

指定居宅サービス事業者等 集団指導

主な指導事項・よくある質問
【居宅サービス・総合事業編】

池田市・箕面市・豊能町・能勢町 広域福祉課

主な指導事項（居宅サービス共通）

- 重要事項説明書→契約書の順で同意を得ていない
- ケアプランが変更されないままでのサービス提供
- 年度毎に確認が必要な加算要件の確認不足
- サービス提供記録の内容が具体性に欠ける

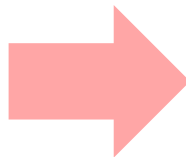
主な指導事項（居宅サービス共通）

- ・ 事業所内の区画変更が届けられていない
- ・ サービス担当者会議の記録が不十分
- ・ 従業員の資質向上に関する研修が未実施
- ・ 従業者の職務内容が不明確、研修未実施

訪問介護（勤務時間の切り分け）

法人

Aさん



有料老人ホーム

介護保険
請求対象外



施設職員として
週10時間

週40時間の勤務に
満たない為、
「非常勤」扱い

併設の訪問介護事業所

介護保険
請求対象



訪問介護員として
週30時間

週40時間の勤務に
満たない為、
「非常勤」扱い

常勤が勤務すべき
時間数は
(1日8時間×5日
= 週40時間勤務)

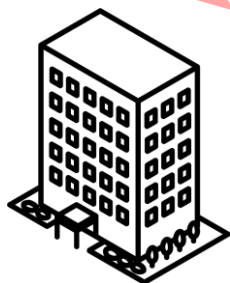
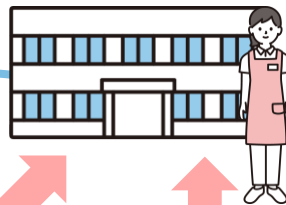
法人と正職員として
契約
(1日8時間×5日
= 週40時間勤務)

訪問介護（サービス提供について）

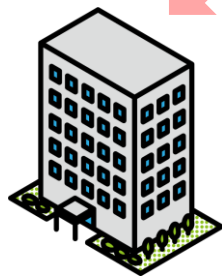


指定を受けた事業所を拠点に
管理者の一元管理の下、
サービス提供が行われている

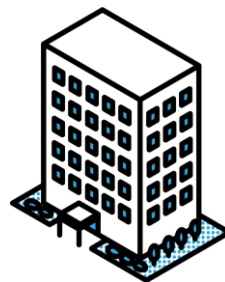
A訪問介護事業所



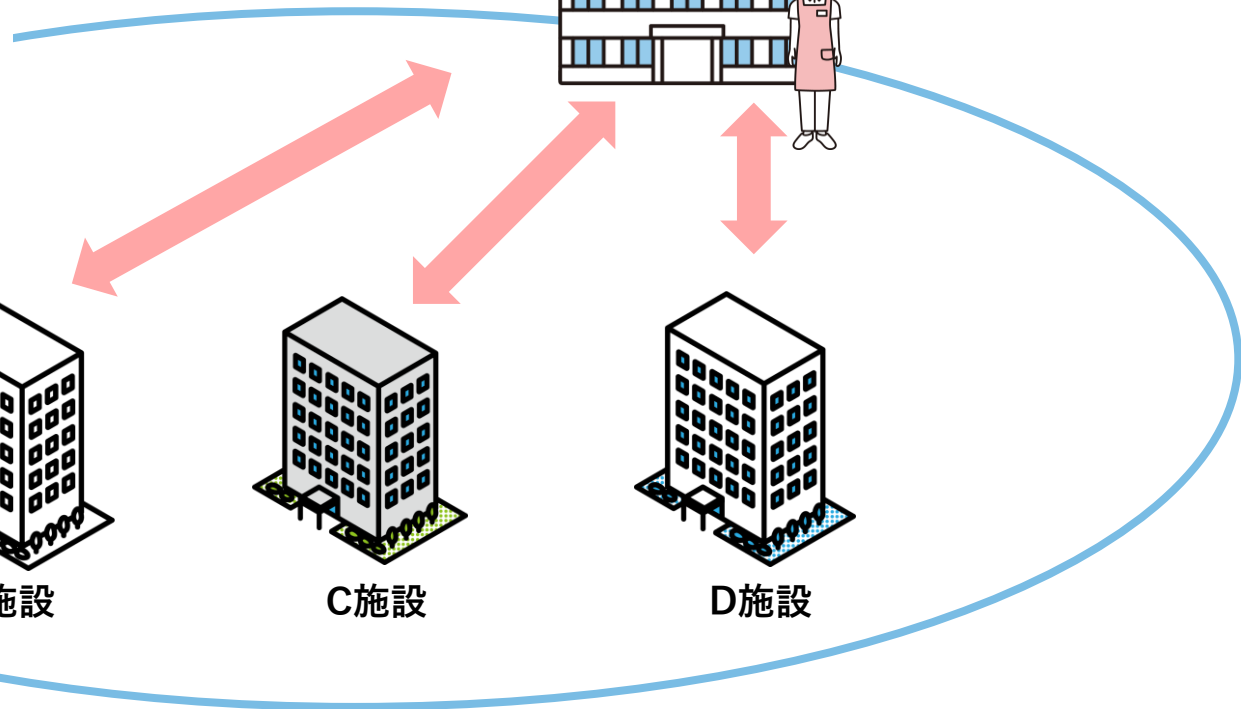
B施設



C施設



D施設



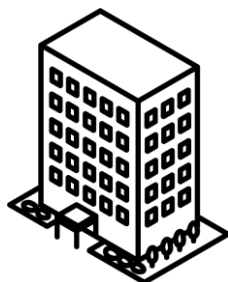
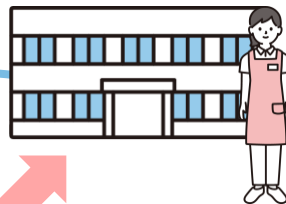
訪問介護（サービス提供について）



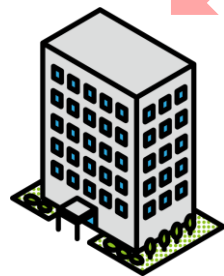
各施設等にサービス提供責任者等を
配置し、独自でサービス提供。

指定を受けた事業所の管理下でない。

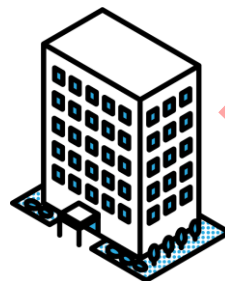
A訪問介護事業所



B施設



C施設



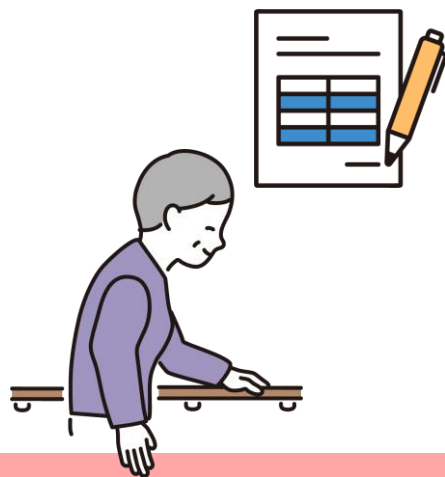
D施設



個別機能訓練加算について

機能訓練指導員等が…

- ・ 計画を共同して作成したことがわかること
- ・ 利用者の居宅を訪問したことがわかること
- ・ 計画の進捗説明、計画の見直し等がされていること等



運営指導等において確認します。
要件を満たしていることがわかるよう
記録と保管をお願いします。

短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護

生産性向上推進体制加算

(※Ⅱの要件は下記のうち一部)

(1)	委員会の開催
(2)	業務の効率化及びケアの質の確保並びに 職員の負担軽減に関する実績があること
(3)	介護機器を複数種類活用していること
(4)	委員会での検討、取組の実施及び当該 取組の実施を定期的に確認すること
(5)	事業年度ごとに(1)(3)及び(4) の取組実績を厚生労働省に報告すること

厚労省への報告

+

指定権者への報告

「委員会における検討状況を確認できるよう、委員会の議事概要を提出すること」

よくある質問

付表における「専従」と「兼務」の考え方について

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☐ 有	☐ 無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
	共生型サービスの該当有無		☐ 有	☐ 無
	○人員に関する基準の確認に必要な事項			
	従業者の職種・員数	訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)				
非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)				
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
添付書類	別添のとおり			

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

フリガナ	
氏 名	

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)	介護予防訪問介護相当サービス	緩和した基準による訪問型サービス	定率	定額
事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の職種との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
	○人員に関する基準の確認に必要な事項			
	従業者の職種・員数	訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
	常 勤(人)			
非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)				
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			
添付書類	別添のとおり			

