

各算定要件について根拠となる書類

(別紙36)

令和 年 月 日

特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書

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		

<p>1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)に係る届出内容</p> <p>(1) 主任介護支援専門員の配置状況 <input type="text" value="主任介護支援専門員"/> <input type="text" value="常勤専従"/> <input type="text" value="人"/></p> <p>(2) 介護支援専門員の配置状況 <input type="text" value="介護支援専門員"/> <input type="text" value="常勤専従"/> <input type="text" value="人"/></p> <p>(3) 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で開催している。</p> <p>(4) 24時間常時連絡できる体制を整備している。</p> <p>(5) 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</p> <p>(6) 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。</p> <p>(7) 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。</p> <p>(8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。</p> <p>(9) 特定事業所集中減算の適用の有無</p> <p>(10) 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 45件以上の有無 ②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 50件以上の有無</p> <p>(11) 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</p> <p>(12) 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。</p> <p>(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。</p> <p>2. 特定事業所医療介護連携加算に係る届出内容</p> <p>(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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>(2) ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定している。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 令和7年3月31日までの間は、5回以上算定している場合に有にチェックすること。 ※ 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月における算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間における算定回数を加えた数が15以上である場合に有にチェックすること。</p> <p>(3) 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。</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。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>	<p>有・無</p> <p>(1)(2) 「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を提出してください。 ※ 事業所作成の様式でも構いませんが、資格状況や常勤が勤務すべき時間数等が分かるように記載してください。</p> <p>(3) 会議の記録の様式又は直近の議事録を提出してください。 ※ 会議において、含めなければいけない議題が決まっています。その中でどの議事を話し合ったかがわかるよう会議の記録(議事録)の様式を作成してください。</p> <p>(4) 24時間常時連絡できる体制であることがわかる書類を提出してください。 ※ 利用者への説明書類、運営規程、重要事項説明書等</p> <p>(5) 直近の月の利用者数及び要介護3～要介護5の方の割合が分かるものを提出してください。</p> <p>(6) 個別の研修計画(全員分)を提出してください。 ※ 個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を含めた研修計画を作成してください。</p> <p>(8) 届出時点で予定している事例検討会、研修等について案内や資料を提出してください。</p> <p>(9) 特定事業所集中減算について、直近の判定期間の計算書類を提出してください。</p> <p>(11) 埼玉県から通知されている「埼玉県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録承認通知書」の写しを提出してください。</p> <p>(12) 研修計画を提出してください。 ※ 事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等を含めた計画を作成してください。</p> <p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>
---	--