

5 0 1 【介護事業者等指導・監査資料】

介 護 予 防 支 援

名 称	
市 町 村 名	
事 業 者 番 号	
実 施 年 月 日	令和 年 月 日
記 入 者	職氏名

検 査 吏 員	職氏名
	職氏名
	職氏名
	職氏名

以下点検事項に該当する場合、☑してください。

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	指定介護予防支援等基準第 26 条の 2 に規定する基準を満たさない場合	<input type="checkbox"/>	該当
業務継続計画 未策定減算	指定介護予防支援等基準第 18 条の 2 第 1 項に規定する基準を満たさない場合	<input type="checkbox"/>	該当
特別地域 介護予防支援加算	特別地域加算の対象地域に該当する事業所の介護支援専門員が介護予防支援を行った場合	<input type="checkbox"/>	該当
中山間地域等小規模 事業所加算	事業所が中山間地域等に所在し、かつ、1 月当たり実利用者数が 20 人以下の介護予防支援事業所の介護支援専門員が介護予防支援を行った場合	<input type="checkbox"/>	該当
中山間地域等居住者 サービス提供加算	特別地域、中山間地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防支援を行った場合	<input type="checkbox"/>	該当
初回加算	新規に介護予防サービス計画を作成した場合	<input type="checkbox"/>	該当
委託連携加算	指定居宅介護支援事業所に委託する際、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ている場合	<input type="checkbox"/>	該当