

『介護予防サービスのポイント50』ガイドライン

このガイドラインは、介護予防サービス提供事業所のスタッフが「介護予防サービスのポイント50」による評価を実施する際の参考にさせていただくものです。保管していただき、ご活用ください。

評価の目的

サービス提供の一連の流れについて評価することで、サービス提供の際に必要な視点についての理解を深め、スタッフおよび事業所全体としての課題を明らかにし、サービスの質の向上につなげるもの

活用方法（例）

- ①事業所内研修やカンファレンス等、スタッフ全員が集まる場で、責任者・管理者が説明を行い、実施する。
- ②スタッフ全員に配付・説明をし、各自で実施し、回収する。

留意事項

- ①日々のサービス提供を振り返る機会として、このガイドラインを基に、定期的に評価を実施してください。
- ②責任者・管理者の方は、全スタッフの結果を確認し、事業所全体のサービス提供についての振り返りを行ってください。
- ③実際には携わっていない項目についても、その内容を日頃から意識してサービス提供をするよう心がけてください。

| | ポイント50 | 評価のためのガイドライン（★は評価する際の基準を示したものです） |
|-------------|---|--|
| 1. サービス受け入れ | <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程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ますか <input type="checkbox"/> ⑦関係事業所間の信頼関係ができていますか <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 | ①本人や、その家族等にパンフレット等を用いて、「介護予防」、「介護予防サービス」とは何かを説明しましょう。 ②本人が介護予防に対してどのくらい意欲があるかを確認しましょう。 ③介護予防に関する説明に対する反応なども含めて、本人、家族がどのくらい知識や理解があるかを把握しましょう。 ★具体的に把握する機会をつくり、把握した事項を記録として残してあれば○ ④日々の関わり、会話等を通じて、本人との信頼関係を築きましょう。 ⑤なぜ介護や支援が必要な状態になったのか、また、サービスを利用することになったのか確認しましょう。 ⑥サービス開始前の担当者会議に参加し、本人や家族、関係者間で目標を確認し、情報を共有しましょう。 ★担当者会議に出席のうえ、内容を記録・保管し、関係者間の連携と情報共有のために具体的に工夫していれば○ ⑦日頃から、他のサービス事業所等と連絡をとりあい、情報交換できるような体制を作りましょう。 ⑧どのようなことを目標・目的としてサービスを導入したのか、サービス事業所に求められている役割を確認しましょう。 ★不明な点については連絡をとり確認し、その内容について記録していれば○ |

| | ポイント50 | 評価のためのガイドライン (★は評価する際の基準を示したものです) |
|------------------|---|---|
| 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 | ⑨本人のADL、IADLについて評価シート等を用いて把握しましょう。 ⑩本人の健康状況や疾患の管理状況、服薬管理など、サービス提供時に留意する事柄も含めて確認しましょう。 ⑪本人に関わる家族の状況(健康状況、生活状況、人間関係、本人への関わり方)等を確認しましょう。 ⑫本人の楽しみ、生きがい、生活歴を、過去も含めて把握しましょう。 ⑬地域の方々や、仲間・友人との交流状況(頻度・関わり方)等を把握しましょう。 ⑭1日の食事量、水分摂取量を具体的に把握しましょう。(1日の摂取カロリー、内容、栄養バランス、摂取量) ⑮危険な箇所や移動に困難な場所はないかを確認しましょう。(自宅、自宅周辺における日常生活の動線を確認) ⑯本人が、サービス事業所や他者に対して依存的かどうか、また、どのようなときに依存的かを確認しましょう。 ★具体的な把握内容が記録されていれば○ ⑰本人や家族等のストレスの有無、その程度、悩み等を把握しましょう。 ⑱本人が家庭や社会でどんな役割を持っているかを把握しましょう。 ⑲サービス提供にあたり、疾患のことやリスク管理について、ケアマネジメント担当者を通じて主治医の意見等を確認しましょう。 ⑳アセスメントした内容の原因・背景を分析し、予後予測することで、ニーズを導き出すようにしましょう。 ★見直し・分析の時期を具体的に定めていれば○ |
| 3. 個別援助計画書の立案 | <input type="checkbox"/> ㉑本人、家族のニーズを把握しているか <input type="checkbox"/> ㉒ケアプランと個別援助計画書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) | ㉑本人、家族のニーズについてそれぞれ把握しましょう。 ㉒目標設定の際には、ケアプラン(包括支援センターが作成する介護予防サービス支援計画書)の目標を確認し、計画書(事業所の作成する個別援助計画書)の方向性が一致するようにしましょう。 ㉓計画書の内容は複数のスタッフが担当しても同じ支援ができるような具体的な内容にしましょう。 ㉔目標は達成期間を設定し、達成状況が確認できる具体的な内容にしましょう。 ㉕介護予防の視点で、本人の意欲やできる部分を伸ばすことを意識した計画にしましょう。 ★本人のどの部分を伸ばすかが明らかになっていれば○ ㉖アセスメントから得た情報を含めて、個性性を重視し、本人のできる部分を伸ばすことを意識した計画としましょう。 ★重視した個性性が明らかになっていれば○ ㉗自宅で本人がサービス提供日以外にも実施できるホームプログラムを、立てましょう。 |

| | ポイント50 | 評価のためのガイドライン (★は評価する際の基準を示したものです) |
|-----------|---|---|
| 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 | <p>㉘ 信頼関係をつくり、思いや気持ち・悩みを共有し、本人の意欲を引き出すような関わりをしましょう。</p> <p>㉙ 本人が「している事」「がんばっている事」をねぎらい、声かけすることで本人の意欲を引き出し、また、継続できるように支援しましょう。</p> <p>㉚ 事業所内で、カンファレンスを積極的に実施し、計画で定めた目標を、事業所内で話し合いましょ。また、スタッフ全員が目標を日々意識してサービスを提供できるよう努めましょ。</p> <p>★定期的にカンファレンスを行うなど、スタッフの意識を共有することを目的とした機会を設けていれらば○</p> <p>㉛ 事業所内での研修を積極的に実施し、技術・知識が向上するよう努めましょ。また、責任者・管理者は研修会に参加しやすい体制づくりに努めましょ。</p> <p>㉜ 支援する上で、本人の様子など、少しの変化も見逃さないようにし、声かけするなどして自立支援の視点で支援ましょ。</p> <p>★本人のできる部分を見つけ、それが実際に行えるような援助を行っていれらば○</p> <p>㉝ さまざまな取り組みについて、本人が自己選択、自己決定できるような支援ましょ。</p> <p>㉞ “機能訓練”だけでなく、生活全体をリハビリと捉えましょ。サービス利用時だけでなく、在宅での日常生活も含めて本人と関わらましょ。</p> <p>★ホームプログラムを意識した関わりをしていれらば○</p> <p>㉟ 本人の様子、問診、家族からの情報等からサービス提供日の体調や意欲などを把握ましょ。</p> <p>㊱ 身だしなみ、言葉遣い、態度等、本人に不快感を与えないような関わり方をましょ。また、日頃から、スタッフの身だしなみなどに気を配らましょ。</p> <p>㊲ 本人の思いとサービス提供側の思いに違いある場合は、話し合いの機会を作り、双方の話しを十分に聞くようにましょ。</p> <p>㊳ サービスの内容は、アセスメントなどから定め、個々に合わせた内容にましょ。</p> <p>㊴ サービス提供時には、本人の状態をよく確認し、他のサービス事業所やケアマネジメント担当者と責任者・管理者間で必要な情報を報告し合いましょ。</p> <p>㊵ 事業所内でカンファレンス等を積極的に実施し、意見や情報を共有し、チームで支援に関わるように働きかけましょ。</p> <p>㊶ 事業所内や外部の研修を通じてスキルアップを図るよう努めましょ。また、責任者・管理者はその支援ましょ。</p> <p>㊷ 支援経過票には、その日の援助中に発生した出来事、本人の様子などを具体的に記入し、どう対応したか、どう考えたかも具体的に記入ましょ。</p> |

| | ポイント50 | 評価のためのガイドライン（★は評価する際の基準を示したものです） |
|-----------|--|---|
| 5. モニタリング | <input type="checkbox"/> ⑬ 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 | ⑬ 効果や評価結果を数値等で具体的に本人がわかるように示し、本人、関係職員で共有するようにしましょう。 ★必要な情報を数値化し、本人、関係職員に示していれば○ |
| | <input type="checkbox"/> ⑭ 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 | ⑭ 評価結果を本人に伝え、再度意向などを確認しましょう。 |
| | <input type="checkbox"/> ⑮ 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 | ⑮ サービス提供期間中には、本人の心身の状況の変化をとらえ、また意向を把握することで、サービスの変更などを検討しましょう。 |
| | <input type="checkbox"/> ⑯ 個別援助計画書の目標達成状況を把握しているか | ⑯ 計画で設定した目標の達成状況を把握し、必要に応じて目標の見直しをしましょう。責任者・管理者は日頃からスタッフのサービス提供の状況を把握しましょう。 ★定期的に達成状況を把握する機会を設けていれば○ |
| | <input type="checkbox"/> ⑰ 社会交流など社会資源を有効に活用できているか | ⑰ 利用しているサービス以外の社会資源（地域・仲間・友人等）を活用することで、本人が地域とのつながりを保ち、本人のQOL（生活の質）を高められているかを確認しましょう。 |
| | <input type="checkbox"/> ⑱ 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 | ⑱ ケアマネジメント担当者等と情報の共有に努めましょう。 |
| | <input type="checkbox"/> ⑲ 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 | ⑲ ケアマネジメント担当者と視点が一致しない場合には、サービス提供側から質問や意見を伝えましょう。 |
| | <input type="checkbox"/> ⑳ 評価結果を次の目標に活かしているか | ⑳ 評価結果を反映して、次の目標設定を行いましょう。そのため、責任者・管理者は、日頃からサービス提供の状況を把握しましょう。 |

[問合せ]

富山市役所 長寿福祉課 介護予防推進係
TEL 443-2061 / FAX 443-2180