

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

#### 1 変更届出書及び体制届出書等の提出について

次のような場合は、速やかに変更届出書や体制届出書等の提出が必要となります。

| 項目                      | 内容  | 届出期日等      |                             |
|-------------------------|---|------------|-----------------------------|
| 変更届出書                   | 管理者、介護支援専門員等変更届出事項に変更があった場合（詳細は、別添の「変更届に係る添付書類一覧」を参考のこと。）   | 変更後 10 日以内 |                             |
| 体制等に関する届出書              | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費に係る体制に変更（減算となる場合も含む。）があった場合。</li> <li>加算に係る要件を満たさなくなった場合も速やかに加算を廃止する旨届け出てください。</li> </ul> | 加算         | 毎月 15 日までは翌月、16 日以降は翌々月から算定 |
|                         |   | 減算         | 速やかに提出<br>（事実の発生日が適用年月日）    |
| 廃止届出書<br>辞退届出書<br>休止届出書 | 廃止・辞退や休止の場合   | 1ヶ月前       |                             |

※ 次ページの「変更届に係る添付書類一覧」の参考様式に示しているものは、広島市のホームページに様式を掲載していますので、各自ダウンロードしてください。

【掲載場所】

【変更届出書】

広島市ホーム>事業者>その他>介護保険>広島市の介護保険制度>地域密着型サービスに関する各種様式>変更等に当たっての様式>認知症対応型通所介護

【体制等に関する届出書】

広島市ホーム>事業者>その他>介護保険>広島市の介護保険制度>地域密着型サービスに関する各種様式>介護給付費算定に当たっての様式

#### 2 留意事項について

##### (1) 人員、設備及び運営の基準関連

- ・ 単位ごとに、提供時間帯を通じて専ら当該単独型・併設型認知症対応型通所介護の提供に当たる生活相談員を 1 人以上配置すること。
- ・ 管理者は、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了した者とする。ただし、みなし措置を除く。
- ・ サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等利用申込者のサービス選択に資する重要事項を記した文書を交付して説明し、書面による同意を得ること。
- ・ 介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得ること。また、作成した際には遅滞なくその計画を利用者に交付すること。
- ・ 非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うこと。
- ・ 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めること。
- ・ 利用者及び従業者に手洗い、うがいを励行させるほか、健康管理を徹底するほか、洗面所に消毒液を設置したり、トイレや洗面所の共用のタオルをペーパータオル等に変更する等感染症がまん延しないよう衛生上必要な措置を講ずること。
- ・ 運営規程の概要、従業員の勤務の体制及び苦情に対する措置の概要等を事業所の見やすい場所に掲示すること。
- ・ 運営規程に定められた避難訓練を実施していない。

##### (2) 額の算定関連

- ・ 指定認知症対応型通所介護は、事業所内でサービスを提供することが原則である。このため、事業所の屋外でのサービス提供については、効果的な機能訓練等のサービスでない場合、安易に認

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護計画に位置付け、報酬算定の対象とすることはできない。

- ・ 認知症対応型通所介護計画に 6 時間と位置付けているサービスは、「6 時間以上 8 時間未満」ではなく、「4 時間以上 6 時間未満」の報酬が適用されるものであり、サービスを提供するのに標準的な時間を適切に計画に位置付け、それに応じた適切な区分により報酬を算定すること。
- ・ サービス提供時間には、送迎に要する時間や、事業所に到着してからサービスが開始されるまでや、サービスが終了してから事業所を出発するまでの待ち時間は含まない。
- ・ 送迎記録には、利用者氏名及び事業所到着・出発時刻等詳細に記録すること。
- ・ 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、1 日 120 分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置して行うものである。また、機能訓練指導員を特定の曜日だけ配置している場合には、その曜日におけるサービスのみ算定すること。
- ・ 入浴介助加算については、実際に入浴介助を行った場合に算定すること。
- ・ サービス提供時間中に受診、サービス利用を中止した場合は、サービスはそこで中断し、それ以降のサービスに係る報酬は算定できない。医療保険と介護保険を重複して請求しないこと。
- ・ 入浴介助加算について、回数を誤って算定している。
- ・ 個別機能訓練加算について算定要件である、「①1 日 120 分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置すること、②個別機能訓練の開始時及びその 3 か月後に 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、記録すること」を満たさずに算定している。

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

#### 3 Q&A

(厚生労働省)

| 項目             | 質問  | 回答   |
|----------------|---|--|
| 地域密着型サービス      | 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護は事業者のみなし指定があるが、認知症対応型通所介護は新たに指定の申請を行う必要があるのか。                                    | 1 現在認知症高齢者専用の通所介護の報酬を算定している通所介護事業所については、政令において、認知症対応型通所介護の指定を受けたものとみなすことを検討しており、新たな指定の申請は不要とする予定である。<br>2 また、他市町村の被保険者が上記の通所介護を利用している場合の当該他市町村のみなし指定は、平成18年3月中に当該被保険者が利用した場合に当該被保険者に限って認める方向で検討している。   |
| 個別機能訓練加算       | 個別機能訓練加算に係る算定方法、内容等について示されたい。   | 当該個別機能訓練加算は、従来機能訓練指導員を配置することを評価していた体制加算を、機能訓練指導員の配置と共に、個別に計画を立て、機能訓練を行うことを評価することとしたものであり、介護サービスにおいては実施日、(介護予防)特定施設入居者生活介護サービス及び介護老人福祉施設サービスにおいては入所期間のうち機能訓練実施期間中において当該加算を算定することが可能である。なお、具体的なサービスの流れとしては、「多職種が協同して、利用者毎にアセスメントを行い、目標設定、計画の作成をした上で、機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価すること」が想定される。また、行われる機能訓練の内容は、各利用者の心身状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を予防するのに必要な訓練を計画されたい。 |
| 管理者研修・実践者研修    | 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件として認知症介護実践者研修があるが、同時受講が可能であるか。(H17年度は実践者研修と管理者研修の同時開催であったが、実践者研修の修了が条件となると研修は別途開催と考えるがいかがか。)                  | 実践者研修と管理者研修は、その対象者、受講要件並びに目的が異なることから、双方の研修を同時に開催することは想定していないため、同時受講することはできない。  |
| 管理者研修・実践者研修    | 現に管理者として従事していない認知症介護実務者研修修了者が、管理者として従事することになる場合は新たに認知症対応型サービス事業管理者研修を受講する必要があるのか。   | 受講が必要である。ただし、平成17年度中に、都道府県が実施した「認知症高齢者グループホーム管理者研修」を受講している者については、認知症対応型サービス事業管理者研修を受講した者と見なして差し支えない。   |
| 看護・介護職員の兼務について | (認知症対応型通所介護)基準省令第42条第1項第2号の「専ら当該認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上」に当たる職員は、一般の介護事業所を併設している場合、その職務に当たることもできるか。                          | 当該職員については、認知症対応型通所介護事業所に勤務しているときにその職務に専従していればよく、認知症対応型通所介護事業所に勤務していない時間帯に一般の通所介護事業所に勤務することは差し支えない。   |
| 管理者関係          | みなし指定の適用を受けている認知症対応型通所介護事業所の管理者については、地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準附則第2条に基づき、必要な研修修了しなくてもよいとされているが、管理者が変更になる場合、新たな管理者は研修を修了する必要があるのか。 | みなし指定の適用を受けている認知症対応型通所介護事業所であっても、管理者が変更になる場合は、新たな管理者は研修を修了することが必要となる。  |
| 管理者関係          | みなし指定の適用を受けた認知症対応型通所介護事業所の管理者に変更がないまま指定の更新がなされる場合、当該管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を受講する必要があるのか。  | 更新指定後においても、みなし指定の適用を受けたときの管理者に変更がない場合には、当該管理者は研修の修了を免除された者であり、また、事業所運営に当たり経験を積んでいることから、新たに研修を修了する必要はない。  |

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| <p>口腔機能向上加算（通所サービス）</p> | <p>口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。</p>                  | <p>例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年3月）に掲載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。</p> |
| <p>口腔機能向上加算（通所サービス）</p> | <p>口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。</p>                                   | <p>口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。</p>  |
| <p>栄養改善加算（通所サービス）</p>   | <p>（栄養改善加算）当該加算が算定できる者の要件について、その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者（75%以下）とはどういった者を指すのか。</p> | <p>その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは、以下のような場合が考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。</li> <li>・ イ～ロの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。</li> </ul> <p>なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。</p> <p>また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段に比較し、食事摂取量が75%以下である場合。</li> <li>・ 1日の食事回数が2回以下であって、1回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合。</li> </ul>   |
| <p>若年性認知症利用者受入加算</p>    | <p>一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。</p>   | <p>65歳の誕生日の前々日まで対象である。</p>   |
| <p>若年性認知症利用者受入加算</p>    | <p>担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。</p>   | <p>若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から決めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。</p>  |
| <p>口腔機能向上加算</p>         | <p>口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。</p>  | <p>歯科医療を受診している場合の口腔機能向上加算の取扱いについて、患者又はその家族に説明した上、歯科医療機関が患者又は家族等に提供する管理計画書（歯科疾患管理料を算定した場合）等に基づき、歯科医療を受診した月に係る介護報酬の請求時に、事業所において判断する。</p>   |

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| 栄養改善加算                   | 栄養改善サービスに必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。                              | 栄養改善サービスの開始などの際に、利用者又はその家族の同意を口頭で確認した場合には、栄養ケア計画などに係る記録に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。   |
| 看護職員の配置                  | 単独型併設型指定認知症対応型通所介護においては、看護職員の配置が新たに必要となるのか。                                       | 単独型併設型指定認知症対応型通所介護については、従前の認知症専用単独型併設型指定通所介護の施設基準と同様、看護職員又は介護職員を、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の単位ごとに2名以上配置すれば足り、必ずしも看護職員を置かなくても良い。   |
| 共用型指定認知症対応型通所介護の介護従業者の員数 | 指定認知症対応型共同生活介護を行っている事業者が共用型指定認知症対応型通所介護を行う場合、必要な介護従業者の員数はどのように考えればよいのか。           | 共用型指定認知症対応型通所介護を行う時間帯について、指定認知症対応型共同生活介護の利用者と共用型指定認知症対応型通所介護の利用者の合計数を基準として、常勤換算方法で3又はその端数を増すことに1以上の介護従業者が必要となる。  |
| 共用型指定認知症通所介護事業所の利用定員     | 共用型指定認知症対応型通所介護事業所の利用定員については、1日当たり3人以下とされているが、1日の利用延べ人数が3人までということか。               | 利用定員については、同一時間帯に3人を超える利用者を受け入れることができないということである。したがって、半日しか利用しない者がいる場合は、1日の利用延べ人数は3人を超えることもある。   |
| 共用型指定認知症対応型通所介護          | 共用型指定認知症対応型通所介護を行う認知症対応型共同生活介護事業所に複数のユニットがある場合、利用者をいずれのユニットで受け入れてもよいのか。           | 1日あたり3人以下という利用定員については、共用型指定認知症対応型通所介護事業所ごとの定員である。複数のユニットがある場合については、共用型指定認知症対応型通所介護の利用者及び認知症対応型共同生活介護の入居者の両方に対してケアを行うのに十分な広さを確保できるのであれば、どのユニットで受け入れてもかまわない。   |
| 機能訓練や口腔機能向上サービス          | 機能訓練指導員の配置や口腔機能向上サービスなどを行う事業所の場合、入居者に対してサービスを行うことは可能か。また、可能な場合、入居者から費用を徴収してもよいのか。 | 入居者に対して行うことは可能であるが、費用の徴収はできない。   |
| 看護師の兼務（口腔機能向上加算）         | 本来業務を行う看護師は、機能訓練指導員を兼務できることとなっているが、口腔機能向上加算の算定要件としての看護師も兼務することは可能か。               | それぞれ計画上に位置付けられているサービスが、適切に行われるために必要な業務量が確保できているのであれば、兼務が可能であり、口腔機能向上加算を算定することは可能である。   |
| 若年認知症ケア加算との相違点           | 指定認知症対応型通所介護と通所介護及び通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算とは何が違うのか。                             | 1 指定認知症対応型通所介護は、認知症の者が自宅において日常生活を送ることができるよう、地域密着型サービスとして位置づけているものである。<br>2 一方、通所介護及び通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算は、通常の通所介護及び通所リハビリテーションについて、若年性認知症利用者のみでの単位でそれぞれにあった内容の介護を行ったり、利用者又はその家族等の相談支援等を行う場合に加算されるものである。                     |
| 送迎の実施                    | 指定認知症対応型通所介護において、送迎を行わないことは可能か。   | 指定認知症対応型通所介護事業所において、送迎が不要な利用者がある場合は、送迎を行わないことは可能である。   |
| 通院等乗降介助の利用               | 送迎を行わない指定認知症対応型通所介護事業所のサービスを利用する際に、訪問介護の通院等のための乗車又は降車の介助を利用することは可能か。              | 送迎が必要な利用者がある場合は、本来、指定認知症対応型通所介護事業所の責任において送迎を行うべきであり、それを含めた報酬設定であることから、別に訪問介護の報酬を算定することはできない。   |
| 共用型認知症対応型通所介護の職員配置       | 共用型認知症対応型通所介護事業所において、職員の配置は利用定員3人に対して1人でよいのか。                                     | 1 共用型認知症対応型通所介護事業が行える事業所の利用者若しくは入所者の数と、認知症対応型通所介護事業の利用者の数を合計した数に対して、それぞれの人員配置基準を満たす数の職員が必要である。<br>2 例えば、利用者9名の認知症対応型共同生活介護事業所で共用型認知症対応型通所介護を行う場合、認知症対応型共同生活介護事業所の利用者9名と、共用型認知症対応型通所介護の利用者3名を合計した12名に対し、利用者3名に対し1名の介護従業者が必要となることか |

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 一般の通所介護との一体的実施 | 一般の通所介護と認知症対応型通所介護を、同一の時間帯に同一の場所を用いて行うことは可能か。  | ら、常勤換算方法で、4名の介護従業者を置かなければならない。<br>認知症対応型通所介護は、対象者を認知症の者に限定し、認知症の特性に配慮したサービス形態であることから、一般の通所介護と一体的な形で実施することは認められない。<br>認知症対応型通所介護を一般の通所介護と同じ事業所で同一の時間帯に行う場合には、例えばパーティション等で間を仕切るなどにより、職員、利用者及びサービスを提供する空間を明確に区別することが必要である。                 |
| 住所地特例入居者の利用    | 住所地特例の適用がある外部サービス利用型特定施設の入居者(住所地特例入居者)が認知症対応型通所介護を利用する場合は、住所地特例入居者の保険者たる市町村への指定申請は必要か。 | 住所地特例入居者が認知症対応型通所介護を利用する場合には、住所地特例入居者の保険者たる市町村(住所地特例市町村)は、認知症対応型通所介護の利用に係る報酬を外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費として特定施設に支払い、また、特定施設は、認知症対応型通所介護の利用に係る報酬を委託料として認知症対応型通所介護事業所に支払うことから、住所地特例市町村から指定を受けていなくても、住所地特例入居者の認知症対応型通所介護の利用に係る報酬は支払われる仕組みとなっている。 |

#### (広島県)

| 項目           | 質問  | 回答   |
|--------------|---|--|
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算の算定要件として、所定単位数を算定できていることとなっているが、回数は介護保険サービスの実施につき1回とカウントするのか。   | そのとおり。   |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算の算定要件として、「介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の〇〇以上」とあるが、「介護職員の総数」とは何か。<br>① 介護職員を兼務している看護職員や生活相談員は含まれるか。<br>② 常勤換算か、頭数か。 | ①看護職員や生活相談員を兼務している介護職員は、介護職員として勤務する時間のみを常勤換算方法の算出に用いることとなる。<br>②職員の割合の算出にあたっては、常勤換算方法により算出した前年度(三月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、平成21年度の一年間は届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。                            |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算の算定要件として、「直接提供する職員の総数のうち勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上」とあるが、「利用者にサービスを直接提供する職員」とは何か。                                | ○通所介護、認知症デイ、療養通所介護、短期入所生活介護、老人福祉施設、地域密着特養・・・生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員<br>○通所リハ・・・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員<br>○短期入所療養介護、老人保健施設・・・看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士<br>○介護療養型医療施設・・・看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士 |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算の算定要件として、「勤続年数3年以上」とあるが、同一法人の他の介護事業所で勤務していた期間は勤続年数として算入可能か。   | 勤務年数の算定にあたっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務していた年数を含めることができる。  |
| サービス提供体制強化加算 | 「職員の割合」の算出にあたって、その分母の値に入れる職員の範囲は？   | Q&A【0-1-2】、【0-1-3】を参照してください。   |
| サービス提供体制強化加算 | 通所介護のサービス提供体制強化加算の届出について、3月25日までに届出る介護職員や介護福祉士の常勤換算は12月、1月、2月の平均とすることとなるが、その届出の有効期間は1年間か。また、毎月前3月を点検し届出続けないといけないか。          | 平成21年度については、毎月、直近3ヶ月の実績を確認する必要があり、基準を満たしている間は算定可能である。  |
| サービス提供体制強化加算 | 利用者負担は、所定単位数の1割か。それとも、「サービス提供体制強化加算」については所定単位数の全額が個人負担か。  | 所定単位数の1割が利用者負担となる。   |
| サービス提供体制強化加算 | 3年以上の勤続年数とは、常勤、非常勤の区分けは特に定めはないか。例えば、週1日の3時間程度の勤務を3年間続けている従業員におい   | 該当する。  |

### Ⅲ 認知症対応型通所介護

|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              | ても、該当と考えられるか。  |   |
| サービス提供体制強化加算 | 3年以上の勤続年数について、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務していた年数を含めることができるとなっているが、法人が変更された場合に、旧法人における経験年数も加算できるか。 | 【厚生労働省 Q&A】問 5<br>同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえば理事長等が同じであったとしても通算はできない。   |
| サービス提供体制強化加算 | 事業所の合併や事業譲渡により新規立上げし新規指定を受けた場合、新法人としては当該加算の要件となっている申請月前3月の実績がないため、当該加算の算定はできないのか。  | 【厚生労働省 Q&A】問 5の「事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合」に該当する場合には、合併又は事業継承前の実績が要件を満たせば、算定可能。  |
| サービス提供体制強化加算 | 届出様式に、加算Ⅰの他に加算Ⅱや加算Ⅲの状況についての記入欄もあるが、加算算定することに該当しない項目（加算Ⅱと加算Ⅲ）については、無記入でも良いか。  | 良い  |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算に関する届出書（様式第12号-1～7）において、根拠となる書類を提出することとあるが、どのような書類を提出するのか。   | サービス提供体制強化加算に関する確認書（様式第13号1～7）及び勤務形態一覧表を添付することで足りるものである。ただし、訪問リハについては、特に提出は必要ない。  |
| サービス提供体制強化加算 | サービス提供体制強化加算に関する確認書に添付すべき勤務形態一覧表は、いつのものを添付するのか。  | 算定開始月のものを添付する。（21年4月算定開始の場合には、12月、1月、2月の平均で要件の可否を判断するが、提出する勤務形態一覧表は4月分となる。）   |
| サービス提供体制強化加算 | 21年度は、届出の直近3ヶ月の状況を確認することとされているが、例えば、6月～8月の3ヶ月の状況が算定要件を満たさなくなった場合は、どうなるのか。  | 状況が判明する9月に速やかに加算の届出を取下げ（「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>」及び「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の提出）を行い、9月分から加算の算定を行わない扱いとなる。<br>【厚生労働省 Q&A】問 10<br>サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。<br>「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなる事が明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」<br>具体的には、平成21年4月に算定するためには、平成20年12月から平成21年2月までの実績に基づいて3月に届出を行うが、その後平成21年1月から3月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年4月分の算定はできない取扱いとなる。 |

【認知症対応型通所介護（予防含む）】変更届出書に係る添付書類一覧

| 変更届出書の記載事項       |   | 添付書類  | 参考様式      |
|------------------|---|---|-----------|
| 1                | 事業所・施設の名称                               | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項               | 【付表2】※    |
|                  |   | ・ 運営規程（変更後のもの）  |           |
| 2                | 事業所・施設の所在地                              | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項               | 【付表2】※    |
|                  |   | ・ 運営規程（変更後のもの）  |           |
|                  |   | ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（※変更があった場合に限る）                        | 【参考様式1】   |
|                  |   | ・ 移転先の事業所の平面図   | 【参考様式3】   |
|                  |   | ・ 設備・備品等一覧表   | 【参考様式5】   |
|                  |   | ・ 事業所・施設の写真   |           |
|                  |   | ・ 土地及び建物に係る賃貸借契約書又は登記事項証明書                                |           |
|                  |   | ・ 雇用契約書等の写し（※変更があった従業者のみ）                                 |           |
|                  |   | ・ 辞令書等の写し（※変更があった従業者のみ）                                   |           |
| 3                | 申請者の名称                                  | ・ 登記事項証明書（原本）   |           |
|                  |   | ・ 定款の写し   |           |
|                  |   | ・ 運営規程（変更後のもの）  |           |
| 4                | 申請者の主たる事務所の所在地                          | ・ 登記事項証明書（原本）   |           |
|                  |   | ・ 定款の写し   |           |
| 5                | 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                  | ・ 登記事項証明書（原本）（※変更があった場合に限る）                               |           |
|                  |   | ・ 定款の写し（※変更があった場合に限る）                                     |           |
|                  |   | ・ 法人代表者経歴書  | 【参考様式2】   |
|                  |   | ・ 介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の11第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書           | 【参考様式9-2】 |
|                  |   | ・ 役員等名簿（変更した者のみ）  | 【参考様式9-3】 |
| 6                | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（※変更があった場合に限る） | 【付表2】※    |
|                  |   | ・ 定款・寄附行為等の写し   |           |
|                  |   | ・ 登記事項証明書（原本）（※変更があった場合に限る）                               |           |
| 8                | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等                      | ・ 平面図（変更前・変更後）  | 【参考様式3】   |
|                  |   | ・ 変更のあった部分の写真   |           |
| 9                | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴               | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項               | 【付表2】※    |
|                  |   | ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表                                      | 【参考様式1】   |
|                  |   | ・ 管理者経歴書  | 【参考様式2】   |
|                  |   | ・ 厚生労働省の定める認知症対応型サービス事業管理者研修の修了証書の写し                      |           |
|                  |   | ・ 資格証等の写し   |           |
|                  |   | ・ 雇用契約書等の写し   |           |
|                  |   | ・ 辞令書等の写し   |           |
|                  |   | ・ 介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の11第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書           | 【参考様式9-2】 |
| ・ 役員等名簿（変更した者のみ） | 【参考様式9-3】                               |   |           |

| 変更届出書の記載事項 |                | 添付書類  | 参考様式      |  |
|------------|----------------|---|-----------|--|
| 10         | 運営規程           | ・ 運営規程（変更後のもの）  |           |  |
|            |                | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（※変更があった場合に限る） | 【付表2】※    |  |
|            |                | -----   |           |  |
|            |                | 【従業者の員数に変更がある場合】  |           |  |
|            |                | ・ 運営規程（変更後のもの）  |           |  |
|            |                | ・ 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項               | 【付表2】※    |  |
|            |                | ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表                                      | 【参考様式1】   |  |
|            |                | ・ 雇用契約書等の写し（※変更があった従業者のみ）                                 |           |  |
| 13         | 役員の氏名、生年月日及び住所 | ・ 定款の写し（※変更があった場合に限る）                                     |           |  |
|            |                | ・ 登記事項証明書（原本）（※変更があった場合に限る）                               |           |  |
|            |                | ・ 介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の11第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書           | 【参考様式9-2】 |  |
|            |                | ・ 役員等名簿（変更した者のみ）  | 【参考様式9-3】 |  |

※該当する【付表】を添付してください。

【付表2-1】…単独型・併設型

【付表2-2】…共用型

### 【認知症対応型通所介護（予防含む）】体制届出書に係る添付書類一覧

| サービス種類          | 加算種類          | 添付書類                           | 様式番号                    |       |
|-----------------|---------------|--------------------------------|-------------------------|-------|
| 認知症対応型通所介護      | 職員の欠員による減算の状況 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（予定分）        | 参考様式1                   |       |
| 介護予防認知症対応型通所介護  | 時間延長サービス体制    | なし                             |                         |       |
|                 | 入浴介助体制        | 事業所の平面図                        |                         |       |
|                 | 個別機能訓練体制      |                                | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（予定分） | 参考様式1 |
|                 |               |                                | 該当従業者の資格者証等の写し          |       |
|                 |               |                                | 該当従業者の雇用契約書等の写し         |       |
|                 | 若年性認知症利用者受入加算 | なし                             |                         |       |
|                 | 栄養改善体制        |                                | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（予定分） | 参考様式1 |
|                 |               |                                | 該当従業者の資格者証等の写し          |       |
| 該当従業者の雇用契約書等の写し |               |                                |                         |       |
| 口腔機能向上体制        |               | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（予定分）        | 参考様式1                   |       |
|                 |               | 該当従業者の資格者証等の写し                 |                         |       |
|                 |               | 該当従業者の雇用契約書等の写し                |                         |       |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ |               | サービス提供体制強化加算に係る届出書（認知症対応型通所介護） | 様式第3-1号・3-2号            |       |