

# 認知症加算確認表(通所介護・地域密着型通所介護)

確認日:        年        月        日

## 利用者要件

下記算出方法により、前年度または直近3月間の利用者の割合を確認してください。

認 知 症 加 算	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	実績計	1月当たりの平均
利用者の総数(要介護のみ)        …(a)												/		…(b)
(a)のうち日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者												/		…(c)

※利用者の割合については、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算出するものとする。

※前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、直近3月間について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。

※前3月の実績により届出を行った事業所については、直近3月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持すること。

(c) / (b) × 100 =  ≥ 20 の場合 算定可

## 人員要件

人員基準において配置すべき看護職員及び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。	有    ・    無
指定通所介護(指定地域密着型通所介護)を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護(指定地域密着型通所介護)の提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修のいずれかを修了した者を1名以上配置している。	有    ・    無