

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 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

6 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。	

7 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。	

8 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

9 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

10 「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

11 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

12 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
--	--------

13 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。	あり・なし
-------------------------	-------

1.4 解釈通知の内容の理解

解釈通知の趣旨及び内容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。