様式２

ターミナルケアマネジメント加算チェック表

事業所番号	46	ｻｰﾋﾞｽ名	居宅介護支援
事業所名			
担当者名		担当者連絡先	

項目（算定要件）	適否
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ますか。	はい・いいえ
在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供していますか。	はい・いいえ