

各高齢者福祉施設 施設長 様  
各介護サービス事業所 管理者 様

仙台市健康福祉局保険高齢部介護事業支援課長

令和7年4月適用の業務継続計画（BCP）未策定減算及び身体拘束廃止未実施減算  
並びに令和7年度介護職員等処遇改善加算に係る届出書等の提出について

平素より本市の高齢者福祉行政にご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

令和6年度介護報酬改定に伴い、令和7年4月1日より、訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援と介護予防支援で「業務継続計画（BCP）未策定減算」、短期入所系サービス及び多機能系サービスで「身体拘束廃止未実施減算」の適用が始まります。減算とならないためには、適切に措置を講じるとともに、一部のサービス種別においては届出書等の提出が必要です。

また、「介護職員等処遇改善加算」につきましては、令和7年4月1日から新規での算定や異なる区分で算定する場合等は届出書等の提出が必要です。なお、「介護職員等処遇改善加算Ⅴ」を算定している事業所において、新たに届出がなされない場合、当該加算は算定できなくなりますのでご注意ください。

つきましては、下記をご確認のうえ、令和7年4月15日（火）までに、届出書等をご提出ください。

記

1 提出が必要な施設・事業所、提出が必要な届出書等

(1) 業務継続計画（BCP）未実施減算	提出が必要な届出書等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護，訪問入浴介護，訪問看護，訪問リハビリテーション，福祉用具貸与</li> <li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護，夜間対応型訪問介護</li> <li>・総合事業（訪問介護型サービス，生活支援訪問型サービス）</li> <li>※ 介護予防含む（訪問介護は除く）</li> <li>※ 居宅介護支援及び介護予防支援については、届出は必要なし</li> </ul>	<p>◎「<u>介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</u>」等のみ、ご提出ください。</p> <p>※新たな届出がない場合は「減算型」とみなすこととなりますのでご注意ください。</p>
<p>(2) 身体拘束廃止未実施減算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所生活介護</li> <li>・短期入所療養介護</li> <li>・（看護）小規模多機能型居宅介護</li> <li>・認知症対応型共同生活介護（短期利用型のみ）</li> <li>・特定施設入居者生活介護（短期利用型のみ）</li> <li>※ 介護予防含む</li> </ul>	
<p>(3) 介護職員等処遇改善加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規算定，異なる区分で算定する事業所</li> </ul>	<p>◎「<u>介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</u>」等</p> <p>◎「<u>介護給付費算定に係る体制等状況一覧表</u>」等の2部を、ご提出ください。</p>

### 3 提出期限

**令和7年4月15日(火)【必着】**

※ 「郵送」, 「持参」又は「電子申請届出システム」にてご提出ください。持参でご提出いただく場合は、期日の午後5時までにご来庁ください。

### 4 留意事項

- ・通常, 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」等をご提出いただく場合は, 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等を添付いただいておりますが, 上記1(1)及び(2)に記載の届出のみの場合は, 例外的に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」のみの提出で受け付けます。仙台市ホームページに記載例を添付していますので, 必ずご確認の上, ご記載ください。
- ・上記1(1)及び(2)に記載の届出以外に, 他の加算に係る変更も届け出る場合は, 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等, 必要書類も併せてご提出ください。

### 5 仙台市ホームページ様式掲載ページ

ホーム > 事業者向け情報 > 福祉・医療 > 福祉 > 高齢者施設・介護保険などサービス > 居宅サービス・地域密着型サービス・居宅介護支援・施設サービス・介護予防サービス（事業者向け） > 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の提出について

<https://www.city.sendai.jp/shidodaini/jigyosha/fukushi/fukushi/koresha/kyotaku/todokedesho.html>

#### 【お問い合わせ先】

- |  |
|--|
| ○入 所 系 施 設 : 022-214-8318 (施 設 指 導 係)    |
| ○訪問・通所系事業所等 : 022-214-8192 (居宅サービス指導係)   |
| ○居宅介護支援事業所等 : 022-214-8626 (ケアマネジメント指導係) |
| ○処遇改善加算等相談専用ダイヤル : 022-214-8169          |

業務継続計画 (BCP) 未策定減算のみの記入例 (居宅サービス)

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 7 年 〇 月 〇 日

仙台市長 殿

所在地 宮城県仙台市〇〇区△△×丁目×番×号〇〇ビル×階

令和7年4月15日【必着】までに提出してください。

株式会社〇〇

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	カブシキガイシャ〇〇 株式会社〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ××××) 宮城 県 仙台 市 〇〇区△△×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇ビル×階				
	連絡先	電話番号	△△△-〇〇〇-××××	FAX番号	〇〇〇-△△△-××××	
	法人の種別	営利法人	法人所轄庁			
代表者の職・氏名	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	×× ××	
	代表者の住所	(郵便番号 △△△ - ××××) 宮城 県 仙台 市 △△区〇〇×丁目×番×号〇〇マンション×号				
	代表者の住所					
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称	ホウモンカンゴステーション〇〇 訪問看護ステーション〇〇				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ×××△) 宮城 県 仙台 市 △△区〇〇△丁目×番×号				
	連絡先	電話番号	×××-〇〇〇-△△△△	FAX番号	×××-△△△-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 - ) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	〇〇 〇〇				
管理者の住所	(郵便番号 〇〇〇 - △△△△) 宮城 県 仙台 市 ××区△△〇丁目×番×号					
届出を行う事業所・施設の種類	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)
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護	○	令和〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更		予防サービスも実施している場合は、予防サービスの欄も忘れずに記入してください。
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護	○	令和〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護老人保健施設				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護医療院				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号	0 4 × × × × × × × × × ×					
医療機関コード等						
特記事項	変更前	変更後				
	事業所番号は必ず忘れずに記入してください。	業務継続計画(BCP)未策定減算 基準型				
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。令和7年4月からの業務継続計画(BCP)未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。
- 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。他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当の加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主たる事務所の所在地を記入してください。
- 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・施設について該当する数字の横の□を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-1-2、1-2-2)「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。

身体拘束廃止未実施減算のみの記入例 (地域密着型サービス)

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
<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>

仙台市長 殿

令和 7 年 〇 月 〇 日

所在地 宮城県仙台市〇〇区△△×丁目×番×号〇〇ビル
名称 株式会社〇〇
添えて進達します。

令和7年4月15日【必着】までに提出してください。

このことについて、以下のとおり事業者から届

Application form with multiple sections: 届出者 (Applicant), 事業所の状況 (Facility Status), 届出を行う事業所の状況 (Facility Details), 地域密着型サービス (Community-based Services), 関係書類 (Attachments).

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考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。
備考3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合は、例を参考に記入してください。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入し、他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当の加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。
備考5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所の異動の状況を記載してください。
備考6 「異動項目」欄には、(別紙1-1-2、1-2-1)を記載してください。
備考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。
備考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。

業務継続計画 (BCP) 未策定減算のみの記入例 (総合事業)

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<指定事業者用>  
 令和 7 年 〇 月 〇 日  
 仙台市長 殿  
 所在地 宮城県仙台市〇〇区△△×丁目×番×号〇〇ビル×階  
 名称 株式会社〇〇  
 令和7年4月15日【必着】までに提出してください。

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	カブシキガイシャ〇〇 株式会社〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ××××) 宮城 県 仙台 市 〇〇区△△×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇ビル×階				
	連絡先	電話番号	△△△-〇〇〇-××××	FAX番号	〇〇〇-△△△-××××	
	法人の種別	営利法人		法人所轄庁		
事業所・施設の状況	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	×× ××
	代表者の住所	(郵便番号 △△△ - ××××) 宮城 県 仙台 市 △△区〇〇×丁目×番×号〇〇マンション×号				
	フリガナ 事業所・施設の名称	ヘルパーステーション〇〇 ヘルパーステーション〇〇				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ×××△) 宮城 県 仙台 市 △△区〇〇△丁目×番×号				
届出を行う事業所・施設	連絡先	電話番号	×××-〇〇〇-△△△△	FAX番号	×××-△△△-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 - ) 県 市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	〇〇 〇〇				
届出を行う事業所の種類	管理者の住所	(郵便番号 〇〇〇 - △△△△) 宮城 県 仙台 市 ××区△△〇丁目×番×号				
	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)
	訪問介護型サービス	○	令和〇年〇月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり
	生活支援訪問型サービス	○	令和〇年〇月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり
特記事項	通所介護型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	生活支援通所型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号		04XXXXXX				
変更前		変更後				
事業所番号は必ず忘れずに記入してください。		業務継続計画(BCP)未策定減算 基準型				
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  
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「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、  
 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・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1-4-2)「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。

令和7年4月からの業務継続計画(BCP)未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。  
 他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当の加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。