

介護保険事業者 指定申請等の手引き

短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護
(ショートステイ)

令和6年4月

滋 賀 県

目 次

1. 介護保険法の届出		
1) 指定申請書類		P 3
2) 変更、廃止、休止、再開の手続き		P 3
2. 介護報酬算定に係る体制等に関する届出		P 6
3. 様式		
・ 様式第一号 (一) 指定 (許可) 申請書		P 11
・ 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者の指定に係る記載事項 (単独型)		P 13
・ 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者の指定に係る記載事項 (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)		P 15
・ 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者の指定に係る記載事項 (空床利用型・本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型)		P 17
・ 別添	付表第一号 (八) 添付書類・チェックリスト	P 19
・ 別添	付表第一号 (九) 添付書類・チェックリスト	P 20
・ 別添	付表第一号 (十) 添付書類・チェックリスト	P 21
・ 標準様式 1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	P 22
・ 参考様式 1	経歴書	P 25
・ 標準様式 2	平面図	P 26
・ 標準様式 3	事業所の設備等に係る項目一覧表	P 27
・ 標準様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	P 29
・ 標準様式 6	誓約書	P 30
・ 様式第一号 (五)	変更届出書	P 33
・ 様式第一号 (六)	再開届出書	P 34
・ 様式第一号 (七)	廃止・休止届出書	P 35
・ 別紙 2	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>	P 36
・ 別紙 1-1-2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表<居宅サービス>	P 37
・ 別紙 1-2-2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表<介護予防サービス>	P 38
・ 別紙 2 1	生活相談員配置等加算に係る届出書	P 39
	生活機能向上連携加算に係る届出書	P 40
・ 別紙 2 5	看護体制加算に係る届出書	P 41
・ 別紙 2 6	医療連携強化加算に係る届出書	P 42
・ 別紙 1 3	看取り連携体制加算に係る届出書	P 43
	夜勤職員配置加算算定表	P 44
	夜勤職員配置加算算定表 (別紙)	P 45
・ 別紙 2 7	テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書	P 46
・ 別紙 1 1	口腔連携強化加算に関する届出書	P 47
・ 別紙 1 2-2	認知症専門ケア加算に係る届出書	P 48
・ 別紙 2 8	生産性向上推進体制加算に係る届出書	P 49
・ 別紙 1 4-4	サービス提供体制強化加算に関する届出書	P 50
	サービス提供体制強化加算算定表	P 51

1) 指定申請書類

- ①様式第一号（一）
- ②付表第一号（八）／（九）／（十）
- ③添付書類チェックリスト
- 登記事項証明書又は条例等（発行日より3ヶ月以内のものを提出すること。）
（短期入所生活介護事業を実施することが明記されていること）
- 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）
※常勤・非常勤の別、職種ごとの常勤換算数、各従業者の勤務時間帯が分かる指定月の勤務予定表を添付すること。
※医師、機能訓練指導員についても記載すること。
※ユニット型施設については、昼間及び夜間に人員基準上の介護職員又は看護職員が配置されていることが分かるように記載すること。（他ユニットに応援配置する場合は明確に記載すること。）
- 平面図（標準様式2）
- 設備・備品等一覧表（標準様式3）
- 運営規程
- 利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式4）
- 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容
- 誓約書（標準様式6）
- 重要事項説明書
- 従業者の資格証等の写し（医師、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、ユニットリーダー研修修了証（ユニット型施設））
- 土地・建物に係る権利関係を明らかにできる書類
（添付書類－当該不動産にかかる登記簿、賃貸借契約書、市町村の使用許可書等）
- 新規で短期入所生活介護事業所を立ち上げる場合は、現地を確認するので近隣地図を添付すること。
- 新たに短期入所生活介護事業を実施する場合は、老人福祉法上の届出が別途必要。
※上記に掲げる以外にも確認のために書類等の提出を求める場合があります。
例）当該事業所および関連する事業所の組織図等
当該事業所の勤務予定者が、指定日の直前まで他の事業所に勤務している場合には、退職証明書等他の事業所と兼務関係にないことを確認できる書類

2) 変更、廃止、休止、再開の手続き

（変更の届出等：介護保険法第75条）

指定居宅サービス事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該指定居宅サービスの事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

（変更の届出等：介護保険法第115条の5）

指定介護予防サービス事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は当該指定介護予防サービスの事業を廃

止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

○変更手続き

提出書類－変更届出書（様式第一号（五））

－添付書類（下記のとおり）

根拠－介護保険法施行規則第131条 第1項第8号

第140条の22第1項第8号

番号	変更事項	添付書類
1	事業所の名称	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の付表第一号（八）／（九）／（十） ・変更後の運営規程
2	事業所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の付表第一号（八）／（九）／（十） ・変更後の運営規程 ・平面図（所在地変更の場合） ・当該変更に係る資産の状況 （添付書類－当該不動産にかかる登記簿、賃貸借契約書、市町村の使用許可書等）
3	主たる事務所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の指定（許可）申請書（様式第一号（一）※（印不要）（該当部分のみ記載）
4	代表者の氏名、生年月日および住所 申請者（法人）の名称 （法人種別の変更は、設置・廃止）	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の法人登記事項証明書の写し （番号4にあつては） ・誓約書（標準様式6）
5	法人の登記事項証明書または条例等 （当該事業に関するものに限る）	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の登記事項証明書または条例等の写し
6	事業所の建物の構造、専用区画等	<ul style="list-style-type: none"> ・平面図（変更前・変更後） ・変更後の付表第一号（八）／（九）／（十）
7	管理者の氏名、生年月日および住所	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の付表第一号（八）／（九）／（十） ・勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1） ・経歴書（参考様式1） ・誓約書（標準様式6）
8	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ・変更前・変更後の運営規程

9	協力医療機関または協力歯科医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 付表第一号（八） / （九） / （十） ・ 契約書など
---	-------------------	---

* 番号は、変更届出書に記載している番号

※上記に掲げる以外にも確認のために書類等の提出を求める場合があります。

例) 組織図（他事業所との兼務職員がいる場合。）

○廃止手続き

提出書類－廃止届出書（様式第一号（七））

－添付書類（なし）

○休止手続き

提出書類－休止届出書（様式第一号（七））

－添付書類（なし）

○再開手続き

提出書類－再開届出書（様式第一号（六））

－付表第一号（八） / （九） / （十）

－添付書類（従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表：標準様式1）

－その他必要書類

（例）休止前と生活相談員等の有資格者が変わっている場合は、経歴書、資格証の写し等が必要。

2. 介護報酬算定に係る体制等に関する届出

提出書類

介護給付費算定届連絡先

(別紙2)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>

(別紙 1-1-2)介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

(別紙 1-2-2)介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護予防サービス)

事 項	添 付 書 類
地域区分 【共通】	・なし
施設等の区分 【共通】	・なし
LIFEへの登録 【共通】	・なし
夜間勤務条件基準 【共通】	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※減算開始時・・・人員欠如が発生した月の実績 ※減算解消時・・・人員欠如が解消された月の実績
職員の欠員による減算の状況 【共通】	
ユニットケア体制 【共通】	<ul style="list-style-type: none"> ①平面図(別紙6) ②勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表
高齢者虐待防止措置実施の有無【共通】	・なし
業務継続計画策定の有無 【共通】	・なし
共生型サービスの提供 (短期入所事業所) 【共通】	<ul style="list-style-type: none"> 【共生型短期入所生活介護のみ】 ・なし
生活相談員配置等加算 【共通】	<ul style="list-style-type: none"> 【共生型短期入所生活介護のみ】 ①生活相談員配置等加算に係る届出書(別紙21) ②勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表 ③生活相談員の資格証等の写し ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。
生活機能向上連携加算(Ⅰ) 【共通】	生活機能向上連携加算に係る届出書

<p>機能訓練指導体制 【共通】</p>	<p>①勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表 ②機能訓練指導員の資格を証する免許証または資格証の写し(はり師、きゅう師については、実務経験証明書も必要) ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。(実務経験証明書は必要) ③機能訓練指導員に任じる辞令の写し、事務分掌表等</p>
<p>個別機能訓練体制 【共通】</p>	<p>(注) 「機能訓練指導員の加算」と「個別機能訓練加算」の両方の算定を行う場合は、「機能訓練指導員の加算」に係る常勤専従の機能訓練指導員が、「個別機能訓練加算」の機能訓練指導員を兼務することは不可。</p>
<p>看護体制加算(Ⅰ) 【短期入所のみ】</p>	<p>①看護体制加算に係る届出書(別紙25) ②勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表 ③看護師の資格を証する免許証の写し ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。</p>
<p>看護体制加算(Ⅱ) 【短期入所のみ】</p>	<p>①看護体制加算に係る届出書(別紙25) ②24時間の連絡体制を確保していることがわかる資料(夜間連絡体制、連携する病院・診療所・訪問看護ステーションとの契約書等の写し) ③勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表 ④看護職員の資格を証する免許証の写し ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。</p>
<p>看護体制加算(Ⅲ)・(Ⅳ) 【短期入所のみ】</p>	<p>看護体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の添付書類</p>
<p>医療連携強化加算 【短期入所のみ】</p>	<p>・医療連携強化加算に係る届出書(別紙26)</p>
<p>看取り連携体制加算 【短期入所のみ】</p>	<p>①看取り連携体制加算に係る届出書(別紙13) ②24時間の連絡体制を確保していることがわかる資料(夜間連絡体制、連携を図る病院・診療所・訪問看護ステーションとの契約書等の写し) ③看取り期における対応方針</p>

<p>夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ) 【短期入所のみ】</p>	<p>①夜勤職員配置加算算定表 ②夜勤職員配置加算算定表(別紙) ③勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表</p>
<p>夜勤職員配置加算(Ⅲ)(Ⅳ) 【短期入所のみ】</p>	<p>夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)の添付書類に加え、 ④喀痰吸引等の特定行為を行うことができる資格を証する書類の写し(喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置する場合) ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。 ⑤登録喀痰吸引等事業者(登録特定行為事業者)の登録通知書の写し</p>
<p>テクノロジーの導入 (夜勤職員配置加算関係) 【短期入所のみ】</p>	<p>★テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書(別紙27) ※【配置要件2】要件を満たすことが分かる議事概要</p>
<p>若年性認知症利用者受入加算【共通】</p>	<p>・なし</p>
<p>送迎体制 【共通】</p>	<p>・なし</p>
<p>口腔連携強化加算 【共通】</p>	<p>①口腔連携強化加算に関する届出書(別紙11) ②歯科医療機関と相談等の体制を確保することを取り決めた文書等の写し</p>
<p>療養食加算 【共通】</p>	<p>・栄養士または管理栄養士の資格を証する免許証の写し</p>
<p>認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ) 【共通】</p>	<p>【(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 ①認知症専門ケア加算に係る届出書(別紙12-2) ②勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※算定を開始する月の勤務予定表 ③認知症介護実践リーダー研修修了証の写し 【(Ⅱ)の場合】 ④認知症介護指導者研修修了証の写し</p>
<p>生産性向上推進体制加算 【共通】</p>	<p>【(Ⅰ)(Ⅱ)共通】 ①生産性向上推進体制加算に係る届出書(別紙28) ②要件を満たすことが分かる委員会の議事概要 【(Ⅰ)】 ③別紙28 加算Ⅰの要件①に係る各種指標に関する調査結果のデータ</p>

<p>サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 【共通】</p>	<p>①サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙14-4) ②サービス提供体制強化加算算定表 ③サービス提供体制強化加算算定表〔別表〕 ③勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※前年度各月(3月を除く)の勤務実績表 ※前年度の実績が6月未満の場合(新規開設、再開の場合を含む。):届出月の前3か月の勤務実績表 ※備考欄等で10年以上の介護福祉士が誰か分かるように記載してください。 ④介護福祉士登録証の写し ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。</p>
<p>サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 【共通】</p>	<p>①サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙14-4) ②サービス提供体制強化加算算定表 ③勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※前年度各月(3月を除く)の勤務実績表 ※前年度の実績が6月未満の場合(新規開設、再開の場合を含む。):届出月の前3か月の勤務実績表 ④介護福祉士登録証の写し ※勤務体制及び勤務形態一覧表を標準様式1で提出する場合は、添付不要。</p>
<p>サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 【共通】</p>	<p>①サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙14-4) ②サービス提供体制強化加算算定表 ③サービス提供体制強化加算算定表〔別表〕 (または職員の勤続年数がわかる書類) ④勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1) ※前年度各月(3月を除く)の勤務実績表 ※前年度の実績が6月未満の場合(新規開設、再開の場合を含む。):届出月の前3か月の勤務実績表 ※備考欄等で7年以上勤務者が誰か分かるように記載してください。</p>
<p>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 【共通】</p>	<p>・なし</p>
<p>介護職員等処遇改善加算 【共通】</p>	<p>○算定しようとする前々月の末日までに介護職員等処遇改善加算等処遇改善計画書を提出する必要があります。</p>

(注)

1. 重複する添付書類は、1部のみ提出してください。
2. 上記に掲げる添付書類以外にも、確認のために書類等の提出を求める場合があります。

算定の開始時期

- ・届出が受理された日が属する月の翌月から算定します。
- ・ただし、届出が受理された日が月の初日である場合は、当該月から算定します。

加算の要件を満たさなくなった場合

- ・その旨を速やかに届け出てください。この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から算定を行わないでください。

- 備考
- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)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。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等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、その全てを記載してください。
 - 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「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。
 - 4 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。
 - 5 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。
 - 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

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	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			m ²					
	居室	食堂と機能訓練室の合計面積			m ²					
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			m ²					
	居室	食堂と機能訓練室の合計面積			m ²					
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			
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	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
	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
	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			
		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	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
	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
	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			
		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 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									
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				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)								
		非常勤								
	短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)								
		非常勤								
	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		
	本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)								
		非常勤								
短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤									
○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					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤									
短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤									
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			
本体施設の施設等従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤									
短期入所生活介護従事人数	常 勤 (人)									
	非常勤									
○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
- 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、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。
 - 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。
 - 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。

(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
(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) 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	

(別添)

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に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	発行日より3ヶ月以内のものを提出すること
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	平面図	標準様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	標準様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
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	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
10	従業員の資格証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	医師、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、ユニットリーダー研修修了証(ユニット型のみ)
11	土地・建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書、市町村の使用許可書

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

新規指定時に必要に応じて提出する届出一覧

	届出添付書類
1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出(※3) ・別紙1(介護予防は別紙1-2) ・別紙2
2	業務管理体制の整備に関する届出 届出方法は原則、下記HP記載の「届出システム」を利用してください http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/15811.html
3	老人福祉法に係る認可申請 ・居宅生活支援事業開始届 ・定款 ・事業計画書 ・収支予算書

※3 添付書類の他に、加算の届出内容に応じた必要書類をご準備してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(別添)

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に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	発行日より3ヶ月以内のものを提出すること
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	平面図	標準様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	標準様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
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	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
10	従業者の資格証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	医師、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、ユニットリーダー研修修了証(ユニット型のみ)
11	土地・建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書、市町村の使用許可書

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。

添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

新規指定時に必要に応じて提出する届出一覧

	届出添付書類
1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出(※3) ・別紙1(介護予防は別紙1-2) ・別紙2
2	業務管理体制の整備に関する届出 届出方法は原則、下記HP記載の「届出システム」を利用してください http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/koureisya/15811.html
3	老人福祉法に係る認可申請 ・居宅生活支援事業開始届 ・定款 ・事業計画書 ・収支予算書

※3 添付書類の他に、加算の届出内容に応じた必要書類をご準備してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

(別添)

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に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	発行日より3ヶ月以内のものを提出すること
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
3	平面図	標準様式2	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	標準様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
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	標準様式4	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	重要事項説明書		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
10	従業員の資格証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	医師、生活相談員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、ユニットリーダー研修修了証(ユニット型のみ)
11	土地・建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	当該不動産にかかる登記事項証明書、賃貸借契約書、市町村の使用許可書

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

新規指定時に必要に応じて提出する届出一覧

	届出添付書類
1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出(※3) ・別紙1(介護予防は別紙1-2) ・別紙2
2	業務管理体制の整備に関する届出 届出方法は原則、下記HP記載の「届出システム」を利用してください http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/koureisya/15811.html
3	老人福祉法に係る認可申請 ・居宅生活支援事業開始届 ・定款 ・事業計画書 ・収支予算書

※3 添付書類の他に、加算の届出内容に応じた必要書類をご準備してください。

提出者(問合先)

事業所名	
担当者名	
電話	
メールアドレス	

【記載例】

(標準様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス種別 (指定介護老人福祉施設 (ユニット型))
事業所名 (OOOO)

(1) 4週
(2) 予定

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日

(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定数) 36 人

No	(5) ユニットリーダー	(6) ユニット名	(7) 職種	(8) 勤務形態	(9) 資格	(10) 氏名	(11)																														(12) 1~4週目の勤務時間数合計	(13) 週平均勤務時間数	(14) 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月	2火	3水	4木	5金	6土	7日	8月	9火	10水	11木	12金	13土	14日	15月	16火	17水	18木	19金	20土	21日	22月	23火	24水	25木	26金	27土	28日						
1			管理者	A	社会福祉主事任用資格	厚労 太郎	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	160	40			
2			医師	C	医師	〇〇 A男	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	48	12		
3			生活相談員	A	社会福祉主事任用資格	〇〇 B子	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	160	40		
4			機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 C太	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	80	20	看護職員を兼務	
5			栄養士	C	管理栄養士	〇〇 D美	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	80	20		
6			介護支援専門員	A	介護支援専門員	〇〇 D太	b	b	a	a	d	d	b	b	a	a	d	d	b	b	a	a	d	d	b	b	a	a	d	d	b	b	a	a	d	d	160	40		
7			看護職員	B	看護師	〇〇 C太	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	e	80	20	機能訓練指導員を兼務	
8			看護職員	A	看護師	〇〇 E夫	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	160	40	
9			看護職員	A	看護師	〇〇 F子	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	160	40	
10	◎	ユニット1	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 G太	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	160	40		
11		ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 H美	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	160	40		
12		ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 J太郎	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	160	40			
13		ユニット1	介護職員	A	—	〇〇 K子	a	d	h	i	a	d	d	a	h	i	d	d	a	d	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	160	40		
14		ユニット1	介護職員	C	—	〇〇 L太	a	d	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	d	a	d	d	128	32		
15	○	ユニット2	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 M子	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	160	40		
16		ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 N男	a	d	d	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	160	40		
17		ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 P子	a	d	d	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	160	40		
18		ユニット2	介護職員	A	—	〇〇 R次郎	i	d	a	a	a	h	i	a	d	d	h	i	a	d	d	h	i	a	d	d	h	i	a	d	d	h	i	a	d	d	160	40		
19		ユニット2	介護職員	C	—	〇〇 S子	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	128	32		
20	◎	ユニット3	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 T太	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	160	40		
21		ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 U子	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	h	i	d	a	d	d	160	40		
22		ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 V男	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	h	i	d	a	d	a	d	160	40			
23		ユニット3	介護職員	A	—	〇〇 W子	a	d	h	i	a	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	160	40		
24		ユニット3	介護職員	C	—	〇〇 X太郎	a	d	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	d	a	d	d	a	d	d	a	d	d	d	a	d	d	128	32		
25	○	ユニット4	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 Y子	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	160	40		
26		ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 Z男	a	d	d	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	160	40		
27		ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 AA三郎	a	d	d	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	d	d	a	h	i	160	40		
28		ユニット4	介護職員	A	—	〇〇 BB子	i	d	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	h	i	a	a	d	d	160	40		
29		ユニット4	介護職員	C	—	〇〇 CC次郎	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	128	32		

(1) 4週
(2) 予定

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日

(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定数) 36 人

No	(5) ユニットリーダー	(6) ユニット名	(7) 職種	(8) 勤務形態	(9) 資格	(10) 氏名	(11)																														(12) 1~4週目の勤務時間数合計	(13) 週平均勤務時間数	(14) 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月	2火	3水	4木	5金	6土	7日	8月	9火	10水	11木	12金	13土	14日	15月	16火	17水	18木	19金	20土	21日	22月	23火	24水	25木	26金	27土	28日					
30							シフト記号																											0	0				

(15) 【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	320	80	0	0	2
B	80	20	80	20	0
C	0	0	0	0	-
D	0	0	0	0	-
合計	400	100	80	20	2

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週

常勤換算の対象時間数 (週平均) 20 ÷ 週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 0.5 (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 2 + 常勤換算方法による人数 0.5 = 合計 2.5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	2,560	640	0	0	16
B	0	0	0	0	0
C	512	128	512	128	-
D	0	0	0	0	-
合計	3,072	768	512	128	16

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週

常勤換算の対象時間数 (週平均) 128 ÷ 週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 3.2 (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 16 + 常勤換算方法による人数 3.2 = 合計 19.2人

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 2.5人 + 介護職員 19.2人 = 合計 21.7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

《要提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間				勤務時間	自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間			
1	a	7:00	16:00	1:00	8		
2	b	9:00	18:00	1:00	8		
3	c	10:00	19:00	1:00	8		
4	d	12:00	21:00	1:00	8		
5	e	9:00	13:00	0:00	4		
6	f	13:00	18:00	1:00	4		
7	g	14:00	20:00	0:00	6		
8	h	16:00	0:00	0:00	8	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務	
9	i	0:00	9:00	1:00	8	(夜勤) 16:00～翌9:00勤務	
10	j			0:00			
11	k			0:00			
12	l			0:00			
13	m			0:00			
14	n			0:00			
15	o			0:00			
16	p			0:00			
17	q			0:00			
18	r				1		
19	s				2		
20	t				3		
21	u				4		
22	v				5		
23	w				6		
24	x				7		
25	y				8		
26	z				1		
27	x				2		
28	aa				3		
29	ab				4		
30	ac				5		
31	ad				6		
32	ae				7		
33	af				8		
34	ag	7:00	9:30	0:00	2.5		
	-	16:30	20:00	0:00	3.5		
	-	-	-	-	6	1日に2回勤務する場合	
35	ah			0:00			
	-			0:00			
	-	-	-	-		1日に2回勤務する場合	
36	ai			0:00			
	-			0:00			
	-	-	-	-		1日に2回勤務する場合	

- ・職種ごとの勤務時間を「○：〇〇～○：〇〇」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の補助を目的とするため、入力必須ではありません。
- ・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

(参考様式1)

経 歴 書

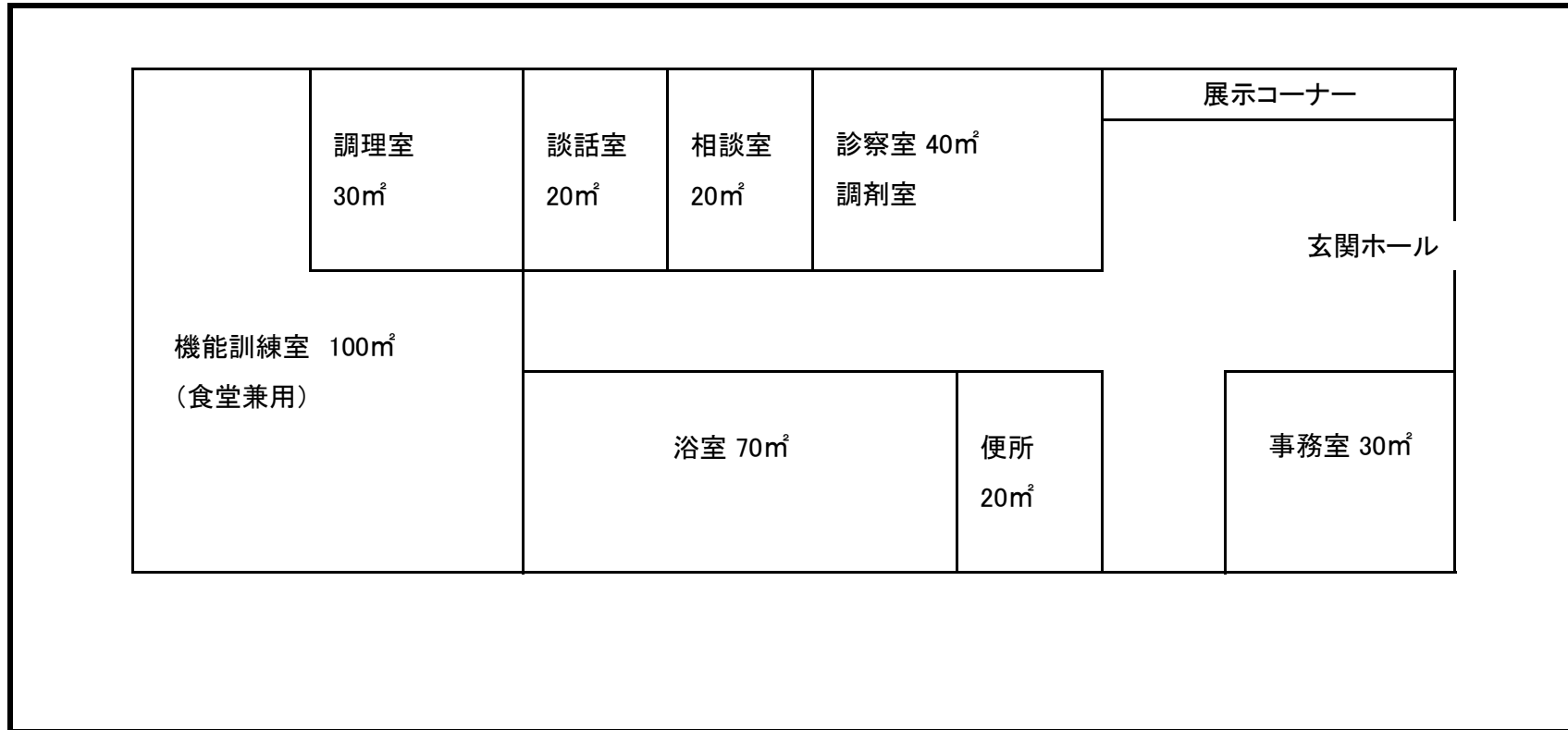
事業所または施設の名称			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 ー)		
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職 務 内 容
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

備考

- 1 標題には、「サービス提供責任者」、「生活相談員」等と記入してください。
- 2 住所は、自宅のものを記入してください。

(標準様式2)
 平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 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。

(標準様式3)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (短期入所生活介護(従来型))
事業所名・施設名 ()

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	居室	・日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について十分考慮されているか。
	浴室	・要介護者が入浴するのに適したものであるか。(床にすべりにくい材質を使用。手すりを各所に設置等)
	洗面設備	・要介護者が使用するのに適したものであるか。(車椅子のまま使用できる等)
	便所	・要介護者が使用するのに適したものであるか。(手すりの設置等)
	廊下	・幅は「1. 8メートル」以上か。ただし、中廊下の幅は「2. 7メートル」以上か。 ・手すりを設けているか。
	階段	・傾斜は緩やかになっているか。 ・手すりを設けているか。
	常夜灯	・廊下、便所その他必要な場所に設けているか。
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備	・消火器、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、消防機関へ通報する火災報知設備、誘導灯、カーテン等の防災措置等。

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(標準様式3)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (短期入所生活介護(ユニット型))
事業所名・施設名 ()

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	居室	・日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について十分考慮されているか。
	共同生活室	・要介護者が食事をしたり、談話等を楽しんだりするのに適したテーブル、椅子等の備品を備えているか。 ・上記の備品を備えた上で、当該共同生活室を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されているか。
	浴室	・要介護者が入浴するのに適したものであるか。(床にすべりにくい材質を使用。手すりを各所に設置等)
	洗面設備	・要介護者が使用するのに適したものであるか。(車椅子のまま使用できる等)
	便所	・要介護者が使用するのに適したものであるか。(手すりの設置等)
	廊下	・幅は「1. 8メートル」以上か。ただし、中廊下の幅は「2. 7メートル」以上か。(入居者、職員等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合は「1. 5メートル」以上、中廊下は「1. 8メートル」以上として差し支えない。) ・手すりを設けているか。
	階段	・傾斜は緩やかになっているか。 ・手すりを設けているか。
	常夜灯	・廊下、共同生活室、便所その他必要な場所に設けているか。
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備	・消火器、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、消防機関へ通報する火災報知設備、誘導灯、カーテン等の防災措置等。

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(標準様式4)

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。

(標準様式6)

誓約書

(宛先)

年 月 日

滋賀県知事

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①: 居宅サービス事業所向け
	別紙②: 介護老人福祉施設向け
	別紙③: 介護老人保健施設向け
	別紙④: 介護医療院向け
	別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

(別紙①): 居宅サービス事業所向け)
介護保険法第70条第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十四条第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十四条第二項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十条第三項第七号、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三、第一百五十五条の二十二第二項第四号の三及び第二百三条第二項において「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第七十八条の二第四項第五号の三、第七十九条第二項第四号の三、第九十四条第三項第五号の三、第七十条第三項第七号、第一百五十五条の二第二項第五号の三、第一百五十五条の十二第二項第五号の三及び第一百五十五条の二十二第二項第四号の三において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消し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った日前六十日以内に当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。)又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者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、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者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、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しとなった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業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居宅サービス事業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。
- 六の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定(特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消し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った日前六十日以内に当該法人の役員等であった者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、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者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、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しとなった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業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居宅サービス事業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。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。))の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。)が、第七十七条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しとなった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業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居宅サービス事業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。
- 七 申請者が、第七十七条第一項又は第一百五十五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七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第七十六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七十七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申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 第七号に規定する期間内に第七十五条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止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、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、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。
- 十 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七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。
- 十の二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者(特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙⑤): 介護予防サービス事業所向け)
介護保険法第115条の2第2項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五條の四第一項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五條の四第二項に規定する指定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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)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條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等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事業所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事業所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、指定介護予防サービス事業者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予防サービス事業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予防サービス事業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。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)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條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等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事業所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事業所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、指定介護予防サービス事業者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予防サービス事業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予防サービス事業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。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の九第一項又は第百十五條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ていないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者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予防サービス事業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予防サービス事業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。
- 七 申請者が、第百十五條の九第一項又は第百十五條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條の規定による通知があつ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百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第百十五條の七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百十五條の九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申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 第七号に規定する期間内に第百十五條の五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、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。
- 十 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七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。
- 十の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

変更届出書

年 月 日

(宛先)

所在地

滋賀県知事

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)の建物の構造及び専用区画等		
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)		
利用者の推定数		
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)		
サービス提供責任者の氏名、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		
提供する居宅療養管理指導の種類		
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)		
利用者、入所者又は入院患者の定員		
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)		
併設施設の状況等		
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。

再開届出書

年 月 日

(宛先)

滋賀県知事

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
	法人番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
再開した事業所(施設)	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

(宛先)

所在地

滋賀県知事

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

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

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

(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>

(宛先) 滋賀県 知事

令和 年 月 日

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 群市				
	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		
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 群市				
	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 群市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
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)
	指定 居室 サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 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の横の口を■にしてください。
 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(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等				LIFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 5 その他	
	□ 21 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 1 単独型 <input type="checkbox"/> 2 併設型・空床型 <input type="checkbox"/> 3 単独型ユニット型 <input type="checkbox"/> 4 併設型・空床型ユニット型	夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 6 減算型			<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
職員の欠員による減算の状況			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員			
ユニットケア体制			<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可				
高齢者虐待防止措置実施の有無			<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
業務継続計画策定の有無			<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
共生型サービスの提供 (短期入所事業所)			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
生活相談員配置等加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
生活機能向上連携加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ			
機能訓練指導体制			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
個別機能訓練体制			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
看護体制加算Ⅰ又はⅢ			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ			
看護体制加算Ⅱ又はⅣ			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅳ			
医療連携強化加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
看取り連携体制加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
夜勤職員配置加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ・加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅲ・加算Ⅳ			
テクノロジーの導入 (夜勤職員配置加算関係)			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
若年性認知症利用者受入加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
送迎体制			<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可				
口腔連携強化加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
療養食加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
認知症専門ケア加算			<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ			
生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ					
サービス提供体制強化加算 (単独型)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ				
サービス提供体制強化加算 (併設型・空床型)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ				
併設本体施設における介護職員等処遇改善加算Ⅰの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14)			

(別紙1-2-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等					LIFEへの登録	割引													
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地															
				<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他															
□ 24 介護予防短期入所生活介護	□ 1 単独型 □ 2 併設型・空床型 □ 3 単独型ユニット型 □ 4 併設型・空床型ユニット型		夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 1 基準型	<input type="checkbox"/> 6 減算型				□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり												
			職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員																
			ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可																	
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型																	
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型																	
			共生型サービスの提供 (短期入所事業所)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ																
			機能訓練指導体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			送迎体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可																	
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			療養食加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ																
			生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ																
			サービス提供体制強化加算 (単独型)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ															
			サービス提供体制強化加算 (併設型、空床型)	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ															
			併設本体施設における介護職員等処 遇改善加算Ⅰの届出状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり																	
			介護職員等処遇改善加算				<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ			<input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ	<input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1)	<input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2)	<input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3)	<input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4)	<input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5)	<input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6)	<input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7)	<input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8)	<input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9)

生活相談員配置等加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護事業所

生活相談員配置等加算に係る届出内容		有 ・ 無
通所介護	① 共生型通所介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、共生型通所介護の提供日ごとに、当該共生型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
地域密着型通所介護	① 共生型地域密着型通所介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、共生型地域密着型通所介護の提供日ごとに、当該共生型地域密着型通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
(介護予防)短期入所生活介護	① 共生型短期入所生活介護費を算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 生活相談員を、常勤換算方法で1名以上配置している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 当該生活相談員が、地域に貢献する活動を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 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。

(独自様式)

生活機能向上連携加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
区分	1 なし
	2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 連携する外部のリハビリテーション専門職からの助言を受けながら評価・計画書の作成を行っている。 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション事業所等のサービス提供の場またはICTを活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで助言を受けている。 <input type="checkbox"/> 3月に1回以上、連携する外部のリハビリテーション専門職と共同で評価し、利用者等への説明（テレビ電話装置等の活用も可）を行っている。
	3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 連携する外部のリハビリテーション専門職が当該事業所・施設を訪問し、助言を受けながら評価・計画書の作成を行っている。 <input type="checkbox"/> 3月に1回以上、連携する外部のリハビリテーション専門職が事業所・施設に訪問したうえで共同で評価し、利用者等への説明を行っている。
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 通所介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設

連携する外部の通所リハビリテーション事業所等の状況

連携する外部のリハビリテーション専門職は、次のいずれかの事業所等の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師である。

- 指定訪問リハビリテーション事業所
- 指定通所リハビリテーション事業所 (指定居宅サービス等基準第111条第1項に規定するものに限る。)
- 介護老人保健施設 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 介護医療院 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 診療所 (診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)
- 病院 (許可病床数が200床未満のもの、または当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものに限る。また、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っているものに限る。)

上記事業所等の名称	事業所番号(病院・診療所除く)

(別紙25)

看護体制加算に係る届出書
(短期入所生活介護事業所)

事業所名						
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了			
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 看護体制加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 2 看護体制加算(Ⅱ)				
	<input type="checkbox"/> 3 看護体制加算(Ⅲ)イ	<input type="checkbox"/> 4 看護体制加算(Ⅲ)ロ				
	<input type="checkbox"/> 5 看護体制加算(Ⅳ)イ	<input type="checkbox"/> 6 看護体制加算(Ⅳ)ロ				

看護体制加算に係る届出内容

定員及び利用者数の状況

定員	人	利用者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

看護師	常勤	人
看護職員(看護師・准看護師)	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

中重度者の受入状況

[<input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 前三月] における ([]はいずれかの <input type="checkbox"/> を■にする) 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5の利用者の 占める割合が70%以上	有・無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
--	--

備考 看護体制について、体制を整備している場合について提出してください。

医療連携強化加算に係る届出書
(短期入所生活介護事業所)

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了

医療連携強化加算に係る届出内容		有 ・ 無
①	看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）を算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
②	利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
③	主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
④	主治の医師との連携方法や搬送方法も含め、急変時の医療提供の方針について、利用者から同意を得ている。また当該同意を文書で記録している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑤	同加算を算定する利用者は、以下のいずれかに該当する者である。 イ 喀痰吸引を実施している状態 ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ハ 中心静脈注射を実施している状態 ニ 人工腎臓を実施している状態 ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ヘ 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 チ 褥瘡に対する治療を実施している状態 リ 気管切開が行われている状態	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑥	在宅中重度受入加算を算定していない。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 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。

看取り連携体制加算に係る届出書
 (訪問入浴介護事業所、短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所)

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
事業所等の区分	<input type="checkbox"/> 1 訪問入浴介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 小規模多機能型居宅介護事業所

看取り連携体制加算に係る届出内容		有 ・ 無
訪問入浴介護	① 訪問看護ステーション等との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて当該訪問看護ステーション等により訪問看護等が提供されるよう訪問入浴介護を行う日時を当該訪問看護ステーション等と調整している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 看取りに関する職員研修を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
短期入所生活介護	① 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定している。かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	⑤ 短期入所生活介護事業所において看取りを行う際には、個室又は静養室を利用するなど、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	⑥ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	① 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 看護師により24時間連絡できる体制を確保している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	③ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に当該方針の内容を説明し、同意を得ている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	④ ケアカンファレンスや対応の実践を振り返る等により、看取り期における対応方針の内容その他看取り期におけるサービス体制について、適宜見直しを行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	⑤ 宿泊室等において看取りを行う場合に、プライバシーの確保及び家族へ配慮をすることについて十分留意している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	⑥ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

備考 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。

夜勤職員配置加算算定表

施設種別		算定項目			
介護老人福祉施設	従来型		夜勤職員配置加算(Ⅰ)		夜勤職員配置加算(Ⅲ)
	ユニット型		夜勤職員配置加算(Ⅱ)		夜勤職員配置加算(Ⅳ)
短期入所生活介護	従来型		夜勤職員配置加算(Ⅰ)		夜勤職員配置加算(Ⅲ)
	ユニット型		夜勤職員配置加算(Ⅱ)		夜勤職員配置加算(Ⅳ)
夜勤時間帯	午後 時 分 ~ 午前 時 分 (16時間)				

1. 夜勤職員配置基準

介護老人福祉施設	入所者数(注1)	人	(注1)短期入所に地域密着型介護老人福祉施設が併設されている場合も記入すること
短期入所生活介護	利用者数	人	
	計(入所者数等)	0 人	※入所者(利用者)数は、当該年度の前年度の平均を用いる。この場合、小数点以下を切り上げる。
	ユニット数		

<夜勤職員配置基準>

従来型		ユニット型	加算必要数		
入所者数等	職員数	2ユニット毎に1人以上			
25人以下	1人以上		+ 1人 =	<input type="text"/> 人	…①
26人～60人	2人以上				
61人～80人	3人以上				
81人～100人	4人以上				
101人以上	4+入所者数の合計が100を超えて25又はその端数を増すごとに1以上		+ 0.9人 =	<input type="text"/> 人	…②
			+ 0.6人 =	<input type="text"/> 人	…③

【見守り機器の設置】 ※テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書を提出すること

※ 短期入所(従来型)と特養(ユニット型)が併設されている場合(逆も同様)は、夜勤職員1人あたりの入所者数等の合計が20人以内であれば兼務可。

例) 特養29人(ユニット型・3ユニット)と併設短期入所3人(従来型)の場合、合計入所者数等は32人なので、夜勤職員配置基準は2人以上となる。

2. 1日平均夜勤職員数 (年 月)

計算月の延夜勤時間数 時間 …(A)

計算月の日数 日 × 16 = 0 時間 …(B)

1日平均夜勤職員数(A)/(B) = 人 ≥ 人 (①、②または③)

3. 夜勤職員配置加算(Ⅲ)(Ⅳ)のみ

- 夜勤時間帯を通じて、看護職員または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している(この場合、登録喀痰吸引等事業者として登録している。)

【様式参考例】

夜勤職員配置加算算定表別紙

職種	氏名	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	延夜勤時間数		
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火			
看護師																																			0
看護師																																			0
准看護師																																			0
介護職員																																			0
介護職員																																			0
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※夜勤職員配置加算整理表の記入上の注意

- 一部ユニットおよび認知症専門棟を有する場合は、ユニット・認知症専門棟とそれ以外の部分で別葉として作成する。
- 日付の欄には、夜勤時間帯に従事した時間を記入すること。単位は時間とすること。
- 勤務時間を算出するにあたっては、施設に従事する時間として明確に位置づけられた時間とし、時間外は含まないものであること。
- 夜勤時間帯で申し送りに要した時間は、申し送った従事者の夜勤時間には含めないこと。なお、申し送りの時間は事業所で〇〇分と設定すればよい。
ただし、夜勤者の申し送り時間は、日勤者の申し送り時間の倍とすることが望ましい(日勤者、8時間勤務で15分の申し送りであれば、夜勤者、16時間勤務で30分の申し送り)。
- 看護職員もしくは介護職員と他職を兼務する者の日勤帯に勤務する時間のうち、夜勤期間帯と重複する時間については、看護職員もしくは介護職員の兼務割合により按分すること。

(例)夜勤時間帯が17時から翌9時までの場合

- 日勤:8:30~17:30 → 8:30~9:00の0.5時間が夜勤時間数
- 早番:7:00~16:00 → 7:00~9:00の2時間が夜勤時間数
- 遅番:9:30~18:30 → 17:00~18:30の1時間30分が夜勤時間数
- 夜勤:17:00~9:00 → 17:00~9:00の16時間が夜勤時間数

* 当該時間数から、申し送り(申し送る側)の時間を控除した時間を記載する。

テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了
施設種別	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設
	<input type="checkbox"/> 3 短期入所生活介護		

以下について、該当する届出項目における必要事項を記載すること。

配置要件① 最低基準に加えて配置する人員が「0.9人配置」

① 入所（利用）者数 <input type="text"/> 人	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
② 見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数 <input type="text"/> 人							
③ ①に占める②の割合 <input type="text"/> % → 10%以上							
④ 導入機器 <table border="1"> <tr><td>名称</td><td></td></tr> <tr><td>製造事業者</td><td></td></tr> <tr><td>用途</td><td></td></tr> </table>	名称		製造事業者		用途		有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
名称							
製造事業者							
用途							
⑤ 導入機器の継続的な使用（9週間以上） <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
⑥ 導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会における、ヒヤリハット・介護事故が減少していることの確認、必要な分析・検討等 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							

配置要件② 最低基準に加えて配置する人員が「0.6人配置」

① 入所（利用）者全員に見守り機器を使用 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>						
② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
③ 導入機器 <table border="1"> <tr><td>名称</td><td></td></tr> <tr><td>製造事業者</td><td></td></tr> <tr><td>用途</td><td></td></tr> </table>	名称		製造事業者		用途		有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
名称							
製造事業者							
用途							
④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施							
i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会の設置 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む） <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
v 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							
⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>							

備考1 配置要件②については、要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか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 配置要件②の④ i の委員会には、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

備考3 テクノロジーを導入した場合の介護老人福祉施設の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合は、当該加算の配置要件②の「0.6人配置」を「0.8人配置」に読み替えるものとする。

1 事業所名																															
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防)短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防)短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所																														
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" data-bbox="451 801 1233 1077"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" data-bbox="451 1160 1233 1435"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" data-bbox="451 1518 1233 1794"> <tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr> <tr><td>所在地</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>	歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。
注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。
注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。
※ 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。

認知症専門ケア加算に係る届出書

(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護
(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護
地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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

Table with 2 columns: Category (事業所名, 異動等区分, 施設種別, 届出項目) and Options (checkboxes for 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Main application form table with 2 columns: Description (1. 認知症専門ケア加算(I)に係る届出内容, 2. 認知症専門ケア加算(II)に係る届出内容) and Status (有・無).

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 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、認知症介護実践リーダー研修及び認知症看護に係る適切な研修を、「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者養成研修及び認知症看護に係る適切な研修を指す。

- ※認知症看護に係る適切な研修
①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」(認定証が発行されている者に限る)

備考3 認知症専門ケア加算(II)の算定にあつては、認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したこととなる。

生産性向上推進体制加算に係る届出書

事業所番号						
事業所名						
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了					
施設種別	1 短期入所生活介護	2 短期入所療養介護	3 特定施設入居者生活介護			
	4 小規模多機能型居宅介護	5 認知症対応型共同生活介護	6 地域密着型特定施設入居者生活介護			
	7 地域密着型介護老人福祉施設	8 看護小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設			
	10 介護老人保健施設	11 介護医療院	12 介護予防短期入所生活介護			
	13 介護予防短期入所療養介護	14 介護予防特定施設入居者生活介護	15 介護予防小規模多機能型居宅介護			
	16 介護予防認知症対応型共同生活介護					
届出区分	1 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 2 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)					

生産性向上推進体制加算(Ⅰ)に係る届出

① 加算(Ⅱ)のデータ等により業務改善の取組による成果を確認 有・無

② 以下のi～iiiの項目の機器をすべて使用

i 入所(利用)者全員に見守り機器を使用 有・無

ii 職員全員がインカム等のICTを使用 有・無

iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用 有・無

(導入機器)

名称	
製造事業者	
用途	

③ 職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を実施 有・無

④ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(以下「委員会」という。)において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認

i ②の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保 有・無

ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 有・無

iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む) 有・無

iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施 有・無

生産性向上推進体制加算(Ⅱ)に係る届出

① 以下のi～iiiの項目の機器のうち1つ以上を使用

i 入所(利用)者1名以上に見守り機器を使用 有・無

入所(利用)者数	人
見守り機器を導入して見守りを行っている対象者数	人

ii 職員全員がインカム等のICTを使用 有・無

iii 介護記録ソフト、スマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICTを使用 有・無

(導入機器)

名称	
製造事業者	
用途	

② 委員会において、以下のすべての項目について必要な検討を行い、当該項目の実施を確認

i ①の機器を利用する場合における利用者の安全やケアの質の確保 有・無

ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 有・無

iii 機器の不具合の定期チェックの実施(メーカーとの連携を含む) 有・無

iv 業務の効率化、ケアの質の確保、職員の負担軽減を図るための職員に対する教育の実施 有・無

備考1 加算(Ⅰ)の要件①については、当該要件に係る各種指標に関する調査結果のデータを提出すること。

備考2 要件を満たすことが分かる委員会の議事概要を提出すること。このほか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3 本加算を算定する場合は、事業年度毎に取組の実績をオンラインで厚生労働省に報告すること。

備考4 届出にあたっては、別途通知(「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」)を参照すること。

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、介護医療院

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)短期入所生活介護 (<input type="checkbox"/> ア 単独型 <input type="checkbox"/> イ 併設型 <input type="checkbox"/> ウ 空床利用型) <input type="checkbox"/> 2 (介護予防)短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 4 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	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		<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	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。

サービス提供体制強化加算算定表
【特定施設入居者生活介護・介護老人福祉施設・短期入所生活介護・介護老人保健施設・短期入所療養介護・介護医療院】

■該当する加算、算定要件の区分にチェックをしてください。

		算定要件	記入する項目
加算Ⅰ (右のいずれか)		介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が80%(特定施設の場合70%)以上である	A、B
		介護職員の総数に占める勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が35%(特定施設の場合25%)以上である	A、C、別表
加算Ⅱ		介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上である	A、B
加算Ⅲ (右のいずれか)		介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上である	A、B
		看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合が75%以上である	D、E
		利用者に直接サービス提供を行う職員の総数に占める勤続年数7年以上の者の総数が30%以上である	F、G、別表

① 前年度事業実績が6ヶ月以上ある事業所用

	介護職員のみ対象			介護・看護職員のみ対象		利用者に直接サービス提供を行う職員 ※6参照		B/A (%)	C/A (%)	E/D (%)	G/F (%)
	常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	勤続年数10年以上の 介護福祉士 常勤換算数 (C)	看護・介護職員 常勤換算数 (D)	常勤職員 常勤換算数 (E)	利用者に直接 サービス提供を 行う職員 常勤換算数 (F)	勤続年数7年以上の 職員 常勤換算数 (G)				
4月											
5月											
6月											
7月											
8月											
9月											
10月											
11月											
12月											
1月											
2月											
合計(H)								0	0	0	0
平均(H/実績月数)											

② 前年度事業実績が6ヶ月に満たない事業所・新規事業所用

	介護職員のみ対象			介護・看護職員のみ対象		利用者に直接サービス提供を行う職員 ※6参照		B/A (%)	C/A (%)	E/D (%)	G/F (%)
	常勤換算数 (A)	介護福祉士 常勤換算数 (B)	勤続年数10年以上の 介護福祉士 常勤換算数 (C)	看護・介護職員 常勤換算数 (D)	常勤職員 常勤換算数 (E)	利用者に直接 サービス提供を 行う職員 常勤換算数 (F)	勤続年数7年以上の 職員 常勤換算数 (G)				
月											
月											
月											
合計(G)								0	0	0	0
平均(G/3)								0	0	0	0

注1 職員の割合の算出にあたっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いる。

2 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、または再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。
 この場合は、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちにその旨の届出を提出しなければならない。

3 看護・介護職員に係る常勤換算にあたっては、利用者・入所者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求業務等介護に関与しない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。

4 介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

5 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

6 利用者に直接サービス提供を行う職員とは、以下の職員をいうものとする。

特定施設入居者生活介護	介護職員、看護職員、生活相談員、機能訓練指導員
介護老人福祉施設・短期入所生活介護	介護職員、看護職員、生活相談員、機能訓練指導員
介護老人保健施設・短期入所療養介護	介護職員、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
介護医療院・短期入所療養介護	介護職員、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

サービス提供体制強化加算算定表別表

氏名	職種	雇用期間の始期	前月末日時点での勤続年数	備考

上記のとおり、相違ない旨、証明する。

令和 年 月 日

事業所名 : _____

代表者名 : _____ 印

「記載例」

* 同一法人等が経営する介護サービス事業所から異動があった場合の記載例

例1				
A	生活相談員	H26. 4. 1	7年	〇〇事業所、通所介護、介護職員 H26.4.1 ~R3.3.31

例2				
A	介護職員	H29. 4. 1	2年	〇〇事業所、通所介護 H29.4.1~H31.3.31
A	生活相談員	H31. 4. 1	2年	当事業所
	合計		4年	

* サービスを直接提供する職員は、サービスごとに定義が異なるため、注意すること。