

介護保険福祉用具に係る提案票 (改訂案)

資料6

提案票受付番号

提出者の区分	
所属 (勤務先名称)	
記入者名	
連絡先TEL	
メールアドレス	

【1】種目の提案

福祉用具の種目・種類等に関する提案理由及び概要

用具・機器の使用者

本人 介護者 その他 ()

用具・機器の使用場所

居宅 (具体的に;)
屋外 (具体的に;)

用具・機器の目的・改善しようとしている利用者の日常生活上の課題 ※該当する項目にチェック (複数選択可) すること

<input type="checkbox"/> 基本動作	<input type="checkbox"/> 寝返り・起き上がり <input type="checkbox"/> 起坐位の保持 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 歩行・移動	<input type="checkbox"/> 屋内の移動 <input type="checkbox"/> 屋外の移動 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入り <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 尿意・便意の感知 <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> 便器への移乗 <input type="checkbox"/> 便器からの立ち上がり <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入り <input type="checkbox"/> 浴室内部での移動 <input type="checkbox"/> 浴室内部での立ち座り <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 <input type="checkbox"/> 洗体・洗髪 <input type="checkbox"/> 浴槽の出入り <input type="checkbox"/> 浴槽内の立ち座り <input type="checkbox"/> 浴槽内の姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 整容	<input type="checkbox"/> 洗面所までの移動 <input type="checkbox"/> 洗面所での姿勢保持 <input type="checkbox"/> 洗面 (手洗い・洗顔・歯磨き) <input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事準備 <input type="checkbox"/> 食事動作 <input type="checkbox"/> 食事後片付け <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 認知機能		<input type="checkbox"/> その他	

用具・機器の効果

日常生活上の便宜又は機能訓練		自立の助長		
<input type="checkbox"/> 心身機能・動作・介護負担	<input type="checkbox"/> 心身機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> できなかったことができるようになる <input type="checkbox"/> 動作回数・頻度の増加 <input type="checkbox"/> 動作の容易性 <input type="checkbox"/> 動作の安全確保 (転倒防止等含む) <input type="checkbox"/> 動作の安全確保 (見守り) <input type="checkbox"/> 精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の精神的負担軽減 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自立度・生活の質	<input type="checkbox"/> 介護度の変化 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活/QOLの変化	<input type="checkbox"/> 要介護度の維持 <input type="checkbox"/> 要介護度の改善 <input type="checkbox"/> ADLの向上 <input type="checkbox"/> IADLの向上 <input type="checkbox"/> 障害・認知症日常生活自立度の向上 <input type="checkbox"/> 行動範囲の広がり (屋外に出る時間・外出頻度の増加など) <input type="checkbox"/> QOLの向上

【2】種目の提案を想定する用具・機器

(1) 商品名		(2) 商品紹介ホームページ	
(3) メーカー名		(4) メーカー品番	
(5) TAISコード		(6) JANコード	
提案用具・機器の特性・仕様			
①機能 ※従来の用具・機器に付加または優位な機能（例、検知機能、通信機能、アシスト機能など）については詳細に記載すること			
②構造・形状 ※仕様・重量、調整機能・折りたたみ機能、付属品や交換が必要な消耗品などについて記載すること			
③運転方式（電源を有する場合、電圧、周波数等含む） ※機構、作動原理等、詳細に記載すること			
<input type="checkbox"/> 環境条件：			
<input type="checkbox"/> 標準使用期間：運転時間 h/日 ・ 運転回数 回/日 ・ 運転日数			
<input type="checkbox"/> 感知、駆動、制御等の機能を有する ※詳細に記載すること			
④通信機能：受信・通信装置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※外部通信（区分の有無）、ネットワーク環境(無線、有線)との通信方法、目的、セキュリティなどについて記載すること			
⑤緊急停止・通報装置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※停電時の取り扱い、警報の方法などについて記載すること			
⑥その他（他の用具・機器との連動、互換性やオプションなど）			
カタログ取扱説明書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※外観（前、横、上など3方向）、具体的な利用例などを示す図等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
価格（税別）	希望小売価格(実勢価格)	円	想定貸与価格 円/月
普及状況	年間販売数(実績)		販売年月日

【3】有効性に関する評価

①対象者の属性	※評価を行った対象者をどのように選んだか、対象者の状態、人数等を記載すること
②使用方法	※用具・機器をどのように用いて、評価を行ったかを記載すること
③評価方法	※どのような指標で、分析方法（対照群の設定方法含む）について記載すること
④評価結果	※どのような高齢者の機能が、どのように変化や改善をしたかについて、図表等を用いて記載すること
第三者等による実証試験	<input type="checkbox"/> 有 ※実証試験（モニター調査）等に基づくデータ及び結果がある場合は別に添付してください。 <input type="checkbox"/> 無 ※報告書、論文別刷り等ある場合は別に添付してください。

【4】利用の安全性に関する情報

※本人や介助者の使用実態について詳しく記述してください。

<p>適応外の使用操作者</p>	<p>【利用が危険と考えられる心身機能の状況】 疾患（ ） 機能障害 <input type="checkbox"/>認知機能障害 <input type="checkbox"/>視力障害 <input type="checkbox"/>感覚障害 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>リスクアセスメント</p>	<p>【把握している使用上のリスクや予期せぬ事故などに対する対応（リスク低減措置）や配慮についての記載】</p> <p>①使用中の不具合、故障、事故情報に対する対応</p> <p>②ヒヤリハット事例（誤使用を含む）</p> <p>③情報の収集方法など</p>
<p>使用・安全上の注意</p> <p>※取り扱い説明書に記載されている内容も簡潔に記載してください。</p>	<p>【製品安全・使用上の注意についての記載】</p> <p>【警告についての記載】</p>
<p>消毒・メンテナンスの方法</p> <p>※「適する消毒方法」は該当する方法に○をつけてください。</p> <p>※洗浄・消毒・メンテナンスの具体的な方法が記載された資料を添付してください。</p>	<p>【安全衛生管理】</p> <p>① 洗浄： 可 ・ 一部不可（ ） 洗浄剤： 洗浄方法：</p> <p>② 適する消毒方法：高温空気 ・ 煮沸 ・ 蒸気 ・ 紫外線 ・ アルコール ・ クロルヘキシン ・ 逆性石けん 両性界面活性剤 ・ ハロゲン系薬剤 ・ ガス ・ 電解生成水 ・ オゾン水 ・ 他（ ）</p> <p>③ 消毒の作用条件・使用法・頻度：</p> <p>④ メンテナンス（用具・機器の機能、安全性、衛生状態等の点検）</p>
<p>情報ネットワーク機能を有する場合の安全性</p>	
<p>①福祉機器とサーバーの間に情報セキュリティ機構の装備（相互認証と暗号化）</p> <p>②得られた情報が伝達する経路の表示</p> <p>③ソフトウェアやハードウェアの改変等の方法</p> <p>④接続の持続性を確保するための具体的な方法（接続できなくなった時の対処方法）</p> <p>⑤情報の保有者の明確化</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>利用者本人 <input type="checkbox"/>企業 <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>利用安全マニュアル</p> <p>第三者等による実証試験</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>利用者・家族向け <input type="checkbox"/>福祉用具取り扱い事業者向け <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>有 ※実証試験（モニター調査）等に基づくデータ及び結果がある場合は別に添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/>無 ※報告書、論文別刷り等ある場合は別に添付してください。</p>

【5】保険給付における影響・意見

※保険給付への影響の試算等、簡潔かつ具体的に記載してください。

介護保険福祉用具の種目の対象とすべき必要性、妥当性について

--