

作成年月日 **年 4月 16日

サービス担当者会議の要点

利用者名 ** 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 **

開催日 **年 月 日 開催場所 利用者宅 開催時間 14:30~15:00

| 会議出席者 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 |
|--|--------------|----|---|-----------|--------|----|
| | ** 居宅介護支援事業所 | ** | 本人 | ** | | |
| | ** 訪問介護事業所 | ** | 家族 | ** | | |
| | ** 福祉用具貸与事業所 | ** | 主治医 | ** (電話照会) | | |
| 検討した項目 | | | 検討結果 | | | |
| 【ベッドレンタルの必要性について】 ①医師の医学的所見 ②医学的所見を踏まえた必要性の判断 ③サービス担当者会議での必要性の検討 | | | ①4月15日 主治医** 医師に電話照会を行う。パーキンソン病治療薬による薬効のON・OFF現象により、日によって又は時間によって、状態変動が激しく、状態悪化時は日常生活全般的に何らかの介助が必要との意見をいただく。 ②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、例外給付に該当する要件 i) に該当すると判断する。 ③ (** 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整機能が付いたものが良いかと思われる。 (全員)上記の機能の付いた特殊寝台を導入することで意見が一致した。 | | | |
| 残された課題 <small>(次の開催時期)</small> | | | 現在の認定有効期間が5月31日で切れるため、その際に再度必要性を検討する。 | | | |

医師から得た医学的所見は、単に「福祉用具〇〇が必要」ではなく、疾病その他の原因及びそれに起因する状態像を具体的に記載してください。

医師の医学的所見に基づくケアマネジャーの判断については、医師からの聞き取り内容とケアマネジャーの判断の因果関係がわかるように記載してください。

サービス担当者会議において福祉用具貸与が特に必要との結論に至った旨を記載してください。