

介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

- 1 このことについては、平成11年9月17日開催の全国介護保険担当課長会議において、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設(以下「介護保険事業者」という。)の介護報酬の骨格案を前提として、都道府県で管理し、提供すべきと考えられる介護保険事業者の情報について「介護報酬加算等状況一覧表」としてお示したところであるが、今般、医療保険福祉審議会に、指定居宅サービスに要する費用の額の算定方法(仮称)、指定居宅介護支援に要する費用の算定方法(仮称)、指定施設サービス等に要する費用の額の算定方法(仮称)※及び厚生大臣が定める一単位の単価(仮称)(以下「告示案」という。)が諮問されたことに伴い、諮問された告示案を前提に「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」として、整理し直したものを、改めてお示しするものである。

※正式名称は「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」「指定供託介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」「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」となる予定

- 2 整理に当たっての考え方は、前回示したものと同じであるが、
 - ①告示案において、事前に都道府県知事に対し届出が求められている事項
 - ②都道府県知事に対し届出が求められている事項ではないが、介護支援専門員が居宅サービス計画を策定する際に支給限度額を管理する上で必要と考えられる事項について整理したものである。

- 3 告示案の答申後の介護給付費の算定等に係る届出からWAM NETでの情報提供までの標準的なスケジュールについて

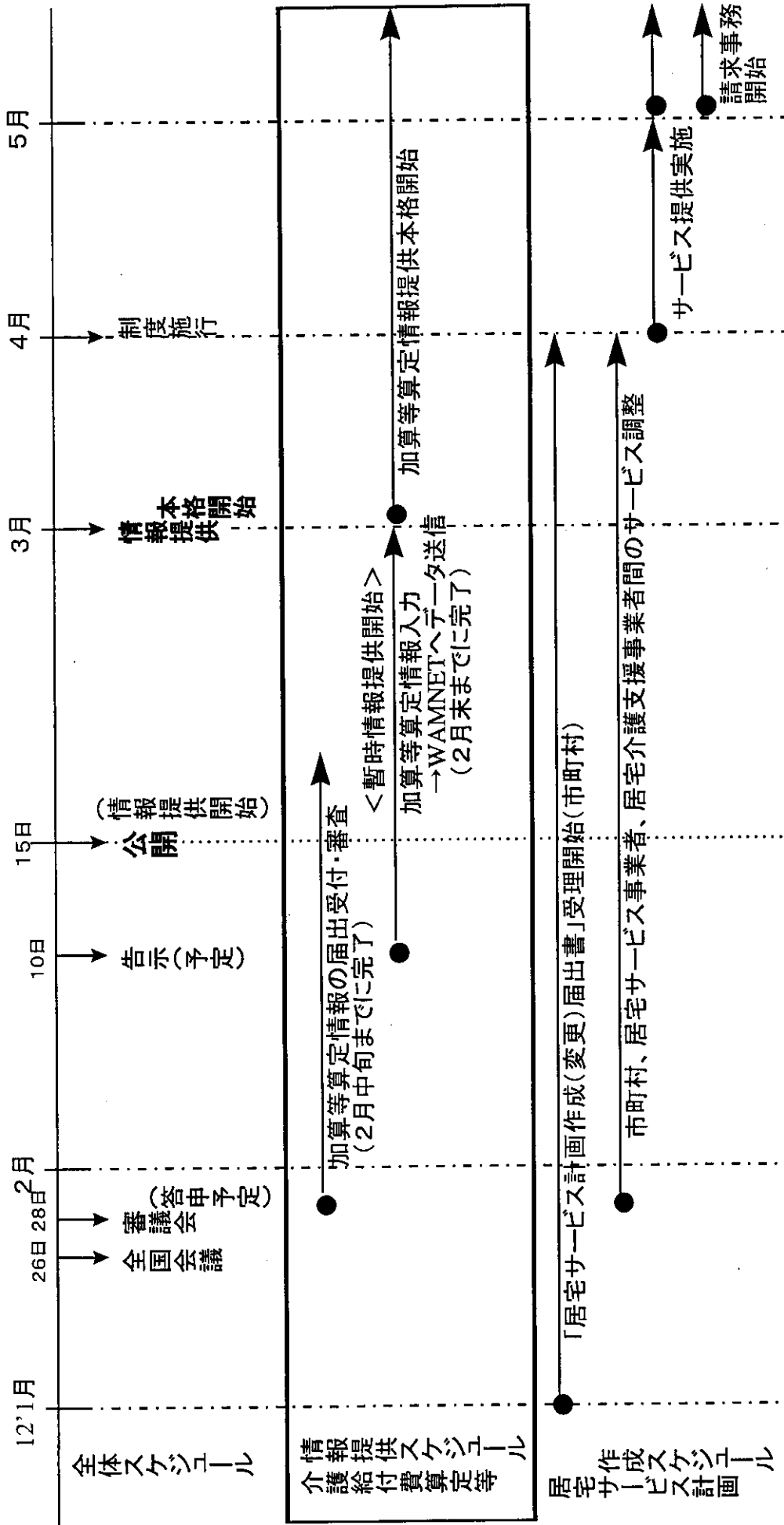
社会福祉・医療事業団のWAM NETを活用した情報提供に関する標準的なスケジュールは、別添のとおりであるが、大まかな事務の流れは以下のとおりである。

- ・2月上～中旬……事業者からの届出の受理・審査(2月中旬を目処に完了)
- ・2月中旬(正式告示後)以降……WAM NETへの情報の送信開始
- ・2月15日……WAM NETでの情報提供一部開始
- ・3月1日……情報提供本格開始

情報提供の遅れはケアプランの作成に多大な影響を及ぼすことが考えられることから、「介護給付費算定等に係る情報提供に関する優先順位の基本的考え方」を参考に、出来るだけ効率的かつ有効な情報提供が行われるよう特段の御配慮をお願いしたい。

(別添)

答申後の介護給付費の算定等に係る届出からWAM NETでの情報提供までの標準的なスケジュール



★介護給付費算定等に係る情報提供に関する優先順位の基本的考え方

- ①次に掲げる事業所
 - ・居宅サービス事業所のうち、これまでに指定を受けた事業所
 - ・訪問看護事業所のうち現に老人保健法に基づく指定を受けている老人訪問看護ステーション及び医療機関が実施する場合であって既に加算の届出がなされているもの
 - ・老人保健施設が実施する通所リハビリテーション事業所
- ②①に掲げる以外の居宅サービス事業所
- ③介護保険施設

- ・老人保健施設が実施する場合及び介護療養型医療施設の指定に伴いみなし指定がされる短期入所療養介護事業所

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(参考例) <指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

所在地

名称

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	-----				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
		(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		
事業所 の 状 況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				

	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地 以外の場所で一部実施 する場合の事業所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				

	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 郡市				

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			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	痴呆対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了	
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
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、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所等の所在地」について、複数の事業所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書(参考例) <基準該当事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

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

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

関係書類 別添のとおり							

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

7 「市町村が定める率」欄には、厚生大臣が定める基準により算定した費用の額に対する市町村が定める率を記載してください。

8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所等の所在地」について、複数の事業所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

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	割引率
11 訪問介護 各サービス共通	1 訪問看護ステーション	1 単独型	1 特別区 2 特甲地 3 甲地 4 乙地 5 その他	1 特別区 2 特甲地 3 甲地 4 乙地 5 その他	/100
			特別地域加算	1 なし 2 あり	/100
			特別地域加算	1 なし 2 あり	/100
12 訪問介護 訪問介護	2 病院又は診療所	2 併設型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			1 単独型	1 なし 2 あり	
13 訪問看護	1 単独型	1 単独型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
15 通所介護	1 単独型	1 単独型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
16 通所リハビリテーション	1 通常病後の医療機関 2 小規模診療所 3 介護老人保健施設	1 単独型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
17 福祉用具貸与	1 単独型	1 単独型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
21 短期入所生活介護	1 単独型 2 併設型 並床型	1 I型 2 II型 3 III型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
22 短期入所療養介護	1 介護老人保健施設	1 I型 2 II型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
23 短期入所療養介護	1 病院療養型 2 診療所療養型 3 病巣療養型 4 基準適合診療所型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
32 病巣対応型共同生活介護	1 単独型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
33 特定施設入所者生活介護	1 単独型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	
43 居宅介護支援	1 単独型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 訪問看護ステーション	1 なし 2 あり	
			2 併設型	1 なし 2 あり	

介護費用算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号

Table with columns: 提供サービス (Service Provided), 施設等の区分 (Facility Type), 人員配置区分 (Staffing Type), その他該当する体制等 (Other Applicable Systems), 索引率 (Index Rate). Rows include services like 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, and 介護療養型医療施設.

介護療養施設
備考1 事業所・施設において、施設長の職務を分担する体制等(特設第1号)又はこれに準じた勤務制等を添付してください。
備考2 人員配置については、勤務体制がわかる書類(従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(特設第1号)又はこれに準じた勤務制等を添付してください。
備考3 「その他該当する体制等」特別加算(減算)については、「緊急時訪問看護加算」特別管理体制作出削減(特設第3号)を添付してください。
備考4 「その他該当する体制等」特別加算(減算)については、それら加算(減算)については、それぞれ加算(減算)の要件となる職員(配置状況)を添付してください。
備考5 「その他該当する体制等」特別加算(減算)については、それら加算(減算)の要件となる職員(配置状況)を添付してください。
(例)「機能訓練指導員」…機能訓練指導員(「食事提供体制」)…調理従事者(管理栄養士・栄養士)の配置状況(添付してください。
(1) 看護職員、介護職員(知床型)を実施している場合は、看護職員、介護職員に欠員が生じた場合は、「一般型」を選択してください。
(2) 医師(病院)において従事する者を除き、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員(病院)において従事する者を除き、介護従事者の欠員…その他該当する体制等(欄)の欠員該当職種のみ選択する。(人員配置区分欄の変更は行わない。)
(3) 医師の欠員(病院)において従事する者に限る。…指定基準の60%を満たさない場合は、「一般型」を選択する。(人員配置区分欄の変更は行わない。)
ただし、事業所・施設が以下の地域に所在する場合は、「その他該当する体制等」欄のみを選択する。(人員配置区分欄の変更は行わない。)
<厚生大臣が定める地域>
1 鹿児島県(昭和28年法律第72号)第2条第1項の規定により指定された鹿児島県(昭和37年法律第88号)第2条第1項に規定する地域
2 山形県(昭和40年法律第64号)第7条第1項の規定により指定された山形県
3 山形県(昭和40年法律第64号)第7条第1項の規定により指定された山形県
4 過疎地域活性化特別措置法(平成22年法律第15号)第2条第1項に規定する過疎地域
なお、病院におけるサージについて医師の欠員がある場合は、かつ、事業所・施設が上記地域に所在する場合は、(1)に掲げる職種のうち人員配置区分欄の最も右にある人員配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の介護支援専門員を選択する。
※なお、詳細については、別に定める告示を参照してください。
注1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合で、短期入所生活介護の空床型を実施する場合は、短期入所生活介護の空床型における届出事項で介護老人福祉施設の出と重複するものの届出は不要です。
注2 介護老人保健施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護老人保健施設の出と重複するものの届出は不要です。
注3 介護療養型医療施設に係る届出をした場合には、短期入所療養介護における届出事項で介護療養型医療施設の出と重複するものの届出は不要です。
注4 短期入所療養介護及び介護療養型医療施設にあっては、同一施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに届け出てください。
注5 「食事提供の状況」欄の「別表第二」とは、「指定施設サージ」に示した「食事の提供に要する費用の額の算定表(案)」をいいます。

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

事業所番号
-------	-------

提供サービス 各サービス共通	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等							
			1 特別区 なし 2 あり	2 特甲地 なし 2 あり	3 甲地	4 乙地	5 その他			
11 訪問介護	1 訪問看護ステーション									
	2 病院又は診療所									
13 訪問看護	1 単独型									
	2 併設型	1 痴呆型 2 一般型								
15 通所介護										

備考1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する場合について記載することとし、複数事業所を有する場合は事業所ごとに提出してください。
 2 通所介護の「食事提供体制」については、本体事業所が体制を整えており、本体施設から食事が提供される場合には「食事提供体制あり」として提出してください。

※ 上記に掲げる項目のほか、医療保険福祉審議会の審議の状況により届出を求めらるる事項について修正される場合が考えられるので留意願いたい。

(様式第1号)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分) サービス種類()
事業所・施設名()

「人員配置区分一型」又は「該当する体制等」 [入所(利用)定員(見込)数等 名]

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
(記載例一1)			①	①	③	②	④	①	④																								
(記載例一2)			a	b	a	b	c	d	e																								

<配置状況>

看護職員:介護職員

(:)

看護婦(士):准看護婦(士)(日中)

(:)

看護婦(士):准看護婦(士)(夜間)

(:)

備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。

3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

(記載例1ー勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)

(記載例2ーサービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。

4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

5 常勤換算が必要なものについては、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

6 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

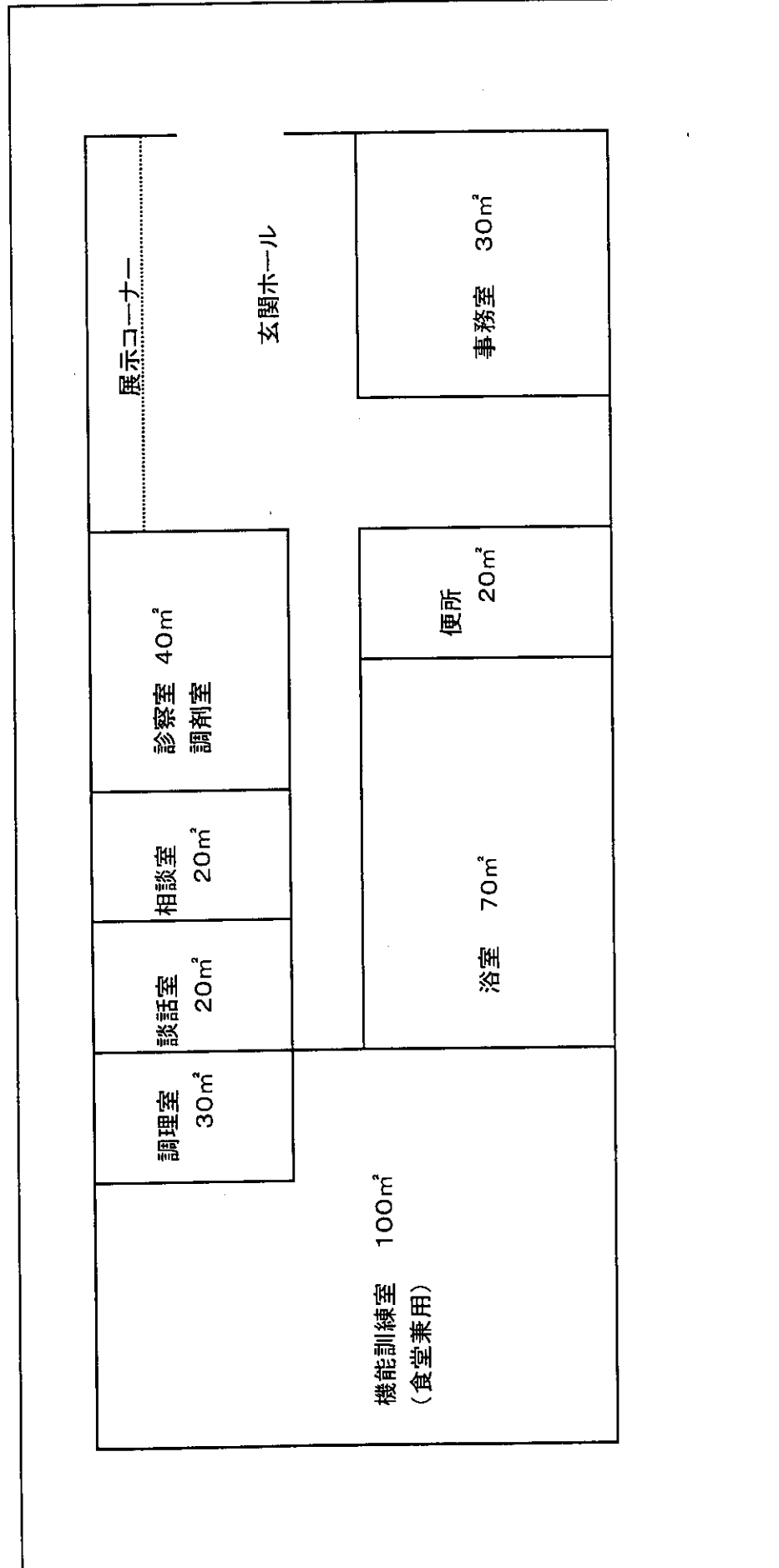
7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

8 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません)。

様式第2号)
平面図

事業所・施設の名称

「該当する体制等」



備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。

2 当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けし易く表示してください。

(様式第3号)

緊急時訪問看護加算・特別管理体制届出調書

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

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保健婦(士)	人	常勤	人	非常勤	人
看護婦(士)	人	常勤	人	非常勤	人
准看護婦(士)	人	常勤	人	非常勤	人

② 連絡方法

③ 連絡先電話番号

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

2 特別管理加算に係る内容

① 24時間連絡体制加算を算定できる体制を整備している。	有 ・ 無
② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。	有 ・ 無
③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。	有 ・ 無

備考 緊急時の訪問看護又は特別管理のいずれか一方又は両方について、体制を敷いている場合について提出してください。

(様式第4号)

基本食事サービス費届出調書

1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了																								
2 食事提供の状況	① 別表第二注1該当 ② 別表第二注2イ該当 ③ 別表第二注2ロ該当																								
3 施設種別	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ 介護療養型医療施設																								
4 施設概要	① 入所者数又は指定を受けた病床数 人・床 ② 総患者数(うち介護保険適用患者数)(※療養型のみ) 人(人)																								
5 食事療養の概要	① 食事療養部門の名称 ② 責任者職・氏名 職 氏名																								
6 業務委託の状況	① 業務委託の有無 有 ・ 無 ② 委託先 ③ 施設(病院)内受託責任者氏名 ④ 委託契約書(添付すること。) ⑤ 施設(病院)外調理の有無 有 ・ 無																								
7 栄養士等の数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>管理栄養士</td> <td>人</td> <td>常 勤</td> <td>人</td> <td>非常勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>栄養士</td> <td>人</td> <td>常 勤</td> <td>人</td> <td>非常勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>調理師</td> <td>人</td> <td>常 勤</td> <td>人</td> <td>非常勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>給食業務従事者</td> <td>人</td> <td>常 勤</td> <td>人</td> <td>非常勤</td> <td>人</td> </tr> </table>	管理栄養士	人	常 勤	人	非常勤	人	栄養士	人	常 勤	人	非常勤	人	調理師	人	常 勤	人	非常勤	人	給食業務従事者	人	常 勤	人	非常勤	人
管理栄養士	人	常 勤	人	非常勤	人																				
栄養士	人	常 勤	人	非常勤	人																				
調理師	人	常 勤	人	非常勤	人																				
給食業務従事者	人	常 勤	人	非常勤	人																				
8 給食の栄養量	給食の1日平均栄養量 熱量 キロカロリー たん白質 グラム																								
9 適時適温の食事状況	① 夕食時刻 午後 時 分 ② 使用器具等の状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>保温・保冷配膳車</td> <td>台(社名及び製品名)</td> <td>(人用)</td> </tr> <tr> <td>保温配膳車</td> <td>台(社名及び製品名)</td> <td>(人用)</td> </tr> <tr> <td>保温トレイ</td> <td>枚(社名及び製品名)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">保温食器</td> <td>茶碗</td> <td>個(社名及び製品名)</td> </tr> <tr> <td>汁碗</td> <td>個(社名及び製品名)</td> </tr> <tr> <td>皿</td> <td>枚(社名及び製品名)</td> </tr> </table>	保温・保冷配膳車	台(社名及び製品名)	(人用)	保温配膳車	台(社名及び製品名)	(人用)	保温トレイ	枚(社名及び製品名)		保温食器	茶碗	個(社名及び製品名)	汁碗	個(社名及び製品名)	皿	枚(社名及び製品名)								
保温・保冷配膳車	台(社名及び製品名)	(人用)																							
保温配膳車	台(社名及び製品名)	(人用)																							
保温トレイ	枚(社名及び製品名)																								
保温食器	茶碗	個(社名及び製品名)																							
	汁碗	個(社名及び製品名)																							
	皿	枚(社名及び製品名)																							
10 その他	③ 調理場に隣接する食堂の有無 有 ・ 無 ① 特別食の食数 ② 入所者(患者)年齢構成表及び栄養所要量加重平均値、食品構成表、献立表(添付すること。) ③ 職員食の提供状況																								

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

2 総患者数、介護保険適用患者数については、届出前1年間の平均数(新規の場合は見込)を記載してください。

3 管理栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出してください。

4 使用器具については届出時の器具を記載してください。なお、複数の会社の複数の製品を使用している場合は、それぞれについて台数、枚数又は個数を記載してください。

5 保温・保冷配膳車及び保温配膳車については製造業者及び製品名及び何人用かを記載してください。

※「別表第二」とは、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定方法(案)」に示した「食事の提供に要する費用の額の算定表(案)」をいう。

(参考)介護給付費算定に係る情報提供項目等一覧

サービス種類	介護給付費算定に係る加算等の項目													左記以外に提供される項目															
	施設等の区分	人員配置区分	地域区分	特別地域加算	緊急時訪問看護加算	特別管理体制	機能訓練指導体制	食事提供体制	リハビリテーションの加算状況	リハビリテーション提供体制	入浴介助・特別入浴介助体制	送迎体制	職員の欠員による減算の状況	夜間勤務条件基準	(医療法施行規則適用)	常勤専従医師の配置	精神科医師定期的療養指導	療養環境基準	痴呆専門棟	障害者生活支援体制	特定診療費項目								
訪問介護			○	○																			変更予定表示	○	○	1月			
訪問入浴介護			○	○																				サテライト対応表示	○	○	1月		
訪問看護	○		○	○	○																					○	○	1月	
訪問リハビリテーション			○	○																							○	○	1月
通所介護	○		○	○																							○	○	1月
通所リハビリテーション	○		○	○																							○	○	1月
福祉用具貸与			○	○																							○	○	1月
短期入所生活介護	○		○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(介護老人保健施設)			○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(病院療養型)			○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(診療所療養型)			○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(痴呆疾患型)			○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(基準適合診療所型)			○	○																							○	○	12月
短期入所療養介護(介護力強化型)			○	○																							○	○	12月
在宅療養管理指導			○	○																							○	○	1月
痴呆対応型共同生活介護			○	○																							○	○	1月
特定施設入所者生活介護			○	○																							○	○	1月
居宅介護支援			○	○																							○	○	1月
介護老人福祉施設サービス	○		○	○																							○	○	1月
介護老人保健施設サービス			○	○																							○	○	1月
介護療養型医療施設サービス(療養型)			○	○																							○	○	1月
介護療養型医療施設サービス(診療所型)	○		○	○																							○	○	1月
介護療養型医療施設サービス(痴呆疾患型)			○	○																							○	○	1月
介護療養型医療施設サービス(介護力強化型)			○	○																							○	○	1月

「○」印:WAM NET「介護報酬情報提供システムJ」で表示される項目

「△」印:WAM NET「介護報酬情報提供システムJ」で表示されない項目