

重度障害者用意思伝達装置 適合報告書

氏名	男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日 (歳)
使用開始	年 月 日～			
使用場所	□在宅 □病院・施設 ()			
処方との合致	本体機種名 () 本体 □良好 □不良 () 付属品 □良好 □不良 ()			
使用頻度・状況	<input type="checkbox"/> 使用している (1日あたり 時間程度 または 週 日程度) <input type="checkbox"/> 思っていたように使えている (使用内容) <input type="checkbox"/> 会話 □日常使用文 □呼び出し □電子メール <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 思ったほど使えていない、使用していない (使用できていない状況・理由を詳細に記載してください) []			
本人の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 操作部位・方法 : () スイッチの適合 : 良好 ・ 不良 () その他付属品の適合 : 良好 ・ 不良 () 使用感 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (状況・理由を詳細に記載してください) []			
介護者の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 ※介護者の操作状況は本人の操作能力が一部介助または不可能の時にご記入ください。 使用感 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (状況・理由を詳細に記載してください) []			
満足度	本人 : 満足 ・ どちらかといえば満足 ・ どちらかといえば不満足 ・ 不満足 主たる介護者 : 満足 ・ どちらかといえば満足 ・ どちらかといえば不満足 ・ 不満足			
総合評価	問題無 ・ 要調整 ・ 不適合 ()			
その他				
訪問日	令和 年 月 日	記入者	印 (所属)	

※ 設置状況・スイッチ等の取り付け状況が分かる写真の添付をお願いします。

重度障害者用意思伝達装置 適合報告書留意点

- 1) 原則、支給決定を行う市町村により、確認と記載をお願いします。
- 2) 納品から2週間後頃、使用場所を訪問のうえ、確認と設置状況の写真ををお願いします。
- 3) 記載内容及び添付写真を基に、判定医による適合判定や再調整の必要がある場合は業者等への連絡を行います。

◆ 処方との合致：処方された機種と納品された機種の相違がないか、確認が必要です。

本体については、機種名の確認と記載をお願いします。

付属品については、カタログコピーとの照合をお願いします。

処方と合致しない場合（不良の場合）は、機種名等の記載をお願いします。

◆ 使用状況：「思ったほど使えていない・使用していない」の場合、〔 〕内に使用できない状況や理由を聞き取り、記載してください。

（例：操作に慣れていないため、現段階では思ったほどは使用できていない。など）

◆ 本人の操作能力：

・ 使用感「不良」の場合、具体的理由を聞き取り、記載してください。

・ スイッチ、その他付属品の適合で「不良」の場合は、具体的状況を聞き取り、記載してください。

（例：スイッチの設置位置が操作しづらい。文字選択の速度が合っていない。など）

◆ 介護者の操作能力：

・ ご本人の操作能力が「一部介助」又は「不可能」の場合、確認してください。

・ 使用感「不良」の場合、具体的内容を聞き取り、記載してください。

（例：介助の方法がよくわからない。など）

◆ 総合評価：

- ・ 問題なし…適切に納品・設置がされており、ご本人や介助者により操作ができる状況が確認できた場合。

（意思伝達装置は使用しながら操作に慣れていく必要性が高いため、納品後2週間程度の段階では、完全に操作ができていない場合も多いと思われます。）

- ・ 要調整…ご本人や介助者から、使用できていない状況や使用感の不良さの訴えがあり、再調整により改善が見込めるもの。

- ・ 不適合…処方との不一致による不適合や障がい状況の変化による不適合等で再調整では改善が困難と思われるもの。