

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和3年7月19日

利用者名	函館 山太郎	様	居宅サービス計画作成者(担当者)氏名	XX XX
開催日	令和3年7月18日	開催場所	居宅介護支援事業所XX	開催時間 14:00~15:00 開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人	函館 山太郎様	家族	函館 花子様	△△訪問介護事業所	〇〇 〇〇
	福祉用具貸与事業所☆☆	☆☆ ☆☆	居宅介護支援事業所XX	XX XX	◇◇クリニック(医師)※欠席照会	◇◇ ◇◇
検討した項目	福祉用具(特殊寝台および特殊寝台付属品)の必要性について					
検討内容	<p>① 医師の医学的所見(確認した日時と確認方法[訪問・電話等], 医師名・病院名, 診断名等に起因する状態像)</p> <p>② 医師の医学的所見に基づき必要性の判断</p> <p>③ 本人・家族の意向</p> <p>④ サービス担当者会議での必要性の検討 などを記載します。</p> <p>① 医師の医学的所見としては, 7月13日, ◇◇クリニック◇◇医師に電話照会にて「パーキンソン病で内服加療中の『ON・OFF現象』によって, 頻りに臥位からの起き上がりが困難となるため, 福祉用具貸与の状態像(i)に該当し, 特殊寝台および特殊寝台付属品の導入が必要であると判断する。」との意見をいただいた。</p> <p>② ケアマネジャーとしては, 医師の医学的所見に基づき, 状態が悪いときは起き上がりが困難であることから, 例外給付にする要件(i)に該当すると判断する。</p> <p>③ 本人は在宅で, できるだけ自分の力で起き上がり, 身の回りのことを行っていきたいとの意向。家族も同意。</p> <p>④ 以上をふまえ, サービス担当者会議での必要性について検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> △△訪問介護事業所・・利用者は日によって状態の変動が著しく, 状態の悪いときは起き上がり立ち上がりが困難で, 介助が必要。 福祉用具貸与事業所☆☆・・特殊寝台の種類については, 起き上がりと共に立ち上がりも困難であることから, 背上げ角度と床板高さの調節機能が付いたものが良いかと思われる。転落防止に特殊寝台付属品(サイドレール)が必要と考える。 これらの意見から, 上記の機能の付いた特殊寝台および特殊寝台付属品を導入することで全員の意見が一致した。 					
結論	本人の状態から, 背上げ角度と床板高さの調節機能が付いた特殊寝台と特殊寝台付属品(サイドレール)が必要であるため貸与の手続きを行う。					
残された課題	特殊寝台および特殊寝台付属品を導入後の効果と実際の状況について確認をする。					
(次回の開催時期)	必要に応じて随時					

単に「福祉用具〇〇が必要である」ではなく, 疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に記載してください。