

下肢装具を快適にご利用いただくために

か し そう ぐ
下肢装具 は、ご自身の大切な **体** の一部 です。

て い なが たいせつ
手入れをして **長く大切に** 使いましょう。

ふ ぐ あい
不具合がないか、 **定期的に確認** しましょう！

下肢装具は、一人ひとりの体に合わせて個別に製作、調整しています。
しかしながら、体の機能や体重の変化などにより、足の状態は日々変わっていきま
す。また、装具は使用方法や時間の経過とともにすり減ってしまったり、がたつき
が生じたり、破損したりすることによって、足に合わなくなってきます。

ていきてき てい ふぐあい い ほ そう ぐ せい
定期的に手入れやチェックをして不具合があれば、**かかりつけ医**や**補装具製**
さくじぎょうしゃ そうだん うらめん けいさい
作業者に相談しましょう。※ **裏面にチェックポイントを掲載**しています。

下肢装具の機能

下肢装具は、脳卒中などによる麻痺や筋力の低下による不安定さを軽減し、動かしにくく
なった足の機能を補うための補装具です。

装具を使うことで歩く、立ち上がる、ベッドへ乗り移る等日常動作が行いやすくなり、日々
体を使い活動的で健康な毎日を過ごすことを助けます。その他、麻痺した足先の変形や関節
が硬くなることを予防する効果もあります。



プラスチック製短下肢装具（一例）

主な役割

歩行、日常動作をしやすくする

足の変形を予防・矯正する

足の痛みを軽減・予防する

安全で適切な使用のためのチェックポイント

- マジックバンドの付きが弱くなった。
- 足底の滑り止めがはがれている。靴底がすり減っている。
- プラスチックにひびが入っている。変色している。
- 立ったり歩いたりするときに変な音がする。
- 皮膚が当たって赤くなっている。痛みがある。傷ができています。
- 足の太さの変化によって、サイズが合わなくなった。
- 以前より歩きにくくなった。

※該当する項目がありましたら、かかりつけ医や補装具製作事業者、各区の福祉保健センターに、修理や作り直しについてご相談ください。

不具合に関する相談先

補装具製作事業者

かかりつけ医

当センター補装具クリニック 毎週月曜日・金曜日午前 (TEL) 473-0666
※要予約

補装具の修理・作り直しの申請窓口

修理・作り直しには身体障害者手帳を利用することが可能な場合があります。
お住まいの区の福祉保健センターにご相談ください。

本チラシについてのお問い合わせ先

社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団
横浜市総合リハビリテーションセンター
〒222-0035 横浜市港北区烏山町1770
(TEL) 045-473-0666 (FAX) 045-473-0956

義足を快適にご利用いただくために

ぎそく
義足 は、ご自身の大切な **体** の一部 です。

てい
手入れ をして **長く快適に** 使しましょう。

ふぐあい
不具合がないか、**定期的に確認** しましょう！

義足は、一人ひとりの体に合わせて個別に製作、調整しています。

しかしながら、断端の状態は時間の経過とともに変わっていきます。また、義足は使用方法や時間の経過とともに部品の消耗や破損によって、故障や歩きにくさ、傷、さらには事故の原因にもなることがあります。

定期的に手入れやチェックをして不具合があれば、かかりつけ医や補装具製
作事業者にご相談しましょう。※裏面にチェックポイントを掲載しています。

義足の種類と耐用年数

「耐用年数」とは支給された補装具が修理できなくなると想定された年数のことをいいます。義足の種類、部品の種類によって、その年数は異なります。ご自身の義足の種類を理解し、「耐用年数」を把握しておきましょう。ただし、「耐用年数」は標準的な目安期間であり、義足の使用場所や頻度により消耗度が異なりますので、不具合が起きた際は、まずはかかりつけ医や補装具製作事業者にご相談してください。

日常生活の注意

義足を装用して生活するには義足使用者自身が義足や断端の維持管理に十分な注意を払う必要があります。

次のことを注意しましょう。

- ・規則正しい生活を続けましょう。
- ・断端を清潔に保ちましょう。
- ・義足の手入れを行いましょ。
- ・義足にあった靴を選びましょう。

安全で適切な使用のためのチェックポイント

《ソケット部分》

- 断端が太くなってソケットがきつく、入りにくい。
- 断端が細くなってソケットがゆるく、抜けやすい。
- 断端の先や骨にソケットがあたる。
- 歩いたときに空気がもれる音がする。

《その他》

- 義足が重たく感じる。
- 立ったり歩いたりするときに変な音がする。
- 以前より、歩きにくい。
- 転びやすい。

※該当する項目がありましたら、かかりつけ医や補装具製作事業者、各区の福祉保健センターに、修理や作り直しについてご相談ください。

不具合に関する相談先

補装具製作事業者

かかりつけ医

当センター補装具クリニック 毎週月曜日・金曜日午前 (TEL) 473-0666

※要予約

補装具の修理・作り直しの申請窓口

修理・作り直しには身体障害者手帳を利用することが可能な場合があります。
お住まいの区の福祉保健センターにご相談ください。

本チラシについてのお問い合わせ先

社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団
横浜市総合リハビリテーションセンター
〒222-0035 横浜市港北区烏山町 1770
(TEL) 045-473-0666 (FAX) 045-473-0956

下肢装具を安心・安全にご使用いただくために

下肢装具管理手帳

- あなたの下肢装具について、大切な情報を記録する手帳です。
- 「修理」や「作り直し」などの相談の際は、必ずかかりつけ医又は義肢装具士にご提出ください。

北九州市

はじめに

補装具は、障害のある方の身体機能を補完又は代替し、身体への適合を図るよう製作されたもので、医師等による専門的な知識に基づく意見や診断により使用が必要とされるものです。

しかしながら、耐用年数を大幅に超えて使われている装具や、身体に適合しなくなった装具を使い続けている方を目にすることがあります。

そこで、装具を製作・修理する際の情報や点検した記録などを、本人・家族、医療・福祉・介護関係者、補装具製作事業者等で共有し、適切な対応が図れるよう、『下肢装具管理手帳』を作成いたしました。

多くの皆様にご活用いただけると幸いです。

令和3年7月

北九州市保健福祉局
地域リハビリテーション推進課

記載する際の注意点

- 医療従事者（医師、リハビリ専門職、義肢装具士等）が記載してください。
- 「装具製作情報」は、装具の型式や継手部品等の詳細が分かるよう記載してください。
- 「備考欄」には、点検時の内容や身体の状態について気になる点など、情報共有に必要な内容を記入してください。

基本情報

氏名	
住所	北九州市・()市・町 区
生年月日	年 月 日
障害者 手帳	交付日： 年 月 日 障害名： 等級： 級
疾患 ・ 既往歴	

記載例

装具製作情報

装具名	右短下肢装具 両側支柱
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他 ()
補装具処方	医療機関名： 〇〇病院リハビリテーション科
	処方医師名： 〇〇 〇〇
業者名	〇〇義肢製作所 担当：〇〇 連絡先：〇〇〇－〇〇〇〇
採型年月日	R 〇年 〇月 〇日
完成年月日	R 〇年 〇月 〇日
耐用年数	※P17 参照 3年
身体所見	(右) ・ 左) ※P14～16 参照 下肢：BRS：IV SIAS：3-3-1 足関節 MAS：底屈筋群 2 足関節 ROM：背屈 0° 内反強い
	(その他)

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	
足継手	K-201
あぶみ	k-205
その他	

【完成時の写真】



【修理履歴】

年月日	内容	業者名
○/○/○	ベルト、足底裏革交換	○○

装具製作情報 ①

装具名	
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他 ()
補装具処方	医療機関名 :
	処方医師名 :
業者名	担当 : 連絡先 : —
採型年月日	R 年 月 日
完成年月日	R 年 月 日
耐用年数	年
身体所見	(右 ・ 左) 下肢 : BRS : SIAS : — — 足関節 MAS : 足関節 ROM :
	(その他)

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	
足継手	
あぶみ	
その他	

【完成時の写真】

【修理履歴】

年月日	内容	業者名

Handwriting practice lines consisting of horizontal dashed lines.

装具製作情報 ②

装具名	
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他 ()
補装具処方	医療機関名 :
	処方医師名 :
業者名	連絡先 : 担当 :
採型年月日	R 年 月 日
完成年月日	R 年 月 日
耐用年数	年
身体所見	(右 ・ 左) 下肢 : BRS : SIAS : — — 足関節 MAS : 足関節 ROM :
	(その他)

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	
足継手	
あぶみ	
その他	

【完成時の写真】

【修理履歴】

年月日	内容	業者名

A series of horizontal dashed lines for writing, arranged in a regular pattern across the page. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width.

【備考欄】

※何かお気づきの点がございましたら、ご記入下さい。

例) ○年○月○日 足関節外側に発赤あり。 訪看担当○○

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

片麻痺テスト

□ B R S (Brunnstrom stage) (下肢)

stage I : 随意運動なし

stage II : 下肢の随意運動がわずかに可能

stage III : 座位や立位で股、膝、足関節の屈曲が可能

stage IV : 座位で足を床の後方に滑らせて膝屈曲 90° 可

座位で踵を床につけたまま、足関節背屈可

stage V : 立位で股関節を伸展したまま、膝関節屈曲可

立位で足を少し前方に踏み出し足関節背屈可

stage VI : 立位で骨盤挙上の範囲を超えて股外転可

座位で股関節の内外旋可

□ S I A S (Stroke Impairment Assessment Set) (脳卒中機能障害評価法)

【下肢近位 (股) (hip-flexion test)】

座位にて股関節を 90° より最大屈曲させる。3 回行う。

必要であれば座位保持のための介助をしてよい。

0 : まったく動かない

1 : 大腿にわずかな動きがあるが足部は床から離れない

2 : 股関節の屈曲運動あり、足部は床から離れるが十分ではない。

3 : 課題可能。中等度のあるいは著明なぎこちなさあり。

4 : 課題可能。軽度のぎこちなさあり。

5 : 健側と変わらず、正常。

【下肢近位（膝）（knee-extension test）】

座位にて膝関節を 90° 屈曲位から十分伸展（-10° 程度まで）させる。3 回行う。必要であれば座位保持のための介助をしてよい。

0：まったく動かない。

1：下腿にわずかな動きがあるが足部は床から離れない。

2：膝関節の伸展運動あり。足部は床より離れるが、十分ではない。

3～5：下肢近位（股）と同じ

【下肢遠位（foot-pat test）】

座位又は臥位、座位は介助しても可。踵部を床につけたまま、足部の背屈運動を強調しながら背屈・底屈を 3 回繰り返す、その後なるべく早く背屈・底屈を繰り返す。

0：まったく動かない

1：わずかな背屈運動があるが前足部は床から離れない。

2：背屈運動あり。足部は床より離れるが十分ではない。

3～5：下肢近位（股）と同じ

※記載方法

下肢近位（股） — 下肢近位（膝） — 下肢遠位

□MAS (Modified Ashworth Scale) (修正 Ashworth 尺度)

- 0 : 筋緊張の亢進はない
- 1 : わずかな筋緊張亢進があり、患肢を屈伸する時にひっかかり、その後緩む感じ、あるいは可動域の終末でわずかな抵抗がある。
- 1 + : 軽度の筋緊張亢進があり、ひっかかりと引き続き残りの可動域 (1/2 以内) でわずかな抵抗がある。
- 2 : より明らかな筋緊張亢進がほぼ全可動域であるが、患肢は容易に動かすことができる。
- 3 : 著しい筋緊張亢進があり、患肢を他動的に動かすことは困難である。
- 4 : 患肢は屈曲や伸展しても固くて曲がらない

下肢装具の種類と耐用年数

種 類		耐用年数
股装具	金属枠	3年
	硬性	3年
	軟性	2年
長下肢装具		3年
膝装具	両側支柱	3年
	硬性	3年
	スウェーデン式	2年
	軟性	2年
短下肢装具	両側支柱・片側支柱	3年
	S型支柱・鋼線支柱	3年
	板ばね	3年
	硬性（支柱あり）	3年
	硬性（支柱なし）	1.5年
	軟性	2年
足底装具		1.5年
靴型装具		1.5年

※「耐用年数」は、標準的な目安の期間であり、装具の使用場所や頻度などにより、消耗度が異なります。

治療用（訓練用）装具について

治療や訓練を目的として製作する装具の費用については、各種医療保険制度により療養費の払い戻しを受けることができます。

必要な書類や手続きについては、各窓口にお問い合わせください。

【労災保険】

管轄の労働基準監督署

【国民健康保険・後期高齢者医療】

住所地の区役所国保年金課

【共済組合保険・健康保険組合】

各組合窓口、又は各勤務先

【全国健康保険協会（協会けんぽ）】

被保険者証に記載されている全国健康保険協会の都道府県支部

更生用装具について

治療用（訓練用）装具による治療や訓練を終了後、日常生活で使用するために新しく製作する装具については、障害者総合支援法により、購入や修理にかかる費用の支給を受けることができます。（労災保険対象者を除く）

必要な書類や手続きについては、住所地の区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナーにお問い合わせください。

安全かつ適切に下肢装具をご使用していただくために

下肢装具は、一人ひとりの体に合わせて個別に製作、調整しています。

しかしながら、体の機能や体重の変化などにより、足の状態は日々変わっていきます。また、装具は時間の経過とともにすり減ってしまったり、がたつきが生じたり、破損したりすることによって、足に合わなくなってきました。

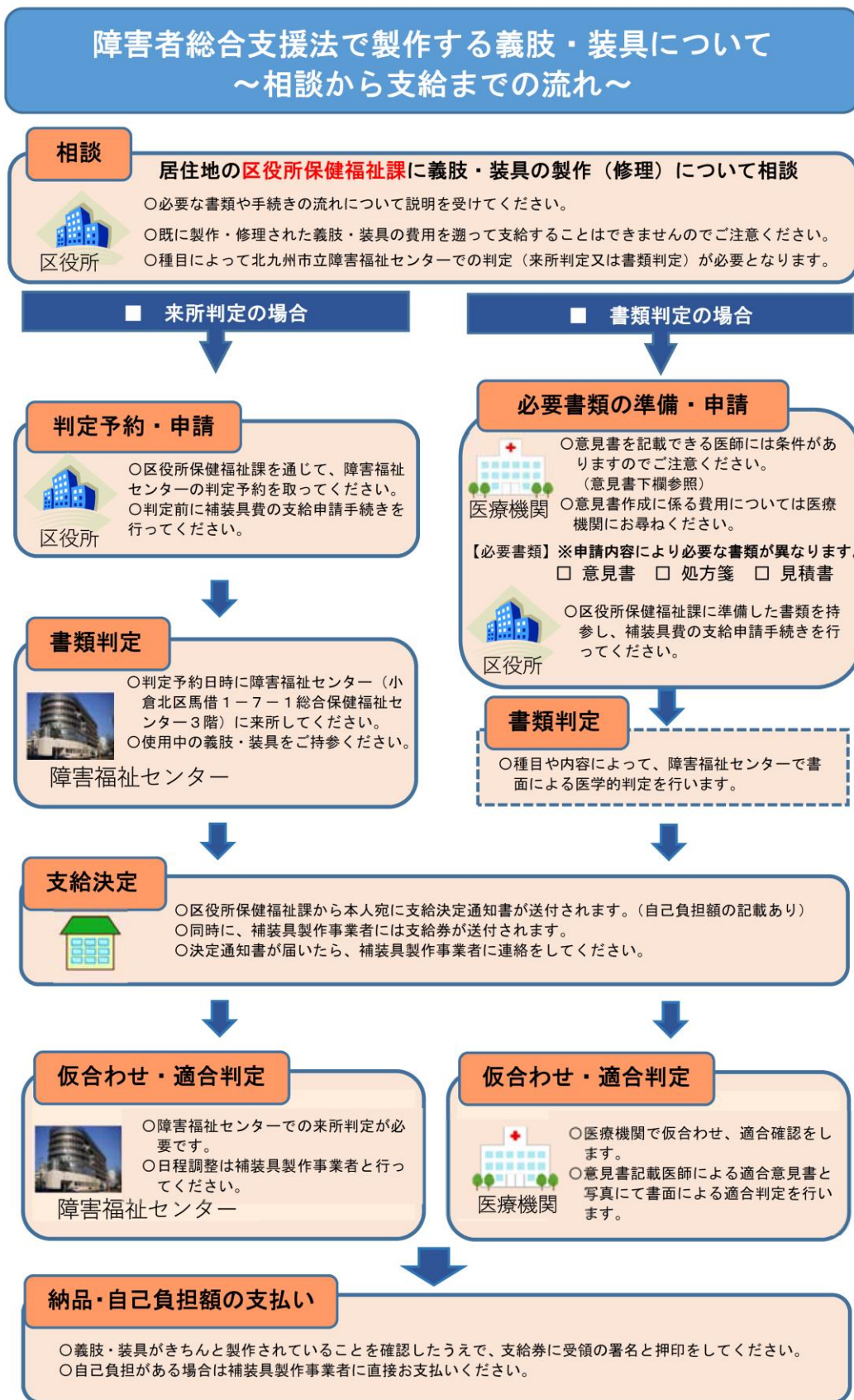
定期的にセルフチェックを行って、不具合がある場合は、

- 医療機関
- 補装具製作事業者
- お住まいの区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー

にご相談ください。

【チェックポイント】

- マジックバンドの付きが弱くなった。
- 足底の滑り止めがはがれている。靴底がすり減っている。
- プラスチックにひびが入っている。変色している。
- 立ったり歩いたりするときに変な音がする。
- 皮膚に装具が当たって赤くなっている。痛みがある。傷ができている。
- 足の太さの変化により、サイズが合わなくなった。
- 以前より歩きにくくなった。



～義肢装具士の方へ～

今回製作した下肢装具について以下の説明をご本人またはご家族にされましたか。説明された項目に☑を付けてください。

- 下肢装具の装着方法について
- 下肢装具の使用上のチェックポイントについて
(本手帳の P19 参照)
- 今回製作した下肢装具の耐用年数について
- 修理・作り直しの際の連絡先について

事業所名 ()

連絡先 (TEL)

[本冊子についての問い合わせ先]

北九州市保健福祉局総務部 地域リハビリテーション推進課

(北九州市身体障害者更生相談所)

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借 1-7-1

北九州市総合保健福祉センター (アシスト 21) 3階

(TEL) 093-522-8724

(FAX) 093-522-8772

義足を安心・安全にご使用いただくために

義足管理手帳

- あなたの義足について、大切な情報を記録する手帳です。
- 「修理」や「作り直し」などの相談の際は、必ずかかりつけ医又は義肢装具士にご提出ください。

北九州市

はじめに

補装具は、障害のある方の身体機能を補完又は代替し、身体への適合を図るよう製作されたもので、医師等による専門的な知識に基づく意見や診断により使用が必要とされるものです。

しかしながら、耐用年数を大幅に超えて使われている義足や、身体に適合しなくなった義足を使い続けている方を目にすることがあります。

そこで、義足を製作・修理する際の情報や点検した記録などを、本人・家族、医療・福祉・介護関係者、補装具製作事業者等で共有し、適切な対応が図れるよう、『義足管理手帳』を作成いたしました。

多くの皆様にご活用いただけると幸いです。

令和3年7月

北九州市保健福祉局
地域リハビリテーション推進課

記載する際の注意点

- 医療従事者（医師、リハビリ専門職、義肢装具士等）が記載してください。
- 「義足製作情報」は、義足の型式や部品等の詳細が分かるよう記載してください。
- 「備考欄」には、点検時の内容や身体の状態について気になる点など、情報共有に必要な内容を記入してください。

基本情報

氏 名	
住 所	北九州市・() 市・町 区
生年月日	年 月 日
障害者 手帳	交付日： 年 月 日 障害名： 等 級： 級
職業	
切断部位 の状況	断端長 : c m 皮膚状態：
その他 疾患等	

記載例		義足製作情報	
構造	殻構造 ・ 骨格構造		
名称・型式	股	受皿式・カナダ式	
	大腿	差込式 吸着式 ・ ライナー式	
	膝	差込式・吸着式・ライナー式	
	下腿	差込式・PTB式・PTS式 KBM式・その他（ ）	
	果	差込式・有窓式	
	足根中足	鋼板入り・足袋型	
	足指		
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他（ ）		
補装具処方	医療機関名： 〇〇病院リハビリテーション科		
	処方医師名： 〇〇 〇〇		
業者名	〇〇義肢製作所 担当：〇〇 連絡先：〇〇〇-〇〇〇〇		
採型年月日	R	〇年	〇月 〇日
完成年月日	R	〇年	〇月 〇日
特記事項	高活動のため、イールディング機構付きの膝継手にする。		

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	オットボック 3R80+
足継手	
足部	SACH足部 オットボック 1C63
コネクタ	オットボック 4R41
チューブ	
ライナー	
その他	ターンテーブル 4R57

【修理履歴】

年月日	内容	業者名
○/○/○	外装交換	○○○○

義足製作情報 ①

構造	殻構造	骨格構造
名称・型式	股	受皿式・カナダ式
	大腿	差込式・吸着式・ライナー式
	膝	差込式・吸着式・ライナー式
	下腿	差込式・PTB式・PTS式 KBM式・その他（ ）
	果	差込式・有窓式
	足根中足	鋼板入り・足袋型
	足指	
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他（ ）	
補装具処方	医療機関名：	
	処方医師名：	
業者名	担当：	
	連絡先：	—
採型年月日	R 年 月 日	
完成年月日	R 年 月 日	
特記事項		

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	
足継手	
足部	
コネクタ	
チューブ	
ライナー	
その他	

【修理履歴】

年月日	内容	業者名

義足製作情報 ②

構造	殻構造	骨格構造
名称・型式	股	受皿式・カナダ式
	大腿	差込式・吸着式・ライナー式
	膝	差込式・吸着式・ライナー式
	下腿	差込式・PTB式・PTS式 KBM式・その他()
	果	差込式・有窓式
	足根中足	鋼板入り・足袋型
	足指	
支給制度	労災 ・ 医療保険 ・ 障害 その他()	
補装具処方	医療機関名：	
	処方医師名：	
業者名	担当：	
	連絡先： —	
採型年月日	R	年 月 日
完成年月日	R	年 月 日
特記事項		

【完成用部品】

部位	品番
股継手	
膝継手	
足継手	
足部	
コネクタ	
チューブ	
ライナー	
その他	

【修理履歴】

年月日	内容	業者名

義足の種類と耐用年数

□ 殻構造義足



種 類		耐用年数
股義足		4年
大腿義足	常用	3年
	吸着式	5年
	作業用	3年
膝義足	常用	3年
	作業用	2年
下腿義足		2年
果義足		2年
足根中足義足	鋼板入り	2年
	足袋型	1年
足指義足		1年

※「耐用年数」は、標準的な目安の期間であり、義足の使用場所や頻度などにより、消耗度が異なります。

□ 骨格構造義足

本体としての耐用年数は定められておらず、それぞれの部品に耐用年数が定められています。故障や不具合がある場合は、原則として、部品を交換又は調整することによる「修理」での対応となります。



部 品	耐用年数
パイプ (チューブアダプター)	5年
継手類	3年
ターンテーブル	3年
足部	1.5年
フォームカバー (義足用)	0.5年
その他の小部品 (消耗品)	1年

※「耐用年数」は、標準的な目安の期間であり、義足の使用場所や頻度などにより、消耗度が異なります。

仮義足（訓練用義足）について

切断後、訓練を目的としてはじめて製作する義足を「**仮義足（訓練用義足）**」と呼びます。

費用については、各種医療保険制度により療養費の払い戻しを受けることができます。

必要な書類や手続きについては、各窓口にお問い合わせください。

【労災保険】

管轄の労働基準監督署

【国民健康保険・後期高齢者医療】

住所地の区役所国保年金課

【共済組合保険・健康保険組合】

各組合窓口、又は各勤務先

【全国健康保険協会（協会けんぽ）】

被保険者証に記載されている全国健康保険協会の都道府県支部

本義足について

仮義足製作後、日常生活で使用するために新しく製作する義足を「**本義足**」と呼びます。

障害者総合支援法により、製作や修理にかかる費用の支給を受けることができます。（労災保険対象者を除く）

必要な書類や手続きについては、住所地の区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナーにお問い合わせください。

安全かつ適切に義足をご使用していただくために

「断端の変化」や「義足の不具合」が生じた場合は、かかりつけ医又は義肢装具士にご相談してください。

《ソケットの適合》

断端は、時間の経過とともに変化していきます。下記のような状態となって、断端が赤くなったり、傷ができたりして痛くなっていませんか。

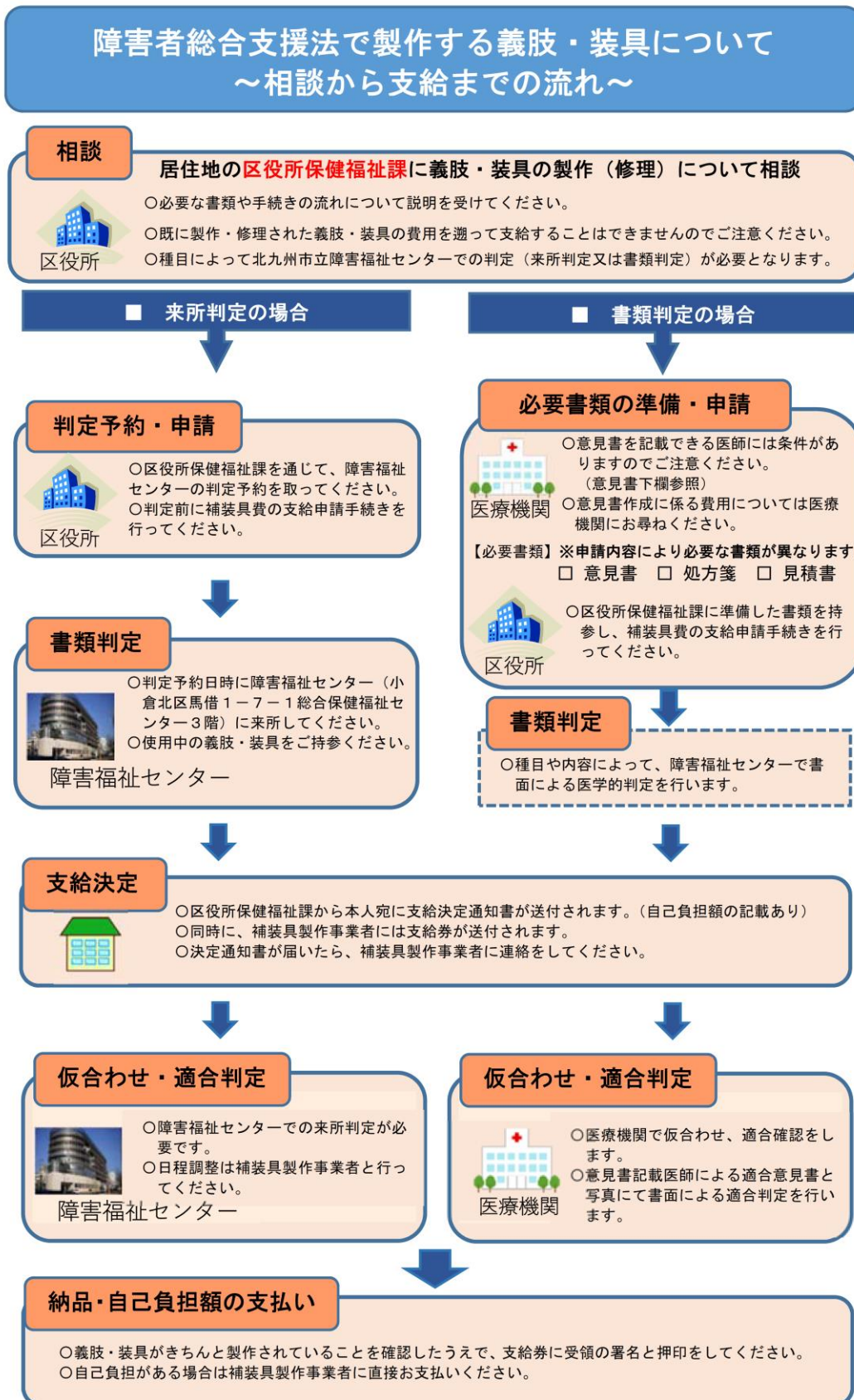
- 断端が太くなってソケットがきつく、入りにくい。
- 断端が細くなってソケットがゆるく、抜けやすい。
- 断端の先や骨にソケットがあたる。
- 歩いたときに空気がもれる音がする。

《義足の不具合》

下記のような場合も注意が必要です。

【チェックポイント】

- 義足が重たく感じる。
- 立ったり歩いたりするときに変な音がする。
- 以前より、歩きにくい。
- 転倒しやすい。



～義肢装具士の方へ～

今回製作した義足について以下の説明をご本人またはご家族にされましたか。説明された項目に☑を付けてください。

- 義足の装着方法について
- 義足の使用上のチェックポイントについて

(本手帳の P15 参照)

- 今回製作した義足の耐用年数について
- 修理・作り直しの際の連絡先について

事業所名 ()

連絡先 (TEL)

[本冊子についての問い合わせ先]

北九州市保健福祉局総務部 地域リハビリテーション推進課

(北九州市身体障害者更生相談所)

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借 1-7-1

北九州市総合保健福祉センター (アシスト 21) 3階

(TEL) 093-522-8724

(FAX) 093-522-8772