

評価票作成マニュアル



令和8年1月
高知県立療育福祉センター
身体障害者更生相談

目次

1. 補装具費支給制度とは	P2
2. 補装具とは	P2
3. 身体障害者更生相談所とは	P3
4. 補装具製作の流れ	P4
5. 各機関・職種等の役割	P4
6. 補装具製作における理学療法士・作業療法士の強み	P5
7. 評価票について	P6
8. 評価票作成のポイント	P7
9. 様式記載例	
・ 新規製作の場合	P9
・ 修理(既にお持ちで、仕様を変更する)場合	P11
10. 各種目の対象例等(補装具費支給事務取扱要領抜粋)	
・ 車椅子	P13
・ 電動車椅子	P19
・ 姿勢保持装置	P21

1. 補装具費支給制度とは

「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」第2章自立支援給付の第76条に規定された制度です。

この法律は、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを目的としています。

2. 補装具とは

定義

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については、将来、社会人として自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。

日常生活・就労・就学において、何が改善されるのか、具体的に示されることが必要です。

例)屋外歩行が一人では困難なため、車椅子を利用することで、一人で通学が可能となる
短下肢装具を装着することで、移乗ができるようになる 等

※ 製品・パーツ等において、「あれば便利」ではなく、「〇〇が改善される」ということが原則。

対象者

- ・ 身体障害者手帳をお持ちのかた
- ・ 障害者総合支援法の対象となる難病のかた
(下記 URL に対象疾病が掲載されています)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/hani/index.html

種目

義肢・装具・姿勢保持装置・車椅子・電動車椅子・視覚障害者安全つえ・義眼・眼鏡
補聴器車載用姿勢保持装置・起立保持具・歩行器・排便補助具・歩行補助つえ
重度障害者用意思伝達装置 (下線の種目は18歳未満のみ対象)

治療用装具との違い

治療用装具：疾病又は負傷の治療遂行上必要なもの

補装具：職業その他日常生活の効率の向上を図るもの

補装具は、疾病等にかかわらず、職業や日常生活の障壁を取り除くために支給されます。

主な原則

○支給対象となる個数は、原則として1種目につき1個です。

身体障害者・児の障害の状況等を勘察し、職業又は教育上等特に必要と認められた場合は、2個とすることができます。

○自己負担が発生する場合があります。

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を追加する場合、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になります。

○耐用年数及び使用年数に関わらず、支給可能な場合があります。

通常の装着等状態において、修理不能となるまでの予想年数が示されたものであり、個々の実情に沿った対応が行われるよう十分に配慮する必要があります。また、障害児においては、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、柔軟に対応する必要があります。

○介護保険による福祉用具の貸与(レンタル)が優先です。

介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合。ただし、オーダーメイド等による個別に製作する必要があると判断される場合には、補装具費を支給することになります。

○趣味・余暇活動における製品・パーツ等は対象となりません。

クラブ活動等で使用する製品・パーツは対象外となります。

利用者負担

○原則1割負担です。(月額負担上限額は37,200円です)

○18歳以上の場合、本人又は配偶者のいずれかが一定所得以上の場合、支給対象外となります。

3. 身体障害者更生相談所(以下、身更相)とは

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、身体障害者福祉法第10条第1項第2号二に定める補装具の処方及び適合判定を行う機関。

(厚生労働省:補装具支給事務取扱指針より)

身体障害者更生相談所(以下、身更相)による判定方法

(1) 判定医療機関への来所による判定(直接判定)が必要な種目

- ・ 義肢
- ・ 装具
- ・ 姿勢保持装置
- ・ 電動車椅子

(2) 意見書(身体障害者福祉法第15条指定医作成)による判定(書類判定)が必要な種目

- ・ 補聴器
- ・ 車椅子(レディメイドを除く)
- ・ 重度障害者意思伝達装置

(3) 上記以外の種目は身更相による判定が不要

※18歳未満の障害児は、身更相による判定は不要です。⇒市町村の判断で支給決定となります。

※判定医療機関については、お住まいの市町村の障害福祉 担当窓口へお問い合わせください。

車椅子のレディメイド式とは?

カタログに「レディメイド式」と記載されていて、かつ標準装備のみで対応できるもの。

4. 補装具製作の主な流れ



- ①理学療法士・作業療法士と補装具事業者が製作補装具の評価及び検討を行う。
- ②申請者が市町村窓口へ申請する。
- ③判定医師及び身更相が判定を行う。
- ④判定内容をもとに、市町村が支給を決定する。
- ⑤補装具事業者が補装具の製作を開始する。
- ⑥判定医師が、製作された補装具の適合を確認する。
- ⑦補装具製作事業者から申請者に製品が渡され、費用の支払いとなる。
- ⑧完成後の補装具の使用状況や不具合についてフォローを行う。

5. 各機関・職種等の役割等

機関・職種	役割	フロー図
医師	総合的な情報に基づいた、補装具の選定及び製作の指示等	③⑥
理学療法士・作業療法士	補装具に必要な身体機能・環境の評価	①
補装具事業者	身体機能・環境に基づいた、製品・パーツ等の提案	①③⑤⑥⑦
市町村	支給申請における対応 補装具事業者選定にあたり、申請者への情報提供	②④⑦
身体障害者更生相談所	制度解釈等、医師・事業者への支援及び助言等	③⑥

○リハビリテーション職種の役割

一人ひとりにあった運動を促し、環境整備(椅子や手すりなど)、補装具(車椅子、杖、歩行器等)の提案を通じて生活しやすい環境作りを支援します。

(理学療法士協会発行「理学療法ガイド」より抜粋)

6. 補装具製作における理学療法士・作業療法士の強み

- 申請者(当事者)の最初の相談先であることが多い。
- 補装具製作に必要な身体機能、使用環境及びADL等を評価することができる専門職である。
- 福祉機器に関する知識を有している。

⇒医師・補装具事業者・行政へ、補装具製作に必要な身体状況や使用環境の情報を、提供することができる。



**申請者の生活に必要な福祉機器が支給される。
支給されるまでの流れがスムーズになる。**

補装具製作時のポイント例

○制度からみて

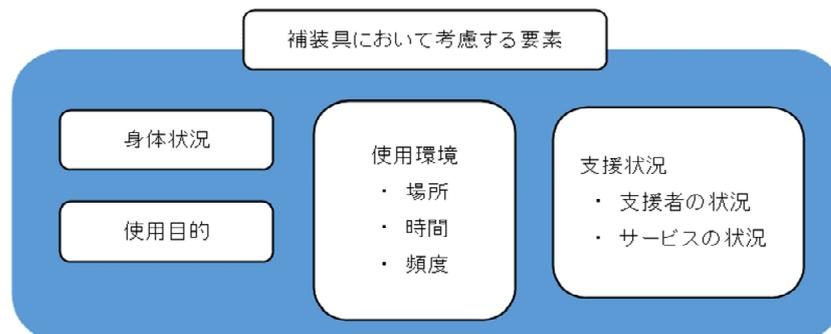
- ・ 日常生活・就労・就学において、具体的な問題や課題があるか。
- ・ その問題や課題が補装具によって改善され、具体的に達成できることはあるか。
- ・ 使用頻度は日常生活に相当する頻度か。⇒ 月1回程度の利用は、日常生活等とはみられません。

○使用環境からみて

- ・ 使用環境に合った仕様・製品となっているか。(例:段差等の障壁をクリアできる仕様か)
- ・ 車体幅等のサイズは、使用環境に適応できるか。(例:自宅内を移動できるサイズなのか)
- ・ 使用環境の改修が必要ではないか。⇒ 住宅改修等の制度を利用することも併せて検討できる。

○身体機能からみて

- ・ 股関節屈曲 90° 以上の ROM 制限はないか。⇒ リクライニングや背座角度調整等を検討。
- ・ 足関節背屈 0° 以上の ROM 制限や過緊張はないか。⇒ フットサポートの角度調整等を検討。
- ・ 褥瘡のリスク(褥瘡歴や重度の感覚障害など)はないか。⇒ クッションの素材等を検討。
- ・ 誤嚥リスクはないか。⇒ ティルト機構やヘッドサポートの調整等を検討。



7. 評価票について

理学療法士・作業療法士が、医師・補装具事業者・行政へ提供する情報をまとめるためのツールです。

(例えば) 使用環境…補装具事業者、医師が補装具を製作するために必要な情報
 製作補装具の評価…身更相及び市町村が判定及び決定をするために必要な情報
 身体機能評価…補装具事業者、医師が補装具を製作するために必要な情報

根拠

高知県補装具費支給事務に係る判定事務取扱要領に規定しています。

国に規定された様式ではありませんが、以下の目的のために高知県で定めたものになります。

目的

- (1) 医師・補装具事業者・身更相が身体機能や生活環境等を共有することができる
 ⇒補装具選定をスムーズに進められる
- (2) 製作する補装具の使用目的等を明らかにする
- (3) 申請者のフォローアップのための参考資料となる

※評価票は、支給決定を左右するものではなく、参考資料としての扱いとなります。

各種目の取扱いと必要書類について

種目	判定不要 (市町村で決定)	身更相の判定が 必要	評価票
義肢		◎	
装具		◎	
姿勢保持装置		◎	○
車椅子 (レディメイド)	○		
車椅子 (レディメイド除く)		●	○
電動車椅子		◎	○
車載用 姿勢保持装置	○		
起立保持具	○		
歩行器	○		
排便補助具	○		
歩行補助つえ	○		
重度障害者用 意思伝達装置		●	
仕様変更を 伴う修理	各種目に対応		
仕様変更を 伴わない修理	○		

◎：判定医療機関による医学的判定が必須

●：補装具費支給意見書(15条指定医等)による書類での判定が可能

※1 特例補装具となる場合や、判定不要の場合でも、市町村によって評価票が必要となる場合があります。

※2 18歳未満の障害児は、身更相による判定は不要です。

8. 評価票作成のポイント

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

使用環境

1) 場所	<input type="checkbox"/> 家屋内	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 外出時	<input type="checkbox"/> その他	[]
2) 環境整備	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要	[]			
3) 使用頻度	[]	日/週	[]	時間/日		
4) 使用場面	<input type="checkbox"/> 日中	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 作業・就労	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> その他	[]
5) 主介護者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[]			

製作補装具の評価等

1) 製作補装具	<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用)
	<input type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input type="checkbox"/> 簡易形切替式 <input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式 <input type="checkbox"/> 標準形)
	<input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 <input type="checkbox"/> その他 []
	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング式 <input type="checkbox"/> リフト式
2) 使用中の福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
3) 仕様変更の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
4) 日常生活や社会参加（就労等）での課題	[]
5) 補装具によって期待される効果（日常生活や社会参加への効果）	[]
6) 特記する工夫点（具体的な製品名があれば記載してください）	[]

身体機能

1) 関節可動域制限 (他動運動)	股関節屈曲90° 未満の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	膝関節伸展90° 未満の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	足関節背屈0° 未満の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	その他の部位	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	[]	
2) 感覚障害 (重度鈍麻～脱失)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
3) 疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
4) 褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
5) 脱臼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
6) 側弯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
7) 医学管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
8) 定頸	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> 保持困難(ヘッドサポートが必要)	
9) 端座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> (両手・片手) 支持で保持可能	<input type="checkbox"/> 保持困難
10) 立位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> (両手・片手) 支持で保持可能	<input type="checkbox"/> 保持困難
11) 移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
12) 平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
13) 駆動能力	<input type="checkbox"/> 長距離(屋外)可能 <input type="checkbox"/> 短距離(屋内)可能 <input type="checkbox"/> 不可	
14) 駆動方法	<input type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動 <input type="checkbox"/> 不可	
15) 危険認知	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 判断不可	[]

年 月 日 所属： _____

職種： _____ 作成者： _____

使用環境

- 1) 使用場所すべてを選択してください。その他の場合は、()内に具体的な場所を記載してください。
- 2) 住宅改修等も検討している場合は「要」を選択し、()内に具体的な検討事項を記載してください。
- 3) 製作する補装具の使用頻度(見込みやおおよその時間)を記載してください。
- 4) 使用場面すべてを選択してください。その他の場合は、()内に具体的な場面を記載してください。
- 5) 独居の場合は「なし」となります。介護者がいる場合は、()内に具体的に記載をしてください。

製作補装具の評価等

- 1) 今回製作する補装具の種目を選択してください。
- 2) 評価票作成時点で使用中の福祉用具があれば「有」を選択してください。
レンタル品も含まれます。()内に、具体的な種目や製品名を記載してください。
- 3) 新規製作や、仕様変更をしない修理や再支給の場合は「無」を選択してください。
「有」の場合は、具体的な変更箇所を記載してください。
- 4) 日常生活、就労および教育のための具体的な問題点・課題を記載してください。
- 5) 補装具の製作によって、4)の課題がどのように改善されるのか、具体的に記載をしてください。
- 6) 製作のポイント、具体的な製品や付属品を記載してください。

身体機能

- 1)～6)「有」の場合、具体的な部位と角度を()内に記載してください。
※補装具製作に関係する部位のみの記載で構いません。
- 7) 人工呼吸器、痰吸引、経管栄養等の医療ケアの有無を記載してください。
- 8～15) リハビリ場面ではなく、日常場面での状態(実用性)の評価を記載してください。
- 15) 構音障害や失語症、知的機能低下などにより、コミュニケーション能力低下がある場合は、()内に記載してください。

9. 記載例

新規製作の場合①

氏名	くろしお 花子	生年月日	平成××年 ××月 ××日
使用環境			
1) 場所	<input checked="" type="checkbox"/> 家屋内 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> その他 []	
2) 環境整備	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 [玄関前の段差昇降機、各部屋の段差解消]	
3) 使用頻度	[5] 日/週 [8~10] 時間/日		
4) 使用場面	<input checked="" type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 作業・就労 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 []	
5) 主介護者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [両親(60歳代)]	
製作補装具の評価等			
1) 製作補装具	<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用) <input checked="" type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/> 簡易形切替式 <input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式 <input type="checkbox"/> 標準形) <input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 <input type="checkbox"/> その他 [] <input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> テイルト式 <input type="checkbox"/> テイルト・リクライニング式 <input type="checkbox"/> リフト式		
2) 使用中の福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [短下肢装具、ロフトランド杖]	
3) 仕様変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
4) 日常生活や社会参加(就労等)での課題	[屋内外ともに杖歩行を行っていたが、筋力低下によって転倒が頻回となっている。自宅内の移動も両親の介助が必要となっている。]		
5) 補装具によって期待される効果(日常生活や社会参加への効果)	[電動車椅子の導入によって、自宅内移動や外出が自立できる。		
6) 特記する工夫点(具体的な製品名があれば記載してください)	[わずかな距離では自走も可能なため、簡易電動車椅子が適している。屋外移動時の姿勢保持のために骨盤・胸ベルトが必要。また、クッションは○○によって姿勢が安定する。]		
身体機能			
1) 関節可動域制限 (他動運動)	股関節屈曲90° 未満の制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 膝関節伸展90° 未満の制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 足関節背屈0° 未満の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 その他の部位 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []		
2) 感覚障害(重度鈍麻~脱失)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
3) 疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
4) 褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
5) 脱臼	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
6) 側弯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [右凸]	
7) 医学管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
8) 定頸	<input checked="" type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> 保持困難(ヘッドサポートが必要)		
9) 端座位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input checked="" type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能 <input type="checkbox"/> 保持困難		
10) 立位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input checked="" type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能 <input type="checkbox"/> 保持困難		
11) 移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
12) 平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
13) 駆動能力	<input type="checkbox"/> 長距離(屋外)可能 <input checked="" type="checkbox"/> 短距離(屋内)可能 <input type="checkbox"/> 不可		
14) 駆動方法	<input checked="" type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動 <input type="checkbox"/> 不可		
15) 危険認知	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 判断不可 []	
令和××年 ××月 ××日		所属: 訪問看護ステーション××	
職種: 作業療法士		作成者: 四国 太郎	

氏名	高知 太郎	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
----	-------	------	---------------

使用環境

1) 場所	<input type="checkbox"/> 家屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input checked="" type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> その他 []
2) 環境整備	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 []
3) 使用頻度	[7] 日/週 [3~4] 時間/日
4) 使用場面	<input checked="" type="checkbox"/> 日中 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 作業・就労 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 []
5) 主介護者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [施設職員]

製作補装具の評価等

1) 製作補装具	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走用 <input checked="" type="checkbox"/> 介助用) <input type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input type="checkbox"/> 簡易形切替式 <input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式 <input type="checkbox"/> 標準形) <input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input checked="" type="checkbox"/> ティルト・リクライニング式 <input type="checkbox"/> リフト式
2) 使用中の福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 普通型車椅子、補聴器、痰吸引器
3) 仕様変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [新規作製]
4) 日常生活や社会参加(就労等)での課題	[現在の普通型車椅子では前滑りが頻回であり、10分に1度は姿勢の修正が必要。また、誤嚥もあり、安全に食事をとることが困難(リハ職によるポジショニングをとった場合は誤嚥なく経口摂取が可能)]
5) 補装具によって期待される効果(日常生活や社会参加への効果)	[安定した座位姿勢によって、施設内作業への参加や安全な経口摂取が可能となる。]
6) 特記する工夫点(具体的な製品名があれば記載してください)	[股関節脱臼や脚長差があるため、座面はモールド型が適している。嚥下に配慮するため、ティルト・リクライニング式は必要。]

身体機能

1) 関節可動域制限 (他動運動)	股関節屈曲90° 未満の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 膝関節伸展90° 未満の制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 足関節背屈0° 未満の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 その他の部位 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
2) 感覚障害(重度鈍麻~脱失)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [両下肢・体幹背面]
3) 疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
4) 褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
5) 脱臼	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [左股関節]
6) 側弯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [左凸]
7) 医学管理	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [痰吸引]
8) 定頸	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input checked="" type="checkbox"/> 保持困難(ヘッドサポートが必要)
9) 端座位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能 <input checked="" type="checkbox"/> 保持困難
10) 立位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能 <input checked="" type="checkbox"/> 保持困難
11) 移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
12) 平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
13) 駆動能力	<input type="checkbox"/> 長距離(屋外)可能 <input type="checkbox"/> 短距離(屋内)可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
14) 駆動方法	<input type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
15) 危険認知	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 判断不可 [認知機能の低下あり]

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

所属： 〇〇病院

職種： 理学療法士

作成者： 土佐 花子

修理(既にお持ちで、仕様を変更する)の場合①

氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和△△年 △△月 △△日
----	--------------	------	----------------------

使用環境

1) 場所	<input checked="" type="checkbox"/> 家屋内	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 外出時	<input type="checkbox"/> その他 []
2) 環境整備	<input checked="" type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要	[]		
3) 使用頻度	[7] 日/週	[10] 時間/日			
4) 使用場面	<input checked="" type="checkbox"/> 日中	<input checked="" type="checkbox"/> 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 作業・就労	<input checked="" type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> その他 []
5) 主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[]		

製作補装具の評価等

1) 製作補装具	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用)
	<input type="checkbox"/> 電動車椅子 (<input type="checkbox"/> 簡易形切替式 <input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式 <input type="checkbox"/> 標準形)
	<input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 <input type="checkbox"/> その他 []
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> テイルト式 <input type="checkbox"/> テイルト・リクライニング式 <input type="checkbox"/> リフト式
2) 使用中の福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [車椅子、改造自動車]
3) 仕様変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [クッション変更]
4) 日常生活や社会参加(就労等)での課題	[通勤や日常生活全般で車椅子を使用しているが、臀部に発赤ができ、痛みがある。]
5) 補装具によって期待される効果(日常生活や社会参加への効果)	[クッション変更により、褥瘡リスクが軽減され、通勤や日常生活が安全に過ごせる。]
6) 特記する工夫点(具体的な製品名があれば記載してください)	[数種類のクッションを検討した結果、〇〇(製品名)が適していると考える。]

身体機能

1) 関節可動域制限 (他動運動)	股関節屈曲90° 未満の制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	膝関節伸展90° 未満の制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	足関節背屈0° 未満の制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	その他の部位	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	[]	
2) 感覚障害(重度鈍麻～脱失)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	[Th12脊髄損傷、損傷部位以遠部]
3) 疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	[左殿部]
4) 褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	[左殿部]
5) 脱臼	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
6) 側弯	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
7) 医学管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[]
8) 定頸	<input checked="" type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input type="checkbox"/> 保持困難(ヘッドサポートが必要)	
9) 端座位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(両手・片手)支持で保持可能</td> <td><input type="/> 保持困難	
10) 立位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能 <input "="" type="checkbox"/> 保持困難	
11) 移乗動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
12) 平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
13) 駆動能力	<input checked="" type="checkbox"/> 長距離(屋外)可能 <input type="checkbox"/> 短距離(屋内)可能 <input type="checkbox"/> 不可	
14) 駆動方法	<input checked="" type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動 <input type="checkbox"/> 不可	
15) 危険認知	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 判断不可	[]

令和△△年 △△月 △△日

所属： △△センター

職種： 理学療法士

作成者： 高知 花子

修理(既にお持ちで、仕様を変更する)の場合②

氏名	四国 花子	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
----	--------------	------	----------------------

使用環境

1) 場所 家屋内 屋外 施設内 外出時 その他 []

2) 環境整備 不要 要 []

3) 使用頻度 [**3~4**] 日/週 [**2~3**] 時間/日

4) 使用場面 日中 食事 作業・就労 移動 その他 []

5) 主介護者 なし あり [**妻、娘(20歳代)**]

製作補装具の評価等

1) 製作補装具 車椅子 (自走用 介助用)
 電動車椅子 (簡易形切替式 簡易形アシスト式 標準形)
 姿勢保持装置 その他 []

2) 使用中の福祉用具 無 有 [**ティルト・リクライニング式介助用車椅子**]

3) 仕様変更の有無 無 有 [**呼吸器、痰吸引器搭載台追加、ベルト変更、体幹パッド追加**]

4) 日常生活や社会参加(就労等)での課題
 [**病状の悪化により、姿勢保持能力が低下して体幹の崩れが顕著になった。また、人工呼吸器を導入したことで、搭載台が必要となった。**]

5) 補装具によって期待される効果(日常生活や社会参加への効果)
 [**骨盤・胸ベルトの変更と体幹パッド追加により、屋外移動でも安定した姿勢保持が可能となる。また、呼吸器を装着した状態で通院等の外出が可能となる。**]

6) 特記する工夫点(具体的な製品名があれば記載してください)
 [**骨盤ベルトは◇◇(製品名)が最も適していると考える。**]

身体機能

1) 関節可動域制限 (他動運動) 股関節屈曲90° 未満の制限 無 有
 膝関節伸展90° 未満の制限 無 有
 足関節背屈0° 未満の制限 無 有
 その他の部位 無 有
 [**肩関節屈曲45°**]

2) 感覚障害(重度鈍麻~脱失) 無 有 [**四肢・体幹全般**]

3) 疼痛 無 有 []

4) 褥瘡 無 有 []

5) 脱臼 無 有 []

6) 側弯 無 有 []

7) 医学管理 無 有 [**人工呼吸器、痰吸引器、胃瘻**]

8) 定頸 支持なしで保持可能 保持困難(ヘッドサポートが必要)

9) 端座位保持 支持なしで保持可能 (両手・片手)支持で保持可能 保持困難

10) 立位保持 支持なしで保持可能 (両手・片手)支持で保持可能 保持困難

11) 移乗動作 自立 修正自立 一部介助 全介助

12) 平地歩行 自立 修正自立 一部介助 全介助

13) 駆動能力 長距離(屋外)可能 短距離(屋内)可能 不可

14) 駆動方法 両手駆動 片手駆動 足駆動 不可

15) 危険認知 問題なし 要支援 判断不可 [**呼吸器装着のため、発話不可(以前はコミュニケーション問題なかった)**]

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 所属: **訪問看護ステーション〇〇**

職種: **作業療法士** 作成者: **くろしお 太郎**

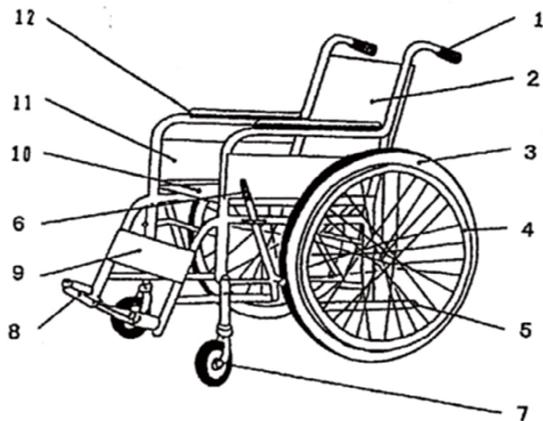
10. 各種目の対象例等（補装具費支給事務取扱要領抜粋）

車椅子

機構加算の対象者例及び構造

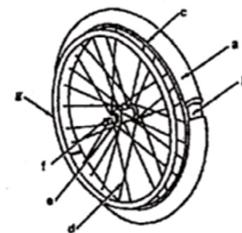
機構名称	対象者例	構造
リクライニング機構	<ul style="list-style-type: none"> ・ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 ・ 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ バックサポート角度が変換でき、バックサポートの傾斜を、工具を使わずに調整できる機構
ティルト機構	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ シートとバックサポートとの角度が固定されたまま、シート及びバックサポートの傾斜を、工具を使わずに一体的に調整できる機構
ティルト・リクライニング機構	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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せない者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ バックサポート角度及びシート角度が変換でき、バックサポート及びシートの傾斜を、それぞれ工具を使わずに調整できる機構
リフト機構	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ シートの高さを、工具を使わずに調整できる機構（昇降機構及びスタンドアップ機構を含む。）

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に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



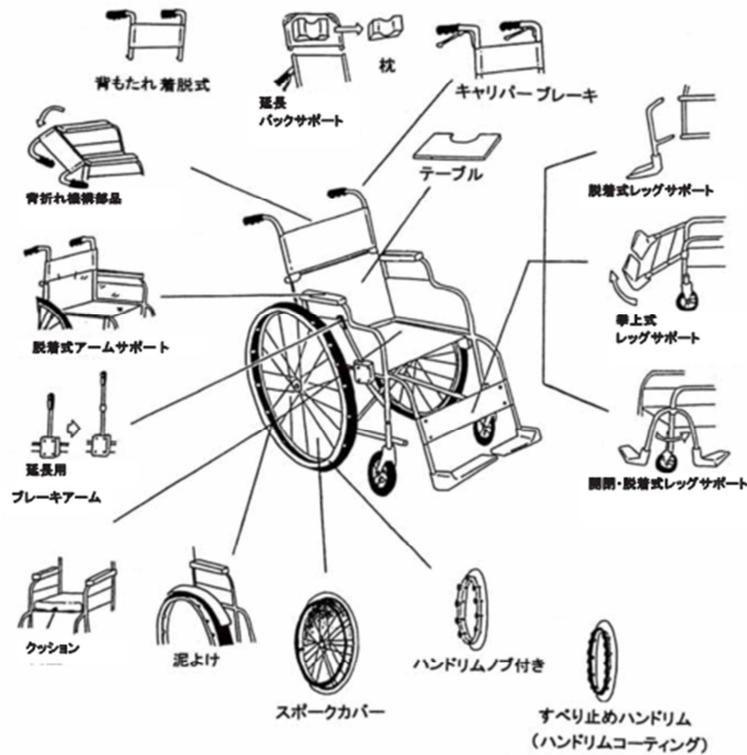
- | | |
|----|------------|
| a. | タイヤ |
| b. | チューブ |
| c. | リム |
| d. | スポーク |
| e. | ハブ |
| f. | ハブシャフト（車軸） |
| g. | ハンドリム |

構造部品加算の対象者例及び構造

本体部位	構造名称	対象者例	構造
基本構造	後方大車輪(標準)		
	前方大車輪	肩関節等に運動制限、筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力が得られない者(操作能力についても確認すること。)	前輪は大径車輪、後輪はキャストで編成したもの
	6輪構造	職場や家屋が狭小な者	前輪2輪、中輪(大径車輪)2輪、後輪2輪の6輪で構成したもの
	幅止め		フレームの幅止めを目的としてバックサポートパイプ間又はベースパイプ間に配置するもの
シート	スリング式(標準)		布製の一枚もののシート構造
	張り調整式	下肢、体幹筋の麻痺等により、座面を調整する必要がある者	座のベースパイプ間にベルトを数本張り(ベルトが連結されて一体になっているものを含む。)、カバーで覆う構造
	板張り式	スリング式では座位保持が困難な者	座に硬度が高い板を用いたもの
	奥行調整		座のベースパイプの長さが可変できる構造
バックサポート	スリング式(標準)		布製の一枚もののシート構造
	張り調整式	体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安定性の確保が困難な者	バックサポートパイプ間にベルトを数本張り(ベルトが連結されて一体になっているものを含む。)、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)
	ワイドフレーム		車椅子の全幅を抑える目的でバックサポートパイプの幅を途中から広げた構造
	バックサポート延長	体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者	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(枕は含まない。)
	バックサポート高さ調整	体幹の筋力低下や脊柱変形等などによって発生する症状に合わせて背当ての高さを調整する必要がある者	バックサポートパイプの高さが可変できる構造
	背座角度調整	体幹の筋力低下や脊柱変形等などによって発生する症状に合わせて背当て角度を調整する必要がある者	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
	背折れ		車載等を目的に、バックサポートパイプの途中から折たたみ可能なもの
	固定式(標準)		
レッグサポート	挙上式(片側)	膝関節に屈曲制限がある者	メカニカルロック等でレッグサポート及びフットサポートを挙上できる構造
	開閉着脱式(片側)	移乗動作時にレッグサポートの取外しが必要な者	フレームパイプに部品を取付け、レッグサポートを差し込む等して開閉着脱を可能にした構造
	挙上・開閉着脱式(片側)	膝関節に屈曲制限があり、移乗動作時にレッグサポートの取外しが必要な者	挙上式及び開閉着脱式の構造を持つもの
	レッグベルト全面張り	帯状のレッグサポートでは、シートとフットサポート等の隙間に足部が入る危険性がある者	フットサポートの上面からシートの前端までの範囲で広く覆う構造
	セパレート式(標準)		フットサポートを上方に折りたたみができる構造
フットサポート	セパレート式(二重折込式)		フットサポートを上方かつ側方に折りたたみができる構造

	中折れ式	車椅子の使用頻度が高く、フレームの強度が必要な者	左右一体型でフットサポートの中心で折りたたみができる構造
	前後調整		
	角度調整	足関節の可動域制限があり、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する者等	フットサポートの奥行、角度、幅を変えることができる構造
	左右調整		
アームサポート	一体型固定式		アームサポートフレームが車椅子フレームと一体構造のもの
	一体型跳ね上げ式	移乗動作時に必要な者	アームサポートの跳ね上げを可能とするもの
	一体型着脱式	移乗動作時に必要な者	アームサポートをフレームに差し込む構造で着脱を可能にしたもの
	独立型固定式		車椅子のサイドフレームとは別にブラケットなどを介して取り付けられたパイプ状のアームサポート
	独立型跳ね上げ式	移乗動作時に必要な者	車椅子のサイドフレームとは別にブラケットなどを介して取り付けられたパイプ状のアームサポートで、跳ね上げを可能とするもの
	独立型着脱式	移乗動作時に必要な者	車椅子のサイドフレームとは別にブラケットなどを介して取り付けられたパイプ状のアームサポートで、アームサポートを
	高さ調整機構	上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を必要とする者	肘を乗せる部分が上下に可動する構造
	角度調整機構	ティルト時にアームサポートから肘が落ちやすい者	肘を乗せる部分の角度が可変する構造
	アームサポート拡幅	肘がアームサポートから落ちやすい者	肘当ての幅を6cm以上の幅広タイプとしたもの
	アームサポート延長	リクライニング時に肘がアームサポートから落ちやすい者	肘当ての長さを後方に延長したもの
ブレーキ	駐車ブレーキ(標準)		構造にかかわらず車椅子を駐車させるためのブレーキ
	介助用ブレーキ	利用者自身で車椅子を制動することが困難な者	介助者が押し手に取り付けられたレバーを用いて車椅子を制動させるためのブレーキ
	フットブレーキ	利用者自身で車椅子を停止させることが困難な者	介助者が主に車椅子の後方から足元でペダル等を踏み込むことで車椅子を停止させることができるブレーキ
駆動輪・主輪	固定式(標準)		
	着脱式	車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びやすくする必要のある者	車輪中心のボタンを押すことにより、脱着可能な構造
	車軸位置調整	身体状況の変化に応じて車軸位置の調整が必要な者	車軸取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(オーダーメイドでの算定不可)
	キャンバー角度変更	ハンドリムを肩幅に近づけて、操作性ならびに走行性を向上させる必要性がある者	車椅子の車体に対して、主輪の角度が鉛直からマイナス(上が狭い)の状態を取付けられたもの
	片手駆動	片麻痺者	駆動のためのハンドリムが二重構造になっており、非麻痺側での駆動が可能なもの
	レバー駆動	片麻痺者	駆動のためのレバーが設置されており、レバーを動かすことで非麻痺側での駆動が可能なもの
タイヤ	エア(標準)		チューブを必要とするタイヤ

	ノーパンク	メンテナンスフリーを希望する者	ハイポリマー製のもの又はこれに準ずるもの
キャスト	エア(標準)		チューブを必要とするタイヤ
	ノーパンク	メンテナンスフリーを希望する者	ハイポリマー製のもの又はこれに準ずるもの
ハンドリム	プラスチック(標準)		
	ステンレス	金属製の強度が必要な者	
	アルミ	金属製の強度が必要な者	
	ピッチ 30 mm以上	上肢機能の制限により、ハンドリムの操作が困難な者	ハンドリムと車輪のリム間が 30 mm以上の構造
	片手駆動用	片手駆動の車椅子を使用している者	片手駆動車輪用のハンドリム



付属品例

付属品の対象者例及び構造

名称	対象者等の例	構造
クッション(カバー付き) 平面形状型	座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者	平面形状型とは、平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するもの。ただし、ウレタン等の発泡樹脂をクッション材として使用したものに限る。
クッション(カバー付き) モールド型	座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者	身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するもの
クッション(カバー付き) ゲル素材	殿部の褥瘡の危険性がある者	クッションの一部にゲル素材が使用されているもの

クッション(カバー付き) 多層構造	座位保持は可能だが、使用時間により殿部の褥瘡の危険性がある者	硬さが異なる素材を3層以上重ねて製作されているもの(立体編物との併用加算はできない。)
クッション(カバー付き) 滑り止め加工	足こぎ操作や、移乗動作によりクッションのズレが頻繁に生ずる者	シートやカバーに面ファスナーや滑り止め効果のある素材を縫製したもの。価格は1台分のものであることとし、シートとクッションカバーの双方に使用した場合でも1個分の加算とすること。
クッション防水加工	失禁が頻回等の理由から防水機能を必要とする者	クッション又はカバーに防水加工を施したもの。価格は1台分のものであること。
座板	スリング式のシートでは座位保持が困難な者	座位を安定させるためにシートを構成する硬度が高い板でクッションと一体になっているもの(着脱できないものを含む。)
背クッション	背部の褥瘡危険性がある者。軽度の座位困難性があり、座位保持に必要とする者	背部に用いて、体圧分散又は姿勢保持の機能を有するクッション(バックサポートに取り付けたものを含む。)
ヘッドサポート着脱式	頭部支持が必要な者	背パイプから延長された構造で、着脱が可能なもの(枕を含む。)
ヘッドサポート マルチタイプ(枕含む)	頭部の支持が必要で、位置を微調整する必要がある者(バギー形を除く。)	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るもので高さ調整、前後調整、角度調整及び着脱が可能なもの(枕を含む。)
ヘッドサポート 枕 (オーダーメイド)	頭部のコントロールが困難で、頭部の形状が非対称等の理由によりアライメントの調整が困難な者	利用者の頭頸部に適合させたオーダーメイドの枕(カバーを含む。)
ヘッドサポート 枕 (レディメイド)	頭部のコントロールが困難で、アライメントの調整が必要な者	レディメイドの枕(カバーを含む。)
フットサポート ヒールループ	フットサポートから足部が後方に脱落する危険性がある者	踵部にベルト等を引き掛け、足部が後方に脱落しないようにしたもの
フットサポート アングルストラップ	フットサポートから足が脱落する危険性がある者	足部をベルト等で、フットサポートに固定するもの
フットサポート ステップカバー	足部の保護が必要な者	フットサポート全体を覆うことにより、足部の保護や負担を軽減するもの
テーブル	車椅子上で机上作業を行う者	机上作業を行う場合に用いるもの
テーブル取付部品	車椅子上にテーブルを固定する必要がある者	金属製又は木製などでテーブル裏面やアームサポートなどにテーブルを固定する部品
転倒防止装置パイプ	使用者の動作により、後方や側方などに車椅子ごと転倒する危険性がある者及びリクライニングやティルト機構の車椅子を使用している者	車椅子本体が転倒することを防ぐためのパイプ。後方、側方等の転倒防止方向は問わない。
転倒防止装置 キャスト付き	転倒防止装置が必要な者で、パイプでは地面と干渉してしまい、移動の妨げになる場合	先端にキャストが付いた転倒防止装置。後方、側方等の転倒防止方向は問わない。
転倒防止装置 キャスト付き折りたたみ	転倒防止装置が必要な者で、段差を乗り越える際にパイプでは干渉してしまい移動の妨げになる場合	転倒防止装置キャスト付きのうち、ワンタッチで折りたたみ可能なもの
搭載台 (呼吸器搭載台、痰吸引機搭載台、携帯用会話補助装置搭載台等)	呼吸器、痰吸引器、携帯用会話補助装置等の日常生活に必要な装置を常時使用する必要がある者。 (搭載する装置は、告示の備考欄に示したものに限定するものではなく、心拍モニタ等の日常生活に必要な装置を含む。)	車椅子フレームの下部等に台を取り付けたもの

車載固定用部品	車載固定の必要がある者	車に固定するための部品をフレームに溶接した構造等。4個まで
杖たて一本杖	杖を携行する必要がある者 (バギー形を除く。)	ティッピングレバーなどに、杖を収納するためのもの
杖たて多脚つえ	多脚つえを携行する必要がある者 (バギー形を除く。)	ティッピングレバーなどに、杖を収納するためのもの
酸素ポンペ固定装置	酸素ポンペを携行する必要がある者	車椅子の前方や後方、下方等に酸素ポンペを固定設置するためのもの
栄養バック取付用ガードル架	栄養バックを携行する必要がある者	車椅子の前方や後方に栄養バックを取り付けるためのもの
点滴ポール	車椅子を使用しながら持続点滴が必要な者	車椅子の前方や後方に点滴バッグを取り付けるためのもの
日よけ部品	直射日光を照射により、体温上昇等のリスクが考えられる者	車椅子に取り付けて直射日光を遮る構造を有するもの
雨よけ部品	雨天外出が想定される者	車椅子に取り付けて、雨傘としての機能をもたせたもの
泥除け(片側)	駆動時に腕とタイヤが接触する危険性がある者(バギー形を除く。)	車椅子のサイドガードやフレームに取り付けてタイヤとの接触による汚損を防止するためのもの
スポークカバー	車輪に手指を挟んでしまう危険性がある者	樹脂製で車輪のスポークに固定する構造を有するもの
リフレクタ	夜間に屋外などで使用する場合に交通事故を予防する必要がある者 (バギー形を除く。)	光に反射するもので、ステッカーなども含む。
高さ調整式手押しハンドル	複数の介助者が使用する場合並びにリクライニング機構及びティルト機構を有する場合に、安全な高さに調整する必要がある者	段階式、又は任意の高さに手押しハンドルの高さを調整できる構造を有するもの

電動車椅子

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。

- 1 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。
- 2 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。

機構加算の対象者例及び構造

機構名称	対象者例	構造
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	(手動リクライニング機構) バックサポート角度が変換でき、バックサポートの傾斜を、介助者が調整できる機構 (電動リクライニング機構) バックサポート角度が変換でき、バックサポートの傾斜を、電動モータを用いて調整できる機構
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、 自立姿勢変換が困難な者	シートとバックサポートとの角度が固定されたまま、シート及びバックサポートの傾斜を、電動モータを用いて一体的に調整できる機構
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、それぞれ単独では姿勢保持等の目的が果たせない者	バックサポート角度及びシート角度が変換でき、バックサポート及びシートの傾斜を、それぞれ電動モータを用いて調整できる機構
電動リフト機構	障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情が認められる者 就労若しくは就学のために真に必要と認められる者	シートの高さを、電動モータを用いて調整できる機構 (昇降機構及びスタンドアップ機構を含む。)

構造部品加算の対象者例及び構造

本体部位	構造名称	対象者例	構造
操作レバー	ばね圧変更	上肢筋力低下や病状進行等により、 ジョイスティックの傾倒感度を、前後左右それぞれ独立に変更することが必要な者	プログラム変更により、ジョイスティックの傾倒感度を、前・後・左・右それぞれ独立変更調整が可能なもの
タイヤ	ノーパンクタイヤ (電動車椅子)	メンテナンスフリーを希望する者	ホイール付き

付属品の対象者例及び構造

項目	対象者例	構造
パワーステアリング	悪路での使用が多い者又は不随意運動等による操作不安定が解消する者	前輪を自在輪とせず、電動で操作する構造のもの
クライマーセット	標準では段差の乗り越えが出来ない者	前輪に補助輪が加わり3輪式となる構造のもの
手動スイングアーム	上肢の可動域制限等により、コントローラ位置が身体の中央になるような場合	操作ボックスを任意の場所に取り付けることが可能なアーム
電動スイングチン コントロール一式	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者。下顎部での操作が可能な者	下記パーツから構成されたもの
パワースイングチンアーム	同上	電動により可動するコントローラ取付けアーム
チン操作ボックス	同上	下顎部にて操作するためのコントロールボックス

セレクトタ	同上	走行、リクライニング等の操作切替用のスイッチ
液晶モニタ	同上	操作切り替えの状況等を表示するための液晶モニタ
頭部スイッチ・ 取付金具	同上	頭部で走行、リクライニング等の操作切り替えを行うためのスイッチとフレームに取り付けるための金具
手動スイング チンコントロール一式	上肢筋力低下により、上肢での操作が不可能な者(スイングアームの位置調整は介助者が行う者)	下記パーツから構成されたもの
手動スイング チンアーム	同上	手動により可動するコントローラ取付けアーム
チン操作ボックス	同上	下顎部にて操作するためのコントロールボックス
多様入力コントローラ 非常停止スイッチ	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊な入力装置が必要な者	非常停止スイッチ付きの多様入力コントローラ
多様入力コントローラ 4方向スイッチボード	同上	並列配置の4ボタン
多様入力コントローラ 8方向スイッチボード	同上	楕円形配置の8ボタン
多様入力コントローラ 小型ジョイスティックボックス	同上	小型のジョイスティック
多様入力コントローラ フォースセンサ	同上	フォースセンサ内蔵のコントローラ
多様入力コントローラ 足用ボックス	同上	足指や足底での操作に耐えるよう耐久性の高いコントローラ
簡易1入力	同上	スキャン式で、1ボタンで走行操作が可能な仕様コントローラ
ジョイスティック ノブ・レバーノブ 各種形状	上肢筋力低下や不随意運動等により、特殊なノブが必要な者	材料－樹脂
フットサポート ヒールループ	フットサポートから足部が後方に脱落する危険性がある者	踵部にベルト等を引き掛け、足部が後方に脱落しないようにしたもの
フットサポート アングルストラップ	フットサポートから足が脱落する危険性がある者	足部をベルト等で、フットサポートに固定するもの
フットサポート ステップカバー	足部の保護が必要な者	フットサポート全体を覆うことにより、足部の保護や負担を軽減するもの

※バッテリーの取扱い

電動車椅子のバッテリーについては、日常生活圏における坂道及び悪路の状況等、使用者の使用環境等を十分把握し、適切なバッテリーを選定すること。

姿勢保持装置

姿勢保持装置とは、体幹及び四肢の機能障害により姿勢を保持する能力に障害がある場合に用いられるものである。

付属品と目的

1 カットアウトテーブル

- (1) 机上作業を行う場合に用いるとともに、そのカット部において体幹の安定や上肢の保持を図るもの
- (2) 表面クッション張りは、緊張や不随意運動などによる頭部、上肢への保護を目的とするもの

2 上肢保持部品、体幹保持部品、骨盤保持部品、下肢保持部品、ベルト部品

次に示すそれぞれの機能を果たすもの

名称	種類	機能
上肢保持部品	1 アームサポート	上肢の支持
	2 肘パッド	肩甲帯のリラクシオン抑制、不随意運動の抑制
	3 縦型グリップ	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	4 横型グリップ	同上
体幹保持部品	5 肩パッド	肩の挙上防止、肩甲帯のリラクシオン抑制
	6 胸パッド	体幹の前傾防止
	7 胸受けロール	同上
	8 体幹パッド	体幹の横ずれ防止
	9 腰部パッド	腰椎の支持
骨盤保持部品	10 骨盤パッド	骨盤の固定
	11 殿部パッド	殿部の後ろずれ防止
下肢保持部品	12 内転防止パッド	股関節の内転防止
	13 外転防止パッド	股関節の外転防止
	14 膝パッド	前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
	15 下腿保持パッド	下腿の交差防止
	16 足部保持パッド	足部の保持
ベルト部品	腕ベルト	手の不随意運動の抑制、体幹の正中保持
	17 手首ベルト	同上
	18 肩ベルト	体幹の正中保持、前傾防止
	19 胸ベルト	体幹の前傾防止
	20 骨盤ベルト	骨盤の保持
	21 股ベルト	骨盤の前ずれ防止
	22 大腿ベルト	大腿部の保持
	膝ベルト	前ずれ防止、膝の伸展防止、骨盤の固定
	23 下腿ベルト	下腿部の保持
	24 足首ベルト	膝の伸展防止、足の横ずれ防止

3 内張り

アームサポートやテーブルの裏側に腕や膝が当たることによる怪我の防止を目的としたもの

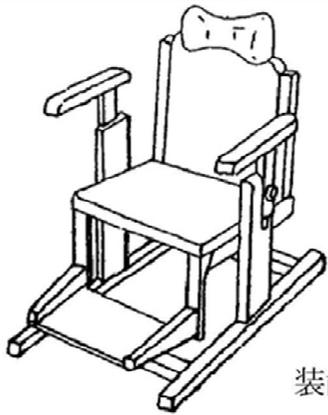
4 体圧分散補助素材

低い反発力又は衝撃を吸収する機能を有するもの

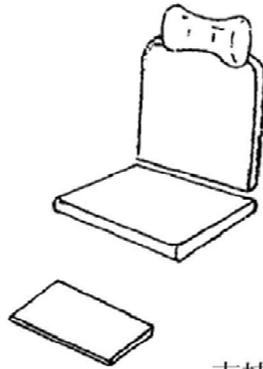
5 キャスタ

屋内で使用される場合に用いられるものであること。なお、多機能キャスタとは、車輪の動き(方向と回転)を同時に固定できるもの

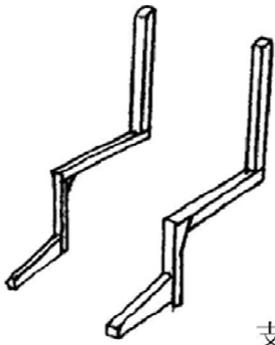
姿勢保持装置の構成概念図



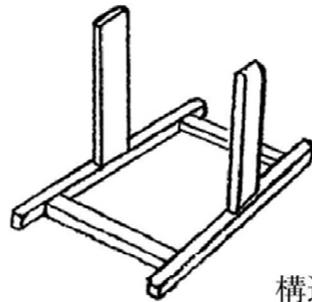
装置全体



支持部



支持部の連結



構造フレーム

付属品の例

