

介護保険事業者 指定事項の変更等の手引き

介護老人福祉施設

(老人短期入所事業：老人福祉法の届出)

令和6年4月

滋 賀 県

目 次

<u>1. 介護保険法の届出</u>		
①変更の手続き		… 3
②介護報酬算定に係る体制等に関する届出の手続き		… 5
<u>2. 老人福祉法の届出</u>		…11
様式		
《介護保険法の変更の届出》		
様式第一号（五）	変更届出書	…12
様式第一号（一）	指定（許可）申請書	…13
付表第一号（十五）	介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項	…15
参考様式 1	経歴書	…17
標準様式 2	平面図	…18
標準様式 6	誓約書	…19
標準様式 1	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	…21
参考様式 2	介護支援専門員変更内容書	…24
様式第一号（七）	廃止・休止届出書	…25
様式第一号（六）	再開届出書	…26
《介護報酬算定に係る体制等に関する届出》		
別紙 2	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	…27
別紙1-1-2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	…28
別紙38	栄養マネジメント体制に関する届出書	…29
別紙37	日常生活継続支援加算に関する届出書	…30
	日常生活継続支援加算算定表【介護老人福祉施設】	…31
別紙37-2	テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書	…32
別紙25-2	看護体制加算に係る届出書	…33
	夜勤職員配置加算算定表	…34
	夜勤職員配置加算算定表（別紙）	…35
別紙27	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	…36
	生活機能向上連携加算に係る届出書	…37
別紙39	配置医師緊急時対応加算に係る届出書	…38
別紙34	看取り介護体制に係る届出書	…39
別紙12-2	認知症専門ケア加算に係る届出書	…40
別紙40	認知症チームケア推進加算に関する届出書	…41
別紙41	褥瘡マネジメントに関する届出書	…42
	安全対策体制に係る届出書	…43
別紙35	高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書	…44
別紙28	生産性向上推進体制加算に係る届出書	…45
別紙14-4	サービス提供体制強化加算に関する届出書	…46
	サービス提供体制強化加算算定表	…47
	サービス提供体制強化加算算定表（別表）	…48

《老人福祉法の届出》

様式第28号（第15条関係） 養護老人ホーム（特別養護老人ホーム）認可事項変更届 …49

様式第25号（第12条の3関係）老人居宅生活支援事業変更届 …50

介護保険法の届出

1. 変更の手続き

変更の届出等：介護保険法89条

指定介護老人福祉施設の開設者は、開設者の住所その他の厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、厚生労働省令で定めることにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

介護保険法施行規則135条

（指定介護老人福祉施設の開設者の住所の変更の届出等）…資料参照

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）

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（十五） ・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（十五） ・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 <small>（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）</small>
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 <small>（番号4にあっては）</small> ・誓約書（標準様式6）
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（十五）

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（十五） ・ 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（十五） ・ 契約書など
10	入所者の定員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規程 ・ 付表第一号（十五） ・ 勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）
11	併設する施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平面図（変更前・変更後）
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	<ul style="list-style-type: none"> ・ 参考様式2 （介護支援専門員変更内容書） ・ 新たな従業者の「介護支援専門員証」（交付を受けていない場合は、「介護支援専門員登録証」及び登録番号通知の写し） ・ 付表第一号（十五）

※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。）

※専用区域等にかかわる変更は事前に協議を願います。

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（十五）
 - －添付書類（従業者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（参考様式1）、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の手続き

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）

事 項	添 付 書 類
地域区分	・なし
施設等の区分	・なし
LIFEへの登録	・なし
夜間勤務条件基準	・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
職員の欠員による減算の状況	※減算解消時・・・人員欠如が解消された月の実績
ユニットケア体制	①平面図（標準様式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
身体拘束廃止取組の有無	・なし
安全管理体制	・なし
高齢者虐待防止措置実施の有無	・なし
業務継続計画策定の有無	・なし
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	・栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙38）
日常生活継続支援加算	①日常生活継続支援加算に関する届出書（別紙37） ②日常生活継続支援加算算定表 ③勤務体制および勤務形態一覧表（標準様式1） ※届出月の前3月間の勤務実績表 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>テクノロジーの導入 (日常生活継続支援加算関係)</p>	<p>①テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書(別紙37-2) ②要件を満たすことが分かる議事概要</p>
<p>看護体制加算(Ⅰ)</p>	<p>①看護体制加算に係る届出書(別紙25-2) 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)</p>	<p>①看護体制加算に係る届出書(別紙25-2) 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。 ④24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)</p>
<p>夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)</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) ※届出前月の勤務実績表</p>
<p>夜勤職員配置加算(Ⅲ)(Ⅳ)</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)</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の場合】 ・要件を満たすことが分かる議事概要</p>

準ユニットケア体制	<p>①平面図（標準様式2）</p> <p>②勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）</p> <p>※算定を開始する月の勤務予定表</p>
生活機能向上連携加算 (I) (II)	生活機能向上連携加算に係る届出書
個別機能訓練加算	<p>①勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）</p> <p>※算定を開始する月の勤務予定表</p> <p>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）</p> <p>※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）</p> <p>③機能訓練指導員に任じる辞令の写し、事務分掌表等</p>
A D L維持等加算〔申出〕の有無	・なし
若年性認知症入所者受入加算	・なし
常勤専従医師配置	<p>①勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）</p> <p>※算定を開始する月の勤務予定表</p> <p>②医師資格を証する免許証の写し</p> <p>※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>
精神科医師定期的療養指導	<p>①認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占めることが確認できる資料（入所者名等の記載のないもの）</p> <p>②勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）</p> <p>※算定を開始する月の勤務予定表</p> <p>③精神科を担当する医師であることが確認できる資料（資格証等の写し、経歴書等）</p> <p>※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>
障害者生活支援体制 (I) (II)	<p>①視覚障害者等である入所者の数が所定数以上であることが確認できる資料</p> <p>②勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）</p> <p>※算定を開始する月の勤務予定表</p> <p>③障害者生活支援員の資格を証する免許証または資格証の写し</p> <p>※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>

栄養マネジメント強化体制	<ul style="list-style-type: none"> ①栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙38） 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管理栄養士・栄養士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。
療養食加算	・栄養士または管理栄養士の資格を証する免許証の写し
配置医師緊急時対応加算	<ul style="list-style-type: none"> ①配置医師緊急時対応加算に係る届出書（別紙39） ②24時間対応できる体制を確保していることがわかる資料（配置医師と施設との間の取り決め、連携を図る協力医療機関との契約書の写し等）
看取り介護体制（Ⅰ）（Ⅱ）	<ul style="list-style-type: none"> ①看取り介護体制に係る届出書（別紙34） 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看取りに関する指針 ④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 ⑤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。
在宅・入所相互利用体制	・在宅・入所相互利用計画、方針等
認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）	<p>【（Ⅰ）・（Ⅱ）共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>【（Ⅱ）の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ④認知症介護指導者研修修了証の写し
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）（Ⅱ）	<p>【（Ⅰ）・（Ⅱ）共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症チームケア推進加算に関する届出書（別紙40）
褥瘡マネジメント加算	・褥瘡マネジメントに関する届出書（別紙41）
排せつ支援加算	・なし

自立支援促進加算	・なし
科学的介護推進体制加算	・なし
安全対策体制	①安全対策体制に係る届出書 ②安全対策に係る外部における研修受講が確認できるもの
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	・高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書 (別紙35)
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	【(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)】 ①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
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	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 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。
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	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。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	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。
介護職員等処遇改善加算	○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。

（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。

老人福祉法の届出

1. 特別養護老人ホーム

老人福祉法第15条の2

2 前条第3項の規定による届出をし、又は同条第四項の規定による届出をした者は、厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

※法第15条第3項・4項「～養護老人ホーム又は特別養護老人ホームを設置することができる。」

①届出が必要な事項

- (1) 施設の名称および所在地
- (2) 建物の規模及び構造並びに設備の概要
- (3) 施設の運営の方針

②届出の様式

滋賀県老人福祉法施行細則 様式第28条

「養護老人ホーム（特別養護老人ホーム）認可事項変更届」

※関係書類を添付

2. 老人短期入所事業（老人居宅生活支援事業）

老人福祉法第15条の2

前条第2項の規定による届出をした者は、厚生労働省令で定める事項に変更を生じたときは変更の日から一月以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

※法第15条第2項「～老人デイサービスセンター、老人短期入所施設又は老人介護支援センターを設置することができる。」

①届出が必要な事項

- (1) 施設の名称、種類及び所在地
- (2) 建物の規模及び構造並びに施設の概要
- (3) 施設の長の氏名
- (4) 事業を行おうとする区域
- (5) 入所定員

②届出の様式

滋賀県老人福祉法施行細則 様式第25号の3

「老人居宅生活支援事業変更届」

※関係書類を提出

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

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

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

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(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ		生年月日	
		(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(許可)申請時に

指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請を予定する事業等の開始予定年月日	様式
訪問入浴介護					付表第一号(二)	
訪問看護					付表第一号(三)	
訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
通所介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)	
通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定福祉用具販売					付表第一号(十四)	
介護老人福祉施設					付表第一号(十五)	
介護老人保健施設					付表第一号(十六)	
介護医療院					付表第一号(十七)	
介護予防訪問入浴介護					付表第一号(二)	
介護予防訪問看護					付表第一号(三)	
介護予防訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
介護予防居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
介護予防通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売					付表第一号(十四)	

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)
 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
- 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（十五） 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	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									
	当該施設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								
短期入所生活介護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態	<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型						
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							
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								
サービス提供単位	○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	介護職員	看護職員				
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤 非常勤								
	常勤換算後の人数（人）									
			栄養士・管理栄養士	機能訓練指導員	介護支援専門員等					
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤 非常勤								
	常勤換算後の人数（人）									
	入所者数		人（推定数を記入）		短期入所利用者数	人（推定数を記入）				
○設備に関する基準の確認に必要な事項				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
1	居室	1室あたりの最大定員	人		人		人			
	食堂	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		m		m			
		中廊下の幅	m		m		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			
入所定員		人								
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				○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	介護職員	看護職員				
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤 非常勤								
	常勤換算後の人数（人）									
			栄養士・管理栄養士	機能訓練指導員	介護支援専門員等					
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤 非常勤								
	常勤換算後の人数（人）									
入所者数		人（推定数を記入）		短期入所利用者数	人（推定数を記入）					
○設備に関する基準の確認に必要な事項				介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
2	居室	1室あたりの最大定員	人		人		人			
	食堂	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		m		m			
		中廊下の幅	m		m		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			
入所定員		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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態（空床型・併設型の別）」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
- 3 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
- 4 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。
- 5 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う従業者について記載してください。
- 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

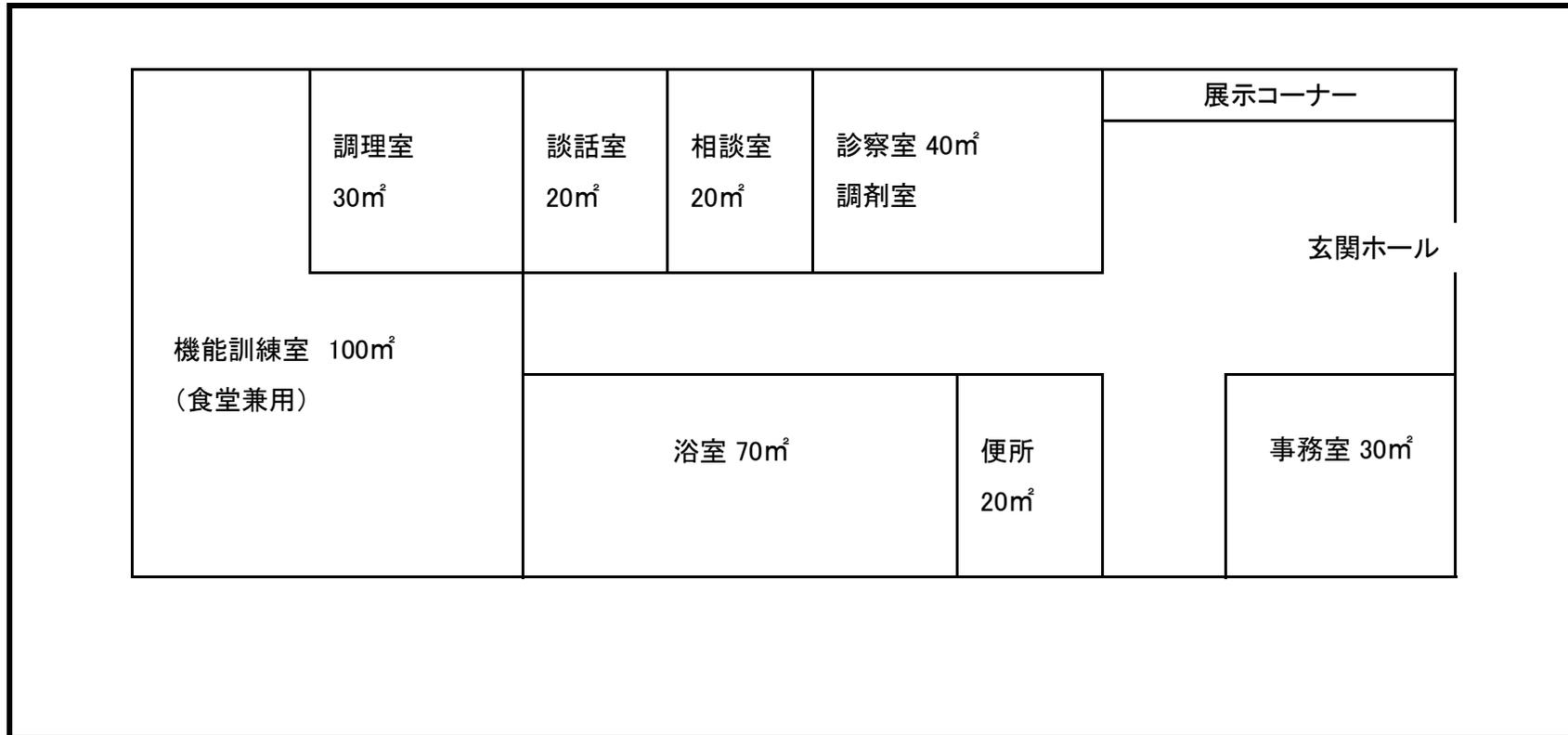
(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■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	

(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②):介護老人福祉施設向け
介護保険法第86条第2項

- 一 第八十八条第一項に規定する人員を有しないとき。
- 二 第八十八条第二項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人福祉施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 当該特別養護老人ホームの開設者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三の三 当該特別養護老人ホームの開設者が、健康保険法、地方公務員等共済組合法、厚生年金保険法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律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、負担金又は掛金の全て(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料、負担金又は掛金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、負担金又は掛金に限る。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 四 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二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、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由とな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介護老人福祉施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二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九十一条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 五の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十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九十二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特別養護老人ホームの開設者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六 当該特別養護老人ホームの開設者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 七 当該特別養護老人ホームの開設者の役員又はその長のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
- イ 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
- ロ 第三号、第三号の二又は前号に該当する者
- ハ この法律、国民健康保険法又は国民年金法の定めるところにより納付義務を負う保険料(地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下このハにおいて「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、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(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。)を引き続き滞納している者
- ニ 第九十二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た特別養護老人ホームにおいて、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内にその開設者の役員又はその長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(当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由とな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介護老人福祉施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号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。)
- ホ 第五号に規定する期間内に第九十一条の規定による指定の辞退をした特別養護老人ホーム(当該指定の辞退について相当の理由がある特別養護老人ホームを除く。)において、同号の通知の前六十日以内にその開設者の役員又はその長であつた者で当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

【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 (○○○○)

(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

Table with columns for No, ユニット名, 職種, 勤務形態, 資格, 氏名, 1週目, 2週目, 3週目, 4週目, 5週目, 12月~4週目の勤務時間数合計, 週平均勤務時間数, 兼務状況.

(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

Table for nursing staff showing working hours and conversion calculations for categories A, B, C, D.

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

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

②介護職員

Table for care staff showing working hours and conversion calculations for categories A, B, C, D.

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

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

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)

Table mapping codes A, B, C, D to employment types: 常勤で専従, 常勤で兼務, 非常勤で専従, 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2 (介護支援専門員変更内容書)

1. 新たに介護支援専門員として従事することになった者

氏名	登録番号 (新登録番号を記入すること)	就業開始年月日 ※1	就労形態 ※2

※1「就業開始年月日」欄は、採用日ではなく、当該施設・事業所に介護支援専門員として業務に従事することとなった日を西暦で記入すること。

※2「就労形態」欄は、次の該当するコードを記入すること。

就労形態コード	就労形態	就労形態コード	就労形態
01	専任の常勤として就労	03	兼務の常勤として就労
02	専任の非常勤として就労	04	兼務の非常勤として就労

2. 介護支援専門員として従事しなくなった者

氏名	登録番号	就業終了年月日 ※3	備考 ※4

※3※4「就業終了年月日」欄は、当該施設・事業所の介護支援専門員として業務に従事しなくなった日を西暦で記入し、その理由（他の部署へ異動、退職等）を「備考」欄に記入すること。

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。

(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。

栄養マネジメント体制に関する届出書

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

注 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。
 ※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

日常生活継続支援加算に関する届出書
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

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 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算 (I) <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算 (II)

5 入所者の 状況及び介護 福祉士の状況	入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④ を記載した場合は⑤を必ず記載すること。)		有 ・ 無		
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の 総数		人	
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分 が要介護4又は要介護5の者の数		人	→ ①に占める ②の割合が 70%以上
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度 がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の 数		人	→ ①に占める ③の割合が 65%以上
	④	入所者総数		人	
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法 施行規則第1条各号に掲げる行為を必 要とする者の数		人	→ ④に占める ⑤の割合が 15%以上
	介護福祉士の割合				
介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士 数：入所者 数が1：6 以上		

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、速やかに提出してください。

備考2 ①で前6月(前12月)の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月(前12月)の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書

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 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	入所者の状況 （下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。）		有 ・ 無							
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数		人						
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数		人	→ ①に占める②の割合が70%以上					
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数		人	→ ①に占める③の割合が65%以上					
	④	入所者総数		人						
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数		人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上					
介護福祉士の割合										
	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：7以上						
6 テクノロジーの使用状況	以下の①から④の取組をすべて実施していること。			有 ・ 無						
	① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下のi～iiiの項目の機器を使用									
	i 入所者全員に見守り機器を使用									
	ii 職員全員がインカムを使用									
	iii 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用									
	iv 移乗支援機器を使用 (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	
	名 称									
	製造事業者									
	用 途									
② 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を設置										
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										
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）										
iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施										
③ ②の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										
④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施										

備考1 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 5①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載すること。

備考3 6②iの委員会には、介護福祉士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。

(別紙25-2)

看護体制加算に係る届出書

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
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 看護体制加算(Ⅰ)イ <input type="checkbox"/> 2 看護体制加算(Ⅰ)ロ <input type="checkbox"/> 3 看護体制加算(Ⅱ)イ <input type="checkbox"/> 4 看護体制加算(Ⅱ)ロ

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	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"/>
-----------------------	--

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。

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39)

配置医師緊急時対応加算に係る届出書

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

配置医師緊急時対応加算に関する届出内容

配置医師名

連携する協力医療機関

協力医療機関名	医療機関コード

	有	・	無
① 看護体制加算（Ⅱ）を算定している。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
② 入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされている。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
③ 複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>
④ ②及び③の内容について届出を行っている。	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>

備考1 配置医師については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002）別紙様式「特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について」に記載された配置医師を記載してください。

備考2 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

看取り介護体制に係る届出書

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

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	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

	有 ・ 無
① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
③ 医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑥ 配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
⑦ 「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"/>

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

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 (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 7 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 8 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 9 介護医療院
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症専門ケア加算 (I) <input type="checkbox"/> 2 認知症専門ケア加算 (II)

	有 ・ 無																								
<p>1. 認知症専門ケア加算 (I) に係る届出内容</p> <p>(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>① 利用者又は入所者の総数 注</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> <tr> <td>② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> <tr> <td>③ ②÷①×100</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> </table> <p>注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数(訪問サービスでは前3月間の利用実人員数又は利用延べ人数)の平均で算定。</p> <p>(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数に応じて必要数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数</td> <td style="text-align: right;">人</td> </tr> </table> <p>【参考】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数</th> <th>研修修了者の必要数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20人未満</td> <td>1以上</td> </tr> <tr> <td>20以上30未満</td> <td>2以上</td> </tr> <tr> <td>30以上40未満</td> <td>3以上</td> </tr> <tr> <td>40以上50未満</td> <td>4以上</td> </tr> <tr> <td>50以上60未満</td> <td>5以上</td> </tr> <tr> <td>60以上70未満</td> <td>6以上</td> </tr> <tr> <td>～</td> <td>～</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3) 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している</p>	① 利用者又は入所者の総数 注	人	② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人	③ ②÷①×100	%	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人	日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数	20人未満	1以上	20以上30未満	2以上	30以上40未満	3以上	40以上50未満	4以上	50以上60未満	5以上	60以上70未満	6以上	～	～	<p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>
① 利用者又は入所者の総数 注	人																								
② 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数 注	人																								
③ ②÷①×100	%																								
認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数	人																								
日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の数	研修修了者の必要数																								
20人未満	1以上																								
20以上30未満	2以上																								
30以上40未満	3以上																								
40以上50未満	4以上																								
50以上60未満	5以上																								
60以上70未満	6以上																								
～	～																								
<p>2. 認知症専門ケア加算 (II) に係る届出内容</p> <p>(1) 認知症専門ケア加算 (I) の基準のいずれにも該当している ※認知症専門ケア加算 (I) に係る届出内容(1)～(3)も記入すること。</p> <p>(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している</p> <p>(3) 事業所又は施設において介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している</p>	<p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>																								

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名配置したことになる。

認知症チームケア推進加算に係る届出書

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 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 2 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 5 介護医療院
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 認知症チームケア推進加算 (I) <input type="checkbox"/> 2 認知症チームケア推進加算 (II)

	有	無
1. 認知症チームケア推進加算 (I) に係る届出内容		
(1) 利用者又は入所者の総数のうち、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の割合が50%以上である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 利用者又は入所者の総数 注		人
② 日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の数		人
③ ②÷①×100		%
注 届出日の属する月の前3月の各月末時点の利用者又は入所者の数の平均で算定。		
(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラム含んだ研修を修了している者の数		人
(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 認知症チームケア推進加算 (II) に係る届出内容		
(1) 認知症チームケア推進加算 (I) の (1)、(3)、(4) に該当している ※認知症チームケア推進加算 (I) に係る届出内容 (1)、(3)、(4) も記入すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を必要数以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者の数		人

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。

(別紙41)

褥瘡マネジメント加算に関する届出書

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 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4 看護小規模多機能型居宅介護																				
4 褥瘡マネジメントの状況	<p>褥瘡マネジメントに関わる者</p> <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		看 護 師		管 理 栄 養 士		介護支援専門員									
職 種	氏 名																				
医 師																					
歯科医師																					
看 護 師																					
管 理 栄 養 士																					
介護支援専門員																					

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

安全対策体制に係る届出書

事業所名			
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 介護老人保健施設	3 介護医療院

安全対策体制に係る取組の有無

事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針が整備されている。	有 ・ 無
事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業員に周知徹底する体制が整備されている。	有 ・ 無
事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修を定期的に行う。（年2回以上、及び新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施する。）	有 ・ 無
安全管理対策部門を設置し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業員全員に行き渡る体制が整備されている。	有 ・ 無

安全管理担当者

氏名	
----	--

【添付書類】

安全対策に係る外部における研修の受講が確認できるもの

注 令和3年10月31日までの間にあつては、研修を受講予定（令和3年4月以降、受講申込書等を有している場合）であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、令和3年4月から10月までに算定した当該加算については、遡り返還すること。

高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書

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) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 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 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) <input type="checkbox"/> 2 高齢者施設等感染対策向上加算 (II)

5 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) に係る届出
連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	医療機関コード

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名 (※1)	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 4 外来感染対策向上加算
-----------------	--

地域の医師会の名称 (※1)	

院内感染対策に関する研修 又は訓練に参加した日時	年	月	日
-----------------------------	---	---	---

6 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) に係る届出
施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3
-----------------	--

実地指導を受けた日時	年	月	日
------------	---	---	---

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 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。
備考3 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 及び (II) は併算定が可能である。
備考4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。
(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。

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			
	<table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人
① 介護職員の総数 (常勤換算)	人				
② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人				
サービスの質の向上に資する取組の状況	又は ①に占める③の割合が35%以上				
	<table border="1"> <tr> <td>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)</td> <td>人</td> </tr> </table>	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	<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				
※ (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			
	<table border="1"> <tr> <td>① 介護職員の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人
① 介護職員の総数 (常勤換算)	人				
② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人				

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

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

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

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

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

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

様式第28号（第15条関係）

養護老人ホーム（特別養護老人ホーム）認可事項変更届

年 月 日

（あて先）
滋賀県知事

届出者

次のとおり養護老人ホーム（特別養護老人ホーム）の設立認可事項の一部を変更
したいので（したので）届け出ます。

記

名 称	所 在 地	
変更した事項	変 更 前	変 更 後
変 更 し た 年 月 日		
変 更 し た 理 由		

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。

2 当該変更に係る関係書類を添付してください。

様式第25号の3（第12条の3関係）

老人居宅生活支援事業変更届

年 月 日

(あて先)
滋賀県知事

届出者

次のとおり老人居宅生活支援事業の届出事項を変更したので届け出ます。

記

名 称		所在地	
変更した事項	変 更 前	変 更 後	
変更した年月日			
変更した理由			

- 注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。
2 当該変更事項に係る関係書類を添付してください。