

## 認知症チームケア推進加算に係る届出書

|       |                                                                                                                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                                                     |
| 施設種別  | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 2 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 5 介護医療院 |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 有                                                                                                       | 無                        |                               |                          |           |   |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) に係る届出内容<br>(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である<br><table border="1"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table> 注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数の平均で算定。                 | ① 利用者又は入所者の総数 注                                                                                         | 人                        | ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数 | 人                        | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ① 利用者又は入所者の総数 注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| ② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| ③ ②÷①×100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | %                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる<br><table border="1"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数 | 人                        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |           |   |                          |                          |
| 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                            | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| 2. 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) に係る届出内容<br>(1) 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) の (1)、(3)、(4) に該当している<br>※認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) に係る届出内容 (1)、(3)、(4) も記入すること。                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> |                               |                          |           |   |                          |                          |
| (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる<br><table border="1"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>                                                                                                                          | 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                             | 人                        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |           |   |                          |                          |
| 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 人                                                                                                       |                          |                               |                          |           |   |                          |                          |

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。