

令和5年度

集團指導資料

看護小規模多機能型居宅介護事業

福岡市 福祉局 高齢社会部
事業者指導課

[目 次]

1	看護小規模多機能型居宅介護事業に関する事項	
I	看護小規模多機能型居宅介護事業とは	1
II	人員に関する基準	1
III	設備に関する基準	5
IV	運営に関する基準	9
V	報酬に関する基準	29
2	居宅介護支援の具体的取組方針	55
3	軽度者の福祉用具貸与算定に係る本市の取扱いについて	62
*	ライフサポートプラン	73

1 看護小規模多機能型居宅介護事業に関する事項

I 看護小規模多機能型居宅介護事業とは

【定義】

居宅サービス等基準第 59 条に規定する訪問看護の基本方針（注 1）及び地域密着型サービス基準第 62 条に規定する小規模多機能型居宅介護の基本方針（注 2）を踏まえておこなうもの。

注 1：「居宅サービス等基準第 59 条に規定する訪問看護の基本方針」とは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すもの。

注 2：「地域密着型サービス基準第 62 条に規定する小規模多機能型居宅介護の基本方針」とは、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするもの。

II 人員に関する基準

※ 暴力団の排除（※福岡市独自基準）

福岡市暴力団排除条例に基づき、役員、管理者その他従業者、取引先について暴力団を排除すること。また、指定、指定更新、役員及び管理者の変更があった際は、暴力団排除に関する誓約書を提出すること。

1 代表者

【資格】

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事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者又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若しくは保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修（「認知症対応型サービス事業開設者研修」）を修了しているもの、又は保健師若しくは看護師であること。ただし、代表者の変更の届出を行う場合において、代表者が保健師若しくは看護師でない場合については、代表者交代の半年後又は次回の「認知症対応型サービス事業開設者研修」日程のいずれか早い日までに研修を修了することで差し支えない。

保健師及び看護師については、代表者としてふさわしいと認められるものであって、保健師助産師看護師法の規定により保健師又は看護師の業務を命ぜられ、業務停止の期間終了後 2 年を経過しない者に該当しないものであること、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験があり、さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

2 管理者

【資格】

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、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修（「認知症対応型サービス事業管理者研修」）を修了しているもの、又は保健師若しくは看護師であること。

保健師及び看護師については、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験がある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

※ 「認知症対応型サービス事業管理者研修」を受講するには、「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了していることが必要となる。

【勤務】

事業所ごとに、専らその職務に従事する常勤の者であること。

ただし、当該事業所の管理上支障がない場合には、下記の職務を兼ねることができる。

- ① 当該事業所の看護小規模多機能型居宅介護従事者
- ② 事業所に併設する、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、介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所に限る）、介護医療院の職務
- ③ 当該事業所が健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者又は従事者としての職務

※ なお、福岡市では、3役以上の職務の兼務は、管理上支障があると判断しているため、兼務は2役までとしており、他の職務に従事する時間が管理者としての勤務時間を超えないものとする。

□ 兼務について □

管理者の兼務については、管理上支障がない場合に限り認められています。

管理者としての経験が長く、管理業務に精通している場合には、兼務を行っても支障がない状況もあると思われませんが、新しい管理者に変更した場合には、前もって兼務により管理上支障がないかを判断することは困難です。特に管理業務に初めて携わる場合等には管理業務に支障が出るのみならず、兼務を行っている介護業務にも支障をきたす恐れがあります。前任者が行っていた兼務をそのまま引継ぐ人員配置ではなく、従業員の状況、利用者の状況等を踏まえ、業務に精通するまでの間は兼務を解く等検討してください。利用者の家族等から「管理者が変わったが、忙しそうで声が掛けられない」「事業所を訪れても管理者が不在で、いつも夜勤明けでいないと言われる」等の相談が多く寄せられます。このような印象を利用者や家族がもたれると、事業者側の過失と言い難い内容の事故が発生しても、家族に理解を頂けず、大きな問題に発展することもあります。兼務については利用者の状況や、管理者の経験年数等を十分に斟酌し、慎重に判断し、事故の無いようご注意ください。

3-1 看護小規模多機能型居宅介護従業者

【資格】

介護福祉士や訪問介護員の資格等は必ずしも必要としないが、介護等に対する知識、経験を有する者であることを原則とする。なお、これ以外の看護小規模多機能型居宅介護従業者にあっても研修の機会を確保することにより質の向上を図ること。

【勤務】

事業所ごとに置くべき従業者の員数は下記のとおりとする。

(1) 日中の時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外）

- ① 通いサービス（登録者を当該事業所に通わせて行うサービス）の提供にあたる者を、その利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1以上。
- ② 訪問サービス（登録者の居宅を訪問し、当該居宅において行うサービス）の提供にあたる者を、常勤換算方法で2以上。

(2) 夜間及び深夜の時間帯

夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜間及び深夜の勤務に当たる者を1以上及び宿直勤務に当たる者を宿直勤務に必要な数以上。（この場合、必ずしもいずれか1名以上が看護職員である必要はないが、電話等による連絡体制を確保すること。）

※ 夜勤職員について

宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備している時は、宿泊及び夜勤を行う従業者を置かないことができる。

※ 宿直職員について

宿直職員は、主として登録者からの連絡を受けての訪問サービスに対応するために配置されるものであることから、連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。

事業所全体としては、下記の要件についても合わせて満たす配置が必要である。

- ① 看護小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上の者は、常勤の保健師又は看護師であること。
- ② 看護小規模多機能型居宅介護従業者のうち、常勤換算方法で2.5以上の者は、保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）であること。
- ③ 通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる従業者のうち、1以上の者は看護職員であること。
- ④ 看護職員である看護小規模多機能型居宅介護従業者は、常勤を要件としていないが、日中のサービス提供時間帯を通じて必要な看護サービスが提供される職員配置とすること。

また、看護小規模多機能型居宅介護事業所に下記の施設等が併設されている場合において、看護小規模多機能型居宅介護従業者の人員に関する基準を満たす従業者を置くほ

か、下記の施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、当該看護小規模多機能型居宅介護従業者は、併設する下記の施設等の職務に従事することができる。

- ① 指定認知症対応型共同生活介護事業所
- ② 指定地域密着型特定施設
- ③ 指定地域密着型介護老人福祉施設
- ④ 指定介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所に限る。）
- ⑤ 介護医療院

※ なお、福岡市では、3役以上の職務の兼務は、管理上支障があると判断しているため、兼務は2役までとしている。

※ 指定複合型サービス事業者が、指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定看護小規模多機能型居宅介護事業と指定訪問看護事業とが同じ事業所で一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第60条第1項第1号の指定訪問看護における看護職員の人員基準を満たすことによって、基準第171条第4項の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができるとされたが、その意義は次のとおりである。

指定看護小規模多機能型居宅介護と指定訪問看護の両方において、看護職員を常勤換算方法で2.5以上とすることが要件とされているが、両事業を一体的に行っている場合については、一方の事業で常勤換算方法2.5以上を満たしていることにより、他の事業でも当該基準を満たすこととするという趣旨である。

なお、指定看護小規模多機能型居宅介護と指定訪問看護を同一の拠点で行う場合であっても、一体的に運営されておらず、完全に体制を分離して行う場合にあっては、独立して基準を満たす必要があるので留意されたい。

3-2 介護支援専門員等

【資格】

介護支援専門員は別に厚生労働大臣が定める研修（「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」）を修了したものであること。

※ 「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講するには、「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了していることが必要となる。

【勤務】

登録者に係る居宅サービス計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員を置くこと。なお、非常勤でも差し支えない。

ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、下記の職務を兼ねることができる。

- ① 当該事業所の他の職務
- ② 当該事業所に併設する、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所に限る。）、介護医療院の職務

※ なお、福岡市では、3役以上の職務の兼務は、管理上支障があると判断しているため、兼務は2役までとしている。

Ⅲ 設備に関する基準

1 設備及び備品等

(1) 居間及び食堂

- ① 居間及び食堂が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。
- ② 原則として利用者及び看護小規模多機能型居宅介護従業者が一堂に会するのに十分な広さを確保するものとする。
- ③ 機能を十分に発揮しうる適当な広さを確保すること。
- ④ 通いサービスの利用定員について 15 人を超えて定める事業所における居間及び食堂を合計した面積は、利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ（1 人当たり 3㎡以上）を確保すること。

(2) 宿泊室

- ① 1 の宿泊室の定員は、1 人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2 人とすることができる。
- ② 1 の宿泊室の床面積は、7.43 ㎡以上（内法）を確保すること。
ただし、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院又は診療所である場合であって、定員が 1 人である宿泊室の床面積については、6.4 ㎡以上とすることができる。
- ③ ①及び②を満たす宿泊室（以下「個室」という。）以外の宿泊室を設ける場合は、個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は、おおむね 7.43 ㎡に宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とするものとし、その構造は利用者のプライバシーが確保されたものであること。
- ④ プライバシーが確保された居間については、③の個室以外の宿泊室の面積に含めることができる。
- ⑤ 他の利用者が通らない宿泊室と連続した縁側等については、宿泊室の面積に含めて差し支えない。
- ⑥ 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については、有床診療所の病床を宿泊室として柔軟に活用することは差し支えない。ただし、当該病床のうち 1 病床以上は利用者専用のもので確保しておくこと。
- ⑦ ⑥においては、①、②及び④に準じるものであるが、有床診療所の入院患者と同じ居室を利用する場合も想定されることから、衛生管理等について必要な措置を講ずること。

(3) トイレ等の設置（※福岡市独自基準）

下記の設備等について設置を行うこと。

- ① トイレ
- ② 汚物処理室
- ③ 手すり（必要箇所に設置すること。）

2 登録定員及び利用定員

(1) 登録定員

事業所の登録定員は、29人以下とする。

(2) 利用定員

通いサービス及び宿泊サービスの利用定員（当該事業所におけるサービスごとの1日当たりの利用者数の上限を指す。）は、以下のとおりとする。

① 通いサービス

通いサービスの利用定員は、下記の表のとおりとする。

登録定員数	通いの利用定員
25人以下	登録定員の1/2から15人まで
26人又は27人	登録定員の1/2から16人まで
28人	登録定員の1/2から17人まで
29人	登録定員の1/2から18人まで

② 宿泊サービス

通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで。

<サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所について>

サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下「サテライト看多機」という。）の実施に当たっては、下記の要件を満たす必要があること。

【要件】

- ① 事業者は、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験（休止等、事業を運営していない期間は除外）を有すること。
- ② 本体事業所は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所であって、緊急時訪問看護加算の届出をしており適切な看護サービスを提供できる当該サテライト看多機に対する支援機能を有する事業所であること。
- ③ 本体事業所は、次のいずれかに該当すること。
 - a 事業開始以降1年以上の本体事業所としての実績を有すること
 - b 本体事業所の登録者数が、当該本体事業所において定められた登録定員の70/100を超えたことがあること
- ④ サテライト看多機は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次の要件のいずれも満たすこと。
 - a 本体事業所とサテライト看多機の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の近距離であること
 - b 1の本体事業所に係るサテライト看多機の数に2箇所までとし、またサテライト看多機1箇所及びサテライト小規模多機能型居宅介護事業所（以下「サテライト小多機」という。）1箇所を合わせ2箇所までとするものであること。

【人員基準】

(1) 看護小規模多機能型居宅介護従業者

① 日中の時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外）

- ・通いサービスの利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1以上。
- ・訪問サービスの提供に当たる者を2名以上。

② 夜間及び深夜の時間帯

- ・宿泊サービスの利用者のための夜勤職員を、時間帯を通じて1以上。
- ・主として夜間の訪問サービスを行う宿直職員を、時間帯を通じて1以上。

ただし、本体事業所の宿直職員が、当該サテライト看多機の登録者からの訪問サービスの要請に適切に対応できるときは、宿直職員を置かないことができる。

※ 看護小規模多機能型居宅介護従業者のうち、常勤換算方法で1以上の者は看護職員であるものとし、本体事業所の看護職員は適切にサテライト看多機の登録者を支援するものとする。

※ 訪問サービスの提供について

本体事業所とサテライト看多機における訪問サービスは一体的に提供することが可能であり、本体事業所の従業者は「サテライト看多機」の登録者に対し、サテライト看多機の従業者は「本体事業所」及び「本体事業所に係る他のサテライト看多機」若しくは「サテライト小多機」の登録者に対し、それぞれ訪問サービスを提供できるものであること。

※ 宿泊サービスの提供について

サテライト看多機の登録者の処遇に支障がない場合は、本体事業所において宿泊サービスを提供することができるが、本体事業所においてサテライト看多機の登録者を宿泊させる際は、本体事業所との行事等の共同実施や、本体事業所の従業者による訪問サービスの提供により、当該本体事業所の従業者とのなじみの関係の構築を行うよう努めること。なお、本体事業所の登録者がサテライト看多機の宿泊サービスを受けることはできない。

※ 看護職員について

指定複合型サービス事業者が、指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定看護小規模多機能型居宅介護事業と指定訪問看護事業とが同じ事業所で一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第60条第1項第1号の指定訪問看護における看護職員の人員基準を満たすことによって、基準第171条第4項の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができる。

なお、サテライト看多機における看護職員については、サテライト看多機の本体事業所が指定訪問看護事業所としての指定を受けている場合であって、次の要件を満たす場合に限り、指定訪問看護事業所として一体的な届出として認められるものとする。

- ・利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一

体的に行われること。

- 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業員が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。
- 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
- 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること
しかしながら、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り、例えば、指定看護小規模多機能型居宅介護において看護サービスが必要な利用者がいるにも関わらず、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ない。また、本体事業所が指定訪問看護事業所と一体的に運営されていない場合には、サテライト看多機から指定訪問看護を行うことはできないものであるが、本体事業所が指定訪問看護事業所を一体的に運営している場合には、サテライト看多機を指定訪問看護事業所の出張所としての指定を受けることは差し支えない。

（２）介護支援専門員等

- 配置が必要。

ただし、本体事業所の介護支援専門員により当該サテライト看多機の登録者に対して居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、専ら従事する研修修了者を置くことができる。

当該研修は具体的には、「認知症介護実践研修（実践者研修）」及び「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を指す。

- 介護支援専門員を配置せず研修修了者を配置する場合、研修者修了者はサテライト事業所の登録者に係る「看護小規模多機能型居宅介護計画」の作成に従事するものであり、次の業務については本体事業所の介護支援専門員が行わなければならない。
 - ① 登録者の看護小規模多機能型居宅介護以外の居宅サービスを含めた「居宅サービス計画」の作成
 - ② 法定代理受領の要件である小規模多機能型居宅介護の利用に関する市町村への届出の代行

（３）管理者

- 事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置くこと。

ただし、本体事業所の管理上支障がない場合は、サテライト看多機の管理者は、本体事業所の管理者をもって充てることができる。

- 本体事業所の管理者が保健師又は看護師でないときは、当該管理者は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している必要があること。

（４）代表者

- ・ サテライト看多機の代表者は、本体事業所の代表者であることが望ましい。
- ・ 本体事業所の代表者が保健師又は看護師であり、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していないときは、当該代表者と別に研修修了者をサテライト看多機の代表者とする必要がある。

【登録定員及び利用定員】

サテライト看多機の登録等の定員は、以下のとおりとする。

- ① 事業所の登録定員 : 事業所の登録定員は、18人以下とする。
- ② 通いサービスの利用定員 : 登録定員の1/2から12人までとする。
- ③ 宿泊サービスの利用定員 : ②の1/3から6人までとする。

IV 運営に関する基準

1 内容及び手続の説明及び同意

- ・ 当該サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、「運営規程の概要」「従業員の勤務の体制」「事故発生時の対応」「苦情処理の体制」「提供するサービスの福祉サービス第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）」等、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。
- ・ 必ず、文書により同意を得ること。（※福岡市独自基準）

□ 重要事項説明について □

重要事項説明とは、契約に際して重要事項説明書に基づき、契約に関する重要事項を利用者に対し説明することです。

契約書は掲載内容が多い為、“聞いていなかった”という原因でトラブルが起こりやすいです。これを防止するために、重要事項説明があります。契約に際して重要な事項を記載した「重要事項説明書」を説明し、この内容について、利用者が確かに説明を聞いたということを書面で確認するためのものです。

利用者の方になかなかご理解いただけない場合もあるかと思いますが、利用者と事業者双方をトラブルから守るものになりますので、丁寧に行っていただくことが大切になると思います。

<運営指導における不適正事例>

- ・ 重要事項説明書に「提供するサービスの福祉サービス第三者評価の実施状況」の記載がない。
- ・ 重要事項についての説明及び書面交付の記録がない。
- ・ 重要事項説明書の記載内容が契約書や運営規程の内容と異なっている。

2 提供拒否の禁止

事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

(正当な理由の例)

- ・ 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ・ 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の実施地域外である場合

3 サービス提供困難時の対応

正当な理由により、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の看護小規模多機能型居宅介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じること。

4 受給資格等の確認

- ・ サービス提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめること。
- ・ 利用者の被保険者証に、指定地域密着型サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービスを提供するように努めること。

5 要介護認定の申請に係る援助

新規及び更新の申請について必要な援助を行うこと。

6 心身の状況等の把握

介護支援専門員が開催するサービス担当者会議等（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めること。

□ アセスメント等について □

アセスメントについては、国から『課題分析標準項目』（「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙 4 の別添）というものが示されていますが、国が示す 23 項目を網羅した上で、事業所において項目を追加した独自の様式を作成し、使用していただいて構いません。

アセスメントは、利用者の処遇はもちろんのこと、事業所にとっても効率的なケアを行う上での手順書、引き継ぎ書ともなり、事故の防止、職員の負担軽減、ご家族との信頼関係の構築に欠かせないものであると思われますので、再度アセスメントの重要性を認識していただきたいと思います。

7 居宅サービス事業者等との連携

- ・ 看護小規模多機能型居宅介護を提供するに当たっては、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ること。
- ・ 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こと。
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めること。

8 身分を証する書類の携行

事業者は、従業者のうち訪問サービスの提供に当たる者に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導すること。

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

9 サービスの提供の記録

- ・ サービスを提供した際には、サービスの提供日、サービス内容、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画又はサービス利用票等に記載すること。
- ・ 提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録すること。
- ・ 利用者からの申出があった場合には、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すること。
- ・ これらの記録は、完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

10 利用料等の受領

- ・ 法定代理受領サービスに該当する看護小規模多機能型居宅介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該サービスに係る地域密着型サービス費用基準額から当該看護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サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けるものとする。
- ・ 法定代理受領サービスに該当しない看護小規模多機能型居宅介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、当該サービスに係る地域密着型サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにすること。
- ・ 上記の利用料の他に利用者から支払いを受けることができる費用は、次のとおり。
 - （i）通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
 - （ii）通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを提供する場合に要した交通費
 - （iii）食事の提供に要する費用
 - （iv）宿泊に要する費用
 - （v）おむつ代

(vi) 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、利用者に負担させることが適当と認められるもの。

- 利用者の希望によって、身の回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
- 利用者の希望によって、教養娯楽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
- 費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ること。
- 複合型サービスその他のサービス提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、支払いをした利用者に対し、領収証を発行すること。
- 領収証は、内訳を記載すること（介護保険法第42条の2第1項本文に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に係るものと、その他の費用の額を区分するとともに、その他の費用の額については、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載すること）。
- 口座振替により費用を徴収している場合も必ず領収書を交付すること。

11 看護小規模多機能型居宅介護の基本的取扱方針

- 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこと。
- 事業者は、自ら提供する看護小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図ること。

12 看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針

(1) 取扱方針

- 利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、療養上の管理の下で妥当適切に行うこと。
- 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行うこと。
- サービスの提供に当たっては、看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うこと。
- 従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項その他サービスの提供の内容等について、理解しやすいように説明又は必要に応じた指導を行うこと。
- 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（登録定員の概ね3分の1以下が目安）が続いてはならない。
- 登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるため

に適切なサービスを提供すること（1の利用者に対して、通いサービス及び訪問サービスを合わせて概ね週4回以上行うことが目安）。

- 看護サービスの提供に当たっては、主治の医師との密接な連携より、及び看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復が図られるよう妥当適切に行うこと。
- 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うこと。
- 特殊な看護等については、これを行ってはならない。

（2）身体拘束等

- 事業者は、サービスの提供に当たっては、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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- やむを得ず、身体的拘束等を行う場合は、以下の手順を踏まえること。

（※福岡市独自基準）

- （i）身体拘束廃止委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）により、緊急やむを得ない場合（「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件）に該当するかの判断を行うこと。
- （ii）入所者等又はその家族に身体拘束の内容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たうえで、文書による同意を得ること。
- （iii）身体拘束廃止に向けた検討を行う。
- 身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。なお、当該記録は完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

□ 身体拘束について □

身体拘束については、いわゆる「4点柵」も身体拘束にあたるとして、拘束に係る手続きを踏み、廃止に向けた検討を行っていただくことを指導しております。

「再転倒防止のため」「ご家族の希望による」等の理由もあると思いますが、身体拘束に関する感覚は広く持っていただき、これも身体拘束にあたるのだという認識をすることが重要です。当初は身体拘束にあたるのか微妙な事例であったものが、手順を踏まず安易に実施することにより、感覚が麻痺し、より強度な身体拘束を実施してしまっていたということが起こりえます。このような事例を防止する意味でも、事業所・ご家族ともに身体拘束に関する意識を鋭敏にいただき、廃止に向けた取組みを実施してください。

13 主治の医師との関係

- 事業所の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、必要な管理をすること。

- ・ 事業者は、看護サービスの提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けること。
- ・ 事業者は、主治の医師に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治の医師との密接な連携を図ること。
- ・ 事業所が病院又は診療所である場合にあっては、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る。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・ 主治の医師の文書による指示が保管されていない。

14 居宅サービス計画の作成

- ・ 管理者は、介護支援専門員に、登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させること。
- ・ 介護支援専門員は、登録者の居宅サービス計画の作成にあたっては、指定居宅介護支援等基準第13条各号に掲げる具体的取組方針（P55～P60）に沿って行うこと。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・ サービス担当者会議を開催した際の記録が残されていない。
- ・ 月に1回、利用者の居宅において居宅サービス計画の実施状況を把握したことの記録が残されていない。
- ・ 福祉用具貸与を利用するにあたって例外給付の手続きが必要な利用者について、適切な手続きが行われていない（申請をせずに貸与している、有効期間が過ぎていのに更新手続きを行っていない）。

15 看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成

- ・ 管理者は、介護支援専門員に、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、保健師又は看護師（准看護師は不可。）に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させること。
- ・ 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、保健師又は看護師と密接な連携を図りつつ行うこと。
- ・ 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるように努めること。
- ・ 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とともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行うこと。

- ・ 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ること。（※福岡市独自基準）
- ・ 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付すること。
- ・ 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、当該計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行うこと。
- ・ 保健師又は看護師（准看護師は不可。）は、訪問日、提供した看護内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を作成すること。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・ 利用者への説明・同意を得た日の記入がなく、サービス提供前に同意を得ていたことが確認できない。
- ・ 利用者への説明・同意を得た日が、サービス提供後になっている。
- ・ 利用者からの同意を文書により得ていない。

16 介護等

- ・ 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行うこと。
- ・ 事業者は、利用者に対して、利用者の負担により、利用者の居宅又は当該サービスの拠点における看護小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。
- ・ 当該事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と従業者が共同で行うよう努めること。

17 社会生活上の便宜の提供等

- ・ 事業者は、利用者の外出の機会の確保その他の利用者の意向を踏まえた社会生活の継続のための支援に努めること。
- ・ 事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行うこと。特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得ること。
- ・ 事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めること。

18 緊急時の対応

- ・ 従業者は、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じること。
- ・ 上記の従業者が保健師、看護師又は准看護師である場合にあっては、必要に応じて臨時応急の手当てを行うこと。

19 管理者の責務

- 事業所の従業者の管理及び看護小規模多機能型居宅介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと。
- 事業所の従業者に運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行うこと。

20 運営規程

看護小規模多機能型居宅介護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めること。

＜運営規程で定めるべき主なもの＞

- (i) 事業の目的及び運営の方針
- (ii) 従業者の職種、員数及び職務の内容
従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、人員基準を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない（重要事項説明書においても同様）。
- (iii) 営業日及び営業時間
- (iv) 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員
- (v) 看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額
- (vi) 通常の事業の実施地域
- (vii) サービス利用に当たっての留意事項
- (viii) 緊急時及び事故発生時における対応方法
- (ix) 非常災害対策
- (x) 虐待防止のための措置に関する事項
- (xi) その他運営に関する重要事項

21 勤務体制の確保等

- 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員、介護職員及び介護支援専門員の配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。
- 事業所ごとに、当該事業所の従業者によって看護小規模多機能型居宅介護を提供すること。ただし利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りでない。
- 従業者の資質の向上のためにその研修の機会を確保すること。その際、事業者は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。（令和6年3月31日までは努力義務）

（※福岡市独自基準）

- (i) 具体的な研修計画を策定すること。
- (ii) 外部研修の機会を確保すること。

※ 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、令和6年3月31日までに医療・福祉関係資格を有さない全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じなければならない。

※ 新規採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（令和6年3月31日までは努力義務）。

(iii) 利用者等の人権擁護、高齢者虐待防止、身体的拘束廃止への取組み等に関する研修を定期的に（年1回以上）行うこと。

(iv) 性的な言動（セクシャルハラスメント）又は優越的な関係を背景とした言動により、就業環境が害されること（パワーハラスメント）を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じること。

1. 事業者が講ずべき必要な措置の具体的内容

a. 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発、職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b. 相談・苦情に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

2. 事業者が講じることが望ましい取り組み

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。

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

□ 研修について □

事業所や利用者の状況に応じた研修を従業者に行うとともに、業務の引継ぎ・日々の申し送りを行うことが、事故や苦情を未然に防ぐためには非常に有効な手段であり、質の高いケアを提供するうえで必須であると思われます。

福岡市では独自基準において、研修の機会の確保について定めていますので、従業者に対し事業所内での研修（内部研修）のみでなく、外部の研修機関が実施する研修（外部研修）を含めた研修の機会を確保してください。特に外部研修は事業所間の交流を促進し、新たな知見を得る良い機会になりますので、本市が開催している研修も含め活用を検討してください。

<運営指導における不適正事例>

- 従業者の併設事業所等との兼務関係が不明確である。
- 法人の役員であるという理由で出勤簿を作成しておらず、勤務状況が不明確である。
- 研修の年間計画が策定されていない。
- 独自基準で定めている3つの研修が実施されていない。
- 研修の記録が残されておらず、研修の内容や参加者等、実施状況が不明確である。

22 掲示

- 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要（「運営規程の概要」「従業者の勤務の体制」「事故発生時の対応」「苦情処理の体制」「提供するサービスの福祉サービス第三者評価の実施状況」は必須）その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示すること。
- 前項に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。事業所の見やすい場所とは、利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことである。
- 従業者の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

<運営指導における不適正事例>

- 事業所に運営規程の概要、重要事項が掲示されていない。
- 事業所に苦情に対する措置の概要が掲示されていない。

23 秘密保持等

- 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じること。

- ・ サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくこと。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・ 従業者又は従業者であった者に対し、業務上知り得た利用者等の秘密保持についての必要な措置を講じていない。（雇用時に秘密保持に関する誓約書を交わしていない又は誓約書の内容不備）
- ・ サービス担当者会議等での利用者（家族を含む）の個人情報の使用について文書により同意を得ていない。
- ・ 個人情報の使用について、利用者の同意は得ているが、家族の同意を得ていない。（家族からの同意を得るときの肩書は「本人代理人」では不可）。

24 広告

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

25 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

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

26 苦情処理

- ・ 提供した看護小規模多機能型居宅介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応すること。
- ・ 相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、重要事項説明書等に記載し、事業所に掲示すること。
- ・ 苦情を受け付けた場合には、苦情の受付日、その内容等を記録すること。なお、苦情の内容等の記録は、完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）
- ・ 苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うこと。
- ・ 市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。また、市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を市町村に報告すること。
- ・ 国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）が行う調査に協力するとともに、国保連からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。また、国保連からの求めがあった場合には、改善の内容を国保連に報告すること。

□ 苦情対応について □

利用者やその家族から、「事故が起こった際の最初の対応が納得できなかったので、後から何といわれても信用ができない。」と相談を受けることがあります。

事故等が起こった際は、現場にいる従業員も気が動転し、冷静な対応ができず、利用者等の心情に沿った言い方ができない場合もあると思います。しかしながら、最初の対応の印象が利用者やその家族には強く残りますので、真摯な対応に努めるよう心掛けてください。

また、事故について事業者の過失に依らないものであったとしても、状況の説明等を行い、ご利用者等の不安を解消するよう努めてください。

27 事故発生時の対応

- 事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡を速やかに行うとともに、必要な措置を講じること。（※福岡市独自基準）
- 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。なお、それらの記録は完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）
- 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。
- 事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ定めておくこと。
- 損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有すること。
- 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

□ 事故報告の提出について □

ご利用者・ご家族から相談を受ける際に、「事故について報告がなされているか確認したい」との申し出がよくあります。事業所からの報告が遅れていると、ご利用者等に不信感を与える可能性がありますので、事故の報告は速やかに行ってください。

報告すべき事故の種類等については、「介護サービス事故に係る報告要領」（福岡市ホームページに掲載）をご確認ください。

<運営指導における不適正事例>

- 事故発生時の連絡マニュアル等がない。
- 記録が整備されていない。
- 再発防止のための対策（職員間での周知等）がなされていない。
- 保険者へ報告すべき事故について、報告がなされていない。

28 会計の区分

事業所ごとに経理を区分するとともに、看護小規模多機能型居宅介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分すること。

29 定員の遵守

- 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行ってはならない。なお、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。
- 通いサービス及び宿泊サービスの利用は、利用者の様態や希望等により特に必要と認められる場合（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の提供の必要性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等）は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ないものとする。

30 協力医療機関等

- 主治の医師との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておくこと。
- あらかじめ、協力歯科医療機関を定めるよう努めること。
- サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えること。

31 調査への協力等

市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うこと。

32 非常災害対策

- 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知すること。
- 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うこと。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。
- 想定される非常災害の種類及び規模に応じ、それぞれ具体的計画を策定するよう努めること。（※福岡市独自基準）

<運営指導における不適正事例>

- 火災、風水害、地震その他の非常災害に関する具体的な計画が策定されていない。
- 福岡市のハザードマップ上で、「浸水想定区域」又は「土砂災害警戒区域」に該当する地域に所在している事業所にも関わらず、浸水や土砂災害の非常災害に関する具体的な計画が策定されていない。
- 避難訓練を実施していない。また、実施した記録が残されていない。

33 業務継続計画の策定等（令和6年3月31日までは努力義務）

- 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。
 - ※ 計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
 - ※ 研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。
 - ※ 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。
 - i 感染症に係る業務継続計画
 - a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
 - b 初動対応
 - c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）
 - ii 災害に係る業務継続計画
 - a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
 - b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
 - c 他施設及び地域との連携
 - ※ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。
 - ※ 訓練（シミュレーション）においては、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練について

は、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

34 衛生管理等

- 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じること。
- 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ること。特に、インフルエンザ、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症、ノロウイルス対策等について適切な措置を講じること。
- 空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。
- 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以下に掲げる措置を講じなければならない。各事項については他の事業所との連携等により行うことも差し支えない。（令和6年3月31日までは努力義務）

- ・ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
 - ※ 委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。
 - ※ 委員会は、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いう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - ※ 委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- ・ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - ※ 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
 - ※ 平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内

の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

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

- 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

※ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

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

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

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

35 地域との連携等

- 看護小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。

※ テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者及びその家族が参加する場合は、テレビ電話装置等を活用について同意を得なければならない。

- 運営推進会議における報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表すること。なお、それらの記録は完結の日から5年間保存すること。

（※福岡市独自基準）

- 事業運営に当たっては、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ること。
- 事業運営に当たっては、提供した看護小規模多機能型居宅介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めること。
- 運営推進会議を複数の事業所で合同開催する場合は、以下の点に留意して行うこと。

- (i) 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。
- (ii) 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- (iii) 合同開催の回数は、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないようにすること。
- (iv) 外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

＜運営指導における不適正事例＞

- ・運営推進会議の記録の公表がなされていない。

36 虐待の防止

指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じなければならない。(令和6年3月31日までは努力義務) ○ 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)(以下「虐待防止委員会」という。)を定期的開催するとともに、その結果について、従業者等に周知徹底を図ること。

- ※ 虐待防止検討委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
- ※ 虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。
- ※ 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- ※ 虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ※ 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果(事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等)は、従業者等に周知徹底を図る必要がある。
 - i 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
 - ii 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - iii 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - iv 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
 - v 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - vi 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - vii viの再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

- 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
 - ※ 指針には以下のような項目を盛り込むこと。
 - i 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ii 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
 - iii 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
 - iv 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
 - v 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
 - vi 成年後見制度の利用支援に関する事項
 - vii 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
 - viii 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
 - ix その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- 事業所において、従業者等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
 - ※ 事業者は指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。
 - また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内職員研修での研修で差し支えない。
- 上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
 - ※ 当該担当者は、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

37 同一建物居住者以外の者に対するサービスの提供

看護小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して看護小規模多機能型居宅介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても看護小規模多機能型居宅介護の提供を行うように努めること。

38 居住機能を担う併設施設等への入居

可能な限り、利用者がその居宅において生活を継続できるよう支援することを前提としつつ、認知症対応型共同生活介護事業所等その他施設へ入所等を希望した場合は、円滑にそれらの施設へ入所等が行えるよう、必要な措置を講ずるよう努めること。

39 記録の整備等

- 従業者、設備、備品、会計に関する諸記録を整備すること。
- 下記の記録を整備し、その完結の日から5年間保存すること。
 - (※福岡市独自基準)
 - (i) 居宅サービス計画
 - (ii) 看護小規模多機能型居宅介護計画
 - (iii) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

- (iv) 主治の医師による指示の文書
- (v) 看護小規模多機能型居宅介護報告書
- (vi) 提供した具体的なサービスの内容等の記録
- (vii) 市町村への通知に係る記録
- (viii) 苦情の内容等の記録
- (ix) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- (x) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録

40 電磁的記録等

- サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができる。
 - ※ 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
 - ※ 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - a 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - b 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ※ その他、地域密着型サービス基準第 183 条第 1 項において電磁的記録により行うことができるとされているものに類するものは、イ及びロに準じた方法によること。
 - ※ また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法によることができる。
 - ※ 電磁的方法による交付は、地域密着型サービス基準第 3 条の 7 第 2 項から第 6 項までの規定に準じた方法によること。
 - ※ 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についての Q & A（令和 2 年 6 月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
 - ※ 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についての Q & A（令和 2 年 6 月 19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

- ※ その他、地域密着型サービス基準第 183 第2項において電磁的方法によることができる」とされているものに類するものは、イからハまでに準じた方法によること。ただし、この通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- ※ また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

V 報酬に関する基準

1 地域区分

福岡市：5級地 1単位の単価：10.55円

2 複合型サービス費について

(1) 看護小規模多機能型居宅介護費

(同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合)

(1月につき)	要介護1	12,438単位
	要介護2	17,403単位
	要介護3	24,464単位
	要介護4	27,747単位
	要介護5	31,386単位

(同一建物に居住する者に対して行う場合)

(1月につき)	要介護1	11,206単位
	要介護2	15,680単位
	要介護3	22,042単位
	要介護4	25,000単位
	要介護5	28,278単位

- ① 登録している期間1月につき、それぞれ所定単位数を算定する。
- ② 月途中から登録した場合又は月途中から登録を終了した場合には、登録していた期間（登録日から当該月の末日まで又は当該月の初日から登録終了日まで）に対応した単位数を算定する。
- ③ 「登録日」とは、利用者が事業者と契約を結んだ日ではなく、通い、訪問又は宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日とする。
- ④ 「登録終了日」とは、利用者が事業者との間の利用契約を終了した日とする。
- ⑤ 制度上、週1回程度の利用でも所定単位数の算定は可能であるが、利用者負担等を勘案すれば、このような利用は合理的ではなく、運営推進会議に対し通いサービス等の回数等を報告し、適切なサービスの提供であるかどうかの評価を受けること。

(2) 短期利用居宅介護費

(1日につき)	要介護1	570単位
	要介護2	637単位
	要介護3	705単位
	要介護4	772単位
	要介護5	838単位

次に掲げる厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市町村長に届け出た事業所において、看護小規模多機能型居宅介護を提供した場合に、それぞれ所定単位数を算定する。

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

(短期利用居宅介護費を算定すべき指定看護小規模多機能型居宅介護の基準)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- 事業所の登録者の数が、当該事業所の登録定員未満であること。
- 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が、当該事業所の登録者に対する看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合であること。
- 利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めること。
- 看護小規模多機能型居宅介護の基準に定める従業者の員数を置いていること。
- サービス提供が過少である場合の減算に該当していないこと。

- ※ 登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、複合型サービス費は算定しない。

- ※ 登録者が一の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所において、指定看護小規模多機能型居宅介護を受けている間は、当該事業所以外の事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に、複合型サービス費は算定しない。

3 減算について

(1) 定員超過利用に該当する場合

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、利用者全員について、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定すること。

また、事業所は、適正なサービスの提供を確保するために、定員超過利用の未然防止を図るよう努めること。

市長は、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を行う。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。

- ※ 災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用について

定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合は翌月も含む。）の翌月からの所定単位数の減算は行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずそ

の翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の70/100に相当する単位数を算定する。

<登録者又は利用者の数の算定方法>

登録者又は利用者（以下「利用者等」という。）の数は、1月間（暦月）の利用者等の数の平均を用いる。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を除して得た数とする。（小数点以下は切り上げ）

(2) 人員基準欠如に該当する場合

事業所の職員の配置数が、人員基準上満たすべき員数を下回っている場合は、下記のとおり介護給付費を減額し算定すること。

また、事業所は、適正なサービスの提供を確保するために、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めること。

市長は、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。当該指導に従わない場合は、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討する。

<常勤換算方法による職員数の算定方法>

暦月ごとに勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとする。（小数点第2位以下切り捨て）

○ 通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる職員

人員基準上必要とされる員数から減少した割合に基づいて、下記のとおり減額した単位数を算定すること。

① 1割を超えて減少した場合

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、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定すること。

② 1割の範囲内で減少した場合

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、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定すること。ただし、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減算の対象外。

○ サテライト型事業所の訪問サービスの提供に当たる職員

以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数の70/100に相当する単位数を算定すること。

① 当該従業者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に満たさない事態が2日以上連続して発生した場合

② 当該従業者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に満たさない事態が4日以上発生した場合

○ 夜間及び深夜の勤務又は宿直勤務を行う職員

以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数の 70/100 に相当する単位数を算定すること。

- ① 当該従業者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に満たさない事態が 2 日以上連続して発生した場合
- ② 当該従業者が勤務すべき時間帯において職員数が人員基準に満たさない事態が 4 日以上発生した場合

○ 保健師、看護師又は准看護師

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、所定単位の 70/100 に相当する単位数を算定すること。ただし、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減算の対象外。

○ 介護支援専門員等

人員基準欠如の翌々月から解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数の 70/100 に相当する単位数を算定する。ただし、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減算の対象外。

<無資格者の配置について>

介護支援専門員（サテライト事業所においては研修修了者）が必要な研修を修了していない場合は、上記と同様の算定方法で、人員基準欠如が発生した翌々月から減額して算定する。

ただし、当該研修の開催状況を踏まえ、研修を修了した職員の離職等により人員基準欠如となる場合は、その事情が判明次第速やかに福岡市に連絡を行い、介護支援専門員等を新たに配置し、かつその職員の配置後直近で実施される研修の申込みを行い、研修の修了が確実に見込まれるときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない。

受講予定の研修を修了しなかった場合は、通常の減算方法に従って、人員基準欠如が発生した翌々月から減算を行うが、研修を修了しなかった理由が当該介護支援専門員等の急な離職等、事業所の責に帰すべき事由以外のやむを得ないものである場合であって、当該離職等の翌々月までに、研修を修了することが確実に見込まれる介護支援専門員等を新たに配置したときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない。

<職員の員数を算定する際に必要な利用者数の算定方法>

当該年度の前年度（毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで）の利用者数の平均を用いる。ただし、新規開設又は再開の場合は推定数を用いる。

この場合、利用者数等の平均は、前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。（小数点第 2 位以下を切り上げ）

全利用者等の延数は、1 日ごとの同時に通りサービスの提供を受けた者（短期利用居宅介護費を算定する者を含む。）の数の最大値を合計したものを指す。

(3) サービス提供が過少である場合

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

＜登録者1人当たりの平均回数の算定方法＞

- ・暦月ごとに、以下の方法に従って回数を算定すること。

通いサービス の回数	+	訪問サービス の回数	+	宿泊サービス の回数	× 7日間
(当該月の日数 × 登録者数) - 控除する日数					

- ・サービスごとの提供回数の算定方法は以下のとおりとする。

- ① 通いサービス：1人の登録者が1日に複数回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する。身体介護に限らず、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも、回数に含めることができる。
訪問サービスには訪問看護サービスも含まれる。
- ③ 宿泊サービス：1泊を1回として算定する。通いサービスに引き続いて行う場合は、それぞれを1回とし、計2回として算定する。

- ・控除する日数の算定方法は以下のとおりとする。

- ① 月の途中で利用の開始又は終了をした場合は、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を控除する。
- ② 入院した場合は、入院日（入院初日及び退院日を除く。）を控除する。

(4) 訪問看護体制減算

訪問看護体制減算の基準に適合する場合、要介護状態区分に応じて、所定単位数から下記の単位数を減算すること。（短期利用居宅介護費を算定する者は減算の対象外。）

(1月につき)	要介護1～3	△ 925 単位
	要介護4	△1、850 単位
	要介護5	△2、914 単位

＜訪問看護体制減算の基準＞

算定日が属する月の前3月において、当該事業所における利用者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。）の総数のうち、下記のいずれにも適合すること。

- ① 主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が30/100未満であること。
- ② 緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が30/100未満であること。
- ③ 特別管理加算を算定した利用者の占める割合が5/100未満であること。

(5) サテライト体制未整備減算

サテライト看多機の本体事業所又はサテライト看多機において、訪問看護体制減算の届出をしている場合は、所定単位数の97/100を算定する。

4 加算について

(1) 特別地域加算

看護小規模多機能型居宅介護費については、厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所が看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算として、1月につき100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

「厚生労働大臣が定める地域」

福岡市西区玄海島、小呂島、早良区旧脇山村

(2) 中山間地域等における看護小規模事業所加算

看護小規模多機能型居宅介護費については、厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域第1号に所在する事業所が看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算として次のとおり加算する。

(a) 看護小規模多機能型居宅介護費（1月につき）

1月につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

(b) 短期利用居宅介護費（1日につき）

1日につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

(3) 初期加算

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日以内の期間については、1日につき30単位を加算する。

30日を超える病院又は診療所への入院後に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、同様とする。

(4) 認知症加算

以下の要件を満たしている場合は、下記のいずれかを加算する。

○ 認知症加算（Ⅰ）

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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対してサービスを行った場合は、1月につき800単位を算定する。

○ 認知症加算（Ⅱ）

要介護状態区分が要介護2である者であって、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（日常生活自立度のランクⅡに該当する者）に対してサービスを行った場合は、1月につき500単位を算定する。

<日常生活自立度の決定方法>

① 医師の判定結果又は主治医意見書を用いる

② 複数の医師の判定結果がある場合は、最も新しいものを用いる

③ 医師の判定がない場合は、認定調査票の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いる

※ 医師の判定結果は、判定した医師名、判定日とともに、居宅サービス計画書又は看護小規模多機能型居宅介護計画書に記載すること。

＜運営指導における不適正事例（認知症加算）＞

- ・ 医師の判定（主治医意見書等）があるにも関わらず、認定調査票に記載されている日常生活自立度を使用したため、誤った区分で算定していた。若しくは算定要件を満たしているにも関わらず算定していなかった。
- ・ 認定更新や区分変更時に主治医意見書等で日常生活自立度を確認していなかったため、区分が変更になっているにも関わらず、誤った区分で算定していた。若しくは算定要件に該当しているにも関わらず算定していなかった。

（５）認知症行動・心理症状緊急対応加算

短期利用居宅介護費について、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定小規模多機能型居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を算定する

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

※利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用を開始した場合に算定することができる。

※医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。

※次に掲げる者が、直接、短期利用を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。

ア 病院又は診療所に入院中の者

イ 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

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

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

※利用開始後8日目以降の短期利用（短期利用居宅介護費）の継続を妨げるものではない。

（6）若年性認知症利用者受入加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た看護小規模多機能型居宅介護事業所において、若年性認知症利用者に対して看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき800単位を加算する。ただし、認知症加算を算定している場合には、算定しない。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

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

（7）栄養アセスメント加算

看護小規模多機能型居宅介護費について、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出た看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行った場合は、1月につき50単位を算定する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

- (a) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- (b) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族等に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。
- (c) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (d) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している看護小規模多機能型居宅介護事業所であること。

〈厚生労働大臣が定める基準〉 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと

- ① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る）医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているものまたは常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。

- ③ 栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。
- イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。
 - ハ イ及びロの結果を当該利用者又は家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。
 - ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。
- ④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。
- ⑤ 厚生労働省への情報の提出についてはL I F Eを用いて行うこと。
- サービスの質の向上を図るため、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）当該決定に基づく支援の提供（Do）当該支援内容の評価（Check）その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（PDCAサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

（8）栄養改善加算

看護小規模多機能型居宅介護費について、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市町村長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき200単位を算定する。

ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

- (a) 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。
- (b) 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥えん下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
- (c) 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
- (d) 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
- (e) 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所であること。

〈厚生労働大臣が定める基準〉定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと

〈加算の基準に関する要件について〉

- ① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る）医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているものまたは常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であつて、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とする。こと。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.（11）の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
 - ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認する。
 - ・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関連する（13）（14）（15）のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む）
 - ・生活機能の低下の問題
 - ・褥瘡に関する問題
 - ・食欲の低下の問題
 - ・閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する（16）（17）のいずれかの項目が「1」に該当する者などを含む）
 - ・認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する（18）（19）（20）のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む）
 - ・うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する（21）から（25）の項目において、2項目以上「1」に該当する者などを含む）
- ④ 栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。
 - イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。
 - ロ 利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画について

は、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

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

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

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

ヘ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとする。

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

(9) 口腔・栄養スクリーニング加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中、6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は、算定しない。

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 5単位

イ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）次のいずれにも適合すること

① 利用開始及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供していること。

② 利用開始及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供していること。

③ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

④ 算定日が属する月が、次のいずれにも該当しないこと。

(一) 栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

(二) 当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

□ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）次のいずれかに適合すること。

① 次のいずれにも適合すること。

(一) イ①及び③に掲げる基準に適合すること

(二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

② 次のいずれにも適合すること。

(一) イ②及び③に掲げる基準に適合すること。

(二) 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は、終了した日の属する月ではないこと。

(三) 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

＜加算の基準に関する要件について＞

① 口腔・栄養スクリーニングの算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきであること。ただし、大臣基準第五十一号の六〔十九号の二〕ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定することができる。

③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ 口腔スクリーニング

(a) 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者

(b) 入れ歯を使っている者

(c) むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

(a) BMIが18.5未満である者

(b) 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚労省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者

(c) 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

(d) 食事摂取量が不良（75%以下）である者

④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

(10) 口腔機能向上加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下、「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。

ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

口腔機能向上加算（Ⅰ） 150単位

口腔機能向上加算（Ⅱ） 160単位

「厚生労働大臣が定める基準」

口腔機能向上加算（Ⅰ）

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

口腔機能向上加算（Ⅱ）

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

＜加算の基準に関する要件について＞

- ① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行なわれるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を 1 名以上配置して行うものであること。
- ③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とする。こと。
 - イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の 3 項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者
 - ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の 3 項目のうち、2 項目以上が「1」に該当する者
 - ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者
- ④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医または主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じること。なお、歯科医療を受診している場合であって、次のイ又はロのいずれかに該当する場合は、算定できない。
 - イ 医療保険において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定している場合
 - ロ 医療保健において歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法を算定していない場合であって、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合
- ⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順で行う。
 - イ 利用者ごとの口腔機能を。利用開始時に把握すること
 - ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した当該計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明しその同意を得ること。
 - ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討しおおむね 3 月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治医、主治の歯科医師に対して情報提供を行うこと
 - ホ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとする
- ⑥ おおむね 3 月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービスの提供を行うことにより口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

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

ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

⑦ 厚生労働省への情報の提出については、LIFEを用いて行うこと

サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成(Plan)当該計画に基づく支援の提供(Do)当該支援内容の評価(Check)その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善(Acton)の一連のサイクル(PDCA サイクル)により、サービスの質の管理を行うこと。

(11) 退院時共同指導加算

病院、診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、当該者の退院又は退所後、当該者に対する初回の訪問看護サービスを行った場合に、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り600単位を加算する。

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

また、退院時共同指導は、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いう。以下同じ）を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。

「厚生労働大臣が定める状態」

次のいずれかに該当する状態

ア 医科診療報酬点数表に掲げる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

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

ウ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

エ 真皮を越える褥瘡の状態

オ 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

(12) 緊急時訪問看護加算

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合（訪問看護サービスを行う場合に限る。）には、当該加算を算定する旨を利用者に説明し、同意を得た場合

に、介護保険の給付対象となる訪問看護サービスを行った日の属する月の所定単位数に1月につき574単位を加算する。

緊急時訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。

※ 当該加算は、区分支給限度額から控除する。

(13) 特別管理加算

看護小規模多機能型居宅介護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、事業所が看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の実施に関する計画的な管理を行った場合は、次に掲げる所定単位数を加算する。

特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。

※ 当該加算は、区分支給限度額から控除する。

○ 特別管理加算（Ⅰ）

次のいずれかに該当する状態にある者に対して看護小規模多機能型居宅介護を行う場合、1月につき500単位を加算する。

＜特別な管理を必要とする状態＞

- ・ 医科診療報酬点数表に掲げる下記のいずれかを受けている状態。
「在宅悪性腫瘍患者指導管理」「在宅気管切開患者指導管理」
- ・ 気管カニューレを使用している状態。
- ・ 留置カテーテルを使用している状態。

○ 特別管理加算（Ⅱ）

次のいずれかに該当する状態にある者に対して看護小規模多機能型居宅介護を行う場合、1月につき250単位を加算する。

＜特別な管理を必要とする状態＞

- ・ 医科診療報酬点数表に掲げる下記のいずれかを受けている状態。
「在宅自己腹膜灌流指導管理」「在宅血液透析指導管理」
「在宅酸素療法指導管理」「在宅中心静脈栄養法指導管理」
「在宅成分栄養経管栄養法指導管理」「在宅自己導尿指導管理」
「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理」「在宅自己疼痛管理指導管理」
「在宅肺高血圧症患者指導管理」
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設定している状態。
- ・ 真皮を越える褥瘡の状態。
- ・ 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。

(14) ターミナルケア加算

在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（*1）以上ターミナルケアを行った場合（*2）は、当該利用者の死亡月につき2,000単位を加算する。

ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。

※ 当該加算は、区分支給限度額から控除する。

＜厚生労働大臣が定める状態＞

下記のいずれかに該当する状態

- イ 「多発性硬化症」「重症筋無力症」「スモン」「筋萎縮性側索硬化症」「脊髄小脳変性症」「ハンチントン病」「進行性筋ジストロフィー症」「パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）」）」「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）」「プリオン病」「亜急性硬化性全脳炎」「ライソゾーム病」「副腎白質ジストロフィー」「脊髄性筋萎縮症」「球脊髄性筋萎縮症」「慢性炎症性脱髄性多発神経炎」「後天性免疫不全症候群」「頸髄損傷」「人工呼吸器を使用している状態」
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問介護が必要であると認める状態。

- *1：死亡日及び死亡日前 14 日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態のいずれかに該当する状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1 日以上。
- *2：ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅又は看護小規模多機能型居宅介護以外の場所で死亡した場合を含む。
- ※ 当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定できない。
- ※ 当該加算は、1 人の利用者に対し、1 か所の事業所に限り算定できる。
 - ・ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録しなければならない。
 - a 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録
 - b 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
 - c 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、cについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上応募すること。
 - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

(15) 看護体制強化加算

次に掲げる基準に適合している事業所が、医療ニーズの高い利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、次に掲げる所定単位数を加算する。

※ 当該加算は、区分支給限度額から控除する。

○ 看護体制強化加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、1月につき3,000単位を加算する。

- ① 算定日が属する月の前3月において、当該事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が80/100以上であること
- ② 算定日が属する月の前3月において、当該事業所における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50/100以上であること
- ③ 算定日が属する月の前3月において、当該事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が20/100以上であること
- ④ 算定日が属する月の前12月において、当該事業所における利用者の総数のうちターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること
- ⑤ 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること

○ 看護体制強化加算（Ⅱ）

上記①～③に掲げる基準の全てに適合している場合には、1月につき2,500単位を加算する。

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

（16）訪問体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、登録者の居宅における生活を継続するためのサービスの提供体制を強化した場合は、訪問体制強化加算として、1月につき1,000単位を加算する。

＜厚生労働大臣が定める基準＞

下記の基準のいずれにも適合していること。

- ① 当該事業所が提供する訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置していること。
- ② 算定日が属する月における提供回数について、当該事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。
- ③ 当該事業所と同一の建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）を併設する場合は、下記の要件をいずれも満たすこと。
 - ・ 登録者の総数のうち、基本報酬として「同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合（P20参照）」を算定する者の占める割合が50/100以上であること。
 - ・ 上記の登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。

※ 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、訪問サービスも行っている常勤の従業者を2名以上配置した場合に算定が可能である。

(17) 総合マネジメント体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、看護小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合は、1月につき1,000単位を加算する。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

- ① 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていること。
- ② 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。
- ③ 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。

(18) 褥瘡マネジメント加算

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月

褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位/月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合は、1月につき所定単位数を加算する。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)

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

褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)

- (1) 上記(1)から(4)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 上記(1)の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生のないこと。

＜加算の基準に関する要件について＞

- ① 褥瘡管理に係る質の向上を図るため多職種の間により、利用者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成(Plan)当該計画に基づく褥瘡管理の実施(Do)当該実施内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し (Action)といったサイクルの構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するもの。
- ② 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）は、原則として要介護3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第七十一号のニイに掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護3以上の利用者全員（褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）を算定する者を除く）に対して算定できる。
- ③ 大臣基準第七十一号のニイ(1)の評価は別紙様式5を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ④ 大臣基準第七十一号のニイ(1)の利用開始時の評価は、大臣基準第七十一号のニイ(1)から(4)までの要件に適合しているものとして市長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出日の属する月の前月において既に利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑤ 大臣基準第七十一号のニイ(1)の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこと。
- ⑥ 大臣基準第七十一号のニイ(2)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、利用者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、利用者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、別紙様式5を用いて作成すること。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に変えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
- ⑦ 大臣基準第七十一号のニイ(3)において、褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。
- ⑧ 大臣基準第七十一号のニイ(4)における褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直し等)があれば直ちに実施すること。その際、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑨ 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）は褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たす事業所において④の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、利用開始日の属する月の翌月以降に別紙様式5を用いて評価を実施し、当該月に別紙様式5に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できる。
- ⑩ 褥瘡管理に当たっては、事業所ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましいものであること。

(19) 排せつ支援加算

排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出て、継続的に利用者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。

〈厚生労働大臣が定める基準〉

○排せつ支援加算(Ⅰ)

- (1) 排せつに介護を要する利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (2) (1)の評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
- (3) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに支援計画を見直していること。

○排せつ支援加算(Ⅱ)

- (1) 上記(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - (一) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
 - (二) (1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、おむつ使用ありから使用なしに改善したこと。

○排せつ支援加算(Ⅲ)

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

〈加算の基準に関する要件について〉

- ① 排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、利用者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成(Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施(Do)、当該支援内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し(Action)といったサイクルの構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に算定する。
- ② 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として要介護3以上の利用者全員を対象として、利用者ごとに大臣基準第七十一号の三に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要

介護3以上の利用者全員（排せつ支援加算（Ⅱ）（Ⅲ）を算定する者を除く）に対して算定できる。

- ③ 本加算は、全ての利用者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、利用開始時と比較して排せつの状態が改善すること評価するもの。したがって、例えば、利用開始時において、利用者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ④ 大臣基準第七十一号の三イ（1）の評価は、別紙様式6を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込みについて実施する。
- ⑤ 大臣基準第七十一号の三イ（1）の利用開始時の評価は、大臣基準第七十一号の三イ（1）から（3）までの要件に適合しているものとして市長に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出日の属する月の前月以前からすでに利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。
- ⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談すること。
- ⑦ 大臣基準第七十一号の三イ（1）の評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこと。

※ただし、経過措置として、令和3年度中にL I F Eを用いた情報の提出を開始する予定の事業所については、令和3年度末までに算定月における全ての利用者に係る評価結果等を提出することを前提とした、評価結果等の提出に係る計画を策定することで、当該月にL I F Eを用いた情報提出を行っていない場合も、算定を認めることとする。

- ⑧ 大臣基準第七十一号の三イ（2）の「排せつに介護を要する利用者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成30年度4月改訂）」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。
- ⑨ 大臣基準第七十一号の三のイ（2）の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用に係る状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつの使用有から無しに改善することが見込まれることをいう。
- ⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式6の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計

画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

- ⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の利用者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないように留意する。また、支援において利用者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつ状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑬ 大臣基準第七十一号の三イ(3)における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題(排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等)があれば直ちに実施すること。

その際、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

- ⑭ 排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす事業所において、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつの使用有から無しに改善した場合に、算定できる。
- ⑮ 排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化が無く、かつ、おむつ使用有から無しに改善した場合に算定できる。
- ⑯ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用している利用者に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできない

(20) 科学的介護推進体制加算 40単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数に加算する。

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

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

(21) サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、登録者に対し、看護小規模多機能型居宅介護を行った場合に当該基準に掲げる区分に従い、所定単位数を加算する。

○ 看護小規模多機能型居宅介護費を算定している登録者

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1月につき 750 単位
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1月につき 640 単位
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1月につき 350 単位

○ 短期利用居宅介護費を算定している利用者

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき 25 単位
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき 21 単位
・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき 12 単位

<厚生労働大臣が定める基準>

○ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 当該事業所の全ての看護小規模多機能型居宅介護従業者に対し、当該従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は看護小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的を開催していること。
- ③ 次のいずれかに適合すること
 - （一）当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70/100以上であること。
 - （二）当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が25/100以上であること。
- ④ 利用定員、人員基準に適合していること。

○ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 「加算（Ⅰ）イ」の①②④に該当すること。
- ② 当該事業所の従業者の総数のうち、（保健師、看護師又は准看護師を除く）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50/100以上であること。

○ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 「加算（Ⅰ）イ」の①②④に該当すること。
- ② 次のいずれかに適合すること。
 - （一）当該事業所の従業者の総数のうち、（保健師、看護師又は准看護師を除く）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40/100以上であること。
 - （二）当該事業所の従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が60/100以上であること。
 - （三）当該事業所の従業者の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が30/100以上であること。

＜加算の基準に関する要件について＞

① 研修について

当該事業所におけるサービス従業者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定すること。

② 会議の開催について

この会議は、当該事業所の従業員の全てが参加するものであること。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することも可能。

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

会議の開催については、以下の内容に要件も必要となるため留意すること。

(i) 会議の開催状況については、その概要を記録すること。

(ii) 「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されていること。

(iii) 「利用者に関する情報」「サービスの提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも下記の事項について、その変化の動向を含め、記載すること。

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

③ 職員の割合の算出方法

(i) 常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いること。

(ii) 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いること。

したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となる。

(iii) 前年度の実績が6月に満たない事業所で、(ii)にもとづき職員の割合を算出した場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持すること。

また、その割合は毎月記録し、所定の割合を下回った場合については、直ちに変更の届出を提出すること。

(iv) 介護福祉士については、各月の前月末日時点で資格を取得している者とする
こと。

④ 勤続年数について

各月の前月の末日時点における勤続年数とすること。

勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経

営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

(22) 介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算

令和5年度地域密着型サービス事業所集団指導資料（共通編）68頁参照。

(23) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

当該事業所が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数の5/100に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※ 当該加算は、区分支給限度額から控除する。

＜別に厚生労働大臣が定める地域＞

離島振興対策実施地域／奄美群島／豪雪地帯及び特別豪雪地帯／辺地／
振興山村／小笠原諸島／半島振興対策実施地域／特定農山村地域／過疎地域／
沖縄振興特別措置法に規定する離島

(24) 介護職員等ベースアップ等支援加算

令和5年度地域密着型サービス事業所集団指導資料（共通編）68頁参照。

2 居宅介護支援の具体的取組方針

1 具体的取組方針

指定居宅介護支援の具体的取組方針は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

2 基本的留意点

利用者及びその家族の主體的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。このためには、利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は居宅介護支援を懇切丁寧にを行うことを旨とし、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を行うことが肝要である。

3 継続的かつ計画的な居宅サービス等の利用

- ・ 利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うために、利用者の心身又は家族の状況等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されるようにすること。
- ・ 支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長してはならない。

4 総合的な居宅サービス計画の作成

- ・ 利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成すること。
- ・ 居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外のサービスなども含めて、居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めること。
(例)・市の保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス
 - ・ 老人介護支援センターにおける相談援助
 - ・ 市の一般施策（おむつサービス、寝具洗濯乾燥消毒サービス等）
 - ・ 地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス
 - ・ 精神科訪問看護等の医療サービス
 - ・ はり師、きゅう師による施術
 - ・ 保健師、看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師による機能訓練
- ・ 利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。

5 利用者自身によるサービスの選択

- ・ 介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本にこれを支援すること。
- ・ 利用者によるサービスの選択に資するよう、当該利用者が居住する地域の居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に

対して提供すること。

- 利用者から居宅サービス計画案の作成にあたり複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。
- 特定の居宅サービス事業者に不当に偏した情報の提供することや、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居宅サービス計画原案を最初から提示することを行ってはならない。
- 例えば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とするようなことはあってはならないが、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居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

6 課題分析の実施

- 課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。
- 介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いること。

7 課題分析における留意点

- 解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うこと。
- 介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ること。
- アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

8 居宅サービス計画原案の作成

- 利用者の希望及びアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについての長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、達成時期には計画等の評価を行うこと。

- 提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別サービス行為を意味するものではないことに留意すること。

9 サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

- 効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者や家族、居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ること。
- やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができる。しかし、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにすること。
- やむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勧告して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合等が想定される。
- 末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、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から、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。
- サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録は完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

10 居宅サービス計画の説明及び同意

作成された居宅サービス計画の原案についても、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書によって利用者の同意を得ること。

11 居宅サービス計画の交付

- 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付すること。
- 担当者に交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画（以下「個別サービス計画」という。）における位置付けを理解できるように配慮す

ること。

12 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

- 担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画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こと。
- 上記の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。

13 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

- 居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うこと。
- 解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連絡を図り、解決すべき課題に変化が認められた場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めること。
- 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、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師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。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、
 - 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
 - 使いき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
 - 皮膚が乾燥や湿疹等がある
 - 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

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、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する。なお、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に留意すること。

14 モニタリングの実施

- モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこと。

- 特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- 特段の事情とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指す。当該特段の事情がある場合については、具体的な内容を記録しておくこと。
- モニタリングの結果の記録は完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

15 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

- 次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めること。
ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。
 - (i) 要介護認定を受けている利用者が、要介護更新認定を受けた場合
 - (ii) 要介護認定を受けている利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。
- サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録は、完結の日から5年間保存すること。（※福岡市独自基準）

16 居宅サービス計画の変更

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、3から12までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が3から12までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。

ただし、この場合においても介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、13に規定したとおりであるので念のため申し添える。

17 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供

適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うこと。

18 介護保険施設との連携

介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の

援助を行うこと。

19 主治の医師等の意見等

- 医療サービス（訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導）を居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師又は歯科医師等の指示があることを確認すること。
- 利用者が上記の医療サービスを希望している場合、その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て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居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」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に留意すること。

20 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

- 居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与する場合には、その理由を居宅サービス計画に記載すること。
- 居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載すること。

21 地域ケア会議への協力

地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めること。

介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスをまとめたものです。常に介護保険の最新情報を確認していただくとともに、日頃の業務で疑問が生じた場合等にご活用ください。

(1) 厚生労働省 令和3年度介護報酬改定について

令和3年度介護報酬改定に伴うQ&Aを含む。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.htm

!

(2) 厚生労働省 介護保険最新情報

厚生労働省が発出している介護保険の最新情報

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kouresha/index_00010.html

(3) 介護サービス関係Q&A

介護サービス関係のQ&AをPDF又はエクセルファイルで閲覧可能

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

(4) WAMNET 介護サービス関係Q&A一覧

介護サービス関係Q&Aの内容を検索できるページ

<https://www.wam.go.jp/wamappl/kaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=00&kc=0&pc=1>

(5) 「医療保険と介護保険に給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000613583.pdf>

※ 検索サイトで「保医発 0327 第3号」で検索すると閲覧できます。

平成19年5月1日 福岡市保健福祉局事業者指導課長通知

改正 平成20年7月22日 福岡市保健福祉局監査指導課長通知

改正 平成23年4月1日 福岡市保健福祉局高齢者施策推進課長通知

改正 平成24年4月1日 福岡市保健福祉局高齢者施設支援課長通知

軽度者等の福祉用具貸与費に係る本市の取扱いについて

軽度者（要支援1，2及び要介護1の者をいう。ただし，自動排泄処理装置については，要支援1，2及び要介護1，2，3の者をいう。）の，（介護予防）福祉用具貸与サービスの例外給付に対する本市の確認については，当該利用者を担当する居宅介護支援事業者，介護予防支援事業者及び（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者からの確認依頼によるものとし，その実務については以下のとおりとする。

1 市の確認を必要とするもの

例外給付対象の福祉用具貸与に関して，認定調査票の基本調査の結果を用いて判断し，給付の対象とならなかった事例に関して，医師の医学的な所見に基づき判断され，かつ，サービス担当者会議を通じた適正なケアマネジメントにより福祉用具貸与が必要であると判断される場合。

車いす（付属品含む）で，「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」，移動用リフト（つり具部分除く）で，「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については，適切なケアマネジメントにより必要性が位置付けられれば，本市への確認依頼は必要ありません（「7 車いす（付属品含む）と移動用リフト（つり具部分除く）について」参照）。

2 確認依頼の方法

確認依頼は，以下に掲げる書類等を提出すること。なお，必要に応じて別に書類等の提出を求める場合がある。

- (1) 確認依頼書（本市所定の様式）
- (2) 利用者の（介護予防）ケアプランで，対象福祉用具が必要であると判断した記録の部分の写し（福祉用具貸与サービスの必要性を記載しているサービス担当者会議の記録等）

3 確認依頼書の記載者

利用者を担当する居宅介護支援事業者，介護予防支援事業者及び（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者が記載すること。

なお，要支援1，2の者に係る確認依頼書について，介護予防ケアマネジメントの一部を受託している居宅介護支援事業者の記載は認められない。

（介護予防）ケアプランを自己作成している利用者については，当該利用者が記載すること。

4 提出先

提出先は，利用者の介護保険被保険者証上の住所地である，区福祉・介護保険課とする。

5 注意事項

- (1) 確認依頼書は、福祉用具貸与サービスの利用前までに提出することを必要とする。

なお、確認依頼書の提出によって本市が確認した福祉用具貸与費は、サービス利用日（確認依頼書の提出が利用日より遅れた場合は、受付日）より給付されるものとする。

新規申請時、暫定（介護予防）ケアプラン作成時等も、同様の取扱いとする。

- (2) 確認依頼書等の提出がなく、本市でサービスの必要性が確認されないまま福祉用具貸与サービスが実施されたものや、確認書類等の内容が不十分であるものは、原則として福祉用具貸与費は算定できない。

そのため、確認依頼書等の提出を行うことなく、既に算定した福祉用具貸与費については、福祉用具貸与事業者と協議の上、返還を行う必要がある。なお、これにより生じた福祉用具貸与事業者の損失については、居宅介護支援事業者、介護予防事業者、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者、（介護予防）福祉用具貸与事業者が、その過失割合に応じて負担すべきものであり、決して利用者、その家族等へ負担を求めてはならない。

- (3) 確認依頼書等の提出により、本市が「給付対象」と判断した場合であっても、当該給付が継続的に認められるものではない。

居宅介護支援担当者及び介護予防支援担当者は、居宅介護支援及び介護予防支援の指定基準「福祉用具の必要性の検証を必要に応じ随時行う」ことを踏まえ、サービスの継続及び利用する福祉用具が利用者にとって適切なものかなど、随時ケアプランの見直しを行わなければならない。

その際は、居宅介護支援担当者及び介護予防支援担当者において、定期的にサービスと給付の適正化が図られるよう努めること。

- (4) 1人の利用者が複数の福祉用具の種目（車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、体位変換器等）を利用する場合において、当該福祉用具を必要とする医師の医学的な所見が福祉用具の種目ごとに異なる内容であれば、その福祉用具の種目ごとに確認依頼書を作成し、提出すること。

逆に、例えば、車いすと特殊寝台の貸与に当たって、医師の医学的な所見が同じであれば、1つの確認依頼書に記載しても構わない。

- (5) 車いす本体、特殊寝台本体を所有しているなどして、付属品のみを利用する場合も、確認依頼書の提出が必要である。

- (6) 末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実と見込まれる者についても、確認依頼書を作成し、提出することが必要である。

ただし、既に末期がん等のターミナルの状態の診断は出ており、緊急に福祉用具を利用する必要が生じた場合にあつて、直接、主治医に福祉用具の利用の可否の所見を聴く時間的余裕がないときは、看護師等の医療関係者から間接的であっても主治医の所見が確認できればよいものとする。また、サービス担当者会議の実施に当たっても、関係者への意見照会でもよいものとする。

(7) 確認依頼書等の提出により、本市が「給付対象」と判断した場合であっても、後日立ち入り調査等によって、当該利用者のケアプラン等の記録が不十分または利用する福祉用具が利用者にとって適切ではないと判断される場合は、サービスの見直しを求める場合がある。

居宅介護支援担当者及び介護予防支援担当者は、福祉用具の品目を選定する際は、利用者にとって自立支援に適したものとすること。(不適正な例：利用者にとっては身体状況から見てモーターが少ない特殊ベッドで構わないものの、モーター数が多い特殊ベッドを貸与させているなど。)

6 医師の医学的な所見について

(1) 確認依頼書の「4 必要である身体状況」の「概要」欄は、居宅介護支援担当者または介護予防支援担当者が、主治医意見書のほか医師の診断書や医師から聴取した所見を基に記載すること。

医師の医学的な所見を確認するにあたっては、居宅介護支援担当者または介護予防支援担当者は、記載事項の確認にとどまるのではなく、対象福祉用具が必要となる利用者の状態が明らかとなるように、医師など関係者から必要な情報を得ること。

(2) 医師の医学的な所見は、原則として確認依頼書等の提出の際に、必ず記載すること。

(3) 福祉用具の貸与の必要性については、サービス担当者会議の中で、医師の医学的な所見も考慮した上で判断を行うことから、医師の医学的な所見の確認年月日は、サービス担当者会議開催日以前でなければならない。

7 車いす（付属品含む）と移動用リフト（つり具部分除く）について

車いす（付属品含む）と移動用リフト（つり具部分除く）については、基本調査項目のみで貸与の可否が判断されないものがあるが、この場合の取扱いは以下のとおりとする。

(1) 電動車いす（付属品含む）を「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に対して貸与する場合、移動用リフト（つり具部分除く）を「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に貸与する場合は、別添の取扱い方針を踏まえた上で、適切なケアマネジメントにより、居宅介護支援担当者または介護予防支援担当者がその可否を判断し、その必要性が認められれば、確認依頼書の提出は不要である。

※ 別添の取扱い方針

「介護サービス・介護報酬に係る福岡市の考え方・方針～要支援1、2及び要介護1利用者の福祉用具貸与費（車いすと移動用リフト）の算定可否について」

(2) 自走用・介助用車いす（付属品含む）を「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に対して貸与する場合は、上記の取扱い方針の適用はなく、居宅介護支援担当者または介護予防支援担当者が、適切なケアマネジメントによりその可否を判断し、その必要性が認められれば、確認依頼書の提出は不要である。

8 再提出について

以下においては、継続して福祉用具貸与の利用が必要と判断された場合は、確認書の再提出が行うこと。

認定の更新、区分変更に伴う再提出については、確認依頼書上部の「更新」、「区変」に○をつけること（それ以外の場合は不要。）。

また、介護予防支援事業所、居宅介護支援事業所、（介護予防）小規模多機能型居宅介護支援事業所自体に変更はなく、担当する介護支援専門員が交代するにすぎない場合は、確認書の再提出は不要である。

(1) 認定の更新・区分変更等に伴って、要介護・要支援の認定有効期間に変更があった場合

要支援から要介護1、要介護1から要支援の変更だけでなく、要支援1から要支援2、要支援2から要支援1のように、要支援区分内での変更に伴って、認定有効期間が変更になった場合も含まれます。

(2) 認定の更新・区分変更等により、要介護から要支援へ、要支援から要介護へ変更となり、担当する居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所が変更になった場合

(3) 転居、契約解除等により、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所が変更になった場合

(4) 貸与を受ける福祉用具の種目を変更、追加する場合（例えば、車いすを特殊寝台に変更したり、追加したりする場合）

なお、種目の変更を伴わない場合（例えば、既に確認依頼書を提出し、例外給付が認められている電動車いすについて、製品Aから製品Bに変更する場合等）については、再度の確認依頼書の提出は不要である。

9 暫定ケアプラン作成時の取扱いについて

認定の更新・区分変更申請中であって、要支援・要介護いずれの認定が下りるか判断が難しい場合は、以下の方法により対応すること。

- ・確認依頼書の「1 提出事業者」について、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所の双方の名称等を記載して、提出しておくこと。
- ・認定が下りた後、どちらが担当となるか、速やかに、区へ連絡すること。（区への連絡が済んだ後に、確認の手続を進めることになるため、必ず連絡すること。）

10 その他

①認定有効期間の満了日直前（概ね10日程度）に、または満了日を過ぎて、かつ②要介護（要支援）状態区分の2区分以上の変更という予想外の結果が出た場合にあって、更新後の認定有効期間の開始日まで確認依頼書の提出が間に合わないときは、速やかに区へ連絡し、事後の処理方法について相談すること。

11 その他

「福祉用具貸与サービス利用（例外給付）確認依頼書」は、福岡市ホームページからダウンロードできる。

【掲載場所】

福岡市HPトップ > 高齢・介護 > 事業者の方へ > 福岡市の介護報酬算定等に係る考え方・方針について

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/sesakusuishin/life/kaigohousyuunokangaekata.html>

介護サービス・介護報酬に係る福岡市の考え方・方針

年月日	平成18年 5月19日	サービス種別	福祉用具貸与
標 題	要支援1、2及び要介護1利用者の福祉用具貸与費（車いすと移動用リフト）の算定可否について		
趣 旨	<p>要支援1、2については、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」及びその表の定めるところにより、要介護1については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年老企第36号）及びその表の定めるところにより、福祉用具貸与費の要否を判断することとなっているが、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成11年厚生省告示第91号）別表第1の認定調査票のうち該当する基本調査結果がないものについて、以下のとおり本市の判断基準を定めるもの。</p>		
考え方・方針の整理に至った背景等	本事例に関する問い合わせが多く、介護給付適正化の視点から整理が必要であること		
考え方・方針	<p>1 車いす（電動車いす）</p> <p>表「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」の判断について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 判断基準 <p>基本調査2-5「(歩行について) 2. 何かにつかまればできる」との結果の者で、かつ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のもとで次のいずれにも該当すると判断した者。なお、判断に至った記録を行っておくこと。</p> <p>ア 車いす（電動車いす）の利用により、買い物や通院などを利用者自身で行うことができるようになり、行えるようになった外出行為に対して訪問介護（外出介助）の利用が不要となること</p> <p>イ 車いす（電動車いす）が、単なる気分転換や閉じこもり防止の目的ではなく、利用者自身が日常生活を営む目的（利用者が行う仕事上の利用は除く。）で利用されること</p> <p>2 移動用リフト</p> <p>表「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」の判断について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 判断基準 <p>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のもとで、利用者自身の自力での移動ができない程度の段差等がありその居宅において日常生活を営む上で必要であると判断した者。なお、判断に至った記録を行っておくこと。</p> 		
関係法令等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について第二11（2） ・ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について第二9（2） 		

補足事項

1 車いす（電動車いす）について

判断基準で示す対象車いすは、電動車いすのみとする。

判断基準アに関する点

「訪問介護（外出介助）の利用が不要となること」は「訪問介護（外出介助）の利用が減ること。」も含む。

「現在電動車いすを利用している者であって、電動車いすを外すことにより訪問介護（外出介助）の利用が必要になること」もアに準ずるものとする。

別に電動車いすの利用が必要であると考えられる者がいる場合は、ケアマネジャーは、本市担当者に当該利用者の状況等を説明し、必要に応じてケアプランを提出するなどしてその必要性を協議すること。

2 移動用リフトについて

判断基準の対象となる移動用リフトは、段差の解消を目的とする移動用リフトに限る。

福祉用具貸与サービス利用(例外給付)確認依頼書 (更新・区変)

(要支援1・2、要介護1、要介護2、3(自動排泄処理装置)認定者用)

(あて先) 区長

次のとおり福祉用具貸与サービスの利用が必要と認められるので、関係書類を添えて提出します。

提出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

1 提出 事業者	事業所番号 及び事業所名称	(事業所番号 40)					
	担当者名						
	事業所所在地 及び連絡先	〒 — 区		電話番号 ()	FAX番号 ()		
2 利用 者	(ふりがな) 氏名				被保険者 番号		
	住所 及び連絡先	〒 — 区		電話番号 ()			
	要支援(介護) 状態区分	要介護 [1、(2、3)]	認定有 効期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日	
3 福祉 用具	種類 (該当する福祉用具を囲んでください。)	① 車いす(付属品含む) ② 特殊寝台(付属品含む) ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 認知症老人徘徊感知器 ⑥ 移動用リフト(つり具部分除く) ⑦ 自動排泄処理装置:便と尿を吸引する機能のもの(交換可能部分を除く)					
	利用開始年月日	令和 年 月 日					
※ 「4 必要である身体状況」は、主治医と協議した内容を提出者が記載してください							
4 必要 である 身体 状況	利用者に該当する番号を囲み、右側に主治医の所見に基づく概要を記載する。	1 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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる 3 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対象福祉用具が必要な状態に該当する			概要(主治医の所見に基づく利用者の身体状況を記載してください。)		
	対象福祉用具が必要と認められる疾病名その他原因						
	上記内容を確認した年月日、医療機関の名称、所在地等	(確認年月日) 令和 年 月 日 〒 — 区 (医療機関名) (主治医名)	(医師の診療科目)				
5	対象福祉用具に係るサービス担当者会議の実施年月日	令和 年 月 日					

※ 太枠内を記載してください。

上記の確認依頼による福祉用具に対して、確認依頼書及び添付書類を審査した結果、介護(予防)給付の対象の可否について、下のとおり通知します。 令和 年 月 日 区長	受付印
対象期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	給付対象 給付対象外

福祉用具貸与サービス利用(例外給付)確認依頼書 (更新・区変)

(要支援1・2、要介護1、要介護2、3(自動排泄処理装置))認定者用)

(あて先) ○○ 区長

次のとおり福祉用具貸与サービスの利用が必要と認められるので、関係書類を添えて提出します。

提出年月日 令和 ○年 ○月 △日

1 提出 事業者	事業所番号 及び事業所名称	(事業所番号 4000000000) ○○ケアプランセンター				
	担当者名	○○ △				
	事業所所在地 及び連絡先	〒800—**** ○○区 *****○—△—○○ 電話番号 ***** FAX番号 *****				
2 利用 者	(ふりがな) 氏名	△△ ○○○○ ****	被保険者 番号	* * * * * * * * * *		
	住所 及び連絡先	〒800—**** ○○区 *****○—△—○○ 電話番号 *****				
	要支援(介護) 状態区分	要介護 [1、(2、3)] 要支援 [1、2] ・ 申請中	認定有 効期間	令和○年 ○月 ○日 ～ 令和○年 ○月 ○日		
3 福祉 用具	種類 (該当する福祉用具を囲 んでください。)	① 車いす(付属品含む) ② 特殊寝台(付属品含む) ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 認知症老人徘徊感知器 ⑥ 移動用リフト(つり具部分除く) ⑦ 自動排泄処理装置: <u>便と尿を吸引する機能のもの</u> (交換可能部分を除く)				
	利用開始年月日	令和 ○年 ○月 ○日				
※ 「4 必要である身体状況」は、主治医と協議した内容を提出者が記載してください						
4 必要 である 身体 状況	利用者に該当する番号 を囲み、右側に主治医の 所見に基づく概要を記載 する。	1 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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる 3 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対象福祉用具が必要な状態に該当する		概要(主治医の所見に基づく利用者の身体状況を記載してください。) *****病の進行により、急速に身体状況が悪化しており、日常生活を送っていく上で、起き上がりの補助機能がある特殊ベッドの利用が必要である。		
	対象福祉用具が必要と認められる 疾病名その他原因	*****病				
	上記内容を確認した年月日、 医療機関の名称、所在地等	(確認年月日) 令和○年 ○月 ○日 〒***—**** ** 区*****—○—○—○ (医療機関名) ***** (主治医名) **** (医師の診療科目) ****科				
5	対象福祉用具に係るサービス 担当者会議の実施年月日	令和 ○年 ○月 ○日				

※ 太枠内を記載してください。

上記の確認依頼による福祉用具に対して、確認依頼書及び添付書類を審査した結果、介護(予防)給付の対象の可否について、下のとおり通知します。 令和 年 月 日 区長	受付印 この日付から保険給付の対象となります。
給付対象 対象期間: 令和 年 月 日～令和 年 月 日	給付対象外

* 赤字部分は必ず記載されていることを確認してください。※要支援(介護)状態区分が申請中の場合、認定有効期間は記入しないでください。なお、申請中でも要件を満たしている場合は、給付対象として、受付けます。

表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1-7 「3. できない」 —
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」 基本調査 1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2～基本調査 3-7 のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8～基本調査 4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査 2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査 1-8 「3. できない」 基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —
カ 自動排泄処理 装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」 基本調査 2-1 「4. 全介助」

軽度者の福祉用具貸与費の取扱いについて

・車いす(付属品含む)、・特殊寝台(付属品含む)、・床ずれ防止用具、・体位変換器、・認知症老人徘徊感知機器、・移動用リフト(つり具部分除く)、・自動排泄処理装置:便と尿とを吸引するもの(交換可能部分を除く)の場合

・手すり、・スロープ、・歩行器、
・歩行補助杖、
・自動排泄処理装置:尿のみを吸引するもの
の場合

厚生労働大臣が定める者で、所定の認定調査の結果に該当するか(別紙の表の認定調査のデータがあるか)昇降座椅子については※イ参照

該当しない

該当する

右のア、イ、ウ以外の場合、下記の1、2を双方満たしているか。

- 1 (i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日、時間帯によって頻繁に対象福祉用具が必要な状態
(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、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態
(例 がん末期の急速な状態変化)
 - (iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性、症状の重篤化の回避等医学的判断から対象福祉用具が必要な状態
(例 ぜんそく発作による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
- 上記のいずれかに該当する旨の主治医の所見がある
- 2 サービス担当者会議で必要性が認められている

ア 「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に対して、**電動車いす(付属品含む)**を貸与する場合

イ 「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に対して**移動用リフト(つり具部分除く)**を貸与する場合

※ ア、イについては、別紙「介護サービス・介護報酬に係る福岡市の考え方・方針(平成18年5月19日)」を踏まえて、適切なケアマネジメントに基づいて判断すること。

※ イ、移動用リフトのうち「昇降座椅子」については、「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」に該当するかで判断し、該当しない場合は、左枠内「ア・イ・ウ以外の場合」を参照すること。
(福祉用具貸与に関するQ&A (平成19年3月30日))

ウ 「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に対して、**自走用・介助用車いす(付属品含む)**を貸与する場合

※ ウについては、適切なケアマネジメントに基づいて判断すること。

満たさない

満たす

確認依頼書により、市の確認を受けているか。

受けていない

受けている

サービス担当者会議で必要性が認められれば、貸与可

保険給付の対象外

保険給付の対象

ライフサポートプラン①

作成日： 年 月 日

利用者名： 殿	生年月日： 年 月 日	住所：					
事業所名：		(計画作成担当者：)					
認定日： 年 月 日	認定の有効期間：	年 月 日～	年 月 日	要介護状態区分：			
審査会の意見：							
本人の望む暮らしの意向：							
当面の具体的な目標：(活動・参加の目標)							
(心身機能の目標)							
目標を達成するための課題	目標を達成するための具体的な役割と内容 等						
	本人	家族・介護者	地域, 医療, その他	事業所	期間	場所	備考
他の介護保険サービスの必要と 具体的課題							
確認欄		年 月 日	氏名			代筆 (続柄)	

様式4

(氏名：)

ライフサポートプラン②

作成日： 年 月 日 (次回見直し時期： 年 月)

時 間	私の暮らしの流れ	暮らしの中でのこだわり		暮らしの中で私が必要としていること		本人がすること、周囲が支援すること			
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	したいこと (ニーズ)	できること	できないこと	内 容	場 所	物 品	関わる人
05:00									
06:00									
07:00									
08:00									
09:00									
10:00									
11:00									
12:00									
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									
20:00									
21:00									
22:00									
23:00									
24:00 ~04:00									

日々以外の事柄		確認欄	氏名	年 月 日
			代筆	(続柄)

ライフサポートプランカンファレンス用紙

利用者氏名			日 付	年	月	日	
参加者						合計	名
本人の望む暮らしの意向							
内 容 (各自から出された 主な意見)	本 人	家族・介護者	地域、医療、その他				
考 察 (みんなで話し合っ て考えたこと)							
確認事項 (合意点、相違点、 新たな課題)							
			計画作成担当者				

情報共有総合記録シート(旧:生活と身体状況記録表)

平成 年 月 日 氏名 様 要介護度() 体重 kg(年 月 日現在) 服薬 朝 昼 晩 食後・食前

本人の目標		/ (日)		/ (月)		/ (火)		/ (水)		/ (木)		/ (金)		/ (土)		
体温	脈	°C	%	°C	%	°C	%	°C	%	°C	%	°C	%	°C	%	
服薬状況	・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就		・朝・昼・夕・就	
食事状況	朝	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	
	昼															
	間															
	夕															

食事の形態 普通食・きざみ食・ミキサー食・ゼリー食 補助食品 食事時の器具 食事時の注意点 姿勢等

排泄	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠	便	尿	水分	場	睡眠
A=普通便	7																								
B=軟便	8																								
C=水様便	9																								
D=硬便	10																								
□=付着	11																								
△=少量	12																								
○=普通量	13																								
◎=多量	14																								
●=失禁更衣	15																								
T=トイレ	16																								
P=ポータブル	17																								
パ=パッド、	18																								
紙パンツ	19																								
N=尿器	20																								
水分(量)	21																								
お茶、ジュース、	22																								
牛乳、ココア等	23																								
入浴	24																								
入浴・体調不良	1																								
辞退・清拭	2																								
場所	3																								
自宅・施設・	4																								
病院等	5																								
睡眠時間	6																								
合計																									

本人の心情	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

区分	年 月 日(日)	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
事業所等記入欄 (気づき・変化・変)	家族から等						
	身体状況・医療面						
	備考						

※記録者は名前を必ず記入すること。 ※記入内容の事柄について、それが起きた時間を記入する。

他職種連携やご指示などがあれば ご記入下さい	
------------------------	--

【軒下マップ】

作成日： 年 月 日

追記日： 年 月 日

氏名：

本人の望む長期的展望：

個々の目標：

当面の具体的な目標（ニーズ）：

資源(名前)	本人との役割	資源(名前)	本人との役割

福岡市 福祉局 高齢社会部
事業者指導課 在宅指導係

〒810-8620

福岡市中央区天神1丁目8-1

電 話：092-711-4257

F A X：092-726-3328

E-mail：kyotaku@city.fukuoka.lg.jp