

事務連絡

No	資料題名等	ページ
1	介護予防・日常生活支援総合事業について	1
2	指定更新予定事業所一覧について	1～2
3	体制変更届出等について	3～5
4	事業者新規指定時等の他法令の遵守について	6～8
5	業務管理体制の整備に関する届出について	9
6	防災体制の徹底について	10
7	事故報告について	11～12
8	運営推進会議（介護・医療連携推進会議） について	13
9	身体的拘束等について	14
10	介護保険課に寄せられた相談・苦情等について	15
11	介護報酬等に関する質問について	16
12	新事業：介護型全世代ライフプラン形成事業 について	17
13	来年度の課内体制について	17
14	来年度の集団指導及び認定調査員研修につ いて	17

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について

1 訪問型サービス（A2・独自）への移行について

八戸市の被保険者に対する訪問型サービスの提供における費用（第1号事業支給費）について、平成30年4月提供分から、訪問型サービス（A2・独自）のサービスコードを使用し、請求してください。

サービスコードは八戸市ホームページに掲載しています。

ホーム > 健康・福祉・介護 > 介護保険 > 事業者の皆様へ
> 介護予防・日常生活支援総合事業（事業所用）「4. 事業費請求」

2 介護予防・日常生活支援総合事業における「国が定める単価」について

従前の介護予防訪問介護又は介護予防通所介護に相当するサービスの単価は、国が定める額を上限として、市町村が定めます。今般、訪問介護や通所介護等の介護報酬改定は行われませんが、介護予防・日常生活支援総合事業における「国が定める単価」改正は、平成30年10月1日施行を予定しています。

「国が定める単価」が示され次第、八戸市における単価・サービスコードを改正する予定です。

2. 指定更新予定事業所一覧について

八戸市では、指定更新時期に合わせて勸奨通知及び申請書等の送付を行わず、事業所各自で指定更新時期の確認をお願いしております。

指定更新予定事業所一覧につきましては、市ホームページに掲載しています。指令書と併せて確認の上、市ホームページから申請書類をダウンロードし、指定有効期限の一月前までに指定（許可）更新申請を行ってください。

〈例〉指定有効期限：平成30年4月15日
指定更新申請の締切日：平成30年3月14日

なお、指定（許可）更新申請がなされない場合、指定有効期限をもって指定が失効となりますので、十分御注意ください。

2.指定（許可）更新申請

各サービスの指定（許可）有効期間は、6年間です。更新申請を行わない場合、その期間の経過により、指定（許可）の効力を失います。

※更新の際の通知はいたしませんので、ご注意ください

手続きは、以下の案内のとおり、適正に行ってください。

- [指定（許可）更新の案内（必ずお読みください。）](#) [61KB PDF]
- [指定更新予定事業所一覧表（：_____まで）](#) [53KB PDF]

○ 指定（許可）更新申請書類

○共通様式

- [指定（許可）更新申請書（第2号様式）](#) [297KB XLS]
- [付表](#) [6635KB XLS]
- [参考様式](#) [284KB XLS]
- [指定（許可）更新添付書類一覧（チェックリスト）](#) [38KB XLS]

○介護と介護予防の指定の有効期間について

今後、事業所の指定更新について、介護と介護予防の指定有効期間を同時にすることができ
ます。介護と介護予防の指定有効期間が異なっている場合に、いずれかの指定更新を行う際に、
同時に行うことで指定有効期間を合わせることができます。

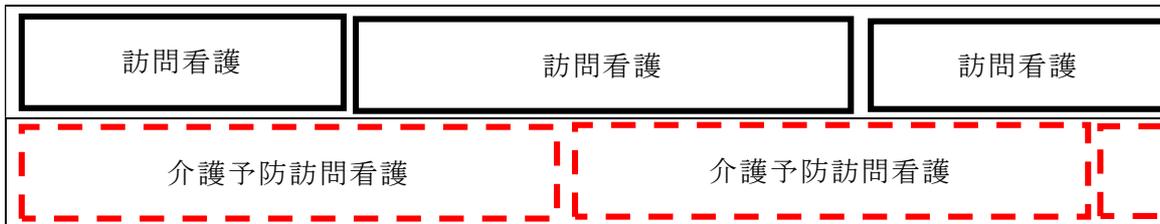
○従来の指定更新（例：訪問看護・介護予防訪問看護）

H32. 4. 1

H34. 4. 1

H38. 4. 1

H40. 4. 1



○今後の指定更新

H32. 4. 1

H38. 4. 1



※注意：指定有効期間を6年以上に延長することはできません。

3. 体制変更届出等について

1 指定（許可）内容の変更について

指定（許可）内容に変更がある場合は、「**変更届出書の主な添付書類等について**」を確認の上、変更日から 10 日以内に変更届出書（第 4 号様式）及び添付書類を提出してください。

また、原本の写しとなる添付書類（資格証や契約書等）については、原本証明（※）を行った上で提出してください。

3. 変更届出書（指定（許可）内容）

○ 変更届出について

指定（許可）内容に変更する際には、変更後10日以内に変更届出書を提出してください。変更届出書は、郵送での提出も可能です。

<注意事項>

- 事業所所在地の変更、利用（入所）定員を変更する場合は、変更の2か月前又は建築確認申請を行う前に、「指定（許可）内容変更届出に係る事前協議書」を提出してください。
- 八戸市外へ移転する場合、八戸市へ廃止届を提出し、移転先の指定権者へ指定申請してください。

○ 共通様式

- [変更届出書（第4号様式） \[52KB DOC\]](#)
- [変更届出書の主な添付書類等について \[74KB PDF\]](#)
- [参考様式 \[264KB XLS\]](#)
- [指定（許可）内容変更届出に係る事前協議書 \[54KB DOC\]](#)

※原本証明は、「**原本証明について**」を参考にしてください。

※資格証、契約書、登記事項証明書、定款等の「写し」となっている書類については、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

● [原本証明について \[117KB PDF\]](#)

2 運営規程・重要事項説明書について

運営規程・重要事項説明書について、内容の誤りや誤字が見受けられます。各事業所内で再度点検いただくようお願いします。

平成 30 年 8 月より、2 割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合が 3 割となることから、今後、重要事項説明書の内容を変更する際は御留意ください。

記載例・運営規程

〔指定〇〇の内容及び利用料その他の費用の額〕

第〇条 指定〇〇サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

3 運営規程の変更における例外について

運営規程に記載される従業者の員数は日々変わりうるものであるため、一定の時期を比較して変更があった場合に届出を行ってください。なお、八戸市においては、「一定の時期」について特に定めておりませんので、事業者の定期的な人事異動の時期に合わせて変更届出書を提出してください。

4 介護給付費算定内容の変更について

介護給付費算定において、新たに加算を算定する場合は、決められた期日までに変更届出書等を提出してください。また、新たに加算を算定する場合は、「**介護給付費算定に係る体制届添付書類一覧表（チェック表）**」を確認し、提出してください。

なお、加算等が算定できない状況が生じた場合には、速やかに変更届出書等を提出してください。

(届出に係る加算等の算定の開始時期)

サービス種類等	算定の開始時期
訪問・通所系サービス(*1)／福祉用具貸与／居宅介護支援 介護予防支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護／地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	①毎月15日以前に届出 →翌月から ②毎月16日以後に届出 →翌々月から
訪問看護（緊急時訪問看護加算）	届出が受理された日から算定
短期入所サービス／特定施設入居者生活介護 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／介護保険施設	届出が受理された日の翌月から算定 (月の初日の場合はその月から算定)

*1…訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問型サービス、通所介護、通所リハビリテーション、通所型サービス

4.変更届出書（加算算定）

新たに加算算定する場合は、算定開始月に注意してください。また、加算算定ができなくなった場合は、直ちに
変更届出書を提出してください。

訪問・通所サービス／福祉用具貸与／居宅介護支援／ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護 小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護	(1)毎月15日以前に届出→翌月から (2)毎月16日以後に届出→翌々月から
緊急時訪問看護加算	届出が受理された日から算定
短期入所サービス／介護保険施設／認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む） 地域密着型介護老人福祉施設	届出が受理された日の翌月から算定 (月の初日の場合はその月から算定)

○共通様式

- [変更届出書（第4号様式）](#) [52KB DOC]
- [介護給付費等算定に係る体制等に関する届出等](#) [665KB XLS]
- [介護給付費等算定に係る体制等に関する届出等（参考様式）](#) [246KB XLS]
- [介護給付費等算定に係る体制届添付書類一覧表（チェック表）](#) [287KB XLS]
- [介護職員処遇改善加算関係（リンク）](#)

5 平成 30 年 4 月からの算定について

平成 30 年 4 月の報酬算定に係る届出の提出期限は、支給限度額管理対象となるサービスについては 3 月 15 日、その他のサービスについては 4 月 1 日となっていますが、**すべて 4 月 1 日**まで猶予します（予定）。

6 サテライト事業所について

主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等（サテライト事業所）を設置する場合は、設置前の 2 か月前に、「サテライト事業所の設置に係る書類一覧」と必要な添付書類を提出してください。

- 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等（サテライト事業所）を設置する場合は、設置前の 2 か月前に、「サテライト事業所の設置に係る書類一覧」と必要な添付書類を提出してください。
- 八戸市外へ移転する場合、八戸市へ廃止届を提出し、移転先の指定権者へ指定申請してください。

○共通様式

- 変更届出書（第 4 号様式） [52KB DOC]
- 変更届出書の主な添付書類等について [74KB PDF]
- 参考様式 [306KB xls]
- 指定（許可）内容変更届出に係る事前協議書 [56KB DOC]
- サテライト事業所の設置に係る書類一覧 [34KB xls]

（例）届出が必要なケース

八戸市内丸一丁目

届出上の所在地：八戸市内丸三丁目



4. 事業者新規指定時等の他法令の遵守について

1 新規指定、増築、改築、移転、用途変更等による変更届提出の際の確認及び提出書類について

利用者等の安全確保等の観点から、通所、居住・入所系サービスには、消防法、建築基準法等、他法令に適合しているかの事前確認とともに、必要な書類の提出をお願いしています。

また、調理し、食事を提供する場合には、併せて食品衛生上必要な書類の提出もお願いしておりますので、よろしくお願いいたします。

2 確認が必要な法令

(1) 消防法（所管：八戸広域消防本部予防課）

火災の早期発見、通報、初期消火、迅速かつ安全な避難を実施するため、建築物の使用用途、面積等により、消火器や自動火災報知設備、スプリンクラー設備等の消防用設備等の設置が義務付けられています。

新規指定申請、増築、改築、移転、用途変更等による変更届提出の際には、必ず事前に所管の消防本部予防課または消防署に確認のうえ、必要書類を提出してください。

①消防用設備等検査済証の写し

（消防法の規定に基づき、消防用設備等について検査を受けたことを証明するもの）

②所管の消防本部予防課または消防署からの指導や協議の内容

（①の交付対象外であった場合、当該建物を事業所若しくは施設として使用するにあたり、指導を受けた内容が分かるもの）

(2) 建築基準法（所管：八戸市 建築指導課 建築審査G 43-9438）

既存の建物を介護施設として使用する場合、確認申請が必要になる場合があります。

（建築基準法第 87 条 用途の変更に対するこの法律の準用）

1) 既存建物が介護施設又は類似用途の建物である場合

介護施設、又は建築基準法施行令第 137 条の 18 第 1 項第三号に掲げる類似用途建築物として、検査済証が交付されている物件の全部又は一部を使用する場合（ただし、第一種低層住居専用地域・第二種低層住居専用地域を除く）

・検査済証の写し、又は台帳記載証明書の写しを添付してください。

※検査済証が交付されていない場合は別途調査が必要です。

2) 既存建物が類似用途でない場合

介護施設又は建築基準法施行令第 137 条の 18 第 1 項第三号に掲げる類似用途建築物以外で、検査済証が交付されている物件（住宅や店舗など、介護施設又は類似用途以外の建物）を介護施設として使用する場合（テナントとして一部を賃貸する場合も含む）

※検査済証が交付されていない場合は別途調査が必要です。

介護施設又は類似用途建築物以外として検査済証が交付されている建物で、介護施設として使用する面積が 100 m²を

超える場合

→ 1) 用途変更の確認申請が必要です。以下の書類を添付してください。

- ・ 確認済証の写し（着工前）
- ・ 工事完了届の写し（工事完了後）

※建築基準法に適合させるために、改修工事が必要になる場合があります。

超えない
場合

→ 2) 確認申請は不要です。ただし、介護施設として建築基準法関係規定に適合させる必要があります。以下の書類を添付してください。

- ・ 「建築確認申請に基づく用途変更確認済証の写しが添付できない理由書」を添付してください。

※建築基準法に適合させるために、改修工事が必要になる場合があります。

なお、上記用途の変更に加え、増築、改築、移転のほか、大規模の修繕等を行う場合にも、建築基準法の手続きが必要となる場合がありますので、所管窓口へお問い合わせください。

(3) 食品衛生法（所管：八戸市保健所 衛生課 食品衛生G 43-2312）

事業所又は施設で調理し、食事を提供する場合には、食品衛生法に関する許可等が必要となります。新規指定申請、増築、改築、移転、用途変更等による変更届提出の際には、使用する調理場が、食品衛生法関係規定に適合する必要がありますので、確認のうえ、必要書類を提出してください。

① 営業許可証の写し

食品衛生法の規定に基づき営業の許可がなされたことを証明するもの

② 給食報告書の写し

八戸市食品衛生法施行細則の規定に基づき、給食報告書を提出したことが確認できるもの

3 その他

【公共公益施設の開発許可及び建築確認】（担当課：建築指導課 開発G 43-9136）

都市計画法により、市街化区域内において、福祉施設の建築を目的として土地の造成（盛土、切土、擁壁を新設する等）、道路の新設、農地の廃止等を行う場合には、開発許可が必要となる場合があります。

なお、市街化調整区域内においては、原則として福祉施設の建築はできません。

また、建築基準法の規定による用途地域の規制、道路との関係などについても事前の相談が必要です。

都市計画法関係規定により、介護施設が建てられない地域では、既存の建物の用途変更が認められない場合があります。

【農振法の確認】（農政課：43-9164）

建設予定地が農振法に規定される農用地区域内であった場合、農振除外の手続が必要になります。この際、農振法の除外要件を満たしていることを確認するため事前相談が必要になります。

【農地法の確認】（農業委員会：43-9448）

建設予定地が農地の場合、農地転用可能な農地か事前に農業委員会へ相談してください。農地転用可能な農地の場合、市街化区域内については農業委員会への届出が、市街化区域以外については農業委員会への農地転用許可申請の手続きが、それぞれ必要になります。

【名勝・埋蔵文化財包蔵地（遺跡）の確認】（担当課：社会教育課 文化財G 47-9465）

市内には名勝種差海岸（鮫地区）の指定区域、489箇所（遺跡）が所在し、文化財保護法が適用されています。名勝指定区域や遺跡において、住宅・事業所等の建築や建替え（増築・改築含む）、宅地や道路の造成、看板・擁壁等の工作物の設置など、何らかの開発行為を行う場合、工事着手前に許可申請等の手続きが必要になります。

なお、工事予定地の名勝指定区域や遺跡への該当の有無は、社会教育課窓口あるいはFAX（47-4997）で確認できます。

【注意事項】

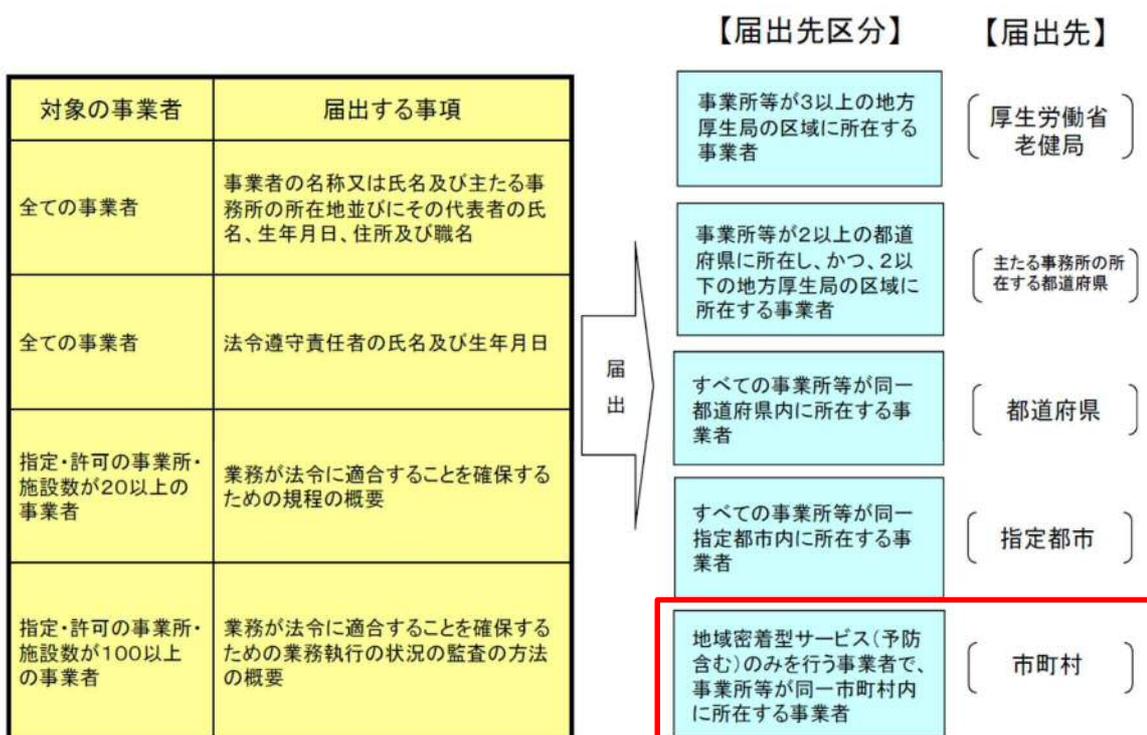
- ※各関係部署には、電話等で必ず事前連絡の上、照会等を行ってください。
- ※事前協議のうえ進めるようお願いします。

5. 業務管理体制の整備に関する届出について

平成 21 年 5 月の介護保険法の一部改正により、事業者には、法令順守等の業務管理体制の整備・届出が義務付けられています。

全ての事業者は、業務管理体制の整備について、事業実施地域等に応じて国・都道府県・指定都市・市町村に届け出ます。届出事項については、整備すべき業務管理体制の内容同様、事業者が指定等を受けている事業所数に応じて定められています。なお、事業実施地域や届出事項等の変更があった場合には、遅滞なく、改めて届出する必要があります。

業務管理体制の整備に関する届出



地域密着型通所介護事業所において、介護予防通所介護が介護予防・日常生活支援総合事業へ移行したことにより、平成 30 年 4 月 1 日以降、八戸市で地域密着型サービスのみを行うことになる事業者は、青森県と八戸市の双方に届出が必要です。

届出様式は市ホームページ [トップ](#) > [健康・福祉・介護](#) > [介護保険](#) > [事業者の皆様へ](#) > [介護サービス事業者の指定（許可）・更新・変更等](#)

1 指定（許可）申請書類 「業務管理体制整備に関する届出について」 に掲出しています。

6. 防災体制の徹底について

1 水防法等の一部改正の概要

- ・ **努力義務**であった洪水浸水想定区域及び土砂災害警戒区域内に位置する要配慮者利用施設の管理者等に対し、避難確保計画の作成及び計画に基づく避難訓練の実施が義務付けられた。
 - ・ 当該施設の管理者等は、避難確保計画を作成又は変更した場合は、市に報告するとされた。
- 避難確保計画に記載する項目については、水防法等に具体的に定められている。
- 義務対象事業所は、ハザードマップの見直しを経て、平成 30 年度改正予定の地域防災計画に記載することになる。

2 水防法等改正に伴う今後のスケジュール

- 平成 30 年 3 月 洪水ハザードマップ原案作成・要配慮者利用施設の洗い出し（港湾河川課）
- 平成 30 年 12 月 洪水ハザードマップ完成
- 平成 31 年 1 月 洪水ハザードマップを各家庭に配布
要配慮者利用施設管理者等へ避難確保計画作成について通知
(説明と実施と作成に係る支援開始)



要配慮者利用施設管理者等へ避難確保計画を作成



随時避難訓練を開始

7. 事故報告について

1 事故報告の範囲

市への事故報告が必要であるのに提出がないケースが見受けられます。以下の事故報告の範囲について確認してください。（ケースにより、範囲外で市が提出を求める場合もあります。）

【八戸市介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要綱 第3条】

(1) サービス提供中の利用者の怪我又は死亡事故の発生

- ア 「サービス提供中」とは、送迎・通院等を含む。
- イ 「怪我」とは、転倒又は転落に伴う骨折及び出血、火傷、誤嚥、誤薬等で医療機関において治療（当該施設内及び併設医療機関での医療処置を含む。）又は入院したものを原則とする。
- ウ 怪我、死亡事故等については、事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自己責任及び第三者の過失による事故を含む。
- エ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

(2) 感染症、食中毒、結核の発生又はそれが疑われる事例

- ア 感染症とは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」に規定するもののうち、原則として一類から五類及び新型インフルエンザ等感染症とする。
- イ 同一の感染症、食中毒、結核の患者又はそれらが疑われる死亡者又は重篤患者（医療機関への入院）が1週間以内に2名以上発生した場合
- ウ 同一の感染症、食中毒、結核の患者又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- エ ア及びイに掲げるもののほか、特に管理者が報告を必要とすると判断した場合
- オ 関連する法に届出義務が規定されている場合には、これに従うこと

(3) 利用者が行方不明となった場合

- ア 行方不明となったその当日中に発見できなかった場合
- イ 警察に捜索願を届け出た場合

(4) 従業員の法令違反、不祥事等があった場合

(5) 火災、地震、風水害、その他これらに類する災害による被害

(6) その他、報告が必要と認められる事故が発生した場合

上記のほか、サービスの提供において利用者の処遇に著しい影響を与えた場合

2 事故原因の分析結果、再発防止策について

事故の原因を分析し、再発防止策を講じることが大切であることから、事故報告書の事故原因の分析結果、再発防止策については特に詳細かつ具体的に記入してください。

3 休庁時における事故・不祥事発生時の報告について

休庁時（土日祝日）に発生した緊急性がある事案（死亡事故、火災等）については、介護保険課の携帯電話番号に連絡し、その後速やかに「事故報告書」を提出してください。

ただし、緊急性がない事案については、「事故報告書」の提出のみで差支えありません。

電話番号	080-6006-6611 (介護保険課携帯番号)
FAX番号	0178-47-0732

4 感染症及び食中毒が発生した場合について

上記3に加えて、感染症及び食中毒（疑いを含む）が発生した場合は、管轄保健所へも連絡が必要です。

【感染症(疑いを含む)が発生した場合】 ⇒ 担当課：八戸市保健所 保健予防課

開庁日：43-2291（直通）

休庁日：080-9012-9813（課携帯）又は43-2111（市代表）

【食中毒(疑いを含む)が発生した場合】 ⇒ 担当課：八戸市保健所 衛生課

開庁日：43-2312（直通）

休庁日：080-9012-9538（課携帯）又は43-2111（市代表）

5 その他

- ・対応終了後又は終息後等の報告が必要な事故及び感染症等の発生ケースに対しては、報告書の様式を電子メール等で送信しますので、提出をお願いします。
- ・事故報告を提出することで心証が悪くなることはなく、事故防止のために統計を取ることが目的なので、正直に、また発生後は早目に提出してください。
- ・事業所内でもヒヤリハット等どんな小さなことでも出し合って話し合える雰囲気を作り、事故防止に繋げていってください。

8. 運営推進会議（介護・医療連携推進会議）について

1 書類提出について

【変更点】地域包括支援センター委託に伴う提出先の変更

平成 30 年度から（新）	これまで（旧）
介護保険課と圏域の <u>高齢者支援センター</u>	介護保険課

- ①運営推進会議等開催案内書（会議の2週間前までに提出してください）
- ②会議報告書（会議終了後1か月以内に提出してください）
- ③日程照会票、出席者照会票（様式は、3月末までに介護保険課から電子メール又はFAX予定です）

2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催回数の変更点

平成 30 年度から（新）	これまで（旧）
年 2 回以上	年 4 回以上

3 運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の合同開催の留意点

これから（新）	これまで（旧）
①～④の要件を満たす場合	複数の地域密着型サービスの事業所を併設している場合

- ①利用者及び利用者家族については匿名とするなど、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。（年に6回以上の開催が定められているサービス事業所等についてのみ）
- ④外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。（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）

4 会議開催の手引きについて

- ・地域密着型サービス運営推進会議（介護・医療連携推進会議）開催の手引きを八戸市ホームページに掲載しています。平成30年4月版として近日更新予定です。
- ・開催案内及び報告書の様式も掲載しています。（事業所で作成した様式でも使用可）

《アクセス方法》 [八戸市HP] → [健康・福祉・介護] → [介護保険] → [事業者の皆様へ] → [事業者関係様式] → [運営推進会議の手引き・開催案内書・報告書]

9. 身体的拘束等について

1 身体的拘束等について

○「緊急やむを得ない場合」として身体的拘束等が認められるのは、以下の三要件の全てに該当する場合に限られます。

- ・切迫性…利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ・非代替性…身体的拘束等その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- ・一時性…身体的拘束等その他の行動制限が一時的なものであること

→実地指導では、この一時性が十分に検討されていない事例が見受けられました。本人の心身の状態の観察及び評価をし、不必要な身体拘束は速やかに解除してください。

○三要件以外にも以下の手続きが必要となります。

- ・本人や家族への説明と同意
- ・緊急やむを得ず身体的拘束等を行った記録（2年間保存）

2 身体的拘束等の種類について

○身体的拘束等の対象となる具体的行為（例） 「身体拘束ゼロへの手引き」より

- ①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

3 介護保険法改正について

○基準について（追加）

- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

○身体的拘束廃止未実施減算について（追加、一部変更）

改訂後	現行
10%/日 減算（入所者全員）	5単位/日 減算（入所者全員）

- ・介護保険施設のみの減算であったが、対象事業所にグループホーム及び特定施設を追加。

10. 介護保険課に寄せられた相談・苦情等について

○平成 29 年度 主な相談・苦情一覧

サービス種別	内容
居宅介護支援・ 居宅サービス	担当国会議
	指示書入手に係る介護支援専門員の対応
	有料老人ホームに併設する居宅の介護支援専門員の対応等
	事故対応
	記録、算定の仕方
	幹部の対応
	利用者への職員の対応
	利用者へのケア
	サービスに関する説明
	運営推進会議の委員依頼
居住系・入所系・短期 入所サービス	事故対応
	家族へのケアに関する説明
	調理場の衛生管理
	入所(居)者への言葉遣い
	入所(居)者へのケア
	施設管理(不法侵入への不安)
	介護度の変更による対応の仕方
	利用料等の受領

11. 介護報酬等に関する質問について

【質問の際の注意事項】

- ① 認識の相違を避けるため、当課では原則として電話等での即答は行っておりません。
- ② 突発的な質問への回答業務は、他業務を圧しての業務となりますので時間を頂きます。
- ③ 厚労省から発出されている介護サービス関係Q A集や参考文献（※）を確認の上、質問者の見解及び見解の根拠となる法令・Q & A等を必ず記載してください。記載がない場合、お答えできない場合があります。

※＜参考文献＞

介護保険六法（中央法規・新日本法規等）

介護報酬の解釈（社会保険研究所）

介護報酬算定Q & A・介護保険サービスQ & A・給付管理業務マニュアル（中央法規）

介護保険事業運営の手引（中央法規）

- ④ 質問事項については、事業所内で十分検討のうえ、提出してください。
- ⑤ 市ホームページ下部にある「お問い合わせフォーム」ではなく、「介護サービス事業に係る質問票」を使用し、F A X (0178-47-0732) 又は電子メール(kaigo@city.hachinohe.aomori.jp)にて御質問ください。

7. Q&A、お知らせ、質問票等

- [Q&A（厚生労働省） \[2.11MB XLS\]](#)
- [介護保険最新情報（リンク）](#)
- [報酬加算・減算適用要件等一覧（リンク）](#)
- [お知らせ（事業所の皆様へ）（リンク）](#)
- [介護サービス事業に係る質問票 \[22KB DOC\] ・ 記載例 \[31KB PDF\]](#)
- [介護サービス事業者の指導監督（リンク）](#)
- [介護予防・日常生活支援総合事業（事業所用）（リンク）](#)

<ページの先頭に戻る>

お問い合わせ先

健康部 介護保険課 介護事業者グループ
〒031-8686 八戸市内丸1-1-1（市庁本館1階）
電話 0178-43-9292
FAX 0178-47-0732
E-mail kaigo@city.hachinohe.aomori.jp

このコンテンツに関連するキーワード [介護・福祉](#)

介護保険課（市庁本館1階） [お問い合わせフォーム](#)

12. 新事業：介護型全世代ライフプラン形成事業について

【自分らしく生きるためのライフプランツアー】
～介護現場を見て、知って、食べて、未来を考える～

平成 29 年 8 月、通所系、居住・入所系市内介護サービス事業所に実施した「介護職員に係る実態調査」において、「マンパワー不足を改善するために行政に期待するものは？」という質問に対し「介護職への理解・イメージアップ」という多数回答を受け、当課では、平成 30 年度に「**介護型全世代ライフプラン形成事業**」を実施予定です。

介護型全世代ライフプラン形成事業とは？

小中高生、若年齢層：将来の自分の仕事として
働き盛り世代：自分の親を介護するための知識として、自分や子供の仕事として
年配の方：自分や配偶者のこれからのあり方として



対象：八戸市及び周辺町村の全世代の住民
目的：介護職への理解を深め、イメージアップを図る。
介護をテーマにそれぞれの世代が抱えている不安の解消や未来について考える機会を提供する。
内容：複数の介護の現場を自分の眼で見たり、介護食を食べてみる等のバスツアーを予定。



13. 来年度の課内体制について

平成 30 年度における介護保険課の課内体制につきましては、4 月に入り体制が確定し次第、電子メール又は F A X にて周知します。各グループの担当業務及び内線番号等も周知する予定です。お問い合わせの際は担当グループの担当者宛てに御連絡ください。

14. 来年度の集団指導及び認定調査員研修について

来年度のスケジュールは以下のとおりです。御確認ください。

- 認定調査員研修・・・平成 30 年 7 月 25 日（水）
- 八戸市介護サービス事業者集団指導
 - ① 第 1 回・・・平成 30 年 8 月 24 日（金）10：00～16：00
八戸市総合福祉会館「はちふくプラザねじょう」（多目的ホール）（予定）
 - ② 第 2 回・・・平成 31 年 3 月下旬 八戸市公民館

様

事業所名：

担当ケアマネジャー名：

連絡先：

**利用者・ご家族の方へ
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ①病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ②急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい
(特に、「病状」や「退院の目途」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤退院の目途がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

(4)様式集

様式 1

平成 年 月 日

入院時情報提供シート

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 ⇒ 医療機関)

情報提供先
病院
様

<情報提供元>

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

退院予定が決まりましたら、早めにご連絡いただきますようお願いいたします。

氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別		
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号				
現病名			既往歴					
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族構成図・家族背景		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		在宅主治医 (歯科医含)	医療機関名 () () () 受診方法 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()					
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
		障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度					
		サ - ビ ス 利 用 状 況						
		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名:)						
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	わかる範囲で記載する			(年 月 日 時点)
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			自室 <input type="checkbox"/> 有 (階) <input type="checkbox"/> 無
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			ベッド <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 摂取量 ()			
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> IVH			
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
					副菜: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)			
調理: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()								
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅 (浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス			
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ・リハパン			自宅トイレ <input type="checkbox"/> 洋式 <input checked="" type="checkbox"/> 和式
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()						
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 各痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()							
連絡事項・その他 (感染症・障害者手帳・手当受給状況・生活状況・家族状況・意向等や、上記チェック項目についても詳細を追加する必要があるれば記載。)								

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

退院調整時の聞き取りシート

担当ケアマネ ()

氏名				生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男	
面談日時	平成	年	月	日	時	分	～	時	分	場所		
面談者				病院の連絡窓口(所属)								
入院の原因となった病名												
合併症				入院日	年	月	日	退院予定日	年	月	日	頃
病院主治医				在宅主治医								
入院の経過・病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望								家族構成とキーパーソン				
								キーパーソン連絡先				
ADL		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> IVH							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量：1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 塩分制限量：1日 g							
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下機能： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 座位保持： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能							
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限：無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())							
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 持参薬 <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 塗布薬 薬の内容 ()							
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害)											
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()											
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA：保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他											
介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 有 (介護度：) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 区分変更中											
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は： <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点：) 家族の介護力： <input type="checkbox"/> 有 (続柄：) <input type="checkbox"/> 無 <具体的内容>											
リハビリ (リハビリから確認)	目標： 内容： 退院後のリハビリの必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
退院先について	本人の意向 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 () 家族の意向 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 () 在宅の場合 住宅改修： <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 否 福祉用具： <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 否											
次回受診日	平成 年 月 日 () :											
備考欄												