

## 特定事業所加算Ⅱチェック表及び誓約書

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

〈注意〉

当チェック表及び誓約書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配置状況

常勤かつ専従※の主任介護支援専門員を2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 研修年月日：      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。

### 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。

※当該事業所の管理者とのみ兼務している介護支援専門員は、A欄に含めてください。

介護支援専門員数	人	内訳	常勤	専従	人(A)	非常勤	専従	人(A)
				兼務	人		兼務	人
(A)は、3名以上ですか。						はい・いいえ		

※加算算定開始月の勤務形態一覧表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	

※輪番制を行っている場合は、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。

#### 5 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	
研修計画の作成月	年 月 日	計画は前年度中に作成しましたか。 (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

※計画が作成されている場合、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。

#### 6 地域包括支援センターとの連携について

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
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。 (具体的な方法を記入してください)	はい ・ いいえ

#### 7 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。	

#### 8 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無

運営基準減算の適用を受けていませんか。	はい ・ いいえ
特定事業所集中減算の適用を受けていませんか。	はい ・ いいえ

#### 9 介護支援専門員1人当たりの利用者の状況

※申請する前月の状況を記載してください。

※利用者数は「居宅介護支援の地峡を受ける利用者数」です。

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
(C)は40未満ですか。			はい ・ いいえ		

## 10 神奈川県介護支援専門員実務研修実習受入れ事業所説明会の出席有無

加算取得年度(※)に行われた説明会に参加しましたか。	はい・いいえ
「いいえ」の場合、加算取得年度中に行われる説明会に必ず出席しますか。	はい・いいえ
来年度以降も各年度1回は説明会に出席し、実習受け入れに協力しますか。	はい・いいえ

※加算算定開始予定日に該当する年度。例えば、平成31年3月15日までに届け出て(町が3月15日までに収受)、4月1日から加算算定開始予定の場合は、加算取得年度は平成31年度になります。年度末は特に注意してください。

## 11 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会等の実施

事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を4月末日までに定めますか。	はい・いいえ
共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を9月末日までに定めますか。(※)	はい・いいえ

※9月末日までに当該計画を策定していない場合には、10月以降は加算を算定できません。取下げの届出を行ってください。

## 12 その他(介護サービスの情報の公表及び加算取得に係る利用者への説明)

介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供をおこなっていますか。また、利用者に対し、特定事業所加算取得事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行っていますか。	はい・いいえ
---	--------

上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓います。

年 月 日

法人名

法人代表者職・氏名

印