

# 第3章

## 参考資料編

## 目 次

### I 補装具関係通知集

---

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | 福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領……………   | 209 |
|   | (平成18年10月1日付け 福島県障がい者総合福祉センター所長通知)  |     |
| 2 | 補装具費支給事務取扱指針……………   | 273 |
|   | (平成30年3月23日付け 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)  |     |
| 3 | 補装具費支給事務取扱要領……………   | 295 |
|   | (平成30年3月23日付け 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知)  |     |
| 4 | 電動車椅子に係る補装具費の支給について……………  | 357 |
|   | (平成30年3月23日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)  |     |
| 5 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく<br>自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について<br>(平成19年3月28日付け 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知)<br>…………… | 361 |
| 6 | 介護扶助と障害者自立支援法に基づく自立支援給付との適用関係等について<br>(平成19年3月29日付け 厚生労働省社会・援護局保護課長通知)<br>……………   | 367 |

### II Q&A / 事務連絡

---

#### (厚生労働省)

- |    |  |     |
|----|--|-----|
| 1  | H20.05.14 補装具関連Q & A……………                                    | 371 |
| 2  | H22.10.29 補装具支給に係るQ&Aの送付について……………                            | 373 |
| 3  | H25.03.15 難病患者等における地域生活支援事業等の取扱いに関するQ & A<br>……………           | 385 |
| 4  | H26.03.31 補装具費支給に係るQ & Aの送付について……………                         | 403 |
| 5  | H27.03.31 補装具費支給に係るQ & Aについて……………                            | 407 |
| 6  | H30.01.16 補装具費支給制度における借受けの導入に係る留意事項について<br>……………             | 415 |
| 7  | H30.05.11 補装具費支給に係るQ & Aの送付について……………                         | 421 |
| 8  | R2.03.31 「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の改正」に係るQ & A……………      | 427 |
| 9  | R2.03.31 「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」に係るQ & A…………… | 433 |
| 10 | R3.03.31 「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の改正」に係るQ & A……………      | 441 |
| 11 | R3.03.31 「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」に係るQ & A…………… | 443 |
| 12 | R4.03.31 補装具費支給に係るQ & Aの送付について……………                          | 449 |
| 13 | R5.01.06 補装具費支給に係るQ & Aの送付について……………                          | 451 |

#### (福島県)

- |    |                                      |     |
|----|--------------------------------------|-----|
| 14 | H30.01.11 福島県補装具関連Q & A (義肢・装具)…………… | 455 |
|----|--------------------------------------|-----|

## 福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領

福島県障がい者総合福祉センター

### 1 目的

身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に規定する特殊な疾病に該当する難病患者等に対する補装具費の支給に係る判定事務については、補装具費支給事務取扱指針（平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。）に定めるもののほか、この要領に定めるところによることとし、補装具費判定事務の適正化及び迅速化に資することを目的とする。

### 2 要否判定の区分

(1) 福島県障がい者総合福祉センター（以下「センター」という。）の判定を必要とする補装具

#### ア 新規支給

義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子（普通型）、電動車椅子（簡易型）及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給

#### イ 再支給

- (7) 骨格構造義肢、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）に係るすべての再支給
- (4) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障害者意思伝達装置に係る医学的所見を必要とする再支給（ただし、車椅子（オーダーメイド）については、別表1「車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表」（以下「別表1」という。）において、「区分1」に掲げるものに限る。）

なお、医学的所見を必要とする再支給とは、再支給にあたって障がい状況の変化等に伴い医師の診察を必要とする場合又は処方内容の変更を希望する場合をいう。

#### ウ 修理

上記アに掲げる補装具に係る医学的所見を必要とする修理（ただし、車椅子（オーダーメイド）及び電動車椅子（簡易型）の車椅子本体部分に係る修理については、別表1において、「区分1」に掲げるものに限る。）

なお、医学的所見を必要とする修理とは、修理にあたって障がい状況の変化等に伴い医師

の診察を必要とする場合又は修理により補装具の名称が支給時と異なるものになる場合等という。

(2) センターの判定を必要としない補装具

ア 市町村が、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医その他の医師（（指針第2の2の（1）の①のイに定める医師並びに指針第2の2の（1）の③に定める保健所の医師又は難病法第6条第1項に規定する指定医。以下「指定医等」という。）が作成した補装具費支給要否意見書（以下「意見書」という。）で判断できる補装具

(7) 義眼、眼鏡及び歩行器に係る新規支給、再支給又は修理（いずれも医学的所見を必要とするものに限る。）

ただし、同一種目につき、2個分を同時に支給する場合又は2個目の支給をする場合は、センターの判定を必要とする。

(8) 車椅子（オーダーメイド）に係る医学的所見を必要とする再支給又は修理（ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。）

(9) 電動車椅子（簡易型）の車椅子本体部分に係る医学的所見を必要とする修理（ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。）

(10) 車椅子（手押し型以外のレディメイド）に係る新規支給及び医学的所見を必要とする再支給又は修理（別表1において「区分1」及び「区分2」に掲げるものとする。）

イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具

(7) 視覚障害者安全つえ、車椅子（手押し型のレディメイド）歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理

(8) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド）、歩行器、義眼、眼鏡、補聴器及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給（車椅子については、別表1において、「区分3」に掲げるものとする。）

(9) すべての補装具に係る医学的所見を必要としない修理（人工内耳に係る人工内耳用音声信号処理装置修理を含む）

3 要否判定・判断の方法

(1) センターが行う要否判定

センターの判定を必要とする補装具については、来所若しくは巡回相談会における判定（以下「相談会判定」という。）又は意見書による判定（以下「書類判定」という。）を行うが、



その実施区分は次のとおりとする。

ア 相談会判定のみ行う補装具

骨格構造義肢、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）（電動車椅子については、イに掲げる場合を除く。）

イ 原則として相談会判定を行うが、相談会に出席できないやむを得ない事由がある場合に書類判定を行う補装具

殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）（電動車椅子については、修理不能となったことのみで、同じ型式の電動車椅子について再支給する場合に限る。）及び重度障害者用意思伝達装置（必要に応じて実態調査を行う。）

ウ 原則として書類判定を行うが、申請者が希望する場合に相談会判定を行う補装具  
補聴器

(2) 市町村が行う要否判断

ア 上記2の(2)の(ア)に規定する補装具については、意見書により要否を判断すること。（(ア)のただし書きの場合を除く。）

なお、市町村において判断が困難な場合又は申請者が相談会判定を希望する場合は、センターに相談すること。

イ 上記2の(2)の(イ)に規定する補装具については、申請者の障がい程度や生活状況を確認のうえ要否の判断を行うこと。

#### 4 判定依頼

(1) 手続

市町村は、センターの判定を必要とする補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書（様式第1号）に見積書（写）を添付し、かつ、次の書類を必要に応じ添付してセンター所長に提出すること。

なお、相談会判定の依頼は、相談会開催日の10日前までに行うこと。

ア 意見書

イ 補装具費支給に係る借受けに関する調査書（様式第2号の1）

ウ 車椅子等調査書（様式第2号の2）

エ 車椅子の寸法表（相談会判定のオーダーメイドの場合に限り、電動車椅子（簡易型）の本

体車椅子を含む。様式は任意。)

オ 車椅子等支給に係る介護保険調査書 (様式第 2 号の 3)

カ 重度障害者用意思伝達装置調査書 (様式第 2 号の 4)

キ 特例補装具費支給申請理由書 (様式第 6 号)

ク 診断書 (様式第 8 号)

## (2) 意見書の様式

意見書は次の補装具ごとに作成するものとし、その様式は別紙のとおりとする。

ア 殻構造義手	(様式第 3 号の 1)
イ 殻構造義足	(様式第 3 号の 2)
ウ 下肢装具・靴型装具・歩行器	(様式第 3 号の 3)
エ 上肢装具	(様式第 3 号の 4)
オ 体幹装具	(様式第 3 号の 5)
カ 座位保持装置	(様式第 3 号の 6)
キ 車椅子	(様式第 3 号の 7-1)
ク 車椅子 (心臓機能障がい者用)	(様式第 3 号の 7-2)
ケ 車椅子 (呼吸器機能障がい者用)	(様式第 3 号の 7-3)
コ 車椅子 (平衡機能障がい者用)	(様式第 3 号の 7-4)
サ 電動車椅子	(様式第 3 号の 8-1)
シ 電動車椅子 (簡易型)	(様式第 3 号の 8-2)
ス 補聴器	(様式第 3 号の 9)
セ 義眼・眼鏡	(様式第 3 号の 10)
ソ 重度障害者用意思伝達装置	(様式第 3 号の 11)

## 5 判定・判断基準

要否の判定又は判断を適正かつ公平に行うため、補装具の判定・判断基準を別表 2 のとおり定める。

## 6 判定書の交付

市町村より判定依頼を受けた場合センターは、要否判定の結果を判定書 (様式第 4 号) により市町村に通知する。

## 7 適合判定・確認

製作し、又は修理した補装具の適合判定・確認は、次により行う。

### (1) センターの判定に基づき製作し、又は修理した補装具の適合判定

#### ア 適合判定を行う補装具

義肢、装具、座位保持装置、車椅子（レディメイドを除く）、電動車椅子（改造が施されたもの、簡易型で本体の車椅子がオーダーメイドの場合等）及び重度障害者用意思伝達装置

#### イ 適合判定の方法

(ア) 相談会判定で製作し、又は修理した補装具は、来所又は巡回相談会において行う。

(イ) 書類判定で製作し、又は修理した補装具は、センターの検収後に、意見書を作成した指定医等が判定を行う。

なお、判定を行った指定医等は、判定結果を補装具適合判定意見書（様式第5号）（以下「適合意見書」という。）に記載し、センター所長に送付すること。

### (2) 市町村の要否判断に基づいて製作し、又は修理した補装具の適合の確認

#### ア 意見書を作成した指定医等が作成する適合意見書により確認する補装具

(ア) 意見書により要否判断を行って修理した電動車椅子（簡易型）

(イ) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子の再支給又は修理

#### イ 市町村担当者が現物を確認する補装具

(ア) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子（手押し型以外のレディメイド）、義眼、眼鏡及び歩行器

(イ) 申請書等により判断して製作し、又は修理した補装具

## 8 特例補装具（指針第2の1の(2)に規定する補装具）

### (1) 判定依頼の手続

市町村は、特例補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書に次の書類を添付してセンター所長に提出すること。

ア 特例補装具費支給申請理由書（様式第6号）

イ 補装具費支給要否意見書（相談会判定の場合は不要）

ウ 特例補装具の名称・形式等を判別できるカタログ・仕様書等

エ 特例補装具の価格を証する書類（見積書等）

(2) 要否判定の方法

ア すべての特例補装具の新規支給、再支給又は医学的所見が必要な修理について、センターの判定を必要とする。

イ 判定方法は、3に準じる。

ウ センターは、申請者の障がいの状況その他真にやむを得ない事情の確認を行うため、必要に応じて、市町村担当者とともに実態調査を行う。

(3) 適合判定

適合判定は、7に準じて行う。

9 判定依頼の取下げ

市町村は、判定依頼した補装具について、申請者が申請を取り下げるなどの理由により判定を依頼する必要がなくなった場合、判定依頼取下げ書（補装具費）（様式7号）により、判定依頼の取下げを行うこと。

10 借受け費の判定等

借受け費の判定等については、指針に定めるもののほか、要領4、5、6及び9を準用し、以下により行う。

(1) 借受けの対象品目

- ア 座位保持装置の完成用部品
- イ 歩行器
- ウ 重度障害者用意思伝達装置（本体）
- エ 義肢の完成用部品
- オ 装具の完成用部品

(2) 要否判定等

- ア 歩行器については、意見書により市町村が要否の判断を行う。
- イ その他については、意見書又は相談会によりセンターが要否の判定を行う。
- ウ 借受けの期間は、原則1年以内とするが、やむを得ない事情がある場合は1年毎に再度判定を受け（歩行器にあつては市町村による判断）、最長3年程度まで更新することが出来る。

(3) 判定依頼等

市町村は、判定依頼書に、補装具費支給に係る借受けに関する調査書（様式第2号の1）を添付し、要領4に準じて判定依頼を行う。

附則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成26年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成28年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和2年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

(参考) 判定・判断区分

種 目	判定区分		判定・判断機関及び方法			備 考	
	区 分		センター	市町村 (意見書等)	市町村 (申請書等)		
義肢(骨格)	要否判定 (判断)	新規	◎				
		再支給	◎				
		医学的所見を必要とする修理	◎				
		医学的所見を必要としない修理			●		
	適合判定(確認)	◎		●			
義肢(殻) 装具 座位保持装置	要否判定 (判断)	新規	◎ ○			原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書	
		医学的所見を必要とする再支給・修理	◎ ○			原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書	
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●		
	適合判定(確認)	◎ ○		●	要否判定(判断)の方法に準ずる		
車椅子	オーダー メイド	要否判定 (判断)	新規	◎ ○		原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書	
			医学的所見を必要とする再支給・修理	◎ ○	○	別表1の「区分1」…センター判定 「区分2」…市町村判断	
			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
		適合判定(確認)	◎ ○	○	●	要否判定(判断)の方法に準ずる	
	手押し型 以外・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規		○		市町村において判断が困難な 場合又は申請者が相談会判定 を希望する場合は、センターに 相談すること。
			医学的所見を必要とする再支給・修理		○		別表1の「区分1」「区分2」
医学的所見を必要としない再支給・修理					●		
	適合判定(確認)		●	●			
手押し 型・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●		
		適合判定(確認)			●		
電動車椅子 (普通型) (簡易型)	要否判定 (判断)	新規	◎				
		再支給	◎ ○			修理不能となったことのみで、同じ型式のものを 再支給する場合は、書類判定可能	
		医学的所見を必要とする修理	◎ ○	○		別表1の「区分1」…センター判定 「区分2」…市町村判断	
		医学的所見を必要としない修理			●		
	適合判定(確認)	◎ ○		●	センターの適合判定を必要とするものは簡易型(車椅子 本体がオーダーメイド)の場合のみ。それ以外は市町村 による確認が必要		
義眼 眼鏡 歩行器	要否判定 (判断)	新規		○		市町村において判断が困難な場合 又は、申請者が相談会判定を希望 する場合は、センターに相談するこ と。	
		医学的所見を必要とする再支給・修理		○		2個支給の場合は、 センターの判定が 必要	
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●		
	適合判定(確認)		●	●			
歩行補助つえ 視覚障害者安全 つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●		
		適合判定(確認)			●		
補聴器	要否判定 (判断)	新規	○ ◎			原則…意見書 申請者が希望する場合…相談会	
		医学的所見を必要とする再支給・修理	○ ◎			原則…意見書 申請者が希望する場合 …相談会	
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●	補装具費支給後に生じた理 由により追加する必要が生 じた場合のイヤモールドの 追加もこれに該当する	
	適合判定(確認)			●	センター判定の場合、センターは適合判定を行わない が、市町村による確認は必要		
人工内耳 (人工内耳用音声信号処 理装置修理)	要否判定 (判断)	修理			●	「補装具費支給事務取扱要領」様式2「人工内耳用音声 信号処理装置 確認票」等により判断	
		適合判定(確認)			●		
重度障害者用 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎ ○			原則…相談会(出席出来ない場合は訪問判定) 相談会に出席出来ない場合…意見書	
		医学的所見を必要とする再支給・修理	◎ ○				
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●		
		適合判定(確認)	◎ ○		●	要否判定・判断の方法に準ずる	

凡例

- ◎ … 相談会判定(センターが来所又は巡回相談により要否判定又は適合判定を行う)
- … 書類判定(センター又は市町村が意見書により要否判定(判断)又は適合判定(確認)を行う)
- … 市町村が申請書等により要否判断又は出来上がり現物の確認を行う

## 判定依頼書（補装具費）

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

下記の者に対する判定を依頼します。  
記

(フリカ`ナ)				男女	生年月日	年 月 日生	歳
氏 名							
居 住 地							
身体障害者手帳	交 付 日 年 月 日	年 月 日	番号	都 道 府 県 市 第 号			
	障がい名 又は疾病名						障がい 等級
生活状況	現 在 の 生活場所	1 在宅 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> その他 2 施設 (名称: _____)					
	職 業	3 医療機関 (名称: _____) 退院予定: <input type="checkbox"/> 有 → 月 日頃 <input type="checkbox"/> 無					
家族構成	続 柄						
	年 齢						
	職 業						
補装具の支給歴 (他制度の場合は()書き)	種目・名称						
	引渡日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
判定依頼事項	補装具名: [ _____ ] (借受けの有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [支給区分] 1 新規 2 再支給 3 修理 <input type="checkbox"/> 2具目						
判定方法	1 書類判定 2 相談会判定 - <input type="checkbox"/> 来所相談会 <input type="checkbox"/> 巡回相談会 [判定日: 月 日]						
希望業者							
添付書類	1 補装具費支給要否意見書 2 補装具費支給に係る借受けに関する調査書 3 車椅子等調査書 4 重度障害者用意思伝達装置調査書 5 車椅子等支給に係る介護保険調査書 6 特例補装具費支給申請理由書 7 診断書(様式第8号) 8 見積書(写) 9 その他( _____ )						
補装具費支給に対する意見	【補装具費の支給を必要とする理由及び判定上参考となる事項を記入すること】 (①他制度適用の可否、②耳あな型の補聴器、③2個支給(又は2個目の支給)の必要な理由については、必ず記入すること)						

注 障がい名又は疾病名の欄には、身体障害者手帳を持たず障害者総合支援法に指定された難病等により補装具を申請する場合は、その疾病名を記載すること。

補装具費支給に係る借受けに関する調査書

調査年月日	年 月 日
市町村名	
調査担当者	

氏 名		男・女	年 月 日 生	歳
種 目	1 座位保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品			
名 称 使用部品名				
借り入れが必 要な理由	区分	1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討	2 障がいの進行への対応 4 その他	
	[理由]			
貸出し業者	住 所 名 称 担 当 者 電話番号			
相談会月日	年 月 日	医師名		

注1) 相談会月日の欄は、相談会判定による判定依頼の場合のみ記入すること。

注2) 医師名欄は記入不要。



車 椅 子 等 調 査 書

調 査 年 月 日	年 月 日
市 町 村 名	
調 査 担 当 者	

氏 名		男・女	年 月 日 生	歳			
車椅子の 操作経験	手動車椅子	1 有 → [型式: ] [年数: 年くらい] 2 無					
	電動車椅子	1 有 → [型式: ] [年数: 年くらい] 2 無					
使用目的及び頻度		1 仕事・通勤	週 回	2 日常生活	週 回		
		3 散歩・近所廻り	週 回	4 買い物	週 回		
		5 通院	月・週 回	6 デイサービス	月・週 回		
		7 社会参加 (内容: )		月・週 回			
使用形態		1 車椅子等のみで移動	2 自分が運転する自家用車と併用				
		3 介護者が運転する車と併用	4 他の補装具を併用 ( )				
		5 その他 ( )					
使用場所		1 屋内のみ	2 屋外のみ	3 屋内・屋外とも			
使 用 環 境	屋 内	住宅の形態	1 自家 2 賃貸(①一軒屋 ②アパート等) → <input type="checkbox"/> 一般用 <input type="checkbox"/> 障がい者用 4 施設				
		住宅の改造	1 車椅子用に改造済み 2 改造予定( 年 月) 3 改造していない				
		使用可能場所	1 居間 2 寝室 3 廊下 4 洗面所 5 トイレ 6 浴室				
	屋 外	日常生活圏	1 行動半径 → 約 m・km				
		居住環境	1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯				
		道 路 の 状 況	地形	1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい			
			交通 量	1 多い	2 普通	3 少ない	
				路面			
				1 舗装(全域) 2 一部舗装	3 未舗装	4 悪路	
				歩・車道の区分			
1 あり(全域) 2 一部あり	3 なし(全域)						
交通信号		1 あり 2 なし					
危険箇所		1 踏切 2 用水路・川 3 池 4 側溝(蓋なし)					
入 院 中 の 場 合	病 院 名						
	入 院 の 目 的						
	入院の時期及び退院見込み						
	入院中に必要な理由						
1 在宅に向けての使用訓練		2 退院する見込みがなく、病院が生活の場となっている					
3 病院の備品の車椅子では、障がい上又は体型上等著しく不適合である		4 その他 ( )					
一 個 の 申 請 理 由	区分	1 現有の車椅子等に今回新たに申請して2個使用とする 2 従来から2個使用しており、今後も継続使用する					
	名称	1 台目:[ ] 2 台目:[ ] ( 年 月支給・今回申請 ) ( 年 月支給・今回申請 )					
	理由	1 使用環境上(物理的) 2 使用環境上(衛生上) 3 車での持ち運びの関係					
		4 学校・施設・職場からの要請 5 介護上の必要性 6 その他( )					
(欄が足りない場合は別紙とすること)							
保 管 場 所		1 玄関	2 室内	3 物置	4 その他( )		
保 守 点 検 者		1 本人	2 家族( )	3 その他( )			

注1 車椅子、電動車椅子、座位保持装置(車椅子構造フレーム)及び座位保持装置(電動車椅子構造フレーム)の判定を依頼する場合に、本調査書を添付すること  
 注2 電動車椅子の再支給で意見書により判定依頼する場合は、裏面「電動車椅子検査票」も作成すること  
 注3 電動車椅子の場合、①家屋の見取図 ②主な走行経路を記載した地図を添付すること  
 注4 介護保険の貸与制度が使用可能な者については、様式第2号の3を添付すること  
 注5 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること  
 注6 相談会判定でオーダーメイド(電動車椅子(簡易型)の本体を含む)を判定依頼する場合は、業者からの寸法表(任意様式)を添付すること

# 電動車椅子検査票

検査年月日	年 月 日
検査者	

氏名

**【身体状況等】**

- 視力 (右: 左: ) ○視野 (正常・異常) ○色覚 (正常・異常)
- 聴力 (正常・難聴気味・難聴) ○補聴器使用 (有・無)
- 言語 (伝達可・なんとか可・困難)
- てんかん (有・無)
- 上肢等の機能
  - ・利き手 (右・左)                      ・物を握る (                      )
  - ・食事 (箸・スプーン・自助具使用・要介助)
  - ・プッシュアップ (                      )                      ・頭を後まで回す (                      )
- 手動式車椅子の使用経験
  - 使用経験 (有・無)
  - 有の場合 : 車椅子の型式 (                      )
  - 使用していた時期 (                      )
- 移乗能力
  - 床 ↔ 車椅子 (                      )                      ベッド ↔ 車椅子 (                      )
  - トイレ ↔ 車椅子 (                      )
- ADLの状況
  - 介助が必要な場面 (                      )
  - 介助者 (                      )
- 自動車免許 (有・無)                      (現在・過去)
- 知的能力 (                      )                      ○交通規則の理解・遵守 (                      )
- 状況理解判断能力 (                      )                      ○行動意欲 (                      )
- 意志疎通性 (                      )                      ○路上故障時の対応能力 (                      )
- 携帯電話操作 (                      )

**【操作能力】**

○機種名                      メーカー (                      )                      機種 (                      )

1. コントロールスイッチ等操作能力

名 称	位 置	操 作
電 源 スイッチ	右・左	可・不可
走 行 レバー	右・左	可・不可
速度切替 スイッチ	右・左	可・不可
電動手動 スイッチ	右・左	可・不可
安全ブレーキ レバー	右・左	可・不可

2. 走行能力

速度	動作	できる	なんとか できる	不 可
低 速	前 進			
	後 進			
	方向転換			
	停止 (スロー↑昇)			
	停止 (スロー↓降)			
高 (中) 速	前 進			
	後 進			
	方向転換			
	停止 (スロー↑昇)			
	停止 (スロー↓降)			

3. その他参考事項

{

※必ず実際の操作を確認すること。

( ○ 可 △ 困難 × 不可)

車椅子等支給に係る介護保険調査書

調査年月日	年 月 日
-------	-------

氏 名		男・女	年 月 日 生	歳
要 介 護 状 態	<input type="checkbox"/> 第1号被保険者 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 (疾病名 ) <input type="checkbox"/> 非該当			
	要 介 護 (支援)区分		認 定 年 月 日	年 月 日
車椅子の名称(型式)				
生 活 状 況	居住区分	1 在宅            2 施設 (施設名 ) 3 その他 ( )		
	同居者 (主たる介護 者に◎)			
	要介助 の状態	1 全介助        2 一部介助 [ ] (自立可能な日常生活動作: )		
	[その他参考事項]			
介護保険での車椅子の貸与が出来ない理由又は施設の備品の車椅子では対応出来ない理由	[介護保険の既製品の貸与又は施設の備品の利用の検討をした結果に基づき、貸与出来ない理由を記入]			

所属		氏名	
----	--	----	--

注1 本調査書は、介護支援専門員が記入すること。

注2 介護保険の認定を受けた在宅者又は介護保険施設入所者等で、障害者総合支援法により車椅子又は電動車椅子を申請する場合に提出すること。

(R元. 6)

# 重度障害者用意思伝達装置調査書

調査年月日	年 月 日
市町村名	
調査担当者	

氏 名		男 女	年 月 日生	歳
福祉サービスの利用状況	介護保険	認定の有無	1 有 → [認定： 年 月 日] [要介護状態区分： ] 2 無	
		利用しているサービスの内容		
	障害者福祉	支援区分認定	1 有 → [認定： 年 月 日] [支援区分： ] 2 無	
		利用しているサービスの内容		
パソコン等の使用経験		1 有 → [パソコン・ワープロ・携帯用会話補助装置・その他( )] 2 無		
意思伝達装置の操作経験		1 有 → 支給・借用・自費購入 2 無 [商品名： ] [年数： 年くらい] [入力装置の種類： ]		
試用(デモ)実績		1 有 → [商品名： ] [H 年 月 日～H 年 月 日]	取扱業者名	
		2 無 → 予定 [H 年 月 日～H 年 月 日]		
使用場所		1 自宅 2 病院・施設等(名称： ) 3 その他( )		
使用形態(該当するものすべてに○)		1 コミュニケーション(会話・文書作成) 2 電子メール 3 インターネット 4 他の環境設備のコントロール		
一日の使用時間		約 時間		
意思伝達の主な相手				
主たる介護者				
保守点検者				
必要とする付属装置	<input type="checkbox"/> 固定台		必要とする理由	
	<input type="checkbox"/> 入力装置固定具			
	<input type="checkbox"/> 呼び鈴			
	<input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置			
必要とする入力装置(スイッチ)	<input type="checkbox"/> 接点式		必要とする理由	
	<input type="checkbox"/> 帯電式			
	付属品	<input type="checkbox"/> タッチ式入力装置		
		<input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部		
	<input type="checkbox"/> 筋電式			
	<input type="checkbox"/> 光電式			
	<input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式)			
	<input type="checkbox"/> 圧電素子式			
	<input type="checkbox"/> 空気圧式			
<input type="checkbox"/> 視線検出式				

注: 選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

※難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。

(H30.6)

補装具費支給要否意見書(殻構造義手)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳											
住所																
障がい名																
原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日			年	月	日										
				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )												
切断の部位・レベル	右	左	両側	極短	短	標準	長	極長	肩	上腕	肘	前腕	手	手根骨部		
障 が い の 状 況	断端	断端長	cm													
		形状	骨端部の突出	1	あり	2	なし									
	浮腫		1	あり	2	なし										
	断端の形		1	円錐形	2	円筒形	3	しもぶくれ	4	その他( )						
	皮膚	術創の状態	1	治癒	2	未治癒	3	治癒しているが問題あり	→	<input type="checkbox"/>	癒着	<input type="checkbox"/>	ドッグイヤー			
		癒痕の有無	1	術創以外なし	2	あり	3	骨性癒着	→	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし			
		一般状態	1	正常	2	異常に乾燥	3	異常に湿潤	4	知覚	→	<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	異常	
	皮下組織	量	1	厚い	2	中等度	3	薄い	4	骨の異常( )						
			硬さ	1	普通	2	硬い	3	柔らかい							
		その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない													
	血流(循環)	皮膚の色	1	正常	2	白っぽい	3	赤い	4	チアノーゼ						
		皮膚温	1	正常	2	高い	3	低い								
	痛み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛														
	幻肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性: )														
上肢関節機能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】															
その他の所見																
必要とする義手	<input type="checkbox"/> 肩義手	1 普通用 2 肩甲胸郭間切断用														
	<input type="checkbox"/> 上腕義手	1 差込式 2 吸着式														
	<input type="checkbox"/> 肘義手	1 差込式 2 吸着式														
	<input type="checkbox"/> 前腕義手	1 差込式 2 顆上支持式 → ミュンスター型 ノースウェスタン型 3 スプリット式														
	<input type="checkbox"/> 手義手	1 差込式 2 キャップ式 3 スプリット式 4 有窓式														
	<input type="checkbox"/> 手部義手	1 手袋式 2 前腕式														
	<input type="checkbox"/> 手指義手	1 キャップ 2 部分ハンド 3 差込式														
使用効果見込																

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等				
型 式		A 装飾用 B 作業用 C 能動式				
処方部位		A 右 B 左 C 両側				
ソケット		A アルミニウム、セルロイド B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂				
ソフトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 完成用部品(ライナー)				
支 持 部	肩 部					
	上腕部	A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(肩、上腕義手用)				
	前腕部	A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(前腕義手用)				
義 手 用 ハーネス	肩義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式				
	上腕義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式 C 8字ハーネス一式				
	前腕義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 8字ハーネス一式 C 9字ハーネス一式 D たわみ継手(一組) E 前方支持バンド F 上腕カフ(三頭筋パッド)				
外 装	肩 部	A 皮革 B プラスチック C 塗装				
	上腕部					
	前腕部					
完 成 用 部 品	肩継手	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式				
	肘継手	A 硬性たわみ B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ D 倍動ヒンジ E 能動単軸ブロック F 手動単軸ブロック(木製) G 作業用幹部式				
	手継手	A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式 E 作業用幹部式 F 手部コネクタ				
	手先具	A 能動ハンド B 能動フック C 装飾ハンド D 装飾手袋 E 作業用手先具				
	その他	A ケーブルセット B ハーネス部品 C フック用先ゴム D 断端袋(上腕用、前腕用) E ライナーロックアダプタ F ライナー				
品	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名			期間	か・月
		理由				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳		
住所							
障がい名							
原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日			年月日	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )		
	切断の部位・レベル	右 左 両側	極短 短 標準 長 極長	股 大腿 膝 下腿 サイム 足			
障 が い の 状 況	断 端 の 状 態	断端長	cm (健常肢側の %)				
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし			
			浮腫	1 あり 2 なし			
			断端の形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他( )			
		皮 膚	術創の状態	1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→ <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー			
			癒痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
			一般状態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
		5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常( )					
		皮下組織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )			
			硬 さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい			
			そ の 他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない			
		血 流 ( 循 環 )	皮 膚 の 色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ			
			皮 膚 温	1 正常 2 高い 3 低い			
			脈 動	1 あり 2 なし → <input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> 足背動脈			
		痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛				
幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性: )						
下 肢 関 節 機 能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】						
そ の 他 の 所 見							
必 要 と す る 義 足	<input type="checkbox"/> 股 義 足	1 受皿式 2 カナディアン式 3 片側骨盤切断用					
	<input type="checkbox"/> 大 腿 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト <input type="checkbox"/> IRCソケット					
	<input type="checkbox"/> 膝 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付					
	<input type="checkbox"/> 下 腿 義 足	1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付					
	<input type="checkbox"/> 果 義 足	1 差込式 2 有窓式					
	<input type="checkbox"/> 足根中足義足	1 鋼板入り 2 足袋型					
	<input type="checkbox"/> 足 指 義 足						
使 用 効 果 見 込							

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等				
型 式		A 常用 B 作業用				
処 方 部 位		A 右 B 左 C 両側				
ソ ケ ッ ト		A 木製 B皮革 Cアルミニウム、セルロイド D 熱硬化性樹脂 E 熱可塑性樹脂 □エアクッションソケット □二重ソケット □カーボンストッキング積層				
ソフトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン F 完成用部品（※ライナーを使用するときシリコーンは加算できない）				
支 持 部	股部					
	大腿部	A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（股、大腿義足用）				
	下腿部	A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（下腿義足用）				
	足部	A 軟性発泡樹脂				
懸 垂 用 部 品	股義足用	A 懸垂帯一式				
	大腿義足用	A シレジアバンド一式 B 肩吊带 C 腰バンド D 横吊带 E 義足用股吊带				
	下腿義足用	A 腰バンド B 横吊带 C 大腿もも締め一式 D PTB膝カフ一式				
外 装	股 部	A 皮革 B プラスチック C 塗装				
	大腿部					
	下腿部					
	足 部	A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)				
完 成 用 部 品	股継手	A ヒンジ継手 B カナディアン式				
	膝継手	A ヒンジ継手 B 鉄脚 C ブロック継手				
	足 部	A 固定足部 B 単軸足部 C 多軸足部 D SACH足部 E ドリンガー足部 F 装飾足袋				
部	その他	A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D 断端袋(大腿用、下腿用)				
		E ライナーロックアダプタ F ライナー G ベルト付先ゴム				
		H SACH用アングルブロック I 足先リアルソックス J 先ゴム K 踵ゴム				
		L スプリングゴム M 前止金具 N サイム用ボルト				
品	□ 借受け	部品名			期間	か月
		理由				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。



補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他( )		
障 が い の 機 能 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節				
		膝関節				
		足関節 足部				
	歩行の 状態					
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】				
	脚長差	1 なし 2 あり→ cm				
	必 要 と す る 補 装 具	<input type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし G 軟性 <input type="checkbox"/> PTB免荷付き			
<input type="checkbox"/> 長下肢装具		A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 <input type="checkbox"/> 骨盤付 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式				
<input type="checkbox"/> 膝装具		A 両側支柱 B 硬性 C スウェーデン式 D 軟性				
<input type="checkbox"/> 股装具		A 両側支柱 B 硬性 C 軟性				
<input type="checkbox"/> 足底装具		A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔				
<input type="checkbox"/> 靴型装具		A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴				
<input type="checkbox"/> 歩行器		A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型				
<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見〔 〕					
使用効果見込						

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処方部位		A 右 B 左 C 両側			
採型・採寸		A 採型 B 採寸			
継手	股継手	A 固定 B 遊動			
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	足継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。				
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性			
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式			
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式			
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴			
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完 成 用 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストップ付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式			
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストップ付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式			
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式			
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ			
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン			
	□ 借受け	部品名			期間
	理由				
靴 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式			
	補 高	高さ	cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール			
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンバー・バー D メイト・半月バー E メタルガル・バー F ハウザー・バー G ロッカー・バー H 蝶型踏み返し			
	付属品等	A 月型の延長 B スチールバネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)			
<p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">診 療 科 名</p> <p style="text-align: center;">作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

【記入上の留意事項】

(R2.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。

補装具費支給要否意見書(上肢装具)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他( )	
障がいの状況	【上肢の全般的な機能状態、装着部位の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 肩装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	<input type="checkbox"/> 肘装具	A 両側支柱 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 手背屈装具	A バネル型 B トーマス型 C オープンハイマー型 D 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	<input type="checkbox"/> 長対立装具				
	<input type="checkbox"/> 短対立装具				
	<input type="checkbox"/> 把持装具	A 手関節駆動式 B ハーネス駆動式			
	<input type="checkbox"/> MP屈曲装具	A バネル型 B プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> MP伸展装具				
	<input type="checkbox"/> 指装具	A 指用ナックルベンダー B 指用逆ナックルベンダー			
<input type="checkbox"/> B.F.O.					
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処 方 部 位	右 左 両				
	( )指				
採 型 ・ 採 寸		A 採型 B 採寸			
支 持 部	胸郭支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム			
	骨盤支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム			
	上腕支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 上腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)			
	前腕支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 前腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)			
	手部背側パッド	A モールド B フレーム			
	手掌パッド	A モールド B フレーム			
継 手	肩 継 手	A 固定 B 遊動 C 肩回旋装置			
	肘 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	手 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱			
	M P 継 手	A 固定 B 遊動			
	I P 継 手	A 固定 → 1 金属(アルミニウム) 2 モールド(熱可塑性樹脂) B 遊動 C 鋼線支柱			
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。				
※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。					
付 属 品		A 基節骨パッド → モールド フレーム B 中・末節骨パッド → モールド フレーム C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助バネ G 肘当て H ターンバックル I ダイヤルロック J 内張り → 上腕部 前腕部 手部 K 懸垂帯			
完 成 用 部 品	肩 継 手				
	肘 継 手				
	把持装具用部品				
	指用装具用部品				
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名			期間
	理由				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(体幹装具)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他( )	
障がいの状況	【歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記入すること】				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 頸椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし			
	<input type="checkbox"/> 胸椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 腰椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 仙腸装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし			
	<input type="checkbox"/> 側彎矯正装具	A ミルウォーキーブレイス B 頭部に及ばないもの → 1 金属枠 2 硬性 → <input type="checkbox"/> 不燃性セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック 3 軟性(帯状のものを含む)			
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等		
採型・採寸		A 採型 B 採寸		
支 持 部	頸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし		
	胸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性		
	腰椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性		
	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし		
	骨盤支持部	A 皮革(補強材を含む) B モールド(熱可塑性樹脂) ヘルビックガードル		
付 属 品	体幹装具用	A 高さ調節 B ターンバックル式 C 腰部継手 D バタフライ E 肩バンド F 会陰ひも G 腹圧強化バンド		
	側彎矯正装具用	A 胸椎パッド B 腰椎パッド C ショルダーリング D 腋窩パッド E アウトリガー F 前方支柱 G 後方支柱 H 側方支柱 I ネックリング J 胸郭バンド(プラスチック製)		
	内 張 り	A 頸椎支持部 B 胸椎支持部 C 腰椎支持部 D 仙腸支持部		
		※ 高さ調整は、頸椎装具についてのみ加算することができる。		
		※ バタフライについては、モールド又はフレームの場合にのみ加えることができる。		
完 成 用 部 品	部 品 名			
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名 理由	期間	か月
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 年月日			疾病・先天性・その他( )		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】				
		座位保持	1 不可 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)			
		立位保持	1 不可 2 支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)			
		立ち上がる	1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	歩行の状態					
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可				
※ 自走可の場合 → 操作方法{ 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }						
車椅子への移乗		1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助				
褥瘡の有無	1 あり 2 現在は無いが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし					
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり					
使用効果見込						

裏面へ続く

処		方		内		容	
採型採寸区分 及び処方部位	採型	1 頭・頸部	2 上肢	3 体幹部	4 骨盤・大腿部		
	採寸	1 頭・頸部	2 上肢	3 体幹部	4 骨盤・大腿部	5 下腿・足部	
支 持 部	頭 部	1 頭部支え					
	上 肢	1 上肢支え 2 前腕・手部支え					
	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型					
	骨盤大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型					
	下 腿 部	1 下腿支え			足 部	1 足台	
支の 持連 部結	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部					
	遊 動	1 腰部 2 膝部 3 足部					
	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式					
構 造 フ レ ー ム	使用材料	1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式: )					
		4 完成用部品	<input type="checkbox"/> 借受け	期間	か月		
	理由						
付加機能	1 ティルト機構 3 昇降機構						
付 属 品	カットアウトテーブル	1 標準 2 表面クッション張り					
	上肢保持部品	1 アームレスト 2 肘パッド 3 縦型グリップ 4 横型グリップ					
	体幹保持部品	1 肩パッド 2 胸パッド 3 胸受けロール 4 体幹パッド 5 腰部パッド					
	骨盤保持部品	1 骨盤パッド 2 臀部パッド					
	下肢保持部品	1 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド					
	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト 4 胸ベルト 5 骨盤ベルト 6 股ベルト 7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト					
	支持部カバー	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部 <input type="checkbox"/> 脱着式( )					
	内 張 り	1 アームレスト 2 テーブル					
	体圧分散補助素材	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部					
	キャスター	1 標準 2 多機能キャスター					
そ の 他	1 介助用グリップ 2 ストッパー 3 高さ調整用台座						
調 整 機 構	高 さ 調 節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部支持部 5 アームレスト					
	前 後 調 節	1 頭部支持部 2 骨盤・大腿支持部 3 足部支持部					
	角 度 調 節	1 頭部支持部 2 テーブル					
	脱 着 機 構	1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームレスト 5 内転防止パッド					
	開 閉 機 構	1 アームレスト 2 足部支持部					
完 成 用 部 品	部 品 名						
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名	期間	か月			
	理由						
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(全ての完成用部品)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(完成用部品:構造フレームのみ)を記入すること。



補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))

		氏名	容		
処方		内	容		
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 ※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 ※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 ※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 ※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者 <input type="checkbox"/> 手押し型 1 A(大車輪のあるもの) 2 B(小車輪だけのもの)			
	仕様	<input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等 <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド ※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
		フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材質】→ 鉄 軽合金 ステンレス		
		駆動輪	【径】 20 22 24 インチ		
		キャスター	【径】 5 6 7 インチ		
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)				
	対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者			
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)				
	対象者例	※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者			
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式				
	対象者例	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者			
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整(片・両)				
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム				
	対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合			
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)				
	対象者例	※2 → 上肢の筋力低下や手指の機能障がい等が著明で、標準のハンドリムの操作が難しい者 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。			
付	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )				
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め		
属	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台			
	品	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> その他 { }	<input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
		オーダーメイドの寸法			
		※ティッピングレバー長 ( ) ※フットバンパー長 ( )			

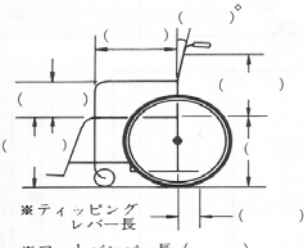
【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

(H30.6)

補装具費支給要否意見書(座位保持装置(電動車椅子フレーム処方用))

氏名	
----	--

		処 方 内 容		
必要とする電動車椅子様	型	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H		
	式	<input type="checkbox"/> 簡易型	【支給要件】 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者 ○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者 ○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者	
		<input type="checkbox"/> アシスト式		
	仕	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため	
		<input type="checkbox"/> 電動リクライニング式	【支給要件】 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者	
		<input type="checkbox"/> ティルト式	【支給要件】 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等	
		<input type="checkbox"/> 電動ティルト式	【支給要件】 上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者	
<input type="checkbox"/> 電動リフト式		【支給要件】 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。		
様	<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため		
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者		
バックサポート		1 固定式 2 延長 3 張り調整式 4 ヘッドサポートベース(枕を含む) 5 枕(オーダー・レディ)		
対象者例		※2 → ① 体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者		
アームサポート		1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡張(左・右・両) 9 延長(左・右・両)		
対象者例		※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者		
レッグサポート		1 固定式 2 開閉・脱着式		
フットサポート		1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整		
付	<input type="checkbox"/> シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )		
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め		
属	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)	オーダーメイドの寸法 駆動輪径( 吋) キャスター径( 吋)  ※ティッピングレバー長 ( ) ※フットバンパー長 ( )	
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)		
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台		
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> 点滴ポール		
	<input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)		
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台		
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)			
	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> フロントサブホイール		
	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> 幅止め		
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
<input type="checkbox"/> その他		 ※車輪とハンドリムの距離 ( )		

【記入上の留意事項】

(H30.6)

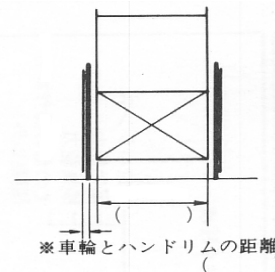
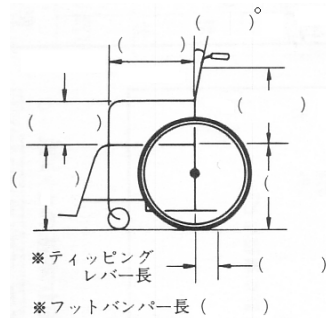
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者と立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所					
障 がい 名					
原因となった 疾病・外傷名		疾病・外傷発生日		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )	
障 が い の 状 況	運 動 障 がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )			
	知 覚 障 がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	歩 行 の 状 態				
	座 位	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 不可			
	立 位 保 持	1 自力にて可( 時間・分) 2 支持があると可( 時間・分) 3 不可			
	立 ち 上 がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可			
	上 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	褥 瘡 の 有 無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし			
	臀 部 の 状 態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり			
操 作 能 力 等	車 椅 子 の 操 作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }			
	車 椅 子 へ の 移 乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助			
	知 的 能 力 等	1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }			
必 要 と す る 車 椅 子 の 仕 様	<input type="checkbox"/> 普 通 型				
	<input type="checkbox"/> 手 動 リ フ ト 式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 前 方 大 車 輪 型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者			
	<input type="checkbox"/> 片 手 駆 動 型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者			
	<input type="checkbox"/> レ バ ー 駆 動 型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者			
	<input type="checkbox"/> 手 押 し 型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)			
仕 様	<input type="checkbox"/> リ ク ラ イ ニ ン グ 式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため			
	<input type="checkbox"/> テ ィ ル ト 式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等			
	<input type="checkbox"/> オ ー ダ ー メ イ ド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため			
	<input type="checkbox"/> レ デ ィ メ イ ド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
使 用 効 果 見 込					

裏面へ続く

処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ
キャスト	【径】 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
	対象者例 ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
	対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式
	対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム
	対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付→ <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)
	対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付 属 品	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
品	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)
	<input type="checkbox"/> ノーバンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印	



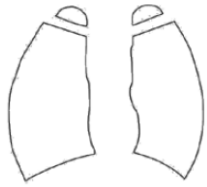
【記入上の留意事項】

(H29.06)

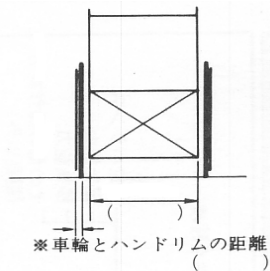
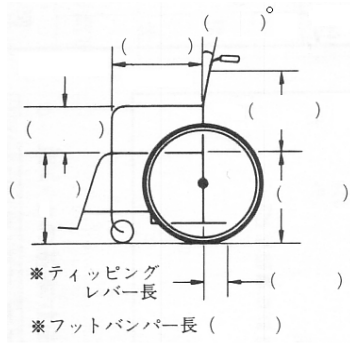
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1) 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2) 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3) その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(車椅子)

心臓機能障がい者用

氏名	男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住所				
障がい名				
原因となった 疾病・外傷名			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日		疾病・先天性・その他( )	
障 が い の 状 況	臨 床 所 見			
	胸部X線写真所見( 年 月 日)		心電図所見( 年 月 日)	
				
	心胸比:( )%			
	心臓機能についての所見			
歩行についての所見				
社会生活についての所見				
その他の所見				
操作能力等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }		
	車椅子への移乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助		
	知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }		
必要とする車椅子仕様	<input type="checkbox"/> 普通型			
	<input type="checkbox"/> 手動リフト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者		
	<input type="checkbox"/> 前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者		
	<input type="checkbox"/> 片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者		
	<input type="checkbox"/> レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者		
	<input type="checkbox"/> 手押し型	1 A(大車輪のあるもの) 2 B(小車輪だけのもの)		
	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため		
	<input type="checkbox"/> ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等		
	<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がいの身体状況に個別に対応することが必要なため		
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者		
使用効果見込				

処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ
キャスト	【径】 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構
	5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式
	6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡張(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
対象者例	※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式
	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム
	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付→ □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)
	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付 属 品	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)
	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め
<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印	



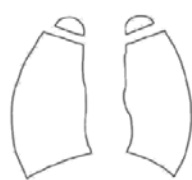
【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

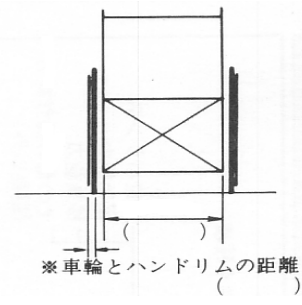
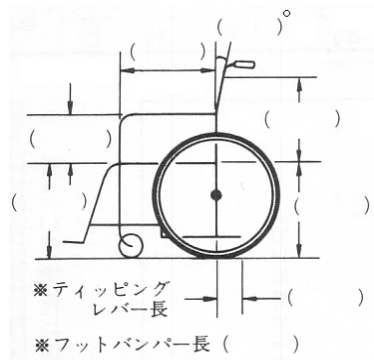
補装具費支給要否意見書(車椅子)

呼吸器機能障がい者用

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
疾病・外傷発生年月日				年 月 日		
				疾病・先天性・その他( )		
障 が い の 状 況	現在の活動能力の程度					
	胸部X線写真所見( 年 月 日)					
			ア 胸膜癒着	(無・軽度・中等度・高度)		
			イ 気腫化	(無・軽度・中等度・高度)		
			ウ 線維化	(無・軽度・中等度・高度)		
			エ 不透明肺	(無・軽度・中等度・高度)		
			オ 胸郭変形	(無・軽度・中等度・高度)		
			カ 心・縦隔の変形	(無・軽度・中等度・高度)		
	心胸比:( )%					
	換気の機能( 年 月 日)					
	ア 予測肺活量		ml			
	イ 1秒量		ml			
	ウ 予測肺活量1秒率		%	(=イ/ア × 100)		
	動脈血ガス( 年 月 日)					
	ア O2分圧 :		Torr			
イ CO2分圧 :		Torr				
ウ pH :						
エ 採血より分析までに時間を要した場合		時間	分			
オ 耳朶血を用いた場合 :		{	}			
歩行についての所見						
社会生活についての所見						
その他の所見						
操作能力等	車椅子の操作					
	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可					
	※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }					
必要とする車椅子仕様	車椅子への移乗					
	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助					
	知的能力等					
1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }						
必要とする車椅子仕様	<input type="checkbox"/> 普通型					
	<input type="checkbox"/> 手動リフト式 ※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者					
	<input type="checkbox"/> 前方大車輪型 ※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者					
	<input type="checkbox"/> 片手駆動型 ※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者					
	<input type="checkbox"/> レバー駆動型 ※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者					
	<input type="checkbox"/> 手押し型 1 A(大車輪のあるもの) 2 B(小車輪だけのもの)					
	<input type="checkbox"/> リクライニング式					
<input type="checkbox"/> ティルト式						
<input type="checkbox"/> オーダーメイド						
<input type="checkbox"/> レディメイド ※ JIS規格の既製品で対応可能な者						
使用効果見込						



処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ
キャスト	【径】 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
	対象者例 ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
	対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式
	対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム
	対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)
	対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付 属 品	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド
	<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション
	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)
	<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)
	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)
	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印	



【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1) 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2) 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3) その他参考となる事項



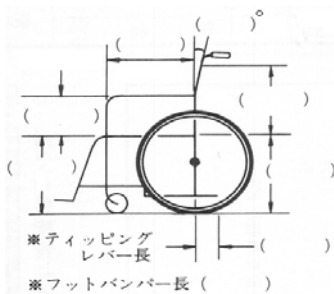
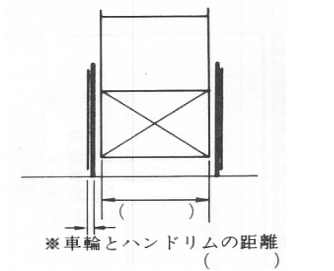
補装具費支給要否意見書(車椅子)

平衡機能障がい者用

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所					
障 が い 名					
原因となった 疾 病 ・ 外 傷 名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )	
障 が い の 状 況	平衡機能について の 所 見				
	歩行についての 所 見				
	社会生活について の 所 見				
	その他の所見				
操 作 能 力 等	車 椅 子 の 操 作		1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }		
	車椅子への移乗		1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助		
	知 的 能 力 等		1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }		
必 要 と す る 車 椅 子 の 仕 様	<input type="checkbox"/> 普 通 型				
	<input type="checkbox"/> 手 動 リ フ ト 式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 前 方 大 車 輪 型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者			
	<input type="checkbox"/> 片 手 駆 動 型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者			
	<input type="checkbox"/> レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者			
	<input type="checkbox"/> 手 押 し 型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)			
	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため			
<input type="checkbox"/> ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等				
<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため				
<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者				
使 用 効 果 見 込					

裏面へ続く

処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ
キャスト	【径】 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
	対象者例 ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡張(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
	対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式
	対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム
	対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)
	対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付 属 品	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド
	<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション
	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)
	<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)
	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)
	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

上記のとおり意見します。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

作成医師氏名 印

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(電動車椅子)

※普通型用

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )	
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	歩行の状態				
	座位	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 不可			
	立位保持	1 自力にて可( 時間・分) 2 支持があると可( 時間・分) 3 不可			
	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可			
	握力	右	kg	左	kg
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	手動式 車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }			
褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし				
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり				
移乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助				
視力	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
視野	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
聴力	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →				
使用効果見込					

裏面へ続く

		処	方	内	容
必要とする電動車椅子	<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H			
	<input type="checkbox"/> リクライニング式普通型	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため			
	<input type="checkbox"/> 電動リクライニング式普通型	<b>【支給要件】</b> 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型	<b>【支給要件】</b> 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等で、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型	<b>【支給要件】</b> 上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニングとティルト操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型	<b>【支給要件】</b> 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、交付対象とする。			
バックサポート	1 固定式 2 延長 3 張り調整式 4 ヘッドサポートベース(枕を含む) 5 枕(オーダー・レディ)				
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者				
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ調整式 4 跳ね上げ式 5 拡幅(左・右・両) 6 延長(左・右・両)				
対象者例	※3 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者				
レッグサポート	1 固定式 2 開閉・脱着式				
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整				
付属品	<input type="checkbox"/> シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )			
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド		
		<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの	<input type="checkbox"/> 背クッション		
		<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの	<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)		
		<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの	<input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)		
		<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの	<input type="checkbox"/> クッション滑り止め		
	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> 点滴ポール		
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)		
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台		
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> フロントサブホイール		
<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)	<input type="checkbox"/> 幅止め			
<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル			
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)					
<input type="checkbox"/> その他					
上記のとおり意見します。					
		年	月	日	医療機関名
					所在地
					診療科名
					作成医師氏名
					印

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易型))

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳	
住 所						
障 が い 名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	歩行の状態					
	座 位	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 不可				
	立位保持	1 自力にて可( 時間・分) 2 支持があると可( 時間・分) 3 不可				
	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可				
	上肢機能	握 力	右	kg	左	kg
	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】					
	手動式 車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }				
褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし					
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり					
移 乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助					
視 力	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }					
視 野	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }					
聴 力	1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }					
知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }					
操 作 方 法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →					
必 要 と す る 車 椅 子	<input type="checkbox"/> 簡 易 型 式	【交付要件】 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者				
	<input type="checkbox"/> 切 替 式	○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者				
	<input type="checkbox"/> 簡 易 型 式	○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者				
	<input type="checkbox"/> ア シ ス ト 式					
	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため				
<input type="checkbox"/> ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であつて、自立姿勢変換が困難な者等					
<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため					
<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者					
使用効果見込						

処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ
キャスト	【径】 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構
	5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式
	6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
対象者例	※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式
	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者
	※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整(片・両)
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
付 属 品	<input type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド
	<input type="checkbox"/> ホリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション
	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)
	<input type="checkbox"/> パルプを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)
	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)	
<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台	
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)	
<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め	
<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	
<input type="checkbox"/> その他	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印	

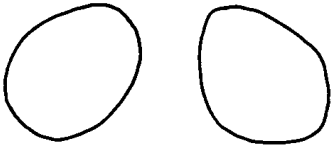
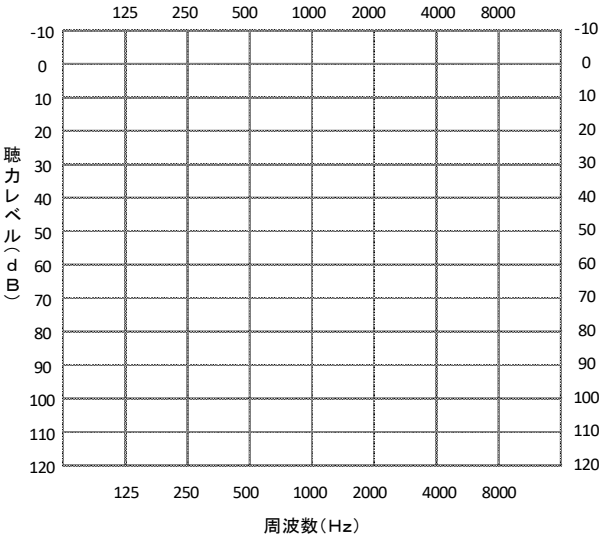
オーダーメイドの寸法

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1) 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2) 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3) その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他( )		
聴 覚 障 が い の 状 況	聴力	右 dB	左 dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法		
	障がいの種類	1 伝音性難聴    2 感音性難聴    3 混合性難聴				
	鼓膜の状況					
	聴力検査の結果	【オーディオメーターの型式】 →				
		 <p style="text-align: right;">記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p>				
語音明瞭度	右 %	左 %	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。			
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】					
音声・言語機能障がいの状況						

裏面へ続く

必 要 と す る 補 聴 器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合   ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合		
	<input type="checkbox"/> 高度難聴用	1 ポケット型	2 耳かけ型	
		3 耳あな型(レディメイド)		4 耳あな型(オーダーメイド)
	※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象			
	<input type="checkbox"/> 重度難聴用	1 ポケット型	2 耳かけ型	3 耳かけ型FM型
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象		
<input type="checkbox"/> 骨導式	1 ポケット型	2 眼鏡型		
	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者			
注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能				
耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 <b>【例示】</b> ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者			
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる <input type="checkbox"/> 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある <input type="checkbox"/> その他( )	
使用効果見込				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印				

(H28.06)

## 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。



補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名			男女	生年月日	年 月 日生			歳					
住所													
障がい名													
原因となった 疾病・外傷名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災								
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日				疾病・先天性・その他( )								
障がいの 状況	視力	裸眼		矯正									
		右	( × D Cyl D Ax )										
	左	( × D Cyl D Ax )											
現症	右		左										
	外眼												
	中間透光体												
眼底													
その他の所見													
必要とする 補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド											
	眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 ( 倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者											
処方 内容	<input type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい					
	<input type="checkbox"/> 近用												
	右							D	D	°			屋外用
	左							D	D	°			屋内用
使用効果見込													
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名													
								印					

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

(R2.6)

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳	
住 所						
障 が い 名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )		
		疾病・外傷発生年月日		年 月 日		
障 が い の 状 況	身 体 の 状 況	上 肢 機 能				
		下 肢 機 能				
		人工呼吸器装着 1 あり 2 なし		経管栄養・胃ろう造設 1 あり 2 なし		
	意 思 伝 達 の 状 況	音 声 機 能	1 可能 2 なんとか可能 3 不可能			
			※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。			
		言 語 機 能	1 可能 2 なんとか可能 3 不可能			
		※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。				
そ の 他						
意思伝達装置 の 操 作 性		操 作 能 力 (知的能力等)	療育手帳の所持 1 あり ( A ・ B ) 2 なし			
		操作上利用可能 な身体能力				
		操 作 意 欲				
意思伝達装置 の 必 要 性 (使用効果見込)		1 意思伝達装置でなくても良い(他で代用可能) 2 意思伝達装置が望ましい場合がある 3 意思伝達装置が望ましい 4 意思伝達装置でなければならない			(詳しい状況)	
借受け (本体)	部品名				期間	か月
	理由					
必 要 と す る 装 置			入 力 装 置 ( ス イ ッ チ ) の 種 類			
<input type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込) <input type="checkbox"/> 固定台(自立スタンド式) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 固定台(アーム式又はテーブル置き式) <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置			<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式			
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名						
印						

【記入上の留意事項】

(H30. 6)

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がい の 進 行 に よ り、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。

# 判 定 書(補装具費)

障 総 第 号  
年 月 日

長 様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

氏 名		生年月日		歳
居 住 地				
判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 書 番 号	第 号	
障 がい 名 又 は 疾 病 名				障 がい 等 級 級
総 合 判 定				
医 学 的 判 定	障 がい 状 況			
	意 見			
	使 用 効 果 見 込			
名 称 又 は 修 理 項 目			コ ー ド	
処 方 内 容	名 称 ・ 基 本 構 造 ・ 付 属 品 等			価 格
概 算 額	計			
	／100の額			
適 合 判 定 ・ 確 認 実 施 方 法	検 収		適 合 判 定 適 合 確 認	

(R2.6)

補 装 具 適 合 判 定 意 見 書

年 月 日

様

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

補装具費支給要否意見書を作成した下記の者にかかる補装具の適合判定を実施した結果は、以下のとおりです。

記

氏 名			男・女
住 所			
補装具の名称			
補装具製作者			
適合判定実施日			
適合判定の結果	1 処方のおり製作されており、適合状態は良好である。 2 下記の指摘事項あるも許容範囲であり、適合状態はほぼ良好である。 3 下記の適合不良個所があり、適合状態は不良である。		
	指 摘 事 項		
	不 良 個 所		

(H28.06)

特例補装具費支給申請理由書

氏名		男女	年月日生	歳
障がい名又は 疾病名				
補装具の名称				
特例補装具費 支給歴	支給年月	名称		
生活の状況等	1 職業(学年)			
	2 ADL及び介護の状況			
	3 生活の状況			
特例補装具を 必要とする理由				

担当者	職名		氏名	
-----	----	--	----	--

注1 製品の仕様や価格が分かるカタログ等を添付すること。  
 注2 支給歴の欄が足りない時は、適宜増やして記入すること。

様式第7号

判定依頼取下げ書（補装具費）

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

年 月 日付けの補装具費の判定依頼については、下記の理由により取り下げます。

記

1 氏 名

2 住 所

3 補装具の名称

4 取り下げ理由

診 断 書

氏 名		男 女	年 月 日生	歳
住 所				
障がい名及び原因 となった疾病・外傷 名				
補 装 具 の 名 称				
<p>障がい・疾病等の状況</p> <p>難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。</p> <p>1 難病等により、補装具が必要と認められる症状</p> <p>2 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等</p> <p>3 その他参考となる事項</p>				
使用効果見込み				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

別表1 車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表

判定 ・判断 区分	◎ … 区分1	センターの判定を必要とするもの(手押し型以外のレディメイドについては、市町村が意見書で判断してよいもの)
	○ … 区分2	市町村が意見書により判断してよいもの
	● … 区分3	市町村が判断(意見書不要)

修 理 部 位	判定 ・判断 区分	備 考
クッション交換	○	
クッション(ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの及び立体編物構造のもの)交換	○	
クッション(ゲルとウレタンフォームの組合せのもの)交換	○	
クッション(バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの)交換	○	
クッション(特殊な空気室構造のもの)交換	◎	
フローテーションパッド交換	○	
特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)交換	○	
背クッション交換	○	
クッションカバー(防水加工を施したもの)交換	●	
クッション滑り止め部品交換	●	
バックサポート交換	●	
延長バックサポート交換	○	
枕交換	●	オーダーメイド及びレディメイド
バックサポートパイプ交換	●	
バックサポートパイプ取付部品交換	●	
張り調整式バックサポート交換	○	
高さ調整式バックサポート交換	○	
背折れ機構部品交換	●	サイズを小さくするという目的での大車輪脱着ハブとの同時加算は、慎重に必要性を判断すること
背座間角度調整部品交換	○	
アームサポート(肘当て部分)交換	●	
アームサポート(フレーム)交換	●	
高さ角度調整式アームサポート交換	○	
高さ調整式アームサポート(段階調整式)交換	○	
角度調整式アームサポート交換	○	
跳ね上げ式アームサポート交換	●	
脱着式アームサポート交換	●	
アームサポート拡幅部品交換	●	
アームサポート延長部品交換	●	
レッグサポート交換	●	
脱着式レッグサポート交換	○	
拳上式レッグサポート(パッド形状)交換	○	
開閉拳上式レッグサポート(パッド形状)交換	○	
開閉・脱着式レッグサポート交換	○	
フットサポート交換	●	
フットサポート交換(前後調整)	○	
フットサポート交換(角度調整)	○	
フットサポート(左右調整)	○	
ヘッドサポートベース(マルチタイプ)交換	○	
座布交換	●	



修理部位	判定・判断区分	備考
座張り調整部品交換	○	
座奥行き調整(スライド式)部品交換	○	
座板交換	○	
座席昇降ハンドルユニット交換	●	
座席昇降チェーン交換	●	
座席昇降メカユニット交換	●	
フレーム(サイドベース)交換	●	
フレーム(サイド拡張)交換	●	
フレーム(サイド拡張)取付部品交換	●	
フレーム(折りたたみ)交換	●	
ブレーキ交換	●	
キャリパーブレーキ交換	●	
フットブレーキ(介助者用)交換	●	
延長用ブレーキアーム交換	●	
リフレクタ(反射器-夜光材)交換	●	
リフレクタ(反射器-夜光反射板)交換	●	
ハンドリム交換	●	
滑り止めハンドリム交換	●	
ノブ付きハンドリム交換	●	
キャスター(大)交換	●	
キャスター(小)交換	●	
屋外用キャスター(エア式等)交換	●	
リーム交換	●	
車軸位置調整部品交換	◎	
大車輪脱着ハブ交換 (クイックリリース)	●	サイズを小さくするという目的での背折れ機構との同時加算は、慎重に必要性を判断すること
サイドガード交換	●	
タイヤ交換	●	
ノーパンクタイヤ交換	●	
チューブ交換	●	
シートベルト交換	●	
テーブル交換	●	
スポークカバー交換	●	
塗装	●	
ハブ取付部品交換	●	
キャスター取付部品交換	●	
ハブ用スプリング交換	●	
ステッキホルダー(杖たて)交換	●	
泥よけ交換	●	
転倒防止装置交換	●	
転倒防止装置交換(キャスター付き折りたたみ式)交換	●	
携帯用会話補助装置搭載台交換	●	
酸素ボンベ固定装置交換	●	
人工呼吸器搭載台交換	●	

修 理 部 位	判定 ・判断 区分	備 考
栄養パック取り付け用ガートル架交換	●	
点滴ポール交換	●	
シリンダー用レバー交換	●	
メカロック交換	●	
ティルト用ガスダンパー交換	●	
ワイヤー交換	●	
ガスダンパー交換	●	
幅止め交換	●	
高さ調整式手押しハンドル交換	●	
車載時固定用フック交換	●	
日よけ(雨よけ)部品交換	●	
6輪構造部品交換	◎	
成長対応型部品交換	○	
痰吸引器搭載台交換	●	

(注意)

- ・再支給する車椅子を製作するにあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、上記の「判定・判断区分」を適用する
- ・車椅子を修理するにあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、上記の「判定・判断区分」を適用する
- ・再支給、修理により車椅子等の名称が変わる場合は◎
- ・修理部位が◎や○であっても、老朽化等により、全く同じ部品と交換する場合には●

I	義	肢
---	---	---

## 1 義 手

基本的要件	上肢切断又は先天性の欠損があり、義手の装着により日常生活能力や作業能力の改善が図られる者(難病患者等を含む)。 注意: 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。(以下同様)	
名称	個 別 要 件 等	
肩 義 手	○ 肩甲胸郭間切断者 ○ 肩関節離断者	
上 腕 義 手	○ 上腕切断者	
肘 義 手	○ 肘関節や肘関節の近位での切断者	
前 腕 義 手	○ 前腕切断者	
手 義 手	○ 手関節離断又は手根部を残した手部の切断者	
手 部 義 手	○ 中手骨部(手掌部)切断者	
手 指 義 手	○ 指切断者	
型 式	装飾用	○ 基本的要件を満たす者
	作業用	○ 職場及び家庭で重作業を行う者
	能動式	○ 職場及び家庭で作業を行う者で、医療機関等において装着訓練を受けているか、受ける予定の者
@	1 短断端若しくは長断端等により、標準断端の義手に対応できない場合、近位若しくは遠位の義手が処方される。 2 必要に応じて装飾用と作業用、若しくは装飾用と能動式の併給が可能である。 3 能動式について、ハンド型とフック型の併給はできない。(完成用部品の交換で対応) 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。	

## 2 義 足

基本的要件	下肢切断又は先天性の欠損があり、義足の装着により歩行能力や作業能力の改善が図られる者(難病患者等を含む)。	
名称	個 別 要 件 等	
股 義 足	○ 骨盤切断者 ○ 股関節離断者	
大 腿 義 足	○ 大腿切断者	
膝 義 足	○ 膝関節離断者	
下 腿 義 足	○ 下腿切断者 ○ サイム切断者	
果 義 足	○ ピロゴフ切断、ボイド切断等、果の下から踵にかけての切断者	
足 根 中 足 義 足	○ ショパール切断、リスフラン切断、中足骨部切断等、踵から前足部にかけての切断者	
足 指 義 足	○ 足指切断者	
型 式	常用	○ 基本的要件を満たす者
	作業用	○ 特殊な作業をする者
備 考	1 短断端若しくは長断端等により、標準断端の義足に対応できない場合、近位若しくは遠位の義足が処方される。 2 必要に応じて常用と作業用の併給が可能である。 3 作業の内容により鉄脚及びドリル足部の必要がない場合も作業用とみなす。 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。	

Ⅱ	装 具
---	-----

### 1 下肢装具・靴型装具

基 本 的 要 件	下肢に障がいがあり、装具の装用により歩行能力の改善や変形の矯正が図られる者(体幹機能障がい3級以上で歩行が困難な者及び難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
股 装 具	○ 股関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者
長 下 肢 装 具	○ 膝関節、足関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者 ○ 膝関節、足関節に加え、股関節にも異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者 ○ 股関節、大腿骨、膝関節の何れかに異常があるため、下肢への体重負荷が難しい者
膝 装 具	○ 膝関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者
短 下 肢 装 具	○ 足関節、足部に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者 ○ 下腿骨に異常があり、下腿への体重負荷が難しい者
ツ イ ス タ ー	○ 下肢に内旋又は外旋変形がある者、又は歩行時に内旋又は外旋が出現する者
足 底 装 具	○ 足部に変形、痛みなどがある者 ○ 足部に異常はないが、O脚・X脚などがあり下肢がアライメント不良の者 ○ 下肢に短縮がある者
靴 型 装 具	○ 足関節、足部に異常運動、筋力低下、変形、痛み等があり靴型装具によって改善される者 ○ 足関節、足部に異常はないが、O脚・X脚などがあり下肢がアライメント不良の者 ○ 下肢に短縮がある者
備 考	1 基本的には採寸で製作可能な装具は採寸で製作する。障がいの状態や製作材料により、採寸では難しい場合に採型とする。 2 装具の上から装用する靴型装具は患足の靴型装具として処方される。 3 患足の尖足補正等の結果、健足に大幅な仮性短縮が生じて2cmを超える補高が必要になった場合は、健足側も患足の靴型装具として処方される。 4 長靴の靴型装具は、障がいの状況や職業上必要とされる場合などに処方され、単に装飾の目的などの場合は除かれる。

### 2 体幹装具

基 本 的 要 件	体幹に障がいがあり、歩行能力の改善や坐位の安定性、耐久性の向上、変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
頸 椎 装 具	○ 頸椎に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者
胸 椎 装 具	○ 上部腰椎又は胸椎に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者
腰 椎 装 具	○ 下部腰椎、腰仙関節に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者
仙 腸 装 具	○ 仙腸関節に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者
側 彎 矯 正 装 具	○ 脊椎に側彎がある者

### 3 上肢装具

基 本 的 要 件	上肢に障がいがあり、作業能力の改善や変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
肩 装 具	○ 肩関節に筋力低下、変形などがある者
肘 装 具	○ 肘関節に筋力低下、変形などがある者
手 背 屈 装 具	○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者
長 対 立 装 具	○ 手関節母指に筋力低下、変形などがある者
短 対 立 装 具	○ 母指に筋力低下、変形などがある者
把 持 装 具	○ 全手指に高度な筋力低下がある者で、把持装具を使うことができる者
M P 屈 曲 装 置	○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮などがある者
M P 伸 展 装 置	○ 示指～小指のMP関節に屈曲拘縮がある者
指 装 具	○ 指のDIP、PIP関節に過伸展、伸展拘縮あるいは屈曲拘縮がある者
B . F . O .	○ 上肢に高度な筋力低下がある者で、B. F. O. を使うことができる者

### Ⅲ 座 位 保 持 装 置

基 本 的 要 件	体幹や下肢に障がいがあるため、自力で座位姿勢を保持できない者又は長時間の座位による姿勢保持が困難で姿勢の補正が自力で不可能な者で、座位保持装置を使用することにより、自力での座位保持が可能になり、座位の耐久性・安定性の向上が図られる者(難病患者等を含む)。
-----------	---

## IV 車椅子・電動車椅子

### 1 車椅子

基本的要件		下肢(原則2級以上)・体幹(原則3級以上)・平衡・呼吸器・心臓機能障がい・難病等のため歩行障がいがある者、義肢・装具・杖等他の補装具を使用しても歩行が困難な者。
名称		個別要件等
※ 普通型	自力操作できる者	○ 基本的要件を満たす者
手動リフト式 普通型		○ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。
※ 前方大車輪型		○ 肩関節等に運動制限、筋力低下などがあり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
※ 片手駆動型		○ 障がい状況が片麻痺等で、健肢に相当程度の握力があり効果的に操作可能な者
レバー駆動型		○ 片麻痺等で上肢機能障がいがあるため、両上肢による駆動が困難な者
※ 手押し型		○ 障がい状況から車椅子操作が難しく、移動は主に介助者による者 ○ 認知力その他の障がいにより、安全な車椅子操作が難しい者 ○ その他上記に準ずる障がい状況と診断される者
仕様	リクライニング式 (上記※はリクライニング式の選択可)	次のいずれかに該当する障がい者であること ○ 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により低血圧発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要のある者 ○ リウマチ性の障がい等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者 ○ 股関節拘縮や強直がある者
	テイルト式 (普通型と手押し型、及びそれらのリクライニング式の選択可)	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であつて、自立姿勢変換が困難な者等
	オーダーメイド	○ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しない者 ○ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要な者
	レディメイド	JIS規格の既製品で対応可能な者

### 【 付 属 品 】

名称		個別要件等	
付属品	クッション	○ 軽・中等等の知覚障がいがある者 ○ 皮膚が弱い、または臀部の軟部組織が薄いためクッションを必要とする者 ○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者	
		※ (ア)クッション (イ)ホリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの (ウ)ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (エ)バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの → 障がいの状況に応じて必要なものが処方される。	
	特殊空気室構造	○ 感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待されない者	
	背クッション	○ 背部の褥瘡危険性がある者 軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合	
	特殊クッション (骨盤・大腿部サポート)	○ 座位保持が困難で臀部・大腿部形状に沿った形状のクッションが必要な者	
	クッションカバー (防水加工を施した者)	○ 失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする者	
	クッション滑り止め	○ 足こぎ操作や、移乗動作によりクッションのズレが頻繁に生ずる者	
品	フローテーションハット	○ 高度の知覚障がいがある者 ○ 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者 ○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧ができない者	
	バックサポート	延長バックサポート	○ 体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者
		枕	○ 体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者
		張り調整式バックサポート	○ 体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安定性確保が困難な者
		背折れ機構	○ 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある場合

アームサポート	高さ角度調整式	○ 上肢の筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者で、かつ、上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合
	高さ調整式 (段階調整式)	○ 上肢の筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者
	角度調整式	○ 上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合
	跳ね上げ式 及び脱着式	○ 移乗動作時に必要な者
	拡張	○ 上肢筋力低下により、肘が落ちやすい者
	延長	○ リクライニング時に肘が落ちる者
レックサポート	脱着式	○ 足こぎが主な操作手段の者 移乗動作時に必要な者
	拳上式及び 開閉拳上式	○ 膝関節の屈曲制限がある者
	開閉・脱着式	○ 移乗動作時に必要な者
フットサポート 前後・角度・左右調整	○ 足関節の可動域制限がある者 下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する者等	
ヘッドサポートベース	○ 体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者 リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要	
シートベルト	○ 体幹の支持性が低下し、座位が不安定な者	
テーブル	○ 上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい者 ○ その他、日常生活や職業上テーブルを必要とする者	
スポークカバー	○ 上肢機能障がいまたは知的能力の低下等があるため必要とする者	
リフレクタ	○ 夜間(薄暮)時の走行を必要とする者	
ステッキホルダー	○ 車椅子から移動(乗降)する際、杖がないと歩行等が困難であるため、ステッキホルダーを取り付ける必要がある場合	
泥よけ	○ 大車輪をカバーする泥よけを取り付ける必要がある場合	
屋外用キャスター (エア式等)	○ 車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげるため、エアキャスター等に取り替える必要がある場合	
転倒防止装置	キャスター無し	○ 後方へ転倒することを防止するため、転倒防止用装置を取り付ける必要がある場合
	キャスター付き 折りたたみ式	○ 頻繁に段差を介助する際等
滑り止めハンドリム	○ ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めに代える必要がある場合	
キャリパーブレーキ	○ 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により、必要とする場合 ○ 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合	
フットブレーキ	○ 手押し型車椅子にフットブレーキを取り付ける必要がある場合(介助者用)	
携帯用会話補助装置搭載台	○ 携帯用会話補助装置を必要とする音声・言語機能障がい者が、取り付ける必要がある場合	
酸素ポンペ固定装置	○ 酸素ポンペを必要とする呼吸器機能障がい者が、取り付ける必要がある場合	
人工呼吸器搭載台	○ 人工呼吸器を必要とする呼吸器機能障がい者が、取り付ける必要がある場合	
栄養パック取付用 ガードル架	○ 経管栄養により食事を摂取している者が、車椅子座位にて食事を行うために必要とする場合	
点滴ポール	○ 車椅子使用者が点滴を受けるため、取り付ける必要がある場合	
車載時固定用フック	○ 車載固定等	
日よけ(雨よけ)	○ 雨天外出が多い者 直射日光に弱い者 傘ホルダー等	
成長対応型加算	○ 購入時に大幅な変更が見込まれる者等	
痰吸引器搭載台	○ 痰吸引器を常時使用する必要がある者	
※ 付属品のうち、クッション(バルブを開閉するだけで空気を調節するもの及び特殊な空気室構造のものに限る)及びフローテーションパットについて、車椅子の補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。		

## 2 電動車椅子

<b>基本的要件</b>		<p>下記要件のすべて(①については、1のアイ又は2の何れかに該当すればよい)を満たす重度の歩行困難者で、電動車椅子の使用により自立と社会参加の促進が図れる者</p> <p>①-1 重度の下肢機能障がい者(原則として下肢機能障がい2級以上又は体幹機能障がい3級以上)で</p> <p>ア 上肢機能障がいがあるため手動車椅子の使用が不可能な者又は操作が著しく困難な者</p> <p>イ 上肢機能障がいはないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車椅子を使用しなければ日常生活の自立と社会参加の促進が図れない者</p> <p>-2 呼吸器機能障がい、心臓機能障がい、難病等によって歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者</p> <p>② 視野、視力、聴力等に障がいを有しない者又は障がいを有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者</p> <p>③ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解している者</p> <p>④ 電動車椅子の操作を円滑にできる者</p> <p>[参考] 難病患者等に対する電動車椅子の支給について 症状の悪化を防止するという観点も踏まえ、車椅子ではなく、電動車椅子を認めるといった配慮が必要。(身体障がい者も同様。)</p>
名 称		
普通型	4.5km/H	○ 基本的要件を満たす者
	6.0km/H	○ 周囲の環境に合わせ、速度調整ができる者
簡易型		○ 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者
	アシスト式	○ アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者
	切替式	○ アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
※ 平坦路の手動自走が不可能な者であっても、障がい状況や職業上、教育上、日常生活上の必要性を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、切替式の交付対象とする		
リクライニング式普通型		<p>○ 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により低血圧発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとる必要のある者</p> <p>○ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できない者</p> <p>○ 股関節拘縮や強直がある者</p>
電動リクライニング式普通型		○ 上記リクライニング式の要件を満たし、かつ、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニングの操作が可能となる者
電動ティルト式普通型		○ 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等で、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者
電動リクライニング・ティルト式普通型		○ 上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニングとティルト操作が可能となる者
電動リフト式普通型		<p>○ 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者</p> <p>※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。</p>



【 付 属 品 】

名 称		個 別 要 件 等
付 属 品	バックサポート	○ 車椅子に同じ
	アームサポート	
	ヘッドサポート	
	シートベルト	
	テーブル	
	クッション	
	フローテーションパッド	
	リフレクタ	
開閉・脱着式 レッグサポート	○ 移乗動作時に必要な者	
外部充電器	○ 必要に応じ処方される	
コントローラ等		
クライマーセット フロントサブホイール	○ 電動車椅子で電車等に乗降する際等、乗降時の脱輪・転倒を防止するため、クライマーセット等が必要である場合	
付 属 品	ステッキホルダー	○ 車椅子に同じ
	転倒防止装置	
	携帯用会話補助装置搭載台	
	酸素ボンベ固定装置	
	人工呼吸器搭載台	
	栄養パック取付用 ガードル架	
	点滴ポール	
	車載時固定用フック	
	日よけ（雨よけ）	
	成長対応型加算	
	痰吸引器搭載台	

V	その他肢体不自由者用
---	------------

### 1 歩行器

基本的要件	下肢や体幹、平衡機能障がいがあり杖などでは歩行能力の改善が見込まれない者で、歩行器の支持で自立移動ができる者(難病患者等を含む)。	
名称	個別要件等	
六輪型	○ 四肢・体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、他の歩行器では安定走行に支障がある者又は室内の環境等により狭い場所での旋回が必要となる者	
四輪型	腰掛つき	○ 四肢、体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、肘掛けと腰掛けが必要な者
	腰掛なし	○ 四肢、体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、肘掛けを必要とする者
三輪型	○ 下肢、体幹の筋力低下などがあるが、上肢機能は比較的保たれておりハンドルを握ることでバランスが保たれ、速度調整などを安全にできる者	
二輪型	○ 四点の支持で安定が得られる者で、上肢の筋力低下等があり、軽い抵抗で操作できる者	
固定型	○ 下肢への荷重は難しいが上肢機能が比較的良く、四点支持により直立姿勢を保てる者	
交互型	○ 体幹の障がいがある者で、体幹の回旋運動に乏しく歩行パターンの獲得を必要とする者 ○ 下肢への荷重は難しいが上肢機能が比較的良く、四点支持にて直立姿勢を保てる者	

### 2 歩行補助つえ

基本的要件	下肢や体幹、平衡機能障がいがあり、歩行能力の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。	
名称	個別要件等	
ロフストラントクラッチ	○ 歩行能力の改善のために軽い支持を必要とする者	
松葉づえ	○ 歩行能力の改善のために腋下支持を必要とする者	
カナディアンクラッチ	○ 歩行能力の改善のために支持を必要とするが、肘関節の伸展筋力の低下のため、ロフストラントクラッチや松葉づえの使用が困難な者	
多点杖	○ 中枢神経麻痺等で歩行が比較的高度に障がいされ、他の歩行補助つえでは歩行能力が改善されない者	
プラットフォーム杖	○ リウマチ等で握力が極端に弱く、手首に負担をかけられないために前腕や肘での支持を必要とする者	

VI	視覚障がい者用
----	---------

### 1 視覚障害者安全つえ

基 本 的 要 件	視力の低下や視野狭窄により、視覚障害者安全つえがなければ歩行の安全を図れない者
名 称	個 別 要 件 等
普 通 用	○ 視力の低下、視野狭窄がある者
携 帯 用	○ 持ち運びに使用する必要がある者
身体支持併用	○ 視覚障がいに加え、下肢障がい等があり、主に身体を支えながら歩行する必要がある者

### 2 義 眼

基 本 的 要 件	無眼球や眼球萎縮のため義眼を必要とする者で、義眼の装着により容姿の改善が図られる者(難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
レ ディメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適する者
オ ー ダーメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合しない者

### 3 眼 鏡

基 本 的 要 件	視覚障がいがあり眼鏡の装用により日常生活が改善される者(難病患者等を含む)。	
名 称	個 別 要 件 等	
矯 正 用	遮 光 用	○ 視力の矯正に加え、遮光用としての機能を必要とする者
	前 掛 式	<p>○ 以下の要件を満たす者。</p> <p>1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。</p> <p>2) 羞明を来していること。</p> <p>3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと。</p> <p>4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。</p> <p>※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・まぶしさや白んだ感じが軽減する</li> <li>・文字や物などが見やすくなる</li> <li>・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する</li> <li>・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる</li> </ul> <p>※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。</p>
遮 光 用	掛 け め が ね 式	
コ ン タ ク ト レ ン ズ		○ 強度の屈折異常もしくは角膜白斑などで視力低下があり、コンタクトレンズにて良好な視力が得られる者
弱 視 用	掛 け め が ね 式	<p>○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者</p> <p>※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。</p> <p>【例示】</p> <p>① 現に就労中の者(求職中の者を含む)</p> <p>② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者</p> <p>③ 就学中の者や各種教養講座の受講者</p>
	焦 点 調 節 式	
備 考		<p>二具支給は、医学的及び日常生活上真に必要な場合認められる。</p> <p>例)</p> <p>① 遠用と近用の矯正用 ② 屋内用・屋外用の遮光用(矯正用で遮光の機能が必要な場合を含む)</p> <p>③ 円錐角膜や高度の白内障術後無水晶体眼など、障がいの状況上、矯正用とコンタクトレンズを同時に使用しないと矯正が困難な場合</p> <p>④ 矯正用で矯正視力が得られる弱視者で、弱視用と矯正用を使い分けする必要がある者</p>

**VII 聴覚・音声言語障がい者用**

**1 補聴器**

基本的要件		聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。	
名称		個別要件等	
高度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者	○ 必要に応じて選択可能
	耳あな型 レディメイド <sup>1</sup>	○ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者	○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る
	耳あな型 オーターマイト <sup>2</sup>		
重度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者	○ 必要に応じて選択可能
	耳かけ型 FM型		○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者
骨導式	ポケット型	○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者	○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用の者
	眼鏡型		
付属品	イヤモールド <sup>3</sup>	○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。	
備考		1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。	

**2 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置修理)**

基本的要件	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者
備考	○ 対象機器の範囲 人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ ※以下に掲げる機器は対象外である。 ア 人工内耳用インプラント イ 人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等) ウ 人工内耳用音声信号処理装置の電池 ※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。 ※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。

**Ⅷ 重度障害者用意思伝達装置**

<p>基本的要件</p>	<p>重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。難病患者等については、音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患である者。</p> <p>[参考] 難病患者等に対する重度障害者用意思伝達装置について 特に筋委縮性側索硬化症等の進行性疾患においては、判定時の身体状況が必ずしも支給要件に達していない場合であっても、急速な進行により支給要件を満たすことが確実と診断された場合には、早期支給を行うといった配慮が必要。(身体障がい者も同様。)</p>
<p>名 称</p>	<p>個 別 要 件 等</p>
<p>文字等走査入力方式(簡易なもの)</p>	<p>操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、もしくはモバイル使用を希望する者。</p>
<p>文字等走査入力方式(簡易な環境制御機能が付加されたもの)</p>	<p>独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。</p>
<p>文字等走査入力方式(高度な環境制御機能が付加されたもの)</p>	
<p>文字等走査入力方式(通信機能が付加されたもの)</p>	<p>通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。</p>
<p>生体現象方式</p>	<p>筋活動(まばたきや呼吸等)による機器操作が困難な者。</p>



(改正後全文)

障発 0 3 2 3 第 3 1 号  
平成 3 0 年 3 月 2 3 日  
一部改正 障発 0 9 1 2 第 2 号  
令和 元 年 9 月 1 2 日  
一部改正 障発 0 3 3 1 第 2 号  
令和 2 年 3 月 3 1 日  
一部改正 障発 1 2 2 5 第 1 号  
令和 2 年 1 2 月 2 5 日  
一部改正 障発 0 3 3 1 第 7 号  
令和 3 年 3 月 3 1 日  
一部改正 障発 0 3 3 1 第 4 号  
令和 4 年 3 月 3 1 日

都道府県知事  
各 指定都市市長 殿  
中核市市長

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

### 「補装具費支給事務取扱指針について」の制定について

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（平成 28 年法律第 65 号）による障害者総合支援法の改正に伴い、補装具の購入及び修理に加え、借受けについても同法第 76 条第 1 項に規定する補装具費の支給対象となった。

今般、「補装具費支給事務取扱指針」を別添のとおり制定し、令和 4 年 4 月 1 日から適用することとしたので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、本指針は地方自治法第 245 条の 4 の規定に基づく「技術的助言」として位置づけられるものであることに御留意願いたい。

これに伴い、「補装具費支給事務取扱指針について」（平成 18 年 9 月 29 日障発第 0929006 号）は廃止する。

## 補装具費支給事務取扱指針

### 第1 基本的事項

#### 1 補装具費支給の目的について

- (1) 補装具は、身体障害者、身体障害児及び難病患者等（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（平成30年厚生労働省告示73号。以下「特殊の疾病告示」という。）に掲げる疾病による障害の程度が、当該障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度である者をいう。以下同じ。）（以下「身体障害者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用される用具であり、身体障害者及び18歳以上の難病患者等（以下「身体障害者」という。）の職業その他日常生活の効率の向上を図ることを目的として、また、身体障害児及び18歳未満の難病患者等（以下「身体障害児」という。）については、将来、社会人として独立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであり、市町村は、補装具を必要とする身体障害者・児に対し、補装具費の支給を行うものである。

このため、市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、身体障害者福祉司、保健師等の専門職員及び補装具の販売又は修理を行う事業者（以下「補装具事業者」という。）との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状態、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行うものとする。

なお、その際、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要があること。

- (2) 補装具を必要とする身体障害者・児及び現に装着又は装用（以下「装着等」という。）している身体障害者・児の状態を常に的確に把握し、装着等状況の観察、装着等訓練の指導等の計画的な支援を積極的に行うこと。

#### 2 借受けについて

補装具は、身体障害者・児の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、購入することが原則である。このため、補装具の借受けについては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「障害者総合支援法施行規則」という。）において、「借受けによることが適当である場合」として、次の



場合に限るとしていること。

- ① 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
- ② 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
- ③ 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合

### 3 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について

障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うものであること。

### 4 都道府県等の役割について

#### (1) 都道府県

各都道府県は、補装具費支給制度の運用に当たり、市町村間の連絡調整、市町村に対する情報提供その他必要な援助を行うとともに、各市町村の区域を超えた広域的な見地から実状の把握に努めること。

また、市町村による支援の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うものとする。

さらに、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第9条第7項に定める身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）が、補装具費支給制度の技術的中枢機関としての業務を遂行できるよう、必要な体制の整備に努めること。

#### (2) 更生相談所

更生相談所は、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び市町村等の支援機関として、補装具の専門的な直接判定の他に、市町村への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具事業者に対する指導を行うこと。また、身体障害児については、指定自立支援医療機関、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所（以下「保健所」という。）に対し、難病患者等については、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）第5条第1項に規定する指定医療機関（病院又は診療所に限る。）に対し、それぞれ技術的助言等を行うこと。

また、市町村担当職員、補装具費支給意見書を作成する医師及び補装具事業者を育成する等の観点から、研修等を実施することが望ましいこと。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、市町村及び補装具事業者と情報の共有を図ること。

なお、身体障害者・児が自費で補装具を入手しようとする場合（本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合

を含む。)についても、適切な補装具を入手することができるよう、身体障害者福祉法第10条に定める補装具の処方及び適合判定を行うこと。

### (3) 市町村

市町村は、補装具費支給制度の実施主体として、補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう、補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握するとともに、申請者が適切な補装具事業者を選定するに当たって必要となる情報の提供に努めること。

情報提供する際には、補装具事業者の経歴や実績等を勘案し、安定的かつ継続的に販売、貸付け又は修理を行うことが可能であるか等について十分に検討の上行う必要があること。

特に、義肢及び装具に係る補装具事業者の選定に当たっては、特殊な義足ソケットの採型等については複数の義肢装具士が必要なことから、複数の義肢装具士を配置していることが望ましいこと。

また、補装具事業者の選定に当たっては、(公財)テクノエイド協会が提供している情報(ホームページ等)を活用することが考えられること。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、更生相談所及び補装具事業者と情報の共有を図ること。

なお、身体障害者・児が自費で補装具を入手しようとする場合(本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合を含む。)についても、適切な補装具を入手するために更生相談所等の意見を聴く必要がある場合には、当該身体障害者・児に更生相談所等を紹介するなどの調整等を行うこと。

## 第2 具体的事項

### 1 補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の運用について

#### (1) 購入等に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。)の別表に定める価格は、別表の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案のうえ、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要があること。

なお、消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件(平成3年厚生省告示第130号)に基づいて消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、補装具事業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の106に相当する額をもって、購入、借受け又は修理(以下「購

入等」という。)に要する費用の額の上限としているものである。

また、消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の110に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限としているものである。

(2) 借受けの対象となる種目、基準額等について

借受けの対象となる種目については、第1の2の考え方に基づき、告示において、

- ①義肢、装具、座位保持装置の完成用部品、
- ②重度障害者用意思伝達装置の本体、
- ③歩行器、
- ④座位保持椅子

と規定しており、基準額等についても、購入又は修理と同様に規定しているので、適切に取り扱うこと。

(3) 特例補装具費の支給について

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、別表に定める名称、型式、基本構造等によることができない補装具（以下「特例補装具」という。）の購入又は修理に要する費用を支給する必要がある場合の取扱いは次のとおりとすること。

ア 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、更生相談所又は指定自立支援医療機関若しくは保健所（以下「更生相談所等」という。）の判定又は意見に基づき市町村が決定するものとする。

イ なお、身体障害児に係る特例補装具費の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を更生相談所に求めるものとする。

(4) 国等が設置する補装具製作施設と契約する場合の購入等に要する費用の額について

購入等に要する費用の額を告示本文第3項又は第4項に掲げる額の100分の95に相当する額とするものは、国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人若しくは一般財団法人の設置する補装具製作施設が自ら製作した補装具（完成用部品に係る部分を除く。）についてのみ適用されるものであって、当該施設が民間事業者の製作した補装具をあっせん又は取次販売する場合には適用されないこと。

(5) 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個であるが、身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができること。

この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、更生相談所等に助言を求めること。

(6) 耐用年数の取扱いについて

耐用年数は、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものであり、補装具費の支給を受けた身体障害者・児の身体状況や使用状況によって実耐用年数が異なるものである。このため、再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数を一律に適用することなく、以下の具体例を参考に、個々の実情に沿った対応が行われるよう十分配慮すること。

【適切な事例】

- ・耐用年数に達していない補装具が修理不能になったので、再支給の決定をした。
- ・耐用年数を経過している補装具について、修理可能との見積もりであったので、修理の支給決定をした。

なお、災害等本人の責任に拠らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができること。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適正な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあっては、再支給を行って差し支えないこと。

(7) 修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考として、又は、それらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づいて適正な額を決定し、修理に要する費用として支給することができること。

なお、借受け期間中における通常の使用の範囲内での故障と判断される場合は、借受けに係る補装具費にその修理に要する費用を加えて算定すること。

(8) 差額自己負担の取扱いについて

市町村は、補装具費基準告示と身体機能等を照らし、補装具に求められる機能を判断し、支給決定している。そのため、補装具費支給の必要性を認める補装具は、身体機能に適合するように製作され、種目、名称、型式、基本構造等が支給要件を満たすものとなっているが、使用者本人が希望するデザ

イン、素材等を選択することにより基準額を超えることとなる場合は、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは、差し支えないこと。また、機能追加を差額自己負担で認めることは適切でないこと。

(9) 介護保険による福祉用具貸与との適用関係について

65歳以上（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3項第2号に規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態（以下「要介護状態」という。）又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態（以下「要支援状態」という。）に該当する者については、40歳以上65歳未満）の身体障害者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。

ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、更生相談所の判定等に基づき、本制度により補装具費を支給して差し支えないこと。

(10) 修理または再支給する場合の対応について

修理や再支給の必要がある場合、市町村は他制度による適用の有無を確認した上で、補装具事業者が定める保証期間や任意保険加入の有無について補装具事業者や本人に聴取・確認等を行い、それらで対応が可能な場合は優先的に活用し、対応すること。

2 補装具費支給に係る事務処理について

(1) 支給の申請及び判定

① 身体障害者の補装具費支給

ア 申請の受付

市町村は、身体障害者から障害者総合支援法施行規則第65条の7の規定に基づき、本事務取扱指針の別添様式例（以下「様式例」という。）第1号の補装具費支給申請書の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受け付けた場合には、様式例第2号の調査書を作成すること。

イ 判定

○ 市町村は、当該申請が、義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の新規支給に係るものであるときには、更生相談所に対し、補装具費支給の要否について、様式例第3号の判定依頼書による判定依頼をするとともに、様式例第4号の判定通知書を身体障害者に送付すること。なお、当該申請が借受けに係るものである場合は、市町村は、借受けに

関する申請者の意向をよく聴取した上で、様式例第2号の調査書、様式例第3号の判定依頼書に申請者の意向を記入する等により、更生相談所等との連携に努めること。

- 判定依頼を受けた更生相談所は、申請があった身体障害者について、
- (ア) 義肢、装具、座位保持装置及び電動車椅子に係る申請の場合は、申請者の来所により、
  - (イ) 補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置に係る申請で、補装具費支給申請書等により判定できる場合は、当該申請書等により、

医学的判定を行い、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第1号（別添様式1）の判定書により、判定結果を市町村に送付する。この場合、判定書には様式例第5号の補装具処方箋を添付することができる。

これらの種目については、再支給（軽微なものを除く。）に際しても、障害状況等に変化のある場合、身体障害者本人が処方内容の変更を希望する場合、又は、それまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこと。

また、市町村が借受けの申請に基づく判定依頼をしていない場合においても、更生相談所が判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を判定書に記載し、判定結果を市町村に送付すること。

なお、補装具のうち、告示別表の「種目」欄に掲げる補装具の対象者は、原則として、同表の「対象者」欄に掲げる者とする（身体障害児についても同様の取り扱いとする。）。

- 更生相談所は、新規申請者に係る判定を行うときは、できる限り切断その他の医療措置を行った医師と緊密な連絡を取り、判定に慎重を期すること。
- 更生相談所の長は、補装具費の支給判定を行うに当たって、更生相談所に専任の医師又は適切な検査設備が置かれていないときは、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医又は指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師であって、（一社）日本専門医機構が認定した専門医及び所属医学会において認定されている専門医（医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（平成19年厚生労働省告示第108号）第1条で定める項目を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）に医学的判定を委嘱すること。

○ 市町村による決定

当該申請が、義眼、眼鏡（矯正用、遮光用、コンタクトレンズ、弱視用）、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。）、車椅子（レディメイド）、歩行器、視覚障害者安全つえ及び歩行補助つえ（一本つえを除く。）に係るものであって、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、更生相談所の判定を要せず、市町村が決定して差し支えないこと。

なお、身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳（以下単に「身体障害者手帳」という。）によって当該申請に係る身体障害者が補装具の購入等を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

ただし、人工内耳音声信号処理装置の修理の場合は、補装具費支給意見書等により、補装具事業者が修理可能であることや医療保険給付で行われる交換ではないこと、補装具事業者の保証期間内でないこと等を確認すること。

○ 補装具費支給意見書の作成について

補装具費支給申請書等により更生相談所が判定する場合又は市町村が判断のうえ決定する場合は、具体的には、医師が作成する様式例第6号の補装具費支給意見書により判定することとなる。

なお、補装具費支給意見書を作成する医師は、それぞれ、以下の要件を満たす者とする。

（ア）補装具費支給意見書により更生相談所が判定する場合のこれを作成する医師は、別表2の①②③に掲げる医師であること。

（イ）補装具費支給意見書により市町村が判断のうえ決定する場合のこれを作成する医師は、別表2の④に掲げる医師であること。

○ 更生相談所の長は、重度の障害を持つ者又は遠隔地に住む者等の利便を考慮する必要があるときは、別表2の④に掲げる医師に医学的判定を委嘱することができる。

○ 身体障害者が、補装具費支給意見書を提出することに代えて、更生相談所において判定を受けることを希望する場合は、更生相談所において判定を行うこと。また、借受け期間が終了し、改めて購入又は借受けの支給決定を行う場合についても、補装具費支給意見書を提出することに代えて、更生相談所において判定を行うことができること。

② 身体障害児の補装具費支給

市町村は、身体障害児の保護者から、様式例第6号の補装具費支給意見

書を添付した様式例第1号の補装具費支給申請書の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受け付けた場合には、様式例第2号の調査書を作成する。

なお、身体障害者手帳によって当該申請に係る身体障害児が補装具の購入等を必要とする者であることを確認することができる場合は、補装具費支給意見書を省略させることができること。

補装具費支給意見書は、別表2の①～⑤までに掲げる医師が作成したものであること。

また、市町村における支給の決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、更生相談所に助言を求めること。その際、市町村が借受けの申請に基づく助言依頼をしていない場合においても、更生相談所が助言の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を助言し、想定される借受け期間、使用効果等を意見書に記載し、市町村に送付すること。

さらに、身体障害児に係る意見書及び補装具処方箋の様式は、①のイの様式に準じること。

加えて、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮しつつ、心身機能の維持、向上、日常生活の改善に寄与することが期待できる等の医学的観点から判断するとともに、生活環境等の諸条件を総合的に考慮する必要があること。

### ③ 難病患者等の補装具費支給

原則、身体障害者・児の手續に準ずるものとするが、補装具費の支給申請を受け付けるにあたり、特殊の疾病告示に掲げる疾病に該当するか否かについては、医師の診断書等の提出により確認するものとする。なお、特定疾患医療受給者証等により疾病名が確認できる場合には、医師の診断書の提出を求めないことができること。

なお、難病患者等に係る補装具費支給意見書は、別表2の①～⑥までに掲げる医師が作成したものであること。

## (2) 支給の決定等

市町村は、(1)を経て購入又は修理に係る補装具費の支給を決定したときは、申請者に対し、速やかに、様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号(1)の補装具費支給券を交付すること。補装具費支給事務及び給付の迅速化を図るため、市町村は、原則として申請書の提出があった日の翌日から起算して2週間以内に要否を決定するなど、支給事務に係る標準処理期間を定めることとし、その迅速な対応に努めるとともに、速やかに様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号の補装具費支給券又は様式例第9号の却下決定通知書を発行し、申請者に交付すること。



また、初めて補装具費の支給申請をする場合、身体障害者手帳の交付申請と同時にすることがあるが、手続きを並行して進める等、可能な限り速やかに支給決定を行うよう努めること。

借受けに係る補装具費の支給決定に当たっては、あわせて借受け期間についても決定すること。

また、借受け期間中は毎月補装具費を支給するが、支給決定の際は、借受けを行う一月目のみ、申請者に対し、速やかに、様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号（1）から（3）までの補装具費支給券を交付すること。その際、様式例第8号（2）については、借受け期間の月数分を交付すること。支給決定の際に決定した借受け期間が終了するにあたっては、改めて更生相談所等において、購入が可能か、借受けを継続するかの必要性を判断することになるため、再度、（1）と同様に更生相談所による判定、支給決定の手続を行うこと。

借受けに係る補装具の交換までの期間については、最長1年を原則とする。ただし、市町村及び更生相談所が必要と判断すれば、概ね1年ごとに再度判定、支給決定を行うことにより、交換までの期間を最長3年程度とすることができる。支給決定に当たっては、耐用年数や想定される使用期間等を踏まえ、借受けの必要性を判断すること。

市町村は、申請を却下することの決定をしたときは、様式例第9号の却下決定通知書により、理由を附して申請者に交付すること。

なお、補装具費の算定等については、別紙によるものとする。

### （3）契約

様式例第7号の補装具費支給決定通知書の交付を受けた身体障害者又は身体障害児の保護者（以下「補装具費支給対象障害者等」という。）は、補装具事業者に様式例第8号の補装具費支給券を提示し、契約を結んだ上で、補装具の購入等を行うこと。

なお、借受け期間中の修理に関し、通常の使用の範囲内での故障、製品の不具合による故障又は故意による故障等に係る取扱いについて、予め明らかにしておくことが望ましい。

### （4）採型、仮合せ

義肢、装具及び座位保持装置の採型及び仮合せは、（1）に準じて専門医等の指導のもとに実施すること。

### （5）適合判定

① 補装具費の支給に当たっては、以下により適合判定を実施すること。

ア 申請者の来所による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

更生相談所が適合判定を行い、市町村は適合判定が行われたことを確

認する。

イ 補装具費支給意見書による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、更生相談所は適合判定が適切に行われたことを確認する。最終的に、市町村は医師及び更生相談所による適合判定が行われたことを確認する。

ウ 補装具費支給意見書により市町村が判断のうえ決定するもの

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、市町村は適合判定が適切に行われたことを確認する。

エ 身体障害者手帳により補装具の購入等を必要とする者であることを確認することができるもの

市町村が確認する。

なお、指定自立支援医療機関又は保健所の医師が作成した補装具費支給意見書により市町村が決定する補装具費の支給に当たっては、指定自立支援医療機関又は保健所の医師は、必要に応じて更生相談所に助言を求めながら、適合判定を行うこと。

- ② 適合判定を行う際は、補装具費の支給を受ける者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、補装具事業者、補装具担当職員及び身体障害者福祉司等の関係者の立会いのもとに実施すること。
- ③ 義肢、装具及び座位保持装置の適合判定は、軸位及び切断端とソケットとの適合状況、又は固定、免荷、矯正等装具装着の目的に対する適合状況、安定した姿勢の保持状況、さらに使用材料、工作法、操作法の確実性について検査し、併せて外観、重量及び耐久力について考慮すること。
- ④ 義肢、装具及び座位保持装置以外の種目についても、③に準じて検討し、当該補装具が申請書の使用目的に照らし、適合しているかどうかを判定すること。
- ⑤ 適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認められた場合、処方箋どおりに製作されていないと判断された場合等については、補装具事業者に対し不備な箇所の改善を指示し、改善がなされた後に補装具の引渡しを行わせること。

#### (6) 補装具費の支給手順について

##### ① 補装具の購入等に要した費用の支払い

補装具事業者は、購入又は修理に係る補装具の引渡しの際には、補装具費支給対象障害者等から補装具の購入又は修理に要した費用についての

支払いを受け、領収書を発行すること。

借受けに係る補装具については、一月目の借受けに要した費用についての支払いを受け、領収書を発行すること。二月目以降は、毎月の支払いの際に領収書を発行すること。

なお、借受けの単位は暦月であるが、その月の途中で借受けを開始した場合又は終了した場合は、日割り計算により借受けに係る補装具費が支払われるものであること。その場合、借受けの開始日は様式例第8号(1)の「受領日」であり、終了日は様式例8号(3)の「返却日」であること。

## ② 補装具費の請求

購入又は修理に係る補装具費支給対象障害者等は、①で交付を受けた領収書及び様式例第8号(1)の補装具費支給券を添えて、市町村に請求すること。

借受けに係る補装具費支給対象障害者等は、①で交付を受けた領収書及び、借受けを行う一月目にあつては様式例第8号(1)の、一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあつては様式例第8号(2)の、借受け期間の最終月にあつては様式例第8号(3)の補装具費支給券を添えて、市町村に請求すること。

## ③ 補装具費の支払

市町村は、補装具費支給対象障害者等から、イに掲げる領収書等の提出があつた場合は、審査のうえ、支払を行うこと。

また、借受けの場合における借受け期間の二月目以降は、補装具支給対象障害者等からの請求をもって、借受けに係る補装具費の支払を行うこと。

## (7) 借受けを行った補装具の返却

市町村は、借受け期間の最終月に様式例第8号(3)の補装具費支給券によって、借受けを行った補装具が故障等なく補装具事業者に返還されたことを確認すること。

## (8) 装着等訓練及び実地観察

① 市町村は、更生相談所等と連携して、随時、装着等訓練に必要な計画を立て実施すること。

② 装着等訓練に際しては、補装具の装着等について熟達した者をモデルとして専門医指導のもとに実施指導を行うことが効果的であるので、実施に当たっては留意されたいこと。

③ 市町村は、補装具費を支給した補装具について常に補装具担当職員、身体障害者福祉司等にその装着等状況を観察させ、装着等訓練を必要とする

者を発見した場合は、速やかに適切な訓練を施すよう留意すること。

### 3 関係帳簿について

市町村は、補装具費の支給に当たって、様式例第10号の補装具費支給決定簿を備え、必要な事項を記載しておくこと。

### 4 代理受領について

補装具費の支給手順については、原則として2の(6)の取扱いによることとなるが、補装具費支給対象障害者等の利便を考慮し、市町村は、補装具費支給対象障害者等が補装具事業者に支払うべき補装具の購入等に要した費用について、補装具費として補装具費支給対象障害者等に支給すべき額の限度において、補装具費支給対象障害者等に代わり、補装具事業者を支払うことができること。

#### (1) 代理受領の前提条件

代理受領による補装具費の支払を行う場合には、次の取扱いによること。

#### ① 市町村は、補装具費支給対象障害者等が希望する補装具事業者との間での契約等に基づき、代理受領について合意形成を行うこと。

なお、補装具事業者と契約等による取り決めを行う場合には、次の事項を盛りこむことが望ましいこと。

ア 補装具事業者は、様式例第8号の補装具費支給券に記載されている利用者負担額を受領し、補装具費の請求の際には、利用者負担額を受領したことを証する書類を添付すること。

イ 引渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的变化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き、引渡し後9ヵ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具事業者の責任において改善すること。なお、借受け期間中の修理に関し、通常の使用の範囲内での故障、製品の不具合による故障又は故意による故障等に係る取扱いについて、予め明らかにしておくこと。

ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は1の(7)に基づいた修理のうち軽微なものについて、補装具事業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヵ月以内に生じた不適合等(上記災害等により免責となる事由を除く。)であること。

#### ② 補装具費支給対象障害者等が、補装具事業者に代理受領の委任をしていること。

## (2) 補装具費の支給手順

### ① 利用者負担額の支払

補装具事業者は、補装具の引渡しの際には、補装具費支給対象障害者等から利用者負担額についての支払を受け、領収書を発行するとともに、補装具費支給券の引渡しを受けること。ただし、利用者負担額が0円と認定された補装具費支給対象障害者等については、領収書の発行を要しないこと。

### ② 補装具費の請求

補装具事業者は、代理受領を行う場合、購入又は修理に係る補装具費支払請求書に、代理受領に対する委任状及び様式例第8号(1)の補装具費支給券を添えて、市町村に提出すること。

また、借受けに係る補装具費支払請求書については、借受けを行う一月目にあつては代理受領に対する委任状及び様式例第8号(1)の補装具費支給券を、一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあつては様式例第8号(2)の補装具費支給券を、借受け期間の最終月にあつては様式例第8号(3)の補装具費支給券を添えて、市町村に提出すること。

なお、借受け期間中、補装具費支給対象障害者等と補装具事業者との間の委任関係が解消した場合には、補装具費支給対象障害者等とともに、その旨を市町村に報告すること。

### ③ 補装具費の支払

市町村は、補装具事業者から、②に掲げる請求書等の提出があつた場合は、審査の上、支払を行うこと。

また、借受けの場合における借受け期間の二月目以降は、補装具事業者からの請求をもって、借受けに係る補装具費の支払を行うこと。

## 5 番号法の施行に伴う個人番号利用事務について

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号。以下「番号法」という。)に基づき、補装具費支給事務について、各市町村は番号法に関する各種通知を参照し、マイナンバーを利用した情報連携業務を円滑に実施すること。

補装具費支給事務において提供する項目のうち、「種目名称別コード」を市町村が適切に設定できるよう、更生相談所等は判定書や補装具処方箋に対応するコードを記載すること等により、市町村と連携すること。

### (※)「補装具種目名称別コード一覧表」掲載 URL

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shogaishahukushi/yogu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shogaishahukushi/yogu/index.html)

【参考：種目名称別コード（一部抜粋）】

コード値	コード値の内容
010001	殻構造義肢 義手 特例
010002	殻構造義肢 義足 特例
010101	殻構造義肢 上腕義手 装飾用
010102	殻構造義肢 上腕義手 作業用
010103	【連携後登録不可】殻構造義肢 上腕義手 能動式
010104	殻構造義肢 上腕義手 能動式(ハンド型手部付)
010105	殻構造義肢 上腕義手 能動式(フック型手部付)

別添様式（略）

別表 1

○ 補装具の対象者について

種目	名称	対象者
眼鏡	遮光用	<p>以下の要件を満たす者。</p> <p>1) 羞明を来していること。</p> <p>2) 羞明の軽減に、遮光用の装用より優先される治療がないこと。</p> <p>3) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。</p> <p>※この際、下記項目を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。（意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ まぶしさや白んだ感じが軽減する</li> <li>・ 文字や物などが見やすくなる</li> <li>・ 羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する</li> <li>・ 暗転時に遮光用をはずすと暗順応が早くなる</li> </ul> <p>※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。</p> <p>※難病患者等に限り身体障害者手帳を要件としないものであり、それ以外は視覚障害により身体障害者手帳を取得していることが要件となる。</p>
	弱視用 (高倍率)	職業上又は教育上真に必要な者。
補聴器	全般	<p>高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者</p> <p>※中軽度補聴器は補装具費の対象外であることに留意すること。</p>
	耳あな型	<p>ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。</p> <p>特に、オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。</p>
	骨導式	<p>伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤーマールドの使用が困難な者。</p>
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置（修理）	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者。

車椅子	手動リフト式普通型	<p>当該車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者等、日常生活又は社会生活において真に必要な者。</p> <p>※ 手動リフト式普通型とは、座席の高さが床面から概ね 70 cmの安全な範囲で調整可能なものとする。</p>
	リクライニング式	<p>次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。</p> <p>ア 頸髄損傷者等で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要のある者。</p> <p>イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者。</p>
	レバー駆動型	歩行困難な者で、かつ、片上肢機能に障害がある者。
	ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であつて、自立姿勢変換が困難な者等。
電動車椅子	全般	<p>学齢児以上であつて、次のいずれかに該当する障害者・児であること。</p> <p>ア 重度の下肢機能障害者等であつて、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者。</p> <p>イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であつて、医学的所見から適応が可能な者</p> <p>※「電動車椅子に係る補装具費の支給について」参照</p>
	リクライニング式	<p>次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。</p> <p>ア 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要のある者。</p> <p>イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者。</p>
	電動リフト式普通型	手動リフト式普通型車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者等、日常生活又は社会生活において真に必要な者。
	ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であつて、自立姿



		勢変換が困難な者等。
重度障害者用意思伝達装置	全般	<p>重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。</p> <p>難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。</p>
	文字等走査入力方式 (簡易なもの)	操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、若しくはモバイル使用を希望する者。
	文字等走査入力方式(簡易な環境制御機能若しくは高度な環境制御機能が付加されたもの)	独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。
	文字等走査入力方式(通信機能が付加されたもの)	通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。
	生体現象方式	筋活動(まばたきや呼気等)による機器操作が困難な者

(注1) 以上の表は、あくまでも対象者の例を示しているものであり、支給の判断に当たっては、個別の身体状況や生活環境等を十分に考慮すること。

(注2) 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度である状態をもって判断すること。

## 別紙

### 補装具費等の算定について

#### (1) 基準額の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

##### ① 購入又は修理の場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額

(イ) 現に補装具の購入又は修理に要した費用の額

##### ② 借受けの場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額（日割り計算を行う場合は、その額）

(イ) 現に補装具の借受けに要した費用の額

#### (2) 利用者負担額の算出

原則、負担上限月額（政令で定める額）とする。ただし、負担上限月額よりも基準額に $10/100$ を乗じて得た額（1割負担額）の方が低い場合は、1割負担額（端数処理：小数点以下切り捨て）とする。

#### (3) 補装具費の算出

##### ① 基準額の $10/100$ 相当額が負担上限月額を超えない場合

補装具費＝基準額－利用者負担額

##### ② 基準額の $10/100$ 相当額が利用者負担上限月額を超える場合

補装具費＝基準額－負担上限月額

#### ※同一月内に複数回の支給を受ける場合

##### 補装具費の算出

##### ① 前回の支給の際に利用者負担額が負担上限月額を超えていない場合

ア 今回の基準額の $10/100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えない場合

補装具費＝（今回の基準額＋前回までの基準額）－（今回の利用者負担額＋前回までの利用者負担額）

イ 今回の基準額の $10/100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えた場合

補装具費＝（今回の基準額＋前回までの基準額）－負担上限月額

##### ② 前回の支給の際に利用者負担額が利用者負担上限月額を超えている場合

補装具費＝（今回の基準額＋前回までの基準額）－負担上限月額

別表 2

○ 補装具費支給意見書を作成する医師の要件について

	身体障害者	身体障害児	難病患者等
①身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）	○	○	○
②指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）	○	○	○
③国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師	○	○	○
④上記と同等と認める医師（※）	○	○	○
⑤保健所の医師	—	○	○
⑥難病法第6条第1項に基づく指定医	—	—	○

※ 補装具費支給意見書のみで市町村が判断する種目に限る



(改正後全文)

障企自発0323第1号  
平成30年3月23日  
一部改正  
障企自発0912第1号  
令和元年9月12日  
一部改正  
障企自発0331第1号  
令和2年3月31日  
一部改正  
障企自発1225第1号  
令和2年12月25日  
一部改正  
障企自発0331第1号  
令和3年3月31日  
一部改正  
障企自発0331第1号  
令和4年3月31日

都道府県知事  
各 指定都市市長 殿  
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室長  
( 公 印 省 略 )

### 「補装具費支給事務取扱要領」の制定について

今般、「補装具費支給事務取扱要領」を別添の通り制定することとしたので、その旨御了知の上、貴管内市区町村及び身体障害者更生相談所等の関係機関へ周知願いたい。

なお、本取扱要領は地方自治法第245条の4の規定に基づく「技術的助言」として位置づけられるものであることにご留意願いたい。

これに伴って、『「義肢、装具及び座位保持装置給付事務取扱要領」の制定について』（平成14年2月1日障企発第0201001号）及び『「義肢、装具及び座位保持装置等に係る補装具費支給事務取扱要領」の制定について』（平成18年9月29日障地発第0929002号）は廃止する。

(別紙)

## 補装具費支給事務取扱要領

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第25項及び第76条第2項に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。）中の別表の1の(1)、(2)、(3)、(4)及び(5)の補聴器、車椅子、電動車椅子及び歩行器に係る部分並びに3の(1)、(2)、(3)、(4)及び(5)の人工内耳、車椅子及び電動車椅子については、それぞれ以下の第1から第7により取り扱われることとされたい。

なお、完成用部品は義肢、装具等の構成品であって、消費税が非課税となる身体障害者用物品ではないため、製作又は修理事業を伴わず完成用部品のみを購入又は借受けに係る補装具費を支給するものについては、告示により算定した費用の額（その額が現に当該補装具の購入、借受け又は修理に要した費用の額を超えるときは、当該現に補装具の購入、借受け又は修理に要した費用の額とする。以下「基準額」という。）の内訳に消費税相当額を含むこととなること。

また、告示第5項の規定により100分の95を乗ずることとするものは、以下の各「価格構成」中「基本価格」及び「製作要素価格」に係るものとし、同中「完成用部品価格」に係るものについては要しないこと。

### 第1 義肢、装具及び座位保持装置の基本的事項

#### 1 殻構造義肢

##### (1) 製作工程

殻構造義肢は、「アの基本工作法」により、「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」からそれぞれ必要な材料・部品を選択し、組み合わせて製作すること。

##### (2) 価格構成

告示の基本価格及び製作要素価格は、「使用材料費」及び「製作加工費」によって構成されていること。

##### ○使用材料費

素材費	義肢材料リストによる素材購入費
素材のロス	素材の正味必要量に対する割増分（ロス分）
小物材料費	個々の要素加工に対して使用量を決め難い材料費 (糸、釘、ビス、ナット、油脂等)
材料管理費	素材の購入及び保管に要する経費

○製作加工費

作業人件費	製作を遂行するために必要な正味作業時間相当人件費（給与、賞与、退職手当、法定福利費等）
作業時間の 余裕割増	製作の準備、段取り、清掃、作業上の整理及び生理的余裕等の作業時間相当人件費
製造間接費	光熱水費、冷暖房費、クリーニング費、減価償却費等
管理販売経費	完成品の保管、販売に要する経費

また、殻構造義肢の価格は、次のように構成されていること。

殻構造義肢の価格 = 基本価格 + 製作要素価格 + 完成用部品価格

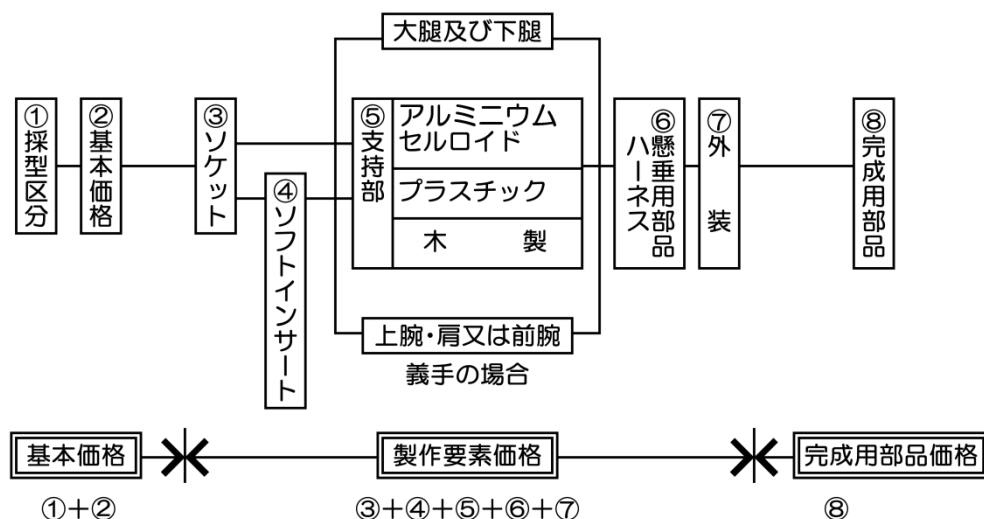
基本価格	採型使用材料費及び殻構造義肢の名称、型式別に設けられている基本工作に要する加工費の計
製作要素価格	材料の購入費及び当該材料を殻構造義肢の形態に適合するように行う加工、組合せ、結合の各作業によって発生する価格の計
完成用部品 価格	完成用部品の購入費及び当該部品の管理等に要する経費の計

したがって、殻構造義肢の価格は、「イの採型区分」による「ウの基本価格」に「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」のそれぞれ使用する材料、部品の価格を合算した額の100分の106に相当する額を上限とすること。（図-1 参照）

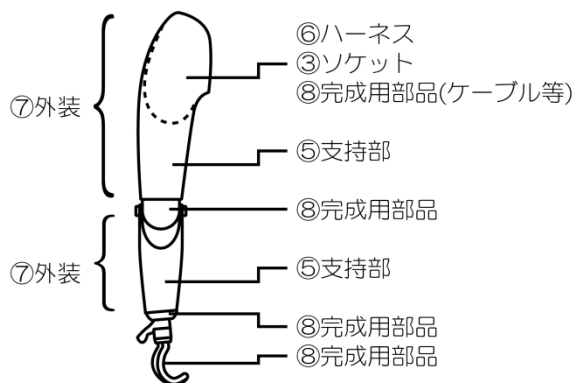
なお、義肢は身体障害者用物品として消費税が非課税であるため、基準額の内訳はいかなる場合も本体価格のみである。「100分の106に相当」の趣旨は、殻構造義肢を製作するに当たって必要な材料及び部品等の購入には消費税が課税されるため、当該仕入れに係る消費税相当分を考慮したものであること。

殻構造義肢の構成は価格体系に基づき行われること。（図-2、3 参照）

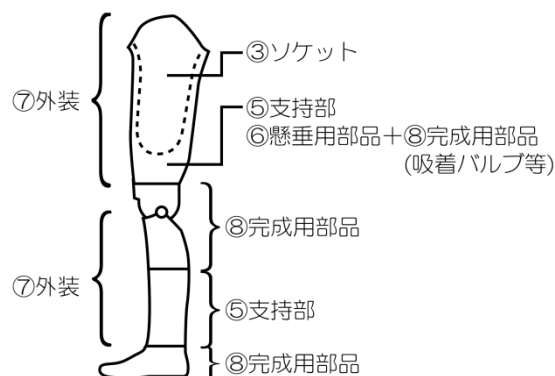
図-1 殻構造義肢の価格体系  
作業用義足の場合（鉄脚使用）



図－２ 殻構造上腕義手の構成例



図－３ 殻構造大腿義足の構成例



### (3) 基本価格

#### ① 義手

ア 義手の基本価格は、「イの採型区分」(図－４参照)に基づきそれぞれ製作する義手の型式ごとに決定し、「ウの基本価格」から選択すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| A-1 肩義手  | A-2 上腕義手 | A-3 肘義手  |
| A-4 前腕義手 | A-5 手義手  | A-6 手部義手 |
| A-7 手指義手 |          |          |

ウ 採型区分の「A-7」は、手指5本以内の切断を対象とし、多指切断であっても基本価格は一単位で取り扱うこと。

エ 顆上懸垂式ソケットとは、ミュンスター式及びノースウェスタン式のように上腕骨顆部を包み込み、懸垂装置をソケット自体が持つものであること。

オ スプリットソケットとは、前腕極短断端に使用されるものでソケットと前腕支持部がセパレートになっており、倍動ヒンジ継手又は断端操作式能動継手を持つものであること。

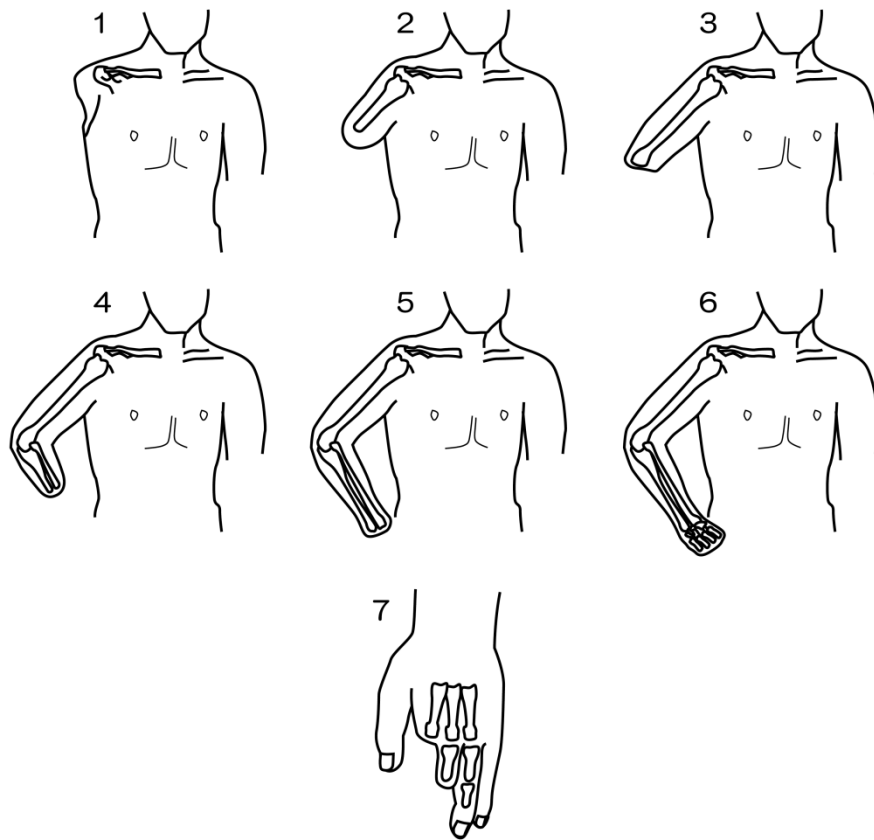
カ 義手の型式は、身体状況や日常生活の様々な場面に応じて選択されるものであり、支持部や完成用部品の肘継手、手先具の型式にかかわらず取り扱うこと。

キ 電動式は、筋電電極またはスイッチを用いて電動式の手先具や電動継手を操作するものであること。

ク 電動式の手先具は、電動ハンドもしくは電動フックを扱うものであること。



図-4 義手の採型区分



② 義足

ア 義足の基本価格は、「イの採型区分」(図-5参照)に基づきそれぞれ製作する義足の型式ごとに決定し、「ウの基本価格」から選択すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

B-1 股義足 B-2 大腿義足 B-3 膝義足

B-4 下腿義足 B-5 下腿義足(サイム義足)、果義足

B-6 果義足、足根中足義足 B-7 足指義足

ウ 採型区分の「B-6」における下腿部支持式は、断端等の免荷が必要な場合、もしくは、下腿部のレバーアームを伸ばすことで断端にかかる力を分散する場合に用いるものであること。

エ 採型区分の「B-7」は、足指5本以内の切断を対象とし、多指切断であっても基本価格は一単位で取り扱うこと。

オ 義足の型式は、ソケットの機能型を表したものであるため、常用と作業用とは、足部の違いにより区分するものであること。

カ キップシャフト(短断端切断用)は、大腿短断端用で断端に屈曲拘縮がみられ、やむを得ず断端末近くに継手装置を取り付けた座位姿勢ができるような構造のものであること。

キ いわゆる坐骨収納型ソケットは、坐骨結節から恥骨枝の一部(骨盤の一

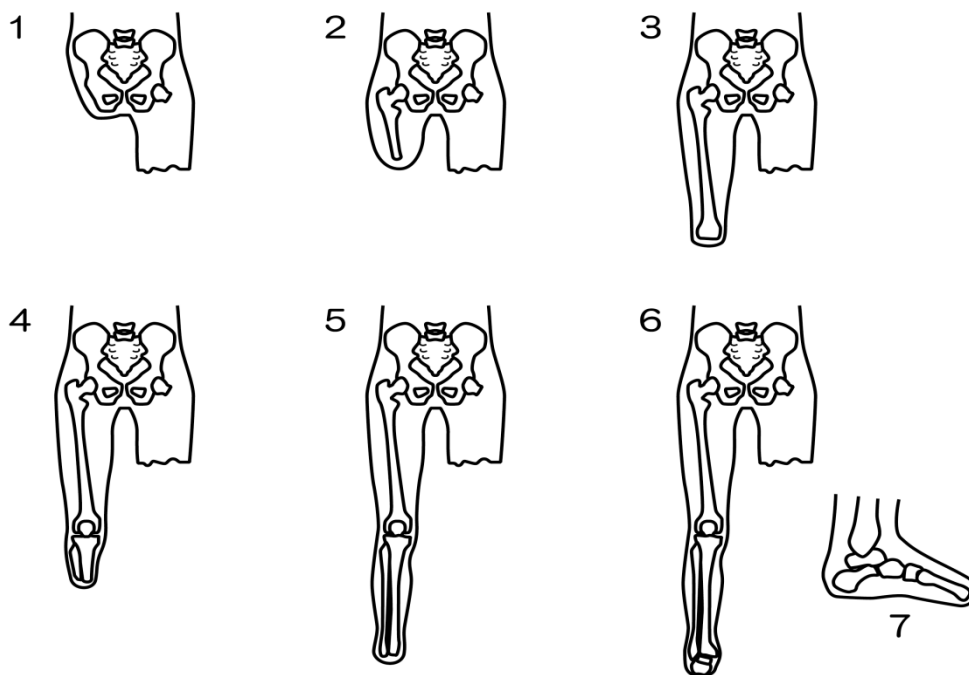
部分)と大転子(大腿骨)をソケット内に納め、大腿骨を内転位に保持することにより、歩行中における義足側の体重負荷に対する安定性を高められるよう設計されたものであること。

ク 大腿支柱付きは、断端に対する負荷を軽減する目的で使用されるものであること。

ケ 大腿義足・膝義足に、ソフトインサートのシリコン又は完成用部品のライナーを用いた場合は、ライナー式により取り扱うこと。

コ 下腿義足で、全面が接触するよう製作したのものについてはTSB式により取り扱うこと。なお、懸垂方法として、「エの製作要素価格」の「(エ)の義手用ハーネス及び義足懸垂用部品」の義足懸垂用部品を組み合わせても良いこと。ただし、PTS式又はKBM式の義足懸垂方法を用いるときには、型式に合わせて取り扱うこと。

図-5 義足の採型区分



#### (4) 製作要素価格

##### ① ソケット

ア ソケットの価格は、「イの採型区分」に基づきソケットの使用材料ごとに「(ア)のソケット」から選択すること。

イ 二重式ソケットは、断端の表面を均等に受けるようにするものとし、支持部に取り付け、変形を防止するためにプラスチック等硬質の材料を使用すること。なお、二重式ソケットの価格は、採型区分ごとに外ソケットと内ソケットのそれぞれ使用材料ごとの価格を合算した額とすること。

ウ 熱硬化性樹脂とは、F.R.P.(繊維強化プラスチック)のことで、ラミネートされたものであること。

- エ 熱可塑性樹脂とは、板状の樹脂が加熱形成されたものであること。
- オ 電動式は、電極の取り付け加工を行うソケット製作のときのみ取り扱い、二重式ソケットの価格に電動式を重複して取り扱えないこと。

② ソフトインサート

- ア ソフトインサートの価格は、ソケットの採型区分に基づきソフトインサートの使用材料ごとに「(イ)のソフトインサート」から選択すること。
- イ 軟性発泡樹脂とは、PEライト及びスポンジ等であること。
- ウ ソフトインサートとは、骨突起部、断端末等の除圧のために部分的に当てるものではなく、断端の全体を覆うものであること。
- エ 義手用及び義足用のソフトインサートの使用は、断端の表面の状況によりソケットのみでは不適合を生じる場合に限ること。
- オ シリコンとは、F. R. P. 同様にラミネートされたものであり、完成用部品のライナーを加えられないこと。

③ 支持部

- ア 装飾用、能動式、作業用又は電動式義手及び常用、作業用義足の場合
  - (ア) 支持部の価格は、各部位の組立て、切削等の加工費であり、それぞれ使用材料ごとに「(ウ)の支持部」を加えること。
  - (イ) 作業用義手は幹部を用いない場合、作業用義足は鉄脚を用いない場合に限る。
  - (ウ) 支持部は、基本的には次のような方式により加算すること。ただし、手義手および手部義手は、電動式に限ること。また、電動義手の支持部はソケットを有する部分にのみ電動式を用い、他の部分は装飾用および能動式の支持部を用いること。

名 称	加 算 部 位
肩 義 手	肩部・上腕部・前腕部
肩 義 手 (電動式)	肩部 (電動式)・上腕部・前腕部
上 腕 義 手	上腕部・前腕部
上 腕 義 手 (電動式)	上腕部 (電動式)・前腕部
肘 義 手	上腕部 (電動式)・前腕部
前 腕 義 手	前腕部
前 腕 義 手 (電動式)	前腕部 (電動式)
手 義 手	前腕部
手 部 義 手	手部
股 義 足	股部・大腿部・下腿部
大 腿 義 足	大腿部・下腿部
下 腿 義 足	下腿部

(エ) サイム義足及び下腿部支持式の場合に限り、ソケット自体が支持部となることから下腿支持部を加えること。

(オ) 支持部の加算方法

- a 図-6及び図-7のような斜線の部分をもつソケットの場合は、斜線部分の大小にかかわらず支持部を加えること。
- b 支持部の価格は、使用材料ごとに「(ウ)の支持部」を加えること。
- c 支持部に熱可塑性樹脂を使用する場合は、セルロイドに準じて加算すること。
- d オープンエンド型ソケットは、使用材料ごとに支持部の価格を加算すること。
- e 外装の価格は、使用材料ごとに「(オ)の外装」を加えること。
- f 熱可塑性樹脂で成型された支持部そのものが外装となる場合は、外装のプラスチックを加算することができないこと。
- g 図-8のような斜線の部分がないソケットの場合は、支持部を加えられないこと。ただし、外装を行う場合は、使用材料ごとに「(オ)の外装」を加えること。

図-6 支持部を加算できるソケット

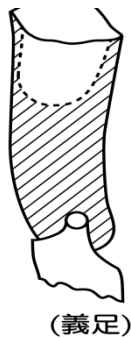
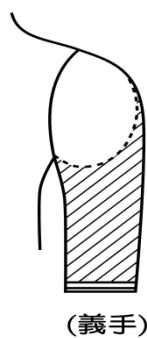


図-7 支持部を加算できるソケット



図-8 支持部を加算できないソケット



イ 作業用義手（幹部を用いる場合）及び作業用義足（鉄脚を用いる場合）

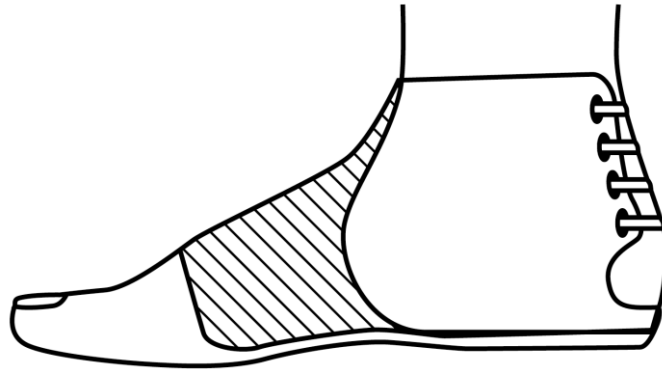
(ア) 作業用義手（幹部を用いる場合）

- a 肩義手作業用及び上腕義手作業用の場合は、「(ウ)の支持部」の作業

- 用・上腕部のみを加えること。
- b 前腕義手作業用の場合は、「(ウ)の支持部」の作業用・前腕部のみを加えること。
- (イ) 作業用義足（鉄脚を用いる場合）
  - a 股義足作業用及び大腿義足作業用の場合には、「(ウ)の支持部」の作業用・大腿部のみを加えること。
  - b 下腿義足作業用の場合は、「(ウ)の支持部」の作業用・下腿部を加えること。
- ウ 果義足、足根中足義足及び足指義足の場合
 

図-9のようにソケットと足先ゴムの間を軟性発泡樹脂で埋めた場合に「(ウ)の支持部」の足部を加えること。

図-9 支持部を加算できる足部



④ 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品

ア 義手用ハーネス

- (ア) 各義手に用いられるハーネスの例を、以下の図-10 から図-20 に示す。
- (イ) 肘義手用は上腕義手用に、手義手用及び手部義手用は前腕義手用に、それぞれ準じて取り扱うこと。
- (ウ) 使用部品の項目に一式とされているものであっても、使用部品の組み合わせができること。(図-14、15、18、19、20 参照)
- (エ) 能動式に用いられるハーネスで、他の義手用ハーネスの組み合わせを必要とする場合には、それぞれ組み合わせることができること。(図-20 参照)

図-10 胸郭バンド式肩ハーネス一式

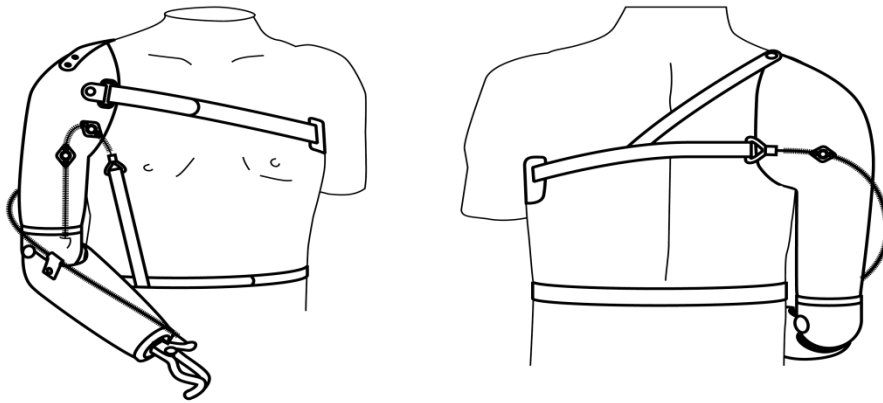


図-11 肩義手用及び上腕義手用肩たすき一式

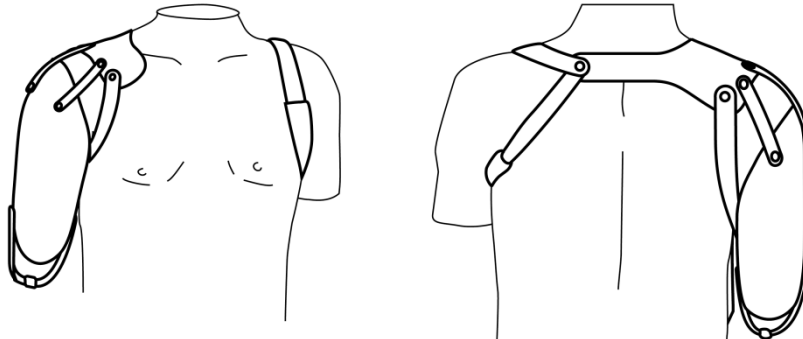


図-12 胸郭バンド式上腕ベルトハーネス一式

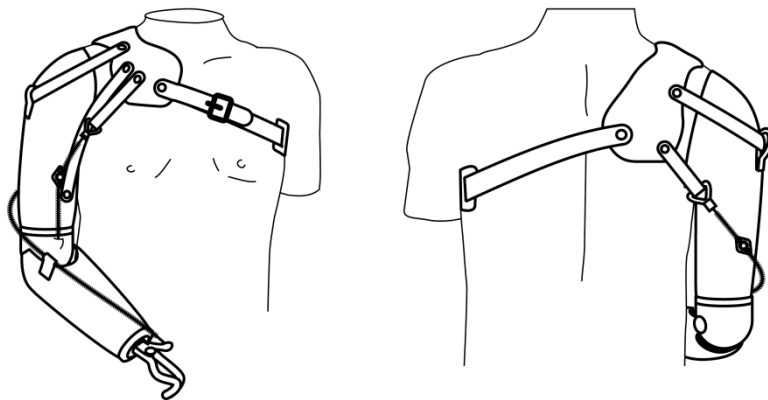


図-13 上腕義手用8字ハーネス一式

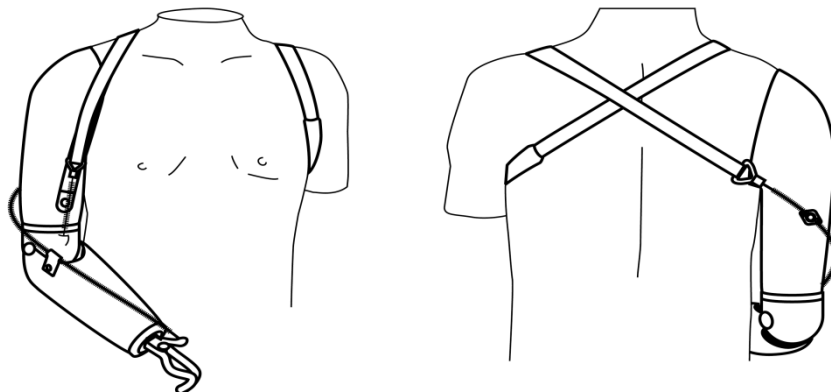


図-14 胸郭バンド式前腕ハーネス一式  
(胸郭バンド式前腕ハーネス一式と上腕カフの組み合わせ)

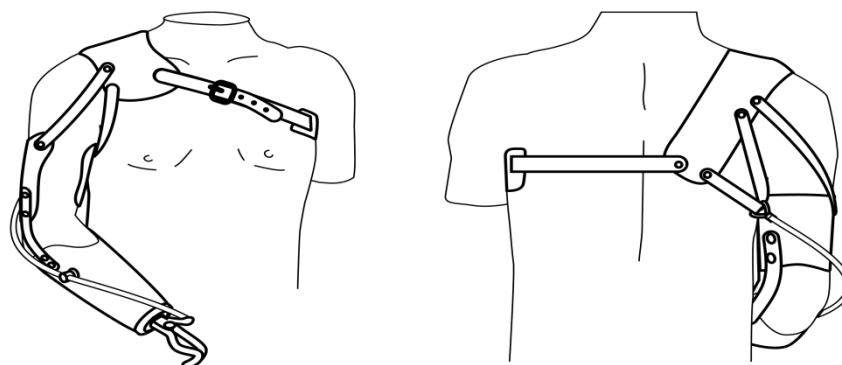


図-15 8字ハーネス一式と上腕カフの組み合わせ例  
(前腕義手用)

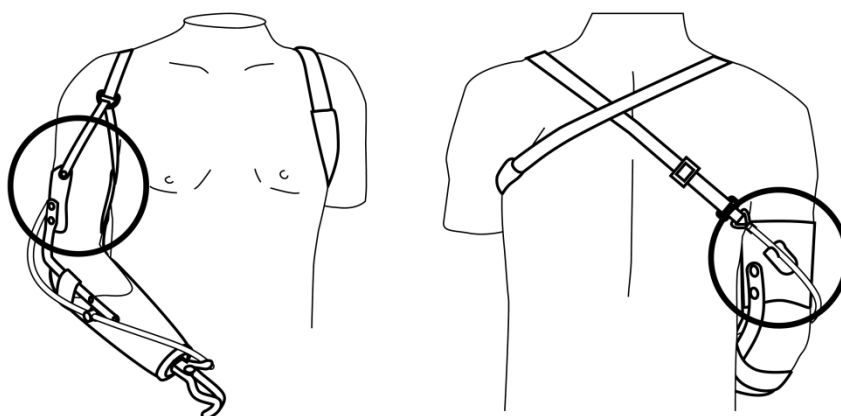


図-16 前腕義手用9字ハーネス一式

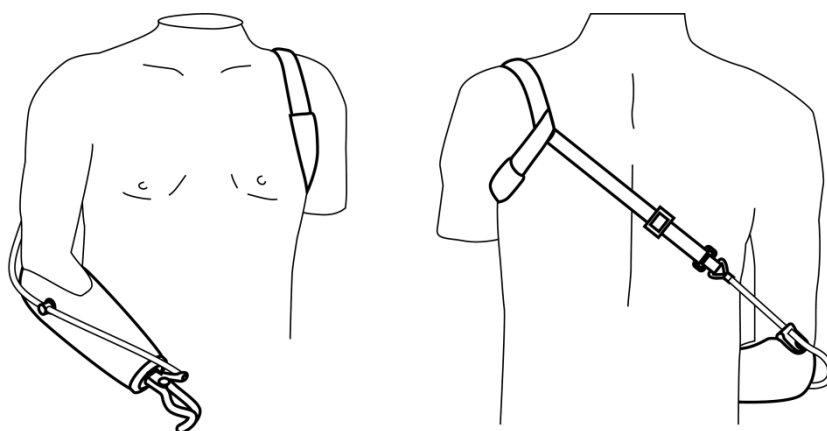


図-17 上腕カフ (装飾用カフバンド)

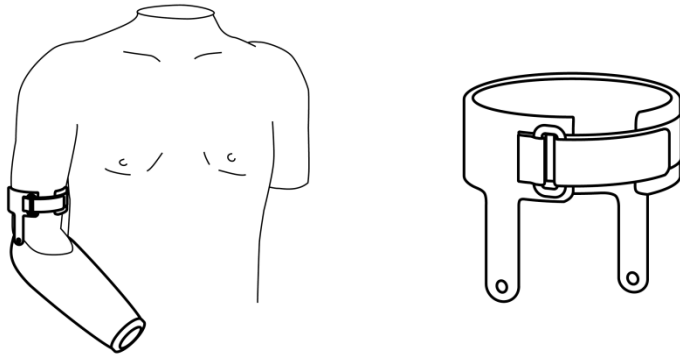


図-18 前腕義手用9字ハーネス一式と上腕カフの組合せ

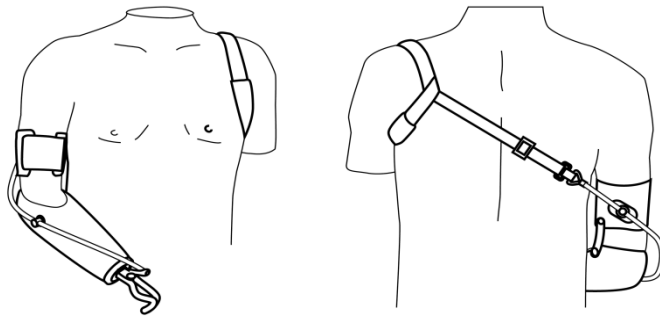


図-19 上腕カフ (三頭筋パッド)

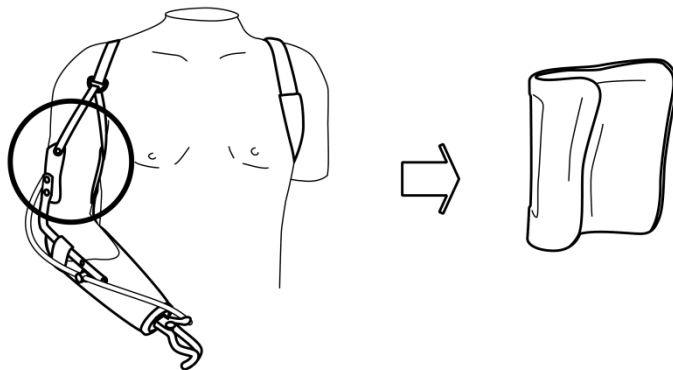
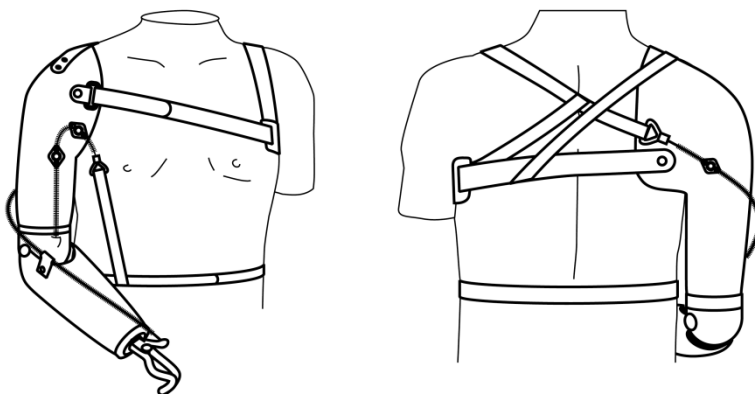


図-20 胸郭バンド式肩ハーネス一式と前腕義手用9字ハーネス一式の組合せ





イ 義足懸垂用部品

(ア) 膝義足は大腿義足用に、サイム義足用は下腿義足用にそれぞれ準じて取り扱うこと。

(イ) 使用部品の項目に一式とされているもの（大腿もも締め一式を除く。）は、他の義足懸垂部品を加えられないこと。（図-21 参照）

(ウ) 使用部品の項目に一式とされていないものは、使用部品の組み合わせにより加算すること。（図-22、23 参照）

(エ) 義足用股吊りの価格は、1本当たりのものであること。

(オ) 軽便式・下腿義足常用普通用の懸垂用膝カフは、PTBカフベルトに準じて取り扱うこと。

図-21 シレジアバンドの区分

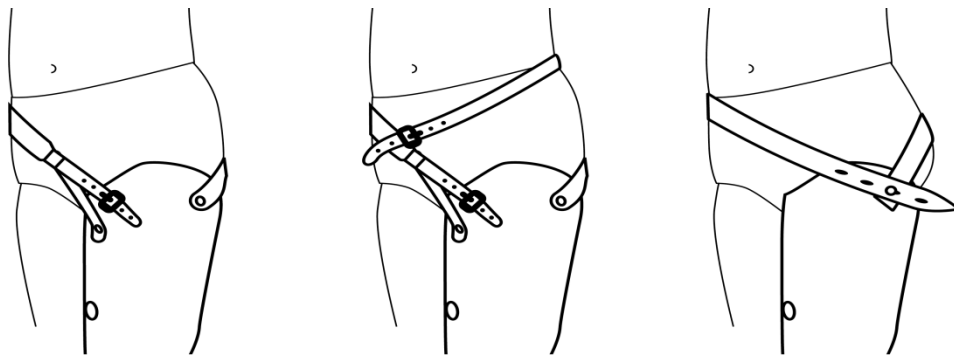


図-22 大腿義足懸垂部品の区分

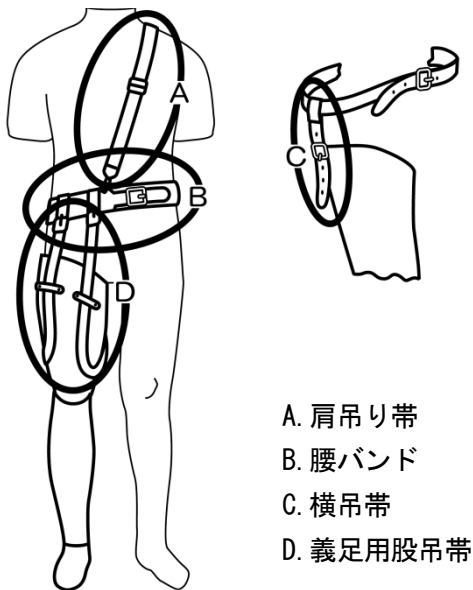
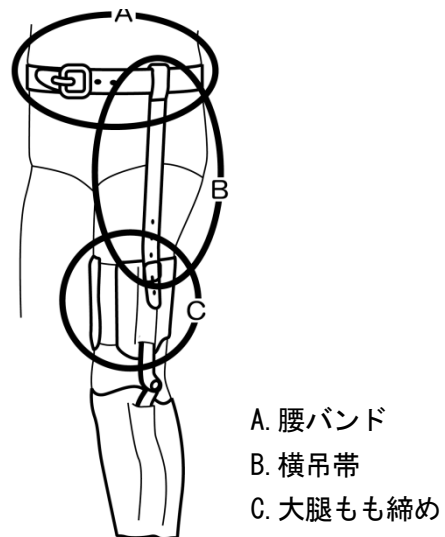


図-23 下腿義足懸垂用部品の区分



⑤ 外装

外装部位と使用材料により各部位ごとに加算すること。ただし、肩部、股部及び足部については、次によること。

ア 肩部

ソケット自体が外装を兼ねる場合は、外装を加算できないこと。

(図-24、25 参照)

図-24 外装を加算できない事例

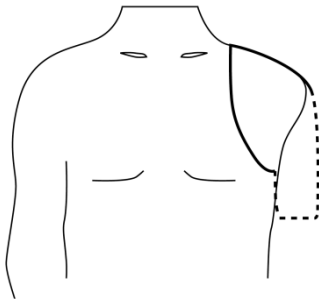
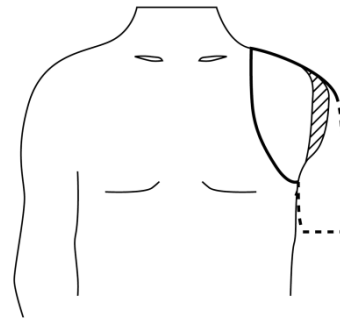


図-25 外装を加算できる事例



イ 股部

ソケット自体が外装を兼ねる場合は、外装を加算できないこと。

(図-26、27 参照)

図-26 外装を加算できない事例

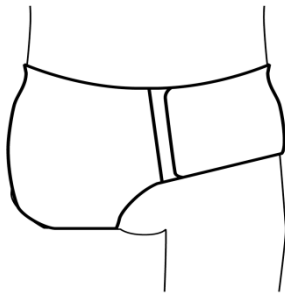
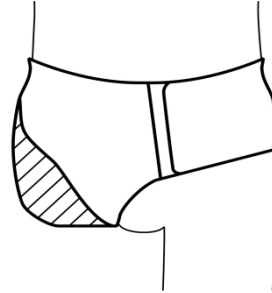


図-27 外装を加算できる事例



ウ 足部

(ア) 足部表革及び裏革については、木製足部の場合に加算することができること。ただし、生活環境等により、特に足部の耐久性を高める必要があると認められる場合は、木製足部以外の足部にも表革及び裏革を加算することができること。

(イ) 足部の外装にリアルソックスを使用する場合は、「オの完成用部品」を加えることができること。

(5) 完成用部品

部品の名称、使用部品、価格等については、「障害者の日常生活及び社会生活を

総合的に支援するための法律に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品の指定について」の別添「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」（以下、「完成用部品の指定基準」という。）に定めるところによるものとする。ただし、使用部品の処方の際には、障害状況や適切な補装具費支給等の観点からの妥当性が求められることから、更生相談所の意見等に基づき決定すること。

また、完成用部品のうち、再度製作する際に再利用できない部品は、借受けの対象とならないこと。

なお、処方及び製作上特に必要と認められる場合には、骨格構造義肢及び装具の完成用部品を用いることができること。

① 義手用部品

- ア 肩継手部品のうち筋金の価格は、1本当たりのものであること。
- イ 肩継手部品のうち筋金以外の部品は、一組又はセットの価格であること。
- ウ 手継手は、一組の価格であること。
- エ 義手の作業用に付ける手先具は、3個を範囲として必要な数だけ加算することができること。
- オ フック用先ゴムは1本当たりの価格とし、当分の間、6ヵ月分を限度として必要な数だけ一括支給することができること。
- カ 断端袋は、年間の上限額のみが定められているため、特性、数量にかかわらず、当該額の範囲で一括支給することができること。

② 義足用部品

- ア 股継手部品のうち筋金の価格は、1本当たりのものであること。
- イ 股継手部品のうち筋金以外の部品は、一組又はセットの価格であること。
- ウ 次に掲げる部品については、足部が含まれた価格であること。(KI-BU-B19-1, KI-BU-B19-2)
- エ 断端袋は、年間の上限額のみが定められているため、特性、数量にかかわらず、当該額の範囲で一括支給することができること。

(参考) 殻構造義肢の基本工作法から考えられる必要な設備等  
 殻構造義肢の基本工作法における各工程に係る作業内容を遂行するために必要となる、標準的な設備等については、以下を参照すること。

工 程	作業の内容	設 備
(ア) 断端の観察	断端の表面の状況（筋収縮時と弛緩時の形状変化、知覚の状況等）、関節の運動機能の状況（屈伸、内転、外転等の関節可動域や筋力等）並びに肢位の観察及び特徴の把握、筋肉の走路及び筋電位出力の確認（電動式）	
(イ) 採寸及び投影図の作成	製作に必要な寸法（断端の周径、断端長）及び角度を測定及び情報カードへの記録と投影図の作成。（トレースのほか前後左右からの写真撮影による断端形状の正確な把握も必要。）	
(ウ) 採型	ギブス包帯法による断端の採型及び陰性モデルの順型（石膏の盛り削り修正）、陽性モデルの注型及び取出し並びに陽性モデルの修正。 ※断端の採型に当たっては、良肢位を保つため採型治具や補助具を用いる場合がある。また、断端の正確な形状を得る	

	ため場合によっては複数の義肢装具士が行う必要がある。	
(エ) 適合のチェック	チェックソケットの製作、チェックソケットによる適合のチェック（断端の筋、軟部組織の状態、体重支持、疼痛の有無、関節可動域、トリミングライン、電極の位置等）及び修正、継手の中心位置の設定。	真空成型機 カービングマシン 電気オープン
(オ) 陽性モデルの製作	チェックソケットへのギプスの注型、陽性モデルの修正、表面の仕上げ及び乾燥。	
(カ) ソケット製作	陽性モデルへのストックネットの被覆、強化材の付加、PVAバックの被覆、樹脂注型、取外し及びソケットトリミング、電極ダミーの設定（電動式）。 ※ソケット構造によっては、完成用部品のコネクタ等支持部材を組み込み、注型を行う。この際、強度を確保するために、アライメント復元治具を用いて位置設定を行う。	真空ポンプ
(キ) 支持部材の外形の形成及び要素の結合	義手：パラフィン、プラスチックフォームギプス等による支持部材外形の形成及び要素の結合、バッテリーおよびコントローラ収納場所の確保（電動式）。 義足：股継手、膝継手、足部等の機能部品の支持部材による結合及び足部の調整。	カービングマシン
(ク) 組立て	義手：継手等各部の組み合わせ及び結合、ハーネスの取付け。 足部：アライメントカップリングの取付け、ベンチアライメントの設定、各部の組み合わせ及び結合、懸垂装置の取付け並びに角度調整。	ミシン
(ケ) 仮合せ	義手：ソケットトリミングの修正、ハーネスの調整及び機能の点検、電極の位置確認及び感度調整（電動式）、義手操作の基本指導並びに適合の修正。 義足：アライメントの修正、適合の点検及び修正、各部の機能の点検並びに起立及び歩行の基本動作の指導。 ※義肢部品等の名称と機能の説明及びソケット等の装着方法の指導、留意事項の説明。 ※スタティックアライメントの調整の後、安定した歩行を得るためダイナミックアライメントを決定する。	
(コ) 外装及び仕上げ	義手：外形の研削、ストックネットの被覆及びラミネーション、感度調整用窓加工（電動式）。 義足：カップリングの取外し、外形の形成、内部余肉の除去、外装並びにソケットの適合及び機能の最終点検。	
(サ) 適合検査	適合及びアライメントの点検並びにユーザーに対する義肢の取扱い方法の説明やメンテナンス、断端の衛生管理等の指導。	
※ 関連業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 義肢の製作に必要な個人情報（氏名、年齢、職業、家族構成、身体状況、住宅環境、生活様式、ユーザーの希望、連携可能な関係医療機関等）の収集、情報カードへの記載、保管、管理業務。</li> <li>・ 初期段階で、ユーザーに義肢を装着するまでの流れについて説明する。</li> <li>・ 処方医と連携し、最適な部品等の選択を行う。</li> <li>・ 義肢の引渡し後も、定期的なチェックを行うことが望ましいことをユーザーにご理解いただく。</li> </ul>	

製作所には、事務室、工作室等が必要であり、設備を配置した上で十分に動ける面積があること。具体例としては、以下に示す「(参考) 義肢製作所の面積例」を参照すること。（「2骨格構造義肢」、「3装具」についても、これを参照すること。）

設備欄に掲げる設備のほか、必要な工具等（例：復元器、コンターマシン、集塵器、ボール盤、グラインダー、バフグラインダー、溶接器、電動ドリル、パイプカッター、万力、八方ミシン、特殊ミシン、内周計、カップリング、ヒートガン等）を備えていること。（「2骨格構造義肢」、「3装具」についても、これを参照すること。）

(参考) 義肢製作所の面積例

室名等	面積 (坪数)		備考
事務室	16.5 m <sup>2</sup>	5坪	受付、一般事務、待合室
採型室	16.5 m <sup>2</sup>	5坪	測定、仮合せ、試歩行
工作室			
ギプス作業室	9.9 m <sup>2</sup>	3坪	型流し、陽性モデル修正
機械室	9.9 m <sup>2</sup>	3坪	集塵設備
一般組立室	19.8 m <sup>2</sup>	6坪	作業台2台 (義肢装具士2名以上)
倉庫	9.9 m <sup>2</sup>	3坪	材料保管

## 2 骨格構造義肢

### (1) 製作工程

骨格構造義肢は、「アの基本工作法」により、「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」からそれぞれ必要な材料・部品を選択し、組み合わせて製作すること。

### (2) 価格構成

告示の基本価格及び製作要素価格は、「使用材料費」及び「製作加工費」によって構成されていること。

#### ○使用材料費

素材費	義肢材料リストによる素材購入費
素材のロス	素材の正味必要量に対する割増分（ロス分）
小物材料費	個々の要素加工に対して使用量を決め難い材料費（糸、釘、ビス、ナット、油脂等）
材料管理費	素材の購入及び保管に要する経費

#### ○製作加工費

作業人件費	製作を遂行するために必要な正味作業時間相当人件費（給与、賞与、退職手当、法定福利費等）
作業時間の余裕割増	製作の準備、段取り、清掃、作業上の整理及び生理的余裕等の作業時間相当人件費
製造間接費	光熱水費、冷暖房費、クリーニング費、減価償却費等
管理販売経費	完成品の保管、販売に要する経費

また、骨格構造義肢の価格は、次のように構成されていること。

骨格構造義肢の価格 = 基本価格 + 製作要素価格 + 完成用部品価格

基本価格	採型使用材料費及び骨格構造義肢の名称、型式別に設けられている基本工作に要する加工費の計
製作要素価格	材料の購入費及び当該材料を骨格構造義肢の形態に適合するように行う加工、組合せ、結合の各作業によって発生する価格の計
完成用部品価格	完成用部品の購入費及び当該部品の管理等に要する経費の計

したがって、骨格構造義肢の価格は、「イの採型区分」による「ウの基本価格」に「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」のそれぞれ使用する材料、部品の価格を合算した額の100分の106に相当する額を上限とすること。（図-28 参照）

なお、義肢は身体障害者用物品として消費税が非課税であるため、基準額の内訳はいかなる場合も本体価格のみである。「100分の106に相当」の趣旨は、骨格構造義肢を製作するに当たって必要な材料及び部品等の購入には消費税が課税されているため、当該仕入れに係る消費税相当分を考慮したものであること。骨格構造義肢の構成は価格体系に基づき行われること。（図-29、30 参照）

図-28 骨格構造義肢の価格体系

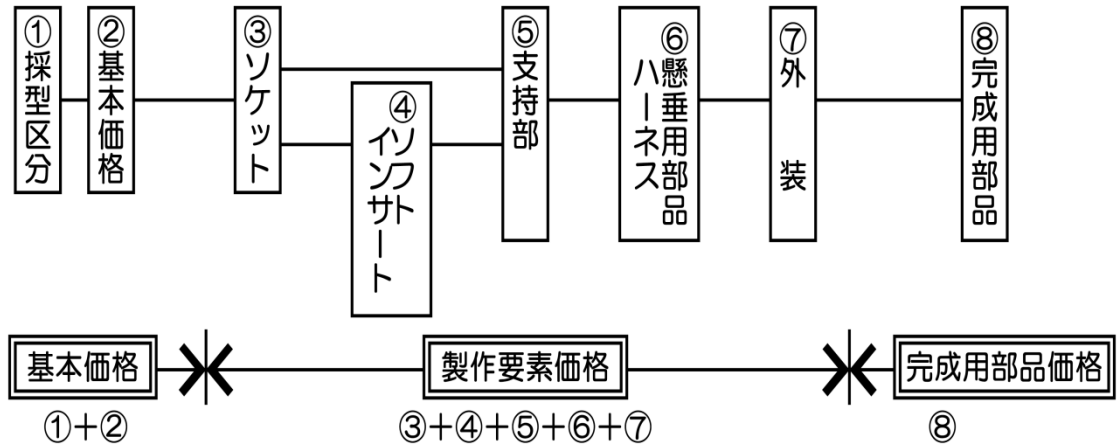


図-29 骨格構造義手の構成例

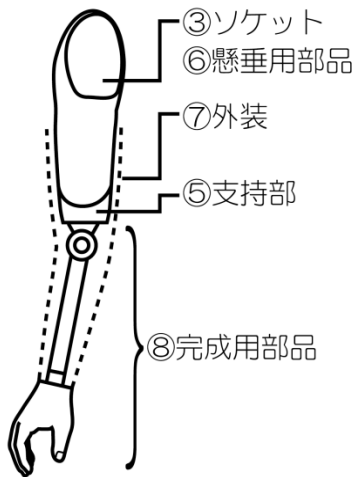
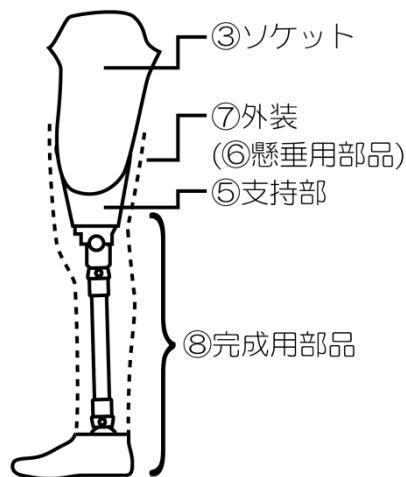


図-30 骨格構造義足の構成例



(3) 基本価格

① 義手

ア 義手の基本価格は、「イの採型区分」(図-31 参照)に基づきそれぞれ製作する義手の型式ごとに決定し、「ウの基本価格」から選択すること。

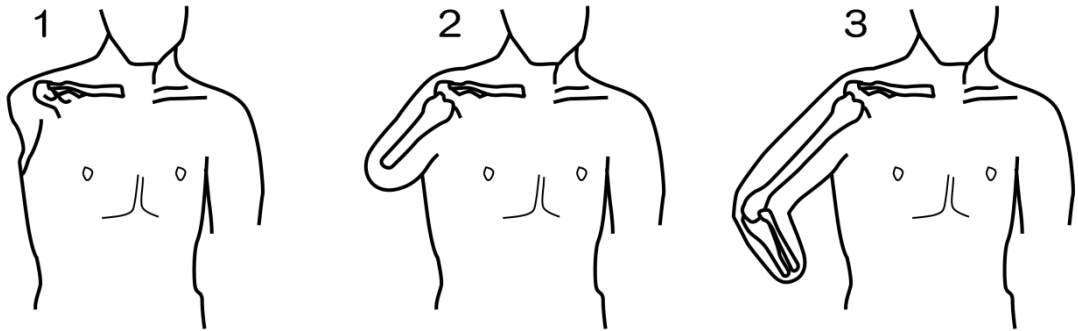
イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

A-1 肩義手            A-2 上腕義手            A-3 前腕義手

ウ 顎上懸垂式ソケットとは、ミュンスター式及びノースウェスタン式のように上腕骨顆部を包み込み、懸垂装置をソケット自体が持つものであること。

エ スプリットソケットとは、前腕極短断端に使用されるものでソケットと前腕支持部がセパレートになっており、倍動式継手又は断端操作式能動継手を持つものであること。

図-31 義手の採型区分



② 義足

ア 義足の基本価格は、「イの採型区分」(図-32 参照)に基づきそれぞれ製作する義足の型式ごとに決定し、「ウの基本価格」から選択すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

B-1 股義足      B-2 大腿義足      B-3 膝義足

B-4 下腿義足      B-5 下腿義足(サイム義足)

ウ キップシャフトは、大腿短断端用で断端に屈曲拘縮がみられ、やむを得ず断端末近くに継手装置を取り付けた座位姿勢ができるような構造のものであること。

エ 坐骨収納型ソケットは、坐骨結節から恥骨枝の一部(骨盤の一部)と大転子(大腿骨)をソケット内に納め、かつ大腿骨を内転位に保持することにより、歩行中における義足側の体重負荷に対する安定性を高められるよう設計されたものであること。

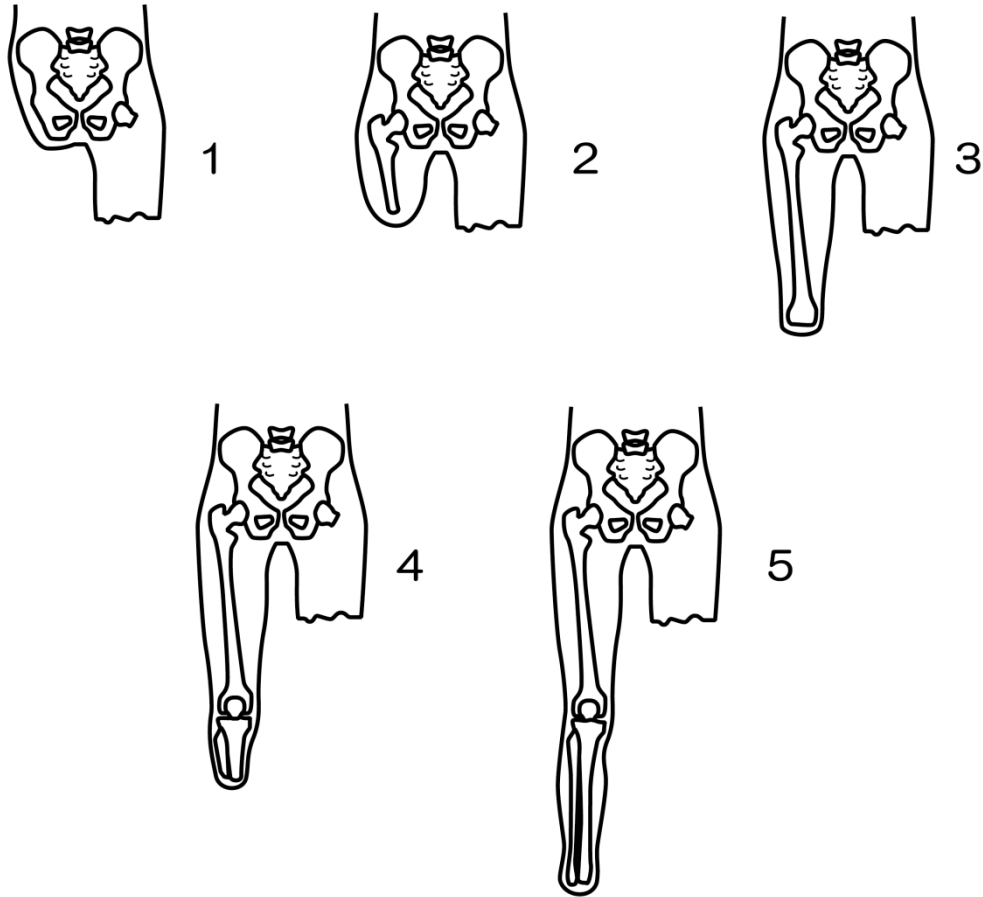
オ 大腿支柱付きは、断端に対する負荷を軽減する目的で使用されるものであること。

カ 大腿義足・膝義足に、ソフトインサートのシリコーン又は完成用部品のライナーを用いた場合は、ライナー式により取り扱うこと。

キ 下腿義足で、全面が接触するよう製作したものについてはTSB式により取り扱うこと。なお、懸垂方法として、「エの製作要素価格」の「(エ)の義手用ハーネス及び義足懸垂用部品」の義足懸垂用部品を組み合わせても良いこと。ただし、PTS式又はKBM式の義足懸垂方法を用いるときには、型式に合わせて取り扱うこと。



図-32 義足の採型区分



(4) 製作要素価格

① ソケット

ア ソケットの価格は、「イの採型区分」に基づきソケットの使用材料ごとに「(ア)のソケット」から選択すること。

イ 二重式ソケットは、断端の表面を均等に受けるようにするものとし、支持部に取り付け、変形を防止するためにプラスチック等硬質の材料を使用すること。なお、二重式ソケットの価格は、採型区分ごとに外ソケットと内ソケットのそれぞれ使用材料ごとの価格を合算した額とすること。

ウ 熱硬化性樹脂とは、F.R.P. のことで、ラミネートされたものであること。

エ 熱可塑性樹脂とは、板状の樹脂が加熱形成されたものであること。

② ソフトインサート

ア ソフトインサートの価格は、ソケットの採型区分に基づきソフトインサートの使用材料ごとに「(イ)のソフトインサート」から選択すること。

イ 軟性発泡樹脂とは、PEライト及びスポンジ等であること。

ウ ソフトインサートとは、骨突起部、断端末等の除圧のために部分的に当てるものではなく、断端の全体を覆うものであること。

エ 義手用及び義足用のソフトインサートの使用は、断端の表面の状況によ

りソケットのみでは不適合を生じる場合に限ること。

オ シリコンとは、F.R.P. 同様にラミネートされたものであり、完成用  
部品のライナーを加えられないこと。

③ 支持部

ア 支持部は、それぞれ製作する義手又は義足の型式ごとに「(ウ)の支持部」  
から選択すること。

名 称	適 用 例
肩 義 手 用	肩義手の場合に限ること。
上 腕 義 手 用	上腕義手の場合に限ること。
前 腕 義 手 用	前腕義手の場合に限ること。
股 義 足 用	股義足の場合に限ること。
大 腿 義 足 用	大腿義足の場合に限ること。
下 腿 義 足 用	下腿義足の場合に限ること。

④ 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品

義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の取扱いについては、1の殻構造義肢  
に準ずること。

⑤ 外装

ア 外装は、フォームカバーを用いる場合にのみ加えること。

イ フォームカバーは、股部、膝部に皮革を当てる又は補強材を塗る等耐久  
性を持たせる工夫を施すこと。

ウ フォームカバーは、調整及び修理を考慮して簡単に着脱できる構造にす  
ること。

エ 足部の外装にリアルソックスを使用する場合は、「オの完成用部品」を加  
えること。

(5) 完成用部品

部品の名称、使用部品価格等については、完成用部品の指定基準に定めるとこ  
ろによるものとする。ただし、使用部品の処方に際しては、障害状況や適切な補  
装具費支給等の観点からの妥当性が求められることから、更生相談所の意見等に  
基づき決定すること。

また、完成用部品のうち、再度製作する際に再利用できない部品は、借受けの  
対象とならないこと。

なお、処方及び製作上特に必要と認められる場合には、殻構造義肢及び装具の  
完成用部品を用いることができること。

断端袋は、年間の上限額のみが定められているため、特性、数量にかかわらず、  
当該額の範囲で一括支給することができること。

(参考) 義肢の基本工作法から考えられる必要な設備等

骨格構造義肢の基本工作法における各工程に係る作業内容を遂行するために必要となる、標準的な設備等については、以下を参照すること。

工 程	作業の内容	設 備
(ア) 断端の観察	断端の表面の状況（筋収縮時と弛緩時の形状変化、知覚の状況等）、関節の運動機能の状況（屈伸、内転、外転等の関節可動域や筋力等）並びに肢位の観察及び特徴の把握。	
(イ) 採寸及び投影図の作成	製作に必要な寸法（断端の周径、断端長）及び角度を測定及び情報カードへの記録と投影図の作成。（トレースのほか前後左右からの写真撮影による断端形状の正確な把握も必要。）	
(ウ) 採型	ギプス包帯法による断端の採型及び陰性モデルの順型（石膏の盛り削り修正）、陽性モデルの注型及び取出し並びに陽性モデルの修正。 ※断端の採型に当たっては、良肢位を保つため採型治具や補助具を用いる場合がある。また、断端の正確な形状を得るため場合によっては複数の義肢装具士が行う必要がある。	
(エ) 適合のチェック	チェックソケットの製作、チェックソケットによる適合のチェック（断端の筋、軟部組織の状態、体重支持、疼痛の有無、関節可動域、トリミングライン等）及び修正、継手の中心位置の設定。	真空成型機 カービングマシーン 電気オープン
(オ) 陽性モデルの製作	チェックソケットへのギプスの注型、陽性モデルの修正、表面の仕上げ及び乾燥。	
(カ) ソケットの製作	陽性モデルへのストックネットの被覆、強化材の付加、PVA バックの被覆、樹脂注型、取外し及びソケットトリミング。 ※ソケット構造によっては、完成用部品のコネクタ等支持部材を組み込み、注型を行う。この際、強度を確保するために、アライメント復元治具を用いて位置設定を行う。	真空ポンプ
(キ) 支持部材の外形の形成及び要素の結合	義手：パラフィン、プラスチックフォームギプス等による支持部材の外形の形成及び要素の結合。 義足：股継手、膝継手、足部等の機能部品の支持部材による結合及び足部の調整。	カービングマシーン
(ク) 組立て	義手：継手等各部の組み合わせ及び結合、ハーネスの取付け。 足部：カップリングの取付け、ベンチアライメントの設定、各部の組み合わせ及び結合、懸垂装置の取付け並びに角度調整。	ミシン
(ケ) 仮合せ	義手：ソケットトリミングの修正、ハーネスの調整及び機能の点検、義手操作の基本指導並びに適合の修正。 義足：アライメントの修正、適合の点検及び修正、各部の機能の点検並びに起立及び歩行の基本動作の指導。 ※義肢部品等の名称と機能の説明及びソケット等の装着方法の指導、留意事項の説明。 ※スタティックアライメントの調整の後、安定した歩行を得るためダイナミックアライメントを決定する。	
(コ) 外装及び仕上げ	義手：フォームカバーの穴堀及び外形の研削、ストックネットの被覆。 義足：アライメントカップリングの取外し、外形の形成、内部余肉の除去、外装並びにソケットの適合及び機能の最終点検。	カービングマシーン
(サ) 適合検査	適合及びアライメントの点検並びにユーザに対する義肢の取扱い方法の説明やメンテナンス、断端の衛生管理等の指導。	
※ 関連業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 義肢の製作に必要な個人情報（氏名、年齢、職業、家族構成、身体状況、住宅環境、生活様式、ユーザの希望、連携可能な関係医療機関等）の収集、情報カードへの記載、保管、管理業務。</li> <li>・ 初期段階で、ユーザに義肢を装着するまでの流れについて説明する。</li> <li>・ 処方医と連携し、最適な部品等の選択を行う。</li> <li>・ 義肢の引渡し後も、定期的なチェックを行うことが望ましいことをユーザにご理解いただく。</li> </ul>	

### 3 装具

#### (1) 製作工程

装具は、「アの基本工作法」により、「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」からそれぞれ必要な材料・部品を選択し、組み合わせて製作すること。

#### (2) 価格構成

告示の基本価格及び製作要素価格は、「使用材料費」及び「製作加工費」によって構成されていること。

##### ○使用材料費

素材費	装具材料リストによる素材購入費
素材のロス	素材の正味必要量に対する割増分（ロス分）
小物材料費	個々の要素加工に対して使用量を決め難い材料費 （糸、釘、ビス、ナット、油脂等）
材料管理費	素材の購入及び保管に要する経費

##### ○製作加工費

作業人件費	製作を遂行するために必要な正味作業時間相当人件費（給与、賞与、退職手当、法定福利費等）
作業時間の 余裕割増	製作の準備、段取り、清掃、作業上の整理及び生理的余裕等の作業時間相当人件費
製造間接費	光熱水費、冷暖房費、クリーニング費、減価償却費等
管理販売経費	完成品の保管、販売に要する経費

また、装具の価格は、次のように構成されていること。

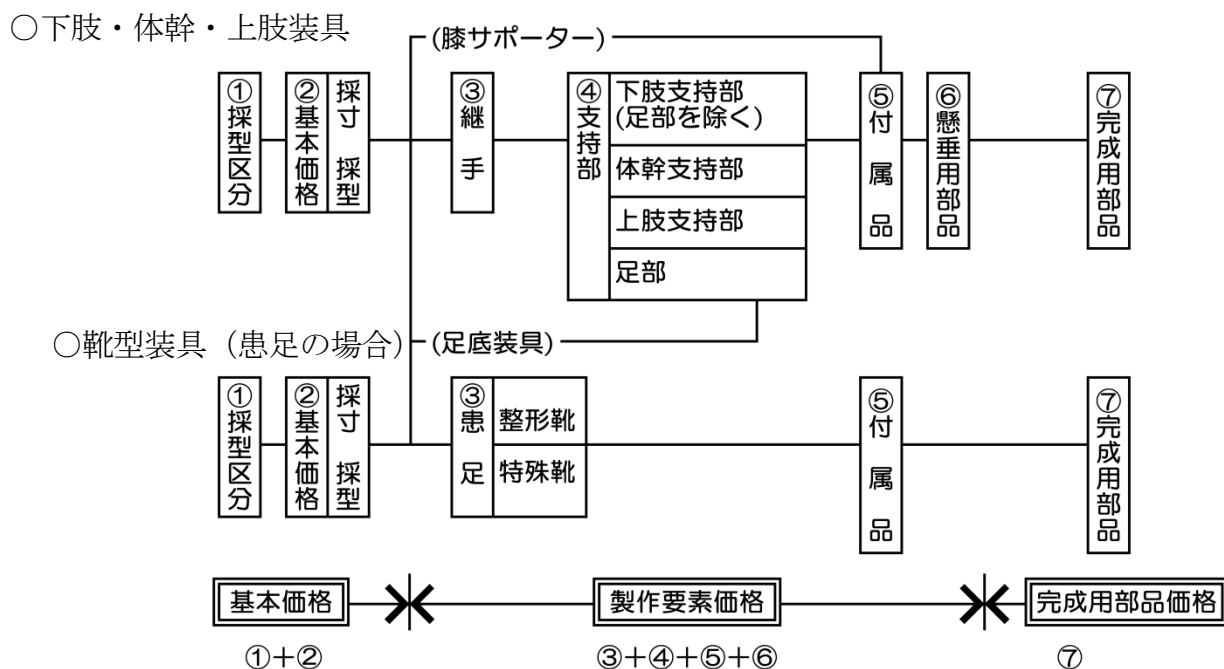
装具の価格 = 基本価格 + 製作要素価格 + 完成用部品価格

基本価格	採型（又は採寸）使用材料費及び装具の名称、採型区分別に設けられている基本工作に要する加工費の計
製作要素価格	材料の購入費及び当該材料を身体の形態に適合するように行う加工、組合せ、結合の各作業によって発生する価格の計
完成用部品 価格	完成用部品の購入費及び当該部品の管理等に要する経費の計

したがって、装具の価格は、「イの採型区分」による「ウの基本価格」に「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」のそれぞれ使用する材料、部品の価格を合算した額の100分の106に相当する額を上限とすること。（図-33参照）

なお、装具は身体障害者用物品として消費税が非課税であるため、基準額の内訳はいかなる場合も本体価格のみである。「100分の106に相当」の趣旨は、装具を製作するに当たって必要な材料及び部品等の購入には消費税が課税されるため、当該仕入れに係る消費税相当分を考慮したものであること。

図-33 装具の価格体系



(3) 基本価格

① 共通事項

ア 装具の基本価格は、「イの採型区分」に基づき採寸又は採型のいずれかに決定し、「ウの基本価格」から選択すること。

イ 採型区分は、装具の製作のために採寸又は採型を必要とする最小限の区分を選択すること。

ウ 採寸とは、「アの基本工作法」に基づいた採寸に必要な工程のなかで、「(イ)の採寸及び投影図の作成」が行われるものであること。

エ 採型とは、「アの基本工作法」に基づいた採型に必要な工程のなかで、「(ウ)の採型」及び「(エ)の陽性モデルの製作」が行われるものであること。

なお、実際に採型を行ったものであっても「(エ)の陽性モデルの製作・修正」が行われない場合には、採寸の価格とすること。

オ 2種類以上の装具を組み合わせた装具の場合は、それぞれの基本価格を加算できないこと。ただし、右及び左を製作する場合には、下肢装具、靴型装具及び上肢装具の基本価格は、一側を一単位として加算することができること。

カ 筋力が著しく低下した方に必要と判断された場合は、支持部にカーボンを用いることができること。ただし、チェックアウト用の装具のための完成用部品の加算はできないこと。

カーボンを用いた装具は、樹脂注型により個別に成型されたもの並びにオートクレープ方式等にてプリプレグカーボン等を使い、個別に成型されたものであること。

② 下肢装具

ア 下肢装具の基本価格は、「イの採型区分」(図-34 参照)により決定すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

A-1 股装具 A-2 長下肢装具(骨盤付)

A-3 長下肢装具 A-4 膝装具

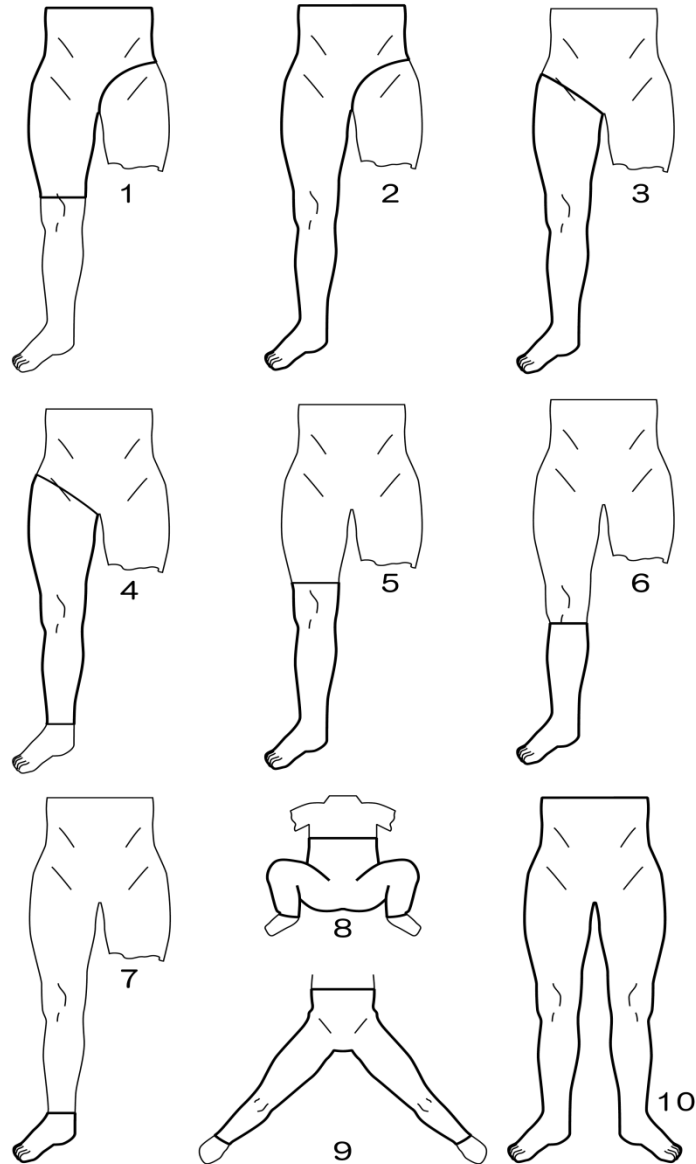
A-5 短下肢装具(顆上式) A-6 短下肢装具

A-7 足底装具 A-8 股関節外転装具(タイプ1)

A-9 股関節外転装具(タイプ2)

A-10 両長下肢装具(骨盤付)

図-34 下肢装具の採型区分



③ 靴型装具

ア 靴型装具の基本価格は、「イの採型区分」(図-35 参照)により決定すること。

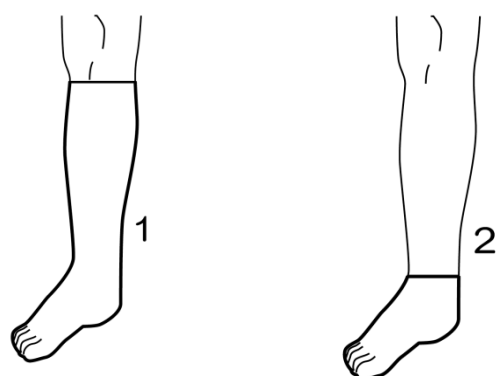
イ 靴型装具の基本価格は、右又は左の一侧当たりのものであること。

ウ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

B-1 長靴      B-2 半長靴、チャッカ靴、短靴

エ 健足は採寸で取り扱うこと。

図-35 靴型装具の採型区分



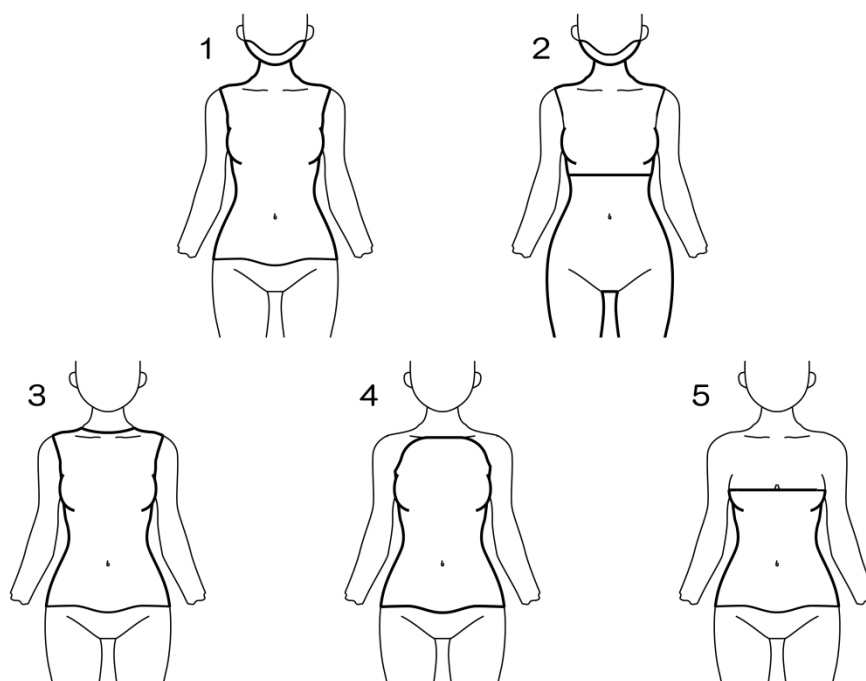
④ 体幹装具

ア 体幹装具の基本価格は、「イの採型区分」(図-36 参照)により決定すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

- |                  |          |
|------------------|----------|
| C-1 頸椎装具 (胸椎装具付) | C-2 頸椎装具 |
| C-3 胸椎装具 (肩バンド付) | C-4 胸椎装具 |
| C-5 腰椎装具、仙腸装具    |          |

図-36 体幹装具の採型区分





⑤ 上肢装具

ア 上肢装具の基本価格は、「イの採型区分」(図-37 参照)により決定すること。

イ 採型区分と名称の関係は、概ね次のとおりであること。

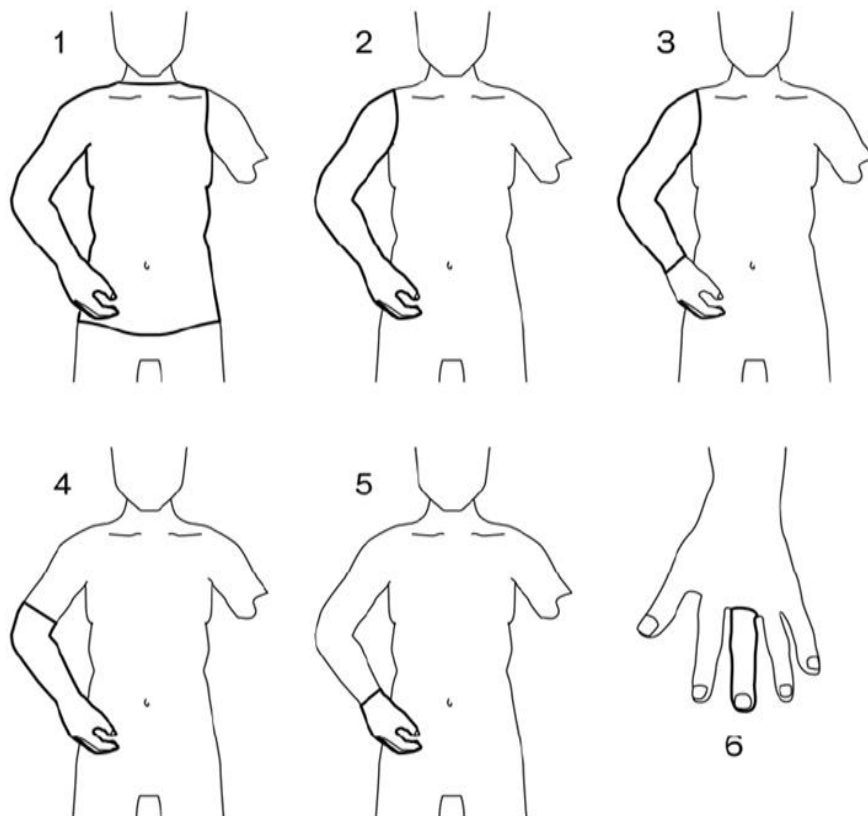
D-1 肩装具 D-2 肘装具(タイプ1)

D-3 肘装具(タイプ2)

D-4 手背屈補助装具、長対立装具、把持装具

D-5 短対立装具、MP屈曲・伸展補助装具 D-6 指装具

図-37 上肢装具の採型区分



(4) 装具の製作要素価格

① 下肢装具

ア 継手

(ア) 固定式継手

a 固定式継手は、一本棒状の金属支柱をもち、全く動きのない継手であること。(図-38 参照)

b したがって、固定式継手は、継手のない支柱を用いる場合にのみ加算すること。

(イ) 遊動式継手

- a 遊動式継手とは、可動性をもつ継手であること。(図-39 参照)
- b したがって、遊動式継手は、継手のある支柱を用いる場合にのみ加算すること。なお、遊動式継手には固定・遊動切替式の継手も含まれること。

(ウ) プラスチック継手

- a プラスチック継手とは、継手部品として独立した形状を有するプラスチックの継手であり、遊動式のものとは可撓性のものとは区分されること。
- b 可撓性のプラスチック継手を用いる場合の価格は、プラスチック継手の価格(価格×1)とすること。ただし、ヒンジ継手を用いる場合の価格は、片側を一単位とすること。(図-40 参照)
- c 継手部品として独立していない形状のプラスチック継手については、その形状の如何を問わずフレキシブルアングルの場合に限り、可撓性のプラスチック継手として取り扱うこと。
- d 完成用部品に指定されているプラスチック製の継手は、遊動式継手として取り扱うこと。

(エ) その他

- a 鋼線支柱の場合は、遊動式の価格とし、片側を一単位とすること。(図-41 参照)
- b 短下肢装具用の板バネ支柱の場合は、足継手の遊動式の価格(価格×1)とすること。(図-42 参照)

図-38 固定継手の加算方法

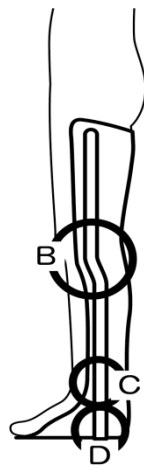


図-39 遊動継手の加算方法

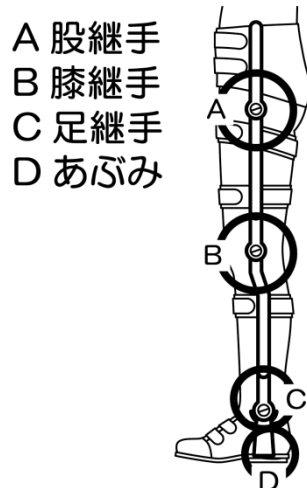


図-40 プラスチック継手の事例

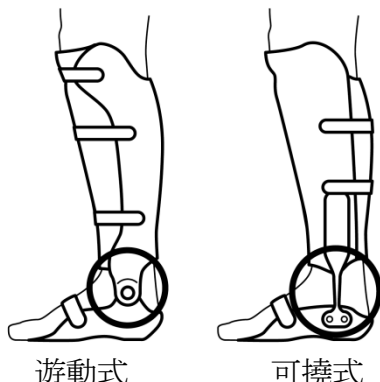


図-41 鋼線支柱の事例

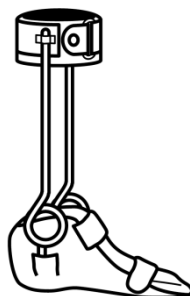
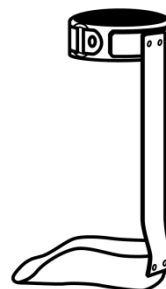


図-42 板バネ支柱の事例



### イ 支持部

(ア) 支持部とは、肢体を半周又は一周するもので、装具を肢体に固定し、支柱の位置決定及び装具の強度を高めるために用いられるものであること。

(イ) 半月及び皮革は、それぞれ1カ所を一単位とすること。

(ウ) 熱硬化性樹脂とは、F.R.P. のことで、ラミネートされたものであること。

(エ) 熱可塑性樹脂とは、板状の樹脂が加熱形成されたものであること。

(オ) カーボンとは、C. F. R. P. のことで、ウェットカーボン又はドライカーボンを指す。支持部をカーボンで製作した場合は、半月と組合せできないこと。

(カ) P T S式及びK B M式は、P T B式に準じて取り扱うこと。

(キ) あぶみとは、足板又は靴と装具とを連結する足継手より遠位の部分のものであること。なお、歩行用あぶみは、あぶみに準じて取り扱うこと。

(ク) 足部とは、足部に装着するものであり、すべて支持部とすること。ただし、補高、ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には、靴型装具の「bの付属品等の加算要素」に準じて取り扱うこと。

(ケ) 足部のBの皮革の『大』とは、足部の半分以上を覆うものであって、いわゆる『足部おおい』であること。また、『小』とは、『足部おおい以外のもの』であって通常の足底板はこれに含まれること。

(コ) 標準靴とは、一般のレディメイドの靴ではなく、義肢装具材料メーカーが製作販売している半完成品の靴を加工して靴付きの下肢装具を製作する場合の基準であり、「オの完成用部品」を加算すること。

(サ) 短下肢装具の「F 硬性」には、カフバンドを加算することができないこと。

### ウ その他の加算要素

(ア) キャリパー及びツイスターを用いる場合は、完成用部品を加えら

れないこと。

- (イ) ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には、靴型装具の「bの付属品等の加算要素」に準じて取り扱うこと。
- (ウ) 膝サポーターのみを製作する場合は、基本価格に製作要素価格の「cのその他の加算要素の価格」を合算した額とすること。ただし、遊動式継手付きの場合は、製作要素価格の「aの継手」を加えること。
- (エ) 体幹装具以外で骨盤帯を用いる場合は、すべて体幹装具に準じて取り扱うこと。
- (オ) 懸垂帯を必要とする場合は、1の殻構造義肢の義足懸垂用部品に準じて取り扱うこと。
- (カ) 補高用足部とは、脚長差を補正するために下肢装具の足部の下方に取り付ける義足型足部であり、健肢と大幅な脚長差が生じる場合にのみ加えること。
- (キ) ファンロックは、ダイヤルロックに準じて取り扱うこと。

## ② 靴型装具

### ア 製作要素

- (ア) 靴型装具には、患足と健足とがあり、それぞれ短靴、チャッカ靴、半長靴及び長靴に区分されること。
- (イ) 短靴とは、側革の高さが果部より低い靴であること。
- (ウ) チャッカ靴とは、側革の高さが果部までの靴であること。
- (エ) 半長靴とは、側革の高さが果部を覆う靴であること。
- (オ) 長靴とは、側革の高さが概ね下腿の2/3までかかる靴であること。

### イ 患足

- (ア) 右又は左の一侧を一単位とすること。
- (イ) 整形靴とは、医師の処方に基づき変形の矯正、疼痛のない圧力分散等特定の目的のために特定の患者の足部に適合させた靴であること。
- (ウ) 特殊靴とは、特定の患者の形態に応じて靴を作るため特別に木型（プラスチック等のものを含む）をおこし作られた靴であること。
- (エ) グッドイヤー式及びマッケイ式とは、中底と表底を縫い合わせたものであり、製作要素の価格は、「aの製作要素」の2割増しとすること。
- (オ) 支柱を必要とする場合には、「(ア)の下肢装具の製作要素価格」と「オの完成用部品」を加えること。

### ウ 健足

- (ア) 右又は左の一侧が健足である場合に加えること。
- (イ) 健足は、「オの完成用部品」を加えられないこと。

### エ 付属品等の加算要素

- (ア) 月型の延長とは、通常の間型芯を足先方向又は足継手より上の方向に延長したものであり、それぞれの方向に延長した場合であっても当該価格で取り扱うこと。

(イ) スチールバネ入りとは、足関節の側方安定性を向上させる目的で付加されたものであり、使用本数にかかわらず一単位とすること。

(ウ) マジックバンドは3個までを本体に含むものとし、3個を超える場合に、超える分につき加算すること。

(エ) 補高

a 敷き革式とは、靴の内部に挿入するものであること。

b 靴の補高とは、靴の表底に補高を張り合わせるものであり、健足補高もこれに準じて取り扱うこと。

### ③ 体幹装具

ア 体幹装具の価格は、基本価格と支持部ごとのそれぞれの価格を合算した額とすること。ただし、他の装具と組み合わせるものについては、この限りでないこと。

イ 骨盤支持部は、側弯症装具の場合に限り加算すること。

ウ 後方がフレーム、前方が軟性の場合は、支持部ごとのフレームの価格で取り扱うこと。

エ ジュエット型の場合は、支持部ごとのフレームの価格で取り扱うこと。

オ 高さ調整とは、容易に調整可能なものであり、頸椎装具について加算することができること。なお、価格は、1カ所当たりのものであること。

カ バタフライについては、モールド又はフレームの場合にのみ加算すること。

キ 側弯症装具付属品

体幹装具の骨盤支持部に用いる側弯症装具付属品については、完成用部品を加算することができること。

ク 体幹装具軟性は、キャンバス及びメッシュの区分がないこと。

### ④ 上肢装具

ア 継手

(ア) 固定式継手

a 固定式継手は、一本棒状の金属支柱をもち、全く動きのない継手であること。

b したがって、固定式継手は、継手のない支柱を用いる場合にのみ加算すること。

(イ) 遊動式継手

a 遊動式継手とは、可動性をもつ継手であること。

b したがって、遊動式継手は、継手のある支柱を用いる場合にのみ加算すること。なお、遊動式継手には、固定・遊動切替式の継手も含まれること。

(ウ) プラスチック継手

a プラスチック継手とは、継手部品として独立した形状を有するプラスチックの継手であり、遊動式のものと同様に区分されること。

b 可撓性のプラスチック継手を用いる場合の価格は、プラスチック継手

の価格（価格×1）とすること。ただし、ヒンジ継手を用いる場合の価格は、片側を一単位とすること。（継手については、下肢装具を参照）

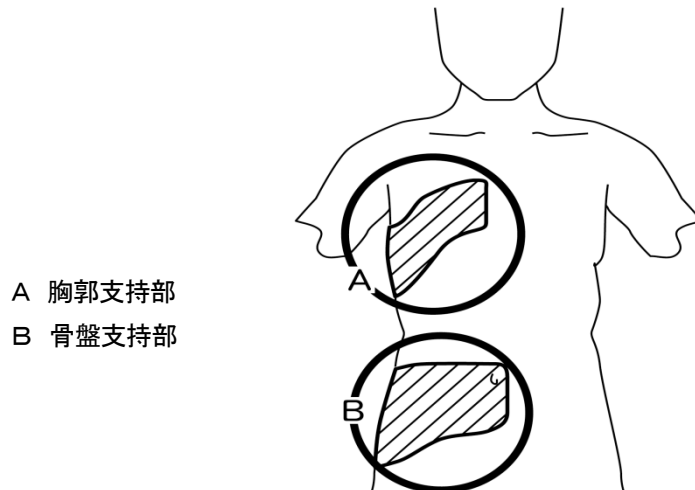
c プラスチック継手を用いる場合は、当該完成用部品を加算できないこと。

#### イ 支持部

(ア) 胸郭支持部及び骨盤支持部は、右又は左の半身を一単位とすること。なお、胸郭支持部及び骨盤支持部を加算する場合は、体幹装具に関する他のものを加えられないこと。（図-43 参照）

半月及び皮革の価格は、1ヵ所当たりのものであること。

図-43 支持部の区分



#### ウ その他の加算要素

(ア) 基節骨パット及び中・末節骨パットは、背側及び掌側の片側又は両側を一単位とすること。（図-44 参照）

(イ) アウトリガーの価格は、1ヵ所当たりのものであること。（図-45 参照）

(ウ) 伸展・屈曲補助バネの価格は、1本当たりのものであること。なお、肘伸展・屈曲補助バネ又は肘伸展・屈曲補助ゴムを用いる場合は、下肢装具に準じて取り扱うこと。（図-46 参照）

(エ) 懸垂帯を用いる場合は、殻構造義肢の購入基準の懸垂用部品に準じて取り扱うこと。

図-44 基節骨パッド等の加算要素区分

A 基節骨パッド

B 中・末節骨パッド

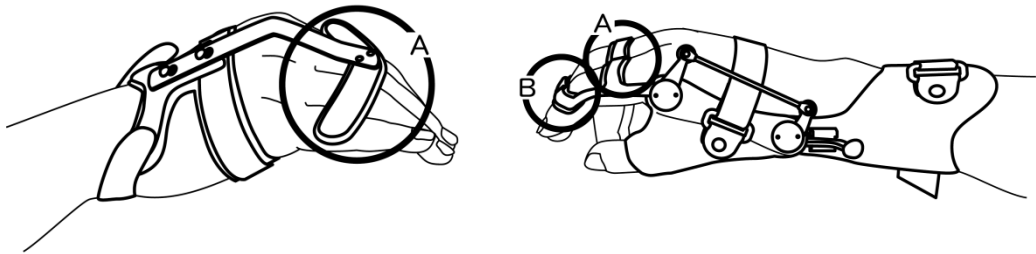


図-45 アウトリガーの加算要素区分

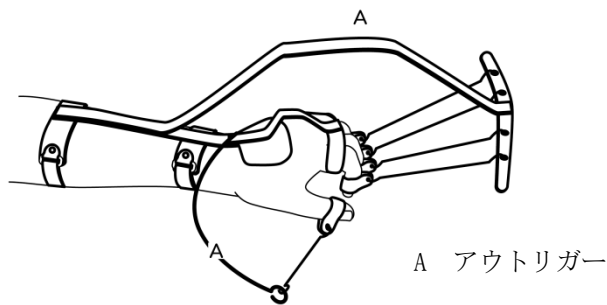
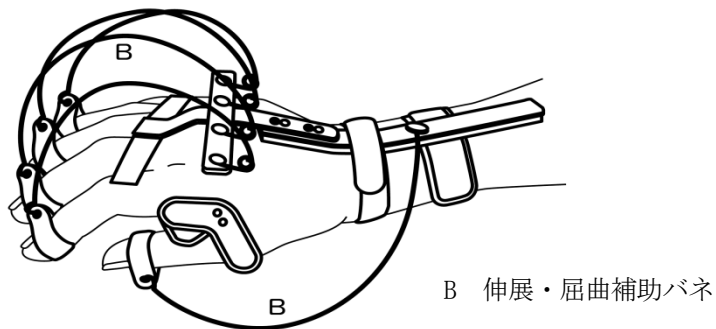


図-46 伸展・屈曲補助バネの加算要素区分



#### (5) 完成用部品

部品の名称、使用部品、価格等については、完成用部品の指定基準に定めるところによるものとする。ただし、使用部品の処方に際しては、障害状況や適切な補装具費支給等の観点からの妥当性が求められることから、更生相談所の意見等に基づき決定すること。

また、完成用部品のうち、再度製作する際に再利用できない部品は、借受けの対象とならないこと。

なお、処方及び製作上特に必要と認められる場合には、殻構造義肢及び骨格構造義肢の完成用部品を用いることができること。

(参考) 装具の基本工作法から考えられる必要な設備等

装具の基本工作法における各工程に係る作業内容を遂行するために必要となる、標準的な設備等については、以下を参照すること。

(1) 靴型装具以外の装具

工 程	作業の内容	設 備
(ア) 患肢及び患部の観察	患部の表面の状況(知覚の状況等)、関節の運動機能の状況(屈伸、内転、外転等の関節可動域や筋力等)並びに肢位の観察及び特徴の把握。	
(イ) 採寸及び投影図の作成	製作に必要な寸法(周径、長さ)及び角度の測定及び情報カードへの記録と投影図の作成。(トレースのほか前後左右からの写真撮影による患肢形状の正確な把握も必要。)	
(ウ) 採型	ギプス包帯法による採型及び陰性モデルの順型。 ※ 採型に当たっては、最適な肢位を保持する。	
(エ) 陽性モデルの製作	陰性モデルへのギプス泥の注型、陽性モデルの修正(石膏の盛り削り修正)、表面の仕上げ及び乾燥。	
(オ) 組立て	陽性モデルにデザイン(継手、支柱、半月の位置、外形ライン)の記入。アライメントの確認。 フレーム: 曲げ加工、組み立て及び調整。 モールド: プラスチック板切断、加熱成形加工、トリミング。 調整筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の板止め及び各部の結合。	カービングマシン ボール盤(又はハンドドリル) ミシン 電気オーブン(又はガスバーナー)
(カ) 仮合わせ(中間適合検査)	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の調整、継手等各部品の位置、角度の調整、アライメントの調整、試し使用及び仕上げ。	
(キ) 仕上げ	筋金、締め革、足部覆い、足底板、ネックリング、パッド、ベルト等の付属品の取付け及び仕上げ。	カービングマシン ボール盤(又はハンドドリル) ミシン
(ク) 適合検査	装具の適合の最終検査並びに装着及び使用による機能の最終検査。 ※ユーザに対する装具の取扱い方法の説明やメンテナンス、装着部の衛生管理等の指導。	
※関連業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 装具の製作に必要な個人情報(氏名、年齢、職業、家族構成、身体状況、住宅環境、生活様式、ユーザの希望、連携可能な関係医療機関等)の収集、情報カードへの記載、保管、管理業務。</li> <li>・ 初期段階で、ユーザに装具を装着するまでの流れについて説明する。</li> <li>・ 処方医と連携し、最適な部品等の選択を行う。</li> <li>・ 装具の引渡し後も、定期的なチェックを行うことが望ましいことをユーザにご理解いただく。</li> </ul>	



## (2) 靴型装具

工 程	作業の内容	設 備
(ア) 患肢及び患部の観察	患部の表面の状況（知覚の状況等）、関節の運動機能の状況（屈伸、内転、外転等の関節可動域や筋力等）並びに肢位の観察及び特徴の把握。	
(イ) 採寸及び投影図の作成	製作に必要な寸法（周径、長さ）及び角度の測定及び情報カードへの記録と投影図の作成。（トレースのほか前後左右からの写真撮影による患肢形状の正確な把握も必要。）	
(ウ) 採型・採寸	ギプス包帯法による採型及び陰性モデルの順型。 ※ 採型に当たっては、最適な肢位を保持する。	
(エ) 陽性モデルの製作（木型）	陰性モデルへのギプス泥の注型、陽性モデルの修正（石膏の盛り削り修正）、表面の仕上げ及び乾燥。	
(オ) 足底板の製作		ベルトサンダー
(カ) アッパーの製作		ミシン
(キ) 吊り込み		
(ク) 底付け		ベルトサンダー
(ケ) 仕上げ		
(コ) 適合検査	装具の適合の最終検査並びに装着及び使用による機能の最終検査。 ※ ユーザに対する装具の取扱い方法の説明やメンテナンス、装着部の衛生管理等の指導。	
※ 関連業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 装具の製作に必要な個人情報（氏名、年齢、職業、家族構成、身体状況、住宅環境、生活様式、ユーザの希望、連携可能な関係医療機関等）の収集、情報カードへの記載、保管、管理業務。</li> <li>・ 初期段階で、ユーザに装具を装着するまでの流れについて説明する。</li> <li>・ 処方医と連携し、最適な部品等の選択を行う。</li> <li>・ 装具の引渡し後も、定期的なチェックを行うことが望ましいことをユーザにご理解いただく。</li> </ul>	

#### 4 座位保持装置

##### 基本的事項

座位保持装置とは、体幹及び四肢の機能障害により座位姿勢を保持する能力に障害がある場合に用いられるものである。なお、機能障害の状況により、座位に類似した姿勢（いわゆる立位姿勢、膝立ち姿勢及び臥位姿勢等）を保持する機能を有した装置についても、座位保持装置として取り扱うことができること。

ただし、立位訓練を目的とするものは、座位保持装置の購入に係る補装具費の支給目的に馴染まないため、起立保持具の特例として取り扱うこと。

##### (1) 製作工程

座位保持装置は、「アの基本工作法」により、「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」からそれぞれ必要な材料・部品を選択し、組み合わせて製作すること。

##### (2) 価格構成

告示の基本価格及び製作要素価格は、「使用材料費」及び「製作加工費」によって構成されていること。

##### ○使用材料費

素材費	座位保持装置材料リストによる素材購入費
素材のロス	素材の正味必要量に対する割増分（ロス分）
小物材料費	個々の要素加工に対して使用量を決め難い材料費（糸、釘、ビス、ナット、油脂等）
材料管理費	素材の購入及び保管に要する経費

##### ○製作加工費

作業人件費	製作を遂行するために必要な正味作業時間相当人件費（給与、賞与、退職手当、法定福利費等）
作業時間の余裕割増	製作の準備、段取り、清掃、作業上の整理及び生理的余裕等の作業時間相当人件費
製造間接費	光熱水費、冷暖房費、クリーニング費、減価償却費等
管理販売経費	完成品の保管、販売に要する経費

また、座位保持装置の価格は、次のように構成されていること。

座位保持装置の価格 = 基本価格 + 製作要素価格 + 完成用部品価格

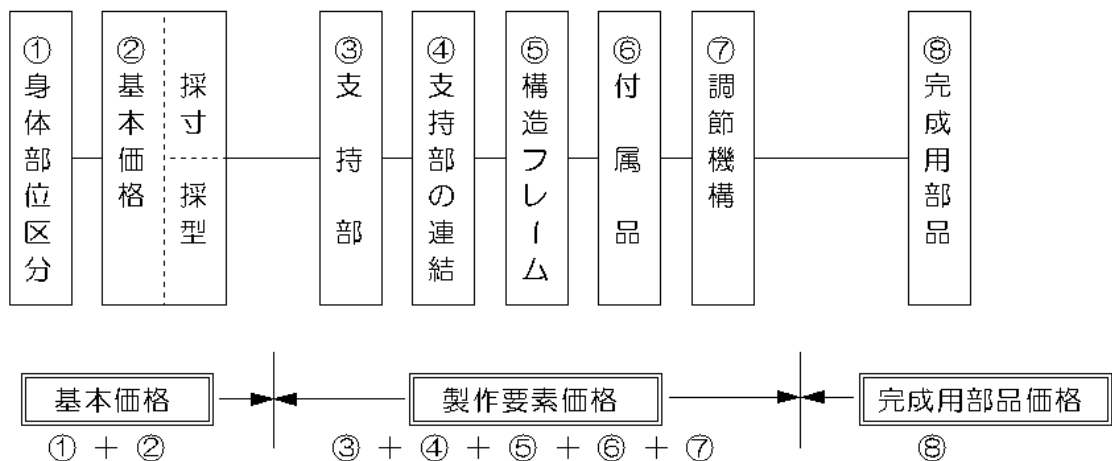
基本価格	採寸又は採型使用材料費及び座位保持装置の名称、型式別に設けられている基本工作に要する加工費の計
製作要素価格	材料の購入費及び当該材料を骨格構造義肢の形態に適合するように行う加工、組合せ、結合の各作業によって発生する価格の計
完成用部品価格	完成用部品の購入費及び当該部品の管理等に要する経費の計

したがって、座位保持装置の価格は、「イの身体部位区分」による「ウの基本価格」に「エの製作要素価格」及び「オの完成用部品」のそれぞれ使用する材料、部品の価格を合算した額の 100 分の 106 に相当する額を上限とすること。（図一

47 参照)

なお、座位保持装置は身体障害者用物品として消費税が非課税であるため、基準額の内訳はいかなる場合も本体価格のみである。「100 分の 106 に相当」の趣旨は、座位保持装置を製作するに当たって必要な材料及び部品等の購入には消費税が課税されているため、当該仕入れに係る消費税相当分を考慮したものであること。

図-47 座位保持装置の価格体系



(3) 基本価格

ア 座位保持装置の基本価格は、身体支持を必要とする身体部位を「イの身体部位区分」から選択し、部位の区分ごとに定める採寸又は採型の価格を「ウの基本価格」から選択して組み合わせること。ただし、下腿・足部の基本価格は採寸のみとし、採型をした場合であっても採寸の価格の範囲内で対応すること。

イ 身体部位区分は、装置を製作するために必要とする最小限の区分を選択すること。

ウ 採寸とは、「アの基本工作法」に基づく工程の中で、「(イ)採寸、(エ)設計図の作成」が行われるものであること。

エ 採型とは、「アの基本工作法」に基づく工程の中で、「(ウ)採型、(エ)設計図の作成、(カ)陽性モデルの製作・修正」が行われるものであること。

オ 採型器による採型の後、その三次元形状をデジタルデータ化して製作する場合は、採型として取り扱うこと。

カ 上肢及び下腿・足部は、右側又は左側一方を片側とすること。

図-48 座位保持装置の採寸・採型に係る身体部位区分

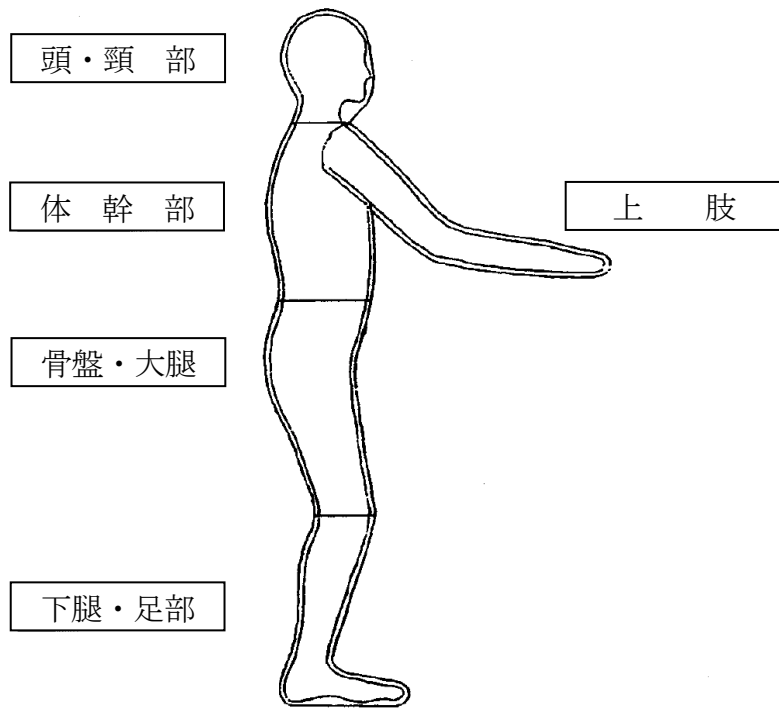
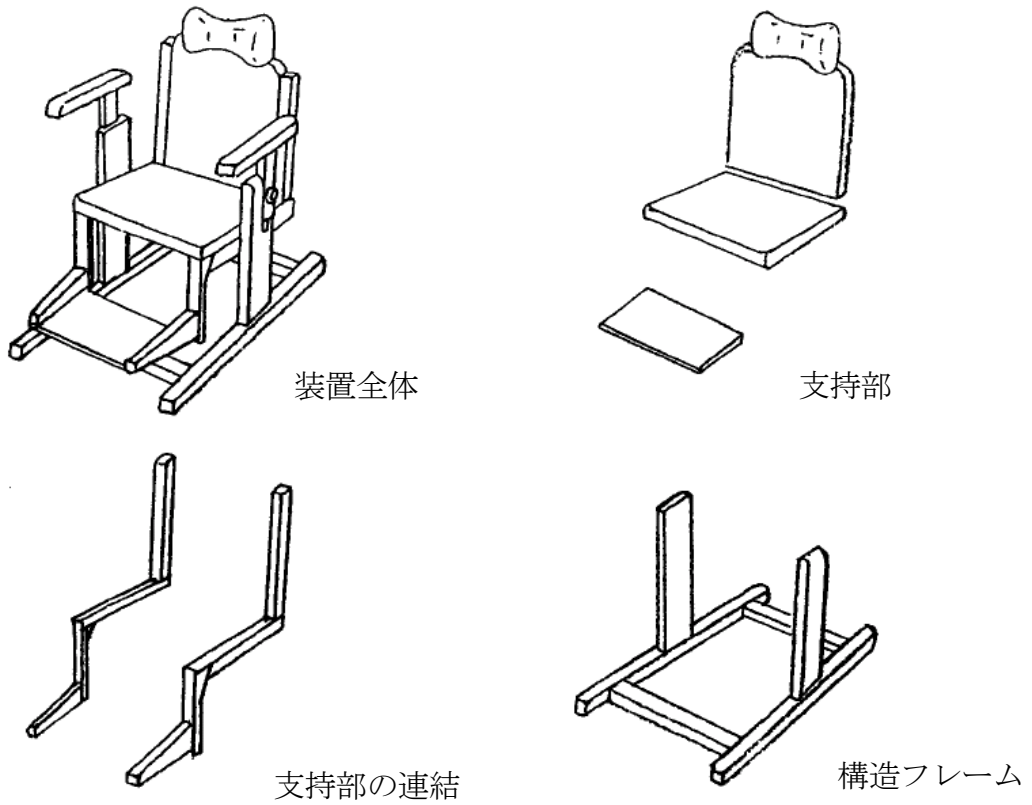


図-49 座位保持装置の構成概念図



(4) 製作要素価格

ア 支持部

(ア) 共通事項

- a 座位保持装置の支持部は、身体部位区分で選択した身体部位に該当する支持部を組み合わせること。
- b 支持部カバー（表面の張り地）の価格は含まないものとする。
- c 完成用部品の支持部を用いる場合は、当該完成用部品が及ぶ部位の製作要素価格の支持部を加算することができないこと。

(イ) 平面形状型

平面形状型とは、採寸で製作されるもので、平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するものであること。（図-50 参照）

なお、(イ)付属品の体幹保持部品、骨盤保持部品、下肢保持部品等を内蔵して一体型として製作する場合は、その価格を加算することができること。

(ウ) モールド型

- a モールド型の支持部とは、採寸で製作されるもので、身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するものであること。（図-51 参照）

なお、付属品のうち体幹保持部品（胸パッド及び胸受けロールを除く。）及び骨盤保持部品を組み合わせることはできないこと。

- b 採寸でモールド型を製作する場合は、モールド型の価格の 80%に相当する額とすること。

図-50 平面形状型の例

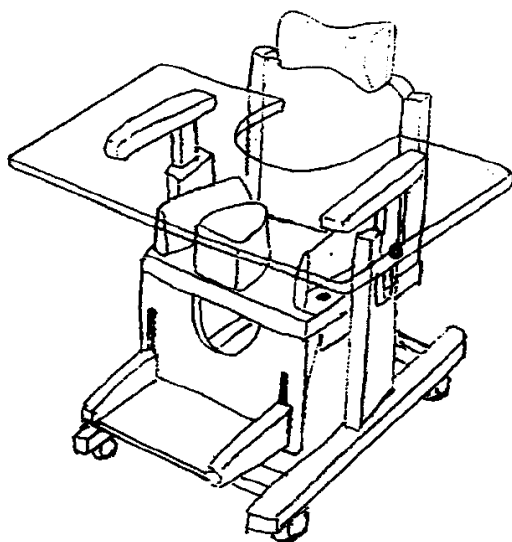
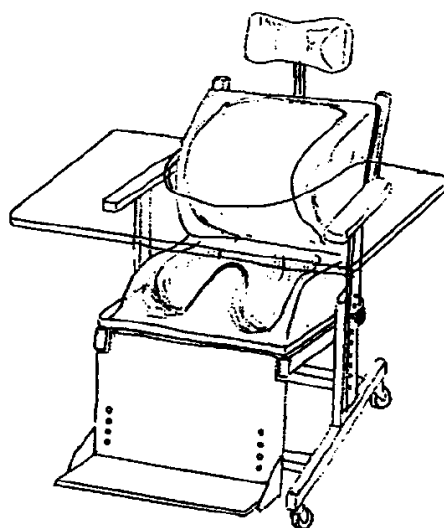


図-51 モールド型の例



(エ) シート張り調節型

シート張り調節型とは、支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に対応し、姿勢を保持できる機能を有するものであること。

(オ) フレックス構造

フレックス構造とは、身体支持部が二つ以上に分割され、それらの間が柔軟性のある部材で連結され、可動する構造を有するものであること。

イ 支持部の連結

(ア) 共通事項

- a 支持部の連結とは、各支持部を一定の位置関係に保つため、構造フレームと独立した部材で各々を連結するものであること。
- b 完成用部品の各種継手を使用する場合は、各支持部の連結の価格を加算することができないこと。
- c 固定とは、角度調節機能のない一定の角度で連結する構造であること。
- d 遊動とは、多少にかかわらず角度の変更が可能な連結構造であり、可動軸を有するものであること。
- e フレックス構造により連結を行った支持部について、さらに固定又は遊動の価格を加算することはできないこと。
- f 殻構造義肢又は装具の完成用部品を使用する場合は、殻構造義肢又は装具の購入基準に準じて取り扱うこと。

(イ) 角度調整用部品

- a 支持部の連結・遊動と組み合わせて無段階に角度可変調節を行うために使用されるものであること。
- b 使用者の身体状況（体重を含む。）を参考に、安全性と耐久性を考慮して必要な本数分を加算することができること。

(ウ) その他

- a 体幹支持部と骨盤・大腿支持部間の角度可変機構（いわゆるリクライニング）は、「腰部・遊動×（必要数）」＋「角度調整用部品×（必要数）」で取り扱うこと。（図－52 参照）
- b 骨盤・大腿支持部と下腿支持部間の角度可変機構（いわゆるエレベーターリング）は、「膝部・遊動×（必要数）」＋「角度調整用部品×（必要数）」で取り扱うこと。（図－53 参照）

図-52 リクライニングの概念

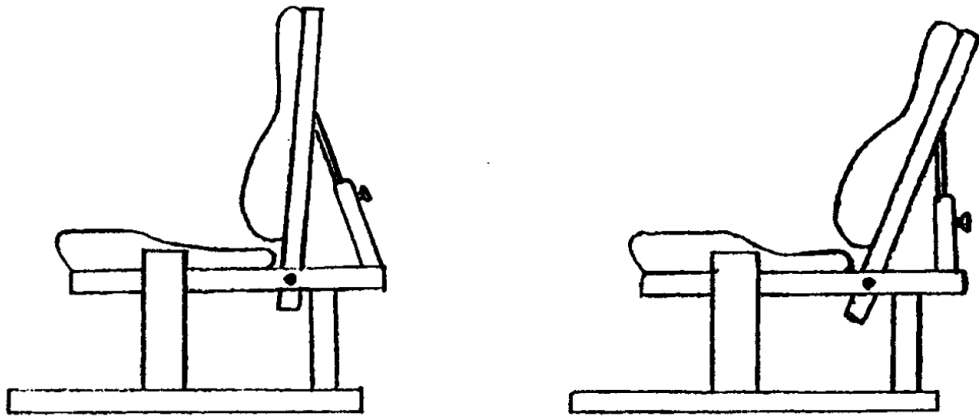
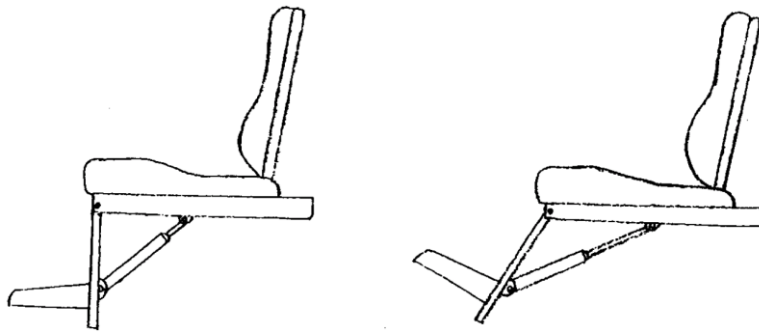


図-53 エレベーターティングの概念図

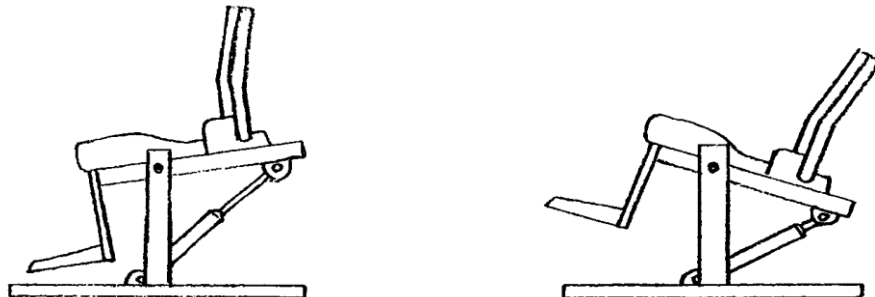


ウ 構造フレーム

(ア) 構造フレームとは、支持部を装置の使用目的に合わせた高さや角度に保持するためのもので、これを「支持部」及び「支持部の連結」と組み合わせることで装置本体の形が決定されるものであること。

(イ) ティルト機構とは、体幹支持部と骨盤・大腿支持部が一定の角度を維持した状態で支持部全体を傾ける機構であること。(図-54 参照)

図-54 ティルト機構の概念図



(ウ) ティルト機構を有する装置の「支持部の連結」、「構造フレーム」の取扱いは、「腰部・固定×(必要数)」+「構造フレーム」+「ティルト機構加算」+「角度調整用部品×(必要数)」で取り扱うこと。

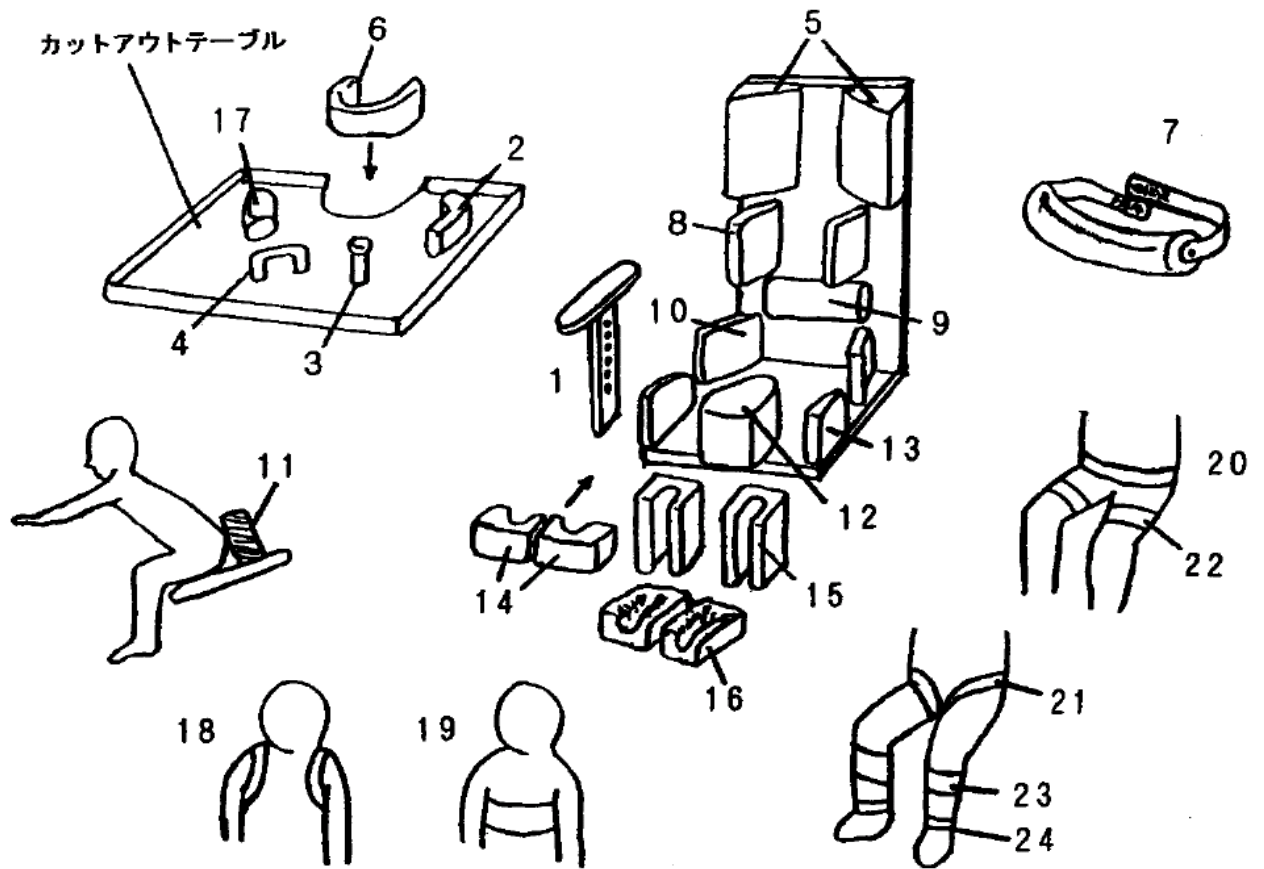
- (エ) 車椅子及び電動車椅子としての機能を付加する場合は、車椅子及び電動車椅子購入基準（普通型、リクライニング式普通型、ティルト式普通型、リクライニング・ティルト式普通型、手押し型、リクライニング式手押し型、ティルト式手押し型又はリクライニング・ティルト式手押し型）の価格を基本価格とし、構造フレームの基本価格を合算できないこと。
- (オ) 座位保持装置として製作する部分が、車椅子及び電動車椅子に備わっているため重複することとなる部分（座布、バックサポート、アームサポート、レッグサポート、フットサポート等）については、車椅子及び電動車椅子修理基準の各部位の交換価格の95%を控除すること。ただし、リクライニング機構に限り車椅子及び電動車椅子側の機構を優先することとし、座位保持装置側のリクライニング機構の製作加算は行わないこと。
- (カ) 車椅子及び電動車椅子フレームに支持部を直接取りつける場合は、支持部の連結の価格を加算することができないこと。
- (キ) 完成用部品を使用する場合は、構造フレームの基本価格を合算することができないこと。

## エ 付属品

- (ア) 共通事項
  - a 価格は、一単位（個・本）の額とすること。
  - b 取り付けに当たってマジックバンドを使用する場合は、その価格を含むものとする。
- (イ) カットアウトテーブル
  - a カットアウトテーブルは、机上作業を行う場合に用いるとともに、そのカット部において体幹の安定や上肢の保持を図るものであること。
  - b 表面クッション張りは、緊張や不随意運動などによる頭部、上肢への保護を目的とするものであること。
- (ウ) 上肢保持部品、体幹保持部品、骨盤保持部品、下肢保持部品、ベルト部品については、次表に示すそれぞれの機能を果たすものであること。  
なお、その形状が例示以外のものであっても、当該機能を果たすものであれば、取り扱うことができること。



図-55 付属品の例



名称	種類	機能
上肢保持部品	1 アームサポート	上肢の支持
	2 肘パッド	肩甲骨のリトラクション抑制、不随意運動の抑制
	3 縦型グリップ	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	4 横型グリップ	同上
体幹保持部品	5 肩パッド	肩の挙上防止、肩甲骨のリトラクション抑制
	6 胸パッド	体幹の前傾防止
	7 胸受けロール	同上
	8 体幹パッド	体幹の横ずれ防止
骨盤保持部品	9 腰部パッド	腰椎の支持
	10 骨盤パッド	骨盤の固定
	11 臀部パッド	臀部の後ろずれ防止
下肢保持部品	12 内転防止パッド	股関節の内転防止
	13 外転防止パッド	股関節の外転防止
	14 膝パッド	前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
	15 下腿保持パッド	下腿の交差防止
ベルト部品	16 足部保持パッド	足部の保持
	腕ベルト	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	17 手首ベルト	同上
	18 肩ベルト	体幹の正中保持、前傾防止
	19 胸ベルト	体幹の前傾防止
20 骨盤ベルト	骨盤の保持	

	21 股ベルト	骨盤の前ずれ防止
	22 大腿ベルト 膝ベルト	大腿部の保持 前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
	23 下腿ベルト	下腿部の保持
	24 足首ベルト	膝の伸展防止、足の横ずれ防止

(エ) ベルト部品は、クッション素材を取り付けた場合を含む価格とすること。

(オ) 支持部カバーとは、支持部の表面を覆うもので、ビニールレザー、布地などの素材を用いたものであること。

なお、上肢支持部カバーは、支持部が上肢支え及び前腕・手部支えに分離しているものであっても、また、脱着式の加算は、支持部カバーが左右両側分であっても、一単位として取り扱うこと。

(カ) 内張りとは、アームサポートやテーブルの裏側に腕や膝が当たることによる怪我の防止を目的としたものであること。

(キ) 体圧分散補助素材とは、低い反発力又は衝撃を吸収する機能を有するものであること。

(ク) キャスターは、1個当たりの価格とし、屋内で使用される場合に用いられるものであること。なお、多機能キャスターとは、車輪の動き（方向と回転）を同時に固定できるものであること。

(ケ) 完成用部品が付属品を有している場合は加算することができないこと。

#### オ 調節機構

(ア) 脱着・開閉機構は、その機能の固定・解除が確実にできる構造のものであり、蝶番のみやマジックバンドなどの簡便な方法によるものは加算することができないこと。

(イ) 完成用部品（支持部、継手部品、構造フレーム、アームサポートに係るもの）が調節機構を有している場合は加算することができないこと。

#### (5) 完成用部品

部品の名称、使用部品、価格等については、完成用部品の指定基準に定めるところによるものとする。ただし、使用部品の処方に際しては、障害状況や適切な補装具費支給等の観点からの妥当性が求められることから、更生相談所の意見等に基づき決定すること。

また、完成用部品のうち、再度製作する際に再利用できない部品は、借受けの対象とならないこと。

(参考) 座位保持装置の基本工作法から考えられる必要な設備等

座位保持装置の基本工作法における各工程に係る作業内容を遂行するために必要となる、標準的な設備等については、以下を参照すること。

工 程	作業の内容	設 備
(ア) 身体状況の観察と評価	身体変形の状況及び痙直、緊張、不随意運動等の観察並びにこれらの特徴の把握並びに姿勢の決定及び使用目的の確認。	
(イ) 採寸	製作に必要な寸法及び角度の測定並びに情報カードへの記録。	
(ウ) 採型	採型器による陽性モデル又はギプス包帯法による陰性モデルの採型。	採型器
(エ) 設計図の作成	製作に必要な設計図の作成。	
(オ) 陽性モデルの製作・修正	陰性モデルへのギプスの注型並びに支持部の製作に必要な陰性モデルの製作、修正、表面の仕上げ。	
(カ) 加工・組立て	陽性モデル及び設計図に基づく加工並びに組立て。	
(キ) 仮合せ (中間適合検査)	身体への適合並びに装置の各機能の検査及び修正。	
(ク) 仕上げ	各部品の取付け及び仕上げ等。	ミシン
(ケ) 適合検査	最終的な身体への適合及び装置の各機能の検査。 ※ユーザに対する座位保持装置の取扱い方法の説明やメンテナンス、接触面の衛生管理等の指導。	
※ 関連業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 製作に必要な個人情報(氏名、年齢、職業、家族構成、身体状況、住宅環境、生活様式、ユーザの希望、連携可能な関係医療機関等)の収集、情報カードへの記載、保管、管理業務。</li> <li>・ 初期段階で、ユーザが座位保持装置を入手するまでの流れについて説明する。</li> <li>・ 処方医と連携し、最適な部品等の選択を行う。</li> <li>・ 座位保持装置の引渡し後も、定期的なチェックを行うことが望ましいことをユーザにご理解いただく。</li> </ul>	

※事務室、工作室が必要であり、設備を配置した上で十分に動ける面積(例:6坪以上)があること。

※設備欄に掲げる設備のほか、必要な工具等(例:ボール盤、ジグソー、エアコンプレッサー、電動ドリル、万力、ハンドリベッター、トルクレンチ、パイプカッター、ノギス、ウレタンカッター、ディスクグラインダー等)を備えていること。

## 第2 義肢、装具及び座位保持装置の修理に要する費用の額の算定等に関する取扱い

### 1 殻構造義肢

殻構造義肢の修理については、「購入基準」と同様に加算方式でその合算した額の100分の106に相当する額を上限とし、次により取り扱うものとする。

修理項目	価格
ア ソケットの交換	採型区分ごとの基本価格又は複製価格にソケットの価格を加算した額をもって修理価格とすること。
イ ソフトインサートの交換	採型区分ごとのソケットの交換により付随する価格又は単独の場合の価格をもって修理価格とすること。
ウ 支持部の交換	交換した支持部の価格をもって修理価格とすること。
エ 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換	交換した義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の基本価格をもって修理価格とすること。
オ 外装の交換	交換した外装の価格をもって修理価格とすること。
カ 完成用部品の交換	完成用部品の交換に係る基本価格に、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格を加算した額をもって修理価格とすること。
キ ソケットの調整	断端の変化に対しソケットを調整した場合に「修理基準のキのソケットの調整」に定める額をもって修理価格とすること。
(注) 1 ア又はウの修理で完成用部品を必要とする場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格を加算すること。 2 ア、ウ及びカの修理について、他の修理を必要とする場合は、当該他の修理価格を加算すること。	

#### (1) ソケットの交換

##### ア 基本価格及び複製価格

(ア) 基本価格は、採寸又は採型と仮歩行を含みソケット交換を行う場合の価格であること。

(イ) 複製価格は、使用中の義足からソケットを復元し、仮歩行を含むソケット交換を行う場合の価格であること。

(ウ) 上記(a)又は(b)の工程により、大幅に支持部を修正する必要がある場合は、当該支持部の使用材料ごとに支持部の価格を加算することができること。

##### イ ソケットの価格

(ア) ソケットの価格は、ソケットの基本価格又は複製価格の採型区分に基づき使用材料ごとに加算すること。

(イ) 二重式ソケットは、採型区分ごとに外ソケットと内ソケットのそれぞれ使用材料ごとの価格を合算した額とすること。

(ウ) 電動式は、電極の取り付け加工を行うソケット製作のときのみ取り扱い、二重式ソケットにおいて電動式を重複して取り扱えないこと。

#### (2) ソフトインサートの交換

ア ソケット交換に付随する場合の価格とは、ソケット交換を行う時に付随的にソフトインサートを製作する場合の価格であること。

イ 単独の場合の価格とは、ソフトインサート交換のみを行う場合であり、使用中のソフトインサートから陽性モデルを作りソフトインサートを製作する

場合の価格であること。ただし、皮革、皮革・フェルトの材料を使用する場合には、陽性モデルを作らなくてもよいこと。

(3) 支持部の交換

ア 支持部交換を行う場合は、ソケット交換、継手交換、アングルブロック交換、幹部交換、鉄脚交換、高さ修正及び長さ修正等の修理において支持部に手を加えることを余儀なくされる場合に、その修理箇所の支持部を加算することができること。

イ 支持部交換に伴い、外装を新しく行う場合は、外装の価格を加算すること。ただし、残存の皮革を使用する場合は、外装を加えられないこと。

ウ 熱可塑性樹脂を用いる場合の価格は、セルロイドに準じて取り扱うこと。

エ 幹部、鉄脚及び足部の交換については、第1の1の殻構造義肢に準じて取り扱うこと。

オ 電動式の支持部の交換は、第1の1の殻構造義肢に準じて取り扱うこと。

(4) 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換

ア 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換は、当該基本価格に購入基準の使用部品価格を加算すること。

イ 修理項目の中で購入基準に掲げられていない修理については、当該基本価格をもって修理価格とすること。

ウ 金具部品交換の基本価格には、美錠等の金具部品の価格が含まれていること。

エ 義足用股吊り交換の価格は、1本当たりのものであること。

オ 軽便式・下腿義足常用普通用の懸垂用膝カフの交換については、PTBカフベルトに準じて取り扱うこと。

(5) 外装の交換

ア 新たに外装を行う場合にのみ加算すること。

イ 足部の表革及び裏革の交換については、木製足部の場合に加算することができること。ただし、職業上・生活環境等により、特に足部の耐久性を高める必要があると認められる場合は、木製足部以外の足部にも表革及び裏革を加算することができること。

ウ リアルソックスを必要とする場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格に、「修理基準のオの外装」に定める額を加算すること。

(6) 完成用部品の交換

ア アライメント調整を必要とするもの

a アライメント調整を必要とするものとは、支持部に手を加えないと修理できない完成用部品の交換であること。

b 前留金具部品交換は、全体の交換とし、支持部の価格を加算できないこと。

c 溶接は、アライメント修正及び支持部修正を必要とする溶接であること。

d 外装を必要とする修理は、外装の価格を加算することができること。

イ アライメント調整を必要としないもの

a アライメント調整を必要としないものとは、支持部、外装に手を加えるこ

- となく修理ができる完成用部品の交換であり、各パーツの小部品の交換とすること。ただし、ネジ類の交換は、部品交換として加算できないこと。
- b 溶接は、外装交換の有無にかかわらず支持部修正を必要としない溶接であること。
  - c 吸着バルブの交換は、単独の場合とソケット交換に付随する場合とに区分され、単独の場合にのみ部品交換の基本価格を加算すること。
  - d その他の電動ハンドおよび電動フックについては、手先具部品で対応すること。
  - e その他のリストユニット用部品およびローテーターは手継手部品として扱うこと。
  - f その他の接続ケーブルおよびコントローラー、コネクタブロック、内蔵バッテリーは接続ケーブル部品として扱うこと。
  - g その他の電極およびスイッチは、電極部品として扱うこと。
  - h 電動式における、完成用部品の交換は、完成用部品の交換に係る基本価格に、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格を加算した額をもって修理価格とすること。なお、1回の修理において同一の完成用部品の名称内で複数の完成用部品を交換する場合であっても、基本価格は該当する交換部品の価格1回のみの適用とすること。
  - i その他アライメント調整を必要とするもの以外の修理であること。

## 2 骨格構造義肢

骨格構造義肢の修理に要する費用の額の算定等については、「購入基準」と同様に加算方式でその合算した額の100分の106に相当する額を上限とし、次により取り扱うものとする。

修理項目	価 格
ア ソケットの交換	採型区分ごとの基本価格又は複製価格にソケットの価格を加算した額をもって修理価格とすること。
イ ソフトインサートの交換	採型区分ごとのソケットの交換により付随する価格又は単独の場合の価格をもって修理価格とすること。
ウ 支持部の交換	交換した支持部の価格をもって修理価格とすること。
エ 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換	交換した義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の価格をもって修理価格とすること。
オ 外装の交換	交換した外装の価格に、完成用部品の外装用部品を加算した額をもって修理価格とすること。
カ 完成用部品の交換	使用部品ごとに「購入基準の完成用部品」に掲げる額に、「修理基準のカ 完成用部品」に定める額を加算した額をもって修理価格とすること。ただし、ストックネット、吸着バルブ、懸垂ベルト、KBMウェッジ、断端袋、ライナーロックアダプタ、ライナー、ラミネーションポスト、エアコンタクトキット及びエアパイロンポンプの交換の場合には、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格をもって修理価格とすること。
キ ソケットの調整	断端の変化に対しソケットを調整した場合に「修理基準のキのソケットの調整」に定める額をもって修理価格とすること。

- (注) 1 ア又はウの修理で完成用部品を必要とする場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格を加算することができること。  
2 ア、ウ又はカの修理について、他の修理を必要とする場合は、当該他の修理価格を加算すること。  
3 外装の交換は、フォームカバーを交換する場合に限ること。

(1) ソケットの交換

ア 基本価格及び複製価格

(ア) 基本価格は、採寸又は採型と仮歩行を含み、ソケット交換を行う場合の価格であること。

(イ) 複製価格は、使用中の義足からソケットを復元し、仮歩行を含むソケット交換を行う場合の価格であること。

(ウ) 上記(a)又は(b)の工程により、大幅に支持部を修正する必要がある場合は、当該支持部の使用材料ごとに支持部の価格を加算することができること。

イ ソケットの価格

(ア) ソケットの価格は、ソケットの基本価格又は複製価格の採型区分に基づき使用材料ごとに加算すること。

(イ) 二重式ソケットは、採型区分ごとに外ソケットと内ソケットのそれぞれ使用材料ごとの価格を合算した額とすること。

(2) ソフトインサートの交換

ア ソケット交換に付随する場合の価格とは、ソケット交換を行う時に付属的にソフトインサートを製作する場合の価格であること。

イ 単独の場合の価格とは、ソフトインサート交換のみを行う場合であり、使用中のソフトインサートから陽性モデルを作りソフトインサートを製作する場合の価格であること。ただし、皮革、皮革・フェルトの材料を使用する場合には、陽性モデルの製作を省略することができること。

(3) 支持部の交換

支持部交換は、ソケット交換を行う場合にのみ加算すること。

(4) 義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換

義手用ハーネス及び義足懸垂用部品の交換の取扱いについては、第1の1の殻構造義肢に準ずること。

(5) 外装の交換

ア フォームカバーの交換を行う場合にのみ加算すること。

イ リアルソックスを必要とする場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格に、「修理基準のオの外装の交換」に定める額を加算すること。

(6) 完成用部品の交換

ストックネット、吸着バルブ、エアパイロンポンプ等の交換及び断端袋の購入(交換を含む。)については、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格をもって修理価格とすること。

### 3 装具

装具の修理に要する費用の額の算定等については、「購入基準」と同様に加算方式でその合算した額の100分の106に相当する額を上限とし、次により取り扱うものとする。

修 理 項 目		価 格
ア 継手及び支持部の交換		修理項目ごとに「購入基準の製作要素価格」に掲げる価格に、「修理基準のアの継手及び支持部の交換」に定める額を加算した額をもって修理価格とすること。
イ 完成用部品の交換		修理項目ごとに「購入基準の完成用部品」に掲げる価格をもって修理価格とすること。
ウ マジックバンドの交換		修理箇所ごとに25mm幅のもの及び50mm幅のものは「修理基準のウのマジックバンドの交換」に定める額とすること。ただし、裏付きの場合には、当該価格を2倍した額を修理価格とすること。
エ 溶接		修理箇所ごとに「修理基準のエの溶接」に定める額とすること。
オ その他の交換・修理		
(ア) 修理 部位	下肢装具	足底裏革交換又は 足底ゴム交換
	靴型装具	本底交換
		足底挿板交換
		半張交換 踵交換 積上交換 底張かけ交換 ファスナー交換
細革交換		
体幹装具	硬性コルセット 筋金交換 軟性コルセット 筋金交換	
(イ) (ア)以外の部位		修理項目ごとに「購入基準の製作要素価格」に掲げる価格とすること。
(注) 1 採型又は採寸を必要とする修理については、「購入基準のウの基本価格」に掲げる価格を加算することができること。 2 ア又はオ((イ)に係るものに限る。)の修理で完成用部品を必要とする場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格を加算することができること。 3 靴型装具は、右又は左の一侧を一単位とすること。 4 本底交換の価格は、踵部品の価格を含むものであること。 5 革底の細革交換は、革底の価格を加算すること。		

完成用部品の交換において、2つ一組の完成用部品を1つ用いる修理の場合は、「購入基準の完成用部品」に掲げる価格に対して1/2を乗じた額をもって修理価格とすること。ただし、標準靴を除くものとする。



#### 4 座位保持装置

座位保持装置の修理に要する費用の額の算定等については、「購入基準」と同様に加算方式でその合算した額の100分の106に相当する額を上限とし、次により取り扱うものとする。

修理項目	価 格	
ア 支持部の交換	「購入基準のエの製作要素価格の(ア)の支持部」に掲げる価格に、「修理基準のアの支持部の交換」に定める額を加算した額をもって修理価格とすること。	
イ 支持部の調整	寸 法 調 整	形 状 調 整
頭 部 上 腕 部 前腕・手部 体 幹 部 骨盤・大腿部 下 腿 部 足 部	修理項目ごとに「修理基準のイの支持部の調整」に定める額とすること。	
ウ 支持部の連結、連結角度調整用部品の交換	修理項目ごとに「購入基準の製作要素価格の支持部の連結」に掲げる価格に、「修理基準のウの支持部の連結、連結角度調整用部品の交換」に定める額をもって修理価格とすること。	
エ 構造フレームの交換	購入基準の製作要素価格の構造フレームに掲げる基本価格に、「修理基準のエの構造フレームの交換」に定める額を加算した額をもって修理価格とすること。 車椅子及び電動車椅子としての機能を付加した場合は、当該機能のみに係る部分については、車椅子及び電動車椅子の修理基準に準ずること。	
オ 付属品の交換	修理項目ごとに「購入基準の製作要素価格の付属品」に掲げる価格をもって修理価格とすること。	
カ 調節機構の交換	修理項目ごとに「購入基準の製作要素価格の調節機構」に掲げる価格をもって修理価格とすること。	
キ マジックバンドの交換	25mm幅のもの及び50mm幅のものは「修理基準のキのマジックバンドの交換」に定める額とし、裏付きを必要とする場合には、当該価格を2倍した額とすること。	
ク 完成用部品の交換	修理項目ごとに「購入基準の完成用部品」に掲げる価格をもって修理価格とすること。	
(注) 採寸又は採型を必要とする修理については、「購入基準のウの基本価格」に掲げる価格を加算することができること。		

継手の交換において、2つ一組の義肢・装具の完成用部品を1つ用いる場合は、「購入基準の殻構造義肢の完成用部品」、「購入基準の装具の完成用部品」に掲げる価格に対して1/2を乗じた額をもって修理価格とすること。

#### 第3 補聴器の加算に関する取扱い

デジタル式補聴器で、調整が必要な場合に加算することができる、「補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者」は、補装具事業者に配置されている言語聴覚士又は認定補聴器技能者とする。

なお、支給申請にあたって提出する見積書には、上記の者が調整を行う旨、明記することとし、引渡し時に、様式1により適切に調整が行われた書類を領収書に添えて提出すること。

#### 第4 人工内耳用音声信号処理装置の修理に関する取扱い

人工内耳用音声信号処理装置の修理について、以下の場合に補装具費支給制度（修理）での対応を可能とすること。

##### ①対象者

人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者

##### ②対象機器の範囲

人工内耳用音声信号処理装置（標準型・残存聴力活用型）のみ

※以下に掲げる機器は対象外である。

ア 人工内耳用インプラント

イ 人工内耳用ヘッドセット（マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等）

ウ 人工内耳用音声信号処理装置の電池

※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。

※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。

なお、市町村は、「補装具費支給申請書」、医師が作成した「人工内耳用音声信号処理装置 確認票（様式2）」、修理見積書等に基づき、更生相談所の判定を要せず、支給決定して差し支えないこと。

支給決定に当たって、市町村は、当該人工内耳音声信号処理装置について、補装具事業者（人工内耳メーカー）や本人への聞き取り等により、以下の項目を確認すること。

- ・補装具事業者が定める保証期間を経過していること
- ・補装具事業者が修理可能と判断していること
- ・申請者が、人工内耳音声信号処理装置の修理を対象にした任意保険に加入していないこと。

## 第5 モジュラー方式車椅子に関する取扱い

モジュラー方式の車椅子を構成する部品は、別表「モジュラー方式車椅子の構成」に掲げるものとする。

別表

モジュラー方式車椅子の構成

名 称	構成内容	構 成 部 品
フレーム	サイドフレーム	サイドベースフレーム，サイド拡張フレーム（一体型も同じ）
	クロスフレーム	折りたたみフレーム（固定連結フレームも含む）
身体支持ユニット	バックサポート	バックサポート， バックサポートパイプ
	座	座布（座シートも同じ）
	アームサポート	アームサポート，アームサポート取付部品，サイドガード
	フットサポート	フットサポート（フットプレート（パイプ状プレートも同じ），ステップポストを含む），レッグサポート
大車輪	駆動輪	ハブ取付部品，ハブ，ハブ軸，スポーク，リム，タイヤ，チューブ，ハンドリム
キャスター	キャスター	キャスター（キャスターフォーク，キャスターステム，キャスター取付部品，キャスターホイール，キャスタータイヤを含む）
ブレーキ	ブレーキ	ブレーキ，ブレーキ取付部品

## 第6 車椅子及び電動車椅子に関する取扱い

### 1 バッテリーの取扱い

電動車椅子のバッテリーについては、日常生活圏における坂道及び悪路の状況等、使用者の使用環境等を十分把握し、適切なバッテリーを選定すること。なお、リチウムイオンバッテリーは、原則として簡易型電動車椅子に限り支給可能であること。

### 2 対象者例及び構造

車椅子及び電動車椅子に、障害状況等に応じた部品等を追加する場合の対象者例及び構造は次のとおり。

項 目	1 台分 又は 1 個分	対 象 者 例	構 造
背クッション	個	背部の褥瘡危険性がある者。軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。	ウレタン等を主材料とする。

特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)	個	座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者。(座位保持装置のモールド型までは必要ない者。)	ウレタンを主材料とし、座位保持機能を高めたもの。
クッションカバー(防水加工を施したもの)	個	失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする者。	防水加工を施したもの。
クッション滑り止め部品	台	足こぎ操作や、移乗動作によりクッションのズレが頻繁に生ずる者。	座面にベルクロや滑り止め効果のある素材を縫製したもの。
延長バックサポート	台	体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者。リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要。	バックサポートパイプを延長し、背当てシートを張ったタイプ。枕を含まない。
枕(オーダー)	台	体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者。	利用者の頭頸部に適合させたオーダーメイドの枕。カバー含む。(レディメイド(カバー含む)の価格は50%)
張り調整式バックサポート	台	体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安定性確保が困難な者。	バックサポートパイプ間に5cm幅程度のベルトを数本張り、クッション入りカバーで覆う構造。(背クッションの同時加算は不可。)
高さ調整式バックサポート	台	成長期の児童。最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当て高さ変更があり得る者。	バックサポートパイプの長さが可変できる構造。
後彎対応調整式バックサポート	台	背張り調整のみでは対応できない場合(高度後彎の場合等)には必要。(特例補装具の取扱い)	バックサポートパイプの途中に角度可変部品が取り付けられている構造。
骨盤サポート	台	脊柱の変形等により骨盤部を支持する必要がある者。	バックサポートパイプの骨盤部に部品が取り付けられ、張り調整が可能なベルトを通しての構造。
背折れ機構	台	背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある場合等に必要。	バックサポートパイプの途中から折りたたみ可能な構造。
背座間角度調整機構	台	成長期の児童。最初の1台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て角度の変更があり得る者。	バックサポートパイプと座ベースパイプの交点付近に角度可変部品を取り付けた構造。
高さ角度調整式アームサポート	個	成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある者。上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者で、かつ、上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合に必要。	肘を乗せる部分が上下に可動(複数の穴にネジ等で固定)する構造、かつ、肘を乗せる部分の角度が可変する構造。
高さ調整式アームサポート(段階調整式)	個	成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある者。上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者。	肘を乗せる部分が上下に可動(複数の穴にネジ等で固定)する構造。
角度調整式アームサポート	個	上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合に必要。	肘を乗せる部分の角度が可変する構造。
跳ね上げ式アームサポート	個	移乗動作時に必要な者。	アームサポートをフレームに連結する部品に可動性を持たせ跳ね上げを可能とする構造。
脱着式アームサポート	個	移乗動作時に必要な者。	アームサポートをフレームに差し込む構造等。
アームサポート	個	上肢筋力低下により、肘が落ちやすい	肘当ての幅を6cm以上の幅広タ

拡幅		者。	イブとしたもの。
アームサポート延長	個	リクライニング時に肘が落ちる者。	肘当ての長さを後方に延長したもの。
脱着式レッグサポート	個	足こぎが主な操作手段の者。移乗動作時に必要な者。	フレームパイプに部品を取り付け、レッグサポートを差し込む等の構造。
挙上式レッグサポート（パッド形状）	個	膝関節の屈曲制限がある者。	歯形の形状又はメカニカルロックでレッグサポートフットサポートを挙上できる構造。
開閉挙上式レッグサポート（パッド形状）	個	膝関節の屈曲制限がある者。	歯形の形状又はメカニカルロックでレッグサポートフットサポートを挙上できる構造、かつ、フレームパイプに部品を取り付け、レッグサポートを差し込む等の構造。
開閉・脱着式レッグサポート	個	移乗動作時に必要な者。	フレームパイプに部品を取り付け、レッグサポートを差し込む等の構造。
フットサポート前後・角度・左右調整	個	成長期の児童。足関節の可動域制限がある者。下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する者等。	複数の穴を持つフットサポートをクランプで挟む構造等。
ヘッドサポートベース（マルチタイプ）	台	体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者。リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要。	頭頸部を支持するためにバックサポートパイプに取り付けられるベース部品。高さ・前後・角度調整が可能なもの。枕を含む。
座張り調整機構	台	成長期の児童で座の奥行きの変更の必要がある者。下肢、体幹筋の麻痺等により座面を調整する必要がある者。	座のベースパイプ間に5cm幅程度のベルトを数本張り、カバーで覆う構造。
座奥行き調整（スライド式）	台	成長期の児童で座の奥行きの変更の必要がある者。下肢、体幹筋の麻痺等により座面を調整する必要がある者。	座のベースパイプの長さが可変できる構造。
座板	台	スリング式のシートでは座位保持が困難な者。	硬度が高い板。材質は木材又は樹脂。
延長用ブレーキアーム	個	片麻痺者の麻痺側等に必要。	ネジ等で延長棒を取り付ける構造。
ノブ付きハンドリム	個	上肢筋力低下により、駆動にノブが必要な者。	ハンドリムに複数のノブを溶接した構造。
車軸位置調整	台	成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある者。最初の一aim目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る者。	車軸取り付け位置を複数の穴又はスライド可能なプレート等で調整可能な構造。
大車輪脱着ハブ（クイックリリース）	個	車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びやすくするため。車軸位置調整構造の際必要。	車輪中心のボタンを押すことにより脱着可能な構造。
ノーパンクタイヤ（車椅子用）	個	メンテナンスフリーを希望する者。	ハイポリマー製のもの又はこれに準ずるもの。
転倒防止装置（キャスター付き折りたたみ式）	個	頻繁に段差を介助する際等に必要。	ワンタッチで折りたたみ可能な構造。キャスター付き。
ガスダンパー	個	使用者の体重が重い場合のティルト、リクライニング機構に必要。	ガス圧式のダンパー。ティルト機構等に取り付け。
幅止め	個	体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な者	バックサポートパイプ間又はベースパイプ間の芯張り。

高さ調整式手押しハンドル	台	ティルト、リクライニング時に介助する場合に必要。	バックサポートパイプに沿って押し手がスライド可能な構造。
車載時固定用フック	個	車載固定等	フックをフレームに溶接された構造等。4個まで。
日よけ(雨よけ)部品	個	雨天外出が多い者。直射日光に弱い者。傘ホルダー等。(雨天走行時は取扱説明書の注意事項を参照すること。)	傘の持ち手を挟んでバックサポートパイプ等に取り付ける構造等。
6輪構造	台	職場や家屋が狭隘な場合。	フレーム中心部に大車輪があり、後輪キャスターを2個有するもの。前輪キャスター上げも可能な構造。
成長対応型加算(車椅子)	台	成長期の児童、その他購入後に大幅な変更が見込まれる者等。	バックサポート高さ、座奥行き、背・座張り調整、フットサポート前後調整、車軸位置調整、脱着ハブ、その他成長対応に必要な構造を有すること。
成長対応型加算(電動車椅子)	台	成長期の児童、その他購入後に大幅な変更が見込まれる者等。	バックサポート高さ、座奥行き、背・座張り調整、フットサポート前後調整、その他成長対応に必要な構造を有すること。
痰吸引器搭載台	台	痰吸引器を常時使用する必要がある者。	車椅子フレーム下部等に台を取り付けた構造。
前方オフセットフレーム	個	装具を付けた方のためなど通常のフレームでは他の福祉機器との併用が不可能な場合。(特例補装具の取扱い)	レッグサポートの斜めパイプを後方にオフセットした構造。
フレーム補強	台	体重100kg以上の者。不随意運動や緊張が激しい者など補強を必要と認めた場合。(特例補装具の取扱い)	三角プレート等を溶接、又は二重パイプにする等、強度を高める構造。
背パッド座パッド	個	軽度の座位困難性があり、保持に必要な場合。(特例補装具の取扱いとし、価格は座位保持装置の付属品を参考とする。)	ウレタン等を主材料とし、背当てや座クッション面に装着するもの。
電動スイングチンコントロール一式	台	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。あごで操作が可能な者。	下記パーツから構成された構造。
(パーツ) パワースイングチンアーム	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。	電動により可動するコントローラー取り付けアーム。
(パーツ) チン操作ボックス	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。	あご操作のコントロールボックス。
(パーツ) セレクター	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。	走行、リクライニング等の操作切り替え用のスイッチ。
(パーツ) 液晶モニタ	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。	操作切り替えの状況等を表示するための液晶モニタ。
(パーツ) 頭部スイッチ・取付金具	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。	頭部で走行、リクライニング等の操作切り替えを行うためのスイッチとフレームに取り付けるための金具。
手動スイングチンコントロール一式	台	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。スイングアームの位置調整は介助者が行う場合。	下記パーツから構成された構造。
(パーツ) 手動スイングチンアーム	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。スイングアームの位置調整は介助者が行う場合。	手動により可動するコントローラー取り付けアーム。
(パーツ) チン	個	上肢筋力低下により、上肢での操作が	あご操作のコントロールボッ

操作ボックス		不可能な者。	クス。
手動スイングアーム	個	上肢の可動域制限等により、コントローラー位置が、身体の中央になるような場合必要。	操作ボックスを任意の場所に取付が可能なアーム。
多様入力コントローラ（非常停止スイッチボックス）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	非常停止スイッチ付きの多様入力コントローラ。
多様入力コントローラ（4方向スイッチボックス）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	十字配列型の4ボタン。
多様入力コントローラ（4方向スイッチボード）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	並列配置の4ボタン。
多様入力コントローラ（8方向スイッチボックス）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	円形配置の8ボタン。
多様入力コントローラ（8方向スイッチボード）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	楕円形配置の8ボタン。
多様入力コントローラ（小型ジョイスティックボックス）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	小型のジョイスティック。
多様入力コントローラ（フォースセンサ）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	フォースセンサ内蔵のコントローラ。
多様入力コントローラ（足用ボックス）	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	足指や足底での操作に耐えるような耐久性の高いコントローラ。
簡易1入力一式	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者。	スキャン式で、1ボタンで走行操作が可能な仕様コントローラ。
延長式スイッチ	個	上肢筋力低下や可動域制限等により、スイッチの延長が必要な者。	材料－樹脂
レバーノブ各種形状	個	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊なノブが必要な者。	材料－樹脂
感度調整式ジョイスティック	台	上肢筋力低下や病状進行等により、ジョイスティックの傾倒感度を、前・後・左・右それぞれ独立に変更することが必要な者。	プログラム変更により、ジョイスティックの傾倒感度を、前・後・左・右それぞれ独立に変更調整が可能なもの。
ジョイスティックのバネ圧変更	台	上肢筋力低下等により、バネ圧を低くする等の対応が必要な者。	バネの変更による操作力調整。（弱くしすぎると事故につながるため注意を要する。）
前輪パワーステアリング	台	悪路での使用が多い場合。不随意運動等による操作不安定が、これにより解消する場合。	前輪を自在輪とせず、電動で操作する構造のもの。
前輪駆動後輪自在輪式	台	悪路での使用が多い場合。不随意運動等による操作不安定が、これにより解消する場合。ベッド、机等へ寄り付きやすくなる場合等。	前輪を駆動輪、後輪を自在輪としたもの。加算額は設けない。
簡易型電動装置	台	一回充電の航続距離を長く必要とする	駆動方式としてACサーボモーター

サーボモーター式		者。メンテナンスフリーを希望する者。	ターを採用したもの。
ノーパンクタイヤ（電動車椅子前輪）	個	メンテナンスフリーを希望する者。	ホイール付き。
ノーパンクタイヤ（電動車椅子後輪）	個	メンテナンスフリーを希望する者。	ホイール付き。
手動リクライニング装置交換	台	手動リクライニング式電動車椅子の修理時交換価格。	リクライニング機構が手動のもの。
スイッチボックス別箱	個	上肢筋力低下や可動域制限等によりスイッチボックスを別箱で必要とする場合は特例対応。	コントロールボックスについているスイッチを別箱により任意の場所に取り付ける構造。

## 第7 歩行器に関する取扱い

歩行器のうち、下記の項目の支給を行う場合の対象者例及び構造は次のとおり。

項目	1台分 又は 1個分	対象者例	構造
歩行器（後方支持型）	台	前方支持型のものでは歩行姿勢が前傾しやすい者であって、後方支持型であっても転倒危険性がない者、かつ、これによって実用的な歩行が可能となる者。	基本構造は四輪歩行器（腰掛けなし）に準じ、フレームが側方及び後方にあり、上肢及び骨盤後方を支持する構造。
歩行器（サドル・テーブル付きのもの又は胸郭支持具若しくは骨盤支持具付きのもの）	台	成長期の児童等で、上肢支持のみの自力立位が困難であるが、臀部のわずかな支持があれば実用歩行が可能になる者であって、かつ、歩行器の握りを把持することが困難等の理由からテーブル面に上肢を支持することで実用歩行が可能になる者。	基本構造は四輪歩行器（腰掛けなし）に準じ、サドル・テーブル等を有する構造。



様式 1

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

\_\_\_\_\_氏の補装具費支給申請（補聴器）について、  
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

令和 年 月 日  
(補装具事業者名及び代表者名)

調整を行った者の氏名 ( )  
( 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 )

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※貼付欄

様式2

### 人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

(元号) 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
診療担当科 \_\_\_\_\_  
作成医師氏名 \_\_\_\_\_

記

**【患者情報】**

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 \_\_\_\_\_

身障手帳障害名と等級  
\_\_\_\_\_ ( 種 級)

**【使用している人工内耳用音声信号処理装置】**

メーカー名： \_\_\_\_\_

機種名： \_\_\_\_\_

**【確認項目】**

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳音声信号処理装置の交換では無く、修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

障発0323第32号

平成30年3月23日

一部改正 障発0331第8号

令和3年3月31日

都道府県知事  
各 指定都市市長 殿  
中核市市長

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

#### 電動車椅子に係る補装具費の支給について

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第76条の規定に基づいて市町村が支給する電動車椅子に係る補装具費について、別紙のとおり「電動車椅子に係る補装具費支給事務取扱要領」を定め、令和3年4月1日から適用することとしたので通知する。これにより、支給事務の円滑かつ適正な実施及び利用者等の安全確保に資することとしたので、内容了知の上、貴管内市町村及び関係機関等へ周知方御配意願いたい。

これに伴い、「電動車椅子に係る補装具費の支給について」（平成22年3月31日障発0331第11号）は廃止する。

## 電動車椅子に係る補装具費支給事務取扱要領

### 第1 基本的事項

- 1 電動車椅子に係る補装具費の支給は、重度の歩行困難者の自立と社会参加の促進を図ることを目的として行われるものであることから、身体障害者、身体障害児及び難病患者等（以下「障害者等」という。）の身体の状態、年齢、職業、学校教育、生活環境等の諸条件を考慮し、その是非を判断すること。
- 2 電動車椅子に係る補装具費の支給に際しては、使用者及び他の歩行者等の安全を確保するため、操作訓練、使用上の留意事項の周知等について格段の指導を行うこと。

### 第2 実施要領

#### 1 電動車椅子に係る補装具費支給基準

##### (1) 対象者

学齢児以上であって、次のいずれかに該当する障害者等であること。

- ア 重度の下肢機能障害者等であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できないもの
- イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能なもの

##### (2) 使用者条件

次のいずれにも該当する障害者等であること。

- ア 日常生活において、視野、視力、聴力等に障害を有しない者又は障害を有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者
- イ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することが可能な者

##### (3) 操作能力

次の全ての操作を円滑に実施できる障害者等であること。

ただし、アシスト式簡易型の場合には、イの(エ)を除き不要であること。

##### ア 基本操作

- (ア) 操作ノブ等の操作
- (イ) メインスイッチ・速度切り替え
- (ウ) 発進・停止

##### イ 移動操作

- (ア) 速度（低速・高速等）調節
- (イ) 直進（直線・蒲鉾・片傾斜道路）走行
- (ウ) S字・クランク走行
- (エ) 坂道走行
- (オ) 溝・段差乗越え走行
- (カ) 旋回
- (キ) 非常時の対応
- (ク) その他移動に必要な操作

## 2 支給の判定

- (1) 身体障害者及び18歳以上である難病患者等の場合には、新規支給、再支給にかかわらず1の要件について、身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）が十分な判定を行うこと。

身体障害児及び18歳未満である難病患者等の場合には、新規支給、再支給にかかわらず1の要件について担当医師から詳しい診断及び意見を求め、必要に応じて、更生相談所に対し協力・助言を求めるなど、当該児童の日常生活における電動車椅子の必要性について十分に検討すること。

ただし、告示に定められている電動車椅子を使用している障害者等が、当該電動車椅子が修理不能となったことのみを理由として、同じ型式の電動車椅子に係る補装具費の再支給を希望する場合には、1の(2)の要件に係る補装具費支給意見書により判定して差し支えないこと。

- (2) 補装具費を支給する電動車椅子の名称種別の決定に当たっては、身体の状態、生活環境及び身体的操作能力（操作性、所要時間、安全性等）の結果等を総合的に考慮して行うこと。

特に、電動車椅子の操作経験を有さない障害者等に支給する場合には、十分な操作訓練や使用上の留意事項の周知について徹底するとともに、特に身体障害児及び18歳未満である難病患者等の場合には、当該保護者等に対しても使用上の留意事項を周知し、本人及び周囲の安全確保に十分配慮すること。

- (3) 簡易型に係る補装具費の支給目的のひとつは残存能力を活かすことにあるため、支給を受けた障害者等が電動力に依存し過ぎることのないよう、効果的な使用方法について、本人及び家族等に対し周知を図ること。

また、バッテリーの選定に当たっては、電動車椅子を使用する本人の日常生活圏における坂路及び悪路の状況により、必要となる性能に基づいて行うこと。なお、リチウムイオンバッテリーについては、原則として、簡易型電動車椅子に限ること。

(4) バッテリー交換の適否の判断に当たっては、使用者個々の走行状態等により使用可能な期間は相当の長短が予想されるので、実情に沿うよう適切に実施されたい。

### 第3 その他

この要領に定めのない事項については、補装具費支給事務取扱指針に準ずる。

(参考)

電動車椅子の名称に係る判定の目安について

平坦路における 手動自走の可否	日常生活圏の坂路・悪路 における手動自走の可否 ※（ ）は、アシスト式を 使用した場合		補装具費の支給を検討 することとなる電動車 椅子の名称種別等	
できる	できない（できる）	⇒	アシスト式	簡易型
	できない（できない）		切替式	
できない	できない	⇒	簡易型又は簡易型以外	

※ 日常生活圏とは、自宅周辺の日常の行動範囲及び通勤又は通学のために、

障企発第0328002号  
障障発第0328002号  
平成19年3月28日  
一部改正  
障企発0928第2号  
障障発0928第2号  
平成23年9月28日  
一部改正  
障企発0330第4号  
障障発0330第11号  
平成24年3月30日  
一部改正  
障企発0329第5号  
障障発0329第9号  
平成25年3月29日  
一部改正  
障企発0331第2号  
障障発0331第2号  
平成26年3月3日  
一部改正  
障企発0331第1号  
障発0331第5号  
平成27年3月31日  
一部改正

各 都道府県 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課長

障害福祉課長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律  
に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。平成25年4月から障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律。以下「法」という。）に基づく自立支援給付（以下「自立支援給付」という。）については、法第7条の他の法令による給付又は事業との調整規定に基づき、介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付又は地域支援事業が優先されることとな

る。このうち、介護給付費等（法 第19 条第1 項に規定する介護給付費等をいう。以下同じ。）の支給決定及び補装具費の支給に係る認定を行う際の介護保険制度との適用関係等についての考え方は次のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体及び関係機関等に周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏のないようにされたい。

本通知の施行に伴い、平成12 年3 月24 日障企第16 号・障障第8 号厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」は廃止する。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22 年法律第67 号）第245 条の4 第1 項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添える。

## 1. 自立支援給付と介護保険制度との適用関係等の基本的な考え方について

### (1) 介護保険の被保険者とならない者について

障害者についても、65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の医療保険加入者は、原則として介護保険の被保険者となる。

ただし、次の①及び②に掲げる者並びに③～⑪の施設に入所又は入院している者については、①～⑪に掲げる施設(以下「介護保険適用除外施設」という。)から介護保険法の規定によるサービス(以下「介護保険サービス」という。)に相当する介護サービスが提供されていること、当該施設に長期に継続して入所又は入院している実態があること等の理由から、介護保険法施行法(平成9 年法律第124 号)第11 条及び介護保険法施行規則(平成11 年厚生省令第36 号)第170条の規定により、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされている。

なお、介護保険適用除外施設を退所又は退院すれば介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく要介護認定又は要支援認定(以下「要介護認定等」という。)を受ければ、これに応じた介護保険施設に入所(要介護認定を受けた場合に限る。)し、又は在宅で介護保険サービスを利用することができる。

① 法第19 条第1 項の規定による支給決定(以下「支給決定」という。)(法第5 条第7 項に規定する生活介護(以下「生活介護」という。))及び同条第11 項に規定する施設入所支援(以下「施設入所支援」という。)に係るものに限る。)を受けて同法第29 条第1 項に規定する指定障害者支援施設(以下「指定障害者支援施設」という。)に入所している身体障害者

② 身体障害者福祉法(昭和24 年法律第283 号)第18 条第2 項の規定により法第5 条第12 項に規定する障害者支援施設(生活介護を行う



ものに限る。以下「障害者支援施設」という。)に入所している身体障害者

- ③ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
- ④ 児童福祉法第6条の2第3項の厚生労働大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に限る。）
- ⑤ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法（平成14年法律第167号）第11条第1号の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
- ⑥ 国立及び国立以外のハンセン病療養所
- ⑦ 生活保護法（昭和25年法律第144号）第38条第1項第1号に規定する救護施設
- ⑧ 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第29条第1項第2号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設（同法に基づく年金たる保険給付を受給しており、かつ、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、当該者に対し必要な介護を提供するものに限る。）
- ⑨ 障害者支援施設（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第16条第1項第2号の規定により入所している知的障害者に係るものに限る。）
- ⑩ 指定障害者支援施設（支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。）
- ⑪ 法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第2条の3に規定する施設（法第5条第6項に規定する療養介護を行うものに限る。）

## (2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である65歳以上の障害者が要介護状態又は要支援状態となった場合（40歳以上65歳未満の者の場合は、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合）には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができる。また、一定の条件を満たした場合には、地域支援事業を利用することができる。

その際、自立支援給付については、法第7条の他の法令による給付又は事業との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付又は地

域支援事業が優先されることとなるが、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方は以下のとおりであるので、市町村は、介護保険の被保険者（受給者）である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を受け、利用することが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

#### ① 優先される介護保険サービス

自立支援給付に優先する介護保険法の規定による保険給付又は地域支援事業は、介護給付、予防給付及び市町村特別給付並びに第一号事業とされている（障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）第2条）。したがって、これらの給付対象となる介護保険サービスが利用できる場合は、当該介護保険サービスの利用が優先される。

#### ② 介護保険サービス優先の捉え方

ア サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることとなる。しかしながら、障害者が同様のサービスを希望する場合でも、その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

なお、その際には、従前のサービスに加え、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスについても、その実施の有無、当該障害者の利用の可否等について確認するよう留意する必要がある。

イ サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものが

ない障害福祉サービス固有のものとして認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給する。

### ③ 具体的な運用

②により、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合には、基本的には介護給付費等を支給することはできないが、以下のとおり、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない又は地域支援事業を利用することができない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である。

ア 在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合。

イ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合（当該事情が解消するまでの間に限る。）。

ウ 介護保険サービスによる支援が可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る。）。

### (3) 補装具費と介護保険制度との適用関係

補装具費の支給認定を行う際の介護保険制度との適用関係についても、基本的な考え方は（2）の①及び②と同様であるが、具体的には以下のとおりである。

介護保険で貸与される福祉用具としては、補装具と同様の品目（車いす、歩行器、歩行補助つえ）が含まれているところであり、それらの品目は介護保険法に規定する保険給付が優先される。ただし、車いす等保険給付として貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中か

ら選択することになるため、医師や身体障害者更生相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目については、法に基づく補装具費として支給して差し支えない。

## 2. その他

- (1) 介護保険サービスが利用可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合は、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請を行うよう、周知徹底を図られたい。
- (2) 平成18年3月31日以前の身体障害者福祉法等による日常生活用具の給付・貸与事業において、介護保険による福祉用具の対象となる品目については、介護保険法の規定による貸与や購入費の支給を優先して行うこととされていたところであるが、法における地域生活支援事業については自立支援給付とは異なり、地域の実情に応じて行われるものであり、法令上、給付調整に関する規定は適用がないものである。しかしながら、日常生活用具に係る従来の取り扱いや本通知の趣旨を踏まえ、地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執行の観点も考慮しつつ、その適切な運用に努められたい。

社援保発第0329004号  
平成19年3月29日

都道府県  
各 指定都市 民生主管部(局)長殿  
中核市

厚生労働省社会・援護局保護課長

## 介護扶助と障害者自立支援法に基づく自立支援給付との適用関係等について

生活保護法（昭和25年法律第144号。以下「法」という。）による介護扶助と障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく自立支援給付との適用関係及び生活扶助の障害者加算他人介護料（以下「他人介護料」という。）の取扱いについて、下記のとおり整理したので、了知の上、管内実施機関に対して周知し、保護の実施に遺漏なきを期されたい。

なお、本通知は地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9第1項及び第3項の規定に基づく処理基準とするものであること。本通知の施行に伴い、「介護扶助と障害者施策との適用関係等について」（平成12年3月31日社援第18号厚生省社会・援護局保護課長通知）は廃止する。

### 記

#### 第1 介護扶助と自立支援給付との適用関係

##### 1 介護保険の被保険者に係る介護扶助と自立支援給付との適用関係

介護保険の被保険者に係る介護扶助（法第15条の2第1項に規定する居宅介護（居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護を除く。）及び法第15条の2第1項第5号に規定する介護予防（介護予防居宅療養管理指導、介護予防特定施設入居者生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を除く。）に係るものに限る。以下同じ。）と自立支援給付のうち介護給付費等（障害者自立支援法第19条第1項に規定する介護給付費等をいう。以下同じ。）との適用関係に

については、障害者自立支援法第7条の規定及び「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知）の規定に基づく介護保険給付と介護給付費等との適用関係と同様、介護保険給付及び介護扶助が介護給付費等に優先するものであること。

ただし、介護保険制度における居宅介護サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション（医療機関により行われるものに限る。）並びに介護予防サービスのうち、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（医療機関により行われるものに限る。）に係るものの自己負担相当額については、自立支援医療（更生医療）の給付を受けることができる場合には、自立支援医療（更生医療）が介護扶助に優先して給付されることとなるので留意すること。

2 40歳以上65歳未満の医療保険未加入者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号の特定疾病により要介護又は要支援の状態にある被保護者（以下「被保険者以外の者」という。）に係る介護扶助と介護給付費等及び障害者自立支援法による地域生活支援事業の一環として実施される訪問入浴サービス事業（以下「訪問入浴サービス事業」という。）との適用関係

(1) 基本的な考え方

被保険者以外の者に係る介護扶助と介護給付費等及び訪問入浴サービス事業との適用関係については、生活保護制度における補足性の原理により、介護給付費等及び訪問入浴サービス事業が介護扶助に優先されるものであること。

したがって、介護扶助の給付は、要介護（要支援）状態に応じた介護サービスに係る支給限度基準額（以下「支給限度額」という。）を限度として、介護給付費等及び訪問入浴サービス事業で賄うことができない不足分について行うものであること。

(2) 介護給付費等の受給及び訪問入浴サービス事業の利用が可能な者に係る介護扶助給付上限額の算定について

ア 被保険者以外の者であって、介護給付費等の受給及び訪問入浴サービス事業の利用が可能な者から介護扶助の申請があった場合、介護給付費等の受給状況及び訪問入浴サービス事業の利用状況を確認するとともに、サービスの利用に係る申請が行われていない場合については、利用申請を行うよう指導すること。

イ 介護給付費等の支給決定を受けて利用する障害福祉サービスについて、

①相当するサービスが介護保険給付により利用可能なものであるか、

②障害者固有のサービス等であるか  
について、市町村の介護給付費等の支給決定事務担当部署等と連携した上で、把握すること。

ウ 当該者に係る支給限度額から、次に掲げる各号の合計額を控除した額を、介護扶助の給付上限額とすること。

①上記イの①に該当するサービスに係る介護給付費等の額

②訪問入浴サービス事業を利用した場合は、それぞれ以下に掲げる額

要介護者 1回当たり 12,500円

要支援者 1回当たり 8,540円

### (3) 介護扶助の決定にあたっての留意事項

ア 上記(2)により算定した給付上限額の範囲において介護扶助の申請が行われた場合であっても、介護扶助として申請のあったサービスについて、介護給付費等により利用が可能と判断される場合には、介護給付費等の支給決定事務担当及び居宅介護支援事業者等との調整を行った上で、介護給付費等の活用を図ること。

イ 常時介護を要し、その介護の必要性が著しく高い障害者などに係る介護扶助の決定にあたり、上記(2)のウの算定方法によっては、介護給付費等の対象とならない訪問看護等については、必要なサービス量が確保できないと認められる場合については、上記(2)のウの算定方法によらず、介護扶助の支給限度額の範囲内を上限として、必要最小限度のサービスについて介護扶助により給付を行って差し支えないこと。

## 3 介護扶助による福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与と障害者自立支援法による補装具費支給制度及び地域生活支援事業における日常生活用具給付等事業との適用関係について

被保険者以外の者に係る福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与と補装具費及び日常生活用具給付等事業の適用関係については、2の(1)の取扱いと同様、補装具費支給制度及び日常生活用具給付事業が介護扶助に優先されるものであること。

## 第2 他人介護料の算定の考え方について

### 1 基本的取扱い

他人介護料の算定は、在宅の被保護者が、介護保険給付、介護扶助及び介護給付費等によるサービスを利用可能限度まで利用し、それでもなお、介護需要が満たされない場合において、家族以外の者から介護を受けることを支援するために行うものであること。

そのため、次のいずれかに該当する場合には、他人介護料を算定してはならないこと。

(1) 要介護認定、障害程度区分の認定を受けていない場合

(2) 上記の認定は受けているが、介護保険給付、介護扶助、介護給付費等により活用可能なサービスを最大限利用していない場合

## 2 夜間の取扱いについて

夜間（早朝、深夜を含む。以下同じ。）における他人介護料の取扱いについては、夜間対応型訪問介護など、介護保険給付又は介護給付費等により夜間におけるサービスが提供されている地域においては、当該サービスの活用を図るものとし、当該サービスの利用により夜間の介護需要を満たすことができると認められる場合には、算定を行わないこと。



平成20年 5月14日  
一部改正 令和2年11月17日

## 補装具関連 Q & A

問1 補装具費支給決定後、製作途中に補装具費支給対象障害者等が死亡した場合の取扱い如何。(支給決定後における未完成の補装具の取り扱い等)

(答)

- 障害者総合支援法施行規則第65条の7第1項においては、補装具の購入又は修理が完了した後に、「適合状態を確認できる書類（適合証明書）等」（10号）を求めているところであるが、補装具製作途中に本人が死亡する等、特段の事情がある場合には、適合証明書を欠く場合であっても（未完成の補装具であっても）補装具費の支給を行うこととする。
- 補装具費の額については、補装具費支給対象障害者等の死亡時点において、補装具製作者が発行した領収書による額から算定することとなる。ただし、未完成部分があることから、身体障害者更生相談所等の意見を参考に、支給決定時の見積額の範囲内での実費相当額とする。
- なお、補装具費支給対象障害者等が死亡した場合の利用者負担については、生活保護世帯に準じた取扱いを行う等適宜の方法により減免して差し支えない。

問2 補装具のうち特に義肢及び装具の場合、義肢装具士の資格を有する者が採型や適合をすべきと思われるが、どう考えればよいか。

(答)

- 障害者総合支援法に基づく補装具費支給制度においては、義肢及び装具に係る装着部位の採型並びに身体の適合が、医行為に該当する場合には、医師及び看護師、准看護師を除き、義肢装具士の資格を有する者が行わなければならない。
- また、義肢及び装具に係る装着部位の採型並びに身体の適合については、医療関係者との緊密な連携を図り、利用者の安全の確保や義肢・装具の質を確保する観点から、医学的知見を含む専門的な知識が必要となる。
- このため、医行為に該当しない場合においても、基本的に医学的知見を含む専門的な知識を有する義肢装具士が行うことが適当である。
- 補装具費支給制度においては、医師の判断を踏まえ、利用者の安全の確保や義肢・

装具の質を確保する観点から、必要に応じて身体障害者更生相談所とも相談の上、適切な実施に努められたい。

- なお、義肢装具士を配置している補装具製作事業者については、公益財団法人テクノエイド協会のホームページにおいて情報提供しているので参考にされたい。

※令和2年11月17日付け事務連絡「補装具費支給に係るQ & Aの送付について」により改正したもの。

問3 装具の患足を補高した場合で、健足も補高する必要がある場合、加算が可能か。

(答)

- 健足補高の加算については、靴型装具及び靴付き下肢装具の場合は可能であるが、それ以外の装具の場合は、患足の状況とともに健足に補高を必要とする状況等について個別に必要性を判断することとなる。

問4 児童福祉法に基づく保護者とされる障害児施設の施設長が、補装具費支給申請を行った場合、補装具費支給制度により補装具費（100分の90相当額）を支給することは可能か。

(答)

- 可能である。なお、利用者負担（10／100相当額）を施設長に課すことは社会通念上適当ではないことから、利用者負担については障害児施設措置費において、医療費として支弁して差し支えない。

事 務 連 絡  
平成 22 年 10 月 29 日

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

補装具費支給に係る Q & A の送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

今般、補装具費の支給手続きに当たり、平成 22 年度における改正内容等も踏まえ、特に問い合わせの多い事項について、別添のとおり整理いたしましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

また、都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村に周知いただくよう、よろしくお取り計らい願います。

【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室 社会参加支援係

TEL 03-5253-1111

(内線 3073、3089)

FAX 03-3503-1237

## 目 次

### <共通事項>

- Q 1 完成用部品通知の適用日等について
- Q 2 補装具の複数支給について
- Q 3 義肢等に使用される完成用部品の判断基準について
- Q 4 修理基準が示されていない場合の補装具の修理基準額の取扱いについて
- Q 5 障害児施設の施設長が支給申請を行なう場合の取扱いについて

### <平成 22 年度改正に係る事項>

- Q 6 盲人用安全つえの身体支持併用の取扱いについて
- Q 7 遮光眼鏡等の支給に関する取扱いについて
- Q 8 車いす等に関する特別調整加算の廃止等について
- Q 9 車いす等の新規製作時及び修理時の加算等の考え方について
- Q 10 車いす等における加算による上限額の取扱いについて
- Q 11 車いす等における座位保持装置の完成用部品の使用について
- Q 12 車いす及び電動車いす等の耐用年数の取扱いについて
- Q 13 車いす等における成長対応加算取扱いについて
- Q 14 簡易型電動車いすの取扱い及び電磁ブレーキの取扱いについて
- Q 15 電動車いす新規製作時のバッテリー価格等の取扱いについて
- Q 16 座位保持いすの車載用加算の取扱いについて
- Q 17 歩行器における「後方支持型」の取扱いについて

## 補装具費支給に係るQ & A

平成 22 年 10 月 29 日

Q 1 補装具に係る告示については、これまで各年度末に改正され、新年度から適用することとされているが、完成用部品の通知が年度途中で発出された場合、当該通知の適用日については、どのように考えたらよいのか。

A 完成用部品の名称や価格等については、告示（補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準）において、「別に定める」こととされており、障害保健福祉部長通知（以下「通知」という。）により示しているところである。

したがって、完成用部品の価格等については、告示の改正に関わらず、「別に定める」ところの通知が改正されるまでの間は、旧来の通知が適用されることとなっている。

このため、年度途中において通知が改正された場合にあっては、当該年度の 4 月 1 日への遡及適用は行わず、補装具費支給申請に対する支給決定日において適用されている通知に基づき、判断していただくこととなる。

Q 2 補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として 1 種目につき 1 個であり、職業又は教育上等特に必要と認められた場合は 2 個が可能となっているが、次のような場合にも、複数の支給を認めることは可能か。

- ① 日常的に車いすを利用している者が、日常使用している車いすに加えてスポーツ専用車いすを希望した場合
- ② 自己での車いす操作が不可能な方であって、主に外出用として、介護者の負担軽減のみを理由とした電動車いすを希望した場合
- ③ 室内用、室外用など、異なる場所での使用を想定し、複数台の支給を希望している場合

A

### ① の場合

スポーツ専用車いすについては、その使用目的が日常生活の能率の向上にはあたらないことから、補装具費の支給対象とはしていない。

② の場合

電動車いすの支給目的については、あくまでも電動車いすを使用する者の自立（日常生活の能率の向上）を図ることであり、介護者の負担軽減のみを理由とした支給は想定していない。

③ の場合

室内用・室外用などを希望する場合については、それぞれの使用場所における兼用の可否とともに、職業又は教育上等特に必要と認められるのかを十分に確認した上で、支給の有無を慎重に判断されたい。

Q 3 義肢等に使用される完成用部品は、義足の膝継ぎ手、足部など多種多様なものとなっており、その適合判定に苦慮するところである。

補装具費の支給に当たり、失われた身体機能の補完、代替、生活の能率向上を図ることを目的としていることや、公平な判定を行う観点からも、何らかの判断基準を示すべきではないか。

A 補装具については、身体障害者の場合は、職業その他日常生活の能率の向上を図ることを、また、身体障害児の場合は、将来、社会人として自立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであることから、補装具費の支給に当たっては、障害の状況や生活環境、就労上、教育上等特に必要な配慮等を総合的に判断し、当該者・児に対して、最も適切な補装具（部品）を選択する必要がある。

こうしたことから、特定の完成用部品について、対象者を限定するなど、一律に判断基準を示すことは選択の幅を狭めることとなるため、難しいと考えている。

Q 4 修理基準が示されていない場合の補装具の修理基準額はどのように考えたらよいか。

A 修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考とし、又はそれらの個々について原価計算による見積りもしくは市場価格に基づく適正な額を決定し、修理に要する費用として支給できることとしている。（平成22年3月31日 障発第033112号「補装具費支給事務取扱指針の一部改正について」）

また、新規作成時に部品等の加算を行う場合であって、例えば、電動車いすの修

理基準に示されていないシートベルトなどの加算が必要となる場合には、上記の考えに基づき、車いすの修理基準を参考とするといった取扱いも可能である。

Q 5 児童福祉法に基づく保護者とされる障害児施設の施設長が、補装具費（90/100相当額）の支給申請を行なう場合、誰の所得証明を添付するのか。

- A 保護者である施設長と施設長の属する世帯の他の世帯員の所得証明である。  
利用者負担上限額は保護者及び保護者の属する世帯の他の世帯員の所得の状況に応じて判断をすることとなっている。  
なお、利用者負担（10/100相当額）を施設長に課すことは社会通念上適当ではないため、利用者負担については障害児施設措置費において、医療費として支弁して差し支えない。

Q 6 平成 22 年度改正により、盲人用安全つえについては、身体支持併用のつえも対象とされたが、その交付に当たって、肢体不自由（下肢の機能障害など）を理由とした身体障害者手帳の所持が必要か。

- A 今回の改正については、高齢化に伴い、身体を支えることができる盲人用安全つえのニーズが高まっていることから、市場調査等を行った結果として新規に取り入れたものであるため、視覚障害であって、身体支持併用のつえの交付が必要と認められる場合、支給の対象と考えて差し支えない。

Q 7 遮光眼鏡について、従来は原因疾患による支給対象者が示されていたが、平成 22 年度改正により、対象者が原因疾患によらないと明確化され、申請者の増加及び申請内容の多様化が見込まれるところであるが、次のような事例の場合、どのように判断すべきか。

- ① 視力障害を理由とした身体障害者手帳の交付を受けていない者に対し、矯正機能のある遮光眼鏡を給付することは可能か。
- ② 視力障害を理由とした身体障害者手帳の交付を受けている者に、矯正遮光両用の眼鏡を給付する場合、矯正眼鏡の基準額に遮光眼鏡の基準額を加えた価格を上限額として設定してよいか。

A 遮光眼鏡については、これまで遮光眼鏡の有効性が認められた疾患である網膜色素変性症、白子症、先天性無虹彩、錐体桿体ジストロフィーの4疾患としていたところであるが、真に症状に応じた支給とするため、改めてその症状に着目した対象者像を明確化したところである。

① の場合

矯正眼鏡は、屈折異常もしくは無水晶体眼などで視力低下（視力障害）等の視力障害を理由とする身体障害者手帳の交付を受けた者であって、矯正眼鏡にて視力が改善される者を対象に給付している。このため、それ以外の者に対する遮光眼鏡の支給に当たり、矯正機能を付加することは適当ではない。

② の場合

遮光眼鏡及び矯正眼鏡について、双方の給付を受けることができる者については、遮光眼鏡と矯正眼鏡を、それぞれの機能ごとに分けて使用することが想定されるのか、常時一体的に使用することとなるのかなど、申請者の生活環境等を参考として判断することとなる。したがって、一律に矯正眼鏡の基準額に遮光眼鏡の基準額を加えた価格を上限額とするのではなく、常時一体的に使用することとなる場合については、遮光眼鏡の基準額を上限として設定されたい。

Q 8 平成 22 年度改正で、車いす及び電動車いすに関する特別調整加算が廃止されたが、どのように考えたらよいのか。

A 特別調整加算は、基本構造以外の構造を追加する際の基準として設定され、例えば「車いす普通型」に跳ね上げ式のアームレストを付加するような場合、車いす普通型の価格の 10%の範囲内で加算することにより対応するという取扱いが行われてきた。

しかしながら、補装具の支給状況を見ると、特例補装具が多く支給されていること、特例補装具には価格の上限設定がないことから適正価格の判断が難しくなっていることなども考えられるため、価格の適正化を図りつつ、一般化できるオプションについては、原則オプションの部品価格を追加設定し、基本構造に付加していく仕組みとしたものである。



Q9 車いす及び電動車いすの新規製作等について、

- ① ベースとなる「基本構造」
- ② 新規作成時及び修理時の加算
- ③ 加算する場合の基準額と使用部品数との関係について、どのように考えたらよいか。

A 平成 22 年度改正で、これまで特別調整加算により対応されてきた部品や、実際に特例補装具として対応されてきたもののうち、一般化できるオプションについて、原則オプションの部品価格を追加設定し、基本構造に付加していく仕組みとしたものである。

- ① 車いすの基本構造は、フレーム、シート、バックレスト、アームレスト、フットサポート、フットプレート、キャスター、駆動輪、ブレーキ、ハンドリムなど、普通型の車いすを構成するのに必要最低限の構造を想定している。また、普通型電動車いすについては、これらの構造に、電動駆動装置（モーター等）、コントロールボックス、クラッチレバーなど、電動車いすとして機能するのに必要な構造が加わることとなる。
- ② 補装具費の新規製作時には、基本構造に含まれていない部品に限り加算できることとしており、この場合は、修理基準の額を上限として加算する。

また、修理時には修理対象となる部品について、原則、修理基準の額を上限とすることができることとしている。

以下、考えられる修理事例と修理基準額適用の考え方を、いくつか例示する。

ア) ノーパンクタイヤのついた車いす（普通型）の、ノーパンクタイヤ 2 個を修理交換する場合の考え方

$$\begin{aligned} & (\text{ノーパンクタイヤ交換} + \text{購入後後付け加算}^{\ast}) \times \text{個数} \times 1.03 \\ & = (3,690 \text{ 円} + 1,740 \text{ 円}) \times 2 \text{ 個} \times 1.03 = 11,185 \text{ 円} \end{aligned}$$

※ 購入後に後付けする場合は 1,740 円増しとするとなっている。

イ) 跳ね上げ式アームサポートのついた車いす（普通型）の、跳ね上げ式アームサポート（1 個）のみを修理交換する場合の考え方

$$\begin{aligned} & (\text{跳ね上げ式アームサポート交換}) \times \text{個数} \times 1.03 \\ & = 4,680 \text{ 円} \times 1 \text{ 個} \times 1.03 = 4,820 \text{ 円} \end{aligned}$$

ウ) 角度調整、前後調整付きフットサポートのついた車いす（普通型）の、フットサポート（1 個）を修理交換する場合の考え方

$$\begin{aligned} & (\text{フットサポート交換} + \text{角度調整} + \text{前後調整}) \times \text{個数} \times 1.03 \\ & = (3,000 \text{ 円} + 1,500 \text{ 円} + 1,500 \text{ 円}) \times 1 \text{ 個} \times 1.03 = 6,180 \text{ 円} \end{aligned}$$

- ③ 告示の修理基準などに示している基準額については、原則として個々の部品1個の額を想定しているため、1台の車いす製作に必要な数を乗じて算出した額を上限と考えることとなる。

しかしながら、例えば車軸位置調整部品などのように、必ず左右2つの部品をセットで使用しなければ機能しないものについては、2つの部品をセットしたものを車いす1台分として基準額を示しているの、取扱いには留意されたい。

Q10 平成22年度改正により、個々の障害者の身体状況等を勘案して、種々の機能や部品が加算できることとされた。それにより、カタログに掲載され、定価も明示されている車いすや電動車いすそのものを申請しているにも関わらず、告示に示された種々の加算を加え、定価を超えた見積りを提出する業者が増えてきているが、

- ① 標準搭載されている機能等について、個々に加算を認める必要があるのか。
- ② 種々の加算を計上した場合に、カタログ掲載価格（定価）を超過してしまう場合の上限額をどのように考えるべきか。

A 平成22年度改正で、これまで特別調整加算により対応されてきた部品や、実際に特例補装具として対応されてきたもののうち、一般化できるオプションについて、原則オプションの部品価格を追加設定し、基本構造に付加していく仕組みとしたところである。

① の場合

申請時に提出されたカタログ等により、車いすや電動車いすの定価に標準搭載されている機能や部品が含まれていることが明らかになっている場合について、加算をすることは適当ではない。

② の場合

車いすや電動車いすを新規作成する際に、申請者の障害状況等を勘案した加算等を加えて作成した見積りがカタログ定価を超えた場合については、カタログ定価を上限とすることが最も合理的な判断と考える。この場合には、修理申請時の判断において、支給する車いすがどのような機能を持つものであるのかを正確に把握しておくため、見積りには付属した機能を明記した上で、定価との差額を値引きとして取り扱うといった対応が考えられる。

Q11 平成 22 年度改正において、車いす及び電動車いすの備考欄に「体幹筋力の低下等により、座位保持装置の完成用部品をクッションとして用いる場合には、別に定めるところによるものを加算すること」との記述が追加されている。別に定めるところによるものとして、座位保持装置の完成用部品の価格のみを加算するものと解釈してよいか。

A お見込みのとおり。

Q12 車いす及び電動車いすの耐用年数が、5 年から 6 年に改正されたが、平成 21 年度以前に支給したのも、6 年と考えてよろしいか。

併せて、座位保持装置に、車いす・電動車いすの機能を付加した場合については、どのように判断すべきか。

A 車いすの耐用年数については、耐久性向上の環境が整えられつつあること、モジュラー型車いすの普及により、部品の修理交換で対応できるケースが増え、再支給に至らない場合があること、医療機関の専門職への聞き取り結果等から、耐用年数を 5 年から 6 年に見直したところであり、平成 22 年 4 月以降に更新を行う車いすについては、6 年として取り扱うこととなる。

しかしながら、そもそも耐用年数とは、通常の使用状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数を示しているものであり、耐用年数を超えていないから修理や再支給を認めないなどと、一律に取り扱うのではなく、当該補装具の状態、障害状況や生活環境等を把握することにより、実情に沿うよう十分に配慮することが必要である。

また、座位保持装置に車いす・電動車いすの機能を付加した場合についても、座位保持装置や車いす・電動車いすの耐用年数で一律に対応することなく、上記と同様の取扱いとすることが望ましい。

Q13 「義肢、装具及び座位保持装置等に係る補装具費支給事務取扱要領」p55にある「成長対応加算」の対象者に記載されている、「バックサポート高さ、座奥行き、背座張り調整、フットサポート前後調整、車軸位置調整、脱着ハブ」について、これらすべてをとりつけたときに加算するという取扱いでよろしいか。

A 「取扱要領」にお示ししている部品は「成長対応加算」の例示であり、障害児等

の状況によってはこれらの部品すべてが必要でない場合も考えられる。

この場合、成長対応型部品交換の修理基準の 56,020 円を上限として、必要な付属品の修理基準の額を加算することで対応していただいて差し支えない。

ただし、追加した部品の修理基準の総額が 56,020 円を下回る場合は、当該金額を上限額として取り扱うこととされたい。

- Q14 電動車いす簡易型 A 切り替え式について、従前は「手動兼用型」という名称で、告示の基本構造欄にも「ハンドリムに加える駆動人力により、手動自走が可能なもの。」という記載があったが、改正により名称が「簡易型」となり、基本構造欄も「車いすに電動駆動装置や制御装置を取り付けた簡便なもの。」と変更されている。
- ① これにより、駆動輪が小さい（車いす手押し型に取り付ける）電動ユニットも基準内の取り扱いが可能であると考えてよろしいか。
  - ② また、電磁ブレーキの加算については、通常型の電動車いすには、加算できないこととされているが、簡易型電動車いすの見積もりに当たっては、電磁ブレーキは加算して考えるべきか。
  - ③ 簡易型電動車いすの上限額はどのように考えたらよいのか。

A

①の場合

簡易型電動車いすについては、従前「手動兼用型」としていたものについて、今回の改正において JIS にあわせた表記とすることとしたものであるので、原則としては、「普通型」の車いすに電動駆動装置等を取り付けたものを想定している。

②の場合

通常型の電動車いすには、電磁ブレーキが基本構造として含まれているため、新規加算はできないこととしているが、「簡易型車いす」については、基本構造に含まれていないため、加算することが可能である。

③の場合

①及び②から、簡易型車いすの上限額については、次のように考えることとなる。  
「電動車いす（簡易型）の基準額」＋「車いす（普通型）の基準額」＋「付属品の基準額」

なお、ここでいう「付属品」には、上記の電磁ブレーキの他、外部充電器、バッテリー、転倒防止装置など「車いす」の修理基準の表に掲げられるものが想定される。

Q15 電動車いすを新規製作する場合、基準額にバッテリーの価格を加算することができるのか。また、加算できるとした場合、その価格には、ハーネス及びリレーの価格も含まれているのか。

A 電動車いすの基本構造にバッテリーは含まれているものの、制度導入時より想定していた電動装置交換には、バッテリーの額は含まれていなかったことから、簡易型電動車いすについては加算の算定を可能としてきたところ。こうしたことを踏まえて、今般、普通型電動車いすについても、簡易型電動車いすとの整合性を図る必要があるという観点から加算の算定を可能としたものである。

なお、新規製作時に加算する場合の価格については、修理基準の表に掲げるバッテリー交換の額の範囲内とされており、ハーネス及びリレー部分は、含まれない（基本構造に含まれる）ものである。

Q16 平成 22 年度改正で、座位保持いすの交付について、車載用として交付する場合の加算が付加されたが、次のような事例の場合、どのように判断すべきか。

- ① どのような座位保持いすが加算できる対象範囲となるのか。
- ② 座位保持いすの基準額と車載用の基準額の合計額を超える場合、差額自己負担で対応するのか。座位保持装置での支給も可能か。
- ③ 座位保持いすの車載用について、家用と通学用の複数支給は可能か。
- ④ 身体状況に合わせ、パット等を使用することが望ましい場合、座位保持装置のものを加算して用いることが可能か。

A

①について

一般の児童を対象とする市販のチャイルドシートでは対応できないような車載用の座位保持いすについて加算（支給）の対象としているものである。しかしながら、オーダーメイドに限定するものではなく、仮にいわゆる既製品であったとしても、個々の障害の状況等に対応できるものであれば（オーダーメイドに準じたものであれば）補装具として支給することは差し支えない。

②について

支給に当たっては、他の補装具と同様の扱いとなるため、個人の嗜好により生じた差額は自己負担となる。また、車載用として交付する場合の加算は、「座位保持いす」についてのみであり、「座位保持装置」として支給することは適切ではないと考えている。

③について

複数の支給に当たっては、就学上等、真に必要と認められる場合についてのみ対象となる。

④について

追加のパット等を使用する場合には、加算の範囲内で対応することが前提であるが、真に必要と判断される場合には、特例補装具として扱うことも可能である。

Q17 歩行器の基準（39,600円）に、「後方支持型のものは21,000円増しとすること。」という内容が追加されたが、この「後方支持型」のものとは、具体的にどのようなものを指すのか。

A 「後方支持型」については、身体を支えるための支持バーが側方と後方のみにあるものを想定している。

難病患者等における地域生活支援事業等の取扱いに関するQ & A  
(平成25年3月15日現在)

【 目 次 】

1	地域生活支援事業について……………	1
2	日常生活用具給付等事業について……………	2
3	補装具費の支給について……………	10

(注) このQ & Aで難病患者等とは、障害者総合支援法第4条第1項に定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって十八歳以上であるもの」及び児童福祉法第4条第2項で定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である児童」をいう。

## 1 地域生活支援事業について

問1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律施行令(平成18年政令第10号。以下「政令」という。)に規定された「難病等」に該当すると確認できれば、疾病と身体の状態との因果関係を考慮しなく、地域生活支援事業の対象としてよいか。

(答)

1. 地域生活支援事業は、各自治体において、対象者を始めとした具体的な事業内容を定めているものであり、疾病による障害がどの程度である場合に各事業の対象にするのかという点は、各自治体において判断されるべきものと考ええる。
2. また、政令に規定された難病等に該当するかどうかについて窓口で確認する場合には、医師の診断書又は特定疾患医療受給者証等で確認することになるが、医師の診断書の記載からは判断が困難である場合又は診断書に不明な点等がある場合には、自治体内の保健所の医師や審査会の医師等に確認をしながら、対象の適否を判断する。

問2 「難病患者等も地域生活支援事業の対象となる」と示されているが、日常生活用具給付等事業に限らずその他の事業(例えば、移動支援、日中一時支援、訪問入浴サービス事業など)も対象となるのか。

(答)

1. 日常生活用具給付等事業など個別の事業に限らず、地域生活支援事業全体として対象となる。

問3 移動支援事業、日中一時支援事業などについて、具体的な実施方法を示してほしい。

(答)

1. 地域の特性や利用者の状況に応じ、実施主体である市町村等が柔軟な形態により事業を効果的・効率的に実施する地域生活支援事業の性格にかんがみ、実施主体である自治体の裁量により実施方法を定めていただきたい。

問4 「難病患者等」が地域生活支援事業の対象に該当するかどうかの判断に用いる医師の診断書について、その様式を提示する予定はあるのか。

(答)

1. 診断書の様式を示す予定はないため、実施主体である市町村等において作成されたい。



## 2 日常生活用具給付等事業について

問1 難病患者等日常生活用具給付事業は平成24年度末をもって廃止されるが、障害者総合支援法に基づく日常生活用具給付等事業を実施する際に留意すべきことはあるか。

(答)

1. 難病患者等日常生活用具給付事業については、従来、介護保険法、老人福祉法、障害者自立支援法等の施策の対象とはならない難病患者等を対象とし、市町村長が真に必要と認めた者に日常生活用具を給付する事業として実施してきた。
2. また、身体障害者手帳を有する難病患者等であって、障害者自立支援法に基づく日常生活用具給付等事業の対象とならない難病患者等は、市町村長が真に必要と認めた場合は、難病患者等日常生活用具給付事業において日常生活用具を給付することができたところである。
3. ゆえに、障害者総合支援法に基づく日常生活用具給付等事業は、平成24年度末をもって廃止となる難病患者等日常生活用具給付事業の対象種目、対象者等を対象とするように留意すべきである。

問2 既に身体障害者手帳を所持している難病患者等で日常生活用具の給付の目安となる身体障害者程度等級表の要件を満たしていない場合でも、医師の診断書等で総合的に必要と判断されれば、給付可能と解釈してよいか。

(答)

1. 差し支えないと考える。
2. なお、地域生活支援事業である日常生活用具給付等事業は、地域の特性や利用者の状況に応じて、給付対象者、給付種目、基準額、利用者負担額等を、実施主体である市町村の判断で決定できる。

問3 既に難病患者等日常生活用具給付事業の給付種目を給付されている難病患者等の取扱いについては、障害者総合支援法による給付を受けたものとみなし、耐用年数や修理の可否を考慮したうえで、給付を行わないこととしても差し支えないか。

(答)

1. 差し支えないと考えるが、個々の状況に応じ各市町村で適切に判断されたい。

問4 日常生活用具給付等事業について、障害者等は、障害名や身体障害者障害程度等級等で対象者かどうかを判断することができるが、身体障害者手帳を持っていない難病患者等については、どのように判断すべきか。品目ごとの対象者の例示等を詳細にご教示願いたい。

(答)

1. 地域生活支援事業である日常生活用具給付等事業は、地域の特性や利用者の状況に応じて、給付対象者、給付種目、基準額、利用者負担額等を、実施主体である市町村の判断で決定できるため、給付種目ごとの対象者の例示等を示す予定はない。
2. なお、障害者総合支援法の施行に伴い、難病患者等居宅生活支援事業の一つである難病患者等日常生活用具給付事業は平成24年度末をもって廃止されるため、難病患者等に対する日常生活用具の給付にあたっては、難病患者等日常生活用具給付事業の対象者や基準額等を参考に事業を実施することが望ましい。
3. また、給付の要否を判断する際には、医師の診断書で疾患と必要性を確認することのほか、保健師などによる訪問調査を経て個々に必要性を判断されたい。

問5 難病患者等が合併症を発症している場合、その症状に対しての用具給付の要否をどのように判断するのか。難病（特定疾病）に由来する合併症のための障害に限り対象とするのか、薬の副作用による合併症のための障害についても対象とするのか。

(答)

1. 原疾患が法の対象となるものであれば、合併症による症状により判断されるべき場合もあると考えるが、個々の身体状況等に応じて必要性を判断することとなる。

問6 平成25年4月1日以降、地域生活支援事業としての日常生活用具給付等事業における難病患者等への給付については、難病患者等以外の障害者に従来から適用していた種目及び給付要件の一覧表を適用するのではなく、「難病患者等日常生活用具給付事業」の実施要綱で規定していた種目及び給付要件の一覧表を当面の措置として適用することを考えている。

運用としては、例えば「特殊便器」について、難病患者等以外の障害者に適用する支給要件は「上肢障害2級以上又は療育手帳Aの知的障害者」であるが、難病患者等に適用する支給要件は「上肢機能に障害のあるもの」となる。

こうした運用を行うとした場合、130疾病の難病患者等であって、身体障害者手帳も有する方に対しては、あくまで身体障害者手帳による障害程度を優先して給付の可否を判断してよいか。（上記の事例の場合、上肢障害3級の身体障害者手帳を有する難病患者等であれば、支給対象とならないことになる。）

(答)

1. 難病患者等日常生活用具給付事業については、従来、介護保険法、老人福祉法、障害者自立支援法等の施策の対象とはならない難病患者等を対象とし、市町村長が真に必要と認めた者に日常生活用具を給付する事業として実施してきた。
2. 平成25年3月31日以前においては、身体障害者手帳を有する難病患者等であって、地域生活支援事業の日常生活用具給付等事業等の対象とならない難病患者等で市町村が真に必要と認めた者は、難病患者等日常生活用具給付事業において日常生活用具を給付することができたところである。
3. ゆえに、事例のような場合は、従来、難病患者等日常生活用具給付事業の対象となると考えられるため、身体障害者手帳による障害程度を優先して給付の可否を判断することは適切でないと考えられる。

問7 特殊寝台と訓練用ベッドの機能は似ているものにとらえているが、訓練用ベッドの対象に難病患者等も含める理由は何か。万が一、両方の申請があった場合、必要性を認めれば両方を支給することもあり得るのか。

(答)

1. 障害者総合支援法の施行に伴い、難病患者等居宅生活支援事業の一つである難病患者等日常生活用具給付事業は平成24年度末をもって廃止されるため、難病患者等日常生活用具給付事業で給付対象者であった者が、今後も給付対象者となるように配慮するためである。なお、特殊寝台と訓練用ベッドの両方を給付することは、想定していない。

問8 難病患者等日常生活用具給付事業における動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）の基準額は、当市の地域生活支援事業で設定している基準額の2倍ほどの金額である。難病患者等の症状に十分対応できる種目とするには、基準額は難病患者等日常生活用具給付事業の基準額に沿ったものにする必要があるのか。

(答)

1. 基準額については、現行の難病患者等日常生活用具給付事業や実際の販売価格等を参考として、個々の難病患者等に必要な機能も踏まえた上で、従前、難病患者等日常生活用具給付事業において、給付対象となっていた者が給付を受けられないことがないように、実施主体である市町村の判断で決定していただくことになる。

問9 既に身体障害者手帳を所持している難病患者等が、症状の急激な悪化で手帳の再認定を受ける予定ではあるが、日常生活用具の必要性が緊急を要することとなった。この場合は、再認定を待たず、難病患者等の区分で、保健師等による訪問調査を経て給付決定してよいか。

(答)

1. 実施主体である各市町村の判断で給付決定することができる。

問10 現行の日常生活用具の告示には、介護・訓練支援用具として「…障害児が訓練に用いるいす等のうち、…」との規定があり、障害児用訓練用ベッドについては、下線部に該当するものと考えられる。訓練用ベッドの支給対象を障害者に拡大するにあたり、下線部分についての告示の一部改正を予定されているか。

また、改正されない場合、障害者に給付する訓練用ベッドは「特殊寝台、特殊マットその他の障害者等の身体介護を支援する用具」に該当すると解してよいか。

(答)

1. 日常生活用具に係る厚生労働省告示(平成18年厚生労働省告示529号)については、平成25年1月18日公布の地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う関係告示の整備等に関する告示(平成25年厚生労働省告示第6号)のとおり、用具の用途及び形状については改正していない。
2. 障害者に給付する訓練用ベッドは、「特殊寝台、特殊マットその他の障害者等の身体介護を支援する用具」に該当する。

問11 現行の難病患者等日常生活用具給付事業の給付種目について、障害者自立支援法に基づく日常生活用具給付等事業において身体障害者障害程度等級により対象者を決定している場合、公平性の確保の観点から、難病患者等についても同基準と同等の障害程度と判断できる場合に給付対象とするとの考え方で差し支えないか。また、現行の難病患者等日常生活用具給付事業の給付種目以外の種目に関する給付の要否の判断においても同様の考え方でよいか。

(答)

1. 難病患者等日常生活用具給付事業については、従来、介護保険法、老人福祉法、障害者自立支援法等の施策の対象とはならない難病患者等を対象とし、市町村長が真に必要と認めた者に日常生活用具を給付する事業として実施してきた。
2. 平成25年3月31日以前においては、身体障害者手帳を有する難病患者等であって、地域生活支援事業の日常生活用具給付等事業等の施策の対象とならぬ難病患者等で市町村が真に必要と認めた者は、難病患者等日常生活用具給付事業において日常生活用具を給付することができたところである。
3. ゆえに、現行の難病患者等日常生活用具給付事業の給付種目について、身体障害者障害程度等級と同等の障害程度と判断できる場合に給付対象とするとの考え方により給付決定を行った場合は、従前の難病患者等日常生活用具給付事業では給付対象であった者が給付対象ではないといった事態が生じる可能性があるため、適当ではない。
4. なお、現行の難病患者等日常生活用具給付事業の給付種目以外の種目の給付は、身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を勘案して、より重度の状態を想定し、日常生活上で真に必要かどうかを判断の上、給付することなどが考えられる。

問12 主治医の意見書（難病の状態の把握のため）に加え、身体障害者福祉法第15条の指定医等の意見書（当該申請者の障害の程度や当該日常生活用具の必要性を判断するため）を求め、給付の要否を判断することが望ましいと考えるが、差し支えないか。

(答)

1. 差し支えないと考える。
2. なお、地域生活支援事業である日常生活用具給付等事業は、地域の特性や利用者の状況に応じて、給付対象者、給付種目、基準額、利用者負担額等を、実施主体である市町村の判断で決定できる。

問13 難病患者等日常生活用具給付事業の対象種目である「パルスオキシメーター」について、対象者は「人工呼吸器の装着が必要な者」とされているが、これは既に人工呼吸器を装着している者のほか、人工呼吸器を装着はしていないが将来装着が必要である者を含むと解釈してよいか。

(答)

1. 平成24年度末をもって廃止となる難病患者等日常生活用具給付事業の対象種目である「パルスオキシメーター」について、対象者は「人工呼吸器の装着が必要な者」とされているが、これは既に人工呼吸器を装着している者を想定しており、将来装着が必要である者は含まれない。

問14 日常生活用具給付事業の対象品目について、パルスオキシメーターの追加と訓練用ベッドを障害児のみを対象としないよう示されているが、これは難病患者等のみに対する取扱いなのか。身体障害者においても同様の取扱いとするべきなのか。

(答)

1. 平成24年度末をもって難病患者等日常生活用具給付事業は廃止となり、対象者であった難病患者等に対する日常生活用具の給付は、平成25年度からは障害者総合支援法に基づく日常生活用具給付等事業及び補装具費の支給で対応することになる。
2. そのため、難病患者等に対しては特にパルスオキシメーターと訓練用ベッドが従前給付対象であったことから特段の配慮をお願いしたい。
3. なお、身体障害者についても同様と考えるかどうかは、実施主体である各市町村の判断において決定されたい。

問15 日常生活用具のそれぞれの種目に対する疾患名（病名等対象条件）を教えてください。また、身体障害者手帳保持者は障害名により給付するものが決まっているが、難病患者等は、医師の診断書等、本人の希望を聞いたうえで対象種目を判断してよいか。

(答)

1. 同一の疾患であっても、個々の症状によって、その状態は異なることから、一律に各用具と疾患の対応についてお示しすることは、困難である。
2. このため、難病患者等に対する日常生活用具の給付の要否を判断する際には、医師の診断書で疾患と必要性を確認することのほか、保健師などによる訪問調査を経て個々に必要性を判断されたい。
3. なお、難病患者等日常生活用具給付事業の平成22年度における疾患別の給付実績は、別添のとおりであるので、事業実施の参考にされたい。

問16 小児慢性特定疾患の児童に対する日常生活用具について、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業との併給はできないとのことであるが、優先順位について、ご教示いただきたい。

(答)

1. 小児慢性特定疾患の児童に対しては、現在、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業の対象となっているところであるが、このうち、難病等と重複する小児慢性特定疾患の児童については、平成25年4月1日から障害者総合支援法に基づく日常生活用具給付等事業の対象（併給は認められない。）となる。
2. なお、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業の対象者は、児童福祉法及び障害者総合支援法による施策の対象とはならない小児慢性特定疾患児であるため、障害者総合支援法に基づく日常生活用具給付等事業の対象となる児童については、障害者総合支援法の日常生活用具給付等事業を優先して給付することになる。

問17 障害者自立支援法による日常生活用具では、一部身体障害者用物品として非課税扱いとなっているが、同物品を難病患者等に給付する場合でも非課税としてよいか。

(答)

1. 平成3年厚生省告示第130号「消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件」に基づき指定されている身体障害者用物品については、非課税であるため、使用者は限定されておらず、物品の売買について全て非課税となる。



### 3 補装具費の支給について

問1 補装具の種目ごとに難病患者等の対象者を詳細にご教示願いたい。

(答)

1. 補装具の種目ごとの難病患者等の対象者については、「補装具費支給事務取扱指針について（平成18年9月29日障発第0929006号障害保健福祉部長通知）」にお示ししてある対象者像を参考に、個々の難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活上の必要性について判断の上、支給の要否を決定していただきたい。

[参考]

補装具は「身体機能を補完又は代替する用具」であり、「あれば便利なもの」という条件だけでは認められない。「真に必要」な要件とは、単に便利だからとか、QOLの向上や介助の軽減になるというものでなく、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難であるかどうかという視点で必要性を判断すること。

2. その際、申請者の来所（義肢、装具、座位保持装置及び電動車椅子）によらないものについては、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医等のほか、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病医療協力病院において、主に難病治療に携わる医師作成の補装具費支給意見書により判定することとなるが、判断に不明な点等がある場合は、保健師などによる訪問調査に加えて来所による判定を行うことなども考えられる。

[参考]

障害者総合支援法で補装具を作製する場合、補装具費の支給申請を市町村が受け、その後の支給決定にいたる事務処理には以下の方法がある。

- ① 身体障害者更生相談所による直接判定
- ② 身体障害者更生相談所で医師意見書による書類判定（文書判定）
- ③ 市町村による決定（身体障害者更生相談所の判定が不要）

補装具費支給事務取扱指針では、義肢、装具、座位保持装置、電動車椅子の場合は利用者の身体障害者更生相談所来所によって医学的判定を行うとされている。医学的判定では身体障害者更生相談所の医師、リハ専門職が申請者を直接診察して、障害状況、生活状況等を把握し、必要に応じて、住環境調査を含めた在宅訪問による判定も行う。難病患者等に対しては、これらのほか判断に不明な点等がある場合は、保健師などによる訪問調査などにおいて、身体状況や生活状況等を把握の上、判定を行う。

3. なお、重度障害者用意思伝達装置については、難病患者等日常生活用具給付事業の対象者を考慮し、難病患者等の対象者は、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者とされたい。

問2 現行では、遮光眼鏡の対象者の要件の一つに「視覚障害により身体障害者手帳を取得していること」とあるが、難病患者等であって、難病等では身体障害者手帳に該当しない状態の方が遮光眼鏡を希望する場合でも、視覚障害の身体障害者手帳の取得は必要ないのか。

(答)

1. 遮光眼鏡の対象者の要件の一つである「視覚障害により身体障害者手帳を取得していること」については、難病患者等も対象者とすることから、補装具費支給事務取扱指針を改正し、削除する。
2. なお、難病患者等による補装具費の申請については、全ての種目において可能であるが、補装具費支給意見書や身体障害者更生相談所等を通じ、個々の身体状況等に応じて必要性を判定した結果、支給されない場合もあるということを難病患者等に十分に理解してもらうことも必要である。

問3 難聴を合併症状として有しない難病患者等が、難聴になった場合に補聴器の申請をした場合、支給対象となるのか。

また、聴覚・平衡機能系疾患ではないが、難聴が合併症状として生じてくる難病患者等に対して、補聴器を支給できるのか。

(答)

1. 補装具費支給制度で給付対象としている補聴器は、重度及び高度難聴用の補聴器が給付対象となっているため、少なくとも高度難聴と同程度の症状であるなら、支給決定が可能である。

問4 難病患者等で、身体障害者手帳の下肢6級を持っている者が車椅子の申請をする場合、手帳の障害程度等級変更による申請、あるいは特定疾患医療受給者証（受給者証のない場合は、医師の診断書）による申請のどちらでも、申請者が選ぶことが可能なのか。

(答)

1. 身体障害者手帳を所持している者については、原則、従来と同様の判断で差し支えない。
2. その際、個々の難病患者等の身体症状の変動状況や日内変動の状況等も勘案し、移動手段としての有効性を的確に判断の上、支給の判定をしていただきたい。

問5 重度障害者用意思伝達装置の対象は音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者とされているが、「筋萎縮性側索硬化症等の進行性疾患」でいう神経・筋疾患のうち、進行性の疾患を示して欲しい。

(答)

1. 疾患の診断については医師に委ねられているが、判断に迷う際には、診断書を作成した医師のほか、難病相談・支援センター等に相談していただく等により判断していただきたい。
2. また、「難病情報センター（運営：公益財団法人難病医学研究財団）」では、厚生労働省が難治性疾患克服研究事業（臨床調査研究分野）の対象としている疾患を中心に、国の難病対策、病気の解説や関連情報の提供などを行っているので参考にされたい。

(参考)

- ・ 難病情報センターのホームページ <http://www.nanbyou.or.jp/>
- ・ 都道府県難病相談・支援センター一覧 <http://www.nanbyou.or.jp/entry/1361>

問6 難病患者等日常生活用具給付事業により従来給付してきた車椅子、電動車椅子、歩行器、意思伝達装置、整形靴以外のその他の補装具についても、難病患者等から支給の申請が行われることになる。そのため、市町村においては、窓口において丁寧な対応が求められるが、義肢、装具、座位保持装置、盲人安全つえ、補聴器等の補装具に関わる身体障害者手帳を持たない難病患者等への対象拡大について、厚生労働省はどのように考えているのか。あくまで自治体の判断なのか。

(答)

1. 障害者総合支援法における補装具については、従来の補装具と同様に、個々の身体状況などを踏まえ、希望する補装具の必要性に応じて判断することとなる。
2. 難病患者等に対する補装具の支給については、身体障害者手帳を持たないことのみをもって、窓口において門前払いすることがないよう対応していただきたいと考えている。
3. なお、難病患者等による補装具費の申請については、全ての種目において可能であるが、補装具費支給意見書や身体障害者更生相談所等を通じ、他の身体障害者・児と同様に個々の身体状況等に応じて必要性を判定した結果、支給されない場合もあるということを難病患者等に十分に理解してもらうことも必要である。

問7 難病患者等に対する補装具の支給に関して、医師の意見書には、どのような項目が含まれるか。

(答)

1. 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動の状況等についても記載することになる。
2. これらのことを記載できるように「補装具費支給事務取扱指針について（平成18年9月29日障発第0929006号障害保健福祉部長通知）」の別添様式例第6号を改正することとしている。

問8 「症状がより重度の状態でもって判定する」場合、重度の状態となる頻度はどのように考えるのか。1ヶ月に1回や数ヶ月に1回程度でも考慮するのか。

(答)

1. 個々の難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活の必要性について判断の上、支給の要否を決定していただきたい。

問9 「症状がより重度である状態をもって判定する必要がある」について、具体的な判定方法を教えていただきたい。

(答)

1. 申請者の来所（義肢、装具、座位保持装置及び電動車椅子）によらないものについては、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医等のほか、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病医療協力病院において、主に難病治療に携わる医師作成の補装具費支給意見書により判定することとなるが、判断に不明な点等がある場合は、保健師などによる訪問調査に加えて来所により判定する。

問10 補装具で医学的判定不要の種目において、症状が安定している時には利用頻度が少ない種目も希望があれば支給してよいか。

(答)

1. 補装具費支給制度においては、現状の障害・疾患や生活の状況等を踏まえ、現状において身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活の必要性を判断するものであるので、今後に備えるためなどの支給は適当ではない。
2. 他に有効な方法がなく、その機能がないと日常生活・社会生活等が極めて困難であることを確認できれば、支給しても差し支えない。
3. なお、医師の診断書等により、症状の急速な進行が明らかな場合、早期支給を行うよう努められたい。

[参考]

○ 難病患者等に対する電動車椅子

難病患者等に対する電動車椅子の支給に際しては、症状の悪化を防止するという観点も踏まえ、車椅子ではなく、電動車椅子を認めるといった配慮が必要。(身体障害者も同様。)

○ 難病患者等に対する重度障害者用意思伝達装置

難病患者等に対する重度障害者用意思伝達装置について、特に筋萎縮性側索硬化症等の進行性疾患においては、判定時の身体状況が必ずしも支給要件に達していない場合であっても、急速な進行により支給要件を満たすことが確実に診断された場合には、早期支給を行うといった配慮が必要。(身体障害者も同様。)

なお、この取扱いとするのは、難病患者等日常生活用具給付事業における意思伝達装置の対象者像を踏まえた上での対応である。(難病患者等日常生活用具給付事業は廃止されるため、従前は対象者として取り扱っていた者が対象外とならないように配慮する必要がある。)

問11 現行では、視覚障害の身体障害者手帳所持者でない矯正眼鏡を支給できないことになっているが、難病患者等で支給を希望する者について視覚障害の手帳所持は必要か。

(答)

1. 矯正眼鏡については、視力障害の認定そのものが、矯正視力（矯正眼鏡を付けた状態）で判断するものであることから、矯正眼鏡を使用しても身体障害者手帳の対象となる程度の者を対象と考えることが適当である。

問12 電動車椅子については「症状の悪化を予防するという観点も踏まえ、車椅子ではなく電動車椅子を認めるといった配慮も必要」とあるが、現在対象外の場合も可とするということか。

(答)

1. 移動能力が車椅子の対象者であって電動車椅子の対象には該当しない場合であっても、疾患によっては、上肢の駆動操作による手への過剰な負担などの知覚や自覚が困難であることから、手動車椅子を自分で操作することによって、結果的に障害や疾患等が悪化する場合なども考えられるため、疾患の状態等を踏まえて対応をお願いするものである。

問13 「既に難病患者等日常生活用具給付事業で車椅子等を給付されたものから再支給・修理の申請があった場合には補装具の支給決定が認められないことがないようにする必要がある。その際迅速に支給決定を行うことができるよう配慮していただきたい。」といった趣旨の記述があるが、このような申請があった場合は身体障害者更生相談所の判定は不要と解してよいか。

(答)

1. 再支給・修理の申請の場合の配慮とは、既に難病患者等日常生活用具給付事業の給付時に、当該用具の必要性を認められていることなどを考慮し、不支給とならないよう配慮を求めているものである。
2. なお、難病患者等が難病患者等日常生活用具給付事業で既に必要性が認められ給付のあったもののうち、身体障害者更生相談所による直接判定を要する補装具（電動車椅子）及び身体障害者更生相談所で医師意見書による書類判定を要する補装具（車椅子（オーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置）についての再支給（軽微なものを除く。）に際しても、疾患状況等に変化のある場合や難病患者等本人が処方内容の変更を希望する場合、又はそれまで使用していた車椅子等から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこととなる。

問14 障害福祉サービスの支給申請時に申請者が難病患者等と判断するものとして「特定疾患医療受給者証等」と記載があるが、自治体担当者会議資料 P96②アの補装具費支給申請に、「特定疾患治療研究事業対象者は特定疾患医療受給者証の写しで代替できる」とある。障害福祉サービスのように「等」が入っていないが受給者証等で判断は可能か。

(答)

1. 対象者の確認は、医師の診断書又は特定疾患医療受給者証で行うことを想定しているが、その他の方法で申請者が難病患者等であると確認できる場合については、各自治体において適切に判断されたい。

問15 既に難病患者等日常生活用具給付事業で給付された者から、修理申請があった場合は市町村での支給と考えてよいか。

(答)

1. 補装具費の対象となる種目については、市町村において、従来の補装具にかかる修理申請と同様の手続きで取り扱う。

問16 特定疾患医療受給者証には、疾患名及び有効期間等が記載されていると思うが、診断書で確認する場合、診断書の記載日が古いものでも構わないか。有効と扱ってよい期間の目安があれば、お示しいただきたい。

(答)

1. 申請受付に当たっての診断書の有効期間は、設定していないが、診断書の記載時期から状態が変化していると判断される場合などについては、再度、診断書を求めるなど各自治体の判断により適切に対応されたい。

問17 難病患者等に対する補装具について、難病患者等の疾患や疾患群で種目別に対象者が分かれるのか。

(答)

1. 疾患名や疾患群で限定されることなく、個々の難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活の必要性について判断の上、支給の要否を決定することになる。

問18 四肢の麻痺や体幹の変形等がなく、症状が軽い時には歩行が可能な難病患者等から、症状が重い時に生じる痛みや痺れ感、易疲労性等を理由に車椅子の申請があった場合に支給は可能か。

(答)

1. 個々の難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活の必要性に判断の上、支給の要否を決定することになる。
2. 既に難病患者等日常生活用具給付事業で車椅子の給付を受けていた場合は、当該用具の必要性を認められていることなどを考慮し、不支給とならないよう配慮する必要がある。



事 務 連 絡

平成26年3月31日

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

補装具費支給に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

今般、補装具費の支給手続きに当たり、別添のとおり整理いたしましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

また、都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村に周知いただくよう、よろしくお取り計らい願います。

【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室 社会参加支援係

TEL 03-5253-1111

(内線 3006、3073、3089)

FAX 03-3503-1237

Q 1 消費税率の改定に伴う補装具費の基準額告示改正について、4月1日から適用されるが、3月31日までに支給決定され、4月1日以降に製品の引き渡しが行われる場合、どのように考えたらよいか。

A 平成22年10月29日の補装具支給にかかるQ&Aにあるとおり、補装具費の支給決定日において適用される基準額に基づき、判断することとなる。

Q 2 眼鏡においては、「眼鏡」という種目の中に矯正眼鏡、遮光眼鏡など複数の構造が示されているが、補装具については、原則一種目について一個の支給とされているため、支給に当たっては、何れかの種目について一つと考えるべきか。

A 「眼鏡」という種目の中には、矯正眼鏡、遮光眼鏡など、それぞれ構造が異なった種類を規定しており、その用途も異なっているため、「眼鏡」という種目の中で複数支給することは可能である。

従って、眼鏡の支給に当たっては、個々の者の視覚障害の程度や生活環境等を踏まえることが必要であり、個々の状況に応じて、矯正眼鏡、遮光眼鏡、弱視眼鏡を同時に支給することもあり得る。

Q3 平成25年2月25日の障害保健福祉関係主管課長会議資料で、盲人安全つえの普通用（当事者の方が身近な地域を移動する際に必要）と携帯用（バスや電車などの公共交通機関を利用する際の乗車時に他の乗客に配慮して折り畳む必要がある）それぞれについて補装具費の支給を行うよう配慮していただきたいとあるが、これはスペアを支給してよいということか。

A 補装具費支給制度では、補装具の修理を行っている間などの当該補装具の代用品（いわゆる「スペア」）の支給は認めていないが、構造や用途が別であれば同一種目においても複数支給を認めることは可能である。この趣旨と障害者の生活状況を踏まえ、普通用と携帯用のそれぞれを支給する必要があるか判断することとなる。



事 務 連 絡  
平成 27 年 3 月 31 日  
一部改正 令和 3 年 3 月 31 日

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

#### 補装具費支給に係る Q & A の送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

今般、補装具費の支給手続きに当たり、別添のとおり整理いたしましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

また、これに伴い平成 22 年 3 月 31 日付事務連絡「「電動車いすに係る補装具費支給事務取扱要領」の電動車椅子の対象年齢について」は廃止します。

都道府県におかれましては貴管内市（区）町村に周知いただくよう、よろしくお取り計らい願います。

#### 【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室 社会参加支援係

TEL 03-5253-1111

(内線 3073、3071、3089)

FAX 03-3503-1237

## 目 次

(盲人用安全つえ) .....	1
(補聴システム) .....	2
(電動車椅子) .....	2
(筋電電動義手) .....	4
(重度障害者用意思伝達装置) .....	5

(盲人用安全つえ)

Q1 平成 27 年度の告示改正において、盲人用安全つえの基本構造における主体が「グラスファイバー」から「繊維複合素材」に改正されたが、これは、グラスファイバー、カーボンファイバー並びにアラミド繊維などの素材が含まれると考えてよいか。

A お見込みのとおり。

今回の改正は、現在流通している盲人用安全つえの素材について、グラスファイバーに限らず、カーボンファイバーやアラミド繊維等が使用されるなど多様化している現状に対応することや、新たな素材を使用した盲人用安全つえが開発されることも想定した上で改正したものである。

Q2 盲人用安全つえに関する基準額と加算の考え方についてご教示いただきたい。

また、補装具告示に記載されている夜光装置とは、どのようなものを想定されているのかご教示いただきたい。

A 盲人用安全つえの基準額は、実際に支給を行うつえについて、当該つえが持つ構造等を評価することにより、基本構造に係る基準額と、該当する加算を積み上げることにより上限額を設定することとなる。

例えば、主体がグラスファイバー、プラスチックの石突、白色、ゴムグリップ、全面夜光材付きの普通用の盲人用安全つえについては、下記参考例のとおりとなる。

なお、夜光装置については、自ら発光するものではなく、いわゆる反射材を想定している。

(参考例)

普通用 (グラスファイバー、プラスチックの石突、白色)	3,550 円
+ ゴムグリップ	660 円
+ 全面夜光材付	1,200 円
	= 5,410 円

(補聴システム)

Q3 人工内耳装用者が使用する補聴システムについては、これまで特例補装具として支給が可能という考え方が示されており、これまでは補装具告示に掲載されている FM 型補聴システムをその対象と考えてきたところである。

先般、告示には掲載されていない最新のデジタル方式の補聴システムの申請がなされたが、同様に特例補装具として対応が可能か。

A 人工内耳装用者に対する補聴用具の支給に当たっては、障害の状況、生活環境、就学・就労の保障等について勘案のうえ、真に必要と判断される場合には、特例補装具として支給しうるものであり、FM 型補聴システムがその対象とされていたところである。

FM 型またはデジタル方式いずれの補聴システムについても、人工内耳装用者に対する聞こえを補う目的の機器であり、その使用の趣旨は同じものであるので、補聴システムの必要性や FM 型補聴システムの使用が困難である理由などを十分に確認の上で、特例補装具として対応されたい。

なお、補聴器使用者に対する補聴システムの支給についても、同様に扱われたい。

(電動車椅子)

Q4 今回の改正により、電動車椅子に係る補装具費支給事務取扱要領が改正され、その対象者において「なお、電動車椅子の特殊性を特に考慮し、少なくとも小学校高学年以上を対象とすることが望ましいこと。」との記載が削除されたが、電動車椅子の対象者は学齢児以上であれば支給して差し支えないということか。

A

1. 電動車椅子に係る補装具費の支給は、重度の歩行困難者の自立と社会参加の促進を図ることを目的として行われるものであることから、特に身体障害児については、その身体の状況、年齢、学校教育、生活環境等の諸条件を考慮し、その是非を判断していただくことが重要である。

したがって、対象児童の年齢のみをもって一律に申請を受け付けない又は支給しないといった対応を行うことは適当ではなく、従来どおり申請者



個別の状況を適切に判断していただきたい。

2. 実際の支給決定に際しては、申請者の年齢にかかわらず、使用者及び他の歩行者等の安全を確保するため、操作訓練、使用上の留意事項の周知等について格段の指導が必要となるため、次の各事項等について、十分に確認を行った上で判断すること。

ア 重度の下肢機能障害者等であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者であること。

イ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することが可能な者であること。

ウ 操作ノブ等の操作のほか、メインスイッチ・速度切替、発進・停止、速度調節、直進（直進・蒲鉾・片傾斜道路）走行、S字・クランク走行等その他移動に必要な操作が円滑に行える者であること。

エ 上記ア～ウの状況について、

- ・ 補装具費支給意見書を作成した医師
- ・ 申請者が利用する医療機関や福祉施設の専門職
- ・ 身体障害者更生相談所の直接判定

等いずれかの専門職により、確実に動作等の確認が行われたことが、支給の決定を行う市町村において確認できた者であること。

3. なお、本 Q&A により、平成 22 年 3 月 31 日付事務連絡「「電動車いすに係る補装具費支給事務取扱要領」の電動車椅子の対象年齢について」は廃止する。

Q5 電動車椅子の修理基準にある「携帯用会話補助装置搭載台交換」について、小型の意思伝達装置等にも使用可能と思われるが、意思伝達装置等を搭載する場合についても、この修理基準により加算することとしてよいか。

A お見込みのとおり。

会話などの意思疎通に必要な携帯用会話補助装置や意思伝達装置等が必要な者に対しては、障害の状況、生活環境及び当該機器等の使用状況を踏まえ、必要に応じて加算することとして差し支えない。

Q6 傾斜地での操作性や安全性を向上させることを目的とした電動車椅子の部品について、来年度更新申請を予定している障害者より、現時点では修理基準に乗っていない未発売部品であるが発売された場合に申請したいとの事前相談があった。実際に申請があった場合に、どのように対応すべきか。  
また、今後修理基準への規定は行われるのか。

A 修理基準に規定されていない修理の扱いについては、補装具費支給事務取扱指針第2の1(6)にあるとおり、その必要性が認められ補装具費の支給を行う場合には、原価計算による見積もり又は市場価格に基づき適正な額を決定し、支給することとなる。

当該部品については、一般的なジョイスティック型の電動車椅子はもちろんのこと、特にチンコントロール等の特殊なコントローラを使用する者など、繊細なコントロールが求められる者にとって、その操作性を向上させると共に、傾斜地における直進安定性についても向上が図られると聞いており、個々の状況に応じてその必要性を判断した上で特例補装具として支給することが可能である。

修理基準への位置付けは、今後の支給状況等を踏まえつつ検討することとしている。

(筋電電動義手)

Q7 筋電電動義手の支給決定については、個々の障害者（児を含む）の状況等を勘案して判断する特例補装具となると承知している。

筋電電動義手の見積もりを確認する際に、支給基準の中で筋電電動義手の完成用部品は掲載されているが、その他製作に当たって必要な基本価格や製作要素価格等の取扱方法についてどのように考えるべきか。

※令和3年3月31日付け事務連絡「補装具費支給に係る Q&A の送付について」を参照ください。

(重度障害者用意思伝達装置)

Q8 重度障害者用意思伝達装置の対象者について、音声・言語機能障害はあるが重度の両上下肢障害には至っていないなど、国の示す対象者像に必ずしも合致しない者からの申請については、どのように対応すべきか。また、難病患者との関係性についてはどうか。

A 重度障害者用意思伝達装置の対象については、補装具費支給事務取扱指針の別表1「補装具の対象者について」において、

- ・ 重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。
- ・ 難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。

としている。

特に、難病患者等で進行性の疾患の場合、その状態によっては、上記の「重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者」又は「音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者」のいずれの状態にも合致しにくい場合がある。

その場合には、特殊の疾病告示に掲げる疾病であること、近い将来上記のような状態になることについて、補装具費支給意見書において医師の診断が明確であるような場合は、申請者の身体状況等をよく検討の上、支給の対象として差し支えない。



事 務 連 絡  
平成30年1月16日

各都道府県障害福祉主管部（局） 御中

障害保健福祉部企画課  
自立支援振興室

### 補装具費支給制度における借受けの導入に係る留意事項について

日頃より、障害福祉行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に規定する補装具費支給制度においては、平成30年4月より、借受けが導入される予定です。具体的な対応については、開始までに補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。）を改正及び関係通知等を発出する予定にしておりますが、現時点で想定している対応について、別紙にまとめましたので、各都道府県におかれましては、これらを踏まえ、着実な準備を進めていただくとともに、この旨を管内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）に周知し、管内の市町村における運用が円滑に実施されるよう、助言等の支援をお願いいたします。

併せて、身体障害者更生相談所、指定自立支援医療機関及び保健所に情報提供いただくようお願いいたします。

## 1 借受けの基本的な考え方

補装具は、身体障害者の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、購入を原則としているところである。今後もこの考え方は維持していくこととしており、改正障害者総合支援法においては、借受けについて、「借受けによることが適当である場合に限る」と規定している。

具体的には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）（以下「障害者総合支援法施行規則」という。）で定めることとしており、①身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要であると認められる場合、②障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合、③補装具の購入に先立ち、比較検討が必要であると認められる場合、と規定する予定である。

借受けによる補装具費の支給にあたっては、支給決定プロセスを大きく変えるものではなく、身体障害者福祉法第 9 条第 7 項に定める身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）等による専門的な判断により、必要性が認められた場合に限られるものであることにご留意願いたい。

## 2 都道府県、更生相談所、市町村の役割

### (1) 都道府県の役割

都道府県にはこれまでも、市町村間の連絡調整、市町村に対する情報提供その他の必要な援助を行うとともに、各市町村の区域を越えた広域的な見地から実情を把握するよう、また、更生相談所が技術的中枢機関としての業務が遂行できるような体制整備に努めるよう、平成 18 年 9 月 29 日障発第 0929006 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「補装具費支給事務取扱指針について」（以下「指針」という。）において規定しているところである。借受けについては、更生相談所等による専門的な判断が欠かせないことから、より一層市町村と都道府県の連携強化に努めていただくようお願いする。

### (2) 身体障害者更生相談所

更生相談所にはこれまでも、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び市町村等の相談機関として、補装具の専門的な直接判定、市町村への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具の販売又は修理を行う業者（以下「補装具業者」という。）に対する指導及び指定自立支援医療機関、児童福祉法第 19 条の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所（以下「保健所」という。）、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 5 条第 1 項に規定する指定医療機関（病院又は診療所に限る。）に対する技術的助言等を行うよう、指針において規定しているところである。借受けは更生相談所等による専門的な判断により必要性が認められる場合に限られるものであり、「1 借受けの基本的な考え方」で示したとおり障害者総合支援法施行規則に規定する予定の「借受けによることが適当である場合」に照らして、

必要性を適切に判断するようお願いする。

また、借受けは新たな対応であり、参考となる対応事例が少ない状況にあることから、今後制度を円滑に運用するためにも、厚生労働省としても事例を収集し情報提供する必要があると考えているため、各更生相談所間で情報共有を図り、事例を積み重ねる等によりご協力いただくようお願いする。

### (3) 市町村

市町村にはこれまでも、補装具費支給制度の実施主体として、補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう、補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握するとともに、申請者が適切な補装具業者を選択できるような情報提供、更生相談所及び補装具業者との情報共有等を行うよう、指針において規定しているところである。

借受けは、購入、修理と同様、市町村が支給決定を行うので、「1 借受けの基本的な考え方」で示したとおり、障害者総合支援法施行規則に規定する予定の「借受けによることが適当である場合」に照らして、適切に支給決定を行うようお願いする。支給決定にあたっては、更生相談所との連携が重要であることから、より一層更生相談所との連携を図るようお願いする。

## 3 借受けの対象となる種目、基準額等について

借受けの対象となる種目については、①義肢、装具、座位保持装置の完成用部品、②重度障害者用意思伝達装置、③歩行器、④座位保持椅子、を想定しているところであり、基準額等については、購入、修理と同様、告示で規定することとしている。他の改定内容と併せて平成 30 年 3 月末の公布を予定しているのご留意願いたい。

また、具体的な事務取扱の留意点を規定した指針や平成 18 年 9 月 29 日障地発第 0929002 号「義肢、装具及び座位保持装置等に係る補装具費支給事務取扱要領」についても、3 月末の発出を予定している。

## 4 支給事務

### (1) 申請

補装具の購入、修理の支給にあたり、市町村は、身体障害者から補装具費支給申請書（別添様式例第 1 号）の提出を受け、調査書（別添様式例第 2 号）を作成することを、指針において規定しているところである。借受けについては、「借受けによることが適当である場合に限る」といった法の趣旨を踏まえ、支給決定に至るまでの過程で借受けの必要性を判断することとなるため、市町村は、当該申請において借受けが想定される場合は、申請者の意向をよく聴取した上で、調査書、判定依頼書（指針に規定する別添様式例第 3 号）に申請者の意向を記入する等により、更生相談所等との連携に努めるようお願いする。

## (2) 判定

当該申請について、市町村が借受けの検討が必要と判断した場合は、更生相談所等が必要性を判断することを想定しているところであり、更生相談所等は、購入の場合と同様に医学的判定を行い、「1 借受けの基本的な考え方」で示したとおり、障害者総合支援法施行規則に規定する予定の「借受けによることが適当である場合」に該当するかどうかを判断することになる。なお、借受けによることが適当と判断した場合は、判定書（身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第1号）に、想定される借受け期間、使用効果等を記載し、市町村に判定結果を送付することとする。

また、市町村は、身体障害児・者に関わらず、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合に、更生相談所に助言を求めることとしていることに鑑み、借受けの判定にあたっては、更生相談所の医学的判定を求めることが望ましい。

また、市町村が借受けを想定した判定依頼をしていない場合においても、更生相談所が判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を判定書に記載することにより、市町村に判定内容を伝達することが望ましい。

## (3) 支給決定

義肢、装具、座位保持装置の完成用部品以外の箇所については「購入」として支給決定し、借受けが必要な完成用部品についてのみ、「借受け」として支給決定する。その他の補装具のうち、借受けの対象となる補装具については、「借受け」として支給決定する。

1つの部品に係る借受けについて、交換までの期間は、最長1年を原則とするが、必要があれば概ね1年ごとに再度判定を行うことにより、最長3年程度とすることを可能とすることを想定している。支給決定にあたっては、耐用年数や想定される使用期間等を踏まえ、借受けの必要性を判断することが必要である。

借受け中の補装具の修理が必要となった場合は、当該月について修理基準で規定する額を借受け費として支給決定することを想定している。

また、支給決定にあたっては、①借受け対象の用具 ②想定される借受け期間 ③想定される借受けの効果について、申請者に十分説明することが必要である。

## (4) 補装具費の支給

補装具費の支給は、購入と同様の手順となる。ただし、借受けに係る補装具費は、借受け期間中は毎月支給することになる。

初回は従来通り申請、判定、支給決定を行った上で補装具費を支給する。2月目以降は、申請者又は代理受領を行う事業者からの請求をもって、借受けに係る補装具費を支給する。支給決定時に想定した借受け期間が終了した場合は、改めて更生相談所等により必要性を判断することになるため、判定、支給決定を行った上で、補装具費を支給する。



**(5) 支給決定期間終了後の取扱い**

支給決定時に想定した期間が終了した場合は、購入が可能か、借受けを継続するかを勘案して、再度支給決定を行う。その際は、(2)と同様、更生相談所の医学的判定に基づくことが望ましい。

<照会先>

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室 社会参加支援係  
hosougu@mhlw.go.jp



事 務 連 絡  
平成30年5月11日

都道府県  
各指定都市 障害保健福祉主管課 御中  
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

補装具費支給に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

今般、補装具費支給制度の見直しに当たり、別添のとおり補装具費支給事務に関するQ & Aを整理いたしましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

都道府県におかれましては貴管内市（区）町村に周知いただくよう、よろしくお取り計らい願います。

【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室 社会参加支援係

TEL 03-5253-1111

(内線 3073,3071)

FAX 03-3503-1237

(平成 30 年告示改正で追加された項目)

Q1 補装具費の支給に当たっては、借受けを優先することになるのか。

A 補装具は、身体障害者・児の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、購入することが原則である。そのため、補装具の借受けについては、障害者総合支援法において、「借受けによることが適当である場合」として、次の①～③の場合に限ることとしており、必ずしも借受けを優先するものではない。

- ① 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
- ② 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
- ③ 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合

借受けの支給決定にあたっては、法の趣旨を踏まえ、身体障害者更生相談所等の助言を参考に、借受けの効果を十分検討した上で、適切に取扱い願いたい。

Q2 借受けに係る補装具費の支給は、毎月行わなければならないのか。

A 借受けに係る補装具費の支給は毎月行うことが原則である。ただし、効率的な事務手続きが望まれ、また、請求者の負担を軽減する必要があることから、運用上、3ヶ月程度まとめて支給しても差し支えない。

Q3 借受けの実施により、事務取扱指針の様式に項目が追加されているが、当面の間は現行様式の欄外に必要な項目を記入する等の対応をしてもよいか。

A 事務取扱指針で規定した各種様式は、想定する必要項目を示したものであり、実際の運用にあたっては、各市町村の運用方法に応じて工夫されているところである。印刷した様式に手書きで記入する等、現行様式を使用する場合であっても、自由記述欄に必要な事項を記入する等、柔軟に対応して差し支えない。

Q4 デジタル式補聴器調整加算の様式1の取扱如何。

A 補装具費支給事務取扱要領(平成30年3月23日障企自発0323第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知)において、デジタル式補聴器調整加算を行う場合に様式1によって、適切に調整が行われたことを市町村が確認する必要がある。

償還払いの場合は補装具製作業者から提出を受けた利用者が、代理受領の場合は補装具製作業者が、それぞれ障害者総合支援法施行規則第65条の7に定める必要書類に添えて、様式1を市町村に提出することになる。

Q5 告示の別表1購入基準に示されている補聴器の、デジタル補聴器調整加算をした場合の基準額算定の方法如何。

A 購入時にデジタル補聴器調整加算をした場合の基準額は、従来どおり、補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に

関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第528号。以下「補装具告示」という。）の別表の規定による価格の100分の104.8に相当する額を算出し、その額に調整加算2,000円を加算することとする。なお、加算については、補聴器1台あたりの加算とする。

Q6 借受けにて支給決定を受けて使用した補装具等をそのまま購入することは可能か。

A 借受けにて使用した補装具等は、それまでの使用期間や劣化具合が一定ではない。安全性を確保する観点から、購入する補装具は借受けで既に使用された物ではなく、新規に製作することが適当である。購入基準の額は、新品の補装具を購入する場合の基準額を想定しており、既に使用されている補装具の基準額を想定したものではない。

Q7 遮光眼鏡は、今般の補装具告示改正で要件の変更があったのか。

A 今般の補装具告示改正では特段要件の変更は行っていない。矯正眼鏡と遮光眼鏡について、「6D未満」、「6D以上10D未満」等の屈折度の区分が一致しているため、遮光眼鏡を矯正眼鏡の区分にまとめ、「矯正用」「遮光用」に整理したものである。

なお、従来、遮光眼鏡の購入等に係る費用の額の基準は、補装具告示別表の規定による価格の100分の104.8に相当する額としていたが、「遮光用」の基準についても同様の取扱いとする。その他の取扱いについては、過去のQ&A（平成26年3月31日付事務連絡、平成22年10月29日付事務連絡）を参照されたい。

Q8 義眼は、今般の補装具告示改正で要件の変更があったのか。

A 今般の補装具告示改正では、名称の整理を行い、従来の虹彩や強膜の色、サイズ等が統一されている「普通義眼」を「レディメイド」とし、健常眼に合わせて、形状、色、充血の有無等を細密に合わせて製作される「特殊義眼」及び眼球萎縮の方等、眼球が残っている場合、かぶせる形で装着する薄型の「コンタクト義眼」を「オーダーメイド」と名称変更を行ったものである。従って、要件に変更はない。

Q9 今般の補装具告示改正で追加された、電動車椅子に係るバッテリー（リチウムイオン電池）交換について、具体的な対象者はどのような者か。

A 電動車椅子のバッテリーの選定にあたっては、これまでも個々の身体機能や能力、病状、日常生活圏における坂道及び悪路の状況等、使用者の使用環境を勘案し、支給決定されている。電動車椅子に係るバッテリー（リチウムイオン電池）交換の対象者についても個々の状況を総合的にご判断頂きたい。

Q10 今般の補装具告示改正で追加された、重度障害者用意思伝達装置に係る視線検出式入力（スイッチ）交換について、具体的な対象者はどのような者か。

A 重度障害者用意思伝達装置のスイッチの選定にあたっては、これまでも個々の身体機能や能力、病状を勘案し、支給決定されている。視線検出式入力（スイッチ）交換の対象者についても個々

の状況を総合的にご判断頂きたい。

(完成用部品)

Q1 1 完成用部品の借受け基準額について、一月あたりの借受け基準額を算定する際、端数がでた場合はどのように対応するのか。

A 補装具費支給事務取扱指針について（平成 30 年 3 月 23 日障発 0323 第 31 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙に記載のとおり、端数処理は小数点以下切り捨てとする。

(情報連携)

Q1 2 補装具の種目名称別コードは、補装具告示の基本価格欄に対応していない。補装具告示の基本価格欄に記載があり、種目名称別コードに記載のないものはどのように扱うのか。

A 種目名称別コードは、基本価格に対応したものではなく、補装具告示記載の各種目の定義の名称、型式に応じて定めている。支給決定にあたっては、当該補装具が下記例のように、その定義に照らし適切なコードを設定するよう、ご留意願いたい。

(例) 骨格構造義肢

基本価格	種目名称別コード（定義）
義足用 B-2 ライナー式	大腿義足差込式



事 務 連 絡  
令和2年3月31日

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の改正」  
に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和2年1月29日付けで送付しました「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の改正」に対して複数の照会をいただきました。個別の回答は控えますが、主な質疑への回答について、別添のとおり、送付します。

内容についてご了知の上、都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周知いただきますようお願いいたします。

**【お問い合わせ先】**

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
連絡先：hosougu@mhlw.go.jp

(人工内耳)

Q1 補装具費支給制度上、原則、同制度を利用して交付されたものに対する修理を行う際に費用の支給をしているが、今回、人工内耳の修理基準のみが追加される理由如何。

A 人工内耳の植込術を行った場合の費用及び人工内耳用材料が破損した場合等における交換に係る費用については、人工内耳用音声信号処理装置等の外部機器を含め医療保険の給付対象である(別紙参照)が、人工内耳用音声信号処理装置について、破損はしていないが「修理」を要する場合の費用について、従来から自己負担とされていた。

そのため、人工内耳用音声信号処理装置の「修理」の取扱いについては、令和元年に関係団体等を対象に実施した「補装具に関するヒアリング」においてご意見が寄せられたことを受け、外部有識者で構成される補装具評価検討会において議論した結果、人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置に限る)を補装具費支給制度の修理基準に追加することが妥当と判断され、本改正に至る。

(人工内耳)

Q2 人工内耳の修理基準について、どの部品が、どのような場合に対象となるかを具体的に明示してほしい。

A 今回、補装具費支給制度の修理基準で対象とするのは、医師が必要と判断した「人工内耳用音声信号処理装置(標準型や残存聴力活用型)」の修理のみとなる。

よって、以下の機器の交換や修理は本取扱いの対象外となる。

(対象外)

- ①人工内耳用インプラント
- ②人工内耳用ヘッドセット（マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等）
- ③人工内耳用音声信号処理装置の電池

(人工内耳)

Q3 人工内耳用音声信号処理装置の単なる機種交換については、補装具費支給制度で対応しないという認識でよろしいか。

A 新製品が出たことによる聴力の向上を期待した交換等、本人の選好による機種交換は、補装具費の支給対象とならない。

(人工内耳)

Q4 自治体は人工内耳用音声信号処理装置の修理の支給決定に当たり、どのような観点で判断すればよいのか。

A 今般、補装具費支給事務取扱要領において、「人工内耳用音声信号処理装置 確認票（様式2）」を追加した。従来、申請時に添付している「補装具費支給意見書」に加え、本様式を参考に必要事項を確認されたい。詳細は、補装具費支給事務取扱要領を参照されたい。

なお、様式2を含め、本改正については、関係する学会等も周知を行う予定である。

(人工内耳)

Q5 人工内耳について、補装具の修理に係る費用の額の基準は、補装具告示の別表の規定による価格の100分の106に相当

する額か、それとも100分の110に相当する額となるのか。

- A 人工内耳については、身体障害者用物品ではないため、課税扱いとなる。よって、別表の規定による価格の100分の110に相当する額となる。

(修理基準全般)

Q6 補装具業者の保証期間内である場合や、任意保険に加入している場合も補装具費（修理）の支給対象となるのか。

- A 修理や再支給の必要がある場合、市町村は他制度による適用の有無を確認した上で、補装具業者が定める保証期間や任意保険加入の有無について、補装具業者や本人に聴取・確認等を行い、それらで対応が可能な場合は優先的に活用し、対応いただきたい。

(借受け)

Q7 「補装具費支給に係る Q&A の送付について（平成 30 年 5 月 11 日事務連絡）」の Q2 において、「借受けに係る補装具費の支給は、運用上、3 ヶ月程度まとめて支給しても差し支えない」されているが、補装具費支給事務取扱指針に基づく様式例第 8 号の補装具費支給券についても、複数月分をまとめて交付することは可能か。

また、複数の完成用部品の借受けについて支給決定する場合に、部品毎に支給券の交付が必要か。

- A 事務処理負担軽減の観点から、複数月分を 1 枚の支給券にまとめて記載し交付して差し支えない。なお、その際は、様式例第 8 号に支給券の対象期間を明示する等、複数月の状況が分かるよう記載

内容を工夫すること。

また、複数の完成用部品の借受けの支給決定を行う場合も、1枚の支給券にまとめて記載し交付して差し支えない。

### 保険適用されている難聴患者への主な診療行為

#### ■手術

○人工内耳植込術 40,810点

#### ■人工内耳用材料

(1) 人工内耳用インプラント(電極及び受信-刺激器) 1,650,000円

(2) 人工内耳用音声信号処理装置

① 標準型 940,000円 ② 残存聴力活用型 932,000円

(3) 人工内耳用ヘッドセット

① マイクロホン 38,700円 ② 送信コイル 10,700円

③ 送信ケーブル 2,740円 ④ マグネット 7,840円

⑤ 接続ケーブル 4,480円

#### 【主な留意事項】

人工内耳材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種種の交換等の場合は算定できない。

#### ■医学管理

○高度難聴指導管理料

- ・ 人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 500点
- ・ その他の場合 420点

人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、耳鼻咽喉科の医師が療養上必要な指導を行った場合に算定する。

・ 人工内耳機器調整加算 800点

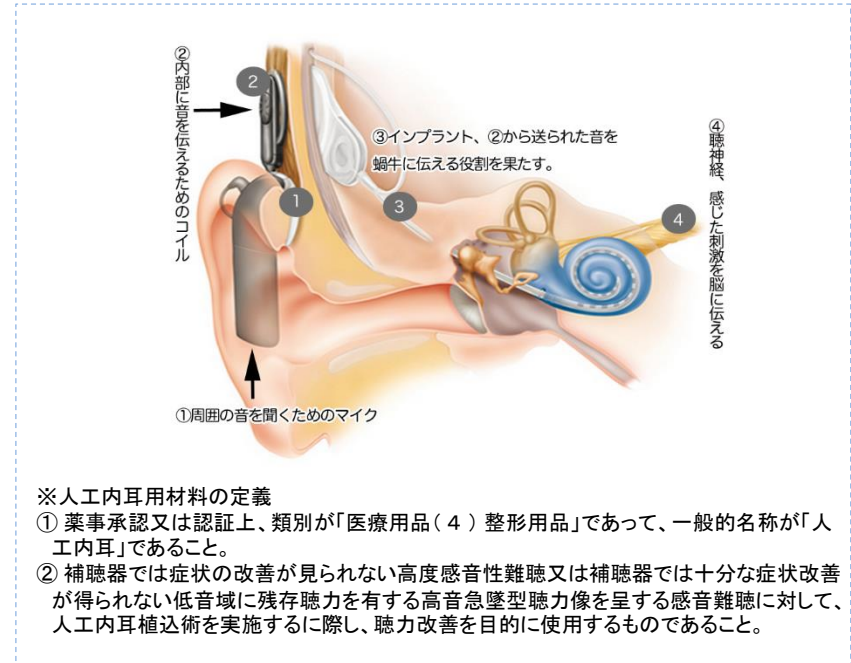
人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整(※)を行った場合は、6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り加算する。

※ 人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について着用者に適した調整を行うことをいう。

#### ■検査

○補聴器適合検査 1回目 1,300点 2回目以降 700点 (月2回に限る)

聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。



事 務 連 絡  
令和2年3月31日

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用  
部品」に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和2年4月1日より適用となる「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品（以下、完成用部品一覧という。）」について、Q & Aを作成しましたので、内容についてご了知の上、都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周知いただきますようお願いいたします。

**【お問い合わせ先】**

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
連絡先：hosougu@mhlw.go.jp

(骨格構造義肢)

Q1 補装具告示「別表／1購入基準／(2)義肢－骨格構造義肢／工製作要素価格／(ア)ソケット／義足用」のカーボンストッキネット加算について、完成用部品一覧の「骨格構造義肢／義足用部品／義足調整用部品／コネクタ」にカーボン素材が含まれている部品を使用する場合は加算が可能か。

A 既にカーボン素材が含まれており、重複が生じるため、加算できない。

【参考】該当部品（令和2年度新規掲載部品）

※（会社名、使用部品）の順番に記載

パシフィックサプライ(株)、ダイレクトソケット専用コネクタ(カーボン／バサルト) M-100-401/501/601

(装具)

Q2 補装具告示「別表／1購入基準／(3)装具／工製作要素価格／(ア)下肢装具／b支持部」の「大腿支持部・下腿支持部 A半月」の加算について、継手や支柱の中で、半月部が含まれている部品を使用する場合は加算が可能か。

A 既に半月部が含まれており、重複が生じるため、加算できない。

【参考】該当部品（令和2年度新規掲載部品）

橋本義肢製作株式会社、半月一体化支柱 HCU-001AL



(装具)

Q3 補装具告示「別表／1購入基準／(3)装具／工製作要素価格／(ウ)体幹装具／bその他の加算要素」の「側弯症装具付属品」の加算について、完成用部品一覧の「装具／体幹装具／パッド」で指定を受けている部品を使用する場合は加算が可能か。

A 既にパッドが含まれており、重複が生じるため、加算できない。

【参考】該当部品（令和2年度新規掲載部品）

(株)松本義肢製作所、胸椎用エアーパード MG2210-1/MG2211-1

(装具)

Q4 完成用部品一覧の「装具／下肢装具／膝継手／Hコンピュータ制御」について、以下の部品が新規掲載されたが、適用する判断基準を示されたい。

オットーボック・ジャパン(株)、C-Brace膝継手 17K01

A 今年度の新規指定部品のうち、高機能部品であり、判定に留意が必要な部品について、取扱い業者より部品概要を提出いただいたので、別紙のとおりお知らせする。

これらの情報を参考として、当該部品を申請された個々の者の障害の程度や生活環境等を踏まえて、適切に判定していただくようお願いする。

## 【添付資料】 17K01 C-Brace 膝継手の適応範囲について

17K01 C-Brace 膝継手は高機能部品であることから、部品選択における注意点、部品の特長、使用者の利点、支給対象者の例、メーカー保証期間等の情報を以下に記載いたします。

### 1. 部品選択における注意点

C-Brace 膝継手はラミネーション製の長下肢装具のみで使用できる膝継手で、ライセンスセミナーを受講し合格した義肢装具士のみが製作することができるものです。長下肢装具を構成する部品が必要ですが、現時点では日本で扱いがある下記の部品を使用することができます。

区分	名称	型式	型番	備考(部品名)	必要数量 (片側)
装具下肢装具	膝継手	コンピューター制御式	17K01	C-Brace 膝継手	1
装具下肢装具	その他 バッテリーキット		4E50	バッテリーチャージャー	1
装具下肢装具	その他 バッテリーキット		757L16	AC アダプター	1
装具下肢装具	その他 加工用パーツ		17K01A=SET	C-Brace マウンティングセット	1
装具下肢装具	膝継手	A 遊動式 1 普通型	17KF100=16-T	C-Brace 内側用膝継手	1
装具下肢装具	その他支柱		17LS3=16-T	モジュラー足継手 ユニラテラルジョイント用支柱 チタン 16mm	4
装具下肢装具	足継手	B 制御式(補助付)2 二方向	17LA3N=16-T	モジュラー足継手 ユニラテラル アンクルジョイント チタン 16mm	2
装具下肢装具	あぶみ	B 制御式(補助付)3 二方向	17LF3N	モジュラーあぶみ 二方向 足板なし 17LA3N 用	2

\* その他加工用のジグや、ダミー等が必要になります。

\* 一定の剛性を出すためオットーボックのライセンスセミナーで指定した方法での製作が必要になります。また支持部のほとんどがカーボン製になりますので、仮装具を製作して支持部の適合をしっかりと確認することが必要です。

### 2. C-Brace の特長

C-Brace は歩行の全て(立脚相・遊脚相の両方)をコンピューター制御する膝継手です。内蔵されたセンサーが、膝の角度や角速度、膝伸展モーメント、膝の移動速度等を検知し、その情報をもとにマイクロプロセッサが C-Brace の状況や使用者の状況を判断し、油圧シリンダーの抵抗値を制御します。この検知から制御の流れを1秒に100回の頻度で行い、使用状況に瞬時に反応します。膝折れをしない、そして遊脚相で膝を曲げて歩行できる長下肢装具です。

### 3. 使用者の利点

#### 立脚相において

センサーが立脚相のどの段階であるか(踵接地なのか、遊脚相へ移行しようとしているのかなど)を感知し、膝折れしないように膝の屈曲速度をコントロールします。例えば膝が曲がった状態で踵接地したとしても、抵抗が発揮されて膝折れを防止します。油圧抵抗はユーザーに合わせて設定することができます。

また、イーリング機能によって、膝を安定した状態で曲げながら動作を行うことができます。C-Brace は必要な際には常にイーリングが発揮されるため、使用者は機能を容易に使いこなすことができます。座位を取る際にもユーザーの好みの油圧抵抗で安全に腰掛けることができます。

直感的立位機能では、使用者が立位を保っている状態であることを瞬時に判断し、自動的に膝をロックします。なお、充電が切れた場合は、セーフティーモードに切り替わり、膝の屈曲方向の抵抗値が常に高い状態になるので膝折れすることはありません。(セーフティーモードの抵抗値は義肢装具士によって、座るなどの最低限の行動がとれる程度の範囲で予め設定されます。)

#### **【装着者が可能となる動作や利点】**

- ・ 膝折れによる転倒の危険性がほとんどない(凹凸・斜面等の路面環境を気にしない歩行)
- ・ 段差、エスカレーター、動く歩道を降りる(踵接地すれば自動的に膝が抵抗を発揮)
- ・ 麻痺側に安心して荷重出来ることにより、非麻痺側や上肢の負荷を軽減(残存機能の温存)
- ・ 人ごみの中での歩行(人にぶつかった際などに膝折れしにくい安心感)
- ・ 坂道や階段の交互降り(自動的にイーリングがかかるので安心)
- ・ 確実な立位保持(麻痺側に意識を集中する必要がない)
- ・ 長時間の歩行(優れた安定感と疲労感の軽減)
- ・ 遊脚相への確実かつスムーズな移行(つまづきによる転倒の防止)

#### 遊脚相において

内蔵のセンサー情報によって、膝がどのようなスピードで曲がろうとしているのかを検知することで、あらゆる歩行スピードに瞬時に対応します。

#### **【装着者が可能となる動作や利点】**

- ・ ゆっくり歩きから早歩きまで、あらゆる歩行スピードでの歩行
- ・ クリアランスが確保された歩行(つまづきによる転倒の防止)
- ・ 代償運動が起きにくい(クリアランス確保による)
- ・ 急な歩行速度変化(速度変化したその1歩目から確実に対応する)

#### モード変更時

特定の動作やアプリの利用によって、モードの変更が可能です。膝を一定角度以上曲げないようにする、完全にフリー(抵抗が全くかからない状態)にするなどの変更を使用者自身が行うことができます。

#### 【装着者が可能となる動作や利点】

- ・ 長時間立位状態を保持できる(立ち仕事など、作業に集中できる。麻痺側を軽度屈曲して体重をかける「休め」の姿勢がとれる)
- ・ 両足を軽度屈曲させて体重をかけることができ、中腰で作業する際などに力がいれやすい。
- ・ 自転車(膝の抵抗をフリーにする)

#### 4. 適応症例

ポリオや脊髄損傷などを起因とした神経疾患による下肢麻痺者で、下肢が弛緩性麻痺であることが適応の条件になります。

但し、下記に挙げる条件が一つでも該当した場合は、適応となりません。

- ・足を振り出すための初動ができない。
- ・体重が 125 kg 以上である。
- ・重度の痙性がある。
- ・15 cm 以上の脚長差がある。
- ・膝関節と股関節の拘縮が10度以上ある。
- ・体幹の安定性が不十分である。(脊髄損傷者の例では L4 以上損傷は適応になりにくいです)
- ・装具装着が難しい疾患も併発している。(皮膚トラブルなど)

C-Brace 適応の判断には DTO(評価用試着機)を使用し、使用可否を判断します。DTO が使いこなせない場合に適応となりません。

#### 5. 支給対象者の例

C-Brace は様々な活動レベルの使用者に適応することが可能です。しかしながら、公費支給の観点から、社会生活を行う上で日常生活や職業上特に C-Brace でなければならぬと認められる使用者への適応が望ましいと考えます。

上記を踏まえ、適応性が高いと思われる対象者を例示致します。

#### 【日常生活や歩行に C-Brace を必要とする方】

- ・ 対麻痺の方
- ・ 代償運動が大きく、体への影響が大きくなっている方
- ・ 立ったり座ったりの動作が大変な方

#### 【就労を目的としている方】

- ・ 悪路での歩行が必要な職業(土木・農林業など)
- ・ 人ごみでの歩行や速度変化を要する、または、疲労の少ない歩行が必要な職業(営業職で長時間の外回りを行う方など)
- ・ 立ったり座ったりする動作が多い職業(一般事務、秘書などの職業)
- ・ 長時間集中した状態で立位を保つ必要がある職業(医師、生産業、調理師など立位での作業が多い職業)

- ・ 相手に視線を合わせながらの動作や俊敏な動きが必要とされる職業(教員や販売業など。また、就労の観点からは外れるが、同一の理由から、幼児の子育て中の方にも高い適応性がある)
- ・ 荷物で路面が確認出来ない状況での使用が必要な職業(運搬業など)

#### 6. C-Brace がない機能

- ・ パワーアシスト機能はありません。
  - ・ 防水機能はありません(生活防水のみ)
  - ・ 日常生活の歩行用であり、走行や跳躍には向いていません。
- \*C-Brace 機能がユーザーの生活で必要とされる機能かどうか見極めることが重要です。

#### 7. メーカーの保証期間

メーカー保証期間 3年

- \* 保証書及び取扱説明書に記載の使用条件及び注意事項を遵守されていることを前提とし、3年間の無償修理対応を行います。
- \* 24ヶ月経過後に定期メンテナンスを行うことが、保証の条件となります。
- \* 点検時期は担当の補装具製作者を通じて使用者に連絡を行います。点検時には、代替品を用意します。



事務連絡  
令和3年3月31日

都道府県  
各指定都市 障害保健福祉主管課 御中  
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準の改正」  
に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和3年度「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」  
の改正にあたり、別添のとおり補装具費支給事務に関するQ & Aを整理しまし  
たので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周  
知いただきますようお願いいたします。

なお、本事務連絡は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4  
第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
連絡先：hosougu@mhlw.go.jp

(令和 3 年度告示改正で追加された項目)

Q1 今般の補装具告示改正において、殻構造義肢の型式に「電動式」が追加されたが、これまで筋電電動義手は特例補装具として扱われてきたが、今後はどのように取扱うべきか。

A 筋電電動義手はこれまで特例補装具で扱ってきたが、今般の改正により、殻構造義肢の電動式として取り扱うこととし、基本価格や製作要素価格も基準に設定したところである。

使用する完成用部品については、他の完成用部品と同様、製作に当たって適切な部品選択をすること。

支給決定に際しては、個々の障害の状態、就業や教育の状況並びに生活環境等を踏まえ、また、リハビリテーション等による使用訓練を通じた状況等を勘案し、その必要性が認められた場合に、市町村の判断により支給されるものとする。

なお、本事務連絡により、平成 27 年 3 月 31 日付事務連絡「補装具費支給に係る Q&A」の筋電電動義手に係る Q7 については廃止する。

Q2 今般の補装具告示改正において、殻構造及び骨格構造義肢のうち基本価格の採型区分 B-4 に「TSB 式」が追加された理由如何。

A PTB 式や KBM 式などと同様にソケット製作技法の一つとして TSB 式というものが存在しているが、これまで基本価格に TSB 式を選択肢がなかったため、製作技法の異なる PTB 式に置き換えて処方し、実際には TSB 式が製作される場面があった。これを踏まえて、医師による適切な処方に基づいて義足の製作ができるようにするため、基本価格に TSB 式を追加したところである。



事 務 連 絡  
令和3年3月31日

都道府県  
各 指定都市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和3年4月1日より適用となる「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品（以下、完成用部品一覧という。）」について、Q & Aを作成しましたので、内容についてご了知の上、都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周知いただきますようお願いいたします。

なお、本事務連絡は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

**【お問い合わせ先】**

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
連絡先：hosougu@mhlw.go.jp

(骨格構造義肢)

Q1 完成用部品一覧の「骨格構造義肢／義足用部品／その他／その他の部品／C その他／C その他」について、以下の部品が新規掲載されたが、適用する判断基準を示されたい。

(株) 今仙技術研究所 M1900 ボリューム調節キット (義肢用)

A 当該部品については、様々な使用方法が考えられることから素材として扱われてきたが、当該部品のみ交換が考えられることから、今年度、新規掲載した。取扱い業者より部品概要を提出いただいたので、別紙1のとおりお知らせする。

これらの情報を参考として、当該部品を申請された個々人の障害の程度や生活環境等を踏まえて、適切に判定していただくようお願いする。

(装具)

Q2 完成用部品一覧の「装具／体幹装具／固定金具」について、以下の部品が新規掲載されたが、適用する判断基準を示されたい。

(株) 松本義肢製作所 MG2230 ダイヤル式矯正ケーブル

A 当該部品については、様々な使用方法が考えられることから素材として扱われてきたが、当該部品のみ交換が考えられることから、今年度、新規掲載した。取扱い業者より部品概要を提出いただいたので、別紙2のとおりお知らせする。

これらの情報を参考として、当該部品を申請された個々人の障害の程度や生活環境等を踏まえて、適切に判定していただくようお願いする。

## M1900 ポリウム調節キット（義肢用）について

Q1 M1900 ポリウム調節キット（義肢用）を推奨する補装具種別は？

A. 本システムは、樹脂注型による固定が強度確保のために必須となるため、樹脂注型にて製作される義足ソケットへの適用を推奨する。樹脂注型にて製作される場合に限り、義手・装具に転用が可能である。

Q2 M1900 ポリウム調節キット（義肢用）の使用が推奨されるケースはどのような症例ですか？

A. 義足ソケットへの使用を推奨しており、義足着脱の簡便化と確かな締め付けと高い適合が得られる。ソケットシステムへの使用例は下図 1.を参照下さい。

以下に挙げる症例の方や環境、場面において有効性が高いと考えている。

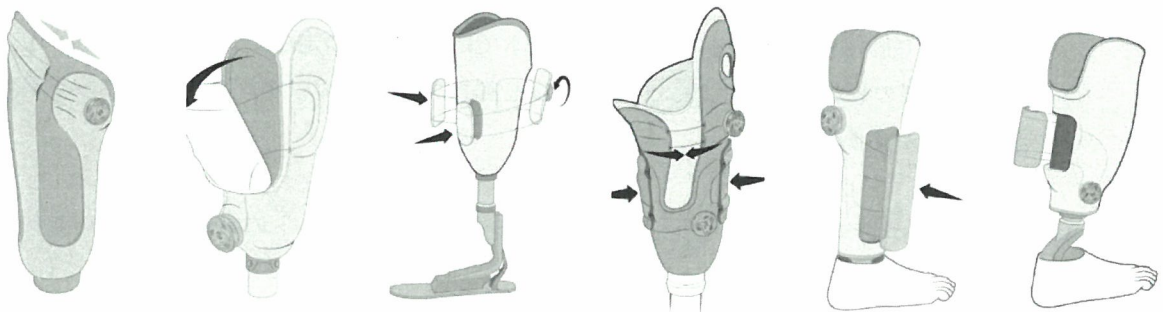


図 1 .M1900 使用例

1. 断端のポリウム変化が見られるケース

- ・断端ポリウムの日内変動が大きく、一日を通してソケットの適合を維持することが困難なケース。
- ・体調変化や、月経、季節による体重の増減等が見込まれ、断端ポリウムの変化によりソケットの継続的な装着が困難なケース。
- ・小さなポリウム変化ではあるが、義足の不安定感や断端の不快感により、安心して使用するために調節を頻繁に繰り返し行う必要があるケース。

2. 長時間の座位をとる状況が想定されるケース

在宅での生活様式や、就業・就学環境において、長時間座位をとることによるむくみ（浮腫）や、膝の屈曲角度の維持によるソケット内部や上縁での圧迫感により義足の長時間の装着が困難なケース。

3. 着衣の上からソケットのポリウム調節の有効性が見込まれるケース

就業・就学中や公共交通機関による通勤・通学中において、従来の断端袋による調節の

ため、ソケットの脱着を要するケース。本システムの使用により、時間や場所に制限されず、着衣の上からの調節が可能である。

4. 断端遠位が近位に対してボリュームが大きくソケットへの挿入が困難なケース  
断端遠位の断端ボリュームが近位のボリュームに対して大きく、ソケットへの断端の挿入が難しく、本システムを用いて近位を開放することで義足の装着が可能となるケース。
5. 上肢の機能制限があるケース  
上肢の機能制限（上肢の筋力低下、器用さの低下、上肢・手指の欠損・変形等）により、ベルト等による調節が困難なケース。尚、このケースにおいては本機構のダイヤルを締め付ける作業や、緩める作業が適切に行えるか、処方前の確認が必要である。

**Q3 M1900** ボリューム調節キット（義肢用）を使用したソケットはどのように取り扱えばよいか？

- A. **M1900** ボリューム調節キットは、ダイヤル内に搭載されている倍速ギアにより、強い力でケーブル（紐）が引き込める。従来のソケットではケーブルの走路に大きな負荷がかかりソケット破損の恐れがあるため、十分な強度を提供するためカーボンストッキネット等による補強が必要である。

**Q4 M1900** ボリューム調節キット（義肢用）を使用したソケットのメンテナンスは？

- A. 本システムを使用するソケットは、1年に1回程度は不適合の有無に関わらず、ボリューム調節に用いられているケーブル（パネル調節に用いられる紐）に摩耗が起きていないかの確認を推奨する。

**Q5 M1900** ボリューム調節キット（義肢用）を用いた際の加圧部のクッション材の種類は？

- A. ソケット内の部分的な加圧・周径調節を目的とする場合、ソケットの形状変化に追随し、加圧部の圧を分散するため、柔らかいインナー材料の使用を推奨する。二重ソケットに用いられる軟性のインナーソケット材料、外装布付シリコンライナー、又はPEライト等の軟性発泡樹脂材料を使用し、ソケット内面での肌の直接の圧迫を避ける必要がある。

## MG2230 ダイヤル式矯正ケーブルについて

### 1. ダイヤル式矯正ケーブルの特徴

体幹装具装着時、適切な部位に矯正または締め付けを行うために使用します。部品本体より2本のケーブルが出ており、ダイヤルを回すことでケーブルを巻き取ることができます。2つの部品を引っ掛け、ダイヤルを回すことで簡単に装具を装着することが可能です。また2本のケーブルを均等に巻き取っていけるため、締め付けの力を均等に与えることができます。ダイヤルとケーブルガイド2点の合計3点をV字状につなげることで、2方向の締め付け力を均一にし、姿勢の変化にも追従しやすくなります。

### 2. 使用者の利点・使用状況について

- 体幹が側弯する症例に対して適切な姿勢に矯正を行うために使用し、特に複数のベルトにより矯正効果を得る必要がある装具において、1つのダイヤルで同時に均一な矯正力が発揮されるため、目的の矯正効果が得られやすくなります。
- 上肢に欠損や麻痺がありベルトでの締め付けが困難な症例において、ダイヤル操作であれば締め付けが行える場合には使用が有効となります。
- 装具を衣類の下に装着しており衣類を脱ぐことができない状況において、食事等によって締め付けを調整する必要がある場合、衣類の上からでも調整が可能です。特に女性や思春期の学生等において、衣服の上からの調整は適切な調整を維持するために有効となります。

### 3. 支給対象者の例

- ダイヤル式矯正ケーブルは装具脱着を容易にするため様々な使用者に利用可能ですが、公費支給の観点から上記利点を考慮して適応性が高い対象者を示します。
  - ・複数の方向に均一な矯正力が必要な症例
  - ・上肢の欠損や麻痺、巧緻性の問題でベルトでの装具装着が困難な症例
  - ・衣類の上から装着具合の調整が必要となる症例

### 4. 注意事項

- 適切な締め付け力で使用しないと身体を傷つけると共に部品の破損にもつながるため、使用者へ適切な使用方法の説明が必要です。
- ケーブルの摩耗は定期的に確認していただく必要があり、摩耗の具合によっては部品交換が必要となります。



事務連絡  
令和4年3月31日

都道府県  
各指定都市 障害保健福祉主管課 御中  
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

#### 補装具費支給に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和4年度「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」の改正にあたり、別添のとおり補装具費支給事務に関するQ & Aを整理しましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周知いただきますようお願いいたします。

なお、本事務連絡は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

#### 【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
TEL：03-5253-1111（内線 3073,3071）  
Mail：hosougu@mhlw.go.jp

(令和4年度告示改正で追加された項目)

Q1 今般の補装具告示改正において、FM型補聴器に関する記述が削除されたが、FM型補聴器は今後どのように取扱うべきか。

A 補聴器については、FM型に代わりデジタル方式が支給されている実態を踏まえ、今回の改正とした。FM型補聴器の修理申請等があった場合は、特例補装具として対応されたい。

Q2 1 購入基準(1) 義肢-殻構造義肢の工製作要素価格の(ウ) 支持部の義手用・型式に作業用(幹部使用)、義足用・型式に作業用(鉄脚使用)等を追加した理由如何。

A 作業用に関しては、幹部や鉄脚を含まない構成であっても、使用場面により作業用義肢として判断できる場合がある(例として、小児の体育用義手や運動を職業とする者に対してのスポーツ用義足等)。今回、義手用の型式に作業用と作業用(幹部使用)を、義足用の型式に作業用と作業用(鉄脚使用)を設定することにより、実態を踏まえた製作ができるように改正を行ったものである。



事務連絡  
令和5年1月6日

都道府県  
各指定都市 障害保健福祉主管課 御中  
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室

#### 補装具費支給に係るQ & Aの送付について

平素より、障害福祉行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

補装具費支給制度に関して照会が寄せられた内容について、別添のとおり補装具費支給事務に関するQ & Aを整理しましたので、御了知の上、適切に取り扱われるようお願いいたします。

都道府県におかれましては、貴管内市（区）町村、身体障害者更生相談所に周知いただきますようお願いいたします。

なお、本事務連絡は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

#### 【お問い合わせ先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課自立支援振興室障害者支援機器係  
連絡先：hosougu@mhlw.go.jp

(卸価格が告示価格を上回る補装具への対応)

Q1 昨今の物価高騰の影響を受け、簡易型電動車椅子の価格見直しを行う旨、メーカーから通知があった。補装具事業者に対する卸価格が告示により算定した額を上回っているものもあるが、この場合、基準額を超えた額を利用者に負担させることは可能か。

A 利用者の負担額は法によって定められており、法に定められた額を上回る利用者負担は認められないことから、例えば、簡易型電動車椅子の支給が必要な場合かつニッケル水素バッテリー搭載の簡易型電動車椅子の基準額での支給ができない場合は、告示の基準額で対応可能なリチウムイオンバッテリー搭載の簡易型電動車椅子による対応をまずは検討していただくとともに、その他の簡易型電動車椅子による対応等も検討されたい。

(複数支給)

Q2 聴覚と視覚に障害のある盲ろう者については、障害特性を踏まえ、補聴器の複数（両耳）支給や眼鏡の複数（屋内／屋外等）支給は可能か。

A 補装具の個数は、原則として1種目につき1個であるが、身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認められた場合は、2個とすることを可能としている。

盲ろう者については障害特性を踏まえ、補聴器の複数（両耳）支給や眼鏡の複数（屋内／屋外等）支給等、情報取得に必要であると認められれば、実情に応じた個数を支給することは差し支えない。

(判定)

Q3 来所判定について、必ず更生相談所で実施しなければならないのか。オンライン等で便宜を図ることはできないのか。

A 判定については、補装具費支給事務取扱指針等で定めているところ、昨今のガソリン価格高騰等も鑑み、「重度の障害のある方、遠隔地に住む方等の利便を考慮する必要がある」場合は、更生相談所の長が、来所判定に代えてオンライン、動画又は訪問による判定を可能として差し支えない。

(再支給)

Q4 補装具の耐用年数が経過しなければ、利用者の職業及び身体状況や環境の変化を問わず、たとえ使用に支障がある場合でも再支給は認められないのか。

A 耐用年数の取扱いについては、補装具費支給事務取扱指針等でも注意喚起しているところであるが、耐用年数とは、通常の使用状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数を示しているものであるため、再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数を一律に適用することなく、個々の実状に即した対応が行われるよう十分配慮されたい。

特に、児童については、使用年数の定めのない補装具についても、成長速度や使用環境等も踏まえ、柔軟に対応することとされたい。

なお、車椅子や座位保持装置においてはモジュラー型を使用する等により、児童の成長に対応できるよう構造にも配慮していただきたい。

(電動車椅子)

Q5 電動6輪車椅子は電動車椅子の名称や基本構造に定められていないが、特例補装具として対応して差し支えないか。

A 電動6輪車椅子については、電動車椅子の名称や基本構造としては定められていないところ、屋内での移動に必要であると認められれば特例補装具として対応されたい。

平成30年 1月 11日

各 町 村 長  
各 市 福 祉 事 務 所 長  
いわき市障がい福祉課長  
いわき市各地区保健福祉センター所長

福島県障がい者総合福祉センター所長  
( 公 印 省 略 )

福島県補装具関連Q&A（義肢・装具）について（通知）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補装具費支給について、義肢及び装具に係る本県における事務取扱を、別紙のとおり整理しましたので、お知らせします。

記

1 内容

- (1) 骨格構造義足の完成用部品の交換加算について
- (2) 標準靴の取扱いについて

2 施行日

平成30年1月1日以降の判定から行います。

(事務担当 身体障がい者福祉課 電話 024-521-2824)

(別紙)

平成30年 1月 1日

## 福島県補装具関連Q & A (義肢・装具)

### 義肢編

問1 骨格構造義足の完成用部品「足継手と足部」の交換加算(2,500円)については、どう考えればよいか。

(答)

- 1 完成用部品の足部には、「足継手と足部が一体の部品」と「足継手と足部が別々の部品」がある。「足継手と足部」の交換にあたっては、以下のケースが考えられる。
  - ① 「足継手と足部が一体の部品」の交換
  - ② 「足継手と足部が別々の部品」の足継手と足部の交換
  - ③ 「足継手と足部が別々の部品」の足継手のみの交換
  - ④ 「足継手と足部が別々の部品」の足部のみの交換
- 2 修理の交換加算は、交換する部品ごとに認められている。加算については以下のとおりである。
  - ① 「足継手と足部が一体の部品」の交換は、部品が1個なので加算は2,500円×1となる。
  - ② 「足継手と足部が別々の部品」の足継手と足部の交換は、部品が2個なので加算は2,500円×2となる。
  - ③ 「足継手と足部が別々の部品」の足継手のみの交換は、部品が1個なので加算は2,500円×1となる。
  - ④ 「足継手と足部が別々の部品」の足部のみの交換は、部品が1個なので加算は2,500円×1となる。

### 装具編

問2 オーバーシューズとしての市販靴は補装具として認められるか。

(答)

オーバーシューズとしての市販靴は補装具には該当しない。

問3 オーバーシューズとしての標準靴は補装具として認められるか。

(答)

市販靴では対応できないと認められ、標準靴をオーバーシューズとする場合は補装具に該当する。その必要性を確認するため、原則肢体不自由者相談会での判定が必要である。適合時は、下肢装具とオーバーシューズとしての標準靴の両方を確認する。

問4 補装具として認められるオーバーシューズはどのような靴が該当するか。

(答)

オーバーシューズとしての標準靴は、義肢装具メーカー等が製作販売している靴が該当する。

問5 補装具として認められるオーバーシューズ（両足用）の算定価格はいくらか。

(答)

- 1 消費税額を除いた仕入れ価格に4割を乗じた金額を加算した額を上限として、見積書に記載する。仕入れ価格を証明する書類（写しも可）を添付する。
- 2 見積額は、「補装具の種目、購入又は修理に要する額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「装具」の「下肢装具」の「その他」の標準靴の上限額（現行20,200円）以内とする。
- 3 別紙「事例」を参照のこと。

問6 補装具として認められるオーバーシューズの加工等（マジックベルトの延長など）が必要な場合、算定は可能か。

(答)

- 1 加工等が必要な場合は、「平成18年9月29日付厚生労働省告示第28号 別添 補装具の種目、購入又は修理に要する額の算定等に関する基準別表 1 購入基準(3)の装具 エの(7)のb 支持部の足部 C標準靴」の価格（現行800円）を算定できる（両側の場合は800円×2）。
- 2 別紙「事例」を参照のこと。

事例1：短下肢装具(右足)と仕入れ価格10,000円(仕入れ時の消費税を含まない)の標準靴(両側)を同時に支給する。

① 見積書

	名称・種類・使用材料等			価格
	基本構造	F-1 硬性(支柱付き)	処方部位	右
基本価格	A-6 採型			15,300
継手	足継手 遊動			11,500
下腿支持部	A 半月			4,200
	C-2 モールド(熱可塑性樹脂)			8,600
足部	A あぶみ			2,350
	B-1 足部(皮革等大)			13,000
	B-3 モールド(熱可塑性樹脂)			7,450
その他の加算	足底裏革(すべり止め用)			1,800
完成用部品	足継手	A制御式 制限付		6,100
	あぶみ	A制御式 制限付 足板なし		2,500
	その他	標準靴	両足用	14,000
		(例：10,000円×※1.4=14,000円を記載します)		
概算額	計			86,800
	104.8/100の額			90,966

(※1.4は、最大値である「1.4」を使用した例です。業者において「1」から「1.4」までの間で任意に選択することができます。以下同じ。)

② 判定書

	名称・種類・使用材料等			価格
	基本構造	F-1 硬性(支柱付き)	処方部位	右
基本価格	A-6 採型			15,300
継手	足継手 遊動			11,500
下腿支持部	A 半月			4,200
	C-2 モールド(熱可塑性樹脂)			8,600
足部	A あぶみ			2,350
	B-1 足部(皮革等大)			13,000
	B-3 モールド(熱可塑性樹脂)			7,450
その他の加算	足底裏革(すべり止め用)			1,800
完成用部品	足継手	A制御式 制限付		6,100
	あぶみ	A制御式 制限付 足板なし		2,500
	その他	標準靴	両足用	20,200
		(価格には基準20,200円を記載します)		
概算額	計			93,000
	104.8/100の額			97,464

【注意】業者の見積書は、判定書の概算額より低い額となっています。市町村における支給決定額は、判定書の概算額の範囲内において、業者の見積額で決定することになります。以下同じ。



事例2：短下肢装具(右足)と仕入れ価格 10,000 円(仕入れ時の消費税を含まない)の標準靴(両側+右側のマジックバンドの加工)を同時に支給する。

① 見積書

		名称・種類・使用材料等			価格
製作要素	基本構造	F-1 硬性(支柱付き)	処方部位	右	
	基本価格	A-6 採型			15,300
	継手	足継手 遊動			11,500
	下腿支持部	A 半月			4,200
		C-2 モールド(熱可塑性樹脂)			8,600
	足部	A あぶみ			2,350
		B-1 足部(皮革等 大)			13,000
		B-3 モールド(熱可塑性樹脂)			7,450
		<b>C 標準靴</b>			<b>800</b>
	その他の加算	足底裏革(すべり止め用)			1,800
完成用部品	足継手	A制御式 制限付			6,100
	あぶみ	A制御式 制限付 足板なし			2,500
	その他	<b>標準靴 両足用</b>			<b>14,000</b>
		(価格は 10,000 円×1.4=14,000 円を記載します)			
概算額	計			87,600	
	104.8/100の額			91,804	

② 判定書

		名称・種類・使用材料等			価格
製作要素	基本構造	F-1 硬性(支柱付き)	処方部位	右	
	基本価格	A-6 採型			15,300
	継手	足継手 遊動			11,500
	下腿支持部	A 半月			4,200
		C-2 モールド(熱可塑性樹脂)			8,600
	足部	A あぶみ			2,350
		B-1 足部(皮革等 大)			13,000
		B-3 モールド(熱可塑性樹脂)			7,450
		<b>C 標準靴</b>			<b>800</b>
	その他の加算	足底裏革(すべり止め用)			1,800
完成用部品	足継手	A制御式 制限付			6,100
	あぶみ	A制御式 制限付 足板なし			2,500
	その他	<b>標準靴 両足用</b>			<b>20,200</b>
		(価格には基準 20,200 円を記載します)			
概算額	計			93,800	
	104.8/100の額			98,302	

事例3：前年度支給した短下肢装具と標準靴（両側＋右側のマジックバンドの加工）のうち、標準靴だけが老朽化した。そのため、市町村の判断で同じ標準靴（仕入れ価格10,000円（仕入れ時の消費税を含まない））を支給する。

① 見積書

		名称・種類・使用材料等			価格
製作要素	基本構造	F-1 硬性（支柱付き）	処方部位	右	
	基本価格				
	継手				
	下腿支持部				
	足部				
		<b>C 標準靴</b>			
	その他の加算				
完成用部品	足継手				
	あぶみ				
	その他	標準靴	両足用		14,000
		(価格には10,000円×1.4=14,000円を記載します)			
概算額	計			14,800	
	104.8/100の額			15,510	

② 判定書

		名称・種類・使用材料等			価格
製作要素	基本構造	F-1 硬性（支柱付き）	処方部位	右	
	基本価格				
	継手				
	下腿支持部				
	足部				
		<b>C 標準靴</b>			
	その他の加算				
完成用部品	足継手				
	あぶみ				
	その他	標準靴	両足用		20,200
		(価格には基準20,200円を記載します)			
概算額	計			21,000	
	104.8/100の額			22,008	

本書に使用した画像には、公益財団法人テクノエイド協会様の承諾のもと、補装具費支給事務ガイドブックより転載させていただいたものが含まれています。



発行：令和5年7月

発行者：福島県障がい者総合福祉センター

連絡先：〒960-8670

福島県福島市杉妻町2-16 福島県庁北庁舎1階

☎ 024-521-2824

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21700a/>