

自己点検シート（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）

事業所名	
点検者 (職名及び氏名)	
電話番号	
点検年月日	年 月 日

介護給付費の算定状況（直近2年）

・該当する項目を○で囲んでください。

実施主体	地域包括支援センター ・ 指定居宅介護支援事業所	
自費サービスの提供	あり	なし
高齢者虐待防止 措置未実施減算	あり	なし
業務継続計画 未策定減算	あり	なし
中山間地域等 の居住者への サービス提供加算	あり	なし
初回加算	あり	なし
委託連携加算 (事業主体が地域 包括支援センター の場合のみ)	あり	なし

自己点検シート

○各項目を確認書類等により点検し、確認事項の内容を満たしているものには「適」、満たしていないものには「不適」、該当のないものには「該当なし」にチェックをしてください。

○「Ⅰ基本方針からⅤ変更の届出」までは、別に定める場合を除き、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの共通とします。その際、介護予防ケアマネジメントにおいては、介護予防サービス計画を介護予防ケアプランに、介護予防支援事業者を介護予防ケアマネジメント事業受託者に、それぞれ読み替えてください。

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
Ⅰ 基本方針					
1 基本方針	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われていますか。	・運営規程 ・重要事項説明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供に当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
II 人員基準					
2 従業者の員数	<p>【地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者の場合】</p> <p>事業所ごとに1以上の員数の指定介護予防支援の提供に当たる必要な数の保健師その他の指定介護予防支援に関する知識を有する職員(※)を置いていますか。</p>	<p>・職員の勤務体制表 ・常勤・非常勤の区分及び1か月の勤務時間が分かる書類 ・職員の専任、兼任の状況が分かる書類 ・出勤簿又はタイムカードなど出勤時間が分かる書類 ・職員の資格、実務経験が分かる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(※)次のいずれかの要件を満たす者であって、都道府県が実施する研修を受講する等介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者を充てていますか。</p> <p>→ 保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験のある看護師、高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事</p> <p>・上記の要件を満たしていれば、地域包括支援センターの職員等と兼務して差し支えない。 ・利用者の給付管理にかかる業務等の事務的な業務に従事する者については、上記の要件を満たしていなくても差し支えない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【居宅介護支援事業者が運営する介護予防支援事業所の場合】</p> <p>事業所ごとに1以上の員数の指定介護予防支援の提供に当たる必要な数の介護支援専門員を置いていますか。</p> <p>なお、当該介護支援専門員は、当該居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を併せて受け、当該指定居宅介護支援事業所において指定介護予防支援を行う場合にあっては、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と兼務して差し支えない。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>介護予防支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>担当職員が不在となる場合であっても、管理者、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に担当職員に連絡が取れるなど利用者の支援に支障がないよう体制を整えていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
3 管理者	<p>【地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者の場合】</p> <p>事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置いていますか。 ただし、管理上支障がない場合は、当該指定介護予防支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定介護予防支援事業所である地域包括支援センターの職務に従事することはできる。</p>	<p>・管理者の雇用形態が分かる文書</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>【居宅介護支援事業者が運営する介護予防支援事業所の場合】</p> <p>管理者は、専らその職務に従事する主任介護支援専門員(主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、介護支援専門員)を配置していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>管理上支障がない場合は、他の事業所等と兼務することができます。</p>				
	<p>→ 次の事項について記載してください。</p>				
	<p>・兼務の有無 (有 ・ 無)</p>				
	<p>・他事業所等の職務と兼務している場合は 兼務事業所の事業所名称、職種名、 1週間あたりの勤務時間数</p>				
<p>事業所名： () 職種名： () 1週間あたりの勤務時間： (時間)</p> <p>なお、以下の場合は、管理者の業務に支障があると考えられます。</p> <p>・訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者と兼務する場合(当該訪問系サービス事業所における勤務時間が極めて限られている場合を除く。)</p> <p>・事故発生時や災害発生等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定介護予防支援事業所又は利用者の居宅に駆け付けることができない体制となっている場合</p>					

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
Ⅲ 運営基準					
4 内容及び手続の説明及び同意	指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、担当職員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、 利用者又はその家族に対し 、介護予防サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の介護予防サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等について説明を行い、理解を得ていますか。	・重要事項説明書 ・利用契約書 ・同意に関する記録 ・事業者が発行するパンフレット、チラシ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由の説明を求めることが可能であることについて、説明し理解を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、当該利用者に係る担当職員（ 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の場合にあっては介護支援専門員。以下同じ。 ）の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んでいませんか。 ※正当な理由の主な例 ①利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域以外である場合 ②利用申込者が他の指定介護予防支援事業所にも併せて指定介護予防支援の依頼を行っていることが明らかな場合 ③ 当該事業所（指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の当該指定に係る事業所に限る。）の現員からは利用申込に応じきれない場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 サービス提供困難時の対応	当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、自らサービスを提供することが困難であると認めた場合は、他の指定介護予防支援事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 受給資格等の確認	指定介護予防支援の提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間を確かめていますか。	・利用者の介護保険被保険者証番号、有効期限等を確認している記録等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 要支援認定等の申請に係る援助	被保険者の要支援認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	指定介護予防支援の提供の開始に際し、要支援認定を受けていない利用申込者については、要支援認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要支援認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要支援認定の有効期間の満了日のする30日前には行われるよう、必要な援助を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
9	身分を証する書類の携行 担当職員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族の求めに応じて提示するよう指導していますか。	・身分を証する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	利用料等の受領 法定代理受領サービスに該当しない介護予防支援を提供した場合の利用料と、介護予防サービス計画費の額との間に、不合理な差額を生じさせていませんか。	・運営規程 ・交通費を徴収する場合は、当該説明及び同意に関する記録、請求書・領収書控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【居宅介護支援事業者が運営する介護予防支援事業所の場合】 運営規程に定められた交通費(利用者の居宅が通常の事業の実施地域以外の地域の場合)以外の支払いを利用者から受けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通常の事業の実施地域外でサービスを提供し、それに要した交通費の支払いを利用者から受ける場合は、あらかじめ利用者又はその家族に説明し、同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	保険給付のための証明書の交付 提供した指定介護予防支援について前項の利用料の支払を受けた場合には、当該利用料の額等を記載した指定介護予防支援提供証明書を利用者に対して交付していますか。	・介護予防支援提供証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	【地域包括支援センターの設置者である介護予防支援事業者の場合】 指定介護予防支援の一部を委託する場合に、次の①～④に掲げる事項を遵守していますか。 ・委託を行ったとしても、指定介護予防支援に係る責任主体は指定介護予防支援事業者であり、委託を受けた指定居宅介護支援事業所が介護予防サービス計画原案を作成した際には、当該介護予防サービス計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当かどうか等について確認を行うこと、委託を受けた指定居宅介護支援事業者が評価を行った際には、当該評価の内容について確認を行い、今後の方針等について必要な援助・指導を行うことが必要。	・委託契約に関する書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	① 委託に当たっては、公正中立の確保等の観点から、地域包括支援センター運営協議会の議を得なければならないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 委託に当たっては、適切かつ効率的に介護予防支援業務が実施できるよう委託する業務の範囲や業務量について配慮すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 委託する指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する事業者でなければならないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 委託する指定居宅介護支援事業者に対し、介護予防支援業務を実施する介護支援専門員が、適正な業務を行うことを定めた基準に関する規定を遵守するよう措置させなければならないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
13 法定代理受領サービスに係る報告	毎月、市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合は、当該国民健康保険団体連合会）に対し、介護予防サービス計画において位置付けられている指定介護予防サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用票 ・ サービス提供票 ・ 給付管理票 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防サービス計画に位置付けられている基準該当介護予防サービスに係る特例介護予防サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合は、当該国民健康保険団体連合会）に対して提出していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付	<p>次の場合、利用者に直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付していますか。</p> <p>①利用者が要介護認定を受け、指定居宅介護支援事業者に変更した場合 ②利用者からの申出があった場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス計画 ・ 実施状況に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 利用者に関する市町村への通知	<p>指定介護予防支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知していますか。</p> <p>①正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態の程度を増進させたとき。 ②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供に関する記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 管理者の責務	<p>管理者は、当該指定介護予防支援事業所の担当職員その他の従業者の管理、指定介護予防支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行っていますか。また、管理者は担当職員その他従業者に法令・基準等を遵守させるために必要な指揮命令を行っていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織図 ・ 業務分担表 ・ 業務報告書 ・ 業務日誌等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 運営規程	<p>事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めていますか。</p> <p>①事業の目的及び運営の方針 ②職員の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 ④指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥虐待の防止のための措置に関する事項 ⑦その他運営に関する重要事項</p> <p>※⑥については、虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示す内容であること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 勤務体制の確保等 ①（勤務表、研修の機会等）	<p>月ごとの勤務表を作成し、担当職員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の勤務体制表（原則として月ごと） 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事業所ごとに、当該指定介護予防支援事業所の担当職員によって介護予防支援の業務を提供していますか。ただし、担当職員の補助の業務についてはこの限りでない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 雇用契約書 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>担当職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保していますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修受講修了証明書 ・ 研修計画 ・ 研修実施記録 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
18 ② 勤務体制の確保等② (ハラスメント)	(4) 適切な介護予防支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じていますか。				
	① 次の指針に規定されている内容に沿って必要な措置を講じていますか。 (1) 事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号） (2) 事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発していますか。	・ハラスメント防止に関する方針 ・従業者に周知・啓発していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 相談（苦情を含む。）に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談の対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知していますか。	・担当者を設置したことが分かる文書 ・従業者に周知していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	※②・③の措置を講じるにあたっては次のマニュアルや手引きを参考にすること。（厚生労働省ホームページ掲載） (1) 介護現場におけるハラスメント対策マニュアル (2) （管理職・職員向け）研修のための手引き				
19 業務継続計画の策定等	④ 介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、次の事項について取り組むように努めていますか。 (1) 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 (2) 被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等） (3) 被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施、業種・業態等の状況に応じた取組）	・各取組がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていますか。 計画に必要な項目 ① 感染症に係る業務継続計画 (1) 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等） (2) 初動対応 (3) 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等） ② 災害に係る業務継続計画 (1) 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等） (2) 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等） (3) 他施設及び地域との連携	・業務継続計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業者は職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
20 設備及び備品等	事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えていますか。	・事業所の平面図 ・設備・備品台帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	専用の事務室又は区画については、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースが確保されていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
従業者の健康管理	担当職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行っていますか。	・衛生管理に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 感染症の予防及びまん延の防止のための措置	事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っていますか。 ※事業所の従業者が1名である場合は、②の指針を整備することで、委員会を開催しないことも差し支えない。	・委員会の実施記録 ・従業者に周知していることがわかる資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備していますか。 ※「介護現場における感染対策の手引き」（厚生労働省）を参考にすること。	・指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③事業所において、介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施していますか。 ※研修については、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。	・研修及び訓練の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 掲示	事業所の見やすい場所に、運営規定の概要、担当職員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示していますか。 ※事業所は、上記に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができます。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>重要事項をウェブサイトに掲載していますか。</u> <u>【令和7年3月31日まで努力義務】</u> <u>ここでいうウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムを指します。</u>	・法人のホームページ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>なお、指定介護予防支援事業者が、自ら管理するホームページ等を有さず、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、これを行わないことができます。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
23 秘密保持等	従業者及び管理者が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。	・ 秘密保持に関する就業時の取り決め ・ 就業規則	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	従業者及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ていますか。	・ 利用者の個人情報同意等の記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護予防支援においては、特に、サービス担当者会議に介護予防サービス事業者、主治医のほか地域において利用者を支援する取組を行う住民等の様々な関係者が参加する機会が多くなるのが想定されるが、サービス担当者会議において用いられた個人情報が正当な理由なく目的外に使用されないよう、例えば法令上の守秘義務がない者に対しては、個人情報を適切に取り扱う旨に同意する文書を提出させるなど、指定介護予防支援事業者は、利用者等に係る個人情報の保護に留意していますか。	・ 個人情報取り扱いに関する文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 広告	広告内容が虚偽又は誇大なものになっていませんか。	・ 事業者が発行するパンフレット、チラシ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 介護予防サービス事業者等からの利益收受の禁止等	事業者及び管理者は、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定介護予防支援事業所の担当職員に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	担当職員は、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	事業者及びその従業者は、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該介護予防サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受していませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	利益誘導のために特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	担当職員は、介護予防支援の加算を得るために、支援すべき総合的な課題に即さない介護予防サービスを介護予防サービス計画に位置付けていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
26 苦情処理	<p>利用者及びその家族からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応していますか。また苦情受付窓口を設置する等必要な措置を講じていますか。</p> <p>ここでいう「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、<u>かつウェブサイトに掲載すること</u>等である。</p> <p>苦情件数 : 年 件程度 苦情相談窓口の設置 : 有 ・ 無 相談窓口担当者 :</p>	<p>・法人のホームページ ・苦情対応マニュアル ・苦情に関する記録 ・市町村への報告記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>苦情相談を受けた場合には、苦情相談等の内容を記録・保存していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 事故発生時の対応	<p>事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じていますか。</p>	<p>・事故対応マニュアル ・事故に関する記録 ・再発防止策の検討の記録 ・ヒヤリハットの記録 ・市町村・家族への報告の記録 ・損害賠償関係書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>事故があった場合、事故の状況や措置について記録していますか。 →過去一年間の事故の有無 : 有 ・ 無 →市への報告 : 有 ・ 無</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>※過去に事故が発生していない場合でも、あらかじめ対応方法や記録様式等を定めておくことが望ましい。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行っていますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 虐待の防止 【減算項目】	<p>虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じていますか。</p>	<p>・委員会の実施記録 ・従業者に周知していることがわかる書類</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>1. 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。 ※委員会の検討内容 (1) 虐待防止検討委員会その他事業所内組織に関すること (2) 虐待の防止のための指針の整備に関すること (3) 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること (4) 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること (5) 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること (6) 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること (7) 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>2. 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。 ※指針に盛り込む項目 (1) 事業所における虐待の防止に関する基本的な考え方 (2) 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 (3) 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針 (4) 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針 (5) 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項 (6) 成年後見制度の利用支援に関する事項 (7) 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項 (8) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項 (9) その他虐待の防止の推進のために必要な事項</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>3. 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。 ※新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。 ※研修の実施内容についても記録すること。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>4. 上記3項目に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p>	<p>・担当者を設置したことが分かる文書</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
29 会計の区分	事業所ごとに経理を区分するとともに、指定介護予防支援の事業の会計とその他の事業の会計を区分していますか。	・ 会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備していますか。	・ 職員名簿・設備台帳 ・ 会計関係書類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存していますか。 ①介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録 ②介護予防サービス計画（利用者ごと） ③アセスメントの結果の記録（利用者ごと） ④サービス担当者会議等の記録（利用者ごと） ⑤評価の結果の記録（利用者ごと） ⑥モニタリングの結果の記録（利用者ごと） ⑦（ <u>身体的拘束を行った場合のみ</u> ） <u>身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録</u> ⑧市町村への通知に係る記録 ⑨苦情の内容の記録 ⑩事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すもの。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 電磁的記録等	（電磁的記録について） (1) 作成、保存その他これらに類するもののうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る、電磁的記録により行うことができます。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもののうち、西宮市条例の規定において書面で行うことが規定されている又は規程されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができます。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果			
			適	不適	該当なし	
IV 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準						
32 基本取扱方針	指定介護予防支援は、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標指向型の計画を策定していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 ① ① 具体的取扱方針	(1) 管理者は、担当職員に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(1)の2 (介護予防ケアマネジメントのみ) 介護予防ケアプランの作成については、地域包括支援センターに配置されている三職種又は地域包括支援センターから事業の一部委託を受けている居宅介護支援事業所の介護支援専門員により実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行っていますか。	・事業者が発行するパンフレット、チラシ ・説明文書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>(2)の2 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ったことはありますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>身体的拘束等を行ったことがある場合は、次の事項について記載してください。</u> <u>利用者名：()</u> <u>時期：()年()月</u> <u>記録の有無：(有・無)</u>	・身体的拘束等の記録				
	<u>【身体的拘束等を行ったことがない場合にも、以下の事項にご留意ください】</u> <u>・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する必要があります。</u> <u>・緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要です。なお、当該記録は、2年間保存しなければなりません。</u>					
	(3) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防支援サービス等の利用が行われるようにしていますか。	・介護予防サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
33 ② ② 具体的取扱方針	(4) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防サービス計画上に位置づけるよう努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適正な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、利用者が現に抱えている課題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握していますか。 ①運動及び移動 ②家庭生活を含む日常生活 ③社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション ④健康管理	・アセスメントシート ・課題分析の記録 ・介護予防支援経過 ・介護予防サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 担当職員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行っていますか。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人及び指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間を記載した介護予防サービス計画の原案を作成していますか。	・介護予防サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 担当職員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共に共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地から意見を求めていますか。 ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることで差し支えない。 （テレビ電話装置等の活用可。ただし、利用者又はその家族（「利用者等」とする）が参加する場合は、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得なければならない。）	・サービス担当者会議記録 ・サービス担当者に対する照会内容 ・同意書（テレビ電話等を活用する場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ていますか。	・介護予防サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付していますか。	・介護予防サービス計画書を交付した記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(12) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、個別サービス計画の提出を求めていますか	・個別サービス計画の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
33 ③ ③ 具体的取扱方針	(13) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの実施状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取していますか。	・連絡調整に関する記録 ・情報提供に関する記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(14)の2 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認められるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(15) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価していますか。	・モニタリング記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(16) 担当職員は、実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等と連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行っていますか。	・モニタリング記録 ・介護予防支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>①少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【テレビ電話装置等によるモニタリング】 <u>利用者の居宅を訪問せずに、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行ったことはありますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>ある場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う周期を記載してください。</u> →（ ）ヶ月に（ ）回		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	【テレビ電話装置等にてモニタリングを行う場合】 <u>以下のいずれの要件も満たしていますか。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>（1）サービスの提供を開始する月の翌月から起算して三月ごとの期間について、少なくとも連続する2期間に1回、利用者の居宅を訪問していること。</u> <u>（2）テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。</u> <u>（3）サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。</u> <u>（i）利用者の心身の状況が安定していること。</u> <u>（ii）利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。</u> <u>（iii）担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>②サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していますか。</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>③利用者の居宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては、介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に介護予防サービス計画の実施状況の確認を行い、利用者の状況に変化があるときは、利用者に面接を行っていますか。</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>④少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録していますか。</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
33 ④ ④ 具体的取扱方針	(17) 担当職員は、次に掲げる場合においては、原則として、サービス担当者会議の開催により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めていますか。 ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 ①要支援更新認定を受けた場合 ②要支援状態区分の変更の認定を受けた場合 ③(介護予防ケアマネジメントのみ) 事業対象者が有効期間満了前に、事業対象者の該当の有無の判断を受けた場合	・ サービス担当者会議記録 ・ サービス担当者に対する照会内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(18) 介護予防サービス計画の変更にあたっては、(3)～(13)に掲げる一連の業務を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(19) 担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行っていますか。	・ 介護保険施設への紹介等の記録 ・ 介護予防支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(20) 担当職員は、介護保険施設等からの退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行っていますか。	・ 介護保険施設からの情報提供記録 ・ 介護予防支援経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(21) (介護予防支援のみ) 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めていますか。	・ 主治医の意見書 ・ 主治医への照会記録 ・ 介護予防支援経過 ・ 介護予防サービス計画書を交付した記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(21)の2 (介護予防支援のみ) 上記(21)において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(21)の3 (介護予防ケアマネジメントのみ) 担当職員は、利用者に注意すべき疾患があって、サービスの利用等に当たって主治の医師等の判断が必要と考えられる場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(22) (介護予防支援のみ) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては、当該介護予防サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23) (介護予防支援のみ) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしていますか。	・ 介護予防サービス計画書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
33 ⑤ ⑤ 具体的取扱方針	<p><u>対象福祉用具を介護予防サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、介護予防福祉用具貸与又は介護予防特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供していますか。</u></p>	<p>・介護予防サービス計画書 ・サービス担当者会議記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(24) (介護予防支援のみ) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をしていますか。</p> <p><u>また、対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえた内容となっていますか。</u></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>上記の検証をした上で、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要がある場合、その理由を介護予防サービス計画に記載していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(25) (介護予防支援のみ) 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(26) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は指定に係る介護予防サービスの種類若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者による趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成していますか。</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>(27) 担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図っていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>(28) 指定介護予防支援事業者は、地域ケア会議から、検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力があつた場合には、これに協力するよう努めていますか。</p>	<p>・情報提供に関する記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p><u>(29) 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、市町村長から情報の提供を求められた場合には、その求めに応じていますか。</u></p> <p><u>また、提供を行う情報については、以下に掲げる事項のうち、市町村長に求められた情報とする。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>介護予防サービス計画の実施状況</u> ・ <u>基本チェックリスト</u> ・ <u>利用者基本情報</u> ・ <u>介護予防支援経過記録</u> ・ <u>サービス担当者会議の開催等の状況</u> ・ <u>介護予防支援に係る評価</u> ・ <u>その他市町村長が必要と認める事項</u> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	確認事項	確認書類等	点検結果		
			適	不適	該当なし
34 介護予防支援の提供に当たっての留意点	(1) 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(4) 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は、可能な限り本人が行うよう配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(5) サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(6) 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個性を重視した効果的なものになっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(8) 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V 変更の届出等					
35 変更の届出等	当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を市に届け出ていますか。	・届出書類の控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>