介護予防支援

自主点検表

事業所番号：

事業所名称：

記入年月日：　　　　　　　　年　　　月　　　日

記入担当者：(職)　　　　　　　(氏名)

　　　　　　　介護予防サービス計画作成件数(直近月分実績　　 　月)

件 (うち、委託件数　　 　　　　件)

令和元年度改訂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| **第１　基本方針**  　・　事業運営の方針は，「その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ができるよう，利用者の心身の状況，環境等に応じて，利用者の自立に向けて設定された目標を達成するため，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う」ことを踏まえて策定されているか。 | 適 | 否 |
| **第２　人員に関する基準**  １　従業者の員数  　(1)　１以上の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。）を置いているか。  　(2)　担当職員は，次のいずれかの要件を満たすものであって，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であるか。  　　①　保健師  　　②　介護支援専門員  　　③　社会福祉士  　　④　経験ある看護師  　　⑤　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  　(3)　（常勤又は専従等の要件は付されていないが）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る。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，利用者が適切に担当職員に連絡が取れるなどの体制が整っているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| ２　管理者  　(1)　常勤の管理者を置いているか。  　(2)　管理者は専らその職務に従事しているか。  　　　 ただし，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，又は当該指定予防介護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。 | 適  適 | 否  否 |
| **第３　運営に関する基準**  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を交付して，説明を行っているか。  　(2)　重要事項を記した文書に不適切な事項や漏れはないか。  　　　重要事項最低必要項目  　　　　　①　運営規程の概要　　　②　担当職員の勤務体制  　　　　　③　秘密の保持　　　　　④　事故発生時の対応  　　　　　⑤　苦情処理の体制 | 適  適 | 否  否 |
| 確認事項 | 適 否 | |
| (3)　利用申込者の同意は，適正に徴されているか。  ・当該同意は書面によって確認されているか。  　(4)　指定介護予防支援の提供に当たり，あらかじめ，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や，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できること等につき説明を行い，理解を得ているか。  　(5)　指定介護予防支援の提供に当たり，あらかじめ，利用者又はその家族に対し，利用者が病院又は診療所に入院する場合に，担当職員の氏名や連絡先をその病院等に伝えるよう説明しているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| ２　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はいないか。  　　　正当な理由の例  　　　①　利用申込者の居住地が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介護予防支援の依頼を行っていること  が明らかな場合 | 適 | 否 |
| ３　サービス提供困難時の対応  ・　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た場合は，他の指定介護予防支援事業者を紹介するなどしているか。 | 適 | 否 |
| ４　受給資格等の確認  　・　サービス提供を求められた場合，以下の要件を被保険者証によって確認しているか。  　　　①　被保険者資格　　　　　②　要支援認定の有無  　　　③　要支援認定の有効期間 | 適 | 否 |
| ５ 要支援認定の申請に係る援助  　(1)　要支援認定を受けていない場合は，説明を行い，必要な援助を行っているか。  ※　必要な援助とは，既に申請が行われているかどうか確認し，申請をしていない場合は，利用申込者の意向を踏まえて，代行申請を行うか，申請を促すこと。  　(2)　更新の申請は，有効期間の終了する遅くとも３０日前にはなされるよう必要に応じて援助を行っているか。 | 適  適 | 否  否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| ６　身分を証する書類の携行  　・　指定介護予防支援事業所の担当職員に身分を証する証書や名刺等を携行させ，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，これを提示しているか。当該証書等には，指定介護予防支援事業所の名称，担当職員の氏名を記載した上，写真を貼付したものが望ましい。 | 適 | 否 |
| ７ 利用料等の受領  　・　償還払いと代理受領がなされる場合の費用の額との間に，不合理な差別がないか。 | 適 | 否 |
| 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の利用料の支払いを受けた場合には，指定介護予防支援提供証明書を利用者に交付しているか。 | 適 | 否 |
| ９　指定介護予防支援の業務の委託  　(1)　地域包括支援センター運営協議会の議を経ているか。  　(2)　アセスメント業務や介護予防サービス計画の作成業務等が一体的に行えるよう配慮しているか。  　(3)　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。  　(4)　「第１条の２　基本方針」，「第３章　運営に関する基準」及び「第４章　介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を遵守するよう措置させているか。 | 適  適  適  適 | 否  否  否  否 |
| 10　法定代理受領サービスに係る報告  　(1)　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毎月提出しているか。  　(2)　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，市に対して提出しているか。 | 適  否 | 適  否 |
| 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  　・　利用者が要介護認定を受けた場合で申出があった場合には，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。 | 適 | 否 |
| 確認事項 | 適 否 | |
| 12　利用者に関する市町村への通知  　・　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るか。  　　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等により，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　偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け，又は受けようとしたとき。 | 適 | 否 |
| 13　管理者の責務  　(1)　管理者は，当該事業所の担当職員その他の従業者の管理，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。  　(2)　管理者は，担当職員その他の従業者に「第３章　運営に関する基準」及び「第４章　介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行っているか。 | 適  適 | 否  否 |
| 14　運営規程  　・　運営規程は，事業所ごとに次の事項を定めているか。  　　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  　　　　（相談を受ける場所，課題分析の手順等を記載すること）  　　⑤　通常の事業の実施地域  　　⑥　その他運営に関する重要事項 | 適 | 否 |
| 15　勤務体制の確保  　(1)　適切なサービスを提供できるよう従業者の勤務の体制を定めているか。  　　①　月ごとの勤務表  　　②　日々の勤務時間  　　③　常勤・非常勤の別  　　④　管理者との兼務関係  　　⑤　非常勤の職員は兼務することにより他の業務に支障はないか。  　(2)　事業所ごとに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。ただし，補助の業務についてはこの限りでない。  　(3)　担当職員の資質向上のため，各種研修会に参加させているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| 16　設備及び備品等  　(1)　事業運営に必要な面積を有する専用の事務室を設けることが望ましい。（業務に支障がない場合は，他事業と同一でも差し支えない）  　(2)　相談のためのスペースはプライバシーが守られているか。  　(3)　必要な設備及び備品  　　　ただし，同一敷地内に他の事業所がある場合には，当該他の事業所の備え付け設備及び備品を使用することができる。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| 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。 | 適 | 否 |
| 18　掲　示  　(1)　重要事項の掲示方法は適切か。（場所，文字の大きさ，掲示方法等）  　(2)　掲示事項はすべて掲示されているか。  　　　①運営規程の概要  　　　②担当職員の勤務体制  　　　③秘密の保持  　　　④事故発生時の対応  　　　⑤苦情処理の体制  　(3)　掲示事項の内容，実際に行っているサービス内容，届け出ている内容が一致しているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| 19　秘密保持  　(1)　正当な理由なく，業務上知り得た秘密を漏らしていないか。  　(2)　秘密保持のため，必要な措置を講じているか。  （雇用時の取り決め等を行っているか。）  （退職後も含む）  　(3)　サービス担当者会議など部外で個人情報を用いる場合は，利用者（家族）に適切な説明（利用の目的，配布される範囲など）がされ，文書による同意を得ているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| 20　広告  　・　広告をする場合は，その内容が虚偽又は誇大なものになっていないか。 | 適 | 否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| 21　介護予防サービス事業者等からの利益収受の禁止等  　(1)　管理者は，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。  　(2)　担当職員は，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。  　(3)　事業者及び従業者は，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収受してはいないか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| 22　苦情処理  　(1)　提供した指定介護予防支援又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。  　(2)　苦情を受け付けた場合，その内容等を記録しているか。  　(3)　苦情に関する市町村からの調査に協力し，指導又は助言を受けた場合には，必要な改善を行っているか。  　(4)　市町村からの求めがあった場合には，(3)の改善内容を市町村に報告しているか。  　(5)　指定介護予防サービス又は指定地域密着型介護予防サービスに対する国保連への申立てに関して，利用者に対し必要な援助を行っているか。  　(6)　国保連が行う調査に協力し，指導又は助言を受けた場合に改善を行っているか。  　(7)　国保連から求めがあった場合には，(6)の改善の内容を国保連に報告しているか。 | 適  適  適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否  否  否 |
| 23　事故発生時の対応  　(1)　事故発生時には速やかに市町村，家族等に連絡等必要な措置を講じているか。  　(2)　(1)の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。  　(3)　賠償すべき事故が生じた場合，速やかに損害賠償を行っているか。  　(4)　事故が生じた際には，その原因を解明し，再発防止策を講じているか。 | 適  適  適  適 | 否  否  否  否 |
| 24　会計の区分  　・　指定介護予防支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しているか。 | 適 | 否 |
| 確認事項 | 適 否 | |
| 25　記録の整備  　(1)　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。  　(2)　次に掲げる書類を整備し，その完結の日から５年間保存しているか。  　　①　第30条第十四号に規定する指定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　個々の利用者ごとの次に掲げる事項を記載した介護予防支援台帳  　　　イ　介護予防サービス計画  　　　ロ　第30条第七号に規定するアセスメントの結果の記録  　　　ハ　第30条第九号に規定するサービス担当者会議等の記録  　　　ニ　第30条第十五号に規定する評価の結果の記録  　　　ホ　第30条第十六号に規定するモニタリングの結果の記録  　　③　第15条に規定する市町村への通知に係る記録  　　④　第25条第2項に規定する苦情の内容等の記録  　　⑤　第26条第2項に規定する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 | 適  適 | 否  否 |
| **第４　介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準**  　１　基本取扱方針  　(1)　利用者の介護予防に資するとともに，医療サービスとの連携に十分配慮しているか。  　(2)　目標志向型の介護予防サービス計画を策定しているか。  　(3)　提供する指定介護予防支援の質について，自ら評価を行い，常にその改善を図っているか。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| ２　具体的取扱方針  　(1)　担当職員が介護予防サービス計画作成業務を担当しているか。  　(2)　支援の提供に当たっては，懇切丁寧を旨とし，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しているか。  　(3)　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サービスが行われているか。  　(4)　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ているか。  　(5)　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提供しているか。 | 適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| (6)　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問題点を明らかにし，効果を最大限発揮し，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  　(7)　(6)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，利用者及び家族に面接して行っているか。この場合において，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。  　(8)　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，具体的な目標，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。  　(9)　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，専門的な見地からの意見を求めているか。また，やむを得ない理由がある場合については，会議によらず担当者に対する照会等により意見を求めているか。  　(10)　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るか。  　(11)　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。  　(12)　介護予防サービスに位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して，介護予防訪問看護計画書等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計画の提出を求めているか。  　(13)　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，介護予防訪問看護計画書等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況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。  　(14)　計画作成後，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るか。 | 適  適  適  適  適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否  否  否  否  否 |
| 確認事項 | 適 否 | |
| (15)　指定介護予防サービス事業者等から利用者の服薬状況，口腔機能その他の利用者の心身の状況等の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へ提供しているか。  　(16)　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。  　(17)　モニタリングに当たっては，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い，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るか。  　　 　イ　提供開始月の翌月から起算して３月に１回及びサービスの評価期間が終了する月並びに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，面接すること。  　　 　ロ　利用者の居宅を訪問しない月においては，可能な限り，指定介護予防通所介護事業所等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，電話等により連絡を実施すること。  　　 　ハ　少なくとも１月に１回，モニタリングの結果を記録すること。  　(18)　次に掲げる場合においては，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。  　　 　イ　要支援更新認定を受けた場合  　　 　ロ　要支援状態区分の変更の認定を受けた場合  　　 　ただし，やむを得ない理由がある場合は，会議によらず担当者に対する照会等により意見を求めているか。  　(19)　(14)に規定する介護予防サービス計画の変更は，(3)から(13)までの規定により行っているか。  　(20)　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介護保険施設への入所を希望する場合には，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。  　(21)　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。  　(22)　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。）の意見を求めるとともに，当該意見を踏まえて作成した介護予防サービス計画を当該主治の医師等に交付しているか。  　　　※意見を求める主治の医師等は，要支援認定申請のための主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。 | 適  適  適  適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否  否  否  否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | 適 否 | |
| (23)　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。  　(24)　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及び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るか。  　(25)　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した上で，継続が必要な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。  　(26)　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，その利用の妥当性を検討し，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るか。  　(27)　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。  　(28)　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。  　(29)　地域包括ケアシステムの構築を推進するため，地域ケア会議から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協力するよう努めているか。 | 適  適  適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否  否  否 |
| ３　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るか。  　(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るか。  　(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，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。 | 適  適  適 | 否  否  否 |
| 確認事項 | 適 否 | |
| (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るか。  　(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るか。  　(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るか。  　(7)　介護予防サービス計画の策定に当たっては，利用者の個別性を重視した効果的なものになっているか。  　(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るか。 | 適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否 |
| **第５　変更の届出等**  ・　変更の届出が必要な事項については，適切に届け出されているか。  ・　事業所の専用区画は届け出ている区画と一致しているか。  ・　管理者は届け出ている者と一致しているか。  ・　運営規程は届け出ているものと一致しているか。  ・　変更の届出は変更後１０日以内に行っているか。 | 適  適  適  適  適 | 否  否  否  否  否 |