

(別表1)日常生活用具種目

令和8年4月1日実施

第1類 介護・訓練支援用具

障害児者の身体介護を支援する用具で利用者および介護者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種目             | 基準額<br>(円)   | 対象者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする   | 性能   | 耐用<br>年数 |        |  |  |    |
|----------------|--|---|------|----------|--------|--|--|----|
| 1-1 電動ベッド      | 156,900  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者</td> </tr> </tbody> </table>                        | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者                        | サイドレールが取り付けられているもの又は取り付けることが可能なものであって、次に掲げる機能のいずれかを有するもの<br>ア 背部及び脚部の傾斜角度が調整できる機能<br>イ 床板の高さが無段階に調整できる機能 | 8年 |
| 障害種別           | 要件   |   |      |          |        |  |  |    |
| 身体障害児者         | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者                        |   |      |          |        |  |  |    |
| 1-2 体圧分散マット    | 25,300<br><br>既に褥瘡がある等でエアーマットが必要な場合<br><br>120,200 | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者</td> </tr> </tbody> </table>                 | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者                 | 褥瘡を防止できる体圧分散機能を有するもの。<br><br>褥瘡の防止のためのものであって、エアーマットやゲル等からなる体圧分散機能を有するもの。                                 | 5年 |
| 障害種別           | 要件   |   |      |          |        |  |  |    |
| 身体障害児者         | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者                 |   |      |          |        |  |  |    |
| 1-3 特殊尿器       | 88,400   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者</td> </tr> </tbody> </table>                 | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者                 | センサーで尿を感知し、真空方式で尿を吸引する採尿器。   | 5年 |
| 障害種別           | 要件   |   |      |          |        |  |  |    |
| 身体障害児者         | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害1級で、常時介護を要する者                 |   |      |          |        |  |  |    |
| 1-4 体位変換用クッション | 15,300   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上で、体位変換等に当たって家族等他人の介助を要する者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上で、体位変換等に当たって家族等他人の介助を要する者 | 介助者が障害児者の体位を変換させる際に使用するクッション。  | 5年 |
| 障害種別           | 要件   |   |      |          |        |  |  |    |
| 身体障害児者         | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上で、体位変換等に当たって家族等他人の介助を要する者 |   |      |          |        |  |  |    |
| 1-5 移動用リフト等    | 430,800  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者</td> </tr> </tbody> </table>                        | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者                        | 床走行式、固定式または据置式であり、自力で移動や移乗が困難な身体障害児者を身体もしくは車椅子ごと持ち上げる用具。(ただし、天井走行型リフトのような取り付けにあたり住宅改修を伴うものを除く。)          | 4年 |
| 障害種別           | 要件   |   |      |          |        |  |  |    |
| 身体障害児者         | 手帳の障害種別・等級が下肢又は体幹機能障害2級以上の者                        |   |      |          |        |  |  |    |

## 第2類 自立生活支援用具

障害児者の入浴、食事、移動などの自立生活を支援する用具であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目                    | 基準額<br>(円)   | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする  | 性 能  | 耐用<br>年数 |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
|------------------------|--|--|------|----------|--|-------------------------------------|---|---------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|----|
| 2-1 入浴補助用具             | 94,300   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者</td> </tr> </tbody> </table> <p>※「介助型浴槽」の支給を受けた者は、本種目の支給を受けることはできない。</p>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者   | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者                | 入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等ための補助用具。ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。   | 5年                  |                       |                        |                     |    |
|                        | 障害種別   | 要件   |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 介助型浴槽<br>264,000       | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害2級以上の者、かつ、入浴に介助を必要とし、自宅浴槽での入浴が困難な者</td> </tr> </tbody> </table> <p>※介助型浴槽以外の「入浴補助用具」の支給を受けた者は、本種目の支給を受けることはできない。</p> | 障害種別   | 要件   | 身体障害児者   | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害2級以上の者、かつ、入浴に介助を必要とし、自宅浴槽での入浴が困難な者 | 入浴介助に特化した移動可能な浴槽であり、介助者が容易に使用し得るもの。 |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 障害種別                   | 要件   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害2級以上の者、かつ、入浴に介助を必要とし、自宅浴槽での入浴が困難な者   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 2-2 ポータブルトイレ等          | 23,400   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が下肢機能障害2級又は体幹機能障害2級以上の者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者   | 手帳の障害種別・等級が下肢機能障害2級又は体幹機能障害2級以上の者   | 持ち運び可能な簡易型トイレ。ただし設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。  | 8年                  |                       |                        |                     |    |
| 障害種別                   | 要件   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別・等級が下肢機能障害2級又は体幹機能障害2級以上の者  |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 2-3 歩行補助つえ             | 4,500  | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者   | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者                | T字状、棒状の一本つえで、身体を支える機能のあるもの(補装具費での支給対象を除く)。  | 3年                  |                       |                        |                     |    |
| 障害種別                   | 要件   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別が下肢又は体幹機能障害の者   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 2-4 移動・移乗支援用具          | 62,900   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者   | 手帳の障害種別が平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者           | おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること。<br>ア 障害児者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの<br>イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具<br>ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く | 5年                  |                       |                        |                     |    |
| 障害種別                   | 要件   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別が平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者  |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 2-5 頭部保護帽              | 36,750<br><br>ただし、レディメイドによる製品については<br>22,500   | 次のいずれかに該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が、平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者</td> </tr> <tr> <td>知的障害児者</td> <td rowspan="3">てんかんの発作等により頻繁に転倒する者</td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者</td> </tr> <tr> <td>自立支援医療(精神通院医療)を受給している者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者   | 手帳の障害種別が、平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者          | 知的障害児者  | てんかんの発作等により頻繁に転倒する者 | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 | 自立支援医療(精神通院医療)を受給している者 | 転倒等の衝撃から頭部を保護できるもの。 | 3年 |
| 障害種別                   | 要件   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 身体障害児者                 | 手帳の障害種別が、平衡機能、下肢又は体幹機能障害の者   |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 知的障害児者                 | てんかんの発作等により頻繁に転倒する者  |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者  |  |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |
| 自立支援医療(精神通院医療)を受給している者 |  |  |      |          |  |                                     |   |                     |                       |                        |                     |    |

## 第2類 自立生活支援用具

障害児者の入浴、食事、移動などの自立生活を支援する用具であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目      |                                    | 基準額<br>(円)      | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする  | 性 能  | 耐用<br>年数 |        |                                    |  |                      |  |    |
|----------|------------------------------------|-----------------|--|------|----------|--------|------------------------------------|--|----------------------|--|----|
| 2-6      | 洗浄機能付便座                            | 20,000          | 次のいずれかに該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上の者</td> </tr> <tr> <td>重度知的障害児者</td> <td>訓練を行っても自ら排泄後の処理が困難な者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上の者            | 重度知的障害児者   | 訓練を行っても自ら排泄後の処理が困難な者 | 洗浄機能のついた便座。<br>取付にかかる工事費等は除く(和式便器から洋式便器への取り換え工事費等は別途住宅改修費を利用可能)。 | 8年 |
| 障害種別     | 要件                                 |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上の者            |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 重度知的障害児者 | 訓練を行っても自ら排泄後の処理が困難な者               |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 2-7      | 聴覚障害者用<br>屋内信号装置                   | 87,400          | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が聴覚障害で、日常生活上必要と認められる世帯に属する者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が聴覚障害で、日常生活上必要と認められる世帯に属する者 | 音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるもの。  | 10年                  |  |    |
| 障害種別     | 要件                                 |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が聴覚障害で、日常生活上必要と認められる世帯に属する者 |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 2-8      | 暗所視支援眼鏡<br>(貸与)                    | 33,000<br>(3カ月) | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害で、夜盲症のある者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害で、夜盲症のある者              | 高感度カメラで捉えた像を光を増幅させてディスプレイに明るい画像を投影できる。明暗、ズーム、コントラストの調整機能のあるもの。 |                      |  |    |
| 障害種別     | 要件                                 |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が視覚障害で、夜盲症のある者              |                 |  |      |          |        |                                    |  |                      |  |    |

### 第3類 在宅療養等支援用具

障害児者の在宅療養等を支援する用具であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目      |  | 基準額<br>(円)  | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする   | 性 能  | 耐用<br>年数 |        |  |   |                           |   |    |
|----------|--|---|---|------|----------|--------|--|---|---------------------------|---|----|
| 3-1      | 透析液加温器   | 51,500  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級がじん臓機能障害3級以上で、自己連続携帯式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級がじん臓機能障害3級以上で、自己連続携帯式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う者  | 透析液を加温し、一定温度に保つもの。                                      | 5年                        |   |    |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別・等級がじん臓機能障害3級以上で、自己連続携帯式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う者  |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 3-2      | ネブライザー<br>(吸入器)  | 30,000  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者   | 液剤を霧化して気管支や肺に送るための機器。                                   | 5年                        |   |    |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 3-3      | 吸引器  | 59,100  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者   | 口腔内、喉、鼻腔、気管、気管支等に溜まっているたんや唾液を吸い上げて体外に出す機器であり、日常的に用いるもの。 | 5年                        |   |    |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別・等級が呼吸器機能障害3級以上、又は同程度の障害があり、必要と認められる者   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 3-4      | 視覚障害者用体温計  | 9,000   | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害の者   | 音声ガイド機能等があり、視覚情報以外の方法で測定値等を知ることができる体温計。                 | 5年                        |   |    |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が視覚障害の者   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 3-5      | 視覚障害者用体重計  | 16,500  | 次に該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害の者   | 音声ガイド機能等があり、視覚情報以外の方法で測定値等を知ることができる体重計。                 | 5年                        |   |    |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が視覚障害の者   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 3-6      | 動脈血中酸素飽和度<br>測定器<br>(パルスオキシメーター)   | 9,900<br><br>ただし、難病患者等で特殊な受信部分又はモニタリングが必要な場合<br>154,000 | 次のいずれかに該当する在宅の者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が呼吸機能障害又は心臓機能障害であって、人工呼吸器を使用、もしくは在宅酸素療法をしている者<br/>労作時の酸素飽和度(SpO2)が90%以下になることがあり、医学的管理が必要な者</td> </tr> <tr> <td>重度の重複障害者</td> <td>上記の項目と同程度の障害があり、必要と認められる者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が呼吸機能障害又は心臓機能障害であって、人工呼吸器を使用、もしくは在宅酸素療法をしている者<br>労作時の酸素飽和度(SpO2)が90%以下になることがあり、医学的管理が必要な者 | 重度の重複障害者  | 上記の項目と同程度の障害があり、必要と認められる者 | 指先等に光を照射することにより非侵襲的に動脈血中の酸素飽和度を測定できるもの。 | 6年 |
| 障害種別     | 要件   |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が呼吸機能障害又は心臓機能障害であって、人工呼吸器を使用、もしくは在宅酸素療法をしている者<br>労作時の酸素飽和度(SpO2)が90%以下になることがあり、医学的管理が必要な者 |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |
| 重度の重複障害者 | 上記の項目と同程度の障害があり、必要と認められる者  |   |   |      |          |        |  |   |                           |   |    |

## 第4類 情報・意思疎通支援用具

障害児者の情報収集、情報伝達や意思疎通等を支援する用具であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目              | 基準額<br>(円)                                   | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする   | 性 能  | 耐用<br>年数 |        |                                       |   |  |  |    |
|------------------|--|---|------|----------|--------|---------------------------------------|---|--|--|----|
| 4-1 携帯用会話補助装置    | 98,800                                       | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が音声機能又は言語機能障害の者</td> </tr> <tr> <td></td> <td>手帳の障害種別が肢体不自由で、発声・発語に著しい障害を有する者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が音声機能又は言語機能障害の者                |   | 手帳の障害種別が肢体不自由で、発声・発語に著しい障害を有する者              | 携帯式で、ことばを音声又は文章に変換する機器。  | 5年 |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別が音声機能又は言語機能障害の者                       |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
|                  | 手帳の障害種別が肢体不自由で、発声・発語に著しい障害を有する者              |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 4-2 情報・通信支援用具    | 110,000                                      | 次のいずれかに該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> <tr> <td>読字障害児者</td> <td>DAISY方式により記録された図書(以下「DAISY図書」という。)の利用が適切である者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者 | 読字障害児者  | DAISY方式により記録された図書(以下「DAISY図書」という。)の利用が適切である者 | パーソナルコンピュータ、タブレット端末、スマートフォンを使用するにあたり、障害特性に応じて必要となる周辺機器やアプリケーションソフト。ただし、読字障害児者にとっては、DAISY図書の再生に必要なものに限る。    | 5年 |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者        |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 読字障害児者           | DAISY方式により記録された図書(以下「DAISY図書」という。)の利用が適切である者 |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 4-3 点字ディスプレイ     | 398,000                                      | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害で、必要と認められる者</td> </tr> </tbody> </table>   | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害で、必要と認められる者               | 文字等のコンピューターの画面情報を点字等により示すことのできるもの。              | 6年   |  |    |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別が視覚障害で、必要と認められる者                      |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 4-4 点字器          | 10,780                                       | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害の者                        | 32マス、両面書き又は片面書きで、点筆によるもの。(基準額には点筆も含む)           | 5年   |  |    |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別が視覚障害の者                               |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 4-5 点字タイプライター    | 82,000                                       | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害の者                        | 点字を表すためのタイプライター。6つの点に応じたキーを押すことで、点字を打つことができるもの。 | 5年   |  |    |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別が視覚障害の者                               |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 4-6 DAISY図書プレーヤー | 録音再生機<br>85,000<br><br>再生専用機<br>48,000       | 次のいずれかに該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> <tr> <td>読字障害児者</td> <td>DAISY図書の利用が適切である者</td> </tr> </tbody> </table>                            | 障害種別 | 要件       | 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者 | 読字障害児者  | DAISY図書の利用が適切である者                            | 音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式等による録音並びにDAISY図書の再生が可能な機器。<br><br>音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY図書の再生が可能な機器。 | 6年 |
| 障害種別             | 要件   |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 身体障害児者           | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者        |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |
| 読字障害児者           | DAISY図書の利用が適切である者                            |   |      |          |        |                                       |   |  |  |    |

## 第4類 情報・意思疎通支援用具

障害児者の情報収集、情報伝達や意思疎通等を支援する用具であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目    |  | 基準額<br>(円)                  | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする  | 性 能   | 耐用<br>年数 |      |
|--------|--|-----------------------------|--|---|----------|------|
| 4-7    | 視覚障害者用読書器  | 239,000                     | 次に該当する者  | 内蔵されたカメラ等に読みたいもの(印刷物等)を映すことで、拡大された画像(文字等)をモニターに映し出す、又は音声で読み上げる機器。                                     | 8年       |      |
|        |  |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害で、本装置により文字情報等を得ることが可能になる者</td> </tr> </tbody> </table>   |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害で、本装置により文字情報等を得ることが可能になる者  |                             |  |   |          |      |
| 4-8    | 視覚障害者用時計   | 18,700                      | 次に該当する者  | 音声、触覚及び振動等の視覚情報以外の方法で時間を知ることができる時計。   | 6年       |      |
|        |  |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> </tbody> </table>  |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が視覚障害の者   |                             |  |   |          |      |
| 4-9    | ファクシミリ   | 17,800                      | 次に該当する在宅の者   | 文字や図形を電気信号として電話回線で送信することができ、又受信した電気信号を紙面に再現することができる機器。<br><br>なお、送受信機能以外に、コピー機能、スキャン機能等がある複合機は対象外とする。 | 5年       |      |
|        |  |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が聴覚障害、音声機能、言語機能障害の者でコミュニケーション、緊急連絡等の手段として、ファクシミリ以外の方法がない者(原則として学齢児以上)</td> </tr> </tbody> </table>                |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が聴覚障害、音声機能、言語機能障害の者でコミュニケーション、緊急連絡等の手段として、ファクシミリ以外の方法がない者(原則として学齢児以上) |                             |  |   |          |      |
| 4-10   | 聴覚障害者用<br>情報受信装置   | 88,900                      | 次に該当する在宅の者   | 字幕及び手話通訳付きの聴覚障害者用番組や、テレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを、画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障害者向け緊急信号を受信する機器。                | 6年       |      |
|        |  |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が聴覚障害で、本装置によりテレビの視聴が可能になる者</td> </tr> </tbody> </table>   |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が聴覚障害で、本装置によりテレビの視聴が可能になる者  |                             |  |   |          |      |
| 4-11   | 人工喉頭   | 笛式<br>8,100                 | 次に該当する者  | 呼気によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの。<br>(価格には気管カニューレを含む)                                      | 4年       |      |
|        |  | 電動式<br>70,100               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が音声・言語機能障害で、喉頭摘出を行った者</td> </tr> </tbody> </table>  |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が音声・言語機能障害で、喉頭摘出を行った者   |                             |  |   |          |      |
| 4-12   | 視覚障害者等用図書  | 66,000<br>(年額)<br>年間6タイトル以内 | 次のいずれかに該当する者   | 点字図書、大活字図書、DAISY図書。上肢機能障害者又は読字障害者にあつてはDAISY図書のみとする。   | 5年       |      |
|        |  |                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者</td> </tr> <tr> <td>読字障害児者</td> <td>DAISY図書の利用が適切である者</td> </tr> </tbody> </table> |   |          | 障害種別 |
| 障害種別   | 要件   |                             |  |   |          |      |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別・等級が上肢機能障害2級以上又は手帳の障害種別が視覚障害の者  |                             |  |   |          |      |
| 読字障害児者 | DAISY図書の利用が適切である者  |                             |  |   |          |      |

## 第5類 排泄管理支援用具

障害児者の排泄管理を支援する衛生用品であって、利用者が容易に使用でき、実用性のあるもの

| 種 目  | 基準額<br>(円)  | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする   | 性 能  | 耐用<br>年数   |   |  |   |  |    |
|--|---|---|------|--|---|--|---|--|----|
| 5-1<br>ストーマ装具  | 消化器系<br>8,800   | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別がぼうこう・直腸機能障害で、<br/>尿路変更のストーマ(膀胱ろう・腎ろうを含む)<br/>又は腸管のストーマを造設した者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件   | 身体障害児者  | 手帳の障害種別がぼうこう・直腸機能障害で、<br>尿路変更のストーマ(膀胱ろう・腎ろうを含む)<br>又は腸管のストーマを造設した者   | 低刺激性の粘着剤を使用した密封型又は下部開放型の収納袋とし、ラテックス製、プラスチックフィルム製のもの。別表3に掲げる付属品を含めることができる。(基準額はストーマ造設箇所1か所あたり、付属品を含む月額とする) |  |    |
|  | 障害種別  | 要件  |      |  |   |  |   |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別がぼうこう・直腸機能障害で、<br>尿路変更のストーマ(膀胱ろう・腎ろうを含む)<br>又は腸管のストーマを造設した者  |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 尿路系<br>11,500  | ※1ぼうこう機能障害・直腸機能障害のいずれか1つの障害を持つ者について「5-2 紙おむつ等」の支給を受けた者は、本種目の支給を受けることはできない。<br>※2ぼうこう機能障害・直腸機能障害により「尿路変更のストーマ(尿路系)及び「腸管のストーマ(消化器系)」を造設している者で、いずれか一方のストーマが著しいびらん等によりストーマ装具が装着できなくなった場合は、「尿路系+紙おむつ」「消化器系+紙おむつ」の組み合わせによる支給を受けることができる。<br>※3ぼうこう機能障害・直腸機能障害により「尿路変更のストーマ(尿路系)及び「腸管のストーマ(消化器系)」を造設している者で、双方のストーマが著しいびらん等によりストーマ装具することができなくなった場合は、「紙おむつ」一具を支給することができる。 | 低刺激性の粘着剤を使用した密封型又は下部開放型の収納袋で尿処理用のキャップ付とし、ラテックス製、プラスチックフィルム製のもの。別表3に掲げる付属品を含めることができる。(基準額はストーマ造設箇所1か所あたり、付属品を含む月額とする)*ただし、膀胱ろう・腎ろう造設者の場合は別表3に掲げる付属品のみを支給する。  |      |  |   |  |   |  |    |
| 5-2<br>紙おむつ等   | 12,600  | 3歳以上の身体障害児者又は難病患者等であって、次のいずれかに該当し、紙おむつ等の用具類を必要とする者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストーマの変形のためストーマの装具を装着することができない者</td> </tr> <tr> <td>先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のあるもの、及び先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者</td> </tr> <tr> <td>脳原性運動機能障害者(注2)であって、以下①～④の要件のいずれをも満たす者<br/>①排尿若しくは排便の意思表示が困難であること<br/>②自力でトイレに行けないこと<br/>③自力で便座(原則排便補助具の使用を含む)に座ることができないこと<br/>④介助による定時排泄をすることができないこと</td> </tr> </tbody> </table><br>※「5-3 洗腸装具」の支給を受けた者は、本種目の支給を受けることはできない。 | 要件   | 治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストーマの変形のためストーマの装具を装着することができない者 | 先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のあるもの、及び先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者 | 脳原性運動機能障害者(注2)であって、以下①～④の要件のいずれをも満たす者<br>①排尿若しくは排便の意思表示が困難であること<br>②自力でトイレに行けないこと<br>③自力で便座(原則排便補助具の使用を含む)に座ることができないこと<br>④介助による定時排泄をすることができないこと | 紙おむつ、尿取りパッド、おしりふき、おむつパッド、さらし、ガーゼ、脱脂綿のうち必要なもの(基準額は月額とする)。  |  |    |
| 要件   |   |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 治療によって軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストーマの変形のためストーマの装具を装着することができない者   |   |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のあるもの、及び先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者  |   |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 脳原性運動機能障害者(注2)であって、以下①～④の要件のいずれをも満たす者<br>①排尿若しくは排便の意思表示が困難であること<br>②自力でトイレに行けないこと<br>③自力で便座(原則排便補助具の使用を含む)に座ることができないこと<br>④介助による定時排泄をすることができないこと |   |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 5-3<br>洗腸装具  | 12,600  | 次に該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が直腸機能障害で、洗腸排便法を行っている者</td> </tr> </tbody> </table><br>※「5-2 紙おむつ等」の支給を受けた者は、本種目の支給を受けることはできない。  | 障害種別 | 要件   | 身体障害児者  | 手帳の障害種別が直腸機能障害で、洗腸排便法を行っている者   | 洗腸排便法を行う際に必要となる器具。  | 6ヶ月  |    |
| 障害種別   | 要件  |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別が直腸機能障害で、洗腸排便法を行っている者  |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 5-4<br>収尿器   | 7,800   | 次のいずれかに該当する者<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別がぼうこう機能障害の者</td> </tr> <tr> <td>手帳の障害種別が脊髄損傷等を原因とする体幹機能障害又は下肢機能障害で、高度の排尿機能障害のある者</td> </tr> </tbody> </table>  | 障害種別 | 要件   | 身体障害児者  | 手帳の障害種別がぼうこう機能障害の者   | 手帳の障害種別が脊髄損傷等を原因とする体幹機能障害又は下肢機能障害で、高度の排尿機能障害のある者  | 尿を収集し、貯留するもの。<br>※特定保険医療材料として医療費給付の対象のものを除く。 | 1年 |
| 障害種別   | 要件  |   |      |  |   |  |   |  |    |
| 身体障害児者   | 手帳の障害種別がぼうこう機能障害の者  |   |      |  |   |  |   |  |    |
|  | 手帳の障害種別が脊髄損傷等を原因とする体幹機能障害又は下肢機能障害で、高度の排尿機能障害のある者  |   |      |  |   |  |   |  |    |

## 第6類 居宅生活動作補助用具

障害児者の居宅生活動作等を円滑にする用具で、設置に小規模な住宅改修を伴うもの

| 種 目    | 基準額<br>(円)  | 対 象 者<br>※手帳を持たない難病患者等(注1)は下記の状態と同等の者を対象とする | 性 能  | 耐用<br>年数 |    |        |   |  |  |
|--------|---|---|--|----------|----|--------|---|--|--|
| 6-1    | 住宅改修費   | 209,500                                     | <p>次のいずれかに該当する在宅の者</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害種別</th> <th>要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害児者</td> <td>手帳の障害種別が下肢、体幹機能障害(注3)で、障害等級が4級以上の者<br/>ただし、洗浄機能付便座の取付工事費については、上肢機能障害2級以上の者</td> </tr> </tbody> </table> | 障害種別     | 要件 | 身体障害児者 | 手帳の障害種別が下肢、体幹機能障害(注3)で、障害等級が4級以上の者<br>ただし、洗浄機能付便座の取付工事費については、上肢機能障害2級以上の者 | <p>障害児者の移動等を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの。</p> <p>※別に細則を設ける</p> |  |
| 障害種別   | 要件  |   |  |          |    |        |   |  |  |
| 身体障害児者 | 手帳の障害種別が下肢、体幹機能障害(注3)で、障害等級が4級以上の者<br>ただし、洗浄機能付便座の取付工事費については、上肢機能障害2級以上の者 |   |  |          |    |        |   |  |  |

## 第7類 修理費

すでに支給された日常生活用具の故障・破損等に対して修理を行う

| 種 目 | 基準額<br>(円)        | 対 象 者 ・ 条 件 |
|-----|-------------------|-------------|
| 7-1 | 電動ベッド<br>(修理)     | 10,500      |
| 7-2 | 体圧分散マット<br>(修理)   | 10,500      |
| 7-3 | 携帯用会話補助装置<br>(修理) | 10,500      |
| 7-4 | 視覚障害用具<br>(修理)    | 50,000      |

本制度により対象種目の支給を受けた者であって、当該支給物品の修理の必要が認められる者。原則として、購入した製品に対し1回に限る。  
 修理の範囲は、支給時点の性能を回復する程度とし、性能の向上を伴う修理は認めない。  
 【修理】視覚障害用具の対象製品は以下のとおりとする。  
 暗所視支援眼鏡・点字ディスプレイ・点字タイプライター・DAISY図書プレイヤー・視覚障害者用読書器。  
 なお、点字ディスプレイの基準額は、100,000円とする。

- (注) 1. 難病患者等とは、障害者総合支援法の対象となる疾病をいう。  
 2. 脳原性運動機能障害とは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢及び運動の異常をいう。  
 具体的には、脳性麻痺や乳幼児期以前に発症した脳症又は脳外傷、無酸素脳症等の後遺症による全身性障害を有する者である。  
 3. 脳原性運動機能障害による上肢・移動機能障害は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障害に準じ取扱うものとする。  
 4. 基準額は、消費税等を含む額とする。