

令和8年度

## 集 団 指 導 資 料

小規模多機能型居宅介護事業  
介護予防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   | 小規模多機能型居宅介護事業に関する事項           |    |
| I   | 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                      | 4  |
| IV  | 運営に関する基準                      | 7  |
| V   | 報酬に関する基準                      | 28 |
| 2   | 居宅介護支援の具体的取組方針                | 48 |
| 3   | 介護予防小規模多機能型居宅介護事業に関する事項       | 54 |
| 4   | 介護予防支援の具体的取組方針                | 57 |
| 5   | 軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与費の算定について | 58 |
| *   | ライフサポートプラン                    | 64 |

# 1 小規模多機能型居宅介護事業に関する事項

## I 小規模多機能型居宅介護事業とは

### 【定義】

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又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、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」）を修了している者であること。ただし、代表者の変更の届出を行う場合については、代表者交代時に「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していない場合、代表者交代の半年後又は次回の当該研修日程のいずれか早い日までに当該研修を修了することで差し支えない。

### 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又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」）を修了している者であること。

※ 「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、管理上支障がない場合は、以下の職務に従事することができる。

- ① 当該事業所の他の職務
- ② 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務（当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も当該小規模多機能型居宅介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設などの管理者または従業者としての職務に従事する場合）
- ③ 当該事業所のサテライト型小規模多機能型居宅介護の管理者業務

### □ 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すが、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の検討を行ってください。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、事故の無いようにご注意ください。

## 3-1 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、事業所全体としては、以下の者の配置が必要。

- ① 介護従業者のうち1以上の者は、常勤であること。
- ② 介護従業者のうち1以上の者は、看護師又は准看護師であること。  
（常勤・非常勤は問わない。）

## 【員数】

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）の提供に当たる者を、その利用者の数が３又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で１以上。
- 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）の提供に当たる者を、常勤換算方法で１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。

#### ※ 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、宿直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。

### （３）併設施設との従業者の行き来

小規模多機能型居宅介護事業所に下記のいずれかの施設等が併設されている場合において、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、小規模多機能型居宅介護従業者は、当該併設事業所の職務に従事することができる。

- ・ 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
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 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

## 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」）を修了した者であること。

※ 「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、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院の職務

## 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。
- 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。

#### (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。ただし、下記①及び②については、

平成 25 年 4 月 1 日に現に存在する事業所（増築又は全面改築された部分は除く。）については、適用しない。

- 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

---

サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所（以下「サテライト事業所」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 小規模多機能型居宅介護事業者は、介護保険法に規定する事業その他の保健医療又は福祉に関する事業について 3 年以上の実績を有すること
- ② 本体事業所について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 登録者数が定められた登録定員の 100 分の 70 を超えたことがあること
- ③ サテライト事業所は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次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事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね 20 分以内の近距離であること
  - b 1 の本体事業所に係るサテライト事業所の数は 2 箇所までとすること

### 【人員基準】

- （１）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常勤換算方法で1以上。

ただし、本体事業所の職員により当該サテライト事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、1名以上とすることができる。

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、本体事業所において宿直勤務を行う小規模多機能型居宅介護従事者より当該サテライト事業所の登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、宿直勤務を行う従業者を置かないことができる。

※ 訪問サービスの提供について

本体事業所とサテライト事業所における訪問サービスは一体的に提供することが可能であり、本体事業所の従業者はサテライト事業所の登録者に対し、サテライト事業所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事業所の登録者に対して、それぞれ訪問サービスを提供することができる。

※ 宿泊サービスの提供について

サテライト事業所の登録者の処遇に支障がない場合は、本体事業所において宿泊サービスを提供することができるが、本体事業所においてサテライト事業所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事業所の宿泊サービスを受けることはできない。

③ 看護師又は准看護師

- ・ 介護従業者のうち1以上の者は、看護師又は准看護師であること。

ただし、本体事業所の看護師又は准看護師により登録者の処遇が適切に行われると認められるときは、看護師又は准看護師を置かないことができる。

(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事業所の登録者に対して居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、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「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、サテライト事業所の管理者は、本体事業所の管理者をもって充てることができる。
- ・ 本体事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所である場合であって、管理者が保健師又は看護師であるときは、当該保健師又は看護師は「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

- ・ サテライト事業所の代表者は、本体事業所の代表者であることが望ましい。
- ・ 本体事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護事業所である場合であって、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、当該代表者と別の当該研修修了者をサテライト事業所の代表者とする必要がある。

【登録定員及び利用定員】

サテライト事業所の登録等の定員は、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2分の1から12 人までとする。
- ③ 宿泊サービスの利用定員 : ②の3分の1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、「重要事項に関する規程の概要」「従業員の勤務体制」「事故発生時の対応」「苦情処理の体制」「提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）」等、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ることが多いです。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」を用いて説明し、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られない場合
- ・利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業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、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 項目を網羅したうえで、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

- ・ 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。
- ・ 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た上、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、小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型サービス費用基準額から当該小規模多機能型居宅介護事業者を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、小規模多機能型居宅介護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。
- ・ 小規模多機能型居宅介護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 小規模多機能型居宅介護の基本取扱い方針

---

- ・ 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、自らその提供する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 小規模多機能型居宅介護の具体的取扱い方針

---

### (1) 取扱い方針

- ・ 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、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望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、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、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、サービスの提供等について理解しやすいよう説明を行うこと。
- ・ 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（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（合わせて概ね週4回以上が目安）。

## 13 身体的拘束等の禁止

---

- ・ 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)

- ① 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。
  - ② 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。
  - ③ 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）

- ・ 事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。
  - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。以下「身体的拘束等適正化検討委員会」という。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、当該事業所職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - ③ 従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。

#### □ 身体拘束について □

身体拘束については、いわゆる「4点柵」も身体拘束に当たるとして、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、これも身体拘束に当たるのだという認識をすることが重要だと思われます。当初は身体拘束に当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。そういった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していいただき、廃止に向けた取組みを実施してください。

## 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（P7～P23）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かどうか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るのに更新手続きを行っていない）。

## 15 小規模多機能型居宅介護計画の作成

- ・ 管理者は、介護支援専門員に、小規模多機能型居宅介護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、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、宿泊サービスを組み合わせた介護を行うこと。
- ・ 介護支援専門員は、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、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、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。

#### ＜実地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のかが確認できない。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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、利用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。

- ・ 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。

## 19 管理者の責務

---

- ・ 当該事業所の従業者の管理及び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

---

小規模多機能型居宅介護事業所ごとに、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。

- (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
- (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) 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) 緊急時における対応方法
- (ix) 非常災害対策
- (x) 虐待の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小規模多機能型居宅介護を提供すること。但し、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。

(※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、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。

( 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。

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

#### □ 研修について □

事業所やご利用者の状況に応じた研修に従業者の方に行うとともに、業務の引き継ぎ・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、従業者の方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下さい。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」「従業者の勤務体制」「事故発生時の対応」「苦情処理の体制」「提供するサービスの第三者評価の実施状況」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。
- ・ 重要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、前項の規定による掲示に代えることができる。
- ・ 重要事項については、掲示のほか、閲覧についても可とする。閲覧による場合は、重要事項説明書や運営規定等をファイルに綴じるなどし、利用者やその家族等が自由に閲覧できるような場所に保管すること。（※福岡市独自基準）
- ・ 原則として、重要事項をウェブサイトに掲載すること。

※ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。

#### <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、または閲覧できるように備え付けられていない。
- ・ 事業所に苦情に対する措置の概要が掲示、または閲覧できるように備え付けられていない。

## 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。
- ・ サービス担当国会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、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＞

- ・ 従業員について、在職中及び退職後の業務上知り得た利用者等の秘密の保持について措置が講じられていない。（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）
- ・ サービス担当国会議等で利用者の個人情報を使用する際の同意を文書で得ていない。
- ・ 利用者からは同意を文書で得ているが、家族からの同意を文書で得ていない（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、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ために、必要な措置を講ずること。「必要な措置」とは、苦情を受け付ける窓口を設置すること、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、利用申込者又はその家族にサービス内容を説明する文書（重要事項説明書等）に記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等をいう。※ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。
- ・ 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、現場にいる従業者も気が動転し、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。

#### <運営指導における不適正事例>

- ・ 苦情を処理するために講ずる措置の概要が事業所に掲示、または閲覧できるように備え付けられていない。
- ・ 苦情を処理するために講ずる措置の概要がウェブサイトに掲載されていない。
- ・ 苦情に対する処理経過を記録する様式が整備されていない。
- ・ 相談窓口として、市（区役所）、国保連の窓口が記載されていない。

## 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、あらかじめ決めておくこと。
- ・ 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。
- ・ 保険者への報告が必要な事例について、事故報告書を提出していない。

## 28 会計の区分

---

事業所ごとに経理を区分するとともに、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とを区分すること。

## 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が必要となっ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ておくこと。

## 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員に周知すること。
- ・ 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

- ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する小規模多機能型居宅介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。
- ・ 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的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、全ての従業員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。

## 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に行うこと。

○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。

- （i）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、定期的を開催するとともに、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。

（ii）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。

（iii）事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

※ 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

---

- ・ 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、利用者又は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等、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 同一建物居住者以外の者に対するサービスの提供

---

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。

### 37 虐待の防止

---

指定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。

- ・ 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（以下「虐待防止検討委員会」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。なお、同一事業所内での複数担当の兼務や他の事業所内での複数担当の兼務や他の事業所・施設等との担当の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。

### 38 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置

事業者は、事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）を定期的開催しなければならない。（令和9年3月31日まで努力義務）

上記は、介護現場の生産性向上の取組を促進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置及び開催について規定したものである。なお、本条の適用に当たっては、令和6年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされている。

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

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

あわせて、本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。また、本委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも

差し支えない。委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えない。

### 39 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へ入所等を希望した場合は、円滑にこ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。

### 40 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）小規模多機能型居宅介護計画
  - （iii）提供した具体的なサービスの内容等の記録
  - （iv）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
  - （v）市町村への通知に係る記録
  - （vi）苦情の内容等の記録
  - （vii）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
  - （viii）運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録

### 41 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条例施行規則第 146 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、a 及び b 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。
  - a 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。
  - b 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。
  - c 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 1 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。
  - d 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、a から c 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。
  - e 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

#### (1) 定員超過利用に該当する場合

福岡市：5級地 1単位の単価：10.55円

### 2 小規模多機能型居宅介護費について

#### (1) 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 | 10,458単位 |
|         | 要介護2 | 15,370単位 |
|         | 要介護3 | 22,359単位 |
|         | 要介護4 | 24,677単位 |
|         | 要介護5 | 27,209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 | 9,423単位  |
|         | 要介護2 | 13,849単位 |
|         | 要介護3 | 20,144単位 |
|         | 要介護4 | 22,233単位 |
|         | 要介護5 | 24,516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 | 572単位 |
|         | 要介護2 | 640単位 |
|         | 要介護3 | 709単位 |
|         | 要介護4 | 777単位 |
|         | 要介護5 | 843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、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。

（短期利用居宅介護費を算定すべき指定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、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。
- ・ 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、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、小規模多機能型居宅介護費は、算定しない。

※ 登録者が一の指定小規模多機能型居宅介護事業所において、指定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小規模多機能型居宅介護を行った場合に、小規模多機能型居宅介護費は、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100分の70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100分の70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、所定単位の100分の70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100分の70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100分の70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100分の70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ない事態が4日以上発生した場合

○ 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100分の70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100分の70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日ごとの同時に通い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。

## ＜やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い＞

地域密着型サービス事業所（共通編）P3～P15 参照

### （３）サービス提供が過少である場合

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１００分の７０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<br>の回数            | + | 訪問サービス<br>の回数 | + | 宿泊サービス<br>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。
  - 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 月の途中に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）身体的拘束廃止未実施減算

事業者は、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を行う場合に、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数の１００分の１に相当する単位数を所定単位数から減算すること。

#### (5) 高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の基準に適合していなかった場合には、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を所定単位数から減算すること。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 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。
- ③ 事業所において、小規模多機能型居宅介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年 1 回以上）に実施すること。
- ④ 高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置くこと。

#### (6) 業務継続計画未策定減算

以下の基準に適合していなかった場合には、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を所定単位数から減算すること。

- ① 感染症や非常災害の発生時において、業務継続計画を策定し、必要な措置を講じること。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施すること。
- ③ 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。

### 4 加算について

---

#### (1) 特別地域加算

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小規模多機能型居宅介護を行った場合は、特別地域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」  
福岡市西区玄界島、小呂島、早良区旧脇山村

#### (2) 中山間地域等における小規模事業所加算

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小規模多機能型居宅介護を行った場合は、特別地域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) 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。

※ 福岡市は該当地域無し

### (3) 初期加算

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、初期加算として、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）

下記要件を満たすサービスを行った場合は、1 月につき 920 単位を算定する。

- ① 認知症介護実践リーダー研修等及び認知症看護に係る適切な研修の修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること
- ② 当該事業所の従事者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的を開催していること
- ③ 認知症介護指導者養成研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること
- ④ 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、研修を実施または予定をしていること

#### ○ 認知症加算（Ⅱ）

下記要件を満たすサービスを行った場合は、1 月につき 890 単位を算定する。

- ① 認知症介護実践リーダー研修等及び認知症看護に係る適切な研修の修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること
- ② 当該事業所の従事者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的を開催していること

#### ○ 認知症加算（Ⅲ）

下記要件を満たすサービスを行った場合は、1 月につき 760 単位を算定する。

- ・ 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Ⅴに該当する者）に対して、サービスを行った場合

#### ○ 認知症加算（Ⅳ）

下記要件を満たすサービスを行った場合は、1 月につき 460 単位を算定する。

- ・ 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

#### <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切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、1日につき200単位を算定する。

- ① 認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すもの。
- ② 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期入所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できるものとする。本加算は、医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。
- ③ 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。
  - ア 病院また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）看護職員配置加算

所定の体制のもとサービスを提供した場合に、次のいずれかを加算する。

### ○ 看護職員配置加算（Ⅰ）

以下の要件を満たしている場合は、１月につき 900 単位を算定する。

＜施設基準＞

- ① 専従・常勤の看護師を 1 名以上配置していること。
- ② 利用定員、人員基準に適合していること。

### ○ 看護職員配置加算（Ⅱ）

以下の要件を満たしている場合は、１月につき 700 単位を算定する。

＜施設基準＞

- ① 専従・常勤の准看護師を 1 名以上配置していること。
- ② 利用定員、人員基準に適合していること。

### ○ 看護職員配置加算（Ⅲ）

以下の要件を満たしている場合は、１月につき 480 単位を算定する。

＜施設基準＞

- ① 看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置していること。
- ② 利用定員、人員基準に適合していること。

※加算（Ⅰ）（Ⅱ）は、専従を要件としているため、管理者兼務の看護職員では算定できません。ご注意ください。

## （８）看取り連携体制加算

次に掲げる施設基準に適合しているものとして市長に届け出た事業所において、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合は、看取り連携体制加算として、死亡日及び死亡日以前 30 日以下について、１日につき 64 単位を死亡月に加算する。ただし、この場合において、看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していない場合には算定しない。

＜施設基準＞

- ① 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。
- ② 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対

して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

＜対象となる利用者の基準＞

下記の基準のいずれにも適合していること。

- ① 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であること。
- ② 看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）であること。

（９）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ものとして市長に届け出た事業所が、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の提供に当たる常勤の従業者を２名以上配置していること。
- 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（P28 参照）」を算定する者の占める割合が 100 分の 50 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。

（10）総合マネジメント体制強化加算

○総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）

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た事業所が、下記要件の①から⑤を満たし、利用者に対しサービスを行った場合は、１月につき 1、200 単位を加算する。

○総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）

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た事業所が、下記要件の①および②を満たし、利用者に対しサービスを行った場合は、１月につき 800 単位を加算する。

＜算定要件＞

- 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、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 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。
- ③ 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。
- ④ 必要に応じて多様な主体が提供する生活全般を支援するサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。
- ⑤ 次のいずれかに該当すること
  - ・地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。
  - ・障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること
  - ・地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。
  - ・市町村が実施する法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号に掲げる事業や同条第 2 項第 4 号に掲げる事業等に参加していること。

## （11）生活機能向上連携加算

### ○ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）

利用者に対して、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該計画に基づく小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき200単位を算定する。

ア 「生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する小規模多機能型居宅介護の内容を定めたものでなければならない。

イ アの小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半

径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下「理学療法士等」という。)が利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する又は当該理学療法士等及び介護支援専門員が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス(サービス担当者会議として開催されるものを除く。)を行い、当該利用者のADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する利用者の状況につき、理学療法士等と介護支援専門員が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(以下「生活機能アセスメント」という。)を行うものとする。

カンファレンスは、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。また、この場合の「カンファレンス」は、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、計画作成責任者及び理学療法士等により実施されるもので差支えない。さらに、この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

ウ アの小規模多機能型居宅介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標
- c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

エ ウのb及びcの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作(立位又は座位の保持等)の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

オ アの小規模多機能型居宅介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う小規模多機能型居宅介護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する(1月目、2月目の目標として座位の保持時間)」を設定。

(1月目) 訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。

(2月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。

(3月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う(訪問介護員等は、小規模多機能型居

宅介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う)。

カ 本加算はイの評価に基づき、アの小規模多機能型居宅介護計画に基づき提供された初回の小規模多機能型居宅介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度イの評価に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

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

## ○ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）

介護支援専門員が、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づく小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月に、100単位を算定する。

ク 生活機能向上連携加算（Ⅰ）については、イ、カ及びキを除き（Ⅱ）の要件を適用する。

本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で介護支援専門員に助言を行い、介護支援専門員が、助言に基づきアの小規模多機能型居宅介護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的に実施することを評価するものである。

a アの小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に助言を行うこと。

なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と介護支援専門員で事前に方法等を調整するものとする。

b 当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、アの小規模多機能型居宅介護計画の作成を行うこと。なお、アの小規模多機能型居宅介護計画には、aの助言の内容を記載すること。

c 本加算は、アの小規模多機能型居宅介護計画に基づき小規模多機能型居宅介護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合を除き、アの小規模多機能型居宅介護計画に基づき小規模多機能型居宅介護を提供した翌月及び翌々

月は本加算を算定しない。

- d 3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度aの助言に基づき小規模多機能型居宅介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

## (12) 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及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき20単位を算定する。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。

### ＜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。

＊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。

＊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及び栄養状態について以下の確認を行い、口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

#### 【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

#### 【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または、「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（令和4年3月28日最終改正））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（6ヶ月間で2～3kgの体重減少があった者）
- c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

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

## (13) 科学的介護推進体制加算

小規模多機能型居宅介護費については、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小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者に対し小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき40単位を算定する。

- 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。
- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。
- ② 厚生労働省への情報の提出は「科学的介護情報システム」(「L I F E」)を用いて行うこと。
- ③ 情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、以下のような一連の取組が求められる(PDCAサイクル)
  - a 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する(Plan)。
  - b サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する(Do)。
  - c L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う(Check)。
  - d 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める(Action)。

#### (14) 生産性向上推進体制加算

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事業所が、利用者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合は、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。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

#### イ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

- ① 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
  - ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
  - ③ 介護機器の定期的な点検
  - ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職

員の負担軽減に関する実績があること。

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

#### □ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
  - ① 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
  - ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
  - ③ 介護機器の定期的な点検
  - ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- (2) 介護機器を活用していること。
- (3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

#### (15) サービス提供体制強化加算（支給限度額管理の対象外）

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た事業所が、登録者に対し、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。

##### ○ 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、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議(月 1 回)を定期的に行うこと。

※会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。

③ 次のいずれかに適合すること。

(一) 当該事業所の小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 70 以上であること。

(二) 当該事業所の従業者(看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 100 分の 25 以上であること。

④ 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）」の①②④に該当すること。

② 当該事業所の小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師を除く)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。

#### ○ 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）」の①②④に該当すること。

次のいずれかに適合すること。

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

(二) 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 100 分の 60 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 100 分の 30 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。

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為に  
ガイドライン」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。

また、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若しくは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。

## (16) 介護職員等処遇改善加算（指定権者へ届出）

介護職員等処遇改善加算については、ホームページ上でご確認ください。

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/kaigohousyu.html>

## (17) 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100分の5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

## 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6・8年度介護報酬改定について

令和6・8年度介護報酬改定に伴うQ&Aを含む。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_38790.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00073.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00073.html)

### (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\\_koureisha/index\\_00010.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index_00010.html)

### (3) 介護サービス関係Q&A（厚生労働省ホームページ）

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\\_koureisha/qa/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html)

### (4) WAM NET 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/KakokaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=&kc=&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/12404000/001252048.pdf>

## 2 居宅介護支援の具体的取組方針

※詳しくは指定居宅介護支援の集団指導資料をご参照ください。

### 1 具体的取扱方針

---

指定居宅介護支援の具体的取扱方針は、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

---

指定居宅介護支援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、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わなければならない。

○居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体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。

○介護支援専門員は、サービスの提供方法等について利用者及びその家族に理解しやすいように説明を行うことが重要。

### 3 継続的かつ計画的な居宅サービス等の利用

---

①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。

②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

---

①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。

②居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、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

③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

---

- 利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって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もの。
- 特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏し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居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。
- 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

---

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行う。
- 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、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、利用者が自立した生活が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。
- 課題分析は、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なければならない。
- 国が示した 23 項目は具備すること。

## 7 課題分析における留意点

---

- 介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（アセスメント）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わなければならない。
  - 利用者やその家族との信頼関係・協働関係の構築、面接の趣旨の説明・理解
- アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は各指定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。（※福岡市独自基準）

## 8 居宅サービス計画原案の作成

---

- 利用者の希望及び利用者について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、最も適切なサービスの組合せを検討し、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、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の長期目標・それを達成するための短期目標・それらの達成時期、サービスの種類・内容・利用料、サービス提供上の留意事項を明確に盛り込むこと。
- 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し、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。
- 各事業所のサービス提供における留意点を認識すること。
  - 通所サービスにおいて、併設される医療機関への通院を一律に機械的に位置付けることは適切ではない。

## 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
  - ・ 皮膚の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（訪問看護、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①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。

### 3 介護予防小規模多機能型居宅介護事業に関する事項

介護予防とは、高齢者が要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

小規模多機能型居宅介護事業者が、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、同じ事業所で一体的に運営されている場合については、人員、設置及び運営に関する基準はほぼ同じであるが、留意すべき事項を以下に掲げる。

#### 1 介護予防小規模多機能型居宅介護の基本取扱方針

---

- ・ 利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たること。
- ・ 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めること。利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービス提供を行わないよう配慮すること。
- ・ サービスの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めること。

#### 2 介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針

---

- ・ サービスの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うこと。
- ・ 介護支援専門員は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の当該事業所の従業者と協議の上、介護予防小規模多機能型居宅介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成すること。
- ・ 介護支援専門員等は、登録者の介護予防サービス計画の作成にあたっては、介護予防支援の具体的取組方針（P 18～P 30）に沿って行うこと。
- ・ 介護支援専門員は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づくサービスの提供開始時から、当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は当該計画の実施状況の把握を行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行うこと。

#### 3 報酬について

---

※ 詳細な要件等は、小規模多機能型居宅介護の「V 報酬に関する基準（P 28～P 46）」を参照ください。

(1) 地域区分

福岡市：5級地 1単位の単価：10.55円

(2) 介護予防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) | 要支援1 | 3,450 単位 |
|         | 要支援2 | 6,972 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) | 要支援1 | 3,109 単位 |
|         | 要支援2 | 6,281 単位 |

(3) 短期利用介護予防居宅介護費

|         |      |        |
|---------|------|--------|
| (1日につき) | 要支援1 | 424 単位 |
|         | 要支援2 | 531 単位 |

(4) 加算

- 特別地域加算：小規模多機能型居宅介護と同じ。
- 初期加算：1日につき30単位
- 認知症行動・心理症状緊急対応加算：1日につき200単位
- 若年性認知症利用者受入加算：1月につき450単位
- 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）：1月につき1,200単位  
（Ⅱ）：1月につき800単位
- 生活機能向上連携加算（Ⅰ）：1月につき100単位  
（Ⅱ）：1月につき200単位
- 口腔・栄養スクリーニング加算：1回につき20単位
- 科学的介護推進体制加算：1月につき40単位
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：1月につき所定単位数の100分の5
- サービス提供体制強化加算

① 介護予防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 |

② 短期利用介護予防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 |

○介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算については、ホームページ上でご確認ください。

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/kaigohousyu.html>

(5) 減算

○身体拘束廃止未実施減算：所定単位数の 100 分の 1

○高齢者虐待防止措置未実施減算：所定単位数の 100 分の 1

○業務継続計画未実施減算：所定単位数の 100 分の 1

○サービスが過少である場合の減算について：所定単位数の 100 分の 70

## 4 介護予防支援の具体的取組方針

基本的には、居宅介護支援の具体的取組方針とほぼ同じであるが、留意すべき事項を以下に掲げる。

### 1 課題分析の実施

---

利用者の有する生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、利用者が日常生活を送る上での運動・移動の状況、日常生活（家庭生活）の状況、社会参加・対人関係・コミュニケーションの状況、健康管理の状況をそれぞれ把握し、利用者及びその家族の意欲・意向を踏まえて、領域ごとに利用者が現に抱えている問題点を明らかにすること。また、介護予防の効果を最大限に発揮し、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べき総合的な課題を把握すること。

### 2 介護予防サービス計画原案の作成

---

当該計画原案には、目標、目標についての支援のポイント、当該ポイントを踏まえ、具体的に本人等のセルフケア、家族、インフォーマルサービス、介護保険サービス等により行われる支援の内容、これらの支援を行う期間等を明確に盛り込むこと。

### 3 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取

---

各サービスの担当者がサービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、介護予防サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取すること。

### 4 介護予防サービス計画の実施状況等の評価

---

介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、定期的に、当該計画の実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定すること。また、評価の結果により、必要に応じて介護予防サービス計画の見直しを行うこと。

### 5 モニタリングの実施

---

モニタリング（介護予防サービス計画の実施状況の把握）に当たっては、特段の事情のない限り、少なくともサービス期間終了月、サービス提供した月の翌月から起算して3月に1回のいずれかに該当する場合には、利用者の居宅で面接を行うこと。

### 6 介護予防支援の提供に当たっての留意点

---

- ・利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- ・具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- ・利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことが基本であり、利用者のできる能力を阻害するようなサービスを提供しないよう配慮すること。

指定居宅介護支援事業所  
指定介護予防支援事業所  
指定（介護予防）福祉用具貸与事業所 管理者各位

福岡市福祉局高齢社会部事業者指導課長

### 軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与費の算定について

本市における、軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与費の算定（以下「例外給付」という。）の取扱いについては、以下のとおりとしますので、ご注意ください。

#### 1 例外給付について

軽度者に対して、その状態像から見て使用が想定しにくい一部の福祉用具（表 1 参照）については、原則として算定できない。

ただし、表 2 で厚生労働大臣が定める者のイに該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能である。

【表 1：算定できない種目】

| 要支援 1・2、要介護 1                    |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| ・車いす                             | ・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                         | ・体位変換器              |
| ・認知症老人徘徊感知機器                     | ・移動用リフト（つり具の部分を除く。） |
| 要支援 1・2、要介護 1・2・3                |                     |
| ・自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。） |                     |

#### 2 例外給付にあたり市の判断を要する場合

##### （1）対象

**「3 例外給付にあたり市の判断が不要である場合」に該当しない場合であっても、次の①及び②を満たす場合は、確認依頼書に基づき市が判断することで例外的に指定（介護予防）福祉用具貸与費の算定が可能である。**

① 次のア～ウまでのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見（※）に基づき判断されていること。

|                                                                           |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ア 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、頻繁に表 2 の厚生労働大臣が定める者のイに該当する者        | 例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象                 |
| イ 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 2 の厚生労働大臣が定める者のイ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                             |
| ウ 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 2 の厚生労働大臣が定める者のイ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 |

※ 医学的な所見については、次の方法で確認すること。

- ・ 主治医意見書による確認
- ・ 介護支援専門員が、医師の所見を聴取の上、その内容を居宅サービス計画へ記載する
- ・ その他、医師が医学的な所見に基づく判断を行ったことを示す書類

② ケアマネジャー等が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福祉用具貸与が特に必要であると判断していること。

## (2) 例外給付に係る確認依頼の手続き

### ① 提出書類

- ・ 福祉用具貸与サービス利用（例外給付）確認依頼書
- ・ 対象福祉用具が必要であると判断した記録の写し（サービス担当者会議の記録等）

#### 【様式・関係通知等掲載先】

福岡市ホーム > 健康・医療・福祉 > 高齢・介護 > 事業者の方へ > お知らせ > 福岡市の介護報酬算定等に係る考え方・方針

[https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/5-3\\_kanngaekata.html](https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/5-3_kanngaekata.html)

### ② 提出先

**対象の利用者の住所地の区役所窓口（郵送又は持参による）**

### ③ 再提出が必要な場合

- ・ 認定の更新、区分変更に伴って、認定有効期間に変更があった場合
- ・ 担当する居宅介護（介護予防支援）事業所に変更があった場合（担当変更のみの場合は不要）
- ・ 福祉用具の種目に変更・追加がある場合

### ④ 留意事項

- ・ 給付対象期間は、サービス利用日から認定有効期間満了日までとなる。ただし、サービス利用日以降に提出された場合は、提出日以降となる。
- ・ 認定の更新、区分変更に伴う再提出を行う場合は、給付対象期間に十分注意のうえ提出すること。
- ・ 1人の利用者が複数種目の確認依頼をする場合、当該福祉用具を必要とする医師の医学的な所見が同じである場合にのみ、まとめて提出することが可能である。
- ・ 暫定ケアプラン作成時は、確認依頼書の「1 提出事業者」に居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所の双方の名称等を記載すること。
- ・ 認定有効期間の満了日直前に想定と異なる結果が出た場合にあっては、速やかに区へ相談すること。

## 3 例外給付にあたり市の判断が不要である場合

次の①又は②に該当する場合は、本市への確認依頼書の提出は不要である。サービス担当者会議等により必要性が判断された結果を保存すること。

- ① 「表2」の「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」に該当する場合
- ② 「表2」の「※参照」に該当する場合

## 4 その他留意事項

### (1) 介護支援専門員の方へ

- ① 「表 2」の「厚生労働大臣が定める者のイ」への該当有無を確認するために、認定調査票を本市より入手すること。ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合は、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示するよう求め、入手すること。
- ② 当該軽度者の調査票の写しを指定（介護予防）福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、認定調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付すること。
- ③ 2（1）①のア～ウのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の氏名を居宅サービス計画に記載すること。この場合において、介護支援専門員は、指定（介護予防）福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の氏名について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供を行うこと。

## （2）指定（介護予防）福祉用具事業者の方へ

- ① 「表 2」の「厚生労働大臣が定める者のイ」への該当性を確認するための方法は次の方法によるものとする。
  - ・居宅介護支援事業者から当該軽度者の認定調査票について必要な部分の写しを入手すること。
  - ・当該軽度者に担当の居宅介護支援事業者がいない場合は、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示するよう求め、入手すること。
- ② ①で入手した文書等について、個別計画書と併せて保存すること。

## （3）返還となる場合について

確認依頼書等の提出がないこと等により、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は、原則として指定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、すでに算定した指定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、利用者、その家族等へ負担を求めることは適切ではない。

表 2

| 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<br>① 日常的に歩行が困難な者                         | 基本調査 1 - 7<br>「3. できない」                                                                                                                                                                  |
|                      | ② 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                         | ※参照                                                                                                                                                                                      |
| 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<br>① 日常的に起き上がりが困難な者                      | 基本調査 1 - 4<br>「3. できない」                                                                                                                                                                  |
|                      | ② 日常的に寝返りが困難な者                                        | 基本調査 1 - 3<br>「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<br>「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<br>① 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解のいずれかに支障がある者 | 基本調査 3 - 1<br>「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外<br>又は<br>基本調査 3 - 2 ～基本調査 3 - 7 のいずれか<br>「2. できない」<br>又は<br>基本調査 3 - 8 ～基本調査 4 - 15 のいずれか<br>「1. ない」以外<br>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。 |
|                      | ② 移動において全介助を必要としない者                                   | 基本調査 2 - 2<br>「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<br>① 日常的に立ち上がりが困難な者                      | 基本調査 1 - 8<br>「3. できない」                                                                                                                                                                  |
|                      | ② 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者                                 | 基本調査 2 - 1<br>「3. 一部介助」又は「4. 全介助」                                                                                                                                                        |
|                      | ③ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者                             | ※参照                                                                                                                                                                                      |
| カ 自動排泄処理装置           | 次のいずれにも該当する者<br>① 排便が全介助を必要とする者                       | 基本調査 2 - 6<br>「4. 全介助」                                                                                                                                                                   |
|                      | ② 移乗が全介助を必要とする者                                       | 基本調査 2 - 1<br>「4. 全介助」                                                                                                                                                                   |

※アの②及びオの③について

該当する認定調査項目がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について、適切な助言ができる者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、指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が判断すること。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に記載された必要な理由を見直す頻度（必要に応じて随時）で行うこと。

「電動車いす」に関するについても、適切なケアマネジメントにより判断すること。

# 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。

※ 太枠内を記載してください。

提出年月日 令和 年 月 日

|                                          |                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                |  |  |        |                        |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|--------|------------------------|----------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1<br>提出事業者                               | 事業所番号、事業所名称及び担当者氏名                  | (事業所番号 40 )(担当者氏名: )                                                                                                                                                                     |                                                |  |  |        |                        |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                          | 事業所所在地及び連絡先                         | 〒 一 区<br>電話番号 ( )                                                                                                                                                                        |                                                |  |  |        |                        |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 2<br>利用者                                 | (ふりがな)氏名                            |                                                                                                                                                                                          |                                                |  |  |        |                        | 被保険者番号                           |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                          | 住所及び連絡先                             | 〒 一 区<br>電話番号 ( )                                                                                                                                                                        |                                                |  |  |        |                        |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                          | 要支援(介護)状態区分                         | 要介護 [ 1, ( 2, 3 ) ]<br>要支援 [ 1, 2 ] ・ 申請中(※1)                                                                                                                                            |                                                |  |  | 認定有効期間 | 令和 年 月 日<br>～ 令和 年 月 日 |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 3<br>福祉用具                                | 種類<br>(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<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>〒 一 区<br>(医療機関名)<br>(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                                                                                                                                                                                 |                                                |  |  |        |                        |                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |

※1 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、申請中に利用したサービスについては、審査の結果、給付対象となった場合、提出日以降の利用開始年月日から給付対象となります。

|                                                                                     |       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 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。<br>令和 年 月 日 区長 |       | 受付印 |
| 給付対象<br>対象期間: 令和 年 月 日～令和 年 月 日                                                     | 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。

※ 太枠内を記載してください。

提出年月日 令和 ○年 ○月 ○日

|                                          |                                     |                                                                                                                                                                                          |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1<br>提出事業者                               | 事業所番号、事業所名称及び担当者氏名                  | (事業所番号 4000000000 )(担当者氏名: ○○ ○○ )<br>○○ケアプランセンター                                                                                                                                        |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                          | 事業所所在地及び連絡先                         | 〒800—**** ○○区 *****○—△—○○<br>電話番号 *****                                                                                                                                                  |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2<br>利用者                                 | (ふりがな)氏名                            | △△ ○○○○<br>****                                                                                                                                                                          | 被保険者番号     | *                          | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
|                                          | 住所及び連絡先                             | 〒800—**** ○○ 区 *****○—△—○○<br>電話番号 *****                                                                                                                                                 |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                          | 要支援(介護)状態区分                         | 要介護 [ 1 ( 2, 3 ) ]<br>要支援 [ 1, 2 ] ・ 申請中(※1)                                                                                                                                             | 認定有効期間(※1) | 令和○年 ○月 ○日<br>～ 令和○年 ○月 ○日 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3<br>福祉用具                                | 種類<br>(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<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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 |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                          | 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<br>〒*** — **** ** 区*****—○—○—○<br>(医療機関名) *****<br>(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                                                                                                                                                                           |            |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

※1 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、申請中に利用したサービスについては、審査の結果、給付対象となった場合、提出日以降の利用開始年月日から給付対象となります。

|                                                                                     |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 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。<br>令和 年 月 日 区長 | 受付印<br>この日付から保険給付の対象となります。 |
| 給付対象<br>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。

## 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)<br>(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<br>具体的課題           |                       |          |             |       |          |            |    |
|                                   |                       | 確認欄      | 年 月 日       | 氏名    |          | 代筆<br>(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<br>～04:00 |          |             |            |                   |        |                   |     |                           |      |
| 日々以外の事柄         |          |             |            |                   |        |                   | 確認欄 | 氏名<br>代筆<br>年 月 日<br>(続柄) |      |

|              |    |        |                |     |
|--------------|----|--------|----------------|-----|
| 当面の具体的な目標    |    |        |                |     |
| 年月日<br>時間／場所 | 本人 | 家族・介護者 | 地域、医療、その他      | 記入者 |
|              |    |        |                |     |
|              |    |        | 計画作成<br>担当者確認欄 |     |

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<br>暮らしの意向             |      |        |           |   |   |   |
| 内 容<br>(各自から出された<br>主な意見)   | 本 人  | 家族・介護者 | 地域、医療、その他 |   |   |   |
|                             |      |        |           |   |   |   |
| 考 察<br>(みんなで話し合っ<br>て考えたこと) |      |        |           |   |   |   |
| 確認事項<br>(合意点、相違点、<br>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    |  |                     |  |          |  |          |  |          |  |              |  |             |  |          |  |          |  |          |  |          |  |
| 月 日      |  | / (日)               |  | / (月)    |  | / (火)    |  | / (水)    |  | / (木)        |  | / (金)       |  | / (土)    |  |          |  |          |  |          |  |
| 体温       |  | ℃                   |  | %        |  | ℃        |  | %        |  | ℃            |  | %           |  | ℃        |  | %        |  | ℃        |  | %        |  |
| 脈        |  |                     |  |          |  |          |  |          |  |              |  |             |  |          |  |          |  |          |  |          |  |
| 血圧       |  |                     |  |          |  |          |  |          |  |              |  |             |  |          |  |          |  |          |  |          |  |
| 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 |  | ・朝・昼・夕・就 |  | ・朝・昼・夕・就 |  |
|          |  | 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      |  |
| 食事状況     |  | 朝                   |  |          |  |          |  |          |  |              |  |             |  |          |  |          |  |          |  |          |  |
|          |  | 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<br>A=普通便<br>B=軟便<br>C=水様便<br>D=硬便<br>□=付着<br>△=少量<br>○=普通量<br>◎=多量<br>●=失禁更衣<br>T=トイレ<br>P=ポータブル<br>パ=パッド、<br>紙ハンズ<br>N=尿器<br>水分(量)<br>お茶、ジュース、<br>牛乳、ココア等<br>入浴<br>入浴・体調不良<br>辞退・清拭<br>場 所<br>自宅・施設・<br>病院 等<br>睡眠時間<br>合計 | 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 | 便 | 尿 | 水分 | 場 | 睡眠 | 便 | 尿 | 水分 | 場 | 睡眠 |
|                                                                                                                                                                                                                                | 7  |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 8  |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 9  |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 10 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 11 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 12 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 13 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 14 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 15 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 16 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 17 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 18 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 19 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 20 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 21 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 22 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 23 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 24 |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                | 1  |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
| 2                                                                                                                                                                                                                              |    |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
| 3                                                                                                                                                                                                                              |    |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
| 4                                                                                                                                                                                                                              |    |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
| 5                                                                                                                                                                                                                              |    |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |
| 6                                                                                                                                                                                                                              |    |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |   |   |    |   |    |

|       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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<br>(気づき・変化・変) | 家族から等化・変 | 身体状況・医療面 | 備考 |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
| 普段と違う様子など、関係者に伝えたいこと |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |
|                      |          |        |        |        |        |        |        |                       |          |          |    |

※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