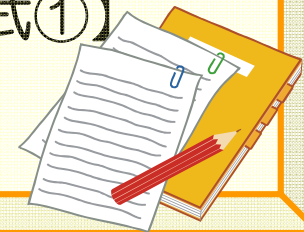
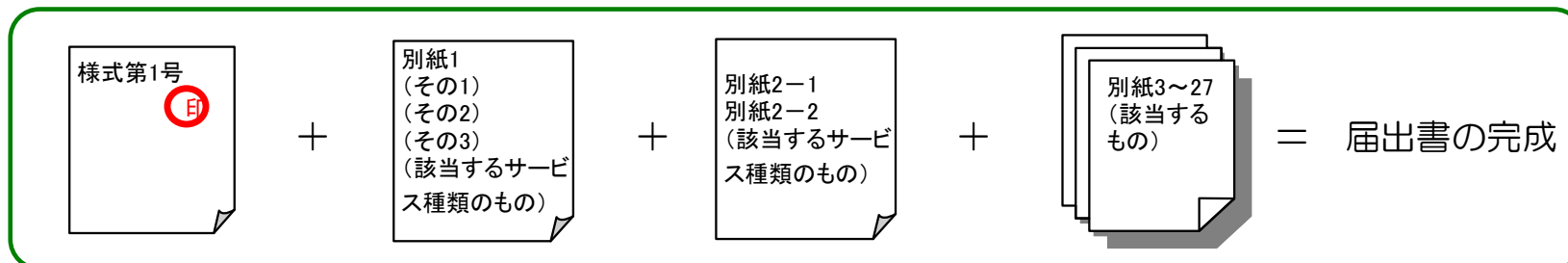


介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 【届出様式①】

平成23年10月適用版 【記載例】



- ◆ このファイルは、平成23年4月以降に指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設が使用する「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。
- ◆ この届出は、新規事業所申請時、指定変更申請時、加算内容変更時、サービス提供実施状況報告（毎年4月1日実施）の際に使用するものです。
- ◆ 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作成してください。
「別紙2～別紙4-4」…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。
※別紙5～別紙27は【届出様式②】をダウンロードしてください。



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)	療養介護	生活介護	施設入所支援
届出様式①	事業所指定申請時・毎年4月(前年度実績によるサービス費の見直し)・加算内容変更時			
	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2-1(訪問系・相談支援勤務表)			
	別紙2-2(訪問・相談以外勤務表)	◎	◎	◎
	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・児デイ)			
	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)			
	別紙4-5(特定事業所・同行)			

※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までが掲載されてあります。(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ください。)

届出様式②	事業所指定申請時・毎年4月(前年度実績によるサービス費の見直し)・加算内容変更時	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)			

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23年4月適用版】

届出する日付を
記入してください。

平成24年 3月15日

神奈川県知事 殿

法人代表者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 ・ 報告

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 市 中区 日本大通1			
	連絡先	電話番号	045-210-4732	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 市 中区 日本大通1 分庁舎1階			
	事業所番号	141***** (新規は空欄で可)	サービス種類	3 2 2 2	施設入所支援 生活介護
	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	045-210-4732	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		
	指定年月日		平成 20年 10月 1日		
	変更年月日 [加算算定適用年月日]		平成 24年 4月 1日		
	終了年月日		平成 年 月 日		
	加算内容が変更になる場合、算定を開始する年月日を記入してください		変更内容について簡潔に記入してください。		
●人員配置体制加算(Ⅲ)を算定。 ●福祉専門職配置等加算(Ⅱ)を算定。		●人員配置体制加算(Ⅱ)を算定。 ●福祉専門職配置等加算(なし)に変更。			

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下さい。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

該当する項目に○を記入してください。
定員、適用開始日についても記入してください。

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	
介護給付	在宅介護	定員をもっているサービス種類については、定員も忘れずに記入してください。	定員規模は報酬算定上の定員の規模です。多機能型事業所は、定員を合算し、該当するものに○をつけてください。	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)		
療養介護	1 40人以下 2 41人～60人以下 3 61人～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)		
生活介護	40 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	単位ごとにサービス費が	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)	平成23年4月1日	
			食事提供体制加算		1 なし	2 あり	平成20年10月1日		
			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)	平成23年4月1日	
			夜勤職員欠如		1 なし	2 あり			
施設入所支援	40 1 40人以下 2 41人～60人 3 61人～80人 4 81人以上		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 (II)	平成21年4月1日	
			栄養マネジメント加算		1 なし	2 あり			
			地域生活移行個別支援加算		1 なし	2 (I)	3 (II)		
			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	平成20年10月1日		
			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			
			相談支援			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
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	
訓練等給付 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	

定員をもっているサービス種類については、定員も忘れずに記入してください。

定員規模は報酬算定上の定員の規模です。多機能型事業所は、定員を合算し、該当するものに○をつけてください。

定員規模は報酬算定上の定員の規模です。多機能型事業所は、定員を合算し、該当するものに○をつけてください。
この例は、就労移行支援10名、就労継続支援B型20名の多機能型事業所の例です。

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。

別紙2-2

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	生活介護かながわ
サービス種類	生活介護

プルダウンメニューからサービス種類を選択してください。

「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」は「訪問系・相談支援用」と「訪問系相談支援を除くサービス用」の2種類あります。該当するサービスのシートを使用して作成してください。

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	加算等に係る資格 ・ 兼務先	
			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	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○						
管理者	常勤・兼務	かながわ 次郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0			
サービス管理責任者	常勤・専従	はこね 山雄	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0			
生活支援員	常勤・専従	やまだ 開成	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		介護福祉士	
生活支援員	常勤・兼務	まつだ たろう	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0		かながわB（生活支援員）/介護福祉士	
生活支援員	常勤・専従	おおい 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		社会福祉士	
生活支援員	非常勤・兼務	なかい 春代	3		3		3			3		3		3			3		3		3			3		3		3			36	9.0		かながわB（職業指導員）	
生活支援員	非常勤・専従	にのみや 夏子	5	5	5					5	5	5					5	5	5					5	5	5					60	15.0			
生活支援員	非常勤・専従	おおいそ 秋男		5		5	5				5		5	5																	60	15.0			
生活支援員	非常勤・兼務	さむかわ 冬彦	3		3		3			3		3		3																	36	9.0			
看護師	非常勤・専従	はやま 海子		3		3					3		3																		24	6.0		看護師	
																															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																															616	154.0	3.8		
			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			

管理者・サービス管理責任者を除いた職員の週平均の勤務時間を合計し、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。
 $154 \div 40 = 3.85 \rightarrow$ 常勤換算後の人数は3.8

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。

加算等に係る資格を有している場合は記入してください。従業員で他の事業等に兼務する場合は記入してください。

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 24 年 4 月の状況

平成23年4月以降の状況を示す任意の一月の内容を記入してください

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	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	月	火	水					
開所日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	31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	12	372人日				
経過措置利用者数	開所した日に○を記入してください																																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	46	1426人日				

* 色のついたセルに必要事項を入力してください。

(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	31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	46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 ※新規指定

該当する場合は必ずチェックのこと。

※色つきのセルは入力すること

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

☒ 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

××××1

定員

50

報酬算定上の定員

50

常勤換算後の職員数 ※1

8.5

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）を記入してください

法士、すること。

平成23年4月～平成24年3月までの実績で記載してください。
ただし、24年4月から定員の変更をする場合や、利用者の状態が明らかに平成23年度とは乖離する場合は、24年4月以降の状態を推測して記入してください。

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	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	0 人日	2800 人日
④区分4の総延べ利用者数	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	140 人日	1680 人日
⑤区分5の総延べ利用者数	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	160 人日	1920 人日
⑥区分6の総延べ利用者数	250 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	200 人日	2450 人日
⑦経過措置利用者数	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	20 人日	240 人日
⑧ ②から④および⑦のうち強度行動障害の総延べ利用者数	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	950 人日	900 人日	900 人日	900 人日	900 人日	900 人日	900 人日	500 人日	500 人日	500 人日	500 人日	500 人日	8850 人日
⑩全利用者数	970 人日	920 人日	920 人日	920 人日	920 人日	920 人日	920 人日	520 人日	520 人日	520 人日	520 人日	520 人日	9090 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	7.5
(2) 利用者の数	37.9人	(8) 常勤換算後の職員数	8.5
(3) 平均障害程度区分	4.5	(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	55%	(10) 職員の配置割合 (職員1人に対する利用者数)	4.5
(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（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
事業所番号		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

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制	夜勤 1 人		

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載してください。

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載してください。

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

事業所・施設の種類		かながわ福祉会		多機能型事業所							
<p>ここでの常勤とは、常勤兼務の職員を含むことが可能ですが、当該加算の対象となる事業所において、常勤として定める時間の2分の1以上の時間を満たす必要があります。</p> <p>ここでの生活支援員等とは、直接支援員ではないことから管理者及びサービス管理責任者は含まれません。</p>				<p>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。</p> <p>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</p>							
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> <p>→ ①に占める②の割合が25%以上</p>	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	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>7.0</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち常勤の者の数</td> <td>5人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が75%以上</p>	①	常勤換算による生活支援員等の総数	7.0	②	①のうち常勤の者の数	5人			×	
①	常勤換算による生活支援員等の総数	7.0									
②	①のうち常勤の者の数	5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>5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>4人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が30%以上</p>	①	常勤の生活支援員等の総数	5人	②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	4人			○	
①	常勤の生活支援員等の総数	5人									
②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	4人									
加算要件の該当／非該当		福祉専門職員等配置加算（Ⅱ）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。

(4) 多機能型の場合、多機能型で行っている全てのサービスを合算して記載すること。

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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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ともに、利用者の状態を定期的に記録している	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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)の全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
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
前年度における開所日数	③	240

前年度の平均実利用者数 (①÷③) ④	27.5
うち30% ⑤	8.3
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
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

基準上必要な直接支援職員数 (下表を参考のこと) ⑨	0.9
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き糖尿病食、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。

(施設入所支援)

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載(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載してください。
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載してください。

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 2 4 年 4 月 1 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載すること。

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)

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）		60	人
当該施設・事業所が置くべき生活支援員の数（常勤換算）		20	
当該施設・事業所の生活支援員の配置数（常勤換算）・・・（A）		23.5	
（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	4	人
	精神保健福祉士の人数	2	人
個別支援の具体的内容 （個別支援計画の概要）		<p>別添個別支援計画書参照。</p> <p>利用者専属の精神保健福祉士が、行動観察等を行い、本人の行動特性を分析し、問題行動が発生しないような環境設定を行う。問題行動が発生した場合は、本人や精神科医や関係者とカンファレンスを行う。また、面接を週1回実施し、本人の日常生活や人間関係について把握するとともに、問題行動の発生を未然に防ぐよう調整を行う。</p> <p>地域移行に向け、生活のリズムの確立を図るとともに、生活技術習得のためプログラムを実施する。保護観察所と連携した通院支援を行う。</p> <p>緊急時に対応できるよう24時間電話連絡可能な体制を構築する。</p>	
精神科医師による 指導の回数		2	回／月
研修	回数	4	回／年
	内容	<p>生活支援員等全従業員を対象に、講師をむかえ、矯正施設等を退所した障害者支援についての研修や支援の内容、課題の内容と今後の支援について等の研修を行う。</p>	
協力機関名		保護観察所、×○精神保健福祉センター、○○病院、××相談支援事業所、自立支援協議会	

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載してください。

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載してください。