

# 目次

加算を新たに算定、変更する場合は

- ・(様式5-1)介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書(別様式)
- ・体制等状況一覧表(別様式)

+

以下の算定する加算の別紙(別紙に必要な添付書類が記載されている場合はそちらも添付)の形で提出してください。サービスごとの算定できる加算はチェック表(別様式)を参照してください。

※前年度の実績を反映する報酬・加算の届出の場合は利用者数算出表の添付が必要です。

※特定事業所加算、福祉専門職員配置等加算など人員の配置が要件となっている加算は加算を算定する月の(別紙2-1-1)(別紙2-2)勤務形態一覧表も添付してください。

※以下の加算については、別紙がないため、体制等状況一覧表にのみ算定の有無を記載してください。

生活介護の「重度者支援体制加算Ⅰ」

短期入所の「日中活動支援体制加算」

施設入所の「口内衛生管理体制加算」

算定する加算をクリックしてください。

特定事業所加算  
(居宅介護)

特定事業所加算  
(重度訪問介護)

特定事業所加算  
(同行援護)

特定事業所加算  
(行動援護)

人員配置体制加算  
(療養介護)

(療養介護)

人員配置体制加算  
(生活介護)

福祉専門職員配置等加算  
(短期入所以外)

福祉専門職員配置等加算  
(共生型短期入所)

視覚・聴覚言語障害者支援  
体制加算(※)  
※多機能型除く

視覚・聴覚言語障害者支援  
体制加算(※)  
※多機能型

栄養士配置加算(短期入所)  
栄養マネジメント加算

食事提供体制加算

短期入所サービス費

重度障害者支援加算  
(短期入所)

重度障害者支援加算  
(共同生活援助)

夜間支援等体制加算  
(共同生活援助)

医療連携体制加算(VII)

夜間支援等体制加算  
(宿泊型自立訓練)

通勤者生活支援加算  
(共同生活援助)

夜勤職員配置体制加算  
夜間看護体制加算

重度障害者支援加算(I)  
(施設入所)

重度障害者支援加算(II)  
(施設入所・生活介護)

送迎加算

地域生活移行個別支援特別

延長支援加算

リハビリテーション加算

地域移行支援体制強化加算  
通勤者生活支援加算

短期滞在加算  
精神障害者退院支援施設加

常勤看護職員配置加算  
(生活介護)

看護職員配置加算  
(生活訓練等)

就労移行支援体制加算

就労移行支援体制加算(就  
労継続A)

就労移行支援体制加算(就  
労継続B)

就労支援関係研修修了加算

職場適応援助者養成研修修

重度者支援体制加算

移行準備支援体制加算(Ⅰ)

目標工賃達成指導員配置

賃金向上達成指導員配置

共生型サービス費

地域生活支援拠点等の機能

精神障害者地域移行特別  
加算  
強度行動障害者地域移行特

個別計画訓練支援加算

社会生活支援特別加算

就労移行支援に係る基本報  
酬

酬

(別添)

就労移行支援基本報酬

就労移行支援に係る基本報酬

(別添)

就労移行支援基本報酬(養

就労継続支援A型に係る基本報酬

(別添)

就労継続支援A型事業所に

就労継続支援B型に係る基本報酬

(別添)

ピアサポーター配置に関する

就労定着支援に係る基本報酬

就労定着実績体制加算

看護職員配置加算(共同生活援助)

夜勤職員加配加算

医療的ケア対応支援体制加

強度行動障害者体験  
利用加算

居住支援連携体制加算

ピアサポート体制加算

ごさい。

勤務形態一覧表(訪問系)

サービス提供責任者必置数  
算出表(訪問系)

勤務形態一覧表(訪問系以  
外)

高次脳機能障害者支援体制  
加算

自立生活支援加算



自立生活支援加算

主任相談支援専門員配置加算

障害者支援施設等感染対策  
向上加算

地域移行支援体制加算



(別紙2-1-1) 【記入例】

管理者・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護）

サービス種類		居宅介護														事業所・施設名					しずおかヘルパーステーション														
届出前3か月各月の実利用者数		月 人				月 人				月 人						基準上の必要職員数																			
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		
			日	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	
		曜日		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日				
管理者	常勤・兼務	A		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40	1.0	
サービス提供責任者	常勤・兼務	A		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
サービス提供責任者	常勤・専従	B		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
ヘルパー	常勤・兼務	C		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
ヘルパー	常勤・専従	D		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
ヘルパー	非常勤・専従	E		4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20		
ヘルパー	非常勤・専従	F		4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			48	12		
ヘルパー	非常勤・兼務	G		3	3	3					3	3	3				3	3	3				3	3	3				36	9					
ヘルパー	非常勤・兼務	H				4	4							4	4						4	4						4	4			32	8		
合計				43	39	43	40	44			43	39	43	40	44			43	39	43	40	44			43	39	43	40	44			836	209	5.2	
		1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																						40											

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください（職員配置上、複数サービスを一体運営しているサービスはまとめてください。）。
- 注2 「届出前3か月各月の実利用者数」欄は、従業者の配置が一体の各サービス（介護保険サービスを含む場合あり）利用者分をまとめて記載してください。（※令和24年7月以降の届出において記載してください。）。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください。（この際、（別紙1）「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。）
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 常勤換算後の人数の算出に当たっては、直接処遇に係る職員の4週の合計時間数を、当該事業所・施設における1週間に常勤職員が勤務すべき時間数で除し、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

サービス提供責任者必置数算出根拠表 (訪問系サービス事業所)

注) 訪問介護、介護予防訪問介護、移動支援についても必ず記載すること

指定障害福祉サービスの種類	事業所名												
一体的に運営する事業の種類(該当するサービスに○を付すこと)	訪問介護 ・ 介護予防訪問介護 ・ 居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護 ・ 移動支援												
(令和 年度) のサービス提供時間・実利用者数・従業者数													
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	直近3月計
月間延べサービス提供時間 計 (待機時間・移動時間を除く。)	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
訪問介護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
介護予防訪問介護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
居宅介護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
重度訪問介護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
同行援護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
行動援護	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
移動支援	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
各月の実利用者数 計	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護予防訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
居宅介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
重度訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
同行援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
行動援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
移動支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
各月の実従業者数 計	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護予防訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
居宅介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
重度訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
同行援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
行動援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
移動支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※サービス提供責任者が指定に関する各事業を兼務する場合(各事業を一体に運営する場合)、サービス提供時間については各事業ごとに記載し、実利用者数・実従業者数は、計欄にそれぞれ記載すること(実利用者数・実従業者数の事業別記載は不要。)

※サービス提供責任者が指定に関する各事業ごとに配置する場合は、サービス提供時間、実利用者数、実従業者数ともに各事業ごとに記載すること。

※一体的に運営する事業が複数に分かれる場合は、一体事業ごと別様に作成すること。

※「新規開設時」は添付不要。「再開時」は推計値で記載すること。

※実利用者数について、上記記載の複数のサービスを利用する利用者は、いずれかひとつのサービスに記載すれば足りる。ただし、一体的に運営する事業が複数に分かれる場合は、その複数に応じて記載すること。

サービス提供責任者配置数

サービス提供責任者の配置計算で採用している方法について、以下の1・2のいずれかに○を付すこと。
1 実人員配置方法
2 常勤換算方法

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
サービス提供責任者配置数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護予防訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
居宅介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
重度訪問介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
同行援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
行動援護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※実人員配置方法を採用している場合は、実人員数で記載すること。

※常勤換算方法を採用している場合は、その常勤換算数により記載すること。

※各サービスを一体的に運営している場合は、「サービス提供責任者配置数」欄のみ記載すること。

※一体的に運営する事業が複数に分かれる場合は、一体事業ごと別様に作成すること。

(注1) 本様式は、別紙2-1-1とともにサービス提供責任者の変更(人数又は常勤換算の増減)の際に添付してください。

(注2) 本様式は、別紙2-1-1とともに特定事業所加算の算定に関する届(別紙3-1~4)の提出時にも併せて添付願います。

(注3) 各事業所において使用している資料等により、本様式の記載内容が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(注4) この様式は、新規指定の際には添付不要です。



## 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類		生活介護		事業所・施設名		障害者支援施設「天竜川寮」																												
定員	20	前年度の平均実利用者数		20.4		基準上の必要職員数		6.8																										
人員配置区分		生活介護(Ⅲ) - 2.5:1		該当する体制等		視覚・聴覚等支援体制																												
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	
			日	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
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
管理者	常勤・兼務	X	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40	1.0	
サービス管理責任者	常勤・兼務	X	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40	1.0	
サービス管理責任者	常勤・専従	Y	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40	1.0	
生活支援員	常勤・兼務	A	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	常勤・専従	○B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	常勤・専従	○C	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	常勤・専従	○D	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	常勤・専従	E	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
看護師	常勤・兼務	F	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	非常勤・兼務	G	6	6	6		6			6	6	6		6			6	6	6		6			6	6	6		6			96	24		
理学療法士	非常勤・専従	H		6	6	6					6	6	6					6	6	6					6	6	6				72	18		
生活支援員	常勤・専従	I	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
生活支援員	常勤・専従	J	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
合計			70	76	76	70	70			70	76	76	70	70			70	76	76	70	70			70	76	76	70	70			1448	362	9.0	
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																							40											

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください。(この際、「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注3 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注4 福祉専門職員配置等加算(I・II)を適用する事業所・施設においては、別紙5の4、5又は6のいずれか適用しているものの②に該当する従業者の前に○印を付してください。

注5 常勤換算後の人数の算出に当たっては、直接処遇に係る職員の4週の合計時間数を、当該事業所・施設における1週間に常勤職員が勤務すべき時間数で除し、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

特定事業所加算に係る届出書（居宅介護事業所）

事業所名				
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了	
届出項目	1 特定事業所加算(Ⅰ)	2 特定事業所加算(Ⅱ)	3 特定事業所加算(Ⅲ)	4 特定事業所加算(Ⅳ)

<p>[ 体制要件 ]</p> <p>①-ア 個別の居宅介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>①-イ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>② 居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的で開催している。</p> <p>③ サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。</p> <p>④ 居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。</p> <p>⑥ 新規に採用したすべての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。</p> <p>[ 人材要件 ]</p> <p>① 居宅介護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>常勤換算職員数</th> <th>サービス提供時間</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td>居宅介護従業者の総数</td> <td>人</td> <td>時間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>(1)のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(2)の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>(3)</td> <td>(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(3)の割合が50%以上</td> </tr> <tr> <td>(4)</td> <td>前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td>→ (1)に占める(4)の割合が40%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>② サービス提供責任者に関する要件について</p> <p>ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。</p> <p>イ 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。</p> <p>ウ 2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>月延べサービス提供時間</td> <td>時間</td> <td>居宅介護従業者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>職員数</td> <td>常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>[ 重度障害者対応要件 ]</p> <p>① 前年度又は前3月の期間における利用者の総数のうち、障害支援区分5以上である者、たんの吸引等を必要とする者、重症心身障害児及び医療的ケア児の占める割合が30%以上</p> <p>② 前年度又は前3月の期間における利用者の総数のうち、障害支援区分4以上である者、たんの吸引等を必要とする者、重症心身障害児及び医療的ケア児が占める割合が50%以上</p>			常勤換算職員数	サービス提供時間		(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間		(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人			職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人		非常勤	人	人	<p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/></p>
		常勤換算職員数	サービス提供時間																																						
(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間																																						
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上																																					
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上																																					
(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上																																					
月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人																																						
		職員数	常勤換算職員数																																						
サービス提供責任者	常勤	人																																							
	非常勤	人	人																																						

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく指定障害福祉サービス等事業所の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省令第11号）第一の二の(2)に定める「常勤」を指す。
- それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。
- 令和6年3月31日において、こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める基準並びに厚生労働大臣が定める基準（平成18年厚生労働省告示第543号）第1号イ、ハ又はニの適用を受けている事業所に係る同号イ、ハ又はニの適用については、令和9年3月31日までの間、なお従前の例による。

特定事業所加算に係る届出書（重度訪問介護事業所）

事業所名			
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(Ⅰ)	2 特定事業所加算(Ⅱ)	3 特定事業所加算(Ⅲ)

<p>[ 体 制 要 件 ]</p> <p>① 個別の重度訪問介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>② 重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じて行っている。</p> <p>③ サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を伝達している。（変更があった場合を含む。）</p> <p>④ 重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。</p> <p>⑥ 新規に採用したすべての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。</p> <p>⑦ 重度訪問介護従業者の常勤派遣が可能な仕組みあり、現に深夜帯も目的のサービス提供している。</p> <p>[ 人 材 要 件 ]</p> <p>① 重度訪問介護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤換算職員数</th> <th>サービス提供時間</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 重度訪問介護従業者の総数</td> <td>人</td> <td>時間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) (1)のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(2)の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(3)の割合が50%以上</td> </tr> <tr> <td>(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td>→ (1)に占める(4)の割合が40%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>② サービス提供責任者に関する要件について</p> <p>ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者又は6,000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有する者。</p> <p>イ 一人を超えるサービス提供責任者の配置義務がある事業所については、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>月延べサービス提供時間</td> <td>時間</td> <td>重度訪問介護従業者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>職員数</th> <th>常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">サービス提供責任者</td> <td>(1) 総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(2) 常勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(3) 非常勤</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> <p>[ 重 度 障 害 者 対 応 要 件 ]</p> <p>前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分5以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上</p>		常勤換算職員数	サービス提供時間		(1) 重度訪問介護従業者の総数	人	時間		(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	月延べサービス提供時間	時間	重度訪問介護従業者の数	人		職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	(1) 総数	人	(2) 常勤	人	(3) 非常勤	人	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>
	常勤換算職員数	サービス提供時間																																	
(1) 重度訪問介護従業者の総数	人	時間																																	
(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上																																
(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上																																
(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上																																
月延べサービス提供時間	時間	重度訪問介護従業者の数	人																																
	職員数	常勤換算職員数																																	
サービス提供責任者	(1) 総数	人																																	
	(2) 常勤	人																																	
	(3) 非常勤	人																																	

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の



(3)に定義する「常勤」をいう。

3 それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書 (同行援護事業所)

事業所名				
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了	
届出項目	1 特定事業所加算(I)	2 特定事業所加算(II)	3 特定事業所加算(III)	4 特定事業所加算(IV)

[ 体制要件 ]

- ①-ア 個別の同行援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。
- ①-イ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。
- ② 同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。
- ③ サービス提供責任者と同行援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。
- ④ 同行援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。
- ⑥ 新規に採用したすべての同行援護介護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。

有・無

・

・

・

・

・

・

・

[ 人材要件 ]

- ① 同行援護従業者に関する要件について  
下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)・(5)・(6)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間	
(1)	同行援護従業者の総数	人	時間	→
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		⇒ (1)に占める(2)の割合が30%以上
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		⇒ (1)に占める(3)の割合が50%以上
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上
(5)	(1)のうち同行援護従業者養成研修及び国立リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等の総数	人	時間	→ (1)に占める(5)の割合が30%以上
(6)	(1)のうち盲ろう者向け通訳・介助員で、同行援護従業者の要件を満たしている者の総数	人	時間	→ (1)に占める(6)の割合が20%以上

有・無

・

・

・

・

・

・

- ② サービス提供責任者に関する要件について

有・無

- ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。
- イ 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。
- ウ 2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。

・

・

・

月延べサービス提供時間	時間	同行援護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

[ 重度障害者対応要件 ]

有・無

① 前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分5以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が30%以上	□ ・ □
② 前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分4以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上	□ ・ □

備考

- 1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業

特定事業所加算に係る届出書 (行動援護事業所)

事業所名		異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I)	② 特定事業所加算(II)	③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)

〔体制要件〕		有・無	
①-ア	個別の行動援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①-イ	個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に開催している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	サービス提供責任者が行動援護計画、支援計画シート及び支援手順書の作成及び利用者に対する交付の際、医療機関、教育機関等の関係機関と連絡及び調整を行い、当該関係機関から利用者に関する必要な情報の提供を受けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	緊急時等における対応方法を利用者にも明示している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	新規に採用したすべての行動援護介護従業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
〔人材要件〕			
①	行動援護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)・(5)についてはいずれかを記載することで可。		
		常勤換算職員数	サービス提供時間
(1)	行動援護従業者の総数	人	時間
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人	→ (1)に占める(2)の割合が30%以上
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人	→ (1)に占める(3)の割合が50%以上
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数	→	時間 → (1)に占める(4)の割合が40%以上
(5)	サービス提供責任者のうち中核的人材養成研修を修了した者	人	→ 1人以上
②	サービス提供責任者に関する要件について	有・無	
ア	すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ	2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月延べサービス提供時間		時間	
		行動援護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	→
	非常勤	人	人

〔重度障害者対応要件〕	有 ・ 無
① 前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分5以上である者、たんの吸引等を必要とする者及び行動関連項目合計点数が18点以上である者	□ ・ □
② 前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分4以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上	□ ・ □

備考

1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。





## 人員配置体制加算に関する届出書（生活介護・療養介護）

1 事業所・施設の名称									
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
3 サービスの種類									
4 申請する加算区分	人員配置体制加算（ I ・ II ・ III ・ IV ）								
5 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
6 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
7 人員体制	<u>常勤換算で</u> <u>（ 1.5:1 ・ 1.7:1 ・ 2:1 ・ 2.5:1 ）以上</u>								

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「申請する加算区分」には、該当する番号（I～IV。療養介護についてはI又はII）に○を付してください。

注3 「利用者数」には、共生型障害福祉サービス事業所の場合においては、障害児者及び要介護者の合計数を記載してください。

注4 「人員配置の状況」の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。

注5 「人員体制」には、該当する人員体制に○を付してください。

注6 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。





人員配置体制加算に関する届出書（共同生活援

1 法人・事業所の名称					
2 異動区分	1 新規	2 変更			
3 サービス種別	1 介護サービス包括型	2 外部サービス利用型			
4 申請する加算区分	人員配置体制加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ・Ⅷ・Ⅸ）				
5 利用者数	前年度の利用者数の 平均値		人		
<small>※ 新設の場合は推定値</small>					
6 人員体制	特定従業者数換算で（ 12：1 ・ 30：1 ・ 7.5：				
7 人員配置の状況	○基準上置くべき従業者数				
		世話人	生活支援員		
	人数		人		人
	勤務延べ 時間数		時間		時間
	○人員配置体制加算の算定において必要な加配数				
		世話人等（b）			
	人数		人		人数
	勤務延べ 時間数		時間		勤務延べ 時間数
	○人員配置体制加算の算定において必要な特定従業者				
	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <math>a + b + c</math> </div>				人数
				勤務延べ 時間数	
○実際の特定従業者数					
	世話人等				
人数		人			
勤務延べ 時間数		時間			

## 人員配置体制加算 算定の可否

- 注1 「申請する加算区分」には、該当する番号（I～XIV）に○を付してください。
- 注2 「人員配置の状況」には、別紙 人員配置体制確認表及び参考表を参考にして、
- 注3 「人員体制」には、該当する箇所に○を付してください。
- 注4 ここでいう特定従業者数とは、厚生労働大臣が定める施設基準並びにこども家庭施設基準（平成18年厚生労働省告示第551号）第16号ロに規定する特定従業者数換算  
いう。

年 月 日

助)

3 終了

3 日中サービス支援型

X・X・XI・XII・XIII・XIV)

1 ・ 20 : 1 ) 以上加配

合計 (a)	
0	人
0	時間

調整数 (c)	
	人
	時間

数の合計 ( a + b + c )

世話人等	
0	人
0	時間

合計	
0	人
0	時間

可

職員数を記載してください。

庁長官及び厚生労働大臣が定める  
方法により算定した従業者数を

# 人員配置体制確認表 確認表

## 1 サービス類型

	介護サービス包括型事業所
	外部サービス利用型事業所
	日中サービス支援型事業所

## 2 運営状況

	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
	③新設又は増改築等の時点から1年以上

## 7 人員配置体制加算の算定における必要加配数

調整数：

### 介護包括サービス型・外部サービス利用型

12:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間	30:1の場合	特定従業者数
不足加配数	0.0	0.0	不足加配数	
不足調整数	0.0	0.0	不足調整数	
加配状況	0.0	0.0	加配状況	
算定要件に対しての加配状況	0	0	算定要件に対しての加配状況	



12:1



## 従業者の勤務体制一覧表

		職種	勤務形態	氏名	算		
					月	火	水

夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯	サービス管理 責任者							
	世話人							
	生活支援員							
	世話人・生活支援員の合計						0	0
総合計						0	0	0
1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）								

加配する特定従業者（世話人等）の勤務体制一覧表

	職種	勤務形態	氏名	算		
				月	火	水
世話人等						
世話人・生活支援員の合計				0	0	0
1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）						

※「勤務形態」の左側の欄には「常勤・専従」や「非常勤・兼務」等を記載し、右側の  
 ※特定有資格者（社会福祉士「社」・精神保健福祉士「精」・介護福祉士「介」）には

- 手順1 サービス類型を選択 → 1 サービス類型
- 手順2 運営状況を選択 → 2 運営状況
- 手順3 対象となる利用者数を算出 → 3 利用者数
- ・「2 運営状況」で①を選択した場合は、3に各々の推定数を記載する。
  - ・「2 運営状況」で②③を選択した場合は、別紙参考表の計算式で算出された値を転
- 手順4 基準上置くべき従業者数が表示される → 4 基準上置くべき従業者数



表

法人・事業所名	
事業所番号	

### 3 利用者数

	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5
利用者数（平均）					
個人居宅介護利用者（再掲）					
定員増人数					
計	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	



### 4 基準上置くべき従業者数

	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	FALSE	0.0	0.0
世話人5:1	FALSE	0.0	0.0
生活支援員	0.0人	0.0	0.0
合計	0.0人	0	0

### 5 当該事業所における基準上置くべき従業者数

	常勤換算による人数
世話人6:1	FALSE
世話人5:1	FALSE
生活支援員	#DIV/0!
合計	#DIV/0!

常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定換算方法により算出された場合の値との差分をいう。

定従業者数	勤務延べ時間
0.0	0.0
0.0	0.0
0.0	0.0
0	0

⇒ 

30:1	
------	--

日中サービス		
7.5:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0

⇒ 

7.5:1	
-------	--

第1週				第2週				第3週				第4週							
木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		



---

転記する。

---

	定員	

＜注意事項

分5	区分6	計
		0.0人
		0.0人
		0.0人
0.0人	0.0人	0.0人

置くべき従業者数

換算数	特定従業者用の勤務延べ時間数
勤務延べ時間数	勤務延べ時間数
0.0	0.0
0.0	0.0
#DIV/0!	#DIV/0!
#DIV/0!	#DIV/0!

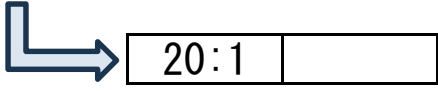
6 加配している特定従業者数

	特定従業者数換算数	
	特定従業者数換算による人	勤務延べ時間数
世話人等	0.0人	0.0
合計	0.0人	0

定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者

ス支援型

20:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0



4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特定従業者換算後の人数	兼務先
0	0.00			
0	0.00			

0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00	#DIV/0!	0.0	
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00	#DIV/0!	0.0	
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00	#DIV/0!	0.0	
0	0.00			

4週の合計	週平均の勤務時間	特定従業者換算後の人数	兼務先
0	0.00	0.0	
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00	0.0	
40			

は「全ユニット」と記載すること。)



項>

























# 人員配置体制確認表 確認表

## 1 サービス類型

○	介護サービス包括型事業所
	外部サービス利用型事業所
	日中サービス支援型事業所

## 2 運営状況

○	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
	③新設又は増改築等の時点から1年以上

## 7 人員配置体制加算の算定における必要加配数

調整数：

### 介護包括サービス型・外部サービス利用型

12:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間	30:1の場合	特定従業者数
不足加配数	-1.2	-48.0	不足加配数	
不足調整数	-1.3	-52.0	不足調整数	
加配状況	2.5	100.3	加配状況	
算定要件に対しての加配状況	0	0	算定要件に対しての加配状況	

12:1
可

## 従業者の勤務体制一覧表

	職種	勤務形態	氏名	算		
				月	火	水
	管理者			4	4	4
	サービス管理責任者			8	8	8

夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯	サービス管理責任者	サービス管理責任者						
	世話人	世話人A					8	
		世話人B				4		7
		世話人C				4		7
		世話人D						
		世話人E						
	生活支援員	生活支援員A					7	7
		生活支援員B					7	7
		生活支援員C				7		7
		生活支援員D				7		
		生活支援員E				7		
	世話人・生活支援員の合計					29	22	35
	総合計					34	34	47
	1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）							

加配する特定従業者（世話人等）の勤務体制一覧表

	職種	勤務形態	氏名	算			
				月	火	水	
世話人等	世話人A				7	7	
	世話人B			4		7	
	生活支援員A				7	7	
	生活支援員B						
	生活支援員C				4	7	7
世話人・生活支援員の合計				8	21	28	
1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）							

※「勤務形態」の左側の欄には「常勤・専従」や「非常勤・兼務」等を記載し、右側の  
 ※特定有資格者（社会福祉士「社」・精神保健福祉士「精」・介護福祉士「介」）には

- 手順1 サービス類型を選択 → 1 サービス類型
- 手順2 運営状況を選択 → 2 運営状況
- 手順3 対象となる利用者数を算出 → 3 利用者数
- ・「2 運営状況」で①を選択した場合は、3に各々の推定数を記載する。
  - ・「2 運営状況」で②③を選択した場合は、別紙参考表の計算式で算出された値を転
- 手順4 基準上置くべき従業者数が表示される → 4 基準上置くべき従業者数

表

法人・事業所名	
事業所番号	

### 3 利用者数

	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5
利用者数（平均）				6.0人	
個人居宅介護利用者（再掲）					
定員増人数					
計	0.0人	0.0人	0.0人	6.0人	



### 4 基準上置くべき従業者数

	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	2.5人	80.0	100.0
世話人5:1	FALSE	0.0	0.0
生活支援員	4.0人	128.0	160.0
合計	6.5人	208	260

### 5 当該事業所における基準上

	常勤換算による人数
世話人6:1	2.5人
世話人5:1	FALSE
生活支援員	4.2人
合計	6.7人

常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所数換算方法により算出された場合の値との差分をいう。

定従業者数	勤務延べ時間
-0.5	-20.0
-1.3	-52.0
2.5	100.3
1	28

⇒ 30:1 可

日中サービス

	7.5:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数		-2.0	-80.0
不足調整数		-1.3	-52.0
加配状況		2.5	100.3
算定要件に対しての加配状況		-0.8	-32

⇒ 7.5:1

第1週				第2週				第3週				第4週															
木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
4	4			4	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	4		
8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8		



---

転記する。

---

	定員	15

<注意事項

分5	区分6	計
4.0人	5.0人	15.0人
		0.0人
		0.0人
4.0人	5.0人	15.0人

**置くべき従業者数**

換算数	特定従業者用の勤務延べ時間数
80.0	100.0
0.0	0.0
134.4	168.0
<b>214</b>	<b>268</b>

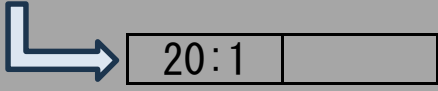
**6 加配している特定従業者数**

	特定従業者数換算数	
	特定従業者数換算による人	勤務延べ時間数
世話人等	2.5人	100.3
<b>合計</b>	<b>2.5人</b>	<b>100</b>

定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者

**ス支援型**

20:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	-0.7	-28.0
不足調整数	-1.3	-52.0
加配状況	2.5	100.3
算定要件に対しての加配状況	0.5	20



4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特定従業者換算後の人数	兼務先
80	20.00	/	/	
160	40.00	/	/	

0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
96	24.00	2.5	2.0	
61	15.25			
61	15.25			
57	14.25			
57	14.25			
0	0.00			
0	0.00			
0	0.00			
105	26.25	4.2	3.3	
91	22.75			
119	29.75			
112	28.00			
112	28.00			
0	0.00			
0	0.00			
887	217.75			6.7
919	277.75			
32				

4週の合計	週平均の勤務時間	特定従業者換算後の人数	兼務先
105	26.25	2.5	
61	15.25		
105	26.25		
56	14.00		
74	18.50		
0	0.00		
0	0.00		
0	0.00		
401	100.25	2.5	
40			

は「全ユニット」と記載すること。)



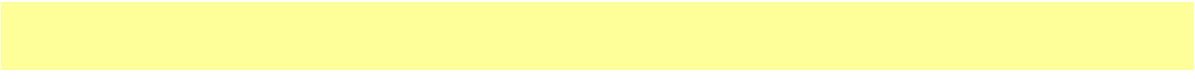


項>























(参考表)

参考表

1 事業者名等

法人名			
事業所名			
事業所番号		定員	

5 前年度の平均利用者数

	開所日数	区分1以下		区分2		区分3	
		利用者数	定員増人数	利用者数	定員増人数	利用者数	定員増人数
		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者	
4月	30日	0	0	0	0	0	0
5月	31日	0	0	0	0	0	0
6月	30日	0	0	0	0	0	0
7月	31日	0	0	0	0	0	0
8月	30日	0	0	0	0	0	0
9月	30日	0	0	0	0	0	0
10月	31日	0	0	0	0	0	0
11月	30日	0	0	0	0	0	0
12月	31日	0	0	0	0	0	0
1月	30日	0	0	0	0	0	0
2月	27日	0	0	0	0	0	0
3月	31日	0	0	0	0	0	0
計	362日	0	0	0	0	0	0
項目毎平均利用者数		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
区分毎平均利用者総数		0.0		0.0		0.0	

※2 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は**入力不要**

※3 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、**直近6か月分を入力**

※4 「新設又は増改築の時点から1年以上」の場合は**直近1年分又は前年度分を入力**

※5 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

令和 年 月 日

2 事業所類型

	介護サービス包括型
	外部サービス利用型
	日中サービス支援型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

1 利用人数									
区分4			区分5			区分6			計
利用者数		定員増人数	利用者数		定員増人数	利用者数		定員増人数	
個人居宅介護等利用者			個人居宅介護等利用者			個人居宅介護等利用者			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 名
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0 名
0.0			0.0			0.0			

<注意事項>

黄色のセルのみ入力してください。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書（平成30年4月以降）  
（療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）・自立訓練（生活訓練）・就労移行支援・  
就労継続支援A型・就労継続支援B型・自立生活援助・共同生活援助・児童発達支援・  
医療型児童発達支援・放課後等デイサービス）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算（Ⅰ） ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算（Ⅱ） ※有資格者25%以上 3 福祉専門職員配置等加算（Ⅲ） ※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

4 社会福祉士等の状況	① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	② ①のうち社会福祉士等 の総数（常勤）	人		
5 常勤職員の状況	① 生活支援員等の総数 （常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の数	人		
6 勤続年数の状況	① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以 上の者の数	人		

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

3 ここでいう生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従業者
- 自立訓練（機能訓練）にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練（機能訓練）従業者
- 自立訓練（生活訓練）にあつては、生活支援員、地域移行支援員又は共生型自立訓練（生活訓練）従業者
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員（外部サービス利用型にあつては、世話人）
- 児童発達支援にあつては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者、  
加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者
- 医療型児童発達支援にあつては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は指定発達支援医療機関の職員、  
加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士又は指定発達支援医療機関の職員
- 放課後等デイサービスにあつては、（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者  
又は共生型放課後等デイサービス従業者、  
加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者のことをいう。

4 ここでいう社会福祉士等とは、

- 就労継続支援A型、就労継続支援B型にあつては、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理士
- それ以外のサービスにあつては、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士



福祉専門職員配置等加算に関する届出書 (平成30年4月以降)  
(共生型短期入所)

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)      ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)      ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	<table border="1"><tr><td>① 従業者の総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② ①のうち社会福祉士等の総数</td><td>人</td></tr></table>	① 従業者の総数	人	② ①のうち社会福祉士等の総数	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	① 従業者の総数	人					
② ①のうち社会福祉士等の総数	人						
5 地域に貢献する活動の内容		有・無					

- 備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 ここでいう従業者とは、共生型短期入所の指定を受ける介護保険制度における指定短期入所事業所、指定介護予防入所生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。
- 3 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや交流会等）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動（保育所等における清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（I）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有 ・ 無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち50% (B) = (A) × 0.5		0.0 人	
算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)		人 (C) ≥ (B)	
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業者の状況			
利用者数 (A) ÷ 40 = (F)		0.0 人	
加配される従業者の数 (G)		人 (G) ≥ (F)	

加配される従業員の氏名		資格・研修名等
1		
2		
3		

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳

の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある  
覚障害を有する者

② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障があ  
聴覚

障害を有する者

③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障があ  
言語

機能障害を有する者

④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者につ

注2 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス  
及び

第 基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告

第 523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者とし  
専ら

視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。

① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者

② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計  
を行

※2：「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1利用者の状況、2加配される従業員の状況の  
載は

不要とする。



者  
視  
る  
る  
い  
等  
示  
て  
算  
記

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有・無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		人 (C) ≥ (B)	
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業員の状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業員の数 (G)		人 (G) ≥ (F)	
加配される従業員の氏名		資格・研修名等	
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある者

※右の通り

② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障が認められる者

③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障が認められる者

第5条 基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者」として

視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。

※①：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の算出を行う。

※②：「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1利用者の状況、2加配される従業者の状況の記載は不要とする。









ある

ある

へ

告

て

計算

の





**栄養士配置加算(短期入所)及び栄養マネジメント加算に関する届出書**

事業所・施設の名称			
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
2 届出項目	1 栄養士配置加算(Ⅰ)		2 栄養士配置加算(Ⅱ)
3 栄養士配置の状況	常勤		非常勤
	管 理 栄 養 士	人	人
	栄 養 士	人	人
	他 施 設 と の 兼 務	あり・なし	あり・なし
	他 施 設 名		
4 栄養マネジメントの状況	常勤の管理栄養士		人
	栄養マネジメントに関わる者		
	職種	氏名	
	医師		
	管理栄養士		
	看護師		

注1「異動区分」欄及び「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2「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。

食事提供体制加算に関する届出書

1 事業所の名称								
2 サービスの種類								
3 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了		
食 事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士		常勤	名	非常勤	名	
		栄養士		常勤	名	非常勤	名	
	保健所等との連携に より、管理栄養士等 が関与している場合	連携先名						
	業務委託により 食事提供を行う場合	業務委託先						
		委託業務内容						
適切な食事提供の 確保方策								

## 短期入所サービス費に関する届出書

事業所・施設の名称			備考	
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了	
2 施設の状況	医療法に規定する病院	該当 ・ 非該当		下記区分1及び2の要件
	医療法に規定する診療所	該当 ・ 非該当		下記区分2の要件
	介護保険法に規定する介護老人保健施設	該当 ・ 非該当		下記区分2の要件
	短期入所を行う病棟における看護職員の数が常時、入院患者7人に対して1以上	該当 ・ 非該当		下記区分1の要件
	短期入所を行う病棟における夜勤を行う看護職員の数が2以上	該当 ・ 非該当		下記区分1の要件
	短期入所を行う病棟における看護職員の最小必要数の7割以上が看護師	該当 ・ 非該当		下記区分1の要件
	通所施設又は共同生活援助事業所のうち単独型として実施する短期入所	該当 ・ 非該当		単独型の要件
3 サービス費等の区分	1 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)、医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ・Ⅳ) 2 医療型短期入所サービス費(Ⅱ・Ⅲ)、医療型特定短期入所サービス費(Ⅱ・Ⅲ・Ⅴ・Ⅵ) 3 単独型加算			

注1「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2「施設の状況」は、該当・非該当に○を付してください。

注3「サービス費等の区分」欄については、該当する番号に○を付してください。



(別紙 10)

年 月 日

### 重度障害者支援加算に関する届出書（短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了
3 配置状況 (基礎研修修了者名)	
4 配置状況 (実践研修修了者名)	
5 配置状況 (中核的人材研修修了者名)	

- 備考 1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 基礎研修修了者・実践研修修了者・中核的人材研修修了者については、修了証の写しを別途添付すること。
- 3 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、

**重度障害者支援加算に関する届出書（共同生活援助）**  
**（兼・〇〇年度強度行動障害支援者養成研修等受講計画）**

事業所の名称					
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了	
職員配置		研修の受講状況			
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修)	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)	喀痰吸引等研修 (第1号又は第2号)	喀痰吸引等研修 (第3号)

中核的人材養成研修修了者 配置	( あり ・ なし )
-----------------	-------------

今年度の研修要件① (※1)を満たしている者の数	生活支援員の数	うち今年度の研修要件②(※2)を満たしている者の数及び割合

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修（実践）又は喀痰吸引等研修（第2号）修了者であること。

(※2) 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修（基礎）又は喀痰吸引等研修（第3号）修了者であること。

注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。（世話人等は含まれません。）

注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄を、③今後受講予定の場合（当該年度内に限る）は受講予定月（受講月が未定の場合は目標とする月）を記載してください。

注5 職員が看護師又は准看護師の場合は「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」若しくは「准看護師」と記載してください。

注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎）を修了又は受講予定とみなし、また、職員が既に行動援護従業者養成研修の課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）を修了又は受講予定とみなし、「強度行動障害支援者養成研修」欄に「有」又は受講予定月を記載してください。

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号									
事業所名									
事業所の所在地									
連絡先	電話番号					担当者名			
	FAX番号								
夜間支援等体制加算(I)・(II)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由							
	2	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
		夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況		夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	
		合計							
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①						
			夜間支援従事者②						
			夜間支援従事者③						
			夜間支援従事者④						
			夜間支援従事者⑤						
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①						
			夜間支援従事者②						
			夜間支援従事者③						
			夜間支援従事者④						
夜間支援従事者⑤									
5	配置場所とグループホームとの連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
		夜間支援従事者②							
		夜間支援従事者③							
		夜間支援従事者④							
		夜間支援従事者⑤							
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯								
7	備考								
夜間支援等体制加算(III)	1	住居名							
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)							
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的な方法							
	4	備考							
夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	住居名	滞在時間	住居名	滞在時間	夜間支援等体制加算の種類		
		夜間支援従事者⑥							
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥						
			夜間支援従事者⑦						
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥						
			夜間支援従事者⑦						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(I)・(II)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(I)・(II)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(I)・(II)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(III)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(III)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

事業所番号		××××××							
事業所名		〇〇事業所							
事業所の所在地		△△県□□市◇◇××-×××							
連絡先	電話番号	××-××××-××××			担当者名	◎◎◎◎			
	FAX番号	××-××××-××××							
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1 夜間支援体制の確保が必要な理由	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。							
	2 夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
		Aホーム	5	夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	宿直
		Bホーム	6		6				夜勤
		Cホーム	4			4			夜勤
		Dホーム	5				5		夜勤
	Eホーム	4				1	3	夜勤	
	合計	15	5	5	5	5	4		
	3 夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①	Aホーム						
		夜間支援従事者②	Bホーム						
夜間支援従事者③		Cホーム							
夜間支援従事者④		Dホーム							
夜間支援従事者⑤		Eホーム							
4 配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-							
	夜間支援従事者②	-							
	夜間支援従事者③	-							
	夜間支援従事者④	徒歩10分							
	夜間支援従事者⑤	-							
5 配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-							
	夜間支援従事者②	-							
	夜間支援従事者③	-							
	夜間支援従事者④	携帯電話							
	夜間支援従事者⑤	-							
6 夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00								
7 備考									
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1 住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム					
	2 夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)		同左					
	3 利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的な方法				職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。				
	4 備考								
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1 夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	Bホーム	22:00~23:00	Cホーム	1:00~3:00	夜勤(Ⅳ)		
			Dホーム	4:00~5:00					
		夜間支援従事者⑦	Eホーム	23:00~2:00			夜勤(Ⅴ)		
	2 夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥	Cホーム						
		夜間支援従事者⑦	Eホーム						
	3 夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥	22:00~6:00						
		夜間支援従事者⑦	23:00~2:00						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

記載例

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

年 月 日

事業所番号	××××××						
事業所名	〇〇事業所						
事業所の所在地	△△県□□市◇◇××××						
連絡先	電話番号	××-××××					
	FAX番号	××-××××					
担当者	特定の個人を指すのではなく、別々の日に異なる者が支援を行うといったように、従事者①が複数の個人である場合もある。						
1	夜間支援体制の確保が必要な理由 両方で従事している場合は、このケースの場合、Eホームで支援する1名についてもDホームで支援する5名についても、「利用者が6人の場合の単位数」を用いて区分に応じたそれぞれ算定する。 また、1つの共同生活住居で複数の夜間支援従事者が支援をする場合は、1つの共同生活住居で複数の単位が算定されることが想定される(例えば、10名定員で従事者②が6名、従事者③が4名支援する場合、請求した際に警告が出る場合でも1人の夜間支援従事者が支援を行う人数に間違いがあれば、そのまま請求して差し支えない。	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。					
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)	当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)			
	Aホーム	5	5	夜勤			
	Bホーム	6	6	夜勤			
	Cホーム	4	4	夜勤			
	Dホーム	5	5	夜勤			
	Eホーム	4	1	3	夜勤		
	合計	24	5	5	5		
3	夜間支援従事者を配置している場所	① Aホーム ② Bホーム ③ Cホーム ④ Dホーム ⑤ Eホーム	「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」は「夜間支援の対象者数(人)」を按分した人数である。 ※必ず「夜間支援の対象者数(人)」=「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」となること。	各従事者がどう勤務形態かを記載。			
4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	① ② ③ ④ ⑤	夜勤・宿直の待機場所を記載。 徒歩10分				
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	① ② ③ ④ ⑤	携帯電話				
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯		22:00~6:00				
7	備考						
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム		
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容)	警備会社(◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)				
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的な方法	職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。				
	4	備考					
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	住居名	滞在時間	住居名	滞在時間	夜間支援等体制加算の種類
		夜間支援従事者⑥	Bホーム	2:00~23:00	Cホーム	1:00~3:00	夜勤(Ⅳ)
		夜間支援従事者⑦	Dホーム	4:00~5:00			夜勤(Ⅴ)
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥	Eホーム	23:00~2:00	各ホームでの滞在時間を記載	各従事者がどう勤務形態かを記載
		夜間支援従事者⑦				各従事者が巡回等をしていない時間帯の滞在場所を記載	
		夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥			22:00~6:00	
夜間支援従事者⑦				23:00~2:00			

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

医療連携体制加算(Ⅶ)(共同生活援助)  
医療連携体制加算(Ⅸ)(短期入所)

## に関する届出書

事業所番号		
事業所の名称		
事業所所在地		
異動区分	1 新規	2 変更
支援対象者	人	
看護師の配置状況(事業所の職員として看護師を確保している場合)	1	配置する看護師の数(人)
	2	他事業所との併任
訪問看護ステーション等との提携状況(訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合)	1	訪問看護ステーション等の名称
	2	訪問看護ステーション等の所在地
	3	確保する看護師の数(人)
看護師の勤務状況		
その他の体制の整備状況	1	看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。
	2	重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護師1人につき、算定可能な利用者は20人までです。

注3 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況を記載してください(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

注4 事業所の職員として看護師を確保している場合については、看護師であることを証明する資格証等の写しを添付してください。

注5 病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合については、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注6 重度化した場合における対応に関する指針を添付してください。

## (宿泊型自立訓練)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号						
事業所名						
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由				
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)		想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
				夜間支援従事者 ①	夜間支援従事者 ②	
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯				
4	備考					
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	夜間における防災体制の内容(契約内容等)				
	2	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体				
	3	備考				

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、事業所における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入して下さい。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入して下さい。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)」欄について、同じ月の中で別々の日に夜勤又は宿直を配置する場合は、複数枚に書き分けるなど、夜勤を配置する日又は宿直を配置する日それぞれの場合の体制について記載してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、1、2のいずれか、又は両方を記載してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。



(宿泊型自立訓練)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号		××××××				
事業所名		〇〇事業所				
事業所の所在地		△△県□□市◇◇×-×-×				
連絡先	電話番号	××-××××-××××		担当者名	◎◎ ◎◎	
	FAX番号	××-××××-××××				
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。			
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)		想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
				夜間支援従事者 ①	夜間支援従事者 ②	
			20	10	10	夜勤
3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00				
4	備考					
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)			
	2	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体	職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。			
	3	備考				

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、事業所における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入して下さい。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入して下さい。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)」欄について、同じ月の中で別々の日に夜勤又は宿直を配置する場合は、複数枚に書き分けるなど、夜勤を配置する日又は宿直を配置する日それぞれの場合の体制について記載してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、1、2のいずれか、又は両方を記載してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

通勤者生活支援加算に係る体制

サービスの種類	共同生活援助		
事業所の名称			
異 動 区 分	1 新規	2 変更	3 終了
前年度の平均利用者数(人)			
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)		
	氏 名	雇用されている事業所名	
	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		
	29		
30			

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付して下さい。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入して下さい。

注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所（就労移行・就労継続事業所は含まれない。）に雇用されている者を記入して下さい。

## 夜勤職員配置体制加算及び夜間看護体制加算に関する届出書

施設の名称					
1 異動区分	1 新規      2 変更      3 終了				
2 申請する定員区分	1 定員21人以上40人以下				
	2 定員41人以上60人以下				
	3 定員61人以上				
3 前年度の施設入所支援 平均利用者数	人				
4 夜勤職員配置の状況	人				
5 看護職員の配置状況	<table border="1"> <tr> <td>看護職員の総数</td> <td>うち夜勤体制</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人体制</td> </tr> </table>	看護職員の総数	うち夜勤体制	人	人体制
	看護職員の総数	うち夜勤体制			
人	人体制				

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「申請する定員区分」は、該当する番号（1～3）に○を付してください。

注3 「夜勤職員配置の状況」には、施設入所支援を提供する時間帯に配置している職員の数（延べ人数ではない）を記載してください。

注4 「看護職員配置の状況」には、当該施設における看護職員の総数（実数）と施設入所支援を提供する時間帯をとした看護体制（延べ人数ではない）を記載してください。

(別紙18-1)

重度障害者支援加算 (I) に関する届出書 (施設入所支援)

施設の名称			
届出する項目 (左記の該当項目に○を付してください)		1 重度障害者支援加算 I (重度: 22単位を含む) 2 重度障害者支援加算 I (重度: 22単位を含まず)	
指定基準上の障害者支援施設「生活支援員・看護職員」	常勤換算配置数		人
実際の障害者支援施設「生活支援員・看護職員」	常勤換算配置数		人
(重度障害者支援加算 I 型適用施設のみ) 当該施設 (生活介護) 前年度平均利用者数 (様式1-7の⑤年度計÷④年度計)			
うち20%			
(重度障害者支援加算 I 型適用施設のみ) 特別な医療が必要とされる者の 前年度の平均利用者数 (様式1-7の⑥年度計÷④年度計)			
利用者氏名	障害程度区分 障害支援区分	医師意見書に記載される特別な医療の内容又は強度行動障害の有無	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者の該当の有無
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
計			人 人

指定基準上の配置に対する加配必要職員数	常勤換算 1 名以上
---------------------	------------

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。

1 I 型適用の場合、医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者 (当分の間、「褥瘡の処置」及び「疼痛の看護」を含める取扱いとする。)

(1) I 型適用の 2 要件

- ①施設入所支援 (夜間) における生活支援員の指定基準上必要数 (常勤換算) +1.0 人の配置があること
- ②特別な医療が必要とされる者又はこれに準ずる者が利用者の数 (生活介護利用者) の 20% 以上

(2) I 型重度の追加要件:

- 上記①②に加えて、区分 6 かつ「気管切開…又は重症心身障害者」が 2 人以上あること
- I 型は、生活介護に係る全ての利用者に加算される

2 特別な医療を受ける者 (I 型関係)、区分 6 かつ人工呼吸器による呼吸管理を受ける者又は重症心身障害者 (I 型重度 22 単位関係) 強度行動障害者 (II 型関係) である旨は、別途 受給者証に記載されます。

※ 特別な医療を受ける者については、申請書の提出時に医師意見書等に「特別な医療」を記載してください。

経官不養を必要とする者については、実地検査の際において医師意見書等により確認します。

重度障害者支援加算に関する届出書（施設入所支援）

施設の名 称		ふじのくに寮		
届出する項目 (左記の該当項目に○を付してください)		① 重度障害者支援加算Ⅰ（重度：22単位を含む） ② 重度障害者支援加算Ⅰ（重度：22単位を含まず）		
指定基準上の障害者支援施設「生活支援員・看護職員」	常勤換算配置数			9.4人
実際の障害者支援施設「生活支援員・看護職員」	常勤換算配置数			15.7人
(重度障害者支援加算Ⅰ型適用施設のみ) 当該施設（生活介護）前年度平均利用者数 (様式1-7の⑤年度計÷④年度計)		28.0人		
うち20%		5.6人		
(重度障害者支援加算Ⅰ型適用施設のみ) 特別な医療が必要とされる者の 前年度の平均利用者数 (様式1-7の⑥年度計÷④年度計)		5.8人		
利用者氏名	障害程度区分 障害支援区分	医師意見書に記載さ れる特別な医療の内 容又は強度行動障害 の有無	気管切開を伴 う人工呼吸器 による呼吸管 理が必要な者 又は重症心身 障害者の該当 の有無	
1 A	区分5	カテーテル		
2 B	区分6	気管切開の処置	○	
3 C	区分5	点滴の管理		
4 D	区分5	透析		
5 E	区分5	ストーマの処置		
6 F	区分6	気管切開の処置	○	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
計			6人	2人

指定基準上の配置に 対する加配必要職員数	常勤換算 1名以上
-------------------------	-----------

### 重度障害者支援加算に関する届出書（生活介護・施設入所支援）

1 事業所・施設の名称							
2 サービスの種類							
3 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了						
4 配置状況	1 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者 配置 2 強度行動障害支援者養成研修（中核的人材養成研修）修了者 配置						
5 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者配置人数	<table border="1"><tr><td>生活支援員の数（全体）(a)</td><td>研修修了者の人数(b)</td><td>(b)/(a)</td></tr><tr><td>人</td><td>人</td><td>%</td></tr></table> <p>※ 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者であること</p>	生活支援員の数（全体）(a)	研修修了者の人数(b)	(b)/(a)	人	人	%
生活支援員の数（全体）(a)	研修修了者の人数(b)	(b)/(a)					
人	人	%					

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 実践研修・中核的人材養成研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付すること。

注3 「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者配置人数」については、実人数を記載すること。

注4 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）については、行動援護従事者養成研修でも可。

## 送迎加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規      2 変更      3 終了
2 送迎の状況① (全サービス)	1 当該事業所において行われる通所サービス等の利用につき、利用者の送迎を行っていること。
3 送迎の状況② (短期入所、重度障害者 等包括支援以外)	1 (I型) ・1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している。 かつ ・週3回以上の送迎を実施している。
	2 (II型) 1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している。
	3 (II型) 週3回以上の送迎を実施している。
4 送迎の状況③ (生活介護のみ追記)	1 送迎を利用する者のうち、区分5若しくは区分6に該当する者又は「これに準ずる者」が100分の60以上。
	2 1には該当しない。

備考 「異動区分」欄、「送迎の状況②」欄、「送迎の状況③」欄については、該当する番号に○を付してください。

※多機能型事業所等同一敷地内の事業所で、一体に送迎している事業所は一体にまとめることができる。(各事業所の体制届出に添付すること。)

※「これに準ずる者」は、区分4以下で、かつ、行動関連項目が10点(程度区分においては8点)以上の者又は喀痰吸引等を必要とする者



## 地域生活移行個別支援特別加算に関する届出書

事業所・施設の名称			備考	
サービス種類				
1 異動区分	1 新規	2 変更		3 終了
2 人員配置基準の状況	利用者数(前年度平均)		人	別紙1-2(3)、1-6(3)又は1-7(3)参照
	基準上必要な生活支援員の常勤換算数		人	施設入所支援 共同生活援助 宿泊型自立訓練 (別紙2-2参照) 重度包括
	生活支援員の「実配置」常勤換算数		人	
	基準上必要な世話人の常勤換算数		人	共同生活援助 (別紙2-2参照) 重度包括
	世話人の「実配置」常勤換算数		人	
	上記「実配置」常勤換算数のうち 社会福祉士の人数(実人数)		人	施設入所支援 共同生活援助 宿泊型自立訓練 重度包括
	上記「実配置」常勤換算数のうち 精神保健福祉士の人数(実人数)		人	
3 施設の状況	社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかの資格を有する職員を指定基準に加え1人以上配置	該当	・ 非該当	施設入所支援 共同生活援助 宿泊型自立訓練 重度包括
	精神科を担当する医師(嘱託可)による定期的な指導を一月に2回以上実施	該当	・ 非該当	施設入所支援
	事業所の従業者に対し、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修を年1回以上実施	該当	・ 非該当	施設入所支援 共同生活援助 宿泊型自立訓練 重度包括
	保護観察所、指定医療機関又は精神保健福祉センター等との関係機関との協力体制を整備	該当	・ 非該当	施設入所支援 共同生活援助 宿泊型自立訓練 重度包括

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「施設の状況」は、該当・非該当に○を付してください。

注3 それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類を添付してください。

## 延長支援加算体制届出書

施設種別	
事業所・施設名	
運営規程上の営業時間	

氏名		年齢	利用時間	延長時間	備考
1				時間・分	
2				時間・分	
3				時間・分	
4				時間・分	
5				時間・分	
6				時間・分	
7				時間・分	
8				時間・分	
9				時間・分	
10				時間・分	

※ 運営規程に定めた「営業時間」が8時間以上営業日において、「営業時間」を超えて支援を行うものとして、加算を算定する場合に届け出ること。（「営業時間」は、基準で定められた人員を配置して利用者を受け入れられる時間帯をいう）

※ 延長支援加算を算定する障害者又は障害児に係る生活介護計画書又は児童発達支援計画書は、実地指導の際に確認します。

※ 送迎時間は、算入しないこと。

## リハビリテーション加算に関する届出書（生活介護）

事業所・施設の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
算定要件				確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。			
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。			
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。			
2	リハビリテーション実施計画に従い、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聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。			
	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。			
3	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			
4	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			
5				

注1 事業所の種別に応じて、「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

リハビリテーション加算に関する届出書（自立訓練（機能訓練））

事業所・施設の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
リハビリテーション加算Ⅱの算定要件				確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。			
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。			
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。			
	リハビリテーション実施計画は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
2	利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、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聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。			
3	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。			
4	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			
5	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			

リハビリテーション加算（Ⅰ）の算定要件の一部（※）

※頸髄損傷による四肢麻痺その他これに類する障害者である場合には、当該加算を算定する場合において下記の要件を満たす必要はない。

算定要件		確認欄
1	支援プログラムを公表していること。	
2	SIMを用いた評価結果を集計し、公表していること。	

注1 事業所の種別に応じて「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

## 地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に関する届出書

サービス名		宿泊型自立訓練		
事業所の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号			担当者名
	FAX番号			
前年度の平均利用者数(人) ※宿泊型自立訓練利用者 別紙1-2の(3)より確認)				
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数		地域移行支援員	
	従業者数	常勤(人)		
		非常勤(人)		
	常勤換算後の人数(人)			
加算算定上の必要人数(人)		0.0		
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)		0.0	
	氏名		雇用されている事業所名	
	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			
	29			
30				

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記載してください。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記載しないでください。

注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記載してください。

(「通常の事業所に雇用されている」とは、一般就労のことをいうものであって、指定就労移行支援、指定就労継続支援A型及びB型の利用者は含まれない。)

## 短期滞在加算及び精神障害者退院支援施設加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
サービス種類			
連絡先	電話番号		担当者名
	FAX番号		
設備	定員		人
	居室数		1人当たり居室面積
	うち個室		
	うち 人部屋		
	うち 人部屋		
	うち 人部屋		
	うち 人部屋		
	その他の設備の内容		
① デイルーム(〇㎡) ② 食堂(〇㎡)			
夜間の支援体制	勤務形態		職種
	常勤	専従	人数
		兼務	看護職員
	非常勤	専従	人数
		兼務	人数
	連携施設の名称		
夜間の支援体制の内容			

注1「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

(別紙25)

常勤看護職員等配置加算・看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
異動区分	1 新規	2 継続	3 変更	4 終了
サービスの種類 算定する加算の区分	1 生活介護	常勤看護職員等配置加算		
	2 短期入所	常勤看護職員等配置加算		
	3 生活訓練	看護職員配置加算 (I)		
	4 宿泊型自立訓練	看護職員配置加算 (II)		
	5 共同生活援助	看護職員配置加算		

看護職員の配置状況 (常勤換算)	保健師	人	加算区分 1 } 2 } ⇒ 合計1人以上 3 } 4 }	該当 ・ 非該当
	看護師	人		
	准看護師	人		

看護職員の必要数 (共同生活援助のみ)	前年度の平均利用者数	人	加算区分 5 ⇒ 合計1人以上 かつ 左の必要数以上	該当 ・ 非該当
	利用者数を20で除した数(必要数)	人		

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表</li> <li>2. 看護職員の資格を証する書類の写し</li> </ol>
------	--

## 就労移行支援体制加算に係る届出書

事業所・施設の名称				
当該事業所・施設の前年度定員		人		
	氏名	就職日	就職先事業所名	6か月後の状況
1		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
2		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
3		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
4		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
5		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
6		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
7		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
8		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
9		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
10		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
11		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
12		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
13		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
14		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
15		年 月 日		在籍・離職 年 月 日

注1 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください。

注2 旧法指定施設から就労継続支援事業に移行した場合には、移行前の実績を算定できます。また、旧法指定施設から多機能型に移行した場合は、旧法施設における実績を事業別に分割することなくそのまま算定できます。



## (別紙26-2) 【記載例】

## 就労移行支援体制加算に係る届出書 (就労継続支援事業所)

事業所・施設の名称		〇〇就労継続支援事業所		
当該事業所・施設の定員		40人		
	氏名	就職日	就職先事業所名	6か月後の状況
1	〇〇太郎	平成25年8月1日	(株) 〇〇ストア	在籍・離職 年 月 日
2	△△花子	平成25年9月1日	(有) 〇〇屋	在籍・離職 年 月 日
3	□□一郎	平成25年9月1日	(株) 〇〇食堂	在籍・離職 年 月 日
4	××三郎	平成24年12月1日	(株) 〇〇製作所	在籍・離職 25年11月30日
5		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
6		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
7		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
8		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
9		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
10		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
11		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
12		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
13		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
14		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
15		年 月 日		在籍・離職 年 月 日

注1 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください。

注2 旧法指定施設から就労継続支援事業に移行した場合には、移行前の実績を算定できます。また、旧法指定施設から多機能型に移行した場合は、旧法施設における実績を事業別に分割することなくそのまま算定できます。

(様式例)

# 雇用証明書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

企業等名称

代表者職・氏名 印

下記の者については、以下のとおり当社にて 雇用している ・ 雇用事実があった ことを証明します

氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	
店舗名等	
店舗等所在地	
店舗等の事業内容	
雇用期間	(雇用開始年月日) 年 月 日 ~ 1 在 職 2 離 職 (雇用終了年月日) 年 月 日 (※1 在職、2 離職のうち該当するものに○を付け、離職の場合は雇用終了日を記入してください。)
雇用の形態	1:正職員 2:臨時職員 3:パート・アルバイト 4:その他(具体的に: )
従事する業務の内容	

### 就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における 就労定着者の数	人
--------------------	---

基本報酬の算定区分	1 評価点が170点以上 2 評価点が150点以上170点未満 3 評価点が130点以上150点未満 4 評価点が105点以上130点未満 5 評価点が80点以上105点未満 6 評価点が60点以上80点未満 7 評価点が60点未満
-----------	--

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	前年度において6月 に達した日(年月日)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注1 就労定着者とは、就労継続支援A型等を受けた後、就労し、当該年度の前年度において就労継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいう。なお、就労とは企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、他の就労継続支援A型事業所の利用者として移行は除く。

注2 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注3 加算単位数は前年度の就労定着者の数に当該年度の利用定員及び基本報酬の算定区分に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注4 行が足りない場合は適宜追加して記載。

(様式例)

# 雇用証明書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

企業等名称  
代表者職・氏名

印

下記の者については、以下のとおり当社にて 雇用している ・ 雇用事実があった ことを証明します。

氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	
店舗名等	
店舗等所在地	
店舗等の事業内容	
雇用期間	(雇用開始年月日) 年 月 日 ~ 1 在 職 2 離 職 (雇用終了年月日) 年 月 日 (※1 在職、2 離職のうち該当するものに○を付け、離職の場合は雇用終了日を記入してください。)
雇用の形態	1:正職員 2:臨時職員 3:パート・アルバイト 4:その他(具体的に: )
従事する業務の内容	

### 就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における 就労定着者の数	人
--------------------	---

基本報酬の算定区分	1 4万5千円以上 2 3万5千円以上4万5千円未満 3 3万円以上3万5千円未満 4 2万5千円以上3万円未満 5 2万円以上2万5千円未満 6 1万5千円以上2万円未満 7 1万円以上1万5千円未満 8 1万円未満
-----------	--

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	前年度において6月 に達した日(年月日)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注1 就労定着者とは、就労継続支援A型等を受けた後、就労し、当該年度の前年度において就労継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいう。なお、就労とは企業等との雇用契約に基づく就労をい

い、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、他の就労継続支援A型事業所の利用者として移行は除く。

注2 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注3 加算単位数は前年度の就労定着者の数に当該年度の利用定員及び基本報酬の算定区分に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注4 行が足りない場合は適宜追加して記載

(様式例)

# 雇用証明書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

企業等名称  
代表者職・氏名

印

下記の者については、以下のとおり当社にて 雇用している ・ 雇用事実があった ことを証明します。

氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	
店舗名等	
店舗等所在地	
店舗等の事業内容	
雇用期間	(雇用開始年月日) 年 月 日 ~ 1 在 職 2 離 職 (雇用終了年月日) 年 月 日 (※1 在職、2 離職のうち該当するものに○を付け、離職の場合は雇用終了日を記入してください)
雇用の形態	1:正職員 2:臨時職員 3:パート・アルバイト 4:その他(具体的に: )
従事する業務の内容	

就労支援関係研修修了加算に関する届出書(実務経験及び研修証明書)

静岡県知事 様 番 号  
令和 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

〒 -

代表者職氏名 印

電話番号

下記の者の就労支援員としての実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
実務経験の施設 又は事業所名	施設・事業所の種別 ( )
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日( 年 月間)
業務内容	職名( )
研修名	研修実施主体名( )
研修修了年月日	年 月 日

注1 施設又は事業所名欄には、施設の種別も記入すること。

注2 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)

注3 業務内容欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。

注4 研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。修正液による訂正は認められません。

注6 ただし、前年度の就労定着者の割合が零である場合には算定不可。

## 職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算に関する届出書

事業所名	
------	--

下記の就労定着支援員が職場適応援助者養成研修修了者であることを届け出ます。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
研修名	研修実施主体名( )
研修修了年月日	年 月 日

注 研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。



## 重度者支援体制加算に関する届出書(障害基礎年金の状況)

施設・事業所の名称			
A	前年度の延べ利用者数 (各月各日毎の利用者延べ人数の合計) ※別紙1-4(2)参照		人
B	Aのうち、障害基礎年金1級受給者延べ利用者数 (各月各日毎の1級受給利用者延べ人数の合計) ※別紙1-4(6)参照		人
C	$B/A \times 100$		%
D	各算定要件 (いずれかに○を付すること。)	I 型 50%以上	II 型 25%以上
氏 名			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1 氏名欄には障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

### 施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算(Ⅰ)に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員 (A)			
うち施設外支援実施利用者 (B)			
施設外支援実施率 (B)÷(A) (C)			
氏名		職場実習等	求職活動等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載してください。

注2. 移行準備支援体制加算(Ⅰ)を算定する場合に作成し、指定権者に届け出ること。

## 施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算（I）に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員（A）		20人	
うち施設外支援実施利用者（B）		12人	
施設外支援実施率（（B）／（A））（C）		60.00%	
氏名		職場実習等	求職活動等
1	A	○	
2	B		○
3	C	○	○
4	D	○	
5	E		○
6	F	○	
7	G	○	
8	H	○	
9	I	○	
10	J	○	
11	K	○	
12	L	○	

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載してください。

注2. 移行準備支援体制加算（I）を算定する場合に作成し、指定権者に届け出ること。

## 目標工賃達成加算に関する届出書

事業所名			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

平均工賃 月額等	① 前々年度における事業所の平均工賃月額（実績）	
		円
	② 前年度において事業所が作成した工賃向上計画における目標工賃額（平均工賃月額）	
		円
	③ 前年度における事業所の平均工賃月額（実績）	
		円
	④ 前々年度における全国平均工賃月額	
	円	
算定要件	⑤ 前々々年度における全国平均工賃月額	
		円
	⑥ ① + (④ - ⑤) ※④ - ⑤が0未満の場合は、0として算定すること。	
		円
算定要件	<要件確認1> ②の額が⑥の額以上となっていること。(② ≥ ⑥)	
		( 該当 ・ 非該当 )
算定要件	<要件確認2> ③の額が②の額以上となっていること。(③ ≥ ②)	
		( 該当 ・ 非該当 )

## 賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
サービスの種別	就労継続支援A型
当該事業所・施設の前年度の平均利用者数(A) ※別紙1-4(3)参照	
(A) ÷ 10	
職業指導員及び生活支援員の配置状況(常勤換算)(B) ※別紙2-2及び下記参照	
職業指導員及び生活支援員に賃金向上達成指導員 を加えた配置状況(常勤換算)(C)	
賃金向上計画等の提出状況 ※ 経営改善計画書を作成している場合は省略することも可 ただし、実現可能性が乏しい場合には認められない場合がある	あり・なし
利用者の就業規則に将来の職務上の地位や賃金の改善を図るため、昇格、昇進、昇給といった仕組みが記載されていること。	あり・なし

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
(B) 合計		

賃金向上達成指導員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
合計		常勤換算1.0 ≦

※ 利用者の就業規則(利用者の就業規則に将来の職務上の地位や賃金の改善を図るため、昇格、昇進、昇給といった仕組みが記載されている部分)を添付すること。

## 共生型サービス費算定に伴う加算の届出

事業所名	
共生型サービスの種別	短期入所 ・ 生活介護 ・ 自立訓練(機能訓練) ・ 自立訓練(生活訓練)
本来の指定サービスの種別	(1) 指定児童発達支援事業等 (2) 指定小規模多機能型居宅介護事業等

<サービス管理責任者配置等> 生活介護・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)

加 算	1 該当 ・ 2 非該当
サービス管理責任者等氏名	
当該事業所が実施する地域貢献活動	

※ 「1 該当」に○を付した場合には、該当する従業者の「経歴書」・「研修修了証(サービス管理責任者

研修、相談業務従事者初任者研修)」、「実務経験証明書」・「資格証(実務経験の短縮に係るもの)」を添付

※ 「当該事業所が実施する地域貢献活動」の欄には、地域交流の場の提供等、利用者以外の地域住民等を対象とした取り組みについて記載すること。また過去の取り組みに関する記録や今後の事業実施計画等の参考資料を添付すること。

<福祉専門職員配置等加算> 短期入所・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)

加 算	I 型 ・ II 型 ・ III 型 ※短期入所はIII型算定不可
※短期入所の場合 当該事業所が実施する地域貢献活動	

※ この加算を算定する場合には、別紙5及び別紙5の確認書類を提出すること。

※ 「当該事業所が実施する地域貢献活動」の欄には、地域交流の場の提供等、利用者以外の地域住民等を対象とした取り組みについて記載すること。また過去の取り組みに関する記録や今後の事業実施計画等の参考資料を添付すること。

地域生活支援拠点等の機能を担う事業所に対する加算の届出

事業所名	
加算の対象となるサービスの種別	
認定した市町	
認定日	年 月 日
認定された期間 (期間がある場合)	期間の定めあり( 年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 期間の定めなし
地域生活支援拠点等としての事業内容	
運営規程の該当条項	第 条第 項第 号

※ 地域生活拠点等として市町から認められた事業所に対する加算を算定する場合に提出すること

※ 市町から認定を受けたことが確認できる「通知」等及び各種機能の実施に関する規定を追加した「運営規程」を添付すること。

## 地域移行特別加算算定に係る届出加算の算定に係る届出

事業所名	
加算の対象となるサービスの種別	重度包括 自立訓練(生活訓練) 共同生活援助 ※いずれかに○

## 1 精神障害者地域移行特別加算を算定する場合

運営規程に定める主たる対象に精神障害者が含まれている	該当 非該当 ※いずれかに○、運営規程(該当箇所)の写しを添付すること
基準上配置すべき従業者の中に、社会福祉士・精神保健福祉士又は公認心理師等が含まれている	該当 非該当 ※いずれかに○
上記に該当する従業者の職種	※資格証のコピーを添付すること
上記に該当する従業者の氏名	
地域生活移行個別支援特別加算の算定	算定していない・算定している

## 2 強度障害者地域移行特別加算を算定する場合

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講者の配置	該当 非該当 ※1 ※いずれかに○
上記に該当する従業者の職種・氏名	※修了証のコピーを添付すること
生活支援員の内、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の修了者を、100分の20以上配置(世話人、地域移行支援員は対象外)	該当 非該当 ※2 ※いずれかに○
上記に該当する従業者の職種・氏名	以下のとおり ※修了証のコピーを添付すること
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名
受講予定・受講済み	職種: 氏名

※1 平成31年3月31日までは、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者に替えて、受講予定者を1以上配置していれば、当該基準に該当しているものとみなす。

※2 平成31年3月31日までは、世話人・生活支援員の10%以上が強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の修了者で、かつ受講予定者が10%以上であれば、基準に該当しているものとみなす。



## 個別計画訓練支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

## 個別計画訓練支援加算（Ⅱ）の要件

算定要件		確認欄
1 有資格者の配置等	(1) 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者が配置されていること。	
	(2) (1)の従業者により、利用者の障害特性や生活環境に応じて、「応用日常生活動作」、「認知機能」、「行動上の障害」に係る個別訓練実施計画を作成していること。	
2 個別訓練実施計画	(1) 個別訓練実施計画に基づく支援が行われ、その内容や利用者の状態を定期的に記録していること。	

## 社会生活支援特別加算の算定に係る届出

事業所名	
対象となるサービス	
(1) 基準で定められた従業者に加えて、地域で生活するために必要な相談支援や個別の支援等を行うために必要な「生活支援員を配置している。	<b>該当</b> <b>非該当</b> ※いずれかに○
(2) 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者をに配置すること 又は 指定医療機関その他の関係機関から当該資格を有する者の訪問による指導体制が整えられている	<b>該当</b> <b>非該当</b> ※いずれかに○
(3) 従業者に対し、医療観察法第42条第1項第2号若しくは第51条第1項第2号に規定する入院によらない医療を受けている者又は刑事施設若しくは少年院を釈放された障害者の支援に関する研修が年一回以上行われている	<b>該当</b> <b>非該当</b> ※いずれかに○
(4) 保護観察所、更生保護施設、指定医療機関又は精神保健福祉センターその他関係機関との協力体制が整えられてる	<b>該当</b> <b>非該当</b> ※いずれかに○

(2)～(4)については、該当することが確認できる資料(資格証、実施計画、実施記録等)を添付すること

### 就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書 (就労移行支援サービス費(Ⅰ))

施設・事業所名																			
定員区分	1	21人以上40人以下	就労定着率区分	1	就職後6月以上定着率が5割以上														
	2	41人以上60人以下		2	就職後6月以上定着率が4割以上5割未満														
	3	61人以上80人以下		3	就職後6月以上定着率が3割以上4割未満														
	4	81人以上		4	就職後6月以上定着率が2割以上3割未満														
	5	20人以下		5	就職後6月以上定着率が1割以上2割未満														
	6			6	就職後6月以上定着率が0割超1割未満														
				7	就職後6月以上定着率が0														
				8	なし(経過措置対象)														
前年度及び前々年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数																		
		前年度 ( 年度)	前々年度 ( 年度)																
	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																
	3月	人	人																
合計	人	人	÷	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">利用定員数</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">前年度 ( 年度)</td> <td style="text-align: center;">前々年度 ( 年度)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>		利用定員数		前年度 ( 年度)	前々年度 ( 年度)	人	人	合計	人	=	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">就労定着率</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>	就労定着率			%
利用定員数																			
前年度 ( 年度)	前々年度 ( 年度)																		
人	人																		
合計	人																		
就労定着率																			
	%																		

注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者(就労定着者という。)をいい、前年度及び前々年度の実績を記載すること(就労とは企業等と雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所の利用者としての移行は除くこと。)

注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。

注3 就労定着率区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから2年間を経過していない事業所が選択する。ただし、2年目の事業所においては、1年目の就労定着者の割合に応じた区分で算定することも可能。

注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」を提出すること。

注5 当該年度の利用定員が年度途中で変更になった場合は、各月の利用定員の合計数を12で除した数を利用定員とすること。

(例) 4月から12月までの利用定員20人、1月から3月までの利用定員が30人の場合の利用定員  
(20人×9月+30人×3月)÷12月=22.5人

別添

年 月 日

就労定着者の状況  
(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度及び前々年度に  
おける就労定着者の数

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	前年度又は前々年度にお いて6月に達した日(年月日)	届出時点の継続状況
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					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

### 就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書 (就労移行支援サービス費(Ⅱ))

施設・事業所名					
定員区分	1	21人以上40人以下	就労定着率区分		
	2	41人以上60人以下			
	3	61人以上80人以下			
	4	81人以上			
	5	20人以下			
				1	就職後6月以上定着率が5割以上
		2	就職後6月以上定着率が4割以上5割未満		
		3	就職後6月以上定着率が3割以上4割未満		
		4	就職後6月以上定着率が2割以上3割未満		
		5	就職後6月以上定着率が1割以上2割未満		
		6	就職後6月以上定着率が0割超1割未満		
		7	就職後6月以上定着率が0		
		8	なし(経過措置対象)		
前年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数				
	4月	人			
	5月	人			
	6月	人			
	7月	人			
	8月	人			
	9月	人			
	10月	人			
	11月	人			
	12月	人			
	1月	人			
	2月	人			
	3月	人			
	合計	人	÷	前年度利用定員 人	=

注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいい、前年度の実績を記載すること（就労とは企業等と雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所の利用者としての移行は除くこと。）。

注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。

注3 就労定着率区分「なし（経過措置対象）」は、指定を受けてから3年間（就業年限が5年の場合は5年間）を経過していない事業所が選択する。

注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況（就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書）」を提出すること。

注5 前年度の利用定員は、当該前年度における最終学年の生徒の定員数を記載すること。

別 添

年 月 日

就労定着者の状況  
(就労移行支援(養成)に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度における  
就労定着者の数

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日(年月日)	届出時点の継続状況
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					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。  
注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

## 就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名		
人員配置区分	1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)
定員区分	1 21人以上40人以下 2 41人以上60人以下 3 61人以上80人以下 4 81人以上 5 20人以下	
評価点区分	1 評価点が170点以上 2 評価点が150点以上170点未満 3 評価点が130点以上150点未満 4 評価点が105点以上130点未満 5 評価点が80点以上105点未満 6 評価点が60点以上80点未満 7 評価点が60点未満 8 なし(経過措置対象)	
評価点の公表	インターネット 利用	(公表場所)  (URL)
	その他	

注1 厚生労働大臣が定める事項及び評価方法(令和3年厚生労働省告示第88号)に基づき評価点を算出すること。  
 なお、別添「就労継続支援A型事業所におけるスコア表(全体)」も併せて提出すること。

注2 評価点区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年度間を経過していない事業所が選択する。

注3 評価点の公表については、インターネットを利用した公表方法の場合は、公表場所と当該公表場所のURL等を、その他の方法による場合は、その公表方法を記載すること。

なお、公表していない場合は、減算となるので留意すること。

## 就労継続支援 A 型事業所における地

事業所名		事業所
住 所		管理
電話番号		対象

地域連携活動の	
<p>&lt;活動内容&gt;</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">活動場所</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">実施日程</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">実施した生産活動・施設外就労の概要</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">利用者数 等</p>	<p>&lt;活動</p>
<p>&lt;目的&gt;</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">地域連携活動のねらい</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">地域にとってのメリット</p> <p style="color: red; margin-left: 40px;">対象者にとってのメリット</p>	
<p>&lt;成果&gt;</p>	



実施した結果 得られた成果 課題点	
-------------------------	--

連携先の企業等の意見

連携した結果に対する意見または評価 今後の連携強化に向けた課題
------------------------------------

連携先企業名	
--------	--

年 月 日

## 地域連携活動実施状況報告書

所番号	
者名	
年度	

## 概要

活動の様子&gt;

活動の様子の写真

成果物の写真

活動内容の追加コメント

または評価

	担当者名	
--	------	--

# 労働継続支援 A 型事業所における利用者の知

事業所名		事業所
住 所		管理
電話番号		対象

利用者の知識・能力向上(	
<p>&lt;活動内容&gt;</p> <p>活動場所</p> <p>実施日程</p> <p>実施した利用者の知識・能力向上に係る実施の概要</p> <p>利用者数 等</p>	<p>&lt;活動</p>
<p>&lt;目的&gt;</p> <p>利用者の知識・能力向上に係る実施のねらい</p> <p>利用者にとってのメリット</p>	
<p>&lt;成果&gt;</p> <p>実施した結果</p> <p>得られた成果</p> <p>課題点</p>	

## 連携先の企業や事業所等の

連携した結果に対する意見または評価  
今後の連携強化に向けた課題

連携先企業（担当者）

## 利用者からの意見

参加した利用者からの意見・評価

※ ホームページへの公表に当たっては、利用者の個人名は記載  
なお、利用者が記入した書類に関しては、事業所で保管する。

年 月 日

## 知識・能力向上に係る実施状況報告

所番号	
者名	
年度	

## こに係る実施概要

活動の様子&gt;

活動の様子の写真

成果物の写真

活動内容の追加コメント

## 意見または評価

## ・ 評価

載せず、個人が特定されない形で記載すること。  
こと。

就労継続支援A型事業所におけるスコア表（全体）

事業所名	
住 所	
電話番号	

事業所番号	
管理者名	
対象年度	

(I) 労働時間		点
①1日の平均労働時間が7時間以上		
②1日の平均労働時間が6時間以上7時間未満		
③1日の平均労働時間が5時間以上6時間未満		
④1日の平均労働時間が4時間30分以上5時間未満		
⑤1日の平均労働時間が4時間以上4時間30分未満		
⑥1日の平均労働時間が3時間以上4時間未満		
⑦1日の平均労働時間が2時間以上3時間未満		
⑧1日の平均労働時間が2時間未満		
①90点 ②80点 ③65点 ④55点 ⑤40点 ⑥30点 ⑦20点 ⑧5点		

(II) 生産活動		点
①過去3年の生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賞金の総額以上		
②過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賞金の総額以上		
③過去3年の生産活動収支のうち前年度における生産活動収支のみが前年度に利用者に支払う賞金の総額以上		
④過去3年の生産活動収支のうち前々年度における生産活動収支のみが前々年度に利用者に支払う賞金の総額以上		
⑤過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賞金の総額未満		
⑥過去3年の生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賞金の総額未満		
①60点 ②50点 ③40点 ④20点 ⑤-10点 ⑥-20点		

(III) 多様な働き方(※)		点
①免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度		
就業規則等で定めている		
②利用者を職員として登用する制度		
就業規則等で定めている		
③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律		
就業規則等で定めている		
④フレックスタイム制に係る労働条件		
就業規則等で定めている		
⑤短時間勤務に係る労働条件		
就業規則等で定めている		
⑥時差出勤制度に係る労働条件		
就業規則等で定めている		
⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度		
就業規則等で定めている		
⑧傷病休暇等の取得に関する事項		
就業規則等で定めている		
小計(注1)		点
(※) 8項目の合計点に応じた点数 (注1) 5以上:15点、4~3:5点、2点以下:0点		

(IV) 支援力向上(※)		点
①研修計画に基づいた外部研修会又は内部研修会		0
参加した職員が1人以上参加している		
②研修、学会等又は学会誌等において発表		
1回以上の場合		
③視察・実習の実施又は受け入れ		
いずれか一方のみの取組を行っている		
④販路拡大の商談会等への参加		
1回以上の場合		
⑤職員の人事評価制度		
人事評価結果に基づき定期昇給を判定する制度を設け、全ての職員に周知している		
⑥ピアサポーターの配置		
ピアサポーターを職員として配置している		
⑦第三者評価		
過去3年以内の福祉サービス第三者評価を受審しており、結果を公表している。		
⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等		
都道府県知事が適当と認める国際標準化規格が定めた規格その他これに準ずるものの認証を受けている		
小計(注2)		点
(※) 8項目の合計点に応じた点数 (注2) 5以上:15点、4~3:5点、2点以下:0点		

(V) 地域連携活動		点
地域の事業者と連携した付加価値の高い商品開発、企業や官公庁等での生産活動等地域社会と連携した活動を行い、その結果をインターネット等により公表している		点
1事例以上ある場合:10点		

(VI) 経営改善計画		点
経営改善計画の提出を求められていない。または、経営改善計画の提出を求められているが、指定された期日までに提出している。		点
期限内に提出していない場合:-50点		

(VII) 利用者の知識・能力向上		点
前年度において、就労継続支援A型事業所等が利用者の知識及び能力の向上に向けた支援を行い、当該支援の具体的な内容を記載した報告書を作成し、インターネットの利用その他の方法により公表している。		点
1事例以上ある場合:10点		

項目	点数	5点	20点	30点	40点	55点	65点	80点	90点
労働時間	5点	20点	30点	40点	55点	65点	80点	90点	
生産活動	-20点	-10点	20点	40点	50点	60点			
多様な働き方	0点	5点	15点						
支援力向上	0点	5点	15点						
地域連携活動	0点	10点							
経営改善計画	0点	-50点							
利用者の知識・能力向上	0点	10点							

合計	
点 / 200点	



## 就労継続支

事業所名	
住 所	
電話番号	

### (Ⅰ) 労働時間

- ①1日の平均労働時間が7時間以上
- ②1日の平均労働時間が6時間以上7時間未満
- ③1日の平均労働時間が5時間以上6時間未満
- ④1日の平均労働時間が4時間30分以上5時間未満
- ⑤1日の平均労働時間が4時間以上4時間30分未満
- ⑥1日の平均労働時間が3時間以上4時間未満
- ⑦1日の平均労働時間が2時間以上3時間未満
- ⑧1日の平均労働時間が2時間未満

①90点 ②80点 ③65点 ④55点 ⑤40点 ⑥30

### (Ⅱ) 生産活動

- ①過去3年の生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賃金の総額以上
- ②過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賃金の総額以上
- ③過去3年の生産活動収支のうち前年度における生産活動収支のみが前年度に利用者に支払う賃金の総額以上

④過去3年の生産活動収支のうち前々年度における生産活動収支のみが前々年度に利用者に支払う賃金の総額以上

⑤過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賃金の総額未満

⑥過去3年の生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賃金の総額未満

①60点 ②50点 ③40点 ④20点 ⑤

### (Ⅲ) 多様な働き方 (※)

①免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度

就業規則等で定めている

②利用者を職員として登用する制度

就業規則等で定めている

③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律

就業規則等で定めている

④フレックスタイム制に係る労働条件

就業規則等で定めている

⑤短時間勤務に係る労働条件

就業規則等で定めている

⑥時差出勤制度に係る労働条件

就業規則等で定めている

⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度

就業規則等で定めている

⑧傷病休暇等の取得に関する事項

就業規則等で定めている

小計（注1）

（※） 8項目の合計点に応じた点数 （注1） 5以上：15点、4～3：5点

項目	点数			
労働時間	5点	20点	30点	40点
生産活動	-20点	-10点	20点	40点
多様な働き方	0点	5点	15点	
支援力向上	0点	5点	15点	
地域連携活動	0点	10点		
経営改善計画	0点	-50点		
利用者の知識・能力向上	0点	10点		

## 援 A 型事業所におけるスコア表（全体）


事業所番号	
管理者名	
対象年度	

	FALSE
	点

点 ⑦20点 ⑧5点

	FALSE

(Ⅳ) 支援力	
①研修計画に基づいた外部研修会又は内部	
参加した職員が1人以上参加してい	
②研修、学会等又は学会誌等において発表	
1回以上の場合	
③視察・実習の実施又は受け入れ	
いずれか一方のみの取組を行ってし	
④販路拡大の商談会等への参加	
1回以上の場合	
⑤職員の人事評価制度	
人事評価結果に基づき定期的に昇給を	
制度を設け、全ての職員に周知して	
⑥ピアサポーターの配置	
ピアサポーターを職員として配置し	
⑦第三者評価	
過去3年以内の福祉サービス第三者	

	点
⑤-10点	⑥-20点
0	

受審しており、結果を公表している

**⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等**

都道府県知事が適当と認める国際標規格その他これに準ずるものの認証

小計（注2）

（※） 8項目の合計点に応じた点数 （注2） 5以

**（V）地域連**

地域の事業者と連携した付加価値の高い商公庁等での生産活動等地域社会と連携した結果をインターネット等により公表してい

**（VI）経営改**

経営改善計画の提出を求められていない。計画の提出を求められているが、指定され

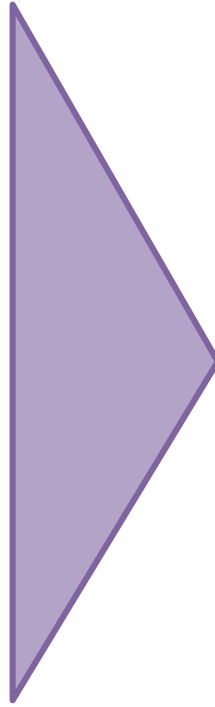
**（VII）利用者の知**

前年度において、就労継続支援A型事業所及び能力の向上に向けた支援を行い、当該内容を記載した報告書を作成し、インターネットの方法により公表している。

0	点
---	---

点、2点以下：0点

55点	65点	80点	90点
50点	60点		



合計
<b>-50</b>

年 月 日




向上 (※)

研修会	0
いる	
いる	
判定する いる	
ている	
評価を	

。:		
標準化規格が定めた を受けている		
	0	点

上:15点、4~3:5点、2点以下:0点

### 携活動

品開発、企業や官 活動を行い、その る		0 点
---------------------------	--	--------

1事例以上ある場合:10点

### 善計画

または、経営改善 た期日までに提出		-50 点
----------------------	--	----------

期限内に提出していない場合:-50点

### 載・能力向上

等が利用者の知識 支援の具体的な内 ットの利用その他		0 点
----------------------------------	--	--------

1事例以上ある場合:10点



点 / 200点

就労継続支援 A 型事業所におけるスコア表（実績 I ～IV、VI）

(I) 労働時間

前年度（ 年度） 雇用契約を締結していた全ての利用者における延べ労働時間	時間	雇用契約を締結していた延べ利用者数	人	利用者の 1 日の平均労働時間数	時間
---	----	-------------------	---	------------------	----

(II) 生産活動

会計期間（ 月～ 月）

前々々年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

前々年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

前年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

(III) 多様な働き方

前年度（ 年度）における取組（全体表「(III) 多様な働き方」の各項目において「就業規則等で定めている」と選択した場合に記載）

<b>①免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度</b> <input type="checkbox"/> ◎免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度を定めている	<b>②利用者を職員として登用する制度</b> <input type="checkbox"/> ◎利用者を職員として登用する制度を定めている	<b>③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律</b> <input type="checkbox"/> 在宅勤務に係る労働条件及び服務規律に関する制度を定めている
<b>④フレックスタイム制に係る労働条件</b> <input type="checkbox"/> ◎フレックスタイム制に係る労働条件を定めている	<b>⑤短時間勤務に係る労働条件</b> <input type="checkbox"/> ◎短時間勤務に係る労働条件を定めている	<b>⑥時差出勤制度に係る労働条件</b> <input type="checkbox"/> ◎時差出勤制度に係る労働条件を定めている
<b>⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度</b> <input type="checkbox"/> ◎有給休暇の時間単位取得または、計画的付与制度を定めている	<b>⑧傷病休暇等の取得に関する事項</b> <input type="checkbox"/> ◎傷病休暇等の取得に関する事項を定めている	

(IV) 支援力向上

前年度（ 年度）における取組（全体表「(IV) 支援力向上」の各項目に取組あり選択とした場合に記載）

<b>①研修計画に基づいた外部研修会又は内部研修</b> <input type="checkbox"/> ◎研修計画を策定している ◎外部研修、もしくは内部研修を 1 回以上実施している。 ※研修名 研修講師 実施日・受講者数 月 日 人	<b>②研修、学会等又は学会誌等において発表</b> <input type="checkbox"/> ◎研修、学会等又は学会誌等において 1 回以上発表している ※研修、学会等名 実施日 月 日 ※学会誌等名 掲載日 月 日 発表テーマ	<b>③視察・実習の実施又は受け入れ</b> <input type="checkbox"/> ◎先進的事業者の視察・実習の実施している もしくは、他の事業所の視察・実習を受け入れている ※先進的事業者名 実施日/参加者数 月 日 人 ※他の事業所名 実施日/参加者数 月 日 人
<b>④販路拡大の商談会等への参加</b> <input type="checkbox"/> ◎販路拡大の商談会や展示会等へ 1 回以上参加している。 ※商談会等名 主催者名 日時 月 日 内容	<b>⑤職員の人事評価制度</b> <input type="checkbox"/> ◎職員の人事評価制度を整備している <input type="checkbox"/> ◎当該人事評価制度を周知している 人事評価制度の制定日 年 月 日 人事評価制度の対象職員数 名 うち昇給・昇格を行った者 名 当該人事評価制度の周知方法	<b>⑥ピアサポーターの配置</b> <input type="checkbox"/> ◎ピアサポーターを配置している <input type="checkbox"/> ◎当該ピアサポーターは「障害者ピアサポート研修」を受講している ※配置期間 月 日～ 月 日 就業時間 職務内容
<b>⑦第三者評価</b> <input type="checkbox"/> ◎前年度末日から過去 3 年以内に福祉サービス第三者評価を受けている ※評価を受けた日 月 日 第三者評価機関	<b>⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等</b> <input type="checkbox"/> ◎ISO が制定したマネジメント規格等の認証等を受けている ※認証を受けた日 月 日 規格等の内容	

(VI) 経営改善計画

<input type="checkbox"/> ◎指定権者である都道府県（指定都市・中核市）へ、経営改善計画書へ提出した。 ※受理日 年 月 日
---

各項目について適宜、実績がわかる情報を追加すること。

就労継続支援 A 型事業所におけるスコア表（実績 I～IV、VI）

(I) 労働時間

前年度（ 年度） 雇用契約を締結していた全ての利用者における延べ労働時間	時間	雇用契約を締結していた延べ利用者数	人	利用者の 1 日の平均労働時間数	時間
---	----	-------------------	---	------------------	----

(II) 生産活動

会計期間（ 月～ 月）

前々々年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

前々年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

前年度（ 年度）

生産活動収入から経費を除いた額	円	利用者に支払った賃金総額	円	収支	円
-----------------	---	--------------	---	----	---

(III) 多様な働き方

前年度（ 年度）における取組（全体表「(III) 多様な働き方」の各項目において「就業規則等で定めている」と選択した場合に記載）

<b>①免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度</b> ◎免許・資格取得、検定の受検勧奨に関する制度を定めている <input type="checkbox"/>	<b>②利用者を職員として登用する制度</b> ◎利用者を職員として登用する制度を定めている <input type="checkbox"/>	<b>③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律</b> 在宅勤務に係る労働条件及び服務規律に関する制度を定めている <input type="checkbox"/>
<b>④フレックスタイム制に係る労働条件</b> ◎フレックスタイム制に係る労働条件を定めている <input type="checkbox"/>	<b>⑤短時間勤務に係る労働条件</b> ◎短時間勤務に係る労働条件を定めている <input type="checkbox"/>	<b>⑥時差出勤制度に係る労働条件</b> ◎時差出勤制度に係る労働条件を定めている <input type="checkbox"/>
<b>⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度</b> ◎有給休暇の時間単位取得または、計画的付与制度を定めている <input type="checkbox"/>	<b>⑧傷病休暇等の取得に関する事項</b> ◎傷病休暇等の取得に関する事項を定めている <input type="checkbox"/>	

(IV) 支援力向上

前年度（ 年度）における取組（全体表「(IV) 支援力向上」の各項目に取組あり選択とした場合に記載）

<b>①研修計画に基づいた外部研修会又は内部研修会</b> ◎研修計画を策定している <input type="checkbox"/> ◎外部研修、もしくは内部研修を 1 回以上実施している。 <input type="checkbox"/> ※研修名 研修講師 実施日・受講者数 月 日 人	<b>②研修、学会等又は学会誌等において発表</b> ◎研修、学会等又は学会誌等において 1 回以上発表している <input type="checkbox"/> ※研修、学会等名 実施日 月 日 ※学会誌等名 掲載日 月 日 発表テーマ	<b>③視察・実習の実施又は受け入れ</b> ◎先進的事業者の視察・実習の実施している <input type="checkbox"/> もしくは、他の事業所の視察・実習を受け入れている <input type="checkbox"/> ※先進的事業者名 実施日/参加者数 月 日 人 ※他の事業所名 実施日/参加者数 月 日 人
<b>④販路拡大の商談会等への参加</b> ◎販路拡大の商談会や展示会等へ 1 回以上参加している <input type="checkbox"/> ※商談会等名 主催者名 日時 月 日 内容	<b>⑤職員の人事評価制度</b> ◎職員の人事評価制度を整備している <input type="checkbox"/> ◎当該人事評価制度を周知している <input type="checkbox"/> 人事評価制度の制定日 年 月 日 人事評価制度の対象職員数 名 うち昇給・昇格を行った者 名 当該人事評価制度の周知方法	<b>⑥ピアサポーターの配置</b> ◎ピアサポーターを配置している <input type="checkbox"/> ◎当該ピアサポーターは「障害者ピアサポート研修」を受講している <input type="checkbox"/> ※配置期間 月 日～ 月 日 就業時間 職務内容
<b>⑦第三者評価</b> ◎前年度末日から過去 3 年以内に福祉サービス第三者評価を受けている <input type="checkbox"/> ※評価を受けた日 月 日 第三者評価機関	<b>⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等</b> ◎ISO が制定したマネジメント規格等の認証等を受けている <input type="checkbox"/> ※認証を受けた日 月 日 規格等の内容	

(VI) 経営改善計画

◎指定権者である都道府県（指定都市・中核市）へ、経営改善計画書へ提出した。

※受理日 年 月 日

各項目について適宜、実績がわかる情報を追加すること。

### 就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名																																																																
サービス費区分		1. 就労継続支援B型サービス費(Ⅰ)					2. 就労継続支援B型サービス費(Ⅱ)																																																									
		3. 就労継続支援B型サービス費(Ⅲ)					4. 就労継続支援B型サービス費(Ⅳ)																																																									
定員区分		1 21人以上40人以下			4 81人以上			2 41人以上60人以下			5 20人以下																																																					
		3 61人以上80人以下																																																														
サービス費 (Ⅰ)・ (Ⅱ)	平均工賃 月額区分	1 4万5千円以上		6 1万5千円以上2万円未満				2 3万5千円以上4万5千円未満					7 1万円以上1万5千円未満																																																			
		3 3万円以上3万5千円未満		8 1万円未満				4 2万5千円以上3万円未満					9 なし(経過措置対象)																																																			
		5 2万円以上2万5千円未満																																																														
サービス費 (Ⅲ)・ (Ⅳ)	前年度の 工賃支払 対象者数 ・ 支払工賃 額の状況	<table border="1"> <tr><th>月</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th></tr> <tr><td>工賃総額(円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>支払対象者(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									月	4	5	6	7	8	9	10	11	工賃総額(円)									支払対象者(人)									<table border="1"> <tr><th>月</th><th>12</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>計</th></tr> <tr><td>工賃総額(円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>支払対象者(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			月	12	1	2	3	計	工賃総額(円)						支払対象者(人)						<table border="1"> <tr><td colspan="2">平均工賃月額① (工賃総額÷支払対象者)</td></tr> <tr><td></td><td>円</td></tr> </table>		平均工賃月額① (工賃総額÷支払対象者)			円
		月	4	5	6	7	8	9	10	11																																																						
工賃総額(円)																																																																
支払対象者(人)																																																																
月	12	1	2	3	計																																																											
工賃総額(円)																																																																
支払対象者(人)																																																																
平均工賃月額① (工賃総額÷支払対象者)																																																																
	円																																																															
											<table border="1"> <tr><td colspan="2">重度障害者支援体制加算 (Ⅰ)を算定している場合 (①+2000円)</td></tr> <tr><td></td><td>円</td></tr> </table>		重度障害者支援体制加算 (Ⅰ)を算定している場合 (①+2000円)			円																																																
重度障害者支援体制加算 (Ⅰ)を算定している場合 (①+2000円)																																																																
	円																																																															
ピアサポーターの配置	有 ・ 無																																																															

注1 就労継続支援B型サービス費(Ⅰ)又は就労継続支援B型サービス費(Ⅱ)を算定する場合は、平均工賃月額区分及び前年度の工賃支払対象者数・支払工賃額の状況を記載すること。

注2 重度者支援体制加算(Ⅰ)を算定している場合は、平均工賃月額に2千円を加える。

注3 平均工賃月額区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

注4 就労継続支援B型サービス費(Ⅲ)又は就労継続支援B型サービス費(Ⅳ)を算定する場合は、ピアサポーターの配置の有無を記載すること。なお、ピアサポーターを配置している場合は、別添「ピアサポーター等の配置に関する届出書」を提出すること。

別 添

年 月 日

ピアサポーター等の配置に関する届出書

事業所・施設の名称				
サービス費区分	1. 就労継続支援B型サービス費(Ⅲ)    2. 就労継続支援B型サービス費(Ⅳ)			
2 障害者ピアサポート研修(これに準ずる研修を含む)を修了した職員	<障害者又は障害者であった者>			
	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名称	修了した研修の名称
	<その他の職員>			
	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名称	修了した研修の名称

- 備考 1 「サービス費区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>をそれぞれ配置すること。ただし、令和6年3月31日までは<その他の職員>が配置されていなくても算定可能。
- 3 <障害者又は障害者であった者>の職種は、サービス管理責任者、職業指導員、生活支援員その他の利用者とともに就労や生産活動に参加する者であること。  
 <その他の職員>の職種の限定はないが、ピアサポーターの活用について十分に知悉しており、就労継続支援B型事業所におけるピアサポート支援体制の構築の中心的な役割を担う者であること。
- 4 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。
- 5 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付すること。

### 就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名				
利用者数区分	1 20人以下	就労定着率区分	1 就労定着率が9割5分以上	
	2 21人以上40人以下		2 就労定着率が9割以上9割5分未満	
	3 41人以上		3 就労定着率が8割以上9割未満	
			4 就労定着率が7割以上8割未満	
			5 就労定着率が5割以上7割未満	
			6 就労定着率が3割以上5割未満	
			7 就労定着率が3割未満	
就労定着率区分の状況	① 過去3年間における就労定着支援の総利用者数		② ①のうち前年度末時点の就労継続者数	
	人		人	
	就労定着率 (②÷①)			
			%	
	新規指定の場合(※起算日は指定を受ける前月末日)			
過去1年間就職者数	人	指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)		
過去2年間就職者数	人	人		
過去3年間就職者数	人	就労定着率 (④÷③)		
合計(③)	人	%		

注 就労継続者の状況は、別添1「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」又は別添2「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)(新規指定の場合)」を提出すること。

**就労継続者の状況**  
**(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)**

前年度末における 就労継続者数	
--------------------	--

## 【過去3年間に於ける就労定着支援の利用者数】

No.	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	就労定着支援の利用 開始日(年月日)	前年度末時点の 継続状況
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					
29					
30					

注1 前年度末時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

**就労継続者の状況**  
**(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)**  
**(新規指定の場合)**

指定を受ける 前月末日の 就労継続者数	
---------------------------	--

## 【過去3年間における一般就労への移行者数】

No.	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	指定を受ける 前月末日の継続状況
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				
29				
30				

注1 指定を受ける前月末日時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。



### 就労定着実績体制加算に関する届出書

①	前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の数	人
②	過去6年間の就労定着支援の終了者	人
③	過去6年間の就労定着支援の終了者のうち前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の割合(①÷②)	%

【過去6年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	就労定着支援の利用開始日(年月日)	就労定着支援の終了日(年月日)	前年度における継続期間
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						
29						
30						

注1 前年度における継続期間には、障害者の就労継続期間を月単位で記載すること。なお、前年度の4月において78月以上就労が継続している者は実績の対象とはならない。

注2 新規指定の事業所は当該加算を算定することができないことに留意。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了	
2 看護職員の配置状況		常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人
	常勤換算方法による員数	人	人	Ⓐ 人
3 利用者の数	前年度の利用者の平均			人
4 看護職員の必要数	利用者の数を20で除した数 (Ⓐ ≥ Ⓑ であること)		Ⓑ	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

夜勤職員加配加算に関する届出書

事業所・施設の名称																					
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了																		
2 夜勤職員の加配状況	<table border="1"><thead><tr><th>住居の名称</th><th>利用者の数</th><th>夜勤者の加配</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有・無</td></tr></tbody></table>			住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配			有・無			有・無			有・無			有・無			有・無
	住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配																		
			有・無																		
			有・無																		
			有・無																		
			有・無																		
		有・無																			

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 障害福祉サービス基準に定める夜間支援従事者に加えて夜間支援従事者を配置する場合、共同生活住居ごとに配置の有無を記載してください。

### ピアサポート体制加算に関する届出書

1 事業所名						
2 サービスの種類						
3 異動区分	1 新規                  2 変更                  3 終了					
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>					
	職種	氏名	修了した研修の名称		受講年度 年	研修の実施主体
					年	
					年	
			常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	(0.5以上であること)
	実人員					
	常勤換算数					
	<その他の職員>					
	職種	氏名	修了した研修の名称		受講年度 年	研修の実施主体
					年	
					年	
		常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	(0.5以上であること)	
実人員						
常勤換算数						
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。				確認欄	

(別紙43-2)

共同生活援助用

年

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了	
3 算定要件	自立生活支援加算(Ⅲ)の加算届出をし、受理されている。			
4 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞			
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年
	＜その他の職員＞			
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了し、書物の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上(当該2名以上とも1名は障害者等とする。)配置している。(※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり)

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門的研修」を具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

月 日

確認	
講 叢	研修の 実施主体
年	
年	
年	
講 叢	研修の 実施主体
年	
年	
年	
確認欄	

した旨の証明  
のうち少なく  
り)

門研修」等と

してくださ

## 退居後ピアサポート実施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 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であ	
	氏名	修了した研修の名称
	＜その他の職員＞	
	氏名	修了した研修の名称
4 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活 従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以 いる。	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該  
書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以  
とも1名は障害者等とする。)配置している。(※別添組織体制図、勤務)

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修  
具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明  
い。

年 月 日

:

3 終了		
いった者>		
	受講 年度	研修の 実施主体
	年	
	年	
	年	
	受講 年度	研修の 実施主体
	年	
	年	
	年	
手援助等の 以上行って	確認欄	

研修の課程を修了した旨の証明  
上（当該2名以上のうち少なく  
形態一覧表のとおり）

の基礎研修及び専門研修」等と

する書類等を添付してくださ



(別紙43-3)

自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労継続支援B型用

ピアサポート実施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 サービス費区分	1 自立訓練（機能訓練）		2 自立訓練（生活訓練）
	3 就労継続支援B型サービス費（Ⅲ）		4 就労継続支援C型サービス費（Ⅳ）
4 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者である職員＞		
	職種	氏名	修了した研修の名称
	＜その他の職員＞		
	職種	氏名	修了した研修の名称
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の併設施設において、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。		

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の交付を受けた者を、指定自立訓練事業所、指定就労継続支援B型事業所（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修」具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類を添付してください。

年 月 日

3 終了		
川練（生活訓練） 継続支援B型サービス費（Ⅳ）		
行った者>		
	受講 年度	研修の 実施主体
		年
		年
		年
	受講 年度	研修の 実施主体
		年
		年
		年
従業員に 対する。	確認欄	

研修の課程を修了した旨の証明  
所等の従業者として2名以上  
（※別添組織体制図、勤務形

の基礎研修及び専門研修」等と

する書類等を添付してくださ

医療的ケア対応支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了	
2 看護職員の配置状況		常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人
	常勤換算方法による員数	人	人	Ⓐ 人
3 利用者の数	前年度の利用者の平均		<input type="text"/>	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。



居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所番号		
事業所の名称		
事業所所在地		
異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了	
居住支援法人又は居住支援協議会との連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協議会の名称
	2	居住支援法人又は居住支援協議会の所在地

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書を添付してください。

(別紙 4 7)

### 入浴支援加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3

算定要件	事業所に入浴設備を (                      有している                      ・                      有してい	
	【事業所に入浴設備を有してい ない場合】 連携先の事業所名	

(※) 事業所に入浴設備を有していない場合であっても、外部の入浴設備を利用し  
て入浴に係る支援を提供しているときは、入浴支援加算の対象となる。

年 月 日

終了

ない )

て利用者に対し

(別紙 4 8)

年 月 日

### 通院支援加算に関する届出書

1 施設の名称	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了
3 入所定員	

算定要件	通院支援を行える人員体制を ( 有している                      ・                      有していない )
------	---



(別紙 4 9)

主任相談支援専

1 事業所名	
2 異動区分	
3 届出項目	1 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 2
4 修了者名	
5 公表の有無	
6 公表の方法	

- ① 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定（障害児）相談支援事業所である。
- ② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催している。
- ③ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。
- ④ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。
- ⑤ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。
- ⑥ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。  
(市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が実施する取組について協力している。)
- ⑦ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。  
(主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)

注 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定
  - ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定
- ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④が「無」であってもよい。

門員配置加算に関する届出書

---

1 新規            2 変更            3 終了

(Ⅱ)

---

有    ・    無

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

可。  
可。  
④は



(別紙50)

### 障害者支援施設等感染対策向上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
3 サービスの種類	1 障害者支援施設 2 共同生活援助事: 3 (福祉型) 障害児入所施設
4 届出項目	1 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) 2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II)

#### 5 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名 (※1)	
医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算 1 2 感染対策 3 感染対策向上加算 3 4 外来感染

地域の医師会の名称 (※1)	

院内感染対策に関する研修又は 訓練に参加した日時 (※2)	年 月
-------------------------------------	-----

#### 6 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II) に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	

医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算 1 2 感染対策 3 感染対策向上加算 3
-----------------	-------------------------------------

実地指導を受けた日時	年 月
------------	-----

- 注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
- 注2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に
- 注3 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) 及び (II) は併算定が可能である。
- 注4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域  
ください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してく  
(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。  
(※2) 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、障害者支援施設等の職員の参加の可否を確認した上で年

できる目処がある場合、その予定日を記載してください。



(別紙5 1)

### 高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類			多機能型の実施
異動区分 ※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況	
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)	人
うち30% (B) = (A) × 0.3	0.0 人
加算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)	#DIV/0! 人
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)	
前年度の当該サービスの開所日数の合計 (D)	

2 加配される従業員の配置状況	
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)	0.0 人
加配される従業員数 (G)	人

3 加配される従業員の要件		
加配される従業員の氏名	加配される従業員の研修の受講状況	
	高次脳機能障害者支援養成研修 (実践研修) 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	
1		
2		
3		
4		

直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業員に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。

添付書類	従業員の勤務体制一覧表
------	-------------

(※1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や

- 行うこと。
- (※2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従員は不要とする。



年 月 日

※1	有・無

(C) >= (B)	

(G) >= (F)	

備考状況

受講 年度	研修の 実施主体
年	
年	
年	
年	
司生活	確認

配置割合の計算を

業者の状況の記載



↑住

住居②	住居	
	サテライト①	
	サテライト②	
	合計	

↑住

住居③	住居	
	サテライト①	
	サテライト②	
	合計	

↑住

住居④	住居	
	サテライト①	
	サテライト②	
	合計	

↑住

※添付書類：社会福祉士又は精神保健福祉士の資格証

年 月 日

(移行支援住居の届出)

変更 3 終了

所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に  
 ス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士  
 の数の合計が八以上の場合にあっては、一に、移行支援入居者  
 こと。

一人目	氏名	
	社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
	当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有（世話人・生活支援員） ・ 無
二人目	氏名	
	社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
	当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有（世話人・生活支援員） ・ 無
配置割合の基準を満たす確認の可否		可 ・ 不可

活住居又は及び名称	定員	入居者数
	0	0

居の定員が規定の定員数を満たしていません。

		1
	0	1

居の定員が規定の定員数を満たしていません。

		1
	0	1

居の定員が規定の定員数を満たしていません。

		1
	0	1

居の定員が規定の定員数を満たしていません。









移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定

1 事業者名等

Table with 4 columns: 法人名, 事業所名, 事業所番号, 定員名

2 事業所類型

Table with 2 columns: 介護サービス包括型, 外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

Table with 2 columns: ①新設又は増改築等の時点から6か月未満, ②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満, ③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分

Table with 4 columns: 区分1以下, 区分2, 区分3, 区分4, 区分5, 区分6, 合計

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

Table with 10 columns: 開所日数, 区分1以下, 区分2, 区分3, 区分4, 区分5, 区分6, 計, 平均利用者数

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は入力不要

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、直近6か月分を入力

※6 「新設又は増改築等の時点から1年以上」の場合は直近1年分又は前年度分を入力

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

Table with 2 columns: サービス管理責任者, 人数

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

Table with 2 columns: サービス管理責任者, 人数

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否

可

月  日

<注意事項>  
黄色のセルのみ入力してください。

〆  
ける

分と人数	
<input type="text"/>	名
<input type="text"/>	名
<input type="text"/>	名
0	名

調査票

### 移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定

1 事業者名等

法人名	
事業所名	
事業所番号	定員 14 名

2 事業所類型

<input type="radio"/>	介護サービス包括型
<input type="radio"/>	外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

<input checked="" type="radio"/>	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
<input type="radio"/>	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
<input type="radio"/>	③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分

区分1以下	名	区分4	
区分2	名	区分5	
区分3	3名	区分6	
		合計	

「1 事業者名簿」の定員数と想定される利用者数が一致

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

	開所日数	延べ利用人数						計
		区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
4月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
5月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
6月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
7月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
8月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
9月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
10月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
11月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
12月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
1月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
2月	27日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
3月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
計	362日	0名	0名	2,520名	2,520名	0名	0名	5,040名
平均利用者数		0.0名	0.0名	7.0名	7.0名	0.0名	0.0名	14.0名

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は入力不要

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、直近6か月分を入力

※6 「新設又は増改築等の時点から1年以上」の場合は直近1年分又は前年度分を入力

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	1.0名

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	2.0名

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否

可

月      日

<注意事項>  
黄色のセルのみ入力してください。

〃

ける

分と人数

3	名
1	名
	名
7	名

・教しませぬ。

調査票

(別紙53)

### 地域移行支援体制加算に関する届出書

1 施設の名称		
2 異動区分	1 新規	2 変更 3
3 算定要件	項目	
	障害者支援施設を退所し、退所から6月以上、指定共同生活援助事業所等へ入居している者又は賃貸等により地域で生活している者（介護老人福祉施設等の介護保険施設へ入居するために退所した者及び病院への長期入院のために退所した者を除く。）の人数	
	定員の見直し	人 →

年 月 日

終了
人
→ 人

(別紙54)

地域生活支:

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1	届出区分	
2	事業所の名称	
3	地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無
		市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付
4	市町村及び地域生活支援拠点等との連携及	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。
5	当該届出により算定する加算	《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》
		《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》
		《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》
		《緊急時受入加算》
		《障害福祉サービスの体験利用加算》
		《体験利用支援加算・体験宿泊加算》
		《地域移行促進加算(Ⅱ)》
		《地域生活支援拠点等相談強化加算》

添付書類：運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されて合は、当該変更の手續の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援をいう。





## 援拠点等に関連する加算の届出

1 新規		2 変更		3 終了	
				有	無
				年	

対象：訪問系サービス※、  
重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）

対象：自立生活援助、地域定着支援、  
重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）

対象：短期入所、重度障害者等包括支援

対象：日中系サービス※

対象：日中系サービス※

対象：地域移行支援

対象：施設入所支援

対象：計画相談支援、障害児相談支援

いるもの(規定の変更の途中でであるものを含む。)に限る。なお、事業所の運営規程が変

行支援（養成含む）、就労







地:

法人 ・ 事業所名	
異 動 等 区 分	

① 当該申請を行う自事業所が、地域生活支援拠点等として位置付けられていることを記す  
の提出

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点:  
の配置状況

常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名:

氏名:

(2) 法人・事業所名:

氏名:

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを記す

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

該当する欄に チェック	法人 ・ 事業所名

	合計
目安の合計が、月内算定上限内であ	
月内算定上限内を超えている場合は「上限超え	

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）

※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。

# 地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

1 新規      2 変更      3 終了

証明できる運営規定

コーディネーター)

Blank area for providing evidence of operating regulations, consisting of two shaded rectangular boxes with dashed lines.

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーター

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内

選択

同一の事業所において一体的運営 ・ 相互に連

	該当する障害福祉サービス等
	計画相談支援及び障害児相談支援 (機能強化型基本報酬(Ⅰ)又は(Ⅱ))
	自立生活援助
	地域移行支援



	地域定着支援

(月内算定上限)

らるかの確認

と表示されます。

$$((II) = (III)) = (IV)$$


年 月 日


いずれかを選択

有 ・ 無
-------

一の人数 = ( I ) 

--

 名

算定上限 = ( II ) 

0
---

 回

( ( I ) × 100 = ( II ) )

算定回数 ( 目安 ) の配分



携して運営

	算定回数 ( 目安 )	
		回

	(Ⅲ)	0	
		たしかめ	
	(Ⅳ)	OK	
		有 ・ 無	

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

事業所名			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

① 市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有・無
② 地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することとで足りる。)	有・無

注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。（①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」で足りる。）

注2 当該届出様式は標準様式とする。

(審査要領)

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

# 入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療)

記入日:           年           月           日    添付資料:  あり    なし

事業所名	担当者名	連絡先
------	------	-----

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

## 1. 基本情報

氏名			住所						
生年月日	年	月		日(    歳)					
障害名・疾患名									
現病歴・既往歴									
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:(								
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身障(    )級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> その他	障害支援 区分	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 療育(    )	<input type="checkbox"/> 精神(    )級						<input type="checkbox"/>

## 2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載して ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください。			
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取?

### ① 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等   例)褥瘡がでやすい体質であり、在宅では2

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一音
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一音
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホ-テーブル	<input type="checkbox"/> オムツ・ハ

### ② コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等   例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難

### ③ 行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等   例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮

### ④ その他   ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください。	
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取?	
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input type="checkbox"/> 参加を希望する

### 3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーによる意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中の特別なコミュニケーションが必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性のある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日            →訪問可能な時間帯(    :    ~    :    )				
想定される事業所の支援内容					

### 4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。  
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

#### ①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 本人と親 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他(				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(				
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先		
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等					

#### ②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他			
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況				

日々の生活や社会参加に対する希望、  
困りごと等

③受診・服薬の状況  添付資料を参照  本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/
服薬状況	服薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他		
	薬の名前		
留意点・服薬介助のポイント			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:(		

機関)

--


	)
なし <input type="checkbox"/> 申請中	)
あり→区分	)

ください。

を希望

2時間に1回の体位交換を

部介助  全介助

部介助  全介助

養  その他

ット  その他

--

性

しやすいが〇〇すると落ち

--



を希望

り、病院等の職員と  
ケーション支援が必

: ~ :
: ~ :
: ~ :

)
)


--

--

／  外来  訪問

／  外来  訪問

／  外来  訪問

)

--

--

)



