

# 指定基準 自己点検表 【 介護予防支援 】

R6～版

事業所名	
点検者 職・氏名	
点検年月日	

- 指定介護保険事業者として守るべき最低基準を掲げています。確認の際は関係法令等も併せて参照してください。
- 「基準の概要」欄の内容が実施できているかを確認し、内容を満たしているものには「はい」、そうでないものは「いいえ」、該当しない場合は「該当なし」にチェックをしてください。
- 「確認事項」の欄には、「基準の概要」の遵守状況が確認できる資料及び必要な事項を記入してください。

## ◎根拠条文

- ・法：介護保険法（平成9年法律第123号）
  - ・施行令：介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
  - ・施行規則：介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
  - ◆予防支援指定基準：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年厚生労働省令第37号）
  - ☆予防支援基準通知：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について（平成18年老振発第0331003号）
  - ・予防基準条例：大津市介護保険法に基づく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等を定める条例（平成25年大津市条例第16号）
- この自己点検表は、事業者自らが指定基準等の遵守状況を確認し、提供するサービスの質を確保するとともに、事業運営の改善等を図ることを目的に作成していただくものです。
- 運営指導や指定の更新等の際に提出していただくことがあります。
- 令和6年度の制度改正に係る箇所を赤文字にしておりますので、参考にしてください。

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<b>I 基本方針</b>				
◆ <b>基本方針</b> 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っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ <b>総合的かつ効率的な支援</b> 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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ <b>利用者の立場に立ったサービス提供</b> 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等に不当に偏することのないよう、公正中立に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ <b>関係機関等との連携</b> 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、指定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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ <b>人権の擁護及び虐待の防止</b> 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ <b>情報の活用とPDCAサイクルの推進</b> 指定介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する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るか。 ☆介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないこととしたものである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<b>Ⅱ 人員に関する基準</b>				
<b>1. 従業者の員数</b> <b>◆地域包括支援センター</b> <b>地域包括支援センターの設置者である</b> 指定介護予防支援事業者は、当該指定に係る事業所ごとに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（以下、「担当職員」）を置いているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆担当職員は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①保健師・・・・・・・・（ 人） ②介護支援専門員・・・・（ 人） ③社会福祉士・・・・・・・・（ 人） ④経験ある看護師・・・・（ 人） ⑤社会福祉主事・・・・（ 人）（3年以上の高齢者保健福祉に関する相談業務等経験必要）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆担当職員は、上記の要件を満たすものであれば、当該介護予防支援事業所である地域包括支援センターの職員などと兼務して差し支えないものであり、また利用者の給付管理に係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。				
<b>★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は、1以上の員数の担当者を置かなければならないこととされているが、介護予防支援事業者は、担当する区域の状況を踏まえ、必要な担当職員を配置するか、あるいは指定居宅介護支援事業者に業務の一部を委託することにより、適切に要務を行えるよう体制を整備しているか。</b> なお、基準においては、配置する職員について常勤又は専従等の要件を付していないが、指定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る必要があり担当職員がその業務上の必要性から、又は他の業務を兼ねていることから、当該事業所に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、利用者が適切に連絡が取れるなど利用者の支援に支障が生じないよう体制を整えておく必要がある。 また、担当職員が非常勤の場合や他の事業と兼務している場合にも、介護予防支援の業務については、介護予防支援事業者の指揮監督に基づいて適切に実施するよう留意しなければならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>◆指定居宅介護支援事業者である介護予防支援事業者</b> <b>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、当該指定に係る事業所ごとに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るか。</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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、指定介護予防支援事業所に介護支援専門員を、事業が円滑に実施できるよう、必要数を配置しているか。 なお、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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、1以上の員数の介護支援専門員を置かなければならないこととされているが、上記★に準じて取り扱っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. 管理者</b> <b>◆指定介護予防支援事業者は、当該指定に係る事業所ごとに常勤の管理者を配置しているか。</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>◆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が上記「2.管理者」の規定により置く管理者は、専らその職務に従事しているか。</b> <b>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。</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務 兼務の場合 職務内容： 勤務場所：

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>☆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所の管理者は、指定介護予防支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が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業務を兼務して、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、そのほかの従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制となっているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆指定居宅介護支援事業者である介護予防支援事業者が上記「2.管理者」の規定により置く管理者は、主任介護支援専門員であるか。 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、介護支援専門員を管理者とすることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務 兼務の場合、職務内容：  勤務場所：
<p>☆主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等の場合は、以下のようなやむを得ない理由であるか。</p> <p>① 本人の死亡、長期療養など健康上の問題の発生、急な退職や転居等不測の事態により、主任介護支援専門員を管理者とできなくなってしまった場合であって、主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由と、今後の管理者確保のための計画書を保険者（大津市）に届け出た場合</p> <p>② 特別地域介護予防支援加算又は中山間地域等における小規模事業加算を取得できる場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆上記の管理者は、専らその職務に従事しているか。 ただし、次に掲げる場合は、この限りではない。</p> <p>① 管理者がその管理する指定介護予防支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合</p> <p>② 管理者が他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業所の管理者は、指定介護予防支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務して、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制となっているか。 例えば、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及び事故発生時や災害発生時の緊急時において管理者自身が速やかに当該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は管理者の業務に支障があると考えられる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ⅲ 設備に関する基準</b> （※予防支援指定基準上は「運営基準」に位置付けられている。）				
<p>1. 設備及び備品等 ◆事業を行うのに必要な広さの区画を有するとともに、指定介護予防支援の提供に必要な設備、備品等を備えているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆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を確保することとし、相談のためのスペース等はプライバシーが守られ、利用者が直接出入りできるなど利用しやすいよう配慮しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ⅳ 運営に関する基準</b>				
<p>1. 内容及び手続の説明及び同意 ◆① 指定介護予防支援の提供の開始に際し、予め、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要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（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）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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆同意については、利用者及び事業者双方の保護の立場から書面によって確認しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆② 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上記の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、利用者は複数の指定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き説明を行い、理解を得ているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>☆上記に併せて、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者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を求めることが可能であることについて説明を行うとともに、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に<b>行い</b>、それを理解したことについて利用申込者から署名を得ることが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>◆③ 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、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、担当職員（<b>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</b>）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るか。</p>	□	□	□	
<p>◆④ 事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合は、上記◆①の規定による文書の交付に代えて、◆⑥で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該事業者は、当該文書を交付したものとみなす。</p>				
<p>（１）電子情報処理組織（指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの</p>				
<p>イ 指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法</p>				
<p>ロ 指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された◆①に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）</p>				
<p>（２）磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに◆①に規定する重要事項を記録したものを交付する方法</p>				
<p>◆⑤ 上記に規定する方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものとしているか。</p>	□	□	□	
<p>◆⑥ ◆④（１）の「電子情報処理組織」について、指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織としているか。</p>	□	□	□	
<p>◆⑦ ◆⑤の規定により◆①に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得ているか。 （１）◆④各号に規定する方法のうち指定介護予防支援事業者が使用するもの （２）ファイルへの記録の方式</p>	□	□	□	
<p>◆⑧ ◆⑦の規定による承諾を得た指定介護予防支援事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、◆①に規定する重要事項の提供を電磁的方法によって行っていないか。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。</p>	□	□	□	
<p>2. 提供拒否の禁止 ◆正当な理由なく指定介護予防支援の提供を拒んではないか。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
☆ここでいう正当な理由とは、 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者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				
3. サービス提供困難時の対応 ◆通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定介護予防支援を提供することが困難であると認められた場合は、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講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 要支援認定の申請に係る援助 ◆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るか。	<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るか。	<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30日前には行われるよう、必要な援助を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 身分を証する書類の携行 ◆事業所の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から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 利用料等の受領 ◆☆指定介護予防支援を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料（償還払いとなる場合に利用者から受領する費用）と、介護予防サービス計画費（法定代理受領がなされる場合の指定介護予防支援費用額）の額との間に、不合理な差額が生じないようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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、上記の利用料のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域外の地域の居宅を訪問して指定介護予防支援を行う場合には、それに要した交通費の支払を利用者から受けているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆保険給付対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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、上記に規定する費用（交通費）の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・サービスの提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、当該利用者に対して、施行規則第65条で定めるところにより領収証を交付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 保険給付の請求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「7. 利用料等の受領」の利用料の支払を受けた場合は、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 指定介護予防支援の業務の委託 ◆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は、指定介護予防支援の一部を委託する場合には、次の各号に掲げる事項を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①委託に当たっては、中立性及び公正性の確保を図るため地域包括支援センター運営協議会の議を経ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
②委託に当たっては、適切かつ効率的に指定介護予防支援の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しているか。	<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、指定介護予防支援の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指定居宅介護支援事業者であるか。	<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、指定介護予防支援の業務を実施する介護支援専門員が、基本方針、運営に関する基準、介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準の規定を遵守するよう措置させているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆委託したとしても、指定介護予防支援に係る責任主体は <b>地域包括支援センターの設置者である</b> 指定介護予防支援事業者であることから、委託を受けた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、当該原案が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行うこと、委託を受けた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・指導を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 法定代理受領サービスに係る報告 ◆指定介護予防支援事業者は、毎月、市町村に対し、介護予防サービス計画において位置づ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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆指定介護予防支援事業者は、介護予防サービス計画に位置づ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、市町村に対して提出しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付 ◆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その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 利用者に関する市町村への通知 ◆利用者が次の各号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るか。 ① 正当な理由な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等より、要支援状態の程度を増進させたと認められるとき又は要介護状態になったと認められるとき。 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 管理者の責務 ◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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に指定介護予防支援の運営の基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆管理者は、日頃から業務が適正に執行されているか把握するとともに、従業者の資質向上や健康管理等、ワーク・ライフ・バランスの取れた働きやすい職場環境を醸成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 運営規程 ◆事業運営についての重要事項に関する規程を定めているか。 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 虐待防止の体制整備 ⑦ その他運営に関する重要事項 (苦情処理、事故対応、秘密保持、非常災害対策、人権擁護、暴力団等の排除等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
15. 勤務体制の確保 ◆利用者に対し適切な指定介護予防支援を提供できるよう、事業所ごとに担当職員その他の従業者の勤務の体制を定めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆事業所ごとに原則として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を明確にしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆事業所ごとに、当該事業所の担当職員によって指定介護予防支援の業務を提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆研修機会の確保 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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ハラスメント対策 適切な指定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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容 「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」及び「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」（以下、「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、以下の内容について特に留意しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発 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・啓発しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談へ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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ロ 事業主が講じることが望ましい取組について パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、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）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。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、イ「事業主が講ずべき措置の具体的内容」の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているが、参考にしているか。（ <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html</a> ） 加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業者が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 業務継続計画の策定等 ◆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（以下「業務継続計画」という。）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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>☆業務継続計画には、以下の項目等を記載しているか。          なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、<b>感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。</b></p>	□	□	□	
<p>イ 感染症に係る業務継続計画          a 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)          b 初動対応          c 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)</p>	□	□	□	
<p>ロ 災害に係る業務継続計画          a 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)          b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)          c 他施設及び地域との連携</p>	□	□	□	
<p>◆担当職員に対し、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実施しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆業務継続計画を策定するとともに、当該計画に従い、介護支援専門員その他の従業者に対して、必要な研修及び訓練(シミュレーション)を実施しているか。          利用者がサービス利用を継続する上で、介護予防支援事業者が重要な役割を果たすことを踏まえ、関係機関との連携等に努めることが重要である。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、予防支援指定基準第18条の2に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。</p>	□	□	□	
<p>☆研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとしているか。          職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録しているか。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。</p>	□	□	□	
<p>☆訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施しているか。          なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>	□	□	□	
<p>◆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るか。</p>	□	□	□	
<p>17. 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るか。</p>	□	□	□	
<p>18. 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るか。</p>				

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>◆感染対策委員会の開催 当該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（テレビ電話装置等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るか。</p>	□	□	□	
<p>☆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 （以下「感染対策委員会」という。） 感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めているか。 <b>なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者として職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられるものを選任すること。</b> 感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。 感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。感染対策委員会は、介護予防支援事業所の従業者が1名である場合は、感染症の予防及びまん延の防止のため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。この場合にあつては、指針の整備について、外部の感染管理等の専門家等と積極的に連携することが望ましい。</p>	□	□	□	担当者：
<p>◆指針の整備 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るか。</p>	□	□	□	
<p>☆感染症の予防及びまん延の防止のための指針 「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。 また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。</p>	□	□	□	
<p>◆研修及び訓練 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実施しているか。</p>	□	□	□	
<p>☆感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練 <b>担当職員等</b>に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。 また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習等を実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。</p>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
19. 掲示 ◆事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、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（以下「重要事項」という。）を掲示しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆重要事項を記載した書面を当該指定介護予防支援事業所に備え付け、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、上記の規定による掲示に代えることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しているか。 ☆ウェブサイトとは、法人のホームページ等のことをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 秘密保持 ◆担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、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るか。	<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家族の同意を、あらかじめ文書により得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 広告 ◆事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとなっていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. 介護予防サービス事業者等からの利益收受の禁止等 ◆事業者及び事業所の管理者は、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ないか。	<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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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ないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. 苦情処理 ◆自ら提供した介護予防支援又は介護予防サービス計画に位置付けたサービス等に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆利用者又はその家族、指定介護予防サービス事業者等から事情を聞き、苦情に係る問題点を把握の上、対応策を検討し、必要に応じて利用者に説明しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆市町村、国保連から指導又は助言を受けた場合においては、必要な改善を行い、求めがあった場合には改善内容を市町村、国保連に報告しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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、相談窓口の連絡先、苦情処理の体制及び手順等を利用申込者にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載しているか。 なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、19.掲示に準ずるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. 事故発生時の対応 ◆介護予防支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防支援の提供により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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>25. 虐待の防止 ◆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るか。</p>				
<p>☆虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じているか。</p>				
<p>・虐待の未然防止 高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第1条の2の基本方針に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促しているか。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。</p>	□	□	□	
<p>・虐待等への早期発見 指定介護予防支援事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。 また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。</p>	□	□	□	
<p>・虐待等への迅速かつ適切な対応 虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めているか。</p>	□	□	□	
<p>◆虐待防止検討委員会の開催 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図っているか。</p>	□	□	□	
<p>☆虐待の防止のための対策を検討する委員会（以下「虐待防止検討委員会」という。） 虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。 一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。 なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。 また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p>	□	□	□	
<p>具体的には、次のような事項について検討しているか。その際、そこで得た結果（虐待防止検討委員会は、事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図っているか。</p> <p>イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること ニ 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 ホ 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 ヘ 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 ト 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>	□	□	□	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>◆指針の整備 事業所における虐待の防止のための指針を整備しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでいるか。</p> <p>イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方            □ 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            ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針            ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針            ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項            ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項            ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項            チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項            リ 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>◆研修 事業所において、担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行っているか。            職員教育を組織的に徹底させていくためには、事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、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が重要である。            また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆担当者の配置 予防支援指定基準第26条の2第1号から第3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	担当者：
<p>☆事業所における虐待を防止するための体制として、上記に掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置いているか。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。            なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者として職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>26. 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とその他の事業の会計を区分しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>27. 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆次に掲げる記録を整備し、指定介護予防支援の提供の完結の日から2年間保存しているか。</p> <p>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 個々の利用者ごとに以下を記載した介護予防支援台帳            イ 介護予防サービス計画            □ 予防支援指定基準第30条7号のアセスメントの結果の記録            ハ 同条第9号のサービス担当者会議等の記録            ニ 同条第15条の規定による評価の結果の記録            ホ 同条第16号に規定するモニタリングの結果の記録            ③ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為の態様及び時間、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            ④ 市町村への通知に係る記録            ⑤ 苦情の内容等の記録            ⑥ 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
28. 指定介護予防支援の基本取扱い方針 ◆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っているか。	<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、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆自らその提供する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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. 指定介護予防支援の具体的取扱い方針 ◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆指定介護予防支援の提供に当たっては、当該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いないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆上記の身体的拘束等を行う場合には、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しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆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いるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画の作成にあたっては、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介護予防サービス等の利用が行われるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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付けるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆利用者から複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等は、誠実に対応しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆集合住宅と同一敷地内等の指定介護予防サービス事業者のみを利用者の意思に反して、計画に位置付けていないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに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、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、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るか。  イ 運動及び移動 ロ 家庭生活を含む日常生活 ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション ニ 健康管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆上記の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るか。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、理解を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
◆利用者の希望及び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、それら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、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する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等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆サービス担当者会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下、「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）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有するとともに、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の意見を求めているか。 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆サービス担当者会議に参加できない者については、照会等により専門的な見地からの意見を求めれば差し支えないこととされているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や介護予防サービス計画原案の内容を共有できるようにしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画を作成した際には、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画に位置付けた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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、指定介護予防サービス等基準において位置付けられている個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの提供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、聴取しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画の作成後、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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られるものを、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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の連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次のイ、ロ、ハ、ニ、ホを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆上記において、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれない。当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 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、利用者に面接しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>☆文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は2期間に1回であること等）を懇切丁寧に説明を行っているか。</p> <p>なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述の口の要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行っているか。</p> <p>ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間（以下「期間」という。）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、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接をすることができる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(1) 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か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(2) 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。</p>				
<p>(i) 利用者の心身の状況が安定しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(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か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(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が可能か。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護者の状況の変化が無いこと。</li> <li>・ 住環境に変化が無いこと（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む）</li> <li>・ サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変化が無いこと</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>ハ 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができているか。</p> <p>なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族などの介助者が操作を行うことは差し支えない。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>ニ 利用者の居宅を訪問しない月（ただし書の規定によりテレビ電話装置等を利用して利用者に面接する月を除く。）においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完しているか。</p> <p>この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、別途、厚生労働省が通知する「情報連携シート」を参考にされたい。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>ホ 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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業者の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会等も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆利用者宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を利用して利用者に面接する月を除く。）でも、指定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について確認を行い、利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
<p>◆次の場合においては、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るか。 ただし、やむを得ない場合は、照会等により意見を求めることができる。</p> <p>イ 要支援更新認定を受けた場合 □ 要支援状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状況に大きな変化が見られない場合等が想定される。</p>				
<p>☆当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆介護予防サービス計画の変更についても、予防支援指定基準第30条第3号から第13号までの基準を遵守しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆介護保険施設等から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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆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提供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。）等の意見を求めているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆上記の場合において、介護予防サービス計画を意見を求めた主治の医師等に交付しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、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、当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆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、それら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るか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>◆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、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具が必要な理由を記載するとともに、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与の必要性について検証をした上で、継続して必要がある場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載しているか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>☆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、予防支援指定基準第30条第5号の規定に基づき、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るか。 なお、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果を加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師からの所見を聴取する方法が考えられる。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
☆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結果も踏まえているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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つては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具が必要な理由を記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆介護予防福祉用具貸与については以下の項目について留意しているか。				
ア 「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」で定める状態像の者であることを確認するため、当該利用者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の調査票について必要な部分の写しを市町村から入手しているか。 ただし、当該利用者が上記の結果を担当職員へ提示することに予め同意していない場合については、当該利用者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
イ 当該利用者の調査票の写しを指定介護予防福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定介護予防福祉用具貸与事業者へ送付しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ウ 当該利用者が福祉用具の必要性を判断するため、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の名前を介護予防サービス計画に記載しているか。 また、指定介護予防福祉用具貸与事業者より、当該利用者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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若しくは地域密着型介護予防サービスの種類について記載がある場合には、利用者によるその趣旨を説明し、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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆地域ケア会議より、支援対象被保険者への適切な支援を図るために必要な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の求めがあった場合には、これに協力するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆指定居宅介護支援事業者である介護予防支援事業者は、市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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆提供を行う情報については、以下に掲げる事項のうち、市長に求められた情報を提供しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防サービス計画の実施状況</li> <li>・ 基本チェックリスト</li> <li>・ 利用者基本情報</li> <li>・ 介護予防支援経過記録</li> <li>・ サービス担当者会議の開催等の状況</li> <li>・ 介護予防支援に係る評価</li> <li>・ その他市長が必要と認める事項</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. 介護予防支援の提供に当たっての留意点 ◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

基準の概要	はい	いいえ	該当なし	確認事項
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆要支援者の心身の状態が改善したり、悪化することにより、地域支援事業における二次予防事業の対象となったり、要介護者と認定されることがある。このような場合に、利用者に対する支援が連続性及び一貫性を持って行われるよう、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者と連携を図っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとしているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆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るか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. 非常災害時等の体制 ・非常災害等の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. 暴力団等の排除 ・事業所を運営する法人の役員及び管理者その他従業者は、暴力団員ではないか。また、事業の運営について、暴力団員の支配を受けてはいないか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>V 雑則</b>				
1. 電磁的記録等 ◆事業者及び介護予防支援の提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定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るが、電磁的記録を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆事業者及び介護予防支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定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るが、電磁的方法を活用しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
☆交付等を電磁的方法による場合、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる事項を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①電磁的方法による交付は、予防支援指定基準第4条第2項から第8項までの規定に準じた方法によっているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
②電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられるが、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいが、「押印についてのQ&A（同上）」を参考に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④その他、予防支援指定基準第31条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、上記①から③までに準じた方法によっているか。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑤電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

