

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

印

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 市・区 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			
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)				
	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			
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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			
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」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。

必要書類一覧（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設））

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業（別紙1）	
添付書類 （該当する加算等のみ）	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 変更理由書（別紙2） <input type="checkbox"/> 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙5-3）～（別紙5-4）※該当するものを1つ <input type="checkbox"/> 組織図 <input type="checkbox"/> 資格証の写し
	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	<input type="checkbox"/> 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4） <input type="checkbox"/> 利用延人員数計算シート（通所リハビリテーション）（別紙4-1）
	時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 時間延長サービス体制届出書（別紙20）
	入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 浴室の平面図
	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）	<input type="checkbox"/> なし
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） <input type="checkbox"/> 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、研修が修了した医師の修了証書等 <input type="checkbox"/> 資格証の写し
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> （別紙15） 生活行為向上リハビリテーション実施加算に関する状況
	中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> （別紙16-1） 中重度者ケア体制加算に係る届出書 <input type="checkbox"/> （別紙16-2） 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	<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）
	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"/> 栄養アセスメント・栄養改善体制に関する届出書（別紙22） <input type="checkbox"/> 資格証の写し（管理栄養士）
	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"/> 口腔機能向上体制に関する届出書（別紙22） <input type="checkbox"/> 資格証の写し（言語聴覚士、歯科栄養士、看護職員）
	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
	移行支援加算	<input type="checkbox"/> 移行支援加算に関する届出書（別紙24-1） <input type="checkbox"/> 移行支援加算に関する確認書（別紙24-2）
	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
	運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 運動器機能向上体制に関する届出書（別紙21） <input type="checkbox"/> 運動器機能向上計画書様式 <input type="checkbox"/> 運動器機能向上記録簿様式
事業所評価加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> なし（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。）	
選択的サービス複数実施加算	<input type="checkbox"/> なし（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。）	

(別紙1) (通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

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。

老健分	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					割引					
					職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員		5. 理学療法士				
老健分	16 通所リハビリテーション	令和 年 月 日	7 通常規模の事業所(介護老人保健施設) 8 大規模の事業所(Ⅰ)(介護老人保健施設) 9 大規模の事業所(Ⅱ)(介護老人保健施設)		職員数の減少が一定以上生じている場合の	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								
					リハビリテーション提供体制加算	1. なし	2. あり								
					入浴介助加算	1. なし	2. 加算Ⅰ	3. 加算Ⅱ							
					リハビリテーションマネジメント加算	1. なし	3. 加算AⅠ	6. 加算AⅡ	4. 加算BⅠ	7. 加算BⅡ					
					認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. なし	2. 加算Ⅰ	3. 加算Ⅱ							
					生活行為向上リハビリテーション実施加算	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								
					中重度者ケア体制加算	1. なし	2. あり								
					科学的介護推進体制加算	1. なし	2. あり								
					移行支援加算	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							
					LIFEへの登録	1. なし	2. あり								
					老健分	66 介護予防通所リハビリテーション	令和 年 月 日	2 介護老人保健施設		職員数の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員	5. 理学療法士
										生活行為向上リハビリテーション実施加算	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													
運動器機能向上体制	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													
選択的サービス複数実施加算	1. なし	2. あり													
事業所評価加算(申出)の有無	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												
LIFEへの登録	1. なし	2. あり													

(別紙2)

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)

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

(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			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

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			
利用延人員数の減少が生じた月				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">加算算定の可否</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">減少の2か月後に算定開始</td> </tr> </table>	加算算定の可否	減少の2か月後に算定開始
加算算定の可否						
減少の2か月後に算定開始						
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う場合は、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ますので、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

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

	年月	各月の 利用延人員 数	特例 適用の可否
利用延人員数の減少が生じた月			
特例適用届提出月			
特例適用開始月			

減少の
2か月後
に算定
開始

※ 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ので、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4-1)

利用延人員数計算シート(通所リハビリテーション)

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。

※ 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。

○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																	
毎日事業を実施した月(○印) ※3	6/7																
合計																	
【留意事項】												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)			(a)		
※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。												平均利用延人員数(a+b) ※4			(b)		
※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。												※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。)			(c)		
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 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。)																	

○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

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

【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。

(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
通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、
地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護

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 2 (介護予防)通所リハビリテーション 3 地域密着型通所介護 4 (介護予防)認知症対応型通所介護
4 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)

5 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	
	又は ①に占める③の割合が25%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		

(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、必要に応じて提出すること。

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月以上の事業所用）

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 (I) が適 (施設種別①及び②) 25%以上 (I) が適 (施設種別③)

(注意事項)

- 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月以上の事業所用）

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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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				
				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

$B/A \times 100$	
%	適・非

←80%以上(I)・60%以上(II)・50%以上(III)
が適(施設種別①及び②)

←70%以上(I)・50%以上(II)・40%以上(III)
以上が適(施設種別③)

(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（勤続年数）

（前年度の実績が6月以上の事業所用）

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（介護福祉士）

（前年度の実績が6月に満たない事業所用）

事業所番号		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（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（I）が適（施設種別①及び②）

（注意事項）

25%以上（I）が適（施設種別③）

- 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。

(別紙10-6)

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	←80%以上(Ⅰ)・60%以上(Ⅱ)・50%以上(Ⅲ)が適(施設種別①及び②) ←70%以上(Ⅰ)・50%以上(Ⅱ)・40%以上(Ⅲ)以上が適(施設種別③)

(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)(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3年以上の者の割合

②/①	
%	適・非 ←30%以上が適

(注意事項)

- 「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。
- 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)
- 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。
- 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。)
- 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)

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 生活行為向上リハビリテーション実施加算に関する状況

① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士を配置している。	有・無
② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供している。	有・無
③ 通所リハビリテーション計画で定めた当該事業の実施期間中に当該事業の提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告している。	有・無
④ 当該事業におけるリハビリテーションマネジメント加算(A・B)を算定している。	有・無
⑤ 指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語療法士が該当利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施している。	

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

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support), and Users with care level 3, 4, or 5. Rows include months 4-12, 1-2, total, and average per month.

実績月数

割合

イ. 届出日の属する月の前3月

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support), and Users with care level 3, 4, or 5. Rows include 3 months, total, and average per month.

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。

(別紙21)

運動器機能向上体制に関する届出書

事業所名	
------	--

職 種	理学療法士等	医師	看護職員	介護職員
氏名				

(備考)

1 氏名欄は、共同実施者名(職種ごとの代表者名)を記入してください。

【添付書類】

- 1 運動器機能向上計画書様式
- 2 運動器機能向上記録簿様式
- 3 資格証の写し(理学療法士等)

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

(別紙24-1)

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 $12 \times (\text{②} + \text{③}) \div 2 \div \text{①}$	%		

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

指定通所介護等へ移行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													月
延月数×利用者数													

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