



福祉用具個別援助計画書を使用!!

全国福祉用具専門相談員協会

福祉用具公開事例検討会

事例のタイトル: 「在宅生活を続けていきたい。」

4月16日(木) 15:00~16:30 バリアフリー2009 第1セミナー会場

<講師> 加島守氏 (高齢者生活福祉研究所 所長)

<事例発表者>

天野伸彦氏 (株式会社カクイックス ウィング/鹿児島県)

今村昭洋氏 (株式会社ポート・リハビリサービス/兵庫県)

橋爪成裕氏 (川村義肢株式会社/大阪府)

水谷好美氏 (株式会社ヤマシタコーポレーション/神奈川県)

山口 剛氏 (日本基準寝具株式会社/広島県)

山根寿朗氏 (総合メディカル株式会社/大阪府)

<資料>

- ・プログラム(本表紙)
- ・事例
- ・住宅見取り図
- ・ケアプラン
- ・各発表者個別援助計画書(A3別冊)

◇講師プロフィール◇

加島守[かしま・まもる] (高齢者生活福祉研究所 所長)

社会福祉法人新栄会滝野川病院にて医療ソーシャルワーカーとして勤務。その後、社会医学技術学院理学療法科に通いながら、至誠学舎特別養護老人ホーム緑寿園に勤務。理学療法士資格取得後は越谷市立病院に勤務、財団法人武蔵野市福祉公社・武蔵野市立高齢者総合センターを経て高齢者生活福祉研究所を設立。現在に至る。「生活にあわせたバリアフリー住宅Q&A」(ミネルヴァ書房、共著)など著書も多数。

全国福祉用具専門相談員協会 バリアフリー2009 公開事例検討会 4月16日(木)15:00~
「事例のタイトル: 在宅生活を続けていきたい。」

利用者の身体状況等

年齢	89歳	性別	女性	要介護度	要介護4	身長(cm)	145	体重(kg)	35
身体・健康状況									
【持病、既往歴】H19年の5~6月に第四腰椎圧迫骨折、第二胸椎の圧迫骨折。 その他、心臓肥大、酸素量低下の傾向あり。									
【具体的なADL】座位:背もたれ付きの椅子であれば(疲れはするが)半日くらい座っていることが可能とのこと。 寝返り:手すりがあれば何とか自力で可。椅子からの立ち上がり:手すりがあれば可。 歩行:歩行器・および軽介助付き付きで数メートル可(すぐ疲れてしまう)。 手の動作:動きは、ほぼ正常(筋力的には弱い)(食事は何とか自力で可能)。 排泄:日中は自宅トイレを利用(歩行器・軽介助付きで、何とか歩いてトイレまで移動する、ズボンの上げ下げは要介助)。 夜間はポータブルトイレ(移乗動作は自立)。入浴:ご家族の介助を受けて入る(シャワーベンチを利用)。 備考:日中は寝ていることが多い。お手持ちの車いすは自走型だが、ご自分で漕ぐことは無い。									

寝返り	1つかまらぬでできる 2何かにつかまればできる 3できない
起き上がり	1つかまらぬでできる 2何かにつかまればできる 3できない
移乗	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
歩行	1つかまらぬでできる 2何かにつかまればできる 3できない
着衣	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
入浴	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
洗身	1自立 2一部介助 3一部介助 4全介助
床ずれ	1ない 2ある
口腔清潔	1自立 2一部介助 3全介助
食事摂取	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
衣服着脱	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
排尿・排便	1自立 2一部介助 3全介助 4行っていない
薬の内服	1自立 2一部介助 3全介助
認知	無し。健忘症が多少ある。意志の疎通は(耳が遠いため大声を出す必要があるが)ほぼ問題なし
問題行動	無し。

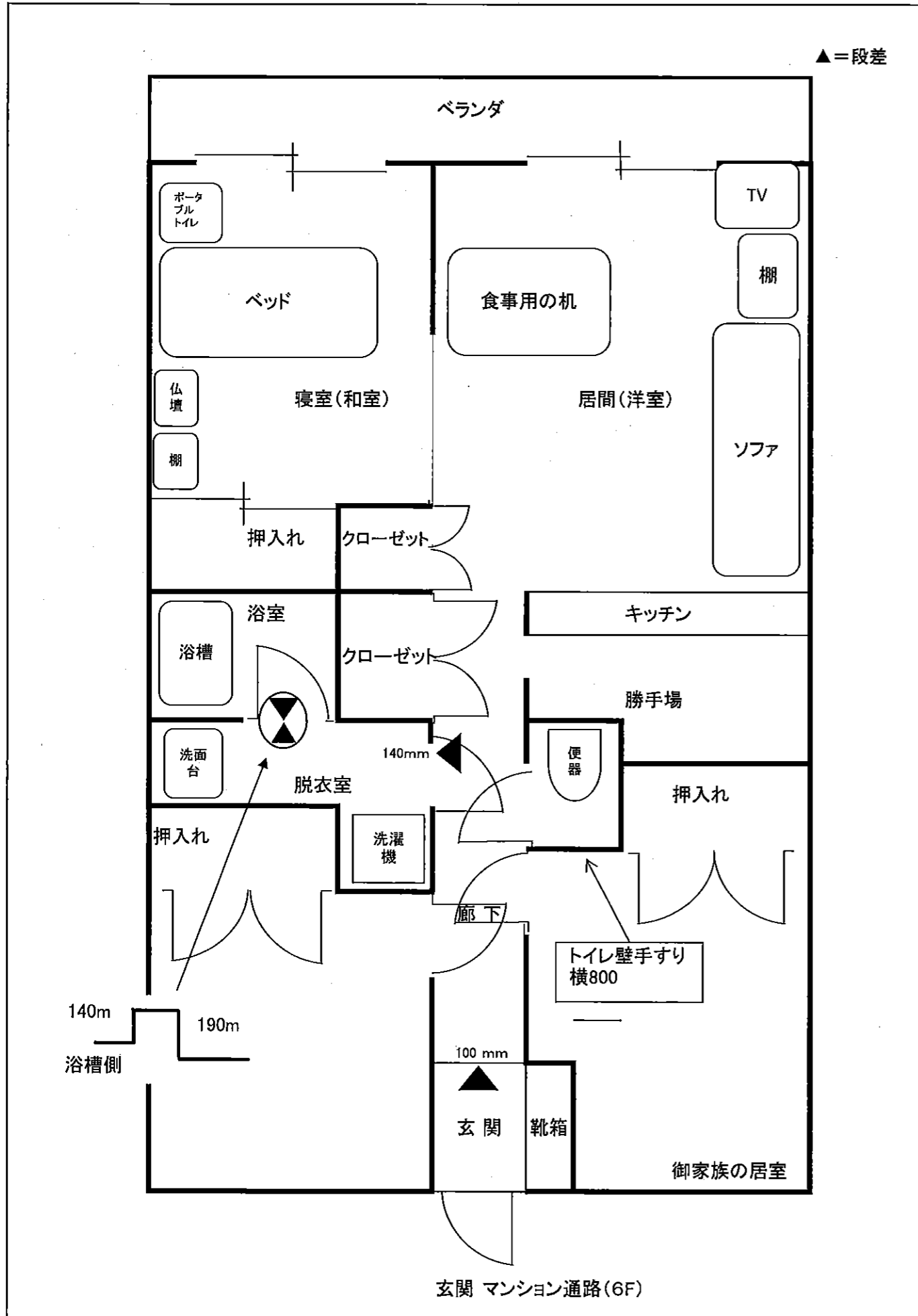
家族状況、生活歴・生活状況、介護状況、住宅状況

家族状況	長女との2人暮らし。ご家族も腰痛持ち。
生活歴・生活状況	以下、用具のレンタル・購入歴と絡め、生活歴を記載する。 【~平成19年5月】持病の腰痛を抱えつつも、室内をシルバーカー歩行可能、という程度のADLを維持されていた。 【19年5月】第四腰椎圧迫骨折、その後、第二胸椎の圧迫骨折も起き、結果6月に肺炎のため入院となった。 次いで老健へ入所された ※入院中に、しばらくは歩行が無理であるため、体に合った車いすを購入したいとの依頼があり、車いすを販売した。 【19年12月①】在宅に戻れることが決まり、試験外泊時に担当者会議およびレンタル品福祉用具の選定、住宅改修の下見を行った。
住宅状況	分譲マンション(4F)に住んでいらっしゃる。

全国福祉用具専門相談員協会 バリアフリー2009 公開事例検討会 4月16日(木)15:00~
「事例のタイトル: 在宅生活を続けていきたい。」

保険・他方情報	医療保険 介護保険 要介護4 身障等級
現在利用しているサービス	訪問介護(週2回)、訪問リハビリ(週1回)、通所介護(不定期)、短期入所(不定期)。
主訴 相談内容、課題	
相談内容	老健からの退所に伴い、住環境の整備、用具のレンタル等を希望。 毎日入浴をさせてあげたい。トイレは、夜間等はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが、出来るだけ自宅のものを使わせてあげたい。
本人の意向	家での生活をできるだけ続けたい。
家族の要望	(平成19年春から冬にかけて) 入院や老健への入所となったが、在宅に戻ることができ、良かった。 健康に気をつけながら編み物や絵を描くなど好きなことをして過ごしてほしい。
ケアマネジャーの要望	心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折等事故のリスクなどが、在宅生活を送る上で気になる点である。 福祉用具やリハビリ、訪問介護などを利用し、ご本人や御家族の望む生活の目標に向かって支援していくと共に、高齢であることから病気や異常の早期発見が出来るように関わる者皆で見守っていききたい。 また、介護負担も考慮しながら支援していきたい。
生活全般の解決すべき課題	体調を維持し、家で生活していきたい 起きる時や移動を安全にできるようになりたい いつも綺麗でいたい 編み物や絵を描くことが好きなので、そのような趣味に時間を費やし楽しく過ごしたい 家族に負担をかけないようにしたい

住宅の見取り図



福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 水谷 好美

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女性	M・T・S 年月日	89	要介護4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	35 kg
寝返り	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
起き上がり	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
立ち上がり	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
歩行	□つかまらぬでできる ■何かにつかまればできる □できない		
移乗	□自立(介助なし) ■見守り等 □一部介助 □全介助		
座位	□できる ■自分の手で支えればできる □支えてもらえればできる □できない		
移動	□自立(介助なし) □見守り等 ■一部介助 □全介助		
自由記載	背もたれ付きの椅子であれば(疲れはするが)半日くらい座っていることが可能。日中は寝ていることが多い。手動作は正常だが、筋力的には弱い。日中は介助にて自宅トイレを使用。夜間はポータブルトイレ。		
他のサービス利用状況	訪問介護	訪問リハビリ	通所介護 短期入所
家族構成	長女との2人暮らし		
主介護者	長女		
利用している福祉用具	シルバーカー、ポータブルトイレ、車いす		
制限	第四腰椎圧迫骨折	第二胸椎圧迫骨折	麻痺
疾病	心臓肥大	酸素量低下	特記事項
障害日常生活自立度			
認知症の日常生活自立度			
特記事項			

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家で生活できるようになりよかった。 ご家族 入院生活からリハビリをし自宅で一緒に暮らせることになりほっとしている。健康に気をつけながら編み物や絵をかくことなど好きなことをして過ごしてほしい。	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input checked="" type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例:段差の有無など
総合的な援助方針	H19.5腰痛圧迫骨折が多発、リハビリ病院に入院するが入院中肺炎で転院、その後老健において自宅復帰を目指し車椅子の移乗や排泄が安全に出来るようリハビリを行ない、体調を整え在宅生活に戻れるようになる。現在身体状況については心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折等事故や怪我也心配されます。在宅生活をしていくうえで福祉用具やリハビリ、訪問介護など利用していきます。ご本人やご家族が望む生活の目標に向かって支援をしていくと共に、高齢であることから病気の異常の早期発見ができるよう関わる者皆で見守っていきます。また介護負担も考慮しながら支援していきます。	・マンション4階

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 水谷 好美

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<ul style="list-style-type: none"> ・体調が維持でき家で生活をしていきたい ・起きる時や移動を安全にできるようにしたい ・いつも綺麗でいたい ・編み物や絵を描くことが好きなので趣味作りをして楽しく過ごしたい ・家族に負担をかけないようにしたい 	<ul style="list-style-type: none"> ①ベッドと付属品を使用し、起き上がり時の転倒を防ぐ。起き上がりの負担を減らし離床回数を増やすことで、筋力の維持を図る。 ②歩行器を使用し自力(軽介助)にて室内移動する。(体調に応じて車椅子介助) ③玄関段差を解消し、車椅子で外出できるようにする。 ④トイレの扉変更、手摺設置により、ご本人の動作と介助をし易くする。 ⑤浴室の環境整備、入浴用リフトの使用により、ご本人の動作と介助をし易くする。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台	1200	立ちあがりし易い高さに調整し、体調に応じて少し背角度を上げ、過度な負担をかけることなく起き上がりができるよう、2モーターベッドを選定。ご本人の手の力でスイッチの操作ができるよう、ボタンが大きく押し易い機種を選定。
新楽匠2モーターミニ	KQ-82230	
特殊寝台付属品	400	ベッドからの起き上がり、立ち上がり、ポータブルトイレへの移乗を、手すりに掴まることで自力(軽介助)で転倒せずにできるよう、介助バーを使用。開閉のし易い(レバー式のロック)機種を選定。
スイングアーム介助バー	KS-096	
特殊寝台付属品	300	現在、横になって過ごす時間が長いことから、床ずれの危険を軽減するためある程度体圧分散ができ、ベッドからの起き上がりの妨げにならないよう、程よい硬さがあるマットレスを選定。
アルファプラすくっと	TS-SKT-AIS	
特殊寝台付属品	100	乗り降り逆側に設置し、掴まって寝返りを行うため、また万が一の転落や、マットレスのズレを防ぐため、サイドレールを使用。確実な転落防止ができるよう、長めの機種を選定。
ベッドサイドレール	KS-165	
歩行器	400	体重を支えることで、歩行距離を少しでも増やせるよう、肘の高さで支える歩行器を選定。和室で使用する場合にも車輪をとられにくいよう、車輪径の大きい機種を選定。(同時に、改修による床材の変更もご提案。)
アルコール3型B		
スロープ	600	玄関段差が10cmのため、勾配が緩やかになるよう、長さを選定。また、介助者が毎回設置と取り外しを行なうため、軽量の機種を選定。
ダンスロープライト	N-85B	
入浴用リフト	2000	浴槽に浸かることと上がることを、ご本人様や介助者の身体に負担をかけずに行なうため、入浴用リフトを提案。
バスリフト	EWB101	
浴室すのこ		(特定福祉用具購入) 洗い場の段差を嵩上げし、浴室への出入り時の転倒を予防。ご家族による日常の手入れについて、比較的負担の少ない機種を選定。
エコボードすのこ	CWB-1	

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・電動ベッドの導入については、現在の起き上がり動作のご様子、負担の感じ方を確認の上で、必要に応じてご提案します。 ・浴室の整備については、ご自宅での入浴により過度な負担がかからないか、主治医の先生の意見等を確認の上で、ご提案します。 ・毎回の定期訪問にて特に、離床回数の変化や、室内移動における歩行器と車椅子それぞれの使用頻度について確認します。
福祉用具取扱い説明	
福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
福祉用具定期点検・メンテナンス	
サービス担当者会議	
状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
相談	
緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印
 法人名称: () 営業所 担当者 ()
 住所: TEL: FAX:

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 橋爪 成裕

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女	M・T・S 年 月 日	89	4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	本人	ご本人との続柄	本人	相談日
家ででの生活をできるだけ続けたい					
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録				

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	35 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"/> できない		
起き上がり	<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"/> できない		
立ち上がり	<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"/> できない		
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"/> できない		
移乗	<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"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input checked="" type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> できない		
移動	<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		
自由記載	特記事項		

居宅サービス計画		住環境	
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家ででの生活をできるだけ続けたい ご家族 健康に気をつけながら編み物や絵を描くなど好きなことをしてすごしてほしい	□戸建(持家) □戸建(賃貸) □分譲集合住宅 □賃貸集合住宅(公営・民間) □その他() 例:段差の有無など	
総合的な援助方針	ご本人やご家族が望む生活の目標に向かって支援していくとともに、高齢であることから病気の異常の早期発見ができるよう関わるもの皆で見守っていく。また介護負担も考慮しながら支援していく。	玄関100mm段差 居室から脱衣所へ140mm段差 脱衣所と浴室間またぎで50mm段差	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 橋爪 成裕

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
体調を維持し、家で生活していきたい 起きる時や移動を安全にできるようになりたい いつも綺麗でいたい 編み物や絵を描くことが好きなので、そのような趣味に時間を費やし楽しく過ごしたい 家族に負担をかけないようにしたい	ポータブルトイレ使用時の転倒予防 編み物等の趣味の時間をできるだけ取れる環境づくり 室内の安全移動 浴室内の転倒予防 お体に合った車いすの選定

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
手すり	550	ポータブルトイレ使用時及び立ちすわり動作時の転落、転倒防止のため選定。
ベストポジションパー ウェーブ型		
移動用リフト	1700	日中、座位姿勢にて編み物等の趣味の時間をすごしていただくために選定。
独立宣言フロンティア		
歩行器	350	室内移動を、安全に行うため体格に合わせたコンパクト歩行器を選定。
アルコ-1S型		
車いす	800	現在の体型に合わせた、介護用のモジュール型車いすを選定。
リアライズ		
車いす付属品	200	前すべり防止形状(楔形状)にもできるクッションを選定。
オットopfクッションフィット		
移動用リフト	1300	浴槽への移動時の転倒予防及び介護軽減のため選定。
TOTOバスリフト		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	浴室内において転倒の予防のため手すりの設置を検討。 居室内に転倒防止のため貸与手すり及び手すり設置を検討。 浴室内の転倒及び介護軽減の為、販売にての福祉用具を検討。
<input type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明	
<input type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 _____ 年 月 日 同意署名 _____ 印
 法人名称: () 営業所 担当者 ()
 住所: _____ TEL: _____ FAX: _____

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 山根 寿朗

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女	M・T・S 年 月 日	89	4	～
住所					TEL
支援事業所					担当ケアマネジャー

■ご相談内容 相談者 長女 本人との続柄 娘 相談日

老健からの退所に伴い、住環境の整備、用具のレンタル等を希望。毎日入浴させてあげたい。トイレは、夜間等はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが、出来るだけ自宅のものを使わせてあげたい。

■ケアマネジャーとの相談日 平成19年12月11日 ケアマネジャーとの相談記録

腰椎圧迫骨折・心臓肥大・酸素量低下の傾向がある利用者が退院予定。在宅復帰が決まり、試験外泊時に担当者会議およびレンタル品福祉用具の選定、住宅改修の相談がある為、参加してほしい。

身体状況		介護環境			
身長	145 cm	体重	35 kg	他のサービス利用状況	訪問リハビリ 訪問介護 訪問看護 デイサービス
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	短期入所		家族構成	長女との2人暮らし
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	主介護者		利用している福祉用具	ポータブルトイレ・シャワーベンチ
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	制限	第四・第二腰椎圧迫骨折	麻痺	
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	疾病		特記事項	
移乗	<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	障害日常生活自立度	自立	認知症の日常生活自立度	自立
座位	<input checked="" 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	特記事項	健忘症が多少有り		
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				
自由記載	座位：背もたれ付きの椅子であれば(疲れはするが)半日位座っている事が可能				

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家ででの生活をできるだけ続けたい ご家族 健康に気をつけながら編み物や絵を描くなど好きな事をして過ごしてほしい	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input checked="" type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例：段差の有無など ・分譲マンション4F在住 ・玄関部分に100mmの段差有り ・浴室出入口に190mm・140mmの段差有り ・脱衣所入り口に140mmの段差有り
総合的な援助方針	福祉用具やリハビリ、訪問介護などを利用し、ご本人や御家族の望む生活の目標に向かって支援していくと共に、高齢である事から病気や異常の早期発見が出来る様に関わる皆様で見守っていきたい。介護負担も考慮しながら支援していきたい。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 山根 寿朗

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
<ul style="list-style-type: none"> 転倒による骨折等の防止 Pトイレ使用時の立ち座り補助 歩行時室内での転倒防止 介護負担軽減 室内・屋外移動時安全な移動 安全な段差の移動 	<ul style="list-style-type: none"> ベッド及び介助バーを使用し、起居動作・立ち座り動作の自立を行う。 Pトイレからの立ち座り時、突っ張り棒を使用し立ち座り補助を行う。 室内にて歩行器を使用し、安全な移動を行う。 屋外にて車椅子を使用し、安全な移動を行う。 玄関部分にスロープを使用し、安全な段差移動を行う。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
車いす 介助型 AR-300	280	お手持ちの車椅子は自走型だが、「ご自身では操作しない」「ご家族が腰痛持ち」の為、重量の軽い介助型を選定。
手すり 安寿洋式トイレ用フレーム S45	400	自宅トイレからの立ち座り時横側からのアプローチとなる為、手摺部分の出幅が少ない機種でプッシュアップ動作にて身体を保持出来、安全に動作出来る様を選定。
手すり たちあがごCKA-02	200	ソファ上で趣味を興じられる時、立ち座り時沈み込みが考えられる為、重量がありソファ下に設置する事が可能であり、安全に立ち座りが行える様選定。
移動用リフト バスリフト	1400	心臓肥大・酸素量低下があり、肩まで浴槽に入ると負担増大となる為、身体的負担の軽減から自動昇降機能により安全に半身浴を行う為、選定。浴槽の深さが不明な為、使用可能かは不明。
スロープ ダンスロープライト N-85B	450	玄関部分に100mmの段差があり、スロープを設置する事により転倒を防止・介護負担軽減する為選定。
ポータブルトイレ 家具調トイレ自立1型R<ソフト便座>	51,187	ベッド横にポータブルトイレを設置し夜間自宅トイレまでの移動距離を少なくし、転倒の防止を行う為選定。また、移乗し易い様肘跳ね上げ機能付を選定。
浴室用すのこ フォアアクセスすのこ	オーダー	浴室洗い場出入口部分140mmの段差部分に設置し段差を無くす為、選定。ご家族が腰痛持ちの為、掃除時の負担軽減から軽量タイプのすのこを選定。
リハビリシューズ エスパド	1,968	ソフトで心地良いフィット感があり、甲をはじめ足全体を包み込み、ほど良いすべり止め機能のあるタイプを選定。

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	①退院後必要に応じて機種変更をさせて頂く。
<ul style="list-style-type: none"> 福祉用具取扱い説明 福祉用具フィッティング(適合状況評価) 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等) 福祉用具定期点検・メンテナンス サービス担当者会議 状態変化時の機種交換(再アセスメント) 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出 相談 緊急時対応 	②退院後の納品の為、暫く様子をみて頂き、必要に応じて再度調整・モニタリングをさせて頂く。

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印

法人名称: () 営業所 担当者 ()

住所: TEL: FAX:

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 山根 寿朗

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女	M・T・S 年 月 日	89	4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	長女	ご本人との続柄	娘	相談日
老健からの退所に伴い、住環境の整備、用具のレンタル等を希望。毎日入浴させてあげたい。トイレは、夜間等はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが、出来るだけ自宅のものを使わせてあげたい。					
■ケアマネジャーとの相談日 平成19年12月11日 ケアマネジャーとの相談記録					
腰椎圧迫骨折・心臓肥大・酸素量低下の傾向がある利用者が退院予定。在宅復帰が決まり、試験外泊時に担当者会議およびレンタル品福祉用具の選定、住宅改修の相談がある為、参加してほしい。					

身体状況		介護環境			
身長	145 cm	体重	35 kg	他のサービス利用状況	訪問リハビリ 訪問介護 訪問看護 ティサービス
寝返り	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない				
起き上がり	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない				
立ち上がり	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない				
歩行	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない				
移乗	□自立(介助なし) ■見守り等 □一部介助 □全介助				
座位	■できる □自分の手で支えればできる □支えてもらえればできる □できない				
移動	□自立(介助なし) □見守り等 ■一部介助 □全介助				
自由記載	座位：背もたれ付きの椅子であれば(疲れはするが)半日位座っている事が可能 特記事項 健忘症が多少有り				
制限	第四・第二腰椎圧迫骨折				麻痺
疾病					特記事項
障害日常生活自立度					自立
認知症の日常生活自立度					自立
利用している福祉用具	ポータブルトイレ・シャワーベンチ				
家族構成	長女との2人暮らし				
主介護者	長女・ヘルパー				

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家ででの生活をできるだけ続けたい ご家族 健康に気をつけながら編み物や絵を描くなど好きな事をして過ごしてほしい	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) ■分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例：段差の有無など ・分譲マンション4F在住 ・玄関部分に100mmの段差有り ・浴室出入口に190mm・140mmの段差有り ・脱衣所入り口に140mmの段差有り
総合的な援助方針	福祉用具やリハビリ訪問介護などを利用し、ご本人や御家族の望む生活の目標に向かって支援していくと共に、高齢である事から病気や異常の早期発見が出来る様に関わる皆様で見守っていききたい。介護負担も考慮しながら支援していきたい。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 山根 寿朗

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・転倒による骨折等の防止 ・トイレ使用時の立ち座り補助 ・歩行時室内での転倒防止 ・介護負担軽減 ・室内・屋外移動時安全な移動 ・安全な段差の移動	・ベッド及び介助バーを使用し、起居動作・立ち座り動作の自立を行う。 ・トイレからの立ち座り時、突っ張り棒を使用し立ち座り補助を行う。 ・室内にて歩行器を使用し、安全な移動を行う。 ・屋外にて車椅子を使用し、安全な移動を行う。 ・玄関部分にスロープを使用し、安全な段差移動を行う。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
特殊寝台	1100	腰痛防止の為、腰部分の可動域制限(固定する)をする必要がある事から、背上げ・高さ調整・膝上げ機能がある3モーターベッドを選定。身体状況が小柄である為、座位姿勢時しっかりと足がつく様に、低床機種で83cm幅・ミニを選定。
楽匠3モーター83cm幅ミニ		
特殊寝台付属品	200	仰臥位時動作し易く、端座位時安定した姿勢を保持出来る様、硬めでほどよいクッション性のあるマットレスを選定。
プレグラーマットレス		
特殊寝台付属品	260	起居動作時・歩行器への移乗時等に安全に身体を保持出来る様選定。誤操作を防止する為、セーフティロック機能付商品を選定。
スイングアーム介助バー KS-096		
特殊寝台付属品	50	転落防止・寝具落下防止の為、選定。隙間を少なくする為、長さが長い機種を選定。
サイドレール<2本組> KS-165		
手すり	300	ポータブルトイレからの立ち座り動作時、細い径(32パイ)の手摺を掴みながら動作を行う事により転倒防止・安全な動作補助を可能にする為、選定。
バディー-I		
歩行器	200	手の動作はほぼ正常であるが、筋力的には弱い為軽量タイプを選定。訪問リハビリの際、立位保持・歩行訓練を行え、立ち座り補助が可能であり、段差が少ない為ブレーキ無しを選定。歩行レベルによっては、アルコール1S型の使用も検討は必要。
セーフティアーム(固定型)		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	①退院後必要に応じて機種変更をさせて頂く。
■福祉用具取扱い説明 ■福祉用具フィッティング(適合状況評価) ■福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等) <input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 ■状態変化時の機種交換(再アセスメント) <input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 緊急時対応	②退院後の納品の為、暫く様子をみて頂き、必要に応じて再度調整・モニタリングをさせて頂く。

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印
 法人名称 () 営業所 担当者 ()
 住所： TEL： FAX：

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 今村 昭洋

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様	MTS 年 月 日	89	要介護4	～
住所					TEL
支援事業所					担当ケアマネジャー

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
老健からの退所に伴い住環境の整備、用具のレンタル等を希望。毎日入浴させてあげたい。トイレは夜間はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが出来るだけ自宅のものを使わせてあげたい。			
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		
心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折等事故のリスクなどが在宅生活を送る上で気になるが福祉用具、リハビリ訪問介護などをご本人やご家族様の望む生活の支援を行う。またご家族様の介護負担も考慮する必要がある。			

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	35 kg
寝返り	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない		
起き上がり	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない		
立ち上がり	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない		
歩行	□つかまらぬことができる ■何かにつかまればできる □できない		
移乗	□自立(介助なし) ■見守り等 □一部介助 □全介助		
座位	□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		
移動	□自立(介助なし) □見守り等 ■一部介助 □全介助		
自由記載	歩行は歩行器、軽介助付で数メートル可能		
他のサービス利用状況	訪問介護	訪問リハビリ	通所介護
家族構成	長女との二人暮らし		
主介護者	長女		
利用している福祉用具	ベッドの手すり スロープ		
制限	第四胸椎圧迫骨折 第二胸椎圧迫骨折	麻痺	
疾病	心臓肥大 酸素量の低下	特記事項	
障害日常生活自立度	B2		
認知症の日常生活自立度	無し。健忘症が多少ある。		
特記事項			

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家で生活できるようになり良かった。	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) ■分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例:段差の有無など
総合的な援助方針	ご家族 入院生活からリハビリをご自宅で一緒に暮らせることになりほっとしている。健康に気をつけながら編み物や絵を描くことなど好きなことをして過ごしてほしい	・分譲マンションの4階 ・玄関上がり框に100mmの段差がある。 ・廊下からトイレ、居間、寝室には段差無し ・脱衣所へは140mmの段差がある。 ・浴室入口に190mm、浴室内に140mmの段差がある。 ・寝室は和室。
	H19.5腰椎圧迫骨折が多発、リハビリ病院に入院するが入院中肺炎で転院、その後老健において自宅復帰を目指し車椅子の移乗や排泄が安全に出来るようにリハビリを行い、体調を整え在宅生活に戻れるようになる。現在身体状況については心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折等事故や怪我也心配されます。在宅生活をしていく上で福祉用具やリハビリ、訪問介護などを利用していきます。ご本人やご家族が望む生活の目標に向かって支援をしていくと共に、高齢であることから病気の異常の早期発見が出来るよう関わる者皆で見守っていきます。また介護負担も考慮しながら支援していきます。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 今村 昭洋

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・体調を維持し家で生活していきたい ・起きる時や移動を安全に出来るようになりたい ・いつも綺麗でいたい ・編み物や絵を描く事が好きなのでそのような趣味に時間を費やし楽しく過ごしたい ・家族に負担をかけないようにしたい	・ベッド(マットレス・サイドレール)を利用し、起き上がり・立ち座りの補助を行う。 ・リハビリテーブルを利用し、ベッド上でも趣味を楽しむようにする。 ・歩行器を利用し、室内の移動を安全に行う。 ・バスリフトを利用し、入浴時の転倒を防ぐとともに介助者の負担を軽減する。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
特殊寝台		起き上がり、立ち座りを安楽に行う為2モーターベッドを選定。背上げて起き上がりを補助すると共に息切れ時の呼吸を楽にする。またポータブルトイレへの移乗をしやすくする為に高さ調整を行う。
新築匠2モーターベッド	KQ-82340	
特殊寝台付属品		日中は寝ている事が多い為適度な柔らかさとポータブルトイレ移乗時の座位の安定を図る為端部のしっかりとしたマットレスを選定。
エバーフィットマットレス	KE-571Q	
特殊寝台付属品		移乗側と反対側に転落防止と寝返り補助の為に必要。身長が低めな為短めの柵を頭側に設置し着座時、背上げ時のズレを少なくする。
サイドレール	KS-195	
特殊寝台付属品		体調不良時の食事介助に利用する。また趣味の編み物や絵を描く等をされる際にベッド上や椅子で利用し離床を促進する。
リハビリテーブル	KF-840	
歩行器		酸素量の低下がある為車椅子(6輪タイプ)での足漕ぎでの移動も考慮するが身体負担、リハビリ等も考え室内での移動がしやすいコンパクトな歩行器を選定。座面付きのタイプもあるが座面高が50cmの為利用者様の身長には合わない為却下。
シンフォニーSP		
移動用リフト		毎日入浴したいとの事なので浴槽への出入りを安楽に行う為にバスリフトを選定。浴槽への跨ぎ時の転倒を防ぐと共にご家族様の負担を軽減する。
TOTOバスリフト		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	・歩行器については在宅生活での身体状況に合わせて訪問リハの先生、ご家族様と相談の上必要があれば変更していく。 ・バスリフトについては入浴による心臓への負担を考慮しながら利用する。
福祉用具取扱い説明	
■福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
福祉用具定期点検・メンテナンス	
サービス担当者会議	
状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
相談	
緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印
 法人名称 () 営業所 担当者 ()
 住所: TEL: FAX:

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 _____
 作成者 山口 剛

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女性	MTS 年 月 日	89歳	4	～
住所					TEL
支援事業所					担当ケアマネジャー

■ご相談内容 相談者 _____ ご本人との続柄 長女 相談日 _____

老健からの退所に伴い、住環境の整備、用具のレンタル等を希望。毎日入浴させてあげたい。トイレは夜間等はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが、出来るだけ自宅のものを使わせてあげたい。

■ケアマネジャーとの相談日 _____ ケアマネジャーとの相談記録 心臓肥大、酸素量低下、転倒による骨折等事故のリスク等が、在宅生活を送る上で気になる点である。福祉用具やリハビリ、訪問介護等を利用し、ご本人や御家族の望む生活の目標に向かって支援していくと共に、高齢である事から病気の異常の早期発見が出来るように関わるもの皆で見守っていききたい。また、介護負担も考慮しながら支援していききたい。

身体状況	
身長	145 cm 体重 35 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらなくていい <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
移乗	<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"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input checked="" type="checkbox"/> 支えてもらえればできる <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
自由記載	・衣服着脱には介助要 ・日中は寝ている事が多い

介護環境			
他のサービス利用状況	訪問介護(週2回)	訪問リハ(週1回)	通所介護(不定期)
家族構成	長女と同居の2人暮らし		
主介護者	長女、ヘルパー		
利用している福祉用具	自走車いす、シャワー、ポータブルトイレ		
制限	腰痛、肺炎、第四腰椎圧迫骨折	麻痺	なし
疾病	第二胸椎圧迫骨折、心臓肥大、酸素量低下	特記事項	
障害日常生活自立度	自立		
認知症の日常生活自立度	自立		
特記事項	・長女も腰痛有		

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家で生活できるようになり良かった。 ご家族 入院生活からリハビリをし自宅で一緒に暮らせる事になりほっとしている。健康に気をつけながら編み物や絵を描く事など好きな事をして過ごしてほしい。	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input checked="" type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例: 段差の有無など ・分譲マンション4F ・段差箇所 ・玄関上り框100mm ・脱衣室入り口140mm ・浴室入り口190mm
総合的な援助方針	H19.5腰痛圧迫骨折が多発、リハビリ病院に入院するが入院中肺炎で転院、その後老健において自宅復帰を目指し車椅子の移乗や排泄が安全に出来るようリハビリを行い、体調を整え在宅生活に戻れるようになる。現在身体状況については心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折等事故や怪我も心配されます。在宅生活をしていく上で福祉用具やリハビリ、訪問介護等利用していきます。ご本人やご家族が望む生活の目標に向かって支援をしていくと共に、高齢である事から病気の異常の早期発見が出来るよう関わる者皆で見守っていきます。また介護負担も考慮しながら支援していきます。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____
 作成者 山口 剛

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・体調を維持し家で生活していきたい ・起きる時や移動を安全にできるようになりたい ・いつも綺麗でいたい ・編み物や絵を描く事が好きなので、そのような趣味に時間を費やし楽しく過ごしたい ・家族に負担をかけないようにしたい	・ベッド及び介助バー利用にて、少しずつ離床機会増大を図りたい。 また、ベッド上で過ごす場合は安楽姿勢を保持し負担軽減を図る。 ・歩行器利用にて、転倒を予防した生活動線上の移動を実現する。 ・手すりを利用し起立や移乗など自立で行えるようにする。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
特殊寝台		長時間座位保持は負担大きく、ベッド上臥位が長くなる事が予想され、安楽姿勢保持及び介護負担軽減から3Mベッドを選定。体格を考慮し低床タイプを選定。
新築匠3Mニ	KQ86230	
特殊寝台附属品		起居動作の容易さや安定、且つ腰痛への配慮から、土台として硬めのマットレスを選定。
マットレス	プレグラー-KE5511Q	
特殊寝台附属品		起居及び移乗動作の負担軽減や転倒予防のため。事故抑制を図るため二重ロックが可能な機種を選定。
介助バー	KS096	
特殊寝台附属品		移乗と反対側に設置し転落防止や寝具のずれ防止、及び寝返り等の身体支持に活用。柵間の隙間も考慮し長いタイプを選定。
ベッドサイドレール	KS160Q(X2)	
床ズレ防止用具		起居動作の容易さとベッド上での臥位時間が長くなる可能性から、若干床ずれ発生リスクも伺えるため、オーバーレイタイプで薄めの防止用具を選定。
ソフナー		
歩行器		上肢支持力を考慮し馬蹄タイプ歩行器を選定。利用者の体格や生活動線上の円滑な移動を図るため、小型な機種を選定。
アルコー1S型		
手すり		可能な限り離床機会を促進しリビングで過ごす事を目的とし、ソファからの起立補助として選定。歩行器への移乗負担を軽減する。
ベストポジションバー基本+I型手すり		
手すり		浴室入口の段差越えに活用し、利用者・介護者共に負担軽減を図る。出入り動作での横方向支持や扉開閉を考慮し選定。
ベストポジションバー基本+V字バー		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・フィットングは退院後の利用者身体に合わせ用具の調整要。(歩行器支持部、手すり位置など) ・退院後の訪問は早い段階で行い、使い方指導等行う。 ・利用者及び家族への商品説明が必要。 ・入浴介助用ベルトの利用検討。 ・必要に応じ住宅改修も検討。
■福祉用具取扱い説明	
■福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
■福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 _____ 年 月 日 同意署名 _____ 印

法人名称: _____ () 営業所 担当者 ()

住所: _____ TEL: _____ FAX: _____

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日
作成者 天野 伸彦

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名	様 女	M・T・S 年 月 日	89	要介護4	～
住所	TEL				
支援事業所	担当ケアマネジャー				

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
老健からの退所に伴い、住環境の整備、用具のレンタル等を希望。毎日入浴させてあげたい。トイレは、夜間等はポータブルトイレを使わざるを得ないだろうが、できるだけ自宅のものを使わせてあげたい。			
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		
心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折事故のリスクなどが在宅生活を送る上で気になる点である。福祉用具やリハビリ、訪問介護などを利用し、ご本人や御家族の望む生活の目標に向かって支援していくと共に、高齢である事から病気の異常の早期発見が出来る様に関わる者皆で見守っていききたい。また、介護負担も考慮しながら支援していききたい。			

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	35 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	他のサービス利用状況	訪問介護 訪問リハビリ 通所介護 短期入所
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	家族構成	長女との二人暮らし
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	主介護者	長女
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	利用している福祉用具	車いす
移乗	<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	制限	麻痺
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	疾病	特記事項
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	障害日常生活自立度	自立
自由記載	・日中は寝ている事が多い。 ・歩行器及び軽介助にて数メートルの歩行は可能。 ・ズボンの上げ下げは要介助。 ・食事は自立。		
特記事項	ご家族は腰痛持ち。		

居室サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人 家で生活をできるだけ続けたい。 ご家族 健康に気をつけながら編み物や絵を描くなど好きな事をして過ごして欲しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例:段差の有無など ・分譲マンションの4階に住む。 ・玄関上がり框に10cmの段差有り。 ・トイレに横手すりが設置されている。 ・脱衣室入口に14cmの段差あり。 ・浴室入口に19cmの段差あり。浴室内側は14cmの段差あり。
総合的な援助方針	H19.5腰痛圧迫骨折が多発、リハビリ病院に入院するが入院中肺炎で転院、その後老健において自宅復帰を目指し車いすの移乗や排泄が安全にできるようリハビリを行い、体調を整え在宅生活に戻れるようになる。現在身体状況については心臓肥大、酸素量の低下、転倒による骨折事故や怪我也心配されます。在宅生活をしていく上で福祉用具やリハビリ、訪問介護などを利用していきます。ご本人やご家族が望む生活の目標に向かって支援をしていくと共に、高齢である事から病気の異常の早期発見ができるよう関わる者皆で見守っていきましょう。また、介護負担の軽減も考慮しながら支援していきましょう。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 天野 伸彦

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・起きる時や移動を安全にできるようになりたい。 ・両手両足駆動し易く小回りの利く車いすを利用し、心臓に負担を掛けずに室内を自分で自由に移動できるようになる。 ・入浴時、シャワーを利用し、介護者の介護負担の軽減、ご本人の心身機能への負担の軽減しながら自宅で安全に入浴する。	・電動ベッドの背上げ機能を利用し、起居動作時の胸腰椎への負担を軽減する。 ・ベッドの高さ調整機能、動きやすいマット、介助バーを利用し、車いすやベッドからの移乗を安全にできるようになる。 ・両手両足駆動し易く小回りの利く車いすを利用し、心臓に負担を掛けずに室内を自分で自由に移動できるようになる。 ・入浴時、シャワーを利用し、介護者の介護負担の軽減、ご本人の心身機能への負担の軽減しながら自宅で安全に入浴する。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台	1300	・持病である腰痛と胸腰椎の圧迫骨折の既往歴から、身体に負担をなるべくかけずに安定した起居動作が行えるように背上げ調整・高さ調整・足上げ調整機能付きを選定する。*小柄な体格にあわせ低床・ショートタイプを選択する。
パラマウント 低床3モーターベッド ショートタイプ		
特殊寝台付属品	50	・ベッド上での安全な寝返りと転落防止、寝具のズレ防止の為に選定。
パラマウント サイドレール 2本<KS-165>		
特殊寝台付属品	150	・車いす・ポータブルトイレへの移乗動作を立位で行う事を考え、身体をしっかり支持できる為に選定。誤操作を防ぐ、セーフティーロック機能付を選択する。
介助バー<KS-096>		
特殊寝台付属品	400	・起居動作は自立である事やベッド上で過ごす時間が長い事を考慮し、立ち座り動作時の胸腰椎への圧迫の軽減や端座位姿勢での安定感のあるマットレスを選定する。
タイカ アルファプラスくつと		
車いす	600	・両手両足駆動ができ、小回りが利きかつアームサポート高さ調整座シート・バックサポートの張り調整機能の付いた機種を選定する。
日進 6輪車R		
車いす付属品	150	・車いす上で快適に過ごす為、駆動しやすくまたお尻への負担が軽減できるクッションを選定する。
車いす用クッション		
移動用リフト	2500	・自宅で安全な入浴をしたい事や、心臓に負担をかけずまたなるべく介助負担を軽減にできる事の観点から、浴室用リフトを選定する。*ミニ バスキャリーを福祉用具購入にて準備する。
ミニ 浴室用リフト マイティエースII		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価 等) <input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント) <input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 緊急時対応	①納品、フィッティングにはご家族(長女様)、ケアマネジャーに立ち会っていただく。 ②入浴リフトの取り扱い説明は、訪問介護事業所にも連絡し、実際の操作方法の説明、試乗を繰り返す。 ③車いすの操作(両手両足駆動)方法を説明し適合状況を確認する。

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印
 法人名称: () 営業所 担当者 ()
 住所: TEL: FAX: