

認知症専門ケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		

○ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通

1. 届出月前3ヶ月の各月末時点の入所者の状況

	届出月の前々々月末 () 月	届出月の前々月末 () 月	届出月の前月末 () 月	3ヶ月の平均
入所者の総数①	人	人	人	人
うち認知症の者②	人	人	人	人
割合	%	%	%	%

注：認知症の者とは、日常生活自立度のランクⅢ、ⅣまたはMに該当する者を指す。

2. 認知症介護に係る専門的な研修の状況

研修修了者の数は、認知症の者の数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は、1に19を超えて10またはその端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか。

必要数	人
配置数	人

例	～ 19	1人
	20 ～ 29	2人
	30 ～ 39	3人

修了者名	修了年月日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

*修了証の写しを添付すること。

3. 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導

開催状況	月 日開催	会議の課題等 ()	人
	月 日開催	会議の課題等 ()	人

○ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定する場合

1. 認知症介護の指導に係る研修の状況

修了者名	修了年月日
	年 月 日
	年 月 日

*修了証の写しを添付すること。

2. 認知症ケアに関する研修計画 (年度)

受講対象者名	研修期間	実施時期	研修目標	研修内容

※上記内容に準じた介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を添付すること。