様式第10号

補装具費支給（購入・修理）意見書　　　（重度障害者用意思伝達装置用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生　　歳 |
| 住所 | 　　　　 |
| 原因となった　　疾病・外傷名 | ※　**難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する**。進行性疾患　　：□　該当　□　非該当支給決定手続き：□　迅速　□　一般　※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） |
| 身体の状況 | 上肢 |  |
| 下肢 |  |
| 言語 | 会話可能　　　簡単な応答可能(単語程度)　　　不能 |
| 日内変動等 |  |
| 意思伝達装置操作方法 |  |
| 意思伝達装置の種類 | （該当項目に○を付してください。）1 文字等走査入力方式 （簡易なもの） 2 文字等走査入力方式 （簡易な環境制御機能が付加されたもの）3 文字等走査入力方式 （高度な環境制御機能が付加されたもの） 4　通信機能が付加されたもの　5 生体現象方式 6 その他（機種等特定できる場合は記入願います。） |
| 選択理由 | (機種等特定できる場合は記入願います。) |
| その他　　 |  |
| 種目名称別コード |  |
| 使用効果見込み | （注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する） |
| 上記のとおり意見する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　所　　在　　地　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　(　印 )(自署又は記名押印) |

記載にあたっては、裏面をご覧ください。

（ご記入についてのお願い）

１　この意見書は、身体障害者及び難病患者等の現状についてご記入いただき、重度障害者用意思伝達装置の購入（修理）に係る補装具費支給に係る決定を行う基礎資料とするものです。

２　重度障害者用意意思伝達装置とは

まばたき、筋電センサー等の特殊な入力装置を操作することにより、自分の意思を第三者に伝えることを可能にする装置です。

３　給付対象者

　　下記のいずれかに該当する者となります。

　(1)　重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。

　(2)　難病（障害者総合支援法施行令に規定する疾病）患者については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。

４　貴院において、重度障害者用意思伝達装置の使用訓練等を実施されている場合は、その経過等についても、「その他」の欄にご記入ください。

５　記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。

６ 参考

　　　重度障害者用意思伝達装置種類別支給対象者例

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 支給対象者例 | 備考 |
| 文字等走査入力方式 | 簡易なもの | 操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、若しくはモバイル使用を希望する者。 | ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンタとして構成されたもの。 |
| 簡易な環境制御機能が付加されたもの | 独居等日中の常時対応者（家族や介護者等）が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。 | １つの機器操作に関する要求項目を、インターフェイスを通して機器に送信することで、当該機器を自ら操作できるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。 |
| 高度な環境制御機能が付加されたもの | 複数の機器操作に関する要求項目を、インタフェースを通して機器に送信することで当該機器を自ら操作することができるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。 |
| 通信機能が付加されたもの | 通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。 | 文章表示欄が多く、定型句、各種設定等の機能が豊富な特徴を持ち、生成した伝言を、メール等を用いて、遠隔地の相手に対して伝達することができる専用のソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。 |
| 生体現象方式 | 筋活動（まばたきや呼気等）による機器操作が困難な者。 | 脳波や脳の血液量等を利用して「はい・いいえ」を判定するもの。 |