

介護給付費算定に係る体制等届 添付書類一覧等（認知症対応型通所介護）

※赤字は、原則として指定の様式を使用してください。

※「体制等状況一覧表」の「備考」等に添付することとされている書類は、必ず添付してください。

※その他各要件を満たすことがわかる書類(根拠資料等)については、本市から求めた場合に速やかに提出してください。また、この一覧に記載している添付書類以外にも書類の提出を求めることがあります。

| 加算等の種類 (体制等一覧表の項目名称) | 区分 | 提出が必要な書類、算定要件等 (□: 提出書類の名称等) |
|--|----------|---|
| 体制等届提出時に必須のもの | — | □(別紙3-2)介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 |
| | | □(別紙1-3)介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 |
| | | □(別紙7)従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 または □(標準様式1)勤務表 認知症対応型通所介護 |
| 地域区分 | — | 水俣市は、「5 その他」を選択 |
| 職員の欠員による減算の状況 | | 資格証等の写し(減算解除時) |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 基準型 | 委員会開催記録、虐待防止の指針、研修記録、担当者の配置が確認できる書類 |
| 業務継続計画策定の有無 | 基準型 | 感染症及び災害に係る業務継続計画 |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 | あり | □感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価(届出様式) □利用延人員数計算シート(通所介護系) |
| 時間延長サービス体制 | 対応可 | 時間延長サービスの料金等が記載されている書類 |
| 入浴介助加算 | なし 以外 | 浴室部分の状況が確認できる平面図等 |
| | | 入浴介助に係る研修を実施または実施することが確認できる資料 |
| 生活機能向上連携加算 | なし 以外 | 指定訪問リハ事業所、指定通所リハ事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設と連携していることが確認できる書類(契約書等)の写し |
| 個別機能訓練加算 | なし 以外 | 機能訓練指導員の資格証(理学療法士等)の写し |
| ADL維持加算〔申出〕の有無 | あり | — |
| 若年性認知症利用者受入加算 | あり | — |
| 栄養アセスメント・栄養改善体制 | あり | 管理栄養士の資格証の写し 外部連携による場合は、取り決め内容が確認できる契約書等の写し |
| 口腔機能向上体制 | あり | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | — |
| サービス提供体制強化加算 | なし 以外 | □(別紙14-3)サービス提供体制強化加算に関する届出書 |
| | | □(別紙14-3添付 参考様式)算定要件確認表 |
| | | (参考様式)職員の配置状況 介護福祉士等の資格及び勤続年数が確認できる書類の写し |
| LIFEへの登録 | あり | — |