

(別紙4)

平成 年 月 日

知事 殿

市町村名

基準該当サービスに係る特例居宅介護（支援）サービス費（特例居宅介護（支援）サービス計画費）の支給に係る上限の率の設定について

このことについて、上限の率を下記のとおり設定しましたのでお知らせします。

記

1 全国共通の介護報酬額に対して定める率

項 目	サービスの種類	全国共通の介護報酬額 に対して定める率
特例居宅介護サービス費	訪問介護	%
	訪問入浴介護	%
	通所介護	%
	短期入所生活介護	%
	福祉用具貸与	%
特例居宅支援サービス費	訪問介護	%
	訪問入浴介護	%
	通所介護	%
	短期入所生活介護	%
	福祉用具貸与	%
特例居宅介護サービス計画費		%
特例居宅支援サービス計画費		%

2 適用開始年月日 年 月 日

平成 年 月 日

知事 殿

事業所・施設名

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 割引率等

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

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問介護	(例) 10%	(例) 毎日 午後2時から午後4時まで
	%	
	%	
訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
通所介護	%	
	%	
	%	
短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
痴呆対応型共同生活介護	%	
	%	
	%	
特定施設入所者生活介護	%	
	%	
	%	
介護老人福祉施設	%	
	%	
	%	

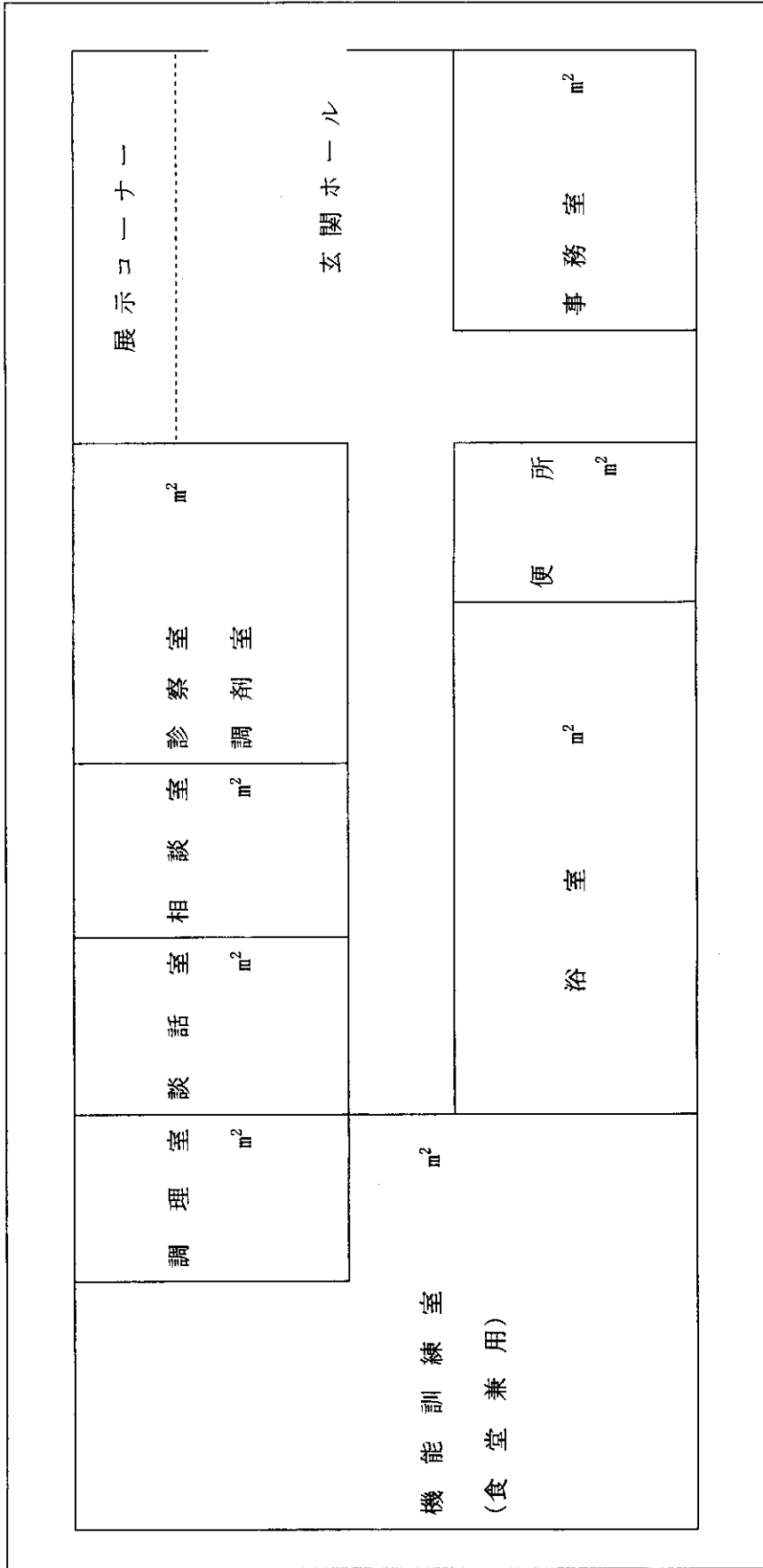
備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙6)
平面図

改正後

「該当する体制等」



備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。
2' 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

<p><配置状況> 看護職員：介護職員 () 看護婦(士)：准看護婦(士) (日中) () 看護婦(士)：准看護婦(士) (夜間) ()</p>	
---	--

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の種類又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。

3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

(記載例1—勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日)

(記載例2—サービス提供時間 a 9：00～12：00、b 13：00～16：00、c 10：30～13：30、d 14：30～17：30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。

4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

5 常勤換算が必要なものについては、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

6 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

8 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙8)

緊急時訪問看護加算・特別管理体制届出書

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設等の区分	1 指定訪問看護ステーション		2 病院又は診療所
届出項目	1 緊急時訪問看護加算		2 特別管理体制

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保 健 師	人	常 勤	人	非 常 勤	人
看 護 師	人	常 勤	人	非 常 勤	人
準 看 護 師	人	常 勤	人	非 常 勤	人

② 連絡方法

③ 連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

2 特別管理加算に係る内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。	有・無
③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。	有・無

備考 緊急時の訪問看護又は特別管理のいずれか一方又は両方について、体制を敷いている場合について提出してください。

(別紙9)

個別リハビリテーション届出書

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

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
------	--	-----------	----------------

1 個別リハビリテーション従事者数

医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
		非専任	名		非専任	名
理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名
作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名
言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名

2 個別リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧

夜間ケアの基準に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規、2 変更、3 終了
------	--	-------	----------------

1 事業所の状況

事業所が有する共同生活住居の数	ユニット
夜間ケア加算を算定する共同生活住居の数	ユニット

2 サービス提供時間帯の設定状況

夜間及び深夜の時間帯	午後 時 ~ 午前 時	時間
------------	-------------	----

3 利用者及び介護従業者の配置の状況

共同生活住居の区分	A	B	C	D	E	F
a 夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上の介護従業者が確保されていること						
b 夜間及び深夜の時間帯以外の職員配置が人員基準を満たしていること						

- 注1 3-aは、夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者が、
イ 1人以上確保されている共同生活住居の区分の欄には「○印」を記入する。
ロ 他の共同生活住居の介護従業者の兼務とされている場合は、当該他の共同生活住居の区分記号(A~F)を、記入する。
ハ 1人以上確保されていないか、若しくは宿直勤務を行っている共同生活住居にあっては、当該共同生活住居の区分の欄に「×印」を記入すること。
- 注2 3-bは、人員基準を満たしている共同生活住居の区分の欄に「○印」を記入する。

4 痴呆対応型共同生活介護計画の作成状況

① 個々の利用者の心身の状況や生活全般にわたる課題を把握することができるよう、アセスメント票の様式を定型化して使用している。	有・無
② 個々の利用者について、ケアを行う上で課題となる行動及び状態を24時間にわたって把握し、その背景や誘因について分析して解決すべき課題を明らかにするよう努めている。	有・無
③ 計画作成担当者を中心に、全ての職員が参加するケアカンファレンスを定期的に実施して、常に課題認識の共有化を図っている。	有・無
④ 個々の利用者の個性を尊重し、「その人らしい」生活を続けることができるよう配慮した介護計画を作成している。	有・無
⑤ 介護計画に基づき、昼夜を通して安心して暮らすことができるよう配慮したケアを実践している。	有・無
⑥ 定期的な再アセスメントを行い、利用者の心身の状況の変化に対応した介護計画の見直しを実施している。	有・無

注3 実際に使用するアセスメント票の様式を添付すること。

5 直近に実施したサービス評価の実施状況

① 自己評価	実施年月日：平成 年 月 日	結果公開	有・無
② 外部評価	実施年月日：平成 年 月 日	結果公開	有・無
	外部評価実施機関名		

注4 過去1年以内に外部評価を受けている場合は、当該外部評価結果を添付すること。

(別紙11)

基本食事サービス費届出書

1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了																																				
2 食事提供の状況	① 別表第二注1該当 ② 別表第二注2イ該当 ③ 別表第二注2ロ該当																																				
3 施設種別	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ 介護療養型医療施設																																				
4 施設概要	① 入所者数又は指定を受けた病床数 人・床 ② 総患者数(うち介護保険適用患者数)(※療養型のみ)人(人)																																				
5 食事療養の概要	① 食事療養部門の名称 ② 責任者職・氏名 職 氏名																																				
6 業務委託の状況	① 業務委託の有無 有 ・ 無 ② 委託先 ③ 施設(病院)内受託責任者氏名 ④ 委託契約書(添付すること。) ⑤ 施設(病院)外調理の有無 有 ・ 無																																				
7 栄養士等の数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">管理栄養士</td> <td style="width: 5%;">人</td> <td style="width: 5%;">常</td> <td style="width: 5%;">勤</td> <td style="width: 5%;">人</td> <td style="width: 5%;">非</td> <td style="width: 5%;">常</td> <td style="width: 5%;">勤</td> <td style="width: 5%;">人</td> </tr> <tr> <td>栄 養 士</td> <td>人</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> <td>非</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>調 理 師</td> <td>人</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> <td>非</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>給 食 業 務 従 事 者</td> <td>人</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> <td>非</td> <td>常</td> <td>勤</td> <td>人</td> </tr> </table>	管理栄養士	人	常	勤	人	非	常	勤	人	栄 養 士	人	常	勤	人	非	常	勤	人	調 理 師	人	常	勤	人	非	常	勤	人	給 食 業 務 従 事 者	人	常	勤	人	非	常	勤	人
管理栄養士	人	常	勤	人	非	常	勤	人																													
栄 養 士	人	常	勤	人	非	常	勤	人																													
調 理 師	人	常	勤	人	非	常	勤	人																													
給 食 業 務 従 事 者	人	常	勤	人	非	常	勤	人																													
8 給食の栄養量	給食の1日平均栄養量 熱量 キロカロリー たん白質 グラム																																				
9 適時適温の食事状況	① 夕食時刻 午後 時 分 ② 使用器具等の状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">保温・保冷配膳車</td> <td>台(社名及び製品名)(人用)</td> </tr> <tr> <td>保温配膳車</td> <td>台(社名及び製品名)(人用)</td> </tr> <tr> <td>保温トレイ</td> <td>枚(社名及び製品名)</td> </tr> <tr> <td>保温食器</td> <td>茶碗 個(社名及び製品名) 汁碗 個(社名及び製品名) 皿 枚(社名及び製品名)</td> </tr> </table>	保温・保冷配膳車	台(社名及び製品名)(人用)	保温配膳車	台(社名及び製品名)(人用)	保温トレイ	枚(社名及び製品名)	保温食器	茶碗 個(社名及び製品名) 汁碗 個(社名及び製品名) 皿 枚(社名及び製品名)																												
保温・保冷配膳車	台(社名及び製品名)(人用)																																				
保温配膳車	台(社名及び製品名)(人用)																																				
保温トレイ	枚(社名及び製品名)																																				
保温食器	茶碗 個(社名及び製品名) 汁碗 個(社名及び製品名) 皿 枚(社名及び製品名)																																				
10 その他	③ 調理場に隣接する食堂の有無 有 ・ 無 ① 特別食の食数 ② 入所者(患者)年齢構成表及び栄養所要量加重平均値、食品構成表、献立表(添付すること。) ③ 職員食の提供状況																																				

備考1 「異動区分」「食事提供の状況」「施設種別」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 総患者数、介護保険適用患者数については、届出前1年間の平均数(新規の場合は見込)を記載してください。

3 管理栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出してください。

4 使用器具については届出時の器具を記載してください。なお、複数の会社の複数の製品を使用している場合は、それぞれについて台数、枚数又は個数を記載してください。

5 保温・保冷配膳車及び保温配膳車については製造業者及び製品名及び何人用かを記載してください。

※「別表第二」とは、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)に示した「食事の提供に要する費用の額の算定表」をいう。