

事 務 連 絡
平成18年2月17日

都道府県介護保険担当主管課（室）御中

厚生労働省老健局介護保険課
老人保健課

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（案）」等の送付について

介護保険制度の円滑な推進については、種々ご尽力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、平成18年2月3日事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（訂正2）」により、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（案）」を送付したところではありますが、当該一覧表に係る不足部分（備考部分、別紙様式）について作成しましたので送付いたします。

また、「改正法附則第11条の経過措置対象者にかかる請求事務上の取扱いについて」も合わせて送付いたします。

つきましては、管下の市町村等に対しまして、本資料を速やかに配布していただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、本資料は、WAM-NETに掲載する予定です。

<照会先>

厚生労働省老健局老人保健課 調査係長 伊差川

TEL03-5253-1111（内線）3960

（システム関係）

厚生労働省老健局介護保険課 システム管理指導官 佐藤

TEL03-5253-1111（内線）2166

| | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | 短期入所療養介護 | 1 病院療養型 6 ユニット型病院療養型 | 2 I型 3 II型 4 III型 | 夜間勤務条件基準 | 1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 4 加算型Ⅲ 5 減算型 | 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 |
| | | | | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 | |
| | | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ 4 減算型Ⅲ | |
| | | | | 医師の配置基準 | 1 基準 2 医療法施行規則第49条適用 | |
| | | | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | 2 診療所療養型 7 ユニット型診療所療養型 | 1 I型 2 II型 | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ | | |
| | | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | |
| | | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | |
| | | | 緊急受入体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| 3 認知症疾患型 8 ユニット型認知症疾患型 | 1 I型 2 II型 3 III型 5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型 9 V型 | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 | | | |
| | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | | |
| | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | | |
| | | 緊急受入体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| 4 基準適合診療所型 | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | | |
| | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | | |
| | | リハビリテーション提供体制 | 1 総合リハビリテーション施設 2-1 理学療法Ⅰ 2-2 理学療法Ⅱ 4-3 作業療法 5-4 言語聴覚療法Ⅰ 6-1 言語聴覚療法Ⅱ 7-5 精神科作業療法 8-6 その他 | | | |
| 32 | 認知症対応型共同生活介護 | | 夜間ケア | 1 なし 2 あり | 1 1 2 2 3 3 4 4 | |
| | | | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 介護従業者 | | |
| 33 | 特定施設入居者生活介護 | 1 一般型 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 | 1 1 2 2 3 3 4 4 | |
| | | | 個別機能訓練体制 | 1 なし 2 あり | | |
| | | | 夜間看護体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 特別地域加算 | 1 なし 2 あり | | |
| 43 | 居宅介護支援 | | 特定体制整備事業所加算の有無 | 1 なし 2 あり | 1 1 2 2 3 3 4 4 | |
| | | | 夜間勤務条件基準 | 1 基準型 2 減算型 | | |
| 51 | 介護老人福祉施設 | 1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設 | 1 一般型 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 4 介護支援専門員 | 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12 12 |
| | | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 重度化対応体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 準ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 個別機能訓練体制 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 常勤専従医師配置 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 精神科医師定期的療養指導 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 障害者生活支援体制 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 4 栄養ケア・マネジメント体制 | |
| | | | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | |
| | | | | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 看取り介護体制 | 1 なし 2 あり | |
| 在宅・入所相互利用体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | | | |
| 52 | 介護老人保健施設 | 1 介護保健施設 2 ユニット型介護保健施設 3 小規模介護保健施設 4 ユニット型小規模介護保健施設 | 1 一般型 2 外部サービス利用型 | リハビリテーション機能強化 | 1 なし 2 あり | 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10 11 11 12 12 |
| | | | | 夜間勤務条件基準 | 1 基準型 2 減算型 | |
| | | | | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 介護支援専門員 | |
| | | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 4 栄養ケア・マネジメント体制 | |
| | | | | 認知症専門棟 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 認知症ケア加算 | 1 なし 2 あり | |
| | | | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | |
| | | | | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 なし 2 あり | |

| | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| 53 | 介護療養型医療施設 | 1 病院療養型 6 ユニット型病院療養型 | 2 I型 3 II型 4 III型 | 夜間勤務条件基準 | 1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 4 加算型Ⅲ 5 減算型 | |
| | | | | 職員の欠員による減算の状況 | なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 介護支援専門員 | |
| | | | | ユニットケア体制 | 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ 4 減算型Ⅲ | |
| | | | | 医師の配置基準 | 基準 2 医療法施行規則第49条適用 | |
| | | | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 4 栄養ケア・マネジメント体制 | |
| | 2 診療所型 7 ユニット型診療所型 | 1 I型 2 II型 | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | |
| | | | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 なし 2 あり | | |
| | | | 特定診療費項目 | 1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導 | | |
| | | | リハビリテーション提供体制 | 1 総合リハビリテーション施設 2-1 理学療法Ⅰ 3-2 理学療法Ⅱ 4-3 作業療法 5-4 言語聴覚療法Ⅰ 6 言語聴覚療法Ⅱ 7-5 精神科作業療法 8-6 その他 | | |
| | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ | | |
| 3 認知症患者型 8 ユニット型認知症患者型 | 1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型 | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 4 栄養ケア・マネジメント体制 | | | |
| | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | | |
| | | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 なし 2 あり | | | |
| | | 特定診療費項目 | 1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導 | | | |
| | | リハビリテーション提供体制 | 1 総合リハビリテーション施設 2-1 理学療法Ⅰ 3-2 理学療法Ⅱ 4-3 作業療法 5-4 言語聴覚療法Ⅰ 6 言語聴覚療法Ⅱ 7-5 精神科作業療法 8-6 その他 | | | |
| | | 職員の欠員による減算の状況 | なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 介護支援専門員 | | | |
| | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 4 栄養ケア・マネジメント体制 | | |
| | | | 食事提供の状況 | 1 基準に該当 2 基準に非該当 | | |
| | | | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 なし 2 あり | | |
| | | | リハビリテーション提供体制 | 1 精神科作業療法 2 その他 | | |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 提供サービス | | 施設等の区分 | 人員配置区分 | 他 該 当 す る 体 制 等 | |
|---------|------|-------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| 各サービス共通 | | | | 地域区分 | 1 特別区 2 特甲地 3 甲地 4 乙地 5 その他 |
| 11 | 訪問介護 | 1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助 | | 特別地域加算 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 特定事業所加算 | 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ |
| | | | | | |
| 13 | 訪問看護 | 1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所 | | 特別地域加算 | 1 なし 2 あり |
| | | | | | |
| 15 | 通所介護 | 1 単独型 2 併設型 3 小規模型事業所 4 通常規模型事業所 | 1 認知症型 2 一般型 | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 |
| | | | | 大規模事業所 | 1 非該当 2 該当 |
| | | | | 時間延長サービス体制 | 1 対応不可 2 対応可 |
| | | | | 個別機能訓練体制 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 入浴介助体制 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 特別入浴介助体制 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 |
| | | | | 若年性認知症ケア体制 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 栄養マネジメント体制 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 口腔機能向上体制 | 1 なし 2 あり |

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

備考（別紙1-1）介護サービス

- 備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付けてください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。
- 3 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- 4 「割引を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5）を添付してください。
- 5 「緊急時訪問看護加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」については、「緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙8）を添付してください。
- 6 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
- （例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「栄養管理体制」…管理栄養士・栄養士の配置状況、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、「医師の配置」…医師、「精神科医師定期的療養指導」…精神科医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 7 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 8 「入浴介助体制」~~「特別入浴介助体制」~~については、浴室の平面図のほかに~~特別浴槽の状況がわかる書類（説明書、写真等）~~を添付してください。
- 9 「栄養管理の評価」については、1～4（又は1～3）のいずれか一つを選んで○印を付けてください。
- 具体的には、栄養ケア・マネジメント体制がとれている場合には4のみに○印を付けてください。栄養士も管理栄養士も配置されている場合には、3のみに○印を付けてください。
- 「栄養管理体制及び栄養ケア・マネジメントに関する届出書」（別紙11）を添付してください。
- 10 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。
- ~~11 「個別リハビリテーション提供体制」については、「個別リハビリテーションの施設基準に係る届出書」（別紙9）を添付してください。~~
- ~~12 「夜間ケア」については、「夜間ケアの基準に係る届出書」（別紙10）を添付してください。~~
- 11 「緊急受入体制」「夜間看護体制」については、「緊急受入体制及び夜間看護体制に係る届出書」（別紙9-1）を添付してください。
- 12 「重度化対応体制」については、「重度化対応体制に係る届出書」（別紙9-2）を添付してください。
- 13 「特定事業所加算」については、「特定事業所加算に係る届出書」（訪問介護事業所については別紙10-1、居宅介護支援事業所については別紙10-2）を添付してください。
- 14 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。
- 15 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
- （1）看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も右にある配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
- ~~※通所介護で「認知症型」を実施している場合に看護職員、介護職員に欠員が生じた場合は、「一般型」を選択する。その上で、指定基準をも満たさない場合には、さらに「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。~~
- （2）ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員（病院において従事するものを除く。）、介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）
- イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60%を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も右にある配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。
- ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 1 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 3 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 4 過疎地域活性化特別措置法（平成2年法律第15号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、（1）に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も右にある配置基準の低い人員配置区分を選択（（1）が優先する。）

ウ 介護支援専門員（病院において従事する者に限る。）の欠員…「その他該当する体制等」欄の介護支援専門員を選択する。

- 注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 3 介護療養型医療施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護療養型医療施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 4 短期入所療養介護及び介護療養型医療施設にあっては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届け出てください。

備考（別紙1-1）介護サービス サテライト事業所

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

| | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| 26 | 介護予防短期入所療養介護 | 1 病院療養型 6 ユニット型病院療養型 | 2 I型 3 II型 4 III型 | 夜間勤務条件基準 | 1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 4 加算型Ⅲ 5 減算型 | |
| | | | | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 | |
| | | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ 4 減算型Ⅲ | |
| | | | | 医師の配置基準 | 1 基準 2 医療法施行規則第49条適用 | |
| | | | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | |
| | 2 診療所療養型 7 ユニット型診療所療養型 | 1 I型 2 II型 | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | |
| | | | 特定診療費項目 | 1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導 | | |
| | | | リハビリテーション提供体制 | 1 理学療法Ⅰ 2 理学療法Ⅱ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 その他 | | |
| | | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| | | | 療養環境基準 | 1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ | | |
| | | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | |
| 3 認知症患者型 8 ユニット型認知症患者型 | 5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型 9 V型 | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | | |
| | | 特定診療費項目 | 1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導 | | | |
| | | リハビリテーション提供体制 | 1 理学療法Ⅰ 2 理学療法Ⅱ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 その他 | | | |
| | | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 | | | |
| | | ユニットケア体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| | | 送迎体制 | 1 対応不可 2 対応可 | | | |
| 4 基準適合診療所型 | | 栄養管理の評価 | 1 なし 2 栄養士 3 管理栄養士 | | | |
| | | リハビリテーション提供体制 | 1 精神科作業療法 2 その他 | | | |
| 35 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 高齢者専用賃貸住宅 | 1 一般型 2 外部サービス利用型 | 職員の欠員による減算の状況 | 1 なし 2 看護職員 3 介護職員 | 1 なし 2 あり |
| | | | | 個別機能訓練体制 | 1 なし 2 あり | |

備考（別紙1-2）介護予防サービス

- 備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。
- 3 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- 4 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5）を添付してください。
- 5 「緊急時訪問看護加算」「特別管理体制」については、「緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書」（別紙8）を添付してください。
- 6 その他該当する体制等欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
（例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「栄養管理体制」…管理栄養士・栄養士の配置状況、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、「医師の配置」…医師、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 7 「栄養管理の評価」については、1～3のいずれか一つを選んで○印をつけてください。
- 8 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。
- 9 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。
- 10 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
（1）看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。
（2）ア 医師（病院において従事する者を除く。）、理学療法士、作業療法士、介護従事者の欠員…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）
イ 医師の欠員（病院において従事する者に限る。）…指定基準の60%を満たさない場合について記載し、人員配置区分欄の最も配置基準の低い配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の医師を選択する。
ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみ選択する。（人員配置区分欄の変更は行わない。）

＜厚生労働大臣が定める地域＞

厚生労働大臣が定める地域は、人口5万人未満の市町村であって次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

- 1 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域
- 2 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和37年法律第88号）第2条第1項に規定する辺地
- 3 山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村
- 4 過疎地域活性化特別措置法（平成2年法律第15号）第2条第1項に規定する過疎地域

なお、病院におけるサービスについて医師の欠員がある場合で、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合であっても、（1）に掲げる職種に欠員がある場合は、人員配置区分欄の最も配置基準の低い人員配置区分を選択する。（（1）が優先する。）

- 注 1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、介護予防短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、介護予防短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 3 介護療養型医療施設に係る届出をした場合には、介護予防短期入所療養介護における届出事項で介護療養型医療施設の届出と重複するものの届出は不要です。
- 4 介護予防短期入所療養介護にあつては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届け出てください。

備考（別紙1-2）介護予防サービス サテライト事業所

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

備考（別紙1－3）地域密着型サービス

- 備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」（別紙6）を添付してください。
- 3 人員配置に係る届出については、勤務体制がわかる書類（「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙7）又はこれに準じた勤務割表等）を添付してください。
- 4 「割引」を「あり」と記載する場合は「地域密着型サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」（別紙5－2）を添付してください。
- 5 その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制がわかる書類を添付してください。
（例）－「機能訓練指導体制」…機能訓練指導員、「栄養管理体制」…管理栄養士・栄養士の配置状況、「夜間勤務条件基準」…夜勤を行う看護師（准看護師）と介護職員の配置状況 等
- 6 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 7 「入浴介助体制」については、浴室の平面図を添付してください。
- 8 「栄養管理の評価」については、1～4のいずれか一つを選んで○印をつけてください。
具体的には、栄養ケア・マネジメント体制がとれている場合には4のみに○印をつけてください。栄養士も管理栄養士も配置されている場合には、3のみに○印をつけてください。
「栄養管理体制及び栄養ケア・マネジメントに関する届出書」（別紙11）を添付してください。
- 9 「夜間看護体制」については、「緊急受入体制及び夜間看護体制に係る届出書」（別紙9－1）を添付してください。
- 10 「重度化対応体制」については、「重度化対応体制に係る届出書」（別紙9－2）を添付してください。
- 11 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。
看護職員、介護職員、介護従業者、介護支援専門員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む。）…「その他該当する体制等」欄の欠員該当職種を選択する。

備考（別紙1－3）地域密着型サービス サテライト事業所

- 備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

所在地
名称 印

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。

事業所所在地市町村番号

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|-------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------|
| 届出者 | フリガナ 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| | 法人の種類 | 法人所轄庁 | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 氏名 | | | |
| 事業所・施設 の状況 | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | |
| | 主たる事業所・施設の 所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| | 主たる事業所の所在地以外の場所で 一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | |
| 届出を行う事業所・施設の種類 | 同一所在地において行う 事業等の種類 | 実施 事業 | 指定(許可) 年月日 | 異動等の区分 | 異動(予定) 年月日 | 異動項目 (※変更の場合) |
| | 訪問介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 訪問入浴介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 訪問看護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 訪問リハビリテーション | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 居宅療養管理指導 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 通所介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 療養通所介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 通所リハビリテーション | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 短期入所生活介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 短期入所療養介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 福祉用具貸与 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防訪問介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護予防通所介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 居宅介護支援 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 予防介護支援 | | | 1新規 2変更 3終了 | | | |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護老人保健施設 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| | 介護療養型医療施設 | | | 1新規 2変更 3終了 | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | 変更後 | | |
| | | | | | | |
| 関係書類 | 別添のとおり | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書<基準該当事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

| | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------------|-------------------|-----------|--------|-------|-----|---------------|------------------|---------------------|
| 届出者 | フリガナ 名称 | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| | 法人である場合その種別 | | | | 法人所轄庁 | | | | |
| 事業者 | 代表者の職・氏名 | 職名 | | | 氏名 | | | | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| 事業所の状況 | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| | 主たる事業所の所在地以外の 場所で一部実施する場合の出 張所等の所在地 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| 届出を行う事業所の状況 | 管理者の氏名 | | | | | | | | |
| | 管理者の住所 | (郵便番号 ー) 県 郡市 | | | | | | | |
| | 同一所在地において行う 事業等の種類 | 実施 事業 | 登録年 月日 | 異動等の区分 | | | 異動(予定) 年月日 | 異動項目 (※変更の場合) | 市町村が定める率 (市町村記載) |
| | 訪問介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 訪問入浴介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 通所介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 短期入所生活介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 福祉用具貸与 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 居宅介護支援 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 介護予防訪問介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 介護予防訪問入浴介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 介護予防通所介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % | |
| 介護予防支援 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % | |
| 基準該当事業所番号 | | | | | | | | | |
| 登録を受けている市町村 | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | | | (指定を受けている場合) | |
| 既に指定等を受けている事業 | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | | 変更後 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 関係書類 | 別添のとおり | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。
- 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書<地域密着型サービス事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

| | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------------|-------------------|-----------|--------|-------|-----|---------------|------------------|---------------------|
| 届出者 | フリガナ 名称 | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| | 法人である場合その種別 | | | | 法人所轄庁 | | | | |
| 事業者 | 代表者の職・氏名 | 職名 | | | 氏名 | | | | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| 事業所の状況 | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| | 主たる事業所の所在地以外の 場所で一部実施する場合の出 張所等の所在地 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | |
| 届出を行う事業所の状況 | 管理者の氏名 | | | | | | | | |
| | 管理者の住所 | (郵便番号 ー) 県 都市 | | | | | | | |
| | 同一所在地において行う 事業等の種類 | 実施 事業 | 指定年 月日 | 異動等の区分 | | | 異動(予定) 年月日 | 異動項目 (※変更の場合) | 市町村が定める率 (市町村記載) |
| | 夜間対応型訪問介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 認知症対応型通所介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 小規模多機能型居宅介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 認知症対応型生活介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % | |
| 介護予防認知症対応型生活共同介護 | | | 1新規 | 2変更 | 3終了 | | | % | |
| 地域密着型サービス事業所番号 | | | | | | | | | |
| 指定を受けている市町村 | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | (指定を受けている場合) | | | | | | | | |
| 既に指定等を受けている事業 | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | | | 変更後 | | | |
| | | | | | | | | | |
| 関係書類 | 別添のとおりに | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。
- 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙4)

知事 殿

平成 年 月 日

市町村名

基準該当サービスに係る特例居宅介護サービス費、特例居宅予防サービス費、特例居宅介護サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給に係る上限の率の設定について

このことについて、上限の率を下記のとおり設定しましたのでお知らせします。

記

1 全国共通の介護報酬額に対して定める率

| 項目 | サービスの種類 | 全国共通の介護報酬額 に対して定める率 |
|---------------|--------------|------------------------|
| 特例居宅介護サービス費 | 訪問介護 | % |
| | 訪問入浴介護 | % |
| | 通所介護 | % |
| | 短期入所生活介護 | % |
| | 福祉用具貸与 | % |
| 特例介護予防サービス費 | 介護予防訪問介護 | % |
| | 介護予防訪問入浴介護 | % |
| | 介護予防通所介護 | % |
| | 介護予防短期入所生活介護 | % |
| | 介護予防福祉用具貸与 | % |
| 特例居宅介護サービス計画費 | | % |
| 特例介護予防サービス計画費 | | % |

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙5)

平成 年 月 日

知事 殿

事業所・施設名

指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| サービスの種類 | 割引率 | 適用条件 |
|-------------------------|----------|---------------------|
| 訪問介護 | (例) 10 % | (例) 毎日 午後2時から午後4時まで |
| | % | |
| | % | |
| 訪問入浴介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 短期入所生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 認知症対応型共同生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護老人福祉施設 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防訪問介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防訪問入浴介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防短期入所生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙5-2)

平成 年 月 日

市町村長 殿

事業所・施設名

地域密着型サービス事業所による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| サービスの種類 | 割引率 | 適用条件 |
|------------------|-----|------|
| 夜間対応型訪問介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 認知症対応型通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 小規模多機能型居宅介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 認知症対応型生活共同介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | % | |
| | % | |
| | % | |
| 介護予防認知症対応型生活共同介護 | % | |
| | % | |
| | % | |

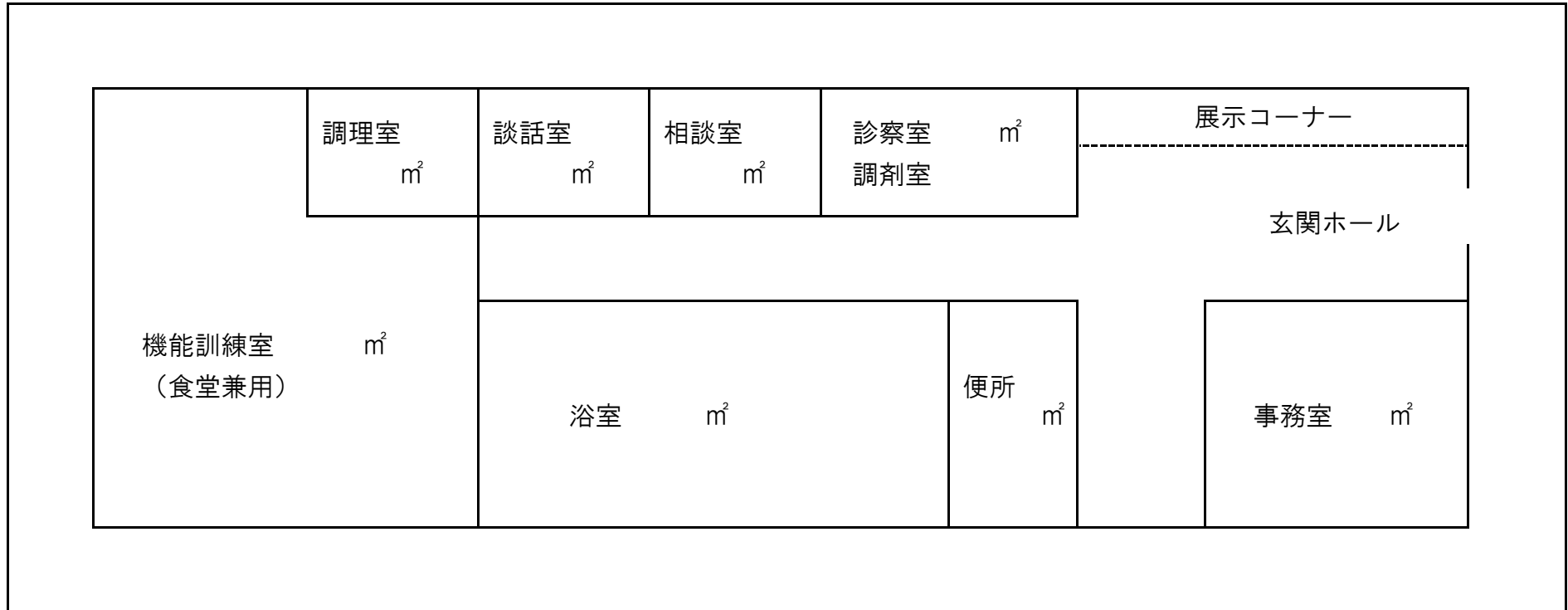
備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙6)

平面図

| | | | |
|-----------|--|------------|---|
| 事業所・施設の名称 | | 「該当する体制等 ー | 」 |
|-----------|--|------------|---|



備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(別紙7)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービス種類 ()

事業所・施設名 ()

「人員配置区分— 型」又は「該当する体制等— 」

[入所(利用)定員(見込)数等 名]

| 職 種 | 勤務形態 | 氏 名 | 第1週 | | | | | | | 第2週 | | | | | | | 第3週 | | | | | | | 第4週 | | | | | | | 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 | | | | | | |
| | | (記載例-1) | ① | ① | ③ | ② | ④ | ① | ④ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (記載例-2) | ab | ab | ab | cd | cd | e | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <配置状況> 看護職員：介護職員 (:) 看護師：准看護師 (日中) (:) 看護師：准看護師 (夜間) (:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。
- 3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。
- 4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
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
- 5 常勤換算が必要なものについては、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 6 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 8 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙8)

緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

| | | | |
|--------|----------------|-----------|--------------------|
| 事業所名 | | 異動等区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |
| 施設等の区分 | 1 指定訪問看護ステーション | 2 病院又は診療所 | |
| 届出項目 | 1 緊急時訪問看護加算 | 2 特別管理体制 | 3 ターミナルケア体制 |

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

| | | | | | | |
|-----|--|---|----|---|-----|---|
| 保健師 | | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人 |
| 看護師 | | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人 |

② 連絡方法

| |
|--|
| |
|--|

③ 連絡先電話番号

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| 1 | () | 4 | () |
| 2 | () | 5 | () |
| 3 | () | 6 | () |

2 特別管理加算に係る届出内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。

有・無

② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。

有・無

③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。

有・無

3 **ターミナルケア体制に係る届出内容**

① **24時間常時連絡できる体制を整備している。**

有・無

② **ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。**

有・無

備考 緊急時の訪問看護、特別管理、**ターミナルケア**のそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

緊急受入体制及び夜間看護体制に係る届出書

| | | | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| 事業所名 | | 異動等区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |
| 施設種別 | 1 短期入所生活介護 2 短期入所療養介護 3 特定施設入居者生活介護 4 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | |
| 届出項目 | 1 緊急短期入所ネットワーク加算 | | 2 夜間看護体制加算 |

1 緊急短期入所ネットワーク加算に係る届出内容

連携する事業所

| 法人名・事業所名 | 事業所番号 |
|----------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2 夜間看護体制加算に係る届出内容

看護職員の状況

| | | |
|------|----|---|
| 保健師 | 常勤 | 人 |
| 看護師 | 常勤 | 人 |
| 准看護師 | 常勤 | 人 |

| | |
|----------------------------|-----|
| 24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有・無 |
| 必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している。 | 有・無 |

備考 緊急時の受入、夜間看護のそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

(別紙9-2)

重度化対応体制に係る届出書

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

看護職員の状況

| | | |
|------|----|---|
| 保健師 | 常勤 | 人 |
| 看護師 | 常勤 | 人 |
| 准看護師 | 常勤 | 人 |

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

| 病院・診療所・訪問看護ステーション名 | 事業所番号 |
|--------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--------------------------|-----|
| 24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有・無 |
| 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。 | 有・無 |
| 看取りのための個室を確保している。 | 有・無 |

特定事業所加算に係る届出書 (訪問介護事業所)

| | | | | | |
|------|--------------|---------------|----------------|------|------|
| 事業所名 | | 異動等区分 | 1 新規 | 2 変更 | 3 終了 |
| 届出項目 | 1 特定事業所加算(I) | 2 特定事業所加算(II) | 3 特定事業所加算(III) | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---|-----------|--|---|------------------------------------------------------------------------------|
| <p>[体制要件]</p> <p>① 個別の訪問介護員等に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>② 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に行っている。</p> <p>③ サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。</p> <p>④ 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>[人材要件]</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 150px;">介護福祉士</td> <td style="width: 100px;">常勤</td> <td style="width: 50px;">人</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">→ 訪問介護員等に占める割合が30%以上</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 150px;">サービス提供責任者</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="width: 50px;">人</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 100px;">→ すべてが5年以上の介護業務の実務経験を有する介護福祉士である</p> <p>[重度対応要件]</p> <p>前3月の期間における利用者の総数のうち、要介護4又は要介護5である者が占める割合が20%以上</p> | 介護福祉士 | 常勤 | 人 | サービス提供責任者 | | 人 | <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> |
| 介護福祉士 | 常勤 | 人 | | | | | |
| サービス提供責任者 | | 人 | | | | | |

※ 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。

特定事業所加算に係る届出書 (居宅介護支援事業所)

| | |
|-------|--------------------------|
| 事業所名 | |
| 異動等区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 主任介護支援専門員である管理者を配置している。</p> <p>② 介護支援専門員の配置状況</p> <table border="1"><tr><td>介護支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td></tr></table> <p>③ 利用者に関する情報又はサービス提供にあ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。</p> <p>④ 24時間常時連絡できる体制を整備している。</p> <p>⑤ 前3月の期間における利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が60%以上</p> <p>⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。</p> <p>⑦ 地域包括支援センター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。また、地域包括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こと。</p> <p>⑧ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無</p> <p>⑨ 担当利用者数の1人当たり35名超過の有無</p> <p>⑩ 介護予防支援業務の委託の有無</p> | 介護支援専門員 | 常勤専従 | 人 | <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> |
| 介護支援専門員 | 常勤専従 | 人 | | |

※ 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。

(別紙11)

栄養管理体制及び栄養ケア・マネジメントに関する届出書

| 1 異動区分 | ① 新規 ② 変更 ③ 終了 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|-----|----|----|--|-------|--|-----|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 施設種別 | ① 短期入所生活介護 ② 短期入所療養介護 ③ 介護老人福祉施設 ④ 介護老人保健施設 ⑤ 介護療養型医療施設 ⑥ 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 栄養管理体制の状況 | <table border="1"><tr><td>管理栄養士</td><td>人</td></tr><tr><td>栄養士</td><td>人</td></tr></table> | 管理栄養士 | 人 | 栄養士 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理栄養士 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栄養士 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 栄養ケア・マネジメントの状況 | <table border="1"><tr><td>常勤の管理栄養士</td><td>人</td></tr></table> <p>栄養ケア・マネジメントに関わる者</p> <table border="1"><thead><tr><th>職種</th><th>氏名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医師</td><td></td></tr><tr><td>管理栄養士</td><td></td></tr><tr><td>看護師</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table> | 常勤の管理栄養士 | 人 | 職種 | 氏名 | 医師 | | 管理栄養士 | | 看護師 | | 介護支援専門員 | | | | | | | | | |
| 常勤の管理栄養士 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理栄養士 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 「異動区分」「施設種別」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 施設種別が①又は②の場合は、「栄養ケア・マネジメントの状況」欄について記入する必要はありません。

3 「栄養ケア・マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

改正法附則第 11 条の経過措置対象者にかかる請求事務上の取扱いについて

<改正法附則第 11 条：抜粋>

施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して 3 年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定を受けた者とみなされる。

- 当該措置の対象者の国保連合会に対する介護給付費の請求方法については、以下のとおり行うものとする。

施設の事業者は、要支援 1 又は要支援 2 と認定された者のうち、平成 18 年 3 月 31 日以前からの継続入所者については、経過措置該当者であることを確認し、同対象者について、区分変更された月以降の継続入所期間の請求を行う。

その際の「介護給付費明細書」の作成については、

- ① 「要介護状態区分」欄には、被保険者証の要介護状態区分等欄を確認し「要支援 1」又は「要支援 2」を設定する。

(紙請求の場合には、様式上に当該要介護状態区分が記載されていないため、手書きにて「要支援 1」又は「要支援 2」と補記する。(※別途、「介護給付費請求書等の記載要領」にも規定する予定。))

- ② 「給付費明細」欄には、「要介護 1 の報酬 (サービスコード)」を設定する。(※要介護 1 の報酬を請求する根拠については、別途、省令にて規定する予定である。)

なお、国保連合会では、保険者からの「受給者異動連絡票」情報及び事業者からの「請求明細書」情報等により、当該請求にかかる審査・支払を行い、保険者に対して給付実績報告を行う。

【参考：Q & A】

(問1)

旧措置入所者でかつ経過措置に該当する場合、通常の特養の報酬を算定するのか、それとも旧措置用の報酬を算定するのか。

答 旧措置入所者については、施行日以後も旧措置用の報酬により算定することとなる。

(問2)

旧措置入所者として保険給付率・特定入所者介護サービス費の負担限度額が減免されていた場合、同減免は継続するのか。

答 継続することとなる。