

## 市区町村への補装具費支給制度に関する調査票

ご回答者記入欄	
都道府県	
市区町村名	
担当部署名	
電話番号	

### Q1 補装具費支給制度全般についてお聞きします。

Q1-1 補装具の更生相談所への判定依頼についてお聞きします。市町村は、当該申請が義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の新規支給に係わるものであるときには、更生相談所に対し補装具費支給の要否について更生相談所へ判定依頼をするとされています。更生相談所への判定依頼をどのように判断し行っていますか。補装具再支給の取扱いについて該当するものの□にレ点をお書きください。

		義肢	装具	座位保持装置	補聴器	(オーダーメイド) 車椅子	電動車椅子	意 重 思 度 伝 達 装 置
購入の場合	① 購入申請全て判定依頼している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 前回の購入から一定期間以上経過したとき	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年
	③ 使用部品に変更が発生したとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
修理の場合	⑤ 修理申請全て判定依頼している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥ 前回の購入から一定期間以上経過したとき	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年	<input type="checkbox"/> ( ) 年
	⑦ 使用部品に変更が発生したとき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注・・・②、⑤については、枠の( )年に年数をお書きください。④、⑧については、その他のルールを設定していましたらお書きください。

Q1-2-1 基準の補装具購入についてお聞きします。市町村が決定する義眼、眼鏡（矯正用、遮光用、コンタクトレンズ、弱視用）、車椅子（レディーメイド）、歩行器、盲人安全つえ及び歩行補助つえ（一本つえを除く。）は、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、更生相談所の判定を要せず、市町村が決定して差し支えないとされています。その上で、身体障害者手帳によって当該申請に係る身体障害者が補装具の購入等を必要とするものであることを確認することができるときには、補装具支給意見書を省略できるとされています。申請受付の際、下記の表の種目について補装具支給意見書を求めているか、それとも省略しているか、該当する□にレ点をお書きください。

	補装具支給意見書の提出	
	求めている	省略している
義眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車椅子（レディーメイド）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
盲人安全つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1-2-2 Q1-2-1で補装具支給意見書の提出を求めているにチェックを入れた場合には、その理由をお書きください。

Q2 利用者の年齢が18歳未満の身体障害児への補装具の購入・修理の決定についてお聞きします。

Q2-1-1 基準の補装具購入についてお聞きします。補装具の種目の中には、補装具費支給の対象を身体障害児に限定した起立保持具、排便補助具、座位保持椅子及び頭部保持具があります。組み合わせで支給したものも含め、過去3年間の購入決定件数をお書きください。

種目	購入決定件数			修理の決定件数		
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
起立保持具	件	件	件	件	件	件
排便補助具	件	件	件	件	件	件
座位保持椅子	件	件	件	件	件	件
頭部保持具	件	件	件	件	件	件

Q2-2 市町村が身体障害児に補装具を支給する際に、技術的助言（地方自治法第245条の4の規定に係わらず、電話等の問い合わせによる助言も含む）を更生相談所等に求めていますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 常に求めている
- イ. たまに求めている
- ウ. 求めていない
- エ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q2-3 身体障害児への購入決定の手続きの際、市区町村から更生相談所等に技術的助言を求めるのはどのような内容ですか。該当するものを全て選び□にレ点をお書きください。（複数選択可）

- ア. 使用する部品を変更するとき
- イ. 見積もりに高額な部品が含まれていたとき
- ウ. 複数個の補装具申請があったとき
- エ. 特例補装具の申請があったとき
- オ. 必要性の根拠が不明確なとき
- カ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q2-4 身体障害児の補装具購入決定の手続きについてお聞きます。普段から、更生相談所等と情報共有をしていますか。それぞれの補装具について該当するものを選び□にレ点をお書きください。

補装具の種目	基準内の扱いについて		特例補装具の扱いについて	
	情報を共有している。	情報を共有していない。	情報を共有している。	情報を共有していない。
義肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
装具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
座位保持装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
盲人安全つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
義眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車椅子（オーダーメイド）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車椅子（レディーメイド）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電動車椅子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
座位保持椅子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起立保持具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭部保持具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便補助具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重度意思伝達装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2-5 利用者の事務的扱いが身体障害児から身体障害者へ移行する際、過去1年間に利用者から制度利用に関する相談や説明を求められたことはありますか。該当するものを全て選択し□にレ点をお書きください。

- ア. 利用者負担額に関する事で受けた (複数選択可)
- イ. 複数個支給について受けた
- ウ. 補装具の種目の判定について受けた
- エ. 補装具費支給を受けて次の再支給までの期間について受けた
- オ. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- カ. 相談を受けたことはない

**Q3 高額補装具・特例補装具の判定についてお聞きします。**

Q3-1-1 筋電義手は補装具に該当しますが、基本価格や製作要素価格などの基準は定められていません。もし、筋電義手の申請があった場合どのように対応していますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 基準に定められていないものは、受け付けていない
- イ. 基準に定められていないため、基準内のものに置き換えて扱っている
- ウ. 基準に定められていないため、特例補装具として受け付け手続きを進めている
- エ. その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q3-1-2 筋電義手の購入決定件数についてお聞きします。平成28年度から平成30年度までに購入決定した件数をお書きください。購入決定に至らなかった場合には、その件数と理由もお書きください。また、修理決定については、件数とその主な内容をお書きください。

	身体障害児の筋電義手購入について		
	購入決定件数	購入決定されなかった件数	購入決定されなかったものがあればその理由をお書きください。
平成28年度	件	件	
平成29年度	件	件	
平成30年度	件	件	

	身体障害児の筋電義手修理について	
	修理決定件数	修理決定された内容をお書きください。
平成28年度	件	
平成29年度	件	
平成30年度	件	

	身体障害者の筋電義手購入について		
	購入決定件数	購入決定されなかった件数	購入決定されなかったものがあればその理由をお書きください。
平成28年度	件	件	
平成29年度	件	件	
平成30年度	件	件	

	身体障害者の筋電義手修理について	
	修理決定件数	修理決定された内容をお書きください。
平成28年度	件	
平成29年度	件	
平成30年度	件	

Q3-1-3 身体障害児へ筋電義手の購入決定をした場合、2具目として作業用義手や能動義手、装飾用義手の購入決定をしたケースはありますか？。該当するものを選び□にレ点をお書きください。（複数選択可）

- ア. 作業用義手
- イ. 能動義手
- ウ. 装飾用義手
- エ. その他
- オ. 筋電義手のみで2具目は支給していない

Q3-2 高額な部品の取扱いについてお聞きします。

Q3-2-1 補装具申請受付時に高額な部品使用が分かっている場合、どのような対応をしていますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 制度で定められているものであれば、全て支給している
- イ. 制度内であっても、高額なものについては窓口で受け付けていない
- ウ. 制度内であっても、更生相談所等に技術的助言を求め、その助言を参考に購入決定している
- エ. その他（ )

Q3-2-2 近年、補装具の部品は、高機能高額なものが開発され、完成用部品リストの中に掲載されている取り扱い可能な高機能高額な部品は増えてきています。この取扱についてご意見がありましたらお書きください。

Q4 その他の種目の視覚関連補装具についての設問になります。

Q4-1 眼鏡（弱視用）についてお尋ねします。

Q4-1-1 掛けめがね式的眼鏡（弱視用）の件数がどのくらいありますか。不明な場合は年度ごとの□にレ点を書き、次の設問にお進みください。購入決定がある場合には件数をお書きください。ない組み合わせについては「0」とお書きください。

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
不明である	□	□	□	□	□
購入決定した件数	件	件	件	件	件

Q4-1-2 眼鏡の弱視用で設定されていないものを制度で使えないか、相談を受けたことがありますか。

- ア. 現支給制度で定められていないものの相談は受け付けていない
- イ. 現支給制度で定められていないが、制度内のもので置き換えて扱えないか相談を受けた
- ウ. 現支給制度で定められていないが、特例補装具として扱えないか相談を受けた
- エ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q4-1-3 Q4-1-2で「イ. 制度では扱えないが、相談を受付けたことはある。」もしくは、「ウ. 相談を受け、特例補装具として支給決定したおことがある。」を選択された方にお聞きします。具体的に何を制度で扱えないか相談されましたか。具体的なものをお書きください。

- 相談のあったもの（ \_\_\_\_\_ ）
- 相談のあったもの（ \_\_\_\_\_ ）
- 相談のあったもの（ \_\_\_\_\_ ）

Q4-1-4 眼鏡の種目にある矯正用、弱視用、遮光用、コンタクトレンズを組み合わせで支給決定したのがありますか。不明な場合は該年度の□にレ点をお書きください。次の設問にお進みください。件数が確認できる場合には、年度ごとに組み合わせで支給した件数をお書きください。ない組み合わせについては「0」とお書きください。

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
組み合わせによる支給は不明		□	□	□	□	□
眼鏡の組み合わせによる支給	矯正眼鏡と遮光眼鏡	件	件	件	件	件
	矯正眼鏡とコンタクトレンズ	件	件	件	件	件
	矯正眼鏡と弱視眼鏡	件	件	件	件	件
	遮光眼鏡とコンタクトレンズ	件	件	件	件	件
	遮光眼鏡と弱視眼鏡	件	件	件	件	件
	コンタクトレンズと弱視眼鏡	件	件	件	件	件
	矯正眼鏡と矯正眼鏡	件	件	件	件	件
	遮光眼鏡と遮光眼鏡	件	件	件	件	件
	弱視眼鏡と弱視眼鏡	件	件	件	件	件
	コンタクトレンズとコンタクトレンズ	件	件	件	件	件

Q4-1-5 暗所視支援眼鏡についてご存じですが。

- ア. 知らない  
 イ. 知識としては知っている  
 ウ. 知識として知っており、情報提供もしている  
 エ. その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q4-2 眼鏡（遮光用）についてお尋ねします。

Q4-2-1 眼鏡（矯正用）と（遮光用）について購入決定した年度ごとの件数をお書きください。ない場合は「0」と、不明の場合は該年度の□にレ点をお書きください。

内容	平成29年度 不明 □
眼鏡 矯正眼鏡 6D未満	件
眼鏡 矯正眼鏡 6D以上10D未満	件
眼鏡 矯正眼鏡 10D以上20D未満	件
眼鏡 矯正眼鏡 20D以上	件
眼鏡 遮光眼鏡 前掛式	件
眼鏡 遮光眼鏡 6D未満	件
眼鏡 遮光眼鏡 6D以上10D未満	件
眼鏡 遮光眼鏡 10D以上20D未満	件
眼鏡 遮光眼鏡 20D以上	件

内容	平成30年度 不明 □
眼鏡 矯正用 6D未満	件
眼鏡 矯正用 6D以上10D未満	件
眼鏡 矯正用 10D以上20D未満	件
眼鏡 矯正用 20D以上	件
眼鏡 遮光用 前掛式	件

Q4-2-2 度数の入っていない掛けめがね式の眼鏡（遮光用）の扱いについて、平成30年4月からの支給基準の中でどのように対応していますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 種目の基本構造に含まれていないので非該当であり、補装具として認めていない
- イ. 遮光用の前掛式が21,500円なので、それに準じて決定している
- ウ. 度数が入っていないものは「6 D未満」の矯正用に含まれ、なおかつ矯正用の備考欄に「遮光用としての機能が必要な場合は30,000円とすること」となっているため、それに準じて決定している
- エ. 決定実績はないが、問い合わせはあった
- オ. 不明

Q4-2-3 度数の入っていない掛けめがね式の眼鏡（遮光用）の件数についてお聞きします。不明な場合は年度ごとの□にレ点を書き、次の設問にお進みください。購入決定件数がある場合はその件数をお書きください。件数が「0」の場合も0とお書きください。

	平成28年度	平成29年度	平成30年度
不明である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
購入決定した件数	件	件	件

Q4-3【盲人安全つえ】についてお尋ねします。

Q4-3-1 最新技術を盛り込んだ高機能白杖についてご存じですか。また、利用者から問い合わせを受けたことがありますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 制度の対象になっていないので知らない
- イ. 知っているが、問い合わせも受けたことはない
- ウ. 知っている。利用者からの問い合わせを受けたこともある
- エ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

※視覚関連の補装具について、コメントがありましたらお書きください。



**Q5 聴覚障害を認定されている対象者に行った補装具費支給についてご回答ください。**

**Q5-1-1 基準内交付として平成30年度の1年間に購入決定した個数をご記入ください。**

- 1) 高度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 2) 高度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 3) 重度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 4) 重度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 5) 耳あな型 (レディメイド) . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 6) 耳あな型 (オーダーメイド) . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 7) 骨導式ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 8) 骨導式眼鏡型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 9) イヤモールド . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 個
- 10) FM方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台

**Q5-1-2 特例補装具として平成30年度の1年間に購入決定した個数をご記入ください。**

- 1) 軟骨伝導補聴器 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 2) 骨導式カチューシャ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 3) デジタル方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 4) その他 ( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 台)  
( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 台)

**Q5-1-3 平成30年度の1年間に補聴器の両耳同時に購入決定した人数をご記入ください。**

( \_\_\_\_\_ ) 人

**Q5-1-4 平成30年度の1年間に聴覚障害4級に対して重度難聴用を購入決定した人数をご記入ください。**

( \_\_\_\_\_ ) 人

**Q5-1-5 平成30年度の1年間に人工内耳装用者に対して特例補装具としてデジタル方式補聴援助システムを購入決定した人数をご記入ください。**

( \_\_\_\_\_ ) 人

**Q5-1-6 平成30年度の1年間にデジタル補聴器の調整加算を算定した人数と台数をご記入ください。**

( \_\_\_\_\_ ) 人に対して ( \_\_\_\_\_ ) 台

( \_\_\_\_\_ ) 人に対して ( \_\_\_\_\_ ) 台

Q5-1-7 Q5-1-6.について算定業務を行って人のうち、認定補聴器技能者と言語聴覚士の割合をご回答ください。

認定補聴器技能者 ( \_\_\_\_\_ ) %  
言語聴覚士 ( \_\_\_\_\_ ) %

Q5-1-8 特に代理受領を採用する場合、適切な補聴器販売店であることを確認する上で、以下の項目を調査していますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。

- ア. 補聴器店に言語聴覚士が在籍している
- イ. 補聴器店に認定補聴器技能者が在籍している
- ウ. 認定補聴器専門販売店の資格を有している
- エ. その他（具体的内容 \_\_\_\_\_）
- オ. 特に調査は行っていない

Q5-2 身体障害者手帳の交付対象とならない軽・中等度難聴児・者に対する補聴器助成制度についてご回答ください。

Q5-2-1 対象をどのように規定していますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。（複数回答可）

- ア. 年齢による規定（具体的内容： \_\_\_\_\_）
- イ. 聴力レベルによる規定（具体的内容： \_\_\_\_\_）
- ウ. 世帯の市民税所得割額による規定（具体的内容： \_\_\_\_\_）
- エ. それ以外の規定（具体的内容： \_\_\_\_\_）
- オ. 制度自体が無い

Q5-2-2 補聴器購入費の助成制度を使い、平成30年度の1年間に助成した個数をご記入ください。

- 1) 軽中等度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 2) 高度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 3) 重度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 4) 軽中等度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 5) 高度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 6) 重度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 7) 耳あな型（レディメイド） . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 8) 耳あな型（オーダーメイド） . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 9) 骨導式ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 10) 骨導式眼鏡型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 11) 骨導式カチューシャ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 12) 軟骨伝導補聴器 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 13) イヤモード . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 個
- 14) FM方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台
- 15) デジタル方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 台

Q5-2-3 補聴器購入費の助成制度を使い、平成30年度の1年間に補聴器の両耳同時助成した人数をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ ) 人

Q5-2-4 補聴器購入費の助成制度で助成している各機種の助成価格はいくらに設定していますか。

- 1) 軽中等度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 2) 高度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 3) 重度難聴用ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 4) 軽中等度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 5) 高度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 6) 重度難聴用耳かけ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 7) 耳あな型 (レディメイド) . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 8) 耳あな型 (オーダーメイド) . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 9) 骨導式ポケット型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 10) 骨導式眼鏡型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 11) 骨導式カチューシャ型 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 12) 軟骨伝導補聴器 . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 13) イヤモールド . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 14) FM方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円
- 15) デジタル方式補聴援助システム . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 円

Q5-2-5 補聴器購入費の助成制度で助成している支払い負担割合について、本人の負担割合と負担上限額について該当するものを選び□にレ点をお書きください。設定している場合はその値をご回答ください。

1) 本人の負担割合

ア. 設定していない

イ. 設定している ( \_\_\_\_\_ ) %

2) 本人の負担上限額

ア. 設定していない

イ. 設定している ( \_\_\_\_\_ ) 円

3) 段階別に規定されている場合は、方法をご説明ください。(自由記載)

Q5-2-6 補聴器購入費の助成制度で助成している支払い負担割合について、公費の負担割合をご回答ください。

- 1) 都道府県 ( \_\_\_\_\_ ) %  
2) 市区町村 ( \_\_\_\_\_ ) %  
3) その他 ( \_\_\_\_\_ を用いて \_\_\_\_\_ % )

Q5-3 新生児聴覚スクリーニングについてご回答ください。

(回答が困難な場合は空欄でご提出いただいても構いません)

Q5-3-1 新生児聴覚スクリーニングの対象者への助成制度はありますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。ある場合、どのような内容の助成になっていますか。

- ア. あり (助成内容: \_\_\_\_\_ )  
 イ. なし

Q5-3-2 新生児聴覚スクリーニング実施医療機関への助成制度はありますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。ある場合、どのような内容の助成になっていますか。

- ア. あり (助成内容: \_\_\_\_\_ )  
 イ. なし

Q5-3-3 新生児聴覚スクリーニングの全出生に対する実施率は把握していますか。該当するものを選び□にレ点をお書きください。把握している場合は何%ですか。

- ア. 把握している (実施率: \_\_\_\_\_ %)  
 イ. 把握していない

**Q6-1 補装具費支給制度における借受け対応についてお聞きします。**

**Q6-1 借受けの支給判定の有無について該当するものを選び□にレ点をお書きください。「あり」を選択された場合は、該当する種目に件数をお書きください。**

(1) あり …… 下表に件数をご記入ください。

内容 \ 種目	完成用部品			重度障害者用 意思伝達装置 の本体	歩行器	座位保持 椅子
	義肢・装具	BFO※1	座位保持装置			
①身体の成長	件	件	件	件	件	件
②障害の進行	件	件	件	件	件	件
③比較検討	件	件	件	件	件	件

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

※1…BFOは上肢装具の食事動作補助器を示す

(2) なし

**Q6-2 借受けに関する問い合わせについてお聞きします。**

**Q6-2-1. 利用者からの借受けに関する問い合わせの有無について該当するものを選び□にレ点をお書きください。**

「あり」を選択された場合は、該当する種目に件数をお書きください。

(1) あり …… 下表に件数をご記入ください

内容 \ 種目	完成用部品			重度障害者用 意思伝達装置 の本体	歩行器	座位保持 椅子	その他
	義肢・装具	BFO	座位保持装置				
①身体の成長	件	件	件	件	件	件	件
②障害の進行	件	件	件	件	件	件	件
③比較検討	件	件	件	件	件	件	件
④その他	件	件	件	件	件	件	件

(2) なし

**Q6-2-2. 補装具業者からの問い合わせの有無について該当するものを選び□にレ点をお書きください。「あり」を選択された場合は、該当する種目に件数をお書きください。**

(1) あり …… 下表に件数をご記入ください

内容 \ 種目	完成用部品			重度障害者用 意思伝達装置 の本体	歩行器	座位保持 椅子	その他
	義肢・装具	BFO	座位保持装置				
①身体の成長	件	件	件	件	件	件	件
②障害の進行	件	件	件	件	件	件	件
③比較検討	件	件	件	件	件	件	件
④その他	件	件	件	件	件	件	件

(2) なし

Q6-3. 借受けに関する課題をお書きください（自由記述）

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

Q6-4. 現在の借受け基準および種目の設定における問題・懸念をお書きください。

Q6-5. 借受制度の推進のために現在行っている対応、もしくは今後実施すると有効と思われる対応についてご意見がありましたらお書きください。（自由記述）

**Q7 データの蓄積方法についてお聞きします。**

**Q7-1 補装具費支給申請のあった情報はどのように蓄積して管理していますか。**

- ア. 紙でデータ管理している
- イ. 電子データとして蓄積管理している
- ウ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

**Q7-2 Q7-1で「イ電子データとして蓄積管理している」と回答された方にお聞きします。電子データは、どのようなタイプですか。**

- ア. 紙をスキャンしたPDFデータ
- イ. 表計算ソフトやデータベースのデータとして蓄積管理している
- ウ. その他（ \_\_\_\_\_ ）

アンケート調査は以上になります。  
ご協力ありがとうございました。