

ケアプラン等への記載事項一覧

下記の項目について、確認・検討した結果を記載してください。

① 医師の医学的所見の要点

医師名・医療機関名、照会方法（診療情報提供書／電話照会等）

医学的所見の要旨

疾病名・原因（医師所見に基づくもの）

該当する例外給付の状態像

危険性・悪化リスク・短期間での変化見込み等

② 利用者の心身状態・生活状況（具体）

現在のADL・動作状況

問題となっている生活場面（起き上がり、立ち上がり、移動、呼吸、嚥下等）

福祉用具がない場合に想定されるリスク

③ 本人・家族の意向

本人の意向（自立支援／安全確保／安楽な生活等）

家族の同意・支援姿勢

④ サービス担当者の具体的意見

各職種の意見

訪問介護・看護等：実際の介助状況・リスク

福祉用具事業所：機能選定理由

現状の課題と今後想定される変化

⑤ 代替手段の検討状況

人的支援のみでの対応可否、福祉用具導入以外の対応案の検討結果

⑥ 導入する福祉用具と機能

対象福祉用具名、必要と判断した具体的機能（背上げ、床板高さ、体位変換等）

その機能が必要な理由

⑦ 会議としての結論・合意

例外給付として申請することの可否、参加者全員の合意の有無

⑧ 今後の確認事項・再検討時期

導入後の効果確認内容、再検討のタイミング（認定更新時、状態変化時等）

サービス担当者会議の要点

本人氏名： _____ 様 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名： _____

開催日： _____ 開催場所： _____ 開催時間： _____ 開催回数： _____

会議出席者	所属（職種） / 氏名		所属（職種） / 氏名		所属（職種） / 氏名	
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 （続柄： ） ※備考						
検討した項目	特殊寝台の必要性について					
検討内容	<p>① 医師の医学的所見 令和〇年〇月〇日付、Dクリニック△△医師の意見書により、「利用者はパーキンソン病により内服加療中であり、ON・OFF現象の影響により、頻繁に臥位からの起き上がりが著しく困難となるため、福祉用具貸与の状態像（I）に該当する。」との意見を得た。</p> <p>② ケアマネジャーの判断 上記医師の医学的所見を踏まえ、状態が悪いときは起き上がりが困難であることから、『疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者』と判断する。</p> <p>③ 本人・家族の意向 本人は、在宅において、できる限り自分の力で起き上がりや身の回りの動作を継続して行っていきたいとの意向がある。 家族も、本人の安全確保及び自立した生活の継続のため、福祉用具の導入に同意している。</p> <p>④ サービス担当者会議における意見 ・（B訪問介護事業所の意見） 利用者は日によって症状の変動が大きく、状態が悪い時には起き上がり動作が困難となり、介助を要する場面が増えている。今後、症状悪化時の転倒等のリスクが高いと考えられる。 ・（C福祉用具貸与事業所の意見） 起き上がりに加え、立ち上がり動作にも支障が生じていることから、背上げ角度及び床板高さの調整機能を有する特殊寝台を導入することで、安全な動作の確保が可能と考えられる。</p> <p>これらの意見を踏まえ、福祉用具を導入することで、症状悪化時の身体的危険性の回避及び在宅生活の継続につながるとの認識で、参加者全員の意見が一致した。</p>					
結論	背上げ角度及び床板高さの調整機能を有する特殊寝台が必要であると判断し、軽度者に対する福祉用具貸与の手続きを行う。					
残された課題 （次の開催時期）	特殊寝台導入後の起き上がり動作の状況及び安全性について、一定期間経過後に効果を確認する。 現在の要介護認定有効期間が〇月〇日までであるため、更新時期にあわせて、引き続き福祉用具の必要性について再検討を行う。					

サービス担当者会議の要点

本人氏名： _____ 様 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名： _____

開催日： _____ 開催場所： _____ 開催時間： _____ 開催回数： _____

会議出席者	所属(職種)/氏名		所属(職種)/氏名		所属(職種)/氏名	
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：) ※備考						
検討した項目	特殊寝台の必要性について					
検討内容	<p>① 医師の医学的所見 令和〇年〇月〇日付、D病院△△医師からの主治医連絡票により、「利用者はがん末期の状態であり、今後、全身状態の急速な悪化が見込まれる。体力低下、疼痛増強及びADLの低下により、短期間のうちに臥位からの起き上がり及び体位変換が困難となる可能性が高く、早期に福祉用具を導入する必要がある状態である」との意見を得た。</p> <p>② ケアマネジャーの判断 上記医師の医学的所見を踏まえ、利用者は『疾病(がん末期)その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要となることが確実に見込まれる者』に該当すると判断した。</p> <p>③ 本人・家族の意向 本人は、在宅での生活を継続し、可能な範囲で自分の力を活かしながら安楽に過ごしたいとの意向を示している。 家族も、本人の身体的負担の軽減及び安全確保のため、福祉用具の早期導入に同意している。</p> <p>④ サービス担当者会議における意見 ・(B訪問介護事業所の意見) 最近、全身倦怠感や疼痛の影響により、起き上がりや体位変換に時間を要する場面が増えており、今後さらに介助量が増加することが予測される。 ・(C福祉用具貸与事業所の意見) 今後の急速なADL低下を見据え、背上げ角度や床板高さを調整できる特殊寝台を導入することで、本人の身体的負担軽減及び介助者の負担軽減につながると考えられる。</p> <p>これらの意見を踏まえ、症状悪化に先行して福祉用具を導入することが、在宅生活の継続及び安全確保のために必要であるとの認識で、参加者全員の意見が一致した。</p>					
結論	背上げ角度及び床板高さの調整機能を有する特殊寝台が必要であると判断し、軽度者に対する福祉用具貸与の手続きを行う。					
残された課題 (次の開催時期)	特殊寝台導入後の身体的負担の軽減状況及び生活状況について、適宜確認を行う。					

サービス担当者会議の要点

本人氏名： _____ 様 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名： _____

開催日： _____ 開催場所： _____ 開催時間： _____ 開催回数： _____

会議出席者	所属（職種） / 氏名		所属（職種） / 氏名		所属（職種） / 氏名	
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 （続柄： ） ※備考						
検討した項目	特殊寝台の必要性について					
検討内容	<p>① 医師の医学的所見 令和〇年〇月〇日、D病院 △△医師へ電話照会を行ったところ、「利用者は、ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全の既往、また嚥下障害を有しており、臥位時に呼吸状態や循環動態が不安定となる可能性がある。特に、嚥下障害により誤嚥性肺炎を発症するおそれが高く、症状の重篤化を回避する医学的見地から、福祉用具貸与の状態像（Ⅲ）に該当する。」との意見を得た。</p> <p>② ケアマネジャーの判断 上記医師の医学的所見を踏まえ、利用者は疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断した。</p> <p>③ 本人・家族の意向 本人は、在宅での生活を継続しつつ、呼吸状態の安定及び誤嚥リスクの低減を図り、安全に生活したいとの意向を示している。 家族も、急変時のリスクを軽減するため、福祉用具の導入が必要であることに同意している。</p> <p>④ サービス担当者会議における意見 ・（B訪問介護事業所の意見） 臥位時に咳込みや息苦しさが出現する場面があり、状態によっては急激に体調が悪化する可能性がある。体位を調整できる環境が必要である。 ・（C福祉用具貸与事業所の意見） 背上げ角度を細かく調整でき、呼吸状態や嚥下状態に応じた姿勢保持が可能な特殊寝台を使用することで、呼吸困難や誤嚥性肺炎のリスク軽減が期待できる。</p> <p>これらの意見を踏まえ、福祉用具を使用し適切な体位管理を行うことが、医学的観点から身体への重大な危険性及び症状の重篤化を回避するために必要であるとの認識で、参加者全員の意見が一致した。</p>					
結論	背上げ角度等の調整が可能な特殊寝台が必要であると判断し、軽度者に対する福祉用具貸与の手続きを行う。					
残された課題 （次の開催時期）	福祉用具導入後の呼吸状態、嚥下状況及び体調変化について、訪問時等に継続的な確認を行う。 利用者の病状変化に応じ、必要に応じて随時開催し、福祉用具の必要性について再検討する。					