

介護予防サービスのポイント50評価票

～サービス向上のための自己評価～

〔氏名.....〕〔現在の所属における経験年数.....年〕

職種（いずれかに○ 複数可）

- 1 管理者 2 サ責 3 介護職
4 看護職 5 PT 6 OT
7 生活相談員
8 その他（ ）

日頃の介護予防サービスの提供を振り返り、

実施できているものに.....○

実施できているが不十分なものに.....△

実施できていないものに.....×

を記入してください。

実際に携わっていない項目については、その内容を意識されていれば○としてください。

1. サービスの受け入れ	<input type="checkbox"/> ① 介護予防のサービスについて説明しているか <input type="checkbox"/> ② 介護予防に対する意欲を把握しているか <input type="checkbox"/> ③ 本人、家族の介護予防に対する知識や理解の度を把握しているか <input type="checkbox"/> ④ 本人との信頼関係をつくっているか <input type="checkbox"/> ⑤ 支援開始のきっかけや、その経緯について確認しているか（本人の希望か、家族の希望か） <input type="checkbox"/> ⑥ サービス担当者会議に参加し、本人や家族、関係者間の連携や情報の共有ができているか <input type="checkbox"/> ⑦ 関係事業所間の信頼関係ができているか <input type="checkbox"/> ⑧ ケアマネジメント担当者から事業所に求められている支援内容や留意点を確認しているか	○の数 / 8コ
2. アセスメント	<input type="checkbox"/> ⑨ 日常生活状況（ADL、IADL）を把握しているか <input type="checkbox"/> ⑩ 健康状態や疾患の管理状況を把握しているか <input type="checkbox"/> ⑪ 家族状況等を把握しているか（本人と家族の関係はどうか） <input type="checkbox"/> ⑫ 楽しみや生きがい、生活歴を把握しているか <input type="checkbox"/> ⑬ 地域社会や仲間・友人等との交流状況を把握しているか <input type="checkbox"/> ⑭ 食事摂取量、水分摂取量を把握しているか <input type="checkbox"/> ⑮ 住環境について確認しているか <input type="checkbox"/> ⑯ 本人が自発性をもって生活しているかどうかを把握しているか <input type="checkbox"/> ⑰ ストレスの有無（程度）や悩みを把握しているか <input type="checkbox"/> ⑱ 本人が役割をもっているか <input type="checkbox"/> ⑲ 必要時にケアマネジメント担当者を通じて主治医へ連絡をとっているか <input type="checkbox"/> ⑳ アセスメントした内容を定期的に見直し、分析しているか	○の数 / 12コ
3. 個別援助計画の立案	<input type="checkbox"/> ㉑ 本人、家族のニーズを把握しているか <input type="checkbox"/> ㉒ ケアプランと介護予防サービス計画の目標が一致しているか <input type="checkbox"/> ㉓ 複数のスタッフが担当しても同じ支援ができる具体的な内容になっているか <input type="checkbox"/> ㉔ サービス提供期間内に達成が可能な、具体的な目標になっているか <input type="checkbox"/> ㉕ 介護予防の視点で計画を立てているか <input type="checkbox"/> ㉖ 個性を重視し、できる部分を伸ばす計画となっているか <input type="checkbox"/> ㉗ サービスを提供しない日を考慮したプログラムをたてているか（ホームプログラムをたてているか）	○の数 / 7コ
4. サービス提供	<input type="checkbox"/> ㉘ 思いや気持ち、悩みを共有し、意欲を引き出す関わりをしているか <input type="checkbox"/> ㉙ 「している事」「がんばっている事」に対するねぎらい等、継続できるよう支援しているか <input type="checkbox"/> ㉚ スタッフ全員が同じ目標に向かってサービスを提供し、その目標を日々意識して対応しているか <input type="checkbox"/> ㉛ 担当者が変わっても同じ技術支援ができ、質が確保されているか <input type="checkbox"/> ㉜ 本人ができないと思っていることでも、できる部分を見つけるなど自立支援の視点で支援しているか <input type="checkbox"/> ㉝ 自主性を尊重し、自己選択して行動できるよう支援しているか <input type="checkbox"/> ㉞ 生活全体がリハビリと捉えて関わっているか（在宅生活にあわせたプログラムで関わっているか） <input type="checkbox"/> ㉟ サービス提供日の体調や意欲等を把握しているか <input type="checkbox"/> ㊱ 不快感を与えないような関わりをしているか <input type="checkbox"/> ㊲ 本人とサービス提供側で思いが違う等の場合、話し合いの機会をもっているか <input type="checkbox"/> ㊳ 主治医の意見を反映させ、個々にあったサービス提供をしているか <input type="checkbox"/> ㊴ ケアマネジメント担当者やサービススタッフが本人の状態をよく観察し必要な報告をしているか <input type="checkbox"/> ㊵ 事業所スタッフがチームワークを形成し支援しているか <input type="checkbox"/> ㊶ 技術力アップ等のために研修会などを実施しているか <input type="checkbox"/> ㊷ 援助中の内容が具体的に支援経過票などに記載し、内容を活かす関わりをしているか	○の数 / 15コ
5. モニタリング	<input type="checkbox"/> ㊸ サービス利用による効果および評価結果を本人、ケアマネジメント担当者、事業所で共有しているか <input type="checkbox"/> ㊹ 評価結果をわかりやすく本人に伝え、話し合いの場を持っているか <input type="checkbox"/> ㊺ 本人の心身の状況の変化やサービスへの意向を重視した関わりをしているか <input type="checkbox"/> ㊻ 介護予防サービス計画書の目標達成状況を把握しているか <input type="checkbox"/> ㊼ 社会交流など社会資源を有効に活用できているか <input type="checkbox"/> ㊽ サービス事業所が得た情報をケアマネジメント担当者等に提供しているか <input type="checkbox"/> ㊾ ケアマネジメント担当者と視点が一致しない場合にサービス担当者として意見をだしているか <input type="checkbox"/> ㊿ 評価結果を次の目標に活かしているか	○の数 / 8コ