若年性認知症利用者受入加算　チェック表

事業所番号　　事業所名

サービス種類　介護予防通所介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
若年性認知症利用者（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条第6号に規定する初老期における認知症によって法第7条第4項に規定する要支援者となった者をいう。以下同じ。）に対してサービスを行っていますか。	はい・いいえ
受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性、ニーズに応じたサービス提供を行っていますか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□

○　受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

生活機能向上グループ活動加算　チェック表

事業所番号　　事業所名

サービス種類　介護予防通所介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、その他事業所の従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定したサービス計画を作成していますか。	はい・いいえ
サービス計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを適切に提供していますか。	はい・いいえ
利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っていますか。	はい・いいえ
同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定していませんか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□

生活機能向上グループ活動加算は、自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合に算定できる。また、集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合には算定できないこと。なお、当該加算を算定する場合は、次の①から③までを満たすことが必要である。

① 生活機能向上グループ活動の準備

ア　利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組むこと。

（活動項目の例）

家事関連活動

衣：洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタンつけ等）等

食：献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鋏、皮むき器等）の操作、調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等

住：日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等

通信・記録関連活動

機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等）

イ　一のグループの人数は6人以下とすること。

② 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定

介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員その他の職種の者（以下この項において「介護職員等」という。）が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては、次のアからエまでに掲げる手順により行うものとする。なお、アからエまでの手順により得られた結果は、介護予防通所介護計画に記録すること。

ア　当該利用者が、㈠要支援状態に至った理由と経緯、㈡要支援状態となる直前の日常生活上の自立の程度と家庭内での役割の内容、㈢要支援状態となった後に自立してできなくったこと若しくは支障を感じるようになったこと、㈣現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、㈤近隣との交流の状況等について把握すること。把握に当たっては、当該利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るよう努めること。

イ　アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定すること。到達目標は、おおむね3月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するためにおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防サービス計画と整合性

のとれた内容とすること。
ウ　介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定すること。当該利用者の活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援すること。
エ　生活機能向上グループ活動の㈠実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間とし、㈡実施頻度は1週につき1回以上行うこととし、㈢実施期間はおおむね3月以内とする。介護職員等は、㈠から㈢までについて、当該利用者に説明し、同意を得ること。

③　生活機能向上グループ活動の実施方法
ア　介護職員等は、予め生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておくこと。
イ　生活機能向上グループ活動は、一のグループごとに、当該生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援を行うこと。
ウ　介護職員等は、当該サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録すること。
エ　利用者の短期目標に応じて、おおむね1月毎に、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行うこと。
オ　実施期間終了後、到達目標の達成状況及び②のアの㈢から㈤までの状況等について確認すること。その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者に報告すること。また、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事業者と検討すること。その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直すこと。

運動器機能向上加算　チェック表

事業所番号　　事業所名

サービス種類　介護予防通所介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置していますか。 （機能訓練指導員の資格及び氏名を下記に記載してください。）	はい・いいえ
利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価することとしていますか。	はい・いいえ
運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしていますか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□
勤務形態一覧表（参考様式1）	□
機能訓練指導員の資格証の写し	□

○　介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することが目的であることに留意しつつ行うこと。

○　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を一名以上配置して行うものであること。

○　運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。

ア　利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。

イ　理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとすること。

ウ　利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を介護予防通所介護計画の中又は介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとすること。

エ　運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ　利用者の短期目標に応じて、おおむね1月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

カ　運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

キ　旧指定介護予防サービス基準第107条において準用する第19条又は指定介護予防サービス基準第123条において準用する第49条の13において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、介護予防通所介護においては理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が、介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとすること。

栄養改善加算　チェック表

事業所番号　　**事業所名**

サービス種類　**介護予防通所介護相当サービス**

項目（算定要件）	適否
管理栄養士を1名以上配置していますか。 （管理栄養士の氏名を下記に記載してください。）	はい・いいえ
利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価することとしていますか。	はい・いいえ
運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしていますか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□
勤務形態一覧表（参考様式1）	□
管理栄養士の資格証の写し	□

○　栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

○　管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

○　栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とすること。
イ　BMIが18.5未満である者
ロ　1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
ハ　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
ニ　食事摂取量が不良（75%以下）である者

ホ　その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者
なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認され

たい。
・ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する⒀、⒁、⒂のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
・ 生活機能の低下の問題
・ 褥瘡に関する問題
・ 食欲の低下の問題
・ 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する⒃、⒄のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
・ 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する⒅、⒆、⒇のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
・ うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する（21）から(25)の項目において、２項目以上「１」に該当する者などを含む。）

○ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとすること。
ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
ニ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。
ホ 指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとすること。

○ おおむね３月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供供する。

○ ただし、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて、栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。
なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね３月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

口腔機能向上加算　チェック表

事業所番号　　事業所名

サービス種類　介護予防通所介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していますか。 （これらの職員のうち、口腔機能向上サービスに関わる者の資格及び氏名を下記に記載してください。） 資格　　氏名	はい・いいえ
利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録することとしていますか。	はい・いいえ
利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価することとしていますか。	はい・いいえ
運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしていますか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□
勤務形態一覧表（参考様式1）	□
口腔機能向上サービスに関わる者の資格証の写し	□

○　口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

○　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。

○　口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とすること。

イ　認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者

ロ　基本チェックリストの口腔機能に関連する⑬、⑭、⑮の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者

ハ　その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

○　利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。
なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合にあっては、加算は算定できない。
イ　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
ロ　医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合。

○　口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。
イ　利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。
ロ　利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとすること。
ハ　口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
ニ　利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。
ホ　指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとすること。

○　おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。
イ　口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者
ロ　当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

○　ただし、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて、口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。
　なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

（別紙38）

令和　　年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する届出書
（通所型サービス）

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）

5　介護職員等の状況

（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が70%以上 ① 介護職員の総数（常勤換算）　人 ② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）　人 又は ①に占める③の割合が25%以上 ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）　人	有・無 □・□ □・□

（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が50%以上 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	有・無 □・□

（3）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか１つを満たすこと。

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が40%以上 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	有・無 □・□
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上 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	有・無 □・□

備考　要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。

（参考様式）

実務経験証明書

年　月　日

（提出先）
海南市長

（証明者）
法人の所在地

法人名及び代表者職氏名

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	T･S･H　年　月　日 生
施設又は事業所名	
所在地	
サービス種別	
業務期間	年　月　日　～　年　月　日　（通算　年　か月）
業務内容	

注１　「サービス種別」欄は、具体的に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問介護」等と記入してください。

注２　「業務期間」欄は、実務経験被証明者が利用者に対する直接処遇を行っていた期間を記入してください。事務・経理や送迎運転等は含まれません。また、証明日までの期間としてください。

注３　「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に訪問介護員、介護職員等と記入してください。

※　上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめ御承知おきください。