

リハビリテーション加算に関する届出書（生活介護）

事業所・施設の名称			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
算定要件			確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。		
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。		
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。		
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。		
	リハビリテーション実施計画は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。		
2	利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。		
3	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。		
4	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。		
5	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。		

注1 事業所の種別に応じて、「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

リハビリテーション加算に関する届出書（自立訓練（機能訓練））

事業所・施設の名称		
異動区分		1 新規 2 変更 3 終了
リハビリテーション加算Ⅱの算定要件		確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。	
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。	
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。	
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。	
	リハビリテーション実施計画は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。	
2	利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。	
3	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。	
4	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。	
5	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。	

リハビリテーション加算（Ⅰ）の算定要件の一部（※）

※頸髄損傷による四肢麻痺その他これに類する障害者である場合には、当該加算を算定する場合において下記の要件を満たす必要はない。

算定要件		確認欄
1	支援プログラムを公表していること。	
2	SIMを用いた評価結果を集計し、公表していること。	

注1 事業所の種別に応じて「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

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
------	-------------

- (※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。

自立生活支援加算（Ⅲ）に関する届出書（移行支援住居の届出）

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

1. 人員配置体制の確認

指定障害福祉サービス基準第208条第1項第3号の規定により指定共同生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に入居する利用者（以下「移行支援入居者」という。）に対する支援に従事するサービス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有するものを一以上（当該指定共同生活援助事業所における移行支援入居者の数の合計が八以上の場合にあつては、一に、移行支援入居者の数が七を超えて七又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上）配置していること。

(1)	移行支援住居に加配する常勤・専従のサービス管理責任者 (複数名記載可、欄が不足する場合は別紙用紙にて提出すること)	一人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
			当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有（世話人・生活支援員） ・ 無
		二人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
			当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有（世話人・生活支援員） ・ 無
(2)	配置割合（別添にて確認）	配置割合の基準を満たす 確認の可否		可 ・ 不可

2. 移行支援住居として登録する共同生活住居

		指定申請書 付表6の共同生活住居又は サテライト型住居の番号及び名称	定員	入居者数
住居①	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居②	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居③	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居④	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

※添付書類：社会福祉士又は精神保健福祉士の資格証

(別紙)

令和 年 月 日

移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定

1 事業者名等

法人名	
事業所名	
事業所番号	定員 名

2 事業所類型

	介護サービス包括型
	外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
	③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分と人数

区分1以下	名	区分4	名
区分2	名	区分5	名
区分3	名	区分6	名
合計		0 名	

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

	開所日数	延べ利用人数						
		区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	計
4月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
5月	31 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
6月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
7月	31 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
8月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
9月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
10月	31 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
11月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
12月	31 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
1月	30 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
2月	27 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
3月	31 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
計	362 日	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名
平均利用者数		0.0 名	0.0 名	0.0 名	0.0 名	0.0 名	0.0 名	0.0 名

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は入力不要

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、直近6か月分を入力

※6 「新設又は増改築等の時点から1年以上」の場合は直近1年分又は前年度分を入力

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	名

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	名

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否



可

移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定

1 事業者名等

法人名	
事業所名	
事業所番号	定員 14 名

2 事業所類型

☐	介護サービス包括型
☐	外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

☐	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
☐	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
☐	③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分と人数

区分1以下	名	区分4	3 名
区分2	名	区分5	1 名
区分3	3 名	区分6	名
		合計	7 名

「1 事業者名簿」の定員数と想定される利用者数が一致しません。

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

	開所日数	延べ利用人数						計
		区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
4月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
5月	31 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
6月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
7月	31 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
8月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
9月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
10月	31 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
11月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
12月	31 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
1月	30 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
2月	27 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
3月	31 日	0 名	0 名	210 名	210 名	0 名	0 名	420 名
計	362 日	0 名	0 名	2,520 名	2,520 名	0 名	0 名	5,040 名
平均利用者数		0.0 名	0.0 名	7.0 名	7.0 名	0.0 名	0.0 名	14.0 名

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は入力不要

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、直近6か月分を入力

※6 「新設又は増改築等の時点から1年以上」の場合は直近1年分又は前年度分を入力

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	1.0 名

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	2.0 名

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否



可

障害者支援施設等感染対策向上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 サービスの種類	1 障害者支援施設 2 共同生活援助事業所 3 (福祉型) 障害児入所施設
4 届出項目	1 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)

5 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	医療機関コード

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名 (※1)	医療機関コード
医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算 1 2 感染対策向上加算 2 3 感染対策向上加算 3 4 外来感染対策向上加算

地域の医師会の名称 (※1)

院内感染対策に関する研修又は訓練に参加した日時 (※2)	年 月 日
------------------------------	---

6 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算 1 2 感染対策向上加算 2 3 感染対策向上加算 3
-----------------	--

実地指導を受けた日時	年 月 日
------------	---

- 注1 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。
- 注2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。
- 注3 障害者支援施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ) は併算定が可能である。
- 注4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。
- (※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。
- (※2) 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、障害者支援施設等の職員の参加の可否を確認した上で年度内までに当該研修又は訓練できる目処がある場合、その予定日を記載してください。

地域移行支援体制加算に関する届出書

1 施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 算定要件	項目		
	障害者支援施設を退所し、退所から6月以上、指定共同生活援助事業所等へ入居している者又は賃貸等により地域で生活している者（介護老人福祉施設等の介護保険施設へ入居するために退所した者及び病院への長期入院のために退所した者を除く。）の人数		人
	定員の見直し	人 →	人

(別紙 6 2)

年 月 日

地域生活支援拠点等に関する加算の届出

地域生活支援拠点等に関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利用加算》	対象：日中系サービス※	
	《体験利用支援加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（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（規定の変更の手段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手段中のものである場合は、当該変更の手段の完了後、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、就労選択支援をいう。

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：

--

≡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
-----	--	---

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「上限超えと表示されます。			(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。

(別紙 6 5)

年 月 日

通院支援加算に関する届出書

1 施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 入所定員			

算定要件	通院支援を行える人員体制を (有している ・ 有していない)
------	--

(別紙66)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 ☐ あり→区分()	
	☐ 申請中 ☐ 療育() ☐ 精神()級				

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)褥瘡ができてやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を										
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	☐ ホータフル	☐ 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										
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:()									

入浴支援加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

算定要件	事業所に入浴設備を (有している ・ 有していない)	
	【事業所に入浴設備を有してい ない場合】 連携先の事業所名	

(※) 事業所に入浴設備を有していない場合であっても、外部の入浴設備を利用して利用者に対し
て入浴に係る支援を提供しているときは、入浴支援加算の対象となる。

目標工賃達成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

平均工賃 月額等	① 工賃向上計画において掲げた工賃目標
	円
	② 工賃目標の対象年度における事業所の平均工賃月額（実績）
	円
	③ 工賃目標の対象年度の前年度における事業所の平均工賃月額（実績）
	円
	④ 工賃目標の前々年度における全国平均工賃月額
	円
算定要件	⑤ 工賃目標の前々々年度における全国平均工賃月額
	円
	⑥ ③＋（④－⑤） ※④－⑤が0未満の場合は、0として算定すること。
	円
	<要件確認1> ①≥③＋（④－⑤）となっていること （※④－⑤が0未満の場合は、0として計算）
	（ 該当 ・ 非該当 ）
	<要件確認2> ②≥①となっていること
	（ 該当 ・ 非該当 ）

※ 令和6年6月19日修正：令和6年6月4日付事務連絡「「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ & A VOL. 1（令和6年3月29日）」の正誤（その3）について」の内容を反映しました。