



「ふくせんモニタリングシート(訪問確認書)」 (試行版)のご案内

ふくせんモニタリングシートは、先に開発した「福祉用具個別援助計画書 標準様式」と対になるものです。福祉用具の利用の中で計画から実施、確認・評価、再検討というPDCAサイクルを回すためのPが「福祉用具個別援助計画書 標準様式」であり、Cがふくせんモニタリングシートになると考え、試行版として開発いたしました。今後、現場の皆様の声やご意見をいただき、さらによりよいものにしていく所存です。

福祉用具関係者の皆様には、ぜひこのシートをつかって、利用後のモニタリング・訪問確認をしていただければ幸いです。また保険者、ケアマネジャー、介護関係者の皆様には質の高い福祉用具サービス提供のために福祉用具個別援助計画書とモニタリングシートの普及に今後ともご理解を賜りますようお願い致します。

ふくせんモニタリングシート (訪問確認書)

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		
お話をった人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他()		
作成者			
次回予定日	年 月 日		

フリガナ	住所	TEL
利用者氏名	要介護度	認定期間 ~

利用目標	
------	--

利用福祉用具(品目) 機種(形式)	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"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
2		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
3		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
4		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
5		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
6		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	

身体状況の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化		生活状況の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	
お気持ちの変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		ご家族の状況の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	

ご利用者・ご家族への聞き取り

使用中に困ったこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
使いにくさ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり	
満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不満足	

ご利用者・ご家族の希望(自由記載)	
-------------------	--

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	(再説明、再アセスメント、調整、修理交換、変更提案)	利用福祉用具の見直しの必要性 <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)	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: _____
-----------------------	--

ふくふくモニタリングシート開発の目的

- 福祉用具利用後の状況の確認、変化を見る
- 福祉用具個別援助計画書に記載した利用目標の達成について検証
- 利用者の新たなニーズの発見
- ケアマネジャー、他サービス事業者との情報共有化
- 「介護サービス情報の公表」などの確認の際の記録として

モニタリングシート研究開発プロジェクト委員名簿

●委員長

白澤 政和 本会理事、大阪市立大学大学院生活科学部教授

●副委員長

東島 弘子 本会理事、博士(医療福祉経営学)、福祉ジャーナリスト

●委員

岩元 文雄 本会理事、株式会社カクイックス ウィング代表取締役社長

加島 守 高齢者生活福祉研究所所長、理学療法士

西野 雅信 千葉県福祉ふれあいプラザ・介護実習センター サブマネージャー・専門職対象研修担当

野村 幸司 株式会社ヤマシタコーポレーション、福祉用具専門相談員

肥後 一也 株式会社カクイックス ウィング、福祉用具専門相談員

渡邊 慎一 本会理事、横浜市総合リハビリテーションセンター医療部理学・作業療法課課長

記入のしかた

【次回予定日】
次の予定を入れる。だいたいの目安なら
〇〇日ごろと入れる。

【お話を伺った人】
誰から聞いたのかを明確にするため、□その他（ ）の
カッコにホームヘルパー A さんなどと記載。ご本人とご家族から
お話を伺ったときは両方に☑(チェック)を。

管理番号: 00000

フリガナ		住所		TEL	
利用者氏名		要介護度		認定期間 ~	
利用 目 標	【点検】 点検が済みの場合は、【点検結果】で 問題があったかどうかを☑(チェック)。				
利用福祉用具(品目) 機種(形式)	利用開始日	使用状況 の問題	点検	点検 結果	備 考
1 【利用目標】		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
2 個別援助計画書に記載した目標を転記。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
3 訪問確認時は、個別援助計画書を必ず 持参する。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	【生活状況の変化】 デイサービスに行くようになった。 入浴回数が増えた等、生活の中での 変化を見る。
4		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
5 4つの「変化」は、前回 モニタリングからの変化		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
6 を見る。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
身体状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	【お気持ちの変化】 前向きになった等。	生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	【ご家族の状況】 介護をしている奥様が夜間 の介護で疲れている等。
お気持ちの変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		ご家族の状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	
ご利用者・ご家族への聞き取り					
使用中に困ったこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【使用中に困ったこと】リフトの使い方を忘れた等、ご利用者・ご家族が話した 内容とそれが何の福祉用具かを明確にするため「品目」も入れる。			
使いにくさ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり	【使用中に困ったこと】、【使いにくさ】、【満足度】、【ご利用者・ご家族の希望】は、 専門相談員が見た判断ではなく、ご利用者・ご家族の訴えや意向を書く。			
満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも <input type="checkbox"/> 不満足	【目標達成度】 【今後の方針】 【見直しの必要性】			
ご利用者・ご家族 の希望(自由記載)	個別援助計画書の利用目標が達成されているかを記載。ご利用者・ご家族 の希望も伺った上で総合的に見た結果を【今後の方針】に記載。【今後の 方針】の上段に書かれた「再説明」など該当箇所には○をするとともに、 方針を書く。【福祉用具見直しの必要性】の有無に☑(チェック)を。				
目標達成度	<input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成				
今後の方針	(再説明、再アセスメント、調整、修理交換、変更提案)				利用福祉用具の見 直しの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

管理番号: 00000

<p>【総合確認の結果】 「現在お使いのベッド・柵のほかに立ち上がり支援の用具が必要 と思われるので、ケアマネジャーAさんにご連絡をしたいと思 います」など。【今後の方針】、【見直し】についてのほか、使用 時の注意など記載。</p> <p>ご本人、ご家族に渡す部分なので、わかりやすく。</p>	<p>以上、利用後の □訪問確認 □電話確認 をいたしました</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所: _____</p> <p>作成者: _____</p> <p>住 所: _____</p> <p>連絡先: _____</p> <p>【□訪問 □電話】 訪問確認を原則とするが、状況に よって、電話で確認した場合は 電話に☑(チェック)を。</p>
---	--

各法人・各事業所において本確認書に加筆修正して使用する場合は、
「全国福祉用具専門相談員協会(22.0版)」は削除して使用

全国福祉用具専門相談員協会(22.0版)

【使いにくさ】
押しにくい。使い方が難しい等。

ここから以下は、
ご本人・ご家族に渡す。