

ふくせん モニタリングシート（訪問確認書） 様式の変更無し

モニタリングは、利用者宅への訪問等により、利用状況を確認する行為です。
 利用者の心身状態や環境の変化、福祉用具の利用状況、利用目標の達成状況を確認し、福祉用具ごとに今後の方針（継続または再検討）を検討した上で、福祉用具専門相談員として、「福祉用具サービス計画の見直しの必要性」について判断します。
 必要と判断される場合は、「再検討の理由等」に記載した個別の福祉用具に関する状況と再検討理由を踏まえ、「総合評価」欄に総合的な判断理由や所見を記載します。必要に応じて、ケアマネジャーと相談し、計画の見直しにつなげます。



「(暫定版)ふくせん 福祉用具サービス計画書」
 【基本情報】 【選定提案(暫定版)】 【利用計画】
 「ふくせん モニタリングシート（訪問確認書）」
 のご案内

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)		<table border="1"> <tr><td>モニタリング実施日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>前回来訪日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>お話を伺った人</td><td><input type="checkbox"/>利用者 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>他()</td></tr> <tr><td>確認手段</td><td><input type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>電話</td></tr> <tr><td>福祉用具専門相談員</td><td></td></tr> <tr><td>事業所住所</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td></td></tr> </table>		モニタリング実施日	年 月 日	前回来訪日	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	福祉用具専門相談員		事業所住所		TEL	
モニタリング実施日	年 月 日																
前回来訪日	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																
福祉用具専門相談員																	
事業所住所																	
TEL																	
フリガナ	氏名	〒	〒														
利用者名	様	要介護度	認定期間														
福祉用具利用目標		達成度	詳細														
1		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成															
2		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成															
3		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成															
4		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成															
利用福祉用具(品目)	利用開始日	利用状況の把握	今後の方針														
①		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討	再検討の理由等														
②		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
③		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
④		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
⑤		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
⑥		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
⑦		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
⑧		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 再検討															
利用者等の変化		介護保険(要介護)の変化															
身体状況・ADLの変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	介護保険(要介護)の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり														
家族・要介護の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	介護保険(サービス利用等)・住環境の変化	<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の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																
次回実施予定日 年 月 日																	

福祉用具利用目標の達成状況や、福祉用具の使用状況等を記載

利用者の心身状態、環境変化、利用目標の達成度等の項目を含めて、福祉用具を再検討する理由を記載

前回のモニタリング時からの、利用者の心身状態、環境の変化を整理

福祉用具サービス計画の見直しの必要性の有無を確認。利用目標の達成状況や、利用者の心身状態、環境の変化、利用者や家族の意向等を伺った上で、見直しの必要性を判断し、その理由を総合的にわかりやすく記載。

福祉用具のあり方については、社会保障審議会介護保険部会（平成28年12月）の意見書を踏まえ、利用者が適切に福祉用具を選択できるよう、「福祉用具専門相談員が、貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格等を利用者に説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示すること」が義務付けられることとなりました。本会では、本制度改正に対応するため、厚生労働省の「平成29年度老人保健健康増進等事業」を活用し、新たに【選定提案(暫定版)】を作成の上、従来の【基本情報】【利用計画】とあわせて3つのシートを「(暫定版)ふくせん福祉用具サービス計画書」としてご案内します。

【選定提案(暫定版)】は、貸与する福祉用具を検討する際に作成し、利用者に対して、①候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等を説明し、②機能や価格の異なる複数の福祉用具を提示する際に活用するとともに、記録に残すことを想定しています。
 ついては、本制度改正に対応し、着実に適切な福祉用具貸与サービスを実践するために、ぜひ有効にご活用ください。
 ※本事業は平成29年度の事業であり、様式の確定は年度末となるため、「(暫定版)」としています。

お問い合わせ先

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
 URL: <http://www.zfssk.com/> E-mail: info@zfssk.com

「ふくせんサービス計画書(基本情報)(利用計画)」
 「ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)」は、
 本会サイトからダウンロードできます。
 ※「ふくせんサービス計画書(選定提案)」のダウンロードは
 平成30年4月1日からとなります。

www.zfssk.com

【暫定版】ふくせん 福祉用具サービス計画書【選定提案】

「【暫定版】ふくせん福祉用具サービス計画書」は、【基本情報】【選定提案】【利用計画】の3つのシートで構成されています。

【選定提案】は、利用者からの相談内容の聞き取り後、利用計画を検討する前の過程で、候補となる福祉用具を提案、説明し、その経過を記録することを目的として作成されるものです。従って、【選定提案】は、【基本情報】と【利用計画】の間に位置づけられます。

【選定提案】は、利用者に貸与する福祉用具の種目の候補が定まった後で、具体的な機種を検討する際に用います。原則として、提案するすべての品目（付属品含む）について、①候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等を説明し、②機能や価格の異なる複数の福祉用具を提示することが必要となることから、①②に必要な事項を【選定提案】に記載します。

候補となる福祉用具は、自社で取り扱っている商品に限定せず、利用者の状態像や生活における希望を考慮した上で、利用者に適した商品を幅広く提案します。

※暫定版：本事業は平成29年度の老健事業であり、様式の確定は年度末となります。

【暫定版】ふくせん福祉用具サービス計画書

【基本情報】 様式の変更無し
利用目標、選定に必要な利用者情報を記載

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)				管理番号	●●●
フリガナ	利用者 A 様	性別	女	生年月日	S19年7月11日
利用者名	利用者 A 様	年齢	73	要介護度	3
住所	〇〇県〇〇市〇〇町 x-x-x			TEL	
相談内容	相談者	ケアマネジャーB	利用者の職柄	その他	相談日
ケアマネジャーとの相談記録	移動手段について確認。病院では車いす自走訓練と松葉杖による歩行訓練を実施している。自宅に帰っても車いす及び松葉杖(場合によっては歩行者)等を活用した移動手段の確保を考えているが、25日のカンパレンス時に再度行なう。				
身体状況・ADL (〇〇年〇〇月) 現在	左変形性膝関節症				
身長	155 cm	体重	52 kg	麻痺・筋力低下	左下肢に痛み、筋力低下認められる
寝返り	□つかまらぬ	■何かつかまればできる	□一部介助	□できない	
起き上がり	□つかまらぬ	■何かつかまればできる	□一部介助	□できない	
立ち上がり	□つかまらぬ	■何かつかまればできる	□一部介助	□できない	
移動	■自立(介助なし)	□見守り等	□一部介助	□全介助	
排泄	■自立(介助なし)	□見守り等	□一部介助	□全介助	
入浴	■自立(介助なし)	□見守り等	□一部介助	□全介助	
食事	■自立(介助なし)	□見守り等	□一部介助	□全介助	
更衣	■自立(介助なし)	□見守り等	□一部介助	□全介助	
意思の伝達	■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・聴覚	問題なし				
居室サービス計画	退院直後なので無理せず1人暮らしを継続していきたい。娘、甥、近隣者も協力はしてくれるが、できるだけ入院前の生活に戻りたい。生活してみている検討していきたい。				
総合的な援助方針	①日々リハビリに励まれていて、早々に退院になったので、悪化の早期発見に努めます。②今後の方向性を見極め、無理しないように各サービス機関と連携していきます。緊急連絡先：娘(携帯TEL: x-x-x-x-x-x)、甥(携帯TEL: x-x-x-x-x-x) かかりつけ医: 〇〇医師(病院TEL: x-x-x-x-x-x) 〇〇市立総合病院→今後以前の〇〇院に戻る可能性あり				

利用者から聞き取った相談内容、困りごとを整理

【選定提案(暫定版)】 新たに作成

利用者から聞き取った相談内容、利用者候補として提案する福祉用具の品目(機種、型式またはTAISコード)、事業所における貸与価格、全国平均貸与価格、提案する理由、説明方法を記載

ふくせん 福祉用具サービス計画書(選定提案:暫定版)				管理番号	●●●
フリガナ	利用者 A 様	性別	女	生年月日	S19年7月11日
利用者名	利用者 A 様	年齢	73	要介護度	3
居室介護支援事業所	〇〇居室介護支援事業所			担当ケアマネジャー	ケアマネジャーB
福祉用具が必要な理由(※)					
1	病院で訓練したので、車いすを使って自宅内安全に移動したい。				
2	ベッドから膝を痛めずに安全に立ち上がりた。床ずれが起らないようにしたい。				
3	病院で訓練したので、調子が良い時は杖を使って自分で歩きたい。				
貸与を提案する福祉用具					
(※)との対応	種目 提案福祉用品目 機種(型式) / TAISコード	貸与価格(円) 全国平均 貸与価格(円)	提案する理由	【販用方法】 カタログ Webページ TAISページ 実物等	採否
1	車いす 自走用車いす〇〇〇〇-〇〇〇〇	××	両手と右足こぎで車いすを操作しやすいように、車輪が大きく、足乗せの取り外しが出来る機種を提案。	実物	○
1	車いす 自走用車いす△△△△-△△△△	××	両手と右足こぎで車いすを操作しやすいように、車輪が大きい標準型の機種を提案。(足置き取り外し不可)	TAISページ	×
2	特殊寝台 介護用ベッド〇〇(3モーター) 〇〇-〇〇〇	××	左側の負担なく立ち座りできる高さ調節機能と、起き上がりの痛み軽減で背中角度とひざの痛み軽減で膝の角度が別々に調節できる機種を提案。	カタログ	×
2	特殊寝台 介護用ベッド〇〇(2モーター) △△-△△△△	××	左側の負担なく立ち座りできる高さ調節機能と、起き上がりの痛み軽減で背中角度が調節できる機種を提案。(背・膝運動)	カタログ	○
2	特殊寝台付属品 ベッド用すりすり〇〇〇〇-〇〇〇〇	××	車いす等への乗り移り時にしっかりとつかまることができるベッド用すりすりを提案。	カタログ	○
2	特殊寝台付属品 ベッド用すりすり△△△△-△△△△	××	車いす等への乗り移り時にしっかりとつかまることができるベッド用すりすりを提案。挟み込み防止のカバー付きタイプ。	カタログ	×
2	床ずれ防止用具 ウレタンマットレス〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇	××	ベッド上での寝返りや起き上がり、立ち座りの時に体が沈みこまない硬さのウレタンのマットレスを提案。	WEB	○
2	床ずれ防止用具 エアマットレス△△△△-△△-△△△△	××	マット上での動きをセンサーで感知して、マット内の圧力調整を自動で行なうエアタイプのマットレスを提案。	WEB	×
3	歩行補助つえ アルミ製松葉つえ〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇	××	病院の訓練で使用していた松葉杖を提案。	実物	○
3	歩行補助つえ ロフトスタンドクラッチ△△△△-△△-△△△△	××	松葉杖で訓練されていたため、形は異なるが同じように杖を使った歩き方が出来る機種を提案。	実物	×

実際の貸与価格と、全国平均貸与価格を記載

実際に貸与することが決まった商品をチェック
機種の機能や特徴、全国平均貸与価格を説明する際に用いた方法を記載

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。
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。
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。

利用者に対して全項目の説明を行い確認をしながらチェックし、署名・捺印をいただく

談でも結構です。何かございましたら、いつでもご相談ください。

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。
 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。
 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 平成〇〇年〇〇月〇〇日 署名 利用者A 印

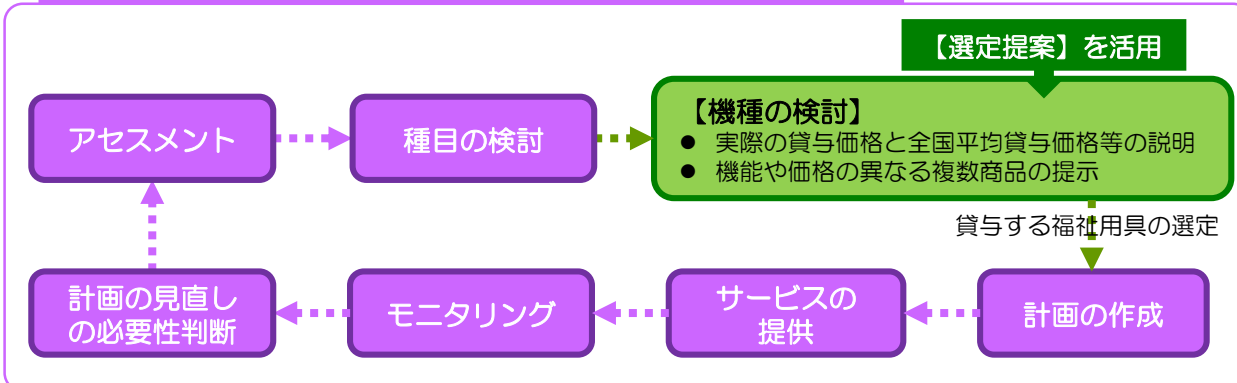
事業所名 株式会社〇〇〇〇 福祉用具専門相談員 担当者C
住所 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 x-x-x TEL x-x-x-x-x-x FAX x-x-x-x-x-x

上段に整理した「福祉用具が必要な理由」と対応する番号を記載

貸与する福祉用具の候補として提案する福祉用具の種目、提案福祉用品目、機種(型番)またはTAISコードをそれぞれ記載

貸与される福祉用具の候補として当該の機種が提案される理由を記載
【例】・利用者の困りごと、希望、心身状態を踏まえた機能等
・当該福祉用具の利用環境との整合を踏まえた機能等
・当該福祉用具を利用する際の留意事項や懸念等

福祉用具の支援プロセスにおける【選定提案】の位置づけ



【選定提案】を活用

【機種の検討】
● 実際の貸与価格と全国平均貸与価格等の説明
● 機能や価格の異なる複数の商品の提示

貸与する福祉用具の選定