

(2) 事業対象者・要支援2

447単位

注1 看護職員（指定相当訪問型サービス等基準第48条第2号に規定する看護職員をいう。以下同じ。）又は介護職員の員数を置いているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所（同条第1項に規定する指定相当通所型サービス事業所をいう。以下同じ。）において、指定相当通所型サービスを行った場合に、介護予防サービス計画に位置付けられた標準的な回数又は内容で、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

2 利用者が事業対象者（介護保険法施行規則第140条の62の4第2号に定める者をいう。以下同じ。）であって、介護予防サービス計画において、1週に1回程度の指定相当通所型サービスが必要とされた場合についてはイ(1)又はロ(1)に掲げる所定単位数を、1週に2回程度又は2回を超える程度の指定相当通所型サービスが必要とされた場合についてはイ(2)又はロ(2)に掲げる所定単位数を、それぞれ算定する。

3 ロ(1)については、1月につき4回、ロ(2)については、1月に8回を限度として、所定単位数を算定する。

4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

5 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

6・7 (略)

8 イについて、利用者が一の指定相当通所型サービス事業所において指定相当通所型サービスを受けている間は、当該指定相当通所型サービス事業所以外の指定相当通所型サービス事業所が指定相当通所型サービスを行った場合に、通所型サービス費は、算定しない。

9 指定相当通所型サービス事業所と同一建物に居住する者又は指定相当通所型サービス事業所と同一建物から当該指定相当通所型サービス事業所に通う者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算する。ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。

(1) イ(1)を算定している場合（1月につき）

376単位

注1 看護職員（指定相当訪問型サービス等基準第48条第2号に規定する看護職員をいう。以下同じ。）又は介護職員の員数を置いているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所（同条第1項に規定する指定相当通所型サービス事業所をいう。以下同じ。）において、指定相当通所型サービスを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、(1)及び(2)については1月につき、(3)及び(4)については1回につき、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

(1) 事業対象者・要支援1 事業対象者又は要支援状態区分が要支援1である者に対して、指定相当通所型サービスを行った場合

(2) 事業対象者・要支援2 事業対象者又は要支援状態区分が要支援2である者に対して、指定相当通所型サービスを行った場合

(3) 事業対象者・要支援1 事業対象者又は要支援状態区分が要支援1である者に対して、1月の中で全部で4回以下の指定相当通所型サービスを行った場合

(4) 事業対象者・要支援2 事業対象者又は要支援状態区分が要支援2である者に対して、1月の中で全部で5回以上8回以下の指定相当通所型サービスを行った場合

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2・3 (略)

4 利用者が一の指定相当通所型サービス事業所において指定相当通所型サービスを受けている間は、当該指定相当通所型サービス事業所以外の指定相当通所型サービス事業所が指定相当通所型サービスを行った場合に、通所型サービス費は、算定しない。ただし、当該複数の指定相当通所型サービス事業所がいずれもイ(3)又は(4)の算定に係る指定相当通所型サービスを行った場合は、この限りでない。

5 指定相当通所型サービス事業所と同一建物に居住する者又は指定相当通所型サービス事業所と同一建物から当該指定相当通所型サービス事業所に通う者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次の単位数を所定単位数から減算する。ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。

(1) イ(1)又は(3)を算定している場合

376単位

(2) イ(2)を算定している場合（1月につき） 752単位
 (3) ロを算定している場合（1回につき） 94単位

10 利用者に対して、その居宅と指定相当通所型サービス事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位（イ(1)を算定している場合は1月につき376単位を、イ(2)を算定している場合は1月につき752単位を限度とする。）を所定単位数から減算する。ただし、注9を算定している場合は、この限りでない。

ハ 生活機能向上グループ活動加算 100単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は一体的サービス提供加算のいずれかを算定している場合は、算定しない。

イ～ハ （略）

（削る）

ニ （略）

ホ 栄養アセスメント加算 50単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメ

(2) イ(2)又は(4)を算定している場合 752単位
 （新設）
 （新設）

ロ 生活機能向上グループ活動加算 100単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は、算定しない。

イ～ハ （略）

ハ 運動器機能向上加算 225単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

イ 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）（以下この注において「理学療法士等」という。）を1名以上配置していること。

ロ 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。

ハ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。

ニ 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。

ホ 利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準のいずれにも該当しない指定相当通所型サービス事業所であること。

ニ （略）

ホ 栄養アセスメント加算 50単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメ

ント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は一体的サービス提供加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

イ～ニ（略）

ハ・ト（略）

チ 一体的サービス提供加算 480単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に、1月につき所定単位数を加算する。ただし、ハ又はトを算定している場合は、算定しない。

（削る）

（削る）

（削る）

リ～ヲ（略）

ワ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年5月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の59に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の43に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算(III) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の23に相当する単位数

（削る）

（削る）

ント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

イ～ニ（略）

ハ・ト（略）

チ 選択的サービス複数実施加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ 選択的サービス複数実施加算(I) 480単位

ロ 選択的サービス複数実施加算(II) 700単位

リ 事業所評価加算 120単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所において、評価対象期間（事業所評価加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（ハ若しくはへの注に掲げる基準又はトの注に掲げる別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）をいう。）の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。

ヌ～ワ（略）

カ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年3月31日までの間（(4)及び(5)については、令和4年3月31日までの間）、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員処遇改善加算(I) イからワまでにより算定した単位数の1000分の59に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算(II) イからワまでにより算定した単位数の1000分の43に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算(III) イからワまでにより算定した単位数の1000分の23に相当する単位数

(4) 介護職員処遇改善加算(IV) (3)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数

(5) 介護職員処遇改善加算(V) (3)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数

カ 介護職員等特定処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 介護職員等特定処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の12に相当する単位

(2) 介護職員等特定処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位

ヨ 介護職員等ベースアップ等支援加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、イからヲまでにより算定した単位数の1000分の11に相当する単位数を所定単位数に加算する。

3 介護予防ケアマネジメント費

イ 介護予防ケアマネジメント費（1月につき） 442単位

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

3 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

ロ 初回加算 300単位

注 介護予防ケアマネジメント事業所（介護予防ケアマネジメントの事業を行う事業所をいう。以下同じ。）において、新規に介護予防ケアプラン（介護予防ケアマネジメント事業所が作成する介護予防サービス計画（法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいう。）に類するものをいう。以下同じ。）を作成する利用者に対し介護予防ケアマネジメントを行った場合については、初回加算として、1月につき所定単位数を加算する。

ハ 委託連携加算 300単位

注 介護予防ケアマネジメント事業所が利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防ケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

ク 介護職員等特定処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 介護職員等特定処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の12に相当する単位

(2) 介護職員等特定処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位

ケ 介護職員等ベースアップ等支援加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、イからヲまでにより算定した単位数の1000分の11に相当する単位数を所定単位数に加算する。

3 介護予防ケアマネジメント費

イ 介護予防ケアマネジメント費（1月につき） 438単位

注 (略)

(新設)

(新設)

ロ 初回加算 300単位

注 介護予防ケアマネジメント事業所（介護予防ケアマネジメントの事業を行う事業所をいう。以下同じ。）において、新規にケアプランを作成する利用者に対し介護予防ケアマネジメントを行った場合については、初回加算として、1月につき所定単位数を加算する。

ハ 委託連携加算 300単位

注 介護予防ケアマネジメント事業所が利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

第五十九条 介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表</p> <p>単位数表</p> <p>1 訪問型サービス費</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 介護職員等処遇改善加算</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当訪問型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) <u>介護職員等処遇改善加算(I)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の245に相当する単位数</u></p> <p>(2) <u>介護職員等処遇改善加算(II)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の224に相当する単位数</u></p> <p>(3) <u>介護職員等処遇改善加算(III)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の182に相当する単位数</u></p> <p>(4) <u>介護職員等処遇改善加算(IV)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の145に相当する単位数</u></p> <p>2 令和7年3月31日までの間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当訪問型サービス事業所(注1の加算を算定しているものを除く。)が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(1)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の221に相当する単位数</u></p> <p>(2) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(2)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の208に相当する単位数</u></p> <p>(3) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(3)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の200に相当する単位数</u></p> <p>(4) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(4)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の187に相当する単位数</u></p> <p>(5) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(5)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の184に相当する単位数</u></p>	<p>別表</p> <p>単位数表</p> <p>1 訪問型サービス費</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 介護職員等処遇改善加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当訪問型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年5月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1) <u>介護職員等処遇改善加算(I)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の137に相当する単位数</u></p> <p>(2) <u>介護職員等処遇改善加算(II)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の100に相当する単位数</u></p> <p>(3) <u>介護職員等処遇改善加算(III)</u> <u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の55に相当する単位数</u></p> <p>(新設)</p>

(6) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(6)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の163</u>
(7) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(7)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の163</u>
(8) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(8)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の158</u>
(9) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(9)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の142</u>
(10) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(10)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の139</u>
(11) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(11)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の121</u>
(12) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(12)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の118</u>
(13) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(13)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の100</u>
(14) <u>介護職員等処遇改善加算(V)(14)</u> に相当する単位数	<u>イからホまでにより算定した単位数の1000分の76に</u>

(削る)

(削る)

2 通所型サービス費

イ～ヲ (略)

ワ 介護職員等処遇改善加算

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相

ト 介護職員等特定処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当訪問型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 介護職員等特定処遇改善加算(I) イからホまでにより算定した単位数の1000分の63に相当する単位数

(2) 介護職員等特定処遇改善加算(II) イからホまでにより算定した単位数の1000分の42に相当する単位数

チ 介護職員等ベースアップ等支援加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当訪問型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合は、イからホまでにより算定した単位数の1000分の24に相当する単位数を所定単位数に加算する。

2 通所型サービス費

イ～ヲ (略)

ワ 介護職員等処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通

当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員等処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の92に相当する単位数
- (2) 介護職員等処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の90に相当する単位数
- (3) 介護職員等処遇改善加算(III) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の80に相当する単位数
- (4) 介護職員等処遇改善加算(IV) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の64に相当する単位数

2 令和7年3月31日までの間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所（注1の加算を算定しているものを除く。）が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員等処遇改善加算(V)(1) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の81に相当する単位数
- (2) 介護職員等処遇改善加算(V)(2) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の76に相当する単位数
- (3) 介護職員等処遇改善加算(V)(3) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の79に相当する単位数
- (4) 介護職員等処遇改善加算(V)(4) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の74に相当する単位数
- (5) 介護職員等処遇改善加算(V)(5) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の65に相当する単位数
- (6) 介護職員等処遇改善加算(V)(6) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の63に相当する単位数
- (7) 介護職員等処遇改善加算(V)(7) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の56に相当する単位数
- (8) 介護職員等処遇改善加算(V)(8) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の69に相当する単位数
- (9) 介護職員等処遇改善加算(V)(9) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の54に相当する単位数
- (10) 介護職員等処遇改善加算(V)(10) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の45に相当する単位数

所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、令和6年5月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員等処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の59に相当する単位数
- (2) 介護職員等処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の43に相当する単位数
- (3) 介護職員等処遇改善加算(III) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の23に相当する単位数

(新設)

- (1) 介護職員等処遇改善加算(V)(1) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の53に相当する単位数
- (12) 介護職員等処遇改善加算(V)(12) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の43に相当する単位数
- (13) 介護職員等処遇改善加算(V)(13) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の44に相当する単位数
- (14) 介護職員等処遇改善加算(V)(14) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の33に相当する単位数

(削る)

(削る)

3 (略)

カ 介護職員等特定処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員等特定処遇改善加算(I) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の12に相当する単位数
- (2) 介護職員等特定処遇改善加算(II) イからヲまでにより算定した単位数の1000分の10に相当する単位数

ク 介護職員等ベースアップ等支援加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定相当通所型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当通所型サービスを行った場合は、イからヲまでにより算定した単位数の1000分の11に相当する単位数を所定単位数に加算する。

3 (略)

(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示の一部改正)

第六十条 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示(令和五年厚生労働省告示第百二十五号)の一部を次のように改正する。

第九条を第十条とし、第八条を第九条とし、第七条の次に次の一条を加える。

(厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数の一部改正)

第八条 厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数(平成十八年厚生労働省告示第百六十五号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 1～5 (略) 6 指定通所介護 イ 利用者に対して、指定通所介護(指定居宅サービス基準第92条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者(以下この号において「指定通所介護受託居宅サービス事業者」という。)が、厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告</p>	<p>別表第一 1～5 (略) 6 指定通所介護 イ 利用者に対して、指定通所介護(指定居宅サービス基準第92条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者(以下この号において「指定通所介護受託居宅サービス事業者」という。)が、厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年厚生労働省告</p>

示第96号。以下「施設基準」という。)第5号イからハまでに適合しているものとして、厚生労働省の使用に係る電子計算機(入出力装置を含む。以下同じ。)と届出を行おうとする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であって、当該電気通信回線を通じて情報が送信され、厚生労働省の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報が記録されるもの(やむを得ない事情により当該方法による届出を行うことができない場合にあっては、電子メールの利用その他の適切な方法とする。以下「電子情報処理組織を使用する方法」という。)により、都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。)及び同法第252条の22第1項の中核市(以下「中核市」という。))にあっては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。)に対し、厚生労働省老健局長(以下「老健局長」という。)が定める様式による届出を行った指定通所介護事業所(指定居宅サービス基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。)において、指定通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所介護計画(指定居宅サービス基準第99条第1項に規定する通所介護計画をいう。)に位置付けられた内容の指定通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費(以下「通所介護費」という。)に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ・ハ (略)

7 指定通所リハビリテーション

イ 利用者に対して、指定通所リハビリテーション(指定居宅サービス基準第110条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者が、施設基準第6号に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所(指定居宅サービス基準第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。)において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画(指定居宅サービス基準第115条第1項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。)に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間で算定した、指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費(以下「通所リハビリテーション費」という。)に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ (略)

8 (略)

9 指定地域密着型通所介護

イ 利用者に対して、指定地域密着型通所介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。)第19条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者(以下「指定地域密着型通所介護受託居宅サービス事業者」という。)が、施設基準第27号の2イに適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定地域密着型通所介護事業所(指定地域密着型サービス基準第20条第1項に規定する指定地域密着型通所介護事業所をいう。以下同じ。)において、指定地域密着型通所介護を行った場合には、利用者の要介護状態区分

示第96号。以下「施設基準」という。)第5号イからハまでに適合しているものとして都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。))及び同法第252条の22第1項の中核市(以下「中核市」という。))にあっては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。)に届け出た指定通所介護事業所(指定居宅サービス基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。)において、指定通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所介護計画(指定居宅サービス基準第99条第1項に規定する通所介護計画をいう。)に位置付けられた内容の指定通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所介護費(以下「通所介護費」という。)に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ・ハ (略)

7 指定通所リハビリテーション

イ 利用者に対して、指定通所リハビリテーション(指定居宅サービス基準第110条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者が、施設基準第6号に適合するものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所(指定居宅サービス基準第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。)において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画(指定居宅サービス基準第115条第1項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。)に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間で算定した、指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費(以下「通所リハビリテーション費」という。)に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ (略)

8 (略)

9 指定地域密着型通所介護

イ 利用者に対して、指定地域密着型通所介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。)第19条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。)に係る受託居宅サービス事業者(以下「指定地域密着型通所介護受託居宅サービス事業者」という。)が、施設基準第27号の2イに適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型通所介護事業所(指定地域密着型サービス基準第20条第1項に規定する指定地域密着型通所介護事業所をいう。以下同じ。)において、指定地域密着型通所介護を行った場合には、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画(指定地域密着型サー

に応じて、現に要した時間ではなく、地域密着型通所介護計画（指定地域密着型サービス基準第27条第1項に規定する地域密着型通所介護計画をいう。）に位置づけられた内容の指定地域密着型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表（以下「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。）の地域密着型通所介護費（以下「地域密着型通所介護費」という。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

- ロ 利用者（適合する利用者等第35号の2の3に規定する者に限る。）に対して、指定地域密着型通所介護受託居宅サービス事業者が、施設基準第27号の2ロに適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定療養通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第40条第1項に規定する指定療養通所介護事業所をいう。以下同じ。）において、指定療養通所介護（指定地域密着型サービス基準第38条に規定する指定療養通所介護をいう。以下同じ。）を行った場合には、地域密着型通所介護費のロの所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ハ・ニ （略）

10 指定認知症対応型通所介護

- イ 利用者に対して、指定認知症対応型通所介護（指定地域密着型サービス基準第41条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）に係る受託居宅サービス事業者が、施設基準第28号に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第42条第1項に規定する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。）又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第45条第1項に規定する共用型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。）において、指定認知症対応型通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、認知症対応型通所介護計画（指定地域密着型サービス基準第52条第1項に規定する認知症対応型通所介護計画をいう。）に位置づけられた内容の指定認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型通所介護費（以下「認知症対応型通所介護費」という。以下同じ。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ・ハ （略）

別表第二

1・2 （略）

3 指定通所介護（1月につき）

- 利用者に対して、指定通所介護に係る受託介護予防サービス事業者が、施設基準第5号イ(2)に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所介護事業所において、指定通所介護を行った場合には、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

(1)・(2) （略）

4～6 （略）

ビス基準第27条第1項に規定する地域密着型通所介護計画をいう。）に位置づけられた内容の指定地域密着型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表（以下「指定地域密着型サービス介護給付費単位数表」という。）の地域密着型通所介護費（以下「地域密着型通所介護費」という。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

- ロ 利用者（適合する利用者等第35号の2の3に規定する者に限る。）に対して、指定地域密着型通所介護受託居宅サービス事業者が、施設基準第27号の2ロに適合しているものとして市町村長に届け出た指定療養通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第40条第1項に規定する指定療養通所介護事業所をいう。以下同じ。）において、指定療養通所介護（指定地域密着型サービス基準第38条に規定する指定療養通所介護をいう。以下同じ。）を行った場合には、地域密着型通所介護費のロの所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ハ・ニ （略）

10 指定認知症対応型通所介護

- イ 利用者に対して、指定認知症対応型通所介護（指定地域密着型サービス基準第41条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）に係る受託居宅サービス事業者が、施設基準第28号に適合しているものとして市町村長に届け出た単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第42条第1項に規定する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。）又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第45条第1項に規定する共用型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。）において、指定認知症対応型通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、現に要した時間ではなく、認知症対応型通所介護計画（指定地域密着型サービス基準第52条第1項に規定する認知症対応型通所介護計画をいう。）に位置づけられた内容の指定認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型通所介護費（以下「認知症対応型通所介護費」という。以下同じ。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ・ハ （略）

別表第二

1・2 （略）

3 指定通所介護（1月につき）

- 利用者に対して、指定通所介護に係る受託介護予防サービス事業者が、施設基準第5号イ(2)に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所において、指定通所介護を行った場合には、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

(1)・(2) （略）

4～6 （略）

7 指定介護予防通所リハビリテーション（1月につき）

イ～ニ（略）

ホ 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第109号に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)・(2)（略）

へ（略）

8（略）

9 指定介護予防認知症対応型通所介護

イ 利用者に対して、指定介護予防認知症対応型通所介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第4条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）に係る受託介護予防サービス事業者が、施設基準第84号に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第5条第1項に規定する単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。）又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第8条第1項に規定する共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。）において、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じ、現に要した時間ではなく、介護予防認知症対応型通所介護計画（指定地域密着型介護予防サービス基準第42条第2号に規定する介護予防認知症対応型通所介護計画をいう。）に位置付けられた内容の指定介護予防認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防認知症対応型通所介護費（以下「介護予防認知症対応型通所介護費」という。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ～へ（略）

10・11（略）

7 指定介護予防通所リハビリテーション（1月につき）

イ～ニ（略）

ホ 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）第109号に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1)・(2)（略）

へ（略）

8（略）

9 指定介護予防認知症対応型通所介護

イ 利用者に対して、指定介護予防認知症対応型通所介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第4条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）に係る受託介護予防サービス事業者が、施設基準第84号に適合しているものとして市町村長に届け出た単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第5条第1項に規定する単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。）又は共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第8条第1項に規定する共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。）において、指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合には、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要支援状態区分に応じ、現に要した時間ではなく、介護予防認知症対応型通所介護計画（指定地域密着型介護予防サービス基準第42条第2号に規定する介護予防認知症対応型通所介護計画をいう。）に位置付けられた内容の指定介護予防認知症対応型通所介護を行うのに要する標準的な時間で算定した、指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防認知症対応型通所介護費（以下「介護予防認知症対応型通所介護費」という。）に100分の90を乗じて得た単位数を算定する。

ロ～へ（略）

10・11（略）

附則第二項中「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」の下に「厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数」を加える。

附則第三項中「市町村長」との下に「厚生労働大臣が定める外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係るサービスの種類及び当該サービスの単位数並びに限度単位数の規定中「厚生労働省の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と届出を行おうとする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であつて、当該電気通信回線を通じて情報が送信され、厚生労働省の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報が記録されるもの（やむを得ない事情により当該方法による届出を行うことができない場合にあつては、電子メールの利用その他の適切な方法とする。以下「電子情報処理組織を使用する方法」という。）により、都道府県知事」及び「電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事」とあるのは「都道府県知事」と「電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長」とあるのは「市町村長」とを加える。

別紙様式第一号(九)

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

知事(市長)殿
 所在地
 申請者 名称
 代表者職名・氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

	介護保険事業所番号
	法人番号
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(該当に○)		変更の内容
敷地面積	(変更前)	
建物の構造概要・施設及び構造設備の概要		
施設の共用の場合の利用計画		
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。)	(変更後)	
協力医療機関の変更		

- 備考 1 介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

別紙様式第二号(四)

変更届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者

名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号																		
		法人番号																		
指定内容を変更した事業所等		名称																		
		所在地																		
サービスの種類																				
変更年月日		年 月 日																		
変更があった事項(該当に○)		変更の内容																		
	事業所(施設)の名称	(変更前)																		
	事業所(施設)の所在地																			
	申請者の名称																			
	主たる事務所の所在地																			
	法人等の種類																			
	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名																			
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)																			
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等																			
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)																		
	運営規程																			
	協力医療機関・協力歯科医療機関																			
	事業所の種別																			
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制																			
	本体施設、本体施設との移動経路等																			
	併設施設の状況等																			
	連携する訪問看護を行う事業所の名称																			
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地																			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

別紙様式第二号(七)

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																		
地域包括支援センター	介護保険事業所番号					届出種別(該当に○)	新規		変更											
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村																		
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号													
		Email																		
委託先	介護保険事業所番号																			
	フリガナ																			
	名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村																		
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号													
		Email																		
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施				7	モニタリング													
	2	介護予防サービス計画原案の作成				8	評価													
	3	サービス担当者会議の開催				9	給付管理													
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意				10	その他													
	5	介護予防サービス計画書の交付																		
	6	サービス提供の連絡調整																		
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																		

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の 一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1																	年 月 日 ~
2																	年 月 日 ~
3																	年 月 日 ~
4																	年 月 日 ~
5																	年 月 日 ~
6																	年 月 日 ~
7																	年 月 日 ~
8																	年 月 日 ~
9																	年 月 日 ~
10																	年 月 日 ~

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施
- 2 : 介護予防サービス計画原案の作成
- 3 : サービス担当者会議の開催
- 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意
- 5 : 介護予防サービス計画書の交付
- 6 : サービス提供の連携・調整
- 7 : モニタリング
- 8 : 評価
- 9 : 総括管理
- 10 : その他

別紙様式第三号(四)

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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

		法人番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)	都 道 市 区	府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
	法人等の種類					
	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	(郵便番号 -)	都 道 市 区	府 県 町 村			
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
指定を受けようとする種類とする	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様 式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号(一)	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス					付表第三号(二)
	緩和した基準による通所型サービス(定率)					
緩和した基準による通所型サービス(定額)						
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

- 備考
- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
 - 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
 - 「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」「緩和した基準による通所型サービス(定率)」「緩和した基準による通所型サービス(定額)」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	Email				
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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
	兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等				
共生型サービスの該当有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専 従	兼 務		
		常 勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供 責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	生年月日				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名				
	生年月日				
添付書類	別添のとおり				

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
Email				

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)	都道 府県	市区 町村
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号		
管 理 者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏 名			住所	
	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)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等					
協力医 療機関	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務
常 勤(人)					
非常勤(人)					
利用者の推定数(人)					
添付書類		別添のとおり			

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	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	

付表第一号(四) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号				
	Email								
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏 名								
	生年月日								
利用者の推定数				人					
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)							
	非常勤(人)								
添付書類		別添のとおり							

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
		Email						

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第 71 条第 1 項及び第 72 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

付表第一号 (五) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局									
居宅療養管理指導の種類		<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士									
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日										
利用者の推定数		人									
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
		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)											
添付書類		別添のとおり									

- 備考
- 1 病院、診療所又は薬局が行うものについては、法第 71 条第 1 項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号 Email	(内線)			FAX番号		
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)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等				
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)		人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員			人					
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員			人					
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		その他(年末年始休日等)						
	営業時間		:		~		:	
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:	
土曜日		:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:		
サービス提供時間	:		~		:			
利用定員			人					
添付書類		別添のとおり						

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)	都 道	市 区	府 県	町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号					
		Email							
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)			人		
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人					
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人					
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
		土曜日	:		~		:		
		日曜日・祝日	:		~		:		
	サービス提供時間		:		~		:		
利用定員				人					
添付書類		平面図							

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 機能訓練指導員については、生活相談員、看護職員又は介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。
 - 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)									
非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員				人					
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)									
非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員				人					

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村							
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
	Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡		利用定員(同時利用)				人	
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員				人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	その他(年末年始休日等)								
営業時間		:		~		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員				人					

付表第一号(七) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日											
事業所の種別 (1つに○)			病院									
			診療所(下記のものを除く。)									
			診療所(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるもの)									
			介護老人保健施設									
		介護医療院										
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
従業者の職種・員数		医師										
		専従	兼務									
常勤(人)												
非常勤(人)												
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
専用の部屋等の面積				m ²		利用定員(同時利用)		人				
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
土曜日		:		~		:						
日曜日・祝日		:		~		:						
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員				人								
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		:		~		:					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:					
土曜日		:		~		:						
日曜日・祝日		:		~		:						
サービス提供時間		:		~		:						
利用定員				人								
添付書類		別添のとおり										

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記のものを除く。)」の欄に○をつけてください。
 3 従業者の員数については、サービス提供単位ごとの総数を記載してください。
 4 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
 5 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

(参考) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
土曜日		: ~ :										
日曜日・祝日		: ~ :										
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
サービス提供単位4	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
土曜日		: ~ :										
日曜日・祝日		: ~ :										
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										
サービス提供単位5	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			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)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日		
			その他(年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :									
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :									
土曜日		: ~ :										
日曜日・祝日		: ~ :										
サービス提供時間		: ~ :										
利用定員		人										

付表第一号(八) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
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)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等					
協力医療機関	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					
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			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)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
利用定員				人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			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)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員				人				
	居室	利用者1人あたりの最小床面積				㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
利用定員				人						
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型)記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	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	

付表第一号(九) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村			
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号					
	Email									
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)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
空床利用型・併設事業所型の別		<input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所型								
協力医療機関	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					
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型					
	短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入)		人 (推定数を記入)							
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)										
居室	1室あたりの最大定員			人						
居室	利用者1人あたりの最小床面積			㎡						
食堂と機能訓練室の合計面積				㎡						
廊下	片廊下の幅			m						
	中廊下の幅			m						
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
特別養護老人ホームの入所定員				人		短期入所利用定員		人		
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型					
	短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入)		人 (推定数を記入)							
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)										
居室	1室あたりの最大定員			人						
居室	利用者1人あたりの最小床面積			㎡						
食堂と機能訓練室の合計面積				㎡						
廊下	片廊下の幅			m						
	中廊下の幅			m						
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
特別養護老人ホームの入所定員				人		短期入所利用定員		人		
添付書類		別添のとおり								

- 備考
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は特別養護老人ホームに併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用して下さい。また、「空床利用型・併設事業所型の別」欄の空床利用型・併設事業所型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

協力医療機関	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	

付表第一号(十) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
(本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —)	都 道 府 県	市 区 町 村						
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号						
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)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地								
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
共生型サービスの該当有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
本体施設の種別										
協力医療機関	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							
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型				
	短期入所利用者数		人 (推定数を記入)							
	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	本体施設の施設等従事人数	常 勤(人)	栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
		非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)								
		非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	居室	1室あたりの最大定員		人						
	利用者1人あたりの最小床面積		㎡							
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
	中廊下の幅		m							
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他						
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員	人					
介護形式(いずれか一方を選択)					<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型				
短期入所利用者数		人 (推定数を記入)								
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		看護職員		介護職員		
本体施設の施設等従事人数	常 勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	非常勤(人)									
短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
本体施設の施設等従事人数	常 勤(人)	栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置		
	非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)									
	非常勤(人)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
居室	1室あたりの最大定員		人							
	利用者1人あたりの最小床面積		㎡							
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
	中廊下の幅		m							
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他						
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員	人					
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。
 3 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 4 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」、「特定施設入居者生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「介護予防特定施設入居者生活介護」、「その他」を記入してください。