

令和5年度

集団指導資料

- ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護
- ・看護小規模多機能型居宅介護

令和6年3月

瀬戸内市福祉部いきいき長寿課

目 次

・事業運営上の留意事項	
実施に当たっての留意事項について	・・・・・・・・・・ 1
介護報酬の算定上の留意事項について	・・・・・・・・・・ 2 1

事業運営上の留意事項

1 主な関係法令

<全般>

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）
- ・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- ・介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

- ・指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準
（平成18年厚生労働省令第34号）

◎瀬戸内市指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準等を定める条例
（平成25年市条例第16号）

- ・指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員，設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準
（平成18年厚生労働省令第36号）

◎瀬戸内市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員，設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例
（平成25年市条例第17号）

- ・指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について
（平成18年老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号）

<報酬>

- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成18年厚生労働省告示第126号）
- ・指定地域密着型（介護予防）サービスに要する費用の額の算定に関する基準
（平成18年厚生労働省告示第128号）
- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
（平成18年老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号）

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でご確認ください。

文献：介護報酬の解釈 1 単位数表編 令和3年版（発行：社会保険研究所）・・・（青本）

介護報酬の解釈 2 指定基準編 令和3年版（発行：社会保険研究所）・・・（赤本）

介護報酬の解釈 3 Q A ・法令編 令和3年版（発行：社会保険研究所）・・・（緑本）

ホームページ：「厚生労働省 法令等データベースシステム」

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>

「厚生労働省 介護報酬について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/index.html

「厚生労働省 介護サービス関係Q&A」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html

「WAM. NET（運営：独立行政法人福祉医療機構）」

<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

事業運営上の留意事項

実施に当たっての留意事項について

1 基本方針等

- 各サービス事業所の事業運営の方針は、条例等に定められた基本方針に沿ったものになっているか。
またその方針に従った事業運営ができていますか。

地域密着基準条例

(小規模多機能型居宅介護)

第81条 指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護(以下「指定小規模多機能型居宅介護」という。)の事業は、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(看護小規模多機能型居宅介護)

第191条 指定地域密着型サービスに該当する複合型サービス(施行規則第17条の10に規定する看護小規模多機能型居宅介護に限る。以下この章において「指定看護小規模多機能型居宅介護」という。)の事業は、指定居宅サービス等基準に規定する訪問看護の基本方針及び第81条に規定する小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえて行うものでなければならない。

岡山県指定居宅サービス等基準条例

(訪問看護)

第64条 指定居宅サービスに該当する訪問看護(以下「指定訪問看護」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

(介護予防小規模多機能型居宅介護)

第43条 指定地域密着型介護予防サービスに該当する介護予防小規模多機能型居宅介護(以下「指定介護予防小規模多機能型居宅介護」という。)の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

2 人員に関する基準

(1) 従業者の員数等

① (看護) 小規模多機能型居宅介護従業者

- ×勤務状況（勤務時間）を確認できる書類がない従業者がいる（代表者、管理者等）。
- ×パート従業者などの短時間労働者について、労働条件通知書の交付等を行っていない。
- ×勤務予定において、宿泊サービス利用予定者がいないため、夜間及び深夜の時間帯の介護職員を配置していない。
- ×夜間及び深夜の時間帯を通じて宿直勤務の配置がない。
- ×適切な看護職員の配置がない。
- ×通いサービスの利用者がいない日に職員を配置していない。
- ×日中の時間帯の介護従業者の配置が不足している。

(ポイント)

- ・事業所ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たる介護従業者を、常勤換算方法で、通いサービス利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上、訪問サービスの提供に当たる介護従業者を1以上（看護小規模多機能型居宅介護においては、2以上）としているか（介護従業者をそれぞれ固定するというのではなく、従業者全体で通いサービス及び訪問サービスを行う。）
- ・夜間及び深夜勤務を行う介護従業者は、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上とするほか、宿直勤務を行わせるための必要数となっているか（随時の訪問サービスに支障がない体制であれば、宿直職員は事業所内で宿直する必要はない。）
- ・利用者数は、前年度の平均値とする。

(小規模多機能型居宅介護)

- ・小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上の者は、常勤でなければならない。
- ・小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上の者は看護師又は准看護師でなければならない。（常勤を要件としておらず、毎日配置していなければいけないということではない）

(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従業者のうち1以上の者は、常勤の保健師又は看護師でなければならない。
- ・看護小規模多機能型居宅介護従業者のうち、常勤換算方法で2.5以上の者は、保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という）でなければならない。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる従業者のうち、1以上の者は、看護職員でなければならない。看護職員は日中の通いサービスと訪問サービスを行う各サービスで1名以上必要であり、常勤を要件としていないが、日中のサービス提供時間帯を通じて必要な看護サービスが提供される職員配置とすること。

【サテライト事業所における留意点】

- ・ サテライト事業所は、本体事業所を有する必要があるが、本体事業所が次のいずれかに該当する必要がある。
 - a 事業開始以降1年以上の本体事業所としての実績を有すること
 - b 当該本体事業所の登録者数が、当該本体事業所において定められた登録定員の100分の70を超えたことがあること
- ・ サテライト事業所は次に掲げる要件をいずれも満たす必要がある。
 - a 本体事業所とサテライト事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の距離であること
 - b 1の本体事業所に係るサテライト事業所の数は2箇所までとすること
- ・ 本体事業所の職員により当該サテライト事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、訪問サービスの提供に当たる小規模多機能型居宅介護従業者を1人以上（看護小規模多機能型居宅介護の場合は2人以上）とすることができる。（常勤換算方法で1以上ではなく、1名以上配置することで足りる（看護小規模多機能型居宅介護の場合は2名以上））

なお、本体事業所とサテライト事業所における訪問サービスは一体的に提供することが可能である。
- ・ 本体事業所の宿直職員が、当該サテライト事業所の登録者からの訪問サービスの要請に適切に対応できるときは、宿直職員を配置しないこともできる。
- ・ サテライト事業所の登録者の処遇に支障がない場合は、本体事業所において宿泊サービスを提供することができる。本体事業所の登録者がサテライト事業所の宿泊サービスを受けることは認められていないので注意すること。
- ・ 本体事業所の看護師又は准看護師が適切にサテライト事業所の登録者に対する健康管理等を行うことができる場合、看護師又は准看護師を置かないことができる。

日々の人員配置の考え方について

<平成18年解釈通知>

- ハ 日々の通いサービスの実際の職員配置については、その日ごとの状況に応じて判断する必要があるが、単に通いサービスの利用者がいないからといって職員を配置しないということではなく、通いサービスを利用しない者に対する訪問サービスも含め、利用者には何らかの形で関わることのできるような職員配置に努めるものとする。

② 介護支援専門員等

- ・ 介護支援専門員は、指定を受ける際（指定を受けた後に介護支援専門員の変更の届出を行う場合を含む。）に、「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了しているものとする。
- ・ 介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合は、管理者との兼務もできるものである。また、非常勤でも差し支えない。

- ・ 介護支援専門員は、基本的には、①登録者の（看護）小規模多機能型居宅介護以外の居宅サービスを含めた「居宅サービス計画」の作成、②法定代理受領の要件である（看護）小規模多機能型居宅介護の利用に関する市町村への届出の代行、③（看護）小規模多機能型居宅介護の具体的なサービス内容等を記載した「（看護）小規模多機能型居宅介護計画」の作成の業務に従事するものである。

【サテライト事業所における留意点】

- ・ 本体事業所の介護支援専門員により当該サテライト事業所の登録者に対して居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、（看護）小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了している者（以下、「研修修了者」という）を置くことができる。この場合、居宅サービス計画の作成及び市町村への届出の代行については、本体事業所の介護支援専門員が行わなければならない。

(2) 管理者・代表者

- × 介護従業者を兼務している管理者が頻繁に夜勤業務をしているため、管理業務を十分行えず、管理者の責務を果たすことができていない。
- × 開設者研修修了者が退職して開設者研修の修了者が不在になっている。

(ポイント)

【管理者】

- ・ 管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であることが必要である。
- ・ 管理者としての資質を確保するために、指定を受ける際（指定を受けた後に管理者の変更の届出を行う場合を含む。）に「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了しているものとする（看護小規模多機能型居宅介護の場合は、研修修了者又は保健師若しくは看護師とし、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある）。
- ・ 管理者について、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事する。ただし、以下の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができることになっている。

イ 当該指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の（看護）小規模多機能型居宅介護従業者としての職務に従事する場合

ロ **他の事業所、施設等の職務に従事する場合**

※ 本体事業所とサテライト事業所間においては、管理業務を兼務することができる。

管理業務の的確な遂行に支障がある場合には認められないので改善すること。

管理者の責務

- 従業者の管理
 - 利用の申込みに係る調整
 - 業務の実施状況の把握その他の管理
 - 従業者に運営に関する基準の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う
 - ・従業者の所定の労働時間で勤務予定表を作成すること。従業者に欠員が生じ、勤務予定が作成できない場合には、事前又は速やかに瀬戸内市（いきいき長寿課）に相談し、指導に従うこと。
 - ・全ての短時間労働者に労働条件等について明示すること。
- 参考：「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成19年厚生労働省令第121号第6条）」

【代表者】

- ・代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者、訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了しているものでなければならない（看護小規模多機能型居宅介護の場合は、研修修了者又は保健師若しくは看護師とする）。

※代表者交代時の、認知症対応型サービス事業開設者研修の修了要件（看護小規模多機能型事業所においては保健師若しくは看護師が代表者の場合は不要）については、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すればよい。新規指定時には、原則どおり（猶予期間がなく）研修修了を要件とする。

※管理者・計画作成担当者の変更の届出を行う場合については、管理者交代時の都道府県における研修の開催状況等を踏まえ、新たに管理者を配置し、かつ、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い、当該管理者が研修を修了することが確実に見込まれる場合は当該管理者が研修を修了していない場合であっても差し支えない。

（この場合、研修修了の確約書の提出が必要）

3 設備に関する基準

(1) 登録定員及び利用定員

×（特に必要とされる事情がないにも拘らず）通りサービスの利用定員を超えた受け入れが行われていた。

※特に必要と認められる場合、災害その他やむを得ない事情がある場合は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ない。

(ポイント)

- ・登録定員は29人以下となっているか。

(サテライト型は18人まで)

- ・通いサービスの利用定員は登録定員の2分の1から18人まで。

(サテライト型は12人まで)

- ・宿泊サービス利用定員は通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで。

(サテライト型は6人まで)

※通いサービスの利用定員が15人を超える場合は、居間・食堂の合計面積が1人当たり3㎡以上を確保することが必要

(本体事業所の例)

登録定員数	通いサービスの利用定員	宿泊サービスの利用定員
25人以下	登録定員の1/2から15人まで	通いサービスの利用定員の1/3から9人
26人又は27人	登録定員の1/2から16人まで	
28人	登録定員の1/2から17人まで	
29人	登録定員の1/2から18人まで	

(2) 設備及び備品等

×個室以外の宿泊室で面積やプライバシーの確保ができていない。

×宿泊室が常に利用できる状態となっていない。

居間及び食堂

居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを確保することが必要である。

通いサービスの利用定員について15人を超えて定める指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、居間及び食堂を合計した面積は、利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ(1人当たり3㎡以上)を確保することが必要である。

宿泊室

- ・1の宿泊室の床面積は、7.43㎡以上としなければならない。

- ・個室以外の宿泊室を設ける場合、その合計面積は、おおむね7.43㎡に宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とする。

事業所が病院又は診療所の場合、6.4㎡以上(看護小多機の場合)

- ・宿泊室の構造は利用者のプライバシーが確保されたものでなければならない。

→プライバシーの確保とは、パーティションや家具などにより視線の遮断が必要であるが、壁や襖までは要しない。ただし、カーテンはプライバシーが確保されたものとは認められない。

4 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意

×「重要事項説明書」と「運営規程」の記載が相違している。

(例) 従業者の員数、営業時間、通常の事業の実施地域、利用料その他の費用の額、サービス提供の内容など。

×契約前に居宅サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画の作成が行われている。

×重要事項説明書の内容（家賃、食費等）が変更になったが、再度の説明をしていない。

×運営推進会議等を活用した評価の結果を利用申込者又はその家族に説明していない。

×サービス利用票に日付、署名又は押印がなかった。

×第三者評価の実施状況の記載がなかった。

(ポイント)

- ・「重要事項説明書」は、利用申込者が事業所を選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは重要事項説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。
- ・その後、利用申込者等がサービス提供を希望する場合に重要事項説明書への同意を文書により得ること。
- ・従業員の「員数」について、「〇〇人以上」と記載することを可能とする。
- ・苦情相談窓口については、事業所の担当者名と連絡先に加えて、「岡山県国民健康保険団体連合会 086-223-8811」「瀬戸内市役所福祉部いきいき長寿課 0869-24-8866」を記載すること。（運営規程も同じ）

(2) 身分を証する書類の携行

×訪問サービスの提供に当たるものに身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときに、これを掲示していない。

※身分を明らかにする証書や名札等には、事業所の名称、当該訪問サービスの提供に当たる者の氏名を記載するものとし、その者の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。

(3) サービスの提供の記録

×サービス提供した際の、提供日、提供時間、提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録していない。

×サービスの開始・終了時刻が、実際の時間ではなく、小規模多機能型居宅介護計画に位置付けられている標準的な時間となっている。

◇ポイント◇

- ・ サービス提供日、サービス提供時間（実際の時間）、サービス内容、提供者の氏名、利用者の心身の状況等について記録すること。
- ・ サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となるため、介護報酬の請求内容を証明できるだけの内容の記録が必要となる。
- ・ 提供しているサービスが利用者の課題解決につながっているか、さらに改善すべきサービスはないか等を、管理者が把握でき、従業者が共有することができるような記録を意識すること。

(4) 介護の具体的取扱方針

×事業所が提供する通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの、算定月における提供回数について、登録者1人当たりの平均回数が、週4回に満たなかった。

(ポイント)

・指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供しなければならないこと。

→「適切なサービス」とは、1の利用者に対して、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせて概ね週4回以上行うことが目安となるものである。

※指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者が提供するサービスの提供回数が、週4回に満たない場合は所定単位数が減算(70/100)になります。

・サービス提供回数についての考え方

指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを提供しない日であっても、電話による見守りを含め、利用者には何らかの形で関わることを望ましい。なお、指定小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも訪問サービスの回数に含めて差し支えない。

・電話による安否確認は、サービス提供回数に含めることができない。

平成21年3月23日 介護保険最新情報vol.69

平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)

Q: サービス提供が過小である場合の減算の取扱いについて、電話による見守りをサービス提供回数に含めることは可能か。

A: 利用者宅を訪問して見守りの意味で声かけ等を行った場合は、サービス提供回数に含めることは可能であるが、電話による見守りはサービス提供回数に含めることはできない。

●(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

※令和7年3月31日までは努力義務。令和7年4月から義務化。

ア 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

イ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

ウ 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

・指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、指定(看護)小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身

体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないこと。

- ・指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

×ほぼ毎日宿泊する利用者により、他の利用者の宿泊に対応できない状況が見受けられた。

(ポイント)

- ・週1回程度の利用でも算定は可能であるが、必ずしも合理的でなく、運営推進会議に通りサービスの回数等を報告し、適切なサービス提供であるかどうか評価を受けることが必要となる。
- ・継続的に宿泊サービスを利用している者の取扱い
運営推進会議に対して報告を行い、評価を受けることを前提として、継続して宿泊サービスを利用している形態(記録を残しておくこと)は想定される。
他の利用者の適切な宿泊サービス利用の不利益とならないよう配慮と調整が必要である。

(5) 主治の医師との関係 【看護小規模多機能型居宅介護のみ】

(ポイント)

- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の常勤の保健師又は看護師は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示の文書(以下「指示書」という。)に基づき看護サービスが行われるよう、主治医との連絡調整、看護サービスの提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできない。
- ・看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示書の交付を受けなければならない。
- ・定期的に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を主治医に提出しなければならない。
- ・看護サービスの実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。

(6) 居宅サービス計画の作成

×アセスメントについて、利用者の居宅を訪問して行っていない(利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合はその理由を記録しておくこと)。

×アセスメント項目が不十分である。

×計画作成時、計画変更時、計画更新時にアセスメントを行っていない。

×インフォーマルなサービスが位置付けられていない。

×モニタリングについて、少なくとも月に1回、利用者の居宅の訪問を行っていない。

×訪問看護、訪問リハビリテーション等の医療サービスを計画に位置付ける際に、主治の医師等の意見

を求めている。

- ×主治医の意見を求めた場合、居宅サービス計画を主治医に交付していない。
- ×居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける際に、その利用の妥当性の検討がない。居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由の記載がない。
(小規模多機能型居宅介護開始前から利用している福祉用具を、そのまま妥当性を検討せずに利用している)
- ×ほぼ毎日宿泊する利用者（月を通して居宅に戻らず宿泊をしている利用者）に対して、福祉用具貸与が位置付けられ、小規模多機能型居宅介護事業所で利用されている。
- ×居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して各個別サービス計画の提出を求めている。
- ×利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行っていない。
- ×要介護更新認定、要介護状態区分の変更の認定を受けた際に担当者会議を行っていない。
- ×サービス担当者会議について、やむを得ない理由によりサービス担当者に対する照会等により意見を求める場合は、当該担当者への照会内容についても記録しておくこと。
- ×居宅サービス計画を介護支援専門員が作成していない。

(ポイント)

- ・居宅サービス計画の作成に当たっては、瀬戸内市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例第15条（指定居宅介護支援等基準第13条）各号に掲げる具体的取組方針に沿って行うこと。
- ・居宅介護計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。
また、モニタリングに当たっては、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行うこと。
 - ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。
 - イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- ・主治の医師等の意見を踏まえ、医療サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付すること。

(7) (看護) 小規模多機能型居宅介護計画の作成

- ×小規模多機能型居宅介護計画を作成していない。
- ×小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たって、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されていない。
- ×他の小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、計画を作成していない。
- ×小規模多機能型居宅介護計画に、具体的なサービス内容が記載されていない。
- ×利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行っていない。
- ×小規模多機能型居宅介護計画を介護支援専門員が作成していない。
- ×小規模多機能型居宅介護計画書の内容が、居宅サービス計画書の内容と概ね重複していた。

(ポイント)

- ・(看護)小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めること。
→「多様な活動」とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等をいうものである。
- ・介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の(看護)小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した(看護)小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行うこと。
- ・介護支援専門員は、(看護)小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常に(看護)小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて(看護)小規模多機能型居宅介護計画の変更を行うこと。

(看護小規模多機能型居宅介護計画の看護サービスについて)

- ・看護小規模多機能型居宅介護計画のうち看護サービスに係る記載については、看護師等と密接な連携を図ること。なお、看護サービスに係る計画とは、利用者の希望、主治医の指示、看護目標及び具体的なサービス内容等を含むものであること。

(8) 看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成

【看護小規模多機能型居宅介護のみ】

◇ポイント◇

- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、看護師等(准看護師を除く)に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させるものとする。
- ・看護師等(准看護師を除く)は、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を作成しなければならない。なお、この報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した看護小規模多機能型居宅介護計画の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えない。

(9) 介護等

×事業所運営において調理等の家事を、可能な限り利用者と介護従業者が共同で行うといった実態が乏しく、事業者・職員の意識も希薄である。

(ポイント)

- ・指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、利用

者の居宅又は当該サービスの拠点における（看護）小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。ただし、指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業者の負担により、訪問入浴介護等のサービスの利用に供することは差し支えない。

（１０）運営規程

- ×「重要事項説明書」と「運営規程」の記載（従業者の員数、営業時間、通常の事業の実施地域、利用料その他の費用の額、サービス提供の内容など）が相違している。
- ×運営規程に必要な事項が定められていない。

（ポイント）

- ・運営規程の変更は届け出が必要。（変更した日から１０日以内）

（重要）

- ・利用定員や営業日の変更については、変更後の運営に支障がないか、設備の概要、従業者の配置等を確認する必要がある。
- ・運営規程に定めるべき項目（下線のある項目が※独自基準により追加した部分）

（１）事業の目的及び運営の方針

（２）従業者の職種、員数及び職務の内容

※従業員の「員数」について、「〇〇以上」と記載することも可能。

（３）営業日及び営業時間

（４）指定（看護）小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員

（５）指定（看護）小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額

（６）通常の事業の実施地域

（７）サービスの利用に当たっての留意事項

（８）緊急時における対応方法

（９）非常災害対策

（１０）虐待防止のための措置に関する事項

（１１）個人情報の取扱い

（１２）地域との連携

（１３）その他運営に関する重要事項

（ポイント）

営業日及び営業時間

- ・小規模多機能型居宅介護事業所は、３６５日利用者の居宅生活を支援するものであり、休業日を設けることは想定していない。

営業日 ３６５日

訪問サービス ２４時間 と明記すること

通いサービス及び宿泊サービスはそれぞれの営業時間を記載すること。

(11) 勤務体制の確保等

- ×勤務予定表に従業者（非常勤を含む）の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係などが明記されていない。
- ×勤務予定表及び勤務実績表について、事業所ごとに作成し記録を残していない。
- ×従業者の資質向上のために、研修の機会が確保されていない。
- ×研修（内部・外部を含む）の実施記録等が保存されていない。
- ×雇用契約が結ばれていない従業員によりサービスが提供されていた。

(ポイント)

- ・勤務予定表は、事業所ごと、月ごとにすべての従業者を記載して作成すること。
 - ・従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係などを明確にすること。
 - ・適切なサービスを提供できるよう従業者の勤務体制を定めておくこと。
 - ・従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
 - ・安定した事業運営のために、計画的な人材育成を行うこと。
 - ・全ての介護従業者のうち、医療・福祉関係の資格を有さないものについて、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じること。なお、新たに採用した従業者（医療・福祉関係の資格を有さないものに限る）については、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させること。（令和6年4月1日から義務化）
※当該義務付けの対象にならない者：看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等。
 - ・職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じること。 ※セクシャルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。
- イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容
- a 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、従業者に周知・啓発すること。
 - b 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知すること。
- ロ 事業主が講じることが望ましい取組について
- a 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
 - b 被害者への配慮のための取組
 - c 被害防止のための取組

※介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、必要な措置を講じるにあたり、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」「(管理者・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。

(12) 定員の遵守

(ポイント)

- ・登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えて指定(看護)小規模多機能型居宅介護の提供を行ってはならない。
- ・ただし、通いサービス及び宿泊サービスの利用は、利用者の様態や希望等により特に必要と認められる場合は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ない。
- ・災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

「特に必要と認められる場合の例」

- ・登録者の介護者が急病のため、急遽、事業所で通いのサービスを提供したことにより、その時間帯における利用者が定員を超える場合
- ・看取りを希望する登録者に対し、宿泊室においてサービスを提供したことにより、通いサービスの提供時間帯における利用者数が定員を超える場合
- ・登録者全員を集めて催しを兼ねたサービスを提供するため、通いサービスの利用者数が定員を超える場合
- ・上記に準ずる状況により特に必要と認められる場合

(13) 業務継続計画の策定等

(ポイント)

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- ・従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(令和6年4月1日からは義務化)

- ・業務継続計画には、以下の項目を記載すること。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)
- b 初動対応

C 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

C 他施設及び地域との連携

- ・ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- ・ 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事務所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

（14） 衛生管理等

×各種マニュアルは整備しているが、従業者に周知されていない。

×洗面所、トイレ、台所等でタオルを共用使用している。

（ポイント）

- ・ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じること。
 - a 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
 - b 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - c 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行うこと。
- (a, b, cについては、令和6年4月1日からは義務化)
- ・ 「感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会」は、感染対策の知識を有する者

を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要である。

感染対策委員会は、利用者の状況など事務所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、感染症対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

- ・ 「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

平常時の対策としては、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、発生時の対応としては、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の連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連携体制を整備し、明記しておくこと。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照すること。

- ・ 「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には感染対策の研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うもので差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

(15) 掲示

×変更前の古い運営規程、重要事項説明書を掲示している。

×運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を掲示し、公表していない。

◇ポイント◇

・ 事業所の受付コーナー等に利用申込者等が見やすいよう工夫して掲示すること。

ただし、掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、受付コーナー、相談室等に立てかけておくことでも差し支えない。

●「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表しなければならない。

※令和7年3月31日までは努力義務。令和7年4月から義務化。

(16) 秘密保持等

×個人情報を含む書類が、鍵が掛からない場所に保管されている。

×従業者の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業者間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われていない。

×サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて、それぞれから文書による同意が得られていない。

◇ポイント◇

・ 利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業者間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めておくこと。

・ サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて、それぞれから文書による同意が得ておくこと。

(17) 地域との連携等

×登録者全員が事業所の所在する建物と同一の建物に居住する者である。

・（看護）小規模多機能型居宅介護が、地域に開かれたサービスであるために、同一建物に居住する利用者以外のものに対しても行われるよう努めること。

- ・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。
- ・利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、行政職員又は地域包括支援センター職員、（看護）小規模多機能型居宅介護に知見を有する者等による運営推進会議を設置し、概ね2月に1回以上、当会議を開催していること。
- ・運営推進会議においては、活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。
- ・運営推進会議の報告、評価、要望、助言等について記録し、その記録を公表すること。
- ・運営推進介護の合同開催については、合同で開催する回数が、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。
- ・1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこと。

（18） 虐待の防止

（ポイント）

- ・事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ・事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年1回以上）実施すること。
- ・上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

（令和6年4月1日からは義務化）

- ・「虐待の防止のための対策を検討する委員会」は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にした上で、定期的に開催すること。

また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

一方で、事案によっては事業所の全ての従業者に情報を共有するべきであるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営して差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うこととしてよい。（個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。）

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討し、検討結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）については、従業者に周知徹底を図ること。

- イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- 二 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- へ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
- ・ 「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこと。
 - イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
 - ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
 - 二 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
 - ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
 - へ 成年後見制度の利用支援に関する事項
 - ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
 - チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
 - リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- ・ 「虐待の防止のための研修」の内容は、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、虐待の防止のための指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時に必ず虐待の防止のための研修を実施すること。

また、研修の実施内容について記録すること。研修の実施は、事業所内の職員研修で差し支えない。
- ・ 「担当者」は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

(19) 記録の整備

×サービス利用開始時の居宅サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画の保管が無かった。

◇ポイント◇

- ・ 利用者に対するサービス提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存すること。
- ※ 「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日とする。ただし、運営推進会議での報告、評価、要望、助言等についての記録は、運営推進会議を開催し、会議の報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日とする。

- (1) 居宅サービス計画
- (2) (看護) 小規模多機能型居宅介護計画
- (3) 具体的なサービス内容
- (4) 身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- (5) 市町村への通知に係る記録
- (6) 苦情の内容等の記録
- (7) 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
- (8) 運営推進会議での報告、評価、要望、助言等の記録

〔看護小規模多機能型居宅介護〕

- ・ 上記の(1)から(8)までの記録に加え、次の記録を保存すること。
- (9) 主治の医師による指示の文書
- (10) 看護小規模多機能型居宅介護報告書

(20) 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の設置

◇ポイント◇

指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、当該指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催しなければならない。

※令和9年3月31日までは努力義務

5 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の取扱いについて

(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用者が認定更新の結果、

- ① 要支援→要介護、② 要介護→要支援となった場合

改めて居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の提出が必要

介護報酬算定上の留意事項について

□基本報酬の算定について

- ・（看護）小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅に限る）に居住する利用者に対してサービスを行う場合とそれ以外の利用者に対してサービスを行う場合の区分に留意。

×日割り請求について月途中のサービス利用開始又は利用終了している場合には、利用開始日（登録日）から又は利用終了日（登録終了日）までの日割り請求を行うこと。

小規模多機能型居宅介護費

（１）（看護）小規模多機能型居宅介護費の算定について

- ①（看護）小規模多機能型居宅介護費は、当該（看護）小規模多機能型居宅介護事業所へ登録した者について、登録者の居住する場所及び要介護状態区分に応じて、登録している期間1月につきそれぞれ所定単位数を算定する。月途中から登録した場合又は月途中から登録を終了した場合には、登録していた期間（登録日から当該月の末日まで又は当該月の初日から登録終了日まで）に対応した単位数を算定することとする。また、月途中から（看護）小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に転居した場合又は月途中から（看護）小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物から同一建物でない建物に転居した場合には、居住していた期間に対応した単位数を算定することとする。

これらの算定の基礎となる「登録日」とは、利用者が（看護）小規模多機能型居宅介護事業者と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問又は宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日とする。また、「登録終了日」とは、利用者が（看護）小規模多機能型居宅介護事業者との間の利用契約を終了した日とする。

- ②「同一建物」とは、当該（看護）小規模多機能型居宅介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に（看護）小規模多機能型居宅介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。

□短期利用居宅介護費 体制届必要

- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員の関与、利用開始前に利用期間を定めること等の要件に留意すること。

<ポイント>

- ① 以下のイ～ニの基準に合致するものであること。

イ 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定（看護）小規

模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合であること。

ロ 利用の開始にあたって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めること。

ハ 指定地域密着型サービス基準第82条、192条に定める従業者の員数を置いていること。

ニ 当該指定（看護）小規模多機能型介護事業所がサービス提供が過少である場合の減算を算定していないこと。

② 宿泊室を活用する場合については、登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊サービスの利用定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであること。

□過小サービスに対する減算について

（ポイント）

登録者1人当たり平均回数＝サービス提供回数合計数÷（当該月の日数×登録者数）×7

・ 指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所が提供する通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの算定月における提供回数について、登録者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。）1人当たりの平均回数が、週4回に満たない場合は、**または週平均1回に満たない場合（看護小規模多機能型居宅介護事業所のみ）**、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

① 「登録者1人当たり平均回数」は、歴月ごとに以下のイからハまでの方法に従って算定したサービス提供回数の合計数を、当該月の日数に当該事業所の登録者数を乗じたもので除したものに、7を乗ずることによって算定するものとする。

なお、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の指定を併せて受け、かつ、小規模多機能型居宅介護の事業と介護予防小規模多機能型居宅介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあつては、当該事業所における小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護のサービス提供回数を合算し、また、小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算して計算を行うこと。

イ 通いサービス

1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合にあつては、複数回の算定を可能とする。

ロ 訪問サービス

1回の訪問を1回のサービス提供として算定すること。なお、（看護）小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問した見守りの意味で声かけ等を行った場合でも、訪問サービスの提供回数に含めて差し支えない。

ハ 宿泊サービス

宿泊サービスについては、1泊を1回として算定すること。ただし、通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合は、それぞれを1回とし、計2回として算定すること。

② 登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合にあつては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については、①の日数の算定の際に控除するものとする。登録者が入院

した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く。）についても同様の取扱いとする。

③ 市町村長は、サービス提供回数が過少である状態が継続する場合には、事業所に対し適切なサービスの提供を指導するものとする。

□入院等により、サービスを利用できない場合の算定の可否について

- ・ 短期間の入院を除き、原則として入院時に登録は解除すること。月を通じての入院が見込まれる等あらかじめ長期にサービス利用ができないことが予見されるにもかかわらず登録を解除せず、介護報酬を請求した場合には、介護報酬の返還の対象となる場合があります。

平成18年9月4日介護制度改革information vol.127

事務連絡

介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A

Q：入院により、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスのいずれも利用し得ない月であっても、小規模多機能型居宅介護費の算定は可能か。

A：登録が継続しているなら、算定は可能であるが、お尋ねのような場合には、サービスを利用できないのに利用者負担が生じることに配慮して、基本的には、一旦契約を終了すべきである。

□（看護小規模多機能型居宅介護）サテライト体制未整備減算

□（看護小規模多機能型居宅介護）訪問看護体制減算 **体制届必要**

□（看護小規模多機能型居宅介護）医療保険の訪問看護を行う場合の減算

□身体拘束廃止未実施減算

・ 身体的拘束等の適正化のための以下の措置が講じられていない場合に、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

※令和7年3月31日までは経過措置期間とする。

(1)身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

(2)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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。

(3)身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

(4)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。

□高齢者虐待防止措置未実施減算 **体制届必要**

・ 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- (2)虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4)上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

□業務継続計画未策定減算 **体制届必要**

- ・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。
 - ※ 令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。

□初期加算

- ×実際にサービスの提供のあった登録日からではなく、それ以前の契約日を起算日として算定していた。
- ×30日を超えない入院の場合に算定を行っていた。

□認知症加算 **体制届必要**

×旧事業者から新事業者へ事業承継後、旧事業者で請求していた主治医意見書をそのまま利用していた。

- 加算（Ⅰ） 920単位／月
- 加算（Ⅱ） 890単位／月
- 加算（Ⅲ） 760単位／月※改正前の加算（Ⅰ）相当
- 加算（Ⅳ） 460単位／月※改正前の加算（Ⅱ）相当

◇ポイント◇

- ・ 加算の要件は以下のとおり。

認知症加算（Ⅰ） 次のいずれにも適合すること。

- ① 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置
- ② 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施
- ③ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催
- ④ 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施

⑤ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

認知症加算（Ⅱ）

加算（Ⅰ）の要件①～③のいずれにも適合すること。

認知症加算（Ⅲ）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

認知症加算（Ⅳ）

要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

□認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用のみ）

200単位/日

（ポイント）

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定（看護）小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき所定単位を加算する。

① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。

② 本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用（短期利用居宅介護費）が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用（短期利用居宅介護費）を開始した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、短期利用（短期利用居宅介護費）ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

③ 次に掲げる者が、直接、短期利用（短期利用居宅介護費）を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。

a 病院又は診療所に入院中の者

b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

c 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、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者

④ 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。

⑤ 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用（短期利用居宅介護費）の継続を妨げるものではないことに留意すること。

□若年性認知症利用者受入加算 **体制届必要**

(ポイント)

- 若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を決めること
- 利用者の特性やニーズに応じた適切なサービスを提供すること
- 認知症加算を算定していないこと

※65歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能。

□（小規模多機能型居宅介護）看護職員配置加算 **体制届必要**

×加算（Ⅲ）について、看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していないにもかかわらず算定していた。

(ポイント)

- ・看護職員配置加算（Ⅰ）
専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置していること。
- ・看護職員配置加算（Ⅱ）
専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1名以上配置していること。
- ・看護職員配置加算（Ⅲ）
看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること。
- ・管理者若しくは介護支援専門員を兼ねた看護職員を配置して加算を算定している場合は算定できない。

平成21年3月23日介護保険最新情報vol. 69

平成21年4月改定関係Q&A（vol. 1）

Q：看護師資格を有する管理者については、看護職員配置加算の要件である常勤かつ専従を満たすこととして、加算を算定することは可能か。

A：指定基準等においては、看護職員の配置は常勤要件とはされていない。一方、看護職員配置加算は、利用者ニーズへの対応を図るため、常勤かつ専従を要件として創設されたものであることから、お尋ねのような場合についての加算の算定は認められない。

□（小規模多機能型居宅介護）看取り連携体制加算 **体制届必要**

×利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、「看取り期における対応方針」の内容を説明し、同意を得ていない。

【小規模多機能型居宅介護の例】

注 イ（小規模多機能型居宅介護費）について別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者については、看取り期におけるサービス提供を行った場合は、看取り連携体制加算として、死亡日及び死亡日以前30日以下については1日につき64単位を死亡月に加算する。ただし、この場合において、看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していない場合は、算定しない。看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していることが算定要件となるため、算定できる人員配置を行えない場合は取り下げを行うこと。

〈厚生労働大臣が定める施設基準〉

イ 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。

ロ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

〈厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者〉

イ 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。

ロ 看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等入所者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）であること。

□（看護小規模多機能型居宅介護）退院時共同指導加算

□（看護小規模多機能型居宅介護）緊急時**対応**加算 **体制届必要**

774単位/月

◇ポイント◇

① 利用者又はその家族等からの電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が訪問看護サービスを受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問**及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時宿泊**を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。

② 介護保険の給付対象となる訪問看護サービス又は宿泊サービスを行った日の属する月の所定単位数に加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び定期巡回随時対応型訪問介護看護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における24時間対応体制加算は算定できな

いこと。

- ③ 1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る訪問看護サービス又は宿泊サービスを受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けていないか確認すること。
- ④ 緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が看護小規模多機能型居宅介護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、届出を受理した日から算定するものとする。

- (看護小規模多機能型居宅介護) 特別管理加算 **体制届必要**
- (看護小規模多機能型居宅介護) ターミナルケア加算 **体制届必要** 2, 500単位/死亡月
- (看護小規模多機能型居宅介護) 看護体制強化加算 **体制届必要**

- (看護小規模多機能型居宅介護) 遠隔死亡診断補助加算 **体制届必要**

150単位/月(死亡月に算定)

◇ポイント◇

- ・ 指定訪問看護事業所の情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8(医科診療報酬点数表の区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合(指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている 有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。))を含む。)に規定する死亡診断加算を算定する利用者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。)について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合に算定する。

(留意事項)

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。

- 訪問体制強化加算 **体制届必要**

× 1月当たりの訪問サービスの提供回数について計算を行うことなく、また、記録もしていなかった。

× 訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置していなかった。

【小規模多機能型居宅介護の例】

(平成18年厚生労働省告示第126号)

4 小規模多機能型居宅介護費

ト 訪問体制強化加算

注 イ (小規模多機能型居宅介護費) について別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための指定小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、訪問体制強化加算として、

1 月につき所定単位数を加算する。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

イ 指定小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置していること。

(看護小規模多機能型居宅介護の場合)

指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービス(看護サービスを除く。以下同じ。)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。)を2名以上配置していること。

ロ 算定日が属する月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一の建物に集合住宅(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅であって登録を受けたものに限る。)を併設する場合は、登録者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費の同一建物居住者以外の者に対して行う場合を算定する者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、これを算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。

平成27年4月改定関係Q&Aより抜粋

Q：訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者は、小規模多機能型居宅介護の訪問サービス以外の業務に従事することは可能か。

A：「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、当該小規模多機能型居宅介護事業所における訪問サービス以外の業務に従事することも可能である。

Q：訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

A：「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち2名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置することを求めるものではない。

Q：訪問体制強化加算について、訪問サービスの提供回数には、通いサービスの送迎として自宅を訪問する場合も含まれるのか。

A：(中略)通いサービスの送迎として自宅を訪問する場合であっても、介護従業者が行う身体整容や更衣介助など、当該記録において訪問サービスとして記録されるサービスについては、訪問サービスの提供回数に含まれるものである。

□総合マネジメント体制強化加算 **体制届必要**

×日常的に地域住民との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加していない。

×小規模多機能型居宅介護計画について、多職種協働により、随時適切に見直しを行っていない。

加算（Ⅰ） 1, 200 単位／月

加算（Ⅱ） 800 単位／月※改正前の加算相当

（小規模多機能型居宅介護費）について別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所が、指定小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）

次のいずれにも適合すること

- イ 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護の見直しを行っていること。
- ロ 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。

【ハは看護小規模多機能型居宅介護の場合のみ】

- ハ 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。

ニ 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。

ホ 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

ヘ 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

- i) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。
- ii) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。
- iii) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
- iv) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること。

総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）

加算(I)の基準イ～ハのいずれにも適合すること ※ハは看多機のみ

① 登録者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、登録者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「通い・訪問・宿泊」を柔軟に組み合わせて提供するために、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が日常的に行う調整や情報共有等の取組、また、看護小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれたサービスとなるよう、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進するため、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価すること。

② 総合マネジメント体制強化加算は、次に掲げるいずれにも該当する場合に算定する。

ア（看護）小規模多機能型居宅介護計画について、登録者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の他職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。

イ 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加すること。

（地域の行事や活動の例）

- ・ 登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起こし、地域住民や市町村等とともに解決する取組（行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等）
- ・ 登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組（登録者となじみの関係がある地域住民や商店との関わり、地域の行事への参加等）

ウ 利用者及び利用者との関わりのある地域住民や商店等からの日頃からの相談体制を構築し、事業所内外の人（主に独居、認知症の人とその家族）にとって身近な拠点となるよう、事業所が主体となって、地域の相談窓口としての役割を担っていること。

エ 居宅サービス計画について、必要に応じて多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような計画を作成していること。なお、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは、介護給付費等対象サービス（介護保険法第24条第2項に規定する介護給付費等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等のことをいう。

オ 次に掲げるいずれかに該当すること

- ・ 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。なお、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行うための取組とは、例えば、利用者となじみの関係にある地域住民・商店等の多様な主体との関わり、利用者の地域における役割、生きがいなどを可視化したものを作成し、事業所の従業者で共有していることをいう。
- ・ 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、指定小規模多機能型居宅介護事業所において、世代間の交流の場を設けている（障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等の指定を併せて受け、一体的に運営が行われている場合を含む。）こと。
- ・ 指定小規模多機能型居宅介護事業所が、地域住民等、当該事業所以外の他の指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者等と共同で、認知症や介護に関する事例検討会、研修会等を

定期的に行うこと。

- ・ 市町村が実施する通いの場、在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、指定小規模多機能型居宅介護事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携等を行っていること。

【看護小規模多機能型居宅介護の場合のみ】

- ・ 地域に開かれたサービスとなるよう、地域との連携を図るとともに、地域の病院の退院支援部門、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、事業所において提供することができる具体的なサービスの内容等について日常的に情報提供を行っていること。

なお、「その他の関係施設」とは、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護事業所等の地域密着型サービス事業所又は居宅介護支援事業所をいう。また、「具体的な内容に関する情報提供」とは、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が受け入れ可能な利用者の状態及び提供可能な看護サービス（例えば人工呼吸器を装着した利用者の管理）等に関する情報をいう。

平成27年4月1日介護保険最新情報vol. 454

平成27年4月改定関係Q&A

Q：小規模多機能型居宅介護の総合マネジメント体制強化加算について、「地域における活動への参加の機会が確保されている」こととあるが、具体的な取組内容や取組頻度はどのように考えればよいか。

A：小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望その置かれている環境を踏まえて、サービスを提供することとしている。

「地域における活動」の具体的な取組内容については、指定地域密着型サービス基準の解釈通知5(7)イにおいて、「地域の行事や活動の例」をお示ししている。

ただし、小規模多機能型居宅介護事業所が、事業所の所在する地域において一定の理解・評価を得て、地域を支える事業所として存在感を高めていくために必要な取組は、地域の実情に応じて、様々なものが考えられるため、当該解釈通知に例示する以外の取組も該当し得る。

また、地域における活動は、一定の活動の頻度を定めて行う性格のものではなく、利用者が住み慣れた地域において生活を継続するために何が必要かということについて、常に問題意識をもって、取り組まれていれば、当該要件を満たすものである。

なお、地域における活動が行われていることは、そのため、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに資料を作成することを要しない。

□（小規模多機能型居宅介護）生活機能向上連携加算

（ポイント）

生活機能向上連携加算（Ⅰ）

介護支援専門員が、指定訪問・通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成している。

理学療法士等の助言は、利用者のADL及びIADLに関する状況を指定訪問リハビリテーション事業所等の場で把握し、又は介護支援専門員と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上での助言である。

当該計画に基づいて小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月に、算定する（翌月、翌々月は算定しない。）

3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）

利用者に対して、指定訪問・通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が、指定訪問リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問していること。

当該居宅訪問に際して、介護支援専門員が同行していること。

介護支援専門員が、理学療法士等と共同して、生活機能アセスメントを行った上で、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成している。

当該計画に基づいて小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月を含む3月を限度として、算定する。

本加算の算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL・IADLの改善状況及び3月を目途とする達成目標を踏まえた適切な対応をすること。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定していないこと。

□（看護小規模多機能型居宅介護）栄養アセスメント加算

体制届必要

50単位／月

（ポイント）

看護小規模多機能型居宅介護費について、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

イ 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

ロ 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養ア

セジメントを実施し、当該利用者又はその家族等に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

ハ 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(留意事項)

① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

③ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。

ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

⑤ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、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」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

□（看護小規模多機能型居宅介護）栄養改善加算 **体制届必要**

200単位/回

（ポイント）

看護小規模多機能型居宅介護費について、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

イ 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下この注において「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ハ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

（留意事項）

① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。

イ BMIが18.5未満である者

ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」

（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局通知）に規定する基本チェックリストのNo. (11)の項目が「1」に該当する者

ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者

ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。

・ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)のい

ずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）

- ・ 生活機能の低下の問題
- ・ 褥瘡に関する問題
- ・ 食欲の低下の問題
- ・ 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・ 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
- ・ うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む。

④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。

イ 利用者ごとの低栄養のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、看護小規模多機能型居宅介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を看護小規模多機能型居宅介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

ハ 栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

ホ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。

ヘ 指定地域密着型サービス基準第37条〔第182条〕において準用する第3条の18に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

⑤ おおむね3月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

□（小規模多機能型居宅介護）口腔・栄養スクリーニング加算

20単位/回

（ポイント）

- ・ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

次に掲げるいずれの基準にも適合すること。

- イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者が口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ロ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

（留意事項）

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者
- b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
- c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

□（看護小規模多機能型居宅介護）口腔・栄養スクリーニング加算

加算（Ⅰ）20単位/月（6月に1回）

加算（Ⅱ）5単位/月（6月に1回）

（ポイント）

- ・ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。た

だし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

- (1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）
- (2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

次のいずれにも適合すること。

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- (4) 算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと。
 - (一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
 - (二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

次のいずれかに適合していること

- (1) 次のいずれにも適合すること。
 - (一) イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合すること。
 - (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
- (三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- (2) 次のいずれにも適合すること。
 - (一) イ(2)及び(3)に掲げる基準に適合すること。
 - (二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。
- (三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受け

ている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

(留意事項)

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第51号の6口に規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。
- ③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者
- b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
- c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

- ④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

□（看護小規模多機能型居宅介護）口腔機能向上加算 **体制届必要**

(ポイント)

看護小規模多機能型居宅介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、

当該基準に掲げる区分に従い、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

- (1) 口腔機能向上加算 (I) 150単位/回
- (2) 口腔機能向上加算 (II) 160単位/回

〈別に厚生労働大臣が定める基準〉

イ 口腔機能向上加算 (I)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
- (2) 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
- (3) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
- (4) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- (5) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ 口腔機能向上加算 (II)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ (1) から (5) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(留意事項)

- ① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。

イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者

ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者

ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又は口のいずれかに該当する場合にあっては、加算は算定できない。

イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合

ロ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合

⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。

イ 利用者ごとの口腔機能を、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、看護小規模多機能型居宅介護においては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を看護小規模多機能型居宅介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとする。

ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。

ホ 指定地域密着型サービス基準第37条〔第182条〕において準用する第3条の18に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする。

⑥ おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又は口のいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

⑦ 厚生労働省への情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、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」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者

の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Plan）、当該計画に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDC Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

□（看護小規模多機能型居宅介護）褥瘡マネジメント加算 体制届必要

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位／月

褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13単位／月

（ポイント）

介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ・利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについても評価を行う。
- ・加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。
- ・初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。

※加算（Ⅰ）、加算（Ⅱ）は併算定不可

イ 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1）利用者ごとに、**利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに**、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。
- （2）**（1）の確認及び**評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- （3）**（1）の確認の結果、褥瘡が認められ、又は（1）の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあると**された利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- （4）利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や利用者の状態について定期的に記録していること。
- （5）（1）の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

ロ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1）イ（1）から（5）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （2） 次のいずれかに適合すること。
 - a 加算Ⅰの基準(1)の**確認の結果、褥瘡の認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。**
 - b 加算Ⅰの基準(1)の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用

者について、褥瘡の発生のないこと。

(留意事項)

- ① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、利用者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成（Plan）、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do）、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクル（以下この(26)において「P D C A」という。）の構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）は、原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第71号の2イに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員（褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。
- ③ 大臣基準第71号の2イ(1)の評価は、別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ④ 大臣基準第71号の2イ(1)の利用開始時の評価は、大臣基準第71号の2イ(1)から(4)までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に利用している者（以下この(26)において「既利用者」という。）については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑤ 大臣基準第71号の2イ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、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」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。
- ⑥ 大臣基準第71号の2イ(2)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、利用者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、利用者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて、作成すること。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑦ 大臣基準第71号の2イ(3)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑧ 大臣基準第71号の2イ(4)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、P D C Aの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）は、褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たす事業所において、④の評価の結果、利用開始時に褥瘡が認められた又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、利用開始日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5

に示す持続する発赤（d 1）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、利用開始時に褥瘡があった利用者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

- ⑩ 褥瘡管理に当たっては、事業所ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

□（看護小規模多機能型居宅介護）排せつ支援加算 **体制届必要**

排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位／月

排せつ支援加算（Ⅱ） 15単位／月

排せつ支援加算（Ⅲ） 20単位／月

（ポイント）

介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。

- ・排せつ状態の改善等についての評価に加え、尿道カテーテルの抜去についても新たに評価を行う。
- ・医師又は医師と連携した看護師による評価を少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す。
- ・加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。
- ・初回のデータ提出時期について、他のLIFE 関連加算と揃えることを可能とする。

〈別に厚生労働大臣が定める基準〉

イ 排せつ支援加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） 入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- （2） （1）の評価の結果、排せつに介護を要する入所者又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
- （3） （1）の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。

ロ 排せつ支援加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） イ（1）から（3）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （2） 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - （一） イ（1）の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。

(二) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれる者について、おむつを使用しなくなったこと。

(三) イ(1)の評価の結果、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。

ハ 排せつ支援加算(Ⅲ)

イ(1)から(3)まで並びにロ(2)(一)又は(三)かつ(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(留意事項)

- ① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、利用者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクル(以下この(27)において「PDCA」という。)の構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第71号の3に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度3以上の利用者全員(排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。)に対して算定できるものであること。
- ③ 本加算は、全ての利用者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、利用開始時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、利用開始時において、利用者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ④ 大臣基準第71号の3イ(1)の評価は、別紙様式6を用いて以下の(ア)から(ウ)について実施する。
 - (ア) 排尿の状態
 - (イ) 排便の状態
 - (ウ) おむつの使用
 - (エ) 尿道カテーテルの留置実施する。
- ⑤ 大臣基準第71号の3イ(1)の利用開始時の評価は、大臣基準第71号の3イ(1)から(3)までの要件に適合しているものとして市町村長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に利用している者(以下この(27)において「既利用者」という。)については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。
- ⑦ 大臣基準第71号の3イ(1)の評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。

る。L I F Eへの提出情報、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」を参照されたい。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。ただし、経過措置として、令和3年度中にL I F Eを用いた情報の提出を開始する予定の事業所については、令和3年度末までに算定月における全ての利用者に係る評価結果等を提出することを前提とした、評価結果等の提出に係る計画を策定することで、当該月にL I F Eを用いた情報提出を行っていない場合も、算定を認めることとする。

- ⑧ 大臣基準第71号の3イ(2)の「排せつに介護を要する利用者」とは、④の(ア)若しくは(イ)が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又は(ウ)若しくは(エ)が「あり」の者をいう。
- ⑨ 大臣基準第71号の3イ(2)の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、④の(ア)から(エ)の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、④の(ア)から(エ)の評価が改善することが見込まれることをいう。
- ⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の利用者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において利用者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑬ 大臣基準第71号の3イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、P D C Aの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑭ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす事業所において、利用開始時と比較して、④に掲げる(ア)若しくは(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又は(ウ)若しくは(エ)の評価が改善した場合に、算定できることとする。
- ⑮ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、④に掲げる(ア)又は(イ)の評価の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、

(ウ) が改善した場合に、算定できることとする。

- ⑯ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用している利用者に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできないこと。

□ (看護小規模多機能型居宅介護) 専門管理加算 **体制届必要**

250単位/月 (1月に1回に限る)

要件

次のいずれかに該当すること。

- (1) 「緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修」を受けた看護師が、次の①～③いずれかに該当する利用者に対し、計画的な管理を行った場合。
- ① 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
 - ② 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 (重点的な褥瘡管理を行う必要性が認められる者 (在宅での療養を行っているものに限る) にあっては真皮までの状態の利用者)
 - ③ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
- (2) 「保健師助産師看護師法 (昭和 23 年法律第 203 号) 第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において、同項第 1 号に規定する特定行為のうち訪問看護において 専門の管理を必要とするものに係る研修 (特定行為研修)」を修了した看護師が、医科 診療報酬点数表の区分番号 C007 の注 3 に規定する「手順書加算」を算定する利用者に対し、計画的な管理を行った場合。

保健師助産師看護師法 (昭和 23 年法律第 203 号)

第 37 条の 2 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

2 この条、次条及び第 42 条の 4 において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

一 特定行為 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令 (※) で定めるものをいう。

二～四 (略)

五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

※ 「保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令 (平成 27 年厚生労働省令第 33 号)」の別表第一

別表第一 医科診療報酬点数表

C007 訪問看護指示料 注1～2 (略)

3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師(同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。)に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

□科学的介護推進体制加算 体制届必要

40単位/月

(ポイント)

○ LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。

○ その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

<入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>

- ・入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する。
- ・同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする。

(1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

(2) 必要に応じて(看護)小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、指定(看護)小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定(看護)小規模多機能型居宅介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

(留意事項)

① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。

② 情報の提出については、LIFEを用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE)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」を参照されたい。

③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計

画を作成する (Plan)

ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する (Do)

ハ L I F E への提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う。(Check)

ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める。(Action)

④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

□生産性向上推進体制加算

体制届必要

令和6年度改正

加算(Ⅰ) 100単位/月

加算(Ⅱ) 10単位/月

◇ポイント◇

- ・介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、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の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する。
- ・加えて、上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていることを評価する区分を設ける。

(要件)

イ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)

次のいずれにも適合すること。

- (1) 加算(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(※1)が確認されていること。
- (2) 見守り機器等のテクノロジー(※2)を複数導入していること。
- (3) 職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていること。
- (4) 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、(Ⅱ)のデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、(Ⅱ)の加算を取得せず、(Ⅰ)の加算を取得することも可能である。

(※1) 業務改善の取組による効果を示すデータ等について

① (I) において提供を求めるデータは、以下の項目とする。

ア 利用者のQOL等の変化 (WHO-5等)

イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化

ウ 年次有給休暇の取得状況の変化

エ 心理的負担等の変化(SRS-18等)

オ 機器の導入による業務時間 (直接介護、間接業務、休憩等) の変化 (タイムスタディ調査)

② (II) において求めるデータは、(I) で求めるデータのうち、アからウの項目とする。

③ (I) における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保 (アが維持又は向上) された上で、職員の業務負担の軽減 (イが短縮、ウが維持又は向上) が確認されることをいう。

(※2) 見守り機器等のテクノロジーの要件

① 見守り機器等のテクノロジーとは、以下のアからウに掲げる機器をいう。

ア 見守り機器

イ インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器

ウ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器 (複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)

② 見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は全ての介護職員が使用すること。なお、アの機器の運用については、事前に利用者の意向を確認することとし、当該利用者の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。

ロ 生産性向上推進体制加算 (II)

次のいずれにも適合すること。

(1) 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の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。

(2) 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。

(3) 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供 (オンラインによる提出) を行うこと。

(留意事項) ・加算 (I) と加算 (II) の併算定は不可。

□サービス提供体制強化加算 **体制届必要**

×加算算定要件を満たすかどうかの割合の算出を行っていなかった。

×従業者の研修計画は作成されていたが、具体的な内容でなかった。

×利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議に、従業者全員が参加していなかった。

(ポイント)

研修について

- ・従業者ごとの研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- ・研修計画については、当該事業所におけるサービス従業者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定すること。

会議の開催について

- ・利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っていること。

従業者の全てが参加していること（いくつかのグループ別に分かれての開催可）。

おおむね1月に1回以上開催されていること。

会議の開催状況の概要を記録しておくこと。

少なくとも以下の事項については、その変化の動向を含め記載しなければならない。

- ・利用者のADLや意欲
- ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- ・家庭環境
- ・前回のサービス提供時の状況
- ・その他サービス提供に当たって必要な事項

(改正点)

イ サービス提供体制強化加算（I） 750単位／月（短期利用：25単位／日）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の全ての（看護）小規模多機能型居宅介護従業者に対し、（看護）小規模多機能型居宅介護従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- (2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は（看護）小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っていること。
- (3) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の（看護）小規模多機能型居宅介護従業者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分

の70 以上であること。

(二) 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の(看護)小規模多機能型居宅介護従業者(保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、勤続年数10 年以上の介護福祉士の占める割合が100 分の25 以上であること。

(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 640 単位/月(短期利用: 21 単位/日)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の(看護)小規模多機能型居宅介護従業者(保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の50 以上であること。

(2) イ(1)、(2)及び(4)に適合するものであること。

ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 350 単位/月(短期利用: 12 単位/日)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

(一) 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の(看護)小規模多機能型居宅介護従業者(保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100 分の40 以上であること。

(二) 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100 分の60 以上であること。

(三) 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の(看護)小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数7 年以上の者の占める割合が100 分の30 以上であること。

(2) イ(1)、(2)及び(4)に適合するものであること。