

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: 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) 人	要介護3~5の割合(%)
月							
月							
月							
						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、

・【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： %

・【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： %

※占有率 = $\frac{\text{当該サービスのうち、最も紹介率が高い法人が位置付けられた計画数}}{\text{当該サービスを位置付けた計画数}}$

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。

有 ・ 無

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。

有 ・ 無

開催年月日 [年 月 日]