看護小規模多機能型居宅介護事業に関する事項

１．事業の基本方針【第 170 条】

指定地域密着型サービスに該当する複合型サービスの(以下「指定看護小規模多機能型居宅介護」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。要介護者については、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

２．人員に関する基準

(1) 代表者【第 173 条】・・・1 人

①事業者の代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者、訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験を有する者、又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了している者、又は保健師若しくは看護師ではなければならない。なお、一律の経験年数の制約は設けておらず、個々のケースごとに判断するものとする。

②代表者の変更の届出を行う場合については、代表者交代時に当該研修が開催されていないことにより、当該代表者が研修を修了していない場合、代表者交代後の半年後又は次回の研修日程のいずれか早い日までに研修を修了することで差し支えない。

※１ 保健師及び看護師については、業務停止の期間終了後 2 年を経過しない者は該当しない。

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

(2) 管理者【第 172 条】・・・1 人

①事業者は、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かなければならない。ただし下記の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、当該事業所の他の職務を兼ねることができる。

イ　事業所の他の職務に従事する場合

ロ　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に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業

者としての職務に従事する時間帯も、当該看護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、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護職員又は介護職員と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられる。）

②管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員又は訪問介護員等として、3 年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であることが必要。

③指定を受ける際に「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了しているもの又は保健師若しくは看護師とする。

※１ 保健師及び看護師については、業務停止の期間終了後 2 年を経過しない者は該当しない。

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

(3) 看護小規模多機能型居宅介護従業者【第 171 条】

①日中（夜間及び深夜の時間帯以外）の時間帯にサービス提供に当たる従業者

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

ロ　訪問サービスの提供に当たる者を常勤換算方法で 2 以上。

※通いサービス、訪問サービスを行うためにそれぞれのサービスに固定した従業者を確保しなければならないというものではなく、日中勤務している従業者全体で通いサービス及び訪問サービスを行うこととなる。

②夜間及び深夜の時間帯を通じてサービスの提供に当たる従業者

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当該宿直勤務に必要な数以上とする。

※１ 宿泊サービスの利用者がいない場合であって、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間及び深夜の勤務並びに宿直勤務に当たる従業者を置かないことができる。

※２ 宿直職員は、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をする必要はない。

（例）通いサービスの利用定員を 15 名とし、日中の勤務時間帯を午前 6 時から午後 9

時までの 8 時間とした場合、常勤換算法で通いの利用者 3 人に対して 1 名の介護従業者を配置すればよいことから、通いの利用者が 15 名の場合、日中の介護従業者は 5 名となり、日中の 15 時間に、8 時間×5 人＝延べ 40 時間分のサービスが提供されていることが必要である。それに加え、日中については、常勤換算法で 2 名以上に訪問サービスの提供を行わせ、夜間については、夜勤 1 名＋宿直 1 名に宿泊サービス及び夜間の訪問サービスに当たらせるために必要な従業者を確保することが必要となる。具体的には、通いサービスに要する時間（延べ 40 時間）、日中の訪問サービスに要する時間（8 時間×2 人＝16 時間）を確保することが必要である。

③看護職員

イ　従業者のうち 1 以上の者は、常勤の保健師又は看護師でなければならない。

ロ　従業者のうち、常勤換算方法で 2.5 以上の者は、保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）でなければならない。

ハ　日中の通いサービスと訪問サービスを行う従業者のうち 1 以上が看護職員でなければならない。常勤を要件とはしていないが、日中のサービス提供時間帯を通じて必要な看護サービスが提供される職員配置とすること。

二　夜間及び深夜の時間を通じて、夜勤 1 名と宿直 1 名の計 2 名が最低必要となるが、必ずしもいずれか 1 名以上が看護職員である必要はない。ただし、電話等による連絡体制は確保しておくこと。

ホ　指定看護小規模多機能型居宅介護の事業と指定訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合に、両方のサービスにおいて、看護職員を常勤換算方法で 2.5 以上とすることが要件とされているが、両事業を一体的に行っている場合については、一方の事業で常勤換算方法で 2.5 以上を満たしていることにより、他の事業でも当該基準を満たすこととする。

④介護支援専門員

イ　登録者に係る居宅サービス計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に専ら従事する介護支援専門員を置かなければならない。

ロ「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を修了している者でなければならない。

ハ　利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所の他の職務（管理者含む）に従事し、又は事業所に併設する施設等（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院）の職務に従事することができる。また、非常勤でも差し支えない。

⑤サテライト事業所について

サテライト事業所の実施に当たっては次の要件を満たす必要がある。

イ　事業者は、指定居宅サービス事業等その他保健医療又は福祉に関する事業について 3 年以上の経験（看護小規模多機能型居宅介護以外の経験についても算入できる。）を有するもの。ただし、「3 年以上の経験」については、当該指定日において満たしている必要があり、休止等の期間は除いて計算すること。

ロ　本体事業所は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所であって、緊急時訪問看護加算の届出をしており、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。さらに、本体事業所の登録者数が、当該本体事業所において定められた登録定員の 100 分の 70 を超えたことがあること。

ハ　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 分以内の近距離にあること。

二　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。

ホ　本体事業所とサテライト事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ましいが、隣接する市町村における事業所でも差支えない。

⑥サテライト事業所の従業者について

イ　管理者

管理上支障がない場合は、本体事業所の管理者をもって充てることができる。

ロ　訪問サービスの従業者

本体事業所の職員により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、常勤換算方法ではなく、2 名以上配置することで足りる。

ハ　宿直勤務

本体事業所において宿直勤務を行う従業者において、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。

二　看護職員

サテライト事業所において、従業者のうち常勤換算方法で 1.0 以上の者は看護職員であるものとし、本体事業所の看護職員は適切にサテライト事業所の登録者を支援するものとする。

ホ　介護支援専門員

本体事業所の介護支援専門員により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、介護支援専門員を配置せず、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（以下「研修修了者」という。）を配置することができこととされているが、研修修了者はサテライト事業所の登録者に係る看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に従事するものであり、居宅サービス計画の作成及び市町村への届出代行については本体事業所の介護支援専門員が行わなければならない。

⑦併設事業所との兼務について

看護小規模多機能型居宅介護事業所と下記の併設事業所において、それぞれに人員基準を満たす従業者を置いている場合は、看護小規模多機能型居宅介護従業者は、併設事業所等の職務に従事することができる。

イ　指定認知症対応型共同生活介護事業所

ロ　指定地域密着型特定施設

ハ　指定地域密着型介護老人福祉施設

二　指定介護療養型医療施設

ホ　介護医療院

⑧指定訪問看護事業所について

イ　サテライト事業所の本体事業所が、指定訪問看護事業所としての指定を受けている場合は、以下の要件を満たす場合に限り、指定訪問看護事業所として一体的な届出として認められるものとする。

Ⅰ．利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

Ⅱ．職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制にあること。

Ⅲ．苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

Ⅳ．事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。

Ⅴ．人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

ロ　本体事業所が指定訪問看護事業所と一体的に運営されていない場合には、サテライト事業所から指定訪問介護を行うことはできないが、本体事業所が指定訪問看護事業所を一体的に運営している場合には、サテライト事業所を指定訪問看護事業所の出張所として指定を受けることは差し支えない。

◇用語の定義

「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。)に達していることをいうものである。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務にあって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、母性健康管理措置、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第一号に規定する育児休業、同条第二号に規定する介護休業、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置又は同法第 24 条第 1 項(第二号に係る部分に限る。)の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業(以下「育児休業に準ずる休業」という。)を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

「常勤換算方法」

従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法。

「勤務延時間数」

当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又はサービス提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）の合計数。

「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

３．設備に関する基準

(1) 登録定員

事業所は、その登録定員を 29 人以下とする。なお、サテライト事業所にあっては、18 人以下とする。

(2) 利用定員

利用定員とは、事業所におけるサービスごとの 1 日当たりの利用者の数の上限をいう。

『通いサービスの利用定員』

登録定員	利用定員
25 人まで	登録定員の 2 分の 1 から 15 人まで
26 人又は 27 人	16 人まで
28 人	17 人まで
29 人	18 人まで

『宿泊サービスの利用定員』

通いサービスの利用定員の 3 分の 1 から 9 人まで。サテライト事業所にあっては、6 人まで。

※登録定員超過、人員基準欠如による減算

事業所の登録者数が、運営規程に定められている登録定員を超えると定員超過利用にあたり、１００分の７０に減算される。

また、人員基準欠如に関しても１００分の７０に減算される。

(3) 設備及び備品

イ　居間及び食堂

機能を十分に発揮しうる適当な広さ。ただし、通いサービスの利用定員について 15 人を超えて定める事業所にあっては、居間及び食堂を合計した面積は、利用者一人当たり 3 ㎡以上を確保することが必要。

ロ　台所

ハ　宿泊室

Ⅰ．定員は 1 人。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。

Ⅱ．床面積は 7.43 ㎡以上（内法）を確保すること。ただし、事業所が病院又は診療所である場合であって定員が 1 名である宿泊室の床面積については、6.4 ㎡以上とすることができる。

Ⅲ．Ⅰ及びⅡ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なければならない。

Ⅳ．プライバシーが確保された居間については、Ⅲの個室以外の宿泊室の面積に含めることができる。

Ⅴ．事業所が有床診療所である場合については、有床診療所の病床を宿泊室として柔軟に活用することは差し支えないが、当該病床のうち 1 病床以上は利用者の専用のものとして確保しておくこと。

二　浴室

ホ　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならない。

へ　事業所の立地

事業所は、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会を確保される地域にあるようにしなければならない。

(4)　設備の共用について

Ⅰ.指定認知症対応型共同生活介護事業所の居間を指定看護小規模多機能型居宅介護の居間として共用することは、基本的に認められないものである。ただし、事業所が小規模である場合（看護小規模多機能型居宅介護事業所の通いのサービスの利用定員と認知症対応型共同生活介護事業所の定員の合計が 15 名以下である場合）などで指定認知症対応型生活介護事業所の居間として必要なものが確保されており、かつ、指定看護小規模多機能型居宅介護の居間としての機能を十分に発揮しうる適当な広さを有している場合は、共用としても差し支えない。

Ⅱ．指定看護小規模多機能型居宅介護の居間及び食堂を指定通所介護等の機能訓練室及び食堂として共用することは認められないが、介護予防・日常生活支援総合事業の交流スペースとして共用することは、事業所が小規模である場合（指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の通いサービスの利用者と介護予防・日常生活支援総合事業の交流スペースの参加者の合計が少数である場合）などで、指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がない場合は差し支えない。

Ⅲ．浴室、トイレ等を共用することは差し支えないが、指定通所介護事業所等の浴室を活用する場合、当該指定通所介護事業所等の利用者が利用している時間帯に指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が利用できない取扱いとするなど画一的な取扱いは行わないこと。

４．運営に関する基準

（１）内容及び手続の説明及び同意【第 3 条の 7 第 1 項】

事業者は、サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、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（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者がサービスを選択するために

必要な重要事項を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。なお、同意については書面によって確認することが適当である。

ただし、事業者は利用申込者又はその家族からの申し出があった場合には、文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、電磁的方法により提供することができる。

（２）提供拒否の禁止【第 3 条の 8】

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。

（３）サービス提供困難時の対応【第 3 条の 9】

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

（４）心身の状況等の把握【第 68 条】

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

※サービス担当者会議については、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。

（５）サービスの提供の記録【第 3 条の 18】

①事業者は、サービスを提供した際にはサービスの提供日及び内容、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を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

②事業者は、サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、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しなければならない。

（６）利用料等の受領【第 71 条】

①事業者は、法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、地域密着型介護サービス費用基準額から事業者に支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

②事業者は、法定代理受領サービスに該当しないサービス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、法定代理受領サービスである指定看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額の額の間に不合理な差額が生じないようにしなければならない。

③上記利用料のほかに以下に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。

イ　利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用

ロ　利用者の選択により通常の事業の実施地域以外の地域に居宅において訪問サービスを提供する場合は、それに要した交通費の額

ハ　食事の提供に要する費用

二　宿泊に要する必要

ホ　おむつ代

ヘ　利用者の希望によって身の回り品又は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

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

（７）保険給付の請求のための証明書の交付【第 3 条の 20】

事業者は、法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

（８）指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針【第 177 条】

①指定看護小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域で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、療養上の管理の下で妥当適切に行うものとする。

②指定看護小規模多機能型居宅介護は、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日常生活を送ることができるよう配慮して行うものとする。

③サービスの提供に当たっては、看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとする。

④事業者は、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、サービスの提供方法について理解しやすいように説明を行うものとする。

⑤事業者は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

⑥事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

⑦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。

Ⅰ．身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下「身体的拘束適正化検討委員会」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、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。
また、身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して、行うものができるものとする。

Ⅱ．下記イ～トまでの項目を盛り込んだ身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

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

Ⅲ．介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を**年 2 回以上**実施すること。

⑦指定看護小規模多機能型居宅介護は、通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続くものであってはならない。ここでいう「著しく少ない状態」とは、**登録定員のおおむね 3 分の 1 以下**が目安となる。登録定員が 25 人の場合は通いのサービスが 8 人以下であれば著しく少ない状態といえる。

⑧事業所は登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービス（1 の利用者に対して、通いサービス及び訪問サービスを合わせて概ね週 4 回以上）を提供しなければならない。なお、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも訪問サービスの回数に含めて差し支えない。

（９）主治の医師との関係【178 条】

①事業所の常勤の保健師又は看護師は、利用者の主治医が発行する指示書に基づき適切な看護サービスが行われるよう、主治医との連絡調整、看護サービスの提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならない。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできない。

②事業者は、看護サービスの提供の開始に際し、主治医による指示書の交付を受けなければならない。

③事業所の常勤の保健師又は看護師は、主治医に看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって主治医との密接な連携を図らなければならない。

④事業所が病院又は診療所である場合にあっては、主治医の指示は診療記録に記載されるもので差し支えない。また看護小規模多機能型居宅介護報告書についても看護記録等の診療記録に記載することで差し支えない。

（１０）居宅サービス計画の作成【第 74 条】

①登録者の居宅サービス計画は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に作成させる。

②事業所の介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を行わなければならない。指定居宅介護支援等基準第 13 条各号に掲げる具体的取組方針に沿って行うこと。

（１１）看護小規模多機能型居宅介護計画及び報告書の作成【第 179 条】

①管理者は、介護支援専門員に、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、看護師等に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させる。

②介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行わなければならない。

③看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めること。

④介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行わなくてはならない。

⑤介護支援専門員は、計画の作成に当たっては、その内容について又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、交付しなければならない。なお、交付した計画は 5 年間保存すること。

⑥計画の作成後においても、常に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、必要に応じて計画の変更を行う。

⑦看護師等は、訪問日、提供した看護内容を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を作成しなければならない。

（１２）介護等【第 78 条】

①事業者は、指定看護小規模多機能型居宅介護のサービスを事業所の従業者に行わせなければならないため、例えば、利用者の負担によってサービスの一部を付添者等に行わせることがあってはならない。ただし、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の負担により、訪問入浴介護等のサービスの利用に供することは差し支えない。

②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ものとする。

（１３）緊急時等の対応【第 180 条】

従業者は、サービスの提供を行っているときに利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。また、従業者が看護職員である場合にあっては、必要に応じて臨時応急の手当てを行わなければならない。

（１４）運営規程【第 81 条】

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

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．指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員
Ⅴ．指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額
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．緊急時等における対応方法
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

※従業者の員数は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準上置くべきとされている員数を満たす範囲において「○人以上」と記載することでも差し支えない。

（１５）勤務体制の確保等【第 30 条】

①事業者は利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、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、専従の生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の配置、管理者との兼務関係等を明確にし、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

②事業者は事業所ごとに当該事業所の従業者によってサービスを提供しなければならない。ただし、調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではない。

③事業者は、介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、事業者は、全ての従業者に対し、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ること。

ただし、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等については、当該義務付けの対象外とする。

また、新卒採用、中途採用を問わず、留意するものとする。また、新卒採用、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。

④事業主は、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じること。

事業主が構ずべき措置の具体的内容については、次のとおりとする。

Ⅰ．事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

Ⅱ．相談（「苦情を含む。」）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

（１６）定員の遵守【第 82 条】

①事業者は、登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行ってはならない。ただし、通いサービス及び宿泊サービスの利用は、利用者の様態や希望等により特に必要と認められる場合は、一時的にその利用定員を超えることはやむを得ないものとする。なお、災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

②前項の規定にかかわらず、過疎地域その他これに類する地域において、地域の事情により当該地域におけるサービスの効率的運営に必要であると当広域連合が認めた場合は、事業者は、当広域連合が認めた日から広域連合介護保険事業計画の終期までに限り、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うことができる。

（１７）業務継続計画の策定等【第 3 条の 30 の 2】

①事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。業務継続計画には以下の項目等を記載すること。

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り組みの実施

・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

②事業者は、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（シミュレーション）を定期的に実施しなければならない。

Ⅰ.研修

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。また、研修の実施内容についても記録すること。

Ⅱ.訓練（シミュレーション）

訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施するものとする。

③事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（１８）非常災害対策【第 82 条の 2】

事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、年２回以上避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

（１９）衛生管理等【第 33 条】

①事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

②事業者は、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ずるよう努めなければならない。

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

当該委員会をおおむね6月に1回以上開催（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）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。

この委員会については、構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要である。また、上記のように定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

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

a.平常時の対策

事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染症対策（手洗い、標準的な予防策）等

b.発生時の対応

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。

Ⅲ.感染症の予防及びまん延の防止の研修及び訓練

a.研修

研修の内容については、感染対策の基礎的内容の適切な知識を普及・啓発するとともに、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。

また、職員教育を組織的に浸透させていくためには、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。

さらに研修の実施内容についても記録することが必要である。

b.訓練（シミュレーション）

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（シミュレーション）の内容については、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、感染症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。

（１９）協力医療機関等【第83条】

①事業者は、主治医との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

②事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

③事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

（２０）掲示【第 3 条の 32】

事業者は、事業所の見やすい場所に、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等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示すること。

なお、掲示に代えて、重要事項を記載したファイル等を事業所に備え付け、いつでも関係者が自由に閲覧できるようにすることでもよい。

また、事業者は原則として、重要事項をウェブサイト（ホームページ等）に掲載しなければならない。

※ウェブサイトへの掲載は令和 7 年 4 月 1 日から義務化。

（２１）秘密保持等【第 3 条の 33】

①事業所の従業者は、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。

②事業者は、事業所の従業者でなくなった後においても、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、必要な措置を講じなければならない。

③事業者は、サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる場合は利用者及び利用者の家族の同意をあらかじめ文書により得ておかなければならない。

（２２）苦情処理【第 3 条の 36】

①事業者は、提供したサービス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、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

②事業者は、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

③事業者は、提供したサービスに関し、法第 23 条の規定により市町村等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当該市町村等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等が行う調査に協力するとともに、市町村等から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

④事業者は、市町村からの求めがあった場合には、③の改善の内容を市町村等に報告しなければならない。

⑤事業者は、提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第 176 条第 1 項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号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わなければならい。

⑥事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、⑤の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

（２３）地域との連携【第 34 条】

①運営推進会議を 2 月に 1 回以上開催し、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊

サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。（運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所所在地の市町村職員、事業所所在地の地域包括支援センター職員、看護小規模多機能型居宅介護について知見を有する者。）

※運営推進会議について、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利用者等の同意を得なければならない。

②事業所は、1 年に 1 回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、自己評価を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において外部評価を行うこと。この場合、市町村職員又は地域包括支援センター職員、指定小規模多機能型居宅介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要である。

また、自己評価及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムの活用や法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表すること。

③事業者は、①の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。

④事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。

⑤事業者は、その事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村等が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

⑥事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、同一の建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めること。

（２４）事故発生時の対応【第 3 条の 38】

①事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

②事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

③事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（２５）虐待の防止【第 3 条の 38 の 2】

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

①虐待の防止のための対策を検討する委員会

当該委員会を定期的に開催（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。）するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図ること。

この委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合は

その再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。

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。なお、その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

イ　虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
ロ　虐待防止のための指針の整備に関すること
ハ　虐待防止のための職員研修の内容に関すること
ニ　虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
ホ　従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
ヘ　虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
ト　前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

※虐待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。

②虐待防止のための指針

「虐待防止のための指針」については、以下のような項目を盛り込むものとする。

イ　事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
ロ　虐待防止委員会その他事業所内の組織に関する事項
ハ　虐待防止のための職員研修に関する基本方針
ニ　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
ホ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
ヘ　成年後見制度の利用支援に関する事項
ト　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
チ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
リ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③虐待の防止のための研修

事業所において、従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年１回以上）に実施すること。この研修の内容については、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。職員教育を徹底させていくためには、事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者

上記の①から③号までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置く

ことが必要である。

（２６）会計の区分【第 3 条の 39】

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

（２７）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【第 86 条の 2】

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

※1 本委員会は定期的に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留意したうえで、決めることが望ましい。

※２ 本委員会の開催に当たっては、「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」（厚生労働省老健局高齢者支援課）等を参考に取組を進めることが望ましい。

※３ なお、当該義務付けの適用に当たっては、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。

（２８）記録の整備【第 181 条】

①事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。

②事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する下記の記録を整備し、その完結の日から 2 年間保存しなければならない。ただし、請求に係る記録に関しては当広域連合の規定により 5 年間保存すること。

Ⅰ．居宅サービス計画
Ⅱ．看護小規模多機能型居宅介護計画
Ⅲ．身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
Ⅳ．主治医による指示書
Ⅴ．看護小規模多機能型居宅介護報告書
Ⅵ．提供した具体的なサービスの内容等の記録
Ⅶ．利用者に関する市町村への通知に係る記録
Ⅷ．苦情の内容等の記録
Ⅸ．事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

※なお、上記の「その完結の日」とは、Ⅰ～Ⅴの記録については、個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の

自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日、Ⅵについては、運営推進会議を開催し、報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日とする。

５．介護報酬

イ．看護小規模多機能型居宅介護費（1 月につき）

（１）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合

要介護 1　12,447 単位
要介護 2　17,415 単位
要介護 3　24,481 単位
要介護 4　27,766 単位
要介護 5　31,408 単位

（２）同一建物に居住する者に対して行う場合

要介護 1　11,214 単位
要介護 2　15,691 単位
要介護 3　22,057 単位
要介護 4　25,017 単位
要介護 5　28,298 単位

ロ．短期利用居宅介護費（1 日につき）

要介護 1　571 単位
要介護 2　638 単位
要介護 3　706 単位
要介護 4　773 単位
要介護 5　839 単位

注１　イ（１）については、事業所の登録者について登録者の要介護状態区分に応じて、登録している期間 1 月につきそれぞれ所定単位数を算定する。また、月途中から登録した場合、月途中で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。
※算定の根拠となる「登録日」は利用者が事業所と利用契約を締結した日ではなく、通い、訪問又は宿泊のいずれかのサービスを実際に利用した日のこと。また、「登録終了日」とは、利用者が事業所との間の利用契約を終了した日のことである。

注２　イ（２）については、事業所と同一建物に居住する登録者について、登録者の要介護状態区分に応じて、登録している期間 1 月につきそれぞれ所定単位数を算定する。
※算定の根拠となる「登録日」は利用者が事業所と利用契約を締結した日ではなく、通い、訪問又は宿泊のいずれかのサービスを実際に利用した日のこと。また、「登録終了日」とは、利用者が事業所との間の利用契約を終了した日のことである。

注３　短期利用居宅介護費について

ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、サービスの提供を行った場合に登録者の要介護状態区分に応じて、それぞれの所定単位数を算定する。

※１　利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対するサービスの提供に支障がないと認めた場合であること。

※２　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。

※３　人員基準を満たしていること。

※４　事業所が注４の減算に該当する場合は算定できない。

注４　身体拘束廃止未実施減算について

当該減算については、事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、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。

下記①から④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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当広域連合長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

①身体拘束等を行った時の記録を行っていない場合

②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していない場合

③身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合

④身体的拘束等の適正化のための定期的な研修（年２回以上）を実施していない場合

※令和７年４月１日から減算適用。

注５　高齢者虐待防止措置未実施減算について

当該減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、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。

下記①～④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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当広域連合長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

①高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない場合

②高齢者虐待防止のための指針を整備していない場合
③高齢者虐待防止のための定期的な研修（年１回以上）を実施していない場合
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いていない場合

注６　業務継続計画未策定減算について

当該減算については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数の 100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

【業務継続計画に記載する項目等】

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

※経過措置として、令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には、当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

注７　サービス提供が過少である場合の減算

イについては、事業者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、当該登録者の提供回数が週平均１回に満たない場合又は登録者１人当たり平均回数が週４回に満たない場合は、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位を算定する。

注８　サテライト体制未整備減算

イについては、サテライト型事業所又は当該サテライト事業所の本体事業所において、注１４における届出をしている場合にあっては、サテライト体制未整備減算とし

て、1月につき所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

※1　サテライト型事業所又は当該サテライト事業所の本体事業所が注１１における訪問看護体制減算を届出している場合に、サテライト型事業所及び本体事業所が共に算定するものである。

※2　サテライト事業所の開始にあたって、訪問看護体制の実績の計算に必要な前3月間において、本体事業所が訪問看護体制減算を届出していない期間に限り、サテライト型事業所及び本体事業所はサテライト体制未整備減算を算定する必要はない。なお、サテライト型事業所は訪問看護体制減算の実績を継続的に確認するものとし、4月目以降において訪問看護体制減算に該当し届出を行う場合には、サテライト体制未整備減算を算定する。

注９　特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算

イについて、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービスの提供を行った場合は、特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算として、1月につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

注１０　中山間地域等における小規模事業所加算

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

※1　実利用者数は前年度（3月を除く。）の1月当たりの平均実利用者数である。

※2　前年度の実績が6月に満たない事業所については、直近の3月における1月当たりの平均実利用者数を用いるものとする。平均実利用者数については、毎月ごとに記録するものとし、所定の単位数を上回った場合については、直ちに変更届を提出しなければならない。

※3　当該加算を算定する事業所は、その旨について利用者に事前に説明を行い、同意を得てサービスを行わなければならない。

注１１　中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算について

イについては、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超えて、サービスの提供を行った場合は、1月につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

ただし、当該加算を算定する利用者については、サービスの提供に要した交通費の額の支払いを利用者から受けることはできない。

注１２　他サービスとの同時算定の取扱いについて

登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、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を受けている間は、複合型サービス費は算定しない。

注１３　登録者が一の事業所においてサービスの提供を受けている間は、当該事業所以外

の指定看護小規模多機能型居宅介護事業所がサービスの提供を行った場合に、複合型サービス費は算定しない。

注１４　訪問看護体制減算

イについては、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、当広域連合に老健局長が定める様式による届け出を行った事業所については、訪問看護体制減算として、要介護状態区分が要介護 1、要介護 2 又は要介護 3 である者については 1 月につき 925 単位を、要介護 4 である者については 1 月につき 1,850 単位を、要介護 5 である者については 1 月につき 2,914 単位を所定単位数から減算する。

※１　算定日が属する月の前 3 月間において、事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づき看護サービスを提供した利用者の占める割合が 100 分の 30 未満であること。

※２　算定月が属する月の前 3 月間において、事業所おける利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 30 未満であること。

※３　算定日が属する月の前 3 月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 5 未満であること。

注１５　末期の悪性腫瘍等による訪問看護について

イについては、事業所のサービス利用をしようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合は、要介護状態区分が要介護 1、要介護 2 又は要介護 3 である者については 1 月につき 925 単位を、要介護 4 である者については 1 月につき 1,850 単位を、要介護 5 である者については 1 月につき 2,914 単位を所定単位数から減算する。

※１　末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者について、医療保険の給付の対象となる訪問看護を行う場合には、所定単位数から減算する。

※２　※１の場合、月途中から医療保険の給付の対象となる場合又は月途中から医療保険の給付の対象外となる場合には、医療保険の給付の対象となる期間に応じて単位数を減算する。なお、医療保険の給付の対象となる期間については、主治の医師による指示に基づくものとする。

【厚生労働大臣が定める疾病等】

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

注１６　一時的な頻回の訪問看護について

イについては、事業所のサービス利用しようとする者の主治の医師が、当該者が急

性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日数に、要介護状態区分が要介護 1、要介護 2 又は要介護 3 である者については 1 日につき 30 単位を、要介護 4 である者については 1 日につき 60 単位を、要介護 5 である者については 1 日につき 95 単位を乗じて得た単位数を所定単位数から減算する。

※1　利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書の交付があった場合は、交付の日から 14 日間を限度として医療保険の訪問看護の給付対象となるものであり、当該月における当該特別指示の日数に応じて減算する。

※2　※1の場合の医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。

ハ. 初期加算　1 日につき 30 単位

イについて、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 日につき所定単位数を加算する。30 日を超える病院又は診療所への入院後にサービスの利用を再び開始した場合も、同様とする。

ニ. 認知症加算Ⅰ、Ⅱ

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、当広域連合長に対し、老健局長が定める様式による届け出を行った事業所において、別に厚生労働大臣が定める登録者に対して専門的な認知症ケアを行った場合は所定単位数を加算する。

（1）認知症加算Ⅰ・・・1 月につき 920 単位

①認知症介護に係る専門的な研修を終了している者を、事業所における日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の数が 20 人未満である場合にあっては 1 以上、対象者の数が 20 人以上である場合にあっては 1 に当該対象者の数が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

②事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。

③認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること

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

（2）認知症加算Ⅱ・・・1 月につき 890 単位

①認知症介護に係る専門的な研修を終了している者を、事業所における日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の数が 20 人未満である場合にあっては 1 以上、対象者の数が 20 人以上である場合にあっ

ては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

②事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること

ニ．認知症加算Ⅲ、Ⅳ

イについて、別に厚生労働大臣が定める登録者に対して、サービスの提供を行った場合は、1月つきにそれぞれ所定単位数を加算する。

（３）認知症加算Ⅲ・・・1月につき760単位

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）

（４）認知症加算Ⅳ・・・1月につき460単位

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（要介護2であって日常生活自立度ランクⅡに該当する者）

※1「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

※2「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」の実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。また、「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等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。

※3「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

ホ．認知症行動・心理症状緊急対応加算　200単位

ロについて、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、緊急にサービスを利用することが適当であると判断した者に対し、サービスの提供を行った場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

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

※２　本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用（短期利用居宅介護費）が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用

を開始した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。

この際、短期利用ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。

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

①病院又は診療所に入院中の者

②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

③認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期特定施設入居者生活介護を利用中の者

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

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

ヘ．若年性認知症利用者受入加算　１日につき 800 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対してサービスの提供を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、認知症加算を算定している場合は算定しない。

※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ていること。

ト．栄養アセスメント加算　１日につき 50 単位

イについて、次に掲げるいずれの基準も満たしているものとして、当広域連合に届け出た事業所が、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

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

(2) 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族等に対してその結果を説明し、相談等に応じ対応すること。

(3) 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たっ

て、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

(4) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

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

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

※3　栄養アセスメントについては、3月に1回以上、①から④までに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。

①利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

②管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき管理栄養上の課題の把握を行うこと。

③上記①及び②の結果を当該利用者家族又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき管理栄養上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

④低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

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

※5　厚生労働省への情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。

チ．栄養改善加算　200 単位

イについて、次に掲げるいずれの基準も満たしているものとして、当広域連合に届け出た事業所が、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

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

※2 当該事業所の従業者として又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以

上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により、管理栄養士を１名以上配置して行うものであること。

※3 おおむね 3 月毎の評価の結果、下記の「栄養改善加算を算定できる利用者」のいずれかに該当する場合であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

※4 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【栄養改善サービス提供の手順】

①利用者ごと低栄養状態のリスクを利用開始時に把握すること。

②利用開始時に管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」という。）を行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、看護小規模多機能型居宅介護においては、栄養ケア計画に相当する内容を看護小規模多機能型居宅介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができる。

③栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

④栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

⑤利用者の栄養状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね 3 月毎に体重を測定する等により、栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する介護支援専門員や主治医に対して情報提供すること。

⑥サービスの提供記録において、利用者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はない。

【栄養改善加算を算定できる利用者】

以下のいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者

Ⅰ．ＢＭＩが 18.5 未満である者

Ⅱ．1～6 月間で 3%以上の体重の減少が認められる者又は「基本チェックリスト」のＮｏ.(11)の項目が「1」に該当する者。

Ⅲ．血清アルブミン値が 3.5ｇ/dl 以下である者
Ⅳ．食事摂取量が不良（75%以下）である者
Ⅴ．その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者
なお、次のような問題を有する者については、上記Ⅰ～Ⅴのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。
・口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの(13)～(15)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
・生活機能の低下の問題
・褥瘡に関する問題
・食欲の低下の問題
・閉じこもりの問題（基本チェックリストの(16)、(17)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
・認知症の問題（基本チェックリストの(18)～(20)のいずれかの項目において「1」に該当する者などを含む。）
・うつの問題（基本チェックリストの(21)～(25)の項目において、2 項目以上「1」に該当する者などを含む。）

リ．口腔・栄養スクリーニング加算

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する、事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、1 回につき所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）と（Ⅱ）を同時に算定することは出来ず、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定しない。

(1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）・・・20 単位

・次のいずれにも適合すること。
①利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者に口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該利用者の健康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。
②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
③算定日の属する月が、次のいずれにも該当しないこと。
㈠栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。
㈡当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

(2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）・・・5 単位

・次のいずれかに適合すること。
①次のいずれにも適合すること。
㈠上記の(1)の①及び③に掲げる基準に適合すること。
㈡算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しく

は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月であること。

㈢算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

②次のいずれにも適合すること。

㈠上記の(1)の②及び③に掲げる基準に適合すること。

㈡算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。

㈢算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月であること。

※１　口腔・栄養スクリーニングの算定に係る口腔及び栄養スクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること

※２　口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。

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

〇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

〇栄養スクリーニング

a　ＢＭＩが 18.5 未満である者

b　1～6 月間で 3%以上の体重の減少が認められる者又は「基本チェックリスト」の No.11 の項目が「1」に該当する者

c　血清アルブミン値が 3.5ｇ/dl 以下である者

d　食事摂取量が不良（75%以下）である者

※４　口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、<u>サービス担当者会議で決定する</u>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又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

※５　定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと

ヌ．口腔機能向上加算

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に老健局長が定める様式により届け出た事業所において、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認め

られるものを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度として 1 回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）と（Ⅱ）を同時に算定することは出来ない。また、口腔機能向上サービスの開始から 3 月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

（1）口腔機能向上加算（Ⅰ）・・・150 単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置していること。

②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

③利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービス（指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の看護小規模多機能型居宅介護費のヌの注に規定する口腔機能向上サービスをいう。以下同じ。）を行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

④利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。

⑤定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（2）口腔機能向上加算（Ⅱ）・・・160 単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①（1）の①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

※１口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

※２ 厚生労働省への情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。

ル．退院時共同指導加算　600 単位

イについては、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、事業所の保健師、看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、当該者の退院又は退所後、当該者に対する初回の訪問看護サービスを行った場合に、当該退院又は退所につき 1 回（特別な管理を要する利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものをいう。以下同じ。）については 2 回）に限り、所定単位数を加算する。

※１ 厚生労働大臣が定める状態にあるものとは、①医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態②医科診療報酬点

数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態④真皮を越える褥瘡の状態⑤点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態、である。

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

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

※４ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算は算定できない。

※５ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護サービス記録書（看護小規模多機能型居宅介護記録書）に記録すること。

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

ヲ．緊急時対応加算　<u>1 月につき 774 単位</u>

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

※１ 厚生労働大臣が定める基準とは、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。

※２ 当該加算については、介護保険の給付対象となる訪問看護サービスを行った日の属する月の所定単位数に加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護要規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における 24 時間対応体制加算は算定できない。

※３ 当該加算は、<u>1 人の利用者に対し、1 か所の事業所</u>に限り算定できる。このため、緊急時訪問加算に係る訪問看護サービスを受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問

看護を受けていないか確認すること。

ワ．特別管理加算

イについては、指定看護小規模多機能型居宅介護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、当該事業所が指定看護小規模多機能型居宅介護（看護サービスを行う場合に限る。）の実施に関する計画的な管理を行った場合は、厚生労働大臣が定める区分に応じて、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。

（１）特別管理加算（Ⅰ）　1月につき 500 単位

特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態（医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態）にある者に対してサービスの提供を行う場合

（２）特別管理加算（Ⅱ）　1月につき 250 単位

特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態（医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態）にある者に対してサービスの提供を行う場合

※１　特別管理加算は、介護保険の対象となる訪問看護サービスを行った日の属する月に算定するものとする。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定できない。

※２　特別管理加算は、<u>1人の利用者に対し、1か所の事業所</u>が算定できる。

※３　「真皮を越える褥瘡の状態」とは、NPUAP 分類Ⅲ度若しくはⅣ度又は DESIGN 分類 D3、D4 若しくは D5 に該当する状態を言い、その者に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（<u>1週間に1回以上</u>）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。

※４　「点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週 3 日以上行う必要である旨の指示を当該事業所に行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週 3 日以上点滴注射を実施している状態を言い、その者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、看護小規模多機能型居宅介護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。

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

カ．　専門管理加算　250 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回に限り、所定単位数に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合

・悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
・人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

※1 専門管理加算のイは、**事業所に配置されている次のいずれかの研修を受けた看護師が、定期的（1月に1回以上）**に指定看護小規模多機能型居宅介護を行うとともに、当該利用者に係る指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

a　緩和ケアに係る専門の研修

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

b　褥瘡ケアに係る専門の研修

(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
(b) 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

ｃ　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

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

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

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

・診療報酬における手順書加算を算定する利用者

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

※3 専門管理加算のロは、利用者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書及び手順書に基づき、事業所に配置されている、指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする次の行為に係る研修を修了した看護師が、**定期的（１月に１回以上）**にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係るサービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り算定する。なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。

ａ　気管カニューレの交換

ｂ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ｃ　膀胱ろうカテーテルの交換

ｄ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

ｅ　創傷に対する陰圧閉鎖療法

ｆ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

ｇ　脱水症状に対する輸液による補正

ヨ．ターミナルケア加算　2,500 単位

イについては、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が、その死亡日前 14 日以内に 2 日（死亡日及び死亡日前 14 日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1 日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。）は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。

※１　ターミナルケアを受ける利用者について 24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。

※２　主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体

制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。

※３ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※４ 別に厚生労働大臣が定める状態にあるものとは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症、（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレ―ガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態、若しくは急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態を言う。

※５ ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定できない。

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

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

a. 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録。

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

c. 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録。なお、これについては厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

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

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

タ．遠隔死亡診断補助加算・・・150単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連

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

【参考】Ｃ001 在宅患者訪問診療料（I）
注８ 死亡診断加算 200 点

レ．看護体制強化加算

イについては、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当広域連合に届け出た事業所が、医療ニーズの高い利用者へのサービスの提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、**1月につき**次に掲げる所定単位数を加算する。

（１）看護体制強化加算（Ⅰ） 3,000 単位

a. 算定日が属する月の前 3 月間において、事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が **100 分の 80 以上**であること。

b. 算定日が属する月の前 3 月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が **100 分の 50 以上**であること。

c. 算定日が属する月の前 3 月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が **100 分の 20 以上**であること。

d. 算定日が属する月の前 12 月間において、事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が 1 以上であること。

e. 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届け出がなされていること。

（２）看護体制強化加算（Ⅱ） 2,500 単位

加算（Ⅰ）の a～ｃまでのすべてに適合すること。

※１ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。

※２ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、上記 a、b、c の割合及び d の人数（d については看護体制強化加算（Ⅰ）のみ）について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合又は人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに変更届を提出しなければならない。

※３ 看護体制強化加算（Ⅰ）を算定するに当たっては、登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がなされていること。

※４ 看護体制強化加算は、当該事業所の利用者によって（Ⅰ）又は（Ⅱ）を選択的に算定

することができないものであり、当該事業所においていずれか一方のみ届出すること。

ソ．訪問体制強化加算　1,000 単位

イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合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月につき所定単位数を加算する。

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

※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。ただし、事業所と同一建物に集合住宅を併設する場合は、登録者の総数のうち看護小規模多機能型居宅介護費イ（１）を算定する者の占める割合が 100 分の 50 以上であって、かつ、イ（１）を算定する登録者に対する延べ訪問回数が１月あたり 200 回以上であること。

ツ．総合マネジメント体制強化加算

イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所が、利用者に対し、サービスの提供を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

（１）総合マネジメント体制強化加算Ⅰ・・・１月につき 1,200 単位

次のいずれにも適合すること

①利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、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地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。

④日常的に利用者と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。

⑤必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

⑥事業所の特性に応じて１つ以上実施

a. 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。

b. 事業所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。

c. 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

d. 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること。

（２）総合マネジメント体制強化加算Ⅱ・・・1月につき 800 単位

次のいずれにも適合すること

①利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、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地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。

ネ．褥瘡マネジメント加算

イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、継続的に利用者ごとの褥瘡管理をした場合は、当該基準に掲げる区分に従い､1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）と（Ⅱ）を同時に算定することは出来ない

(1) 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）・・・3 単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価すること。

②上記①の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

③ 上記①の確認の結果、褥瘡が認められ、又はイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

④入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること

⑤上記①の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

(2) 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）・・・<u>13 単位</u>

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①上記①から⑤までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

②上記①の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

【留意点】

① 褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種の共同により、入所者が褥瘡管理を要する要因の分析を踏まえた褥瘡ケア計画の作成

(Plan)、当該計画に基づく褥瘡管理の実施（Do)、当該実施内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し（Action）といったサイクルの構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に加算するものである。

② 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに上記の（1）に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員（褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 上記の(1)の①の評価は、**別紙様式５（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）**を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。

④ 上記の(1)の①の利用開始時の評価は、上記の（1）の①から④までの要件に適合しているものとして当広域連合に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規入所者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月において既に利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。

⑤ 評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。

⑥ 褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する各種ガイドラインを参考にしながら、利用者ごとに、褥瘡管理に関する事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、利用者の状態を考慮した評価を行う間隔等を検討し、**別紙様式５（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）**を用いて、作成すること。なお、褥瘡ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって褥瘡ケア計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑦ 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

⑧ 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題（褥瘡管理の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑨ 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす事業所において、④の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、利用開始日の属する月の翌月以降に**別紙様式５（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）**を用いて評価を実施し、当該月に**別紙様式５（褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書）**に示す持続する発赤（ｄ１）以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できるものとする。ただし、利用開始時に褥瘡があった利用者については、当該褥瘡の治癒後に、褥瘡の再発がない場合に算定できるものとする。

Q. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、利用開始後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。

A. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、利用開始時に褥瘡の発生するリスクがあった利用者について、褥瘡の発生がない場合に算定可能である。利用開始時に褥瘡の発

生するリスクがあった利用者について、利用開始後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定できる。
（介護保険最新情報 vol.952 問 104）

ナ．排せつ支援加算

イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、継続的に利用者ごとの排せつに係る支援を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数加算する。

ただし、（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）を同時に算定することは出来ない

（1）排せつ支援加算（Ⅰ）・・・10 単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも３月に１回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

② 上記①の評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

③ 上記①の評価に基づき、少なくとも３月に１回、利用者ごとに支援計画を見直していること。

（2）排せつ支援加算（Ⅱ）・・・15 単位

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① （1）の①から③までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

② 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

※1 （1）の①の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。

※2 （1）の①の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。

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

（3）排せつ支援加算（Ⅲ）・・・20 単位

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

留意事項

① 排せつ支援加算は、排せつ支援の質の向上を図るため、多職種の共同により、利用者が排せつに介護を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成（Plan)、当該支援計画に基づく排せつ支援の実施（Do)、当該支援内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該支援計画の見直し（Action）といったサイクルの構築を通じて、継続的に排せつ支援の質の管理を行った場合に加算するものである。

② 排せつ支援加算(Ⅰ)は、原則として要介護度３以上の利用者全員を対象として利用者ごとに上記の（1）の①～③に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の要介護度３以上の利用者全員（排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定する者を除く。）に対して算定できるものであること。

③ 本加算は、全ての利用者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、利用開始時と比較して排せつの状態が改善することを評価したものである。したがって、例えば、利用開始時において、利用者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。

④ 上記（1）の①に掲げる評価は、別紙様式６（排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書）を用いて、排尿・排便の状態及びおむつ使用の有無並びに特別な支援が行われた場合におけるそれらの３か月後の見込みについて実施する。

⑤ 上記（1）の① の利用開始時の評価は、上記（1）の①から③までの要件に適合しているものとして当広域連合に届け出た日の属する月及び当該月以降の新規利用者については、当該者の利用開始時に評価を行うこととし、届出の日の属する月の前月以前から既に利用している者については、介護記録等に基づき、利用開始時における評価を行うこと。

⑥ ④又は⑤の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が④の評価を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

⑦ 評価結果等の情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。
ただし、経過措置として、令和３年度中にＬＩＦＥを用いた情報の提出を開始する予定の事業所については、令和３年度末までに算定月における全ての利用者に係る評価結果等を提出することを前提とした、評価結果等の提出に係る計画を策定することで、当該月にＬＩＦＥを用いた情報提出を行っていない場合も、算定を認めることとする。

⑧ 上記の（1）の②の「排せつに介護を要する利用者」とは、要介護認定の際に用いられる「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改定)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。

⑨ 上記の（1）の②の「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見

込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。

⑩ 支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、別紙様式６（排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書）の様式を用いて支援計画を作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、④の評価を行った医師又は看護師、介護支援専門員、及び支援対象の利用者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、支援計画に相当する内容を居宅サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとするが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

⑪ 支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の利用者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において利用者の尊厳が十分保持されるよう留意する。

⑫ 当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、利用者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容、当該支援は利用者及びその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも利用者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、利用者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。

⑬ 上記の（1）の③における支援計画の見直しは、支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに実施すること。その際、ＰＤＣＡの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

⑭ 排せつ支援加算（Ⅱ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす事業所において、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

⑮ 排せつ支援加算（Ⅲ）は、排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たす施設において、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定できることとする。

⑯ 他の事業所が提供する排せつ支援に係るリハビリテーションを併用してい

る利用者に対して、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が当該他の事業所と連携して排せつ支援を行っていない場合は、当該利用者を排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象に含めることはできないこと。

Q1.排せつ支援加算（Ⅰ）について、排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

A1.排せつ支援加算(Ⅰ)は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、ＬＩＦＥを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。
（介護保険最新情報 vol.952 問 101）

Q2.排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

A2.使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。
（介護保険最新情報 vol.952 問 102）

Q3.排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

A3.おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。
（介護保険最新情報 vol.952 問 103）

ラ．科学的介護推進体制加算　　40 単位

イについて次に掲げるいずれの基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が、利用者に対してサービスの提供を行った場合は、1 月につき上記の単位数を所定単位数に加算する。

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

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

※情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。

ム．生産性向上推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、サービス提供を行った場合は、1 月につき次に掲げる所定単位数を算定する。

詳細については、「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」(令和 6 年 3 月 15 日老高発 0315 第 4 号)を参照すること。(介護保険最新情報 VOL.1218)

（１）生産性向上推進体制加算Ⅰ・・・1 月につき 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。

a. 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

b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮

c. 介護機器の定期的な点検

d. 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上記①の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及び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上記①の委員会において、職員の業務負担の明確化等による業務の効率化及び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事業年度ごとに上記①、③及び④の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

（２）生産性向上推進体制加算Ⅱ・・・1 月につき 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。

a. 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

b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮

c. 介護機器の定期的な点検

d. 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事業年度ごとに上記①及び②の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ナ．サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が、登録者に対し、サービスの提供を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、イについては１月につき、ロについては１日につき、次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）を同時に算定することは出来ない

イを算定している場合（1 月につき）・ロを算定している場合（1 日につき）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　イ 750 単位、ロ 25 単位

a　①当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く）の総数のうち、

介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。

②当該事業所の従業者（保健師、看護師又は准看護師を除く）の総数のうち、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。

b 事業所の全ての従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。

c 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的（おおむね1月に1回以上）に開催していること。

d 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） イ640単位、ロ21単位

a 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、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。

b 事業所の全ての従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。

c 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的（おおむね1月に1回以上）に開催していること。

d 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） イ350単位、ロ12単位

a ①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、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。

②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。

③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。

b 事業所の全ての従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。

c 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的（おおむね1月に1回以上）に開催していること。

d 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※1 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除いた11月間）の平均を用いること。

※2 前年度の実績が6月に満たない事業所については、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。なおこの際は、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。

※3 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。

※4 会議については、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。

別紙様式5

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

（※）：任意項目

記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年　　月　　日	保険者番号	
性別	□男　　□女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５
障害高齢者の日常生活自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
評価日	年　　月　　日
評価時点	□サービス利用開始時　□サービス利用中　□サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

□なし	□あり 褥瘡発生日：　　年　　月　　日　□仙骨部　□坐骨部　□尾骨部　□腸骨部　□大転子部　□踵部　□その他（　　）

【危険因子の評価】

ADL	自立　一部介助　全介助 食事　□10　□5　□0 入浴　□5　□0　□0 更衣　□10　□5　□0			基本動作	寝返り　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 座位の保持　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 立ち上がり　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 立位の保持　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
浮腫	□なし　□あり			低栄養状態のリスクレベル（※）	□低　□中　□高
排せつの状況	おむつ	□なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり			
	ポータブルトイレ	□なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり			
	尿道カテーテル	□なし　□あり			

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020　褥瘡経過評価用」（一般社団法人　日本褥瘡学会）を参照

深さ	□d 0：皮膚損傷・発赤なし □d 1：持続する発赤 □d 2：真皮までの損傷	□D 3 ：皮下組織までの損傷 □D 4 ：皮下組織を越える損傷 □D 5 ：関節腔、体腔に至る損傷 □DDTI：深部損傷褥瘡（DTI）疑い □D U ：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	□e 0：なし □e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない □e 3：中等量:1 日 1 回のドレッシング交換を要する	□E 6：多量:1 日 2 回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	□s 0：皮膚損傷なし □s 3：4 未満 □s 6：4 以上 16 未満 □s 8：16 以上 36 未満 □s 9：36 以上 64 未満 □s 12：64 以上 100 未満	□S 15：100 以上

炎症/感染	□i 0： 局所の炎症徴候なし □i 1： 局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	□I3c：臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など） □I 3： 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) □I 9： 全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	□g 0： 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合 □g 1： 良性肉芽が創面の 90%以上を占める □g 3： 良性肉芽が創面の 50%以上 90%未満を占める	□G 4： 良性肉芽が、創面の 10%以上 50%未満を占める □G 5： 良性肉芽が、創面の 10%未満を占める □G 6： 良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	□n 0： 壊死組織なし	□N 3： 柔らかい壊死組織あり □N 6： 硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	□p 0： ポケットなし	□P 6 ： 4 未満 □P 9 ： 4 以上 16 未満 □P 12： 16 以上 36 未満 □P 24： 36 以上

【褥瘡ケア計画】

計画作成日　　年　　月　　日

留意する項目		計画の内容
体位変換の頻度		（　　）時間ごと
関連職種が共同して取り組むべき事項（※）		
評価を行う間隔（※）		
圧迫、ズレ力の排除（※）（体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
	イス上	
スキンケア（※）		
栄養状態改善（※）		
リハビリテーション（※）		
その他（※）		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年　　月　　日

氏名

別紙様式６

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

（※）：任意項目

記入者名：　　医師名：　　看護師名：

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年　月　日	保険者番号	
性別	□男　□女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５
障害高齢者の日常生活自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
評価日	年　月　日
評価時点	□サービス利用開始時　□サービス利用中　□サービス利用終了時

【排せつの状態】

		自立	一部介助	全介助
ADL	・トイレ動作	□10	□５	□０
	・排便コントロール	□10	□５	□０
	・排尿コントロール	□10	□５	□０
（上記のいずれかで一部介助の場合）見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能				□はい　□いいえ

【排せつ支援に係る取組】

おむつ	□なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり
ポータブルトイレ	□なし　□夜間のみあり　□日中のみあり　□終日あり
尿道カテーテル	□なし　□あり
人工肛門	□なし　□あり
トイレへの誘導・促し	□なし　□あり

【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	□なし　□あり

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因（※）

計画作成日　　年　月　日

支援計画（※）

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年　月　日

氏名