

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」記載上の注意

- ※ 新設された加算項目は必ず記載してください。
- ※ 要件の見直しがされた加算を算定している事業所は、当該加算項目を必ず記載してください。
- ※ 令和3年4月1日付けで変更をしない加算については、記入しないでください。
- ※ 届出をする加算等については、必ず「算定要件」をご確認ください。後日、算定要件を満たさないにも関わらず、届出をして報酬を算定していることが判明した場合、不正請求となり返還等の手続きが必要となる場合がありますのでご注意ください。
算定要件・・・[「令和3年度制度改正・報酬改定に関する資料」](#)のページの「報酬改定関係」の項目に掲載しております。
- ※ 現在算定している全ての加算について変更がなく、新設された加算を算定しない場合は、届出不要です。
- ※ 提出期限までに届出がなかった場合は、新設される加算や加算区分が見直された加算については、全て「なし」で登録させていただきます。

1. 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」の様式は次の通りです。

例

| | | | | | | | |
|------|---|------|---|-----|---|-----------|-------|
| 〇〇加算 | 1 | なし | 2 | 加算Ⅰ | 3 | 加算Ⅱ | 年 月 日 |
| 加算名 | | 加算区分 | | | | 異動（予定）年月日 | |

2. 新たに設けられた加算項目は以下のとおり示しています。これらの項目は加算区分等を必ず記載してください。

加算名の欄から異動（予定）年月日の欄まですべて着色しております。

例えば、通所介護で設けられました

| | | | | | |
|-----------------|---|----|---|----|-------|
| 科学的介護推進体制 加算 | 1 | なし | 2 | あり | 年 月 日 |
|-----------------|---|----|---|----|-------|

などです。

ただし、「L I F Eへの登録」の項目は、すべてのサービスにあります。L I F Eの活用等が要件とされる加算があるサービス（次ページ）についてのみ着色しております。

L I F Eについての詳しい内容は、[「令和3年度制度改正・報酬改定に関する資料」](#)のページに載せております。

※ L I F E の活用等が要件となる加算があるサービス（本市指定分のみ記載）

通所介護・地域密着型通所介護・（介護予防）認知症対応型通所介護・（介護予防）特定施設入居者生活介護・（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護・総合事業（第1号事業：旧介護予防通所介護相当サービス・通所型サービス A）

3. 「加算名」「加算区分」のいずれかの項目に着色している場合の取扱いは、以下の通りです。

① 加算名の欄に着色している場合は加算の名称変更です。当該加算項目の算定要件に変更がない場合は記載不要です。

| | | | | | |
|-----|---|----|---|----|-------|
| 加算名 | 1 | なし | 2 | あり | 年 月 日 |
|-----|---|----|---|----|-------|

例えば地域密着型通所介護にある「口腔機能向上体制加算」という加算名が「口腔機能向上加算」と名称変更された場合などです。

② 加算区分の欄に着色している場合は、加算区分や加算要件の変更などがなされた加算です。現に当該加算を算定している事業所もしくは令和3年4月1日から当該加算を算定する事業所は必ず記載してください。

| | | | | | |
|-----|---|----|---|----|-------|
| 加算名 | 1 | なし | 2 | あり | 年 月 日 |
|-----|---|----|---|----|-------|

例えば地域密着型通所介護の入浴介助加算は、これまで「1 なし」、「2 あり」の選択のみでしたが、今回の報酬改定では「1 なし」、「2 加算Ⅰ」、「3 加算Ⅱ」と区分の見直しが行われましたので、算定要件をご覧ください。