

施設介護サービス等の申請・届出の手引き

# 介護療養型医療施設

((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、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、介護療養型医療施設に係る変更届等の事務については松江市において処理されることとされているため、別途、松江市の指示により手続きを行ってください。

1. 介護療養型医療施設とは	1
2. 申請・届出先等	2
3. 指定申請	3
4. 指定更新申請	4
5. 指定の変更申請	5
6. 変更届	6
7. 指定の辞退	8
8. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）	9
9. 業務管理体制	13
10. 様式集	14

## 1. 介護療養型医療施設とは

◎介護療養型医療施設とは、療養病床等をもつ病院・診療所の介護保険法適用部分に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、①療養上の管理、②看護、③医学的管理下の介護等の世話、④機能訓練等の必要な医療を行うことを目的とした施設です。入院の対象者は、病状が安定期にある長期療養患者であって、①～④のサービスを必要とする要介護者です。

(平成18年法律第83号による改正前の介護保険法(以下「旧法」という。)第8条第26項)

◎平成24年度以降、介護療養型医療施設の新規指定(定員増に係る指定変更を含む)は行われませんが、平成24年4月1日の時点で指定を受けているものについては、平成30年3月31日までの間、なおその効力を有することとされました。介護療養型医療施設は、平成24年3月末までに廃止される予定でしたが、廃止時期が平成30年3月末までに延伸され、次いで令和6年3月末までに再度延伸されました。

(旧法第107条)

◎介護療養型医療施設として、指定を受けるためには、次の要件を満たしていることが必要です。(旧法第107条第3項)。

- ① 都道府県の条例(※)で定める人員を有すること。
- ② 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。
- ③ 申請者が欠格要件に該当しないこと。

※島根県指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例  
(平成24年12月21日島根県条例第71号)

◎介護療養型医療施設の指定を受けると、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の指定があったものとみなされます(「みなし指定」)。

(旧法第72条第1項、第115条の11)

◎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、是正勧告や勧告に係る措置をとるべきこと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、指定を取り消すことができます。

(旧法第113条の2第1項、第114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](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. 指定申請

◎療養病床等をもつ病院・診療所のうち、介護保険法の介護療養型医療施設として指定を受けようとする場合は、知事への指定申請が必要となりますが、平成24年度以降、介護療養型医療施設の新規指定は行われなことから、平成30年度の改訂に併せて指定申請に関わる記載は削除しました。

## 4. 指定更新申請

◎指定の更新に係る有効期間は6年間です。事業者は6年を経過する毎に指定の更新を受けなければ、有効期間満了により指定の効力を失い、事業を継続することはできません。

◎なお、介護療養型医療施設については、法令上、令和6年3月31日をもって廃止となることが予定されていますのでご注意ください。

◎指定更新の場合は、指定期間満了日の1月前までに、更新申請を行うこと。

◎指定更新の申請を行った場合において、指定の有効期間の満了日まで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指定が有効とされます。指定が更新された場合は、更新後の有効期間は、従前の指定の有効期間満了の翌日から起算されます。

◎指定更新にあたって、既に提出している事項に変更が生じている場合で、変更届がなされていないときは、必ず変更届を行った上で、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、介護療養型医療施設が、指定を取り消された場合は、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
- ・介護予防サービス・・・介護予防短期入所療養介護

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）更新申請書 （様式第1号の2）	
2	付表16	・「平均入院患者数」は、前年度の平均値を記載すること。
	病院の場合	「付表16-1」及び「付表16-2」
	診療所の場合	「付表16-3」
3	従業者の勤務体制及び 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9-5）	
5	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）。

## 5. 指定の変更申請

◎指定を受けた療養病床等の入所定員を増加しようとする場合は、事前に指定の変更申請が必要となりますが、平成24年度以降は、介護療養型医療施設の定員増加の指定変更は行われなことから、平成30年度の改訂に併せて指定の変更申請に関わる記載は削除しました。

## 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。

◎運営規程中の「従業員の職種・員数及び職務の内容（管理者を除く。）」に関する変更については、4月の配置状況を前年度4月の配置状況と比較し、増減がある場合に5月末までに届出を行ってください。

◎入所定員を増加しようとする場合は、変更届ではなく、事前に指定の変更申請が必要になりますが、平成24年度以降は介護療養型医療施設の定員増加の指定変更は行われません。

変更届出書の 添付提出書類		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
		付表 16	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	部屋別施設 一覧	設備等 一覧	運営規程	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。）					○						
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	△					○	△	△			
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	○								
10	運営規程	△	△							○		
15	入院患者の定員	○	△				○	○				
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】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】上記のうち、15, 18, 19については、介護療養型医療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4】短期入所療養介護（介護予防を含む）の変更の項目・内容が介護療養型医療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「介護療養型医療施設及び（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16	・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。
	病院の場合	「付表16-1」及び「付表16-2」
	診療所の場合	「付表16-3」
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9-5）	
④	事業所（施設）位置図	
⑤	登記事項証明書等	※法人以外の者が開設する病院・診療所については不要 ・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）
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	部屋別施設一覧（参考様式4）	・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）	・「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	運営規程	・新旧の変更箇所を明示すること。
⑩	併設施設の概要（任意様式）	・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）。
⑪	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. 指定の辞退

◎指定介護療養型医療施設が指定を辞退する場合は、1月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができます。(旧法第113条)。

指定を辞退する、1月以上前までに、「指定辞退届出書」を提出してください。

提出書類	留意事項
指定辞退届出書 (様式第5号)	現に施設に入所している者に対する措置状況について、詳細に記載してください。

◎介護療養型医療施設の指定の辞退は行うが、みなし指定である(介護予防)短期入所療養介護については従前どおり実施する場合は、上記の辞退の届出のみの提出となります。(介護予防)短期入所療養介護についても廃止する場合は、上記の辞退の届出と併せて、廃止・休止届出書(様式第4号)を提出する必要がありますのでご注意ください。

◎指定を受けた法人や開設者が変更になる場合は、原則として当該事業所は指定辞退の扱いとなるので、辞退の届出を行ってください(個人経営の場合などやむを得ず開設者の変更を行う場合は、従前の施設運営に変更がない場合に限り、変更の届出となる場合があります。)

## 8. 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、下記の書類を提出してください。

なお、指定が複数の病棟にわたっている場合は、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」は病棟ごとに届出すること。

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）
介護療養型医療施設 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。

【介護療養】＝介護療養型医療施設

【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分かるよう記載すること。 ・夜勤職員の勤務条件基準が分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、それぞれの区画が分かるよう明示すること。
人員配置区分	<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） <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出（別紙13-3）※療養機能強化型を算定する場合のみ <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出（別紙13-4）※療養機能強化型以外を算定する場合のみ <input type="checkbox"/> 要件を満たすことがわかる資料
夜間勤務条件基準	<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）

【介護療養】【短期】【予防短期】	<input type="checkbox"/> 資格証等の写し（資格が必要な従業者のみ） <input type="checkbox"/> 夜間勤務等看護加算算定表（参考様式） <input type="checkbox"/> 夜間勤務等看護加算算定表別紙（参考様式）	
職員の欠員による減算の状況 【介護療養】【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	
入院患者に関する基準 【介護療養】	※療養機能強化型以外を算定する場合のみ添付が必要。 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出（別紙13-4） <input type="checkbox"/> 要件を満たすことがわかる資料	
ユニットケア体制 【介護療養】【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分かるよう記載すること。	
身体的拘束廃止取組 【介護療養】	添付書類は求めない。	
移行計画の提出状況 【介護療養】	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設の移行に係る届出（別紙25） 令和6年4月1日までの介護医療院等への移行等に関する計画を、4月から9月まで及び10月から翌年3月までの半期ごとに提出	
安全管理体制 【介護療養】	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 【介護療養】	添付書類は求めない。	
療養環境基準（病院） 設備基準（診療所） 食堂の有無（診療所） 【介護療養】【短期】【予防短期】	※「減算型」から「基準型」に変更となる場合のみ添付が必要。 <input type="checkbox"/> 平面図（縮尺、寸法が分かるもの）	
医師の配置基準 【介護療養】【短期】【予防短期】	※「医療法施行規則第49条適用」とする場合は、事前にご相談ください。	
若年性認知症利用者受入加算 【介護療養】【短期】【予防短期】	添付資料は求めない。	
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分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。	
療養食加算 【介護療養】【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	
特定診療費項目		
【介護療養】 【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）
【予防短期】	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"/> 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図又は平面図（参考様式3）
	集団コミュニケーション療法	<input type="checkbox"/> 集団コミュニケーション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）

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <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）
リハビリテーション提供体制		
【介護療養】 【短期】 【予防短期】	理学療法Ⅰ	<input type="checkbox"/> 理学療法士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） <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士等の氏名、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。</li> </ul> <input type="checkbox"/> 理学療法士、医師等の資格証の写し <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）
	作業療法	<input type="checkbox"/> 作業療法士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） <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士等の氏名、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。</li> </ul> <input type="checkbox"/> 作業療法士、医師等の資格証の写し <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）
	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） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <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） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <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
認知症短期集中リハビリテーション加算 【介護療養】		<input type="checkbox"/> 〔 〕に勤務する従事者の名簿（様式7） <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、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。</li> </ul> <input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師の資格証の写し
認知症専門ケア加算 【介護療養】【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
排せつ支援加算【介護療養】		添付書類は求めない。
安全対策体制 【介護療養】		添付書類は求めない。

サービス提供体制強化加算 【介護療養】【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12-7) <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)
介護職員処遇改善加算 【介護療養】【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 【介護療養】【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】 更新申請、変更届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。

## 9. 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

## 10. 様式集

◎介護保険法に基づく指定申請、変更届等の様式

P 15～34

◎介護報酬の加算届等の様式

P 35～64

◎業務管理体制の届出様式

P 65～66

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
	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
	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
	指定介護予防訪問入浴介護				付表2
指定介護予防訪問看護				付表3	
指定介護予防訪問リハビリテーション				付表4	
指定介護予防居宅療養管理指導				付表5	
指定介護予防通所リハビリテーション				付表7	
指定介護予防短期入所生活介護				付表8	
指定介護予防短期入所療養介護				付表9	
指定介護予防特定施設入居者生活介護				付表10	
指定介護予防福祉用具貸与				付表11	
指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。

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。

指 定 辞 退 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）

次のとおり指定を辞退したいので届出ます。

	介護保険事業所番号										
施設の種類											
指定を辞退する施設	名称										
	所在地										
指定を受けた年月日									年	月	日
指定を辞退する年月日									年	月	日
指定を辞退する理由											
現に施設に入所している者に対する措置											

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

付表16-1 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（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												
設	(ビルの名称等)													
	連絡先	電話番号					FAX番号							
メールアドレス														
病院の開設年月日														
管 理 者	フリガナ		住所		(郵便番号 - )									
	氏 名													
	生年月日													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)													
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名 称											
			兼務する職種											
施設類型(申請するものすべてに○)				当該病棟の病床数	左のうち申請する病床数	当該病棟の平均入院患者数	完全型	転換型	(該当する方に○)					
①療養病床を有する病棟														
②老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟														
合 計														
当該病棟(全体として)の従業者の職種・員数(①)			看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
			常 勤(人)											
			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														
当該病棟(全体として)の従業者の職種・員数(②)			看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		介護支援専門員			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常 勤(人)											
			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														

受付番号

当該病棟(全体として)の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
①	病室	1室の最大病床数	床	床以下
		入院患者1人当たり最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	機能訓練室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	廊下	片廊下の幅	m	m以上
		中廊下の幅	m	m以上
	食堂面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
②	病室	1室の最大病床数	床	床以下
		入院患者1人当たり最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	当該病棟の用に供される部分の床面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	廊下	片廊下の幅	m	m以上
		中廊下の幅	m	m以上
	生活機能回復訓練室		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	デイルーム及び面会室の合計面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
	食堂面積(デイルームを使用する場合はその面積)		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上
主な揭示事項			①	②
入院患者の定員				
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				
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 「当該事業所で兼務する他の職種」及び「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 「施設類型」欄は、申請を行うすべての類型に「○」を付してください。
- 4 「当該病棟（全体として）の従業者の職種・員数」、「当該病棟（全体として）の設備基準上の数値記載項目」及び「主な揭示事項」欄は、申請する施設類型ごとに記載してください。
- 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数を「介護支援専門員等」欄に記載してください。
- 6 「主な揭示事項」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。
- 7 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。
- 8 当該介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護療養型医療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。

付表 16-3 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（診療所による場合）

受付番号

施設	フリガナ 名称						
	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	
メールアドレス							
診療所の開設年月日							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )		
	氏名						
	生年月日			当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称					
兼務する職種							
全病床数	療養病床の 病床数	左のうち申請する 病床数	療養病床の 平均入院患者数	完全型	転換型	(該当する方に○)	
入院患者に対する看護・介護に従事している従業者の職種・員数		看護職員	介護職員	介護支援専門員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	
常勤(人)							
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							
療養病床部分の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			
病室	1室の最大病床数	床	床以下				
	入院患者1人当たり最小床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
廊下	片廊下の幅	m	m以上				
	中廊下の幅	m	m以上				
食堂面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> 以上				
主な掲示事項							
利用料	入所患者の定員						
	法定代理受領分						
	法定代理受領分以外						
	その他の費用	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 「当該事業所で兼務する他の職種」及び「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 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数を、「介護支援専門員」欄に記載してください。
- 4 「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。
- 5 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。
- 6 当該介護療養型医療施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護療養型医療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。

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 ( 指定介護療養型医療施設 (従来型) (療養病床を有する診療所) )  
 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) 入院患者数 (利用者数) (前年度の平均値) 人

No	(5) 職種	(6) 勤務形態	(7) 資格	(8) 氏名	シフト記号	(9)																												(10) 1~4週目の勤務時間数合計	(11) 週平均勤務時間数	(12) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等			
						1週目							2週目							3週目							4週目										5週目		
						1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水						
1					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
2					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
3					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
4					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
5					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
6					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
7					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
8					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
9					シフト記号 勤務時間数																											0	0						
10					シフト記号 勤務時間数																											0	0						

(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

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算の対象時間数		常勤換算方法対象外の 常勤の従業者の人数
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
C	0	0	0	0	-
D	0	0	0	0	-
合計	0	0	0	0	0

■ 常勤換算方法による人数 基準: 4 週  
 常勤換算の  
 対象時間数 (週平均) 0 ÷ 週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 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 0 + 常勤換算方法による人数 0.0 = 合計 0.0人

②介護職員

勤務形態	勤務時間数合計		常勤換算の対象時間数		常勤換算方法対象外の 常勤の従業者の人数
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
C	0	0	0	0	-
D	0	0	0	0	-
合計	0	0	0	0	0

■ 常勤換算方法による人数 基準: 4 週  
 常勤換算の  
 対象時間数 (週平均) 0 ÷ 週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 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 0 + 常勤換算方法による人数 0.0 = 合計 0.0人

③看護職員と介護職員の合計

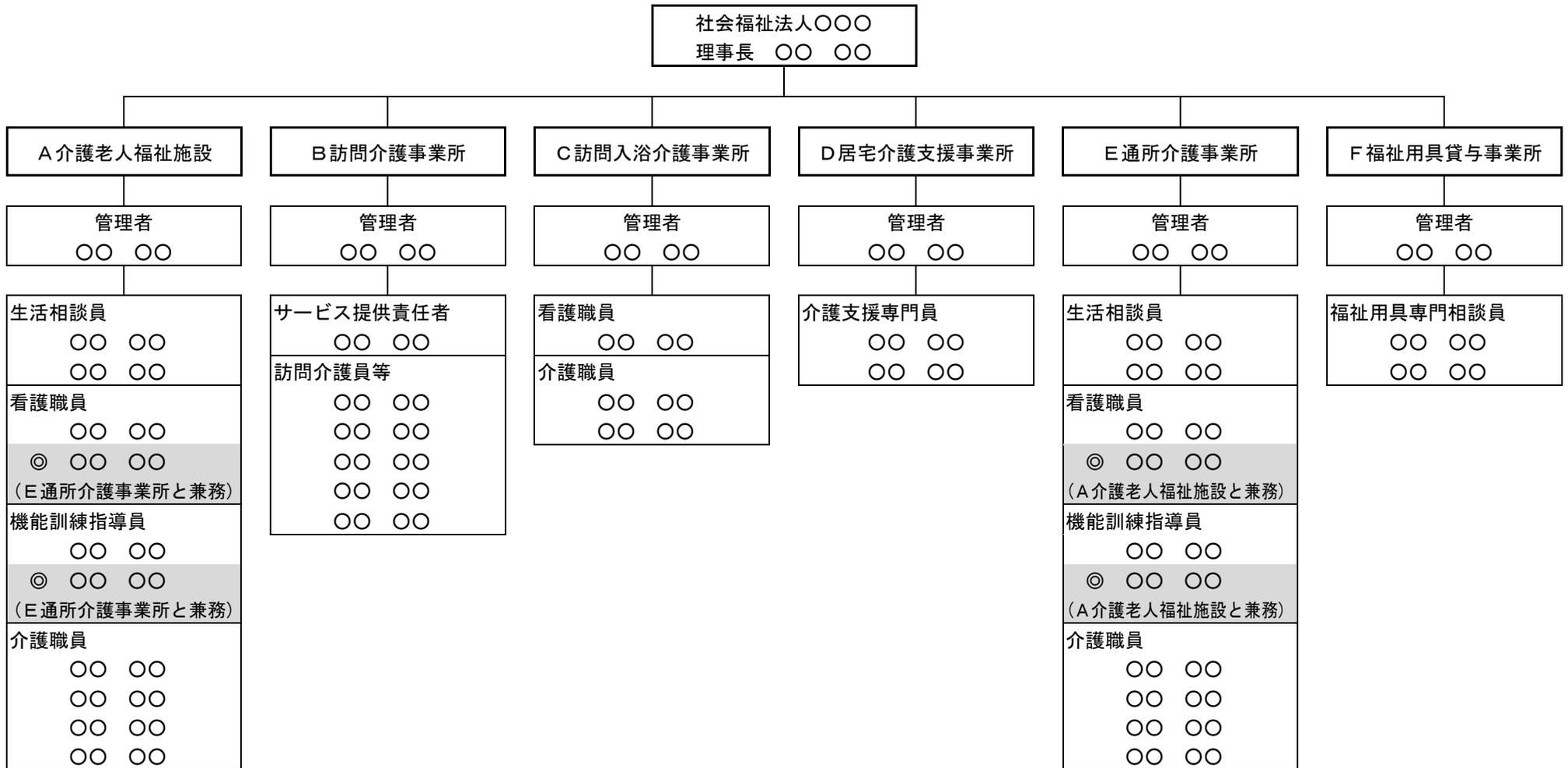
看護職員 0.0人 + 介護職員 0.0人 = 合計 0.0人

(勤務形態の記号)

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

(参考例)

### 組織体制図



◎印：兼務がある者

(参考様式2)

## 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)			

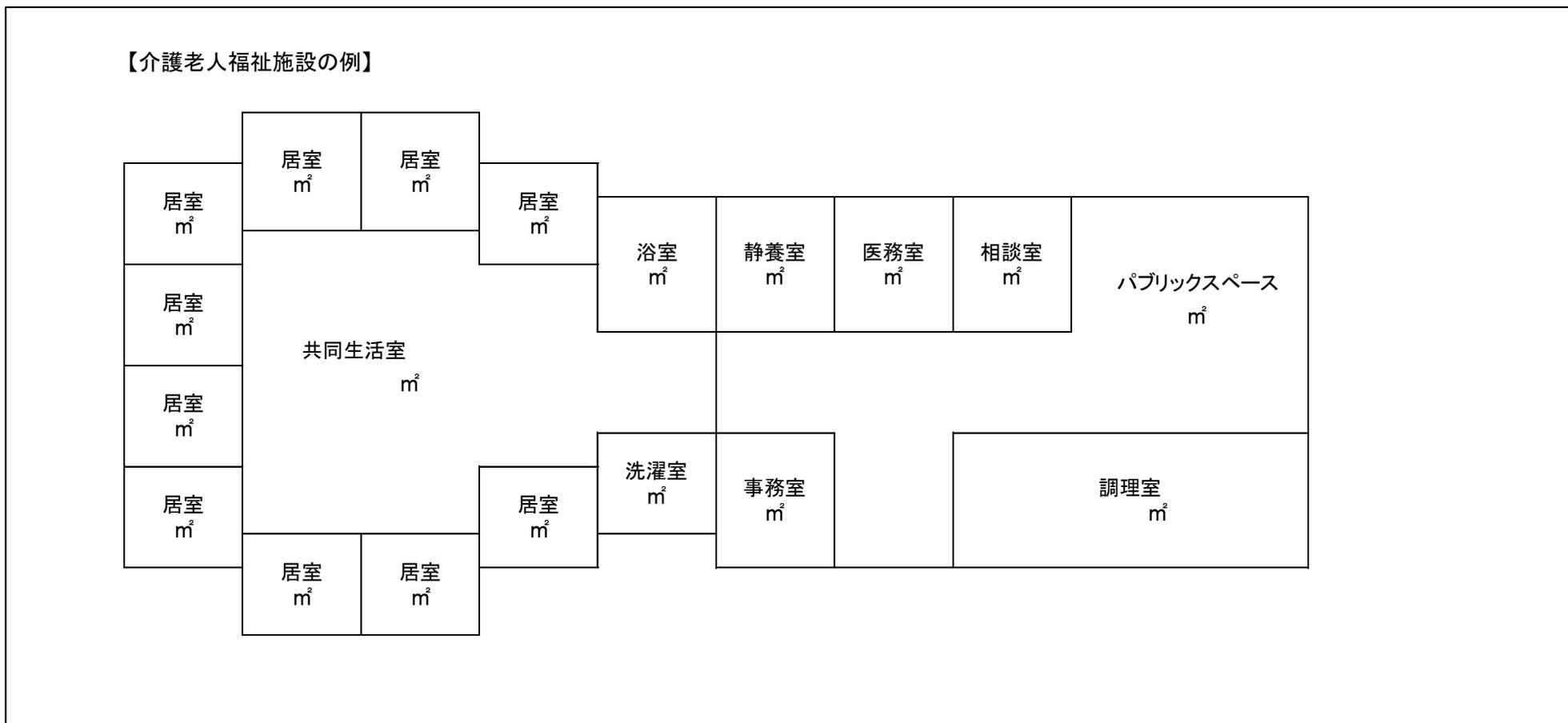
備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

3 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 - 5 (介護療養型医療施設用))

健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の 2 第 1 項に規定する  
旧介護保険法第 107 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三号から第八号までに該当しないこと又は申請者が法人でない病院等である場合は、その管理者が下記の第三号から第八号までに該当しないことを誓約します。)

記

(旧介護保険法第 107 条第 3 項)

- 一 第一百十条第一項に規定する人員を有しないとき。
- 二 第一百十条第二項に規定する指定介護療養型医療施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護療養型医療施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 当該療養病床病院等の開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 当該療養病床病院等の開設者が、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。
- 四の二 当該療養病床病院等の開設者が、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。
- 四の三 当該療養病床病院等の開設者が、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すべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 当該療養病床病院等の開設者が、第百十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定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療養病床病院等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み、当該指定を取り消された者が法人でない療養病床病院等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療養病床病院等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、当該指定の取消しが、指定介護療養型医療施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護療養型

医療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指定介護療養型医療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指定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。

六 当該療養病床病院等の開設者が、第百十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定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百十三条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六の二 当該療養病床病院等の開設者が、第百十二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百十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として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療養病床病院等の開設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。)までの間に第百十三条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 第六号に規定する期間内に第百十三条の規定による指定の辞退があった場合において、当該療養病床病院等の開設者が、同号の通知の日前六十日以内に当該指定の辞退に係る法人(当該指定の辞退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療養病床病院等の管理者又は当該指定の辞退に係る法人でない療養病床病院等(当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 当該療養病床病院等の開設者が、指定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。

九 当該療養病床病院等の開設者が、法人で、その役員又は当該療養病床病院等の管理者のうち第三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 当該療養病床病院等の開設者が、法人でない療養病床病院等で、その管理者が第三号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

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 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 都市				
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 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					
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 都市				
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 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」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。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護療養施設)

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					
53 介護療養施設サービス	1 病院療養型	2 I型(療養機能強化型以外) 5 I型(療養機能強化型A) 6 I型(療養機能強化型B) 3 II型(療養機能強化型以外) 7 II型(療養機能強化型) 4 III型	地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地	1 なし 2 あり						
			夜間勤務条件基準	1 基準型 7 加算型III	2 加算型I	3 加算型II	5 加算型IV	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 介護支援専門員							
			入院患者に関する基準	1 基準型	2 減算型										
			身体拘束廃止取組の有無	1 減算型	2 基準型										
			移行計画の提出状況	1 なし	2 あり										
			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										
			療養環境基準	1 基準型	2 減算型										
			医師の配置基準	1 基準	2 医療法施行規則第49条適用										
			若年性認知症患者受入加算	1 なし	2 あり										
			療養食加算	1 なし	2 あり										
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 3 集団コミュニケーション療法	2 薬剤管理指導										
			リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 6 その他	3 作業療法	4 言語聴覚療法	5 精神科作業療法								
			認知症短期集中リハビリテーション加算	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									
			排せつ支援加算	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									
			53 介護療養施設サービス	6 ユニット型病院療養型	1 療養機能強化型以外 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B	夜間勤務条件基準	1 基準型 7 加算型III	2 加算型I			3 加算型II	5 加算型IV	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 介護支援専門員		
						入院患者に関する基準	1 基準型	2 減算型							
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													
移行計画の提出状況	1 なし	2 あり													
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													
療養環境基準	1 基準型	2 減算型													
医師の配置基準	1 基準	2 医療法施行規則第49条適用													
若年性認知症患者受入加算	1 なし	2 あり													
療養食加算	1 なし	2 あり													
特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 3 集団コミュニケーション療法	2 薬剤管理指導													
リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 6 その他	3 作業療法				4 言語聴覚療法	5 精神科作業療法								
認知症短期集中リハビリテーション加算	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									
排せつ支援加算	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									

53	介護療養施設サービス	A 病院経過型 C ユニット型病院経過型	2 I型 3 II型	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 5 加算型Ⅳ 6 減算型 7 加算型Ⅲ	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 介護支援専門員		
				入院患者に関する基準	1 基準型 2 減算型		
				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		
				移行計画の提出状況	1 なし 2 あり		
				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		
				療養環境基準	1 基準型 2 減算型		
				医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用		
				若年性認知症患者受入加算	1 なし 2 あり		
				療養食加算	1 なし 2 あり		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法Ⅰ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 その他		
				認知症短期集中リハビリテーション加算	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		
排せつ支援加算	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						
53	介護療養施設サービス	2 診療所型	1 I型（療養機能強化型以外） 3 I型（療養機能強化型A） 4 I型（療養機能強化型B） 2 II型	入院患者に関する基準	1 基準型 2 減算型	1 なし 2 あり	
				身体拘束廃止取組の有無	1 減算型 2 基準型		
				移行計画の提出状況	1 なし 2 あり		
				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		
				設備基準	1 基準型 2 減算型		
				若年性認知症患者受入加算	1 なし 2 あり		
				療養食加算	1 なし 2 あり		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法Ⅰ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 その他		
				認知症短期集中リハビリテーション加算	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		
				排せつ支援加算	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						

53	介護療養施設サービス	7 ユニット型診療所型	1 療養機能強化型以外 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B	入院患者に関する基準 ユニットケア体制 身体拘束廃止取組の有無 移行計画の提出状況 安全管理体制 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 設備基準 若年性認知症患者受入加算 療養食加算 特定診療費項目 リハビリテーション提供体制 認知症短期集中リハビリテーション加算 認知症専門ケア加算 排せつ支援加算 安全対策体制 サービス提供体制強化加算 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算	1 基準型 2 減算型 1 対応不可 2 対応可 1 減算型 2 基準型 1 なし 2 あり 1 減算型 2 基準型 1 なし 2 あり 1 基準型 2 減算型 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 1 1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法 2 理学療法 I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 その他 1 なし 2 あり 1 なし 2 加算 I 3 加算 II 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 1 なし 6 加算 I 5 加算 II 7 加算 III 1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V 1 なし 2 加算 I 3 加算 II	1 なし 2 あり	
		3 認知症患者型 8 ユニット型認知症患者型 B 認知症経過型	5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型 9 V型	職員の欠員による減算の状況 入院患者に関する基準 ユニットケア体制 身体拘束廃止取組の有無 移行計画の提出状況 安全管理体制 栄養ケア・マネジメントの実施の有無 療養食加算 リハビリテーション提供体制 認知症短期集中リハビリテーション加算 排せつ支援加算 安全対策体制 サービス提供体制強化加算 介護職員処遇改善加算 介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 医師 3 看護職員 4 介護職員 5 介護支援専門員 1 基準型 2 減算型 1 対応不可 2 対応可 1 減算型 2 基準型 1 なし 2 あり 1 減算型 2 基準型 1 なし 2 あり 1 1 精神科作業療法 2 その他 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 1 なし 6 加算 I 5 加算 II 7 加算 III 1 なし 6 加算 I 5 加算 II 2 加算 III 3 加算 IV 4 加算 V 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）>

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				1 なし 2 あり	
				4 6級地 9 7級地 5 その他					
23 短期入所療養介護	1 病院療養型	2 I型(療養機能強化型以外) 5 I型(療養機能強化型A) 6 I型(療養機能強化型B) 3 II型(療養機能強化型以外) 7 II型(療養機能強化型) 4 III型	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型I 3 加算型II 7 加算型III 5 加算型IV				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					
			療養環境基準	1 基準型 2 減算型					
			医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用					
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり					
			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					
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法					
			リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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							
	6 ユニット型病院療養型	1 療養機能強化型以外 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型I 3 加算型II 7 加算型III 5 加算型IV				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					
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可					
			療養環境基準	1 基準型 2 減算型					
			医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用					
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり					
			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					
特定診療費項目			1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法						
リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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								

23	短期入所療養介護	A 病院経過型 C ユニット型病院経過型	2 I型 3 II型	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 7 加算型Ⅲ 5 加算型Ⅳ 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		
				ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可		
				療養環境基準	1 基準型 2 減算型		
				医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用		
				若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり		
				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		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法Ⅰ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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						

26	介護予防短期入所療養介護	1 病院療養型	2 5 6 3 7 4	I型(療養機能強化型以外) I型(療養機能強化型A) I型(療養機能強化型B) II型(療養機能強化型以外) II型(療養機能強化型) III型	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型I 3 加算型II 7 加算型III 5 加算型IV 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		
					療養環境基準	1 基準型 2 減算型		
					医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用		
					若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり		
					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		
					特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
					リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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						
	6 ユニット型病院療養型	1 2 3	療養機能強化型以外 療養機能強化型A 療養機能強化型B	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型I 3 加算型II 7 加算型III 5 加算型IV 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			
				ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可			
				療養環境基準	1 基準型 2 減算型			
				医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用			
				若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
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				
特定診療費項目				1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法				
リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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							

26	介護予防短期入所療養介護	A 病院経過型 C ユニット型病院経過型	2 I型 3 II型	夜間勤務条件基準	1 基準型 2 加算型Ⅰ 3 加算型Ⅱ 7 加算型Ⅲ 5 加算型Ⅳ 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		
				ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可		
				療養環境基準	1 基準型 2 減算型		
				医師の配置基準	1 基準 2 医療法施行規則第49条適用		
				若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり		
				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		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法Ⅰ 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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						

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）>

(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			
23 短期入所療養介護	2 診療所型	1 I型(療養機能強化型以外) 3 I型(療養機能強化型A) 4 I型(療養機能強化型B) 2 II型	設備基準	1 基準型	2 減算型							1 なし 2 あり		
			食堂の有無	1 基準型	2 減算型									
			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									
			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								
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導	2 薬剤管理指導									
			リハビリテーション提供体制	2 理学療法I	3 作業療法	4 言語聴覚療法	5 精神科作業療法	6 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								
23 短期入所療養介護	7 ユニット型診療所型	1 療養機能強化型以外 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B	ユニットケア体制	1 対応不可	2 対応可							1 なし 2 あり		
			設備基準	1 基準型	2 減算型									
			食堂の有無	1 基準型	2 減算型									
			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									
			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								
			特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導	2 薬剤管理指導									
			リハビリテーション提供体制	2 理学療法I	3 作業療法	4 言語聴覚療法	5 精神科作業療法	6 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										
	3 認知症患者型 8 ユニット型認知症患者型 B 認知症経過型	5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型 9 V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							1 なし 2 あり
			ユニットケア体制	1 対応不可	2 対応可									
			送迎体制	1 対応不可	2 対応可									
			療養食加算	1 なし	2 あり									
			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									
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											

26	介護予防短期入所療養介護	2 診療所型	1 I型(療養機能強化型以外) 3 I型(療養機能強化型A) 4 I型(療養機能強化型B) 2 II型	設備基準	1 基準型 2 減算型	1 なし 2 あり	
				食堂の有無	1 基準型 2 減算型		
				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		
				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		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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		
26	介護予防短期入所療養介護	7 ユニット型診療所型	1 療養機能強化型以外 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B	ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可	1 なし 2 あり	
				設備基準	1 基準型 2 減算型		
				食堂の有無	1 基準型 2 減算型		
				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		
				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		
				特定診療費項目	1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 集団コミュニケーション療法		
				リハビリテーション提供体制	2 理学療法I 3 作業療法 4 言語聴覚療法 5 精神科作業療法 6 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					
	3 認知症疾患型 8 ユニット型認知症疾患型 B 認知症経過型	5 I型 6 II型 7 III型 8 IV型 9 V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	1 なし 2 あり		
			ユニットケア体制	1 対応不可 2 対応可			
			送迎体制	1 対応不可 2 対応可			
			療養食加算	1 なし 2 あり			
			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			
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						

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)>

## 介護療養型医療施設の移行に係る届出

1 事業所名	
2 所在地	

## 3 許可病床数

一般病床	療養病床	(うち) 介護療養 病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全体
床	床	床	床	床	床	床

## 4 移行計画

		現在の介護 療養型医療 施設に係る 届出病床数	令和4年4月 1日の予定病 床数	令和5年4月 1日の予定病 床数	令和6年4月 1日の予定病 床数
介護保険	介護療養病床	床	床	床	
	老人性認知症疾患療養病棟	床	床	床	
	介護医療院		床	床	床
	介護老人保健施設		床	床	床
	介護老人福祉施設		床	床	床
	その他の介護施設		床	床	床
医療保険	医療療養病床		床	床	床
	一般病床		床	床	床
	精神病床		床	床	床
	その他の病床		床	床	床
病床廃止 (上記のいずれにも転換しない)			床	床	床
未定			床	床	
合計病床数		床	床	床	床

## 5 補助金の使用予定

地域医療介護総合確保基金	1あり	2なし	3未定
病床転換助成事業	1あり	2なし	3未定
その他使用予定補助金 ( )			

## 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 3 介護療養型医療施設 5 介護医療院	2 介護老人保健施設 4 地域密着型介護老人福祉施設																							
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> </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		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									
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		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	◎	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		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	◎	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		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		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	○	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		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	○	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	○	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	○	1.0	○	
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		8.3		7.4
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		6.4		5.2
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		1.6		1.6

年度中途の採用職員

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業務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との業務がある場合、業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。

○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



(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		端数処理しない
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		
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		
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	○	端数処理しない		
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	○			
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	○			
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	○			
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	○											
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				
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				
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				
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				
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	○			
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				
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				
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				
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				
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				
		年 月 日(～平成 年 月 日)																									
		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				
		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		6.1		5.1		5.1		5.1		5.1				

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

○印の合計を算出し、小数点第2位を切り捨て

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。

介護療養型医療施設（療養機能強化型）の基本施設サービス費に係る届出

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（注1）	1 介護療養型医療施設（（ユニット型）療養型、看護6:1、介護4:1、療養機能強化型A） 2 介護療養型医療施設（（ユニット型）療養型、看護6:1、介護4:1、療養機能強化型B） 3 介護療養型医療施設（（ユニット型）療養型、看護6:1、介護5:1、療養機能強化型） 4 介護療養型医療施設（（ユニット型）診療所型、看護6:1、介護6:1、療養機能強化型A） 5 介護療養型医療施設（（ユニット型）診療所型、看護6:1、介護6:1、療養機能強化型B）

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

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

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

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

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

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

注6：自ら実施する者は除く。

注7：診療所の場合は、①に占める②の割合と、19を当該診療所の介護保険適用病床数で除した数との積を記入すること。

※ 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。

介護療養型医療施設（療養機能強化型以外）の基本施設サービス費に係る届出

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 介護療養型医療施設（（ユニット型）療養型、看護6:1、介護4:1） 2 介護療養型医療施設（療養型、看護6:1、介護5:1） 3 介護療養型医療施設（療養型、看護6:1、介護6:1） 4 介護療養型医療施設（（ユニット型）療養型経過型、看護6:1、介護4:1） 5 介護療養型医療施設（療養型経過型、看護8:1、介護4:1） 6 介護療養型医療施設（（ユニット型）診療所型、看護6:1、介護6:1） 7 介護療養型医療施設（診療所型、看護・介護3:1） 8 介護療養型医療施設（（ユニット型）認知症患者型、看護3:1、介護6:1） 9 介護療養型医療施設（（ユニット型）認知症患者型、看護4:1、介護4:1） 10 介護療養型医療施設（認知症患者型、看護4:1、介護5:1） 11 介護療養型医療施設（認知症患者型、看護4:1、介護6:1） 12 介護療養型医療施設（認知症患者型経過型、看護5:1、介護6:1）

4 介護療養型医療施設（療養型、療養型経過型、診療所型）に係る届出内容

(医療処置の実施状況)

①	前3月間の入院患者等の総数		人
②	①のうち、喀痰吸引を実施した入院患者等の総数（注1・2）		人
③	①のうち、経管栄養を実施した入院患者等の総数（注1・3）		人
④	②と③の和		人
⑤	①に占める④の割合（注4）		%

(重度者の割合)

①	前3月間の入院患者等の総数		人
②	①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入院患者等の総数		人
③	①に占める②の割合（注5）		%

「医療処置の実施状況」における⑤の割合が15%以上、又は「重度者の割合」における③の割合が20%以上 → 有・無

5 介護療養型医療施設（認知症患者型、認知症患者型経過型）に係る届出内容

(医療処置の実施状況)

①	前3月間の入院患者等の総数		人
②	①のうち、喀痰吸引を実施した入院患者等の総数（注1・2）		人
③	①のうち、経管栄養を実施した入院患者等の総数（注1・3）		人
④	②と③の和		人
⑤	①に占める④の割合（注4）		%

(重度者の割合)

①	前3月間の入院患者等の総数		人
②	①のうち、日常生活自立度のランクIV又はMに該当する入院患者等の総数		人
③	①に占める②の割合（注5）		%

「医療処置の実施状況」における⑤の割合が15%以上、又は「重度者の割合」における③の割合が25%以上 → 有・無

注1：②及び③のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。  
 注2：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者(平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者)を含む。  
 注3：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中（入院時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施するもの（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。  
 注4：診療所の場合は、①に占める④の割合と、19を当該診療所の介護保険適用病床数で除した数との積を記入すること。  
 注5：診療所の場合は、①に占める③の割合と、19を当該診療所の介護保険適用病床数で除した数との積を記入すること。  
 ※ 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。

(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	許可病床数
		平方メートル	床
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無	

2 投薬・指導記録

作成時期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無

〔記入上の注意〕

「3」については、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		

[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 病棟(看護単位)・治療室ごと、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、病棟薬剤管理指導、又は在宅患者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。
- 5 理学療法 I 又は作業療法の届出においては、その他の従事者(医師及び理学療法士又は作業療法士以外の従事者をいう。)が理学療法又は作業療法の経験を有するものである場合は、その旨を備考欄に記載すること。

理学療法、作業療法又は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 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 理学療法 I <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 集団コミュニケーション療法					
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		理 学 療 法		平方メートル			
		作 業 療 法		平方メートル			
		言 語 聴 覚 療 法		平方メートル			
		集 団 コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 療 法		平方メートル			
当該理学療法・作業療法・言語聴覚療法・集団コミュニケーション療法を行うための機械・器具の一覧							

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)

### 夜間勤務等看護加算算定表

	施設名
施設種別	1. 介護療養型医療施設      2. 短期入所療養介護(病院)
届出項目	1. 加算型Ⅰ   2. 加算型Ⅱ   3. 加算型Ⅲ   4. 加算型Ⅳ   5. 基準型   6. 減算型
■平均入院患者数	人 (A)
■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	午前
時	時
分	分
(16時間)	
■夜間勤務条件基準	
○加算型Ⅰ又は加算型Ⅱ	
1日平均夜勤職員数(看護職員)	
基準	必要看護職員数(加算型Ⅰ)※最低でも2人以上 人以上 (A)/15 ※端数切り上げ
基準	必要看護職員数(加算型Ⅱ)※最低でも2人以上 人以上 (A)/20 ※端数切り上げ
実績	看護職員の延夜勤時間数 時間 (J)
実績	計算月の日数 日 × 16 = 時間(B)
実績	1日平均夜勤職員数(看護職員) 人 (J)/(B) ※小数点第3位以下切り捨て
月平均夜勤時間数(看護職員)	
基準	必要基準: 7.2時間以内
実績	看護職員の延夜勤時間数 (夜勤専従、16時間以下は除く) 時間 (C)=(J)-(K)
実績	夜勤時間帯に従事した実人員数 (夜勤専従、16時間以下は除く) 人 (N)
実績	月平均夜勤時間数(看護職員) 時間 (C)/(N)
○加算型Ⅲ、加算型Ⅳ、基準型	
1日平均夜勤職員数(看護・介護職員)	
基準	必要職員数(加算型Ⅲ)※最低でも2人以上、うち1人は看護職員 人 (A)/15 ※端数切り上げ
基準	必要職員数(加算型Ⅳ)※最低でも2人以上、うち1人は看護職員 人 (A)/20 ※端数切り上げ
基準	必要職員数(基準型) ※最低でも2人以上、うち1人は看護職員 人 (A)/30 ※端数切り上げ
実績	看護・介護職員の延夜勤時間数 時間 (D)=(J)+(L)
実績	計算月の日数 日 × 16 = 時間(B)
実績	1日平均夜勤職員数(看護・介護職員) 人 (D)/(B) ※小数点第3位以下切り捨て
月平均夜勤時間数(看護・介護職員)	
基準	必要基準: (加算型Ⅲ、Ⅳ) 7.2時間以内、(基準型) 6.4時間以内
実績	看護・介護職員の延夜勤時間数 (夜勤専従、16時間以下は除く) 時間 (E)=(J)-(K)+(L)-(M)
実績	夜勤時間帯に従事した実人員数 (夜勤専従、16時間以下は除く) 人 (F)=(N)+(O)
実績	月平均夜勤時間数(看護・介護職員) 時間 (E)/(F)
○減算型 上記のいずれにも該当しない場合	

※当該様式は、病棟ごとに作成すること。

※別紙により夜間職員の配置状況がわかる一覧表を添付し、J~Oについては、別紙の数値を記入すること。

なお、各施設において使用している勤務表等により、上記の要件が確認できる場合は、別紙に代えて添付しても差し支えない。

夜間勤務等看護加算算定表別紙(本表は病院のみが該当。診療所は作成不要)

夜勤職員の夜勤体制(直近月1ヶ月間)

施設名		病棟		夜勤時間帯		時～時		年		月		夜勤時間数(計)		備考																							
看護師・准看護師・介護職員の別	氏名	夜勤時間帯に従事した実人数(夜勤専従・16時間以下は除く)	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	29	30	31	全ての従事者	夜勤専従者・16時間以下の者(再掲)	
					</																																

夜間勤務等看護加算算定表別紙(本表は病院のみが該当。診療所は作成不要)

記載例

夜勤職員の夜勤体制(直近月1ヶ月間)

施設名 介護療養型医療施設〇〇  
 病棟名 △病棟

夜勤時間帯 17時～ 9時

平成26年4月

看護師・ 准看護師・ 介護職員 の別	氏名	夜勤時間帯に 従事した実人数 (夜勤専従・ 16時間以下は 除く)	夜勤時間帯																															夜勤時間数(計)		備考	
			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	29	30	31	全ての 従事者	夜勤専従者・ 16時間以下の 者(再掲)		
看護師	〇〇	1	23-9					....																										72			
看護師	△△			17-9	17-9			....																										64	64	17-9 月4回	
⋮																																					
准看護師	□□	0.5			23-9			...																										60			
介護職員	▽▽	1	23-9					...																										72			
夜間時間数 (計)	看護小計		22	22	19	22																											(J)660	(K)64			
	介護小計		20	20	19	20																											(L)600	(M)70			
夜勤時間帯に 従事した実人数 (計)	看護小計	(N) 9	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	介護小計	(O) 8	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			

※記入上の注意

- 1 本様式は、病棟ごとに作成すること。
- 2 日付の欄には、夜勤時間帯に従事した夜勤時間を記入すること。(例:22:00~7:00の場合、「22~7」と記入)
- 3 「夜勤時間数(計)」欄には日付の欄に記入した従事者の夜勤時間数の合計を記入する。ただし、夜勤時間数(計)の合計を記入する(J)欄又は(L)欄にはそれぞれ当該病棟の全ての看護職員又は介護職員の夜勤時間数の合計を記入し、(K)又は(M)欄には夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間が16時間以下の者の夜勤時間数をそれぞれ記入する。
- 4 「夜勤時間帯に従事した実人数」欄には、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1ヶ月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。ただし、夜勤専従者及び月当たりの夜勤時間が16時間以下の者は除外し、備考欄に勤務形態を具体的に記入すること。
- 5 夜勤時間帯は22:00~翌5:00を含めた連続する16時間で施設で定めたものとする。
- 6 各施設において使用している勤務表等により、夜勤時間数、夜勤時間帯に従事した実人数など夜間勤務等看護加算の要件が確認できる場合は、本様式に代えて当該書類を添付しても差し支えない。

(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
	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	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 指定(許可)年月日 介護保険事業所番号(医療機関等コード) 所在地
	計 画 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号に基づく届出事項	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)<br>2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号<br>3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日<br>4 代表者の住所、職名<br>5 事業所名称等及び所在地<br>6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日<br>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<br>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					