**居宅介護支援人員等確認表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 平成 　　年 　　月 　　日 |  |
| 事業所名 |  | |

□　記載にあたっての留意事項

（１）チェック項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。

（２）広域福祉課確認欄には記載しないでください。

* 人員基準が満たされていない場合は、更新できません。

**チェック項目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | 適 | 不適 | 広域福祉課  確認欄 |
| １　介護支援専門員の員数 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 介護支援専門員の員数（ 月勤務実績） | | | | | 常勤 | | 非常勤 | | | 人 | | 実　数　　　　　人  換算数　　　　　人 | | | 介護給付費請求書－居宅介護支援の請求件数（直近3ヶ月の実績） | | | | | 月分 | 月分 | | 月分 | | 件 | 件 | | 件 |   〇介護支援専門員証は更新（5年）をしているか。 | □ | □ | ※  **特定事業所加算Ⅰ**  常勤4人以上  （うち1人主任ケアマネ）  **特定事業所加算Ⅱ**  常勤3人以上  （うち1人主任ケアマネ） |
| 〇常勤の介護支援専門員が1名以上従事しているか。 | □ | □ |
| 〇介護支援専門員の員数が35：1の基準を満たしているか。  配置基準を満たしていない場合には、人材募集広告等を行っているか。（　有　・　無　） | □ | □ |
| 〇介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員と兼務していないか。 | □ | □ |
| ２　管 理 者 | 〇常勤の管理者を配置しているか。 | □ | □ |  |
| 〇管理者は、介護支援専門員か。 | □ | □ |
| 〇管理者は、専らその職務に従事しているか。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。   1. 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合 2. 管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）  * 同一敷地内にある他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められるものである。 * 指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの申込み等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。 | □ | □ |
| 〇介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員と兼務していないか。 | □ | □ |
| 〇管理者の交代があった場合には、遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。 | □ | □ |  |