

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 <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: 80%; padding: 2px 5px;">① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px 5px;">人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">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; padding: 2px 5px;">人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">%</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: 80%; padding: 2px 5px;">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: 20%; text-align: center; padding: 2px 5px;">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																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 【参考】 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">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%; padding: 2px 5px;">研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">20人未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">1 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">20以上30未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">2 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">30以上40未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">3 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">40以上50未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">4 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">50以上60未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">5 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">60以上70未満</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">6 以上</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">～</td><td style="text-align: center; padding: 2px 5px;">～</td></tr> </tbody> </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"/>																

※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"/> 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) <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。

(別紙25－2)

看護体制加算に係る届出書

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

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員		人	入所者数		人
----	--	---	------	--	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	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
☐ ・ ☐

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 <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 <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 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <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。

(別紙34)

看取り介護体制に係る届出書

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

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	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

	有 ・ 無
① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
③ 医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑥ 配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑦ 「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"/>

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。

日常生活継続支援加算に関する届出書
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

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		
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）		

5 入所者の 状況及び介護 福祉士の状況	入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を 記載した場合は⑤を必ず記載すること。)			有 ・ 無		
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総 数	人	→ ①に占める② の割合が 70%以上 → ①に占める③ の割合が 65%以上 → ④に占める⑤ の割合が 15%以上	□ ・ □ □ ・ □ □ ・ □	
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が 要介護4又は要介護5の者の数	人			
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度が ランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人			
	④	入所者総数	人			
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施 行規則第1条各号に掲げる行為を必要と する者の数	人			
	介護福祉士の割合			→ 介護福祉士 数：入所者数 が1：6以上	□ ・ □	
介護福祉士数	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、速やかに提出してください。

備考2 ①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

テクノロジーの導入による日常生活継続支援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	
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）	

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。)			有	・	無		
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人					
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	④	入所者総数	人					
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
	介護福祉士の割合							
	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：7以上	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>	
6 テクノロジーの使用状況	以下の①から④の取組をすべて実施していること。					有	・	無
	① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下のⅰ～ⅲの項目の機器を使用							
	ⅰ 入所者全員に見守り機器を使用					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	ⅱ 職員全員がインカムを使用					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	ⅲ 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	ⅳ 移乗支援機器を使用					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	(導入機器)							
	名 称							
	製造事業者							
	用 途							
	② 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							
	ⅰ 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を設置					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	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					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	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）					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	ⅳ 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	③ ②の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					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
	④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施					<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>

備考1 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 5①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載すること。

備考3 6②ⅰの委員会には、介護福祉士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。

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</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> <p>（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</p>			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	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																								
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。

(別紙39)

配置医師緊急時対応加算に係る届出書

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	

配置医師緊急時対応加算に関する届出内容

配置医師名

連携する協力医療機関

協力医療機関名	医療機関コード					

	有	・	無
① 看護体制加算（Ⅱ）を算定している。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
② 入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされている。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
③ 複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
④ ②及び③の内容について届出を行っている。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>

備考1 配置医師については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002）別紙様式「特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について」に記載された配置医師を記載してください。

備考2 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。

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。