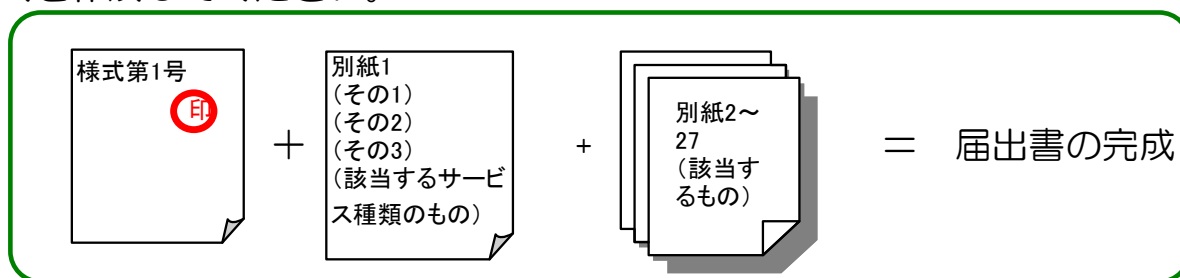


## 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 【届出様式①】

平成22年4月改定版 【記載例】



- このファイルは、平成22年4月以降に新体系サービスを実施する事業所が使用する「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の様式集です。
- 各様式の役割  
「様式第1号」…届出書の表紙となるものです。提出の際は必ず作成してください。  
「別紙1（その1）、（その2）、（その3）」…届出内容の総括表となるものです。提出の際は、サービス種類に合ったものを必ず作成してください。  
「別紙2～別紙27」…各加算、体制等の算定要件を満たしていることを示していただくものです。提出の際は該当する様式を作成してください。



Ver1.0

※この届出様式は平成23年1月現在のものであり、今後変更する可能性があります。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 新規の事業所指定申請時に必要な書類一覧

書類の提出時期	提出書類(書類略称)	訪問系・相談支援	療養介護	生活介護	児童デイ	短期入所	共同生活援助(GH)	共同生活介護(CH)	施設入所支援	自立訓練(機能)	自立訓練(生活)	就労移行	就労継続A	就労継続B
届出様式①	様式第1号(体制届出書)	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その1)(一覧表・介護・相談)	▲	◎	◎	◎	◎			◎					
	別紙1(その2)(一覧表・訓練)									◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その3)(一覧表・GH・CH)						◎	◎						
	別紙2(勤務表)	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-1(重度障害者割合・療養)		◎											
	別紙3-2(人員基準確認・生介)			◎										
	別紙3-3(人員基準確認・生介・児デ以外)									◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-4(人員基準確認・児デ)				◎									
	別紙3-5(未就学児割合)				◎									
	別紙3-6(人員基準確認・入所)								◎					
	別紙3-7(人員基準確認・GH・CH)						◎	◎						
	別紙4-1(特定事業所・HH)	▲												
	別紙4-2(特定事業所・重訪)	▲												
	別紙4-3(特定事業所・行動)	▲												
	別紙4-4(特定事業所・相談)	▲												

※ファイル容量が大きいため、以下別ファイルになっています。本ファイルには様式第1号から別紙4-4までが掲載されています。(別紙5から別紙27については届出様式②をダウンロードして下さい。)

届出様式②	別紙5(原則日数)			▲						▲	▲	▲	▲	▲
	別紙6(食事提供体制)			▲		▲				▲	▲	▲	▲	▲
	別紙7(福祉専門職員)		▲	▲	▲		▲	▲		▲	▲	▲	▲	▲
	別紙8(リハビリ)			▲							▲			
	別紙9(視覚聴覚言語)			▲						▲	▲	▲	▲	▲
	別紙10(栄養士・栄養マネジメント・療養食)					▲			▲					
	別紙11(夜間看護)								▲					
	別紙12(重度障害者・入所)								▲					
	別紙13(徴収額)								◎					
	別紙14(視覚障害機能訓練専門員)									▲				
	別紙15(地域移行支援体制強化・通勤者)										▲			
	別紙16-1(地域生活個別・入所)								▲					
	別紙16-2(地域生活個別・GHCH・自立)						▲	▲			▲			
	別紙17(就労支援関係研修)											▲		
	別紙18(短期滞在・退院支援)										▲			
	別紙19-1(就労移行・就労移行支援)											▲		
	別紙19-2(就労移行・就労継続AB)												▲	▲
	別紙20(重度者・就労継続AB)												▲	▲
	別紙21(目標工賃)													◎
	別紙22(目標工賃達成指導員)													▲
	別紙23(A型減免)												▲	
	別紙24(ケアホームの状況・重度障害者)							▲						
	別紙25(自立生活支援)						▲	▲						
	別紙26(夜間支援体制)							▲						
	別紙27(夜間防災体制)						▲							

書類の提出時期	提出書類(書類略称)	旧身体入所更生	旧身体通所更生	旧身体入所療養	旧身体通所療養	旧身体入所授産	旧身体通所授産	旧知の入所更生	旧知の通所更生	旧知の入所授産	旧知の通所授産	旧知の通勤寮
該当時	様式第1号(体制届出書)	▲	▲	▲	▲	▲		▲		▲		
	別紙8(リハビリ)	▲	▲	▲	▲							
	別紙10(栄養士・栄養マネジメント・療養食)	▲		▲		▲		▲		▲		

※訪問系…居宅介護、重度訪問介護、行動援護を指しています。  
 ※重度障害者等包括支援は介護給付算定に係る体制等に関する届出書の提出の必要はありません。  
 ※旧法指定施設で、従来の他の加算については、再提出の必要はありません。

凡例
◎ 必ず提出
▲ 該当時提出

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

【平成22年4月適用版】

申請する日付を記載してください

平成 23 年 3 月 15 日

神奈川県知事 殿

法人印を押印してください。

届出者 所在地 横浜市中区日本大通 1

(法人)事業者名 社会福祉法人かながわ福祉会

代表者名 かながわ太郎

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。( 新規 ・ 変更 )

届出者 (法人)	フリガナ	シャカイフクシホウジン カナガワフクシカイ			
	名称	社会福祉法人 かながわ福祉会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 231 - 8588 ) 神奈川県 横浜 区市 中区日本大通 1			
	連絡先	電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-201-2051
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	かながわ太郎
事業所・施設 の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 231 - 8588 ) 神奈川県 横浜 区市 中区日本大通 1 分庁舎1階			
	事業所番号		サービス種類	2 2 3 2	生活介護 施設入所支援
	事業所名	障害者支援施設 かながわ福祉会			
	連絡先	電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-201-2051
	管理者の職・氏名	職名	管理者	氏名	よこはま次郎
変更 の概要	変更前	変更後			
	指定を受けようとする日付を記載してください	指定年月日	平成 23 年 4 月 1 日		
		変更年月日	平成 年 月 日		
		終了年月日	平成 年 月 日		
		平成23年4月 新規指定			

注 1 届出書類はサービス種類ごとに提出してください。ただし、共同生活援助・共同生活介護の重複指定の場合は一つの届出書類を作成し提出してください。

## 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

当該事業所の地域区分	1 特別区	2 特甲地	3 甲地	4 乙地	5 丙地
------------	-------	-------	------	------	------

提供サービス		定員	定員規模	施設区分 ・ サービス費	該当する体制等					適用開始日								
居宅介護	重度訪問介護	行動援護	療養介護	生活介護	児童デイサービス	短期入所	施設入所支援	相談支援	特定事業所加算	1	なし	2	I	3	Ⅱ	4	Ⅲ	
									特定事業所加算	1	なし	2	I	3	Ⅱ	4	Ⅲ	
									特定事業所加算	1	なし	2	I	3	Ⅱ	4	Ⅲ	
			1 40人以下 2 41人～60人以下 3 61人～上80人以下 4 81人以上	1 サービス費（Ⅰ） 2 サービス費（Ⅱ） 3 サービス費（Ⅲ） 4 サービス費（Ⅳ） 5 サービス費（Ⅴ）	職員欠如減算		1	なし	2	あり								
					定員超過減算		1	なし	2	あり								
					福祉専門職員配置等加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）								
		65人	1 20人以下 2 21人～40人 3 41人～60人 4 61人～80人 5 81人以上		職員欠如減算		1	なし	2	あり								
					定員超過減算		1	なし	2	あり								
					福祉専門職員配置等加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）		2010・4・1						
					食事提供体制加算		1	なし	2	あり		2010・4・1						
					視覚・聴覚言語障害者支援体制加算		1	なし	2	あり								
					リハビリテーション加算		1	なし	2	あり								
					人員配置体制加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）	4（Ⅲ）	2010・4・1						
					職員欠如減算		1	なし	2	あり								
					定員超過減算		1	なし	2	あり								
					福祉専門職員配置等加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）								
					経過的給付		1	なし	2	あり								
					送迎加算		1	なし	2	あり								
					指導員配置加算		1	なし	2	あり								
					職員欠如減算		1	なし	2	あり								
					定員超過減算		1	なし	2	あり								
					福祉専門職員配置等加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）								
					食事提供体制加算		1	なし	2	あり								
					栄養士配置加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅱ）								
					夜勤職員欠如		1	なし	2	あり								
					定員超過減算		1	なし	2	あり								
					栄養士配置加算		1	なし	2（Ⅰ）	3（Ⅲ）		2010・4・1						
					栄養マネジメント加算		1	なし	2	あり								
					夜間看護体制加算		1	なし	2	あり								
					夜勤職員配置体制加算		1	なし	2	あり		2010・4・1						
					重度障害者支援体制加算（Ⅰ・基本）		1	なし	2	あり								
					重度障害者支援体制加算（Ⅰ・重度）		1	なし	2	あり								
					重度障害者支援体制加算（Ⅱ）		1	なし	2	あり		2010・4・1						
					特別事業所加算		1	なし	3	あり								

注1 「共同生活援助」と「共同生活介護」は「(別紙1)その3」を使用してください。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

当該事業所の地域区分	1 特別区	2 特甲地	3 甲地	4 乙地	5 丙地
------------	-------	-------	------	------	------

提供サービス		定員	定員規模	施設区分 ・ サービス費	該当する体制等			適用開始日
訓練等 給付	自立訓練		1 20人以下 2 21人～40人 3 41人～60人 4 61人～80人 5 81人以上	1 機能訓練 2 生活訓練 3 生活訓練（宿泊型）	職員欠如減算	1 なし 2 あり		
					定員超過減算	1 なし 2 あり		
					福祉専門職員配置等加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					標準期間超過減算	1 なし 2 あり		
					食事提供体制加算	1 なし 2 あり		
					視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	1 なし 2 あり		
					訪問訓練	1 なし 2 あり		
					視覚障害機能訓練専門員の配置	1 なし 2 あり		
					リハビリテーション加算	1 なし 2 あり		
					短期滞在加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					精神障害者退院支援施設加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					地域移行支援体制強化加算	1 なし 2 あり		
					通勤者生活支援	1 なし 2 あり		
					地域生活移行個別支援加算	1 なし 2 あり		
	就労移行支援		1 20人以下 2 21人～40人 3 41人～60人 4 61人～80人 5 81人以上	1 一般型 2 養成型	職員欠如減算	1 なし 2 あり		
					定員超過減算	1 なし 2 あり		
					福祉専門職員配置等加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					標準期間超過減算	1 なし 2 あり		
					食事提供体制加算	1 なし 2 あり		
					就労移行支援体制加算	1 なし 2 定着率5～15%未満 3 15～25%未満 4 25～35%未満 5 35～45%未満 6 45%以上		
					視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	1 なし 2 あり		
					精神障害者退院支援施設加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					就労支援関係研修修了加算	1 なし 2 あり		
	就労継続支援		1 20人以下 2 21人～40人 3 41人～60人 4 61人～80人 5 81人以上	1 A型 ① サービス費（Ⅰ） ② サービス費（Ⅱ） 2 B型 ① サービス費（Ⅰ） ② サービス費（Ⅱ）	職員欠如減算	1 なし 2 あり		
					定員超過減算	1 なし 2 あり		
					福祉専門職員配置等加算	1 なし 2（Ⅰ） 3（Ⅱ）		
					食事提供体制加算	1 なし 2 あり		
					重度者支援体制加算	1 なし 2 あり		
					視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	1 なし 2 あり		
					就労移行支援体制加算	1 なし 2 あり		
					就労継続A型利用者負担減免	1 なし 2 減額（ 円） 3 免除		
					目標工賃達成加算	1 なし 2 Ⅰ 3 Ⅱ		
					目標工賃達成指導員配置加算	1 なし 2 あり		

注 1 「共同生活援助」と「共同生活介護」は「（別紙 1）その 3」を使用してください。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（その3）

事業所全体の状況

サービス	加算等		該当の可否
GH・CH共通	福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)	○
		(Ⅱ)	
	自立生活支援体制加算の有無		
	職員欠如減算の有無		
	地域生活移行個別支援特別加算の有無		
経過の居宅介護利用型の別			
CH	世話人等配置基準	4:1	○
		5:1	
		6:1	
		10:1	
GH	世話人等配置基準	4:1	○
		5:1	
		6:1	
		10:1	

当該事業所の地域区分

1特別区 2特甲地 3甲地 4乙地 5丙地

加算の該当する欄に「○」を記入してください。

住居ごとの状況

提供サービス	共同生活住居		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	適用開始日	
	名称		かながわ福祉ホーム1	かながわ福祉ホーム2	かながわ福祉ホーム3	かながわ福祉ホーム4	かながわ福祉ホーム5							
	CH・GH合計定員		6人	5人	4人	4人	4人	人	人	人	人	人		
	CHの定員		3人	3人	1人	2人	3人	人	人	人	人	人		
GHの定員		3人	2人	3人	2人	1人	人	人	人	人	人	人		
GH・CH共通	平成18年9月30日以前から設置		○											
	大規模住居減算について	該当の別												
		定員	8人以上											
		21人以上												
CH	重度障害者支援体制加算の有無													
	夜間支援体制加算について	実施の有無	○	○	×	○	○							
		1人の夜間支援者が支援する対象者の合計	4人以下	○	○									
			5人				○	○						
			6人											
			7人											
			8～10人											
			11～13人											
			14～16人											
			17～20人											
21～30人														
GH	夜間防災体制加算について	実施の有無	○	○	×	×	×							
		4人以下	○	○										
		5人												
		6人												
		7人												
		8～30人												

夜間支援を行わない場合は「×」を記載

夜間支援の対象となるケアホームの利用者の人数に「○」をつけます。

一人の夜間支援者が複数の共同生活住居の支援を行う場合は対象利用者を合算した人数に「○」をつけます。

GHの住居定員で「○」を記載します。

注1 事業所ごとに作成し提出してください。

注2 「地域区分」欄には、①特別区、②特甲地、③甲地、④乙地、⑤丙地のいずれか該当する区分を○で囲んでください。

注3 共同生活住居が10ヶ所以上ある場合は別業にしてください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	かながわ事業所
サービス種類	居宅介護

管理者・サービス管理責任者の勤務時間数は、  
常勤換算後の人数に含めることはできません。

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	
			日付	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
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				日
			開所日	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○					
サービス提供責任者	常勤	〇〇 太郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		
ヘルパー	常勤	△△ 花子	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		
ヘルパー	非常勤	□□ 良子	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0		
ヘルパー	非常勤	☆☆ 一郎	3		3		3			3		3		3			3		3		3			3		3		3			36	9.0		
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
																														0	0.0			
合計																														436	109.0	2.7		
			当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数																												40			

全員分の週平均の勤務時間を合計し、法人の就業規則で定められた常勤職員が1週間に勤務すべき時間数（この例は40。32時間を下回る場合は32を基本とします）で割り、小数点第2位以下を切り捨てます。  
109÷40＝2.75→常勤換算後の人数は2.7

事業所において規定している時間数を記載してください。

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。  
注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。  
注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

重度障害者割合等算出シート（療養介護）

平成 23 年 4 月の状況

平成22年4月以降の状況  
を示す任意の一月の内容  
を記載してください。

法人名	社会福祉法人かながわ福祉会							事業所名			療養介護事業部												定員	50		サービス提供単位				1		
日付	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	計
曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	
開所日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
区分5の利用者数	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	1054人日
区分6の利用者数	12		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	372人日
経過措置利用者数																																人日
総利用者数 (経過措置利用者除く)	46	46		46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	1426人日

\* 色のついたセルに必要事項を記載してください。

開所した日に ○ を記載してください。

(参考)  
療養介護における経過措置利用者  
・障害程度区分4以下の利用者  
・障害程度区分非該当の利用者

①開所日数	30日
②区分6の延べ利用者数	372人日
③総延べ利用者数	1426人日

(参考) 今月の状況

平均実利用者数	47.5人
区分6の割合	26%



●人員基準適合確認シート（生活介護）  
（兼 人員配置体制加算確認シート）

（生活介護）

平成 23 年4月 ～ 平成 24 年3月の利用状況

報酬算定上の定員（多機能の場合は、他のサービスの定員の総数）を記載してください。

該当する場合は必ずチェックのこと。

※色つきセルのみ入力のこと

事業所 かながわ事業所	法人名称	社会福祉法人 かながわ福祉会			単位番号	1	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者支援施設の昼間実施サービスとして行う生活介護の場合は左の口にチェック	
	定員	50	報酬算定上の定員	50	常勤換算後の職員数 ※1	10.1		

平成23年4月から24年3月までの見込を記載してください。新規指定申請時に、定員と見込で大幅に乖離する可能性がある場合は、事前に相談してください。

※1 任意の月の生活支援員、看護職員、理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員の常勤換算後の員数を入力すること。

各月の状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	12ヶ月間
①開所日数	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	240 日
②区分2の総延べ利用者数 ※2	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日
③区分3の総延べ利用者数 ※3	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	400 人日	4800 人日
④区分4の総延べ利用者数	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	150 人日	1800 人日
⑤区分5の総延べ利用者数	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	2160 人日
⑥区分6の総延べ利用者数	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	250 人日	3000 人日
⑦経過措置利用者数	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日
⑧ ②から④および⑦のうち 強度行動障害の利用者数	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	40 人日	480 人日
⑨経過措置利用者を除く利用者数	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	11760 人日
⑩全利用者数	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	980 人日	11760 人日

※2 施設入所者以外の者で50歳未満の者および施設入所者は除く

※3 施設入所者で50歳未満の者を除く

（参考）  
生活介護における経過措置利用者  
・施設入所者のうち、障害程度区分非該当の者、区分1・2の者、50歳未満で区分3の利用者  
・施設入所者以外の者のうち、障害程度区分非該当の者、区分1の者、50歳未満で区分2の利用者

(1) 開所日数	240日	(7) 指定基準上の必要職員数	9.8
(2) 利用者の数	49.人	(8) 常勤換算後の職員数	10.1
(3) 平均障害程度区分	4.3	(9) 指定基準への適合	適合
(5) 区分5・6の利用者および区分5・6以外で強度行動障害の利用者の割合	48%	(10) 職員の配置割合 (職員1人に対する利用者数)	4.9
(6) 指定基準上の職員配置割合	5:1	(11) 人員配置体制加算	非該当

人員基準適合確認シート（自立訓練、就労移行支援、就労継続支援）

平成 23 年4月 ～ 平成 24 年3月の利用状況

事業所名称		法人名称	社会福祉法人 かながわ福祉会		サービスの種類	就労継続支援B型		
平成23年4月から24年3月までの見込を記載してください。新規指定申請時に、定員と見込で大幅に乖離する可能性がある		定員	40	報酬算定上の定員	40	常勤換算後の職員数※1	4.5	(就労移行支援のみ) 常勤換算後の就労支援員の数

報酬算定上の定員(多機能の場合は、他のサービスの定員の総数)を記載してください。

ブルダウンから選択してください。

※色つきのセルのみ入力すること

各月の状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	12ヶ月間
①開所日数	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	20 日	240 日
②総延べ利用者数	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	600 人日	7200 人日

(1) 開所日数	240日	(5) 指定基準上の必要職員数	3.0
(2) 利用者の数	30.0	(6) 常勤換算後の職員配置	4.5
(3) サービスの種類	就労継続支援B型	(7) 指定基準への適合	該当
(4) 指定基準上の必要職員配置割合	10 : 1	就労継続支援B型サービス費(Ⅰ)(7.5:1)に該当	

人員基準適合確認シート（児童デイサービス）

（兼 指導員加配加算確認シート）

事業所名	児童デイサービス事業部
サービス種類	児童デイサービス
サービス提供単位番号	1

単位が複数ある場合は、単位ごとにこのシートを作成します。

サービス提供をしている時間数を記載してください。  
例  
9:00～13:00までサービス提供している児童デイサービスは、4時間なので「4」と記載します。

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
			開所日	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○		
			提供時間数	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4		
			障害児の数	10	10	10	10	10			10	10	10	10	10			10	10	10	10	10			10	10	10	10	10		
1	保育士	①常勤・専従	平塚 ひらこ	○		○				○		○				○		○					○		○						
2	指導員	①常勤・専従	鎌倉 かまお	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○			○	○	○	○	○				
3	指導員	③非常勤・専従	横須賀 よこ		○		○	○			○		○	○			○		○	○				○		○	○				
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
合計				2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0
指定基準上の必要職員				2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2		
人員基準の適合				適	適	適	適	適			適	適	適	適	適			適	適	適	適	適			適	適	適	適	適		
これより下は、指定基準より多く配置している職員のサービス提供時間中の勤務時間数を記載してください。																															
1	保育士	③非常勤・専従	あつぎ 厚子	4	2		2	4			4	2		2	4			4	2		2	4			4	2		2	4		
2	保育士	③非常勤・専従	はだの 泰		2	4	2					2	4	2					2	4	2					2	4	2			
3																															
4																															
5																															
指導員等の加配				有	有	有	有	有			有	有	有	有	有			有	有	有	有	有			有	有	有	有	有		

職員がいる日に「○」を記載してください。

勤務時間で記載してください。

注1 複数のサービス提供単位がある場合には、単位ごとに作成してください。

注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、勤務した日に「○」を記入してください。

注3 「障害児の数」欄は、当該開所日に当該児童デイサービスの単位において受け入れる障害児の数を記入してください。

指定基準上の人員基準への適合状況	適合
指導員加配加算への適合状況①	適合

## 未就学児の割合 算出シート

※色つきのセルのみ入力

事業所名	児童デイ事業部
------	---------

ア 当該年度の前年度10月に、指定児童デイサービス事業所としてサービス提供実績のある事業所

イ 新規に児童デイサービス事業所として指定を受ける事業所

指定申請時の1ヶ月間の総延べ利用者数の推計値を記載してください。

	総延べ利用者数	未就学児の総延べ利用者数	未就学児の割合
全体	523	280	54%
単位①	345	258	75%
単位②	183	22	12%
単位③			#DIV/0!
単位④			#DIV/0!
単位⑤			#DIV/0!
単位⑥			#DIV/0!
単位⑦			#DIV/0!
単位⑧			#DIV/0!
単位⑨			#DIV/0!
単位⑩			#DIV/0!

## 職員の配置状況

サービス管理責任者	<del>配置(常勤かつ専任)</del> ・ 配置(非常勤) ・ 未配置
障害児:指導員又は保育士の割合 10:2以上	配置 ・ 未配置
指導員又は保育士のうち、1人以上は常勤である	適 ・ 不適

備考1 ア、イいずれかに○をつけること。

2 アの場合は、当該年度の前年度10月(1ヶ月間)の実績を記載すること。

3 イの場合は、指定申請時の登録者の状況に基づく1ヶ月間の総延べ利用者数の推計値を記載すること。

4 単位が複数ある場合は単位ごとの実績(イにあつては推計値)も記載すること。

●人員基準適合確認シート（施設入所支援）  
（兼 夜勤職員配置体制加算確認シート）

（施設入所）

平成 23 年4月～平成 24 年3月の利用状況

※色つきのセルのみ入力のこと

事業所名称	かながわ事業所	法人名称	かながわ福祉会					
00000000	定員	120	単位番号		夜間の職員体制 (夜勤・宿直の別と配置数)	<input checked="" type="radio"/> 夜勤 <input type="radio"/> 宿直	2	人

平成23年4月から24年3月までの見込を記載してください。新規指定申請時に、定員と見込で大幅に乖離する可能性がある場合は、事前に相談してください。

複数の単位がある場合、単位ごとに提出してください

各月の状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	12ヶ月間
①サービス提供日数	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	28 日	31 日	365 日
②昼間生活介護を利用する者の総延べ数	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	2160 人日
③生活介護以外の昼間実施サービス 利用者の総延べ数	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	人日	0 人日
④全利用者の総延べ数	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	180 人日	2160 人日

開所日数	365 日	指定基準の適合	適合
利用者の数	5.9 人	夜勤職員配置体制加算の算定に必要な夜間の職員数	夜勤 2 人
夜間の職員体制	夜勤 2 人	夜勤職員配置体制加算	該当
指定基準上必要な夜間の職員体	夜勤 1 人		

●人員基準適合確認シート（共同生活介護・共同生活援助）  
（兼 サービス費区分確認シート）

(GH・CH)

平成 23 年4月 ～ 平成 24 年3月の利用状況

事業所名称	かながわ事業所	法人名称	かながわ福祉会	常勤換算後の 世話人の数	6.8
事業の実施形態		共同生活介護と共同生活援助を一体的に実施		常勤換算後の 生活支援員の数	2.3

平成23年4月から24年3月までの見込を記載してください。新規指定申請時に、定員と見込で大幅に乖離する可能性がある場合は、事前に相談してください。

プルダウンで実施形態を選択してください。

各月の状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	12ヶ月間
①サービス提供日数	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	28 日	31 日	365 日
②障害程度区分非該当または区分1の総延べ利用者数	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	56 人日	62 人日	730 人日
②区分2の総延べ利用者数	90 人日	93 人日	90 人日	93 人日	93 人日	90 人日	93 人日	90 人日	93 人日	93 人日	84 人日	93 人日	1095 人日
③区分3の総延べ利用者数	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	56 人日	62 人日	730 人日
④区分4の総延べ利用者数	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	56 人日	62 人日	730 人日
⑤区分5の総延べ利用者数	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	60 人日	62 人日	60 人日	62 人日	62 人日	56 人日	62 人日	730 人日
⑥区分6の総延べ利用者数	30 人日	31 人日	30 人日	31 人日	31 人日	30 人日	31 人日	30 人日	31 人日	31 人日	28 人日	31 人日	365 人日
⑩全利用者数	360 人日	372 人日	360 人日	372 人日	372 人日	360 人日	372 人日	360 人日	372 人日	372 人日	336 人日	372 人日	4380 人日

(1) 利用者の数	12.0	(6) 指定基準上の必要世話人数	2.0
(2) 区分3の利用者の数	2.0	(7) 常勤換算後の世話人数	6.8
(3) 区分4の利用者の数	2.0	(8) 指定基準上の必要生活支援員数	1.4
(4) 区分5の利用者の数	2.0	(9) 常勤換算後の生活支援員数	2.3
(5) 区分6の利用者の数	1.0	(10)指定基準への適合	適合
サービス費の区分		CH	共同生活介護サービス費(Ⅰ)(4:1)
		GH	共同生活援助サービス費(Ⅰ)(4:1)

## 特定事業所加算に係る体制等の状況（居宅介護事業所）

※色つきのセルのみ入力

事業所名		居宅介護事業部													
体制要件	① 個別の居宅介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	●有 ○無													
	② 居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。	●有 ○無													
	③ サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。	●有 ○無													
	④ 居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	●有 ○無													
	⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。	●有 ○無													
	⑥ 新規に採用したすべての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。	●有 ○無													
人材要件	①居宅介護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載すること で可。														
		常勤換算 職員数	サービス 提供時間												
	(1) 居宅介護従業者の総数	2.5 人	400 時間	必ず常勤換算で記載してください。											
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	1.5 人		→(1)に占める(2)の割合が30%以上 ○											
	(3) (1)のうち介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→(1)に占める(3)の割合が50%以上											
(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→(1)に占める(4)の割合が40%以上												
対応要件	②サービス提供責任者に関する要件について すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である														
	従業者数 2.5 人    月延べサービス提供時間 400 時間    配置すべきサービス提供責任者の数 1 人 (常勤換算ではなく総数で記載)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>職員数</th> <th>常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>							職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人		非常勤	人
		職員数	常勤換算職員数												
サービス提供責任者	常勤	人													
	非常勤	人	人												
重度障害者	前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害程度区分5以上である者の占める割合が30%以上				●有 ○無										

加算要件該当／非該当

特定事業所加算（Ⅱ）該当

備考 ①「移動区分」については、該当する番号に○を付してください。

② ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等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（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。）に達していることをいいます。

③ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に該当する場合は、併せて勤務表を提出してください。

上記の届出内容は、事実と相違ありません。

また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

法人名

法人代表者職・氏名

印

特定事業所加算に該当する場合は必ず署名・捺印してください。

## 特定事業所加算に係る体制等の状況（重度訪問介護事業所）

※色つきのセルのみ入力

事業所名													
体制要件	① 個別の重度訪問介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	② 重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じ	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	③ サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を通知している。（変更があった場合を含む。）	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	④ 重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	⑥ 新規に採用したすべての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
	⑦ 重度訪問介護従業者の24時間派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無										
人材要件	① 重度訪問介護従業者に関する要件について 下表の（１）については必ず記載すること。（２）（３）（４）についてはいずれかを記載すること可。												
		常勤換算職員数	サービス提供時間	必ず常勤換算で記載してください。									
	(1) 重度訪問介護従業者の総数	人	時間										
	(2) (1) のうち介護福祉士の総数	人	→ (1)に占める(2)の割合が30%以上										
	(3) (1) のうち介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人	→ (1)に占める(3)の割合が50%以上										
	(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数	時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上										
	② サービス提供責任者に関する要件について ※ ア又はイについては、いずれかを記載すること。下表については、必ず記載すること。												
	ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である			<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無									
	イ 平成24年3月31日までの間は、サービス提供責任者の総数のうち、3,000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有するサービス提供責任者の占める割合が50%以上			<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無									
	<table border="1"> <tr> <td>従業者数</td> <td>月延べ重度訪問介護サービス提供時間</td> <td>重度訪問介護利用者数</td> <td>配置すべきサービス提供責任者の数</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>時間</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			従業者数	月延べ重度訪問介護サービス提供時間	重度訪問介護利用者数	配置すべきサービス提供責任者の数	人	時間	人	人		
従業者数	月延べ重度訪問介護サービス提供時間	重度訪問介護利用者数	配置すべきサービス提供責任者の数										
人	時間	人	人										
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">サービス提供責任者</td> <td>総数</td> <td>職員数</td> <td>常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td>常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			サービス提供責任者	総数	職員数	常勤換算職員数	常勤	人	人	非常勤	人	人	
サービス提供責任者	総数	職員数		常勤換算職員数									
	常勤	人		人									
	非常勤	人	人										
重度障害者対応要件	前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害程度区分5以上である者の占める割合が50%以上			<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無									
加算要件該当／非該当													

備考 ① ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等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（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。）に達していることをいいます。

② 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に該当する場合は、併せて勤務表を提出してください。

上記の届出内容は、事実と相違ありません。

また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

法人名

法人代表者職・氏名

印

特定事業所加算に該当する場合は必ず署名・捺印してください。



## 特定事業所加算に係る体制等の状況（行動援護事業所）

※色つきのセルのみ入力

事業所名															
体制要件	① 個別の行動援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	○有 ●無													
	② 行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。	○有 ●無													
	③ サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。	○有 ●無													
	④ 行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	○有 ●無													
	⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。	○有 ●無													
	⑥ 新規に採用したすべての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。	○有 ●無													
人材要件	①行動援護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載すること。 必ず常勤換算で記載してください。														
		常勤換算職員数	サービス提供時間												
	(1) 行動援護従業者の総数		時間												
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数			→ (1)に占める(2)の割合が30%以上											
	(3) (1)のうち介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数			→ (1)に占める(3)の割合が50%以上											
	(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上											
	②サービス提供責任者に関する要件について														
	すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である														
	従業者数 人 月延べサービス提供時間 時間 配置すべきサービス提供責任者の数 人 (常勤換算ではなく総数で記載)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>職員数</th> <th>常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤			非常勤	
		職員数	常勤換算職員数												
サービス提供責任者	常勤														
	非常勤														
重度障害者対応要件	前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害程度区分5以上である者の占める割合が30%以上				○有 ●無										
加算要件該当／非該当															

備考 ①「移動区分」については、該当する番号に○を付してください。

② ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等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（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。）に達していることをいいます。

③ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に該当する場合は、併せて勤務表を提出してください。

上記の届出内容は、事実と相違ありません。

また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

法人名

法人代表者職・氏名

印

特定事業所加算に該当する場合は必ず署名・捺印してください。

## 特定事業所加算に係る状況(指定相談支援事業所)

※色つきのセルのみ入力

事業所名	相談支援事業部	
------	---------	--

加算要件	要件の有無
(1) 相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員を1名以上配置している	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;">           受講年度 平成(    )年度    受講者氏名(    )         </div>
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 5px;">             修了している場合、受講年度と氏名を記載し、研修修了証を添付してください。           </div>	
(2) 運営規程において、事業の主たる対象とする障害の種類を定めていない(定めている場合であっても、対象としていない障害の種類について対応可能な体制としている)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(3) 自立支援協議会に定期的に参加する等、医療機関や行政との連携体制をとっている	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(4) 当該事業所の相談支援専門員に対し、計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制を整えている	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
(5) 障害者自立支援法第77条1項1号に定める事業(市町村地域生活支援事業の相談支援)の全部又は一部について、市町村から委託を受けている	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

加算要件該当／ 非該当	特定事業所加算該当
----------------	-----------

※加算要件を満たす(上記(1)～(5)の全てに該当する)場合、以下の誓約書に署名押印するとともに、次の書類を添付してください。

- ① 相談支援従事者現任研修修了証  
 ② (5)について、市町村から委託を受けていることがわかる書類

上記の届出内容は、事実と相違ありません。  
 また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

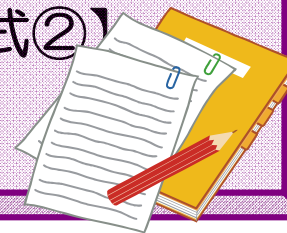
法人名 \_\_\_\_\_

法人代表者職・氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

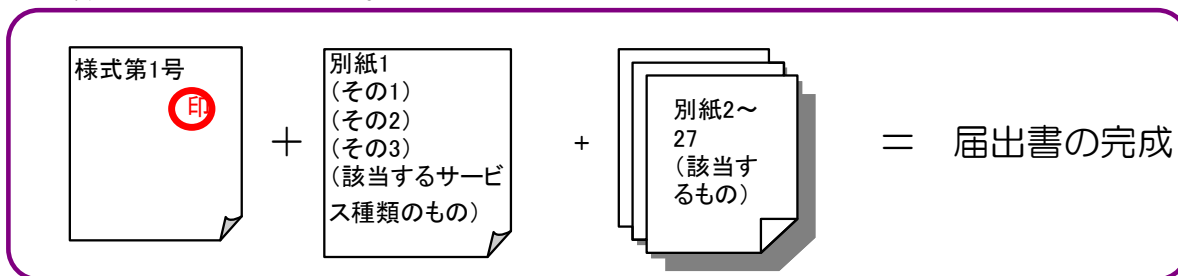
特定事業所加算に該当する場合は必ず署名・捺印してください。

## 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 【届出様式②】

平成22年4月改定版 【記載例】



- このファイルは、平成22年4月以降、新体系サービスを実施する事業所が使用する「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の様式集【届出様式②】（記載例）です。
- 各様式の役割  
「様式第1号」…届出書の表紙となるものです。提出の際は必ず作成してください。  
「別紙1（その1）、（その2）、（その3）」…届出内容の総括表となるものです。提出の際は、サービス種類に合ったものを必ず作成してください。  
「別紙2～別紙27」…各加算、体制等の算定要件を満たしていることを示していただくものです。提出の際は該当する様式を作成してください。



Ver1.0

※この届出様式は平成23年1月現在のものであり、今後変更する可能性があります。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 新規の事業所指定申請時に必要な書類一覧

書類の提出 時期	提出書類(書類略称)	訪問系・ 相談 支援	療養 介護	生活 介護	児童 デイ	短期 入所	共同生 活援助 (GH)	共同生 活介護 (CH)	施設入 所支援	自立 訓練 (機能)	自立 訓練 (生活)	就労 移行	就労 継続 A	就労 継続 B
届 出 様 式 ①	様式第1号(体制届出書)	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その1)(一覧表・介護・相談)	▲	◎	◎	◎	◎			◎					
	別紙1(その2)(一覧表・訓練)									◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その3)(一覧表・GH・CH)						◎	◎						
	別紙2(勤務表)	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-1(重度障害者割合・療養)		◎											
	別紙3-2(人員基準確認・生介)			◎										
	別紙3-3(人員基準確認・生介、児デ以外)									◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-4(人員基準確認・児デ)				◎									
	別紙3-5(未就学児割合)				◎									
	別紙3-6(人員基準確認・入所)								◎					
	別紙3-7(人員基準確認・GH・CH)						◎	◎						
	別紙4-1(特定事業所・HH)	▲												
	別紙4-2(特定事業所・重訪)	▲												
	別紙4-3(特定事業所・行動)	▲												
	別紙4-4(特定事業所・相談)	▲												

※ファイル容量が大きいため、以下別ファイルになっています。本ファイルには以下の別紙5～27が掲載されてあります。(様式第1号～別紙4-4までは届出様式①をダウンロードして下さい)

届 出 様 式 ②	別紙5(原則日数)			▲						▲	▲	▲	▲	▲
	別紙6(食事提供体制)			▲		▲				▲	▲	▲	▲	▲
	別紙7(福祉専門職員)		▲	▲	▲		▲	▲		▲	▲	▲	▲	▲
	別紙8(リハビリ)			▲							▲			
	別紙9(視覚聴覚言語)			▲						▲	▲	▲	▲	▲
	別紙10(栄養士・栄養マネジメント・療養食)					▲			▲					
	別紙11(夜間看護)								▲					
	別紙12(重度障害者・入所)								▲					
	別紙13(徴収額)								◎					
	別紙14(視覚障害機能訓練専門員)									▲				
	別紙15(地域移行支援体制強化・通勤者)										▲			
	別紙16-1(地域生活個別・入所)								▲					
	別紙16-2(地域生活個別・GHCH・自立)						▲	▲			▲			
	別紙17(就労支援関係研修)											▲		
	別紙18(短期滞在・退院支援)										▲			
	別紙19-1(就労移行・就労移行支援)											▲		
	別紙19-2(就労移行・就継AB)												▲	▲
	別紙20(重度者・就継AB)												▲	▲
	別紙21(目標工賃)													◎
	別紙22(目標工賃達成指導員)													▲
	別紙23(A型減免)												▲	
	別紙24(ケアホームの状況・重度障害者)							▲						
	別紙25(自立生活支援)						▲	▲						
	別紙26(夜間支援体制)							▲						
	別紙27(夜間防災体制)						▲							

書類の提出 時期	提出書類(書類略称)	旧身体 入所更 生	旧身体 通所更 生	旧身体 入所療 護	旧身体 通所療 護	旧身体 入所授 産	旧身体 通所授 産	旧知的 入所更 生	旧知的 通所更 生	旧知的 入所授 産	旧知的 通所授 産	旧知的 通勤寮
該当時	様式第1号(体制届出書)	▲	▲	▲	▲	▲		▲		▲		
	別紙8(リハビリ)	▲	▲	▲	▲							
	別紙10(栄養士・栄養マネジメント・療養食)	▲		▲		▲		▲		▲		

※訪問系…居宅介護、重度訪問介護、行動援護を指しています。  
※重度障害者等包括支援は介護給付算定に係る体制等に関する届出書の提出の必要はありません。  
※旧法指定施設で、従来の他の加算については、再提出の必要はありません。

凡例
◎ 必ず提出
▲ 該当時提出

## 利用日数に係る特例の適用を受ける日中活動サービス等に係る(変更)届出

対象期間	特例の適用を受ける必要性
記入例1 9月 ～ 11月	年間計画により、9月第二土曜日に施設行事を計画していることから、原則の日数を超えた支援が必要となるため。
記入例2 10月 ～ 12月	11月から12月にかけては年賀状などの印刷受注が集中する繁忙期であることから、1月間の原則の日数の限度において、利用日数の調整を図ることが困難であるため
月 ～ 月	
月 ～ 月	

(注1) 対象期間とは、「原則の日数」を超える支援が必要となる月を含む3か月以上1年以内の期間をいう。

(注2) 年間スケジュール表など年間を通じた事業計画がわかる資料を添付すること。

## 食事提供体制加算に係る体制

事業所名	かながわ福祉会障害者支援施設
サービスの種類	施設入所支援・生活介護

※色つきのセルを入力

食 事 の 提 供 体 制	食 事 提 供 に 係 る 人 員 配 置		管 理 栄 養 士	常勤	1	人	非常勤		人	
			栄 養 士	常勤		人	非常勤		人	
			調 理 員	常勤		人	非常勤		人	
			その他（                      ）	常勤		人	非常勤		人	
			その他（                      ）	常勤		人	非常勤		人	
	業 務 委 託 部 分	業 務 委 託 の 内 容	業 務 委 託 先	〇〇フードサービス（株）						
			委 託 業 務 の 内 容	調理全般、食事に関する衛生管理						
			適 切 な 食 事 提 供 の 確 保 方 策	利用者の状態に合わせ、様々な形態（普通食、刻み食、ムース食、カロリー制限食、低たんぱく食等）で提供する。利用者の嗜好にそって食べられるものを提供し栄養状態を把握する。運搬は1階の調理室から各寮まで保温コンテナで運ぶ。食器の洗浄は〇〇機を使用し、滅菌、除菌に留意する。						

注 1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に関わる職員の状況を記入してください。

注 2 外部委託を行う場合の適切な食事提供の確保方策欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記入してください。

## 福祉専門職員配置等加算に関する状況

※色つきのセルのみ入力

多機能型事業所の場合、1つの事業所として一体的に記入してください。 例 生活介護の生活支援員等 2名 就労継続支援B型の生活支援員等 3名 合計5名		かながわ福祉会 多機能型事業所							
1 社会福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>常勤の生活支援員等の総数</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち社会福祉士等の総数</td> <td>1人</td> </tr> </table>	①	常勤の生活支援員等の総数	5人	②	①のうち社会福祉士等の総数	1人	①に占める②の割合が 25%以上	×
①	常勤の生活支援員等の総数	5人							
②	①のうち社会福祉士等の総数	1人							
2 常勤職員の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>常勤換算による生活支援員等の総数</td> <td>5.7</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち常勤の者の数</td> <td>4人</td> </tr> </table>	①	常勤換算による生活支援員等の総数	5.7	②	①のうち常勤の者の数	4人	①に占める②の割合が 75%以上	×
①	常勤換算による生活支援員等の総数	5.7							
②	①のうち常勤の者の数	4人							
3 勤続年数の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>常勤の生活支援員等の総数</td> <td>4人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の者の数</td> <td>1人</td> </tr> </table>	①	常勤の生活支援員等の総数	4人	②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	1人	①に占める②の割合が 30%以上	×
①	常勤の生活支援員等の総数	4人							
②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	1人							
加算要件の該当／非該当		非該当							

## 備考

- (1) ここでいう常勤とは、ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等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（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。）に達していることをいう。
- (2) ここでいう生活支援員等とは、  
 ○療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）にあつては、生活支援員  
 ○児童デイサービスにあつては、加算（Ⅰ）においては、指導員、加算（Ⅱ）においては、指導員又は保育士  
 ○自立訓練（生活訓練）にあつては、生活支援員又は地域移行支援員  
 ○就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員  
 ○就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員  
 ○共同生活介護・共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員  
 のことをいう。
- (3) 『社会福祉士等』とは、児童デイサービス及び自立訓練（機能訓練）においては社会福祉士及び介護福祉士、それ以外のサービスにおいては社会福祉士、介護福祉士及び精神保健福祉士のことをいう。



## リハビリテーション加算に係る状況

※色つきのセルのみ入力

事業所名	生活介護事業部	
------	---------	--

加算要件	要件の有無
(1) 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している	● 有    ○ 無
(2) 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が支援を行っていると、利用者の状態を定期的に記録している	● 有    ○ 無
(3) 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している	● 有    ○ 無
(4) 指定障害者支援施設に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、日常生活上の留意点等の情報を伝達している。 上記以外の利用者については、必要に応じ、指定相談支援事業所を通じて、他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、情報を伝達している。	● 有    ○ 無

加算要件該当／ 非該当	リハビリテーション加算該当
----------------	---------------

※上記(1)～(4)のすべてに該当する場合に限り、リハビリテーション加算が該当となる。

【参考】リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について  
(平成21年3月31日 障障発0331003号)より抜粋

## ○リハビリテーション加算の運用に当たって

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握(アセスメント)を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。また、リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、看護職員、生活支援員等様々な専門職が協働し、また、利用者の家族等にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。(略)



視覚・聴覚言語障害者支援体制加算の状況

※色つきのセルのみ入力

○利用者の数の状況

前年度における利用者延べ人数	①	6600	前年度の平均実利用者数 (①÷③) ④	27.5
うち身体障害者手帳で視覚障害1級、聴覚障害2級又は言語機能障害3級である利用者の延べ人数 (視覚障害1級、聴覚障害2級、言語機能障害3級又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については2人としてカウント)	②	2800	うち30% ⑤	8.3
前年度における開所日数	③	240	視覚障害者等である利用者の 前年度の平均実利用者数 (②÷③) ⑥	11.7

算定条件その1 … ⑤≤⑥ → 該当

算定条件その1クリア

○人員配置の状況

当該事業所の常勤換算後の直接支援職員数 (常勤換算)	⑦	11	基準上必要な直接支援職員数 (下表を参考のこと)	⑨	0.9
うち視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する従業者の数 (常勤換算)	⑧	2	専ら視覚障害者等の生活支援に従事する従業者の加配必要数 (⑥÷50)	⑩	0.2

算定条件その2 … ⑧+⑨≤⑦ かつ ⑩≤⑧ → 該当

算定条件その1、その2の両方がクリアすれば、加算の要件を満たしたことになります。

算定条件その2クリア

基準上必要な直接支援職員数			
3 : 1 (④÷3)	5 : 1 (④÷5)	6 : 1 (④÷6)	10 : 1 (④÷10)
生活介護 (平均障害程度区分5以上)	生活介護 (平均障害程度区分4～5)	生活介護 (平均障害程度区分4未満) 自立訓練、就労移行支援	就労継続支援
9.2	5.5	4.6	2.8

○視覚障害者等である利用者の内訳

氏名	手帳の種類	手帳の等級
1 やまきた A子	視覚障害	1級
2 まつだ B太	視覚障害	1級
3 みなみあしがら C朗	視覚障害	1級
4 おだわら D美	視覚障害	1級
5 はこね E絵	視覚障害	2級
6 ゆがわら F男	視覚障害	2級
7 まなづる G雄	視覚障害	2級
8 かいせい H子	視覚障害	2級
9 おおい I志	視覚障害	2級
10 なかい J平	視覚障害	2級
11 はだの K蔵	視覚障害	2級
12 にのみや L世	視覚障害	2級
13 おおいそ M一	聴覚障害	2級
14 きよかわ N二	言語機能障害	2級
15 あいかわ O子	聴覚障害	2級
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

注 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者

② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者

③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者

加算要件概要 (①②とも満たすこと)

① 利用者の数（前年度の平均利用者数）の30%が視覚障害者等であること

② 指定基準を超えて視覚障害者等である利用者の数を50で除した数以上直接支援職員を加配している

栄養士配置加算、療養食加算及び栄養マネジメント加算に係る状況

※色つきのセルのみ入力

事業所・施設の名称	かながわ福祉会 障害者支援施設		
栄養士配置加算及び療養食加算(※)に係る管理栄養士等配置の状況		管理栄養士	栄養士
	常 勤 / 非 常 勤	常勤	
	他 施 設 と の 兼 務	あり	
	兼 務 施 設 数	1 施設	施設
	兼 務 先 施 設 名 ①	かながわ福祉会 B障害者支援施設	
	兼 務 先 施 設 名 ②		
	兼 務 先 施 設 名 ③		

(※)療養食加算は施設入所支援においては栄養士配置加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)が算定されていること、旧法施設においては管理栄養士又は栄養士が配置されていることが算定要件となります。

栄養マネジメント加算に係る栄養マネジメント等の状況	常勤の管理栄養士(※)	1人	※平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し、5年以上の実務経験を有する栄養士を含む。		
	栄養ケア計画の作成、見直し及び定期的な栄養状態の記録を行っている	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
	栄養マネジメントに関わる者(該当する場合は必ず記載すること)				
	職種	氏名			
	医師	〇〇 太郎			
	管理栄養士	△△ 花子			
	看護師	☆☆ 良子			
加算要件の該当／非該当	<table><tr><td>栄養マネジメント加算</td><td>栄養マネジメント加算該当</td></tr></table>			栄養マネジメント加算	栄養マネジメント加算該当
栄養マネジメント加算	栄養マネジメント加算該当				

備考

栄養士配置加算の「他施設との兼務」について、『あり(専従扱い)』とは、2施設を兼務している場合で、一方で栄養士配置加算及び同趣旨の加算を算定していない場合が該当となります。

『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。

(該当要件)

栄養士配置加算(Ⅰ) 以下のいずれにも適合していること

(1)常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置していること

(2)利用者の日常生活状況、嗜好等を把握し、安全で衛生に留意し適切な食事管理を行っていること

栄養士配置加算(Ⅱ) 以下のいずれにも適合していること(栄養士配置加算(Ⅰ)との併給は不可)

(1)管理栄養士又は栄養士を1名以上配置していること

(2)利用者の日常生活状況、嗜好等を把握し、安全で衛生に留意し適切な食事管理を行っていること

※栄養士配置加算と兼務の考え方

施設を2箇所兼務している場合は、栄養士配置加算(Ⅱ)を両方で算定できる。なお、一方で栄養士配置加算及び同趣旨の加算を算定していない場合は、当該施設で該当する加算(常勤であれば栄養士配置加算(Ⅰ))算定して差し支えない。

施設を3箇所兼務している場合は、3箇所目からは加算を算定することができない。

療養食加算

(施設入所支援の場合)栄養士配置加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)が算定されている指定障害者視線施設等において、以下の療養食を提供した場合、算定できる。

(旧法入所施設の場合)配置されている管理栄養士又は栄養士が、以下の療養食を提供した場合、算定できる。

※医師の発行した食事せんに基づく糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症、通風食及び特別な場合の検査食

栄養マネジメント加算 以下のいずれにも適合していること

(1)常勤の栄養士(平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士を含む)を1名以上配置していること

(2)入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること

(3)入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること

(4)入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること

※常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の障害福祉サービスの栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定できること。

夜間看護体制加算に関する状況

※色つきのセルのみ入力

事業所・施設の名称	かながわ福祉会障害者支援施設		
2 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	施設入所支援の時間帯をととした体制を記入してください(延べ人数ではない)。
	4人	1人体制	
	夜勤職員配置体制加算 算定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
算定要件の該当／非該当	夜間看護体制加算該当		

備考 1 「看護職員配置の状況」には、当該施設における看護職員総数（実数）と施設入所支援を提供する時間における看護体制を記入してください。  
所定の勤務表を添付して提出してください。

算定要件  
夜勤職員配置体制加算が算定されている指定障害者支援施設において、指定生活介護等を受ける利用者に対して指定施設入所支援等を提供する時間をおして、生活支援員に替えて看護職員（重度障害者支援加算（Ⅰ）の算定対象となる看護職員を除く）を1以上配置していること

## 重度障害者支援加算に係る体制

※色つきのセルのみ入力

当該事業所の利用者の数	55	当該事業所の常勤換算後の直接支援職員数	17.8
うち20%	8	基準上必要な直接支援職員数	11

氏名	重度障害者支援加算の支給決定を受けている者の障害程度区分	重度障害者支援加算（重度）の支給決定の有無	重度障害者支援加算（知的）の支給決定の有無
1 さがみはら たろう	5		あり
2 あつぎ じろう	5		あり
3 いせはら さぶろう	5		あり
4 ひらつか しろう	5		あり
5 ざま ごろう	5		あり
6 えびな ろくろう	5		あり
7 さむかわ なな	6	あり	
8 ちがさき はち	6	あり	
9 ふじさわ くろう	6	あり	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
計	9 人	3 人	6 人 (A)

「重度障害者支援加算」の支給決定を市町村から受けている利用者のみ記入してください。

重度障害者加算（Ⅰ）の必要職員加配数	（常勤換算方法で）1 人	
重度障害者加算（Ⅱ）の必要職員加配数	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算（Ⅰ）を算定している場合、 $A \times 0.5$	3 人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算（Ⅱ）を算定している場合、 $A \times 0.5$	人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算（Ⅲ）を算定している場合、 $A \times 0.5$	人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算を算定していない場合、 $A \times 1$	人

注1 本表は重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者を記入してください。

注2 基準上必要な直接支援職員数とは、指定基準上のものをさします。

- ・平均障害程度区分が4未満…利用者の数を6で除した数以上
- ・平均障害程度区分が4以上5未満…利用者の数を5で除した数以上
- ・平均障害程度区分が5以上…利用者の数を3で除した数以上

重度障害者支援加算（Ⅰ） 加算要件概要（①②ともに満たす）

- ① 重度障害者支援加算（Ⅰ）の支給決定を受けた者の数が、利用者の数の合計数の20%以上
- ② 常勤換算で直接支援職員を1人以上加配している

重度障害者支援加算（Ⅰ） 加算要件概要（①②ともに満たす）

- ① 重度障害者支援加算（Ⅰ）を算定している障害者支援施設であること
- ② 区分6に該当し重度障害者支援加算（Ⅰ） 重度の支給決定を受けた者が2名以上利用している

重度障害者支援加算（Ⅱ） 加算要件概要

- ① 重度障害者支援加算（Ⅱ）の支給決定を受けた者の数に応じて必要職員数を加配している

食事の提供及び居住に要する費用に係る徴収額の状況

当該費用に係る実費徴収額の適用開始日				平成	年	月	日
食事の提供に要する費用	実 費 徴 収 額	一日単位で定める場合	一日当たり	円			
		一食ごとに定める場合	朝 食	400 円			
			昼 食	550 円			
			夕 食	650 円			
			合 計	1,600 円			
	食 事 の 提 供 体 制	自己調理	外部委託	その他 ( )			
備 考							
光熱水費	実 費 徴 収 額	一日単位で定める場合	一日当たり	300 円			
		一月単位で定める場合	一月当たり	円			
			(一日当たり)	円			
		外泊日の徴収の有無	あり	なし			
	備 考						
合 計 額 ( 一 月 当 た り )				57,760 円			

注1 居住に要する費用を一月単位で設定する場合は、一日当たりの金額を参考に記入すること。  
注2 一月当たりと一日当たりの相互の換算は、一月を30.4日として算定すること。(1円未満切捨て)

視覚障害者に対する専門的訓練の実施体制の状況  
(視覚障害者機能訓練専門員の配置)

事業所名	かながわ福祉会 自立訓練事業所
------	-----------------

加算要件	要件の有無
<p>(1) 以下のいずれかの研修を修了した従業者がいる</p> <p>① 国立障害者リハビリテーションセンター学院の視覚障害学科卒業 氏名 _____</p> <p>② 盲人歩行訓練指導員研修の修了者 氏名 相模原 じろう _____</p> <p>③ 視覚障害者生活訓練指導員研修の修了者 氏名 _____</p> <p>④ 視覚障害生活訓練指導員研修の修了者 氏名 _____</p> <p>⑤ ①～④の準ずる研修 研修の名称 _____ 氏名 _____</p>	<p>1 有</p> <p>2 無</p>
<p>(2) 上記の従業者が視覚障害者である利用者の居宅を訪問する体制を整えている</p>	<p>1 有</p> <p>2 無</p>

注1 研修の修了証の写しを添付してください。

注2 居宅を訪問する体制が確認できる、勤務表を添付してください。

## 地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制

※色つきのセルのみ入力

事業所の名称		かながわ福祉会自立訓練事業部	
前年度の平均利用者数（人）		16	
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数	従業者数	地域移行支援員
		常勤（人）	2
		非常勤（人）	0
		常勤換算後の人数	2
		加算算定上の必要人数（人）	1.1
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち70%（人）		11.2
	氏名	雇用されている事業所名	
	1	秦野 ようこ	株式会社 ○○フーズ
	2	厚木 けいこ	株式会社 ☆☆住建
	3	なかい 太郎	有限会社 ◎企画
	4	三浦 A太	○○新聞社○○支店
	5	よこすか 次郎	スーパー○○
	6	金沢 B美	○○書店
	7	南足柄 やま	株式会社○○輸送
	8	ゆがわら 町子	○○コーポレーション 株式会社
	9	真鶴 つるこ	○○旅館
	10	松田 C朗	○○ホテル
	11	つづき 区朗	○○洋品店
	12	多摩 区みん	株式会社 ○○食品
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		
30			

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入してください。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないでください。

注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入してください。

## 地域生活移行個別支援特別加算に係る状況

施設・事業所の名称		かながわ福祉会 障害者支援施設	
当該施設の前年度平均利用者数（別紙3-6にて算出可）			人
当該施設・事業所が置くべき生活支援員の数（常勤換算）			
当該施設・事業所の生活支援員の配置数（常勤換算）・・・（A）			
（A）のうち、 社会福祉士、精神保健福祉士の人数	社会福祉士の人数		人
	精神保健福祉士の人数		人
個別支援の具体的内容 （個別支援計画の概要）			
精神科医師による 指導の回数		回／月	
研修	回数	回／年	
	内容		
協力機関名			

## 備考

- ①研修欄は、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記入してください。
- ②協力体制機関名欄は、事業所と協力体制をとっている保護観察所、指定医療機関、精神保健福祉センター等の関係機関名を記入してください。



## 地域生活移行個別支援特別加算に係る状況

事業所の名称		かながわ福祉会 グループホームケアホーム	
当該施設の前年度平均利用者数 (GH・CHは別紙3-7にて算出可) (自立訓練は別紙3-3にて算出可)			人
当該事業所が置くべき生活支援員及び世話人の数（常勤換算） (自立訓練にあっては生活支援員のみ)		生活支援員	世話人
当該施設・事業所の生活支援員及び世話人の配置数（常勤換算）・・・(A) (自立訓練にあっては生活支援員のみ)		生活支援員	世話人
(A)のうち、 社会福祉士、精神保健福祉士の人数	社会福祉士の人数		人
	精神保健福祉士の人数		人
個別支援の具体的内容 (個別支援計画の概要)			
研修	回数	回／年	
	内容		
協力機関名			

## 備考

- ①研修欄は、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記入してください。  
 ②協力体制機関名欄は、事業所と協力体制をとっている保護観察所、指定医療機関、精神保健福祉センター等の関係機関名を記入してください。

※事業所が置くべき生活支援員及び世話人の人数

## 【共同生活介護】

生活支援員・・・以下の合計数（常勤換算）  
 区分3の利用者数を9で除した数、 区分4の利用者数を6で除した数  
 区分5の利用者数を4で除した数、 区分6の利用者数を2.5で除した数  
 世話人・・・利用者の数を6で除した数以上（常勤換算）

## 【共同生活援助】

世話人・・・利用者の数を10で除した数以上（常勤換算）

## 【自立訓練（宿泊型）】

生活支援員・・・宿泊型自立訓練の利用者数を10で除した数以上

就労支援関係研修修了加算に係る実務経験等証明書

神奈川県知事様 平成 22年 3月 15日

施設又は事業所所在地及び名称 横浜市日本大通 1  
社会福祉法人かながわ福祉会 就労移行支援事業所  
代表者氏名 かながわ太郎



下記の者の就労支援の実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏名	かながわ けんた (生年月日 昭和50年 4 月10日)
現住所	横浜市中区日本大通 1 5 9 8 シーサイドマンション 9 9 9 号
実務経験の施設又は事業所名	はたらくワークセンター 施設・事業所の種別 ( 就労移行支援 )
実務経験期間	18年 10月 1日～ 21年 3月 1日 ( 2年 6月間)
業務内容	職名 ( 就労支援員 ) 利用者の就職活動支援、一般就労後の職場定着支援

研修名	第 1 号職場適応援助者研修 研修実施主体名 ( 独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構 )
研修修了年月日	平成 2 1 年 1 0 月 2 6 日

- (注)
- 1. 施設又は事業所名欄には、施設の種別も記入すること。
  - 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。  
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)
  - 3. 業務内容欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
  - 4. 添付として、研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
  - 5. 証明内容を訂正した場合は証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
  - 6. 本加算は就労移行支援体制加算の対象となる指定就労移行支援事業所のみ算定可能です。

## 短期滞在加算及び精神障害者退院支援施設加算に係る体制

事業所名	かながわ福祉会自立支援事業部
サービスの種類	自立訓練（生活訓練）

設備	定員		10 人	
	居室数		1 人当たり居室面積	
	うち個室	4 室	13 m <sup>2</sup>	
	うち2人部屋	3 室	9 m <sup>2</sup>	
	うち3人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち4人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち 人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	その他の設備の内容			
①浴室 ②洗面所 ③オストメイト対応トイレ ④デイルーム (〇m <sup>2</sup> ) ⑤食堂 (〇m <sup>2</sup> ) ⑥相談室 (〇m <sup>2</sup> ) ⑦洗濯室 (〇m <sup>2</sup> ・全自動洗濯機〇台設置)				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務	生活支援員	1 人
	非常勤	専従		人
		兼務	生活支援員	1 人
	連携施設の名称		かながわ福祉会障害者支援施設	
	夜間の支援体制の内容			
調理、食事、服薬、入浴、洗濯等の支援を行う。就寝後は2回の定時巡回を実施。利用者の部屋に緊急連絡用のブザーを設置しており、緊急時には夜間支援者が対応する。				

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記入し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記入してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記入してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記入してください。

就労移行支援 就労移行支援体制加算の状況

事業所名	就労支援事業部
前年度定着率（Ｂ）（％）	24%
前々年度定着率（Ｄ）（％）	0%
計（Ｂ＋Ｄ）（％）	24%

加算要件の 該当/非該当	Ⅱに該当  (利用定員の15%以上25%未満)
-----------------	-------------------------------

平成22年度の実績を記入

【前年度】

※色つきのセルのみ入力

当該施設・事業所の定員（Ａ）	20人	前年度の施設種別	● 就労移行支援 ○ 旧法施設 ○ その他	
定着率（％）（定着者÷Ａ×100）×0.8（Ｂ）	24%			
氏 名（※）	就 職 日	就職後6ヶ月を経過した日	就職先事業所名	6か月後の状況
1 A子	平成20年10月1日	平成21年4月1日	株式会社▲▲出版	在職
② B太	平成20年12月1日	平成21年4月1日	株式会社■システム	在職
3 C朗	平成20年10月1日	平成21年10月1日	株式会社●●家電	在職
4 D美	平成21年5月1日	平成21年11月1日	有限会社××印刷	在職
⑤ E太	平成20年12月10日	平成21年6月1日	株式会社▼▼飲料	在職
6 F実	平成20年10月1日	平成21年4月1日	株式会社▽▽学館	在職
7				
8				
9				
10				
11	平成21年度の実績を記入			
12				

※就職日の施設種別が「就労移行支援」「旧法」以外の利用者は対象とならない。

【前々年度】

当該施設・事業所の定員（C）	20人	前々年度の施設種別	○ 就労移行支援 ○ 旧法施設    ● その他	
定着率（％）（定着者÷C×100）×0.2（D）	0%			
氏 名（※）	就 職 日	就職後6ヶ月を経過した日	就職先事業所名	6か月後の状況
1 G志	平成19年12月1日	平成20年6月1日	株式会社○○堂	在職
2 H人	平成20年4月1日	平成20年10月1日	有限会社××文具	在職
3 I子	平成19年10月1日	平成20年4月1日	株式会社□□システムズ	在職
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

注 1. 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。）の前年度及び前々年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください（在職している者を優先して記入してください）。

※ 就職日の施設種別が「就労移行支援」「旧法」以外の利用者は対象となりません。『「就労移行支援」及び「旧法」で支援を受けた後、就職した者』が対象となります。

就労継続支援 就労移行支援体制加算の状況

事業所名	就労継続事業部	加算要件の 該当/非該当	該当
定着率（％）	20％		

【前年度】

平成22年度の実績

※色つきのセルのみ入力

	当該施設・事業所の定員（A）	20人		前年度の施設種別	● 就労継続支援 ○ 旧法施設 ○ その他
	定着率（％）（定着者÷A×100）	20％			
	氏 名（※）	就 職 日	就職後6ヶ月を経 過した日	就職先事業所名	6か月後の状況
1	A	平成20年12月1日	平成21年6月1日	○○○○○○○	在職
2	B	平成21年9月1日	平成22年3月1日	△△△△△△	在職
3	C	平成20年12月1日	平成21年6月1日	□□□□□□	在職
4	D	平成20年10月1日	平成21年4月1日	☆☆☆☆☆☆	在職
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

注 1. 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。）の前年度、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください（在職している者を優先して記入してください）。

※ 就職日の施設種別が「就労継続支援」「旧法」以外の利用者は対象となりません。『「就労継続支援」及び「旧法」で支援を受けた後、就職した者』が対象となります。

重度者支援体制加算の状況

※色つきのセルのみ入力

事業所名	かながわ福祉会 就労A事業所	
前年度の平均利用者数	14.7	人
就労継続A・B型の指定を受ける前の施設種類等	特定旧法指定施設 ・ その他	

※特定旧法指定施設以外はすべて「その他」に○を付ける

		利用者延べ人数	障害基礎年金1級受給者の利用者延べ人数	
平成21年	4月	250 人日	95 人日	平成21年度の実績で記入してください。
	5月	238 人日	83 人日	
	6月	249 人日	76 人日	
	7月	215 人日	98 人日	
	8月	245 人日	80 人日	
	9月	289 人日	88 人日	
	10月	245 人日	95 人日	
	11月	234 人日	87 人日	
	12月	267 人日	89 人日	
平成22年	1月	231 人日	83 人日	障害基礎年金1級受給者の割合  36.5 %
	2月	221 人日	99 人日	
	3月	234 人日	93 人日	
	計	2918 人日	1066 人日	

障害基礎年金1級受給者の氏名

1	あやせ はなこ	21		41		61	
2	やまと たろう	22		42		62	
3	かまくら じろう	23		43		63	
4	ずし ようこ	24		44		64	
5	はやま ゆきえ	25		45		65	
6	よこすか さぶろう	26		46		66	
7	みうら たろう	27		47		67	
8	かなざわ さわこ	28		48		68	
9	さかえ しろう	29		49		69	
10	いそご ごろう	30		50		70	
11	こうなん ろくろう	31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

重度者支援体制加算 算定要件概要  
前年度において、障害基礎年金1級受給者が事業所の利用者の数の50%以上（旧法施設が移行した場合は平成24年3月31日までは5%以上）

目標工賃達成加算(Ⅰ)・(Ⅱ)算定シート【平成22年4月版】

(B型)

法人名称	社会福祉法人 かながわ福祉会		
事業所名称	かながわ福祉会 就労継続支援B型事業所		
事業所番号			
就労継続支援B型の指定年月日	平成23年4月1日		
前年度において既にB型の指定を受けていたか	<input type="radio"/> 受けていた <input checked="" type="radio"/> 受けていない		
前年度の4月における施設種別			
就労継続支援B型の指定を受ける前の施設種別	<input type="radio"/> 旧法施設 <input checked="" type="radio"/> その他・新規		
今年度の目標工賃額	<input checked="" type="radio"/> 月給 <input type="radio"/> 日給 <input type="radio"/> 時給	8,000	円
前年度に設定した目標工賃額	<input checked="" type="radio"/> 月給 <input type="radio"/> 日給 <input type="radio"/> 時給	7,500	円
地域の最低賃金	時給	789	円
地域の最低賃金の1／3(小数点以下四捨五入)		263	円
事業所の定員	20		人
工賃倍増5か年計画へ積極的に参加している	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
工賃引上げ計画を作成し、実施している	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		

※ 水色のセルのみ入力してください。

※ 施設種別…就労継続支援B型の指定を受ける前、旧法授産施設、旧法更生施設だった場合は、旧法施設に「○」を記入してください。旧法施設以外の場合(地域活動支援センター、小規模作業所、小規模通所授産施設、法人独自事業、その他)は、その他・新規に「○」を記入してください。

※ 工賃の範囲は、工賃、賃金、給与、手当、賞与、その他の名称を問わず、事業者等が利用者に支払うすべてのものをすべて含みます。ただし、交通費等の手当等が現物支給されている場合において、工賃に含むことが適当でない場合は除外してください。

※ 平均工賃(賃金)の算定方法(平均工賃(賃金)月額にて、次のとおり算定してください。

① 前年度各月の工賃(賃金)支払対象者延べ人数を算出する。・・・(A)

② 前年度に支払った工賃(賃金)総額を算出する。・・・(B)

※ 算定における留意事項

① 月の途中からの利用開始者及び利用終了者に係る当該月の工賃(賃金)は、算定から除外して差し支えありません。

② 暫定支給決定利用者は、利用者に含めません。

③ 毎月の作業実績により工賃額が変動する出来高払いである場合は、その額を「月給」とし、当該月に支払われた工賃支払総額とします。

前年度の毎月の工賃支払対象者延べ人数及び工賃支払総額

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
工賃支払対象者数	18	19	20	20	19	20	20	20	20	20	20	20	236 (A)
工賃支払総額(円)	762,300	731,500	847,000	885,500	841,225	770,000	885,500	847,000	885,500	885,500	770,000	885,500	9,996,525 (B)
延べ勤務日数 (勤務日数合計)	22	20	22	23	23	20	23	22	23	23	20	23	264 (C)
延べ勤務時間数 (勤務時間合計)	2,772	2,660	3,080	3,220	3,059	2,800	3,220	3,080	3,220	3,220	2,800	3,220	36,351 (D)

年間の工賃支払対象者延べ人数(A)	工賃支払総額(円)(B)	年間の総勤務時間数(C)
236	9,996,525	36,351

前年度の平均工賃(円)／月	42,358	←(B)÷(A)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)
前年度の日給換算後の平均工賃(円)／日	37,866	←(B)÷(C)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)
前年度の時給換算後の平均工賃(円)／時間	275	←(B)÷(D)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)

前年度当初(前年度4月)の施設種別	0
前年度当初の施設種別の平均工賃額(月額)	#N/A
上記平均工賃額の80%	#N/A

加算要件の該当/非該当		※目標工賃達成加算(Ⅱ)については、施設種別ごとの平均工賃額が8月頃に算出されるため、8月以降に再度算出を行います。 該当となった場合、4月に遡って請求することとなります。
目標工賃達成加算(Ⅰ)	非該当	
目標工賃達成加算(Ⅱ)		

目標工賃達成指導員加算に係る従業員の配置状況

※色つきのセルのみ入力

当該施設・事業所の前年度の平均利用者数（A）※別紙3-3で算出可		25人	
職業指導員及び生活支援員の配置状況（B）※常勤換算		3.4	7.3：1
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた配置状況（C）※常勤換算		4.2	5.9：1
工賃倍増5ヵ年計画に基づく工賃引き上げ計画を策定している		●はい      ○いいえ	
目標工賃達成指導員加算の該当／非該当		該当	
職業指導員及び生活支援員の氏名			
1	○○太郎		
2	▲▲花子		
3	山田○○		
4	高橋□□		
5			
6			
7			
8			
9			
10			
目標工賃達成指導員の氏名			
1	□□良子		
2			
3			
4			
5			

算定要件 以下の①及び②のいずれも満たすこと  
①職業指導員及び生活支援員の総数が常勤換算で、前年度の利用者数の平均値を7.5で除した数であることに加え、目標工賃達成指導員を加えた総数が、常勤換算で、利用者の数を6で除した数以上であること。  
②「工賃倍増5ヵ年計画」に基づく「工賃引き上げ計画」を策定し、当該計画に掲げた工賃目標の達成に向けて積極的に取り組んでいること。



就労継続支援A型事業所による利用者負担減免  
(就労継続支援A型事業所による利用者負担の減免措置)

事業所名	就労継続支援A型事業部
------	-------------

減免の内容に合うものに「○」を記入します。

※色つきのセルを入力

利用者負担減免の実施内容 (該当するものに○)		利用者負担額免除 (利用者負担額を全額免除します)			
	○		利用者負担額軽減		
		○	(利用者一人につき、月額	500	円まで軽減します)
			(利用者一人につき、毎月		%軽減します)
減免の対象利用者数 (就労継続支援A型利用者数)	20		名	就労継続支援A型を利用する利用者の一部を対象とすることはできません。就労継続支援A型を利用する利用者全員が対象となります。	
減免の開始年月日	平成22年4月1日				
減免の終了年月日					

注1 利用者負担を軽減する場合は、利用者一人あたりの月額軽減額、又は何パーセント軽減するか、いずれかを記入してください。  
注2 利用者負担の減免を終了する場合は、減免の終了年月日を記入し、提出してください。

## 共同生活介護に係る体制

当該事業所の常勤換算後の生活支援員数	4
基準上必要な生活支援員数	1.75

利用者の障害程度区分から、基準上必要な生活支援員の数を算出し記入してください。

No.	居住する 共同生活 住居の名 称	夜間支援体制の内容	氏名		障害 程度 区分	重度障害者支援 加算の支給決定 の有無	
ケアホーム対象者の 状況（区分2以上）	1	かながわ ホーム本館	利用者がいる日は必ず夜勤者職員を1名、18:00から翌朝7:00まで配置している。配置場所は、かながわホーム本館の世話人室で、かながわホーム本館と別館の利用者を支援する。本館と別館を4時間おきに巡回し、また携帯電話を常時携帯し、利用者からの連絡に即対応できるようにしている。	1	よこはま一郎	3	
				2	かわさき二郎	3	
				3	よこすか三郎	2	
				4	さがみ太郎	2	
				5	ふじさわ次郎	3	
				6			
				7			
				8			
	2	かながわ ホーム別館	かながわホーム本館と同じ	9	ひらつか華子	2	
				10	ふじさわ良子	2	
				11			
				12			
				13			
				14			
				15			
				16			
	3	かながわ ホーム新館	利用者がいる日は必ず夜勤者職員を1名、18:00から翌朝7:00まで配置している。配置場所は、かながわホーム新館の世話人室で、かながわホーム新館の利用者を支援する。新館は障害の重い利用者が多いため、1時間おきに巡回し、携帯電話を常時携帯し、利用者からの連絡に即対応するとともに、緊急時にはバックアップ施設へすぐに連絡が取れるようにしている。	17	ちがさき五郎	6	
				18	あつぎ恵子	5	
				19	まなづる千鶴子	6	○
				20	にのみや都子	6	○
				21			
				22			
				23			
				24			
	4	かながわ ホーム分館	かながわホーム分館は、夜間支援は実施していない。緊急時はかながわホーム本館と新館の夜勤者が対応する。	25			
				26			
				27			
				28			
				29			
				30			
				31			
				32			
	5			33			
				34			
				35			
				36			
				37			
				38			
				39			
				40			
合計							

市町村から「重度障害者支援加算」の支給決定を受けている利用者に「○」をつけます。

注1 「夜間支援体制の内容」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記入してください。

注2 共同生活住居が5以上ある場合は、別業にして提出してください。

重度障害者支援加算 加算要件概要(①、②ともに満たす)

①重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者が2名以上いる

②指定基準より多い生活支援員を配置している

自立生活支援加算の状況 シート

当該事業所の定員・・・①	23	人
①の50%・・・②	11.5	人
②の50%	5.75	人

定員から計算して記入してください。

※色つきのセルのみ入力

氏名		単身生活開始年月日	住所	6月以上継続
1	はこね A子	平成20年4月1日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
2	おだわら B太	平成20年4月5日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
3	みなみあしがら C助	平成20年5月20日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
4	やまきた D朗	平成20年5月30日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
5	かいせい E美	平成20年8月1日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
6	なかい F男	平成20年8月15日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
7	おおい G子	平成20年10月1日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	○
8	まつだ H夫	平成20年11月1日	〇〇県〇市〇〇町〇ー〇	
9		年 月 日		
10		年 月 日		
11		年 月 日		
12		年 月 日		
13		年 月 日		
14		年 月 日		
15		年 月 日		
単身生活等移行人数合計		8 名	6ヶ月以上継続人数合計	7 名

単身生活等を行っている住所を記載してください。

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6か月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に○を記入してください。

- 加算要件概要（①～③をすべて満たす）
- ① 市町村の承認を受けた個別支援計画に基づく
  - ② 前年度及び前々年度において、単身生活等へ移行した者が、定員の50%以上
  - ③ 単身生活等を6か月以上継続した者（している者）の数が、単身生活等移行者の50%以上

夜間支援体制加算に係る体制

※色のついたセルのみ記入

事業所名	かながわ福祉会 グループホームケアホーム	1 枚中	1 枚目
夜間支援体制の確保が必要な理由	障害程度が重い利用者が多く、夜間の突発的な事態に備えるとともに、夜間の排泄や身の回りの支援を行うため。		
夜間支援体制の実施期間	利用者がいる日は必ず支援を行う。		
夜間支援体制を確保している時間	18:00から翌朝7:00まで		
1人の夜間支援従事者が夜間支援を行う状況			
夜間支援従事者が配置されている場所	かながわホーム本館の世話人室		
複数の住居の夜間支援を行っている場合、配置場所から各住居までの移動時間	かながわホーム別館の夜間支援をあわせて行う。本館と別館は徒歩2分		
配置場所から各住居との連絡体制（非常通報装置、携帯電話等）	夜勤職員は携帯電話を常時携帯しており、利用者からの連絡に即対応できるようにしている。		
1人の夜間支援従事者が夜間支援を行う共同生活住居の状況			
①共同生活住居の名称	かながわホーム本館	②共同生活住居の名称	かながわホーム別館
対象利用者の障害程度区分		対象利用者の障害程度区分	
障害程度区分 2	人	障害程度区分 2	3 人
障害程度区分 3	4 人	障害程度区分 3	1 人
障害程度区分 4	1 人	障害程度区分 4	人
障害程度区分 5	人	障害程度区分 5	人
障害程度区分 6	人	障害程度区分 6	人
合計	5 人	合計	4 人
③共同生活住居の名称		④共同生活住居の名称	
対象利用者の障害程度区分		対象利用者の障害程度区分	
障害程度区分 2	人	障害程度区分 2	人
障害程度区分 3	人	障害程度区分 3	人
障害程度区分 4	人	障害程度区分 4	人
障害程度区分 5	人	障害程度区分 5	人
障害程度区分 6	人	障害程度区分 6	人
合計	0 人	合計	0 人
⑤共同生活住居の名称		総合計	
対象利用者の障害程度区分			
障害程度区分 2	人	障害程度区分 2 3 人	
障害程度区分 3	人	障害程度区分 3 5 人	
障害程度区分 4	人	障害程度区分 4 1 人	
障害程度区分 5	人	障害程度区分 5 0 人	
障害程度区分 6	人	障害程度区分 6 0 人	
合計	0 人	合計 9 人	

注 1 1 人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに、本表を作成し提出してください。

注 2 例えば、共同生活住居が 4 か所ある場合、夜間支援従事者 A が 2 か所、夜間支援従事者 B が 2 か所の夜間支援を行う場合、それぞれ本表を作成してください。

- 加算要件概要 （すべて満たす）
- ① 夜間支援従事者が共同生活住居に配置されている（自宅にあっては加算の対象にならない）
  - ② 利用者の就寝前から翌朝の起床後まで、専従の夜間支援従事者が配置されている（利用者がいる夜は毎日）
  - ③ 1人の夜間支援従事者が複数の共同生活住居の利用者を支援する場合は、住居が概ね10分以内の地理条件にある
  - ④ 利用者の呼び出し等に速やかに対応できる
  - ⑤ 1人の夜間支援従事者が支援を行える住居は5か所まで。支援できる利用者は20人まで（複数の住居の支援する場合）又は30人まで（1か所の住居の支援する場合）
  - ⑥ 1人の夜間支援従事者が複数の住居の支援を行う場合、少なくとも一晩につき1回以上は巡回する

## 夜間防災体制加算に係る状況

事業所名	かながわ福祉会 グループホーム	
同一の夜間防災体制等を確保する共同生活住居等	夜間において防災体制を確保する共同生活住居の利用者数	
	共同生活住居名①	かながわホーム 1
	住居全体の利用者数 (GH, CHを合算)	グループホーム3人 ケアホーム2人 合計5人
	共同生活住居名②	
	住居全体の利用者数 (GH, CHを合算)	
	共同生活住居名③	
	住居全体の利用者数 (GH, CHを合算)	
2	警備会社等の契約における防災体制の内容	株式会社〇〇セキュリティと防災体制の契約をしている(平成21年4月1日契約)
3	その他	自動火災通報装置を設置している (注: 火災報知機の設置では加算対象とはなりません)

※色つきのセルを入力

※1 該当する欄について、記入してください。

※2 同一内容の防災体制を確保している共同生活住居ごとに記入してください。

※3 例えば、共同生活住居が4か所ある場合、警備会社Aに委託している住居が2か所、警備会社Bに委託している住居が2か所である場合、それぞれ別に記入してください。

## 算定要件

警備会社との共同生活住居にかかる警備業務の委託契約を締結する他、当該事業所等の従業員が常駐する場合や巡回を行う場合も対象とすることができる。自動通報装置の設置等により緊急時に速やかに対応できる体制を整えている場合にも算定できる。

(火災報知機等の設置では認められない。緊急対応できる場所に通報される装置を備えなければならない)

(経過の居宅介護利用型一体型指定共同生活援助事業所は算定できない)

●夜間支援体制加算の算定ができる体制が整っているケアホームで、グループホームの重複指定を受けている場合は、別途、夜間防災体制加算の算定ができる体制が整っていなければ当該加算を算定することはできませんので、ご注意ください。