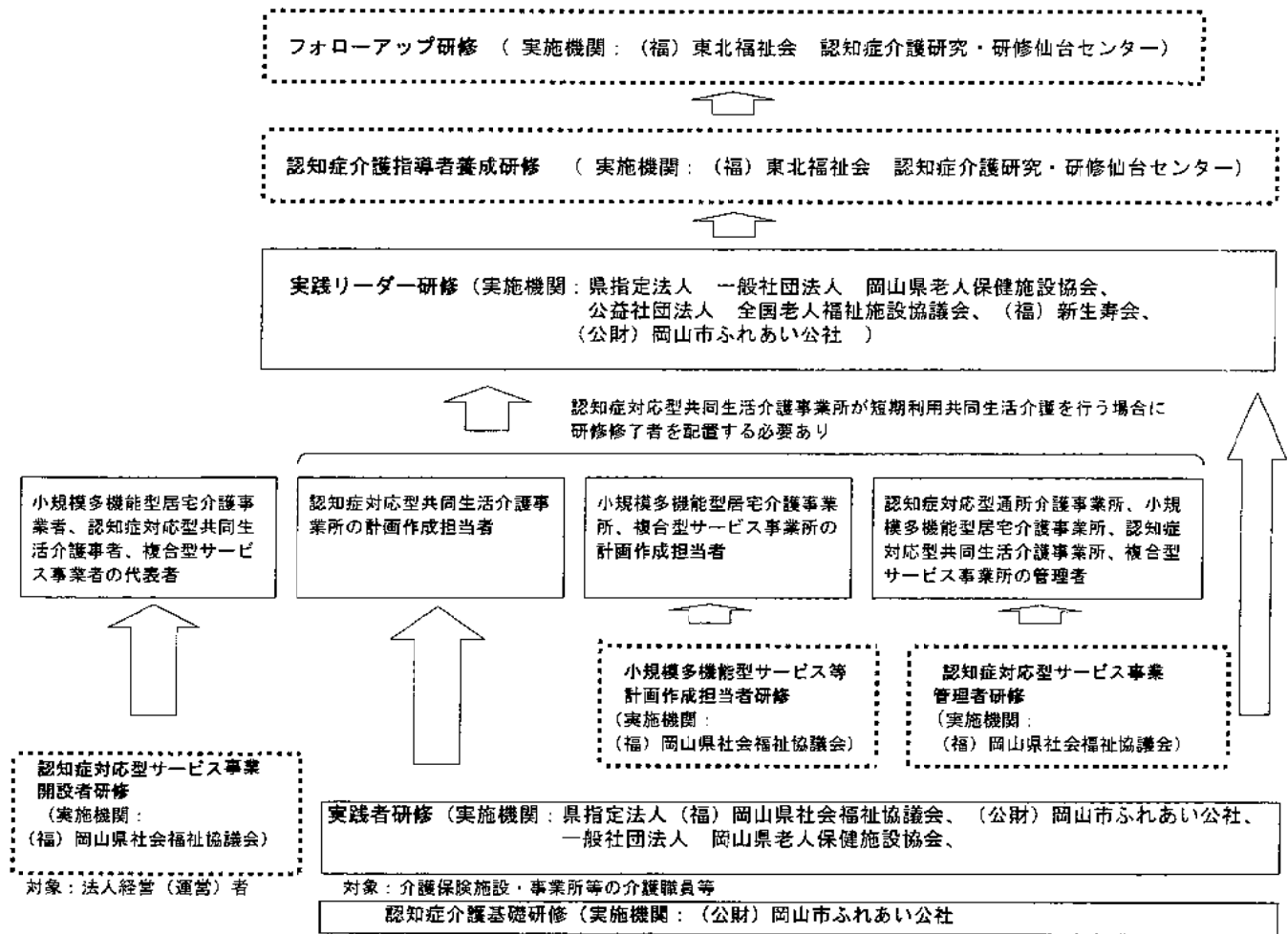


認知症介護研修体系



指定基準による各研修の位置づけ

『指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について』により、下表のとおり研修の受講が義務付けられています。

事業所業種	対象者	認知症介護実践者研修	認知症対応型サービス事業管理者研修	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	認知症対応型サービス事業開設者研修
指定小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	要	要	不要	不要
指定小規模多機能型居宅介護事業所	計画作成担当者	要	不要	要	不要
指定小規模多機能型居宅介護事業所	代表者	不要	不要	不要	要
指定認知症対応型通所介護事業所	管理者	要	要	不要	不要
指定看護小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	要	要	不要	不要
指定看護小規模多機能型居宅介護事業所	計画作成担当者	要	不要	要	不要
指定看護小規模多機能型居宅介護事業所	代表者	不要	不要	不要	要

各種認知症研修の目的及び対象者

		目 的	研修対象者
認知症介護基礎研修		介護に携わる者が、認知症介護業務を遂行する上で必要とされる基礎的な知識や技術の習得とそれを実践する際の考え方を身につけ、サービス提供を行うことができるようにする。認知症介護実践者研修を含む他の研修を受講するうえで必須の研修ではありませんが、基礎的な知識・技術を身につける。	岡山市内の介護保険施設・介護サービス事業所等に従事する介護職員等
認知症介護実践研修	実践者研修	施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を習得する。認知症介護関連の研修の基礎となる研修で、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症対応型サービス事業管理者研修」、「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講する際には、本研修を修了していることが要件となります。	介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等 原則として身体介護に関する基本的知識・技術を習得している者で、概ね実務経験2年以上の者
	実践リーダー研修	ケアチームにおける指導的立場としてチーム員の知識・技術・態度を指導する能力及びチームリーダーとしてのチームマネジメント能力を習得する。	介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等 介護保険施設又は指定居宅介護サービス事業者及び指定地域密着型事業者等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有する者で実践者研修を修了し1年以上経過している者
認知症対応型サービス事業開設者研修		指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者となる者に対し、事業所を運営していく上で必要な「認知症高齢者の基本的な理解」「認知症高齢者のケアのあり方」「適切なサービス提供のあり方」などの知識を身につけるための研修を実施する。	指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者
認知症対応型サービス事業管理者研修		指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していく上で、必要な「指定基準等の正しい理解」、「職員の労務管理」、「適切なサービス提供のあり方」などの必要な知識・技術を身につける。	指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者又は管理者になることが予定される者で、実践者研修(基礎課程)を修了している者
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修		指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者となる者に対し、利用者及び事業の特性を踏まえた小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護計画を適切に作成する上で必要な、当該サービスに係る「基準の正しい理解」「適切なサービスの提供」「利用計画作成演習」などの必要な知識・技術を身につける。	指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定される者で実践者研修(基礎課程)を修了している者
認知症介護指導者養成研修		認知症介護基礎・実践研修を企画・立案し、講義・演習・実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導することができる者を養成する。	実践リーダー研修を修了した者(専門課程を修了した者を含む)
フォローアップ研修		認知症介護指導者養成研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する専門的な知識や指導方法等を修得させることにより、第一線の介護従事者に対して最新の認知症介護技術を的確に伝達できるような体制を整える。	認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として現に従事している若しくは予定している者で指導者養成研修修了後1年以上経過している者

※指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者に就任するには、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であることが必要(基準奨励並びに解釈通知)

確 約 書

年 月 日

岡山市長 様

氏名

私は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇〇〇〇〇〇〇（事業所名称）の〇〇〇〇（就任予定役職名）に就任を予定していますが、現在、必要な以下の研修を修了しておりません。次回の研修に申込み、受講が認められれば、当該研修を修了することを確約いたします。

1 満たしていない資格要件

〇〇〇〇〇〇

2 受講予定の直近の研修名

〇〇年度第〇〇回〇〇〇〇〇〇研修（〇〇年〇〇月予定）

確 約 書

年 月 日

岡山市長 様

事業者（法人）名称

事業所名称

代表者職・氏名

令和〇〇年〇〇月〇〇日から就任予定の〇〇〇〇〇〇（就任予定者氏名）は、現在、配置に必要な以下の研修を修了しておりません。次回の研修に申込み、受講が認められれば、当該研修を修了させることを確約いたします。

なお、研修修了時には速やかに研修修了証の写しを提出します。

1 配置する役職名

〇〇〇〇〇〇

2 満たしていない資格要件

〇〇〇〇〇〇

3 受講予定の直近の研修名

〇〇年度第〇〇回〇〇〇〇〇〇研修（〇〇年〇〇月予定）

4 有資格者を配置できなかった理由

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

【質問票】

年 月 日
岡山市事業者指導課 宛
Fax:086(221)3010

※事業者指導課のホームページに、
エクセルデータも掲載しています。

事業所名			
サービス種別	事業所番号	33	
所在地			
Tel	Fax		
担当者名	職名		
【質問】			
【回答】			

変更届（必要書類・提出方法）

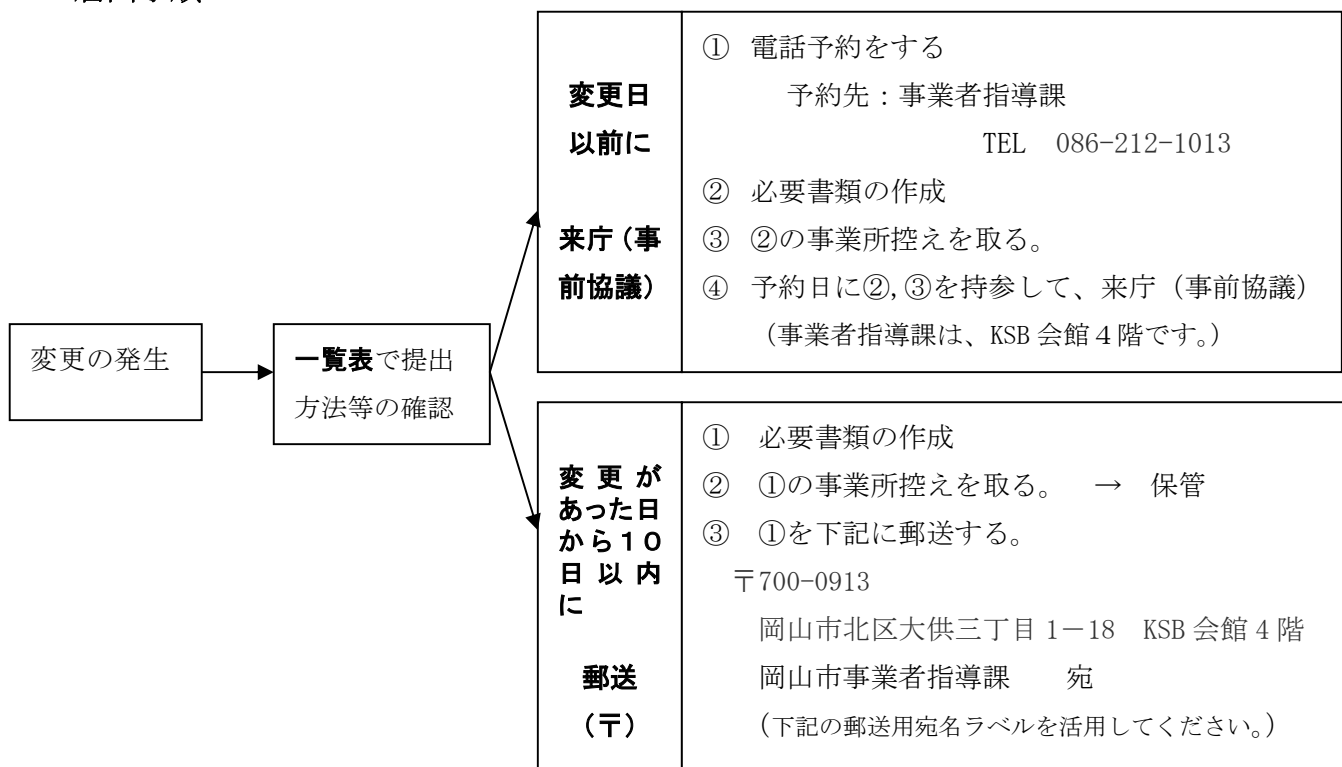
※届出用紙は、事業者指導課のホームページからダウンロードできます。

1 届出が必要な変更事項、届出時期、必要書類、提出方法

⇒ 次ページの一覧表で確認してください。

※その他、確認が必要な書類の提出をお願いする場合があります。

2 届出手順



郵送用宛名ラベル ※こちらをコピーの上、使用されると便利です。

〒 700-0913

岡山市北区大供三丁目1-18 KSB 会館4階

岡山市 事業者指導課 宛

<変更届（ ）在中>

↑ サービスの種類を記載してください。

○変更の届出（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）

既に申請、届出している事項に変更が生じた場合、10日以内に変更の届出が必要です。

なお、変更内容（事業所の移転など重要な変更の場合）によっては、事前に岡山市（事業者指導課）と協議する必要があります。

変更の届出は、岡山市事業者指導課へ1部提出してください。

◆同時に複数項目の変更を届出する場合、重複する書類は省略可能です。

変更の届出が必要な事項	提出書類
<p>1 事業所の名称</p> <p>【関連項目】</p> <p>登記事項証明書等の記載にも変更がある場合、5を参照してください。</p>	<p>①変更届（様式第4号）</p> <p>②付表2-1（単独型・併設型）、付表2-2（共用型）</p> <p>③変更後の運営規程</p>
<p>2 事業所の所在地</p> <p>【関連項目】</p> <p>登記事項証明書等の記載にも変更がある場合、5を参照してください。</p> <p>【重要】</p> <p>岡山市以外の所在地へ事業所を移転する場合には、岡山市へ廃止届と、移転先の所在地（指定権者）での新規指定申請になります。</p>	<p>※事前協議が必要</p> <p>①変更届（様式第4号）</p> <p>※変更届の「変更の内容」欄に、変更後の郵便番号、所在地、電話番号、FAX番号を記載すること。</p> <p>②付表2-1（単独型・併設型）、付表2-2（共用型）</p> <p>③事業所の位置図（住宅地図の写し等）</p> <p>④事業所の平面図（各室の用途を明示すること）及び求積表</p> <p>※平面図等については、次ページの6を参照のこと。</p> <p>⑤事業所の写真（外観、事業所の出入口部分、食堂及び機能訓練室、静養室、相談室、事務室、便所、洗面設備、消防法上必要な消火設備）</p> <p>※事業所の外観、事務室、相談室、静養室、食堂及び機能訓練室については、2方向以上、A4用紙に貼付等のこと。</p> <p>⑥変更後の運営規程</p> <p>⑦事業所として使用する建物の使用権限を証明できる書類</p> <p>※自己所有の場合は、建物の登記事項証明書又登記識別情報通知等の写し等（土地は不要）</p> <p>※賃貸の場合は、賃貸借契約書の写し</p> <p>⑧建築物関連法令協議記録報告書</p>
<p>3 申請者の名称及び主たる事務所の所在地</p> <p>【重要】</p> <p>運営法人が別法人（合併を含む）になる場合には、変更届ではなく、廃止届と新規指定申請になります。</p>	<p>①変更届（様式第4号）</p> <p>②申請者の登記事項証明書（原本）又は条例等（写し）</p> <p>※申請者が市等の場合は事業所の設置条例等、指定管理者の場合は、指定管理協定書（原本証明が必要）を添付。</p>
<p>4 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名</p>	<p>①変更届（様式第4号）</p> <p>②申請者の登記事項証明書（原本）等</p> <p>③誓約書（（地域密着型サービス（9-1）又は地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス（9-2））</p> <p>※代表者の住所変更のみの場合は②、③は不要。</p>
<p>5 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る）</p>	<p>①変更届（様式第4号）</p> <p>②申請者の登記事項証明書（原本）又は条例等（写し）</p> <p>※申請者が市等の場合は事業所の設置条例等、指定管理者の場合は、指定管理協定書（原本証明が必要）を添付。</p>

○変更の届出（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護） 続き

変更の届出が必要な事項	提出書類
<p>6 事業所の平面図（レイアウト、専用区画）及び設備の概要</p>	<p>※事前協議が必要</p> <p>①変更届（様式第4号） ②付表2-1（単独型・併設型）、付表2-2（共用型） ③事業所の平面図（各室の用途を明示すること）及び求積表 ※図面は、寸法を正確に記載したものを作成し、<u>食堂及び機能訓練室については、その範囲と面積（内法）、その算出根拠となる計算式を記載</u>すること。その際、認知症対応型通所介護の提供に必要なもの等（押入れ、床の間、廊下、柱、造り付けの家具等）の面積は除外すること。<u>（内法面積で定員×3㎡以上必要）</u> ※写真にて確認するため、平面図に写真の番号と撮影した方向を、矢印で明記してください。</p> <p>④事業所の写真（外観、事業所の出入口部分、食堂及び機能訓練室、静養室、相談室、事務室、便所、洗面設備） ※事業所の外観、事務室、相談室、静養室、食堂及び機能訓練室については、2方向以上、A4用紙に貼付等のこと。</p> <p>⑤設備・備品等写真（消防法上必要な消火設備等）</p>
<p>7 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴</p>	<p>①変更届（様式第4号） ②付表2-1（単独型・併設型）、付表2-2（共用型） ③管理者経歴書 ④資格証又は実務経験証明書等の写し ⑤管理者就任承諾及び誓約書（市参考様式2-3） ⑥雇用契約書又は辞令等の写し ⑦研修修了証の写し（実践者研修を修了していない場合は、2年以上の介護業務実務経験証明書が必要） ⑧従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《変更月のもの》 ※管理者のみの記載で可。 ※当該事業所の他の職種又は他の事業所と兼務がある場合には、兼務する他の職種又は兼務先の事業所名及び職種を記載。 ⑨誓約書（（地域密着型サービス（9-1）又は地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス（9-2）） ※管理者の改姓又は住所変更のみの場合は④～⑨は不要。</p>
<p>8 運営規程</p>	<p>①変更届（様式第4号） ※変更届の「変更前」及び「変更後」欄に変更内容を記載するか、別紙（変更内容を記載）を添付すること。</p> <p>②付表2-1（単独型・併設型）、付表2-2（共用型） ※記載事項に変更がある場合のみ添付。</p> <p>③変更後の運営規程</p> <p>【利用定員、営業日・営業時間、サービス提供時間又は実施単位の変更の場合④～⑥も添付すること】</p> <p>④従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《変更月のもの》 ※変更後の運営に支障がない従業者を配置すること。</p> <p>⑤資格証等の写し（介護職員を除く） ⑥サービス提供実施単位一覧表</p> <p>※「従業者の職種、員数及び職務の内容」について、その変更の届出は年1回とする。</p>

体制届（必要書類・提出方法）

※届出用紙は、事業者指導課のホームページからダウンロードできます。

1 届出が必要な加算（減算）の内容、必要書類

⇒ 次ページの一覧表で確認してください。

※その他、確認が必要な書類の提出をお願いする場合があります。

2 届出時期

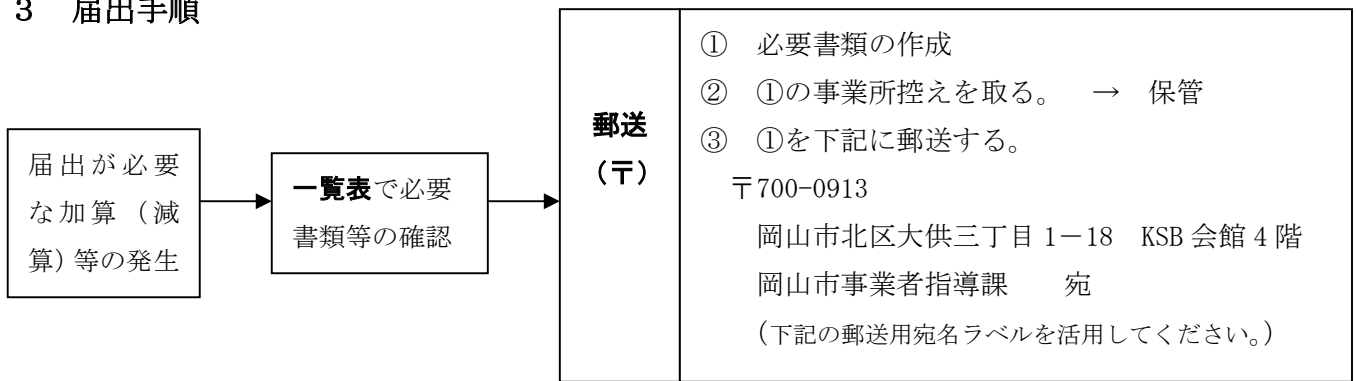
算定開始月の前月15日（閉庁日の場合は翌開庁日）が締切りです。

届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。）については、届出が15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定開始となります。

事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合は、速やかにその旨の届出が必要です。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定はできません。

（注）介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の添付書類（計画書等）については、前々月末日が締切りとなりますので、ご注意ください。

3 届出手順



郵送用宛名ラベル ※こちらをコピーの上、使用されると便利です。

〒 700-0913

岡山市北区大供三丁目1-18 KSB会館4階

岡山市 事業者指導課 宛

<体制届（ ）在中>

↑ サービスの種類を記載してください。

○介護報酬算定に係る体制等に関する届出

(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護)

次の内容の加算（減算）等を算定しようとする場合は、事前に岡山市への届出が必要です。
届出をしていないと、サービスを提供しても報酬が支払われませんのでご注意ください。

加算等	提出書類
人員欠如による減算 (減算の解消)	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《人員欠如が生じた月のもの》 《人員欠如が解消した場合は解消した月のもの》 ※従業者に欠員が生じている状態が継続する場合には、速やかに岡山市に連絡してください。
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応 ※利用者数が減少した月の翌月15日までに届出が必要です。	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式、利用延人員数計算シート（通所介護・地域密着型通所介護・（介護予防）認知症対応型通所介護）
時間延長サービス体制	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③運営規程※時間延長サービスを行う旨を記載していること。
入浴介助加算 (加算Ⅰ・加算Ⅱ)	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③平面図（浴室がどこか明記） ④写真（浴室・浴槽）
生活機能向上連携加算 (加算Ⅰ・加算Ⅱ)	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③指定訪問・通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを提供している医療提供施設と連携をしていることがわかる契約書（協定）等の写し
個別機能訓練加算	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ③従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《加算算定開始月のもの》 ④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師（※）、はり師又はきゅう師の資格証の写し ※これらの者が機能訓練指導員として配置された事業所で、6月以上機能訓練指導に従事した経験を有するはり師・きゅう師の場合は、それを証明するための、実務経験証明書も要する。
ADL維持等加算〔申出〕	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3） ※提出時には、「ADL維持等加算〔申出〕の有無」欄のみ、○を付けること。

○介護報酬算定に係る体制等に関する届出

(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護) 続き

加算等	提出書類
若年性認知症利用者受入加算	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3)
栄養アセスメント・栄養改善体制	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《加算算定開始月のもの》 ④管理栄養士の資格証の写し (※外部との連携により、管理栄養士を配置した場合は、外部と連携したことが分かる契約書(協定)等の写し)
口腔機能向上加算	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《加算算定開始月のもの》 ④言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し
科学的介護推進体制加算	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3)
サービス提供体制強化加算 (加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) ※毎年度確認が必要 ※サービス提供体制強化加算の変更は毎年3月15日が締切りとなります。	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③サービス提供体制強化加算に関する届出書 (別紙12-9) ※新たに事業開始する事業所については、4月目以降届出が可能となります。 ④サービス提供体制強化加算に関する確認書 (別紙12-9付表) ⑤従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《届出月の前月のもの》 ⑥加算対象となる介護職員の資格証等の写し ※加算(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)を算定する場合に添付。 ⑦サービス提供体制強化加算に係る勤続年数10年、7年以上の者の状況(市様式13) ※加算(Ⅰ・Ⅲ)を算定する場合に添付。
介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 ※③の計画書等は加算算定開始月の前々月末日が締め切りとなるので注意	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③介護職員処遇改善加算計画書等 ※添付書類については、別途「介護職員処遇改善加算の算定について」及び「介護職員等特定処遇改善加算の算定について」を参照してください。
割引率の設定・変更	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③指定地域密着型サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について (別紙5-2) ④運営規程(割引について具体的に記載)

○介護報酬算定に係る体制等に関する届出

(認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護) 続き

加算等	提出書類
加算等の取り下げ	①介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (別紙3-2) ②介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1-3) ③従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表《加算等の要件を満たしていた最終月のもの》 ※従業者の要件がある加算等の取り下げの場合のみ添付。

※1 加算等の取り下げとは、事業所として加算等の要件を満たさなかった場合を指します。

※2 加算等の追加・取り下げの場合は、各事業所において、重要事項説明書に加算項目の追加・削除を行ってください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

記入担当者氏名													届出都道府県	岡山市	
事業所番号	3	3												異動区分	1. 新規、2. 変更、3. 終了
事業所名													事業所電話番号	枚数	/

※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。

チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	職員による減算の状況	その他該当する体制等	LIFEへの登録	割引
					職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	
					感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	1. なし 2. あり		
					時間延長サービス体制	1. 対応不可 2. 対応可		
					入浴介助加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
					生活機能向上連携加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
					個別機能訓練加算	1. なし 2. あり		
					ADL維持等加算(申出)の有無	1. なし 2. あり		
					若年性認知症利用者受入加算	1. なし 2. あり		
					栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし 2. あり		
					口腔機能向上加算	1. なし 2. あり		
					科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		
					サービス提供体制強化加算	1. なし 5. 加算Ⅰ 4. 加算Ⅱ 6. 加算Ⅲ		
					介護職員処遇改善加算	1. なし 6. 加算Ⅰ 5. 加算Ⅱ 2. 加算Ⅲ 3. 加算Ⅳ 4. 加算Ⅴ		
					介護職員等特定処遇改善加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	職員の欠員による減算の状況	その他該当する体制等	LIFEへの登録	割引
					職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	
					感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	1. なし 2. あり		
					時間延長サービス体制	1. 対応不可 2. 対応可		
					入浴介助加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
					生活機能向上連携加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
					個別機能訓練加算	1. なし 2. あり		
					若年性認知症利用者受入加算	1. なし 2. あり		
					栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし 2. あり		
					口腔機能向上加算	1. なし 2. あり		
					科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		
					サービス提供体制強化加算	1. なし 5. 加算Ⅰ 4. 加算Ⅱ 6. 加算Ⅲ		
					介護職員処遇改善加算	1. なし 6. 加算Ⅰ 5. 加算Ⅱ 2. 加算Ⅲ 3. 加算Ⅳ 4. 加算Ⅴ		
					介護職員等特定処遇改善加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		

備考 1 届出が必要な加算(減算)等の届出に必要な書類について、別途「介護給付費算定に係る体制等に関する届出(認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)」を参照してください。
 体制届に必要な書類について【重要】 → 008認知症対応型通所介護からダウンロードできます。
 2 「介護職員処遇改善加算」については、別途「介護職員処遇改善加算の算定について」を参照してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書（（介護予防）認知症対応型通所介護事業所）

1 事業所名									
2 異動区分	1. 新規	2. 変更	3. 終了						
3 届出項目	1. サービス提供体制強化加算Ⅰ 2. サービス提供体制強化加算Ⅱ 3. サービス提供体制強化加算Ⅲ								
4 介護福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>介護職員の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	<p>I ①に占める②の割合が70%以上</p> <p>II ①に占める②の割合が50%以上</p> <p>III ①に占める②の割合が40%以上</p>	有・無
①	介護職員の総数 (常勤換算)	人							
②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人							
5 勤続10年以上介護福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>介護職員の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	介護職員の総数(常勤換算)	人	②	①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)	人	<p>I ①に占める②の割合が25%以上</p>	有・無
①	介護職員の総数(常勤換算)	人							
②	①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)	人							
6 勤続年数の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	人	②	①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	<p>III ①に占める②の割合が30%以上</p>	有・無
①	サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	人							
②	①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人							

※ 各要件を満たす場合については、サービス提供体制強化加算に係る確認表（別紙12-5付表）を提出してください。
 なお、各要件を満たす根拠書類については、各事業所において5年間保存すること。

サービス提供体制強化加算に係る確認表(1)

事業所番号	3	3									届出事項
事業所名											1 サービス提供体制強化加算Ⅰ
											2 サービス提供体制強化加算Ⅱ
											3 サービス提供体制強化加算Ⅲ

【サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ】

① 介護職員の状況について、前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月について記載してください。

各月ごとに、「勤務延時間数」を記載のここと。

	営業日数	介護職員の総数	左記の内、介護福祉士の資格を有する者
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
合計	(A) 0 日	(B) 0.00 時間	(C) 0.00 時間

- 注 1. 従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。(時間外勤務は算入できない。)
2. 前年度の実績が6月に満たない事業所については、届出月の前3月の平均の状況で作成すること。(3月に届出を行う場合は、12月、1月、2月の平均)
3. 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とするここと。
4. 前3月の実績により届出を行った場合については、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うここと。
5. 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨てるここと。

② 常勤の従業者が勤務すべき1日あたりの時間数 (D) 1日 時間

③ 常勤の従業者が勤務すべき前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月の時間数
(D) 0 時間 × (A) 0 日 = (E) 0.00 時間

※特別の日を除き毎日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/7を乗じた数を、週6日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/6を乗じた数を記入してください。 (E)' 時間

介護職員の総数 (常勤換算)	(B) 0.00 ÷ (E)又は(E)'	=	(F) #DIV/0! 人
-------------------	----------------------	---	---------------

介護福祉士の総数 (常勤換算)	(C) 0.00 ÷ (E)又は(E)'	=	(G) #DIV/0! 人
--------------------	----------------------	---	---------------

介護福祉士の割合	(G) #DIV/0! ÷ (F) #DIV/0! × 100 = #DIV/0! %
----------	---

1 サービス提供体制強化加算Ⅰ 70%以上

2 サービス提供体制強化加算Ⅱ 50%以上

3 サービス提供体制強化加算Ⅲ 40%以上

サービス提供体制強化加算に係る確認表(2)

事業所番号	3	3									届出事項
事業所名										1 サービス提供体制強化加算 I	

【サービス提供体制強化加算 I】

① 介護職員の状況について、前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月について記載してください。

各月ごとに、「勤務延時間数」を記載のこと。

	営業日数	介護職員の総数	左記の内、勤続10年以上 介護福祉士の資格を有する者
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
合計	(A) 0 日	(B) 0.00 時間	(C) 0.00 時間

- 注 1. 従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とする。 (時間外勤務は算入できない。)
2. 前年度の実績が6月に満たない事業所については、届出月の前3月の平均の状況で作成すること。(3月に届出を行う場合は、12月、1月、2月の平均)
3. 前3月の実績により届出を行った場合については、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。
4. 勤続年数とは、各毎月の前月の末日時点における勤続年数をいう。(育児休業や介護休業期間も含めることができる。) 具体的には、令和4年4月における勤続年数10年以上の者とは、令和4年3月31日時点で勤続年数10年以上である者をいう。
5. 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等において、サービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。
6. 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨てること。

② 常勤の従業者が勤務すべき1日あたりの時間数 (D) 1日 時間

③ 常勤の従業者が勤務すべき前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月の時間数 (D) 0 時間 × (A) 0 日 = (E) 0.00 時間

※特別の日を除き毎日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/7を乗じた数を、週6日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/6を乗じた数を記入してください。 (E)' 時間

介護職員の総数(常勤換算)	(B) 0.00	÷	(E)又は(E)'	=	(F) #DIV/0!	人
勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)	(C) 0.00	÷	(E)又は(E)'	=	(G) #DIV/0!	人
勤続年数10年以上の介護福祉士の割合	(G) #DIV/0!	÷	(F) #DIV/0!	×	100	= #DIV/0! %

サービス提供体制強化加算 I 勤続10年以上の介護福祉士 25%以

サービス提供体制強化加算に係る確認表(3)

事業所番号	3	3									届出事項
事業所名										1 サービス提供体制強化加算Ⅲ	

【サービス提供体制強化加算Ⅲ】

① サービスを直接提供する者(生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員)の状況について、前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月について記載してください。

各月ごとに、「勤務延時間数」を記載のこと。

	営業日数	サービスを直接提供する者の総数	左記の内、勤続年数7年以上の者
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
年 月	日	時間	時間
合計	(A) 0 日	(B) 0.00 時間	(C) 0.00 時間

- 注 1. 従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。(時間外勤務は算入できない。)
2. 前年度の実績が6月に満たない事業所については、届出月の前3月の平均の状況で作成すること。(3月に届出を行う場合は、12月、1月、2月の平均)
3. 前3月の実績により届出を行った場合については、届出を行った月に降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。
4. 勤続年数とは、各毎月の前月の末日時点における勤続年数をいう。(育児休業や介護休業期間も含めることができる。) 具体的には、令和4年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和4年3月31日時点で勤続年数7年以上である者をいう。
5. 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等において、サービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。
6. 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨てること。

② 常勤の従業者が勤務すべき1日あたりの時間数 (D) 1日 時間

③ 常勤の従業者が勤務すべき前年度(3月を除く。)又は届出月の前3月の時間数 (D) 0 時間 × (A) 0 日 = (E) 0.00 時間

※特別の日を除き毎日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/7を乗じた数を、週6日事業を実施している事業者にあつては、(E)'欄に(E)に5/6を乗じた数を記入してください。 (E)' 時間

サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	(B) 0.00	÷	(E)又は(E)'	=	(F) #DIV/0!	人
-----------------------	----------	---	-----------	---	-------------	---

勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	(C) 0.00	÷	(E)又は(E)'	=	(G) #DIV/0!	人
---------------------	----------	---	-----------	---	-------------	---

勤続年数7年以上の者の割合	(G) #DIV/0!	÷	(F) #DIV/0!	×	100	=	#DIV/0!	%
---------------	-------------	---	-------------	---	-----	---	---------	---

サービス提供体制強化加算Ⅲ 勤続年数7年以上の者 30%以上

(市様式13)

サービス提供体制強化加算に係る勤続年数10年以上の者の状況

(年 月 日届出分)

介護職員のうち、勤続年数10年以上介護福祉士の者			勤続年数が10年に至った日
NO	氏名	職種	
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日
8			年 月 日
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

注1 勤続年数とは、各月の末日時点における勤続年数をいう。具体的には、令和4年4月における勤続年数10年以上の者とは、令和4年3月31日時点で勤続年数が10年以上である者をいう。

注2 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

サービス提供体制強化加算に係る勤続年数7年以上の者の状況

(年 月 日届出分)

利用者に直接提供する職員のうち、 勤続年数7年以上の者			勤続年数が7年に至った日
NO	氏 名	職 種	
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日
8			年 月 日
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

注1 利用者に直接提供する職員とは、サービスの種類毎に次のとおりです。

1	(介護予防)訪問看護	「訪問看護ステーション」である場合は、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 「病院、診療所」である場合は、保健師、看護師又は准看護師
2	(地域密着型)通所介護 介護予防通所サービス (介護予防)認知症対応型通所介護	生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員
3	生活支援通所サービス	介護職員、運動指導員
4	(介護予防)通所リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員 ※1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員も含むものとする。

注2 勤続年数とは、各月の末日時点における勤続年数をいう。具体的には、令和4年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和4年3月31日時点で勤続年数が7年以上である者をいう。

注3 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式

○ 本様式は、感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価を届け出る際に使用するものです。
 ○ 記入にあたっては、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)のほか、各項目の注を参照の上、行ってください。

(1) 事業所基本情報

事業所番号	事業所名			
担当者氏名	電話番号	メールアドレス		
サービス種別	規模区分			

※ 青色セルは直接入力、緑色セルはプルダウン入力してください(以下同じ)。
 ※ サービス種別が通所介護及び通所リハビリテーションの場合は、規模区分欄も記載してください。

(2) 加算算定・特例適用の届出

利用延人員数の減少が生じた月	令和	年	月
利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数	人		
利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数	人		
加算算定の可否			
特例適用の可否			

※ 黄色セルは自動計算されますので、入力しないでください(以下同じ)。
 ※ 「利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数」「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」については、
 ・以下を準用し算定してください(以下、利用延人員数の計算にあたっては、すべてこれによるものとします。)
 ・通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月1日老企第36号)第2の7(4)及び(5)
 ・通所リハビリテーションについては、同通知第2の8(2)及び(8)
 ※ 「加算算定の可否」「特例適用の可否」欄のいずれかに「可」が表示された場合は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することで、加算算定・特例適用の届出を行うことができます。(面欄とも「否」が表示された場合は、提出不要です)

加算算定事業所のみ ※ 加算算定開始後に記入してください。(加算を算定しない事業所は記入及び届出の必要はありません。)

(3) 加算算定後の各月の利用延人員数の確認

	年月	各月の利用延人員数	減少割合	加算算定の可否
利用延人員数の減少が生じた月				
加算算定届提出月				
加算算定開始月				
加算延長判断月				
加算終了/延長届提出月				
延長適用開始月				
延長適用終了月				

※ 加算算定の届出を行った場合は、利用延人員数の減少が生じた月から適用(延長含む)終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
 ※ 「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を提出してください。(提出を怠った場合は、加算に係る報酬について返還となる場合があります。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。)

加算算定事業所であって、(3) オレンジセルに「可」が表示された事業所のみ ※ 加算算定開始後に記入してください。

(4) 加算算定の延長の届出

加算算定の延長を求める理由	(例)利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要するため
---------------	-----------------------------------

※ 加算算定の延長を求める場合は、その理由を入力し、延長届提出月の15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することにより、加算算定の延長の届出をすることができます。

特例適用事業所のみ ※ 特例開始後に記入してください。(特例を適用しない事業所は記入及び届出の必要はありません。)

(5) 特例適用後の各月の利用延人員数の確認

	年月	各月の利用延人員数	特例適用の可否
利用延人員数の減少が生じた月			
特例適用届提出月			
特例適用開始月			

※ 特例適用の届出を行った場合は、特例適用届提出した月から適用終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
 ※ 「特例適用の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を届け出てください。(届出を怠った場合は、特例に係る報酬について返還となる場合があります。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。)

利用延人員数計算シート(通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護)

本シートは「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方や並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老認発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健部認知症施策・地域介護推進課長・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護は、以下まとめて「通所介護等」といいます。

※ 通所介護費、地域密着型通所介護費、(介護予防)認知症対応型通所介護費は、以下まとめて「通所介護費等」といいます。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルには数値を入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

通所介護等 ※1	率	令和 年												4月～2月 合計	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む)	1/2														
5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4														
7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1														
第一号通所 事業	5時間未満														
介護予防認 知症対応型 通所介護	① 5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満														
	7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満														
※2・3	同時にサービスを提供を受け た者の最大数を営業日ごとに 加えた数														
各月の利用延人員数															
毎日事業を実施した月(○印) ※4															
合計															
【留意事項】		<p>※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。</p> <p>※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業(介護予防通所介護相当)の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下の「いづれか」を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。 ②に、同時にサービスを提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 <p>(例) ある営業日について、9時～12時に同時にサービスを提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービスを提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスを提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスを提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスを提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。</p> <p>※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下の「いづれか」を行ってください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区分別に記入。 ②に、同時にサービスを提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。) <p>※4 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。)</p>													
		<p>(a) 通所介護費等を算定している月数 (3月を除く)</p> <p>(b) 平均利用延人員数 (a÷b) ※5</p> <p>(c) ※5 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数」の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行なう場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月)の「利用延人員数」を記入することもできます。ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。</p>													

○ 前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定員を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

利用定員 ※6	x	90%	x	平均利用延人員数 ※8
				=
				(d)

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。