

基 発 第 0331006 号  
平 成 20 年 3 月 31 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長  
( 公 印 省 略 )

1 上肢を手関節以上で失った者に対する筋電電動義手の研究用  
支給について

筋電電動義手については、「義肢等補装具支給要綱の制定について」（平成18年6月1日付け基発第0601001号）の別添「義肢等補装具支給要綱」（以下「要綱」という。）により、特別種目として両上肢を手関節以上で失った者等に対し支給することとしているが、1上肢を手関節以上で失った者については、筋電電動義手を装着することにより、職場や社会生活への復帰がより容易となると考えられる一方で、筋電電動義手の継続的な使用等に課題があることから、要綱の6に基づき、1上肢を手関節以上で失った者に対する筋電電動義手を新たに研究用支給の対象とした。

については、別添のとおり「筋電電動義手の研究用支給実施要綱」を制定したので、当該事務処理に遺漏なきを期されたい。

## 筋電電動義手の研究用支給実施要綱

### 1 目的

筋電電動義手の適正な支給の研究に資するため、1上肢を手関節以上で失った者に対し、筋電電動義手の装着訓練及び適合判断を別紙の医療機関（以下「協力医療機関」という。）において行った上で、筋電電動義手を研究用に支給し、支給事案の収集及び分析を行う。

### 2 実施期間

平成20年4月1日から平成23年3月31日までとする。

### 3 支給基準

#### (1) 支給対象者

業務災害又は通勤災害により1上肢を手関節以上で失ったことにより、障害（補償）給付を受けた者又は受けると見込まれる者（「義肢等補装具支給要綱の制定について」（平成18年6月1日付け基発第0601001号）の別添「義肢等補装具支給要綱」（以下「義肢等補装具支給要綱」という。）の別表1の1－（2）の筋電電動義手の支給対象者を除く。）であって、次の要件を全て満たす者に筋電電動義手を支給する。

- ア 筋電電動義手に係る研究調査に協力すること
- イ 筋電電動義手の装着訓練をしたことがないこと
- ウ 職場復帰に意欲を有していること
- エ 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号を検出できること
- オ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
- カ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること
- キ ソケットの装着が可能である断端を有すること
- ク 肩及び肘の関節の機能に著しい障害がないこと
- ケ 筋電電動義手の継続使用が可能であると協力医療機関が判断していること

#### (2) 支給本数

支給対象者1名に対し1本支給する。

なお、研究用に筋電電動義手の支給を受けた場合の義肢の支給は、1障害部位につき筋電電動義手を合わせて2本とする。

#### (3) 型式及び価格等

筋電電動義手の型式、価格及び修理の基準は、義肢等補装具支給要綱によるものとする。

#### (4) 支給する総本数

1年度内における支給総本数は、全国で概ね20本程度とする。

なお、その内訳として、研究目的に応じた本数を定めることができる。

#### 4 支給申請

- (1) 筋電電動義手の研究用支給を希望する者（以下「申請者」という。）は、「義肢等支給・修理申請書」（義肢等補装具支給要綱の様式第1号）（以下「申請書」という。）及び「申立書」（様式第1号）を事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」という。）に提出する。
- (2) 所轄局長は、申請者から筋電電動義手に係る申請書が提出された場合には、申請書及び申立書の内容並びに申請者の障害の状態を確認し、適当であると認めるときは、本省労働基準局労災補償部補償課（以下「本省」という。）に協議を行う。  
なお、その際には、申請書及び申立書の写し、申請者の障害状況、担当医の意見、義肢の支給の有無及びその他必要書類を添付する。
- (3) 所轄局長は、(2)の本省協議終了後、申請者から「外科後処置申請書」（「労働福祉事業実施要綱の全面改正について」（昭和56年2月6日付け基発第69号）の別添「外科後処置実施要綱」（以下「外科後処置実施要綱」という。）の様式第1号）を提出させる。
- (4) 所轄局長は、(3)の外科後処置申請書を受付後、申請者を外科後処置実施要綱の2の対象者として、「外科後処置承認書」（外科後処置実施要綱の様式第3号）を交付するとともに、申請者が装着訓練を希望する協力医療機関に、その旨を連絡する。
- (5) (4)の外科後処置承認書の交付を受けた申請者は、装着訓練を希望する協力医療機関に当該承認書を提出し、装着訓練を受ける。

#### 5 協力医療機関

##### (1) 協力医療機関

筋電電動義手の適正な支給の研究に資するため、筋電電動義手の症例収集及び分析を行う必要があることから、筋電電動義手の装着訓練及び適合判定については、筋電電動義手の実績等を有する別紙の協力医療機関において実施する。

##### (2) 協力医療機関の実施事項

協力医療機関は、次の事項を実施する。

また、申請者の断端部を筋電電動義手のソケットと適合させるため、手術等を行う必要が生じた場合は、外科後処置実施要綱の3の範囲として行う。

##### ア 装着訓練の実施

協力医療機関は、申請者に対し、筋電電動義手を装着できるように訓練を行う。ただし、申請者が筋電電動義手の装着を希望しないことを申し出た場合又は明らかに上記3(1)の支給対象者の要件を満たさないと判明した場合はこの限りでない。

また、装着訓練期間は、原則として4週間とする。ただし、訓練期間を延長すれば、筋電電動義手の装着が可能であると担当医師が判断した場合は、原則として最大4週間の訓練期間を延長することができる。

イ 適合判定の実施

協力医療機関は、装着訓練終了後、上記3（1）の支給対象者のエからケの要件を全て満たす者か判定する。

ウ 調査の実施

協力医療機関は、装着訓練終了後、申請者に対し「労災保険における筋電電動義手の装着について（筋電電動義手の訓練後）」（様式第2号）により調査を行い、速やかに調査結果を所轄局長に提出する。

所轄局長は、協力医療機関から提出された調査結果を速やかに本省へ報告する。

エ 適合判定等の報告

（ア）協力医療機関は、申請者の筋電電動義手の適合判定結果を「適合判定結果について」（様式第4号）により所轄局長に報告するとともに、装着訓練結果を「労災保険の試験給付で支給した筋電電動義手装着者の装着訓練について」（様式第3号）により所轄局長に提出する。

所轄局長は、協力医療機関から提出された調査結果を速やかに本省へ報告する。

（イ）協力医療機関は、申請者が装着訓練の途中で、筋電電動義手の装着を希望しないことを申し出た場合又は明らかに上記3（1）の支給対象者の要件を満たさないと判明した場合は、「装着訓練中止報告書」（様式第5号）により、所轄局長に報告する。

（3）順守事項

協力医療機関は、次の事項を順守する。

ア 情報管理

協力医療機関は、申請者の筋電電動義手に係る情報を他に漏らし、又は他の目的に使用してはならない。

イ 記載及び整理

協力医療機関は、申請者に係る診療録を調整し、筋電電動義手の適応判断等に関し、必要な記録等を記載し、その他の診療録と区別して整備しなくてはならない。

ウ 帳簿等の保存

協力医療機関は、筋電電動義手の装着訓練及び適合判定の記録については訓練の終了した日から3年間、診療録については5年間、保存しなくてはならない。

6 支給承認

所轄局長は、筋電電動義手の適合判定結果に基づき、3の支給基準の要件を満たすものか判断し、当該要件を満たすものであると認めるときは、申請者に「義肢等支給・修理承認書」（義肢等補装具支給要綱の様式第2号）を交付する。

7 筋電電動義手の見積、注文及び検収、症状照会、採型指導、費用の請求、

費用の額、支出項目、旅費の支給並びに社会復帰促進等事業原票の記載  
義肢等補装具支給要綱に準じる。

8 研究調査協力

申請者（上記5（2）エ（イ）に該当した者を除く。）は、本省が行う筋  
電電動義手に係る調査（様式第6号）に対し協力する。

9 実施期日

本要綱は、平成20年4月1日から実施する。

筋電電動義手の研究用支給に係る協力医療機関

- 1 美唄労災病院  
(北海道美唄市東4条南1-3-1 0126-63-2151)  
※ 平成20年4月1日より「北海道中央労災病院せき損センター」に名称変更
- 2 東北労災病院  
(宮城県仙台市青葉区台原4-3-21 022-275-1111)
- 3 国立身体障害者リハビリテーションセンター  
(埼玉県所沢市並木4-1 04-2995-3100)
- 4 JR東京総合病院  
(東京都渋谷区代々木2-1-3 03-3320-2200)
- 5 関東労災病院  
(神奈川県川崎市中原区木月住吉町1-1 044-411-3131)
- 6 燕労災病院  
(新潟県燕市佐渡633 0256-64-5111)
- 7 中部労災病院  
(愛知県名古屋市港区港明1-10-6 052-652-5511)
- 8 大阪労災病院  
(大阪府堺市北区長曾根町1179-3 072-252-3561)
- 9 兵庫県立総合リハビリテーションセンター及び同附属リハビリテーション中央病院  
(兵庫県神戸市西区曙町1070 078-927-2727)
- 10 吉備高原医療リハビリテーションセンター  
(岡山県加賀郡吉備中央町吉川7511 0866-56-7141)
- 11 九州労災病院  
(福岡県北九州市小倉南区葛原高松1-3-1 093-471-1121)

(様式第1号)

平成 年 月 日

## 申 立 書

〇 〇 労 働 局 長 殿

私は、筋電電動義手の研究用支給を申請するに当たり、次のとおり申し立てます。

- 1 厚生労働省及び医療機関が行う調査に協力します。
- 2 筋電電動義手の装着訓練をしたことがありません。
- 3 転居後の住所及び連絡先等、調査に必要な情報に変更があった場合は、速やかに厚生労働省に連絡します。
- 4 上記の内容に虚偽があった場合は、支給された筋電電動義手に係る費用を返還します。

申請者の住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 労災保険における筋電電動義手の装着について

(筋電電動義手の装着訓練後)

以下の項目について記載のうえ、2～5頁の質問にお答えください。

・氏名 \_\_\_\_\_

・性別 男性      女性

・年齢 (現在の年齢) \_\_\_\_\_ 歳

(被災時の年齢) \_\_\_\_\_ 歳

・身長 \_\_\_\_\_ cm

・体重 \_\_\_\_\_ kg

・住所

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

・電話番号

TEL \_\_\_\_\_

1 筋電電動義手の装着訓練を始めたきっかけについて教えてください。  
(該当する番号に○を付け、⑥その他については( )内に具体的に記入してください。)

- ① 協力医療機関から勧められた
- ② 協力医療機関以外の医療機関から勧められた
- ③ 労働局(労働基準監督署)から説明を受けた
- ④ 厚生労働省のリーフレットを見た
- ⑤ 知人から勧められた
- ⑥ その他( )

2 筋電電動義手の装着訓練を行う前に考えていた(期待していた)ことを教えてください。

((1)・(2)のそれぞれについて該当する番号に○を付け、(3)については具体的に記入してください。)

(1) 職場復帰が容易になる(複数回答可)

- ① 自動車を運転できる
- ② 組み立て作業が容易になる
- ③ 接客が容易になる
- ④ 事務作業が容易になる
- ⑤ 運搬作業が容易になる
- ⑥ 特になし
- ⑦ その他( )

(2) 日常生活が円滑になる(複数回答可)

- ① 更衣動作が容易になる
- ② 調理動作が容易になる
- ③ 家事(掃除、洗濯等)が容易になる
- ④ 食事動作が容易になる
- ⑤ 特になし
- ⑥ その他( )

(3) その他

[ ]

3 筋電電動義手の装着訓練を終えた感想を教えてください。  
((1)~(3)のそれぞれについて、該当する番号に○を付けてください。)

(1) 訓練プログラムについて

ア 訓練プログラムは、職場での作業内容に即したものでしたか。

- ① はい
- ② いいえ
- ③ どちらともいえない

イ 訓練プログラムは、日常生活動作に即したものでしたか。

- ① はい      ② いいえ      ③ どちらともいえない

ウ 訓練プログラムは、順序立ててありわかりやすいものでしたか。

- ① はい      ② いいえ      ③ どちらともいえない

(2) 訓練の成果について

ア 筋電電動義手の使用により、受傷前にできていた職場での作業ができるようになりましたか。

- ① 全てできる      ② ほとんどできる      ③ 5割方できる  
④ ほとんどできない      ④ 全くできない

※ できるようになった主な作業について教えてください。

[ ]

※ できない主な作業について教えてください。

[ ]

イ 職場復帰をするにあたって自信となりましたか。

- ① 大いに自信になった      ② 自信になった      ③ 変わらない  
④ 不安である      ④ 大いに不安である

ウ 筋電電動義手の使用により、受傷前にできていた日常生活動作ができるようになりましたか。

- ① 全てできる      ② ほとんどできる      ③ 5割方できる  
④ ほとんどできない      ④ 全くできない

※ できるようになった主な動作について教えてください。

[ ]

※ できない主な動作について教えてください。

[ ]

エ 日常生活を送るにあたって自信となりましたか。

- ① 大いに自信になった      ② 自信になった      ③ 変わらない  
④ 不安である      ④ 大いに不安である

(3) 筋電電動義手に対する印象について

ア 職場復帰に役立つと思いますか。

- ① はい      ② いいえ      ③ どちらともいえない

イ 日常生活に役立つと思いますか。

- ① はい      ② いいえ      ③ どちらともいえない

※ その他、特にコメントがありましたら記載してください。

[ ]

4 過去に筋電電動義手以外の義手を装着されたことがありますか。

(「ある」・「ない」のうちいずれかに○を付け、「ある」を選んだ方は質問にお答えください。)

ある      ・      ない

> (1) 装着されたことのある義手の種類、及びそれぞれの装着年数を教えてください。

- ① 装飾用      (      年      か月)  
② 能動ハンド      (      年      か月)  
③ 能動フック      (      年      か月)  
④ その他  
    (      )      (      年      か月)

(2) (1) で回答された義手と筋電電動義手を比較した場合について、回答をお願いします。

● 筋電電動義手が、他の義手よりも優れている点 (複数回答可)

(理由) ① 装飾性と機能性を兼ね備えていること

② ハーネスが不用であること

③ 重い物が持てること

④ その他 (      )

● 筋電電動義手が、他の義手と変わらない又は劣っている点 (複数回答可)

(理由) ① 義手が重たいこと

② 能動機能は手の開閉という単機能に限られること

③ 誤動作の危険があること

④ メンテナンスが面倒であること

⑤ 修理に時間を要すること

⑥ その他 (      )

5. ご意見・ご要望について

(「無」・「有」のいずれかに○を付け、「有」の場合は具体的に記載してください。)

(1) 筋電電動義手の装着訓練

無 ・ 有

[ ]

(2) 現行支給制度に対する意見・要望

無 ・ 有

[ ]

御協力ありがとうございました。

労災保険の試験給付で支給した筋電電動義手装着者の装着訓練について

- ・装着訓練を実施した医療機関名 \_\_\_\_\_
- ・担当医師 \_\_\_\_\_ 印
- ・連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

1. 貴院において訓練した被災労働者（申請者）についてご記入ください。

- ① 被災労働者氏名 \_\_\_\_\_
- ② 住所 \_\_\_\_\_
- ③ 性別            男            ・            女
- ④ 身長            \_\_\_\_\_            cm
- ⑤ 体重            \_\_\_\_\_            kg
- ⑥ 利き手            右手            ・            左手
- ⑦ 年齢（訓練開始時） \_\_\_\_\_            歳
- ⑧ 傷病名 \_\_\_\_\_
- ⑨ 職業（業務内容） \_\_\_\_\_
- ⑩ 現在使用中の義手及び装着時の ADL  
          装飾用    ・    能動    ・    作業用    ・    なし  
(装着している場合は、装着時のADLの状況)  
\_\_\_\_\_
- ⑪ 過去に装着経験のある義手  
          装飾用    ・    能動    ・    作業用    ・    その他 (            )

2. 1について記入した被災労働者（申請者）の筋電電動義手を装着する切断部位の状況等についてご記入ください。

① 切断の部位 右 ・ 左 前腕 ・ 肘 ・ 上腕 ・ 肩

② 切断の時期及びその原因

・ 時期 昭和 ・ 平成 年 月 日

・ 原因 \_\_\_\_\_

③ 切断肢の状態

・ 断端長 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ %

・ 健肢長 \_\_\_\_\_ cm

・ 関節可動域（角度）

	屈曲	伸展	外転	内転	外旋	内旋	回内	回外
肩関節								
肘関節								
前腕								

・ 筋力（ダニエル徒手筋力検査） 0～5までの6段階評価

肩関節	肘関節	前腕部

・ 断端部における疼痛の有無 有 ・ 無

・ 断端の状態（癩痕・皮膚植皮等の有無等） \_\_\_\_\_

・ 幻肢の有無 有 ・ 無

・ 筋電位信号採取の有無 有 ・ 無

・ 筋電位信号採取箇所数 1個 ・ 2個

・ 筋電位 ON \_\_\_\_\_ ミリボルト

OFF \_\_\_\_\_ ミリボルト



4. 1について記入した被災労働者（申請者）に対する筋電電動義手の装着訓練についてご記入ください。

① 訓練の期間

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日までの

回/週（\_\_\_\_/\_\_\_\_週）で（\_\_\_\_週間実施した）※

1日における平均訓練時間 約\_\_\_\_時間

それは、おもに 医療機関 ・ 自宅

※ 装着訓練が4週間より長く（短く）なった場合はその理由についてご記入ください。

② 筋電電動義手の装着訓練に参加したスタッフの人数

・医師 \_\_\_\_名 ・作業療法士 \_\_\_\_名 ・義肢装具士 \_\_\_\_名

・理学療法士 \_\_\_\_名 ・エンジニア \_\_\_\_名

・その他（\_\_\_\_）名

③ 装着訓練において苦勞した点

④ 訓練に使用した筋電電動義手の重量 \_\_\_\_\_g

⑤ 誤動作の有無 有 ・ 無

誤動作の内容（どういった動作の時、どんな誤動作か）

⑥ 電動ハンドの制御方法 ON-OFF制御 ・ 比例制御

訓練終了後に実施したADL評価表を添付してください。

# ADL評価表

被災労働者氏名 ( )

	評価する動作	対象	評価	コメント
<b>調理動作</b>				
1	両手鍋を運ぶ			
2	フライパンとフライパン返しを使う			
3	包丁で野菜等を切る、皮をむく			
4	スナックなどの袋を開ける			
5	ラップを切って使用する			
6	食器を洗う			
7	卵を割る			
8	茶碗にご飯を盛る			
<b>家事動作</b>				
1	床拭き			
2	アイロンをかける			
3	布団を整える			
4	枕カバーをする			
5	長柄ほうきを使う			
6	掃除機を使う			
7	洗濯物を干す			
8	干してある洗濯物を伸ばす			
9	針に糸を通す			
10	棚の上にあるものを取る			
11	裁縫をする			
12	ちりとりとほうきを使う			
13	洗濯物をたたむ			
14	ハンガーに服をかける			
15	布団を干す			
<b>一般動作</b>				
1	自転車の運転			
2	自動車の運転			
3	腕時計をする			
4	書字			
5	定規を使用して線を引く			
6	紐結び			
7	引き出しを開ける			
8	財布からお金を出す			
9	切符を買う			
10	傘を使う			
11	自動販売機を使う			
12	紙を持ってはさみを使う			
13	ペットボトルの蓋を開閉			
14	公衆電話をかける (コイン・カード)			
15	携帯電話を使う			
16	延長コードにコンセントを付ける			
17	新聞を読む			
<b>更衣動作</b>				
1	ボタン			
2	(袖ボタン)			

2点:スムーズに動作可能    1点:時間をかければ動作可能あるいは動作困難    0点:動作不可能

3	ファスナー			
4	スナップ			
5	パンツ			
6	ブラジャー			
7	ガードル			
8	ズボン			
9	スカート			
10	ネクタイ			
11	ベルト			
12	ストッキング			
13	靴下			
14	靴紐			
15	手袋			
16	マフラー			
17	はちまき			
18	エプロン			
19	シャツをズボンに入れる			
20	服を畳む			
整容動作				
1	歯磨き			
2	洗顔			
3	手を洗う			
4	整髪			
5	髭剃り			
6	爪切り			
7	化粧			
8	装飾品			
9	眼鏡			
10	コンタクト			
11	鼻をかむ			
食事動作				
1	ご飯を食べる			
2	トーストにバターを塗る			
3	割り箸を割る			
4	牛乳パックを開ける			
5	みかんの皮をむく			
6	栓を抜く			
7	ブルトップを開ける			
8	ふたの開閉			
9	お盆を運ぶ			
10	袋を開ける			
11	ストローを袋から出す			
12	使い捨てスプーンを取り出す			
13	ポットから湯を注ぐ			
合計				
対象項目×2点				点
達成率				%

2点:スムーズに動作可能 1点:時間をかければ動作可能あるいは動作困難 0点:動作不可能

〇〇労働局長 殿

病院  
診療所

医師

### 適合判定結果について

下記申請者について、筋電電動義手の適合判定結果を下記のとおり報告する。

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
<p>適合判定結果</p> <p>○ 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有 ・ 無</li><li>2 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無</li><li>3 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 有 ・ 無</li><li>4 断端について、ソケット装着の可否 可 ・ 不可</li><li>5 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無 有 ・ 無</li></ol> <p>○ 職場復帰への意欲・可能性について 有 ・ 無 その理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>(次のページに続く)</p>	

- 社会生活又は職場における筋電電動義手の継続的な使用の見込みについて  
使用可 ・ 使用不可  
その理由

- 筋電電動義手の支給について  
支給可 ・ 支給不可  
その理由

(様式第5号)

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院  
診療所

医師

### 装 着 訓 練 中 止 報 告 書

下記申請者の装着訓練を中止したことについて下記のとおり報告する。

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
報 告 事 項	

# 労災保険における筋電電動義手の装着状況について

(筋電電動義手の支給後)

以下の項目について記載のうえ、2～4頁の質問にお答えください。

・本調査票

記載年月日

平成 年 月 日

・氏名

\_\_\_\_\_

・性別

男性

女性

・年齢

(現在の年齢)

歳

(被災時の年齢)

歳

・身長

\_\_\_\_\_ cm

・体重

\_\_\_\_\_ kg

・筋電電動義手を受け取った日

平成 年 月

・住所

〒

・電話番号

TEL \_\_\_\_\_

1 筋電電動義手の支給を受けてから、現在までどのくらいの期間が経過していますか。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

2 現在の就労状況について教えてください。

(いずれかを選択し、質問にお答えください。)

現在就労している  
3に進んだ後、4以下も  
回答して下さい。

就労していない  
4以下について  
回答して下さい。

※現在就労していると回答された方について

職種とその職務内容について教えてください。(①から④のいずれかを選択し、詳細な職務内容を記載してください。)

- ① 事務職 ( )  
② 接客 ( )  
③ 物の製造・組立 ( )  
④ その他の職種 ( ) 内容 ( )

▶3 現在、就労時に筋電電動義手を日常的に装着されていますか。

(①・②のいずれかを選択し、質問にお答えください。)

① はい [ 1日当たりの使用時間 ... \_\_\_\_\_ 時間  
" 労働時間 ... \_\_\_\_\_ 時間 ]

(1) どういった作業の時に装着されているのでしょうか。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(2) それは、どのような理由でしょうか。

(例) 重い物が持てる、接客時に不可欠など

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

② いいえ [ 過去に使用していた場合も含みます。  
(その場合の使用期間) ア \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
イ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ]

それは、どのような理由でしょうか。

(例) 能動的機能は手の開閉に限られるのに装具が重い、故障したなど

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

↓ (4以下(次のページ)を回答をお願いします。)

4 現在、日常生活において（就労時を除く）、筋電電動義手をどの程度装着されていますか。

（①・②のいずれかを選択し、質問にお答えください。）

① 装着している 1日 \_\_\_\_\_ 時間・ 1週間 \_\_\_\_\_ 日

(1) どのような時に装着されているのでしょうか。

---

---

(2) それは、どのような理由でしょうか。

（例）重い物が持てる、来客時に不可欠など

---

---

② 装着していない [ ・過去に使用していた場合も含みます。  
(その場合の使用期間) ア \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
イ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ]

それは、どのような理由でしょうか。

（例）故障した、義手が重いなど

---

---

5 過去に筋電電動義手以外の義手を装着されたことがありますか。

（いずれかを選択し、「ある」を選んだ方は質問にお答えください。）

ある ・ ない

> (1) 装着されたことのある義手の種類及びそれぞれの装着年数を教えてください。

・ 装飾用 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

・ 能動ハンド ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

・ 能動フック ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

・ その他

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

(2) (1) で回答された義手と筋電電動義手を比較した場合について、回答をお願いします。

●筋電電動義手が、他の義手よりも優れている点 (複数回答可)

- (理由) ① 装飾性と機能性を兼ね備えていること  
② ハーネスが不用であること  
③ 重い物が持てること  
④ その他 \_\_\_\_\_

●筋電電動義手が、他の義手と変わらない又は劣っている点 (複数回答可)

- (理由) ① 義手が重たいこと  
② 能動機能は手の開閉という単機能に限られること  
③ 誤動作の危険があること  
④ メンテナンスが面倒であること  
⑤ 修理に時間を要すること  
⑥ その他 \_\_\_\_\_

6 今後も筋電電動義手を必要としますか。

(いずれかを選択し、その理由を記載してください。)

今後も必要である

必要としない

※その理由について

[ ]

7 ご意見・ご要望について

(「有」の場合は具体的に記載してください。)

(1) 筋電電動義手自体の機能性・信頼性

無 ・ 有

[ ]

(2) 現行支給制度に対する意見・要望

無 ・ 有

[ ]

御協力ありがとうございました。