

令和5年度 集団指導 【介護療養型医療施設】

東京都福祉局

目次

注記:令和5年7月に東京都で行われた組織改正により、福祉保健局は福祉局、指導監査部指導第三課は指導監査部指導第一課、高齢社会対策部は高齢者施策推進部に再編されました。本テキスト中に以前の名称で表記している資料がある場合があります。申し訳ございませんが、新名称に読み替えてご利用ください。

1 指導・監査の実施について	6
2 指定介護療養型医療施設に係る留意事項について	20
指定介護療養型医療施設の設備及び運営に関する基準	
第1 基本方針	27
第2 人員に関する基準	
1 人員	50
2 人員基準に係る経過措置	59
第3 設備に関する基準	
1 設備	72
2 設備基準に係る経過措置	74
第4 運営に関する基準	
1 管理者について	75
2 計画担当介護支援専門員の責務等	76
3 運営規程	82
4 勤務体制の確保等	83
5 業務継続計画の策定等	91
6 入退院	92
7 内容及び手続の説明及び同意	93
8 提供拒否の禁止	95
9 サービス提供困難時の対応	95

10	受給資格等の確認	95
11	要介護認定の申請に係る援助	96
12	サービスの提供の記録	97
13	利用料等の受領	97
14	保険給付の請求のための証明書の交付	120
15	指定介護療養施設サービスの取扱方針（身体的拘束等）	120
16	診療の方針	127
17	機能訓練	127
18	栄養管理	128
19	口腔衛生の管理	135
20	看護及び医学的管理の下における介護	139
21	食事	140
22	その他のサービスの提供	142
23	入院患者に関する区市町村への通知	142
24	定員の遵守	142
25	衛生管理等	143
26	協力歯科医療機関	146
27	掲示	146
28	秘密保持等	147
29	居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	148
30	苦情処理	148
31	地域との連携等	149
32	事故発生の防止及び発生時の対応	149
33	虐待の防止	156
34	非常災害対策	159
35	会計の区分	160
36	記録の整備	161
37	電磁的記録等	161

第5 ユニット型指定介護療養型医療施設の設備及び運営に関する基準

1	趣旨及び基本方針	168
2	設備	169
3	設備基準に係る経過措置	173
4	運営規程	173
5	勤務体制の確保等	174
6	指定介護療養施設サービスの取扱方針	176
7	看護及び医学的管理の下における介護	177
8	食事	178
9	その他のサービスの提供	178
10	定員の遵守	179
11	準用	179

第6 算定に関する基準

1	算定基準	180
2	介護療養施設サービス費	181
3	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合の減算等	196
4	定員超過・人員基準欠如による所定単位数の減算	197

5	一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算	200
6	ユニットケアに関する減算	201
7	身体拘束廃止未実施減算	201
8	病院療養病床療養環境減算	205
9	医療法施行規則第49条の規定が適用されている病院についての減算	206
10	移行計画未提出減算	207
11	安全管理体制未実施減算	209
12	栄養管理に係る減算	211
13	夜間勤務等看護加算	212
14	若年性認知症患者受入加算	215
15	外泊時費用	216
16	試行的退院サービス費	217
17	他科受診時費用	218
18	従来型個室に入院して多床室の単位数を算定する特例①	219
19	従来型個室に入院して多床室の単位数を算定する特例②	220
20	初期加算	221
21	退院時指導等加算	222
22	低栄養リスク改善加算	228
23	経口移行加算	231
24	経口維持加算	235
25	口腔衛生管理加算	244
26	療養食加算	249
27	在宅復帰支援機能加算	251
28	特定診療費	253
	(1) 感染対策指導管理	254
	(2) 褥瘡対策指導管理	257
	(3) 初期入院診療管理	260
	(4) 重度療養管理（指定短期入所療養介護事業所について）	263
	(5) 特定施設管理	265
	(6) 重症皮膚潰瘍管理指導	266
	(7) 薬剤管理指導	267
	(8) 医学情報提供	268
	(9) リハビリテーションの通則	271
	(10) 理学療法	271
	(11) 作業療法	275
	(12) 言語聴覚療法	277
	(13) 集団コミュニケーション療法	278
	(14) 摂食機能療法	280
	(15) 短期集中リハビリテーション	281
	(16) 認知症短期集中リハビリテーション	282
	(17) 精神科作業療法	283
	(18) 認知症老人入院精神療法	284
29	認知症専門ケア加算	285
30	認知症行動・心理症状緊急対応加算	288
31	排せつ支援加算	290
32	安全対策体制加算	293
33	サービス提供体制強化加算	294

34	介護職員処遇改善加算	298
35	介護職員等特定処遇改善加算	314
36	介護職員等ベースアップ等支援加算	329
3	各届出の方法及び留意点について	387
4	請求書等の記載要領及び留意点	453
5	生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定申請手続きの流れ	470

4 請求書等の記載要領及び留意点

介護療養型医療施設

介護給付費の請求事務に関する留意点

資 料

東京都国民健康保険団体連合会

介護保険課

事例2. 介護保険と生活保護併用の場合

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	療養型 I i 1		5 3 F 0 0 1		5 9 3	3 0	1 7 7 9 0	3 0	1 7 7 9 0		160690
	療養型サービス提供体制加算 II		5 3 2 7 0 5		1 8	3 0	5 4 0	3 0	5 4 0		
合計							1 8 3 3 0		1 8 3 3 0		

特定診療費	傷病名		内容		単位数	回数	保険分単位数	公費 回数	公費分単位数	摘要	
	0 1		感染対策指導管理		6	3 0	1 8 0	3 0	1 8 0		
	3 4		褥瘡管理		6	3 0	1 8 0	3 0	1 8 0		
合計							3 6 0		3 6 0		

公費の給付率は「100(%)」

請求額集計欄	区分	保険分		公費分		保険分特定診療費		公費分特定診療費	
	①単位数合計	1	8 3 3 0	1	8 3 3 0		3 6 0		3 6 0
	②単位数単価	1	0 5 4	円/単位			10円/単位		10円/単位
	③給付率		9 0 /100		1 0 0 /100		9 0 /100		1 0 0 /100
	④請求額 (円)		1 7 3 8 7 8		1 9 3 2 0		3 2 4 0		3 6 0
⑤利用者負担額 (円)									

特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	療養施設食費		5 9 5 3 1 1		1 4 4 5	3 0 0	3 0	4 3 3 5 0	3 4 3 5 0	3 0	9 0 0 0	
	療養施設従来型個室		5 9 5 3 2 3		1 6 6 8		3 0	5 0 0 4 0	5 0 0 4 0	0		0
	合計							9 3 3 9 0			9 0 0 0	
								保険分 請求額(円)	8 4 3 9 0	公費分 請求額	9 0 0 0	公費分本人負担月額

事例3. 生活保護単独・被保険者番号がHから始まる場合

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	療養型 I i 1		5 3 F 0 0 1		5 9 3	3 0	1 7 7 9 0	3 0	1 7 7 9 0		160690
	療養型サービス提供体制加算 II		5 3 2 7 0 5		1 8	3 0	5 4 0	3 0	5 4 0		
合計							1 8 3 3 0		1 8 3 3 0		

特定診療費	傷病名		内容		単位数	回数	保険分単位数	公費 回数	公費分単位数	摘要	
	0 1		感染対策指導管理		6	3 0	1 8 0	3 0	1 8 0		
	3 4		褥瘡管理		6	3 0	1 8 0	3 0	1 8 0		
合計							3 6 0		3 6 0		

生活保護単独のため、保険の給付率の記載は不要。公費分の給付率「100(%)」のみを記載。

請求額集計欄	区分	保険分		公費分		保険分特定診療費		公費分特定診療費	
	①単位数合計	1	8 3 3 0	1	8 3 3 0		3 6 0		3 6 0
	②単位数単価	1	0 5 4	円/単位			10円/単位		10円/単位
	③給付率		/100		1 0 0 /100		/100		1 0 0 /100
	④請求額 (円)				1 9 3 1 9 8				3 6 0 0
⑤利用者負担額 (円)									

特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	療養施設食費		5 9 5 3 1 1		1 4 4 5		3 0	4 3 3 5 0		3 0	4 3 3 5 0	
	療養施設従来型個室		5 9 5 3 2 3		1 6 6 8		3 0	5 0 0 4 0		3 0	5 0 0 4 0	
	合計							9 3 3 9 0			9 3 3 9 0	
								保険分 請求額(円)		公費分 請求額	9 3 3 9 0	公費分本人負担月額

事例4. 摘要欄に記載が必要な算定項目【給付費明細欄】

サービス内容	サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	53	F045						
療養型I iv 3	53	F045	982	20	19640			1
療養型他科受診時費用	53	2831	362	2	724			3.10
療養型退院前訪問指導加算	53	2851	460	1	460			18
療養型退院後訪問指導加算	53	2856	460	1	460			30
療養型訪問看護指示加算	53	2853	300	1	300			20
合計								

- 多床室のサービスコードの適用理由
適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。
- 他科受診時費用
他科受診を行った日を記載。(複数日行われたときは「(半角カンマ)」で区切る。単位を省略する。
- 退院前訪問指導加算、退院後訪問指導加算
家庭等への訪問日を記載すること。単位を省略する。
- 訪問看護指示加算
訪問看護指示書の交付日を記載すること。単位を省略する。

事例5. 摘要欄に記載が必要な算定項目【特定診療費】

傷病名	脳梗塞、廃用症候群								摘要
識別番号	内容		単位数	回数	保険分単位数	公費 回数	公費分単位数	摘要	
3	5	重度療養管理	125	10	1250			ハ	
0	9	薬剤管理指導	350	2	700			6、20	
5	2	短期集中リハビリ加算	240	5	200			20150301	
合計									

- 重度療養管理
患者の状態(イからへまで)を記載すること。複数の状態に該当する場合は主たる状態のみ記載すること。
- 薬剤管理指導
算定日を記載すること。単位を省略することも可。例:6日、20日
- 短期集中リハビリ加算
当該施設に入院した日付を記載すること。

事例6. 療養機能強化型A、多床室を算定した場合
(傷病名が慢性虚血性心疾患でNYHA分類Ⅲ以上の心不全の状態の場合)

サービス内容	サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
療養型I v 5	53	F069						
療養型I v 5	53	F069	1198	30	35940			050050,1/1

医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。
イ～ヌまでに適合する患者については、摘要欄にDPC上6桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

複数の摘要記載事項がある場合は、表上の掲載順に従って「/」で区切って記載すること。

摘要欄記載事項につきましては「参考資料」を参照ください。

事例7. 2割負担の場合

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	療養型 I i 1		5 3 F 0 0 1		5 9 3	3 0	1 7 7 9 0			160690
	療養型サービス提供体制加算 II		5 3 2 7 0 5		1 8 3	3 0	5 4 0			
	合計						1 8 3 3 0			

保険給付率は「80(%)」と記載。

請求額集計欄	区分	保険分		公費分		保険分特定診療費		公費分特定診療費	
		単位数	単価	単位数	単価	金額	単価	金額	単価
①	①単位数合計	1 8 3	3 0						
②	②単位数単価	1	0 5 4	円/単位			10円/単位		10円/単位
③	③給付率	8 0	/100			/100		/100	
④	④請求額(円)	1 5 4	5 5 8						
⑤	⑤利用者負担額(円)	3 8 6	4 0						

事例8. 初期加算を算定した場合
(3/25から短期入所を利用し、4/1に同じ施設の療養型へ入院した場合)

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	療養型 I i 1		5 3 F 0 0 1		5 9 3	3 0	1 7 7 9 0			160690
	療養型初期加算		5 3 2 8 4 0		3 0	2 3	6 9 0			
	合計						1 8 4 8 0			

入院の前に短期入所を7日間利用しているため、23日分までしか算定はできない。

当該介護療養型施設の短期入所療養介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該施設に入所した場合については初期加算は入院直前の短期入所療養介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定する。

事例9. 退院時等指導加算を算定した場合(退院時指導加算を算定した場合)

入院年月日	平成	令和	年	月	日	退院年月日	令和	年	月	日	入院実日数	外泊日数
0	4	0	3	1	5	0	4	0	4	1	5	

主傷病: 1. 1. 居宅 2. 医療機関入院 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. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他

退院後の状況: 1. 居宅 2. 医療機関入院 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

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	療養型 I i 1		5 3 F 0 0 1		5 9 3	1 5	8 8 9 5			
	療養型退院時指導加算		5 3 2 8 5 2		4 0 0	1	4 0 0			
	合計						9 2 9 5			

入院期間が1月を超える入院患者が退院し、その居宅において療養を継続する場合において、~略~、1人につき1回を限度として算定する。
※医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該医療機関における入院期間が通算して1月を超える場合に算定できる。

事例10. 初期入院診療管理、医学情報提供を算定した場合【特定診療費】

入院年月日	平成	令和	年	月	日	退院年月日	令和	年	月	日	入院実日数	外泊日数
0	4	0	4	0	1	0	4	0	4	2	5	

主傷病: 1. 1. 居宅 2. 医療機関 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. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他

退院後の状況: 1. 居宅 2. 医療機関入院 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

特定診療費	傷病名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数
		脳梗塞、廃用症候群	0 5	初期入院診療管理	2 5 0	1	2 5 0
		1 1	医学情報提供 (I)	2 2 0	1	2 2 0	
	合計					4 7 0	

●初期入院診療管理
過去3月間(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当する者の場合は過去1月間。)の間に、当該介護療養型医療施設に入院したことがない場合に限り算定できる。

●医学情報提供 (I) (II)
退院する患者の診療に基づき他の医療機関での入院治療の必要性を認め、~略~患者の紹介を行った場合に算定する。

【様式5】

事例1 1. 介護保険単独の場合 -4級地-

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成										入所年月日	1.平成	0	4	年	0	4	月	1	0	日	
	事業所番号	1	3	7	0	0	0	0	0	0	0	退所年月日	令和	0	4	年	0	4	月	1	9	日
	事業所名称	国保連居宅支援事業所										短期入所 実日数					1	0				

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
病院療養短期 I i 1	232211	708	10	7080			
病院療養短期療養食加算	232775		830	240			
病院療短サービス提供体制加算 II	232707		1810	180			
病院療短処遇改善加算 I	232709		204	204			
病院療短特定処遇改善加算 II	232719		861	86			
合計				7790			

特定処遇改善加算 II
所定単位数(基本サービス費に各種加算減算(特定診療費も含む)を加えた総単位数)×11/1000
※小数点以下四捨五入

傷病名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費 回数	公費分単位数	摘要
	01	感染対策指導管理		630	180			
	34	褥瘡管理		630	180			
合計					360			

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数	7320			
②限度額管理対象単位数	7320			
③限度額管理対象外単位数	470			
④給付単位数	7790		360	
⑤単位数単価	1054円/単位		10円/単位	10円/単位
⑥給付率	90/100		90/100	
⑦請求額(円)	73895		3240	
⑧利用者負担額(円)	8211		360	

事例1 2. 療養機能強化型B、多床室を算定した場合

(各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の合併症を有している場合)

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
病院療養短期 I vi 1	23A091	837	10	8370			1/AD
合計				8370			

イ～ヌまでに適合する患者については、摘要欄にその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。

事例1 3. 月に2度利用した場合

(3/30~4/5、4/20~4/24に利用をした場合)

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成										入所年月日	1.平成	0	4	年	0	3	月	3	0	日	
	事業所番号	1	3	7	0	0	0	0	0	0	0	退所年月日	令和	0	4	年	0	4	月	0	5	日
	事業所名称	国保連居宅支援事業所										短期入所 実日数					1	0				

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
病院療養短期 I i 1	232211	708	10	7080			
合計				7080			

当該月における最初の退所した日付を記載する。

事例14. 30日を超えて利用した場合
(2/20~4/30まで利用し、3/22と4/22が自費利用の場合)

居宅サービス計画	2.被保険者自己作成										入所年月日	し、平成 令和	0	4	年	0	2	月	2	0	日						
	3月サービス分										退所年月日	令和	0	4	年	0	3	月	2	1	日						
事業所名称		国保連居宅支援事業所									短期入所 実日数										3	0					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要																	
	病院療養短期 I i 1	2	3	2	2	1	1	7	0	8	3	0	2	1	連続入所が30日を超える場合は、30日目を退所日とみなして記載する。												
	自費利用の日は含まない。												自費利用の日は含まない。														
	合計												2	0	5	3	2										

居宅サービス計画	2.被保険者自己作成										入所年月日	し、平成 令和	0	4	年	0	3	月	2	3	日							
	4月サービス分										退所年月日	令和	0	4	年	0	4	月	2	1	日							
事業所名称		国保連居宅支援事業所									短期入所 実日数										2	9						
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要																		
	病院療養短期 I i 1	2	3	2	2	1	1	7	0	8	2	9	2	0	5	3	2											
	合計												2	0	5	3	2											

地域単価について

【短期入所療養介護、介護療養型医療施設サービス】

地域区分		地域単価
1級地	特別区	10.90円
2級地	町田市、狛江市、多摩市	10.72円
3級地	八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、調布市、小金井市、小平市、日野市、東村山市(4)、国分寺市、国立市、清瀬市(4)、東久留米市(5)、稲城市、西東京市	10.68円
4級地	立川市、昭島市、東大和市	10.54円
5級地	福生市(6)、あきる野市、日の出町	10.45円
6級地	武蔵村山市、羽村市、瑞穂町(7)、奥多摩町、檜原村(7)	10.27円
7級地	なし	10.14円
その他	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村	10円

※()内の数字は令和3年3月提供分までの級地を示す

参考資料

摘要欄記載事項(抜粋)

<p>短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護</p>	<p>多床室のサービスコードの適用理由</p>	<p>適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者</p>	<p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p>
<p>短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護</p>	<p>重度療養管理加算を算定する場合（老健のみ）</p>	<p>摘要欄に利用者（要介護4又は要介護5）の状態（イからリまで）を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例 ハ イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態</p>	<p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p>
	<p>療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (I)(ii)(iii)(v)(vi)、療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (II)(ii)(iv)、ユニット型療養型(介護予防)短期入所療養介護費 (II)(III)(V)(VI)、診療所型(介護予防)短期入所療養介護費 (I)(ii)(iii)(v)(vi)又はユニット型診療所型(介護予防)短期入所療養介護費 (II)(III)(V)(VI)を算定する場合</p>	<p>下記イからリまでに適合する患者については、摘要欄にその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例1 イ 例2 ハD イ NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ロ Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ハ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。 A 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） B 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの C 出血性消化器病変を有するもの D 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ニ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ホ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ヘ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態。 ト 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態 チ 認知症であって悪性腫瘍と診断された者</p>	<p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p>

		<p>リ 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者</p> <p>A パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）</p> <p>B 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）</p> <p>C 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>D 脊髄小脳変性症</p> <p>E 広範脊髄管狭窄症</p> <p>F 後縦靭帯骨化症</p> <p>G 黄色靭帯骨化症</p> <p>H 悪性関節リウマチ</p> <p>ヌ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はⅤに該当する者</p>
介護療養施設サービス	他科受診時費用	<p>他科受診を行った日を記載すること（複数日行われたときは「,（半角カンマ）」で区切単位を省略する。</p> <p>例 6,20</p>
	退院前訪問指導加算	<p>家庭等への訪問日を記載すること。</p> <p>単位を省略する。</p> <p>例 20</p>
	退院後訪問指導加算	<p>家庭等への訪問日を記載すること。</p> <p>単位を省略する。</p> <p>例 20</p>
	訪問看護指示加算	<p>訪問看護指示書の交付日を記載すること。</p> <p>単位を省略する。</p> <p>例 20</p>
	療養型介護療養施設サービス費 (Ⅰ)(ii)(iii)(v)(vi)、療養型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(ii)(iv)、ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (Ⅱ)(Ⅲ)、 <u>経過的ユニット型療養型介護療養施設サービス費</u> (Ⅱ)(Ⅲ)、 <u>診療所型介護療養施設サービス費</u> (Ⅰ)(ii)(iii)(v)(vi)、 <u>ユニット型診療所型介護療養施設サービス費</u> (Ⅱ)(Ⅲ)又は <u>経過的ユニット型診療所型介護療養施設サービス費</u> (Ⅱ)(Ⅲ)を算定する場合	<p>すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。</p> <p>下記イからヌまでに適合する患者については、摘要欄にDPC上6桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例1 050050,イ （傷病名が慢性虚血性心疾患で、下記のイに該当する場合）</p> <p>例2 110280,ハD （傷病名が慢性腎不全で、下記のハDに該当する場合）</p> <p>例3 040120 （傷病名が慢性閉塞性肺疾患で、下記のイからヌまでに該当しない場合）</p> <p>イ NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態</p> <p>ロ Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態</p> <p>ハ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。</p> <p>A 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下）</p> <p>B 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を早するもの</p> <p>C 出血性消化器病変を有するもの</p> <p>D 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの</p> <p>ニ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態</p> <p>ホ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態</p> <p>ヘ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態。</p>

		<p>ト 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態</p> <p>チ 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者</p> <p>リ 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者</p> <p>A パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）</p> <p>B 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）</p> <p>C 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>D 脊髄小脳変性症</p> <p>E 広範脊柱管狭窄症</p> <p>F 後縦靭帯骨化症</p> <p>G 黄色靭帯骨化症</p> <p>H 悪性関節リウマチ</p> <p>ヌ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はⅤに該当する者</p>	
<p>上記以外の療養型介護療養施設サービス費 診療所型介護療養施設サービス費 認知症型介護療養施設サービス費 を算定する場合（経過型を含む。加算を除く。）（ユニット型も同様。）</p>		<p>すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。ただし、平成30年9月30日までは、適切なコーディングが困難な場合、XXXXXXと記載すること。</p>	
<p>多床室のサービスコードの適用理由</p>		<p>適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 	<p>一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。 同時に複数の理由（例えば感染症等による入所で居住面積が一定以下）に該当する場合は、最も小さい番号を記載すること。</p>

複数の摘要記載事項がある場合は、表上の掲載順に従って「/」で区切って記載すること。
例）ST/260/5（サテライト事業所から260分の訪問介護を5%の割引率で実施した場合。）

特定診療費識別一覧

名称	識別番号	摘要欄記載事項、算定条件その他																					
感染対策指導管理	01	1日につき算定																					
褥瘡管理	34	1日につき算定																					
初期入院診療管理	05	入院中1回（又は2回）算定																					
重度療養管理	35	<p>摘要欄に患者の状態（イからへまで）を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例 ハ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">患者の状態</th> <th>記号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イ</td> <td>常時頻回の喀痰吸引を実施している状態</td> <td>イ</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</td> <td>ロ</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>中心静脈栄養を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態</td> <td>ハ</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態</td> <td>ニ</td> </tr> <tr> <td>ホ</td> <td>重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</td> <td>ホ</td> </tr> <tr> <td>へ</td> <td>膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態</td> <td>へ</td> </tr> </tbody> </table> <p>1日につき算定</p>	患者の状態		記号	イ	常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	イ	ロ	呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	ロ	ハ	中心静脈栄養を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態	ハ	ニ	人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態	ニ	ホ	重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	ホ	へ	膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態	へ
患者の状態		記号																					
イ	常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	イ																					
ロ	呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	ロ																					
ハ	中心静脈栄養を実施しており、かつ、強心薬等の薬剤を投与している状態	ハ																					
ニ	人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態	ニ																					
ホ	重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	ホ																					
へ	膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態	へ																					
特定施設管理	02	1日につき算定																					
特定施設管理個室加算	03	同上																					
特定施設管理2人部屋加算	04	同上																					
重症皮膚潰瘍管理指導	06	1日につき算定																					
薬剤管理指導	09	<p>摘要欄に算定日を記載すること。</p> <p>例 6日、20日 単位を省略することも可。</p> <p>例 6、20</p> <p>月4回を限度として算定</p>																					
特別薬剤管理指導加算	10	1回につき算定																					
医学情報提供（Ⅰ）	11	同上																					
医学情報提供（Ⅱ）	12	同上																					
理学療法（Ⅰ）	18	1回（20分以上実施を条件とする）につき（1日3回を限度）算定																					
理学療法（Ⅱ）	19	同上																					
理学療法リハビリ計画加算	20	月1回を限度（発症の月に限り）として算定																					
理学療法日常動作訓練指導加算	22	月1回を限度として算定																					
理学療法リハビリ体制強化加算	48	理学療法（Ⅰ）1回につき算定																					
作業療法	25	1回（20分以上実施を条件とする）につき（1日3回を限度）算定																					
作業療法リハビリ計画加算	27	月1回を限度（発症の月に限り）として算定																					
作業療法日常動作訓練指導加算	29	月1回を限度として算定																					
作業療法リハビリ体制強化加算	49	作業療法1回につき算定																					
言語聴覚療法	39	1回（20分以上実施を条件とする）につき（1日3回を限度）算定																					
言語聴覚療法リハビリ体制強化加算	50	言語聴覚療法1回につき算定																					
理学療法（Ⅰ）（減算）	42	利用を開始又は入院した日から起算して4月を超えた期間において、個別リハビリテーションの合計回数が月10回を超えた場合に、11回目以降に算定																					
理学療法（Ⅱ）（減算）	43	同上																					
作業療法（減算）	45	同上																					
言語聴覚療法（減算）	47	同上																					
摂食機能療法	31	1日につき（月4回を限度）算定																					
短期集中リハビリ加算	52	<p>摘要欄に当該施設に入院した日付を記載すること。</p> <p>例 20060501 （入院日が2006年5月1日の場合）</p> <p>理学療法、作業療法、言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合、1日につき算定</p>																					
精神科作業療法	32	1日につき算定																					
認知症老人入院精神療法	33	1週間につき算定																					
集団コミュニケーション療法	54	1回につき算定（1日3回を限度）																					
認知症短期集中リハビリ加算	55	1日につき算定（1週に3日を限度）																					
認知症短期集中リハビリ加算	56	1日につき算定（1週に4日を限度）																					

2 審査結果通知について

1 事務上の請求誤りによる返戻

- ① 「特定診療費」に係る傷病名もれ
- ② 入院年月日より4月超につき、リハビリ11回目以降は減算にて算定願います
- ③ 退所後の状況より「医学情報提供」の算定は適切に願います

等

2 審査委員の審査による返戻、指摘

- ① 傷病名より「 」の算定は適切に願います
※「理学療法」、「作業療法」、「言語聴覚療法」、「摂食機能療法」、
「精神科作業療法」、「認知症老人入院精神療法」、「重症皮膚潰瘍管理指導」他
- ② 理学療法、作業療法の算定回数について、ご留意願います
- ③ 特定診療費の傷病名欄につきましては、単なる症状だけではなく、その原因となった傷病名や状態を記載してください

等

特定診療費「傷病名」

(明細書の記載要領)

特定診療費として定められている指導管理等を行った場合、その主な原因となった傷病名を記載する。ただし、「感染対策指導管理」及び「褥瘡対策指導管理」のみの場合には、記載は不要である。

リハビリテーションの通則

(通知) (①、③省略)

- ② 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、患者1人につき1日合計4回に限り算定し、集団コミュニケーション療法は1日につき3回、摂食機能療法は、1日につき1回のみ算定する。

理学療法

(告示)

注2 理学療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回(作業療法及び言語聴覚療法と併せて1日4回)に限り算定するものとし、その利用を開始又は入院した日から起算して4月を超えた期間において、1月に合計11回以上行った場合、合計11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

(通知) (①～③、⑤⑦⑧⑨省略)

- ④ 理学療法に係る特定診療費は、患者に対して個別に20分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が20分に満たない場合は、介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。
- ⑥ 理学療法(I)における理学療法にあつては、1人の理学療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、理学療法士と患者が1対1で行った場合にのみ算定する。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

言語聴覚療法

(通知) (②、④省略)

- ① 言語聴覚療法に係る特定診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。
- ③ 言語聴覚療法は、患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であつて、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定する。
(以下省略)

摂食機能療法

(通知)

- ① 摂食機能療法に係る特定診療費は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の状態像に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士・看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障害を有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。
- ② 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士又は看護師、准看護師、歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

指定介護保険事業所 各位

東京都国民健康保険団体連合会
介護福祉部 介護保険課

「審査結果決定通知書」の送付について

平素、本会の事業運営につきまして、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和××年×月審査における特定診療費又は所定疾患施設療養費等に係る審査結果を「審査結果決定通知書（特定診療費）（特別診療費）」又は「審査結果決定通知書（緊急時施設療養（診療）費・所定疾患施設療養費等）」として取り纏めましたので送付いたします。

つきましては、「審査結果決定通知書」における結果種類欄の表記と、伝送（または郵送）にて送付しております審査結果通知等との関係を下記に表示いたしますので、併せてご確認いただきますようお願い申し上げます。

記

結果種類欄の表記

- ◇ 返戻……「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」に、
事由欄「E」・内容欄「審査委員会の判定により却下」と表示
- ◇ 査定……「介護保険審査増減単位数通知書」に、
事由欄「C・D・E・F・G」のいずれかで表示
- ◇ 注意……今月の審査では返戻・査定とはならなかったが、請求内容より留意して頂きたい内容を表示

以上

問い合わせ先
東京都国民健康保険団体連合会
介護福祉部 介護保険課 介護審査係
電 話 03(6238)0207

審査結果決定通知書(特定診療費)
令和××年××月審査分

《参考資料②》

事業所番号: 1312345678
事業所名称: ○▲×病院

No	証記載保険者	被保険者	サービス提供年月	様式	順次番号	項目		日数・回数		増減単位数	結果種類	審査意見書
						名称	単位数	審査前	審査後			
1	131011 千代田区	0000012345 リンコウ ハナコ	令和××年×月	様式第十	04	11 医学情報提供(I)				-1,508	返戻	退所後の状況より「医学情報提供」の算定は適切に願います XX/XX 医事課 ●●様ご連絡済
2	131029 中央区	0000099999 カイゴ タロウ	令和××年×月	様式第十	04	25 作業療法				-9,069	返戻	その他 リハビリの必要性について、症状詳記願います
3	131029 中央区	1234567890 リョウヨウ シロウ	令和××年×月	様式第十	02	18 理学療法(I)					注意	傷病名より「理学療法」の算定についてご留意願います
4					04	42 理学療法(I)(減算)					注意	傷病名より「理学療法」の算定についてご留意願います
5					99	48 理学療法リハビリ体制強化加算					注意	傷病名より「理学療法リハビリ体制強化加算」の算定についてご留意願います
6	131037 港区	9999911111 ホケン イチロウ	令和××年×月	様式第十	02	32 精神科作業療法					注意	傷病名より「精神科作業療法」の算定についてご留意願います

3 受給者別審査決定情報等の取得について

伝送請求の事業所様には、下記の3帳票が配信されています。

- ・「受給者別審査決定情報」
- ・「サービス事業所向け給付管理票登録情報」
- ・「支援事業所向け給付管理票登録情報」

特に「受給者別審査決定情報」は、利用者ごとに決定状況が表示されており請求状況の管理がしやすい帳票です。

是非、伝送請求に切り替えていただき、この情報を取得されることをお勧めします。

～受給者別情報を取得するにあたっては、3つの工程が必要です。～

1. 伝送ソフトの受信により国保連合会から情報を取得する。

(1). 東京都国保連では、月初（毎月5日頃）に受給者別情報等を配信しています。

(2). 配信する受給者別情報は、以下の7種類となります。

- ①受給者別審査決定情報 HGSL70
- ②サービス事業所向け給付管理票登録情報（サービス事業所対象） HGSL71
- ③支援事業所向け給付管理票登録情報（支援事業所対象） HGSL72
- ④原案作成委託料控除内容明細書 HGSL24
- ⑤原案作成委託料支払内容通知書兼明細書 HGSL25
- ⑥介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書 HGSL26
- ⑦介護予防ケアマネジメント費等返戻一覧表 HGSL27

(3). 伝送ソフトを起動させ、データを受信してください。

*中央会伝送ソフトでは、【連絡文書】に配信されます。

(4). 受信したすべての添付ファイル（受給者別情報）をデスクトップ上（又は任意の場所）に保存ください。

2. 国保連のホームページから介護情報印刷システムをダウンロードする。

(1). 東京都国保連合会のホームページから『介護事業所等の皆様』に進みます。

(2). 「2-11 介護情報印刷システムについて」をクリックします。

(3). 介護情報印刷システムを手順に従いダウンロードします。

3. 取得した情報を印刷する。

(1). デスクトップ上の「介護情報印刷システム Ver. 1」をダブルクリックします。

(2). 介護情報印刷システムが起動され、『介護印刷情報の指定』画面が表示されます。

国保連合会から送られてきた情報（「1の情報の取得」で保存したファイル）を選択し、『開く』ボタンをクリックしてください。

(3). 「(2)」で選択した介護印刷情報ファイルが「印刷プレビュー対象一覧」に表示されます。

印刷(又はプレビュー)したいファイルをクリックすると、データが表示されるので「印刷プレビュー」をクリックしてください。

(4). プレビュー画面が表示されたら、印刷プレビュー上部の「プリンタのアイコン」をクリックしてください。

5 生活保護法及び中国残留邦人等支援法の 指定申請手続きの流れ

生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定申請等の手続き

介護事業者が、生活保護の受給者及び中国残留邦人等支援法※支援給付の受給者に介護サービスを提供する場合は、指定介護機関の指定を受ける必要があります。

※中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

平成26年7月1日以降に介護保険の指定・許可を受けた事業所・施設は、同時に生活保護の指定介護機関の指定を受けたものとみなしますので、新規指定申請は不要です。

平成26年7月1日より前に介護保険の指定・許可を受けた事業所・施設は、生活保護の指定介護機関の指定を受けるためには、東京都に指定申請をする必要があります。(既に指定を受けている場合は、お手続きの必要はありません。)

生活保護の指定の有無の確認方法(八王子市内の事業所は、八王子市にお問い合わせください。)

東京都福祉局ホームページの「指定介護機関(生活保護法・中国残留邦人等支援法)」の

「4 都内の指定介護機関一覧」で確認できます。

東京都 指定介護機関

検索

東京都福祉局トップページ>分野別のご案内>生活の福祉>生活保護>
指定介護機関(生活保護法・中国残留邦人等支援法)

※医療機関(病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション)が生活保護法の指定医療機関の指定申請を行う場合は、別途申請書により手続きが必要です。また、「みなし指定」の適用はありません。提出先も指定介護機関と異なります。ご注意ください。

1 申請等書類

- 申請等に必要の様式は、東京都福祉局ホームページからダウンロードできます。(上記参照)
- 下記(1)の指定申請書類又は(2)の変更等届書に必要事項を記入し、郵送、来庁又は電子申請により、次のところに提出してください。

【提出先】

〒163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 都庁第一本庁舎31階北側

東京都福祉局生活福祉部保護課介護担当

電話03-5320-4059(直通)

※電子申請による場合は、ダウンロードした申請書類又は届書に必要事項を入力の上、ファイルを添付してください。

(1)指定申請

- 申請書類は、「指定申請書」(様式第1号)により提出してください。
- 添付書類が必要なサービスがありますので、後記2(4)「サービス別の留意点」をご覧ください。

(2)変更等届

- 変更、廃止、休止、再開届出については「変更廃止休止再開届書」(様式第2号)、処分届については「処分届書」(様式第3号)、辞退届については「辞退届書」(様式第4号)により提出してください。なお、添付書類は不要です。

(3)その他

- 収受印のある申請等書類の控えが必要な場合は、当該申請等書類の写しと返信用封筒（宛名を記入し、切手を貼付のこと。）を同封してください。

2 指定申請手続きと指定年月日

(1)指定申請の締切日

- 指定申請の締切日は、毎月15日です。15日が土曜日、日曜日、祝祭日の場合は直前の開庁日が締切日です。

また、申請書の受付は締切日に必着とし、消印の効力はありません。

(2)指定年月日

- 指定年月日は、指定申請の締切日の属する月の初日になります。

(3)指定通知の送付

- 毎月15日までに受付をした申請に対して、指定通知を月末に事業所宛てに送付します。
- 指定介護機関に指定されたら、介護報酬の請求方法等について、前記ホームページに掲載の「指定介護機関のしおり」をご覧ください。
なお、既にサービス提供を行っている場合等で介護券を要する場合、指定の手続きが完了した旨を福祉事務所へご連絡ください。

(4)サービス別の留意点

○ 保険医療機関及び保険薬局の行う居宅療養管理指導等

- ・平成26年7月1日より前に開設した医療機関及び薬局は、生活保護の指定介護機関の指定を受けるためには、生活保護法の指定医療機関とは別に指定申請が必要です。

○ 短期入所生活介護、短期入所療養介護

- ・運営規程と料金表を申請書に添付してください。
- ・生活保護等の受給者(以下「被保護者」という。)に対しては、食費、滞在費は所得段階の第1段階を適用した負担限度額を請求します。
- ・被保護者で介護保険の被保険者の場合、生活保護開始月の初日から第1段階が適用されますが、介護保険負担限度額認定証の提示は必要です。
- ・40歳以上65歳未満で介護保険の被保険者でない方の場合は、特定入所者介護サービス費に相当する費用は、福祉事務所に請求します。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定申請に関するFAQ

Q 平成26年7月1日以降に介護保険の指定を受けた事業所は、指定申請をしなくても生活保護受給者にサービス提供できるのですか。

A 「指定を不要とする旨申出書」を提出していなければ、介護保険の指定を受けたときに生活保護の指定介護機関として「みなし指定」されるので、指定申請はしなくても、生活保護受給者にサービス提供ができます。

Q 指定介護機関の指定を受けずに生活保護を受給している方にサービス提供をしてしまい、東京都国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に請求した請求書が返戻されました。これからどのような手続きをすれば良いですか。

A 指定介護機関の指定がない事業所が連合会へ公費請求をすると、その請求は返戻されます。

この場合、速やかに生活保護法等の指定申請を行っていただく必要があります。ただし、原則として指定介護機関は、指定年月日をさかのぼって指定することはできません。返戻になった請求書の請求方法とあわせて、担当までご相談ください。

指定介護機関介護担当規程

(平成12年3月31日 厚生省告示第191号)

生活保護法(昭和25年法律第144号)第54条の2第5項において準用する同法第50条第1項の規定により、指定介護機関介護担当規程を次のように定め、平成12年4月1日から適用する。

(指定介護機関の義務)

第1条 指定介護機関は、生活保護法に定めるところによるほか、この規程の定めるところにより、介護を必要とする被保護者(以下「要介護者」という。)の介護を担当しなければならない。

(提供義務)

第2条 指定介護機関は、保護の実施機関から要介護者の介護の委託を受けたときは、当該要介護者に対する介護サービスの提供を正当な事由がなく拒んではならない。

(介護券)

第3条 指定介護機関は、要介護者に対し介護サービスを提供するに当たっては、当該要介護者について発給された介護券が有効であることを確かめなければならない。

(援助)

第4条 指定介護機関は、要介護者に対し自ら適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるときは、速やかに、要介護者が所定の手続きをすることができるよう当該要介護者に対し必要な援助を与えなければならない。

(証明書等の交付)

第5条 指定介護機関は、その介護サービスの提供中の要介護者及び保護の実施機関から生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。

(介護記録)

第6条 指定介護機関は、要介護者に関する介護記録に、介護保険の例によって介護サービスの提供に関し必要な事項を記載し、これを他の介護記録と区別して整備しなければならない。

(帳簿)

第7条 指定介護機関は、介護サービスの提供及び介護の報酬の請求に関する帳簿及び書類を完結の日から5年間保存しなければならない。

(通知)

第8条 指定介護機関は、要介護者について次のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、速やかに、意見を付して介護券を発給した保護の実施機関に通知しなければならない。

- 一 要介護者が正当な理由なくして、介護サービスの提供に関する指導に従わないとき。
- 二 要介護者が詐欺その他不正な手段により介護サービスの提供を受け、又は受けようとしたとき。

【指定申請と届出事項】

届出の種類	届出等を要する事由	提出書類
指定申請	介護保険施設（介護老人福祉施設を除く）、サービス事業者、居宅介護支援事業者、保険医療機関、保険薬局が新たに生活保護法の指定を受ける場合	「指定申請書」（様式第1号）
変更	介護保険事業所番号の変更を伴わない次の変更があった場合 ○指定介護機関の名称変更、所在地・住居表示の変更 ○法人の名称、主たる事務所の所在地・住居表示、法人代表者職氏名の変更 ○管理者の氏名、住所、生年月日の変更	「変更 廃止 休止 再開 届書」 （様式第2号）
休止	○天災その他の原因により、指定介護機関の建物若しくは設備の一部が損壊し正常に介護サービス等を担当することができなくなったが、当該指定介護機関等の開設者がこれを復旧する意思及び能力を有する場合 ○指定介護機関に勤務する訪問介護員、介護支援専門員等の従業員が死亡し、又は辞職等をしたため、正常に介護サービス等を担当することができなくなったが、当該指定介護機関の開設者がこれを補充する意思及び能力を有する場合 ○指定介護機関の開設者が自己の意思により当該指定介護機関での当該業務を休止した場合	
再開	休止した指定介護機関を再開する場合	
廃止	介護保険の廃止届出をした場合 ○事業自体が廃止となる場合 ・天災、火災その他の原因により、指定介護機関等の建物又は設備の相当部分が滅失又は損壊した場合 ・指定介護機関の開設者が死亡し、あるいは失踪の宣告を受けた場合 ・指定介護機関の開設者が、当該指定介護機関の業務を廃止した場合 ○事業廃止を伴わないが、医療機関番号・介護保険事業所番号が変わる場合 ・指定介護機関の個人・法人開設者が、当該介護機関を他に譲渡、又はその他の原因により別の個人・法人開設者となった場合 ・指定介護機関の所在地の移転で、事業所番号が新たに付番された場合 ・開設者が個人から法人、法人から個人、又は別法人になった場合 ・指定介護機関の病院を診療所、診療所を病院に変更した場合	
処分	他法による処分を受けた場合	「処分届書」（様式第3号）
辞退	介護保険の指定は継続し、生活保護法の指定を辞退する場合 （届出は辞退の30日前に行うこと。）	「辞退届書」（様式第4号）

※ 介護保険事業所番号、医療機関コード、薬局コードが変更となった場合は、廃止手続きのみが必要です。（新しい番号の新規指定は、介護保険の指定により生活保護法の指定を受けたものとみなされるため、手続き不要です。）

※ 法人種別のみの変更で、介護保険事業所番号、医療機関コード、薬局コードが変わらない場合は、変更届となります。（有限会社を株式会社に変更する場合等）

生活保護法・中国残留邦人等支援法
指定介護機関 指定申請書

当介護機関は介護保険法の指定又は許可を受けており、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり指定を申請します。

【施設・事業所】 ※ 実施する事業の種類により管理者が異なる場合は、申請書を複数作成してください。

介護保険事業所番号 1 3
事業所の名称
事業所の所在地 〒
管理者 氏名 自宅住所 生年月日
開設者 法人名称及び代表者職氏名 主たる事務所の所在地 生年月日

【施設又は実施する事業の種類】 申請するサービスの左枠内に○を印してください。

居宅介護 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院
介護予防 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 居宅介護支援 介護予防支援
地域密着型サービス 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護 訪問型サービス 通所型サービス その他の生活支援サービス 介護予防ケアマネジメント

★印のサービスを申請する場合は、契約内容等の確認が必要なので、事前にご連絡ください。
◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認をしますので、運営規程を必ず添付してください。

【指定日遡及申請記入欄】

指定日の遡及を □要します。 □要しません(締切日の属する月の1日付の指定で申請します。)(いずれかに○を付けてください。)
「要します」に該当する場合のみ、下記①から③に記入してください。
① 指定介護機関の指定について 年 月 日 指定の遡及を希望します。
② 指定日をさかのぼる必要がある事業の種類(サービス種類):
③ 指定日をさかのぼる必要がある理由
生活保護を受けている利用者に対して、 年 月 日 から介護サービス提供(事業実施)を開始しているため。
その他()

【指定欠格事由非該当誓約欄】

生活保護法第49の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨を誓約します。 □(○を付けてください。)

※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保護課介護担当必着)です。15日が閉庁日の場合、直前の閉庁日が締め切り日となります。

年 月 日
東京都知事 殿

【申請者(開設者)】
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)
代表者職氏名

連絡先電話番号 TEL (- 476 -) / 担当者氏名 ()

記入例

<保険医療機関・保険薬局の記入について>

介護保険事業所番号は
医科は 131に医療機関コードをつなげた番号
歯科は 133に医療機関コードをつなげた番号
薬局は 134に薬局コードをつなげた番号

円滑な帰国の促進並びに永住帰国し
ます。

※ 実施する事業の種類により
管理者が異なる場合は、申請書
を複数作成してください。

【施設・事業所】

介護保険事業所番号	1	3	1	2	3	4	5	6	7	8
事業所の名称	とうきょうケアセンター									
事業所の所在地	〒111-0001 東京都新宿区北新宿1-1-1									

・介護保険の指定通知書に記載されている**事業所の正式名称**、
所在地を正確に記載してください。
・医療機関(薬局を含む)の場合は、健康保険法の指定通知書に
記載されている**正式な医療機関名**、所在地を記載してください。

管理者	氏名 〇〇 〇太郎	自宅住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3	生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日
開設者	法人名称及び代表者職氏名 (個人の場合は個人氏名) 株式会社〇〇サービス 代表取締役 東京 太郎	主たる事務所の所在地 (個人の場合は自宅住所) 東京都新宿区南新宿区2-2-2	生年月日 (個人の場合のみ)

開設者欄と下記の申請書(開設者)欄(各点線○
枠)は同じ内容を記載してください。

開設者が法人の場合
は記載不要です。

【施設又は実施する事業の種類】

居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスが介護保険で指定されてい れば、合わせて申請をしてください。 ・指定申請できるサービスは、介護保険の指定 を受けたサービスのみです。	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 ◆	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 ◆		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 ◆	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 ◆		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 ★	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 ★		<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 ★
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 ★
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 ★
施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	日常生活介護	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 介護医療院			<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
				<input type="checkbox"/> 通所型サービス

居宅介護支援事業者が委託を受けて行う介護
予防支援については、指定は不要です。

★印のサービスを申請する場合は、契約内容等の確認が必要なので、事
◆印のサービスを申請する場合は、利用料金の確認をしますので、運営規程を必ず添付してください。

【指定日遡及申請記入欄】

指定日の遡及を 要し 要しません。 (遡りの指定は原則できません。日付の指定で申請します。)(いずれかに○を付けてください。)

「要します」に該当する場合のみ、下記①から③に記入してください。

- ① 指定介護機関の指定について 年 月 日 指定の遡及を希望します。
- ② 指定日をさかのぼる必要がある事業の種類(サービス種類):
- ③ 指定日をさかのぼる必要がある理由
生活保護を受けている利用者に対して、年 月 日 から介護サービス提供(事業実施)を開始しているため。
その他()

・別紙「指定欠格事由」にて非該当を確認の上、
「○」を記入してください。

【指定欠格事由非該当誓約欄】

生活保護法第49の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨を誓約しま
す。 (○を付けてください。)

※ 指定申請の締め切り日は、毎月15日(保護課介護担当必着)です。15日が開庁日の場合、直前の開庁日が締め切り日となります。

令和 〇年 〇月 〇日
東京都知事 殿
書類を提出する日を
記入してください。

申請者(開設者)
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒222-0002
東京都新宿区南新宿区2-2-2
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社〇〇サービス
代表者職氏名
代表取締役 東京 太郎

申請書の記入に関する都からの問い合
わせに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 4211 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

指定欠格事由

下記の生活保護法（昭和25年法律第144号）第49条の2第2項第2号から第9号までの指定欠格事由に該当する者は、指定介護機関指定申請することはできません。

記

1 第2号関係

開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者である。

2 第3号関係

開設者が、生活保護法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定（※）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者である。

※その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定

- 1 児童福祉法（昭和22年法律第164号）
- 2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）
- 3 栄養士法（昭和22年法律第245号）
- 4 医師法（昭和23年法律第201号）
- 5 歯科医師法（昭和23年法律第202号）
- 6 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）
- 7 歯科衛生士法（昭和23年法律第204号）
- 8 医療法（昭和23年法律第205号）
- 9 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）
- 11 社会福祉法（昭和26年法律第45号）
- 12 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）
- 13 薬剤師法（昭和35年法律第146号）
- 14 老人福祉法（昭和38年法律第133号）
- 15 理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）
- 16 柔道整復師法（昭和45年法律第19号）
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）
- 18 義肢装具士法（昭和62年法律第61号）
- 19 介護保険法（平成9年法律第123号）
- 20 精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）
- 21 言語聴覚士法（平成9年法律第132号）
- 22 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）
- 23 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）
- 24 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成18年法律第77号）
- 25 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）
- 26 子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）
- 28 国家戦略特別区域法（平成25年法律第107号。第12条の5第15項及び第17項から第19項までの規定に限る。）
- 29 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）
- 30 公認心理師法（平成27年法律第68号）
- 31 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律（平成28年法律第110号）
- 32 臨床研究法（平成29年法律第16号）

3 第4号関係

開設者が、生活保護法の規定により指定介護機関の指定を取り消され、都道府県知事が生活保護法その他の規定による報告等の権限を適切に行使し、当該指定の取消しの処分となった事実その他の当該事実に関して開設者が有していた責任の程度を確認した結果、当該開設者が当該指定の取消しの理由となった事実について組織的に関与していると認められない場合を除き、その取消しの日から起算して5年を経過しない者である（当該取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該指定を取り消された介護機関の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）。

4 第5号関係

開設者が、生活保護法の規定による指定介護機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。

5 第6号関係

開設者が、生活保護法の規定による介護扶助に関する検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき生活保護法の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として都道府県知事が当該開設者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。

6 第7号関係

第5号に規定する期間内に生活保護法の規定による指定の辞退の申出があつた場合において、開設者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）が、同号の通知の日前60日以内に当該申出に係る介護機関の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものである。

7 第8号関係

開設者が、指定の申請前5年以内に被保護者の介護に関し不正又は著しく不当な行為をした者である。

8 第9号関係

当該申請に係る介護機関の管理者が第2号から前号までのいずれかに該当する者である。

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変 更 止 止 閉)
 廃 止 再 開

届 書

※該当事項を○で囲んでください。

当介護機関は介護保険法の指定又は許可を受けており、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業所番号	1	3								
事業所の名称										
事業所の所在地	〒									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	介護予防	<input checked="" type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/>	訪問看護		<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	通所介護		<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売		<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	施設	<input type="checkbox"/>		介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	訪問型サービス	
<input type="checkbox"/>		介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	通所型サービス	
<input type="checkbox"/>		介護医療院	<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント	

変 更 事 項	開設者に関する事項	旧	
	(法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	新	
	事業所に関する事項	旧	
	(名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	新	
	変更年月日		年 月 日
事 項 ・ 休 止 ・ 廃 止	休止・廃止年月日		年 月 日
	理由		
再 開 事 項	再開年月日		年 月 日
	休止年月日		年 月 日
	理由		

※ 本届出には添付書類は不要です。

年 月 日
東 京 都 知 事 殿

【届出者(開設者)】
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

連絡先電話番号 Tel () / 担当者氏名 ()

- 480 -

記入例(変更の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ 変更
廃止
再開

届書

・届出書は事業所番号ごとに作成してください。

事項を○で囲んでください。

当... 邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業所番号	1	3	7	1	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター								
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1								

変更届出の場合、「変更後」の内容を記載してください。

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

変更事項	開設者に関する事項	旧	
	法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名	新	
変更事項	事業所に関する事項	旧	とうきょう介護センター 東京都新宿区西新宿1-2-3
	名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所	新	とうきょうホームヘルプ支援センター 東京都新宿区北新宿1-1-1
変更年月日		令和〇年4月1日	
休止・廃止事項	休止・廃止年月日	年	月 日
	介護保険の変更届出と同じ変更日付を記入してください。		
再開事項	再開年月日	年	月 日
	休止年月日	年	月 日
	理由		

令和〇年4月3日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

開設者欄は届出日現在のものを記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2481 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

記入例(廃止の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変更 廃止 休止 再開)

届書

・届出書は事業所番号ごとに作成してください。

※ 該当事項を○で囲んでください。
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及びその特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、及び

介護保険事業所番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
			<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

介護保険の廃止届出と同じ廃止日付を記入してください。

変更事項	開設者に関する事項	旧	
	(法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	新	
変更事項	事業所に関する事項	旧	
	(名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)		
	変更年月日		年 月 日
事項	休止・廃止年月日		令和 〇 年 3 月 31 日
	理由		経営を他法人に引き継ぐため。
再開事項	再開年月日		年 月 日
	休止年月日		年 月 日
	理由		

令和 〇 年 4 月 3 日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社とうきょうサービス
代表者職氏名
代表取締役 東京 太郎

連絡先電話番号 TEL (03 - 2482 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

記入例(再開の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変 更) (廃 止) (休 止) (再 開) 届 書

・届出書は事業所番号ごとに作成してください。

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等の特定技能者等の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 介護保険事業所番号 (1 3 7 1 0 0 0 0 0 9), 事業所の名称 (とうきょうホームヘルプ支援センター), 事業所の所在地 (〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1)

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

Large table for service types. Columns: Service Category (e.g., 居宅介護, 施設), Service Type, and Selection (checkbox/circle). Includes a callout box: '介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。'

Table for administrative details. Rows include: 変更事項 (開設者に関する事項, 事業所に関する事項), 休止 (休止・廃止年月日, 理由), 再開事項 (再開年月日, 休止年月日, 理由)

令和〇年5月2日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)
〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社とうきょうサービス
代表者職氏名
代表取締役 東京 太郎

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2484 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)