

浜松市障害福祉サービス事業者等指導実施要領

障害福祉サービス事業者等の指導の実施について、浜松市障害福祉サービス事業者等指導要綱に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

1 実施区分

指導の実施は、障害保健福祉課が、次の区分により行う。なお、運営指導については、自立支援給付の支給決定等に関係職員の同行のうえで実施することができる。

- (1) 集団指導
- (2) 運営指導
- (3) 書面指導

2 実施回数

指導の種類ごとに、実施する回数は、次のとおりとする。

- (1) 集団指導

全ての障害福祉サービス事業者等を対象に、年1回程度実施

- (2) 運営指導

ア 障害福祉サービス事業者等が運営する事業所のうち、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助、児童発達支援及び放課後等デイサービスを行う事業所については、3年に1回以上の頻度で実施する。その他のサービスについては、原則として指定の有効期間内に少なくとも1回以上実施する。

イ 指定後間もない事業所については、指定後3年以内に実施する。

ウ 過去の指導内容、通報等により不適切な運営や報酬請求が疑われる場合など、運営に重大な問題があると認められる場合は、優先的に実施する。

- (3) 書面指導

当該年度において運営指導を実施しない事業所並びに障害者及び障害児の利用実績のない障害福祉サービス事業所等について、必要に応じて実施する。

3 指導の重点並びに主眼事項及び着眼点

市長は、浜松市障害福祉サービス事業者等指導方針に、毎年度指導の重点並びに主眼事項及び着眼点を策定する。

4 指導実施計画

市長は、上記3に基づき、指導実施計画を作成する。

5 指導方法等

(1) 集団指導

障害保健福祉課長は、指導日の1か月前までに対象となる障害福祉サービス事業者等（以下「対象事業者」という。）に対し、指導日時、指導の場所、指導内容その他必要な事項について文書で通知する。

(2) 運営指導

ア 指導通知

市長は、原則として指導日の前々月の末日までに対象事業者に対し、指導日時、指導担当者、別に定める指導資料その他必要な事項について様式1により通知し、当該対象事業者から指導日の前月の20日までに指導資料の提出を求める。

ただし、前年度の運営指導において、改善指導があった事業所へ実施する場合は、その都度通知する。

イ 指導方法

運営指導は、原則として指導担当者2人以上で、提出された指導資料、関係書類等を基に対象事業者の運営状況等について、役職員からの説明、閲覧等により行う。

(3) 書面指導

ア 指導通知

市長は、原則として指導日の前々月の末日までに対象事業者に対し、指導日時、指導担当者の職及び氏名、別に定める指導資料その他必要な事項について様式1により通知し、原則として当該対象事業者から指導日の前月の20日までに指導資料の提出を求める。

イ 指導方法

書面指導は、原則として指導担当者2人で、提出された指導資料を基に当該対象事業者の運営状況等について、役職員から説明を求める。

6 指導担当者

指導担当者は、障害保健福祉課の職員をもって充てる。ただし、必要に応じて、関係課等の職員を加えることができる。

7 指導の講評

(1) 運営指導及び書面指導にあつては、指導終了後、当該対象事業者の役職員に対し、指導の結果について、講評及び指示並びに助言を行う。

(2) 講評に当たって、指導担当者のみで判断することが困難と認められる事項については、検討の上、後日、必要な指導を行う。

8 指導結果の検討及び通知等

- (1) 指導結果については、障害保健福祉課長へ復命し、検討の上、その問題点を明らかにし、採るべき措置を具体的に決定する。
- (2) 上記(1)により、改善を要すると認められた事項については、浜松市介護保険事業者等指導監査委員会へ付議し、当該対象事業者の様式2をもって通知し、概ね1月の期限を定めて、改善の結果又は計画について改善報告書(様式3)の提出を求めるほか、必要に応じて、その状況を確認する。
- (3) 上記(2)の改善指導の基準は別に定める。

9 指導による指摘に伴う返還措置

- (1) 障害福祉サービス事業者等に対する運営指導又は書面指導において、自立支援給付対象サービス等の内容又は自立支援給付等の算定及び請求に関し不当な事実を確認したときは、当該事業者に対し、指摘した事項に係る自主点検の指示を行う。
この場合、指摘した事項について、全利用者に係る介護給付費・訓練等給付費等明細書等を対象に、原則として事業開始日からの状況を自主点検させ(ただし、返還請求の消滅時効が完成している期間を除く。)、その結果を改善報告書(様式3)により報告させる。
- (2) 上記(1)により、返還すべき内容が確認されたときは、指導担当者は、障害保健福祉課給付担当職員に当該障害サービス事業者等の名称、要返還金額等必要な事項を通知した上で、適切な方法により返還を行うよう指導するとともに、利用者が支払った自己負担額に過払いが生じている場合は、当該利用者に過払い分を返還するよう指導する。
- (3) 当該事業者は、不当請求分に係る返還が完了したときは、障害保健福祉課に、返還の内容及び返還金額等について様式4により報告する。
- (4) 一定期間が経過しても自主点検又は返還が行われない事業者については、運営指導を実施し、必要に応じ監査を実施する。

10 指導の結果の活用

障害保健福祉課長は、必要に応じ、指導結果の通知及び改善報告書の内容について、関係課等の長及び障害福祉サービス事業者等の関係する援護の実施者へ情報提供する。

11 関係課等との連携

- (1) 障害保健福祉課は、指導の円滑な実施を図るため、常に関係課等との連携を密に

する。

- (2) 障害保健福祉課は、指導の重点、主眼事項及び着眼点の策定並びに指導の実施及び結果の処理に当たり、関係課等と十分な連携を図る。

12 県、他市町との連携

障害福祉サービス事業者等への指導に当たっては、必要に応じて、県及び他政令指定都市の指導担当部署や関係市町の給付担当部署と十分な連携を図る。

附 則

この要領は、平成 24 年 7 月 19 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年 7 月 31 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 28 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 6 年 6 月 28 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

様式 1

〇〇第 号
年 月 日

事業者（法人）名

代表者名 様

浜松市長

障害福祉サービス事業者等の運営（書面）指導の実施について（通知）

このことについて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 10 条第 1 項、第 11 条第 2 項（児童福祉法第 21 条の 5 の 22 第 1 項・第 24 条の 15 第 1 項・第 24 条の 34 第 1 項、児童福祉法第 57 条の 3 の 2）の規定に基づき、貴事業者・施設につきまして、下記のとおり運営（書面）指導を実施するので通知します。

つきましては、指導の実施に当たり、対象事業所等の管理者その他の役職員の立会いをお願いします。

記

- 1 対象事業所・施設 (指定事業所・施設名)
- 2 実施年月日 年 月 日 () 時 分から
- 3 実施場所
- 4 指導担当者
- 5 事前提出資料
 - (1) 提出資料 障害福祉サービス事業者等指導資料
 - (2) 提出期限 年 月 日
 - (3) 提出部数 1 部
 - (4) 提出先 浜松市障害保健福祉課指導グループ

担 当 〇〇〇〇

電 話 〇〇〇〇

様式2

〇〇第 号
年 月 日

事業者（法人）名

代表者名 様

浜松市長

障害福祉サービス事業者等の運営（書面）指導の実施結果について（通知）

年 月 日に実施した運営（書面）指導については、下記のとおり通知します。

自立支援給付等の算定及び請求に関する改善指導事項は、速やかに自主点検を実施し、
是正・改善の具体的計画を「様式3」により作成し本通知日より 年 月 日までに報告してください。

なお、助言指導事項については報告を必要としませんが、速やかに改善してください。

記

1 改善指導事項

2 助言指導事項

担 当 〇〇〇〇
電 話 〇〇〇〇

様式 3

〇〇第 号
年 月 日

浜松市長

事業者（法人）名
代表者名
（署名又は記名押印をしてください。）

〇年度障害福祉サービス事業者等の運営（書面）指導結果に係る
是正・改善計画について

年 月 日付け〇〇第 号により通知のあった件について、下記のとおり報告します。

記

（サービスの種類） （事業所名）

1 是正・改善報告（※改善した内容が確認できる書類を添付すること）

是正・改善を要する事項	是正・改善の具体的方策	是正・改善実施 （予定）時期

2 給付費等返還計画（単位：円）（※返還がない場合は作成不要）

返還事由	返還対象期間	支給決定 市町村	請求書 の件数	既請求額 A	訂正後 請求額B	返還額 A－B	利用者負 担額返還 額
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						

担 当 〇〇〇〇
電 話 〇〇〇〇

様式 4

第 号
年 月 日

浜松市長

事業者（法人）名

代表者名

（署名又は記名押印をしてください。）

介護給付費・訓練等給付費等の返還の完了について

年 月 日付けで報告した介護給付費・訓練等給付費等について、以下のとおり返還が完了しましたので報告します。

記

（サービスの種類）（事業所名）

1 市町村別返還金額内訳（単位：円）

返還事由	返還対象期間	支給決定 市町村	請求書 の件数	既請求額 A	訂正後 請求額B	返還額 A－B	利用者負 担額返還 額
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						
	年 月～ 年 月						

2 添付書類

①個人別返還額内訳（任意様式）

※受給者証番号、受給者氏名、支給決定市町村、サービス提供年月、既請求額、再請求額、差額（返還分）、利用者負担額が確認できるもの

②「過誤決定通知書」の写し

③再請求に係る「支払決定額通知書」の写し

④再請求に係る「支払決定額内訳書」の写し

⑤「介護給付費・訓練等給付費等明細書等」（過誤分・再請求分）の写し

⑥利用者負担額返還の確認ができる書類の写し