

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。)
(介護予防) 認知症対応型通所介護	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
	入浴介助体制	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図	<input type="checkbox"/> 入浴介助を適切に行える人員、設備を有している <input type="checkbox"/> 実際に入浴を実施した場合のみ算定する
	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)	
	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
	個別機能訓練加算	<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回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明している <input type="checkbox"/> 個別機能訓練に関する記録が利用者ごとに保管され、常に当該事業所の個別機能訓練の従事者により閲覧可能にしている
	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
	サービス提供体制強化加算(Iイ)(Iロ)	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙12-9) →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)	<input type="checkbox"/> 届出書(別紙12-9) →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