

介護給付費算定に係る体制等に関する添付書類等チェック表 ※地域密着型サービス

- ①介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)
- ②下表の添付書類
- ③添付書類等チェック表(本紙)

を変更届に添付して提出してください。

【届出が必要な場合】

- ・新たに加算を算定する場合
- ・現在算定している加算をはずす場合
- ・算定要件が変更になる等、要件の再確認が必要な加算を算定している場合
- ・新規指定・指定更新申請を行う場合

サービス	体制等	必要書類	備考 (※全ての加算要件を記載したものではありません。詳細な要件は通知を確認のこと。)
地域密着型通所介護	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 減算が発生する月の勤務形態一覧表(予定)(別紙7)	※事前に相談してください。
	時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧表(予定)(別紙7) →時間延長対応者が確認できるよう記載する。	<input type="checkbox"/> サービス提供時間は7時間以上9時間未満である <input type="checkbox"/> 5時間を限度として算定する
	共生型サービスの提供	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの指定通知書の写し	
	入浴介助体制	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図	<input type="checkbox"/> 実際に入浴を実施した場合のみ算定する
	中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙26)→利用者全員の介護度がわかる一覧を添付する。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧表(予定)(別紙7) <input type="checkbox"/> 看護職員資格者証の写し	<input type="checkbox"/> 時間帯を通じて配置する看護職員は兼務不可 <input type="checkbox"/> 社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成している
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 理学療法士等との連携を示すもの(リハビリ事業所、医療提供施設との契約書等)	
	個別機能訓練加算(I)(II)	<input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧表(予定)(別紙7) →加算に係る機能訓練指導員がわかるように記載する。 <input type="checkbox"/> 個別機能訓練を行う者の資格証等の写し	<input type="checkbox"/> 看護職員が、加算に係る機能訓練指導員の職務に従事する場合には、看護職員としての人員基準の算定には含まない <input type="checkbox"/> 3ヵ月に1回以上 居室を訪問 し、機能訓練の内容と計画の進捗状況を説明し、訓練の見直しを行っている
	ADL維持等加算申出	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙19) <input type="checkbox"/> 利用者一覧(別紙19の2)	
	ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症加算	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙27) →利用者全員の認知症日常生活自立度がわかる一覧を添付する。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧表(予定)(別紙7) <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者研修、認知症介護リーダー研修、認知症介護実践者研修の終了証の写し	<input type="checkbox"/> 要支援者は人数に含めない <input type="checkbox"/> 認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施するプログラムを作成している
	若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う
	栄養改善加算	<input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧(予定)(別紙7) →管理栄養士のみ記載する。 <input type="checkbox"/> 管理栄養士資格証の写し <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画書(任意様式)	<input type="checkbox"/> 算定対象の利用者は、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者で、栄養改善サービスの提供が必要と認められる <input type="checkbox"/> 利用者の栄養状態を定期的に記録している <input type="checkbox"/> 栄養ケア計画の進捗状況をおおむね3ヵ月ごとに評価している <input type="checkbox"/> 定員超過・人員基準欠如に該当していない
口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 加算を算定する月の勤務形態一覧(予定)(別紙7) →言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員のみ記載する。 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証等の写し <input type="checkbox"/> 口腔機能改善管理指導計画書(任意様式)	<input type="checkbox"/> 算定対象の利用者は、口腔機能の低下している者又はそのおそれがある者で、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる <input type="checkbox"/> 利用者の口腔機能を定期的に記録している <input type="checkbox"/> 口腔機能改善管理指導計画の進捗状況をおおむね3ヵ月ごとに評価している <input type="checkbox"/> 医療保険で摂食機能療法を算定していない <input type="checkbox"/> 介護保険で摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行っていない <input type="checkbox"/> 定員超過・人員基準欠如に該当していない	

介護給付費算定に係る体制等に関する添付書類等チェック表 ※地域密着型サービス

- ①介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)
- ②下表の添付書類
- ③添付書類等チェック表(本紙)

を変更届に添付して提出してください。

【届出が必要な場合】

- ・新たに加算を算定する場合
- ・現在算定している加算をはずす場合
- ・算定要件が変更になる等、要件の再確認が必要な加算を算定している場合
- ・新規指定・指定更新申請を行う場合

サービス	体制等	必要書類	備考 (※全ての加算要件を記載したものではありません。詳細な要件は通知を確認のこと。)
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰイ)(Ⅰロ)	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙12-4) →職員割合の算出根拠となる資料を添付する。 <input type="checkbox"/> 算定する前年度の4月～2月分の勤務形態一覧表(実績)(別紙7) →介護職員のみ記載する。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格証の写し	<input type="checkbox"/> 定員超過・人員基準欠如に該当していない (Ⅰイを算定する場合) <input type="checkbox"/> 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上 (Ⅰロを算定する場合) <input type="checkbox"/> 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙12-4)→職員割合の算出根拠となる資料を添付する。 <input type="checkbox"/> 算定する前年度の4月～2月分の勤務形態一覧表(実績)(別紙7) →生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員のみ記載する。 <input type="checkbox"/> 雇用期間証明書等(職員の勤務年数を証明できる書類)	<input type="checkbox"/> 定員超過・人員基準欠如に該当していない <input type="checkbox"/> 生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員のうち勤続年数3年以上の者の割合が100分の30以上 <input type="checkbox"/> (Ⅲを算定する場合)指定療養通所介護を算定している