

砥部町地域密着型サービス事業者等指導実施要綱

平成 19 年 7 月 2 日
砥部町告示第 102 号

(目的)

第 1 条 この告示は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 23 条の規定による地域密着型サービス等（地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）をいう。以下同じ。）を担当する者又はこれらの者であった者（以下「地域密着型サービス実施者等」という。）に対して行う保険給付に関する文書の提出など及びそれに基づく措置として、地域密着型サービス等を行った者又はこれを使用する者に対して行う保険給付及び予防給付（以下「介護給付等」という。）に係る地域密着型サービス等（以下「介護給付等対象サービス」という。）の内容並びに介護給付等に係る費用（以下「介護報酬」という。）の請求に関する指導について、基本的な事項を定めることにより、利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭において、事業者の支援を基本とし介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的とする。

(指導方針)

第 2 条 指導は、地域密着型サービス実施者等、指定地域密着型介護サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者及び指定介護予防支援事業者若しくは当該指定に係る事業所の従業者（以下「サービス事業者等」という。）に対し「指定地域密着型介護サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号）、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 36 号）、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 37 号）、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月厚生労働省告示第 126 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月厚生労働省告示第 128 号）、「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月厚生労働省告示第 129 号）、「厚生労働大臣が定める一単位の単価」（平成 12 年 2 月厚生省告示第 22 号）等に定める介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬の請求等に関する事項について周知徹底とその遵守を図ることを方針とする。

(指導形態)

第 3 条 指導の形態は、集団指導及び実地指導とする。

(指導対象の選定)

第4条 指導は、全てのサービス事業者等を対象とするが、重点的かつ効率的な指導を行う観点から、選定については一定の計画に基づいて実施する。

2 集団指導の選定基準は、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等に基づく指導内容に応じて選定する。

3 実地指導の選定基準は、次の各号に定めるとおりとする。

(1) 一般指導 毎年度、国の示す指導重点事項に基づき、サービス事業者等を選定するほか、特に一般指導を要すると認めるサービス事業者等を対象に実施する。

(2) 合同指導 一般指導の対象としたサービス事業者等の中から選定する。

4 愛媛県及び他の市町村と連携を図り、必要な情報交換を行うことで適切な集団指導及び実地指導の実施に努めるものとする。

(集団指導)

第5条 集団指導は、サービス事業者等に対し必要な指導の内容に応じ、一定の場所に集めて講習等の方法により行う。

2 指導対象となるサービス事業者等を決定したときは、あらかじめ集団指導の日時、場所、出席者、指導内容等を文書により当該サービス事業者等に通知する。

3 集団指導は、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方法で行う。

(実地指導)

第6条 実地指導は、次の形態により、指導の対象となるサービス事業者等の事業所において実地に行う。

(1) 砥部町が単独で行うもの（以下「一般指導」という。）

(2) 砥部町が厚生労働省又は愛媛県と合同で行うもの（以下「合同指導」という。）

2 指導対象となるサービス事業者等を決定したときは、あらかじめ次に掲げる事項を地域密着型サービス事業者等に対する実地指導の実施について（様式第1号）により当該サービス事業者等に通知する。

(1) 実地指導の根拠規定及び目的

(2) 実地指導の日時及び場所

(3) 指導担当者

(4) 出席者

(5) 準備すべき書類等

3 実地指導は、関係書類等を確認し、管理者及び関係職員との面談方式で行う。

4 実地指導の結果、改善を要すると認められた事項及び介護報酬について過誤による調整を要すると認められた場合には、後日、地域密着型サービス事業者等に対する実地指導の結果について（様式第2号）によりその旨の通知を行うものとする。

5 町長は、当該サービス事業所等に対して、地域密着型サービス事業者等に対する実地指導の結果について（様式第2号）により指導の通知をした事項について、地域密着型サービス事業者等の実地指導に係る改善報告書（様式第3号）の提出を求

めるものとする。

(監査への変更)

第7条 実地指導中に次の各号のいずれかに該当する場合は、実地指導を中止し、直ちに「砥部町地域密着型サービス事業者等監査実施要綱（平成19年砥部町告示第103号）」（以下「監査実施要綱」という。）に定めるところにより監査を行うものとする。

(1) 著しい運営基準違反が確認され、利用者及び入所者等の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあると判断した場合

(2) 報酬請求に誤りが確認され、その内容が著しく不正な請求と認められる場合
(勧告)

第8条 実施指導の結果、指導した事項について改善が不十分なサービス事業者等に対しては、監査実施要綱第7条に定める勧告を行う。

(監査)

第9条 実地指導の結果、監査実施要綱第2条に定める指定基準違反等に該当すると判断した場合は、後日、速やかに監査を行う。

(介護報酬の自主的返還)

第10条 実地指導において、介護給付費等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時は、当該サービス事業者に対し、指導月前1年について自主点検を行わせ、返還すべき内容を介護報酬確認表（様式第4号の1又は様式第4号の2）により確認させるとともに、介護給付費返還同意書（様式第5号）の提出を求め、自主的返還を指示するものとする。ただし、自主点検等の結果、当該事実が指導月の1年以上前から発生していると認められる場合は、指導月前5年を上限に遡及して自主点検又は自主的返還の指示を行うことができるものとする。

(実地指導の拒否への対応)

第11条 正当な理由がなく実地指導を拒否した場合は、監査を行うものとする。

(その他)

第12条 この告示に定めるもののほか事業者等の指導に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し平成19年4月1日から適用する。

様式第 1 号（第 6 条関係）

第 号
年 月 日

（事業者名）
（代表者 職 氏名） 様

砥部町長

地域密着型サービス事業者等に対する実地指導の実施について（通知）

このことについて、介護保険法第 23 条の規定及び砥部町地域密着型サービス事業者等指導実施要綱に基づき、下記により実地指導を行うこととしたので通知します。

記

1 日 時 年 月 日（ ）： ～

2 場 所 事業所

3 実地指導対象

4 実地指導担当者 課 職 氏名
課 職 氏名

5 準備すべき書類

6 実地指導のための調査票、指定基準等自己点検表及び各種加算等自己点検シートの提出期限及び提出先

様式第 2 号（第 6 条関係）

第 号
年 月 日

（事業者名）

（代表者 職 氏名） 様

砥部町長

地域密着型サービス事業者等に対する実地指導の結果について（通知）

このことについて、介護保険法第 23 条の規定及び砥部町地域密着型サービス等指導事業者実施要綱に基づき、 年 月 日に実施した標記指導の結果を下記のとおり通知します。

なお、是正又は改善を要する事項について所定の措置を講ずるとともに、改善結果の報告を要する事項については、別紙（様式第 3 号）により 月 日までに改善結果を報告してください。

記

様式第3号(第6条関係)

地域密着型サービス事業者等の実地指導に係る改善報告書

事業者（開設者、法人名）	事業所名
実地指導実施日	サービスの種類

指摘事項	改善（対応）状況

返 還 （予定） 金 額
円 （うち、介護報酬分 円、自己負担分 円）

（注）改善状況が確認できる書類等を適宜添付すること。（例：過誤調整ができる書類、変更届書等の写し、勤務体制が確認できる書類など）

様式第4号の1（第10条関係）

介護報酬確認表

事業所名：

サービス種別；

年度分

No	月	被保険者 氏 名	被保険者 番 号	保険者名	既請求				正当				差引 単位数	要返還額（円）		備考
					単位数	(※10円)	給付率	給付額	単位数	(※10円)	給付率	給付額		給付金	利用者 負担額	
							(%)				(%)					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
合 計																

（記入方法）

- ①本調書は、保険者毎、年度毎に作成する。
- ②対象者が多い場合は行及び通番は適宜追加して作成する。

様式第4号の2（第10条関係）

介護報酬確認表

事業所名：

サービス種別；

年度分

No	月	被保険者 氏 名	被保険者 番 号	保険者名	既請求			正当				差 引 単 位 数	要返還額		備考
					単位数	(※10 円)	給付率 (※1.0)	減算率	単位数	(※10 円)	給付率 (※1.0)				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
合 計															

（記入方法）

- ①本調書は、保険者毎、年度毎に作成する。
- ②対象者が多い場合は行及び通番は適宜追加して作成する。

様式第5号（第10条関係）

介護給付費返還同意書

砥部町長

様

年 月 日

介護保険事業者番号

事業者名

所在地

代表者名

年 月 日に受けた実地指導において指摘のあった事項にかかる介護給付費等の返還額は次のとおりであり、かかる返還金については、今後支払われる介護給付費から控除されることや直接保険者に支払う等により返還することに同意します。

記

1 返還となった介護給付費

年 月 日から 年 月 日に実施したサービス
円

2 内訳

（単位：円）