

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。

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 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			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 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)				
事業所の状況	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 久留米市 市・区 府 県 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 久留米市 市・区 府 県 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 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)					
届出を行う事業所・施設の種類の	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)
	夜間対応型訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	地域密着型通所介護			1新規 2変更 3終了		
	療養通所介護			1新規 2変更 3終了		
	認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了		
	小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了		
	認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了		
	地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規 2変更 3終了		
	看護小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防支援			1新規 2変更 3終了		
地域密着型サービス事業者番号等						
指定を受けている市町村						
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)					
既に指定等を受けている事業						
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	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」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」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、付表「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。

変更届出時に必要な添付書類一覧(認知症対応型通所介護)

添付書類	届出項目	職員の人員欠如	感染症等による利用者減少	時間延長サービス	個別機能訓練加算 (LIFEの登録が必要な場合があります)	生活機能向上連携加算	入浴介助加算	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)	口腔機能向上加算 (LIFEの登録が必要です)	ADL維持等加算 (LIFEの登録が必要です)	若年性認知症利用者受入	科学的介護推進体制加算 (LIFEの登録が必要です)	サービス提供体制	割引
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・変更届出書		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (加算の算定の根拠となる月にかかるもの)		○		○	○	○	○	○						
資格証の写し					○	○		○	○					
研修修了書の写し														
浴室の平面図及び写真							○							
別紙1														○
別紙2													○	
別紙3-1~5-2のうち該当するもの													○	
別紙6		○		○	○									
別紙7						○		○	○		○			
別紙8			○											
別紙9			○											

注:○提出が必須、△場合により提出する

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

		異動区分		1 新規 2 変更 3 終了	
事業所名					
事業所番号			電話番号		単位番号

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	その他該当する体制等		LIFEへの登録	割引
(72) 認知症対応型 通所介護	令和 年 月 日	1 単独型	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	1. なし 2. あり
			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		
			時間延長サービス体制	1. 対応不可 2. 対応可		
		2 併設型	入浴介助加算	1. なし 2. 加算 I 3. 加算 II		
			生活機能向上連携加算	1. なし 3. 加算 I 2. 加算 II		
			個別機能訓練加算	1. なし 2. あり		
		3 共用型	ADL維持等加算〔申出〕の有無	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 5. 加算 I 4. 加算 II 6. 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		
介護職員等ベースアップ等支援加算	1. なし 2. あり					
(74) 介護予防 認知症対応型通所介護	令和 年 月 日	1 単独型	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	1. なし 2. あり
			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		
			時間延長サービス体制	1. 対応不可 2. 対応可		
		2 併設型	入浴介助加算	1. なし 2. 加算 I 3. 加算 II		
			生活機能向上連携加算	1. なし 3. 加算 I 2. 加算 II		
			個別機能訓練加算	1. なし 2. あり		
		3 共用型	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 5. 加算 I 4. 加算 II 6. 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		
			介護職員等ベースアップ等支援加算	1. なし 2. あり		

人材要件に関する調書

(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

$B/A \times 100$	
%	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

(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

$B/A \times 100$	
%	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っておくこと。

人材要件に関する調書(認知症対応型通所介護)

(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

$B/A \times 100$	
%	適・非

(注意事項)

- 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)
- 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(認知症対応型通所介護)

(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

$B/A \times 100$	
%	適・非

(注意事項)

- ① 3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。

人材要件に関する調書(認知症対応型通所介護)

(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			~			
			~			
			~			
			~			
			~			
			~			
				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

$B/A \times 100$	
%	適・非 ← 30%以上が適

(注意事項)

- 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)
- 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。
- 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。
(例：平成27年4月における勤続年数7年以上の者とは、平成27年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。)
- 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。
- 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(認知症対応型通所介護)

(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

$B/A \times 100$	
%	適 ・ 非 ← 30%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。

(例：平成27年4月における勤続年数7年以上の者とは、平成27年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。)

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

職員の欠員状況について

* 職員の欠員を生じるに至った経過

--

* 欠員解消の具体的対応と今後の見通し

--

時間延長サービスについて

1 事業所のサービス提供時間（延長時間を含まないサービス提供時間）

平日	土曜	日・祝
～ (～)	～ (～)	～ (～)

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 時間延長サービス時間帯の従業者数

職種	員数	職種	員数
管理者		生活相談員	
看護職員又は介護職員		機能訓練指導員	

※ 員数には、対応可能な従業員数を記入してください。

個別機能訓練加算について

※ 機能訓練指導員の配置状況

資格	氏名	勤務体制
		A ・ B ・ C ・ D

	日	月	火	水	木	金	土	祝
個別機能訓練の提供日								
個別機能訓練の実施時間（分）								

① 個別機能訓練計画を作成している。	はい ・ いいえ
② 個別機能訓練に関する記録（実施時間・訓練内容・担当者等）を作成している。	はい ・ いいえ
③ 個別機能訓練の評価様式を作成している。	はい ・ いいえ

生活機能向上連携について

① 訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。(加算Ⅰを算定する場合のみ)	はい ・ いいえ
② 訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っている。(加算Ⅱを算定する場合のみ)	はい ・ いいえ
③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供している。	はい ・ いいえ
④ ①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っている。	はい ・ いいえ

栄養アセスメント・栄養改善体制について

※ 管理栄養士の配置状況

資格	氏名	勤務体制
管理栄養士		A ・ B ・ C ・ D

1. 栄養アセスメント加算

①利用者ごとに管理栄養士等が共同で栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明し、相談等に必要に応じて対応する	はい ・ いいえ
②利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。	はい ・ いいえ

2. 栄養改善加算

①利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。	はい ・ いいえ
②栄養ケア計画に従い、必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録している。	はい ・ いいえ
③栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している。	はい ・ いいえ

口腔機能向上加算について

※ 専門職員の配置状況

資格	氏名	勤務体制
		A ・ B ・ C ・ D

① 口腔機能改善管理指導計画を作成している。	はい ・ いいえ
② 口腔機能状態を定期的に記録するための様式を作成している。	はい ・ いいえ
③ 口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価するための様式を作成している。	はい ・ いいえ
④ 計画等の情報を厚生労働省に提出し、サービスの実施に当たって必要な情報を活用している。(加算Ⅱを算定する場合のみ)	はい ・ いいえ

若年性認知症利用者受け入れについて

① 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。	はい ・ いいえ
-----------------------------------	----------

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

Table with 4 columns: 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

Table with 2 columns: 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15日までに都

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

Table with 4 columns: 年月, 各月の利用延人員, 減少割合, 加算算定の可否. Includes a vertical label '減少の2か月後' pointing to the '加算算定の可否' column.

※ 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はありません。)

(別紙9)

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

	率	令和1年												4月～2月 合計		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
通所介護等 ※1	3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む)	1/2														
	5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4														
	7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1														
第一号 通所事業 ・ 介護予 防認知 症対応 型通所 介護 ※2,3	① 5時間未満 6時間以上8時間未満及び 7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1/2														
		3/4														
		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	0.00	0.00	0.00
毎日事業を実施した月(○印) ※4		6/7														
合計			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.000
【留意事項】																
※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。																
※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業(介護予防通所介護相当)の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいづれかを行ってください。																
①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。 (緩和した基準によるサービス(通所型サービスA)の利用者は、利用者数に含めません。)																
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、以下のいづ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分別に記入。																
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。)																
			通所介護費等を算定している 月数 (3月を除く)												0	
			平均利用延人員数 (a÷b) ※5													
			※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

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。

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。入力された数値に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。