

- ・ 補装具費支給に係る判定について
(事務一般)

- ・ 補装具費支給に係る判定について (種目別)

1. 義肢

2. 装具

3. 姿勢保持装置

4. その他(視覚障害者安全つえ、歩行補助つえ、排便補助具、
起立保持具、歩行器、車載用姿勢保持装置)

5. 車椅子

6. 電動車椅子

※ 参考資料：難病一覧

7. 義眼・眼鏡

8. 補聴器

9. 人工内耳用音声信号処理装置

10. 重度障害者用意思伝達装置

(7～10は資料V-2参照)

※身体障害者更生相談所について、熊本県では、「福祉総合相談所(身体障がい者リハビリテーションセンター)」となります。以下「更生相談所」と表記します。

・補装具費支給に係る判定について(事務一般)

① 補装具の定義と役割について

(1)補装具の定義(障害者総合支援法施行規則第六条の二十より)

- 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。
→日常生活上の便宜を図るための用具である日常生活用具とは異なる。
- 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。
→補装具は永続的に必要とされる点が、治療期間の使用となる治療用装具とは異なる。
- 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。
→支給時は医学的根拠が求められるという意味で、利用者の「あれば便利だから」等の理由だけでは支給対象とならない。

(2)補装具費支給の目的について(補装具費支給事務取扱指針より)

補装具は、身体障害者、身体障害児及び難病患者等(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第1条に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が定める特殊の疾病(平成30年厚生労働省告示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いう。以下同じ。)(以下「身体障害者・児」という。)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であり、身体障害者及び18歳以上の難病患者等(以下「身体障害者」という。)の職業その他日常生活の効率の向上を図ることを目的として、また、身体障害児及び18歳未満の難病患者等(以下「身体障害児」という。)については、将来、社会人として独立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであり、市町村は、補装具を必要とする身体障害者・児に対し、補装具費の支給を行うものである。

このため、市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、身体障害者福祉司、保健師等の専門職員及び補装具の販売又は修理を行う事業者(以下「補装具事業者」という。))との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状況、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行うものとし、告示別表の製作要素及び完成用部品は価格算定基準を示したものであって、支給の可否を示すものではないことに留意すること。なお、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要があること。

市町村及び都道府県並びに更生相談所は、補装具を必要とする身体障害者・児及び現に装着又は装用(以下「装着等」という。))している身体障害者・児の状況を常に的確に把握し、装着等状況の観察、装着等訓練の指導等の計画的な支援に加え、補装具支給後の装着状況及び破損リスクの確認等のフォローアップについても、関係機関と連携し積極的に行うこと。

② 県・市町村等の役割について

【都道府県の役割】（身体障害者福祉法第10条参照）

補装具費支給制度の運用に当たり、市町村相互間の連絡調整、市町村への情報提供、その他必要な援助を行うとともに、各市町村の区域を超えた広域的な見地から実状の把握に努める 等。

【更生相談所の役割】（熊本県福祉総合相談所、熊本市障がい者福祉相談所）

補装具費支給制度における技術的中枢機関及び市町村等の支援機関として、補装具の処方及び適合判定の他に、専門的な知識及び技術に基づく支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具事業者に対する指導及び指定自立支援医療機関等に対する技術的助言を行う 等。

【市町村の役割】

市町村は、補装具費支給制度の**実施主体**として、補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう、補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握するとともに、申請者が適切な補装具事業者を選定するに当たって必要となる情報の提供に努める 等。

<参考>

補装具の関係法令等

- 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
（平成 17 年 11 月 7 日法律第 123 号。以下、「障害者総合支援法」と略。） 第 76 条
 - 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
（令和 7 年 3 月 31 日こども家庭庁・厚生労働省告示第 5 号）
 - 補装具費支給事務取扱指針について
（令和 7 年 3 月 31 日障発 0331 第 13 号こ支障第 82 号）
 - 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
（令和 7 年 3 月 31 日障発 0331 第 29 号こ支障第 83 号）
 - 補装具費支給事務取扱要領
（令和 7 年 3 月 31 日障発 0331 第 1 号こ支障 91 号）
 - 電動車椅子に係る補装具費支給事務取扱要領
（令和 3 年 3 月 31 日障発 0331 第 8 号）
 - 補装具費の支給における道路交通法施行規則第 1 条の 4 第 2 項の規定に基づく警察署長の確認手続きについて
（平成 25 年 3 月 29 日障企自発第 0329 第 2 号）
 - 消費税法施行令第十四条の四の規定に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理
（令和 7 年 3 月 31 日内閣府厚生労働省告示第一号）
 - 消費税法の一部を改正する法律（平成 3 年法律第 73 号）の施行に伴う身体障害者用物品の非課税扱いについて
（令和 7 年 3 月 31 日障企発 0331 第 2 号・こ支障第 74 号）
 - 戦傷病者特別援護法
（昭和 38 年 8 月 3 日法律第 168 号）第 21 条
- 等

③ 補装具の種類、支給対象者の目安について

種 目	定義・構造 等	対象者例(手帳の目安)
義肢 (殻構造・骨格構造)	欠失した上肢若しくは下肢の全部若しくは一部の形態又は機能を代償するために装着及び使用する人工の手足	・肢体不自由 ※対象部位が含まれていること
装具	上肢、下肢又は体幹の機能障害の軽減を目的として体表に装着し、機能を補助する器具	・肢体不自由 ※原則、対象部位が含まれていること
姿勢保持装置	機能障害の状況に適合させるため、体幹、股関節等を固定するためのパッド等の付属装置を装備し、安定した座位、立位、臥位等の保持を可能にする構造を有するもの	・肢体不自由 四肢(両上下肢)及び体幹機能障害
車載用 姿勢保持装置	機能障害の状況に適合させるため、体幹、股関節等を固定させるためのパッド等を装備し、乗車中の姿勢を保持することを可能にする機能を有する車載用の装置	・肢体不自由 主に体幹機能障害 ※座位保持椅子から名称変更
車椅子	使用者自身又は介助者が駆動する移動用の車輪付機器であって、JIS T 9201-2016 に定める構造を有するもの(パワーアシスト式を除く。) ※モジュラー式が基本	・肢体不自由 主に下肢又は体幹機能障害 ※等級によっては対象外となる場合あり
電動車椅子	使用者自身が移動のために操作し、動力によって推進する車輪付機器であって、JIS T 9201-2016 に定める構造を有するもの(パワーアシスト式に限る。)及び JIS T 9203-2016 に定める構造を有するもの ※モジュラー式が基本	・肢体不自由 主に両上肢＋両下肢又は体幹機能障害 ・内部障害 心臓・呼吸器1級相当 等
歩行器	四肢・体幹の筋力低下等のため、歩行障害がある場合に下肢の支持力を代償し自力移動する目的で使用されるもの	・肢体不自由 主に下肢又は体幹機能障害
視覚障害者 安全つえ	障害物を探知するために使用するもので、シャフトを白色又は黄色に塗装若しくは加工したもので、普通用、携帯用、身体支持併用に分類される	・視覚障害
歩行補助つえ	1～3本以上の脚部と握り部等を有するもの 比較的障害の程度が軽度で歩行補助つえの使用で歩行機能が補完される者が対象	・肢体不自由 主に下肢又は体幹機能障害
補聴器	難聴を補うために音を増幅する携帯型の器具	・聴覚障害
義眼	欠失した眼球の一部又は全部の外観を整え、眼窩等の形態を保持するために装着する人工の眼	・視覚障害
眼鏡	屈折異常や弱視等の視覚障害を補う他、羞明感改善(遮光用)に用いるもの	・視覚障害
重度障害者用 意思伝達装置	ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器	・肢体不自由及び音声言語機能障害 等
人工内耳用 音声信号処理装置 (修理)	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者が対象	・聴覚障害

④ 補装具費の支給事務について

(1) 支給決定期間について [補装具費支給事務取扱指針より]

補装具費の支給事務及び給付の迅速化を図るため、市町村は、原則として申請書の提出があった日の翌日から起算して**2週間以内**に可否を決定するなど、支給事務に係る標準処理期間を定めることとし、その迅速な対応に努めるとともに、速やかに様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号の補装具費支給券又は様式例第9号の却下決定通知書を発行し、申請者に交付すること。特に、進行性の難病患者等に対する補装具費の支給決定においては、判定時の身体状況が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可能性が高い場合は、迅速に支給決定を行うこと。また、身体障害者手帳の交付申請と同時にを行う場合は、手続を並行して進める等、可能な限り速やかに支給決定を行うよう努めること。

(2) 補装具費の支給事務の流れ(代理受領方式の場合) ※次ページ参照

① 利用者から市町村へ補装具費支給申請

市町村から更生相談所へ判定依頼(※①-1)

更生相談所から市町村へ判定書を交付(※①-2)

② 市町村は、更生相談所等の意見を基に補装具費の支給を行うことが適切であるか審査し、適当であると認められた場合は利用者に対して補装具費の支給決定を行う。この際、「補装具費の代理受領に係る委任状」も送付。

③ 利用者は、市町村から補装具費支給決定を受けた後、補装具の購入等について補装具事業者と契約を締結。

また、更生相談所は、必要性がある場合は製作指導等を行い(※③-1)、適合判定及び製品検査を実施(※③-2)。

④ 補装具事業者は、契約に基づき補装具の購入等のサービス提供を行う。

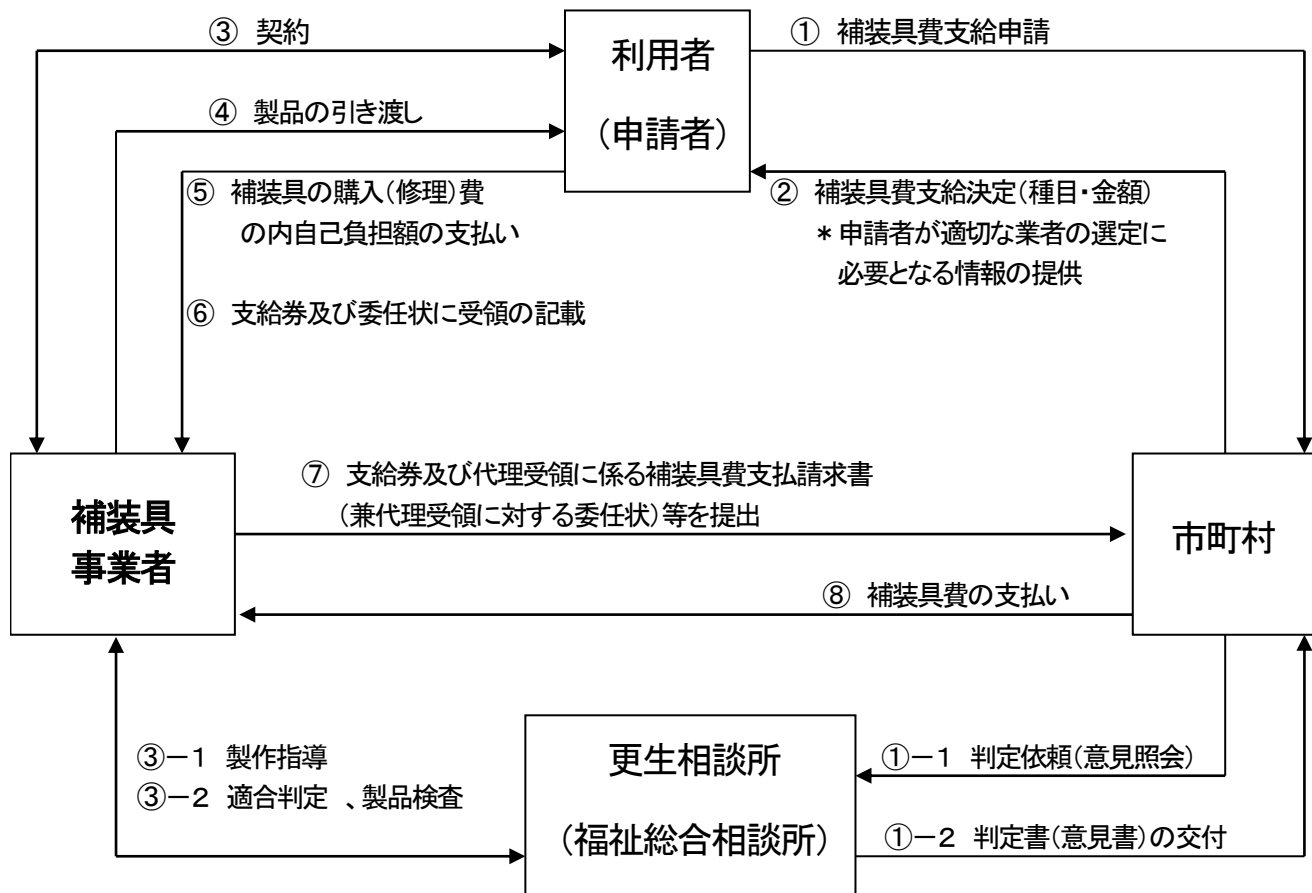
⑤ 補装具費の購入等のサービス提供を受けた際に利用者負担額がある場合は、補装具事業者は利用者負担額を受領し、領収書を発行する。

⑥ 補装具事業者は、支給券及び委任状等に補装具の受領を認める記載(自署、押印等)を利用者等に求める。

⑦ 補装具事業者は、「補装具費支給券」及び「補装具費の代理受領に係る委任状」、「契約書の写し」等の必要書類を添えて市町村へ請求する。

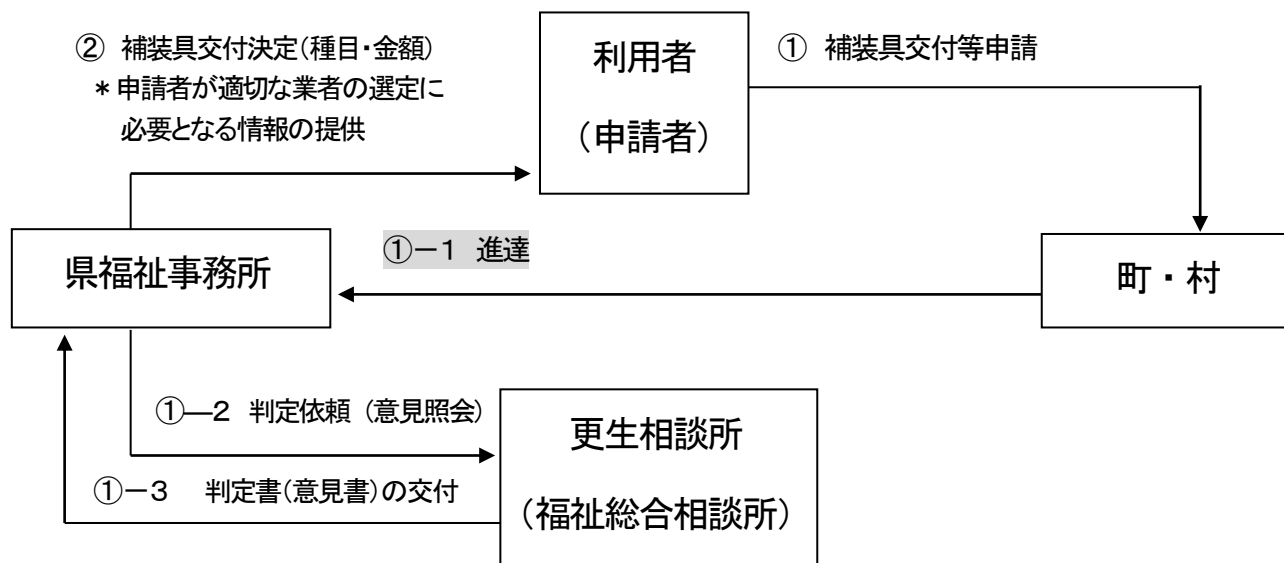
⑧ 市町村は、補装具事業者からの請求後に審査のうえ、補装具費の支払いを行う。

(2)補装具費の支給事務の流れ(代理受領方式の場合)



※戦傷病者特別援護法の場合(町村)

戦傷病者特別援護法による補装具判定を行う場合、「町・村」については、申請書類を受け付けた場合、県福祉事務所(県地域振興局)に書類を進達し、県福祉事務所が更生相談所に判定依頼を行う



(3) 代理受領による支給事務に必要な書類の例(書類判定の場合)

※○は原則必要なもの、●は必要に応じて提出又は送付を行うもの

フロー番号	事 務	必 要 書 類	申請又は提出先	そ の 他
①	補装具費支給申請	○補装具費支給申請書 ○補装具費支給意見書・処方箋 ○見積書 ●医師意見書(特例補装具の場合等に必要)	申請者→市町村	既製品の場合はカタログ(価格が明記されたもの)、修理及び耐用年数内の場合には破損状態がわかる写真等が必要
①-1	判定依頼(意見照会)	○補装具費支給意見書・処方箋(原本) ○見積書(写) ○判定依頼書 ●医師意見書	市町村→更生相談所	申請時にカタログや写真の提出があれば添付して送付
①-2	判定書(意見書)の交付	○判定書 ●補装具費支給意見書・処方箋	更生相談所→市町村	概算額変更の場合は判定書に差替えの見積書を添付する場合あり
②	補装具費支給決定(種目・金額)	○補装具費支給券 ○代理受領委任状 ○支払請求書	市町村→補装具事業者及び申請者	
③	契約	○代理受領委任状 ○補装具の製作・修理に関する契約書	補装具事業者⇔申請者	
③-1 ③-2	製作指導 適合判定及び製品検査	・適合判定の際 ○補装具費支給意見書・処方箋(原本) ○見積書(写) ●医師意見書 ・製品検査の際 ※上記に加え ○補装具本体 ○補装具費支給券 ○補装具費支給(購入・修理)製品検査名簿	処方医師による医学的適合判定 ・更生相談所判定の場合 更生相談所が製品検査を実施 ・市町村判定の場合 市町村で製品検査を実施	補装具費支給意見書・処方箋の医学的適合判定欄に処方医が署名(押印) 製品検査とは・・意見書・処方箋及び見積書と完成品を照合し、作製が適切に実施されたか確認を行うこと。 適切に作製されていた場合は、支給券に担当職員が署名(押印)を行う。
④	製品の引き渡し	○補装具本体 ○補装具費支給券	補装具事業者→申請者	支給券に申請者等が受領の署名(押印)
⑤⑥	補装具の購入(修理)費の内、自己負担額の支払い	○補装具費支給券 ○代理受領委任状	申請者→補装具事業者	支給券及び委任状に申請者が署名(押印) 自己負担金がある場合は、補装具事業者が領収書を発行

フロー番号	事 務	必 要 書 類	申請又は提出先	そ の 他
⑦	支給券及び代理受領に係る補装具費支払請求書(兼代理受領に対する委任状)等を提出	○補装具費支給券 ○代理受領委任状 ○支払請求書 ●契約書(写)	補装具事業者→ 市町村	
⑧	補装具費の支払		市町村→ 補装具事業者	

(4) 補装具費支給の判定依頼(種目別)について(参考)

○:医学的または技術的判断要素が高く、更生相談所への判定依頼が適するもの

△:医学的または技術的判断要素が高い場合があるもの(必要に応じ判定依頼。注を参照)

*:市町村で要否判断する場合は、医師の意見書・処方箋を省略することができるもの

□:市町村で要否判断する場合でも医師の意見書・処方箋等が必要なもの

種 目		判 定 区 分						備 考
		新規支給(購入)		再支給(購入)		支給(修理)		
		支給	適合	支給	適合	支給	適合	
①	義肢	○	○	○	○	△＊	△＊	注1、2、5
②	装具	○	○	○	○	△＊	△＊	注3、5
③	姿勢保持装置	○	○	○	○	△＊	△＊	注4
	車椅子 モジュラー式 オーダーメイド式	○	○	○	○	＊	＊	注5
④	車椅子 レディメイド式	□	□	＊	＊	＊	＊	基準額と定価 を比較し安価 な方が支給上 限額となる
⑤	電動車椅子	○	○	○	○	＊	＊	
⑥	補聴器	△	△	△	△	＊	＊	注6
⑦	重度障害者用意思伝達装置	○	○	○	○	△＊	△＊	注7
⑧	車載用姿勢保持装置	○	○	□	□	＊	＊	
⑨	起立保持具	○	○	□	□	＊	＊	児に限る
⑩	排便補助具	○	○	□	□	＊	＊	児に限る
⑪	義眼	□	□	□	□	＊	＊	
⑫	眼鏡	□	□	□	□	＊	＊	
⑬	歩行器	□	□	＊	＊	＊	＊	
⑭	視覚障害者安全つえ	＊	＊	＊	＊	＊	＊	
⑮	歩行補助つえ	＊	＊	＊	＊	＊	＊	
⑯	人工内耳用音声信号処理装置	／	／	／	／	□	□	修理のみ

補装具費支給決定にあたり、市町村が必要と認める場合は、更生相談所にその要否について判定依頼をすることができる。申請者の障がいの状況に応じ、どのような補装具が必要となるのか、医学的または補装具の機能等の技術的な判断要素が高いものを前表に示す。

なお、市町村での要否判断が可能と思われる申請(購入・修理)でも疑義がある場合は、当所へ事前に相談や判定依頼を行ってください。

(注意事項)

更生相談所へ判定依頼を行うべきか判断に迷うときは、まずは電話等で御相談ください。

注1) 義肢の修理で次に掲げるものは、機能に重大な影響があるため、医学的・技術的判断が必要。

- ・義手: ソケット、支持部、完成用部品(肩継手・肘継手・手継手)の交換
- ・義足: ソケット、支持部、完成用部品(股継手・膝継手・足継手・足部)の交換

注2) 義肢のライナーの修理(交換)は交換の必要性を確認するため、技術的判断が必要。

注3) 装具の修理にて、継手等の完成用部品の修理(交換)は機能に重大な影響があるため、医学的・技術的判断が必要。

注4) 姿勢保持装置の修理にて、支持部の全体的な修理や構造フレームの交換は機能に重大な影響があるため、医学的・技術的判断が必要。

注5) 軽微な修理や医学的な判断要素が低い場合は、市町村での判断可能な場合もあり、更生相談所への判定を省略できる(例: 車椅子のタイヤ及びチューブ交換等)。

なお、判定依頼が必要か判断に迷う場合には、個別にご相談ください。

また、福祉の対象外の製品(自費購入分等)の修理申請がまれに見受けられます。修理申請の際は、補装具費の支給対象の製品か確認が必要です。

注6) 補聴器の新規支給であっても、判断可能な場合は市町村で判定可能(令和3年付 福総相第1089号『「補聴器支給決定の手順」について』参照)。

なお、新規・再支給共に医学的判断を要する場合(障害状況に変化がある場合等)は、必要に応じて更生相談所に判定依頼を実施。

注7) 重度障害者用意思伝達装置の修理(交換)で、次に掲げるものは、特に医学的判断が必要。

- ・支給時とは違う部品等への交換
例: スイッチが身体状況の変化により使用困難となり変更が必要な場合等
- ・原状回復と認められるが、基準の上限価格以上の修理(交換)希望の場合

(5) 補装具費支給判定依頼に係る必要書類(補装具種目別)

更生相談所への判定依頼を行う際に必要な添付書類は下記のとおり。

	補装具名	必要書類(●は必要に応じて)
①	義肢 骨格構造	○判定依頼書 ※原則、申請者の来所による直接判定を実施。申請後に来所相談として当所へ判定依頼書を送付してください。意見書・処方箋は来所時に当所の判定医師が作成します。なお、修理の際の必要書類は、他の補装具と同様。
①	義肢 殻構造	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本)
②	装具	○見積書(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等) ●希望製品のカatalog(コピー)※レディメイドの場合
③	姿勢保持装置 ※来所相談希望の場合は、事前に御相談ください	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○見積書(コピー) ●二具支給に係る調査書 ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
④	車椅子	<u>来所相談の場合</u> ○判定依頼書 ●二具支給に係る調査書 ●介護保険に係る調査書 ●使用中の補装具の写真(耐用年数内等の場合) ※意見書・処方箋は相談所が作成。 ※来所相談申込書及び見積書は補装具事業者が作成。 <u>書類判定の場合</u> ○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○見積書(コピー) ●希望製品のカatalog(コピー)※モジュラー式、レディメイド式の場合 ●二具支給に係る調査書 ●介護保険に係る調査書 ●退院見込み調査票(現在入院中で3ヶ月以内に退院の見込みがあるもの) ●修理不能証明書(耐用年数内で再製作が必要な場合等) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内等の場合)
⑤	電動車椅子	<u>来所相談の場合</u> ○判定依頼書 ○電動車椅子申請に基づく実態調査表 ○日常生活動作表 ●二具支給に係る調査書 ●介護保険に係る調査書 ●退院見込み証明書 ●医師の意見書(内部障害のみでの支給希望者) ●療育手帳(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内等の場合) ※意見書・処方箋は相談所が作成。 ※来所相談申込書及び見積書は補装具事業者が作成。

	電動車椅子	<u>書類判定の場合</u> (使用中の機種と同型又は後継機種であり、同等付属品での再支給申請の場合のみ書類判定で対応可) ○判定依頼書 ○電動車椅子申請に基づく実態調査表 ○日常生活動作表 ○前回支給時の判定書(コピー)※無い場合はご連絡ください ○申請書(コピー) ○見積書(コピー) ○希望製品のカタログ(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
⑥	補聴器	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○処方機種の見積書(コピー) ○希望製品のカタログ(コピー) ●差額自己負担による機種変更説明書(コピー) ●実態調査表 ●所属の学校担任による意見書 ●就学・就労証明書 ●写真(耳介や装用状態)
⑦	重度障害者用意思伝達装置	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○申請に基づく意見書(原本) ○見積書(コピー) ○希望製品のカタログ(コピー) ○事前調査票 ○動画 ●差額での購入希望機種の見積書(コピー) ●「専用機器」に関する証明書(オペレートナビ等でパソコンの見積計上がある場合) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
⑨	車載用姿勢保持装置	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○見積書(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等) ●希望製品のカタログ(コピー)※レディメイドの場合
⑨	起立保持具	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○見積書(コピー) ●二具支給に係る調査書 ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
⑩	排便補助具	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本) ○見積書(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)

※下記の補装具は更生相談所の判定は不要と思われるが、判定依頼を行う場合に必要な添付書類

	補装具名	添 付 書 類
⑪	義眼	○判定依頼書 ○意見書・処方箋(原本)※⑮の場合は、意見書・処方箋兼確認票(原本) ○見積書(コピー) ○希望製品のカatalog(コピー)※レディメイドの場合 ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
⑫	眼鏡	
⑬	歩行器	
⑭	人工内耳(修理)	
⑮	車椅子 手押し型以外の レディメイド	
⑯	車椅子 手押し型のレディ メイド	○判定依頼書 ○補装具費支給申請書(コピー) ○見積書(コピー) ○希望製品のカatalog(コピー) ●使用中の補装具の写真(耐用年数内の場合等)
⑰	視覚障害者 安全つえ	
⑱	歩行補助つえ	

※修理申請の場合（全ての補装具に共通）

- 判定依頼書
- 補装具費支給申請書(コピー)※1
- 見積書(コピー)
- カラー写真(修理(交換)の必要性が分かるもの)※2
- 意見書・処方箋(原本)※3
- 補装具製作報告及び修理対応依頼書(コピー)(他制度で作製の場合)※4
- 特例補装具費支給意見書※5

※1 申請書に記載されているマイナンバーは必ず消した状態で送付してください。

※2 破損や劣化の状態が確認できない場合は、改めて写真の提出を補装具事業者を求める場合があります。

※3 障がい状況が変わっている場合や補装具の基本構造に変更を加えるような修理等に関しては、意見書・処方箋が必要な場合があります。

※4 障害者総合支援法以外の制度(医療保険等)で給付された補装具等については、当該制度による修理を優先する。ただし、製作に利用した制度での修理対応が困難な場合は、障害者総合支援法での対応が可能となる。その際は、補装具製作報告及び修理対応依頼書(障害者総合支援法以外)(P12 参照:補装具事業者が記載)が必要となります。

※5 特例補装具費支給意見書は、基準外の部品や基準の上限価格以上の製品を希望する場合等に必要となります。

補装具製作報告及び修理対応依頼書
(障害者総合支援法以外)

年 月 日

申請者名：_____

住 所：_____

事業者名（担当者名）：_____（_____）

1. 補装具の種目（□にチェックしてください）

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 義肢 | ☐ 装具 | ☐ 姿勢保持装置 |
| ☐ 車椅子 | ☐ 電動車椅子 | ☐ 補聴器（右・左・両） |
| ☐ その他（_____） | | |

製品名（製品番号）等がある場合は記入ください

[_____]

2. 製作に利用した制度等（□にチェックし、該当箇所に○をしてください）

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| ☐ 有 | 国民健康保険・社会保険・共済組合・労働者災害補償保険 | } |
| | その他（_____） | |
| ☐ 無 | 自費購入・寄贈 |] |

3. 2で制度の利用が「有」の場合、修理について各種制度利用の可否に対する問い合わせ先を記載してください。

問い合わせ先（機関名）：_____

（担当者名）：_____

注）医療機関ではなく、該当する市町村窓口や関係事業所、社会保険事務所等に確認してください。

上記、機関に問い合わせを行った結果、支給制度での修理対応が不可だったため、今後は本補装具を障害者総合支援法により支給された補装具とみなして取扱われることに同意し、福祉制度を利用して修理することを希望します。

(6) 判定依頼書の記入上の注意点等

- ① 公印を押印すること
 - ② 氏名には必ずフリガナを付けること
 - ③ 施設入所者のうち、入所施設に住所を移している場合は、施設の住所と施設名を記入すること（記入例：〇〇町△△番地（◇◇園））。
また、住所を移していない場合は、自宅の住所及び入所施設名を記入すること（記入例：〇〇市△△番地（◇◇苑入所中））。
 - ④ 身体障害者手帳交付台帳に記載の障害名を全て記入すること
 - ⑤ 職種によっては、分かる範囲で業務内容を記載すること
例：会社員（事務職）又は（営業）等
 - ⑥ 使用中の全ての補装具について、使用補装具の種目（名称）、型式及び前回支給年月日を記入すること
 - ⑦ 「在宅 入所 入院」いずれかに○をして、入所・入院の場合は施設名・病院名を記入すること。
 - ⑧ 治療のため入院中などに車椅子又は電動車椅子の申請があった際は、3か月以内の退院見込みが必要なため「退院見込み調査票」（※1）を添付すること。
 - ⑨ 判定が必要な補装具の名称・型式等を記入すること。
名称等の記入例：「右短下肢装具 硬性（支柱なし）」
 - ⑩ 再支給の場合は、前回交付日・製品検査日を記入してください。
耐用年数内の再支給の場合は、破損状況が分かる写真が必要となります。
- ※耐用年数の起算日は、「製品検査日」です。
製品検査日が不明な場合は、当所にお問い合わせください。
- ⑪ 特例補装具の支給を希望する場合は、「特例補装具支給意見書（様式15）」を添付すること。
 - ⑫ 介護保険対象者で車椅子や電動車椅子等の申請があった場合は、介護保険制度での対応が優先されます。介護保険の担当者等と協議し貸与での対応が困難な場合は、福祉での対応となりますので「介護保険に係る調査書」（※2）を記載し、判定依頼時に添付すること。
 - ⑬ 2具支給希望の場合は、備考欄に「屋内用・屋外用」等の記入を行い「二具支給に係る調査書」（※3）を添付すること
なお、判定依頼書は種別ごとに必要ですが、意見書・処方箋及び二具支給に係る調査書は1部で判定可能です。

※1、※2、※3は P50～52 に参考様式添付

判 定 依 頼 書

記載例

第 号
令和 年 月 日

熊本県福祉総合相談所長 様

・市町村長(福祉事務所に事務委任している市
は市福祉事務所長)
・又は、県福祉事務所長(戦傷病者の場合)

公 印 ①

下記の者に対する判定をお願いします。

記

身 体 障 害 者	氏 名	②(クマモト タロウ) 熊 本 太 郎		性別	☒ 男・女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
	居 住 地	③〒862-1234 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号(△△苑)			
身体障害者手帳	交付年月日 更新年月日 再交付年月日	昭和 62 年 11 月 11 日 平成 11 年 9 月 4 日			
	熊本県 第 12345 号 1 種 1 級				
障 害 名	④脳梗塞による右上肢機能の著しい障害(3級) ④脳梗塞による右下肢機能の著しい障害(4級) ④狭心症による自己身の日常生活活動が極度に制限される心臓機能障害(1 級)				
現 況	職 業	⑤農業		在宅	☒ ⑦入所 入院
	使用補装具 の種目、名称 及び型式	⑥H22. 5.24 右短下肢装具(硬性支柱なし)		入所(院) 施設名 (⑦)	
			⑧退院見込 令和 年 月 日		
判定依頼事項	1 補装具費支給(購入・修理・借受け)の可否 ⑨補装具の種目、名称及び型式等 ⑩イ 新規 右短下肢装具(両側支柱) □ 再支給 前回交付 平成 25 年 5 月 24 日 (製品検査 平成 25 年 7 月 5 日) ハ 修理 交付日 平成 年 月 日 (製品検査 平成 年 月 日) 2 更生医療給付の確認 イ 新規 □ 期間延長 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ハ その他				
備 考	⑧「入院中」の場合は、退院見込み調査票を添付。 ⑩ 新規・再支給・修理のいずれかに○。なお、耐用年数内での再支給や修理の場合は補装具の状態が分かる写真を添付。 ⑪ 特例補装具の場合は、特例補装具費支給意見書を添付。 ⑫ 介護保険法対象者の場合は、介護保険に係る調査書を添付。 ⑬ 2具支給申請の場合は、二具支給に係る調査書を添付。				

(7) 補装具費支給意見書・処方箋(以下、処方箋)の内容確認について(次ページ記載例参照)

- ① 年齢が記入されていない場合は、市町村において鉛筆で記入すること。
- ② 身体障害者手帳に記入されている障害名が全て記載されているか確認すること。障害名の記入漏れ等がある場合は、市町村において鉛筆で記入すること。
- ③ 「原因傷病名」の欄が記入されているか確認すること。未記入の場合は、処方箋を作成した医療機関に確認を行うこと。
- ④ 難病該当の確認欄にチェックが入っていない場合は、処方箋を作成した医療機関に難病の有無について確認を行うこと。
- ⑤ 「1. 申請する補装具の名称」の欄が記入されていない場合、医療機関等に確認できた際には市町村において鉛筆で記入すること。
- ⑥ 「2. 障害・疾患等の状況について記載してください」の欄は「その他の所見」以外は基本的に全て記入が必要であり、未記入箇所があった場合は医療機関に確認を行うこと。
- ⑦ 「3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください」の欄の「効果見込み」は、未記入の場合があるので確認を行うこと。
- ⑧ 使用している補装具が耐用年数を過ぎている場合も、作り替えが必要だと分かる記載内容か確認を行うこと。
- ⑨ 処方内容と見積書の内容が一致しているか確認を行うこと。見積書の金額が上限価格の範囲内かの確認も必要。
- ⑩ 申請日が処方日から3か月以上経過しているような場合は、処方箋を作成した医療機関へ処方内容に変更がないか確認が必要。変更がある場合は、記載内容の修正を依頼すること。
- ⑪ 意見書・処方箋を作成した医師が、15条指定医であることを名簿(熊本県・市ホームページに掲載)で確認のうえ、**処方箋の欄外に確認済の記載**を行うこと。(難病患者等の場合は難病法第6条第1項に基づく指定医でも可)

15条指定医師名簿の掲載場所

熊本県ホームページにて「身体障害者手帳」で検索→「身体障害者手帳交付申請について」→「指定医師名簿(歯科以外)」に掲載。また、処方箋及び調査書等の様式も「補装具」で検索が可能。

補装具費支給意見書・処方箋（下肢装具）

様式 4

氏名	熊本 太郎		生年月日	M T S H R	30年 4月 1日	① 68歳
住所	〇〇市△△町□□番地◇号					
職業	自営業		原因 傷病 名	③ 脳出血		
障害名	② 脳出血による左上肢機能の軽度の障害（7級） 脳出血による左下肢機能の著しい障害（4級） （4級）			（疾病・外傷発生年月日： 年 月 日） ※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当 （ □する・■しない ） ④		
1. 申請する補装具の名称			⑤ 左）短下肢装具 硬性（支柱なし）			
⑥ 2. 障害・疾患等の状況について記載してください（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）						
運動障害		なし 弛緩性麻痺 ④痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他（ ）				
感覚障害		なし 感覚脱失 ④感覚鈍麻 感覚過敏 その他（ ）				
上肢機能	右	障害（ ④なし ・ あり ）		（所見：関節の可動性、筋力、変形、足部の状態など） 左内反尖足（背屈可動域制限あり） 筋力 3レベル		
	左	障害（ なし ・ ④あり ）				
体幹機能		障害（ ④なし ・ あり ）				
下肢機能	右	障害（ ④なし ・ あり ）				
	左	障害（ なし ・ ④あり ）				
脚長差		④なし ・ あり （ 右 ・ 左 ） が （ ） cm短い			体重	55 kg
立位能力		立位保持可能 ④つかまり立ち可能 介助立位可能 立位保持困難				
歩行能力		実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※1 使用する補装具（ なし ・ ④あり ） 補装具名 短下肢装具 （ ） （所見：歩容・歩行可能な距離などを記載してください） 装具を使用することで50m程度の歩行が可能				
その他の所見		（傷病名・合併症などを記載してください）				
3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください						
1日の装用時間		常時（就寝時含む） ④日中のみ 夜間のみ 作業時のみ その他（ ）				
主たる使用目的		④歩行 介助歩行 移乗 立位 その他（ ）				
主たる使用場所		自宅（ ④屋内・屋外 ） 学校・職場等 病院・施設等 その他（ ）				
効果見込み		⑦ 歩行が可能となりADL向上が見込まれる				
4. 現在、使用・所持している下肢装具があれば状況について記載してください（ なし ・ ④あり ）						
使用状況		日中常時使用中				
作り替えが必要な理由 （破損・不適合状況等）		⑧ 経年劣化による破損があり継続使用が困難				

※1 使用する補装具がなしの場合は裸足、ありの場合は補装具を使用した状態での歩行能力を記載してください。

【処方：下肢装具】⑨

基本型式	部位 右・左 両	股 A-1	長下肢 A-2 (骨盤付) A-3	膝 A-4	短下肢 A-5 (踵上式) A-6	足底 A-7	股関節外転 A-8 A-9	両長下肢 (骨盤付) A-10	靴型 B-1 B-2
	採型区分	採型							
	構造	(1)股装具 A. 金属棒 B. 硬性 C. 軟性 (7)ツイスター A. 軟性 B. 鋼線ケーブル	(2)先天股脱装具 A. リーメン・ヒューゲル型 B. フォンローゼン型 C. ハッチェー型 D. ローレンツ型 E. ランゲ型	(3)内外反足装具 A. 短下肢装具型 C. デニスブラウン副子 ※B. 靴型装具型は靴型装具の処方箋に記載	(4)長下肢装具 A. 両側支柱 B. 片側支柱 C. 硬性 D. X脚又はO脚	(5)膝装具 A. 両側支柱 B. 硬性 C. スウェーデン式 D. 軟性	(6)短下肢装具 A. 両側支柱 B. 片側支柱 C. S型支柱 D. 鋼線支柱 E. 板パネ F. 硬性 G. 軟性	(8)足底装具 A. アーチサポート B. メタターサルサポート C. 補高 D. 内側及び外側楔	

継手	種類		個数	完成用部品	個数
	股	固定式 遊動式	× ()	ロック式(輪止め式 ストッパー付き輪止め式 ダイアルロック式) 遊動式 交互歩行式	× ()
	膝(片側)	固定式 遊動式 プラスチック継手	× ()	遊動式(普通型 オフセット) ロック式(輪止め式 ストッパー付輪止め式) スイスロック式 横引き式 トライラテラル ダイアルロック 多軸膝(遊動式 固定式) コンピュータ制御	× ()
	足(片側)	固定式 遊動式 プラスチック継手	× (1)	制御式(制限付 補助付< 一方向 二方向 >) 遊動式	× ()

※骨盤帯付両長下肢装具で、左右別々の継手を使用する場合は、チェックと共に部品名の横に 左・右 を記入すること。
個数については、左右が分かるように別々に記入すること。

支持部	種類		個数	図示※装具名称と略図及び説明を記載 シューホントタイプ	
	体幹部 (体幹装具に準拠)	<頸椎・胸椎・腰椎・仙腸>モールド(支柱付き・支柱なし) フレーム 軟性 その他()	× ()		
	大腿	半月 皮革等 (カフバンド 大腿コルセット) モールド (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)	× () × () × ()		
		下腿	半月 皮革等 (カフバンド 下腿コルセット) モールド (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)		× () × () × (1)
			足部		あぶみ (歩行あぶみ) 足部(皮革等: 大・小) (モールド: 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂) 標準靴
	加算	坐骨支持式・PTB式・PTS式・KBM式・足板の補強・カーボン使用			× ()

その他の加算要素 ()に個数を記載	膝サポーター〔軟性 < 支柱付き 支柱なし >〕× () ツイスター〔軟性 鋼製ケーブル〕× () キャリパー× () デニスブラウン〔6歳未満〕× () 膝当て× () T・Yストラップ× () スタビライザー× () ターンバックル× () ダイアルロック〔ファンロック含〕× () 伸展・屈曲補助装置× () 補高足部× () 足底裏革〔すべり止め用〕× (1) 高さ調整× () 内張り〔大腿部 下腿部 足部〕× 各 (1) 補高: 敷き革式 () cm 靴の補高 () cm
-----------------------	---

※靴型装具付加の場合、下記を記載してください。

患 足 (右 ・ 左 ・ 両)				健 足 (右 ・ 左)			
短靴	チャッカ靴	半長靴	長靴	短靴	チャッカ靴	半長靴	長靴
整形靴	整形靴	整形靴	整形靴				
特殊靴	特殊靴	特殊靴	特殊靴				

特記事項 (指示) ※付属品等の加算があれば記載してください

上記のとおり意見、処方する。	所在地	〇〇市△△町□□丁目◇番地
⑩ 令和〇年 4月 1日	医療機関名	▲▲病院
(自署又は記名押印)	医師氏名	福祉 一郎
上記処方により医学的に適合したことを証明する。	所在地	
年 月 日	医療機関名	
(自署又は記名押印)	医師氏名	
年 月 日	職・氏名	
製品検査	職・氏名	

判 定 書（補 装 具 費）

福総相第〇〇号

令和〇年（〇〇〇〇年）〇月 〇日

〇〇〇〇〇〇長 様

熊本県福祉総合相談所長

令和3年〇月〇日付け〇〇〇発第〇〇〇〇号で依頼のありました判定結果は下記のとおりです。

記

氏 名	熊本 太郎	平成20年 4月1日生 （15歳）
居 住 地	〇〇市〇〇町……	
判 定 年 月 日	平成 年 月 日	
障 害 名	脳性麻痺による歩行困難の体幹機能障害	程 度 3 級
総 合 判 定	（判 定）医学的所見から当該補装具費の支給を適当と判定します。 （技術的助言） 記入例）手帳の障害名は「体幹機能障害」のみですが、障害状況から （両）靴型装具は必要と思われます。	
医 学 的 判 定	障 害 状 況	両内反尖足
	意 見	障害の現症及び上記の状況により（両）靴型装具が必要です。
補 装 具 費	1. 名称又は修理項目 （両）靴型装具 チャッカ靴 整形靴	4. 処方（図示） トウボックスあり 判定依頼時の名称から 変更になる場合あり
	2. 使用効果見込み 内反尖足の矯正及び歩行の改善が 見込まれる。	
	3. 概算額 要確認 <u>132,712円</u>	
その他	（屋内用） コード値:030204	平成30年度よりコード値を入力
ファイル番号	装具〇〇	

(8) 適合判定及び製品検査について

① 内容

ア 適合判定とは:補装具が処方どおり利用者に合わせて作製及び調整されているのか処方医師が確認するもの。

イ 製品検査とは:利用者へ納品前に、更生相談所又は市町村にて処方箋及び見積書どおりの補装具が製作されているのか確認するもの。また、処方医師により適切に適合判定が行われたことを確認するもの。

※「市町村」または「更生相談所」のどちらで製品検査を実施するのか補装具事業者にわかるように、支給決定通知書等に記載するなどの対応をお願いします。

② 対象種目

ア 義肢(殻構造・骨格構造)、装具、姿勢保持装置、車載用姿勢保持装置、重度障害者用意思伝達装置については、適合判定を実施後に製品検査を行う。

イ 車椅子、電動車椅子については、製品検査時に処方どおりの構造(型式、寸法、付属品)であることの確認を行うことで、適合判定の実施とみなす。

ウ 上記以外の補装具については、製品検査のみ実施。

③ 適合判定の実施

ア 医療機関で処方を受けたもの(書類判定)は、処方した医師が適合判定を行う。

イ 更生相談所の医師から処方を受けたもの(来所相談)は、更生相談所の医師が適合判定を行う。

ウ 令和6年度より実施予定のオンライン判定において処方を受けたものは、更生相談所の医師がオンラインにて適合判定を行う。なお、通信環境等の問題で医師が判定困難と判断した場合は、日を改めて来所での対応となる。

④ 製品検査の実施者

ア 更生相談所の判定を受けたものは、新規支給・再支給・修理に係わらず、更生相談所の担当職員が製品検査を行う。

イ 市町村で判定を行い支給決定したものは、市町村において実施方法を定め対応すること。

ウ 補装具事業者に対しては、製品検査を受けるよう通知していただくとともに、代理受領契約においても必要な規定を設けていただきたい。

※ 重度障害者用意思伝達装置については、令和5年10月1日以降の申請から、原則、動画判定を実施している。

また、製品検査については、市町村担当者が適合状況及び使用状況の確認を行って適合報告書を作成し、それを基に適合判定及び製品検査を行っている。

※ 更生相談所は製品検査の実施後、障害者総合支援法に基づく支給については補装具費支給券に、戦傷病者特別援護法に基づく支給については交付(修理)券の適合判定欄に証明を行う。

⑤ 来所相談について

熊本県福祉総合相談所では、補装具等に関する来所相談（医師による診査、処方箋作成等）を行っている。

当所への来所相談希望がある場合は、全ての補装具種目において、市町村からの判定依頼を受けて実施する。（平成29年9月1日より実施※平成29年8月1日付け福総相第631号で市町村及び補装具業者へ通知）

なお、障害種別や補装具の種目によって実施日（曜日）や手続きが異なる。

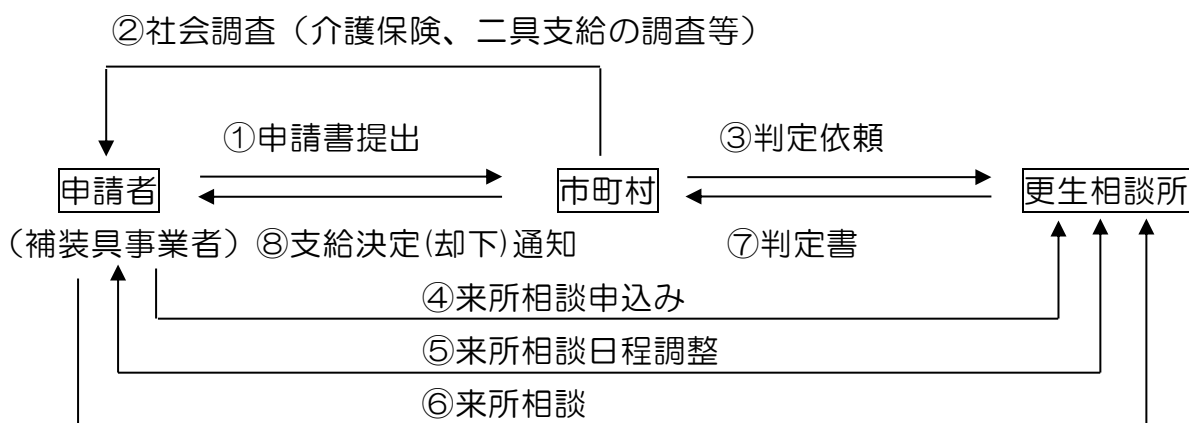
（1）来所相談の対象補装具

原則、来所相談が必要な種目：**電動車椅子、骨格構造義肢、電動式の義手 等**

なお、申請者の希望があれば種目は問わず来所相談が可能

※電動車椅子で同型機種の新支給申請の場合等は、書類判定で可能な場合あり

（2）来所相談の事務手続きの流れ（全補装具共通）



- ① 市町村に補装具費支給申請（意見書・処方箋及び見積書は不要）
- ② 必要に応じ市町村が申請者の社会調査等実施
- ③ 社会調査結果等を添付し更生相談所へ判定依頼
- ④ 補装具事業者が来所相談申込書を更生相談所に提出
- ⑤ 判定依頼後、更生相談所が補装具事業者に日程調整を指示
- ⑥ 申請者が補装具事業者とともに来所し受診後に処方
- ⑦ 判定後、市町村へ判定書を送付（意見書・処方箋（写）及び見積書（原本）を添付）
- ⑧ 市町村より申請者に支給決定（却下）通知書送付

※窓口での対応時は、来所相談希望なのか申請者の意思確認を行い、希望事業者名の聞き取りを行い、判定依頼書の備考欄に記載をお願いします。

(3) 支給決定通知後の流れ

- ① 補装具事業者が申請者に合わせた補装具を作製
- ② 適合判定が必要な補装具は、来所にて適合状態の確認を行う
- ③ 完成後に当所にて製品検査を実施
- ④ 補装具事業者が申請者へ完成した補装具を納品後、市町村へ請求

(4) 外来(来所)相談日 ※令和7年4月現在

障 害 名	実 施 曜 日
肢体不自由 (整形外科)	毎週 火・金曜日 完全予約:遅くとも希望日【土日祝日を除く】の3日前まで
聴覚障害 (耳鼻科)	毎週 水・金曜日 完全予約
視覚障害 (眼科)	第2金曜日 完全予約:前週の木曜日まで

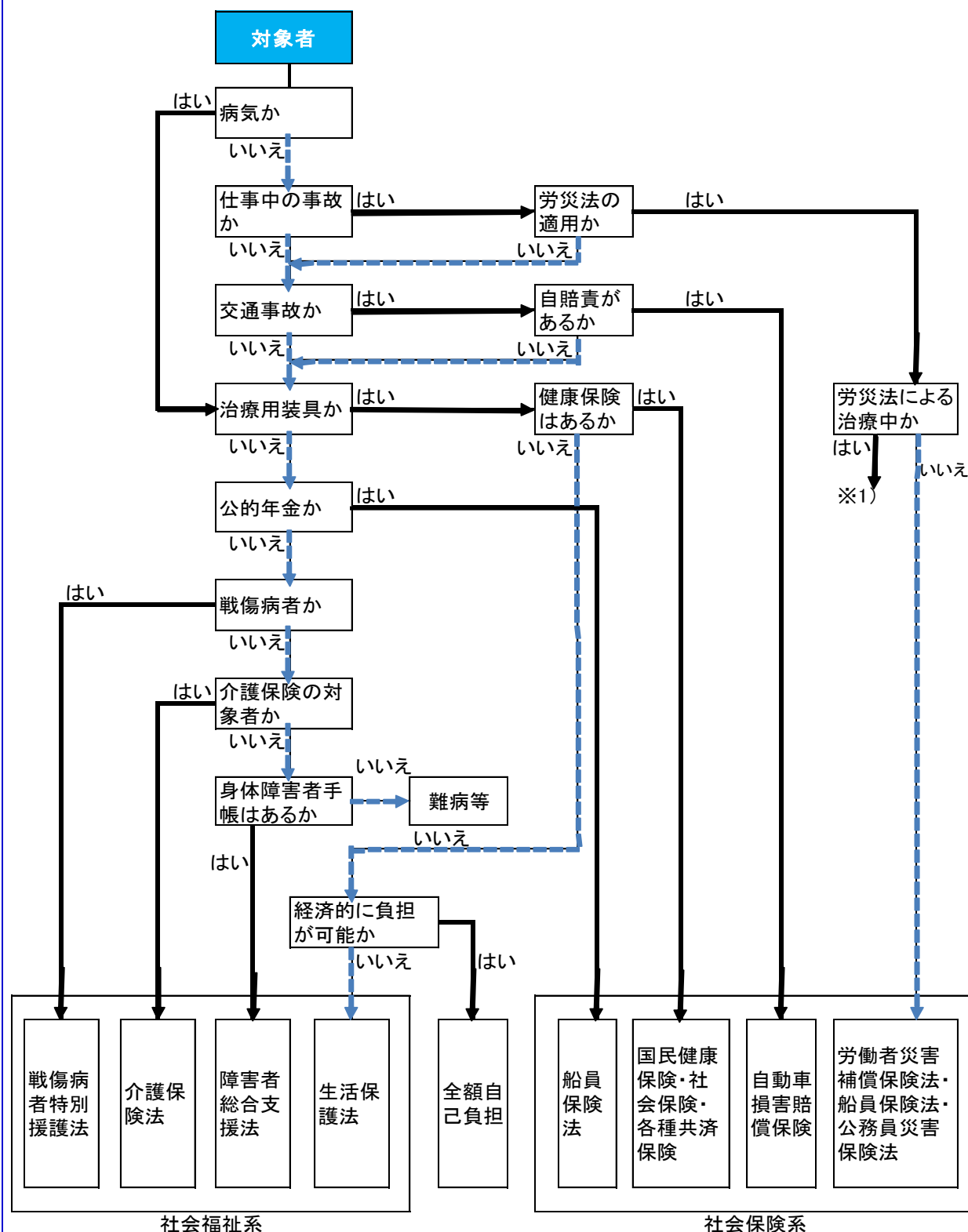
受付時間 整形外科:午後12時～1時 耳鼻科・眼科:午後1時～2時の間

診察時間 整形外科:午後1時から 耳鼻科・眼科:午後1時30分から

★ 市町村による申請に関する確認ポイント

1. 受付時
・身体障害者手帳の有無 ・難病の対象疾病かの確認 ・希望補装具の支給要件の確認 ・他制度の適用の有無 ・過去の支給履歴の確認 ・希望する事業者 等
2. 社会調査時
・現在所有している全ての補装具の使用状況 ・生活環境及び就労または就学状況 ・介護状況や介護者の有無 等
3. 判定依頼送付時
・来所相談希望の場合は、判定依頼書の「備考欄」に「来所相談希望」と「補装具事業者名」を記載しているか確認 ・必要な資料(介護保険に係る調査書、二具支給に係る調査書、電動車椅子申請に基づく実態調査表、日常生活動作表など)を添付しているか確認

福祉用具支給制度選択チャート



※1) 労働者災害補償保険法

かつて労災保険における車椅子支給については、障害（補償）給付認定又は症状固定を前提に支給されていました。しかし、平成20年3月31日に厚生労働省労働基準局長から通知（基発0331005号）のあった「義肢等補装具支給要綱の改正等について」（P.243参照）において支給対象者の拡大があり、症状固定後においても車椅子の使用が必要と認められる者については、症状固定前で療養中（療養（補償）給付受給中。概ね3ヶ月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）であっても、下記の要件を満たし、通院治療、社会生活のために必要性が認められれば車椅子が支給可能となっています。

①療養（補償）給付を受けている者（概ね3ヶ月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）であって、傷病が症状固定した後においても義足及び下肢装具の使用が不可能であることが明らかである場合

②傷病（補償）年金の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、義足及び下肢装具の使用が不可能である者

⑥ 補装具費支給事務上の留意点

(1) 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について

「障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うこと。」(補装具費支給事務取扱指針第1の3より抜粋)となっている。

このため、他法(介護保険、労働災害者補償保険、医療保険など)の利用が可能な場合は、他法優先の指導をお願いしたい。

※前ページのフローチャート参照

(2) 介護保険と補装具費支給制度について ※補装具費支給事務取扱指針第2の1(10)

65歳以上(介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3項第2号に規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態(以下「要介護状態」という。)又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態(以下「要支援状態」という。))に該当する者については、40歳以上65歳未満)の身体障害者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先されるため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、更生相談所の判定等に基づき、本制度により補装具費を支給して差し支えないこと。介護保険の検討結果は関係者から聞き取りを行い「介護保険に係る調査書」に記載。

①65歳以上で介護が必要な者(第1号被保険者)

②40歳以上65歳未満で下記の疾病により介護が必要な者(第2号被保険者)

介護保険受給対象となる疾病(第2号被保険者) 16疾病

関節リウマチ	筋萎縮性側索硬化症(ALS)	後縦靱帯骨化症
骨折を伴う骨粗鬆症	初老期における認知症	脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症	早老症	多系統萎縮症
脳血管疾患※ (脳出血、脳梗塞など)	閉塞性動脈硬化症	慢性閉塞性肺疾患
パーキンソン病関連疾患		
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症		
両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症		
がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)		

※ 外傷性は除く(介護情報ネットワークより)

(3)補装具の修理について

部品の交換等の軽微な修理は市町村で判断いただきたいが、医学的判定が必要な修理や機能に重大な影響を与える内容の修理又は市町村での判断が困難な場合については、更生相談所に判定依頼を行ってください。なお、過去に支給されており現在は対象外の補装具の修理申請をされるケースもみられますので、対象となる補装具か確認をお願いします。

(4)特例補装具費の支給について (参考)補装具費支給事務取扱指針 第2の1(4)

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、別表に定める名称、型式、製作要素及び完成用部品によることができない補装具(以下「特例補装具」という。)の購入又は修理に要する費用を支給する必要が生じた場合の取扱いは次のとおりとすること。

ア 特例補装具の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、更生相談所又は指定自立支援医療機関若しくは保健所の判定又は意見に基づき市町村が決定すること。

イ 身体障害児に係る特例補装具費の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を更生相談所に求めること。(判定依頼が必要)

ウ 製作要素等が告示上限価格を超えることのみをもって特例補装具として取扱うことは適切ではないこと。

エ 特例補装具を支給した場合、真に必要なものであったかの確認のために、支給後の使用状況についても確認の上、記録すること。(フォローアップの検討が必要)

オ 別表に定める製作要素及び完成用部品によることができない構成要素が1つのみである場合は、特例補装具の定めにかかわらず、「一部特例」として、基準内の補装具として支給判定して差し支えない。なお、姿勢保持装置、車椅子及び電動車椅子において市販のクッション(カタログに材質、構造及び価格が明記されているものに限り、平面形状型及びモールド型を除く。)を支給する場合及び重度障害者用意思伝達装置において市販のスイッチ(カタログに構造、機能及び価格が明記されているものに限る)を支給する場合、一部特例を判断する構成要素の数に含めることなく「一部特例」として算定すること。上記に示した構成要素の数を超える場合は、従来どおり特例補装具として扱うこと。

【例】車椅子の支給に際し、特殊空気室構造の市販のクッション及び肘当てのU字加工を処方した場合、別表によらない構成要素の数は1つとなるので、「一部特例」とし、基準内の補装具として支給して差し支えない。(クッションは構成要素の数に含めないため。)

(5) 支給対象となる補装具の個数について (参考)補装具費支給事務取扱指針第2の1(6)

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則 1 種目につき 1 個であるが、身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができること。(3個の支給は認められない)

また、聴覚及び視覚に障害のある盲ろう者については、障害特性を踏まえ、補聴器の複数(両耳)支給や眼鏡の複数(屋内／屋外等)支給等、情報取得に必要であると認められれば、実情に応じた個数を支給することができること。この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、更生相談所等に助言を求めること。

【姿勢保持装置、車載用姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子の支給個数について】

- ・姿勢保持装置と車載用姿勢保持装置は別の種目であることから、それぞれ1個支給することが可能であること。
- ・姿勢保持装置として支給されるもののうち、構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用する目的は主に移動であって、単に姿勢保持のみを目的とするものではないことから、構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用したものに加え、構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用していない姿勢保持装置を支給することは差し支えないこと。ただし、その場合、車椅子又は電動車椅子の種目を別に支給することは適切ではないこと。
- ・学校用として支給した姿勢保持装置が使用されず、学校の廊下等に放置されている実態も確認されており、災害時の避難にも支障があることから、姿勢保持装置を学校で使用する目的で申請があった場合、市町村は当該姿勢保持装置を使用する学校に対し、通学で使用している車椅子又は電動車椅子での移動や授業に支障があるかを確認した上で、真に必要なと認められる場合に限り支給すること。

★2個支給に該当する例

- ・靴型装具にて、外履きで使用する「屋外用」、他の児童と同様に学校内では上履きに履き替える必要があるため「屋内用」を希望する場合
 - ・姿勢保持装置にて、自宅内で使用する「家庭用」、車載ができず学校への持ち運びが困難なため「学校用」を希望する場合
- ※すでに「車椅子」を所持している方が、「構造フレームが車椅子の座位保持装置」を希望される場合は、車椅子と同様の移動用具とみなされ「車椅子の2個目相当」として取扱う場合があります。

(6) 耐用年数(使用年数)の取扱いについて (参考)補装具費支給事務取扱指針第2の1(7)

耐用年数及び使用年数(以下「耐用年数等」という。)は、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が示されたものであり、補装具費の支給を受けた身体障害者・児の身体状況や使用状況によって実耐用年数が異なるものである。

このため、再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数等を一律に適用することなく、個々の実情に沿った対応が行われるよう十分配慮すること。また、身体障害児においては、使用年数の定めのない補装具についても、成長速度や使用環境等の心身の発育過程の特殊性を考慮の上、柔軟に対応すること。

なお、災害等本人の責任に拠らない事情により亡失・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ること。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数等を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適正な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあっては、再支給を行って差し支えないこと。

※平成24年度より、当所では、耐用年数起算日を製品検査日としている。この取扱いは、本来の起算日である製品の引き渡し日に近く、把握が容易であるための便宜上の取り扱いだが、県内統一の取り扱いのため、協力をお願いしたい。このため、判定依頼の際は、支給決定日と併せて製品検査日の記入もお願いする。（P30以降の耐用年数表参照）

（7）判定依頼の取り下げについて

更生相談所へ判定依頼後に申請が取り下げられた場合は、市町村は速やかに判定依頼の取り下げを行うこと。なお、ケースによっては、申請者の取り下げ申請がない場合でも、市町村判断で判定依頼を取り下げることが可能。

更生相談所が市町村へ判定書の交付をした後は、当所への取り下げは不要だが、適合判定や製品検査等の事務取扱いがあるため、申請取り下げにより支給決定しなかった場合や支給決定通知後の取り下げの場合は、当所へ連絡いただきたい。

（8）判定依頼関係書類の補正について

関係書類の未記入や内容に疑義がある場合、簡単な案件に関しては迅速な判定のため電話連絡で対応している。ただし、意見書・処方箋への追記や訂正が必要な場合は、医療機関への返送をお願いする。なお、関係書類の補正に留まらず、内容に重大な変更が生じる場合は、書類の修正ではなく改めて判定依頼いただきたい。

（9）その他の注意事項等

① 申請要件等の確認について

申請要件を満たさない場合や申請理由が不適當である場合は、市町村は申請却下処分を行うこととなる。同一種目の補装具を複数所持しているケース、支給対象とならない補装具の申請、優先される他制度がある等適切とはいえないケースが度々見受けられる。

窓口での相談や申請受付の際に、支給履歴や他法優先については必ず確認され、適切に対応いただきたい。なお、時間経過によるトラブル発生も考えられるため、疑義がある場合は早めに当所へ相談いただいて差し支えない。

② 修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

(参考)補装具費支給事務取扱指針第2の1(8)

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考として、又は、それらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づいて適正な額を決定し、修理に要する費用として支給することができること。

③ 差額自己負担の取扱いについて (参考)補装具費支給事務取扱指針第2の1(9)

市町村は、生活環境や身体機能等を照らし、補装具に求められる機能を判断し、支給決定しているところ、支給決定された補装具について、使用者本人が希望するデザイン、素材等に加え、介助者のみが使用する機能の追加を希望する場合は、追加する当該機能が使用者の身体機能の補完及び適合に影響を与えないと認められる場合に限り、当該補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは、差し支えないこと。

【差額自己負担の例】

- ・視覚障害者安全つえにおいて、日常生活には軽金属等の素材で問題ないものの、より軽量なカーボン製を使用したい場合には、軽金属等の支給基準額との差額を自己負担とした。
- ・眼鏡(遮光用)に視力矯正機能を追加したものの支給対象者は、視野障害だけでなく視力障害の認定基準を満たしていることが必要であるが、視野障害のみで視力障害の認定基準を満たさない場合に、視力矯正機能の追加に要する費用のみを自己負担とした。
- ・補聴器において、支給決定したものと同等の機能を持つ小型軽量なものを使用したい場合に、支給決定額との差額を自己負担した。 等

④ 修理または再支給する場合の対応について (参考)補装具費支給取扱指針第2の1(11)

修理や再支給の必要がある場合、市町村は他制度による適用の有無を確認した上で、補装具事業者が定める保証機関や任意保険加入の有無について補装具事業者や本人に聴取・確認等を行い、それらで対応が可能な場合は優先的に活用し、対応すること。

⑤ オンライン判定について

令和6年度より対象者の要望に応じて可能な範囲で実施しており詳細は次ページ参照

補装具費支給におけるオンライン判定について

1. 目的

身体状況の問題や介助者がおらず遠隔地に居住している等の理由から、来所が困難な身体障害者等に対して利便性を考慮する必要があると判断された場合に、オンラインシステムを利用し適切な処方や判定が実施できるよう支援を図ることを目的とする。

2. 対象者

熊本県内在住(熊本市を除く)で特別な理由により来所が困難な身体障害者等

3. 対象補装具

原則、来所相談が必要な電動車椅子、骨格構造義肢等

※新規申請の場合、申請者の情報がないことから再支給申請に限る。

4. 実施日時及び回数

福祉総合相談所における整形外科外来診察日(毎週火・金曜日12時～)

年間5～6回程度を予定(適合判定を除く)

※通常の診察より時間を要するため、1回の診察は原則2名までとする。

5. 実施場所

実施機関: 熊本県福祉総合相談所 1階整形外科予診室

申請者: 市町村が用意した会議室等

※通信トラブルの可能性が高まるため、申請者の自宅等では実施しない。

6. 必要人員

実施機関: 医師、福祉総合相談所職員

申請者: 申請者、家族(介助者)、補装具事業者、市町村担当者、相談所職員 等

7. 実施方法

オンラインで福祉総合相談所と市町村の会場を繋ぎ、相談所職員が医師の指示に従い診察の補助を行い、医師が意見書・処方箋を作成する。後日、医師の処方に基づいた見積書を事業者より提出してもらい判定を実施する。支給決定後の適合判定においても画面越しでの対応が可能と判断した場合は、要望に応じてオンラインで実施する。

なお、オンラインに必要なパソコン等(通信料を含む)は熊本県が負担するものとする。

⑦ 借受けについて

補装具は、身体障害者・児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、購入することが原則である。

このため、補装具の借受けについては、障害者総合支援法及び障害者総合支援法施行規則において「借受けによることが適当である場合」として以下の場合に限る。

- 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
- 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
- ③ 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であると認められる場合

※借受け対象と考えられる事例

- ・希望している補装具のサイズが概ね1年程度で合わなくなると予測される場合
- ・障害が進行して必要と判断した補装具が数か月から1年のうちに使用できなくなる、あるいは機能的な面から変更が必要になる場合
- ・実際に生活や就労の場面でその製品や部品が適当なのか判断する場合、複数の製品や部品を順次借受けして、最適な製品を選択する場合（購入に至ることが原則）

（1）借受けの対象となる種目

- ① 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- ② 重度障害者用意思伝達装置の本体（スイッチ等の付属品は購入）
- ③ 歩行器
- ④ 車載用姿勢保持装置

（2）借受けの支給決定について（補装具費支給事務取扱指針参照）

借受け期間中は毎月補装具費を支給するが、支給決定の際は、借受けを行う一月目のみ、申請者に対し、速やかに、様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号（1）から（3）までの補装具費支給券を交付すること。その際、様式例第8号（2）については、借受け期間の月数分を交付すること。支給決定の際に決定した借受け期間が終了するに当たっては、改めて更生相談所等において、購入が可能か、借受けを継続するかの必要性を判断することになる。

（3）借受け費用の支払いについて

借受けの単位は暦月であるが、その月の途中で借受けを開始した場合又は終了した場合は、日割り計算により借受けに係る補装具費が支払われるものとする。ただし、借受けの期間が14日以内である場合は0.5月あたりの基準額を算定すること。

（4）注意事項

事業者が更生相談所の指示なく比較評価をした場合は、借受けの対象とはなりません。

耐用年数一覧

※耐用年数は、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を示したもの。

1 殻構造義肢 (ア) 義肢本体

区 分	名 称	型 式	耐用年数(年)	備 考
義 手	肩 義 手	能 動 式	3	耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行うこと 耐用年数とは、通常の使用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を示しているものであるため、耐用年数を一律に適用しないこと。
		電 動 式	3	
		その他(装飾用以外)	3	
		その 他 (装 飾 用)	4	
	上 腕 義 手	能 動 式	3	
		電 動 式	3	
		その他(装飾用以外)	3	
		その 他 (装 飾 用)	4	
	肘 義 手		3	
	前 腕 義 手		3	
	手 義 手		3	
	手 部 義 手	能 動 式	3	
		電 動 式	3	
		その他(装飾用以外)	2	
		その 他 (装 飾 用)	1	
	手 指 義 手	能 動 式	2	
		その他(装飾用以外)	2	
		その 他 (装 飾 用)	1	
義 足	股 義 足		4	
	大 腿 義 足	差 込 式	3	
		ラ イ ナ ー 式	3	
		吸 着 式	5	
	膝 義 足	差 込 式	3	
		ラ イ ナ ー 式	3	
		吸 着 式	5	
	下 腿 義 足		2	
	サイム義足		2	
	足根中足義足	足 袋 式	1	
		下 腿 部 支 持 式	2	
	足 趾 義 足		1	

(イ) 完成用部品

材 料 ・ 部 品 名	耐用年数(年)	備 考
継手類	3	耐用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
手 部	1	
手 袋	1	
足 部	1	
その他の小部品(消耗品)	1	

2 骨格構造義肢

※骨格構造義肢については、「本体」の耐用年数はなく「部品」ごとにある。

材 料 ・ 部 品 名	耐用年数(年)	備 考
パイプ(チューブアダプター)	5	耐用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと ※部品交換での対応を優先とするが、再支給が合理的・効果的な場合は再支給も可
継手類	3	
手 部	3	
ターンテーブル	3	
手 袋	1.5	
足 部	1.5	
フォームカバー(義手用)	1.5	
フォームカバー(義足用)	0.5	
その他小部品(消耗品)	1	

3 装具 (ア)装具本体

区 分	名 称	型 式	耐用年数(年)	備 考
下肢装具	股 装 具	硬 性	3	耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行うこと
		フレーム	3	
		軟 性	2	
	長 下 肢 装 具		3	
	膝 装 具	硬 性	3	
		支柱付き	3	
		軟 性	2	
	短 下 肢 装 具	硬 性(支柱あり)	3	
		硬 性(支柱なし)	1.5	
		支柱付き	3	
		軟 性	2	
	足 装 具		1.5	
靴型装具			1.5	
体幹装具	頸 椎 装 具	硬 性	2	耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行うこと
		フレーム	3	
		軟 性	2	
	胸腰仙椎装具	硬 性	2	
		フレーム	3	
		軟 性	1.5	
	腰 仙 椎 装 具	硬 性	2	
		フレーム	3	
		軟 性	1.5	
	仙 腸 装 具	硬 性	2	
		フレーム	3	
		軟 性	1.5	
		骨盤帯	2	
	側 彎 症 装 具	ミルウォーキー型	2	
		硬 性	1	
		フレーム	2	
		軟 性	1	

上肢装具	肩 装 具		3	
	肘 装 具	硬 性	3	
		支柱付き	3	
		軟 性	2	
	手 関 節 装 具		3	
	対 立 装 具		3	
	把 持 装 具		3	
	手 装 具		3	
	指 装 具		3	
	B F O		3	

(イ) 完成用部品

材 料 ・ 部 品 名	耐用年数(年)	備 考
継手類	1. 5	耐用年数以内の故障に際しては、原則として 小部品の取替えにより修理又は調整を行う
その他の小部品(消耗品)	1	

4 車椅子及び電動車椅子 個々の名称や機構を問わず耐用年数 6年

5 その他

種 目	名 称	基 本 構 造	耐用年数(年)	備 考
視覚障害者 安全つえ	普通用	繊維複合材料	2	※注意 姿勢保持装置 の構造フレーム に車椅子及び 電動車椅子とし ての機能を付加 する場合は、耐 用年数は6年と なる。
		木材		
		軽金属	5	
	携帯用	繊維複合材料	2	
		木材		
		軽金属	4	
	身体支持併用		4	
歩行補助つえ	松葉づえ	木材	2	
		軽金属	4	
	上記以外		4	
補聴器			5	
姿勢保持装置			3	
車載用 姿勢保持装置			3	
起立保持具			3	児童に限る
排便補助具			2	児童に限る
重度障害者用意思伝達装置			5	
義 眼	レディメイド及びオーダーメイド		2	
眼 鏡	矯正用		4	価格はレンズ2 枚1組のものとし、 枠を含むもので あること。
	遮光用	前掛式		
		掛けめがね式		
	コンタクトレンズ		2	
	弱視用	掛けめがね式	4	
焦点調整式				

使用年数一覧

※児の場合は、「使用年数」が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を示したもの。

1 殻構造義肢

年 齢	使用年数	備 考	
0 歳	4 月		使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
1～2 歳	6 月		
3～5 歳	10 月		
6～14歳	1 年		
15～17歳	1 年 6 月	次については、左記使用年数にかかわらず1年とすること 1 義肢本体のうち「手部義手」及び「手指義手」の「その他(装飾用)」、「足根中足義足」の「足袋式」及び「足趾義足」 2 完成用部品のうち「手部(手袋以外の手先具)」、「手袋」及び「足部」 3 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」	

2 骨格構造義肢

年 齢	使用年数	備 考	
0～14 歳	1 年	「フォームカバー(義足用)」については、左記使用年数にかかわらず6月とすること	使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
15～17 歳	1 年 6 月	1 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」については、左記使用年数にかかわらず1年とすること 2 「フォームカバー(義足用)」については、左記使用年数にかかわらず6月とすること	

3 装具

年 齢	使用年数	備 考	
0 歳	4 月		使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
1～2 歳	6 月		
3～5 歳	10 月		
6～14歳	1 年		
15～17歳	1 年 6 月	次については、左記使用年数にかかわらず1年とすること 1 装具本体のうち「側彎症装具」の「硬性」及び「軟性」 2 完成用部品のうち「足部」 3 完成用部品を構成する「小部品(消耗品)」	

※使用年数については、成長速度や使用環境等も踏まえ、柔軟に対応すること

⑧ 判定担当職員一覧

事務担当一覧（令和7年4月現在）

市町村	義肢※ 骨格構造義肢※ 車椅子 電動車椅子 姿勢保持装置	補聴器 眼鏡 義眼 装具※ 歩行器※	重度障害者用 意思伝達装置
八代市	山口	山口・益満	申請受付順 柳川→益満 の順で担当
人吉市	山口	山口・益満	
荒尾市	山口	山口・益満	
水俣市	山口	山口・益満	
玉名市	山口	柳川	
山鹿市	山口	柳川	
菊池市	山口	柳川	
宇土市	山口・本田	柳川	
上天草市	山口	山口・益満	
宇城市	山口・本田	柳川	
阿蘇市	山口	山口・益満	
天草市	山口	山口・益満	
合志市	山口	山口・益満	
下益城郡	山口・本田	柳川	
玉名郡	山口	柳川	
菊池郡	山口・本田	柳川	
阿蘇郡	山口	柳川	
上益城郡	山口	柳川	
八代郡	山口	山口・益満	
葦北郡	山口・本田	山口・益満	
球磨郡	山口	山口・益満	
天草郡	山口・本田	山口・益満	

※個別のお問い合わせ以外は原則山口にご連絡ください（本田は車椅子、電動車椅子、姿勢保持装置 益満は補聴器、眼鏡、義眼担当）

・補装具費支給に係る判定について(種目別)

1 義肢について

補装具種目 (1. 義肢)

義肢とは・・・

先天的又は切断により四肢の一部を欠損した場合に、元の手足の形態又は機能を復元するために装着する人工の手足。

義手：上肢の欠損に用いる義肢

義足：下肢の欠損に用いる義肢

注意：切断後に製作される**訓練用仮義肢**は治療上必要な補装具になるため、各種健康保険等での作製が優先されます。

21

1. 義肢 (構造による分類)

・殻構造義肢

甲殻類(エビ、カニ等)の肢体の構造と同様に、義肢に働く外力を殻で負担し、同時にこの外形が手足の外観を整える構造の義肢

・骨格構造義肢

人間の手足と同様に、中心軸に沿ってパイプなどの骨格が通り、これで外力を支持し、スポンジなどの軟材料の成形品を被せて外観を整えた構造の義肢

22

構造による分類 (例：義足)



← 殻構造義足

メリット

・比較的丈夫で安価

デメリット

・重い、完成後の調整困難

骨格構造義足⇒

メリット

・軽い、調整しやすい

デメリット

・高価、水濡れに弱い



※義手も同様

23

義手 (機能による分類)

装飾用

外観の復元を第一に考え軽量化と外観向上を計ったもの

作業用

農耕作業や工業関係の重作業にも適するように、機能を優先して頑丈に製作したもの

能動式

上肢帯及び体幹の運動を電源に利用し、ケーブルを介して継手や手先具を操作するもの

電動式

筋電極又はスイッチを用いモーターにより継手や手先具を制御するもの

32

義手 (機能による分類)

装飾用



作業用



能動式

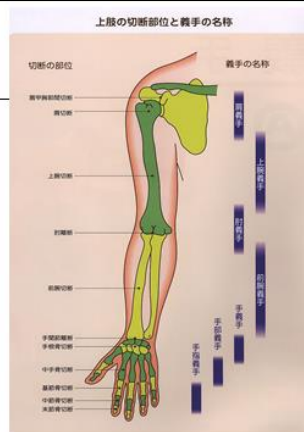


25

上肢の切断部位と義手の名称

- 肩義手 肩関節離断
- 上腕義手 上腕切断
- 肘義手 肘関節離断
- 前腕義手 前腕切断
- 手義手 手関節離断
- 手部義手 手根中手切断
- 手指義手 指切断

※切断部位で義手の名称が決まる



装着例:右)上腕義手(能動式 フック型)



28

装着例:右)前腕義手(殻構造 装飾用)



29

前腕義手(作業用) 手先具: 曲鉤(他の手先具と付替え可)



装着例:両)前腕義手 (能動式:右フック型 左 ハンド型)



29

装着例:右)手指義手(殻構造 装飾用)



28

義足 (足部の機能による分類)

常用

日常生活において、
機能と外観を備えた義足



作業用

主として農耕作業やその他
の**重作業**に適するように製作
された義足



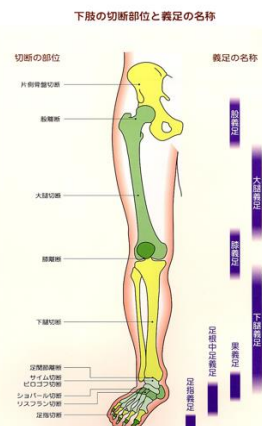
38

1-2 (2) 義足の名称

- 股義足
- 大腿義足
- 膝義足
- 下腿義足
- サイム義足
- 足根中足義足
- 足趾義足

- 股関節離断
- 大腿切断
- 膝関節離断
- 下腿切断
- サイム切断
- ジョー・ル・リクス切断
- 足指切断

・切断部位で義足の名称が決まる

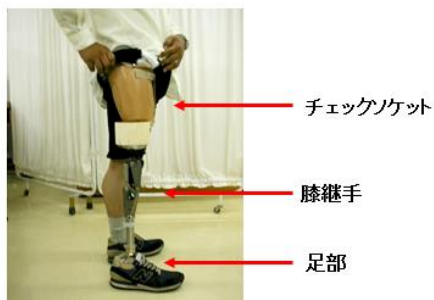


左) 片側骨盤切断 装着例: 股義足(骨格構造 カナダ式)



33

装着例: 右) 大腿義足(骨格構造 吸着式)
※仮合せの状態



34

基本的な大腿義足の構造(骨格の場合)

普段使用する時は、軟性スポンジ等の外装を被せた状態で、修理等の場合に取り外すことが可能。



ソケットにアダプタを取り付けて、膝継手、チューブ、足部を組み合わせる。また、義足を懸垂するため、腰にバンド等を取り付ける場合もある。

35

右) 下腿義足(殻構造:PTB式)
※PTBカフベルト一式使用



自己懸垂できないため、膝上のバンドで懸垂させる。
ライナーや大腿も締めで懸垂する場合もある。

35

装着例: 右) 下腿義足(殻構造 PTB式)
※ライナー使用



36

装着例: 右) 下腿義足(殻構造 差込式)
※大腿も締め一式使用



筋力が弱い方や高齢(活動度が低い)の方に処方されることが多い。

37

右) 下腿義足(骨格構造 PTS式)
※自己懸垂性あり



膝蓋骨全体を深く覆い自己懸垂させるため、カフベルト等は不要。

38

装着例: サイム義足(殻構造 有窓式)

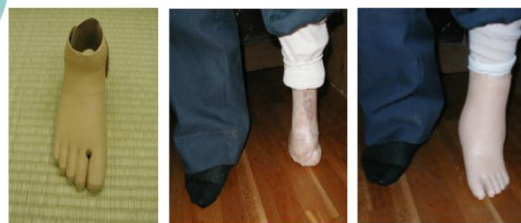


切断端が骨幹部より大きい場合、義足の開閉口が必要。

フタが開くことで着脱が容易になる。

46

装着例: 足根中足義足(足袋式)



47

2 装具について

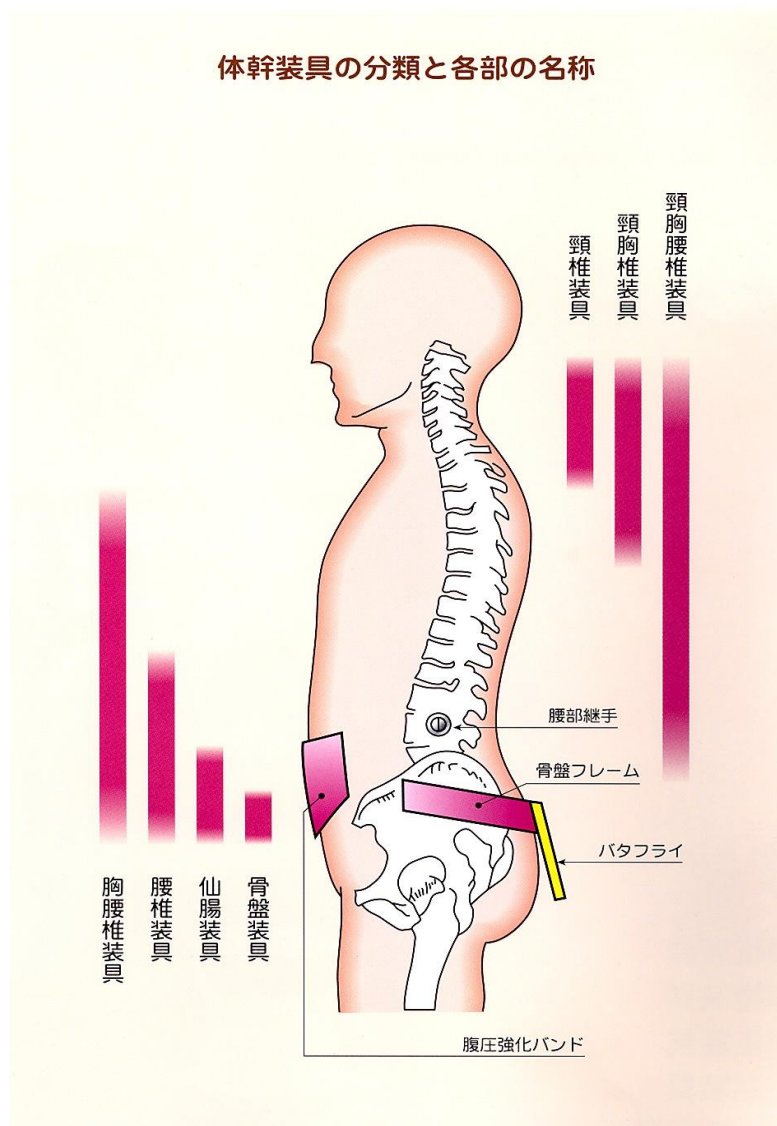
装具とは、肢体の麻痺による機能低下の補完、変形に対する矯正、体重の支持、異常な運動に対する固定や運動の制限などに使用するための用具

障害の部位に応じて、体幹装具、上肢装具、下肢装具、靴型装具に分類

1 体幹装具について

【名 称】

- ・ 頸椎装具
- ・ 胸腰仙椎椎装具
- ・ 腰仙椎装具
- ・ 仙腸装具
- ・ 側弯症装具



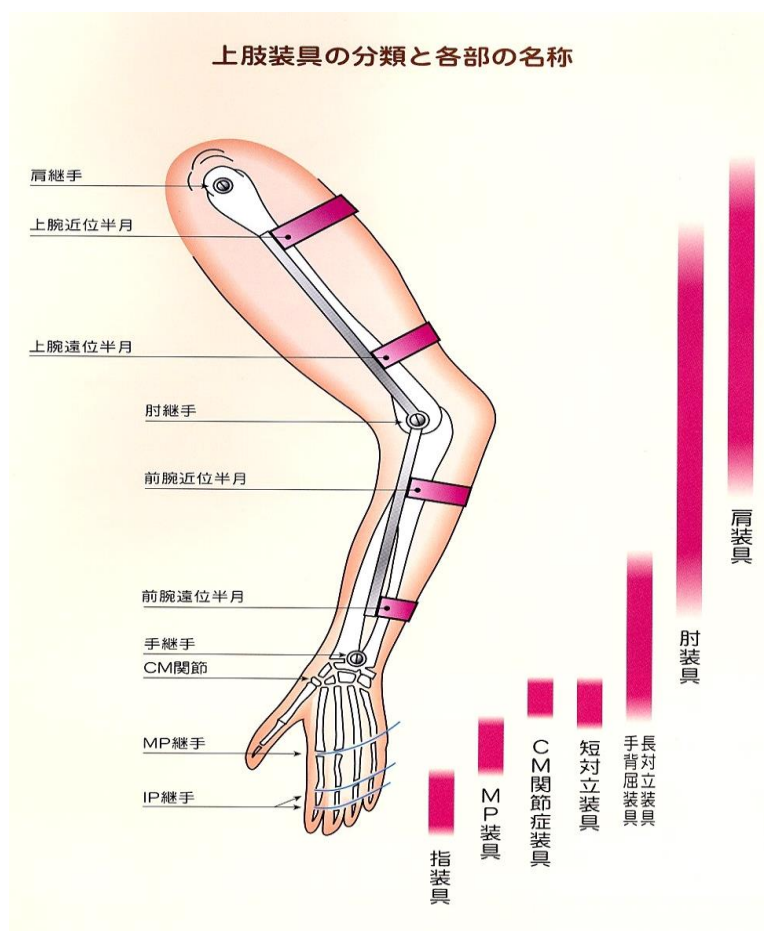


側弯症治療のため処方されることが多いことから主に医療保険での対応となる。

2 上肢装具について

【名 称】

- ・ 肩装具
- ・ 肘装具
- ・ 手関節装具
- ・ 手装具
- ・ 指装具
- ・ B F O



肩装具

エアープレーン型



肩関節を外転位に保持する

エアークラップ型



39

肘装具

肘関節の固定や運動を行なう



ターンバックル



肘継手にはダイヤルロックを使用

40

手関節装具

※主に橈骨神経麻痺などの下垂手に使用



手装具(短対立装具)



フレーム型



皮革



モールド型

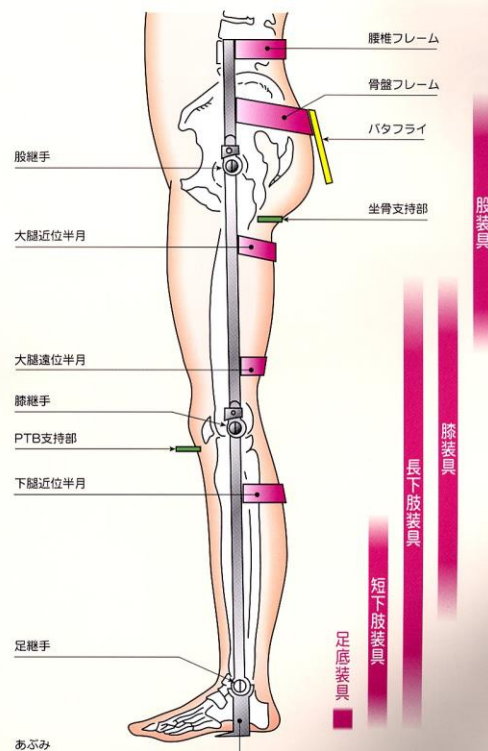
42

3 下肢装具について

【名 称】

- ・ 股装具
- ・ 長下肢装具
- ・ 膝装具
- ・ 短下肢装具
- ・ 足装具

下肢装具の分類と各部の名称



股装具

硬性



軟性



44

長下肢装具

両側支柱付



膝関節と足関節の動きを
をコントロールする



45

長下肢装具

坐骨支持式(坐骨結節で体重支持を行う)

モールドタイプ

坐骨支持面



46

膝装具

両側支柱付

モールドタイプ

硬性



47

膝装具(軟性)

支柱付き



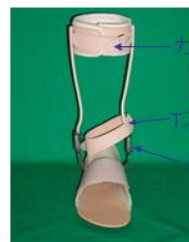
支柱なし



48

短下肢装具

両側支柱付



49

短下肢装具

硬性(プラスチック短下肢装具)

モールドタイプ



湯の児式



後方支柱型



TIRR型

50

足装具(足底装具)



51

4 靴型装具について

- ・靴型装具の場合、両足に障がいがある場合は「両患足」となりますが、片足のみ障がいがある場合は、「患足と健足」の扱いとなります。
- ・靴型装具の分類は側革の高さに応じて「短靴、チャッカ靴、半長靴、長靴」の4種類に分けられています。また、足部の変形程度や製作工程の違いによって、さらに「整形靴、特殊靴」の2種類に分類される。

④靴型装具

靴型装具の種類

- 長靴**：側革の高さが概ね下腿の2/3までかかる靴
- 半長靴**：側革の高さが果部より高い靴
- チャッカ靴**：側革の高さが果部までの靴
- 短靴**：側革の高さが果部より低い靴



55

靴型装具対象者

※ 足部変形、脚長差、疼痛等がある方



左足部尖足変形あり

脚長差があるため右補高

57

靴型装具対象例

- ・脳性麻痺による足部変形のある者
- ・リウマチによる変形や疼痛がある者
- ・O脚、X脚等があり下肢のアライメント不良の者
- ・障がいのため市販の靴の装用が困難な者 等

3 姿勢保持装置について

【定義】

機能障害の状況に適合させるため、体幹、股関節等を固定するためのパッド等の付属装置を装備し、安定した座位、立位、臥位等の保持を可能にする機能を有するもの

(1) 対象者

体幹及び四肢の機能障害により座位を保持する能力に障がいがある者

(2) 姿勢保持の目的と効果

◆身体機能面

- ・筋緊張のコントロールによる姿勢保持力の向上
- ・口腔機能、呼吸循環機能及び排泄機能の改善
- ・二次的障害(変形、拘縮、褥瘡)の予防
- ・姿勢保持能力の向上によるリラクゼーションの効果

◆日常生活面

- ・食事、学習及び作業等の上肢機能の向上
- ・コミュニケーション能力の向上
- ・介助、介護の負担軽減
- ・社会参加の獲得

(3) 姿勢保持装置の構成

「①支持部」+「②支持部の連結」+「③構造フレーム」を組み合わせ構成される



①支持部

身体支持を必要とする身体部位(頭部、上肢、体幹部、骨盤・大腿部、下腿部、足部)を選択して組み合わせる

②支持部の連結

各支持部を一定の位置関係に保つため構造フレームと独立した部材で各々を連結するもの

③構造フレーム

支持部を装置の使用目的に合わせた高さや角度に保持するためのもの

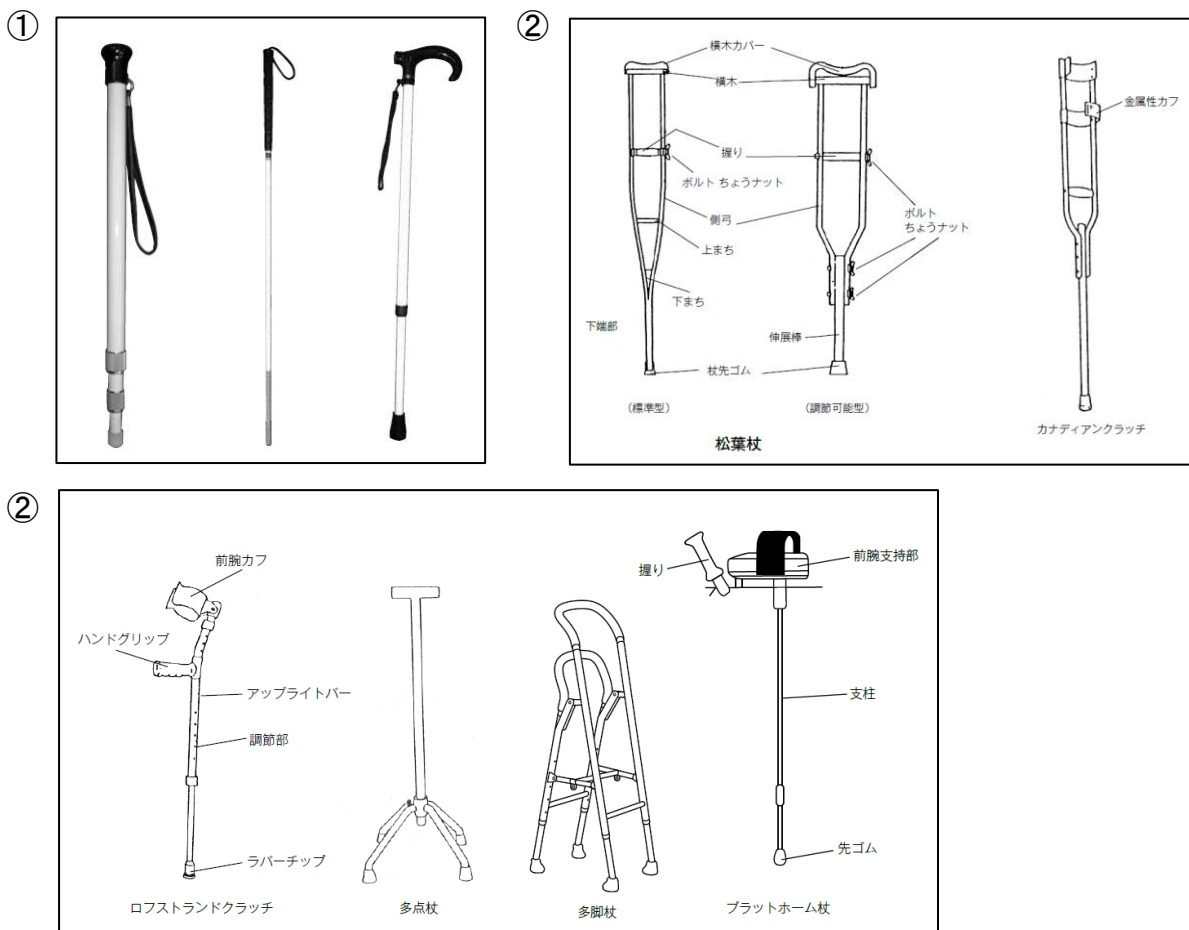
4 その他の補装具について

① 視覚障害者安全つえ

障害物を探知するために使用するもので、シャフトを白色又は黄色に塗装若しくは加工したもので、普通用、携帯用、身体支持併用に分類される。

② 歩行補助つえ

松葉づえ、カナディアンクラッチ、ロフストランドクラッチ、多脚つえ、プラットホーム杖が対象
一般的な一本杖は該当しない



③ 排便補助具

普通便所で排便が困難な場合に用い、座位による排便を容易にするための用具。

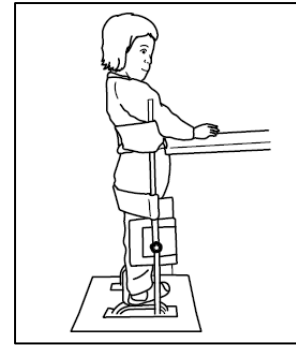
身体障害児の排便を補助するものであって

パッド等を装着することにより又は背もたれ及び肘掛けを有する椅子上のものであることにより、座位を保持しつつ、排便をすることを可能にする機能を有するもので、持ち運びが可能なものに限ること。



④ 起立保持具

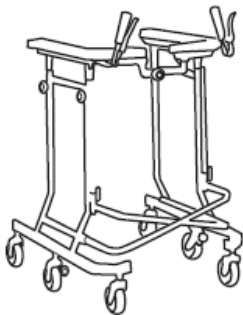
体幹機能障害等で起立姿勢が保てない身体障害児に対し、下肢及び上肢、体幹の発達を補助する目的で、立位姿勢を保持するもの。



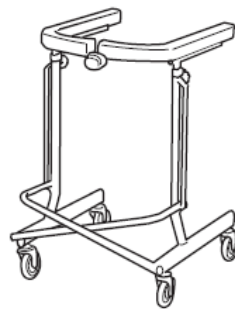
⑤ 歩行器

杖だけでは、重心が不安定となり立位や歩行が困難な者の歩行補助のために用いられる用具

六輪型、四輪型（腰掛付）、四輪型（腰掛なし）、三輪型、二輪型、固定型、交互型がある。
※一般的なシルバーカーは歩行器に該当しないため、申請時に希望機種の確認が必要。



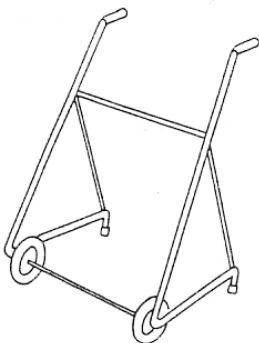
六輪型



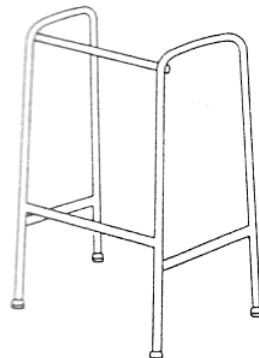
四輪型（腰掛なし）



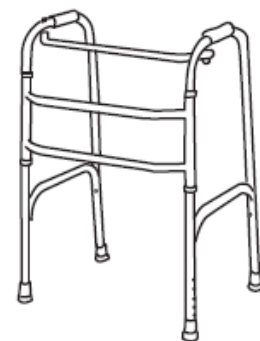
三輪型



二輪型



固定型



交互型

⑥ 車載用姿勢保持装置（令和7年度より「座位保持椅子」から名称変更）

令和6年度までは「児童に限る。」と基準に定められていたが、令和7年度より「児・者」ともに支給対象となる。

乗車中の姿勢を保持することを可能にする機能を有する車載用の装置（チャイルドシートと同等）であり、「姿勢保持装置」とは別の種目であることから、2具には該当しない。

5 車椅子について

車椅子の名称及び各種機構 (モジュラー式・オーダーメイド式・レディメイド式共通)

①自走用

大車輪が後方にあるもの



②自走用(リクライニング機構)

背もたれの傾斜を、工具を使わずに調整できる機構
座面にかかる圧を分散させ
座位時間の延長等の効果が期待できる。



③自走用(ティルト機構)

背もたれと座面の角度を固定したまま、背及び座面の傾斜を、工具を使わずに調整できる機構
座面にかかる体圧を背中へ分散し、身体の方前へのずれを防ぎ安定姿勢を保てる。

④自走用(ティルト・リクライニング機構) ※②と③の機能を有するもの

背もたれの傾斜を変えることができることに加え、背もたれと座面の角度を固定したまま傾斜を、
工具を使わずに調整できる機構

↓ティルト

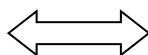
↓リクライニング



⑤自走用(リフト機構)

座席の高さを変えることができるもの

(座席の高さが床面から概ね70cmの安全な範囲で調整可能なもの)



⑥自走用・前方大車輪

折りたたみ式で前方に大車輪があるもの

⑦自走用(リクライニング機構)・前方大車輪

⑥にリクライニング機構が付加されたもの



⑧自走用・片手駆動構造

折りたたみ式で片側にハンドリムを二重に装着して、
片麻痺患者が使用できるもの

⑨自走用(リクライニング機構)・片手駆動構造

⑧にリクライニング機構を付加したもの



⑩自走用・レバー駆動構造

レバー1本で駆動操舵でき、
片麻痺患者が使用できるもの



⑪介助用

原則、介助者が押して駆動するもの(※自操しないため、ハンドリムはついていない)

後輪が大車輪

後輪が小車輪



⑫介助用(リクライニング機構)

⑪にリクライニング機構を付加したもの



⑬介助用(ティルト機構)

⑪にティルト機構を付加したもの



⑭介助用(ティルト・リクライニング機構)

⑪にティルト・リクライニング機構を付加したもの



(1) 車椅子の支給要件

車椅子は、基本的には歩行機能を失った重度の肢体不自由者等の歩行機能を代替するための移動機器(用具)であり、日常生活や就学・就労上欠かせないものであることから、支給にあたっては身体的条件、機能訓練の状況、居住環境等を考慮のうえ、必要に応じて支給を行うこと。

なお、姿勢保持装置の構造フレームに車椅子機能を付加する場合等は、「車椅子＋姿勢保持装置」の申請でも違う種目であるが2具に該当することがあるため、必要性の確認が必要となる。



「必要なもの」の考え方

補装具は「身体機能を補完又は代替する用具」であり、「あれば便利だから」、「将来のために付属品を追加したい」、「介助者の負担軽減になるから」という理由のみでは支給対象となりません。その用具、機能がなければ生活、就労、就学が困難である等の現状のお困りに対して必要性を判断します。判定時は希望する機能等の必要性を確認するため、市町村に対して社会調査を依頼することがあります。

(2) 障害等級、障害部位等からみた支給の対象者

熊本県における対象者は、次の①～③のいずれかに該当する者

※難病に関しても、医師が同様の障害状況と認める場合

- ① 下肢障害又は体幹障害で1～2級に該当し、他の補装具(義肢・装具・杖等)では全く歩行できないか、又は著しく困難な者であること
※ 重複障害で総合等級1～2級の場合でも下肢又は体幹については該当しない場合があるため、上肢の等級と下肢の等級を区別して判断すること
- ② 下肢障害、又は体幹障害で3級に該当し、他の補装具だけでは著しく歩行困難な者で、医師が特に必要と認める者
- ③ 重度の内部障害(心臓機能障害1級または呼吸器機能障害1級)かつ下肢不自由、体幹不自由または移動障害の手帳所持者で、日常生活上医師が特に必要と認める者。詳細は次のア～ウのいずれかに該当する者

ア 下肢不自由、体幹不自由または移動障害の1・2級所持者

イ 下肢不自由、体幹不自由または移動障害の3級所持者で、歩行状態等個々の障害状況に鑑み、医師が特に必要と認める者

ウ 上記ア、イ以外の等級で、試乗の結果、歩行器等他の補装具では著しく歩行困難な者で、車椅子の処方箋及び意見書(車椅子の処方が出来る15条指定医師が記載したもの)により、医師及び更生相談所が特に必要と認める者

- * 平衡機能障害3級のみで、車椅子を希望する場合は障害種別変更の可能性がありますので肢体不自由（下肢又は体幹機能障害）での等級見直しの検討をお願いする場合があります。
- * 「等級早見表」により下肢の障害等級を確認してください。
等級によっては対象外の場合がありますので注意してください。
- * 下肢4級の場合、車椅子が必要であれば等級変更の検討をしてください。一般的に下肢4級のみであれば他の補装具での対応も可能と思われます。
- * 補装具費の支給申請と身体障害者手帳の交付申請を同時にする場合は、手続を並行して進める等、可能な限り速やかな対応が求められます。



(3) 名称による対象者

リフト機構 	・障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、真にやむを得ない事情が認められる者。 ・就労又は就学のために真に必要と認められる者
リクライニング機構 	・随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 ・運動制限が著明で座位を長時間保持できない者
レバー駆動構造 	・歩行困難な者で、かつ、左右いずれかの上肢機能に障害がある者
ティルト機構 	・長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者 ※リクライニング機構及びティルト機構について、それぞれ単独では座位保持等の目的が果たさない者は「ティルト・リクライニング機構」の検討が必要

(4) 車椅子判定依頼時の留意事項

- ① 支給する車椅子は原則モジュラー式とし、レディメイド式での身体機能の補完が可能な場合はレディメイド式を、身体状況や障がいの程度によりモジュラー式では身体機能の補完ができない場合は、オーダーメイド式を支給すること。なお、市町村での判定が可能な場合は、レディメイド式は当所への判定依頼は不要ですが、判定の際は必ずカタログ定価と基準額を比較して安価な方を支給上限額とすること。
- ② 車椅子の駆動及び操作ができない場合(車椅子意見書・処方箋で車椅子の移動能力が【介助】・使用方法が【介助】となっている者)は、「介助用」が支給対象となる。
- ③ 付属品について
身体障害の状況により、必要に応じてクッションやその他の付属品を加算することが可能だが、理由に医学的根拠が求められるのは全ての補装具で共通する考え方であり、「あれば便利だから」という理由だけでは加算できない。
なお、付属品の必要性は、補装具費意見書・処方箋に記載されている理由によって判断するので、記載欄に具体的な理由の記載漏れがないことを確認する。
- ④ 入院中の対応について
入院中は、原則として車椅子は支給できません(身体及び障がい状況が変わる可能性があるため)。ただし、頸髄損傷等・筋ジスによる障害者については、入院中であっても支給可能としている。
なお、入院中の者であっても、概ね3か月以内の退院が見込まれる場合は、補装具費の支給できることがある。その際は、退院見込み調査書(次ページ参照)の添付が必要。
- ⑤ 施設利用中の者に対する取り扱い
障害者支援施設に生活介護で入所されている方については、介護保険の対象外となるため、支給対象となります。
しかし、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等利用者については、車椅子は施設で用意すべき備品であるため、原則、支給対象ではありません。

(5) その他

- ① 二具支給に係る調査書について
「使用状況」の欄には、使用場所や使用時間(例:週3日程度)等の記載、また、「理由」の欄は、一具での対応が困難な状況や使い分けが必要な理由等の聞き取りを行い詳しく記載すること。
- ② 介護保険に係る調査書について
「5 介護保険で補装具の貸与が出来ない理由」の欄は、介護保険の担当者等にレンタルでの対応が困難な理由を確認したうえで記載すること。その際は、レンタル製品の試乗も行ったか併せて確認を行うこと。

退院見込み調査票

申 請 者	住 所						
	氏 名		入院先病院名				
手帳の障害名					等級 年 月 日交付 年 月 日再交付	種 月 月	級 日交付 日再交付
1. 車椅子の申請 イ.新規 ロ.再支給 前回支給 年 月 日							
2. 他に使用している補装具							
3. 車椅子の使用目的(具体的に記入してください) (1) 入院中 (2) 退院帰宅後							
帰宅後の家庭内外での使用状況等 ○ 家庭内での使用 可 ・ 不可 ・ 一部可能 ○ 屋 外・・・庭及び周辺道路は使用可能な地形環境であるか。 適 ・ 不適 ○ 車椅子への移乗 可 ・ 不可 ○ 介助が必要な場合介助する家族が いる ・ いない							
4. いつからどんな病気で入院しているか。							
5. 障害の現症							
6. 退院の見込み 概 ね ヶ 月 後 退院見込みのない場合(理由)							
年 月 日 市町村担当者 所属 職名 氏名							

二具支給に係る調査書

氏名		生年月日	M T S H R	年	月	日
住所						
補装具所持状況（注）	補装具名	支給年月日		使用状況		
二具支給の必要性等	補装具名					
	使用目的	日常生活用 仕事用 学校用 その他（ ）				
	使用場所					
	理由	※補装具は一種目一個が原則ですが、二具目がなければ日常生活・就学・就労が極めて困難な場合、例外として二具目が支給されることがあります。				
市町村担当者欄	担当者意見					
	調査日： 年 月 日 担当名： 所 属： 連絡先：					

(注) 二具支給に係る補装具だけでなく、使用中の全補装具について記載してください。

介護保険に係る調査書

介護保険対象者が、介護保険貸与対象補装具を補装具費支給申請する場合、下記により介護保険で貸与される補装具では対応ができないことを確認のうえ、判定依頼を行ってください。

氏 名										
生年月日	M	・	T	・	S	・	H	年	月	日 (才)
住 所										
1 被保険者区分 ☐ 第1号保険者 ☐ 第2号保険者 (疾患名) 2 生活保護受給有無 (有 無) 3 要介護区分 ☐ 非該当 (非該当通知等の写しを添付) ☐ 該当 (認定日 年 月 日、有効期限 年 月 日) ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 4 居住地区分 ☐ 在宅 ☐ 施設入所 (施設名) ☐ その他 () 5 介護保険で貸与される補装具では対応できない理由等										
調査年月日	年 月 日 市町村名・所属 担 当 者 名									

6 電動車椅子について

電動車椅子の名称及び各種機構

①標準形

- ・低速用(最高速度 4.5km/h 以下)
 - ・中速用(最高速度 6.0km/h 以下)
- シート下に大容量のバッテリーと電気モーターを内蔵し、小径の幅の広いタイヤ・キャスターをもつ



②簡易形

車椅子に電動駆動装置又は制御装置を取り付けた簡便なもの

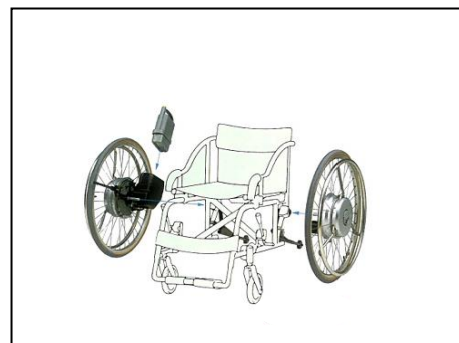
・切替式

電動力走行・手動力走行を切り替え可能なもの



・アシスト式

駆動人力を電動力で補助することが可能なもの



・手動リクライニング機構

人力で背もたれの傾斜を調整できる機構



・電動リクライニング機構

電動で背もたれの傾斜を調整できる機構



・電動リフト機構

電動で座面を上下させ、高さを調整できる機構



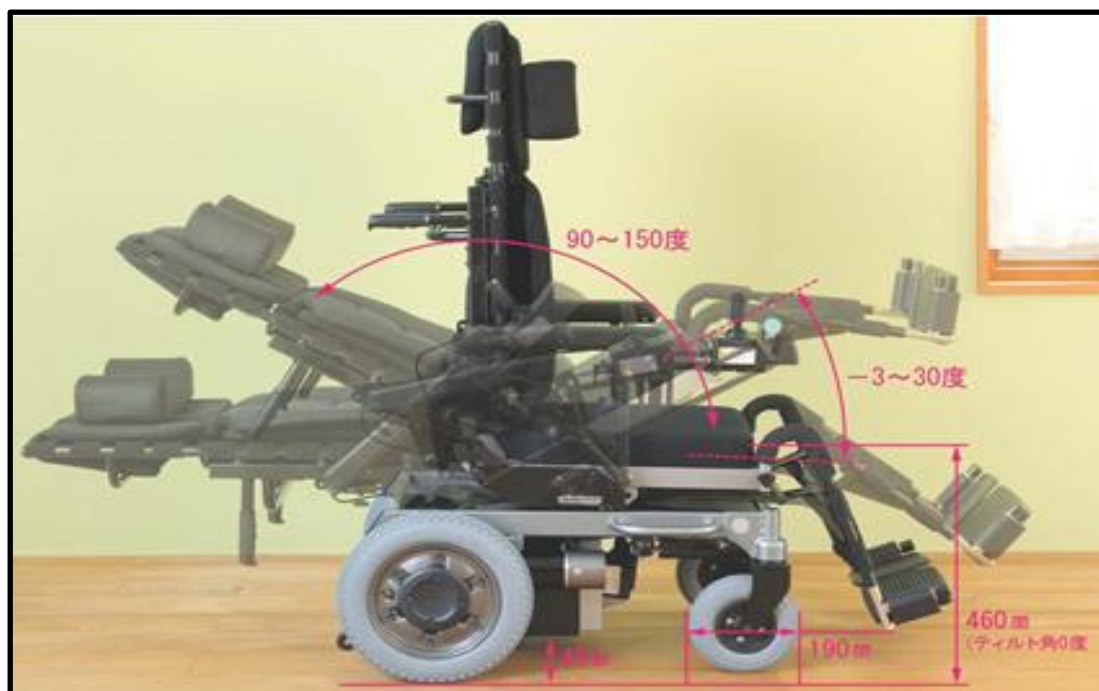
・電動ティルト機構

背もたれと座面の角度を固定したまま傾斜を調整できる機構



・電動ティルト・リクライニング機構

電動で背もたれの傾斜を変えることができることに加え、背もたれと座面の角度を固定したまま傾斜を調整できる機構



(1) 支給の基本的事項

①電動車椅子に係る補装具費の支給は、重度の歩行困難者の自立と社会参加の促進を図ることを目的として行われるものであることから、身体障害者及び身体障害児（以下「障害者」という。）の身体の状態、年齢、職業、学校教育、生活環境等の諸条件を考慮し、その是非を判断すること。

②電動車椅子に係る補装具費の支給に際しては、使用者及び他の歩行者等の安全を確保するため、操作訓練、使用上の留意事項の周知等について格段の指導を行うこと。

(2) 電動車椅子の対象者

学齡児以上であって、次のいずれかに該当する障害者・児を対象者とする

ア 重度の下肢機能障害者等であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者

イ 歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者

支給にあたっては、次のいずれにも該当する障害者・児を条件とする

(適正)

日常生活において、視野、視力、聴力等に障害を有しない者又は障害を有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者

(知識)

歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することが可能な者

(操作能力)

ア及びイの全ての操作を円滑に実施できる者

ただし、簡易形アシスト式の場合には、イの(エ)を除き不要であること。車椅子から電動車椅子に種目を変更する場合、廃用による身体機能低下を防止する観点から原則として簡易形アシスト式とすること。

ア 基本操作	(ア) 操作ノブ等の操作 (イ) メインスイッチ・速度切り替え (ウ) 発進・停止
イ 移動操作	(ア)速度(低速・高速等)調節 (イ)直進(直線・蒲鉾・片傾斜道路)走行 (ウ)S字・クランク走行 (エ)坂道走行(特に下り坂での停止) (オ)溝・段差乗越え走行 (カ)旋回 (キ)非常時の対応 (ク)その他移動に必要な操作

(参考)電動車椅子の名称に係る判定の目安について

平坦路における 車椅子自走の可否	日常生活(通勤又は通学を含む。)における坂道・悪路での車椅子自走の可否 ※ () は、電動車椅子簡易形(アシスト式)での自走の可否	➡	補装具費の支給を検討することとなる電動車椅子の名称及び区分
可	一部不可(可)		簡易形(アシスト式)
	不可(可)		簡易形(アシスト式) ※速度制御機能付に限る
	不可(不可)		簡易形(切替式)
不可	不可		標準形又は簡易形(切替式)

(3) 各種機構別の対象者

手動リクライニング機構 電動リクライニング機構	・随時、仰臥姿勢をとる必要のある者。 ・座位を長時間保持できない者。
電動ティルト機構	・長時間の座位保持が困難な者であって、自力での自立姿勢変換が困難な者。
電動ティルト・リクライニング機構	・リクライニング機構及びティルト機構について、それぞれ単独では座位保持等の目的が果たさない者。
電動リフト機構	・障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、真にやむを得ない事情が認められる者。 ・就労又は就学のために真に必要と認められる者。

(4) 判定依頼時の留意事項

- ① 手帳の障害名が下肢障害又は体幹障害のみの記載の場合は、上肢障害名の追加等、障害名の見直しの検討を求める場合がある。
- ② 電動車椅子の相談時、電動車椅子の要件に該当しない状況(車椅子自操が可能、長距離歩行が可能、電動車椅子操作が不可能など)で申請されるケースもあるため、窓口で支給要件等を十分説明すること。
- ③ 電動車椅子の新規申請時は、判定依頼を受けた後、利用者が相談所へ来所することで判定を実施。判定依頼時は、電動車椅子申請に基づく実態調査表及び日常生活動作表(P59～61の様式)を記入して判定依頼書に添付すること。
- ④ 介護保険の対象者は、車椅子と同様に介護保険が優先されるため貸与を事前に検討すること。貸与での対応が難しい場合は、判定依頼時に「介護保険に係る調査書」を記入して添付すること。
- ⑤ 視力・聴力等に障害がある場合は、来所相談時眼科や耳鼻科の検査・診察等が必要な場合がある。
- ⑥ 療育手帳を所持している方の場合、療育手帳の写しを求める場合がある。なお、療育手帳所持者の場合は、来所相談時心理相談員の面接が必要。
- ⑦ 内部障害のみの手帳で支給を希望される場合は医師の意見書(任意様式)が別途必要な場合がある。

(5)再支給について(機種変更なしの場合)

基準に定められている電動車椅子を使用している場合で、身体状況が支給時と変わらず当該電動車椅子が修理不能となったことのみを理由として、電動車椅子(同機種※)の再支給を希望する場合には、文書判定して差し支えないこととしている。その際は、判定依頼書に以下の書類を添付して判定依頼を行うこと。

ただし、前回判定時と障害状況や生活環境等が変わっている場合や付属品が追加される場合などは、原則来所判定又は希望があればオンライン判定での対応を検討することになる。

※メーカー製造中止となった際、同機能を有する後継機は使用機種と同等とみなします。

- ① 電動車椅子申請に基づく実態調査表
- ② 日常生活動作表
- ③ 前回支給時の判定書(写)※
- ④ 申請書(写)
- ⑤ 見積書(写)
- ⑥ カタログ

※年数経過により前回支給時の判定書がない場合は、添付は不要です。

その他

- ・電動車椅子の申請時には、現在使用中の補装具の状態や使用状況について利用者及び関係者等へ十分な聞き取りを行い、「電動車椅子申請に基づく実態調査表」及び「日常生活動作表」への記載をお願いします。
- ・身体障害児及び18歳未満の難病患者等へ支給する際は、保護者等に対しても使用上の留意事項を周知し、本人及び周囲の安全確保に十分な配慮が必要なことを説明してください。
- ・安全操作に不安がある場合は、条件付きでの使用は可能とする判定結果となることもあります(例:施設内のみ使用可など)。

電動車椅子申請に基づく実態調査表

申 請 者	住 所									
	氏 名		M T S H R	年 月 日 (歳)						
身 障 手 帳 の障害名		等級	種	級						
		年 月 日 交付								
		療育手帳 の等級								
現 況	☐ 在宅 ☐ 施設入所中（施設名 _____） ☐ 入院中（病院名 _____） ☐ 通院中（病院名 _____）既往症 _____									
1 身体状況について (1) 上肢機能 (2) 下肢機能 (3) その他(呼吸器・心臓機能障害、視野・視力障害、聴力障害等)										
2 日常生活・社会活動状況										
3 補装具の所持・使用状況 ※補装具の種類に係わらず全て記入してください。										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">種類</th> <th style="width: 20%;">支給日</th> <th style="width: 50%;">使用状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					種類	支給日	使用状況			
種類	支給日	使用状況								

4 電動車椅子			
(1) 電動車椅子でなければならない理由及び使用目的			
(2) 電動車椅子を安全に操作する能力について			
① 電動車椅子の使用経験	☐ 有	☐ 無	
(使用期間: 年 月 日～ 年 月 日、約 年 月間)			
② 電動車椅子に対する使用方法の理解(充電の理解も含む)	☐ 有	☐ 無	
③ 信号機・道路標識等の理解	☐ 有	☐ 無	
④ 歩行者等の保護に対する判断能力	☐ 有	☐ 無	
(3) 電動車椅子使用に関する家族・介助者・施設の賛同	☐ 有	☐ 無	
(4) 保管場所の有無	☐ 有	☐ 無	
※「有」の場合の保管場所(			)
《必須添付書類》			
① 主な使用場所が分かる地図			
② 使用場所(建物)内の廊下幅・距離、入口幅 等を記入した見取図			
※①、②には、危険箇所(交通量の多い道路や交差点、段差、狭小な廊下等)及び保管場所を表示すること。			
5 施設入所者の場合、施設備品では対応できない理由等			
6 電動車椅子要否についての調査員の意見			
調査日	年 月 日	調査員 所属・氏名	

注)調査書は判定依頼の担当者が記入してください。

日常生活動作表

		○△× 記入	備考
1	食事摂取（箸、スプーン）※いずれかに○		
2	字を書く		
3	整容（① 洗面）		
	（② 整髪）		
	（③ 歯磨き）		
4	文章理解ができる		
5	他者への意思の伝達		
6	衣服の着脱		
7	排泄の処理		
8	入浴動作		
9	寝返り		
10	起き上がり		
11	座位保持		
12	移乗動作 ※椅子からベッドへ等		
13	移動 ※いずれかに○ （1人で歩く、杖、歩行器、車椅子、その他）		

※ ○できる △介助を要する ×できない

※ 「△」の場合は具体的な状況を備考欄に記載

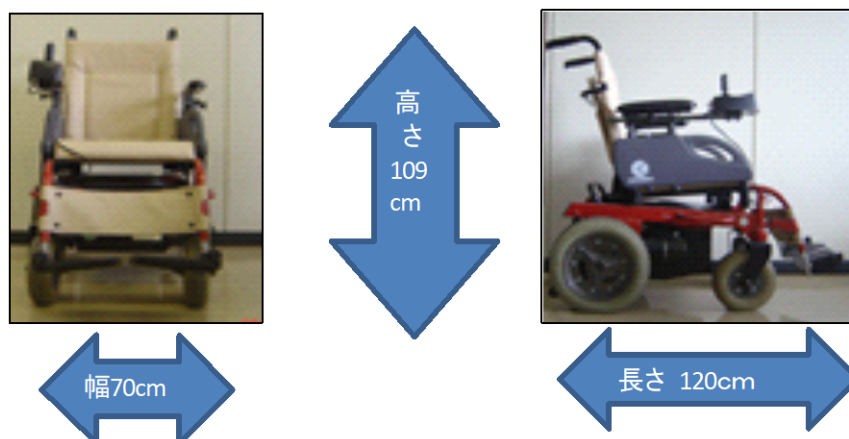
電動車椅子を使用される方へ・・・



1 電動車椅子を使用する前に知っておきたいこと

① 電動車椅子は歩行者になります。(右側通行)

基本的に歩道を通行することになるため、道路交通法で決められた大きさ(下の写真参照)を超えるものについては、警察署長が発行する確認証が必要となります。通常、確認証は電動車椅子支給される際、市町村からの通知に基づき警察署長が発行します。もし、使用中に寸法が変更になり、届け出が必要になった場合は、おすまいの市町村にお問い合わせください。



② 電動車椅子も保険に加入できます

電動車椅子の事故は年間約200件(警察の認知数)となっています。原因は様々ですが、人や物と衝突した場合には、大きな事故となる可能性もあるため、いざという時の対応を考えておくことも必要です。電動車椅子のメーカーや損害保険会社で電動車椅子の保険を取り扱っているところもあります。

詳細のお問い合わせは、業者や損害保険各社にお願いします。

2 使用前には必ず点検をしましょう

1、今日の体調をチェックしましょう

今日の体調はどうですか？ まずは、自分の体調チェックから始めましょう。電動車椅子使用中におきたトラブルの原因として体調不良があげられています。体調不良は誤操作による事故にもつながりますので、調子が悪い時には、運転しない勇気を持ちましょう。

2、電動車椅子のチェックをしましょう

電動車椅子使用前には、バッテリーの残量チェックや転倒防止装置等の確認など、安全に走行するための確認を行いましょう。

3 電動車椅子の使用中に注意すること



1、右側通行をしましょう。

電動車椅子は歩行者となりますので、歩道を走行しましょう。

2、信号のある横断歩道では、歩行者用の信号機に従ってください。

横断する時間が足りない時は、次の青まで待ちましょう。

3、外出時には緊急連絡先や業者連絡先等のメモを持参しましょう。

4、定期点検をしましょう

電動車椅子は精密機械です。長く安心して利用するためにも、業者やメーカーによる定期点検をおこなってください。

✿ 連絡先一覧 ✿

役場・市役所

取扱業者名

電話番号

保険会社

緊急連絡先

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※新たに対象となる疾病（7疾病） △表記が変更された疾病（2疾病）

○障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

番号	疾 病 名	番号	疾 病 名
1	アイカルディ症候群	48	オスラー病
2	アイザックス症候群	49	カーニー複合
3	IgA 腎症	50	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
4	IgG4 関連疾患	51	潰瘍性大腸炎
5	亜急性硬化性全脳炎	52	下垂体前葉機能低下症
6	アジソン病	53	家族性地中海熱
7	アッシャー症候群	54	家族性低 β リボタンパク血症1（ホモ接合体）※
8	アトピー性脊髄炎	55	家族性良性慢性天泡瘡
9	アペール症候群	56	カナパン病
10	アミロイドーシス	57	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アケ症候群
11	アラジール症候群	58	歌舞伎症候群
12	アルポート症候群	59	ガラクトース-1-リン酸グリコシルトランスフェラーゼ欠損症
13	アレキサンダー病	60	カルニチン回路異常症
14	アンジェルマン症候群	61	加齢黄斑変性 ○
15	アントレー・ビクスラー症候群	62	肝型糖原病
16	イソ吉草酸血症	63	間質性膀胱炎（ハンナ型）
17	一次性ネフローゼ症候群	64	環状20番染色体症候群
18	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	65	関節リウマチ
19	1p36 欠失症候群	66	完全大血管転位症
20	遺伝性自己炎症疾患	67	眼皮膚白皮症
21	遺伝性ジストニア	68	偽性副甲状腺機能低下症
22	遺伝性周期性四肢麻痺	69	ギャロウェイ・モフト症候群
23	遺伝性膝炎	70	急性壊死性脳症 ○
24	遺伝性鉄芽球性貧血	71	急性網膜壊死 ○
25	ウィーバー症候群	72	球脊髄性筋萎縮症
26	ウィリアムズ症候群	73	急速進行性糸球体腎炎
27	ウィルソン病	74	強直性脊椎炎
28	ウエスト症候群	75	巨細胞性動脈炎
29	ウェルナー症候群	76	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
30	ウォルフラム症候群	77	巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）
31	ウルリッヒ病	78	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
32	HTRA1 関連脳小血管病	79	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
33	HTLV-1 関連脊髄症	80	筋萎縮性側索硬化症
34	ATR-X 症候群	81	筋型糖原病
35	ADH 分泌異常症	82	筋ジストロフィー
36	エーラス・ダンロス症候群	83	クッシング病
37	エプスタイン症候群	84	クリオピリン関連周期熱症候群
38	エプスタイン病	85	クリッペル・トレネー・ウェバー症候群
39	エマヌエル症候群	86	クルーゾン症候群
40	MECP2 重複症候群	87	グルコーストランスポート1欠損症
41	LMNB1 関連大脳白質脳症 ※	88	グルタル酸血症1型
42	遠位型ミオパチー	89	グルタル酸血症2型
43	円錐角膜 ○	90	クロウ・深瀬症候群
44	黄色靱帯骨化症	91	クローン病
45	黄斑ジストロフィー	92	クローンカイト・カナダ症候群
46	大田原症候群	93	痙攣重責型（二相性）急性脳症
47	オクシピタル・ホーン症候群	94	結節性硬化症

95	結節性多発動脈炎	147	自己免疫性溶血性貧血
96	血栓性血小板減少性紫斑病	148	四肢形成不全 ○
97	限局性皮膚異形成	149	シトステロール血症
98	原発性肝外門脈閉塞症 ※	150	シトリン欠損症
99	原発性局所多汗症 ○	151	紫斑病性腎炎
100	原発性硬化性胆管炎	152	脂肪萎縮症
101	原発性高脂血症	153	若年性特発性関節炎
102	原発性側索硬化症	154	若年性肺気腫
103	原発性胆汁性胆管炎	155	シャルコー・マリー・トゥース病
104	原発性免疫不全症候群	156	重症筋無力症
105	顕微鏡的大腸炎 ○	157	修正大血管転位症
106	顕微鏡的多発血管炎	158	出血性線溶異常症 ※
107	高 IgD 症候群	159	ジュベール症候群関連疾患
108	好酸球性消化管疾患	160	シュワルツ・ヤンペル症候群
109	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	161	神経細胞移動異常症
110	好酸球性副鼻腔炎	162	神経軸索スフィロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
111	抗糸球体基底膜腎炎	163	神経線維腫症
112	後縦靱帯骨化症	164	神経有棘赤血球症
113	甲状腺ホルモン不応症	165	進行性核上性麻痺
114	拘束型心筋症	166	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
115	高チロシン血症 1 型	167	進行性骨化性線維異形成症
116	高チロシン血症 2 型	168	進行性多巣性白質脳症
117	高チロシン血症 3 型	169	進行性白質脳症
118	後天性赤芽球癆	170	進行性ミオクロームステんかん
119	広範脊柱管狭窄症	171	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
120	膠様滴状角膜ジストロフィー	172	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
121	抗リン脂質抗体症候群	173	睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びびまん性脳症 △
122	極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症 ※	174	スタージ・ウェーバー症候群
123	コケイン症候群	175	スティーヴンス・ジョンソン症候群
124	コステロ症候群	176	スミス・マギニス症候群
125	骨形成不全症	177	スモン ○
126	骨髄異形成症候群 ○	178	脆弱×症候群
127	骨髄線維症 ○	179	脆弱×症候群関連疾患
128	ゴナドトロピン分泌亢進症	180	成人発症スチル病
129	5p 欠失症候群	181	成長ホルモン分泌亢進症
130	コフィン・シリス症候群	182	脊髄空洞症
131	コフィン・ローリー症候群	183	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
132	混合性結合組織病	184	脊髄髄膜瘤
133	鰓耳腎症候群	185	脊髄性萎縮症
134	再生不良性貧血	186	セブアプテリン還元酵素(SR)欠損症
135	サイトメガロウイルス角膜内皮炎 ○	187	前眼部形成異常
136	再発性多発軟骨炎	188	全身性エリテマトーデス
137	左心低形成症候群	189	全身性強皮症
138	サルコイドーシス	190	先天異常症候群
139	三尖弁閉鎖症	191	先天性横隔膜ヘルニア
140	三頭酸素欠損症	192	先天性核上性球麻痺
141	C F C 症候群	193	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
142	シェーグレン症候群	194	先天性魚鱗癬
143	色素性乾皮症	195	先天性筋無力症候群
144	自己貧食空胞性ミオパチー	196	先天性グリコシルセラフィドイル/シトル(GPI)欠損症
145	自己免疫性肝炎	197	先天性三尖弁狭窄症
146	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	198	先天性腎性尿崩症

199	先天性赤血球形成異常性貧血	251	特発性門脈圧亢進症
200	先天性僧帽弁狭窄症	252	特発性両側性感音難聴
201	先天性大脳白質形成不全症	253	突発性難聴 ○
202	先天性肺動脈狭窄症	254	ドラベ症候群
203	先天性風疹症候群 ○	255	中條・西村症候群
204	先天性副腎低形成症	256	那須・ハコラ病
205	先天性副腎皮質酵素欠損症	257	軟骨無形症
206	先天性ミオパチー	258	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
207	先天性無痛無汗症	259	22q11.2欠失症候群
208	先天性葉酸吸収不全	260	乳児発症 STING 関連血管炎 ※
209	前頭側頭葉変性症	261	乳幼児肝巨大血管腫
210	綿毛機能不全症候群(カルカナー(Kartagener)症候群を含む。)※	262	尿素サイクル異常症
211	早期ミオクロニー脳症	263	ヌーナン症候群
212	総動脈幹遺残症	264	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)/LMX1B 関連腎症
213	総排泄腔遺残	265	ネフロン癆
214	総排泄腔外反症	266	脳クレアチン欠乏症候群
215	ソトス症候群	267	脳腱黄色腫症
216	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	268	脳内鉄沈着神経変性症
217	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	269	脳表ヘモジデリン沈着症
218	大脳皮質基底核変性症	270	膿疱性乾癬
219	大理石骨病	271	嚢胞性線維症
220	ダウン症候群 ○	272	パーキンソン病
221	高安動脈炎	273	バージャー病
222	多系統萎縮症	274	肺動脈閉塞症/肺毛細血管腫症
223	タナトフォリック骨異形成症	275	肺動脈性肺高血圧症
224	多発血管炎性肉芽腫症	276	肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)
225	多発硬化症/視神経脊髄炎	277	肺胞低換気症候群
226	多発性軟骨性外骨腫症 ○	278	ハッチンソン・ギルフォード症候群
227	多発性嚢胞腎	279	バッド・キアリ症候群
228	多脾症候群	280	ハンチントン病
229	タンジール病	281	汎発性特発性骨増殖症 ○
230	単心室症	282	P C D H 19 関連症候群
231	弾性繊維性仮性黄色腫	283	P U R A 関連神経発達異常症 ※
232	短腸症候群 ○	284	非ケトーシス型高グリシン血症
233	胆道閉鎖症	285	肥厚性皮膚骨膜症
234	遅発性内リンパ水腫	286	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
235	チャージ症候群	287	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
236	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	288	肥大型心筋症
237	中毒性表皮壊死症	289	左肺動脈右肺動脈起始症
238	腸管神経節細胞僅少症	290	ビタミンB依存性くる病/骨軟化症
239	TRPV4 異常症	291	ビタミンB抵抗性くる病/骨軟化症
240	T S H 分泌亢進症	292	ビッカースタッフ脳幹脳炎
241	T N F 受容体関連周期性症候群	293	非典型溶血性尿毒症症候群
242	低ホスファターゼ症	294	非特異性多発性小腸潰瘍症
243	天疱瘡	295	皮膚筋炎/多発性筋炎
244	特発性拡張型心筋症	296	びまん性汎細気管支炎 ○
245	特発性間質性肺炎	297	肥満低換気症候群 ○
246	特発性基底核石灰化症	298	表皮水疱症
247	特発性血栓症(遺伝性血栓性要因によるものに限る。)	299	ヒルシュスブルング病(全結腸型又は小腸型)
248	特発性後天性全身性無汗症	300	V A T E R 症候群
249	特発性大腿骨頭壊死症	301	ファイファー症候群
250	特発性多中心性キャスルマン病	302	ファロー四徴症

303	ファンconi貧血	346	メチルマロン酸血症
304	封入体筋炎	347	メビウス症候群
305	フェニルケトン尿症	348	免疫性血小板減少症 △
306	フォンタン術後症候群 ○	349	メンケス病
307	複合カルボキシラーゼ欠損症	350	網膜色素変性症
308	副甲状腺機能低下症	351	もやもや病
309	副腎白質ジストロフィー	352	モワット・ウイルソン症候群
310	副腎皮質刺激ホルモン不応症	353	薬剤性過敏症症候群 ○
311	ブラウ症候群	354	ヤング・シンプソン症候群
312	プラダー・ウィリ症候群	355	優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
313	プリオン病	356	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
314	プロピオン酸血症	357	4p欠失症候群
315	PRL分泌亢進症(高プロラクチン血症)	358	ライソゾーム病
316	閉塞性細気管支炎	359	ラスムッセン脳炎
317	β-ケトチオラーゼ欠損症	360	ランゲルハンス細胞組織球症 ○
318	ペーチェット病	361	ランドウ・クレフナー症候群
319	ベスレムミオパチー	362	リジン尿性蛋白不耐症
320	ヘパリン起因性血小板減少症 ○	363	両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○
321	ヘモクロマトーシス ○	364	両大血管右室起始症
322	ペリー病 △	365	リンパ管腫症/ゴーム病
323	ペルーシド角膜辺縁変性症 ○	366	リンパ脈管筋腫症
324	ヘルペス性角膜炎(副腎白質ジストロフィーを除く。)	367	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
325	片側巨脳症	368	ルビンシュタイン・テイビ症候群
326	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	369	レーベル遺伝性視神経症
327	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	370	レチノイルコリンアシルトランスフェラーゼ欠損症
328	発作性夜間ヘモグロビン尿症	371	劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
329	ホモシスチン尿症	372	レット症候群
330	ポルフィリン症	373	レノックス・ガストー症候群
331	マリネスコ・シェーグレン症候群	374	ロウ症候群 ※
332	マルファン症候群/ロイス・テイツ症候群 △	375	ロスムンド・トムソン症候群
333	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー	376	肋骨異常を伴う先天性側弯症
334	慢性血栓塞栓性肺高血圧症		
335	慢性再発性多発性骨髄炎		
336	慢性脾炎 ○		
337	慢性特発性偽性腸閉塞症		
338	ミオクロニー欠伸てんかん		
339	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん		
340	ミトコンドリア病		
341	無虹彩症		
342	無脾症候群		
343	無βリポタンパク血症		
344	メーブルシロップ尿症		
345	メチルグルタコン酸尿症		

(※) 一覧には代表的な疾病名が記載されており、内含する疾病名までは記載されておりません。
各疾病の詳細については、難病情報センターのホームページ(<http://www.nanbyou.or.jp/>)等を参照してください。