

## 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（手押し型 A・B 車椅子以外）＜オーダーメイド＞

（2）重度障害者用意思伝達装置（視線検出式入力装置、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。

○座位保持装置

### 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：手押し型 A・B＜オーダーメイド＞及びレディメイドの車椅子

（2）歩行器

（3）歩行補助つえ（意見書の省略が可能）

※手押し型車椅子（A・B）以外のオーダーメイド車椅子で、一部の付属品を追加又は変更する場合は、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	書類判断	意見書 省略可*2		
肢体不自由関係	義手	殻構造	装飾 ☆	◎	△		◎原則的な方法	
			能動・作業・	◎				
		骨格構造	装飾 ☆	◎				☆同じものの再支給は判定不要
	義足	殻構造 ☆		◎	△			
		骨格構造		◎				
	装 具☆			◎	△		△来所困難な場合は事前相談のこと	
	座位保持装置			◎	△			
	車椅子 *1・3・4・5 ☆	手押し型 (A・B)	レディメイド*				◎	▲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*			◎		
		手押し型 (A・B)以外	レディメイド*			◎		
			オーダーメイド*		◎			
	電動車椅子*5			◎				
歩 行 器					◎			
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、センターで直接判定・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:付属品に6輪構造部品がある車椅子との併給の場合、センターによる直接判定が必要。(レディメイド・オーダーメイドとも)

\*5:付属品の判定方法は、車椅子・電動車椅子の項を参照すること。

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、センターの助言を必要とする場合がある。(各補装具の項を参照)

注2:特例補装具は、センターによる直接判定が必要。

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。

## 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。

筋力低下をきたす原因となる機能障害についての記入もお願いします。

### 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、○印でお答えください。

### 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

握力低下のある場合は、握力の欄の記入をお願いします。

### 身体状況

運動障害、形態異常、変形、関節可動域制限等により、オーダーメイド方式を必要とする場合にその状況についてご記入ください。

## 車椅子マスターカードの記入上の注意点

### 車椅子の種目名

レディメイド・オーダーメイドのどちらの方式、普通型、手押し型（A・B）、リクライニング式（手押し型・普通型）など、適切と思われる型式に○をつけてください。

### 必要な付属品等

背折れ機構部品、脱着式アームサポート、滑り止めハンドリム、キャリパーブレーキ、泥よけ、フローテーションパッドなどの基準付属品のなかから、身体状況上必要なものについて□に印（レ点）をつけてください。

### 車椅子の処方効果、主な使用目的

車椅子を使用することによる生活の改善の見込みや、使用目的（屋内、屋外など）について、具体的にご記入ください。

### 特に必要とされる構造等

レディメイドには無い特別な構造のものを必要とする場合に、その理由と構造についてご記入ください。

### 環境要因

使用する環境上の理由についてご記入ください。また、介助上の理由もあればご記入ください。

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			発症年月日 年 月 日
障害名			身体障害者手帳 種 級
障害の状態	合併症、筋力など		ADL：自立・一部介助・全介助

**当てはまるものについて○印をつけ、( )に記入してください。**

\*主に障害の原因となる病名と病歴、筋力低下をきたす原因となる機能障害についての記入をお願いします。

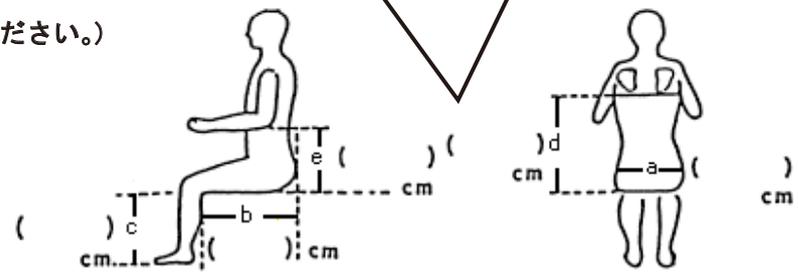
日常生活活動の様子		※手押し型A・Bまたは普通型車椅子の座位とします。					
車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	座位不可能			
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内			
車椅子の一日の乗車時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内			
車椅子操作方法	両手	両足	両手両足	片手	片足	片手片足	介助
車椅子歩行（屋内）	可能（ m）	要監視		不可能			
車椅子歩行（屋外）	可能（ m）	要監視		不可能			
座りなおし・除圧	可能	プッシュアップ等により除圧可能			不可能		
体幹の変形・傾き	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）						
痛み	無・有 部位（腰部・背部・臀部・上肢・下肢）						
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 てんかん等） 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・知的障害）						
知的障害	無・有（愛の手帳 度）						

作成上の注意

**車椅子の製作方式、名称(型式)を決定するために必要ですので、もれなくご記入ください。**

**○身体寸法(測定寸法を必ず記入してください。)**

身長 (            cm)  
 座高 (            cm)  
 体重 (            kg)  
 ○握力(右      kg・左      kg)



※握力低下のある場合に記入してください。

a = 臀部の幅    b = 膝窩から臀部後面まで  
 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

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
- (2) 四肢欠損・変形等、形態異常：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)

**身体状況からオーダーメイド方式を必要とする場合に、その状況についてご記入ください。**

# 車椅子マスターカード

車椅子の名称	レディメイド・オーダーメイド (該当するものに○をつけてください)		
	普通型 手動リフト式普通型 リクライニング式 (普通型・手押し型・前方大車輪型・片手駆動型) ティルト式 (普通型・手押し型) リクライニング・ティルト式 (普通型・手押し型) 手押し型 (A・B) 前方大車輪型      片手駆動型      レバー駆動型		
基準付属品 (必要な付属品にチェックをしてください)	車椅子の名称(型式)及びオーダーメイドまたはレディメイドについて記載ください。		
	車椅子の付属品についてご記載ください。		
作成上の注意			
車椅子の処方効果、主な使用目的 * 車椅子を使用することによる生活改善の見込みや、使用目的(屋内、屋外など)について、具体的にご記入ください			
オーダーメイド方式を必要とする理由 (1) 身体寸法      (2) 身体状況 (レディメイドで適合) (3) 特別な構造等 (下記空欄にご記入してください) ( ) (4) 環境要因等 (下記空欄にご記入してください) ( )			
環境上の理由等もあれば、ご記入ください。			
病院・保健所名 診療科 医師名			
15条指定医師(肢体不自由)の確認をしています。 病院名及び医師名をご記入ください。			

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。

## 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します。

(ア) クッション（ウレタンフォーム等の単一素材のもの）

- ① 通常座面用には使用しません。
- ② パッドとして使用します。（体幹及び座面等）大腿部の外転又は内転傾向が強い、又は体幹機能の障害により体幹が側方に傾く等、局所が圧迫されて褥瘡などのおそれがあり、外転又は内転防止パッドや体幹パッドなどが必要な障害状況の場合に、パッドとして使用します。片側1個で算定します。

(イ) クッション（ポリエステル繊維・ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの）

車椅子を長時間使用し、臀部や背部に常に痛みや発赤などがある、感覚の低下がある、褥瘡の既往がある、除圧の動作が不十分な場合に使用します。

(ウ) クッション（ゲルとウレタンフォームの組合せのもの）

車椅子を長時間使用し、臀部に褥瘡の既往があり再発しやすい、四肢麻痺などのために除圧の動作が困難な場合に使用します。

(エ) クッション（バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの）

- ① 臀部に褥瘡がある、あるいは既往があり再発しやすい、かつ骨盤の傾斜などがあり、クッションによる支持を要する場合に使用します。
- ② 空気量をバルブで調節し、クッションの堅さや形状を臀部や大腿部に合わせる機能があります。空気室が単一のものであります。

(オ) フローテーションパッド

臀部に褥瘡がある、あるいは既往があり再発しやすい場合に使用します。素材が柔らかく、支持性が低いです。体重が重いと潰れるため、(ウ)のクッション（ゲルとウレタンフォームの組み合わせ）が適当な場合があります。本体が不安定なため三重構造が必要な場合は、三重構造加算を行います。

(カ) クッション（特殊な空気室構造のもの）

フローテーションパッドやクッション（空気量バルブ調節式）を使用しても、褥瘡が治らない場合に使用します。空気室が複数のものであります。

(キ) 特殊形状クッション（骨盤・大腿部サポート）

座位保持装置のモールド型まで必要ないが、座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な場合に使用します。

(ク) 座位保持装置完成用部品（骨盤・大腿部 支持部）

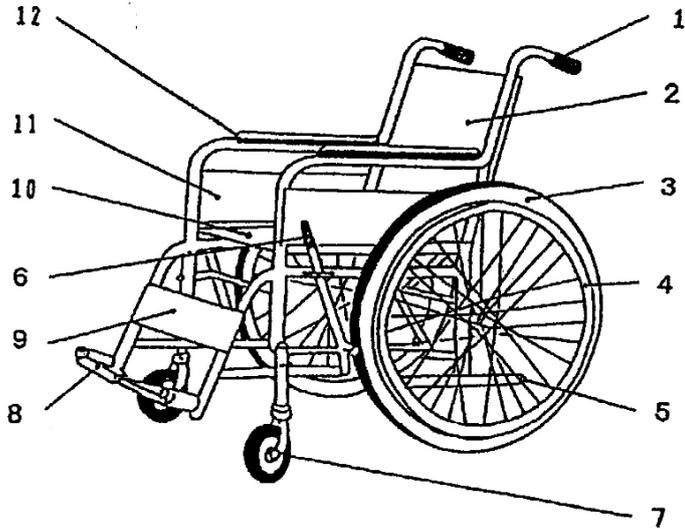
体幹筋力の低下等により座位保持能力に著しい低下がある場合に使用します。

(ケ) 背クッション

ウレタン等を主材料とするものです。背部に変形がある場合、褥瘡・発赤がある、又はその危険性がある場合に使用します。また、軽度の座位困難性があり座位保持に必要な場合にも使用します。張り調整式バックサポートとの同時加算はできません。

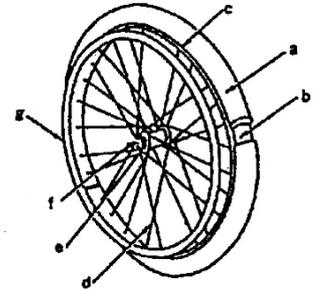
※褥瘡や感覚障害の程度、骨盤の状態などについては、原則として医師等の専門職の評価に基づき判断する必要があります。

## 車椅子各部の名称



- |    |           |  |
|----|-----------|--|
| 1  | ハンドグリップ   | 介助者用押し手ハンドル                                |
| 2  | バックサポート   | 背もたれのこと。付属品として背折れ機構部品(脱着式も含む)、延長バックサポートがある |
| 3  | 駆動輪       | 大車輪(後輪)                                    |
| 4  | ハンドリム     | 車椅子を自走するとき使用する大車輪の内側にある輪                   |
| 5  | ティッピングレバー | 段差を超えるときなど、介助者がキャスター上げを行うために使用する部品         |
| 6  | ブレーキ      | 車輪を固定するために使用する部品                           |
| 7  | キャスター     | 前輪、360度回転する自在輪                             |
| 8  | フットサポート   | 足台   |
| 9  | レッグサポート   | 下肢が後方に落下しないように支えるもの、レッグレスト                 |
| 10 | 座面        | 座るところ                                      |
| 11 | サイドガード    | 衣服が車輪に巻き込まれないようにするもの                       |
| 12 | アームサポート   | 肘を支えるもの                                    |

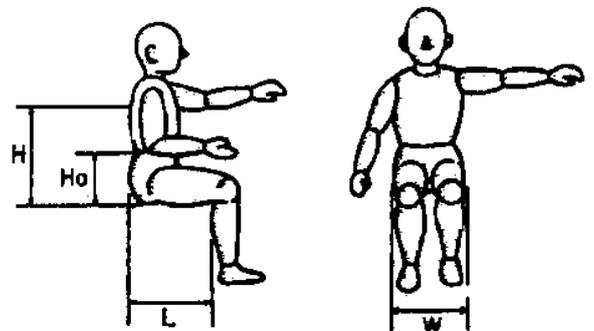
## 駆動輪各部の名称



- |    |            |
|----|------------|
| a. | タイヤ        |
| b. | チューブ       |
| c. | リム         |
| d. | スポーク       |
| e. | ハブ         |
| f. | ハブシャフト(車軸) |
| g. | ハンドリム      |

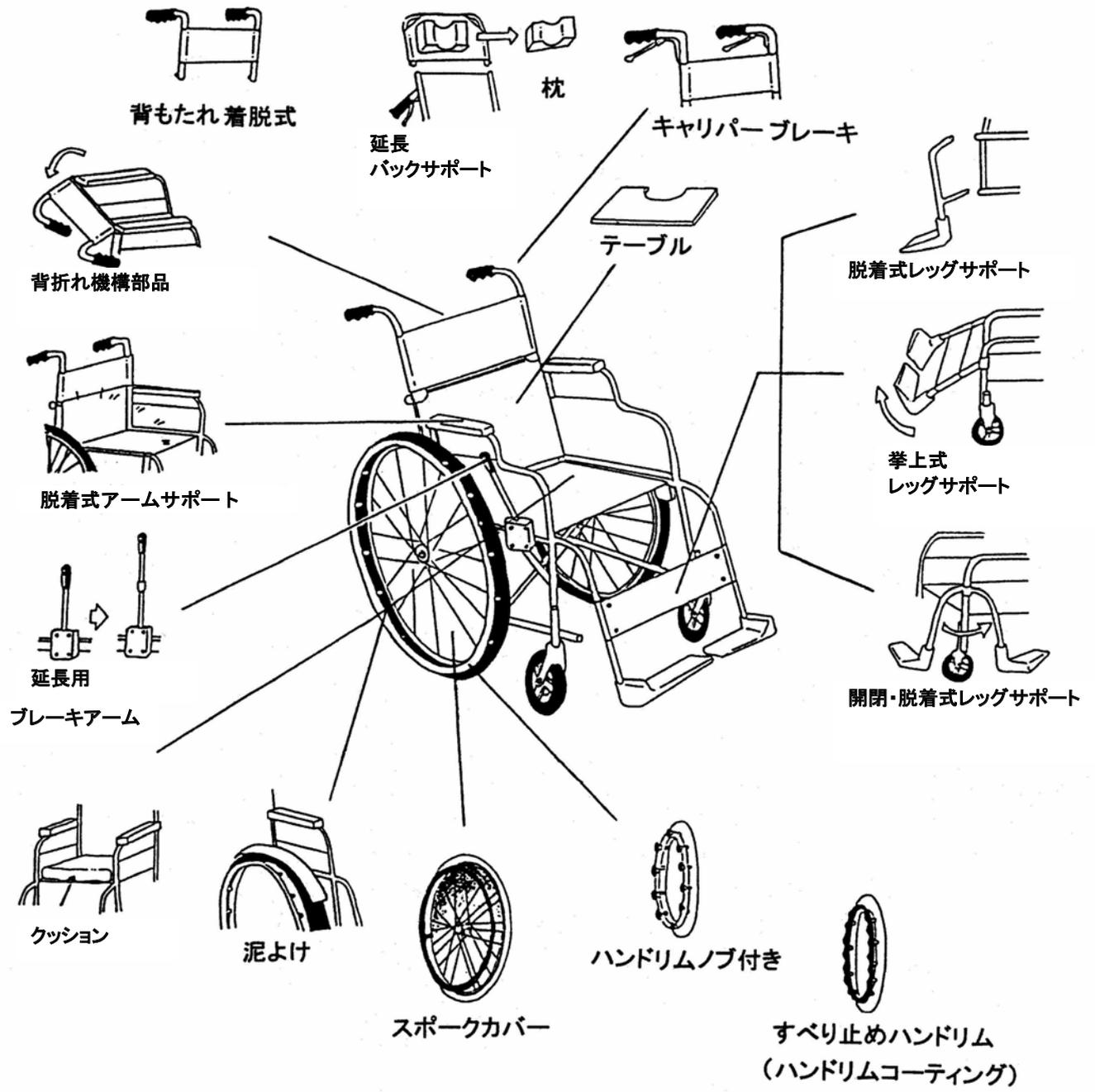
## (4) 身体値と車椅子寸法との関係

車椅子寸法	身体値との関係
座幅	W (腰幅) + 5 cm
座長	L (背面～膝窩長) - 5 cm
背もたれ高	H (座面～腋窩長) - 10 cm
肘当て高	H <sub>o</sub> (座面～肘高) + 2 cm



※上記は一般的な採寸方法で、実際には障害状況や環境要因等を考慮して寸法を決定する。

# 車椅子の付属品



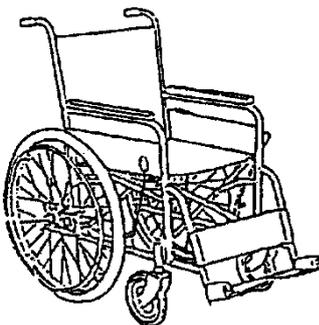
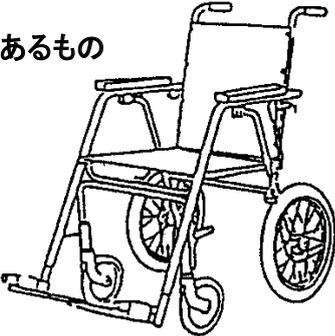
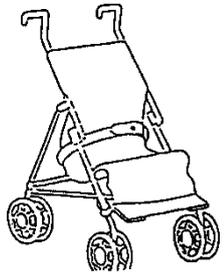


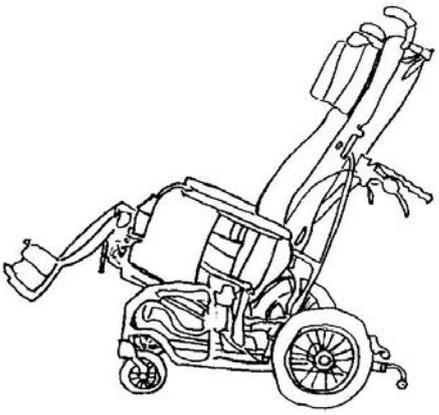
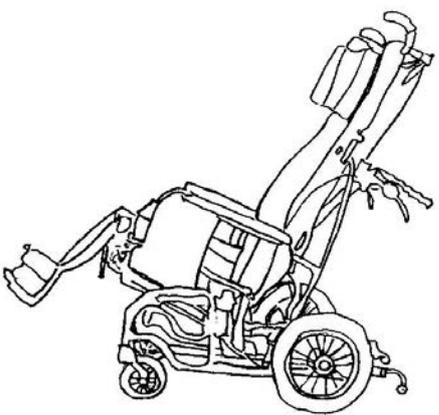
車椅子の付 属 品の使用対象および用途

	名 称	付 属 品 の 説 明	使 用 対 象 例 お よ び 用 途
1	延長バックサポート(枕を除く)	バックサポートパイプを延長し、背当てシートを張ったもの。	体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合。リクライニング・ティルト機構を有する車椅子には必要。
2	高さ角度調整式アームサポート	肘を乗せる部分が上下に可動する構造、かつ角度が可変するもの。	成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合。上肢筋低下、可動域制限等により、アームサポートの高さの調整を要するもので、かつ上肢筋低下によりティルト時に肘がおちる場合。
3	高さ調整式アームサポート	肘を乗せる部分が上下に可動するもの。	成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合。上肢筋低下、可動域制限等により、アームサポートの高さの調整を要する場合。
4	角度調整式アームサポート	肘を乗せる部分の角度が可変するもの。	上肢筋低下によりティルト時に肘がおちる場合。
5	跳ね上げ式アームサポート	アームサポートをフレームに連結する部分に可動性をもたせ、跳ね上げができるもの。	肘掛けを跳ね上げて移乗しやすくするために使用する。
6	脱着式アームサポート	アームサポートをフレームに差し込む構造。	肘掛けを取り外して、移乗しやすくするために使用する。
7	アームサポート拡幅部品	肘掛けの幅を6cm以上の幅広タイプとしたもの。	上肢の麻痺等により、上肢が落下する等の場合上肢を安定させるため使用する。
8	アームサポート延長部品	肘掛けの長さを後方に延長したもの。	リクライニング時肘がおちる場合。
9	脱着式レッグサポート	フレームパイプに部品を取り付けレッグサポートを差し込む等の構造のもの。	足こぎ操作の場合や、足台を取り外して、ベッドなどに接近して移乗しやすくするために使用する。
10	挙上式レッグサポート(パッド形状)	歯形の形状又はメカニカルロックでレッグサポートフットサポートを挙上できるもの。	循環器系の障害等により下肢に浮腫があり改善を図る場合、膝関節に拘縮や可動域制限がある場合、リクライニングさせた時に足台の角度を変えて足台を合わせる場合に使用する。
11	開閉挙上式レッグサポート(パッド形状)	歯形の形状又はメカニカルロックでレッグサポートフットサポートを挙上でき、かつ、フレームパイプに部品を取り付けレッグサポートを差し込む等の構造のもの。	挙上式レッグサポートの機能に加え、足台を外方に折りたたみ、ベッドなどに接近して移乗しやすくするために使用する。
12	開閉・脱着式レッグサポート	フレームパイプに部品を取り付けレッグサポートを差し込む等の構造のもの。	足台を外方に折りたたみ、及び取り外しすることでベッドなどに接近して移乗しやすくするために使用する。
13	座張り調整部品	座のベースパイプ間に5cm幅程度のベルトを数本張り、カバーで覆う構造のもの。	成長期の児童で、奥行きの変更の必要があるもの。下肢、体幹筋の麻痺等により座面を調整する必要がある場合。
14	座奥行き調整(スライド式)部品	座のベースパイプの長さが可変できるもの。	成長期の児童で、奥行きの変更の必要があるもの。下肢、体幹筋の麻痺等により座面を調整する必要がある場合。
15	座板	硬度が高い板。木材又は樹脂。	スリングシートでは座位保持が困難な場合。
16	車軸位置調整部品	車軸取り付け位置を複数の穴又はスライド可能なプレート等で調整可能な構造。	成長期の児童で、車軸位置の変更の必要がある場合。最初の1台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更がありえる場合
17	大車輪脱着ハブ	車軸中心のボタンを押すことにより脱着可能な構造のもの。	車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びしやすくするため。車軸位置調整の際必要。
18	シートベルト	胸、骨盤、股、下腿などを固定するベルト。股ベルトにはT字型とY字型のものがある。	座位保持が不安定な場合や、臀部の前ずれ、下肢の突っ張りがあるなどの場合に使用する。
19	クッション	①ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの、立体編物構造のもの ②ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの ③バルブの開閉で空気量を調整するもの	感覚が脱失している、自力で除圧できない、又はやせて骨が突出し擦れて発赤が出来る場合又は恐れのある場合に使用する。(クッションの判定基準参照)
20	フローテーションパッド	クッションよりも除圧効果がすぐれているクッション。ゲル状の素材のもの。	褥瘡が現在できている場合、あるいは既往がある場合に使用する。
21	クッション(特殊空気室構造のもの)	フローテーションパッドよりも除圧効果が高いクッション。複数の空気室構造のもの。	フローテーションパッドを使用しても褥瘡が治らない場合、又は再発しやすい場合に使用する。四肢麻痺等の障害の状況により使用する。
22	背クッション	背部に使用する、ウレタンフォーム等のクッション。	背部に変形がある場合、又は褥瘡、発赤がある、又はその恐れのある場合、又は軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
23	特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)	ウレタン等で作製された、骨盤、大腿部の形状に沿った形状のクッション。	座位保持が困難で、骨盤、大腿部の形状に沿った形状のクッションが必要な場合。
24	クッションカバー(防水加工を施したもの)	防水加工をしたクッションカバー。	頻回の失禁などがある場合に使用する。
25	クッション滑り止め部品	クッションが滑り落ちないように座面にベルクロや滑り止め効果のある素材を縫製したもの	足こぎ操作、移乗動作によりクッションがずれる場合に使用する。
26	枕(オーダー)	利用者の頭頸部に適合させたオーダーメイドの枕。	体幹筋、頭頸筋の麻痺により頭部の位置を微調整する必要がある場合。
27	ヘッドサポートベース(マルチタイプ)	頭頸部を支持するためにバックサポートパイプに取り付けられるベース部品。高さ、前後、角度調整が可能なもの。枕を含む。	体幹筋、頭頸筋の麻痺により頭部の位置を微調整する必要がある場合。リクライニング・ティルト機構を有する車椅子には必要。
28	張り調整式バックサポート	バックサポート間に5cm程度のベルトを数本張り、クッション入りカバーで覆う構造。(背クッションの同時加算は不可)	円背等の脊柱の変形がある人、又は頸髄損傷等による体幹筋力の著しい低下のある人で、座位が不安定であり背シートの形状を背部の形状に合わせる必要がある場合に使用する。
29	高さ調整式バックサポート	高さの調整ができるバックサポート。	成長期の児童で、最初の1台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て高さ変更がありえる場合。
30	背折れ機構部品	背もたれを折りたたむことができるもの。	車椅子をコンパクトに折りたたむことにより、自動車に積みこみやすくし、又はトランクへの収納を可能にするもの。車椅子を自動車のトランクに積み込んで移動する場合に取り付ける。 * 都では、背もたれ着脱式の部品を含み取り扱う。
31	背座間角度調整部品	バックサポートパイプと座ベースパイプの交点付近に角度可変部品を取り付けた構造。	成長期の児童で、最初の1台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て角度変更がありえる場合。

32	キャリパーブレーキ	ハンドル(押し手)に取り付け、介助者がレバーを手で握って制動するブレーキ。	介助による坂道走行時の制動、および介助者にかかる重さの負担をブレーキで軽減するもの。坂道のある環境で必要な場合に取り付ける。
33	フットブレーキ(介助者用)	車椅子の後方につける足踏み式の介助者用ブレーキ。	介助者がかがんだり、前に回らずに、後方から足先の操作でブレーキをかける必要がある場合に使用する。
34	延長用ブレーキアーム	ネジ等で延長棒を取り付ける構造のもの。	片麻痺者の麻痺側等に必要。
35	リフレクタ(反射器-夜光反射板)	車椅子のフレーム等に取り付けて照明等を反射するプラスチック製の板や反射器。	夜間の屋外走行などの際に、自動車の照明等を反射して識別しやすくするために使用する。
36	滑り止めハンドリム	ハンドリムに樹脂をコーティング又はゴム素材等を巻いて摩擦力を大きくするもの。	上肢の筋力や握力の著しい低下などの障害がある場合に、ハンドリムの摩擦力を高めて駆動操作をしやすくするために使用する。
37	ノブ付きハンドリム	ハンドリムに複数のノブを溶接した構造。	ハンドリムを握る手指の筋力が極度に弱く、駆動に必要な場合に使用する。
38	屋外用キャスター(エア式等)	空気入りタイヤ、又は太いウレタン製などのキャスター。	道路に段差や凹凸が多い、簡易型電動車椅子を使用する、又は人工呼吸器等を搭載するため、車椅子走行時の路面からの振動や衝撃を軽減する必要がある場合に使用する。
39	ノーパンクタイヤ	ハイポリマー製のもの。又は、これに準ずるもの。	メンテナンスフリーを希望するもの。
40	テーブル	車椅子の肘掛けパイプ等にねじやベルトで取り付けるテーブル。	車椅子上で食事や作業をする際に使用する。
41	スポークカバー	スポークの表面を被うプラスチック製のカバー。	上肢にアテトーゼなどの不随意運動や感覚障害などがあり、手がスポークに挟まれるおそれがある場合に使用する。
42	ステッキホルダー(杖たて)	杖を車椅子に固定して搭載するもの。	車椅子使用者が、移動先で杖歩行や移乗を行うために、車椅子に杖を搭載するために使用する。
43	泥よけ	タイヤの上部に取り付けて衣服や上肢との接触を防ぐカバー。	衣服や上肢が大車輪に触れて汚れるのを防ぐ場合(雨天時の走行・未舗装路での使用)、不随意運動等があり安全上、手がタイヤに接触するのを防ぐ場合に使用する。
44	転倒防止用装置	ティッピングバーの先端に付けて車椅子が後方に傾いたときに支えるもの。	車椅子の後方への転倒を防止するためのパイプ等で、先端にキャスターやゴム付のものもある。車椅子使用時に転倒のおそれがある場合に使用する。
45	転倒防止装置(キャスター付き折りたたみ式)	ティッピングバーの先端に付け車椅子が後方に傾いたときに支えるもので、キャスター付きでワンタッチで折りたたみ可能なもの。	車椅子の後方への転倒を防止するためのパイプ等で、先端にキャスター付きのもの。車椅子使用時に転倒のおそれがある場合に使用する。頻繁に段差を介助する際等に使用する。
46	携帯用会話補助装置搭載台	携帯用会話補助装置を搭載する台。	音声言語機能障害者が携帯用会話補助装置を車椅子に搭載する場合に使用する。
47	酸素ボンベ固定装置	酸素ボンベを搭載する台。	酸素ボンベを常用し、車椅子への搭載が必要な場合に使用する。
48	人工呼吸器搭載台	人工呼吸器を搭載するために車体下部に取り付ける台。	人工呼吸器を必要とし、車椅子に人工呼吸器を搭載する場合に使用する。
49	栄養パック取り付け用ガートル架	栄養パックを取り付ける支柱。	経管栄養により食事を摂取している者が、車椅子座位にて食事を行うために使用する。
50	点滴ポール	点滴パックを取り付ける支柱。	車椅子使用者が点滴を受けるために使用する。
51	幅止め	バックサポート間又はベースパイプ間の芯張り。	体重が重い等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な場合。
52	高さ調整式手押しハンドル	バックサポートパイプに沿って押し手がスライド可能になった構造。	走行時介助者が押し手ハンドルの高さを調整する必要がある場合。(リクライニング・ティルト式等)
53	車載時固定用フック	車載時車椅子を固定するためのフック。(4個まで)	車載固定等。
54	日よけ(雨よけ)部品	傘の持ち手を挟んでバックサポートパイプ等に取り付ける構造等。	雨天外出が多い者。直射日光に弱い者。傘ホルダー等。(雨天走行時は取扱説明書の注意事項を参照すること。)
55	6輪構造部品	フレーム中心部に大車輪があり、後輪キャスターを2個有するもの。前輪キャスター上げも可能な構造。	職場や家屋が狭隘な場合。
56	成長対応型部品	バックサポート高さ、座奥行き、背・座張り調整、フットサポート前後調整、車軸位置調整、脱着ハブ、その他成長対応に必要な構造を有するもの。	成長期の児童、その他、購入後に大幅な変更が見込まれる場合。
57	痰吸引器搭載台	痰吸引器を搭載するために車体下部に取り付ける台。	痰吸引器を必要とし、車椅子に痰吸引器を搭載する場合に使用する。
58	フットサポート前後・角度・左右調整	複数の穴を持つフットサポートをクランプではさむ構造等。	成長期の児童。足関節の可動域制限がある、下肢装具をつけたまま車椅子乗車をする場合等で使用する。
59	ガスダンパー	ガス圧式のダンパー。ティルト機構等に取り付ける。	車椅子使用者の体重が重い場合のティルト、リクライニング機構に必要なもの。

## 車椅子の主な名称(型式)の説明

種 類	機 能 や 特 徴
<p>普通型</p> 	<p>後輪の大車輪にハンドリムを装備し、両手で操作する車椅子です。</p> <p>義肢や装具など他の補装具を用いても移動が困難であり、上肢でのハンドリム操作による自走が可能な方が対象です。</p> <p>片麻痺の方の場合は、片手・片足で操作を行います。麻痺側が使えない場合は、片側のハンドリムを外すことがあります。</p>
<p>手押し型: A 大車輪のあるもの</p> 	<p>介助者が後方から押して移動するハンドリムを装備しない車椅子です。</p> <p>自力で車椅子を操作できない方が対象で、介助用車椅子ともいわれます。足で車椅子を駆動する方も使用します。</p> <p>狭い家の中で使用する場合には、車輪を手で駆動して自走する方もいます。後輪は中車輪が多いですが、使用環境などから大車輪を取り付けることがあります。</p>
<p>手押し型: B 小車輪だけのもの</p> 	<p>すべての車輪がキャスター(小車輪)の介助用車椅子です。バギータイプがこれに当り、軽くコンパクトにたためます。</p> <p>座と背が連続するシートで構成され、体が小さいため通常の手押し型車椅子が適合しない児童や、臀部を包み込むように深く腰掛けることで筋緊張が低下する方などが対象です。</p>
<p>リクライニング式手押し型</p> 	<p>背もたれの角度を変えることができるハンドリムのない介助用車椅子です。</p> <p>リクライニング機構を持つため、車輪は背もたれのパイプより後方に付き、全長が長く、重くなります。後方水平位まで背もたれを倒せるものをフルリクライニングと呼びます。</p> <p>起立性低血圧がある方、座位が長時間保てない方、頸部が不安定な方などが対象です。</p>
<p>リクライニング式普通型</p>	<p>リクライニング式手押し型と同様の機構を持ち、後輪はハンドリム付の大車輪で、自走が可能な車椅子です。</p>

種 類	機 能 や 特 徴
<p>ティルト式手押し型</p> 	<p>座面と背もたれが一定の角度を維持した状態で角度を変えることができる介助用車椅子です。</p> <p>脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や関節拘縮等により座位保持が困難な方であって、自力で姿勢変換が困難な方が対象です。</p>
<p>ティルト式普通型</p>	<p>ティルト式手押し型車椅子と同様の機構を持ち、後輪はハンドリム付きの大車輪で、自走が可能な車椅子です。</p>
<p>リクライニング・ティルト式手押し型</p> 	<p>背もたれの角度を変えることができる機構（リクライニング式）と座面と背もたれが一定の角度を維持した状態で角度を変えることができる機構（ティルト式）を併せ持つ介助用車椅子です。</p> <p>*対象例については、リクライニング式及びティルト式車椅子を参照してください。</p>
<p>リクライニング・ティルト式普通型</p>	<p>リクライニング・ティルト式手押し型車椅子と同様の機構を持ち、後輪はハンドリム付きの大車輪で、ハンドリム操作により自走が可能な車椅子です。</p>

## 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）		
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ヶ月まで）		
	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。

R3.4

## 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、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 装置の使用期間(試用の場合を含む) 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 本人と介護者の両方の能力を記入してください。

#### 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・センサー・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 キーボードやマウス ・ 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) 程度: 上肢 ( 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能 ) 使用機器( ) 下肢 ( 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能 ) 使用機器( ) 頭部、呼吸等 ( 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能 ) 使用機器( )</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 装置の使用期間 ( 年 月 日から ・ 未使用) 試用期間( 年 月 日～ 年 月 日)</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 本人 (独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能) 連続使用時間( 1回当たり 時間 分) 介護者 (独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能)</p> <p>6 操作部位: 上肢 ・ 手指 ・ 下肢 ・ 足部 ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ 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( ) センサー( ) 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 ・ 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 style="text-align: center;">年 月 日 病院・保健所名</p> <p style="text-align: center;">診療科</p> <p style="text-align: center;">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。