

補装具費支給制度について

I 補装具費支給制度の概要

1 根拠

- (1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。)第 5 条第 26 項及び第 76 条
- (2) 「補装具費支給事務取扱指針」(平成 30 年 3 月 23 日障発 0323 第 31 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。)
- (3) 「岩手県補装具費支給事務取扱要領」(以下「要領」という。)
 ※法に基づき、岩手県福祉総合相談センター(以下「センター」という。)が実施する補装具費支給に係る判定事務について必要な事項を定めたもの。

2 補装具とは

「補装具」とは、障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用されるものその他の厚生労働省令で定める基準に該当するものとして、義肢、装具、車椅子その他の厚生労働大臣が定めるものをいう。

・法施行規則第 6 条の 20 で定める基準

- (1) 障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること。
- (2) 障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労もしくは就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること。
- (3) 医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること。

3 補装具費支給の目的(指針)

失われた身体機能を補完又は代替する用具であり

- 身体障害者及び 18 歳以上の難病患者等(以下「身体障害者」という。)の職業その他日常生活の効率の向上を図ることを目的とする。
- 身体障害児及び 18 歳未満の難病患者等(以下「身体障害児」という。)については、将来、社会人として独立自活するための素地を育成・助長すること等を目的とする。
- 市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、身体障害者福祉司、保健師等の専門職員及び補装具の販売又は修理を行う事業者(以下「補装具事業者」という。)との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状態、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行う。
 なお、その際、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要がある。

- ・「身体障害者」とは、18 歳以上で身体障害者手帳の交付を受けたもの(身体障害者福祉法第 4 条)
- ・「身体障害児」とは、18 歳未満で身体障害者手帳の交付を受けたもの(児童福祉法第 4 条第 2 項)
- ・「難病患者等」とは、治療方法が確立しておらず、その診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっておらず、かつ、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものであって、当該疾病の患者の置かれている状況からみて当該疾病の患者が日常生活又は社会生活を営むための支援を行うことが特に必要なものとして内閣総理大臣及び厚生労働大臣が定める疾病(R7. 4~376 疾病)による障害の程度が、当該障害により継続的に日常生活に相当な制限を受ける程度であるもの

4 補装具費支給の流れ

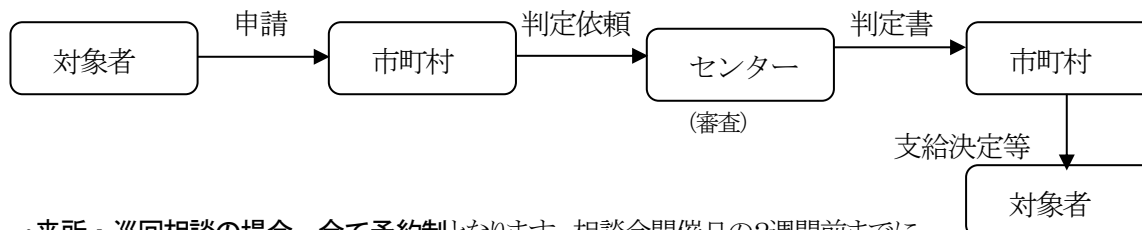
市町村は、補装具費支給制度の実施主体として利用者の申請に基づき、補装具の購入・借受け又は修理が必要と認めるときは、購入・借受け又は修理に要した費用を利用者に補装具費として支給します。

センターは市町村からの依頼に応じ、補装具の新規支給、再支給、修理に係る医学的判定を実施します。

来所・巡回相談の場合



書類判定の場合



- ・来所・巡回相談の場合、全て予約制となります。相談会開催日の2週間前までに判定依頼書及び必要書類の提出をお願いいたします。
- ・施設入所者の補装具の判定については、直接判定(来所・巡回相談への参加)を行うことが困難な場合、書類または動画での判定を行うことが可能となりました。動画判定の要望があった際には、対応についてその都度確認いたしますので、センターにお問い合わせをお願いいたします。
- ・書類判定の場合、岩手県補装具費支給事務取扱要領に定めるとおり判定依頼書に必要書類を添付して送付してください。医師の審査の上で判定書を交付します。
- ・児童用補装具で自立支援医療機関(育成医療機関)の医師が作成した補装具費支給意見書については、判定依頼は不要です。

※ 全ての補装具について、センターでの判定が必要なわけではありません。(要領2(2)及び、本資料16頁補装具判定依頼対応表を参照のこと)

※ 難病患者等に対する判定について(要領4(5))(本資料6頁にも記載がございます)

医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合には、

「迅速判定に係る調査書」(様式第22号)の作成が必要となります。

その上で、更生相談所の判定を要する種目にあつては、様式第1号の判定依頼書により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応をお願いします。

5 補装具費支給意見書を作成する医師について

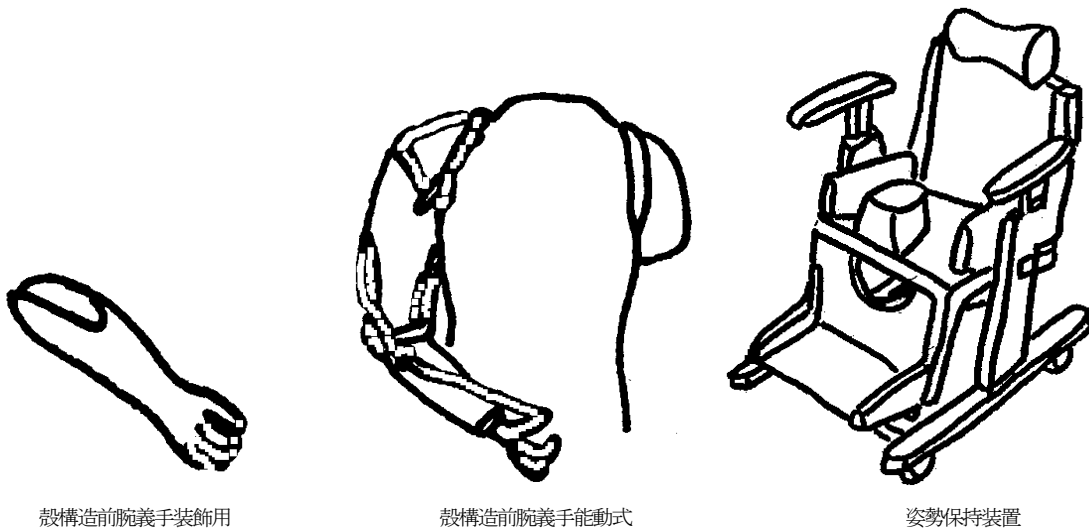
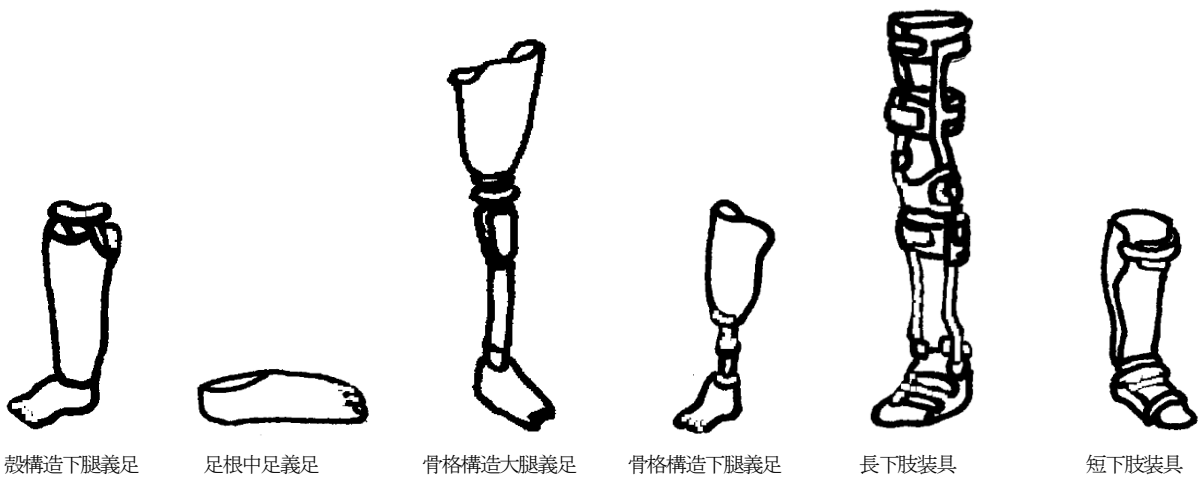
| | 身体障害者 | 身体障害児 | 難病患者等 |
|---|-------|-------|-------|
| 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 | ○ | ○ | ○ |
| 指定自立支援医療機関の医師(所属学会認定の専門医) | ○ | ○ | ○ |
| 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 | ○ | ○ | ○ |
| 保健所の医師 | — | ○ | ○ |
| 難病法第6条第1項に基づく指定医師(注) | — | — | ○ |

注)岩手県庁ホームページ:保健福祉部健康国保課健康予防担当の「難病医療費助成指定医一覧」参照。

6 補装具の種目

| 種 目 | 名 称 | 種 目 | 名 称 |
|-----------|-------------------|--------------|--------------|
| 義肢(義手、義足) | 殻構造 | 電動車椅子 | |
| | 骨格構造 | 車載用姿勢保持装置 | |
| 装具 | 下肢装具、上肢装具 体幹装具 | 起立保持具 | (障がい児のみ) |
| 姿勢保持装置 | | 歩行器 | |
| 視覚障害者安全つえ | 普通用、携帯用、身体支持併用 | 排便補助具 | (障がい児のみ) |
| 義眼 | | 歩行補助つえ | 松葉づえ |
| 眼鏡 | 矯正用 | | カナディアン・クラッチ |
| | 遮光用 | | ロフストラッド・クラッチ |
| | コンタクトレンズ | | 多脚つえ |
| 補聴器 | | | プラットホーム杖 |
| 車椅子 | | 重度障害者用意思伝達装置 | |

(「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 528 号。以下「告示」という。))



7 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

- (1) 原則として、1 種目につき 1 個です。
- (2) 身体障がい者(児)の障害の状況を勘案し、職業又は教育上の特に必要と認めた場合は、2 個支給することができます。
- (3) 医学的判定を要するとされている補装具(義肢・装具・姿勢保持装置・電動車椅子・車椅子・重度障害者用意思伝達装置)について、同じ種目を複数同時に申請する場合、又は既に支給済みのものに加えて 2 個目の支給を申請する場合は、原則としてセンターの来所・巡回相談において判定が必要です。

| | | |
|----|------|---------------------------------|
| 例) | ・義手 | 能動式、作業用、装飾用のうち職業及び生活状況等を考慮して2個。 |
| | ・義足 | 仕事用と日常生活用 |
| | ・車椅子 | 職場用と自宅用 |

- (4) 医学的判定を要しない補装具については、市町村において必要性や有効性等について十分に検討、決定してください。

8 耐用年数について

- (1) 告示に規定されている耐用年数は、通常の装着等状態で使用した場合に、その補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものです。
- (2) 補装具費の支給を受けた方の障がいの状況や作業の種類等によっては、実際の耐用年数に長短があると予想されますので、再支給の際には実情に沿うよう十分配慮することが必要です。

| | |
|----|---|
| 例) | ア 耐用年数経過前であっても修理不能となった場合 |
| | イ 部品の交換を行うよりも新たに購入した方が真に合理的・効果的であると認められる場合。 |

- (3) 災害等、本人の責任に拠らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができます。
- ※ 補装具を使用している状況は様々です。毎日、リハビリのために歩く人、仕事が営業で義足で日に1万歩も歩く人、日常生活圏内しか移動しない人など様々であり、再支給や修理が必要な期間も人それぞれですので、一概に耐用年数にとらわれず、個別の状況により柔軟に対応願います。

9 購入等に要する費用の額の算定に関する基準について

- (1) 「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号。以下「告示」という。)の別表に定める価格は、上限の価格として定められています。
 - (2) 「消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件」(平成3年厚生省告示第130号)により消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の106に相当する額が購入又は修理に要する費用の額の上限となります。(小数点以下切捨て)
- ※ただし、装具(レディメイド)の購入については、補装具事業者の仕入時にあっても非課税であることから、別表の価格の100分の100に相当する額を購入又は修理に要する費用の額の上限とします。
- (3) 消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の110に相当する額を上限とします。(小数点以下切捨て)

10 差額自己負担について

補装具支給の必要性を認める補装具について、その種目、名称、型式、基本構造等は支給要件を満たすものであるが、使用者本人が希望するデザイン、素材等の嗜好的な部分を選択することにより基準額を超えることとなる場合は、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは差し支えありません。

例) ・車椅子のシート等の色、柄を変更するために要する費用の差額。

(リクライニングをティルトリクライニングにというような、構造や機構の変更のための差額は認められません。)

11 他制度で支給された補装具の修理について

補装具の修理については、補装具費支給制度で支給された補装具であるか否かは問いませんが、次の事項に留意してください。

- (1) 労災制度及び他の制度において給付されたものは、その後も継続して当該制度が適用される可能性があります。他制度担当機関から確認してください。その制度で修理が認められない場合には障害者総合支援法による給付ができます。
- (2) 介護保険等による貸与物品の修理は補装具費支給制度の修理の対象とされていません。
- (3) 自費購入または寄贈により活用している補装具については、それが障害者総合支援法の支給基準に適合しており、障がい者にとって真に必要と認められた場合には修理の対象となります。
- (4) 差額自己負担した補装具については、支給が認められている部分のみ、修理基準の範囲内での修理が可能です。

12 特例補装具費の支給について

- (1) 特例補装具とは、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、身体障がい者・児の現症や生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示別表に定める名称、型式、製作要素及び完成部品によることができない補装具のことをいいます。(※「真にやむを得ない事情」とは、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難であることを指します。)

例) 人工内耳装用者に対する補聴援助システム等

- (2) 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、センターの判定又は意見に基づき市町村が決定します。
- (3) 市町村が特例補装具の判定をセンターに依頼する際は、要領に定める「特例補装具費支給(購入・修理)理由書」(様式第15号)(以下「理由書」という。)に記載のうえ提出してください。

(記載する内容)

対象者の職業、教育、生活状況及び生活環境等、用具購入の必要性、告示に規定されている補装具の範囲内で対応できない理由、その用具に付加する機能、付属品の有効性等と「真にやむを得ない」とする理由等。

※なお、令和7年度より「一部特例」の区分が設けられました。一部特例に該当する場合は上記内容についての記載は不要となります。

- (4) 特例補装具の再支給及び修理については、新規購入と同様の医学的判定を必要とします。ただし、特例車椅子のバッテリー、タイヤ、キャスト等の消耗品の修理については、前回交付時から型式・仕様に変更がないことを確認できる場合に限り、医学的判定を省略することが可能となります。

※特例補装具の判定依頼については、下記の点に留意してください。

- ①見積書(写)のほかに、特例補装具の価格、性能が分かるカタログが添付されているか。
- ②医師が必要性を認め、意見書に明記しているか。
- ③特例補装具を希望する明確な理由があるか。(どこで何をするために必要とするのか。身体状況、就労・就学の状況、生活状況、生活環境等からみて必要性は認められるか、基準内のものでは対応できないかを十分に調査検討してください。)

13 難病患者等の補装具費支給について

- (1) 難病患者等に対する補装具費の支給については、身体障害者手帳をもっていない方も対象となります。
- (2) 補装具申請時に、特定疾患及び難病患者等であることが判る医師の診断書(任意様式)又は特定疾患医療受給者証の写しが必要となります。(意見書作成可能な医師については2頁参照)
- (3) 難病患者等についても全種目の補装具の申請が可能。ただし、疾病との因果関係が認められる症状や障がいに対するものであることを要件とします。
- (4) 医師の意見書には、症状の日内変動や重度の症状が出現した時の状態及び、そのことを踏まえて補装具を必要とする理由を詳細に記載していただく必要があります。
- (5) 判定依頼する場合は、要領に定める「難病の症状等に係る調査書(様式第17号)」が必要です。
- (6) 難病患者等日常生活用具給付事業(旧)により「車椅子」「電動車椅子」「重度障害者用意思伝達装置」「歩行器」「整形靴」の支給を受けている場合は、不支給とにならないように配慮してください。
- (7) 医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合(注)には、「**迅速判定に係る調査書**」(様式第22号)の作成が必要です。

更生相談所の判定を要する種目にあつては、様式第1号の判定依頼書により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼し、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応をお願いします。

注) 補装具費支給意見書における医学的所見欄の「支給決定手続き」について、迅速に☑があり、迅速手続きを必要とする医学的理由が記載されている場合。

14 補装具の借受け

平成 30 年度から補装具費に借受けが追加されました。

(1) 借受けの想定

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

(2) 借受けの対象となる種目

- ① 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- ② 重度障害者用意思伝達装置の本体
- ③ 歩行器
- ④ 車載用姿勢保持装置

(3) (2)の①、②はセンターによる判定、(2)の③、④は市町村での決定となります。

(2)の①は補装具のうちの完成用部品について完成用部品の償却期間に基づいた月額を算定して、②、③、④は借受け単価(月額単価)に基づいて、算定することになります。

借受け単価は、①義肢・装具・姿勢保持装置の完成用部品のように、各完成用部品の耐用年数ごとにその償却期間を算定して月額単価を割り出すものと、②重度障害者用意思伝達装置、③歩行器、④車載用姿勢保持装置のように月額単価が基準で決まっているものとに分かれます。

【完成用部品耐用年数】

殻構造義肢

| 材料・部品名 | 耐用年数 年 | 備考 |
|---------------|-----------|---|
| 継手類 | 3 | 耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと |
| 手部 | 1 | |
| 手袋 | 1 | |
| 足部 | 1 | |
| その他の小部品 (消耗品) | 1 | |

骨格構造義肢

| 材料・部品名 | 耐用年数 年 | 備考 |
|-----------------|-----------|---|
| パイプ (チューブアダプター) | 5 | 耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと |
| 継手類 | 3 | |
| 手部 | 3 | |
| ターンテーブル | 3 | |
| 手袋 | 1. 5 | |
| 足部 | 1. 5 | |
| フォームカバー (義手用) | 1. 5 | |
| フォームカバー (義足用) | 0. 5 | |
| その他の小部品 (消耗品) | 1 | |

装具

| 材料・部品名 | 耐用年数 年 | 備考 |
|---------------|-----------|---|
| 継手類 | 1. 5 | 耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと |
| その他の小部品 (消耗品) | 1 | |

姿勢保持装置

| 材料・部品名 | 耐用年数 年 | 備考 |
|--------|-----------|---|
| 姿勢保持装置 | 3 | 耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと |

算定例)

骨格構造 膝継手 1 遊動式 油圧 Proteor 1P50-R 712,500 円
 $712,500 \div ((耐用年数を月に換算) 36 \text{ 月} \times (2/3)) = 29,687.5 \text{ 円}$
 (小数点以下切捨て)

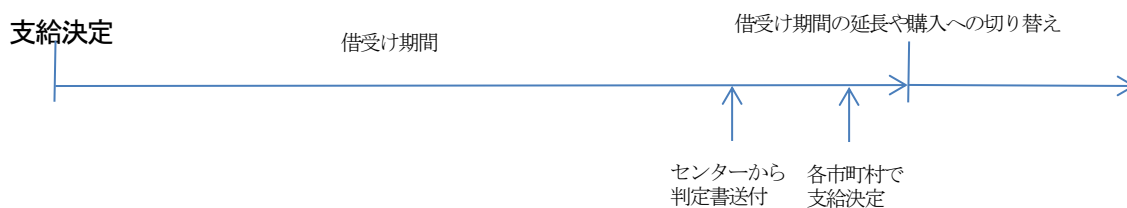
29,687 円が借受けの月額単価となる。

(4) 借受け期間設定時の注意点

借受けは歩行器、車載用姿勢保持装置については、市町村で決定しますが、それ以外の補装具はセンターで判定します。

従前の支給決定までの流れは5のとおりですが、借受けが入った場合には、借受け終了前に購入又は借受けの再決定のために、再度、センターでの決定が必要となりますので御注意願います。

市町村で再度支給決定が遅れると、空白期間が生じますので注意してください。



(5) 想定される対象者の要件

| 場合 | 種目・品目 | 想定される対象者の要件 | 備考 |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要である | ・姿勢保持装置構造フレーム ・歩行器 ・車載用姿勢保持装置 | 成長に伴い体格の変化が著しく、種目の耐用年数の期間にわたり継続して利用できないことが想定される児童 | パッド、ベルト類など個別に作製が必要な部分は購入と組み合わせることを可能とする |
| 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される | ・重度障害者用意思伝達装置 (本体) | 障害の進行に伴い、名称・基本構造の変更、短期間の使用が想定される者 言語発達の成長に合わせて名称・基本構造の変更が想定される児童 | 重度障害者用意思伝達装置入力装置 (スイッチ) など個別に必要な部分は購入と組み合わせることを可能とする |
| 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要である | 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品 | 複数の部品を比較検討し、使用可能なのか、使用効果があるのかなどの検討が必要な者 | 使用効果を比較検討した結果、最も適切な部品を購入すること |

(6) 借受け期間の考え方

| 種目・品目 | 借受け期間 | 借受け期間の延長・購入の考え方 |
|--------------------------------------|-----------------|--|
| 姿勢保持装置 構造フレーム 歩行器 車載用姿勢保持装置 | 原則 1 年まで、最長 3 年 | 実際に生活や就学の場面で使用し、身体の成長に応じてサイズ変更が必要な場合には適宜借受けを終了し、適合するサイズのものに変更して借受けを延長する。成長の度合いが安定した場合は購入に至る。 歩行器、車載用姿勢保持装置の必要性を検討するため、実際に生活や就学の場面で使用して効果を確かしてから購入に至る。 |
| 重度障害者用意思伝達装置 (本体) | 原則 1 年まで、最長 3 年 | コミュニケーション手段として使用が可能かを見極めるために借受けを利用する。実際に有用性が確認できればその製品を購入するか借受けの延長で使用を続ける。 |
| 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品 | 数カ月～1年 | 実際に生活や就労の場面で使用し、その製品や部品が適当なのかを判断する場合と、複数の製品や部品を順次借受けして最も適切な製品を選択する場合がある。いずれも借受けの延長で繋ぐことはせず、購入に至ることを原則とする。 |

II 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について(法第7条、施行令第2条)

障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等を受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して取扱います。

※参考 制度間の優先順位

| | |
|-----------|--|
| 1損害賠償制度 | ・自動車損害賠償責任保険等、加害者が直接、損害賠償責任を負う制度 ・義足・義眼等の必要性・相当性が認められれば給付の対象になる。 |
| 2業務災害補償制度 | ・労働者災害補償保険法、公務員災害補償法等業務上に起因する疾病及び障害への補償として行なわれる制度 |
| 3社会保険制度 | ・国民健康保険、船員保険等の各種医療保険(治療用装具・仮義足等) ・共済年金法等の各種年金法 ・介護保険法による福祉用具貸与 |
| 4社会福祉制度 | ・障害者総合支援法 ・戦傷病者特別援護法 ・児童福祉法 |
| 5公的扶助制度 | ・生活保護法 |

1 治療用装具について

治療段階における症状の回復・改善を目的として一時的に利用する義肢・装具については、医療保険等により処方されるものであり、補装具費を支給することはできません。

(例)

- ・骨折や術後の治療に使用される固定や免荷用装具
- ・病巣安静のための固定装具
- ・痛みのある時のみ使用する体幹装具(コルセット)
- ・切断術後に用いられる訓練用仮義足
- ・脳血管障害や脊髄損傷等の歩行訓練に使用する下肢装具

2 介護保険による福祉用具貸与との適用関係

介護保険の給付対象(認定を受けていない者も含む)となる身体障がい者については、介護保険の福祉用具の給付(貸与)が優先です。

ただし、障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される場合には、センターの判定に基づき、障害者総合支援法により補装具費を支給することが可能です。

※ 参考 介護保険対象者等

1 対象者

- ・65歳以上であって介護保険法の要介護状態又は要支援状態に該当する者
- ・40歳以上65歳未満の者であって介護保険法で規定する特定疾病(注)により要介護状態又は要支援状態に該当する者

注) 特定疾病とは(16 疾病)

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| がん | 脊柱管狭窄症 |
| 関節リウマチ | 早老症 |
| 筋萎縮性側索硬化症(ALS) | 多系統萎縮症 |
| 後縦靭帯骨化症 | 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 骨折を伴う骨粗鬆症 | 脳血管疾患 |
| 初老期における認知症 | 閉塞性動脈硬化症 |
| 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | 慢性閉塞性肺疾患 |
| 脊髄小脳変性症 | 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

2 福祉用具貸与に係る種目

| | |
|---------|--|
| 1車いす | 自走用標準型車いす、介助用標準型車いす |
| 2電動車いす | 普通型電動車いす |
| 3車いす付属品 | クッション又はパッド、電動補助装置、テーブル、ブレーキ |
| 4歩行器 | 歩行器、歩行車 |
| 5歩行補助つえ | 松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフスタンド・クラッチ、プラットホームクラッチ、多点杖 |

3 介護保険法による介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設に入所中の取扱いについて

身体状況等から、施設で備える既製品では対応できず、身体状況に合わせて個別に製作する必要がある場合は、障害者総合支援法において要否を検討(必要に応じてセンターに判定依頼を行います)したうえで給付ができます。

Ⅲ 判定依頼の留意点について

1 申請(相談)受付

| 流れ | チェックポイント |
|--|---|
| ① 補装具費支給の対象者かを確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳内容との確認 傷病名、障害名(障害の左右)等が必要とする補装具と合っているか。 ・障害名追加又は障害程度変更等の必要はないか。 ・難病患者等の場合には、特定疾患医療費受給者証か、医師の診断書(任意様式)で確認 |
| ② どのような補装具を希望しているかを確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・補装具の種類、型式、使用目的、使用する生活環境等 ・職業上及び日常生活上で必要な補装具であることの確認。 |
| ③ 他制度の利用ができないかを検討します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・労災や交通事故関係の制度を利用できないか。 ・介護保険の福祉用具貸与と共通していないか。 (車椅子等) ・医療保険が適用(「治療用装具」)にならないか。 (義肢、装具等) |
| ④ 意見書と見積書を確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・意見書は要件を満たす医師が作成したものか。 ・意見書に補装具の必要性が記載されているか。使用効果見込が記載されているか。 ・意見書記載項目と見積書記載項目は一致しているか。 ・見積書各項目と告示で示された金額は一致しているか。 |
| ⑤ 購入(新規・再支給)、修理の別及び補装具の種別により判定依頼が必要かどうかを確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・複数の場合、各々の使用目的、使用場所、使用方法等、複数とする理由が明確か。 ・耐用年数以内の再支給、修理の場合はその理由は何か。 |

2 判定依頼

| 流れ | チェックポイント |
|--|--|
| ① 判定依頼書(要領様式第1号)に必要事項を全て記入しているかを確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・記載例参照願います。 ・必ず、迅速、一般について記載をお願いします。 書面判定の場合の治療用装具の有無については、「その他」の項目に記載願います。 ・来所・巡回相談の依頼の場合は巡回相談実施要領に定める判定依頼書を使用してください。 |
| ② 必要書類が整っているかを確認します。 | <ul style="list-style-type: none"> ・特例補装具の場合のカタログ、施設入所中の方の様式第14号、補聴器の様式第19号については、特に添付忘れが多いです。ご確認をお願いします。 ・直接判定(来所・巡回相談)の場合は、意見書、見積書の添付は不要です。 |

Ⅳ その他

(1)「岩手県補装具費支給事務取扱要領」の一部改正について

補装具費支給事務取扱指針及び補装具費支給事務取扱要領の改正に伴い、令和8年4月1日より、「岩手県補装具費支給事務取扱要領」について、改正を行いました。詳細は通知にてご確認願います。(令和8年4月1日付け福相第99号「岩手県補装具費支給事務取扱要領」の一部改正について)

(2)「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(第17次改正)」について

今年度は基準(告示)の改正はありませんでしたが、「補装具費支給事務取扱要領」「補装具費支給事務取扱指針」の一部改正や、新たな完成用部品の指定等がございます。修理や再交付の際、これまでと見積記載方法が異なる可能性もありますので、判定依頼の要否については十分にご確認ください。

【参考】判定依頼書の記載方法

様式第1号

判定依頼書（迅速・一般）

第 号
令和 年 月 日

岩手県福祉総合相談セン

・迅速、一般について必ず記載をお願いします。
・医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合、更生相談所の判定を要する種目については、申請受付から1週間以内の判定依頼をお願いします。

福祉事務所長 (印)
町 村 長 (印)

下記の者に対する判定を依頼します。

記

| | | | | | |
|--|---|--------|------------------------|--------|--|
| 氏名 | | 男・女 | 年 月 日生 | 住所 | |
| 身体障害者手帳 (有・無) | 〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級) | | 障害名 | | |
| 疾患名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (□する ・ □しない) | | | | | |
| 医療保険名 | | | | | |
| 家族関係 | 特に補聴器の両耳装用、又は耳あな型を希望する場合は、必要とする理由を確認する必要があるため、就学・職業(就労内容)の状況を具体的に記載します。 | | | | |
| 就学・職業の状況(社会活動・社会参加の状況を含む) ※補聴器の両耳装用、耳あな型を希望する場合は、具体的に記載願います。 | | | | | |
| 判定依頼事項 1 補装具 ① 種目等 (新規・借受け・再支給・修理) ② 判定依頼事由 購入・借受け・修理 借受けの意向 (有 期間 月) 無 | 短下肢装具等、補装具の種類を記載します。 | | 最近5年間の補装具の交付・借受け・修理の状況 | | |
| | 年 月 | 補装具種目等 | 購入・修理 | 適用制度 | |
| | | | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 | |
| | | | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 | |
| | | | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 | |
| | | | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 | |
| 現在受療中の医療機関名(入院中の医療機関名、入院理由、退院見込、既往歴、合併症等) | | | | | |
| そ の 他 (新規に装具を必要とする場合の治療用装具の有無、補聴器の両耳装用を必要とする理由、補聴器の耳あな型を必要とする理由、再支給の理由等) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・新規判定依頼の場合、仮義足、<u>治療用装具の使用の有無</u>を記載してください。 ・再交付、修理の場合は、その理由を記載してください。<u>耐用年数以内の再支給や、複数希望する場合はその理由</u>について記載をお願いします。 ・補聴器の両耳装用、又は耳あな型を希望する場合、<u>両耳装用を必要とする理由、耳あな型を必要とする就労状況</u>を記載して下さい。 ・原則、直接判定のものを書類判定で依頼する場合は、その理由を記載して下さい。 | | | | | |

【参考】車椅子調査書等の記載方法

様式第 11 号

車椅子調査書

| | | | |
|------------------|---|-------------|-------------|
| 本人氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) |
| 保険種別 | 国保・社保・共済・労災・生保・その他 () | | |
| 職 業 | (障害前) | | |
| | (現 在) | | |
| 自家用車 | 本人が使用する自家用車が ある ・ ない | | |
| 運転免許 | 本人は自動車免許を 所持している ・ 所持していない | | |
| 使用環境 | 屋内使用 可 ・ 不可 | 戸外使用 可 ・ 不可 | |
| 使用目的 | いつも足の代わりに使う・介護による移動の時・その他 () | | |
| 使用場所 | 自宅内・戸外・その他使用する場所 () | | |
| 操作方法 | 自操できる・押ししてもらう | | |
| 乗り降り | 自力でできる・介助を要する | | |
| 使用経験 | 車椅子を使用したことが ある ・ ない | | |
| 入院状況等 | 在宅・入院中・入所中 ・ 病院名 () ・ 退院の予定 (年 月頃) | | |
| | 施設名 () ・ 退所の予定 (年 月頃) | | |
| 介護者の状況等 | (日常介護を受けている場合、介護者の続柄、年齢、健康状態などを記載) | | |
| 車椅子付属品(特例)の必要な理由 | <p>(記載例)</p> <p>対象者は脊柱・頸椎の変形があり、頭部位置が体幹部の中心ではない身体状況である。筋緊張及び呼吸、嚥下の状態に合わせた左右・前後・高さの微調整が適宜必要であり、仰け反る筋緊張に対する頭部支えへの負荷も考慮した強度が保たれる完成用部品(固定金具部品○、△)を使用する見込です。特例部品の「継手部品 頸部継手 ××」は本来、前述の○と組み合わせて使用することで効果が発揮される部品であるため、必要と考える。</p> | | |
| 車椅子使用についての市町村の意見 | <p>(※ 車椅子を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)</p> <p>(記載例) 対象者は現在令和元年に交付された介助用車椅子を使用している。脳性麻痺による移動機能障害・両上肢機能障害があり、生活全般に介助を要している。そのため市販の車椅子の使用は難しく、通所先(週5日生活介護利用)や通院先(月1回○○病院△△科を受診)でも日常的に車椅子を使用しています。通所先では殆どの時間を車椅子に乗車して過ごすためティルト機構が、併せて臀部の褥瘡防止のためにクッションが必要と考える。</p> <p>また、脊柱側弯のために張り調整型バックサポートでの調整及び、左側への傾きが著しいために体幹パッドも必要と考える。</p> | | |

クッション等の付属品や調整の必要な理由を記載願います。

リクライニングやティルト式の場合は、必要性を記載願います。

(注) せっかく支給しても、使用環境が車椅子の利用に向かないため、ほとんど使われないことがあります。また、自分で操作できないのに自操式の車椅子を希望する場合があります。従って、使用環境、使用目的、自操の可否、乗降についての自立の度合い、体格等についての情報が車椅子の必要性の有無、種類などを判定する際の重要な指標になりますので、必ず身体障がい者福祉担当者が社会調査のうえ、記入してください。

補装具費支給(購入・修理)に係る意見書

対象者が介護保険の福祉用具貸与、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、障害者支援施設入所者（旧身体障害者療護施設）、療養介護対象者の場合には添付してください。

ケアマネージャーや、施設の理学療法士等に記載をお願いしてください。既存の車椅子ではどのような不具合が生じているか記載をお願いします。

所属
職・氏名 (印)
(自署又は記名押印)

| | | |
|------------------------------|---|-------------|
| 被 保 険 者 氏 名 (身 体 障 害 者) | 性 別 | 被 保 険 者 番 号 |
| | 男・女 | 保 険 者 名 |
| 生 年 月 日 | 要 介 護 度 | |
| 住 所 | | |
| 手 帳 番 号 | 岩手県 第 号 (年 月 日 交 付) | |
| 障 害 名 | | |
| 必 要 と す る 補 装 具 | | |
| 補 装 具 費 支 給 が 必 要 な 理 由 | (※ 該当項目に○を付してください。) 1 障害者の身体状況から、標準的な既製品の福祉用具を貸与することの適否が明確でなく、医学的判断により対応するのが適当なため 2 障害者の身体的状況及び外見上明らかにレディメイドでは対応できないと判断されるため | |
| | (具体的理由) (記載例) ① 障がいにより身体の〇〇の部分が〇〇の状態により車椅子の〇〇の部分に〇〇の機能が必要なため、介護保険制度の福祉用具貸与では対応できないため。 ② 身体の〇〇の部分のサイズが〇〇cmである。既製品で対応できるのは、〇cm～〇cmまでなので、介護保険制度の福祉用具貸与では対応できないため。 | |
| そ の 他 | | |

【補聴器判定依頼時の注意点】

様式第6-2号

補装具費（購入・修理）支給意見書

（補聴器用）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------|--|----|--|--|-----|------|------|----|---|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|
| 氏名 | 男・女 | | | 年 | 月 | 日生（歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 職業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害名 | | | | 等級 | 級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原因となった疾病・外傷名 | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医学的所見 | 1 今回の聴力測定結果（四分法） | 右 dB | | 左 dB | | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | 500 | 1000 | 2000 | Hz | 0 | | | | | 10 | | | | | 20 | | | | | 30 | | | | | 40 | | | | | 50 | | | | | 60 | | | | | 70 | | | | | 80 | | | | | 90 | | | | |
| | | 500 | 1000 | 2000 | Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 オーディオメーターの形式 | 2 オーディオメーターの形式の記載もれがみられます。判定依頼の前に、医師に確認してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 鼓膜の状況 | 右 左 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の所見 | イヤモールドの要・不要にチェックがあるか確認し、ない場合は、判定依頼の前に、医師に確認してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 障害者総合支援法施行令に規定する疾病うち、急速に進行するため迅速な支給が必要と認められる場合はその旨を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補聴器の処方 | 補聴器（裏面注1） | 型式等（裏面注2） | | 加算・付属品等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 | <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型 | | <input type="checkbox"/> イヤモールド <input type="checkbox"/> 受信機（裏面注3） <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（裏面注3） <input type="checkbox"/> オーディオシュー <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医学的所見（処方理由）（裏面注3） | 受信機、ワイヤレスマイク等の補聴システムを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択した上でその理由を医学的所見欄に記載してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置修理（裏面注4） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補聴効果 | <input type="checkbox"/> 会話がはっきり理解 <input type="checkbox"/> 会話が大体理解 <input type="checkbox"/> 会話はあまり理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 会話は全く理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 音の識別不能 | | | | | 種目名称別コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり意見する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 | | | | 医師氏名 （印） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （自署又は記名押印） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 該当項目の□にチェックを入れてください。
 ※ 作成にあたっては裏面を参照してください。

【参考】補装具判定依頼対応表

| 1 センターでの判定が必要な補装具 | | | | |
|-------------------|---|---|--|--|
| | 判定方法 | | 必要書類 | 留意事項 |
| 義肢 | 骨格構造 | <p>【新規・再支給】 来所又は巡回による。</p> <p>【修理】 書類による判定を原則とする。 ただし、修理に要する費用が新規交付時の額の30%未満の場合は、市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書{様式第2号(義手用)又は第3号(義足用)}(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> | <p>・下肢切断の場合、仮義足による歩行訓練を経て本義足を装着することになります。</p> <p>・本義足は障害者総合支援法の対象ですが、仮義足は医療保険の対象です。</p> <p>・本義足の新規申請があった場合は、仮義足による練習が十分行われたかを確認してください。</p> |
| | 殻構造 | <p>【新規・再支給】 来所、巡回又は書類による。</p> <p>【修理】 市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書{様式第2号(義手用)又は第3号(義足用)}(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> | <p>・殻構造義手のうち、電動式義手については、下記のとおりです。</p> |
| | <p><電動式義手について> 電動式義手は、来所・巡回相談による直接判定が必要です。 判定依頼の際には、殻構造義肢電動式義手調査書(様式第16号)を添付してください。</p> <p>※ 電動義手の適応となる対象者は次のとおりです。</p> <p>1 生活上の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能動式の義手では、効果が期待できない強い把持力を要求される作業に従事する者 ・細かな作業をしなければならない者 <p>2 その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋電位分離が可能である等、断端の専門的評価から適応可と判断される者 ・訓練等により電動義手の使用が可能と見込まれる者 | | | |
| 装具 | <p>【新規・再支給(医学的所見を必要とする場合)】 来所、巡回又は書類による。 (長下肢装具に限り新規購入に際しては、来所又は巡回による判定を要する。)</p> <p>【再支給(医学的所見を必要としない場合)・修理】 市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書{様式第4号(装具用)}(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> | <p>・治療用装具の有無を確認してください。原則、治療用装具が優先です。</p> <p>※治療用装具未作製の場合は、治療用装具作製の可否について確認をお願いします。</p> | |
| 姿勢保持装置 | <p>【新規・再支給】 来所、巡回又は書類による。</p> <p>【修理】 市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書{様式第7号(姿勢保持装置用)}(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> | <p>※車椅子機能を有する場合は車椅子調査書(様式第11号)が必要です。</p> | |

| | 判定方法 | 必要書類 | 留意事項 |
|-------|--|--|---|
| 車椅子 | <p>モジラー式及びオーダーメイド式</p> <p>【新規】 原則として書類判定による。</p> <p>【再支給】 市町村で判断 ただし、既に支給の補装具と処方が異なる場合はセンターの書類判定による。</p> <p>【修理】 市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書{様式第5号(車椅子用)}(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> <p>4 車椅子調査書(様式第11号)</p> <p>5 補装具費支給(購入・修理)に係る意見書(様式第14号)(※介護保険対象者、施設入所者のみ)</p> | <p>・介護保険対象者(福祉用具貸与・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・障害者支援施設((旧)身体障害者療護施設)・療養介護利用者)の場合は「補装具費支給(購入・修理)に係る意見書」(様式第14号)に介護保険の福祉用具貸与の場合には、ケアマネージャーに、施設利用者の場合には、療法士等に記載を依頼してください。</p> <p>・医療機関に入院中の方の車椅子については、当該施設で備えている車椅子では対応できない理由を調査のうえ、車椅子調査書(様式第11号)に記載してください。</p> <p>※ 特例補装具、特例部品を使用する場合は「特例補装具費支給(購入・修理)理由書」(様式第15号)が必要です。</p> <p>※ 内部障害のため車椅子を必要とする場合は、様式第9号を準用して添付すること</p> |
| | <p>対象者</p> <p>・歩行障害があつて義肢・装具等の他の補装具によつても移動が困難な者</p> <p>・平衡機能障害、呼吸器機能障害、心臓機能障害によつて、歩行に著しい制限を受ける者であつて、医学的所見から適応が可能なる者</p> | | |
| 電動車椅子 | <p>【新規】 来所又は巡回による。</p> <p>【再支給】 センターの来所又は巡回による。 ただし、経年劣化等により既購入の<u>ものと同じ型式の電動車椅子を購入する場合は、センターの書類判定による。</u></p> <p>【修理】 市町村で判断</p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具支給費(購入・修理)意見書{様式第8-1号(標準型電動車椅子用)}又は{様式第8-2号(簡易型電動車椅子用)}(写)</p> <p>3 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者の場合は、補装具費(購入・修理)意見書(様式第9号(電動車椅子用)(内部機能障害用))も併せて添付。</p> <p>4 見積書(写)</p> <p>5 車椅子調査書(様式第11号)</p> <p>6 「電動車椅子調査書」(様式第12号) <u>(※巡回・来所の前に予め調査すること)</u></p> | <p>※車椅子の留意事項に準ずる</p> |

| | 判定方法 | 必要書類 | 留意事項 |
|-----|--|---|--|
| 補聴器 | <p>【新規】 原則として書類判定による。</p> <p>【再支給・修理】 市町村で判断 ただし、<u>既購入のもの</u>と処方異なる場合は、<u>センターの書類判定を必要とする。</u></p> | <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(様式第6-2号(補聴器用))(写)</p> <p>3 見積書(写)</p> <p>4 デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を要する者の証明(様式第19号)(※デジタル補聴器の調整を要する場合)</p> | <p>※ 補聴器の種類及び留意事項については次欄のとおり</p> <p>※ デジタル補聴器の調整後は、デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を要する者の証明(様式第20号)で確認のこと</p> |
| | <p>【補聴器留意事項】</p> <p>1 重度難聴用交付対象者は、原則として聴力レベル3級以上の者。</p> <p>2 耳あな型の交付対象者は、ポケット型及び耳かけ形の使用が困難で真に必要な者(例)耳介の欠損や変形又は皮膚炎のため耳掛け型の装用困難、建築現場等でヘルメットを常用しているため耳かけ型の使用ができない、調理師等で常に油煙、湯気のある場所で働いている等。 ※耳あな型オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等によりレディメイドでは対応が困難な者に限られます。</p> <p>3 骨導式の交付対象者は、伝音性難聴で耳漏が著しい者、外耳導閉鎖症で既製の耳栓やイヤモールドの使用が困難な者。</p> <p>4 補聴援助システム(ロジャー等)の交付対象者は、原則として<u>重度難聴用</u>耳かけ型補聴器を使用する者であり、一斉授業を受ける等、主要な生活の場で遠いところからの会話を聴取する必要がある場合に、学校や勤務先での合理的配慮において、補聴援助システムについての給付又は貸出等を受けていない・受けられない者。</p> <p>※留意点1 「補装具支給費意見書」には以下の事項を記載してもらうこと。 1 イヤモールドの必要性 2 医学的必要からポケット型・耳かけ型以外の型式を選択する場合はその理由 3 4級から6級の者に重度難聴用を選択した場合はその理由 4 両耳装用を必要とする場合はその理由 5 耳あな型を必要とする場合その理由</p> <p>※留意点2 「判定依頼書」には以下の事項を記載すること。 1 判定依頼書の就学・職業の状況欄に、両耳装用、耳あな型を必要とする状況を明らかにするため、具体的な就労内容等を記載すること。 2 「判定依頼書」の「その他」には以下について記載すること。 ① 補聴器装用を開始した時期 ② 両耳装用を開始した時期 ③ 両耳装用、耳あな型を必要とする理由 ※ 職業上及び教育上、真に必要な理由等を記載。</p> | | |

| | 判定方法 | 必要書類 | 留意事項 |
|--------------|---|--|---|
| 重度障害者用意思伝達装置 | 【新規・借受け】 センターの書類判定 【再支給・修理】 市町村で判断ただし、既購入のもの と処方異なる場合は、センター の書類判定を必要とする。 ※センターでの受付後、審査会前に 1回以上の訪問調査を行う必要がご ざいます。日程調整の都合上、 情報 把握時及び判定依頼書送付前に以 下の点について、電話での情報共 有をお願いします。 | 1 判定依頼書(様式第1号) 2 補装具費支給(購入・修理)意見 書(様式第10号(重度障害者用 意思伝達装置用))(写) 3 重度障害者用意思伝達装置調 査書(様式13号) 4 見積書(写) | 対象 ・重度の両上下肢及び音声・言 語機能障害者であって、重度障 害者用意思伝達装置によらなけ れば意思の伝達が困難な者。 ・ <u>難病患者等については、音 声・言語機能障害及び神経・筋 疾患である者。</u> |
| | 【申請が上がりそうという情報を把握した段階でのセンターへの共有内容】 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の認定状況や、難病の診断有無 → 障害状態によっては意思伝達装置支給の対象とならない場合もございます <input type="checkbox"/> 現在と今後の生活場所(入院中の場合は退院の見込) <input type="checkbox"/> いつ頃の申請を目指しているか、判定区分は一般・迅速どちらの見込か 【市町村での申請受付の際に確認のうえ、判定依頼書送付前にセンターに共有内容】 <input type="checkbox"/> 身体の状態に合った装置・スイッチを確認するため、直接センター職員が連絡を取り、訪問すること <input type="checkbox"/> ご家族及び入院(入所)先窓口の方の連絡先、及び担当事業者名 <input type="checkbox"/> 訪問調査の結果により、迅速判定の希望であっても1回の訪問で決定とならない場合があること <input type="checkbox"/> 自己負担額についての説明の有無とその内容 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置交付にかかる本人・家族・支援者(医療機関やケアマネ等)の意向 | | |

(注) 重度障害者用意思伝達装置支給が認められた場合、**重度障害者用意思伝達装置支給状況報告書(様式第19号)**をセンターに提出してください。(提出時期は納品後1か月とする。)

2 市町村で判断する補装具

| | 支給方法等 | 説明 |
|-----------|-----------------------------------|---|
| 車椅子レディメイド | 【新規・再支給・修理】 標準的な既製品 | ・介護保険との適用関係に留意すること。 |
| 視覚障害者安全つえ | 【新規・再支給・修理】 | ・視力の低下や視野狭窄により視覚障害者安全杖がなければ歩行の安全を図れない者が適応となります。 ・普通用と携帯用、身体支持併用があります。 |
| 歩行器 | 【新規・借受け・再支給・修理】 | ・介護保険との適用関係については、介護保険による福祉用具が優先されます。 ・杖のみでは、重心が不安定になり立位や歩行が困難な者の歩行補助のための用具です。 |
| 歩行補助つえ | 【新規・再支給・修理】 | ・介護保険との適用関係については、介護保険による福祉用具が優先されます。 ・松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、多脚つえ、プラットホーム杖は、介護保険の対象なので介護保険の適用について十分検討してください。 ・歩行障害があり、支持が必要な状態の者を対象とします。 |

| | 支給方法等 | 説明 |
|---------------|-----------------------------------|---|
| 義眼 | 【新規・再支給】 ※一体成形という用具の構造上、修理は不可能 | <ul style="list-style-type: none"> ・レディメイド 既製品。眼球摘出や著しい小眼球のため眼の機能を果たしていない場合に眼球の形をしたものを内側に挿入して利用します。 ・オーダーメイド 眼球摘出後に眼内容に適合するよう特殊加工したものが必要な場合 |
| 人工内耳用音声信号処理装置 | 【修理】 R2.4から補装具費の対象 | <ul style="list-style-type: none"> ・補装具費支給意見書(補聴器用)(様式第6-2号)、人工内耳用音声信号処理装置確認票(様式第21号)により、補装具事業者が修理可能であること、医療保険給付で行われる交換ではないこと、補装具事業者の保証期間内でないことの確認をしてください。 |
| 眼鏡等 | 矯正用 | 【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> ・視力障害による身体障害者手帳が交付されており、眼鏡が有効と判断された場合に交付します。 ・購入基準価格の内訳は、レンズ2枚+枠の価格です。 |
| | 遮光用 | 【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害により身体障害者手帳を取得していること。 ・差明を来していること。 ・差明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと ・補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定・処方であること。 |
| | コンタクトレンズ | 【新規・再支給】 <ul style="list-style-type: none"> ・強度の屈折異常や無水晶体等により視力低下があり、コンタクトレンズにて視力が改善される者 ・価格は、レンズ1枚分になります。 |
| | 弱視用 | 【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> ・視力が弱く、矯正眼鏡、コンタクトレンズを使用しても矯正ができない場合に物体を拡大して見る必要のある者 ・ルーペを眼鏡に組み込んだ掛けめがね式(主に近用として使用される)と手に持って使用する焦点調節式(望遠鏡型で主に遠用に使用される)の2種類のタイプがあります。 ・高倍率弱視眼鏡(3倍以上のもの)は、職業上、又は教育上真に必要な者 |
| 車載用姿勢保持装置 | 【新規・借受け・再支給】 | 対象 <ul style="list-style-type: none"> ・体幹機能障害等により座る姿勢が保てない者・児童。 ・体幹・股関節等を固定させるためのパッド等の付属品を装着する等、身体障害者・児であるが故に使用することが想定される形状を有し、座位保持を可能とする機能を有する用具。 |

| | 支給方法等 | 説明 |
|-------|------------------|--|
| 起立保持具 | 【新規・再支給】 児童のみ | 対象 ・下肢及び上肢、体幹の発達を補助する目的で、立位姿勢を保持する必要がある児童。 |
| 排便補助具 | 【新規・再支給】 児童のみ | 対象 ・座位による排便が困難な児童。 ・パッド等の装着又は背もたれまたは肘かけを有するいす状のもの。座位を保持しつつ排便することを可能にする機能を有するもので持ち運びが可能なものです。 |

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