

(令和3年度以降)

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

埼玉県知事

届出者 { 主たる事業所の所在地 :
名 称 :
代表者の職・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) の所在地	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の種類等	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

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		添付書類
各サービス共通				地域区分	五級地	—	
地域 相談 支援	地域移行支援			施設区分	1. Ⅱ 2. Ⅲ 3. Ⅰ	別紙2 別紙3	
				居住支援連携体制	1. 非該当 2. 該当	別紙8	
				ピアサポート体制	1. なし 2. あり	別紙9	
				地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	事業所登録通知書写し	
				地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり	別紙6	
				居住支援連携体制	1. 非該当 2. 該当	別紙8	
				ピアサポート体制	1. なし 2. あり	別紙9	
				地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	事業所登録通知書写し	
				地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり	別紙6	
				計画相談支援			
行動障害支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5					
要医療児者支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5					
精神障害者支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5					
主任相談支援専門員配置	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2					
ピアサポート体制	1. なし 2. あり	別紙9					
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	事業所登録通知書写し					
地域体制強化共同支援加算対象	1. なし 2. あり	別紙7					
地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり	別紙6					
相談 支援	障害児相談支援						
				相談支援機能強化型体制	1. なし 2. Ⅱ 4. Ⅰ 5. Ⅲ 6. Ⅳ	別紙2 別紙4	
				行動障害支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5	
				要医療児者支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5	
				精神障害者支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5	
				主任相談支援専門員配置	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2	
				ピアサポート体制	1. なし 2. あり	別紙9	
				地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	事業所登録通知書写し	
				地域体制強化共同支援加算対象	1. なし 2. あり	別紙7	
				地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり	別紙6	
				高次脳機能障害支援体制	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅰ	別紙2 別紙5	

[illegible]

サービスの種類	
事業所・施設の名称	

[illegible]

勤務時間（例） ①8：30～17：30（8時間）、②8：30～12：30（4時間）、③12：30～17：30（5時間）、休 休日

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

注1 本表は事業の種類ごとに作成してください。ただし、従業者が複数の相談支援事業を兼務する場合は、「サービスの種類」欄に兼務する相談支援事業を全て記載し、本表の作成は一枚で結構です。

注2 * 欄は、当該月の曜日を記載してください。

注3 「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注4 「常勤換算後の人数」欄の算出に当たって、小数点以下第2位を切り捨ててください。

地域移行支援サービス費(Ⅰ)に係る届出書

事業所・施設の名称		
施設区分	1. Ⅰ(下記の2～4を満たす場合) 2. Ⅱ	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了	
2 有資格者の配置	社会福祉士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又はこれらに準ずる者である従業者を1人以上配置していること。	有・無
3 地域移行の実績	当該事業所の地域移行支援を利用した者のうち、地域移行支援計画に基づき、前年度に地域生活に移行した者が1人以上いること。 前年度に地域生活に移行した者の人数 …… 人	有・無
4 関係機関との連携	精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等、刑事施設等との緊密な連携体制が整えられてること。 関係機関との連携の状況等 	有・無

備考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。

- 2 「これらに準ずる者」とは、「精神障害関係従事者養成研修事業について」(平成26年3月31日付け障発0331第5号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員をいう。
- 3 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。研修の修了者であることをもって該当する資格に準ずる者とする相談支援専門員については、研修を修了した旨を証する書類を添付してください。
- 4 関係機関との連携については、その状況等を具体的に記載してください。

相談支援機能強化型体制に係る届出書(相談支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化体制(Ⅰ) 2 機能強化体制(Ⅱ) 3 機能強化体制(Ⅲ) 4 機能強化体制(Ⅳ)

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><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> ※ 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							
② 24時間常時連絡できる体制を整備している。	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開催している。	有・無										
④ 当該指定特定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 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										

※ 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。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

体制加算に関する届出書（相談支援事業所）

(行動障害支援体制加算・要医療児者支援体制加算・精神障害者支援体制加算・高次脳機能障害支援体制加算)

事業所名		
異動区分	1 新規	2 変更
届出項目	3 終了	
	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="279 602 1222 616"> <tr> <td data-bbox="279 602 598 616">修了者名</td> <td data-bbox="598 602 1222 616"></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="279 629 1222 642"> <tr> <td data-bbox="279 629 598 642">公表の方法</td> <td data-bbox="598 629 1222 642"></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。 修了者名	有 ・ 無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有 ・ 無
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。 修了者名	有 ・ 無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有 ・ 無
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又は訪問看護事業所（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。 連携先病院等の名称	有 ・ 無

【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。	修了者名 	有 ・ 無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	公表の方法 	有 ・ 無
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。

年 月 日

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:

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

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

算定回数（目安）の配分

(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

(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。			(Ⅱ) = (Ⅲ) = (Ⅳ) (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
-------------------------------------	---

年 月 日

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行う。）	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)

年 月 日

居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所番号			
事業所の名称			
事業所所在地			
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
居住支援法人又は 居住支援協議会との 連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協議会の 名称	
	2	居住支援法人又は居住支援協議会の 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。

年 月 日

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													
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>常勤（人）</td> <td>非常勤（人）</td> <td>合計（人）</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	実人員				常勤換算数				(0.5以上であること)
		常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）													
	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														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>常勤（人）</td> <td>非常勤（人）</td> <td>合計（人）</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	実人員				常勤換算数				(0.5以上であること)	
	常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）														
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
 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
 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。