令和　　年　　月　　日

松 戸 市 長　 様

住所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　㊞

令和　　年度松戸市短期集中予防サービス特定改善加算算定に係る事業実績報告書

評価対象期間（　４月１日から９月３０日　・　１０月１日から当該年の翌年３月３１日　）

※上記期間について該当するものを○で囲むこと

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単一型 | 事業所名 | 事業所番号 | 利用実人員数 | 改善した利用者の数 | 改善率 |
|  |  | 人 | 人 | ％ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機能強化型 | 事業所名 | 事業所番号 | 改善した利用者の数 |
|  |  | 人 |

※事業実績報告においては、別紙注意事項および「松戸市短期集中予防サービスに係るサービス事業費の額等及び指定事業者の指定基準を定める要綱」を参照のうえ、必要事項を記入すること。

別紙

【注意事項】

　　単一型において、特定改善加算が適合するためには、次の注１及び注２のいずれも満たしていること。

注１　評価対象半年間に当該短期集中予防サービス事業所において短期集中予防サービスの提供が終了した利用者（途中でサービスの利用を中止した者も含む。）の総数（以下「短期集中予防サービス終了者総数」という。）が５人以上であること。

　　　注２　次の(ア)に占める(イ)の割合が100分の50以上であること。

　　　　　　(ア)　短期集中予防サービス終了者総数

(イ)　当該短期集中予防サービス事業所における短期集中予防サービスの提供によって、心身の状況が改善し、基本チェックリスト判定様式（介護保険法施行規則第140条の62の４第２号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）の様式第２をいう。以下同じ。）に掲げる基準（次に掲げるプログラムの区分に応じ、それぞれ次に定める基準に限る。）について、該当から非該当へ改善した利用者の数

ａ　運動器の機能向上プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる②、⑤、⑦いずれかの基準

ｂ　栄養改善プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準

ｃ　口腔機能向上プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準

ｄ　認知症予防プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる⑤、⑥、⑦のいずれかの基準

機能強化型において、特定改善加算が適合するためには、次の注３を満たしていること。

注３　評価対象半年間で、通所型短期集中予防サービス機能強化プログラムの提供によって、心身の状況が改善し、基本チェックリスト判定様式（介護保険法施行規則第140条の62の４第２号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）の様式第２をいう。以下同じ。）に掲げる基準(以下a～ｇ)について、短期集中予防サービス実施時点の基本チェックリスト該当項目の全てにおいて項目非該当へ改善した利用者がいること。

a　生活機能　１０項目以上に該当　基本チェックリスト判定様式に掲げる①の基準

ｂ　運動器の機能向上プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる②の基準

ｃ　栄養改善プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準

ｄ　口腔機能向上プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準

e　閉じこもりに係る項目　基本チェックリスト判定様式に掲げる⑤の基準

f　 認知機能向上プログラム　基本チェックリスト判定様式に掲げる⑥の基準

g　うつ病の可能性に係る項目　基本チェック判定様式に掲げる⑦の基準