

## 内部障害

| 18歳以上 | 18歳未満 | 種類                                                                | 耐用年数 | 対象者<br>(注)等級は個別等級となります                                                                                                                                                                                                               |
|-------|-------|-------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○     | ○     | ネブライザー                                                            | 5年   | ●呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害児・者であって、必要と認められる方<br>※内部障害者以外でも対象になる場合があります。                                                                                                                                                                   |
| ○     | ○     | 電気式たん吸引器                                                          | 5年   |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ○     | ○     | 足踏式・手動式たん吸引器                                                      | 5年   |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ○     | ○     | 透析液加温器                                                            | 5年   | ●腎臓機能障害3級以上で自己連続携行式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行う方<br>●3歳以上の方                                                                                                                                                                                 |
| ○     |       | 酸素ボンベ運搬車                                                          | 10年  | ●医療保険における在宅酸素療法を行う方                                                                                                                                                                                                                  |
| ○     | ○     | 非常用電源<br>・正弦波インバーター発電機<br>・ポータブル電源(蓄電池)<br>・DC/ACインバーター(カーインバーター) | 5年   | ●医療保険における在宅酸素療法を行っている方又は在宅で人工呼吸器を使用している方<br>※内部障害者以外でも対象になる場合があります。                                                                                                                                                                  |
| ○     | ○     | ストマ装具<br>(消化器系、尿路系)                                               | —    | ●膀胱・直腸機能障害児・者でありストマを造設した方                                                                                                                                                                                                            |
| ○     | ○     | 紙おむつ等                                                             | —    | 3歳以上の方で、以下のいずれかに該当する方<br>●ストマの著しい変形若しくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのためストマ装具を装置することができない方<br>●二分脊椎による排尿または排便機能障害のある方で必要と認められる方<br>●18歳未満に発症した疾病のうち、脳性麻痺等脳原性運動機能障害又は18歳未満には原因が明らかにならない神経原性の全身障害により、排尿又は排便の意思表示が困難な者で、紙おむつ等の用具類を必要とすることが意見書により確認できた方 |