|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （別紙１０－２付表） | 事業所名称 |  |

特定事業所加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る確認書

（居宅介護支援用）

（１）特定事業所加算関係

１　主任介護支援専門員の状況（①・②関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 研修修了年月日 | 研修修了証有効期限 |
|  | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |
|  | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日 |

　※主任介護支援専門員研修の修了証の写しを添付すること。

２　介護支援専門員の状況（③関係，加算Ⅰ・Ⅱ･Ⅲ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

※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（④関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　・　　無 |

※開催記録、記事内容の分かる議事録等や今後の開催予定日程等を添付すること。

４　２４時間連絡体制の状況（⑤関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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。 | 有　　・　　無 |
| 具体的な方法： | |

５　利用者の状況（⑥関係，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 | ％ |

６　研修の状況（⑦関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |
| --- | --- |
| 計画に基づき研修を実施している。 | 有　　・　　無 |

※研修の実施計画及び実施状況を示した書類を添付すること。

７　地域包括支援センターとの連携の状況（⑧・⑨関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (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。  　　※具体的な対応や受入体制を示した書類を添付すること。  (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。  　 ※参加したときの記録や今後の参加予定日程等を添付すること。 | 有　　・　　無  （開始件数：　　　　件）  有　　・　　無    　 　有　　・　　無  　参加年月日： |

８　減算適用の状況（⑩関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |
| --- | --- |
| (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。  　　※特定事業所集中減算届出書の写しを添付すること。 | 有　　・　　無  　　　 有　　・　　無 |

９　一人当たり件数の状況（⑪関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の状況（⑫関係，加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |
| --- | --- |
| 実習等の受入事業所になるなど人材育成への協力又は協力体制がある。 | 有　　・　　無 |

　※大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録通知書又は確認書の写しを添付すること。

１１　他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同の事例検討会、研修会等の実施状況（⑬関係、加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

|  |  |
| --- | --- |
| 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同の事例検討会、研修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 |

※参加したときの記録や今後の参加予定日程等を添付すること。

１２　退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携の状況（⑭関係、加算Ⅳ）

|  |  |
| --- | --- |
| 退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数 | 回 |

※特定事業所加算Ⅳを算定する年度の前々年度の３月から前年度の２月までの算定実績一覧を添付すること。

１３　ターミナルケアマネジメント加算の算定状況

|  |  |
| --- | --- |
| ターミナルケアマネジメント加算の算定回数 | 回 |

※特定事業所加算Ⅳを算定する年度の前々年度の３月から前年度の２月までの算定実績一覧を添付すること。

（２）ターミナルケアマネジメント加算関係

１　利用者のターミナルケアマネジメントを受けることに対する同意の状況（①関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ターミナルケアマネジメントを受けることに同意している。 | 有　　・　　無 |

　※利用者が同意したことが分かる書面や重要事項説明書等の写し又はその様式

２　２４時間連絡体制の状況（①関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ２４時間連絡できる体制を確保し，かつ，必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を確保している。 | 有　　・　　無 |
| 具体的な方法： | |

|  |
| --- |
| （注意事項）  届出後においても、毎月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。 |