（別紙３６関係資料）

特定事業所加算（居宅介護支援）に係る確認書

１　主任介護支援専門員の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 修了年月日　：　　　　　　年　　　月　　　日  　研修機関名　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  | 修了年月日　：　　　　　　年　　　月　　　日  　研修機関名　：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 主任介護支援専門員研修修了証の写を添付すること。

２　介護支援専門員の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援  専門員数 | 人 | 内  訳 | 常　勤 | 専従　　　　人 | 非常勤 | 専従　　　　人 |
| 兼務　　　　人 | 兼務　　　　人 |

* 介護支援専門員一覧、資格証の写**（更新を受けた者にあっては更新後のもの）**及び勤務形態一覧

表を添付すること。

３　情報伝達会議等の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| 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概ね週１回以上開催している。  ※「有」の場合には、開催記録及び計画書を添付すること。 | 有　　・　　無  　開催年月日 |

４　２４時間連絡体制の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| 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る。  　 ※ 連絡体制が確認できる書面（マニュアル、連絡網等）を貼付すること | 有　　・　　無  　具体的な方法： |

５　利用者の状況（加算Ⅰ）

　＜算定月の利用者数＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者数  （合計） | 要介護  １ | 要介護  ２ | 要介護  ３ | 要介護  ４ | 要介護  ５ | 要介護３～５の割合 |
| 月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ％ |

※　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を受けた利用者の人数については、

　内数として（　）書きで付記すること。

６　居宅介護支援専門員に対する研修の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援専門員に対し、計画に基づき研修を実施している。  　　※「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した  　　　 書面を添付すること。 | 有　　・　　無 |

７　地域包括支援センターとの連携の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| （7）関係：加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ  ①　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に居宅介護支援の提供を開始した。  ②　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は、引き受けられる体制を整えている。 | 有　　・　　無  （開始件数：　　　　件）  　　　 有　　・　　無  　具体的な体制： |
| （8）関係：加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A  ③　地域包括支援センター等が開催する事例検討会等がある場合に当該事例検討会等に参加している。 | 有　　・　　無  　参加年月日： |

８　減算適用の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　運営基準減算が適用されている。  ②　特定事業所集中減算が適用されている。  ・　訪問介護において、紹介率が最も高い法人  　　　　　法人名：  　　　　　占有率：　　　　　％  ・　通所介護において、紹介率が最も高い法人  　　　　　法人名：  　　　　　占有率：　　　　　％  　　・　福祉用具貸与において、紹介率が最も高い法人  　　　　　法人名：  　　　　　占有率：　　　　　％  ・　地域密着型通所介護において、紹介率が最も高い法人  　　　　　法人名：  　　　　　占有率：　　　　　％ | 有　　・　　無  　　　 有　　・　　無  ※有無にかかわらず、左記を記載すること。なお、通所介護と地域密着型通所介護は、合算して計算して差し支えない。 |

　　　　　　　　　 　　当該サービスのうち、最も紹介率が高い法人が位置付けられた計画数

　　※　占有率　＝

　　　　　　　　　　　　　　　　当該サービスを位置付けた計画数（実利用者数）

９　一人当たり取扱件数の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者数  　　　（Ａ） | 人 | 介護支援専門員数（Ｂ）（常勤換算） | 人 | １人あたり利用者数  （Ａ）÷（Ｂ） | 人 |

１０　共同の事例検討会・研修会の状況（加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・A）

|  |  |
| --- | --- |
| 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で、計画に基づき事例検討会、研修会等を実施している。  ※「有」の場合には、事例検討会、研修会の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。 | 有　　・　　無 |

**（注）本加算を取得した事業所については、毎月末までに本確認書に準じた記録を作成し、５年間保存する**

**とともに、市長等から求めがあった場合には提出しなければならないものであること。**