

令和7年度 集団指導 受講確認票（介護保険施設等用）

当該受講確認票は、[受講報告フォーム（URL:https://logoform.jp/f/MQuwy）](https://logoform.jp/f/MQuwy)での提出が行えなかった場合に限り使用可能です。また、次年度以降、当該受講確認票は廃止し、受講報告フォームでの報告に一体化する場合がありますので、ご了承ください。

法人名	事業所番号	事業所名
電話番号	FAX番号	メールアドレス
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。 ※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8年3月29日（日曜日）

【提出方法】

法務ガバナンス課指導監査係まで、郵送又はFAXにて、提出してください。メールでの提出は受け付けておりません。

- ・ 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
- ・ FAX送付先：0742-34-4872

【受講確認票作成上の留意点】

- 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にチェックし、漏れがないようにしてください。
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7年4月以降にサービス提供実績がある事業のみ対象です。
- ②受講報告の完了（受講報告フォームでの報告又は受講確認票の提出による報告のいずれか）をもって、令和7年度の集団指導を受講したものとみなします。
- ③期限内に受講報告のない事業所（サービス種類）については、運営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、ホームページに掲載している「集団指導質問票」に記載し、別途、提出してください。

★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。
（黄色で着色されたサービスが「みなし指定」の対象です。）

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"/>	
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>	
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	
地域密着型通所介護	<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"/>	
居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	
介護医療院	<input type="checkbox"/>	
介護予防支援	<input type="checkbox"/>	

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

※みなし指定の辞退等を行っていない場合は、保健医療機関等の類型ごとに、対象となるすべてのサービスにチェックをしてください。

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（介護予防含む）
- ・ 通所リハビリテーション（介護予防含む）
- ※短期入所療養介護（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（介護予防含む）
- ・ 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）

保険薬局（薬局）

- ・ 居宅療養管理指導（介護予防含む）

裏面のアンケートにもご回答ください。

令和7年度集団指導について、以下のアンケートにご回答ください。

【質問.1】

事業者用ホームページをどのくらいの頻度で閲覧していますか。

(参考) <https://www.city.nara.lg.jp/site/kaigohoken/list308.html>

【回答.1】

以下から当てはまるものを選択してください。

- ① ほぼ毎日
- ② 1週間に1回程度
- ③ 1か月に1回程度
- ④ 3か月に1回程度
- ⑤ ほぼ見ない

【質問.2】

変更届は法律に基づき、事実発生から10日以内に奈良市（指定権者）に提出する必要があることを知っていますか。

【回答.2】

以下から当てはまるものを選択してください。

- ① はい
- ② いいえ

【質問.3】

サービス提供中に事故等が発生した場合には、奈良市（指定権者）に報告を行う必要があることを知っていますか。

(参考) <https://www.city.nara.lg.jp/site/kaigohoken/9011.html>

【回答.3】

以下から当てはまるものを選択してください。

- ① はい
- ② いいえ

【質問.4】

介護保険事業者等の指定(許可)には6年間の有効期間が設けられており、6年ごとに指定の更新を受けなければ、指定事業者としての効力を失うこととなります。指定更新を受ける場合は、提出期限（指定の有効期間満了時期に応じて全事業所あてにメール及びHPにて周知）までに必要書類を作成し、申請する必要があることを知っていますか。

(参考) <https://www.city.nara.lg.jp/site/kaigohoken/9963.html#2>

【回答.4】

以下から当てはまるものを選択してください。

- ① はい
- ② いいえ

アンケートは以上となります。ご回答ありがとうございました。