

[宛先]町田市地域福祉部指導監査課 (メールfukushi040_05@city.machida.tokyo.jp FAX050-3085-0996)

別紙 1 - 1

[送信者] 事業所名 : 電話番号 : 事業開始年月日 :
 事業所住所 : FAX番号 : 事業の形態 : 併設型 ・ 空床型 ・ 単独型
 入居定員 : 人 現員 : 人

従業員名簿 (年 月分) 短期入所 [担当者名]

職種	氏名	勤務形態 (該当項目に○)	採用年月日	資格取得年月日	月合計 勤務時間	うち当該事業所 の勤務時間	その他 (兼務の職種・兼務の事業所等)
記入例	○ 田 ○ 郎	○常・非・兼	2016年4月1日		160 時間	50 時間	○○事業所管理者
管理者		常・非・兼			時間		
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
		常・非・兼			時間	時間	
合計 (管理者を除く)					時間	時間	

※名簿の欄が足りない場合、行を増やすか、この用紙をコピーしてお使いください。

[送信者] 事業所名 : 短期入所事業所〇〇〇 電話番号 : 000-000-0000 事業開始年月日 : 2015年3月15日
事業所住所 : 町田市〇〇〇〇-00-00 FAX番号 : 000-000-0000 事業の形態 : 併設型 ・ 空床型 ・ 単独型
入居定員 : 5人 現員 : 5人

従業員名簿の記入方法 (2017年 4月分) 短期入所 [担当者名] 〇〇 〇〇

職種	氏名	勤務形態 (該当項目に○)	採用年月日	資格取得年月日	月合計 勤務時間	うち当該事業所 の勤務時間	その他 (兼務の職種・兼務の事業所等)
管理者	○ 田 ○ 郎	常・非・兼	2015年4月1日	2014年4月1日	160 時間		短期入所事業所〇〇〇従業員
従業員	○ 田 ○ 郎	常・非・兼	2017年3月1日	2014年4月1日	160 時間	120 時間	短期入所事業所〇〇〇管理者
従業員	○ 木 ○ 子	常・非・兼	2015年4月1日	2014年4月1日	160 時間	160 時間	
生活支援員	○ 口 ○ 美	常・非・兼	2015年4月1日	2013年4月1日	160 時間	80 時間	生活介護〇〇〇事業所従業員
従業員	○ 藤 ○ 吉	常・非・兼	2017年4月1日	2017年4月1日	80 時間	80 時間	
合計 (管理者を除く)					560 時間	320 時間	

<記入上の注意>

①略記号

表中の略記号の正式名称は下記のとおりです。
【勤務形態】常：常勤、非：非常勤、兼：兼務

②「氏名」欄

職種欄に該当する職員の氏名を記入してください。

③「採用年月日」欄

貴事業所が採用した年月日を記載してください。

④「月合計勤務時間」欄

実地指導日の前月1か月間に勤務した時間数(合計時間)を記入してください
(他事業所での勤務時間も含む)。

⑤「うち当該事業所の勤務時間」欄

実地指導日の前月1か月間に貴事業所で勤務した時間数(合計時間)を記入してください。

⑥「その他(兼務の職種・兼務の事業所等)」欄

兼務している業務等がある場合は記入してください。

⑦「入居定員」欄

併設型及び単独型の事業所の場合のみ記入してください。

⑧「現員」欄

併設型、空床型、単独型のいずれの場合でも記入してください。

従業者等の勤務実績 (年 月)

サービス種類																		事業所名																
事業所の形態		併設型・空床型・単独型																																
職種	氏名	勤務日																												4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
管理者																																		
合計（管理者を除く）																																		
利用者数																																		
		1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）																																

常勤換算後の人数 生活支援員、従業者の週平均の勤務時間の合計時間数を、1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）で割り、小数点以下第2位を切り捨てた数

注 「管理者兼従業者」「管理者兼生活支援員」の場合、勤務時間数を各職種ごとに按分して記載してください。

注 名簿の欄が足りない場合、行を増やすか、この用紙をコピーしてお使いください。

記入例

従業者等の勤務実績 (2017 年 5 月)

サービス種類		短期入所															事業所名	短期入所事業所○○○															
事業所の形態		併設型・空床型・ <u>単独型</u>																															
職種	氏名	勤務日																												4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
管理者	○田 ○郎	2		2	2	2		2	2		2	2		2	2	2	2		2	2	2		2	2	2	2		2	2				
従業者	○田 ○郎	6		6	6	6		6	6	6		6	6	6	6	6		6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	120	30	2.7	
従業者	○木 ○子	8	8	8	8		8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8		8	8	8	152	38		
生活支援員	○口 ○美	4	4			4	4	4		4	4	4		4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	80	20		
従業者	○藤 ○吉		4	4	4	4		4	4	4		4	4	4		4	4	4		4	4	4		4	4	4	4	4	4	80	20		
																															0		0
																															0		0
																															0		0
																															0		0
																															0		0
合計 (管理者を除く)		18	16	18	18	14	16	10	18	14	16	18	10	18	16	10	18	18	14	10	16	16	10	16	18	14	16	18	18	432	108		
利用者数		3	2	3	3	1	3	3	4	3	3	4	2	4	3	1	3	5	3	2	3	3	2	3	4	2	3	5	4				
		1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数 (就業規則上に定める時間数)																														40	

実地指導日の前月の実績を記入してください。

該当する事業の形態に○印を付けてください。

自動計算なので入力不要です。(手書きの場合、小数点第2位以下を切捨)

自動計算なので入力不要です。(手書きの場合、小数点第2位以下を切捨)

就業規則で定める1週間の勤務時間数を記入してください。

常勤換算後の人数 従業者、生活支援員の週平均の勤務時間の合計時間数を、1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数(就業規則上に定める時間数)で割り、小数点以下第2位を切り捨てた数

注 「管理者兼従業者」「管理者兼生活支援員」の場合、勤務時間数を各職種ごとに按分して記載してください。

注 名簿の欄が足りない場合、行を増やすか、この用紙をコピーしてお使いください。

障害福祉サービス報酬算定（加算・減算）点検表

別紙 2

※昨年度及び今年度（実地指導日現在まで）の該当項目について、太枠欄に「○」を記入してください。

「届出」欄： 都に届出を行っている

「請求」欄： 請求実績（加算・減算に該当）がある （*算定単位、要件等の詳細については、報酬告示等で確認し

短期入所

施設（事業所）名：

加算・減算項目	算定単位	要件等（概要）	届出	請求
定員超過利用減算	70 / 100	(1) 1日の利用者の数が次の数を超えた場合 ①定員50人以下：定員の110% ②定員51人以上：(定員-50) × 105% + 55 (2) 過去3か月の平均利用者数が定員の105%を超えた場合 ※定員超過特例加算を算定している期間は、定員超過利用減算を適用しない	/	
サービス提供職員欠如減算	サービス提供職員が欠如している期間が3か月未満	指定基準により配置すべき看護職員、理学療法士又は作業療法士、生活支援員等の員数が基準を満たしていない場合 ○1割を超えて欠如した場合はその翌月から人員欠如が解消されるに至った月までの間 ○1割の範囲内で欠如した場合は、その翌々月から人員欠如が解消されるに至った月までの間	/	
	サービス提供職員が欠如している期間が3か月以上	3か月以上連続して基準を満たしていない場合、減算が適用された3か月目から人員欠如が解消されるに至った月までの間	/	
従業者の員数以外の要件（常勤又は専従など）欠如減算	70 / 100	要件欠如の翌々月から要件欠如が解消されるに至った月までの間	/	
大規模減算	90 / 100	利用定員20人以上であるとして届け出た単独型事業所において、指定短期入所を行った場合 ※定員超過特例加算を算定している期間は、大規模減算を適用しない。	/	
身体拘束廃止未実施減算	5 / 日	①身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由その他必要事項の記録 ②身体拘束等の適正化のための対策検討委員会の定期的開催及びその結果を従業者に周知徹底 ③身体拘束等の適正化のための指針を整備 ④従業者に対する、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施 ①～④を1つでも満たしていない場合は、基本報酬から減算	/	
福祉専門職員配置等加算（共生型短期入所事業所のみ）	(1)	次のいずれも満たす場合 ①地域に貢献する活動を行っている ②従業者のうち、社会福祉士等の資格保有者が35%以上雇用されている事業所である	/	
	(2)	次のいずれも満たす場合 ①地域に貢献する活動を行っている ②従業者のうち、社会福祉士等の資格保有者が25%以上雇用されている事業所である	/	
地域生活支援拠点等の場合	100 / 日	市町村が地域生活拠点等として位置付けた短期入所事業所について、短期入所を行った場合（緊急時の受入れに限らない）。 ※指定短期入所等で行った場合に利用を開始した日に加算する。	/	
短期利用加算	30 / 日	利用開始から30日以内の場合（1年のうち30日を限度）	/	

加算・減算項目		算定単位	要件等（概要）	届出	請求
常勤看護職員等配置加算	利用定員が6人以下	10/日	看護職員を常勤換算で1以上配置している場合 ※定員超過利用減算、サービス提供職員欠如減算に該当する場合は算定できない。		
	利用定員が7人以上12人以下	8/日			
	利用定員が13人以上17人以下	6/日			
	利用定員が18人以上	4/日			
医療的ケア対応支援加算	120/日	福祉型強化短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対して指定短期入所等を行った場合 ※別に厚生労働大臣が定める者（平成18年厚生労働省告示第556号別表1） ①レスピレーター管理 ②気管内挿管、気管切開 ③鼻咽頭エアウェイ ④O2吸入又はspO290%以下の状態が10%以上 ⑤1日6回以上の頻回の吸引 ⑥ネブライザーを1日6回以上又は継続使用 ⑦IVH（中心静脈栄養） ⑧経管（経鼻・胃ろうを含む） ⑨腸ろう・腸管栄養 ⑩持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） ⑪持続する透析（腹膜灌流を含む） ⑫定期導尿1日3回以上 ⑬人工肛門			
重度障害児・障害者対応支援加算	30/日	福祉型強化短期入所サービス費又は共生型短期入所（福祉型強化）サービス費を算定している事業所で、障害支援区分5以上又は障害児支援区分3に該当する利用者の数が利用者数の50%以上である場合。			
重度障害者支援加算	50/日	重度障害者等包括支援の対象者に相当する者に対してサービス提供した場合 〔対象者〕 ①人工呼吸器による呼吸管理を行っている者又は最重度の知的障害がある者のうち、次のいずれも該当するもの ○障害支援区分6に該当している（障害児はこれに相当する支援の度合いである） ○意思疎通を図ることに著しい支障がある ○四肢すべてに麻痺等がある ○認定調査票における「2-5」「2-6」「4-5」「4-6」の各項目について、見守り等の支援、部分的な支援、もしくは全面的な支援のいずれかに該当する ○寝たきりの状態にある ②次のいずれも該当するもの ○障害支援区分6に該当している ○意思疎通を図ることに著しい支障がある ○強度行動障害判定基準表で算出した点数の合計が10点以上である ※医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合を除く			
	(上乗せ加算) 10/日	強度行動障害支援者要請研修（基礎研修）修了者が、強度行動障害判定基準表による基準を満たしている利用者に対し、サービス提供した場合			
単独型加算	320/日	単独型事業所（併設事業所又は空床利用型事業所以外）においてサービスを実施した場合 ※医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合を除く			
	(上乗せ加算) 100/日	福祉型短期入所サービス費（Ⅱ）、（Ⅳ）、福祉型強化短期入所サービス費（Ⅱ）、（Ⅳ）いずれかの算定対象の利用者に対して、入所した日及び退所した日以外の日に18時間を超えて支援を行った場合			

加算・減算項目		算定単位	要件等（概要）	届出	請求
医療連携 体制加算	(I)	32/日	医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合		
	(II)	63/日	医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合		
	(III)	125/日	医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合		
	(IV)	960/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間未満であり、対象利用者が1名の場合		
		600/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間未満であり、対象利用者が2名の場合		
		480/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間未満であり、対象利用者が3名以上8人未満の場合		
	(V)	1600/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間以上であり、対象利用者が1名の場合		
		960/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間以上であり、対象利用者が2名の場合		
		800/日	医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が4時間以上であり、対象利用者が3名以上8人未満の場合		
	(VI)	2000/日	特別な医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が8時間以上であり、対象利用者が1名の場合		
		1500/日	特別な医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が8時間以上であり、対象利用者が2名の場合		
		1000/日	特別な医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって看護提供時間が8時間以上であり、対象利用者が3名の場合		
	(VII)	500/日	医療機関との連携により看護職員を事業所に訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合、看護職員1人につき加算		
(VIII)	100/日	喀痰吸引等が必要な利用者に対して、認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行った場合に算定			
(IX)	39/日	次の①～③に適合する事業所で指定短期入所を行った場合 ①事業所の職員として、又は病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携により、看護師を1名以上確保していること ②看護師により24時間連絡できる体制を確保していること ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること			
栄養士 配置加算	(I)	22/日	常勤の管理栄養士又は栄養士を配置し、適切な食事管理を行っている場合（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合を除く）		

加算・減算項目		算定単位	要件等（概要）	届出	請求
栄養士配置加算	(Ⅱ)	12/日	非常勤の管理栄養士又は栄養士を配置し、適切な食事管理を行っている場合（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合を除く）		
利用者負担上限額管理加算		150/月	利用者負担合計額の管理を行った場合		
食事提供体制加算		48/日	収入が一定額以下の利用者等に対して、事業者が食事を提供した場合		
緊急短期入所受入加算	(Ⅰ)	180/日	福祉型短期入所サービス費又は共生型短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める障害者等を居宅で介護していた者が急病等で介護ができなくなった等の理由により、当該障害者等に緊急にサービスを行った場合 ※緊急にサービスを行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等でやむを得ない場合は14日）を限度		
	(Ⅱ)	270/日	医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める障害者等を居宅で介護していた者が急病等で介護ができなくなった等の理由により、当該障害者等に緊急にサービスを行った場合 ※緊急にサービスを行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等でやむを得ない場合は14日）を限度		
定員超過特例加算		50/日	別に厚生労働大臣が定める障害者等を居宅で介護していた者が急病等で介護ができなくなった等の理由により、定員超過利用減算となる利用者の基準を超えて、当該障害者等に緊急にサービスを行った場合 ※10日を限度		
特別重度支援加算	(Ⅰ)	610/日	医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所で、超重症児・者又は準超重症児・者に必要な措置を行った場合 ※判定スコアを合算し25点以上 〔判定スコア〕 (1) レスピレーター管理=10 (2) 気管内挿管、気管切開=8 (3) 鼻咽頭エアウェイ=5 (4) 酸素吸入=5 (5) 1回/時間以上の頻回の吸引=8 6回/日以上以上の頻回の吸引=3 (6) ネプライザー6回/日以上または継続使用=3 (7) IVH=10 (8) 経口摂取（全介助）=3 (9) 経管（経鼻・胃ろう含む）=5 (10) 腸ろう・腸管栄養=8 (11) 持続性注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）=3 (12) 手術・服薬でも改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正（3回/日以上）=3 (13) 継続する透析（腹膜灌流を含む）=10 (14) 定期導尿（3回/日以上）=5 (15) 人口肛門=5 (16) 体位交換（6回/日以上）=3		
	(Ⅱ)	297/日	医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所で、超重症児・者又は準超重症児・者に必要な措置を行った場合 ※判定スコアを合算し10点以上		
	(Ⅲ)	120/日	医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所で、超重症児・者又は準超重症児・者以外の医療ニーズの高い障害児・者に必要な措置を行った場合		
送迎加算		186/片道	居宅等と事業所間の送迎を行った場合 ※同一敷地内の送迎の場合、単位数の70%を算定する。		
日中活動支援加算		200/日	下記の要件を満たしていること。 (1) 保育士、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、利用者ごとの日中活動実施計画を作成している。 (2) 利用者ごとの日中活動実施計画に従い、保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が指定短期入所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こと。 (3) 利用者ごとの日中活動実施計画の実施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こと。		

加算・減算項目		算定単位	要件等（概要）	届出	請求
福祉・介護職員 処遇改善加算	(Ⅰ)	所定単位の 8.6% を加算	キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ、職場環境等要件のすべてを満たす場合（要件の詳細については下記参照）		
	(Ⅱ)	所定単位の 6.3% を加算	キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件のすべてを満たす場合（要件の詳細については下記参照）		
	(Ⅲ)	所定単位の 3.5% を加算	キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱのいずれかと、職場環境等要件を満たす場合（要件の詳細については下記参照）		
	※併設型・空床利用型の施設は、本体施設の加算率を適用。単独型は、生活介護の加算率を適用。 ※(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれの区分についても必要要件を満たしていることが条件。 【必要要件】 ①賃金改善等に関する計画を作成し、全ての福祉・介護職員を周知するとともに、都道府県知事等に届け出た上で、加算の算定額に相当する賃金改善を実施する ②事業年度毎に、福祉・介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事等に報告する ③労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていない。また、労働保険料の納付を適切に行っている 【対象職種】 ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、指導員、保育士、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員、介護職員（原則サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者等の直接支援を行っていない方は対象外だが、指定時等に直接支援を行う職員として兼務の届出をしている場合は対象） 【キャリアパス要件Ⅰ】 福祉・介護職員における任用等の要件（賃金に関するものを含む）、職責等に応じた賃金体系を定め書面で整備し、全ての福祉・介護職員に周知していること 【キャリアパス要件Ⅱ】 福祉・介護職員の資質向上のための計画を策定し、当該計画に係る研修の実務又は研修の機会を確保するとともに、全ての福祉・介護職員に周知していること 【キャリアパス要件Ⅲ】 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け、全ての福祉・介護職員に周知していること 【職場環境等要件】 平成27年4月から（Ⅱ）・（Ⅲ）は平成20年10月から）届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善内容（賃金改善に関するものを除く）及び要した費用を全ての福祉・介護職員に周知していること				
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	所定単位の 2.1% を加算	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを取得している事業所が、当該加算の職場環境等要件に関し、複数の取組みを行っているとともに、当該加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っている場合。			

サービス利用者一覧表（短期入所）

年	月	～	年	月
---	---	---	---	---

事業所名

NO	利用者名 (注2)	受給者証発行市区町村名	障害種別	障害支援区分	年齢	利用者負担上限月額 (注3)	利用開始(終了)年月日 (注4)	昨年度利用実績 (○/×)	加算の有無(注5)					他サービス利用状況(注5)									
									短期利用加算	重度障害者支援加算	食事提供体制加算	送迎加算	医療連携体制加算	利用者負担上限額管理加算	居宅介護	重度訪問介護	同行援護	行動援護	児童発達支援	放課後等デイサービス	移動支援		
例	○木 ○子	町田市	知的	4	30	0	2017/9/1 ～9/3	○	○		○	○											
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							

注1 任意様式で作成されてもかまいません。(但し、上記項目を満たしている様式をお願いします。)

注2 「利用者名」欄は、実地指導の対象期間(過去1年間)にサービスを利用している(いた)利用者名を記載してください。(例:実地指導月2017年7月→2016年7月～2017年6月)

注3 「利用者負担上限月額」欄には、最新の受給者証に記載されている利用者負担額を記入してください。

注4 「利用開始(終了)年月日」欄は、その事業所を使い始めた年月日を記入してください。終了している場合は、開始年月日と終了年月日を両方記入してください。

注5 「加算の有無」、「他サービス利用状況」欄については、過去1年間の「有・無」を「○・×」で記入してください。