

支給基準

1 義肢

支給対象者

- (1) 上肢または下肢の全部または一部を亡失したことで、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」）の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (2) 上肢または下肢の全部または一部を亡失したことで、次の要件をすべて満たす方
- ・労災リハビリテーション医療指定施設などで療養している方
 - ・労災保険法の療養補償給付、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」）を受けている方
 - ・症状固定後に障害（補償）等給付を受けることが明らかである方
- (3) 「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7～8ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当し、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
・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
- (4) 既に装着していた義肢※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
(現物で支給されたものを含む。以下同じ)
- (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、耐用年数（0.5～5年）を超えたものをお持ちの方※
※(4)で支給された義肢は、旧使用の「既に装着していた義肢」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合は、耐用年数を超えて新たな義肢の購入費用の支給は行いません。また、骨格構造義肢には耐用年数はなく、原則、修理による対応となります。

支給の範囲

1 障害部位につき2本を支給対象とします。

型式（能動式、電動式、その他）に関わらず2本です。

- ・上記(4)に該当する方は、き損した義肢1本につき1本
- ・上記(5)に該当する方は、耐用年数を超えたもの1本につき1本
骨格構造（モジュラー）義肢は、耐用年数を超えた部品1個につき部品1個
- ・下記1-2の筋電電動義手の購入費用の支給を受ける方は、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

能動式義手の装着訓練を希望される場合、外科後処置として受けることができます。

能動式義手の装着訓練は、15ページの3をご覧ください。

1-2 筋電電動義手

支給対象者

1 両上肢切断者

- (1) 両上肢を手関節以上で失ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、次の要件をすべて満たす方
- ・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
 - ・筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
 - ・筋電電動義手を使用するための十分な筋力を有すること
 - ・ソケットの装着が可能である断端を有すること

- (2) 1上肢の全部または一部を失うとともに、他上肢の用が全廃※またはこれに準じた状態になったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた、または受けると見込まれ、上記(1)の要件をすべて満たす方

※上肢の用が全廃とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃したものを言います。手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含みます。

2 片側上肢切断者

- 1上肢の全部または一部を失ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれ、以下の要件をすべて満たす方

- 次の①から③のいずれかに該当する方
 - ①就労中（休職中を含む）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方
 - ②申請時に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て（公共職業安定所への求職申込等就職活動中の方を含む）、筋電電動義手を装着することで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方
 - ③非切断肢側の上肢また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方
- 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間に指導等と適合判定を実施する医療機関で、筋電電動義手の装着訓練を修了し、試用装着期間を経過している方
- 上記「1両上肢切断者」の要件(1)のすべてを満たす方で、筋電電動義手を継続して使用することが可能な方

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。（筋電電動義手以外の義手は、加えて1本支給が可能です。）筋電電動義手の購入費用の支給は、下記に基づいて判断します。その結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

- 両上肢切断者
「両上肢切断者に係る筋電電動義手の適合判定結果報告書」→様式第12号(1)：35ページ
- 片側上肢切断者
「就労状況等に関する申立書」→様式第1号(2)：24ページ
「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)：36、37ページ

装着訓練、試用装着期間の指導等、適合判定については、15ページの4をご覧ください。

＜医療機関の方へ＞

筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間の指導等、適合判定を実施した医療機関は、申請者に対する筋電電動義手の適合判定の終了後、下記の書面を使用し、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」）に対し報告してください。

- 両上肢切断者
「両上肢切断者に係る筋電電動義手の適合判定結果報告書」→様式第12号(1)：35ページ
- 片側上肢切断者
「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)：36、37ページ

申請者が筋電電動義手の装着を希望しないことを申し出た場合または明らかに支給基準（2～3ページ参照）を満たさないことが判明した場合は、下記の書面を使用し、所轄局長に報告してください。

- 「装着訓練中止報告書」→様式第13号：38ページ

2 上肢装具・下肢装具・靴型装具

支給対象者

- (1) 上肢または下肢の機能に障害を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (2) 下肢装具について、「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7～8ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当し、特に必要と認められる方※
 - ※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・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
- (3) 既に装着していた上肢装具または下肢装具※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
 - ※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (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、下肢装具または靴型装具で、耐用年数（1.5～3年）を超えたものをお持ちの方※
 - ※(3)で支給された上肢装具または下肢装具は、旧使用の「既に装着していた上肢装具または下肢装具」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えて新たな上肢装具または下肢装具の購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

1 障害部位につき2本を支給対象とします。ただし、以下の場合は例外となります。

- ・上記(3)に該当する方は、き損した上肢装具または下肢装具1本につき1本
- ・上記(4)に該当する方は、耐用年数を超えたもの1本につき1本

3 体幹装具

支給対象者

- (1) せき柱に荷重障害を残すことで、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方または受けと見込まれる方
- (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、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1個を支給対象とします。

4 姿勢保持装置

支給対象者

- (1) 四肢または体幹に著しい障害を残すことで、障害等級第1級の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれ、座位が不可能もしくは著しく困難な状態にあると認められる方
- (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、耐用年数（3年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

5 視覚障害者安全つえ

支給対象者

- (1) 両眼に視力障害を残すことで、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方または受けと見込まれる方
- (2) 既に使用していた視覚障害者安全つえ※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (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、耐用年数（2～5年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された視覚障害安全つえは、旧使用の「既に使用していた視覚障害者安全つえ」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えて新たな視覚障害者安全つえの購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。

6 義眼

支給対象者

- (1) 1眼または両眼を失明したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (2) 既に装嵌していた義眼※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (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、耐用年数（2年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された義眼は、旧使用の「既に装嵌していた義眼」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えて新たな義眼の購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

失明した1眼につき1個を支給対象とします。

7 眼鏡（コンタクトレンズを含む）

支給対象者

- (1) 1眼または両眼に視力障害を残すことで、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方または受けと見込まれる方
- (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、耐用年数（2年または4年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

コンタクトレンズの購入に要する費用の支給は、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。
症状照会については、14ページの2をご覧ください。

＜医療機関の方へ＞

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号(1) : 39ページ

8 点字器

支給対象者

- (1) 両眼に視力障害を残すことで、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方または受けると見込まれる方
- (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、耐用年数（5年または7年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

9 補聴器

支給対象者

- (1) 1耳または両耳に聴力障害を残すことで、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方または受けると見込まれる方
- (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、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1器を支給対象とします。
両耳の障害がある場合でも、1人につき1器です。

10 人工喉頭

支給対象者

- (1) 言語の機能を廃したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (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、耐用年数（4年または5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

11 車椅子

支給対象者

- (1) 両下肢の用を全廃※または両下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、義足と下肢装具の使用が不可能な方
※下肢の用を全廃とは、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含みます。
- (2) 両下肢の用を全廃または両下肢を亡失したことで、療養（補償）等給付を受けている方※で、傷病が症状固定した後においても義足と下肢装具の使用が不可能なことが明らかに認められる方
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。
- (3) 両下肢の用を全廃または両下肢を亡失したことで、労災保険法の傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金または傷病年金（以下「傷病（補償）等年金」）の支給決定を受け、当該傷病の療養のために通院している方で、義足と下肢装具の使用が不可能な方
- (4) 片下肢の用を全廃または片下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、上肢の障害により義足と下肢装具の使用が不可能な方
- (5) 既に使用していた車椅子※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となつたものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (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、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方※
※(5)で支給された車椅子は、旧使用の「既に使用していた車椅子」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えて新たな車椅子の購入費用の支給は行いません。
- (7) 「12 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方で、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
・自動車で移動する際、電動車椅子の積載が不可能な場合
・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
- (8) 「22 ギヤッチベッド」（12ページ）の支給対象者に該当する方で、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
・手押し型車椅子が必要な場合

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

支給対象者の(7)または(8)に該当する場合は、手押し型車椅子が支給対象です。

12 電動車椅子

支給対象者

- (1) 両下肢と両上肢に著しい障害を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、車椅子の使用が著しく困難だと認められる方
- (2) 両下肢と両上肢の傷病に関し、療養（補償）等給付を受けている方※で、傷病が症状固定した後も車椅子の使用が不可能なことが明らかに認められる方
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。
- (3) 両下肢と両上肢に著しい障害を残すことで、傷病（補償）等年金の支給決定を受け、当該傷病の療養のために通院している方で、車椅子の使用が不可能な方

- (4) 片下肢の用を全廢または片下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、他方の下肢と上肢の障害で、義足と下肢装具の使用が不可能で、車椅子の使用が著しく困難だと認められる方
- (5) 業務災害または通勤災害等で呼吸器または循環器の障害を受け、次の①または②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方
- ①呼吸器または循環器の障害で、傷病（補償）等年金第1級の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- ②呼吸器の障害で、障害（補償）等給付第1級の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方で、次のいずれかの要件に該当する方
- ・動脈血酸素分圧が50Torr 以下であること
 - ・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
 - ・高度の呼吸困難が認められ、かつ、% 1秒量が35 以下または%肺活量が40 以下であること
- (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、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

13 歩行器

支給対象者

- (1) 高度の失調または平衡機能障害を残すことで、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方または受けと見込まれる方
- (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、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

14 収尿器

支給対象者

- (1) せき髄損傷、外傷性泌尿器障害、尿路系腫瘍等の傷病のため、尿失禁を伴うこと、または尿路変向を行ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (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、耐用年数（1年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき2器を支給対象とします。

ただし、人工膀胱用簡易型（使い捨て型）は、義肢等補装具費支給要綱（以下「支給要綱」）の支給基準に定められた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します。

15 ストマ用装具

支給対象者

- (1) 大腸または小腸に人工肛門を造設したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (2) 大腸または小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部もしくは大部分が漏出すること、または腸内容が概ね1日に100ml以上を漏出することで、障害（補償）等給付を受けた方または受けと見込まれる方
- (3) 大腸また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で、障害（補償）等給付を受け、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認める方

支給の範囲

支給要綱の支給基準に定められた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します。

ストマ用装具の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、14ページの2をご覧ください。

＜医療機関の方へ＞

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に回答してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号(2) : 39ページ

16 歩行補助つえ

支給対象者

- (1) 下肢の全部または一部を亡失し、または下肢の機能に障害を残すこと、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方または受けと見込まれる方で、義足または下肢装具の使用が可能な方
- (2) 既に使用していた歩行補助つえ※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (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、耐用年数（2～4年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された歩行補助つえは、旧使用の「既に使用していた歩行補助つえ」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えて新たな歩行補助つえの費用の支給は行いません。
- (4) 「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7～8ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・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

支給の範囲

1人につき1本（松葉づえは原則として1人につき2本）を支給対象とします。

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本を支給対象とします。

17 かつら

支給対象者

- (1) 頭部に著しい醜状を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれる方
- (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がき損した方（故意にき損した方を除く）

支給の範囲

1人につき1個を支給対象とします。

18 浣腸器付排便剤

支給対象者

せき臓損傷者または排便反射を支配する神経の損傷で、用手摘便を要する状態または恒常に1週間に排便が2回以下の高度な便秘を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けと見込まれ、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認める方

支給の範囲

1人につき3日に1個の割合で支給対象とします。

60本（6か月分）をまとめて支給対象とすることができます。

浣腸器付排便剤の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際と、薬剤の銘柄または用量を変更する場合）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、14ページの2をご覧ください。

＜医療機関の方へ＞

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号(3) : 39ページ

19 床ずれ防止用敷ふとん

支給対象者

傷病（補償）等年金または障害（補償）等給付を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す方または両上下肢の用の全廢※もしくは両上下肢を亡失した方のうち、常時介護に関する介護補償給付または介護給付、複数事業労働者介護給付を受けている方

※両上下肢の用の全廢とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃し、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものといます。手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。

なお、全廢には、高度の麻痺が認められるものも含みます。

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

20 介助用リフター（移動式に限る。電動式を含む）

支給対象者

次の(1)または(2)に該当し、かつ、(3)から(6)までのすべてに該当する方に支給します（新規支給の場合は、(6)の要件は除きます。）。

- (1) 傷病（補償）等年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号もしくは第2号に該当する方またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方で、自宅療養者また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
- (2) 障害（補償）等給付を受けた方または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同等程度の障害の状態にあると認められる方
- (3) 車椅子※または義肢の使用が不可能であること
※手押し型車椅子は含みません。
- (4) 当該療養者の症状と、介助用リフターの性能・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
- (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
- (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、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

21 フローテーションパッド（車椅子・電動車椅子用）

支給対象者

- (1) 社会復帰促進等事業として支給された車椅子または電動車椅子を使用する方のうち、床ずれがでん部また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方
- (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、耐用年数（3年または4年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

22 ギヤッヂベッド

支給対象者

次の(1)または(2)に該当し、かつ、(3)に該当する方に支給します。

- (1) 傷病（補償）等年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号もしくは第2号に該当する方またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方で、自宅で療養している方※
※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を含みます。
- (2) 障害（補償）等給付を受けた方または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同等程度の障害の状態にあると認められる方
- (3) 車椅子（手押し型車椅子を除く）または義肢の使用が不可能である方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

23 重度障害者用意思伝達装置

支給対象者

- (1) 両上下肢の用を全廃※または両上下肢を亡失し、かつ、言語の機能を廃したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、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方
- (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、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

※両上下肢の用を全廃とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃し、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものを言います。手指の用を廃したものとは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。

なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含みます。

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

重度障害者用意思伝達装置の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、14ページの2をご覧ください。

＜医療機関の方へ＞

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号(4)：39ページ