

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>

令和 年 月 日

久留米市長あて

所在地

名 称

代表者職・氏名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - 都・道・府・県 市・区・町・村) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名			氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 - 都・道・府・県 市・区・町・村) (ビルの名称等)				
	フリガナ					
	名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - 福岡 都・道・府・県 久留米市 市・区・町・村) (ビルの名称等)				
連絡先	電話番号			FAX番号		
主たる事業所・施設の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 - 福岡 都・道・府・県 久留米市 市・区・町・村) (ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者の氏名						
管理者の住所	(郵便番号 - 都・道・府・県 市・区・町・村) (ビルの名称等)					
届出を行う事業所・施設の種類	同一の所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
居宅介護支援			1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了			
介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了			
介護医療院			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号	.....	.....	.....	.....	.....
医療機関コード等	.....	.....	.....	.....	.....	(指定又は許可を受けている場合)
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類	別添のとおり					
届出担当者	氏名			電話番号		

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出に必要な書類一覧（通所介護）

項目	必要書類
必須	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
必須	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧業(別紙1)
施設等の区分(規模区分変更)	<input type="checkbox"/> 通所系サービス事業所規模の区分等調査票(年度が変わる際に、事業所規模の区分が変更となる場合のみ、提出が必要となります。)
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	<input type="checkbox"/> (別紙9)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 <input type="checkbox"/> (別紙10)利用延人員数計算シート
時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> (別紙1) 時間延長サービス体制加算届出書
生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> (別紙11) 共生型通所介護の場合のみ算定できる加算です。
入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 浴室の写真(2~3枚程度)
中重度ケア体制	<input type="checkbox"/> (別紙7-1) 中重度者ケア体制加算に係る届出書 <input type="checkbox"/> (別紙7-2) 利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)
個別機能訓練加算 (LIFEの登録が必要な場合があります)	<input type="checkbox"/> (別紙2)の1 個別機能訓練体制に関する状況 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証の写し <input type="checkbox"/> 個別機能訓練計画書様式、個別機能訓練記録簿様式(任意様式)
ADL維持等加算[申出] (I及びIIはLIFEの登録が必要です)	<input type="checkbox"/> なし
ADL維持等加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> (別紙8)ADL維持等加算に係る届出書((地域密着型)通所介護事業所)
認知症加算	<input type="checkbox"/> (別紙12-1) 認知症加算に係る届出書 <input type="checkbox"/> (別紙12-2) 利用者の割合に関する計算書(認知症加算) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 ※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 研修修了書の写し
若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> (別紙2)の4 若年性認知症利用者受入加算に関する状況
栄養アセスメント・栄養改善体制 (LIFEの登録が必要な場合があります)	<input type="checkbox"/> 管理栄養士登録証写し <input type="checkbox"/> (別紙2)の2 栄養改善体制に関する状況
口腔機能向上加算 (LIFEの登録が必要な場合があります)	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護師(准看護師)免許証写し <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 ※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> (別紙2)の3 口腔機能向上加算に関する状況
科学的介護推進体制加算 (LIFEの登録が必要です)	<input type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> (別紙3) サービス提供体制強化加算に関する届出書 <input type="checkbox"/> (別紙4-1~6-2までのうち該当するもの) 人材要件に関する調書(通所介護)
割引	<input type="checkbox"/> (別紙1) 指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

※異動区分は記入しないでください

記入担当者氏名		事業所電話番号		異動区分	1:新規、2:変更、3:終了
事業所番号	4 0	事業所名			

※ 時間延長サービスを行う場合は、下欄の「時間延長サービス体制届出書」も記入してください。

※ 「個別機能訓練加算」については、加算Iイ及び加算Iロのどちらも算定する事業所は、双方を選択してください。

※ 割引を行う場合は、下欄の「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」も記入してください。

※ 「入浴介助加算」については、浴室の平面図等を添付してください。

※ LIFEとは、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)のことです。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		LIFEへの登録	割引
15 通所介護	令和 年 月 日	4 通常規模型事業所 6 大規模型事業所(Ⅰ) 7 大規模型事業所(Ⅱ)		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	1 なし
				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 1 なし 2 あり		2 あり	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			
				入浴介助加算 1 なし 2 加算I 3 加算II			
				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 加算I 3 加算II			
				個別機能訓練加算 1 なし 2 加算Iイ 3 加算Iロ			
				ADL維持等加算[申出]の有無 1 なし 2 あり			
				ADL維持等加算III 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			
				栄養アセスメント・栄養改善体制 1 なし 2 あり			
				口腔機能向上加算 1 なし 2 あり			
				科学的介護推進体制加算 1 なし 2 あり			
				サービス提供体制強化加算 1 なし 6 加算I 5 加算II 7 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			
				介護職員等特定処遇改善加算 1 なし 2 加算I 3 加算II			
				ベースアップ等支援加算 1 なし 2 あり			

時間延長サービス体制届出書

1 当該事業所のサービス提供時間(送迎及び延長時間を含まない時間)

: ~ : (時間 分)

2 時間延長サービス利用者推定数

サービス提供時間前	名	サービス提供時間後	名
-----------	---	-----------	---

3 時間延長サービス従業者数

職種	員数	職種	員数	職種	員数
1 管理者	名	2 生活相談員	名	3 看護職員	名
4 介護職員	名	5 機能訓練指導員	名		

員数には、対応可能な従業者数を記入してください。

指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について
(割引を行う場合のみ記入)

サービスの種類	割引率	適用条件
	(例) 10%	(例) 全営業日・営業時間
通所介護		

「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況)

※異動区分は記入しないでください

記入担当者氏名	事業所電話番号	異動区分	1:新規、2:変更、3:終了
事業所番号 4 0	事業所名		

※ 時間延長サービスを行う場合は、下欄の「時間延長サービス体制届出書」も記入してください。

※「個別機能訓練体制については、加算Ⅰ及び加算Ⅱのどちらも算定する事業所は、双方を選択してください。」

※ 割引を行う場合は、下欄の「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」を記入してください。

事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

時間延長サービス体制届出書

1 当該事業所のサービス提供時間(送迎及び延長時間を含まない時間)					
: ~ :	(時間 分)				
2 時間延長サービス利用者推定数					
サービス提供時間前	名	サービス提供時間後	名		
3 時間延長サービス従業者数					
職種	員数	職種	員数	職種	員数
1 管理者	名	2 生活相談員	名	3 看護職員	名
4 介護職員	名	5 機能訓練指導員	名		

指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

(割引を行う場合のみ記入)

サービスの種類	割引率	適用条件
	(例) 10%	(例) 全営業日・営業時間
通所介護		

「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(通所介護)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

1 個別機能訓練加算に関する状況(「あり」の場合のみ記入)

※職種を記入				
職種	理学療法士等()	看護職員	介護職員	生活相談員
氏名				

(個別機能訓練の提供日) ※該当番号に○印

【加算Ⅰイ】

- 1 全営業日
- 2 特定の曜日のみ(※提供する曜日に○印 → 日 月 火 水 木 金 土)
- 3 その他(具体的に記入:)

【加算Ⅰロ】

- 1 全営業日
- 2 特定の曜日のみ(※提供する曜日に○印 → 日 月 火 水 木 金 土)
- 3 その他(具体的に記入:)

2 栄養アセスメント・栄養改善体制に関する状況(「あり」の場合のみ記入)

職種	管理栄養士	看護職員	介護職員	生活相談員
氏名				

管理栄養士を外部(他の介護事業所、医療機関、栄養ケア・ステーション等)との連携により配置する場合

連携する事業所等の名称

3 口腔機能向上加算に関する状況(「あり」の場合のみ記入)

※該当職種に○印				
職種	言語聴覚士・歯科衛生士	看護職員	介護職員	生活相談員
氏名				

※ 上記1~3の選択サービスの氏名欄は、それぞれのサービスの共同実施者名(職種ごとの代表者名のみ)を記入してください。

4 若年性認知症利用者受入加算に関する状況(「あり」の場合のみ記入)

若年性認知症利用者に対応する担当職員名

職種	氏名
氏名	

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	有・無
---------------------------------	-----

※認知症加算との同時算定はできません。

(別紙3)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書（通所介護）

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3 サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

4 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無
	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	
又は		② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人
①に占める③の割合が25%以上		③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）	人
			有・無

(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	
② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）			人

(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無
	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）	人	
② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算）		人	

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

人材要件に関する調書（通所介護）

(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

介護職員の常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均A
常勤換算数				

介護職員のうち勤続10年以上の介護福祉士の氏名、常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	資格の種類	氏名	登録証登録番号	登録年月日	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
						常勤換算平均B	

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

勤続10年以上の介護福祉士の割合

B/A × 100	
%	適・非 ← 25%以上が適

(注意事項)

- ①届出月前3ヶ月間の平均の状況で作成すること。
(4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均)
- ②3ヶ月間の平均で届出を行った場合は、届出月以降においても直近3ヶ月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。

人材要件に関する調書（通所介護）

(前年度の実績が6月以上の事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

介護職員の常勤換算数(3月を除く前年度の平均)

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	常勤換算平均 A
常勤換算数												

介護職員のうち勤続10年以上の介護福祉士の氏名、常勤換算数(3月を除く前年度の平均)

換算月	資格の種類	氏名	登録証登録番号	登録年月日	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
4月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
5月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
6月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
7月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
8月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
9月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		

10月					~	
					~	
					~	
					~	
					月の常勤換算数	
11月					~	
					~	
					~	
					~	
					月の常勤換算数	
12月					~	
					~	
					~	
					~	
					月の常勤換算数	
1月					~	
					~	
					~	
					~	
					月の常勤換算数	
2月					~	
					~	
					~	
					~	
					月の常勤換算数	
常勤換算平均 B(①から⑪の合計 ÷ 11)						

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例: 4. 25の場合、4. 2)

勤続10年以上の介護福祉士の割合

B/A × 100	
%	適・非 ← 25%以上が適

(注意事項)

①3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。

②届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとておくこと。

人材要件に関する調書(通所介護)

(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

介護職員の常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	月	月	月	常勤換算平均 A
常勤換算数				

介護職員のうち介護福祉士の氏名、常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	資格の種類	氏名	登録証登録番号	登録年月日	常勤換算数
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
月の常勤換算数					
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
月の常勤換算数					
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
月の常勤換算数					
常勤換算平均 B					

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例: 4. 25の場合、4. 2)

介護福祉士の割合

B/A × 100	
%	適・非

(注意事項)

①届出月前3ヶ月間の平均の状況で作成すること。

(4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均)

②3ヶ月間の平均で届出を行った場合は、届出月以降においても直近3ヶ月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。

人材要件に関する調書(通所介護)

(前年度の実績が6月以上の事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

介護職員の常勤換算数（3月を除く前年度の平均）

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	常勤換算平均 A
常勤換算数												

介護職員のうち介護福祉士の氏名、常勤換算数（3月を除く前年度の平均）

換算月	資格の種類	氏名	登録証登録番号	登録年月日	常勤換算数
4月	介護福祉士				
	介護福祉士				
4月の常勤換算数 ①					
5月	介護福祉士				
	介護福祉士				
5月の常勤換算数 ②					
6月	介護福祉士				
	介護福祉士				
6月の常勤換算数 ③					
7月	介護福祉士				
	介護福祉士				
7月の常勤換算数 ④					
8月	介護福祉士				
	介護福祉士				
8月の常勤換算数 ⑤					
9月	介護福祉士				
	介護福祉士				
9月の常勤換算数 ⑥					

10月	介護福祉士			
	10月の常勤換算数 ⑦			
11月	介護福祉士			
	11月の常勤換算数 ⑧			
12月	介護福祉士			
	12月の常勤換算数 ⑨			
1月	介護福祉士			
	1月の常勤換算数 ⑩			
2月	介護福祉士			
	2月の常勤換算数 ⑪			
常勤換算平均 B (①から⑪の合計 ÷ 11)				

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

介護福祉士の割合

B / A × 100	
%	適・非

（注意事項）

①3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。

②届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとておくこと。

人材要件に関する調書（通所介護）

(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

サービスを直接提供する職員の常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均A
常勤換算数				

サービスを直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の者の氏名、常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	職種	氏名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			月の常勤換算数		
月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			月の常勤換算数		
			月の常勤換算数		
月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			月の常勤換算数		
			常勤換算平均B		

※「常勤換算平均」の欄は、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記入してください。

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

※ 職種は、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員のいずれかを記入してください。

勤続年数7年以上の者の割合

B/A × 100	%	適・非	←30%以上が適
-----------	---	-----	----------

(注意事項)

①届出月前3ヶ月間の平均の状況で作成すること。

（4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均）

②3ヶ月間の平均で届出を行った場合は、届出月以降においても直近3ヶ月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。

③勤続年数とは、各月の毎月の末日時点における勤続年数をいう。

④勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、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た年数を含めることができる。

⑤サービスを直接提供する職員とは次の職種をいう。

生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員

人材要件に関する調書(通所介護)

(前年度の実績が6月以上の事業所用)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

サービスを直接提供する職員の常勤換算数（3月を除く前年度の平均）

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	常勤換算平均A
常勤換算数												

サービスを直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の者の氏名、常勤換算数（3月を除く前年度の平均）

換算月	職種	氏名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
4月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			4月の常勤換算数 ①		
5月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			5月の常勤換算数 ②		
6月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			6月の常勤換算数 ③		
7月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			7月の常勤換算数 ④		
8月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			8月の常勤換算数 ⑤		
9月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			9月の常勤換算数 ⑥		

10月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			10月の常勤換算数 ⑦		
11月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			11月の常勤換算数 ⑧		
12月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			12月の常勤換算数 ⑨		
1月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			1月の常勤換算数 ⑩		
2月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			2月の常勤換算数 ⑪		
常勤換算平均 B (①から⑪の合計 ÷ 11)					

※「常勤換算平均」の欄は、常勤換算方法により算出した3月を除く前年度の平均を記入してください。

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

※ 職種は、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員のいずれかを記入してください。

勤続年数7年以上の者の割合

B/A × 100		
%	適・非	← 30%以上が適

(注意事項)

- ①3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
- ②届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとっておくこと。
- ③勤続年数とは、各月の毎月の末日時点における勤続年数をいう。
- ④勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、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た年数を含めることができる。
- ⑤サービスを直接提供する職員とは次の職種をいう。
生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員

中重度者ケア体制加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 通所リハビリテーション事業所		

中重度者ケア体制加算に係る届出内容		有・無
通所介護	① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ 共生型通所介護費を算定していない。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
地域密着型 通所介護	① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ 共生型地域密着型通所介護費を算定していない。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
通所 リハビリ テーション	① 指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定通所リハビリテーション事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)

事業所名 _____
 事業所番号 _____

1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準

利用実人員数 利用延人員数

2. 算定期間

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
 イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	要介護3、要介護4 または要介護5の 利用者数
4月	人	人
5月	人	人
6月	人	人
7月	人	人
8月	人	人
9月	人	人
10月	人	人
11月	人	人
12月	人	人
1月	人	人
2月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

実績月数

割合

イ. 届出日の属する月の前3月

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	要介護3、要介護4 または要介護5の 利用者数
月	人	人
月	人	人
月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

割合

備考

・本資料は中重度者ケア体制加算に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。

・「1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準」で、
 「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。

・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。

前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)
 については、前年度の実績(ア)による届出はできません。

・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A
 (平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

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		
	③	①に占める②の割合	%	→ 15%以上	該当 非該当
(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		
	⑤	①に占める④の割合	%	→ 15%以下	該当 非該当
(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		
	⑦	①に占める⑥の割合	%	→ 90%以上	該当 非該当
(5) A D L 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A D L 値から評価対象利用開始月に測定したA D L 値を控除して得た値。

注5：端数切り上げ。

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

- 本様式は、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を届け出る際に使用するものです。
 - 記入にあたっては、「通所介護等において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評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知）のほか、各項目の注を参照の上、行ってください。

(1) 事業所基本情報

事業所番号		事業所名			
担当者氏名		電話番号		メールアドレス	
サービス種別			規模区分		

※ 青色セルは直接入力、緑色セルはプルダウン入力してください（以下同じ）。

※ サービス種別が通所介護及び通所リハビリテーションの場合には、規模区分欄も記載してください。

（2） 加算算定・特例適用の届出

利用延人員数の減少が生じた月	令和	年	月
利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数		人	
利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数			人
加算算定の可否			
特例適用の可否			

※ 黄色セルは自動計算されますので、入力しないでください（以下同じ）。

※「利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数」「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの利用延人員数」については、

以下を準用し算定してください（以下、利用延人員数の計算にあたっては、すべてこれによることとします。）

- ・通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）第2の7（4）及び（5）
 - ・通所リハビリテーションについては、同通知第2の8（2）及び（8）

※「加算算定の可否」「特例適用の可否」欄のいずれかに「可」が表示された場合は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月

加算算定事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください。（加算を算定しない事業所は記入及び届出の必要はありません。）

(3) 加算算定後の各月の利用延人員数の確認

年月	各月の利用延人員	減少割合	加算算定の可否
利用延人員数の減少が生じた月			△
加算算定届提出月			△
加算算定開始月			△
加算延長判断月			△
加算終了／延長届提出月			△
延長適用開始月		△	△
延長適用終了月		△	△

※ 加算算定の届出を行つた場合は、利用延入貢数の減少が生じた月がつ適用(延長旨む)終了月まで、各月の利用延入貢数を入力してください。

※ 「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を提出してください。（提出を怠った場合は、加算に係る報酬について返還となる場合がありますため、ご留意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。）

加算算定事業所であって、（3）オレンジセルに「可」が表示された事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください

(4) 加算算定の延長の届出

加算算定の延長を求める理由 (例)利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要するため

※ 加算算定の延長を求める場合は、その理由を入力し、延長届提出月の15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することにより、加算算定の延長の届出をすることができます。

特例適用事業所のみ

※ 特例開始後に記入してください。（特例を適用しない事業所は記入及び届出の必要はありません）

(5) 特例適用後の各月の利用延人員数の確認

※ 特例適用の届出を行った場合は、特例適用届を提出した月から適用終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。

※ 「特例適用の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を届け出してください。(届出を怠った場合は、特例に係る報酬について返還となる場合があり得るため、ご留意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。)

(別紙10)

利用延人員数計算シート(通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護)

○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

(例:ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数は「132人」となる。)

※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。

・①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区別に記入。

・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。)

※4 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。)

※5 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月)の利用延人員数を記入することもできます。)

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

○前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定員を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

$$\begin{array}{l} \text{利用定員 ※6} \\ \hline \end{array} \times 90\% \times \begin{array}{l} \text{1月当たりの営業日数 ※7} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{l} \text{平均利用延人員数 ※8} \\ \hline 0 \end{array} \text{ (d)}$$

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

本シートは「通所介護等において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評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護は、以下まとめて「通所介護等」といいます。

※ 通所介護費、地域密着型通所介護費、(介護予防)認知症対応型通所介護費は、以下まとめて「通所介護費等」といいます。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

変更後

(別紙11)

生活相談員配置等加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了		
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護事業所		

生活相談員配置等加算に係る届出内容		有・無
通所介護	① 共生型通所介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
地域密着型 通所介護	① 共生型地域密着型通所介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
(介護予防) 短期入所 生活介護	① 共生型短期入所生活介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

認知症加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所

認知症加算に係る届出内容		有・無					
通所介護	① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>					
	② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の20以上である。 <table border="1"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%
① 利用者総数	人						
② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%						
③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
地域密着型 通所介護	① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>					
	② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の20以上である。 <table border="1"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table>	① 利用者総数	人	② 対象者	人	③ ②÷①×100	%
① 利用者総数	人						
② 対象者	人						
③ ②÷①×100	%						
③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

利用者の割合に関する計算書(認知症加算)

事業所名 _____
 事業所番号 _____

1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準

利用実人員数 利用延人員数

2. 算定期間

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
 イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	日常生活自立度のランクⅢ、 Ⅳ又はMに該当する 利用者数
4月	人	人
5月	人	人
6月	人	人
7月	人	人
8月	人	人
9月	人	人
10月	人	人
11月	人	人
12月	人	人
1月	人	人
2月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

実績月数

割合

イ. 届出日の属する月の前3月

	利用者の総数 (要支援者は 含めない)	日常生活自立度のランクⅢ、 Ⅳ又はMに該当する 利用者数
月	人	人
月	人	人
月	人	人
合計	人	人
1月あたりの 平均	人	人

割合

備考

- ・本資料は認知症加算((地域密着型)通所介護)に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
- ・「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。
 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
- ・具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。