

座席昇降機は、座席を回転台に持ち上げることでより安全で能率的に移動したり、下方向に移動したりするために必要である。さらに、手が届く範囲が制限されているとすると、座席昇降機を使うことで様々な高さに手が届き作業することができる。座席昇降機のニーズは、北アメリカリハビリテーション工学協会（Rehabilitation Engineering & Assistive Technology Society of North America's; RESNA）の座席昇降機に関する方針計画書とも一致している。

#### 4) 電動車いすを入手できない場合の問題点

電動車いすなしでは、A氏は自宅や社会での移動や職務に関して、安全で効果的な自力での手段を持つことができない。そのため、家族と食事をとるために台所に行ったり、衛生や入浴のためにバスルームに行ったりするような、日常生活での移動が関連する重要な活動に参加する能力が減少する危険性がある。また、電動車いすなしでは、A氏はさらに前かがみになり、圧迫、不快感、疼痛が増して、QOLが減少したり高額な医療介入が必要になるという重大な危険性がある。我々が承知する限りでは、座位や移動のニーズを満たす他の代替手段はない。

#### 5) 経緯

まず、2007年11月9日に医師による対面での診察と、機器試用の評価が実施された。続いて2007年11月18日には福祉機器業者による自宅の評価が行われた。その後2007年12月1日に医師が業者から詳細事項を受理した。2007年12月11日に医師の注文書が完成し、2007年12月15日に医師がその注文書にサインをした。

#### 6) 医師による対面の診察・評価

##### (1) 初回面接

以下の項目が質問された。

名前、診療記録番号、住所、電話番号、E-mail アドレス、生年月日、年齢、診断（ICD-9s）、参考書類、一次医療医と住所、紹介の理由、現在の移動福祉機器の種類、1日あたりの移動福祉機器の使用時間、移動福祉機器の経年数、現在の移動福祉機器の問題点、身長、体重、推薦する福祉機器業者、運

送資金、教育／雇用、生活状況

##### (2) ADL

ADLを行うために必要な、介助の程度と機器（自宅や社会でADLが行われる場所に行くために必要な移動福祉機器を含む）が評価される。A氏は入浴は改築されたシャワー室で要介助、排泄はつかまり棒と高めの便座の設備があるトイレで要介助、衛生と着替えはWCレベルで要介助、食事はWCレベルで自立である。その他、食事の支度、掃除、家計管理、薬の管理、洗濯、家族の世話等も評価された。

##### (3) 移動

自立、安全、質の側面から、移動福祉機器への乗り降りや移動福祉機器での移動の方法を説明する。A氏は回転台を介して全介助で移動しているが、不安定で転倒の危険性がある。

ここで、実用的な移動とは何かということについて触れておく。実用的な移動とは、自立、安全、質の面から見た移動能力のことである。つまり、受給者が典型的な日常での職務や活動を行なうための、一貫した安全で十分な歩行能力である。機能的な移動（前進）の障害は、機能的な移動ができなくなるほどの疼痛または力、持久力、協調、バランス、遂行速度、動きの連結の障害の原因となる単一あるいは複数の病状によって引き起こされる。なお、実用的な移動を可能にする速度は1.06-1.22 m/sである。

##### (4) 体重移動

圧力管理と快適感に関するニーズを処理するために、効果的な体重移動や体の位置の転換ができるかどうかを説明する。A氏の体重移動の能力は、右不全片麻痺と体の大きさのために制限されていた。腰痛の問題と、褥瘡の危険性がある。

##### (5) 身体運動

A氏の上肢機能は、左はfull AROM、力5/5であり、右は肩の屈曲・内転90度以下、力3/5、full AROM、肘4/5、把握4/5である。下肢機能は、左はfull AROM、力5/5であり、右は臀部4/5、膝4/5で、右足に短下肢装具を装着している。体幹機能（座位・背臥位）は、右不全片麻痺だが座位は対称的である。

腰痛でリドカインを使用している。車いすでの座位は前かがみで、体の位置の変換は体の大きさと右上肢の使用制限により困難である。

#### (6) 新しい移動福祉機器の目標

患者が新しい移動福祉機器に対して期待していることを把握する。例えば、問題点に取り組む、MRADLs（日常生活での移動が関連する活動）に参加するなどがある。

A氏に関しては、操縦性、快適さ、屋内での移動を重視する。

#### (7) 機器試用の評価

A氏はABCとXYZのグループ3の電動座席機能付き電動車いすを試用する機会を提供された。彼は、バスルームやエレベータ等の狭い空間だけでなく、クリニックや廊下でも安全で効果的に操縦することができた。彼は、XYZの電動座席機能付き電動車いすの性能に満足し、自宅や社会での安全で効果的に移動するための有用な代替手段として使い続けたいと報告した。

#### (8) ATS(福祉機器業者)による自宅の評価

A氏は現在グループ2の前輪駆動の電動車いすを持っているが、故障中である。自宅での評価には、XYZの電動車いすを用いた。彼は父親と乱平面の住宅に住んでおり、正面玄関を通過して上の階へ行く。正面玄関は幅30インチで、地面から長さ30フィート、高さ12インチで傾斜している。上の階に行くと、階段状の滑走台が8段上っている。下の階へは、ガレージのドアから下る道を通っていく。下の階へ行くと、リビングに繋がる幅29インチのドアがある。長期計画では、A氏が家中を行き来できる車いすを持てるよう、CILが裏口への車いす昇降機の取り付けを支援する。寝室のドアは幅29インチで、病院用のベッドと酸素設備がある。バスルームはポケットドアに改築され、入り口は34インチある。台所は大きく、どの場所からもダイニングに行けるように繋がっている。コンセントは安全な充電のために全て地面に備え付けられている。火災報知機は両方の階にあり、A氏も警報機を身に付けている。

#### (9) 詳細事項の提出と機器の提供

福祉機器業者は、機器の詳細事項をA氏の一次医療医と保険会社に提出する。詳細事項には、クッション、ラップベルト、座席機能、座席昇降機、足/下肢の支え、背もたれ、上肢の支え、頭部の支え、タイヤ、転倒防止装置、移動確保、バッテリー、制御装置等が含まれる。承認されると、業者は詳細事項を機器のフィッティングと配送のために福祉機器センターに提出する。機器が配送されると、A氏は移動機器の使用方法について業者から訓練を受け、安全で効果的に使用できることを証明する。さらに、維持に関する情報も与えられる。機器が継続してA氏のニーズに合っていることを確認したり、機器を変更したりするために、業者は必要に応じて継続管理の予定を組む。

##### 1.2.5. 移動福祉機器に関する請求書

#### (1) 請求に関する政策

移動福祉機器の請求に関する政策は、診療所の環境やサービスの場所によって異なる。自身の地域の保険適用範囲の決定（Local Coverage Determination; LCD）を知っておくことが必要である。また、民間保険は一樣ではないことも考慮する。経理課に確認するとよい。

#### (2) 通例使用される医師医療行為用語コード

##### 1) 97001-97003:PT-OTの評価

時間が設定されていないコードである。評価にかかる時間に関わらず、請求書に記載できるのは1ユニットのみである。報告書が必要である。

##### 2) 97755:医療・福祉機器評価(2004年導入)

医療・福祉機器機能を修復、改良、補正するために行う。機能的なタスクを最適化する。加えて/または環境的な利用可能性を最大化する。福祉機器業者が個別に実施する。この評価には報告書が必要である。また、単位は15分ごとである。

##### 3) 97535:自己管理/在宅管理訓練

97542の車いす管理に変更されてから、適用は減少している。日常生活動作(ADL)、補正訓練、食事の準備、安全な手順、福祉機器/適応できる機器の使い方の指導を行う。福

祉機器業者が個別に実施する。報告書が必要であり、単位は15分ごとである。

#### 4) 97542:車いす管理(2006年導入)

車いす評価では、車いすの必要性、車いすの種類等の、評価の過程の全側面を行う。具体的には、患者の能力、体力、持久力、生活状況、労働状況、車いすに乗り降りする能力、自立水準、体重、皮膚の完全性、筋緊張、座位のバランス、車いすのサイズ等の評価を行うが、これらに限定されない。なお、患者の能力の評価には、前屈傾向、椅子から他の場所(ベッド、トイレ、車等)への移動、患者と介護者が適切な機器を決定するための様々な種類の機器における車いすの停止装置の使用の評価を含む。

車いす訓練では、患者の能力の観察、操作技能の訓練、座席や他の車いすの部分の調整、職場、自宅、余暇等の実生活の問題解決の状況における訓練を行う。

単位は15分ごとである。

#### (3) 請求書作成の追加留意点

##### 1) 在宅看護の定額支払方式のための合併請求作成業者(Consolidated Billing for Home Health Prospective Payment System; HH PPS)

患者が現在「Home Health Episode」に加入している場合、在宅看護機関(Home Health Agency; HHA)が提供される全てのサービスにおいて主要な機関である。患者がHHAの看護計画のもとにある期間中は、他の機関によって提供されるいかなるサービスも利用できない。

##### 2) 訓練の上限

メディケアを訓練に適用することができる場合、患者に上限について通知する。また、患者のために上限を確認する。必要に応じて異議申し立てを行う。詳しくは、<http://www.cms.hhs.gov/manuals/download/clm104c05.pdf>や[www.aota.org](http://www.aota.org)を参照されたい。

#### (4) 福祉機器業者からの疑問

福祉機器業者からは、なぜ在宅看護機関は車いす評価を行わないのか、なぜ治療者全員が車いすの評価方法を知らないのか、移動性を評価するためにはどのようにして治療者

を見つけるのか、という疑問が出ている。

#### (5) 治療者への意見

車いすサービスにおいて有名になること、福祉機器業者と繋がりを持つこと、望ましい時宜を得た文書を提出すること、推薦を受けることが必要である。

#### 1.2.6. 移動福祉機器における福祉機器業者の役割

##### (1) 移動福祉機器に関する請求

移動福祉機器では、診療記録中の文書においてアルゴリズム的方法をとる必要がある。手動車いすの請求には、診療記録中の具体的な内容が必要である。電動車いすの請求には、手動の移動機器だけでなくスクーターの利用可能性を否定する必要がある。

##### (2) 注文書・診療記録の受理

移動福祉機器の注文書では、1つ以上のMRADL's(日常生活における移動が関連する活動)が明らかにされる必要がある。診療記録には、より低水準の移動福祉機器が不適切又は安全でない理由が記述されていなければならない。注文書の他の必要条件には、開始日、受給者の名前、説明又は商標、名称/見本、付属品、医師のサインと日付がある。福祉機器業者は、医師の詳細な注文書を受理してから支払い請求をする。

##### (3) 電動移動機器に関する手続き

###### 1) 過去の手続き:福祉機器業者主導

患者は福祉機器業者に会うために電話したり立ち寄ったりし、福祉機器業者は製品と明細書を紹介した。そして、福祉機器業者は医療の必要性の証明書を要請するとともに、医師に機器の明細書を送った。その後、患者は医師の診察を受けた。福祉機器業者はサインと日付が記入された医療の必要性の証明書が返却されると、製品の提供と支払い請求を行った。このような手続きでは、患者が医師の診察を必ずしも受けたとはいえないことが問題点であった。

###### 2) 現在の手続き:処方者主導

上記の問題を解決するために、いくつかの規則が設けられた。現在では、全ての電動異動機器に関して、医師/治療者による対面での診察が全ての電動移動機器に対して要求

される。その後、有資格の医療専門家（Licensed/Certified Medical Professional; LCMP）が一定水準の評価を行う。また、一定水準の車いすの選定には、北米リハビリテーション工学協会公認の福祉機器業者であるATSまたはATPが直接関わらなければならない。

#### (4) 福祉機器業者の責任

医療・複式企業者は、教育者、進行役、監視者、製品の医療・提供者、問題解決者という様々な責任を負っている。

#### (5) 電動車いすに関する手続きの順序

まず始めに、患者が福祉機器業者に機器のフィッティングを依頼する。患者は福祉機器業者に医師の診察の手配を依頼する。医師は診察の依頼を受けると、福祉機器業者に自宅評価や福祉機器評価の約束を依頼するとともに、簡潔な注文書のフォームを提供するように求める。

#### (6) 福祉機器業者の実施事項・非実施事項

福祉機器業者は医師に注文書の白紙のテンプレートを提供することがあるが、診療記録のフォームは提供しないことがある。文書は綿密に吟味しなければならず、内容やスケジュール等の問題で文書が規則に従っていない場合には、医師にその理由と行う必要のある事柄を忠告しなければならない。診療記録の代わりとしての医師の「医療の必要性の証明書」は、認めないことがある。処方者に対する説明に関しては、電動福祉機器に関する政策の概要や、「日常生活における移動が関連する活動」の補償範囲の基準について説明することがある。また、評価を行う有資格の医療専門家と金銭的な打ち合わせはしないことがある。

#### (7) よくある文書の問題

水準がより低い移動福祉機器の注文書は認められない。他には、7要素の注文書における対面の検査日が不正確である、文書が規定のスケジュール内に送付されない等の問題がある。

#### (8) 電動車いすに関するスケジュール

福祉機器業者は、医師が対面での診察を実施した後、45日以内に7要素の注文書と他の

文書を受領しなければならない。その日付印のある文書の受領後120日以内に、電動移動機器を配送しなければならない。又は、メディケアの適用範囲の発展的決定（Advanced Determinations of Medicare Coverage; ADMC）に基づき、6ヶ月以内に電動移動機器を配送しなければならない。

#### (9) 最終の診察・評価

通常は、医師又は公認の治療者が患者を診察し、移動の検査のために全身の検査・評価を行った日から45日以内に文書が提出される。しかし、いくつか例外がある。まず、患者がすでに診察済みの場合には、医師又は公認の治療者が、有資格の医療専門家によって指示・実施された評価に同意した日から数えられる。また、患者が有資格の医療専門家の評価の前に診察を受けなかった場合には、医師又は公認の治療者が評価の受領後に患者を診察した日からである。他には、患者が特殊技術を要する施設から退院した日からということもある。なお、福祉機器センター等で処方者と臨床医の双方が居合わせて検査や評価の過程を指揮する場合には、注文書、診察、評価に同じ日を明記することがある。

#### (10) 医師から福祉機器業者への文書

医師から業者に送られる注文書などの文書には、日付印又はそれに相当するものが必要である。また、注文書には7つの要素が含まれており、対面で検査が実施されており、詳細な製品の説明があることが求められる。なお、注文書の7つの要素とは、対面日、患者の氏名、診断と/又はICDコード、必要な製品（特異的又は非特異的）、必要な期間、医師のサイン、サインした日である。

#### (11) ATS・ATP(福祉機器業者)への要求

ATS・ATPは、患者の明細書に対して直接対面で関与しなければならない。機器が提供される前に、患者を診察しなければならない。

#### (12) 自宅評価

機器の提供前又は提供中に、福祉機器業者又は処方者は自宅の評価を現場で行わなければならない。既定のMRASL'sを達成するために、自宅での電動移動機器の利用可能性を保証する。なお、自宅評価は診療記録であると

は見なされない。

### (13) 詳細な製品の説明

詳細な製品の説明は機器の提供前に医師に送られ、それにサインと日付が添えられて、福祉機器業者に提出される。詳細な製品の説明は、製品の HCPCS コード、製品の説明又は製品の名称/模型、請求される全ての付属品の一覧表、福祉機器業者の許容可能な請求と報酬の表を含む。許容可能な報酬の表がない場合は、保険が適用しないことを示す。

### (14) 福祉機器業者の宣誓書

患者の検査に参加した有資格の医療専門家は、福祉機器業者と金銭的な関係を持たないことがある。その場合は、有資格の医療専門家と金銭的な関係を持たないことを示す福祉機器業者のサインした宣誓書が必要であり、ファイルに保存されなければならない。有資格の医療専門家が福祉機器業者と金銭的な関係を持つ場合は、臨床的な情報が提供されるが、それは医師の対面の診察の一部とは見なされない。

### (15) 遵守するための手段

移動福祉機器に関する手順を遵守する手段として、手動車いすのチェックリスト、電動移動機器のチェックリスト、電動移動機器の注文書のテンプレート、頭字語の医学専門用語、「国家的な適用範囲の決定」の年代順の再検討、LCS の会報の FAQ、管轄区 ABCD

の移動福祉機器諮問機関、国営機関と AA 在宅看護、認定団体、福祉機器業者団体の機関がある。

### 1.2.7. 移動福祉機器政策の全体像

以下に、移動福祉機器政策の全体像と実施順序を示す。まず患者が福祉機器業者を訪問し、福祉機器業者が医師に患者の診察を依頼する。医師や医療専門家は患者の身体機能等の診察や評価を対面で行う。同時に、福祉機器業者は患者の自宅評価や車いすの試用評価を行い、患者に適切な機器の詳細事項を医師に送付する。医師は診察や評価と機器の詳細事項を照らし合わせて機器を承認し、診察後 45 日以内に注文書と診療記録を福祉機器業者に提出する。福祉機器業者は請求書を DME MACs・DME PSCs に提出し、請求の審査がなされる。審査に通ると、機器に必要な費用がメディケアで補償される。それを受けて福祉機器業者は福祉機器センターに機器の詳細事項を送り、福祉機器センターは患者に対して機器のフィッティングや配送を行う。これは、福祉機器業者が注文書受理後 120 日以内に実施される必要がある。その後、福祉機器業者によって車いす訓練と継続管理がなされる。

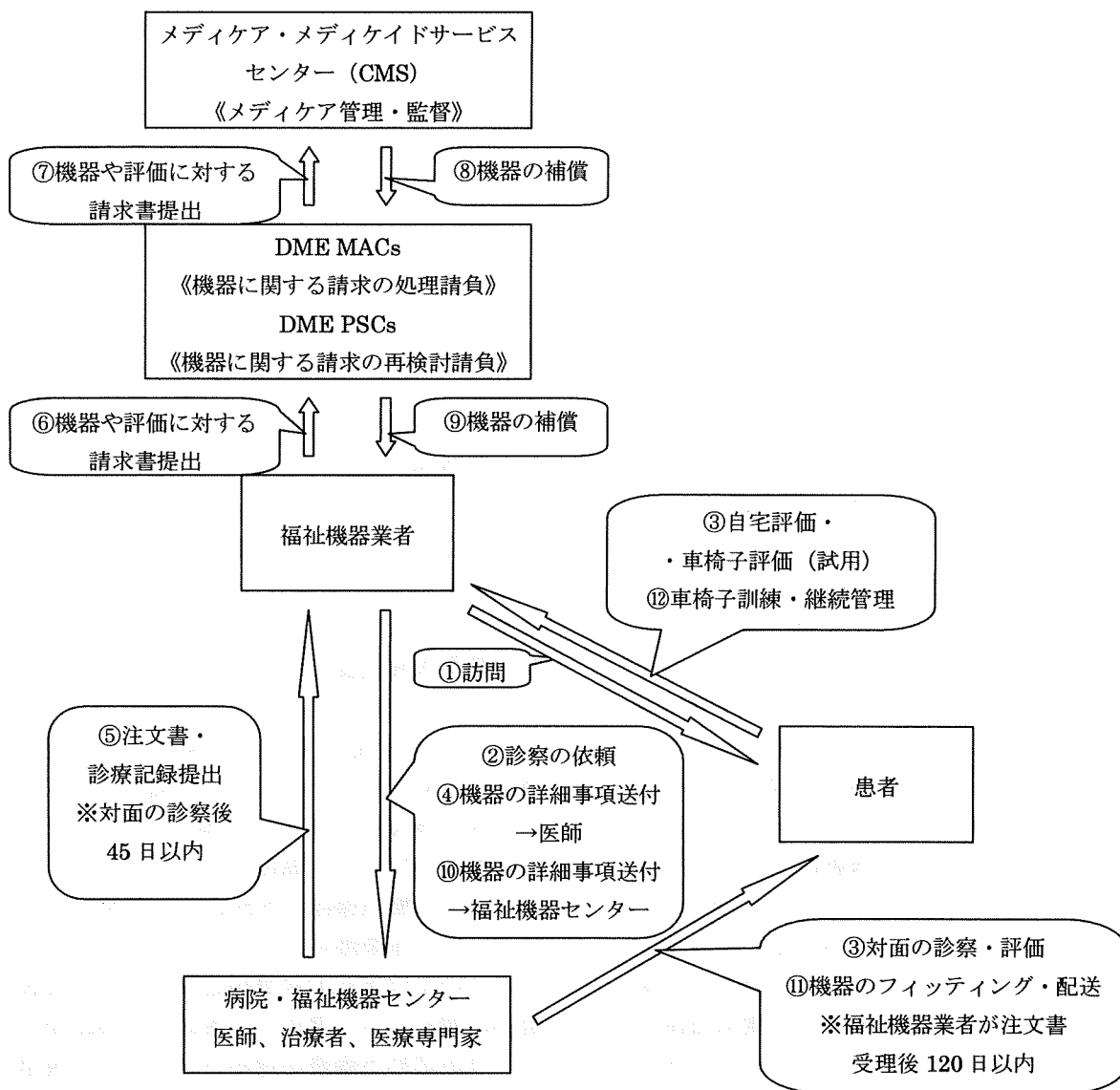


図2 メディケアにおける福祉用具の供給の流れ

## 2. ドイツの義肢装具供給制度

以下、聞き取りより得られた、ドイツの義肢装具供給制度と価格決定の方法について示す。

### 2.1. 医療機器コードについて

ドイツでは、健康保険でカバーされる医療機器について、コードを付している。義肢・装具は、健康保険でカバーされる医療機器に該当し、ドイツ義肢装具技術協会ではこのコードを発行している。

コードは、2桁のコード3つと桁数の規定されないコード1つからなる。例を書きに示す。

23-09-01-0

ここで、23は医療機器の種目を表すコードで、23は装具、24は義肢を表す。次の09はどの部分の装具かを示すコードで、09は肩を表す。その後の01は種類を示すために適宜ふられるコードであり、最後の数字は細目を表す。3番目の数字が30番台の数字の場合は、カスタムメイドの製品であることを示す。

このコードは、ドイツ国内で使用する独自のコードであり、GMDN等とは異なるコードである。健康保険の請求の際に、このコードを付す必要がある。

### 2.2. 義肢装具の価格計算について

ドイツ義肢装具技術協会では、価格計算のために下記の計算式を適応している。

価格（ユーロ）

＝素材費＋素材費の20％＋部品費＋部品費の20％＋作業時間（h）×54.50

この計算式はドルトムント、ケルンを含む地域の公的健康保険制度への請求に使用される。ドイツでは、地域ごとにこの計算式が異なる。ハンブルグでは、素材費や部品費のオーバーヘッドは0％で、その代わりに単位時間あたりの人件費が70ユーロと設定されている。オーバーヘッドと単位時間あたりの人件費は、33年前までは48％と30ユーロ/hで国内で統一されていた時代もあるが、義肢装具士の仕事を尊重する流の中で、オーバーヘッドが減り、人件費が高くなった経緯があるとのことである。すなわち、オーバーヘッドが多いということは、材料費や部品費をベースに義肢装具の価格を決定することを意味し、人件費が高いということは義肢装具士の作業により価格が決定されることを意味している。現在の数値はこのような議論を経て決定されているとのことであった。

人件費については、毎年見直しを行うことになっているが、ここのところほとんど変わっていない。人件費の決定は、関係団体の交渉により行われている。オーバーヘッドについても、ほぼ変わっていないということであった。

素材費、部品費については、メーカーが定める価格をそのまま適用している。

義肢装具にかかる経費は、基本的には公的健康保険で全額まかなわれるが、保険機構の中には、高額なものは上限額を設け、それ以上の経費については自己負担とするところもある。また、請求の内容については保険事業者がひとつひとつ確認することになっており、必要以上に経費がかかった場合には、その理由等を追求する制度となっている。

### 2.3. 人件費の内訳

人件費の請求は、義肢装具士が行うすべての作業をカバーしており、以下のように分類される。

(1) 面談（ニーズ、使用目的、生活環境等を

聞き取る）

(2) 採寸および方針決定（採寸し、どのような義肢装具にするかを決定する）

(3) 製作（義肢装具の組み立ておよび製作）

(4) 適合（利用者へのフィッティングを行う）

(5) 管理（在庫管理や部品の取り寄せなど）

請求書には上記5つの分類でそれぞれかかった時間を記載し、その合計に人件費単価をかけることで人件費を算出する。上記の分類において人件費単価は共通のものを使用する。時間で換算するため、作り直し等にかかった時間も費用に含まれる。

ドイツ義肢装具技術協会では、上記5つの分類をさらに細分化し、義肢装具製作にかかる時間を詳細に記述できるフォームを作成している。表1にその内容を示す。

### 2.4. 競争入札制度について

今年5月に発行されたEU指令によると、公的な資金を使用する際に競争入札制度の導入が勧められている。これに関して、ドイツの医療制度の抜本的な改革が必要とされ、現在検討中である。福祉用具に関しては、ストマ、圧力療法機器、整形靴、失禁関連用具について、基準価格が定められており、これらについては方式の変更が必要となる。義肢装具に関しても、現状では素材費、部品費はメーカーが定める価格が適用されており、競争入札により、価格の低下を図ることができる可能性もある。人件費については、関連団体の協議できめられているが、競争原理ははたっていない。ものの価格は競争入札により、適正なものが設定できると考えられるが、サービスの質については、どのように決めるべきか課題が多い。競争入札に向けて、多くの仮題があり、今後慎重な検討が必要になるとのことであった。

### 2.5. まとめ

ドイツの義肢装具の価格決定方法について、調査を行った。基本的には日本の補装具制度で使用している価格算定式と同様に、素材費、素材費のオーバーヘッド、部品費、部品費のオーバーヘッド、人件費を足しあわせることで価格を決定していた。しかし、日本のように式に用いる数値を国が決め

のではなく、地方によって式の内容が異なっていた。また、ドイツには多くの公的健康保険事業者があり、それによっても異なる部分があるということであった。30年ほど前までは、国で一律に数値を設定していたが、地方の特色や考え方により、それぞれ独自の方式が生まれている。

人件費の計算では、製作にかかるプロセスを詳細に分類し、それぞれにかかる時間を申告することになっている。技術者の教育がしっかりし、技術者の仕事を重要視するドイツならではの制度ともいえる。作り直しにかかる費用についても請求できることになっているが、技術者の質がしっかりしていることが前提にあるように思う。最終的には、保険事業者が請求内容を精査することで、無駄を省く制度になっていることも重要なポイントといえる。

EU指令で示された競争入札については、ドイツの医療費全体で見直しが求められているが、義肢装具についても今後導入される可能性がある。部品や素材については導入が可能であるが、サービスの質について競争入札になじむのかどうか、十分な検討が必要である。

ドイツの義肢装具の価格決定方法は、日本の補装具制度で採用している考え方とほぼ同様の考え方で構築されていた。しかし、地域や保険事業者により算定式に用いる数値が変わっており、国で一律の日本の制度とは運用面で異なっている。また、競争入札制度なども視野に入れた検討がなされており、今後日本の制度との差が広がっていくように感じる。日本の補装具費支給制度も見直しを迫られる時期が来ているといえる。

### 3. フィンランドの供給制度

以下、聞き取りにより得られた資料(Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries Second Edition)から、フィンランドの福祉用具供給制度について示す<sup>1)</sup>。

#### 3.1. 対策制度の政策と方針

フィンランドの社会では、福祉機器のため

のサービス作りに必要とされる全般的な必要条件が十分に整備されている。フィンランドの障害者政策は、北欧の福祉モデルに基づいている。法律は市町村に、福祉サービスと健康管理サービスを市民のために整備することを義務づけている。その目的は、市町村において市民に求められる福祉サービスを、経済的、社会的な地位に関わらず保障することである。この法律の大部分は、税収入により資金が提供され、民間のサービスや市民団体の活動により補助されるサービスを含むモデルを基礎においている。

国は、市町村の広範囲にわたる法定事業への資金援助を行なうが、市町村自身が市民のためにどのようなサービスを計画するかを決定する。市町村は単独でサービスを提供することもあれば、近隣の市町村と共同で行なうこともある。ある市町村は、他の、つまり民間の提供者からサービスを購入することもある。これは、市町村間のサービスには差異が生じるということである。

2007年2月、2012年末まで有効な、市町村・サービス構造改革法が施行された。この市町村・サービス構造改革法の目的は、市町村が将来も責任を負う福祉サービスを市民が利用する権利を保障することである。市町村にとって、サービスを計画し提供する新たな機会となっている。市町村は、団結したり協力のための区域を形成したりすることで、協力することができる。一次医療に対して責任を持つためには、市町村や協力区域に少なくとも2万人の市民がいなければならない。この枠組みは、地域の特色を強める市町村構造の基礎を形成する。市町村にとって、サービスを計画し提供する方法を開発する良い機会となっている。(市町村・サービス構造改革法 155/2006)

福祉機器は、障害者に提供あるいは貸与される。福祉機器のサービスには、機器の使い方や取り替え方、整備の仕方の訓練や助言も含まれる。それらのサービスは無料である。福祉機器の大部分は、保健センターから、あるいは保健区域の福祉機器部の紹介によって得られる。社会生活や娯楽に必要な福祉機



器は、障害者へのサービスとして社会サービスから得ることができる。(社会保健省 2006)

国は、活動支援として情報やビジネスモデルを提供するだけでなく、サービスの質的・量的な目標を設定したり、勧告したりすることで、市町村や他のサービス提供者を指導する。(SHM 2006)「福祉機器の質に関する勧告」(2003)は、同様にフィンランド政府によって採択された 2000 年～2003 年の社会保健サービスのための目標や活動の計画に基づいている。勧告の必要性も、STAKES (国立保健福祉研究開発センター) によって 2000 年に開始された福祉機器利用の調査の中で明らかになった。STAKES の報告によると、福祉機器の利用や対策の実施に関しては、地域や組織によって差があるようだ。(福祉機器の質に関する勧告 社会保健省手引き 2003:8)

福祉機器サービスの質に関する全国的な勧告の目的は、利用者のニーズに焦点を合わせ、共通の基盤を基準として機能するよう、サービスを指導し発展させることである。効果的・専門的に提供されるサービスにより、市民は住んでいる市町村に関わらず、認められた必要性に応じて自由に福祉機器を受け取ることを保障される。

勧告は、戦略的計画のために、また、発展的業務、継続管理、活動評価の補助として用いることができる。勧告は主として社会保健サービスの政策決定者を対象にしているが、それは政策決定者が、市町村や保健区域で社会保健サービスの中の福祉機器サービスに関わる助言を行い、活動のガイドラインや資金給付に対して責任を負っているからである。2003 年から、21 の保健区域のうち、19 区域で福祉機器サービスのための地域計画が作成され、13 区域で地域福祉機器センターが設立された。

リハビリテーション体系が複雑であるために、法律はリハビリテーションの協力を見送ってきた。この法律は、フィンランドの社会保健局、労働教育局、社会保険機構に、リハビリテーション対策の整備において連携することを義務づけている。これらの機関は、

他のサービス体系とも協力する義務がある。

## (1) 福祉機器のための補助金に関する規定

### 1) 家庭における福祉機器

障害者は、障害や疾病の結果として必要とするものに応じて、全額あるいは部分的に、日々の作業を行なうために必要とする道具や機械、機器の入手により生じる費用の返済を受けることができる。

市町村は、重度障害者に継続的な施設での介護が必要でない場合、問題となる障害や疾病の結果として、住宅改修や住宅に取り付ける福祉機器の購入が障害者が日常生活で機能するために必要であれば、それに相当する費用を返済しなければならない。

家庭が所有し交付が得られる福祉機器は、永久的に住宅に取り付けられるステアリフト、警報器、他のそれらに相当する機器を含む。市町村は、費用を返済するのではなく、家庭が所有する機器を重度障害者が自由に使えるように設置することもある。(障害のためのサービス・支援法 759/1987) 責任機関：地方社会局

### 2) 治療とリハビリテーションのための福祉機器

地方局の市町村や団体は、その地方局の機関によって管理される市町村や地域におけるリハビリテーションのニーズを満たすために、医学的リハビリテーションサービスが内容や機会に関して整備されていることを保障しなければならない。医学的リハビリテーションサービスは福祉機器サービスを含むが、それは福祉機器のニーズの評価、決定、検査や、所有権や利用権に伴う福祉機器の給付、福祉機器の使用の訓練や継続管理、機器の整備のことである。オーランド州はフィンランド本島と同じ原則に従っているが、オーランド州では、保健医療サービスが地方市町村や地方局の団体に代わって、医学的リハビリテーションに関連する福祉機器に責任を負うという点で異なっている。(公衆衛生法 66/ 1972 、特別保健法 1062/ 1989、AFS 60/93)

医学的リハビリテーションのための福祉機器は、医学的見地から証明された障害を補うように設計され、障害者が日々の作業を行

なうために必要とする、機器やそれらの類似物を含む。福祉機器は、リハビリテーションが目的で必要とされる治療や訓練の機器も含む。学校やその他の場面で必要となる医学的リハビリテーションのための個別的な福祉機器（医学的リハビリテーションに関する規定 1015/ 1991）は、小学校、中学校、高校の障害を持つ生徒（17歳未満）に提供される。

福祉機器は、医学的リハビリテーションの手段として貸し出される。再利用が不可能な福祉機器は、永久的に受給者の所有物となる。

医学的リハビリテーションのための福祉機器は、無料である。（社会サービスと保健分野の依頼者の費用に関する法律 734/ 1992）責任機関：地方保健医療局、特別保健局

### 3) 教育と訓練の分野における福祉機器

障害を持つ生徒や特別な支援を要するその他の生徒は、授業に参加するために必要な特別な福祉機器や支援サービスを無料で受ける権利を有する。それらの支援には、例えばコンピュータ、エレベーター、特殊な机がある。（基礎教育法 628/ 1998）高校や総合中学校の7～10学年に在籍する重度の障害を持つ生徒は、勉強に必要な福祉機器（パソコンやロービジョンエイドなど）を提供される権利を有する。この要件は、その機器がフィンランド社会保険機関（KELA）の個別リハビリテーション計画に従って承認される特別職業訓練計画に規定されていることである。

（フィンランド社会保険機関により整備されるリハビリテーションに関する法律 610/ 1991）責任機関：地方教育局、フィンランド社会保険機関（KELA）

### 4) 仕事で使用する福祉機器

フィンランド社会保険機関（KELA）は、公的な社会保険機関である。この機関には、重度障害者の就労と生計のための能力の向上や維持に必要な、高額あるいは特別仕様の福祉機器を、職業リハビリテーションを目的として整備することが義務付けられている。

「高額あるいは特別仕様の福祉機器」とは、特別な技術水準を必要とする福祉機器であ

る。それらは志願者の障害を考慮して個人に給付される。職業リハビリテーションは、患者が福祉機器を使う訓練をしたり、患者が福祉機器を使うのをチェックしたり、必要なサービスを整備したりするだけでなく、福祉機器の必要性を立証したり、適合性を検証することも含む。

障害者の就労や勤続を支援するために、雇用主は職場の特別な整備のための資金を受け取ることができる。（雇用サービス法 1005/ 1993、雇用サービスに関連する利益に関する規定 1253/ 1993）責任機関：フィンランド社会保険機関（KELA）、労働局

## (2) 福祉機器に関するその他の規定

### 1) 障害を持つ退役軍人のための福祉機器

政府財務局には、医学的治療の一環として、補装具、福祉機器の使用の訓練だけでなく、それらの整備、サービスへの支払い、交換が義務付けられている。

また、政府財務局は障害をもつ退役軍人に対し、仕事上障害を持つ能力、住宅改修に関連する費用、家庭で使用する機器の入手に対し、少なくとも20%の賠償金を支払わなければならない。（兵役における傷害に関する法律 404/ 1948）

### 2) 交通事故、労働災害、職業病の後の福祉機器

保険会社は、事故保険法（608/ 48）に規定されている仕事で被った事故、職業病法（1343/ 1988）に規定されている職業病、交通事故保険法に規定されている交通事故により被った傷害に必要とされる福祉機器に対して、取り決め通りに費用を返済する。責任機関：政府財務局、保険会社

### 3) 行政に関する規定

種々の規定は入手可能なガイドラインを示しているにすぎず、様々な解釈をされやすいことが分かっている。リハビリテーションスタッフは、国のガイドラインの必要性を指摘している。STAKESは、福祉機器サービスの質の勧告を編集するために、様々な組織と協力している。社会保健省とフィンランド地方局協会は、2003年にこの質に関する勧告を発行した。（福祉機器サービスの質に関する勧

告、社会保健省手引き 2003:8)

### (3) 抗議の提出

KELA や保険会社が責任を負う福祉機器サービスの決定に対する要求に関しては、明確な規定がある。

その手順は保健医療サービスとは異なる。保健医療サービスでは、福祉機器サービスは医師が指示する治療の一環である。医師が指示する治療での決定に対して、抗議することはできない。もし受け取った福祉機器の解決策（治療）に不満があれば、上級顧問に意見書を送ると良い。もし上級顧問の決定にも満足できなければ、公共保健委員会に改正の請求書を送ることができる。

行政争訟と同じく、行政裁判所で訴訟を起こすことができる。行政裁判所の判決に関する不服申し立ては、行政最高裁判所に提出することができる。

## 3.2. 対策の方法

### (1) 保健医療サービス

2006年当初は全部で249の地方保健センターがあり（オーランド諸島を除く）、そのうちの25%が地方局、75%が市町村に属している。2万人未満の利用者にサービスを提供している保健センターが185、2万人以上に提供しているセンターが64ある。市町村とサービスの改革により、5年以内に保健センターは減るであろう。

保健センターは、一次医療や、基本的な福祉機器として知られているもの、例えば手動車いすや歩行・衛生状態を補助する福祉機器に対して、責任がある。規模が最大の保健センターには福祉機器課があり、最小の保健センターには理学療法課が運営する福祉機器チームがある。

電動車いす、ステアリフト、環境制御システムなどの高価な補助器具に対して責任を負う福祉機器科を持つ主要な病院は、21ある（オーランド諸島を含む）。さらに、眼科、耳科、肺科は全て、福祉機器に関して患者のニーズに合わせる責任がある。福祉機器科は、その地区での訓練と福祉機器サービスの計画にも責任を負う。

一次医療や身障者のための医療への様々

な福祉機器の給付は、地域によって異なる。医学的リハビリテーションに必要な治療や福祉機器は、医師が決定する。

### (2) 社会サービス

各市町村には、その市町村の障害者にサービスを提供する責任を負う社会福祉局がある。重度障害者は、機器がなければ生活ができないような障害を持つ場合、自宅に機器を持つだけでなく、住宅改修をする権利も有する。社会福祉局は申請があればこれらの費用を支払うが、多くの場合支払いを決定する前に保健局に相談する。

オーランド諸島も同じ原則に従うが、国ではなく州の法律に従う。

### (3) 学校・雇用サービス

学校は、学校や教室で障害を持つ生徒が使う特殊な機器を提供する責任を持つ。必要な機器を詳しく勧めるリハビリテーションスタッフは、これらの処置を求めることが多い。

雇用主は地方雇用局からの援助を求める。就労の申し込みは、疾病や障害後に労働市場に戻った患者を担当しているリハビリテーションスタッフから提出されることもある。

オーランド諸島もフィンランド本島と同じ原則に従うが、国ではなく州の法律に従う。

### (4) フィンランド社会保険局(KELA)と州財務省

フィンランド社会保険局(KELA)はフィンランド全土に計400以上の顧客サービスの拠点を持つ（オーランド諸島を含む）。260以上の包括的なサービスを行なう事務所と、70程度の支所がある。KELAは100以上の現場で共同してサービスを提供している。

リハビリテーションは志願者自身、保健局、労働行政、教育機関、社会局が申し込むことができる。その上で、他の給付金申請に関連してKELAに提出される医師の報告書を介して、申請書は提出される。

申請書には、障害の性質やそれが引き起こす問題を記述した医師の証明書がなければならない。

軍人の傷害や退役軍人に関連する案件を請け負う州財務省の部署は、兵役による傷害に関する法律に従って、戦争で身体に障害や疾病を被った人々に対する補助や損害賠償

に対応する。配偶者、未亡人、他の親族に対しても同様に対応する。

同じ法律に基づき、現役軍人、軍隊で働く人、国連の平和維持軍に従事する人の傷害や疾病に対しても、損害賠償が支払われる。兵役における傷害に関する法律に基づく賠償金は、特に医療費と住宅改修やリハビリテーションのための費用の償いとして支払われべきである。

福祉機器は申請書に基づいて提供され、傷害を受けた本人、リハビリテーションスタッフ、世話をする人がその申し込みを行なうことができる。

### (5) 利用者の影響力

福祉機器において、利用者の立場が重要であることが認識されている。社会保健省は、すべての行動計画において患者の重要な立場を強調している。州と市町村の障害者協議会（大半の市町村にある）と、障害者のための団体は、フィンランドにおける利用者の影響力を増進することにおいて重要な役割を担っている。

### 3.3. 資金提供

2000年以降医療にかかる総費用は毎年上昇し、2005年には119億ユーロとなった。2005年には、全保健医療サービスの経費は国民生産の7.5%を占めた。これは、OECDやEUの国々の平均値と比べるとやや少ない。住民一人あたりの保健医療サービス費も同じくOECDの国々の平均値より低い。(STAKES, 2006)

保健医療サービスの経費への資金提供については、最も融資するのは市町村である(2005年では費用の40.3%)。州の資金提供が増えてきている一方で、市町村によって支払われる経費の割合はやや減少している。

2005年には、州が全経費のうちの20.7%を出資した。保健医療サービス全般への資金提供者としての家庭の重要性は、2000年に関しては低下した。2005年には、経費の17.9%は家庭から出資された。これはOECD加盟国の中で最も高い数値の一つである。事業主救済基金と医療費の融資をする民間保険の重要性は低いままである。(STAKES, 2006)

州は、市町村の広範囲にわたる法定事業に

対して資金援助を行なっている。州は市町村間の差異を一様にするシステムを共有し、すべての人に同等のサービスを保障する。市町村のために州が負担する社会保健費の歳入は2007年には33.9%になる予定である。

市町村の歳出は、税金、州の負担、手数料、売上収益によってまかなわれている。フィンランドの市町村は税金を徴収する権利を有する。市町村税、資産税、法人税は、市町村の歳入の半分近くを占める。平均すると、市民は収入の18.3%を市町村税に支払っている。社会サービスと医療にかかる経費の7%以上は手数料によってまかなわれている。

市町村は市民のために一次医療と特別なケアを整備する。これにより、応急処置、医療的な検査や治療、+αのリハビリテーションを全ての人々が利用できるようになる。

一次医療は、保健センターによって提供される。それぞれの市町村は、特別な医療が施されることを保障するために、保健区域のための市町村間の連盟に所属する。

健康保険はフィンランド社会保険機関によって管理されており、民間医療の利用によって生じる費用や外来患者が服用する薬の費用を返済することによって、公衆衛生と医療を補う。健康保険は、雇用主や保険契約者によって支払われる保険料から資金を得る。州は、健康保険基金に十分な資金があることを保障する責任がある。

フィンランドスロットマシン協会(RAY)は公法により統治される協会であり、その目的は、一般の人々にゲームを提供することにより、公益活動の促進のための資金を得ることである。フィンランドスロットマシン協会の利益は全額、非営利協会やフィンランドの一般市民の利益のために給付される。

障害者のための大規模な団体は、フィンランドスロットマシン協会の支援を得て、福祉機器サービスを整備する。これらの団体は、会員に対して助言や指導を行なう。また、福祉機器に関する講座や研究会の手はずを整える。フィンランド視覚障害者連盟とフィンランド知的障害・発達障害協会(Tikoteekki コミュニケーション技術センター)は自ら福

祉機器センターを設置しており、特に市町村の保健社会サービス、保険会社、KELA に対してサービス（例えば福祉機器の必要性の評価）の有償提供や製品の貸し出し・販売を行なう。

政府財務局は障害を持つ退役軍人に対して責任を負うが、活動資金を得るためにフィンランドスロットマシン協会から資金提供を受ける。

#### 3.4. 政府の支援機能

福祉機器の製品情報やデータベースの中で際立ったものはない。SAI - LAB（研究所と保健産業内の供給業者協会）は、組織間の通信システムだけでなく、病院や保健センターの購買部門のためのデータベースを維持管理する。このデータベースは、供給業者情報に加えて、病院や保健分野に必要な製品情報を含む。SAI - LAB システムの対象は病院と保健センターのみである。

STAKES は Apudata という、福祉機器分野のサービスと組織に関するデータベースを整備する ([www.stakes.fi/apuvalineet](http://www.stakes.fi/apuvalineet))。

フィンランド知的障害・発達障害協会の Papunet 部門は、コミュニケーション障害を持つ人のための福祉機器や関連するサービスのデータベースを整備する ([www.papunet.net](http://www.papunet.net))。

北欧諸国と EU 規則の合意に基づく検査以外には、国による福祉機器の体系的な検査は行なわれていない。医薬品庁 (Lakemedelsverket) は福祉機器の製造販売業者を監視する義務がある。製造業者や代理店は潜在的なリスクについて報告する義務がある。

共同で製品を購入する保健区域もあるが、大部分の福祉機器センターは単独で申し込み案内書や価格同意書を作成している。

#### D. 考察

アメリカ VA のシステムは、大量購入によるコストダウンと、適合を VA の病院で行うことにより質の向上およびコスト負担の明確化を行っていた。このシステムは、北欧のレンタル制度でもみられた仕組みであり、福祉用具の利用サービスを充実することによ

り、大きな市場が形成され、市場原理がはたらくというひとつのモデルが成り立つ。また、適合を専門職が担うことで、専門職の資質向上にもつながり、適合から供給までのプロセスが単純化される。これは、全体でのコストダウンにつながる可能性が指摘された。さらに、チームアプローチも有効にはたらき、利用者に真に必要とされる福祉用具の適切な判断を可能としている。

競争入札については、アメリカのメディケアで実施されているが、現在見直しのために休止しているとのことであり、問題点も指摘されている。そのひとつは、価格重視となることによる、サービスまで含めた質の低下である。価格と質の議論は、日本の補装具費支給制度や介護保険における福祉用具サービスにおいても行われており、結論を出すのは難しい問題ではあるが、メディケアが 2011 年には競争入札を再開するとの情報があり、その結論は注目に値する。

EU においても、公的資金による契約・支払いにおいては、競争入札を導入することを基本としており、ドイツでの調査においてもその問題点が指摘された。義肢装具部品等の物品については、競争入札はなじむが、サービスの質をどう担保するかは課題である。

ドイツの義肢装具の価格決定方法は、日本の補装具費支給制度とほぼ同様の方式であった。しかし、地方により価格決定のためのパラメータが違い、それぞれで特徴があることであった。主には、人件費単価と部品費・素材費にかかる係数に違いが見られ、トータルのコストはあまり変わらない。しかしこれは、義肢装具士の仕事を人件費としてしっかりと位置づけるか、物品費の管理コスト等に金額を貼り付けるかという考え方の違いが表れる。義肢装具士の質に関する議論もからみ興味深い問題である。いずれにせよ、ドイツ国内で複数の価格算定式があるため、比較が可能である点は重要である。

調査結果の全体を通して、福祉用具の価格決定において市場原理をどの程度、またどのようにはたらかせるかが大きな課題としてとらえることができる。日本の介護保険では、

価格の設定がされていないため、自由競争にはなっているが、価格低減の力が適切に働いているとはいえない。補装具費支給制度は、政府が価格を設定するため、市場原理ははたらくにくい。本研究で行った価格調査は、製造・販売側と市場との価格調整の意味合いがあり、このような調査を頻繁に行うことも、ひとつの方法である。今後EU等では大きな変化が起こる可能性もあり、その動向に引き続き注目するとともに、日本国内の制度についても改革が必要な時期ととらえることができる。

## E. 結論

本研究では、アメリカのVA（退役軍人援護局）およびメディケア、フィンランドにおける福祉用具の供給システムに関する調査を行った。さらに、日本の補装具費支給制度が参考としたといわれるドイツの義肢装具供給システムについて、その価格決定の仕組みについて昨年度に引き続き追加調査を行った。

調査の結果、福祉用具の公的給付の充実が強い市場を形成し、市場原理により価格低減が図られることが示された。一方で、適合やサービスの質をどう担保するかが課題としてあげられた。適合については専門組織が担当することでその質が保たれることが示されたが、業者のサービスの質については課題として残されている。メディケアやEUでの競争入札に関する議論も進行しており、引き続き情報収集が必要である。今後、これらをふまえ、補装具費支給制度、日常生活用具給付等制度、介護保険を含めて価格の議論を進める必要がある。

## F. 引用文献

1) Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries, Nordic Cooperation on Disability Issues(NSH), 2007



