

各届出の方法及び留意点について

目 次

- 1 加算届出の留意事項及び添付書類
- 2 その他

東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」提出に当たっての留意事項 【（介護予防）短期入所療養介護】

1 新たに加算を取得する場合、施設等の区分を変更する場合などは、以下の留意事項等に沿って「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」を提出をしてください。なお、加算等の届出項目についての個々の単位数や要件・取扱いなどは、下表の「根拠規定等」をご参照願います。

2 加算等の届出と適用時期

新たに加算を取得する場合（又は取得中加算の区分変更をする場合）、**適用月の初日までに届出が必要**です。期限を過ぎて提出された場合（書類の不備・不足等で期限までに受理できない場合を含む）で、要件が満たしていることが確認されたものは翌々月からの算定となりますので、十分にご注意ください。加算を取り下げる（又は減算の届出の場合）は、その時点で速やかに届出が必要です。

3 加算等の届出の提出先

〒163-0718 新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング 18階
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部介護事業者指定室

4 届出様式

届出様式は東京都福祉局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。加算取得に当たり必要な届出書類は、下表をご参照願います。
http://www.fukushi.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html

5 根拠規定等

各加算等の届出項目の詳細については、「根拠規定等」欄の「告示」等をご参照願います。

なお、「根拠規定等」欄の「告示」は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）」を、「老企第40号」は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」を示します。

サービス	届出項目	届出が必要な場合	加算取得に当たり必要な届出書類	根拠規定等
短期入所療養介護				
人員配置区分				
		看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っているとともに、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能を担っている等、次の基準を満たしている場合 【基準】 ①入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者が一定割合以上であること ②入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること ③入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること ④生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること ⑤地域に貢献する活動を実施していること	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） 入院患者に関する要件が確認できる資料 適用開始時における「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） 地域に貢献する活動の内容がわかる資料 「病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出書」（別紙29-4） 	告示9ロハ注1 老企第40号 第2の3(6)②③ 厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年厚生労働省告示第96号）十四
食堂の有無 【（ユニット型）診療所型】				
		別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定短期入所療養介護事業所については、1日につき25単位を所定単位数から減算する。 （厚生労働大臣が定める施設基準） 指定短期入所療養介護事業所において食堂を有していないこと。	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） 	厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年厚生労働省告示第96号）十九の二
夜間勤務条件基準 【（ユニット型）病院療養型、（ユニット型）病院経過型】				
		病棟ごとに配置している夜勤職員数について、別に定める夜勤職員基準（※）に該当する場合 ※ 参考計算書Dで計算した結果によること	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） 病棟ごとの適用開始時における「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） 新たな従事者の資格証（写） 	告示9ロ注1・注6 老企第40号 第2の3(2) (6) 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年厚生省告示第29号）二のロ
職員の欠員による減算の状況 【（ユニット型）病院療養型、（ユニット型）病院経過型】				
		人員基準上満たすべき職員の数を下回っている場合（※） ※ 人員基準 ①指定基準に定める医師を置いていない ②指定基準に定める介護職員又は看護職員を置いていない等	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） 	告示9ロハ注1 老企第40号 第2の3(6) 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示第27号）四のロ
ユニットケア体制				
		ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準（※）に満たない場合 ※ ユニットの職員基準 ① 日中については、ユニットごとに常時1人以上の看護職員又は介護職員を配置すること。 ② ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） ユニットごとの適用開始時における「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） <p>*一覧表の記載留意点 ①日中、ユニットごとに常時1人以上の看護職員又は介護職員の配置があること。 ②夜間・深夜、2ユニットごとに1人以上の看護職員又は介護職員の配置があること。 ③ユニットリーダーを表示していること。</p>	告示9ロ注1 老企第40号 第2の3(7) 厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年厚生労働省告示第96号）十六

【R6改定・新設】 高齢者虐待防止措置実施の有無		
厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。 ※厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、「基準型」の届出を行うこと。	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9口ハ注5 老企第40号 第2の3(6) 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号)四のロ
【R6改定・新設】 業務継続計画策定の有無		
別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。 ※厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、「基準型」の届出を行うこと。	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9口ハ注6 老企第40号 第2の3(6) 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(平成12年厚生省告示第27号)四のロ
療養環境基準 (ユニット型) 病院療養型、(ユニット型) 病院経過型		
療養病床棟の病室が医療法施行規則第16号第1項第11号イに規定する基準に該当していない場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9口注7 厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)十九
設備基準 (ユニット型) 診療所型		
病室が医療法施行規則第16条第1項第11号イ又はハに規定する基準に該当していない場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9ハ注7 厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号)二十
医師の配置基準 (ユニット型) 病院療養型、(ユニット型) 病院経過型		
医療法施行規則第49条の規定が適用されている場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9口注8
若年性認知症利用者受入加算		
若年性認知症利用者受入加算ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	告示9口注12・ハ注11 老企第40号 第2の3(12)
送迎体制		
利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 送迎車の車検証またはリース契約書等の写 	告示9口注13・ハ注12
【R6改定・新設】 口腔連携強化加算		
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届出を行った指定短期入所療養介護事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 「口腔連携強化加算に関する届出書」(別紙11) 	告示9口(6)・ハ(4) 老企第40号 第2の3(13) 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年厚生労働省告示第94号)二
療養食加算		
利用者の病状等に応じて、医師から利用者に対し疾病治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食等を提供する場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 管理栄養士又は栄養士の資格証の写し 本加算適用開始時の「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」(参考様式1) 	告示9口(7)・ハ(5) 老企第40号 第2の3(13) 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年厚生労働省告示第94号)二
【R6改定・新設】 生産性向上推進体制加算		
利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 「生産性向上推進体制加算に係る届出書」(別紙28) 	告示9口(10)・ハ(8)
重症皮膚潰瘍管理指導(特定診療費項目)		
下記の施設基準を満たし、重傷皮膚潰瘍を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行う場合 ※ 施設基準 ① 褥瘡対策指導管理の基準を満たしていること ② 皮膚科又は形成外科を標榜していること ③ 重傷皮膚潰瘍を有する入院患者について皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重傷皮膚潰瘍管理を行っていること ④ 重傷皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること	<ul style="list-style-type: none"> 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 「重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書」(様式5) 当該従事者の資格証 標榜診療科目の平面図 診療科目を示す使用許可書(写) 	告示9口(9)・ハ(7) 老企第40号 第2の3(6)①ホ 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数(平成12年厚生省告示第30号)六 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る施設基準等(平成12年厚生省告示第31号)第五号 特定診療費の算定に関する留意事項について(平成12年3月31日老企第58号)第2の6・第3の5

薬剤管理指導（特定診療費項目）		
下記の施設基準を満たし、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行う場合 ※ 施設基準 ① 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること ② 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること ③ 利用者又は入院患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） ・「薬剤管理指導の施設基準に係る届出書」（様式6） ・「従事者の名簿」（様式7） ・当該従事者の資格証（写） ・平面図 	告示9ロ（9）・ハ（7） 老企第40号 第2の3(6)①ホ 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）七 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る施設基準等（平成12年厚生省告示第31号）第六号 特定診療費の算定に関する留意事項について（平成12年3月31日老企第58号）第2の7・第3の6
集団コミュニケーション療法（特定診療費項目）		
下記の施設基準を満たし、集団コミュニケーション療法を行う場合 ※ 施設基準 ① 言語聴覚士が適切に配置されていること ② 利用者又は入院患者の数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること ③ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること ④ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） ・「従事者の名簿」（様式7） ・「理学療法、作業療法または言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類」（様式8） ・当該従事者の資格証（写） ・平面図 ・必要な器械、器具の配置図 	告示9ロ（9）・ハ（7） 老企第40号 第2の3(6)①ホ 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）十二 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る施設基準等（平成12年厚生省告示第31号）第九号 特定診療費の算定に関する留意事項について（平成12年3月31日老企第58号）第2の9（6）・第3の10
リハビリテーション提供体制（特定診療費項目）		
患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法及び精神科作業療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行う場合	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」（別紙2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス）」（別紙1-1-2） ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）」（別紙1-2-2） ・「従事者の名簿」（様式7） ・「理学療法、作業療法または言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類」（様式8） ・「精神作業療法の施設基準に係る届出添付書類」（様式9） ・当該従事者の資格証（写） ・平面図 ・必要な機械、器具の配置図 	告示9ロ（9）・ハ（7） 老企第40号 第2の3(6)①ホ 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）九・十・十一・十六 厚生労働大臣が定める特定診療費に係る施設基準等（平成12年厚生省告示第31号）第七号イ・ロ・第八号・第十一号 特定診療費の算定に関する留意事項について（平成12年3月31日老企第58号）第2の9（1）から（5）、10（1）・第3の7から9、11

<p>認知症専門ケア加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める者に対して専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(一) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位 (二) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位</p> <p>(厚生労働大臣が定める基準) イ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 事業所又は施設における利用者、入所者又は入院患者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下「対象者」という。)の占める割合が二分の一以上であること。</p> <p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が二十人未満である場合にあつては、一以上、当該対象者の数が二十人以上である場合にあつては、一に当該対象者の数が十九を超えて十又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。</p> <p>(3) 当該事業所又は施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。</p> <p>ロ 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イの基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。</p> <p>(3) 当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p> <p>(厚生労働大臣が定める利用者) 日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) ・「認知症専門ケア加算に係る届出書」(別紙1-2-2) 	<p>告示9ロ(8)・ハ(6) 老企第40号 第2の3(14) 厚生労働大臣が定める基準(平成27年厚生労働省告示第95号)三の二 厚生労働大臣が定める利用者(平成27年厚生労働省告示第94号)二十八の二</p>
<p>認知症専門ケア加算【(ユニット型)病院療養型、(ユニット型)病院経過型】</p>		
<p>認知症介護に専門的な研修を終了している者を配置し、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している等の基準を満たし、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者に対し、専門的な認知症ケアを行う場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) 	<p>告示9ロ(8)、ハ(6) 老企第40号 第2の3(14) 厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告示第96号) 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年厚生労働省告示第94号)</p>
<p>サービス提供体制強化加算</p>		
<p>(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</p> <p>① 次のいずれかに該当すること</p> <p>a 療養病棟、病室又は認知症病棟の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること</p> <p>b 療養病棟、病室又は認知症病棟の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の35以上であること</p> <p>② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>① 療養病棟、病室又は認知症病棟の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること</p> <p>② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと</p> <p>(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>① 次のいずれかに適合すること</p> <p>a 療養病棟、病室又は認知症病棟の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること</p> <p>b 療養病棟、病室又は認知症病棟の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること</p> <p>c 療養病棟、病室又は認知症病棟のサービスを利用はまたは入院患者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること</p> <p>② 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと</p> <p>※「療養病棟」：指定短期入所療養介護を行う療養病床に係る病棟 「病室」：指定短期入所療養介護を行う病室 「認知症病棟」：指定短期入所療養介護を行う認知症病棟</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」(別紙2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)」(別紙1-1-2) ・「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)」(別紙1-2-2) ・「サービス提供体制強化加算に関する届出書」(別紙1-4-4) ・算定の根拠となる書類(参考計算書A～C) 	<p>告示9ロ(11)、ハ(9) 老企第40号 第2の3(15)</p>

<p>介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算</p> <p>介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算を算定する場合</p>	<p>様式・添付書類については、東京都福祉保健局ホームページ「東京都福祉局／高齢者／介護保険／介護職員処遇改善加算について (https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/shogu/index.html)」を御覧ください。</p>	<p>告示9ロ (12) (13) (14) ・ハ(10) (11) (12)</p> <p>老企第40号 第2の3(16) ・(17) ・(18)</p>
<p>介護予防短期入所療養介護</p> <p>添付書類は居宅サービスの短期入所療養介護と兼用します。介護予防のみ実施している事業者は、居宅サービスに準じて届け出てください。</p>		

(別紙2)

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>

令和 年 月 日

知事 殿

所在地

名称

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) 都 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 都				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 都				
	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) 都				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 都				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)
	指定 居室サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 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」欄は、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の横の口を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙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(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

(別紙1-1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

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

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等						LIFEへの登録	割引
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地			
					<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他			
<input type="checkbox"/> 23	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 7	ユニット型診療所型	ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可			<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		
				高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型					
				業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型					
				設備基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 2 減算型					
				食堂の有無	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 2 減算型					
				若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				送迎体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可					
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ				
				生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ				
				特定診療費項目	<input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導	<input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導					
					<input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法						
				リハビリテーション提供体制	<input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 作業療法	<input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法				
					<input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法	<input type="checkbox"/> 6 その他					
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ							
併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ							
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ								
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									

(別紙1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

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

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等				LIFEへの登録	割引
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	
					<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他	
<input type="checkbox"/> 26	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 1 病院療養型	<input type="checkbox"/> 2 I型（療養機能強化型以外） <input type="checkbox"/> 5 I型（療養機能強化型A） <input type="checkbox"/> 6 I型（療養機能強化型B） <input type="checkbox"/> 3 II型（療養機能強化型以外） <input type="checkbox"/> 7 II型（療養機能強化型） <input type="checkbox"/> 4 III型	夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 2 加算型I	<input type="checkbox"/> 3 加算型II	<input type="checkbox"/> 7 加算型III	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
				職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 医師	<input type="checkbox"/> 3 看護職員	<input type="checkbox"/> 4 介護職員	
				高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型			
				業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型			
				療養環境基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 2 減算型			
				医師の配置基準	<input type="checkbox"/> 1 基準	<input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用			
				若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				送迎体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可			
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり			
				認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算I	<input type="checkbox"/> 3 加算II		
				特定診療費項目	<input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導		<input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導		
					<input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法				
				生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算I	<input type="checkbox"/> 3 加算II		
				リハビリテーション提供体制	<input type="checkbox"/> 2 理学療法I		<input type="checkbox"/> 3 作業療法	<input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法	
					<input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法		<input type="checkbox"/> 6 その他		
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算I	<input type="checkbox"/> 5 加算II	<input type="checkbox"/> 7 加算III					
併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり								
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算I	<input type="checkbox"/> 5 加算II	<input type="checkbox"/> 2 加算III					
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算I	<input type="checkbox"/> 3 加算II						
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							

<input type="checkbox"/> 26	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 6 ユニット型病院療養型	<input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外 <input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A <input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B	夜間勤務条件基準 職員の欠員による減算の状況 ユニットケア体制 高齢者虐待防止措置実施の有無 業務継続計画策定の有無 療養環境基準 医師の配置基準 若年性認知症利用者受入加算 送迎体制 口腔連携強化加算 療養食加算 認知症専門ケア加算 特定診療費項目 生産性向上推進体制加算 リハビリテーション提供体制 サービス提供体制強化加算 併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型 <input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
<input type="checkbox"/> 26	介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> A 病院経過型 <input type="checkbox"/> C ユニット型病院経過型	<input type="checkbox"/> 2 I型 <input type="checkbox"/> 3 II型	夜間勤務条件基準 職員の欠員による減算の状況 ユニットケア体制 高齢者虐待防止措置実施の有無 業務継続計画策定の有無 療養環境基準 医師の配置基準 若年性認知症利用者受入加算 送迎体制 口腔連携強化加算 療養食加算 認知症専門ケア加算 特定診療費項目 生産性向上推進体制加算 リハビリテーション提供体制 サービス提供体制強化加算 併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 加算型Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算型Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算型Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算型Ⅳ <input type="checkbox"/> 6 減算型 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 医師 <input type="checkbox"/> 3 看護職員 <input type="checkbox"/> 4 介護職員 <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型 <input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型 <input type="checkbox"/> 1 基準 <input type="checkbox"/> 2 医療法施行規則第49条適用 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他 <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	

□ 26	介護予防短期入所療養介護	□ 2 診療所型	<input type="checkbox"/> 1 I型（療養機能強化型以外） <input type="checkbox"/> 3 I型（療養機能強化型A） <input type="checkbox"/> 4 I型（療養機能強化型B） <input type="checkbox"/> 2 II型	高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
				業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
				設備基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型	
				食堂の有無	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型	
				若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				送迎体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可	
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II	
				特定診療費項目	<input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法	
				生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II	
				リハビリテーション提供体制	<input type="checkbox"/> 2 理学療法I <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他	
				サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III	
				併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 2 加算III					
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II					
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
□ 26	介護予防短期入所療養介護	□ 7 ユニット型診療所型	<input type="checkbox"/> 1 療養機能強化型以外 <input type="checkbox"/> 2 療養機能強化型A <input type="checkbox"/> 3 療養機能強化型B	高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
				業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
				ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可	
				設備基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型	
				食堂の有無	<input type="checkbox"/> 1 基準型 <input type="checkbox"/> 2 減算型	
				若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				送迎体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可	
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II	
				特定診療費項目	<input type="checkbox"/> 1 重症皮膚潰瘍管理指導 <input type="checkbox"/> 2 薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 3 集団コミュニケーション療法	
				生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II	
				リハビリテーション提供体制	<input type="checkbox"/> 2 理学療法I <input type="checkbox"/> 3 作業療法 <input type="checkbox"/> 4 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 5 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 6 その他	
				サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 7 加算III	
併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算I <input type="checkbox"/> 5 加算II <input type="checkbox"/> 2 加算III					
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算I <input type="checkbox"/> 3 加算II					
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					

(別紙2)

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>

令和 年 月 日

知事 殿

所在地

名称

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 群市						
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	法人の種別	法人所轄庁						
	代表者の職・氏名	職名	氏名					
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市						
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称							
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	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 群市						
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	管理者の氏名							
管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市							
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			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了		
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 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」欄は、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の横の口を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙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(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

《要提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間				勤務時間	自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間			
1	a	7:00	16:00	1:00	8		
2	b	9:00	18:00	1:00	8		
3	c	10:00	19:00	1:00	8		
4	d	12:00	21:00	1:00	8		
5	e	9:00	13:00	0:00	4		
6	f	13:00	18:30	0:00	5.5		
7	g	14:00	20:00	0:00	6		
8	h	16:00	0:00	0:30	7.5	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務	
9	i	0:00	9:00	0:30	8.5	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務	
10	j			0:00			
11	k			0:00			
12	l			0:00			
13	m			0:00			
14	n			0:00			
15	o			0:00			
16	p			0:00			
17	q			0:00			
18	r				1		
19	s				2		
20	t				3		
21	u				4		
22	v				5		
23	w				6		
24	x				7		
25	y				8		
26	z				1		
27	x				2		
28	aa				3		
29	ab				4		
30	ac				5		
31	ad				6		
32	ae				7		
33	af				8		
34	ag	7:00	9:30	0:00	2.5		
	-	16:30	20:00	0:00	3.5		
	-	-	-	-	6	1日に2回勤務する場合	
35	ah			0:00			
	-			0:00			
	-	-	-	-		1日に2回勤務する場合	
36	ai			0:00			
	-			0:00			
	-	-	-	-		1日に2回勤務する場合	

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを
- ・No18～33以外は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の補助を目的とする
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

＜提出不要＞

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 （【従来型】指定介護療養型医療施設・短期入所療養介護）

	・・・直接入力する必要がある箇所です。
	・・・プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。

 } 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表（勤務時間帯）」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」・「予定・実績」のいずれかを選択してください。（「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。）
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 入院患者（利用者）の数を入力してください。入院患者の数は、前年度の平均値（前年度の入院患者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）とします。
- (5) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	薬剤師
4	栄養士
5	看護職員
6	介護職員
7	理学療法士
8	作業療法士
9	精神保健福祉士
10	介護支援専門員

- (6) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

（注）常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**
（例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。）

- (7) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
- (8) 従業者の氏名を記入してください。
- (9) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。（別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択または入力してください。）
※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
- (10) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- (12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご利用ください。
- (13) 【任意入力】 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。（「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。）
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式）には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各施設で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

≪提出不要≫

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (【ユニット型】指定介護療養型医療施設・短期入所療養介護)

・・・直接入力する必要がある箇所です。
・・・プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。 } 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表(勤務時間帯)」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」・「予定・実績」のいずれかを選択してください。(「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。)
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 入院患者(利用者)の数を入力してください。入院患者の数は、前年度の平均値(前年度の入院患者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ)とします。
- (5) ユニットリーダーに以下の印をつけてください。
ユニットケアリーダー研修を受講した従業者(以下、「研修受講者」)・・・◎
研修受講者ではない、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者・・・○
- (6) ユニットに属する従業者(看護職員・介護職員)については、その属するユニット名を入力してください。
記入の順序はユニットごとにまとめてください。また、夜勤時間帯に、2ユニットごとに1人以上の看護職員・介護職員を配置する場合は、原則、そのユニットを並べて記載してください。
なお、夜勤時間帯に2ユニットを担当する従業者は、通常主に担当するユニット名を入力してください。
- (7) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	薬剤師
4	栄養士
5	看護職員
6	介護職員
7	理学療法士
8	作業療法士
9	精神保健福祉士
10	介護支援専門員

- (8) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (9) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。(直接入力も可能です。)
複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。
※ユニットケアリーダー研修を受講した従業者については、必要に応じて、ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付資料として提出してください。
- (10) 従業者の氏名を記入してください。
- (11) 申請する事業に係る従業者(管理者を含む。)の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。(別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択または入力してください。)
※指定基準の確認に際しては、4週分の入力力で差し支えありません。
- (12) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (13) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
- (14) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- (15) 【任意入力】常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【留意事項】

- ・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。(「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。)
- ・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
- ・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式)には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
- ・必要項目を満たしていれば、各施設で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

口腔連携強化加算に関する届出書

1 事業所名																															
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防)短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防)短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所																														
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>	歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

認知症専門ケア加算に係る届出書

(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)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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

事業所名		
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 2 (介護予防)短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 3 (介護予防)特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 4 (介護予防)認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 5 地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	<input type="checkbox"/> 7 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 8 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 9 介護医療院	
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

	有・無																		
1. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)に係る届出内容																			
(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
<table border="1"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td>%</td> </tr> </table> <p>注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数(訪問サービスでは前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数)の平均で算定。</p>	① 利用者又は入所者の総数 注	人	② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人	③ ②÷①×100	%													
① 利用者又は入所者の総数 注	人																		
② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人																		
③ ②÷①×100	%																		
(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
<table border="1"> <tr> <td>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>【参考】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th>研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>20人未満</td><td>1以上</td></tr> <tr><td>20以上30未満</td><td>2以上</td></tr> <tr><td>30以上40未満</td><td>3以上</td></tr> <tr><td>40以上50未満</td><td>4以上</td></tr> <tr><td>50以上60未満</td><td>5以上</td></tr> <tr><td>60以上70未満</td><td>6以上</td></tr> <tr><td>～</td><td>～</td></tr> </tbody> </table>	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数	20人未満	1以上	20以上30未満	2以上	30以上40未満	3以上	40以上50未満	4以上	50以上60未満	5以上	60以上70未満	6以上	～	～	
認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人																		
日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数																		
20人未満	1以上																		
20以上30未満	2以上																		
30以上40未満	3以上																		
40以上50未満	4以上																		
50以上60未満	5以上																		
60以上70未満	6以上																		
～	～																		
(3) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
2. 認知症専門ケア加算(Ⅱ)に係る届出内容																			
(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の基準のいずれにも該当している ※認知症専門ケア加算(Ⅰ)に係る届出内容(1)～(3)も記入すること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
(3) 事業所又は施設において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

※認知症看護に係る適切な研修 ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算(Ⅱ)の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、介護老人福祉施設、
地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> ア 単独型 <input type="checkbox"/> イ 併設型 <input type="checkbox"/> ウ 空床利用型) <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 4 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 6 介護医療院
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が80%以上	<table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	有・無 <input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	① 介護職員の総数(常勤換算)		人				
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人					
	又は	<table border="1"> <tr> <td>③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)	人	<input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>		
③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)	人						
①に占める③の割合が35%以上							
サービスの質の 向上に資する 取組の状況	※(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院は記載						

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が60%以上	<table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	有・無 <input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/>
	① 介護職員の総数(常勤換算)		人				
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人					

(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無 □・□
	① 介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人	
常勤職員の 状況	①に占める②の割合が75%以上		有・無 □・□
	① 看護・介護職員の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち常勤の者の総数(常勤換算)	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無 □・□
	① サービスを直接提供する者の総数(常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出すること。空床利用型の(介護予防)短期入所生活介護について届け出る場合は、本体施設である介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設における状況を記載すること。

生産性向上推進体制加算に係る届出書

事業所番号			
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 小規模多機能型居宅介護	5 認知症対応型共同生活介護	6 地域密着型特定施設入居者生活介護
	7 地域密着型介護老人福祉施設	8 看護小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設
	10 介護老人保健施設	11 介護医療院	12 介護予防短期入所生活介護
	13 介護予防短期入所療養介護	14 介護予防特定施設入居者生活介護	15 介護予防小規模多機能型居宅介護
	16 介護予防認知症対応型共同生活介護		
届出区分	1 生産性向上推進体制加算 (I) 2 生産性向上推進体制加算 (II)		

生産性向上推進体制加算 (I) に係る届出

① 加算 (II) のデータ等により業務改善の取組による成果を確認 有・無

② 以下の i ~ iii の項目の機器をすべて使用 有・無

i 入所 (利用) 者全員に見守り機器を使用 有・無

ii 職員全員がインカム等のICTを使用 有・無

iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用 有・無

(導入機器)

名 称	
製造事業者	
用 途	

③ 職員間の適切な役割分担 (いわゆる介護助手の活用等) の取組等を実施 有・無

④ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会 (以下「委員会」という。) において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認

i ②の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保 有・無

ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 有・無

iii 機器の不具合の定期チェックの実施 (メーカーとの連携を含む) 有・無

iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施 有・無

生産性向上推進体制加算 (II) に係る届出

--	--

① 以下の i～iii の項目の機器のうち 1 つ以上を使用

i 入所（利用）者 1 名以上に見守り機器を使用

有・無

入所（利用）者数	人
見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数	人

ii 職員全員がインカム等の ICT を使用

有・無

iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資する ICT を使用

有・無

（導入機器）

名 称	
製造事業者	
用 途	

② 委員会において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認

i ①の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保

有・無

ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮

有・無

iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）

有・無

iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施

有・無

備考 1 加算（I）の要件①については、当該要件に係る各種指標に関する調査結果のデータを提出すること。

備考 2 要件を満たすことが分かる委員会の議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考 3 本加算を算定する場合は、事業年度毎に取組の実績をオンラインで厚生労働省に報告すること。

備考 4 届出にあたっては、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること。

病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 人員配置区分（注1）	<input type="checkbox"/> 1 病院療養病床短期入所療養介護（I型（療養機能強化型A）） <input type="checkbox"/> 2 病院療養病床短期入所療養介護（I型（療養機能強化型B）） <input type="checkbox"/> 3 病院療養病床短期入所療養介護（II型（療養機能強化型B）） <input type="checkbox"/> 4 病院療養病床短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型A）） <input type="checkbox"/> 5 病院療養病床短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型B）） <input type="checkbox"/> 6 診療所短期入所療養介護（I型（療養機能強化型A）） <input type="checkbox"/> 7 診療所短期入所療養介護（I型（療養機能強化型B）） <input type="checkbox"/> 8 診療所短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型A）） <input type="checkbox"/> 9 診療所短期入所療養介護（ユニット型（療養機能強化型B））

4 病院又は診療所における短期入所療養介護（療養機能強化型）に係る届出内容			
① 重度者の割合	① 前3月間の入院患者等の総数	人	
	② ①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注2）	人	
	③ ①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注2）	人	
	④ ②と③の和	人	有 ・ 無
	⑤ ①に占める④の割合	%	→ 50%以上 → 40%以上 (人員配置区分5のみ)
② 医療処置の実施状況	① 前3月間の入院患者等の総数	人	
	② 前3月間の喀痰吸引を実施した入院患者等の総数（注3・4）	人	
	③ 前3月間の経管栄養を実施した入院患者等の総数（注3・5）	人	
	④ 前3月間のインスリン注射を実施した入院患者等の総数（注3・6）	人	
	⑤ ②から④の和	人	有 ・ 無
	⑥ ①に占める⑤の割合	%	→ 50%以上 → 30%以上 → 20%以上 (人員配置区分2, 3) (人員配置区分5のみ)
③ ターミナルケアの実施状況	① 前3月間の入院患者延日数	日	
	② 前3月間のターミナルケアの対象者延日数	日	有 ・ 無
	③ ①に占める②の割合（注7）	%	→ 10%以上 → 5%以上 (人員配置区分2, 3, 5)
④ 生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施			有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑤ 地域に貢献する活動の実施			有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

注1： ・ 人員配置区分1、4、6、8を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が50%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が10%以上を満たす必要がある。
 ・ 人員配置区分2、3、5を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が30%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。
 ・ 人員配置区分7、9を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が40%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が20%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。

注2： ②及び③のいずれにも該当する者については、いずれか一方についてのみ含めること。

注3： ②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。

注4： 過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を含む。

注5： 過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するもの（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。

注6： 自ら実施する者は除く。

※ 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。

様式5

重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書

1 標榜診療科

2 重症皮膚潰瘍管理を担当する医師の氏名

(記入上の注意)

「1」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。

薬剤管理指導の施設基準に係る届出書

1 医薬品情報管理室等

場 所	設 備 の 目 録	面 積	許 可 病 床 数
		平方メートル	床
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無	

2 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無

〔記入上の注意〕

「3」については、院内における内容薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。

理学療法、作業療法または言語聴覚療法の施設基準に係る届出書

届出区分 (該当するものに○)				()理学療法 I ()作業療法 ()言語聴覚療法 ()集団コミュニケーション療法				
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	専用施設の面積		理 学 療 法		平方メートル			
			作 業 療 法		平方メートル			
言 語 聴 覚 療 法			平方メートル					
集 団 コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 療 法			平方メートル					
当該理学療法・作業療法・言語聴覚療法・集団コミュニケーション療法を行うための機械・器具の一覧								

〔記載上の注意〕

言語聴覚療法の専用の個別療法室が複数ある場合については、最も広い部屋の面積を記入のこと。

様式9

精神作業療法の施設基準に係る届出書

当該療法に 従事する 作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル				
当該療法を行うための機械・器具の一覧						
手 工 芸						
木 工						
印 刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						

参考計算書 (A)
有資格者の割合の計算用

事業所名	
事業所番号	

「介護福祉士の割合の算出」について、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いて計算します。
勤続年数10年以上の介護福祉士の状況の計算の際は、表中「介護福祉士」を「勤続年数10年以上の介護福祉士」と読み替えてご使用ください。
 (例)令和3年度については、令和2年4月から令和3年2月までの常勤換算により算出した毎月の数値の平均をもって判断します。
※なお、常勤換算人数の計算に当たっては、計算の都度、小数点第2位以下は切り捨てて計算してください。

～～記載に当たって事前にご確認ください～～

・**常勤職員の勤務時間【A】**・・・当該事業所において(就業規則上)定められている常勤職員(一人)が勤務すべき一月当たりの時間数をご記入ください。例:160時間

・**〇〇職員の総勤務時間数(ア)・(イ)**・・・暦月ごとに該当する全ての職員の勤務延時間数(勤務表上、当該事業に係るサービス提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間に限る。)を合計してください。勤務延時間数の考え方は以下のとおりです。

<雇用形態が常勤の職員>

介護保険制度における基準上も常勤の取扱いとなり、暦月で1月を超える休暇等がある場合を除き、当該職員の当該月に係る勤務延時間数は【A】の時間数と同じとなります。(当該月における実際の勤務時間数の合計が【A】の時間数を超過していた場合であっても、【A】の時間数までが上限となります。)

ただし、雇用形態が常勤であっても、週32時間(育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者は週30時間)を下回る場合は、以下の雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員と同様に取り扱います。

<雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員>

① 当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含めない。)が【A】の時間数に達している場合、介護保険制度における基準上は常勤の取扱いとなり、【A】の時間数と同じとなります。

② ①で【A】の時間数に達していない場合、介護保険制度における基準上も非常勤の取扱いとなり、当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含めない。)がそのまま勤務延時間数となります。

(注)新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

1 各月ごとに、実績数を元に常勤換算方法により、人数を計算してください。
※常勤換算人数は自動計算

2 常勤換算後の人数(自動転記)の合計を実績月数で割って平均を計算し、【D】【E】に入力してください。
※小数点2位以下切り捨て

月	常勤職員の勤務時間【A】	時間	介護職員の総勤務時間数 ⇒ (ア)	時間	(常勤換算人数の計算) (ア)÷【A】 =	人	介護福祉士の総勤務時間数 ⇒ (イ)	時間	(常勤換算人数の計算) (イ)÷【A】 =	人
4月					1)				2)	
5月					3)				4)	
6月					5)				6)	
7月					7)				8)	
8月					9)				10)	
9月					11)				12)	
10月					13)				14)	
11月					15)				16)	
12月					17)				18)	
1月					19)				20)	
2月					21)				22)	

	常勤換算人数	
	介護職員	介護福祉士
4月	1)	2)
5月	3)	4)
6月	5)	6)
7月	7)	8)
8月	9)	10)
9月	11)	12)
10月	13)	14)
11月	15)	16)
12月	17)	18)
1月	19)	20)
2月	21)	22)
合計	【B】	【C】



【以下は自動計算】

$$\frac{\text{【E】 人}}{\text{【D】 人}} \times 100\% = \text{【F】 \%}$$

★上記【F】の数値が、サービス種類ごとに定められる割合以上であれば、算定できます。

**参考計算書（B）
勤続7年以上職員の割合の計算用**

事業所名	
事業所番号	

「勤続7年以上職員の割合の算出」について、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いて計算します。
 (例)令和3年度については、令和2年4月から令和3年2月までの常勤換算により算出した毎月の数値の平均をもって判断します。
 ※なお、常勤換算人数の計算に当たっては、計算の都度、小数点第2位以下は切り捨てて計算してください。

～～記載に当たって事前にご確認ください～～

- ・常勤職員の勤務時間【A】・・・当該事業所において(就業規則上)定められている常勤職員(一人)が勤務すべき一月当たりの時間数をご記入ください。例:160時間
- ・〇〇職員の総勤務時間数(ア)・(イ)・・・暦月ごとに該当する全ての職員の勤務延時間数(勤務表上、当該事業に係るサービス提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間に限る。)を合計してください。勤務延時間数の考え方は以下のとおりです。
 - <雇用形態が常勤の職員>
 介護保険制度における基準上も常勤の取扱いとなり、暦月で1月を超える休暇等がある場合を除き、当該職員の当該月に係る勤務延時間数は【A】の時間数と同じとなります。(当該月における実際の勤務時間数の合計が【A】の時間数を超過していた場合であっても、【A】の時間数までが上限となります。)
 - ただし、雇用形態が常勤であっても、週32時間(育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者は週30時間)を下回る場合は、以下の雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員と同様に取扱いします。
 - <雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員>
 - ① 当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含めない。)が【A】の時間数に達している場合、介護保険制度における基準上は常勤の取扱いとなり、【A】の時間数と同じとなります。
 - ② ①で【A】の時間数に達していない場合、介護保険制度における基準上も非常勤の取扱いとなり、当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含めない。)がそのまま勤務延時間数となります。

(注)新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

1 各月ごとに、実績数を元に常勤換算方法により、人数を計算してください。
 ※常勤換算人数は自動計算
 ※直接提供職員とは、『看護職員・介護職員・PT・OT』を指します。

2 常勤換算後の人数(自動転記)の合計を実績月数で割って平均を計算し、【D】【E】に入力してください。
 ※小数点2位以下切り捨て

月	常勤職員の勤務時間【A】	時間	直接提供職員の総勤務時間数 ⇒ (ア)	時間	(常勤換算人数の計算) (ア)÷【A】 =	人	勤続7年以上直接提供職員の総勤務時間数 ⇒ (イ)	時間	(常勤換算人数の計算) (イ)÷【A】 =	人
4月					1)				2)	
5月					3)				4)	
6月					5)				6)	
7月					7)				8)	
8月					9)				10)	
9月					11)				12)	
10月					13)				14)	
11月					15)				16)	
12月					17)				18)	
1月					19)				20)	
2月					21)				22)	

	常勤換算人数	
	直接提供職員	勤続7年以上
4月	1)	2)
5月	3)	4)
6月	5)	6)
7月	7)	8)
8月	9)	10)
9月	11)	12)
10月	13)	14)
11月	15)	16)
12月	17)	18)
1月	19)	20)
2月	21)	22)
合計	【B】	【C】



【以下は自動計算】

$$\frac{\text{【E】 人}}{\text{【D】 人}} \times 100\% = \text{【F】 \%}$$

★上記【F】の数値が、サービス種類ごとに定められる割合以上であれば、算定できます。

参考計算書 (C)
常勤職員の割合の計算用

事業所名	
事業所番号	

「常勤職員の割合の算出」について、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いて計算します。
(例)令和3年度については、令和2年4月から令和3年2月までの常勤換算により算出した毎月の数値の平均をもって判断します。
※なお、常勤換算人数の計算に当たっては、計算の都度、小数点第2位以下は切り捨てて計算してください。

～～記載に当たって事前にご確認ください～～

・常勤職員の勤務時間【A】・・・当該事業所において(就業規則上)定められている常勤職員(一人)が勤務すべき一月当たりの時間数をご記入ください。例:160時間

・〇〇職員の総勤務時間数(ア)・(イ)・・・暦月ごとに該当する全ての職員の勤務延時間数(勤務表上、当該事業に係るサービス提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間に限る。)を合計してください。勤務延時間数の考え方は以下のとおりです。

＜雇用形態が常勤の職員＞

介護保険制度における基準上も常勤の取扱いとなり、暦月で1月を超える休暇等がある場合を除き、当該職員の当該月に係る勤務延時間数は【A】の時間数と同じとなります。(当該月における実際の勤務時間数の合計が【A】の時間数を超過していた場合であっても、【A】の時間数までが上限となります。)

ただし、雇用形態が常勤であっても、週32時間(育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者は週30時間)を下回る場合は、以下の雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員と同様に取扱いします。

＜雇用形態が常勤以外(非常勤等)の職員＞

① 当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含まない。)が【A】の時間数に達している場合、介護保険制度における基準上は常勤の取扱いとなり、【A】の時間数と同じとなります。

② ①で【A】の時間数に達していない場合、介護保険制度における基準上も非常勤の取扱いとなり、当該職員の当該月に係る勤務延時間数(休暇や出張等の時間は含まない。)がそのまま勤務延時間数となります。

(注)新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

1 各月ごとに、実績数を元に常勤換算方法により、人数を計算してください。
※常勤換算人数は自動計算

2 常勤換算後の人数(自動転記)の合計を実績月数で割って平均を計算し、【D】【E】に入力してください。
※小数点2位以下切り捨て

月	常勤職員の勤務時間【A】	時間	介護・看護職員の総勤務時間数 ⇒ (ア)	時間	(常勤換算人数の計算) (ア)÷【A】 =	人	常勤職員の総勤務時間数 ⇒ (イ)	時間	(常勤換算人数の計算) (イ)÷【A】 =	人
4月					1)				2)	
5月					3)				4)	
6月					5)				6)	
7月					7)				8)	
8月					9)				10)	
9月					11)				12)	
10月					13)				14)	
11月					15)				16)	
12月					17)				18)	
1月					19)				20)	
2月					21)				22)	

	常勤換算人数	
	介護・看護職員	常勤職員
4月	1)	2)
5月	3)	4)
6月	5)	6)
7月	7)	8)
8月	9)	10)
9月	11)	12)
10月	13)	14)
11月	15)	16)
12月	17)	18)
1月	19)	20)
2月	21)	22)
合計	【B】	【C】

(【B】÷実績月数) (【C】÷実績月数)

1月当たりの平均値	【D】	【E】
-----------	-----	-----

【以下は自動計算】

$$\frac{\text{【E】} \text{ 人}}{\text{【D】} \text{ 人}} \times 100\% = \text{【F】}\%$$

★上記【F】の数値が、サービス種類ごとに定められる割合以上であれば、算定できます。

各 短期入所生活介護
短期入所療養介護 管理者様

東京都福祉保健局高齢社会対策部
介護保険課長
施設支援課長

ショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）
における食費の設定について

日頃より、東京都の高齢福祉、保健医療行政につきましては、格別のご協力いただきまして、厚く御礼申しあげます。

食費の設定につきましては、平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（VOL. 2）（平成24年3月30日付）により周知されているところではありますが、食費の設定変更にあたっては、下記手続きを踏まえ、適正かつ速やかに利用料（食費）の設定をおこなってください。

また、本通知及びQ&Aは東京都介護サービス情報に掲載いたしますのでご確認ください。

記

1 食費の設定（改正内容）

（新）平成24年度介護報酬改定関係Q&A	←（旧）平成17年10月改定関係Q&A
特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、原則として一食ごとに分けて設定する。	特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、一食ごとに分けて設定することが望ましい。

2 食費の設定変更にあたっての注意事項

(1) 運営規程の利用料（食費）の変更（施行年月日の変更含む）

今回の利用料（食費）のみの運営規程の変更の場合は「変更届」不要です。
他の変更事項（法人及び事業所に関する事項）の「変更届」提出時にあわせて提出してください。

(2) 重要事項説明書の変更にあたっては、利用者への説明・同意が必要です。

○ 食費の設定

問42 食費の設定は、朝食、昼食、夕食に分けて設定すべきか。また、そのように設定した場合の補足給付はどのようになるのか。

(答)

食費は利用者と施設の契約により設定するものであり、朝食、昼食、夕食に分けて設定することも可能である。特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、原則として一食ごとに分けて設定する。

利用者負担第4段階の方について、一食ごとの食費の設定をする場合には、利用者負担第1段階から第3段階の方についても一食ごとの食費の設定になるものと考えますが、その際の補足給付の取扱いについては、一日の食費の合計額について、補足給付の「負担限度額」に達するまでは補足給付は行われず、「負担限度額」を超える額について補足給付が行われることとなる。

具体的には、例えば、朝食400円、昼食450円、夕食530円と設定した場合、利用者負担第3段階の方であれば、食費の「負担限度額」は650円であるので、朝食のみ（400円）の場合は補足給付は行われず、朝食と昼食（850円）の場合であれば「負担限度額」との差額200円が補足給付として支給される。

※ 平成17年10月Q&A（平成17年9月7日）問47は削除する。

平成17年度10月改定関係Q&A（平成17年9月7日） **削除**

(問47) 食費の設定は、朝食、昼食、夕食に分けて設定すべきか。また、そのように設定した場合の補足給付はどのようになるのか。

(答)

1 食費は利用者と施設の契約により設定するものであり、朝食、昼食、夕食に分けて設定することも可能である。

特にショートステイ（短期入所生活介護、短期入所療養介護）については、入所の期間も短いことから、一食ごとに分けて設定することが望ましい。

2 利用者負担第4段階の方について、一食ごとの食費の設定をする場合には、利用者負担第1段階から第3段階の方についても一食ごとの食費の設定になるものと考えますが、その際の補足給付の取扱いについては、一日の食費の合計額について、補足給付の「負担限度額」に達するまでは補足給付は行われず、「負担限度額」を超える額について補足給付が行われることとなる。

3 具体的には、例えば、朝食400円、昼食450円、夕食530円と設定した場合、利用者負担第3段階の方であれば、食費の「負担限度額」は650円であるので、朝食のみ（400円）の場合は補足給付は行われず、朝食と昼食（850円）の場合であれば「負担限度額」との差額200円が補足給付されることとなる。

介護現場における 利用者や家族等からのハラスメント 弁護士による相談

利用者や家族等による職員への 再三の過度な暴言、身体的暴力、無理な要求、著しく不快な性的言動 などにお困りではありませんか？
利用者・家族等からのハラスメントを考慮した契約になっていますか？

上記のようないわゆる「**介護ハラスメント**」でお困りの介護サービス事業者(介護保険施設)の
ために、**弁護士による相談窓口(オンラインまたはメール)**を設置しております。

相談例

利用者からの電話・メールが頻繁になり、口調もエスカレートしています。お願いしても止みません、サービスの一時中止を告げても問題はありませんか？

度々の暴言の上、訪問による話合いの拒否が続くのは、「契約を継続し難いほどの背信行為」に当たりますか？



事業所の不手際もあって要望に応じてきましたが、法的な視点では〇〇までの要求は断ってもよいものでしょうか？

重要事項説明書のハラスメント項目を改訂し、あらためて説明、同意などを行う準備中です。案文の確認や契約更新の際の助言などをお願いします。

✓職員の心身に影響が……
✓サービスの継続が困難に……

➡ 利用契約を含め、法的視点から
トラブルの収束・防止にむけ助言

管理者向け法律相談 お問合せ・受付窓口

◆本事業は東京都から委託を受けて実施しています

TEL 03-3268-7192

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会

◆相談の対象

◆相談できる方：都内に所在する介護サービス事業所・介護保険施設の管理者等

◆相談員：弁護士

◆相談料：無料 / 秘密厳守

◆相談できる内容 (1)介護サービスの利用者・家族等からのハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、強い不快感を受ける性的言動等）への対応に関する具体的な事象。
(2)利用者等からのハラスメントを考慮した重要事項説明書案への助言 など
※契約書・重要事項説明書等のご相談は、具体的な文案等を添えてください。

◆介護サービス事業所であっても、介護保険外サービスや障害福祉サービスに係るハラスメントは対象外となります。

◆相談内容によっては、他機関等を紹介させていただく場合があります。

◆なお、厚生労働省の「管理者向け研修のための手引き」で、下記はハラスメントではないとされています。

1 認知症等の病気または障害の症状として現れた言動（BPSD等） 2 利用料金の滞納 3 苦情の申し立て

◆相談の方法

事務局で受け付け、相談内容を確認ののち弁護士への相談を依頼いたします。

(1) オンラインによる相談

《事前予約制》

★ インターネットサービス「Zoom」が利用できる環境のある方

★ 相談時間：45分以内

※ 相談日時は、相談員(弁護士)と調整のうえ設定いたします。(平日の日中)

* 下記のお問合せ先にご連絡ください。

* 相談を効果的に進めるため、相談内容の詳細は、所定の「相談票」に記入の上、相談日の3営業日前までにご提出ください。相談票のご提出がない場合、オンライン相談をお受けしかねる場合があります。

(2) Eメールによる相談

《随時受付》

* 所定の「相談票」に相談内容を記入の上、Eメールで送信してください。

* 通常、土日祝日・年末年始を除き、数日以内にご回答いたしますが、相談内容によってはご回答までに1週間前後かかることがあります。

【ご注意（オンライン、メール共通）】

※ご相談は原則、1回といたします。

※当窓口における回答は、解決に向けたアドバイスとなります。最終的な意思決定、判断は相談者(事業所)自身でお願いします。相談に対する回答により生じた事象については、責任を負いかねます。

※年間の相談件数には上限があり、多数相談があった場合は受付を終了することがあります。

この事業に関するお問合せ先

◆本事業は東京都から委託を受けて実施しています◆

東社協 介護ハラスメント

検索

[介護現場におけるハラスメント対策事業 | 東京都社会福祉協議会](#)

社会福祉法人東京都社会福祉協議会 福祉部経営支援担当

TEL [03-3268-7192](tel:03-3268-7192)



★介護職員のための電話相談「介護現場における利用者やご家族等からのハラスメントのお悩み相談」も実施しております。ご相談は、[Tel 03-6265-6161](tel:03-6265-6161)でお聞きしています。

介護現場における **利用者** や **ご家族等** からの

匿名
OK

ハラスメントの お悩み相談

ひとりで悩まず
話してみませんか？

これってハラスメント？

このまま続けていけるか不安

話を聞いてほしい

誰にも相談できない



介護現場における利用者やご家族等からのハラスメント相談窓口

ご相談できる方

東京都や都内区市町村から介護保険事業所として指定を受けている
介護保険サービス事業所・施設に勤務する介護職員等

相談
無料

「介護現場に詳しい相談員が
電話でお悩みをお聞きます。」

電話相談



03-6265-6161

相談受付時間 平日10:00~17:30 (12/29~1/3を除く)

※ご相談は原則として1回60分までを目安としております。

※本相談窓口において、当事者間の調停や関係者への具体的な措置は行えませんので、ご承知おきください。

※ご相談をいただくにあたっての詳細は裏面をご参照ください。



東京都

本事業は、東京都からの
委託を受けて実施しています。

社会福祉法人
東京都社会福祉協議会 東京都福祉人材センター
<https://www.tcsw.tvac.or.jp/jinzai/>



東京都福祉人材センター
キャラクター
フクシロウ



フクシロウ



介護現場におけるハラスメントとは

(厚生労働省「管理者向け研修のための手引き」(令和元年度作成)より)

介護サービスの利用者や家族等^(*)からの、
以下のような行為を「ハラスメント」と総称しています。

(*)「利用者や家族等」の「等」は、家族に準じる同居の知人または近居の親族を意味します。

1. 身体的暴力

〔例〕

- たたく
- 蹴る
- ひっかく
- つねる
- ものを投げつける

2. 精神的暴力

〔例〕

- 大声で怒鳴る
- 威圧的な態度で文句を言う
- 理不尽な要求を繰り返す
- 無視をし続ける

3. セクシュアル ハラスメント

〔例〕

- 必要もなく職員の体をさわる
- 抱きしめる
- 不快感を与える性的な言動をする
- 猥せつな図画を見せる

以下の言動等は、ハラスメントに該当いたしません

- 1 認知症等の病気または障害の症状として現れた言動 (BPSD等)
- 2 利用料金の滞納
- 3 苦情の申し立て

注: BPSDとは認知症の症状として現れた行動症状 (暴力、暴言、徘徊、拒絶、不潔行為等)・心理症状 (抑うつ・不安、幻覚、妄想、睡眠障害等) を指します。

出所:厚生労働省「介護現場におけるハラスメント対策」事例集(令和3年3月)

*プライバシーは厳守します。お聞きした内容を、勤務先や他機関にもらすことはありません。

*ご相談は、原則として1回60分までを目安としております。

*ご相談は、匿名でも利用できます。

*本事業で受け付けるご相談は、介護保険サービス事業所・施設における利用者やご家族等からのハラスメントが対象です。対象に該当しない場合(上司や同僚からのハラスメントや介護保険サービス以外の職員の方)は、下記「福祉のしごとなんでも相談」をご利用ください。

*本事業の対象以外の都内の福祉のしごとの悩みは、東京都福祉人材センターが実施している「福祉のしごとなんでも相談」(☎ 03-5212-5513)や「こころスッキリ相談」(☎ 0120-981-134)でお聞きしています。

*事業所・施設として、利用者や家族等からのハラスメントに関する法律相談をされたい場合は、「介護現場における利用者・ご家族からのハラスメントに関する法律相談窓口」をご利用ください。相談方法はメールです。詳細は下記ホームページよりご確認ください。

<https://www.tcsw.tvac.or.jp/activity/kaigo-harassment.html>