

# 令和5年度 集団指導

【指定(介護予防)通所リハビリテーション】

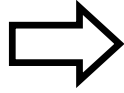
東京都福祉局

## ◎ お問い合わせ先一覧

※ 確認内容によって問い合わせ先が異なりますので、間違わないようお願いします。

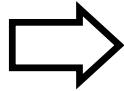
### 1 介護保険に関すること

事業運営に関しては



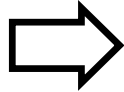
<問い合わせ先>  
東京都福祉局 高齢者施策推進部 介護保険課 介護事業者担当  
TEL 03-5320-4175(直通)

指定・変更に関しては



<問い合わせ先>  
(公財)東京都福祉保健財団 事業者支援部 事業者指定室  
TEL 03-3344-8517(直通)

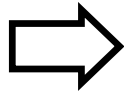
指導検査に関しては



<問い合わせ先>  
東京都福祉局 指導監査部 指導第一課 介護機関指導担当  
TEL 03-5320-4284(直通)

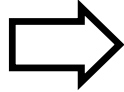
### 2 医療保険に関すること

・施設基準等の届出  
・指定・変更 に関しては



<問い合わせ先>  
関東信越厚生局 東京事務所 審査課  
TEL 03-6692-5119

医療保険に関しては



<問い合わせ先>  
・関東信越厚生局 東京事務所 指導課 TEL 03-6692-5126  
・東京都保健医療局 保健政策部 国民健康保険課 保険医療機関指導担当  
TEL 03-5320-4172(直通)

### 3 生活保護法に関すること

<問い合わせ先>  
東京都福祉局 生活福祉部 保護課 介護担当 TEL 03-5320-4059(直通)

### 4 介護報酬・診療報酬(国保、後期高齢者医療)の請求に関すること

<問い合わせ先>  
東京都国民健康保険団体連合会 TEL 03-6238-0011(代表)

#### <東京都福祉局のホームページ>

#### ● 指定手続き、運営・算定等基準に関する事項

指定申請・更新・変更等、厚生労働省省令・告示・通知等

[東京都福祉局](#) > [高齢者](#) > [介護保険](#) > [東京都介護サービス情報](#)

#### ● 指導・監査に関する事項

指導検査要綱・実施方針・指導検査基準・自己点検表、集団指導資料等

[東京都福祉局](#) > [福祉の基盤づくり](#) > [社会福祉法人・施設等の指導検査](#)

## 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	通所リハビリテーションに係る留意事項について	20
I	基本方針	25
II	人員に関する基準	26
III	設備に関する基準	34
IV	運営に関する基準	
1	管理者等の責務	37
2	運営規程	37
3	勤務体制の確保等	40
4	業務継続計画の策定等	45
5	内容及び手続の説明及び同意	47
6	提供拒否の禁止	49
7	サービス提供困難時の対応	49
8	受給資格等の確認	49
9	要介護等認定の申請に係る援助	50
10	心身の状況、病歴等の把握	51
11	居宅介護支援事業者等との連携	51
12	法定代理受領サービス等の提供を受けるための援助	51
13	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	52
14	居宅サービス計画等の変更の援助	52
15	サービスの提供の記録	53
16	利用料等の受領及び領収証の交付	54
17	保険給付の申請に必要な申請書の交付	57
18	指定通所リハビリテーションの基本取扱方針	57
19	指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針	58
20	通所リハビリテーション計画の作成	64
21	(介護予防) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たって留意すべき事項	69

2 2	(介護予防)安全管理体制等の確保	70
2 3	利用者に関する区市町村への通知	70
2 4	緊急時等の対応	71
2 5	定員の遵守	71
2 6	非常災害対策	71
2 7	衛生管理等	72
2 8	掲示	74
2 9	秘密保持等	75
3 0	居宅介護支援事業者等に対する利益供与の禁止	76
3 1	苦情処理	77
3 2	地域との連携等	78
3 3	事故発生時の対応	78
3 4	虐待の防止	79
3 5	会計の区分	83
3 6	記録の整備	83
3 7	電磁的記録等	84

#### V 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

1	算定基準	86
2	通所リハビリテーション費	87
3	定員超過利用・人員欠如に該当する場合の所定単位数の算定	103
4	感染症等を理由とした利用者数の減少に対する取扱い(3%加算)	106
5	理学療法士等体制強化加算	110
6	延長サービスを行った場合の加算(延長加算)	111
7	リハビリテーション提供体制加算	113
8	入浴介助加算	114
9	リハビリテーションマネジメント加算	119
10	短期集中個別リハビリテーション実施加算	128
11	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	129
12	生活行為向上リハビリテーション実施加算	133
13	若年性認知症利用者受入加算	137
14	栄養アセスメント加算	139
15	栄養改善加算	142
16	口腔・栄養スクリーニング加算	147
17	口腔機能向上加算	150
18	サービス種類相互の算定関係	155
19	重度療養管理加算	157
20	中重度者ケア体制加算	159
21	科学的介護推進体制加算	161
22	事業所と同一の建物に居住する利用者に対する取扱い	164

23	事業所が送迎を行わない場合（送迎減算）	166
24	移行支援加算	167
25	（介護予防）利用開始月から12月を超えてリハビリテーションを行う場合の減算	171
26	（介護予防）運動器機能向上加算	171
27	（介護予防）選択的サービス複数実施加算	174
28	（介護予防）事業所評価加算	176
29	サービス提供体制強化加算	179
30	介護職員処遇改善加算	182
31	介護職員等特定処遇改善加算	199
32	介護職員等ベースアップ等支援加算	210

### 【参考通知】

	・「指定通所リハビリテーションにおける理学療法、作業療法士、又は言語聴覚士に係る人員基準及び介護報酬上の取扱いについて（平成15年5月30日老老発第0530001号・老振発第0530001号）	213
	・「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」（平成13年3月28日老振発第18号）	214
	・「押印についてのQ&A」（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）	228
	・「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第4号・老老発0316第3号）	233
	・「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号・老老発0316第2号）	258
	・「科学的介護情報システム（LIFE）関連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の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）	347
	・「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年3月30日付老企第54号）	367
	・「入所者等から支払を受けることができる利用料等について（通知）」（平成23年3月11日付22福保高施第2016号・22福保高介第1546号）	373
	・「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援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の提示について」（令和4年6月21日老老発0621第1号）	386
<b>3</b>	<b>各届出の方法及び留意点について</b>	<b>420</b>
<b>4</b>	<b>介護給付費の請求事務に関する留意点</b>	<b>458</b>
<b>5</b>	<b>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</b>	<b>467</b>

### **3 各届出の方法及び留意点について**

# 各届出の方法及び留意点について

## 目 次

- 1 加算届出の注意事項及び添付書類
- 2 変更届の手続き
- 3 事業所評価加算
- 4 事業所規模区分
- 5 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 【通所リハビリテーション】

- 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」をご参照ください。
- 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）、**適用月の前月15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・不足等で期限内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）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 小田急第一生命ビル 18階  
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部事業者指定室
- 4 届出様式  
届出様式は東京都福祉保健局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。加算取得にあたり必要な届出書類は、下表をご参照ください。  
[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/index.html](http://www.fukushihoken.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」等をご参照ください。  
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36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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援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1日老企第36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	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
<b>通所リハビリテーション</b>			
	<b>職員の欠員による減算の状況</b> 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合。	・加算様式7-1	告示7・注1 老企第36号 第2の8(26) 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年厚生労働省告示第27号）二のロ
	<b>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応</b> 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の5以上減少している場合、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数に加算する。 ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から3月以内に限り、引き続き加算することができる。	・加算様式7-1 ・利用延人員数が減少していることが分かる書類（感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式）	告示7・注2 老企第36号 第2の8(3)
	<b>時間延長サービス体制</b> 日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間6時間以上8時間未満の通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合に通所リハビリテーションの時間と前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が8時間以上となった場合。	・加算様式7-1	告示7・注3 老企第36号 第2の8(5)
	<b>リハビリテーション提供体制加算</b> 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通所リハビリテーション事業所については、リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、所定単位数に加算する。	・加算様式7-1	告示7・注4 老企第36号 第2の8(6) 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）二十四の三
	<b>[R3改定] 入浴介助体制</b> 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て、入浴中の利用者の観察を含む介助を行った場合。	・加算様式7-1 ・事業所の平面図 ・入浴介助を適切に行うことができる設備（脱衣室を含む。）のカラー写真	告示7・注7 老企第36号 第2の8(10) 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）二十四の四
	<b>[R3改定] リハビリテーションマネジメント加算</b> 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通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合。	・加算様式7-1 ※リハビリテーションマネジメント加算A口及びB口は、LIFEの活用等が要件に含まれる加算です。	告示7・注8 老企第36号 第2の8(11) 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）二十五
	<b>[R3改定] 認知症短期集中リハビリテーション実施加算</b> 別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設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通所リハビリテーション事業所において、認知症と医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が加算Ⅰについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、加算Ⅱについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。 ※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。	・加算様式7-1	告示7・注10 老企第36号 第2の8(13) 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）二十七 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）七



サービス	届出項目	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
		<b>[R3改定] 生活行為向上リハビリテーション実施加算</b>		
		<p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設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通所リハビリテーション事業者が生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、その通所開始日から起算して6月以内の期間に、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合。</p> <p>※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。</p>	<p>・加算様式7-1</p>	<p>告示7・注11 老令第36号 第2の8(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）二十八 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）八</p>
		<b>若年性認知症利用者受入加算</b>		
		<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通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合。</p>	<p>・加算様式7-1</p>	<p>告示7・注12 老令第36号 第2の8(15) 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）十八</p>
		<b>[R3新設] 栄養アセスメント加算</b>		
		<p>次のいずれにも適合するものとして都道府県知事に届け出た通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合。</p> <p>①管理栄養士を1名以上配置している。 ②利用者ごとに、事業者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応している。 ③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。 ④別に厚生労働大臣が定める基準に適合している。</p>	<p>・加算様式7-1 ・本加算適用開始月の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） ・管理栄養士の資格証の写し ・外部との連携により管理栄養士を配置する場合には、外部と連携していることが分かる契約書等（協定を含む）の写し</p> <p>※LIFE の活用等が要件に含まれる加算です。</p>	<p>告示7・注13 老令第36号 第2の8(16) 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）十八の二</p>
		<b>[R3改定] 栄養改善加算</b>		
		<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て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。</p>	<p>・加算様式7-1 ・本加算適用開始月の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） ・管理栄養士の資格証の写し ・外部との連携により管理栄養士を配置する場合には、外部と連携していることが分かる契約書等（協定を含む）の写し</p>	<p>告示7・注14 老令第36号 第2の8(17) 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）二十九</p>
		<b>[R3改定] 口腔機能向上体制</b>		
		<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て、口腔機能が低下している利用者又はおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。</p>	<p>・加算様式7-1 ・本加算適用開始月の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） ・言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員の資格証の写し</p>	<p>告示7・注16 老令第36号 第2の8(19) 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）三十</p>
		<b>中重度者ケア体制加算</b>		
		<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通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合。</p>	<p>・加算様式7-1 ・中重度者ケア体制加算に関する届出書（加算様式7-3） ・利用者の割合に関する計算書（中重度者ケア体制加算）（加算様式7-3別紙） ・本加算適用開始月の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） ・看護職員の資格証の写し</p>	<p>告示7・注18 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）三十一</p>
		<b>[R3新設] 科学的介護推進体制加算</b>		
		<p>以下の基準に適合する場合</p> <p>① 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>② 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、①に規定する情報その他指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p>	<p>・加算様式7-1 ※本加算は、LIFE の活用等が要件に含まれる加算です。</p>	<p>告示7-注20 老令第36号 第2の8(22)</p>
		<b>[R3新設] 移行支援加算</b>		
		<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通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合。</p>	<p>・加算様式7-1 ・移行支援加算に関する届出（加算様式7-5） ※要件を満たすことがわかる根拠書類については、各保険者で定める保存期間に基づき、適切に保存してください。</p>	<p>告示7-二 老令第36号 第2の8(27) 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）三十二</p>

サービス 届出項目	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
	<p><b>【R3改定】 サービス提供体制強化加算</b></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通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合以下の算定基準を満たす場合。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）</p> <p>① 事業所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70以上であること 又は事業所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25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 事業所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>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 事業所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40以上であること 又は指定通所リハビリテーションを利用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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算様式7-1</li> <li>・サービス提供体制強化加算に関する届出書（加算様式7-6）</li> <li>・算定の根拠を示す書類（参考計算書A又はB）</li> </ul>	<p>告示7-ホ 老企第36号 第2の8(28) 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）三十三</p>
	<p><b>介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算</b></p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護療養施設サービスを行い、介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善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「東京都福祉保健局／高齢者／介護保険／介護職員処遇改善加算について（<a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/shogu/index.htm">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/shogu/index.htm</a>1）」を御覧ください。</p>	<p>告示7-へ・ト 老企第36号 第2の8(29) 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）三十四、三十四の二</p>

**「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 【介護予防通所リハビリテーション】**

- 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）、**適用月の前月15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）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 小田急第一生命ビル 18階  
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部事業者指定室
- 4 届出様式**  
届出様式は東京都福祉保健局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。**加算取得にあたり必要な届出書類**は、下表をご参照願います。  
[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/index.html](http://www.fukushihoken.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「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）」を、「老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001」は「指定介護予防サービス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18年3月17日老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）」を示します。

サービス 届出項目	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
<b>介護予防通所リハビリテーション</b>			
	<b>職員の欠員による減算の状況</b>		
	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合。	・加算様式7-1	告示5・注1 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年厚生労働省告示第27号）十六のロ
	<b>[R3改定] 生活行為向上リハビリテーション実施加算</b>		
	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設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介護予防通所リハビリテーション事業者が生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、その通所開始日から起算して6月以内の期間に、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合。 ※短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。	・加算様式7-1	告示5・注3 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(2) 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）百六の六 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第96号）七十一の三
	<b>若年性認知症利用者受入加算</b>		
	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介護予防通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合。	・加算様式7-1	告示5・注6 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(15) 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）十八
	<b>[R3改定] 運動器機能向上体制</b>		
	利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	・加算様式7-1 ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士で配置基準を満たしている場合は添付書類なし。 ・経験看護師を配置基準としている場合は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の資格証の写し及び本加算提供開始月の「従業者の勤務体制及び勤務体制一覧表（参考様式1）」	告示5-ロ 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(5) 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）百七
	<b>[R3新設] 栄養アセスメント加算</b>		
	次のいずれにも適合するものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合。 ①管理栄養士を1名以上配置している。 ②利用者ごとに、従業者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応している。 ③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。 ④別に厚生労働大臣が定める基準に適合している。	・加算様式7-1 ・本加算適用開始月の「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」（参考様式1） ・管理栄養士の資格証の写し ・外部との連携により管理栄養士を配置する場合には、外部と連携していることが分かる契約書等（協定を含む）の写し ※本加算は、LIFE の活用等が要件に含まれる加算です。	告示5-ハ・注13 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(6) 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）十八の二
	<b>[R3改定] 栄養改善加算</b>		
	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て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	・加算様式7-1 ・本加算適用開始月の「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）」 ・管理栄養士の資格証の写し ・外部との連携により管理栄養士を配置する場合には、外部と連携していることが分かる契約書等（協定を含む）の写し	告示5-ニ 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(7) 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）十九

サービス	届出が必要な場合	加算取得にあたり必要な届出書類	根拠規定等
	<p><b>R3改定 口腔機能向上体制</b></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て、口腔機能が低下している利用者又はおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であつて、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。</p>	<p>・加算様式7-1          ・本加算適用開始月の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）」          ・言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員の資格証の写し</p>	<p>告示5-へ          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(9)          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）百八</p>
	<p><b>選択的サービス複数実施加算</b></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介護予防通所リハビリテーション事業者が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合。          ※同月中に利用者に対して、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合は算定しない。</p>	<p>・加算様式7-1</p>	<p>告示5-ト          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(10)          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）百九</p>
	<p><b>事業所評価加算〔申出〕の有無</b></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介護予防通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。          ※算定開始年度の前年の10月15日までに申出を行い、判定結果が適合の場合に限り、算定が可能となる</p>	<p>・加算様式7-1          【事業所評価加算の概要】          事業所評価加算は評価対象となる期間（各年一月一日から十二月三十一日までの期間をいう。）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度における介護予防通所サービスの提供につき加算を行うものです。</p>	<p>告示5-チ          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(11)          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）百十          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）八十三          参考          事業所評価加算に関する事務処理手順及び様式例について（平成18年9月11日老振発第0911001号・老老発第0911001号）</p>
	<p><b>R3新設 科学的介護推進体制</b></p> <p>次のいずれにも適合するものとして都道府県知事に届け出た介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合。</p> <p>①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している。</p> <p>②必要に応じて通所介護計画を見直すなど、指定通所介護の提供に当たって、①に規定する情報その他指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。</p>	<p>・加算様式7-1          ※本加算は、LIFE の活用等が要件に含まれる加算です。</p>	<p>告示5-リ          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(12)</p>
	<p><b>サービス提供体制強化加算</b></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介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合以下の算定基準を満たす場合。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）</p> <p>① 事業所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70以上であること          又は事業所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25以上であること          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 事業所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          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 事業所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40以上であること          又は指定通所リハビリテーションを利用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          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>・加算様式7-1          ・サービス提供体制強化加算に関する届出書（加算様式7-6）          ・算定の根拠を示す書類（参考計算書A又はB）</p>	<p>告示5-ヌ          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(15)          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）百十三</p>
	<p><b>介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算</b></p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行い、介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善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「東京都福祉保健局／高齢者／介護保険／介護職員処遇改善加算について（<a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/shogu/index.html">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/shogu/index.html</a>）」を御覧ください。</p>	<p>告示5ル・ヲ          老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001 第2の6(13)・(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）百十四、百十四の二</p>

### 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

××年 ×月 ×日

東京都知事 殿

法人所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**  
 申請者 法人名称 **医療法人社団介護サービス会**  
 代表者職・氏名 **理事長 東京 太郎**

このことについて、以下のとおり届け出ます。

#### 1 事業所基本情報に関すること

介護保険事業者番号	1	3	※	※	※	※	※	※	※	※	
事業所名称	(フリガナ) <b>イリョウホウジンシャ・ダンカイゴサービスカイ カイゴサービスビョウイン</b> <b>医療法人社団介護サービス会 介護サービス病院</b>										
事業所所在地	(郵便番号 <b>163</b> - ※※※※ ) <b>東京都新宿区〇〇町※※-※※</b>										
サービス種類	<b>通所リハビリテーション</b>										
担当者	(職・氏名) <b>管理者 新宿 一郎</b>										
	連絡先TEL	<b>03-1234-5678</b>				FAX	<b>03-1234-5679</b>				

#### 2 異動情報に関すること

加算、体制名称等	
(変更前)	(変更後)
<b>サービス提供体制強化加算 ( なし )</b>	<b>サービス提供体制強化加算 (II)</b>
適用開始年月日	××年 4月 1日

#### 3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※ 『2 異動情報に関すること』に記載した異動のある加算等についてのみ、各欄の該当する番号に○を付けてください。  
 ( 『2 異動情報に関すること』に記載していない加算等については、記載する必要はありません。 )

提供サービス	施設等の区分	その他該当する体制等						LIFEへの登録		
16 通所リハビリテーション	4. 通常規模の事業所・(病院・診療所)・ 5. 大規模の事業所・(I)・(病院・診療所)・ 6. 大規模の事業所・(II)・(病院・診療所)・	職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員	5. 理学療法士	6. 作業療法士	7. 言語聴覚士	1. なし 2. あり
		患病症状は改善の兆しを認めつつも利用者数の減少が一定以上生じていない	1. なし	2. あり						
		時間延長サービス体制	1. 対応不可		2. 対応可					
		リハビリテーション提供体制加算	1. なし		2. あり					
		入浴介助加算	1. なし	2. 加算I	3. 加算II					
		リハビリテーションマネジメント加算	1. なし	3. 加算AI	6. 加算Aロ	4. 加算BI		7. 加算Bロ		
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. なし	2. 加算I	3. 加算II					
		生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. なし	2. あり						
		若年性認知症利用者受入加算	1. なし	2. あり						
		栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし	2. あり						
		口腔機能向上加算	1. なし	2. あり						
		中重度者ケア体制加算	1. なし	2. あり						
		科学的介護推進体制加算	1. なし	2. あり						
		移行支援加算	1. なし	2. あり						
		サービス提供体制強化加算	1. なし	5. 加算I	4. 加算II	6. 加算III				
		66 介護予防通所リハビリテーション	1. 病院又は診療所	職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員	5. 理学療法士	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. なし			2. あり						
若年性認知症利用者受入加算	1. なし			2. あり						
運動器機能向上体制	1. なし			2. あり						
栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし			2. あり						
口腔機能向上加算	1. なし			2. あり						
選択的サービス複数実施加算	1. なし			2. あり						
事業所評価加算〔申出〕の有無	1. なし			2. あり						
科学的介護推進体制加算	1. なし			2. あり						
サービス提供体制強化加算	1. なし			5. 加算I	4. 加算II	6. 加算III				

(加算様式7-3)

中重度者ケア体制加算に係る届出書  
(通所リハビリテーション)

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

中重度者ケア体制加算に係る届出内容		有 ・ 無
通所 リハビリ テーション	① 指定居宅サービス等基準第111条第1項第2号イ又は同条第2項第1号に規定する要件を満たす員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 指定通所リハビリテーション事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護又は要介護5である者の占める割合が100分の30以上である。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 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。

利用者の割合に関する計算書 (中重度者ケア体制加算)

事業所名
事業所番号

1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準

- 利用実人員数
利用延人員数

2. 算定期間

- ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均
イ. 届出日の属する月の前3月

ア. 前年度(3月を除く)の実績の平均

Table with columns for month, total users, and users with care levels 3, 4, or 5. Includes summary rows for total, ratio, and average.

イ. 届出日の属する月の前3月

Table with columns for month, total users, and users with care levels 3, 4, or 5. Includes summary rows for total, ratio, and average.

備考

- 本資料は中重度者ケア体制加算に係る届出書を補完する資料としてご使用ください。
「1. 要介護3、要介護4または要介護5である者の割合の算出基準」で、「利用実人員数」または「利用延人員数」のいずれかを選択してください。
「2. 算定期間」でアまたはイの算定期間を選択してください。
前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所)については、前年度の実績(ア)による届出はできません。
具体的な計算方法については、「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27年4月1日)」問31をご参照ください。

## 通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

1 事業所名	
2 届出項目	1 移行支援加算

① 終了者数の状況	①	評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数(注1)	人	→ 3%超	有・無
	②	①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注2)	人		
	③	①に占める②の割合	%		
② 事業所の利用状況	①	評価対象期間の利用者延月数	月	→ 27%以上	有・無
	②	評価対象期間の新規利用者数	人		
	③	評価対象期間の新規終了者数(注3)	人		
	④	$12 \times ((2) + (3)) \div 2 \div (1)$	%		

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護の利用及び自宅において役割を持って生活している場合、要介護から要支援へ区分変更と同時に指定地域密着型通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合、就労に至った場合も含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定認知症対応型共同生活介護等への移行を含めない。

注2：入院、入所、死亡を含む。

※ 各要件を満たすことがわかる根拠書類については、各事業所で保存してください。



サービス提供体制強化加算に関する届出書（介護予防）通所リハビリテーション事業所

1 事業所名												
2 届出項目	①サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ②サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ③サービス提供体制強化加算（Ⅲ）											
3 介護職員等の状況	<p><b>（Ⅰ）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）</b></p> <p>介護福祉士等の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が70%以上</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> <p>又は</p> <table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が25%以上</td> </tr> <tr> <td>② 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>	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が25%以上	② 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	有・無
	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が70%以上									
	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人										
① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が25%以上										
② 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											
<p><b>（Ⅱ）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）</b></p> <p>介護福祉士等の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が50%以上</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	→ ①に占める②の割合が50%以上	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	有・無						
① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が50%以上										
② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人											
<p><b>（Ⅲ）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）</b></p> <p>※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。</p> <p>介護福祉士等の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が40%以上</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> <p>勤続年数の状況</p> <table border="1"> <tr> <td>① サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が40%以上	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	① サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算）	人	有・無	
① 介護職員の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が40%以上										
② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人											
① サービスを直接提供する者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上										
② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数（常勤換算）	人											

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。下記の区分の資料を提出してください。（勤務形態一覧表の提出は不要です）

介護福祉士等の状況

・介護福祉士等の状況の計算書 【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）】

※（計算の対象となった）介護福祉士等の資格証についても、根拠書類としてあわせて保管してください。なお、この資格証の写しは、加算の届出の際の提出は不要です。

勤続年数の状況【サービス提供体制強化加算（Ⅲ）】

・勤続7年以上の者の占める割合の計算書

※計算の対象となった職員が、当該法人において在職する(した)ことを示す書類(在職期間と職務内容がわかるもの)についても、根拠書類としてあわせて保管してください。なお、この在職等を示す書類は、加算の届出の際の提出は不要です。

※サービスを直接提供する者とは、看護職員、専門職(OT・PT・ST)、介護職員です。なお、1～2時間未満の通所リハビリテーションを算定する事業所は、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師も含む。

**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記入ください。例:160時間
- 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】の時間数を超え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。

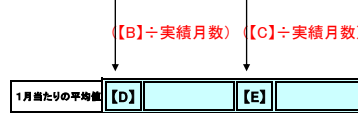
(注) 新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

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】**

【E】  人  
 ————— × 100% =  %【F】  
 【D】  人

★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
- 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]の時間数を超え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まない。)[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。)[イ]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

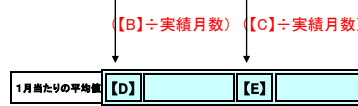
※直接提供職員とは、『PT、OT、ST、看護職員、介護職員(1～2時間の通りの場合は柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師を含む。)]を指します。

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

	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】**

[E]  人  
 [D]  人  
 × 100% =  % [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。

(1) 4週  
(2) 予定  
(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月  
当月の日数 30 日  
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位  
1 単位目  
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 ~ 0 (計 0 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																												(11) 1~4週目の勤務時間数合計	(12) 定率化勤務時間数	(13) 業務状況 (業務内容及び業務する職務の内容)等							
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目						
					1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水										
1					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
2					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
3					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
4					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
5					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
6					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
7					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
8					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
9					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
10					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
11					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
12					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
13					シフト記号 勤務時間数 予備時間数 休憩時間数																															0	0					
(14) サービス提供時間内の勤務総時間数					理学療法士																																					
(15) 利用者数					作業療法士																																					
					言語聴覚士																																					
					看護職員																																					
					介護職員																																					
					経験を有する看護師																																					
					他のリハビリテーション提供者																																					

<<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			サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄	
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	9:00	17:30	1:00	7.5	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			0:00	0			0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0			0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0			0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0			0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0:00	0	
21	u				1					1	
22	v				2					2	
23	w				3					3	
24	x				4					4	
25	y				4					3	
26	z				5					5	
27	休				0					0	休日
28	-										
29	-										
30	-										

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20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、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・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。
- ・通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成24年3月16日）

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

（答）労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員）が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。

認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

<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 (通所リハビリテーション)

・・・・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) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。
- (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)
- (6) 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	備考
1	医師	
2	理学療法士	
3	作業療法士	
4	言語聴覚士	
5	看護職員	
6	介護職員	
7	経験を有する看護師	通所リハビリテーション又はこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師とします。
8	他のリハビリテーション提供者	定期的に適切な研修(※)を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師とします。

(※) 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修であって、関係学会等により開催されているものを指します。  
具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会を行う運動療法機能訓練技能講習会が該当します。

- (7) 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。)

- (8) 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。)  
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。  
**※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。**
- (9) 従業者の氏名を記入してください。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 各職種(医師を除く)のサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)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。
- (15) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。

### 【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、各事業所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。

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式

○ 本様式は、感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価を届け出る際に使用するものです。
○ 記入にあたっては、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)のほか、各項目の注を参照の上、行ってください。

(1) 事業所基本情報

Table with 5 columns: 事業所番号, 事業所名, 担当者氏名, 電話番号, メールアドレス, サービス種別, 規模区分

※ 青色セルは直接入力、緑色セルはプルダウン入力してください(以下同じ)。
※ サービス種別が通所介護及び通所リハビリテーションの場合には、規模区分欄も記載してください。

(2) 加算算定・特例適用の届出

Table with 2 columns: 利用延人員数の減少が生じた月, 令和 年 月, 利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数, 利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数, 加算算定の可否, 特例適用の可否

※ 黄色セルは自動計算されますので、入力しないでください(以下同じ)。
※ 「利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数」「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの利用延人員数」については、以下を準用し算定してください(以下、利用延人員数の計算にあたっては、すべてこれによることとします。)

加算算定事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください。(加算を算定しない事業所は記入及び届出の必要はありません。)

(3) 加算算定後の各月の利用延人員数の確認

Table with 5 columns: 年月, 各月の利用延人員数, 減少割合, 加算算定の可否, 利用延人員数の減少が生じた月, 加算算定届提出月, 加算算定開始月, 加算延長判断月, 加算終了/延長届提出月, 延長適用開始月, 延長適用終了月

※ 加算算定の届出を行った場合は、利用延人員数の減少が生じた月から適用(延長含む)終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
※ 「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を提出してください。(提出を怠った場合は、加算に係る報酬について返還となる場合がありますので、ご注意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。)

加算算定事業所であって、(3) オレンジセルに「可」が表示された事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください。

(4) 加算算定の延長の届出

Table with 2 columns: 加算算定の延長を求める理由, (例)利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要するため

※ 加算算定の延長を求める場合は、その理由を入力し、延長届提出月の15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することにより、加算算定の延長の届出をすることができます。

特例適用事業所のみ

※ 特例開始後に記入してください。(特例を適用しない事業所は記入及び届出の必要はありません。)

(5) 特例適用後の各月の利用延人員数の確認

Table with 4 columns: 年月, 各月の利用延人員数, 特例適用の可否, 利用延人員数の減少が生じた月, 特例適用届提出月, 特例適用開始月

※ 特例適用の届出を行った場合は、特例適用届を提出した月から適用終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
※ 「特例適用の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を届けてください。(届出を怠った場合は、特例に係る報酬について返還となる場合がありますので、ご注意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。)

### 利用人員数計算シート(通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護)

本シートは「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用人員数及び前年度の1月当たりの平均利用人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護は、以下まとめて「通所介護等」といいます。

※ 通所介護費、地域密着型通所介護費、(介護予防)認知症対応型通所介護費は、以下まとめて「通所介護費等」といいます。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

#### ○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用人員数・各月の利用人員数

	率	令和 年												令和1年			4月～2月 合計	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月					
通所介護等 ※1	3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む)	1/2																
	5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4																
	7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1																
第一号通所 事業 ・ 介護予防認 知症対応型 通所介護 ※2・3	①	5時間未満	1/2															
		5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4															
		7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1															
	②	同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数	1															
各月の利用人員数																		
毎日事業を実施した月(○印) ※4		6/7																
合計																		
【留意事項】													通所介護費等を算定している月数 (3月を除く)			(a)		
※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区別に記入してください。																(b)		
※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業(介護予防通所介護相当)の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいづれかを行ってください。													平均利用人員数 (a÷b) ※5			(c)		
・①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。 (緩和した基準によるサービス(通所型サービスA)の利用者は、利用者数に含めません。) ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 (例:ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。) ※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいづれかを行ってください。 ・①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区別に記入。 ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。) ※4 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用人員数が6/7になります。)													※5 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月)の利用人員数を記入することもできます。) ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用人員数」に記入してください。					

#### ○前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定員を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用人員数

利用定員 ※6	×	90%	×	1月当たりの営業日数 ※7	=	平均利用人員数 ※8
---------	---	-----	---	---------------	---	------------

#### 【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用人員数」に記入してください。



### 利用延人員数計算シート(通所リハビリテーション)

本シートは、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。  
 ※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。  
 ※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

#### ○前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

	率	令和1年												4月～2月 合計			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
通所リハビリ テーション ※1	1時間以上2時間未満	1/4															
	2時間以上3時間未満及び 3時間以上4時間未満	1/2															
	4時間以上5時間未満及び 5時間以上6時間未満	3/4															
	6時間以上7時間未満及び 7時間以上8時間未満	1															
介護予防 通所リハビリ テーション ※2	①	2時間未満	1/4														
		2時間以上4時間未満	1/2														
		4時間以上6時間未満	3/4														
		6時間以上	1														
	②	同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数	1														
各月の利用延人員数																	
毎日事業を実施した月(○印) ※3	6/7																
合計																	
【留意事項】												通所リハビリテーション費を 算定している月数 (3月を除く)	(a)				
※1 各月の通所リハビリテーションを利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。																	
※2 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定をあわせて受け、通所リハビリテーションと一体的に実施している場合は、以下の <b>いずれか</b> を行ってください。 ・①に、各月の介護予防通所リハビリテーションを利用した人数を、利用時間ごとに記入。 ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 (例:ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。) ※3 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。)																	
												平均利用延人員数 (a÷b) ※4	(b)				
												※4 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月)の利用延人員数を記入することもできます。) ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。	(c)				

#### ○前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定員を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

利用定員 ※6					
	x	90%	x		
				=	
					(d)

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

指定通所介護事業所 }  
指定通所リハビリテーション事業所 } 管理者 殿

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課

**通所介護等における感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が  
一定以上生じている場合の評価に係る届出について**

日頃より、高齢者福祉の推進に御協力いただきありがとうございます。

通所介護及び通所リハビリテーションにおいて、感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、臨時的な利用者数の減少による利用者一人当たりの経費の増加に対応するための加算（以下「3%加算」という。）や、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例が設けられており、当該3%加算等に係る基本的な考え方や事務処理手順については、令和3年3月16日付老認発0316第4号・老老発0316第3号「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」において示されているところですが、**3%加算に係る届出に当たって御留意いただきたい事項**について、以下のとおり整理しましたので、御確認のほどよろしくお願い申し上げます。

記

1 3%加算を3月間算定した後に加算算定の延長を希望する場合

3%加算は利用延人員数の減少が一定以上生じている場合に、3月間を限度として算定することが可能ですが、加算算定終了月の前月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合、**加算算定終了月の15日まで（必着）に延長の届出**を行うことで、当該延長の届出の翌月から3月間、引き続き算定することが可能です。

《提出書類：感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式》

※届出様式の（3）において延長月の算定可否を御確認の上、（4）に延長を求める理由を記入してください。

※延長の届出に当たっては加算様式6-1（通所介護）又は7-1（通所リハ）は不要です。

※なお、新規に3%加算の算定を希望する場合は、従前どおり届出様式に加えて加算様式6-1又は7-1が必要です。（ただし、一度算定した際とは別の感染症等の事由がある場合を除き、再度の算定はできません。）

2 3%加算の算定を取り下げる場合（3月間算定した後に算定を取り下げる場合を含む。）

1に該当しない場合（利用延人員数の減少が一定以上生じていない場合）、**加算算定終了月の15日まで（必着）に加算の取下げの届出を必ず**行ってください。

《提出書類：介護給付費算定に係る体制等に関する届出書》 加算様式6-1又は7-1

※3%加算に係る加算区分を「1 なし」に変更してください。

3 書類提出先

公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 事業者指定室  
〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル18階

（参考：届出のイメージ）

令和〇年2月：利用延人員数の減少

3月：3%加算算定の届出

4月：4月サービス分から3%加算算定開始

（3・4月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合、5・6月サービス分も算定可）

6月：6月サービス分をもって3%加算算定終了

⇒5月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合・・・**延長の届出** } **いずれも**  
⇒5月の利用延人員数が一定以上減少していない場合・・・**取下げの届出** } **6/15**

7月：延長の届出を行った場合、7月サービス分も引き続き3%加算算定

（6・7月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合、8・9月サービス分も算定可）

（問合せ） 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護事業者担当  
電話：03-5320-4593（直通）

指定通所介護事業所 }  
指定通所リハビリテーション事業所 } 管理者 殿

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課

**通所介護等における感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が  
一定以上生じている場合の評価に係る届出について（その2）**

日頃より、高齢者福祉の推進に御協力いただきありがとうございます。

通所介護及び通所リハビリテーションにおける感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価（基本報酬への3%加算）については、令和3年6月2日付東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課事務連絡「通所介護等における感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る届出について」において、3%加算を3月間算定した後に加算算定の延長を希望する場合又は加算の算定を取り下げる場合の届出について御案内しているところです。

この度、3%加算を3月間算定した後に延長の届出を行い引き続き3月間算定した事業所が、その算定終了に伴って行う必要がある届出（取下げの届出）等について、以下のとおり御連絡しますので、御確認のほどよろしくお願ひ申し上げます。

記

1 3%加算の算定終了に伴う取下げの届出について

3%加算を3月間算定した後に延長の届出を行い引き続き3月間算定した事業所において、その算定終了に当たっては、加算算定終了月の15日まで（必着）に加算の取下げの届出を必ず行ってください。

なお、期限までに取下げの届出がない場合、介護保険制度の適正な運営を図る観点から、3%加算に係る加算区分を「1 なし」として届け出た（取り下げた）ものとみなす取扱いとさせていただきます。

《提出書類：介護給付費算定に係る体制等に関する届出書》 加算様式6-1（通所介護）又は7-1（通所リハ）

※3%加算に係る加算区分を「1 なし」に変更してください。なお、『感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式』の提出は不要です。

※延長の有無に関わらず、3%加算の算定途中に要件を満たさなくなった場合（利用延人員数の減少が一定以上生じていない場合）は、同様に加算の取下げの届出を行ってください。

（例）令和〇年2月：利用延人員数の減少 → 3月：3%加算算定の届出

4～6月：3%加算の算定（3・4月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合）

6月：6/15 までに延長又は取下げの届出（5月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合は延長可）

7～9月：3%加算の算定延長（6・7月の利用延人員数が引き続き一定以上減少している場合）

9月：9月サービス分をもって3%加算算定終了。9/15 までに取下げの届出（10/1 適用）

2 書類提出先

公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 事業者指定室  
〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル18階

3 その他（3%加算の再算定の取扱い）

3%加算については、「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）（令和3年3月26日）」問21のとおり、基本的に、同じ感染症や災害を事由とする算定は年度内に一度限りであり、算定期間や延長の有無等に関わらず、一度算定した後に取り下げた場合には、別の感染症や災害（3%加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限り、）を事由とする場合にのみ、再度算定することが可能とされています。

なお、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（大規模型事業所における規模区分の特例）については、年度内に何度でも適用の届出及びその適用を行うことが可能です。（ただし同一のサービス提供月において、3%加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことはできません。）

（問合せ）東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護事業者担当  
電話：03-5320-4593・4175（直通）

指定通所介護事業所 } 管理者 殿  
指定通所リハビリテーション事業所 }

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課

通所介護等における感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が  
一定以上生じている場合の評価に係る届出について (その3)

日頃より、高齢者福祉の推進に御協力いただきありがとうございます。

通所介護及び通所リハビリテーションにおける感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価（基本報酬への3%加算）について、令和4年2月21日付厚生労働省老健局老人保健課等事務連絡別紙「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 11）（令和4年2月21日）」において、新型コロナウイルス感染症は、令和4年度も引き続き3%加算の対象となる感染症である旨が示されているところですが、届出に当たって御留意いただきたい事項等について、以下のとおり御連絡しますので、御確認のほどお願い申し上げます。

記

1 令和4年度における3%加算の算定について

令和4年度中の利用延人員数の減少に基づいて、令和4年度分として3%加算を算定する場合、算定可能となるのは、最速で令和4年6月サービス分からとなりますが、算定開始に当たっては、加算算定開始月の前月15日まで（必着）に届出を行っていただくようお願いします。

【提出書類】

- ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算様式6-1（通所介護）又は7-1（通所リハ））
- ・感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式

※算定基礎（比較対象）となる「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」は、令和3年4月から令和4年2月までの平均を用いてください。

2 書類提出先

公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 事業者指定室  
〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル18階

3 その他

3%加算の算定に当たっては、利用延人員数の減少が生じた月が属する年度分の算定として取り扱う（※）ほか、基本的に、同じ感染症や災害を事由とする算定は年度内に一度限りとされています。

そのため、令和4年度分として算定する場合、令和4年4月の利用延人員数の減少に基づき、令和4年5月15日（必着）までに届出を行い、令和4年6月サービス分から算定するのが最速となります。

なお、令和4年度中の算定であっても、令和3年度中の利用延人員数の減少に基づき、令和3年度分として年度をまたいで算定している場合、当該算定の終了後、令和4年度分として算定要件を満たした場合には、新たに3%加算を算定することが可能です。

※令和3年2月又は3月を利用延人員数の減少が生じた月とした場合は、あくまで即時的な対応を目的とした特例であることに鑑み、令和3年度分として取り扱います。

（問合せ）東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護事業者担当

電話：03-5320-4274（直通）

- 442 -

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 変更事項別提出書類一覧

(病院、診療所のみ)

変更後、**10日以内**に届出が必要です。

<提出先>

〒163-0718 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 小田急第一生命ビル18階

公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部事業者指定室

電話 03-3344-8517

事業所移転の場合は、事前に東京都福祉保健財団へ御相談ください。

届出を郵送等により提出される場合は、変更届出書【第3号様式】の写しとともに返信用封筒（要切手）を入れていただくと、写しに収受印を押し返送いたします。受領確認の意味でもお勧めしております（任意）。

変更No	変更事項	提出書類
3	事業所の平面図 (専用区画、レイアウト 変更)	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表7 <input type="checkbox"/> 図面 (通所リハビリテーションを行うスペースの面積算出に当たっては、算定 根拠となる計算式を表示してください。) <input type="checkbox"/> 変更箇所のカラー写真
7 ・ 12 (定員)	運営規程 ①営業日、営業時間 ②サービス提供日、 サービス提供時間 ③単位数 ④利用定員	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表7 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (変更月分) (利用定員減のみの 場合は不要)
7	運営規程 ⑤従業者数※ ⑥通常の事業の実施地域 ⑦利用料 等	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表7 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (変更月分) ※従業者数を変更する場合のみ添付する書類 ※従業者の変更については、変更届の提出は不要です。その場合であっても、 資格要件が必要な職種については資格を有していることを資格証等で必ず確 認し、事業所において資格証等(写)を保管してください。 運営規程で定めている従業者の『数』に変更があった場合のみ、変更届を 提出してください。

変更届出様式は、「東京都介護サービス情報」のホームページからダウンロードできます。

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/tuutitou/8\\_tuuriha.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/tuutitou/8_tuuriha.html)

提出した変更届出書類一式は、写しを時系列にファイリングする等し、届出状況を適切に管理してください。

第3号様式（第5関係）

変更届出書

年 月 日

東京都 知事 殿

住所

開設者（所在地）

氏名

（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号	.....			
指定内容を変更した事業所等		名称				
		所在地				
サービスの種類						
変更年月日		年	月 日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容				
事業所(施設)の名称	(変更前)					
事業所(施設)の所在地						
申請者の名称						
主たる事務所の所在地						
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所						
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)						
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等						
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)						
利用者の推定数						
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所口 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)						
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴						
運営規程						
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関				(変更後)		
事業所の種別						
提供する居宅療養管理指導の種類						
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別)						
利用者、入所者又は入院患者の定員						
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)						
併設施設の状況等						
介護支援専門員の氏名及びその登録番号						

備考 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

(日本産業規格A列4番)

付表7 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - ) 東京都 区市 町村				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	Email					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	生年月日					
事業所の種別 (1つに○)		病院				
		基準第111条第1項診療所				
		同条第2項診療所				
		介護老人保健施設				
		介護医療院				
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数	理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師	
常勤(人)						
非常勤(人)						
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
専用の部屋等の面積	m <sup>2</sup>					
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :					
利用定員	人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人					
添付書類	別添のとおり					

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 従業者の員数については、総数を記載してください。  
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(日本産業規格A列4番)

(1)  週  
 (2)  日  
 (3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数  時間/週  時間/月  
 当月の日数  日  
 (4) 事業所全体のサービス提供単位数  単位  
 単位目  
 (5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間  ~  (計  時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																												(11) 1〜4週目の勤務時間数 合計	(12) 週平均 勤務時間数	(13) 業務状況 (業務先及び業務する 職務の内容) 等							
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目						
					1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水				29 木	30 金					
1					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
2					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
3					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
4					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
5					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
6					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
7					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
8					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
9					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
10					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
11					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
12					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
13					シフト記号																										0	0										
					勤務時間数																										0	0										
(14)	サービス提供時間内の勤務延時間数			理学療法士																																						
				作業療法士																																						
				言語聴覚士																																						
				看護職員																																						
				介護職員																																						
				経歴を有する看護師																																						
				他のリハビリテーション提供者																																						
(15)	利用者数																																									



<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			サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄	
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	9:00	17:30	1:00	7.5	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			0:00	0			0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0			0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0			0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0			0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0:00	0	
21	u				1					1	
22	v				2					2	
23	w				3					3	
24	x				4					4	
25	y				4					3	
26	z				5					5	
27	休				0					0	休日
28	-										
29	-										
30	-										

- ・職種ごとの勤務時間を「〇:〇〇～〇:〇〇」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No1～20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、入力補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- ・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も構いません。
- ・通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。(上記「U」列)

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1)(平成24年3月16日)

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

(答) 労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員(居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員)が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護(療養通所介護は除く)に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

《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 (通所リハビリテーション)



…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) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。(送迎時間は含まれません。)

(6) 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	備考
1	医師	
2	理学療法士	
3	作業療法士	
4	言語聴覚士	
5	看護職員	
6	介護職員	
7	経験を有する看護師	通所リハビリテーション又はこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師とします。
8	他のリハビリテーション提供者	定期的に適切な研修(※)を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師とします。

(※) 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修であって、関係学会等により開催されているものを指します。

具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当します。

(7) 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。)

(8) 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。)

保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。

※選択した資格及び研修に関して、**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。**

(9) 従業者の氏名を記入してください。

(10) 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。

(11) 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。

(12) 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。

(13) 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。

(14) 各職種(医師を除く)のサービス提供時間内に勤務する時間数の合計(勤務延時間数)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。

(15) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数(予定の場合は定員数)を入力してください。

#### 【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、各事業所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。

(参考様式2)

平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(日本産業規格A列4番)

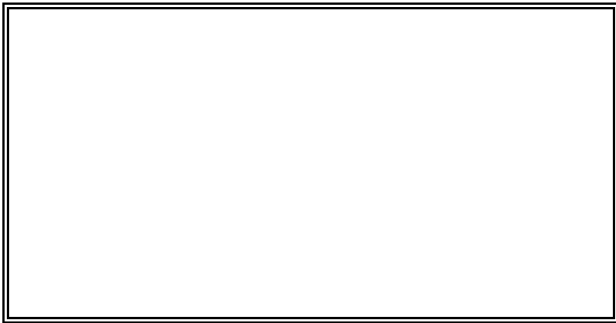
## 事業所の写真

◆ 次のカラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

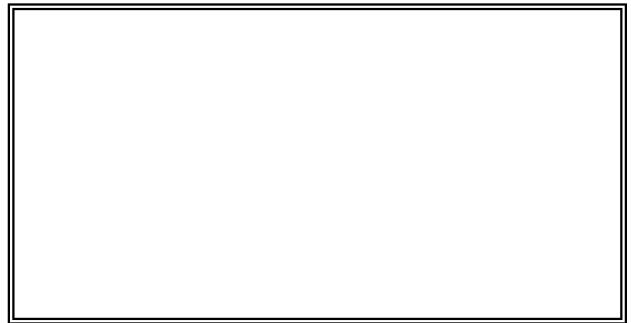
写真は、台紙に4枚貼れるくらいの大きさをお願いいたします。パソコンで取り込んだ写真でも結構です。

事業所又は施設の名称	
------------	--

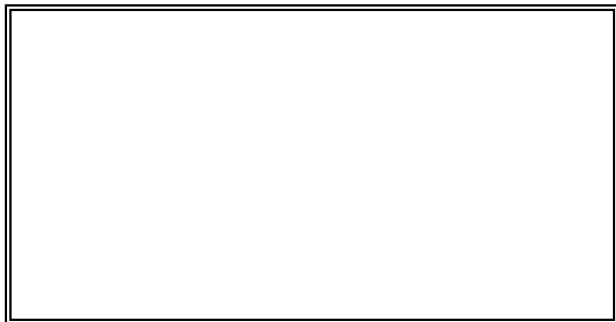
①建物外観



②事務室

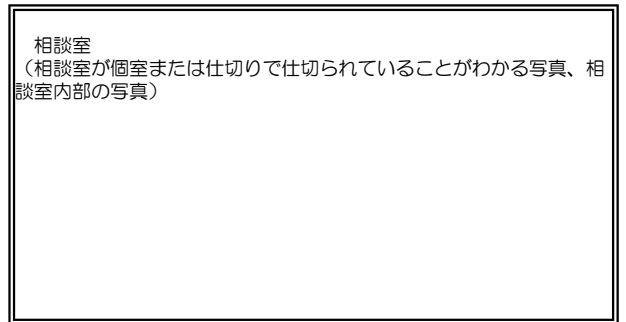


③鍵付書庫



④相談室

相談室  
(相談室が個室または仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真)



## 事業所評価加算算定基準判定結果通知について

同封されている通知「事業所評価加算算定基準判定結果について」は令和5年10月15日までに「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」にて

「事業所評価加算（申出）の有無」を「あり」として届け出た事業所に送付しています。

※令和5年度以前から届出を行っており、引き続き申出「あり」となっている事業所も含まれます。

※令和5年10月16日以降廃止した事業所については、送付しておりません。

※本通知は、介護予防訪問リハビリテーションが対象となります。

### ●通知において「5 審査結果」が「適合」となっている事業所の方へ

令和6年度においては事業所評価加算を算定することが可能ですが、今年度（令和5年度）当該加算を算定していなかった事業所においては、利用者に対して、加算算定に伴う利用料増額について十分な説明をしていただきますようお願いいたします。

### ●通知において「5 審査結果」が「不適合」となっている事業所の方へ

令和6年度においては事業所評価加算を算定することはできません。

不適合理由といたしましては、次頁「3 単位数・算定基準」に示しました2つの基準（厚生労働大臣が定める基準106の4のイ、ロ）のうち、いずれかの基準が満たされていないことによります。

貴事業所において満たされていない基準については、通知における「6 不適合理由」に記載されているとおりです。

**基準内容の詳細については次頁以降をよくご確認ください。**

### 事業所評価加算とは

効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間（各年1月1日から12月31日までの期間をいう。）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価対象期間の翌年度における介護予防訪問リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。

# 事業所評価加算について

## 1 評価対象事業所

以下の要件に該当する事業所を抽出して評価を実施

- (1) 令和5年10月15日までに「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」にて、「事業所評価加算（申出）の有無」を「2・あり」として届出を行った事業所
- (2) 「リハビリテーションマネジメント加算」を「2・あり」として届出を行った事業所

## 2 評価対象期間

令和5年1月1日から同年12月31日までの期間

## 3 単位数・算定基準

事業所評価加算 1月につき120単位

注 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介護予防訪問リハビリテーション事業所において、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。

※ 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106の4）の内容は次の

### イ、ロのとおり。

（評価対象期間において、イ、ロの2つの基準を満たしていなければ本加算算定不可）

イ

評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること。

ロ

- (2)の規定により算定した数を(1)に規定する数で除して得た数が0.7以上であること
- (1) 評価対象期間において、法第33条第2項に基づく要支援更新認定又は法第33条の2第1項に基づく要支援状態区分の変更の認定(以下「要支援更新認定等」という。)を受けた者の数
- (2) 評価対象期間に行われる要支援更新認定等において、当該要支援更新認定等の前の要支援状態区分と比較して、要支援状態区分に変更がなかった者(指定介護予防支援事業者が介護予防サービス計画に定める目標に照らし、当該指定介護予防サービス事業者によるサービスの提供が終了したと認める者に限る。)の数に、要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等により要支援1と判定されたもの又は要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援1の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数及び要支援更新認定等の前の要支援状態区分が要支援2の者であって、要支援更新認定等により非該当と判定されたものの人数の合計数に2を乗じて得た数を加えたもの

(基準□の算定式)

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を} \\ \text{3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数} (※)} \geq 0.7$$

(※)更新・変更認定については、当該認定が各年10月末日までになされた場合、当年12月末までに評価対象受給者であるか否かが確定することから、翌年度の事業所評価加算に係る評価対象受給者となるが、当該認定が11月以降の場合には、翌々年度の加算に係る評価対象受給者となる。

(参考様式)

## 令和5年度における通所リハビリテーション費の算定区分の確認について

指定通所リハビリテーションの報酬を算定するに当たっては、前年度の実績(令和4年4月～令和5年2月)に基づき、当該事業所(令和5年度)の事業所規模が決定されます。下記に従い令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数を計算してください。

**1 令和4年度の実績(4月から2月まで)が6月以上あるか。**

- はい →2へ
- いいえ →B(例外式)に従って計算してください。

※令和4年10月1日以降に指定を受けた事業所は「いいえ」になります。

**2 令和5年4月1日に定員を前年度より25%以上変更するか。**

- はい →B(例外式)に従って計算してください。
- いいえ →A(算定式)に従って計算してください。

A(算定式)		令和4年度の1月当たりの平均利用延人員数を計算してください。(2月サービス提供分まで)														
		計算にあたっては、必ず「別紙1：計算方法」をご確認ください。														
		令和4年											令和5年		4月～2月	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計			
通所リハビリテーション ※1	1時間以上2時間未満	1/4													/	
	2時間以上3時間未満及び3時間以上4時間未満	1/2														
	4時間以上5時間未満及び5時間以上6時間未満	3/4														
	6時間以上7時間未満及び7時間以上8時間未満	1														
介護予防通所リハビリテーション ※2・3	①	2時間未満	1/4													/
		2時間以上4時間未満	1/2													
		4時間以上6時間未満	3/4													
		6時間以上	1													
	②	同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数	1													/
各月の利用延人員数																
毎日事業を実施した月(○印) ※3		6/7														
合計																
<b>【留意事項】</b> ※1 各月の通所リハビリテーションを利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。 ※2 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定をあわせて受け、通所リハビリテーションと一体的に実施している場合は、以下の <b>いずれか</b> を行ってください。 ・①に、各月の介護予防通所リハビリテーションを利用した人数を、利用時間ごとに記入。 ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 (例：ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は132人となる。) ※3 1月間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。) 													(a)			
											通所リハビリテーション費等を算定している月数(3月を除く)		(b)			
											平均利用延人員数 (a÷b)		(c)			

B(例外式)	利用定員の90%に、予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数で算定してください。					
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">定員</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(人)</td></tr> </table> × 0.9 × <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">月平均営業日数</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(日)</td></tr> </table> = <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr><td style="text-align: center;">平均利用延人員数[B]</td></tr> </table>	定員	(人)	月平均営業日数	(日)	平均利用延人員数[B]	<small>※小数点以下切り捨て</small>
定員						
(人)						
月平均営業日数						
(日)						
平均利用延人員数[B]						

◆計算結果

・750人以下の場合	→通常規模型通所リハビリテーション費
・750人超～900人以下の場合	→大規模型通所リハビリテーション費(Ⅰ)
・900人超の場合	→大規模型通所リハビリテーション費(Ⅱ)

※平均利用延人員数は、小数点以下も含めて判断します。  
 (例)計算結果が「750.001…」の場合は大規模(Ⅰ)  
 →その場合、[A]または[B]に「750.001」と記載してください。



## 平均利用延人員数を計算するにあたっての注意事項〔通所リハビリテーション実施〕

## 注1) 平均利用延人員数の算定にかかる利用者数の取扱い

平均利用延人員数の算定にあたっては、利用者ごとに下記の通り取扱うこと。

## ● 平均利用延人員数に含める利用者

- ア 保険給付の対象となる通所リハビリテーションの提供を受けた利用者  
 イ 指定通所リハビリテーション事業者が一体的に事業を実施している指定介護予防通所リハビリテーションの利用者  
 (老企第36号 第二 8(8) ①)  
 ウ 通所リハビリテーションの利用者と一体的にサービスを提供している自費利用者(支給限度額を超えたため全額自己負担により通所リハビリテーションの提供を受けた利用者を含む。)

## ● 平均利用延人員数に含めない利用者

- ア 指定通所リハビリテーション事業者が一体的に事業を実施しない指定介護予防通所リハビリテーションの利用者(単位を分けて行っている場合等)  
 (老企第36号 第二 8(8) ①)  
 イ 第1号通所事業の利用者  
 ウ 障害者総合支援法に基づくサービスの利用者  
 エ 特定施設入居者生活介護の外部サービス利用者  
 オ 暫定ケアプランによりサービス提供を受けている利用者

## 注2) 「所要時間が6時間以上の利用者」以外の利用者を受け入れている場合

平均利用延人員数の計算に当たっては、1時間以上2時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上3時間未満の報酬を算定している利用者及び3時間以上4時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、4時間以上5時間未満の報酬を算定している利用者及び5時間以上6時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。

また、平均利用延人員数に含むこととされた指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、指定介護予防通所リハビリテーションの利用時間が2時間未満の利用者については、利用者数に4分の1を乗じて得た数とし、2時間以上4時間未満の利用者については、利用者数に2分の1を乗じて得た数とし、利用時間が4時間以上6時間未満の利用者については、利用者数に4分の3を乗じて得た数とする。ただし、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。  
 (老企第36号 第二 8(8) ②)

### 注3) 暦月を通じて毎日事業を実施した月があった場合

1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における利用延人員数は、当該月の利用延人員数にのみ7分の6を乗じた数とする。（※小数点第3位を四捨五入。）

（老企第36号 第二 8(8) ②）

〔具体例〕6月から10月まで毎日営業した事業所の利用延人員数の合計

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計
延べ人数	305.00	310.50	340.75	345.50	339.25	345.50	350.75	309.50	300.75	310.50	301.00	-
×6/7	-	-	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64					-
最終人数	305.00	310.50	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	309.50	300.75	310.50	301.00	<u>3313.03</u>

→ 利用延べ人数（4月～2月）…3313.03人

平均利用延人員数=3313.03人÷11ヶ月=301.184…人

（「介護サービス関係 Q&A」（平成24年3月30日付介護保険最新情報 Vol.273）問10）

### 注4) 2単位以上で事業を実施している場合

同一事業所で2単位以上の通所リハビリテーションを提供する場合、規模別報酬に関する利用者の計算はすべての単位を合算して行う。

（「介護サービス関係 Q&A」（平成21年3月23日付介護保険最新情報 Vol.69）問52）

### 注5) 計算上における端数処理について

注3) に従い7分の6を乗じた数を除き、計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わないこと。

（「介護サービス関係 Q&A」（平成24年3月30日付介護保険最新情報 Vol.273）問10）

### 注6) 平均利用延人員数を前年度の実績に基づいて算出しない場合

前年度（4月から2月まで）の実績が6月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）又は前年度から定員を概ね25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される1月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。（老企第36号 第二 8(8) ③）

都内介護サービス事業所・施設 御中

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課

介護現場における利用者・ご家族等からのハラスメントに関する法律相談窓口及び  
職員向け電話相談窓口の開設について

平素より、東京都の高齢者福祉・保健行政に、御理解・御協力をいただき有難うございます。  
このたび、下記のとおり、介護現場におけるハラスメントに係る2つの相談窓口を開設いたしましたので、御活用ください。

記

< 法律相談窓口 >

東京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から、利用者やそのご家族等から職員に対するハラスメントに関する対応について、法的根拠に基づき、弁護士が相談に応じます。ご相談はメールでお受けいたします。

< 介護職員向け相談窓口 >

東京都内に所在する介護サービス事業所・介護保険施設で働く介護職員の皆様から、介護現場におけるハラスメントに関するお悩みについて、介護現場に詳しい相談員がお聞きいたします。

詳細については、以下の URL または QR コードよりご確認ください。

< 東京都社会福祉協議会 HP >

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



東京都福祉保健局高齢社会対策部  
介護保険課介護事業者担当

## 4 介護給付費の請求事務に関する留意点

通所リハビリテーション

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

I. 介護給付費請求明細書の記載及び計算方法

要介護認定者の場合[様式2]

事例(1) \* 短期集中個別リハビリテーション実施加算算定の場合【介護保険単独】

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	通所リハ I 111	161101	366	8	2928			
通所リハ短期集中個別リハ加算	165613	110	8	880			20230501	

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	16 通所リハ						給付率(/100)	
	③サービス実日数	8 日						保険	90
	④計画単位数	3808						公費	
	⑤限度額管理対象単位数	3808						合計	
	⑥限度額管理対象外単位数								
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	3808							
	⑧公費分単位数								
	⑨単位数単価	1000 円/単位							
	⑩保険請求額	34272							34272
	⑪利用者負担額	3808							3808
	⑫公費請求額								
	⑬公費分本人負担								

病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日又は要介護認定を受けた日を記載すること。  
例 20230501 (退院(所)日が2023年5月1日の場合)

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者に対して、その退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、1日につき110単位を加算する。ただし、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

事例(2)【公費併用】(1)の事例を公費併用とした場合

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	通所リハ I 111	161101	366	8	2928	8	2928	
通所リハ短期集中個別リハ加算	165613	110	8	880	8	880	20230501	

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	16 通所リハ						給付率(/100)	
	③サービス実日数	8 日						保険	90
	④計画単位数	3808						公費	100
	⑤限度額管理対象単位数	3808						合計	
	⑥限度額管理対象外単位数								
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	3808							
	⑧公費分単位数	3808							
	⑨単位数単価	1000 円/単位							
	⑩保険請求額	34272							34272
	⑪利用者負担額								
	⑫公費請求額	3808							3808
	⑬公費分本人負担								

「公費」の給付率は「100(%)」と記載

38,080(総費用額) - 34,272(保険請求額) = 3,808(公費請求額)

事例(3) 【生活保護単独・被保険者番号がHから始まる場合】 (1)の事例を生保単独とした場合

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費 分 回数	公費対象単位数	摘要
		通所リハ I 111	1 6 1 1 0 1	3 6 6	8	2 9 2 8	8	2 9 2 8
	通所リハ短期集中個別リハ加算	1 6 5 6 1 3	1 1 0	8	8 8 0	8	8 8 0	20230501
請求額 集計欄	①サービス種類コード/②名称	1 6 通所リハ						
	③サービス実日数	8 日		日				
	④計画単位数	3 8 0 8						
	⑤限度額管理対象単位数	3 8 0 8						
	⑥限度額管理対象外単位数							
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	3 8 0 8						
	⑧公費分単位数	3 8 0 8						
	⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位		円/単位		円/単位		円/単位
	⑩保険請求額							
	⑪利用者負担額							
	⑫公費請求額	3 8 0 8 0						3 8 0 8 0
	⑬公費分本人負担							

生活保護単独のため、  
保険の給付率の記載は不要  
「生活保護」の給付率「100(%)」のみ記載

事例(4) \* 通所リハ重度療養管理加算を算定【介護保険単独】

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
		通所リハ I 123	161203	494	4	1976		
	通所リハ重度療養管理加算	165610	100	4	400			ハ
請求額 集計欄	①サービス種類コード/②名称	16 通所リハ						
	③サービス実日数	4 日						
	④計画単位数	2376						
	⑤限度額管理対象単位数	2376						
	⑥限度額管理対象外単位数							給付率(/100)
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	2376						保険 90
	⑧公費分単位数							公費
	⑨単位数単価	1000 円/単位						合計
	⑩保険請求額	21384						21384
	⑪利用者負担額	2376						2376
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

摘要欄に利用者(要介護3、要介護4又は要介護5)の状態(イからりまで)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。

(例)ハ 中心静脈注射を実施している状態

※所要時間1時間以上2時間未満を算定している場合は算定しない。

【重度療養管理加算を算定する場合の摘要欄への記載】

摘要欄に利用者(要介護3、要介護4又は要介護5)の状態(イからりまで)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。

(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

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



事例(5) \* 定員超過の場合【介護保険単独】 被保険者が7割の場合

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費 分 回数	公費対象単位数	摘要
		通所リハ I 111・定超	1 6 8 1 6 1	2 5 6	4	1 0 2 4		
請求額 集計欄	①サービス種類コード/②名称	1 6 通所リハ						
	③サービス実日数	4 日						
	④計画単位数	1 0 2 4						
	⑤限度額管理対象単位数	1 0 2 4						給付率(/100)
	⑥限度額管理対象外単位数							
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1 0 2 4						保険
	⑧公費分単位数							公費
	⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						合計
	⑩保険請求額	7 1 6 8						7 1 6 8
	⑪利用者負担額	3 0 7 2						3 0 7 2
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている場合は、介護給付費が70%に減額となります。

平成30年8月サービス分より、一定の所得がある被保険者は給付率が70%になりました。

事例(6) \* 医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員が欠員の場合【介護保険単独】

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費 分 回数	公費対象単位数	摘要
		通所リハ I 111・人欠	1 6 9 1 6 1	2 5 6	4	1 0 2 4		
請求額 集計欄	①サービス種類コード/②名称	1 6 通所リハ						
	③サービス実日数	4 日						
	④計画単位数	1 0 2 4						
	⑤限度額管理対象単位数	1 0 2 4						給付率(/100)
	⑥限度額管理対象外単位数							
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1 0 2 4						保険
	⑧公費分単位数							公費
	⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位						合計
	⑩保険請求額	9 2 1 6						9 2 1 6
	⑪利用者負担額	1 0 2 4						1 0 2 4
	⑫公費請求額							
	⑬公費分本人負担							

人員基準欠如の場合は、介護給付費が70%に減額になります。

要支援認定者の場合[様式2の2] 「介護予防」

事例(7)

【介護保険単独】

給付費 明細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費		摘要
						分 回数	対象単位数	
	予防通所リハビリ11	6611111	2053	1	2053			

## II. 地域単価について

【介護報酬 通所リハ 1単位単価】

地 域 区 分		地域単価
1級地	東京都23区	11.10
2級地	町田市・狛江市・多摩市	10.88
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	10.83
4級地	立川市・昭島市・東大和市	10.66
5級地	福生市(6)・あきる野市・日の出町	10.55
6級地	武蔵村山市・羽村市・瑞穂町(7)・奥多摩町・檜原村(7)	10.33
7級地	なし	10.17
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	10.00

※( )内の数字は令和3年3月提供分までの級地を示す

### Ⅲ．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。

## ☆受給者別審査決定情報 << 事例 >>

ご利用者様のサービス提供月、サービス種類ごとに決定された実績情報を一覧で確認できます。

### 令和5年6月審査分

	サービス提供年月	証記載保険者	被保険者番号	被保険者氏名	サービス種類	請求単位数	決定単位数	決定金額	介護給付費	合計	区分
①	202303	13XXXX	1111111111	ヲダ 伊ロウ	17	1,530	1,530	15,300	13,770	13,770	保留復活
②	202303	13XXXX	2222222222	チュウオウ シロウ	11	0	-3,639	-40,210	-36,189	-36,189	過誤取消
③	202303	13XXXX	2222222222	チュウオウ シロウ	11	3,435	3,435	37,956	34,160	34,160	
④	202304	13XXXX	3333333333	ミナ ミツコ	17	0	975	9,750	8,775	8,775	給付管理票修正
⑤	202304	13XXXX	4444444444	シジユク シロウ	17	1,650	1,650	16,500	14,850	14,850	
⑥	202305	09XXXX	0000000001		11	21,837	21,837	241,298	217,168	217,168	
⑦	202305	13XXXX	3333333333	ミナ ミツコ	11	6,889	6,889	76,123	68,510	68,510	
⑧	202305	13XXXX	3333333333	ミナ ミツコ	17	900	450	4,500	4,050	4,050	
⑨	202305	13XXXX	4444444444	シジユク シロウ	61	4,010	0	44,310	39,879	39,789	保留
⑩	202305	13XXXX	5555555555	ブンキョウ サツキ	17	125	0	1,250	1,125	1,125	返戻
⑪	202305	13XXXX	6666666666	タイウ ムツミ	11	822	0	0	0	0	
⑫	202305	13XXXX	7777777777	スマダ シロウ	67	750	750	7,500	6,750	6,750	

- ① 以前提出した3月サービス分が、給付管理票が提出されていない為、保留となっていたが、6月審査において、給付管理票の提出があり保留復活。
- ② 以前確定したチュウオウ シロウさん3月サービス分 3,639 単位を過誤。(-3,639 単位)
- ③ ②で過誤した明細書の正しい請求、チュウオウ シロウさん3月サービス分 3,435 単位を同月に再請求して確定。
- ④ 給付管理票の修正により不足していた 975 単位が追加で確定。
- ⑤ 月遅れ請求分(4月サービス分)が確定。
- ⑥ 他県保険者のため、氏名がブランク
- ⑦ ミナ ミツコさん訪問介護 6,889 単位が確定。
- ⑧ ミナ ミツコさん福祉用具貸与 900 単位が 450 単位で確定。増減単位数通知書が-450 単位で出力される。  
⇒ケアマネさんに給付管理票の修正を依頼。  
(450→900 単位に修正依頼,修正月に④同様、給付管理票修正)
- ⑨ 給付管理票の提出がないため保留。  
⇒ケアマネさんに給付管理票の提出を依頼。(修正月に①同様、保留復活)
- ⑩ ブンキョウ サツキさん5月サービス分は、返戻。 ⇒内容を確認して必要により再請求。
- ⑪ 給付管理票の提出はあったが、給付管理票に貴事業所の記載がないため 0 単位で確定。  
増減単位数通知書が-822 単位で出力される。  
⇒ケアマネさんに給付管理票の修正を依頼。(修正月に④同様、給付管理票修正)
- ⑫ 介護予防福祉用具貸与 750 単位で確定。

## **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、指定申請をしなくても、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 ( - 473 - ) / 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  
請します。

※ 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
--------	-------------

・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。

事業所の所在地	〒111-0001 東京都新宿区北新宿1-1-1
---------	-----------------------------

・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】

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。

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 checked="" 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"/> 通所リハビリテーション	<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 checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 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"/> 介護予防福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	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"/> 介護予防支援		<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
				<input type="checkbox"/> 通所型サービス

・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。

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 - 4274 - 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  
廃  
休  
再** **更  
止  
止  
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。

Table with 3 rows: 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。

Large table with 3 columns: Service types (e.g., 訪問介護, 居宅介護, 施設), Status (checked/unchecked), and Category (e.g., 地域密着型サービス, 日常生活支援)

Table for change details: 変更事項 (開設者に関する事項, 事業所に関する事項), 変更年月日, 年 月 日; 休止・廃止 (休止・廃止年月日, 理由), 年 月 日; 再開事項 (再開年月日, 休止年月日, 理由), 年 月 日

※ 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 ( - 477 - ) / 担当者氏名 ( )

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
	<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"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<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"/>	<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 - 2478 - 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、休

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 - 2479 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )

記入例(休止の場合)

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

※該当事項を○で囲んでください。

・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。

Table with 3 columns: Service Category, Service Name, and Selection Status. Includes categories like 居宅介護, 施設, and 地域密着型サービス.

・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。

Table for Change/Stop/Restart items. Includes fields for: 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4月3日  
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

【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

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。

連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2480 - 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。

Table with 3 columns: Service Category, Service Name, and Selection. Includes categories like 居宅介護, 施設, and 地域密着型サービス. 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。・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。

Table for Change/Stop/Restart items. Includes fields for: 変更事項 (開設者に関する事項, 事業所に関する事項), 変更年月日, 休止 (休止・廃止年月日, 理由), 再開 (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 - 2481 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )