

重度障害者用意思伝達装置意見書・処方箋 (令和7年7月改訂)

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	使用場所： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
障害名及び原因となった疾病・外傷名		身体障害者手帳 級	
発症からの経過	意思伝達装置の使用経験 (有 ・ 無) 有の場合の機種： 使用年数 () 年		
現在の身体状況	音声・言語機能 (発声・発語、言語の理解) コミュニケーション手段 { 口話 ・ 指文字 ・ 文字盤 ・ その他 () } 視覚状況 () 聴覚状況 () 気管切開の有無 (有 ・ 無) 自動運動が可能な部位 (右手の第2指、左頬等具体的に記載すること。) その他医学的管理状況		
処方属品	本体	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (例：伝の心、レッツチャット) (付加機能： <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 通信機能) <input type="checkbox"/> 生体现象方式 (例：新心語り)	
	処	<input type="checkbox"/> 固定台 (<input type="checkbox"/> アーム式 ・ <input type="checkbox"/> テーブル置き式 ・ <input type="checkbox"/> 自立スタンド式)	
		<input type="checkbox"/> 入力装置固定具 ()	
		<input type="checkbox"/> 呼び鈴 () <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 ()	
		<input type="checkbox"/> 遠隔制御装置	
付	入力装置	<input type="checkbox"/> 接点式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 帯電式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 筋電式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 光電式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 呼気(吸気)式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 空気圧式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 視線検出式 (スイッチ名：)	
使用効果 (見込み) についての意見 (注：借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記載すること。)			
年 月 日		製作予定事業者名	
医療機関名		種目名称別コード	
所在地			
診療担当科目	医師名 (記名押印又は署名)		

スイッチの比較検討状況について

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

【スイッチの選択理由について】

※試用したスイッチの比較検討状況を記載してください。
 ※試用したが、うまくいかなかったスイッチについても記載してください。

	商品名 (入力方式)	主な支援者	スイッチ操作部位およびセッティング)	試用期間	1日の試用時間	結果 (具体的に、どのようにスイッチを操作できたか?どのような点で困難だったか?)
記入例	(例) 空気圧式) ピエゾニュー マティックセン サPPSスイッ チ	(例) 訪問リハ ビリのST 〇〇氏	(例) ・右手の第1指と第2指 で挟む。 ・固定具は不要。 ・ベッド上仰臥位、 ギャッジアップ15°。	(例) RO.O.O ~ RO.O.O	(例) 2時間。 30分毎 に休憩 を取りな がら。	(例) タイミングよくスイッ チ操作し、会話が何 とか可能であった。 数回の操作は可能 だが、筋疲労から継 続した操作は困難。
申請スイッチ	()					
他に比較検討したスイッチとその結果	(接点式)					
	(帯電式)					
	(光電式)					
	(圧電素式)					
	(視線検出式)					
	(その他)					
※比較検討したスイッチがない場合はその理由を記載してください。						

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者: _____ (職種: _____)

(ふりがな) 氏名		生年月日 年 月 日生 (歳)
難病患者等日常生活用具の支給歴 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※支給ありの場合は、種目名を記載すること。		
【重要】申請者ご本人の意思確認について (必ず確認すること) ※申請者は障害者総合支援法での補装具費支給について、重度障害者用意思伝達装置を使用してコミュニケーションすることを (<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない) ※重度障害者用意思伝達装置を使用することについて申請者の意欲は高い。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)		
福祉サービス (障害福祉サービス・介護保険) の利用 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) ※利用ありの場合 訪問看護 (週 日) 訪問リハビリ (週 日) 訪問介護 (週 日) 訪問入浴 (週 日) その他 ()		
1 本人の居住環境等 ①生活場所 a 入院 : 医療機関名 () b 施設入所 : 施設名 () c 在宅生活 ②生活状況 a 主な介護者 家族 [<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他() b 支援する専門職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 購入予定業者 <input type="checkbox"/> その他() c 意思伝達装置の保守点検管理を行う者 家族 [<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 購入予定業者 <input type="checkbox"/> その他() d 現状での意思伝達 (コミュニケーション) の方法 <input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 指文字 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> スマートホン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット端末 <input type="checkbox"/> その他()		
2 本人の身体状況など (可能な限り詳しく記載すること。スペースが不足する場合は別紙記載も可。) ①身体状況 a 日中の主な姿勢 (例: ベッド上臥位、車椅子座位など) b 上肢の動き (腕、関節、手、指など) c 下肢の動き (大腿、下腿、膝関節、足部など) d 視覚 (眼球の動き)・聴覚・会話の理解力など e 顔の表情 (顔面筋の動き、表情の表出の有無、頸部の動きなど) e 発声・構音の状態 (語音の明瞭度は? 気管切開のため発声不能など) ②日常生活動作 (ADL) a 食事 (介助の状況、食材の形態、胃瘻造設の場合は1日の栄養注入回数など) b 排泄 (家のトイレ、ポータブルトイレ、オムツ対応など) c 入浴 (入浴介助の状況、入浴の方法(シャワー浴)など) d 介助の際の協力動作が可能かどうか? ③普段の体調の安定度について ④通院又は往診の状況について		

3 重度障害者用意思伝達装置について

(ご家族、介護スタッフ、補装具事業者等から聞き取り、詳しく記載すること。スペースが不足する場合は別紙記載可。)

①今回申請の重度障害者用意思伝達装置は、いつ、どのような契機で、だれが中心になって導入検討されましたか？

(例：訪問リハのPTの〇〇さんから、R〇年〇月頃勧められたなど)

②今回申請の機種を選択した理由は何ですか？又、今回申請の機種以外に検討された機種はありますか？

③プリンターを希望されますか？(□希望する・□希望しない)

④使用場所(設置する場所)

a 自宅 畳 □個室 (m²) □家族と共有の部屋 (m²)

b 病院(施設) □個室 □()人部屋：個人の専有面積 (m²)

※病院(施設)の了解 (□あり □なし) 担当者(病棟)の理解 (□あり □なし) 同室者の理解 (□あり □なし)

⑤使用状況 [□ベッド上臥位 □ベッド上座位 □椅子 □車椅子 □その他 ()]

⑥使用目的 (意思伝達装置を希望する理由)

□会話がしたい □日常の要求を伝えたい □日記を書きたい □テレビを操作したい □手紙を書きたい

□必要な時に呼びたい □メール・LINEをしたい(主な相手:) □ブログを書きたい □その他 ()

⑦意思伝達装置使用経験 □あり (年 か月) □なし

パソコンの使用経験 □あり (年 か月) □なし

⑧希望する製品名等 (スイッチ類、付属品を含む)

⑨希望する製品の試用期間 (スイッチ類を含む) □あり □なし

※試用ありの場合 (年 月 日～ 年 月 日：1日 時間程度使用)

⑩機器の使用場所にWi-Fi環境がありますか？又は有線でインターネットに接続できますか？

⑪家族や介護スタッフ等呼び出す時、現段階ではどのようにしていますか？

(例：発声して呼ぶ、明瞭な言語にはならないが発声して呼ぶ、ナースコールを使用するなど)

4 装置の使用法の指導や機器トラブル時の対応について (スペースが不足する場合は別紙記載可。)

①機器の操作や設定等、キーパーソンとなる方は誰になりますか？

②使用法の指導や機器トラブル対応の体制はありますか？

□体制あり □体制なし

③上記②で体制ありの場合、だれが主に対応しますか？

5 その他 (進行性疾患についての本人への告知状況や家族、支援者の状況等)

6 借受けの希望があれば、内容を詳細に聞き取ってください。

7 「補装具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」の説明及び了承

(済 ・ 未)

調査日 年 月 日

市町村調査者氏名