

障害者総合支援法に基づく 補装具費支給制度について

聴覚障害（補聴器、人工内耳）

目 次

1	補装具費支給制度の概要	・・・ 1
2	補装具費支給制度における具体的事項	・・・ 5
3	補装具（補聴器・人工内耳）の判定等と 補装具費の支給	・・・ 7
4	参考資料	・・・ 10
別紙	「補聴器製作・適合連絡シート」	・・・ 11

令和6年1月



東京都心身障害者福祉センター

※国の基準改正に伴い、記載事項を変更する場合があります。

※複写及びSNSへの転載は禁じます。

1 補装具費支給制度の概要

(1) 補装具の概念

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（以下「障害者総合支援法」という。）に基づく補装具とは、以下のように定義されています。

「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主務省令で定める基準に該当するものとして、義肢、装具、車椅子その他の主務大臣が定めるものをいう。

（障害者総合支援法 第五条25より）

主務大臣が定めるものとは、具体的には厚生労働省告示「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」（以下「基準表」という。）において、補装具の種目、名称、型式、基本構造、価格等が定められています。

障害者総合支援法 第五条第二十五項に規定する主務省令で定める基準は、次の各号のいずれにも該当することとする。

- 一 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製されたものであること。
- 二 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若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。
- 三 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。

（障害者総合支援法施行規則 第一章総則 第六条の二〇より）

(2) 補装具費支給の対象となる種目（聴覚障害）

障害者総合支援法に基づき、基準表に定められています。

補聴器の種類ごとの価格等については表1（2ページ）に示します。

表2 補聴器の種類、基準額、耐用年数

種目	名称	基本構造	付属品	基準額	耐用年数	備考
補聴器	高度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB未満のもの。 ②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が 130dB未満のもの。	電池 イヤモールド	41,600	5	下 記 参 照
	高度難聴用 耳かけ型			43,900		
	重度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB以上のもの。 ②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が130dB 以上のもの。	電池 イヤモールド	55,800		
	重度難聴用 耳かけ型			67,300		
	耳あな型 (レディメイド)	高度難聴用ポケット型及び高度 難聴用耳かけ型に準ずる。	電池 イヤモールド	87,000		
	耳あな型 (オーダーメイド)	ただし、オーダーメイドの出力 制限装置は内蔵型を含むこと。	電池	137,000		
	骨導式ポケッ ト型	IEC 60118-9(1985)による。90デ シベル最大フォースレベルの表 示値が110dB以上のもの。	電池 骨導レシーバー ヘッドバンド	70,100		
	骨導式眼鏡型		電池 平面レンズ	120,000		

(平成18年9月29日厚生労働省告示第528号「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」別表 最終改正 令和5年3月31日 厚生労働省告示第140号)

〈備考〉

- 価格は電池、骨導レシーバー又はヘッドバンドを含むものであること。
- 身体の障害の状況により、イヤモールドを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- ダンパー入りフックとした場合は、240円増しとすること。
- 平面レンズを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を、また、矯正用レンズ又は遮光矯正用レンズを必要とする場合は、眼鏡の修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- 重度難聴用耳かけ型で受信機、オーディオチューン、ワイヤレスマイクを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は2,000円を加算すること。

(3) 補装具費支給の対象について

障害者総合支援法に基づく補装具費の支給を受けるには、身体障害者福祉法に定められた障害程度に該当すると認定される必要があります。障害が認定されると、都道府県知事より身体障害者手帳が交付されます。

障害者総合支援法により、政令で定める難病と認められる場合は、現状で身体障害者手帳所持者と同程度の身体障害の程度に該当すれば、身体障害者手帳がなくても、補装具費支給の対象となります。

補装具費支給の対象にならない場合

ア 他法が適用される場合

補装具に関する制度としては、障害者総合支援法のほかに、戦傷病者特別援護法、労働者災害補償保険法、又は介護保険法による福祉用具貸与制度などがあります。いずれかの制度の対象となる場合には、その制度が障害者総合支援法に優先し適用されます。補聴器は、介護保険法による福祉用具貸与制度では扱いがありません。

イ 一定の所得以上の場合

申請者本人又は世帯員のうち区市町村税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合、補装具費の支給対象にはなりません。

(4) 各関係機関の役割について

補装具費支給事務の取扱いについては、原則として厚生労働省の「補装具費支給事務取扱指針」に基づいて行っています。

ア 都道府県、及び更生相談所

身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）は、身体障害者福祉法に基づいて、各都道府県に設置されています。東京都における更生相談所は、東京都心身障害者福祉センター及び同多摩支所（以下「センター」という。）となります。

イ 市町村（区市町村）

補装具費の支給は、補装具費支給制度の実施主体として、申請者の居住地の区市町村（援護の実施機関）が行います。

(5) 補装具費支給のための判定（補装具判定）

補装具費支給の申請は、身体障害者又は身体障害児の保護者が区市町村長に申請します。区市町村は、身体障害者等の相談に応じ、更生相談所の判定又は指定医の意見書等に基づいて補装具費を支給します。

補装具は、障害者が身体に装着又は装用して障害を補う用具であるため、身体障害に熟知した医師が処方を行い、これに基づいて作製する必要があります。さらに、作製した補装具が使用者の障害状況に適合しているかどうかを確認する必要があります。これらを行うためには、更生相談所の判定又は指定医の意見書による要否の判断が必要となります。

18歳以上の身体障害者の場合、東京都では、身体障害者福祉法第15条に基づいて都知事より指定を受けた医師、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく当該医療に従事する主たる医師(以下併せて「指定医(ここでは肢体不自由の指定医)」)が、「補装具費支給意見書」を作成することとしています。

ただし、難病患者等の場合は、難病法第6条1項に基づく指定医保健所の医師による意見書作成も可能です。

18歳以上の方(身体障害者)、及び18歳未満の方(身体障害児)の判定機関等は次の表1のようになります。身体障害児の補装具費支給には、指定医・保健所の医師が作成した補装具費支給意見書が原則として必要となります。

表2 身体障害者と身体障害児の補装具費支給

	身体障害者	身体障害児
実施機関	区市町村	
支給対象	18歳以上	18歳未満
判定機関等	身体障害者更生相談所	指定医・保健所の医師等

東京都の場合

補装具費支給までの流れ(更生相談所がかかわる種目の場合)

種目により判定方法が異なります。

各種目の具体的な判定方法については、申請者から区市町村にご確認ください。

- ① 申請者 : 区市町村に申請
- ② 区市町村 : 更生相談所に判定予約、及び判定依頼
- ③ 更生相談所 : 直接判定又は書類判定
- ④ 更生相談所 : 区市町村に判定書交付
- ⑤ 区市町村 : 補装具費支給決定通知

・特例補装具の場合は、判定前に区市町村に見積書の提出をお願いしています。

2 補装具費支給制度における具体的事項

(1) 購入等に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

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（平成18年厚生労働省告示第528号。）の別表に定める価格は、主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものです。

なお、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）に基づいて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、補装具事業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の106に相当する額をもって、購入、借受け又は修理に要する費用の額の上限とされています。

また、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、価格の100分の110に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限とされています。

補装具費の算定については、購入又は修理の場合は「告示により算出した額」又は「現に補装具の購入又は修理に要した費用の額」のうち、どちらか低い額を基準額とします。また、端数処理は小数点以下切り捨てとされています。

(2) 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個。補聴器の場合、左右どちらかに1個が支給対象となります。身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認められる場合は、2個とすることを検討する場合があります。区市町村にご相談ください。

(3) 耐用年数について

耐用年数は、通常の装着等状態において修理不能となるまでの予想年数であり、補装具費の支給を受けた身体障害者・児の身体状況や使用状況等によって実耐用年数が異なります。再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数を一律に適用することなく、個々の事情に沿った対応が行われます。耐用年数の経過後でも、修理等により継続して使用可能な場合は、修理での対応となる場合もあります。

災害等本人の責任によ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ることとされています。区市町村にご相談ください。

(4) 差額自己負担による支給について

補装具費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って、使用者本人が希望するデザイン、素材等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、差し支えないこととされています。補聴器の場合、差額自己負担で購入することができるのは、基本構造（「高度難聴用」「重度難聴用」「骨導式」）が同一である場合に限られます。

差額自己負担で購入する場合は、修理においても同様に、修理基準を超える部分については、自己負担が生じることになります。

支給を決定するのは区市町村であるため、事前に区市町村への相談が必要です。

(5) 特例補装具費の支給について

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、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、別表に定める名称、型式、基本構造等によることができない補装具（以下「特例補装具」）の購入又は修理に要する費用を支給する必要性が生じた場合の取扱いは次のとおりとされています。

ア 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、更生相談所又は指定自立支援医療機関若しくは保健所（以下「更生相談所等」）の判定又は意見に基づき市町村が決定するものとする。

イ なお、身体障害児に係る特例補装具費の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を更生相談所に求めるものとする。

東京都の場合 身体障害者の特例補装具は直接判定になります。
特例補装具希望の場合は、必ず区市町村に連絡をしてください。事前に見積書の提出をお願いします。

(6) 修理の取扱いについて

購入の場合と同様に修理についても、基本的な修理部位と価格等が基準表により定められています。

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものや特例補装具の修理が必要な場合は、他の類似種目等の修理部位を参考として、又はそれらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づく適正な価格を決定し、修理に要する費用として支給することができることとされています。

(7) 補装具引渡し後の補装具事業者の責任（代理受領の場合）

支給方法は、償還払いと代理受領の2つがあります。詳しくは、区市町村の補装具担当へ確認してください。

補装具費支給事務取扱指針では、区市町村が代理受領による補装具費の支払を行う場合には、下記内容を補装具事業者との契約に盛りこむことが望ましいこととされています。

引渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的变化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き引渡し後9ヵ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具事業者の責任において改善すること。

ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は修理基準に規定のない修理（類似部位の修理基準の価格を参考とした修理）のうち軽微なものについて、補装具事業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヵ月以内に生じた不適合等（上記災害等により免責となる事由を除く。）であること。

3 補装具（補聴器・人工内耳*1）の判定等と補装具費の支給

*1 人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る

(1) 補装具費（補聴器・人工内耳*1）支給のための判定等の方法

（東京都の場合）

聴覚障害者用の補装具の種目には「補聴器」と「人工内耳*1」があります。

18歳以上の方の判定等は、次の方法で行われます。（表3参照）

ア 本人の来所により、センターが判定（来所判定）

補聴器に補聴システム（受信機、ワイヤレスマイク）を追加する場合 ・
特例補装具

*上記以外でも、区市町村から依頼があれば来所判定が可能です。

イ 指定医の意見書により、センターが判定（書類判定）

高度難聴用（両耳） ・ 重度難聴用 ・ 耳あな型 ・ 骨導式

ウ 区市町村が、指定医の意見書により判断

高度難聴用（片耳） ・ 人工内耳用音声信号処理装置の修理

表3 補聴器・人工内耳の判定等の方法一覧（東京都の場合）

種目	名称	センター		区市町村	備考
		ア来所判定	イ書類判定	ウ書類判断	
補聴器 ■	高度難聴用ポケット型	○	◆	◎*2	◎原則的な方法 ○本人がセンターの判定を希望し、区市町村からの依頼があれば、センターで来所判定・相談が可能 ◆両耳への支給の場合 ■補聴器に補聴システムを追加する場合、及び特例補装具は来所判定
	高度難聴用耳かけ型	○	◆	◎*2	
	重度難聴用ポケット型	○	◎		
	重度難聴用耳かけ型	○	◎		
	耳あな型レディメイド	○	◎		
	耳あな型オーダーメイド	○	◎		
	骨導式ポケット型	○	◎		
	骨導式眼鏡型	○	◎		
人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）			◎*2		

*2 高度難聴用補聴器の片耳への支給、人工内耳用音声信号処理装置の修理の場合は、区市町村で書類判断ができます。

（2）申請から支給までの流れ

ア 補装具費の申請

利用者から区市町村の補装具担当へ補装具費の申請を行います。

イ 区市町村による支給の決定

区市町村は、身体障害者更生相談所等の意見に基づいて、補装具費の支給を行うことが適切であるか審査し、適当であると認められた場合は利用者に対して補装具費の支給決定を行います。

ウ 補装具の製作・引渡し

（3）補聴器製作の際のデジタル式補聴器調整加算について

ア 補聴器製作・適合連絡シート（別紙）

東京都では、補装具費支給事務取扱要領（下記引用）に示される「様式1」の趣旨を踏まえ、補聴器が適切に調整されたことを確認するために「補聴器製作・適合連絡シート」の提出が必要です。区市町村から「補聴器製作・適合連絡シート」の提出を求められた場合は、速やかに提出してください。

デジタル式補聴器で、調整が必要な場合に加算することができる、「補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者」は、補装具事業者に配置されてい

る言語聴覚士又は認定補聴器技能者とする事。

なお、支給申請にあたって提出する見積書には、上記の者が調整を行う旨、明記することとし、引渡し時に、様式1により適切に調整が行われた書類を領収書に添えて提出すること。

(「補装具費支給事務取扱要領」第3 補聴器の加算に関する取扱い)

イ デジタル式補聴器調整加算をした場合の基準額算定の方法

購入時にデジタル式補聴器調整加算をした場合の基準額は、従来どおり、告示の別表の規定による価格の100分の106に相当する額を算出し、その額に調整加算2,000円を加算することとします。なお、加算については、補聴器1台あたりの加算とします。

ウ 調整加算の回数

調整加算は、購入時の1回のみとします。修理の際は、調整加算はつけられません。

(4) 人工内耳用音声信号処理装置の修理に関する取扱い

ア 厚生労働省の「補装具費支給事務取扱要領」の「第4 人工内耳用音声信号処理装置の修理に関する取扱い」に示されるとおり。

4 参考資料

厚生労働省及びテクノエイド協会のホームページから、「障害者総合支援法に基づく補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」等がダウンロードできます。

(1) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/>)

ホーム>政策について>分野別の政策>福祉・介護>障害者福祉
>施策情報 福祉用具

1 補装具費支給制度

4. 告示

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

5. 通知

ア. 補装具費支給事務取扱指針

イ. 補装具費支給事務取扱要領

ウ. 「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に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品の指定について」の一部改正について

エ. 電動車椅子に係る補装具費支給事務取扱要領

6. 補装具関連Q & A

(2) テクノエイド協会 (<http://www.techno-aids.or.jp/>)

○厚生労働省からの告示、通知等

別紙

補聴器製作・適合連絡シート

実施機関記入欄			
申請者氏名	様	実施機関	

補聴器事業者記入欄		記載日	年	月	日
事業者	(名称) (所在地) (連絡先) (調整担当者氏名) (資格等) <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者 <input type="checkbox"/> その他 ※言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写しを添付してください。				
	製作した補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用： <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <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： <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> 骨導式： <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 <input type="checkbox"/> その他：()		
製作した補聴器の機種	(ブランド名及び型番)				
補聴器製作価格	円				
機種決定理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①障害者総合支援法対応機種から選択 <input type="checkbox"/> ②比較試聴の結果、より高い装用効果が得られる <input type="checkbox"/> ③必要な機能を満たしている () <input type="checkbox"/> ④本人の希望による () <input type="checkbox"/> ⑤その他 ()				
	○選択にあたって比較試聴した機種名				
補聴器引渡時の説明	(1) 補聴器の使い方・装用方法： <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明不要 <input type="checkbox"/> 説明済 (2) 装着指導： <input type="checkbox"/> 未指導 <input type="checkbox"/> 指導不要 <input type="checkbox"/> 指導済				
装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 交互				
イヤモールド	<input type="checkbox"/> 製作せず <input type="checkbox"/> 製作 (ハード・ソフト/カナル・スタンダード・その他)				
補聴器引渡時の評価	(1) 装用状態・装用効果： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり () (2) イヤモールドの装着状態： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり () (3) ハウリング： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (4) 強大音・衝撃音： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり () (5) 使用ボリュームの位置 (通常の使用位置)：				
装用時検査 (省略可)	(1) 音場閾値検査： <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 (平均 右 dB：左 dB) (2) 装用時語明検査： <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 (検査結果 %)				

※製作時の補聴器特性図 (調整状態及び測定条件を記入したもの) を必ず添付してください。

※補聴器事業者の方は太線の枠内に記入してください。

実施機関記入欄 * <input type="checkbox"/> はチェックをしてください。 調整担当者の資格証明確認 <input type="checkbox"/> 受理：_____年 月 日 判定区分： 来所 (本所・支所)・書類 ケース番号： _____	東京都心身障害者福祉センター使用欄 確認：_____年 月 日
---	------------------------------------

