

別表1 義肢等補装具購入費用の支給対象者及び対象範囲

支給種目	購入費用の支給対象者 (各項目のいずれかに該当する者)	購入費用の 対象範囲	備考
① 義肢	<p>(1) 上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、労災保険法による障害補償給付、障害給付又は複数事業労働者障害給付（以下「障害（補償）等給付」という。）の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、労災リハビリテーション医療指定施設又は「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）に基づき定められた「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）のうち、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た医療機関のうち労災保険指定医療機関となっている医療機関において療養し、かつ、労災保険法による療養補償給付、療養給付又は複数事業労働者療養給付（以下「療養（補償）等給付」という。）を受けている者であって、症状固定後に障害（補償）等給付の支給決定を受けることが明らかであるもの</p> <p>(3) ⑩の車椅子の支給対象者の（1）から（4）のいずれかに該当する者又は⑪の電動車椅子の支給対象者の（1）から（4）のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの</p> <p>(4) 既に装着していた義肢で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者</p> <p>(5) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義肢であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	<p>1 障害部位につき2本を支給対象とする。</p> <p>原則、能動式及びその他（装飾用、作業用を含む。）の中から異なる型式のものを各1本ずつ支給対象とする。なお、申請者の希望、障害の状態を考慮し、必要に応じ、同一の型式のものを2本支給対象としても差し支えない。</p> <p>ただし、①-2の筋電電動義手の購入費用の支給を受ける者については、筋電電動義手を装着する上肢に対する義肢の支給対象本数は1本とする。</p> <p>き損した義肢1本につき1本を支給対象とする。</p> <p>耐用年数を超えたもの1本につき1本を支給対象とする（骨格構造（モジュラー）義肢にあっては、耐用年数を超えた部品1個につき部品1個とする。）。</p>	<p>(1) 断端袋については、告示別表の1において、年間の上限額が定められていることから、年間の支給累計額の確認を行うため、事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）は、断端袋の購入費用の支給都度、社会復帰促進等事業原票の「備考」欄に、支給日及び支給額を記載すること。</p> <p>(2) 練習用仮義肢については、療養の給付として行われるものであり、社会復帰促進等事業としては購入費用及び訓練費用を支給することはできない。</p> <p>(3) 左欄支給対象者の（3）中の「特に必要と認められるもの」とは、義足を使用することによって起立程度が可能となる場合をいう。</p>
①-2 筋電電動義手 ア 両上肢切 断者	<p>(1) 両上肢を手関節以上で失ったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、次の要件を全て満たす者</p>	<p>1人につき1本を支給対象とする。</p>	<p>(1) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p> <p>(2) 「手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号を検出できること」と</p>

	<p>ア 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号を検出できること</p> <p>イ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること</p> <p>ウ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること</p> <p>エ ソケットの装着が可能である断端を有すること</p> <p>(2) 1 上肢の全部又は一部を失うとともに、他上肢の用が全廃又はこれに準じた状態になったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、上記（1）のアからエの要件を全て満たす者</p>		<p>は、筋電電動義手が筋電信号を制御信号として、筋電電動義手の手先装置の開閉を行うことから、手先装置の開閉を行うことのできる程度の筋電信号を発生させることができ、かつ、筋電信号の分離が可能であることをいう。</p> <p>(3) 「筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること」とは、通常の事理弁識能力を有することをいい、担当医師の意見により判断すること。</p> <p>(4) 「筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること」とは、筋電電動義手が比較的重量のある義手であることから、筋電電動義手を使用するためには、切断肢に筋電電動義手を装着して、当該義手を上下左右に移動させることが可能である程度の筋力を有していることをいう。</p> <p>(5) 「ソケットの装着が可能である断端を有すること」とは、断端に筋電電動義手のソケットの適合や筋電信号の検出及び分離に支障を来たす皮膚障害（瘢痕又は皮膚植皮等）がないことをいう。</p> <p>(6) 所轄局長は、筋電電動義手の購入費用の支給に当たっては、医師の意見を尊重すること。</p>
<p>イ 片側上肢切断者</p>	<p>1 上肢の全部又は一部を失ったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、以下の（1）から（3）の要件を全て満たす者</p> <p>(1) 次のアからウのいずれかに該当する者</p> <p>ア 就労中（休職中を含む。）の者で、筋電電動義手の装着により就労時の作業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれるもの</p> <p>イ 申請時においては就労していないが、筋電電動義手装着後に就労が予定されている者（公共職業安定所への求職申込等就職活動中の者を含む。）で、筋電電動義手の装着により就労時の作業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれるもの</p> <p>ウ 非切断肢側の上肢又は手指に一定以上の障害があるため、筋電電動義手を使用しなければ社会生活ができないと認められるもの</p> <p>(2) 筋電電動義手の装着訓練及び試用装</p>	<p>1 人につき 1 本を支給対象とする。</p>	<p>(1) 左欄支給対象者の（1）のア中の「就労中（休職中を含む。）の者」又は（イ）の「就労が予定されている者」については、「就労状況等に関する申立書」（様式第 1 号(2)）により判断すること。</p> <p>(2) 左欄支給対象者の（1）のウ中の「一定以上の障害」とは、「1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したものの」、「1 上肢に偽関節を残すもの」、「1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外の 3 の手指を失ったもの」、「1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指の用を廃したもの」以上の障害をいう。</p> <p>(3) 左欄支給対象者の（2）及び（3）については、「片側上肢切断者に係る筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定結果報告書」（様式第 12 号(2)）により判断すること。</p> <p>(4) 装着訓練及び試用装着期間における指導等については、本要綱 9 によ</p>

	<p>着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関において、筋電電動義手の装着訓練を修了するとともに、試用装着期間を経過しているもの</p> <p>(3) 上記①-2のアの要件(1)のアからエを全て満たす者で、筋電電動義手を継続して使用することが可能であるもの</p>		ること。
② 上肢装具、下肢装具及び靴型装具	<p>(1) 上肢又は下肢の機能に障害を残すことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 下肢装具について、⑪の車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者又は⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの</p> <p>(3) 既に装着していた上肢装具又は下肢装具で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者</p> <p>(4) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された上肢装具、下肢装具又は靴型装具であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	<p>1 障害部位につき2本を支給対象とする。</p> <p>き損した上肢装具又は下肢装具1本につき1本を支給対象とする。</p> <p>耐用年数を超えたもの1本につき1本を支給対象とする。</p>	左欄支給対象者の(2)中の「特に必要と認められるもの」とは、下肢装具を使用することによって起立程度が可能となる場合をいう。
③ 体幹装具	<p>(1) せき柱に荷重障害を残すことにより、障害等級第8級以上の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された体幹装具であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1個を支給対象とする。	
④ 姿勢保持装置	<p>(1) 四肢又は体幹に著しい障害を残すことにより、障害等級第1級の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、座位、立位、臥位等の保持が不可能若しくは著しく困難な状態にあると認められるもの</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された姿勢保持装置であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1台を支給対象とする。	姿勢保持装置は、脳血管障害等による四肢麻痺等の神経系の障害又は両上・下肢の欠損、機能障害のため、座位等の保持が不可能若しくは著しく困難な状態にあるものと認められる者に購入費用を支給するものであることから、所轄局長は、その判断に際して、必要に応じ、専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。
⑤ 視覚障害者安全つえ	<p>(1) 両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第4級以上の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 既に使用していた視覚障害者安全つ</p>	1人につき1本を支給対象とする。	視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。

	<p>えで、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものを有する者</p> <p>(3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された視覚障害者安全つえであって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>		
⑥ 義眼	<p>(1) 1眼又は両眼を失明したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 既に装嵌していた義眼で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものを有する者</p> <p>(3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義眼であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	失明した1眼につき1個を支給対象とする。	義眼装嵌のために要する診療は、社会復帰促進等事業の外科後処置として行うこと。
⑦ 眼鏡(コンタクトレンズを含む。)	<p>(1) 1眼又は両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第13級以上の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された眼鏡であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1障害につき1個を支給対象とする。	<p>(1) 視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。</p> <p>(2) 所轄局長は、受給者の希望に応じて矯正眼鏡に代えてコンタクトレンズを支給対象とすることができるが、コンタクトレンズの購入費用の支給に当たっては、症状照会に対する回答書(様式第18号(1))により、装用が可能であるか確認すること。</p>
⑧ 点字器	<p>(1) 両眼に視力障害を残すことにより、障害等級第4級以上の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された点字器であって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1台を支給対象とする。	視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。
⑨ 補聴器	<p>(1) 1耳又は両耳に聴力障害を残すことにより、障害等級第11級以上の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された補聴器であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する</p>	1障害につき1器を支給対象とする。	両耳の障害の場合であっても、1人につき1器を支給対象とする。
⑩ 人工喉頭	<p>(1) 言語の機能を廃したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された人工喉頭であって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1障害につき1個を支給対象とする。	
⑪ 車椅子	<p>(1) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、障害(補償)等給付</p>	1人につき1台を支給対象とする。	(1) 車椅子は、両下肢の障害により義足又は下肢装具を使用しても歩行

	<p>の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの</p> <p>(2) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、療養（補償）等給付を受けている者（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）であって、傷病が症状固定した後においても義足及び下肢装具の使用が不可能であることが明らかであるもの</p> <p>(3) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、労災保険法による傷病補償年金、傷病年金又は複数事業労働者傷病年金（以下「傷病（補償）等年金」という。）の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの</p> <p>(4) 片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、上肢の障害により義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの</p> <p>(5) 既に使用していた車椅子で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者</p> <p>(6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された車椅子であって、告示別表の1に定める耐用年数を越えたものを有する者</p> <p>(7) ⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの</p> <p>(8) ⑫のギャッチベッドの支給対象者に該当する者で、特に必要と認められるもの</p>		<p>が不可能な者に購入費用を支給するものであることから、その判断に際し、所轄局長は、必要に応じ専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。</p> <p>(2) 車椅子は、独力で使用することができない者には購入費用を支給しないこと（左欄支給対象者の(7)又は(8)に該当する場合を除く。）。</p> <p>なお、左欄支給対象者の(7)又は(8)に該当する場合は、手押し型車椅子の購入費用を支給すること。</p> <p>(3) レバー駆動型車椅子は、レバー操作により片手で駆動できる車椅子であることから、片麻痺被災者等両手で車椅子を操作することが困難な者に購入費用を支給すること。</p> <p>(4) 左欄支給対象者の(7)中の「特に必要と認められるもの」とは次の場合をいう。</p> <p>① 自動車により移動する際、電動車椅子の積載が不可能な場合</p> <p>② 居住する家屋内を移動する際、家屋の構造等により電動車椅子の使用が不可能な場合</p> <p>(5) 左欄支給対象者の(8)中の「特に必要と認められるもの」とは、手押し型車椅子が必要な場合をいう。</p> <p>(6) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p> <p>(7) 下記の付属品は、各々の付属品の支給要件を満たす者に購入費用を支給すること。</p> <p>① ステッキホルダー 歩行補助つえを併給されている者で、ステッキホルダーを必要とする場合</p> <p>② 泥よけ 未舗装路の走行を頻繁に行う者で、身体又は服の汚れを防止するために泥よけを必要とする場合</p> <p>③ 屋外用キャスター 屋外、不整地、段差の多い場所などで車椅子を使用することが多い者、又は、腰痛等の症状があり車椅子の振動により当該症状が悪化するおそれがある者で、屋外用キャスターに取り替える必要がある場合</p> <p>④ 転倒防止用装置</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>頸髄損傷者等で、筋肉の著しい低下等機能障害により体幹のバランスが悪く後方へ転倒するおそれがある場合</p> <p>⑤ 滑り止めハンドリム 握力又は筋肉の著しい低下等上肢に機能障害がある者で、滑り止めハンドリムに交換しなければ車椅子の使用が困難である場合</p> <p>⑥ キャリパーブレーキ 介助者が手押し型車椅子の使用に当たって、手押し型車椅子を頻繁に利用する道路等に登坂が多く支給対象者の安全を確保するために必要とする場合</p> <p>⑦ フットブレーキ 手押し型車椅子の利用に当たって、介助者が手動ブレーキの使用が困難で支給対象者の安全を確保するために必要とする場合</p> <p>⑧ 酸素ボンベ固定装置 酸素ボンベを常用している呼吸機能障害者が、手押し型車椅子を使用するに当たって、酸素ボンベ固定装置を必要とする場合</p> <p>⑨ 人工呼吸器搭載台 常時人工呼吸器を必要とする呼吸機能障害者が、手押し型車椅子を使用するに当たって、人工呼吸器搭載台を必要とする場合</p> <p>⑩ 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、手押し型車椅子を使用するに当たって、栄養パック取付用ガードル架を必要とする場合</p> <p>⑪ 点滴ポール 点滴を必要とする者が、手押し型車椅子を使用するに当たって、点滴ポールを必要とする場合</p>
<p>⑫ 電動車椅子</p>	<p>(1) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの</p> <p>(2) 両下肢及び両上肢の傷病に関し、療養（補償）等給付を受けている者（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）で、傷病が症状固定した後においても車椅子の使用が不可能であることが明らかに認め</p>	<p>1人につき1台を支給対象とする。</p>	<p>(1) 電動車椅子の支給対象者は、高度の四肢麻痺等の障害のため、車椅子の使用が著しく困難な者であることから、所轄局長は、可能な限り実情に即して判断することとし、判断に際しては、専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。</p> <p>(2) 電動車椅子は、重度障害者に購入費用を支給するものであるため、使用上の安全を期するため、利用施設</p>

	<p>られるもの</p> <p>(3) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、車椅子の使用が不可能であるもの</p> <p>(4) 片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、他方の下肢及び上肢の障害により、義足及び下肢装具の使用が不可能であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの</p> <p>(5) 業務災害又は通勤災害等により呼吸器又は循環器の障害を受けた者であって、次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの</p> <p>ア 呼吸器又は循環器の障害により、傷病（補償）等年金第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>イ 呼吸器の障害により、障害（補償）等給付第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、次のいずれかの要件に該当する者</p> <p>(ア) 動脈血酸素分圧が50Torr以下であること</p> <p>(イ) 動脈血酸素分圧が50Torrを超え60Torr以下であり、動脈血炭酸ガス分圧が限界値範囲(37Torr以上43Torr以下)にないこと</p> <p>(ウ) 高度の呼吸困難が認められ、かつ、%1秒量が35以下又は%肺活量が40以下であること</p> <p>(6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された電動車椅子であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>		<p>の整備状況、操作の習熟の程度、安全に使用することができる能力の有無、介助の確保の状況等を十分考慮するとともに、在宅重度障害者に購入費用を支給する場合には、これらの施設等の整備が必ずしも十分とは言えないことから、介助の状況、操作の習熟の程度、使用環境、重度障害者の日常生活上における電動車椅子の恒常的な必要性の有無等について、特に十分な検討及び指導を行うこと。</p> <p>(3) 電動リフト式普通型電動車椅子は、職業上の必要性から電動車椅子の座面の高さの調整を必要とする者又は介護人と同居していない者であって当該電動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に購入費用を支給すること。</p> <p>(4) 下記の付属品は、各々の付属品の支給要件を満たす者に購入費用を支給すること。</p> <p>①ステッキホルダー 歩行補助つえを併給されている者で、ステッキホルダーを必要とする場合</p> <p>②屋外用キャスター 屋外、不整地、段差の多い場所などで電動車椅子を使用することが多い者、又は、腰痛等の症状があり電動車椅子の振動により当該症状が悪化するおそれがある者で、屋外用キャスターに取り替える必要がある場合</p> <p>③転倒防止用装置 頸髄損傷者等で、筋肉の著しい低下等機能障害により体幹のバランスが悪く後方へ転倒するおそれがある場合</p> <p>④クライマーセット 頻繁に屋外の段差の多い場所で電動車椅子を使用することが多い者で、段差越えが困難である場合</p> <p>⑤フロントサブホイール 電動車椅子の細かなコントロールが困難な高位頸髄損傷者等で、頻繁に利用する道路等において、電動車椅子の脱輪等による危険のおそれがある場合</p> <p>⑥酸素ボンベ固定装置 酸素ボンベを常用している呼吸機能障害者が、電動車椅子を使用す</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>るに当たって、酸素ボンベ固定装置を必要とする場合</p> <p>⑦人工呼吸器搭載台 常時人工呼吸器を必要とする呼吸機能障害者が、電動車椅子を使用するに当たって、人工呼吸器搭載台を必要とする場合</p> <p>⑧栄養パック取付用ガートル架 経管栄養により食事を摂取している者が、電動車椅子を使用するに当たって、栄養パック取付用ガートル架を必要とする場合</p> <p>⑨点滴ポール 点滴を必要とする者が、電動車椅子を使用するに当たって、点滴ポールを必要とする場合</p>
⑬ 歩行器	<p>(1) 高度の失調又は平衡機能障害を残すことにより、障害等級第3級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された歩行器であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1台を支給対象とする。	
⑭ 収尿器	<p>(1) せき髄損傷、外傷性泌尿器障害及び尿路系腫瘍等の傷病のため、尿失禁を伴うこと又は尿路変向を行ったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された収尿器であって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	<p>1人につき2器を支給対象とする。</p> <p>ただし、人口膀胱用簡易型（使い捨て型）については、別表2に定める価格の範囲内で所轄局長が必要と認めた数とする。</p>	<p>(1) 所轄局長は、回腸導管用収尿器を装着する際に使用する両面粘着シートについては、1日1枚使用するものとして1年分（12箱（1箱30枚入））をまとめて支給対象とすることができる。</p> <p>(2) 所轄局長は、簡易型については、対象者の傷病の状態（皮膚炎の有無及び便の形状等）及び生活状態により、製品の種類及び交換間隔等を考慮し、必要と認める数を対象とする。</p> <p>また、所轄局長は、その判断に際しては、必要に応じ専門医又は診療担当医の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。</p> <p>(3) 簡易型の購入費用の支給を希望する者については、現に回腸導管用又は尿管瘻用の収尿器を使用している場合、当該収尿器の耐用年数経過後に購入費用を支給すること。</p>
⑮ ストマ用装具	<p>(1) 大腸又は小腸に人工肛門を造設したことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部若しくは大部分が漏出すること又は腸内容が概ね1日に100ml以</p>	別表2に定める価格の範囲内で所轄局長が必要と認めた数を支給対象とする。	<p>(1) 所轄局長は、ストマ用装具について、対象者の傷病の状態（皮膚炎の有無及び便の形状等）及び生活状態により、製品の種類及び交換間隔等を考慮し、必要と認める数を支給対象とすることができる。</p> <p>(2) 所轄局長は、ストマ用装具の購入</p>

	<p>上を漏出することにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(3) 大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容が1日に少量を漏出することにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者であって、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認めるもの</p>		<p>費用の支給の可否、支給する製品の種類及び支給数については、症状照会に対する回答書(様式第18号(2))により判断すること。</p>
⑩ 歩行補助つえ	<p>(1) 下肢の全部又は一部を亡失し、又は下肢の機能に障害を残すことにより、障害等級第7級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、義足又は下肢装具の使用が可能であるもの</p> <p>(2) 既に使用していた歩行補助つえで、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者</p> <p>(3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された歩行補助つえであって、告示別表の1及び別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p> <p>(4) ⑪の車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者又は⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの</p>	<p>1人につき1本（松葉づえは原則として1人につき2本）を支給対象とする。ただし、松葉づえ以外の歩行補助つえについて、両下肢に障害のある場合には、必要に応じ2本を支給対象とする。</p>	<p>(1) 左欄支給対象者の(4)中の「特に必要と認められるもの」とは、歩行補助つえを使用することによって起立程度が可能となる場合をいう。</p> <p>(2) 松葉づえは、原則として1人につき2本を支給対象とするが、所轄局長は使用形態を踏まえ判断すること。</p>
⑪ かつら	<p>(1) 頭部に著しい醜状を残すことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給されたかつらをき損した者（故意にき損した者を除く。）</p>	<p>1人につき1個を支給対象とする。</p>	
⑫ 浣腸器付排便剤	<p>せき髄損傷者又は排便反射を支配する神経の損傷により、用手摘便を要する状態又は恒常的に1週間に排便が2回以下の高度な便秘を残すことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認めるもの</p>	<p>1人につき3日に1個の割合で支給対象とする。</p>	<p>(1) 所轄局長は、3日で1個の割合で算出した60本（6か月分）をまとめて支給対象とすることができる。</p> <p>(2) 浣腸器付排便剤については、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」（平成20年厚生労働省告示第60号）に記載された薬剤を支給対象とすること。</p> <p>(3) 所轄局長は、浣腸器付排便剤の購入費用の支給の可否、支給する浣腸器付排便剤の銘柄、用量及び支給回数については、症状照会に対する回答書（様式第18号(3)）により判断すること。</p>
⑬ 床ずれ防止用敷ふとん	<p>傷病（補償）等年金又は障害（補償）等給付の支給決定を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す者又は両上下肢の用の全廃若しくは両上下肢を亡失した者のうち、常時介護に係る介護補償給付、</p>	<p>1人につき1枚を支給対象とする。</p>	<p>「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p>

	介護給付又は複数事業労働者介護給付の支給決定を受けているもの		
②① 介助用リフター	<p>次の(1)又は(2)のいずれかに該当し、かつ、(3)から(6)までのすべてに該当する者に支給する(新規支給の場合は、(6)の要件を除くものとする。)</p> <p>(1) 傷病(補償)等年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるものであって、自宅療養者又は義肢等の支給申請の日から3か月以内に退院し、自宅で療養すると見込まれる入院療養者であること</p> <p>(2) 障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受ける見込まれる者のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当するもの又はこれらと同等程度の障害の状態にあると認められるもの</p> <p>(3) 車椅子(手押し型車椅子除く。)及び義肢の使用が不可能であること</p> <p>(4) 当該療養者の症状並びに介助用リフターの性能及び操作方法を理解し、介助用リフターを安全に使用できる介護人がいること</p> <p>(5) 当該療養者の家屋の構造が、介助用リフターの円滑な移動に適するものであること</p> <p>(6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された介助用リフターであって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者であること</p>	1人につき1台を支給対象とする。	<p>(1) 左欄支給対象者(1)のうち、傷病等級第1級第1号又は第2号に該当する者と同程度とは、両上下肢の用の全廃、両上下肢の亡失、両上肢の亡失でかつ両下肢の用の全廃又は両上肢の用の全廃でかつ両下肢の亡失等の症状で常時介護を受けているものをいう。</p> <p>(2) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p> <p>(3) 所轄局長は、「介護人」及び「家屋構造」について、義肢等補装具購入・修理費用支給申請書に添付する「介護人等の状況報告書」(様式第1号(3))及び支給するリフターの形態、家屋の構造等を総合的に勘案し、購入費用の支給の適否を決定すること。</p> <p>(4) 支給対象とする介助用リフターは、他者の操作を要するものであって、移動式(つり上げ装置、ヘッドシート付き)のものをいう。</p> <p>(5) 所轄局長は、購入費用の支給決定に当たっては、必要に応じ、傷病の状態、介護及び介護人の状況並びにリフターの実効性について、診療担当医から専門的意見を聴取する等の措置を講じること。</p>
②① フローテーションパッド	<p>(1) 社会復帰促進等事業として支給された車椅子又は電動車椅子を使用する者のうち、床ずれがでん部又は大腿部に発生するおそれがあり、かつ、診療担当医がフローテーションパッドの使用を必要と認めた者</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給されたフローテーションパッドであって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1枚を支給対象とする。	フローテーションパッドは、その支給時において、現に床ずれが発生していることを要件とするものではなく、床ずれが発生するおそれがあり、フローテーションパッドの使用が必要であると診療担当医が認めた場合に購入費用の支給を行うこと。
②② ギャッチベッド	<p>次の(1)又は(2)のいずれかに該当し、かつ、(3)に該当する者に支給する。</p> <p>(1) 傷病(補償)等年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるもので、かつ、自宅療養者(義肢等の支給申請の日から3か月以内に退院し自宅で療養すると見込</p>	1人につき1台を支給対象とする。	<p>(1) 対象とするギャッチベッドは、原則として利用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有する特殊寝台とする。</p> <p>(2) 左欄支給対象者の(1)のうち、傷病等級第1級第1号又は第2号に該当する者と同程度とは、両上下肢の用の全廃、両上下肢の亡失、両上肢の亡失でかつ両下肢の用の全</p>

	<p>まれる入院療養者を含む。)であるもの</p> <p>(2) 障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当するもの又はこれらと同等程度の障害の状態にあると認められるもの</p> <p>(3) 車椅子(手押し型車椅子を除く。)及び義肢の使用が不可能であるもの</p>		<p>廃又は両上肢の用の全廃でかつ両下肢の亡失等の症状で常時介護を受けているものをいう。</p> <p>(3) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p> <p>(4) 電動式ギャッチベッドは、介護人と同居していない者であって当該ギャッチベッドを使用することにより自力で起き上がることが可能となる者等に購入費用を支給すること。</p>
㊸ 重度障害者用意思伝達装置	<p>(1) 両上下肢の用を全廃又は両上下肢を亡失し、かつ、言語の機能を廃したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であると認められるもの</p> <p>(2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された重度障害者用意思伝達装置であって、告示別表の1及び別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者</p>	1人につき1台を支給対象とする。	<p>(1) 左欄支給対象者の(1)中の「重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であると認められるもの」とは、重度障害者用意思伝達装置が、まばたき、息を吹くなどの非常に小さな動作により、「はい、いいえ」等の意思表示を可能とする機器であることから、まばたき等の非常に小さな動作しかできないものをいい、手を挙げる、首を動かすなどの意思表示を伝える動作が可能であるものは含まれない。</p> <p>なお、重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であるかについては、症状照会に対する回答書(様式第18号(4))に基づき判断すること。</p> <p>(2) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。</p> <p>(3) 支給対象者については、重度障害者用意思伝達装置を使用する者が、意思を決定する能力を明らかに有することが必要であることから、接点式入力装置(スイッチ)、帯電式入力装置(スイッチ)、筋電式入力装置(スイッチ)、光電式入力装置(スイッチ)、呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)、圧電素子式入力装置(スイッチ)又は画像処理による眼球注視点検出式入力装置(スイッチ)のいずれかにより、自己の明確な意思を入力することができる者に限る。</p> <p>(4) 重度障害者用意思伝達装置の購入費用を支給するに当たっては、自己の明確な意思を入力することができる者であるか並びに機種及びセンサーの選定については、症状照会に対する回答書(様式第18号(4))に基づき判断すること。</p>

			(5) 画像処理による眼球注視点検出式 入力装置については、当該入力装置 以外の入力装置の使用が不可能で あって、当該入力装置によらなけれ ば意思の伝達が不可能である者に 購入費用を支給すること。
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------