

令和2年度の実地指導等から見た留意事項について

【指導事項①】

事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、同意を得る必要がある。説明内容に不足が無いようにすること。

<重要事項説明書に記載すべき事項>※地域密着型サービス

- ・ 運営規程の概要（事業の目的及び運営の方針、従業者の職種、員数及び職務の内容、内容及び利用料その他の費用の額、通常の事業の実施地域、その他運営に関する重要事項）

※ 運営規程の概要にサービス種類別に記載する項目。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

営業日及び営業時間、合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法

地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護

営業日及び営業時間、利用定員、サービス利用に当たっての留意事項、非常災害対策

小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護

営業日及び営業時間、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員、サービス利用に当たっての留意事項、非常災害対策

認知症対応型共同生活介護

利用定員、入居に当たっての留意事項

地域密着型特定施設入居者生活介護

入所定員及び居室数、施設の利用に当たっての留意事項、非常災害対策

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所定員、施設の利用に当たっての留意事項、非常災害対策

- ・ 従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制
- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況 ※地域密着型特定施設入居者生活介護以外

※ 以下は、地域密着型特定施設入居者生活介護のみ必要な項目

- ・ 介護居室、一時介護室、浴室、食堂及び機能訓練室の概要
- ・ 要介護状態区分に応じて当該事業所が提供する標準的な介護サービスの内容
- ・ 利用料の額及びその改定の方法

<重要事項説明書に記載すべき事項>※居宅介護支援

- ・ 運営規程の概要（事業の目的及び運営の方針、職員の職種、員数及び職務内容、営業日及び営業時間、指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額、通常の事業の実施地域、その他運営に関する重要事項）
- ・ 介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制
- ・ 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
- ・ 指定居宅サービス事業者の選定理由を求めることが可能であること

【以下は、令和3年度法改正により追加となった項目】

- ・ 前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合
- ・ 前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

◎根拠法令

<p>運営基準</p>
<p>（内容及び手続の説明及び同意）</p> <p>第三条の七 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第三条の二十九に規定する運営規程の概要、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。</p>
<p>解釈通知</p>
<p>4 運営に関する基準</p> <p>（１）内容及び手続の説明及び同意</p> <p>① 基準第3条の7は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対し適切な指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の運営規程の概要、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等（当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が、他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えないものとする。）の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、書面によって確認することが適当である。</p>

【指導事項②】

夜間にサービスを提供する事業所は、避難訓練を夜間想定でも実施すること。
避難口について、車いすの方も避難ができるよう、段差解消に努めること。

○根拠法令

運営基準

(非常災害対策)

第三十二条 指定地域密着型通所介護事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

2 指定地域密着型通所介護事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

【指導事項③】

従業者の勤務体制について、兼務する職毎に勤務時間を管理すること。

サービス種類により、職種毎に必要な勤務形態や常勤換算方法により算出された人数が定められています。事業所毎に人員基準を満たしているかを確認するため、従業者の勤務の体制や勤務時間等については、職種毎に管理する必要があります。

<例>常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間／週

	職種	勤務 形態	氏名		1 週目					週平均	常勤換 算後
					月	火	水	木	金		
1	管理者	B	●●●●●	シフト※	a	a	a	a	a	20	0.5
				勤務時間	4	4	4	4	4		
2	介護職 員	B	●●●●●	シフト※	a	a	a	a	a	20	0.5
				勤務時間	4	4	4	4	4		

※ 勤務時間帯に応じて、事業所毎に記号を付してください。

a 8:30～17:30 b 8:30～12:30 c 12:30～17:30 など。

<注意点>

- ・ 勤務時間帯と勤務時間がわかるよう、記載してください。
- ・ 事業所で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数を超える時間を、勤務形態一覧表（常勤換算）に含めることはできません。

(例) ・ 常勤の従業者が勤務すべき時間数を週 32 時間とした場合、実際の勤務が週 40 時間となっても、常勤換算後の人数は 1 以上になりません。

事故報告について

■ サービス種類ごと届出数（件）

特養	小規模特養	老健	GH	短期入所	通所介護	訪問介護
46	11	21	32	10	13	1
訪問看護	特定施設	小規模ケア	多機能	居宅支援	介護保険外	合計
0	8	2	1	0	5	150

■ 事故の種類（件）

骨折	裂傷	打撲	誤嚥	転倒	離脱	誤薬
77	10	4	0	25	7	7
感染症	表皮剥離	交通事故	死亡	その他	合計	
1	3	1	3	12	150	

※感染症は肺結核

■ 事故の場所（件）

居室	廊下	食堂	トイレ	浴室	脱衣所	談話室
70	10	9	14	5	3	8
玄関	外	その他	不明	合計		
4	12	5	10	150		

※感染症分は「不明」に分類

■ その他

- ・ 最終報告の届出数は 85 件（全体の約 56%）、未提出の場合は提出をお願いします。
- ・ 報告書の提出が事故発生後から半年を経過したものや、実地指導により未提出が発覚したケースがありますので、速やかに報告書の提出をお願いいたします。
- ・ 当組合へ報告する様式について、令和 3 年 3 月に国が示した様式（介護保険最新情報 vol. 943「介護保険施設等における事故の報告様式について」）を参考に改めました。様式については、当組合ホームページに掲載されていますので、ご確認ください。

様式の変更について

次の様式について、介護保険法改正等により、令和3年度から様式を変更しています。
様式については、当組合ホームページに掲載していますので、ご確認ください。

【掲載場所】

[一関地区広域行政組合ホームページ](#) > [介護について](#) > [申請書等ダウンロード](#)

1. 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（様式第16号の1）

様式第16号の1 (第16条関係)

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	

被保険者氏名				被保険者番号													
フリガナ				個人番号													
				生 年 月 日												性 別	
				明・大・昭 年 月 日												男 ・ 女	
事業者の事業所名				事業者の所在地				〒									
				電話番号 ()													
事業所を変更する場合の事由等				※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。													
<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">変 更 年 月 日 (年 月 日付)</div> <p>関地区広域行政組合 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p style="margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="margin-top: 10px;">住所</p> <p style="margin-top: 20px;">被保険者 電話番号 ()</p> <p style="margin-top: 10px;">氏名</p>																	
保険者確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号																	

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- 1 この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、若しくは、介護サービス計画の作成を依頼する事業所が
決まり次第、速やかに各市町介護保険担当窓口へ提出して下さい。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず各市町介護保
険担当窓口へ届出して下さい。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただく
ことがあります。

2. 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更・中止）届出書（様式第16号の2）

様式第16号の2（第16条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更・中止）届出書

(要支援1・要支援2対象)		区 分 新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		性 別	
明・大・昭		年 月 日	
		男・女	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更・中止）する介護予防支援事業所 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・中止）する地域包括支援センター			
事業所		所在地	電話番号
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
事業所		所在地	〒 電話番号 ()
事業所を変更する場合の理由等		※変更する場合のみ記入してください。	
変更年月日 (年 月 日付)			
従前の介護予防ケアマネジメント依頼中止年月日		※ 事業対象者から要支援者となった場合に記入	
介護予防ケアマネジメント依頼中止年月日		(年 月 日付)	
関地区広域行政組合管理者 様 上記の介護予防支援事業所に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ()			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 年 月 日 氏名		

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに一関地区広域行政組合へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず一関地区広域行政組合へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

3. 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模多機能型居宅介護支援事業者用）（様式第 16 号の 3）

様式第 16 号の 3 (第 16 条関係)

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書 (小規模多機能型居宅介護支援事業者用)									
								区 分 新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					生 年 月 日			性 別	
フリガナ					明・大・昭			年 月 日 男・女	
被 保 険 者 番 号					要 介 護 状 態 区 分 等				
					要支援状態区分 1・2				
個 人 番 号					要介護状態区分 1・2・3・4・5				
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者									
事業者の事業所名					事業所の所在地 〒				
					電話番号 ()				
事業所を変更する場合の事由等					※事業所を変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 (年 月 日付)				
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無(※小規模多機能型居宅介護の利用前に(1)及び(2)を利用している場合には「居宅サービス等の利用あり」に記入してください。)									
(1) (ア)(イ)を除く居宅（介護予防）サービス (ア) 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導 (イ) 特定施設入居者の生活介護、介護予防特定施設入居者の生活介護 (2) 地域密着型（介護予防）サービス (ア) 夜間対応型訪問介護 (イ) 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護 (ウ) 認知症対応型共同生活介護(短期利用型に限る。)介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型に限る。) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス：) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし									
関係区/市町村行政組合管理者 様 上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()									
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者等事業所番号							
居宅（予防介護）サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を上記事業所に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名									
(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに各市町介護保険担当窓口へ提出してください。 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときには、変更年月日を記入のうえ、必ず各市町介護保険担当窓口へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。									

4. 負担限度額認定申請書（様式第 18 号）（表面）

様式第 18 号(第 16 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

一関地区広域行政組合管理者 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		保険者番号	<input type="checkbox"/> 032094 (一関市) <input type="checkbox"/> 034025 (平泉町)									
被保険者氏名		被保険者番号		0	0	0						
		個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女									
住 所	電話番号											
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	所在地(〒 ー) 名 称	電話番号										
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令 年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。										
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 (内縁を含む) <input type="checkbox"/> 無 (死亡を含む) ※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号										
	氏 名	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日										
	住 所 (同居の場合は記入不要)											
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合) ※申請する日が1月から7月までの場合は、前年1月1日の住所を記入してください。										
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税											
非課税年金について	受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	非課税年金の種類				<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下で かつ 預貯金等の金額の合計が 650 万円以下(夫婦は 1,650 万円以下)										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下で かつ 預貯金等の金額の合計が 550 万円以下(夫婦は 1,550 万円以下)										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円を超え かつ 預貯金等の金額の合計が 500 万円以下(夫婦は 1,500 万円以下)										
本人及び配偶者の預貯金等に関する申告	預貯金額(定期預金等を含む) 円	有価証券等(評価概算額) 円	その他(現金・負債) 円									

※被保険者以外の方が申請する場合には、下記について記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	日 中 の 連 絡 先	

注意事項(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

(3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し(銀行名・支店名・名義・申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かる部分)を添付してください。

(4) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。

(5) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書も記入し、押印してください。

4. 負担限度額認定申請書（様式第18号）（裏面）

同意書

一関地区広域行政組合管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所 _____

氏名 _____ 印

〈配偶者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

一関地区広域行政組合記入欄

令和 年度		結果
交付年月日	世帯課税 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 資産要件 <input type="checkbox"/> 一定額以下 <input type="checkbox"/> 一定額以上 [円]	<input type="checkbox"/> 該当 1・2・3①・3② 段階 [] <input type="checkbox"/> 非該当
適用年月日	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 給付制限 <input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 境界層措置 <input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 世帯員課税 <input type="checkbox"/> 別居配偶者課税 <input type="checkbox"/> 資産一定額以上
有効期限	要介護度 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	
令和 年 月 日		

受付	入力	確認
長・花・大・千・東・室・川・藤 平・広・()	/	/

5. 過誤申立依頼書

過 誤 申 立 依 頼 書

関地区広域行政組合管理者 様

下記のとおり、国保連への過誤申し立てを依頼します。

1. 事業種別	<input type="checkbox"/> 介護給付費
	<input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業費
2. 過誤種別	<input type="checkbox"/> 同月過誤（ 令和 年 月 ）
	<input type="checkbox"/> 通常過誤（ 令和 年 月 ）

※1と2のそれぞれ該当する方に☑を入れてください。

年 月 日

事業所番号	
事業所等所在地及び名称	
担当者氏名	
電話番号	

No.	保険者番号 (被保険者証記載)	被保険者番号			フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由	申立事由コード	
									種別 番号	事由 番号
1	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
2	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
3	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
4	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
5	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
6	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
7	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
8	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
9	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		
10	0 3		0	0	0	年 月 分		<input type="checkbox"/> 給付費等請求明細書誤り(請求誤りによる実績取下) <input type="checkbox"/> その他()		

※過誤処理と給付管理票修正は、同一月には行えません。給付管理票の修正は、過誤処理と別の月に提出されるよう調整してください。