

令和7年度

集團指導資料

(看護小規模多機能型居宅介護)

八女市介護長寿課

○看護小規模多機能型居宅介護に関する事項

(Ⅰ) 基本方針

指定看護小規模多機能型居宅介護の事業は、指定居宅サービス等基準第59条に規定する訪問看護の基本方針及び第62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。

「指定居宅サービス等基準第59条に規定する訪問看護の基本方針」とは、指定訪問看護の事業は、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ことをいい、「第62条に規定する小規模多機能型居宅介護の基本方針」とは、指定小規模多機能型居宅介護の事業は、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ことをいう。

(Ⅱ) 人員に関する基準

1. 従業者の員数等

- ア. 日中の通いサービスの提供に当たる者をその利用者の数が3又はその端数を増すごとに常勤換算方法で1以上
- イ. 日中の訪問サービスの提供に当たる者を常勤換算方法で2以上
 - ※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、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。
 - ※サテライト事業所においては、本体事業所の職員により登録者の処遇が適切に行われると認められるときは2以上
- ウ. 夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜間及び深夜の勤務に当たる者を1以上
 - ※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、置かないことができる。
- エ. 夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜間及び深夜の宿直に当たる者を1以上
 - ※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、置かないことができる。
 - ※宿泊サービスの利用者のための夜勤職員に加えて配置される宿直職員について

は、随時の訪問サービス提供に支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。

※サテライト事業所においては、本体事業所の宿直職員により登録者の処遇が適切に行われると認められるときは置かないことができる。

オ. 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。

カ. 従業者のうち常勤換算方法で2.5以上の者は、看護職員でなければならない。
また、通いサービスおよび訪問サービスの提供に当たる従業者のうち、1以上は看護職員でなければならない。

※サテライト事業所においては、常勤換算方法で1以上

キ. 看護職員は訪問看護事業所と一体的な運営をしている場合には兼務が可能（各施設の人員に関する基準を満たす従業者に限る）

ク. 事業所に併設する以下の施設等の職務に従事する場合、兼務が可能（各施設の人員に関する基準を満たす従業者に限る）

① 指定認知症対応型共同生活介護事業所

② 指定地域密着型特定施設

③ 指定地域密着型介護老人福祉施設

④ 介護医療院

2. 介護支援専門員

ア. 登録者に係る居宅サービス計画及び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介護支援専門員を置かなければならない。

ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、次の兼務が可能。

① 当該事業所の他の職務に従事する場合

② 当該事業所に併設する「1. 従業者の員数等のクの①～④」に掲げる施設等の職務に従事する場合

イ. アの介護支援専門員は厚生労働大臣が定める研修「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了していなければならない。

※サテライト事業所においては、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、厚生労働大臣が定める研修「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了している者を置くことができる。

3. 管理者

ア. 常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事しなければならない。

イ. 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場合には、他

の職務を兼ねることができる。

- ①当該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
- ②同一の事業所によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務を一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対してサービス提供を行う看護職員又は介護職員と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られる場合を除く。）、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けことができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられる。）

- ウ. 特別養護老人ホーム等の職員等として3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している者、又は保健師若しくは看護師でなければならない。

ただし、管理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し込みを行い、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。

- エ. 保健師及び看護師については、管理者としてふさわしいと認められるものであって、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第3項の規定により保健師又は看護師の業務の提示を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものである必要がある。
- オ. 保健師及び看護師については、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。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

4. 代表者

- ア. 特別養護老人ホーム等の職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若しく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、別に厚生労働大臣が定める「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、又は保健師若しくは看護師でなければならない。
※代表者交代時に「認知症対応型サービス事業開設者研修」が開催されていないことにより、保健師若しくは看護師ではない当該代表者が当該研修を修了していない場合、代表者交代の半年後又は次回の当該研修日程のいずれか早い日までに当該研修を修了することで差し支えない。

- イ. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者とは、基本的には、運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えない。なお、管理者とは、各事業所の責任者を指すものであり、各法人の代表者とは異なるが、例えば、法人が一つの介護サービス事業所のみを運営している場合は、代表者と管理者が同一であることもあるものである。

5. サテライト型指定看護小規模多機能居宅介護事業所について

ア. 事業所の実施要件

- ①サテライト事業を行う看護小規模多機能居宅介護事業者は、居宅サービス事業その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有する必要がある。「3年以上の経験」については、当該指定日において満たしている必要があり、休止等、事業を運営していない期間は除いて計算すること。
- ②サテライト事業所の本体事業所は、指定看護小規模多機能居宅介護事業所であって、緊急時訪問看護加算の届出をしており適切な看護サービスを提供できる当該事業所に対する支援機能を有する事業所であること。「支援機能を有する事業所」については、当該本体事業所が次のいずれかに該当することを指すものであること。
 - i. 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。
 - ii. 1の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。
- ③サテライト事業所は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次に掲げる要件をいずれも満たす必要があること。
 - i. 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分以内の近距離であること。
 - ii. 1の本体事業所についてサテライト事業所の数は2箇所までとし、またサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所1箇所及びサテライト型小規模多機能型居宅介護事業所1箇所を合わせ2箇所までとするものであること。
- ④本体事業所とサテライト事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ま

しい。

(Ⅲ) 設備に関する基準

1. 登録定員及び利用定員

ア. 登録定員 29人以下

※サテライト事業所においては、18人以下

イ. 通いサービス 登録定員の2分の1から15人まで

※サテライト事業所においては、登録定員の2分の1から12人まで

※登録定員が25人を超える事業所にあたっては、登録定員に応じて下記の表の利用定員となる。

登録定員	利用定員
26人又は27人	16人
28人	17人
29人	18人

※利用定員については、事業所において1日当たりの同時にサービスの提供を受ける者の上限を指すものであり、1日当たりの延べ人数ではない。

ウ. 宿泊サービス 通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで

※サテライト事業所においては、通いサービスの利用定員の3分の1から6人まで

2. 設備及び備品等

居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備
その他サービス提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

ア. 居間及び食堂

①同一の室内とする場合であっても、それぞれの機能が独立していることが望ましい。

②原則として利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保すること。

※通いサービスの利用定員について、15人を超えて定める事業所にあつては、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。

イ. 宿泊室

①宿泊室の定員は1人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は2人とすることができる。

②1の宿泊室の床面積は、7.43平方メートル以上としなければならない。ただ

し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院又は診療所である場合であって定員が1人である宿泊室の床面積については、6.4平方メートル以上とすることができる。

※他の利用者が通らない宿泊室と連続した縁側等については、床面積に含めて差し支えない。

③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。

※宿泊専用の個室がない場合は、パーティションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるようなものである必要がある。壁やふすまのような建具までは必要としないが、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利用者のプライバシーが確保された居間については、個室以外の宿泊室の面積に含めることができる。

⑤指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が診療所である場合であって、サービスの提供に支障がない場合には、当該診療所が有する病床については、宿泊室を兼用することができる。

ウ. 設備の専用

設備は、利用者に対するサービス提供に支障がない場合を除き、専ら事業の用に供するものでなければならない。

エ. 立地

事業所は、住宅地又は住宅地と同程度に家族や地域住民との交流が確保されるような地域にあるようにしなければならない。

※他の施設・事業所との併設については、指定看護小規模多機能型居宅介護として適切なサービスが提供されることを前提に認められるものであることに留意すること。

(IV) 運営に関する基準

1. 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

指定地域密着型サービスの提供に当たっては、介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。

※「科学的介護情報システム（LIFE）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。

2. 内容及び手続きに関する基準

ア. 事業者は、サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に

対し、重要事項に関する規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始について利用申込者の同意を得なければならない。

※重要事項とは、事業所の重要事項に関する規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項をいう。

※従業者の勤務体制について、「員数」は日々変わりうるものであるため、基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。

イ. 前項の文書の交付については、電磁的方法により提供することをもって当該文書を交付したものとみなす。

※利用者、事業者双方の保護の立場から、書面によって確認することが適当である。

3. 提供拒否の禁止

正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

※正当な理由とは

- ①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない
- ②利用申込者の居住地が通常の事業の実施地域外である
- ③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難

4. サービス提供困難時の対応

通常の事業の実施地域等を勘察し、利用申込者に対し自ら適正なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の看護小規模多機能型居宅介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

5. 受給資格等の確認

ア. 事業者はサービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

イ. 前項の被保険者証に、指定地域密着型サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会意見が記載されているときは、当該意見に配慮してサービスを提供するように努めなければならない。

6. 要介護認定の申請に係る援助

- ア. サービスの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、認定申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
- イ. 居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新申請が遅くとも認定有効期間が終了する日の30日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

7. 心身の状況等の把握

サービスの提供に当たっては、介護支援専門員が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

サービス担当者会議は、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。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。また、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。

8. 居宅サービス事業者等との連携

- ア. サービスの提供に当たっては、居宅サービス事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- イ. サービスの提供に当たっては、利用者の健康管理を適切に行うため、主治の医師との密接な連携に努めなければならない。
- ウ. サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

9. 身分を証する書類の携行

事業者は、訪問サービスの提供に当たる者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は、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

※証書等には、当該事業所の名称、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、当該訪問サービスの提供に当たる者の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。

10. サービスの提供の記録

- ア. 利用者及びサービスの事業者が、その時点での区分支給限度基準額との関係やサービスの利用状況を把握できるようにするために、当該事業所はサービスを提供した際は、提供日及び内容、保険給付の額その他必要な事項を、居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しなければならない。
- イ. サービスの提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに、利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法によりその情報を利用者に対して提供しなければならない。

※その他適切な方法とは、例えば、利用者の用意する手帳等に記載するなどの方法である。

11. 利用料等の受領

- ア. 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- イ. 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定看護小規模多機能型居宅介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- ウ. 事業者は、法定代理受領サービスにかかる費用のほか、次の費用の額の支払を利用者から受けることができる。
 - ①利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
 - ②利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合は、それに要した交通費の額
 - ③食事の提供に要する費用
 - ④宿泊に要する費用
 - ⑤おむつ代
 - ⑥前各号に掲げるもののほか、サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められる費用

※「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」(平成12年3月30日 老企第54号)を参照すること。

エ. 前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

※その他の費用の額については、運営規程に定めた額と重要事項説明書に記載された額等の間に相違がないよう留意すること。

1 2. 保険給付の請求のための証明書の交付

法定代理受領サービスに該当しない指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用料の支払を受けた場合は、当該サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

1 3. 指定看護小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針

- ア. 事業は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。
- イ. 事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

1 4. 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針

- ア. 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、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、当該利用者の居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、日常生活上の世話及び機能訓練並びに療養上の世話又は必要な診療の補助を妥当かつ適切に行うものとする。

※制度上は週1回程度の利用でも所定点数の算定は可能であるが、利用者負担等も勘案すれば、このような利用は必ずしも合理的ではなく、運営推進会議に通い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の評価を受けることが必要となるものである。また、通いサービスを中心として利用者の様態や希望に応じて、訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせるサービスを提供するという弾力的なサービス提供が基本であり、宿泊サービスの上限は設けず、重度の者であれば、運営推進会議に対し報告し、評価を受けることを前提として、ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況になれば、他の利用者が適切にサービスが利用できるよう調整が必要である。

- イ. 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環

境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行うものとする。

- ウ. サービスの提供に当たっては、看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとする。
- エ. サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項その他サービスの提供の内容等について、理解しやすいように説明又は必要に応じた指導を行うものとする。
- オ. サービス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、身体的拘束等を行ってはならない。
- カ. 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しなければならない。

※また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

キ. 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。

①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も行うことができる。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。また、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる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。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。

※事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。具体的には、次のようなことを想定している。

（Ⅰ）身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。

（Ⅱ）介護従業者その他の従業者は、身体拘束等の発生ごとにその状況、背景等記録するとともに、（Ⅰ）の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。

（Ⅲ）身体拘束等適正化検討委員会において、（Ⅱ）により報告された事例を集計し、分析すること。

（Ⅳ）事例の分析に当たっては、身体拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正化と適

正化対策を検討すること。

(V) 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

(VI) 適正化策を講じた後に、その結果について評価すること。

②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

※当該指針には以下の項目を盛り込むこととする。

(I) 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

(II) 身体的拘束等適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

(III) 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

(IV) 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

(V) 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針

(VI) 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

(VII) その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

③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。

※身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業者における指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年に2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。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。研修の実施は、職員研修事業所内での研修で差し支えない。

ク. 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続くものであってはならない。

※著しく少ない状態・・・登録定員のおおむね3分の1以下

ケ. 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。

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

※事業者は、通い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、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。

コ. 看護サービス（指定看護小規模多機能型居宅介護のうち、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、「看護師等」という）が利用者に対して行う療養上の世話又は必要な診療の補助であるもの）の提供

に当たっては、主治医との密接な連携及び看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復が図られるよう妥当適切に行わなければならない。

- サ. 看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、サービスの提供を行わなければならない。

※「適切な看護技術」とは、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるよう、新しい技術の修得等、研鑽を積むことを定めたものであり、医学の立場を堅持し、広く一般に認められない看護等については行ってはならない。

- シ. 特殊な看護等については、行ってはならない。

15. 主治の医師との関係

- ア. 常勤の保健師又は看護師は、主治の医師の指示に基づき適切な看護サービスが提供されるよう、必要な管理をしなければならない。

※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。

※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。

- イ. 事業者は、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を文書で受けなければならない。

※看護サービスの利用対象者は、その主治医が看護サービスの必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、看護サービスの提供の開始に際しては、指示書の交付を受けなければならない。

- ウ. 事業者は、主治の医師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提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

※常勤の保健師又は看護師は、主治医と連携を図り、適切なサービスを提供するため、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。

- エ. 当該事業所が病院又は診療所である場合にあっては、イの規定にかかわらず、イの主治の医師の文書による指示及びウの看護小規模多機能型居宅介護報告書

の提出は、診療記録への記載をもって代えることができる。

※事業所が病院又は診療所である場合には、主治医の指示は診療記録に記載されるもので差し支えない。また、看護小規模多機能型居宅介護報告書についても看護記録等の診療記録に記載することで差し支えない。

16. 居宅サービス計画の作成

ア. 管理者は、介護支援専門員に、登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

イ. 介護支援専門員は、登録者の居宅サービス計画の作成に当たっては、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ものとする。

※給付管理業務の流れは以下のとおり。

- ①居宅介護支援利用申込の受付
- ②課題分析（アセスメント）⇒地域のサービス情報の提供と利用者によるサービス選択
- ③市町村・居宅サービス事業者・居宅介護支援事業者間のサービス調整
- ④居宅サービス計画原案作成と支給限度確認・利用者負担計算⇒サービス利用票仮作成⇒サービス担当者会議
- ⑤サービス担当者会議による専門的意見の聴取（サービス担当者会議を開催しない場合は担当者への照会等による専門的意見の聴取）
- ⑥居宅サービス計画書の利用者への説明及び同意
- ⑦居宅サービス計画書等の書類の交付
- ⑧サービス利用票及び提供票作成
- ⑨サービス利用票の交付
- ⑩モニタリング（1月に1回は、利用者の居宅を訪問し、利用者へ面接）
- ⑪給付管理票の作成と提出

※作成した居宅サービス計画は、5年間保存しなければならない。

17. 法定代理受領サービスに係る報告

事業者は、毎月、国民健康保険団体連合会に対し、法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書（給付管理票）を提出しなければならない。

18. 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

事業者は、登録者が他の指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の利用を希望する場合、その他登録者からの申出があった場合には、当該登録者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

19. 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の作成

- ア. 管理者は、介護支援専門員に看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、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。

※当該計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを利用者に強制することとならないように留意するものとする。

※介護支援専門員を配置していないサテライト事業所にあつては、研修修了者。以下イ～キにおいて同じ。

- イ. 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に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行わなければならない。

- ウ. 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に努めなければならない。

※「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をいうものである。

- エ. 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看護及び介護を行わなくてはならない。

- オ. 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に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

※短期利用居宅介護費を算定する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供している事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から看護小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあつた際には、当該看護小規模多機能型居宅介護計画を提供するよう努めること。

- カ. 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付しなければならない。

- キ. 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、常に当該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、必要に応じて当該計画の変更を行う。

- ク. イ～キまでの規定は、看護小規模多機能型居宅介護計画の変更について準用する。
- ケ. 看護師等（准看護師を除く）は、訪問日、提供した看護内容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。
 - ※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。
 - ※常勤の保健師又は看護師は、看護小規模多機能型居宅介護計画に沿った看護サービスの実施状況を把握し、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に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。
 - ※事業者は、主治医との連携を図り、適切な看護サービスを提供するため、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定期的に主治医に提出しなければならない。

20. 介護等

- ア. 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行わなければならない。
- イ. 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、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。
- ウ. 事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

21. 社会生活上の便宜の提供等

- ア. 事業者は、利用者の外出の機会の確保その他の利用者の意向を踏まえた社会生活の継続のための支援に努めなければならない。
- イ. 事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
 - ※行政機関に対する手続等とは、郵便、証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続等をいう。
 - ※原則として、その都度、利用者の同意を得た上で代行しなければならない

ない。

※特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得るものとする。

- ウ．事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

2.2. 利用者に関する市町村への通知

事業者は、利用者が、正当な理由なしに利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるときや、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

2.3. 緊急時等の対応

- ア．従業者は、現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

※運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じること。なお、協力医療機関については、事業の通常の実施地域内にあることが望ましく、また緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。

- イ．従業者が保健師、看護師又は准看護師である場合にあっては、必要に応じて臨時応急の手当てを行わなければならない。

2.4. 管理者の責務

- ア．管理者は、従業者の管理及び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を一元的に行うものとする。

※介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行うこと。

- イ．管理者は、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ものとする。

2.5. 運営規程

事業者は、事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

ア. 事業の目的及び運営の方針

イ. 従業者の職種、員数及び職務の内容

※「員数」は日々変わりうるものであるため、基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。

ウ. 営業日及び営業時間

※指定看護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ことから、営業日は365日と記載すること。

※訪問サービスは、利用者からの随時の要請にも対応するものであることから、訪問サービスの営業時間は24時間と記載すること。

※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。

エ. 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

オ. 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

※「利用料」としては、法定代理受領サービスである指定看護小規模多機能型居宅介護に係る利用料（1割負担、2割負担又は3割負担）及び法定代理受領サービスでない指定看護小規模多機能型居宅介護の利用料を「その他の費用の額」としては、徴収が認められている交通費の額及び必要に応じてその他のサービスに係る費用の額を規定するものであること。

カ. 通常の事業の実施地域

※通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとする。

※通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えてサービスが行われることを妨げるものではない。

※市町村が定める日常生活圏域内は、少なくとも通常の事業の実施地域に含めることが適当である。

※事業所所在地の市町村の同意を得て事業所所在地以外の他の市町村から指定を受けた場合には、当該他の市町村の一部の日常生活圏域を事業の実施地域の範囲に加えることもある。

キ. サービス利用に当たっての留意事項

ク. 緊急時等における対応方法

ケ. 非常災害対策

※非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならない。

※火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めること。

としたもの。

コ. 虐待の防止のための措置に関する事項 **【令和6年4月1日より義務化】**

※虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法を指す内容であること。

サ. その他運営に関する重要事項

26. 勤務体制の確保等

ア. 事業者は、利用者に対し適切な指定看護小規模多機能型居宅介護を提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

※原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員の配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。

イ. 事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者によって指定看護小規模多機能型居宅介護を提供しなければならない。

※調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことを認める。

ウ. 事業者は、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。

その際、事業者は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。**【令和6年4月1日より義務化】**

※認知症介護基礎研修の義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を修得している者とするとし、具体的には、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課程一級課程・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、きゅう師等とする。

エ. 事業者は、適切なサービス提供を確保する観点から、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なければならない。

※法律により事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハ

ラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられている。

※セクシュア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。

※事業主が講ずべき措置の具体的内容

「事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）」及び「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）」において規定されているとおりであるが、特に留意する内容は以下のとおりである。

①事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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。

②相談（苦情を含む）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

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、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5,000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めること。

※事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組例が規定されている。

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、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・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。

上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載されているので参考にされたい。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)

27. 定員の遵守

事業者は、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サービス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ものとする。なお、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

※「特に必要と認められる場合」としては、以下のような事例等が考えられる。

- ①登録者の介護者が急病のため、急遽、事業所において通いサービスを提供したことにより、当該登録者が利用した時間帯における利用者数が定員を超える場合
- ②事業所において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
- ③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
- ④上記に準ずる状況により特に必要と認められる場合

※「一時的」とは、必要と認められる事情が終了するまでの間をいうものである。

28. 業務継続計画の策定等 【令和6年4月1日より義務化】

ア. 事業者は、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の、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。

※業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

- ① 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）
- ② 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
- イ. 事業者は、従業員に対し、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。
- ※業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、ほか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。
 - ※感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。
 - ※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。
 - ※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、事業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。
 - ※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。
 - ※訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないが、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。
- ウ. 事業者は、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。

29. 非常災害対策

- ア. 事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。
- ※「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画であり、その策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている事業所にあってはその者

に行わせること。防火管理者を置かなくてもよいこととされている事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせること。

- イ. 事業者は、アに規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

※できるだけ地域住民の参加が得られるよう地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要である。また、訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする。

30. 衛生管理等

- ア. 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

※事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。

※特に、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置等について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。

※空調設備等により、施設内の適温の確保に努めること。

- イ. 事業者は、当該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、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。**【令和6年4月1日より義務化】**

①事業所における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（以下「感染対策委員会」という。）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。

②事業所における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。

③事業所において、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実施すること。

※感染対策委員会

感染対策委員会は、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い。特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者を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、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）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業所の状況に応じ、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。

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、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

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）等が想定される。

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との連携、行政等への報告等が想定される。

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絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

※感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

従業者に対する研修の内容は、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、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は、定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には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。

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も差し支えず、当該事業所の実態に応じ行うこと。

訓練（シミュレーション）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定期的（年1回以上）に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が、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。

31. 協力医療機関等

- ア. 事業者は、主治の医師との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかねばならない。
※事業所から近距離にあることが望ましい。
- イ. 事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
※事業所から近距離にあることが望ましい。
- ウ. 事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。
※協力医療機関やバックアップ施設から、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、当該協力医療機関等との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。

3.2. 掲示

- ア. 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。
※勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業員の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
- イ. 事業者は、アに規定する事項を記載した書面（重要事項を記載したファイル等）を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも利用申込者、利用者又はその家族等に自由に閲覧させることにより、掲示に代えることができる。
- ウ. 【令和7年4月1日より適用】事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。
※ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。

3.3. 秘密保持等

- ア. 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- イ. 事業者は、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。
※具体的には、事業所の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定め

を置くなどの措置を講ずべきこととするものである。

- ウ. 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

※サービス提供開始時に、利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。

34. 広告

事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしてはならない。

35. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

36. 苦情処理

- ア. 事業者は、利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

※具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等である。

- イ. 事業者は、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

※苦情がサービスの質の向上を図るうえでの重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うことが必要である。なお、苦情の内容等の記録は、2年間保存しなければならない。

- ウ. 事業者は、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

※国保連合会のみならず、保険者である市町村についても指定看護小規模多機能型居宅介護事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを

運営基準上、明確にしたもの。

- エ. 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- オ. 事業者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- カ. 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

37. 調査への協力等

事業者は、提供したサービスに関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切なサービス提供が行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

※市町村は利用者からの苦情がない場合にも、定期的又は随時的に調査を行い、基準を満たさない点などを把握した場合には、相当の期限を定めて基準を遵守するよう勧告を行うなど適切に対応するものとする。

※事業者は、市町村の求めに応じ、運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護支援専門員等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について提出するものとする。事業者は当該情報について自ら一般に公表するよう努めるものとする。

38. 地域との連携等

- ア. 事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市町村の職員又は事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、看護小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。

※運営推進会議は、事業所が、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、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で、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業所が自ら設置すべきものである。

※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。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について

当該利用者等の同意を得なければならない。

※テレビ電話装置等の活用に当たっては、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。

※看護小規模多機能型居宅介護事業所と認知症対応型共同生活介護事業所等を併設している場合においては、1つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えない。

※運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合においては、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催しても差し支えない。また、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とするとともに、外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

①利用者等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。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

イ. 事業者は、運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。

ウ. 事業者は、事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。

※事業が地域に開かれた事業として行われるよう、事業者は、地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならない。

エ. 事業者は、事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

※「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものである。

オ. 事業者は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めなければならない。

※「同一の建物」とは、管理・運営法人が異なるか否かに関わらず、それぞれの事業所同士が構造上又は外形上、一体的な建築物を指す。

自己評価及び外部評価

事業所は、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、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、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。

「自己評価」

- ・自己評価は、①事業所の全ての従業者が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、②その上で他の従業者の振り返り結果を従業者が相互に確認しながら、現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行うことにより、提供するサービスについて個々の従業者の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげることを目指すものである。

「外部評価」

- ・外部評価は、運営推進会議において事業所が行った自己評価結果に基づき、提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことにより、新たな課題や改善点を明らかにすることが必要である。
- ・市町村職員又は地域包括支援センター職員、指定小規模多機能型居宅介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要であること。

留意事項

- ・自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」の利用、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護の特性に沿った自己評価及び外部評価の在り方については、平成26年度老人保健健康増進等事業「複合型サービスにおける自己評価・外部評価のあり方に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）を参考に行うものとし、サービスの改善及び質の向上に資する適切な手法により行うこと。

39. 居宅機能を伴う併設施設等への入居

事業者は、可能な限り、利用者がその居宅において生活を継続できるよう支援す

ることを前提としつつ、利用者が他の施設へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設へ入所等が行えるよう、必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

40. 事故発生時の対応

ア. 事業者は、サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

※事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ事業者が定めることが望ましい。

イ. 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

※事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

ウ. 事業者は、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

※速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、または賠償資力を有することが望ましい。

41. 虐待の防止 【令和6年4月1日より義務化】

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

ア. 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を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

イ. 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。

ウ. 事業所において、従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

エ. ア～ウに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・ 虐待の未然防止

事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する要養介護事業の

従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・ 虐待等の早期発見

従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者からの市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・ 虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・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に次に掲げる事項を実施するものとする。

① 虐待防止検討委員会（ア）

「虐待防止検討委員会」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する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、事業所外の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、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報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・運営することとしても差し支えない。また、他のサービス事業者との連携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。

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することとする。その際、そこで得た結果（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）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

- a. 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
- b. 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- c. 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

- d. 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
- e. 従業者が虐待等を把握した場合に、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
- f. 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
- g. f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

② 虐待の防止のための指針（イ）

事業者が整備する「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とする。

- a. 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- b. 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
- c. 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- d. 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- e. 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- f. 成年後見制度の利用支援に関する事項
- g. 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- h. 利用者等に対する指針の閲覧に関する事項
- i. その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修（ウ）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、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、事業所における指針に基づき、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、事業者が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、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

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。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（エ）

事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。担当者としては、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。

なお、同一事業所内で複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等の担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所内の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

※上記の「担当（※）」については、身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者を指す。

4 2. 会計の区分

事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、看護小規模多機能型居宅介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

4 3. 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【令和9年3月31日まで努力義務】

【令和9年4月1日より義務化】

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、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（テレビ電話設置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催しなければならない。

※介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組み環境を整備するため、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設置及び開催について規定したものである。

ア. 本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えない。

イ. 本委員会は、定期的で開催する必要があるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましい。

ウ. 本委員会の開催にあたっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。また、本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し、この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業所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。

エ. 事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故

発生の防止のための委員会等)を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎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。

4 4. 記録の整備

- ア. 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
- イ. 事業所は、利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を次に掲げる期間保存しなければならない。
 - a. 完結の日から5年間
 - 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 主治の医師による指示の文書
 - ④ 看護小規模多機能型居宅介護報告書
 - ⑤ サービス提供内容の記録
 - b. 記録の完結の日から2年間
 - ① 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
 - ② 利用者が次のいずれかに該当する場合に行わなければならない市への通知に係る記録
 - ・ 正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
 - ・ 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。
 - ③ 苦情の内容等の記録
 - ④ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
 - ⑤ 運営推進会議に係る報告、評価、要望、助言等の記録

4 5. 地産地消の推進

事業所は、利用者の栄養や心身の状況、嗜好を考慮した食事を提供するとともに、可能な限り地元の食材を活用するよう努めなければならない。

(V) 報酬の算定及び取扱い

1. イ. 看護小規模多機能型居宅介護費（1月につき）

(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合

要介護1	<u>12,447</u> 単位/月
要介護2	<u>17,415</u> 単位/月
要介護3	<u>24,481</u> 単位/月
要介護4	<u>27,766</u> 単位/月
要介護5	<u>31,408</u> 単位/月

(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合

要介護1	<u>11,214</u> 単位/月
要介護2	<u>15,691</u> 単位/月
要介護3	<u>22,057</u> 単位/月
要介護4	<u>25,017</u> 単位/月
要介護5	<u>28,298</u> 単位/月

ロ. 短期利用居宅介護費（1日につき）

要介護1	<u>571</u> 単位/日
要介護2	<u>638</u> 単位/日
要介護3	<u>706</u> 単位/日
要介護4	<u>773</u> 単位/日
要介護5	<u>839</u> 単位/日

※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による看護サービスは、その看護サービスが看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに看護サービスを提供させるという位置付けのものである。なお、言語聴覚士により提供される看護サービスは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為に限る。

基本報酬の算定について

※登録日とは、利用者が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。

※登録終了日とは、利用者が事業者との間の利用契約終了した日とする。

※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。

※月途中から事業所と同一の建物に転居した場合又は月途中から事業者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。

※月途中で登録または登録を解除した場合には、日割りで算定する。

短期利用居宅介護費

※短期利用居宅介護費について、次のいずれにも適合すること。

- 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、当該事業所の登録者に対するサービスの提供に支障がないと認めた場合であること。
- ロ. 利用の開始に当たって、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. 基準に定める従業者の員数を置いていること。
- ニ. 当該事業所が、「サービス提供が過少である場合の減算」（算定月における提供回数について、登録者1人当たり平均回数が週4回に満たない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定するもの）を算定していないこと。

※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。

身体拘束廃止未実施減算

所定単位数×1/100減算

※事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第73条（第177条）第6項（（4）14. 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針の力を参照。）の記録（同条第5項に規定する身体的拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第7項（（4）14. 指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針のキを参照。）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

※具体的には、記録を行っていない、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回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、

事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実から生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数×1/100減算

※事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、地域密着型サービス基準第3条の38の2（（4）41. 虐待の防止を参照。）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

※具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

業務継続計画未策定減算

所定単位数×1/100減算

※指定地域密着型サービス基準第37条（（4）28. 業務継続計画の策定を参照。）、基準第37条の3又は第40条の16（第182条）において準用する指定地域密着型サービス基準第3条の30の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

登録者数が登録定員を超える場合（減算）

登録定員を上回る高齢者を登録させている場合（いわゆる定員超過の場合）においては、利用者等の全員について所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

※地域密着型サービス共通資料を参照（定員超過利用に該当する場合）

従業者の員数が基準に満たない場合（減算）

職員の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っているいわゆる人員欠如に対し、利用者等の全員について所定単位数の100分の70に相当する単位数を算

定する。

※地域密着型サービス共通資料を参照（人員基準欠如に該当する場合）

- ・介護職員の人員基準欠如
- ・看護職員の人員基準欠如
- ・介護支援専門員の人員基準欠如
- ・夜間及び深夜の勤務又は宿直勤務を行う職員の人員基準欠如
- ・サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の訪問サービスの提供にあたる介護従業者の人員基準欠如

サービス提供が過少である場合の減算

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、週平均1回に満たない場合又は登録者1人当たり平均回数が、週4回に満たない場合は、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

①「週平均」は、当該登録者において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。

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っては、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、登録者宅を訪問して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。また、訪問サービスには、訪問看護サービスも含まれるものである。

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1人当たり平均回数」は、当該事業所において、歴月ごとに①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。

③登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合にあっては、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。

サテライト体制未整備減算

サテライト事業所又は当該サテライト事業所の本体事業所において、訪問看護体制減算の届出をしている場合にあつては、サテライト体制未整備減算として、サテライト事業所及び本体事業所が共に1月につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算

別に厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を加算する。

中山間地域等における小規模事業所加算

別に厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行った場合は、イについては1月につき、ロについては1日につき、所定単位数の100分の10に相当する単位数を加算する。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

別に厚生労働大臣が定める地域に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を超えて、サービス提供を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を加算する。

※加算を算定する利用者については、交通費の支払いを受けることはできない。

サービス種類相互の算定関係について

- ・登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は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入居者生活介護を受けている間は、複合型サービス費は算定しない。
- ・登録者が一の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、指定看護小規模多機能型居宅介護を受けている間は、当該事業所以外の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所は、複合型サービス費は算定しない。
- ・看護小規模多機能型居宅介護を受けている間については、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び福祉用具貸与費を除く指定居宅サービス並びに指定地域密着型サービスに係る費用の額は算定しない。

訪問看護体制減算

次のいずれにも適合する場合、要介護1～3である者は925単位/月、要介護4である者は1,850単位/月、要介護5である者は2,914単位/月を所定単位数から減算する。

- イ. 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。以下同じ。）の占める割合が100分の30未満である。
- ロ. 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満である。
- ハ. 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が100分の5未満である。

末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護を行う場合の減算

サービスを利用しようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合は、要介護1～3である者は925単位/月、要介護4である者は1,850単位/月、要介護5である者は2,914単位/月を所定単位数から減算する。なお、看護サービスは主治の医師による指示若しくは主治の医師の判断に基づいて交付された指示書の有効期間内に行われるものであること。

・厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護を行う場合の減算

サービスを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日数に、要介護1～3である者は30単位/日、要介護4である者は60単位/日、要介護5である者は95単位/日をかけて得た単位数を所定単位数から減算する。なお、看護サービスは主治の

医師による指示若しくは主治の医師の判断に基づいて交付された指示書の有効期間内に行われるものであること。

2. 初期加算

初期加算 30単位/日

※事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、1日につき所定単位数を加算する。

※30日を超える入院後に再び利用を開始した場合も同様とする。

3. 認知症加算

以下の要件を満たしている場合は、下記のいずれかを算定する。

なお、認知症加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）のいずれかの加算を算定している場合は、その他の加算は算定しない。

・認知症加算（Ⅰ） 920単位/月

①「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を終了している者を、事業所における日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者（以下「対象者」という）の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的なケアを実施していること。

②事業所の従業者に対する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で開催していること。

※この会議の実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。また、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。

③認知症介護指導者養成研修又は認知症看護に係る適切な研修を終了している者を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していること。

④事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

・認知症加算（Ⅱ） 890単位/月

認知症加算（Ⅰ）における①及び②に適合すること。

・認知症加算（Ⅲ） 760単位/月

認知症加算（Ⅰ）における対象者に対して、サービスを行うこと。

・認知症加算（Ⅳ） 460単位/月

要介護状態区分が要介護2である者であって、日常生活自立度のランクⅡに該

当する者に対して、サービスを行うこと。

4. 認知症行動・心理症状緊急対応加算

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日

※短期利用居宅介護費について、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200単位を所定単位数に加算する。

※「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。

※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。

※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。

- 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

※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。

※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の継続を妨げるものではない。

5. 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者受入加算 800単位/月

※受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

※若年性認知症利用者とは、初老期における認知症によって要介護者となっ

た者をいう。

※認知症加算を算定している場合は算定しない。

6. 栄養アセスメント加算

栄養アセスメント加算 50単位/月

※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。）を行った場合に所定単位数を加算する。

※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。

※次に掲げるいずれの基準にも適合していること

(1)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。

(2)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（「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、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。

(3)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。

(4)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※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。

※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。

※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 イ及び口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。

※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。

※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。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。

7. 栄養改善加算

栄養改善加算 200単位／回（1月に2回を限度）

※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に所定単位数を加算する。

※3月以内の期間に限り、1月に2回を限度として加算する。

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。

※次に掲げるいずれの基準にも適合していること

- (1)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。
- (2)利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、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。
- (3)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。
- (4)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。

(5)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※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。

※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

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、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。）

※栄養改善サービスの提供は、以下のaからfまでに掲げる手順を経てなされる。

- a. 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。
- b. 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。

- c. 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。
- d. 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。
- e. 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。
- f. 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。

※おおむね3月ごとの評価の結果、上記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。

8. 口腔・栄養スクリーニング加算

従業者が、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。

ア. 口腔・栄養スクリーニング加算（I） 20単位/回

※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間であ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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

(5)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

イ. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位/回

※次のいずれかに適合すること

(1)次のいずれにも適合すること

(一)ア(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間であ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（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）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)ア(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（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

(四)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

※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。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。

※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、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の場合にあっては、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。

※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。なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングの実施に当たっては、別途通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照されたい。

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

※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。

※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。

9. 口腔機能向上加算

※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「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、次に掲げる所定単位数を加算する。

※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。

ア. 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位/回 (1月に2回を限度)

※次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。

イ. 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位/回 (1月に2回を限度)

※次のいずれにも適合すること

- (1) ア(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内容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。

※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。

※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

※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、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にあつては、加算は算定できない。

※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等の口腔の健康状態を、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、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。

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 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。

※おおむね3月ごとの評価の結果、次のイ又はロ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

※口腔機能向上サービスの提供に当たっては、別途通知「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的な取組について」を参照されたい。

※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。サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提供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（P l a n）、当該計画に基づく支援の提供（D o）、当該支援内容の評価（C h e c k）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（A c t i o n）の一連のサイクル（P D C Aサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

10. 退院時共同指導加算

退院時共同指導加算 600単位/回

※病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の訪問看護サービスを行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回(特別な管理を必要とする利用者(★)については2回)に限り、所定単位数を加算する。

※①当該加算は、初回の訪問看護サービスを実施した日の属する月に算定する。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合におい

ても算定できる。

また、退院時共同指導は、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。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、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。

※② 2回の当該加算の算定が可能である利用者(特別な管理を必要とする利用者)に対して、複数の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のほか、看護小規模多機能型居宅介護事業所又は訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあっては、1回ずつの算定も可能。

※③複数の事業所等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対し、他の事業所等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。

※④退院時共同指導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看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導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当該加算は算定できない(②の場合を除く。)

※⑤退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。

★特別な管理を必要とする利用者とは以下のとおり。

イ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

ニ 真皮を越える褥瘡の状態(NPUAP(National Pressure Ulcer of Advisory Panel)分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4若しくはD5に該当する状態をいう)

ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態(主治の医師が

点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を看護小規模多機能型居宅介護事業所に対して行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう)

11. 緊急時対応加算

緊急時対応加算 774単位/月

※利用者又はその家族等から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が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあつて、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を必要に応じて行う体制にある場合（訪問については、訪問看護サービスを行う場合に限る。）には、1月につき所定単位数を加算する。

※利用者又はその家族等から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及び宿泊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における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における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、その同意を得ること。

※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訪問看護における緊急時訪問看護加算、同月に看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該看護小規模多機能型居宅介護における緊急時対応加算及び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。

※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、緊急時対応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又は緊急時対応加算に係る宿泊を受けていないか確認すること。

※本加算は、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ために必要な情報であることから届出が必要。なお、本加算の算定にあたっては、届出を受理した日から算定できる。

12. 特別管理加算

指定看護小規模多機能型居宅介護に関し特別な管理を必要とする利用者(★)に対

して、事業所が、指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に
限る。）の実施に関する計画的な管理を行った場合は、厚生労働大臣が定める区分
に応じて、1月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し
ない。

★特別な管理を必要とする利用者については、「退院時共同指導加算」を参照

ア．特別管理加算（Ⅰ） 500単位/月

（特別な管理を必要とする利用者イに規定する状態にある者に対して指定看護
小規模多機能型居宅介護を行う場合）

イ．特別管理加算（Ⅱ） 250単位/月

（特別な管理を必要とする利用者ロ、ハ、ニ又はホに規定する状態にある者
に対して指定看護小規模多機能型居宅介護を行う場合）

※介護保険の給付対象となる看護サービスを行った日の属する月に算定すること。

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看護小規模
多機能型居宅介護（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特別管理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特別管理加算は算定できないこと。

※1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できるものとする。

※「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対してこの加算を算定する場合には、
1週間に1回以上、褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出
液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生
部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について看護小規模
多機能型居宅介護記録書に記録すること。

※「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」にある者に対して
この加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる
場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、看護
小規模多機能型居宅介護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。

※訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けるこ
とができるよう必要な支援を行うこと。

13. 専門管理加算

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を
受けた看護師又は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項第五号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行
為研修」という。）を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施
に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回限り、次に掲げる区分に応

じ、次に掲げる単位数のいずれかを所定単位数に加算する。

イ 250単位

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計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、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が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。）にあつては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に行った場合に限る。）

※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配置されていること。

※悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、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が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。）にあつては真皮まで状態の利用者）、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書に基づき、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されている次のいずれかの研修を受けた看護師が、定期的（1月に1回以上）に指定看護小規模多機能型居宅介護を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

a 緩和ケアに係る専門の研修

- (a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- (b) 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- (c) 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (i) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ii) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
 - (iii) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
 - (iv) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - (v) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 - (vi) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
 - (vii) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
 - (viii) コンサルテーション方法

(ix) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

(x) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

b 褥瘡ケアに係る専門の研修

(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が修得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

(b) 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が修得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

(b) 講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

□ 250単位

特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（診察報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）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て行った場合に限る。）

※保険師助産師看護師法第37条の2第2項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一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を修了した看護師が配置されていること。

※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項第一号に規定する特定行為に係る同項第二号に規定する手順書（以下「手順書」という。）の交付対象となった利用者（医科診療報酬点数表の区分番号C700に掲げる訪問看護指示科の注3を算定する利用者に限る。）に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書及び手順書に基づき、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されている、同項第五号に規定する指定研修機関において行われる同項第一号に規定する特定行為のうち指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする次の行為に係る研修を修了した看護師が、定期的（1月に1回以上）に指定看護小規模多機能型居宅介護を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。なお、

手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。

- a 気管カニューレの交換
- b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
- c 膀胱ろうカテーテルの交換
- d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- e 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- f 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- g 脱水症状に対する輸液による補正

14. ターミナルケア加算

ターミナルケア加算 2, 500単位/月

在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、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、市町村長に対し、届出を行った事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。）は、当該利用者の死亡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. ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ. 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ. ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※厚生労働大臣が定める状態

- イ. 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、

プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

ロ. 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

※ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定すること。

※1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。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看護小規模多機能型居宅介護（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ターミナルケア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訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定できないこと。

※一の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において、他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できない。

※ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録しなければならない。

ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録

ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。

※ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

15. 遠隔死亡診断補助加算

遠隔死亡診断補助加算 150単位/月

情報通信機器を用いた住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（平24告120）に居住する利用者に限る。）について、その主治の医師の指示に基づき、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は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。

16. 看護体制強化加算

医療ニーズの高い利用者への指定看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、下記基準に掲げる区分に従い、1月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しない。

ア. 看護体制強化加算(I) 3,000単位/月

イ. 看護体制強化加算(II) 2,500単位/月

- ・看護体制強化加算(I)については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1). 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の80以上であること。
 - (2). 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。
 - (3). 算定日が属する月の前3月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。
 - (4). 算定日が属する月の前12月間において、事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること。
 - (5). 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること。
- ・看護体制強化加算(II)については、上記(1)から(3)までに掲げる基準のすべてに適合すること。

※看護体制強化加算については、医療ニーズの高い中重度の要介護者が療養生活を送るために必要な居宅での支援に取り組む事業所の実績を評価するものである。

※加算を算定するに当たっては、当該事業所の看護師等が、当該加算の内容につい

て利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。

※看護体制強化加算の算定に当たっては、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合又は人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに加算が算定されなくなる場合の届出を行わなければならない。

※利用者によって(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することができないものであり、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所においていずれか一方のみを届出すること。

※当該加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

17. 訪問体制強化加算

訪問体制強化加算 1,000単位/月

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ. 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、事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅であって都道府県知事の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看護小規模多機能型居宅介護費（同一建物に居住する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、看護小規模多機能型居宅介護費（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）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。

※「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、訪問サービスも行っている常勤の従業者を2名以上配置した場合に算定が可能である。

※「訪問サービスの提供回数」は、暦月ごとに、下記の方法（サービス提供が過少である場合の減算についてと同様。）に従って算定する。

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、登録者宅を訪問して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。また、訪問サービスには訪問看護サービスも含まれるものである。

※当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

18. 総合マネジメント体制強化加算

(1) 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） 1,200単位/月

(2) 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ） 800単位/月

・総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）については、次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ①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（保健師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）が共同し、随時適切に看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていること。
- ②地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設（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）に対し、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。
- ③利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、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。

※地域の行事や活動の例

- ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応
- ・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等との関わり、地域の行事への参加等）

④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。

※利用者及び利用者に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。

⑤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（介護給付費等対象サービス（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をいう。)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。

※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。

⑥次のいずれかに適合すること。

(一) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の様態に応じた支援を行っていること。

※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。

(二) 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の場の拠点（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。）となっていること。

(三) 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の地域密着型サービス事業者が当該事業を行う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。

(四) 市町村が実施する法第115条の4第1項第二号に掲げる事業や同条第2項第四号に掲げる事業等に参加していること。

※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。

19. 褥瘡マネジメント加算

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（このサイクルを「PDCA」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。

継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合は、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

の他の加算は算定しない。

ア. 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位/月

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、施設入所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、施設入所時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。
- （２） （１）の確認及び評価の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入所者ごとに、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） 入所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、その管理の内容や入所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、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

※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ア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。

イ. 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 13単位/月

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１） ア（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 ア（１）の確認の結果、褥瘡が認められた入所者について、当該褥瘡が治癒したこと。
- b ア（１）の評価の結果、施設入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

※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、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「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」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（d1）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算定できるものとする。

- ※ア（１）の評価は、別紙様式５「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」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。
- ※ア（１）の利用開始時の評価は、ア（１）から（５）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「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。
- ※ア（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。
- ※ア（３）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「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」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。
- ※ア（４）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。
- ※ア（５）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。
- ※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。

20. 排せつ支援加算

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管理の実施（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（このサイクルを「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。

継続的に利用者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、1月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しない。

ア. 排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位／月

次のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者ごとに、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、利用者ごとに支援計画を見直していること。

※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ア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。

イ. 排せつ支援加算（Ⅱ） 15単位/月

次のいずれにも適合すること。

- (1) ア（1）から（3）まで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。
 - (一) ア（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、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) ア（1）の評価の結果、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ものについて、おむつを使用しなくなったこと。
 - (三) ア（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。

※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、排尿の状態若しくは排便の状態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おむつの使用若しくは尿道カテーテルの留置の評価が改善した場合に、算定できる。

ウ. 排せつ支援加算（Ⅲ） 20単位/月

ア(1)から(3)まで並びにイ(2)(一)及び(二)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

※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事業所において、利用開始時と比較して、排尿の状態若しくは排便の状態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、おむつの使用が改善した場合に、算定できる。

※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。

※ア(1)の評価は、別紙様式6「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」を用いて、①から④について実施する。

①排尿の状態

②排便の状態

③おむつの使用

④尿道カテーテルの留置

※ア(1)の利用開始時の評価は、ア(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「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。

※ア(1)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。

※ア(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。

※ア(2)の「排せつに介護を要する利用者」とは、排尿の状態若しくは排便の状態が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつの使用と尿道カテーテルの留置が「あり」の者をいう。

※ア(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、排尿の状態、排便の状態、おむつの使用、尿道カテーテルの留置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、排尿の状態、排便の状態、おむつの使用、尿道カテーテルの留置の評価が改善することが見込まれることをいう。

※支援に先立って、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「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」を用いて支援計画を作成する。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。

※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。

※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。

※ア(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。

※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。

21. 科学的介護推進体制加算

科学的介護推進体制加算 40単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合していること。

- (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、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービス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。

※原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに算定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。

※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。

※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）。

※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。

2.2. 生産性向上推進体制加算

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。

ア. 生産性向上推進体制加算（I） 100単位／月

※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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

（一）介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保

（二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

（三）介護機器の定期的な点検

（四）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

② ①の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。

③ 介護機器を複数種類活用していること。

- ④ ①の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
- ⑤ 事業年度ごとに①、③及び④の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

イ. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位／月

※次のいずれにも適合すること。

- ① ア①に適合していること。
- ② 介護機器を活用していること。
- ③ 事業年度ごとに②及びア①の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

23. サービス提供体制強化加算

(1) 看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合

ア. サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 750単位／月

※次のいずれにも適合すること。

- ① 事業所の全ての従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修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（おおむね1月に1回以上）開催していること。
- ③ 次のいずれかに適合すること。
 - (一)事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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)事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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。

イ. サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 640単位／月

※次のいずれにも適合すること。

- ① 事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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 ア①、②及び④に該当すること。

ウ. サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 350単位／月

※次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)事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く。）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)事業所の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)事業所の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 ア①、②及び④に該当すること。

(2) 短期利用居宅介護費を算定している場合

ア. サービス提供体制強化加算 (I) 25単位/日

イ. サービス提供体制強化加算 (II) 21単位/日

ウ. サービス提供体制強化加算 (III) 12単位/日

※当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※従業者ごとの研修計画は、サービス従事者の資質向上のための研修内容と研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、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しなければならない。

※定期的に行う会議には、全ての従業者が参加しなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。また、会議開催状況については、概要を記録しなければならない。

※会議は、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。

※「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」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、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

※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(4月～2月)の平均を用いる。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。したがって、新た

に事業を開始又は再開した事業者については、4月目以降に届出が可能となる。
なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の過程を修了している者とする。

※上記ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合においては、直ちに取り下げの届出を提出しなければならない。

※勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。

※勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

24. 介護職員等処遇改善加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に対し、届出を行った事業所が、利用者に対し、サービスを行った場合は、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合は、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）算定した単位数の1000分の149に相当する単位数
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）算定した単位数の1000分の146に相当する単位数
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）算定した単位数の1000分の134に相当する単位数
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）算定した単位数の1000分の106に相当する単位数

※ 所定単位数・・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数

※ 本加算は、区分支給限度基準額の算定対象外とする。