

認知症加算に係る届出書

(通所介護、地域密着型通所介護)

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所		

認知症加算に係る届出内容		有 ・ 無						
通所介護	① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
	② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">① 利用者総数</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>② 対象者</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 利用者総数	人						
	② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%							
③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
地域密着型通所介護	① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
	② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">① 利用者総数</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>② 対象者</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 利用者総数	人						
	② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%							
③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。