

ケアプラン点検支援シートの記入要領

利用者のアセスメント、サービス計画書、モニタリング、支援経過をお手元に用意した上で、調査票に記入してください。

1から3の設問は項目ごとに左から右に連続して記載していくようになっています
確認できていない部分については、空欄でかまいません。

1 自宅で生活できない理由

■目的

自宅での生活の継続が不可能と判断した根拠について確認してください。

※ 理由の有無欄に記載してから、具体的な内容について記載してください。確認できていない場合は、未と記載してください。

(1) 疾病及び医療的な処置

- ・脳梗塞、糖尿病等のため、本人のADL・IADLに支障が生じており、自宅での生活に限界が来ていると考えた場合に記載する。
- ・経管栄養、胃ろう、痰の吸引、インシュリン等の医療的な処置が必要だが、家族や自宅で行うサービスでは対応できないため、自宅での生活が限界だと考えた場合に記載する。

(2) 家族が対応できない認知症

徘徊、異食（賞味期限切れのものを食べる、一度に同じものを大量に食べる等を含む）、暴言暴行、火の不始末、ひどい物忘れがある等で、家族が対応しきれないのか、また独居のため見守りができないのか等、認知症の周辺症状が顕著で自宅での生活が限界と考えた場合に記載する。

(3) 家族の介護力不足

独居だが、認知症や疾病の関係で一人で置いておけない。身寄りが無い。家族がいても介護者が疾病、高齢、障害者、その他の理由により介護する力が不足する場合に記載する。

(4) 居住環境

- ・物的な要因として、自宅がない、自宅内外に段差がある、自室がない、ゴミ屋敷となっており衛生的に居住できない等、居住環境に関連した内容で自宅での継続が不可能とした判断した場合に記載する。
- ・近隣からの排除の要因として、認知症による徘徊や暴言・暴行、火の不始末などにより近隣に迷惑がかかるなどの苦情が原因で自宅での生活の継続が不可能と考えた場合に記載する。

(5) 経済

低年金による経済的困窮、家族に年金を使われているなど経済的な虐待、生活保護を受けている等、経済的な問題があることで自宅での生活が限界と考えた場合に記載する。併せて、経済的な問題がなかったら、どういう方法があったと考えるかを確認する。

(6) 病院等による受入拒否

疾病がある（大量の服薬が必要、アリセプト等の高価な薬の服用等も含む）、医療的な処置が必要、認知症の周辺症状がある等の理由で、老健等の入所を断られている。病院から退院を迫られているなどの状況がある場合に記載する。

(7) 本人・家族の入所拒否

特養や老健などの入所許可が出たにもかかわらず、入所を断っている場合に記載する。。

(8) その他

上記の理由にあてはまらない状況から自宅での生活が限界と考えた場合に、具体的に記載する。（例：虐待など）

2 1を解消するための方法の検討

自宅での生活が限界である原因を解消するための方法を誰と連携をとりながら検討しているかを確認し、検討している場合は有、検討していない場合は無に○をして下さい。

(1) ケアマネジャー本人

ケアマネジャー本人が問題として認識しており、1で問題としてあげていれば、有に○をつける。

(2) 事業所内

所属している事業所内で検討を行っている場合は、有に○をつける。
この場合、相談相手が誰であるかは問わない。

(3) サービス担当者会議

関係者が参加したサービス担当者会議が開催され、会議の中で、当該問題が検討されていれば、有に○をつける。

(4) 地域包括支援センター

地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行う地域包括支援センターに当該問題について相談し、連携をとってあれば有に○をつける。

(5) 保険者

保険者に当該問題について相談してあれば、有に○をつける。内容によっては措置制度も含めて保険者と検討しているかも確認してください。

(6) 医療

当該問題について、主治医もしくは専門医に相談し連携している場合に有に○をつける。
内容によっては、今後の病状の変化等の予後予測も行っているかも確認してください。

(7) その他

民生委員や警察、近隣の友人等（地域の社会資源）を活用し連携をとっていれば、有に○をつける。

3のサービス内容と具体的な方法欄に検討した相手先を記載ください。

3 2で検討した内容と具体的な方法

それぞれの項目に関して、問題だと確認して検討を行った場合に記載する。

- 内容とは、2で検討した検討内容であり、居宅サービス計画書第2表の短期目標に相当する。
- 方法とは、2で検討した内容を具体的に解決するために行う方法であり、居宅サービス計画書第2表のサービス内容に相当する。
- 実施欄については、検討した方法を実践した場合には、実施欄の有にチェックを入れる。

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 夜間の就寝状況や転倒などの危険性がないかどうかをケアマネジャーが確認しているか（実際に夜間の状況を見ている必要は無いが、職員からの聞き取り等によりきちんと確認していること）。
- ii 拘束 認知度が高い利用者に対して、例えば行動を落ち着かせる為に、向精神薬等を過剰に服用させていないか、自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲んでないか、徘徊しないように、車椅子のベルト等で身体が拘束されていないか、また鍵を厳重にかけて外に出られないようにしていないか等の視点で確認をしているか。
- iii 食事 献立がきちんと立てられており、カロリー、栄養バランスが取れているか。減塩食や腎臓病食等の治療食、食べやすいように配慮された刻み食やペースト食、ソフト食等の対応が必要な利用者への対応がされているかの確認をしているか。
- iv 入浴 小規模デイの場合、一般的な家庭の浴槽での入浴となることが多いが、入浴の状況や回数、介助方法などが適正であるか確認しているか。
- v 医療的な処置 記載されている医療処置は医療従事者でないと行えない内容であるが、そのような処置が必要な場合、誰がどのように処置をしているか。また、服薬状況を確認しているか。
- vii 受診状況 通院している場合の対応方法や訪問診療が行われている場合、どのように行われているか、また訪問診療を自宅以外で行うことの正当性を確認しているか。
- vii 権利擁護 金銭管理等が適切に行われているか。誰が金銭管理を行っているかを確認しているか。

② 次の生活の場（特養以外）の検討

- モニタリング時に再度、家族の介護力の変化（疾病の完治、退職等）を確認しているか。
- 施設入所の可能性
自区市町村外や社会資源を広く探し、家族に情報提供をしているかを確認する。
- 病院への入院等
疾病や容態が悪化した場合や今後の状況の予測に基づき、病院等を探しているか。

5 認知症の専門の医療機関などに繋げているか

認知症の進行によっては、宿泊デイでは対応できなくなる場合がある。専門医と連携して今後の見通しを立てたうえでケアマネジメントを行っているか。連携状況を具体的に記載する。

6 望ましい入所先等（宿泊デイ以外）

居宅での生活の継続が不可能だと分析した結果、本来つなげることが望ましい支援内容について説明をしたかの有無、申請を行っているかの有無、実施できたかについて記載する。その他の施設とは、ケアハウスや高齢者専用住宅、有料老人ホーム等を想定している。また、措置制度や生活保護等の制度についても説明を行ったかを確認する。

最後に当該利用者が現在どこにいるかを記載する。