

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中  
← 厚生労働省 老健局 振興課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

介護予防・日常生活支援総合事業の事業所評価加算の届出  
にかかる取扱通知の一部改正について  
計4枚（本紙を除く）

Vol.595

平成29年7月4日

厚生労働省老健局振興課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3982/3986）  
FAX：03-3503-7894

老振発0628第1号  
平成29年6月28日

各都道府県介護保険担当主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長  
（ 公 印 省 略 ）

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、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、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う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」（平成12年3月8日老企第41号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の一部改正について

介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスの事業所評価加算に関し、平成30年度の加算算定の対象可否の審査より、国民健康保険団体連合会による実施を可能とするに当たり、事業所が平成30年度以降の本加算を算定するため、平成29年10月15日までに本加算の届出について、標記通知を別添のとおりに改正し、同通知の別紙のうち、変更が生じる別紙1について改正後のものを添付するので、その取扱いについて遺漏なきよう貴管内市町村、関係団体、関係機関にその周知をお願いします。

(別添)

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、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、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う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（平成12年3月8日老企第41号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

(変更点は下線部)

Table with 2 columns: 改正前 and 改正後. It details changes to calculation standards for home care services, including a new note (10) regarding 'Business Evaluation Addition'.

(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（保険者独自サービス）

事業所番号

Main table with columns: 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, 割引. It lists various services like A2 (訪問型) and A6 (通所型) with their respective calculation rules and discounts.

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）			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり
			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
A6 通所型サービス（独自）			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
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり
			運動器機能向上体制	1 なし	2 あり
			栄養改善体制	1 なし	2 あり
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり
			事業所評価加算（申出）の有無	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。

共生型サービス提供可能事業所 相互関係表

介護保険サービス名	相互関係	障害福祉サービス名
通所介護	⇔	児童発達支援 放課後等デイサービス  (注 主として重症心身障害児を通わせる事業所でそれぞれのサービスを提供する事業者を除く。)
地域密着型通所介護	⇔	
生活支援通所サービス	⇐	
小規模多機能型居宅介護	⇒	
看護小規模多機能型居宅介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護		
訪問介護	⇔	居宅介護
生活支援訪問サービス	⇐	
訪問介護	⇔	重度訪問介護
生活支援訪問サービス	⇐	
通所介護	⇔	生活介護
地域密着型通所介護	⇔	
生活支援通所サービス	⇐	
小規模多機能型居宅介護	⇒	
看護小規模多機能型居宅介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護		
短期入所生活介護	⇔	短期入所
介護予防短期入所生活介護	⇔	
小規模多機能型居宅介護	⇒	
看護小規模多機能型居宅介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護		
通所介護事業所	⇔	自立訓練(機能訓練)(者) 自立訓練(生活訓練)(者)
地域密着型通所介護	⇔	
生活支援通所サービス	⇐	
小規模多機能型居宅介護	⇒	
看護小規模多機能型居宅介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護		

# 共生型サービス 指定申請提出書類について

今現在指定を受けている障害福祉サービス		・居宅介護 ・重度訪問介護	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス	・短期入所
		↓	↓	↓
これから指定を受けようとしている介護サービス		訪問介護	通所介護	短期入所
項番	提出書類			
1	<input type="checkbox"/> 指定・許可（更新）申請書	◎	◎	◎
2	<input type="checkbox"/> 事業所の指定に係る記載事項（付表）	◎	◎	◎
3	<input type="checkbox"/> 法人登記事項証明書	省略		
4	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	◎	◎	◎
5	<input type="checkbox"/> 資格証等の写し	◎	◎	◎
6	<input type="checkbox"/> 雇用契約書の写し・法人役員従事申立書	省略		
7	<input type="checkbox"/> 配置医師の契約書の写し			省略
8	<input type="checkbox"/> 組織体制図	◎	◎	◎
9	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者経歴書	省略		
10	<input type="checkbox"/> 管理者就任承諾及び誓約書	◎	◎	◎

今現在指定を受けている障害福祉サービス		・居宅介護 ・重度訪問介護	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス	・短期入所
		↓	↓	↓
これから指定を受けようとしている介護サービス		訪問介護	通所介護	短期入所
項番	提出書類			
11	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者就任承諾及び誓約書	◎		
12	<input type="checkbox"/> 実務経歴証明書（管理者）		○	○
13	<input type="checkbox"/> 実務経歴証明書（サービス提供責任者）	○		
14	<input type="checkbox"/> 実務経歴証明書（生活相談員）		○	
15	<input type="checkbox"/> 事業所の位置図	省略		
16	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図	省略		
17	<input type="checkbox"/> 専用施設の写真	省略		
18	<input type="checkbox"/> 設備・備品等写真	省略	○※	省略
19	<input type="checkbox"/> 運営規程	◎	◎	◎
20	<input type="checkbox"/> 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	省略		
21	<input type="checkbox"/> サービス提供実施単位一覧表		◎	

今現在指定を受けている障害福祉サービス		・居宅介護 ・重度訪問介護	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス	・短期入所
		↓	↓	↓
これから指定を受けようとしている介護サービス		訪問介護	通所介護	短期入所
項番	提出書類			
22	<input type="checkbox"/> 建物登記事項証明書・賃貸借契約書の写し	省略		
23	<input type="checkbox"/> 損害賠償への対応が可能であることがわかる書類	◎	◎	◎
24	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	◎	◎	◎
25	<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	◎	◎	◎
26	<input type="checkbox"/> 事業所規模に係る届出書		◎	
27	<input type="checkbox"/> 各種加算届出書その他請求に関する添付書類	◎	◎	◎
28	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書等の写し			省略
29	<input type="checkbox"/> 誓約書	◎	◎	◎
30	<input type="checkbox"/> 個別計画書の様式	◎	◎	
31	<input type="checkbox"/> 建築物関連法令協議記録報告書	◎	◎	◎
32	<input type="checkbox"/> パンフレット・リーフレット（チラシ）等	省略	省略	省略

今現在指定を受けている障害福祉サービス		・居宅介護 ・重度訪問介護	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス	・短期入所
		↓	↓	↓
これから指定を受けようとしている介護サービス		訪問介護	通所介護	短期入所
項番	提出書類			
33	<input type="checkbox"/> 指定更新申請に係る届出事項確認書	—	—	—
34	<input type="checkbox"/> 指定（更新）申請に係る自己点検表	◎	◎	◎
35	<input type="checkbox"/> 児童福祉法又は障害者総合支援法に基づく指定（更新）通知書の写し	◎	◎	◎

※指定児童発達支援事業所又は指定放課後等デイサービス事業所の場合は、必要な設備等について要介護者が使用するものに適したものとすよう配慮する必要があります。

※なお、**その他必要な書類の提出を求める場合があります**ので、予めご承知おきください。

「他の関係施設から、要介護高齢者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること」を確認するための書類(岡山市様式)等を求めます。

(市様式)

岡山市長 様

必要な技術的支援について

(事業所名) ( ) において、令和 年 月 1 日 から指定を受け、共生型 ( ) を実施するに当たり、利用者に対して適切なサービスを提供するため、下記のとおり、指定 ( ) 事業所その他関係施設から、必要な技術的支援を受けることとします。

1 支援をする主な事業所その他関係施設

支援事業所 1 事業所等名称: \_\_\_\_\_  
 提供サービス: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_  
 支援事業所 2 事業所等名称: \_\_\_\_\_  
 提供サービス: \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_

2 支援内容

○共生型サービスを適切に提供するために得るべき知識、技術等について、  
 どんな支援を受けるか。  
 (例)・利用者に対するコミュニケーション技術(言語的・非言語的)  
 ・介護技術(食事、着替え、入浴、排せつ、清拭等)  
 ・転倒等事故防止に対する知識・介護技術  
 ・認知症に対する知識・介護技術  
 ・介護・障害のそれぞれの制度の違い  
 ・サービスの質の確保に留意している点  
 ・事故等の安全面で注意している点

○その必要な知識や技術を得るために、1の支援事業所等からのような支援を受ける予定であるか。

1の支援事業所等が実施する研修や勉強会に参加する。  
 (  月に1度、 数か月1度(1回/ か月) )  
 (主な研修の具体的内容: )

※当該支援事業所等の研修計画書の写しを添付することも可。

1の支援事業所等における、現場見学・実習の実施  
 ・頻度 \_\_\_\_\_ 回/(年・月)  
 ・1度の予定時間 \_\_\_\_\_ 時間程度  
 ・見学する職員数 \_\_\_\_\_ 人  
 ・見学することの主な目標 \_\_\_\_\_

1の支援事業所等からの助言・指導の助言・指導

[  職員に来てもらって助言・指導を受ける  
 電話、メール、文書等で指導を受ける ]

その他(具体的に記載すること)

令和 年 月 日 所在地  
 申請者 名 称  
 代表者名 印

(注意事項)

・本様式の内容については、指定後の実地指導等により、支援の進捗状況等の確認を行います。具体的な共生型サービスの実利用人数や、それに見合う対応が適切に行える体制が整えられているか、あるいは実際に行えているかどうか等の観点から、聞き取りや書面による確認を行う予定です。  
 ・指定後1年を経過した時点で、別紙様式により報告を求めます。

(別紙様式)

必要な技術的支援について (報告)

(事業所名 ) において、令和 年 月 1 日から指定を受け、共生型 ( ) を実施しておりますが、利用者に対して適切なサービスを提供するために、事業所等名称: 指定( ) 事業所その他関係施設から受けた、必要な技術的支援等について報告します。

1 現時点での共生型サービス利用実人数 \_\_\_\_\_ 人

2 支援をする主な事業所その他関係施設から受けた技術的支援

当該支援事業所等が実施する研修や勉強会に参加。

参加年月	参加人数	具体的内容
令和 年 月	人	
令和 年 月	人	
令和 年 月	人	
令和 年 月	人	
令和 年 月	人	
令和 年 月	人	

当該施設等において、現場見学・実習を行った。

参加年月	参加人数・時間	見学・実習の内容
令和 年 月	人 時～ 時	
令和 年 月	人 時～ 時	
令和 年 月	人 時～ 時	
令和 年 月	人 時～ 時	
令和 年 月	人 時～ 時	

\* 表中にすべて記入できない場合は、別紙に記入して添付して下さい。

その他、当該支援事業所等から得た助言や指導、それによる問題解決の具体的内容等

3 2の支援内容を踏まえ、自事業所における資質の向上等について

・支援により得られた知識や技術等を自事業所の職員間等で共有できているか。

(  できている  概ねできている  あまりできていない )

・共生型サービスを提供するに当たり、得られた知識や技術をどう活かされたか。

・共生型サービスを提供する中で、必要だ、あるいは不足していたと感じた知識や技術はあるか。また、その具体的な内容は何か。

・共生型サービスを提供するに当たり、事故や苦情は発生したか。また、その具体的な内容は何か。

4 ① 3の内容を踏まえ、より適切な共生型サービスを提供する上で、どのような技術的支援等が必要と考えるか。



② 次年度の具体的な支援計画

支援をする主な事業所その他関係施設が実施する研修や勉強会に参加する。

(  月に1度、 数か月1度 (1回/ か月) )  
(主な研修の具体的内容： )

※当該施設等の研修計画書の写しを添付することでも可。

支援をする主な事業所その他関係施設における、現場見学の実施

・頻度	回/ (年・月)
・1度の予定時間	時間程度
・見学する職員数	人
・見学することの主な目標	

1の支援事業所等からの助言・指導の助言・指導

[  職員に来てもらって助言・指導を受ける  
 電話、メール、文書等で指導を受ける ]

その他 (具体的に記載すること)

令和 年 月 日

所在地

申請者

名称

代表者名

印

記載例 2.5

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費... 指定生活介護事業所(93/100)と指定児童発達支援事業所(90/100)が同一事業所番号で通所介護の共生型サービスを提供した場合の請求明細書

申請書フォーム: 公費負担者番号, 公費受給者番号, 被保険者番号, 事業所番号, 氏名, 生年月日, 性別, 住所, 連絡先, 電話番号

居宅サービス計画: 事業所番号, 事業所名称, 開始年月日, 中止年月日, 理由

サービス内容表: サービス内容, サービスコード, 回数, サービス単位数, 通所介護 I 11, 共生型サービス(施設生活介護), 通所介護 I 1, 通所介護 I 11

請求明細表: 請求額, 公費, 給付率, 給付率(100), 給付費明細欄の限度額管理対象サービスのサービス単位数を集計して求める

記載例 2.6

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費... サービス提供体制強化加算・処遇改善加算を

申請書フォーム: 公費負担者番号, 公費受給者番号, 被保険者番号, 事業所番号, 氏名, 生年月日, 性別, 住所, 連絡先, 電話番号

居宅サービス計画: 事業所番号, 事業所名称, 開始年月日, 中止年月日, 理由

サービス内容表: サービス内容, サービスコード, 回数, サービス単位数, 通所介護 I 11, 共生型サービス(施設生活介護), 通所介護 I 1, 通所介護 I 11

請求明細表: 請求額, 公費, 給付率, 給付率(100), 給付費明細欄の限度額管理対象サービスのサービス単位数を集計して求める