

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 市・区 府・県 町・村 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種類別 代表者の職・氏名	職名	法人所轄庁		氏名	
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 久留米市 市・区 府・県 町・村 (ビルの名称等)				
	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			
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)
	指定居宅サービス	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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類別」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)「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。

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（介護老人福祉施設）

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表（別紙1）
夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの
職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 資格証の写し <input type="checkbox"/> 組織図 <input type="checkbox"/> 変更理由書（別紙3）
ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> なし
安全管理体制	<input type="checkbox"/> なし
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙15）
日常生活継続支援加算	<input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算算定表（別紙8-1） <input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算に関する確認書（別紙8-2）
テクノロジーの導入（日常生活支援加算関係）	<input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書（別紙8-3）
看護体制加算	<input type="checkbox"/> 看護体制加算に係る届出書（別紙17） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 資格証の写し
夜勤職員配置加算	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算に係る確認書（別紙19）
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算関係）	<input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書（別紙19-2）
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> なし
準ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 平面図（別紙7）（参考）
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"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 個別機能訓練計画書様式 <input type="checkbox"/> 資格証の写し
ADL維持等加算〔申出〕の有無 （LIFEの登録が必要です）	<input type="checkbox"/> なし
若年性認知症入所者受入加算	<input type="checkbox"/> 若年性認知症入所者受入加算に関する届出書（別紙14）
常勤専従医師配置	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 契約書または辞令の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し
精神科医師定期的療養指導	<input type="checkbox"/> 契約書の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し <input type="checkbox"/> 精神科医師定期療養指導に関する届出書（別紙11）
障害者生活支援体制	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 経歴書 <input type="checkbox"/> 資格証の写し <input type="checkbox"/> 身障手帳又は療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
身体拘束廃止取組の有無	<input type="checkbox"/> 変更理由書（別紙3）
栄養マネジメント強化体制 （LIFEの登録が必要です）	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙15） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5）※算定の根拠となる月にかかるもの <input type="checkbox"/> 免許証、資格証等の写し
療養食加算	<input type="checkbox"/> 療養食加算に関する届出書（別紙16）
配置医師緊急時対応加算	<input type="checkbox"/> 配置医師緊急時対応加算に係る届出書（別紙20）
看取り介護体制	<input type="checkbox"/> 看取り介護体制に係る届出書（別紙18） <input type="checkbox"/> 看取りに関する方針
在宅・入所相互利用体制	<input type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算に係る確認書（別紙12） <input type="checkbox"/> 研修修了書の写し
褥瘡マネジメント加算 （LIFEの登録が必要です）	<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメントに関する届出書（別紙21）
排せつ支援加算 （LIFEの登録が必要です）	<input type="checkbox"/> なし
自立支援促進加算 （LIFEの登録が必要です）	<input type="checkbox"/> なし
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
安全対策体制	<input type="checkbox"/> 安全対策に係る外部研修の受講申込書、又は受講証等
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙9） <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書（別紙10-1）～（別紙10-8）※該当するもの1つ
割引率	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引にかかる割引率の設定について（別紙4） <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 料金表

添付書類（該当する加算等のみ）

(別紙1) (介護老人福祉施設)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号	4 0	記入担当者氏名		異動区分	1:新規、2:変更、3:終了	届出先	久留米市
事業所名		事業所電話番号		枚数		枚	

※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。

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	
51 介護福祉施設サービス	令和 年 月 日	1 介護福祉施設 2 経過的小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 経過的ユニット型小規模介護福祉施設		夜間勤務条件基準	1. 基準型	6. 減算型			1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
				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	4. 介護支援専門員		
				ユニットケア体制	1. 対応不可	2. 対応可				
				安全管理体制	1. 減算型	2. 基準型				
				栄養ケア・マネジメントの実施の有無	1. なし	2. あり				
				日常生活継続支援加算	1. なし	2. あり				
				テクノロジーの導入(日常生活支援加算)	1. なし	2. あり				
				看護体制加算 I	1. なし	2. あり				
				看護体制加算 II	1. なし	2. あり				
				夜勤職員配置加算	1. なし	2. 加算 I・加算 II	3. 加算 III・加算 IV			
				テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算)	1. なし	2. あり				
				生活機能向上連携加算	1. なし	3. 加算 I	2. 加算 II			
				準ユニットケア体制	1. 対応不可	2. 対応可				
				個別機能訓練加算	1. なし	2. あり				
				ADL維持等加算[申出]の有無	1. なし	2. あり				
				若年性認知症入所者受入加算	1. なし	2. あり				
				常勤専従医師配置	1. なし	2. あり				
				精神科医師定期的療養指導	1. なし	2. あり				
				障害者生活支援体制	1. なし	2. 加算 I	3. 加算 II			
				身体拘束廃止取組の有無	1. 減算型	2. 基準型				
				栄養マネジメント強化体制	1. なし	2. あり				
				療養食加算	1. なし	2. あり				
				配置医師緊急時対応加算	1. なし	2. あり				
				看取り介護体制	1. なし	2. 加算 I	3. 加算 II			
				在宅・入所相互利用体制	1. 対応不可	2. 対応可				
				認知症専門ケア加算	1. なし	2. 加算 I	3. 加算 II			
				褥瘡マネジメント加算	1. なし	2. あり				
				排せつ支援加算	1. なし	2. あり				
				自立支援促進加算	1. なし	2. あり				
				科学的介護推進体制加算	1. なし	2. あり				
				安全対策体制	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							

注1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。

(別紙3)

## 変更理由書

変更の目的、変更の結果改善される点などを、簡潔に記入して下さい。

事業所名	
------	--

(理由)

--

(別紙4)

令和 年 月 日

久留米市長 殿

事業所・施設名

指定居宅サービス事業者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

1 割引率等

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問介護	(例) 10%	(例) 毎日 午後2時から午後4時まで
	%	
	%	
訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
通所介護	%	
	%	
	%	
短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	
介護老人福祉施設	%	
	%	
	%	
介護予防訪問介護	%	
	%	
	%	
介護予防訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
介護予防通所介護	%	
	%	
	%	
介護予防短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
介護予防特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	

備考 「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。

2 適用開始年月日

年 月 日

(別紙5)

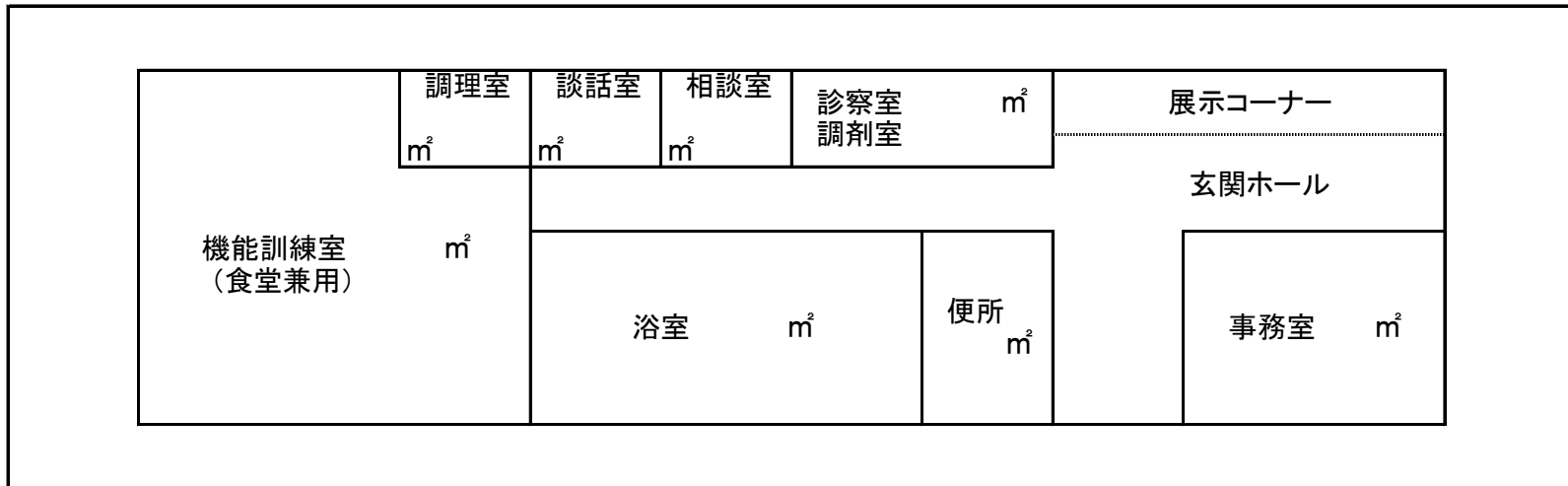
従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表( 年 月分) サービス種類( )  
 事業所名 ( )  
 [入所定員(見込)数等 ]名]

職 種	勤務形態	氏 名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換算 後の人数			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
<配置状況> 看護職員:介護職員 ( : ) 看護師:准看護師(日中) ( : ) 看護師:准看護師(夜間) ( : )																																				

- 備考1 \* 欄には、当該月の曜日を記入して下さい。
- 2 申請する事業にかかる従業員全員(管理者を含む)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入して下さい。
  - 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入して下さい。  
**勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務**
  - 4 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業員が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出して下さい。
  - 5 サービス提供が単位(共同生活住居)ごとにおこなわれるサービス種類の場合は、各単位(各共同生活住居)ごとに区分して記入して下さい。
  - 6 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。
  - 7 当該事業所・施設にかかる組織体制図を添付してください。

(別紙7)  
 平面図

事業所・施設の名称 \_\_\_\_\_ 「該当する体制等 \_\_\_\_\_ 」



- 備考 1 届出に係る施設部分の用途や面積がわかるものを提出すること。  
 2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

日常生活継続支援加算に関する届出書  
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

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 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 日常生活継続支援加算(Ⅰ) 2 日常生活継続支援加算(Ⅱ)

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。)				
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人		
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	有・無
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上	有・無
	④	入所者総数	人		
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上	有・無
	介護福祉士の割合				
	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数:入所者数が1:6以上	有・無

備考1 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。

備考2 ①で前6月(前12月)の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月(前12月)の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。



### 日常生活継続支援加算に関する確認書

事業所名	
------	--

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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			月の常勤換算数		
常勤換算平均 ②					

(備考)

- ①常勤換算数については小数第2位以下を切り捨てること。
- ②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)
- ③3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。

テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書

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 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 日常生活継続支援加算(Ⅰ) 2 日常生活継続支援加算(Ⅱ)

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	<p>入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。)</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前6月又は前12月の新規新規入所者の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数</td> <td>人</td> <td>→</td> <td>①に占める②の割合が70%以上</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数</td> <td>人</td> <td>→</td> <td>①に占める③の割合が65%以上</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>入所者総数</td> <td>人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数</td> <td>人</td> <td>→</td> <td>④に占める⑤の割合が15%以上</td> </tr> </table> <p>介護福祉士の割合</p> <table border="1"> <tr> <td>介護福祉士数</td> <td>常勤換算</td> <td>人</td> <td>→</td> <td>介護福祉士数:入所者数が1:7以上</td> </tr> </table>	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人			②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→	①に占める②の割合が70%以上	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→	①に占める③の割合が65%以上	④	入所者総数	人			⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→	④に占める⑤の割合が15%以上	介護福祉士数	常勤換算	人	→	介護福祉士数:入所者数が1:7以上	有・無 有・無 有・無 有・無 有・無
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人																													
②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→	①に占める②の割合が70%以上																												
③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→	①に占める③の割合が65%以上																												
④	入所者総数	人																														
⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→	④に占める⑤の割合が15%以上																												
介護福祉士数	常勤換算	人	→	介護福祉士数:入所者数が1:7以上																												
6 テクノロジーの使用状況	<p>以下の①から④の取組をすべて実施していること。</p> <p>① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下の i ~ iii の項目の機器を使用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 入所者全員に見守り機器を使用</li> <li>ii 職員全員がインカムを使用</li> <li>iii 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用</li> <li>iv 移乗支援機器を使用</li> </ul> <p>(導入機器)</p> <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用途</td> <td></td> </tr> </table> <p>② 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置</li> <li>ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮</li> <li>iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む)</li> <li>iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施</li> </ul> <p>③ ②の i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認</p> <p>④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施</p>	名称		製造事業者		用途		有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無																								
名称																																
製造事業者																																
用途																																

備考1 要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことがわかる根拠書類を準備し、必要に応じて提出すること。

備考2 5①で前6月(前12月)の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月(前12月)の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載すること。

備考3 6② i の委員会には、介護福祉士をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

(別紙9)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書(介護老人福祉施設)

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80%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	
	又は		
	①に占める③の割合が35%以上		有・無
	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	
サービスの質の向上に資する取組の状況	※(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院は記載		

(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60%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、常勤職員の状況、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	
常勤職員の状況	①に占める②の割合が75%以上		有・無
	① 看護・介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち常勤の者の総数(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1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、必要に応じて提出すること。

備考2 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出すること。空床利用型の(介護予防)短期入所生活介護について届け出る場合は、本施設である介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設における状況を記載すること。

## 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 ← 35%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 ← 35%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。

サービス提供体制強化加算に関する確認書(介護福祉士)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む) ③ (介護予防)通所リハビリテーション
------	---

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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
				10月の常勤換算数 ⑦	
11月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
				11月の常勤換算数 ⑧	
12月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
				12月の常勤換算数 ⑨	
1月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
				1月の常勤換算数 ⑩	
2月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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)					

#### 介護福祉士の割合

B/A×100	
%	適・非

(備考)

- ① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例: 4.25の場合、4.2)
- ② 3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
- ③ 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。



サービス提供体制強化加算に関する確認書(介護福祉士)(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む) ③ (介護予防)通所リハビリテーション
------	---

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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	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				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
月の常勤換算数					
常勤換算平均 ②					

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 ①
常勤換算数				

介護福祉士の割合

②/①	
%	適・非

(備考)

- ① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例:4.25の場合、4.2)
- ② 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 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。

サービス提供体制強化加算に関する確認書(常勤職員)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設    ②介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む)
------	---

看護・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												

看護・介護職員のうち常勤職員の氏名、常勤換算数(3月を除く前年度の平均)

換算月	職 種	氏 名	常勤換算数	職 種	氏 名	常勤換算数
4月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				4月の常勤換算数 ①		
5月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				5月の常勤換算数 ②		
6月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				6月の常勤換算数 ③		
7月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				7月の常勤換算数 ④		
8月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				8月の常勤換算数 ⑤		
9月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員		
				9月の常勤換算数 ⑥		

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

**常勤職員の割合**

$B/A \times 100$	
%	適・非 ←75%以上が適

(備考)

- ① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例:4.25の場合、4.2)
- ② 3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
- ③ 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。

サービス提供体制強化加算に関する確認書(常勤職員)(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む)
------	--

看護・介護職員のうち常勤職員の氏名、常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	職 種	氏 名	常勤換算数	職 種	氏 名	常勤換算数	
月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
					月の常勤換算数		
月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
					月の常勤換算数		
月	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
	看護職員・介護職員			看護職員・介護職員			
					月の常勤換算数		
						常勤換算平均 ②	

看護・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 ①
常勤換算数				

常勤職員の割合

②/①	
%	適・非 ←75%以上が適

(備考)

- ① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例:4.25の場合、4.2)
- ② 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 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。

サービス提供体制強化加算に関する確認書(勤続年数)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む) ③ (介護予防)通所リハビリテーション
------	---

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			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
5月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
6月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
7月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
8月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
9月			~		
			~		
			~		
			~		
			~		

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)					

**勤続年数7年以上の者の割合**

$B/A \times 100$	
%	適・非 ←30%以上が適

(備考)

- ① 「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すること。
- ② 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例:4.25の場合、4.2)
- ③ 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すること。
- ④ 3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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22年4月における勤続年数7年以上の者とは、平成22年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。)
- ⑦ 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。
- ⑧ 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、看護職員又は機能訓練指導員(介護老人福祉施設)  
看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む)  
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員((介護予防)通所リハビリテーション)

サービス提供体制強化加算に関する確認書(勤続年数)(前年度の実績が6月に満たない事業所用)

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む) ③ (介護予防)通所リハビリテーション
------	--

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 ②

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 ①
常勤換算数				

勤続年数7年以上の者の割合

②/①	
%	適・非 ←30%以上が適

(注意事項)

- ① 「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すること。
- ② 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。(例:4.25の場合、4.2)
- ③ 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すること。
- ④ 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)
- ⑤ 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。
- ⑥ 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21年4月における勤続年数7年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。)
- ⑦ 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。
- ⑧ 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、看護職員又は機能訓練指導員(介護老人福祉施設)  
看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(介護老人保健施設((介護予防)短期入所療養介護含む)  
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員((介護予防)通所リハビリテーション)

(別紙11)

### 精神科医師定期的療養指導に関する届出書

1 施設名						
2 入所者数	人					
3 認知症の症状を呈する入所者	人					
		氏名	年齢		氏名	年齢
	1		18			
	2		19			
	3		20			
	4		21			
	5		22			
	6		23			
	7		24			
	8		25			
	9		26			
	10		27			
	11		28			
	12		29			
	13		30			
	14		31			
	15		32			
	16		33			
17		34				
4 精神科を担当する医師	精神科を標ぼうする所属医療機関	住所				
		名称				
	精神科担当医師氏名					
5 1か月当たりの療養指導の回数、時間	イ 配置医師(嘱託医)とは別に精神科担当医師がいる場合					
	1か月当たりの回数: 回					
	1回当たりの勤務時間: 時間					
	ロ 配置医師(嘱託医)が精神科担当医師を兼ねる場合					
	(1)配置医師(嘱託医)として勤務する回数、時間					
	1か月当たりの回数: 回					
1回当たりの勤務時間: 時間						
(2)精神科担当医師として勤務する回数、時間(上記(1)を除く)						
1か月当たりの回数: 回						
1回当たりの勤務時間: 時間						
< 精神科担当医師の証明 >						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
氏名					(印)	

(備考)

- 上記3の欄は、2の全入所者のうち、認知の症状を呈する入所者数及びその氏名、年齢を記入すること。
- 上記4の欄は、精神科を標ぼうする医療機関において精神科を担当する医師であって、定期的療養指導を行う医師について記入すること。
- 配置医師(嘱託医)が、上記4の精神科担当医師を兼ねる場合、配置医師として勤務する回数のうち、月4回(1回当たりの勤務時間3~4時間程度)までは、加算算定の基礎とはならないこと。(1回当たりの勤務時間が1.5~2時間の場合にあっては、月8回までは加算算定の基礎としない)



認知症専門ケア加算に係る届出書

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
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護	<input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問入浴介護	
	<input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所療養介護	
	<input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	<input type="checkbox"/> 7 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 8 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	
	<input type="checkbox"/> 9 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 10 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
	<input type="checkbox"/> 11 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 12 介護老人保健施設	
	<input type="checkbox"/> 13 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 14 介護医療院	
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算 (I)	<input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算 (II)	

1. 認知症専門ケア加算 (I) に係る届出内容	有 ・ 無																
(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
<table border="1"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table>	① 利用者又は入所者の総数 注	人	② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人	③ ②÷①×100	%											
① 利用者又は入所者の総数 注	人																
② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人																
③ ②÷①×100	%																
注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数(訪問サービスでは前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数)の平均で算定。																	
(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
<table border="1"> <tr> <td>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人															
認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人																
【参考】																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th>研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20人未満</td> <td>1以上</td> </tr> <tr> <td>20以上30未満</td> <td>2以上</td> </tr> <tr> <td>30以上40未満</td> <td>3以上</td> </tr> <tr> <td>40以上50未満</td> <td>4以上</td> </tr> <tr> <td>50以上60未満</td> <td>5以上</td> </tr> <tr> <td>60以上70未満</td> <td>6以上</td> </tr> <tr> <td>～</td> <td>～</td> </tr> </tbody> </table>	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数	20人未満	1以上	20以上30未満	2以上	30以上40未満	3以上	40以上50未満	4以上	50以上60未満	5以上	60以上70未満	6以上	～	～	
日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数																
20人未満	1以上																
20以上30未満	2以上																
30以上40未満	3以上																
40以上50未満	4以上																
50以上60未満	5以上																
60以上70未満	6以上																
～	～																
(3) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
2. 認知症専門ケア加算 (II) に係る届出内容																	
(1) 認知症専門ケア加算 (I) の基準のいずれにも該当している ※認知症専門ケア加算 (I) に係る届出内容(1)～(3)も記入すること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																
(3) 事業所又は施設において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																

備考1 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。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

※認知症看護に係る適切な研修 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修  
②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程  
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算 (II) の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

(別紙14)

若年性認知症入所者(利用者)受入加算に関する届出書

事業所名	
------	--

若年性認知症入所者(利用者)に対応する担当職員名

施設種別	職 種	氏 名
(介護老人福祉施設)		
(介護老人保健施設)		
(短期入所療養介護)		
(通所リハビリテーション)		
(介護予防短期入所療養介護)		
(介護予防通所リハビリテーション)		

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

(別紙15)

栄養マネジメント体制に関する届出書

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 介護老人福祉施設                      2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設                      4 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護医療院																						
4 栄養マネジメントの状況	<p>1. 基本サービス(栄養ケア・マネジメントの実施)</p> <p>栄養マネジメントに関わる者(注)</p> <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>2. 栄養マネジメント強化加算</p> <table border="1"><tr><td>a. 入所者数</td><td>人</td></tr><tr><td>b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数(常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>c. 給食管理を行っている常勤栄養士(b. の管理栄養士は含まない)</td><td>人</td></tr></table> <p>→ 入所者数を50で除した数以上 (給食管理を行う常勤栄養士が1名以上配置されている場合)70で除した数以上</p>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介護支援専門員						a. 入所者数	人	b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数(常勤換算)	人	c. 給食管理を行っている常勤栄養士(b. の管理栄養士は含まない)	人
職 種	氏 名																						
医 師																							
歯科医師																							
管 理 栄 養 士																							
看 護 師																							
介護支援専門員																							
a. 入所者数	人																						
b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数(常勤換算)	人																						
c. 給食管理を行っている常勤栄養士(b. の管理栄養士は含まない)	人																						

注 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。  
※ 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、速やかに提出してください。

(別紙16)

療養食加算に関する届出書

事業所名	
------	--

療養食加算の担当職員名

施設種別	職 種	氏 名
(介護老人福祉施設)	管理栄養士・栄養士	
(介護老人保健施設)	管理栄養士・栄養士	
(短期入所療養介護)	管理栄養士・栄養士	
(介護予防短期入所療養介護)	管理栄養士・栄養士	

食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されているか。	有 ・ 無
-------------------------------	-------

入居者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われているか。	有 ・ 無
---	-------

(別紙17)

### 看護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	
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設
届出項目	1 看護体制加算(Ⅰ)イ 3 看護体制加算(Ⅱ)イ	2 看護体制加算(Ⅰ)ロ 4 看護体制加算(Ⅱ)ロ

#### 看護体制加算に係る届出内容

##### 定員及び利用者数の状況

定員	人	利用者数	人
----	---	------	---

##### 看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	常勤換算	人

##### 連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
-----------------------	-----

備考 看護体制について、体制を整備している場合について提出してください。

(別紙18)

### 看取り介護体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設                      2 地域密着型介護老人福祉施設

#### 看取り介護体制に関する届出内容

##### 看護職員の状況

看護師	常勤	人
-----	----	---

##### 連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有 ・ 無
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	有 ・ 無
③ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	有 ・ 無
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	有 ・ 無
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	有 ・ 無
⑥ 配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしている。	有 ・ 無

### 夜勤職員配置加算に係る確認書

事業所名	
------	--

施設種別	① 介護老人福祉施設      ② 介護老人保健施設
------	----------------------------

夜勤時間帯	( : ) ~ 翌( : )
-------	----------------

※22:00～翌5:00を含めた連続する16時間で事業所・施設で定めたもの。

本体特養の前年度の平均入所者数 (※空床ショート含む)	併設型短期入所の 前年度の平均利用者数	左記の合計	老健の前年度の平均入所者数 (※みなしショート含む)

#### ●ユニット及び認知症専門棟以外の部分用

##### 夜勤時間帯における延夜勤時間数

勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯に該当する勤務時間数(A)	当該月内の勤務延回数(B)	(A) × (B)
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			

延夜勤時間数 →

延夜勤時間数	÷ (	当該月の日数	× 16)	=	1日平均夜勤職員数
--------	-----	--------	-------	---	-----------

※小数点第3位以下切捨て

#### ●ユニット部分用

##### 夜勤時間帯における延夜勤時間数

勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯に該当する勤務時間数(A)	当該月内の勤務延回数(B)	(A) × (B)
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			

延夜勤時間数 →

延夜勤時間数	÷ (	当該月の日数	× 16)	=	1日平均夜勤職員数
--------	-----	--------	-------	---	-----------

※小数点第3位以下切捨て

#### ●認知症専門棟部分用

##### 夜勤時間帯における延夜勤時間数

勤務の種別	勤務時間	内、夜勤時間帯に該当する勤務時間数(A)	当該月内の勤務延回数(B)	(A) × (B)
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			
	( : ) ~ ( : )			

延夜勤時間数 →

延夜勤時間数	÷ (	当該月の日数	× 16)	=	1日平均夜勤職員数
--------	-----	--------	-------	---	-----------

※小数点第3位以下切捨て

#### (注意事項)

- ①一部ユニットの場合には、ユニット部分とユニット以外の部分についてそれぞれ記載すること。
- ②一部ユニット型介護老人福祉施設又は一部ユニット型短期入所生活介護においては、ユニット部分とユニット以外の部分について、それぞれ区別して算定の可否を判断すること。
- ③介護老人福祉施設においては、短期入所生活介護の利用者数と介護老人福祉施設の入所者数を合算した人数を介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に必要な夜勤職員数を1以上上回っていること。
- ④一部ユニット型の介護老人保健施設(短期入所療養介護含む)においては、ユニット部分とユニット以外の部分それぞれで満たすこと。
- ⑤この様式にかかわらず、1日平均夜勤職員数が当該加算の基準を満たしていることがわかる書類をもって、この様式の提出に代えることができる。

#### 【添付書類】

- 1 勤務形態一覧表

テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書

事業所名		
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了	
施設種別	1 介護老人福祉施設 3 短期入所生活介護	2 地域密着型介護老人福祉施設

以下について、該当する届出項目における必要事項を記載すること。

配置要件①最低基準に加えて配置する人員が「0.9人配置」

① 入所(利用)者数	<input type="text"/> 人						
② 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数	<input type="text"/> 人						
③ ①に占める②の割合	<input type="text"/> % → 10%以上 有・無						
④ 導入機器	<table border="1"> <tr><td>名称</td><td></td></tr> <tr><td>製造事業者</td><td></td></tr> <tr><td>用途</td><td></td></tr> </table>	名称		製造事業者		用途	
名称							
製造事業者							
用途							
⑤ 導入機器の継続的な使用(9週間以上)	有・無						
⑥ 導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会における、ヒヤリハット・介護事故が減少していることの確認、必要な分析・検討等	有・無						

配置要件②最低基準に加えて配置する人員が「0.6人配置」

① 入所(利用)者全員に見守り機器を使用	有・無						
② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用	有・無						
③ 導入機器	<table border="1"> <tr><td>名称</td><td></td></tr> <tr><td>製造事業者</td><td></td></tr> <tr><td>用途</td><td></td></tr> </table>	名称		製造事業者		用途	
名称							
製造事業者							
用途							
④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施							
i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会の設置	有・無						
ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮	有・無						
iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む)	有・無						
iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施	有・無						
v 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施	有・無						
⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認	有・無						

備考1 配置要件②については、要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことがわかる根拠書類を準備し、必要に応じて提出すること。

備考2 配置要件②の④ i の委員会には、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

備考3 テクノロジーを導入した場合の介護老人福祉施設の夜間の人員配置基準(従来型)を適用する場合は、当該加算の配置要件②の「0.6人配置」を「0.8人配置」に読み替えるものとする。



(別紙20)

### 配置医師緊急時対応加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設                      2 地域密着型介護老人福祉施設

#### 配置医師緊急時対応加算に関する届出内容

##### 配置医師名


##### 連携する協力医療機関

協力医療機関名	医療機関コード

① 看護体制加算(Ⅱ)を算定している。	有・無
② 入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされている。	有・無
③ 複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。	有・無
④ ②及び③の内容について届出を行っている。	有・無

備考1 配置医師については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002)別紙様式「特別養護老人ホーム等の施設の状態及び配置医師について」に記載された配置医師を記載してください。

備考2 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。

褥瘡マネジメントに関する届出書

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 介護老人福祉施設                      2 介護老人保健施設 3 看護小規模多機能型居宅介護																				
4 褥瘡マネジメントの状況	褥瘡マネジメントに関わる者 <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		看 護 師		管 理 栄 養 士		介護支援専門員									
職 種	氏 名																				
医 師																					
歯科医師																					
看 護 師																					
管 理 栄 養 士																					
介護支援専門員																					

※ 「褥瘡マネジメントに関わる者」には、共同で褥瘡ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。