

【資料編】

1. アンケート調査票

(1) 福祉用具貸与事業所アンケート調査票

福祉用具貸与事業所 管理者の方へ

管理者調査票

福祉用具サービス計画書の活用と研修受講に関するアンケート

I. 貴事業所における福祉用具サービス計画書の活用状況についてお伺いします。

問1 貴事業所における福祉用具貸与サービスの2012年10月1日時点の利用者数について、最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 30人未満	2. 30～99人	3. 100～199人	4. 200～299人	5. 300～399人	6. 400人以上
----------	-----------	-------------	-------------	-------------	-----------

問2 貴事業所における福祉用具サービス計画書の作成状況として、(1)～(3)について、最もよく当てはまるものをそれぞれ一つずつ選び、番号に○をつけてください。

	9割以上	7～9割未満	5～7割未満	3～5割未満	1～3割未満	1割未満	未作成
(1) 計画書作成が必要な全利用者 (2012年10月1日までの貸与及び販売)※	1	2	3	4	5	6	7
(2) 上記のうち、2012年4月以降に契約した新規利用者 (貸与及び販売)	1	2	3	4	5	6	7
(3) 上記のうち、2012年3月以前に契約した継続利用者 (貸与)	1	2	3	4	5	6	7

※9月末までに解約された利用者も含む。

※以下は、問2の(1)で1～5のいずれかを選んだ方にお伺いします。6を選んだ方は問13にお進みください。

問3 貴事業所では、福祉用具サービス計画書をいつ頃から作成していますか。当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。なお、本設問における「福祉用具サービス計画書」とは、利用者の基本情報・福祉用具が必要な理由・福祉用具の利用目標・福祉用具の機種と選定理由、関係者間で共有すべき情報などを記載した事業所の独自書式を含みます。

1. 2009年3月以前より作成開始 (ふくせん様式発表前)	2. 2009年4月～2012年3月の間に作成開始(ふくせん様式発表後、義務化前)	3. 2012年4月以降に作成開始
-----------------------------------	---	-------------------

※2009年4月に、全国福祉用具専門相談員協会「福祉用具サービス計画書記入様式(ふくせん様式)」が発表されました。

問4 貴事業所では、一人の利用者の福祉用具サービス計画書を作成する際に、複数の福祉用具専門相談員で分担していますか。最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。分担とは、利用者宅を訪問した専門相談員と、計画書作成をする専門相談員を分けている場合や、計画書の欄によって、記載担当者を分けている場合を指します。

1. 原則として分担せず、1名で作成している	2. 複数の福祉用具専門相談員で分担して作成している	3. その他()
------------------------	----------------------------	-----------

問5 貴事業所では、福祉用具サービス計画書に記載する情報を、主にどのような方法で収集していますか。最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 利用者・家族を訪問して把握する	2. 利用者・家族への電話で把握する	3. ケアプラン等の書面で把握する	4. ケアマネジャーから把握する	5. その他()
--------------------	--------------------	-------------------	------------------	-----------

問6 貴事業所では、福祉用具サービス計画書をどのようなツールを用いて作成していますか。当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 手書きで作成	2. ワードやエクセルで作成
3. 専用ソフト(文例登録・参照機能あり)で作成	4. 専用ソフト(文例登録・参照機能なし)で作成
※3,4をお選びの方は、ソフトウェアの開発/販売事業者名をご記入ください→()	
5. その他()	

問7 貴事業所では、福祉用具サービス計画書についてどのような様式を使用していますか。当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。また、全国福祉用具専門相談員協会「福祉用具サービス計画書記入様式(以下、ふくせん様式)」をそのまま使用している事業所以外は、どのような項目を追加・削除しているかをご記入ください。

1. ふくせん様式をそのまま使用
2. ふくせん様式に一部項目を追加して使用 ()
3. ふくせん様式から一部項目を削減して使用 ()
4. 独自の様式を使用 ()

問8【問7で2～4のいずれかを選んだ方にお伺いします】貴事業所において、「ふくせん様式」を修正して使用、もしくは独自様式を使用している理由をご記入ください。(自由記述)

問9 貴事業所では、福祉用具サービス計画書を以下の事業者に渡していますか。(1)～(3)について、最もよく当てはまるものをそれぞれ一つずつ選び、番号に○をつけてください。

(1) 介護支援専門員	1. 必ず渡している	2. 概ね渡している	3. あまり渡していない	4. 渡していない
(2) 訪問介護事業者	1. 必ず渡している	2. 概ね渡している	3. あまり渡していない	4. 渡していない
(3) 他の在宅サービス事業者	1. 必ず渡している	2. 概ね渡している	3. あまり渡していない	4. 渡していない

問10 貴事業所では、利用者・家族への説明以外に、福祉用具サービス計画書をどのような場面で活用していますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。

1. 介護支援専門員との情報共有	2. 在宅サービス事業者との情報共有(訪問介護、訪問看護、OT・PT等)
3. 事業所内での引き継ぎ・情報共有	4. サービス担当者会議での説明
5. 事故防止や事故発生時の要因分析	6. その他 ()

問11 貴事業所では、どの程度の頻度でモニタリングを実施していますか。最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 1ヶ月に1回程度	2. 2～3ヶ月に1回程度	3. 4～6ヶ月に1回程度
4. 半年～1年間に1回程度	5. 1年間に1回未満	6. 実施していない

問12 貴事業所は、モニタリングの記録を行う際に、どの様式を使用していますか。当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. ふくせんが開発した「モニタリングシート」(ふくせん様式)をそのまま使用
2. ふくせん様式に一部項目を追加して使用 ()
3. ふくせん様式から一部項目を削減して使用 ()
4. 独自の様式を使用 ()

II. 福祉用具サービス計画書に関する効果と問題点についてお伺いします。

問13 福祉用具サービス計画書を用いることで、どのような効果があると感じていらっしゃいますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。なお、未作成の場合は、現時点で考えられる効果を選んでください。

1. 利用者や家族とのコミュニケーションが増えたように感じる
2. 利用者や家族のニーズや意向を把握しやすくなったように感じる
3. 利用者の身体状況や住宅環境に関する事項を確認しやすくなったように感じる
4. 福祉用具の選定根拠を説明しやすくなったように感じる
5. 福祉用具を活用して自分らしい生活を送ることにに対する利用者の意欲が高まったように感じる
6. 利用者や家族に対して、使い方や利用上の留意点を説明しやすくなったように感じる
7. 他職種に対して、使い方や利用上の留意点を説明しやすくなったように感じる
8. 介護支援専門員とのコミュニケーションが取りやすくなったように感じる
9. 職場内において、引き継ぎや情報共有が行いやすくなったように感じる
10. モニタリング時に必要事項を確認しやすくなったように感じる
11. 商品提案力等のスキルアップにつながったように感じる
12. その他()
13. いずれの効果も感じていない

問14 貴事業所において福祉用具サービス計画書を用いる際、どのような問題点があると感じていらっしゃいますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。なお、未作成の場合は、現時点で考えられる問題点を選んでください。

1. 記入作業の負担感が大きい
2. 計画書の書き方に不安がある
3. 利用者や家族に対して、計画書の意義があまり浸透しておらず、活用されていない
4. 介護支援専門員や他職種に対して、計画書の意義があまり浸透しておらず、活用されていない
5. 利用者や家族とのコミュニケーションがうまく取れず、作成に必要な情報を十分に収集できない
6. 介護支援専門員からケアプラン等が共有されない
7. 計画書の説明の仕方に不安がある
8. 計画書の内容が不十分で使いにくい
9. その他()
10. 問題点は特くない

III. 貴事業所における福祉用具専門相談員の研修の受講状況についてお伺いします。

問15 貴事業所もしくは貴法人は、従業員である福祉用具専門相談員に対する研修(法人内の複数事業所合同のものも含む)をどの程度実施していますか。最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 1ヶ月に1回以上	2. 2～3ヶ月に1回程度	3. 4～6ヶ月に1回程度
4. 半年～1年間に1回程度	5. 1年間に1回未満	6. 実施していない

問16 【問15で1～5のいずれかを選んだ方にお伺いします】 貴事業所もしくは貴法人における、福祉用具専門相談員に対する研修(法人内の複数事業所合同のものも含む)の内容として当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。

1. 福祉用具専門相談員の倫理と法令順守	2. 保健・医療・福祉の仕組み(介護保険制度等)
3. 介護に関する基礎知識および介護技術	4. 生活場面における福祉用具の利用
5. 福祉用具の操作方法	6. 福祉用具の選定相談(アセスメント)技術
7. フィッティング技術	8. コミュニケーション
9. マナー・接遇	10. 最新の商品知識
11. サービス計画書の理解・作成・運用	12. 医学の基礎知識(身体構造・疾病・リハビリテーション等)
13. 認知症への理解	14. 多職種の連携のあり方
15. 住環境に関する知識	16. 苦情・事故対応の方法
17. 虐待の防止と対応	18. 医療機器に関する知識
19. その他()	
20. その他()	

問 17 福祉用具専門相談員にとって、今後特に必要と思われる研修内容は何か。問 16 の選択肢の中から、最大 3 つまで選び、数字をご記入ください。

--	--	--

問 18 貴事業所もしくは貴法人では、福祉用具専門相談員のスキルアップを支援するための取り組みを行っていますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。

1. 事業所全体の研修の計画的な実施	2. 個人別研修の計画的な実施	3. 事例検討
4. 他法人の事業所と共同での教育・研修等の実施	5. メーカー等による商品説明の機会の提供	6. その他 ()

問 19 貴事業所もしくは貴法人では、福祉用具専門相談員が外部の研修を受講する際に、何らかの支援を行っていますか。(1)～(4)について、最もよく当てはまるものをそれぞれ一つずつ選び、番号に○をつけてください。

(1) 時間について	1. 業務扱いとしている	2. 業務扱いしていない	
(2) 費用について	1. 全額を事業所で負担	2. 一部を事業所で負担	3. 事業所からの費用負担なし
(3) 受講実績について	1. 実績を人事評価に反映している	2. 実績を人事評価に反映していない	
(4) 研修情報について	1. 研修情報を職員に紹介している	2. 紹介は行ってない	

IV. 貴事業所の事業概要についてお伺いします。

(以下については、各設問の選択肢の中から当てはまるものを一つ選び○をつけてください。またカッコには数字、もしくは都道府県名を記入してください。)

問 20 法人の種類	1. 株式会社	2. 有限会社	3. 社会福祉法人	4. 特定非営利活動法人	5. その他
問 21 法人の福祉用具販売・レンタル等事業開始年	西暦 ()年				
問 22 法人の日本福祉用具供給協会の所属状況	1. 所属している	2. 所属していない			
問 23 法人の福祉用具貸与サービス事業所数	1. 1カ所 (貴事業所のみ)	2. 2カ所	3. 3～5カ所	4. 6～9カ所	5. 10カ所以上
問 24 事業所の所在地 (都道府県名)	()都・道・府・県				
問 25 事業所の所在地 (市町村の人口規模)	1. 30万人以上	2. 10万人以上30万人未満	3. 5万人以上10万人未満	4. 1万人以上5万人未満	5. 1万人未満
問 26 事業所の併設サービス	1. 特定福祉用具販売	2. 保険外用具販売・レンタル	3. 住宅改修	4. 居宅介護支援事業	5. 訪問介護
	6. 上記以外の在宅サービス	7. 施設系サービス	8. その他()		
問 27 事業所におけるレンタル卸の使用状況	1. 使用なし(全て自社保有)	2. 一部の商品で使用	3. 全商品で使用		
問 28 事業所の従業員数	従業員数 ()人		福祉用具専門相談員 ()人		
問 29 事業所の福祉用具専門相談員の資格保有等の状況	福祉用具選定士 ()人		介護支援専門員 ()人		
	福祉用具プランナー ()人		訪問介護員養成研修2級修了()人		
	福祉住環境コーディネーター2級 ()人		その他 [] ()人		

以上で、設問は終わりです。お忙しい中、ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。
**管理者調査票は、福祉用具専門相談員調査票と併せて、同封の返信用封筒(長3サイズ)に入れ、
 10月31日(水)までにご投函くださいませ。**

<本件に関するお問合せ先> (社)全国福祉用具専門相談員協会 事務局 小野崎、柳田、永井、楓
 TEL 03-3443-0011(小野崎) FAX 03-3443-8800

福祉用具専門相談員の方へ

福祉用具サービス計画書の活用と研修受講に関するアンケート(福祉用具専門相談員)

I. 福祉用具サービス計画書について

問1 あなたは、2012年4～9月の半年間に、何件程度の福祉用具サービス計画書を作成しましたか。新規・継続含めた累計件数について最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 0件	2. 1～9件	3. 10～29件	4. 30～49件
5. 50～99件	6. 100～199件	7. 200～299件	8. 300件以上

問2 【問1で2～8のいずれかを選んだ方にお伺いします】あなたは、福祉用具サービス計画書を記入するのに、どのくらいの時間をかけていますか。一人の利用者のサービス計画書を新規で記入するのに要する平均的な時間について、最もよく当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 15分未満	2. 15分以上30分未満	3. 30分以上1時間未満	4. 1時間以上2時間未満
5. 2時間以上3時間未満	6. 3時間以上4時間未満	7. 4時間以上5時間未満	8. 5時間以上

問3 福祉用具サービス計画書を用いることで、どのような効果があると感じていらっしゃいますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。なお、作成したことがない場合は、現時点で考えられる効果を選んでください。

14.利用者や家族とのコミュニケーションが増えたように感じる
15.利用者や家族のニーズや意向を把握しやすくなったように感じる
16.利用者の身体状況や住宅環境に関する事項を確認しやすくなったように感じる
17.福祉用具の選定根拠を説明しやすくなったように感じる
18.福祉用具を活用して自分らしい生活を送ることにに対する利用者の意欲が高まったように感じる
19.利用者や家族に対して、使い方や利用上の留意点を説明しやすくなったように感じる
20.他職種に対して、使い方や利用上の留意点を説明しやすくなったように感じる
21.介護支援専門員とのコミュニケーションが取りやすくなったように感じる
22.職場内において、引き継ぎや情報共有が行いやすくなったように感じる
23.モニタリング時に必要事項を確認しやすくなったように感じる
24.商品提案力等のスキルアップにつながったように感じる
25.その他()
26.いずれの効果も感じていない

問4 福祉用具サービス計画書を用いる際、どのような問題点があると感じていらっしゃいますか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。なお、作成したことがない場合は、現時点で考えられる課題を選んでください。

11.記入作業の負担感が大きい
12.計画書の書き方に不安がある
13.利用者や家族に対して、計画書の意義があまり浸透しておらず、活用されていない
14.介護支援専門員や他職種に対して、計画書の意義があまり浸透しておらず、活用されていない
15.利用者や家族とのコミュニケーションがうまく取れず、作成に必要な情報を十分に収集できない
16.介護支援専門員からケアプラン等が共有されない
17.計画書の説明の仕方に不安がある
18.計画書の内容が不十分で使いにくい
19.その他()
20.問題点は特くない

II. 研修の受講状況についてお伺いします。

問 5 以下の表に示した研修・活動に参加したことがありますか。参加したことがある研修・活動として当てはまるものをすべて選び、「参加したことがある」の欄に○をつけて、参加年を記入してください。また今後参加したい研修・活動として当てはまるものをすべて選び、「今後参加したい」の欄に○をつけてください。

【留意点】
 ・長期間の研修に参加中の場合、「参加したことがある」に○をつけてください。ただし、途中離脱したものは除きます。
 ・参加年は、研修期間が複数年にまたがる場合、修了時点を記入してください。また複数回参加したことがある場合、直近の参加分について記入してください。

研修及び活動項目（カッコ内は主な実施機関）	参加したことがある		今後参加したい
	参加年 (西暦)		
【研修について】			
(1) 福祉用具供給事業者現任研修（シルバーサービス振興会）		年	
(2) 福祉用具選定士認定研修（日本福祉用具供給協会）		年	
(3) 可搬型階段昇降機安全指導員研修（テクノエイド協会、介護実習・普及センター等）		年	
(4) リフトリーダー養成研修（テクノエイド協会、リフトリーダー養成研修実施機関）		年	
(5) 福祉用具プランナー研修（テクノエイド協会、介護実習・普及センター、教育機関等）		年	
(6) 福祉用具プランナー管理指導者養成研修（テクノエイド協会、国際医療福祉大学大学院）		年	
(7) 車いす安全整備士（日本福祉用具評価センター）		年	
(8) 「個人情報保護」実践eラーニング研修（シルバーサービス振興会）		年	
(9) 介護保険にかかわる住宅改修事業者研修（シルバーサービス振興会、各地の振興組織）		年	
(10) 車いすSIG講習会（日本リハビリテーション工学協会）		年	
(11) 車椅子・シーティング基礎講習会（日本車椅子シーティング協会）		年	
(12) シーティングエンジニア養成講習会（日本車椅子シーティング協会）		年	
(13) オムツフィッター研修1級・2級・3級（株式会社せつ総合研究所）			
(14) 普及研修リーダー養成研修（全国福祉用具専門相談員協会）		年	
(15) 地域におけるケアマネジャーと福祉用具専門相談員合同研修		年	
(16) 訪問介護員と福祉用具専門相談員の連携研修（全国福祉用具専門相談員協会）		年	
(17) 訪問介護員養成研修2級課程（養成機関等）		年	
(18) 認知症サポーター養成講座（自治体等）		年	
【活動について】			
(19) 福祉用具専門相談員実力ランキングテストへの参加		年	
(20) 福祉住環境コーディネーター1級（東京商工会議所）※合格した級に○		年	
(21) 福祉住環境コーディネーター2級（東京商工会議所）※合格した級に○		年	
(22) 福祉住環境コーディネーター3級（東京商工会議所）※合格した級に○		年	
(23) 福祉用具メーカー等による商品説明会、展示会(HCR等)への参加		年	
(24) 研修等の講師		年	
(25) 学会への参加（「リハビリテーション工学」カンファレンス等）		年	
(26) 学会発表や雑誌などの執筆		年	

問6 問5に示した研修・活動以外に、福祉用具専門相談員としてのスキルアップのために参加したことがある(ただし途中離脱のものを除く)研修・活動があれば、以下の欄に名称、対象、実施主体、開催場所(都道府県)を記入してください。

<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去5年以内に参加した研修・活動についてご回答ください。福祉用具専門相談員指定講習(40時間)は除きます。 ・研修・活動の名称は、正式名称が分からない場合、略称でも結構です。 ・対象は、福祉用具専門相談員を主な対象とした研修は「1.相談員」、福祉用具専門相談員に限らず介護職全般を対象とした研修は「2.介護職全般」を選択し、○をつけてください。 ・実施主体(法人種別)は、以下を参照して、当てはまるものに○をつけてください。 <ol style="list-style-type: none"> 1.自治体等・・・自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域の多職種の職協団体 2.関係団体・・・介護実習・普及センター、福祉用具関係団体 3.教育機関・・・教育・養成機関 4.その他・・・上記以外
--

研修・活動の名称	対象	実施主体名	実施主体(法人種別)	都道府県
	1.相談員 2.介護職全般		1.自治体等 2.関係団体 3.教育機関 4.その他	
	1.相談員 2.介護職全般		1.自治体等 2.関係団体 3.教育機関 4.その他	
	1.相談員 2.介護職全般		1.自治体等 2.関係団体 3.教育機関 4.その他	
	1.相談員 2.介護職全般		1.自治体等 2.関係団体 3.教育機関 4.その他	
	1.相談員 2.介護職全般		1.自治体等 2.関係団体 3.教育機関 4.その他	

Ⅲ. 研修に関する期待や課題についてお伺いします。

問7 福祉用具専門相談員の業務を行う上で、特にどのような知識・技術が重要だと感じていらっしゃいますか。(1)～(18)のそれぞれについて、当てはまるものを一つ選び、番号に○をつけてください。また、他に重要だと考える知識・技術があれば、(19)～(21)に記入してください。

	非常に重要	重要	一定必要	最低限
(1) 福祉用具専門相談員の倫理と法令順守	1	2	3	4
(2) 保健・医療・福祉の仕組み(介護保険制度等)	1	2	3	4
(3) 介護に関する基礎知識および介護技術	1	2	3	4
(4) 生活場面における福祉用具の利用	1	2	3	4
(5) 福祉用具の操作方法	1	2	3	4
(6) 福祉用具の選定相談(アセスメント)技術	1	2	3	4
(7) フィッティング技術	1	2	3	4
(8) コミュニケーション	1	2	3	4
(9) マナー・接遇	1	2	3	4
(10) 最新の商品知識	1	2	3	4
(11) サービス計画書の作成・運用	1	2	3	4
(12) 医学の基礎知識(身体構造・疾病・リハビリテーション等)	1	2	3	4
(13) 認知症への理解	1	2	3	4
(14) 多職種連携のあり方	1	2	3	4
(15) 住環境に関する知識	1	2	3	4
(16) 苦情・事故処理の方法	1	2	3	4
(17) 虐待の防止と対応	1	2	3	4
(18) 医療機器に関する知識	1	2	3	4
(19) その他()	1	2	3	4
(20) その他()	1	2	3	4
(21) その他()	1	2	3	4

問8 あなたは、福祉用具サービス計画書に関する研修(サービス計画書の様式や記入方法等)を受講したことがありますか。また、今後受講したいと思いますか。(1)～(3)について当てはまるものを選び、番号に○をつけてください。

(1)受講経験 (一つ選び○)	1. 受講したことがある	2. 受講したことがない
(2)今後の受講意向 (一つ選び○)	1. また受講したい／受講してみたい	2. 受講したいと思わない
(3)研修で取り上げてほしい内容 (すべて選び○)	1. 身体状況や介護環境の記入方法	2. 利用目標の記入方法
	3. 選定理由の記入方法	4. 利用上の留意点の記入方法
	5. 計画書の説明の仕方	6. 計画書の活用の工夫
	7. その他()	

問9 外部の研修を受講する上で、どのようなことを課題として感じているでしょうか。当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。

1. 時間を確保しにくい	2. 費用負担が大きい	3. 開催場所が遠い	4. 受講したい研修が無い
5. 研修情報を得にくい	6. スキルアップに役立たないと思う	7. 必要性を感じない	8. 特に無し
9. その他()			

問10 スキルアップに対する事業所としての支援に関して、今後実施してほしい、もしくは強化してほしい取り組みとして、当てはまるものをすべて選び、番号に○をつけてください。

7. 事業所全体の研修の計画的な実施	8. 個人別研修の計画的な実施	9. 事例検討
10. 他事業所(自法人以外)と共同での教育、研修等の実施	11. メーカー等による商品説明の機会の提供	12. その他 ()

IV. お答えいただいた方の業務状況についてお伺いします。

問11 福祉用具専門相談員としての業務年数 (数字を記入)	()年				
問12 性別 (一つ選び○)	1. 男性		2. 女性		
問13 年齢 (一つ選び○)	1. 20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
問14 全国福祉用具専門相談員協会への入会状況	1. 入会している		2. 入会していない		

以上で、設問は終わりです。お忙しい中、ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。
調査票は同封の封筒(長4サイズ)に入れ、管理者の方にお渡しく下さい。

<本件に関するお問合せ先>

(社)全国福祉用具専門相談員協会 事務局 小野崎、柳田、永井、楓
TEL 03-3443-0011(小野崎) FAX 03-3443-8800
onozaki.toru@zfsk.com(小野崎)

(2) 介護支援専門員アンケート調査票

介護支援専門員向け福祉用具サービス計画書に関する web アンケート調査 調査票

アンケートの趣旨

このアンケートは、介護支援専門員の皆様に、福祉用具サービス計画書の運用状況やその導入効果についてのご意見をお伺いするものです。

福祉用具サービス計画書とは、利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与（もしくは指定特定福祉用具販売）の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載するものです。

2012年4月から、福祉用具貸与事業所・指定福祉用具販売事業所には、利用者の状態に応じた福祉用具の選定と、介護支援専門員との連携を強化する目的で、利用者ごとに「福祉用具サービス計画」の作成が義務づけられました。1年間の経過措置期間が設けられており、平成25年3月31日までの間にすべての利用者に係る福祉用具サービス計画を作成する必要があります。

<福祉用具サービス計画書の参考画像>

ふくせん 福祉用具サービス計画書(基本情報)																																					
フリガナ	性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間																																
ご本人氏名	種	姓	名	TEL																																	
住所					TEL																																
支援事業所					TEL																																
ご相談内容		相談者	ご本人の希望	相談日																																	
ケアマネ					ケアマネの希望																																
<table border="1"> <tr> <th>身体状況・ADL</th> <th>介護連携</th> </tr> <tr> <td>身長</td> <td>他のサービス</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>利用状況</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td>家族構成/生活様式</td> </tr> <tr> <td>立ち上がり</td> <td>利用している福祉用具</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td>障害日常生活自立度</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>認知症の症状/状態</td> </tr> <tr> <td>座位</td> <td>特記事項</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>ご本人の気持ち/希望していること/福祉用具で期待することなど</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>疾病</td> <td></td> </tr> <tr> <td>褥瘡</td> <td></td> </tr> </table>										身体状況・ADL	介護連携	身長	他のサービス	寝返り	利用状況	起き上がり	家族構成/生活様式	立ち上がり	利用している福祉用具	歩行	障害日常生活自立度	移乗	認知症の症状/状態	座位	特記事項	移動	ご本人の気持ち/希望していること/福祉用具で期待することなど	排泄		入浴		その他		疾病		褥瘡	
身体状況・ADL	介護連携																																				
身長	他のサービス																																				
寝返り	利用状況																																				
起き上がり	家族構成/生活様式																																				
立ち上がり	利用している福祉用具																																				
歩行	障害日常生活自立度																																				
移乗	認知症の症状/状態																																				
座位	特記事項																																				
移動	ご本人の気持ち/希望していること/福祉用具で期待することなど																																				
排泄																																					
入浴																																					
その他																																					
疾病																																					
褥瘡																																					
居宅サービス計画					介護連携																																
ご本人及びご家族の生活に与える影響					<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 集住世帯 (障) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 壁 <small>※ 2013.10.1.施行</small>																																
総合的な援助方針																																					

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	介護度	認定期間																																																
ご本人氏名	種	姓	名	TEL																																																	
支援事業所					TEL																																																
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																																																
<table border="1"> <tr> <th>選定福祉用具(レンタル・販売)</th> <th>納入予定日</th> <th>月</th> <th>日</th> </tr> <tr> <th>品目</th> <th>単位数</th> <th colspan="2">選定理由</th> </tr> <tr> <th>機種(型式)</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr><td>①</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>②</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>③</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>④</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>⑤</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>⑥</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>⑦</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>⑧</td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>										選定福祉用具(レンタル・販売)	納入予定日	月	日	品目	単位数	選定理由		機種(型式)				①				②				③				④				⑤				⑥				⑦				⑧			
選定福祉用具(レンタル・販売)	納入予定日	月	日																																																		
品目	単位数	選定理由																																																			
機種(型式)																																																					
①																																																					
②																																																					
③																																																					
④																																																					
⑤																																																					
⑥																																																					
⑦																																																					
⑧																																																					
以上、福祉用具サービス計画書に基づき、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 法人名称 () 営業所 担当 () 住所: TEL: FAX:																																																					

アンケート調査は、全部で13問あり、所要時間はおよそ10分程度です。ご協力をお願いいたします。

II. 福祉用具サービス計画書の導入効果について

問5 あなたは福祉用具サービス計画書が導入されたことで、どのような効果があったとお感じでしょうか。以下の選択肢の中から、当てはまるものをすべてお選びください。

1. 利用者や家族が、福祉用具の使い方や利用上の留意点を理解しやすくなったように感じる
2. 福祉用具を活用して、自分らしい生活を送ることに対する利用者の意欲が高まったように感じる
3. あなたや利用者にとって、福祉用具の利用目標や選定根拠が明確になったように感じる
4. あなたと福祉用具専門相談員との情報共有・コミュニケーションが行いやすくなったように感じる
5. 他のサービス事業者に対して、福祉用具の使い方や利用上の留意点を説明しやすくなったように感じる
6. サービス担当者会議等での福祉用具専門相談員の福祉用具に関する説明に納得感が高まったように感じる
7. 上記いずれの効果も感じていない

問6 前問でご回答頂いた以外に、あなたが福祉用具サービス計画書の導入効果について実感されていることがあれば、ご自由にお書きください。

III. 福祉用具サービス計画書に関する問題点・改善点について

問7 あなたは福祉用具専門相談員から受け取っている福祉用具サービス計画書について、どのような問題点や改善点があるとお感じでしょうか。以下の選択肢の中から、当てはまるものをすべてお選びください。

【サービス計画書の記載内容に関する問題点・改善点】

1. 利用者の身体状況が十分に記載されていない
2. 利用者の住宅環境が十分に記載されていない
3. 福祉用具の利用目標が明確に記載されていない
4. 福祉用具の選定理由が明確に記載されていない
5. 福祉用具の利用上の留意点が明確に記載されていない

【サービス計画書の活用に関する問題点・改善点】

6. 福祉用具専門相談員から介護支援専門員等に対して共有がなされていない
7. サービス担当者会議等における、福祉用具専門相談員による計画書に関する説明が不十分である
8. 福祉用具専門相談員が、福祉用具サービス計画書に基づいて適切なモニタリングを実施出来ていない

問8 前問でご回答頂いた以外に、あなたが福祉用具サービス計画書に関する課題として実感されていることがあれば、ご自由にお書きください。

IV. 福祉用具専門相談員との関係性について

問9 あなたが日ごろから業務を依頼する福祉用具貸与事業者の数はどのくらいですか。

およそ 社

問 10 福祉用具を選定する際、福祉用具専門相談員とはどのような役割分担を行うことが多いですか。最も当てはまるものを1つお選びください。

- | |
|-------------------------------|
| 1. 福祉用具専門相談員が主体となって選定することが多い |
| 2. あなたが福祉用具専門相談員と一緒に選定することが多い |
| 3. あなたが主体となって選定することが多い |
| 4. その他 |

V. 介護支援専門員の基本属性

問 11 あなたの介護支援専門員としての業務経験年数は何年ですか。

およそ 年間

問 12 あなたの保有資格について、当てはまるものをすべてお選びください。

- | | | | |
|--------------------------------|----------|----------|------------|
| 1. 介護福祉士 | 2. 看護師 | 3. 社会福祉士 | 4. 准看護師 |
| 5. 栄養士(管理栄養士を含む) | 6. 歯科衛生士 | 7. 保健師 | 8. 精神保健福祉士 |
| 9. その他(<input type="text"/>) | | | |

問 13 あなたが現在担当している利用者の数について教えてください。

人

アンケート調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

・性別

・年齢 歳

・勤務地所在地(市・区まで)

以上

2. ふくせん版「福祉用具サービス計画書」「モニタリングシート」

(1) ふくせん福祉用具サービス計画書

ふくせん 福祉用具サービス計画書(基本情報)						管理番号					
						作成日					
						作成者					
フリガナ		性別		生年月日		年齢		介護度		認定期間	
ご本人氏名	様			M・T・S 年 月 日						~	
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記録									ケアマネジャーとの相談日		
身体状況・ADL			(年 月) 現在			介護環境					
身長	cm	体重	kg								
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな い で 可 能	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 可 能 な い								
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い で 可 能	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 可 能 な い								
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い で 可 能	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 可 能 な い								
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い で 可 能	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 可 能 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"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 自 分 の 手 で 支 え れ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 支 え て も ら え れ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 可 能 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										
その他											
疾病											
麻痺											
居宅サービス計画						住環境					
ご本人及びご家族の生活に対する意向	ご本人					<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) (エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <small>例: 段差の有無など</small>					
ご家族											
総合的な援助方針											

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号 _____
 作成日 _____
 作成者 _____

フリガナ	性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名 様		M・T・S 年 月 日			～

支援事業所	担当ケアマネジャー
-------	-----------

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

選定福祉用具(レンタル・販売) 納入予定日 : 月 日

①	品目	単位数	選定理由
	機種(型式)		
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			

留意事項

以上、福祉用具サービス計画書に基づき、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: _____

(2) ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ふくせん モニタリングシート (訪問確認書) </div>			実施日		月	日	AM・PM	<input type="checkbox"/>	訪問	<input type="checkbox"/>	電話	
			前回実施日		年	月	日					
			お話し合った人		<input type="checkbox"/> ご本人		<input type="checkbox"/> ご家族		<input type="checkbox"/> 他()			
			作成者									
			次回予定日		年	月	日					
フリガナ			支援事業所				担当 ケアマネジャー					
利用者氏名	様		介護度		認定期間		～					
利用目標												
利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始日	使用状況 の問題	点検	点検 結果	備 考							
①		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
②		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
③		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
④		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
⑤		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
⑥		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
⑦		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
⑧		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 問題なし								
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題あり								
身体状況の 変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定		生活状況の 変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定								
お気持ちの 変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		ご家族の状況 の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明								
ご利用者・ご家族への聞き取り												
使いにくさ、使用中に 困ったこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり											
ご利用者、ご家族の 希望など	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不満足											
目標達成度	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成											
今後の方針	<input type="checkbox"/> 再説明 <input type="checkbox"/> 再アセスメント <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 修理交換 <input type="checkbox"/> 変更提案							見直しの 必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
専門相談員による総合確認の結果(自由記載)					管理番号:00000 以上、利用後の <input type="checkbox"/> 訪問確認 <input type="checkbox"/> 電話確認 をいたしました							
					年 月 日							
					事業所:							
					作成者:							
					住所:							
					連絡先:							