

# 福祉用具サービス計画書(基本情報)

フリガナ	フォーレストタロウ	性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名	フォーレスト太郎 様					~
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	本人・家族	ご本人との続柄	子	相談日	平成24年3月28日
-------	-----	-------	---------	---	-----	------------

ベッドからの立ち上がりが困難なため、介護用ベッドを利用したい。股関節可動域の制限・下肢の浮腫もあるため、足のみを挙上できる3モーターベッドを希望する。

ケアマネジャーとの相談記録	別紙参照。	ケアマネジャーとの相談日	2012/3/14
---------------	-------	--------------	-----------

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 いである	<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
歩行	<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
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 支えら れる	<input type="checkbox"/> 支えて もらえ 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		
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	なし		
疾病	狭心症・腰部脊柱管狭窄症・高血圧		
麻痺	なし		

他のサービス利用状況	通所リハ	訪問介護	福祉用具
家族構成/主介護者	子		
利用している福祉用具	介護用ベッド、歩行器、手すり		
障害日常生活自立度			
認知症の日常生活自立度			
特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認できない <input type="checkbox"/> 不明 ご本人の気持ち、今困っていること(福祉用具で期待することなど) 在宅時の安全な室内の移動、立ち上がり・起き上がりなどが自力でできる。		

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・ご家族	<input checked="" 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 ) 例: 段差の有無など 室内総てバリアフリーである。トイレ・浴室環境など大きな問題はない。
総合的な援助方針	①今後も継続的なリハビリの支援をしていきます。(リハビリ継続の必要性は主治医確認済み)②短時間での専門的なリハビリのできる施設と認知予防や交流もできるリハビリの施設を併用して支援します。③在宅時、安全に室内の移動、立ち上がり起き上がり等ができるよう支援します。	

# 福祉用具サービス計画書(利用計画)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
①股関節置換術後であり、屈曲制限・可動域制限がある。②下肢の浮腫がある③屋内の独歩が転倒の危険性がある。④トイレでの立ち上がり・洗面時転倒の危険性がある。	①股関節置換術後であり、屈曲制限・可動域制限がある。安全な歩行をするために、歩行器が必要。入浴を自宅で行っているが、浴槽台を使用してご本人・ご家族が工夫して入浴が実施できている。②下肢の浮腫があり、横になった時、足のみを挙上することが必要。③屋内での独歩は転倒の危険性がある。歩行器を使用して転倒の防止を図る。④トイレでの立ち上がり・洗面時に転倒の危険性がある。手すりを使用して転倒の防止を図る。

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 特殊寝台	750	下肢浮腫あり、足のための挙上が必要。
純3モーターベッド		
② 特殊寝台付属品	300	床ずれ予防を含め、端座位時の安定性向上と立ち上がり時の転倒防止。
アルファプラすくっと 91幅		
③ 特殊寝台付属品	50	壁の手すりを使用しながら起立動作をおこなう。
サイドレールレギュラーK190R		
④ 特殊寝台付属品	50	
サイドレールショートK170S		
⑤ 歩行器	300	屋内の自力移動が困難なため、歩行器が必要。
二段式歩行器コンパクト		
⑥ 手すり	350	トイレでの立ち上がり時に転倒を防止する。
たちアップ04		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

留意点	マットレスの選択は適宜、体調に合わせて実施してまいります。骨突出等は今のところございませんが、適宜ご本人のお身体の状態を鑑みご提案いたします。	○Hスケール	① 自力体位変換	できる 0点	どちらでもない 1.5点	できない 3点
	② 病的骨突出		なし 0点	軽度・中等度 1.5点	高度 3点	
	③ 浮腫		なし 0点	あり 3点		
	④ 関節拘縮		なし 0点	あり 3点		

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 (有)在宅支援チームフォーレスト フォーレスト福祉用具貸与事業所 担当者 ( )  
 事業所番号 0475201430  
 住所 〒983-0821 宮城県仙台市宮城野区岩切字谷地15-1 TEL: 022-396-0030 FAX: 022-255-1161