

住宅改修が必要な理由書(1)

<基本情報>

利用者	生年月日	昭和30年4月1日		年齢	71 歳
	フリガナ	フクシマ ハナコ	保険者番号	072017	
	被保険者氏名	福島 花子	被保険者番号	0000123456	
	住所	福島市 五老内町3番1号			
	要介護認定	要支援2			

作成者	現地確認日	令和8年6月1日	作成日	令和8年6月1日
	所属事業所	△口指定居宅介護支援事業所		
	居宅支援専門員氏名	介護 春子		
	連絡先	024-535-1140		

<総合的状況>

利用者の身体状況	現在の入院・入所の有無	無し	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">福祉用具の現在の利用状況と住宅改修後の想定</th> </tr> <tr> <th></th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●車いす</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊寝台</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●床ずれ予防用具</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●手すり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●スロープ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●歩行器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●歩行補助つえ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●認知症老人徘徊感知機器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフト</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊尿器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●入浴補助用具</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●簡易浴槽</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●その他</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			福祉用具の現在の利用状況と住宅改修後の想定				改修前	改修後	●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●床ずれ予防用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●歩行補助つえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●入浴補助用具	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●その他			.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	福祉用具の現在の利用状況と住宅改修後の想定																																																													
		改修前				改修後																																																								
	●車いす	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																																																								
	●特殊寝台	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																																																								
	●床ずれ予防用具	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>																																																								
●手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																												
●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●歩行補助つえ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																												
●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●入浴補助用具	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																												
●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
●その他																																																														
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
主な既往歴	R3.4月に脳梗塞で入院歴あり。左手と左足に麻痺が残る。 R5.2月に肺がんと診断され入院し化学療法を受ける。入院期間長く下肢筋力低下する。																																																													
生活状況	食事・排泄は自立。入浴は見守られながらも一人でやっている。																																																													
外出の目的と頻度 (外出に関する改修の場合のみ)	週1回の通院、週3回の通所リハ																																																													
歩行状態(屋内・室外)	室内は伝え歩き、室外は杖で歩行。室内外ともにすり足歩行で、ふらつきが大きく、独立歩行の場合10m以上は困難。																																																													
改修箇所に関する身体動作の具体的な現状	(既往歴から、)左手で物を掴む動作が困難。また、左足の踏み出しや片足での姿勢保持、立ち座り動作が困難。段差の昇降やまたぐ動作の際、掴まるものが無いとふらつき転倒のリスクが非常に高い。																																																													
介護状況	家族構成	妻との二人暮らし																																																												
	主介護者	妻																																																												
	介護サービス利用状況・福祉用具の設置場所など	通所リハ3回/週、手すり(玄関上がりかまち)・歩行補助つえレンタル、入浴補助用具(シャワーチェア)																																																												
住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか	利用者・主介護者の意向	2Fに寝室があり、階段の昇降が困難。1Fにはベッドを置くスペースが無く、このままの生活を安心して継続できるようにしたい。トイレでの立ち座り、外出の際に今よりも負担を軽減できるようにしたい。																																																												
	改修内容とその目的・必要性	2Fに寝室があり、階段に手すりを設置することで掴まることを確保するが、左手に麻痺があるため、昇降で両側に必要。トイレに手すりを設置することで、立ち座り動作の負担を軽減する。玄関アプローチの飛び石を撤去し、コンクリート打ちすることで、通所リハなどの外出時の負担を軽減する。																																																												

住宅改修が必要な理由書(2)

<総合的状況>を踏まえて、①～⑤を具体的に記入してください。

① 改善しようとしている生活動作	② 具体的な状況	③ 改修目的・期待効果	④ 改修内容・改善内容	⑤ 改修項目
排泄 <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉含む) <input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り (移乗含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()	どのような場面で、何が原因で 便座からの立ち座り時、下肢力低下しているが、掴まる場所が無い どのような課題が生じているのか 身体的負担が大きい	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担軽減や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	どこに、どのような改修をするのか 1Fと2Fトイレ内右側の壁面にL字手すり①②を設置する 課題は具体的にどの程度まで改善するのか 掴まるものができることで、身体を支えながら安定して立ち座り動作を行えるようになり、身体的負担を軽減することができるようになる。	(図面内番号)(改修箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの設置 (①) (1Fトイレ) (②) (2Fトイレ) (③) (階段) (④) (階段) () () () () () ()
入浴 <input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座り含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座り含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()	どのような場面で、何が原因で どのような課題が生じているのか	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担軽減や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	どこに、どのような改修をするのか 課題は具体的にどの程度まで改善するのか	<input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () () () () <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () () ()
外出 <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他()	どのような場面で、何が原因で どのような課題が生じているのか	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担軽減や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	どこに、どのような改修をするのか 玄関アプローチの飛び石を撤去し、コンクリート打ち⑤をする 課題は具体的にどの程度まで改善するのか 玄関アプローチがフラットになることで、安定した姿勢を保持しながら歩行することができるようになり、身体的負担や転倒のリスクを軽減することができるようになる。	<input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input checked="" type="checkbox"/> 滑り止め防止等のための床材の変更 (⑤) (玄関アプローチ) () () () ()
その他の動作(行為) <input checked="" type="checkbox"/> 階段の昇り降り <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	どのような場面で、何が原因で 1Fと2F寝室間の移動の際、歩行にふらつきがあり、階段に手すりが無い どのような課題が生じているのか 身体への負担が大きく、転倒のリスクが高い	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担軽減や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	どこに、どのような改修をするのか 左手に麻痺があるため、階段両わきの壁に横手すり③、④を設置する 課題は具体的にどの程度まで改善するのか 掴まるものができることで、身体を支えながら安定して昇降動作を行えるようになり、身体的負担と転倒のリスクを軽減することができるようになる。	<input type="checkbox"/> その他 () () () () () () () ()