**居宅介護支援における特定事業所加算届に係るチェック表**

**【特定事業所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）用】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |

〈注意〉

当チェック表は特定事業所加算届の添付資料として作成するものです。特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録については国の定めた様式で毎月作成し保存をしてください。

１　主任介護支援専門員の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 常勤かつ専従※の主任介護支援専門員を①特定事業所加算（Ⅰ）を算定する場合は２名以上②特定事業所加算（Ⅱ）（Ⅲ）を算定する場合は１名以上配置していますか。※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 | は　い　・　いいえ |
| 主任介護支援専門員研修 | １　修了　　　　　２　未修了　　修了年月日　：　　　　　年　　　　月　　　　日　　研修機関名　： |
| １　修了　　　　　２　未修了　　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しを添付してください。 | 添付有　・　添付無 |

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　　　　　人（Ａ） | 非常勤 | 専従　　　　人 |
| 兼務　　　　　人 | 兼務　　　　人 |
| ※勤務形態一覧表を添付してください。 | 添付有　　・　　添付無 |
| ※上記Ａ欄は①特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定する場合は３名以上②特定事業所加算(Ⅲ)を算定する場合は　２名以上となっていますか。 |  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概ね週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いますか。 | はい　・　いいえ |
| ※会議の議題は次のような議事を含むものであること（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〈具体的な方法を記入してください〉 |
| 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。 | 勤務形態一覧表への記載　　　有　　・　　無 |

５　届出日が属する月の前月の利用者の状況**（特定事業所加算（Ⅰ）を算定する場合のみ記入）**

〈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％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（　　）書きで付記してください。

※　ｆ＝ｃ＋ｄ＋ｅ、　ｈ＝ａ＋ｂ＋ｃ＋ｄ＋ｅ、　ｇ＝ｆ÷ｈ×１００、小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 | 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策定していますか。） | はい・いいえ |

７　地域包括支援センターとの連携について

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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、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　　〈具体的な体制を記入してください〉 |

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： |
| ※事例検討会主催団体名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

|  |  |
| --- | --- |
| (１)　運営基準減算の適用を受けていないですか。 | はい　・　いいえ |
| (２)　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 |
| ※　占有率　＝ | 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当該サービスを位置付けた計画数 |

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 |
| ①居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合　（Ｃ）は40未満ですか。②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合　（Ｃ）は45未満ですか。 | はい　・　いいえ |

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 | 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策定していますか。） | はい・いいえ |

12　介護サービスの情報の公表

|  |  |
| --- | --- |
| 介護サービスの情報の公表を行う予定はありますか。 | 有　　・　　無　調査（予定）日： |

　※無の場合は算定できません。調査日は届出時点で未定でも差し支えありません。

13

|  |  |
| --- | --- |
| 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る。 | はい　・　いいえ |