福祉用具モニタリング

提出日（令和 　年　 月　 日） ケアマネージャー名（　　　　　　　　　）

被保険者名（　　　　　　　　　　）　生年月日（M・T・S　　　　　　　　　　）

購入日（令和 　年　 月　 日） 要支援 １・２ 　要介護 １・２・３・４・５

購入した福祉用具

|  |
| --- |
|  |

福祉用具が必要だった状況

|  |
| --- |
|  |

Ⅰ、現在、福祉用具の使用方法は適切か。

・介護者や利用者が福祉用具の正しい使用方法を身につけていると思うか。

ａ　はい　　　　　ｂ　いいえ

Ⅱ、利用状況

・よく利用されているか

１　よく使っている　２　時々使っている　３　あまり使っていない

「３」という人のみ

・福祉用具導入のプロセスに無理はなかったか。

ａ　あったかもしれない　　　　ｂ　なかったと思う

・利用者の身体状況や介護力に変化はなかったか。

ａ　あった　　　　　　　　　　ｂ　なかった

Ⅲ、利用者の行動変容はあったか。

・利用者の機能回復やＱＯＬの向上につながっているか。

ａ　つながっている　　　　　　ｂ　あまりつながっていない

・介護者の負担軽減につながっているか。

ａ　つながっている　　　　　　ｂ　あまりつながっていない

◎ケアマネージャー連絡協議会のなかで検討してよいですか。

ａ　はい　　　　ｂ　いいえ