

各都道府県介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護制度改革本部

介護制度改革 INFORMATION

今回の内容

「老人保護措置費に係る技術的助言について④」
の送付について

計 1 2 枚（本送信票除く）

vol. 87-4

平成18年3月31日

厚生労働省介護制度改革本部

〔貴都道府県内市町村及び関係諸団体に
速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。〕

改正後

別紙様式 1

施設別・障害者等加算算定調査

| | | | | | | | |
|---------------|-------|------------------|---|-------|---|--|--|
| 施設名 | | | | 運営主体 | | | |
| 施設所在地 | | | | | | | |
| 算定年月日 | | | | | | | |
| 収容人員 | 人 | 加算対象人員 | 人 | 加算対象率 | % | | |
| 〔障害者等加算対象者内訳〕 | | | | | | | |
| 対象となる者の氏名 | 措置年月日 | 加算の対象と認められる状態の内容 | | | | | |
| | | | | | | | |

(注) 加算の対象と認める場合には、医師の診断書、障害者手帳等、その者の状態を示す書類を添付させることが望ましいこと。

改正前

別紙様式 1

| | | | | | | | |
|---|---|--------|---|-------|---|-------------|--|
| 施設別・障害者等介護加算算定調査 | | | | | | | |
| 施設名 | | | | 運営主体 | | | |
| 施設所在地 | | | | | | | |
| 算定年月日 | | | | | | | |
| 収容人員 | 人 | 加算対象人員 | 人 | 加算対象率 | % | | |
| 〔障害者等介護加算対象人員算定表〕 | | | | | | | |
| 加算対象者 | | | | | | 対象人員 | |
| ア 一般老人ホームの入所者のうち、介護保険法における介護老人福祉施設への入所対象となる者と同程度の状態であると認められる者。 | | | | | | 人 (内訳別添) | |
| イ 一般老人ホームの入所者のうち、障害年金、障害福祉年金及び国民年金法附則第32条により、旧国民年金法第79条の2第2項及び第80条第3項に定める老齢福祉年金の給付を受けている者。 | | | | | | 人 (内訳別添) | |
| ウ 養護老人ホームの入所者のうち、昭和62年1月31日社老第8号社会局長通知「老人ホームへの入所措置等の指針について」の入所判定審査票の3の(3)のイの(ア)に該当する者であって、(4)の問題行動の軽度(2項目以上又は中度が1項目以上あり、その状態が継続すると認められるもの)。 | | | | | | 人 (内訳別添) | |
| エ アからウまでのいずれにも該当しない一般老人ホームの入所者のうち、相当程度の期間にわたって介護等に多次の比重を占める者であって、都道府県知事が適当と認めたもの(アルコール中毒患者、知的障害者及び認知症である者等であって、常時又は随時の介護を必要とするもの等)。 | | | | | | 人 (内訳別添) | |
| オ 百老人ホームの入所者のうち、夜間業務(オムツ交換、便所への誘導介助等)を必要とする者。 | | | | | | 人 (内訳別添) | |
| 計 | | | | | | 人 | |
| 夜勤介護職員加算(盲老人ホームを除く) | | | | | | 人 (添付資料) | |
| 上記の加算対象者が入所定員の30%以上入所している施設のうち、職員配置基準を超えて介護職員が配置されており、夜勤体制に移行している施設。 | | | | | | | |

(注) 1 対象人員の別添内訳には、氏名、措置年月日、実施機関等を記入すること。
2 夜勤介護職員加算の申請にあつては、職員配置基準、職員勤務体制等の資料を添付すること。

改正後

改正前

別紙様式2

夜勤体制加算申請書

| | | | | | |
|------------------------------|---|--------|---|-------|---|
| 施設の名 称 | | | | | |
| 運 営 主 体 | | | | | |
| 施設の所在地 | | | | | |
| 加算対象となる要件 (該当するものに○) | ア 障害者等加算を受けている。 イ 要介護認定を受けた者が入所定員の30%以上入所している。 | | | | |
| ※ イにより申請を行う場合のみ、次について記入すること。 | | | | | |
| 定 員 | 人 | 加算対象人員 | 人 | 加算対象率 | % |
| 夜勤体制加算対象者内訳 | | | | | |
| 対象となる者の氏名 | 要 介 護 度 | | | | |
| | | | | | |

(注) 加算の申請にあつては、職員配座基準、職員勤務体制等の資料を添付すること。

改正後

別紙様式 3-1

番 号
日 付

△ △ 市 長 殿

[申請報告] 者名 ㊟

入所者処遇特別加算費の [申請報告] について

標記について、次のとおり [申請するのでよろしく御取計り願いたい。報告する。]

| | | | | |
|-------------------------|--------|-------|-------|-------|
| 施設名(種別) | (施設) | | | |
| 設置主体 | | | | |
| 経営主体 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 入所者数及び現員 | 定 員 | | 現 員 | |
| | 人 | | 人 | |
| 職 員 数 | 職員配置数 | 実 人 員 | 常 勤 | 人 |
| | 人 | | 非 常 勤 | () 人 |
| 特定就職困難者雇用開発助成金を受ける予定の有無 | | | | |

- 注1 非常勤職員数の () に入所者処遇特別加算人員を再掲すること。
注2 入所者数及び現員、職員数欄は4月1日現在で記入のこと。

改正前

別紙様式 2-1

番 号
日 付

△ △ 市 長 殿

[申請報告] 者名 ㊟

入所者処遇特別加算費の [申請報告] について

標記について、次のとおり [申請するのでよろしく御取計り願いたい。報告する。]

| | | | | |
|-------------------------|--------|-------|-------|-------|
| 施設名(種別) | (施設) | | | |
| 設置主体 | | | | |
| 経営主体 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 入所者数及び現員 | 定 員 | | 現 員 | |
| | 人 | | 人 | |
| 職 員 数 | 職員配置数 | 実 人 員 | 常 勤 | 人 |
| | 人 | | 非 常 勤 | () 人 |
| 特定就職困難者雇用開発助成金を受ける予定の有無 | | | | |

- 注1 非常勤職員数の () に入所者処遇特別加算人員を再掲すること。
注2 入所者数及び現員、職員数欄は4月1日現在で記入のこと。

改正後

(同左)

改正前

入所者処遇特別加算職員

| 氏名 | 年齢 | 雇用 契約期間 | 年間労働 時間数 | 業務内容 | 備考 |
|----|----|------------|-------------|------|----|
| | | ～ | 時間 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 計 | — | — | | — | — |

- 注1 身体障害者、知的障害者、母子家庭の母、寡婦の別を備考欄に記入すること。(ただし、身体障害者、知的障害者の場合は障害の程度も合わせて記入のこと。)
- 注2 入所者処遇特別加算職員との雇用通知書等を添付すること。
- 注3 業務内容については、詳細に記入すること。
- 注4 入所者処遇特別加算の効果、必要性等を別に添付すること。

改正後

(同左)

改正前

入所者処遇特別加算月別雇用時間内訳表

| 氏名 | 〇〇〇 | 〇〇〇 | 〇〇〇 | 計 |
|-------------|-----|-----|-----|----|
| 4月 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 |
| 5月 | | | | |
| 6月 | | | | |
| 7月 | | | | |
| 8月 | | | | |
| 9月 | | | | |
| 10月 | | | | |
| 11月 | | | | |
| 実績時間計 | | | | |
| 12月 | | | | |
| 1月 | | | | |
| 2月 | | | | |
| 3月 | | | | |
| 雇用計画 時間計 | | | | |
| 合計 | | | | |

注1 4月から11月については、各月の実際の雇用時間の累計を記入すること。
 注2 12月から3月については、実績等を考慮した雇用予定時間を記入すること。

改正後

別紙様式 3-2

番 号
日 付

殿

〇 〇 市 長 ④

入所者処遇特別加算認定書

年 月 日 第 号で申請のあった標記について、申請のとおり認定
したので通知する。

加算額 _____ 円

改正前

別紙様式 2-2

番 号
日 付

殿

〇 〇 市 長 ④

入所者処遇特別加算認定書

年 月 日 第 号で申請のあった標記について、申請のとおり認定
したので通知する。

加算額 _____ 円

別紙様式 4

施設機能強化推進費加算〔申請報告〕書

- 1 施設の名称及び所在地：
- 2 設置主体及び経営主体：
- 3 入所者の定員及び現員：
- 4 申請（支出済）額：
- 5 事業内容等

事業実施計画（実績）及び支出予定（済）額

| 事業の種類 | 事業名 | 事業内容 | | 支出予定（済）額 | | | |
|-------------|------------|------|----|----------|--------------|----------|------|
| | | 実施時期 | 内容 | 総事業費 | 科目 | 金額 | 積算内容 |
| 社会復帰等自立促進事業 | 〇〇〇事業 | | | 〇〇〇 円 | 印刷製本費 旅費 | 〇〇 〇〇 | |
| 専門機能強化事業 | 〇〇〇事業 | | | 〇〇〇 | 光熱水費 消耗品費 | 〇〇 〇〇 | |
| 総合防災対策強化事業 | 総合防災対策強化事業 | | | 〇〇〇 | 貸金 備品購入費 | 〇〇 〇〇 | |
| 合計 | 3事業 | - | - | 〇〇〇 | - | - | - |

改正後

別紙様式 3

施設機能強化推進費加算〔申請報告〕書

- 1 施設の名称及び所在地：
- 2 設置主体及び経営主体：
- 3 入所者の定員及び現員：
- 4 申請（支出済）額：
- 5 事業内容等

事業実施計画（実績）及び支出予定（済）額

| 事業の種類 | 事業名 | 事業内容 | | 支出予定（済）額 | | | |
|-------------|------------|------|----|----------|--------------|----------|------|
| | | 実施時期 | 内容 | 総事業費 | 科目 | 金額 | 積算内容 |
| 社会復帰等自立促進事業 | 〇〇〇事業 | | | 〇〇〇 円 | 印刷製本費 旅費 | 〇〇 〇〇 | |
| 専門機能強化事業 | 〇〇〇事業 | | | 〇〇〇 | 光熱水費 消耗品費 | 〇〇 〇〇 | |
| 総合防災対策強化事業 | 総合防災対策強化事業 | | | 〇〇〇 | 貸金 備品購入費 | 〇〇 〇〇 | |
| 合計 | 3事業 | - | - | 〇〇〇 | - | - | - |

改正前

別紙様式 5-1

民間施設給与等改善費基本分算定調査
(1施設当たり職員平均勤続年数算定表)

| 施設名 | | 施設所在地 | | | 年 月 日 | | 備 考 |
|-----------|-------------|-----------------|-----------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|
| 施設の区分 | | A・B・C・D・E・F・G・H | | | 認定年月日 | | |
| 年数等 区分 | 現に勤続する施設の状況 | | | その他の社会 福祉施設にお ける勤続年数 ◎ | 1施設当たり 職員総勤続年 数 ◎+◎ ◎ | 1施設当たり 職員平均勤続 年数 ◎/◎ ◎ | 備 考 |
| | 職員数 ◎ | 職 種 | 勤続年数 ◎ | | | | |
| 氏名 | 人 | | 年月 | 年月 | 年月 | | |
| 計 | | | | | | 年 | |

- (注) 1. 施設の区分欄は、◎欄の結果により決定し、該当する施設の区分に○印をつけること。
 2. ◎欄、◎欄、◎欄の勤続年数は、年月数まで算出することとし、また、◎欄の算定は、6ヶ月以上の端数は1年とし、6ヶ月未満の端数は切り捨て、整数年とすること。
 3. 個々の職員の勤続年数の算定は、年度当初における事務費の支弁単価設定の際に行うものとし、各年度4月1日現在により算定すること。
 なお、1ヶ月未満の日数についてはこれを1月とする。(ただし、当該年度4月1日採用者については0月とする。)
 4. ◎欄の算定にあたって、2以上の施設に勤務した場合は、各々の日数までを合算した後、上記3のなお書きにより算定すること。

改正後

別紙様式 4-1

民間施設給与等改善費基本分算定調査
(1施設当たり職員平均勤続年数算定表)

| 施設名 | | 施設所在地 | | | 年 月 日 | | 備 考 |
|-----------|-------------|-----------------|-----------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|
| 施設の区分 | | A・B・C・D・E・F・G・H | | | 認定年月日 | | |
| 年数等 区分 | 現に勤続する施設の状況 | | | その他の社会 福祉施設にお ける勤続年数 ◎ | 1施設当たり 職員総勤続年 数 ◎+◎ ◎ | 1施設当たり 職員平均勤続 年数 ◎/◎ ◎ | 備 考 |
| | 職員数 ◎ | 職 種 | 勤続年数 ◎ | | | | |
| 氏名 | 人 | | 年月 | 年月 | 年月 | | |
| 計 | | | | | | 年 | |

- (注) 1. 施設の区分欄は、◎欄の結果により決定し、該当する施設の区分に○印をつけること。
 2. ◎欄、◎欄、◎欄の勤続年数は、年月数まで算出することとし、また、◎欄の算定は、6ヶ月以上の端数は1年とし、6ヶ月未満の端数は切り捨て、整数年とすること。
 3. 個々の職員の勤続年数の算定は、年度当初における事務費の支弁単価設定の際に行うものとし、各年度4月1日現在により算定すること。
 なお、1ヶ月未満の日数についてはこれを1月とする。(ただし、当該年度4月1日採用者については0月とする。)
 4. ◎欄の算定にあたって、2以上の施設に勤務した場合は、各々の日数までを合算した後、上記3のなお書きにより算定すること。

改正前

改正後

別紙様式 5-2

管理費スプリンクラー設置加算分申請書

| 区 分 | 内 容 |
|----------------|-----------------|
| 施 設 の 種 類 ㊦ | |
| 施 設 の 名 称 ㊦ | |
| スプリンクラー設置年月日 ㊦ | 年 月 日 |
| 民改費基本分の区分 ㊦ | A B C D E F G H |
| スプリンクラーの機種等 ㊦ | |

- (注) 1. 本申請は、スプリンクラーを設置後に行うものとする。
 2. ㊦欄は、本設備の設置工事が完了した時点を記入することとし、消防法施行規則第31条の3第4項にいう消防機関の検査済証等本設備を設置したことが証明できる書類を添付すること。
 3. ㊦欄は、該当するものを○で囲むこと

改正前

別紙様式 4-2

管理費スプリンクラー設置加算分申請書

| 区 分 | 内 容 |
|----------------|-----------------|
| 施 設 の 種 類 ㊦ | |
| 施 設 の 名 称 ㊦ | |
| スプリンクラー設置年月日 ㊦ | 年 月 日 |
| 民改費基本分の区分 ㊦ | A B C D E F G H |
| スプリンクラーの機種等 ㊦ | |

- (注) 1. 本申請は、スプリンクラーを設置後に行うものとする。
 2. ㊦欄は、本設備の設置工事が完了した時点を記入することとし、消防法施行規則第31条の3第4項にいう消防機関の検査済証等本設備を設置したことが証明できる書類を添付すること。
 3. ㊦欄は、該当するものを○で囲むこと

改正後

別紙様式 6-1

常勤医師人件費単価適用申請書

| | |
|--|------------|
| 1 施設の名称 | |
| 2 施設の種別 | |
| 3 施設の所在地 | |
| 4 施設の設置（経営）主体 | |
| 5 施設の定員（現員） | 人（人） |
| 6 常勤医師の配置年月 | 年 月 |
| 7 常勤医師の氏名（年齢） | （歳） |
| 8 就業規則等に定められている常勤医師の所定勤務日数・時間数 | 1月当たり 日 時間 |
| 9 申請前3ヶ月間における常勤医師の月平均勤務日数・時間数（申請前3ヶ月の状況） | 1月当たり 日 時間 |

(注) 就業規則等を添付すること。

改正前

別紙様式 5-1

常勤医師人件費単価適用申請書

| | |
|--|------------|
| 1 施設の名称 | |
| 2 施設の種別 | |
| 3 施設の所在地 | |
| 4 施設の設置（経営）主体 | |
| 5 施設の定員（現員） | 人（人） |
| 6 常勤医師の配置年月 | 年 月 |
| 7 常勤医師の氏名（年齢） | （歳） |
| 8 就業規則等に定められている常勤医師の所定勤務日数・時間数 | 1月当たり 日 時間 |
| 9 申請前3ヶ月間における常勤医師の月平均勤務日数・時間数（申請前3ヶ月の状況） | 1月当たり 日 時間 |

(注) 就業規則等を添付すること。

改正後

別紙様式 6-2

医師人件費単価変更届出書

| | |
|---------------|-------|
| 1 施設の名称 | |
| 2 施設の種類 | |
| 3 施設の所在地 | |
| 4 施設の設置（経営）主体 | |
| 5 施設の定員（現員） | 人（ 人） |
| 6 非常勤医師の配置年月 | 年 月 |
| 7 変更事由 | |

改正前

別紙様式 5-2

医師人件費単価変更届出書

| | |
|---------------|-------|
| 1 施設の名称 | |
| 2 施設の種類 | |
| 3 施設の所在地 | |
| 4 施設の設置（経営）主体 | |
| 5 施設の定員（現員） | 人（ 人） |
| 6 非常勤医師の配置年月 | 年 月 |
| 7 変更事由 | |

改正後

改正前

別紙様式7

介護サービス利用者負担加算申請書

| | | | | |
|--------------------|--------------|-------------|--------------------------|--------------------|
| 施設名 | | 運営主体 | | |
| 施設所在地 | | | | |
| 算定年月日 | | | | |
| 【介護サービス利用者負担加算申請書】 | | | | |
| 対象となる者の氏名 | 本人の 費用徴収額 | 支弁割合 (A) | 介護サービス 利用者負担月額 (B) | 支弁額 (C)-(A)-(B) |
| | | | | |