

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:

「福祉用具導入、住宅改修を組み合わせた生活環境の整備」

4月18日(土) 15:00~16:30 バリアフリー2009 第1セミナー会場

<講師> 市川 洌氏 (福祉技術研究所株式会社 代表)

<事例発表者>

大角 ゆう子氏 (株式会社ヤマシタコーポレーション/京都府)

山崎 剛氏 (株式会社ウイズ/大阪府)

成田 朋広氏 (東洋シルバーサービス株式会社/青森県)

清時 正樹氏 (川村義肢株式会社/大阪府)

武部 大志氏 (日本基準寝具株式会社/広島県)

柚木 康彰氏 (株式会社カクイックス ウィング/宮崎県)

<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◇

市川 洌[いちかわ・きよし] (福祉技術研究所株式会社 代表)

早稲田大学理工学部機械工学科卒業。東京都補装具研究所、東京都福祉機器総合センターを経て福祉技術研究所株式会社を設立。動力義手の研究をはじめ、天井走行式リフトなど福祉機器の研究・開発に着手し、その分野における先駆的な役割を果たすとともに、現在も福祉用具の技術・研究の第一人者として活躍している。「ケアマネジメントのための福祉用具アセスメント・マニュアル」(中央法規出版)など著書も多数ある。

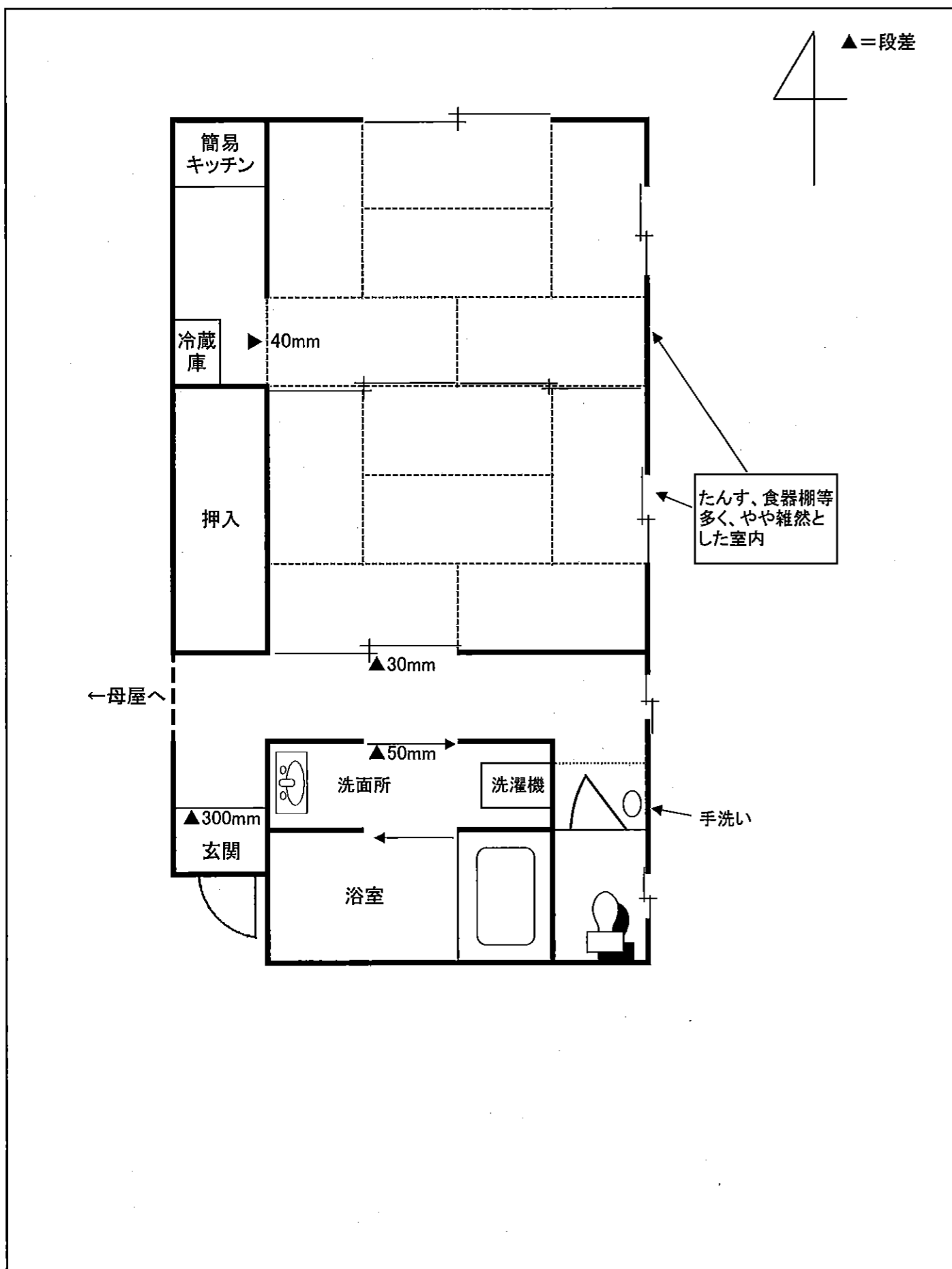
全国福祉用具専門相談員協会 バリアフリー2009 公開事例検討会 4月18日(土) 15:00~
「事例のタイトル:福祉用具導入、住宅改修を組み合わせた生活環境の整備」

利用者の身体状況等			
年齢	83	性別	女性
要介護度	要介護5	身長(cm)	145
体重(kg)	45		
身体・健康状況			
脳梗塞後遺症として左片マヒ、患側空間無視あり。また心房細動を患う。			
平成20年7月中旬まで老健に入所し、自宅の環境整備が進めば在宅復帰するという運びとなった。			
寝返り	1つかまららないでできる (2)何かにつかまればできる 3できない		
起き上がり	1つかまららないでできる 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つかまららないでできる 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	一部に認知症状見られる。		
問題行動	なし		
家族状況、生活歴・生活状況、介護状況、住宅状況			
家族状況			
娘夫婦と同居。娘は専業主婦。			
娘婿は主に農業を営み、ともに利用者の介護に前向き。娘夫婦の子供らとは別居している。			
生活歴・生活状況			
古くから現自宅に住み、増改築をしながら生活してきた。性格は温厚。			
在宅復帰直前は、約半年を病院で、その後の約10ヶ月を老健施設で過ごし、1年半近くを自宅以外で生活している。			
住宅状況			
母屋とはなれがあり、利用者は入院直前まで主にはなれで生活していた。			
このはなれには二間続きの和室6畳のほか洋式トイレ、浴室、簡単なキッチンもある。			
食事は母屋にて娘夫婦とともに行っていた。			
保険・他方情報			
医療保険			
介護保険			
身障等級	なし		
現在利用しているサービス			
導入直前は老健に入所。			
退院と同時に通所リハ(週3回程度)、訪問リハ(週1回)のサービスを利用。			
家族の多忙時(農繁期など)はショートステイも適宜利用。			

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18日(土) 15:00~
「事例のタイトル:福祉用具導入、住宅改修を組み合わせた生活環境の整備」

主訴 相談内容、課題	
相談内容	在宅復帰後も、基本的には車いす生活を余儀なくされており、適切な車いすを貸与されたい。 また特殊寝台等を貸与し介助負担の軽減を図りつつ、食事や排泄など離床を進めやすいようにしたい。 なるべく自宅トイレで排泄できるよう、移動手段を考えたい。 今の居室や洗面所を車いすの自走、介助がしやすいようバリアフリーフロアに変え、玄関や廊下、居室等の段差を解消したい。
本人の要望	なるべく自宅で生活したい。
家族の要望	自宅での生活のために環境整備をしたい。 自分たちが常に介護できるわけでもなく、通所、訪問サービスを併用したい。 特に入浴については自宅で介助する自信なく、通所サービスで対応されたい。 本人の自立維持のために、リハビリを受けさせたい。
ケアマネジャーの要望	福祉用具(貸与・販売)と住宅改修を組み合わせ、利用者や家族の生活がしやすい環境を整えて欲しい。
生活全般の解決すべき課題	居室周辺環境整備 ①車いす等での移動がしやすい(屋外へ、トイレへ、洗面所へ) ②離床しやすい ③介助しやすい/介助者を呼びやすい
事務局追記	コーディネーターより以下の内容も検討の事。 ①入浴方法(介助者ヘルパーないしは看護師一人)、②排泄の手順、③日中の過ごし方など

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 成田 朋広

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	83	要介護5	～
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	娘夫婦	ご本人との続柄	子	相談日
--------	-----	-----	---------	---	-----

在宅復帰後、本人が自立できる移動方法や介護負担の軽減ができるように住環境の整備をお願いしたい。

■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
---------------	---------------

脳梗塞後遺症として左片麻痺のある方で、自宅の環境が整いしだい在宅復帰予定（娘夫婦同居）です。福祉用具と住宅改修を組み合わせ、利用者、家族が生活しやすい環境整備の為に検討をお願いしたい。

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	45 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	移動に関しては自走車いす使用で自立になります		
他のサービス利用状況	通所リハ	訪問リハ	
家族構成	娘夫婦		
主介護者	娘夫婦		
利用している福祉用具			
制限	心房細動	麻痺	左片麻痺
疾病		特記事項	患側空間無視あり
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 なるべく自宅で生活したい。 ご家族 在宅生活の為に、転倒が起きないように段差の解消など環境整備をしたい。また自分達が常に介護できないので、通所、訪問サービスを併用して身体機能維持のためのリハビリも行ってほしい。	■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	私たちはご本人のリスク回避が出来、身体機能を維持しながらご家族の介護負担が軽減できるよう支援していきます。	・居室からの移動経路(洗面所、廊下、トイレ等)に段差あり(住宅改修で段差解消予定)	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 成田 朋広

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
・室内外を安全に移動できるようにしたい ・離床をしやすくしたい ・介護者の介護負担を軽減したい	・車いすを使用し、室内外の移動の負担を軽減する ・電動ベッドを利用して離床時の安全を確保する ・段差解消機を利用して玄関の段差を移動する ・ベッドからの移乗時に介助バーを利用して転倒を防止する ・車いす用クッション、体圧分散マットレスを利用して予防する ・テーブルを使って車いすに座って食事ができるようにする
・床ずれの予防 ・食事の介助	

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	起き上がり及び車いすへの移乗が安全にできるように高さ調節と背上げ機能の付いた2モーターベッドを選定。身体の動きに支障がないようマット幅91cm、ベッドサイズをショートサイズにした。
ナチュラルラインベットの2モーター ショート		
特殊寝台付属品	400	仰臥時に寝返りがしやすいような固さで、移乗時に安定した端座位がとれるマットレスを選定。体圧分散性の優れたマットにした。
アルファプラスくつとショート 91cm幅		
特殊寝台付属品	100	ベッドからの転落防止と寝返りの時につかまれるように頭側に、布団落下防止に足側に指し込みサイドレールを選定。
特殊寝台付属品	400	ベッド・車いす間の移乗用に利用者、介護者の負担を軽減するための介助バーを選定。
介助バー K-25N		
車いす	800(1600)	室内用に6輪のこまわりのきく車いすで、移乗しやすいように肘上げ・スイングアウトができる車いすで本人が足こぎで自走できるように低床のものを選定した。室外用に肘上げ・スイングアウトの機能付で軽量のものを選定した。
(内)こまわりくん自走低床 (外)エアリアル低床自走		
車いす付属品	200	日中車いす上で長時間過ごすため、床ずれ予防にクッションを選定。座面高が高くならないように4cm厚のクッションを選定した。
アウルクッション アウル40レザー		
特殊寝台付属品	400	車いすに座っての食事をするために介護テーブルを選定。リハビリなどでベッドサイドでの端座位による食事摂取も考えられるので、どちらにも対応できるキャスター付のテーブルにした。
介護テーブル KQ-550		
移動用リフト	1200	玄関の段差を越えるためにスロープではスペースが微妙なので、椅子型の段差解消機を使いながら室内用車いすから屋外用車いすに乗り換えができるように選定した。
段差解消機 アルコ-3000型Bタイプ		

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	レンタル品の使い方については、利用者の帰宅日に本人、家族に説明をする。
■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 大角 ゆう子

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	83	5	~
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	
身長	145 cm 体重 45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬ <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬ <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬ <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば <input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬ <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば <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 type="checkbox"/> 自分の手で支えれば <input checked="" type="checkbox"/> 支えてもらえば <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	退院後は基本的に車いす生活になる

介護環境	
他のサービス利用状況	通所リハビリ ショートステイ 訪問リハビリ
家族構成	娘夫婦と同居
主介護者	娘夫婦
利用している福祉用具	
制限	脳梗塞 麻痺 左半身麻痺
疾病	特記事項 心房細動あり
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	患側空間無視

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 左半身麻痺・左患側空間無視症状があり介護に不安がある。自宅ですごしたい。 ご家族 住宅内が元気だった頃のまま、敷居や段差が多く来り過ぎて転倒しないうかが心配である。また24時間付き切りになるわけにも行かず、入浴介助は自宅浴槽では自分たちでは無理なので援助して欲しい。施設と自宅ではまた買っても変わり、身体機能の維持のためにもリハビリを行って欲しい。	■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
総合的な援助方針	私たちはご本人のリスク回避が出来、身体機能を維持しながらご家族の介護負担が軽減できるよう支援していきます。	はなれに居室がある。 母屋には食事の際行き来している。

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____
 作成者 大角 ゆう子

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"> 自宅内で過ごすため、一人で身動き取れるようにしたい。 起居や移乗しやすい安全な環境を作りたい。 自宅トイレでの排泄を行いたい。 介助者の介助負担軽減を図りたい。 自宅での入浴もできる様にしたい。 	体に適合した車いすを選定し、長時間安楽に過ごすことができる。 特殊寝台・手すりを使用して、車いすへの移乗を容易にできる。 車いすで移動しやすくするように、畳からフローリングへの変更、段差にスロープの設置を行う。 トイレ前の扉をアコーディオンカーテンに変更、手洗い器の撤去を行い自宅トイレへの移動を可能にする。 呼び出しコールプザーを購入し、母屋の家族との意思疎通を図る。 シャワーキャリーを購入し浴室に入れるようにする。また、入浴用リフトを使用し浴槽内の入浴も可能にする。

品目	単位数	選定理由
機種(型式)		
車いす		大輪の構造ある為、小回りが利きやすく室内移動がしやすい。肘掛跳ね上げ式・スイングアウトである為移乗時の妨げとなる部分を最小限に出来る。身長にあわせて低床型である。麻痺側のハンドリムをはずすことで車いす幅60センチを切る事が出来る
車いす付属品		座位時間が長くなることも考え、臀部の圧迫をとることができる。低反発になっており、床ずれにもなりにくい。足置きをする場合、太ももの部分のクッションを取り外せ足置きし易く出来る。
FCアジャストクッション		背クッションも活用し上体の傾きにあわせクッションでサポートを行う。
特殊寝台		身長にあわせてミニサイズを選定。起き上がり時の背上げ機能と、車いすへの乗り移りしやすいように高さ調整の出来る2モーターを選定する。
新築匠 2モーター ミニ		
特殊寝台付属品		現在床ずれはないが臥床時間が長くなることも考え、床ずれの予防にもなる低反発で側面はかたく端座位がとれるようなマットレスにする。
マットレス アルファプラすくと		
特殊寝台付属品		右には麻痺がないため移乗の際に支持ができる様にL字型に曲がる手すりを取り付ける。
介助バー KA-096・サイドレール KS165		寝具の落下防止や寝返りの際の支持に使用する。
シャワーキャリー		トイレ内に直接入り便器に差し込める形で、排泄と入浴どちらにも使用できる。
水まわり用車いす(6輪タイプ)		スイングアウト、肘掛跳ね上げが出来移乗しやすい
入浴用リフト		浴槽内に入るために浴槽に設置し昇降できるリフトを導入する。
バスリフト		
連絡プザー		呼び出しボタンを押して母屋の家族との連絡をとることができる。
聞こえまCHU! 2		

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 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 清時 正樹

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	上様 女性	M・T・S 年 月 日	83	5	~
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	娘	相談日
自宅での生活の為環境整備をしたい。				
■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	
身長	145 cm 体重 45 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
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
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
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
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
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	一部に認知症状が見られる

介護環境	
他のサービス利用状況	通所リハビリ 訪問リハビリ
家族構成	娘夫婦と同居。
主介護者	娘夫婦
利用している福祉用具	
制限	脳梗塞後遺症 麻痺 左片麻痺
疾病	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 なるべく自宅で生活したい ご家族 在宅内が元気だった頃のまま、敷居や段差が多く、家に帰ってきて転倒しないか心配である。	<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
総合的な援助方針	私たちはご本人のリスク回避が出来、身体機能維持しながらご家族の介護負担が軽減できるよう支援していきます。	はなれに住まわれており、敷居段差和室、浴室、玄関有り。

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____
 作成者 清時 正樹

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
自宅での生活の為住環境を整備したい。	介護負担の軽減。 ベット及び介助バーを利用し離床をして食事、排泄を進めやすいようにする。 車いすを室内で自走できるようにする為段差をなくす。 バスボードを利用して入浴動作を安全に行う。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
車いす	800	身長が145cmの為自走できる環境としてセミオーダーのレンタルを選定。前座高、座幅、背もたれ高、プレーキ長(麻痺側延長)。室内での回旋よくする為車軸前だしを行い後方転倒予防の為転倒防止をつける。
リアライズ		
車いす付属品	400	片麻痺の為健足側での足こぎしやすくするクッション左右差をつける。
特殊寝台	800	起居動作の時に側臥して起き上がりやすくする為動作支援サイドレールが設置できるタイプを選定
CORE852		
特殊寝台寝台付属品		上記理由
動作支援サイドレール		
ポータブルトイレ		夜間時に安全に排泄できる環境にする。また、本人の状態に応じて介護が必要な場合トランスファーできるようなタイプを選定
さわやかチェア泉跳ね上げタイプ		
シャワーチェア		基底面が広く安定し、臀部を洗う際片側に体重を傾けても安定して手すりが持てるタイプを選定。また、石鹸が体についても座面で滑らないようコルクを使用しているタイプ。
ハートコルク入浴用いす背もたれ付		
浴槽内いす		座面が広く着座する際安全に腰をおろすことができるように選定。
ハートコルク浴槽内いす		
入浴台		浴槽のまたぎ動作が安全に行う為使用します。その為少しでもボード厚みを薄くし軽量のものを選定
バスボード		

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	必ず家族の方同席のもとフィッティング及び使用方法を説明する。
■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 山崎 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	M・T・S 年 月 日	83	要介護5	～
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
在宅復帰後も基本的には車いす生活を余儀なくされており、適切な車いすを貸与されたい。特殊寝台等を貸与し介助負担の軽減を図りつつ、食事や排泄など離床をすずめやすいようにしたい。なるべく自宅トイレで排泄できるよう、移動手段を考えたい。今の居室や洗面所を車いす自走がしやすいようバリアフリーフロアに変え、玄関や廊下、居室等の段差を解消したい。			
■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		
福祉用具（貸与・販売）と住宅改修を組み合わせて、利用者や家族の生活がしやすい環境を整えてほしい。			

身体状況		介護環境	
身長	145 cm	体重	45 kg
寝返り	□つかまらなくていい ■何かにつかまればできる □できない		
起き上がり	□つかまらなくていい □何かにつかまればできる ■できない		
立ち上がり	□つかまらなくていい □何かにつかまればできる ■できない		
歩行	□つかまらなくていい □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	着衣、入浴、洗身、衣服着脱、薬の内服は全介助 食事、排尿、排便、口腔清潔は一部介助。床ずれはない		
他のサービス利用状況	通所リハ	訪問リハ	
家族構成	娘夫婦		
主介護者	娘夫婦		
利用している福祉用具			
制限	心筋細動 脳梗塞	麻痺	左片マヒ
疾病	特記事項	左側空間無視あり	
障害日常生活自立度	B2		
認知症の日常生活自立度	II		
特記事項	一部に認知症状が見られる		

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 ご家族	<input 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 ・玄関段差30cm ・洗面所段差5cm ・居室入口段差3cm ・台所入口段差4cm
総合的な援助方針	私たちはご本人のリスク回避ができ、身体機能を維持しながらご家族の介護負担が軽減できるよう支援していきます。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 山崎 剛

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"> ・車いす等で移動をしやすいしてほしい ・離床しやすいようにしたい ・介助をしやすい/介助者を呼びやすいようにしたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・家屋内段差を解消し、車いすを使用し、室内・外移動ができるようになる。 ・ベット及び介助バーを利用し、ベット⇄車いすの移乗動作を介助負担が少なく行えるようにし、食事や排泄など離床を進めやすくする。 ・ホームコール等を利用し、ご本人がいつでもご家族を呼べるようにする。

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台	1500	起居動作、移乗動作の際の介助負担の軽減と疾患による足のむくみの緩和のため背上げ、足あげ、高さ調節付きの3モーター選定。身長が145cmであるためミニサイズとする。寝返り動作の際にサイドレールや介助バーに手が届きやすいようにマット幅は83幅
楽匠3モーターベットミニ83幅 KQ-86240		
特殊寝台付属品	250	仰臥位時に寝返り動作を妨げないように裏面でソフト面、ハード面で硬さの違うマットレス選定。端座位時に不安定とならないようにマット縁のみ硬くなっている。
エバーフィットマットレス KE-5731Q		
特殊寝台付属品	250	起居動作や移乗動作の際に身体を支持するため。誤操作を防ぐセーフティロック付のものを選定。
スイングアーム介助バー KA-095		
特殊寝台付属品	50	移乗側と反対側に転落防止と寝具のずれ防止のために必要。隙間を少なくするために長さが長い機種を選定。
ベットサイドレール KQ-16		
車いす	800	体格に合わせ38幅あるいは40幅を選択。左片麻痺があり姿勢の崩れや長時間座位等による骨盤の後傾も考え、背張り調整やひじ掛け高さ等調整可能なもの選定。また自走しやすいように前座高等調整可能なもの選定。
レボ(20インチ)		
車いす付属品	300	座位時のお尻への圧迫軽減をはかり前滑りを防止し、車いす自走の際にはももパットをはずして自走しやすくできるものを選定。
FCキュー君		

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退院前の納品になるので、ケアマネジャーに立ち会っていただく。 ②退院後のフィッティングは訪問して行う。 ③ご本人に操作説明を繰り返し行うとともに、ご家族にもご理解していただく。
■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)	
□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	

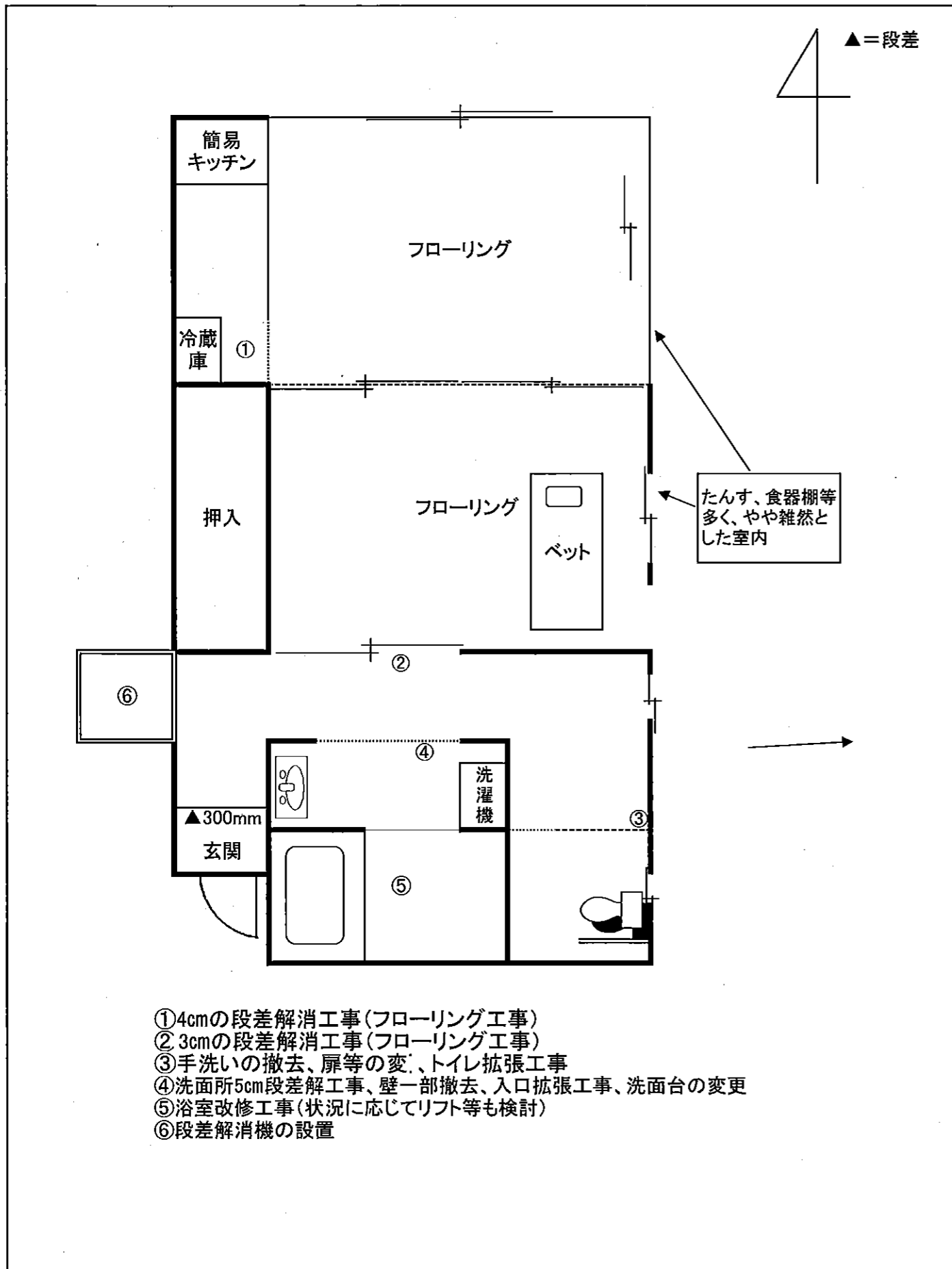
以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

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:

住宅の見取り図 (山崎)



福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 _____
 作成者 武部 大志

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	不明 様	女性	M・T・S 年 月 日	83	5
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
車いす・特殊寝台を貸与したい。食事や排泄などで離床を進めたい。自宅トイレで排泄できるよう移動手段を検討したい。室内で車いすが自走・介助しやすいよう段差を解消・バリアフリーにしたい。			
■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		
福祉用具（貸与・販売）と住宅改修を組み合わせて、利用者や家族の生活がしやすい環境を整えて欲しい。			

身体状況	
身長	145 cm
体重	45 kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <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"/> つかまらぬでできる <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"/> つかまらぬでできる <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"/> つかまらぬでできる <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 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
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
自由記載	

介護環境	
他のサービス利用状況	通所リハ 訪問リハ 短期入所 訪問看護
家族構成	娘夫婦と同居
主介護者	嫁
利用している福祉用具	
制限	脳梗塞後遺症・心房細動 麻痺 左片マヒ
疾病	特記事項 患側空間無視
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	一部に認知症状が見られる
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 なるべく自分で生活したい。 ご家族 自宅での生活のために環境整備をしたい。通所、訪問サービスを併用したい。特に入浴については自宅で介助する自信がなく、通所サービスで対応したい。本人の自立維持のために、リハビリを受けさせたい。	<input 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 ・母屋とはなれがあり、以前ははなれで生活 ・はなれは二間続きの和室6室 ・食事は母屋にておこなっていた ・玄関には30cmの段差 ・廊下・脱衣場・居室等段差有り
総合的な援助方針	ご本人のリスク回避が出来、身体機能を維持しながらご家族の介護負担が軽減できるよう支援していきます。	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____
 作成者 武部 大志

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
居室周辺の環境整備 ①車いす等で移動がしやすい(屋外・トイレ・洗面所へ) ②離床しやすい ③介助しやすい/介助者を呼びやすい ④入浴方法(ヘルパーか看護師1人) ⑤排泄の手順 ⑥日中の過ごし方	①環境の整備、適切な車いすの利用により、室内移動を可能にする。 ②ベッド、介助バーを活用し、起居や移乗動作の負担を軽減する。 ③ホームコールを導入し、呼び出し経路・安全性を確保する。 ④シャワーキャリーやバスリフトを利用し、介助負担を軽減する。 ⑤手すりの取り付け、車いすやポータブルトイレを活用し、排泄動作の自立・介助負担の軽減を図る。

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)		
車いす	900	移乗が行いやすい、跳ね上げ・スイングアウト機能があり、体格や姿勢に合わせられるモジュールタイプを選定。低床で足こぎが可能。車軸を前方にする事で室内での走行性・小回り性能を高められる。
自走式車いす M3		
特殊寝台	950	起き上がりや車いすへの移乗の動作を行いやすくする、介助しやすくする為、背上げ・高さ調整がある2モーターベッドを選定。端座位のとりやすい83幅、身長にあった低床・ショートタイプを選定。垂直昇降でスペースを広く取る事ができる。
2モーターミニ83幅 KQ9601		
特殊寝台付属品	300	ベッド上での動作が行いやすく、程よいクッション性があり、移乗時の端座位が安定するタイプのマットレスを選定。
マットレスショート すくっと91幅		
特殊寝台付属品	200	起居動作や立ち上がり動作、移乗動作を行いやすくする為に使用。
介助バー KS-096A		
特殊寝台付属品	100	移乗側と反対側に転落予防と寝具の落下予防に使用。
サイドレールKS-161Q x2 KS-151Q		
移動用リフト	1300	入浴動作は身体への負担が高く、浴槽への出入りも介助負担が高い為、リフトを使用。シャワーキャリーと高さをあわせ、乗り移りを横移動でできるようにする。
入浴用リフト バスリフト		
入浴補助用具	95,760円	入浴時の動作負担軽減の為、浴室までの移動・洗体をシャワーキャリーにて行なう。幅狭の6輪タイプで小回りがきく為、浴室内での取り回しがよく、トイレでも使用できるタイプを選定。
水まわり用車いす(6輪タイプ)		
入浴補助用具	5,712円	シャワーキャリー⇄バスリフトの移乗介助を行いやすくする・負担を軽減させる為に使用
たすけ帯0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	(ベッドの高さ調整について) ・車いすへの乗られるときは、車いすの座面と同じくらいの高さに設定 ・ベッドでのリハビリの際は、足のつく高さに設定
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)	(車いすについて) ・導入時の調整後に再度訪問し、使用状況を確認。座りごこちや姿勢の崩れなどに注意して頂き、必要あれば調整を行なっていく。 ・車いすの適合状況、移乗動作など訪問リハと連携をとる。
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	・ベッド・車いす上での床ずれ予防用具の導入を検討していく。 ・ポータブルトイレの導入を検討していく。 ・担当者会議にて用具の使用方法や移乗方法などを説明する。
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 柚木 康彰

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	女	M・T・S 年 月 日	83	要介護5	～
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	娘(夫婦)	ご本人との続柄	娘	相談日
自宅での生活のために環境整備をしたい。自分達が常に介護できるわけでもなく、通所・訪問サービスを併用したい。特に入浴については自宅で介助する自信なく、通所サービスで対応されたい。本人の自立維持のために、リハビリを受けさせたい。					
■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				
福祉用具(貸与・販売)と住宅改修を組み合わせ、利用者や家族の生活がしやすい環境を整えてほしい。					

身体状況	
身長	145 cm 体重 45 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
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらぬでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" 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 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
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 checked="" type="checkbox"/> 全介助
自由記載	老健での起居動作・車いす駆動方法等の確認が必要。

介護環境	
他のサービス利用状況	短期入所 通所リハ 訪問リハ 3回/週 1回/週
家族構成	家族同居
主介護者	娘
利用している福祉用具	特殊寝台・特殊寝台付属品・車いす・車いす付属品・移動用リフト
制限	脳梗塞後遺症(半側空間無視) 麻痺 左麻痺
疾病	心房細動 特記事項
障害日常生活自立度	B
認知症の日常生活自立度	Ⅱb
特記事項	娘は専業主婦。娘婿は農業を営む

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 なるべく自宅で生活したい。 ご家族 住宅内が元気だった頃のまま、敷居や段差が多く、家に帰ってきても転倒しないか心配である。また24時間付き切りになる訳にもいかず、入浴介助は自宅浴槽では自分達では無理なので援助してほしい。施設と自宅ではまた勝手も変わり、身体機能の維持の為にリハビリを行ってほしい。	<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	
総合的な援助方針	ご本人のリスク回避が出来、身体機能を維持しながらご家族の介護負担が軽減できるように支援していきます。	居室から廊下に段差30mm 廊下から洗面所に段差50mm 玄関から土間に段差300mm トイレが狭い(移乗・介護スペースが無い)	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日
作成者 柚木 康彰

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"> 現在の身体・介護状況に合わせて安全に過ごせる住環境にしたい。 24時間の介護は困難な為安全な環境と、入浴を支援してほしい。 身体機能の維持の為にリハビリを行ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> 特殊寝台と付属品を利用し、起居・移乗動作の補助と介護負担軽減を行う。 車椅子と付属品を使用し室内移動(自走)が行え、移乗動作もしやすい車椅子の選定 移動用リフトを使用し、外出・入浴時の安全と介護負担軽減と シャワーキャリーを使用し、入浴時の介護負担軽減 住宅改修で段差解消・床材変更等を行い、車椅子での移動がしやすい環境整備

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
特殊寝台貸与	1300	起居動作の補助と移乗しやすく、利用者様の身長からベッド長さはミニ・マット幅は83cm、介護負担軽減(操作のしやすさと、ベッドキャッチアップ時でのずれ防止)の為「らくらくモーション機能」付きを選定。ベッド上での長座位保持ではなく離床が目的
新築匠3モーターベッド ミニ KQ-86020		
特殊寝台付属品	300	快適に安眠する為マットの硬さを選べるリバーシブル(動き・体形にフィットする3層のクッション材を組み合わせ)、ベッド端座位時に座位が安定したマットレスを選定。
エバーフィットマットレス ミニ KE-5231Q		
特殊寝台付属品	150	寝返りがしやすく、ベッドからの移乗時の支持できるものとして選定。誤作動を予防する為のセーフティーロック採用タイプです。
スイングアーム介助バー KS-096		移乗はトランスファーボードを使用する事で一部介助から見守りになり介護負担軽減。
特殊寝台付属品	50	ベッドからの転落防止と寝具の落下防止の為、サイドレールは長めの左記機種(L96.4cm)を選定
ベッドサイドレール KS-165		
車椅子貸与	600	座る人の体格や身体状況に合わせる車椅子として選定。体に合わせ座幅375 アームサポート・フットサポート高さ調整・背張り調整を行い駆動のしやすさと姿勢保持ができ、アームサポート・フットサポート着脱する事で移乗動作がしやすくなる為選定。
レボ 375幅		
車いす付属品	300	車いすで日中過ごす為にアカデミッククッションを使用。身体の形状に合わせて特徴である「5つのエリア」の駆動側を低くセル個数を調整し、体幹バランスの状況に応じクッションの坐骨結節側のセル高さを調整する事で「動きやすさと座位姿勢安定性」と減圧効果が高い。
アカデミッククッション アジャスター6		
移動用リフト	2200	FLからGLまで300mmあり、屋外への移手段として安全に介護負担軽減できる方法として昇降機を選定。
車いす昇降機 UD-310S		
移動用リフト	2500	リフトを使用する事で娘さんの介助で自宅での入浴が可能となる。スリッパシートはモーターハブオメッシュブルーーフを選定。シートタイプの為、浴槽の中での浮力でお尻がずり落ちる危険がなく、水はけ・乗り心地が良い。
つるべ入浴用リフト(F1)		

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	① 身体状況の確認と車椅子・クッションのデモを老健入所にて実施し座位バランス・駆動面等を評価し調整を行い、退所後スムーズに在宅生活ができるようにする。 ② 入浴リフトの利用方法を娘さん夫婦に事前に操作できるように説明する。
<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: