

**サービス提供体制強化加算に関する確認書**  
 【通所介護・地域密着型通所介護・療養通所介護・通所型サービス・前年度実績6ヶ月未満】

← 色つきのセルに入力してください

※ 勤務形態一覧表の添付は不要です。

※ 算定を行うサービス提供体制強化加算の種類に○をつけてください。

<input type="text"/>	サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員総数の70%以上が介護福祉士又は、介護職員総数の25%以上が勤続年数10年以上の介護福祉士
<input type="text"/>	サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員総数の50%以上が介護福祉士資格を有する
<input type="text"/>	サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護職員総数の40%以上が介護福祉士資格を有する又は、事業所の生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員の総数の30%以上が勤続7年以上

(療養通所介護)

<input type="text"/>	サービス提供体制強化加算Ⅲイ	事業所の生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員の総数の30%以上が勤続7年以上
<input type="text"/>	サービス提供体制強化加算Ⅲロ	事業所の生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員の総数の30%以上が勤続3年以上

就業規則に定める常勤職員1ヶ月間の勤務時間数  時間 … ③

名前	職種・資格	届出月前3ヶ月の勤務時間数				要件充足職員に○	加算Ⅰは、資格取得年月日又は勤務開始年月日を記入 加算Ⅱは、資格取得年月日を記入 加算Ⅲは、資格取得年月日又は勤務開始年月日を記入
		月	月	月	3ヶ月計		
1					0.0		
2					0.0		
3					0.0		
4					0.0		
5					0.0		
6					0.0		
7					0.0		
8					0.0		
9					0.0		
10					0.0		
11					0.0		
12					0.0		
13					0.0		
14					0.0		
15					0.0		
16					0.0		
17					0.0		
18					0.0		
19					0.0		
20					0.0		
21					0.0		
22					0.0		
23					0.0		
24					0.0		
25					0.0		
小計		0.0	0.0	0.0	0.0		※根拠となる資格証(写)や雇用契約書等は事業所に保管すること。実地指導時等に確認します。

<記載要領>

※職員割合の算定に関らない職員は記載しないでください。

※職員欄が足りない場合は、行を追加して使用ください。

※管理者が介護従業者を兼務する場合は介護従業者としての従事時間を記載してください。

..... 以下は自動計算されます .....

前年度の11ヶ月間の全職員勤務時間数合計  時間 … ①

前年度の11ヶ月間における加算算定要件合致職員の勤務時間数合計  時間 … ②

…② ÷ (  …③ × 3 ) = 常勤換算  人 …A1

…① ÷ (  …③ × 3 ) = 常勤換算  人 …A2

人 …A1 ÷  人 …A2 =