

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)

〔体制要件〕		有・無	
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。	<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	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開催している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	緊急時等における対応方法を利用者者に明示している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
〔人材要件〕		有・無	
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。			
		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
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	居宅介護従業者の数	人
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。
- 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ことができる。

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で開催している。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も明示している。</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時派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めて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%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">常勤換算職員数</th> <th style="width: 20%;">サービス提供時間</th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 重度訪問介護従業者の総数</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">時間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) (1)のうち介護福祉士の総数</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">/</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 style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">/</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 style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">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%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 25%;">月延べサービス提供時間</td> <td style="width: 10%;">時間</td> <td style="width: 25%;">重度訪問介護従業者の数</td> <td style="width: 40%;">人</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">職員数</th> <th style="width: 50%;">常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">サービス提供責任者</td> <td>(1) 総数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>(2) 常勤</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>(3) 非常勤</td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">有・無</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">有・無</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</p> <p style="text-align: center;">有・無</p> <p style="text-align: center;">□ ・ □</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

- 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 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。  有  無

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。  有  無

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に開催している。  有  無

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。  有  無

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。  有  無

⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。  有  無

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		有・無
(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

② サービス提供責任者に関する要件について

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業者養成研修1級課程修了者。  有  無

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。  有  無

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。  有  無

月延べサービス提供時間	時間	同行援護従業者の数	人
-------------	----	-----------	---

サービス提供責任者	常勤	職員数	人	常勤換算職員数
	非常勤		人	

〔重度障害者対応要件〕

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  有  無

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  有  無

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。
- 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 (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	人	→ (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業者養成研修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
サービス提供責任者		常勤	人
		非常勤	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点以上である者が占める割合が30%以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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日厚生労働省令第13号)に定義する「常勤」をいう。
- 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13号の適用を受けている事業所に係る同号の適用については、令和9年3月31日までの間、なお従前の例によることができる。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

(療養介護・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)・就労選択支援・就労移行支援・就労継続支援・自立生活援助・共同生活援助・児童発達支援・放課後等デイサービス・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設)

Table with 4 rows: 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 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)

※生活介護のみ福祉専門職員配置等加算(I)又は(II)の算定とともに(III)も算定可能である。

Table with 3 main rows: 5 社会福祉士等の状況, 6 常勤職員の状況, 7 勤続年数の状況. Each row contains a sub-table with 2 columns (Category, Count) and a calculation instruction (e.g., ①に占める②の割合が25%又は35%以上).

注1 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。

注2 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
○就労選択支援にあつては、就労選択支援員
○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
○放課後等デイサービスにあつては、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
○福祉型障害児入所施設にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、加算(III)においては、児童指導員又は保育士
○医療型障害児入所施設にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員又は指定発達医療機関の職員、加算(III)においては、児童指導員若しくは保育士又は指定発達医療機関の職員のことをいう。

福祉専門職員の配置に係る加算に関する届出書（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 加算(I)            ※有資格者35%以上 2 加算(II)           ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	① 従業者の総数	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	人		
5 地域に貢献する活動の内容				有・無

注1 ここていう従業者とは、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。

注2 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け入れや活動（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。

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"><thead><tr><th>常勤</th><th>非常勤</th><th>合計</th></tr></thead><tbody><tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr></tbody></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	常勤換算で <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。

## 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 } 3 } 4 } ⇒ 合計1人以上	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	1. 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 2. 看護職員の資格を証する書類の写し
------	----------------------------------------------

注1 生活介護に係る加算を算定する事業所において、複数のサービス単位を設定している場合、加算を算定するサービス単位ごとに本書を作成すること。なお、加算の算定にあたっては、サービス単位の利用定員に応じて算定するものとする。

注2 共同生活援助における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。

注3 前年度に当該加算を算定しており、新年度も引き続き算定するものとしてこの届出書を提出する場合（共同生活援助の場合は必須）には、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付すこと。

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
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)			#DIV/0! 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)
加配される従業者の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、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視覚障害を有する者
- 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る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る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いては、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

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等及び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日厚生労働省告示第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算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「3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。

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)		#DIV/0! 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) ÷ 50 = (F)	0.0 人
加配される従業者の数 (G)	人 (G) >= (F)
加配される従業者の氏名	資格・研修名等
1	
2	
3	

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、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視覚障害を有する者
- 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る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る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いては、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

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等及び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日厚生労働省告示第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算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「3 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。

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 ※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数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) >= (B)
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	(G) >= (F)

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	受講年度	研修の実施主体
1			年
2			年
3			年
4			年
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。			確認

添付書類	従業員の勤務体制一覧表、研修を修了したことを証明する書類等
------	-------------------------------

- (※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算を行うこと。
- (※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 加配される従業員の状況の記載は不要とする。

### 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。

### 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、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。



## 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は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
	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。			

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（※）

※頭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。

### 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							

注1 事業所内で調理を行う場合、食事提供にかかわる職員（管理栄養士・栄養士）の状況を記載してください。事業所内での調理業務は生活支援員の業務とは区別してください。

（※）付表・勤務形態一覧表・組織体制図・運営規程による確認が必要です。

注2 調理業務を第三者に委託している場合、事業所内で調理員の配置は求められておりませんが、業務委託契約書（写し）の提出が必要です。

注3 業務委託により食事提供を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。その際、委託先の管理栄養士又は栄養士の有無は必ず記載してください。

サービス管理責任者配置等加算に関する届出書

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 サービス管理責任者の配置	有 ・ 無		
5 地域に貢献する活動の内容			有 ・ 無

注1 ここでのいう従業者とは、共生型生活介護、共生型自立訓練（機能訓練）又は共生型自立訓練（生活訓練）の指定を受ける指定児童発達支援事業所若しくは指定放課後等デイサービス事業所又は介護保険制度制度における指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

注2 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。



### 精神障害者地域移行特別加算に関する届出書

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 運営規程に定める障害者の種類	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病患者等
5 有資格者の配置	① 社会福祉士            . . .                      人 ② 精神保健福祉士      . . .                      人 ③ 公認心理師等        . . .                      人

注1 指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3（第213条の11において準用する場合を含む。）又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。

注2 公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。

注3 従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。



**医療連携体制加算（Ⅶ）に関する届出書（共同生活援助）**  
**医療連携体制加算（Ⅸ）に関する届出書（短期入所）**

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

共同生活援助の支援対象者（※1） （共同生活援助の場合のみ記入）		人
1 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） （注）准看護師は不可	(1) 配置する看護師の数（人）（※1）	人
	(2) 他事業所との併任	有 ・ 無
2 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）（※1）	人
3 看護師の勤務状況（※2）		
4 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。	有 ・ 無
	(2) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居（利用）の際に、入居者（利用者）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。	有 ・ 無

添付書類	上記1に該当の場合	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 組織体制図 看護師の資格を証する書類の写し
	上記2に該当の場合	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（准看護師ではなく「看護師」を派遣すること、上記3に記載する派遣の頻度・時間及び24時間オンコールの体制をとることを明記すること。）
	共通	重度化した場合における対応に関する指針（※3）

※1 共同生活援助については、看護師1人につき、算定可能な利用者数は20人を上限とする。

※2 「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又は訪問の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）  
 なお、利用者に対する日常的な健康管理や通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整等の業務を行うために必要な勤務時間を確保すること。

※3 「重度化した場合における対応に関する指針」に盛り込むべき項目としては、例えば①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホーム等における家賃や食材料費の取扱いなどが考えられる。

栄養士配置加算・栄養マネジメント加算に関する届出書

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 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
5 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 「栄養マネジメントに関わる者」欄には、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。

### 夜勤職員配置体制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 終了
3 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
4 夜勤職員配置の状況	人
5 見守り機器の配置数	台

注1 「申請する定員区分」には、該当する番号（1～3）に○を付してください。

注2 「夜勤職員配置の状況」には、施設入所支援を提供する時間に配置している職員の数を記載してください。

### 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 終了

算定要件	事業所に入浴設備を (                      有している                      ・                      有していない                      )	
	【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利用者に対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。

### 夜間看護体制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 終了
3 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	
	人	人体制	

注 「看護職員配置の状況」の「看護職員の総数」欄には、常勤換算方法により算定した当該施設における看護職員総数（実数）を記載し、「うち夜勤体制」欄には、延べ人数ではなく施設入所支援を提供する時間における看護体制を記載してください。

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 終了
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		人
	定員の見直し	人	人 →

(別紙21)

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 )
------	-------------------------------------------------------------------------------

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 終了
3 サービスの種類	1 障害者支援施設                      2 共同生活援助事業所 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	医療機関コード

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)	医療機関コード

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 感染対策向上加算 2
	3 感染対策向上加算 3	4 外来感染対策向上加算

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	日
------------------------------	---	---	---

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	医療機関コード

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 感染対策向上加算 2
	3 感染対策向上加算 3	

実地指導を受けた日時	年	月	日
------------	---	---	---

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係る届出を行っている必要がある。

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の医師会の名称のいずれかを記載してください。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ださい。

(※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度内までに当該研修又は訓練に参加できる目処がある場合、その予定日を記載してください。

ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）

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。				確認
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	研修の 実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
				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。				確認欄

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た旨の証明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名以上（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。（※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研修」等と具体的に記載。

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。

### 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 終了				
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（Ⅳ）                      4 就労継続支援B型サービス費（Ⅴ） 5 就労継続支援B型サービス費（Ⅵ）				
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	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
			年		
			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	

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た旨の証明書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型事業所等の従業者として2名以上（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。（※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研修」等と具体的に記載。

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。

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 終了			
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った者＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
			年	
			年	
	＜その他の職員＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
		年		
		年		
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。			確認欄

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た旨の証明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名以上（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。（※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研修」等と具体的に記載。

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。

### 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	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
				(0.5以上であること)	
			常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)
	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	研修の実施主体	
			年		
			年		
			年		
			(0.5以上であること)		
		常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	
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	

注1 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>それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 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。

注3 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。

## 社会生活支援特別加算に関する届出書

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 従業員の配置	人員配置基準に定める従業員の数に加え、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者の受け入れに当たり、当該利用者に対する適切な支援を行うために必要な数の生活支援員を配置することが可能であること。	有・無
5 有資格者による指導体制	<p>以下のいずれかにより、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者に対する適切な支援について、従業員を対象とした指導体制が整えられていること。</p> <p>① 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が配置されていること</p> <p>② 指定医療機関等との連携により、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事業所に訪問させていること</p> <p>〔関係機関との連携の状況等〕</p>	有・無
6 研修の開催	従業員に対し、医療観察法に規定する入院によらない医療を受け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こと。	有・無
7 他機関との連携	<p>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いること。</p> <p>〔協力体制の状況等〕</p>	有・無

注1 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。指定医療機関等との連携により有資格者の指導体制を整える場合は、関係機関との連携の状況等を具体的に記載してください。

注2 研修の開催日時、参加者、研修内容等がわかる資料を付してください。

注3 関係機関との協力体制については、その状況等を具体的に記載してください。

地域移行支援体制強化加算・通勤者生活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 終了
前年度の平均利用者数 (人)				
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)				
前年度の平均利用者数のうち50% (人)				
通勤者生活支援に係る体制	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 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2 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないで下さい。

注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入して下さい。

## 精神障害者退院支援施設加算・短期滞在加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
サービスの種類			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
設備	定員		人
	居室数		1人当たり居室面積
	うち個室	室	m <sup>2</sup>
	うち2人部屋	室	m <sup>2</sup>
	うち3人部屋	室	m <sup>2</sup>
	うち4人部屋	室	m <sup>2</sup>
	うち 人部屋	室	m <sup>2</sup>
	その他の設備の内容		
夜間の支援体制	勤務形態		職種
	常勤	専従	人数
		兼務	人
	非常勤	専従	人
		兼務	人
	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すること。

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すること。

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。

注4 届出内容に変更が生じたときは、変更を届け出るとともに、基準を満たさなくなったときは、「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。

### 夜間支援等体制加算に関する届出書（宿泊型自立訓練）

1 事業所・施設の名称							
2 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了	
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	夜間支援従事者③	
	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的方法					
	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「当該住居の夜間支援体制(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、2・3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。

夜間支援等体制加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名										
2 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了				
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	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							
		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	夜間支援従事者⑥	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⑦							
	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下さい。
- 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。

## 就労支援関係研修修了加算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規      2 変更      3 終了

下記の者の就労支援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	
研修修了年月日	年 月 日

注1 「実務経験の施設又は事業所名」欄には、施設・事業所の種別も記入すること。

注2 「実務経験期間」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実務経験期間となりません。)

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 本届出書には、研修修了証その他の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 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。