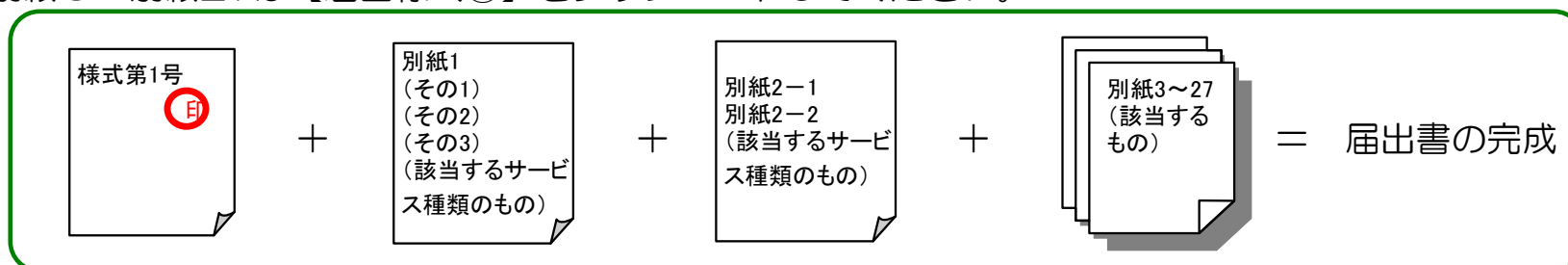


# 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 【届出様式①】

平成24年4月適用版 【記載例】



- ◆ このファイルは、平成24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。



Ver4.1

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	療養介護	生活介護	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	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(訪問系勤務表)	▲											
		別紙2-2(訪問以外勤務表)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		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・生介以外)								◎	◎	◎	◎	◎
		別紙3-4(人員基準確認・入所)							◎					
		別紙3-5(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4-5(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(延長支援加算体制)			▲									
		別紙27-1(送迎加算・生活介護)			▲									
		別紙27-2(送迎加算・短期入所)				▲								
		別紙27-3(送迎加算・生活、短期以外)								▲	▲	▲	▲	▲
		別紙28(緊急短期入所体制)				▲								
		別紙29-1(通勤者生活支援加算・GH・CH)					▲	▲						
		別紙29-2(通勤者生活支援加算・自立訓練)									▲			
		別紙30(看護職員配置加算)									▲			
		別紙31(重度障害者支援体制加算)											▲	▲
		別紙32(就労移行支援体制加算)										▲		
		別紙33(夜間支援体制加算)						▲						
		別紙34-1(夜間防災・緊急時支援・自立)									▲			
		別紙34-2(夜間防災・緊急時支援・GH)					▲							

※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(別紙)処遇改善加算が掲載されています。

様式③	書類の提出時期	提出書類(書類略称)	訪問系・	療養介護	生活介護	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
	上記同様	別紙(処遇改善加算)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

※訪問系とは居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護をいいます。  
 ※重度障害者等包括支援及び一般相談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。

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24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 4月 1日

横浜市 長 殿

法人代表者印を押印してください。

事業所の所在地が横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市の場合は各市長あて。それ以外の所在地は神奈川県知事あてとしてください

所在地 横浜市中区日本大通1  
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	シャカイフクシカノカナガワフクシャイ			
	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・施設の状態	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*****	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		
	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		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	
	●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。		
変更内容について簡潔に記入してください。					

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

当該事業所の地域区分		選択してください		地域区分については別紙地域区分表を参照のうえ区分を選択してください。		該当する体制等		適用開始日
提供サービス	定員	定員規模	施設区分・サービス費					
居宅介護				特定事業所加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ)			平成24年4月1日
重度訪問介護				特定事業所加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ)			平成24年4月1日
行動援護				特定事業所加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ)			
同行援護				特定事業所加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 5 (Ⅲ)			平成24年4月1日
福祉・介護職員処遇改善加算対象						1 なし 2 あり		
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象						1 なし 2 あり		
キャリアパス区分				1. Ⅰ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ (キャリアパス要件を満たさない) 3. Ⅱ (定量的要件を満たさない) 4. Ⅲ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない)		福祉・介護職員処遇改善加算と福祉・介護職員処遇改善特別加算対象の併給はできませんのでご注意ください。		
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. Ⅰ型 2. Ⅱ型 3. Ⅲ型 4. Ⅳ型 5. Ⅴ型 6. 経過Ⅰ型 7. 経過Ⅱ型	特例対象	1 なし 1 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)		平成24年4月1日		
			新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり				
			保障単位数 (新体系定着支援事業)	( ) 単位				
			人員配置体制加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ)		平成24年4月1日		
			福祉・介護職員処遇改善加算対象				1 なし 2 あり	
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象				1 なし 2 あり		平成24年4月1日		
キャリアパス区分				1. Ⅰ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ (キャリアパス要件を満たさない) 3. Ⅱ (定量的要件を満たさない) 4. Ⅲ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない)		福祉・介護職員処遇改善特別加算を算定する場合、キャリアパス区分を選択しません。		
生活介護	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)		平成24年4月1日		
			食事提供体制加算	1 なし 2 あり		平成24年4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24年4月1日		
			新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり				
			保障単位数 (新体系定着支援事業)	( ) 単位				
			延長支援加算	1 なし 2 1時間未満 3 1時間以上				
			送迎加算	1 なし 2 あり 3 あり (区分5以上60%以上)		平成24年4月1日		
			開所時間減算	1 なし 2 あり				
			大規模事業所減算	1 なし 2 あり				
			福祉・介護職員処遇改善加算対象				1 なし 2 あり	
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象				1 なし 2 あり		平成24年4月1日		
キャリアパス区分				1. Ⅰ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ (キャリアパス要件を満たさない) 3. Ⅱ (定量的要件を満たさない) 4. Ⅲ (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない)				

短期入所	5	1 併設型 2 空床型 3 単独型	1 福祉型サービス費（Ⅰ）	職員欠如減算	1 なし 2 あり			
			2 福祉型サービス費（Ⅱ）	定員超過減算	1 なし 2 あり			
			3 福祉型サービス費（Ⅲ）	食事提供体制加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日		
			4 福祉型サービス費（Ⅳ）	栄養士配置加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ)	平成24年4月1日		
			2 医療型サービス費（Ⅰ）	単独型加算	1 なし 2 あり			
			3 医療型サービス費（Ⅱ）	緊急短期入所体制確保加算	1 なし 2 あり			
			4 医療型サービス費（Ⅲ）	送迎加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日		
			5 医療型特定サービス費（Ⅰ）					
			6 医療型特定サービス費（Ⅱ）					
			7 医療型特定サービス費（Ⅲ）					
8 医療型特定サービス費（Ⅳ）								
9 医療型特定サービス費（Ⅴ）								
福祉・介護職員処遇改善加算対象			1 なし 2 あり					
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象			1 なし 2 あり		平成24年4月1日			
キャリアパス区分			1. Ⅰ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす） 2. Ⅱ（キャリアパス要件を満たさない） 3. Ⅲ（定量的要件を満たさない） 4. Ⅳ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）					
施設入所支援	1 40人以下 2 (41人～60人) 3 61人～80人 4 81人以上		夜勤職員欠如	1 なし 2 あり				
			定員超過減算	1 なし 2 あり				
			栄養士欠如減算	1 なし 2 非常勤栄養士 3 栄養士未配置				
			栄養マネジメント加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日			
			地域生活移行個別支援加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ)	平成24年4月1日			
			夜間看護体制加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日			
			夜勤職員配置体制加算	1 なし 2 あり	平成24年4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	平成24年4月1日			
			新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり				
			保障単位数（新体系定着支援事業）	( ) 単位				
			福祉・介護職員処遇改善加算対象			1 なし 2 あり		
			福祉・介護職員処遇改善特別加算対象			1 なし 2 あり		平成24年4月1日
キャリアパス区分			1. Ⅰ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす） 2. Ⅱ（キャリアパス要件を満たさない） 3. Ⅲ（定量的要件を満たさない） 4. Ⅳ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）					

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		選択してください		地域区分については別紙地域区分表を参照のうえ区分を選択してください。		該当する体制等		適用開始日
提供サービス	定員	定員規模	施設区分・サービス費					
自立訓練	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。	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)	平成24年4月1日		
				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	平成24年4月1日		
				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	平成24年4月1日		
				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)	平成24年4月1日		
				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			
				新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり			
				保障単位数（新体系定着支援事業）	( ) 単位			
				夜間防災・緊急時支援体制加算	1 なし 2 (I) 3 (II)	平成24年4月1日		
				看護職員配置加算	1 なし 2 (I) 3 (II)	平成24年4月1日		
				送迎加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日		
				地域生活移行個別支援加算	1 なし 2 あり			
				福祉・介護職員処遇改善加算対象			1 なし 2 あり	
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象			1 なし あり		平成24年4月1日			
キャリアパス区分			福祉・介護職員処遇改善加算を算定する場合、当該区分を必ず選択してください。		①. I（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす） ②. II（キャリアパス要件を満たさない） ③. II（定量的要件を満たさない） ④. III（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）		福祉・介護職員処遇改善加算と福祉・介護職員処遇改善特別加算対象の併給はできませんのでご注意ください。	

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	平成24年4月1日			
				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	平成24年4月1日			
				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				
				移行準備支援体制加算	1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ)	平成24年4月1日			
				送迎加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日			
				就労定着実績がない場合の減算	1 なし 2 あり				
				新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり				
				保障単位数（新体系定着支援事業）	( ) 単位				
				福祉・介護職員処遇改善加算対象	1 なし 2 あり	平成24年4月1日			
				福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1 なし 2 あり				
				キャリアパス区分	1. Ⅰ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす） 2. Ⅱ（キャリアパス要件を満たさない） 3. Ⅱ（定量的要件を満たさない） 4. Ⅲ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）				
				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 (Ⅰ) サービス費（Ⅰ） (Ⅱ) サービス費（Ⅱ） 2 B型 (Ⅰ) サービス費（Ⅰ） (Ⅱ) 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	平成24年4月1日							
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	平成24年4月1日							
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	平成24年4月1日							
重度者支援体制加算	なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ)								
送迎加算	1 なし 2 あり	平成24年4月1日							
短時間利用者が一定以上の割合の減算	1 なし 2 あり								
新体系定着支援事業担当	1 なし 2 あり								
保障単位数（新体系定着支援事業）	( ) 単位								
福祉・介護職員処遇改善加算対象	1 なし 2 あり	平成24年4月1日							
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1 なし 2 あり								
キャリアパス区分	1. Ⅰ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす） 2. Ⅱ（キャリアパス要件を満たさない） 3. Ⅱ（定量的要件を満たさない） 4. Ⅲ（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）								

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）

当該事業所の地域区分

選択してください

地域区分については別紙地域区分表を参照のうえ区分を選択してください。

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	
	通勤者生活支援加算	
	新体系定着支援事業担当	
	保障単位数（新体系定着支援事業）	( ) 単位
CH	個人単位で居宅介護等を利用する特例適用	
CH	世話人等配置基準	4:1
		5:1
		6:1
GH	世話人等配置基準	4:1
		5:1
		6:1
		10:1

福祉・介護職員処遇改善加算対象

福祉・介護職員処遇改善特別加算対象

キャリアパス区分

1. I（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす）

2. II（キャリアパス要件を満たさない）

3. II（定量的要件を満たさない）

4. III（キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない）

福祉・介護職員処遇改善加算と福祉・介護職員処遇改善特別加算対象の併給はできませんのでご注意ください。

福祉・介護職員処遇改善加算を算定する場合、当該区分を必ず選択してください。

各種加算等に該当するものに○を記入してください。該当する加算等に対応した別紙を添付してください。

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		かながわホームⅠ	かながわホームⅡ	かながわホームⅢ	かながわホームⅣ	かながわホームⅤ							
GH・CH共通	CH・GH合計定員		5人	6人	5人	7人	8人							
	CHの定員		1人	5人	4人	2人	7人							
	GHの定員		4人	1人	1人	5人	1人							
	平成18年9月30日以前から設置													
CH	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												
	夜間支援体制加算Ⅰ	重度障害者支援体制加算の有無												
		実施の有無	4人以下											
			5人											
			6人											
			7人											
			8～10人											
			11～13人											
14～16人														
17～20人														
夜間支援体制加算Ⅱ	実施の有無													
	4人以下													
	5人													
	6人													
GH	夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅰ	7人												
		8～30人												
		夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅱ												

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。

注4 GH・・・共同生活援助（グループホーム） CH・・・共同生活介護（ケアホーム）のことを指しています。



従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	かながわ介護事業所
サービス種類	居宅介護

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

[illegible]

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。

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			
																															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	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	0.0			
																															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			
																															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	0.0			
																															0	0.0			
																															0	0.0			

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。

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

（療養介護）

平成 23 年 4 月 ～ 平成 24 年 4 月 ※新規指定の場合は、1年の見込み数を記入すること。

※色つきのセルのみ入力のこと

事業所名称	さくら病院	法人名称	医療法人神奈川福祉会			単位番号	1	<input type="radio"/> 指定療養介護	<input type="radio"/> 特定旧法施設等	<input checked="" type="radio"/> 重心施設等から移行した児・者一体
事業所番号	1412300001	定員	80	報酬算定上の定員	80	常勤換算後の職員数 ※1	55	↑事業所の運営形態を選択すること		

※1 生活支援員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	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	30 日	31 日	30 日	31 日	31 日	29 日	31 日	366 日
②区分6の総延べ利用者数 ※1	750 人日	775 人日	750 人日	775 人日	775 人日	750 人日	775 人日	750 人日	775 人日	775 人日	725 人日	775 人日	9150 人日
③区分5の総延べ利用者数 ※2	900 人日	930 人日	900 人日	930 人日	930 人日	900 人日	930 人日	900 人日	930 人日	930 人日	870 人日	930 人日	10980 人日
④障害児移行対象者数 ※3	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
⑦経過措置利用者数 ※4	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
⑨経過措置利用者を除く利用者数	1650 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1705 人日	1595 人日	1705 人日	20130 人日
⑩全利用者数	1650 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1650 人日	1705 人日	1705 人日	1595 人日	1705 人日	20130 人日

## &lt;療養介護の対象者&gt;

- ①区分5以上 重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者である場合  
②区分6以上 気管切開に伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている場合  
③旧重症心身障害児施設に入所した者又は指定医療機関に入院した者であって、平成24年4月1日以降  
指定療養介護事業所を利用する①及び②以外の者

(1) 開所日数	366日	(7) 指定基準上の必要職員数 (特定旧法施設等を除く)	—
(2) 利用者の数	55.人	(8) 常勤換算後の職員数	55
(3) 区分6の人数	25.0	(9) 指定基準への適合 (特定旧法施設等を除く)	—
(5) 区分5の利用者数	30.0	(10) 職員の配置割合 (職員1人に対する利用者数)	1.0
(6) 区分6の利用者の割合	45.0%	(11) 人員配置体制加算	Ⅱ
サービス費該当	療養介護サービス費(Ⅱ)		

●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	<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
××××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（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

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。

プルダウンから選択してください。

※色つきのセルのみ入力してください。

事業所名称	社会福祉法人 かながわ福祉会		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	
事業所	定員	40	報酬算定上の定員	40	常勤換算後の職員数※	4.0	(就労移行支援のみ) 常勤換算後の就労支援員の数	

平成23年4月から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	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	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	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	4.0		
(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			
(5) 指定基準上の必要就労支援員配置割合 (就労移行支援のみ)					

●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）

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	141*****	定員	120
		単位番号	
		夜間の職員体制 (夜勤・宿直の別と配置数)	○夜勤 ○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		

●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

平成23年4月から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。

ながわ事業所	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会
142XXXXXXX	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 ▼

別紙2-2に基づき、常勤換算後の世話人の数、常勤換算後の生活支援員の数を算出してください。  
※別紙2-2で自動計算されませんので、各自で算出してください。

常勤換算後の世話人の数	1.6
常勤換算後の生活支援員の数	0.8

	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	29 日	31 日	366 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	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	29 人日	31 人日	366 人日
②区分2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	58 人日	62 人日	732 人日
③区分3の総延べ利用者数	30 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	29 人日	31 人日	642 人日
④区分4の総延べ利用者数	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
⑤区分5の総延べ利用者数	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
⑥区分6の総延べ利用者数	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
⑩全利用者数	120 人日	155 人日	150 人日	155 人日	155 人日	150 人日	155 人日	150 人日	155 人日	155 人日	116 人日	124 人日	1740 人日

プルダウンから選択してください。

(1) 利用者の数	4.8	(6) 指定基準上の必要世話人数	0.8
(2) 区分3の利用者の数	1.8	(7) 常勤換算後の世話人数	1.6
(3) 区分4の利用者の数	0.0	(8) 指定基準上の必要生活支援員数	0.2
(4) 区分5の利用者の数	0.0	(9) 常勤換算後の生活支援員数	0.8
(5) 区分6の利用者の数	0.0	(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		かながわ居宅介護												
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	7.8 人	312 時間											
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	2.6 人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	○									
	(3) (1)のうち介護福祉士、実務研修修了者、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	6.8 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		120 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 12 人      月延べサービス提供時間 312 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>1 人</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	1 人		非常勤	
		職員数	常勤換算職員数											
サービス提供責任者	常勤	1 人												
	非常勤													
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以上である者及び喀痰吸引等を必要とす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

法人代表者印を押印してください。

## 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		かながわホームヘルプ事業所																							
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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input 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																						
	(1) 重度訪問介護従業者の総数	5.5 人	576 時間																						
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	2.1 人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無																				
	(3) (1)のうち介護福祉士、実務研修修了者、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	5.5 人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無																				
	(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		229 時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無																				
	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																								
	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																								
	<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>9 人</td> <td>192 時間</td> <td>2 人</td> <td>1 人</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">サービス提供責任者</td> <td>総数</td> <td>1 人</td> <td>常勤換算職員数</td> <td>1 人</td> </tr> <tr> <td>常勤</td> <td>1 人</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td></td> <td></td> <td></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	9 人	192 時間	2 人	1 人	サービス提供責任者	総数	1 人	常勤換算職員数	1 人	常勤	1 人			非常勤		
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																						
9 人	192 時間	2 人	1 人																						
サービス提供責任者	総数	1 人	常勤換算職員数	1 人																					
	常勤	1 人																							
	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以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が50%以上																								
加算要件該当/非該当		特定事業所加算(Ⅱ)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ることをご依頼いたします。

法人名 社会福祉法人かながわ福祉会

法人代表者職・氏名 理事長 かながわ太郎

法人代表者印を押印してください。

印

## 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		行動援護かながわ													
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。														
		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	4.5 人	2160 時間												
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	3 人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	○										
	(3) (1)のうち介護福祉士、実務研修修了者、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	3.5 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、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		1440 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 6 人    月延べサービス提供時間 180 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>1 人</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	1 人		非常勤		
		職員数	常勤換算職員数												
サービス提供責任者	常勤	1 人													
	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以上である者及び喀痰吸引等を必要とす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（Ⅰ）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るこ

法人代表者印を押印してください。

法人名 社会福祉法人かながわ福祉会

法人代表者職・氏名 理事長 かながわ太郎

印

## 特定事業所加算に係る体制等の状況（同行援護事業所）

※色つきのセルのみ入力

事業所名															
体制要件	① 個別の同行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。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
	② 同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に開催している。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
	③ サービス提供責任者と同行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。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
	④ 同行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。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input 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 checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
	⑥ 新規に採用したすべての同行援護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無													
人材要件	①同行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で可。														
		常勤換算職員数	サービス提供時間												
	(1) 同行援護従業者の総数	4.5 人	60 時間												
	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	2 人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										
	(3) (1)のうち介護福祉士、実務研修修了者、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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(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、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数			→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
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、国立障害者リハビリテーションセンター視覚障害学科修了者等又は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 10 人 月延べサービス提供時間 60 時間 指定基準上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>2 人</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	2 人		非常勤	
		職員数	常勤換算職員数												
サービス提供責任者	常勤	2 人													
	非常勤														
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以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が30%以上														
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。

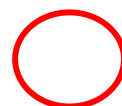
③ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に該当する場合は、併せて勤務表を提出してください。

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 社会福祉法人かながわ福祉会

法人代表者職・氏名 かながわ太郎

法人代表者  
印を押印し  
てください。

印