

モニタリング

- 利用後の生活・身体状態の変化や今後の意向、要望を伝えてください。

※(介護支援専門員は、1か月に1回のご自宅を訪問し、ご本人・ご家族に直接面談をして、様子・サービス利用の満足度・達成度を確認し記録をします。ケアプランの確認・評価を行います。)

- ◆ 月1回以上の訪問と面接を行い、またサービス提供事業者から状況を聞き、状態の変化等を評価し長期的にフォローしていきます。

- 経過記録の書類

- ・ 居宅介護支援経過記録 第4表

- 受付時から終結に至るまで随時記録します。

- (年月日、記入区分(受付・初期面接・アセスメント～終結等)・内容・判断・ご本人、家族の考え等)

- ・ モニタリングシート

- モニタリング時の「設定目標(短期目標)」について、ご本人・ご家族の「満足度・意見」・設定目標の「達成度」、「プラン修正の必要性とその理由」を評価・記録します。

- ・ 居宅サービス計画書(評価表) 第5表

- モニタリング時に「設定目標(短期目標)」の「当該サービスを行う事業所」について「達成・実現度合い」を評価・記録します。

※身体状況や精神状態は、ケアプランを実行していく過程で刻一刻と変化します。

そのようなときは、モニタリングの際にケアマネジャーと相談し、ケアプランの修正を依頼してください。

また、サービスの評価と同時にご本人の状態がどう変わっているかを検証します。

(必要に応じて再アセスメントしケアプランの修正を行います。)

ケアプラン修正の際にも、作成時と同じようにサービス担当者会議が開かれます。不安点や疑問点があれば、直接サービス事業者に伝えることができるので安心です。

→ 「アセスメント」に戻ります。(再アセスメント)