

介護医療院（I型）の基本施設サービス費に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 人員配置区分	<input type="checkbox"/> 1 I型介護医療院サービス費Ⅰ（ユニット型）I型療養床、看護6:1、介護4:1（併設型小規模介護医療院） <input type="checkbox"/> 2 I型介護医療院サービス費Ⅱ（ユニット型）I型療養床、看護6:1、介護4:1（併設型小規模介護医療院） <input type="checkbox"/> 3 I型介護医療院サービス費Ⅲ（I型療養床、看護6:1、介護5:1）

4 介護医療院（I型）に係る届出内容			
① 重度者の割合	① 前3月間の入所者等の総数	人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② ①のうち、重篤な身体疾患を有する者の数（注1）	人	
	③ ①のうち、身体合併症を有する認知症高齢者の数（注1）	人	
	④ ②と③の和	人	
	⑤ ①に占める④の割合	%	
② 医療処置の実施状況	① 前3月間の入所者等の総数	人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 前3月間の喀痰吸引を実施した入所者等の総数（注2・3）	人	
	③ 前3月間の経管栄養を実施した入所者等の総数（注2・4）	人	
	④ 前3月間のインスリン注射を実施した入所者等の総数（注2・5）	人	
	⑤ ②から④の和	人	
	⑥ ①に占める⑤の割合	%	
③ ターミナルケアの実施状況	① 前3月間の入所者延日数	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 前3月間のターミナルケアの対象者延日数	日	
	③ ①に占める②の割合	%	
④ 生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑤ 地域に貢献する活動の実施 (平成30年度中に限り、平成31年度中において実施する見込み)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

注1：・人員配置区分1を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が50%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が10%以上を満たす必要がある。  
・人員配置区分2、3を選択する場合は、「①重度者の割合」における⑤の割合が50%以上、「②医療処置の実施状況」における⑥の割合が30%以上及び「③ターミナルケアの実施状況」における③の割合が5%以上を満たす必要がある。

注1：②及び③のいずれにも該当する者については、いずれか一方についてのみ含めること。  
注2：②、③及び④のうち複数に該当する者については、各々該当する数字の欄の人数に含めること。  
注3：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に喀痰吸引が実施されていた者）であつて、口腔衛生管理加算を算定されている者又は平成27年度から令和2年度の口腔衛生管理体制加算の算定要件を満たしている者（平成26年度以前においては、口腔機能維持管理加算又は口腔機能維持管理体制加算を算定されていた者及び平成27年度から令和2年度においては口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されていた者）を含む。  
注4：過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入所期間が1年以上である入所者にあつては、当該入所期間中（入所時を含む。）に経管栄養が実施されていた者）であつて、経口維持加算を算定しているもの又は管理栄養士が栄養ケア・マネジメントを実施する者（令和2年度以前においては、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されていた者）を含む。  
注5：自ら実施する者は除く。

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。