

**令和5年度 集団指導 受講確認票（介護保険指定事業者・施設用）**

法人名	事業所番号	事業所名
社会福祉法人〇△会	2901234567	〇△サービス
電話番号	FAX番号	メールアドレス
0742-12-3456	0742-34-5678	<a href="mailto:abc@maru.sankaku.com">abc@maru.sankaku.com</a>
受講者氏名	受講者職名	※受講者が複数の場合は、代表1名のみ氏名及び職名を記載。
奈良さくら	管理者	※記載された連絡先は、本件に係る連絡のほか、介護福祉課による次年度の集団指導実施通知等の連絡に使用することがあります。

**【提出期限】令和6年3月31日（日曜日）**

**【提出方法】**  
 法務ガバナンス課指導監査係まで、原則、電子メールにてご提出ください。電子メールでの提出が困難な場合に限り、FAX又は郵送にて提出してください。

- ・電子メール送付先：[shuudanshidou@city.nara.lg.jp](mailto:shuudanshidou@city.nara.lg.jp)  
 ※電子メールにて提出される場合は、メール標題に「【事業所名】受講確認票の提出」と記載してください。
- ・FAX送付先：0742-34-4872
- ・郵送先：〒630-8580 奈良市二条大路南一丁目1番1号 法務ガバナンス課 指導監査係

**【作成上の留意点】**

①必ず掲載資料を確認のうえ、事業所番号ごとに作成し、受講した全てのサービス種類のチェック欄を漏れがないように記載してください。なお、指定又は許可されているサービス（休止中または利用者が現存しないサービスも含む。）が受講対象です。また、介護保険法第71条によるみなし指定の事業は、令和5年4月から11月の間に請求実績がある事業のみ対象です。

②受講確認票の提出をもって、令和5年度の集団指導を受講したものとみなします。

③期限内に受講確認票の提出がない事業所（サービス種類）については、実地指導の対象に優先して選定する場合があります。

④掲載資料（参考資料を除く。）について質問がある場合は、別紙の「集団指導質問票」に記載してください。

★医療機関・薬局の事業者はこちらをご参照ください。



**「みなし指定」とは**  
 健康保険法の保険医療機関・保険薬局（以下、保険医療機関等とする）に指定された医療機関・薬局は、介護保険法による医療系サービスの事業者として、指定されたものとみなされます。これを「みなし指定」といいます。

サービス種類	チェック欄	
	介護予防を含む	介護予防を含まない
訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護予防支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

療養病床を有しない  
 病院・診療所の場合の  
 チェック方法

**保険医療機関等がみなし指定の対象となる（介護予防）居宅サービス一覧**

**保険医療機関（病院・診療所）**  
 ・訪問看護（介護予防含む）  
 ・訪問リハビリテーション（介護予防含む）  
 ・居宅療養管理指導（予防含む）  
 ・通所リハビリテーション（予防含む）  
 ※短期入所療養介護（予防含む）  
 （※療養病床を有する病院・診療所に限る）

**保険医療機関（歯科）**  
 ・居宅療養管理指導（予防含む）  
 ・訪問看護（予防含む）  
 ・訪問リハビリテーション（予防含む）

**保険薬局（薬局）**  
 ・居宅療養管理指導（予防含む）

黄色の欄がみなし指定有りの事業です。該当する全ての項目にチェックを入れてください。