

補装具費支給意見書作成のポイントについて

補装具費支給のための判定方法について（18歳以上東京都の場合）

補装具の種類によって、判定の手続きが異なります。各項をご参照ください。

指定医の補装具費支給意見書により判定等を行う方法には、二通りの方法があります。

1 東京都心身障害者福祉センター（以下、「センター」という。）による書類判定 （意見書で判定できる場合）

- （１）車椅子＜機構加算ありのオーダーメイド式及びモジュラー式のもの＞
機構加算なしの自走用オーダーメイド式及びモジュラー式のもの
- （２）重度障害者用意思伝達装置（生体現象方式以外）
区市町村からセンターに電話連絡し、状況を確認のうえ判定方法を決定します。

- ※ 車椅子の判定で、電動車椅子の併給がある場合等は、センターの直接判定が必要になることがあります。
- ※ 入院中あるいは障害者施設等に入所中で、センターに来所しての判定が医学的に困難な場合には、次の種目も書類判定が可能です。
 - 装具
 - 義肢（殻構造）
- ※ 障害が重く人工呼吸器を使用しているなど、来所に医学的な危険性を伴う場合は、区市町村との協議により、特例的に書類判定が可能となることがあります。
 - 姿勢保持装置

2 区市町村による判断（意見書で判断できる場合）

- （１）車椅子：機構加算なし介助用のオーダーメイド式及びモジュラー式、機構加算あり又は機構加算なし自走用のレディメイド式の車椅子
- （２）歩行器
- （３）歩行補助つえ（意見書の省略が可能）

- ※一部の付属品を追加又は変更する場合は、区市町村判断可能な車椅子や同じ型式の再交付や修理でもセンターの書類判定が必要になる場合があります。
- ※特例補装具については、上記１，２の種目であっても、センターに来所していただく直接判定となりますのでご注意ください。
- ※センターでの直接判定となっていない種目、または書類判定可のものであっても、必要に応じてセンターが直接判定を行うことがあります。

【 肢体不自由補装具 判定方法一覧表 】

障 害 別	種 目			センター		区市町村		備 考
				直接判定	書類判定 * 3	書類判断	意見書 省略可* 2	
肢 体 不 自 由 関 係	義手	殻構造	その他（装飾）☆	◎	△			◎原則的な方法
			能動、電動、 その他(作業等)	◎				
		骨格構造	能動、その他 (装飾☆、作業等)	◎				☆同じ処方内訳 の再支給は判定不 要
	義足	殻構造 ☆		◎	△			
		骨格構造		◎				
	装具（オーダーメイド） ☆			◎	△			△来所困難な場 合は事前相談のこ と
	装具（レディメイド） ☆			◎	△			
	姿勢保持装置			◎	△			
	車椅子 * 1、4 ☆	モジュラー式			◎	○* 4、5		▲電話で申請者 の状況を確認した うえで、判定方法 を決定する
		オーダーメイド式			◎	○* 4、5		
		レディメイド式			○* 4	◎	○* 4、5	
	電動車椅子* 4 ☆			◎				
	歩 行 器					◎		○脚注のような 場合可能な方法
	歩行補助つえ						◎	
	重度障害者用意思伝達装置 ☆			▲	▲			

* 1 : 本人が希望し、かつ区市町村からの依頼があれば、直接判定・相談が可能。

* 2 : 身体障害者福祉法第 15 条第 4 項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって当該申請に係る障害者が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略することができる。

* 3 : 提出書類では判断できない場合等必要に応じて、直接判定を行う。

* 4 : 構造部品・付属品の判定方法は、区市町村に確認すること。

* 5 : 車椅子 介助用で、機構加算がないものに限る。

注 1 : 複数支給の場合は、判定を要しないと認められる場合を除き、区市町村で書類判断ができる種目であっても、助言を必要とする。

注 2 : 特例補装具は、直接判定が必要。

注 3 : 義肢・装具の部品交換は書類審査の結果、直接判定になる場合がある。

令和6年度基準表改正に伴う名称変更（新旧対照表）

注意）「補装具種目名称別コード一覧表」は令和6年度改正なし

【新基準表】 令和6年4月1日以降 (判定書備考欄・処方内訳に記載する名称)		【旧基準表】 令和5年度まで (判定書備考欄・処方内訳に記載してある名称)	
<義手>			
その他（装飾用）		装飾用	
その他（作業用）		作業用	
<義足>			
殻構造義足	股義足	殻構造義足	股義足（受皿式、カナダ式）
	サイム義足		果義足
	足趾義足		足指義足
骨格構造義足	股義足	骨格構造義足	股義足 カナダ式
	サイム義足		果義足、又は下腿義足長断端用
<下肢装具>			
装具（レディメイド） <新設>		—	
股装具 フレーム		股装具 金属枠	
長下肢装具 両側支柱付		長下肢装具 両側支柱	
膝装具	支柱付き 両側支柱付	膝装具	両側支柱
	支柱付き 両側支柱付		スウェーデン式
短下肢装具	支柱付き 両側支柱付（SLB足部硬性）	短下肢装具	両側支柱（SLB足部モールド）
	支柱付き 両側支柱付（SLB足部足部覆い）		両側支柱（SLB足部皮革等大）
	支柱付き（片側支柱付、後方支柱付）		板ばね、S型支柱、鋼線支柱
足装具	足底装具（MP関節遠位）	足底装具	皮革等大
	足底装具（MP関節遠位、MP関節近位）		インソール、皮革等小
<靴型装具>			
<体幹装具>			
装具（レディメイド） <新設>		—	
頸椎装具		頸椎装具	
胸腰仙椎装具		胸椎装具	
腰仙椎装具		腰椎装具	
頸椎装具、胸腰仙椎装具、腰仙椎装具 フレーム		頸椎装具、胸椎装具、腰椎装具 金属枠	
<上肢装具>			
装具（レディメイド） <新設>		—	
肩装具 フレーム		肩装具 金属枠	
肩装具 硬性		肩装具 硬性 不燃性セルロイド	
肩装具 硬性		肩装具 硬性 皮革	
肩装具 硬性		肩装具 硬性 プラスチック	
肘装具 両側支柱		肘装具 両側支柱	
肘装具 硬性		肘装具 硬性 不燃性セルロイド	
肘装具 硬性		肘装具 硬性 皮革	
肘装具 硬性		肘装具 硬性 プラスチック	
肘装具 軟性		肘装具 軟性	
手関節装具（掌側（背側）支柱付）		手関節背屈保持装具 パネル型	
手関節装具		手関節背屈保持装具 トーマス型	
手関節装具		手関節背屈保持装具 オープンハイマー型	
手関節装具 硬性		手関節背屈保持装具 硬性 不燃性セルロイド	
手関節装具 硬性		手関節背屈保持装具 硬性 皮革	
手関節装具 硬性		手関節背屈保持装具 硬性 プラスチック	

手関節装具（硬性、両側支柱付、片側支柱付、掌側（背側）支柱付）	把持装具 手関節駆動式
手関節装具（硬性、両側支柱付、片側支柱付、掌側（背側）支柱付）	把持装具 ハーネス駆動式
手関節装具（硬性、両側支柱付、片側支柱付、掌側（背側）支柱付）	長対立装具
手装具（硬性、フレーム、軟性）	短対立装具
手装具（硬性、フレーム、軟性）	MP屈曲補助装具及びMP伸展補助装置 パネル型
手装具（硬性、フレーム、軟性）	MP屈曲補助装具及びMP伸展補助装置 プラスチック
手装具（硬性、フレーム、軟性）	MP屈曲補助装具及びMP伸展補助装置 軟性
指装具（硬性、フレーム、軟性）	指装具
BFO	BFO（食事動作補助器）
<姿勢保持装置>	
姿勢保持装置	座位保持装置
<車椅子>	
車椅子 介助用	手押し型車椅子A,B
車椅子 自走用	普通型車椅子
車椅子 介助用 リクライニング機構	リクライニング式手押し型車椅子
車椅子 介助用 ティルト機構	ティルト式手押し型車椅子
車椅子 介助用 ティルト・リクライニング機構	リクライニング・ティルト式手押し型車椅子
車椅子 自走用 リクライニング機構	リクライニング式普通型車椅子
車椅子 自走用 ティルト機構	ティルト式普通型車椅子
車椅子 自走用 ティルト・リクライニング機構	リクライニング・ティルト式普通型車椅子
車椅子 自走用 リフト機構	手動リフト式普通型車椅子
車椅子 自走用 前方大車輪	前方大車輪型
車椅子 自走用 リクライニング機構 前方大車輪	リクライニング式前方大車輪型
車椅子 自走用 片手駆動構造	片手駆動型
車椅子 自走用 リクライニング機構 片手駆動構造	リクライニング式片手駆動型
車椅子 自走用 レバー駆動構造	レバー駆動型
車椅子 自走用 6輪構造	普通型車椅子（6輪構造）
<電動車椅子>	
電動車椅子 簡易形 切替式	簡易型切替式電動車椅子
電動車椅子 簡易形 アシスト式	簡易型アシスト式電動車椅子
電動車椅子 標準形（低速用）	普通型電動車椅子（4.5km/h）
電動車椅子 標準形（中速用）	普通型電動車椅子（6km/h）
電動車椅子 標準形（低速用、中速用）	リクライニング式普通型電動車椅子
手動リクライニング機構	
電動車椅子 標準形（低速用、中速用）	電動リクライニング式普通型電動車椅子
電動リクライニング機構	
電動車椅子 標準形（低速用、中速用）	電動ティルト式普通型電動車椅子
電動ティルト機構	
電動車椅子 標準形（低速用、中速用）	電動リフト式普通型電動車椅子
電動リフト機構	
電動車椅子 標準形（低速用、中速用）	電動ティルト・リクライニング式普通型電動車椅子
電動ティルト・リクライニング機構	

補装具費支給意見書（車椅子用）作成上の注意点

この意見書は、車椅子の処方を行う際の判断の基準にさせていただくためのものです。ご面倒でも記入漏れのないようにお願いいたします。記入については以下の点を参照してください。

疾患名、障害の状況

おもに障害の原因となる原疾患の病名と病歴について記入してください。

障害により車椅子が必要な状況についての記入もお願いします。

身体状況

運動障害、四肢欠損・変形、関節可動域制限等の状況についてご記入ください。

日常生活活動の様子

身体障害により日常生活が制限されている様子について、各欄のなかから当てはまるものについて選択し、○をつけてください。

身体寸法

車椅子の製作方式、形を決定するために必要なものです。もれなく記入してください。

a＝臀部の幅、b＝膝窩から臀部の後面まで、c＝膝窩から足底まで、

d＝座面から肩甲骨の下縁まで、e＝座面から肘下まで

握力の欄の記入をお願いします。

車椅子処方箋の記入上の注意点

車椅子の名称

駆動方法により、自走用（自ら駆動及び操作するもの）又は介助用（介助者が操作するもの）に○をつけてください。

機構加算

障害状況等に応じた機構に○をつけてください。

製作方式

レディメイド式、モジュラー式、オーダーメイド式のいずれかに○をつけてください。

オーダーメイド式の場合は、必要とする理由についてご記入ください。

不明な点は以下までお問い合わせください。

東京都心身障害者福祉センター

障害認定課 身体障害担当

電話 03-3235-2965

多摩支所 判定担当

電話 042-573-3311

補装具費支給意見書（車椅子用）

氏 名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
住 所					
疾 患 名	（発症日）		身体障害者手帳 種 級		
障害の状況	（病歴、車椅子の必要な状況等）		ADL：自立・一部介助・全介助		

身体状況（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）

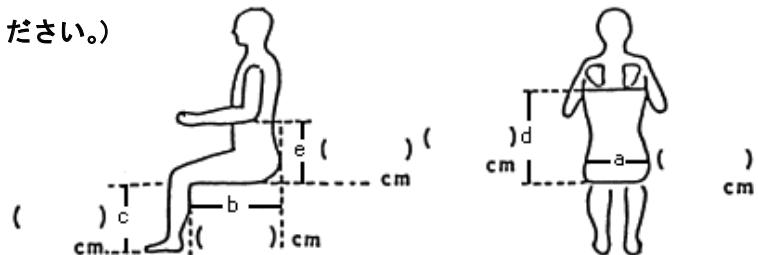
- (1)運動障害：弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他
 (2)四肢欠損・変形等：なし・上肢・下肢（部位・程度）
 (3)関節可動域制限：なし・上肢・下肢（部位・角度）

日常生活活動の様子 ※機構加算のない車椅子乗車の場合

車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	座位不可能	
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内	
車椅子の一日の乗車時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内	
車椅子操作方法（駆動方法）	両手 両足 両手両足 片手（レバー駆動・片手駆動・その他） 片手片足 介助 その他（ ）				
車椅子走行	可能（屋内 m・屋外 m）	要監視	不可能		
座りなおし・除圧	可能	プッシュアップ等により除圧可能	要介助		
体幹の変形・傾き	無・有（側彎・円背又は後彎・前彎）（側方・前方・後方）に傾く				
感覚障害	無・有（軽度・鈍麻・脱失） 部位（上肢・下肢・体幹）				
褥 瘡	無・有（部位） 既往有（部位） 発赤有（部位）				
起立性低血圧等	無・有（起立性低血圧・てんかん発作 回／日・週・月）				
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助	
立位・歩行（装具 有・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能	不可能	
杖の使用	無・有（T杖・ロフトラント杖・松葉杖・その他の杖） 左・右				
高次脳機能障害等	無・疑い・有（認知症・半側空間失認・その他）				
医学的注意事項等	人工呼吸器・吸引器・酸素ボンベ・経管栄養・その他（ ）				

○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）

身長（ cm）
 体重（ kg）
 ○握力（右 kg・左 kg）



車椅子処方箋

名 称：自走用 / 介助用
 機構加算：リクライニング機構／ティルト機構／ティルト・リクライニング機構／リフト機構
 製作方式：レディメイド式／モジュラー式／オーダーメイド式
 オーダーメイド式が必要な理由（ ）

年 月 日 病院・保健所名
 診療科
 医師名

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能。

補装具費支給意見書（車椅子用）				
氏 名			生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所				
疾 患 名	（発症日）		身体障害者手帳	種 級
障害の状況	（病歴、車椅子の必要な状況等）		ADL：自立・一部介助・全介助	
	* 障害の原因となる疾患名と病歴、車椅子の必要な身体状況等について記入をお願いします。			
身体状況	（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）			
	(1) 運動障害：弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動			
	(2) 四肢欠損・変形等：なし・上肢・下肢（部位・程度）			
	(3) 関節可動域制限：なし・上肢・下肢（部位・角度）			
日常生活活動の様子	※機能			
車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内
車椅子の一日の乗車時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内
車椅子操作方法（駆動方法）	両手両足	片手片足	片手（レバー駆動・片手駆動・その他）	
車椅子走行	可能	屋内	m・屋外	m）要監視 不可能
座りなおし・除圧	可能	フットペダル等により除圧可能		要介助
体幹の変形・傾き	無・有（側彎・円背又は後彎・前彎）（側方・前方・後方）に傾く			
感覚障害	無・有（軽度・鈍麻・脱失） 部位（上肢・下肢・体幹）			
褥 瘡	無・有（部位） 既往有（部位） 発症有（部位）			
起立性低血圧等	無・有（起立性低血圧・てんかん発作） 回／日・週・月）			
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助
立位・歩行（装具 有・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能	不可能
杖の使用	無・有（T杖・ロフトランド杖）			
高次脳機能障害等	無・疑い・有（認知症・半側			
医学的注意事項等	人工呼吸器・吸引器・酸素ボ			
○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）				
身長（	cm）			
体重（	kg）			
○握力（右	kg・左	kg）		
車椅子処方箋				
名 称：自走用 / 介助用				
機構加算：リクライニング機構／ティルト機構／ティルト・リクライニング機構／リフト機構				
製作方式：レディメイド式／モジュラー式／オーダーメイド式				
オーダーメイド式が必要な理由（				
駆動方法、障害状況等により、各項目ごとに				

意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医師、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。