

車椅子付属品「クッション」の判定基準

車椅子付属品のクッションを、単に座り心地を良くする目的で支給するのは適当ではありません。車椅子を使用する際に、下記の障害状況に該当する場合は、クッションの支給対象となります。褥瘡や感覚障害の程度、骨盤の状態などについては、原則として医師等の専門職の評価に基づき判断する必要があります。

○付属品の対象者例及び構造

名 称	対象者等の例	構 造
クッション (カバー付き) 平面形状型	座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者	平面形状型とは、平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせる姿勢を保持する機能を有するもの
クッション (カバー付き) モールド型	座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者	身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせる姿勢を保持する機能を有するもの
クッション (カバー付き) ゲル素材	殿部の褥瘡の危険性がある者	クッションの一部にゲル素材が使用されているもの
クッション (カバー付き) 多層構造	座位保持は可能だが、使用時間により殿部の褥瘡の危険性がある者	硬さが異なる素材を3層以上重ねて製作されているもの（立体編物との併用加算はできないこと。）
クッション (カバー付き) 立体編物	褥瘡の危険性があり、汚損への対応を要する者	樹脂等を糸状に射出し、3次元形状に成形したもの（多層構造との併用加算はできないこと。）
クッション (カバー付き) 滑り止め加工	足こぎ操作や、移乗動作によりクッションのズレが頻繁に生ずる者	シートやカバーに面ファスナーや滑り止め効果のある素材を縫製したもの。価格は1台分のものであることとし、シートとクッションカバーの双方に使用した場合でも1個分の加算とすること。
クッション 防水加工	失禁が頻回等の理由から防水機能を必要とする者	クッション又はカバーに防水加工を施したもの。価格は1台分のものであること。
座板	スリング式のシートでは座位保持が困難な者	座位を安定させるためにシートを構成する硬度が高い板でクッションと一体になっているもの（着脱できないものを含む。）
背クッション	背部の褥瘡危険性がある者。軽度の座位困難性があり、座位保持に必要とする者	背部に用いて、姿勢を保持する機能を有するもの

参考資料:補装具費支給取扱要領(P.54)

* 姿勢保持装置の完成用部品（支持部 骨盤・大腿部）クッション：

座位保持能力に著しい低下がある、他のクッションを使用しても褥瘡が治らない場合に使用が必要な者。

付属品(旧)テーブルについて

車椅子付属品のテーブル又は姿勢保持装置のカットアウトテーブル（姿勢を保つため、テーブルを必要とし、体に合わせてカットされたもの）となります。

付属品(旧)シートベルト、クッションについて

姿勢保持部品（上肢保持部品、体幹保持部品、骨盤保持部品、下肢保持部品、）とベルト部品の価格を加えることができます。

補装具費支給意見書（肢体不自由）（車椅子を除く）の作成上の注意点

この意見書は補装具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。
記入については以下の点を参考にしてください。

補装具の名称：

上肢装具、体幹装具、下肢装具、義手、義足など該当するものを書いてください。

発症日：障害の原因となる疾患を発症した日を書いてください。

障害名：身体障害者手帳の障害名を書いてください。

来所が困難な医学的な理由：

入院・入所中でセンターに来所できない医学的なリスクを具体的に書いてください。

障害の状況：以下の内容を参考に書いてください。

- ・筋力
 - ・関節可動域の制限
 - ・麻痺の回復段階
 - ・下肢の変形
 - ・脚長差（下肢長を記入する）
 - ・立位、歩行の状況
 - ・現在使用している装具や杖の種類
 - ・歩行の実用性（室内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離）
- *身体機能の他、精神機能や高次脳機能障害等により生活上介助が必要な状況があれば書いてください。
- *切断の場合は断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）を書いてください。

補装具の使用場所・目的等：

自宅または施設内、室内又は屋外のどちらで主に使用するのか、兼用することは可能か等書いてください。目的については歩行の自立・介助軽減、移乗の安定性確保等を書いてください。

補装具の処方内容：

名称、種類、継ぎ手のタイプ、必要な付属品等を記載してください。
補装具事業者が決まっている場合は見積書の写しを添付してください。

処方効果：生活上可能となる動作を具体的に書いてください。

申請の意向等：該当する意向に○をつけてください。

借受けを選択した場合は該当する理由に○をつけてください。

借受け期間を記入して下さい。

問い合わせ先：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
TEL 03-3235-2965
多摩支所 判定担当
TEL 042-573-3311

補装具費支給意見書（肢体不自由）（車椅子を除く）

補装具の名称							
氏名		生年月日	年	月	日（歳）		
住所							
疾患名			発症日	年	月 日		
障害名			身体障害者手帳	種	級		
来所困難な 医学的理由							
障害の 状況	(全身所見, 合併症, 筋力, 関節可動域制限, 歩行能力, 断端の状況, ADL など)		下肢装具・義足の場合				
			【右】		【左】		
			MMT	ROM		ROM	MMT
					股関節屈曲		
					股関節伸展		
					膝関節屈曲		
					膝関節伸展		
					足関節背屈		
		足関節底屈					
補装具の 使用場所・目的等							
補装具の処方内容							
処方効果							
申請の意向等	（購入・借受け・修理） ※借受けを選択する理由（障害の進行・成長・購入前の試用） ※借受け期間（ ヲ月）（最大 12 ヲ月まで）						
	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、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。

R5.4

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)作成上の注意点

この意見書は、重度障害者用意思伝達装置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。記入については下記を参照してください。

身体状況・障害状況

1 経過及び現症(画像診断を含む)

障害の原因となる疾患、合併症、及び経過などについて、記入してください。

2 障害の総合所見

障害の総合所見、及びMMT、眼球運動障害、ROM制限、欠損など形態異常、運動失調、不随意運動等、感覚障害、上肢能力、下肢能力、座位能力の該当する項目に○、必要に応じて()に記入してください。

3 失語 無・有に○、有の場合は失語の種類、及び程度を記入してください。

4 構音障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

5 視覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

6 聴覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

7 人工呼吸器の使用 無・有に○、有の場合は使用時間、使用開始日、及び機種を記入してください。

8 気管切開 無・有に○、有の場合は年月日を記入してください。

9 知的障害等 無・有に○、有の場合は程度、また愛の手帳所持の場合は度数を記入してください。

意思伝達能力の状況

1 口頭での意思疎通 該当する項目に○を記入してください。

2 口頭以外での意思疎通 該当する項目に○、又は、その他()に記入してください。

3 機器の操作能力 程度の該当するものに○、また使用機器を()に記入してください。

意思伝達装置の使用状況

1 装置を使用する動機 該当するものに○、または()に記入してください。

2 装置の使用(試用)期間 該当するものに○、または()に記入してください。

3 使用頻度 1日当たりの使用時間、及び週当たりの使用日数を()に記入してください。

4 使用機種 該当する機種に○、()に製品名を記入してください。

5 操作能力 該当するものに○、連続使用時間及び介護者を()に記入してください。

6 操作部位 該当する部位に○、または、その他()に記入してください。

7 使用場所 自宅、施設／病院の別に○、施設／病院の場合は施設名を記入してください。

処方内容・使用効果

1 処方機種 該当する機種に○、()に製品名を記入してください。

2 付属品(スイッチ・その他) 該当するものを()に記入してください。

3 操作部位 該当する部位に○、または、その他()に記入してください。

4 使用効果 該当するものに○、または、その他()に記入してください。

申請の意向等：該当する意向に○をつけてください。

借受けを選択した場合は該当する理由に○をつけてください。

借受け期間を記入してください。

不明な点はセンターに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

意思伝達能力の状況	<p>1 口頭での意思疎通 (可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能)</p> <p>2 口頭以外での意思疎通 方法: 手指の動き ・ 眼球運動 ・ 開閉眼 ・ 口形 ・ 文字盤 ・ その他() 程度: 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能</p> <p>3 機器※の操作能力 ※機器の例:キーボード・マウス・トラックボール・携帯用会話補助装置等(意思伝達装置を除く) 使用機器 () 操作部位: 上肢 ・ 下肢 ・ 頭頸部 ・ 呼吸 ・ その他() 程 度: 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能</p>
意思伝達装置の使用状況	<p>1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め</p> <p>2 装置の使用(試用)期間 (年 月 日～ 年 月 日 ・ 未使用)</p> <p>3 使用頻度 (1日当たり 時間使用、週に 日間使用)</p> <p>4 使用機種 ① ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>5 操作能力 ① 可能な操作 (文字入力 ・ 定型句 ・ はい/いいえ ・ その他) ② 連続使用時間(1回当たり 時間 分) ③ 機器の設置・調整が可能な介護者 (本人との関係:)</p> <p>6 操作部位:上肢 ・ 手指 ・ 下肢 ・ 足部 ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ 眼球運動 ・ その他()</p> <p>7 使用場所 ①自宅 ②施設 / 病院(施設名:)</p>
処方内容・使用効果	<p>1 処方機種 ① ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>2 付属品 スイッチ () その他 ()</p> <p>3 操作部位: 上肢 ・ 手指 ・ 下肢 ・ 足部 ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ 眼球運動 ・ その他()</p> <p>4 使用効果 ①意思伝達が可能となる ②その他()</p>
申請の意向等	<p>購入(借受けの意向 有・無)・借受け・修理 借受け理由: 障害の進行・成長 ・ 購入前の試用 借受け期間: カ月 (最大12ヵ月) 事業者名 :</p>
<p>年 月 日 病院・保健所名</p> <p>診療科</p> <p>医師名</p>	

意見書は、身体障害者福祉法第 15 条 1 項に基づく指定医、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。

R6.5