長期にわたる宿泊デイ利用者に係るケアマネジメント点検支援シート

最長連泊数（H　．　．　現在）：　　区市町村名：　　番号：　　現在の状況（居場所）：

１　自宅で生活できない理由

	理由の有無	項目		内容
1		疾病及び医療的な処置		脳梗塞・糖尿病・その他（　　） 経管栄養・胃ろう・痰の吸引・インシュリン その他（　　）
2		家族が対応できない認知症		徘徊・異食・暴言暴行・火の不始末・ひどい物忘れ・その他 具体的な内容（　　）
3		家族の介護力不足		独居・身寄りなし・家族が疾病・家族が高齢・家族が障害者 その他（　　）
4		居住環境	物的	自宅が無い・段差がある・自室が無い・ごみ屋敷 その他（　　）
			近隣からの排除	徘徊・暴言暴行・不衛生・その他（　　）
5		経済		経済的困窮・経済的虐待・生活保護・その他 具体的な内容（　　）
6		病院等による受入れの拒否		
7		本人等が特養への入所拒否		
8		その他		

２１を解消するための検討状況

ケアマネ本人		事業所		サ担会議		地域包括		保険者		医療		その他	
有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

３２で検討した内容と具体的な方法

内容と方法（短期目標とサービス内容）	実施 有	実施 無

４　モニタリングの内容

①　デイサービス（宿泊利用時も含む）での状況確認

i 安全性	就寝状況	
	転倒防止等の対策	
ii 拘束	ドラッグロック	
	身体拘束	
	施錠	
iii 食事	献立・摂取量	
	特別食の必要性	
iv 入浴	入浴の回数・状況	
v 医療的な処置	インシュリン・血糖値の測定	
	胃ろう・経管栄養	
	ストマ	
	痰の吸引	
	服薬状況	
vi 受診状況	通院	
	訪問診療	
vii 権利擁護	金銭管理等	

②　次の生活の場の検討

検討項目	検討状況
家族の介護力の変化の確認	
自宅へ帰る	
施設入所の検討	件
病院への入院の検討	件

５　認知症の専門の機関につなげているか

認知症の進行等を考慮し、今後の見通しを立てているか

６　望ましい入所先等（宿泊デイ以外）

種別		説明を行ったか 有	説明を行ったか 無	申請を行ったか 有	申請を行ったか 無	実施の有無（現状）
介護保険施設	特別養護老人ホーム					
	介護老人保健施設					
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護					
	グループホーム					
その他の施設（　　）						
措置（特養・養護・救護）						
生活保護（介護扶助）						
その他（　　）						