

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

戸田市長 様

法人所在地：

申請者 法人名：

代表者職氏名：

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。

特定相談事業所番号									
障害児相談事業所番号									
主たる事業所 （施設）の名称	(フリガナ)								
事業所（施設） 所在地	郵便番号（ - ）								

届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等	実施事業	異動等の区分	異動年月日
地域相談支援 （地域移行支援）		1 新規 2 変更 3 終了	令和 年 月 日
地域相談支援 （地域定着支援）		1 新規 2 変更 3 終了	令和 年 月 日
特定相談支援		1 新規 2 変更 3 終了	令和 年 月 日
障害児相談支援		1 新規 2 変更 3 終了	令和 年 月 日

担当者連絡先			
届出内容等について、問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。			
事業者名			担当者名
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス		定員数	定員規模	多機能型等 定員区分 (※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等		適用開始日
各サービス共通					地域区分	1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 20. その他		
地域相談支援	地域移行支援				施設区分	1. II 2. III 3. I		
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり		
					業務継続計画未策定	1. なし 2. あり		
					情報公表未報告	1. なし 2. あり		
					居住支援連携体制	1. 非該当 2. 該当		
					ピアサポート体制	1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
					地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり		
	地域定着支援				福祉・介護職員等処遇改善加算対象	1. なし 2. あり		
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり		
					業務継続計画未策定	1. なし 2. あり		
					情報公表未報告	1. なし 2. あり		
					居住支援連携体制	1. 非該当 2. 該当		
					ピアサポート体制	1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
					地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり		
相談支援	計画相談支援				福祉・介護職員等処遇改善加算対象	1. なし 2. あり		
					相談支援機能強化型体制	1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV		
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり		
					業務継続計画未策定	1. なし 2. あり		
					情報公表未報告	1. なし 2. あり		
					行動障害支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					要医療児者支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					精神障害者支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					主任相談支援専門員配置	1. なし 2. II 3. I		
					ピアサポート体制	1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
					地域体制強化共同支援加算対象 (※13)	1. なし 2. あり		
	障害児相談支援				地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり		
					高次脳機能障害支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					相談支援機能強化型体制	1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV		
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり		
	障害児相談支援				業務継続計画未策定 (※15)	1. なし 2. あり		
					情報公表未報告	1. なし 2. あり		
					行動障害支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					要医療児者支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					精神障害者支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					主任相談支援専門員配置	1. なし 2. II 3. I		
					ピアサポート体制	1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
					地域体制強化共同支援加算対象 (※13)	1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり		
					高次脳機能障害支援体制	1. なし 2. II 3. I		
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象	1. なし 2. あり		

※13 「地域体制強化共同支援加算対象」欄は、地域生活支援拠点等が「1. 非該当」の場合、「1. なし」または「2. あり」を設定する。
地域生活支援拠点等が「2. 該当」の場合、「1. なし」を設定する。

体制加算に関する届出書（相談支援事業所）

事業所名		
異動区分	1 新規	2 変更
届出項目	1 行動障害支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 要医療児者支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)

【行動障害支援体制加算】

① 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は行動援護従業者養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 <table border="1" data-bbox="250 674 1201 685"> <tr> <td data-bbox="250 674 587 685">修了者名</td> <td data-bbox="587 674 1201 685"></td> </tr> </table>	修了者名		有 ・ 無
修了者名			
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <table border="1" data-bbox="250 719 1201 730"> <tr> <td data-bbox="250 719 587 730">公表の方法</td> <td data-bbox="587 719 1201 730"></td> </tr> </table>	公表の方法		有 ・ 無
公表の方法			
③ 研修修了者が強度行動障害児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※区分3以上かつ行動障害関連項目が10点以上の者(障害児の場合、児基準が20点以上の者)	有 ・ 無		

【要医療児者支援体制加算】

① 医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 <table border="1" data-bbox="250 1014 1189 1025"> <tr> <td data-bbox="250 1014 587 1025">修了者名</td> <td data-bbox="587 1014 1189 1025"></td> </tr> </table>	修了者名		有 ・ 無
修了者名			
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <table border="1" data-bbox="250 1059 1189 1070"> <tr> <td data-bbox="250 1059 587 1070">公表の方法</td> <td data-bbox="587 1059 1189 1070"></td> </tr> </table>	公表の方法		有 ・ 無
公表の方法			
③ 研修修了者が医療的ケア児者（※）に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者	有 ・ 無		

【精神障害者支援体制加算】

① 精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。	有 ・ 無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
公表の方法	
③ 研修修了者が精神障害者又は精神に障害のある児童に対して直近6月以内ににおいて計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有 ・ 無
④ 利用者が通院又は利用する病院等及び訪問看護事業所（療養生活継続支援加算を算定又は精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしているもの）における保健師、看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されている。	有 ・ 無
連携先病院等の名称	

【高次脳機能障害支援体制加算】

① 高次脳機能障害支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 <table border="1" data-bbox="274 1765 1201 1774"> <tr> <td data-bbox="274 1765 587 1774">修了者名</td> <td data-bbox="587 1765 1201 1774"></td> </tr> </table>	修了者名		有 ・ 無
修了者名			
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <table border="1" data-bbox="274 1780 1201 1787"> <tr> <td data-bbox="274 1780 587 1787">公表の方法</td> <td data-bbox="587 1780 1201 1787"></td> </tr> </table>	公表の方法		有 ・ 無
公表の方法			
③ 研修修了者が高次脳機能障害児者に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有 ・ 無		

- ※ 根拠となる修了証の写しを別途添付すること。
- ※ 当該届出様式は標準様式とする。

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

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 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 2 (Ⅱ)
4 修了者名	
5 公表の有無	有 無
6 公表の方法	

① 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定（障害児）相談支援事業所である。	有 ・ 無
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有 ・ 無
③ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有 ・ 無
④ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有 ・ 無
⑤ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。	有 ・ 無
⑥ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。 (市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が実施する取組について協力している。)	有 ・ 無
⑦ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。 (主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)	有 ・ 無

注 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。
 - ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定可。
- ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④は「無」であってもよい。

(別紙55)

年 月 日

居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所の名称			
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
居住支援法人又は居住支援協会との連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協会の名称	
	2	居住支援法人又は居住支援協会の所在地	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書を添付してください。

ピアサポート体制加算に関する届出書

1 事業所名										
2 サービスの種類										
3 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了									
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>									
	職種	氏名	修了した研修の名称				受講年度	研修の実施主体		
								年		
								年		
								年		
					常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	(0.5以上であること)		
	実人員									
	常勤換算数									
	<その他の職員>									
	職種	氏名	修了した研修の名称				受講年度	研修の実施主体		
								年		
								年		
								年		
					常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	(0.5以上であること)		
	実人員									
常勤換算数										
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。						確認欄			

注1 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

(別紙47)

年 月 日

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1 届出区分	1 新規 2 変更 3 終了		
2 事業所の名称			
3 地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無	有 無	
	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付	年 月 日	
4 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。		
5 当該届出により算定する加算	《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：訪問系サービス※、 重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）	
	《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）	
	《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》	対象：短期入所、重度障害者等包括支援	
	《緊急時受入加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験支援加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験利用加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（Ⅰ）・（Ⅱ）》	対象：施設入所支援	
	《地域生活支援拠点等相談強化加算》	対象：計画相談支援、障害児相談支援	

添付書類：運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変更の途中であるものを含む。)に限る。なお、事業所の運営規程が変更の途中のものである場合は、当該変更の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援A型、就労継続支援B型をいう。

地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

法人・事業所名			
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了

① 当該申請を行う自事業所が、地域生活支援拠点等として位置付けられていることを証明できる運営規定の提出

いずれかを選択

有	無
---	---

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況

常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名：
氏名：

(2) 法人・事業所名：
氏名：

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = (Ⅰ) 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = (Ⅱ) 0 回
(Ⅰ) × 100 = (Ⅱ)

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択

同一の事業所において一体的運営	相互に連携して運営
-----------------	-----------

算定回数（目安）の配分

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

該当する欄に チェック	法人・事業所名	該当する障害福祉サービス等	算定回数（目安）
		計画相談支援及び障害児相談支援 （機能強化型基本報酬(Ⅰ)又は(Ⅱ)	
		自立生活援助	
		地域移行支援	
		地域定着支援	
合計（月内算定上限）			(Ⅲ) 0
目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認			たしかめ
月内算定上限内を超えている場合は「上限超過と表示されます。			(Ⅳ) OK

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）
※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。	有・無
-------------------------------------	-----

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

事業所名			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

① 市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有 ・ 無
② 地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。)	有 ・ 無

注1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。（①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」で足りる。）

注2 当該届出様式は標準様式とする。

（審査要領）

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施 ※1	有・無
異 動 区 分 ※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち 30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) ≥ (B)
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)			
前年度の当該サービスの開所日数の合計 (D)			

2 加配される従業者の配置状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業者の数 (G)		人	(G) ≥ (F)

3 加配される従業者の要件				
加配される従業者の氏名		加配される従業者の研修の受講状況		
		高次脳機能障害支援養成研修 (実践研修) 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	受講 年度	研修の 実施主体
1			年	
2			年	
3			年	
4			年	
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年 1 回以上行っている。				確認

添付書類	従業者の勤務体制一覧表、研修を修了したことを証明する書類等
------	-------------------------------

- (※ 1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。
- (※ 2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業者の状況の記載は不要とする。

機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に関する届出書

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 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) 4 (Ⅳ) ※1		

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況 <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> ※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	有・無
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人							
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人							
①-a 特別地域であり、かつ、従業員の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※3 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。	有・無										
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有・無										
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無										
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無										
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無										
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無										
⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無										
⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。)	有・無										
⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無										

※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)～(Ⅳ)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②、④～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅳ)については、①、②、④～⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書
(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

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 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) ※1

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況(合計) <table><tr><td>相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち現任研修修了者</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr></table> それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況 (1) 事業所名 (当該事業所) <table><tr><td>相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち現任研修修了者</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr></table> (2) 事業所名 (他の事業所) <table><tr><td>相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち現任研修修了者</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr></table> ※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。 ※3 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること(別紙可)	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	有・無
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※4 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。	有・無																														
②-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。	有・無																														
②-b 協働体制の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的(月1回)に確認が実施されている。	有・無																														
②-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。	有・無																														
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有・無																														
④ 協働体制を確保する事業所間において24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無																														
⑤ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無																														
⑥ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無																														
⑦ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無																														
⑧ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無																														
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。)	有・無																														
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市町村により位置付けられていることを定めている。	有・無																														
⑪ 地域生活支援拠点等を構成する関係機関(拠点関係機関)との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。) ※5 ⑩、⑪についてはいずれかが「有」であれば要件を満たすものである。	有・無																														
⑫ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。	有・無																														

※6 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。
(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※7 令和7年3月31日までに限り、⑧、⑨については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)～(Ⅳ)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②～⑨、⑫(⑧、⑨については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②(a～c)、③、⑤～⑨、⑫(⑧、⑨については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日： 年 月 日 添付資料： ☐ あり ☐ なし

事業所名		担当者名		連絡先	
------	--	------	--	-----	--

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名			住所		
生年月日	年	月		日(歳)	
障害名・疾患名					
現病歴・既往歴					
医療的ケア	☐ なし ☐ あり→内容：()				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	☐ なし ☐ 身障()級、内容： ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 肢体 ☐ 内部 ☐ その他		障害支援 区分	☐ なし ☐ 申請中	
	☐ 申請中 ☐ 療育() ☐ 精神()級			☐ あり→区分()	

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください。 ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください。					
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望					
① 身体 の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施					
A D L	起居動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	更衣・整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	※食事形態:	☐ 普通 ☐ 嚥下食 ☐ 経管栄養 ☐ その他	
	排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	※排泄方法:	☐ トイレ ☐ ホータブル ☐ オムツ・パット ☐ その他	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す					
視力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
言語		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思伝達的手段・方法	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
③ 行動特性 等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く					
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載					
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください。					
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望					
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望			☐ 参加を希望する		

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中の特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		☐ あり(以下を記載) ☐ なし									
特別なコミュニケーション支援が必要な理由											
訪問の可能性がある事業所	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:	
訪問可能な時間帯		☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜間 ☐ 終日 →訪問可能な時間帯(: ~ :)									
想定される事業所の支援内容											

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	☐ 単身 ☐ 夫婦のみ ☐ 本人と親 ☐ 本人と子 ☐ その他()									
生活の場所	☐ 自宅 ☐ グループホーム ☐ 施設 ☐ その他()									
キーパーソン	氏名				続柄		連絡先			
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等										

②生活の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	☐ なし ☐ 障害福祉サービス・障害児支援 ☐ 介護保険サービス ☐ その他									
	サービス名				利用頻度		施設・事業所名			
	サービス名				利用頻度		施設・事業所名			
	サービス名				利用頻度		施設・事業所名			
	サービス名				利用頻度		施設・事業所名			
1日の生活の流れ・社会参加の状況										
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等										

③受診・服薬の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		☐ なし ☐ あり									
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来	☐ 訪問		
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来	☐ 訪問		
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回/	☐ 外来	☐ 訪問		
服薬状況	服薬の有無	☐ なし ☐ あり		服薬管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他()						
	薬の名前										
	留意点・服薬介助のポイント										
アレルギー	☐ なし ☐ あり→内容:()										

変更に係る届出書(令和 年度)

基本情報

フリガナ			
法人名			
法人所在地	〒		
フリガナ			
書類作成担当者			
連絡先	電話番号		E-mail

処遇改善計画書の内容について、次のとおり変更するので、必要書類を添えて届け出ます。

1 変更が生じた日	令和		年		月		日
2 届出を行う理由	・①～⑥のうち、届出を行うすべての項目に○印を記入すること。 ・①～⑤に係る変更があった場合には、「記載すべき事項」欄に定める事項を「3 変更の概要」欄に記載して届け出ること。また、本届出書と併せて、変更内容に応じた「提出すべき書類」を、変更事項を反映した上で提出すること。 ・⑥に係る変更のみである場合には、実績報告書を提出する際に、⑥に定める事項を記載した本紙を付して届け出ること。						
	変更事項			記載すべき事項		提出すべき書類	
	①	【法人等に関する事項】 会社法(平成17年法律第86号)の規定による吸収合併、新設合併等による、計画書の作成単位の変更			—	・別紙様式2-1	
	②	【対象事業所に関する事項】 複数の障害福祉サービス事業所等について一括して申請を行う事業者における、当該申請に係る障害福祉サービス事業所等の増減(新規指定、廃止等の事由による。)			—	・別紙様式2-1の2、3(1)及び(4) ・別紙様式2-2、2-3	
	③	【キャリアパス要件ⅠからⅢまでにに関する変更】 キャリアパス要件ⅠからⅢまでにに関する適合状況の変更(算定する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合に限る。)			キャリアパス要件ⅠからⅢまでに係る変更の内容	・別紙様式2-1の2及び3(1)から(5)まで ・別紙様式2-2、2-3	
	④	【キャリアパス要件Ⅴに関する変更】 ・配置等要件に関する適合状況の変更に伴う、該当する加算の区分の変更 ・喀痰吸引を必要とする利用者の割合についての要件等を満たせないことにより、特定事業所加算を算定できない状況が常態化し、3か月以上継続した場合			・配置等要件の変更に係る部分の内容 ・特定事業所加算を算定できない状況が常態化し、3か月以上継続したことによる内容	・別紙様式2-1の3(5) ・別紙様式2-2、2-3	
	⑤	【区分変更及び新規算定に関する事項】 ・算定する処遇加算の区分の変更を行う ・処遇加算を新規に算定する			—	・別紙様式2-1 ・別紙様式2-2、2-3	
	⑥	【就業規則に関する事項】 就業規則を改訂(職員の処遇に関する内容に限る。)			当該改訂の概要	—	
3 変更の概要							

令和 年 月 日

(法人名)

(代表者名)

特別な事情に係る届出書(令和 年度)

基本情報

フリガナ				
法人名				
法人所在地	〒			
フリガナ				
書類作成担当者				
連絡先	電話番号		E-mail	

1. 事業の継続を図るために、職員の賃金を引き下げる必要がある状況について

当該法人の収支(障害福祉サービス等事業に限る。)について、サービス利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2. 賃金水準の引き下げの内容

--

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

--

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和 年 月 日

(法人名)	
(代表者名)	