

受付番号

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)				
事業所・施設の状況	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					
届出を行う事業所・施設の種類の 指定居宅サービス	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		
施設	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	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（通所リハビリテーション）

項目		必要書類
必須		☐ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
必須		☐ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）
添付書類（該当する加算等のみ）	施設等の区分（規模区分変更）	☐ 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	☐ 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書（別紙9） ☐ 利用延人員数計算シート（通所リハビリテーション）（別紙9－1）
	時間延長サービス体制	☐ 時間延長サービス体制加算届出書（別紙3）
	入浴介助加算	☐ 事業所の平面図 ☐ 浴室の写真（2～3枚程度）
	リハビリテーションマネジメント加算（LIFEの登録が必要な場合があります）	☐ リハビリテーションマネジメント加算に関する届出書（別紙8）
	短期集中個別リハビリテーション加算	☐ なし
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	☐ 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） ※算定の根拠となる月にかかるもの ☐ リハビリテーションを提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士免許証の写し、研修を修了した医師の修了証書等
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	☐ なし
	中重度者ケア体制加算	☐ （別紙10－1） 中重度者ケア体制加算に係る届出書 ☐ （別紙10－2） 利用者の割合に関する計算書（中重度者ケア体制加算）
	若年性認知症利用者受入加算	☐ （別紙2）の4 若年性認知症利用者受入加算に関する状況 ☐ 若年性認知症利用者に対応できる看護職員又は介護職員の経歴書
	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）	☐ 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） ※算定の根拠となる月にかかるもの ☐ 管理栄養士登録証写し ☐ （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）	☐ 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） ※算定の根拠となる月にかかるもの ☐ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護師（准看護師）免許証写し ☐ （別紙2）の3 口腔機能向上加算に関する状況
	運動器機能向上体制	☐ 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） ※算定の根拠となる月にかかるもの ☐ （小規模診療所の場合）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士免許証写し ☐ （別紙2）の1 運動器機能向上体制に関する状況 ☐ 運動器機能向上計画書様式、運動器機能向上記録簿様式（任意様式）
	選択的サービス複数実施加算	（不要、運動器機能向上体制、栄養改善体制又は口腔機能向上体制のうち複数の届出を行っている場合に「あり」としてください。）
	事業所評価加算（申出）の有無	（不要、運動器機能向上体制、栄養改善体制又は口腔機能向上体制を算定し、評価加算算定の意向があれば「あり」としてください。）
	科学的介護推進体制加算（LIFEの登録が必要です）	☐ なし
	サービス提供体制強化加算	☐ （別紙4） サービス提供体制強化加算に関する届出書 ☐ （別紙5） 加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲに応じて記載してください。
	移行支援加算	☐ （別紙7） 通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出 ☐ （別紙7－2） 移行支援加算に関する確認書
	割引	☐ （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

(別紙1)

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				40				事業所名							

※ 施設等区分の変更は、事業所規模区分調査票を添付してください。

※ 時間延長サービス体制、認知症短期集中リハビリテーション体制、若年性認知症利用者受入加算、口腔機能向上加算、栄養改善体制、運動器機能向上体制、サービス提供体制強化加算の届出を行う場合は、それぞれ(別紙2)～(別紙5)も記入してください。

[illegible]

(別紙2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(通所リハビリテーション)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

1 運動器機能向上体制に関する状況(「あり」の場合のみ記入)

※職種を記入

職 種	理学療法士等()	医師	看護職員	介護職員
氏名(予防)				

2 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	医師	看護職員	介護職員
氏名(通所)				
氏名(予防)				

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)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	医師	看護職員	介護職員
氏名(通所)				
氏名(予防)				

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
通所		
予防		

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
--------------------------------	-------

※ 上記1～4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)を記入してください。

I 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 医師	名	3 看護職員	名
4 介護職員	名	5 理学療法士等	名		

員数には、対応可能な従業者数を記入してください。

(別紙4)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書（（介護予防）通所リハビリテーション）

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	
	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	有 ・ 無
	又は 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		

（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	
	② ①のうち介護福祉士の総数（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(通所リハビリテーション事業)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

[人材要件]

勤続10年以上の介護福祉士等の氏名、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					～		
					～		
					～		
					～		
					～		
					～		
月					～		
					～		
					～		
					～		
					～		
					～		
常勤換算平均 A							

※介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※ 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)

勤続10年以上の介護福祉士以外の介護職員の員数及び常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	月	月	月	常勤換算平均 B
常勤換算数				

介護福祉士等の割合

$\square / (A + B)$	
%	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。

(例：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(通所リハビリテーション事業)

事業所番号

事業所名

[人材要件]

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					～		
					～		
					～		
					～		
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							

※介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※ 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）

勤続10年以上の介護福祉士以外の介護職員の員数及び常勤換算数（3月を除く前年度平均）

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

介護福祉士等の割合

$\square / (A + B)$	
%	適 ・ 非

（注意事項）

①3月を除く前年度の平均の状況で作成してください。

人材要件に関する調書(通所リハビリテーション事業)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

[人材要件]

介護福祉士等の氏名、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					
月					
月					
常勤換算平均 A					

※介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※ 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)

介護福祉士等以外の介護職員の員数及び常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	月	月	月	常勤換算平均 B
常勤換算数				

介護福祉士等の割合

四 / (A + B)	
%	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。

(例：4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均)

- ② 3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(通所リハビリテーション事業)

事業所番号

事業所名

[人材要件]

介護福祉士等の氏名、常勤換算数(3月を除く前年度平均)

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					
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	

※介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※ 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）

介護福祉士等以外の介護職員の員数及び常勤換算数（3月を除く前年度平均）

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

介護福祉士等の割合

四／（A＋B）	
%	適 ・ 非

（注意事項）

① 3月を除く前年度の平均の状況で作成してください。

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いてください。

人材要件に関する調書（通所リハビリテーション事業）

～ 前年度実績が 6 月に満たない事業所用（新規指定事業所・再開事業所を含む） ～

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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	資格の種類	氏 名	勤務期間（年月日）	勤続年数	常勤換算数
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
常勤換算平均 A					

※ 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）

※ 「常勤換算平均」の欄は、三月の平均を記入してください。

※ 「資格の種類」は、看護師、介護職員、理学療法士等を記入してください。

勤続年数 7 年以上の者以外の員数及び常勤換算数（届出月前 3 ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均 B
常勤換算数				

直接処遇職員等の割合

$A / (A + B)$				
%	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。

（例：4 月 1 日から算定を行う場合は、1 2 月、1 月、2 月の平均）

② 3 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。

人材要件に関する調書（通所リハビリテーション事業）

～ 前年度実績が 6 月以上ある事業所用 ～

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

勤続年数 7 年以上の者の氏名、常勤換算数（3 月を除く前年度平均）

換算月	資格の種類	氏 名	勤務期間（年月日）	勤続年数	常勤換算数
4 月			～		
			～		
			～		
			～		
5 月			～		
			～		
			～		
			～		
6 月			～		
			～		
			～		
			～		
7 月			～		
			～		
			～		
			～		
8 月			～		
			～		
			～		
			～		
9 月			～		
			～		
			～		
			～		
10 月			～		
			～		
			～		
			～		
11 月			～		
			～		
			～		
			～		
12 月			～		
			～		

143			~		
			~		

1 月			~			
			~			
			~			
			~			
2 月			~			
			~			
			~			
			~			
					常勤換算平均 A	

※ 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. 2 5 の場合、4. 2）

※ 「常勤換算平均」の欄は、三月の平均を記入してください。

※ 「資格の種類」は、看護師、介護職員、理学療法士等を記入してください。

勤続年数 7 年以上の者以外の員数及び常勤換算数（3 月を除く前年度平均）

換算月	4 月	5 月	6 月	7 月
常勤換算数				
	8 月	9 月	1 0 月	1 1 月
	1 2 月	1 月	2 月	常勤換算平均 B

直接処遇職員等の割合

A / (A + B)	
%	適 ・ 非 ← 3 0 % 以上が適

- （注意事項）
- ① 3 月を除く前年度の平均の状況で作成してください。
- 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いてください。
- ③ 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。

(別紙7)

令和 年 月 日

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

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 移行支援加算

①終了者数の状況	①	評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数	人	→ 3%超	有 ・ 無
	②	①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)	人		
	③	①に占める②の割合	%		
②事業所の利用状況	①	評価対象期間の利用者延月数	月	→ 27%以上	有 ・ 無
	②	評価対象期間の新規利用者数	人		
	③	評価対象期間の新規終了者数(注2)	人		
	④	$12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$	%		

注1:「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注2:入院、入所、死亡を含む。

※各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

移行支援加算に関する確認書

事業所名	
------	--

1 終了者数の状況の確認

通所リハビリテーション終了者数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	①合計
終了者数													人

指定通所介護等を実施することとなった者の数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
社会参加人数													人

$$3② \div 3① \times 100 =$$

%

←3%越が適

2 事業所の利用者状況の確認

利用者延月数

延月数	1月間	2月間	3月間	4月間	5月間	6月間	7月間	8月間	9月間	10月間	11月間	12月間	①合計
利用者数													
延月数 × 利用者数													
													月

新規利用者数

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
新規利用者数													人

新規終了者数(入院、入所、死亡を含む。)

換算月(前年)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	③合計
新規終了者数													人

$$12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$$

%

←27%以上が適

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

リハビリテーションマネジメント加算に係る届出内容 イ リハビリテーションマネジメント加算 (A)イ ① 通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行っている。 ② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が①に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録している。 ③ リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、会議の内容を記録している。 ④ 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告している。 ⑤ リハビリテーション計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合は、1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直している。 ⑥ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行っている。 ⑦ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスの従業者と、利用者の居宅を訪問し、当該従業者又は利用者の家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行っている。 ⑧ ①から⑦までに適合することを確認し、記録している。 ロ リハビリテーションマネジメント加算 (A)ロ ① イ①～⑧に掲げる基準に適合している。 ② 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切な有効な実施のために必要な情報を活用していること。	有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無
ハ リハビリテーションマネジメント加算 (B)イ ① イ①～③及び⑤～⑦に掲げる基準に適合している。 ② 通所リハビリテーション計画について、当該通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ている。 ③ ①及び②に掲げる基準に適合することを確認し、記録している。	有・無 有・無 有・無
ニ リハビリテーションマネジメント加算 (B)ロ ① ハ①から③までに掲げる基準のいずれにも適合している。 ② 利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切な有効な実施のために必要な情報を活用している。	有・無 有・無

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 届出書

○ 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

(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	通所リハビリテーション	規模区分	通常規模型

※ 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った場合は、利用延人員数の減少が生じた月から適用（延長含む）終了月まで、各月の利用延人員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得るため、ご注意ください。）なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要

※ 加算算定開始後に記入してください。

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
---------------	-----------------------------------

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。）

[illegible]

※「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ます、ご注意ください。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。）

利用延人員数計算シート(通所リハビリテーション)

○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

			率	令和 年									令和1年			4月～2月 合計 ※6
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
通所リハビリテーション ※1	1時間以上2時間未満		1/4													
	2時間以上3時間未満及び 3時間以上4時間未満		1/2													
	4時間以上5時間未満及び 5時間以上6時間未満		3/4													
	6時間以上7時間未満及び 7時間以上8時間未満		1													
介護予防 通所リハビリテーション ※2	①	2時間未満	1/4													
		2時間以上4時間未満	1/2													
		4時間以上6時間未満	3/4													
		6時間以上	1													
	②	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	1													
各月の利用延人員数				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		
毎日事業を実施した月(○印) ※3			6/7													
合計				0.000	0.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	(a)
【留意事項】 ※1 各月の通所リハビリテーションを利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。 ※2 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定をあわせて受け、通所リハビリテーション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、各月の介護予防通所リハビリテーションを利用した人数を、利用時間ごとに記入。 ・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。 (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												通所リハビリテーション費を 算定している月数 (3月を除く)		0	(b)	
												平均利用延人員数 (a÷b) ※4			(c)	
												※4 (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2年2月及び3月の利用延人員数の減少に係る				

○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

利用定員 ※6

×

90%

×

1月当たりの営業日数 ※7

=

平均利用延人員数 ※8

0

【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。

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	☐ 1 新規 ☐ 2 変更 ☐ 3 終了
事業所等の区分	☐ 1 通所介護事業所 ☐ 2 地域密着型通所介護事業所 ☐ 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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐
	④	共生型通所介護費を算定していない。	☐ ・ ☐
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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐
	④	共生型地域密着型通所介護費を算定していない。	☐ ・ ☐
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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐
	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。	☐ ・ ☐

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。