

補装具費支給意見書記載上の注意（肢体）

長野県立総合リハビリテーションセンター
更生相談室

「補装具費支給意見書」は、補装具の交付を希望する身体障害者の利便を図るために、最寄の身体障害者福祉法第15条指定医等であって、原則所属学会において認定されている専門医等に医学的判定をお願いするものです。

補装具費支給意見書、処方箋（採型表）及び市町村で作成する書類を基に、長野県立総合リハビリテーションセンター（更生相談所長）が総合判定を行います。

そのため、「補装具費支給意見書」によって、身体障害者の障害状況と交付を希望する補装具の適合の状態が明らかになるよう、以下の点に留意して、記載してください。

1 医学的判定欄（「障害の状況」）

① 車いす

下肢または体幹の機能の状態、歩行機能、上肢の機能、体幹のバランス、褥瘡の既往又は危険性等の身体状況及び、交付車いすの名称(例：リクライニング式普通型・ティルト式普通型等)とそれを必要とする理由並びに特別調整を必要とする理由等を記載してください。

② 電動車いす

上記①に加え、電動車いすをどのように操作するかも記載してください。(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・あご・呼吸)

③ 義肢

切断の部位、断端長、断端の状態を記載してください。

④ 下肢装具又は上肢装具

麻痺の状態、感覚障害の状態、筋力等を記載してください。

⑤ 座位保持装置

体幹の機能を記載してください。

2 医学的判定欄（「補装具を使用した効果」）

① 車いす

「屋内の移動が可能となる」、「屋内外の移動が可能となる」、「介助による移動が可能となる」等可能となる状態を記載してください。

② 電動車いす

「単独の通院が可能となる」、「単独の買い物が可能となる」、「自力で施設内の移動が可能となる」等と記載してください。

③ 義肢

義肢を装着することで可能となる動作を具体的に記載してください。

④ 下肢装具又は上肢装具

装具を装着することで可能となる動作若しくは障害の増悪の予防効果について記載してください。

⑤ 座位保持装置

座位保持装置を使うことで、座位を保つことのできる時間、可能となる動作について記載してください。