

サービス提供体制強化加算に関する届出書
 通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、
 地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護

| | |
|--------|--|
| 1 事業所名 | |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護 <input type="checkbox"/> 2 （介護予防）通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 3 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 3 （介護予防）認知症対応型通所介護 |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算（Ⅱ） <input type="checkbox"/> 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 | | 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | 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 | | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 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 | | |

(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 | | 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | 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 | |

(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 | | 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | 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 | |
| 勤続年数の状況 | ①に占める②の割合が30%以上 | | 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | 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 | |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

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 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) <input type="checkbox"/> 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 | | 有・無 |
| | ① 介護職員の総数 (常勤換算) | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | 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 | | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 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 | | |

(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 | | 有・無 |
| | ① 介護職員の総数 (常勤換算) | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | |

(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 | | 有・無 |
| | ① 介護職員の総数 (常勤換算) | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算) | 人 | |
| 勤続年数の状況 | ①に占める②の割合が30%以上 | | 有・無 |
| | ① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算) | 人 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常 勤換算) | 人 | |

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。

(別紙21)

生活相談員配置等加算に係る届出書

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 |

| 生活相談員配置等加算に係る届出内容 | | 有 ・ 無 |
|-------------------|--|---|
| 通所介護 | ① 共生型通所介護費を算定している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 地域密着型通所介護 | ① 共生型地域密着型通所介護費を算定している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| (介護予防)短期入所生活介護 | ① 共生型短期入所生活介護費を算定している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

中重度者ケア体制加算に係る届出書

| | |
|---------|--|
| 事業所名 | |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 通所リハビリテーション事業所 |

| 中重度者ケア体制加算に係る届出内容 | | 有 ・ 無 |
|-------------------|--|---|
| 通所介護 | ① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ④ 共生型通所介護費を算定していない。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 地域密着型通所介護 | ① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4及び要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ④ 共生型地域密着型通所介護費を算定していない。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 通所リハビリテーション | ① 指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ② 指定通所リハビリテーション事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ③ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

利用者の割合に関する計算書(中重度者ケア体制加算)

事業所名
事業所番号

- 1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準
利用実人員数
利用延人員数

- 2. 算定期間
ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support), and Users with care level 3, 4, or 5. Rows include months 4-12, 1-2, total, and monthly average.

実績月数

割合

イ. 届出日の属する月の前3月

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding support), and Users with care level 3, 4, or 5. Rows include 3 months, total, and monthly average.

割合

備考

- 本資料は中重度者ケア体制加算に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
-「1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
-「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。
前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
-具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

認知症加算に係る届出書
(通所介護、地域密着型通所介護)

| | |
|---------|---|
| 事業所名 | |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 事業所等の区分 | <input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 |

| 認知症加算に係る届出内容 | | 有・無 | | | | | | |
|---|---|---|---|-------|---|-----------|---|---|
| 通所介護 | ① 指定居宅サービス等基準第93条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | ② 指定通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="397 947 1080 1064"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table> | ① 利用者総数 | 人 | ② 対象者 | 人 | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ① 利用者総数 | 人 | | | | | | |
| | ② 対象者 | 人 | | | | | | |
| ③ ②÷①×100 | % | | | | | | | |
| ③ 指定通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護 | ① 指定地域密着型サービス基準第20条第1項第2号又は第3号に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | ② 指定地域密着型通所介護事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が100分の15以上である。 <table border="1" data-bbox="397 1626 1080 1742"><tr><td>① 利用者総数</td><td>人</td></tr><tr><td>② 対象者</td><td>人</td></tr><tr><td>③ ②÷①×100</td><td>%</td></tr></table> | ① 利用者総数 | 人 | ② 対象者 | 人 | ③ ②÷①×100 | % | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| | ① 利用者総数 | 人 | | | | | | |
| | ② 対象者 | 人 | | | | | | |
| ③ ②÷①×100 | % | | | | | | | |
| ③ 指定地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて、専ら当該指定地域密着型通所介護の提供に当たる認知症介護の指導に係る専門的な研修、認知症介護に係る専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を修了した者を1名以上配置している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ④ 当該事業所の従業者に対する、認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

利用者の割合に関する計算書(認知症加算)

事業所名
事業所番号

1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準

- 利用実人員数
利用延人員数

2. 算定期間

- ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding those requiring support), and Users with rank III, IV, or M. Rows include months 4-12, 1-2, total, and monthly average.

実績月数

割合

イ. 届出日の属する月の前3月

Table with 3 columns: Month, Total users (excluding those requiring support), and Users with rank III, IV, or M. Rows include 3 months, total, and monthly average.

割合

備考

- 本資料は認知症加算((地域密着型)通所介護)に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
「1. 日常生活自立度のランクがⅢ以上の者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。
前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

(別紙5-2)

令和 年 月 日

海南 市長 殿

事業所・施設名

地域密着型サービス事業者又は地域密着型介護予防サービス事業者による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| サービスの種類 | 割引率 | 適用条件 |
|----------------------|-----|------|
| 夜間対応型訪問介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 地域密着型通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 認知症対応型通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 小規模多機能型居宅介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 認知症対応型共同生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 複合型サービス | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 _____年 _____月 _____日

有資格者等の割合の参考計算書

事業所名 _____
 事業所番号 _____
 サービス種類 _____

1. 割合を計算する職員

介護福祉士

2. 有資格者等の割合の算定期間

前年度(3月を除く)

実績月数

3. 常勤換算方法による計算

前年度(3月を除く)

| 令和 年 | 月 | 時間 | ①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間 | | | | ②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等) | | ③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等) | | ④非常勤の職員の 勤務延時間数 | | 常勤換算人数 | |
|--------------|----|-------|--------------------------|------|---|----|--|----|---|----|--------------------|------|--------|--|
| | | | 介護福祉士 | 介護職員 | 人 | 時間 | 人 | 時間 | 人 | 時間 | 介護福祉士 | 介護職員 | | |
| 4月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 5月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 6月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 7月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 8月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 9月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 10月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 11月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 12月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 令和 年 1月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 2月 | 時間 | 介護福祉士 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| | | 介護職員 | | 人 | | 時間 | | 時間 | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | |
| 一月あたりの平均値 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護福祉士 の割合 | | | | | | | | | | | | | | |

□ 届出日の属する月の前3月

| | | | | 常勤換算人数 | | | | | |
|--------------------------|---|--|-------|---|----|--------------------|----|-------|------|
| ①常勤職員の 一月あたりの 勤務時間 | | ②常勤換算方法の 対象外である 常勤の職員数 (常勤・専従等) | | ③常勤換算方法の対象 である常勤の職員の 勤務延時間数 (常勤・兼務等) | | ④非常勤の職員の 勤務延時間数 | | 介護福祉士 | 介護職員 |
| 令和 4月 | 年 | 時間 | 介護福祉士 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| | | | 介護職員 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| 5月 | | 時間 | 介護福祉士 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| | | | 介護職員 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| 6月 | | 時間 | 介護福祉士 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| | | | 介護職員 | 人 | 時間 | 時間 | 時間 | | |
| 合計 | | | | | | | | | |
| 一月あたりの平均値 | | | | | | | | | |
| 介護福祉士 の割合 | | | | | | | | | |

備考

- 本計算書は、有資格者等の割合が要件となっている加算の届出を行う際に、事業所・施設において使用している勤務割表等を自治体に提出する場合の参考資料としてご活用ください。なお、有資格者等の割合の計算根拠資料が他にある場合は、本計算書の添付は不要です。また、自治体が定める「(別紙7)従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成して提出する場合も、本計算書の添付は不要です。
- 本計算書は、黄色網掛けのセルについて記入または選択をしてください。
- 「1. 割合を計算する職員」は、本計算書で計算する有資格者等の種類を選択してください。
- 「2. 有資格者等の割合の算定期間」は、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した、または再開した事業所)については、届出日の属する月の前3月について計算します。それ以外は前年度(3月を除く)の平均を用いて計算しますので、該当の期間を選択し、実績月数を記入してください。
- 「3. 常勤換算方法による計算」
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算します。常勤で兼務の従業者については、実態に応じて以下の①・②に実人数または勤務延時間数を記入してください。
 - ①当該事業所または施設において常勤の職員が勤務すべき一月あたりの時間数を記入してください。
 - ②当該事業所または施設における、常勤換算方法の対象外である常勤の職員の人数を記入してください。(常勤・専従の職員、当該事業所または施設で他の職種を兼務している常勤の職員等)
 - ③常勤の職員のうち、併設事業所等の他の職種を兼務しており、1人と計算するのが適当ではない職員の勤務延時間数を記入してください。
 - ④非常勤の職員の勤務延時間数を記入してください。
- ※「常勤・非常勤」の区分について
 - 常勤とは、当該事業所または施設における勤務時間が、当該事業所または施設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に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。
 - ※従業者が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、「②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数」の欄に1(人)として記入してください。
 - ※新規事業所等で、届出日の属する月の前3月により計算する場合は、該当する月に人数・勤務延時間数等を記入してください。
- その他、各加算における規定は各サービスの告示等をご確認ください。