

21. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）

（１）提出期限・提出先

- ◎体制等の届出については、加算等を算定する前月の１５日までに提出すること。（１６日以降に提出された場合は、翌々月から算定）
- ◎加算廃止の場合は、直ちに提出すること。（加算は基準に該当しなくなったときから、算定不可）
- ◎体制等の届出先は、指定申請等の提出先と同じである。（「C 指定手続等」を参照）

（２）提出書類

- ◎体制等の届出に当たっては、下記の書類を提出すること。（サテライトがある事業所については、サテライトのものも要提出）

サービス	様 式
共通	◎介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙２）
通所介護	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１）
介護予防通所介護	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１－２）

- ◎上記「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載の届出事項に応じて、下記の書類を添付して提出すること。（届出の項目に応じて複数部添付しなくともよい。）

【通所介護】

届出の項目	本文参照	添付書類
施設等の区分	P63	○平均利用延人員数確認表（参考様式） ※月平均利用延人員数により施設規模が決まるので、積算の上、いずれかを選択すること
職員の欠員による減算の状況	P79	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１－２）
時間延長サービス体制	P72	－
入浴介助体制	P84	○事業所平面図（参考様式３）
中重度者ケア体制加算	P85	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） ○中重度者ケア体制加算算定表（参考様式） ○看護師又は准看護師の免許証の写し
個別機能訓練体制	P90	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１－２） ○担当する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格証の写し
認知症加算	P97	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） ○認知症加算算定表（参考様式） ○認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修又は認知症介護実践者研修の修了証の写し
若年性認知症受入加算	P124	－
栄養改善体制	P104	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１－２） ○担当する管理栄養士の資格証の写し
口腔機能向上体制	P109	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１－２） ○担当する言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し
サービス提供体制強化加算	P128	○サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－４） 加算Ⅰイ・ロの場合 ○従業者常勤換算一覧表（介護福祉士一定割合以上雇用事業所）（参考様式） 加算Ⅱの場合 ○従業者常勤換算一覧表（勤続３年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所）（参考様式）

届出の項目	本文参照	添付書類
介護職員処遇改善加算	P131	※算定開始の前々月の末日までに、別途「 <u>介護職員処遇改善加算届出書</u> 」の提出が必要
割引	P143	○割引率の設定について（別紙5） ※割引を行う事業所のみ

【介護予防通所介護】

届出の項目	本文参照	添付書類
職員の欠員による減算の状況	P79	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1-2）
若年性認知症受入加算	P124	—
生活機能向上グループ活動加算	P116	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1-2）
運動器機能向上体制	P100	○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1-2） ○担当する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格証の写し
栄養改善体制	P104	（通所介護と同様）
口腔機能向上体制	P109	（通所介護と同様）
選択的サービス複数実施加算	P114	—
事業所評価加算〔申出〕の有無	P121	※これは国保連における評価の申出であり、加算に該当した場合は、翌年度に算定
サービス提供体制強化加算	P128	（通所介護と同様）
介護職員処遇改善加算	P131	（通所介護と同様）
割引	P143	（通所介護と同様）

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

島根県知事 様

所在地
名称

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	法人の種類				法人所管庁			
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市						
事業所・施設 の状況	フリガナ 名称							
	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	主たる事業所の所在地以外 の場所で一部実施する場合 の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名							
管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 年月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			1新規	2変更	3終了		
	訪問入浴介護			1新規	2変更	3終了		
	訪問看護			1新規	2変更	3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規	2変更	3終了		
	居宅療養管理指導			1新規	2変更	3終了		
	通所介護			1新規	2変更	3終了		
	通所リハビリテーション			1新規	2変更	3終了		
	短期入所生活介護			1新規	2変更	3終了		
	短期入所療養介護			1新規	2変更	3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了		
	福祉用具貸与			1新規	2変更	3終了		
	介護予防訪問介護			1新規	2変更	3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規	2変更	3終了		
	介護予防訪問看護			1新規	2変更	3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規	2変更	3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規	2変更	3終了		
	介護予防通所介護			1新規	2変更	3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規	2変更	3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規	2変更	3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規	2変更	3終了		
介護予防特定施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了			
介護予防福祉用具貸与			1新規	2変更	3終了			
居宅介護支援			1新規	2変更	3終了			
介護老人福祉施設			1新規	2変更	3終了			
介護老人保健施設			1新規	2変更	3終了			
介護療養型医療施設			1新規	2変更	3終了			
介護保険事業所番号								
医療機関コード等								
特記事項	変更前			変更後				
関係書類	別添のとおり							

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所管庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場合で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

[注] 通所介護及び介護予防通所介護に係る参考抜粋

(別紙1・1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

記入担当者氏名		事業所名	
記入担当者電話番号		事業所番号	

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等				割引
各サービス共通			地域区分	1 1級地 6 2級地 7 3級地 2 4級地 3 5級地 4 6級地 9 7級地 ⑤ その他			
15 通所介護	4 通常規模型事業所 6 大規模型事業所 (I) 7 大規模型事業所 (II)		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			1 なし 2 あり
			時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可			
			入浴介助体制	1 なし 2 あり			
			中重度者ケア体制加算	1 なし 2 あり			
			個別機能訓練体制	1 なし 3 加算I 4 加算II			
			認知症加算	1 なし 2 あり			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 5 加算Iイ 2 加算Iロ 3 加算II 4 加算III			
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V			
65 介護予防通所介護			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 3 あり			
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 5 加算Iイ 2 加算Iロ 3 加算II 4 加算III			
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V			

備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。

<以下略(留意事項は、本文を参照)>

[注] 通所介護及び介護予防通所介護に係る参考抜粋（サテライト）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

記入担当者氏名		事業所名	
記入担当者電話番号		事業所番号	

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等					
各サービス共通			地域区分	1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地
				4 6級地	9 7級地	⑤ その他		
15 通所介護	4 通常規模型事業所 6 大規模型事業所（Ⅰ） 7 大規模型事業所（Ⅱ）		職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員		
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可			
			入浴介助体制	1 なし	2 あり			
			中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり			
			個別機能訓練体制	1 なし	3 加算Ⅰ	4 加算Ⅱ		
			認知症加算	1 なし	2 あり			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			
			栄養改善体制	1 なし	2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり			
65 介護予防通所介護			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員		
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし	3 あり			
			運動器機能向上体制	1 なし	2 あり			
			栄養改善体制	1 なし	2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり			

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

(参考様式)

中重度者ケア体制加算 算定表【通所介護】

- 前年度実績が6か月以上ある事業所は、①又は②のいずれかにより計算してください。
- 前年度実績が6か月未満の事業所は、②により計算してください（①による届出はできません）。

① 前年度の実績の平均

前年度（3月を除く。）の1か月当たりの実績の平均については、実利用者数又は延べ利用者数により算出すること。

	利用者の総数 (要支援者は含めない。)	要介護3, 要介護4又は 要介護5の利用者数
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
合計		

実績月数

【B】 / 【A】 (≥30%)

1月当たりの平均	【A】		【B】	
----------	-----	--	-----	--

② 前3月の実績の平均

届出日の属する月の前年度（3月を除く。）の1か月当たりの実績の平均については、実利用者数又は延べ利用者数により算出すること。

※②により算出場合は、直近3か月の状況を毎月記録し、継続的に所定の割合を維持しなければならない。

※所定の割合を下回った場合は、速やかに届出を行うこと。

	利用者の総数 (要支援者は含めない。)	要介護3, 要介護4又は 要介護5の利用者数
月		
月		
月		
合計		

【B】 / 【A】 (≥30%)

1月当たりの平均	【A】		【B】	
----------	-----	--	-----	--

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 人員基準における看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保
- ② 前年度（3月を除く。）又は届出日が属する月の前3月の実利用者数又は延べ利用者数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5の者の占める割合（1月当たりの実績の平均）が30%以上
- ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専従の看護職員を1名以上配置（他の職務との兼務不可）

(参考様式)

認知症加算 算定表【通所介護】

- 前年度実績が6か月以上ある事業所は、①又は②のいずれかにより計算してください。
- 前年度実績が6か月未満の事業所は、②により計算してください(①による届出はできません)。

① 前年度の実績の平均

前年度(3月を除く。)の1か月当たりの実績の平均については、実利用者数又は延べ利用者数により算出すること。

	利用者の総数 (要支援者は含めない。)	日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ 又はMの利用者
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
合計		

実績月数

【B】 / 【A】 (≥20%)

1月当たりの平均	【A】		【B】	
----------	-----	--	-----	--

② 前3月の実績の平均

届出日の属する月の前年度(3月を除く。)の1か月当たりの実績の平均については、実利用者数又は延べ利用者数により算出すること。

※②により算出場合は、直近3か月の状況を毎月記録し、継続的に所定の割合を維持しなければならない。

※所定の割合を下回った場合は、速やかに届出を行うこと。

	利用者の総数 (要支援者は含めない。)	日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ 又はMの利用者
月		
月		
月		
合計		

【B】 / 【A】 (≥20%)

1月当たりの平均	【A】		【B】	
----------	-----	--	-----	--

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 人員基準における看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保
- ② 前年度(3月を除く。)又は届出日が属する月の前3月の実利用者数又は延べ利用者数のうち、認知症の者(*)の占める割合(1月当たりの実績の平均)が20%以上
* 認知症の者とは、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者を指す。
- ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専従で指定通所介護の提供に当たる認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修を修了した者を1名以上配置

(参考様式1-3 (中重度者ケア体制加算及び認知症加算専用))

受付番号

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービスの種類 ()

事業者名 ()

サービス提供時間 時 分 ~ 時 分 (:)

利用定員 人

職種	勤務形態	氏名	週日*	第1週							第2週							第3週							第4週							第5週			歴月の合計	週平均の勤務時間	資格	
				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				

添付書類 1 資格を証明するものの写し

2 当該事業所・施設に係る組織体系図

備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 申請する事業に係る従業員全員(管理者を含む)について、当該月の勤務すべき時間数を記入してください。

3 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

4 サービス提供が単位ごとに行われるサービス種類の場合は、各単位ごとに区分して記入してください。

5 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。

6 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間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。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)通所介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)通所介護
4 届出項目	1 サービス提供強化加算(I)イ 2 サービス提供強化加算(I)ロ 3 サービス提供強化加算(II)

5 介護福祉士等の状況	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	
	→ ①に占める②の割合が50%以上		有・無
	→ ①に占める②の割合が40%以上		有・無

6 勤続年数の状況	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3年以上の者の総数(常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が30%以上
			有・無

※ 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。

(参考様式) 従業者常勤換算一覧表 (介護福祉士等一定割合以上雇用事業所)

サービス種類 ()
 事業所・施設名 ()
 開設(再開)年月日(平成 年 月 日)
 一覧表対象年度(平成 年度分) 加算算定年度(平成 年度)

職 種	氏 名	従業者の資格取得状況																常勤換算数 平均					
		各月常勤換算数																					
		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月			12月		1月		2月
保有資格		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当
資格取得年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		① 訪問介護員又は介護職員の総数																					
		② ①のうち介護福祉士																					
		③ ①のうち介護福祉士、実務者研修・介護職員基礎研修(・1級課程)の修了者の総数																					

添付書類 資格を証明するものの写し(介護福祉士登録証、実務者研修修了証、(旧)介護職員基礎研修・(旧)1級課程修了証)

- 備考1 全ての訪問介護員又は介護職員の状況を記載してください。
- 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
- 3 保有資格は、サービス種類により要。
 【訪問介護・介護予防訪問介護】 介護福祉士、実務者研修修了者、(旧)介護職員基礎研修修了者、(旧)1級課程修了者
 【訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護】 介護福祉士、実務者研修修了者、(旧)介護職員基礎研修修了者
 【上記以外のサービス】 介護福祉士
- 4 ②・③については、いずれかに記載で構いません。
- 5 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右欄に○印をしてください。

(参考様式) 従業者常勤換算一覧表 (介護福祉士等一定割合以上雇用事業所)

サービス種類 (通所介護・介護予防通所介護)
 事業所・施設名 (○○○○○○デイサービス)
 開設(再開)年月日 (平成17年4月1日)
 一覧表対象年度 (平成24年度分) 加算算定年度 (平成25年度)

【通所介護の例】

職 種	氏 名	従業者の資格取得状況		各月常勤換算数														常勤換算数 平均		
		保有資格		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月						
		資格取得年月日		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当
介護職員	A	介護福祉士 平成17年4月20日		1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	4.700
〃	B	介護福祉士 平成24年5月15日		1		1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	
〃	C	介護福祉士 平成19年6月20日										0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	
〃	D			1		1		1		1		1		1		1		1		
〃	E			0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		
〃	F			0.666		0.666		0.666		0.666		0.666		0.666		0.666		0.666		
〃	G			0.333		0.333		0.333		0.333		0.333								
		① 訪問介護員又は介護職員の総数		4.7		4.7		4.7		4.7		5.1		4.9		4.9		4.9		4.9
		② ①のうち介護福祉士		1.0		1.0		2.0		2.0		2.0		2.5		2.5		2.5		2.5
		③ ①のうち介護福祉士、実務者研修・介護職員基礎研修(・1級課程)の修了者の総数																		

添付書類 資格を証明するものの写し (介護福祉士登録証、実務者研修修了証、(旧)介護職員基礎研修(旧)1級課程修了証)

備考1 全ての訪問介護員又は介護職員の状況を記載してください。

2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。

3 保有資格は、サービス種類により要。

【訪問介護・介護予防訪問介護】

介護福祉士、実務者研修修了者、(旧)介護職員基礎研修修了者、(旧)1級課程修了者

【訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護】

介護福祉士、実務者研修修了者、(旧)介護職員基礎研修修了者

【上記以外のサービス】

介護福祉士

4 ②・③については、いずれかに記載で構いません。

5 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右欄に○印をしてください。

(参考様式) 従業者常勤換算一覧表 (勤続3年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所)

サービス種類 ()
 事業所・施設名 ()
 開設(再開)年月日(平成 年 月 日)
 一覧表対象年度(平成 年度分) 加算算定年度(平成 年度)

職 種	氏 名	従業者の就業状況		各月常勤換算数																常勤換算数 平均						
		就業年月日		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月			12月		1月		2月	
		(退職年月日)		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		年 月 日																								
		(年 月 日)																								
		① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)																								
		② ①のうち勤続3年以上の者の総数 (常勤換算)																								

- 備考1 利用者にサービスを直接提供する職員全員の状況について記載してください。(看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに勤続3年以上である場合、換算数の右欄に○印をしてください。
 4 訪問リハビリテーション事業所(介護予防サービスを含む)は職種、氏名、就業年月日のみ記載してください。

(参考様式) 従業者常勤換算一覧表 (勤続3年以上サービス提供職員一定割合以上雇用事業所)

サービス種類 (通所介護・介護予防通所介護)
 事業所・施設名 (○○○○○○通所介護事業所)
 開設(再開)年月日 (平成17年 4月 日)
 一覧表対象年度 (平成24年度分) 加算算定年度 (平成25年度)

【通所介護の例】

職種	氏名	従業者の就業状況		各月常勤換算数																常勤換算数 平均						
		就業年月日		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月			12月		1月		2月	
		(退職年月日)		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当
生活相談員	イ	平成17年 4月 1日 (年 月 日)		1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	1	○	6.445
〃	ロ	平成17年 4月 1日 (年 月 日)		0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	0.666	○	
介護職員	ハ	平成17年 4月 1日 (平成24年 5月31日)		0.5	○	0.5	○																			
〃	ニ	平成21年12月 1日 (年 月 日)		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	
看護職員兼 機能訓練指導員	ホ	平成21年12月15日 (年 月 日)		1		1		1		1		1		1		1		1		1	○	1	○	1	○	
〃	ヘ	平成23年 4月 1日 (年 月 日)		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		
介護職員	ト	平成23年 4月 1日 (年 月 日)		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		
〃	チ	平成24年 4月 1日 (年 月 日)		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		
〃	リ	平成24年 6月 1日 (年 月 日)						0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		0.8		
		(年 月 日)																								
		① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)		6.2		6.2		6.5		6.5		6.5		6.5		6.5		6.5		6.5		6.5		6.5		
		② ①のうち勤続3年以上の者の総数 (常勤換算)		2.1		2.1		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		2.1		3.1		3.1		

- 備考1 利用者にサービスを直接提供する職員全員の状況について記載してください。(看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに勤続3年以上である場合、換算数の右欄に○印をしてください。
 4 訪問リハビリテーション事業所(介護予防サービスを含む)は職種、氏名、就業年月日のみ記載してください。

島根県知事 様

事業所・施設名

指定居宅サービス事業等による介護給付費の割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問介護	(例) 10%	(例) 毎日 午後2時から午後4時まで
訪問入浴介護		
通所介護		
短期入所生活介護		
特定施設入居者生活介護		
介護老人福祉施設		
介護予防訪問介護		
介護予防訪問入浴介護		
介護予防短期入所者生活介護		
介護予防特定施設入居者生活介護		

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日

平成 年 月 日