

令和                      年度

指 定 居 宅 介 護 支 援 事 業 所 運 営 指 導 事 前 提 出 資 料  
令和 6 年 4 月改訂版

|       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | 0 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
|------|--|

注 1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）

注 2) 平面図を添付してください。

注 3) パンフレット等の施設概要の分かるものを添付してください。

## 1 事業所の概要

開設者等の状況

令和 年 月 日現在

|                   |                      |          |          |      |  |
|-------------------|----------------------|----------|----------|------|--|
| 開設者<br>の<br>状     | 法人等の<br>種別及び名称       |          |          |      |  |
|                   | 代表者職氏名               |          |          |      |  |
| 事業<br>所<br>の<br>状 | 名 称                  |          |          |      |  |
|                   | 所 在 地                | 〒 -      |          |      |  |
|                   | 管 理 者 の 氏 名          |          | 事業所の電話番号 |      |  |
|                   | 事業所の<br>メールアドレス      |          |          |      |  |
|                   | 併設する指定居宅<br>サービス事業所等 | ①サービスの種類 |          | 事業所名 |  |
|                   |                      | ②サービスの種類 |          | 事業所名 |  |
| ③サービスの種類          |                      |          | 事業所名     |      |  |

※1 「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含む。

2 「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所及び介護保険施設をいう。

## 2 職員の状況

令和 年 月 日現在

| 職 種 | 主任介護支援専門員の資格 | 氏 名 | 年 齢 | 資格の有効期間満了日 | 常勤・非常勤の別 | 専任・兼任の別 | 兼任先事業所名とその職種 | 当該事業所の勤務割合 | 勤続年数 |   | 備 考 |
|-----|--------------|-----|-----|------------|----------|---------|--------------|------------|------|---|-----|
|     |              |     |     |            |          |         |              |            | 年    | 月 |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |
|     | 有 ・ 無        |     |     |            |          |         |              |            |      |   |     |

- ※ 1 「職種」は、管理者、介護支援専門員、事務員等と記載する。
- 2 「資格」は、介護支援専門員等と記載する。
- 3 「常勤・非常勤」については、雇用形態ではなく、事業所における勤務形態を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間勤務である場合、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は「常勤」と記載。）
- 4 「専任・兼務の別」は、複数の職種又は事業所に従事する場合は「兼務」、それ以外は「専任」と記載する。
- 5 同一事業所で複数の職種に従事する場合は、「兼務先事業所名とその職種」欄に「同事業所」と記載し、兼務する職種を併記する。
- 6 「当該事業所の勤務割合」は、常勤従業者の勤務時間を1としてその割合を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば $10 \div 40 = 0.25$ とする。）
- 7 「勤続年数」とは、当月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

## 3 勤務実績（直近3か月分）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 職員研修・訓練の実施状況 実施したすべて（2回実施したものは2回分）の研修・訓練について実施年月（予定を含む）を記載してください。

|                      |     |                          |
|----------------------|-----|--------------------------|
|                      |     | （記載例） 感染症対策（4月），虐待防止（5月） |
| 新規採用時研修              | 前年度 |                          |
|                      | 今年度 |                          |
| 定期的な職員研修             | 前年度 |                          |
|                      | 今年度 |                          |
| 定期的な訓練<br>（シミュレーション） | 前年度 |                          |
|                      | 今年度 |                          |

- ※ 1 新規採用時研修，定期的な職員研修，定期的な訓練（シミュレーション）についての実施状況について記載する。  
2 実施した内容及び実施月について記載する。

5 要介護度別実利用者数（直近3月の状況） （単位：人）

|         |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|
|         | 年 | 月 | 年 | 月 | 年 | 月 |
| 要 支 援 1 |   |   |   |   |   |   |
| 要 支 援 2 |   |   |   |   |   |   |
| 小計      | 0 |   | 0 |   | 0 |   |
| 要 介 護 1 |   |   |   |   |   |   |
| 要 介 護 2 |   |   |   |   |   |   |
| 要 介 護 3 |   |   |   |   |   |   |
| 要 介 護 4 |   |   |   |   |   |   |
| 要 介 護 5 |   |   |   |   |   |   |
| 計       | 0 |   | 0 |   | 0 |   |

|              |     |     |     |
|--------------|-----|-----|-----|
| 要支援（1/3）+要介護 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
|--------------|-----|-----|-----|

※月の途中で要介護度が変更になった者については，介護度の高い方に区分してください。

※黄色い網掛け部分は，自動計算されます。

6 介護給付費算定加算一覧

|        |         |
|--------|---------|
| 居宅介護支援 | 算定加算の名称 |
|        |         |
|        |         |
|        |         |
|        |         |
|        |         |
|        |         |

(参考様式)特定事業所加算算定要件確認表(居宅介護支援事業所)

留意事項

黄色のセルのみ入力してください。

特定事業所加算(A)については一部連携により体制確保する場合も算定可能です

|       |
|-------|
| 入力セル  |
| 自動計算  |
| 確認書類※ |

※新規又は区分の変更等の届出の際は提出してください。※既に加算を取得している事業所が、基準の遵守状況を確認するために使用する場合は、書類を事業所内で準備し、市からの求めがあった際提出できるよう御準備をしてください。

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
|------|--|

1 加算Ⅰ～Ⅲ関係

(1) 人員要件

ア 常勤専従の主任ケアマネの人数

|  |
|--|
|  |
|--|

イ 常勤専従の介護支援専門員の人数(主任ケアマネを除く)

|    |
|----|
| 0人 |
|----|

ウ 上記(1), (2)にあたらぬ介護支援専門員の人数・常勤換算

|                   |      |
|-------------------|------|
| 人数                | 常勤換算 |
|                   |      |
| ※勤務形態一覧表・全員分の資格者証 |      |

(2) 利用者に関する情報の伝達等を目的とした会議の実施頻度

おおむね  日に1回以上開催

※直近2回分の会議録を添付してください

(3) 24時間連絡がとれる体制を確保していることがわかる書類(例:重要事項説明書)

|                      |         |
|----------------------|---------|
| <input type="text"/> | ←記入漏れ注意 |
|----------------------|---------|

(4) 中重度者割合, 平均利用者受け持ち件数

ア 利用者数

| 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|------|------|------|------|------|------|
|      |      |      |      |      |      |      |
|      |      | 困難事例 | 困難事例 |      |      |      |
|      |      |      |      |      |      |      |

イ 中重度者割合

| 要介護者 | 中重度者 | 割合 |
|------|------|----|
| 0人   | 0人   |    |

ウ 平均利用者受け持ち件数

| 常勤換算 | 要介護 | 要支援×<br>1/3 | 計  |
|------|-----|-------------|----|
| 0人   | 0人  | 0人          | 0人 |

| 平均受け持ち件数 | 情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書の有無 |
|----------|-------------------------|
|          | 無し                      |

(5) 研修要件

介護支援専門員に対し下記のとおり計画的に研修を行っていますか

「計画的に研修を実施していること」については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、介護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。また、管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。なお、特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可能である。

※ 上記を示す個別研修計画

(6) 困難事例の受入

地域包括支援センターから支援が困難事例を紹介された場合も居宅介護支援サービスを

※ 受入時の対応の流れのようなものを作成しておくことが望ましいです。

(7) 特定事業所集中減算に該当しない

直近の計算表

(8) 介護支援実務研修における受入体制

栃木県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所に

(9) 他法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同の事例検討会、研修会等に参加しています。

上記に係る計画

(10) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童等、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、研修会等に参加しています。

直近の参加した記録を用意してください

(11) 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ます。

居宅サービス計画

| 算定判定 | 加算A  | 加算Ⅰ  | 加算Ⅱ  | 加算Ⅲ  |
|------|------|------|------|------|
|      | 算定不可 | 算定不可 | 算定不可 | 算定不可 |

※黄色いセルに記入漏れがあった場合も「算定不可」と表示されます。

2 特定事業所医療介護連携加算

※ ここから先は加算ⅠからⅢを算定していることが前提です。

(1) 退院・退所加算に係る連携の回数

(2) ターミナルケアマネジメント加算の算定回数(前々年度3月から前年度2月)

| 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|---|
|    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    | 0 |

算定判定

算定不可

(参考様式)  
従業者の勤務実績表

居宅介護支援  
年 月 分  
( )

事業所名 ( )

| 職種  | 勤務<br>形態 | 氏 名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1ヶ月<br>の合計 | 常勤換算<br>後の人数 |
|-----|----------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|--------------|
|     |          |     | * |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            |              |
| 管理者 |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |
|     |          |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 0          |              |

備考

1 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 事業に係る従業者全員（管理者を含む）について、1 か月分の勤務した時間数を記入してください。

3 職種の欄には、管理者、介護支援専門員（調理員等）と記載してください。

4 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務 （ドロップダウンリストから選んでください。）

5 超過勤務時間（残業時間）を含む勤務実態を記入してください。