

「リスト収載することが適当と認められるもの」とされた製品の  
「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」における評価

# 「リスト収載することが適当と認められるもの」とされた製品(29品目)の評価 ①

○「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」において、リスト収載提案書について、取扱説明書や写真等から提案書の記載内容が以下の観点から妥当かを確認し、リスト掲載が妥当かを審査した。

○以下の29品目について、「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」において、「リスト収載することが適当と認められるもの」と評価した。

## 【補装具の基準を準用した場合】

- ① 装具の区分・名称・型式は妥当か。
- ② 装具の構造に対して算出の内訳は妥当か。(※価格設定のための参考)

## 【適応】

- ③ 「適応」の記載内容は妥当か。

## 【装具の機能・目的】

- ④ 対象疾患・症状等より、「装具の機能・目的」の記載内容は妥当か。
- ⑤ 装具の構造等より、「装具の機能・目的」の記載内容は妥当か。
- ⑥ 対象疾患・症状に対して装具装着の治療効果は認められるか。

## 【装具装着の緊急性等】

- ⑦ 対象疾患・症状等より、装具の「装着の緊急性」の記載内容は妥当か。
- ⑧ 対象疾患・症状等より、「緊急性の理由」の記載内容は妥当か。

## 【医師の関与】

- ⑨ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められるか。

## 【療養の給付(現物給付)での対応の可否】

- ⑩ 対象疾患・症状や装具の構造より、療養の給付(固定帯やギプス)によらず、装着する必要(治療効果)が認められる装具であるか。

## 【義肢装具士の関与】

- ⑪ 「初回装着時の修正・調整作業」の内容は妥当か。
- ⑫ 「患者に対する装着指導」の内容は妥当か。
- ⑬ 「装着後のフォローアップ」の内容は妥当か。
- ⑭ 上記⑪～⑬より、義肢装具士の関与が高いものと認められるか。

## 【製品の試験・普及性】(安全性試験等実施の有無、販売実績数、メーカー保証期間等)

- ⑮ 現物より、製品としての安全性が認められる装具であるか。

| 製品名                | 検討WG   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
|--------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| アンクルアジャスト・SP       | 第1回・2回 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | ○ |
| アンクルフィット           | 第1回・2回 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | ○ |
| 足関節サポーター FO        | 第1回・2回 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | ○ |
| ニーグリップ・パテラ         | 第1回    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | ○ |
| リストケア・プロ           | 第1回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| オーバルエイト フィンガースプリント | 第1回    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## 【適否について】

- ・・・適否について、適の事項
- △・・・適否について、各構成員の意見が分かれた事項
- ×・・・適否について、否の事項

## 「リスト収載することが適当と認められるもの」とされた製品(29品目)の評価 ②

| 製品名                 | 検討WG   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ | ⑪ | ⑫ | ⑬ | ⑭ | ⑮ |
|---------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| マレットフィンガースプリント      | 第1回・2回 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ |
| カペナスプリント            | 第1回・2回 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ |
| ニーグリップO A 3         | 第2回    | ○ | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | △ | ○ | ○ |
| ニーグリップ・クロスベルト       | 第2回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | △ | △ | △ | ○ | ○ |
| ニーグリップ・M C L        | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | △ | ○ | ○ |
| ニーグリップ・サポート         | 第2回    | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | △ | ○ | ○ |
| 膝サポーターM C L & L C L | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターO A G X       | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | △ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターO A S X 3     | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターO A E X       | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターショート3         | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターP C L         | 第2回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 膝サポーターライトスポーツ3      | 第2回    | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (N S) P.O.スポーツM C L | 第2回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (N S) P.O.スポーツショート3 | 第2回    | ○ | △ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (N S) P.O.スポーツライト3  | 第2回    | ○ | △ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ウルTRASリングⅢ          | 第2回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ショルダーブレース・エアーフィット   | 第2回    | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| サムフォーム              | 第2回    | ○ | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| プログライド172           | 第2回    | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヒッププロテクターⅡ          | 第3回    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ニーグリップ・A C L        | 第3回    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (N S) P.O.スポーツA C L | 第3回    | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

### 【適否について】

○・・・適否について、適の事項

△・・・適否について、各構成員の意見が分かれた事項

×・・・適否について、否の事項

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号: 1

|                  |                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | アンクルアジャスト・SP                                                                                                                                                                           |
| メ ー カ ー 名        | アルケア株式会社                                                                                                                                                                               |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                                    |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                                |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。<u>(自社基準の耐久性試験は実施)</u></p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                           |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:3

|                  |                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | アンクルフィット                                                                                                                                                                               |
| メーカ名             | アルケア株式会社                                                                                                                                                                               |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                                    |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                                |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。<u>(自社基準の耐久性試験は実施)</u></p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                           |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:6

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 足関節サポーターFO                                                                                                                                                       |
| メ ー カ ー 名        | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:9

|                  |                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ・パテラ                                                                                                                                                                             |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                                               |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                                    |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                                |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。<u>(自社基準の耐久性試験は実施)</u></p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                           |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:15

|                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | リストケア・プロ                                                                                                                                                                     |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                          |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                      |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p>             |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                 |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |



## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:16

|                  |                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | オーバルエイト フィンガースプリント                                                                                                                                                                     |
| メーカ名             | 3-Point Products                                                                                                                                                                       |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                                    |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                                |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。<u>(自社基準の耐久性試験は実施)</u></p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                           |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                                      |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:17

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | マレットフィンガースプリント                                                                                                                                                   |
| メーカ ー 名          | 株式会社田沢製作所                                                                                                                                                        |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:19

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | カペナスプリント                                                                                                                                                         |
| メーカ名             | 株式会社松本義肢製作所                                                                                                                                                      |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号: 1

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ OA3                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                         |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:2

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ・クロスベルト                                                                                                                                                    |
| メーカ名             | アルケア株式会社                                                                                                                                                         |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:3

|                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ・MCL                                                                                                                                                                   |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                          |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                      |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p>             |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                 |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:4

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ・サポート                                                                                                                                                      |
| メーカ名             | アルケア株式会社                                                                                                                                                         |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:5

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターMCL&LCL                                                                                                                                                    |
| メーカ ー 名          | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |



## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:6

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターOAGX                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:7

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターOASX3                                                                                                                                                      |
| メ ー カ ー 名        | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:8

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターOAEX                                                                                                                                                       |
| メーカ名             | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:9

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターショート3                                                                                                                                                      |
| メーカ ー 名          | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                     |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:10

|                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターPCL                                                                                                                                                                    |
| メーカ ー 名          | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                                 |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                          |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                      |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p>             |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                 |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:11

|                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | 膝サポーターライトスポーツ3                                                                                                                                                               |
| メーカ ー 名          | 日本シグマックス株式会社                                                                                                                                                                 |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                          |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                      |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p>             |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                 |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(<input checked="" type="checkbox"/>継続審議又は:<input type="checkbox"/>否の場合、その理由を必ず記載):</p> |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:12

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | (NS)PO スポーツ MCL                                                                                                                                                  |
| メーカ 名            | 株式会社仁徳商会                                                                                                                                                         |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:13

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | (NS)PO スポーツショート3                                                                                                                                                 |
| メーカ名             | 株式会社仁徳商会                                                                                                                                                         |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |



## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:14

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | (NS)PO スポーツライト3                                                                                                                                                  |
| メーカ 名            | 株式会社仁徳商会                                                                                                                                                         |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:17

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ウルTRASリングⅢ                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | DJO                                                                                                                                                              |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:18

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ショルダーブレース・エアーフィット                                                                                                                                                |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                         |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:19

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | サムフォーム                                                                                                                                                           |
| メ ー カ ー 名        | オットーボック・ジャパン株式会社                                                                                                                                                 |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:20

|                  |                                                                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | プログライド172                                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | OPTEC USA, Inc.                                                                                                                                                                 |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                                             |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                                         |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。(CEマーク取得、厳重に管理)</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                                    |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                               |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                               |

## 療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号: 1

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ヒッププロテクターⅡ                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | 株式会社トクダオルソテック                                                                                                                                                    |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>A. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>Ⓑ 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:6

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | ニーグリップ・ACL                                                                                                                                                       |
| メーカ ー 名          | アルケア株式会社                                                                                                                                                         |
| 医 師 の 関 与        | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:7

|                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 製 品 名            | (NS)P. O. スポーツ ACL                                                                                                                                               |
| メーカ名             | 株式会社仁徳商会                                                                                                                                                         |
| 医師の関与            | <p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>                                                              |
| 義肢装具士の関与         | <p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>                          |
| 安 全 性            | <p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[ ]</p> |
| 治療上の有用性          | <p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。<br/>コメント:</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。<br/>コメント</p>                                                                     |
| 事務局意見            | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |
| リスト収載が適当と認められるか。 | <p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>                                                |