

令和2年度ADL維持等加算算定に係る必要書類と届出時期

必要書類及び届出の時期

(ア) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の「ADL維持等加算(申出)の有無」の届出
…令和元年7月16日まで

※令和元年6月までに、すでに届け出ている事業所は改めて提出する必要はありません。

(イ) 「ADL維持等加算に係る届出書」の1から4まで及び5(3)から5(5)までの届出
…令和2年2月17日まで

★令和2年度から初めて算定する場合(ア)(イ)両方の届出が必要です。

★すでに令和元年6月までに(ア)において「有」と届け出ている場合は(イ)のみの届出が必要です。

○ ADL維持等加算について(介護保険最新情報vol657)

問7 平成31年度からADL維持等加算を算定する場合、申出はいつまでに行う必要があるか。

(答)

申し出た年においては、申出の日の属する月から同年12月までの期間を評価対象期間とするため、評価対象利用開始月から起算して6ヶ月を確保するためには、平成30年7月までに申出を行う必要がある。

○参考資料

平成30年4月6日付老振発0406第1号・老老発0406第3号「ADL維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について」

提出先

昭島市介護福祉課介護保険係
042-544-5111(内2146)

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

昭島市長 殿

法人所在地
申請者 法人名称
代表者職・氏名

このことについて、以下のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

介護保険事業者番号										
事業所名称	(フリガナ)									
事業所所在地	(郵便番号 -)									
サービス種類	地域密着型通所介護									
担当者	(職・氏名)									
	連絡先TEL						FAX			

2 異動情報に関すること

加算、体制名称等	
(変更前)	(変更後)
適用開始年月日	年 月 日

3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※ 実施するサービスについて、「施設等の区分」欄、「その他該当する体制等」欄のそれぞれの項目のうち、該当する全ての番号に○を付けてください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表						
各サービス共通		地域区分	1. 1級地 6. 2級地 7. 3級地 2. 4級地 3. 5級地 4. 6級地 9. 7級地 5. その他		割引	
提供サービス	施設等の区分	その他該当する体制等				
78	地域密着型通所介護	1. 地域密着型通所介護事業所 2. 療養通所介護事業所	職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり
			時間延長サービス体制	1. 対応不可	2. 対応可	
			共生型サービスの提供 (生活介護事業所)	1. なし	2. あり	
			共生型サービスの提供 (自立訓練事業所)	1. なし	2. あり	
			共生型サービスの提供 (児童発達支援事業所)	1. なし	2. あり	
			共生型サービスの提供 (放課後等デイサービス事業所)	1. なし	2. あり	
			生活相談員配置等加算	1. なし	2. あり	
			入浴介助体制	1. なし	2. あり	
			中重度者ケア体制加算	1. なし	2. あり	
			生活機能向上連携加算	1. なし	2. あり	
			個別機能訓練体制Ⅰ	1. なし	2. あり	
			個別機能訓練体制Ⅱ	1. なし	2. あり	
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	1. なし	2. あり	
			ADL維持等加算	1. なし	2. あり	
			認知症加算	1. なし	2. あり	
			若年性認知症利用者受入加算	1. なし	2. あり	
			栄養改善体制	1. なし	2. あり	
			口腔機能向上体制	1. なし	2. あり	
			個別送迎体制強化加算	1. なし	2. あり	
			入浴介助体制強化加算	1. なし	2. あり	
サービス提供体制強化加算	1. なし	5. 加算Ⅰイ 2. 加算Ⅰロ 3. 加算Ⅱ 4. 加算Ⅲ				
介護職員処遇改善加算	1. なし	6. 加算Ⅰ 5. 加算Ⅱ 2. 加算Ⅲ 3. 加算Ⅳ 4. 加算Ⅴ				
介護職員等特定処遇改善加算	1. なし	2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ				

A D L 維持等加算に係る届出書（（地域密着型）通所介護事業所）

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 通所介護事業所 2 地域密着型通所介護事業所
4 届出項目	1 A D L 維持等加算

5 届出内容					
(1) 評価対象者数	①	評価対象期間（注1）に連続して6月以上利用した期間（注2）（評価対象利用期間）のある要介護者（注3）の数	人	→ 20人以上	該当 非該当
(2) 重度者の割合	②	①のうち、評価対象利用期間の最初の月（評価対象利用開始月）において、要介護度が3、4または5である者の数	人	→ 15%以上	該当 非該当
	③	①に占める②の割合	%		
(3) 直近12月以内に認定を受けた者の割合	④	①のうち、評価対象利用開始月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内である者の数	人	→ 15%以下	該当 非該当
	⑤	①に占める④の割合	%		
(4) 評価報告者の割合	⑥	①のうち、評価対象利用開始月と当該月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Indexを測定し、その結果を報告している者の数	人	→ 90%以上	該当 非該当
	⑦	①に占める⑥の割合	%		
(5) ADL利得の状況	⑧	⑥の要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したもの		→ 0以上	該当 非該当

注1：加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間。

注2：複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注3：評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注4：評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値。

注5：端数切り上げ。

記載例

実際に届け出る日付を記入してください。

令和元年5月16日

A D L 維持等加算に係る届出書（（地域密着型）通所介護事業所）

1 事業所名	デイサービス昭島
2 異動区分	① 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 通所介護事業所 ② 地域密着型通所介護事業所
4 届出項目	① A D L 維持等加算

5 届出内容				
(1) 評価対象者数	① 評価対象期間（注1）に連続して6月以上利用した期間（注2）（評価対象利用期間）のある要介護者（注3）の数	40 人	→ 20人以上	② 該当 ③ 非該当
(2) 重度者の割合	② ①のうち、評価対象利用期間の最初の月（評価対象利用開始月）において、要介護度が3、4または5である者の数	10 人	→ 15%以上	④ 該当 ⑤ 非該当
	③ ①に占める②の割合	25 %		
(3) 直近12月以内に認定を受けた者の割合	④ ①のうち、評価対象利用開始月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内である者の数	4 人	→ 15%以下	⑥ 該当 ⑦ 非該当
	⑤ ①に占める④の割合	10 %		
(4) 評価報告者の割合	⑥ ①のうち、評価対象利用開始月と当該月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Indexを測定し、その結果を報告している者の数	40 人	→ 90%以上	⑧ 該当 ⑨ 非該当
	⑦ ①に占める⑥の割合	100 %		
(5) ADL利得の状況	⑧ ⑥の要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したもの	1	→ 0以上	⑩ 該当 ⑪ 非該当

平成30年度においては、ここでいう「報告」は「事業所において保管」と読み替えます。

加算を取得するためには、上記の表において(1)から(5)までの基準を全て満たす必要があります。一つでも満たされていない場合、加算の申出があっても算定はできません。

注1：加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間。

注2：複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注3：評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注4：評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して

注5：端数切り上げ。