

V. 参考資料

1. 週間サービス計画表

第3表		週間サービス計画表							令和●●年●●月●●日
利用者名		様							作成年月日
	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
6:00									
8:00									
10:00									
12:00									
14:00									
16:00									
18:00									
20:00									
22:00									
0:00									
2:00									
4:00									
6:00									
早朝	午前		午後		夜間		深夜		
週単位以外のサービス									

出所) 厚生労働省「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」

<https://www.nhlw.go.jp/content/000764680.pdf> (最終閲覧日: 2023/3/31)

2. 事故報告書様式

事故報告書（福祉用具貸与事業所→〇〇市（町村））		様式例		
※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること				
<input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第 _____ 報 <input type="checkbox"/> 最終報告		提出日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診（外来・往診） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年 _____ 月 _____ 日 _____	
2 事業 所の 概要	法人名	_____		
	事業所（施設）名	_____	事業所番号 _____	
	所在地	_____		
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名 _____	年齢 _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険者 _____	
	住所	_____		
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（ _____ 階） <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て以上 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立	
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
4 事 故 の 概 要	発生日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____	分頃（24時間表記） _____	
	発生場所	自宅	<input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面・脱衣所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> ベランダ・バルコニー <input type="checkbox"/> 玄関内 <input type="checkbox"/> 玄関外 <input type="checkbox"/> 勝手口 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 自宅以外（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
		施設	<input type="checkbox"/> 居室（多床室） <input type="checkbox"/> 居室（個室） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
提供種目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ			
貸与品	商品名 _____	TAISコード _____	当該商品の貸与開始年月 西暦 _____ 年 _____ 月 _____	
発生時状況、 事故内容の詳細	_____			
事故情報の把握方法	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員による聞き取りもしくは発見 <input type="checkbox"/> 利用者本人からの連絡 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員からの連絡 <input type="checkbox"/> 家族等の介護者からの連絡 <input type="checkbox"/> 他介護サービス事業所からの連絡 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
その他 特記すべき事項	_____			

5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応										
	受診方法	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	受診先	医療機関名					連絡先 (電話番号)				
	診断名										
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()									
	検査、処置等の概要										
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()								
		報告年月日	西暦	年	月	日					
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 () <input type="checkbox"/> 警察 警察署名 () <input type="checkbox"/> その他 名称 ()									
本人、家族、関係先等への追加対応予定											
7 事 故 の 原 因 分 析 (本人要因、介護者要因、福祉用具利用方法要因、福祉用具製品要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)										
	連携先	<input type="checkbox"/> メーカー <input type="checkbox"/> レンタル卸 <input type="checkbox"/> その他 ()									
8 再 発 防 止 策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)										
9 そ の 他 特 記 す べ き 事 項											
10 添 付 資 料 (必要に応じて)	<input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 検証結果報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()										

※令和3年度に当会が作成した事故報告書様式例です。

3. ヒヤリ・ハット様式（例）

ヒヤリ・ハット報告書									
1. 調査票ID									
2 対 象 者	年齢・性別		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
	サービス提供開始日		西暦	年	月	日			
	住宅の状況		<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸		<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階）				
			<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て以上		<input type="checkbox"/> その他（		<input type="checkbox"/> 施設		
身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
3 ヒ ヤ リ ・ ハ ッ ト の 概 要	発生時期		西暦	年	月				
	発生場所		自宅	<input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面・脱衣所					
				<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> ベランダ・バルコニー <input type="checkbox"/> 玄関内					
			<input type="checkbox"/> 玄関外 <input type="checkbox"/> 勝手口 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> 駐車場						
		<input type="checkbox"/> 自宅以外（		<input type="checkbox"/> その他（					
		施設	<input type="checkbox"/> 居室（多床室） <input type="checkbox"/> 居室（個室） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂等共用部						
			<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外						
		<input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他（							
提供種目		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器							
		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 移動用リフト							
		<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置							
		<input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> その他（							
貸与品		商品名							
		TAISコード		当該商品の貸与開始年月		西暦	年	月	
発生時状況、 ヒヤリ・ハット内 容の詳細									
ヒヤリ・ハット情 報の把握方法		<input type="checkbox"/> モニタリング訪問時の利用者・家族等への聞き取り → 【聞き取れた理由】 <input type="checkbox"/> モニタリング時の確認項目になっているため <input type="checkbox"/> 貸与品の破損や傷等があったため <input type="checkbox"/> 貸与品の使用場所・頻度に変化があったため <input type="checkbox"/> 利用者の身体状況に変化があったため <input type="checkbox"/> 介護者の変更があったため <input type="checkbox"/> その他（）							
		<input type="checkbox"/> モニタリング以外での訪問時の利用者・家族等への聞き取り <input type="checkbox"/> 利用者本人からの連絡 <input type="checkbox"/> 家族等の介護者からの連絡 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員からの連絡 <input type="checkbox"/> 他介護サービス事業所からの連絡 <input type="checkbox"/> その他（）							
4 ヒヤリ・ハットが発生 した原因 (本人要因、介護者要 因、福祉用具利用方法要 因、福祉用具製品要因、 環境要因の分析)		<input type="checkbox"/> 事前のリスク把握が不足していた（転倒リスクに気づいていなかった等） <input type="checkbox"/> モニタリング訪問時等、身体状況の変化を把握しきれていなかった <input type="checkbox"/> 利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった <input type="checkbox"/> 想定外の場所で使用されていた <input type="checkbox"/> 想定外の使用方で使われていた <input type="checkbox"/> 貸与品に不具合があった <input type="checkbox"/> その他 具体的に							
		連携先		<input type="checkbox"/> メーカー <input type="checkbox"/> レンタル卸 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他（）					
5 ヒヤリ・ハット把握後 の対応・再発防止策 (手順変更、環境変更、 その他の対応、再発防止 策の評価時期および結果 等)		対応内容		<input type="checkbox"/> 用具の使用中止の提案 <input type="checkbox"/> 用具の変更の提案 <input type="checkbox"/> 使用方法の再指導 <input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（）					
		再発 防止策		上記以外に本事例の対象者や事業所として検討・実施した再発防止策（自由記述）					

※事故報告様式例を参考に、令和4年度調査の事例収集に用いた様式です。

4. チェックリスト（アセスメント用）

本事業で作成したチェックリストです。事業所や自身の取組を踏まえて、適宜チェック項目の見直し、チェック項目を追加して活用してください。

福祉用具専門相談員向け アセスメント用チェックリスト 1/2			
実施日:	年 月 日	チェック ↓	
アセスメント時 疾病・疾患の確認	①	利用者の疾病・疾患を確認した	<input type="checkbox"/>
	②	疾病・疾患の主な症状や行動を確認し、福祉用具の利用にあたり注意が必要な点を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	服薬状況、服薬による症状や行動を確認した	<input type="checkbox"/>
	④	福祉用具選定にあたっての留意事項の確認、検討した	<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
アセスメント時 認知症の有無・ 進行状況の確認	①	認知症の有無を確認した	<input type="checkbox"/>
	②	認知機能の状況(認知症高齢者の日常生活自立度)を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	福祉用具の選定にあたっての留意事項を確認した	<input type="checkbox"/>
	④	認知機能の状況を踏まえて福祉用具を安全に利用してもらうために必要な対策を検討した	<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
アセスメント時 福祉用具の 利用環境の確認	①	利用者の生活範囲の動線や段差の有無・状況を確認した	<input type="checkbox"/>
	②	福祉用具の設置場所・使用場所を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	利用者の生活リズム、福祉用具の使用場面を確認した	<input type="checkbox"/>
	④	利用者の他介護サービスの利用状況を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑤	利用者が利用している他介護サービスに福祉用具選定の意図と留意事項を共有した	<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
	⑦		<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> メモ欄 <div style="flex-grow: 1; border: 1px solid #ccc; border-radius: 10px;"></div> <div style="text-align: right;">  </div> </div> </div>			

福祉用具専門相談員向け アセスメント用チェックリスト 2/2

実施日： 年 月 日

チェック
↓

アセスメント時・アセスメント後 リスクの把握・安全利用に向けた対策の検討	①	福祉用具を利用する上でのリスクを洗い出し、分析した	<input type="checkbox"/>
	②	想定されるリスクを踏まえて福祉用具を選定・提案した	<input type="checkbox"/>
	③	選定・提案した福祉用具の事故やヒヤリ・ハット事例を調べ、リスクを把握した	<input type="checkbox"/>
	④	福祉用具を安全に利用してもらうために必要な対策を検討した	<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>

アセスメント前後 自己研鑽によるリスク感度の向上を目指す	①	各福祉用具の特性や留意事項を調べ、理解した	<input type="checkbox"/>
	②	医療的知識や他職種が持つ知識について調べ、理解した	<input type="checkbox"/>
	③	事故やヒヤリ・ハット事例の情報収集を行い、事業所や自身の取組に活用した	<input type="checkbox"/>
	④		<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>

メモ欄



5. チェックリスト（モニタリング用）

本事業で作成したチェックリストです。事業所や自身の取組を踏まえて、適宜チェック項目の見直し、チェック項目を追加して活用してください。

福祉用具専門相談員向け モニタリング用チェックリスト 1/2			
実施日:	年 月 日	チェック	
訪問前 モニタリング実施に向けた準備	①	モニタリング訪問予定日を検討した	<input type="checkbox"/>
	②	前回モニタリング記録等、記載事項を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	これまでの利用者の変化の記録を確認し留意事項を検討した	<input type="checkbox"/>
	④	福祉用具の特性・留意事項を改めて確認した	<input type="checkbox"/>
	⑤	同機種や同品目の事故やヒヤリ・ハット事例を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
	⑦		<input type="checkbox"/>
訪問時 前回からの変化を確認	①	福祉用具の設置位置、利用状況の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	②	利用者の疾病・疾患、認知機能の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	利用者の生活リズムの変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	④	利用者の意欲・意向の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑤	家族に関する状況の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑥	家屋や使用場所周辺等の利用者の動線の環境の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑦	他介護サービスの利用状況の変化を確認した	<input type="checkbox"/>
	⑧		<input type="checkbox"/>
	⑨		<input type="checkbox"/>
訪問時 操作・使用方法の状況を確認、説明と注意喚起を実施	①	利用者と家族(介助者)の使用方法・使用場面の理解、認識を確認した	<input type="checkbox"/>
	②	福祉用具に係る事故・ヒヤリハットの有無、内容を確認した	<input type="checkbox"/>
	③	福祉用具の正しい操作・使用方法を説明した	<input type="checkbox"/>
	④	福祉用具の正しくない操作・使用時のリスクを説明した	<input type="checkbox"/>
	⑤	事故やヒヤリ・ハットの事例を説明し、注意喚起を実施した	<input type="checkbox"/>
	⑥	福祉用具の経年劣化や消耗品(消耗部品)の状況を確認し、不具合の調整・メンテナンス等を実施した	<input type="checkbox"/>
	⑦		<input type="checkbox"/>
	⑧		<input type="checkbox"/>

福祉用具専門相談員向け モニタリング用チェックリスト 2/2

実施日： 年 月 日

チェック

訪問時・訪問後 他職種との 情報共有を実施	①	多職種に福祉用具の利用の注意事項を説明、共有した	<input type="checkbox"/>
	②	利用者の福祉用具の使用方法・使用場面を共有した	<input type="checkbox"/>
	③	利用者の疾病・疾患等の医療情報、他サービス利用時の状況や様子等の利用者情報を収集した	<input type="checkbox"/>
	④	福祉用具専門相談員の視点からの気づきを多職種に共有した	<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
訪問後 自身のモニタリング を振り返る・ 今後の方針を 決める	①	自身の思考プロセスを振り返り、福祉用具専門相談員として観察・発見した事項を整理した	<input type="checkbox"/>
	②	利用者の現状と今後の予測を踏まえて、福祉用具の変更・追加・利用中止の必要性を検討した	<input type="checkbox"/>
	③	モニタリング頻度等の利用者への対応方針を振り返り、今後の対応を検討した	<input type="checkbox"/>
	④	次回のモニタリングに向けた留意事項を整理した	<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>
	⑥		<input type="checkbox"/>
訪問後 管理者への報告・ 事業所内での 情報共有	①	事故やヒヤリ・ハット事例を報告し、対応と再発防止策を検討した	<input type="checkbox"/>
	②	モニタリングでの気づきを管理者に報告、事業所内で共有し、他の福祉用具専門相談員に情報共有した	<input type="checkbox"/>
	③	他の福祉用具専門相談員の取組・工夫などを知る	<input type="checkbox"/>
	④		<input type="checkbox"/>
	⑤		<input type="checkbox"/>

メモ欄



福祉用具の利用安全のための
福祉用具貸与事業所の体制・多職種連携を強化するための手引き

令和5年3月発行

発行者 一般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 三電舎ビル4F

TEL 03-6721-5222

FAX 03-3434-3414

本事業は、令和4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。