

令和 3 年度
地域密着型サービス事業者等
集団指導

実地指導結果からみた留意点について

各サービス編

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

夜間対応型訪問介護

認知症対応型通所介護

介護予防支援

小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護

認知症対応型共同生活介護

新潟市福祉部福祉監査課

条例等の名称一覧表

* 条例

新潟市指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営の基準に関する条例
(平成 24 年新潟市条例第 89 号)

* 予防条例

新潟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の基準に関する条例

(平成 24 年新潟市条例第 93 号)

* 解釈通知

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 3 月 31 日老計発第 0331004 号，老振発第 0331004 号，老老発第 0331017 号)

* 予防支援条例

新潟市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する条例

(平成 27 年新潟市条例第 4 号)

* 予防支援解釈通知

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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について

(平成 18 年 3 月 31 日老振発第 00331003 号，老老発第 0331016 号)

目次 各サービス編

1-1	訪問系サービス共通	1
1-2	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5
1-3	夜間対応型訪問介護	21
2-1	通所系サービス共通事項	32
2-2	認知症対応型通所介護（介護予防）	40
3-1	居宅介護支援・介護予防支援共通	50
3-2	介護予防支援	59
4-1	小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護共通	65
4-2	小規模多機能型居宅介護（介護予防）	79
4-3	看護小規模多機能型居宅介護	85
5-1	居住系サービス共通	99
5-2	認知症対応型共同生活介護（介護予防）	102

1-1

訪問系サービス共通

1 サービス提供の記録等

事例

- ① サービスの実際の提供時間が記載されていなかった。
- ② サービス提供の記録を、実際にサービス提供を行った訪問介護員等が書いていなかった。
- ③ 併設の有料老人ホームのサービスとして実施したものと、指定介護サービスとして実施したものの区別がされていなかった。

ポイント

○サービス提供の記録

⇒ 指定介護サービスを提供した場合は、提供したサービスの内容等を記録に残さなくてはなりません。訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護及び訪問リハビリテーション並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護（以下「訪問系サービス」という。）においては、実際にサービスを提供した実働時間を記録しておくてはなりません。

サービス提供の記録は、サービスを提供したことの証明としてだけでなく、計画を見直す際に、利用者の個別の事情等を反映させるための貴重な情報源の1つとしてとらえる必要があります。

⇒ 訪問系サービスにおいて、サービス提供の記録に記載すべき事項は、①提供日、②提供開始時間及び終了時間、③サービスの提供をした者（訪問介護員等、看護師、理学療法士等）の氏名、④提供したサービスの内容、⑤利用者の心身の状況等が挙げられます。

⇒ サービス提供の記録は、実際にサービス提供を行った訪問介護員等が記録しなくてはなりません（「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号）の「1-0 サービス準備・記録等」を参照）。

また、サービス提供により利用者の心身の状態に変化が見られた場合等も、それらを記録に残しておくことで、計画の見直しに役立てることができます。

○併設する他の事業との明確な区別

⇒ 訪問系サービスに限らず、指定介護サービスは他の事業と明確に区別して管理しなくてはなりません。

特に、訪問系サービスにおいては、併設する有料老人ホームとしてのサービスとの明確な区別がなされていない記録が散見されていますので、明確に区別できるように記録を残してください。

○サービス提供記録の交付

⇒ 利用者から申し出があった場合は、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くてはなりません。

「その他適切な方法」には、利用者が用意した手帳等に記載する等が含まれます。

2 衛生管理等

ポイント

○事業所における衛生管理等

⇒ 訪問系サービス並びに福祉用具貸与及び特定福祉用具販売においては、事業所の従業員の清潔の保持、健康状態の管理、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理のほか、利用者の居宅を訪問する従業員が感染源となることを予防し、また、従業員を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋を備える等、感染を予防するための対策を講じなくてはなりません。

⇒ 事業所が講じるべき対策に必要な衛生用品については、利用者に用意させたり、その費用を利用者に負担させることは認められません。

3 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬減算について

○ 事業所と同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対してサービスを提供した場合は、所定単位数を減じて算定しなくてはなりません。

○主な内容

・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（サ高住）以外の建物も対象となります。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合，同一敷地内建物等に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は，減算幅が600単位から900単位になります。
- ・ 夜間対応型訪問介護事業所の場合，同一敷地内建物等に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は，減算幅が10%から15%になります。

<定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合>

600単位/月減算	①同一敷地内建物等に居住する者に居住する者
900単位/月減算	② 上記①の建物のうち，当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

<夜間対応型訪問介護事業所の場合>

減算額10%	① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物又は事業所と同一の建物（以下，同一敷地内建物等）に居住する者（③に該当する場合を除く。） ② 上記以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
減算額15%	③ 上記①の建物のうち，当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所・夜間対応型訪問介護事業所ともに，区分支給限度基準額を超える場合，区分支給限度基準額の管理に際して，区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ません。

○同一敷地内建物等について

- ⇒ (1) 事業所と構造上又は外形上，一体的な建築物
 (2) 同一敷地内並びに隣接する敷地(道路等を挟んで設置されている場合を含む。)にある建築物のうち，効率的なサービス提供が可能なもの

○算定方法について

⇒ 集合住宅減算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に対して減算率を掛けて算定します。

利用者数は，1月間(暦月)の利用者数の平均を用います(利用契約はしているが，当該月において利用がない利用者は除く)。

この場合の利用者数は，以下のとおり暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

1月間の利用者数の平均＝

当該月の1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計÷当該月の日数

(小数点以下を切り捨て)

⇒以下は，減算対象となる事例と減算対象にならない事例です(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所・夜間対応型訪問介護事業所共通)。

◆減算対象となる事例◆	◆減算対象とならない事例◆
<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所と同一建物または隣接する敷地に併設してある建物に居住している利用者へのサービス ・当該事業所と幅員の狭い道路を隔てた敷地に居住している利用者へのサービス ・当該事業所の利用者が同一建物(当該訪問介護事業所と同一建物かは問わない)に20人以上いる場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所と同一敷地内に有料老人ホームがあるが，敷地が広大で建物も点在しており，位置関係による効率的なサービス提供ができない場合 ・当該事業所と対象建物が，横断に迂回が必要な程度の幅員の広い道路や河川に隔てられている場合 ・当該事業所と隣接しない同一敷地内に複数のサ高住がある場合で，各サ高住の利用者数の合計は20人を超えるが，各サ高住それぞれの利用者数は20人に満たない場合。(利用者数の合算をしない)

★留意点★

同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業者と異なる場合であっても該当します。

1-2

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

1 管理者

ポイント

○管理者

⇒ 訪問介護と同様に、管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の管理業務に従事するものとされています。

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

- (1) 当該事業所のオペレーター、定期巡回サービス若しくは随時訪問サービスを行う訪問介護員等又は訪問看護サービスを行う看護師等の職務
 - (2) 訪問介護事業者、訪問看護事業者又は夜間対応型訪問介護事業者の指定を併せて受け、同一の事業所においてそれぞれの事業が一体的に運営されている場合の、当該指定訪問介護事業所、指定訪問看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所の職務
 - (3) 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内にある他の事業所等の管理者又は従業者としての職務
- (※) 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、併設す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などの場合は、本務である「管理業務」に支障があると考えられることがあります。

⇒ 「専ら従事する」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

2 従業者

ポイント

○必要な資格，員数等

職種	資格等（注1）	必要な員数（注2）	
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	◆介護福祉士 ◆実践者研修修了者 ◆介護職員基礎研修	○交通事情，訪問頻度等を勘案し， 利用者に適切に定期巡回サービス を提供するために必要な員数 ○提供時間帯を通じて1以上
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等	修了者 ◆訪問介護員1級・ 2級	
訪問看護サービスを行う看護師等 ※連携型を除く	看護職員	◆保健師 ◆看護師 ◆准看護師	○常勤換算方法で2.5以上 ○1以上は，常勤の保健師又は 看護師（以下「常勤看護師等」） 事業所の実情に応じた適当数 （配置しないことも可）
	理学療法士等	◆理学療法士 ◆作業療法士 ◆言語聴覚士	
オペレーター	◆看護師 ◆医師 ◆准看護師 ◆介護支援専門員 + ◇指定訪問介護のサービス提供責任者の業務に1年以上従事した者（注3）	◆介護福祉士 ◆保健師 ◆社会福祉士	○提供時間帯を通じて1以上 ○1人以上は，常勤の看護師， 介護福祉士等（左記◆のいずれかの資格を有する者。以下について同じ）
計画作成責任者	◆看護師 ◆医師 ◆准看護師 ◆介護支援専門員	◆介護福祉士 ◆保健師 ◆社会福祉士	○上記従業者のうち1人以上を選任

注1 表中、「資格等」の「◆」は，いずれかを有する者である必要がある。

注2 表中、「必要な員数」の「○」は，いずれも満たしている必要がある。

注3 オペレーターについては，看護師，介護福祉士等であるオペレーターがオペレーターとして勤務する時間以外の時間帯において，当該オペレーター又は当該事業所の看護師等との緊密な連携を確保している場合は，「◇」の者を充てることができる。

○その他従業者を配置する上での留意点

(1) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等

利用者の処遇に支障がない場合（注1）は、定期巡回サービス又は同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは指定夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事することが可能です。

また、オペレーターが随時訪問サービスに従事する場合には、日中（8時～18時）と夜間・早朝（18時～8時）に関わらず、随時訪問サービスを行う訪問介護員等を置かないことができます。

(2) 訪問看護サービスを行う看護師等（※連携型を除く）

当該事業所が指定訪問看護の指定を併せて受けている場合であって、同一の事業所において一体的に運営されているときは、指定訪問看護の人員を満たすことで足りります。

（指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は指定複合型サービス事業の看護職員の人員配置基準を満たしていることにより、指定訪問看護の看護職員の人員配置基準を満たしているとみなされている場合を除きます。）

また、看護職員のうち1人以上は、提供時間帯を通じて、当該事業所との連絡体制が確保された者でなければなりません。

(3) オペレーター

原則として利用者からの通報を受ける業務に専念しなければなりません。利用者の処遇に支障がない場合は、次の職務に従事することができます。

なお、この場合において、オペレーターが定期巡回サービスに従事している等、利用者の居宅においてサービスの提供を行っている時であっても、当該オペレーターが利用者からの通報を受けられる体制を確保している場合は、当該時間帯におけるオペレーターの配置要件を併せて満たします。

ア 当該事業所の定期巡回サービス又は訪問看護サービス

イ 同一敷地内の指定訪問介護事業所、指定訪問看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所の職務

ウ 利用者以外の者からの通報を受け付ける業務

注1 「利用者へのサービス提供に支障がない場合」とは、次の①及び②が満たされている場合をいいます。

① ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができる場合

②適切なコール対応ができない場合に備えて、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時に対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合

3 設備に関する基準

ポイント

○必要な設備等

⇒ 事業所には、次の設備及び備品等を備えなくてはなりません。

(1) 事務室（又は区画）

専用の事務室又は区画を設ける必要があります。当該事務室又は区画は、利用申込みの受付や、相談等に対応するのに適切なスペースを確保します。

ただし、間仕切り等他の事業のように供するものと明確に区分されている場合は、他の事業所と同一の事務室でも差し支えありません。

(2) 鍵付きの書庫等

鍵付きの書庫等、利用者の個人情報を保護するための設備を備えなくてはなりません。

(3) 感染症予防に必要な設備等

手指を洗浄、消毒するための設備など、感染症予防に必要な設備等を備えなくてはなりません。

(4) 利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器

利用者からの通報を受けた際に瞬時にそれらの情報が把握できるものでなければなりません。

利用者の心身の状況等の情報を蓄積するための体制が確保され、かつ、オペレーターが常時閲覧できる場合は、当該機器を備えないことができます。

また、オペレーターが所有する端末機から常時利用者の情報にアクセスできる体制（情報通信技術の活用だけでなく、随時更新される紙媒体が一元的に管理されているものを含む。）が確保されていれば、必ずしも当該事業所に機器を保有する必要はありません。

(5) 随時適切に利用者からの通報を受けるための通信機器等

必ずしも当該事業所に設置され、固定されている必要はありません。（地域を巡回するオペレーターが携帯することも可能です。）

⇒ 事業所に備えるべき設備・備品等のほか、利用者に対し、適切にオペレーターに通報できるよう通信のための端末機器（ケアコール端末）を配布しなくてはなりません。

ケアコール端末は、利用者がボタンを押すなどにより、簡単にオペレーターに通報できるものである必要があります。

ただし、利用者の心身の状況によって、一般の家庭用電話や携帯電話でも随時の通

報を適切に行うことが可能と認められる場合は、ケアコール端末に代わって携帯電話を配布したり、ケアコール端末等を配布せず、利用者所有の家庭用電話や携帯電話から随時の通報を行わせることでも差し支えありません。

ケアコール端末に係る費用の取扱い

ケアコール端末の設置（配布）は事業所が負うべき義務であることから、ケアコール端末に係る設置料、リース料、保守料等の費用の徴収は認められません。

ただし、利用者宅から事業所への通報に係る通信料（電話料金）については、利用者から徴収することができます。

4 主治の医師との関係

ポイント

○医師の指示に基づく訪問看護の提供

⇒ 訪問看護サービスの提供に際しては、主治の医師の診療に基づく指示を文書で受けなければなりません。

なお、「主治の医師」とは、利用者の選定により加療している医師をいうものであり、主治の医師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ません。

○訪問看護指示書の取扱い

⇒ 訪問看護指示書の交付は、訪問看護サービスの提供開始前に受ける必要があります。また、引き続き訪問看護サービスの提供を行う場合には、訪問看護指示書の有効期間が切れる前に、新たな訪問看護指示書の交付を受けなければなりません。

⇒ 常勤看護師等は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示書に基づき訪問看護サービスが行われるよう、主治医との連絡調整、訪問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りません。

⇒ 訪問看護サービスを提供する場合には、主治医に定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治医との密接な連携を図らなくてはなりません。

⇒ 医療機関が当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を運営する場合には、訪問看護指示書の交付や定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書及び訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録への記載で足りません。

居宅介護支援事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援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くてはなりません。特に、ケアマネジャーから定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

また、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、居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに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りません。

5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画

ポイント

○計画の作成

⇒ 計画作成責任者は、利用者の希望、主治の医師の指示及び利用者の心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する必要があります。

⇒ 計画は、看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメントの結果を踏まえて作成しなければなりません。

医師の指示に基づく訪問看護サービスの利用者だけでなく、訪問看護サービスを利用しない者に対しても、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングを行う必要があります。（ここでいう「定期的」とは、おおむね1月に1回行われることが望ましいです。）

⇒ 作成した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、利用者に交付しなくてはなりません。

なお、医療機関が行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所においては、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（平成12年3月30日老企第55号）に定める訪問看護計画書を参考に、事業所ごとに定めた様式により交付してください。

○訪問看護報告書の作成

⇒ 訪問看護サービスの提供を行う保健師又は看護師は、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訪問看護報告書を作成しなくてはなりません。

また、主治医との連携を図り、適切な訪問看護を提供するため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出する必要があります。

ただし、医療機関が行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所においては、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができます。

⇒ 常勤看護師等は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければなりません。

訪問看護サービスに係る利用料等の取扱い

定期巡回・随時対応型訪問介護看護においても、他のサービスと同様に、利用者から徴収することが認められる費用は限られています。

特に、訪問看護サービスにおいて使用するガーゼ・ディスポーザブル手袋などの衛生材料、注射器・注射針などの医療材料にかかる費用は、本来医療機関が提供するものであるため、利用者（患者）への実費請求はできません。

6 鍵の管理

事例

- ① 利用者から預かった合鍵を持ち出すことが容易な管理体制であった。
- ② 合鍵の管理方法や紛失した場合の対処方法を記載した文書を利用者に交付していなかった。

ポイント

○合鍵の管理

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、サービスの性格上、利用者から合鍵を預かる場合があります。

その場合は、事業所内での管理を厳重に行う必要があります。従業者であっても容易に持ち出すことができないよう、最低限「誰が（従業者）」「いつ」「どういった

理由（目的）で」「誰の（利用者）」合鍵を持ち出すのかを明確にし、利用者に安心感を与えるよう体制整備を行ってください。

⇒ 利用者から合鍵を預かる場合は、事前に、事業所としての管理方法や紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を利用者に交付し、説明してください。

7 介護・医療連携推進会議

事例

- ① 介護・医療連携会議を開催していなかった。
- ② 会議の記録を作成していなかった。
- ③ 会議の記録を公表していなかった。

ポイント

○介護・医療連携推進会議の開催

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、介護・医療連携推進会議を設置し、おおむね6月に1回以上、開催しなくてはなりません。

この「介護・医療連携推進会議」を設置・開催する目的は、次のとおりです。

- (1) 利用者や関係者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることで、サービスの質の確保を図る
- (2) 当該会議において、地域における介護及び医療に関する課題について関係者間での情報共有を行い、介護と医療の連携を図る

⇒ 当該会議は、以下に掲げる者等から構成します。

- (1) 利用者及びその家族
- (2) 地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等）
- (3) 地域の医療関係者（地方医師会の医師等、地域の医療機関の医師・医療ソーシャルワーカー等）
- (4) 市町村職員又は地域包括支援センター職員
- (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について知見を有する者

⇒ 当該会議では、活動状況を報告して評価を受けるとともに、構成員から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなくてはなりません。
また、当該会議を開催した際は、記録を作成するとともに、その記録を公表する必要があります。

⇒ サービスの改善及び質の向上を目的として、1年に1回以上、自らが提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行い、当該自己評価の結果を、介護・医療連携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）を行う必要があります。この自己評価結果及び外部評価結果についても、会議の記録と同様に公表する必要があります。

○介護・医療連携推進介護の開催方法・頻度の緩和

⇒ 今回の改正では、会議の効率化や、事業所間ネットワーク形成の促進等の観点から、開催方法や開催頻度について、次のとおり、見直されました。

(1) 以下の要件を満たす場合に、複数の事業所の合同開催ができるようになりました。

- ・利用者及び利用者家族については匿名にするなど、個人情報・プライバシーを保護すること
- ・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
- ・合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議の開催数の半数を超えないこと

※外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行わなければならない

8 地域へのサービス提供の推進

⇒ 一部の事業所において、利用者の全てが同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住しているような実態があることを踏まえ、定期巡回・随時対応訪問介護看護事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の要介護者に対してもサービス提供を行わなければならないことが明確化されました。

9 連携型について

ポイント

○「連携型」における適用除外

⇒ 連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所においては、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における規定のうち、以下の事項が適用されません。

(1) 人員に関する基準のうち、次に掲げる事項

- ア 訪問看護サービスを行う看護師等の配置
- イ 常勤看護師等の配置
- ウ 看護職員との連絡体制の確保

(2) 運営に関する基準のうち、次に掲げる事項

- ア 主治医との関係
 - ※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び訪問看護報告書の提出に係る事項は適用されます。
- イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画における訪問看護サービスに係る記載
- ウ 常勤看護師等による計画作成責任者に対する指導・管理
- エ 訪問看護報告書の作成
- オ 常勤看護師等による訪問看護報告書の作成に係る指導・管理
- カ 訪問看護指示書の整備・保存及び訪問看護報告書の整備

○指定訪問看護事業者との連携

⇒ 連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者は、訪問看護を利用しようとする場合に、当該事業者が連携する指定訪問看護事業者（以下「連携指定訪問看護事業者」といいます。）以外の指定訪問看護事業者を選択することができます（つまり、連携指定訪問看護事業者以外の指定訪問看護事業者を選択することを妨げることはできません。）。

訪問看護を利用しようとする利用者が、連携指定訪問看護事業者からのサービス提供を受けることを選択しない場合には、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、当該利用者が選択した指定訪問看護事業所と連携する必要があります。

⇒ 連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、連携指定訪問看護事業者から、次の事項について、必要な協力を得なくてはなりません。

- (1) 看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメント
- (2) 随時対応サービスの提供に当たっての連絡体制（看護職員による対応が必要と判断された場合に、確実に連絡が可能な体制）の確保
- (3) 介護・医療連携推進会議の参加
- (4) その他連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たって必要な助言及び指導

⇒ 前述（５ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画）のとおり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメントの結果を踏まえて作成しなければならないことから、上記（１）については、訪問看護サービスの利用者だけでなく、訪問看護サービスを利用しない利用者についても、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングを行う必要があります。

⇒ 上記（１）について、連携指定訪問看護事業所の利用者に関しては、指定訪問看護の提供時に把握した利用者の心身の状況について情報共有を図ることで足りません。

⇒ 上記（１）について、連携指定訪問看護事業所の利用者以外に関しては、必ずしも当該連携指定訪問看護事業所の職員が行わなければならないものではなく、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のオペレーターとして従事する看護職員や、当該連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が実施する他の事業に従事する看護師等により実施することでも差し支えありません。

○同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱い

⇒ 利用者は、同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することが原則ですが、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（又は夜間対応型訪問介護）と訪問看護を、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要と認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数を算定することが可能です。

10 介護報酬の見直しについて

⇒令和3年度の報酬改定では、次のとおり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の報酬単価が見直されました。

	改正前		改正後
一体型（訪問看護なし）及び連携型（訪問看護なし）			
要介護1	5,680単位		5,697単位
要介護2	10,138単位		10,168単位
要介護3	16,833単位	➡	16,883単位
要介護4	21,293単位		21,357単位
要介護5	25,752単位		29,601単位
一体型（訪問看護あり）			
要介護1	8,287単位		8,321単位
要介護2	12,946単位		12,985単位
要介護3	19,762単位	➡	19,821単位
要介護4	24,361単位		24,434単位
要介護5	29,512単位		29,601単位

11 生活機能向上連携加算の見直しについて

- 令和3年度の報酬改定で、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行うことになりました。
 - ア 生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問したうえで、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには、多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務

効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分したうえで実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。

ウ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。

12 認知症専門ケア加算の創設

- 令和3年度の報酬改定で、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」という。）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算する認知症専門ケア加算が創設されました。

⇒認知症専門ケア加算（I）の算定要件について

- ① 事業所における入所者の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上であること。

※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が2分の1以上の算定方法は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数の平均で算定すること。また、届出を行った月以降においても、直近3月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要である。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ついては、直ちに加算等算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

※当該ランクに該当する者のみ加算を算定することができる。

- ② 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が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に配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」。認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

- 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していること。

※会議の実施にあたっては、全員が一同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、「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」は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を言う。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。なお、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り扱いの

ためのガイドンス」、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」等に対応していること。

⇒認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定要件について

- ① 「（Ⅰ）の加算要件」の基準のいずれにも適合すること。
 - ② 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了しているものを1名以上配置し、事業全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ※「認知症介護指導者養成研修」、「認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- ③当該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、研修を実施または実施を予定していること。

13 サービス提供体制強化加算の見直し

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、財政中立を念頭に見直しを行うことになりました。
- ア 介護福祉士割合や介護職員等の勤続年数が上昇・延伸していることを踏まえ、各サービスについて、より介護福祉士の割合が高い、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分を設ける。その際、同加算が質の高い介護サービスの提供を目指すものであることを踏まえ、当該区分の算定にあたり、施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を求めることとする。
- イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護について、勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位区分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分を設定する。
- ウ 夜間対応型訪問介護について、他のサービスと同様に、介護福祉士の割合に係る要件に加えて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合に係る要件を設定し、いずれかを満たすことを求めることとする。

14 介護報酬算定に関する留意事項

ポイント

○医療保険の訪問看護との調整

⇒ 居宅サービスの訪問看護と同様に、介護保険の給付が医療保険の給付に優先します。医療保険の給付対象の期間に係る介護報酬については、訪問看護サービスを行わない場合の単位数で算定しなくてはなりません。具体的には、主治医の指示に基づいて医療保険の給付の対象となる期間に応じて日割り計算を行います。

○他のサービスとの給付調整

⇒ 利用者が次のサービスを受けている間は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費は算定できません。

- 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
- 夜間対応型訪問介護 ●小規模多機能型居宅介護 ●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
- 複合型サービス
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

⇒ 利用者が上記のサービスのうち短期入所系サービスを利用した場合は、次のように取り扱います。

(1) 対象サービス

短期入所生活介護，短期入所療養介護，短期利用特定施設入居者生活介護，短期利用認知症対応型共同生活介護，小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合に限る。），地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護又は看護小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合に限る。）

(2) 報酬算定の取扱い

短期入所系サービスの利用日数に応じた日割り計算を行います。

具体的には、当該月の日数から、当該月の短期入所系サービスの利用日数（退所日を除く。）を減じて得た日数に、サービスコード表の定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の日割り単価を乗じて得た単位数を、当該月の所定単位数とします。

⇒ このほか、利用者が通所系サービスを利用した場合は、次のように取り扱います。

(1) 対象サービス

通所介護，通所リハビリテーション，地域密着型通所介護，認知症対応型通所介護

(2) 報酬算定の取扱い

通所系サービスを利用した日数に、厚告126別表1注4に掲げる単位数を乗じて得た単位数を、所定単位数から減じます。

1-3

夜間対応型訪問介護

1 管理者

ポイント

○管理者

⇒ 訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様に、管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該夜間対応型訪問介護看護事業所の管理業務に従事するものとされています。

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

- (1) 当該事業所のオペレーションセンター従業者又は訪問介護員等としての職務
- (2) 訪問介護事業者又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を併せて受け、同一の事業所においてそれぞれの事業が一体的に運営されている場合の、当該指定訪問介護事業所又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務（日中のオペレーションセンターサービスを実施する場合に限る。）
- (3) 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内にある他の事業所等の管理者又は従業者としての職務

(※) 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、併設す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などの場合は、本務である「管理業務」に支障があると考えられることがあります。

⇒ 「専ら従事する」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

2 従業者

○必要な資格，員数等

職種		資格等（注1）	必要な員数
オペレーター （利用者からの通報を受け付ける業務）	オペレーター	◆看護師 ◆介護福祉士 ◆医師 ◆保健師 ◆准看護師 ◆社会福祉士 ◆介護支援専門員 + ◇サービス提供責任者として1年以上従事した経験を持つ者	○提供時間帯を通じて1以上 ○1人以上は，常勤の看護師，介護福祉士等
	面接相談員 （面接その他の業務）	オペレーターと同等の資格又は知識経験を有する者（努力義務）	○面接を適切に行うために必要な員数 （夜間勤務のオペレーターや訪問介護員等が従事することも可）
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	◆介護福祉士 ◆実践者研修修了者 ◆介護職員基礎研修修了者 ◆訪問介護員1級・2級	○交通事情，訪問頻度等を勘案し，利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な員数
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		○提供時間帯を通じて1以上 （利用者の処遇に支障がない場合は，定期巡回サービス等の職務に従事することも可）

注1 表中，「資格等」の「◆」は，いずれかを有する者である必要があります。

注2 表中「◇」については，看護師，介護福祉士等であるオペレーターがオペレーターとして勤務する時間以外の時間帯において，当該オペレーターとの緊密な連携を確保している場合に充てることができます。

○その他従業者を配置する上での留意点

(1) オペレーションセンター従業者

定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けることにより適切にオペレーションセンターサービスを実施することが可能と認められる場合は、オペレーションセンターを設置せず、オペレーションセンター従業者を置かないことができます。この場合のオペレーターは、訪問介護員等の資格を有する者で差し支えありません。

(2) オペレーター

原則として利用者からの通報を受ける業務に専念しなければなりません。利用者の処遇に支障がない場合は、次の職務に従事することができます。

なお、この場合において、オペレーターが定期巡回サービスに従事している等、利用者の居宅においてサービスの提供を行っている時であっても、当該オペレーターが利用者からの通報を受けることができる体制を確保している場合は、当該時間帯におけるオペレーターの配置要件を併せて満たします。

ア 当該事業所の定期巡回サービス

イ 同一敷地内の指定訪問介護事業所又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務

ウ 利用者以外の者からの通報を受け付ける業務

(3) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等

利用者の処遇に支障がない場合は、定期巡回サービス又は同一敷地内にある指定訪問介護事業所若しくは指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務に従事することが可能です。

○ 令和3年度の改定でオペレーターについて、新たに次の職務との兼務が認められました。

・随時訪問サービスを行う訪問介護員と兼務すること。

・併設施設等※の職員と兼務すること。

※併設施設等：短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

3 設備に関する基準

ポイント

○必要な設備等

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様ですので「2-2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「3 設備に関する基準」を参照してください。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受け、同一の事業所においてそれぞれの事業が一体的に運営されている場合は、オペレーションサービスの提供に必要な設備を共有することができます。

⇒ オペレーションセンターを設置しない場合であっても、オペレーションセンターにおける通信機器に相当するもの及び利用者に配布するケアコール端末は必要です。

4 夜間対応型訪問介護計画

ポイント

○計画の作成

⇒ 夜間対応型訪問介護計画は、オペレーションセンター従業員が作成する必要があります（オペレーションセンターを設置しない場合は、訪問介護員等）。

作成した夜間対応型訪問介護計画は、他のサービスと同様に、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得るとともに、利用者に対し交付してください。

⇒ オペレーションセンター従業員は、訪問介護員等が行うサービスが、夜間対応型訪問介護計画に沿って実施されているかを把握するとともに、必要に応じて助言、指導等を行わなくてはなりません。

居宅介護支援事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援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くてはなりません。特に、ケアマネジャーから夜間対応型訪問介護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

また、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、居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに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りません。

5 利用者との面接等

事例

① オペレーションセンター従業員が、利用者の居宅への訪問を行っていなかった。

ポイント

○オペレーションセンター従業員による面接

⇒ 夜間対応型訪問介護のオペレーションセンターサービスや随時訪問サービスは、利用者からの随時の通報に適切に対応して行われ、利用者が夜間において安心してそ

の居宅において生活を送ることができるものでなければなりません。

そのためには、利用者の心身の状況等を的確に把握する必要があることはもちろん、利用者とのコミュニケーションを図り、利用者が通報を行いやすい環境づくりに努める必要があります。

⇒ 利用者の居宅への訪問は、1月ないし3月に1回程度行います。この訪問においては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努めるだけでなく、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行います。

鍵の管理

夜間対応型訪問介護においても、そのサービスの性格上、利用者から合鍵を預かる場合がありますが、鍵を預かる場合の留意点等は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様ですので「2-2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「6 鍵の管理」を参照してください。

5 地域へのサービス提供の推進

⇒一部の事業所において、利用者の全てが同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住しているような実態があることを踏まえ、定期巡回・随時対応訪問介護看護事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の要介護者に対してもサービス提供を行わなければならないことが明確化されました。

6 介護報酬の見直しについて

⇒令和3年度の報酬改定では、次のとおり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費の報酬単価が見直されました。

	改正前		改正後
夜間対応型訪問介護（Ⅰ）			
基本夜間対応型訪問介護費／1月につき	1,013単位		1,025単位
定期巡回サービス費／1回につき	379単位		386単位
随時訪問サービス費（Ⅰ）／1回につき	578単位	⇒	588単位
随時訪問サービス費（Ⅱ）／1回につき	778単位		792単位
夜間対応型訪問介護（Ⅱ）			
	2,751単位	⇒	2,800単位

7 介護報酬算定に関する留意事項

ポイント

○他のサービスとの給付調整

⇒ 利用者が次のサービスを受けている間は、夜間対応型訪問看護費は算定できません。

- 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
- 小規模多機能型居宅介護 ●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
- 複合型サービス ●地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

○同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱い

⇒ 利用者は、同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することが原則ですが、夜間対応型訪問介護（又は連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護）と訪問看護を、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要と認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数を算定することが可能です。

○夜間対応型訪問介護の基本報酬の見直し

⇒定額のオペレーションサービス部分（基本夜間対応型訪問介護費）と出来高の訪問サービス部分（定期巡回サービス費及び随時訪問サービス費）で構成される夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）について、月に一度も訪問サービスを受けていない利用者が存在するなどの給付実態を踏まえて、定額オペレーションサービス部分の評価の適正化を行うこととなりました。

8 認知症専門ケア加算の創設

ポイント

○令和3年度の報酬改定で、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」という。）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算する認知症専門ケア加算が創設されました。

⇒認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件について

- ① 事業所における入所者の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上であること。

※「日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指す。

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が2分の1以上の算定方法は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人員数の平均で算定すること。また、届出を行った月以降においても、直近3月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要である。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ついては、直ちに加算等算定されなくなる場合の届出を提出しなければならない。

※当該ランクに該当する者のみ加算を算定することができる。

- ② 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が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に配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」。認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

- 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していること。

※会議の実施にあたっては、全員が一同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、「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」は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を言う。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。なお、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り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」等に対応していること。

⇒認知症専門ケア加算（Ⅱ）の算定要件について

- ① 「（Ⅰ）の加算要件」の基準のいずれにも適合すること。
② 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了しているものを1名以上配置し、事業全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

※「認知症介護指導者養成研修」、 「認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

- ③ 当該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、研修を実施または実施を予定していること。

9 サービス提供体制強化加算の見直し

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、財政中立を念頭に見直しを行うことになりました。
- ア 介護福祉士割合や介護職員等の勤続年数が上昇・延伸していることを踏まえ、各サービスについて、より介護福祉士の割合が高い、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分を設ける。その際、同加算が質の高い介護サービスの提供を目指すものであることを踏まえ、当該区分の算定にあたり、施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を求めることとする。
- イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護について、勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位区分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分を設定する。
- ウ 夜間対応型訪問介護について、他のサービスと同様に、介護福祉士の割合に係る要件に加えて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合に係る要件を設定し、いずれかを満たすことを求めることとする。

10 加算算定に関する留意事項

ポイント

○ 24時間通報対応加算

⇒ 夜間対応型訪問介護は、夜間におけるサービス提供ですが、そのオペレーションセンター機能を利用して、日中に、オペレーションサービスを行う場合は、「24時間通報対応加算」を算定することができます。

当該加算の算定要件は、以下のとおりです。

- (1) 日中においてオペレーションセンターサービスを行うために必要な人員を確保していること
- (2) 利用者からの通報を受け、緊急の対応が必要と認められる場合に、連携する指定訪問介護事業所に速やかに連絡する体制を確保し、必要に応じて指定訪問介護が実施されること
- (3) 利用者の日中における居宅サービスの利用状況等を把握していること
- (4) 利用者からの通報について、通報日時、通報内容、具体的対応の内容について記録を行っていること。

⇒ 当該加算は、夜間対応型訪問介護の利用者であって、日中においてもオペレーションセンターサービスの利用を希望する者について算定できます。

また、(2)の場合、夜間対応型訪問介護事業所から訪問介護事業所に情報提供を行い、当該情報提供に基づいて、連携する訪問介護事業所が必要な訪問介護を行います。

そのため、当該加算の対象となる利用者は、夜間対応型訪問介護事業所と連携体制を取っている訪問介護事業所と事前にサービスの利用に係る契約を締結しておく必要があります。

⇒ (2)の場合において、対応が可能となるよう、連携体制をとっている訪問介護事業所の具体的な対応体制について、定期的に把握しておいてください。

⇒ 当該加算の対象となる利用者については、夜間の同居家族等の状況の把握に加え、日中の同居家族等の状況及び在宅サービスの利用状況等を新たに把握します。

2-1

通所系サービス共通

1 サービス提供時間について

ポイント

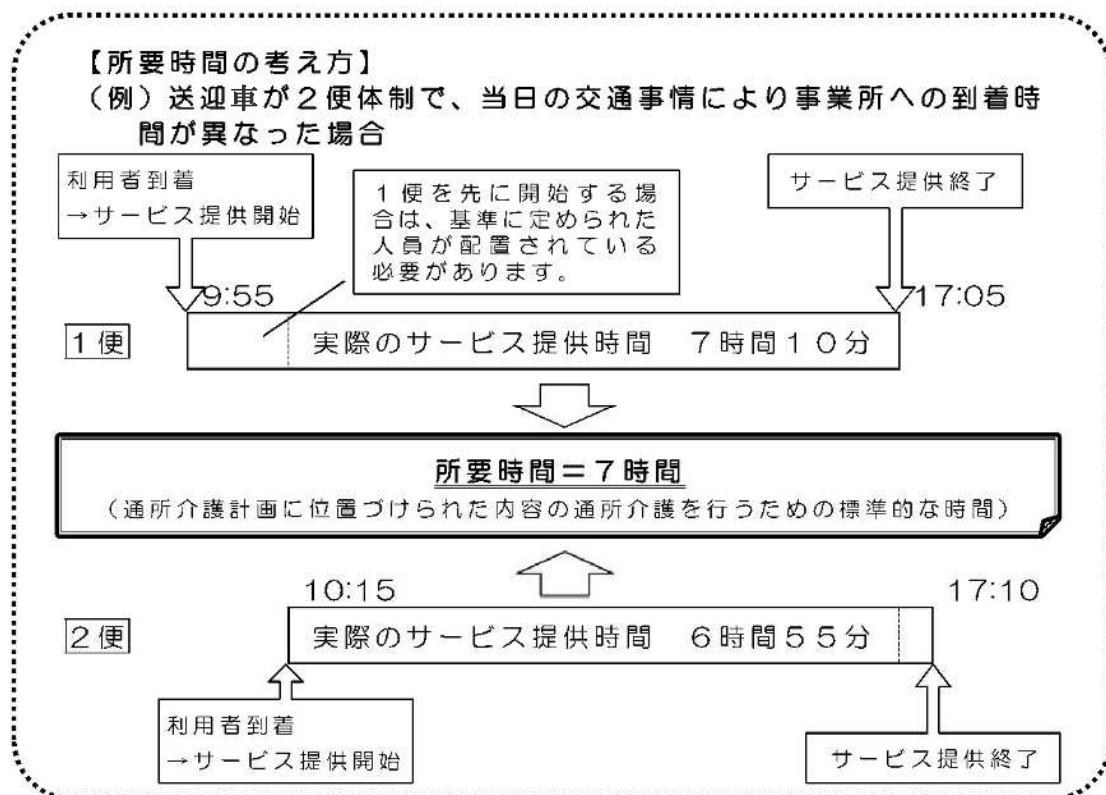
○ サービス提供時間について

⇒ 通所介護費については、所要時間による区分により算定されるものです。

この「所要時間による区分」とは、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間によることとされています。

⇒ 単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所介護のサービスが提供されているとは認められません。

この場合は、当初の計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定します。



○ 送迎時における居宅内介助等の評価

⇒ 送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯，着替え，ベッドへの移乗，窓の施錠等）について，一定の要件を満たせば，1日30分以内を限度として所要時間に含めることができます。（詳細は，後述「3 送迎について」を参照）

2 サービス提供時間の短縮について

ポイント

○ 老企第36号第2の7（1）〔所要時間による区分の違い〕抜粋

所要時間による区分については，現に要した時間ではなく，通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間によることとされたところであり，単に，当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で，当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は，通所介護のサービスが提供されているとは認められないものであること。（中略）

これに対して，当日の利用者の心身の状況から，実際の通所介護の提供が通所介護計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所介護計画上の単位数を算定して差し支えない。なお，通所介護計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には，通所介護計画を変更のうえ，変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

【参考】所要時間を短縮した場合の算定

平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

問59 「当日の利用者の心身の状況から，実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが，具体的にどのような内容なのか。

（答）通所サービスの所要時間については，現に要した時間ではなく，通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。

こうした趣旨を踏まえ，例えば7時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において，当日の途中に利用者が体調を崩したためにやむを得ず6時間でサービス提供を中止した場合に，当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。（ただし，利用者負担の軽減の観点から，5時間以上7時間未満の所定単位数を算定してもよい。）こうした取り扱いは，サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され，当該プログラムに従って，単

位ごとに効果的に実施されている事業所を想定しており、限定的に適用されるものである。

当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

(例)

①利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

②利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

③8時間以上9時間未満の通所介護を行っていたが、当日利用者の心身の状況から1～2時間で中止した場合は、当初の通所サービス計画に位置付けられていた時間よりも大きく短縮しているため、当日のキャンセルとして通所介護費を算定できない。

※所要時間による区分は現行と異なる。

3 送迎について

ポイント

○ 送迎の実施

⇒ 通所系サービスにおいて、送迎は本体報酬に包括化（評価）されています。そのため、通所系サービスにおいては、居宅まで迎えに行くことが原則です。

⇒ 道路が狭隘で居宅まで送迎車が入ることができないなど、地理的要因から居宅までの送迎が困難な場合は、利用者それぞれに出迎え方法をあらかじめ定めるなどの方法で行う必要があります。

⇒ 利用者の状態により、通所介護を利用するにあたり、通常よりも準備等について手間を要する場合においては、訪問介護を利用することも可能ですが、通常は通所介護事業所が玄関の外からではなく、自宅内までの送迎を行う必要があります。

なお、送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）について、以下の要件を満たせば、1日30分以内を限度と

して所要時間に含めることができます。

- (1) 個別に必要性を判断の上、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置づけた上で実施
- (2) 居宅内介助等を実施する者が、介護福祉士、実務者研修修了者等

【参考】送迎時における居宅内介助等の評価に係るQ & A

平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

問52 デイサービス等への送り出しなどの送迎時における居宅内介助等について、通所介護事業所等が対応できない場合は、訪問介護の利用は可能なのか。居宅内介助等が可能な通所介護事業所等を探す必要があるのか。

(答)

- 1 通所介護等の居宅内介助については、独居など一人で身の回りの支度ができず、介助が必要となる場合など個別に必要性を判断の上、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置付けて実施するものである。
- 2 現在、訪問介護が行っている通所サービスの送迎前後に行われている介助等について、一律に通所介護等で対応することを求めているものではない。例えば、食事介助に引き続き送迎への送り出しを行うなど訪問介護による対応が必要な利用者までも、通所介護等での対応を求めるものではない。

問54 送迎時における居宅内介助等については、複数送迎する場合は、車内に利用者を待たせることになるので、個別に送迎する場合のみ認められるのか。

(答)

個別に送迎する場合のみに限定するものではないが、居宅内介助に要する時間をサービスの提供時間に含めることを認めるものであることから、他の利用者を送迎時に車内に待たせて行うことは認められない。

問55 居宅内介助等を実施した時間を所要時間として、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置づけた場合、算定する報酬区分の所要時間が利用者ごとに異なる場合が生じてもよいか。

(答)

サービスの提供に当たっては、サービス提供の開始・終了タイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、単位内でサービスの提供時間の異なる場合が生じても差し支えない。

○ 送迎が実施されない場合の評価の見直し

⇒ 送迎を実施しない場合（利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合）は、片道につき47単位を所定単位数から減ずることとなりました。

この「送迎を実施しない場合」とは、適切に行われたケアマネジメントの結果、利用者等の意向を踏まえ、事業所が送迎を行わない場合に所定単位数から減ずるものであり、所定単位数から減ずれば事業所側の都合で送迎を拒否できるものではありません。

⇒ 送迎を実施しない場合の減算については、送迎体制を確保しているにもかかわらず、適切に行われたケアマネジメントの結果、利用者等の意向を踏まえ、事業所が送迎を行わない場合に適用します。そのため、送迎を実施しない場合の減算を適用する場合には、担当する介護支援専門員等が開催するサービス担当者会議（原則、利用者及び家族が参加）等における検討の結果、送迎を行わないことについて居宅サービス計画に位置づけ、かつ、個別サービス計画においても位置づける（往復か片道かを含む。）必要があります。

⇒ 事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合は、減算の対象とはなりません。（平成27年4月改定関係Q&A問62）

4 定員の遵守

事例

① 事業所で設定した定員を超過している日が確認された。

ポイント

○ 定員の遵守と定員超過減算について

⇒ 通所系サービス事業者は、利用定員を超えてサービスの提供を行うことはできません。1日でも定員を超過すると基準違反になります。

⇒ 月平均の利用者数が定員を超過した場合は、定員超過した単位について、その翌月の利用者分全員が所定単位数の70%に減算されます。

⇒ 定員超過については、定員超過減算の適用を受ければ定員を超過してもよいとい

うことではなく、「定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。」とされています。（老企第36号第2の7(16)）

⇒ 「定員」には、指定介護保険サービス（指定介護予防サービス）の利用者だけでなく、自費サービス（体験利用を含む。）の利用者も含まれます。

【参考】要介護者等以外の自費負担によるサービス利用

平成12年1月21日付け事務連絡

「要介護者等以外の自費負担によるサービスの利用について」

問2 要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。) 以外の者が介護保険サービスを全額自己負担することによって利用することが可能か。(居宅サービスの場合)

(答)

指定居宅サービス事業者がサービスを提供するにあたっては、当然ながら要介護者等に対するサービス提供を優先する必要がある。しかしながら、介護保険の運営基準を遵守した上で、なお余力がある場合においては、指定居宅サービスの提供に支障がない範囲で、要介護者等以外の者に対するサービス提供を行うことは可能である。

ただし、この場合において、要介護者等以外に対するサービスの提供により、指定居宅サービスの提供に支障があると考えられる場合には、運営基準違反となることに留意されたい。また、例えば、通所系サービスにおいて、要介護者等に加えて、要介護者等以外の者に対しても併せてサービス提供を行うような場合には、人員配置等において、要介護者等に対するサービスの水準を確保することは当然に必要である。(以下略)

5 プログラムについて(通所系サービスで認められる範囲)

事例

- ① 居宅サービス計画に「自宅から外出する必要がある」と記載があることを理由に、花見に出かけ、通所介護サービスとして報酬算定していた。
- ② 通所介護のサービス提供として、レストランへの外食や遠方の公園、観光地等に外出していた。
- ③ 屋外でのサービス提供について、期待する効果や実際に得られた効果などの具体的な記録が確認できなかった。
- ④ 屋外でのサービス提供をしていたが、当該内容について、通所介護計画に位置付けられていなかった。
- ⑤ サービス提供時間中にサービス担当者会議を開催し、本人も参加していた。

ポイント

○ 屋外でのサービス提供について

⇒ 通所系サービスは、事業所内でのサービス提供が原則です。

しかしながら、以下の要件を満たす場合に限り、例外的に屋外でのサービス提供が可能となります（単なる気分転換や娯楽を目的としたものは、指定介護保険サービスとしては認められません。）。

- (1) あらかじめ個別サービス計画に位置づけられていること
- (2) 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること

⇒ 屋外でのサービス提供を行う場合は、対象者一人ひとりについて、当該利用者の目標を踏まえた上で「どのような効果を期待して行うのか」、「なぜ屋外でなければならないか」、「どのような内容で行うのか」、「どうしてその場所を選んだのか」及び「屋外でのサービス提供により得られた効果（評価）」を明確に記録しておいてください。

○ 屋外でのサービス提供を行う場合の人員配置について

⇒ 外出を行う場合、介護職員の人員配置にも注意が必要です。

事業所内で、人員基準を満たす必要があります。

例： 認知症対応型通所介護の場合

生活相談員 = 1 名

機能訓練指導員 = 1 名（時間帯に応じて）

看護・介護職員（専ら職員） = 1 名

〃（勤務時間合計をサービス提供時間で除す） = 1 名

→ 仮に、利用者 1 名と看護・介護職員 1 名が外出した場合は、サービス提供時間中は 2 名必要であることから、この事業所は、事業所内の人員基準を満たさなくなるため、プラス 1 名の看護・介護職員が必要です。

○ 通所系サービス以外のサービスについて

⇒ 事業所が定めた指定サービスの提供時間は、通所系サービスの計画に位置づけられた内容のサービスを行うための時間ですので、サービス担当者会議や理美容サービス等の通所系サービス以外のサービスは、サービス提供時間に含めることはできません。

通所系サービスとは別に、利用者の自己負担によりサービスを提供することは可能ですが、利用者に必要なものとして当初から予定されている通所系サービスの提供プログラム等に影響しないよう配慮が必要です。

通所系サービス以外のサービスは、サービス提供時間に含むことはできないため、サービス提供時間中に行う場合は、サービス提供時間から通所系サービス以外のサービスに要した時間を除き、その時間区分に応じて報酬請求を行うこととなります。

サービス提供時間中に行うことができないサービス例

通所介護の事業は、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うこととされているため、サービス提供時間中に以下のようなサービスを行うことは認められません。

- ・ 理美容サービスやネイルアート
- ・ 治療を目的としたマッサージ
- ・ 慰安を目的としたマッサージ（美顔・アロママッサージ）

※ 機能訓練の一環としてその効果が見込まれるマッサージの提供は可能。

6 プライバシーの確保

事例

- ① 入浴する前に脱衣所に複数人の利用者を待たせている状況が確認された。

ポイント

○ プライバシーの確保について

- ⇒ 通所系サービス事業所で入浴を実施している事業所は多いですが、その際にはプライバシーに配慮し、サービス提供する必要があります。
- ⇒ 複数人の利用者に対して同時に入浴サービスを提供する場合は、プライバシーに配慮し、声かけ・誘導を工夫する等し、なるべく脱衣所で待たせることのないようにする等プライバシーの確保に努めてください。

2-2

(介護予防)認知症対応型通所介護

1 機能訓練指導員の資格要件と配置

事例

- ① 機能訓練指導員の配置がされていなかった。
- ② 個別機能訓練加算を算定しないことを理由に機能訓練指導員を配置していなかった。

ポイント

○ 機能訓練指導員の配置について

- ⇒ 指定認知症対応型通所介護事業所は、サービス提供日ごとに、1以上の機能訓練指導員を配置する必要があります。
 - 常勤・非常勤については問いません。
 - 通所定員が10名以下の事業所も、機能訓練指導員の配置は必要です。
 - 配置時間は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う時間となります。機能訓練指導員としての配置時間外は、他の職務に従事することも可

能です。

⇒ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とされています。この「訓練を行う能力を有する者」とは、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（注1）の資格を有する者」とされています。

（注1）はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導員に従事した経験を有する者です。

Q&A

はり師・きゅう師を機能訓練指導員とする際に求められる要件となる、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導員に従事した経験」について、実務時間・日数や実務内容に規定はあるのか。

⇒ 要件にある以上の内容については細かく規定しないが、当然ながら、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導員として実際に行う業務の頻度・内容を鑑みて、十分な経験を得たと当該施設の管理者が判断できることは必要となる。

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問32））

⇒ 利用者の日常生活やレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練は、事業所の生活相談員又は介護職員が兼務して行うこともできます。

⇒機能訓練指導員は個別機能訓練加算等の算定有無に関わらず配置が必要です。

○ 個別機能訓練加算について

⇒ 有資格者の配置のみをもって、個別機能訓練加算の算定はできません。

個別機能訓練加算を算定する場合は、必ず報酬告示等で加算の趣旨を理解・把握した上で算定するようにしてください。

2 認知症介護基礎研修の受講について

○ 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保証を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない無資格者に対して、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が義務付けられました。

なお、経過措置により令和6年3月31日までの間は努力義務となりますが、令和6年4月1日以降は全ての事業所で介護に直接携わる職員は全員、医療・福祉関係の資格を有する者又は認知症介護基礎研修の修了者であることが義務付けられますので適宜受講を進めていただくようお願いします。

※医療・福祉関係の資格とは

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、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員養成研修1級課程・2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、あんまマッサージ師、はり師、きゅう師

3 設備に係る共用の明確化

単独型・併設型指定認知症対応型通所介護と指定居宅サービス事業所等を併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、設備基準上両方のサービスに規定があるもの（指定訪問介護事業所の場合は事務室）は共用が可能です。

ただし、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護と併設の関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用する場合にあっては、以下の条件に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとなります。

イ 当該部屋等において、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。

ロ 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。

また、玄関、廊下、階段、送迎車両など、基準上は規定がないが、設置されるものについても、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、共用が可能である。

なお、設備を共用する場合、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必要な措置を講じるよう努めなければならないとされているが、衛生管理等に一層努めること。

4 認知症対応型通所介護計画の作成及び説明・同意・交付

事例

- ① 認知症対応型通所介護計画の作成及び同意の取得が初回利用に間に合っていない。
- ② 同意取得が遅れていた。

ポイント

- ⇒ 初回利用時までには認知症対応型通所介護計画の作成が必要です。後からケアプランが作成された場合は、認知症対応型通所介護計画がケアプランに沿ったものであるか確認し必要に応じて変更してください。
- ⇒ 認知症対応型通所介護計画を作成した際は、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た上で交付しなければなりません。内容への同意のサインをもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかるよう記録に残してください。（ご家族に面会できずどうしても書面での同意がいただけない場合には、少なくとも電話等でご家族に対し計画内容を説明のうえ、口頭で同意を得ておいて、その内容を個々のケース記録等に記録し、後日文書での同意を得るという方法でもやむを得ないと考えます。）
- ⇒ 実施状況や評価についても利用者又は家族に説明を行うことが求められています。評価はしているけれど、説明まではしていないという事例がありますので、この点についても注意してください。

5 地域との連携

好事例

- ① 地域の事業所に対する理解を得られるよう、町内会に出席するなどし、非常災害時の協力体制を築いていた。
- ② 事業所で行う行事等に、地域ボランティアを招き、それをきっかけとして地域との交流を図ることができるようになった。

ポイント

- ⇒ 認知症対応型通所介護事業所は、その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りません。
- 運営推進会議の開催方法の緩和
- 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、複数の事業所の合同開催について次の要件を満たす場合に認めることとされました。
- イ 利用者及び利用者家族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。
 - ロ 同一の日常生活圏域に所在する事業所であること。

6 介護保険外での宿泊サービスについて

- 宿泊サービス提供の趣旨
- ⇒ 利用者の心身状況、家族の疾病、冠婚葬祭等により、又は、家族の負担軽減のため一時的に居宅で生活することが困難な者にサービスを提供することです。
- 夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化
- ⇒ 事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）を実施している事業所については、別途届出を行っていただく必要があります。（新たに宿泊サービスを開始する場合は、サービスの提供開始前に届け出る必要があります。）
- ⇒ 宿泊サービスを提供している時間帯に事故が発生した場合は、介護保険サービスと同様に事故の報告が必要です。
- ⇒ 宿泊サービスを実施する場合には、延長加算の算定はできません。
- ⇒ 担当ケアマネが特に必要であると認めた場合に限られます。

※届出について、詳細（届出方法・時期等）や宿泊サービスに係る指針は、市ホームページでご確認ください。

【市ホームページ掲載場所】

トップページ > 健康・医療・福祉 > 介護 > 事業者向け申請・届出関係様式 >
通所介護事業所等における宿泊サービスの実施について
[https://www.city.niigata.lg.jp/
iryo/kaigo/jigyousya_yousiki/shukuhakusabisu.html](https://www.city.niigata.lg.jp/iryo/kaigo/jigyousya_yousiki/shukuhakusabisu.html)

7 認知症型通所介護の事業所規模別の報酬等に関する対応

- 認知症型通所介護の報酬について、感染症や災害の影響により利用者が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、以下の見直しがありました。
- ・ 認知症型通所介護について、感染症や災害の影響により延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から一定割合以上減少している場合、一定期間、臨時的な利用者の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための評価を行う。現下の新型コロナウイルス感染症の影響による一定割合以上の利用者減に対する適用にあたっては、年度当初から即時的に対応を行う。評価の部分については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

8 サービス提供体制強化加算の見直しについて

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、財政中立を念頭に見直しがありました。
- ア 介護福祉士割合や介護職員等の勤続年数が上昇・延伸していることを踏まえ、各サービスについて、より介護福祉士の割合が高い、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分を設ける。その際、同加算が質の高い介護サービスの提供を目指すものであることを踏まえ、当該区分の算定にあたり、施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を求めることとする。
- イ 勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位区分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分を設定する。

9 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援重度化防止を効果的に進める観点から、以下の見直しがありました。
- ア リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- イ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

10 入浴介助加算の見直しについて

- 認知症対応型通所介護における入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しがありました。
- ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴が行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・介護支援専門員等が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。
- イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

11 口腔機能向上の取組の充実

- 利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことによって、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員が実施可能な口腔スクリーニングの実施を評価する新たな加算を創設されました。その際、目的及び方法等に鑑み、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行うものとなります。

12 ADL維持等加算の見直し

- ADL維持加算について、自立支援・重度化防止に向けた取組を一層推進する観点から以下の見直しがありました。
 - ア クリームスキミングを防止する観点や、現状の同加算の取得状況や課題を踏まえ、算定要件について、以下の見直しがありました。
 - ・ 初月と6月目のADL値の報告について、評価可能な者は原則全員報告を求める。
 - ・ リハビリテーションサービスを併用している者について、同加算取得事業者がリハビリテーションサービス事業者と連携して機能訓練を実施している場合に限り、同加算に係る計算式の対象とする。
 - ・ 利用者の総数や要介護度、要介護等認定月に係る要件を緩和する。
 - ・ ADL利得が上位85%の者について、各々のADL利得を合計したものが0以上とする要件について、初月のADL値に応じて調整式で得られた利用者の調整済ADL利得が一定の値以上とする。
 - イ より自立支援等に効果的な取組を行い、利用者のADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する新たな区分を設ける。
 - ウ 地域密着型通所介護に加えて、機能訓練等に従事する者を十分に配置し、ADLの維持等を目的とする認知症対応型通所介護を同加算の対象とする。

13 同一建物減算適用時等区分支給限度基準額の計算方法の適正化

- 同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算等の適用を受ける者の区分支給限度基準額の管理において、減算等の適用前の単位数を用いることとなります。

3-1

居宅介護支援・介護予防支援共通

1 運営に関する基準について

○障害福祉サービスとの連携の確保について

⇒ 指定居宅介護支援事業者は、障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定特定相談支援事業者との連携に努める必要があります。

○内容及び手続の説明及び同意

⇒ 指定居宅介護支援・指定介護予防支援（以下「指定居宅介護支援等」という。）の提供の開始に際しては、

- ① 利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう介護支援専門員・担当職（以下「介護支援専門員等」という。）に対して求めることができること
- ② 利用者は居宅サービス計画・介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）に位置付けた指定居宅サービス事業所・指定介護予防サービス事業所（以下「指定居宅サービス事業所等」という。）の選定理由の説明を介護支援専門員等へ求めることができること
- ③ 指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報提供を受けたときその他必要と認めるときは利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを主治の医師等に提供することの同意
- ④ 病院または診療所に入院する必要がある場合には、病院等に対して、担当介護支援専門員等の氏名及び連絡先について、事前に病院等に伝えるよう協力いただくこと（介護保険証や医療保険証、お薬手帳など合わせて保管することを依頼することが望ましいとされています。）
- ⑤ 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等医療サービスの利用を希望する場

合やその他必要な場合に、主治の医師等に意見を求めること及び居宅サービス計画等の医師等への提供についての同意

上記について、あらかじめ利用者又はその家族に対して、文書の交付に加え口頭による説明を行い、文書により同意を得る必要があります。

① ②については、適正に行われない場合は、契約月から解消された月の前月まで運営基準減算となりますのでご注意ください。

2 居宅サービス計画(介護予防計画)と個別サービス計画との連動

ポイント

○担当者に対する個別サービス計画の提出依頼等

- ⇒ 居宅サービス計画・介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員等は、居宅サービス計画等に位置付けた指定居宅サービス事業所等のサービス担当者から個別サービス計画の提出を求めることとし、居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動性や整合性について確認するようにしてください。
- ⇒ 居宅（介護予防）サービスに関する新潟市基準条例では、訪問介護や通所介護等のサービス提供事業者に対して、各サービス提供に関する計画（訪問介護計画・通所介護計画、福祉用具貸与計画等）の作成を義務付けているものがあります。
これらの計画は、居宅サービス計画等が作成されている場合は、新潟市基準条例上、居宅サービス計画等の内容に沿って作成しなければなりません。
そのため、担当介護支援専門員等は、各サービス提供事業者等が作成したサービス計画の提出を依頼し、その計画が居宅サービス計画等に沿ったものであるか等について、確認に努めてください。
- ⇒ サービス担当者会議の前に居宅サービス計画等の原案を各サービス担当者に提供するとともに、サービス担当者会議の際に、各個別サービス計画の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効です。
- ⇒ 居宅療養管理指導事業所から、居宅療養管理指導に関する情報提供及び助言等があった場合は、居宅サービス計画等を居宅療養管理指導事業者の担当者に交付してください。

3 居宅サービス計画等の適正化について

事例

- ① 集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていなかった。
- ② 事業所等の意向に沿って、区分支給限度基準額ぎりぎりが増やすように作成され、利用者にあった介護の提供がなされていない。
- ③ 特定のサービスや事業所のサービスを利用させるために、担当や事業所を変えさせられた。

ポイント

○居宅サービス計画等の適正化

⇒ 居宅サービス計画等は、利用者の状況を適切にアセスメントし、サービス担当者会議を通じて、自立支援に資する居宅サービス計画等を作成し、サービスの実施状況を踏まえてモニタリングを行い、必要に応じて居宅サービス計画等を変更するという一連のマネジメントが行われることが必要です。

⇒ 利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師等が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報であるため、指定居宅介護支援等の提供にあたり、

- ・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している。
- ・ 薬の服用を拒絶している。使い切らないうちに新たに薬が処方されている。
- ・ 口臭や口腔内出血がある。
- ・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある。
- ・ 食事量や食事回数に変化がある。
- ・ 下痢や便秘が続いている。
- ・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある。
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況である。 など

上記例のような利用者の心身又は生活の状況に係る情報を得た場合には、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師等の助言が必要であると、介護支援専門員等が判断したもののについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとします。

※ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないこととします。

⇒ 利用者に選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するなど、利用者の自由な選択を阻む行為は基準違反となります。

事例①のように集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを選択の機会を与えることなく入居条件にすることだけでなく、居宅サービス計画についても利用者の意思に反して集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを位置付けることは適切ではありません。

⇒ 提供されたサービスが利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止につながっているかどうかや不必要なサービスが位置づけられていないか等、ケアマネジメントが適正に行われなければなりません。

⇒ 居宅サービス計画等においてサービスを水増しするような不正事例が発覚した場合、介護支援専門員の登録が取り消されることがあります。居宅サービス計画等の内容が適切かどうかのチェックを行い、不適切なサービス提供や特定の事業者に偏ったサービス提供がないよう、居宅サービス計画の適正化に努めてください。

新潟市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例（抜粋）

（居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等）

第27条 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。

3 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

4 要支援・要介護をまたがる変更時の対応

事例

- ① 要支援⇒要介護に変更になった利用者のプラン作成について、変更時点で居宅介護支援事業者が利用者と一切接触をしていなかったにもかかわらず、初月から給付管理を行い、報酬を算定していた。

○要支援・要介護をまたがる変更があった場合

- ⇒ 要介護認定申請中で、要支援・要介護どちらにもなる可能性がある場合には、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所とで利用者に関する情報を共有し、緊密に連携をはかる必要があります。
- ⇒ 認定結果が出るまでの間、まったく関わりがなく、サービス導入の際に必要な初期のアセスメント等を行っていないということであれば、利用者の状態を把握しておらず、担当の居宅介護支援専門員として給付管理を行うことはできないため、介護予防支援費・居宅介護支援費の請求もできません。

5 軽度者に対する福祉用具貸与

事例

- ① 認定調査結果では例外要件に該当しない要支援認定者に介護用ベッドのレンタルを導入したが、市へ確認依頼を行っていなかった。
- ② 認定調査結果では例外要件に該当しない要支援認定者に介護用ベッドのレンタルを導入したが、医師の意見聴取を行っていなかった。

ポイント

○要支援1・2，要介護1の者に対する一部福祉用具の制限

- ⇒ 要支援1・2，要介護1と認定された者（以下「軽度者」といいます。）に係る福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」「特殊寝台」等の種目（以下「対象外種目」といいます。）は原則として算定することができません。

対象外種目
・ 車いす及び車いす付属品
・ 特殊寝台及び特殊寝台付属品
・ 床ずれ防止用具及び体位変換器
・ 認知症老人徘徊感知機器
・ 移動用リフト（つり具部分を除く。）
・ 自動排泄処理装置（要介護3以下は原則貸与不可）

○軽度者に対する対象外種目貸与の例外

⇒ 利用者の状態像によって、所定の手続き・確認等を行うことで、軽度者であっても対象外種目の貸与が可能となります。

<対象外種目の貸与をする場合の手続き>

- (1) 要介護認定調査票の基本調査の結果を基に、軽度者への貸与の可否を判断します。
- (2) 車いす又は移動用リフトの貸与については、該当する認定調査項目がないため、軽度者に貸与が可能かどうか判断できないケースがあります。
その場合は、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護支援専門員又は地域包括支援センター担当職員（以下「介護支援専門員等」といいます。）が判断します。
- (3) 利用者の状態が急速に悪化した場合等に、医師の医学的な所見に基づく判断があり、適切なケアマネジメントにより福祉用具の貸与が必要であると判断されている場合、市町村への確認の手続きにより貸与が認められます。

○市町村への確認が必要な場合の介護報酬の算定について

⇒ 上記(3)の場合における介護報酬の算定については、市が例外給付を確認した日以降となります。必ず、軽度者に対して対象外種目を位置づける場合や請求時の実績等の確認時には「軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書」が提出されているか確認してください。

○利用者の身体状況の変化等による再度の市町村確認について

⇒ 市町村への確認により対象外種目の貸与を受けている場合、以下の3点のうちいずれかの変更があった場合には、再度市町村による確認を受けてください。
手続が行われていない場合、過誤調整の対象となります。

(1) 医学的見地に基づく介護支援専門員が判断した表の i) から iii) に変更が生じたとき。

i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に(1)の表の状態像に該当する者

例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象

ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに表1の状態像に該当するに至ることが確実に認められる者

例：がん末期の急速な状態悪化

iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の状態像に該当すると判断できる者

例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

(2) 貸与する福祉用具の追加・変更が生じたとき

ただし、同一品目における変更等軽易なものについてであり、かつ、当該変更等が被保険者の身体状況や介護状況の変化に起因するものではない場合は、不要とします。

再度の確認は不要な例：従来使用していた電動ベッドが故障したことによる機種変更等

再度の確認が必要な例：従来使用していた電動ベッドに加えて、付属品のサイドレールを追加した場合等

(3) 当該被保険者が更新認定・区分変更認定を受けたとき。

○指定福祉用具貸与事業者への情報提供について

⇒ 介護支援専門員等は、利用者の同意を得た上で、市町村から入手した調査票の写しについて、その内容を確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければなりません。

⇒ 介護支援専門員等は、市町村への確認により福祉用具の貸与を行う場合において、指定福祉用具事業者から、医師の所見及び医師の名前について確認があったときは、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければなりません。

⇒〈変更〉 貸与価格の上限設定等について

福祉用具貸与について、平成30年10月から国により全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が行われることとなりました。

最新の情報は厚生労働省のホームページ等でご確認ください。

6 住宅改修が必要な理由書

事例

① 住宅改修が必要な理由書を介護支援専門員が作成せず、その作成を住宅改修業者に任せきりにしていた。

ポイント

○住宅改修が必要な理由書の作成

- ⇒ 住宅改修が必要な理由書を作成する者は、基本的には居宅サービス計画等を作成する介護支援専門員及び地域包括支援センター担当職員とされています。介護支援専門員等が当該理由書を作成する業務は、居宅介護支援事業又は介護予防支援事業の一環として位置づけられており、被保険者から別途費用を徴収することはできません。
- ⇒ 住宅改修の理由書は、単に申請に必要な書類というものではなく、住宅改修を行う際の「アセスメントシート」としての役割があります。また、改修終了後は、モニタリングにおいて、改修目的・効果が達成された（される）かについて、検証等を行うことも大切です。

7 宿泊サービスについて

ポイント

○指定通所介護事業所等における介護保険外での宿泊サービスについて

- ⇒ 趣旨は、利用者の心身状況、家族の疾病、冠婚葬祭等により、又は、家族の負担軽減のため、一時的に居宅で生活することが困難な者にサービスを提供することです。
- ⇒ 新潟市では、平成27年9月1日に、指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス（宿泊サービス）の提供について、「新潟市通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針」を施行しました。
- ⇒ 居宅サービス計画等への宿泊サービスの位置づけは、指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員等により、あらかじめ利用者の心身の状況、家族の状況、他の介護保険サービスの利用状況を勘案し適切なアセスメントを経たものでなければならないとされており、安易に居宅サービス計画等に位置づけるものではないことに留意してください。

⇒「介護保険最新情報 Vol. 470「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について」の発出について」を参照してください。

3-2

介護予防支援

1 目標指向型のケアマネジメント

ポイント

○介護予防ケアマネジメントについて

⇒ 介護予防の基本的な目的は、以下の2点です。

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと
- ② 要支援・要介護状態となっても状態がそれ以上悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと

そのため、介護予防ケアマネジメントの考え方を大まかに整理すると、以下のようになります。

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには、「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという視点と技量が求められます。
- 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連のサイクルが重要となります。

⇒ この考えに基づき、介護予防支援の基準条例では、「目標指向型」の計画を作成することが求められています。目標指向型の計画を作成する上で重要なのは、以下の点です。

- ① 生活機能の低下が生じている課題に対し、介護予防ケアマネジメントの担当者が、可能性を示唆し、利用者自身がどのようになりたいかという目標を掲げていること
- ② 目標を達成するために、本人の意欲を高めるとともに、環境を整えたり、問題や障害となっていることを解決したり、利用者の健全な機能をより強化するための具体的な取組みが示されていること。

2 介護予防ケアマネジメントの留意事項

ポイント

○介護予防ケアマネジメントの留意事項

- (1) 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標の設定
⇒ 介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。アセスメントは、利用者と計画作成者との共同作業です。そのため、アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問等をするのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。
⇒ アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会です。計画作成者は、利用者が予防給付によるサービス等を利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標とするイメージとして共有する必要があります。
- (2) 利用者を含め、様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ、利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択
⇒ 計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的観点から、利用者にとって最も適切と考えられる目標・その達成・その達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。
- (3) 目標の共有と利用者の主体的なサービス利用
⇒ 目標は、利用者が一定の期間に達成可能であることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにも繋がります。達成感や効果感に繋がる目標を設定することが重要になります。
このような目標を設定するためには、本人ができることを一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるという視点を持つことが重要です。
- (4) 将来の改善の見込みに基づいた再アセスメント
⇒ 個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要となります。

(5) 明確な目標をもった介護予防ケアプランづくり

- ⇒ 個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要です。

○介護予防サービス計画の実施状況等の把握(モニタリング)の留意事項

- ⇒ 担当者は設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化に留意し、実施状況の把握(継続的なアセスメント等のモニタリング)を行い、必要に応じて計画の変更等を行っていきます。
- ⇒ 利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師等が医療サービスの必要性を検討するにあたり有効な情報であることから、担当職員が、医師等に対し、助言が必要と判断したものについて、提供するものとします。
- ⇒ 担当職員は、あらかじめ利用者の同意を得た上で、主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等との、より円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した介護予防サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に提供する必要があります。

○予防給付のサービス選択にあたっての留意事項

- ⇒ 利用者が介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護について利用を希望している場合は、主治の医師等の指示があることを確認しなければなりません。
- ⇒ 介護予防訪問介護については、利用者に自力で困難な行為(掃除、買い物、調理等)があり、それについて同居家族による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策等のサービスが利用できない状況の場合、介護予防ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される必要があります。
- 利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては、訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持向上に資するかかわり方を探求する姿勢と技量が求められます。
- ⇒ サービスの選択について、利用者自身が主体的に意欲をもって介護予防に取り組むことを基本に支援を行うため、利用者から介護予防サービス計画案の作成にあたって、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には、サービスの内容、利用料等の情報を提供するなど誠実に対応するとともに、介護予防サービス計画案を利用者に提示する際には、不当に偏った情報を提供するようなことや利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる介護予防サービス原案を提示してはなりません。

3 人員基準

ポイント

○担当職員

⇒ 次のいずれかの要件を満たすものであって、都道府県が実施する研修を受講する等介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者であること。

- ①保健師
- ②介護支援専門員
- ③社会福祉士
- ④経験ある看護師
- ⑤高齢保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事

○管理者

⇒ 専らその職務に従事する常勤の者であること。

ただし、管理上支障がない時は、①又は②との兼務が可能です。

- ①当該事業所の担当職員
- ②当該指定介護予防事業所である地域包括支援センターの職務

4 介護予防支援業務の委託

事例

- ①介護予防支援業務を委託したケースの状況把握を一切行っていなかった。
- ②委託先の居宅介護支援事業者の本来業務に支障が出るほどの件数を委託していた。
- ③介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有している介護支援専門員がいない居宅介護支援事業者に委託を出していた。

ポイント

○介護予防支援業務の委託

⇒ 介護予防支援の業務は、居宅介護支援事業者に委託することができます。

⇒ 委託する介護予防支援業務の範囲は、委託先の居宅介護支援事業者との契約で定めることとなります。

あらかじめ対象者の身体状況・希望等を把握して、居宅介護支援事業者の本来業務に支障が出ないように、委託件数・範囲を定めるようにしてください。

⇒ 介護予防支援業務は、「指定介護予防支援の業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する指定居宅介護支援事業者」に限り、委託することができます。

○委託先事業者の法令遵守について

⇒ 委託先の居宅介護支援事業者が基準条例に違反する行為をした場合、委託元の介護予防支援事業者も指導対象となる場合があります。委託元事業所は、委託先事業者に対し、介護予防支援関係の法令の遵守を求めるとともに、必要に応じて、介護予防支援業務に関する指導・助言を行うなど、適切な介護予防支援が提供されるよう配慮してください。

○委託業務の範囲等について

⇒ 介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する場合の委託業務の範囲等については、最終的な責任を本来の業務実施主体である介護予防支援事業者が負うという前提で、基本的には、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で決定される必要があります。

円滑なサービス提供のため、介護予防支援事業者と居宅介護支援事業者の双方で、それぞれが担うべき業務の範囲を明確にしてください。

⇒ 委託先の居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画原案を作成した際には、計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行ってください。同様に、委託先の居宅介護支援事業者が評価を行った場合には、その評価内容について確認を行い、今後の方針などについて必要な援助・指導を行うことが必要となります。

5 初回加算

事例

- ①介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業者が変更になった場合に、初回加算を算定していた。(×)
- ②利用者が要介護者から要支援者に変更となった場合に、元々居宅介護支援を担当していた居宅介護支援事業所が引き続き介護予防支援の委託を受けた際に、初回加算を算定していた。(○)

ポイント

○初回加算の算定について

⇒ 事例①については、委託された居宅介護支援事業所が変更になっても、委託元の介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することはできません。

【参考】初回加算「新規」の考え方

平成21年4月改定関係Q & A (vol. 1)

問13 初回加算において、新規に居宅サービス計画を作成する場合の「新規」の考え方について示されたい。

(答) 契約の有無にかかわらず、当該利用者について、過去2月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。なお、介護予防支援における初回加算についても、同様の扱いとする。

⇒ 事例②については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たって、新たなアセスメント等を行う必要があるため、その手間を評価する初回加算の算定は可能です。

6 委託連携加算の創設

- 当該加算は、指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を算定します。なお、当該委託にあたっては、当該加算を勘案した委託費の設定を行ってください。

4-1

(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 共通

1 人員に関する基準

ポイント

○代表者の資格要件（条例第85条，第195条）

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護事業者及び指定看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）事業者の代表者は、以下の要件をすべて満たす者でなければなりません。

- (1) 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若しくは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提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者

- (2) 認知症対応型サービス事業開設者研修修了者（又は保健師若しくは看護師）

※カッコ内は看護小規模多機能型居宅介護の場合

なお，次の研修を修了している者は，認知症対応型サービス開設者研修を修了している者とみなされます。

◆実践者研修又は実践リーダー研修，認知症高齢者グループホーム管理者研修（17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）

◆基礎課程又は専門課程

（12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたもの）

◆認知症介護指導者研修

（12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）

◆認知症高齢者グループホーム開設予定者研修

（「介護予防・地域支え合い事業の実施について」に基づき実施されたもの）

⇒ 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しますが，規模が大きい場合は，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することができます。

ポイント

変更の届出を行う場合に限っては，半年後又は次回の「認知症対応型サービス事業開設者研修」の日程のいずれか早い日までに「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了することで差し支えありません。

○管理者（条例第84条，第89条）

⇒ 管理者は，常勤であり，かつ，専ら当該事業所の管理業務に従事するものとされています。（サテライト型の管理者は本体事業所の管理者をもって充てることができません。）

⇒ そのほか，管理者は，以下の（１）（２）の要件を満たす者でなければなりません。

（１）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，指定認知症対応型共同生活介護，指定複合型サービス等の職員若しくは訪問介護員等として，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

（２）認知症対応型サービス事業管理者研修

（指定複合型サービス事業所にあつては，保健師又は看護師が管理者に従事する場合，当該研修は不要）

なお，次のア，イのいずれも満たしている者は，認知症対応型サービス管理者研修を修了している者とみなされます。

ア 平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了している者

イ 平成18年3月31日に，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，指定認知症対応型共同生活介護事業所（※）等の管理者に従事していた者

（※）指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者であつた者については，認知症高齢者グループホーム管理者研修（17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）を修了した者に限ります。

○介護支援専門員等（条例第83条第10項，第193条第8項等）

⇒ 専ら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従事する介護支援専門員を配置しなければなりません。

ただし，利用者の処遇に支障がないときは，併設する認知症対応型共同生活介護事業所，地域密着型特定施設，地域密着型介護老人福祉施設又は介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る。）の職務に従事できます。

⇒ 介護支援専門員は，小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了者でなければなりません。

なお，サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所にあつては，本体事業所の介護支援専門員により当該サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する居宅サービス計画の作成が適切に行えるときは，介護支援専門員に代えて当該研修修了者を置くことが可能です。

2 認知症介護基礎研修の受講について

- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保証を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない無資格者に対して、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が義務付けられました。

なお、経過措置により令和6年3月31日までの間は努力義務となりますが、令和6年4月1日以降は全ての事業所で介護に直接携わる職員は全員、医療・福祉関係の資格を有する者又は認知症介護基礎研修の修了者であることが義務付けられますので適宜受講を進めていただくようお願いします。

※医療・福祉関係の資格とは

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、介護職員基礎研修課程修了者、訪問介護員養成研修1級課程・2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、あんまマッサージ師、はり師、きゅう師

3 設備に関する基準

○登録定員及び利用定員

⇒ 登録定員は、29人以下（サテライト型（看護）小規模多機能型居宅介護事業所にあつては18人以下）です。

⇒ 通いサービスの利用定員は、登録定員が25人以下の場合は登録定員の2分の1から15人まで（サテライト型（看護）小規模多機能型居宅介護事業所にあつては12人まで）、登録定員が25人を超える場合は下表のとおりです。

登録定員	通いサービスの利用定員
26人又は27人	16人
28人	17人
29人	18人

⇒ 宿泊サービスの利用定員は、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（看護）小規模多機能型居宅介護事業所にあつては6人まで）です。

⇒ これらの定員を超えてサービスの提供を行うことはできません。（災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除きます。）ただし、利用者の様態・希望等により特に必要と認められる場合（登録者の介護者が急病等のため事業所においてサービスを提供する必要が生じた場合や、登録者全員を集めて催しを兼ねたサービスを提供する場合など）は、一時的なものに限り認められます。

○設備及び備品等（条例第87条，197条）

⇒（看護）小規模多機能型居宅介護事業所には、次の設備及び備品等が必要です。

（1）居間及び食堂

同一の室内とする場合であっても、居間、食堂のそれぞれの機能が独立していることが望ましいです。また、その広さについても、原則として利用者及び当該事業所の従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保してください。

なお、通いサービスの利用定員が15人を超える事業所にあつては、居間及び食堂を合計した面積が、利用定員に3㎡を乗じて得た面積以上を確保する必要があります。

(2) 宿泊室

宿泊室の定員は1人が原則ですが、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることも可能です。個室以外の宿泊室であっても、パーティションや家具等によりプライバシーを確保してください。(カーテンは認められません。)なお、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ます。

宿泊室の面積は、個室にあっては7.43㎡以上、個室以外の宿泊室にあってはおおむね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を確保する必要があります。

(※) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が有床診療所である場合、当該有床診療所の病床を宿泊室として活用することができます。ただし、当該病床のうち1以上は利用者の専用として確保されていることが条件となります。

(3) 浴室

(4) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

(5) その他必要な設備及び備品

例：個人情報保護のための鍵付きの書庫、感染症予防に必要な設備等

4 利用料の受領(条例第91条)

事例

- ① 排せつ介助に必要なお尻拭き、介護用手袋等の介護上必要な消耗品を利用者に負担させていた。
- ② 地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定小規模多機能型居宅介護事業者に支払われる地域密着型介護サービス費を控除して得た額の支払を利用者から受けていなかった。

ポイント

○利用者等から徴収することができない費用

⇒ 利用者から徴収することができる費用は、基本的には「1-10 利用料の受領について」に記載のとおりです。

特に、次の費用は利用者から徴収している事例が散見されますが、サービスの提供に必要な物品については、その費用を利用者に負担させることはできません。

- (1) 介護上必要な標準的な福祉用具(リクライニング車いすを含む。)に係る費用
- (2) 介護上又は衛生管理上必要な消耗品等に係る費用

例：排せつ介助に使用するお尻拭き、介護用手袋、とろみ剤に係る費用 等

5 居宅サービス計画の作成(条例第94条)

事例

- ① サービス担当者会議の記録が確認できなかった。
- ② サービス担当者会議において、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者が全て招集されていなかった。
- ③ 短期目標と長期目標の期間が同じであった。

○居宅サービス計画の作成

⇒ (看護)小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対して、居宅サービス計画を作成しなくてはなりません。

また、居宅サービス計画は、「新潟市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例」第15条各号に掲げる具体的取扱い方針に沿って作成する必要があります。

※ 計画作成に当たり利用者の居宅で行うアセスメント、サービス担当者会議の開催や毎月のモニタリングの実施等も同様です。

⇒ 居宅サービス計画の作成の業務は、当該事業所の介護支援専門員が行います。

サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所に研修修了者を配置する場合は、本体事業所の介護支援専門員が行わなくてはなりません。

6 地域との連携等(条例第60条の17準用)

事例

- ① 運営推進会議について、概ね2月に1回開催されていなかった。

○運営推進会議の設置及び開催

⇒ (看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上開催しなくてはなりません。

この「運営推進会議」とは、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す。

⇒ 運営推進会議は、次に掲げる者等により構成します。

- (1) 利用者及び利用者の家族
- (2) 地域住民の代表者

例：町内会役員，民生委員，老人クラブの代表者 等

- (3) 市職員又は当該事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センター職員
- (4) (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

⇒ 運営推進会議では、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くてはなりません。

また、これらの報告、評価、要望、助言等について記録を作成し、その記録を公表する必要があります。記録の作成に当たっては、次に掲げる点を明確にしてください。

◆活動状況の報告

通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の報告内容、自己評価の結果 等

◆運営推進会議による評価

活動状況の報告に対する意見や質問、自己評価に対する意見や質問 等

◆運営推進会議からの要望、助言

事業運営に当たって「こういったことをしてほしい」といった要望

「これはこうした方がよいのではないか」といった助言 等

◆その他開催に関する事項

開催日時、開催場所、出席者(氏名及び職種等) 等

※ 特に評価・要望・助言については、運営推進会議に対し、評価や要望、助言等を求めたことがわかるようにしておく必要があります。

⇒ 当該事業所において、他の地域密着型サービス事業所を併設している場合は、1つの運営推進会議で両事業所の評価等を行うことが可能です。

※ コロナ禍ではありますが、原則中止とするのではなく文書等により開催することを検討してください。

ポイント

◆運営推進会議の合同開催について

⇒ 1年間に開催すべき会議の開催回数が半数を超えない範囲で、会議の効率化や事業所間のネットワーク促進の観点から、合同開催をすることができます。

ただし、この外部評価を行う会議は単独で開催することを要し、また、合同で会議を行う場合は、次の条件を満たすことが必要です。

(1) 利用者及び利用者家族については、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が促進される範囲で、地域の実情に合わせ、市区町村区域の単位等内に所在する事業所であること。

(※)本市では、人口分布や介護基盤の整備状況などを総合的に勘案して、中学校区の28か所を「日常生活圏域」としています。

○自己評価と外部評価

⇒ (看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、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、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)を行い、当該自己評価の結果について、運営推進会議による評価(外部評価)を受けなければなりません。

⇒ 自己評価は、次の(1)(2)のプロセスにより、当該事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検し、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものです。

(1) 事業所のすべての従業者が、自ら提供するサービスの内容に関し、これまでの取組やかかわりについて振り返りを行う(スタッフ個別評価)。

(2) 従業者が各自取り組んだスタッフ個別評価を持ち寄り、当該事業所のすべての従業者が互いに確認しながら、それぞれの考え方や取組状況に関する認識の違い、現状の課題や質の向上に向けて必要な取組み等を話し合う(事業所自己評価)。

- ⇒ 外部評価は、運営推進会議において、当該事業所が行った自己評価結果に基づいて、当該事業所で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ります。
- また、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で、新たな課題や改善点が明らかになることもあります。
- そのため、運営推進会議における評価を行う場合には、市町村職員や地域包括支援センター職員、学識経験者等の公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要です。
- ⇒ 自己評価及び外部評価の結果は、利用者及びその家族に提供することはもちろん、運営推進会議の記録と同様に公表しなくてはなりません。
- 事業所内の見やすい場所に掲示したり、事業所（又は法人）のホームページ上に掲載したりするなどして、広く開示します。

7 介護報酬算定に関する留意事項

○同一建物に居住する利用者等に係る介護報酬の取扱い

- ⇒ （看護）小規模多機能型居宅介護費の算定は、登録者の要介護状態区分だけでなく、当該登録者が居住する場所（当該事業所と同一建物であるか否か）に応じて、所定単位数が異なります。
- 登録者が、月途中から当該事業所と同一建物に転居した場合又は同一建物から同一建物では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します。
- ⇒ 「同一建物」とは、事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指します（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ります。）。
- 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ものは、一体的な建築物とはみなされませんが、構造上又は外形上、一体的な建築物であれば、管理、運営法人がそれぞれ異なる場合であっても該当します。

○定員の遵守と定員超過減算について

- ⇒ 当該事業所の運営規程に定める登録定員を超えて、高齢者を登録させることはできません。1日でも定員を超過すると基準違反になります。（災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用は除きます。）
- ⇒ 月平均の登録者数が定員を超過した場合は、その翌月の利用者分全員が所定単位数の70%に減算されます。定員超過利用が解消された場合は、その翌月から通常の所定単位数を算定することができます。

なお、登録者の数は、1月間（暦月）の利用者等の数の平均を用います。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数です。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げます。

⇒ 定員超過については、定員超過減算の適用を受ければ定員を超過してもよいということではなく、「定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。」（平成18年3月14日厚生労働省告示第126号等）とされています。

○人員基準欠如減算について

⇒ 指定基準に定める員数の従業員が配置されていない場合も、定員超過と同様に減算の対象となります。

具体的な取扱いは、次のとおりです。

(1) 介護職員（通い・訪問）の人員欠如

人員欠如の程度	減算の適用範囲・内容
人員基準上必要とされる員数から <u>1割を超えて減少した場合</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで ・ 利用者等の全員が対象 ・ 所定単位数の70%に減算
人員基準上必要とされる員数から <u>1割の範囲内で減少した場合</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで ・ 利用者全員が対象 ・ 所定単位数の70%に減算（翌月の末日において人員基準に満たすに至っている場合は除く。）

(2) 看護職員又は介護支援専門員の人員基準欠如

人員欠如の程度	減算の適用範囲・内容
人員基準上必要とされる員数を満たしていない場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで ・ 利用者全員が対象 ・ 所定単位数の70%に減算（翌月の末日において人員基準に満たすに至っている場合は除く。）

注) ここでいう「介護支援専門員」とは、介護支援専門員の資格を有する者であって、研修修了者であるものをいいます。そのため、これらの要件を満たす者を配置していない場合（例えば、研修修了者でない介護支援専門員を配置している場合等）は、この取扱いとなります。

(3) 夜勤職員・宿直職員・サテライト型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当る者の人員欠如

人員欠如の程度	減算の適用範囲・内容
暦月において、指定基準に定める員数に満たない日 が2日以上連続して発生した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ その翌月 ・ 利用者全員が対象 ・ 所定単位数の70%に減算
暦月において、指定基準に定める員数に満たない日 が4日以上発生した場合	

※ 人員基準欠如は、人員基準欠如減算の適用を受ければ人員基準を欠如していてもよいということではなく、「著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。」とされています。

○過少サービスに対する減算

⇒ 通いサービス、訪問サービス、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、所定単位数の70%に減算されます。

「登録者1人当たり平均回数」は、暦月ごとに以下の（1）から（3）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します。

$$\text{登録者1人当たり平均回数} = \{ ((1) + (2) + (3)) \div \text{月の日数} \} \times 7$$

（1）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は、複数回の算定が可能

（2）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

※（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ることができます。

※ 看護小規模多機能型居宅介護においては、訪問サービスには訪問看護サービスが含まれます。

（3）宿泊サービス

1泊を1回として算定

※ 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回として算定します。

⇒ 登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合は、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は、上記（1）～（3）の日数の算定の際に控除しま

す。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。）についても同様に取扱います。

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護事業所において、指定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、指定小規模多機能型居宅介護の事業と指定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指定小規模多機能型居宅介護及び指定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、指定小規模多機能型居宅介護と指定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います。

8 通所困難な利用者の入浴機会の確保

- 看取り期等で多機能系サービスへの通いが困難となった状態が不安定な利用者に入浴の機会を確保する観点から、多機能系サービスの提供にあたって、併算定できない訪問入浴介護のサービスを、多機能系サービス事業者の負担の下で提供することが可能であることを明確化することとなりました。

9 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実

- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
 - ・ 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護において、事業所の登録定員に空きがあること等を要件とする登録者以外の短期利用（短期利用居宅介護費）について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、宿泊室に空きがある場合には算定可能。

10 口腔機能向上の取組の充実

- 利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことによって、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員が実施可能な口腔スクリーニングの実施を評価する新たな加算が創設されました。その際、目的及び方法等に鑑み、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行うものとなりました。

11 同一建物減算適用時等区分支給限度基準額の計算方法の適正化

- 通所系サービス、多機能系サービスについて、同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算等の適用を受ける者の区分支給限度基準額の管理において、減算等の適用前の単位数を用いることになりました。

12 サービス提供体制強化加算の見直し

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
 - ア 介護福祉士割合や介護職員等の勤続年数が上昇・延伸していることを踏まえ、各サービスについて、より介護福祉士の割合が高い、又は、勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分が設けられた。その際、同加算が質の高い介護サービスの提供を目指すものであることを踏まえ、当該区分の算定にあたり、施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を求める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護について、勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位区分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分が設定された。
 - ウ 夜間対応型訪問介護について、他のサービスと同様に、介護福祉士の割合に係る要

件に加えて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合に係る要件を設定し、いずれかを満たすことを求める。

13 認知症行動・心理症状緊急対応加算の創設

- 在宅の認知症高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、多機能系サービスについて、施設系サービス等と同様に、認知症行動・心理症状緊急対応加算が新たに創設されました。

4-2

(介護予防)小規模多機能型居宅介護

1 介護従業者

○従業者の員数（条例第83条）

⇒ 小規模多機能型居宅介護事業所ごとに置くべき従業者については、「5-1 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護共通」に記載した介護支援専門員のほか、以下の介護従業者を配置しなくてはなりません。

時間帯	介護従業者の員数	
夜間及び深夜の時間帯 <u>以外</u>	通い	常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が3人又はその端数を増すごとに1人以上
	訪問	常勤換算で1人以上 (サテライト型事業所にあつては1人以上)
夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1人以上及び宿直勤務に当たる者を1人以上(サテライト型事業所にあつては、宿直勤務に当たる者を置かないことができる)	

注1) 「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる(小数点第2位切上げ)。

注2) 宿泊サービスの利用者がいない場合であつて、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、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。

⇒ 介護従業者のうち、1人以上は常勤でなければなりません。

なお、当該事業所が以下の事業所等を併設している場合であつて、各々の事業所等で基準を満たす員数の従業者を置いているときは、介護従業者は当該併設事業所の職務に従事することが可能です。

- 認知症対応型共同生活介護事業所
- 地域密着型特定施設
- 地域密着型介護老人福祉施設
- 介護医療院
- 介護療養型医療施設(療養病床を有する診療所であるものに限る)

⇒ 認知症対応型共同生活介護事業所が併設されている場合について、小規模多機能型居宅介護の泊まりの定員と認知症対応型共同生活介護事業所の1ユニット当たりの定員の合計が9名以下であり、かつ、両者が同一階に隣接しており一体的な運用ができる構造の場合には、入居者・利用者の処遇に支障がないことを前提に、夜間の職員配置について兼務が可能です。

⇒ 介護従業者のうち、1人以上の者は看護師又は准看護師でなければなりません。ただし、サテライト型事業所にあつては、看護師又は准看護師を置かないことができます。

また、同一敷地内に以下の事業所等を併設している場合であって、各々の事業所等で基準を満たす員数の従業者を置いているときは、看護師又は准看護師は当該併設事業所等の職務に従事することができます。

- 認知症対応型共同生活介護事業所
- 地域密着型介護老人福祉施設
- 介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る）
- 指定居宅サービスの事業を行う事業所
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
- 認知症対応型通所介護事業所
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 地域密着型特定施設
- 介護医療院

2 小規模多機能型居宅介護の取扱方針

○基本取扱方針（条例第92条）

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、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、目標を設定し、計画的に指定小規模多機能型居宅介護の提供を行わなければならない。また、提供する指定小規模多機能型居宅介護については質の評価を行い、その結果を公表し、常に改善を図らなければなりません。

○具体的取扱方針（条例第93条）

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護は、地域住民との交流及び地域活動への参加を図りつつ、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て提供しますが、サービスの組み合わせは、利用者が住み慣れた地域で生活を維持することができるようなものでなければなりません。

宿泊サービスに上限はないため、重度の者であれば、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられますが、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の場合は、他の利用者が適切にサービスを利用できるように調整を行う必要があります。

⇒ 1人の利用者に対して、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おおむね週4回以上を目安に行います（解釈通知第3の四の4の(4)⑤）。

登録者が通いサービスを利用していない日においても、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援します。

⇒ 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ます。

特に、当該利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

⇒ 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かないようにします。

この「著しく少ない状態」とは、登録定員のおおむね3分の1以下が目安です。例えば、登録定員が25人の場合、通いサービスの利用者が8人以下であれば「著しく少ない状態」に該当します（解釈通知第3の四の4の(4)④）。

3 小規模多機能型居宅介護計画

ポイント

○小規模多機能型居宅介護計画の作成（条例第97条）

⇒ 介護支援専門員（介護支援専門員を配置していないサテライト型事業所にあつては、研修修了者）が、小規模多機能型居宅介護計画を作成します。

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てください。

⇒ 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小規模多機能型居宅介護計画を作成する必要があります。

作成した小規模多機能型居宅介護計画を基本としつつ、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います。

⇒ 作成した小規模多機能型居宅介護計画は、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、作成した計画書を利用者に交付しなくてはなりません。

○居宅サービス事業者等との連携（条例第89条）

⇒ 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くてはなりません。特に、利用者の健康管理を適切に行うため、主治医との密接な連携に努める必要があります。

なお、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提供並びに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りません。

また、短期利用居宅介護費を算定する場合等、当該利用者に係るケアマネジャーから小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

4 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求めることになりました。

5 加算の適用要件

- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（1月につき5／100）
 - ・厚生労働大臣の定める地域へ通常の実施地域を越えてサービス提供
- 初期加算（1日につき30単位）
 - ・指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間
 - ・30日を超える病院又は診療所への入院後に指定小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も、同様。
- 認知症加算（Ⅰ）（1月につき800単位 介護予防は除く。）
 - ・日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）
- 認知症加算（Ⅱ）（1月につき500単位 介護予防は除く。）
 - ・要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅱ）

○ 若年性認知症利用者受入加算800 単位（予防450 単位）

⇒ 前回の報酬改定で、認知症の方に適切なサービスが提供されるように、現在、通所介護や認知症対応型共同生活介護に設けられている若年性認知症利用者受入加算について、小規模多機能型居宅介護にも創設されました。

【要件】次のいずれにも適合していること。

（１）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ること。

（２）認知症加算を算定していないこと。

（※）初老期における認知症（脳血管障害、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的変化により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態をいう。）によって、要介護又は要支援となった者

○ 看護職員配置加算（Ⅰ）（1月につき 900 単位 介護予防は除く。）

- ・ 専従の常勤看護師 1 名以上
- ・ 看護職員配置加算（Ⅱ）（Ⅲ）を算定していない
- ・ 定員、人員基準に適合

○ 看護職員配置加算（Ⅱ）（1月につき 700 単位 介護予防は除く。）

- ・ 専従の常勤准看護師 1 名以上
- ・ 看護職員配置加算（Ⅰ）（Ⅲ）を算定していない
- ・ 定員、人員基準に適合

○ 看護職員配置加算（Ⅲ）（1月につき 480 単位 介護予防は除く。）

- ・ 看護職員を常勤換算方法で 1 名以上
- ・ 看護職員配置加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定していない
- ・ 定員、人員基準に適合

- 看取り連携体制加算（1日につき64単位 介護予防は除く。）
 - ・ 看護師により24時間連絡できる体制を確保
 - ・ 対応方針を定め、登録者又は家族への内容説明及び同意
 - ・ 医師が回復の見込みなしと診断
 - ・ 介護記録等を作成し、他職種連携のための情報提供
 - ・ 一部負担金が発生する可能性があることの同意
 - ・ 入院先との連携及び情報提供についての同意
 - ・ 死亡日を含めて前30日間で上限

- 訪問体制強化加算（1月につき1,000単位 介護予防は除く。）
 - ・ 訪問サービスの提供に当たる常勤従業者が2名以上配置
 - ・ 訪問サービス提供回数が月当たり200回以上（同一建物居住者を含めず）
 - ・ 登録者のうち同一建物居住者以外の者が5割以上

- 総合マネジメント体制強化加算（1月につき1,000単位）
 - ・ 個別サービス計画について、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、多職種協働により、随時適切に見直しを行っている
 - ・ 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

6 生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行うことになりました。
- ア 地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型生活介護の生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。
- イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における生活機能向上連携加算(Ⅱ)について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。
- ウ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。

4-3

看護小規模多機能型居宅介護

1 介護従業者

ポイント

- 従業者の員数（条例第193条）
- ⇒ 看護小規模多機能型居宅介護事業所ごとに置くべき従業者については、「5-2 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護共通」に記載した介護支援専門員のほか、以下の介護従業者を配置しなくてはなりません。

時間帯	介護従業者の員数	
夜間及び深夜の時間帯 以外	通い	○常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が3人又はその端数を増すごとに1人以上 ○1人以上は看護職員
	訪問	○常勤換算で2人以上 ○1人以上は看護職員 (サテライト型事業所にあっては2以上)

夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1人以上 宿直勤務に当たる者を1人以上 (サテライト型事業所にあつては、宿直勤務に当たる者を置かないことができる)
------------	---

- 注1) 「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる(小数点第2位切上げ)。
注2) 表中「介護従業者の員数」の「○」は、いずれも満たしている必要がある。
注3) 宿泊サービスの利用者がいない場合であつて、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、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。

⇒ 介護従業者のうち、常勤換算方法で2.5人以上の者は、看護職員(保健師、看護師又は准看護師)でなければならない、かつ、そのうち1人以上は、常勤の保健師又は看護師である必要があります。

⇒ 当該事業者が指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、両事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合は、指定訪問看護事業所の看護職員の員数を満たすことで、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に置くべき看護職員の員数を満たしているとみなすことができます。

ただし、指定看護小規模多機能型居宅介護は療養上の管理の下で妥当適切に行うものであるため、当該事業所において看護サービスが必要な利用者がいるにもかかわらず、看護職員が指定訪問看護にのみ従事することは適切ではありません。

2 看護小規模多機能型居宅介護の取扱方針

○基本取扱方針（条例第198条）

⇒ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、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、目標を設定し、計画的に指定小規模多機能型居宅介護の提供を行わなければならない。また、提供する指定看護小規模多機能型居宅介護については質の評価を行い、その結果を公表し、常に改善を図らなければなりません。

○具体的取扱方針（条例第199条）

⇒ 指定看護小規模多機能型居宅介護は、療養上の管理の下、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て提供しますが、サービスの組み合わせは、利用者が住み慣れた地域で生活を維持することができるようなものでなければなりません。

小規模多機能型居宅介護と同様に、宿泊サービスに上限はないため、重度の者であれば、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられますが、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の場合は、他の利用者が適切にサービスを利用できるよう調整を行う必要があります。

⇒ 1人の利用者に対して、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おおむね週4回以上を目安に行います（解釈通知第3の八の4の(1)⑤）。

登録者が通いサービスを利用していない日においても、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援します。

⇒ 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ます。

特に、当該利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

⇒ 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かないようにします。この「著しく少ない状態」とは、登録定員のおおむね3分の1以下が目安です。例えば、登録定員が25人の場合、通いサービスの利用者が8人以下であれば「著しく少ない状態」に該当します（解釈通知第3の八の4の(1)④）。

○看護サービスを提供する上での留意点（条例第199条第9号～第11号）

- ⇒ 看護サービスとは、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をいいます。
看護サービスを提供するに当たっては、主治医との密接な連携を図り、利用者の心身の機能の維持回復が図られるように行わなければなりません。
- ⇒ 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りません。そのため、新しい技術の習得等、研鑽を積むよう努めてください。
ただし、医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護（特殊な看護）等は、行ってはなりません。

○主治の医師との関係（条例第200条）

- ⇒ 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りません。
- ⇒ 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りません。
- ⇒ 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りません。
- ⇒ 当該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には、上記にかかわらず、主治の医師の文書による指示及び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ます。

3 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

○看護小規模多機能型居宅介護計画（条例第201条）

- ⇒ 看護小規模多機能型居宅介護計画は、介護支援専門員（介護支援専門員を配置していないサテライト型事業所にあつては、研修修了者）が作成します。
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てください。
また、計画のうち、看護サービスに係る記載（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）については、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との密接な連携を図りながら作成する必要があります。

⇒ 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必要があります。作成した看護小規模多機能型居宅介護計画を基本としつつ、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います。

⇒ 作成した小規模多機能型居宅介護計画は、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、作成した計画書を利用者に交付しなくてはなりません。

○居宅サービス事業者等との連携（条例第89条）

⇒ 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くてはなりません。特に、利用者の健康管理を適切に行うため、主治医との密接な連携に努める必要があります。なお、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提供並びに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りません。

また、短期利用居宅介護費を算定する場合等、当該利用者に係るケアマネジャー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った場合は、これを提供することに協力してください。

○看護小規模多機能型居宅介護報告書（条例第201条第1項等）

⇒ 看護小規模多機能型居宅介護報告書は、保健師又は看護師が作成します。

看護小規模多機能型居宅介護報告書は、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書には、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載します。

また、主治医との連携を図り、適切な訪問看護を提供するため、看護小規模多機能型居宅介護計画書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する必要があります（解釈通知第3の八の4の(3)⑧）。

ただし、医療機関が行う看護小規模多機能型居宅介護事業所においては、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができます。

⇒ 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するとともに、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に関し、必要な指導及び管理を行わなければなりません（解釈通知第3の八の4の(3)⑦）。

○看護サービスに係る利用料等の取扱い（条例第91条準用）

⇒ 看護小規模多機能型居宅介護においても、他のサービスと同様に、利用者から徴収することが認められる費用は限られています。

特に、看護サービスにおいて使用するガーゼ・ディスポーザブル手袋などの衛生材料、注射器・注射針などの医療材料にかかる費用は、本来医療機関が提供するものであるため、利用者（患者）への実費請求はできません。

4 介護報酬算定に関する留意事項

ポイント

○医療保険の訪問看護との調整

⇒ 居宅サービスの訪問看護と同様に、介護保険の給付が医療保険の給付に優先します。

医療保険の給付対象の期間に係る介護報酬については、所定単位数から減算を行わなくてはなりません。減算方法は、当該訪問看護が医療保険の給付対象となる理由により、その取扱いが異なります。

(1) がん末期や多発性硬化症等の難病患者等

1月につき、当該利用者の要介護度に応じた単位数を、所定単位数から減じます。

(2) 主治医による特別の指示があった場合

1日につき、当該利用者の要介護度に応じた単位数を、当該指示の日数（当該指示日から14日間を限度）に乗じて得た単位数を、所定単位数から減じます。

○訪問看護体制減算

⇒ 次のいずれにも適合する場合は、所定単位数から利用者の要介護度に応じた単位数を減じなくてはなりません。

(1) 算定日が属する月の前3月間において、実利用者の総数のうち、主治医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30未満

(2) 算定日が属する月の前3月間において、実利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満

(3) 算定日が属する月の前3月間において、実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5未満

⇒ 「実利用者数」は、前3月間において、当該事業所が提供する看護サービスを2回以上利用した者又は当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えます。そのため、利用者には、当該事業所を現に利用していない者も含まれます。

また、短期利用居宅介護費のみを算定した者は含めません。

○サテライト体制未整備減算（100分の97）

⇒ 前回の報酬改定で、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所において、訪問看護体制減算を届出している場合として、サテライト体制未整備減算が創設されました。

【要件】

- ◆ サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型小規模多機能型居宅介護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。

ポイント

- サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所が訪問看護体制減算の届出している場合、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所が、共に減算となります。
- 訪問看護体制減算の実績を継続的に確認する必要があります。
- 既に本体事業所の運営をしており、新規にサテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所を開始した場合、当該サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所においては前3月の実績が存在しないため、3月を経過するまでは、本体事業所の訪問看護体制減算の届出より判断します。
- ◆ 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）」

○ サテライト体制未整備減算について

問121 訪問看護体制減算については、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及びその本体事業所である看護小規模多機能型居宅介護事業所それぞれにおいて届出し、該当する場合にそれぞれが算定するものであるが、サテライト体制未整備減算については、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所のいずれか一方が訪問看護体制減算を算定している場合に、サテライト体制が減算型であるとして、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本体事業所の両方においてサテライト体制未整備減算を算定するという理解でよいか。

（答） その通り。

○ 初期加算（1日につき30単位）

- ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間
- ・ 30日を超える病院又は診療所への入院後に指定看護小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も、同様。

- 認知症加算（Ⅰ）（1月につき800単位）
 - ・日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上）

- 認知症加算（Ⅱ）（1月につき500単位）
 - ・要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅱ）

- 若年性認知症利用者受入加算（800単位）

⇒ 前回の報酬改定で、認知症の方に適切なサービスが提供されるように、現在、通所介護や認知症対応型共同生活介護に設けられている若年性認知症利用者受入加算について、看護小規模多機能型居宅介護にも創設されました。。

【要件】次のいずれにも適合していること。

 - （1）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ること。
 - （2）認知症加算を算定していないこと。

（※）初老期における認知症（脳血管障害、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的変化により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態をいう。）によって、要介護となった者

- 退院時共同指導加算（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600単位）
 - ・共同指導の内容を文書により提供
 - ・退院又は退所後に看護サービス利用者の居宅を訪問

【参考】

- ① 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して下さい
- ② 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護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ません。

○ 緊急時訪問看護加算（1月につき574単位）

- ・看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問を必要に応じ行うことができる体制にある場合
- ・利用者の同意
- ・他の事業所で当該加算の算定がない
- ・24時間連絡体制加算(医療保険)及び24時間対応体制加算(医療保険)の算定がない

○ 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき500単位）

- ・在宅悪性腫瘍患者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
- ・計画的な管理の実施
- ・他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定がない
- ・症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援がある

○ 特別管理加算（Ⅱ）（1月につき250単位）

- ・次のいずれかに該当する状態

在宅自己腹膜灌(かん)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(とう)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

人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態

真皮を越える褥瘡(じよくそう)の状態

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

- ・計画的な管理の実施
- ・他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定がない
- ・症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援がある

○ ターミナルケア加算（死亡月 2, 000 単位）

- ・ 次のいずれかに該当する状態

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三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（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態が，死亡日及び死亡日前 14 日以内に含まれる。

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が，死亡日及び死亡日前 14 日以内に含まれる。

- ・ 24 時間連絡体制の確保及び訪問看護の体制の整備
- ・ 主治医との連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者，家族に説明と同意
- ・ ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録（※）

（※）利用者の身体状況の変化等については，訪問看護サービス計画書に記録しなければならないとされ，また，記録すべき事項は次のとおりとなります。

- ① 終末期の身体状況の変化及びこれに対する看護についての記録
- ② 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
- ③ 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その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
- ④ ③については，厚生労働省「人生最終段階における医療・ケアの結締プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ，利用者及びその家族と話し合いを行い，利用者本人の意思決定を基本に，他の関係者との連携のうえ対応すること。

ポイント

- ・ 厚生労働大臣が定める状態（厚労告九十四 五十五）の利用者に訪問看護を行なっている場合は，死亡及び死亡日前14 日以内に2 日以上を死亡及び死亡日前14日以内に1日以上と読替えることができます。
- ・ 1 人の利用者に対し，算定できる事業所は1 か所のみとなります。

- ・ 当該加算を介護保険で支給した場合、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加算は算定できません。
- ・ 1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加算を算定します。

○ 看護体制強化加算

(1) 看護体制強化加算 (I) (1月につき3,000単位)

- ・ 次の1～3のいずれにも該当すること

1	算定日が属する月の前3月間において、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者の割合が8割以上
2	算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が5割以上
3	算定日が属する月の前3月間において、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2割以上
4	算定日の属する月の前12月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護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されていること

- ・ 利用者又はその家族への説明及び同意
- ・ 1, 2若しくは3の割合及び人数の記録 (台帳等により毎月記録)

(2) 看護体制強化加算 (II) (1月につき2,500単位)

- ・ 次の1～3のいずれにも該当すること

1	算定日が属する月の前3月間において、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者の割合が8割以上
2	算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が5割以上
3	算定日が属する月の前3月間において、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2割以上

- ・ 利用者又はその家族への説明及び同意
- ・ 1, 2若しくは3の割合及び人数の記録 (台帳等により毎月記録)

○訪問体制強化加算（1,000 単位）

⇒ 前回の報酬改定で、小規模多機能型居宅介護の訪問体制強化加算に準じ、訪問を担当する従業者を一定程度配置し、1ヶ月あたり延べ訪問回数が一定以上の事業所に対する評価として訪問体制強化加算が創設されました。

【要件】いずれにも適合していること。

① 訪問サービス（看護サービスを除く。）の提供にあたる常勤の従業者（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。

② 提供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、集合住宅に定小規模多機能型居宅介護事業所が併設している場合は、地域密着型サービス介護給付費単位数表の複合型サービスのイ（1）（※）を算定する割合が100分の50以上であって、かつ、イ（1）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。

（※）同一建物に居住する利用者以外の者に対して行う場合

注1）対象となる訪問サービスには、看護師等による訪問（看護サービス）は含まれません。

注2）この加算は、区分支給限度基準額の算定に含まれません。

ポイント

◆「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）」

○ 訪問体制強化加算について

問120 訪問体制強化加算は、看護師等（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をいう。）が訪問サービス（医療保険による訪問看護を含む）を提供した場合には、当該加算の要件となる訪問回数として計上できないという理解でよいか。

（答）貴見のとおりである。サービスの提供内容に関わらず、看護師等が訪問した場合については、当該加算の算定要件である訪問サービスの訪問回数として計上できない。

○ 総合マネジメント体制強化加算（1月につき1,000単位）

- ・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
- ・地域の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の具体的な内容に関する情報提供を行っている
- ・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。

5 栄養ケア・マネジメントの充実

○ 通所系サービス等について、栄養改善が必要な者を的確に把握し、適切なサービスにつなげていく観点から、以下の見直しがありました。

ア 管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を評価する新たな加算を創設する。

イ 栄養改善加算について、栄養改善が必要な者に適切な栄養管理を行う観点から、事業所の管理栄養士が必要に応じて居宅を訪問しての栄養改善サービスの取組を行うことを求めるとともに、評価の充実を図る。

ウ ア及びイにおける管理栄養士については、外部（他の介護事業所、医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）との連携による配置を可能とする。

エ ア及びイの加算については、通所系サービスに加えて、看護小規模多機能型居宅介護を対象とする。

6 褥瘡マネジメント加算等の見直しについて

- 褥瘡マネジメント加算について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
- ア 計画の見直しを含めた施設の継続的な取組を評価する観点から、3月に1回を寿減とする算定について、毎月の算定を可能とする（介護医療院を除く）。
- イ 現行の褥瘡管理の取組（プロセス）への評価に加え、褥瘡の発生予防や状態改善等（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、褥瘡の定義や評価指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。

7 排せつ支援加算の見直しについて

- 排せつ支援加算について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
- ア 排せつ状態の改善が期待できる入所者を漏れなく支援していく観点から、全ての入所者に対して定期的な評価（スクリーニング）の実施を求め、事業所全体の取組として評価する。
- イ 継続的な取組を促進する観点から、6か月以降も継続して算定可能とする。
- ウ 入所者全員に対する排せつ支援の取組（プロセス）への評価に加え、排せつ状態の改善（アウトカム）について評価を行う新たな区分を設ける。その際、定義や指標について、統一的に評価することが可能なものを用いる。

5-1

居住系サービス共通

1 人員基準について

ポイント

○人員基準とは

- ⇒ 人員基準とは、あくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。実際の運営に当たっては、入所者に対して適切なサービス提供ができるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。
- ⇒ 基準上配置すべき従業員の員数を算定する場合の利用者数は、前年度の平均値を用います。(小数点第2位以下を切り上げ)

【人員基準欠如による減算】

◎認知症対応型共同生活介護

- ⇒ 指定基準に定める員数の従業者を置いていない。

◎特定施設入居者生活介護

- ⇒ 指定基準に定める員数の看護職員又は介護職員を置いていない。

注) 人員欠如の割合、職種、サービス種類等により減算が行われる期間は異なります。

☆注意

暦月単位又は連続して基準に定める員数を満たしていない場合を除き、減算要件には該当しませんが、1日でも人員欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算にしなければ人員欠如があってもよい」とは考えず、人員基準を遵守してください。

2 常勤換算方法、勤務形態一覧表の作成方法について

ポイント

○人員基準における「常勤」とは

- ⇒ 当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする)に達していることをいいます。当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えない場合には(老福と同一敷地の通所の管理者を兼ねる場合など)、それぞれの勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たします。なお、正社員＝「常勤」、パート＝「非常勤」という意味ではありません。

○人員基準における「常勤換算」とは

⇒ 常勤換算とは、当該従業者のそれぞれの勤務時間数の総数を、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法のことです。なお、その計算の結果生じた小数点第2位以下の値については切り捨てることとされております。必要な人員が確保されている場合も、運営規程、重要事項説明書に記載している員数と実態が合っているかについて確認し、最新の員数を記載しておくことが必要です。特に重要事項説明書については、入所申込者が施設を選択するうえで必要不可欠なものですので、常に最新の情報とするよう見直しをお願いいたします。

【常勤換算の算出方法について（例）】

◎常勤の従業者が勤務すべき時間数が月 160 時間（週 40 時間）の事業所

看護職員 A（常勤・月 160 時間勤務）、

看護職員 B（常勤・月 160 時間勤務）、

看護職員 C（非常勤・月 64 時間勤務）、

看護職員 D（非常勤・月 40 時間勤務）の場合

（看護職員の常勤換算）＝ 1 + 1 + (64 + 40) ÷ 160 = 2.65 → 2.6

（小数点第2位切り捨て）

○勤務形態一覧表について

- （1）原則として月ごとに勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、兼務関係等を明確に定めておかなければなりません。
- （2）同一施設の別事業所と兼務する職員については、事業所ごとの勤務時間管理も行わなくてはなりません。また、職種ごとに分けて管理する必要があります。
- （3）グループホームの場合には、ユニットごとに勤務形態一覧表を作成します。

3 勤務表の作成における留意点について

○勤務表の作成について

- （1）原則として月ごとに勤務表を作成する必要があります。
- （2）勤務表には従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置を明確に定めなければなりません。

○勤務表における勤務時間について

- （1）勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載してください。ただし、残業時間は除きます。

- (2) 職員の出張や休暇に係る時間は常勤・非常勤職員により取扱いが異なります。
- ①常勤職員については、暦月で1月を超えるものでない限り、勤務したものとみなすことができ、常勤換算の計算に含めることができます。
- ②非常勤職員については、常勤換算の計算に含めることができません。
- (3) 併設される他事業所や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種毎に区分する必要があります。

○人員基準の管理における留意点

- (1) 必要な人員が確保されているか、勤務形態一覧表などを作成して確認してください。
- (2) 勤務実績の管理に当たっては、暦月（毎月1日から末日）で行ってください。
※給与支払いの関係から15日で区切る事業者が多いため注意してください。
- (3) 資格等が必要な職種については、資格証等を確認し、業務に支障がないことを確認してください。
- (4) 雇用契約書及び資格証の写しは事業所ごとに保管し整備しておいてください。

4 家賃等以外の金品受領の禁止等について

○老人福祉法上の規定

- (1) 権利金等の受領禁止（第14条の4第1項及び第29条第6項関係）

認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者及び有料老人ホームの設置者は、家賃、敷金及び介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除くほか、権利金その他の金品を受領はできません。

経過措置

平成24年3月31日までに届出済みの認知症対応型老人共同生活援助事業及び有料老人ホームは、平成27年4月1日以降に受領する金品から適用する。

- (2) 前払金の算定根拠の明示及び保全措置（第14条の4第2項及び第29条第7項関係）

認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者及び有料老人ホームの設置者のうち、終身にわたって、受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領するものは、前払金の算定の基礎を書面で明示し、かつ、前払金について返還債務を負うこととなる場合に備えて必要な保全措置を講じなければなりません。

経過措置

平成18年3月31日までに届出済みの認知症対応型老人共同生活援助事業及び有料老人ホームは、保全措置は努力義務

5-2

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

1 サービス提供者について

○勤務体制の確保等について（条例第124条）

⇒ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供できるよう従業者の勤務体制を定めておかなければなりません。

また、この従業者の勤務体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮しなければならないとされております。

2 配置基準について

事例

- ① 夜間及び深夜の時間帯以外の従業者の員数が標準数を満たしていない日があった。

ポイント

(1) 代表者（条例第113条）

- ① 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，指定認知症対応型共同生活介護事業等の従業者若しくは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提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であること。

② 別に厚生労働大臣が定める研修（※）を修了した者であること。

（※）認知症対応型サービス事業開設者研修

○ みなし措置

下記の研修を修了している者は、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者とみなします。

- ・実践者研修又は実践リーダー研修，認知症高齢者グループホーム管理者研修（17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）
- ・基礎課程又は専門課程（12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたもの）
- ・認知症介護指導者研修（12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）
- ・認知症高齢者グループホーム開設予定者研修（「介護予防・地域支え合い事業の実施について」に基づき実施されたもの）

○代表者交代時の開設者研修の取扱い

認知症対応型共同生活介護の代表者（社長・理事長等）については、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者であることが必要であるが、代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、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良いこととする。

一方で、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけでないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、新規指定時において研修を修了していることを求めることとする。
※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

注）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することができる。

（2）管理者（条例第112号）

- ① 共同生活住居ごとに配置すること。
 - ② 常勤であり、専らその職務に従事する者であること。ただし、共同生活住居の管理上支障がない場合は、他の職務（※）に従事することができる。
- （※）当該共同生活住居の他の職務、同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務、併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所若しくは指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の職務

- ③ 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，指定認知症対応型共同生活介護等の従業者若しくは訪問介護員等として，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ること。
 - ④ 別に厚生労働大臣が定める研修（※）を修了していること。
- （※）認知症対応型サービス事業管理者研修

（3）介護従業者（条例第111条第1項～第4項）

- ① 共同生活住居ごとに以下の配置をすること。

	介護従業者の員数
夜間及び深夜の時間帯 以外	常勤換算方法で，当該共同生活住居の利用者の数が3 又はその端数を増すごとに1以上
夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1以上

- ② 1人以上は常勤であること。
- ③ 指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を併設している場合であって，各々の事業所で基準を満たす員数の従業者を置いているときは，併設する当該事業所の職務に従事することができる。
 なお，夜勤職員については，当該事業所に指定小規模多機能型居宅介護事業所が併設され，以下の要件を満たし，入居者の処遇に支障がないと認められる場合に限り，指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務を兼ねることができる。
 - ・指定認知症対応型共同生活介護事業所の定員と指定小規模多機能型居宅介護事業所の泊まり定員の合計が9人以内。
 - ・両事業所が同一階に隣接しており，一体的な運用が可能な構造である。

（4）計画作成担当者（条例第111条第5項～第9項）

- ① 事業所ごとに配置すること。
 - ② 保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者であること。
 - ③ 別に厚生労働大臣が定める研修（※）を修了していること。
- （※）実践者研修又は基礎課程
- ④ 1以上の者は，介護支援専門員であること。ただし，併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所又は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との連携を図ることにより当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合は，これを置かないことができる。

3 夜間・深夜時間帯の職員体制について

- 1ユニットごとに夜勤一人以上とされている認知症グループホームの夜間・深夜時間帯の職員体制について、安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することが可能となりました。

4 計画作成者の配置について

- 認知症グループホームにおいて、人材の有効活用を図る観点から、計画作成担当者の配置について、ユニットごとに1名以上の配置から、事業所ごとに1名以上の配置に緩和されました。また、兼務可能な範囲が「当該事業所における他の職務」に緩和されました。

5 ユニット数について

- 経営の安定性の観点から、ユニット数について、「原則1又は2、地域の実情により事業所の効率的運営に必要と認められる場合は3」とされているところ、これを「1以上3以下」とします。

6 認知症介護基礎研修の受講について

- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保証を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない無資格者に対して、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が義務付けられました。

なお、経過措置により令和6年3月31日までの間は努力義務となりますが、令和6年4月1日以降は全ての事業所で介護に直接携わる職員は全員、医療・福祉関係の資格を有する者又は認知症介護基礎研修の修了者であることが義務付けられますので適宜受講を進めていただくようお願いします。

7 利用料等の受領(条例第117条)

○その他の日常生活費

(平成12年3月30日 老企第54号「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」)

⇒ 「その他の日常生活費」の定義

利用者，入所者，入居者又は入院患者（以下「利用者等」という。）又はその家族等の自由な選択に基づき，事業所又は施設が通所サービス及び施設サービスの提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費。

⇒ その他の日常生活費の考え方

- ① 「身の回りの品として日常生活に必要なもの」とは，一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば，歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって，利用者の希望を確認のうえで提供されるもの
- ② 「教養娯楽として日常生活に必要なもの」とは，例えば，事業者又は施設がサービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等である。よって，すべての利用者等に一律に提供される教養娯楽に係る費用（機能訓練一環として行われるものも含む。）については，「その他の日用品費」として徴収することはできません。
- ③ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜は，利用者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず，事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い，その同意を得る必要があります。
- ④ 「その他の日常生活費」の受領は，その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内としてください。
- ⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は，当該事業者又は施設の運営規程において定め，また，サービスの選択に資すると認められる重要事項として，施設の見やすい場所に掲示してください。

○「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

利用者等の希望によって、身の周り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用〔歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者個人又は家族等の選択により利用されるもの〕

※事業者が利用者等に一律に提供し、一律に費用を徴収することは認められません。
〔共用の石鹸、シャンプー等〕

⇒ 具体的な範囲

	事業者負担	利用者負担
歯ブラシ、化粧品、 シャンプー、タオル 等	利用者に一律提供する場合	一律に提供されるものではなく利用者の選定に委ねられている場合
バスタオル	入浴に必要なものの場合	個人的嗜好によるものの場合
洗濯代	サービス提供にひつようとなるものの場合	私物の場合（※）
新聞、雑誌	食堂等に設置するなど利用者に一律に提供される場合	個人の嗜好によるものの場合

（※） 利用者負担させることができる私物の洗濯代とは、シルク等外部クリーニングに出すような特別な扱いの必要なものを指します。

○サービス提供とは関係のない費用

- ① 個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」の購入費用
- ② 利用者等個人のために単に立て替え払いする費用
- ③ 個人専用の家電製品の電気代
- ④ 利用者の趣味的活動などサービス提供の範囲を超えるクラブ活動や行事に係る費用

※指定認知症対応型共同生活介護については、その報酬に「ホテルコスト」は含まれていない（利用者の自宅扱いである）ため、一般に借家の賃貸契約として必要となる費用は利用者の負担とすることができます。

○基準における「利用料等の受領」に関する項目（条例第117条第3項）

- ① 食材料費
- ② 理美容代
- ③ おむつ代
- ④ 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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

○入所者等から徴収することができない費用の例について

- ① 介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用
- ② 介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋、おむつに係る費用、とろみ剤に係る費用等）

8 サービス計画の作成について(条例第119条)

事例

- ① サービス計画の原案が作成されていなかった。
- ② サービス計画について、サービス開始前に入所者、家族に説明、同意、交付が行われていなかった。
- ③ 短期目標と長期目標の期間が同じであった。
- ④ モニタリングに際して、利用者・家族への確認をしていなかった。
- ⑤ 再アセスメント、サービス担当者会議等を行わずサービス計画が変更されていた。
- ⑥ 実現可能な目標となっていなかった。
- ⑦ 日常生活上の世話の一環として行っている服薬介護の記録が無かった。
- ⑧ 利用者の被保険者証に入居の年月日及び入居する共同生活住居の名称が記載されていなかった。
- ⑨ 計画の変更はされていたが、モニタリングの記録がなく、変更前の計画が利用者の自立支援に有効な計画であったかどうか検証が確認できない。
- ⑩ 定期的に計画の変更はされていたが、再アセスメントが行われていなかった。
- ⑫ 利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題について、サービス計画に盛り込まれていなかった。

○サービス計画について

- (1) 指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行うこと。
- (2) 指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族から説明を求められたときは、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明すること。

ポイント

- ① 計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当すること。
- ② 他の介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。
- ③ ②で作成した認知症対応型共同生活介護計画に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。

- ④ 認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者に交付すること。
- ⑤ 認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うこと。なお、計画変更の場合も②から④までの作業を行う必要がある。

(参考) 短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合、居宅介護支援事業者から認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、協力するよう努めねばなりません(解釈通知第3の五の4の(5)④)。

★注意

指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に際して作成する介護予防サービス計画等については、適切な情報収集先の例に主治医の医師又は主治の歯科医師と規定されております(予防条例第89条第1号)。

また、モニタリングについては、提供を行う期間が終了する前に1回以上と規定されております(予防条例第89条第9号)。

○その他の留意点について

認知症対応型共同生活介護計画については、少なくとも、①入居時、②認定更新時、③状態が変化した時に作成すること。身体拘束廃止への取り組みを意識した計画を作成すること。また、やむを得ず身体拘束を行う場合には、計画に記載すること。

9 自己評価・外部評価等について

○自己評価・外部評価について(条例第118条第8項)

⇒ 自己評価について

自己評価とは、各事業所が、自ら提供するサービスを評価・点検することにより、サービスの改善及び質の向上を目的として実施するものです。

⇒ 外部評価について

評価機関による訪問調査及び評価を行います。

※ 外部評価について、業務効率化の観点から、既存の外部評価(県が指定する外部評価機関によるサービス評価)は維持した上で、小規模多機能型居宅介護等と同様に、自らその提供するサービスの質の評価(自己評価)を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告し、その評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置づけ、当該

運営推進会議と既存の外部評価による評価のいずれかから「第三者による外部評価」を受けることが可能になりました。

⇒ サービス評価の目的

- (1) 利用者及び家族の安心と満足の確保を図ること
- (2) ケアサービスの水準を一定以上に維持すること
- (3) 改善点を明確にし、改善に向けた関係者の自発的努力と体制づくりを促すこと
- (4) 継続的に評価を行うことを通じて、関係者による自主的な研修等によるケアの向上を促す教育的効果をねらうこと
- (5) グループホームに対する社会的信頼を高めること

⇒ 市への報告について

評価機関から評価結果が届いたら、速やかに市介護保険課へ結果を提出してください。

○評価結果の公表について

⇒ 事業所

- (1) 重要事項説明書に添付の上、説明してください。
- (2) 利用者及び利用者の家族へ手交・送付等により提供してください。
- (3) 事業所内の見やすい場所に掲示する他、事業所のホームページ上に掲示するなどの方法により広く開示してください。
- (4) 運営推進会議において報告・説明してください。

⇒ 評価機関

評価機関では、「福祉保健医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」を利用して公開します。

10 地域との連携等

○運営推進会議の開催方法の緩和

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、これまで認められていなかった複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認めることとなりました。 ※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

- ① 利用者及び利用者家族について匿名とするなど、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。

11 短期利用認知症対応共同生活介護の算定要件の見直し

○ 認知症グループホームが地域における認知症ケアの拠点として様々な機能を発揮することを促進する観点から、短期利用認知症対応型共同生活介護について、利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合などの一定の条件下において、定員を超えて受け入れを認めることとなりました。

※ 介護予防認知症対応型共同生活介護を含む。

○ 算定要件等【見直し】

- ① 利用者の状況や利用者の家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を提供できる。ただし、居宅サービス計画の見直しを必ず行うこと。
- ② 当該利用者及び他の入居者の処遇に支障がない場合であって、当該利用者の接遇上、十分な広さを有した個室において短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができること。
- ③ 緊急時の特例的な取扱いのため、短期利用認知症対応型共同生活介護を行った日から起算して7日を限度とする。また、当該入居期間中においても職員の配置数は人員基準上満たすべき員数を上回っていること。
- ④ 利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所ごとに1人までの受入を認め、定員超過利用による減算の対象とはならない。

12 身体拘束等の適正化

事例

- 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を3月に1回以上開催していなかった。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を策定していなかった。
- ③ 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かった。

以前の報酬改定で、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施減算が創設されています。（介護予防認知症対応型共同生活介護を含む）

※実地指導で減算となった事業所が複数ありましたので注意してください。

（1）減算要件等

次に掲げる措置を講じていないことが実地指導等で判明した場合、速やかに改善計画を市へ提出した後、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へ報告することとし、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、身体拘束廃止未実施減算として、所定の単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

なお、身体拘束等を実施していない場合でも、次に掲げる措置が必要であるため留意すること。

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所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。
- 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
に実施すること。

≫身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

- ・事業所の管理者及び従業員に加えて、第三者や精神科専門医等の専門家を活用した構成とすることが望ましい。
- ・運営推進会議と一体的に設置・運営することができる。
- ・身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
- ・介護職員その他の従業員は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、上記の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
- ・身体的拘束適正化のための委員会において、上記により報告された事例を集計し、分析すること。
- ・事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ・報告された事例及び分析結果を従業員に周知徹底すること。
- ・適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

※身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会について、テレビ電話装置等を活用して行うことが認められました。

≫身体的拘束等の適正化のための指針

- ・事業所における身体的拘束適正化に関する基本的考え方
- ・身体的拘束適正化のための委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ・身体的拘束適正化のための職員研修に関する基本方針
- ・事業所内で発生した身体的拘束の報告方法等の方策に関する基本方針
- ・身体的拘束発生時の対応に関する基本方針
- ・利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ・その他身体的拘束適正化の推進のために必要な基本方針

≫身体的拘束等の適正化のための研修

- ・事業所が指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上の定期的な教育を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施すること。
- ・研修の実施内容について記録すること。

(2) 単位数

身体拘束廃止未実施減算 10%/日

ポイント

1 身体的拘束等の廃止の実現に向けて

身体的拘束は人権擁護の観点から問題があるだけでなく、多くの弊害をもたらし、拘束による身体的機能の低下が高齢者の死期を早めることにもつながりかねません。

身体的拘束等の廃止を実現するためには、担当スタッフのみならず施設全体で身体的拘束の弊害等を正しく認識し、拘束を行わざるを得ない原因を特定し、その原因を除去するためのケアを見直すことが必要です。

≫ 身体的拘束等を誘発する原因を探り、除去すること

身体的拘束等をやむを得ず行うような状況が発生した場合、必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わりや環境に問題があることも少なくありません。そうした理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが求められます。

≫ 5つの基本的ケアを徹底すること

「起きる」「食べる」「排泄する」「清潔にする」「活動する」という5つの基本的事項について、入所者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを十分に行い、徹底することが求められます。

≫ 施設全体として、身体的拘束等廃止に向けて主体的に取り組むこと

身体的拘束等を行わないための計画等の作成や研修の開催等、施設全体で身体的拘束等廃止に取り組むことが求められます。

≫ 身体的拘束等の廃止を契機によりよいケアを実現すること

身体的拘束等の廃止を最終ゴールとはせず、身体的拘束等を廃止する過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組むことが重要です。

2 やむを得ず身体的拘束を実施する場合

身体的拘束は「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とされています。これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されている場合に限られます。

また、「緊急やむを得ない場合」とは、例外的な緊急対応措置であり、一時的に発生する突発事態でのみ許容されるものであるため、利用者やその家族の同意があるという理由のみで、許されるものではありません。施設が「緊急やむを得ない場合」に該当すると判断し、身体的拘束を実施する場合には、次の3点を慎重に検討し、また、

利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努め、身体的拘束の解除までの期間は最小の期間としてください。

① 3要件のすべてを満たしていること。

✓切迫性

利用者本人またはほかの利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

✓非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

✓一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

② 慎重かつ適切な判断をすること。

✓「緊急やむを得ない場合」に該当するかの判断は、担当のスタッフ個人など限られた者で判断をせず、施設全体としての判断が行われるよう、「身体拘束廃止委員会」等で事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加するカンファレンスで判断する態勢を実施すること。

✓利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めること。

✓「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。また、一時的に身体的拘束を解除して状態を観察するなどすること。

③ 身体拘束に関する記録の整備

✓身体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、緊急やむを得なかった理由を記録すること。

13 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求めることになりました。

14 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実

- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
- ア 認知症対応型共同生活介護において、利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（緊急時短期利用）について、認知症グループホームが地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、以下の要件の見直しを行う。
 - i 「1事業所1名まで」とされている受入人数の要件について、利用者へのサービスがユニット単位で実施していることを踏まえ、「1ユニット1名まで」とする。
 - ii 「7日以内」とされている受入日数の要件について、「7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。
 - iii 「個室」とされている利用可能な部屋の要件について、「おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外も認めることとする。

15 加算と減算について

- 夜間支援体制加算（Ⅰ）（1日につき+50単位）
 - ・ 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定していること
 - ・ 夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上であること
 - ・ 定員・人員基準に適合
- 夜間支援体制加算（Ⅱ）（1日につき+25単位）
 - ・ 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定していること

- ・夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、共同生活住居の数に1を加えた数以上であること
- ・定員・人員基準に適合

【参考】

- ・(Ⅰ)とは、共同生活住居の数が1、(Ⅱ)とは、共同生活住居が2以上であるもの
- ・事業所内での宿直が必要。ただし、同一階に小規模多機能が併設され一体的な運用が可能であり、事業所の定員と小規模多機能の泊まり定員の合計が9人以内の場合を除く。

○ 認知症行動・心理症状緊急対応加算（1日につき+200単位）

- ・利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断し、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始
- ・医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始
- ・当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、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でないこと
- ・定員、人員基準に適合
- ・介護支援専門員及び受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族との同意を得ている
- ・判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は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いること
- ・利用開始日から起算して7日以内

○ 若年性認知症利用者受入加算（1日につき+120単位）

- ・若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めている
- ・担当者中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供

○ 入居者の入退院支援の取り組みに対する評価

認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとします。 ※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

ア 入院後3か月以内に退院が見込まれる利用者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1か月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定

イ 医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。

(1) 算定要件等

ア：入居者の入退院支援の取組について

① 利用者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるとき(※1)は、利用者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与(※2)するとともに、やむを得ない事情がある場合(※3)を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて、説明をしていること。

※1 「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断すること。

※2 「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。

※3 「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由により、居室の確保が間に合わない場合等を指すものである。事業所側の都合は、基本的には該当しないことに留意すること。

※4 利用者の入院の期間中の居室は、短期利用認知症対応型共同生活介護等に利用しても差し支えないが、当該利用者が退院する際に再入居できるよう、その利用は計画的なものでなければならない。

② 入院の期間には初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。

例：入院期間が3月1日～3月8日(8日間)の場合

3月1日 入院の開始・・・・・・・・・・所定単位数を算定

3月2日～3月7日(6日間)・・・・・・・・・・1日につき246単位を算定可

3月8日 入院の終了・・・・・・・・・・所定単位数を算定

③ 利用者の入院の期間中にそのまま退去した場合は、退去した日の入院時の費用は算定できる。

④ 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中であっては、当該利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくこと

が原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。

- ⑤ 入院時の費用の算定にあたって、1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能であること。

例：入院期間が1月25日～3月8日のように月をまたがる入院の場合

1月25日 入院・・・・・・・・所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）・・・・・・・・1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）・・・・・・・・1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日・・・・・・・・費用算定不可

3月8日 退院・・・・・・・・所定単位数を算定

- ⑥ 利用者の入院の期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

イ：初期加算について

- ① 利用者が過去3か月間（※）に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できることとする。

※ ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1か月間とする。

- ② 短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合については、初期加算は入居直前の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定すること。

- ③ 30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、①にかかわらず、初期加算が算定される。

（2）単位数

ア：入居者の入退院支援の取組について

246単位/日

イ：初期加算について

30単位/日

Q&A

Q. 初期加算について、30日を超える入院後に再入居した場合、初期加算を算定できるとされているが、この入院中、契約は継続しているときでも再入居したのとして初期加算を算定することはできるか。

A. 算定できる。

Q. 初期加算と入居者の入退院支援の取組は、同時に取ることができるのか。

A. 入居者の入退院支援を行った場合はその日数を除くとなっておりませんので、入居者の入退院支援を行ったものとして介護報酬を請求した日数も含め、30日を超える入院後に再入居した場合は、初期加算を算定することは可能である。

○ 看取り介護加算（介護予防は除く。）

死亡日以前31日以上45日以下	1日につき72単位
死亡日以前4日又は30日	1日につき144単位
死亡日の前日及び前々日	1日につき680単位
死亡日	1日につき1,280単位

看取り介護加算は、医師が一般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利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、本人又はその家族等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援することを主眼として設けられたものです。

(1) 看取り介護加算に係る設備基準を満たしていること

- ア 看取りに関する指針を定め、入居の際に、本人又はその家族等に対して、その内容を説明し、同意を得ていること
- イ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設の実績等を踏まえ、適宜、指針の見直しを行っていること
- ウ 看取りに関する職員研修を行っていること

(2) 厚生労働大臣が定める次の基準のいずれにも適合する利用者であること

- ア 医師が一般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
- イ 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で計画を作成し、利用者又はその家族が医師等のうち適当な者からの説明を受け、計画に同意している者

ウ 看取りに関する指針に基づき、医師、看護職員、介護職員等が共同して利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われている者

(3) 医療連携体制加算を算定していること

(4) その他の留意点

ア 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目の例として次の事項が考えられます。

(ア) 当該事業所の看取りに関する考え方

(イ) 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方

(ウ) 事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢

(エ) 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）

(オ) 利用者等への情報提供及び意思確認の方法

(カ) 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式

(キ) 家族への心理的支援に関する考え方

(ク) その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法

イ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めてください。

(ア) 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録

(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についての記録

(ウ) 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

ウ 利用者等に対する随時の説明に係る同意について口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに同意を得た旨を記載しておきます。本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえない場合は、介護記録に職員間の相談日時、内容等及び本人家族の状況を記載してください。

エ 看取り介護加算は、死亡日を含めて30日を上限として、事業所において行った看取り介護を評価したものです。死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能ですが、その際には、当該事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができません。（したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできません。）

オ 退居等の際、入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得てください。

カ 利用者が入院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能です。

キ 入院若しくは外泊又は退去の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによります。

○ 医療連携体制加算

入居者の状態に応じた医療ニーズへの対応ができるよう、現行の医療連携体制加算は維持した上で、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を評価するための区分を創設することとします。

(1) 算定要件等

<医療連携体制加算（Ⅰ）>

- ① 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
- ② 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。
- ③ 重度化した場合の対応にかかる指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ④ 次の業務等を行うために必要な勤務時間を確保すること。

✓利用者に対する日常的な健康管理

✓通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整

✓看取りに関する指針の整備

<医療連携体制加算（Ⅱ）>

- ① 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。
- ② 当該事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。ただし、①により配置している看護職員が準看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。

<医療連携体制加算（Ⅲ）>

- ① 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
- ② 当該事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。

＜医療連携体制加算（Ⅱ）（Ⅲ）共通＞

- ① 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ② <医療連携体制加算Ⅰ>④に記載するサービス提供に加えて、協力医療機関との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うこと。
- ③ 算定日が属する月の前12か月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が一人以上であること。
 - ア 実際に喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
 - イ 経鼻胃管や胃瘻(いろう)等の経腸栄養が行われている状態

(2) 単位数

医療連携体制加算（Ⅰ） 39単位/日

医療連携体制加算（Ⅱ） 49単位/日

医療連携体制加算（Ⅲ） 59単位/日

※医療連携体制加算は別区分同士の併算定はできない。

Q&A

Q. 医療連携体制加算（Ⅱ）（Ⅲ）の算定要件である前12か月間における利用実績と算定期間の関係性は。

A. 算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

前年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
利用実績		○	○	○				○	○	○	○	○
算定可否	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

当該年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
利用実績												
算定可否	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

○ 退居時相談援助加算（400 単位）

- ・ 利用期間が 1 か月を超える利用者が退居
- ・ 退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助
- ・ 利用者の同意の上、退居日から 2 週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示す文書及び居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供
- ・ 計画作成担当者、介護職員等が協力し、退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行い、当該相談援助を行った日及び内容の要点を記録している
- ・ 利用者一人につき 1 回が限度

【参考】

退居時相談援助の内容は、次のようなものです。

- 1 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- 2 退居する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- 3 家屋の改善に関する相談援助
- 4 退居する者の介助方法に関する相談援助

また、退居時相談援助は、介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力して、退居者及びその家族等いずれにも行うとともに、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行う必要があります。

なお、退居して病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設への入院若しくは入所又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合又は死亡退居の場合は算定できません。

○口腔衛生管理体制加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、これまで対象とされていた施設サービスに加え、認知症対応型共同生活介護も対象とすることとします。

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

(1) 算定要件等

① 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導（※）を月1回以上行っていること。

※ 「口腔ケアに係る技術的指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切なケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。

② 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。

- ✓当該事業所において入所者の口腔ケアを推進するための課題
- ✓当該事業所における目標
- ✓具体的方策
- ✓留意事項
- ✓当該事業所と歯科医療機関との連携の状況
- ✓歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）
- ✓その他必要と思われる事項

③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

④ 定員・人員基準に適合

(2) 単位数

口腔衛生管理体制加算 30単位/月

Q&A

Q. 口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

A. 入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

Q. 口腔衛生管理体制加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと」とあるが、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当するか。

A. 「実施時間以外の時間帯」に該当する。

○定員超過利用による減算について

利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えている。

・利用者

利用者の数は、1月間（暦月）の利用者等の数の平均を用います。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数です。

この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げます。

・適用期間

利用者等の数が、定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算されます。

なお、定員超過利用が解消された場合は、その翌月から通常の所定単位数を算定することができます。

注) 災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用は除く。

○人員基準欠如等による減算について

- ・ 指定基準に定める員数の従業者を置いていない。
- ・ 夜間時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が2日以上連続した場合
- ・ 夜勤時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が4日以上発生した場合

・ 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等について

利用者数等の数は、前年度の利用者等の数の平均を用います。この場合、前年度の利用者等の数の平均は、前年度的全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数です。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点2位以下を切り上げます。

注) 夜間時間帯に夜勤を行う職員の算定における利用者数等の数については、「小数点2位以下」を「小数点以下」と読替えます。

○介護従業者の人員基準欠如について

人員基準上必要とされる員数から <u>1割を超えて</u> 減少した場合	その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算となります。
人員基準上必要とされる員数から <u>1割の範囲内</u> で減少した場合	その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算となります。（翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合は除く。）

○介護従業者以外の人員基準欠如について

人員基準上必要とされる員数を満たしていない場合	その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算となります。（翌月の末日において人員基準に満たすに至っている場合は除く。）
-------------------------	--

注) 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に必要な研修が修了していない場合、認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に介護支援専門員を置いていない場合の人員基準欠如は、この取扱いとなります。

○夜間時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない場合の減算について

暦月において、夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間。原則として事業所毎に設定）において、夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続して発生した場合	その翌月において、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。（利用者全員）
暦月において、夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合	

16 サービス提供体制強化加算の見直し

- サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、以下の見直しがありました。
 - ア 介護福祉士割合や介護職員等の勤続年数が上昇・延伸していることを踏まえ、各サービスについて、より介護福祉士の割合が高い、又は勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合が一定以上の事業者を評価する新たな区分を設ける。その際、同加算が質の高い介護サービスの提供を目指すものであることを踏まえ、当該区分の算定にあたり、施設系サービス及び介護付きホームについては、サービスの質の向上につながる取組の一つ以上の実施を求める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護について、勤続年数要件について、より長い勤続年数の設定に見直すとともに、介護福祉士割合要件の下位部分、常勤職員割合要件による区分、勤続年数要件による区分を統合し、いずれかを満たすことを求める新たな区分を設定した。
 - ウ 夜間対応型訪問介護について、他のサービスと同様に、介護福祉士の割合に係る要件に加えて、勤続年数が一定期間以上の職員の割合に係る要件を設定し、いずれかを満たすことを求める。

17 認知症専門ケア加算の見直しについて

- 認知症専門ケア加算等について、各介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、以下の見直しがありました。

認知症専門ケア加算（地域密着型通所介護においては認知症加算）の算定の要件の一つである、認知症ケアに関する専門研修（認知症専門ケア加算（Ⅰ）は認知症介護実践リーダー研修、認知症専門ケア加算（Ⅱ）は認知症介護指導者養成研修、認知症加算は認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修）を修了した者の配置について認知症ケアに関する専門性の高い看護師（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師及び精神科認定看護師）を、加算の配置要件の対象に加えた。なお、上記の専門研修については、質を確保しつつ、e-ラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

18 生活機能向上連携加算の見直しについて

- 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行うこととなりました。
 - ・ 認知症対応型共同生活介護の生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。
- ※外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。

19 口腔機能向上の取組の充実

- 通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービスについて、利用者の口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理等を行うことによって、口腔機能低下の重症化等の予防、維持、回復等につなげる観点から、介護職員が実施可能な口腔スクリーニングの実施を評価する新たな加算を創設しました。その際、目的及び方法等に鑑み、栄養スクリーニング加算による取組・評価と一体的に行うものとししました。

20 医療連携体制の見直し

- 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受け入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が一人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しがありました。

21 栄養管理体制加算の創設

- 認知症グループホームについて、栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士（外部との連携含む）が介護職員等への利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行う体制づくりを進めることを評価する新たな加算を創設しまし