を担うが、決定権は持っていない。適合にあたっては、医学的な所見の他に、利用場所、職業等を考慮し、必要な用具の機能が導かれる。機器の選択においては、この機能を重視し、コストに関するチェック等を行われていない。チームアプローチにより処方された機器は、基本的に給付される。利用者負担は無い。メディケア等での福祉用具の供給制度に比べて、VAのシステムは質的にも量的にも充実している。例えば、メディケアでは1台しか車いすが支給されないような事例でも、VAでは必要が認められれば2台の車いすを支給するケースがある。

申請手続きでは、メディケアと同様にHCPCS(Health Care Proceedings Coding System)コードを利用している。VHAでは、HCPCSコードにしたがって、製品とコストのリストを作成している。

1.1.3. 福祉用具の調達

VAのシステムで給付される福祉用具は、利用者の少ない特殊な機器(例えば電動車いすの特殊入力装置等)を除いて、VHAで一

括購入される。競争入札は実施していないが、多くの福祉用具を一括購入することでコストダウンを図っている。例えば、電動車いすでは、メディケアと比較して半額で購入しているものもある。入札制度については、メディケアが実施していたが、2008年に休止し、現在制度の修正を行っている段階にある。2011年から再度実施の予定ではあるが、コスト優先となるため、サービスとコストのバランスを保つことが難しいなど課題が多い。

1.1.4. 福祉用具の適合にかかるコスト

VAのシステムでは、基本的にVAの病院において適合が行われる。そのため、適合にかかるコストは病院の運営費として計上される。前述の福祉用具の一括購入における価格では、適合にかかるコストを省くことも低価格化のひとつの要因となっている。しかし、業者が行う必要がある作業も発生し、それにかかるコストについては製品の価格に含まれている。遠隔地などでの、業者が負担する交通費の問題は、日本同様おこっている。

1.1.5. まとめ

VAでは、質的にも量的にも充実した福祉用具の供給体制がとられている。そのため、多くの福祉用具を一括で購入することが可能であり、コスト削減を実現している。また、適合に関してもVAの病院で行っており、専門知識の蓄積などにより、質の向上が図られる他、適合にかかるコストの効率化にもつながっている。

以上の点をまとめると、北欧のシステムと共通する項目がある。充実したサービスにより、強い市場が形成され、大量購入により価格を下げるという原理がうまくはたらいっている。また、適合を専門機関が担うことで、質の向上とコスト削減を行っている。このような市場原理をうまく活用した供給システムは、今後の日本の制度にも取り入れていくべきである。

1.2. メディケアにおける供給制度

以下、聞き取りおよび入手した資料(ピッツバーグ大学でのイーラーニング教材)から、メディケアにおける福祉用具供給制度を

示す。

1.2.1 移動機器供給の概要

(1) 移動福祉機器政策の変遷

2005年、移動福祉機器 (Mobility Assistive Equipment; MAE) の国家的な保険適用範囲の決定 (National Coverage Determination; NCD) がなされた。同年 10 月に発表された暫定最終規則では、患者が福祉機器業者を訪問し、医師が患者の診察を対面で行い、診察後 30 日以内に医師が 7 要素の規則を含む注文書を福祉機器業者に提出することが規定された。その後 2006 年 6 月に発表された最終規則では、医師の診察後 45 日以内に注文書を送付するように変更された。同年 11 月には、新しい健康管理の一般的処理の符号化方式 (Healthcare Common Procedure Coding System) に関する規則と、電動移動機器の地域的な保険適用範囲の決定 (Power Mobility Devices Local Coverage Determination; PMD LCD) がなされた。

(2) 移動福祉機器の国家的な適用範囲の決定

保険適用範囲の決定の 280.3 項では、移動福祉機器についての以下のように規定されている。

- ・「移動福祉機器」という、杖、松葉杖、移動器、手動車いす、スクーターを含む多数の品目をとりあげる。

- ・自宅の習慣的な場所での排泄、摂食、着衣、身繕い、入浴などの日常生活における移動が関連する活動 (Mobility Related Activities in Daily Living; MRADLs) への参加を減少させる移動の障害を持つ受給者にとって、移動福祉機器は十分に妥当であり必要である。

- ・移動の障害を補正する適切な移動福祉機器を提供するために、移動福祉機器の適用範囲の臨床的基準であるアルゴリズム的な方法で移動の障害の有無が決定される。

- ・MRADLs に受給者が参加する能力を回復するための適切な種類と複雑さの機器の適用範囲について、臨床的な指導がなされる。

- ・受給者が機器を効果的に使用することが明らかに不可能な状態である場合は、機器を試さなくてもよい。

(3) 移動福祉機器政策の主要な概念

機器提供の前段階で請求書を提出することが必要である。審査のためは、請求書単独では不十分であり、地域的な適用範囲の決定の基準を満たすことを示す診療記録情報が必要である。

機器提供までの実施事項は、患者が福祉機器業者を訪問し、医師が患者の診察を対面で行い、診察後医師が 7 要素の規則を含む注文書を福祉機器業者に提出するという順序、もしくは、診察、訪問、注文書提出の順序で行われる。医師は、診察を行う前に注文書を提出してはならない。

医師から福祉機器業者へ提出される情報の中には、文書ではなくデータでやり取りされるものもある。その背景には、文書業務削減法や電子債権の提案がある。

(4) メディケア政策完全マニュアル

メディケア政策完全マニュアル (The Program Integrity Manual; PIM) では、移動福祉機器について以下のように規定されている。(抜粋)

1) PIM1.1 : メディケア・メディケイドサービスセンター (The Centers for Medicare and Medicaid Services; CMS) の医学的再検討

(Medical Review; MR) に関する目標

(1) 医学的再検討に要する支出防止活動の効果を高める。

(2) 請求の医学的再検討において正確で正当な決定を行う。

(3) 正確な報酬請求をし、詐欺、浪費、悪用のないように内部・外部と協力する。

2) PIM 3 : 複雑な診療の再検討

- ・複雑な診療の再検討は、診療記録を評価するために、有資格の医療専門家による臨床的な判断を申請することを含む。

- ・複雑な診療の再検討の決定には、サービスに対して報酬が支払われているかどうか、サービスが妥当で必要なものかどうかということについての臨床的な判断をするために、有資格の医療専門家が必要である。

3) PIM 5.7 患者の診療記録中の文書

- ・メディケアによって補償される全ての永久的な医療機器、補綴、矯正具、供給品 (Durable

Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies; DMEPOS) を注文するためには、患者の診療記録に十分な患者の病状の記録が含まれていなければならない。それは、注文された品目の種別、量、使用や交換の頻度の必要性を証明するためである。(保険適用可能な場合)

- ・もし品目が CMN や永久的な医療機器情報フォーム (DME Information Form; DIF) を必要とするなら、患者の診療記録に完成された CMN や DIF のコピーを残しておくことが推奨される。

- ・しかし、医師の指示、CMN、DIF、意見を用意した福祉機器業者、医師の証明書自体は、治療している医師や福祉機器業者によってサインされていたとしても、医療の必要性を示す上では不十分である。

- ・患者の診療記録の中には、品目の必要性を支持したり、CMN (保険適用可能な場合)、DIF (保険適用可能な場合)、意見を用意した福祉機器業者、医師の証明書 (適用可能な場合) に対する返答を証明したりする情報がなければならない。

- ・患者の診療記録とは、医師の業務記録に限定されたものではない。診療記録は、病院、老人保健施設、在宅看護機関 (Home Health Agency; HHA) の記録や、他の専門家の記録も含むことがある。看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、矯正士に限定されたものでもない。

- ・患者の診療記録中の文書は、福祉機器業者、永久的な医療機器メディケア管理請負人、(The Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors; DME MACs) 医療機器計画保護請負人 (The Durable Medical Equipment Program Safeguard Contractors; DME PSCs) に定期的に送る必要はない。

- ・しかし DME MAC や DME PSC は、場合によってはこの情報を要求することがある。

- ・DME MAC や DME PSC が請求しても情報を受け取れない場合や、患者の診療記録の情報が品目に対する医療の必要性を支持するために適切でなければ、福祉機器業者は受給者に事前に通告していない限り、割り当てられた

請求に対して関係する金額を支払う法的責任がある。

4) PIM 5.8 福祉機器業者の文書

- ・DME MAC に請求を提出する前に、福祉機器業者は以下を整理しなければならない。

- ・調剤注文書、文書での注文書、CMN (保険適用可能な場合)、DIF (保険適用可能な場合)、担当の医師からの患者の診断に関わる情報 (ICD-9-CM の規約が請求に必要な場合)、特定の政策に定義される特定の修飾語や証明する記述を使用するために必要なあらゆる情報

- ・福祉機器業者は補償範囲基準が適当であると決定できるだけの、患者の診療記録からの文書も持っているべきである。

- ・患者の診療記録の情報が、品目の医療的な必要性を十分に支持するものでない場合、福祉機器業者は受給者に事前に通告していない限り、相当する金額を支払う必要がある。

5) PIM 5.9.2 : 医学的な証拠の必要性 電動移動機器 (Power Mobility Device; PMD)

- ・医師や治療者 (医師助手、ナース・プラクティショナー、臨床専門看護師) は、受給者の診察を対面で行い、電動移動機器の注文書を書かなければならない。

- ・対面の診察という条件は、電動移動機器の付属品のみが注文されるときや電動移動機器の交換が注文されるときには適用されない。

- ・電動移動機器の交換は以前注文されたものと同じものがよい。例えば、受給者が POV を持っており、それを電動車いすと交換したい場合は、対面の診察が必要である。

- ・注文書には、受給者の名前、対面の診察日、電動移動機器の修正が見込まれる診断と状態、機器の種類、必要な期間、医師や治療者のサイン、注文日が記載されていなければならない。

- ・電動移動機器の注文書は、書面で、対面の診察をした医師や治療者 (医師助手、ナース・プラクティショナー、臨床専門看護師) によるサインと日付が記入されていなければならない。対面の診察という条件は、電動移動機器の付属品のみが注文されるときに

は適用されない。

- ・医師や治療者は福祉機器業者に対し、電動移動機器の注文書と対面の診察の報告書を提出しなければならない。これらの文書は、対面の診察後 45 日以内に福祉機器業者に提出されなければならない。最近入院した受給者の場合には、注文書や対面の診察の報告書は病院からの退院後 45 日以内に福祉機器業者に提出されなければならない。

- ・永久的な医療機器を扱う福祉機器業者は、電動移動機器を提供する前に、対面の診察を行った医師や治療者から、注文書と受給者が自宅で電動移動機器を必要とすることを証明する文書を受け取らなければならない。

- ・受給者の電動移動機器の評価の文書中の関連部分には、既往歴、身体検査、診断検査、診察結果の要約、診断、治療計画が含まれる。

- ・医師や治療者は、電動移動機器の医学的な必要性を明確に説明する診療記録のみを選択すべきである。選択される診療記録は、電動移動機器が注文されるまでの出来事の軌跡を詳しく説明し、電動移動機器によって補正が見込まれる移動の欠如を特定するものである必要がある。また、他の治療では電動移動機器の必要性がなくなること、受給者が電動移動機器の使用を援助される環境で生活していること、受給者や介護者が電動移動機器を操作する能力を持っていることを証明するものであるべきである。

- ・多くの場合、対面の診察において記録される情報だけで十分である。しかしながら、医師や治療者が患者を長期に渡って治療し、対面の診察で記録される情報に以前の診療記録を引用する場合もあるかもしれない。

1.2.2. 移動福祉機器のメディケア補償のための審査

永久的な医療機器メディケア管理請負人 (The Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors; DME MACs) は、医療受給者に提供される永久的な医療機器、補綴、矯正具、供給品 (Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies; DMEPOS) の請求を処理する。永久的な医療機器計画保護請負人 (The Durable

Medical Equipment Program Safeguard Contractors; DME PSCs) は、DME MACに提出される請求の医学的な再検討を行う。請求する医師として、全ての医療サービスに関する請求を決定し文書を作成することは医師の責任である。

メディケアによって補償されるいかなる DMEPOS に関しても、患者の診療記録には、請求された品目の種類や量、使用頻度、あるいは交換 (保険適用可能な場合) の必要性を証明する十分な患者の医学的な状態が記載されていなければならない。その情報には、規定されている通り、患者の診断や他の関連する情報が含まれている必要がある。例えば、患者がその状態になってからの期間、臨床的な経過 (悪化又は改善)、予後、機能的制約の性質と程度、他の治療的介入と結果、過去の関連する品目使用の経験などがある。DME MAC/PSC は、特定の請求に関して、これらの情報を福祉機器業者が医師から受け取ることを求めることがある。それは、DME MAC/PSC がメディケアの補償範囲の水準に当てはまることを確認するためである。

DMEPOS の業者は、患者を治療する上で、医師のパートナーである。医師が診療記録からの情報を求められたときにそれを提供しなければ、DMEPOS の業者は、請求された品目のための支払いをメディケアから受けることができない。その上、その情報を提供しないことで、患者は品目を自費で購入することになる。さらに、メディケアを規定する社会保障法に概説されている通り、医師の協力は法的に要求されていることである。社会保障法 1842 ページの(4)には、以下のように指示されている。

医師や治療者によって注文されるが他者によって提供される品目やサービスである場合、長官 (又は長官の財務代理人) が品目やサービスの福祉機器業者に支払いをするために福祉機器業者に対して診断や他の医療情報を要求すれば、医師や治療者は品目やサービスを請求するときに、福祉機器業者にそれらの情報を提供するものとする。

健康保険の可搬性と責任に関する法律

(The Health Insurance Portability and Accountability Act; HIPAA) のプライバシー規則は、医療行為を行なうために、保護された医療情報を受給者の承諾なしで公開することを許可している。DME MAC/PSC は、メディケア・メディケアサービスセンター (The Centers for Medicare and Medicaid Services; CMS) の代理人として、医療政策を実施する。要求される文書の提出は、HIPAA のプライバシー規則に従って行う。

医師は、福祉機器業者自身や受給者に対し、福祉機器業者に情報を提出するよう指示することはできない。

DMEPOS の業者が、要求された医師の診療記録からの情報を迅速に提供することによって、患者に良いサービスを提供するためには、医師の協力が必要である。

1.2.3. 移動福祉機器のための医師の診察・評価

(1) 医師の文書への助言

医師の文書には、主訴や現病歴を含む。現病歴とは、発作、前屈の困難、肩の痛み、修復の問題、機器の使用年数、体位設定と移動の困難、リクライニング位をとる必要性、不快感等がある。

(2) 病歴

病歴には、以下の項目を含む。まず、試みられた治療の選択肢を書く。慢性疼痛への治療、介入的手法、経口痙縮投薬法、肌の手入れ、創傷修復、浮腫の覆い等がある。また、既往歴を書く。慢性閉鎖性肺疾患、心疾患、回旋鍵盤病理学、手根管症候群、末梢神経障害、卒中、不全片麻痺、神経因性腸／膀胱等がある。さらに、機能的病歴を書く。その中には、まず移動が実用的でない理由が含まれる。それには、持久性、痙縮、筋力低下、発作、バランス、感覚等がある。また、機器により向上する ADL が含まれる。育児、郵便物の入手、緊急脱出、洗濯等がある。さらに、側方維持力、福祉機器、補綴、従来のリハビリテーションの方法等も含まれる。投薬歴についても書く。抗痙縮剤、鎮痛剤等の投薬の一覧を見れば、既往歴の手がかりが得られるためである。また、身体の再検査についても

書く。疼痛、皮膚の吹き出物、腸／膀胱、視覚、肩、体重等がある。

(3) 診察

診察では身体検査を実施し、その結果記録する。身体検査では、一般的な検査の他に、心臓、肺、腹、筋骨格系、脊髄アラインメント、多源性心房頻拍評価、神経が関わる歩行、皮膚等の検査を行う。

(4) 評価

評価に関して、まず最新の診察所見を踏まえた診断を書く。そして、推奨される電動移動機器の種類を書く。選択した機器の種類の証明と他の選択肢の可能性の除外をするために、修復、進行性疾患、機器での移動不可、車いす移動不可の理由、スクーターが適切でない理由、電動機能が必要な理由を書く。

(5) 北米リハビリテーション工学協会 (Rehabilitation Engineering & Assistive Technology Society of North America; RESNA) 方針説明書

RESNA の方針は、座席の持ち上げ、車いすの基準、足掛けの傾斜・リクライニング・持ち上げ、小児の電動移動を含む。詳細については、www.rstce.pitt.edu を参照されたい。

(6) 計画

医師は、実用的な移動の評価を完了するために、OT や PT と協力する。福祉機器業者は、必要であれば自宅の評価も行う。評価のために必要な期間は、診断によって異なる。薬剤や PCP に関連するカーボンコピーをとっておく。

(7) 請求書の作成

以下の請求をする際に G0372 コードを用いる。ブルーシールドプラン、メディケアとメディケアプラン、UPMC 保健維持機構支払い、MA と MA 製品である。これらのうちの 60% は、払い戻しを受ける。

(8) 文書の見直し

療法士と医師の検査が総合的であること、機能的な能力と障害について詳細に説明されていること、選ばれなかった選択肢についての理論的根拠が適切に証明されていること、文書の中で使用されている一般用語、専門用語が正確であることを確認する。

1.2.4. 移動福祉機器のための注文書・症例報告

(1) 診療記録中の文書

医療の必要性の証明書 (Certificate of Medical Necessity; CMN) ではなく、代わりに「患者の診療記録中の文書」を作成する。職場、病院、養護ホーム、在宅介護提供業者がこれに関与する。

(2) 会計検査

2007年のA区の会計検査によると、86%の請求が却下された。その理由は、39%は文書がなかったためであり、61%は文書がLCDの基準を満たしていなかったためである。基準を満たしていなかったことの例としては、移動の検査が対面で行なわれていなかった、機能的制約が対面で詳細に記録されていなかった、福祉機器業者の証明書が診療記録によって支持されていなかった、福祉機器業者が書式を作成した、45日以内に注文書が受理されなかった等がある。

(3) 注文書に含むべき7つの要素

医師が福祉機器業者に移動福祉機器を注文する際には、7つの要素を含む注文書を作成する必要がある。7つの要素とは、(1)受給者の名前、(2)注文される品目の説明、(3)対面の診察日、(4)関連する診断/電動移動機器の必要性に関連する状態、(5)必要な期間、(6)医師のサイン、(7)医師がサインした日である。

(4) 注文書の文書基準

上記の7つの要素を基本として、以下のような項目を含んだ注文書が作成される。まず、症状、関連する診断、病歴が記述されるべきである。病歴には、その状態が続いている期間、臨床的な進行、試された介入と結果、歩行器、手動車いす、電動移動手段、電動車いすの使用歴と結果が含まれる。また、身体検査の結果が書かれるべきである。それには、体重、力の障害、可動域、感覚、上肢と下肢の協調、上肢・下肢・体幹の異常な緊張や奇形、頸部・体幹・腰部の姿勢と可撓性、座位と立位のバランスが含まれる。さらに、機能的評価の記述も必要である。機能的評価とは、杖、歩行器、他者の介助を含む以下の活動を

行う上での問題の評価のことである。具体的には、ベッド・椅子・電動移動機器間の移動や、自宅でのバスルーム・台所・リビングなどへの歩行状態(歩く距離、速さ、バランス)を評価する。

(5) 症例

1) 症例概要

症例はA氏27歳の男性で、5年前、脳外傷の結果不全片麻痺になった。使用していたグループ2/K0011の電動車いすが故障中のため、現在は効果的に操作できない手動車いすを使っている。身長は6フィート1インチ、体重は220ポンドで、移動は非常に不安定な状態で介助されて回転台で行っている。彼は効果的に体重を移動をさせたり体の位置を変えたりすることもできず、重大な疼痛管理の問題も抱えている。

2) 機器、福祉機器業者、必要期間

A氏の座位と移動のニーズを評価したところ、電動傾斜座席に関する多様な電動座席機能や電動座席昇降機を持つXYZグループ3の電動車いすが、彼のニーズを満たす上で最も妥当であり費用効果が高い代替手段であると決定された。福祉機器業者は、ジョニー・ドライト氏、ATS、CRTS of Able Mobilityである。必要期間は、生涯であると推定される。

3) 電動車いす(電動座席機能・電動座席昇降機付き)が必要な理由

痙縮と筋力低下を伴う右不全片麻痺により、福祉機器を用いても移動不可能である。手動車いすは、麻痺と痙縮によりいかなる種類でも操作することができない。スクーターは、座席に安全に移動することや効果的にハンドルを操作することが不可能であるため、適切ではないと考えられる。上記の理由により、日常生活における移動が関連する活動に参加する能力を明確に向上させるためには、電動車いすの使用が必要である。

電動傾斜座席は、車いすに1日10時間以上座り機能的な体重移動ができないことで褥瘡ができる危険性が高いため、必要である。また、単独で車いすからベッドに移動することもできないため、緊張亢進や痙縮を補正する傾斜座席が必要である。