

# 支給基準

## 1 - 1 義肢

### 支給対象者

- (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又は障害給付（以下「障害（補償）給付」という。）の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (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などにおいて療養し、かつ、労災保険法による療養補償給付又は療養給付（以下「療養（補償）給付」という。）を受けている方であって、症状固定後に障害（補償）給付を受けることが明らかである方
- (3) 「11 車椅子」又は「12 電動車椅子」（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
- (4) 既に装着していた義肢※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、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あって、耐用年数（0.5～5年）を超えたものをお持ちの方※  
※（4）で支給された義肢については、旧使用の「既に装着していた義肢」が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな義肢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。

※型式（装飾用、能動式、常用、作業用）の別によりません。

- 上記（4）に該当する方については、き損した義肢1本につき1本
- 上記（5）に該当する方については、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

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については、17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により、障害（補償）給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、次の要件を全て満たす方
  - 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
  - イ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
  - ウ 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
  - エ ソケットの装着が可能である断端を有すること
  - オ 肩及び肘の関節の機能に著しい障害がないこと

- (2) 1 上肢を手関節以上で失うとともに、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)給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、前ページ(1)のアからオの要件を全て満たす方

※上肢の用が全廃とは、肩関節、ひじ関節及び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、を言います。手指の用を廃したものと、とは、手指の末節骨の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節関節(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まれます。

## 2 片側上肢切断者

- (1) 1 上肢を手関節以上で失ったことにより、障害(補償)給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、以下のアからウの要件を全て満たす方

ア 次の(ア)から(ウ)のいずれかに該当する方

(ア) 就労中(休職中を含む。)の方で、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拡大等が見込まれる方

(イ) 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る方(公共職業安定所への求職申込等就職活動中の方を含む。)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拡大等が見込まれる方

(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方

イ 筋電電動義手の装着訓練、試用装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方

ウ 前ページの両上肢切断者の要件(1)のアからオを全て満たす方で、筋電電動義手を継続して使用することが可能である方

### 支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。

筋電電動義手の購入費用の支給については、下記に基づいて判断しますので、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):34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):35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、18ページの4をご覧ください。

筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、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、下記の書面により、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。)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):34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):35ページ)

また、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又は明らかに支給基準(3~4ページ参照)を満たさないことが判明した場合は、「装着訓練中止報告書」(様式第13号:37ページ)により、所轄局長に対し報告してください。

## 2 上肢装具、下肢装具

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 下肢装具について、「11 車椅子」又は「12 電動車椅子」（8ページ）の支給対象者の（1）～（4）のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
- (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又は下肢装具であって、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方※  
※（3）で支給された上肢装具又は下肢装具については、旧使用の「既に装着していた上肢装具又は下肢装具」が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな上肢装具又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、
  - ・上記（3）に該当する方については、き損した上肢装具又は下肢装具1本につき1本
  - ・上記（4）に該当する方については、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により、障害等級第8級以上の障害（補償）給付の支給決定を受けた方又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体幹装具であって、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 座位保持装置

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、座位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方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された座位保持装置であって、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 盲人安全つえ

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 既に使用していた盲人安全つえ※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、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盲人安全つえであって、耐用年数（2～5年）を超えたものをお持ちの方※  
※（2）で支給された盲人安全つえについては、旧使用の「既に使用していた盲人安全つえ」が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな盲人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眼又は両眼を失明したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 既に装嵌していた義眼※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、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あって、耐用年数（2年）を超えたものをお持ちの方※  
※（2）で支給された義眼については、旧使用の「既に装嵌していた義眼」が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても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）給付の支給決定を受けた方又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眼鏡であって、耐用年数（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ので、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、17 ページの 2 をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第 18 号(1)：39 ページ）により、所轄局長へ結果を回答してください。

## 8 点字器

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又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あって、耐用年数（5 年又は 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）給付の支給決定を受けた方又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あって、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。※  
※両耳の障害の場合であっても、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により、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又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あって、耐用年数（4 年又は 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※又は両下肢を亡失したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、義足及び下肢装具の使用が不可能である方  
※下肢の用が全廃とは、股関節、ひざ関節及び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まれます。
- (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）給付を受けている方※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又は傷病年金（以下「傷病（補償）年金」という。）の支給決定を受けた方であって、当該傷病の療養のために通院している方で、義足及び下肢装具の使用が不可能である方
- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、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方
- (5) 既に使用していた車椅子※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、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。
- (6) 社会復帰促進等事業として購入費用が支給された車椅子であって、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については、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により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても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」（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※  
※「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
  - 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
  - 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
- (8) 「22 ギャッチベッド」（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

### 支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

なお、支給対象者の（7）又は（8）に該当する場合は、手押し型車椅子が支給対象となります。

## 12 電動車椅子

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められる方
- (2) 両下肢及び両上肢の傷病に関し、療養（補償）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車椅子の使用が不可能である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) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、傷病（補償）年金の支給決定を受けた方であって、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である方
- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、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方
- (5) 業務災害又は通勤災害により呼吸器又は循環器の障害を受けた方であって、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方
  - ア 呼吸器又は循環器の障害により、傷病（補償）年金第1級の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
  - イ 呼吸器の障害により、障害（補償）給付第1級の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、次のいずれかの要件に該当する方
    - (ア) 動脈血酸素分圧が 50Torr 以下であること
    - (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
    - (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
- (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、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 歩行車

#### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又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歩行車であって、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）給付の支給決定を受けた方又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収尿器であって、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、人口膀胱用簡易型（使い捨て型）については、義肢等補装具費支給要綱（以下「支給要綱」という。）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) 大腸又は小腸に人工肛門を造設したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (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おおむね1日に100ml以上を漏出することにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (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）給付の支給決定を受けた方であって、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ので、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、17ページの2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(2)：40ページ）により、所轄局長へ結果を回答してください。

## 16 歩行補助つえ

### 支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、義足又は下肢装具の使用が可能である方
- (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あって、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については、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により購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな歩行補助つえの購入費用の支給は行いません。
- (4) 「11 車椅子」又は「12 電動車椅子」（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

### 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により、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、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。

なお、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、及び薬剤の銘柄又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ので、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、17ページの2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(3)：41ページ）により、所轄局長へ結果を回答してください。

## 19 床ずれ防止用敷ふとん

### 支給対象者

傷病（補償）年金又は障害（補償）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又は両上下肢の用の全廃若しくは両上下肢を亡失した方のうち、常時介護に係る介護補償給付又は介護給付を受けている方

### 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（電動式を含む）

### 支給対象者

次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、ウからカ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、カの要件は除きます。）。

- ア 傷病（補償）年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当する方又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
- イ 障害（補償）給付を受けた方又は受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当する方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方
- ウ 車椅子※又は義肢の使用が不可能であること  
※電動車椅子及び手押し型車椅子は含みません。
- エ 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
- オ 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
- カ 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、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又は電動車椅子を使用する方のうち、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あって、耐用年数（3年又は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 ギャッチベッド

### 支給対象者

次の(1)又は(2)のいずれかに該当し、かつ、(3)に該当する方に支給します。

- (1) 傷病（補償）年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当する方又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、かつ、自宅療養者※である方  
※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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当する方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方
- (3) 車椅子（手押し型車椅子を除く。）又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）給付の支給決定を受けた方又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あって、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。

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ので、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、17ページの2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(4)：42ページ）により、所轄局長へ結果を回答してください。