

笛吹市地域密着型サービス事業者等指導実施要領

(目的)

第1 この実施要領は、介護保険施設等指導指針（厚生労働省老健局長通知「介護保険施設等の指導監督について」令和4年3月31日老発0331第6号別添1以下「指針」という。）で定めるサービス事業者等に対する指導について、具体的な実施事項を定めることにより、指導の円滑な実施を図ることを目的とする。

(実施計画の策定)

第2 地域密着型サービス事業所等に対する指導に当たっては、指針及び前回の指導状況等を踏まえて実施計画を作成するものとする。

(指導体制)

第3 指導は、市が指定権限を持つサービス事業所に対して行う。ただし、合同指導は、厚生労働省及び山梨県、市が合同で行うものとする。

2 指導の対象となるサービス事業者等への指導は、実施計画に基づき実施するものとする。なお、複数の事業を実施している事業者の場合には、原則として、同一敷地内にある施設・事業所については同時に指導を実施し、異なる場所にある場合は、個々の事業所ごとに指導を実施するものとする。

ただし、同一敷地内にある施設・事業所であっても、事業の規模、形態等を勘案し事業所ごとに実施することが適当と判断される場合はこの限りではない。

(指導担当者)

第4 集団指導及び運営指導のうち一般指導については、介護保険課の関係職員が担当するものとし、合同指導は、市の担当者に加えて厚生労働省及び山梨県の介護保険施設等の指導担当職員が担当するものとする。

2 前項の運営指導を行う市の担当者は、その身分を示すため、介護保険検査員証（第1号様式）を携帯し、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

(通知及び記録)

第5 指導の実施通知及び指導記録の作成等については、次のとおりとする。

(1) 指導の実施通知

ア 集団指導については、第2号様式により通知する。

イ 運営指導の実施通知は、指針第5に定める事項を文書により指導実施の1か月前を目途として、第3号様式により通知するものとする。

(2) 出席者

ア 集団指導においては、指導内容等により決定するものとする。

イ 運営指導においては、指導対象となるサービス事業者等の開設者(又はこれに代わる者)及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて介護給付等対象サービスの担当者、介護報酬請求事務担当者等の出席を求める。なお、開設者に代わる者とは、開設者が法人である場合における、当該法人の代表者等を指すものであり、第三者である代理人(弁護士等)を指すものではない。

(3) 指導記録の作成

運営指導の記録は、別紙「運営指導項目」により作成する。

(4) 指導結果の通知等

運営指導の実施日から起算して1か月以内に指導結果を検討し、その結果を第4号様式により指導を行ったサービス事業者等に通知する。

(5) 指導台帳の作成

介護保険課は、(4)の結果に基づき、第5号様式により指導台帳を作成する。

(返還等)

第6 運営指導の結果、介護給付費の算定等に関し不当な事実を確認した場合は次のとおり取り扱う。

(1) 自主点検の指示

市は、サービス事業者等に対する運営指導において、介護給付等対象サービスの内容又は介護給付費の算定及び請求に関し不当な事実を確認したときは、当該サービス事業者等に対し、指摘を受けた事項にかかる自主点検を指示するものとする。

(2) 返還金の範囲等

(1)の場合、指摘を受けた事項について全要介護者等分の介護給付費明細書等関係書類を対象に、原則として指導月前1年について自主点検させ、点検の結果それ以前にも遡及すべきものがあれば、それ以前についても点検させ、その結果を第6号様式により市に報告させるものとし、返還すべき内容が確認されたときは、自主返還を指示する。

(3) 返還の方法等

ア 市は、該当する保険者及び国保連合会に対し、当該サービス事業者等の名称、返還金額等必要な事項を第7号様式及び第8号様式により通知する。

イ 当該保険者は、市の通知に基づき、当該サービス事業者等に対し、国保連合会に返還すべき保険給付費の自主返還を指導する。

ウ 当該サービス事業者等は国保連合会に介護給付費の不当請求について自主返還する旨連絡し、介護給付費から返還金額を控除するなど適切な方法により返還を行う。また、要介護者等が支払った自己負担額に過払いが生じている場合は、要介護者等に過払い分を返還する。

エ 当該サービス事業者等は、不当請求分にかかる自主返還が完了したときは、市及び当該保険者に、返還の内容及び返還金額等について第9号様式により報告する。

(調整会議)

第7 介護保険課長は、指導に関する実施方針及び重要事項を協議するため、関係職員により、調整会議を開催する。

(補則)

第8 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、介護保険課長が別に定める。

附 則

この実施要領は、平成24年10月15日から施行する。

附 則

この実施要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この実施要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この実施要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この実施要領は、令和2年3月30日から施行する。

附 則

この実施要領は、令和4年4月1日から施行する。

第1号様式

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">介護保険検査員証</p> <p>所 属 氏 名</p> <p>年 月 日 交付</p> <p style="text-align: center;">笛吹市長</p> | <ol style="list-style-type: none">1. 本証は、介護保険法第76条、第78条の7、第83条、第90条、第100条、第112条、第115条の7、第115条の17、第115条の27の規定による立入調査を行なう職員であることを証明するものである。2. 本証は、介護保険施設への立入調査を行なう場合には、必ず携帯しなければならない。3. 本証は、関係人の請求があったときは、何時でもこれを呈示しなければならない。4. 本証は、他人に貸与し、または譲渡してはならない。5. 本証の有効期限は、発行の日から 年 月 日までとする。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

表

裏

この証の大きさは、縦55ミリメートル、横85ミリメートルとすること。

第2号様式

第 号
年 月 日

様

笛吹市長

笛吹市指定地域密着型サービス事業者等集団指導の実施について（通知）

このことについて、笛吹市指定地域密着型サービス事業者等指導実施要領により下記のとおり実施します。

記

1. 指導の対象となる事業所
2. 指導の日時及び場所
3. 出席者
4. 指導内容

第3号様式

第 号
年 月 日

殿

笛吹市長

年度地域密着型サービス事業者等の運営指導の実施について(通知)

このことについて、貴事業所の運営指導を次のとおり実施いたしますので通知します。
なお、事前提出資料を調整のうえ、 年 月 日 () までに1部提出願
います。

1. 運営指導の根拠規定及び目的

(根拠規定) 介護保険法第23条

(目 的) 介護給付等対象サービスの質の確保と保険給付の適正化を図るため。

2. 運営指導対象の事業所・施設

3. 運営指導の日時及び場所

日 時 年 月 日 () 午 時 分～午 時 (予定)

場 所 貴事業所内

4. 指導担当者

保健福祉部介護保険課 担当

5. 出席者

- ・管理者 (総務・人事)
- ・処遇担当者 (生活指導員・各種サービス計画、看護・介護、機能訓練等)
- ・経理担当者 (介護報酬、その他の費用)

6. 準備すべき書類等

- 1 出勤簿又はタイムカード
- 2 従業者の勤務の体制及び勤務形態 一覧表 (前 3 か月)
- 3 資格証 (介護福祉士・看護師・栄養士等)
- 4 雇用関係を証する書類
- 5 就業規則
- 6 サービス提供の記録
- 7 利用者が分かる資料
 - ・前年度平均及び当該年度の日々の利用者数
- 8 サービス利用計画
- 9 平面図
- 10 運営規程
- 11 重要事項説明書
- 12 サービスの契約に関する書類
- 13 身体拘束に関する書類
- 14 職員研修関係記録
- 15 苦情に関する書類
- 16 事故・災害に関する書類
- 17 感染症に関する書類
- 18 パンフレット

7. 準備すべき書類等に係る留意点

- ① 上記の書類は全てのサービスに共通するものではありません。
また、該当する書類が無い場合は、今回のためだけに新たに製作する必要はありません。
- ② コンピュータ処理を行なっているため書類として管理を行っていない場合は、それらの内容がわかるものを準備してください。
- ③ 準備すべき書類等については、必要な都度速やかに提示できるよう準備願います。
*必ず事前にヒアリングの会場に一式用意し、番号順に並べておいて下さい。
- ④ 指導当日に追加で資料の提示を依頼する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ⑤ 「運営規程」「重要事項説明書」の写しを各 1 部提出してください。

8. その他

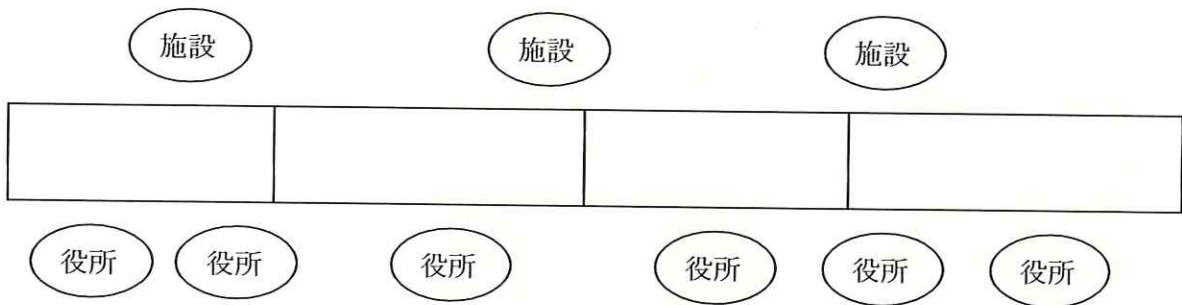
- ① 「勤務の体制及び勤務形態 一覧表」(前 3 か月)・別添の「介護保険各種加算等自己点検シート」と「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」「加算に関する届書」は、

自己点検を実施したうえ、運営指導日の 1 週間前までに介護保険課に提出して下さい。

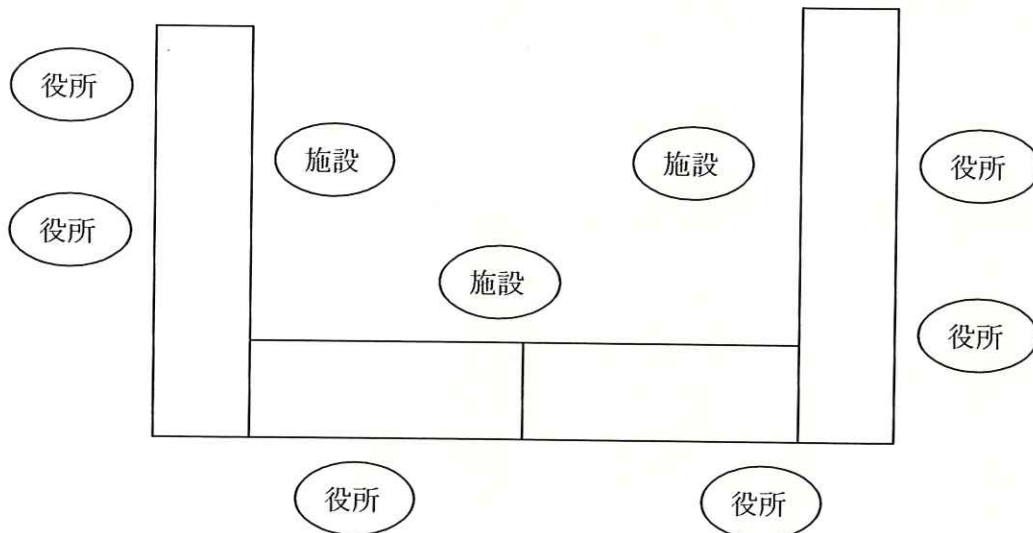
②ヒアリングは分野ごとに 3 か所で同時に行います。それぞれ対応できる職員の配置と場所の確保をお願いします。

たとえば下の図のように一同にヒアリングのできる場所の用意をお願いします。

【例 1】



【例 2】



第4号様式

第 号
年 月 日

様

笛吹市長

笛吹市指定地域密着型サービス事業者等運営指導の結果報告について（通知）

年 月 日に実施した運営指導について、下記のとおり通知します。
については、速やかに是正・改善計画を策定し、その結果について確認できる書類を添付
のうえ 年 月 日までに報告願います。
重要事項説明書等に変更が生じる場合は変更届を併せて提出してください。
なお、介護保険給付費の返還が完了したときは、完了報告書を提出してください。

記

1. 事業所・施設名

2. 指摘事項

3. 報告内容
別紙の通り

第4号様式 別表

1. 改善状況報告（計画）書

| 是正または改善を要する事項 | 改善結果等 |
|---------------|-------|
| | |

2. 介護給付費等返還計画（返還がない場合は作成不要）

| 返還事由 | 返還対象 期 間 | 保険者名 | 介護給付費 | | | | 利用者への 要返還額 |
|------|-----------------|------|------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | | | 請求書 の件数 | 既請求額 A | 訂正後の 請求額 B | 要返還額 C | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |
| | 年 月 ～ 年 月 | 笛吹市 | | | | | |

※別紙介護報酬過誤調整内訳書を添付してください。

年 月 日

笛吹市長 様

所在地
名称
管理者名

笛吹市指定地域密着型サービス事業者等運営指導に係る改善状況報告について

年 月 日付け 第 号で通知のありました是正または改善を要する事項につきまして、別添「改善状況報告（計画）書・介護給付費等返還計画」のとおり改善措置等を講じましたので、確認できる書類を添付のうえ報告いたします。

第5号様式

指導台帳

指導年度

年度

施設名

| | |
|-----------------|---------------------|
| 指導日時 | 年 月 日 午 時 分 ~ 午 時 分 |
| 指導形態 | 集团指導 ・ 運営指導(一般・合同) |
| 指導場所 | |
| 指導担当者 | |
| 出席者 | |
| 指導結果等 (特記事項) | |

介護報酬過誤調整申出書

笛吹市長 殿

(事 業 者 名)
 (事 業 所 番 号)
 (所 在 地)
 (事 業 所 名)
 (管 理 者 名)

年 月 日に受けた運営指導において指摘を受けた事項について、次のとおり当事業所の介護報酬の請求に誤りがありましたので、別添の内訳どおり該当保険者あて返還いたします。

| | | |
|-------------------|---------------|-------------|
| 過 誤 請 求 内 容 | | |
| 過 誤 請 求 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 内 訳 区 分 | 保 険 請 求 額 | 利 用 者 負 担 額 |
| 介 護 費 | 円 | 円 |
| 加 算 (名 称) | 円 | 円 |
| 緊 急 時 施 設 療 養 費 等 | 円 | 円 |
| 特 定 診 療 費 | 円 | 円 |
| 合 計 | 円 | 円 |

【注】 過誤請求事項が複数ある場合は、事項ごとに本様式を作成すること。

なお、返還方法は次のとおりお願いします。

- 1 今後支払われる介護報酬から過誤調整
- 2 該当する保険者（市町村）へ直接返納

市町村長 殿

笛吹市長

介護給付費の過誤調整について（通知）

先般、笛吹市で運営指導を実施したところ、次の介護サービス事業所については、介護給付費の算定及び請求に誤りが確認されました。

これに伴い、当該介護サービス事業者が自主点検した結果、別紙の介護報酬過誤調整申出書が提出されたところです。

つきましては、貴市町村から当該介護サービス事業所に対し、介護給付費の過誤調整についての指導方、よろしくお願いします。

1 事業者名

2 事業所名

3 所在地

4 事業所番号

5 指摘事項

6 過誤調整金額

| | |
|-----------|---|
| 介護費 | 円 |
| 加算 | 円 |
| 緊急時施設療養費等 | 円 |
| 特定診療費 | 円 |
| 合計 | 円 |

7 希望する返還の方法

今後支払われる介護報酬から過誤調整

保険者へ直接納付

第8号様式

第 号
年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

笛吹市長

介護報酬の過誤調整について（通知）

このことについて、先に実施した実地指導の結果、次の介護サービス事業者から「介護報酬過誤調整申出書」の提出がありましたので、当該介護サービス事業者と協議の上、過誤調整等の指導をお願いします。

なお、今回は当該介護サービス事業者からの申し出のため、介護報酬明細書の確認は必要ありません。

また、該当保険者には通知しましたので、申し添えます。

1 介護サービス事業者

（所在地）

（事業者名）

（事業所名）

（事業所番号）

2 過誤請求理由及び金額

別紙「介護報酬過誤調整内訳書」及び別紙「介護報酬過誤調整申出書」(写)のとおり

介護報酬過誤調整内訳書

| | | | |
|-----------|-----|-------|--|
| 介護サービス提供月 | 年 月 | サービス名 | |
|-----------|-----|-------|--|

| 保 険 者 名 〔保険者番号〕 | 過誤調整(返還)金額 | | | 備 考 |
|--------------------|------------|--------|-----|-----|
| | 保険請求分 | 利用者負担分 | 合 計 | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |
| 〔 〕 | | | | |

※ 備考欄には、人員欠如、定員超過、加算・減算名、緊急時施設療養費名等を記載すること。

介護報酬過誤調整報告書

笛吹市長 殿

(事 業 者 名)
 (事 業 所 番 号)
 (所 在 地)
 (事 業 所 名)
 (管 理 者 名)

年 月 日に提出した介護報酬過誤調整申出書については、次のとおり処理が完了しましたので、報告します。

保険請求分

| 保険者名 | 調整すべき額 | 調整額 | 調整日 | 残 額 | 調整額 | 調整日 | 残 額 |
|------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |

利用者負担分

| 利用者名 | 調整すべき額 | 調整額 | 調整日 | 残 額 | 調整額 | 調整日 | 残 額 |
|------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |
| | 円 | 円 | | 円 | 円 | | 円 |

※ 返還が完了したことを証明する書類を添付すること
 (国保連合会への請求明細書の控、領収書の控等)