

## 参考資料

- ・ モデル事業説明資料
- ・ 記録シート一式
- ・ 高齢者施設における福祉用具の導入手引き書手引書



高齢者施設等における福祉用具利用と効果的な運用体制に関する実証研究事業

## モデル事業 ご説明資料

---

## 目次

<b>1. モデル事業の背景と目的</b> .....	<b>1</b>
1.1 背景.....	1
1.2 目的.....	1
<b>2. モデル事業の概要</b> .....	<b>2</b>
<b>3. 貴施設への依頼事項</b> .....	<b>3</b>
<b>4. モデル事業の実施手順</b> .....	<b>4</b>
4.1 実施体制の整備 .....	4
4.2 利用者の選定 .....	5
4.3 用具の選定.....	6
4.4 用具の導入.....	7
4.5 用具の利用(モニタリング、メンテナンス、交換など).....	8
4.6 事後評価など .....	9
<b>5. その他</b> .....	<b>10</b>
5.1 連絡先など .....	10

## 1. モデル事業の背景と目的

### 1.1 背景

地域包括ケア研究会で「(リハビリに取り組む前段階としての) 自立支援促進」、「してあげる介護」からの脱却の重要性が指摘され、社会保障審議会でも「(不適切な用具利用による) 廃用症候群(生活不活発病) 促進の可能性」が指摘されるなど、自立支援促進に向けた取り組みが求められてきています。

在宅介護については福祉用具専門相談員および介護支援専門員が継続的にモニタリングを行い、必要に応じて用具を入れ替えるなどの継続的対応の体制がつくられていますが、高齢者施設における福祉用具利用については、必ずしも自立支援の観点からの明確な支援の体制が整っているとはいえない状況が指摘されています。今後、施設から在宅へのシフトが進む介護環境では、入所中の生活環境についてもこれまで以上に自立支援を意識した生活環境整備が重要となります。

こうした問題意識に基づき、平成23年度では、高齢者施設等における個々の入所者の自立支援の視点から見た生活環境整備の状況、特に生活行動支援場面における福祉用具の選定と利用指導の状況を把握しました。さらに、施設全体での福祉用具運用・管理の状況と利用効果の評価の体制についても把握し、自立支援に向けた環境整備の視点から、効果的な福祉用具の利用とその運用・管理のあり方を検討しました。

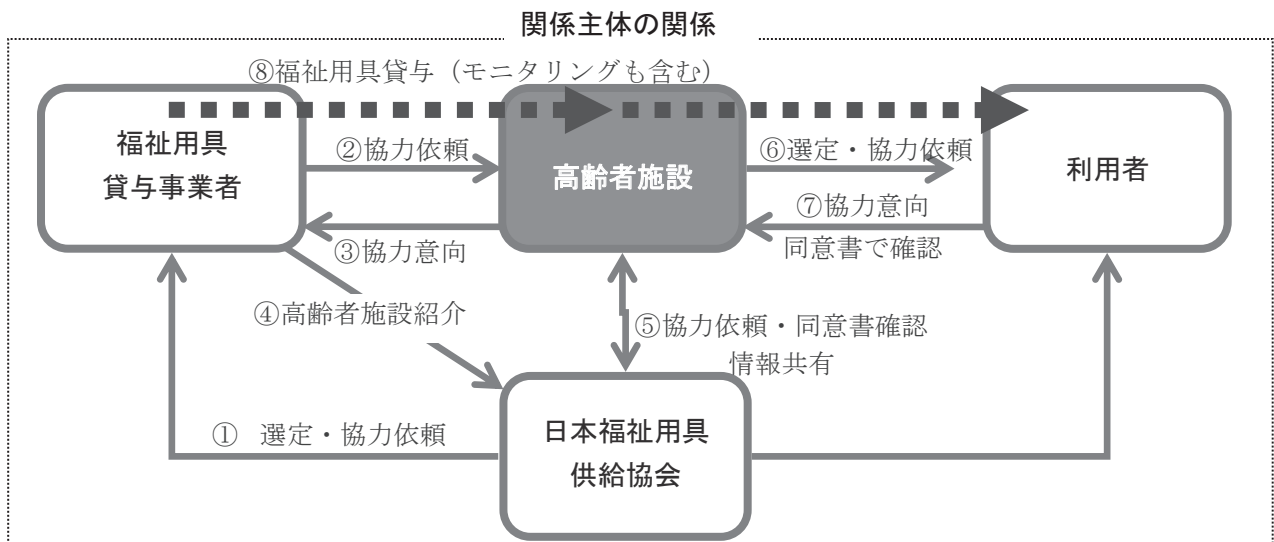
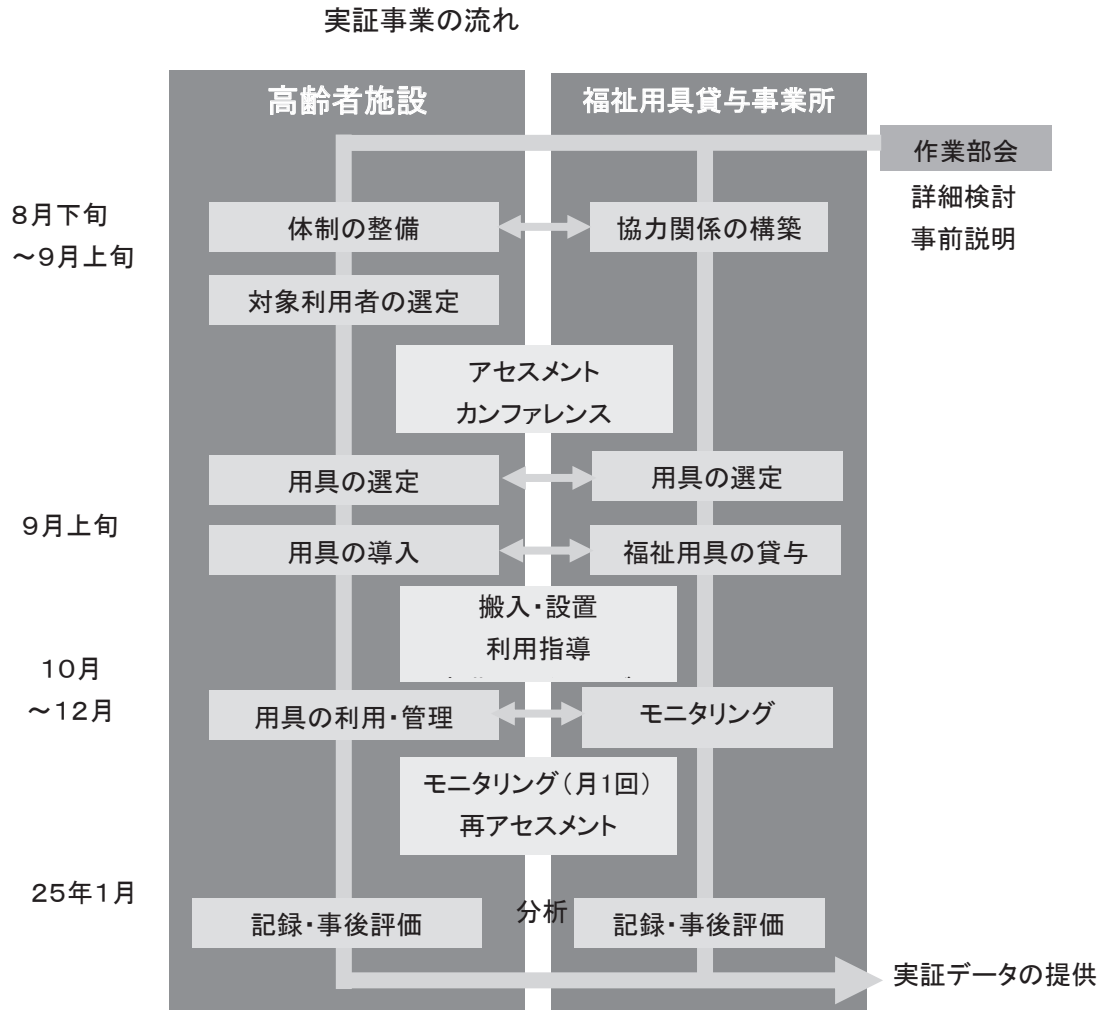
### 1.2 目的

こうした経緯を踏まえ、具体的な福祉用具の利用とその運用管理の在り方を実証的に検討することをねらいとして、高齢者施設等における在宅と同様の福祉用具利用のモデル事業を行います。福祉用具貸与サービスなどを活用して自立支援の観点から十分な福祉用具利用環境を提供した上で、具体的な運用のしかた、利用を促進したことによる効果、管理運用面での影響などについての実証的なデータを収集します。また、収集した実証データを基に、高齢者施設等における福祉用具利用と効果的な運用体制のあり方を検討します。

## 2. モデル事業の概要

福祉用具貸与サービスなどを活用して、自立支援の観点から十分な福祉用具利用環境を提供した上で、具体的な福祉用具運用の仕方、利用を促進したことによる効果、管理運用面での影響などについての実証的データを収集することを目的とします。

実証事業は、高齢者施設と福祉用具貸与事業所が連携し、以下の流れで実施します。



### 3. 貴施設への依頼事項

この実証事業において、貴施設にご協力いただきたいことは、大きく以下の3点です。

1. 貸与サービスを用いて福祉用具を利用する体制（担当者の設置など）を整えていただくこと
2. 貸与サービスで提供される福祉用具を、施設内で利用していただくこと  
用具の選定や適合調整、利用中のモニタリングなどは貸与事業者が行いますので、施設側の介護職員の方は、それらを活用していただくことに専念いただけます。利用期間は9月～12月の予定です。
3. 利用していただく間についての記録作成にご協力いただくこと  
月ごとの簡単な記録作成やアンケート調査、福祉用具貸与事業者からの聴き取りなどにご協力をお願いします。

お願いしたいことの概略は以下のとおりです。

依頼項目	施設	貸与事業者	備考
1. 施設内の実施体制の整備	●施設内でモデル事業を遂行する体制の整備(事業実施担当者の設置)	●施設貸与事業担当者の設置(福祉用具専門相談員等)	
2-1. 対象利用者の選定	●以下の用具を利用している(または利用することが望ましいと考えられる)入所者各5名程度 ア. 車いす イ. 歩行補助具 ウ. 床ずれ予防用具等 ●福祉用具利用により変化や効果が想定される利用者を選定 ●利用者からの調査協力への同意の取得	●施設との連携(連絡、調整等)	P5 参照
2-2. 用具の選定	●各用具について、1ケースは専門職によるアセスメント、関係者によるカンファレンス等を実施して選定 ●残り4ケースは、支援相談員等と貸与事業所の福祉用具専門相談員の協議により選定	●対象利用者に対して、適切な用具を選定し、導入 ●左記のアセスメント、カンファレンスに出席 ●左記4ケースについて支援相談員等と協議により選定	福祉用具貸与事業者が提供するサービスを利用する形で、事業者と連携して実施します。
2-3. 用具の導入	●福祉用具貸与事業所と契約しレンタル開始	●搬入・設置、利用指導等を実施	
2-4. 用具の利用・管理	●約3～4ヶ月間、福祉用具を利用	●日常および定期的にモニタリングを実施 ●用具の管理 ●必要に応じて再アセスメント、用具の変更	
3. 事業評価	●事業実施後のアンケートへの記入	●アンケートの回収	P9 参照

## 4. モデル事業の実施手順

以下では、モデル事業の実施手順を説明します。

### 4.1 実施体制の整備

はじめに、モデル事業を遂行する体制を整備します。実施体制は、利用者の目標や状態像に適した用具の選定や利用の継続を可能とするため、福祉用具利用に関わる多様な職種により構成します。以下に、本事業で想定している体制（例）に含まれる職種とそれぞれの役割を示します。

職種	役割
福祉用具管理担当者	<ul style="list-style-type: none"><li>● モデル事業全体の統括</li><li>● 福祉用具貸与事業所等との連絡窓口</li></ul>
リハ専門職	<ul style="list-style-type: none"><li>● 専門的見地からのアセスメント</li><li>● 用具選定</li><li>● モニタリング、用具の利用状況の確認</li><li>● リハビリテーションの観点から日常の介護における用具の取り扱いや利用者との関わりに関する指導、研修</li></ul>
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"><li>● モデル事業対象利用者のアセスメント、他職種との連携によるケアプラン策定</li></ul>
看護職員	<ul style="list-style-type: none"><li>● モデル事業対象となる利用者の状態観察、福祉用具利用状況確認、リハ専門職等への情報提供</li></ul>
介護職員	<ul style="list-style-type: none"><li>● モデル事業対象となる利用者の担当介護職員として、利用者の状態観察、福祉用具利用状況確認、専門職への情報提供</li></ul>
福祉用具貸与事業所 (福祉用具専門相談員)	<ul style="list-style-type: none"><li>● 用具の選定への協力(情報提供、デモなど)</li><li>● 用具のレンタル</li><li>● モニタリング、メンテナンス</li></ul>

- 上記は本事業で想定している例ですので、施設の実情に応じて可能な範囲で体制をご検討ください。



## 4.2 利用者の選定

モデル事業の対象となる利用者を選定します。

### 4.2.1 目標とする利用者数

以下の福祉用具を現在施設で利用している（または利用することが望ましいと判断される）利用者、各5名程度とします。

- ア. 車いす
- イ. 歩行補助具
- ウ. 床ずれ予防用具等

※福祉用具の種類によって該当する利用者が5名に満たない場合には、事業予算の中で配分を検討しますので、福祉用具貸与事業所にご相談ください。

### 4.2.2 選定の方法

より高機能の福祉用具、あるいは利用者の状態により適合した用具の利用が望ましいと判断される利用者や、福祉用具の利用により状態の変化、生活行動の改善などの効果が期待される利用者を選定します。

<選定のポイント>

福祉用具種類	選定のポイント、条件など
車いす	<ul style="list-style-type: none"><li>● 車いすを利用することにより、離床時間が長くなったり、自発的な活動が増えることが見込まれる方</li><li>● 調整機能のある車いすを利用した方が望ましい方</li><li>● 機種(自走式・介助式など)を変更した方が望ましい方 など</li></ul>
歩行補助具	<ul style="list-style-type: none"><li>● 比較的自立度の高い方</li><li>● 夜間は車いすでも、日中は歩行補助具の利用が可能な方 など</li></ul>
床ずれ予防用具	<ul style="list-style-type: none"><li>● 比較的重度の方</li><li>● 床ずれが発生しやすい方</li><li>● 床ずれの発生が予想される方 など</li></ul>

- 用具を利用することで状態や生活行動に変化が起こり、実証事業期間中に用具の変更（たとえば車いすの機種や、車いすから歩行補助用具への変更など）が予想される利用者が含まれると理想的であると考えられます。
- モデル事業実施期間中に継続して福祉用具をご利用できる方が望ましいですが、選定した対象者が、モデル事業期間中に退所する場合があってもかまいません。

### 4.3 用具の選定

福祉用具専門相談員と連携し、選定されたモデル事業対象利用者に対して、適切な福祉用具を選定します。

各用具の5名の利用者のうち、1名については、カンファレンスを開催してください。残りの4名の方については、支援相談員等と貸与事業所の福祉用具専門相談員の協議により選定してください。

#### 4.3.1 アセスメント

モデル事業対象利用者について、福祉用具貸与事業所の福祉用具専門相談員が福祉用具サービス計画を作成するために必要なアセスメント情報等の提供をお願いいたします。例えば、以下のようなことをお願いいたします。

- 可能であれば専門職や看護師からも意見を求めてください。
- 特に次のような観点が重要となります。

身体状況、ADL、IADL

現在利用している福祉用具が適合しているか

(利用者の状態や生活行動に適しているか)

#### 4.3.2 カンファレンス

各用具の5名の利用者のうち、1名については、カンファレンスを開催し、各職種からの専門的知見を反映し、十分な議論を行ってください。

#### 4.3.3 用具の選定

カンファレンスや福祉用具専門相談員との協議の結果に基づいて、利用する福祉用具を選定してください。

- 福祉用具専門相談員が用具を選定する際に必要となる情報提供にご協力ください。
- モデル事業実施期間中に用具の変更は可能ですが、十分に検討し、対象利用者に適合した用具を選んでください。
- 必要に応じて、デモなどを利用してください。

## 4.4 用具の導入

福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具を導入してください。

### 4.4.1 搬入・設置

福祉用具専門相談員とスケジュールを調整して、選定した用具を搬入、設置します。

### 4.4.2 利用指導

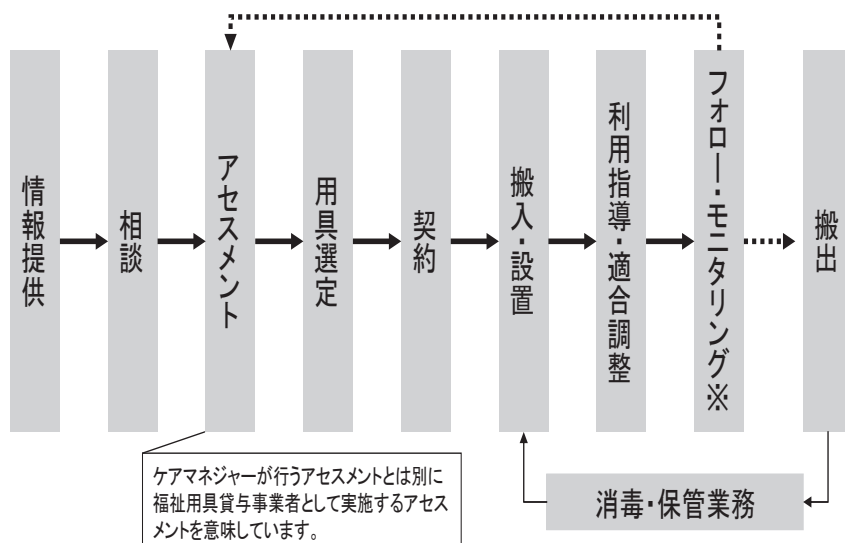
福祉用具専門相談員から利用者、担当の介護職員への利用指導を行ってください。福祉用具担当職員やリハ専門職も立ち会って下さい。

### 4.4.3 初期モニタリング

導入後、1週間から10日以内に、福祉用具専門相談員が初期モニタリングを行い、適合状況を確認します。状況に応じて福祉用具を交換します。

#### 【ご参考】

在宅サービスでは、福祉用具専門相談員は、以下のようなプロセスで福祉用具の導入を行っています。



## 4.5 用具の利用(モニタリング、メンテナンス、交換など)

12月までの約3ヶ月間、施設内で福祉用具を利用・管理してください。

### 4.5.1 日常のケアにおけるモニタリング

日常的に利用者に関わり、ケアを行う中で、可能な範囲で福祉用具の利用状況や、利用者の身体状況、生活行動の変化などを観察し、介護記録やリハ記録などに記載してください。また、リハ専門職や福祉用具専門相談員などと随時情報共有してください。気づいた点などがあったら連絡してください。

### 4.5.2 定期的なモニタリング

福祉用具専門相談員が定期的にモニタリングします。モニタリング時には、日常の状況について情報提供するなど、ご協力ください。

施設内で、介護支援専門員やリハ専門職によるモニタリングが実施される場合には、福祉用具の利用状況についても留意してください。

### 4.5.3 再アセスメント

利用者の身体状況や生活行動の変化などにより、福祉用具の適合状態が変化した場合には、再アセスメントを行います。

福祉用具専門相談員と連携し、専門職から意見を聞き取るなど必要な情報を収集して福祉用具について検討し、適切な用具を選定してください。

#### 4.6 事後評価など

モデル事業の実施状況や、対象利用者の状況、施設の状況や介護業務の状況等について、福祉用具専門相談員への情報提供およびシート記入にご協力ください。

評価シートの種類と記入のタイミング

種類	記入者	記入のタイミング			
		利用前	モニタリング1	モニタリング2	終了時
1. 対象利用者一覧表	福祉用具管理担当者	○	✓のみ	✓のみ	✓のみ
2 利用者 シート	A 生活行動記録	○	○	○	○
	B 利用者個別シート	△	△	△	△
3. 職員シート	福祉用具管理担当者ほか モデル事業に関わった職員の方				○
4. 施設シート	施設管理者				○
福祉用具サービス計画	福祉用具専門相談員	△	△	△	△
モニタリングシート	福祉用具専門相談員	△	△	△	△

○ : シート記入

△ : 福祉用具専門相談員への情報提供

※ 利用者シートは、個々の対象利用者ごとにご記入ください。

※ 他のシートは、全体で1式、ご記入ください。

※ 記入のタイミングの詳細については、別紙「モデル事業 実施手順概要」をご参照ください。

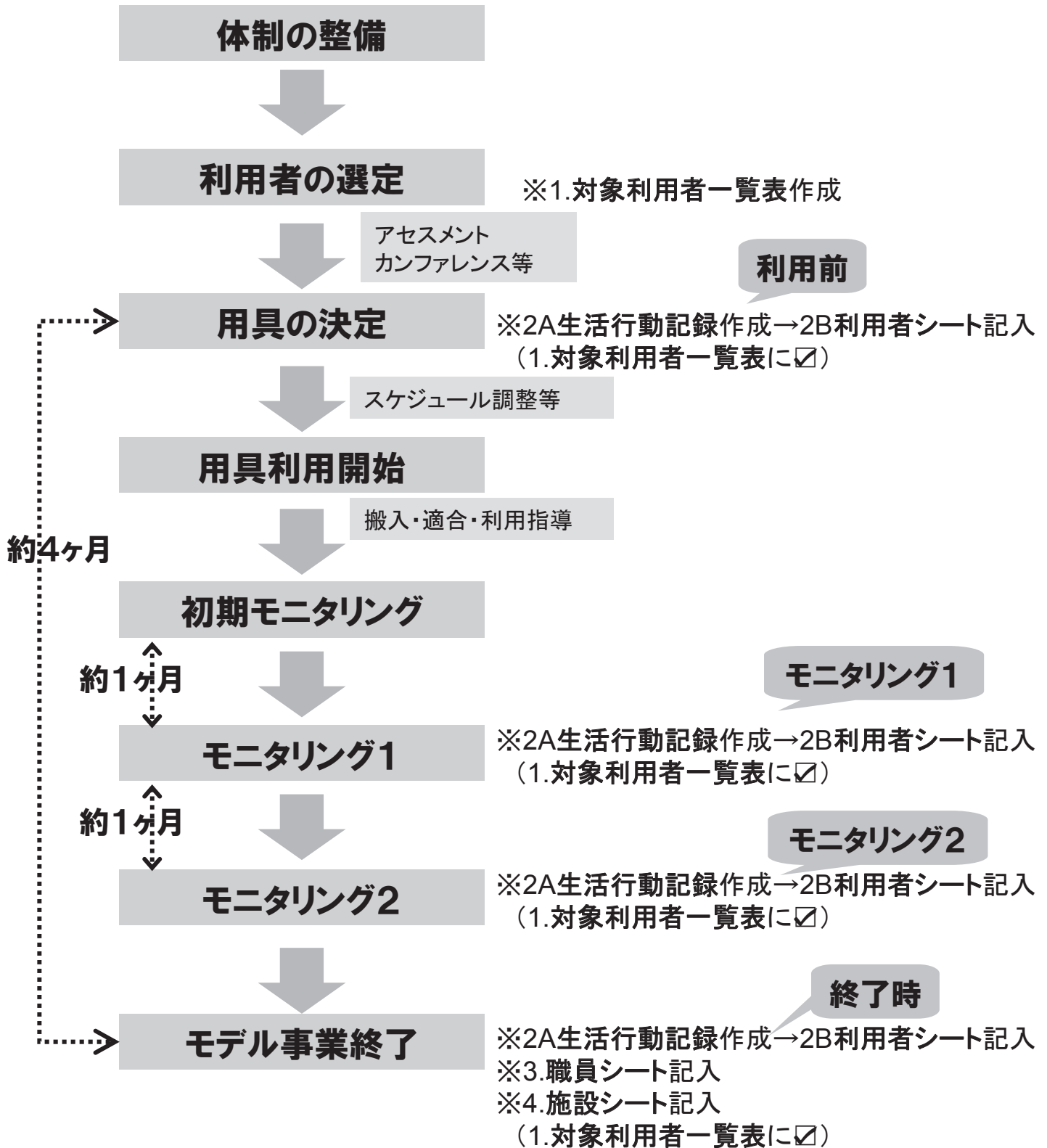
## 5. その他

### 5.1 連絡先など

モデル事業の進め方や実施する上でのご相談やご質問がありましたら、下記までご連絡ください。

社団法人 日本福祉用具供給協会 担当:淡路、中村 〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-15(三電舎ビル4階) TEL 03-6721-5222                      FAX03-3434-3414 Email :淡路 <a href="mailto:yoko.awaji@fukushiyogu.or.jp">yoko.awaji@fukushiyogu.or.jp</a> 中村 <a href="mailto:k-nakamura@fukushiyogu.or.jp">k-nakamura@fukushiyogu.or.jp</a>
---

## 【モデル事業 実施手順概要】



## シート記入要領

この調査では、以下のシートにご記入いただくことをお願いしています。  
次ページ以降では、各シートの記入方法についてご説明します。

### (1)対象利用者一覧表

- ・最初に福祉用具管理担当者が作成してください。
- ・調査対象とする利用者全員分について記入してください。

### (2)利用者シート

- A 生活行動記録シート
- B 利用者個別シート

- ・対象利用者ごとに記入してください。
- ・「利用前」「モニタリング1」「モニタリング2」「終了時」の4つの時点でご記入ください。

### (3)職員シート

- ・モデル事業の終了時点で記入してください。
- ・福祉用具管理担当者を中心として、モデル事業に関わった方々(チーム)で協議の上、ご記入ください。

### (4)施設シート

- ・モデル事業の終了時点で記入します。
- ・施設管理者等、施設の管理・運営を行っている方がご記入ください。



## (1) 対象利用者一覧表について

施設内で、調査対象利用者の ID 番号を調査の実施状況を確認するためのシートです。  
福祉用具管理担当者をご記入ください。

### <記入方法>

#### 1. 用具利用前

- ・ 最初に調査対象利用者の氏名を黄色の欄にご記入ください。
- ・ 対象利用者の性別、調査開始時点での年齢、入所年月日もご記入ください。
- ・ 調査対象利用者は、調査開始時点でレンタルする用具の種類別に記入してください。  
例えば、モデル事業開始当初は車いすを利用していた方が、調査期間中に歩行補助具に変更された場合でも、ID 番号はそのままかまいません。
- ・ 用具の選定にあたって、カンファレンスを開催した利用者については、ID 番号に○をつけてください。
- ・ 福祉用具をレンタルする前の状況として、「利用者シート」の「A 生活行動の記録」を作成し、その記録に基づいて福祉用具専門相談員と連携して「B 利用者個別シート」を作成してください。  
→ 「対象利用者一覧表」の該当欄に記入月日を記入し、✓（チェックマーク）をつけてください。

#### 2. モニタリング時

- ・ モニタリング時（2回を想定）に、「利用者シート」の「A 生活行動の記録」を作成し、その記録に基づいて福祉用具専門相談員と連携して「B 利用者個別シート」を作成してください。  
→ 「対象利用者一覧表」の該当欄に記入月日を記入し、✓（チェックマーク）をつけてください。

#### 3. モデル事業終了時

- ・ モデル事業の終了時点で、「利用者シート」の「A 生活行動の記録」を作成し、その記録に基づいて福祉用具専門相談員と連携して「B 利用者個別シート」を作成してください。  
→ 「対象利用者一覧表」の該当欄に記入月日を記入し、✓（チェックマーク）をつけてください。

#### 4. 退所した場合

- ・ モデル期間中に対象利用者が退所した場合には、退所年月日を記入し、モデル事業終了時点で記入すべき各シートに記入をしてください。

#### 5. シート提出時のご注意

- ・ 個人情報保護のため、氏名の欄は削除（黒塗り、修正ペン等）してからご提出ください。

※ 利用者シート記入のタイミングについては、別紙「モデル事業 実施手順概要」をご参照ください。

## (2) 利用者シート A 生活行動記録シートについて

「B 利用者個別シート」の記入に先立って、利用者の一日の生活行動の状況を把握するための記録シートです。利用者ごとに作成します。

「B 利用者個別シート」に記入する時点の1週間前以内で、標準的な生活パターンの一日について、記録を作成してください。

### <記入方法>

- ・ 記録を行うタイミング（利用前、モニタリング1、モニタリング2、終了時）の該当するものに○をつけてください。
- ・ 1行は30分単位になっています。およその時間帯でかまいません。
- ・ 記入する内容は以下のとおりです。

活動・ケアの内容	時間の流れに沿って、利用者の生活における活動やそれに伴って提供されたケア、サービスの内容を記入してください。
福祉用具を利用して行った行動など	上記の活動、行動に関連して用具を利用した場面について記録してください。気づいたことがあれば、注記してください。（欄外でもかまいません）
適合状況確認等、福祉用具に関連して職員が関わったこと	それぞれのタイミングで、福祉用具に関連して行った業務について記入してください。 福祉用具の確認、調整、メンテナンスのほか、利用者の状態確認、利用に関する声かけ等も含まれます。ケアを担当する介護スタッフ、福祉用具管理担当者をはじめ、利用者に係るすべての職種の方が随時記入してください。

### 記入例：

時間	活動・ケアの内容	福祉用具を利用して行った行動など	適合状況確認等、福祉用具に関連して職員が関わったこと
4:00			
5:00			
6:00			
7:00			
8:00	起床・排泄・整容 ↑ 食事 ↓	車いすまで移動・往復 食堂まで移動 食堂から居室まで移動	移動中の姿勢の確認、調整
9:00			
10:00	機能訓練		

※ 利用者シート記入のタイミングについては、別紙「モデル事業 実施手順概要」をご参照ください。

## (2) 利用者シート B 利用者個別シートについて

「A 生活行動記録シート」に基づいて、個別の利用者の状況について記入します。  
原則として福祉用具専門相談員が記入しますので、必要となる情報をご提供ください。

### ＜記入方法＞

- 記録を行うタイミング（利用前、モニタリング1、モニタリング2、終了時）の該当するものに○をつけてください。
- 記入する内容は以下のとおりです。

総合的な援助方針	関係者協議の上、記入してください。
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	
福祉用具利用の目標	
ケアプラン上の目標	ケアプランから転記してください。
疾患名 障害の状況 リハビリテーションの方針	施設におけるアセスメントシートや個別援助計画等を参照してご記入ください。

※上記の項目については、初回（利用前）に記入した後、モデル事業実施期間中に変化がない場合は、その後の記入時点のシートは「変化なし」とご記入ください。

身体状況・ADL	評価した年月日を記入の上、特に変化がない場合でも、毎回必ず記入してください。 評価項目のうち、判断が難しいものについては、リハ専門職や福祉用具専門相談員と協議の上ご記入ください。
利用している福祉用具	用具種類ごとに、利用状況をできるだけ詳しく記入してください。 安全かつ効果的な利用のために、福祉用具専門相談員がアドバイス等を行った場合には、その内容を記入してください。
生活行動の状況	一週間以内に作成した「A 生活行動記録シート」に基づいて、実績および特記事項記入してください。 特記事項については、記入者の主観でかまいませんので、利用者の生活行動における変化などを具体的に記入してください。
施設の体制	利用者を担当する体制について該当するものをお選びください。 利用者の変化に影響すると考えられる、施設内で実施され利用者が参加している他のプログラム（機能訓練等）についても、記入してください。
総合評価	前回記録時点からの総合的な評価を記入してください。利用前については、記入時点での状況を記入してください。

※利用者シート記入のタイミングについては、別紙「モデル事業 実施手順概要」をご参照ください。

### (3) 職員シート

モデル事業の終了時点で、モデル事業に関わった職員の方全員（担当チーム）でご協議の上、代表の方がご記入ください。

#### <記入方法>

- ・ モデル事業終了時点でモデル事業全体を振り返って、総合的に評価をしてください。
- ・ 例えば、利用者や場面によって、介護がしやすくなった場合と介護がしにくくなった場合の両方があることが考えられますが、全体としての傾向としていずれか特徴的な場面についてお答えください。両面が同程度である場合には、併記でもかまいません。
- ・ 「具体例、理由など」はできるだけ、具体的にご記入ください。
- ・ 裏面の記入欄は、モデル事業全体を通じて感じたレンタルによる福祉用具利用に対する評価をについて、職種別に自由にご記入ください。

### (4) 施設シート

モデル事業の終了時点で、施設管理者等、施設の管理・運営を行っている方がご記入ください。

#### <記入方法>

- ・ 特に記載がない場合には、平成24年12月1日の状況をご記入ください。
- ・ 「2. 備品福祉用具に関するコスト」「3. 福祉用具の管理・メンテナンスの体制」は、モデル事業ではなく通常の業務の状況についてご記入ください。
- ・ 「4. 福祉用具の適用判断、利用指導について」は、通常業務とモデル事業を比較してご記入ください。
- ・ 「5. 施設における福祉用具の利用状況」は把握されている範囲でご記入ください。
- ・ 「6. 施設における福祉用具レンタルの有効性」については、有効または有効でないと判断される理由を具体的にご記入ください。

# 対象利用者一覧表

※ このシートは、貴施設内で調査対象者のID番号と氏名を照合する際に使用してください。

用具	ID 番号	氏名	性別	年齢	入所年月日	利用者シート記入状況(記入したら☑印と月日を記入)				終了時	退所年月日 (調査期間中に退所した場合)
						☑	利用前	☑	モニタリング1		
車いす	A1-ア-1		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-2		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-3		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-4		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-5		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-6		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-7		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ア-8		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
歩行補助具	A1-イ-1		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-2		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-3		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-4		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-5		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-6		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-7		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-イ-8		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
床ずれ予防用具	A1-ウ-1		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-2		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-3		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-4		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-5		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-6		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-7		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日
	A1-ウ-8		男性・女性	歳	( )年( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )月( )日	<input type="checkbox"/>	( )年( )月( )日

※モジュール事業開始時にレンタル利用する用具の種類別にID番号をつけてください。

※用具別に対象利用者数が増えない場合は空欄でかまいません。8名を超える場合は、適宜他の欄を使用してください。

※用具の選定にあたり、カンファレンスを開催した利用者については、ID番号にOをつけてください。

※個人情報保護のため、氏名(黄色の欄)は調査終了時に消去してご提出ください。

記入日： 年 月 日

## 2A.生活行動記録シート

利用前 ・ モニタリング 1 ・ モニタリング 2 ・ 終了時

↑○をつけてください

※このシートは、利用者個別シート記入に先立って、利用者の1日の生活行動を把握するために作成していただくも  
 ※利用者個別シート記入前の1週間以内で、標準的な生活パターンの一について、記録をお願いします。

時間	活動・ケアの内容	福祉用具利用して行った行動など	適合状況確認等、福祉用具に関連して職員が関わったこと
4:00			
5:00			
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
0:00			
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			

作成日	
作成者	

**2B. 利用者個別シート** 【利用前 ・ モニタリング1 ・ モニタリング2 ・ 終了時】

↑ ○をつけてください

総合的な援助方針	
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	
福祉用具利用の目標	ケアプラン上の目標

疾患名	
障害の状況	
リハビリテーションの方針	

**身体状況・ADL** ( )年( )月 現在

身長	cm	体重	kg	BMI	
寝返り	<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 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 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 type="checkbox"/>	できない	
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"/> 支えてもらえばできる	<input type="checkbox"/>	できない
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
障害日常生活自立度	J. A. B. C.	特記事項あれば( )			
認知症の日常生活自立度	I. II. III. IV. M.				

評価ポイント	7	6	5	4	3	2	1	特記事項
ベッド・いす・車いすの移乗	自立(介助・補助用具なし)	手すりなど補助用具必要	見守りで移乗可能	万ーに備え手添え必要	軽く引き上げる	しっかり引き上げる	全介助 二人介助	
トイレへの移乗	自立(介助・補助用具なし)	手すりなど補助用具必要	見守りで移乗可能	万ーに備え手添え必要	軽く引き上げる	しっかり引き上げる	全介助 二人介助	
移動動作 歩行・車いす	50% <sup>歩</sup> 可能 自立	50% <sup>歩</sup> 可能 介助なし 要補助具	50% <sup>歩</sup> 可能 見守り必要	50% <sup>歩</sup> 可能 介助量 25%以下	50% <sup>歩</sup> 可能 介助量 25%以上	15% <sup>歩</sup> 可能 介助量 75%以上	15% <sup>歩</sup> 可能 介助量 76%以下	10% <sup>歩</sup> 移動速度 _____ 秒
階段の昇降	12~14 段可能、自立	12~14 段可能、要補助具	12~14 段可能、見守り必要	12~14 段可能、介助量 25%以下	12~14 段可能、介助量 25%以上	4~6 段可能、介助量 75%以下	4~6 段可能、介助量 76%以上	

【じょくそうリスクの評価】 特記事項

自力体位変換能力	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> できない	
病的骨突出(仙骨部)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度	<input type="checkbox"/> 高度	
浮腫	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり	
関節拘縮	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり	

### 利用している福祉用具

用具の種類	選定理由	利用状況(どのような場面で、どの程度、どのように利用しているか)
		福祉用具専門相談員からのアドバイス内容:
		福祉用具専門相談員からのアドバイス内容:
		福祉用具専門相談員からのアドバイス内容:

### 生活行動の状況

※一週間以内に作成した生活行動記録シートに基づいてご記入ください。

評価ポイント	実績	特記事項
離床時間	1週間以内の観察に基づく離床時間 ( )時間/日	・前回記入時点との比較 ・離床に関する意欲や状況 など
居室外で過ごす時間	同、居室外の生活時間 ( )時間/日	・前回記入時点との比較 ・居室外に出ることへの意欲や状況 など
アクティビティへの参加	最近3日間のアクティビティ参加回数 ( )回	・前回記入時点との比較 ・アクティビティ参加への意欲や状況など
施設外への外出	最近1週間の施設外への外出回数 ( )回	・前回記入時点との比較 ・外出に対する意欲や状況 など
職員や他の利用者との交流	最近3日間のアクティビティ以外の交流回数 ( )回	・前回記入時点との比較 ・交流に対する意欲や状況など
食事の状況	最近3日間の平均の屋食所要時間 ( )分	・前回記入時点との比較 ・食事に対する意欲や状況など
その他の変化		・生活全般における自立への意識 ・前回記入時点との比較 ・関心、意欲などの状況

### 施設の体制

利用者について特定の担当者が配置されているか	1. 特定の担当者1名が配置されている 2. 担当するチームが定められている 3. 特に定められていない
1または2の場合 上記担当者の職種	1. 介護職員 2. 看護師 3. 介護支援専門員 4. 生活相談員・支援相談員 5. 作業療法士・理学療法士 6. その他 ( )
他のプログラムの実施状況	

### 総合評価

① 利用者の ADL、生活行動の変化などの観点から	② レンタルによる福祉用具の利用について
---------------------------	----------------------





モデル事業全体を通じて、レンタルによる福祉用具利用をどのように評価されますか。

※モデル事業に関わった職員の方の職種別に、それぞれご記入ください。

生活相談員・ 支援相談員	
介護支援専門員	
介護職員	
看護職員	
機能訓練指導員	
その他 (            )	

お忙しいところご協力ありがとうございました。



### 3. 福祉用具の管理・メンテナンスの体制（モデル事業以外の通常業務において）

(1)福祉用具管理・運用にかかわる体制	人数	人		
	責任者職種			
	担当者職種			
(2)福祉用具のメンテナンスの体制	1. 施設全体で一元的に管理する体制 2. フロア、エリア別に管理する体制 3. 福祉用具種類別に管理する体制 4. その他( )	担当者	人数	人
			職種	
(3)福祉用具の管理・メンテナンスの実施状況について。(〇は1つ)	1. 週に1回程度、日時を決めて一斉に点検する 2. 月に1回程度、日時を決めて一斉に点検する 3. 福祉用具の種類によって時期を設定して一斉に行う 4. 介護の一環として日常的に意識して点検する 5. 必要に応じて随時点検する 6. その他( )	→1回あたり所要時間( )時間程度		
		→1回あたり所要時間( )時間程度		
(4)管理、メンテナンスへの介護スタッフの関与状況について(〇は1つ)	1. 日常の状態確認などでスタッフ全員が関与 2. 用具別に決めたスタッフが担当用具を担当 3. 福祉用具担当者(グループ)のみが担当 4. その他( )	(4)-1 どのような関与のしかたですか		
		1. 介護業務のなかで福祉用具にも目配り、報告 2. 所定の日時に一斉に点検、報告 3. 必要に応じて日時を設定して点検、報告 4. その他( )		
(5)PT、OTなどリハ専門職の関与の仕方について(〇は1つ)	1. 管理体制全体を指導する 3. 必要に応じて専門的立場でアドバイスする 5. その他( )	2. 管理の仕組みを作って運用を指導する 4. 特に明確な役割は決まっていない		
(6)管理・メンテナンスへの福祉用具事業者の関与について(〇は1つ)	1. 調達から管理・メンテナンスまで包括的に契約している 2. 管理・メンテナンスのみ包括的に契約している(調達は除く) 3. 福祉用具別に調達した事業者任せている 4. 管理・メンテナンスの都度、福祉用具事業者を選定している 5. 福祉用具事業者は関与していない →(管理・メンテナンスはどのようにしていますか。 )			
(7)福祉用具の消毒について(〇は1つ)	1. 利用者が用具を交換する時に消毒する 2. 用具の種類別に期間を決めて消毒する 3. 利用状況を見て必要に応じて随時消毒する 4. 用具の利用者が替わる時に消毒する 5. 特に定められていない 6. その他( )	(7)-1 消毒は誰が行っていますか。(〇は1つ)		
		1. 基本的に施設内で消毒している 2. 福祉用具供給業者に委託している 3. その他の事業者(消毒事業者等)に委託している 4. 福祉用具の種類によって異なる 5. その他( )		
(8)モデル事業を実施したことによって、福祉用具の管理・メンテナンスに関する意識が変化しましたか。	1. 変化があった → 2. 変化はなかった	変化の内容をご記入ください。		

#### 4. 福祉用具の適用判断、利用指導について

以下の設問については、施設におけるケアの環境整備としての福祉用具利用の観点からお答え下さい。

		通常の状況	モデル事業における状況
(1)入所者に対する実質的な福祉用具の必要性の判断は誰が行っていますか。 (○は1つ)	1. 医師		
	2. 作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、言語聴覚士(ST)		
	3. 医師とリハ専門職による協議(チーム方式)		
	4. 施設のケアマネジャー		
	5. 介護スタッフ		
	6. 介護スタッフとリハ専門職による協議(チーム方式)		
	7. 明確に決まっていない		
	8. その他( )		
(2)入所の時点で、入所者の状態像に合った福祉用具の適用ができていますか。 (○は1つ)	1. ほぼ全ての入所者について、状態像に合った適用ができています		
	2. 特定の状態像の入所者を除いて、状態像に合った適用ができています		
	3. 状態像に合った適用ができています入所者は少ない		
	4. 状態像に合わせた福祉用具の適用はあまり考えていない		
(2)-1 施設にある福祉用具では状態像に合った福祉用具の適用ができない場合はどのように対処していますか。	1. 入所者の状態に適合する福祉用具を新たに購入(あるいはレンタル)		
	2. 施設にある福祉用具を調整するなどして対応する		
	3. 特別な対応はしない		
	4. その他(具体的に )		
(3)入所時の福祉用具の使い方指導は、どのように行っていますか。 (○は1つ)	1. 全ての入所者に対して状態に応じた個別の指導を行う		
	2. 留意すべき状態の入所者に対して状態に応じた個別の指導を行う		
	3. 入所者からの要望に応じて状態に応じた指導を行う		
	4. どの入所者にも同様の指導を行う		
	5. その他(具体的に )		
(4)入所者への使い方の指導は誰が行っていますか。 (○は1つ)	1. 医師		
	2. 作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、言語聴覚士(ST)		
	3. 医師とリハ専門職による協議(チーム方式)		
	4. 施設のケアマネジャー		
	5. 介護スタッフ		
	6. 介護スタッフとリハ専門職による協議(チーム方式)		
	7. 明確に決まっていない		
	8. その他( )		
(5)入所中に、福祉用具の変更・調整の必要性の確認はどのように行っていますか。 (○は1つ)	1. 日常的に介護業務のなかで福祉用具にも目配りする		
	2. 週に1回程度、日時を決めて一斉に確認する		
	3. 月に1回程度、日時を決めて一斉に確認する		
	4. 必要に応じて随時確認する		
	5. その他( )		
(6)入所中の福祉用具利用の見直し(用具の交換、フィッティングの修正など)の判断は誰が行っていますか。 (○は1つ)	1. 医師		
	2. 作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、言語聴覚士(ST)		
	3. 医師とリハ専門職による協議(チーム方式)		
	4. 施設のケアマネジャー		
	5. 介護スタッフ		
	6. 介護スタッフとリハ専門職による協議(チーム方式)		
	7. 明確に決まっていない		
	8. その他( )		

## 5. 施設における福祉用具の利用状況

施設で保有されている福祉用具の台数を種類別にお知らせ下さい。その際に、可能であれば実際に利用されている台数、入所者の持込（購入）台数もお知らせ下さい。なお、こちらの設問は管理台帳などを元に記入可能な項目だけの回答で結構です。回答しにくい項目は空欄のままご返送下さい。

	施設保有台数 (施設にある全て)	実際の利用、稼働台数	入所者持込台数
(1)車いす	台	台	台
(2)特殊寝台	台	台	台
(3)床ずれ防止用具	台	台	台
(4)体位変換器	台	台	台
(5)手すり（据え置き型のみ）	台	台	台
(6)スロープ（据え置き型のみ）	台	台	台
(7)歩行器	台	台	台
(8)歩行補助つえ	台	台	台
(9)認知症老人徘徊感知機器	台	台	台
(10)移動用リフト	台	台	台
(11)入浴用リフト	台	台	台
(12)ポータブルトイレ	台	台	台
(13)その他1 ( )	台	台	台
(14)その他2 ( )	台	台	台
(15)その他3 ( )	台	台	台
(16)その他4 ( )	台	台	台
(17)その他5 ( )	台	台	台

## 6. 施設における福祉用具レンタルの有効性

入所者の自立支援を図る観点から、入所中の入所者に対して福祉用具の貸与（レンタル）は有効であると思いますか。（○は1つ）	1. レンタルは有効 →	どのような場合に有効であると思いますか。自由にお書き下さい。
	2. レンタルは有効 ではない →	有効でない理由をお書き下さい。

お忙しいところご協力ありがとうございました。

高齢者施設等における福祉用具利用と効果的な運用体制に関する実証研究

報告書

---

平成25年3月 発行

発行者 社団法人日本福祉用具供給協会

〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-15 4F

TEL 03-6721-5222

FAX 03-3434-3414

---

本事業は、平成24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。

