

|       |                                            |                                          |                               |
|-------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名  |                                            |                                          |                               |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規              | <input type="checkbox"/> 2 変更            | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 特定事業所加算(Ⅰ)      | <input type="checkbox"/> 2 特定事業所加算(Ⅱ)    |                               |
|       | <input type="checkbox"/> 3 特定事業所加算(Ⅲ)      | <input type="checkbox"/> 4 特定事業所医療介護連携加算 |                               |
|       | <input type="checkbox"/> 5 ターミナルケアマネジメント加算 |                                          |                               |

| 1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)に係る届出内容                                                  |                                                                                  | 有                        | 無                        |   |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|
| 届出項目が「1 特定事業所加算(Ⅰ)」の場合は(1)を、「2 特定事業所加算(Ⅱ)」及び「3 特定事業所加算(Ⅲ)」の場合は(2)を記載すること。 |                                                                                  |                          |                          |   |  |  |
| (1)                                                                       | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員2名を配置している。                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (2)                                                                       | 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (3)                                                                       | 介護支援専門員の配置状況                                                                     |                          |                          |   |  |  |
|                                                                           | <table border="1"> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> </tr> </table> | 介護支援専門員                  | 常勤専従                     | 人 |  |  |
| 介護支援専門員                                                                   | 常勤専従                                                                             | 人                        |                          |   |  |  |
| (4)                                                                       | 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定期的に開催している。                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (5)                                                                       | 24時間常時連絡できる体制を整備している。                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (6)                                                                       | 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が40%以上                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (7)                                                                       | 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (8)                                                                       | 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (9)                                                                       | 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (10)                                                                      | 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用していない                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (11)                                                                      | 介護支援専門員1人当たり(常勤換算方法による)の担当件数について                                                 |                          |                          |   |  |  |
|                                                                           | ①居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 40件以上の有無                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
|                                                                           | ②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 45件以上の有無                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (12)                                                                      | 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確保の有無                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (13)                                                                      | 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。                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (14)                                                                      | 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              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| 2. 特定事業所医療介護連携加算に係る届出内容                                                   |                                                                                  | 有                        | 無                        |   |  |  |
| (1)                                                                       | 退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上である。                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (2)                                                                       | ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |
| (3)                                                                       | 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |  |  |

※ (10):適用していない場合は「有」にチェックを入れて下さい

|                                                                                                                                                                            |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>点（10）：適用してない場合は「否」にチェックを入れて下さい。</p> <p>3. ターミナルケアマネジメント加算に係る届出内容</p> <p>(1) ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、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整備している。</p> | <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|