

認知症ケア加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 認知症ケアに係るチームの構成員

| 区 分 | 氏 名 | 備考 |
|-----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ア 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | 精神科・神経内科 経験 年・研修受講 |
| | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | 精神科・神経内科 経験 年・研修受講 |
| イ 専任の常勤看護師 | | 経験 年 週 時間 |
| ウ 常勤社会福祉士又 は常勤精神保健福祉士 | | 経験 年 社会福祉士 精神保健福祉士 |
| エ その他の者 | | 理学療法士・作業療法士 薬剤師・管理栄養士 |

2 認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

| カンファレンスの開催頻度 | チームによる回診の頻度 |
|--------------|-------------|
| 回／週 | 回／週 |

3 認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施
回数 _____ 回／年

4 病棟看護師等のチームによる研修又は院外の研修の受講状況

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| ① 認知症患者に関 わる全ての病棟の 看護師等の数（人） | ② ①のうち 前々年度以降に研修 を受講した看護師等 の数（人） | ③ ①のうち 今年度中に研修を受 講する予定の看護師 等の数（人） | ④ 受講率 （②＋③）／① |
| | | | % |

5 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講した看護師の配置状況（原則全ての病棟に1名以上配置が望ましい）

| 届出病棟名 | 氏 名 | 研修の別 (該当するものに「✓」を記入) |
|-------|-----|-------------------------------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／配布 | 手順書に含まれている内容 |
|-----------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 作成 | <input type="checkbox"/> 身体的拘束の実施基準 |
| <input type="checkbox"/> 周知 | <input type="checkbox"/> 鎮静を目的とした薬物の適正使用 |

〔記載上の注意〕

1 「1」のア～エについては、次の通りとすること。

ア 精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせる認知症ケアチーム業務を実施している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

イ 認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。

ウ 該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験がない場合は介護支援専門員証の写しを添付すること。

エ 該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2 「2」及び「3」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3 「4」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含めないこと。

4 「5」について、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書を添付すること。

5 認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。