

5. 参考資料

5-1. アンケート調査票

「サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業」

介護支援専門員調査票

■本調査の目的

- 福祉用具貸与サービスの質の向上を目的に、福祉用具貸与事業所に対して、平成 24 年度に「福祉用具サービス計画」の作成が義務化され、その後、平成 30 年度には作成した「福祉用具サービス計画」を利用者だけでなく介護支援専門員へ交付することが義務づけられました。
- 今後は、福祉用具貸与事業所から交付された「福祉用具サービス計画」や福祉用具専門相談員が実施するモニタリングの結果を介護支援専門員が活用することで、多職種連携によるチームケアを促進していくことが期待されています。
- 本調査では、介護支援専門員による「福祉用具サービス計画」や福祉用具専門相談員が実施するモニタリングの結果等の活用状況、福祉用具専門相談員から得られる介護支援専門員にとって有益な情報等について実態を把握し、チームケアの促進に寄与すると考えられる情報や取組を整理し、現状の「福祉用具サービス計画」や「モニタリングシート」の見直し等の検討を実施することを目的としています。

■記入にあたってのお願いとご注意

- 福祉用具貸与サービスを居宅サービス計画書に位置付けている利用者を担当している介護支援専門員のうち、主任介護支援専門員の方、または経験年数の最も長い介護支援専門員の方**にご回答をお願いします。
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号 1 つを選んで○印をお付け下さい。
- () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が 0 (ゼロ) の場合は「0」とご記入下さい。
- ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒で**令和 3 年 11 月 26 日 (金) まで**にご返送下さい。
- ふくせん福祉用具サービス計画書、ふくせんモニタリングシートを同封しています。回答の必要に応じてご参照下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業

調査実施主体 一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会 (ふくせん) 担当: 中村、池本
〒108-0073 東京都港区三田 2-14-7 ローレル三田 404 号室
TEL: 03-5418-7700 FAX: 03-5418-2111 (平日 9時~18時)

1. 基本情報について ※回答内容について確認事項が発生した場合のご連絡先として使用させていただきます。

(1) 事業所名		(2) 回答者名	
(3) メールアドレス		(4) 電話番号	

2. 貴事業所について

(1) 開設主体	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人 (社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人 (株式・合名・合資・合同・有限会社) 8. 特定非営利活動法人 (NPO) 9. その他の法人 10. その他 ()
(2) 福祉用具貸与事業所の併設の有無	1. 同一法人・系列法人が運営する福祉用具貸与事業所を併設している (同一建物または同一敷地内に福祉用具貸与事業所がある) 2. 同一法人・系列法人が運営している福祉用具貸与事業所があるが、併設ではない 3. 同一法人・系列法人が運営する福祉用具貸与事業所はない (居宅介護支援事業所以外は行ってない)

3. あなた自身について

※この設問では、特に指定の無い限り、**令和 3 年 1 0 月 1 日時点**の状況について回答してください。

(1) 介護支援専門員としての業務経験年数	() 年 ※これまでの通算の経験年数 (数か月は切り捨て) で回答してください。
-----------------------	--

(2) 現在担当している利用者数 ※令和3年9月分		①居宅介護	②介護予防
	A. 現在担当している利用者数	() 人	() 人
	B. そのうち、福祉用具貸与サービスを居宅サービス計画書に位置付けている利用者数	() 人	() 人
(3) 連携している福祉用具貸与事業所数	A. 日常的に関わりのある福祉用具貸与事業所数	約 () 事業所	
	B. 日常的に関わりのある福祉用具専門相談員の数	約 () 人	

4. 居宅サービス計画書完成前の福祉用具専門相談員との連携について

※居宅サービス計画書に福祉用具貸与サービスを位置付ける場合、居宅サービス計画書完成前（原案作成時やアセスメント時）に福祉用具専門相談員と通常（緊急時等、特別な場合を除く）行っている連携（情報の提供、収集、共有）について回答してください。

(1) 福祉用具専門相談員との連携方法 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. アセスメントの際に利用者宅への同行訪問を依頼する 2. 福祉用具専門相談員に単独訪問を依頼する 3. 利用者基本情報(フェースシート等)を提供し、意見・情報を求める 4. 居宅サービス計画書に記載予定の内容を提供し、意見・情報を求める 5. 退院・退所前カンファレンスへの出席を依頼し、情報提供や意見を求める 6. サービス担当者会議への出席を依頼し、情報提供や意見を求める 7. その他 () 8. 特にない → 5. へ
(2) 福祉用具専門相談員へ提供している情報	
A. 利用者基本情報 (フェースシート等)で提供している情報 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の個人情報（氏名・住所・生年月日・年齢） 2. 既往歴 3. 主治医 4. 服薬情報 5. 生活歴 6. 支援経過 7. 医療情報（主治医・看護サマリー・リハビリテーション等） 8. 障害自立度 9. 認知症自立度 10. 身体状況・ADL 11. 家族状況（主介護者・緊急連絡先） 12. 住環境 13. 利用者・家族の希望 14. 認定情報（要介護状態区分、認定期間、認定審査会の意見等） 15. その他 () 16. 特にない
B. 居宅サービス計画書で提供している情報 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 総合的な援助の方針 2. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） 3. 目標（長期目標・短期目標） 4. 援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間） 5. その他 () 6. 特にない
(3) 福祉用具専門相談員から提供される情報のうち、居宅サービス計画書作成の参考にしている情報（○はいくつでも）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者・家族が困っていることや福祉用具に期待していること 2. 住環境整備提案情報 3. 福祉用具の複数提案における提案品目・機種（型式）・提案理由 4. 福祉用具の貸与価格情報 5. 利用者・家族による福祉用具選定の経緯 6. 福祉用具利用にあたっての留意事項 7. その他 () 8. 特にない
(4) 福祉用具専門相談員から提供される情報を参考に検討・作成している居宅サービス計画書標準様式の項目 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果（第1表） 2. 総合的な支援方針（第1表） 3. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（第2表） 4. 目標（長期目標・短期目標）（第2表） 5. 援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）（第2表） 6. 週間サービス計画表（第3表） 7. 居宅介護支援経過記録（第5表） 8. その他 () 9. 特にない

5. 居宅サービス計画書完成後の福祉用具専門相談員との連携について

※以下は、直近で福祉用具専門相談員から受領した「福祉用具サービス計画」について回答してください

(1) 居宅サービス計画書に示した情報のうち、「福祉用具サービス計画」に反映されている項目 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の身体状況・ADL 2. 利用者の介護環境 3. 利用者の住環境 4. 利用者及び家族の生活に対する意向（を踏まえた課題分析の結果） 5. 総合的な援助方針 6. 生活全般の解決すべき課題・ニーズ 7. 目標（長期目標・短期目標） 8. その他（)
(2) 「福祉用具サービス計画」に記載されている「福祉用具利用目標」の記載内容 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居宅サービス計画書の目標に紐づいた福祉用具利用目標が記載されている →具体的な記載状況（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 選定された福祉用具と福祉用具利用目標が紐づけられている 2. 目標の達成度合が把握できるような利用状況・利用頻度等が5W1Hで記載されている 3. 目標の達成度合が把握できるような数値目標が記載されている 4. その他（) 2. 居宅サービス計画書の目標に紐づいた福祉用具利用目標が記載されていない

※以下は、これまでに福祉用具専門相談員から受領した「福祉用具サービス計画」の通常の活用について回答してください

(3) 福祉用具サービス計画の活用場面 (○はいくつでも)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護支援専門員として実施するモニタリング評価時に活用している 2. 居宅サービス計画書見直しの要否を判断する際に活用している 3. 居宅介護支援経過記録に活用している 4. サービス担当者会議での検討事項に活用している 5. リハビリテーションの検討において、リハ職（PT,OT,ST）との情報共有にも活用している 6. 認知症やターミナルケアの利用者のケアにあたり、ケアチームの情報共有にも活用している 7. その他（) 8. 活用していない → (4) へ
【(3)で「8.活用していない」を選択した方のみ回答】 (4) 活用していない理由	<ol style="list-style-type: none"> 1. 活用したい情報が共有されていない 2. 記載されている情報がわかりづらい・活用しづらい 3. 活用する必要がない 4. その他（) 5. 特にない

※以下は、これまでに福祉用具専門相談員から受領した「福祉用具サービス計画」の記載内容について回答してください

介護支援専門員に交付が義務付けられている「福祉用具サービス計画」には、①利用者の基本情報、②福祉用具が必要な理由、③福祉用具の利用目標、④具体的な福祉用具の機種と当該機種を選定した理由、⑤その他関係者間で共有すべき情報の記載が必要とされています。

(5) 「福祉用具サービス計画」の記載内容に対する評価	
A. 利用目標（福祉用具利用目標）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 現状の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 「自立支援」「介護者負担軽減」等、目標の位置づけが把握できるとよい 2. 数値目標等、目標の達成状況が評価しやすい記述があるとよい 3. 利用する福祉用具と福祉用具利用目標の紐づけがわかりやすいとよい 4. 福祉用具的な使用場面・用途・利用頻度の記載があるとよい 5. 福祉用具別の具体的な利用安全に関する記載があるとよい 6. その他（)
B. 福祉用具の機種と当該機種を選定した理由（選定理由）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 現状の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 機種別の特徴や違いが簡易に把握できるとよい 2. 選定理由を簡易に把握できるとよい（カテゴリーを表記する等） 3. 利用する福祉用具と福祉用具利用目標の紐づけがわかりやすいとよい 4. その他（)

※上記(1)で「A.共有がある」が「0」割と回答された方は、(3)および(8)以降にご回答ください。		
(2) 具体的な共有方法	A. モニタリングシート等による記録の共有	約()割
	B. 口頭のみ共有	約()割
	C. その他の手段での共有	約()割
(3) 共有の必要性	1. 全ての福祉用具貸与事業所に共有してもらいたい 2. 共有すべき事項があるときのみ報告してもらえばよい 3. 福祉用具専門相談員が実施するモニタリング結果は必要としていない 4. その他()	
(4) 福祉用具専門相談員が実施したモニタリング結果の活用場面(○はいくつでも)	1. 介護支援専門員として実施するモニタリング評価時に活用している 2. 居宅サービス計画書見直しの要否を判断する際に活用している 3. 福祉用具貸与サービスの見直しの要否を判断する際に活用している 4. 福祉用具貸与サービス以外の見直しの要否を判断する際に活用している 5. 居宅介護支援経過記録に活用している 6. サービス担当者会議での検討事項に活用している 7. 福祉用具貸与サービス以外のサービス事業所との情報共有に活用している 8. その他() 9. 活用していない → (7)へ	
(5) 福祉用具専門相談員が実施したモニタリング結果において、参考としている情報(○はいくつでも)	1. 福祉用具サービス計画の見直し(継続・再検討・中止)を提案する理由 2. 利用者の身体状況・ADLの変化 3. 利用者の意欲・意向等の変化 4. 介護環境・住環境の変化 5. 機器使用上の事故、ヒヤリ・ハットの有無 6. その他()	
(6) 福祉用具専門相談員が実施したモニタリング結果を得ることによる効果(○はいくつでも) → 回答後(8)へ	1. 福祉用具の変更の必要性等に気づくことができる 2. 住環境整備の必要性等に気づくことができる 3. 利用安全(事故・ヒヤリハット等の予防)が担保できる 4. 利用者・家族の変化等の情報が得られる 5. その他() 6. 特にない	
【(4)で「9.活用していない」を選択した方のみ回答】 (7) 活用していない理由(○はいくつでも)	1. 活用したい情報が共有されていない 2. 共有される情報がわかりづらい・活用しづらい 3. 福祉用具専門相談員のモニタリング結果は活用する必要がない 4. その他() 5. 特にない	
(8) 福祉用具専門相談員が実施するモニタリング結果において、不足している情報や視点(自由記述)		

※以下は同封の「ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)」について、回答してください

(9) 現状の「ふくせんモニタリングシート」の項目と評価指標に対する評価	
A. 福祉用具利用目標の達成度	1. 現状の「達成・一部達成・未達成」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「達成・一部達成・未達成」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法(○はいくつでも) 1. 達成度の基準が示されているとよい 2. 点数等、数字で達成状況が示されているとよい 3. その他() 3. 達成度の記載は不要である 4. その他()

現状の「ふくせんモニタリングシート」の項目と評価指標に対する評価	
B. 利用状況の問題	1. 現状の「なし・あり」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「なし・あり」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 「あり」の具体的な問題が記載されているとよい 2. 利用頻度が記載されているとよい 3. 利用場面が記載されているとよい 4. その他（) 3. 利用状況の問題の記載は不要である 4. その他（)
C. 点検結果	1. 現状の「問題なし・問題あり」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「問題なし・問題あり」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 「問題あり」の具体的な問題が記載されているとよい 2. 「問題あり」で実施した対応内容が記載されているとよい 3. その他（) 3. 点検結果の記載は不要である 4. その他（)
D. 今後の方針	1. 現状の「継続・再検討」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「継続・再検討」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 福祉用具利用目標別に計画見直しの必要性が記載されているとよい 2. 福祉用具別に計画見直しの必要性が記載されているとよい 3. その他（) 3. 今後の方針の記載は不要である 4. その他（)
E. 身体状況・ADLの変化	1. 現状の「なし・あり」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「なし・あり」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 確認した結果が記載されているとよい 2. 前回モニタリング実施時からの変化が記載されているとよい 3. その他（) 3. 身体状況・ADLの変化の記載は不要である 4. その他（)
F. 住環境の変化	1. 現状の「なし・あり」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「なし・あり」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 確認した結果が記載されているとよい 2. 前回モニタリング実施時からの変化が記載されているとよい 3. その他（) 3. 住環境の変化の記載は不要である 4. その他（)
G. 意欲・意向等の変化	1. 現状の「なし・あり」の記載方法で十分理解・活用できる 2. 現状の「なし・あり」の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい →わかりやすい・活用しやすい記載方法（○はいくつでも） <ol style="list-style-type: none"> 1. 確認した結果が記載されているとよい 2. 前回モニタリング実施時からの変化が記載されているとよい 3. その他（) 3. 意欲・意向等の変化の記載は不要である 4. その他（)

5-2. 改編様式

(1) ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)						管理番号	(No.)
						作成日	
						福祉用具 専門相談員名	
フリガナ		性別		生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	
利用者名	様			要介護度		認定期間	～
住所						TEL	
居宅介護支援事業所						担当ケアマネジャー	
意欲や意向・相談内容							
利用者の意欲・意向、今困っていること（福祉用具に期待することなど）				<input type="checkbox"/> 利用者から確認した <input type="checkbox"/> 家族・介護者から確認した			
疾病・疾患							
禁忌・注意事項 ・服薬情報等							
身体状況・ADL				(年 月) 現在			
身長	cm	体重	kg				
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる	<input type="checkbox"/> できない			
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者に 伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達 できない	<input type="checkbox"/> 伝達でき ない			
視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のもの であれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見え ない	<input type="checkbox"/> 見えな い			
聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せ ば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こ えない	<input type="checkbox"/> 聞こえな い			
関節可動域障害							
				<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
麻痺・筋力低下							
				<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
高次脳機能障害							
				<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
障害日常生活自立度							
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
認知症の有無							
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他()							
認知症の日常生活自立度							
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
特記事項 (医療情報以外)							
介護環境							
家族構成							
				主介護者			
他のサービス 利用状況							
利用している 福祉用具 (購入品含む)							
特記事項							
住環境							
住まいの状況							
<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸							
<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)							
<input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 階段							
転倒・転落 の経験							
転倒		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> すべり <input type="checkbox"/> その他()					
転落		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 踏み台 <input type="checkbox"/> その他()					
活動・参加							
外出頻度		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満					
外出目的等							

ふくせん 計画プロセスシート

管理番号	
利用者氏名	
福祉用具 専門相談員名	

介護支援専門員・他職種との連携、担当者会議、支援経過等の情報

年月日	対応者	内容

福祉用具の利用で改善が期待できるADL

【暫定の福祉用具種目・住宅改修】	【改善が期待できるADLの項目】	【改善が期待できるADLの評価(見込み)】
福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす附属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり(□置き型 □垂直式 □トイレ用) <input type="checkbox"/> スロープ(□固定式 □携帯式) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 住宅改修 <input type="checkbox"/> 手すりの取り付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取り換え <input type="checkbox"/> 便器の取り換え <input type="checkbox"/> その他付帯工事	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな い い である <input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば で き る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い である <input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば で き る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い である <input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば で き る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支 え れ ば で き る <input type="checkbox"/> 支えてもらえ れ ば で き る <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い い である <input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば で き る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い い である <input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば で き る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
判断するにあたり参考となる情報を得た場面	<input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 単独訪問	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員との同行訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()

住環境

【家屋(居室を含む)の概略図】	【屋内外・周辺環境で注意すべきポイント】

(3) ふくせん福祉用具サービス計画書 (利用計画)

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)	管理番号	
------------------------	------	--

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名 様		M・T・S 年 月 日			～
居宅介護 支援事業所	担当ケアマネジャー			目標見直し期間 (ケアプランに準拠)	<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 短期

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標	
	最も重視する目的	(【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)
1	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
2	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
3	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
4	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	

選定福祉用具(レンタル・販売)			(/ 枚)
品目	単位数	選定理由	
機種(型式)		(記載例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)	

留意事項	
(福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点、認定審査会での意見、次回のモニタリングの時期等)	

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	年 月 日
	署名	印
	(続柄)代筆者名 ()	印

事業所名	福祉用具専門相談員	
住所	TEL	FAX

(4) ふくせんモニタリングシート (訪問確認書)

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

管理番号	(/ 枚)
モニタリング実施日	年 月 日
前回実施日	年 月 日
お話を伺った人	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()
確認手段	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
事業所名	
福祉用具専門相談員	

フリガナ	居宅介護支援事業所	担当 ケアマネジャー
利用者名	要介護度	認定期間 ~

①	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始 年月日	利用状況 の変化	具体的な利用状況	利用状況 評価結果		メンテナ ンス結果		今後の方針				
					<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり					
①			<input type="checkbox"/> 場所			<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続				
			<input type="checkbox"/> 頻度							<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討	
			<input type="checkbox"/> 使用方法										<input type="checkbox"/> 追加を検討
			<input type="checkbox"/> 安全性										
②			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
③			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
④			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
⑤			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
⑥			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
⑦			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
⑧			<input type="checkbox"/> 場所		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続					
			<input type="checkbox"/> 頻度						<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 中止を検討		
			<input type="checkbox"/> 使用方法									<input type="checkbox"/> 追加を検討	
			<input type="checkbox"/> 安全性										<input type="checkbox"/> 変更・交換を検討

福祉用具利用目標	目標達成状況		
	達成度	種目・品目 変更の検討	詳細
1	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
2	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
3	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

ケアプランの目標に対する福祉用具サービスの総合評価		
「福祉用具サービス計画」見直しの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	「福祉用具サービス計画」見直しについての意見 ※福祉用具貸与サービスの利用継続の必要性や見直し等
「なし」と 判断した理由	<input type="checkbox"/> ADLの維持・向上ができているため利用継続	
	<input type="checkbox"/> 生活範囲の維持・拡大ができているため利用継続	
	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減に寄与しているため利用継続	
	<input type="checkbox"/> 状態変化を見据えた利用継続	
	<input type="checkbox"/> 再調整を行い利用継続	
	<input type="checkbox"/> 操作取得までの利用継続	
「あり」と 判断した理由	<input type="checkbox"/> 利用者または介護者の意向	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具利用目標の達成または未達成	
	<input type="checkbox"/> 利用者ADL、家族の状況、住環境等の変化	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具継続利用による危険性	
	<input type="checkbox"/> その他	
	次回実施予定日	年 月 日

【モニタリング内容・確認結果(詳細)】

福祉用具の利用状況(事故、ヒヤリ・ハットの確認)						
事故の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ヒヤリ・ハットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	「あり」の場合の対応内容	<input type="checkbox"/> 用具の使用中止の提案 <input type="checkbox"/> 使用方法の再指導	<input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> その他
事故、ヒヤリ・ハットの具体的な内容や対応等						

モニタリング時のADL・前回確認時からの変化の有無						
	変化の有無					
身長	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	cm	体重	kg		
寝返り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない	
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> 伝達できない	
視覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のものであれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない	
聴覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
関節可動域障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

利用者の意欲・意向(新たな課題やニーズ)、身体状況・介護環境・住環境等の変化、メンテナンス結果等を記載

特記事項	
------	--

他職種へのモニタリング結果の報告・説明状況

連携先	介護支援専門員	他の介護サービス()
連携方法	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし

ふくせん福祉用具サービス計画書等 改編のポイント

令和4年3月

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会

目次

1.	はじめに	1
(1)	ふくせん福祉用具サービス計画書等、改編様式作成の背景・目的	1
(2)	令和2年度調査で明らかとなった課題	2
(3)	改編対象とした記録様式	3
2.	ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）	4
(1)	既存様式における課題	4
(2)	介護支援専門員からの意見・要望	4
(3)	改編の目的・方向性	4
(4)	既存様式からの変更点・改編のポイント	5
3.	ふくせん計画プロセスシート	7
(1)	新規作成の目的	7
(2)	作成のポイント	8
4.	ふくせん福祉用具サービス計画書（利用計画）	9
(1)	既存様式における課題	9
(2)	介護支援専門員からの意見・要望	9
(3)	改編の目的・方向性	10
(4)	既存様式からの変更点・改編のポイント	11
5.	ふくせんモニタリングシート（訪問確認書）	13
(1)	既存様式における課題	13
(2)	介護支援専門員からの意見・要望	13
(3)	改編の目的・方向性	14
(4)	既存様式からの変更点・改編のポイント	15
6.	本会としての今後の取組	19
7.	参考資料	20
(1)	【記入例】ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）改編様式	20
(2)	【記入例】ふくせん計画プロセスシート	21
(3)	【記入例】ふくせん福祉用具サービス計画書（利用計画）改編様式	22
(4)	【記入例】ふくせんモニタリングシート（訪問確認書）改編様式	23

1.はじめに

(1) ふくせん福祉用具サービス計画書等、改編様式作成の背景・目的

介護保険制度における福祉用具貸与の利用者は200万人を超えています。今後は日本の介護分野において、介護サービスの需要増加に対する人材確保が急務といわれています。その中で、介護現場では効果的な取組とともに、利用者へのサービスの質の向上を両立していく必要があります。そうした介護現場の取組の中には、福祉用具を使って効果と効率化を図る試みもされています。

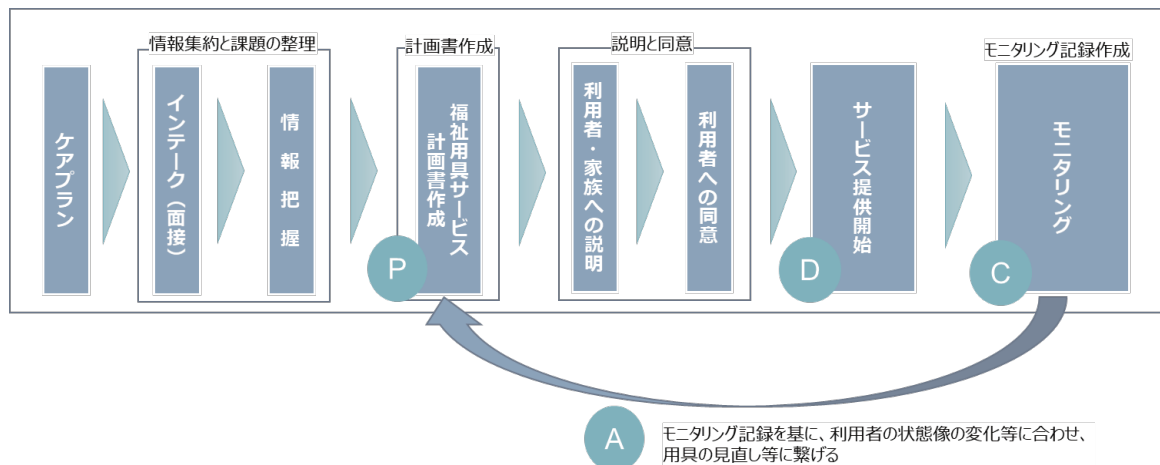
このような背景を踏まえ、介護現場では科学的介護の推進の検討が図られています。厚生労働省では、大規模データを収集し、そのデータをサービス提供に役立ててもらおうと、2021年度から情報システム（LIFE）¹を開始しました。データを活用しサービスの質の向上を促すためです。

福祉用具貸与サービスは指定基準による福祉用具専門相談員の配置というストラクチャー（構造）があり、2012年度からの福祉用具サービス計画の義務付けによりPDCAサイクルのプロセスができたと言えます。しかし現状において、データに基づく福祉用具の提供によるアウトカム（効果）には、さらなる記録内容の標準化が求められます。福祉用具サービス計画及びモニタリングシート等を活用し、PDCAの各場面における記録の可視化を通じ、標準化を目指し、利用者の状態像の変化等に合わせた、適時・適切な福祉用具の見直し等に繋げることが重要です。

よって、本会では令和2年度及び令和3年度の老人保健事業推進費等補助金による調査研究事業を活用し、福祉用具貸与サービスの質の向上に向けて、PDCAサイクルを適正に回していくために必要な記録様式、記録項目・内容の可視化・標準化を目的としたふくせん福祉用具サービス計画書およびモニタリングシートの改編様式の作成を行いました。

本稿では、作成にあたっての現状の課題、改編のポイントを解説します。

図表 1 福祉用具貸与におけるPDCAサイクル



（出所）厚生労働省「福祉用具貸与・販売の流れ」を基に事務局にてPDCAサイクルを追記・改編

¹ 厚生労働省 HP 科学的介護 2 科学的介護情報システム（LIFE）について
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000753792.pdf>)

(2) 令和2年度調査で明らかとなった課題

本会では、令和2年度老人保健事業推進費等補助金において「福祉用具サービスの質の評価データ収集等に係る調査研究事業」²を実施しました。

この調査研究事業は、実際に福祉用具専門相談員が作成した福祉用具貸与計画書やモニタリング記録に記載されている内容を収集し、その記載内容の分析を行い、利用者や家族の自立支援や介護負担軽減に資する福祉用具貸与サービスの質の評価を実施するために必要な項目の整理、方法の策定等の検討を行うことを目的として実施しましたが、現状の様式、記載内容について、以下の課題が明らかとなりました。

図表 2 令和2年度調査で明らかになった主な課題

<p>○ 記載すべき項目について</p> <ul style="list-style-type: none">・ 各様式の記入充足率にばらつきがある。・ 福祉用具のモニタリングシートに記載すべき項目は共通化しているものの、<u>福祉用具専門相談員によって福祉用具のモニタリングにおける視点や評価が異なる。</u>
<p>○ 評価結果の記録について</p> <ul style="list-style-type: none">・ 福祉用具のモニタリングにおける確認結果や目標達成状況の評価結果の記録について共通化されておらず、<u>福祉用具専門相談員による様式への記載にばらつきがある。</u>
<p>○ 福祉用具貸与サービスの質の評価について</p> <ul style="list-style-type: none">・ 「安全」「安心」など評価しにくい目標が設定されている記載が多く、<u>客観的な評価や進捗状況の把握が困難である。</u>・ 福祉用具のモニタリングシートにおいて、「目標達成状況」の「達成」「一部達成」「未達成」の基準が統一されていない。また、「身体状況・ADLの変化」、「意欲・意向等の変化」の「変化あり」にチェックをつけても、<u>自由記述を確認しなければ「改善」「悪化」の判断ができない。</u>

上記の課題を解決し、福祉用具貸与サービスの質の評価の検討に向けて、記録項目や記載内容の基準の可視化・標準化に資する改編様式の作成を令和3年度老人保健事業推進費等補助金「サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業」にて実施しました。

さらに、福祉用具貸与計画書やモニタリング記録は、介護支援専門員を含む多職種連携によるチームケアにおいて重要な情報発信ツールとなることから、介護支援専門員へのアンケート調査を行い、必要としている情報や福祉用具専門相談員への要望等を把握し、改編様式作成の参考としました。

² 当会 HP「福祉用具サービスの質の評価データ収集等に係る調査研究事業 報告書」(令和3年3月)
(http://www.zfssk.com/sp/1302_chosa/2021_index2.html)

(3) 改編対象とした記録様式

今回、福祉用具専門相談員のサービス提供プロセス及び記録の標準化、また、多職種連携の促進を目的に以下の記録様式について改編案を作成しました。

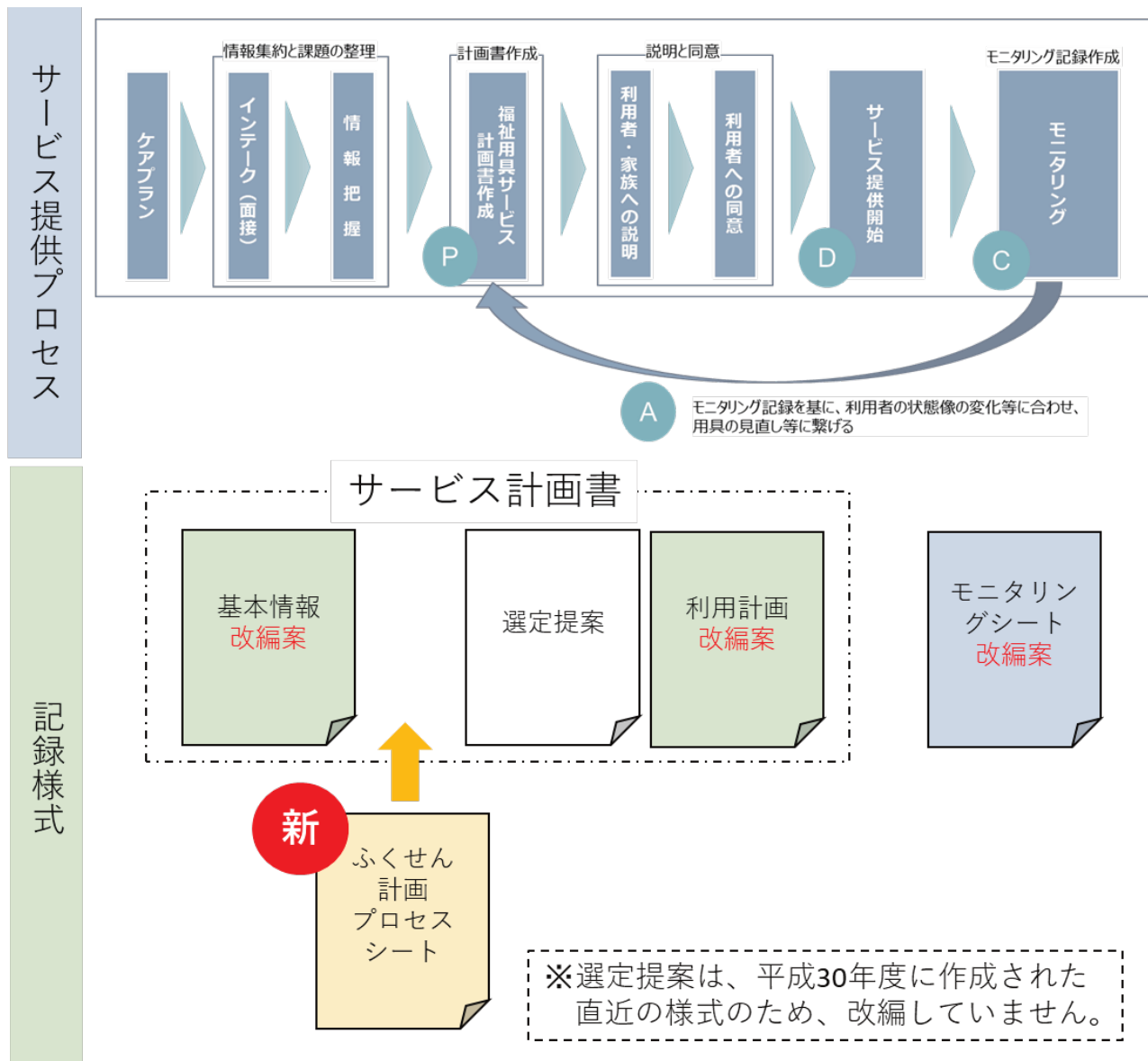
また、今回新たに福祉用具専門相談員が基本情報から得た情報を利用計画に落とし込む際のプロセスの見える化を目的とした「ふくせん計画プロセスシート」を作成しました。

次章より、各様式に対する令和2年度調査での課題、令和3年度調査を踏まえた介護支援専門員からの意見・要望、改編の目的・方向性について、具体的にご説明します。

図表 3 改編対象とした記録様式

- ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報、利用計画）
- ふくせん計画プロセスシート **※新規作成**
- ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)

図表 4 福祉用具貸与における PDCA サイクルと記録様式



2. ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）

（1）既存様式における課題

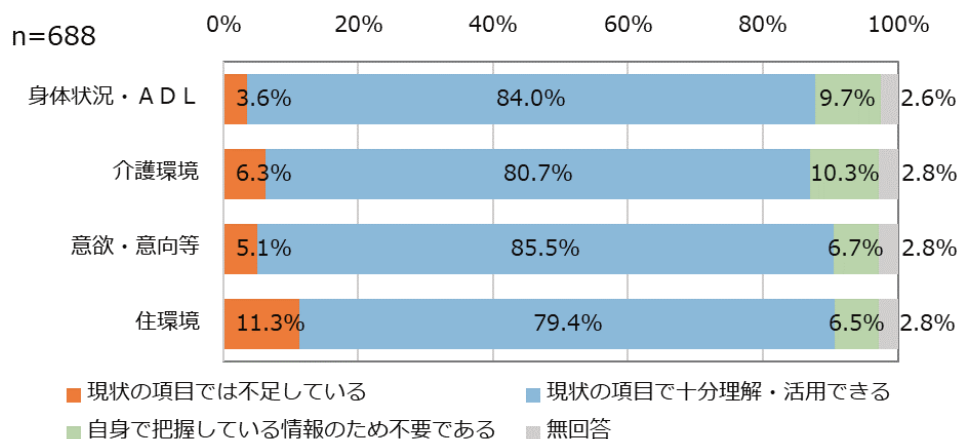
令和2年度調査で把握された改善すべき課題は、以下のとおりです。

- 記録項目はほぼ統一されているものの、その記入充足率は100%にはなっていない。
 - 既存様式において、自由記述となっている「障害高齢者の日常生活自立度」の記入率は37%、「認知症高齢者の日常生活自立度」の記入率は24%であった。
 - 利用者の「身体状況・ADL項目」の記載状況は、13項目中9項目の記入率は80%を超えているものの、「屋外歩行」「食事」「更衣」「意思の伝達」については記入率が80%を下回っていた。

（2）介護支援専門員からの意見・要望

既存の「ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）」の項目である「身体状況・ADL」、「介護環境」、「意欲・意向等」、「住環境」それぞれについて、概ね8割前後の介護支援専門員から「現状の項目で十分理解・活用できる」との評価が得られました。一方で、一部の介護支援専門員からは「現状の項目では不足している」といった回答もありました。福祉用具専門相談員に把握しておいてもらいたい事項としては、利用者の身体状況・ADL等に関する意見・要望が最も多く、**具体的には、疾患・既往歴や、病状、服薬状況、認知症の有無・程度等が挙げられました。**その他、利用者・家族の意向や介護環境、**住環境**についても具体的な状況の把握を望む声も寄せられました。

図表 5 既存の「ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）」の項目に対する評価



（3）改編の目的・方向性

上記（1）（2）を踏まえ、利用者の疾病・疾患、禁忌・注意事項などの医療情報について、より詳細な情報を把握・記録いただくことを目的に、項目の追加、選択式への修正を行いました。意欲・意向等は介護支援専門員からの相談内容と合わせ、利用者の状況に適したより効果的な福祉用具の選定につなげていただくことが目的であり、記入充足率の向上を図るために、意欲・意向は最上段にまとめ、医療関連事項も欄を大きく、集約しています。新たに「転倒・転落」「活動・参加」についても設けました。高齢者の事故において多い「転倒」のリスクを少しでも減らすのが目的です。いずれも、福祉用具の選定の際の配慮や検討に役立ててもらうためです。

(4) 既存様式からの変更点・改編のポイント

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)		管理番号	(No.)
フリガナ	性別	生年月日	年齢
利用者名	様	M-T-S 年 月 日	～
住所	TEL		
相談内容	相談者	利用者の職種	相談日
身体状況・ADL (年 月) 現在	身長	cm	体重
歩行	歩行	歩行	歩行
移動	移動	移動	移動
食事	食事	食事	食事
居室サービス計画	利用者の生活に対する意向		
居室サービス計画	総合的な援助方針		
疾病・疾患	禁煙・注意事項	服薬情報等	
身体状況・ADL (年 月) 現在	歩行	歩行	歩行
移動	移動	移動	移動
食事	食事	食事	食事
居室サービス計画	利用者の生活に対する意向		
居室サービス計画	総合的な援助方針		
転倒・転落	転倒	転倒	転倒
活動・参加	活動	活動	活動
居室サービス計画	居室サービス計画		
居室サービス計画	居室サービス計画		

【変更点・改編のポイント】改編のポイントをまとめました。記載に当たっての例示や注意事項は記入例をご覧ください。

① 意欲・意向、相談内容

「意欲・意向」は、福祉用具専門相談員として最も重視いただきたい事項であるため、最上段へ移動しました。

② 疾病・疾患、禁忌・注意事項・服薬情報等

身体状況等についてより詳細な情報を把握し、福祉用具の選定につなげていただくため、疾病・疾患を記載後、疾病に起因する禁忌・注意事項・服薬情報等を記載する欄を設けました。

③ 【新規追加】 関節可動域障害・高次脳機能障害・認知症の有無

身体状況等についてより詳細な情報を把握し、福祉用具の選定につなげていただくため、新たに項目を設けました。

④ 障害日常生活自立度、認知症の日常生活自立度

令和 2 年度調査において特に記入充足率の低かった「障害日常生活自立度」及び「認知症の日常生活自立度」を、記録しやすいよう選択式に修正しました。

⑤ 家族構成・主介護者

主介護者を明確にすることで、その後の連絡等が円滑になるよう、家族構成と主介護者の記入欄を分割しました。

⑥ 【新規追加】 転倒・転落の経験

福祉用具の選定の際に重要となる転倒・転落のリスクを把握するため、転倒・転落の経験を確認・記載する項目を新設しました。

⑦ 【新規追加】 活動・参加

利用者の生活や活動範囲等を把握し、福祉用具の選定につなげるため、外出頻度とその目的・範囲等を確認・記載する項目を新設しました。

⑧ 【削除】 居室サービス計画

記入に係る負担軽減のため、介護支援専門員から受領した居室サービス計画書から転記していただいていた「利用者及び家族の生活に対する意向」及び「総合的な援助方針」の項目を削除しました。

⑨ 住環境

福祉用具の選定や搬入等に関わる内容をより具体的に、かつ記録しやすいよう自由記述としていた内容を選択肢に修正しました。

【記入例】

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)				管理番号	〇〇〇〇 (No.)
フリガナ				作成日	〇.〇.〇
利用者名				福祉用具 専門相談員名	ふくせん太郎
住所				認定期間	令和3年1月1日 ~ 令和4年12月31日
居室介護支援事業所				TEL	〇〇〇〇〇〇〇〇
				担当ケアマネジャー	〇〇 〇〇
意欲や意向・相談内容 利用者の意欲・意向、今困っていること (福祉用具に期待することなど)				<input checked="" type="checkbox"/> 利用者から確認し 利用者の疾病に関する情報「疾病・疾患」に 記載し、疾患に伴う日内変動といった注意が 必要な事柄、服薬状況、既往歴等を記載。	
疾病・疾患 大腸がん					
禁忌・注意事項 ・服薬情報等 術後にイレウスを起こしたが、落ち着いたため退院した。抗がん剤の投与。 入院中に脚が弱った(筋力低下)。					
身体状況・ADL (令和4年 1月) 現在				介護環境	
身長	165	cm	体重	52	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる	<input type="checkbox"/> できない	
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
関節可動域障害				<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし	
麻痺・筋力低下				<input checked="" type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
高次脳機能障害				<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし	
障害日常生活自立度				<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症の有無				<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他()	
認知症の日常生活自立度				<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
特記事項 (医療情報以外)				手術前は毎日散歩され、ときには花の写真を 撮って、友達に送るのが楽しみとのこと	
家族構成				奥様と二人暮らし 主介護者 奥様	
他のサービス 利用状況				家族構成と主たる介護者は分けて記載。 家族構成は「奥様と二人」、「主介護者 は、長女(市内在住)」というように。	
利用している 福祉用具 (購入品含む)					
特記事項				月に一回、市外に住む長女が買い物を届けるなどし ている	
住環境				福祉用具利用にあたり、想定されるリス ク等を検討するための情報として、確 認。過去いつまでかなどは、本人・家族 の記憶なので、答えられる程度で。	
住まいの状況					
視覚・聴覚					
視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input checked="" type="checkbox"/> 目の前のもので あれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見え ない	<input type="checkbox"/> 見えない	
聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で話せ ば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こ えない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
転倒・転落 の経験				転倒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> すべり 転落 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 踏み台	
活動・ 参加				外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満 外出目的等 月に数回、奥様のご同行のもと介護タクシーを利用して通院されています。	

利用者からの意欲や意向・相談内容を記載。
介護支援専門員からの依頼内容も「〇〇介護
支援専門員からの依頼」などとする。

利用者の疾病に関する情報「疾病・疾患」に
記載し、疾患に伴う日内変動といった注意が
必要な事柄、服薬状況、既往歴等を記載。

視覚・聴覚は、別々にし、自由記載から
チェック項目にした。福祉用具の利用に
あたって、説明が聞こえるか、操作ボタ
ン等が見えるかという点は重要。

家族構成と主たる介護者は分けて記載。
家族構成は「奥様と二人」、「主介護者
は、長女(市内在住)」というように。

福祉用具利用にあたり、想定されるリス
ク等を検討するための情報として、確
認。過去いつまでかなどは、本人・家族
の記憶なので、答えられる程度で。

利用者の「外出」範囲・目的等を把握することで、福祉用具の利用目的・選定に結び付けて考えてほしい。現在の状況とともに「通院のために外出」という現在の状況とともに、「手術前は月に1回はコーヒーを買いに外かけていた」と以前の状況もわかると、長期的な目標や利用者の意欲を引き出す福祉用具の利用につながる。

(2) 作成のポイント

【記入例】

福祉用具利用目標及び、福祉用具の選定に関連する必要な情報の記録。支援経過記録や会議録等の要点を記載する。後日の振り返りや担当が変わった際の引継ぎ資料になる。

ふくせん 計画プロセスシート		
介護支援専門員・他職種との連携、担当者会議、支援経過等の情報		
年月日	対応者	内容
令和4年1月10日	〇〇CM	利用者A様の相談あり。R1.1.13に同行訪問の依頼あり。
令和4年1月11日	〇〇CM	利用者A様の基本情報をFAXでいただく。
令和4年1月13日	〇〇CM 利用者家族	同行訪問、家屋調査

福祉用具の利用で改善が期待できるADL		
【暫定の福祉用具種目・住宅改修】	【改善が期待できるADLの項目】	【改善が期待できるADLの評価(見込み)】
福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす附属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 座面型 <input type="checkbox"/> 垂直式 (トイレ用)	<input type="checkbox"/> 寝返り <input checked="" type="checkbox"/> 起き上がり <input checked="" type="checkbox"/> 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い <input type="checkbox"/> つかまらな い <input checked="" type="checkbox"/> つかまらな い <input type="checkbox"/> つかまらな い <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

介護支援専門員からの情報を基に、暫定の福祉用具種目を選択。

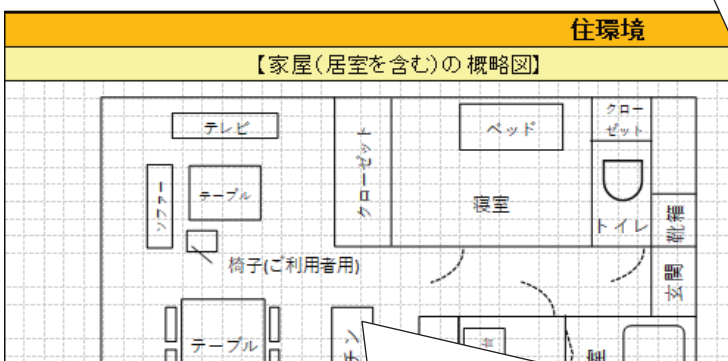
利用者にとって改善が期待できるADLは何かを検討し、ある場合は、右の項目にチェックする。

※介護支援専門員からの情報がない場合は、基本情報から得た情報を基に福祉用具専門相談員が暫定福祉用具を選定することでも構わない。

左記の暫定福祉用具を利用することで、改善が期待できるADLの項目を福祉用具専門相談員として検討する。検討した結果が「利用計画」の目標に繋がり、さらに福祉用具のモニタリング時の状態変化の確認に繋がっていく。なお、福祉用具の導入理由が利用者の状態の維持や介護負担軽減であるなら、本欄のチェックはつけない。

<input type="checkbox"/> 手すりの取り付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取り換え <input type="checkbox"/> 便器の取り換え <input type="checkbox"/> その他付帯工事	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助
判断するにあたり参考となる情報を得た場面	<input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 単独訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員との同行訪問

福祉用具専門相談員が上記の判断をする際に、どのように情報を得たのかをチェック。福祉用具専門相談員の判断と情報収集の根拠を残しておくため。



・室内はフローリングで段差なし
・開き戸が多く歩行器操作技術の取得が必要

福祉用具の設置場所や、利用者の動線など、家屋内において把握しておくべき場所の概略図(ラフ図)を記録。扉や段差等、危険な場所等。外出用の車いすや歩行器など室内で使用しないものについては、玄関から屋外への環境を記載する。置き場所と危険個所の確認になる。

利用者の生活範囲等を把握し、事故防止に向けた検討につなげる。室内環境は、初回面談等で見せてもらうことが難しいときは、無理に対応しない。利用者との関係構築が先。

4. ふくせん福祉用具サービス計画書（利用計画）

（1）既存様式における課題

令和2年度調査で把握された改善すべき課題は、以下のとおりです。

- 記載されている内容が、利用者にとって分かりやすく具体的な内容になっていない。
- 利用目標を設定する上では、客観的な評価や進捗状況の把握が可能となるよう定量的な目標を設定することが重要であるが、「安全、安心」等、評価が困難な記載が散見された。
- 現状の様式は自由記述が多く客観的な評価が困難である。
- 記入充足率が100%になっていない、かつ、記載されている内容がガイドラインに即していない。

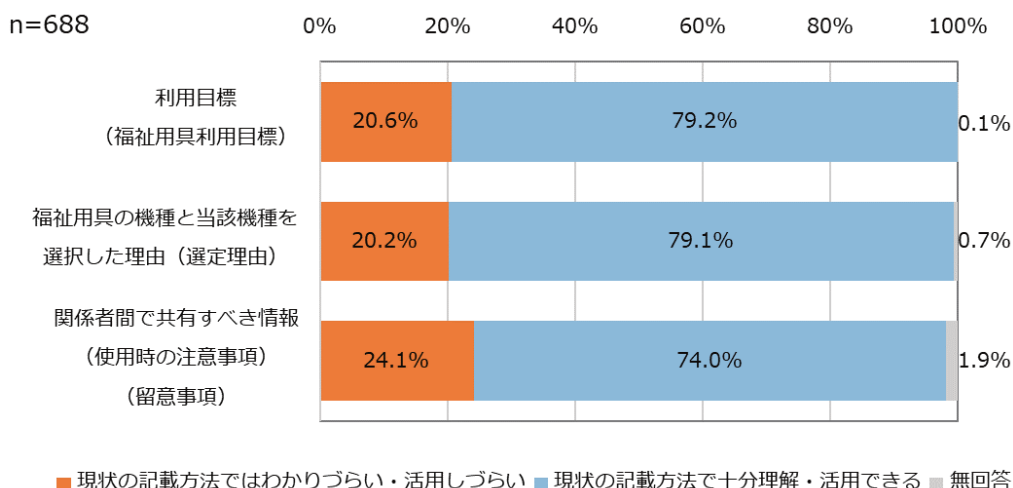
（2）介護支援専門員からの意見・要望

既存の「福祉用具サービス計画」（ふくせん様式に限らない。ふくせん様式では「利用計画」を指す。）の項目である「利用目標（福祉用具利用目標）」、「福祉用具の機種と当該機種を選定した理由（選定理由）」及び「関係者間で共有すべき情報（使用時の注意事項）（留意事項）」の記載内容に対して、約70～80%の介護支援専門員から「現状の記載方法で十分理解・活用できる」との評価が得られました。

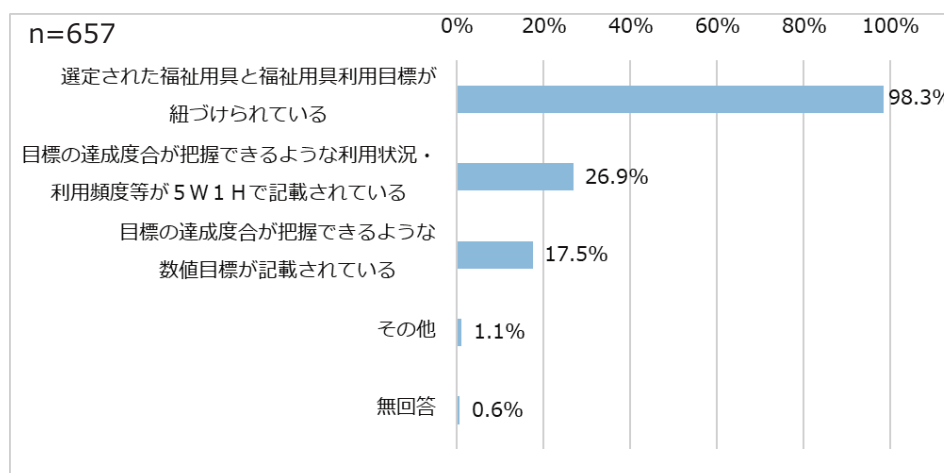
一方、約20%の介護支援専門員からは「現状の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい」といった評価を受けており、よりわかりやすい・活用しやすい方法として、**「利用目標（福祉用具利用目標）」については、「自立支援」「介護者負担軽減」等、目標の位置づけが把握できるとよい**、「福祉用具の機種と当該機種を選定した理由（選定理由）」については、**「機種別の特徴や違いが簡易に把握できるとよい**」、「関係者間で共有すべき情報（使用時の注意事項）（留意事項）」については、**「誤操作や事故の危険性についての注意事項」といった意見・要望が最も多く挙げられました。**

また、「利用目標（福祉用具利用目標）」については、95%以上の介護支援専門員が「居宅サービス計画書の目標に紐づいた福祉用具利用目標が記載されている」と評価している一方で、具体的な記載内容については、「目標の達成度合が把握できるような利用状況・利用頻度等が5W1Hで記載されている」、「目標の達成度合が把握できるような数値目標が記載されている」との評価は30%以下にとどまっており、**目標の達成度合が把握できるようなより具体的な福祉用具利用目標の記載が求められています。**

図表 6 「福祉用具サービス計画」の記載内容に対する評価



図表 7 「利用目標 (福祉用具利用目標)」の具体的な記載内容



(3) 改編の目的・方向性

上記(1)(2)を踏まえ、「生活全般の解決すべき課題・ニーズ(福祉用具が必要な理由)」に対し、「福祉用具利用目標」を検討する際、具体的にどのような効果を期待して目標を立てるかを明らかにし、より具体的な「福祉用具利用目標」を利用者にもわかりやすく記載することを意識してもらうための補足説明を追記することとしました。

また、介護支援専門員からの要望としてあった「機種別の特徴や違いが簡易に把握できるとよい」や、「誤操作や事故の危険性についての注意事項」の記載についても、福祉用具専門相談員としてより具体的に記載することを意識してもらうために補足説明を追記しました。

(4) 既存様式からの変更点・改編のポイント

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)										ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)											
フリガナ					性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間		フリガナ					性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間	
利用者名					様	M・T・S	年 月 日		~		利用者名					様	M・T・S	年 月 日		~	
居宅介護支援事業所					居宅介護支援事業所					居宅介護支援事業所					居宅介護支援事業所						
生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)										福祉用具利用目標 (【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)											
										最も重視する目的 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減											
選定福祉用具(レンタル・販売)										選定福祉用具(レンタル・販売)											
品目		単位数		選定理由						品目		単位数		選定理由							
機種(型式)				(例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)						機種(型式)				(例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)							
①										①											
②										②											
③										③											
④										④											
留意事項										留意事項											
私は、貸与の機種となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。										私は、貸与の機種となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。											
私は、貸与の機種となる機種や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。										私は、貸与の機種となる機種や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。											
私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。										私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。											
事業所名		福祉用具専門相談員		日付		年 月 日		署名		事業所名		福祉用具専門相談員		日付		年 月 日		署名			
住所		TEL		FAX						住所		TEL		FAX							

【変更点・改編のポイント】

- ① 【新規追加】 目標見直し期間 (ケアプランに準拠)**
 福祉用具利用目標の達成状況を定期的に評価し、目標の見直しを図ることでPDCAサイクルを回していくことができます。福祉用具の利用目標は、介護支援専門員から受領するケアプランと連動するものであるため、ケアプランに準拠し、「短期目標」「長期目標」のいずれかを選択する項目を設けました。
- ② 福祉用具利用目標**
 「最も重視する目的」の欄を追加し、福祉用具利用目標を記載するにあたり、「自立支援」「心身機能の維持」「介護負担の軽減」のどの項目を最も重視して目標を立てるか意識付けのための項目を設けました。
 補足説明として「利用目標」に「【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する」と明示しました。計画を作成するのはベテランとは限りません。福祉用具専門相談員の経験年数や研修などによる記載のバラつきをなくすためです。
- ③ 選定理由**
 福祉用具専門相談員として、なぜこの福祉用具を選定したのかを具体的に記載してもらうために「記載例：利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。」を補足説明として追記しました。
- ④ 留意事項**
 項目を設定したもとの目的は「福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点」の記載でしたが、福祉用具専門相談員による記載漏れをなくすこと、さらに介護支援専門員からの要望としてあった「誤操作や事故の危険性についての注意事項」の記載というご意見も参考に、補足説明を追記しました。

【記入例】

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計

福祉用具の利用目標は、介護支援専門員から受領するケアプランと連動するものであるため、ケアプランに準拠し、「短期目標」「長期目標」のいずれかを選択。

福祉用具利用目標を記載するにあたり、最も重視する目的を明確にするため、1つだけにチェックを入れる。

生活全般の解決すべき課題 (福祉用具が必要な理由)		性別	生年月日
1 自宅での起居動作を一人で行いたい		男性	M・T・S 19年8月15日
2 自宅内での移動動作を一人で行いたい			
最も重視する目的		担当ケアマネジャー	〇〇〇〇
<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減		目標見直し期間 (ケアプランに準拠)	<input type="checkbox"/> 長期 <input checked="" type="checkbox"/> 短期
福祉用具利用目標 (【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)			
1 特殊寝台・付属品を使用しベッドからの起き上がり動作が、自分一人で行えるようにし、離床回数を増やしていく			
2 歩行器を使用し自宅内を歩けるようにすることで、転倒のリスクを減らす			

補足説明に従い、具体的な福祉用具の種類(品目ごとに利用目標を記載。なお一体的な利用が想定される付属品は、一緒に記載してよい。生活動作の改善ではなく、介護負担軽減が目的の場合は、特殊寝台・付属品を使って「ベッドでの起き上がり、食事介助にかかる妻の腰にかかる負担を軽くする」と生活場面の何の動作に関する負担軽減が期待できるのかを書く。

品目	単位数	選定理由
機種(型式)		(記載例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)
1 特殊寝台 〇〇ベッド	〇〇〇	腹部に力を入れずに体を起こせる背上げ機能と、立ち座りの動きを電動高さ調節機能で補助できる特殊寝台を選定しました。
1 特殊寝台付属品 〇〇サイドレール	〇〇〇	ご本人がベッドから落ちて怪我をされないように、ベッド本体の規格と適合するサイドレールを選定しました。
1 特殊寝台付属品	〇〇〇	寝返りや起き上がり、立ち上がりの動作を支援し、歩行車に移るときに支持部が

利用者、家族及び介護支援専門員等に認識しておいて欲しい事項について、補足説明)に従い、具体的に記載。注意事項は、わかりやすく記載する。利用者の状態によってはケアプランの目標見直し期間よりも早くに福祉用具のモニタリングすることも考えられるため、必要な利用者には次回訪問予定日について記載。

利用者の状態と環境面から、具体的にこの仕様を選定したと選定理由を記載。利用者に渡すものであるため、略語や利用者の状態や疾病に対しては配慮し、わかりやすく記載。

留意事項 (福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点、認定審査会での意見、今回のモニタリングの時期等)	
●特殊寝台について リモコンはマットレスの上に置いていると誤って触れてしまいベッドが動いてしまうことがありますので、サイドレールにかけてお使いください。 ●歩行車について 室内操作の環境を考慮して選定しましたが、初めてお使いになるので、定期モニタリングよりも早めに、一度、使用状況を確認のためお伺いしたいと思います(〇月頃)。	

<input checked="" type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付 〇〇年〇月〇日 署名 利用者A 印 (続柄)代筆者名 () 印
事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	福祉用具専門相談員 心くせん太郎 TEL ××-××-×××× FAX ××-××-××××

5. ふくせんモニタリングシート（訪問確認書）

（1）既存様式における課題

令和2年度調査で把握された改善すべき課題は、以下のとおりです。

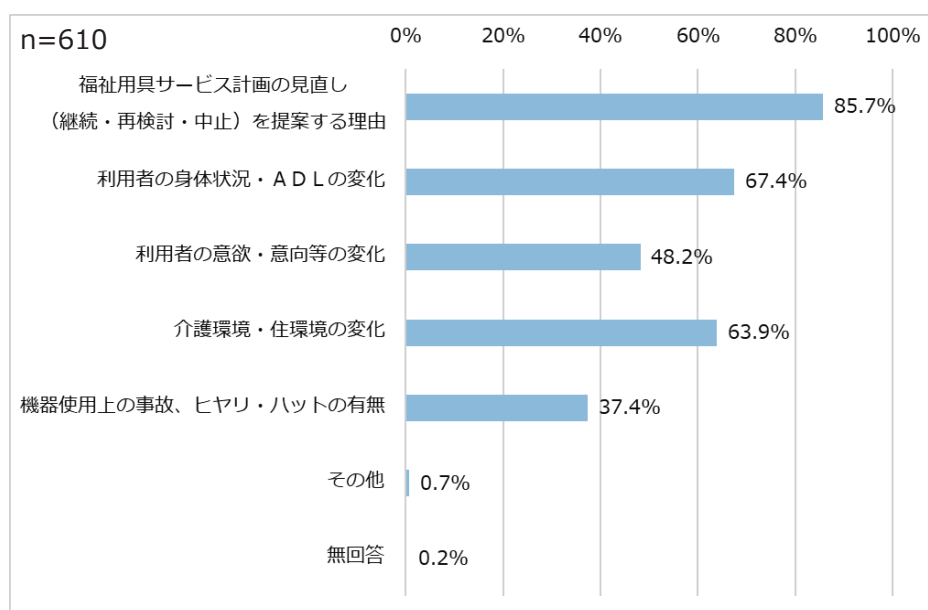
- 福祉用具専門相談員によって福祉用具のモニタリングにおける視点や評価が異なる。
- 福祉用具のモニタリングにおける確認結果や目標達成状況の評価結果の記録について共通化されていない。
- 「身体状況・ADLの変化」、「意欲・意向等の変化」の「変化あり」にチェックをつけても、自由記述を確認しなければ「改善」「悪化」の判断ができない。
- 記入充足率が100%になっていない、かつ、記載されている内容がガイドラインに即していない。

（2）介護支援専門員からの意見・要望

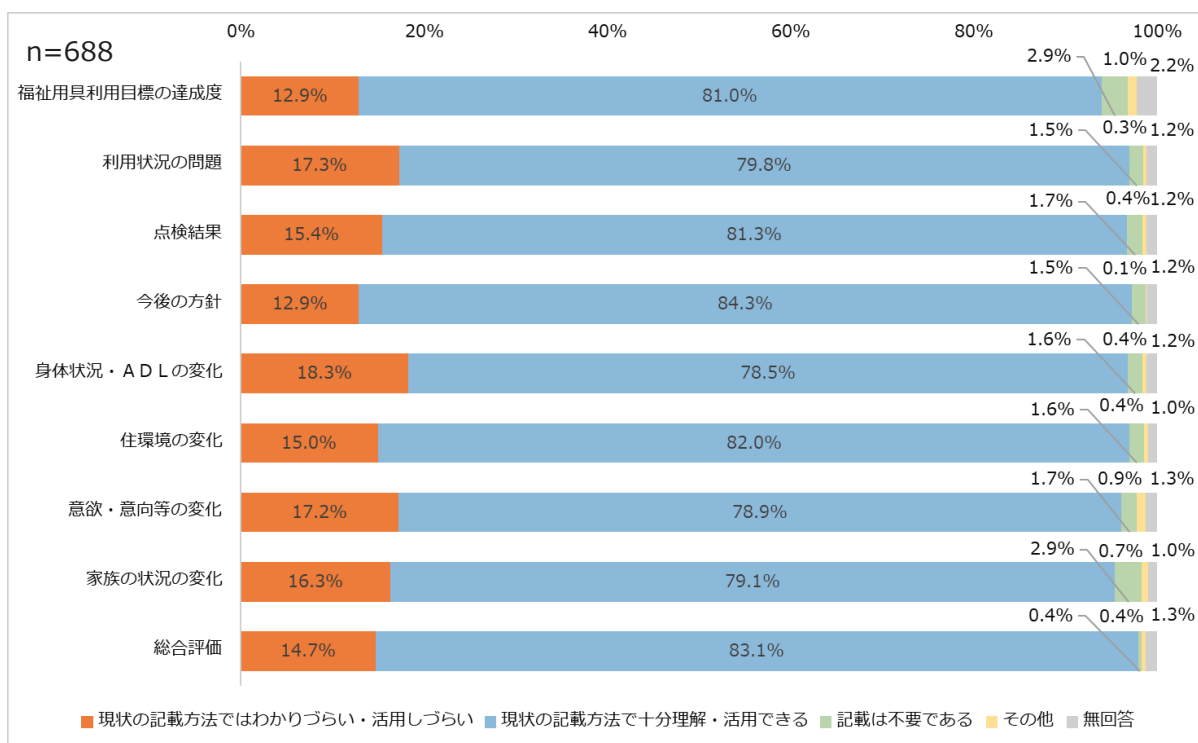
介護支援専門員は、福祉用具専門相談員が実施したモニタリング結果のうち、**福祉用具サービス計画の見直し（継続・再検討・中止）を提案する理由や、利用者の身体状況・ADLの変化等の情報を特に参考としていることが把握されました。**

また、既存の「ふくせんモニタリングシート（訪問確認書）」の項目と評価指標に対しては、全ての項目について、約8割前後の介護支援専門員から「現状の記載方法で十分理解・活用できる」との評価が得られています。一方で、「現状の記載方法ではわかりづらい・活用しづらい」との評価も10～20%程度あり、わかりやすい・活用しやすい記載方法としては、**福祉用具利用目標の達成度の基準が示されているとよい、利用状況や点検結果に問題がある場合は、その具体的な問題が記載されているとよい、福祉用具別に計画見直しの必要性が記載されているとよい、前回の福祉用具のモニタリング実施時からの身体状況・ADLの変化が記載されているとよい、等の意見・要望が挙げられました。**

図表 8 福祉用具専門相談員が実施したモニタリング結果において、参考としている情報



図表 9 既存の「ふくせんモニタリングシート」の項目と評価指標に対する評価



(3) 改編の目的・方向性

上記(1)(2)を踏まえ、福祉用具専門相談員としてのモニタリング時の評価結果を明確に示すとともに、そのエビデンスについても記録し、介護支援専門員への報告・共有に活用されることを目的としました。

福祉用具専門相談員としての視点で確認した、「利用者の身体状況・ADLの前回訪問時からの変化」等は、これまで記録に残していない内容でした。しかし、実際には福祉用具のモニタリング訪問時に多くの福祉用具専門相談員が確認しており、かつ、前回訪問時からの変化等を踏まえ、福祉用具サービス計画の見直し(継続・再検討・中止)を介護支援専門員へ提案している実態があり、このような取組が福祉用具専門相談員としての専門性によるサービス提供であるといえます。書式と項目は増えましたが、チェック項目にすることで、記載に関わる負担の軽減と、今後のデータ集約に資するようになりました。この様式を活用いただくことで、福祉用具専門相談員ごとに福祉用具のモニタリング時の視点や評価のばらつきを抑制し、更に、適正にPDCAサイクルを回していくことに繋がることを期待します。

(4) 既存様式からの変更点・改編のポイント

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)		管理番号 (/ 枚)				
		モニタリング実施日 年 月 日				
		前回実施日 年 月 日				
		お話を伺った人 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()				
		連絡手段 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話				
		事業所名 福祉用具専門相談員 事業所住所 TEL				
フリガナ	居宅介護支援事業所	担当 ケアマネジャー				
利用者名	要介護度	認定期間	~			
福祉用具利用目標		目標達成状況				
1	達成度	詳細				
2	達成度	詳細				
3	達成度	詳細				
4	達成度	詳細				
利用福祉用具(品目)		利用開始日	利用状況の問題	点検結果	今後の方針	再検討の理由等
①			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
②			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
③			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
④			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑤			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑥			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑦			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑧			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
利用者等の変化						
身体状況・ADLの変化		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	介護職員の(要介護度の)変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
家族・意向等の変化		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	介護職員の(ケアマネジャー等)・相談員の(要介護度の)変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
総合評価						
福祉用具サービス計画の見直し		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	見直しが必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
次回実施予定日 年 月 日						

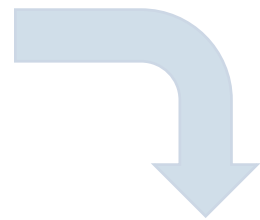
①

②

③

④

✓ 表・裏の2ページ構成に変更
 ✓ 1ページ目(表)は、福祉用具のモニタリングの際に行う確認事項。そのまま介護支援専門員への報告に使用できる。
 ✓ 2ページ目(裏)は、事故やADLなど前回からの変更点等、福祉用具のモニタリング結果の根拠となる事項。



改編後

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)		管理番号 (/ 枚)				
		モニタリング実施日 年 月 日				
		前回実施日 年 月 日				
		お話を伺った人 <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()				
		連絡手段 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話				
		事業所名 福祉用具専門相談員 事業所住所 TEL				
フリガナ	居宅介護支援事業所	担当 ケアマネジャー				
利用者名	要介護度	認定期間	~			
利用福祉用具(品目)		利用開始日	利用状況の問題	具体的な利用状況	メンテナンス結果	今後の方針
①			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
②			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
③			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
④			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑤			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑥			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑦			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑧			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
福祉用具利用目標						
1	達成度	項目・品目	要介護度の推移	詳細		
2	達成度	項目・品目	要介護度の推移	詳細		
3	達成度	項目・品目	要介護度の推移	詳細		
4	達成度	項目・品目	要介護度の推移	詳細		
ケアプランの目標に対する福祉用具サービスの総合評価						
「福祉用具サービス計画」見直しの必要性		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	「福祉用具サービス計画」見直しについての意見 ※福祉用具サービス計画の見直し等			
「なし」と判断した理由		<input type="checkbox"/> ADLの維持・向上ができていないため利用継続 <input type="checkbox"/> 生活面での維持・向上ができていないため利用継続 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減に寄与しているため利用継続 <input type="checkbox"/> 状態変化を見据えた利用継続 <input type="checkbox"/> 再調整を行い利用継続 <input type="checkbox"/> 操作段階までの利用継続				
「あり」と判断した理由		<input type="checkbox"/> 操作段階までの利用継続 <input type="checkbox"/> 利用者または介護者の意向 <input type="checkbox"/> 福祉用具利用目標の達成までに未達成 <input type="checkbox"/> 利用者ADL、家族の状況、住環境等の変化 <input type="checkbox"/> 福祉用具継続利用による危険性 <input type="checkbox"/> その他				
次回実施予定日 年 月 日						

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)		管理番号 (/ 枚)	
		【モニタリング内容・確認結果(詳細)】	
		福祉用具の利用状況(事故、ヒヤリ・ハットの確認)	
		事故の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハットの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 「あり」の場合の対応内容 <input type="checkbox"/> 用具の使用中止の提案 <input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> 使用方法の再指導 <input type="checkbox"/> その他
		事故、ヒヤリ・ハットの具体的な内容や対応等	
		モニタリング時のADL・前回確認時からの変化の有無	
身長	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 cm 体重 kg		
寝返り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 つまもらないでできる 何かがつままればできる 一部介助 できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 つまもらないでできる 何かがつままればできる 一部介助 できない		
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 つまもらないでできる 何かがつままればできる 一部介助 できない		
移乗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
座位	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 できる 自分の手で支えればできる 支えてもらえばできる できない		
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 つまもらないでできる 何かがつままればできる 一部介助 できない		
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 つまもらないでできる 何かがつままればできる 一部介助 できない		
移動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
更衣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 自立(介助なし) 見守り等 一部介助 全介助		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 意思を他者に伝達できる ときどき伝達できる ほとんど伝達できない 伝達できない		
視覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 見える 目の前のものでも見えづらい ほとんど見えない 見えない		
聴覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 変化の有無 聞こえる 大きな声で話せば聞こえる ほとんど聞こえない 聞こえない		
関節可動域障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
利用者の意向(新たな課題やニーズ)、身体状況・介護環境・住環境等の変化、メンテナンス結果等を記載			
特記事項			
他職種へのモニタリング結果の報告・説明状況			
連携先	介護支援専門員 他介護サービス()		
連携方法	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし		

⑤

③

③

⑥

【変更点・改編のポイント】

福祉用具専門相談員がモニタリングする際の流れに沿って作成しました。裏面は福祉用具専門相談員が個々に確認している事故、ヒヤリ・ハットの確認結果や対応内容、利用者の身体状況の変化等の把握結果の記録を目的としています。

① 目標達成状況

「福祉用具利用目標」別に達成度を評価し、「種目・品目変更の検討」の有無を明示できるよう選択肢を設けました。

② 利用福祉用具（品目）別の点検結果等

これまではメンテナンスに関する記録が主になっていたため、福祉用具のモニタリングの記録・確認すべき視点として、「利用状況の変化」「具体的な利用状況」「利用状況評価結果」及び、「今後の方針」について、貸与している用具別に確認し、判断した結果を記録できるようにしました。

③ 【新規追加】利用者等の変化 → 福祉用具のモニタリング時の ADL・前回確認時からの変化の有無

基本情報の ADL（初回の福祉用具のモニタリングでない場合は前回の福祉用具のモニタリング時の ADL）と比較し、変化の有無を総合評価のエビデンスとして記録しておくため、新たに項目を設けました。

また、これまで自由記述で記録していた情報は「特記事項」として自由に記載できるように変更しました。

④ 総合評価 → ケアプランの目標に対する福祉用具サービスの総合評価

これまでは、「福祉用具サービス計画の見直しの必要性」の有無と自由記述のみであり、自由記述において見直しの必要性に関する理由を明確に記載できていない事例がありました。よって、今回の見直しにより、「福祉用具サービス計画」見直しの必要性の有無とその理由について、想定される理由を選択肢の中から選べるようにし、別途、自由記述欄（「福祉用具サービス計画」見直しについての意見）を設けることで福祉用具専門相談員としての判断を適切に介護支援専門員に提示できるようにしました。

⑤ 【新規追加】福祉用具の利用状況（事故、ヒヤリ・ハットの確認）

福祉用具に関連する事故防止は、課題です。これまでのふくせんモニタリングシートには記録できる欄はありませんでしたが、現場の福祉用具専門相談員は個々に確認している実態があり、更にリスクに関する情報は多職種連携において重要な情報です。よって、記録項目として新たに項目を設けることで、福祉用具のモニタリング訪問時の必須確認項目とし、積極的なリスク把握を促し、福祉用具の見直し、再指導等が適切に実施できるようにしました。ヒヤリ・ハットは利用者・家族もあつたとしても忘れていてもかもしれませんが、福祉用具専門相談員が確認することで、「危険」に気が付く機会となります。

⑥ 【新規追加】他職種への福祉用具のモニタリング結果の報告・説明状況

多職種連携に資する情報を含めることも念頭に置き、新たに項目として入れました。福祉用具のモニタリング結果の報告・共有については、口頭のみで実施しているケースもありますが、介護支援専門員だけでなく、本様式を多職種連携のツールとして活用してもらうことを意識付けるために、新たに項目を設けました。

【記入例】

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

管理番号	〇〇〇〇 (1 / 1 枚)
モニタリング実施日	令和4年 2月 28日
前回実施日	年 月 日
お話を伺った人	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()
確認手段	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
事業所名	〇〇〇〇〇〇
福祉用具専門相談員	ふくせん太郎

フリガナ	リョウシャエー
利用者名	利用者A

居宅介護支援事業所	〇〇〇〇
要介護度	要介護3
認定期間	令和3年1月1日 ~ 令和4年12月31日

担当ケアマネジャー	〇〇
-----------	----

利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始 年月日	利用状況 の変化	具体的な利用状況	利用状況 評価結果	メンテナ ンス結果	今後の方針
① 特殊寝台 〇〇ベッド	令和4年 1月14日	<input checked="" type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性	介助されることなく自分一人で 離床できている。離床される頻 度も多くなった様子。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
② 特殊寝台付属品 〇〇サイドレール	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	ベッドから転落されることなく利 用できている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
③ 特殊寝台付属品 〇〇介助バー	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	起き上がり立ち上がり、移乗時 に毎回使用されており、動作時 の安定が増している。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
④ 特殊寝台付属品 〇〇マットレス	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	立ち座り時、縁に安定して腰掛 けられている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討
歩行者	令和4年	<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更・交換

福祉用具利用目標	達成度	種目・品目 変更の検討	詳細
1 特殊寝台・付属品を使用しベッドからの起き上がり動作 が、自分一人で行えるようにし、離床回数を増やしていく	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	特殊寝台および付属品を上手に使用され、離 床頻度も多くなっておられる
歩行者を使用し自宅内を歩けるようにすることで、転倒の リスクを減らす	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	トイレの扉の開閉に問題があり、使用で きる

「福祉用具サービス計画」見直しの必要性	「福祉用具サービス計画」見直しについての意見
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	※福祉用具貸与とサービスの利用継続の必要性や見直し等 歩行者について見直しが必要です。 トイレに開き戸があり、自分で扉を開閉することができな いため使用されておりません。トイレ付近においては手すりの 設置も視野に再検討が必要と判断します。
「なし」と判断した理由 <input type="checkbox"/> ADLの維持・向上ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 生活範囲の維持・拡大ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減に寄与しているため利用継続 <input type="checkbox"/> 状態変化を見据えた利用継続 <input type="checkbox"/> 再調整を行い利用継続 <input type="checkbox"/> 操作取得までの利用継続	
「あり」と判断した理由 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者または介護者の意向 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具利用目標の達成または <input type="checkbox"/> 利用者ADL、家族の状況、住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具継続利用による危険 <input type="checkbox"/> その他	

福祉用具の具体的な利用状況を把握・記録。頻度や使用方法に変化がある場合、利用継続で問題ないか等、今後の方針の検討に使用。従来、これらは中段にあった項目だが、福祉用具専門相談員がモニタリング時に最初に確認する項目であることから上段に移行。

利用福祉用具、個別の方針（継続、中止、追加、変更・交換）について、利用状況の変化、メンテナンス結果等を踏まえ判断・記録。

従来「ある」「なし」のチェックと自由記述としていたが、利用目標の「最も重視する目的」に合わせて、チェックする。この場合のチェックは複数についても可。

福祉用具利用目標の達成状況を踏まえ、種目・品目変更の有無を検討・記録する。

「なし」「あり」と判断した理由の選択肢を補足する内容を自由記述で記載。「なし」の場合も必ず理由は記載する。介護支援専門員に伝えておきたい利用者の変化等、福祉用具専門相談員として多職種連携に必要な情報等も記録・共有。

17

【モニタリング内容・確認】

福祉用具の利用状況(事故、ヒヤリ・ハットの有無)			
事故の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ヒヤリ・ハットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
事故、ヒヤリ・ハットの具体的な内容や対応等		トイレの開き戸を開こうとしたとき、歩行者から両手を離れ、転倒しそうになった。 [対応] 開き戸から引き戸への変更を検討したが、住宅構造上の問題がありできなかった。 これまで開き戸の開閉動作について再指導を行ってきたが、操作取得に至らなかった。	

事故、ヒヤリ・ハットは前回からの有無を確認。「あり」の場合には必要な対応を実施し、実施内容を記録しておく。事故内容は事業所内で共有するとともに、介護支援専門員に報告は必須。

モニタリング時のADL・前回確認時からの変化の有無			
身長	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	cm	体重 50 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

利用者の身体状況・ADLについて、前回の福祉用具のモニタリング記録（初回の福祉用具のモニタリングなら基本情報）からの変化の有無を福祉用具専門相談員が確認。

福祉用具専門相談員による確認、利用者・家族への聞き取りから利用者の身体状況・ADLについて、前回の記録（基本情報、前回の福祉用具のモニタリング記録）から変化が「有」の場合には、その内容を記録。
変化後の情報は、介護支援専門員等にも共有するとともに、事業所で管理している利用者情報についても最新情報として更新しておき、次回の福祉用具のモニタリング時に活用できるようにする。

更衣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> 伝達できない
視覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のものであれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない
聴覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない
関節可動域障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/> なし	
				<input type="checkbox"/> なし	
				<input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

上記以外に記録しておくべき変化や、介護支援専門員等に共有しておくべき情報について記載。特にない場合には不要。空欄でよい。

利用者の意欲・意向(新たな課題やニーズ)、身体状況・介護環境・住環境等の変化、メンテナンス結果等を記載	
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の意欲・意向 <ul style="list-style-type: none"> ・屋内移動は用具を使用してでも可能な限り自立して行いたい。 ・自分一人でトイレに行きたい。 ■介護環境 <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドからの離床が一人でできるようになったため、奥様の介助が一部介助から見守りできるようになった。

他職種へのモニタリング結果の報告・説明状況		
連携先	介護支援専門員	他の介護サービス(訪問介護)
連携方法	<input checked="" type="checkbox"/> 書面 <input checked="" type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 実施なし

ケアチームの一員として、福祉用具専門相談員として把握した情報を、他職種にも報告・共有するために、誰に、どのように共有したのか、チェックをつける。

6. 本会としての今後の取組

今回、令和3年度老人保健事業推進費等補助金による調査研究事業を活用し、福祉用具貸与サービスの質の向上に向けて、PDCA サイクルを適正に回していくために必要な記録様式、記録項目・内容の可視化・標準化を目的とした「ふくせん福祉用具サービス計画書」および、「ふくせんモニタリングシート」の改編様式の作成を行いました。

令和3年度の調査研究事業の中でも、現場の福祉用具専門相談員の協力のもと、試行運用を実施し、改善点等の意見収集・「ふくせん福祉用具サービス計画」への反映を行い、改編したところですが、試行運用にあたっては一部の福祉用具貸与事業所に限定されたものであります。そのため、本様式を本会として公表するにあたっては、引き続き、より多くの福祉用具貸与事業所に対して改編様式を用いた現場での活用方法等の確認を実施し、現場の福祉用具専門相談員の知見を収集したうえで、更なる可視化・標準化を目指したいと考えています。

また、令和2年度の調査研究事業において、福祉用具貸与事業所における既存の「ふくせん福祉用具サービス計画書」および「ふくせんモニタリングシート」の使用率をアンケート調査したところ、ふくせん様式を使用している（「一部改編して使用」も含む）と回答した事業所は7～8割であり、残りの2～3割はふくせん様式とは異なる様式を使用していることが分かりました。福祉用具サービスの質の向上に向けて、PDCA サイクルを適正に回していくために必要な記録様式、記録項目・内容の可視化・標準化を目指した様式を作成したとしても、一部の福祉用具貸与事業所のみが使用しては福祉用具サービス全体の質の向上には繋がらないと考えております。そこで、本会が実施している福祉用具専門相談員更新研修（ふくせん認定）や福祉用具サービス計画作成 SV（スーパーバイザー）養成研修等を通して、今回作成した「ふくせん福祉用具サービス計画」改編様式を含めてふくせん様式の実用性、有用性を広く普及啓発し、福祉用具サービス全体の底上げに資するよう取り組んでまいります。

以上、本資料を活用頂き、ご意見を頂戴できれば幸いです。

本資料の作成にあたっては、「サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業」検討委員会委員、国際医療福祉大学大学院 福祉支援工学分野 教授 東畠弘子 氏 監修の基、作成したものです。

また、「ふくせん福祉用具サービス計画」改編様式の作成にあたっても、事務局案作成の段階から関与いただきました。

この場を借りて深く御礼申し上げます。

7. 参考資料

(1) 【記入例】ふくせん福祉用具サービス計画書（基本情報）改編様式

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)						管理番号	〇〇〇〇 (No.)		
						作成日	〇.〇.〇		
						福祉用具 専門相談員名	ふくせん太郎		
フリガナ	リョウシャエー		性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間		
利用者名	利用者A	様	男性	M・T(Ⓢ)9年8月15日	78	要介護3	令和3年1月1日 ~ 令和4年12月31日		
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					TEL	〇〇〇〇〇〇〇〇		
居宅介護支援事業所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					担当ケアマネジャー	〇〇〇〇		
意欲や意向・相談内容									
利用者の意欲・意向,今困っていること (福祉用具に期待することなど)			<input checked="" type="checkbox"/> 利用者から確認した			<input checked="" type="checkbox"/> 家族・介護者から確認した			
大腸がんの手術のため入院、状態安定し退院したが、退院後の抗がん剤の副作用でだるさと倦怠感及びめまいが強く、起き上がり、立ち上がりが一人ではなかなかできないので福祉用具を利用したい。入院中に脚が弱ったようで、転ばないかと心配だが、このまま家で静かに暮らしていきたい。									
疾病・疾患	大腸がん								
禁忌・注意事項・服薬情報等	術後にイレウスを起こしたが、落ち着いたため退院した。抗がん剤の投与。入院中に脚が弱った(筋力低下)。								
身体状況・ADL (令和4年 1月) 現在									
身長	165	cm	体重	52	kg	関節可動域障害			
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし				
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	麻痺・筋力低下 <input checked="" type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	障害日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる	<input type="checkbox"/> できない	認知症の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性				
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他()				
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	認知症の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項 (医療情報以外)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	手術前は毎日散歩され、ときには花の写真 を撮って、友達に送るのが楽しみとのこと				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介護環境				
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	家族構成	奥様と二人暮らし		主介護者	奥様
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	他のサービス 利用状況	訪問介護			
意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 意思を他者に 伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達 できない	<input type="checkbox"/> 伝達でき ない	利用している 福祉用具 (購入品含む)				
視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input checked="" type="checkbox"/> 目の前のもの であれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見え ない	<input type="checkbox"/> 見えない	特記事項	月に一回、市外に住む長女が買い物 を届けるなどしている			
聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で話せ ば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こ えない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	住環境				
					住まいの状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸			
						<input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (14 階)			
						<input checked="" type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 階段			
転倒・転落 の経験	転倒	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> すべり <input type="checkbox"/> その他 ()							
	転落	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 踏み台 <input type="checkbox"/> その他 ()							
活動・参加	外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満							
	外出目的等	月に数回、奥様のご同行のもと介護タクシーを利用されて通院されています。							

(2) 【記入例】 ふくせん計画プロセスシート

ふくせん 計画プロセスシート

管理番号	〇〇〇〇
利用者氏名	利用者A
福祉用具 専門相談員名	ふくせん太郎

介護支援専門員・他職種との連携、担当者会議、支援経過等の情報		
年月日	対応者	内容
令和4年1月10日	〇〇CM	利用者A様の相談あり。R1.1.13に同行訪問の依頼あり。
令和4年1月11日	〇〇CM	利用者A様の基本情報をFAXでいただく。
令和4年1月13日	〇〇CM、利用者家族	同行訪問、家屋調査

福祉用具の利用で改善が期待できるADL			
【暫定の福祉用具種目・住宅改修】	【改善が期待できるADLの項目】	【改善が期待できるADLの評価(見込み)】	
福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす附属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり(口置き型 <input type="checkbox"/> 垂直式 <input type="checkbox"/> トイレ用) <input type="checkbox"/> スロープ(<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 携帯式) <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 住宅改修 <input type="checkbox"/> 手すりの取り付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取り換え <input type="checkbox"/> 便器の取り換え <input type="checkbox"/> その他付帯工事	<input type="checkbox"/> 寝返り <input checked="" type="checkbox"/> 起き上がり <input checked="" type="checkbox"/> 立ち上がり <input checked="" type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 座位 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> つかまらな いである <input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> つかまら ないである <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> つかまら ないである <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手 で支 えられ ば できる <input type="checkbox"/> 支えて もら え れ ば 可 い <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> つかまら ないである <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> つかまら ないである <input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	判断するにあたり参考となる情報を得た場面 <input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 単独訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員との同行訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()	

住環境	
【家屋(居室を含む)の概略図】	【屋内外・周辺環境で注意すべきポイント】
	<p style="color: red; font-weight: bold;">・室内はフローリングで段差なし</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">・開き戸が多く歩行器操作技術の取得が必要</p>

(3) 【記入例】ふくせん福祉用具サービス計画書（利用計画）改編様式

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)	管理番号 ○○○○
-------------------------------	---

フリガナ	リウシャエー	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	利用者A 様	男性	M・T・S 19年8月15日	78	要介護3	令和3年1月1日 ~ 令和4年12月31日
居宅介護支援事業所	○○○○○○○○○○○○○○○○			担当ケアマネジャー	○○○○	目標見直し期間 (ケアプランに準拠) <input type="checkbox"/> 長期 <input checked="" type="checkbox"/> 短期

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	最も重視する目的	福祉用具利用目標 (【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)
1 自宅での起居動作を一人で行いたい	<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	特殊寝台・付属品を使用しベッドからの起き上がり動作が、自分一人で行えるようにし、離床回数を増やしていく
2 自宅内での移動動作を一人で行いたい	<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	歩行者を使用し自宅内を歩けるようにすることで、転倒のリスクを減らし、トイレ、台所までの移動が自分で行えるようになる
3	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
4	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	

選定福祉用具(レンタル・販売) (1 / 1 枚)

	品目 機種(型式)	単位数	選定理由 (記載例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)
1	特殊寝台 ○○ベッド	○○○	腹部に力を入れずに体を起こせる背上げ機能と、立ち座りの動きを電動高さ調節機能で補助できる特殊寝台を選定しました。
1	特殊寝台付属品 ○○サイドレール	○○○	ご本人がベッドから落ちて怪我をされないように、ベッド本体の規格と適合するサイドレールを選定しました。
1	特殊寝台付属品 ○○介助バー	○○○	寝返りや起き上がり、立ち上がりの動作を支えることができ、歩行車に移るときに支持部が持ちやすい介助バーを選定しました。
1	特殊寝台付属品 ○○マットレス	○○○	ベッドからの立ち座りが行いやすいように、ベッドの縁に腰を掛けても沈み込みの少ないマットレスを選定しました。
2	歩行者 ○○歩行車	○○○	室内移動の安定性と小回りが利くように、ひじ掛けできて、小型タイプの歩行車を選定しました。

留意事項

(福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点、認定審査会での意見、次回のモニタリングの時期等)

●特殊寝台について
リモコンはマットレスの上に置いていると誤って触れてしまいベッドが動いてしまうことがありますので、サイドレールにかけてお使いください。

●歩行車について
室内操作の環境を考慮して選定しましたが、初めてお使いになるので、定期モニタリングよりも早めに、一度、使用状況を確認のためお伺いしたいと思います(○月頃)。

<input checked="" type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付 署名 (続柄)代筆者名	○○年 ○月 ○日 利用者A 印 () 印
事業所名	福祉用具専門相談員	ふくせん太郎
住所	TEL	FAX
○○○○○○○○○○○○○○○○	××-××-××××	××-××-××××

(4) 【記入例】 ふくせんモニタリングシート（訪問確認書） 改編様式

ふくせん モニタリングシート
(訪問確認書)

管理番号	〇〇〇〇 (1 / 1 枚)
モニタリング実施日	令和4年 2月 28日
前回実施日	年 月 日
お話を伺った人	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()
確認手段	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
事業所名	〇〇〇〇〇〇
福祉用具専門相談員	ふくせん太郎

フリガナ	リョウシャエー	居宅介護支援事業所	〇〇〇〇	担当 ケアマネジャー	〇〇
利用者名	利用者A	要介護度	要介護3	認定期間	令和3年1月1日 ~ 令和4年12月31日

①	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始 年月日	利用状況 の変化	具体的な利用状況	利用状況 評価結果		メンテナ ンス結果		今後の方針	
					<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
①	特殊寝台 〇〇ベッド	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性	介助されることなく自分一人で 離床できている。離床される頻 度も多くなったご様子。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
②	特殊寝台付属品 〇〇サイドレール	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	ベッドから転落されることなく利 用できている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
③	特殊寝台付属品 〇〇介助バー	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	起き上がり立ち上がり、移乗時 に毎回使用されており、動作時 の安定が増している。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
④	特殊寝台付属品 〇〇マットレス	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	立ち座り時、縁に安定して腰掛 けられている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
⑤	歩行器 〇〇歩行車	令和4年 1月14日	<input type="checkbox"/> 場所 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 安全性	トイレの開き戸の開閉に問題 があり、使用できていない。住 環境に合ったものを再選定する 必要がある。	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input checked="" type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input checked="" type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
⑥			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
⑦			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		
⑧			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討		

福祉用具利用目標	目標達成状況		
	達成度	種目・品目 変更の検討	詳細
1 特殊寝台・付属品を使用しベッドからの起き上がり動作 が、自分一人できるようにし、離床回数を増やしていく	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	特殊寝台および付属品を上手に使用され、離 床頻度も多くなっておられる
2 歩行器を使用し自宅内を歩けるようにすることで、転倒の リスクを減らし、トイレ、台所までの移動が自分で行えるよ うになる	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	トイレの開き戸の開閉に問題があり、使用で きていない
3	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

ケアプランの目標に対する福祉用具サービスの総合評価	
「福祉用具サービス計画」見直しの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
「福祉用具サービス計画」見直しについての意見 ※福祉用具貸与とサービスの利用継続の必要性や見直し等	
「なし」と 判断した理由	<input type="checkbox"/> ADLの維持・向上ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 生活範囲の維持・拡大ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減に寄与しているため利用継続 <input type="checkbox"/> 状態変化を見据えた利用継続 <input type="checkbox"/> 再調整を行い利用継続 <input type="checkbox"/> 操作取得までの利用継続
「あり」と 判断した理由	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者または介護者の意向 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具利用目標の達成または未達成 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者ADL、家族の状況、住環境等の変化 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具継続利用による危険性 <input type="checkbox"/> その他
次回実施予定日	令和4年 3月 31日

【モニタリング内容・確認結果(詳細)】

福祉用具の利用状況(事故、ヒヤリ・ハットの確認)						
事故の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ヒヤリ・ハットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	「あり」の場合の対応内容	<input checked="" type="checkbox"/> 用具の使用中止の提案 <input checked="" type="checkbox"/> 使用方法の再指導	<input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> その他
事故、ヒヤリ・ハットの具体的内容や対応等		<p>トイレの開き戸を開こうとしたとき、歩行器から両手を離してしまい転倒しそうになった。 [対応] 開き戸から引き戸への変更を検討したが、住宅構造上の問題がありできなかった。 これまで開き戸の開閉動作について再指導を行ってきたが、操作取得に至らなかった。</p>				

モニタリング時のADL・前回確認時からの変化の有無						
	変化の有無					
身長	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	cm	体重	50	kg	
寝返り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない	
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> 伝達できない	
視覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のものであれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない	
聴覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
関節可動域障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()			<input type="checkbox"/> なし	
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

利用者の意欲・意向(新たな課題やニーズ)、身体状況・介護環境・住環境等の変化、メンテナンス結果等を記載

特記事項	<p>■利用者の意欲・意向 ・屋内移動は用具を使用しても可能な限り自立して行いたい。 ・自分一人でトイレに行きたい。</p> <p>■介護環境 ・ベッドからの離床が一人できるようになったため、奥様の介助が一部介助から見守りでできるようになった。</p>
------	---

他職種へのモニタリング結果の報告・説明状況

連携先	介護支援専門員	他の介護サービス(訪問介護)
連携方法	<input checked="" type="checkbox"/> 書面 <input checked="" type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし

令和3年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業

ふくせん福祉用具サービス計画書等 改編のポイント

令和4年3月発行

発行者 一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会

〒108-0073 東京都港区三田 2-14-7 ローレル三田 404

TEL 03-5418-7700

FAX 03-5418-2111

本冊子は、令和3年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け作成したものです。

サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における
項目の標準化に関する調査研究事業
報告書

令和4年3月発行

発行者 一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会
〒108-0073 東京都港区三田 2-14-7 ローレル三田 404
TEL 03-5418-7700
FAX 03-5418-2111

本事業は、令和3年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け行ったものです。