

施設介護サービス等の申請・届出の手引き

介護老人保健施設

((介護予防) 短期入所療養介護を含む。)

令和3年4月



島根県高齢者福祉課

【注意事項】

- 本書は、介護保険の指定に係る申請・届出の際の必要書類や留意事項を中心にとりまとめたものであり、具体的な指定基準や介護報酬の内容・解釈については省略しています。
- 指定基準、介護報酬の詳細については、国Q&A、関係通知、及び「介護報酬の解釈1（単位数表編）」・「介護報酬の解釈2（指定基準編）」・「介護報酬の解釈3（QA・法令編）」（社会保険研修所発行）により、確認してください。
- 介護保険は、制度に関する各種告示、通知が多く発出されますので、県ホームページで最新情報を確認してください。
- 松江市については、中核市への移行（平成30年4月1日）に伴い、介護老人保健施設に係る開設許可等については松江市において手続されているため、別途、松江市の指示により申請・届出を行ってください。

1. 介護老人保健施設とは	1
2. 申請・届出先等	2
3. 開設許可申請	3
4. 許可更新申請	5
5. 変更許可申請	6
6. 変更届	8
7. 管理者の承認申請	10
8. 廃止・休止・再開の届	11
9. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）	12
10. 業務管理体制	16
11. 様式集	17

1. 介護老人保健施設とは

◎介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し施設サービス計画に基づき、①看護、②医学的管理下での介護、③機能訓練等の必要な医療、④日常生活上の世話をを行うことを目的とした施設です。入所対象者は、病状が安定期にあり、①～③のサービスを必要とする要介護者です。

(介護保険法(以下、「法」という。)第8条第28項)

◎介護老人保健施設を開設するためには、知事の許可が必要です。許可を受けるためには、次の要件を満たしていることが必要です。(法第94条第3項)

- ① 施設の開設者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者であること。
- ② 都道府県の条例(※)で定める人員及び施設を有すること。
- ③ 都道府県の条例(※)で定める設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をすることができることと認められること。
- ④ 申請者が欠格要件に該当しないこと。

※鳥根県介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例(平成24年12月21日鳥根県条例第70号)

◎介護老人保健施設の開設許可を受けると、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、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の指定があったものとみなされます(「みなし指定」)。

(法第72条第1項、第115条の11)

◎知事は、営利を目的とした開設について許可を行わないことができるほか、その区域の介護老人保健施設の入所定員総数が、都道府県介護保険事業支援計画での必要数に達しているか、許可によって必要数を上回るとき等は、許可を行わないことができます(入所定員の増加の許可も同様)。

(法第94条第4項、第5項)

◎知事は、介護老人保健施設が施設基準や設備基準に適合しなくなったときは、施設の使用制限や使用禁止、又は修繕や改築を命じることができます。また、管理者が不相当と認められる場合には、管理者の変更を命じることができます。

(法第101条)

◎知事は、人員基準や運営基準等に適合しなくなったときは、期限を定めて改善勧告や業務の停止を命じることができます。また、こうした命令に違反したり、不正請求があったとき等は、許可を取り消すことができます。

(法第103条第1項、第104条第1項)

2. 申請・届出先等

〔申請・届出先〕

施設の所在地		届出先
東部	松江市	松江市役所 介護保険課 〒690-8540 松江市末次町86 TEL 0852-55-5935 FAX 0852-55-6186
	出雲市 奥出雲町 安来市 飯南町 雲南市 隠岐郡	島根県高齢者福祉課 〒690-8501 松江市殿町2 県庁第二分庁舎1階 TEL 0852-22-6695 FAX 0852-22-5238
西部	浜田市 邑智郡 益田市 鹿足郡 大田市 江津市	島根県地域福祉課石見指導監査室 〒697-0041 浜田市片庭町254 浜田合庁別館3階 TEL 0855-29-5580・5567 FAX 0855-29-5547

※業務管理体制の届出は、別に定めるところによる。

〔様式掲載場所〕

- ◎所定の様式は、島根県高齢者福祉課ホームページ [介護保険 (事業者の皆様へ)] に掲載
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/si/tebiki.html
- ◎松江市については、松江市介護保険課ホームページ [事業者向け情報] に掲載
<http://www1.city.matsue.shimane.jp/jigyousha/hukushi/kaigohoken/>

注 意

- ・資格証が旧姓である場合などは、各種提出書類の記載内容と、添付してある「資格証の写し」が一致せず、定められた資格要件に合致しているか確認できませんので、各資格で定められた氏名等の変更手続きを適正に行ってください。
- ・研修修了証など、氏名等の変更手続きがないものについては、申請者(事業者)で、「資格証の写し」の書面に、その旨の奥書証明を行い、提出してください。

(記載例) □□□□は令和△年△月△日に■ ■□□に改姓
令和○年○月○日

島根県○○市○○町○番○号

○○株式会社 代表取締役 ○○○○

3. 開設許可申請

- ◎新たに開設許可を受ける場合は、事業開始予定日の1月前までに、許可申請を行ってください。許可申請の前に、必ず事前相談（申請の相談は事業開始予定日の2月前まで、建築の相談は、できるだけ建築計画の変更が容易にできる時期まで）を行ってください。
- ◎許可を行う前に、関係する市町村長に市町村介護保険事業計画等との調整を図る見地から意見照会を行いますので、建築着工の1月前までに「介護保険施設の指定申請等に関する事前確認（兼通知）書」（P44参照）を提出してください。
（島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱）
- ◎新規許可申請の場合は、審査手数料（島根県収入証紙）63,900円が必要です。
※松江市に申請する場合は、審査手数料の納付方法が異なります。
- ◎介護老人保健施設が行う以下の居宅サービス及び介護予防サービスについては、「みなし指定」が適用されるため、許可申請の必要はありません。
ただし、介護老人保健施設が、許可の取り消し又は廃止された場合は、みなし指定による居宅サービス及び介護予防サービスも効力を失います。
・居宅サービス・・・短期入所療養介護・通所リハビリテーション
・介護予防サービス・・・介護予防短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション
指定を不要とする場合には、その旨の「指定を不要とする旨の届出書」（様式第2号）が必要となります。

提出書類		留意事項
1	指定（許可）申請書 （様式第1号）	
2	付表15	・「入所者の予定数」と「一日あたりの通所総利用者予定数」欄は、新規許可申請の場合は推定数を記載すること。
	従来型	「付表15-1」及び「付表15-2」
	ユニット型	「付表15-3」及び「付表15-4」
3	審査手数料 （島根県収入証紙63,900円）	・島根県収入証紙を購入し、収入証紙貼付書に貼り付けること。 ・消印、割り印等を行わないこと（無効になります）。 ・販売所等については、島根県出納局ホームページを参照。 http://www.pref.shimane.lg.jp/life/zei_shosi/shosi/shosi/syousi.html ※松江市に申請する場合は、審査手数料の納付方法を松江市介護保険課にお問い合わせください。
4	申請者（開設者）の登記簿の謄本又は条例等	・介護保険に関する事業を実施する旨の記載のある登記事項証明書（地方公共団体が開設者の場合は、その施設の設置条例）
5	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式1）	・管理者及び従業者全員（業務委託先の従業者は除く。）の毎日の勤務すべき時間数1月分を記載すること。 ・次の書類を添付すること。 ①資格証等の写し（資格が必要な従業者のみ） ②職員の採用が分かる書類（雇用契約書等の写し） ③組織図（法人の中での当該施設の位置づけが分かるもの） ・ユニット型施設の介護職員又は介護職員と同様にケアを行う看護職員は、ユニット毎に一行あけ、当該行の職種欄にユニット名を明記の上、ユニット別に記載するとともに、各ユニットのユニットリーダーの氏名の頭に「○」を記載すること。 ・複数のユニットを兼ねる職員は、それぞれのユニットに記載するとともに、各ユニットでの勤務時間がわかるようにすること。 ・同一敷地内、近隣にある他の事業所等との兼務がある場合は、兼務している事業所の勤務体制及び勤務形態一覧表も提出すること。
6	事業所（施設）の平面図 （参考様式3）	・施設の平面図に各室の用途及び面積を記載すること。 ・当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使用関係を分かりやすく表示すること。 ・施設の外観及び内部の写真を添付すること。

7	部屋別施設一覧 (参考様式4)	<ul style="list-style-type: none"> 各事業の設備基準に規定されている部屋等について、設置階ごとの面積別室数を記載すること。 上記6の平面図に示された用途・面積と記載を一致させること。
8	設備等一覧 (参考様式5)	<ul style="list-style-type: none"> 「サービス提供上配慮すべき設備の概要」には、設備基準上設置が必要な設備で、平面図では把握できない設備の概要について、その状況を具体的に記載すること。(例：居室・便所等へのナースコールの設置状況、洗面設備・便所・浴室等への要介護者への配慮や手すり等の設置状況、常夜灯の設置状況等) 「非常災害設備等」については、消防に関する法令により設置が義務づけられている設備その他の状況について記載すること。 「備品の品目」は、車椅子・エアマット等介護に係る備品の品目や数量などを記載すること。 記載内容が確認できる図面・写真等を添付すること。
9	併設する施設の概要 (様式任意)	<ul style="list-style-type: none"> 同一敷地内にある併設する施設の名称、施設の構造、居室数、定員、職員の状況等の概要を記載すること(パンフレットで可)。
10	施設を共用する場合の利用計画 (様式任意)	<ul style="list-style-type: none"> 共用部分の設備名、計画、職員数、1日あたりの利用者数等を記載すること。
11	敷地の面積及び平面図並びに敷地周辺の見取図	<ul style="list-style-type: none"> 平面図上に、敷地面積を明示すること。 敷地周辺の見取図には、公共施設等目印となるものを記載すること。
12	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> 運営基準に規定にされている、運営規程で定めなければならない事項について、具体的かつ分かりやすく定めること。 居宅サービス、介護予防サービスのみなし指定の適用を受ける場合は、それぞれのサービスについて定めること。
13	利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要 (参考様式6)	<ul style="list-style-type: none"> 次の事項について、具体的かつ分かりやすく記載すること。 <ol style="list-style-type: none"> 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)・担当者の設置 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 その他参考事項
14	協力医療機関・協力歯科医療機関との契約内容	<ul style="list-style-type: none"> 契約書の写しを添付すること。
15	就業規則	
16	予定表(年間行事予定、週間勤務予定)	<ul style="list-style-type: none"> 週間業務予定表及び年間行事予定表を添付すること。
17	事業所(施設)位置図	<ul style="list-style-type: none"> 最寄りの公共交通機関(JR駅等)から施設までの経路が分かるものを添付すること。
18	誓約書 (参考様式9-4)	
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (参考様式)	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員証の写しを添付すること(登録通知書ではないことに注意)。

【注1】 必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

【注2】 介護保険法の指定があった場合は、生活保護法の指定介護機関として指定を受けたものとみなされます。生活保護法の指定を不要とする場合は、所定の申出書を島根県地域福祉課に提出してください(様式は、地域福祉課ホームページを参照)。

【注3】 申請書の提出に合わせて、下記の届出を提出してください。

- 介護老人保健施設管理者承認申請…P10参照
- 介護老人保健施設広告事項許可申請…法定外広告の許可を希望する場合のみ必要
- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出(加算届)…加算がない場合でも必要(P12参照)
- 業務管理体制に係る届出書…法人ごとの届出なので、既提出の場合は不要(P15参照)

4. 許可更新申請

- ◎許可の更新に係る有効期間は6年間です。事業者は6年を経過する毎に更新を受けなければ、有効期間満了により許可の効力を失い、事業を継続することはできません。
- ◎許可更新の場合は、指定期間満了日の1月前までに、許可更新申請を行ってください。
- ◎許可更新の申請を行った場合において、許可の有効期間の満了日までにその申請に対する処分（更新）がなされないときは、処分が行われるまで従前の許可が有効とされます。許可が更新された場合は、更新後の有効期間は、従前の許可の有効期間満了の翌日から起算されます。
- ◎許可更新にあたって、既に提出している事項に変更が生じている場合で、変更手続き（変更許可又は変更届）がなされていないときは、必ず変更手続きを行った上で、更新手続きを行ってください。
- ◎以下の居宅サービス及び介護予防サービスについては、「みなし指定」が適用されるため、更新申請の必要はありません。
ただし、介護老人保健施設が、許可の取り消し又は廃止された場合は、みなし指定による居宅サービス及び介護予防サービスも効力を失います。
 - ・居宅サービス・・・短期入所療養介護・通所リハビリテーション
 - ・介護予防サービス・・・介護予防短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション
 指定を不要とする場合には、その旨の「指定を不要とする旨の届出書」（様式第2号）が必要となります。
- ◎休止中の事業所（施設）については、人員あるいは設備に関する基準を満たしていないので、許可の更新を受けることができません。
したがって、許可の有効期間満了日をもって、許可の効力を失うこととなります。
ただし、許可の有効期間満了日までに人員あるいは設備に関する基準を満たし、「再開届出書」（様式第3号の2）を提出された場合は、更新を受けることができます。

提出書類		留意事項	
1	指定（許可）更新申請書 （様式第1号の2）	※更新申請の場合は、審査手数料は不要（開設許可の場合は必要）。	
2	付表15	<ul style="list-style-type: none"> ・「入所者の予定数」と「一日あたりの通所総利用者予定数」欄は、前年度の平均値を記載すること。 	
	従来型		「付表15-1」及び「付表15-2」
	ユニット型		「付表15-3」及び「付表15-4」
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 （参考様式1）	<ul style="list-style-type: none"> ・資格等が必要な従業者の全員分について、資格証の写しを添付すること。 （その他、指定申請と同様（但し、「②職員の採用が分かる書類（雇用契約書等の写し）」を除く） 	
4	誓約書 （参考様式9-4）		
5	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 （参考様式）	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員証の写しを添付すること（登録通知書ではないことに注意）。 	

5. 変更許可申請

◎介護老人保健施設について、入所定員など以下に掲げる事項に変更が生じる場合は、知事の許可が必要となりますので、事前に「介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第6号）」（以下、「変更許可申請書」という。）及び添付書類を提出してください。

<変更許可が必要な事項>

- ア. 敷地の面積及び平面図
- イ. 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに施設及び構造設備の概要
- ウ. 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画
- エ. 運営規程（従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員に係る部分（入所定員又は療養室の定員を減少する場合を除く。）に限る。）
- オ. 協力病院

◎構造設備の変更を伴う場合は、審査手数料（島根県収入証紙）33,500円が必要となります。
※松江市に申請する場合は、審査手数料の納付方法を松江市介護保険課にお問い合わせください。

◎入所定員を増加する場合には、許可を行う前に、関係する市町村長に市町村介護保険事業計画等との調整を図る見地から意見照会を行いますので、建築着工の1月前までに「介護保険施設の指定申請等に関する事前確認（兼通知）書」（P44参照）を提出してください。

（島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱）

変更許可届出書の 添付提出書類 変更許可申請書（様式第6号） の「変更事項」欄	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	付表 15	審査 手数料	敷地 の 平面 図	事業所（施設） の 平面 図	部 屋 別 施 設 一 覧	設 備 等 一 覧	施 設 を 共 有 す る 場 合 の 利 用 計 画	運 営 規 程	勤 務 形 態 一 覧 表	協 力 病 院 と の 契 約 書 の 写 し
1 敷地の面積及び平面図			○							
2 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに施設及び構造設備の概要	△	△		○	△	△				
3 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画	△			○			○			
4 運営規程（従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員の増加に係る部分に限る。）	○			△				○	△	
5 協力病院	○									○

○印：変更許可申請書（様式第6号）左欄の変更事項に応じて、添付が必要な書類等

△印：既に提出されている当該書類の記載事項から変更が生じない場合は、添付不要。

【注1】同時に複数の項目の変更許可申請を行う場合、重複する書類は省略可能です。

【注2】必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

【注3】上記の変更事項のうち、2，4については、別途、短期入所療養介護（介護予防含む。）の変更の届出が必要となる場合があります（ただし、短期入所療養介護（介護予防含む。）に係る変更に限られる場合に限る。）。

提出書類		留意事項
○	介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第6号）	・「変更の内容」欄の「変更前」と「変更後」は具体的に記載すること。
①	付表15	・変更が生じる場合に添付すること。変更が生じない場合は、添付不要。
	従来型	「付表15-1」及び「付表15-2」
	ユニット型	「付表15-3」及び「付表15-4」
②	審査手数料 ※構造設備の変更の場合のみ （島根県収入証紙33,500円）	（許可申請と同様）
③	敷地の平面図	・変更部分が明確にわかるよう色塗りすること。
④	事業所（施設）の平面図 （参考様式3）	・変更部分が明確にわかるよう色塗りすること。特に、併設事業所がある場合は、専用・共用部分の別がわかるようにしておくこと。
⑤	部屋別施設一覧（参考様式4）	（許可申請と同様）
⑥	設備等一覧（参考様式5）	”
⑦	施設を共有する場合の利用計画 （任意様式）	”
⑧	運営規程	・新旧の変更箇所を明示すること。
⑨	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式1）	・資格が必要な従業者について、既提出分の一覧から変更が生じる者がいる場合は、「資格証の写し」を添付すること。
⑩	協力病院との契約書の写し	

6. 変更届

◎下表の事項に変更があった場合は、変更日から10日以内に、変更届を提出してください。

◎入所定員その他知事の許可が必要な事項は変更届ではなく、事前に変更許可申請が必要になりますのでご注意ください。(P6参照)

◎管理者の変更についても知事の事前承認が必要となります。(P10参照)

変更届出書の 添付提出書類		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
		付表 15	勤務形態 一覧表	誓約書	事業所 (施設) 位置 図	登記事項 証明書等	事業所 (施設) 平面 図	運営規程	協力医療機 関との契約書 の写し	併設施設 の概要	介護支援 専門員一 覧
変更届出書(様式第3号) の「変更があった事項」欄											
1	事業所(施設)の名称	○				△		○			
2	事業所(施設)の所在地	○			○	△	○	○			
3	主たる事務所の所在地					○					
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所			○		○					
5	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)					○					
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	△	△							
	管理者の氏名、住所の変更	○		○							
10	運営規程【注1】	△	△					○			
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関【注2】	○							○		
18	併設施設の状況等	△								○	
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	△	○								○

○印：変更届出書(様式第3号)左欄の変更事項に応じて、添付が必要な書類等

△印：既に提出されている当該書類の記載事項から変更が生じない場合は、添付不要。

【注1】従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員(定員増に限る。)に係る部分は除く。

【注2】協力病院の名称、診療科目及び当該協力病院との契約内容(協力病院を変更しようとするときに係るものを除く。)並びに協力歯科医療機関の名称及び契約の内容が変更する場合

【注3】同時に複数の項目の変更届出を行う場合、重複する書類は省略可能です。

【注4】必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

【注5】上記のうち、11, 18, 19については、介護老人保健施設のみの変更届出事項であり、短期入所療養介護(介護予防を含む)は不要です。

【注6】短期入所療養介護(介護予防を含む)の変更の項目・内容が介護老人保健施設と同一である場合は、「変更届出書」(様式第3号)の「サービスの種類」欄に「介護老人保健施設及び(介護予防)短期入所療養介護」と記載し届出を共用しても差し支えありません。

提出書類		留意事項
○	変更届出書（様式第3号）	
①	付表15	・当該変更に伴い変更が生じる場合に添付すること。変更が生じない場合は、添付不要。
	従来型	「付表15-1」及び「付表15-2」
	ユニット型	「付表15-3」及び「付表15-4」
②	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）	・資格が必要な従業者について、既提出分の一覧から変更が生じる者がいる場合は、「資格証の写し」を添付すること。
③	誓約書（参考様式9-4）	
④	事業所（施設）位置図	
⑤	登記事項証明書等	
⑥	事業所（施設）の平面図（参考様式3）	・新旧の変更箇所を明示すること。
⑦	運営規程	・新旧の変更箇所を明示すること。 ※従業者の職種、員数に変更が生じる場合は、変更届ではなく、変更許可が必要になることに注意。
⑧	協力医療機関との契約書の写し	
⑨	併設施設の概要（任意様式）	
⑩	介護支援専門員の氏名及びその登録番号（参考様式）	・介護支援専門員証の写しを添付すること（登録通知書ではないことに注意）。

7. 管理者の承認申請

◎介護老人保健施設の管理者は、原則として、知事の承認を受けた医師であることとされています。
(法第95条第1項)

◎新設の場合及び管理者の変更を行う場合は、事前に（新規の場合は、開設許可申請と同時に）介護老人保健施設管理者承認申請書（様式第7号）及び添付書類を提出する必要があります。

◎医師以外の者であって、特別養護老人ホーム又は養護老人ホームの施設長等老人の福祉に関し相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経歴等を勘案して、介護老人保健施設の管理者として認められる場合は、例外的に管理者として承認する場合があります。（法第95条第2項）

この取扱いは、あくまで例外的なものですので、事前の相談が必要です。

提出書類		留意事項
○	介護老人保健施設管理者承認申請書 (様式第7号)	
1	管理者になろうとする者の経歴書 (参考様式2)	
2	医師免許証等の写し	
3	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)	
4	誓約書 (参考様式9-4)	

【注】必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

8. 廃止・休止・再開の届出

◎事業を廃止・休止する場合は、廃止・休止日の1月前までに、廃止・休止の届出を行ってください。

提出書類	留意事項
廃止・休止届出書 (様式第4号)	

◎指定を受けた法人や開設者（申請者）が変更になる場合は、当該事業所（施設）は廃止の扱いとなるので、廃止の届出を行うほか、新たに指定申請の手続きを行ってください。

◎開設許可又は更新申請と同時にみなし指定を不要とする旨の申出（「指定を不要とする旨の届出書」（様式第2号））を行わず、その後みなし指定の居宅サービス又は介護予防サービスを実施しない場合は、「廃止・休止届出書」（様式第4号）を提出してください。

◎休止した事業を再開する場合は、再開日の10日以内に、再開の届出を行ってください。

提出書類	留意事項
1 再開届出書 (様式第3号の2)	
2 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)	・資格等が必要な従業員の全員分について、資格証の写しを添付すること。

★休止中の事業所（施設）は、指定更新ができず、指定期間満了日をもって廃止となるので、注意すること。

9. 介護給付費 算定に係る体制等に関する届出（加算届）

（１）提出期限・提出先

- ◎人員体制加算、設備加算など加算を受けようとする場合で、届出が必要な加算については、届出が必要となります（新規開設の場合は、加算がない場合でも届出が必要）。
- ◎加算等の算定は、届出受理日の翌月から算定開始します（月の初日に受理された場合は当該月から）。
- ◎みなし指定されるサービスについても届出が必要です。
- ◎加算届の内容に変更が生じた場合は、変更の届出が必要です。変更の内容によっては、指定に関する変更届も併せて提出する必要があるので注意してください。
- ◎廃止の場合は、直ちに提出してください（加算は基準に該当しなくなったときから、算定不可）。

（２）提出書類

◎加算等の届出に当たっては、下記の書類を提出すること。

サービス	様式
共通	◎介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙２）
介護老人保健施設 短期入所療養介護	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１）
介護予防短期入所療 養介護	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１－２）

◎上記「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載の届出事項に応じて、下記の書類を添付してください（変更の届出の場合も同様）。

ただし、加算の体制にあったものを「なし」とする場合には、添付は不要です。

【老健】＝介護老人保健施設

【短期】＝短期入所療養介護

【予防短期】＝介護予防短期入所療養介護

届出事項	添付書類
施設等の区分	※ユニット型の施設のみ添付が必要 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） ・各ユニット、ユニット以外の職員の配置状況及びユニットリーダーがわかるよう記載すること。 ・夜勤職員の勤務条件基準がわかるよう記載すること。 <input type="checkbox"/> 平面図（参考様式３） ・各ユニット、ユニット以外の部分について、それぞれの区画がわかるよう明示すること。
人員配置区分	
基本型 在宅強化 型	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙１３） <input type="checkbox"/> 「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」等チェック表（参考様式） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） ・前３月のリハ専門職員、支援相談員の配置状況が分かるもの <input type="checkbox"/> 各要件を満たすことがわかる根拠資料
療養型	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出（別紙１３－２） <input type="checkbox"/> 各要件を満たすことがわかる根拠資料

夜間勤務条件基準 【老健】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 資格証等の写し（資格が必要な従業者のみ）
職員の欠員による減算の状況 【老健】【短期】【予防短期】	※人員欠如が解消された場合のみ添付が必要。 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 資格証等の写し
ユニットケア体制 【老健】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ・各ユニット、ユニット以外の職員の配置状況及びユニットリーダーがわかるよう記載すること。
身体的拘束廃止取組 【老健】	添付書類は求めない。
安全管理体制 【老健】	添付書類は求めない。
栄養ケアマネジメントの実施の有無 【老健】	添付書類は求めない。
夜勤職員配置加算 【老健】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算算定表（参考様式） <input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算算定表別紙（参考様式）
認知症ケア加算 【老健】【短期】	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ・認知症専門棟、一般棟それぞれにおける職員の配置状況が確認できるよう記載すること。 ・夜勤職員の勤務条件基準がわかるよう記載すること。 <input type="checkbox"/> 平面図（参考様式3） ・認知症専門棟の区画、施設設備の概要、利用定員数等、施設基準に適合することが確認できるもの。
若年性認知症入所者受入加算 【老健】 若年性認知症利用者受入加算 【短期】【予防短期】	添付資料は求めない。
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 【老健】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出（別紙13） <input type="checkbox"/> 「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」等チェック表（参考様式） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ・前3月のリハ専門職員、支援相談員の配置状況が分かるもの <input type="checkbox"/> 各要件を満たすことがわかる根拠資料
ターミナルケア体制 【老健】	添付書類を求めない。
特別療養費加算項目	※介護療養型老人保健施設のみの加算
【老健】 【短期】 【予防短期】	重症皮膚潰瘍管理指導
	<input type="checkbox"/> 重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書添付書類（様式5）
	薬剤管理指導
	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類（様式6） <input type="checkbox"/> []に勤務する従業者の名簿（様式7） <input type="checkbox"/> 薬剤師の資格証の写し <input type="checkbox"/> 医薬品情報管理室配置図又は平面図（参考様式3）
リハビリテーション提供体制	※介護療養型老人保健施設のみの加算

【老健】 【短期】 【予防短期】	リハビリ テーショ ン指導管 理 ※老健の み	<input type="checkbox"/> [] に勤務する従事者の名簿（様式 7） ・当該指導管理を行う理学療法士又は作業療法士〔又は言語聴覚士〕の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）並びに勤務時間を記載すること。 <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資格証の写し
	言語聴覚 療法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類（様式 8） <input type="checkbox"/> [] に勤務する従事者の名簿（様式 7） ・当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）並びに勤務時間を記載すること。 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、医師の資格証の写し <input type="checkbox"/> 治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図（参考様式 3）
	精神科作 業療法	<input type="checkbox"/> 精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類（様式 9） <input type="checkbox"/> [] に勤務する従事者の名簿（様式 7） ・当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）並びに勤務時間を記載すること。 <input type="checkbox"/> 作業療法士の資格証の写し <input type="checkbox"/> 治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図（参考様式 3）
	その他	<input type="checkbox"/> これらの介護報酬又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
療養体制維持特別加算Ⅰ 【老健】【短期】【予防短期】		※介護療養型老人保健施設のみの加算 <input type="checkbox"/> 転換を行う直前に厚生労働大臣が定める施設基準を充たす病院であったことを証する書類 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1）
療養体制維持特別加算Ⅱ 【老健】【短期】【予防短期】		※介護療養型老人保健施設のみの加算 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出（別紙 13-2） <input type="checkbox"/> 各要件を満たすことがわかる根拠資料
栄養マネジメント強化体制 【老健】		<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙 11） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1） <input type="checkbox"/> 栄養ケアマネジメントを行う管理栄養士等の資格証の写し
療養食加算 【老健】【短期】【予防短期】		<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式 1） <input type="checkbox"/> 管理栄養士又は栄養士の資格証の写し
認知症専門ケア加算 【老健】【短期】【予防短期】		<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算に関する確認書（参考様式） <input type="checkbox"/> 研修修了証等の写し 加算（Ⅰ）：「認知症介護実践リーダー研修」修了証の写し 「認知症看護に係る適切な研修」受講等わかるもの 加算（Ⅱ）：「認知症介護実践リーダー研修」修了証の写し 「認知症介護指導者研修」修了証の写し 「認知症看護に係る適切な研修」受講等わかるもの
リハビリ計画書情報加算 【老健】		添付書類は求めない。
褥瘡マネジメント加算 【老健】		<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメントに関する届出（別紙 23）
排せつ支援加算 【老健】		添付書類は求めない。
自立支援促進加算 【老健】		添付書類は求めない。

科学的介護推進体制加算 【老健】	添付書類は求めない。
安全対策体制 【老健】	添付書類は求めない。
サービス提供体制強化加算【老健】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 「サービス提供体制強化加算に関する届出書」(別紙12-4) <input type="checkbox"/> 従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算)(参考様式)
送迎体制 【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) ・ 運転業務に従事する職員の状況がわかるよう記載すること。 <input type="checkbox"/> 送迎車両の保有、使用権限を確認できる書面(車検証等の写) ・ 送迎業務を委託する場合は、委託契約書の写しを添付。
介護職員処遇改善加算 【老健】【短期】【予防短期】	※算定開始の前々月の末日までに、別途「 <u>介護職員処遇改善計画書・ 介護職員等特定処遇改善計画書</u> 」の提出が必要。
介護職員等特定処遇改善加算 【老健】【短期】【予防短期】	

【注1】 必要に応じて、上記記載の添付書類の他に書類を求める場合があります。また、同時に複数の項目について届出をする場合には、重複する書類は省略することができます。

【注2】 新規申請・更新申請と体制等届出を同時に行う場合には、「平面図」(参考様式3)、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(参考様式1)及び資格証等の写しについて、申請書添付のものとで加算要件が確認できる場合は、体制届への添付を省略可能とします。

10. 業務管理体制

(1) 業務管理体制の整備に関する届出について

◎平成21年5月1日より、指定取消事案などの不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられました。

◎業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関に届け出ることとされました。

<整備基準>

業務管理体制の整備の内容	事業所数		
	20未満	20以上100未満	100以上
法令遵守責任者の選任	必要	必要	必要
業務が法令に適合することを確保するための規定の整備	—	必要	必要
業務執行の状況の調査	—	—	必要

※ みなし事業所は除きます。

※ 同一事業所が、例えば訪問介護と介護予防訪問介護の指定を併せて受けている場合、事業所等の数は2と数えます。

(2) 業務管理体制の整備に関する事項の届出先

区 分		届 出 先
指定事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	事業所等が3以上の地方厚生局の区域に所在する場合	厚生労働大臣 (老健局介護保険指導室)
	事業所等が2以下の地方厚生局の区域に所在し、主たる事務所が県外にある場合	主たる事務所が所在する都道府県知事
指定事業所が同一中核市内にのみ所在する事業者		中核市の長 (介護保険担当課)
地域密着型サービス(介護予防含む)のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内に所在する事業者		市町村長 (介護保険担当課)
上記以外の事業者		島根県知事 (健康福祉部高齢者福祉課)

(3) 届出様式及び提出期限

届出が必要となる事由	様 式	提出期限
○ 新規に業務管理体制を整備した場合	第1号様式	遅滞なく
○ 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等(事業展開地域の変更)により、届出先区分の変更が生じた場合 (例:市町村→県、県→厚生労働大臣への変更) ※ 変更前及び変更後の行政機関の双方へ届け出てください	第1号様式	遅滞なく
○ 届出事項に変更があった場合 ※ 次のような場合は、変更の届出は不要です ➢ 事業所等の数に変更が生じて、整備する業務管理体制が変更されない場合 ➢ 法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響のない軽微な変更の場合	第2号様式	遅滞なく

(4) 提出先

◎届出先が島根県知事となる場合は、下記へ郵送又は持参してください(石見地区に所在する事業者も同様)。

〒690-8501 松江市殿町1番地 島根県健康福祉部高齢者福祉課 介護サービス指導グループ

11. 様式集

◎介護保険法に基づく許可申請、変更届等の様式

P 18～44

◎介護報酬の加算届等の様式

P 45～74

◎業務管理体制の届出様式

P 75～76

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所 指定（許可）申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者職・氏名)

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名 及び生年月日	フリガナ 職 名		フリガナ 氏 名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	指 定 （ 許 可 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	フリガナ 事業所等の名称				
事業所等の所在地		(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
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）申請をする事業等 の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等 の指定（許可）年月日	様 式	
指定居宅サービス		訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
施設		介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
		介護療養型医療施設				付表16
		介護医療院				付表17
指定介護予防サービス		介護予防訪問入浴介護				付表2
	介護予防訪問看護				付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション				付表4	
	介護予防居宅療養管理指導				付表5	
	介護予防通所リハビリテーション				付表7	
	介護予防短期入所生活介護				付表8	
	介護予防短期入所療養介護				付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表10	
介護予防福祉用具貸与				付表11		
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
介護保険事業所番号	312				(既に指定又は許可を受けている場合)	
医療機関コード等						
記入担当者名				電話番号		

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、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、株式会社等の別を記入してください。
 - 3 「代表者の職・氏名」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。なお、今回の申請に伴って、介護保険法第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事業については、該当欄に「みなし」と記載してください。
 - 6 「指定(許可)申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
 - 7 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定により指定(許可)があったものとみなされた事業については、「12. 4. 1)」を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている場合に記載してください。
 - 9 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 10 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合においては、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業者の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

収入証紙貼り付け書

介護老人保健施設、介護医療院の開設許可申請、変更許可（構造設備の変更を伴うものに限る）に係る収入証紙(手数料)貼り付け書

【介護老人保健施設、介護医療院の許可に係る手数料の額】

該当するものに○を記入してください。

- ・ 開設の許可 63,900円
- ・ 変更の許可（構造設備の変更を伴うものに限る。） 33,500円

必要事項をご記入願います。

法人名	
事業所名	
事業所番号※	
証紙金額	円
証紙はりつけ欄 (島根県収入証紙を 貼り付けてください)	(セロハンテープでは貼り付けないでください)

※既に指定を受けている場合は記入してください。

【納付上の注意】

- ・ 国が発行する収入印紙と間違えないように注意してください。
- ・ 収入証紙は、申請書等の受理後、消印をします。法人の印鑑等で消印をしないでください。

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所 指定(許可)更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者職・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名及び生年月日	フリガナ 職名		フリガナ 氏名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
指定(許可)更新を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	事業等の種類		実施事業	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日	既に受けている指定等の有効期間満了日	様式
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
	施設	介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
		介護療養型医療施設				付表16
		介護医療院				付表17
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				付表2
		介護予防訪問看護				付表3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表4
		介護予防居宅療養管理指導				付表5
		介護予防通所リハビリテーション				付表7
		介護予防短期入所生活介護				付表8
		介護予防短期入所療養介護				付表9
		介護予防特定施設入居者生活介護				付表10
介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売					付表12	
介護保険事業所番号		3	2			(既に指定又は許可を受けている事業所番号)
医療機関コード等						

記入担当者名 電話番号

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、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 「代表者の職・氏名及び生年月日」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 5 「実施事業」欄は、今回更新申請する事業又は施設の欄に「○」を記載してください。
 - 6 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日を記載してください。
 - 7 「既に受けている指定等の有効期間満了日」欄は、介護保険法に基づく指定又は許可の有効期間の満了年月日を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている事業所番号を記載してください。
 - 9 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 10 事業所ごとサービス種類ごとに作成し、提出してください。

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

島根県知事 様

住所
 開設者（法人の所在地）
 氏名
 （法人名称及び代表者職・氏名）

次のとおり介護保険法の規定により指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名称
	施設種別
	所在地
管理者	氏名
	住所
申出に係る居宅サービスの種類	1. 訪問看護 2. 介護予防訪問看護 3. 訪問リハビリテーション 4. 介護予防訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 介護予防居宅療養管理指導 7. 通所リハビリテーション 8. 介護予防通所リハビリテーション 9. 短期入所療養介護 10. 介護予防短期入所療養介護

備考 「申出に係る居宅サービスの種類」欄は、申出を行う（辞退する）居宅サービスの番号に「○」を付してください。

変更届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者（開設者） 住 所
 （所在地）
 氏 名
 （名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定（許可）に係る事項を変更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（施設）		名 称								
		所在地								
サ ー ビ ス の 種 類										
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容								
1	事業所（施設）の名称	(変更前)								
2	事業所（施設）の所在地									
3	申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地									
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名									
5	申請者（開設者）の登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）									
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等									
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）									
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所									
9	サービス提供責任者の氏名及び住所									
10	運営規程									
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関									
12	事業所の種別									
13	提供する居宅療養管理指導の種類	(変更後)								
14	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）									
15	入院患者又は入所者の定員									
16	利用者（入所者）の推定数									
17	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）									
18	併設施設の状況等									
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号									
20	その他									
変 更 年 月 日										

- 備考 1 「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。
 2 変更内容が確認できる書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者（開設者） 住所
 （所在地）
 氏名
 （名称及び代表者職・氏名）

次のとおり事業（施設）を再開したので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
事業所（施設）の種類										
再開した事業所（施設）	名称									
	所在地									
再開した年月日	年 月 日									

備考 介護保険法施行規則に規定する当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者（開設者） 住所
 （所在地）
 氏名
 （名称及び代表者職・氏名）

次のとおり事業（施設）を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
事業所（施設）の種類									
廃止（休止）する事業所（施設）	名称								
	所在地								
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止								
廃止・休止する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置									
休止予定期間	休止日～ 年 月 日								

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

介護老人保健施設
介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

島根県知事 様

開設者 所在地
名 称
代表者氏名

開設許可事項の変更の許可を受けたいので、下記のとおり申請します。

		介護保険事業者番号								
申請に係る施設		名称								
		所在地								
開設許可年月日		年			月			日		
変更年月日		年			月			日		
変更事項		変更の内容								
1	敷地面積	(変更前)								
2	建物構造	(変更後)								
3	施設の共用の場合の利用計画									
4	運営規程（職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。）									
5	協力病院の変更									

備考1 「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。

2 変更事項に応じて必要な書類を添付してください。

介護老人保健施設
介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

島根県知事 様

開設者 所在地
名 称
代表者氏名

管理者の承認を受けたいので、下記のとおり申請します。

	介護保険事業所番号																	
申請に係る施設	名 称																	
	所在地																	
管理者になろうとする者の 氏名、住所及び資格	氏 名																	
	住 所																	
	資 格																	
申請理由	① 新規開設のため ② 管理者の変更のため																	

- 備考
- 1 「介護保険事業所番号」欄は、変更申請時のみ記載してください。
 - 2 「申請理由」欄は、該当する番号に「○」を付してください。
 - 3 次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 管理者になろうとする者の経歴書
 - (2) 管理者になろうとする者が医者である場合は、免許証の写し

介護老人保健施設
介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

島根県知事 様

開設者 住 所
名 称
代表者氏名

法定外広告事項の許可を受けたいので、下記のとおり申請します。

介護保険事業所番号	
許可を受けようとする広告事項	
広 告 の 内 容	
広 告 の 方 法	

付表 15-1 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（従来型）（その1）

受付番号	
------	--

施設	フリガナ																	
	名称																	
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市																
		(ビルの名称等)																
連絡先	電話番号							FAX番号										
	メールアドレス																	
管理者	フリガナ							住所	(郵便番号 -)									
	氏名																	
	生年月日																	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合はのみ記入)	フリガナ						名称						兼務する職種				
通所リハビリテーションの実施の有無		有・無				短期入所療養介護の実施の有無		有・無										
入所者の予定数		人						一日当たりの通所総利用者予定数						人				
従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士		栄養士						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
介護老人保健施設及び通所	常勤(人)																	
リハビリテーション従事人数	非常勤(人)																	
常勤換算後の人数(人)																		
基準上の必要人数(人)																		
適合の可否																		
		支援相談員		介護支援専門員														
		専従	兼務	専従	兼務													
介護老人保健施設及び通所	常勤(人)																	
リハビリテーション従事人数	非常勤(人)																	
基準上の必要人数(人)																		
適合の可否																		

付表 15-2 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（従来型）（その2）

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ 名 称				
設備基準上の数値記載項目			基準上の必要数値	適合の可否		
療養室	1室の最大定員	人	人以下			
	入所者1人当たり最小床面積	m ²	m ² 以上			
廊下	片廊下の幅	m	m以上			
	中廊下の幅	m	m以上			
機能訓練室面積		m ²	m ² 以上			
食堂面積		m ²	m ² 以上			
主 掲 示 事 項	入 所 定 員	人				
	利 用 料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通所リハビリテーションの状況		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員
従業者の職種・員数						
常 勤 (人)						
非常勤 (人)						
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
専用の部屋等の面積			m ²	基準上の必要数値 m ² 以上	適合の可否	
営 業 日		単位ごとの営業日				
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :				
利用定員		人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)				
利 用 料		法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
その他の費用						
通常の事業実施地域						
協 力 医 機 療 関	名 称		主な診療科名			
	名 称		主な診療科名			
	名 称		主な診療科名			
	名 称		主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付してください。
通所リハビリテーションを実施していない場合は、「1日当たりの通所総利用者予定数」及び「通所リハビリテーションの状況」欄の記載を要しません。
- 4 「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付してください。
- 5 「従業者の職種・員数」欄については、総数を記載してください。
- 6 「施設を共有する事業所等の名称」欄は、共有する場合に記載してください。
- 7 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 8 「通所リハビリテーションの状況」の「営業時間」欄は、単位ごとの実施時間を明示してください。
- 9 記載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。
- 10 当該介護老人保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人保健施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 11 「従来型」で申請する場合は本様式を使用してください。

付表 15-3 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（ユニット型）（その1）

受付番号

施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市											
		(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					FAX番号							
	メールアドレス												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
	氏名												
	生年月日												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合はのみ記入)	フリガナ											
		名称											
		兼務する職種											
通所リハビリテーションの実施の有無		有・無		短期入所療養介護の実施の有無		有・無							
入居者の予定数		人				一日当たりの通所総利用者予定数		人					
従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学療法士 作業療法士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設及び通所	常勤(人)												
リハビリテーション従事人数	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													
		支援相談員		介護支援専門員									
		専従	兼務	専従	兼務								
介護老人保健施設及び通所	常勤(人)												
リハビリテーション従事人数	非常勤(人)												
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													

付表15-4 介護老人保健施設の許可に係る記載事項（ユニット型）（その2）

施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)		フリガナ 名 称					
設備基準上の数値記載項目			基準上の必要数値	適合の可否			
ユ	ニ	ツ	ト	数	ユニット	—	—
ユニットの定員		～ 人		人			
個室の面積		m ²		m ²			
ユニット内の共同生活室の面積		m ²		m ²			
機能訓練室面積		m ²		m ²			
主 掲 示 事 項	入居定員	人					
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						
通所リハビリテーションの状況		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員	
従業者の職種・員数							
常 勤 (人)							
非常勤 (人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
専用の部屋等の面積			m ²		基準上の必要数値	適合の可否	
					m ² 以上		
営 業 日		単位ごとの営業日					
営業時間 (単位毎の実施時間を明示)		(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員		人(単位ごとの定員① 人、② 人、③ 人)					
利 用 料		法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
その他の費用							
通常の事業実施地域							
協 力 医 機 療 関	名 称			主な診療科名			
	名 称			主な診療科名			
	名 称			主な診療科名			
	名 称			主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「適合の可否」及び「基準上の必要数値」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「通所リハビリテーションの実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付してください。
通所リハビリテーションを実施していない場合は、「1日当たりの通所総利用者予定数」及び「通所リハビリテーションの状況」欄の記載を要しません。
- 4 「短期入所療養介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付してください。
- 5 「従業者の職種・員数」欄については、総数を記載してください。
- 6 「施設を共有する事業所等の名称」欄は、共有する場合に記載してください。
- 7 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 8 「通所リハビリテーションの状況」の「営業時間」欄は、単位ごとの実施時間を明示してください。
- 9 記載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。
- 10 当該介護老人保健施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人保健施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 11 「ユニット型」で申請する場合は、「付表15-3」及び「付表15-4」を提出してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 3 (2021) 年 4 月

サービス種別 (指定介護老人保健施設 (従来型))
事業所名 (○○○○)

(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) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定数) 人

Table with columns for No, (5) 職種, (6) 勤務形態, (7) 資格, (8) 氏名, (9) 1週目-5週目 (days 1-29), (10) 1~4週目の勤務時間数合計, (11) 週平均勤務時間数, (12) 業務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等.

(13) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

①看護職員

Table for nursing staff calculation showing勤務形態 (A, B, C, D), 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, 常勤換算方法対象外の時間数, and 常勤の従業者の人数.

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
0 + 0.0 = 0.0人

②介護職員

Table for nursing staff calculation showing勤務形態 (A, B, C, D), 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, 常勤換算方法対象外の時間数, and 常勤の従業者の人数.

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
0 + 0.0 = 0.0人

③看護職員と介護職員の合計

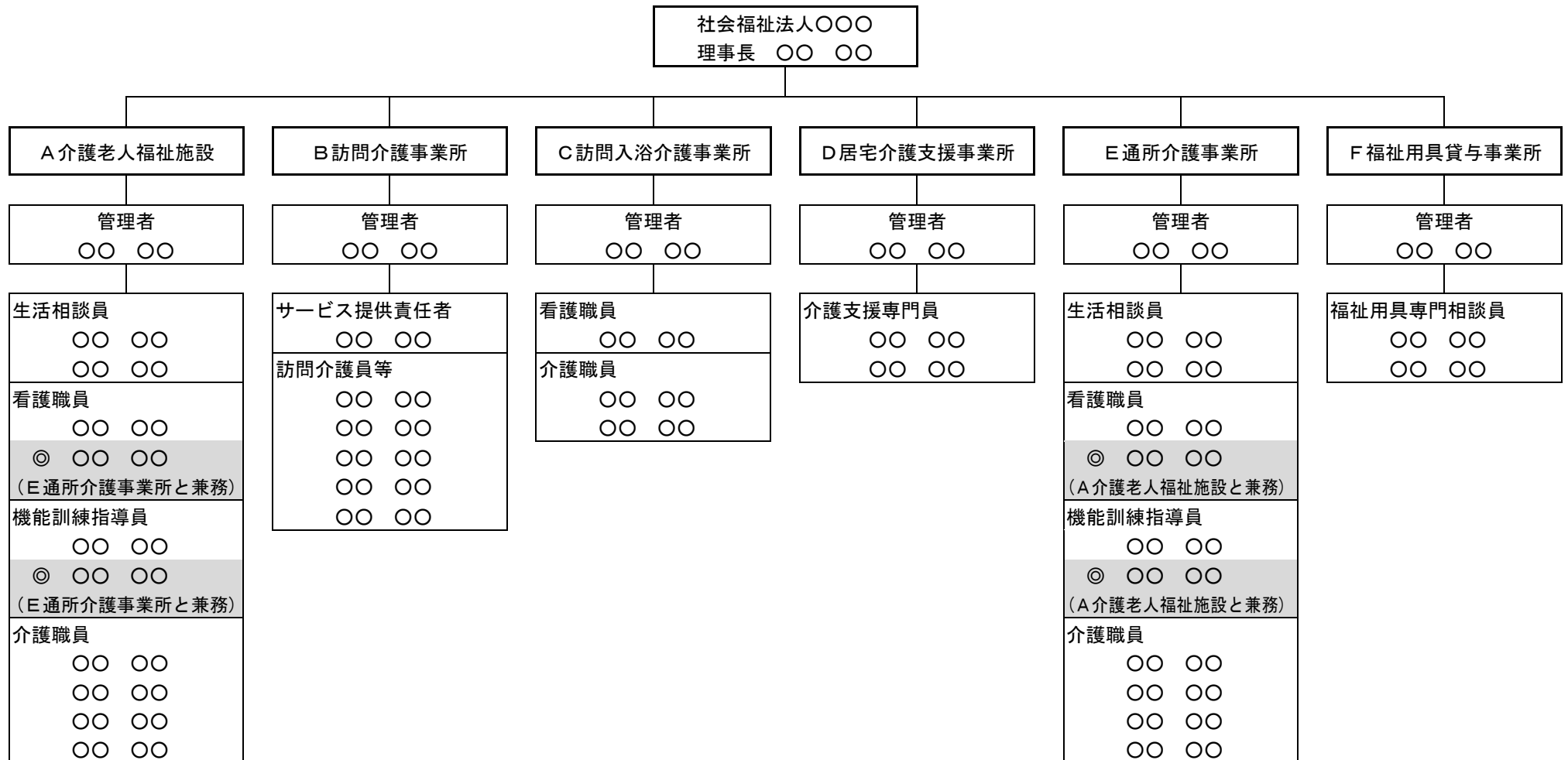
看護職員 0.0人 + 介護職員 0.0人 = 合計 0.0人

(勤務形態の記号)

Table mapping codes A, B, C, D to employment types: 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).

(参考例)

組織体制図



◎印：兼務がある者

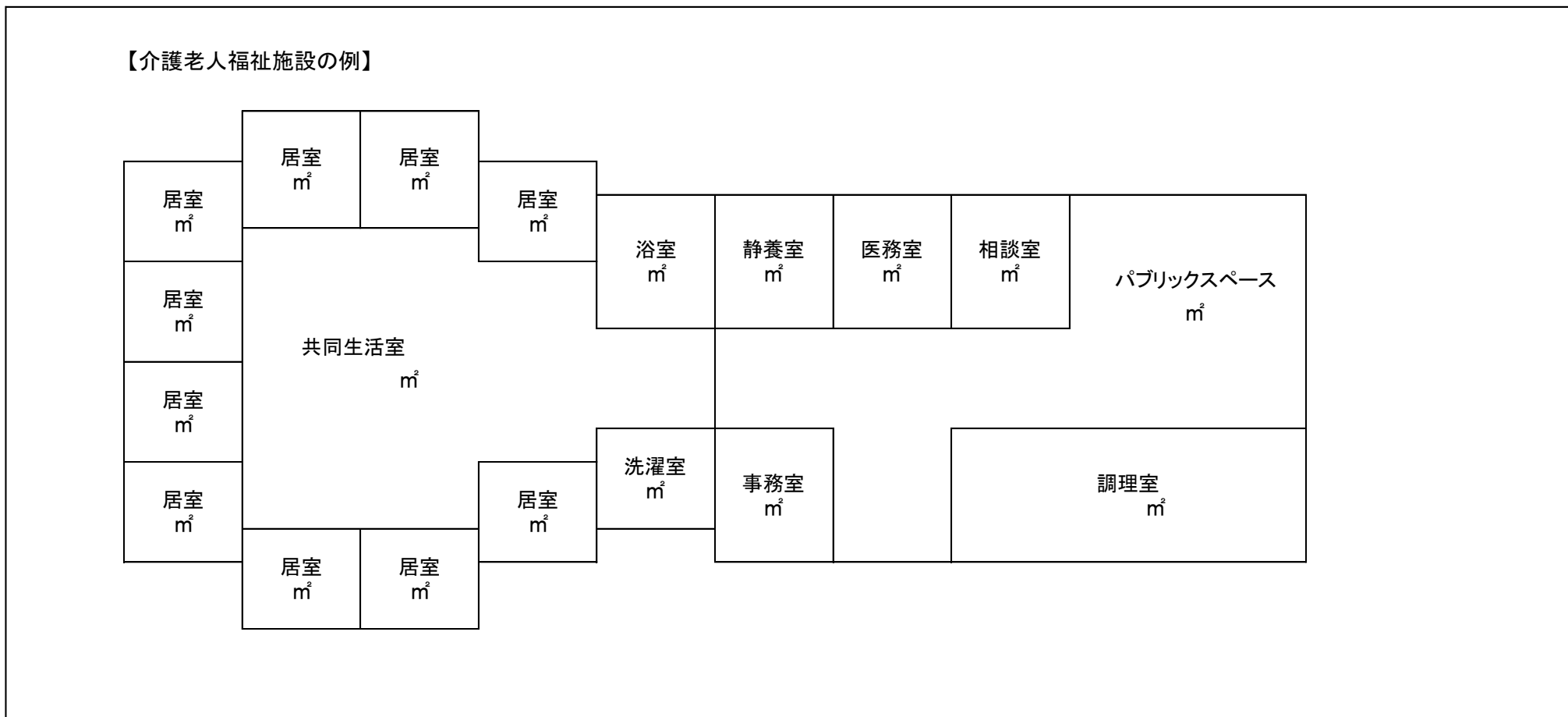
〇〇〇経歴書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備考 (研修等の受講の状況等)			

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。
- 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
 - 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

事業所(施設)の平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考1 各室の用途及び面積を記載してください。
- 2 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。
 - 3 事業所の外観及び内部の写真を添付してください。

(参考様式4)

受付番号	
------	--

事業所の部屋別施設一覧表

サービス種類 ()
 事業所名・施設名 ()

設置階 部屋の種類	() 階			() 階			() 階			合 計	
	室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積
(居室・療養室)	1室の 定員	()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
		()		()	()		()	()			
片廊下の幅		m		m			m				
中廊下の幅		m		m			m				
共用する施設・事業所名 ()											

- 備考1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
- 2 居室・療養室等については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください)。
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
- 5 他の事務所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
- 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
- 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

受付 番号	
----------	--

事業所（施設）の設備等に係る項目一覧表

サービス種類（ ）

事務所名・施設名（ ）

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
備品の品目	備品の品名及び数量	

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「事業所の部屋別施設一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 記載内容を確認できる書面及び写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

3 「受付番号」欄・「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要
1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4 その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員の登録番号 (介護支援専門員証の有効期間満了日)	常勤	非常勤	専従	兼務	兼務の場合の 兼務先及び 兼務する職種
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					

備考 1 「常勤、非常勤」欄及び「専従、兼務」欄には、該当する部分に○を記載してください。

2 「兼務の場合の兼務先及び兼務する職種」欄には、他の事業所の従業者と兼務をしている場合、兼務先事業所名及び当該事業所での職種名(例ー介護職員、生活相談員等)を記載してください。

(参考様式9-4 (介護老人保健施設用))

介護保険法第94条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

島根県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない場合は、その事業所を管理する者が下記の第四号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第94条第3項)

- 一 当該介護老人保健施設を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。
- 二 当該介護老人保健施設が第九十七条第一項に規定する施設又は同条第二項に規定する人員を有しないとき。
- 三 第九十七条第三項に規定する介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人保健施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、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とき。
- 五 申請者が、この法律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とき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの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とき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該許可を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護老人保健施設を管理する者(以下「介護老人保健施設の管理者」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該許可を取り消された者が第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないものである場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該許可

の取消しが、介護老人保健施設の許可の取消しのうち当該許可の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該介護老人保健施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該介護老人保健施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する許可の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。）

七 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による許可の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があっ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第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第百条第一項の規定によ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第百四条第一項の規定による許可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厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第九十九条第二項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員若しくはその開設した介護老人保健施設の管理者又は当該届出に係る第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、許可の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者が、第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第四号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

介護保険施設の指定申請等に関する事前確認（兼通知）書

年 月 日

島根県健康福祉部長 様
（高齢者福祉課）

（事前確認者住所）
（事前確認者氏名）

島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱第2の規定に基づき、通知するとともに事前確認を求めます。

指定申請等を行おうとする事業所等の名称	
指定申請等を行おうとする事業所等の所在地（予定地）	
事業種別	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護専用型特定施設入居者生活介護 2. 混合型特定施設入居者生活介護 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 養護老人ホーム 6. 特別養護老人ホーム
指定申請等の区分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新規（定員 人） 2. 定員の増加（ 人 → 人）
事業に係る建物の区分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 既存（改修及び増築等を行わない） 2. 新規（新たに建設、改修又は増築等を行う）
事業開始（定員増加） 予定年月日	年 月 日
着工予定年月日 （新たに建設、改修又は 増築等を行う場合）	年 月 日

※この、事前確認の手続は、指定申請等に先立ち、圏域において新たに指定等を行うことが可能な「定員数の範囲」を確認するためのものです。

※この手続きにより得られた意見を踏まえ指定申請等を行っていただくこととなりますが、指定申請等が行われた場合、実際に指定等を行うかどうかについては別途個別に判断されることとなります。

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>

年 月 日

知事 殿

所在地
名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 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出張所等の所在地	(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		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防福祉用具貸与			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		
	介護医療院			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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護保険施設)

事業所番号	事業所番号	3	2																	
-------	-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その 他 該 当 す る 体 制 等					LIFEへの登録	割引	
各サービス共通			地域区分	1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地		
				4 6級地	9 7級地	5 その他				
52 介護保健施設サービス	1 介護保健施設(Ⅰ) 2 ユニット型介護保健施設(Ⅰ)	1 基本型 2 在宅強化型	夜間勤務条件基準	1 基準型	6 減算型				1 なし 2 あり	
			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 8 言語聴覚士						
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可						
			身体拘束廃止取組の有無	1 減算型 2 基準型						
			安全管理体制	1 減算型 2 基準型						
			栄養ケア・マネジメントの実施の有無	1 なし 2 あり						
			夜勤職員配置加算	1 なし 2 あり						
			認知症ケア加算	1 なし 2 あり						
			若年性認知症入所者受入加算	1 なし 2 あり						
			在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ						
			ターミナルケア体制	1 なし 2 あり						
			栄養マネジメント強化体制	1 なし 2 あり						
			療養食加算	1 なし 2 あり						
			認知症専門ケア加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ						
			リハビリ計画書情報加算	1 なし 2 あり						
			褥瘡マネジメント加算	1 なし 2 あり						
			排せつ支援加算	1 なし 2 あり						
			自立支援促進加算	1 なし 2 あり						
			科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり						
			安全対策体制	1 なし 2 あり						
サービス提供体制強化加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 7 加算Ⅲ									
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ									
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ									

52	介護保健施設サービス	5 介護保健施設（Ⅱ） 6 ユニット型介護保健施設（Ⅱ） 7 介護保健施設（Ⅲ） 8 ユニット型介護保健施設（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1 基準型 6 減算型	1 なし 2 あり
			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 8 言語聴覚士	
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可	
			身体拘束廃止取組の有無	1 減算型 2 基準型	
			安全管理体制	1 減算型 2 基準型	
			栄養ケア・マネジメントの実施の有無	1 なし 2 あり	
			夜勤職員配置加算	1 なし 2 あり	
			認知症ケア加算	1 なし 2 あり	
			若年性認知症入所者受入加算	1 なし 2 あり	
			ターミナルケア体制	1 なし 2 あり	
			特別療養費加算項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導	
			療養体制維持特別加算Ⅰ	1 なし 2 あり	
			療養体制維持特別加算Ⅱ	1 なし 2 あり	
			栄養マネジメント強化体制	1 なし 2 あり	
			療養食加算	1 なし 2 あり	
			認知症専門ケア加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	
			リハビリテーション提供体制	1 リハビリテーション指導管理 2 言語聴覚療法 3 精神科作業療法 4 その他	
			リハビリ計画書情報加算	1 なし 2 あり	
			排せつ支援加算	1 なし 2 あり	
			自立支援促進加算	1 なし 2 あり	
科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり				
安全対策体制	1 なし 2 あり				
サービス提供体制強化加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 7 加算Ⅲ				
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ				
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ				
52	介護保健施設サービス	9 介護保健施設（Ⅳ） A ユニット型介護保健施設（Ⅳ）	夜間勤務条件基準	1 基準型 6 減算型	1 なし 2 あり
			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 8 言語聴覚士	
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可	
			身体拘束廃止取組の有無	1 減算型 2 基準型	
			安全管理体制	1 減算型 2 基準型	
			栄養ケア・マネジメントの実施の有無	1 なし 2 あり	
			夜勤職員配置加算	1 なし 2 あり	
			認知症ケア加算	1 なし 2 あり	
			若年性認知症入所者受入加算	1 なし 2 あり	
			ターミナルケア体制	1 なし 2 あり	
			栄養マネジメント強化体制	1 なし 2 あり	
			療養食加算	1 なし 2 あり	
			認知症専門ケア加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	
			サービス提供体制強化加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 7 加算Ⅲ	
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ	
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	

(別紙1、1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(短期入所療養)

事業所番号	事業所番号	3	2																	
-------	-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等					LIFEへの登録	割引	
各サービス共通			地域区分	1 1級地 6 2級地 7 3級地 2 4級地 3 5級地 4 6級地 9 7級地 5 その他						
22 短期入所療養介護	1 介護老人保健施設 (I) 2 ユニット型介護老人保健施設 (I)	1 基本型 2 在宅強化型	夜間勤務条件基準	1 基準型 6 減算型					1 なし 2 あり	
			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						
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可						
			夜勤職員配置加算	1 なし 2 あり						
			認知症ケア加算	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						
			在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1 なし 2 加算I 3 加算II						
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可						
			療養食加算	1 なし 2 あり						
			認知症専門ケア加算	1 なし 2 加算I 3 加算II						
	サービス提供体制強化加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 7 加算III								
	併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況	1 なし 2 あり								
	介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V								
	介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II								
	5 介護老人保健施設 (II) 6 ユニット型介護老人保健施設 (II) 7 介護老人保健施設 (III) 8 ユニット型介護老人保健施設 (III)		夜間勤務条件基準	1 基準型 6 減算型					1 なし 2 あり	
			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						
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可						
			夜勤職員配置加算	1 なし 2 あり						
			リハビリテーション提供体制	1 言語聴覚療法 2 精神科作業療法 3 その他						
			認知症ケア加算	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							
送迎体制			1 対応不可 2 対応可							
特別療養費加算項目			1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導							
療養体制維持特別加算I			1 なし 2 あり							
療養体制維持特別加算II	1 なし 2 あり									
療養食加算	1 なし 2 あり									
認知症専門ケア加算	1 なし 2 加算I 3 加算II									
サービス提供体制強化加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 7 加算III									
併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Iの届出状況	1 なし 2 あり									
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV 4 加算V									
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II									

25	介護予防短期入所療養介護	1 介護老人保健施設（Ⅰ） 2 ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ）	1 基本型 2 在宅強化型	夜間勤務条件基準 1 基準型 6 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 言語聴覚士 ユニットケア体制 1 対応不可 2 対応可 夜勤職員配置加算 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 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 送迎体制 1 対応不可 2 対応可 療養食加算 1 なし 2 あり 認知症専門ケア加算 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ サービス提供体制強化加算 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 7 加算Ⅲ 併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況 1 なし 2 あり 介護職員処遇改善加算 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ 介護職員等特定処遇改善加算 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	1 なし 2 あり
		5 介護老人保健施設（Ⅱ） 6 ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ） 7 介護老人保健施設（Ⅲ） 8 ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ）		夜間勤務条件基準 1 基準型 6 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 言語聴覚士 ユニットケア体制 1 対応不可 2 対応可 夜勤職員配置加算 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 送迎体制 1 対応不可 2 対応可 特別療養費加算項目 1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 療養体制維持特別加算Ⅰ 1 なし 2 あり 療養体制維持特別加算Ⅱ 1 なし 2 あり 療養食加算 1 なし 2 あり 認知症専門ケア加算 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ リハビリテーション提供体制 1 言語聴覚療法 2 精神科作業療法 3 その他 サービス提供体制強化加算 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 7 加算Ⅲ 併設本体施設における介護職員等特定処遇改善加算Ⅰの届出状況 1 なし 2 あり 介護職員処遇改善加算 1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ 介護職員等特定処遇改善加算 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ	1 なし 2 あり

備考 1 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、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。

<以下略（留意事項は、本文を参照）>

栄養マネジメント体制に関する届出書

1 事業所名																									
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																								
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 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護医療院																								
4 栄養マネジメントの状況	<p>1. 基本サービス（栄養ケア・マネジメントの実施）</p> <p>栄養マネジメントに関わる者（注）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>氏 名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>医 師</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師</td><td></td></tr> <tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr> <tr><td>看 護 師</td><td></td></tr> <tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>2. 栄養マネジメント強化加算</p> <table border="1"> <tr> <td>a. 入所者数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>→ 入所者数を50で除した数以上 （給食管理を行う常勤栄養士が1名以上配置されている場合）70で除した数以上</p>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介護支援専門員								a. 入所者数	人	b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）	人	c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）	人
職 種	氏 名																								
医 師																									
歯科医師																									
管 理 栄 養 士																									
看 護 師																									
介護支援専門員																									
a. 入所者数	人																								
b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）	人																								
c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）	人																								

注 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

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

サービス提供体制強化加算に関する届出書

〔 (介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院 〕

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)短期入所生活介護 (ア 単独型 イ 併設型 ウ 空床利用型) 2 (介護予防)短期入所療養介護 3 介護老人福祉施設 4 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護老人保健施設 6 介護療養型医療施設 7 介護医療院
4 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)

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

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

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が60%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

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

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

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

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

(参考様式) 【短期入所サービス・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)

事業所・施設名()

開設(再開)年月日(年 月 日)

一覧表対象年度(年度分)

加算区分	1. 加算Ⅰ(介護福祉士80%以上) 2. 加算Ⅱ(介護福祉士60%以上) 3. 加算Ⅲ(介護福祉士50%以上) 4. 加算Ⅰ(勤続10年以上の介護福祉士35%以上)
サービス種類	1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護医療院

職 種	氏 名	介護福祉士の資格取得年月日 (該当者の欄にのみ記載)	従業者の就業状況		前年度の各月常勤換算数																常勤換算数 平均						
			就業年月日		4 月		5 月		6 月		7 月		8 月		9 月		10 月		11 月			12 月		1 月		2 月	
			(退職年月日)		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
介護職員		年 月 日	年 月 日	(年 月 日)																							
			① 介護職員の総数 (常勤換算)																								
			② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)																								
			③ ①のうち勤続10年以上の 介護福祉士の総数(常勤換算)																								

備考1 全ての介護職員の状況を記載してください。
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
 4 3の介護福祉士のうち、勤続10年以上については、換算数の右側「該当」の欄に◎印をしてください。
 5 ②③についてはいずれか記載してください。
 6 従業者の就業状況は、③の場合のみ記載してください。
 7 ①、②、③の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式) 【短期入所サービス・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)

事業所・施設名(特別養護老人ホーム〇〇園)

開設(再開)年月日(年 月 日)

一覧表対象年度(令和2年度分)

加算区分 : 1. 加算Ⅰ(介護福祉士80%以上) 2. 加算Ⅱ(介護福祉士60%以上) 3. 加算Ⅲ(介護福祉士50%以上)
4. 加算Ⅰ(勤続10年以上の介護福祉士35%以上)

サービス種類 : 1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護
3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護医療院

前月末までに資格取得している場合は○印
※10年以上は◎

職種	氏名	介護福祉士の資格取得年月日 (該当者の欄にのみ記載)	従業者の就業状況 就業年月日 (退職年月日)	前年度の各月常勤換算数																常勤換算数 平均						
				4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月			12月		1月		2月	
				換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当
介護職員	〇〇〇〇	令和元年11月20日	年月日 (年月日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	□□□□	平成15年5月15日	平成17年4月1日 (年月日)	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	
介護職員	△△△△	平成21年4月1日	年月日 (年月日)	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
介護職員	◇◇◇◇	平成18年12月10日	平成17年4月1日 (年月日)	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	
介護職員	☆☆☆☆	端数処理しない	年月日 (年月日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	●●●●	年月日	年月日 (年月日)	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
介護職員	■ ■ ■ ■	平成21年6月15日	年月日 (年月日)	0.5		0.5		0.5		0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	▲▲▲▲	年月日	年月日 (年月日)	0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		
介護職員	◆◆◆◆	平成16年6月10日	年月日 (年月日)	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	
介護職員	★★★	平成21年5月20日	年月日 (年月日)	0.5		0.5		1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	◎◎◎◎	平成19年4月1日	年月日 (年月日)											1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
① 介護職員の総数(常勤換算)				6.3		6.3		6.8		6.8		6.8		7.8		7.8		8.3		8.3		8.3		8.3		
② ①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)				2.9		3.4		4.4		4.9		4.9		5.9		5.9		6.4		6.4		6.4		6.4		
③ ①のうち勤続10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)				1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		1.6		

年度中途の採用職員

○印の合計を算出し、小数点第2位を切り捨て

◎印の合計を算出し、小数点第2位を切り捨て

- 備考1 全ての介護職員の状況を記載してください。
- 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
- 3 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
- 4 3の介護福祉士のうち、勤続10年以上については、換算数の右側「該当」の欄に◎印をしてください。
- 5 ②③についてはいずれか記載してください。
- 6 従業者の就業状況は、③の場合のみ記載してください。
- 7 ①、②、③の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式)【短期入所サービス・特定施設入居者生活介護・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅲ)

事業所・施設名()

(常勤職員75%以上雇用事業所)

開設(再開)年月日(年 月 日)

一覧表対象年度(年度分)

サービス種類 : 1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. (介護予防)特定施設入居者生活介護
4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

職 種	氏 名	前年度の各月常勤換算数																				常勤換算数 平均		
		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月			2月	
		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
看護職員	・ 介護職員																							
① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)																								
② ①のうち常勤の職員の総数 (常勤換算)																								

- 備考1 全ての看護職員、介護職員の状況を記載してください。
- 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
- 3 常勤の従業者については、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
- 4 ①、②の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式)【短期入所サービス・特定施設入居者生活介護・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅲ)

事業所・施設名(介護老人保健施設◇◇の里)

(常勤職員75%以上雇用事業所)

開設(再開)年月日 (平成15年 4月 1日)

一覧表対象年度 (令和 2年度分)

サービス種類 : 1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. (介護予防)特定施設入居者生活介護
4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

職 種	氏 名	前年度の各月常勤換算数																				常勤換算数 平均		
		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月			2月	
		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	
看護職員・介護職員	○○ ○○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	◇◇ ◇◇	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	◆◆ ◆◆	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
看護職員・介護職員	△△ △△	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	▲▲ ▲▲	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	★★ ★★	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	□□ □□	0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666
看護職員・介護職員	●● ●●	0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333
看護職員・介護職員	◎◎ ◎◎	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	■ ■ ■ ■	0.5		1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	☆☆ ☆☆	0.5		0.5		1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	○ ■ △ △	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員	△ ○ □ □	0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666
看護職員・介護職員	◆ ◆ ○ △											1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
看護職員・介護職員																								
看護職員・介護職員																								
看護職員・介護職員																								
	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	10.1		10.6		11.1		11.1		11.1		12.1		12.1		12.1		12.1		12.1		12.1		11.5
	② ①のうち常勤の職員の総数 (常勤換算)	7.0		8.0		9.0		9.0		9.0		10.0		10.0		10.0		10.0		10.0		10.0		9.2

備考1 全ての看護職員、介護職員の状況を記載してください。

2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。

3 常勤の従業者については、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。

4 ①、②の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式) 【短期入所サービス・特定施設入居者生活介護・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅲ)

事業所・施設名(特別養護老人ホーム△△苑)

(勤続7年以上の直接処遇職員30%以上雇用事業所)

開設(再開)年月日 (平成13年 4月 1日)

一覧表対象年度 (令和 2年度分)

サービス種類 : 1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. (介護予防)特定施設入居者生活介護
 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

前月末までに勤続7年以上である場合は○印

職 種	氏 名	従業者の就業状況 就業年月日(～退職年月日)	前年度の各月常勤換算数																								常勤換算数 平均
			4 月		5 月		6 月		7 月		8 月		9 月		10 月		11 月		12 月		1 月		2 月				
			換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当			
生活相談員	○○ ○○	平成13年 4月 1日(～平成 年 月 日)	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
生活相談員	◇◇ ◇◇	平成13年 4月 1日(～平成 年 月 日)	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	
看護職員	◆◆ ◆◆	平成17年12月10日(～平成 年 月 日)	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	△△ △△	平成13年 4月 1日(～平成 年 月 日)	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	0.6666	○	
介護職員	▲▲ ▲▲	平成15年 4月 1日(～平成21年10月31日)	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	□□ □□	平成18年 9月 1日(～平成 年 月 日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	●● ●●	平成19年 4月 1日(～平成 年 月 日)	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
介護職員	◎◎ ◎◎	平成19年 4月 1日(～平成 年 月 日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	☆☆ ☆☆	平成20年 4月 1日(～平成 年 月 日)	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
機能訓練指導員	○■ △△	平成13年 4月 1日(～平成 年 月 日)	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	△○ ◆◆	平成21年 1月 1日(～平成 年 月 日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	▲▲ ○○	平成21年 3月 1日(～平成 年 月 日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	□□ ◎◎	平成21年 4月 1日(～平成 年 月 日)	1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	☆☆ △△	平成21年 9月 1日(～平成 年 月 日)													1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		1.0		
介護職員	◎◎ ◆◆	平成21年 9月 1日(～平成 年 月 日)													0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		
		年 月 日(～平	全ての直接処遇職員の合計を算出し、 小数点第2位を切り捨て																								
		年 月 日(～平	○印の合計を算出し、 小数点第2位を切り捨て																								
		年 月 日(～平成 年 月 日)																									
		年 月 日(～平成 年 月 日)																									
		年 月 日(～平成 年 月 日)																									
		① サービスを直接提供する職員の総数 (常勤換算)	11.1		11.1		11.1		11.1		11.1		12.6		12.6		11.6		11.6		11.6		11.6		11.6		11.5
		② ①のうち勤続7年以上の職員の総数 (常勤換算)	5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1		5.1

端数処理しない

備考1 利用者にサービスを直接提供する職員全員の状況について記載してください。

- 【サービスを直接提供する職員とは】 : ・短期入所生活介護(予防含む)及び指定介護老人福祉施設については、「生活相談員」、「介護職員」、「看護職員」、「機能訓練指導員」
 ・特定施設入居者生活介護(予防含む)については、「生活相談員」、「介護職員」、「看護職員」、「機能訓練指導員」
 ・介護老人保健施設及び介護老人保健施設における短期入所療養介護(予防含む)については、「看護職員」、「介護職員」、「支援相談員」、「理学療法士」、「作業療法士」、「言語聴覚士」
 ・介護療養型医療施設及び介護療養型医療施設における短期入所療養介護(予防含む)については、「看護職員」、「介護職員」、「理学療法士」、「作業療法士」

- 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに勤続7年以上である場合、換算数の右欄「該当」欄に○印をしてください。
 4 ①、②の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

介護老人保健施設（基本型・在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出

1 事業所名		
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了	
3 人員配置区分	1 介護老人保健施設（在宅強化型）	2 介護老人保健施設（基本型）
4 届出項目	1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） （介護老人保健施設（基本型）のみ）	2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） （介護老人保健施設（強化型）のみ）

5 在宅復帰・在宅療養支援に関する状況							在宅復帰・在宅療養支援等指標		
	A 在宅復帰率								
	①	前6月間における居宅への退所者の延数 (注1,2,3,4)	人	→	④	$\frac{①}{②-③} \times 100$ (注5)	%	→ 50%超	20
	②	前6月間における退所者の延数 (注3,4)	人					→ 30%超50%以下	10
	③	前6月間における死亡した者の総数 (注3)	人					→ 30%以下	0
	B ベッド回転率								
	①	直近3月間の延入所者数(注6)	人	→	④	$30.4 \div ① \times (②+③) \div 2 \times 100$	%	→ 10%以上	20
	②	直近3月間の新規入所者の延数 (注6,7)	人					→ 5%以上10%未満	10
	③	直近3月間の新規退所者数(注8)	人					→ 5%未満	0
	C 入所前後訪問指導割合								
	①	前3月間における新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数 (注9,10,11)	人	→	④	$① \div ② \times 100$ (注12)	%	→ 30%以上	10
	②	前3月間における新規入所者の延数 (注11)	人					→ 10%以上30%未満	5
	D 退所前後訪問指導割合								
	①	前3月間における新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数 (注13,14,15)	人	→	④	$① \div ② \times 100$ (注16)	%	→ 30%以上	10
②	前3月間における居宅への新規退所者の延数(注15)	人	→ 10%以上30%未満					5	
E 居宅サービスの実施状況									
①	前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数(注17)						→ 3サービス	5	
							→ 2サービス	3	
							→ 1サービス	2	
							→ 0サービス	0	
F リハ専門職員の配置割合									
①	前3月間における理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数(注18)	時間	→	⑤	$① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$	%	→ 5以上	5	
②	理学療法士等が前3月間に勤務すべき時間(注18,19)	時間					→ 3以上5未満	3	
③	算定日が属する月の前3月間における延入所者数(注20)	人					→ 3未満	0	
④	算定日が属する月の前3月間の日数	日							
G 支援相談員の配置割合									
①	前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数(注21)	時間	→	⑤	$① \div ② \div ③ \times ④ \times 100$	%	→ 3以上	5	
②	支援相談員が前3月間に勤務すべき時間(注19)	時間					→ 2以上3未満	3	
③	前3月間における延入所者数(注20)	人					→ 2未満	0	
④	前3月間の延日数	日							
H 要介護4又は5の割合									
①	前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数	日	→	③	$① \div ② \times 100$	%	→ 50%以上	5	
②	当該施設における直近3月間の入所者延日数	日					→ 35%以上50%未満	3	
I 喀痰吸引の実施割合									
①	直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数(注22,23)	人	→	③	$① \div ② \times 100$	%	→ 10%以上	5	
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人					→ 5%以上10%未満	3	
J 経管栄養の実施割合									
①	直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数(注22,24)	人	→	③	$① \div ② \times 100$	%	→ 10%以上	5	
②	当該施設における直近3月間の延入所者数	人					→ 5%以上10%未満	3	
上記評価項目(A~J)について、項目に応じた「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の合計値を記入							合計		

6 介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容			
① 基本型	①	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が20以上	有・無
	②	退所時指導等の実施(注25)	有・無
	③	リハビリテーションマネジメントの実施(注26)	有・無
② 在宅強化型	①	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が60以上	有・無
	②	退所時指導等の実施(注25)	有・無
	③	リハビリテーションマネジメントの実施(注26)	有・無
	④	地域に貢献する活動の実施	有・無
	⑤	充実したリハビリテーションの実施(注27)	有・無
7 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出内容			
① 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	①	「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「①基本型」の項目が全て「有」	有・無
	②	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が40以上	有・無
	③	地域に貢献する活動の実施	有・無
② 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	①	「6介護老人保健施設の基本サービス費に係る届出内容」における「②在宅強化型」の項目が全て「有」	有・無
	②	在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計値が70以上	有・無

- 注1：当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数。
注2：居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。
注3：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
注4：退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。
注5：分母(②-③の値)が0の場合、④は0%とする。
注6：入所者とは、毎日24時間現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。
注7：新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。
また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。
注8：当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。
注9：居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者の数。
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。
注10：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
注11：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、入所者数には算入しない。
注12：分母(②の値)が0の場合、④は0%とする。
注13：退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。
また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。
注14：退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
注15：当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
注16：分母(②の値)が0の場合、④は0%とする。
注17：当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、退所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含む。
注18：理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等という。
注19：1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。
注20：毎日24時間現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。
注21：支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。
①入所者及び家族の処遇上の相談、②レクリエーション等の計画、指導、③市町村との連携、④ボランティアの指導
注22：喫煙吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含めること。
注23：過去1年間に嚔吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に嚔吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を含む。
注24：過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に経管栄養が実施されていた者)であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するもの(令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者)を含む。
注25：退所者(当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入所し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。)の退所後30日以内に(当該退所者の退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、14日以内)に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録していること。
注26：入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
注27：入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施していること。
※ 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。
※ この届出は令和3年9月サービス提供分まで使用可能です。令和3年10月サービス提供分以降は別紙13-1-2を使用してください。

(参考様式)

「在宅復帰・在宅療養支援機能指標」等チェック表

介護老人保健施設において「介護保健施設サービス費(Ⅱ)又は(Ⅲ)」及び「ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)又は(Ⅲ)」以外の区分を算定する場合及び「在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)」を算定する施設は以下により計算すること。
→青色の欄に入力してください。(それ以外は自動計算)

※新規に事業を開始し、又は再開した事業所については7月日以降届出が可能。

※当該届出以降も、直近の割合を毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、速やかに届出を行うこと。

(1) 在宅復帰・在宅療養支援機能指標

① 在宅復帰率

・算定日が属する月の前6月間において、居宅への退所者のうち、在宅において介護を受けることとなったもの(当該施設における入所期間が1月間を超えていた退所者に限る。)の占める割合

	月	月	月	月	月	月	前6月間計
居宅への退所者の延数(当該施設における入所期間が1月を超えて入所者に限る。):A ※1、※2、※3							0人
退所者延数:B ※2、※3							0人
当該施設内で死亡した者:C							0人
D(B-C)	0	0	0	0	0	0	0人
A÷D×100	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!%

#DIV/0!点

※1 居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くもの。

※2 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに当該施設に入所したのについては、当該入院期間を入所期間とみなす。

※3 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護もしくは小規模多機能型居宅介護等の宿泊サービスを利用する者は居宅への退所者に含まない。

② ベッド回転率

・30.4を当該施設の平均在所日数で除して得た数

	月	月	月	前3月間計
延入所者数:A ※4				0人
新規入所者延数:B ※4、※5				0人
新規退所者数:C ※6				0人
(B+C)÷2:D	0	0	0	0
A÷D(平均在所日数)	0	0	0	#DIV/0!

$$30.4 \div \text{平均在所日数} \#DIV/0! = \#DIV/0! \%$$

#DIV/0!点

※4 入所者とは、毎日24時間現在当該施設に入所中の者。この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数。

※5 当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。
 また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。

当該3月間に当該施設から退所した者の数。

※6 当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。
 ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。

③ 入所前後訪問指導割合

・ 算定日が属する月の前3月間において、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。)を行った者の占める割合

	月	月	月	前3月間計
新規入所者のうち、入所前後訪問指導を行った者の延数:A ※7、※8、※9				0 人
新規入所者の延数:B ※9				0 人
$A \div B \times 100$	0	0	0	#DIV/0! %

#DIV/0! 点

- ※7 居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の数。また、居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。
- ※8 退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
- ※9 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、入所者数には算入しない。

④ 退所前後訪問指導割合

・ 算定日が属する月の前3月間において、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)の占める割合

	月	月	月	前3月間計
新規退所者のうち、退所前後訪問指導を行った者の延数:A ※10、※11、※12				0 人
居宅への新規退所者の延数:B ※12				0 人
$A \div B \times 100$	0	0	0	#DIV/0! %

#DIV/0! 点

- ※10 退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者。居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くもの。
- ※11 退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った者を含む。
- ※12 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなす。

⑤ 居宅サービスの実施数

・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む)におけるサービス実施数 ※13

※各サービスについて、プルダウンより「実施あり」、「実施なし」を選択してください。

訪問リハビリテーション	
通所リハビリテーション	
短期入所療養介護	

「実施あり」数 0

0 点

- ※13 当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の業務や施設の共用等が行われているものにおいて、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の種類数を含む。

⑥ リハ専門職の配置割合

・当該施設において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数

	月	月	月	前3月間計	
理学療法士等の当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数:A ※14				0	時間
常勤の理学療法士等が月に勤務すべき時間:B ※14、※15				0	時間
A÷B×C(常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数)	0.0	0.0	0.0	#DIV/0!	
延入所者数:D ※16				0	人
月の日数:E				0	日
$C \div D \times E \times 100$	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	

#DIV/0! 点

※14 理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等。

※15 1週間に勤務すべき時間が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

※16 毎日24時間現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含む。

⑦ 支援相談員の配置割合

・当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数

	月	月	月	前3月間計	
支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数:A ※17				0	時間
常勤の支援相談員が月に勤務すべき時間:B ※15				0	時間
A÷B×C(常勤換算方法で算定した支援相談員の数)	0.0	0.0	0.0	#DIV/0!	
延入所者数:D ※16				0	人
日数:E				0	日
$C \div D \times E \times 100$	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	

#DIV/0! 点

支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。

※17

① 入所者及び家族の処遇上の相談、② レクリエーション等の計画、指導、③ 市町村との連携、④ ボランティアの指導

⑧ 要介護4又は5の割合

・算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合

	月	月	月	前3月間計	
要介護4若しくは要介護5に該当する入所者の延日数:A				0	日
入所者延日数:B				0	日
$A \div B \times 100$	0	0	0	#DIV/0!	%

#DIV/0! 点

⑨ 喀痰吸引の実施割合

・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合

	月	月	月	前3月間計
入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者数:A ※18、※19				0 人
延入所者数:B				0 人
$A \div B \times 100$	0	0	0	#DIV/0! %

#DIV/0! 点

※18 喀痰吸引及び経管栄養のいずれにも該当する者については、各々該当する欄の人数に含める。

※19 過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に喀痰吸引が実施されていた者)であつて、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されているものを含む。

⑩ 経管栄養の実施割合

・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合

	月	月	月	前3月間計
入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数:A ※18、※20				0 人
延入所者数:B				0 人
$A \div B \times 100$	0	0	0	#DIV/0! %

#DIV/0! 点

※20 過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中(入所時を含む。)に経管栄養が実施されていた者)であつて、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されているものを含む。

「在宅復帰・在宅療養支援等指標」 合計 #DIV/0! 点

(2) 退所時指導等の実施 プルダウンより「実施あり」、「実施なし」を選択してください。

a: 退所時指導	入所者の居宅への退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っている。	
b: 退所後の状況確認	退所者(当該施設内で死亡した者及び当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者を除く。)の退所後30日以内(当該退所者の退所時の要介護状態区分が要介護四又は要介護五の場合にあつては、14日以内)に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が継続する見込みであることを確認し、記録している。	

(3) リハビリテーションマネジメントの実施 プルダウンより「実施あり」、「実施なし」を選択してください。

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っている。	
--	--

(4) 地域に貢献する活動の実施 プルダウンより「実施あり」、「実施なし」を選択してください。

地域に貢献する活動を行っている。	
------------------	--

※「実施あり」の場合、活動内容を記載(例:施設内に〇〇スペースがあり、地域交流の場として提供している、認知症カフェを行っている)

(5) 充実したリハビリテーションの実施 プルダウンより「実施あり」、「実施なし」を選択してください。

入所者に対し、少なくとも週三回程度のリハビリテーションを実施している。	
-------------------------------------	--

介護老人保健施設（療養型）の基本施設サービス費及び療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 人員配置区分	1 介護老人保健施設（療養型） (削除)
4 届出項目	1 療養体制維持特別加算（Ⅱ） （介護老人保健施設（療養型）のみ） (削除)

5 介護老人保健施設（療養型）に係る届出内容

① 新規入所者の状況（注）	① 前12月の新規入所者の総数	人						
	② ①のうち、医療機関を退院し入所した者の総数	人						
	③ ①のうち、自宅等から入所した者の総数	人						
	④ (①に占める②の割合) - (①に占める③の割合)	%					→ 35%以上	有・無
② 入所者・利用者の利用状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均			
	① 前3月の入所者及び利用者の総数	人	人	人				
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者	人	人	人			3月間の平均	
	③ ①に占める②の割合	%	%	%	%		→ 15%以上	
	④ ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者及び利用者	人	人	人			又は	
⑤ ①に占める④の割合	%	%	%	%		→ 20%以上	有・無	

6 療養体制維持特別加算（Ⅱ）に係る届出内容

① 入所者及び利用者の状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均			
	① 前3月の入所者及び利用者の総数	人	人	人				
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者	人	人	人			3月間の平均	
	③ ①に占める②の割合	%	%	%	%		→ 20%以上	
	④ ①のうち、日常生活自立度のランクⅣ又はMに該当する入所者及び利用者	人	人	人			かつ	
⑤ ①に占める④の割合	%	%	%	%		→ 50%以上	有・無	

注：当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用する。

※ 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。

(別紙23)

褥瘡マネジメントに関する届出書

1 事業所名																					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																				
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 看護小規模多機能型居宅介護																				
4 褥瘡マネジメントの状況	褥瘡マネジメントに関わる者 <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		看 護 師		管 理 栄 養 士		介護支援専門員									
職 種	氏 名																				
医 師																					
歯科医師																					
看 護 師																					
管 理 栄 養 士																					
介護支援専門員																					

※ 「褥瘡マネジメントに関わる者」には、共同で褥瘡ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

(様式5)

重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 重症皮膚潰瘍管理を担当する医師の氏名

(記入上の注意)

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

(様式6)

薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所	設備の目録	面 積	定員数
		平方メートル	人
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成 (予定を含む)	有	無

2 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 (予定を含む)	有	無

〔記入上の注意〕

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

(様式7)

[]に勤務する従事者の名簿

施設名		事業所番号																		
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No.	職 種	氏 名	勤務の態様		勤務時間	備 考
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		
			常 勤 非常勤	専 従 非専従		

[記載上の注意]

- 1 []には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 薬剤管理指導の届出においては、調剤、医薬品情報管理、利用者若しくは入所者への薬剤管理指導のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載すること。

(様式8)

言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分		言語聴覚療法					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル					
当該言語聴覚療法を行うための器械・器具の一覧(名称・台数等)							

※ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

※ 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士等の氏名、勤務の態様及び勤務時間を「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に記載し、添付すること。

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

(様式9)

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

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

※ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

(参考様式)

夜勤職員配置加算算定表（介護老人保健施設、短期入所療養介護）

事業所名		
施設種別	①介護老人保健施設(みなしショート含む)	②(介護予防)短期入所療養介護
1. 前年度の平均入所者数 (みなしショート含む) <input type="text"/> 人		
2. 基準上、必要な夜勤職員数 <input type="text"/> 人		
3. 夜勤時間帯 (午後10時から翌日午前5時までを含む連続する16時間で施設で定めたもの)		
午後	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分	～ 午前 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 (16時間)
4. 1日平均夜勤職員数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		
① 延夜勤時間数	<input type="text"/> 時間(A)	
② 計算月の日数	<input type="text"/> 日 × 16 = <input type="text"/> 0 時間(B)	
③ (A) / (B)	人	<input type="text"/>
(※小数点第3位以下切捨て)		

「注意事項」

- * 別紙又はこれに準じた様式により夜間職員の配置状況がわかる一覧表を添付すること。
- * 一部ユニット型施設の場合は、ユニット部分とそれ以外の部分でそれぞれ別様で作成すること。
(旧一部ユニット型施設で、ユニットと従来型に分離した場合も同様。)
- * 認知症専門棟がある場合は、認知症専門棟とそれ以外の部分でそれぞれ別様で作成すること。

(参考様式)

認知症専門ケア加算に関する確認書

事業所名		異動等区分	1新規 2変更 3終了
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 介護医療院 5 (介護予防)特定施設入居者生活介護 6 (介護予防)短期入所生活介護 7 (介護予防)短期入所療養介護		
届出項目	1 認知症専門ケア加算 I 2 認知症専門ケア加算 II		

認知症専門ケア加算に係る確認内容

(I・II共通)

入所者総数のうち、日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mに該当する入所者の割合が2分の1以上である。

有 ・ 無

①	入所者の総数		人
②	①のうち認知症日常生活自立度Ⅲの者の総数		人
③	①のうち認知症日常生活自立度Ⅳの者の総数		人
④	①のうち認知症日常生活自立度Mの者の総数		人
(②+③+④)÷①×100			%

認知症介護の専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修等)を修了している者を基準以上配置し、専門的な認知症ケアを実施している。※

有 ・ 無

認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している。

有 ・ 無

<開催状況>

開催日	会議の概要
月 日開催	
月 日開催	

※上記内容を記載した別紙の添付でも可

(IIのみ)

認知症介護の指導に係る専門的な研修(認知症介護指導者研修)を終了している者を基準以上配置し、全体の認知症ケアの指導を実施している。

有 ・ 無

介護・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い研修を実施又は実施を予定している。

有 ・ 無

<研修計画>

研修期間	
実施(予定)時期	
研修の目標	
研修内容	

※上記内容に準じた介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の添付でも可

備考 ※「異動等区分」「施設種別」「届出項目」欄については、該当する番号に○をつけてください。

※研修修了者について、修了証を添付してください。

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)の規定による
業務管理体制に係る届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号		A																			
1	届出の内容																				
	(1)法第115条の32第2項関係(整備)																				
(2)法第115条の32第4項関係(区分の変更)																					
2	フリガナ 名 称																				
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																			
		(ビルの名称等)																			
		電話番号							FAX番号												
	法人の種別																				
	代表者の職名・氏名 ・生年月日	職名				フリガナ 氏名				生年月日											
代表者の住所	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																				
	(ビルの名称等)																				
3	事業所名称等 及び所在地		事業所名称	擬(訶)朝日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)						所在地										
	計 力所																				
4	介護保険法施行規則第140条の40第1 項第2号から第4号に基づき届出事項		第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)						生年月日											
			第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要																	
			第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要																	
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																				
	事業者(法人)番号		A																		
	区分変更の理由																				
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課																				
	区分変更日		年 月 日																		

連絡先	所属																	メール アドレス	電話番号
	フリガナ																		
	氏名																		

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第3項の規定による業務管理体制に係る届出書
(届出事項の変更)

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号	A																			
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項	
1	法人の種別、名称(フリガナ)
2	主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号
3	代表者氏名(フリガナ)、生年月日
4	代表者の住所、職名
5	事業所名称等及び所在地
6	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
7	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
8	業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容	
(変更前)	
(変更後)	

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					