

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

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
23 短期入所療養介護	1 病室療養型	1 I型 2 II型 3 III型	療養環境基準	1 基準型 2 減算型 I 3 減算型 II 4 減算型 III
			医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用
			夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型 I 3 加算型 II 4 加算型 III 5 減算型
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可
24 短期入所療養介護	2 診療所療養型	1 I型 2 II型	職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導 1 総合リハビリテーション施設 2 理学療法 II 3 理学療法 III 4 作業療法 II 5 言語聴覚療法 I 6 言語聴覚療法 II 7 精神科作業療法 8 その他
			リハビリテーション提供体制	1 基準型 2 減算型 I 3 減算型 II
			療養環境基準	1 対応不可 2 対応可
			送迎体制	1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導
			特定診療費項目	1 総合リハビリテーション施設 2 理学療法 II 3 理学療法 III 4 作業療法 II 5 言語聴覚療法 I 6 言語聴覚療法 II 7 精神科作業療法 8 その他
			リハビリテーション提供体制	1 対応不可 2 対応可
			送迎体制	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員
			職員の欠員による減算の状況	1 精神科作業療法 2 その他
			リハビリテーション提供体制	1 対応不可 2 対応可
32 痴呆対応型共同生活介護	4 基準適合診療所型		夜間ケア	1 なし 2 あり
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 介護従業者
33 特定施設入所者生活介護			機能訓練指導体制	1 なし 2 あり
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員
43 居宅介護支援			特別地域加算	1 なし 2 あり
			機能訓練指導体制	1 なし 2 あり
51 介護老人福祉施設	1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 小規模生活単位型 介護福祉施設 4 小規模生活単位型 小規模介護福祉施設	1 I型 2 II型 3 III型	常勤専従医師配置	1 なし 2 あり
			精神科医師定期的療養指導	1 なし 2 あり
			夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型
			障害者生活支援体制	1 なし 2 あり
			居住費対策	1 対応不可 2 対応可
52 介護老人保健施設		1 I型 2 II型	職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員 4 介護支援専門員
			リハビリテーション機能強化	1 なし 2 あり
			痴呆専門棟	1 なし 2 あり
			夜間勤務条件基準	1 基準型 2 減算型
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 介護支援専門員

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

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			
53 介護療養型医療施設	1 療養型	1 I型 2 II型 3 III型	療養環境基準	1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ 4 減算型Ⅲ			
			医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用			
			夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 4 加算型Ⅲ 5 減算型			
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 介護支援専門員			
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導			
			リハビリテーション提供体制	1 総合リハビリ施設 2 理学療法Ⅱ 3 理学療法Ⅲ 4 作業療法Ⅱ 5 言語聴覚療法Ⅰ 6 言語聴覚療法Ⅱ 7 精神科作業療法 8 その他			
			療養環境基準	1 基準型 2 減算型Ⅰ 3 減算型Ⅱ			
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍指導管理 2 薬剤管理指導			
			リハビリテーション提供体制	1 総合リハビリ施設 2 理学療法Ⅱ 3 理学療法Ⅲ 4 作業療法Ⅱ 5 言語聴覚療法Ⅰ 6 言語聴覚療法Ⅱ 7 精神科作業療法 8 その他			
			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 介護支援専門員			
			リハビリテーション提供体制	1 精神科作業療法 2 その他			
			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			
			介護保険施設				

- 備考1 事業所・施設において、施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。
- 2 「施設等の区分」及び「その他該当する体制等」欄で施設・設備等に係る加算（減算）の届出については、「平面図」(別紙6)を添付してください。
- 3 「人員配置」に係る届出については、勤務体制等に関する書類（「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(別紙7)又はこれに準じた勤務形態表)を添付してください。
- 4 「割引」を「あり」と記載する場合は「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引」に係る割引率の届出について、「別紙5」を添付してください。
- 5 「緊急時対応増設加算」「特別管理体制」については、「緊急時対応増設加算・特別管理体制届出書」(別紙8)を添付してください。
- 6 「その他該当する体制等」欄で人員配置に係る加算（減算）の届出については、それぞれ加算（減算）の要件となる職員の配置状況や勤務体制が分かる書類を添付してください。
- (例) ー 「療養型療養体制」…療養型療養体制…「食事提供体制」…調理従事者（管理栄養士・栄養士の配置状況）(委託している場合はその旨)、「リハビリテーションの加算状況」…リハビリテーション従事者、
「医師の配置」…医師、「精神科医師定期研修指導」…精神科医師、「夜間勤務条件基準」…夜間を行う看護師（看護補助師）と介護職員の配置状況 等
- 7 「時間延長サービス体制」については、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な場合に記載してください。
- 8 「入浴介助体制」「特別入浴介助体制」については、浴室の平面図のほか特別浴槽の状況が分かる書類（説明書、写真等）を添付してください。
- 9 「食事提供の状況」については、「基本食事サービス費届出書」(別紙11)を添付してください。
- 10 「送迎体制」については、実際に利用者の送迎が可能な場合に記載してください。
- 11 「個別リハビリテーション提供体制」については、「個別リハビリテーションの施設基準に係る届出書」(別紙9)を添付してください。
- 12 「夜間ケア」については、「夜間ケアの基準に係る届出書」(別紙10)を添付してください。
- 13 「特定診療費項目」「リハビリテーション提供体制」については、これらに相当する診療報酬の算定のために届け出た届出書の写しを添付してください。
- 14 「職員の欠員による減算の状況」については、以下の要領で記載してください。

(1) 看護職員、介護職員の欠員（看護師の配置割合が基準を満たしていない場合を含む）…人員配置区分の最も右にある配置区分を選択し、「その他該当する体制等」欄の欠員該当欄を選択する。
※通所介護で「痴呆型」を実施している場合に看護職員、介護職員に欠員が生じた場合は、「一般型」を選択する。その上で、指定基準を満たさない場合は、「その他該当する体制等」欄の欠員該当欄を選択する。

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の一部実施する場合の出張所等の状況)

各サービス共通	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					
				地域区分	1 特別区	2 特甲地	3 甲地	4 乙地	5 その他		
11	訪問介護	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助		特別地域加算	1 なし	2 あり					
				特別地域加算	1 なし	2 あり					
				時間延長サービス体制 機能加算指導体制 食事提供体制 入浴介助体制 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	1 対応不可	2 対応可	1 なし	2 あり	1 なし	2 あり	1 なし
13	訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所		特別地域加算	1 なし	2 あり					
				1 単独型 2 併設型	1 痴呆型	2 一般型	1 対応不可	2 対応可	1 なし	2 看護職員	3 介護職員
15	通所介護			特別地域加算	1 なし	2 あり					
				1 単独型 2 併設型	1 痴呆型	2 一般型	1 対応不可	2 対応可	1 なし	2 看護職員	3 介護職員

備考1 この表は、事業所所在地以外の場所の一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

備考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。

(別紙1)

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 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					割合
			地域区分	特別区	特別区	甲地	乙地	
11 訪問介護			1 なし	2 あり	3 甲地	4 乙地	5 その他	/100
12 訪問入浴介護			1 なし	2 あり				/100
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション		1 なし	2 あり				
	2 病棟又は診療所		1 なし	2 あり				
15 通所介護	1 単独型	1 単果型 2 一機型	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 通常規模の医療機関		1 なし	2 あり				
	2 小規模診療所		1 なし	2 あり				
	3 介護老人保健施設		1 なし	2 あり				
17 福祉用具貸与			1 なし	2 あり				
			1 なし	2 あり				
21 短期入所生活介護	1 単独型	1 I型 2 II型 3 III型	1 なし	2 あり				
	2 併設型 変換型		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 なし	2 あり				
			1 なし	2 あり				
23 短期入所療養介護	1 病院療養型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 なし	2 あり				
	2 診療所療養型	1 I型 2 II型	1 なし	2 あり				
	3 病室療養型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 なし	2 あり				
	4 養生倉診療所等		1 なし	2 あり				
	5 介護力強化型	1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型	1 なし	2 あり				
32 居宅対応要共済型生活介護			1 なし	2 あり				
			1 なし	2 あり				
33 特定継続的ケア型生活介護			1 なし	2 あり				
			1 なし	2 あり				
34 障害者介護支援			1 なし	2 あり				
			1 なし	2 あり				

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(別紙1)

事業所番号

Table with columns: 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, 索引率. Rows include 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設.

備考1 事業所・施設において、施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等に関する事項について、以下の事項を添付してください。

- (1) 専任職員、介護職員、介護職員(士)の配置状況(職種別)について、以下の事項を添付してください。
(2) ア 医師(病院において従事する者を除く)...

なお、病院において従事する者に限る。イ 医師(病院において従事する者に限る)...

注1 介護老人福祉施設に係る届出をした場合は、短期入所介護の空床型を実施する場合は、短期入所介護の空床型における届出事項における介護老人福祉施設の届出と重複するものは不要です。

注2 介護老人保健施設に係る届出をした場合は、短期入所介護の空床型を実施する場合は、短期入所介護の空床型における届出事項における介護老人保健施設の届出と重複するものは不要です。

(別紙1)

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の一部業務を行う場合の出張所等の状況)

事業所番号

提供サービス 多サービス共通	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 2 特別地域加算	3 甲地 4 乙地	5 甲地 6 乙地	7 甲地 8 乙地	9 その他	
(1) 訪問介護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所		1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
(2) 通所介護	1 単独型 2 併設型	1 単独型 2 一級型	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり

備考1 この表は、事業所所在地以外の場所の一部業務を行う場合の出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を持つ場合は出張所ごとに提出してください。
 備考2 通所介護の「食事提供体制」については、本事業所が体制を整えており、本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。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

所在地

名称

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地 以外の場所で一部実施 する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設の種別	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	
	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		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変 更 前	変 更 後				
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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1)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 - 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 - 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書<基準該当事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

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

届出者	フリガナ 名称	-----						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市						
		(ビルの名称等)						
	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				
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
事業者	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	主たる事業所の所在地 以外の場所で一部実施 する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	管理者の氏名							
状況	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市						
	届出状を 行う 事業所	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1)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。
 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。