

補装具費支給制度 意見書作成の手引き

新潟県福祉保健部障害福祉課

新潟県中央身体障害者更生相談所

新潟市福祉部障がい福祉課

新潟市身体障がい者更生相談所

目 次

はじめに	2
第Ⅰ章 補装具費支給制度の概要	4
第Ⅱ章 補装具費支給制度の留意点	7
第Ⅲ章 補装具費支給意見書の作成について	11
義肢（義手・義足）	12
装具	17
姿勢保持装置	20
車いす・電動車いす	25
重度障害者用意思伝達装置	31
第Ⅳ章 記載例	35
例1 大腿義足の購入	36
例2 下腿義足の修理	38
例3 BFO(Balanced Forearm Orthosis)の購入	40
例4 普通型車いすの購入	41
例5 姿勢保持装置(クライニング・テルト式手押し型)の購入	43
例6 重度障害者用意思伝達装置の購入	45

はじめに

日頃、県政、市政の推進に御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。

補装具は、身体に障害のある方の失われた身体機能を補完又は代替し、日常生活の効率向上を図ることを目的とした用具です。「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づき、市町村が補装具の購入等に要した費用の一部を支給することとなっています。

昨今、補装具の高性能化・高機能化が目覚ましく、これに伴って購入等に係る費用も高騰しています。また、今年度始めには補装具の種目等に係る制度改正がありました。こうした状況下で、限られた予算の中、申請者の個別性に配慮した補装具を適切に支給できるよう、この度、県及び市では「補装具費支給意見書（以下、意見書という。）」の改正を行いました。

本手引きは、意見書の改正に併せて、医師の皆様が意見書を作成する際に、作成のポイントや留意点を確認できるよう作成したものです。

市町村は、補装具費支給の要否について、身体障害者福祉法第15条に規定された医師等（以下、15条指定医等という。）が作成した意見書を基に判定します。医学的判定が必要なもの、市町村で判定するのが困難なものについては、身体障害者更生相談所が、市町村からの依頼により判定を行います。

意見書に記入漏れや不備があると、内容確認のため、医療機関に返送して、医師の皆様に追記していただくこととなります。医師の皆様のご負担になるとともに、要否判定が遅れ、障害のある方々が補装具費の支給を受けるまでに時間を要することにもつながります。

医師の皆様に、より適切な意見書を作成していただくため、また、申請者に速やかに補装具費を支給するためにも、この手引きをご活用いただければ幸いです。

結びに、意見書の改正、本手引きの作成に際してご助言いただきました医師の方々に、この場を借りて、改めて感謝申し上げます。

令和6年7月

＜手引きで用いる呼称、略称について＞

- ・法…「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」
(通称：障害者総合支援法)
- ・令…「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令」
- ・規則…「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則」
- ・指針…「補装具費支給事務取扱指針」
- ・意見書…補装具費支給意見書
- ・15条指定医等…意見書を書くことができる医師の総称。詳細な要件は下表のとおり

○ 意見書を作成する医師の要件について 指針より

	身体障害者	身体障害児	難病患者等
①身体障害者福祉法第15条に基づく指定医 (日本専門医機構が認定した専門医又は 所属学会認定の専門医)	○	○	○
②指定自立支援医療機関の医師 (日本専門医機構が認定した専門医又は 所属学会認定の専門医)	○	○	○
③国立障害者リハビリテーションセンター 学院で行う補装具関係の適合判定医師研 修会を終了している医師	○	○	○
④上記と同等と認める医師 ※意見書のみで市町村が判断する種目に 限る	○	○	○
⑤保健所の医師	×	○	○
⑥難病法第6条第1項に基づく指定医	×	×	○

- ・県内の身体障害者更生相談所
県（新発田、中央、長岡、南魚沼、上越）及び新潟市の6か所

※1 障害の「害」の字について、新潟市では「がい」とひらがなで表記していますが、本手引きを県と市の連名で発出するに際し、法令の表記である「害」に統一しています。ご注意ください。

※2 添付されている様式は県が運用しているものです。上記のとおり「害」の字の表記や様式の番号等、新潟市の運用とは一部異なる場合があります。

第 1 章

補装具費支給制度の概要

1 補装具とは

法における「補装具」とは、身体障害者、身体障害児及び難病患者などの失われた身体機能を補完又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用される用具のことを指します。身体障害者や難病患者などの職業その他日常生活の効率の向上や、身体障害児や難病患者などが、将来、社会人として独立自活するための素地の育成、助長を目的としています。

2 補装具費支給制度

本制度は、上記の目的のため、同一の月に用具を購入又は修理した費用の額（基準額）を合計した額から、当該補装具費支給対象者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額を控除して得た額（補装具費）を公費で支給するものです。

3 支給対象者

補装具を必要とする身体障害者、身体障害児、難病患者等（以下、「障害者等」）

注1： 身体上の障害がある十八歳以上の者で、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けた者を「身体障害者」といいます（法第4条第1項）。手帳の取得申請と同時に補装具費の支給申請をすることもできます。

注2： 身体に障害のある満十八歳未満の者で、手帳取得者と同程度の障害を持つと認められる者を「身体障害児」といいます（法第4条第2項）。身体障害者手帳の取得は必要ではありません。

注3： 令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（平成30年厚生労働用告示73号。以下、「特殊の疾病告示」という。）に掲げる疾病による障害の程度が、当該障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度である者を「難病患者等」といいます。

4 補装具の定義

次に掲げる条件を全て満たすものを補装具といいます（規則第6条の20）。

- ① 障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るよう
に製作されたものであること。
- ② 障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労若しくは
就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものである
こと。
- ③ 医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要
とされるものであること。

5 補装具の種目、価格

補装具の種目、価格については、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」（平成18年9月29日厚生労働省告示第528号（以下「告示基準」という。））及び「障害者総合支援法に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品の指定について」により定められており、これらは毎年度更新されています。

なお、告示基準に種目があって、定められた名称、型式、基本構造及び価格によらないものは、特例補装具として支給することができる場合があります。

6 借受け

補装具は、障害者等の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、その購入が原則です。このため、借受けは「申請者の便宜に照らして適当である場合」に限って認められます。

○ 具体例

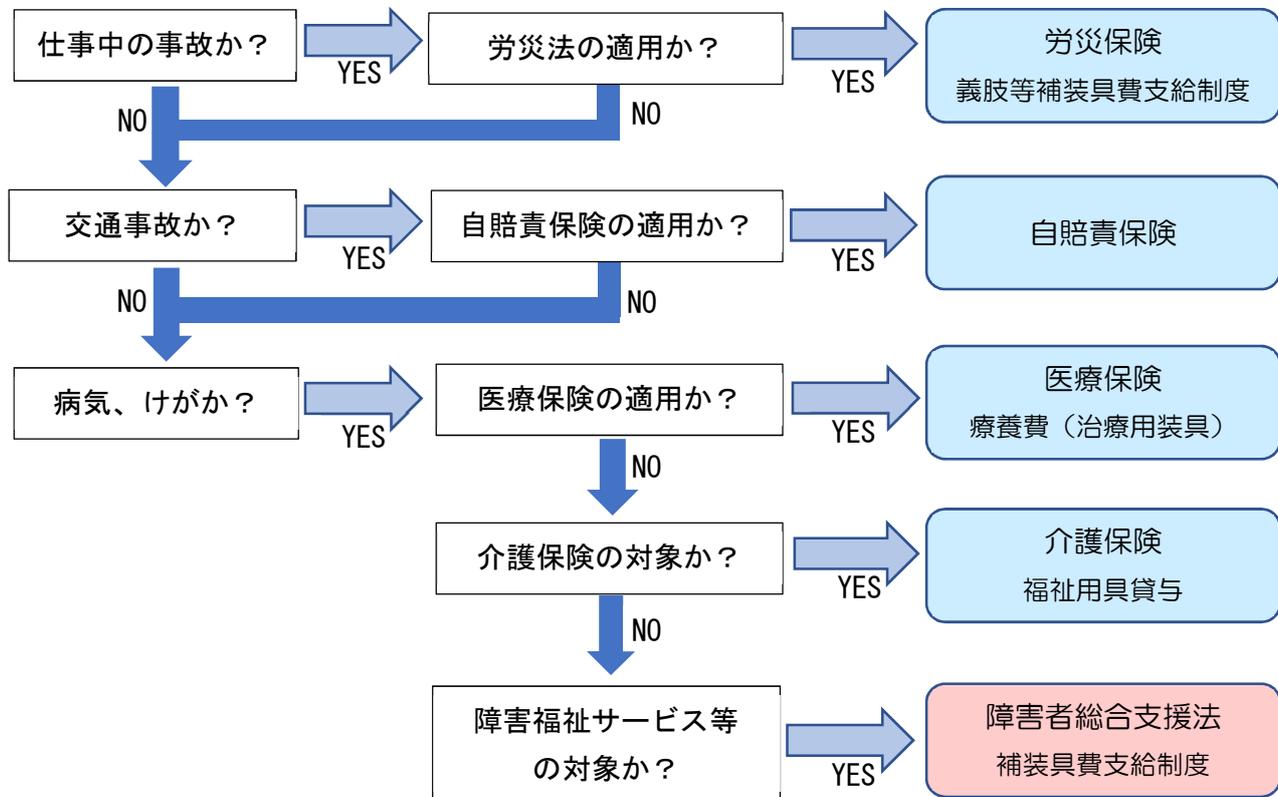
- ① 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
姿勢保持装置構造フレーム、歩行器、座位保持椅子 等
- ② 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
重度障害者用意思伝達装置 等
- ② 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要だと認められる場合
義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品 等

第II章

補装具費支給制度の留意点

1 障害者総合支援法による補装具費支給は他法優先が原則です。

障害者総合支援法による補装具費の支給については、労災保険、自賠責保険等、各制度を利用できない場合に利用できるものです。下表を参考に、優先される制度がないか、確認をお願いします。



治療用装具と補装具の違い

	治療用装具	補装具
根拠法令	健康保険法等	障害者総合支援法
目的	疾病又は負傷の治療・訓練に必要なもの (リハビリテーション等)	日常生活を送る上で必要な移動等の確保に必要なもの。就労・就学のため長期にわたり継続して使用するもの。
条件	症状の変化あり (急性→慢性)	障害の固定 (永続する状態)
判定	医療機関 (病院の医師)	市町村、更生相談所

- 障害を負ってから初めて作る補装具は医療保険による治療用装具として作るのが原則です。
- 障害者総合支援法による補装具は、障害の固定後、日常生活に使用するためのものであり、上記のとおり、治療用装具とは目的・用途が異なります。治療段階 (装用・歩行訓練のリハビリも含む) であれば、医療保険での作成となります。
- 医療保険対応で作成した補装具が修理を要する状態になった場合に、治療やリハビリが終了して医療対応の状態でなくなったことが確認できれば、障害者総合支援法による修理を行うことはできます。

2 特例補装具として申請する場合、「真にやむを得ない事情」が可否のポイントになります。

- 補装具の種目には該当するが、基準表に定められた名称、型式、基本構造等に含まれないものについては、通常、補装具費の支給対象となりません。
- 障害の状況や生活環境などの真にやむを得ない事情で、「補装具」として支給が必要な場合は、「特例補装具」として補装具費を支給できる場合があります。
- 「真にやむを得ない事情」とは、その用具、機能がなければ日常生活、就学・就労が極めて困難である場合、その用具がなければ痛み、褥瘡、変形等が発生するなど、医学的な問題が生じる場合等が想定されます。単に「この機能があれば便利だから」のような理由では認められません。

3 補装具費の支給数は、原則、1種目につき1個です。

- 補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個ですが、申請者の障害の状況や環境に応じて、職業上または教育上、特に必要と認められる場合は、2個目を支給することができます。
- 複数支給の場合は、それぞれの用途、使用場所、使用頻度等を十分吟味し、必要性を判断することになります。

4 車いす及び電動車いす、歩行器、歩行補助つえについては、介護保険の貸与が優先されます。

- 介護保険の認定を受けている場合（対象であるが認定を受けていない場合も含む）は、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、福祉用具と共通する補装具の購入等に係る費用は原則として支給しません。
 - 身体等の状況から介護保険の福祉用具では対応できず、オーダーメイド等での対応が必要と考えられる場合には、障害者総合支援法による補装具費の支給申請を検討します。
- ※ 40歳以上65歳未満であって特定疾病による障害がある場合、介護保険の第2号被保険者となる可能性があります。第2号被保険者に認定されれば、介護保険が優先されますので、確認をお願いします。

5 引き渡し後、9カ月以内に生じた破損及び不適合は、補装具業者の責任において改善することになります。

- 補装具は、各種目に、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数として、「耐用年数」が示されています。しかしながら、補装具費の支給を受けた障害者等の身体状況や使用状況によって、実耐用年数は異なるものです。修理や再支給を行う際は、耐用年数を一律に適用することなく、個々の実情に沿った対応となるよう配慮をお願いします。

(具体例)

- ・耐用年数に達していない補装具が修理不能となったので、再支給の決定をした。
- ・耐用年数を経過している補装具について、修理可能との見積であったので、修理の支給決定をした。

なお、災害等の本人の責任に拠らない事情により補装具を亡失、毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができます。

- 指針において、本人の過失による毀損、生理的・病理的变化（痩せた、浮腫ができたなど）による不適合、目的外使用等が原因の場合を除き、引き渡し後9か月以内に生じた破損又は不適合は、補装具事業者の責任において改善することが望ましいとされています。一度修理した部位について、修理後3か月以内に再度生じた破損又は不適合についても同様です。

6 施設や病院への入所、入院中の補装具の取扱いについては、注意が必要です。

- 医療保険の治療用装具の対象となる義肢・装具等は医療保険で対応することになります。
- 施設や病院へ入所中の場合は、施設備品での対応が原則ですが、次の場合は、補装具費を支給できる場合があります。
 - ① 退院の見込みがあり、退院後も使用が予定されるため、入院中から補装具を使用することにより、退院後も有効な利用が図られると想定される場合
 - ② 障害者の体型・体格、障害状況等の理由で病院の備品の車いすを利用することができず、オーダーメイドの車いすを作製する必要がある場合

7 障害児の場合、身体障害者手帳の取得前でも、状況に応じて補装具費の支給申請が可能です。

- 前述のとおり、補装具費の支給対象は「身体障害者」、「身体障害児」、「難病患者等」です。法により、「身体障害者」とは身体障害者手帳所持者を指しますので、身体障害者手帳の取得が必要です。
- 一方、「身体障害児」の場合、身体障害者手帳取得は必要ありませんが、四肢等に障害があり、身体障害者手帳取得相当程度との判断が必要です。その旨を意見書に記載してください。

(例)「発達途中であるが、未定頸、座位不可。正常発達と乖離が認められる」等

第Ⅲ章

補装具費支給意見書の 作成について

義肢（義手・義足）

留意点

1. 義足の製作については、断端部の状態が落ち着いている必要があります。
受傷後間もない時期で断端部が安定していない場合や、断端部に傷がある場合は、義足の装用が難しいと判断されることがあります。
2. 原則として、受傷後最初に作る義足は「医療用義足」です。
※ 障害者総合支援法を適用して、医療用義足を修理することは可能です。
3. スペアとしての義足は認められません。
原則、同一種目の2個支給は認められません。目的用途が異なる場合、2個支給を認めることもありますので、身体障害者更生相談所にご相談ください。
4. 車いすと義足を併給する場合、義足を使っても短距離しか移動できない等の状況を確認して、判断します。
車いすと義足の併用が必要な理由を「補装具費支給意見書」に記載してください。

対象となる障害

上肢不自由、下肢不自由

障害の状態

先天的に、または切断により、四肢の一部を欠損した状態 等

義肢の申請に必要な書類

1. 補装具費支給意見書（義肢・装具）
15条指定医等が作成したもの（作成後3か月以内に申請すること）
2. 補装具業者が作成した見積書
3. （必要に応じて）デモ機着用時の動画

判定方法

所管の身体障害者更生相談所にて、書類で判定します。

ただし、案件の内容によっては、来所やWEBでの直接判定を行う場合があります。

意見書作成の留意点

(表)	
様式第2号	
補装具費支給意見書（義肢・装具）	
※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理（交換） <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	
生年月日	年 月 日生（ ）歳
住所	新潟県
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他（ ） 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 <input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名	1-②障害名・障害部位
疾病名や受傷箇所を記載してください	
2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など)	
<ul style="list-style-type: none"> ・筋力の程度、麻痺の有無や部位、程度等を具体的に記載してください ・切断部位や断端部の状況についても、具体的に記載してください 	
3. 身長	cm 体重 kg
4-①主たる使用場所	* 該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校 <input type="checkbox"/> その他（場所記載： 「概ね〇〇時間」や「〇～△時間」という書き方でも構いません ）	
4-②概ねの使用頻度	
(1) 1日あたり 時間程度	(2) 1週あたり 日間程度
5. 装着しなければならない補装具名称	* 修理の場合は、主な修理項目を追記してください。
<ul style="list-style-type: none"> ・装着しなければならない補装具を具体的に記載してください ・電子制御や複雑な機能を有する補装具を購入、修理する場合は、必ず、デモ機を使用している動画を添付してください 	
6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み	* 別添資料の提出でも差し支えありません。
補装具を使用することで得られる生活上、職業上の効果を具体的に記載してください。	
上記のとおり、診断します。	
年 月 日	医療機関 _____
診療科・医師名	

(裏)

※書面が足りない場合は別添資料を作成してください。

※必要に応じて動画等を提出してください。判定に際して提出をお願いする場合があります。

**7-① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。
（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）**

完成用部品を用いる場合、特に、高額な継手類を使用する場合は、
商品名とメーカー名を記載してください。

7-② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。

日常生活（環境を含む）の視点

補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。

（例）

日常生活の視点

自宅で畑仕事や雪かきなどを担っており、活動量も多いことから、吸引システムが必要

就労・就学の視点

足場の悪い工場で立位での作業が多いため、コンピュータ制御の膝継手を使用することで、
転倒のリスクを軽減できる

就労・就学（環境を含む）の視点

その他（特記事項等）

意見書作成の留意点（詳細）

1-① 病名

障害の原因となった疾病、外傷名を記載してください。

1-② 障害名・障害部位

補装具申請にかかる障害名、障害部位を記載してください。

2 補装具支給に関わる具体的な障害状況

申請者の障害の程度や筋力、可動域、痙縮・拘縮の程度、検査の結果などを具体的に記載してください。また、義肢の場合は、切断部位や断端部の状態を具体的に記載してください。

3 身長・体重

申請者の身長・体重を記載してください。なお、障害状況により計測が困難な場合は「○○○cm程度」や「□□kg台」でも差し支えありません。

4-①主たる使用場所

申請する補装具を使用する場所を選択してください。（複数選択可）

4-② 概ねの使用頻度

1日の使用頻度及び1週間の使用頻度を記載してください。申請する補装具の必要性を判断する参考情報となります。日によって使用時間が違う場合は、「○～□時間程度」などの概ねの記載で構いません。なお、「使用時間が短い＝認定不可」ではありません。

5 装着しなければならない補装具名称

装着しなければならない補装具を具体的に記載してください。また、修理の場合は、どこの部品等を修理予定か、追記してください。

※ 電子制御や複雑な機能を有する補装具については、動画の添付をお願いする場合があります。

6 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み

申請する補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。また、補装具を使用することで、得られる生活上・職業上の効果を記載してください。

（例）○○が可能となる、△△な生活が期待できる等。

様式2（項目7）は「義肢」の申請の場合のみ、必要となります。
「装具」の申請の場合は記載不要です。

7-① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。

（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）

申請する補装具に使用する部品等を記入してください。特に、「継手類」「懸垂システム」「電動式義手」などは記載してください。申請者の切断部位や生活状況等から各部品の適否の妥当性を検討するのに必要です。

7-② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。

申請する補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。すべての視点を記載する必要はありません。該当するポイントのみ記載してください。

（例）

【就労・就学の視点】

「足場の悪い工場で立位での作業が多い。そのため電子制御の膝継手を使用することで、転倒のリスクを軽減できる」

【日常生活の視点】

「自宅での畑仕事や雪かきなどを担っており、活動量も多いことから、吸引システムが必要」

装具

留意点

受傷後、最初に作る装具は、医療用装具が原則です。

補装具として支給するのは、医療処置が終了して、日常生活用として使用するものになります。障害者総合支援法を適用して、医療用装具を修理することは可能です。

対象となる障害

下肢装具	下肢機能障害、体幹機能障害 3 級以上で歩行が困難なもの
靴型装具	下肢機能障害
体幹装具	体幹機能障害
上肢装具	上肢機能障害

障害の状態例

下肢装具	下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態 等
靴型装具	下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態 等
体幹装具	体幹に筋力低下や変形拘縮があり、座位または歩行が困難な状態 等
上肢装具	上肢に筋力低下や変形拘縮がある状態 等

装具の申請に必要な書類

1. 補装具費支給意見書（義肢・装具）
15 条指定医等が作成したもの（作成から 3 か月以内に申請すること）
2. 補装具業者が作成した見積書
3. （必要に応じて）デモ機着用時の動画

判定方法

所管の身体障害者更生相談所にて、書類で判定します。

ただし、案件の内容によっては、来所や WEB での直接判定を行う場合があります。

意見書作成の留意点

「装具」の申請の場合、(表)のみ記載してください。(裏)は記載不要です。

(表)	
様式第2号	
補装具費支給意見書 (義肢・装具)	
※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理 (交換) <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	
生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	新潟県
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他 () 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名: 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 <input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込: 年 月頃 / 退院見込みなし】
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名	1-②障害名・障害部位
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> 疾病名や受傷箇所を記載してください </div>	
2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など)	
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> ・筋力の程度、麻痺の有無や部位、程度等を具体的に記載してください </div>	
3. 身長	cm 体重 kg
4-①主たる使用場所	* 該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校 <input type="checkbox"/> その他 (場所記載:)	
4-②概ねの使用頻度	<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> 「概ね〇〇時間」や「〇～△時間」という書き方でも構いません </div>
(1) 1日あたり _____ 時間程度 (2) 1週あたり _____ 日間程度	
5. 装着しなければならない補装具名称	* 修理の場合は、主な修理項目を追記してください。
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> ・装着しなければならない補装具を具体的に記載してください ・電子制御や複雑な機能を有する補装具を購入、修理する場合は、必ず、デモ機を使用している動画を添付してください </div>	
6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み	* 別添資料の提出でも差し支えありません。
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> 補装具を使用することで得られる生活上、職業上の効果を具体的に記載してください。 </div>	
上記のとおり、診断します。	
年 月 日 医療機関 _____	
診療科・医師名 _____	

意見書作成の留意点（詳細）

1-① 病名

障害の原因となった疾病、外傷名を記載してください。

1-② 障害名・障害部位

補装具申請にかかる障害名、障害部位を記載してください。

2 補装具支給に関わる具体的な障害状況

申請者の障害の程度や筋力、可動域、痙縮・拘縮の程度、検査の結果などを具体的に記載してください。

3 身長・体重

申請者の身長・体重を記載してください。なお、障害状況により、計測が困難な場合は「○○cm程度」や「□□kg台」でも差し支えありません。

4-①主たる使用場所

申請する補装具を使用する場所を選択してください。（複数選択可）

4-② 概ねの使用頻度

1日の使用頻度及び1週間の使用頻度を記載してください。申請する補装具の必要性を判断する参考情報となります。日によって使用時間が違う場合は、「○～□時間程度」などの概ねの記載で構いません。なお、「使用時間が短い＝認定不可」ではありません。

5 装着しなければならない補装具名称

装着しなければならない補装具を具体的に記載してください。また、修理の場合は、どこの部品等を修理予定かを記載してください。

※ 判定上必要と判断した場合や複雑な機能を有する補装具については動画の添付をお願いする場合があります。

6 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み

申請する補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。また、補装具を使用することで、得られる生活上・職業上の効果を記載してください。

（例）○○が可能となる、△△な生活が期待できる等。

姿勢保持装置

留意点

1. 車いす（または電動車いす）を構造フレームに使った姿勢保持装置と車いすの2個支給については注意が必要です。

車いすを構造フレームに用いた姿勢保持装置は、補装具の種目としては「姿勢保持装置」となります。しかし、姿勢保持の機能と移動機能を併せ持った補装具であることから、判定に際しては、既に支給済の車いすとの使い分けの情報が必要となります。

対象となる障害

体幹不自由、下肢不自由

障害の状態

体幹や下肢に障害があるため、自力での座位姿勢を保持できないもの
長時間の座位保持が困難で、姿勢の補正が自力で不可能なもの

姿勢保持装置の申請に必要な書類

1. 補装具費支給意見書（車いす／姿勢保持装置）
15条指定医等が作成したもの（作成から3か月以内に申請すること）
2. 補装具業者が作成した見積書
3. （必要に応じて）デモ機使用中の動画

判定方法

電動車いす初回申請の場合、所管の身体障害者更生相談所にて、来所判定を行います。それ以外は、基本的に書類での判定となりますが、案件の内容によっては、来所やWEBでの直接判定を行う場合もあります。

意見書作成の留意点

(表)	
様式第3号	
補装具費支給意見書 (車いす / 姿勢保持装置)	
<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理 (交換) <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	
生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	新潟県
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他 () 】
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名: 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】
	<input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込: 年 月頃 / 退院見込みなし】
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名 疾病名や受傷箇所を記載してください	1-②障害名・障害部位
2. 現在の具体的な障害状況 (筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など)	
<ul style="list-style-type: none"> 筋力の程度、麻痺の有無や部位、程度等を具体的に記載してください 側わんや拘縮、変形の有無についても具体的に記載してください 下肢だけでなく、上肢の機能の状態を記入いただくと、自操の可否を判断する際に参考になります。 	
3. 身長 cm 体重 kg	身長と体重は車いす等の強度やサイズを判断する材料となります。「〇〇cm程度」のように、およその数値で構いませんので、記載いただきますようお願いいたします。
4. 起居移動動作	
①座位保持 <input type="checkbox"/> 端座位可	
②室内移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 補助具使用で可 (使用補助具:) <input type="checkbox"/> 不可	
③プッシュアップ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
④褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり () 年頃 <input type="checkbox"/> なし	
5. 「起居移動動作」はいずれも、申請補装具の適否を判断するうえで重要な情報です。特に、「③プッシュアップ」や「④褥瘡の有無」は付属品のクッションの適否の参考になります。	
①車いすの移動	【場所: 屋内 / 屋外】 【手段: 上肢 (右 / 左) / 下肢 (右 / 左) / その他 ()】 【操作安全性: 問題なし / 問題あり (理由:)】
②車いすの移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
③自動車への積込 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
6-①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。	
<input type="checkbox"/> 自宅 【バリアフリー環境: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校 【バリアフリー環境: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> その他 (場所記載:)	
6-②概ねの使用頻度 「概ね〇〇時間」や「〇~△時間」という書き方でも構いません。	
(1) 1日あたり 時間程度	(2) 1週あたり 日間程度

(裏)

7-①種類を選択してください。 *身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

車いす 電動車いす 姿勢保持装置（車いすフレーム） 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合

ア) 製品 「姿勢保持装置」の場合、②には記載不要 イド レディメイド

イ) 本体仕様 目定用 介助用

ウ) 機構 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

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド

イ) 本体仕様 標準用（低速用／中速用） 簡易型（切替式／アシスト式）

ウ) 機構 手動リクライニング^{*} 機構 電動リクライニング^{*} 機構 電動ティルト機構

(標準形のみ選択)

電動ティルト・リクライニング^{*} 機構 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 _____ / 機種名 _____

8. 工作的工夫とその理由 *該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

身体サイズ 障害状況 使用環境 その他 (_____)

理由: 補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。

(例)

身体サイズ

大柄であるため、フレームを強化

使用環境

自ら車載し、勤務先に向かう必要があるため、軽量タイプで作成

9. オプションとそれらが必要な理由 *該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

座面クッション 【商品名: _____】

理由:

体幹保持クッション 【 _____】

理由:

その他 [_____]

理由:

その他には、座面クッション、体幹保持クッション以外のオプションを記載してください。全てのオプションを記載する必要はありませんので、高額なものや申請者の状況に応じて特に必要とされる部品を記載してください。

(例)

テーブル: 上肢の筋力低下により、一般のテーブルは食事がとれない

クッションカバー: 失禁が頻回のため、防水用が必要

屋外用キャスター: 車いすで日常的に移動する道路に段差や凹凸が多く、移動時の衝撃緩和のために必要

10. 補装具使用による効果の見込み

補装具を使用することで得られる生活上、職業上の効果を具体的に記載してください。

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関 _____
診療科・医師名 _____

意見書作成の留意点（詳細）

1-① 病名

障害の原因となった疾病、外傷名を記載してください。

1-② 障害名・障害部位

補装具申請にかかる障害名、障害部位を記載してください。

※ 車いすは下肢機能障害、体幹機能障害や心臓機能障害、呼吸器機能障害などが対象です。
また、「P41 事例4」のように、麻痺の状態等の記載でも差し支えありません。

2 現在の具体的な障害状況

申請者の障害の程度や筋力、可動域、痙縮・拘縮の程度、検査の結果などを具体的に記載してください。変形の有無や部位、側わんの有無や程度も参考となります。

3 身長・体重

申請者の身長・体重を記載してください。なお、障害状況により、計測が困難な場合は「○○○cm程度」や「□□kg台」でも差し支えありません。

4 起居移動動作

申請者の残存機能を確認し、申請する補装具の適否判断の参考となります。

5 車いす操作能力

車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）を作成する場合は、必ず記載してください。姿勢保持装置の場合は記載不要です。

6-① 主たる使用場所

申請する補装具を使用する場所を選択してください。（複数選択可）

6-② 概ねの使用頻度

1日の使用頻度及び1週間の使用頻度を記載してください。申請する補装具の必要性を判断する参考情報となります。日によって使用時間が違う場合は、「○～□時間程度」などの概ねの記載で構いません。なお、「使用時間が短い＝認定不可」ではありません。また、項目10に「使用時間が短い、○○○を使用することにより、□□□ができるようになる」等、必要性の追記があると判断の参考になります。

7 車いす・姿勢保持装置の種類

(1)で「姿勢保持装置」を選択した場合は、(2)の記載は不要です。

(3)は補装具業者等に確認して記載してください。

※ 補装具業者が作成する申請者の身体計測結果、補装具の設計図等を添付すると、判定の参考となります。

8 工作的工夫とその理由

申請する補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。

(例)「自ら車載し、勤務先に向かう必要があるため、軽量タイプで作成する (☑使用環境)」
「大柄であるため、フレームを強化 (☑身体サイズ)」等。

9 オプションと必要な理由

申請者の障害特性や日常生活、職業上必要と判断されるオプションがある場合は記載してください。特に、「座面クッション」「体幹保持クッション」を付属する場合は、その理由も必ず明記してください。また、「その他」には上記以外に必要なものが該当します。すべて記載する必要はありませんが、申請者に特化した付属品と判断できるものは記載してください。

10 補装具使用による効果の見込み

車いすを使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

車いす・電動車いす

留意点

1. 介護保険の被認定者の車いすについては、介護保険での貸与が優先されます。
ただし、障害者の身体症状に個別に対応することが必要と判断される場合には、補装具費支給制度での対応は可能です。下記の点に留意してください。
 - ① 介護保険の認定を受けている場合は、介護保険による貸与が優先されること。
 - ② 介護保険の貸与では対応できないと判断される場合は、介護保険の貸与による検討を行った経過を記載した「補装具申請用調査書（介護保険要支援・要介護認定者用）」を添付して補装具費の支給を申請すること。
2. 施設入所者の車いすは、原則、施設で用意すべきものです。
ただし、障害状況等により、既製品では適合せず、オーダーメイドでの作製が必要な場合は、支給申請が可能です。この際、その理由を記載した「補装具申請用調査書」の添付が必要です。
3. 車いす、電動車いすは、肢体不自由以外の障害を持つ方も申請が可能です。
呼吸器機能障害、心臓機能障害などの内部障害を持つ方で、歩行に著しい制限を受ける場合や、歩行により症状が悪化する場合は、車いすの申請が可能です。

対象となる障害

下肢不自由、体幹不自由、平衡機能障害、心臓機能障害、呼吸器機能障害 等

障害の状態

義肢・装具・杖等、他の補装具を使用しても歩行が困難なもの

（原則として、下肢不自由2級以上又は体幹不自由3級以上で歩行障害があるもの）

※電動車いすの場合、下記の点も判断のポイントとなります。

- ① 重度の下肢障害があるもので、ア・イのいずれかに該当するもの
 - ア) 上肢機能障害があるため、手動車いすの使用が不可能なものもしくは操作が困難なもの
 - イ) 上肢機能障害はないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車いすを使用しなければ日常生活の自立と社会参加の促進が図れないもの
- ② 呼吸器機能障害及び心臓機能障害によって歩行に著しい制限を受けるものであって、医学的所見から適応が可能なもの
- ③ 視野、視力、聴力等に障害を有しないもの又は障害を有するが電動車いすの安全走行に支障がないと判断されるもの
- ④ 歩行者として必要な交通規則を理解しているもの
- ⑤ 電動車いすの操作を円滑に行えるもの

車いすの申請に必要な書類

1. 補装具支給意見書（車いす／姿勢保持装置）
15 条指定医等が作成したもの（作成から 3 か月以内に申請すること）
 2. 補装具業者が作成した見積書
 3. （必要に応じて）デモ機使用中の動画
 4. （必要に応じて）補装具申請用調査書
 5. （電動車いすの場合）電動車いす社会調査表及び周辺地図
- ※ 4,5 については、市町村職員が作成

<p>様式第 9 号 (1)</p> <p>補装具申請用調査書（介護保険要支援・要介護認定者用）</p> <p>年 月 日</p> <p>市 町 村 長 様</p> <p>1 補装具申請者住所・氏名 住 所 _____ 氏 名 _____</p> <p>2 担当名称(ケアマネージャー等) 職 名 _____ 氏 名 _____</p> <p>3 担当者所属名 事業番号・施設名 _____ 江 上 _____</p> <p>4 申請補装具名 補装具名 _____</p> <p>5 要支援・要介護状態 区 分 _____</p> <p>6 介護保険給付品目では対応できない理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>様式第 6 号</p> <p>電 動 車 い す 社 会 状 況 調 査 表</p> <p>氏 名 _____ (男・女) (生年月日) 年 月 日 歳</p> <p>住 所 _____ 電話番号 _____</p> <p>職 業 _____</p> <p>1 交付希望の理由</p> <p>2 使用目的 ① 家屋内 ② 施設内 (利用施設名) ③ 病院内 (通院の可能性について) ④ 屋外 (通勤(距離 km)、通学、通院、散歩、その他)</p> <p>3 使用頻度 ① 月・週・日 回程度 ② 1 回の使用時間 時間程度</p> <p>4 費用 ① 障害者自立支援法 ② 労働者災害補償保険法 ③ その他</p>	<p>5 使用書架(取組田、地図を添付のこと)</p> <p>① 市町村・農村 ② 舗装・未舗装 ③ 砂利道 (有・無) ④ 坂道 (多・少) ⑤ 踏切り (有・無) ⑥ 交通量 (多・少) ⑦ 降雪期間 月～ 月 平均 m くらい ⑧ 自家・他家、アパート (階) ⑨ 近くに安否 (有・無) ⑩ 家屋内での車いす使用 (可(改造有・無)・否) ⑪ 電動車いすの稼働 (可()・否) ⑫ 充電用コンセント (有・無)</p> <p>6 管理 バッテリー充電・補水 (自力で可・介助で可・他人に依存)</p> <p>7 家族状況</p> <p>① 介助者 (有()・無) ② 所有自動車 (有・無)</p>
---	--	---

判定方法

電動車いす初回申請の場合、所管の身体障害者更生相談所にて、来所判定を行います。それ以外は、基本的に書類での判定となりますが、案件の内容によっては、来所や WEB での直接判定を行う場合もあります。

意見書作成の留意点

(表)	
様式第3号	
補装具費支給意見書 (車いす / 姿勢保持装置)	
<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理 (交換) <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	
生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	新潟県
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他 () 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名: 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 <input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込: 年 月頃 / 退院見込みなし】
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名	1-②障害名・障害部位
疾病名や受傷箇所を記載してください	
2. 現在の具体的な障害状況 (筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など)	
・筋力の程度、麻痺の有無や部位、程度等を具体的に記載してください ・側わんや拘縮、変形の有無についても具体的に記載してください ・下肢だけでなく、上肢の機能の状態を記入いただくと、 自操の可否を判断する際に参考になります。	
3. 身長	体重
cm	kg
身長と体重は車いす等の強度やサイズを判断する材料となります。 「〇〇cm程度」のように、およその数値で構いませんので、 記載いただきますようお願いいたします。	
4. 起居移動動作	
①座位保持	<input type="checkbox"/> 端座位可
②室内移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 補助具使用で可 (使用補助具:) <input type="checkbox"/> 不可
③プッシュアップ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
④褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり () 年頃 <input type="checkbox"/> なし
「起居移動動作」はいずれも、申請補装具の適否を判断するうえで重要な情報です。 特に、「③プッシュアップ」や「④褥瘡の有無」は付属品のクッションの適否の参考になります。	
①車いす	【場所: 屋内 / 屋外】 【手段: 上肢 (右 / 左) / 下肢 (右 / 左) / その他 ()】 【操作安全性: 問題なし / 問題あり (理由:)】
②車いすの移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
③自動車への積込	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
6-①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。	
<input type="checkbox"/> 自宅 【バリアフリー環境: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()】 <input type="checkbox"/> 職場/施設/学校 【バリアフリー環境: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()】 <input type="checkbox"/> その他 (場所記載:)	
6-②概ねの使用頻度 「概ね〇〇時間」や「〇~△時間」という書き方でも構いません。	
(1) 1日あたり	時間程度
(2) 1週あたり	日間程度

(裏)

7-①種類を選択してください。 *身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。
 車いす 電動車いす 姿勢保持装置（車いすフレーム） 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合 ア)~ウ)について該当する部分にチェックしてください

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 自走用 介助用
ウ) 機構 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

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 標準用（低速用／中速用） 簡易型（切替式／アシスト式）
ウ) 機構 手動リクライニング機構 電動リクライニング機構 電動ティルト機構
(標準形のみ選択) 電動ティルト・リクライニング機構 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 _____ / 機種名 _____

8. 工作的工夫とその理由 *該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

身体サイズ 障害状況 使用環境 その他 (_____)
理由： _____
補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。
(例)
 身体サイズ
大柄であるため、フレームを強化
 使用環境
自ら車載し、勤務先に向かう必要があるため、軽量タイプで作成

9. オプションとそれらが必要な理由 *該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

座面クッション 【商品名： _____】
理由： _____
 体幹保持クッション
理由： _____
その他には、座面クッション、体幹保持クッション以外のオプションを記載してください。全てのオプションを記載する必要はありませんので、高額なものや申請者の状況に応じて特に必要とされる部品を記載してください。
(例)
 その他 [_____]
理由： _____
テーブル：上肢の筋力低下により、一般のテーブルは食事がとれない
クッションカバー：失禁が頻回のため、防水用が必要
屋外用キャスター：車いすで日常的に移動する道路に段差や凹凸が多く、移動時の衝撃緩和のために必要

10. 補装具使用による効果の見込み

補装具を使用することで得られる生活上、職業上の効果を具体的に記載してください。

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関 _____
診療科・医師名 _____

意見書作成の留意点（詳細）

1-① 病名

障害の原因となった疾病、外傷名を記載してください。

1-② 障害名・障害部位

補装具申請にかかる障害名、障害部位を記載してください。

※ 車いすは下肢不自由、体幹不自由や心臓機能障害、呼吸器機能障害などが対象です。また、「P41 事例4」のように麻痺の状態等の記載でも差し支えありません。

2 現在の具体的な障害状況

申請者の障害の程度や筋力、可動域、痙縮・拘縮の程度、検査の結果などを具体的に記載してください。変形の有無や部位、側わんの有無や程度も参考となります。

3 身長・体重

申請者の身長・体重を記載してください。なお、障害状況により、計測が困難な場合は「○○○cm程度」や「□□kg台」でも差し支えありません。

4 起居移動動作

申請者の残存機能を確認し、申請する補装具の適否判断の参考となります。

5 車いす操作能力

車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）を作成する場合は、必ず記載してください。

6-① 主たる使用場所

申請する補装具を使用する場所を選択してください。（複数選択可）

使用する場所がバリアフリー対応かどうかも記載してください。

6-② 概ねの使用頻度

1日の使用頻度及び1週間の使用頻度を記載してください。申請する補装具の必要性を判断する参考情報となります。日によって使用時間が違う場合は、「○～□時間程度」などの概ねの記載で構いません。なお、「使用時間が短い＝認定不可」ではありません。また、項目10に「使用時間が短いですが、○○○を使用することにより、□□□ができるようになる」等、必要性の追記があると判断の参考になります。

7-① 車いす・姿勢保持装置の種類

7-② 仕様・機構の選択

(1) ア)～ウ)の項目について、該当する項目を記載してください。

(2) ア)～ウ)の項目について、該当する項目を記載してください。

7—③車いす・姿勢保持装置のメーカー、機種名

補装具業者等に確認して記載してください。

※ 補装具業者が作成する申請者の身体計測結果、補装具の設計図等を添付すると、判定の参考となります。

8 工作的工夫とその理由

申請する補装具を作成するにあたって、工夫した点を具体的に記載してください。

(例)「自ら車載し、勤務先に向かう必要があるため、軽量タイプで作成する (☑使用環境)」
「大柄であるため、フレームを強化 (☑身体サイズ)」等。

9 オプションと必要な理由

申請者の障害特性や日常生活、職業上必要と判断されるオプションがある場合は記載してください。特に、「座面クッション」「体幹保持クッション」を付属する場合は、その理由も必ず明記してください。また、「その他」には上記以外に必要なものが該当します。すべて記載する必要はありませんが、申請者に特化した付属品と判断できるものは記載してください。

10 補装具使用による効果の見込み

車いすを使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

重度障害者用意思伝達装置

留意点

進行性の難病患者等に対する支給については、急速な進行により、早期支給を行うよう配慮する必要があります。

筋萎縮性側索硬化症（ALS）等の進行性疾患においては、判定時の身体状況が必ずしも支給要件に達していない場合であっても、急速な進行により支給要件を満たすことが確実と判断された場合には、早期支給を行うように配慮する必要があります。

症状の進行が速い場合、現在の症状を踏まえ、近い将来どのような症状になるのかということ踏まえた判定を行う場合もあります。

対象となる障害

両上下肢機能障害及び音声・言語機能障害

難病患者等については、音声・言語機能障害があり、神経・筋疾患があるもの

障害の状態

ALS等の神経・筋疾患（難病）をはじめ、脳血管障害や脳性麻痺等により両上下肢機能全廃及び音声・言語機能を喪失したもの、またはこれに準ずるものであって、重度障害者用意思伝達装置を用いなければコミュニケーションを図ることができず、かつ当該機器を使用する意欲と能力を有するもの

重度障害者用意思伝達装置の申請に必要な書類

1. 補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）
15条指定医等が作成したもの（作成から3か月以内に申請すること）
2. 補装具業者が作成した見積書
3. （必要に応じて）デモ機使用中の動画 ※以下の場면을撮影したもの
 - ①意思伝達装置のPC部と入力スイッチ部が入るアングルで、入力している様子
 - ②意思伝達装置を使用し、自己紹介を入力
例)「わたしは、〇〇〇〇（名前）です」
 - ③意思伝達装置を使用し、やりたいことを入力
例)「このきかいをつかってやりたいことは、□□□□です」
4. 購入予定のカタログ

判定方法

所管の身体障害者更生相談所にて、書類での判定となります。

意見書作成の留意点

様式第4号	
補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）	
<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理（交換） <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	
生年月日	年 月 日生（ ）歳
住所	新潟県
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">疾病名を記載してください</div>	1-②障害名・障害部位
2. 現在の具体的な障害状況 ①身体機能（筋力、麻痺、感覚障害など） <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ・装置を使用するにあたって参考となる部位について記載してください ・四肢の他、手指の動きや頬、視線等の記載があると判定の参考になります </div> ②現在の意思伝達の状況 <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 50音読み上げ <input type="checkbox"/> Yes-Noサイン(瞬き/指さし) その他（ ） ③気管切開と人工呼吸器の使用有無 <input type="checkbox"/> 有(気管切開/人工呼吸器) <input type="checkbox"/> いずれも無 <input type="checkbox"/> 予定あり(気管切開/人工呼吸器)【 年 月頃】 ④その他（視力、視野、聴覚、高次脳機能障害等の有無、意思伝達装置使用への影響の有無など）	
3. 必要と考えられる装置 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 購入予定の機種等を記載してください また、必ずカタログを添付してください </div> ①機種・製品名 _____ ②入力装置の種類と操作方法 <input type="checkbox"/> タッチ式【部位： _____ <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> 呼気検出式 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
4. 必要な理由 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">「概ね〇〇時間」や「〇～△時間」という書き方でも構いません</div>	
5. 使用頻度 ※①～③すべての欄を記入してください。 ①1日あたり _____ 時間程度 ②1週あたり _____ 日間程度 ③連続使用時間 _____ 時間程度	
6. 試用（デモ）状況の詳細 *可能であれば動画を添付してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">リハビリ担当者の記載でも構いません</div>	
7. 補装具使用による効果の見込み <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">補装具を使用することで得られる生活上の効果を具体的に記載してください。</div>	
上記のとおり、診断します。	
年 月 日 医療機関 _____ 診療科・医師名 _____	

意見書作成の留意点（詳細）

1-① 病名

疾病名を記載してください。

1-② 障害名・障害部位

補装具申請にかかる障害名、障害部位を記載してください。なお、難病患者等で身体障害者手帳未取得の場合でも、障害の部位を具体的に記載してください。

2 現在の具体的な障害状況

①身体機能（筋力、麻痺、感覚障害など）

申請者の障害の程度や筋力、可動域、痙縮・拘縮の程度など、具体的に記載してください。意思伝達装置を使用するにあたって、参考となる部位に限っての記載でも差し支えありません。例えば、四肢の他、手指の動き、頬や視線などの動きの記載があると、判定をする際に参考になります。

②現在の意思伝達の状況

現在、申請者が他者にどのように意思を伝えているか、具体的な方法を記載してください。意思伝達装置の入力方法を判断する上で参考となります。

③気管切開と人工呼吸器の使用有無

それぞれの使用の有無を記載ください。また、使用を予定している場合は、使用開始予定時期も合わせて記載してください。

④その他

①～③以外で、意思伝達装置を使用するにあたって、判定の参考となる申請者の状態を記載してください。

3 必要と考えられる装置

購入予定の機種・製品名を記載し、業者よりカタログを添付してもらってください。入力方法についての記載もお願いします。

4 必要な理由

意思伝達装置が必要な理由、それを使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

5 使用頻度

①～③すべて記入必須です。「おおむね〇〇時間」や「〇～△時間」といった記載でも構いません。なお、「使用時間が短い＝認定不可」ではありません。

6 試用（デモ）状況の詳細

申請前に、デモ機等で使用した状況を具体的に記載してください。リハビリ時に練習している場合などは、リハビリ職員の記載でも構いません。また、使用状況の動画を添付すると判定がよりスムーズに進みます。動画を添付する際は、下記の3場面を撮影してください。

- ① 意思伝達装置のPC部と入力スイッチ部が入るアングルで、入力している様子
- ② 意思伝達装置を使用した自己紹介
例)「わたしは、〇〇〇〇（名前）です」
- ③ 意思伝達装置を使用した、やりたいことの入力
例)「このきかいをつかってやりたいことは、□□□□です」

7 補装具使用による効果の見込み

補装具を使用することにより、得られる生活上の効果を記載してください。意思伝達装置を用いることにより、どのようなことが可能となるのか、どんな生活が期待できるのかを具体的に記載してください。

第Ⅳ章

記載例

ここでは、よくある申請の記載例を掲載しています。

判定を適切に行うため、各項目にどの程度記載すればよいかを提示したものです。各種目について、必ずしも判定結果が「適応」となる例ではないことに御留意ください。

	種 目	補装具名	購入/修理	病 名	年齢
例 1	義肢	大腿義足	購入	右大腿切断	37歳
例 2	義肢	下腿義足	修理	右下腿切断	56歳
例 3	装具	BFO (Balanced Forearm Orthosis)	購入	ギランバレー症候群	66歳
例 4	車いす	普通型	購入	頸髄損傷	48歳
例 5	座位保持装置	座位保持装置 リクライニング・ティルト式手押し型	購入	脊髄性筋萎縮症	58歳
例 6	重度障害者用 意思伝達装置	ファインチャット	購入	筋萎縮性側索硬化症	40歳

例1 大腿義足の購入

(表)	
様式第2号	
補装具費支給意見書（義肢・装具）	
※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理（交換） <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	○○ □□
生年月日	年 月 日生 (37) 歳
住所	新潟県
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他 () 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 <input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】
	すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。
1-①病名	1-②障害名・障害部位
右大腿切断(交通事故)	一下肢を大腿の2分の1以上欠くもの
2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など) 高校生(17歳)の頃にバイク事故にて右大腿切断となる。義足装着歴は20年。骨盤骨折(恥骨結合離開骨折)、切断端前面内側遠位部にソケット適合に影響を与える陥凹がある。健側のROM・MMTは正常範囲。切断側股関節のROMは内転5度の制限以外は問題なく、MMTは4以上。 5年前に作製した義足は、経年劣化に伴い、不具合が生じている。	
3. 身長	168 cm 体重 54 kg
4-①主たる使用場所	*該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校 <input type="checkbox"/> その他(場所記載：)	
4-②概ねの使用頻度	(1) 1日あたり 14 時間程度 (2) 1週あたり 7 日間程度
5. 装着しなければならない補装具名称	*修理の場合は、主な修理項目を追記してください。
骨格構造式 右大腿義足	
6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み	*別添資料の提出でも差し支えありません。
断端は軟部組織が多く、皮膚の耐圧性に乏しいため、ソケットは前後・内外側方向の安定性に優れた坐骨収納型(IRC)とし、かつ断端の保護・懸垂に優れたLiner(吸着式)が適している。この義足を使用することにより日常動作が自立し、就労が可能となる。	
上記のとおり、診断します。	
年 月 日	医療機関
	診療科・医師名

(裏)

※書面が足りない場合は別添資料を作成してください。

※必要に応じて動画等を提出してください。判定に際して提出をお願いする場合があります。

7-① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。

（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）

膝継手【商品名：▼▼▼社製■ ■ ■(1軸：油圧式)】

7-② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。

日常生活（環境を含む）の視点

義足の使用時間は1日当たり14時間と長く、入浴・就寝時以外は常に使用している。歩行も120(歩/分)と速く、膝継手には遊脚期の振出の制御ならびに立脚期の安定性が求められる。幼児と一緒に生活しており、育児における安全性が重要となる。

就労・就学（環境を含む）の視点

現在、保険会社に勤務している。週に3日、営業活動で顧客回りをしているため、健足への負担が大きい。また、活動性が高く、新幹線を使用した県外への出張もあることから、歩行速度に追従したイールディング機構を有する膝継手が適している。さらに二種類の膝継手を装着しており、◆◆◆社製膝継手●●●(1軸：空圧式)では、速く歩いた際には歩行追従性が弱く、また立脚期の安定性の確保が不十分であり、就労に支障をきたすことが懸念された(提出ビデオ参照)。

上記より、▼▼▼社製膝継手■ ■ ■(1軸：油圧式)が適していると判断した。

その他（特記事項等）

※参考に職場、日常生活での歩行動画等を添付。

例2 下腿義足の修理

(表)

様式第2号

補装具費支給意見書（義肢・装具）

※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。

購入 修理（交換） 借受け 特例

氏名	〇〇 □□
生年月日	年 月 日生 (56) 歳
住所	新潟県
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 【 <u>独居</u> / 家族同居 / 他 () 】
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】
	<input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1-①病名 右下腿切断	1-②障害名・障害部位 一下肢を下腿の2分の1以上欠くもの
----------------	----------------------------------

2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など)

糖尿病性末梢循環障害により切断。切断側および健側のROM・MMTは4以上で問題は無い。現在装着している義足は、2年前に医療保険（練習用仮義足）で製作したものを、ソケット交換の修理を行い使用している。しかし、土木建築業に従事しており、現場作業が多いため、足部の破損が著しく修理が必要である。

3. 身長 175 cm **体重** 75 kg

4-①主たる使用場所 *該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。

自宅
 職場 / 施設 / 学校
 その他（場所記載：)

4-②概ねの使用頻度

(1) 1日あたり 14 時間程度 (2) 1週あたり 7 日間程度

5. 装着しなければならない補装具名称 *修理の場合は、主な修理項目を追記してください。

骨格構造式 右下腿義足
 (足部破損による交換)

6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み *別添資料を提出でも差し支えありません。

足部を交換することで、日常生活および就労が支障なく送ることができる。

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関

診療科・医師名

(裏)

※書面が足りない場合は別添資料を作成してください。

※必要に応じて動画等を提出してください。判定に際して提出をお願いする場合があります。

**7-① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。
（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）**

現在使用している▼▼▼社製■■■■足部に交換

7-② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。

日常生活（環境を含む）の視点

義足の使用時間は1日当たり14時間と長く、入浴・就寝時以外は常に使用している。

就労・就学（環境を含む）の視点

土木建築業に従事しており、現場作業が多いため、足部への負担が大きい。

その他（特記事項等）

例3 BFO (Balanced Forearm Orthosis)の購入

(表)	
様式第2号	
補装具費支給意見書 (義肢・装具)	
※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理 (交換) <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 特例	
氏名	○○ □□
生年月日	年 月 日生 (66) 歳
住所	新潟県
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / <u>家族同居</u> / 他 () 】
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】
	<input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし 】
すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。	
1-①病名 ギランバレー症候群	1-②障害名・障害部位 四肢麻痺
2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など) 上肢筋力はMMTで肩関節屈曲、肘関節屈曲2。手関節背屈・掌屈2。発症から1年経過し、今後の顕著な筋力回復は望めない。	
3. 身長	170 cm 体重 70 kg
4-①主たる使用場所	* 該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	
<input type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校	
<input type="checkbox"/> その他 (場所記載：)	
4-②概ねの使用頻度	
(1) 1日あたり 5 時間程度	(2) 1週あたり 7 日間程度
5. 装着しなければならない補装具名称	* 修理の場合は、修理項目を追記してください。
BFO (Balanced Forearm Orthosis)	
6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み	* 別添資料の提出でも差し支えありません。
食事動作、パソコン操作が一人で可能となる。現在デモ機を使用中。机への取り付けを介助者が行っておけば、補装具の着脱と使用は一人で可能。	
上記のとおり、診断します。	
年 月 日	医療機関
	診療科・医師名

(裏)

7-①種類を選択してください。 *身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。
 車いす 電動車いす 姿勢保持装置（車いすフレーム） 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 自走用 介助用
ウ) 機構 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

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 標準用（低速用／中速用） 簡易型（切替式／アシスト式）
ウ) 機構 手動リクライニング機構 電動リクライニング機構 電動ティルト機構
(標準形のみ選択) 電動ティルト・リクライニング機構 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 ▼▼▼▼▼ / 機種名 ◇◇◇◇◇

8. 工作的工夫とその理由 *該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

身体サイズ 障害状況 使用環境 その他（ ）
理由：

移乗時に臀部がアームサポートに干渉しないよう、アームサポートを短めに調整。
体幹バランス不良であるため、単軸位置を調整する。

9. オプションとそれらが必要な理由 *該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

座面クッション 【商品名： ●●●● 】

理由：
Th4レベル以下の感覚脱失により、褥瘡形成のリスクが高いため。

体幹保持クッション 【商品名： ▼▼▼▼ 】

理由：
座位バランス不良のため。

その他 []

理由：

10. 補装具使用による効果の見込み

車いすを使用することで、移動・ADLの自立が可能となる。

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関
診療科・医師名

例5 姿勢保持装置（リクライニング・ティルト式手押し型）の購入

(表)

様式第3号

補装具費支給意見書（車いす／姿勢保持装置）

購入 修理（交換） 借受け 特例

氏名	〇〇 〇〇
生年月日	年 月 日生 (58) 歳
住所	新潟県
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他 () 】
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 〇〇園 (障害施設) / 介護施設 / 救護施設 / その他】
	<input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1-①病名 脊髄性筋萎縮症	1-②障害名・障害部位 四肢体幹機能障害
------------------	-------------------------

2. 現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）

四肢体幹麻痺重度、麻痺性側わんの合併あり（Cobb角70度）。股関節、膝関節の進展拘縮あり、股関節屈曲80度、膝関節屈曲70度。ADL全介助。

3. 身長 160 cm 体重 55 kg

4. 起居移動動作

①座位保持 端座位可 支持にて可 端座位不可

②室内移動 独歩 補助具使用で可（使用補助具： ） 不可

③プッシュアップ 可 不可

④褥瘡の有無 あり 過去にあり（ ）年頃 なし

5. 車いす操作能力 *車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合のみ記入してください。

①車いすの操作 自操可 辛うじて自操可 不可

【場所： 屋内 / 屋外】

【手段：上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（ ）】

【操作安全性： 問題なし / 問題あり（理由： ）】

②車いすの移乗 自立 一部介助 全介助

③自動車への積込 自立 介助 その他（ ）

6-①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。

自宅 【バリアフリー環境： 有 無 その他（ ）】

職場 (施設) / 学校 【バリアフリー環境： 有 無 その他（ ）】

その他（場所記載： ）

6-②概ねの使用頻度

(1) 1日あたり 8 時間程度 (2) 1週あたり 7 日間程度

(裏)

7-①種類を選択してください。 *身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。
 車いす 電動車いす 姿勢保持装置（車いすフレーム） 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 自走用 介助用
ウ) 機構 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

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 モジュラー オーダーメイド レディメイド
イ) 本体仕様 標準用（低速用／中速用） 簡易型（切替式／アシスト式）
ウ) 機構 手動リクライニング機構 電動リクライニング機構 電動ティルト機構
(標準形のみ選択) 電動ティルト・リクライニング機構 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 ▽▽▽▽▽▽ / 機種名 ○○○○

8. 工作的工夫とその理由 *該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

身体サイズ 障害状況 使用環境 その他（ ）
理由：

側わん及び下肢拘縮に対応する背座角度と体幹パット、ベルトが必要。また座位での作業用にテーブルが必要。疲労時や食事摂取時には背角度調節を行うためのずり落ち防止や褥瘡予防のためティルト機能の併用が必要。

9. オプションとそれらが必要な理由 *該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

座面クッション 【商品名： _____ 】
理由：

体幹保持クッション 【商品名： ▼▼▼▼ _____ 】
理由：

その他 [_____]
理由：

10. 補装具使用による効果の見込み

安定した座位姿勢をとれるため、食事や座位活動が行える。

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関
診療科・医師名

