

介護予防ケアプラン作成のための自己点検シート（尼崎市）

1. 介護予防支援における課題分析（アセスメント）	
<input type="checkbox"/>	アセスメントについて、自宅を訪問し、利用者及び家族に面接していますか。
<input type="checkbox"/>	基本チェックリスト、興味・関心チェックシート、バランス食事チェックシートを作成する時は、利用者自身が作成またはケアマネジャーと共同で作成していますか。
<input type="checkbox"/>	アセスメントシートを使用するなど、適切な方法で情報収集を行い、解決すべき課題を把握していますか。
<input type="checkbox"/>	家族構成図、住宅見取り図も作成していますか。
2. 介護予防計画書作成	
	アセスメント領域と現在の状況
<input type="checkbox"/>	基本チェックシート、興味・関心チェックシート、バランス食事チェックシートの情報を活用し、各アセスメント領域について記載していますか。
	本人・家族の意欲・意向
<input type="checkbox"/>	各アセスメント領域ごとに、本人・家族の意欲・意向を、その理由も含めて具体的に記載していますか。
	領域における課題（背景・原因）
<input type="checkbox"/>	各アセスメント領域ごとに課題の有無と、解決すべき点や予想されるリスクなどを整理し、その背景や原因について記載していますか。
	総合的課題
<input type="checkbox"/>	各アセスメント領域の課題から、「課題の背景や原因が共通するものでまとめる」、「目標や支援の方向性が共通するものでまとめる」など課題の統合を図り、優先度の高い順に列挙していますか。
	課題に対する目標と具体策の提案
<input type="checkbox"/>	「総合的な課題」を解決（改善）するために、利用者や家族にとって最も適切と考える目標と具体策を、専門的な観点から提案していますか。
<input type="checkbox"/>	目標は漠然としたものではなく、評価が可能な具体的なものになっていますか。
<input type="checkbox"/>	課題の優先順位を見立てて記載していますか。
<input type="checkbox"/>	他制度による支援、または家族や親族、地域活動による支援などインフォーマルサービスについても記載していますか。
	具体策についての意向 本人・家族
<input type="checkbox"/>	計画作成者が提案した具体策について、本人・家族の意向を記載していますか。又、具体策について合意が得られなかった場合は、その理由や根拠などについて利用者や家族の考えを記載していますか。
	目標
<input type="checkbox"/>	計画作成者と利用者・家族の三者が合意した具体的な目標を設定していますか。
	目標についての支援のポイント
<input type="checkbox"/>	サービス事業者や支援者がサービス提供時に留意する点や支援のポイントを記載していますか。
	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス
<input type="checkbox"/>	目標に向けての、本人が取り組むこと（セルフケア）、家族の支援、地域などのインフォーマルサービスなどについて記載していますか。

介護予防ケアプラン作成のための自己点検シート（尼崎市）

3. 介護予防支援におけるサービス担当者会議の要点	
<input type="checkbox"/>	ケアプランを新規に作成したとき、更新又は区分変更認定を受けたときなど適切な時期にサービス担当者会議を実施していますか。
<input type="checkbox"/>	会議は利用者、家族を含め主治医など、関係するサービス担当者に出席を求めていますか。
<input type="checkbox"/>	会議に出席できないサービス担当者がある場合、その者に照会した内容を記載していますか。
<input type="checkbox"/>	検討した項目や内容を具体的に記載し、担当者の役割分担が確認できるようにしていますか。
<input type="checkbox"/>	医療系サービスを位置づける場合、主治医等の意見を聞き取り、記載していますか。
4. 介護予防支援におけるモニタリング	
<input type="checkbox"/>	少なくとも3か月に1回利用者宅を訪問し利用者とは面接を行い、モニタリングの結果を記録していますか。また、利用者宅を訪問しない月は、事業所への訪問、利用者への電話等の方法により利用者自身に確認し、モニタリングを行っていますか。 （※居宅介護支援では少なくとも1月に1回自宅を訪問し利用者とは面談することが必要。）
<input type="checkbox"/>	目標ごとに評価し、その結果をもとに必要なサービスの見直しを行っていますか。
5. 訪問型サービスを位置づける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	利用者の自立支援を阻害する又は過度なサービスの位置付けを行っていませんか。
<input type="checkbox"/>	専門型訪問サービス又は標準型訪問サービスを選択する際、尼崎市介護予防ケアマネジメントマニュアル内の訪問型サービスの選択基準【フロー】で確認し、位置づけを行っていますか。
<input type="checkbox"/>	認知症高齢者自立度Ⅱa以上または、障害高齢者自立度A1以上の要支援認定者について、一律に専門型訪問サービスを位置付けるのではなく、身体介護や専門的援助が必要でない場合は、標準型訪問サービスの位置づけができていますか。
6. 通所型サービスを位置づける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	加算を算定している場合、その加算が本人にとって必要な加算であることを確認していますか。また、その加算の継続の必要性について検討していますか。
7. 介護予防訪問看護を位置づける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護のリハビリを位置づける場合、主治医の指示の確認、及び訪問リハビリではなく訪問看護でのリハビリの必要性について検討していますか。
8. 介護予防福祉用具貸与を位置づける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	軽度者に対する福祉用具貸与について、保険給付の必要性がある場合、例外給付の申請等の手続きを行っていますか。
<input type="checkbox"/>	電動車椅子を位置づける場合、利用者の運動機能や認知機能等を把握し、操作の安全性について十分検討していますか。
9. 暫定ケアプランを位置づける際の点検項目	
<input type="checkbox"/>	認定結果が要介護又は要支援のいずれになるか判断できない場合、包括支援センターと連携を取りながら暫定プランを作成していますか。
10. その他	
<input type="checkbox"/>	総合事業の通所型サービスと介護予防通所リハビリの併用を検討していませんか。（併用はできません。）
<input type="checkbox"/>	他市に住民票をおく利用者に、尼崎市内の総合事業又は地域密着型サービスの位置付けを検討していませんか。（原則、他市に住民票がある利用者は当該サービスを利用できません。）