**補装具費支給制度における種目の構造のあり方に関する調査票**

**○調査目的**

　本アンケート調査は、国立障害者リハビリテーションセンターにおいて、平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）））「補装具費支給制度における種目の構造と基準額設定のあり方に関する調査研究」（研究代表者 白銀暁）から研究補助を受けて実施するものです。

　身体障害者（「障害児」を含む）に対する補装具費の支給については、医師の意見書や身体障害者更生相談所等の専門機関の意見等を参考に、市区町村において、その支給決定がなされております。しかしながら、その運用場面での課題が指摘されております。昨年度、その課題等についての調査を実施させていただきました。本アンケート調査は、それを補足するものです。

　本調査でご回答をいただきます内容は、極めて重要なご意見となります。本調査は研究として行うものであり回答は任意ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

※昨年度に実施させていただきました調査の結果は、下記の「厚生労働科学研究成果データベース」にて公開いたしました。ご照覧いただけますと幸いです。

https://mhlw-grants.niph.go.jp/（文献番号「201516014A」にてご検索ください）

**○調査対象**

　市区町村の障害者福祉主管課、補装具費の支給決定事務担当者

　※回答は、担当者単独の意見ではなく、組織全体の意見を踏まえたものとしてください。

**○調査票のご返送方法**

調査にご協力いただける場合は、本調査票に回答をご記入いただき、同封の返信用封筒にてご返送ください。

※調査票のWordファイルを以下に掲載いたしますので、必要に応じてお使いください。

国立障害者リハビリテーションセンター研究所 福祉機器開発部ウェブページ

http://www.rehab.go.jp/ri/kaihatsu/kaihatsj.html

**○ご返送の期限**

　平成28年11月28日（月）（必着）とさせていただきます。

**○本調査に対する問い合わせ先**

　国立障害者リハビリテーションセンター研究所　白銀 暁（しろがね さとし）

　Mail：shirogane-satoshi@rehab.go.jp　 TEL：04-2995-3100（内線2528）

※誠に申し訳ございませんが、できるだけメールにてお問い合わせください。

なお、アンケートの発送・回収につきましては下記に委託しております。

株式会社リサーチワークス（担当：井野、半田）

〒140-0041東京都中央区新富1-14-3　TEL:03-5542-0579／FAX:03-5542-0461

※ご回答いただいた本調査票は、本研究の目的のみに使用することとし、記載された内容の秘密の保護には厳重に注意いたします。なお、個々の自治体名を特定できない形でまとめた集計結果については、研究報告書、学術誌、学会報告などで発表、厚生労働省に報告することを予定しています。

（１）ご担当者名記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 市区町村名 |  |
| 部署名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（２）市区町村の概要

貴市区町村の概要をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 総務省地方公共団体コード |  |
| 都道府県名 |  |
| 人口（平成28年4月1日時点） | 人 |
| 身体障害者手帳の交付件数  （平成28年4月1日時点の手帳所持者数） | 件 |

（３）聴覚障害関連補装具について

Ⅰ.　デジタル方式補聴補助システム（商品例：ロジャー）の交付について

Ⅰ－１．平成26、27、28年度の新規申請者数と交付者数をお答えください。ただし、平成28年度は統計期間を別にお示しください。

　 　　　　申請者数　　　　　　　　　　　交付者数

26年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

27年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

28年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで

Ⅰ－２．平成26、27、28年度の新規交付者数を、可能であれば18歳以上と18歳未満に分けてお答えください。ただし、平成28年度は統計期間を別にお示しください。

　　　18歳以上の数　　　　　　　　18歳未満の数

26年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

27年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

28年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで

Ⅰ－３．平成26、27、28年度の新規交付者数を、可能であれば補聴器に対して交付した数と人工内耳に対して交付した数に分けてお答えください。ただし、平成28年度は統計期間を別にお示しください。

　　　　　補聴器　　　　　　　　　　　人工内耳

26年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

27年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

28年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで

Ⅱ.　FM方式補聴補助システムの交付について

Ⅱ－１．平成26、27、28年度の新規申請者数と交付者数をお答えください。ただし、平成28年度は統計期間を別にお示しください。

　　　　申請者数　　　　　　　　　　　交付者数

26年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

27年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

28年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで

Ⅱ－２．平成26、27、28年度の新規交付者数を、可能であれば18歳以上と18歳未満に分けてお答えください。ただし、平成28年度は統計期間を別にお示しください。

　 　　　18歳以上の数　　　　　　　　18歳未満の数

26年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

27年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

28年：（　　　　　）名　　　　　　　（　　　　　）名

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで

Ⅲ.　デジタル方式補聴補助システム（商品例：ロジャー）の交付方法について

デジタル方式補聴補助システムを交付する際に、特例補装具のデジタル方式補聴補助システムと明記して交付していますか。それとも書類上はFM方式補聴補助システムの交付とみなして手続きを行い、実際はデジタル方式補聴補助システムを使用するという方法を取っていますか。○をつけてください。

①（　　　）デジタル方式補聴補助システムと明記し特例補装具として交付

②（　　　）FM方式補聴補助システムの交付とみなしてデジタルを使用

③（　　　）その他

詳細をご記入ください。

Ⅳ.　デジタル方式補聴補助システム（商品例：ロジャー）の価格について

送信機、受信機のそれぞれの支給価格を教えてください。

送信機（　　　　　　　　　）円

受信機（　　　　　　　　　）円

Ⅴ.　デジタル方式補聴補助システム（商品例：ロジャー）の支給に関する問題点について

具体的な問題点を挙げて、詳細をご記入ください。

（事例の御紹介でも結構です）

（４）重度障害者用意思伝達装置について

Ⅰ．これまでに補装具・重度障害者用意思伝達装置の申請がありましたか？

□あり（→下記の年度毎に件数をご記入ください（28年度は、集計期間もご記入ください）。）

平成26年度：申請（　　　　）件中、支給（　　　　）件

　　　　平成27年度：申請（　　　　）件中、支給（　　　　）件

　　　　平成28年度：申請（　　　　）件中、支給（　　　　）件

※期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで　　（→**Ⅱ．**へ進む）

□なし　（→**Ⅲ．**へ進む）

（Ⅰ．で「あり」の場合のみ、Ⅱ．にお答えください）

Ⅱ．そのうち、下記の申請がありましたか？また、どのような対応となりましたか？下記の年度毎に件数をご記入ください。（該当するが、時期や件数が不明の場合は、☑のみでもかまいません）

Ⅱ－１．パソコンにソフトウェアを組み込んだ装置の申請（例：オペレートナビを組み込んだＰＣ）

　　①　申請受付　・　基準内（文字等走査入力方式）専用機器として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　1.あり＿＿＿＿＿円、　2.なし　）

　　②　申請受付　・　特例補装具として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　あり＿＿＿＿＿円、　なし　）

　　　（ＰＣ本体代金は、　　□支給対象　、□支給対象外（自己負担）　）

　　　（組み上げ技術料は、　□支給対象　、□支給対象外（自己負担）　）

　　③　申請差し戻し等（日常生活用具としての申請を指導）

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　④　申請受付　・　支給不可

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

Ⅱ－２．視線入力方式による文字入力を行う装置（一体型）の申請（例：トビーＰ１０）

　　①　申請受付　・　基準内（文字等走査入力方式）専用機器として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　あり＿＿＿＿＿円、　なし　）

　　②　申請受付　・　特例補装具として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　あり＿＿＿＿＿円、　なし　）

　　③　申請差し戻し等（一体型でない構成での再申請を指導）

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　④　申請差し戻し等（日常生活用具としての申請）

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　⑤　申請受付　・　支給不可

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

Ⅱ－３．視線入力装置（視線検出装置を取り付けたＰＣ）の申請

　　　　　　　　　（例：トビーPC Eye + communicator、 miyasuku EyeCon 等）

　　①　申請受付　・　基準内（文字等走査入力方式）専用機器として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　あり＿＿＿＿＿円、　なし　）

　　②　申請受付　・　特例補装具として支給決定

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　　支給に関して貴市区町村で設定した基準額　（　あり＿＿＿＿＿円、　なし　）

　　　（ＰＣ本体代金は、　　□支給対象　、□支給対象外（自己負担）　）

　　　（組み上げ技術料は、　□支給対象　、□支給対象外（自己負担）　）

　　③　申請差し戻し等（日常生活用具としての申請）

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　④　申請受付　・　支給不可

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

Ⅱ－４．機種に関係なくソフトウェアのバージョンアップを目的とした耐用年数内の（再）申請

　　①　申請受付　・　再交付

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　②　申請受付　・　修理基準で対応

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　③　申請差し戻し等（日常生活用具としての申請を指導）

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

　　④　申請受付　・　支給不可

　　　□あり［　26年度（　　　　）件、27年度（　　　）件、28年度（　　　）件　］

Ⅱ－５．その他の特例補装具として該当するもの（申請があったが支給不可となったものも含む）があれば、その内容をここまでの項目と同じようにご記入ください。

Ⅲ．各自治体（市区町村）において、意思伝達装置にかかる補装具費納入事業者（代理受領対象事業者）の決定について登録基準等はありますか？

①　なし

②　あり

（５）視覚障害関連補装具について

Ⅰ.　コンタクトレンズの交付について

＊下記の設問は、いずれも難病要件も含めます。また、左右2枚交付している場合は、1名としてカウントしてください。

Ⅰ－１．平成26、27、28年度の新規申請者数、交付者数、却下者数をお答えください。ただし平成28年度は統計期間を別にお示しください。交付者の疾患名、却下理由に関しては、わかる範囲でご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者数 | 交付者数 | 交付者の疾患名 | 却下者数 | 却下理由 | |
| 平成26年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成27年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成28年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで | | | |  |  |  |

**Ⅰ**－２．**平成26、27、28年度の再交付申請者数、交付者数、却下者数をお答えください。ただし平成28年度は統計期間を別にお示しください。交付者の疾患名、却下理由に関しては、わかる範囲でご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者数 | 交付者数 | 交付者の疾患名 | 却下者数 | 却下理由 | |
| 平成26年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成27年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成28年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで | | | |  |  |  |

Ⅰ－３．平成26、27、28年度の障害者総合支援法の対象難病に基づいた新規申請者数、交付者数、却下者数をお答えください。ただし平成28年度は統計期間を別にお示しください。交付者の疾患名、却下理由に関しては、わかる範囲でご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者数 | 交付者数 | 交付者の疾患名 | 却下者数 | 却下理由 | |
| 平成26年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成27年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 平成28年 | 名 | 名 | 人工的無水晶体眼　　　　名  強度近視　　　　　　　　名  円錐角膜　　　　　　　　名  不明　　　　　　　　　　名  その他（　　　　　）　　名 | 名 |  |  |
| 期間：平成28年4月1日から（　　）月（　　）日まで | | | |  |  |  |

Ⅰ－４．コンタクトレンズ交付について、現場で困ることがあればご自由にご記入ください。

Ⅱ．遮光眼鏡の交付について

Ⅱ－１．遮光率によって遮光眼鏡として申請許可しない場合がありますか？いずれかに○をつけてください。

①はい

②いいえ

③その他（具体的に状況をご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅱ－２．Ⅱ－１.で「はい」と回答された場合、その理由をご自由にお書きください。

Ⅱ－３．視野障害のみの場合、遮光眼鏡に度数を入れることを許可していますか？いずれかに○をつけてください。

①はい

②いいえ

③その他（具体的に状況をご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅱ－４ Ⅱ－３．で「いいえ」と回答された場合、その理由をご自由にお書きください。

**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。**