日常生活継続支援加算に関する届出書

事業所名			
施設種別	地域密着型介護老人福祉施設	異動等区分	１新規　　２変更　　３終了

入所者の状況及び介護福祉士の状況

入所者の状況
（下表の①については②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合⑤を必ず記載すること。）

①	前６月又は前12月の新規入所者の総数	人		
②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護４又は要介護５の者の数	人	→①に占める②の割合が７０％以上	有 ・ 無
③	①のうち入所した日の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	人	→①に占める③の割合が６５％以上	有 ・ 無
④	入所者総数	人		
⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる行為（痰の吸引等）を必要とする者の数	人	→④に占める⑤の割合が１５％以上	有 ・ 無

介護福祉士の割合

介護福祉士数	常勤換算	人	→介護福祉士数：入所者数が１：６以上	有 ・ 無

備考1　①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

備考2　痰の吸引等（口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養