



令和8年度
甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設系サービス



—— 第1部 ——

- 01 火災予防対策について
- 02 長寿介護課より伝達事項
- 03 運営指導及びよくある指摘事項について
- 04 認知症対策について

休 憩

—— 第2部 ——

- 研修 感染症対策について
- 研修 虐待防止の取組について



火災予防対策について

～ 命を守るための日常の備え ～

甲府地区消防本部 査察課



社会福祉施設の特徴

身体機能や認知機能に制約のある方が利用する機会が多い。



社会福祉施設における重大な火災を経て

防火管理者



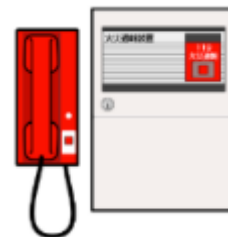
スプリンクラー設備



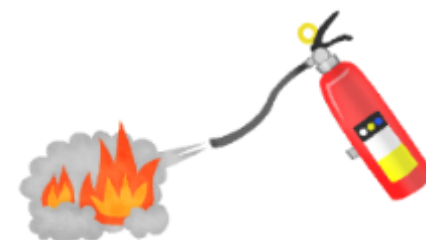
自動火災報知設備



消防機関へ通報する
火災報知設備



消火器



消防法令上の規制が強化



社会福祉施設の職員として

- ・ 火災発生の原因となる危険因子を事前に取り除くこと。
- ・ 火災が発生した場合を想定して、適切に対応できるように備えておくこと。
- ・ 消防用設備等が適切に作動するように管理すること。



消防法令上遵守すること

- 1 防火管理体制の確立
- 2 消防用設備等の維持管理
- 3 防災物品の管理

1 防火管理体制の確立 ～防火管理者の選任～

●防火管理者の選任が必要な施設

従業員+利用者 = 30人以上

※自力避難困難者が入居、宿泊する施設の場合は 10人以上

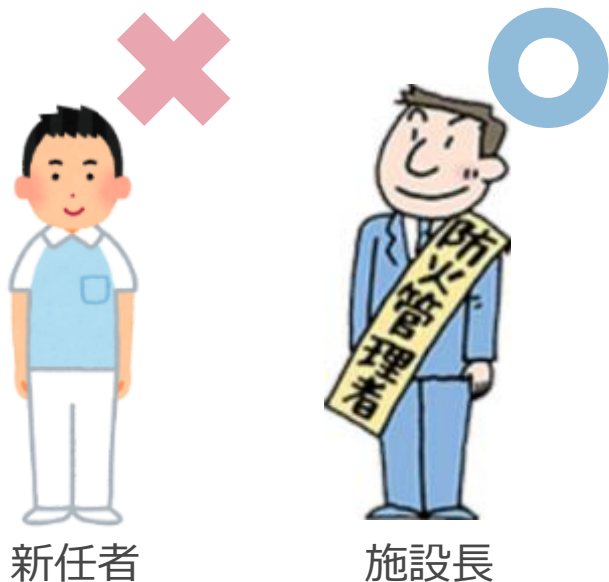
●防火管理者になるべき人

施設長など **管理監督ができる役職の人**

●防火管理者になるために必要なこと

防火管理講習の修了

※法令に定める経歴を持つ人は、講習の受講免除



1 防火管理体制の確立 ～消防計画の作成～

●消防計画の作成者

その施設の **防火管理者**が作成する。

●消防計画を作成する理由

火災の発生防止及び万が一発生した場合に**被害を最小限にする**ため。

●重要な事項

施設の実態に即した消防計画を作成し、**職員全員に役割を理解させる**こと。



1 防火管理体制の確立 ～消防訓練の実施～

● 消防訓練を要する施設及び実施回数

防火管理が必要な施設で **年2回以上**実施する。

● 消防訓練を実施する前に

管轄消防署に **訓練通知書を事前提出**する。

※当本部のホームページで書式をダウンロードできます。

● 消防訓練の実施方法

防火管理者が中心となって実施する。

※不安であれば、消防職員による現地指導も可能です。



1 防火管理体制の確立 ～消防訓練の実施～



1 防火管理体制の確立 ～消防訓練の実施～

●消火訓練



消火器の使い方

①安全ピンに指を掛け、上に引き抜く

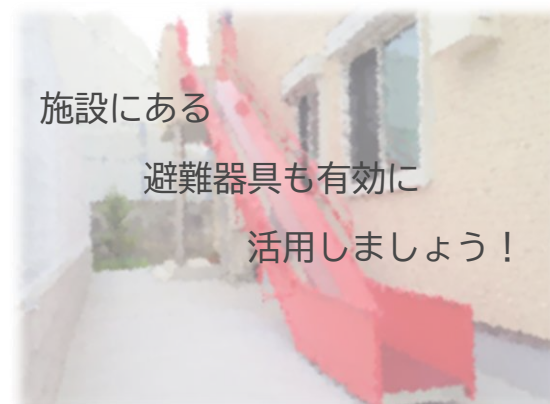
②ホースをはずして火元に向ける。

③レバーを強く握って噴射する。



1 防火管理体制の確立 ～消防訓練の実施～

●避難訓練



2 消防用設備等の維持管理 ～定期的な点検報告等～

消防用設備等の点検報告とは

その施設で設置義務がある消防用設備等について

6か月に1回点検し、1年に1回点検結果を消防署に報告するもの。



消防設備士など

2 消防用設備等の維持管理 ～日常的に確認できることの例～

●消火器（蓄圧式）の場合

✖ 見つけにくい場所に置かれてないか



圧力が緑のライン上にあるか



安全栓があるか



底部が腐食していないか



3 防災物品の管理

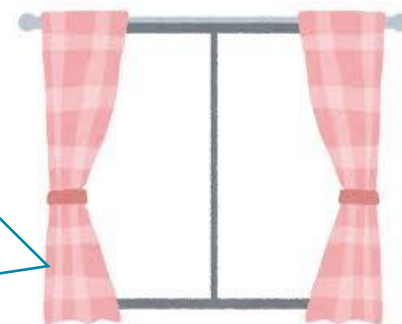
防災物品とは

主に「カーテン」や「じゅうたん」など、火災発生時に延焼拡大を助長させるものに対して、燃えにくい加工をしたものです。

社会福祉施設等のカーテン等は、**全て** この防災物品にする必要があります。



入居者が持ち込むものも
防災物品でなければなりません。



火災予防上普段から気を付けること

- 1 避難経路の管理
- 2 防火戸周囲の管理
- 3 火気の管理

1 避難経路の管理

階段や廊下などは、避難経路 となるため、
物置として使用しないでください。



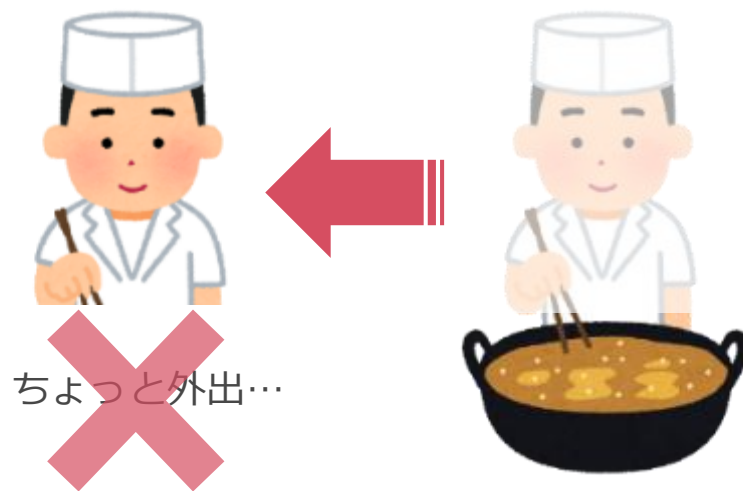
2 防火戸周囲の管理

防火戸は正常に閉まるように管理してください。



3 火気の管理

●調理室等



3 火気の管理

●暖房器具



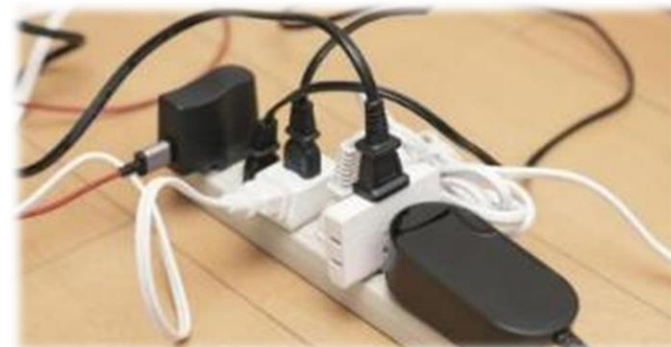
3 火気の管理

●喫煙



3 火気の管理

● その他



まとめ

火災予防対策として最も重要なことは

「やるべきことを普段から徹底して行う」

ことです。



ご清聴ありがとうございました。

勇気!



令和8年度
甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設サービス

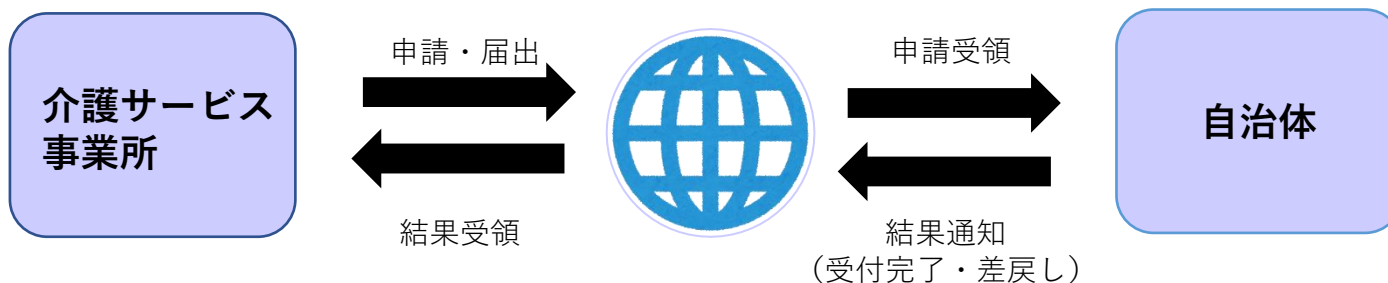
長寿介護課からの伝達事項

① 各種届出について

1 申請・届出の方法

甲府市では、介護サービスに係る指定及び報酬請求（加算届出を含む）に関連する申請・届出について、令和7年4月提出分より、原則「電子申請届出システム」を用いた提出としています。（やむを得ない事情がある場合は、紙による提出（持参・郵送）も受け付けています。）

電子申請届出システム（URL）：<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>



<市ホームページ>

ホーム>健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業に関すること>介護サービス事業に関する申請・届出等>電子申請について

★電子申請届出システムで提出可能な書類

| 電子申請可能な申請・届出の種類 | |
|-----------------|--------------|
| 1 | 指定申請（新規） |
| 2 | 指定更新申請 |
| 3 | 廃止・休止届 |
| 4 | 再開届 |
| 5 | 指定辞退届 |
| 6 | 指定を不要とする旨の届出 |
| 7 | 変更届 |
| 8 | 体制届（加算・減算等）* |



注意事項

※ 「電子申請届出システム」の利用には、法人・個人事業主向けの共通認証システムである「**GビスID**」を取得する必要があります。

未取得の法人・事業所については、アカウントの発行をお願いします。

※ 登記事項証明書の提出については、原本をスキャンし、PDFで添付するか、登記情報提供サービスを利用して提出してください。

* 処遇改善加算の計画書・実績報告書、通所介護・通所リハビリ事業所の算定区分確認表も電子申請可能です。

2 変更届

サービス種別ごとに作成してください。詳しくは市ホームページの「サービス別添付書類一覧表」をご確認ください。

なお、総合事業の指定も受けている場合は、様式が異なりますのでご注意ください。

| 提出書類 | 提出期限 | 提出部数 |
|--------------|---|------|
| ●変更届出書 | 変更があった日から10日以内 | 1部 |
| ●付表（該当サービス分） | ※期限を過ぎてから提出する場合は <u>遅延理由書（任意様式）</u> を添付し てください。 | |
| ●変更内容ごとの添付書類 | | |

<市ホームページ>

ホーム>健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業に関すること>介護サービス事業に関する申請・届出等>(該当サービス)>変更届

(1) 変更時に届出が必要となる事項

変更届出書（広域型サービスは別紙1 - 5、地域密着型サービスは別紙2 - 4）の変更があった事項をご確認ください。

別紙様式第一号(五)

変更届出書

令和 年 月 日

申請者 名称
甲府市長 殿 所在地
代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------|------------|-------|-------------|--|--------|--|------------|--|--------|--|-------------------------|--|-------------|--|------------------|--|-------------|--|----------------------|--|--------------------|--|---------|--|-------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|-------|------|--|---------------------|--|--------|--|----------------|--|--------|--|----------------------------------|--|-----------------|--|--------------|--|------------------------|--|----------|--|--------------------|--|
| 特定内容を変更した事業所等 | 介護福祉事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 法人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの概要 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>事業所〔施設〕の名称</td><td>〔変更時〕</td></tr> <tr><td>事業所〔施設〕の所在地</td><td></td></tr> <tr><td>申請者の名称</td><td></td></tr> <tr><td>またる申請所の所在地</td><td></td></tr> <tr><td>法人等の概要</td><td></td></tr> <tr><td>代表者〔員数等〕の氏名、生年月日、住所及び職名</td><td></td></tr> <tr><td>委託事業契約書・申込書</td><td></td></tr> <tr><td>〔当該事業に関するものに限る。〕</td><td></td></tr> <tr><td>民生型サービスの概要等</td><td></td></tr> <tr><td>事業所〔施設〕の設備の概要及び利用区域等</td><td></td></tr> <tr><td>備置〔計画〕書及び介護予防支援計画書</td><td></td></tr> <tr><td>就業書の概要等</td><td></td></tr> <tr><td>事業所〔施設〕の運営者の氏名、生年月日及び住所</td><td></td></tr> <tr><td>〔介護福祉施設数は、申請に準拠を要する。〕</td><td></td></tr> <tr><td>サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び職名</td><td>〔変更時〕</td></tr> <tr><td>運営経緯</td><td></td></tr> <tr><td>協力施設職員〔養護〕・協力密着施設職員</td><td></td></tr> <tr><td>事業所の概要</td><td></td></tr> <tr><td>提供する居宅介護支援等の概要</td><td></td></tr> <tr><td>事業実施概要</td><td></td></tr> <tr><td>〔本施設が特別養護老人ホームの場合の 施設型・併設型の図〕</td><td></td></tr> <tr><td>員数等、入所者又は入棟者の実数</td><td></td></tr> <tr><td>福祉用具の設置・請求方法</td><td></td></tr> <tr><td>〔委託している場合においては、委託先の状況〕</td><td></td></tr> <tr><td>施設職員の状況等</td><td></td></tr> <tr><td>介護支援専門員の氏名及びその登録番号</td><td></td></tr> </table> | | | 事業所〔施設〕の名称 | 〔変更時〕 | 事業所〔施設〕の所在地 | | 申請者の名称 | | またる申請所の所在地 | | 法人等の概要 | | 代表者〔員数等〕の氏名、生年月日、住所及び職名 | | 委託事業契約書・申込書 | | 〔当該事業に関するものに限る。〕 | | 民生型サービスの概要等 | | 事業所〔施設〕の設備の概要及び利用区域等 | | 備置〔計画〕書及び介護予防支援計画書 | | 就業書の概要等 | | 事業所〔施設〕の運営者の氏名、生年月日及び住所 | | 〔介護福祉施設数は、申請に準拠を要する。〕 | | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び職名 | 〔変更時〕 | 運営経緯 | | 協力施設職員〔養護〕・協力密着施設職員 | | 事業所の概要 | | 提供する居宅介護支援等の概要 | | 事業実施概要 | | 〔本施設が特別養護老人ホームの場合の 施設型・併設型の図〕 | | 員数等、入所者又は入棟者の実数 | | 福祉用具の設置・請求方法 | | 〔委託している場合においては、委託先の状況〕 | | 施設職員の状況等 | | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 事業所〔施設〕の名称 | 〔変更時〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所〔施設〕の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| またる申請所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人等の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者〔員数等〕の氏名、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委託事業契約書・申込書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔当該事業に関するものに限る。〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 民生型サービスの概要等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所〔施設〕の設備の概要及び利用区域等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備置〔計画〕書及び介護予防支援計画書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就業書の概要等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所〔施設〕の運営者の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔介護福祉施設数は、申請に準拠を要する。〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び職名 | 〔変更時〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運営経緯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力施設職員〔養護〕・協力密着施設職員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提供する居宅介護支援等の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業実施概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔本施設が特別養護老人ホームの場合の 施設型・併設型の図〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 員数等、入所者又は入棟者の実数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の設置・請求方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔委託している場合においては、委託先の状況〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設職員の状況等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請用出システムを利用する際は、「サービスの概要」に該当する内容に変更前と変更後の内容を記入し、それ以外の欄は変更前と変更後の内容を、「変更の内容」の「変更時」欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

3 廃止・休止・再開届

| | 提出書類 | 提出期限 | 提出部数 |
|----|--|---------------------------------|------|
| 廃止 | ●廃止・休止届出書 | 廃止する日の1月前 | 1部 |
| 休止 | ●廃止・休止届出書 ※休止期間は6か月まで (届出の提出により指定有効期限までは延長可) | 休止する日の1月前 | 1部 |
| 再開 | ●再開届出書 ●付表 (該当サービス分) ●従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ●従業者の資格者証の写し ●介護給付費算定に係る届出書 ●介護給付費算定に係る体制状況等一覧表 | 再開した日から10日以内 ※再開前に必ずご相談ください。 | 1部 |

<市ホームページ>

ホーム>健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業に関する事>介護サービス事業に関する申請・届出等>(該当サービス)>廃止・休止届、再開届

4 加算・減算に関する届出

サービス種別及び申請する加算等ごとに提出書類が異なります。詳しくは市ホームページの「各サービス別添付書類一覧表」をご確認ください。

| | 提出書類 | 提出期限 | 提出部数 |
|------|------------------------|--|------|
| 新規算定 | ● 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | 【居宅系】 算定を開始する月の 前月15日 【入所系】 算定月の初日 | 1部 |
| 区分変更 | ● 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | | |
| 取り下げ | ● 添付書類 | | |

<市ホームページ>

ホーム>健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業に関する事>介護サービス事業に関する申請・届出等>(該当サービス)>介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

5 介護職員等処遇改善加算

| 提出書類 | 提出期限 |
|--|---|
| 処遇改善計画書 | 4月15日（6月1日から算定を開始する事業所のみ運営している法人は6月15日まで） ※年度の途中で算定を開始する場合は、算定を開始する月の <u>前々月の末日</u> までに提出してください。 |
| 体制届出（体制等状況一覧表） ※新規、区分変更、算定終了の場合のみ提出 | 4月15日（6月1日から算定を開始（変更）する事業所は6月15日まで） ※年度の途中で算定開始する場合は、体制届の提出期限（前ページ）までに提出してください。 |
| 実績報告書 | 7月31日 ※最終の加算の支払いがあった月の <u>翌々月の末日</u> までに提出してください。当該年度中に廃止した事業所も提出が必要です。 |



留意事項

- ☆ 処遇改善加算は必ず計画書で届け出た賃金改善期間内に払い切ってください。
- ☆ 実績報告書を提出しない場合は、加算の算定要件を満たしていない不正請求として全額返還となります。
- ☆ 市外でも事業所を運営している事業者は、甲府市のほか都道府県等（各指定権者）への届出が必要です。

6 業務管理体制の整備に関する届出

事業者が整備すべき業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められています。

| | | | |
|--------|------------|------------|------------------|
| 整備の内容 | | 法令遵守規定の整備 | 業務執行状況の監査を定期的に実施 |
| | 法令遵守責任者の選任 | 法令遵守責任者の選任 | 法令遵守規定の整備 |
| | | | 法令遵守責任者の選任 |
| 事業所等の数 | 1以上20未満 | 20以上100未満 | 100以上 |

注) 事業所等の数には、介護予防及び介護予防支援事業所を含みますが、みなし事業所（病院等が行う居宅療養管理指導、訪問看護、訪問・通所リハビリテーションであって、健康保険法の指定があった時に介護保険法の指定があったものとみなされる事業所）は除いてください。

(1) 届出事由・様式

| 事由 | 様式 |
|--|-------|
| 業務管理体制の整備に関して届け出るとき | 第1号様式 |
| 事業所等の指定等により事業展開地域が変わり届出先区分の変更が生じたとき 注) 紙による提出の場合、変更前と変更後の双方の行政機関に届け出る必要があります。 | 第1号様式 |
| 届出事項に変更があったとき | 第2号様式 |

(2) 届出書の提出先

| 区分 | 提出先 |
|---|-----------------------|
| 事業所等が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 | 厚生労働大臣 |
| 事業所等が2以上の都道府県の区域に所在し、かつ2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事 |
| 全ての事業所等が1の都道府県の区域に所在する事業者 | 都道府県知事 |
| 全ての事業所等が1の指定都市の区域に所在する事業者 | 指定都市の長 |
| 全ての事業所等が1の中核市の区域に所在する事業者 | 中核市の長 |
| 地域密着型サービス(予防含む)のみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者 | 市町村長 |

(3) 届出事務の電子化

行政手続きの簡素化及び効率化の推進の観点から、厚生労働省において「業務管理体制の整備に関する届出システム」が構築され、電子申請等による届出が可能となりました。

※指定等に関する届出を行う「電子申請届出システム」とはシステムが異なりますのでご注意ください。

届出システムのURL：<https://www.laicomea.org/laicomea/>

注意事項

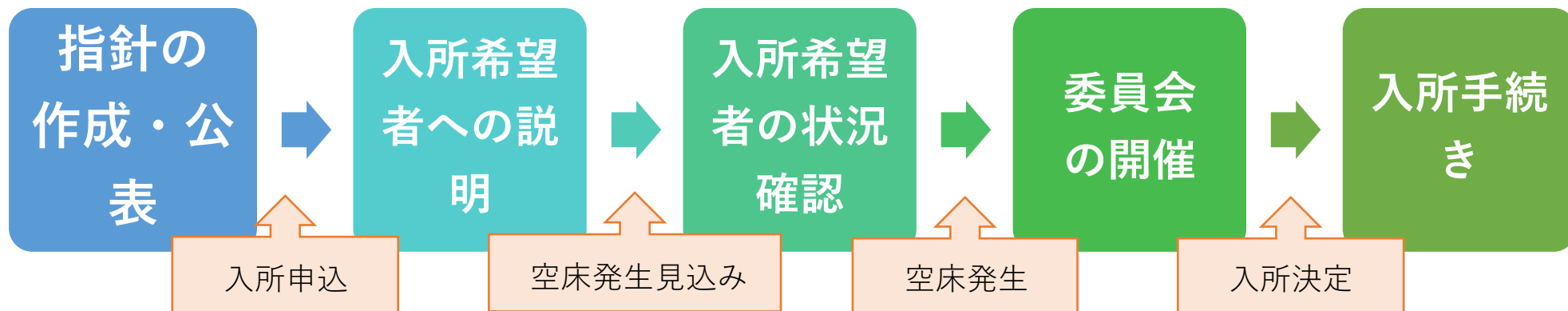
- ☆ 業務管理体制に係る届出は**法人単位**での提出となります。事業所ごとに提出する必要はありません。
- ☆ 届出先区分の変更を届出システムにより行う場合は、一度の届出で変更前と変更後の双方の行政機関に情報が伝達されます。

<市ホームページ>

ホーム>健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援総合事業に関すること>介護サービス事業に関する申請・届出等>(該当サービス)>業務管理体制に係る届出書

7 介護老人福祉施設等の入所について

介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の入所については、指針の作成・公表や委員会の開催等を行う必要があります。



注意事項

- 入所希望者へは指針の内容や審査基準等を必ず説明してください。
- 入所検討委員会は以下の委員で構成してください。
 - 施設関係者 ⇒施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、介護支援専門員等
 - 施設関係者以外⇒保険者や地域の福祉関係者等
- 要介護1、2の方を対象とした優先入所や特例入所を行おうとする場合は、入所検討委員会の開催前に保険者（甲府市）への意見聴取が必要となります。

② R8改定事項と経過措置事項について

1 令和8年度介護報酬改定の改定事項

1

介護職員等処遇改善加算の拡充

全サービス

2

やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い

全サービス

3

協力医療機関連携加算に係る要件変更

(地域密着型) 介護老人福祉施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護


4

基準費用額（食費）の見直し

(地域密着型) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護

(1) 介護職員等処遇改善加算の拡充（令和8年6月～）

【主な改定事項】

- ①対象サービスの拡大**
 - ②対象職種の拡大**
 - ③加算区分の追加と加算率の引き上げ**
 - ④令和8年度特例要件の追加**
- 

①対象サービスの拡大

新たに（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援が対象

②対象職種の拡大

対象が介護職員から介護従事者に拡大
（例）ケアマネジャー、看護師、事務職員等

③加算区分の追加と加算率の引き上げ

従来の加算Ⅰ・Ⅱが、生産性向上の取組状況に応じて、さらに2段階に分かれます。

- ・ 加算Ⅰ・Ⅱ（イ）：従来の要件を満たす区分
- ・ 加算Ⅰ・Ⅱ（ロ）：「令和8年度特例要件」を満たす上位区分

(参考) サービス別加算率

| サービス区分 | 介護職員等処遇改善加算 | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Ⅰ | | Ⅱ | | Ⅲ | Ⅳ |
| | Ⅰイ | Ⅰロ | Ⅱイ | Ⅱロ | | |
| 訪問介護 | 27.0% | 28.7% | 24.9% | 26.6% | 20.7% | 17.0% |
| 夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 26.7% | 27.8% | 24.6% | 25.7% | 20.4% | 16.7% |
| 訪問入浴介護★ | 12.2% | 13.3% | 11.6% | 12.7% | 10.1% | 8.5% |
| 通所介護 | 11.1% | 12.0% | 10.9% | 11.8% | 9.9% | 8.3% |
| 地域密着型通所介護 | 11.7% | 12.7% | 11.5% | 12.5% | 10.5% | 8.9% |
| 通所リハビリテーション★ | 10.3% | 11.1% | 10.0% | 10.8% | 8.3% | 7.0% |
| 特定施設入居者生活介護★・地域密着型特定施設入居者生活介護 | 14.8% | 15.9% | 14.2% | 15.3% | 13.0% | 10.8% |
| 認知症対応型通所介護★ | 21.6% | 23.6% | 20.9% | 22.9% | 18.5% | 15.7% |
| 小規模多機能型居宅介護★ | 17.1% | 18.6% | 16.8% | 18.3% | 15.6% | 12.8% |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 16.8% | 17.7% | 16.5% | 17.4% | 15.3% | 12.5% |
| 認知症対応型共同生活介護★ | 21.0% | 22.8% | 20.2% | 22.0% | 17.9% | 14.9% |
| 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護★ | 16.3% | 17.6% | 15.9% | 17.2% | 13.6% | 11.3% |
| 介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護老人保健施設）★ | 9.0% | 9.7% | 8.6% | 9.3% | 6.9% | 5.9% |
| 介護医療院・短期入所療養介護（介護医療院）★・短期入所療養介護（病院等）★ | 6.2% | 6.6% | 5.8% | 6.2% | 4.7% | 4.0% |
| サービス区分 | 介護職員等処遇改善加算（新設） | | | | | |
| 訪問看護★ | 1.8% | | | | | |
| 訪問リハビリテーション★ | 1.5% | | | | | |
| 居宅介護支援・介護予防支援 | 2.1% | | | | | |

④令和8年度特例要件の追加

生産性向上や協働化に係る取組として以下のいずれかの取組を行っていること。

ア) 訪問、通所系サービス、居宅介護支援事業所等

⇒ケアプランデータ連携システムを利用していること

イ) 施設系サービス等

⇒生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを算定していること

(2) やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い（令和8年6月～）

- ・ やむを得ない事情によって、人員基準上必要とされる数から1割以内で減少した場合で、次の4つの条件全てに該当するときは、1年に1回に限り、人員欠如が生じた日の属する月の翌々月までの間、減算の適用を猶予する。

①条件

- ア) 公共職業安定所や福祉人材センター等の無料職業紹介事業を活用して、求人を行っていること。
- イ) 民間職業紹介事業者を利用して求人を行う場合は、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。
- ウ) アに該当する場合においても、事業所のホームページで求人情報を公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。
- エ) 一部の職員へ負担が集中しないよう、職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

②手続き

【必要書類】

1. やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類
2. 提出時点で有効な求人票の写し

【申請期限】

人員基準欠如が生じた日の属する月の翌月まで

(3) 協力医療機関連携加算に係る要件変更 (令和8年6月～)

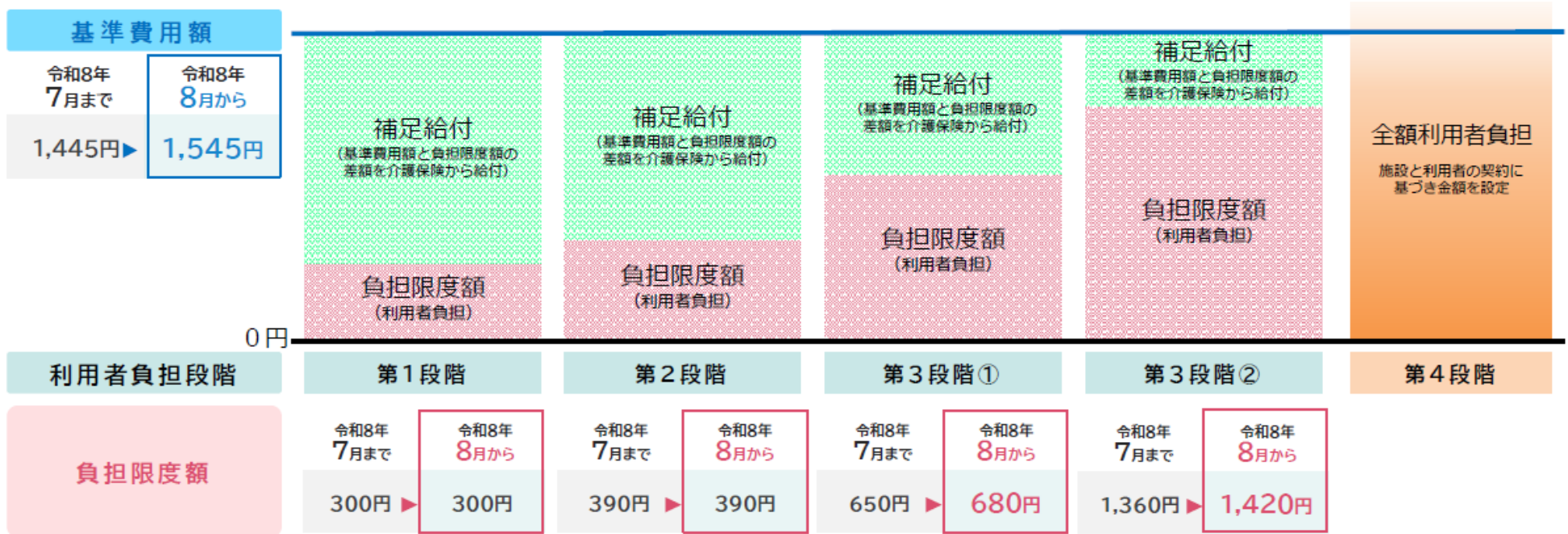
- ・ 定期的に開催する会議の頻度を原則年3回以上に変更する。
以下の条件のいずれかに当てはまる場合には年1回以上となる。

- ア) 電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されていること。
- イ) 入居者が年2回以上、当該協力医療機関に入院していること。
- ウ) 入居者に対して、当該協力医療機関が年2回以上往診を行っていること。
- ※イ) ウ) においては、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、入居者の急変時の対応方針、診療、入院や往診依頼時の連絡方法等について情報共有が行われていること。

(4) 基準費用額（食費）の見直し（令和8年8月～）

- ・ 近年の食材料費の高騰等を踏まえ、令和8年8月より、基準費用額（食費）を100円/日引き上げる。
- ・ 負担限度額（食費）について、令和8年8月より、利用者負担第3段階①の利用者は30円/日、第3段階②の利用者は60円/日引き上げる。

(参考) 基準費用額 (食費) の見直しについて



2 経過措置となっている事項（介護予防サービスを含む）

1 □ 口腔衛生管理の強化

特定施設入居者
生活介護

2 協力医療機関との 連携体制の構築

（地域密着型）介護
老人福祉施設、介
護老人保健施設、
介護医療院

3 利用者の安全並びに介護サービス の質の確保及び職員の負担軽減に 資する方策を検討する委員会の設 置

全サービス

(1) 口腔衛生管理の強化

((地域密着型) 特定施設入居者生活介護)

口腔衛生管理加算が廃止となり、全ての特定施設入居者生活介護において、同加算の算定要件の取組を一部緩和したうえで、基本サービスとして行わなければなりません。

(令和9年4月1日から適用)

(2) 協力医療機関との連携体制の構築

((地域密着型) 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)

以下の要件を満たす協力医療機関(3については病院に限ります。)を定めなければなりません。

1. 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
2. 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
3. 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

(令和9年4月1日から適用)

(3) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会の設置（全サービス）

現場における課題を抽出及び分析した上で事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置しなければなりません。

（令和9年4月1日から適用）

③ 事故報告について

1 報告の範囲

(1) サービス提供中のケガ等又は死亡事故

死亡、転倒、転落、異食、誤嚥・窒息、溺水、医療処置関連（チューブ抜去等）、誤薬、与薬もれ、交通事故、福祉用具不良、介護ミス、暴力行為、原因不明

(2) 従業者の法令違反・不祥事等

サービス提供に関連して発生したものであって、利用者に損害を与えたもの

（例）利用者の個人情報の紛失、預り金の紛失・横領、FAXの誤送信、郵送書類の誤送付、送迎時の利用者宅の家屋等の損壊、飲酒運転

(3) 食中毒、感染症の発生

注）法令に定めがある場合は、保健所にも報告すること。

(4) その他

離設（徘徊、行方不明）

【留意事項】

- 「サービスの提供中」には送迎・通院等の間も含みます。在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間（サービス終了後に送迎を待っている間を含む）は「サービスの提供中」に含むものとします。ただし、利用者が乗車していない場合は除きます。
- ケガの程度は、医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受けたものを原則とします。
- 事業者側の過失の有無は問いません。利用者の自己過失によるケガであっても、医療機関で受診した場合は報告してください。
- 死亡については、死因が老衰、病死等主に加齢を原因とするもの以外は報告してください。
- 利用者が事故によるケガが原因で後日死亡した場合は、速やかに報告書を再提出してください。
- 従業者の直接行為が原因で生じた事故及び介助中に生じた事故のうち、利用者の生命又は身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明、事件性の疑いがあるものを含む）については、管轄の警察署にも連絡してください。

2 報告様式

様式1の1（鑑） 及び **様式1の2（報告書）** を市ホームページからダウンロードしてお使いください。

※令和7年4月より新様式に変更しております。

【掲載場所】 健康・福祉・子育て>福祉>介護保険>事業者のみなさまへ>介護保険、介護予防・日常生活支援
総合事業に関すること>事故報告書

3 報告書作成の注意点

- ▶ 事業所の概要（事業所名、電話番号、サービス種類等）は正確に記載してください。
- ▶ 事故の発生日時が発見日時となっていないか確認してください。
- ▶ 事故の内容は、事故発生から受診までの経緯を記載してください。
- ▶ 骨折や外傷等の部位（正式な診断名）を必ず記載してください。
- ▶ 医療保険名や損害賠償等の有無も漏れなく記載してください。
- ▶ 事故の原因分析や再発防止策は具体的な内容を記載してください。

4 提出方法

| | |
|-------|---|
| 電子メール | 長寿介護課アドレス kaigohoken@city.kofu.lg.jp ※件名は 【事故報告書】 ○○○○○ (←事業所名) としてください。 |
| 郵送 | 〒400-8585 甲府市丸の内1-18-1 甲府市長寿介護課 経営係あて |
| 窓口持参 | 本庁舎2階 ③番 長寿介護課 |

☆ 介護サービス提供中の事故に関し、利用者家族からの事故報告書の開示請求が増えています。

利用者家族に報告する際は、丁寧な説明に努めてください。

④ 運営推進会議について

(介護・医療連携推進会議)

1 趣旨

地域密着型サービス事業者が、利用者の家族や地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものです。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては「介護・医療連携推進会議」として、地域における介護及び医療に関する課題について関係者が情報共有を行い、介護と医療の連携を図ることも目的としています。

2 会議の構成員について

次の区分から最低1名を選任してください。

● **利用者**

● **利用者の家族**

● **地域住民の代表者**

(例) 自治会役員、民生委員、老人クラブの代表者等

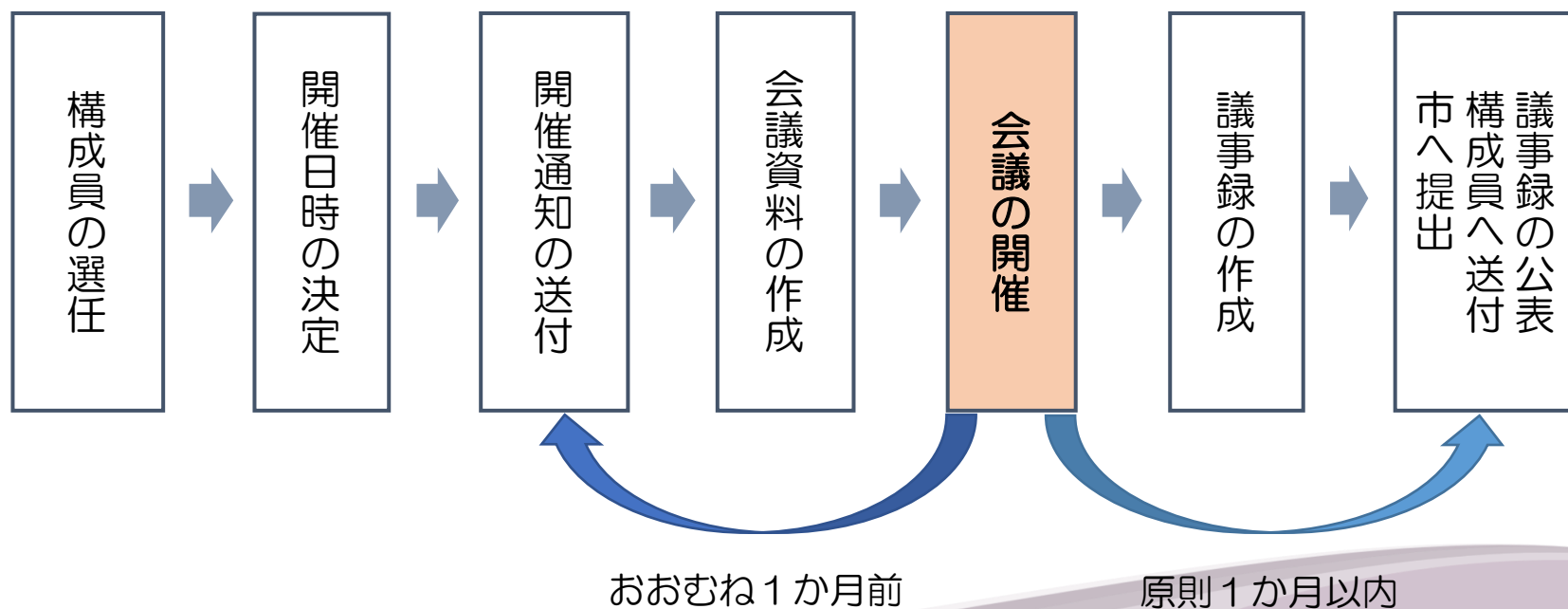
● **地域包括支援センターの職員**

● **知見を有する者**

(例) 高齢者福祉や介護保険制度等に関する学識経験者・教育者
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等
同種事業の他事業所の職員
高齢者福祉・介護関係の行政実務経験者（市の現職員を除く）

● **地域の医療関係者（介護・医療連携推進会議のみ）**

3 会議開催までの流れ（集合形式又はオンライン形式）



4 会議の開催回数について

| おおむね 6 か月に 1 回以上 | おおむね 2 か月に 1 回以上 |
|---|--|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 認知症対応型通所介護 地域密着型通所介護 | 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |

☆ 合同開催について

次の要件を満たす場合に複数の事業所での合同開催を認めています。

- ① 利用者および利用者家族について匿名にするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- ③ 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。
- ④ 外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

| ①～④の要件 | ①～③の要件 | ①・②の要件 |
|--|--|-------------------------|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 | 地域密着型特定施設入所者生活介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 |

5 議題について

必須

- **運営方針関連**

(例) 運営方針の実施状況の報告・評価（毎回若しくは定期的）

- **活動状況の報告・評価関連**

(例) サービスの提供内容に対する評価及び要望・助言等（毎回若しくは定期的）
事故・ヒヤリハット事例及び改善取り組みの評価及び要望・助言等（定期的）

- **介護保険外サービスの費用負担関連**

(例) 介護保険外の費用の収受・支払い状況の報告及び評価（定期的）

- **地域における介護・医療に関する課題（介護・医療連携推進会議のみ）**

その他

- **従業員の資質向上関連**

(例) 従業員の各種研修受講の状況の報告及び評価（定期的）

- **事業所運営に係る報告**

(例) 利用者数、新規入居者・退去者数等

- **その他**

(例) 地域住民が参加する事業者主催の催しの提案・企画

6 議事録の作成・公表・保管について

基準条例において、以下のことが義務付けられています。

- **活動状況の報告内容、評価、要望、助言等について、議事録を作成すること。**
構成員等の発言内容を含む会議の内容が分かるように記録してください。
- **議事の概要を公表すること。**
事業所の窓口にファイリングして設置する、ホームページに掲載する等してください。
公表にあたっては、利用者及び家族の個人情報の保護に配慮してください。
- **毎会議開催後、議事録を市へ提出すること。**
会議開催後1か月以内に会議資料を添付して、長寿介護課経営係に提出してください。
- **議事録は、開催日の翌日から起算して5年間（60か月）は保存すること。**

7 外部評価について

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護

自己評価を行い、運営推進会議（介護・医療連携推進会議）に報告した上で公表してください。

注） 運営推進会議を活用して外部評価を行う場合は、

- ① 地域包括支援センター職員、サービスや評価について知見を有し公正・中立な立場にある第三者（事業所 団体関係者、学識経験者、外部評価調査員研修修了者等）の参加が必要です。
- ② 外部評価実施回数軽減の継続年数には算入できません。

⑤ 介護サービス相談員派遣事業



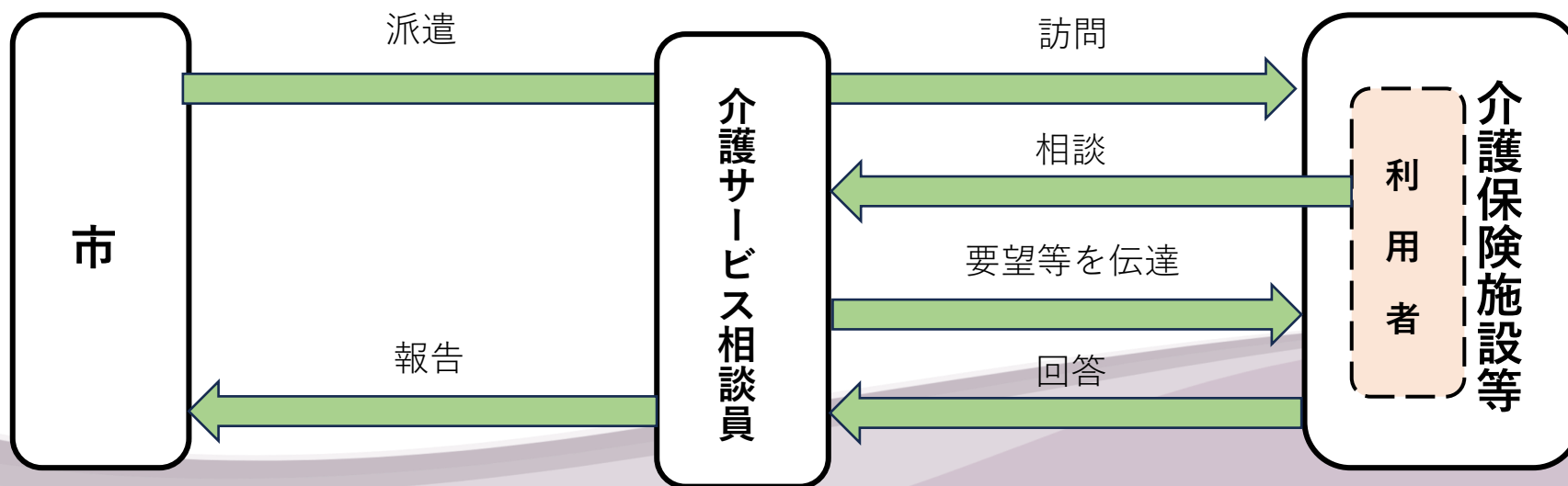
1 趣旨

介護サービス相談員が、介護サービス施設や事業所、住宅型有料老人ホームを訪問し、利用者の疑問や不満、不安を受け付け、介護サービス提供事業者等と行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上及び利用者の自立した日常生活の実現を図ることを目的とします。

2 介護保険制度における位置付け

地域支援事業の任意事業（介護サービスの質の向上に資する事業）として実施しています。

訪問にあたっては、事前に訪問日程表をメールで送付いたします。



3 甲府市の取組状況

地域密着型サービスの居住系の施設（地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、認知症対応型共同生活介護）、介護老人福祉施設、広域特定施設、住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅に介護相談員1名を派遣しています。

| | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | R7 |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 訪問事業所数 | 56 | 56 | 75 | 97 | 97 | 95 | 96 |
| 訪問延べ回数 (回) | 319 | 115 | 159 | 212 | 320 | 353 | 345 |
| 相談件数(件) | 479 | 227 | 303 | 391 | 571 | 661 | 648 |

⑥ 問い合わせの多い事項

1. 各種届出について

・変更届の提出が10日を超えた場合

変更届の提出が10日を超えてしまった場合は、変更届出書と併せて遅延理由書（任意様式）の提出が必要です。

・変更届出書の付表の添付忘れについて

いずれのサービスのいかなる変更内容であっても、添付が必要です。

※電子申請の場合は、付表の作成は不要です。

・介護予防または総合事業（介護予防相当サービス）の指定を受けている場合

介護予防の指定を併せて受けている事業所の届出は1枚のみで結構ですが、「サービスの種類」の欄に【（介護予防）訪問看護】のように記載してください。

なお、訪問介護及び（地域密着型）通所介護を行っている事業所で、介護予防・日常生活支援総合事業の指定を併せて受けている場合は、様式が異なり、2枚提出が必要となりますのでご注意ください。

・加算届の体制等状況一覧表の添付忘れについて

いずれの加算に関する届出をする場合にも体制状況一覧表は必ず併せて提出してください。

・体制届の特記事項に記載がない

体制届の特記事項（変更前・変更後）に記載がない場合は、変更することができません。変更内容は必ずこの欄に記載をお願いします。

・加算届の提出が遅れた場合

加算届を遅れて提出することはできません。必ず提出期限を守るようにしてください。

・勤務形態一覧表のシフト記号表の添付がない。

勤務形態一覧表を提出する際には、必ずシフト記号表を添付してください。

勤務形態一覧表は常勤換算等の計算が記載されている標準様式の使用をお願いいたします。

2. 電子申請について

- ・**サービス分類選択で基準該当を選択しないでください。**

甲府市では基準該当の指定はありません。必ず、居宅施設、地域密着型、総合事業から選択してください。

- ・**変更届出の変更事項の入力について**

付表入力画面において、「変更前の内容（添付ファイル等）」欄と「変更後の内容（添付ファイル等）」欄に変更前の内容と変更後の内容を入力してください。

- ・**登記事項証明書の提出について**

PDF化した登記事項証明書（履歴事項全部証明書）を添付するか、登記情報提供サービスを利用し提供してください。

- ・**暴力団関係者ではない旨の誓約書の提出について**

押印が必要な書類ですので、押印したものをスキャンする等でデータ化し添付してください。また、役員等一覧に管理者も入力する必要がありますので、必ず入力してください。

3. 人員基準について

- ・**事業所職員の雇用形態により「常勤」「非常勤」が変わるのか**

雇用契約では判断せず、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）に達している職員を「常勤」として扱います。

- ・**新規入職者の資格要件について**

新たに採用した従業者は、採用後1年以内に資格（認知症介護基礎研修）を取得する必要があります。

- ・**複数の職種を兼務する場合の勤務形態一覧表について**

職員が複数の職種を兼務する場合には、行を2つに分け、該当の職種の勤務時間を記載してください。

4. 運営推進会議について

・運営推進会議を書面開催で実施している

地域密着型サービス事業所の運営推進会議の対応については、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、特例として書面開催を認めていましたが、厚生労働省からの事務連絡（令和5年5月1日付）に基づき、令和5年7月以降の開催については、書面開催による実施は認めず、集合形式もしくはオンライン形式で行うこととしています。

・認知症対応型共同生活介護の運営推進会議を包括職員不在で開催している

「山梨県地域密着型サービス外部評価実施要項」において、運営推進会議への地域包括支援センターの職員の出席が外部評価回数軽減の必須要件となっていますので、運営推進会議の開催に当たっては、事前に包括支援センターと日程調整をしてください。

5. 事故報告書について

・事故報告の提出に時間がかかる場合

事故発生後5日以内に、原則、電子メールで第一報を提出し、事故処理の区切りがついた段階で最終報告をしてください。

※第1報については、電話での報告が可能です。ただし、FAXによる報告は受け付けませんので、ご注意ください。

・事故報告書の様式1-1が添付されていない。

事故報告書は必ず様式1-1、1-2を併せて提出してください。

・市への事故報告書の提出は行ったが、家族へ報告をしていない

事業者等は、事故が発生した場合、被保険者の属する保険者（市町村）と被保険者及びその家族に報告する必要があります。

・報告段階（第一報、最終報告等）が正しく選択されていない


最終報告を第一報にチェックをつけたまま提出するケースが散見されます。

軽度の事故で第一報＝最終報告となる場合は、最終報告にチェックをしてください。

⑦ 転入時の地域密着型サービスの利用について

他市区町村からの転入者については、下記のサービスを利用する場合には、甲府市の被保険者となってから3か月経過する必要があります。

【対象サービス】

- 1.認知症対応型共同生活介護
 - 2.地域密着型特定施設入居者生活介護
 - 3.地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 

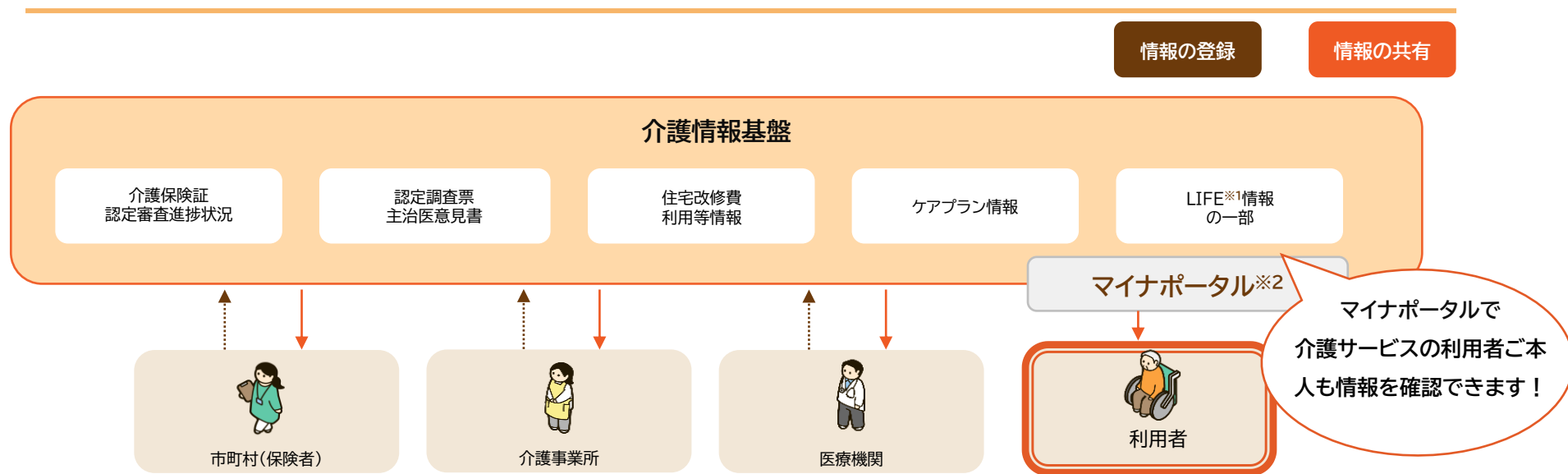
⑧ 介護基盤整備について

介護情報基盤の運用に関するご案内

令和8年4月1日から介護情報基盤の運用が開始しました。

介護情報基盤とは、市民の介護サービス利用に関する情報をひとつに集約し、同意に基づいて介護サービス提供に関わる関係者の中で共有する仕組みです。

介護情報基盤によって共有される情報と関係者



※1)LIFE

介護事業所が、介護サービス利用者の状態や、行っているケアの計画・内容などを一定の様式で提出することで、入力内容が集計・分析され、当該事業所や利用者にはフィードバックされる情報システムです。

※2)マイナポータル

個人向け行政サービスのオンライン窓口であり、マイナンバーカードを利用して、手続きや本人情報の確認などの行政サービスを利用できます。

介護情報基盤によってできること

スムーズな情報の管理

健康保険証などと同様に、マイナポータル上でご自身の介護保険証などの情報を確認できるようになります。



安心感

介護保険証や介護保険に関する書類などの紛失の心配が減り、災害や緊急時においても安心です。



より良いサービスの利用

介護事業所と市町村との間や、介護事業所間での情報のやりとりにより、より質の向上した介護サービスが利用できます。また、自身の介護情報に合わせて、主体的にサービスを選択できます。



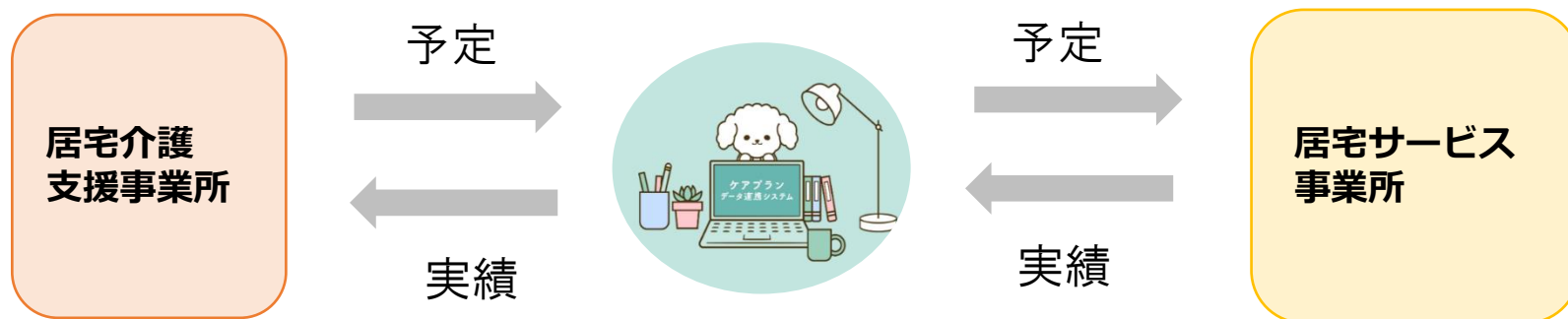
介護情報基盤を整備するにあたってのお願い

- 要介護認定申請(新規・更新・区分変更)時に、介護情報基盤を利用した情報共有を行うことに同意いただける方には、申請書において同意をいただきます。※同意しないこともできますし、一度同意した場合でも撤回は可能です。
- 申請書で同意をいただいていない場合には、居宅介護支援事業所などで同意をいただくこともあります。
- 利用する介護事業所において、介護情報基盤を利用して最初に情報を閲覧する際に、マイナンバーカードまたは介護保険証が必要になります。 ※マイナンバーカードまたは介護保険証を用いて本人確認を行います。 (厚生労働省資料より抜粋)

⑨ その他

1. ケアプランデータ連携システムについて

「ケアプランデータ連携システム」とは、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所とのケアプランのやりとりをオンラインで完結できる仕組みです。



ケアプランデータ連携システムサポートサイト：<https://www.careplan-renkei-support.jp/>

(1) ケアプランデータ連携システムのメリット

1

かんたん

ファイルをドラッグ&ドロップするだけで準備が完了。
郵送やFAXの送付の手間が省けます。

2

あんしん

記載ミスや書類不備が減り、手戻りが大幅に減少します。

3

さくげん

やりとりにかかる業務時間を 約 1/3 に抑えられる研究結果があります。
費用については、一月あたり1,750円の投資で年間約80万円の削減が見込めます。

(2) フリーパスキャンペーンの実施について

【キャンペーン申請期間】 介護保険資格確認等WEBサービスとの統合日
(2026年度下期予定)

※無料で利用できる期間は、申請した日から1年間です。

- ◎通常年間21,000円かかるライセンス料金を、1年間無料でお使いいただけます。
- ◎すべての介護事業所が対象となります。

システムの導入を検討している事業所は、この機会にぜひご利用ください。

2 介護事務アシスト促進事業

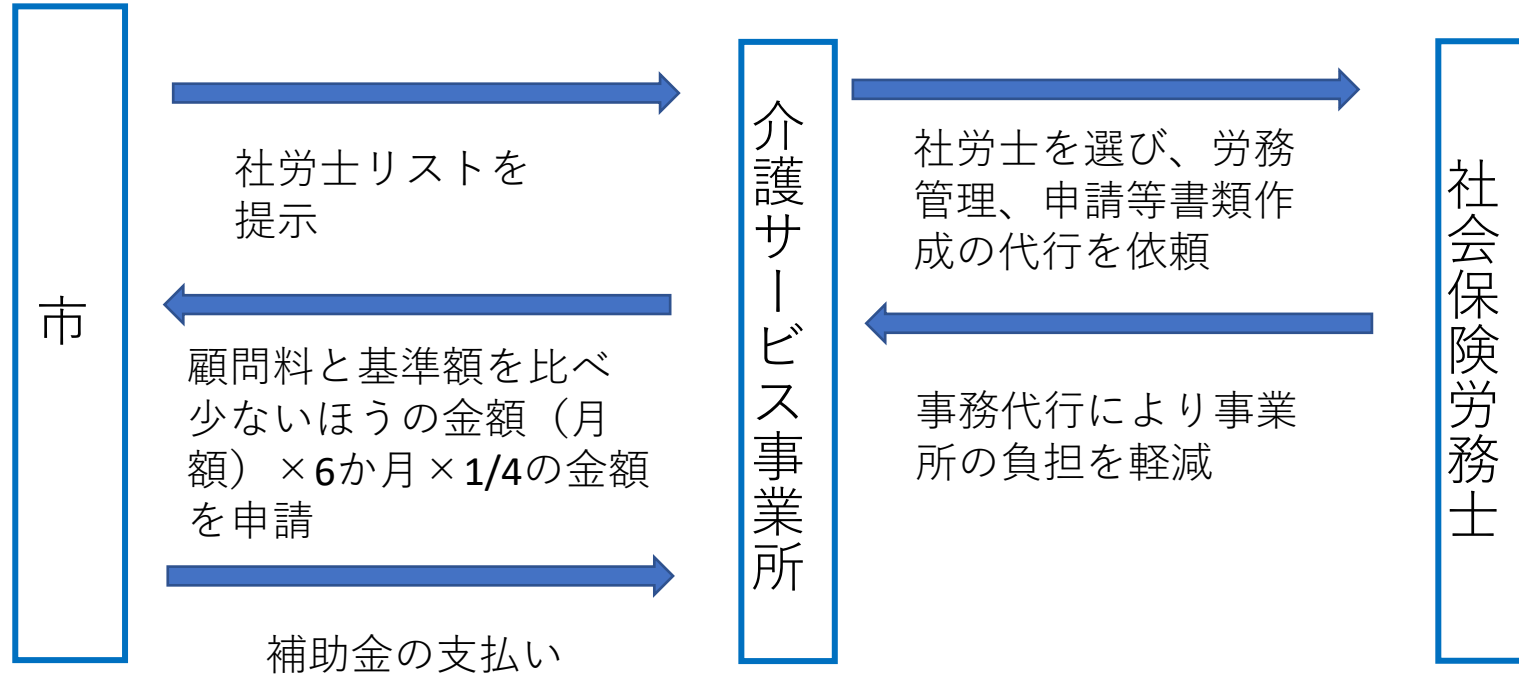
介護従事者の事務負担を軽減するため、事務員の配置がない事業所が
新たに社会保険労務士に業務を委託する費用の一部を助成します。

【対象サービス】 全サービス

【基準額】 45,000円/月

【補助率】 1/2

【補助期間】 最初の依頼から6か月間



市

社労士リストを
提示

顧問料と基準額を比べ
少ないほうの金額 (月
額) × 6か月 × 1/4の金額
を申請

補助金の支払い

介護
サー
ビス
事業
所

社労士を選び、労務
管理、申請等書類作
成の代行を依頼

事務代行により事業
所の負担を軽減

社会
保険
労務
士



令和8年度
甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設サービス

運営指導及びよくある指摘事項について

甲府市 指導監査課

運営指導とは

◆ 目的

- 介護サービスの取扱い、報酬の請求等に関する事項の周知徹底を通じて、より良い事業運営を実現する

◆ 実施方法

- 運営指導実施の概ね1月前までに実施通知を郵送
- 運営指導当日に市職員が訪問し、管理者等への聞き取り、資料等の確認を実施

◆ 主な確認項目

- 利用者の利用実態及びサービスの質の確認
- 法令等に基づいたサービス提供及び記録の確認

◆ 頻度

- 概ね3年に1回



業務管理体制に関する一般検査

◆ 業務管理体制とは

- 不正事案の発生防止の観点から、事業者が自主的に関係法令やこれに従って策定した規程等を遵守し、適正な事業運営を確保するための体制

◆ 実施方法

- 対象となる事業者へ実施通知と一般検査調査票を郵送
- 検査は調査票の提出による書面方式
- 提出された調査票の内容に疑義がある場合、電話等での聞き取り等による確認

◆ 確認事項

- 法令遵守体制の状況

◆ 頻度

- 概ね6年に1回





重要事項説明書について

- ◆ 重要事項説明書に記載されている内容に「不備」が見受けられる
 - 記載不備が多い事項
 - ① 従業員の職務内容
 - ② 提供するサービスの第三者評価の実施状況（該当サービスのみ）
 - ③ 事故発生時の対応
 - ②については、第三者評価を「実施していない」場合も記載する
- ◆ 重要事項説明書の記載内容が運営規程または実態と「相違」している
 - 「相違」していることが多い事項
 - ① 従業員の員数
人員基準を満たす範囲で「〇〇人以上」と記載することも可
 - ② 通常の送迎の実施地域（短期入所生活介護）
- ◆ 料金表の記載内容に「誤りがある」
 - 単位数に対して、単位ではなく円と記載している
（例）入浴介助加算 正：1日40単位 誤：1日40円


運営規程について

- ◆ 運営規程に記載されている内容が、実情や他書類と「相違」している
 - 「相違」していることが多い事項
 - ① 従業員の員数
人員基準を満たす範囲で「〇〇人以上」と記載することも可
重要事項説明書と表記を統一すること
 - ② 通常を送迎の実施地域（短期入所生活介護）
 - ◆ 運営規程に虐待防止のための措置に関する事項を規定していない
 - ◆ その他の費用についての記載が、実情と異なっている
- 👉 運営規程の内容を変更する場合は、長寿介護課へ変更届を提出してください





勤務体制の確保について

- ◆ 月ごとの勤務表において、従業員の職種、常勤・非常勤の別、兼務関係及び職種ごとの勤務時間を明確にしていない
 - ◆ ユニット型施設で、ユニットごとの職員配置が明らかではない
-  事業所内で複数の職種を兼務している場合は、職種ごとに勤務時間を区別して記載してください
- ◆ 研修の年間計画が作成されていない
 - ◆ 研修記録が整備されていない、研修の内容が周知されていない
 - ◆ 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発していない

感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための措置について

指針に盛り込むべき内容に不備がある

記載すべき事項

- ◆ 平常時の対策：事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等
- ◆ 発生時の対応：発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等



施設系サービスについては、「食中毒」についての内容を含めてください

事業所が講ずるべき措置

- ① 感染対策委員会の開催 . . . 3月に1回以上
- ② 感染対策担当者の選任
- ③ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- ④ 研修及び訓練の実施 . . . 各年2回



虐待の防止について

「虐待の防止のための指針」に盛り込むべき項目に不備がある

指 摘

次の項目をすべて盛り込んだ内容としてください

- ① 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
- ② 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ⑤ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ⑥ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ⑦ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- ⑧ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- ⑨ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

※参考

必須

虐待の防止に関する措置

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催
- ② 虐待の防止のための指針
- ③ 研修の実施
- ④ 虐待の防止に関する措置を実施するための担当者の設置



※虐待の防止に関する措置の①～④のどれか1つでも実施していない場合は減算の対象

身体的拘束等の適正化について

「身体的拘束等の適正化のための指針」に盛り込むべき項目に不備がある

指 摘

次の項目をすべて盛り込んだ内容としてください

- ①施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的な考え方
- ②身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ④施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針



必 須

掲示について

- ◆ 重要事項をウェブサイトに掲載していない
※ここで規定されている「ウェブサイト」とは、「法人のホームページ等
又は介護サービス情報公表システム」のことをいいます

褥瘡対策について

- ◆ 指針が整備されていない
- ◆ 褥瘡対策チームが設置されていない
- ◆ 介護職員等に対する褥瘡対策に関する研修をしていない
- ◆ 褥瘡予防対策担当者が専任されていない



他の指摘事項

事故発生時の対応について

- ◆ 事故報告書が市へ報告されていない
- ◆ 事故原因についての分析や、再発防止策について検討されていない

協力医療機関に関する届出について

- ◆ 1年に1回以上、市に届出をしていない

介護サービス情報公表システムについて

- ◆ 財務諸表の公表がない
- ◆ 長期間更新されていない








施設巡回時における指摘事項（環境整備等）



- ◆ 避難経路上に物品が置かれていたり、避難経路が草木で覆われている、防犯砂利等で移動が困難な状態である
- ◆ 非常階段から実際にどのように避難するのか想定した訓練が実施されていない
- ◆ 避難用の通路口に鍵がかかっており、ダイヤルロックのナンバーが職員に周知されていなかったり、外側からしか開錠できない状態である
- ◆ 避難経路上に喫煙スペースがあり、建物の壁で火を消す、付近に灰や吸い殻が落ちている事例を確認
- ◆ ナースコールのコードが短くまとめられていたり、外して引き出しにしまっているなど、利用者の手が届かない状態である
- ◆ 事業所の平面図と実際の用途に変更があったが、変更届を提出していない



-  どの避難経路からもスムーズに避難できるように具体的な移動方法を検討し、救出その他必要な訓練を行ってください
-  ナースコールは、利用者が緊急時に確実に使用できるように設置状況を見直してください
-  平面図と、実際の使用用途が違う部屋等がある場合は変更届を提出してください



施設巡回時における指摘事項（衛生管理 等）




- ◆ ヘアブラシ等を複数の利用者で共用している
- ◆ 吐瀉物処理用キットの使い方についての定期的な勉強会などが行われていない
- ◆ 吐瀉物処理用キットに必要な物品が入っていない



- 👉 ヘアブラシ、髭剃り、歯磨き粉等の物品については、利用者個人の物を使用してください
- 👉 吐しゃ物処理については、誰でも対応できるように、定期的な勉強会を実施し、物品の内容等についても確認する機会を設けてください

口腔衛生の管理体制が整備されていない

 口腔衛生の管理を計画的に行うことが令和6年4月1日より義務化
(短期入所、GHを除く。特定施設は猶予期間あり)

- ◆ 歯科医師又は歯科衛生士による年2回以上の口腔衛生管理に係る技術的助言及び指導
- ◆ 入所者ごとに入所時及び月1回程度の口腔の健康状態の評価の実施
- ◆ 技術的助言に基づいた口腔衛生管理体制に係る計画の作成

口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画に記載する場合はその記載をもって代えることができます

※具体的な手順については、厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照してください





厚生労働省通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」
〔令和6年3月15日老高発0315第2号、老認発0315第2号、老老発0315第2号〕 より 様式例

別紙様式6-1 (介護保険施設)

口腔衛生の管理体制についての計画

| | |
|--------------------------------|--|
| 策定日 | 年 月 日 |
| 作成者 | |
| 助言を行った歯科医師等 | 歯科医療機関 歯科医師名 連絡先 |
| 助言の要点 | <input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 実施目標 | <input type="checkbox"/> 施設職員に対する研修会の開催 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の用具の整備 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の方法・内容等の見直し <input type="checkbox"/> 歯科専門職による入所者の口腔衛生管理等 <input type="checkbox"/> 歯科専門職による食事環境、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 |
| 施設職員等による入所者の口腔の健康状態の評価 | 各入所者の入所時及び (週・月) に1回 ※週・月のいずれかに○をつける。 |
| 具体的方策 (実施時期、実施場所、 担当者など) | |
| 留意事項、特記事項等 | |

別紙様式6-3

口腔の健康状態の評価及び情報共有書

年 月 日

| | | |
|-------------|--|-----------------------------|
| 利用者氏名 | (ふりがな) | 男・女 |
| 要介護度 | 要介護 (□1 □2) □要介護 (□1 □2 □3 □4 □5) | ※基本情報は、入所時評価以外に変更があれば記載の省略可 |
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 □ 骨折 □ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 □ 神経しよ症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 痔瘻 (※上記以外の) □ 精神疾患 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他 | |
| 誤嚥性肺炎の発症・既往 | あり (発症の発症日: [西暦] 年 月 日) □ なし | |
| 経路 | あり (部位: □ 手 □ 顔 □ その他) □ なし | |
| 摂食方法 | 経口のみ □ 一部経口 □ 経管栄養 □ 経管栄養 | |
| 現在の歯科受診について | かかりつけ歯科医 □ あり □ なし 最近1年間の歯科受診 □ あり □ なし (歯科受診日: [西暦] 年 月 日) □ なし | |
| 義歯の使用 | あり (□ 部分 □ 全部) □ なし | |
| 口腔清掃 | 自立 □ 部分介助 (介助方法:) □ 全介助 | |
| 現在の処方 | あり (薬名:) □ なし | |

【口腔の健康状態の評価】 □ 入所時 □ 2回目以降 (前回: 年 月 日)

| 項目番号 | 項目 | 評価 | 評価基準 |
|------|--------------------------|--|---|
| 1 | 開口 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | ・上下の前歯の間に指2本分 (縦) 入る程度まで口があかない場合 (開口量 3 cm以下) には「できない」とする。 |
| 2 | 歯の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。 |
| 3 | 舌の汚れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。 |
| 4 | 歯肉の腫れ、出血 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ・歯肉が腫れている場合 (反対側の同じ部分の歯肉との比較や歯肉との比較) や歯茎や口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。 |
| 5 | 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | ・本人にしっかりかみしめられない認識がある場合または義歯をいれても奥歯がかみしめられない場合は「できない」とする。 |
| 6 | むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ・平時や食事時にむせがある場合や喉のなごりがある場合は「あり」とする。 |
| 7 | ブクブクがいが ^{※1} | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | ・歯磨き後のつらいの間に口に水をためておけない場合や水を飲まなければならない場合や飲み込んだ水を吐き出せない場合は「できない」とする。 |
| 8 | 食物のため込み、残飯 ^{※2} | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ・食事の直後に口の中に食物を飲み込んでしまったり、飲み込んだ食物が口を開けると食物の一部残っている場合は「あり」とする。 |
| その他 | 自由記載: | | ・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、歯肉の汚れ、歯茎がすぐにはれる、口の中に膿が残っている等の気になる点があれば記載する。 |

※1 現在、歯磨き後のつらいの間に口に水をためておけない場合に限り確認する。(評価のリスクも低く、改めて実施頂く事項ではないため省略可)
 ※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため省略可)

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| 歯科医師等 [※] による口腔内等の確認の必要性 | <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い | ・項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。 |
|-----------------------------------|---|--|

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

| | |
|----------|--|
| その他の特記事項 | |
|----------|--|

サービス担当者会議の記録について

サービス担当者会議の記録及び照会記録に不備がある

- ◆ 欠席者への照会記録や、サービス担当者会議を開催しない場合に照会記録が残されていない（施設サービス）
- ◆ サービス担当者会議と事業所内のカンファレンス記録を混同している（短期入所、GH）



- 👉 サービス担当者会議において協議された内容は、1人ひとりの状態に合わせたサービス提供を行う上で重要な情報です
- 👉 情報をサービス計画に反映できるように遺漏なく記録を残してください
照会の場合も同様に記録をお願いします



施設サービス計画について（目標設定）

介護度が変更されている利用者、入退院を経た利用者、担当の介護支援専門員が変更となった利用者等について、計画の更新はされているが、課題や目標等の内容が修正されていない

- ◆ サービス提供は、計画書に基づいて行われる
- ◆ 区分変更申請による介護度の変更、入退院等は入所者の状態に変化があった時→課題や目標の見直しが必要なタイミング



 目標設定は、入所者とその家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要があります

 利用者の状態の変化に着目して計画を作成し、漫然かつ画一的なものとならないように配慮してください



入浴、排せつ記録に不備がある

- ◆ 清拭等の代替介助について記録をしていない
- ◆ 排泄介助の予定時間や介助方法について把握（確認）する手段がない
- ◆ 入浴の頻度が不適切な事例があった（5日～1週間、入浴介助または清拭を受けていない入居者がいた）

- ➡ 適切な方法、頻度で入浴介助が実施されていることが客観的に確認できるように遺漏なく記録を残してください
- ➡ 排泄や入浴介助の予定時間や介助方法をチェック表やサービス計画等に記載したり、定期的に確認することで、異動などで職員が入れ替わった際でも、継続的な支援が行えます



介護給付費の算定及び取り扱いについて

- ◆ 算定要件を満たさずに加算を算定している
 - 加算算定に必要な計画書が作成されていない
 - 人員配置要件を満たしていない（有資格者の勤務時間が不足している等）
 - L I F E で必要な情報を期日までに提出していない
 - ※L I F E への提出頻度等については、『科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について』を参照してください
- ◆ 留意事項通知や事務処理手順に記載された内容に則った取り組みを行ったことが客観的に確認できない
 - 多職種が共同して加算に係る計画を作成していることが確認できない（個別機能訓練加算、口腔機能向上加算、栄養マネジメント加算等）
 - 介護記録や会議録などが残されていない、記載事項に漏れがある

事業所（施設）において算定している加算について、算定要件を満たしているか改めて確認するとともに、第三者の視点においても要件を満たしていることが確認できるよう記録を整備してください
不明な点については、長寿介護課経営係に質問票をFAXもしくはメールで送信してください。

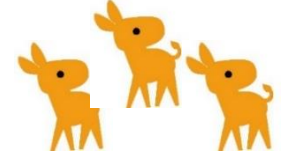




令和8年度
甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設サービス

認知症対策について

甲府市 地域包括支援課



認知症施策

新しい認知症観

- ✔ 令和6年1月、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行

基本理念

認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する、活力ある社会である**共生社会**の実現を推進する

- ✔ 令和6年12月、認知症施策推進基本計画が策定

認知症の人本人の声を尊重し、
「新しい認知症観」に基づき施策を推進



認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方



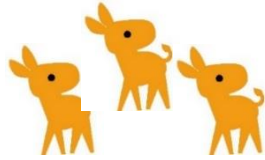


令和8年度

甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設サービス

認知症施策

甲府市の認知症支援事業



(1) 認知症の普及啓発

- ・認知症ガイドブック（ケアパス）
- ・認知症の展示・イベント（9月）
- ・認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座

(2) 認知症の予防・早期発見

- ・もの忘れ相談体制
- ・認知症予防のための教室（脳！活性化教室）
- ・認知症初期集中支援チームによる支援
- ・認知症簡易チェックシステム

✔【R7.7月～】**高齢者補聴器購入費助成金交付事業**

(3) 認知症の人と家族を支える地域（環境）づくり

- ・認知症カフェ（オレンジカフェ）
- ・チームオレンジ

✔【R8.4月～】**GPS機能付き機器購入費等助成金交付事業**



認知症簡易チェックサイト

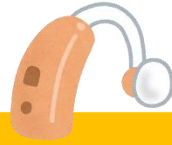
「これって認知症？」（家族・介護者向け）

「わたしも認知症？」（本人向け）





認知症施策
助成事業



| | 補聴器購入費助成事業 | GPS機能付き機器購入費等助成事業 |
|------------------------------|--|---|
| 対象となる 市内居住 の高齢者の 要件 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険第1号保険料が第1～4段階のいずれかに該当 ・耳鼻咽喉科医師が補聴器の装用を認めている ・障害者手帳の補装具費（補聴器）の支給対象者でない | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で生活している（介護施設その他これに類する施設に継続的に入所していない） ・要介護2以上の認知症高齢者等 ※要支援1・2や要介護1の方でも対象になる場合があります。 ※ケアプランの写し等が必要となります。 |
| 助成対象 | 認定補聴器技能者から購入した補聴器の購入費 | GPS機能付き機器本体の <ul style="list-style-type: none"> ・購入費 ・通信費・レンタル料 |
| 助成額 | <ul style="list-style-type: none"> ・第1～3段階 購入費の2分の1 ・第4段階 購入費の3分の1 【上限額（片耳あたり）】 <ul style="list-style-type: none"> ・第1～3段階 50,000円 ・第4段階 32,000円 ※両耳の場合は上記の2倍の金額 | 【上限額】 <ul style="list-style-type: none"> ・購入費 15,000円 ・通信費・レンタル料 月額1,000円 |





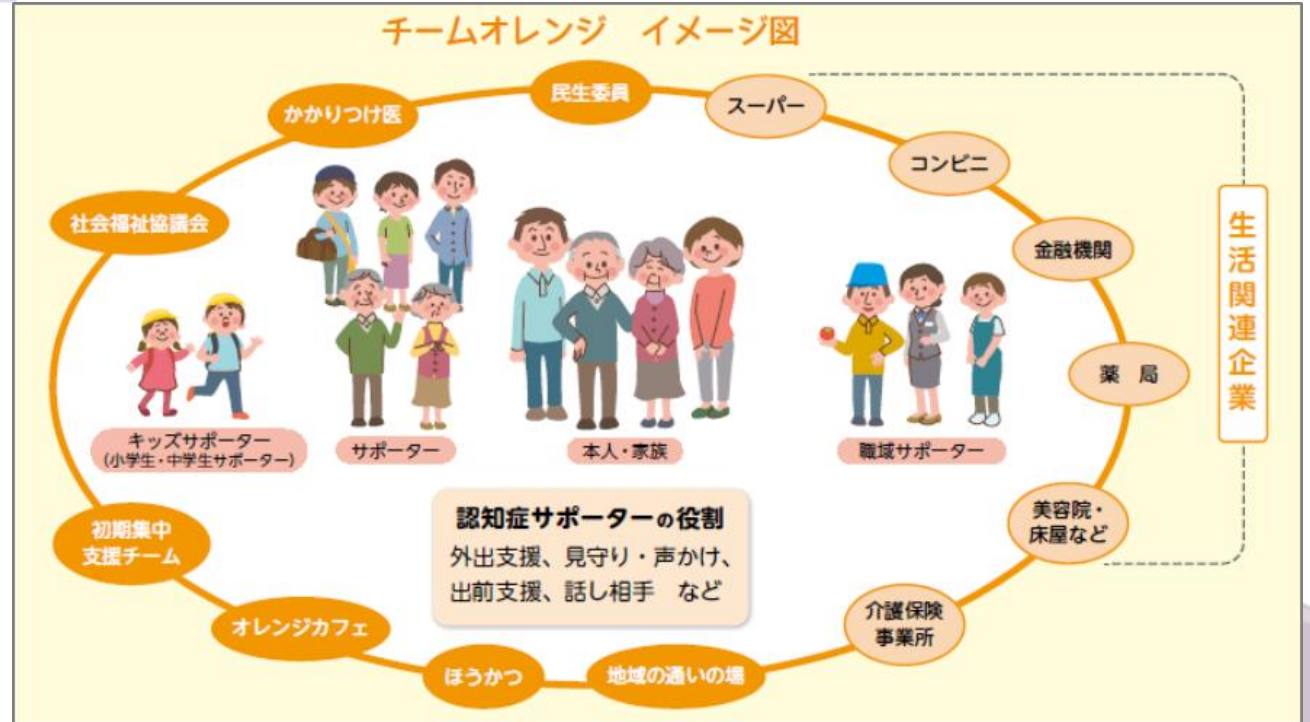
認知症施策 地域の支え合いチームオレンジ

チームオレンジ

- ✓ 近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の本人や家族を支える取組
- ✓ 認知症の本人やその家族もチームの一員となり、関係機関や生活関連企業と一緒に、皆がやりたいことやできることを増やしていける地域づくりを進めていく



認知症になっても安心して暮らせる
地域に！



認知症の方や家族の一番近くにいる事業所、専門職の皆様が、
認知症の本人の声を聞き、強みを生活の中で活かせるように
地域の認知症地域支援推進員や認知症サポーターと共に、
チームオレンジを作っていただくことにご協力をお願いします！





在宅医療・介護連携推進事業

わたしの思いノートの活用



“わたしの思いノート”はご自身の思いや考えを、大切な人や支援者をと共有するツールの1つです。

「もしも」の時のことを、「今」から考えておくことが、いつまでも自分らしい暮らしをするために大切です。

ACP（人生会議）の主な流れ

ALP（アドバンス・ライフ・プランニング）

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

入院・在宅療養

終末期

【元気・健康な時】
あなたが何を大切に思い、どのような人生を過ごしていきたいかを考えます。

～関わる人～
家族・友人 等

【病気を発症した時】
どのように病気と向き合い、どのような治療を行っていくか選択します。考えたことを、ノートに記載したり、大切な人と共有します。

～関わる人～
病院・診療所
かかりつけ医 等

【入院や加療が必要な時】
どこで、どのようなケアを受けながら、どのように過ごしていきたいかを考えます。

～関わる人～
ケアマネジャー
訪問看護・介護
施設関係者 等

【看取りの時】
栄養補給方法（点滴・胃ろう・経鼻胃管等）や延命治療（心肺蘇生・人工呼吸器等）、看取りの場について話合います。

～関わる人～
看取りスタッフ
在宅訪問医 等

わたしの思いのノートを“事業所内で使用したい”、“利用者の皆様にお渡ししたい”等ありましたら、「甲府市役所地域包括支援課」までご連絡ください！





在宅医療・介護連携推進事業
「県央ネットやまなし」
医療・介護情報検索システムの登録と活

住民向けサイト



- 介護に関する相談窓口の確認
- 住まい近くの介護事業所の検索
- ニーズに合わせた介護事業所の検索
- ケアプランを作成する事業所の検索
- 病院・診療所・薬局の検索
- 介護施設・介護事業所の空き情報の検索

- ✓ ICTを活用した医療・介護資源情報システム
- ✓ 9市3町で構成する「県央ネットやまなし」の連携

関係者向けサイト



- 介護・福祉にまつわる最新ニュースの閲覧
- 自治体のお知らせ・介護保険最新情報等の閲覧
- アンケート機能
- 掲示板を通じた意見交換

関係者向けサイトのパスワードを定期的に
更新いただくようお願いします！



ご清聴ありがとうございました

◆ 令和8年度
甲府市介護サービス事業者等集団指導
施設系サービス

