

## 認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）に係る届出書

(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

|         |                                                                                                     |                               |                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 事業所名    | △△△△                                                                                                |                               |                               |
| 異動等区分   | <input checked="" 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 小規模多機能型居宅介護事業所<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |                               |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           | 有                                   | 無                        |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------|-------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|---|---|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>1. 認知症加算（Ⅰ）に係る届出内容</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| (1) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している<br><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">             認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数             <span style="background-color: yellow; padding: 0 10px;">3</span>             人           </div> <div style="margin-top: 10px;"> <b>【参考】</b> <table border="1" style="margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th>研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>20人未満</td><td>1以上</td></tr> <tr><td>20以上30未満</td><td>2以上</td></tr> <tr><td>30以上40未満</td><td>3以上</td></tr> <tr><td>40以上50未満</td><td>4以上</td></tr> <tr><td>50以上60未満</td><td>5以上</td></tr> <tr><td>60以上70未満</td><td>6以上</td></tr> <tr><td>～</td><td>～</td></tr> </tbody> </table> </div> |           | 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数           | 研修修了者の必要数                | 20人未満 | 1以上 | 20以上30未満 | 2以上 | 30以上40未満 | 3以上 | 40以上50未満 | 4以上 | 50以上60未満 | 5以上 | 60以上70未満 | 6以上 | ～ | ～ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 研修修了者の必要数 |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 20人未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 20以上30未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 30以上40未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 40以上50未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 50以上60未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| 60以上70未満                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 6以上       |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| ～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ～         |                                     |                          |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| (2) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| (3) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| (4) 事業所において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関するし、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |
| <b>2. 認知症加算（Ⅱ）に係る届出内容</b><br>(1) 認知症加算（Ⅰ）の(1)・(2)の基準のいずれにも該当している<br>※認知症加算（Ⅰ）に係る届出内容(1)・(2)も記入すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |       |     |          |     |          |     |          |     |          |     |          |     |   |   |                                     |                          |

用紙下部の備考をお読みください。

備考1 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。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

※認知症看護に係る適切な研修：①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修  
 ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程  
 ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

備考3 認知症加算（Ⅰ）の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。