

有資格者等の割合の参考計算書

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
前年度(3月を除く)

実績月数

2. 有資格者等の割合の算定期間

3. 常勤換算方法による計算

前年度(3月を除く)

				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		常勤換算人数	
												介護福祉士	介護職員
令和	年		時間	介護福祉士			人		時間		時間		
4月			時間	介護職員			人		時間		時間		
5月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
6月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
7月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
8月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
9月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
10月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
11月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
12月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
令和	年		時間	介護福祉士			人		時間		時間		
1月			時間	介護職員			人		時間		時間		
2月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		

合計		
一月あたりの平均値		
介護福祉士 の割合		

前年度(3月を除く)

				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		常勤換算人数	
												介護福祉士	介護職員
令和	年		時間	介護福祉士			人		時間		時間		
4月			時間	介護職員			人		時間		時間		
5月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		時間		時間		
6月			時間	介護福祉士			人		時間		時間		
			時間	介護職員			人		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月に当たらない事業所(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、①②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。

(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																		
<b>1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）に係る届出内容</b>																				
(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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【参考】</div> <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>	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	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	～	～		
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																			
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"/>																		
<b>2. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）に係る届出内容</b>																				
(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも該当している ※認知症専門ケア加算（Ⅰ）に係る届出内容(1)～(3)も記入すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
(3) 事業所又は施設において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

備考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。

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。

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"/> ① 介護職員の総数 (常勤換算)      人 <input type="checkbox"/> ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)      人	
	又は	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ①に占める③の割合が35%以上 <input type="checkbox"/> 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"/>
	<input type="checkbox"/> ① 介護職員の総数 (常勤換算)      人 <input type="checkbox"/> 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"/>
	<input type="checkbox"/> ① 介護職員の総数 (常勤換算)      人 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)      人 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> ① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)      人 <input type="checkbox"/> 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。

## 介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出書

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 人員配置区分	<input type="checkbox"/> 1 介護老人保健施設（在宅強化型） <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設（基本型）		
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（介護老人保健施設（基本型）のみ） <input type="checkbox"/> 2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（介護老人保健施設（強化型）のみ）		

5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況	A 在宅復帰率					在宅復帰・在宅療養支援等指標		
	①	前6月間における居宅への退所者の延数（注1,2,3,4）	人	→	④ $\frac{①}{②+③} \times 100$ （注5）	%	→ 50%超	<input type="checkbox"/> 20
	②	前6月間における退所者の延数（注3,4）	人				→ 30%超50%以下	<input type="checkbox"/> 10
	③	前6月間における死亡した者の総数（注3）	人				→ 30%以下	<input type="checkbox"/> 0
	B ベッド回転率							
	①	直近3月間の延入所者数（注6）	人	→	④ $30.4 \div ① \times (②+③) \div 2 \times 100$	%	→ 10%以上	<input type="checkbox"/> 20
	②	直近3月間の新規入所者の延数（注6,7）	人				→ 5%以上10%未満	<input type="checkbox"/> 10
	③	直近3月間の新規退所者数（注8）	人				→ 5%未満	<input type="checkbox"/> 0
	C 入所前後訪問指導割合							
	①	前3月間における新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数（注9,10,11）	人	→	④ $① \div ② \times 100$ （注12）	%	→ 35%以上	<input type="checkbox"/> 10
	②	前3月間における新規入所者の延数（注11）	人				→ 15%以上35%未満	<input type="checkbox"/> 5
	D 退所前後訪問指導割合							
①	前3月間における新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数（注13,14,15）	人	→	④ $① \div ② \times 100$ （注16）	%	→ 35%以上	<input type="checkbox"/> 10	
②	前3月間における居宅への新規退所者の延数（注15）	人				→ 15%以上35%未満	<input type="checkbox"/> 5	
E 居宅サービスの実施状況								
①	前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数（注17）		→			→ 3サービス → 2サービス（訪問リハビリテーションを含む） → 2サービス（訪問リハビリテーションを含まない） → 1サービス以下	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
F リハ専門職員の配置割合								
①	前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注18）	時間	→	⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$	%	5以上かつ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置（注19）	<input type="checkbox"/> 5	
②	理学療法士等が前3月間に勤務すべき時間（注18,20）	時間				→ 5以上	<input type="checkbox"/> 3	
③	算定日が属する月の前3月間における延入所者数（注21）	人				→ 3以上5未満	<input type="checkbox"/> 2	
④	算定日が属する月の前3月間の日数	日				→ 3未満	<input type="checkbox"/> 0	
G 支援相談員の配置割合								
①	前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数（注22）	時間	→	⑤ $① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$	%	→ 3以上かつ社会福祉士1以上	<input type="checkbox"/> 5	
②	支援相談員が前3月間に勤務すべき時間（注20）	時間				→ 3以上	<input type="checkbox"/> 3	
③	前3月間における延入所者数（注21）	人				→ 2以上3未満	<input type="checkbox"/> 1	
④	前3月間の延日数	日				→ 2未満	<input type="checkbox"/> 0	
H 要介護4又は5の割合								
①	前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数	日	→	③ $① \div ② \times 100$	%	→ 50%以上	<input type="checkbox"/> 5	
②	当該施設における直近3月間の入所者延日数	日				→ 35%以上50%未満	<input type="checkbox"/> 3	
I 喀痰吸引の実施割合								
①	直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数（注23,24）	人	→	③ $① \div ② \times 100$	%	→ 10%以上	<input type="checkbox"/> 5	
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人				→ 5%以上10%未満	<input type="checkbox"/> 3	
J 経管栄養の実施割合								
①	直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数（注23,25）	人	→	③ $① \div ② \times 100$	%	→ 10%以上	<input type="checkbox"/> 5	
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人				→ 5%以上10%未満	<input type="checkbox"/> 3	
上記評価項目（A～J）について、項目に応じた「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の合計値を記入					合計	<input type="checkbox"/> 0		

6 介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容

① 基本型		①	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上	有	・	無
		②	退所時指導等の実施（注26）	□	・	□
		③	リハビリテーションマネジメントの実施（注27）	□	・	□
		④	医師の詳細な指示の実施（注28）	□	・	□
② 在宅強化型		①	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上	有	・	無
		②	退所時指導等の実施（注26）	□	・	□
		③	リハビリテーションマネジメントの実施（注27）	□	・	□
		④	医師の詳細な指示の実施（注28）	□	・	□
		⑤	地域に貢献する活動の実施	□	・	□
		⑥	充実したリハビリテーションの実施（注29）	□	・	□

7 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出内容

① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）		①	「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」	有	・	無
		②	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上	□	・	□
		③	地域に貢献する活動の実施	□	・	□
② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		①	「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」	有	・	無
		②	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上	□	・	□

注1：当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数。  
注2：居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注3：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
注4：退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。  
注5：分母（②－③の値）が0の場合、④は0%とする。  
注6：入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
注7：新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。  
また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。  
注8：当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。  
注9：居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の数。  
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注10：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
注11：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、入所者数には算入しない。  
注12：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
注13：退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。  
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。  
注14：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。  
注15：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。  
注16：分母（②の値）が0の場合、④は0%とする。  
注17：当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含む。  
注18：理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。  
注19：常動換算方法で入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士のいずれの職種も入所者の数で除した数に100で乗じた数が0.2以上であること。  
注20：1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。  
注21：毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。  
注22：支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。  
① 入所者及び家族の処遇上の相談、② レクリエーション等の計画、指導、③ 市町村との連携、④ ボランティアの指導

注23：喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。  
注24：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25：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もの（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26：退所者（当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。）の退所後30日以内（当該退所者の退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、14日以内）に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。  
注27：入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。  
注28：医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士等に対し、リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。  
注29：入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。  
※ 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。

## 介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）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 介護老人保健施設（療養型）
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 療養体制維持特別加算（Ⅱ）（介護老人保健施設（療養型）のみ）

## 5 介護老人保健施設（療養型）に係る届出内容

① 新規入所者の状況（注）	① 前12月の新規入所者の総数		人	→ 35%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>		
	② ①のうち、医療機関を退院し入所した者の総数		人				
	③ ①のうち、自宅等から入所した者の総数		人				
	④ (①に占める②の割合) - (①に占める③の割合)		%				
② 入所者・利用者の利用状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均	3月間の平均 → 15%以上 又は → 20%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 前3月の入所者及び利用者の総数	人	人	人			
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者	人	人	人			
	③ ①に占める②の割合	%	%	%	%		
	④ ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者及び利用者	人	人	人			
	⑤ ①に占める④の割合	%	%	%	%		

## 6 療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出内容

① 入所者及び利用者の状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均	3月間の平均 → 20%以上 かつ → 50%以上	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	① 前3月の入所者及び利用者の総数	人	人	人			
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者	人	人	人			
	③ ①に占める②の割合	%	%	%	%		
	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	人	人			
	⑤ ①に占める④の割合	%	%	%	%		

注：当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用する。

※ 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。

## 高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書

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 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 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 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)

## 5 高齢者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	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 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	年 月 日
-----------------------------	-------

## 6 高齢者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	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3
-----------------	--

実地指導を受けた日時	年 月 日
------------	-------

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 高齢者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。

備考3 高齢者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。

備考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。



## 栄養マネジメント体制に関する届出書

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

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

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

## 認知症チームケア推進加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 2 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 5 介護医療院
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)

	有	無								
1. 認知症チームケア推進加算 (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Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</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の平均で算定。 (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラム含んだ研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている	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Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人	③ ②÷①×100	%	認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラム含んだ研修を修了している者の数	人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人									
③ ②÷①×100	%									
認知症の行動・心理症状の予防等に資する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又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラム含んだ研修を修了している者の数	人									
2. 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) に係る届出内容 (1) 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) の (1)、(3)、(4) に該当している ※認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) に係る届出内容 (1)、(3)、(4) も記入すること。 (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>	認知症の行動・心理症状の予防等に資する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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
認知症の行動・心理症状の予防等に資する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									

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

(別紙41)

褥瘡マネジメント加算に関する届出書

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

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

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							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
			*																														
(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。