

# 介護予防支援実地指導 事前提出資料

事業者名（法人名）：

---

事業者（法人）代表者職・氏名：

---

事業所名：

---

（住所）： 新潟市

---

担当者職・氏名： （連絡先 TEL \_\_\_\_\_）

---

指導年月日 平成 年 月 日

---

- （提出資料）
- ① 自己点検表
  - ② 勤務実績表
  - ③ 状況報告書
  - ④ パンフレット等事業所の概要がわかるもの
  - ⑤ 組織図（職・氏名が入っているもの）
  - ⑥ 平面図（上記④に平面図が含まれている場合は省略可）
  - ⑦ サービス契約書、重要事項説明書

# 1 利用者の状況

## (1) 前年度利用者数実績調べ

年 月	要介護利用者 (委託以外) ア	要介護利用者 (委託) イ	合計 ウ(=ア+イ)
平成 28 年 4 月			0
平成 28 年 5 月			0
平成 28 年 6 月			0
平成 28 年 7 月			0
平成 28 年 8 月			0
平成 28 年 9 月			0
平成 28 年 10 月			0
平成 28 年 11 月			0
平成 28 年 12 月			0
平成 29 年 1 月			0
平成 29 年 2 月			0
平成 29 年 3 月			0
合 計	0	0	0

※実際に給付管理を行っている利用者をカウントすること。

## (2) 要介護度別実利用者数

【実地指導実施月の前々月の状況】

(平成 年 月)

	実利用者数 (a)+(b)	男 (a)	女 (b)
要支援1	0		
要支援2	0		
計	0	0	0

※月の途中で要介護度が変更になった者については、要介護度の高い方に区分すること。

## (3) 委託の状況

【実地指導実施月の前々月の状況】

(平成 年 月)

委託事業所名	委託件数
合計	0

## (4) サービス利用者の一覧表（委託以外）

事業所で採用しているアセスメント方式（

【実地指導実施月の前々月の利用者の状況】

番号	氏名	年齢	性別	要支援	要介護認定の有効期間(直近)	アセスメント実施年月日(直近)	介護予防サービス計画案作成年月日(直近)	サービス担当者会議開催年月日(直近)	利用者の介護予防サービス計画案同意年月日(直近)	介護予防サービス計画(直近)					加算減算の有無	担当職員
										医療サービス	福祉用具貸与・販売	介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防短期入所	加算の内容	
例)	新〇太〇	74	女	2	H28.1.1～H28.12.31	H27.12.26	H27.12.27	H27.12.27	H27.12.27		○	○			初回	新潟 花子
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																

※1 利用者名簿等既存の資料がある場合は、当該資料(コピー等)により代用しても差し支えない(ただし、上記の項目を満たさない場合は、手書き等により追記すること。)

※2 氏名は「N. T」や「新〇太〇」などとし、実地指導説明時に、事業所職員が該当者を特定できるように記号化すること。

※3 「医療サービス」については、直近の介護予防サービス計画に医療サービス(訪問看護、通所リハビリテーション等)を位置付けている場合、「○」を記入すること。

※4 「福祉用具貸与・販売」については、直近の介護予防サービス計画に福祉用具貸与又は販売を位置付けている場合、「○」を記入すること。

※5 「介護予防訪問介護」については、直近の介護予防サービス計画に介護予防訪問介護を位置付けている場合、「○」を記入すること。

※6 「介護予防通所介護」については、直近の介護予防サービス計画に介護予防通所介護を位置付けている場合、「○」を記入すること。

※7 「介護予防短期入所」については、直近の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ている場合、「○」を記入すること。

※8 「加算の内容」については、実地指導実施月の前々月から過去1年の間、算定している加算を下記の「略称」のとおり記入すること。

・「初回」=初回加算、「小規模」=介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

※9 欄が足りない場合は、適宜、行を追加すること。

## 2 利用者に対する処遇方針及び取組状況

### (1) 苦情対応

ア 苦情の対応方法(解決策を含む)に関するマニュアルの整備状況

【資料作成日現在】

マニュアルの整備	有・無	マニュアルの名称	作成時期	平成 年 月 日	最終更新時期	平成 年 月 日
----------	-----	----------	------	----------	--------	----------

### イ 苦情の考え方

【資料作成日現在】

事業所では、どのようなものを苦情として捉えているかを記入してください。

--

### ウ 苦情解決の仕組みの概要

【資料作成日現在】

苦情受付から再発防止策等までの概略を記入してください。

--

### エ 苦情処理状況

【実地指導月を含む年度の前年度分】

前年度の受付件数	件	同一人による苦情申出の有無	有・無
主な苦情の状況			
受付年月日	苦情申出者名	苦情内容及びその対応と再発防止策	
	利用者との関係 ( )		
	利用者との関係 ( )		
	利用者との関係 ( )		

### カ 職員への周知方法

【資料作成日現在】

苦情内容及び当該対応の情報について、職員へどのように周知を図っているか、その周知方法を記入してください。

--

※ 【実地指導月を含む年度の前年度分】の例:実地指導が平成28年度中に行われる場合→平成27年度

### オ 苦情解決のための担当等

【資料作成日現在】

	設置の有無	職・氏名等	
苦情受付担当者	有・無	職	氏名
苦情解決責任者	有・無	職	氏名
第三者委員会	有・無	役職等	氏名

### キ 苦情解決結果の公表方法

【資料作成日現在】

	事業報告書への掲載	有・無	会報等への掲載	有・無
その他 (具体的に)				

※ 既存資料の活用も可能です。

(2) 研修の機会の確保

ア 研修の実施状況

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

<input type="radio"/> 従業者等の研修計画		有・無		
<input type="radio"/> 研修の実施状況				
開催年月日	開催形態	講師名	参加者の職種及び人数 (当該事業所職員について)	研修内容 (外部研修に参加した場合は、伝達研修実施の有無も記載のこと)

イ 研修効果を上げるための取組等

<input type="radio"/> 外部研修の内容を関係職員へ周知する方法	
<input type="radio"/> 研修欠席者への研修内容の周知方法	
<input type="radio"/> 研修効果向上の取組	

※1 具体的に記入してください。

※2 既存資料の活用も可能です。

※3 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例：実地指導が平成28年5月に行われる場合→平成27年4月から平成28年3月まで

(3) サービスの質の評価の取組

【実地指導実施月の前々月から過去1年分】

(ア) 提供するサービスについて、利用者又は利用者家族からアンケート等で評価をしてもらっていますか。	はい・いいえ
※アンケート等により評価をもらっている場合、アンケートを行った時期及びそれをどの活用しているのかを記入してください。	
(イ) 介護予防支援事業所で年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	はい・いいえ
※上記取組を行っている場合、取り組んだ時期及びどのような目標を立て、どのような取組を行ったかを記入してください。	
(ウ) 職員毎に年間の目標を立て、その達成に向けた取組を実践していますか。	はい・いいえ
(エ) 事業所で様式を定め、職員毎に自己点検を行っていますか。(行っている場合は、その様式を1部添付してください。)	はい・いいえ
(オ) その他のサービスの質の評価の取組を行っている場合は、取り組んだ時期を含め記入してください。	

※1 具体的に記入してください。

※2 【実地指導実施月の前々月から過去1年分】の例:実地指導が平成28年5月に行われる場合→平成27年4月から平成28年3月まで

(4) 職員の秘密保持対策等

【資料作成日現在】

(ア) 従業者又は従業者であった者が正当な理由なく、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、どのような措置を講じているかを記入してください。

(イ) 個人情報(文書・電子データ)を事業所内で使用・保管する場合の取組内容や留意点等を記入してください。

(ウ) 個人情報(文書・電子データ)を事業所外に持ち出す場合の取組内容や留意点等を記入してください。

(エ) 利用者やその家族の個人情報をサービス担当者会議に用いる場合等、あらかじめ文書により利用者及びその家族から同意を得ていますか。 いる ・ いない

同意を得ている場合は、その文書名を記入してください。

※1 具体的に記入してください。

※2 既存資料の活用も可能です。

(5) 介護保険法に基づく指導監査(書面監査含む)の指摘事項の改善状況

◎ 平成22年度以降に介護保険法に基づく実地指導、書面監査、監査等を受けたことがありますか。		有 ・ 無 ・ 不明
○ 受けたことがある場合、その内容と改善状況(現在の状況)について下記に記入してください。		
区 分	指 摘 事 項	改 善 状 況 (現在の状況)
実地指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 ( ) 実施年月日：	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	
実地指導 ・ 書面監査 ・ 監査 ・ その他 ( ) 実施年月日：	(改善報告を求める指摘)	
	(改善報告を求めない指摘)	

※1 区分欄は、該当するものに丸をつけてください。

※2 実地指導等を受けたことはあるが、指導等の結果記録がなく内容等が不明な場合は、その旨を記入してください。