

## 居宅介護支援における特定事業所加算届（ ）に係る確認表

記入日：            年    月    日

事業所名称	
事業所番号	

この確認表は、特定事業所加算（ ）の届に係る添付書類として作成するものです。

### 1 主任介護支援専門員の状況

常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置していますか。	はい・いいえ																								
主任介護支援専門員研修	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%;">1 修了(修了年月日)</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 未修了</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 修了(修了年月日)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 未修了</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 修了(修了年月日)						2 未修了						1 修了(修了年月日)						2 未修了				
	1 修了(修了年月日)																								
	2 未修了																								
	1 修了(修了年月日)																								
	2 未修了																								
主任介護支援専門員研修修了証の写しを添付してください。	添付有・添付無																								

主任介護支援専門員は、兼務に支障がない場合、同一敷地内の他事業所の職務を兼務可能。

### 2 介護支援専門員の配置状況

1で記載した主任介護支援専門員の人数を含めずに記入してください。

介護支援 専門員数	人	内 訳	常勤	専従		非常勤	専従		
				人	人		人	人	
勤務形態一覧表の添付をしてください。				添付有・添付無					
常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置していますか。				はい・いいえ					

勤務形態一覧表は、加算算定開始月のものを添付してください。

### 3 会議の開催状況

利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を、週1回以上開催していますか。	はい・いいえ
会議の予定表を添付してください。	添付有・添付無

会議の議題とは、次のような議事を含むものです。

- (a) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- (b) 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- (c) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- (d) 保健医療及び福祉に関する諸制度
- (e) ケアマネジメントに関する技術
- (f) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- (g) その他必要な事項

4 24時間連絡体制

24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していますか。	
はい・いいえ (具体的な方法を記載してください。)	
連絡先電話番号	
輪番制をとっているような場合は、勤務形態一覧表にその日ごとの24時間連絡体制担当者の勤務時間数を で囲んでください。	勤務期待一覧表への記載 有・無

5 届出日が属する月の前月の利用者の状況

利用者総数に占める、要介護3、要介護4又は要介護5である者の割合

	利用者数 合計(h)	要介護1 (a)	要介護2 (b)	要介護3 (c)	要介護4 (d)	要介護5 (e)	要介護3～5 の合計(f)	要介護3～5 の割合(g)
月	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	%
(g)は40パーセント以上ですか。					はい・いいえ			

地域包括支援センターから支援困難な利用者として紹介された利用者の人数については、内数として( )書きで付記してください。

$f=c+d+e$ 、 $h=a+b+c+d+e$ 、 $g=f \div h \times 100$ 、少数点以下切り捨てのこと。

6 研修の実施状況

計画に基づき研修を実施していますか。		はい・いいえ
「有」の場合、研修の実施計画書及び実施状況を示した書面を添付してください。		添付有・添付無
研修計画の作成月	年 月 日	計画の作成は前年度中ですか。(年度途中の加算届出の場合、当該届出を行うまでに計画を作成していますか。)
		はい・いいえ

7 地域包括支援センターとの連携について

地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合においても、当該利用者に居宅介護支援を提供していますか。	はい・いいえ
地域包括支援センターから支援困難な利用者の紹介があった場合に、当該利用者を引き受けられる体制を整えていますか。	

はい・いいえ 具体的な体制を記載してください。
----------------------------

8 事例検討会への参加について

地域包括支援センター等が開催する事例検討会等に参加していますか。	はい・いいえ 参加年月日： 参加者名：
主催団体名称を記載してください。	

9 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無

運営基準減算の適用を受けていないですか。	はい・いいえ
特定事業所集中減算の適用を受けていないですか。	はい・いいえ

10 介護支援専門員1人当たりの利用者の状況

届出日が属する月の前月の状況を記載

利用者数 (A)	人	介護支援専門員数 (B)(常勤換算)	人	1人当たり利用者 数(C) = (A) ÷ (B)	人
(C)は40未満ですか。					はい・いいえ

居宅介護支援費( )を算定している場合は、45名未満

11 「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等への協力又は協力体制の確保

「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等への協力又は協力体制を確保していますか。	はい・いいえ
研修の実施主体との間で実習等の受入れを行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにしていますか。	はい・いいえ
「実習受入協力事業所登録承認通知書」の写しを添付してください。	添付有・添付無

12 他法人が運営する事業所との共同

他の法人が運営する指定居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会等を実施していますか。	はい・いいえ		
「有」の場合、事例検討会、研修会等の実施計画を示した書面を添付してください。	添付有・添付無		
計画の作成月	年 月 日	計画の作成は前年度ですか。(年度途中の加算の場合、当該届出を行うまでに計画を策定していますか。)	はい・いいえ

### 1 3 居宅サービス計画

必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス(保健医療サービス又は福祉サービス、地域住民による自発的な活動によるサービス等)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していますか。	はい・いいえ
--	--------

### 1 4 介護サービスの情報の公表

介護サービス情報の公表を行う予定はありますか。	有・無
-------------------------	-----

### 1 5 解釈通知の内容の理解

解釈通知および趣旨を理解していますか。	はい・いいえ
---------------------	--------

#### 趣旨

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取り組み等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

上記加算要件を満たさなくなった場合、すみやかに加算の算定を取り下げる必要があります。