

有資格者等の割合の参考計算書

令和 年 月 日

事業所名	
事業所番号	
サービス種類	

1. 割合を計算する職員

介護福祉士
介護職員

2. 有資格者等の割合の算定期間

前年度(3月を除く)	実績月数
------------	------

3. 常勤換算方法による計算

										常勤換算人数	
		①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間		②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等)		③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等)		④非常勤の職員の 勤務延時間数		介護福祉士	介護職員
令和	年	時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
4月		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
5月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
6月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
7月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
8月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
9月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
10月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
11月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
12月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
令和	年	時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
1月		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
2月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			

合計	
一月あたりの平均値	
介護福祉士 の割合	

□ 届出日の属する月の前3月

										常勤換算人数	
		①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間		②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等)		③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等)		④非常勤の職員の 勤務延時間数		介護福祉士	介護職員
令和	年	時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
4月		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
5月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			
6月		時間	介護福祉士	人	時間	時間	時間	時間			
		時間	介護職員	人	時間	時間	時間	時間			

合計	
一月あたりの平均値	
介護福祉士 の割合	

備考

- ・本計算書は、有資格者等の割合が要件となっている加算の届出を行う際に、事業所・施設において使用している勤務割表等を自治体に提出する場合の参考資料としてご活用ください。なお、有資格者等の割合の計算根拠資料が他にある場合は、本計算書の添付は不要です。
- また、自治体が定める「(別紙7)従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成して提出する場合も、本計算書の添付は不要です。
- ・本計算書は、黄色網掛けのセルについて記入または選択をしてください。
- ・「1. 割合を計算する職員」は、本計算書で計算する有資格者等の種類を選択してください。
- ・「2. 有資格者等の割合の算定期間」は、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した、または再開した事業所)については、届出日の属する月の前3月について計算します。それ以外は前年度(3月を除く)の平均を用いて計算しますので、該当の期間を選択し、実績月数を記入してください。
- ・「3. 常勤換算方法による計算」
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算します。
 - 常勤で業務の従業者については、実態に応じて以下の①・②に実人数または勤務延時間数を記入してください。
 - ①当該事業所または施設において常勤の職員が勤務すべき一月あたりの時間数を記入してください。
 - ②当該事業所または施設における、常勤換算方法の対象外である常勤の職員の人数を記入してください。
 - (常勤・専従の職員、当該事業所または施設で他の職種を兼務している常勤の職員等)
 - ③常勤の職員のうち、併設事業所等の他の職種を兼務しており、1人と計算するのが適当ではない職員の勤務延時間数を記入してください。
 - ④非常勤の職員の勤務延時間数を記入してください。
- ※「常勤・非常勤」の区分について
 - 常勤とは、当該事業所または施設における勤務時間が、当該事業所または施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることとします。雇用の形態は考慮しません。例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。
 - ※従業者が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。
 - この場合、1(②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数)の欄に1(人)として記入してください。
- ※新規事業所等で、届出日の属する月の前3月により計算する場合は、該当する月に人数・勤務延時間数等を記入してください。
- ・その他、各加算における規定は各サービスの告示等をご確認ください。

1 事業所名																																	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防)短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防)短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 <input type="checkbox"/> 7 訪問型サービス事業所																																
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>			歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

認知症専門ケア加算に係る届出書

(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護
(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護
地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

事業所名		
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了	
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 7 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 8 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 9 介護医療院	
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	

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

作成し、当該計画に従い、助修を実施又は実施を予定している。

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

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

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

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

(別紙14-4)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書
〔 (介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護、介護老人福祉施設、
地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院 〕

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 短期入所生活介護 (<input type="checkbox"/> ア 単独型 <input type="checkbox"/> イ 併設型 <input type="checkbox"/> ウ 空床利用型) <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 4 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が80%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① 介護職員の総数 (常勤換算)		人
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)		人
	又は ①に占める③の割合が35%以上		
	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の 総数 (常勤換算)	人	
サービスの質の 向上に資する 取組の状況	※ (地域密着型) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院は記載		

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が60%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① 介護職員の総数 (常勤換算)		人
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)		人

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① 介護職員の総数 (常勤換算)		人
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)		人
常勤職員の 状況	①に占める②の割合が75%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)		人
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)		人
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)		人
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算)		人

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

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

生産性向上推進体制加算に係る届出書

事業所番号			
事業所名			
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
施設種別	1 短期入所生活介護	2 短期入所療養介護	3 特定施設入居者生活介護
	4 小規模多機能型居宅介護	5 認知症対応型共同生活介護	6 地域密着型特定施設入居者生活介護
	7 地域密着型介護老人福祉施設	8 看護小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設
	10 介護老人保健施設	11 介護医療院	12 介護予防短期入所生活介護
	13 介護予防短期入所療養介護	14 介護予防特定施設入居者生活介護	15 介護予防小規模多機能型居宅介護
	16 介護予防認知症対応型共同生活介護		
届出区分	1 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 2 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）に係る届出

① 加算（Ⅱ）のデータ等により業務改善の取組による成果を確認	有・無
② 以下の i ～ iii の項目の機器をすべて使用	
i 入所（利用）者全員に見守り機器を使用	有・無
ii 職員全員がインカム等のICTを使用	有・無
iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用	有・無
(導入機器)	
名称	
製造事業者	
用途	
③ 職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を実施	有・無
④ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（以下「委員会」という。）において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認	
i ②の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保	有・無
ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮	有・無
iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）	有・無
iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施	有・無

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）に係る届出

① 以下の i ～ iii の項目の機器のうち1つ以上を使用	
i 入所（利用）者1名以上に見守り機器を使用	有・無
入所（利用）者数	人
見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数	人
ii 職員全員がインカム等のICTを使用	有・無
iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用	有・無
(導入機器)	
名称	
製造事業者	
用途	
② 委員会において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認	
i ①の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保	有・無
ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮	有・無
iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）	有・無
iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施	有・無

備考1 加算（Ⅰ）の要件①については、当該要件に係る各種指標に関する調査結果のデータを提出すること。

備考2 要件を満たすことが分かる委員会の議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考3 本加算を算定する場合は、事業年度毎に取組の実績をオンラインで厚生労働省に報告すること。

備考4 届出にあたっては、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

介護医療院（Ⅰ型）の基本施設サービス費に係る届出書

1 事業所名																					
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了																		
3 人員配置区分	<input type="checkbox"/> 1 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅰ（（ユニット型）Ⅰ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院） <input type="checkbox"/> 2 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅱ（（ユニット型）Ⅰ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院） <input type="checkbox"/> 3 Ⅰ型介護医療院サービス費Ⅲ（Ⅰ型療養床、看護6:1、介護5:1）																				
4 介護医療院（Ⅰ型）に係る届出内容																					
① 重度者の割合	<table border="1"> <tr><td>①</td><td>前3月間の入所者等の総数</td><td>人</td></tr> <tr><td>②</td><td>①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注1）</td><td>人</td></tr> <tr><td>③</td><td>①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注1）</td><td>人</td></tr> <tr><td>④</td><td>②と③の和</td><td>人</td></tr> <tr><td>⑤</td><td>①に占める④の割合</td><td>%</td></tr> </table>	①	前3月間の入所者等の総数	人	②	①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注1）	人	③	①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注1）	人	④	②と③の和	人	⑤	①に占める④の割合	%	→ 50%以上 （人員配置区分1～3）	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>			
①	前3月間の入所者等の総数	人																			
②	①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注1）	人																			
③	①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注1）	人																			
④	②と③の和	人																			
⑤	①に占める④の割合	%																			
② 医療処置の実施状況	<table border="1"> <tr><td>①</td><td>前3月間の入所者等の総数</td><td>人</td></tr> <tr><td>②</td><td>前3月間の喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）</td><td>人</td></tr> <tr><td>③</td><td>前3月間の経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）</td><td>人</td></tr> <tr><td>④</td><td>前3月間のインスリン注射を実施した入所者等の総数（注2・5）</td><td>人</td></tr> <tr><td>⑤</td><td>②から④の和</td><td>人</td></tr> <tr><td>⑥</td><td>①に占める⑤の割合</td><td>%</td></tr> </table>	①	前3月間の入所者等の総数	人	②	前3月間の喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）	人	③	前3月間の経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）	人	④	前3月間のインスリン注射を実施した入所者等の総数（注2・5）	人	⑤	②から④の和	人	⑥	①に占める⑤の割合	%	→ 50%以上 （人員配置区分1のみ） → 30%以上 （人員配置区分2、3）	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
①	前3月間の入所者等の総数	人																			
②	前3月間の喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）	人																			
③	前3月間の経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）	人																			
④	前3月間のインスリン注射を実施した入所者等の総数（注2・5）	人																			
⑤	②から④の和	人																			
⑥	①に占める⑤の割合	%																			
③ ターミナルケアの実施状況	<table border="1"> <tr><td>①</td><td>前3月間の入所者延日数</td><td>日</td></tr> <tr><td>②</td><td>前3月間のターミナルケアの対象者延日数</td><td>日</td></tr> <tr><td>③</td><td>①に占める②の割合</td><td>%</td></tr> </table>	①	前3月間の入所者延日数	日	②	前3月間のターミナルケアの対象者延日数	日	③	①に占める②の割合	%	→ 10%以上 （人員配置区分1のみ） → 5%以上 （人員配置区分2、3）	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>									
①	前3月間の入所者延日数	日																			
②	前3月間のターミナルケアの対象者延日数	日																			
③	①に占める②の割合	%																			
④ 生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施			有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
⑤ 地域に貢献する活動の実施 (平成30年度中に限り、平成31年度中において実施する見込み)			有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		

注1：・人員配置区分1を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が50%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が10%以上を満たす必要がある。

・人員配置区分2、3を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が30%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。

注1：②及び③のいずれにも該当する者については、いずれか一方についてのみ含めること。

注2：②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注3：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。

注4：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注5：自ら実施する者は除く。

※ 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。

介護医療院（Ⅱ型）の基本施設サービス費に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 人員配置区分	<input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅰ（（ユニット型）Ⅱ型療養床、看護6:1、介護4:1）（併設型小規模介護医療院） <input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅱ（Ⅱ型療養床、看護6:1、介護5:1） <input type="checkbox"/> Ⅱ型介護医療院サービス費Ⅲ（Ⅱ型療養床、看護6:1、介護6:1）

4 介護医療院（Ⅱ型療養床）に係る届出内容

（医療処置の実施状況） <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前3月間の入所者等の総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①に占める②の割合（注4）</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①に占める④の割合（注5）</td> <td>%</td> </tr> </table>			①	前3月間の入所者等の総数	人	②	①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等	人	③	①に占める②の割合（注4）	%	④	①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者	人	⑤	①に占める④の割合（注5）	%	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
①	前3月間の入所者等の総数	人																
②	①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者等	人																
③	①に占める②の割合（注4）	%																
④	①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者	人																
⑤	①に占める④の割合（注5）	%																
（重度者の割合） <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前3月間の入所者等の総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>②と③の和</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①に占める④の割合（注6）</td> <td>%</td> </tr> </table>			①	前3月間の入所者等の総数	人	②	①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）	人	③	①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）	人	④	②と③の和	人	⑤	①に占める④の割合（注6）	%	
①	前3月間の入所者等の総数	人																
②	①のうち、喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）	人																
③	①のうち、経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）	人																
④	②と③の和	人																
⑤	①に占める④の割合（注6）	%																
「医療処置の実施状況」における③の割合が20%以上、⑤の割合が25%以上、「重度者の割合」における⑤の割合が15%以上のいずれかを満たす			→															
ターミナルケアの実施体制			有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>															

注1：②及び③のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注2：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。

注3：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注4：小規模介護医療院の場合は、①に占める②の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

注5：小規模介護医療院の場合は、①に占める④の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

注6：小規模介護医療院の場合は、①に占める④の割合と、19を当該小規模介護医療院におけるⅡ型療養床数で除した数との積を記入すること。

※ 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。

介護医療院における重度認知症疾患療養体制加算に係る届出書

1 事業所名			
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了
3 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 2 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)	

4 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅰ)に係る届出

① 体制	① 看護職員の数、常勤換算方法で、4:1以上であること(注1)			→		有	・	無	
	② 専任の精神保健福祉士の数(注2)	人		→	1人以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	③ 専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数	人		→	1人以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
② 入所者の状況	① 当該介護医療院における入所者等の数		人			有	・	無	
	② ①のうち、認知症の者の数(注3)		人			<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	③ ①に占める②の割合		%	→	100%	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	④ 前3月における認知症の者の延入所者数(注3)		人						
	⑤ 前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb以上に該当する者の延入所者数		人						
	⑥ ④に占める⑤の割合		%	→	50%以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
③ 連携状況	連携する精神科病院の名称					有	・	無	
						<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
④ 身体拘束廃止未実施減算			前々々月末	前々月末	前月末	全て「無」の場合、右の「有」を「■」にしてください。	有	・	無
	① 前3月間における身体拘束廃止未実施減算の算定実績	有・無	有・無	有・無	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

5 重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)に係る届出

① 体制	① 看護職員の数、常勤換算方法で、4:1以上であること			→		有	・	無	
	② 専従の精神保健福祉士の数(注2)	人		→	1人以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	③ 専従の作業療法士の総数	人		→	1人以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
② 床面積60m ² 以上の生活機能回復訓練室の有無(注4)						有	・	無	
						<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
③ 入所者の状況	① 当該介護医療院における入所者等の総数		人			有	・	無	
	② ①のうち、認知症の者の数(注3)		人			<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	③ ①に占める②の割合		%	→	100%	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	④ 前3月における認知症の者の延入所者数(注3)		人						
	⑤ 前3月における認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅣ以上に該当する者の延入所者数		人						
	⑥ ④に占める⑤の割合		%	→	50%以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
④ 連携状況	連携する精神科病院の名称					有	・	無	
						<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
⑤ 身体拘束廃止未実施減算			前々々月末	前々月末	前月末	全て「無」の場合、右の「有」を「■」にしてください。	有	・	無
	① 前3月間における身体拘束廃止未実施減算の算定実績	有・無	有・無	有・無	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

注1：看護職員の数については、当該介護医療院における入所者等の数を4をもって除した数（その数が1に満たないときは、1とし、その数に1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）から当該介護医療院における入所者等の数を6をもって除した数（その数が1に満たない端数が生じるときはこれを切り上げるものとする。）を減じた数の範囲内で介護職員とすることができる。

注2：精神保健福祉士とは、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第二条に規定する精神保健福祉士又はこれに準ずる者をいう。

注3：認知症と確定診断されていること。ただし、入所者については、入所後3か月間に限り、認知症の確定診断を行うまでの間はMMSE（Mini Mental State Examination）において23点以下の者又はHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）において20点以下の者を含むものとする。短期入所療養介護の利用者については、認知症と確定診断を受けた者に限る。

注4：生活機能回復訓練室については、機能訓練室、談話室、食堂及びレクリエーション・ルーム等と区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えない。また、入所者に対する介護医療院サービスの提供に支障を来さない場合は、他の施設と兼用して差し支えない。

サービス種類 ()

事業所・施設名 ()

「人員配置区分— 型」又は「該当する体制等— 」 [入所（利用）定員（見込）数等 名]

職 種	勤務 形態	氏 名	第1週							第2週							第3週							第4週							
			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	
			*																												
(記載例―1)			①	①	③	②	④	①	④																						
(記載例―2)			ab	ab	ab	cd	cd	e	e																						

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。

3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)

(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。

4 届出する従業員の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「過平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

5 常勤換算が必要なものについては、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

6 短期入所生活介護及び介護老人福祉施設について、テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合においては、「（再掲）夜勤職員」欄を記載してください。「1日の夜勤の合計時間」は、夜勤時間帯に属する勤務時間（休憩時間を含む）の合計数を記入してください。

また、別紙7-3の「テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）」に係る届出書を添付してください。

7 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

8 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

9 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。