

# 自己点検シート

サービス種別	介護予防支援
--------	--------

記入日 : 令和 年 月 日

■事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

法人名
代表者職名・氏名

事業所番号									
フリガナ									
事業所名									
住所	(〒      ー      )								
連絡先	電話		FAX						
	メールアドレス								
開設年月日	平成      ・      令和      年      月      日								
指定年月日	令和      年      月      日								
管理者	職名		氏名						
記載担当者	職名		氏名						

# 介護予防支援

## 根拠条文略称

- ①法・・・・・・介護保険法（平成9年12月17日 法律第123号）
- ②則・・・・・・介護保険法施行規則（平成11年3月31日 厚生省令第36号）
- ③支援基準・・指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に  
係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準  
（平成18年3月14日 厚生労働省令第37号）

介護予防支援 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

個別サービスの質に関する事項						
点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法（別紙可）
			適	不適	非該当	
<b>I 運営</b>						
1 内容及び 手続の説明 及び同意	(1)	重要事項を記した文書について、利用申込者又はその家族への説明と同意の手続きを取っていますか。	支援基準第4条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	重要事項説明書の内容に不備等はありませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 指定介護 予防支援の 具体的取扱 方針	(1)	利用者の日常生活全般を支援するため予防給付以外の保健医療・福祉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。	支援基準第30条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	利用者が有する生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握し、利用者が自立した生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握（アセスメント）していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	アセスメントのため、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	サービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共に、担当者からの専門的な見地からの意見を求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5)	介護予防サービス計画原案の内容について利用者又はその家族へ説明を行い、文書により同意を得ていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(6)	介護予防サービス計画を利用者及び担当者へ交付していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7)	定期的に介護予防サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、結果を記録していますか（月1回）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8)	モニタリングは、3月に1回は利用者の居宅訪問により実施していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9)	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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(10)	介護予防サービス計画に位置づけた個別サービスにかかる当該計画の提出を求めていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11)	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（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(12)	身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(13)	身体的拘束等を行う場合、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していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防支援 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

個別サービスの質を確保するための体制に関する事項						
点検項目	確認事項	根拠条文	点検結果			「不適」の場合の事由及び改善方法（別紙可）
			適	不適	非該当	
<b>I 人員</b>						
1 従業者の員数	(1)	利用者に対し、従業者の員数は適切となっていますか。  地域包括支援センター：事業所ごとに一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（以下「担当職員」という。）を置いていますか。  指定居宅介護支援事業者：事業所ごとに一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。	支援基準第2条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	必要な資格は有していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	専門員証の有効期限は切れていませんか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 管理者	(1)	管理者は常勤専従となっていますか。  地域包括支援センター：常勤専従。ただし、指定介護予防支援事業所の管理に支障がない場合は、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者である地域包括支援センターの職務に従事することができるものとする。  指定居宅介護支援事業者：常勤専従。介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の6第1号イ（3）に規定する主任介護支援専門員（以下この項において「主任介護支援専門員」という。）でなければならない。ただし、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（主任介護支援専門員を除く。）を管理者とすることができる。	支援基準第3条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	管理者が他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切となっていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>II 運営</b>						
1 受給資格等の確認	(1)	被保険者資格、要支援認定の有無、要支援認定の有効期限を確認していますか。	支援基準第7条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 運営規程	(1)	運営における以下の重要事項について定めていますか。 <input type="checkbox"/> 1. 事業の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 2. 職員の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 3. 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 5. 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> 6. 虐待防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> 7. その他運営に関する重要事項	支援基準第17条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 勤務体制の確保	(1)	サービス提供は事業所の担当職員によって行われていますか。	支援基準第18条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	資質向上のために研修の機会を確保していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることが防止に向けた方針の明確化等の措置を講じていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防支援 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

4 業務継続計画の策定等	(1)	感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じていますか。	支援基準第18条の2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2)	担当職員に対する計画の周知、研修及び訓練を実施していますか。（年1回以上） 研修実施の有無（有・無） 研修の開催頻度：年回 訓練実施の有無（有・無） 訓練の開催頻度：年回		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3)	定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5 感染症の予防及びまん延防止のための措置	(1)	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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）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、担当職員に周知徹底を図っていますか。	支援基準第20条の2	<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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(3)	事業所において担当職員に対し、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に実施していますか。（年1回以上）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6 秘密保持等	(1)	個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ていますか。	支援基準第22条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2)	退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7 広告	(1)	広告は虚偽又は誇大となっていないですか。	支援基準第23条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 苦情処理	(1)	苦情受付の窓口がありますか。 苦情相談窓口の設置：有・無 相談窓口担当者：	支援基準第25条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(2)	苦情の受付、内容等を記録、保管していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取組を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 事故発生時の対応	(1)	事故が発生した場合の対応方法は定まっていますか。	支援基準第26条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	市町村、家族等に報告していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	事故状況、対応経過が記録されていますか。 → 事故事例の有無：有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行うための対策を講じていますか。 → 損害賠償保険への加入：有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5)	再発防止のための取組を行っていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

介護予防支援 自己点検シート

点検した結果を記載して下さい。

10 虐待の防止	(1)	虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、担当職員に周知していますか。  委員会設置の有無 (有・無) 開催頻度 : 年 回	支援基準第26条の2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	虐待の発生・再発防止の指針を整備していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3)	担当職員に対して虐待の発生・再発防止の研修を実施していますか。(年1回以上)  研修実施の有無 (有・無) 研修の開催頻度 : 年 回		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(4)	上記の措置を適切に実施するための担当者を設置していますか。  担当者氏名 : 職 名 :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 掲示	(1)	事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門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。	支援基準第21条	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2)	重要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、上記(1)による掲示に代えていますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3)	重要事項をウェブサイトに掲載していますか。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 501 介護予防支援費

点検項目	点検事項	点検結果	
高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない	<input type="checkbox"/> 未整備	
	高齢者虐待防止のための指針を整備していない	<input type="checkbox"/> 未実施	
	高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない	<input type="checkbox"/> 未実施	
業務継続計画未策定減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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）を策定していない	<input type="checkbox"/> 未実施	
	当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない	<input type="checkbox"/> 未実施	
初回加算	新規に介護予防サービス計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
委託連携加算	指定介護予防支援事業所（地域包括支援センターの設置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）が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力	<input type="checkbox"/> 該当	