

介護保険指定居宅サービス事業者
介護保険指定居宅介護支援事業者 各位

大阪府健康福祉部医務・福祉指導室事業者指導課長

介護保険法の改正に伴う介護給付費算定に係る体制等の届出について（通知）

平素は大阪府健康福祉行政の推進にご協力いただき、ありがとうございます。

さて、この度の介護保険法の改正に伴い、指定居宅サービス事業、指定居宅介護支援事業及び指定介護予防サービス事業に関して、介護給付費算定に係る体制等についての届出を行っていただく必要があります。

つきましては、4月1日からの算定を行う場合には、下記のことにご留意のうえ届け出ていただくようお願いします。

なお、介護老人福祉施設に併設の短期入所生活介護、介護老人保健施設のみなし指定となる通所リハビリテーション及び短期入所療養介護並びに介護療養型医療施設のみなし指定となる短期入所療養介護については、高齢介護室施設課から必要な届出について別途通知させていただきますので、そちらの通知に沿って届出を行ってください。

記

1 届出対象事業者

① 居宅サービス事業・居宅介護支援事業

指定居宅サービス事業者又は指定居宅介護支援事業者として指定されている事業者

② 介護予防サービス事業

指定居宅サービス事業者として指定されている事業者のうち、**介護予防サービス事業の指定申請を行っている事業者**

2 留意事項

別紙1「介護保険法の改正に伴う介護給付費算定に係る体制等の届出の留意事項」のとおり

3 届出方法

郵送

※ **「法改正加算担当」あて**に必要書類を提出してください。

4 4月1日から算定するための届出期限

平成18年3月15日（水）

※ **3月15日までの消印を有効**とします。

<担当>

〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22

大阪府健康福祉部 医務・福祉指導室 事業者指導課 指定グループ

法改正加算担当

TEL: 06-6941-0351 (内線 4478、5470)

介護保険法の改正に伴う介護給付費算定に係る体制等の届出の留意事項

1 算定に際して届出が必要な項目

(1) 居宅サービス事業・居宅介護支援事業

サービス等の種類	新たな加算等の体制(※1)	既存の加算等の体制(※2)
訪問介護	◆特定事業所加算	◆施設等の区分 ◆通院等乗降介助 ◆割引
訪問入浴介護		◆割引
訪問看護 (訪問看護ステーションのみ)	◆ターミナルケア体制	◆緊急時訪問看護加算 ◆特別管理体制
通所介護(※8)	◆施設等の区分(※3) ◆大規模事業所 ◆個別機能訓練体制(※4) ◆若年性認知症ケア体制 ◆栄養マネジメント体制 ◆口腔機能向上体制	◆時間延長サービス体制 ◆入浴介助体制 ◆割引
通所リハビリテーション	◆大規模事業所 ◆若年性認知症ケア体制 ◆栄養マネジメント体制 ◆口腔機能向上体制	◆時間延長サービス体制 ◆入浴介助体制
短期入所生活介護	◆ユニットケア体制 ◆緊急受入体制 ◆夜間看護体制	◆夜間勤務条件基準 ◆機能訓練指導体制 ◆送迎体制 ◆栄養管理の評価 ◆割引
短期入所療養介護	◆人員配置区分(※5) ◆ユニットケア体制 ◆緊急受入体制 ◆リハビリテーション提供体制(※6)	◆夜間勤務条件基準 ◆療養環境基準 ◆医師の配置基準 ◆送迎体制 ◆栄養管理の評価 ◆特定診療費項目
特定施設入居者 生活介護	◆施設等の区分 ◆人員配置区分(※7) ◆個別機能訓練体制(※4) ◆夜間看護体制	◆割引
居宅介護支援	◆特定体制整備事業所加算	

※1 太枠内「新たな加算等の体制」欄の項目については、必ず届け出なければいけません。届出がない場合は「なし」又は「対応不可」として取り扱います。

※2 今回、「既存の加算等の体制」欄の項目については、4月1日から変更がある場合に限り届け出てください。

※3 通所介護の「施設等の区分」は、従来との区分とは異なっています。算定を行うためには、必ず届け出なければいけません。

※4 通所介護及び特定施設入居者生活介護の「個別機能訓練体制」は、改正前の「機能訓練指

導体制」と算定要件が異なっています。「機能訓練指導体制」を算定していた事業所であっても、「個別機能訓練体制」の有無について必ず届け出なければいけません。

- ※5 短期入所療養介護（認知症疾患型・ユニット型認知症疾患型）の「人員配置区分」は、従来の区分とは算定要件が異なっています。算定を行うためには、従来の届出内容に関わらず必ず届け出なければいけません。
- ※6 短期入所療養介護（病院療養型・ユニット型病院療養型・診療所療養型・ユニット型診療所療養型）の「リハビリテーション提供体制」は、従来とは算定要件が異なっています。算定を行うためには、従来の届出内容に関わらず必ず届け出なければいけません。
- ※7 特定施設入所者生活介護の「人員配置区分」は、従来の区分とは異なっています。算定を行うためには、必ず届け出なければいけません。なお、届出がない場合は「通常型」として取り扱います。
- ※8 認知症対応型のみを実施している事業所、又は認知症対応型の単位については、市町村への届出になります。
- ※9 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、介護給付費算定に係る体制等がないため、表中には記載していません。

(2) 介護予防サービス事業

サービスの種類	新たな加算等の体制 (※1)	既存の加算等の体制
介護予防訪問介護	◆割引	
介護予防訪問入浴介護	◆割引	
介護予防訪問看護 (訪問看護ステーションのみ)	◆施設等の区分 ◆緊急時訪問看護加算 ◆特別管理体制	
介護予防通所介護	◆運動器機能向上体制 ◆栄養改善体制 ◆口腔機能向上体制 ◆事業所評価加算(申出)の有無 ◆職員の欠員による減算の状況 ◆割引	
介護予防通所リハビリテーション	◆運動器機能向上体制 ◆栄養改善体制 ◆口腔機能向上体制 ◆事業所評価加算(申出)の有無 ◆職員の欠員による減算の状況	
介護予防 短期入所生活介護	◆施設等の区分 ◆夜間勤務条件基準 ◆ユニットケア体制 ◆機能訓練指導体制 ◆送迎体制 ◆栄養管理の評価 ◆職員の欠員による減算の状況 ◆割引	
介護予防 短期入所療養介護	◆施設等の区分 ◆人員配置区分 ◆夜間勤務条件基準 ◆ユニットケア体制 ◆療養環境基準 ◆医師の配置基準 ◆送迎体制 ◆栄養管理の評価 ◆特定診療費項目 ◆リハビリテーション提供体制 ◆職員の欠員による減算の状況	
介護予防 特定施設入居者生活介護	◆施設等の区分 ◆人員配置区分 ◆個別機能訓練体制 ◆職員の欠員による減算の状況 ◆割引	

※1 太枠内「新たな加算等の体制」欄の項目については、必ず届け出なければいけません。届出がない場合は「なし」又は「対応不可」として取り扱います。

※2 介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売については、介護給付費算定に係る体制等がないため、表中には記載していません。

2 今回の届出に必要な書類

(1) 居宅サービス事業・居宅介護支援事業

番号	必要書類	留意事項
①	変更届出書 (様式第3号)	・ 印鑑登録している代表者印を押印してください。 ・ 複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて作成してください。
②	介護給付費算定に係る 体制等状況一覧表	・ 太枠内の項目は、必ず記載してください。 ・ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。
③	誓約書	・ 全ての項目ごとにいずれかを選択し、○で囲んでください。 ・ 「誓約しません」を選択した場合、介護給付費算定に係る体制等の要件を欠くものとして取り扱うこととなります。
④	届出票	・ 上記①～③の書類とともにホッチキスで綴じてください。

(2) 介護予防サービス事業

番号	必要書類	留意事項
①	介護給付費算定に係る 届出書(介護予防サ ービス事業用)	・ 印鑑登録している代表者印を押印してください。 ・ 複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて作成してください。
②	介護給付費算定に係る 体制等状況一覧表	・ 全ての項目について記載してください。
③	誓約書	・ 全ての項目ごとにいずれかを選択し、○で囲んでください。 ・ 「誓約しません」を選択した場合、介護給付費算定に係る体制等の要件を欠くものとして取り扱うこととなります。
④	届出票	・ 上記①～③の書類とともにホッチキスで綴じてください。

※ 各様式については別添の書類を参照してください。

※ ①～④の書類を1セットとし、複数のサービスがある場合はサービスごとに分けて作成してください。

3 後日提出を求める書類

今回の届出内容を確認するための必要な書類について、後日大阪府から提出を求めることとなります。このとき、「書類の提出に応じなかった場合」又は「書類審査の結果、算定に関する基準を満たさないことが判明した場合」には、算定ができなかったものとして取り扱うこととなります。

4 その他

- (1) 届出がない事業所については、介護給付費算定に係る体制がとられていないものとして取り扱うこととなります。
- (2) 郵送及び誓約書による届出は、4月1日から算定を開始する場合のみの取扱いです。これより後の日付から算定を開始する場合の届出方法及び添付書類等については、後日「介護保険事業者支援センター」のホームページ等で周知します。
- (3) 4月1日から算定するためには、3月25日までに届け出る必要があります。なお、訪問看護、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び特定施設入居者生活介護(いずれも介護予防サービスを含む)については4月1日までに届出があれば算定可能ですが、全て3月15日までの提出をお願いします。

=問い合わせ先=

大阪府健康福祉部 医務・福祉指導室 事業者指導課 指定グループ

法改正加算担当

(電話) 06-6941-0351 内線 4478、5470

今回の法改正に係る関係法令や通知等については、「WAM NET」又は「厚生労働省」ホームページを参照してください。

=WAM NETのホームページアドレス=

<http://www.wam.go.jp/>

=厚生労働省のホームページアドレス=

<http://www.mhlw.go.jp/>

今後、今回の届出に関する「よくある質問 (FAQ)」を介護保険事業者支援センターのホームページに掲載していく予定です。(随時更新)

=介護保険事業者支援センターのホームページアドレス=

<http://www.fine-osaka.jp/kaigohoken/>

----- キリトリ ----- キリトリ ----- キリトリ -----

届 出 票

介護給付費算定に係る体制等の状況について、別添のとおり届け出ます。

事業所名： _____

担当者名： _____ 電話番号： _____ () _____

- ※ 本票は、用紙から切り離したうえで、他の書類（変更届出書又は介護給付費算定に係る届出書（介護予防サービス事業用）、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表、誓約書）とともにホッチキスで綴じて提出してください。
- ※ 郵送による届出は、4月1日から算定を開始する場合のみの取扱いです。
- ※ 4月1日からの算定以外の届出については郵送による提出はできません。事前予約のうえ、予約した日時に来庁し、必要な変更届一式とあわせて提出してください。

変更届出書

平成 年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
開設(事業)者 名称
代表者の氏名

㊞

第75条
第82条
介護保険法 第89条
第99条
第111条

[法人以外の者にあつては、氏名及び住所]

の規定により、次のとおり指定の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	2	7						
指定内容を変更した事業所又は施設		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更があつた事項		変更の内容								
1	申請者の名称	(変更前)								
2	事業所(施設)の名称									
3	事業所(施設)の所在地									
4	主たる事務所の所在地									
5	代表者(開設者)の氏名及び住所									
6	定款・寄付行為等及びその登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)									
7	事業所(施設)の建物の構造、設備、専用区画等(介護老人福祉施設及び介護老人保健施設を除く。)									
8	備品(訪問入浴介護事業に限る。)									
9	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所									
10	サービス提供責任者の氏名及び住所									
11	運営規程									
12	協力医療機関・協力歯科医療機関	(変更後)								
13	事業所(施設)の種類									
14	提供する居宅療養管理指導の種類									
15	事業実施形態 (特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホーム等への併設・その他の場合の別)									
16	入院患者又は入所者の定員									
17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制									
18	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)									
19	併設施設の状況等									
20	介護給付費算定に係る体制等の状況									
変更年月日		平成18年4月1日								
変更理由		介護保険法の改正により、介護給付費算定に係る体制等の状況の届出が必要となつたため。								

別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」
のとおり

備考 該当項目に○印を付してください。

添付書類 当該居宅サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類(介護保険法施行規則第131条1項第6号から第11号までに掲げる居宅サービスの利用者の定員の増加に伴う場合に限る。)

介護給付費算定に係る届出書
(介護予防サービス事業用)

平成 年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
開設(事業)者 名称
代表者の氏名

[法人以外の者にあつては、氏名及び住所]

㊞

次のとおり介護給付費算定に係る体制等の状況を届け出ます。

		介護保険事業所番号									
介護予防サービス事業の指定申請を 行っている事業所又は施設	名称	2	7								
	所在地										
サービスの種類											
届出の内容	別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」 のとおり										
算定開始年月日	平成18年4月1日										

注意 この届出書は、介護予防サービス事業の指定申請を行って
いる事業者のみ提出できます。

介護予防サービス事業の介護給付費を算定できるのは、指
定介護予防サービス事業者のみです。

誓 約 書

サービスの種別	
事業所又は施設の名称	
介護保険事業所番号（※）	

（※）介護予防サービスについては、既に指定を受けている居宅サービスの事業所番号を記載してください。

- 1 介護給付費算定に係る体制等の状況を届け出るに際し、介護保険法（平成18年4月1日改正）その他関係法令等を遵守することを

誓約します ・ 誓約しません

- 2 人員、設備及び運営に関する基準その他関係通知等を遵守し、当該事業所について今回届け出た介護給付費算定に係る体制等に該当しなくなった場合には、速やかにその旨を届け出ることを

誓約します ・ 誓約しません

- 3 今回の届出に関して、後日大阪府から必要書類の提出を求められた場合は、速やかにこれに応じることを

誓約します ・ 誓約しません

- 4 3の書類の審査の結果、当該事業所について今回届け出た介護給付費算定に係る体制等に該当していないことを大阪府から指摘された場合は、新たに介護給付費算定に係る体制等の状況について届け出る（加算を取り下げる）など、必要な手続きを行うことを

誓約します ・ 誓約しません

【署名欄】

主たる事務所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：

印

【注意事項】

※ 複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて誓約してください。（例えば、通所介護と介護予防通所介護であっても、それぞれ誓約していただく必要があります。）

※ 「誓約しません」を選択した場合は、介護給付費算定に係る体制等の要件を欠くものとして取り扱うこととなります。

本書は、居宅サービス事業・居宅介護支援事業の届出を行う場合に使用します。介護予防サービス事業の届出には「介護給付費算定に係る届出書（介護予防サービス事業用）」を使用してください。

【記載例】

様式第3号(第5条関係)

変更届出書

平成18年〇月〇日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
開設(事業)者 名称
代表者の氏名

〇〇市〇〇町一丁目2番3号

株式会社 〇〇〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

代表者印

第75条
第82条
介護保険法
第89条
第99条
第111条

〔法人以外の者については、氏名及び住所〕

の規定により、次のとおり指定

印鑑登録している印
を押印

で届け出ます。

介護保険事業所番号		2	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
指定内容を変更した事業所又は施設		名称 デイサービスセンター〇〇 所在地 〇〇市〇〇町一丁目2番3号											
サービスの種類		通所介護											
変更があった事項		変更の内容											
1	申請者の名称	(変更前)											
2	事業所(施設)の名称												
3	事業所(施設)の所在地												
4	主たる事務所の所在地												
5	代表者(開設者)の氏名及び住所												
6	定款・寄付行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)												
7	事業所(施設)の建物の構造、設備、専用区画等(介護老人福祉施設及び介護老人保健施設を除く。)												
8	備品(訪問入浴介護事業に限る。)												
9	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所												
10	サービス提供責任者の氏名及び住所												
11	運営規程												
12	協力医療機関・協力歯科医療機関	(変更後)											
13	事業所(施設)の種別												
14	提供する居宅療養管理指導の種類												
15	事業実施形態(特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホーム等への併設・その他の場合の別)	別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」のとおり											
16	入院患者又は入所者の定員												
17	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制												
18	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合については、委託先の状況)												
19	併設施設の状況等												
20	介護給付費算定に係る体制等の状況	今回の届出は、4月1日から算定を開始する事業者のみが対象です。											
変更年月日		平成18年4月1日											
変更理由		介護保険法の改正により、介護給付費算定に係る体制等の状況の届出が必要となったため。											

複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて作成してください。
一枚の変更届出書で複数のサービスの届出をすることはできません。

今回の届出は、4月1日から算定を開始する事業者のみが対象です。

備考 該当項目に〇印を付してください。

添付書類 当該居宅サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類(介護保険法施行規則第131条1項第6号から第11号までに掲げる居宅サービスの利用者の定員の増加に伴う場合に限る。)

本書は、介護予防サービス事業の届出を行う場合に使用します。居宅サービス事業・居宅介護支援事業の届出には「変更届出書（様式第3号）」を使用してください。

【記載例】

介護給付費算定に係る届出書
（介護予防サービス事業用）

平成18年〇月〇日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
開設(事業)者 名称
代表者の氏名

〇〇市〇〇町一丁目2番3号
株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

代表
者印

〔法人以外の者にあつては、氏名及び住所〕

次のとおり介護給付費算定に係る体制等の状況を届

印鑑登録している印
を押印

	介護保険事業所番号	2	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
介護予防サービス事業の指定申請を 行っている事業所又は施設	名称	デイサービスセンター〇〇											
	所在地	〇〇市〇〇町一丁目2番3号											
サービスの種類	介護予防通所介護												
届出の内容	別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」 のとおり												
算定開始年月日	平成18年4月1日												

複数のサービスがある場合は、サ
ービスごとに分けて作成してくだ
さい。
一枚の届出書で複数のサービスの
届出をすることはできません。

今回の届出は、4月1日から算
定を開始する事業者のみが対
象です。

注意 この届出書は、介護予防サービス事業の指定申請を行って
いる事業者のみ提出できます。

介護予防サービス事業の介護給付費を算定できるのは、指
定介護予防サービス事業者のみです。

事業所番号は、既に指定を受けてい
る居宅サービス事業の事業所番号を
記載してください。

【記載例】

誓約書

複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて作成してください。
一枚の誓約書で複数のサービスの届出をすることはできません。

サービスの種別	通所介護
事業所の名称	デイサービスセンター〇〇
介護保険事業所番号 (※)	27〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(※) 介護予防サービスについては、既に指定を受けている居宅サービスの事業所番号を記載してください。

1 介護給付費算定に係る体制等の状況を届け出るに際し、介護保険法（平成18年4月1日改正）その他関係法令等を遵守することを

誓約します ・ 誓約しません

2 人員、設備及び運営に関する基準その他関係通知等を遵守し、当該事業所について今回届け出た介護給付費算定に係る体制等に該当しなくなった場合には、速やかにその旨を届け出ることを

誓約します ・ 誓約しません

「誓約しません」を選択した場合は、介護給付費算定に係る体制等の要件を欠くものとして取り扱うこととなります。

3 今回の届出に関して、後日大阪府から必要書類の提出を求められた場合は、速やかにこれに応じることを

誓約します ・ 誓約しません

4 3の書類の審査の結果、当該事業所について今回届け出た介護給付費算定に係る体制等に該当していないことを大阪府から指摘された場合は、新たに介護給付費算定に係る体制等の状況について届け出る（加算を取り下げる）など、必要な手続きを行うことを

誓約します ・ 誓約しません

印鑑登録している印を押印

【署名欄】

主たる事務所の所在地：〇〇市〇〇町一丁目2番3号
名 称：株式会社 〇〇〇〇
代表者の職・氏名：代表取締役 〇〇 〇〇

代表者印

【注意事項】

※ 複数のサービスがある場合は、サービスごとに分けて誓約してください。（例えば、通所介護と介護予防通所介護であっても、それぞれ誓約していただく必要があります。）

※ 「誓約しません」を選択した場合は、介護給付費算定に係る体制等の要件を欠くものとして取り扱うこととなります。

《留意事項》

⑩04

参考様式
(11訪介)

- ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
- ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(訪問介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7								
事業所の名称										

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日
施設等の区分	1	身体介護				年 月 日
	2	生活援助				年 月 日
	3	通院等乗降介助				年 月 日
特定事業所加算	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ	4 加算Ⅲ		18年 4月 1日
割引	1 なし	2 あり				年 月 日

(記入上の注意)

- 1 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

《留意事項》

⑬04

参考様式(12訪入)

※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。

※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(訪問入浴介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7								
事業所の名称										

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日
割引	1	なし		2	あり	年 月 日

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(13訪看)

《留意事項》
 ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
 ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(訪問看護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7								
事業所の名称										

3 届出する体制

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日
施設等の区分	1	訪問看護ステーション		2	病院又は診療所	年 月 日
緊急時訪問看護加算	1	なし		2	あり	年 月 日
特別管理体制	1	対応不可		2	対応可	年 月 日
ターミナルケア体制	1	なし		2	あり	18年 4月 1日

《留意事項》

参考様式
(15通介)

- ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
- ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。
- ※ 認知症対応型のみを実施している事業所、又は認知症対応型の単位については、市町村への届出になります。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(通所介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称	(単位 / 単位)								

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日			
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年	月	日	
施設等の区分	3 小規模型事業所		4 通常規模型事業所		5療養通所介護事業所	18年	4月	1日	
大規模事業所	1	非該当		2	該当	18年	4月	1日	
時間延長サービス体制(※)	1	対応不可		2	対応可	年	月	日	
個別機能訓練体制(※)	1	なし		2	あり	18年	4月	1日	
入浴介助体制(※)	1	なし		2	あり	年	月	日	
若年性認知症ケア体制(※)	1	なし		2	あり	18年	4月	1日	
栄養マネジメント体制(※)	1	なし		2	あり	18年	4月	1日	
口腔機能向上体制(※)	1	なし		2	あり	18年	4月	1日	
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員	年	月	日
割引	1	なし		2	あり	年	月	日	

(記入上の注意)

- 1 複数単位を実施する場合は、それぞれの単位ごとに作成してください。
- 2 施設等の区分が「療養通所介護事業所」である場合、(※)の項目は「なし」となります。
- 3 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(16通りハ)

《留意事項》
 ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
 ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(通所リハビリテーション)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称	(単位 / 単位)								

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日			
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年	月	日	
施設等の区分	1 通常規模の医療機関		2 小規模診療所		3 介護老人保健施設	年	月	日	
大規模事業所	1	非該当		2	該当		18年	4月	1日
時間延長サービス体制	1	対応不可		2	対応可		年	月	日
入浴介助体制	1	なし		2	あり		年	月	日
若年性認知症ケア体制	1	なし		2	あり		18年	4月	1日
栄養マネジメント体制	1	なし		2	あり		18年	4月	1日
口腔機能向上体制	1	なし		2	あり		18年	4月	1日
職員の欠員による減算の状況	1	なし		2	医師		年	月	日
	3	看護職員		4	介護職員				
	5	理学療法士		6	作業療法士				
	7	言語聴覚士							

(記入上の注意)

1 複数単位を実施する場合は、それぞれの単位ごとに作成してください。

参考様式
(21短生)

《留意事項》
 ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
 ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(短期入所生活介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日	
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日	
施設等の区分	1	単独型		2	併設型・空床型		年 月 日
	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	1	基準型		2	減算型		年 月 日
ユニットケア体制	1	対応不可		2	対応可		18年 4月 1日
機能訓練指導体制	1	なし		2	あり		年 月 日
送迎体制	1	対応不可		2	対応可		年 月 日
栄養管理の評価	1	なし	2	栄養士	3	管理栄養士	年 月 日
緊急受入体制	1	対応不可		2	対応可		18年 4月 1日
夜間看護体制	1	対応不可		2	対応可		18年 4月 1日
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員	年 月 日
割引	1	なし		2	あり		年 月 日

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

《留意事項》

- ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
- ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

参考様式
(23短療)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
(短期入所療養介護)

1 届出の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制
【病院療養型】

加算等の項目					異動(予定)年月日	
施設等の区分	病院療養型		ユニット型病院療養型		年 月 日	
人員配置区分	I型	II型		III型	年 月 日	
夜間勤務条件基準	基準型	加算型I	加算型II	加算型III	減算型	年 月 日
ユニットケア体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日	
療養環境基準	基準型	減算型I	減算型II	減算型III	年 月 日	
医師の配置基準	基準		医療法施行規則第49条適用		年 月 日	
送迎体制	対応不可		対応可		年 月 日	
栄養管理の評価	なし	栄養士	管理栄養士		年 月 日	
緊急受入体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日	
特定診療費項目	重症皮膚潰瘍指導管理		薬剤管理指導		年 月 日	
リハビリテーション提供体制	理学療法I	理学療法II	作業療法		18年 4月 1日	
	言語聴覚療法	精神科作業療法	その他			
職員の欠員による減算の状況	なし	医師	看護職員	介護職員	年 月 日	

【診療所療養型】

施設等の区分	診療所療養型		ユニット型診療所療養型		年 月 日
人員配置区分	I型		II型		年 月 日
ユニットケア体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日
療養環境基準	基準型	減算型I	減算型II		年 月 日
送迎体制	対応不可		対応可		年 月 日
栄養管理の評価	なし	栄養士	管理栄養士		年 月 日
緊急受入体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日
特定診療費項目	重症皮膚潰瘍指導管理		薬剤管理指導		年 月 日
リハビリテーション提供体制	理学療法I	理学療法II	作業療法		18年 4月 1日
	言語聴覚療法	精神科作業療法	その他		

【認知症患者型】

施設等の区分	認知症患者型			ユニット型認知症患者型		年 月 日
人員配置区分	I型	II型	III型	IV型	V型	18年 4月 1日
ユニットケア体制	対応不可			対応可		年 月 日
送迎体制	対応不可			対応可		年 月 日
栄養管理の評価	なし	栄養士		管理栄養士		年 月 日
緊急受入体制	対応不可			対応可		18年 4月 1日
リハビリテーション提供体制	精神科作業療法			その他		年 月 日
職員の欠員による減算の状況	なし	医師	看護職員	介護職員		年 月 日

【基準適合診療所型】

送迎体制	対応不可			対応可		年 月 日
栄養管理の評価	なし	栄養士		管理栄養士		年 月 日

《留意事項》

⑩04

参考様式
(33特定)

- ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
- ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(特定施設入居者生活介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日	
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日	
施設等の区分	有料 老人ホーム	軽費 老人ホーム	養護 老人ホーム	高齢者専用 賃貸住宅		年 月 日	
人員配置区分	一般型		外部サービス利用型			18年 4月 1日	
個別機能訓練体制	1	なし		2	あり	18年 4月 1日	
夜間看護体制	1	対応不可		2	対応可	18年 4月 1日	
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員	年 月 日
割引	1	なし		2	あり		年 月 日

(記入上の注意)

- 1 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(43居支)

《留意事項》
 ※ 太枠内の項目は、必ず記載してください。
 ※ それ以外の項目は、変更があった場合のみ記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(居宅介護支援)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7								
事業所の名称										

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	年 月 日
特定体制整備 事業所加算 の有無	1	なし	2	あり		18年 4月 1日

参考様式
(61予防訪介)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防訪問介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日
割引	1	なし	2	あり		18年 4月 1日

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式(62予防訪入)

《留意事項》
 ※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防訪問入浴介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	-----------	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7								
事業所の名称										

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日
割引	1	なし		2	あり	18年 4月 1日

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(63予防訪看)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防訪問看護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出する体制

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日
施設等の区分	1	訪問看護ステーション		2	病院又は診療所	18年 4月 1日
緊急時訪問看護加算	1	なし		2	あり	18年 4月 1日
特別管理体制	1	対応不可		2	対応可	18年 4月 1日

参考様式
(65予防通介)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防通所介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	-----------	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称	(単位 / 単位)								

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日	
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日	
運動器機能向上体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日	
栄養改善体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日	
口腔機能向上体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日	
事業所評価加算(申出)の有無	1	なし	2	あり		18年 4月 1日	
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員	18年 4月 1日
割引	1	なし	2	あり		18年 4月 1日	

(記入上の注意)

- 1 複数単位を実施する場合は、それぞれの単位ごとに作成してください。
- 2 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(66予防通リハ)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
(介護予防通所リハビリテーション)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	----	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称	(単位 / 単位)								

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日
運動器機能向上体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日
栄養改善体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日
口腔機能向上体制	1	なし	2	あり		18年 4月 1日
事業所評価加算 (申出)の有無	1	なし	2	あり		18年 4月 1日
職員の欠員による減算 の状況	1	なし	2	医師		18年 4月 1日
	3	看護職員		介護職員		
	5	理学療法士		作業療法士		
	7	言語聴覚士				

(記入上の注意)

- 1 複数単位を実施する場合は、それぞれの単位ごとに作成してください。

参考様式
(24予防短生)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防短期入所生活介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	-----------	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制等

加算等の項目						異動(予定)年月日		
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年	4月 1日	
施設等の区分	1	単独型		2	併設型・空床型		18年	4月 1日
	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	1	基準型		2	減算型		18年	4月 1日
ユニットケア体制	1	対応不可		2	対応可		18年	4月 1日
機能訓練指導体制	1	なし		2	あり		18年	4月 1日
送迎体制	1	対応不可		2	対応可		18年	4月 1日
栄養管理の評価	1	なし	2	栄養士		3	管理栄養士	
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員		3	介護職員	
割引	1	なし		2	あり		18年	4月 1日

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

参考様式
(26予防短療)

《留意事項》
 ※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
 (介護予防短期入所療養介護)

1 届出の区分

1 新規	2 変更	3 終了
------	------	------

2 事業所

事業所番号	2	7						
事業所の名称								

3 届出を行う体制

【病院療養型】

加算等の項目					異動(予定)年月日	
施設等の区分	病院療養型		ユニット型病院療養型		18年 4月 1日	
人員配置区分	I型	II型	III型		18年 4月 1日	
夜間勤務条件基準	基準型	加算型I	加算型II	加算型III	減算型	18年 4月 1日
ユニットケア体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日	
療養環境基準	基準型	減算型I	減算型II	減算型III		18年 4月 1日
医師の配置基準	基準		医療法施行規則第49条適用		18年 4月 1日	
送迎体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日	
栄養管理の評価	なし	栄養士	管理栄養士		18年 4月 1日	
特定診療費項目	重症皮膚潰瘍指導管理		薬剤管理指導		18年 4月 1日	
リハビリテーション提供体制	理学療法I		理学療法II		18年 4月 1日	
	言語聴覚療法		精神科作業療法			
職員の欠員による減算の状況	なし		医師	看護職員	18年 4月 1日	
				介護職員		

【診療所療養型】

施設等の区分	診療所療養型		ユニット型診療所療養型		18年 4月 1日
人員配置区分	I型		II型		18年 4月 1日
ユニットケア体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日
療養環境基準	基準型	減算型I	減算型II		18年 4月 1日
送迎体制	対応不可		対応可		18年 4月 1日
栄養管理の評価	なし	栄養士	管理栄養士		18年 4月 1日
特定診療費項目	重症皮膚潰瘍指導管理		薬剤管理指導		18年 4月 1日
リハビリテーション提供体制	理学療法I		理学療法II		18年 4月 1日
	言語聴覚療法		精神科作業療法		
職員の欠員による減算の状況	なし		医師	看護職員	18年 4月 1日
				介護職員	

【認知症疾患型】

施設等の区分	認知症疾患型			ユニット型認知症疾患型		18年 4月 1日
人員配置区分	I型	II型	III型	IV型	V型	18年 4月 1日
ユニットケア体制	対応不可			対応可		18年 4月 1日
送迎体制	対応不可			対応可		18年 4月 1日
栄養管理の評価	なし	栄養士		管理栄養士		18年 4月 1日
リハビリテーション提供体制	精神科作業療法			その他		18年 4月 1日
職員の欠員による減算の状況	なし		医師	看護職員	介護職員	18年 4月 1日

【基準適合診療所型】

送迎体制	対応不可			対応可		18年 4月 1日
栄養管理の評価	なし	栄養士		管理栄養士		18年 4月 1日

参考様式
(35予防特定)

《留意事項》
※ 全ての項目について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防特定施設入居者生活介護)

1 異動等の区分

1	新規	2	変更	3	終了
---	-----------	---	----	---	----

2 事業所番号および名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制

加算等の項目						異動(予定)年月日	
地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5その他	18年 4月 1日	
施設等の区分	有料 老人ホーム	軽費 老人ホーム	養護 老人ホーム	高齢者専用 賃貸住宅		18年 4月 1日	
人員配置区分	一般型		外部サービス利用型			18年 4月 1日	
個別機能訓練体制	1	なし		2	あり	18年 4月 1日	
職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	看護職員	3	介護職員	18年 4月 1日
割引	1	なし		2	あり	18年 4月 1日	

(記入上の注意)

- 割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

指定居宅サービス事業所等による介護給付費
の割引に係る割引率の設定について

1 事業所（施設）名および事業所番号

事業所・施設名										
事業所番号	2	7								

2 割引率等

サービス種類	割引率	適用条件
訪問介護	%	
	%	
訪問入浴介護	%	
	%	
通所介護	%	
	%	
短期入所生活介護	%	
	%	
特定施設入居者生活介護	%	
	%	
介護予防訪問介護	%	
	%	
介護予防訪問入浴介護	%	
	%	
介護予防通所介護	%	
	%	
介護予防短期入所生活介護	%	
	%	
介護予防 特定施設入居者生活介護	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。(例： 毎日 午後2時から午後4時まで)

3 適用開始年月日 平成 年 月 日

Q & A

Q 1 新たな加算項目について、4月1日からの算定は行いません。5月1日からの算定を予定しておりますが、それでも今回の届出は必要でしょうか？

A 1 4月1日から算定しない場合は、その加算について「なし」又は「対応不可」といった内容の届出が必要となります。通知文に定める期限内に書類を提出して下さい。

なお、5月1日から算定を開始する場合には、別途届出が必要となります。(届出の際に必要な書類等については、後日HP等で周知します。)

Q 2 居宅サービス事業と介護予防サービス事業の加算の届出を、一つの封筒で郵送することは可能ですか？

また、介護予防サービスの指定申請の書類も同封することは可能ですか？

A 2 同封してもらうことは差し支えありません。ただし、それぞれ別個の書類なので、分かりやすいよう区別しておいてください。

Q 1 何故、後日、届出内容を確認するための書類を提出しなければならないのですか？どのような書類が必要なのですか？

A 1 今回の届出は、各基準の解釈などの詳細が判明しない時点でのものであるため、添付書類は特に求めていません。そのため、届出のあった各加算が算定要件を満たしているか確認するための書類を、後日提出してもらう必要があります。必要な書類や提出方法など詳細は別途案内させていただきます。

Q 2 加算の届出と同時に管理者変更の届出もしたいのですが、これも郵送でいいのでしょうか？

A 2 今回、郵送にて受け付けるのは加算の届出のみです。これ以外の変更届については、通常どおり、電話にて予約の上持参してください。

お知らせ

介護予防サービス事業者の指定申請について

平成18年4月1日に介護保険法が改正されるのに伴い、新たに介護予防サービスの提供が行われることとなりますが、この介護予防サービスの提供を行うには介護予防サービス事業者としての指定を受ける必要があります。

そのため、既に指定居宅サービス事業者として指定を受けている事業所で、介護予防サービス事業者として指定を受けようと思われる事業について、事業規模に変更がない場合のみ、事業者指定申請の受付を行っています。

詳しくは「介護保険事業者支援センター」のホームページを参照してください。

=介護保険事業者支援センターのホームページアドレス=

<http://www.fine-osaka.jp/kaigohoken/>

なお、平成18年4月1日現在において、事業規模を変更する場合又は介護予防サービスのみを実施する場合は、後日、ホームページ等で示す手続きにより指定を受けることとなります。

=問い合わせ先=

大阪府健康福祉部 医務・福祉指導室 事業者指導課 指定グループ

介護予防サービス指定申請 受付担当

(電話) 06-6941-0351 内線 4094

介護予防サービス事業者としての指定申請の要・不要について

介護予防サービスの種類と指定申請手続きの関係は次のようになります。

サービスの種類	サービス提供事業者及び施設	指定申請
介護予防訪問介護		必要
介護予防訪問入浴介護		必要
介護予防訪問看護	訪問看護ステーション	必要
	病院、診療所（保険医療機関）	不要
	病院、診療所（上記以外）	必要
介護予防訪問リハビリテーション	病院、診療所（保険医療機関）	不要
	病院、診療所（上記以外）	必要
	介護老人保健施設	必要
介護予防居宅療養管理指導	病院、診療所、薬局（保険医療機関）	不要
	病院、診療所、薬局（上記以外）	必要
介護予防通所介護	※1 参照	必要
介護予防通所リハビリテーション	病院、診療所（保険医療機関）	必要
	介護老人保健施設	不要
介護予防短期入所生活介護		必要
介護予防短期入所療養介護	介護老人保健施設	不要
	介護療養型医療施設	不要
	療養型病床群を有する病院、診療所	必要
介護予防特定施設入居者生活介護		必要
介護予防福祉用具貸与		必要

※1 認知症対応型通所介護は地域密着型サービスとなるため、事業者の指定は市町村において行われることとなりますので、ご注意ください。

※2 介護予防支援事業者の指定については、市町村において行うこととなりますので、ご注意ください。