

|                 |   |  |  |  |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |
|-----------------|---|--|--|--|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|
| 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<br><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)<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所<br><input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所生活介護事業所<br><input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 短期入所療養介護事業所<br><input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所  |  |  |  |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |         |  |     |  |       |  |               |             |         |  |
| 4 歯科医療機関との連携の状況 | <div>1. 連携歯科医療機関</div> <table><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> <div>2. 連携歯科医療機関</div> <table><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> <div>3. 連携歯科医療機関</div> <table><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。

令和 年 月 日

(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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 7 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 8 介護老人保健施設<br><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><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <b>【参考】</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">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: 60%;">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> </div> | 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<br>※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。

(別紙13)

看取り連携体制加算に係る届出書  
(訪問入浴介護事業所、短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所)

|         |   |
|---------|---|
| 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                                   |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 訪問入浴介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 短期入所生活介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 小規模多機能型居宅介護事業所 |

| 看取り連携体制加算に係る届出内容 |   |  | 有                        | 無                        |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 訪問入浴介護           | ① | 訪問看護ステーション等との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて当該訪問看護ステーション等により訪問看護等が提供されるよう訪問入浴介護を行う日時を当該訪問看護ステーション等と調整している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ③ | 看取りに関する職員研修を行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ④ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 短期入所生活介護         | ① | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定している。かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保している。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ③ | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ④ | ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ⑤ | 短期入所生活介護事業所において看取りを行う際には、個室又は静養室を利用するなど、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ⑥ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 小規模多機能型居宅介護      | ① | 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定している。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ② | 看護師により24時間連絡できる体制を確保している。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ③ | 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ④ | ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ⑤ | 宿泊室等において看取りを行う場合に、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | ⑥ | 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 )<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 6 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)<br><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<br>状況              | ①に占める②の割合が80%以上                      | 有 ・ 無<br><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><br><br><br><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<br>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<br>総数 (常勤換算)  | 人   |   |
| サービスの質の<br>向上に資する<br>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<br>状況 | ①に占める②の割合が60%以上       | 有 ・ 無<br><br><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<br>状況 | ①に占める②の割合が50%以上               | 有 ・ 無<br><br><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<br>状況   | ①に占める②の割合が75%以上               | 有 ・ 無<br><br><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<br><br><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<br>(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。

(別紙21)

### 生活相談員配置等加算に係る届出書

|         |  |
|---------|--|
| 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                                      |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 |

| 生活相談員配置等加算に係る届出内容      |   |  | 有 ・ 無   |
|------------------------|---|--|---|
| 通所介護                   | ① | 共生型通所介護費を算定している。   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。           | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 地域密着型<br>通所介護          | ① | 共生型地域密着型通所介護費を算定している。  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (介護予防)<br>短期入所<br>生活介護 | ① | 共生型短期入所生活介護費を算定している。   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ② | 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|                        | ③ | 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。                                      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

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25)

看護体制加算に係る届出書  
(短期入所生活介護事業所)

|       |                                       |                                       |                               |  |  |  |
|-------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| 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 |  |  |  |
| 届出項目  | <input type="checkbox"/> 1 看護体制加算(Ⅰ)  | <input type="checkbox"/> 2 看護体制加算(Ⅱ)  |                               |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 3 看護体制加算(Ⅲ)イ | <input type="checkbox"/> 4 看護体制加算(Ⅲ)ロ |                               |  |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 5 看護体制加算(Ⅳ)イ | <input type="checkbox"/> 6 看護体制加算(Ⅳ)ロ |                               |  |  |  |

看護体制加算に係る届出内容

定員及び利用者数の状況

|    |   |      |   |
|----|---|------|---|
| 定員 | 人 | 利用者数 | 人 |
|----|---|------|---|

看護職員の状況

|                |      |   |
|----------------|------|---|
| 看護師            | 常勤   | 人 |
| 看護職員(看護師・准看護師) | 常勤換算 | 人 |

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |
|                    |       |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|--|

中重度者の受入状況

|   |  |
|---|--|
| [ <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月 ] における ([ ]はいずれかの□を■にする)<br>利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5の利用者の<br>占める割合が70%以上 | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
|---|--|

備考 看護体制について、体制を整備している場合について提出してください。

(別紙26)

**医療連携強化加算に係る届出書**  
(短期入所生活介護事業所)

|       |   |
|-------|---|
| 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 |

| 医療連携強化加算に係る届出内容 |   | 有 ・ 無   |
|-----------------|---|---|
| ①               | 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している。  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ②               | 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っている。   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ③               | 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ④               | 主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変時の医療提供の方針について、利用者から同意を得ている。また当該同意を文書で記録している。  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑤               | 同加算を算定する利用者は、以下のいずれかに該当する者である。<br>イ 喀痰吸引を実施している状態<br>ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態<br>ハ 中心静脈注射を実施している状態<br>ニ 人工腎臓を実施している状態<br>ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態<br>ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態<br>ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態<br>チ 褥瘡に対する治療を実施している状態<br>リ 気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| ⑥               | 在宅中重度受入加算を算定していない。  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

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。

テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書

|       |  |                               |                               |
|-------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 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 介護老人福祉施設      |                               |                               |
|       | <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設 |                               |                               |
|       | <input type="checkbox"/> 3 短期入所生活介護      |                               |                               |

以下について、該当する届出項目における必要事項を記載すること。

配置要件① 最低基準に加えて配置する人員が「0.9人配置」

|   |  |     |  |       |  |     |
|---|--|-----|--|-------|--|-----|
| <p>① 入所（利用）者数</p> <div></div> 人   |  |     |  |       |  |     |
| <p>② 見守り機器を導入して見守りをを行っている対象者数</p> <div></div> 人   |  |     |  |       |  |     |
| <p>③ ①に占める②の割合</p> <div></div> % → 10%以上  |  |     |  |       |  |     |
| <p>④ 導入機器</p> <table><tr><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>製造事業者</td><td></td></tr><tr><td>用 途</td><td></td></tr></table> |  | 名 称 |  | 製造事業者 |  | 用 途 |
| 名 称   |  |     |  |       |  |     |
| 製造事業者   |  |     |  |       |  |     |
| 用 途   |  |     |  |       |  |     |
| <p>⑤ 導入機器の継続的な使用（9週間以上）</p>   | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |     |  |       |  |     |
| <p>⑥ 導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会における、ヒヤリハット・介護事故が減少していることの確認、必要な分析・検討等</p>   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>          |     |  |       |  |     |

配置要件② 最低基準に加えて配置する人員が「0.6人配置」

|  |  |  |       |  |     |  |  |
|--|--|--|-------|--|-----|--|--|
| <p>① 入所（利用）者全員に見守り機器を使用</p>  | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>   |  |       |  |     |  |  |
| <p>② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用</p>   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>  |  |       |  |     |  |  |
| <p>③ 導入機器</p> <table><tr><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>製造事業者</td><td></td></tr><tr><td>用 途</td><td></td></tr></table>  | 名 称  |  | 製造事業者 |  | 用 途 |  |  |
| 名 称  |  |  |       |  |     |  |  |
| 製造事業者  |  |  |       |  |     |  |  |
| 用 途  |  |  |       |  |     |  |  |
| <p>④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施</p> <p>i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会の設置</p> <p>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</p> <p>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）</p> <p>iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施</p> <p>v 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施</p> | 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |  |       |  |     |  |  |
| <p>⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認</p>   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>  |  |       |  |     |  |  |

備考1 配置要件②については、要件を満たすことが分かる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2 配置要件②の④ i の委員会には、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

備考3 テクノロジーを導入した場合の介護老人福祉施設の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合は、当該加算の配置要件②の「0.6人配置」を「0.8人配置」に読み替えるものとする。



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。