

事 務 連 絡

令和8年5月1日

圏域内

当組合指定介護サービス等事業所 各位

大曲仙北広域市町村圏組合
介護保険事務所所長

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表等の記載に係る取扱いについて（通知）

「介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（令和6年3月15日老発0315第1号厚生労働省老健局長通知）について、事務負担軽減の観点から、別紙1－1から別紙1－4において、別紙3－2及び別紙50の「特記事項の変更前及び変更後」に対応する事項のみの記載で差し支えないこととします。

なお、「特記事項の変更前及び変更後」は、正確かつ確実に記載してください。

【担当】指導監査班

TEL 0187-86-3913 FAX 0187-86-3914

e-mail j-kansa@oskaigonet.or.jp

(別紙3-2)

記載例：（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所が、
令和8年6月1日から加算を変更する場合

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
令和 ○ 年 ○ 月
大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 殿

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。

届出者	フリガナ 名称	○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 *** - ****) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○○○ (ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	○○○○○			FAX番号	○○○○○			
	法人である場合その種別	○○○○○		法人所轄庁		○○○○○				
	代表者の職・氏名	職名					氏名			
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 *** - ****) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○○○								
	フリガナ 事業所・施設の名称	○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○								
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 *** - ****) ○○ 県 ○○ 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 場 合 の 出 張 所 等 の 所 在 地	(郵便番号 *** - ****) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○○○								
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号	○○○○○			FAX番号	○○○○○			
	管理者の氏名									
	管理者の住所	(郵便番号 *** - ****) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○○○								
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		療養通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		認知症対応型共同生活介護	○	○年○月○日	☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等	☐ 1有
		地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
		複合型サービス			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
介護予防認知症対応型共同生活介護	○	○年○月○日	☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等	☐ 1有		
居宅介護支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了					
介護予防支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了					
地域密着型サービス事業所番号等		* * * * *								
指定を受けている市町村										
介護保険事業所番号		* * * * * (指定を受けている場合)								
既に指定等を受けている事業										
医療機関コード等										
特記事項	変 更 前				変 更 後					
	介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ				介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ口					
関係書類		別添のとおり								

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」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、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1-3)「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。

正確かつ確実に記載すること

(別紙 1 - 3)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）

[illegible]

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		☐ 1 1級地 ☐ 3 5級地 ☐ 6 2級地 ☐ 4 6級地 ☐ 7 3級地 ☐ 9 7級地 ☐ 2 4級地 ☐ 5 その他											
■ 32	認知症対応型 共同生活介護	■ 1 I型 ☐ 2 II型 ☐ 3 サテライト型 I型 ☐ 4 サテライト型 II型		夜間勤務条件基準	☐ 1 基準型	☐ 6 減算型							別紙 3 - 2 の「特記事項の変更前及び変更後の記載事項」以外の記載を省略できる。（短期、予防も同様）	☐ 1 なし	☐ 1 なし		
				職員の欠員による減算の状況	☐ 1 なし	☐ 2 介護従業者								☐ 2 あり	☐ 2 あり		
				身体拘束廃止取組の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				高齢者虐待防止措置実施の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				業務継続計画策定の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				夜間支援体制加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				若年性認知症利用者受入加算	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				利用者の入院期間中の体制	☐ 1 対応不可	☐ 2 対応可											
				看取り介護加算	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				医療連携体制加算Ⅰ	☐ 1 なし	☐ 4 加算Ⅰイ	☐ 3 加算Ⅰロ	☐ 2 加算Ⅰハ									
				医療連携体制加算Ⅱ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				認知症専門ケア加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				認知症チームケア推進加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				科学的介護推進体制加算	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				生産性向上推進体制加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				サービス提供体制強化加算	☐ 1 なし	☐ 6 加算Ⅰ	☐ 5 加算Ⅱ	☐ 7 加算Ⅲ									
				介護職員等処遇改善加算	☐ 1 なし	☐ 7 加算Ⅰイ	■ S 加算Ⅰロ										
		☐ 8 加算Ⅱイ	☐ T 加算Ⅱロ	☐ 9 加算Ⅲ	☐ A 加算Ⅳ												
■ 38	認知症対応型 共同生活介護 （短期利用型）	■ 1 I型 ☐ 2 II型 ☐ 3 サテライト型 I型 ☐ 4 サテライト型 II型		夜間勤務条件基準	☐ 1 基準型	☐ 6 減算型							☐ 1 なし	☐ 1 なし			
				職員の欠員による減算の状況	☐ 1 なし	☐ 2 介護従業者							☐ 2 あり	☐ 2 あり			
				身体拘束廃止取組の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				高齢者虐待防止措置実施の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				業務継続計画策定の有無	☐ 1 減算型	☐ 2 基準型											
				3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				夜間支援体制加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				若年性認知症利用者受入加算	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				医療連携体制加算Ⅰ	☐ 1 なし	☐ 4 加算Ⅰイ	☐ 3 加算Ⅰロ	☐ 2 加算Ⅰハ									
				医療連携体制加算Ⅱ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	☐ 1 なし	☐ 2 あり											
				生産性向上推進体制加算	☐ 1 なし	☐ 2 加算Ⅰ	☐ 3 加算Ⅱ										
				サービス提供体制強化加算	☐ 1 なし	☐ 6 加算Ⅰ	☐ 5 加算Ⅱ	☐ 7 加算Ⅲ									
				介護職員等処遇改善加算	☐ 1 なし	■ 7 加算Ⅰイ	☐ S 加算Ⅰロ										
						☐ 8 加算Ⅱイ	☐ T 加算Ⅱロ	☐ 9 加算Ⅲ	☐ A 加算Ⅳ								

■ 37	介護予防認知症対応型 共同生活介護	■ 1 I 型 □ 2 II 型 □ 3 サテライト型 I 型 □ 4 サテライト型 II 型		夜間勤務条件基準	☐ 1 基準型 ☐ 6 減算型 ☐ 3 加算Ⅲ	☐ 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	☐ 1 なし ☐ 2 介護従業者		
				身体拘束廃止取組の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				高齢者虐待防止措置実施の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				業務継続計画策定の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				3ユニットの事業所が夜勤職員を 2人以上とする場合	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				夜間支援体制加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				若年性認知症利用者受入加算	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				利用者の入院期間中の体制	☐ 1 対応不可 ☐ 2 対応可		
				認知症専門ケア加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				認知症チームケア推進加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				科学的介護推進体制加算	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				生産性向上推進体制加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				サービス提供体制強化加算	☐ 1 なし ☐ 6 加算Ⅰ ☐ 5 加算Ⅱ ☐ 7 加算Ⅲ		
				介護職員等処遇改善加算	☐ 1 なし ☒ 7 加算Ⅰイ ☐ S 加算Ⅰ ☐ 8 加算Ⅱイ ☐ T 加算Ⅱロ ☐ 9 加算Ⅲ ☐ A 加算Ⅳ		
■ 39	介護予防認知症対応型 共同生活介護 (短期利用型)	■ 1 I 型 □ 2 II 型 □ 3 サテライト型 I 型 □ 4 サテライト型 II 型		夜間勤務条件基準	☐ 1 基準型 ☐ 6 減算型 ☐ 3 加算Ⅲ	☐ 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	☐ 1 なし ☐ 2 介護従業者		
				身体拘束廃止取組の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				高齢者虐待防止措置実施の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				業務継続計画策定の有無	☐ 1 減算型 ☐ 2 基準型		
				3ユニットの事業所が夜勤職員を 2人以上とする場合	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				夜間支援体制加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				若年性認知症利用者受入加算	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	☐ 1 なし ☐ 2 あり		
				生産性向上推進体制加算	☐ 1 なし ☐ 2 加算Ⅰ ☐ 3 加算Ⅱ		
				サービス提供体制強化加算	☐ 1 なし ☐ 6 加算Ⅰ ☐ 5 加算Ⅱ ☐ 7 加算Ⅲ		
				介護職員等処遇改善加算	☐ 1 なし ☒ 7 加算Ⅰイ ☐ S 加算Ⅰ ☐ 8 加算Ⅱイ ☐ T 加算Ⅱロ ☐ 9 加算Ⅲ ☐ A 加算Ⅳ		

記載例：総合事業指定相当訪問型サービス事業所が、
令和8年6月1日から加算を変更する場合

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

令和 〇 年 〇 月

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 殿

所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

名 称 〇〇〇〇〇〇〇〇

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	〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 *** — ****) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇		FAX番号	〇〇〇〇〇		
	法人の種別	〇〇〇〇〇		法人所轄庁	〇〇〇〇〇			
	代表者の職・氏名	職名	〇〇〇〇〇		氏名	〇〇〇〇〇		
	代表者の住所	(郵便番号 *** — ****) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇						
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 *** — ****) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇						
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇		FAX番号	〇〇〇〇〇		
	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 *** — ****) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇						
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇		FAX番号	〇〇〇〇〇		
	管理者の氏名							
	管理者の住所	(郵便番号 *** — ****) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇						
届出を行う事業所・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	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)		
	訪問型サービス(独自)	〇	〇年〇月〇日	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等		
	訪問型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	訪問型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	介護予防ケアマネジメント			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
介護保険事業所番号		* * * * *						
特記事項	変 更 前				変 更 後			
	介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ				介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ口			
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。

正確かつ確実に記載すること

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」

「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「〇」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□

6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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。

(別紙1－4)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

- 備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」（別紙51）を添付してください。
- 2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」（別紙14-7）を添付してください。
- 3 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）又はこれに準じた計算書等）を添付してください。
- 4 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（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状況）

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			
□ A2	訪問型サービス（独自）			高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型	□ 2 基準型	
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型	□ 2 基準型	
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）	□ 1 非該当	□ 2 該当	
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））	□ 1 非該当	□ 2 該当	
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）	□ 1 非該当	□ 2 該当	
				特別地域加算	□ 1 なし	□ 2 あり	
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	□ 1 非該当	□ 2 該当	
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	□ 1 非該当	□ 2 該当	
				口腔連携強化加算	□ 1 なし	□ 2 あり	

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。