

### 居宅介護支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録

年 月 サービス提供分

事業所名		事業所番号	
------	--	-------	--

※各項目に内容を記入し、該当する選択肢の□に  をしてください。PCで入力する場合、薄い色付き部分のセルに入力すると自動計算された数字が濃い色のセルに反映されます。

#### 1 主任介護支援専門員の状況

① 主任介護支援専門員研修	<input type="checkbox"/> 1 修了 <input type="checkbox"/> 2 未修了
	修了年月日: 平成 年 月 日 研修機関名:

#### 2 介護支援専門員の状況

介護支援 専門員数	常勤	専従		非常勤	専従		合計	人
		兼務			兼務			

#### 3 利用者の状況

〈報告月の状況〉

(A)利用者数		(B)介護支援 専門員数 (常勤換算)		1人あたり利用者数 (A)÷(B)	
介護予防支援の受託の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				

〈前3ヶ月の利用者数〉 ※加算(Ⅰ)を算定している事業者のみ記入

	要介護1 (人)	要介護2 (人)	要介護3 (人)	要介護4 (人)	要介護5 (人)	利用者数 (合計)	要介護3~ 5の割合(%)
月						人	
月						人	
月						人	
						前3ヶ月の平均割合	

※ 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的人数については、内数として( )書きで付記すること。←この場合はPC入力、および自動計算できません。

#### 4 その他

<p>①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、直近の開催記録を添付すること。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>開催年月日 [ 平成 年 月 日 ]</p>
<p>②24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。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>具体的な方法 [ ]</p>
<p>③計画に基づき研修を実施した。 ※「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。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p>
<p>④地域包括支援センター等との連携について</p> <p>ア(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) 当該利用者に居宅介護支援の提供を開始した。</p> <p>イ 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。</p> <p>ウ(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) 当該事例検討会に参加した。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>開始件数 [            件 ]</p> <p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>具体的な体制 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>参加年月日 [ 平成 年 月 日 ]</p>
<p>⑤減算の適用について</p> <p>ア 運営基準減算が適用されている。</p> <p>イ 特定事業所集中減算が適用されている。</p> <p>・【適用されているサービス名称を記載】において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率：            %</p> <p>・【適用されているサービス名称を記載】において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率：            %</p> <p>・【適用されているサービス名称を記載】において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率：            %</p> <p>・【適用されているサービス名称を記載】において、紹介率が最も高い法人 法人名： 占有率：            %</p>	<p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無</p> <p>※有無にかかわらず左記を記載すること。</p>
<p>※占有率 = <math>\frac{\text{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}}{\text{当該サービスを位置付けた計画数}}</math></p>	

<p>⑥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」等について、研修の実施主体との間で受入に同意している。  ※「有」の場合には、受入の同意が確認できる書類の写しを添付すること。</p>	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
<p>⑦他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。  ※「有」の場合には、直近の開催記録を添付すること。</p>	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 開催年月日 [      年   月   日 ]