

## 目次

2-1	訪問系サービス共通 .....	1
2-2	訪問介護 .....	4
2-3	訪問入浴介護（介護予防） .....	19
2-4	訪問看護（介護予防） .....	21
2-5	訪問リハビリテーション（介護予防） .....	28
2-6	福祉用具（介護予防）貸与・販売 .....	33
2-7	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 .....	42
2-8	夜間対応型訪問介護 .....	51
3-1	通所系サービス共通事項 .....	56
3-2	通所介護・地域密着型通所介護 .....	65
3-3	認知症対応型通所介護（介護予防） .....	76
3-4	通所リハビリテーション（介護予防） .....	79
4-1	居宅介護支援・介護予防支援共通 .....	85
4-2	居宅介護支援 .....	91
4-3	介護予防支援 .....	101
5-1	小規模多機能型居宅介護・複合型サービス共通 .....	106
5-2	小規模多機能型居宅介護（介護予防） .....	115
5-3	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） .....	118
6-1	居住系サービス共通 .....	123
6-2	認知症対応型共同生活介護 .....	131
6-3	特定施設入所者生活介護 .....	146
6-4	有料老人ホーム（サービス付き高齢者住宅含む） .....	159
7-1	施設系共通 .....	166
7-2	介護老人福祉施設 .....	187
7-3	介護老人保健施設 .....	193
7-4	介護療養型医療施設 .....	201
7-5	短期入所サービス .....	208
8-1	川崎市介護予防・日常生活支援総合事業 .....	215

## 事例

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

## ポイント

## ○サービス提供の記録

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

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

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

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

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

## ○併設する他の事業との明確な区別

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

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

## ○サービス提供記録の交付

⇒ 利用者から申し出があった場合は、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなくてはなりません。

「その他適切な方法」には、利用者が用意した手帳等に記載する等が含まれます。

## 2 衛生管理等

### ○事業所における衛生管理等

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

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

## 3 同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に係る減算

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

また、事業所の1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対してサービスを提供した場合についても、同様に所定単位数を減じて算定する必要があります（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く。）。

なお、いずれの場合においても、対象となる建物の管理や運営法人が、事業所の指定事業者と異なる場合であっても該当します。

### ○同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物

⇒ 「同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」とは、次のいずれかに該当する建築物（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（以下「サ高住」という。）に限る。以下「有料老人ホーム等」という。）をいいます。

(1) 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物

(2) 同一敷地内並びに隣接する敷地（道路等を挟んで設置されている場合を含む。）にある建築物のうち、効率的なサービス提供が可能なもの

⇒ ただし、次の例に挙げたような場合は、サービス提供の効率化につながらないことから、減算の適用にはなりません。

(例1) 同一敷地内であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合

(例2) 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

## ○同一の建物に20人以上居住する建物

⇒ 「事業所における利用者が同一の建物に20人以上居住する建物」とは、同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物以外の有料老人ホーム等をいいます。

○ 1つの有料老人ホーム等に事業所の利用者が20人以上居住する場合

× 同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算

⇒ この場合の利用者数は、暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

$$1 \text{ 月間の利用者数の平均} = \frac{\text{当該月の1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計}}{\text{当該月の日数}}$$

(小数点以下を切り捨て)

⇒ ただし、次の例に挙げたような場合は、サービス提供の効率化につながらないことから、減算の適用にはなりません。

(例) 同一建物に、複数のサ高住として登録された住戸が点在するもの(サ高住として登録された住戸が特定の階層にまとまっているものを除く。)であって、当該建物の総戸数のうちサービス付き高齢者向け住宅の登録戸数が5割に満たない場合

◆減算対象となる事例◆	◆減算対象とならない事例◆
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問系サービス事業所とサ高住が同一建物に併設されている場合</li> <li>• 訪問系サービス事業所と有料老人ホームが隣接する敷地に併設されている場合</li> <li>• 訪問系サービス事業所とサ高住が幅員の狭い道路を隔てた敷地に併設されている場合</li> <li>• 有料老人ホームに当該訪問系サービス事業所の利用者が20人以上いる場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問系サービス事業所と隣接する敷地にある一般住宅でサービス提供する場合</li> <li>• 訪問系サービス事業所と同一敷地内に有料老人ホームがあるが、敷地が広大で建物が点在しており、位置関係による効率的なサービス提供ができない場合</li> <li>• 訪問系サービス事業所と有料老人ホームが、横断に迂回が必要な程度の幅員の広い道路に隔てられている場合</li> <li>• 訪問系サービス事業所と隣接しない同一敷地内に複数のサ高住がある場合で、各サ高住の利用者を合計すると20人を超えるが、各サ高住それぞれの利用者数が20人に満たない場合</li> </ul>

(参考) 集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬

	減算の内容	算定要件
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(有料老人ホーム等に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月当たり20人以上の場合)
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	600単位/月 減算	•事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(有料老人ホーム等に限る)に居住する者

## 2-2 訪問介護

### 1 管理者

#### 事例

- ① 管理者が同一敷地内ではない他の事業所の職務に従事していた。
- ② 管理者が事業所の従業員に運営基準等を遵守させるための必要な指揮命令を行っておらず、不適切なサービス提供が常態化していた。

#### ポイント

##### ○管理者

⇒ 管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該訪問介護事業所の管理業務に従事するものとされています。

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

- (1) 当該事業所の訪問介護員等としての職務に従事する場合
  - (2) 同一敷地内(※)にある、他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合
- (※) 同一敷地内であっても、管理すべき事業所が複数ある場合や、併設する入所施設において、当該管理者が入所者に対してサービス提供を行うなどの場合は、本務である「管理業務」に支障がないように十分留意してください。

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

### 2 訪問介護員等

#### 事例

- ① 訪問介護員の資格要件が確認できなかった。
- ② 有料老人ホーム併設の事業所において、訪問介護員の勤務時間が訪問介護サービスと施設サービスとで明確に区分されておらず、結果として常勤換算2.5を満たしていなかった。

##### ○資格要件

⇒ 訪問介護員は、次のいずれかの資格を有する者であることが必要です。

- (1) 介護福祉士
- (2) 介護保険法施行令第3条第1項各号に定める養成研修修了者(※)

(※) 介護職員初任者研修課程。なお、平成24年度改正前の介護保険基礎研修課程、1級課程又は2級課程を修了した者は、平成24年度改正後の介護職員初任者研修課程を修了した者とみなされます。

## ○必要な員数

⇒ サービス提供責任者を含めた訪問介護員等の員数は、常勤換算方法（＝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）で2.5以上必要です。

訪問介護員等が他の業務を兼務する場合は、それぞれの職務ごとに勤務時間を按分します。訪問介護員等が管理者や同一敷地内の他の事業所の職員、入所施設の職員としても勤務する場合は、それらの勤務時間を訪問介護員等の常勤換算に含めることはできません。

⇒ 指導事例②のように、介護保険の指定訪問介護サービスと有料老人ホーム等のサービスに従事する時間が明確に区分されておらず、また、管理者による訪問介護サービスの業務の管理が適切にされていない場合は、常勤換算後の員数が確認できないことから、指導の対象となります。

勤務表等において訪問介護員等の勤務時間を明確に区分するとともに、指定訪問介護サービスの開始時刻及び終了時刻を適切な方法で管理してください。

## 3 サービス提供責任者

### 事例

- ① 常勤で2人以上のサービス提供責任者の配置が必要であったが、実際は常勤のサービス提供責任者が1人しか配置されていなかった。
- ② サービス提供責任者が、果たすべき業務を行っていなかった。
- ③ サービス提供責任者を変更していたが、届け出ていなかった。
- ④ 常勤のサービス提供責任者が、併設している有料老人ホームの業務を兼務していた。
- ⑤ 訪問介護員が、利用者の具体的な援助目標・援助内容・利用者の状況等の情報を、サービス提供責任者から指示されていなかった。

### ポイント

## ○資格要件

⇒ サービス提供責任者は、以下のいずれかの資格を有する者でなければなりません。

- (1) 介護福祉士
- (2) 実務者研修修了者
- (3) 訪問介護員養成研修1級課程修了者
- (4) 介護職員基礎研修課程修了者
- (5) 3年以上（かつ540日以上）の介護等の業務に従事した者（※1）であって、訪問介護員養成研修2級課程を修了している者（※2）
- (6) 「訪問介護員の具体的範囲について」で1級相当とされているもの

(※1) (5) の具体的な取り扱いは、国通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲等について」の別添2「介護福祉士試験の受験資格の認定に係る業務の範囲等」を参照してください。

(※2) (5) に該当する者をサービス提供責任者に配置している場合は、川崎市に届け出たうえで、所定単位数を減じなくてはなりません。ただし、平成27年3月31日時点で介護職員初任者研修課程を修了した者（以下「初任者研修修了者」という。）をサー

ビス提供責任者として配置しており、かつ、平成27年4月以降も当該初任者研修修了者をサービス提供責任者として配置する指定訪問介護事業所であって、平成30年3月31日までに、他の指定訪問介護事業所の出張所等となることが確実に見込まれる旨を川崎市に届け出た場合は、減算の対象とはなりません。

## ○必要な員数

⇒ 常勤の訪問介護員等のうち、利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上の者をサービス提供責任者として配置しなくてはなりません。

⇒ ただし、次の要件をいずれも満たしている場合は、利用者の数が50人又はその端数を増すごとに1人以上とすることができます。

(1) 常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、そのうち1人以上は、サービス提供責任者の職務に主として従事する者としてしていること

「サービス提供責任者の業務に主として従事する者」とは、訪問介護員として行ったサービス提供時間が1月あたり30時間以内である者をいいます。

(2) サービス提供責任者が行うとされている業務（後述参照）について、省力化・効率化が図られていること

「省力化・効率化が図られている」には、具体的に以下のような例が挙げられます。

- 訪問介護員のシフト管理について、業務支援ソフトなどの活用により、迅速な調整を可能としている
- 訪問介護計画やサービス提供記録等の利用者情報を、タブレット端末やネットワークシステム等のIT機器・技術の活用により、職員間での円滑な情報共有を可能としている
- 複数のサービス提供責任者が共同して利用者にかかわる体制を構築していること（サービス提供責任者業務の中で生じる課題にチームとして対応することや、1人のサービス提供責任者が不在であっても別のサービス提供責任者が補完することを可能としている）

※ 上記はあくまでも一例であるため、すべてを満たす必要はなく、また、例のいずれかと同じ又は類する取組みによって、サービス提供責任者の業務負担の軽減が図られていれば、要件に該当します。

⇒ 配置すべきサービス提供責任者の員数を算出するのに必要な「利用者の数」とは、前3月の平均値（新規指定又は休止後の再開の場合は、適切な方法により算出された推定数）です。

利用者の数の算出は、以下により行います。

- ・ 前3月の平均値は、暦月ごとの実利用者の数を合算し、3で除して得た数
- ・ 当該月に通院等乗降介助のみの利用者については、その月は0、1人として計算

## ○常勤換算方法による配置

⇒ サービス提供責任者は、利用者の数に応じて常勤換算方法による配置とすることができます。

### (1) 利用者の数が40人を超える事業所であること

利用者の数が40人を超える事業所については、常勤換算方法とすることができます。この場合において、配置すべきサービス提供責任者の員数は、利用者の数を40で除して得た数（小数第1位切上げ）以上です。

### (2) 利用者の数に応じて必要数以上の常勤のサービス提供責任者を配置していること

(1)に基づき、常勤換算方法とする事業所においては、以下に掲げる員数以上の常勤のサービス提供責任者を配置しなくてはなりません。

ア 利用者の数が40人以上200人以下の事業所

常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から1を減じて得られる数以上

イ 利用者の数が200人超の事業所

常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に2を乗じて3で除して得られた数（1の位に切上げ）以上

※ サービス提供責任者として配置することができる非常勤職員は、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の訪問介護員等が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は、32時間を基本とします。）の2分の1以上に達している者でなければなりません。

### 【例】

利用者数	1月	2月	3月
要介護	43	44	44
要支援	8	8	9
通院等	0.3	0.3	0.4
各月合計	51.3	52.3	53.4

実利用者総数

→ 157.0人

↓

1月当たり

$157.0 \div 3 = 52.333 \dots$ 人

必要なサービス提供責任者の員数

$52.333 \dots \div 40 = 1.3083$ 人

常勤換算数で1.3人以上のサービス提供責任者の配置が必要です。

ただし、この場合にあつて、非常勤のサービス提供責任者を配置する場合は、非常勤のサービス提供責任者は常勤職員の勤務時間の1/2以上の勤務が必要となるため、実際の配置は1.5人以上となります。



【参考】常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者数

利用者の数	常勤換算方法を採用しない 場合の 常勤のサービス提供責任者	常勤換算方法を採用する 事業所で必要となる 常勤のサービス提供責任者
40人以下	1	1
40人超 80人以下	2	1
80人超 120人以下	3	2
120人超 160人以下	4	3
160人超 200人以下	5	4
200人超 240人以下	6	4
240人超 280人以下	7	5
280人超 320人以下	8	6
320人超 360人以下	9	6
360人超 400人以下	10	7
400人超 440人以下	11	8
440人超 480人以下	12	8
480人超 520人以下	13	9
520人超 560人以下	14	10
560人超 600人以下	15	10
600人超 640人以下	16	11

【参考】常勤換算方法を採用する事業所で必要となる常勤のサービス提供責任者数  
(サービス提供責任者業務の効率化を図っている事業所)

利用者の数	常勤換算方法を採用しない 場合の 常勤のサービス提供責任者	常勤換算方法を採用する 事業所で必要となる 常勤のサービス提供責任者
50人以下	3	3
50人超 100人以下	3	3
100人超 150人以下	3	3
150人超 200人以下	4	3
200人超 250人以下	5	4
250人超 300人以下	6	4
300人超 350人以下	7	5
350人超 400人以下	8	6
400人超 450人以下	9	6
450人超 500人以下	10	7
500人超 550人以下	11	8
550人超 600人以下	12	8
600人超 650人以下	13	9

○兼務の範囲

⇒ 常勤のサービス提供責任者が兼務できるのは、サービス提供責任者としての業務に支障のない範囲に限られ、かつ、以下の業務に限られます。

- (1) 当該事業所の管理者
- (2) 同一敷地内にある指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所の職務  
 ※ この場合、それぞれの職務については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であることから、当該者については、それぞれの事業所における常勤要件を満たすものとされています。
- (3) 当該訪問介護事業所と一体的に運営している障害者総合支援法の指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援護及び指定行動援護のサービス提供責任者

※ 行動援護の指定を受ける場合は、行動援護のサービス提供責任者の資格要件を満たす必要があります。この場合、兼務する自立支援法のサービス提供時間又は利用者数も含めて、サービス提供責任者の配置人数を計算することとなります。

⇒ 常勤のサービス提供責任者は、同一敷地内であっても、上記以外の業務に従事することはできません。

したがって、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等は、同一建物内であっても、当該施設の業務に従事することは認められません。

## ○サービス提供責任者の業務

⇒ サービス提供責任者は、以下の業務を行わなくてはなりません。

- (1) 訪問介護計画の作成
- (2) 指定訪問介護の利用の申込みに係る調整
- (3) 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- (4) サービス担当者会議への出席等による居宅介護支援事業者等との連携
- (5) 訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。以下サービス提供責任者の業務について同じ。）に対する具体的な援助目標及び援助内容の指示並びに利用者の状況に関する情報の伝達
- (6) 訪問介護員等の業務の実施状況の把握
- (7) 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理
- (8) 訪問介護員等に対する研修及び技術指導等
- (9) その他サービス内容の管理について必要な業務

なお、複数のサービス提供責任者を配置する訪問介護事業所においては、サービス提供責任者間で業務分担を行うことにより、訪問介護事業所として当該業務を行うことができている場合は、必ずしも1人のサービス提供責任者が当該業務のすべてを行う必要はありません。

⇒ サービス提供責任者が果たす役割には、以下のようなものが挙げられます。

- (1) 利用者の介護ニーズを把握し、それを実現するために必要な訪問介護計画を作成し、着実にサービスを提供すること
- (2) 利用者の変化についての情報収集と訪問介護員等及びケアマネジャーへの橋渡し等
- (3) 訪問介護員等の職業能力の適切な把握と、それを踏まえた従業者の配置、能力向上への取組み

⇒ 指導事例⑤のように、利用者の基本情報と生活全体がイメージできる情報や、サービスの目標と内容、具体的な手順、時間帯といった必要な情報が伝達されておらず、サービス提供に支障が生じた場合は、サービス提供責任者が適切に業務を行っていないものとして指導の対象となります。特に、登録訪問介護員等との情報伝達について、十分な配慮が必要です。

⇒ サービス提供責任者は、利用者に対して適切な訪問介護サービスを提供するために重要な役割を果たすことに鑑み、その業務を画一的にとらえるのではなく、事業所の状況や実施体制に応じて適切かつ柔軟に業務を実施するよう留意するとともに、常に必要な知識の修得及び能力の向上に努めなければなりません。

## 4 訪問介護計画

### 事例

- ① 訪問介護計画を作成せずにサービス提供を行っていた。
- ② 居宅サービス計画に位置付けられていない時間帯に、サービス提供を行っていた。
- ③ 居宅サービス計画に沿った訪問介護計画を作成していなかった。
- ④ 利用者の状態が変化したにもかかわらず、訪問介護計画を変更せずにサービス提供を行っていた。
- ⑤ 訪問介護計画に位置付ける所要時間を、標準的な時間ではなく訪問介護員等の力量により決めていた。

### ○訪問介護計画に基づいたサービス提供

⇒ 指定訪問介護の提供は、訪問介護計画に基づいたものでなければなりません。（何らかの理由で居宅サービス計画の交付が遅れている場合であっても、**訪問介護計画を作成せずにサービス提供を行った場合は、介護保険サービスとは認められません。**）

サービス提供責任者は、利用者の生活環境や心身の状況及び希望等についての情報を収集し、解決すべき利用者の課題ごとに目標やサービス内容、所要時間、日程などを明記した訪問介護計画を作成しなければなりません。

⇒ サービス提供責任者は、訪問介護計画に沿ってサービス提供が実施されているかを把握するとともに、必要に応じて、担当する訪問介護員等に対し、助言・指導等を行わなければなりません。

### ○居宅サービス計画に沿った訪問介護計画の作成

⇒ **訪問介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成しなければなりません。**

居宅サービス計画の交付前に訪問介護計画を作成した場合は、当該訪問介護計画の内容が居宅サービス計画の内容に沿ったものとなっているかを確認しなくてはなりません。

⇒ 確認の結果、作成した訪問介護計画の内容と居宅サービス計画の内容とに相違が見られる場合は、サービス担当者会議の内容等を確認するとともに、ケアマネジャーと連携を図り、必要に応じて訪問介護計画を変更します。

⇒ 指定居宅介護支援事業者から訪問介護計画の提供の求めがあった場合は、その求めに応じるよう努めてください。

### ○利用者の状況等に合わせた訪問介護計画の作成

⇒ 訪問介護計画の作成・変更にあたっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき課題を明らかにする必要があります。

また、訪問介護計画には、解決すべき課題ごとに目標、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を記載しなければなりません。

※ 訪問介護計画に記載する所要時間は、**提供するサービスを行うのに要する標準的な時間**とする必要があります。

⇒ 訪問介護計画は、利用者の状況や希望を踏まえて作成される必要があるため、訪問介護計画の目標や内容については、利用者又はその家族に理解しやすい方法で説明を行い、同意を得なければなりません。

また、サービス提供責任者は、サービスの実施状況の把握だけでなく、利用者の心身の状況やニーズが変化していないかをモニタリングし、その結果を利用者又はその家族に理解しやすい方法で説明しなくてはなりません。

## 5 サービス提供の記録

### 事例

- ① 指定訪問介護サービスの内容についての記録がなかった。
- ② 利用者の心身の状況等が全く記載されていなかった。

### ポイント

☞〔関連〕 1-9 記録の整備・保存 / 2-1 訪問系サービス共通

### ○サービス提供の記録

⇒ 指定訪問介護を提供した際には、以下の内容を利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はサービス利用票等に記載しなければなりません。

- (1) 指定訪問介護の提供日時 ※実際の実働時間の記録が必要
- (2) 提供した指定訪問介護の内容(例：身体介護・生活援助・通院等乗降介助の別 等)
- (3) 利用者に代わって支払いを受ける居宅介護サービス費の額
- (4) その他必要な事項

⇒ 先にも記載したとおり、サービス提供責任者は、サービスが訪問介護計画に沿って提供されているだけでなく、利用者の心身の状況やニーズが変化していないかを適時把握する必要があります。

特に利用者の心身の状況は、常に変化し得るものであるため、サービスを提供した際の状況を適切に記録することは、訪問介護計画の見直しを行う上で貴重な情報源となります。

## 6 訪問介護で提供可能なサービス

### 事例

- ① 1人の訪問介護員が、同一時間に複数の利用者に身体介護を行い、報酬を請求していた。
- ② 生活援助で大掃除を行っていた。
- ③ 生活援助のサービス提供時間を、一律に45分としていた。
- ④ 生活援助のサービス提供時間が45分を超える場合に、その超えた時間に要する費用を利用者の自費負担としていた。

### ○訪問介護とは

⇒ 訪問介護は、介護保険法において「要介護者であって、居宅において介護を受ける者について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める養成研修修了者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話」と規定されています。

### ○訪問介護の所要時間

⇒ 訪問介護の所要時間は、実際に行われた指定訪問介護の時間ではなく、**訪問介護計画に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間**です。この「標準的な時間」の時間区分に応じた介護報酬を算定します。

なお、1日に複数回、訪問介護を提供する場合であって、前回の提供から2時間未満の間隔で訪問介護が提供される場合（緊急時訪問介護加算を算定する場合を除きます。）は、所要時間を合算した時間区分に応じて介護報酬を算定します。

⇒ 次の要件をすべて満たす場合は、20分未満の身体介護中心型について、前回の提供から2時間未満の間隔で提供することが可能です。（所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定できます。）

#### （1）次のいずれにも適合する事業所であること

ア 利用者又はその家族等から電話等による連絡があった場合に、常時対応できる体制にあること

イ 指定訪問介護事業者が定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を併せて受け、かつ、一体的に運営している又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を併せて受けようとする計画を策定していること

#### （2）次のいずれにも該当する利用者に対して提供されるものであること

ア サービス担当者会議が3月に1回以上開催されており、かつ、当該サービス担当者会議において、おおむね1週間のうち5日以上、頻回の訪問を含む20分未満の身体介護が必要と判断されている利用者であること

イ 次のいずれかに該当する利用者であること

（ア）要介護1又は要介護2の者であって、日常生活自立度のランクがⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者であること

（イ）要介護3から要介護5の者であって、障害高齢者の日常生活自立度のランクがB以上の利用者であること

#### （3）（2）アのサービス担当者会議に、サービス提供責任者が参加していること

## ○身体介護

⇒ 身体介護とは、1人の利用者に対して1対1で行う以下の介助等をいいます。

- (1) 利用者の身体に直接接触して行う介助
- (2) (1)を行うための必要な準備及び後始末
- (3) 利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助

⇒ 次のサービスは、1人の利用者に対して1対1で行ったとしても、指定居宅サービスには該当せず、訪問介護として算定できません。

- ・リハビリテーション、マッサージ
- ・代筆、代読
- ・利用者の単なる安否確認や単なる見守り
- ・話し相手
- ・理美容
- ・趣味嗜好のための外出介助 等

## ○生活援助

⇒ 生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助をいいます。この生活援助は、利用者が1人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者やその家族等が家事を行うことが困難な場合に提供することができます。

⇒ 次に掲げるものは、生活援助として算定できません。

- (1) 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為をいいます。

- 【例】
- ・利用者以外の者に係る洗濯、調理、買い物、布団干し
  - ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
  - ・来客の応接
  - ・自家用車の洗車、清掃 等

- (2) 「日常生活の援助」に該当しない行為

訪問介護員等が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為や、日常的に行われる家事の範囲を超える行為をいいます。

- 【例】
- ・草むしり、花木の水やり、犬の散歩等ペットの世話
  - ・家具や電気器具等の移動、修繕、模様替え
  - ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
  - ・正月等のために特別の手間をかけて行う調理 等

⇒ 生活援助中心型は、時間区分が「20分以上45分未満の場合」と「45分以上の場合」の2区分となっておりますが、この時間区分は、1回あたりの生活援助中心型で提供する所要時間の上限ではありません。

したがって、居宅サービス計画や訪問介護計画において、その提供に要する所要時間が45分を超える場合であっても、法定代理受領サービスでない指定訪問介護として費用の支払いを受けることはできません。

⇒ 利用者に同居家族がいる場合であって、当該利用者の同居家族に障害や疾病がなくとも同様のやむを得ない事情により家事が困難なときは、当該利用者に対して生活援助を提供することができます。（川崎市では、「同居家族がいる＝算定不可」というような、一律機械的な考え方はしていません。）

ただし、この場合には、介護支援専門員が適切にアセスメントを行ったうえでその必要性を判断するとともに、利用者やその家族等が家事を行うことが困難な理由を明確にし、居宅サービス計画及び訪問介護計画において目標設定とともに位置付けてください。

生活援助の考え方（判断プロセス等）を、川崎市介護支援専門員連絡会と川崎市社会福祉協議会及び川崎市が合同で作成した「訪問介護・ケアマネジメントツール～生活援助の考え方～」に記載しています。川崎市介護支援専門員連絡会のホームページに掲載していますので、御参照ください。

## 7 通院・外出介助

### 事例

- ① 病院内における単なる待ち時間を算定していた。
- ② 病院までの往路、復路をそれぞれ別に算定していた。

### ポイント

#### ○通院・外出介助とは

⇒ 指定訪問介護は、資格を有する訪問介護員等により、利用者の居宅の中で行われる介護・日常生活上の世話であるため、居宅以外で行われるものは算定できません。

ただし、居宅外で行われるものであっても、通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関の乗降、移送中の気分の確認、院内の移動等の介助は、居宅における目的地へ行くまでの準備を含めた一連のサービス行為として算定できるものとされています。

#### ○通院・外出介助の原則

⇒ 通院・外出介助を指定訪問介護として提供する場合は、以下の要件を満たす必要があります。

##### (1) 居宅サービス計画への位置付け

アセスメントによって把握した課題に対するケアの方向性として、通院・外出介助の必要性が明確にされており、居宅サービス計画に位置付けられている（かつサービス担当者会議で合意されている）ことが必要です。

また、指定訪問介護事業所においては、当該居宅サービス計画の内容に沿った訪問介護計画が作成されていなくてはなりません。

##### (2) 利用者の居宅が起点・終点

訪問介護は居宅内におけるサービス提供が基本とされていることから、通院・外出介助は、原則として居宅を起点・終点としなければならない、居宅を起点・終点としていない場合は、指定訪問介護として認められません。

⇒ 通院・外出介助は、原則として居宅を起点・終点としなくてはなりません。通院介助後にスーパー等の複数の目的地に立ち寄る場合など、次の要件を満たす場合は、複数の訪問先への通院・外出介助が可能です。

- (1) 居宅を起点・終点としていること
- (2) 目的地が通院・外出介助で認められた目的地であること
- (3) 一度の通院・外出介助で行うことが合理的であること

【例】 ・居宅→A病院→B病院→居宅：○算定可  
・居宅→病院→スーパー→居宅：○算定可

※ 複数の目的地のうち、通院・外出介助で認められていない目的地が含まれている場合は、居宅から最初の通院・外出介助で認められた目的地までの所要時間のみ、訪問介護として算定することが可能です。

⇒ 通院・外出介助は、「居宅→目的地→居宅」という一連の行為が原則ですが、往路又は復路の一方を家族が対応する等の理由がある場合には、往路又は復路の一方のみを訪問介護として算定することが可能です。

ただし、この場合には、以下の2点を満たす必要があることに留意してください。

- (1) 往路又は復路の介助が不要な理由及び往路又は復路の介助が必要な理由を明らかにし、記録すること
- (2) 自宅から目的地又は目的地から居宅への一連のサービス行為であること

※ 単にサービス提供の開始時間や提供日時の行き違い等の理由によりサービス提供が行えなかった場合や、「居宅→目的地→居宅」という一連の行為を往路と復路に分けた場合（例えば、待機時間が長時間にわたるため、往路と復路を分けるなど）は、往路又は復路の一方のみを訪問介護として算定することはできません。（ただし、川崎市においては、後者について、人工透析又は日帰り入院に限り、往路と復路を別々に算定することを認めています。）

## ○通院・外出介助における院内介助

⇒ 院内介助は、原則として院内スタッフにより対応されるべきものです。

適切なアセスメントにより院内介助の必要性が明確にされており、かつ、居宅サービス計画と訪問介護計画に、訪問介護員等による院内介助を必要とする理由が記載されている場合は、例外的に院内介助に要する時間を所要時間に含めることができます。

なお、居宅サービス計画及び訪問介護計画に記載すべき「訪問介護員等による院内介助を必要とする理由」には、院内スタッフが対応できない理由を含みます。院内スタッフが対応できない理由は、必ず医療機関（医師でなくても可）に確認してください。

【院内介助を必要とする利用者の例】

- ・院内の移動に介助が必要な者
- ・認知症その他の理由により、見守りが必要な者
- ・排せつ介助を必要とする者 等

⇒ 院内介助が例外的に認められる場合であっても、以下の内容は介護保険上のサービスとしては認められません。

- (1) 診察への立会い
- (2) 受診中の待機時間
- (3) 受診までの待ち時間における単なる「付き添い」や「見守り」（見守りが必要な者に対するものを除く。）



## 8 特定事業所加算

### 事例

- ① サービス提供後の報告を行っていなかった。
- ② サービス提供後の報告内容を記録していなかった。
- ③ サービス提供責任者が、訪問介護員等からのサービス提供後の報告を踏まえた指示を、次にサービス提供に入る訪問介護員等に対して行っていなかった。
- ④ 事業所全体の研修計画は作成されていたが、訪問介護員等についての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研修計画が策定されていなかった。

### ○加算の趣旨

⇒ 特定事業所加算は、「サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保、ヘルパーの活動環境の整備（ケア会議の開催、ヘルパーとの利用者情報共有など）、中重度者への対応などを行っている事業所」に対する評価としての加算です。

そのため、当該加算の算定要件の1つに「サービス提供責任者から訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達（指示）すること及びサービス提供終了後に報告を受けること」があります。

この要件における指示・報告事項は、以下の事項とされています。

- (1) 利用者のADLや意欲
- (2) 利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- (3) 家族を含む環境
- (4) 前回のサービス提供時の状況
- (5) その他サービス提供に当たって必要な事項

⇒ 上記の指示・報告事項のうち、「前回のサービス提供時の状況」を除く事項については、変更があった場合に記載することで足りるとされています。逆に、「前回のサービス提供時の状況」は、常に指示・報告が必要です。

サービス提供責任者が、訪問介護員等からのサービス提供後の報告を確認していない、当該報告を踏まえた指示を行っていない等の場合は、利用者への効果的なサービス提供に繋がっているとはいえ、当該加算の算定要件を満たしていないこととなり、当該加算の算定はできません。

※ サービス提供責任者から訪問介護員等に対する指示は、文書等の確実な方法で行われなくてはなりません。

一方、訪問介護員等からサービス提供責任者に対する報告は、文書等により行うことはされていませんが、サービス提供責任者は、訪問介護員等から受けた報告の内容を記録に残さなくてはなりません。

## ○特定事業所加算の算定要件

⇒ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）の算定要件について、下表にまとめました。  
 なお、算定要件の詳細や、関連通知は各自で確認してください。

特定事業所加算の算定要件（平成28年4月1日時点）	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
1 すべての訪問介護員等（登録ヘルパーを含む。以下同じ）ごとに個別具体的な研修の目標、内容、期間、実施時期等を定めた研修計画（現状把握・克服課題等を検証し、目標を達成するためにはどのような内容の研修を行うか）を策定し、実施又は実施を予定していること	○	○	○	
2 すべてのサービス提供責任者に対し、個別具体的な研修の目標、内容、期間、実施時期等を定めた研修計画（現状把握・克服課題等を検証し、目標を達成するためにはどのような内容の研修を行うか）を策定し、実施又は実施を予定していること				○
3(1) サービス提供責任者が、すべての訪問介護員等に対し、利用者情報・留意事項伝達・技術指導を目的とした会議をおおむね1月に1回以上開催し、その概要を記録していること（グループ別開催も可）	○	○	○	○
(2) サービス提供責任者が、利用者情報やサービス提供時の留意事項（利用者のADLや意欲・家族を含む環境・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）を連絡票や提供記録など、書面等の確実な方法（FAX、メール含む）で訪問介護員等に伝達し、サービス提供終了後の報告内容を提供記録等の書面に記録・保存していること	○	○	○	○
4 すべての訪問介護員等に対し、年に1回、事業主の費用負担により健康診断を実施していること	○	○	○	○
5 当該事業所における緊急時の対応方針・連絡先・対応可能時間等を記載した文書（重要事項説明書等）を利用者に交付し説明していること	○	○	○	○
6 訪問介護員等の総数（常勤換算）のうち、介護福祉士の占める割合が3割以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が5割以上であること（職員の割合は、3月を除く前年度又は届出日の属する月の前3月間における1月当たりの平均実績で算出）	○	▲		
7 すべてのサービス提供責任者が介護に関する実務経験を3年以上有する介護福祉士又は5年以上有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者であること（ただし、指定居宅サービス基準第5条第2項により1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所においては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置していること）	○	▲		

注)「▲」はいずれか一方を満たしていること

特定事業所加算の算定要件（平成28年4月1日時点）	I	II	III	IV
8 指定居宅サービス基準第5条第2項により配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、同項の規定により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、同項に規定する基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1名以上配置すること				○
9 利用者総数のうち、要介護4及び5の利用者、日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Mの利用者並びに喀痰吸引等が必要な者の占める割合が2割以上であること（利用者実人員の割合は、3月を除く前年度又は届出日の属する月の前1月間における1月当たりの平均実績で算出する）	○		○	
10 利用者総数のうち、要介護3以上の利用者、日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Mの利用者並びに喀痰吸引等が必要な者の占める割合が6割以上であること				○

**事例**

- ① 管理者が、同一敷地内でない他の事業所の職務に従事していた。
- ② 指定訪問入浴介護サービスの提供を行う看護職員について、資格を確認することができなかった。
- ③ 看護職員が1名以上配置されていなかった。
- ④ 介護職員が2名以上配置されていなかった。
- ⑤ サービス提供に当たって、看護職員又は介護職員のうち、1人をサービスの提供の責任者としていなかった。

**ポイント****○管理者**

⇒ 管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該訪問入浴介護の管理業務に従事する者でなければなりません。ただし、管理業務に支障がない場合に限っては、以下の業務を兼務することができます。

- (1) 当該訪問入浴介護事業所の訪問入浴介護従業者としての職務
- (2) 同一敷地内にある他の事業所等の管理者又は従業者としての職務

※ いかなる場合においても、管理者は同一敷地内にない他の場所にある事業所や施設の業務に従事することは認められません。

**○訪問入浴介護従業者**

⇒ 訪問入浴介護従業者として、以下の職種の者を配置するとともに、そのうち1人以上は、常勤でなければなりません。

- (1) 看護職員（看護師又は准看護師） 1以上
- (2) 介護職員 2以上

⇒ 訪問入浴介護の提供は、1回の訪問につき、原則として看護職員1人及び介護職員2人の計3人（予防給付は看護職員1人、介護職員1人の計2人）で行い、これらの者のうち1人を当該サービスの提供の責任者とする必要があります。

※ 入浴により利用者の身体の状況等に支障を生ずる恐れがないと認められる場合は、主治医の意見を確認したうえで、看護職員に代えて介護職員を充てることができます（＝必要とする職員数を満たした上で、介護職員のみでのサービス提供が可能）。

## 事例

- ① 1台の入浴車両を、複数の訪問入浴介護事業所で使い回していた。
- ② 未使用タオルと使用済タオルが、入浴車内に混載されていた。

## ポイント

### ○必要な設備

⇒ 指定訪問入浴介護事業所には、以下の設備等が必要です。

- (1) 事務室
- (2) 相談室
- (3) 手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備
- (4) 指定訪問入浴介護に必要な浴槽（身体の不自由な者が入浴するのに適したもの）
- (5) 車両（浴槽を運搬し又は入浴設備を備えたもの）

⇒ 設備基準は、指定訪問入浴介護事業所ごとに満たす必要があります。

ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であって、指定訪問入浴介護の運営に支障がない場合は、当該事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができます。

### ○衛生管理等

⇒ 指定訪問入浴介護に用いる浴槽その他の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなくてはなりません。

入浴車内においても、清潔・不潔を明確に区別し、感染症の発生やそのまん延を防止するよう努めてください。

## 事例

- ① 指定訪問入浴介護サービスの提供に必要なタオル、浴槽の水、使い捨て手袋等の費用を、利用者に用意させていた。

## ポイント

### ○利用料金等

⇒ 指定訪問入浴介護のサービス提供に必要なタオル、浴槽の水、使い捨て手袋等は、その費用を利用者から徴収したり、あらかじめ利用者の負担により準備（用意）させたりすることはできません。

⇒ 利用者の自己負担分以外に徴収することができる費用は、次のとおりです。

- (1) 当該事業所の通常の事業の実施地域外でサービス提供を行う場合の交通費
- (2) 利用者の選定により提供される特別な浴槽水（温泉水等）

※ これらについても、あらかじめ利用者や家族に対し、その額等について説明を行い、同意を得なくてはなりません。

## 2-4 訪問看護（介護予防）

### 1 管理者

#### 事例

- ① 訪問看護ステーションにおいて、管理者が保健師又は看護師の資格を有していなかった。

#### ○訪問看護ステーションの管理者

⇒ 訪問看護ステーションの管理者は、原則として、保健師又は看護師でなければなりません。（准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、原則として、訪問看護ステーションの管理者になることはできません。）

また、訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者（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）である必要があります。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です。

⇒ 事業所の管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該訪問看護ステーションの管理業務に従事する者でなければなりません。管理業務に支障がない場合に限っては、以下の業務を兼務することができます。

- （1）当該訪問看護ステーションの他の職務
- （2）同一敷地内にある他の事業所等の職務

#### ○医療機関（病院又は診療所）が行う訪問看護事業所の管理者

⇒ 条例上、特段の要件はありません。

### 2 指定訪問看護を提供する者

#### 事例

- ① 指定訪問看護サービスの提供を行う者の資格を確認できなかった。
- ② 訪問看護ステーションにおいて、保健師、看護師又は准看護師が、常勤換算方法で2.5以上の員数が配置されていなかった。
- ③ 訪問看護ステーションにおいて、常勤の看護職員が1名も配置されていなかった。

#### ○指定訪問看護を提供する者の資格（訪問看護ステーション・医療機関みなし指定共通）

⇒ 指定訪問看護サービスの提供を行う者は、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のいずれかの資格を有する者でなければなりません。

### ○訪問看護ステーションにおける配置

⇒ 保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」といいます。）を、常勤換算方法で、2.5以上配置しなくてはなりません。

また、看護職員のうち少なくとも1人は、常勤である必要があります。

⇒ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問看護ステーションの実情に応じた適当数を配置してください。（配置しないことも可能です。）

### ○医療機関みなし指定訪問看護事業所における配置

⇒ 事業所の実情に応じた適当数を配置する必要があります。

### ○他の事業の指定を併せて受けている場合の取扱い

⇒ 指定訪問看護事業者が、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業者の指定も併せて受け、かつ、両方の事業が、同一の事業所で、一体的に運営されている場合は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業を行うために必要な看護職員の配置基準を満たしていれば、指定訪問看護事業を行うために必要な看護職員の配置基準を満たしているものとみなされます。

## 3 主治の医師との関係

### 事例

① 医師の指示書がない状態で、訪問看護を行っていた。

### ○医師の指示に基づく訪問看護の提供

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

なお、「主治の医師」とは、利用者の選定により加療している医師をいうものであり、主治の医師以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできません。

### ○訪問看護ステーションにおける訪問看護指示書の取扱い

⇒ 訪問看護指示書の有効期間は、最長6か月です。

訪問看護指示書の交付は、訪問看護の提供開始前に受ける必要があります。

また、引き続き訪問看護の提供を行う場合には、訪問看護指示書の有効期間が切れる前に、新たな訪問看護指示書の交付を受けなければなりません。

⇒ 管理者は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示書に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、訪問看護の提供を担当する看護職員等の監督等必要な管理を行わなければなりません。

## ○医療機関が行う訪問看護事業所における訪問看護指示書の取扱い

- ⇒ 主治の医師による文書での指示は、診療録に記載されるもので差し支えありません。  
ただし、主治の医師による文書での指示の有効期間は、診療の日から1か月以内です。  
なお、別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて実施する場合は、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1か月以内である必要があります。

### 居宅介護支援事業者等との連携

訪問看護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなくてはなりません。特に、ケアマネジャーから訪問看護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

また、訪問看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、利用者の主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

## 4 訪問看護計画書と訪問看護報告書

### 事例

- ① 訪問看護計画書を作成していなかった。
- ② 作成した訪問看護計画書を、利用者又はその家族に対し、説明・同意・交付をしていなかった。
- ③ 訪問看護計画に基づく指定訪問看護サービスの実施状況や評価について、利用者又はその家族に説明していなかった。
- ④ 訪問看護報告書を作成していなかった。
- ⑤ 作成した訪問看護計画書・訪問看護報告書を、定期的に主治医に提出していなかった。

## ○訪問看護計画の作成

- ⇒ 保健師又は看護師は、利用者の希望、主治の医師の指示及び利用者の心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した訪問看護計画書を作成する必要があります。

※ 訪問看護計画書も、他の居宅サービスと同様に居宅サービス計画の内容に沿って作成される必要があります。作成した訪問看護計画の内容が居宅サービス計画の内容に沿っていない場合は、ケアマネジャーに確認する等したうえで、計画書の見直し等必要な措置を講じてください。

- ⇒ 作成した訪問看護計画書は、利用者に交付しなくてはなりません。

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



## ○訪問看護報告書の作成

⇒ 保健師又は看護師は、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載した訪問看護報告書を作成しなくてはなりません。

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

ただし、医療機関が行う訪問看護事業所においては、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができます。

## 5 利用料等の受領

### 事例

① 訪問看護で使用する衛生材料等に係る費用を、利用者から徴収していた。

### ポイント

## ○利用料金として徴収できるもの

⇒ 利用者から支払いを受けることができるものは、以下のとおりです。

- (1) 訪問看護の利用料（1割相当額）
- (2) 通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において訪問看護を行う場合の交通費
- (3) 法定代理受領サービスに該当しないサービス費用
- (4) 死後の処置料

## ○利用料金として徴収できないもの

⇒ 次の費用については、利用者から支払いを受けることはできません。

- (1) 訪問看護で使用するガーゼ・ディスポーザブル手袋などの衛生材料、注射器・注射針などの医療材料にかかる費用

医師の指示に基づく指定訪問看護の提供に要する医薬品及び衛生材料については、本来医療機関が提供するものであるため、利用者（患者）への実費請求はできません。  
（平成23年5月13日付け事務連絡／厚労省医薬食品局総務課・老健局老人保健課・保険局医療課通知参照）

なお、おむつ代等、指定訪問看護以外のサービスの提供に要する物品の費用については、実費相当額を利用料として徴収することは可能です。

- (2) 通常の事業の実施地域内の地域の居宅において訪問看護を行う場合の交通費

医療保険では、訪問看護の提供に係る交通費を徴収することができますが、介護保険では、医療保険とは異なり、通常の事業の実施地域内の地域の居宅における訪問看護の提供に係る交通費は徴収できません。

### ポイント

#### ○訪問看護の所要時間

⇒ 訪問看護の所要時間は、現に要した時間ではなく、訪問看護計画に位置付けられた内容の指定訪問看護を行うのに要する標準的な時間です。この「標準的な時間」の時間区分に応じた介護報酬を算定します。

なお、前回の提供から2時間未満の間隔で訪問看護が提供される場合（20分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急に訪問看護を行う場合を除きます。）は、所要時間を合算した時間区分に応じて介護報酬を算定します。

#### ○20分未満の訪問看護

⇒ 20分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることが前提であり、次の要件を満たす場合に限り、算定することが可能です。

- (1) 利用者に20分以上の訪問看護を週1回以上提供していること
- (2) 訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として、緊急時訪問看護加算の届出を行っていること

⇒ 所要時間20分未満の訪問看護で想定される看護行為は、気管内吸引、導尿、経管栄養等の医療処置の実施などです。

なお、単に状態確認や健康管理等のサービス提供の場合は、20分未満の訪問看護費を算定することはできません。

#### ○複数の看護師等により訪問看護を連続して行った場合

⇒ 1人の看護職員が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、それぞれの所要時間を合算します。その際、准看護師による訪問看護が含まれる場合は、合算した所要時間について、准看護師による訪問看護費を算定します。

⇒ 1人の看護職員（又は理学療法士等）が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の理学療法士等（又は看護職員）が訪問看護を行った場合は、所要時間を合算せず、職種ごとに算定します。

## 7 理学療法士等による訪問看護

### ○理学療法士等による訪問看護（訪問看護ステーションのみ）

⇒ 理学療法士等による訪問看護は、その訪問看護が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものです。

⇒ リハビリテーションを目的とするのであれば、訪問リハビリテーション事業所の利用を位置付けるべきです。

ただし、利用可能な病院や介護老人保健施設等が地域に存在しない等により、訪問リハビリテーションを適切に提供できない場合に、その代替として、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問を位置付けることが可能です。

⇒ 言語聴覚士による訪問看護において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず業とすることができるものとされている診療の補助行為に限られます。

⇒ 理学療法士等による訪問看護については、1回当たり20分以上行った場合に、報酬の算定が可能です。

なお、20分以上を1回として、一度の訪問で複数回の実施も可能です。

ただし、理学療法士等による訪問看護を1日に3回以上行った場合は、連続して行った場合に限らず、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定しなくてはなりません。

（例） 1日のうち、午前中に2回、間を空けて午後1回の計3回実施

→ 3回すべてについて、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定

## 8 給付調整等

### ○医療保険の訪問看護との調整

⇒ 介護保険の給付が医療保険の給付に優先します。そのため、要介護者等について原則として医療保険の訪問看護は行えませんが、次に該当する要介護者等に対しては、医療保険による訪問看護の提供となります。

（1）がん末期や多発性硬化症等の難病患者、人工呼吸器を使用している場合（詳細は、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労告94）」第4号を参照）

（2）急性増悪等により主治医が一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の指示（特別指示書の交付）を行った場合（1月に原則1回に限り、指示日から14日間を上限）

（3）精神障害者施設入所者に対する精神科訪問看護

## ○他のサービスとの給付調整

⇒ 利用者が次のサービスを受けている間は、訪問看護費は算定できません。

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護（※）
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 認知症対応型共同生活介護（※）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 複合型サービス
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

（※）特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護の利用者については、前記「医療保険の訪問看護との調整」の（１）又は（２）に該当する場合は、医療保険の訪問看護の対象になります。

## ○介護老人保健施設等を退所・退院した日の取扱い

⇒ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所療養介護その他医療機関を退所・退院した日（サービス終了日）は、訪問看護費を算定することはできません。

ただし、厚生労働大臣が定める状態にある利用者（特別管理加算の対象者）は、介護老人保健施設等を退所した日であっても、訪問看護費を算定することができます。

## ポイント

## ○基準条例における基本方針

- ⇒ 指定訪問リハビリテーションの事業は、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生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。
- ⇒ リハビリテーションは、「心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すもの」とされています。  
したがって、リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければなりません。
- ⇒ 「利用者の居宅において」行うものですので、利用者の居宅以外で提供したサービスについては、指定訪問リハビリテーションとは認められません。
- ⇒ 指定訪問リハビリテーションは、原則として「通院が困難な利用者」に対して提供するものとされています。  
ただし、通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果必要と判断された場合は、訪問リハビリテーションを提供することができます。

## ポイント

## ○医師の指示

- ⇒ 指定訪問リハビリテーションは、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づいて実施しなくてはなりません。  
この「医師の指示」については、指示を行う医師の診療の日から3月以内に行われた指定訪問リハビリテーションについてのみ、介護報酬の算定が可能です。
- ⇒ 訪問リハビリテーションを提供した場合は、サービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録に記載するとともに、医師に報告する必要があります。

## ○居宅介護支援事業者等との連携

⇒ 指定訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者（介護支援専門員）その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

また、指定訪問リハビリテーション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、主治医及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

## ○リハビリテーション会議の開催

⇒ 指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。

### (1) リハビリテーション会議とは

リハビリテーション会議とは、訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその利用者を取り巻く関係者により構成される会議をいいます。リハビリテーション会議では、リハビリテーションの観点から、支援の方針や方法について共有を図ります。

なお、介護支援専門員が主体となって開催するサービス担当者からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったものとして差し支えありません。

### (2) リハビリテーション会議の構成員

リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とし、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けられている指定居宅サービス等の担当者（サービス担当者）その他の関係者により構成します。

ただし、利用者及びその家族については、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるものではありません。

※ リハビリテーション会議の開催に当たり、構成員のうち参加しない者がいる場合は、参加しない理由を記録に残しておいてください。また、欠席者とも適切に情報共有を図る必要があります。

### (3) 通所リハビリテーションを併設する事業所における取扱い

指定訪問リハビリテーション事業者が、指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーションの提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合については、通所リハビリテーション計画の作成に係る運営基準を満たすことで、訪問リハビリテーション計画の作成に係る運営基準を満たしているものとみなすことができます。

⇒ リハビリテーション会議の開催は、運営基準として定められています。加算の算定の有無にかかわらず、リハビリテーション会議の開催により関係者との情報の共有に努めてください。

#### ○訪問リハビリテーション計画

⇒ 訪問リハビリテーションにおいても、他の指定居宅サービス等と同様に、訪問リハビリテーション計画を作成した上で、当該計画に基づいたサービス提供を行わなくてはなりません。

⇒ 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、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訪問リハビリテーション計画を作成しなければなりません。

なお、訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成する必要があります。

訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、次の点に留意してください。

#### (1) 訪問リハビリテーション事業所の医師による診療

訪問リハビリテーション計画を作成（変更）する際には、訪問リハビリテーション事業所の医師による診療が必要です。

他の医療機関の医師から情報提供を受けて訪問リハビリテーションを提供する場合であっても、訪問リハビリテーション計画を作成（変更）するに当たっては、必ず訪問リハビリテーション事業所の医師において診療を行わなければなりません。

#### (2) 通所リハビリテーションとの共通目標を設定する場合の取扱い

通所リハビリテーションの指定を併せて受けている事業所において、各々の事業の目標を踏まえた上で共通目標を設定し、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの計画としてわかりやすく記載している場合は、一体的な計画の作成としても差し支えありません。この場合には、診療記録も一括管理とすることが可能です。

#### (3) 居宅からの一連のサービス行為の位置付け

居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供する場合には、訪問リハビリテーション計画にその目的や頻度等を記録してください。

#### ○介護予防訪問リハビリテーションにおける取扱い

⇒ 介護予防訪問リハビリテーションについては、介護予防訪問リハビリテーション計画にサービスの提供を行う期間を記載する必要があります。

⇒ 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション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、モニタリングを行わなければなりません。

また、当該モニタリングの結果は、記録するとともに、介護予防支援事業者に報告する必要があります。

## 4 介護報酬算定に係る留意事項

### ポイント

#### ○算定上のルール

⇒ 訪問リハビリテーション費は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、**医師の診療の日から3月以内**（※）に、1回あたり20分以上訪問リハビリテーションを行った場合に、1週に6回を限度として算定できます。

（※）他の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（リハビリテーションの指示等）を受けて訪問リハビリテーションを実施する場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内となります。この場合においては、少なくとも3月に1回は、訪問リハビリテーション事業所は、当該情報提供を行った医師に対して訪問リハビリテーション計画について医師による情報提供を行わなくてはなりません。

#### ○記録に係る留意事項

- （1）医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入します。
- （2）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録に残します。
- （3）（1）や（2）を医療保険の診療録に記載する場合は、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します。
- （4）リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たり根拠となる書類等）は、利用者ごとに保管し、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにしておいてください。

#### ○医療保険との給付調整

⇒ 医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険における訪問リハビリテーションに移行した場合は、当該移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません。

ただし、手術や急性増悪等により、医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合は、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能です。

⇒ 医療保険における疾患別リハビリテーションを終了する前の2月間に限り、医療保険と介護保険との併用が可能です。

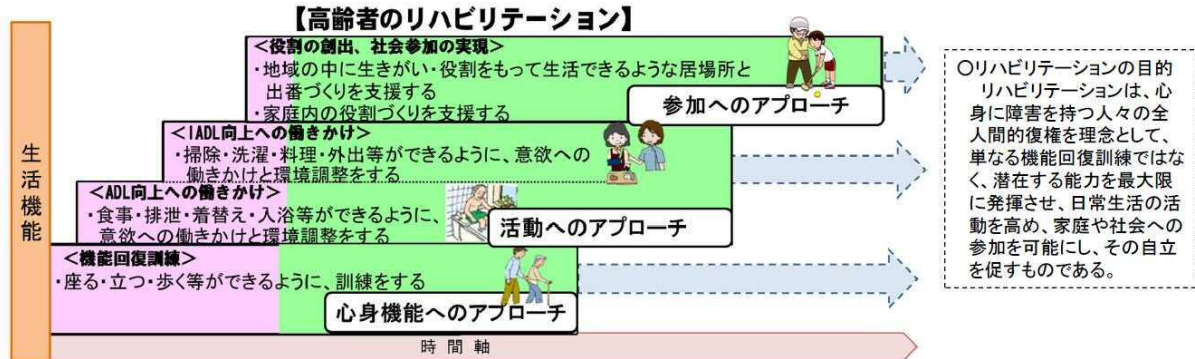
ただし、この場合においても、同一日に算定することはできません。

⇒ 利用者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が、診療に基づき、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要を認めた場合であって、計画的な医学的管理の下に在宅で療養している利用者であって通院が困難な者に対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示（特別の指示）を行ったときは、その特別の指示の日から14日間を限度として、医療保険の給付対象となるため、介護保険の訪問リハビリテーション費は算定できません。



## ○リハビリテーションマネジメント加算に係る留意事項

⇒ リハビリテーションマネジメント加算は、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的に生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、活動及び参加について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているか等、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に算定できます。



(厚生労働省「平成27年度介護報酬改定の概要 骨子版」より引用)

⇒ リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものです。利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者ごとに、**解決すべき課題の把握**を適切に行い、**改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要**です。

リハビリテーションの質の向上を図るため、**SPDCAサイクル**の構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行ってください。

<b>S</b> (Survey)	調査	利用者の状態や生活環境を踏まえること
<b>P</b> (Plan)	計画	多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成
<b>D</b> (Do)	実行	当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供
<b>C</b> (Check)	評価	当該提供内容の評価
<b>A</b> (Action)	改善	評価の結果を踏まえた当該計画の見直し等

⇒ リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等様々な専門職が協働し、また、利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものです。

⇒ リハビリテーションマネジメント加算の算定に当たっては、単位数表、留意事項通知だけでなく、以下の通知も併せて確認してください。

(1) リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について

(平成27年3月27日 老老発0327第3号)

(2) リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について (平成18年3月27日 老老発第0327001号)

※ (2)は、平成21年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方を示したものです。具体的な事務処理については、(1)により確認してください。

## 2-6

# 福祉用具貸与／特定福祉用具販売（介護予防）

### 1 福祉用具専門相談員

#### 事例

- ① 福祉用具専門相談員に必要な資格を有していることが確認できなかった。
- ② 福祉用具専門相談員を常勤換算方法で2以上配置していなかった。

#### ポイント

#### ○福祉用具専門相談員の資格

⇒ 福祉用具専門相談員は、次のいずれかの資格を有している必要があります。

- |  |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|
| (1) 保健師                                    | (2) 看護師   | (3) 准看護師  | (4) 理学療法士 |
| (5) 作業療法士                                  | (6) 社会福祉士 | (7) 介護福祉士 | (8) 義肢装具士 |
| (9) 福祉用具専門相談員指定講習修了者                       |           |           |           |
| (10) 「都道府県知事が福祉用具専門相談員指定講習に相当すると認める講習」の修了者 |           |           |           |

※福祉用具専門相談員の資格要件に該当しないもの※

- ×介護支援専門員    ×社会福祉主事任用資格    ×福祉住環境コーディネーター  
 ×介護員養成研修修了者（介護職員初任者研修、1級・2級課程、介護職員基礎研修修了者）

#### ○配置人数

⇒ 福祉用具専門相談員は、**常勤換算方法で2以上**の配置が必要です。

常勤換算を行うに当たっては、**福祉用具専門相談員として業務に従事している時間で計算**します。（「管理者としての就業時間」や「他の事業所・施設での就業時間」等は、福祉用具専門相談員としての勤務時間に含めることはできません。）

【間違いやすい事例】

（例）事業者が定めている勤務すべき時間数等

- ・常勤の従業者が勤務すべき1日当たりの勤務時間…8時間
- ・5月の常勤の従業者が勤務すべき日数…21日
- ・常勤の従業者の1か月における勤務すべき時間数…168時間

事例 その1	職種	1か月の 勤務時間数	常勤換算
Aさん	管理者	84	/
	福祉用具専門相談員	84	
Bさん	福祉用具専門相談員	168	1.0
合計		252	1.5

常勤換算方法で2以上に足りない

⇒人員基準違反！

※管理者としての勤務時間は、福祉用具専門相談員の常勤換算に含まれません。

事例 その2	職種	1か月の 勤務時間数	常勤換算	
Aさん	管理者	168	/	
Bさん	福祉用具専門相談員	168		1.0
Cさん	福祉用具専門相談員	168		1.0
合計		336	2.0	

他の事業所での勤務時間を含めて常勤換算しており、福祉用具専門相談員として従事している時間で常勤換算すると2以上に足りない。⇒人員基準違反！

（※）ただし、BさんとCさんは他の事業所の職務を兼務

⇒ 福祉用具貸与事業者が、介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売の指定を併せて受け、同一事業所において一体的にサービス提供を行う場合には、常勤換算方法で2以上の福祉用具専門相談員を配置すれば、これらの指定に係るすべての人員基準を満たしているものとみなすことができます。

## ○福祉用具専門相談員の資質の向上

⇒ 福祉用具の種類は多種多様であり、かつ、常に新しい機能を有する福祉用具が開発されるだけでなく、要介護者の要望も多様であることから、福祉用具専門相談員は、常に最新の専門的知識に基づく情報提供や福祉用具選定の相談等を行うことが求められます。そのため、指定福祉用具貸与事業者は、福祉用具専門相談員に福祉用具の構造、使用方法等についての継続的な研修を定期的かつ計画的に受けさせなくてはなりません。

## ポイント

### ○不合理な差額の禁止

⇒ 利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、「法定代理受領サービスである指定福祉用具貸与の提供に係る費用の額」と「法定代理受領サービスとしての指定福祉用具貸与の提供に係る費用の額」の間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはなりません。

そもそも介護保険給付の対象となる指定福祉用具貸与のサービスと明確に区分されるサービスについては、別の料金設定をすることができますが、利用者に対し、あらかじめ介護保険給付の対象とならないサービスであること等の説明を行い、理解を得ておく必要があるのと同時に、当該利用者を担当する居宅介護支援事業者等に対しても、同様の説明を行ってください。

### ○複数の福祉用具を貸与する場合の減額規定（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

⇒ 福祉用具の貸与価格について、複数の福祉用具を貸与する場合は、給付の効率化・適正化の観点から、あらかじめ減額の規定を届け出ることにより、通常の貸与価格から減額して貸与することが可能です。

この「複数の福祉用具を貸与する場合」とは、同一の利用者に2つ以上の福祉用具を貸与する場合をいい、「複数」については、例えば、1つの契約により2つ以上の福祉用具を貸与する場合や、契約数に関係なく2つ以上の福祉用具を貸与する場合等、指定福祉用具貸与事業者が実情に応じて規定します。

⇒ 減額の対象となる福祉用具の範囲は、指定福祉用具貸与事業者が取り扱う種目の一部又はすべての福祉用具を対象とすることができます。

例えば、主要な福祉用具である車いす及び特殊寝台と同時に貸与される可能性が高い次の種目を減額の対象となる福祉用具として設定することなどが考えられます。

- |            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| (1) 車いす付属品 | (2) 特殊寝台付属品 | (3) 床ずれ防止用具 |
| (4) 手すり    | (5) スロープ    | (6) 歩行器     |

⇒ 減額する際の利用料の設定に当たっては、既に届け出ている福祉用具の利用料（単品利用料）に加えて、減額の対象とする場合の利用料（減額利用料）を設定します。

また、1つの福祉用具には、同時に貸与する福祉用具の数に応じて複数の減額利用料を設定することも可能です。あらかじめ事業所内のシステム等において、1つの福祉用具に対して単品利用料と減額利用料を設定してください。



なお、特定の福祉用具を複数組み合わせたもの（いわゆるセット）については、**総額のみによる減額利用料を設定することなく、個々の福祉用具に減額利用料を設定**してください。（減額利用料は、利用料のうち重複する経費として想定されるアセスメント、契約手続き、配送・納品及びモニタリング等に係る経費に相当する範囲において、適切に設定してください。）

⇒ 複数の福祉用具を貸与する場合の減額規定を設ける場合は、運営規程等において単品利用料と減額利用料とを記載するとともに、利用者や当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に対して説明等を行います。

### ○月途中における契約・解約の取扱い（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

⇒ 貸与の開始月と終了月が異なり、かつ、貸与期間が1月に満たない場合には日割り計算を行うものとされていますが、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えないとされています。

いずれの場合においても、月の中途における契約・解約の取扱い（計算方法等）は、運営規程に定めておく必要があります。



### ○居宅介護支援事業者等との連携

⇒ 指定福祉用具貸与事業者は、指定福祉用具貸与を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

特に、利用者に係る居宅介護支援事業者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る必要があります。

⇒ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならないこととされています。

福祉用具貸与事業者においても、居宅サービス計画に福祉用具貸与を必要とする理由が記載されるとともに、サービス担当者会議でその必要性について検討し、継続が必要な場合には、その理由が居宅サービス計画に記載されるよう、必要な措置を講じる必要があります。

また、福祉用具専門相談員は、**福祉用具が適正に選定され、かつ、使用されるよう**介護支援専門員等に対して、**専門的知識に基づく助言**を行ってください。

## 4 計画の作成等

### 事例

- ① 福祉用具貸与計画が作成されていなかった。
- ② 特定福祉用具販売計画が作成されていなかった。
- ③ 居宅サービス計画の交付が遅れていることを理由に、計画に目標を記載していなかった。
- ④ 具体的な福祉用具の機種が記載されていなかった。

### ○福祉用具貸与計画等の作成

⇒ 福祉用具貸与や特定福祉用具販売においても、利用者ごとに個別サービス計画を作成しなくてはなりません。

福祉用具専門相談員は、利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与の目標、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福祉用具貸与計画等を作成しなくてはなりません。

なお、福祉用具貸与と併せて特定福祉用具販売の利用がある場合は、福祉用具貸与計画と特定福祉用具販売計画とを一体のものとして作成することができます。

#### 【福祉用具貸与計画等に記載すべき事項】

- (1) 作成年月日及び作成者
- (2) 利用者の基本情報（氏名、年齢、性別、要介護度等）
- (3) 福祉用具が必要な理由
- (4) 福祉用具の利用目標
- (5) 具体的な福祉用具の機種及び当該機種を選定した理由
- (6) その他関係者間で共有すべき情報（福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点等）

⇒ 福祉用具貸与計画等は、居宅サービス計画に沿って作成する必要があります。

また、作成した福祉用具貸与計画等は、利用者に対する説明、同意、交付が必要であるのはもちろん、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等から提供の求めがあった場合は、当該福祉用具貸与計画等を交付してください。（小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護を利用している場合も同様です。）

### ○モニタリングの実施（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

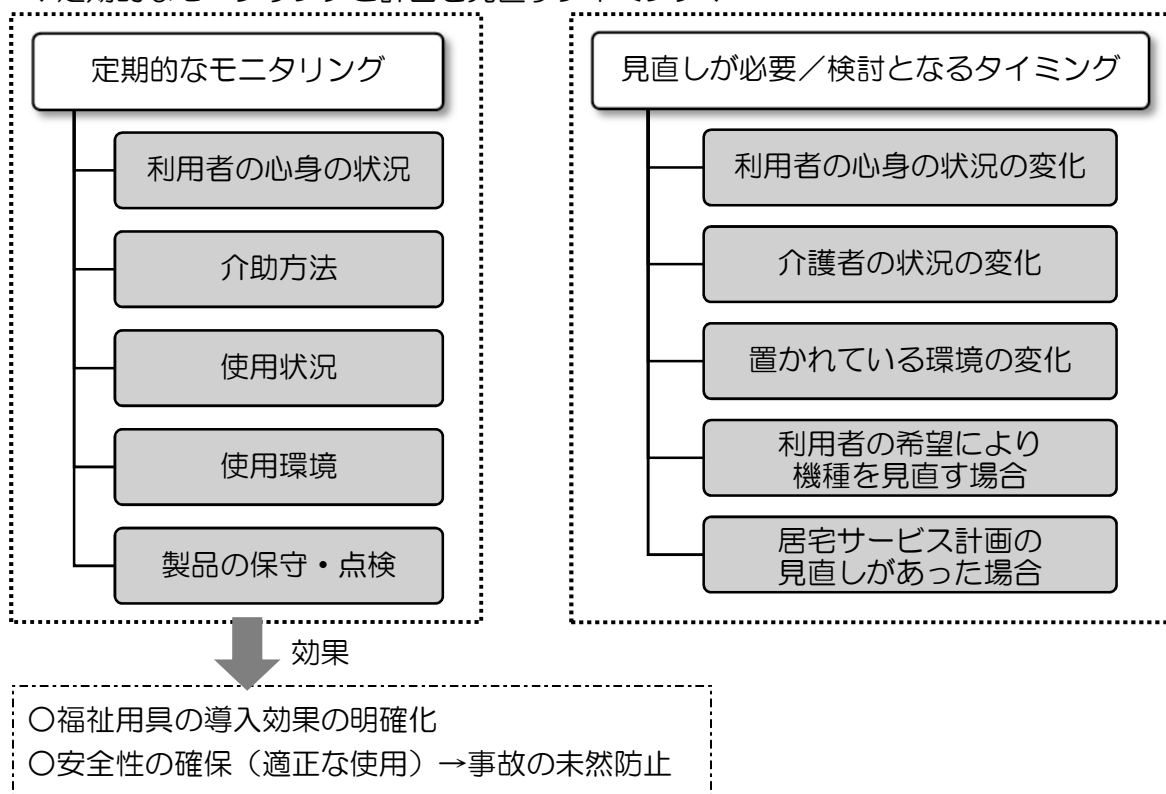
⇒ 福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画作成後、当該福祉用具貸与計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を行わなくてはなりません。

なお、福祉用具貸与計画の変更が必要な場合は、居宅サービス計画も変更が必要となりますので、居宅介護支援事業者等と連携を図ってください。

#### 【モニタリングで確認すべき事項】

- (1) 利用者の心身の状況
- (2) 介助方法
- (3) 使用状況
- (4) 使用環境
- (5) 製品の保守・点検

◆定期的なモニタリングと計画を見直すタイミング◆



5 衛生管理等（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

ポイント

○福祉用具の保管・消毒

⇒ 福祉用具貸与事業者は、従業員の清潔の保持や健康状態の管理のほか、用具そのものに対しても適切な衛生管理を行う必要があります。

回収した福祉用具を、その種類、材質等から適切な消毒効果を有する方法により速やかに消毒するとともに、消毒が行われた福祉用具と消毒が行われていない福祉用具とを区分して保管しなければなりません。

⇒ 福祉用具の保管又は消毒を委託等により他の事業者に行わせることもできます。この場合には、委託等の契約内容において、保管又は消毒が適切な方法により行われることを担保する必要があります。

【委託等において文書により取り交わす事項】

- (1) 委託等の範囲
- (2) 委託等に係る業務の実施に当たり遵守すべき条件
- (3) 委託等業務が適切に行われたことを福祉用具貸与事業者が定期的に確認できる旨
- (4) 福祉用具貸与事業者が委託等業務に関し受託者等に指示を行い得る旨
- (5) 福祉用具貸与事業者が業務改善の必要性を認め、所要の措置を講じるよう(4)の指示を行った場合に、当該措置が講じられたことを福祉用具貸与事業者が確認する旨
- (6) 委託等業務により利用者に賠償すべき事故が発生した場合の責任の所在
- (7) その他当該委託等業務の適切な実施を確保するために必要な事項

※ (3) 又は (5) の確認を行った場合は、その確認の結果について適切に記録を残してください。

## 6 軽度者に対する福祉用具貸与

### ポイント

#### ○軽度者に対する福祉用具貸与

⇒ 要支援1、要支援2及び要介護1と認定された者（軽度者）に係る福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい一部の福祉用具（対象外種目）は、原則として算定することができません。

また、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。）については、軽度者に加えて、要介護2及び要介護3と認定された者に対しても原則的に算定できません。

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

⇒ 利用者の身体状況等から対象外種目の貸与が必要な者への給付は、あくまで例外的措置であるという認識の下、適切な手順により利用者の状態及び当該福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントに基づき給付を行う必要があります。



## ○軽度者に対する福祉用具の例外給付

### (1) 利用者の状態像に対し、認定調査の結果等により貸与が認められる場合

⇒ 軽度者に該当する者に対しても、利用者の状態像から上記対象外種目の貸与が必要と判断できる場合には、福祉用具貸与費の算定が可能となります。

対象外種目	状態像	認定調査の結果
ア 車いす 及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7「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	※(注)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 ①日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4「3. できない」
	②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 ①意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査1-3「調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか「できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか「ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	②移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 ①日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8「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「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	※(注)参照
カ 自動排泄処理装置	次のいずれかに該当する者 ①排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6「4. 全介助」
	②移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1「4. 全介助」

※(注) アの②及びオの③については、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等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントによりケアマネジャー又は地域包括支援センター担当職員(以下「ケアマネジャー等」という。)が判断します。例えば車いすの貸与について「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」とケアマネジャー等が判断した場合は、市町村への確認依頼を行う必要はありません。



## (2) 市町村への確認により貸与が認められる場合

⇒ (1) において対象とならない者についても、次のアからウの3つの要件を満たすことで、例外的に福祉用具貸与費の算定が可能です。

ア ケアマネジャー等が医師の医学的な所見に基づき、次の表の i) から iii) までのいずれかに該当すると判断していること。

なお、医師の医学的な所見については、主治医意見書又は医師の診断書による確認のほか、介護支援専門員等が聴取した医師の医学的所見をケアプラン(介護予防含む)に記載する方法をとっても差し支えありません。

i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に(1)の表の状態像に該当する者 例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに表1の状態像に該当するに至ることが確実に認められる者 例：がん末期の急速な状態悪化
iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の状態像に該当すると判断できる者 例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

イ 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。

ウ 上記ア・イについて、市町村に書面等確実な方法により確認を受けること。



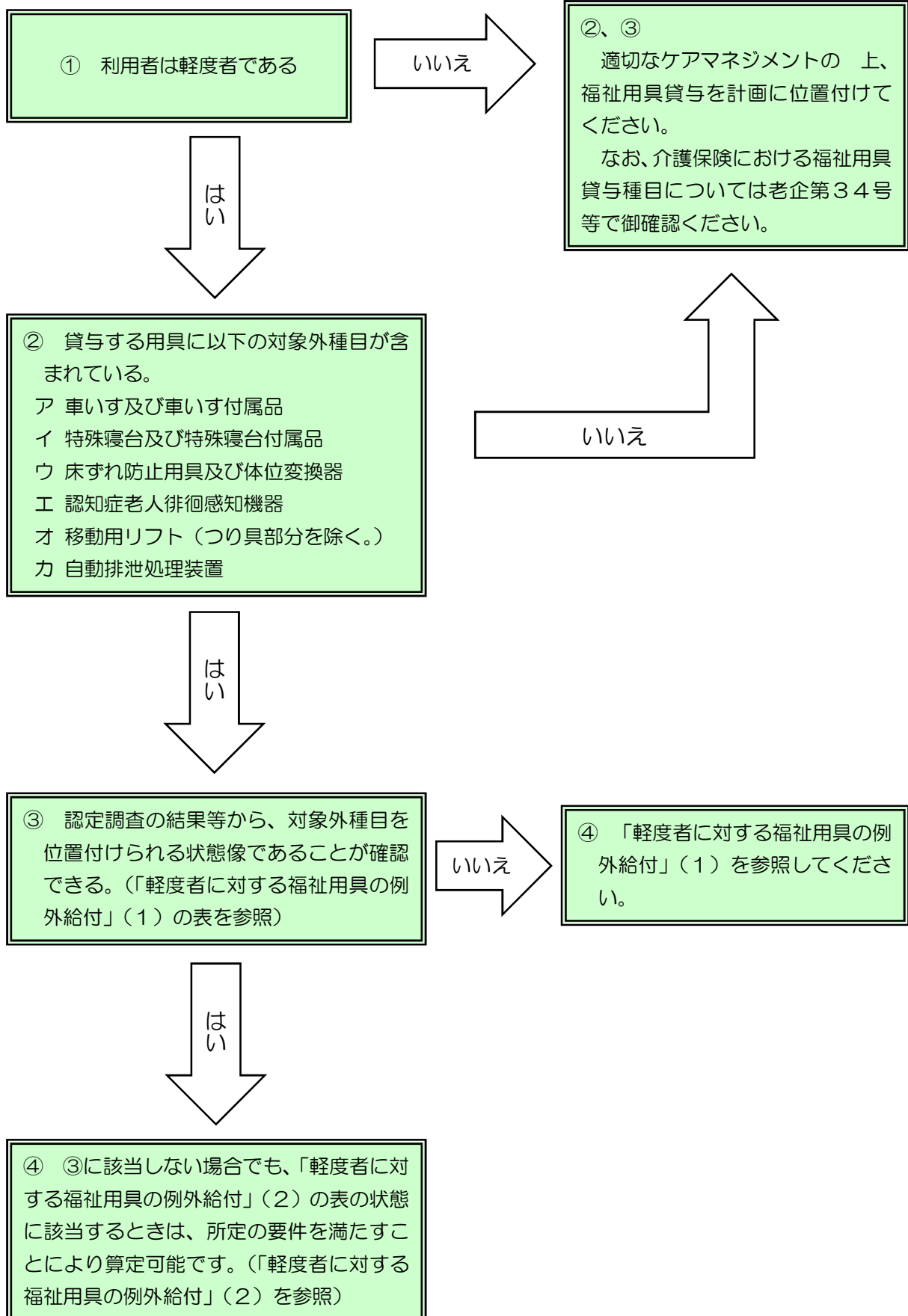
- (ア) 軽度者に係る福祉用具貸与に係る確認依頼書
  - (イ) サービス担当者会議等の記録
  - (ウ) 主治医の意見書、診断書又は医師の医学的所見を記載した書類
- ※ただし、(イ)において医師の医学的所見による判断が明記されている場合は、(ウ)の添付を省略することができます。

区役所(地区健康福祉ステーション)による確認を行い、適正であると判断された場合には、確認日(書類提出日)以降、介護報酬の算定が可能となります。

⇒ 対象外種目の貸与を受けている場合であって、以下のいずれかの変更があったときは、再度市町村による確認を受けてください。

- ◆医学的見地に基づくケアマネジャー等が判断した(2)アの表の i) から iii) に変更が生じたとき
- ◆貸与する福祉用具の追加・変更が生じたとき  
※ ただし、同一品目における変更等軽易なものについてであって、かつ、当該変更等が被保険者の身体状況や介護状況の変化に起因するものではない場合は不要です。
- ◆当該被保険者が更新認定・区分変更認定を受けたとき

# 軽度者に対する福祉用具貸与 算定フローチャート



## ポイント

## ○管理者

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

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

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

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

## ポイント

## ○必要な資格、員数等

職種		資格等（注1）	必要な員数（注2）
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	◆介護福祉士 ◆実践者研修修了者 ◆介護職員基礎研修修了者 ◆訪問介護員1級・2級	○交通事情、訪問頻度等を勘案し、利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な員数
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等		○提供時間帯を通じて1以上 ※午後6時から午前8時までの間は、オペレーターが兼務することも可
訪問看護サービスを行う 看護師等 ※ <u>連携型を除く</u>	看護職員	◆保健師 ◆看護師 ◆准看護師	○常勤換算方法で2.5以上 ○1以上は、常勤の保健師又は看護師（以下「常勤看護師等」）
	理学療法士等	◆理学療法士 ◆作業療法士 ◆言語聴覚士	事業所の実情に応じた適当数（配置しないことも可）

職種	資格等	必要な員数
オペレーター	◆看護師 ◆医師 ◆准看護師 ◆介護支援専門員 + ◇指定訪問介護のサービス提供責任者の業務に3年以上従事した者（注3）	○提供時間帯を通じて1以上 ○1人以上は、常勤の看護師、介護福祉士等（左記◆のいずれかの資格を有する者。以下について同じ）
計画作成責任者	◆看護師 ◆医師 ◆准看護師 ◆介護支援専門員 ◆介護福祉士 ◆保健師 ◆社会福祉士	○上記従業者のうち1人以上を選任

注1 表中、「資格等」の「◆」は、いずれかを有する者である必要がある。

注2 表中、「必要な員数」の「○」は、いずれも満たしている必要がある。

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

## ○その他従業者を配置する上での留意点

### (1) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等

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

また、午後6時から翌日午前8時までの間は、オペレーターが随時訪問サービスに従事する場合には、随時訪問サービスを行う訪問介護員等を置かないことができます。

### (2) 訪問看護サービスを行う看護師等（※連携型を除く）

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

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

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

### (3) オペレーター

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

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

ア 当該事業所の定期巡回サービス又は訪問看護サービス

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

ウ 利用者以外の者からの通報を受け付ける業務

### 3 設備に関する基準

#### ポイント

#### ○必要な設備等

⇒ 事業所には、次の設備及び備品等を備えなくてはなりません。

##### (1) 事務室（又は区画）

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

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

##### (2) 鍵付きの書庫等

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

##### (3) 感染症予防に必要な設備等

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

##### (4) 利用者の心身の状況等の情報を蓄積することができる機器

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

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

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

##### (5) 随時適切に利用者からの通報を受けるための通信機器等

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

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

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

ただし、利用者の心身の状況によって、一般の家庭用電話や携帯電話でも随時の通報を適切に行うことが可能と認められる場合は、ケアコール端末に代わって携帯電話を配布したり、ケアコール端末等を配布せず、利用者所有の家庭用電話や携帯電話から随時の通報を行わせることでも差し支えありません。

#### ケアコール端末に係る費用の取扱い

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

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

## 4 主治の医師との関係

### ポイント

#### ○医師の指示に基づく訪問看護の提供

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

なお、「主治の医師」とは、利用者の選定により加療している医師をいうものであり、主治の医師以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできません。

#### ○訪問看護指示書の取扱い

⇒ 訪問看護指示書の有効期間は、最長6か月です。

訪問看護指示書の交付は、訪問看護サービスの提供開始前に受ける必要があります。

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

⇒ 常勤看護師等は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示書に基づき訪問看護サービスが行われるよう、主治医との連絡調整、訪問看護サービスの提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければなりません。

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

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

#### 居宅介護支援事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなくてはなりません。特に、ケアマネジャーから定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

また、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

## 5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画

### ポイント

#### ○計画の作成

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

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

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

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

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

#### ○訪問看護報告書の作成

⇒ 訪問看護サービスの提供を行う保健師又は看護師は、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載した訪問看護報告書を作成しなくてはなりません。

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

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

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

#### 訪問看護サービスに係る利用料等の取扱い

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

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

※ 「2-4 訪問看護」の「5 利用料等の受領」を参照してください。

## 6 鍵の管理

### 事例

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

### ポイント

#### ○合鍵の管理

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

その場合は、事業所内での管理を厳重に行う必要があります。従業者であっても容易に持ち出すことができないよう、最低限「誰が（従業者）」「いつ」「どういった理由（目的）で」「誰の（利用者）」合鍵を持ち出すのかを明確にし、利用者に安心感を与えるよう体制整備を行ってください。

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

## 7 介護・医療連携推進会議

### 事例

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

### ポイント

#### ○介護・医療連携推進会議の開催

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、介護・医療連携推進会議を設置し、おおむね3月に1回以上、開催しなくてはなりません。

この「介護・医療連携推進会議」を設置・開催する目的は、次のとおりです。

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

⇒ 当該会議は、以下に掲げる者等から構成します。

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



- ⇒ 当該会議では、活動状況を報告して評価を受けるとともに、構成員から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなくてはなりません。
- また、当該会議を開催した際は、記録を作成するとともに、その記録を公表する必要があります。
- ⇒ サービスの改善及び質の向上を目的として、1年に1回以上、自らが提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行い、当該自己評価の結果を、介護・医療連携推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行う必要があります。
- この自己評価結果及び外部評価結果についても、会議の記録と同様に公表する必要があります。

## ○「連携型」における適用除外

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

### (1) 人員に関する基準のうち、次に掲げる事項

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

### (2) 運営に関する基準のうち、次に掲げる事項

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

## ○指定訪問看護事業者との連携

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

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

- ⇒ 連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、連携指定訪問看護事業者から、次の事項について、必要な協力を得なくてはなりません。
- (1) 看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメント
  - (2) 随時対応サービスの提供に当たっての連絡体制（看護職員による対応が必要と判断された場合に、確実に連絡が可能な体制）の確保
  - (3) 介護・医療連携推進会議の参加
  - (4) その他連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たって必要な助言及び指導
- ⇒ 前述（5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画）のとおり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメントの結果を踏まえて作成しなければならないことから、上記（1）については、訪問看護サービスの利用者だけでなく、訪問看護サービスを利用しない利用者についても、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングを行う必要があります。
- ⇒ 上記（1）について、連携指定訪問看護事業所の利用者に関しては、指定訪問看護の提供時に把握した利用者の心身の状況について情報共有を図ることで足りる。
- ⇒ 上記（1）について、連携指定訪問看護事業所の利用者以外に関しては、必ずしも当該連携指定訪問看護事業所の職員が行わなければならないものではなく、連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所のオペレーターとして従事する看護職員や、当該連携型指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が実施する他の事業に従事する看護師等により実施することでも差し支えありません。

## ○同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱い

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

## 9 介護報酬算定に関する留意事項

### ポイント

#### ○医療保険の訪問看護との調整

- ⇒ 居宅サービスの訪問看護と同様に、介護保険の給付が医療保険の給付に優先します。（詳細は、「2-4 訪問看護」の「8 給付調整等」を参照してください。）
- 医療保険の給付対象の期間に係る介護報酬については、訪問看護サービスを行わない場合の単位数で算定しなくてはなりません。具体的には、主治医の指示に基づいて医療保険の給付の対象となる期間に応じて日割り計算を行います。

## ○他のサービスとの給付調整

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

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護
- 夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 複合型サービス
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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

### (1) 対象サービス

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

### (2) 報酬算定の取扱い

短期入所系サービスの利用日数に応じた日割り計算を行います。

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

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

### (1) 対象サービス

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

### (2) 報酬算定の取扱い

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

## ポイント

## ○管理者

⇒ 訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様に、管理者は、**常勤**であり、かつ、**専ら当該夜間対応型訪問介護看護事業所の管理業務に従事するもの**とされています。ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

(1) 当該事業所のオペレーションセンター従業員又は訪問介護員等としての職務

(2) 訪問介護事業者又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の指定を併せて受け、同一の事業所においてそれぞれの事業が一体的に運営されている場合の、当該指定訪問介護事業所又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務（日中のオペレーションセンターサービスを実施する場合に限る。）

(2) 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内にある他の事業所等の管理者又は従業員としての職務

(※) 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設する入所施設において、入所者に対してサービス提供を行うなどの場合は、本務である「管理業務」に支障があると考えられることがあります。

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

## ポイント

## ○必要な資格、員数等

職種		資格等（注1）	必要な員数
オペレーションセンター従業員	オペレーター （利用者からの通報を受け付ける業務）	◆看護師 ◆介護福祉士 ◆医師 ◆保健師 ◆准看護師 ◆社会福祉士 ◆介護支援専門員	○提供時間帯を通じて1以上 （注2）
	面接相談員 （面接その他の業務）	オペレーターと同等の資格又は知識経験を有する者 （努力義務）	○面接を適切に行うために必要な員数 ※夜間勤務のオペレーターや訪問介護員等が従事することも可

職種		資格等（注1）	必要な員数
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	◆介護福祉士 ◆実践者研修修了者 ◆介護職員基礎研修修了者 ◆訪問介護員1級・2級	○交通事情、訪問頻度等を勘案し、利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な員数
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等		○提供時間帯を通じて1以上 ※利用者の処遇に支障がない場合は、定期巡回サービス等の職務に従事することも可

注1 表中、「資格等」の「◆」は、いずれかを有する者である必要がある。

注2 オペレーターについては、看護師、介護福祉士等であるオペレーターがオペレーターとして勤務する時間以外の時間帯において、当該オペレーター又は当該事業所の看護師等との緊密な連携を確保している場合は、指定訪問介護のサービス提供責任者の業務に3年以上従事した者を充てることができる。

## ○その他従業者を配置する上での留意点

### (1) オペレーションセンター従業者

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

### (2) オペレーター

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

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

ア 当該事業所の定期巡回サービス

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

ウ 利用者以外の者からの通報を受け付ける業務

### (3) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等

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

### 3 設備に関する基準

#### ○必要な設備等

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様ですので「2-7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「3 設備に関する基準」を参照してください。

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

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

### 4 夜間対応型訪問介護計画

#### ○計画の作成

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

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

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

#### 居宅介護支援事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなくてはなりません。特に、ケアマネジャーから夜間対応型訪問介護計画の提供の求めがあった場合は、これを提供することに協力してください。

また、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

## 5 利用者との面接等

### 事例

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

### ポイント

#### ○オペレーションセンター従業員による面接

⇒ 夜間対応型訪問介護のオペレーションセンターサービスや随時訪問サービスは、利用者からの随時の通報に適切に対応して行われ、利用者が夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるものでなければなりません。

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

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

#### 鍵の管理

夜間対応型訪問介護においても、そのサービスの性格上、利用者から合鍵を預かる場合がありますが、鍵を預かる場合の留意点等は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様ですので「2-7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「6 鍵の管理」を参照してください。

## 6 介護報酬算定に関する留意事項

#### ○他のサービスとの給付調整

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

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 複合型サービス
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

#### ○同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱い

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

### ポイント

#### ○24時間通報対応加算

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

当該加算の算定要件は、以下のとおりです。

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

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

また、(2)の場合には、夜間対応型訪問介護事業所から訪問介護事業所に情報提供を行い、当該情報提供に基づいて、連携する訪問介護事業所が必要な訪問介護を行います。そのため、当該加算の対象となる利用者は、夜間対応型訪問介護事業所と連携体制を取っている訪問介護事業所と事前にサービスの利用に係る契約を締結しておく必要があります。

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

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



## 3-1 通所系サービス共通

### 1 サービス提供時間について

#### ポイント

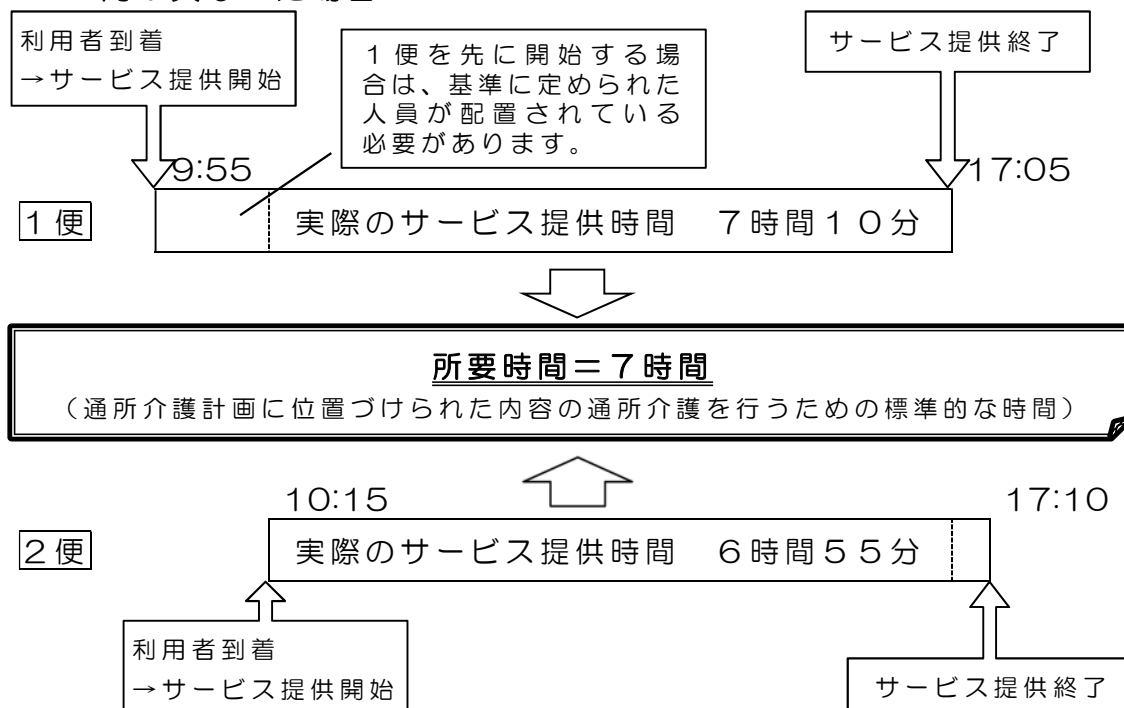
#### ○サービス提供時間について

⇒ 通所介護費については、所要時間による区分により算定されるものです。  
この「所要時間による区分」とは、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間によることとされています。

⇒ 単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常的时间を超えて事業所にいる場合は、通所介護のサービスが提供されているとは認められません。  
この場合は、当初の計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数を算定します。

#### 【所要時間の考え方】

(例) 送迎者が2便体制で、当日の交通事情により事業所への到着時間が異なった場合



#### ○送迎時における居宅内介助等の評価

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

## 2 サービス提供時間の短縮について

### ポイント

#### ○老企第36号第2の7(1)〔所要時間による区分の違い〕 抜粋

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

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

#### 【参考】所要時間を短縮した場合の算定

平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1)

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

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

こうした趣旨を踏まえ、例えば7時間以上9時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日の途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず6時間でサービス提供を中止した場合に、当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。(ただし、利用者負担の軽減の観点から、5時間以上7時間未満の所定単位数を算定してもよい。) こうした取り扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所を想定しており、限定的に適用されるものである。

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

(例)

- ① 利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより6時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、6時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
- ② 利用者の当日の希望により3時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成するべきであり、3時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。
- ③ 7時間以上9時間未満の通所介護を行っていたが、当日利用者の心身の状況から1～2時間で中止した場合は、当初の通所サービス計画に位置付けられていた時間よりも大きく短縮しているため、当日のキャンセルとして通所介護費を算定できない。

### 3 送迎について

#### 事例

- ① 送迎について、利用者宅の玄関外（マンションの場合はマンション玄関外）で行っていた。
- ② 送迎について、事業所で独自に送迎ルートを設定し、そのルートから外れているという理由から、利用者家族に送迎を依頼していた。
- ③ 送迎時における居宅内介助等を行っている間、他の利用者を車内で待たせていた。
- ④ 送迎について、減算することを前提として、事業所の都合により全部又は一部の利用者に対して送迎を行わない取扱いをしていた。

#### ポイント

##### ○送迎の実施

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

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

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

なお、送迎時に実施した居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）について、以下の要件を満たせば、1日30分以内を限度として所要時間を含めることができることとなりました。

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

⇒ 送迎時における居宅内介助等の評価は、個別に送迎する場合のみに限定するものではありませんが、居宅内介助に要する時間をサービスの提供時間を含めることを認めるものであることから、他の利用者を送迎時に車内に待たせて行うことは認められません。

（平成27年4月改定関係Q & A 問54）



## 【参考】送迎時における居宅内介助等の評価に係るQ & A

平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1)

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

(答)

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

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

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

### ○送迎が実施されない場合の評価の見直し

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

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

⇒ 送迎を実施しない場合の減算については、送迎体制を確保しているにもかかわらず、適切に行われたケアマネジメントの結果、利用者等の意向を踏まえ、事業所が送迎を行わない場合に適用します。

そのため、送迎を実施しない場合の減算を適用する場合には、担当する介護支援専門員等が開催するサービス担当者会議（原則、利用者及び家族が参加）等における検討の結果、送迎を行わないことについて居宅サービス計画に位置づけ、かつ、個別サービス計画においても位置づける（往復か片道かを含む。）必要があります。

⇒ 適切なケアマネジメントの結果、送迎を実施しない場合であっても、悪天候時等における対応については事前に申し合わせを行うなど、サービス利用に支障が出ないよう適切な対応を図る必要があります。

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

⇒ 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、送迎を行わない場合の減算はありません。

## 4 定員の遵守

### 事例

① 事業所で設定した定員を超過している日が確認された。

### ポイント

#### ○定員の遵守と定員超過減算について

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

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

⇒ 定員超過については、定員超過減算の適用を受ければ定員を超過してもよいということではなく、「定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。」とされています。（老企第36号 第2の7(16)）

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

#### 【参考】要介護者等以外の自費負担によるサービス利用

平成12年1月21日付け事務連絡

「要介護者等以外の自費負担によるサービスの利用について」

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

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

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

## 5 プログラムについて（通所系サービスで認められる範囲）

### 事例

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

### ポイント

#### ○屋外でのサービス提供について

⇒ 通所系サービスは、事業所内でのサービス提供が原則です。

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

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

(1)・(2)に係る具体的なプロセスは、次の例のとおりです。

#### A 居宅サービス計画等について

個別サービス計画は、居宅サービス計画等に基づき作成されます。そのため、「屋外でのサービス提供」を、介護保険のサービス（＝介護報酬として評価）として提供するためには、個別サービス計画の前提となる居宅サービス計画等との整合性が必要です。

#### B 介護支援専門員等の役割

介護支援専門員等は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせを検討します。

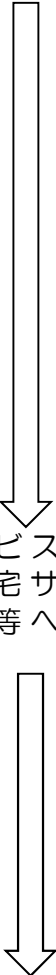
#### C 具体的な原案作成の考え方の例

原案作成に関するプロセスとしては、次のような例が考えられます。

- a 介護支援専門員が作成する、居宅サービス計画（原案）等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に、「（趣味で写真を撮るため）一人で外出するが、転倒の不安がある。」や「自宅内移動でも、一人でトイレに行くことに不安がある。」など、歩行に関する課題がある。
- b 長期目標欄に「ふらつかないで立ち上がりや杖を使って歩行ができるようになる。」、短期目標欄に「足腰の力をつけるため、リハビリに毎週取り組むことができる。」を位置づける。
- c 援助内容欄の「サービス内容」に、「足腰の筋肉の力をつける機能訓練の提供」を位置づける。
- d サービス種別欄に「通所介護」を位置づけ、かつ、保険

給付の対象となるかどうかの区分欄に「○」がある。(この場合、介護支援専門員等は、解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせを検討しますが、通所介護のほか、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等も、サービス種別として検討してください。)

- e 当該サービス提供を行う事業所欄に、利用者の目標を達成するのに最適なサービス提供を行うことができる事業所を位置づける。(この場合、介護支援専門員等は、通所介護(認知症対応型を含む。)が、原則として事業所内でサービス提供を行うことを踏まえ、「解決すべき課題に対応するための最も適切なサービス」を提供できる事業所を、複数事業所で比較検討してください。)



D サービス事業所の居宅サービス計画等への位置づけ

A～Cのプロセスを経て作成された居宅サービス計画原案を基に、介護支援専門員等が開催するサービス担当者会議等で、サービス担当者・主治医等から専門的見地からの意見を求め、比較検討を行っており、かつ、当該指定通所介護事業所を位置づけることについて共有します。

この際、指定通所介護(認知症対応型を含む。)は、原則として事業所内でサービス提供を行うことを踏まえ、機能訓練の内容・手段等において、特に屋外でのサービス提供の必要性(不可避性)について、サービス担当者会議内で検討を行い、その結果をサービス担当者会議の記録に残してください。

E 個別サービス計画への位置づけ

当該通所介護事業所等は、一連のプロセスを経て作成された居宅サービス計画等に基づき、個別サービス計画を作成します。なお、個別サービス計画の作成については、以下のプロセスが必要です。

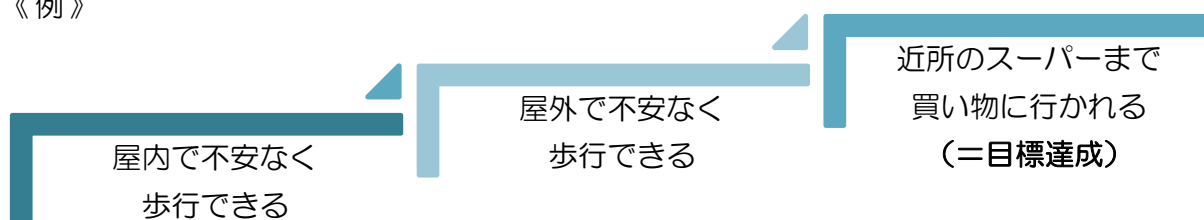
- a A～Dのプロセスを経て作成された居宅サービス計画等の内容を踏まえ、個別サービス計画を管理者が作成する。
- b 個別サービス計画の作成に際して、専門的知識を有する当該事業所の機能訓練指導員と共同して作成する。(最終的な作成者は、あくまでも管理者であることに留意)
- c 上記bで作成する個別サービス計画に、利用者の目標を達成するために必要なサービスとして、機能訓練指導員の専門的見地から、特に屋外で機能訓練を行うことが効果的であることを明記し、かつ、効果的な機能訓練として提供する具体的サービス内容を位置づける。
- d 上記計画に位置づけた屋外での機能訓練について、具体的なサービス提供の記録(提供時間・提供場所・具体的内容・提供者)を残す。
- e 上記dの記録を踏まえて1月に1回程度、計画作成者である管理者及び機能訓練指導員、主な介護従業者等が当該機能訓練等の評価を行い、その内容を記録する。
- f 上記eの評価結果を、サービス担当者会議等を通じて、必要に応じて、介護支援専門員等と情報共有(連携)する。

※ リハビリテーションマネジメントの考え方を参考にしてください。

⇒ 屋外でのサービス提供を行う場合は、対象者一人ひとりについて、当該

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

《例》



⇒ 通常、居宅サービス計画に「自宅からの外出」と位置づけられていても、それは通所系サービス事業所からの外出（屋外でのサービス提供）にはあたりません。（単なる「自宅からの外出」は、自宅から通所系サービス事業所へ行くことを指します。）

### ○屋外でのサービス提供を行う場合の人員配置について

⇒ 外出を行う場合、介護職員の人員配置にも注意が必要です。事業所内で、人員基準を満たす必要があります。

例：認知症対応型通所介護の場合

生活相談員＝1名

機能訓練指導員＝1名（時間帯に応じて）

看護・介護職員（専ら職員）＝1名

〃（勤務時間合計をサービス提供時間で除す）＝1名

→ 仮に、利用者1名と看護・介護職員1名が外出した場合は、この事業所は、事業所内の人員基準を満たさなくなるため、プラス1名の看護・介護職員が必要です。

### ○通所系サービス以外のサービスについて

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

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

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

#### サービス提供時間中に行うことができないサービス例

通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うこととされているため、サービス提供時間中に以下のようなサービスを行うことは認められません。

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

※機能訓練の一環としてその効果が見込まれるマッサージの提供は可能。



## 6 給食提供

### ○給食提供を行う際の報告について

⇒ 給食提供を行う事業所については、食数を問わず、事業所所在地の区役所保健福祉センターに報告を行う必要があります。詳しくは、川崎市ホームページに通知「介護サービス事業所において給食提供を行う際の報告について（依頼）」を掲載していますので、御確認ください。

【掲載場所】

川崎市ホームページ（<http://www.city.kawasaki.jp/>）

「給食提供を行う際の報告」でキーワード検索

## 7 プライバシーの確保

### 事例

① 入浴する前に脱衣所に複数人の利用者を待たせている状況が確認された。

### ポイント

### ○プライバシーの確保について

⇒ 通所系サービス事業所で入浴を実施している事業所は多いですが、その際にはプライバシーに配慮し、サービス提供する必要があります。

⇒ 複数人の利用者に対して同時に入浴サービスを提供する場合は、プライバシーに配慮し、声かけ・誘導を工夫する等し、なるべく脱衣所で待たせることのないようにする等プライバシーの確保に努めてください。



## 1 生活相談員

## 事例

- ① 生活相談員を配置していなかった。
- ② 生活相談員の資格要件がない者を配置していた。

## ポイント

## ○生活相談員の配置

⇒ 指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護（以下「指定通所介護事業所等」という。）は、サービス提供日ごとに、指定通所介護事業所等におけるサービス提供時間数（サービスが提供されていない時間を除きます。）に応じた生活相談員の配置が必要です。

《確保すべき生活相談員の勤務延時間数の計算式》

提供日ごとに確保すべき勤務延時間数 = サービス提供時間数

⇒ 生活相談員の確保すべき勤務時間数には、利用者の生活の向上を図るための相談・援助等に支障がない範囲で行った「サービス担当者会議や地域ケア会議に出席するための時間」、「利用者宅を訪問し、在宅生活の状況を確認した上で、利用者の家族も含めた相談・援助のための時間」、「地域の町内会、自治会、ボランティア団体等と連携し、利用者に必要な生活支援を担ってもらうなどの社会資源の発掘・活用のための時間」などの時間も含まれることができます。

⇒ 生活相談員の事業所外での活動に関しては、利用者の地域を支えるための取組である必要があるため、事業所において、その活動や取組を記録してください。

⇒ 生活相談員については、川崎市特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年川崎市条例第75号）第6条第2項に定める生活相談員に準ずるものでなければなりません。

《川崎市特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例》

第6条 （略）

2 生活相談員は、社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。

## 2 看護職員

### 事例

- ① 看護職員について、併設する施設の看護職員と兼務していたが、それぞれの勤務時間が明確にされていなかった。
- ② 利用定員が10名を超える事業所で、実利用者が10名以下であるとして看護職員を配置していない日があった。【人員基準欠如減算に該当】

### ポイント

#### ○看護職員の配置

- ⇒ 利用定員が10名を超える指定通所介護事業所等においては、その単位ごとに、専ら当該指定通所介護の提供に当たる看護職員（看護師又は准看護師）が1人以上確保されるために必要と認められる員数を配置しなければなりません。
- ⇒ 看護職員については、提供時間帯を通じて専従する必要はありませんが、当該看護職員は、提供時間帯を通じて指定通所介護事業所等と密接かつ適切な連携を図るものでなければなりません。  
また、併設する施設の看護職員との兼務は可能ですが、それぞれの勤務時間を明確に区分する必要があります。

#### ○看護職員の配置基準の緩和

- ⇒ 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定通所介護事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護事業所等が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている場合は、看護職員の人員配置基準を満たしているものとします。  
この「密接かつ適切な連携」とは、指定通所介護事業所等へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保することです。

※ 病院、診療所又は訪問看護ステーションとの契約で確保した看護職員の従事する時間は示されておりませんが、少なくとも営業日ごとに事業所内で利用者の健康状態の確認を行うために必要な時間は従事してください。また、事業所と病院等の距離についても、利用者の容態急変に対応できるよう適切に指示を受けることができる連絡体制が確保されている場合は特段の定めはありません。

### 3 介護職員

#### 事例

- ① 利用定員が10名を超える事業所で、実利用者が10名以下であるとして生活相談員と看護職員で対応し、介護職員を配置していなかった。

【人員基準欠如減算に該当】

#### ポイント

#### ○介護職員の配置

- ⇒ 指定通所介護事業所等は、単位ごとに、利用者の定員に応じて必要と認められる数以上の介護職員を配置しなければなりません。

《確保すべき介護職員の勤務延時間数の計算式》

- (1) 利用定員が15名以下の場合

$$\text{単位ごとに確保すべき勤務延時間数} = \text{平均提供時間数}$$

- (2) 利用定員が15名を超える場合

$$\text{単位ごとに確保すべき勤務延時間数} = \frac{(\text{利用者数} - 15)}{5} + 1 \times \text{平均提供時間数}$$

- ⇒ 利用定員が10名を超える事業所においては、その単位ごとに、専ら当該指定通所介護等の提供に当たる看護職員が1人以上確保されるために必要と認められる員数を配置しなければならないとされていることから、生活相談員のほかに看護職員と介護職員をそれぞれ配置する必要があります。

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

(老企第36号 第2の7(17)③)

## 4 機能訓練指導員

### 事例

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

### ポイント

#### ○機能訓練指導員について

⇒ 指定通所介護事業所等は、サービス提供日ごとに、1以上の機能訓練指導員を配置する必要があります。

常勤・非常勤については問いません。

通所定員が10名以下の事業所も、機能訓練指導員の配置は必要です。

配置時間は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う時間となります。機能訓練指導員としての配置時間外は、他の職務に従事することも可能です。

⇒ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とされています。

この「訓練を行う能力を有する者」とは、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者」とされています。

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

#### ★配置の考え方のポイント★

… 機能訓練指導員は、サービス提供日ごとに、常勤・非常勤を問わず1以上配置することが必要ですが、毎日理学療法士等の有資格者の配置を求めているわけではありません。

それぞれの利用者の通所介護計画又は地域密着型通所介護計画(以下「通所介護計画等」という。)に定められた機能訓練を適切に実施するのに必要な人数・時間数の配置を行ってください。

例えば、月曜～金曜日のサービス提供事業所の場合、週1回程度、有資格者を配置し、それ以外の曜日は生活相談員・介護職員が「機能訓練指導員」の立場(配置)で、日常生活やレクリエーション、行事を通じた機能訓練を行うことができます(ただし、この場合の介護職員等の配置(時間)は、「機能訓練指導員」としての配置時間となるため、介護職員としての人数カウントはできません。)。

… 上記の有資格者の配置は、あくまで例示であり「週1回程度」が標準ではありません。最低限、有資格者が直接、各利用者に面談し、必要な機能訓練を行ったり、介護職員等に訓練方法等を指導したり、サービスの提供後記録をするのに必要な時間を確保してください。

## 5 管理者

### 事例

- ① 管理者が、事業所とは離れた場所にある他の事業所に勤務している日があった。
- ② 従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、生活相談員・看護職員・機能訓練指導員・介護職員の配置や兼務関係等を明確にした勤務表を確認することができなかった。
- ③ 従業者の雇用契約書等雇入に関する書類が確認できなかった。
- ④ 労働日ごとの始業・終業時刻の記録が確認できなかった。
- ⑤ 通所介護計画書の作成、説明、交付を管理者ではなく生活相談員が行っていた。

### ポイント

#### ○管理者の兼務の範囲

⇒ 指定通所介護事業所の管理者は、常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するものでなければなりません。当該事業所の管理上支障がない場合に限り、以下の職務との兼務が可能です。

- (1) 当該指定通所介護事業所等の通所介護従業者としての職務
- (2) 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、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

#### ○管理者の責務

⇒ 指定通所介護事業所の管理者は、事業所の従業者の管理及び指定通所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わなければなりません。

従業者の管理を運営法人が一括管理することを否定するものではありませんが、事業所の従業者の管理も管理者の責務ですので、法人が管理するだけでなく、管理者も把握できるような体制整備を行ってください。

#### ○通所介護計画等の作成・説明・交付

⇒ 通所介護計画等は、サービスの提供にかかわる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものですが、通所介護計画書等の作成や利用者への説明・交付の責任者は、指定通所介護事業所の管理者となります。

⇒ 通所介護計画等を作成した際は、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た上で交付しなければなりません。内容への同意のサインをもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかるよう記録に残してください。

## 6 設備基準

### 事例

- ① 機能訓練室の一部が事務スペースになっていた。
- ② 静養室が設置されていなかった。
- ③ 機能訓練室、静養室、相談室について、市に届け出ているレイアウトと相違があった。

### ポイント

#### ○設備について

- ⇒ 指定通所介護事業所等は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品を備えなければなりません。
- ⇒ 食堂及び機能訓練室（機能訓練室等）については、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上でなければなりません。  
また、棚・靴箱・荷物ロッカー（利用者用を含む）・洗面台・冷蔵庫・電子レンジ・洗濯機等の機能訓練に資すると想定されない設備が設置されている面積は除外されます。
- ⇒ 機能訓練室等の一部を事務スペースにしている事例のほか、ダンボールや使用していない備品等が置かれている場合は、それらを他に移動させるか、届け出ているスペースから除外して変更の届出を行うなどの措置が必要です。

## 7 介護保険外での宿泊サービスについて

#### ○夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化

- ⇒ 事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）を実施している事業所については、別途届出を行っていただく必要があります。（新たに宿泊サービスを開始する場合は、サービスの提供開始前に届け出る必要があります。）
- ⇒ 宿泊サービスを提供している時間帯に事故が発生した場合は、介護保険サービスと同様に事故の報告が必要です。
- ⇒ 宿泊サービスを実施する場合には、延長加算の算定はできません。

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

【掲載場所】 <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000070411.html>

消防法の改正により、宿泊サービスを実施する事業所においては、自動火災報知設備の設置が義務付けられたほか、スプリンクラー設備や火災通報装置（消防機関へ通報する火災報知設備）の設置が必要となる場合もあります。詳しくは、管轄の消防局にお問い合わせください。

## 8 運営推進会議

### ポイント

#### ○地域との連携等

⇒ 指定地域密着型通所介護事業所は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市職員又は地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置しなければなりません。

⇒ 運営推進会議は、おおむね6月に1回以上開催する必要があります。また、運営推進会議において報告した内容や運営推進会議における評価、要望、助言等については記録を作成しなければなりません。

## 9 加算関係

### 事例

- ① 個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る個別機能訓練を理学療法士等が直接提供していることが記録上確認できなかった。
- ② 個別機能訓練計画が、機能訓練指導員のみにより作成されていた。
- ③ 個別機能訓練計画の作成に当たって利用者の居宅を訪問したことが確認できなかった。
- ④ 個別機能訓練計画作成後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明していることが確認できなかった。

### ポイント

#### ○個別機能訓練加算について

⇒ 次のいずれにも適合すること。

個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅱ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供時間帯を通じて、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を一名以上配置している。</li> <li>・機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている。</li> <li>・計画の作成及び実施において、自立支援等に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練が適切に提供されている。</li> <li>・機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、計画を作成し、その後</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を一名以上配置している。</li> <li>・機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成している。</li> <li>・計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っている。</li> <li>・機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、計画を作成し、その後</li> </ul>



3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と当該計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている。

3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と当該計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている。

⇒ 個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）が利用者の心身も状況に応じた機能訓練を適切に提供する必要があります。

（１）法令関係

- ・厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労告95）十六のロ（3）
- ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成十二年老企36）第2の7（9）⑧
- ・通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順及び様式例について（平成27年3月27日老振発0327第2号）1の（2）ア

⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に係る個別機能訓練計画は、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者ごとの目標、実施期間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成しなければなりません。

【根拠】

- （平成27年厚労告95）十六のイ（3）
- （平成27年厚労告95）十六のロ（3）
- （平成十二年老企36）第2の7（9）⑤
- （平成27年3月27日老振発0327第2号）2の（1）ア

⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に係る個別機能訓練計画は、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL,IADL等の状況）を確認し、多職種共同で作成しなければなりません。

【根拠】

- （平成27年厚労告95）十六のイ（4）
- （平成27年厚労告95）十六のロ（4）
- （平成十二年老企36）第2の7（9）⑨
- （平成27年3月27日老振発0327第2号）2の（2）ア

- ※ 利用契約前に居宅訪問を行った場合についても、個別機能訓練加算の居宅訪問の要件は満たします。
- ※ 個別機能訓練加算（Ⅰ）と（Ⅱ）を併算定する場合の居宅訪問は、別々に行う必要はありません。
- ※ 常勤・専従の機能訓練指導員や生活相談員等が居宅訪問をした場合は、当該居宅訪問をした時間も勤務時間に含めることができます。
- ※ 同一の機能訓練指導員等が通所介護と短期入所生活介護の個別機能訓練計画を作成している場合で、一方の事業所で行った居宅訪問の結果に基づき一体的に個別機能訓練計画を作成している場合は、居宅訪問を別々に行う必要はありません。

⇒ 個別機能訓練加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）に係る個別機能訓練は、3月ごとに1回以上、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、利用者やその家族に対して個別機能訓練の内容（評価を含む。）や進捗状況を説明し記録するとともに、訓練内容の見直し等を行わなければなりません。また、評価内容や達成度合いについて、担当する介護支援専門員に適宜報告・相談しなければなりません。

○法令関係

- ・（平成27年厚労告95）十六のイ（4）
- ・（平成27年厚労告95）十六のロ（4）
- ・（平成十二年老企36）第2の7（9）◎
- ・（平成27年3月27日老振発0327第2号）2の（2）オ

※ 居宅訪問は、送迎時に行うことでも差し支えありません。ただし、この場合、送迎車に他の利用者を待たせ行うことがないようにしてください。

※ 居宅訪問を行う機能訓練指導員等は同一人である必要はありません。

## 10 療養通所介護

### ポイント

#### ○指定療養通所介護の対象者

⇒ 指定療養通所介護は、難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又は末期の悪性腫瘍の者であって、サービス提供に当たり、常時看護師による観察を必要な者が対象です。利用者が「難病等」に当たるかは、療養通所介護において提供しているサービスの内容等を踏まえ、利用者に対する療養通所介護の提供の適否の観点から主治医を含めたサービス担当者会議において検討の上、適切に判断する必要があります（「難病等」について、難病に限定するものではありません。）。

⇒ 療養通所介護事業所の利用定員は、9名以下でなければなりません。

#### ○療養通所介護従業者（看護師又は介護職員）

⇒ 指定療養通所介護事業所は、利用者の数が1.5に対し、サービス提供時間帯を通じて専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員（療養通所介護従業者）が1以上確保されるために必要と認められる数以上の療養通所介護従業者を配置しなければなりません。

⇒ 療養通所介護従業者のうち1人以上は、常勤の看護師であって、サービス提供時間帯を通じて専従する者でなければなりません。

複数の看護師が交代で従事することにより必要数を確保することも認められますが、利用者がサービス提供に当たり常時看護師による観察が必要な状態であることから、同一の看護師ができるだけ長時間継続して利用者の状態を観察することが望ましいとされていることに留意してください。

⇒ 標準的な時間が短い利用者（3時間以上6時間未満）と長い利用者（6時間以上8時間未満）が同一の日に混在する場合は、利用者ごとの利用時間数の合計値を1.5で除して得られる数以上の時間勤務するのに必要と認められる数の配置が必要です。

## 《例》

サービス提供時間が8時間、6時間、4時間の3名の利用者がある場合、サービス提供時間の合計は、8時間＋6時間＋4時間＝18時間となることから、18時間÷1.5＝12時間となり、延12時間分の職員配置が必要となります。

このうち、常勤専従（常勤兼務の職員が途中で交代することも可）の看護職員が、サービス提供時間を通じて配置されている必要があるため、当該職員が8時間分勤務し、残りの4時間分について、1人又は複数人の職員がサービス提供時間帯のうち適当な時間に配置される必要があります。

## ○療養通所介護の管理者

⇒ 指定療養通所介護事業所の管理者は、常勤専従の看護師である必要があります。

ただし、管理上支障がない場合に限り、次の職務との兼務が可能です。

(1) 当該指定療養通所介護事業所の看護職員としての職務

(2) 同一敷地内にある訪問看護ステーションなどの他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務（ただし、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含みます。）との兼務は、管理者の業務に支障があると考えられます。）

⇒ 指定療養通所介護事業所の管理者は、保健師助産師看護師法第14条第3項の規定により看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものでなければなりません。

また、訪問看護に従事した経験のある者である必要があります。

さらには、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とされています。

⇒ 指定療養通所介護においても、通所介護と同様に、管理者が療養通所介護計画の作成、説明及び交付の責任者となります。

## ○療養通所介護事業所の設備

⇒ 指定療養通所介護事業所は、指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消火設備その他非常災害に際して必要な設備並びに指定療養通所介護の提供に必要な設備及び備品を備えなければなりません。

この「専用の部屋」とは、利用者の状態を勘案して判断されるものですが、利用者ごとの部屋の設置を求めるものではありません。なお、その面積は、6.4㎡に利用定員を乗じた面積以上が必要です。

⇒ 専用の部屋は明確に区分され、他の部屋等から完全に遮蔽されていなければなりません。

また、設備は専用のものでなければなりません。当該サービスの提供に支障がない場合は、この限りではありません（例えば、重症心身障害児等利用者以外の者をサービス提供に支障のない範囲で受け入れることが可能です。ただし、この場合、利用者以外の者も利用者と同様に人員及び設備の基準を満たす必要があります。）。

## ○緊急時対応医療機関

⇒ 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、緊急時対応医療機関を定めておかなければなりません。

この「緊急時対応医療機関」は、指定療養通所介護事業所と同一敷地内に存し、又は隣接若しくは近接していなければなりません。

### ○安全・サービス提供管理委員会の設置

⇒ 安全かつ適切なサービスの提供を確保するため、地域の医療関係団体に属する者、地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者その他指定療養通所介護の安全かつ適切なサービスの提供を確保するために必要と認められる者から構成する「安全・サービス提供管理委員会」を設置し、おおむね6月に1回以上開催しなければなりません。

### ○サービス提供時間

⇒ 利用者が当該療養通所介護を利用することになっている日において、まず当該事業所の看護職員が利用者の居宅において状態を観察し、通所できる状態であることを確認するとともに、事業所から自宅に戻ったときにも状態の安定等を確認することが重要です。

そのため、送迎は必ず看護職員が同行して行う必要があります。

⇒ 利用者の居宅に迎えに行った時から、居宅に送り届けたのち利用者の安定等を確認するまでをも含めて一連のサービスとするものであり、これらの時間を合わせてサービス提供時間となります。

※ 事業所内だけではなく、自宅での利用者の状態観察もサービス提供記録として残す必要があります。

### ○時間延長サービスについて

⇒ 指定療養通所介護に通常要する時間を超える指定療養通所介護の提供に必要な費用のうち、通常の指定療養通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用については、指定療養通所介護の利用対象者の状態を勘案すると、8時間以上のサービスを提供することは想定しにくいことから、利用者から支払いを受けることができるものとは認められません。

### ○個別送迎体制強化加算

⇒ 指定療養通所介護事業所における2名以上の従業者（うち1名は看護師又は准看護師である必要があります。）により、個別に送迎を行った場合に、個別送迎体制強化加算が算定できます。

⇒ 療養通所介護計画上、個別送迎の提供が位置づけられている場合であっても、利用者側の都合により、個別送迎を実施しなかったときは、個別送迎体制強化加算は算定できません。

### ○入浴介助体制強化加算

⇒ 指定療養通所介護事業所における2名以上の従業者（うち1名は看護師又は准看護師である必要があります。）により、個別に入浴介助を行った場合に、入浴介助体制強化加算が算定できます。

⇒ 療養通所介護計画上、入浴介助の提供が位置づけられている場合であっても、利用者側の都合により、入浴介助を実施しなかったときは、入浴介助体制強化加算は算定できません。

## 3-3 認知症対応型通所介護（介護予防）

### 1 機能訓練指導員の資格要件と配置

#### 事例

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

#### ポイント

#### ○機能訓練指導員の配置について

⇒ 指定認知症対応型通所介護事業所は、サービス提供日ごとに、1以上の機能訓練指導員を配置する必要があります。

常勤・非常勤については問いません。

通所定員が10名以下の事業所も、機能訓練指導員の配置は必要です。

配置時間は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う時間となります。機能訓練指導員としての配置時間外は、他の職務に従事することも可能です。

⇒ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とされています。

この「訓練を行う能力を有する者」とは、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者」とされています。

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

#### ★配置の考え方のポイント★

… 機能訓練指導員は、サービス提供日ごとに、常勤・非常勤を問わず1以上配置することが必要ですが、毎日理学療法士等の有資格者の配置を求めているわけではありません。

それぞれの利用者の認知症対応型通所介護計画に定められた機能訓練を適切に実施するのに必要な人数・時間数の配置を行ってください。

例えば、月曜～金曜日のサービス提供事業所の場合、週1回程度、有資格者を配置し、それ以外の曜日は生活相談員・介護職員が「機能訓練指導員」の立場（配置）で、日常生活やレクリエーション、行事を通じた機能訓練を行うことができます（ただし、この場合の介護職員等の配置（時間）は、「機能訓練指導員」としての配置時間となるため、介護職員としての人数カウントはできません。）。

… 上記の有資格者の配置は、あくまで例示であり「週1回程度」が標準ではありません。最低限、有資格者が直接、各利用者に面談し、必要な機能訓練を行ったり、介護職員等に訓練方法等を指導したり、サービスの提供後記録をするのに必要な時間を確保してください。

## ○個別機能訓練加算について

- ⇒ 有資格者の配置のみをもって、個別機能訓練加算の算定はできません。  
個別機能訓練加算を算定する場合は、必ず報酬告示等で加算の趣旨を理解・把握した上で算定するようにしてください。

## 2 認知症対応型通所介護計画の作成及び説明・同意・交付

### 事例

- ① 認知症対応型通所介護計画を生活相談員が作成していた。

### ポイント

## ○計画作成者

- ⇒ 認知症対応型通所介護計画は、管理者が作成する必要があります。  
認知症対応型通所介護計画を作成した際は、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た上で交付しなければなりません。内容への同意のサインをもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかるよう記録に残してください。

## 3 地域との連携

### 好事例

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

### ポイント

- ⇒ 認知症対応型通所介護事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければなりません。

## 4 介護保険外での宿泊サービスについて

## ○夜間及び深夜のサービスを実施する場合の運営基準の厳格化

- ⇒ 事業所の設備を利用して、介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス(宿泊サービス)を実施している事業所については、別途届出を行っていただく必要があります。(新たに宿泊サービスを開始する場合は、サービスの提供開始前に届け出る必要があります。)
- ⇒ 宿泊サービスを提供している時間帯に事故が発生した場合は、介護保険サービスと同様に事故の報告が必要です。
- ⇒ 宿泊サービスを実施する場合には、延長加算の算定はできません。

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

【掲載場所】 <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000070411.html>

## 5 共用型認知症対応型通所介護事業所の利用定員

⇒ 共用型認知症対応型通所介護の利用定員は、共同生活住居ごとに1日当たり3人以下となります。

※ 1日当たり3人以下とは、同一時間帯に3人を超えて利用者を受け入れることができないということであり、延べ人数ではありません。

指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について  
(平成18年3月31日老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老初第0331017号)

改正後	旧
<p>第三の三の2(2) ③ 利用定員等</p> <p><u>共用型指定認知症対応型通所介護事業所における利用定員については、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の場合、共同生活住居ごとに1日当たり3人以下とし、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設の場合、施設ごとに1日当たり3人以下とする。</u></p> <p>共用型指定認知症対応型通所介護事業所における利用定員の1日当たり3人とは、<u>共同生活住居又は施設ごとに1日の同一時間帯に3人を超えて利用者を受け入れることができないということである。</u>したがって、半日しか利用しない者がいる場合は、1日の利用延べ人数は3人を超えることもある。</p> <p>なお、<u>指定地域密着型介護老人福祉施設等において複数の共同生活住居等がある場合については、共用型指定認知症対応型通所介護の利用者及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の入所者等の両方に対して介護を行うのに十分な広さを確保できるのであれば、どの共同生活住居等で受け入れてもかまわない。</u></p>	<p>第三の三の2(2) ③ 利用定員等</p> <p>共用型指定認知症対応型通所介護事業所における利用定員の1日当たり3人とは、1日の同一時間帯に3人を超えて利用者を受け入れることができないということである。したがって、半日しか利用しない者がいる場合は、1日の利用延べ人数は3人を超えることもある。</p> <p>なお、<u>利用定員は、事業所ごとのものであることから、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の共同生活住居数やユニット数にはかかわらない。</u>複数の共同生活住居等がある場合については、共用型指定認知症対応型通所介護の利用者及び<u>認知症対応型共同生活介護等の入居者等の両方</u>に対して介護を行うのに十分な広さを確保できるのであれば、どの共同生活住居等で受け入れてもかまわない。</p>

## 3-4 通所リハビリテーション（介護予防）

### 1 通所リハビリテーションの基本理念

#### 事例

- ① 加算を算定できない利用者に対し、個別リハビリテーションを提供していなかった。
- ② すべての利用者に対し、一律の頻度でサービス提供をしていた。

#### ポイント

⇒ 通所リハビリテーションは、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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。

そのため、アクティビティや趣味活動のみの提供では、通所リハビリテーションとはいえません。

⇒ 加算の算定の有無にかかわらず、利用者にとって必要なりハビリテーション（個別リハビリテーションを含む。）が提供される必要があります。

### 2 人員基準

#### 事例

- ① 通所リハビリテーションのサービス提供中に、理学療法士等のリハビリ専門職が、併設事業所の業務を兼務しており、必要な時間の配置がされていなかった。

#### ポイント

#### ○理学療法士等のリハビリ専門職について

⇒ 単位ごとに、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに1人以上配置しなければなりません。

⇒ 理学療法士等のリハビリ専門職は、サービス提供時間を通じて配置する必要はありませんが、リハビリテーションを提供する時間帯には配置が必要です。

通所リハビリテーションの基本方針に照らし、単位ごと、かつ、営業日ごとに適切に配置するようにしてください。

※ 提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、当該会議の時間も人員基準に含めることができます。



《参考》通所リハビリテーションの人員基準

職種	人員基準	
	指定通所リハビリテーション事業所	診療所
(1) 医師	専任の常勤医師が1人以上 (ただし、病院又は診療所と併設されている老健が行う通所リハビリテーション事業所については、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務でも可)	①利用者数が同時に10人を超える場合 専任の常勤医師が1人以上
		②利用者の数が同時に10人以下の場合 (a) 専任の医師が1人以上 (b) 利用者数は、専任の医師1人に対し、1日48人以内
(2) 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員	①単位ごとにサービス提供時間を通じて、利用者の数が10人以下の場合は1人以上	
	②単位ごとにサービス提供時間を通じて、利用者の数が10人を超える場合は、利用者の数を10で除した数以上	
(3) (2)の人員のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	利用者の数が100人又はその端数を増すごとに1以上	
(4) (2)の人員のうち、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師		常勤換算方法で0.1以上

### 3 設備基準

#### 事例

- ① 本市に届出がされているデイルームの一部が物置になっていた。
- ② 通所リハビリテーションの機能訓練室を、併設する他の施設の入所者が利用していた。

#### ポイント

##### ○面積要件

- ⇒ 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースは、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上でなければなりません。
- また、棚・靴箱・荷物ロッカー（利用者用を含む）・洗面台・冷蔵庫・電子レンジ・洗濯機等の機能訓練に資すると想定されない設備が設置されている面積は除外されます。
- ⇒ 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースに、上記設備のほかダンボールや使用していない備品等が置かれている場合は、それらを他に移動させるか、届け出ているスペースから除外して変更の届出を行うなどの措置が必要です。

##### ○指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについて

- ⇒ 指定通所リハビリテーション事業を行う事業所ごとに備える設備は、専ら当該事業の用に供するものでなければなりません。
- 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等が同一の部屋等である場合であっても、それぞれのスペースが明確に区分され、かつ、それぞれに設備基準を満たしている必要があります。

### 4 通所リハビリテーションの作成

#### 事例

- ① 通所リハビリテーション計画を作成していたが、一部の利用者について、目標、援助内容等についてパターン化して作成していた。

#### ポイント

- ⇒ 指定通所リハビリテーション事業所の医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、リハビリテーションの目標、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通所リハビリテーション計画を作成しなければなりません。
- また、平成27年度の介護報酬改定において、身体機能の回復を目的とした個別リハビリテーション（長期間継続されて実施されるものに限る。）についての評価が本体報酬に包括化された趣旨からも、利用者の状態に応じて個別にリハビリテーションを実施することが求められます。

### ポイント

#### ○リハビリテーション会議

⇒ 指定通所リハビリテーション事業者は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護支援専門員、介護予防・日常生活事業のサービス担当者及び保健師等を構成員としたリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的見地から利用者の状況等に関する情報を共有することが求められています。

※ リハビリテーション会議を欠席した担当者等に対する照会は不要です。  
なお、この場合、会議内容等については、当該会議に内容を速やかに情報共有してください。

※ サービス担当者会議又は地域ケア会議において、リハビリテーション会議と同様の構成員によってリハビリテーションに関する専門的見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、このサービス担当者会議等をもってリハビリテーション会議を行ったものとして差し支えありません。

⇒ リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本としますが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や家族が遠方等のやむを得ず参加できない場合は、必ずしも参加を求めるものではありません。

#### ○訪問・通所リハビリテーションの両サービスを同一事業所が提供する 場合の運営の効率化

⇒ 指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、医師が参加するリハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合は、適切な訪問リハビリテーション計画の作成をもって、通所リハビリテーション計画の作成に代えることができます。

当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえた上で、共通目標を設定するとともに、その目標の達成に向けて各々の事業の役割を明確にし、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容を1つの目標としてわかりやすく記載しなければなりません。

⇒ 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて、整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を記載する診療記録を一括して管理しても差し支えありません。

## 6 加算関係

### ポイント

#### ○リハビリテーションマネジメント加算

⇒ リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善のサイクル（SPDCAサイクルという。）の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランスよくアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって質の高いリハビリテーションの提供を目指すものです。

#### 厚生労働大臣が定める基準（リハビリテーションマネジメント加算）

##### リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- (3) 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

##### リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、会議の構成員である医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけられた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- (2) 通所リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- (3) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- (4) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5) 以下のいずれかに適合すること。
  - (一) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
  - (二) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- (6) (1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること。

⇒ リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーション実施計画書の同意日の属する月から算定することができます

⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定する場合は、プロセス管理表を作成し、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管しなければなりません。

【根拠】

（平成27年厚労告95）二十五

（平成十二年老企36）第2の8（9）

リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について（平成27年老老発0327第3号）

## ○短期集中個別リハビリテーション

⇒ この加算は、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、利用者の状態に応じた基本動作能力及び応用動作能力を向上させ、身体機能を回復するために、事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚師（以下「理学療法士等」という。）が、利用者に対して1週間に2回以上、1日当たり40分以上の集中的なりハビリテーションを行うことが必要です。

留意事項通知（平成12年3月1日老企第36号 第2の8（10））

(10) 短期集中個別リハビリテーション実施加算について

- ① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。
- ② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上実施するものでなければならない。
- ③ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算又は生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定できません。

【根拠】

（平成27年厚労告95）二十六

## ○記録の整備について

⇒ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管し、常に事業所のリハビリテーション従業者により閲覧が可能であるようにしてください。（平成12年3月1日老企第36号）

## 1 居宅サービス計画（介護予防計画）と個別サービス計画との連動

## ○担当者に対する個別サービス計画の提出依頼等

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

## 2 居宅サービス計画等の適正化について

### 事例

- ① 事業所等の意向に沿って、区分支給限度基準額ぎりぎりに増やすように作成され、利用者にあった介護の提供がなされていない。
- ② 特定のサービスや事業所のサービスを利用させるために、担当や事業所を変えさせられた。

### ポイント

#### ○居宅サービス計画等の適正化

- ⇒ 居宅サービス計画等は、利用者の状況を適切にアセスメントし、サービス担当者会議を通じて、自立支援に資する居宅サービス計画等を作成し、サービスの実施状況を踏まえてモニタリングを行い、必要に応じて居宅サービス計画等を変更するという一連のマネジメントが行われることが必要です。
- ⇒ 提供されたサービスが利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止につながっているかどうかや不必要なサービスが位置づけられていないか等、ケアマネジメントが適正に行われなければなりません。
- ⇒ 居宅サービス計画等においてサービスを水増しするような不正事例が発覚した場合、介護支援専門員の登録が取り消されることがあります。居宅サービス計画等の内容が適切かどうかのチェックを行い、不適切なサービス提供や特定の事業者に偏ったサービス提供がないよう、居宅サービス計画の適正化に努めてください。

川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（抜粋）  
（居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等）

第28条 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

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

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

### 3 要支援・要介護をまたがる変更時の対応

#### 事例

- ③ 要支援⇒要介護に変更になった利用者のプラン作成について、変更時点で居宅介護支援事業者が利用者と一切接触をしていなかったにもかかわらず、初月から給付管理を行い、報酬を算定していた。

#### ポイント

##### ○要支援・要介護をまたがる変更があった場合

- ⇒ 要介護認定申請中で、要支援・要介護どちらにもなる可能性がある場合には、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所とで利用者に関する情報を共有し、緊密に連携をはかる必要があります。
- ⇒ 認定結果が出るまでの間、まったく関わりがなく、サービス導入の際に必要な初期のアセスメント等を行っていないということであれば、利用者の状態を把握しておらず、担当の居宅介護支援専門員として給付管理を行うことはできないため、介護予防支援費・居宅介護支援費の請求もできません。
- ⇒ 居宅サービス計画作成依頼届出書については、実際に利用者への初期のアセスメントを行い、居宅サービス計画を作成した時点で提出を行うものであり、給付管理についてもその時点から行うこととなります。
- ⇒ 居宅サービス計画作成依頼届出書の届出については、開始時期を遡っての受付は行いません。依頼があった場合は、早急に手続きを行ってください。



## 4 軽度者に対する福祉用具貸与

### 事例

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

### ポイント

#### ○要支援1・2、要介護1の者に対する一部福祉用具の制限

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

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

#### ○軽度者に対する対象外種目貸与の例外

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

＜対象外種目の貸与をする場合の手続き＞

（1）要介護認定調査票の基本調査の結果を基に、軽度者への貸与の要否を判断します。

（2）車いす又は移動用リフトの貸与については、該当する認定調査項目がないため、軽度者に貸与が可能かどうか判断できないケースがあります。

その場合は、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護支援専門員又は地域包括支援センター担当職員（以下「介護支援専門員等」といいます。）が判断します。

（3）利用者の状態が急速に悪化した場合等に、医師の医学的な所見に基づく判断があり、適切なケアマネジメントにより福祉用具の貸与が必要であると判断されている場合、市町村への確認の手続きにより貸与が認められます。

#### ○市町村への確認が必要な場合の介護報酬の算定について

⇒ 上記（3）の場合における介護報酬の算定については、「軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書」等を市に提出した日以降となります。

※ 軽度者に対する福祉用具貸与について、「2-6 福祉用具貸与／特定福祉用具販売（介護予防）」の「6 軽度者に対する福祉用具貸与」に記載していますので、併せて確認してください。

## ○利用者の身体状況の変化等による再度の市町村確認について

⇒ 市町村への確認により対象外種目の貸与を受けている場合、以下の3点のうちいずれかの変更があった場合には、再度市町村による確認を受けてください。

手続が行われていない場合、過誤調整の対象となります。

(1) 医学的見地に基づく介護支援専門員が判断した表2の i) から iii) に変更が生じたとき。

(2) 貸与する福祉用具の追加・変更が生じたとき

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

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

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

(3) 当該被保険者が更新認定・区分変更認定を受けたとき。

## ○指定福祉用具貸与事業者への情報提供について

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

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

⇒ テクノエイド協会のホームページで、福祉用具貸与価格が公開されています。

これは、介護保険における貸与価格の適正化に向けた取組の一環として、利用者や家族をはじめとした国民が幅広く活用できるよう貸与価格情報の公表するもので、最頻価格（1か月当たりの全国的最頻価格）、平均価格（1か月当たりの全国の平均価格）が公表されていますので、御利用ください。

※ 介護保険における福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付がなされるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付される仕組みとされています。

したがって、貸与価格は同一製品であっても、取り扱う福祉用具貸与事業者のサービス内容（アセスメント、用具の選定、計画書作成、搬出入、モニタリング、メンテナンス、消毒等）によって異なります。

## 5 住宅改修が必要な理由書

### 事例

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

### ポイント

#### ○住宅改修が必要な理由書の作成

⇒ 住宅改修が必要な理由書を作成する者は、基本的には居宅サービス計画等を作成する介護支援専門員及び地域包括支援センター担当職員とされています。

介護支援専門員等が当該理由書を作成する業務は、居宅介護支援事業又は介護予防支援事業の一環として位置づけられており、被保険者から別途費用を徴収することはできません。

⇒ 住宅改修の理由書は、単に申請に必要な書類というものではなく、住宅改修を行う際の「アセスメントシート」としての役割があります。

また、改修終了後は、モニタリングにおいて、改修目的・効果が達成された（される）かについて、検証等を行うことも大切です。

## 6 宿泊サービスについて

#### ○指定通所介護事業所等における介護保険外での宿泊サービスについて

⇒ 川崎市では、平成27年9月1日に、指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス（宿泊サービス）の提供について、「川崎市通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針」を施行しました。

⇒ 居宅サービス計画等への宿泊サービスの位置づけは、指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員等により、あらかじめ利用者の心身の状況、家族の状況、他の介護保険サービスの利用状況を勘案し適切なアセスメントを経たものでなければならないとされており、安易に居宅サービス計画等に位置づけるものではないことに留意してください。

## 4-2 居宅介護支援

### 事例

- ① すべての利用者について、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与のいずれか一部又は全部が位置づけられていることが確認された。
- ② 訪問介護について、位置づけられている利用者すべてについて、同一法人が運営する指定訪問介護事業所が位置づけられていた。

### ポイント

#### ○公正中立なサービスの提供

⇒ 居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に行わなければなりません。

#### ○利用者・家族への適切な情報の提供

⇒ 介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援する必要があります。

そのため、介護支援専門員は、利用者によるサービス選択に資するよう、地域の居宅サービス事業者等に関するサービスの内容や、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供することが求められます。

したがって、偏った情報のみを提供したり、利用者を選択を求めることなく、特定の事業所のみによる居宅サービス計画原案を最初から提示した場合は、運営基準に違反することとなります。

#### ○利用者主体のサービス選択

⇒ 居宅介護支援等の事業は、公正中立な立場で実施される必要があるため、居宅サービス計画の内容が特定のサービスや特定の事業者に不当に偏るようなことがあってはいけません。

利用者の状況に応じて、適切なサービス事業者の選択肢を提示できるよう、地域の介護サービス事業者のサービス内容・特徴等の情報収集に努め、適宜利用者に対して情報提供ができるようにしてください。

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

※ 利用中の居宅サービス事業所を、変更が必要な理由（利用者の希望等）がないのに、同一の事業主体のサービスに変更するよう求める行為も含まれます。

⇒ 原案作成に先立って、サービス事業者からサービス内容・時間帯の提案・提示がある場合でも、その内容を踏まえ、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が必要性・妥当性を検討し、居宅サービス計画原案に位置づける必要があります。

## ○正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応 (特定事業所集中減算)

⇒ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービスすべてについて、正当な理由がないにもかかわらず、特定の事業所の割合が80%を超える場合には、減算の対象となります。

※ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、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（利用期間を定めて行うものに限り）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限り）、地域密着型特定施設入居者生活介護（利用期間を定めて行うものに限り）、看護小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限り）

⇒ 判定に係る書類は、減算の適用となるか否かを問わず、すべての居宅介護支援事業者が作成しなければなりません。判定の結果、80%を超えた場合に減算の届出を行う必要があります。

## 2 人員に関する基準

### ○介護支援専門員

⇒ 常勤の介護支援専門員を1人以上配置することとし、常勤の介護支援専門員の配置は利用者の数35人に対して1人を基準とし、利用者の数が35人又はその端数が増すごとに増員することとします。ただし、増員に係る介護支援専門員は非常勤でも構いません。

### ○管理者

⇒ 管理者は、介護支援専門員であって、専らその職務に従事する常勤の者であること。ただし管理上支障がない時は、①又は②との兼務が可能です。

- ① 当該事業所の介護支援専門員の職務
- ② 同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務

### 3 居宅介護支援の取扱件数と担当件数

#### 事例

- ① 取扱件数を各介護支援専門員の担当件数と混同していた。
- ② 取扱件数計算に使用する介護支援専門員の員数を、常勤換算方法による員数ではなく実人数としていた。

#### ○取扱件数と担当件数の考え方

⇒居宅介護支援の介護報酬上の「取扱件数」と、川崎市基準条例に定める人員基準上の「担当件数」は、意味が異なることから、以下のとおり整理して考える必要があります。

##### (1) 取扱件数

介護報酬上の「取扱件数」は、事業所全体として（常勤換算後の）介護支援専門員1人当たりの利用者数を示す数字です。

取扱件数の算定方法は、利用者総数（介護予防支援の委託件数は2分の1を乗じた数）を、事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数となります。

$$\text{「取扱件数」} = \frac{\text{（利用者総数} + \text{介護予防支援委託利用者数} / 2\text{）}}{\text{常勤換算方法による介護支援専門員の員数}}$$

#### 【取扱件数と介護報酬の関係】

取扱件数	算定する区分
事業所の取扱件数が40件未満	全て居宅介護支援費（Ⅰ）
事業所の取扱件数が40件以上	40件未満の部分 →居宅介護支援費（Ⅰ）
	40件以上60件未満の部分 →居宅介護支援（Ⅱ）
	60件以上の部分 →居宅介護支援（Ⅲ）

##### (2) 担当件数

川崎市基準条例に定める人員基準上の「担当件数」は、介護支援専門員1人当たり35人を基準としています。

この担当件数は、事業所単位での平均値のため、一人の介護支援専門員が当該事業所に係る担当件数を超えて担当することもあります。

ただし、この場合も、介護支援専門員の経験年数や担当ケースの難易度を勘案し、事業所の組織内の適正な役割分担をしていることを前提としています。一部の介護支援専門員に担当件数が著しく偏るなど、質の確保の観点で支障がある場合は、是正する必要があります。

## 4 居宅サービス計画における目標の設定

### 事例

- ① 提供されるサービスの目標がサービス行為自体を指すものとなっていた。
- ② 短期目標が曖昧に記載されていた。
- ③ 短期目標の達成時期が認定有効期間の終期や長期目標とすべて一致していた。

### ○利用者の立場に立った目標の設定

⇒ 居宅サービス計画書の短期・長期目標等は、本来「利用者の目標」として設定すべきですが、実地指導等の際には「サービスを利用すること」自体を目標として記載している事例がよく見受けられます。

「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ますので、個別のサービス行為とは異なります。

課題（ニーズ）を解決するための手段の一つとしてサービスがあるという認識を持つようにしてください。（ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～【川崎版】）

### ○短期目標について

⇒ 短期目標として、具体性に乏しい目標を設定すると、目標達成に必要となるサービスが何であるのか見えないだけでなく、目標の達成度合い等の評価も難しくなってしまいます。

課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記であることが大切です。

短期目標でのポイントは、利用者（家族）に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」又は「あまり気が進まなかったけれど、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。

また、利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的にも妥当であり、明確にすることが大切になります。（ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～【川崎版】）

### ○目標の期間設定について

⇒ 短期目標は、課題ごとに現在の状況を踏まえて、〇か月後には「～まで改善したい」、〇か月間は「～を取り組み、～までできるようになる」など、利用者・家族にとって具体的な達成目標や取り組み目標を設定するようにしてください。

また、可能であれば利用者自身にも期間設定に参加してもらおう等、利用者・家族が自分自身の目標として認識できるような働きかけを行ってください。

※ ケアマネジメントプロセス（インテーク～アセスメント～原案作成～サービス担当者会議～ケアプランの確定～評価）については、「ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～【川崎版】」等を活用して自己点検を行うなど、利用者の自立支援に資する内容となっているか確認を行ってください。

## 5 居宅サービス計画の原案作成・説明・同意

### 事例

- ① 居宅サービス計画原案を作成していなかった。
- ② 原案の内容について、サービス担当者会議等による担当者からの専門的な見地からの意見聴取を行っていなかった。
- ③ 居宅サービス計画原案の内容について、利用者への十分な説明を行わず、同意欄への署名・押印のみを求めている。
- ④ 指定居宅介護支援の開始後に、当該提供の開始の同意を得ていた。

### ○居宅サービス計画原案の作成

⇒ 介護支援専門員は、居宅サービス計画を確定させる前に、必ず居宅サービス計画原案を作成しなければなりません。

### ○サービス担当者会議等による担当者からの意見聴取

⇒ 原案作成後には、計画に位置付けた居宅サービス等の担当者を招集して行う「サービス担当者会議」を開催し、利用者の状況等に関する情報の共有と、原案の内容について専門的な見地からの意見聴取を行う必要があります。

各サービスが、利用者の「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意見を求め、調整を図ってください。

⇒ サービス担当者会議は、居宅サービス計画に係る担当者全員が出席する必要があります。

日程調整の結果、担当者側の都合により、どうしても出席を得られない場合は、担当者への照会等により意見を求めるようにしてください。

※ サービス担当者会議の開催に当たって、特定の曜日・時間に偏るなど、一部のサービス担当者が出席できない状態が続く（例えば、他のサービス担当者の都合に関係なく、毎回通所介護の提供時間中に開催している等）といったことのないようにしてください。

⇒ 担当者会議の要点・担当者への照会内容については、記録を作成し、5年間保存してください。

### ○利用者への説明・同意

⇒ 指定居宅介護支援の開始にあたっては、あらかじめ、作成した居宅サービス計画原案の内容を、利用者・家族に対して説明して、文書による同意を得ます。

その際、利用するサービスが保険給付の対象となるかどうかを区分して説明する必要があります。



**★重要★ 説明・同意の意味**

居宅サービス計画原案の内容の説明・同意については、利用者によるサービス選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するために、文書での同意を得ることが義務付けられています。

利用者に選択を求めるのは介護保険制度の基本理念ですので、説明を省略して形式的な署名や押印を求めることがないようにしてください。

**6 居宅サービス計画の確定・交付**

**事例**

- ① 居宅サービス計画を利用者に交付していなかった。
- ② 居宅サービス計画をサービス提供事業所の担当者に交付していなかった。
- ③ 居宅サービス計画の趣旨・内容・計画上での各サービスの位置づけを、サービス提供事業所の担当者に説明していなかった。
- ④ 居宅サービス計画の交付が大幅に遅れた。

**ポイント**

**○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」と「サービス事業所の担当者」の両方に計画を交付する必要があります。

⇒ サービス事業書の担当者に計画を交付する場合には、計画の趣旨や内容等について十分に説明し、各担当との共有、連携を図ってください。

連携が不十分だと、居宅サービス計画上のサービスの目的と実際のサービス提供内容に乖離が生じてしまい、それまでのケアマネジメントプロセスの労力が無駄になってしまう可能性があります。

⇒ 事例④のように、サービス事業所の担当者への計画の交付が大幅に遅れているケースが実地指導の際に確認されています。

スムーズなサービス提供のためにも、速やかな計画の内容の説明と交付を行ってください。

サービス事業所の担当者への計画の交付は、支援経過記録に記載するなど、いつ（・誰に）交付したかを明確に記録しておいてください。

## ○個別サービス計画について

⇒ 居宅介護支援事業所等とサービス提供事業所の意識の共有を図る観点から、基準条例上、介護支援専門員には、居宅サービス計画に位置づけたサービス提供事業所に対し、サービス計画の提供を求めることとしています。また、サービス提供事業所においても、介護支援専門員から個別サービス計画の提供を求められた場合には、提供するよう努めることとされています。

## 7 居宅サービス計画の実施状況の把握について

### 事例

- ① 1月1回の利用者宅への訪問・面接による実施状況の把握を行っていなかった。
- ② 単にサービス利用票への署名・押印を求めるための訪問を「モニタリング」と称していた。
- ③ モニタリングの記録を作成していなかった。
- ④ 利用者の状況把握などを、すべてサービス事業者に任せていた。
- ⑤ モニタリングにおいて、居宅サービス計画に位置づけたサービス目標が達成されていたにもかかわらず、当該居宅サービス計画の見直しについて検討が行われていなかった。

### ポイント

## ○居宅サービス計画の実施状況等の把握

⇒ 居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて提供し続けることが重要です。

⇒ 利用者の解決すべき課題の変化を把握し、必要に応じて随時居宅サービス計画の変更等の支援を行うために、「居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）」の実施が基準上で義務付けられています。

⇒ モニタリングについては、特段の事情（※）のない限り、次の方法により行うことが義務付けられています。

- ①少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ②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。

訪問の目的は前述のとおりなので、サービス利用票を渡しに訪問しただけでは、基準上の「モニタリング」には該当しません。

### 特段の事情（※）

利用者側の事情により、訪問・面接することができない場合が該当します。介護支援専門員側の都合による事情は含まれません。

- (○) 訪問日程を調整していたが、利用者が急遽入院して、同月内に退院しなかった。  
(×) 介護支援専門員の休暇取得のため訪問ができなかった。

## ○サービス事業所との連携

⇒ 事例④は、自主事業で宿泊サービスを実施している通所介護事業所に月を通して連泊していたケースです。

毎月の訪問は行われていましたが、訪問時間以外の生活状況の把握や連携が行われていませんでした。

⇒ 課題の変化は、利用者に直接サービスを提供するサービス事業者により把握されることも多いため、状況の変化があった場合に円滑な連絡が行われるよう、サービス事業所の担当者と緊密な連携を図るようにしてください。

## ○居宅サービス計画の変更について

⇒ 基本的には、利用者の状態や解決すべき課題に変化があった場合に、居宅サービス計画の変更の必要性を検討します。

ここで重要になるのが、モニタリング結果やサービス事業所からの情報提供等を踏まえて、居宅サービス計画の評価をしているかという点です。評価がされていれば、利用者の状況に合わせ、必要時に計画の変更が行われています。

「計画の作成→サービス提供の実施→モニタリング・再アセスメント→評価」という一連の流れの中で、必要性を判断してください。

⇒ 居宅サービス計画の変更が必要な場合、変更内容が「軽微な変更」に該当する場合を除き、基準で定められている一連の業務を行う必要があります。（再アセスメント～計画の交付）

## ○居宅サービス計画の「軽微な変更」の内容について

⇒ 「軽微な変更」に該当するかどうかは、次に掲げるような状況を勘案して、介護支援専門員が一連の業務を行う必要が高い内容であると判断しているか否かによります。

- ・ 利用者の希望による変更か
- ・ 利用者の状態像に変化はないか
- ・ 総合的な援助の方針や生活全般の解決すべき課題、目標に変化はないか
- ・ サービス種別に変化はないか等

次頁に具体例を示していますが、事例によっては一連の業務を行う必要が出てくる可能性がありますので、「この事例＝変更の必要性を検討しない」といった機械的な判断は行わないでください。

また、軽微な変更として取り扱った場合は、介護支援専門員が一連の業務を行う必要が高い内容ではないと判断したこと及びその理由等を、記録に残しておくようにしてください。

<軽微な変更の具体例>

	変更内容	「軽微な変更」に該当するケースの例
1	サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合
2	サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減
3	利用者の住所変更	利用者の住所変更
4	事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更
5	目標期間の延長	目標期間終了後、再度目標の設定を検討した結果、居宅サービス計画上の目標設定（課題や期間）を変更する必要がなく、単に目標設定期間を延長する場合
6	福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更
7	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更
8	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの変更	第1表の総合的な援助の方針や第2表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
9	担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識があること）

## 8 運営基準減算について

### 事例

- ① サービス担当者会議を開催していなかった。

### ○運営基準減算について

⇒ 介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立等を実現するために、指定居宅介護支援事業者は非常に重要な役割を担っています。

⇒ このため、居宅介護支援の業務が適切に行われていない場合には、運営基準減算が適用となり、報酬が減額又は報酬請求ができなくなります。

#### 【運営基準減算のルール】

運営基準減算となる要件のうち、いずれかに該当した月からその状態が解消されるに至った月の前月まで、当該利用者の分の介護報酬について減算します。

⇒1月目：所定の単位数の50%に減算

⇒2月目以降：0単位（算定できません）

#### <居宅介護支援の業務が適切に行われていない場合>

居宅サービス計画の新規作成及びその変更の場合	① アセスメントに当たって、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合
	② サービス担当者会議を適切に開催していない場合
	③ 居宅サービス計画の原案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合
サービス担当者会議の開催について	④ 次のいずれかのタイミングでサービス担当者会議を開催していない場合 ア 居宅サービス計画の新規作成時 イ 要介護更新認定時 ウ 要介護区分変更認定時
モニタリングについて	⑤ 介護支援専門員が、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合
	⑥ 介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合

## 4-3 介護予防支援

### 1 目的志向型のケアマネジメント

#### ○介護予防ケアマネジメントについて

⇒ 介護予防の基本的な目的は、以下の2点です。

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

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

○ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。

このためには、「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという視点と技量が求められます。

○ 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにします。

それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連のサイクルが重要となります。

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

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

### ○介護予防ケアマネジメントの留意事項

- (1) 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標の設定  
⇒ 介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。

アセスメントは、利用者と計画作成者との共同作業です。そのため、アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問等をするのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

- ⇒ アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会です。計画作成者は、利用者が予防給付によるサービス等を利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標とするイメージとして共有する必要があります。

- (2) 利用者を含め、様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ、利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択

- ⇒ 計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的観点から、利用者にとって最も適切と考えられる目標・その達成・その達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

- (3) 目標の共有と利用者の主体的なサービス利用

- ⇒ 目標は、利用者が一定の期間に達成可能であることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにも繋がります。達成感や効果感に繋がる目標を設定することが重要になります。

このような目標を設定するためには、本人ができることを一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるといった視点を持つことが重要です。

- (4) 将来の改善の見込みに基づいた再アセスメント

- ⇒ 個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要となります。

- (5) 明確な目標をもった介護予防ケアプランづくり

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

## ○予防給付のサービス選択にあたっての留意事項

⇒ 廃用症候群予防の観点から、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防プランに積極的に位置づけることによって、日常生活の活発化や社会とのかかわる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善が期待できます。

⇒ 介護予防訪問介護については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策等のサービスが利用できない状況の場合、介護予防ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される必要があります。

利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては、訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持向上に資するかかわり方を探求する姿勢と技量が求められます。

## 3 人員基準

### ポイント

#### ○担当職員

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

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

#### ○管理者

⇒ 専らその職務に従事する常勤の者であること。

ただし、管理上支障がない時は、①又は②との兼務が可能です。

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



## 4 介護予防支援業務の委託

### 事例

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

### ポイント

#### ○介護予防支援業務の委託

- ⇒ 介護予防支援の業務は、居宅介護支援事業者に委託することができます。  
特に、介護予防支援事業者が直接担当する介護予防支援の給付管理件数については、地域包括支援センターと指定介護予防支援事業所を兼務する職員（事務職員を除く。）1名当たり20件/月が上限となるよう留意してください。
- ⇒ 委託する介護予防支援業務の範囲は、委託先の居宅介護支援事業者との契約で定めることとなります。  
あらかじめ対象者の身体状況・希望等を把握して、居宅介護支援事業者の本来業務に支障が出ないように、委託件数・範囲を定めるようにしてください。
- ⇒ 介護予防支援業務は、「指定介護予防支援の業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する指定居宅介護支援事業者」に限り、委託することができます。

#### ○委託先事業者の法令遵守について

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

#### ○委託業務の範囲等について

- ⇒ 介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する場合の委託業務の範囲等については、最終的な責任を本来の業務実施主体である介護予防支援事業者が負うという前提で、基本的には、介護予防支援事業者と指定居宅介護支援事業者の間の契約で決定される必要があります。  
円滑なサービス提供のため、介護予防支援事業者と居宅介護支援事業者の双方で、それぞれが担うべき業務の範囲を明確にしてください。
- ⇒ 委託先の居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画原案を作成した際には、計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行ってください。  
同様に、委託先の居宅介護支援事業者が評価を行った場合には、その評価内容について確認を行い、今後の方針などについて必要な援助・指導を行うことが必要となります。

## 5 初回加算

### 事例

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

### ポイント

#### ○初回加算の算定について

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

#### 【参考】初回加算「新規」の考え方

平成21年4月改定関係Q & A (vol. 1)

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

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

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

## 1 代表者

## ○代表者の資格要件

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

(1) 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者

(2) 認知症対応型サービス事業開設者研修修了者

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

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

◆基礎課程又は専門課程  
（12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたもの）

◆認知症介護指導者研修  
（12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたもの）

◆認知症高齢者グループホーム開設予定者研修  
（「介護予防・地域支え合い事業の実施について」に基づき実施されたもの）

⇒ 代表者とは、基本的には、運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当しますが、法人の規模によっては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者とすることができます。

## ○管理者

⇒ 管理者は、常勤であり、かつ、専ら当該事業所の管理業務に従事するものとされています。

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

(1) 当該事業所の他の職務

(2) 併設する次の事業所又は施設等の職務

◆認知症対応型共同生活介護事業所 ◆地域密着型特定施設

◆地域密着型介護老人福祉施設

◆介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る。）

(3) 同一敷地内にある定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の職務

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

（１）特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定複合型サービス等の職員若しくは訪問介護員等として、３年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者

（２）認知症対応型サービス事業管理者研修

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

ア 平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了している者

イ 平成18年3月31日に、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所（※）等の管理者に従事していた者

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

## ○介護支援専門員等

⇒ 専ら登録者に係る居宅サービス計画及び（看護）小規模多機能型居宅介護計画の作成に従事する介護支援専門員を配置しなければなりません。

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

⇒ 介護支援専門員は、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了者（以下、5-1、5-2及び5-3において「研修修了者」といいます。）でなければなりません。

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

### ※注意※

#### 指定基準（条例）に定める人員基準と人員欠如減算

介護従業者の配置については、各サービスのページに記載していますが、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は、指定基準（条例）に定める人員を配置していない場合、人員欠如による減算の対象となることがあります（後述「6 介護報酬算定に関する留意事項」参照）。

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

## 2 設備に関する基準

### ○登録定員及び利用定員

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

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

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

⇒ 宿泊サービスの利用定員は、通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで（サテライト型小規模多機能型居宅介護居宅介護事業所にあっては6人まで）です。

⇒ これらの定員を超えてサービスの提供を行うことはできません。（災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除きます。）

ただし、利用者の様態・希望等により特に必要と認められる場合（登録者の介護者が急病等のため事業所においてサービスを提供する必要性が生じた場合や、登録者全員を集めて催しを兼ねたサービスを提供する場合など）は、一時的なものに限り認められます。

### ○設備及び備品等

⇒ （看護）小規模多機能型居宅介護事業所には、次の設備及び備品等が必要です。

#### （1）居間及び食堂

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

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

#### （2）宿泊室

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

宿泊室の面積は、個室にあっては7.43㎡以上、個室以外の宿泊室にあってはおおむね7.43㎡に宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上を確保する必要があります。

#### （3）浴室

#### （4）消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

#### （5）その他必要な設備及び備品

例：個人情報保護のための鍵付きの書庫、感染症予防に必要な設備等

### 3 利用料の受領

#### 事例

- ① 排せつ介助に必要なお尻拭き、介護用手袋等の介護上必要な消耗品を利用者に負担させていた。
- ② 介護上必要な標準的な車いすを利用者負担させていた。

#### ○利用者等から徴収することができない費用

⇒ 利用者から徴収することができる費用は、基本的には「1-7 利用料の受領について」に記載のとおりです。

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

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

例：排せつ介助に使用するお尻拭き、介護用手袋、とろみ剤に係る費用 等

### 4 居宅サービス計画の作成

#### ○居宅サービス計画の作成

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

また、居宅サービス計画は、「川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」第16条各号に掲げる具体的取扱い方針に沿って作成する必要があります。（詳細は、「4-2 居宅介護支援」を参照してください。）

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

⇒ 居宅サービス計画の作成の業務は、当該事業所の介護支援専門員が行います。

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

## 5 地域との連携等

### ○運営推進会議の設置及び開催

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

この「運営推進会議」とは、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものです。

⇒ 運営推進会議は、次に掲げる者等により構成します。

- (1) 利用者及び利用者の家族
- (2) 地域住民の代表者  
例：町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者 等
- (3) 市職員又は当該事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センター職員
- (4) 小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 等

⇒ 運営推進会議では、活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなくてはなりません。

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

#### ◆活動状況の報告

通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の報告内容、自己評価の結果 等

#### ◆運営推進会議による評価

活動常用の報告に対する意見や質問、自己評価に対する意見や質問 等

#### ◆運営推進会議からの要望、助言

事業運営に当たって「こういったことをしてほしい」といった要望  
「これはこうした方がよいのではないか」といった助言 等

#### ◆その他開催に関する事項

開催日時、開催場所、出席者（氏名及び職種等） 等

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

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

## ○自己評価と外部評価

- ⇒ (看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検(自己評価)を行い、当該自己評価の結果について、運営推進会議による評価(外部評価)を受けなければなりません。
- ⇒ **自己評価**は、次の(1)(2)のプロセスにより、当該事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検し、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものです。
- (1) 事業所のすべての従業員が、自ら提供するサービスの内容に関し、これまでの取組やかかわりについて振り返りを行う(スタッフ個別評価)。
- (2) 従業員が各自取り組んだスタッフ個別評価を持ち寄り、当該事業所のすべての従業員が互いに確認しながら、それぞれの考え方や取組状況に関する認識の違い、現状の課題や質の向上に向けて必要な取組み等を話し合う(事業所自己評価)。
- ⇒ **外部評価**は、運営推進会議において、当該事業所が行った自己評価結果に基づいて、当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図ります。
- また、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことで、新たな課題や改善点が明らかになることもあります。
- そのため、運営推進会議における評価を行う場合には、市町村職員や地域包括支援センター職員、学識経験者等の公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要です。
- ⇒ 自己評価及び外部評価の結果は、利用者及びその家族に提供することはもちろん、運営推進会議の記録と同様に公表しなくてはなりません。
- 事業所内の見やすい場所に掲示したり、事業所(又は法人)のホームページ上に掲載したりするなどして、広く開示します。

## ○介護相談員の受け入れ

- ⇒ 川崎市では、介護相談員派遣事業を実施しており、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所についても派遣対象としています。
- この「介護相談員」とは、利用者から介護サービスに関する不満や不安等を聞き、問題解決に向けた手助けをする**利用者とサービス提供者との橋渡し役**です。
- 詳細は、市ホームページを御参照ください。
- 【掲載場所】 <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000016831.html>



## 6 介護報酬算定に関する留意事項

### ○同一建物に居住する利用者等に係る介護報酬の取扱い

⇒ (看護) 小規模多機能型居宅介護費の算定は、登録者の要介護状態区分だけでなく、当該登録者が居住する場所(当該事業所と同一建物であるか否か)に応じて、所定単位数が異なります。

登録者が、月途中から当該事業所と同一建物に転居した場合又は同一建物から同一建物ではない建物に転居した場合には、居住していた期間に対応した単位数を算定します。

⇒ 「同一建物」とは、事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物である有料老人ホーム等を指します。

同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接するものは、一体的な建築物とはみなされませんが、構造上又は外形上、一体的な建築物であれば、管理、運営法人がそれぞれ異なる場合であっても該当します。

※ 「有料老人ホーム等」については、「2-1 訪問系共通」の「3 同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に係る減算」を参照してください。

### ○定員の遵守と定員超過減算について

⇒ 当該事業所の運営規程に定める登録定員を超えて、高齢者を登録させることはできません。1日でも定員を超過すると基準違反になります。(災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用は除きます。)

⇒ 月平均の登録者数が定員を超過した場合は、その翌月の利用者分全員が所定単位数の70%に減算されます。定員超過利用が解消された場合は、その翌月から通常の所定単位数を算定することができます。

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

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

## ○人員基準欠如減算について

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

具体的な取扱いは、次のとおりです。

### (1) 介護職員（通い・訪問）の人員欠如

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

### (2) 看護職員又は介護支援専門員の人員基準欠如

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

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

### (3) 夜勤職員・宿直職員・サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の訪問サービスの提供に当たる者の人員欠如

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

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

## ○過少サービスに対する減算

⇒ 通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスの算定月における提供回数について、登録者（短期利用居宅介護費を算定する者を除く。）1人当たりの平均回数が週4回に満たない場合は、所定単位数の70%に減算されます。

「登録者1人当たり平均回数」は、暦月ごとに以下の（1）から（3）までの方法に従って算定したサービス提供回数の合計数を、当該月の日数に当該事業所の登録者数を乗じたもので除したものに、7を乗ずることによって算定します。

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

### （1）通いサービス

1人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合は、複数回の算定が可能

### （2）訪問サービス

1回の訪問を1回のサービス提供として算定

※（看護）小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは、身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声かけ等を行った場合でも、訪問サービスの回数に含めることができます。

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

### （3）宿泊サービス

1泊を1回として算定

※通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合は、それぞれを1回とし、計2回として算定します。

⇒登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合は、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数は、上記（1）～（3）の日数の算定の際に控除します。登録者が入院した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く。）についても同様に取扱います。

⇒指定小規模多機能型居宅介護事業所において、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定小規模多機能型居宅介護の事業と指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護のサービス提供回数を合算し、また、指定小規模多機能型居宅介護と指定介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算して計算を行います。

## 5-2

## 小規模多機能型居宅介護（介護予防）

### 1 介護従業者

#### ポイント

#### ○従業者の員数

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

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

注1)「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる(小数点第2位切上げ)。

注2) 宿泊サービスの利用者がいない場合であつて、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。

⇒ 介護従業者のうち、1人以上は常勤でなければなりません。

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

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

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

⇒ 介護従業者のうち、1人以上の者は看護職員（看護師又は准看護師）でなければなりません。

ただし、サテライト型事業所にあつては、看護職員を置かないことができます。

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

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

## 2 小規模多機能型居宅介護の取扱方針

### ポイント

#### ○基本取扱方針

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

#### ○具体的取扱方針

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

宿泊サービスに上限はないため、重度の者であれば、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられますが、ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況の場合は、他の利用者が適切にサービスを利用できるよう調整を行う必要があります。

⇒ 1人の利用者に対して、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせておおむね週4回以上を目安に行います。

登録者が通いサービスを利用していない日においても、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支援します。

⇒ 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮します。

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

⇒ 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続かないようにします。

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

### 3 小規模多機能型居宅介護計画

#### ポイント

#### ○小規模多機能型居宅介護計画の作成

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

計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めてください。

⇒ 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画を作成する必要があります。

作成した小規模多機能型居宅介護計画を基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行います。

⇒ 作成した小規模多機能型居宅介護計画は、利用者に交付しなくてはなりません。

#### 居宅サービス事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅サービス事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなくてはなりません。特に、利用者の健康管理を適切に行うため、主治医との密接な連携に努める必要があります。

なお、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

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

## 5-3

## 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

### 1 介護従業者

#### ポイント

#### ○従業者の員数

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

時間帯	介護従業者の員数	
夜間及び深夜の時間帯 以外	通い	○常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が3人又はその端数を増すごとに1人以上 ○1人以上は看護職員
	訪問	○常勤換算で2人以上 ○1人以上は看護職員
夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1人以上 宿直勤務に当たる者を1人以上 ※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、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。	

注1) 「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる（小数点第2位切上げ）。

注2) 表中「介護従業者の員数」の「○」は、いずれも満たしている必要がある。

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

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

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

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

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

## 2 看護小規模多機能型居宅介護の取扱方針

### ○基本取扱方針

⇒ 指定看護小規模多機能型居宅介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

### ○具体的取扱方針

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

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

⇒ 1人の利用者に対して、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせておおむね週4回以上を目安に行います。

登録者が通いサービスを利用していない日においても、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支援します。

⇒ 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮します。

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

⇒ 通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続かないようにします。

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

### ○看護サービスを提供する上での留意点

⇒ 看護サービスとは、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者に対して行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいいます。

看護サービスを提供するに当たっては、主治医との密接な連携を図り、利用者の心身の機能の維持回復が図られるように行われなければなりません。

⇒ 看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもってサービスの提供を行われなければなりません。そのため、新しい技術の習得等、研鑽を積むよう努めてください。

ただし、医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護（特殊な看護）等は、行ってはなりません。



## 主治の医師との関係

### ポイント

#### ○看護小規模多機能型居宅介護計画

⇒ 看護小規模多機能型居宅介護計画は、介護支援専門員が作成します。

計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めてください。

また、計画のうち、看護サービスに係る記載（利用者の希望、主治医の指示、看護目標及び具体的なサービス内容等）については、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士との密接な連携を図りながら作成する必要があります。

⇒ 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護計画を作成する必要があります。

作成した看護小規模多機能型居宅介護計画を基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行います。

⇒ 作成した小規模多機能型居宅介護計画は、利用者に交付しなくてはなりません。

## 居宅サービス事業者等との連携

サービスの提供に当たっては、居宅サービス事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなくてはなりません。特に、利用者の健康管理を適切に行うため、主治医との密接な連携に努める必要があります。

なお、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

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

## ○看護小規模多機能型居宅介護報告書

⇒ 看護小規模多機能型居宅介護報告書は、保健師又は看護師が作成します。

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

また、主治医との連携を図り、適切な訪問看護を提供するため、看護小規模多機能型居宅介護計画書及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を定期的に主治医に提出する必要があります。

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

⇒ 常勤の保健師又は看護師は、看護小規模多機能型居宅介護計画に沿った看護サービスの実施状況を把握するとともに、看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければなりません。

### 看護サービスに係る利用料等の取扱い

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

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

※ 「2-4訪問看護」の「5 利用料等の受領」を参照してください。

## 4 介護報酬算定に関する留意事項

### ポイント

#### ○医療保険の訪問看護との調整

⇒ 居宅サービスの訪問看護と同様に、介護保険の給付が医療保険の給付に優先します。  
(詳細は、「2-4 訪問看護」の「8 給付調整等」を参照してください。)

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

(1) がん末期や多発性硬化症等の難病患者等

1月につき、当該利用者の要介護度に応じた単位数を、所定単位数から減じます。

(2) 主治医による特別の指示があった場合

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

#### ○訪問看護体制減算

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

(1) 算定日が属する月の前3月間において、実利用者の総数のうち、主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が100分の30未満

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

(3) 算定日が属する月の前3月間において、実利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の5未満

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

また、短期利用居宅介護費のみを算定した者は含めません。

## 6-1 居住系サービス共通

### 1 人員基準について

#### ○人員基準とは

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

#### 【人員基準欠如による減算】

- ◎認知症対応型共同生活介護  
⇒指定基準に定める員数の従業者を置いていない。
- ◎特定施設入居者生活介護  
⇒指定基準に定める員数の看護職員又は介護職員を置いていない。

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

#### ☆注意

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

### 2 常勤換算方法、勤務形態一覧表の作成方法について

#### ポイント

#### ○人員基準における「常勤」とは

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

#### ○人員基準における「常勤換算」とは

- ⇒ 常勤換算とは、当該従業者のそれぞれの勤務時間数の総数を、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法のことです。なお、その計算の結果生じた小数点第2位以下の値については切り捨てることとされております。必要な人員が確保されている場合も、運営規程、重要事項説

明書に記載している員数と実態が合っているかについて確認し、最新の員数を記載しておくことが必要です。特に重要事項説明書については、入所申込者が施設を選択するうえで必要不可欠なものですので、常に最新の情報とするよう見直しをお願いいたします。

#### 【常勤換算の算出方法について（例）】

◎常勤の従業者が勤務すべき時間数が月 160 時間（週 40 時間）の事業所  
看護職員A（常勤・月 160 時間勤務）、看護職員B（常勤・月 160 時間勤務）、看護職員C（非常勤・月 64 時間勤務）、看護職員D（非常勤・月 40 時間勤務）の場合  
(看護職員の常勤換算) =  $1 + 1 + (64 + 40) \div 160 = 2.65 \rightarrow \underline{2.6}$   
(小数点第2位切り捨て)

### ○勤務形態一覧表について

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

## 3 勤務表の作成における留意点について

### ○勤務表の作成について

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

### ○勤務表における勤務時間について

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

### ○人員基準の管理における留意点

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

#### 4 家賃等以外の金品受領の禁止等について

##### ○老人福祉法上の規定

###### (1) 権利金等の受領禁止（第14条の4第1項及び第29条第6項関係）

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

##### 経過措置

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

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

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

##### 経過措置

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

##### ※保全措置

- ① 銀行等との連帯保証委託契約
- ② 保険事業者との保障保険契約
- ③ 信託会社等との信託契約 等

###### (3) 短期間での契約解除等の場合の前払金の返還ルール及び前払金の返還方法を明示した契約の締結（第14条の4第3項及び第29条第8項関係）

認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者及び有料老人ホームの設置者のうち、家賃等の全部又は一部を前払金として一括して受領するものは、以下の場合、所定の方法により算定された金額を返還する旨の契約を締結しなければなりません。

- ① 入居後3か月以内に契約が解除され、又は入居者が死亡したことにより終了した場合の算定方法  
(家賃等の前払金の額) - (家賃等の月額) ÷ 30 × (入居日から契約解除等の日までの日数)
- ② 想定居住期間(前払金の償却期間)内に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合の算定方法

##### 経過措置

平成24年4月1日以降の入居者に係る前払い金から適用

## 5 非常災害対策等について

### ○介護保険法上の規定

#### ⇒ 消防用設備等の設置義務

「消防法施行令別表第一」等で確認してください。

#### ⇒ 消防用設備等の設置基準の見直し

以下のとおり、令別表第1(6)項に該当する対象物に義務づけられるスプリンクラー設備等の設置基準面積が撤廃されるなど規制の強化が行われました。

##### 1 スプリンクラー設備

令別表第1	改正前の設置義務	改正後の設置義務
(6)項口(1)及び(3)	延べ面積275㎡以上	すべての施設(※2)
(6)項口(2)、(4)及び(5)(※1)	延べ面積275㎡以上	すべての施設(※2)

(※1) (6)項口(2)、(4)及び(5)に掲げる防火対象物は、介助がなければ避難できない者として総務省令で定める者を主として入所させるものに限るとされました。

(※2) 火災発生時の延焼を抑制する機能を備える構造として総務省令で定める構造を有する場合は除かれます。

##### 2 自動火災報知設備

令別表第1	改正前の設置義務	改正後の設置義務
(6)項イ及び(6)項ハ(※)	延べ面積300㎡以上	すべての施設

(※) (6)項イ及び(6)項ハに掲げる防火対象物は、利用者を入居させ、又は宿泊させるものに限るとされました。

##### 3 消防機関へ通報する火災報知設備

(6)項口に掲げる防火対象物に設ける消防機関へ通報する火災報知設備は、自動火災報知設備の感知器の作動と連動して起動するものとされました。

##### 4 施行日

平成27年4月1日に施行されました。ただし、既存施設については、経過措置として猶予期間が設けられています。

※ 消防用設備等については、共通部分の資料「1-24 川崎市消防局からのお知らせ」に詳細を掲載していますので、そちらも併せて確認してください。

### 【指定特定施設入居者生活介護】

指定特定施設入居者生活介護事業者は、非常災害に対する具体的な計画を立て、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、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければなりません。

- ① 非常災害に際して必要な具体的な計画の策定
- ② 関係機関への通報及び連携体制の整備
- ③ 避難、救出訓練の実施 等

注1)「非常災害に対する具体的な計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画

注2) 消防法施行令別表第1において、6 項口又はハのいずれかとなります。また、6 項口に該当する防火対象物等のうち、勤務し、又は居住する者の数が 10 名以上の場合は、防火管理者を定めることが義務付けられています。

注3) 防火管理者は、消防計画の作成・届出、当該消防計画に基づく消火、通報及び避難の訓練の実施、消防の用に供する設備、消防用水又は消火活動上必要な施設の点検及び整備、火気の使用又は取扱いに関する監督、避難又は防火上必要な構造及び設備の維持管理並びに収容人員の管理その他防火管理上必要な業務を行う義務があります。

### 【指定認知症対応型共同生活介護】

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、非常災害に対する具体的な計画を立て、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、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければなりません。

また、指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければなりません。

注1) 指定認知症対応型共同生活介護事業者には、避難訓練等に際して、地域住民の参加について努力義務を課しております。

注2) 消防法施行令別表第1において、6 項口又はハのいずれかとなります。

### 【有料老人ホーム】

火災や地震等の災害に備え、消防計画等に基づき所轄の消防署と連携を図りながら、避難等必要な訓練を定期的に行うとともに、実施結果を記録してください。



### ポイント

#### ○清潔区域と不潔区域の区分について

衛生管理のポイントは、清潔区域と不潔区域の区分を常に意識することです。  
清潔なものと不潔なものをきちんと区別し、共用、混在しないようにしてください。

例えば・・・こんなことはありませんか？

- ・1本のモップで施設内全ての場所を清掃している
- ・汚物処理室の中に未使用のリネン（紙おむつ等）を置いている
- ・蓋のない容器で汚物運搬を行っている
- ・ユニットの流し台に使用済みの食器を洗わないまま放置している
- ・ユニットの冷蔵庫内に消費期限切れの食物を放置している
- ・入浴後の身支度に共用のくしを使用している などなど・・・

#### ○居室内の衛生管理について

例えば・・・こんなことはありませんか？

- ・廊下やユニット、居室に排泄物等の異臭が立ち込めている。
- ・居室及び共用箇所の換気扇に綿ぼこりが認められる。
- ・排泄物等の付着したシーツ等が随時交換されていない。

#### ○感染症・食中毒対策について

指定特定施設入居者生活介護事業者及び指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の使用する施設、食器等その他の設備又は引用する水について、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りません。

また、事業所内で感染症が発生し、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りません。

なお、住宅型の有料老人ホームについては、同様の規定が、川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針に定められております。

#### 【ポイント】

基準条例や指針では、必要最低限の衛生管理等について規定したものです。

高齢者介護施設における感染症対策マニュアル（厚生労働省）は、高齢者に関わる社会福祉施設や居住系サービス事業所等においても活用できるものとなっております。このマニュアルを参考に、各事業所の実情を踏まえて、マニュアルや指針を作成してください

#### ○感染対策のために必要なこと

基準条例の考え方には、衛生管理として講じるものの例示として、保健所等との連携、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等の通知に基づく対応、施設内の適温管理を求めています。そのほか、集団で生活する場で、感染が広がりやすい環境にあることを踏まえ、以下の体制及び整備についても講ずるよう努めてください。

- ① 感染管理活動の基本となる組織の設置
- ② 感染対策のための指針・マニュアルの整備
- ③ 職員等を対象とした定期的な講習会や研修会の開催
- ④ 職員等の定期的な健康診断 等

## ○感染症・食中毒が発生した場合の対応について

- ① 管理者、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者またはそれらの疑いのある者(以下、「有症者等」という。)の状況に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図ることその他の適切な措置を講じてください。
- ② 感染症若しくは食中毒の発生またはそれが疑われる状況が生じた場合には、有症者等の状況および各有症者等に講じた措置等を記録してください。
- ③ 次に該当する場合については、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村及び保健所に迅速に報告し、市町村及び保健所からの指示を求めてください。
  - (1) 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間に2名以上発生した場合
  - (2) 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
  - (3) 上記のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合
- ④ ③の報告を行った施設は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するように努めなければなりません。

## ○各種マニュアル等について

厚生労働省より、衛生管理に関する各種マニュアルが発行されています。是非ご覧いただき、施設の衛生管理対策にお役立てください。

【高齢者介護施設における感染症対策マニュアル（厚生労働省）】

高齢者介護施設における感染のリスクとその対策に関する基本的な知識や、押さえるべきポイントが示されています。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>

【新型インフルエンザ対策関連情報（厚生労働省）】

新型インフルエンザに関する通知やQ&Aなど、各種情報が掲載されています。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

【高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き（厚生労働省）】

厚生労働省が定めた「新型インフルエンザ対策行動計画」を踏まえ、高齢者介護施設における対策をまとめたものです。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/07.pdf>

【大量調理施設衛生管理マニュアル（厚生労働省）】

集団給食施設等における食中毒を予防するために、HACCP※の概念に基づき、調理過程における重要管理事項をまとめたものです。

※HACCP（ハサップ）とは：食品の原料の受入から製造・出荷までの全ての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法のこと。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/dl/manual.pdf>

## 1 サービス提供者について

## ○サービス提供者について

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

また、この従業者の勤務体制を定めるに当たっては、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮しなければならないとされております。

## 2 配置基準について

## (1) 代表者

- ① 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であること。
- ② 別に厚生労働大臣が定める研修（※）を修了した者であること。  
（※）認知症対応型サービス事業開設者研修

## ○ みなし措置

下記の研修を修了している者は、認知症対応型サービス開設者研修を修了している者とみなす。

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

注）代表者とは、基本的には、運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によっては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者とすることができる。

## (2) 管理者

- ① 共同生活住居ごとに配置すること。
- ② 常勤であり、専らその職務に従事する者であること。ただし、共同生活住居の管理上支障がない場合は、他の職務（※）に従事することができる。  
（※）当該共同生活住居の他の職務、同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務、併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所若しくは指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の職務
- ③ 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護等の従業者若しくは訪問介護員等として、3年以上認知証である者の介護に従事した経験を有する者であること。
- ④ 別に厚生労働大臣が定める研修（※）を修了していること。  
（※）認知症対応型サービス事業管理者研修

## (3) 介護従業者

- ① 共同生活住居ごとに以下の配置をすること。

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

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

## (4) 計画作成担当者

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

### 3 利用料等の受領

#### 事例

- ① 介護上必要な標準的な車いすを利用者負担させていた。
- ② 排泄介助に使用のお尻拭き、介護用手袋等介護上必要な消耗品を利用者負担させていた。
- ③ サービス提供を行う上で必要となる福祉用具（介護ベッド）を、入居時に利用者に購入させていた。
- ④ 福祉用具等のレンタル費用を別に負担させていた。

#### ○その他の日常生活費

##### ⇒「その他の日常生活費」の定義

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

##### ⇒ その他の日常生活費の考え方

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

#### ○サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

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

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

⇒ 具体的な範囲

	事業者負担	利用者負担
歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等	利用者に一律提供する場合	一律に提供されるものではなく利用者の選定に委ねられている場合
バスタオル	入浴に必要なものの場合	個人的嗜好によるものの場合
洗濯代	介護上洗濯が必要な洗濯を行う場合	私物の場合（※）
新聞、雑誌	食堂等に設置するなど利用者に一律に提供される場合	個人の嗜好によるものの場合

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

○サービス提供とは関係のない費用

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

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

○基準における「利用料等の受領」に関する項目

- ① 食材料費
- ② 理美容代
- ③ おむつ代
- ④ 日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

○入所者等から徴収することができない費用の例について

- ① 介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用
- ② 介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋、おむつに係る費用、とろみ剤に係る費用等）
- ③ 外部の医療機関により行われる検査・健康診断等

## 5 加算と減算について

### 事例

- ① 介護職員の資質の向上の支援に関する計画が策定されていない。(介護処遇改善加算)
- ② 看取りに関する指針に例示されている内容の記載がなく、研修も実施されていない。  
(看取り介護加算)

### ○加算について

#### ① 夜勤支援体制加算（Ⅰ）

- ・認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定していること
- ・夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上であること

#### ② 夜勤支援体制加算（Ⅱ）

- ・認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定していること
- ・夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、共同生活住居の数に1を加えた数以上であること

#### 【参考】

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

#### ③ 認知症行動・心理症状緊急対応加算

- ・短期利用共同生活介護の利用者
- ・当該利用者は、病院又は診療所の入院中の者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院又は入所中の者、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護の利用中の者でないこと
- ・定員、人員基準に適合
- ・医師が緊急に短期利用共同生活介護を利用することが適当と判断したものに認知症対応型共同生活介護を行った場合
- ・介護支援専門員及び受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族との同意を得ている
- ・判断を行った医師は症状、判断の内容等を診療録等に記録し、事業者は判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録していること
- ・利用開始日から起算して7日以内

#### ④ 若年性認知症利用者受入加算

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

## 4 サービス計画の作成について

### 事例

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

### ○サービス計画について

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

### ポイント

#### ○サービス計画の作成について

- ① 計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当すること。
- ② 他の介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。
- ③ ②で作成した認知症対応型共同生活介護計画に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
- ④ 認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者に交付すること。
- ⑤ 認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うこと。なお、計画変更の場合も②から④までの作業を行う必要がある。

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



★注意

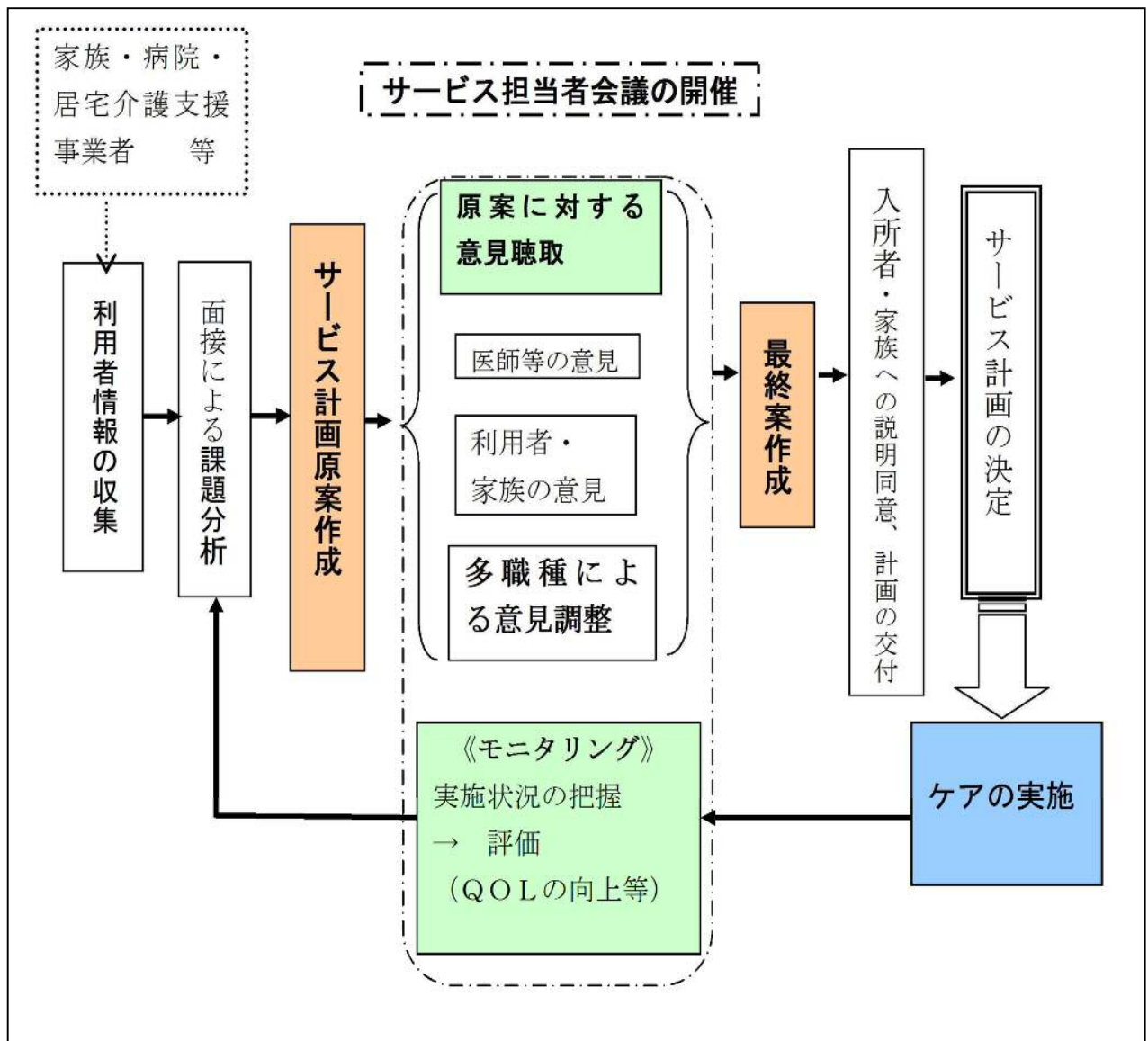
指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に際して作成する介護予防サービス計画等については、適切な情報収集先の例に主治医の医師又は主治の歯科医師と規定されております。

また、モニタリングについては、提供を行う期間が終了する前に1回以上と規定されております。

○その他の留意点について

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

○ケアマネジメントの流れについて（参考）



## ⑤ 看取り介護加算（介護予防は除く。）

看取り介護加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、本人又はその家族等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後を迎えられるよう支援することを主眼として設けられたものです。

### （１）看取り介護加算に係る設備基準を満たしていること

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

### （２）厚生労働大臣が定める次の基準のいずれにも適合する利用者であること

- ア 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
- イ 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で計画を作成し、利用者又はその家族が医師等のうち適当な者からの説明を受け、計画に同意している者
- ウ 看取りに関する指針に基づき、医師、看護職員、介護職員等が共同して利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われている者

### （３）夜間看護体制加算を算定していること

### （４）その他の留意点

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

（ア）当該事業所の看取りに関する考え方

（イ）終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方

（ウ）事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢

（エ）医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）

（オ）利用者等への情報提供及び意思確認の方法

（カ）利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式

（キ）家族への心理的支援に関する考え方

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

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

（ア）終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録

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

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

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

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

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

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

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

## ⑥ 初期加算

- ・入居日から起算して30日以内

### 【参考】

過去3月間（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する場合は、過去1月間）の間に当該事業所に入居したことがない場合に算定できます。

## ⑦ 医療連携体制加算（介護予防は除く。）

- ・病院、訪問看護ステーション等との連携により看護師を1名以上確保
- ・看護師による24時間連絡体制の確保
- ・重度化した場合における対応の指針の有無
- ・入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意の有無

### 【参考】

- ① 看護師配置を要することとしており、**准看護師では、本加算は認められません。**
- ② 看護師の配置は、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合、併任する職員として配置も可能です。
- ③ 医療連携体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとして、利用者に対する日常的な健康管理、通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整、看取りに関する指針の整備等が想定されております。これらの業務を行うために必要な勤務時間数を確保してください。

## ⑧ 退居時相談援助加算

- ・利用期間が1か月を超える利用者が退居
- ・退居後の居宅サービス又は地域密着サービスその他の保健医療、福祉サービスについての相談援助

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

**【参考】**

退居時相談援助の内容は、次のようなものです。

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

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

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

**⑨ 認知症専門ケア加算Ⅰ**

- ・利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上
- ・対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人以上を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施
- ・留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施
- ・認知症専門ケア加算Ⅱを算定していない

**⑩ 認知症専門ケア加算Ⅱ**

- ・利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ以上の者）である対象者の割合が5割以上
- ・対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施
- ・留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施
- ・指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施
- ・認知症専門ケア加算Ⅰを算定していない

**【参考】**

「指導に係る専門的な研修」とは、認知症介護指導者研修を指します。

- ⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ
  - ・介護職員の総数のうち介護福祉士の数6割以上
  - ・定員、人員基準に適合
- ⑫ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ
  - ・介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上
  - ・定員、人員基準に適合
- ⑬ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
  - ・看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数が7割5分以上
  - ・定員、人員基準に適合
- ⑭ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
  - ・直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者が3割以上
  - ・定員、人員基準に適合

**【参考】**

- 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月を除く。）の平均を用います。
- ② 介護福祉士または勤続年数が3年以上の者として算出に含められるかどうかについては、割合を算出する月の前月末時点で判断します。
- ③ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始、又は再開した事業所）で、前3か月の実績により計算した場合は、届出以降、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。
- ④ 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直接提供する職員として勤務した年数は、勤続年数に含まれます。
- ⑤ 同一の事業所において介護予防認知症対応型通所介護を一体的に行っている場合、本加算の計算も一体的に行います。
- ⑥ 利用者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いて差し支えありません。
- ⑦ 「直接処遇職員」とは、介護従業者として勤務を行う職員です。
- ⑧ 複数の加算を併せることはできません。

**⑮ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の算定要件**

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施（事業継続困難時の例外規定あり）
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・**(一)、(二)のいずれにも適合**
  - (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、すべての介護職員に周知
  - (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、すべての介護職員に周知
- ・平成27年4月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用をすべての介護職員に周知

#### ⑩ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施（事業継続困難時の例外規定あり）
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・（一）、（二）のいずれかに適合
  - （一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、すべての介護職員に周知
  - （二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、すべての介護職員に周知
- ・平成20年10月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用をすべての介護職員に周知

#### ⑪ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・（一）、（二）、（三）のいずれかに適合
  - （一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、すべての介護職員に周知
  - （二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、すべての介護職員に周知
  - （三）平成20年10月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用をすべての介護職員に周知

#### ⑫ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）の算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付

#### ○介護報酬の算定にあたって

⇒ 介護報酬の算定は、以下のいずれか又は全部を満たすことが必要です。

① 人員要件：職種、員数、勤務形態、職員の割合等

② プロセス：多職種共同によるアセスメント、計画の作成等

③ 算定期期：「同意を得られた日から」「入所した日から起算して〇日以内」等

⇒ 介護報酬の請求時等、定期的に加算の算定要件を満たしているか確認を行うようにしてください。

⇒ 算定要件を満たさない場合には、速やかに加算の算定を止め、既に支払いを受けた報酬の取扱いについて、保険者に相談してください。

## ○定員超過利用による減算について

指定認知症対応型共同生活介護	利用者数が運営規定に定められている利用定員を超えている。
----------------	------------------------------

- 利用者  
 利用者の数は、1月間（暦月）の利用者等の数の平均を用います。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者等の延数を当該月の日数で除して得た数です。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点以下を切り上げます。
- 適用期間  
 利用者等の数が、定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算されます。  
 なお、定員超過利用が解消された場合は、その翌月から通常の所定単位数を算定することができます。  
 注）災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用は除く。

## ○人員基準欠如等による減算について

認知症対応型共同生活介護費	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 指定基準に定める員数の従業者を置いていない。</li> <li>• 夜間時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が2日以上連続した場合</li> <li>• 夜勤時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が4日以上発生した場合</li> </ul>
---------------	--

- 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等について  
 利用者数等の数は、前年度の利用者等の数の平均を用います。この場合、前年度の利用者等の数の平均は、前年度の利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数です。  
 この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点2位以下を切り上げます。  
 注）夜間時間帯に夜勤を行う職員の算定における利用者数等の数については、「小数点2位以下」を「小数点以下」と読替えます。
- 指定基準に定める員数について  
 職員の員数の算定方法は、常勤換算方法、勤務形態一覧表の作成方法についてを御参照ください。

## ○介護従業者の人員基準欠如について

人員基準上必要とされる員数から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、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算となります。
人員基準上必要とされる員数から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、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算となります。（翌月の末日において人員基準に満たすに至っている場合は除く。）

## ○介護従業者以外の人員基準欠如について

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

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

## ○夜間時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない場合の減算について

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

## ○その他

⇒ 届出一覧表について

以下の内容を行う場合には、事前に市への届出が必要です。（届出をしないと、サービスを提供しても報酬は支払われません。）

サービス種類	内容	必要書類
指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護	職員の欠員による減算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算届出書</li> <li>・状況一覧表</li> <li>・加算届管理票</li> <li>・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※減算が解消される場合のみ添付</li> <li>・研修の修了証の写し（計画作成担当者） ※減算が解消される場合のみ添付</li> <li>・返信用封筒</li> </ul>
	夜間勤務条件基準による減算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算届出書</li> <li>・状況一覧表</li> <li>・加算届管理票</li> <li>・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※減算が解消される場合のみ添付</li> <li>・返信用封筒</li> </ul>



## 6 自己評価・外部評価等について

### ○自己評価・外部評価について

#### ⇒ 自己評価について

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

#### ⇒ 外部評価について

「神奈川県小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の外部評価機関選定要綱」により選定された評価機関による訪問調査及び評価を行います。

#### ⇒ サービス評価の目的

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

#### ⇒ 市への報告について

評価機関から評価結果が届いたら原則2週間以内に健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指導係あてに以下の書類を提出してください。

- |   |
|---|
| ア 自己評価及び外部評価結果・目標達成計画提出届<br>(川崎市HPからダウンロード) |
| イ 【写し】 評価結果概要表                              |
| ウ 【写し】 評価結果(詳細)                             |
| エ 【写し】 目標達成計画                               |
| オ 82円切手を貼った返信用封筒(受理書を返送に使用します)              |

注1) グループホームのユニットごとに結果が出ているものは、すべてのユニットについて提出してください。

注2) 他市町村から指定を受けている場合は、当該他市町村にも提出してください。

### ○評価結果の公表について

#### ⇒ 事業所

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

#### ⇒ 川崎市

高齢者事業推進課、区役所、地域包括支援センターは、評価結果を窓口等の利用しやすい場所に掲示等を行います。

#### ⇒ 評価機関

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

## ○外部評価の実施回数緩和について

### ⇒ 外部評価の実施回数緩和

神奈川県が定める下記の要件をすべて満たす場合、外部評価の実施回数が「1年に1回」から「2年に1回」に緩和されます。

- (1) 実施回数の緩和の適用を受ける年度の前5年間において継続して外部評価を実施している。
  - (2) 実施回数の緩和の適用を受ける年度の前年度において実施した外部評価の「神奈川県外部評価機関選定要綱」に規定された「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市に提出している。
  - (3) 実施回数の緩和を受ける年度の前年度において、運営推進会議を年6回以上開催している。
  - (4) 運営推進会議において、構成員に市の職員又は地域包括支援センター職員（以下「市職員等という。」）が含まれており、かつ、実施回数の緩和を受ける年度の前年度において開催された運営推進会議に市町村職員等が1回以上出席していること。
  - (5) 「神奈川県小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の外部評価機関選定要綱」に規定された「自己評価及び外部評価結果」のうち、2、3、4、6の実施状況（外部評価）が適切であった。
- (注) 実施回数の緩和により外部評価を実施しなかった年度については、「前5年間継続して実施していること」の要件の適用に当たっては、実施したものと見なされます。

### ⇒ 実施回数緩和をするための手続きについて

実施回数の緩和を希望する事業所は、高齢者事業推進課事業者指導係まで御連絡ください。御連絡いただきました事業所へ本市所定の確認申請書をお渡ししますので、必要な添付書類等と併せて提出してください。

なお、要件を満たしていることが確認できた場合は、市から県及び事業所宛てに緩和要件へ適合している旨を通知します。

### ⇒ 実施回数緩和の更新手続きについて

回数緩和により前々年度の外部評価を免除されている事業所が、今年度も実施回数の緩和を希望する場合、再度回数緩和の申請が必要となります。実施回数の緩和を希望する事業所は、高齢者事業推進課事業者指導係まで御連絡ください。

## ○介護情報サービス情報の公表制度

### ⇒ 介護サービス情報の公表

介護サービス情報の公表は、介護保険法に規定される制度で、利用者が適切に介護サービスを選択できるように介護サービスの内容や運営状況に関する報告を毎年1回、すべての介護サービス事業者には義務付けています。詳細については、下記のホームページを参照してください。

《介護情報サービスかながわ》 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

「書式ライブラリ」－「12. 地域密着型サービスの研修、外部評価等」

《神奈川県指定情報公表センター》 <http://center.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/>

### ⇒ その他

外部評価制度及び神奈川県が選定した外部評価機関については、介護情報サービスかながわのホームページを参照してください。

## 6-3 特定施設入居者生活介護

### 1 サービス提供者について

#### ○サービス提供者について

⇒ 指定特定施設入居者生活介護事業者は、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りません。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではありません。

#### 【第三者への委託について】

- ◎ 調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことが認められています。

### 2 配置基準について

#### 事例

- ① 機能訓練指導員を兼務する看護職員のみを配置しており、常勤換算方法で1人以上の看護職員が配置されていなかった。
- ② 生活相談員が夜勤の介護職員として配置されている時間について、生活相談員としての配置時間と管理されており、生活相談員の人員基準を満たしていなかった。

#### (1) 管理者

- ① 事業所ごとに配置すること。
  - ② 常勤であり、専らその職務に従事する者であること。ただし、管理業務に支障がない場合は、他の職務（※）に従事することができる
- (※) 当該事業所の他の職務、同一敷地内又は道路を隔てて隣接等する他の事業所、施設の管理者又は従業者

#### 【ポイント】

川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針では、社会福祉士、介護福祉士、保健師、看護師等の資格を求めています。

#### (2) 生活相談員

- ① 常勤換算方法で、総利用者数（※）が100又はその端数を増すごとに1以上
  - ② うち、1人は常勤であること。
- (※) 総利用者数とは、前年度の全利用者数の延数を当該前年度の日数で除して得た数（小数点第二位以下切り上げ）

#### 【ポイント】

- ・ 他の職務を兼務する場合は、兼務した職種の就業時間数は、生活相談員としての勤務時間数に含めることはできません。

#### (3) 看護職員（一般型のみ）

- ① 看護師又は准看護師の資格を有する者であること。

- ② 総利用者数が 30 を超えない指定特定施設にあっては、常勤換算方法で 1 以上とし、総利用者数が 30 を超える指定特定施設にあっては、常勤換算方法で、1 に利用者の数が 30 を超えて 50 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数以上であること。

総利用者数	看護職員（常勤換算）
～30	1 以上
30 超～80	2 以上
80 超～130	3 以上
以下 50 ごとに 1 を加える。	

- ③ うち、1 人以上は常勤であること。（利用者のすべてが要支援者の場合は、看護職員又は介護職員のいずれか 1 人以上であること。）

#### （４）介護職員

- ① 常に 1 人以上の指定特定施設入居者生活介護の提供に当たる介護職員が確保されていること。ただし、利用者のすべてが要支援者の場合は、宿直時間帯に限り、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たる介護職員を宿直勤務を行う介護職員に代えることができる。
- ② うち、1 人以上は常勤であること。（利用者のすべてが要支援者の場合は、看護職員又は介護職員のいずれか 1 人以上であること。）

#### 注）外部サービス利用型

- ・常勤換算方法で、利用者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 及び介護予防サービスの利用者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 人以上の介護職員が必要です。
- ・常に 1 以上の指定特定施設の従業者を確保されていること。ただし、宿直時間帯に限り、宿直勤務を行う従業者に代えることができます。

#### （５）【介護職員・看護職員の合計数】

常勤換算方法で、利用者（要支援の利用者については、1 人を 0.3 人として換算）の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上の配置が必要です。

#### 【計算方法】

利用日数が 365 日、要支援 1、2 の延利用人数が 1,095 人、要介護以上の延利用人数が 10,950 人の場合  

$$\left( (1,095 \text{ 人} \div 365 \text{ 日}) \times 0.3 \right) + (10,950 \text{ 人} \div 365 \text{ 日}) \div 3 \doteq 11$$
（小数点以下切り上げ）

## (6) 機能訓練指導員（一般型のみ）

- ① 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師のいずれかの資格を有する者であること。
- ② 1以上配置すること。

## (7) 計画作成担当者

- ① 介護支援専門員であること。
- ② 1人以上配置すること。
- ③ 総利用者数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする。
- ④ 専従であること。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該特定施設の他の職務に従事することができる。

注) 外部サービス利用型については、①から④の条件を満たし、かつ、1以上は常勤とすること。

## 3 利用料等の受領

### 事例

- ①介護上必要な標準的な車いすを利用者負担させていた。
- ②排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋等介護上必要な消耗品を利用者負担させていた。
- ③落葉防止のため使用しているオブラートについて、その費用を利用者負担させていた。

## ○その他の日常生活費

### ⇒「その他の日常生活費」の定義

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

### ⇒ その他の日常生活費の考え方

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

- ⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の運営規程において定め、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示してください。

### ○サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

利用者等の希望によって、身の周り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

〔歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者個人又は家族等の選択により利用されるもの〕

※ 事業者が利用者等に一律に提供し、一律に費用を徴収することは認められません。

〔共用の石鹸、シャンプー等〕

	事業者負担	利用者負担
歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等	利用者一律に提供する場合	一律に提供されるものではなく利用者の選定に委ねられている場合
バスタオル	入浴に必要なものの場合	個人的嗜好によるものの場合
洗濯代	介護上洗濯が必要な洗濯を行う場合	私物の場合（※）
新聞、雑誌	食堂等に設置するなど利用者一律に提供される場合	個人の嗜好によるものの場合

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

### ○サービス提供とは関係のない費用

#### ① 介護サービス以外の費用

※ 家賃相当費、日用品費、教養娯楽費、行事関係費（機能訓練又は健康管理の一環として行われるものは除く。）健康管理費（外部の医療機関により行われる検査・健康診断等は除く）、私物の洗濯代等

#### ② 人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料

#### ③ 個別的な選択による介護サービス利用料（個別的な外出介助、個別的な買い物等代行、標準的な回数を超えた入浴を行った場合の介助）

### ○基準における「利用料等の受領」に関する項目

- ① 利用者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜に要する費用
- ② おむつ代
- ③ 利用者の希望によって、身の回りの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かかる費用

## ○入所者等から徴収することができない費用の例について

- ① 介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用
- ② 介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋、おむつに係る費用、とろみ剤に係る費用等）
- ③ 外部の医療機関により行われる検査・健康診断等

## 4 サービス計画の作成について

### 事例

- ① 一部の特定施設サービス計画について、特定施設サービス計画の変更に際しての再アセスメントやカンファレンスが行われていないものがあった。
- ② 一部の特定施設サービス計画について、総合的な援助方針として、アセスメントにおいて把握されたニーズと思われる内容が記載されていなかった。
- ③ サービスの目標が思う又は考えるようになっており、達成可能な目標となっていない。
- ④ 目標達成に必要なサービス内容になっていないものがあった。
- ⑤ 利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題について、一部、特定施設サービス計画に盛り込まれていないものがあった。

## ○サービス計画について

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

### ポイント

## ○サービス計画の作成について

- ① 計画作成担当者が特定施設サービス計画の作成に関する業務を担当すること。
- ② 適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。
- ③ 他の特定施設従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定施設サービス計画の原案を作成すること。
- ④ ③で作成した原案について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得ること。
- ⑤ 特定施設サービス計画を作成し、利用者に交付すること。
- ⑥ 他の特定施設従業者との連絡を継続的に行うことにより、特定施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて特定施設サービス計画の変更を行うこと。なお計画変更の場合も②から⑤までの作業を行う必要がある。

注1 外部サービス利用型については、①から⑥に加え、特定施設サービス計画の原案作成に際して、受託サービス事業者との協議を行うこと。また、特定施設サービス計画と受託サービス事業者が作成する計画と整合性を図ること。

注2 短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合、指定居宅介護支援事業者から特定施設サービス計画の提供の求めがあった際には、協力するよう努めねばならない。

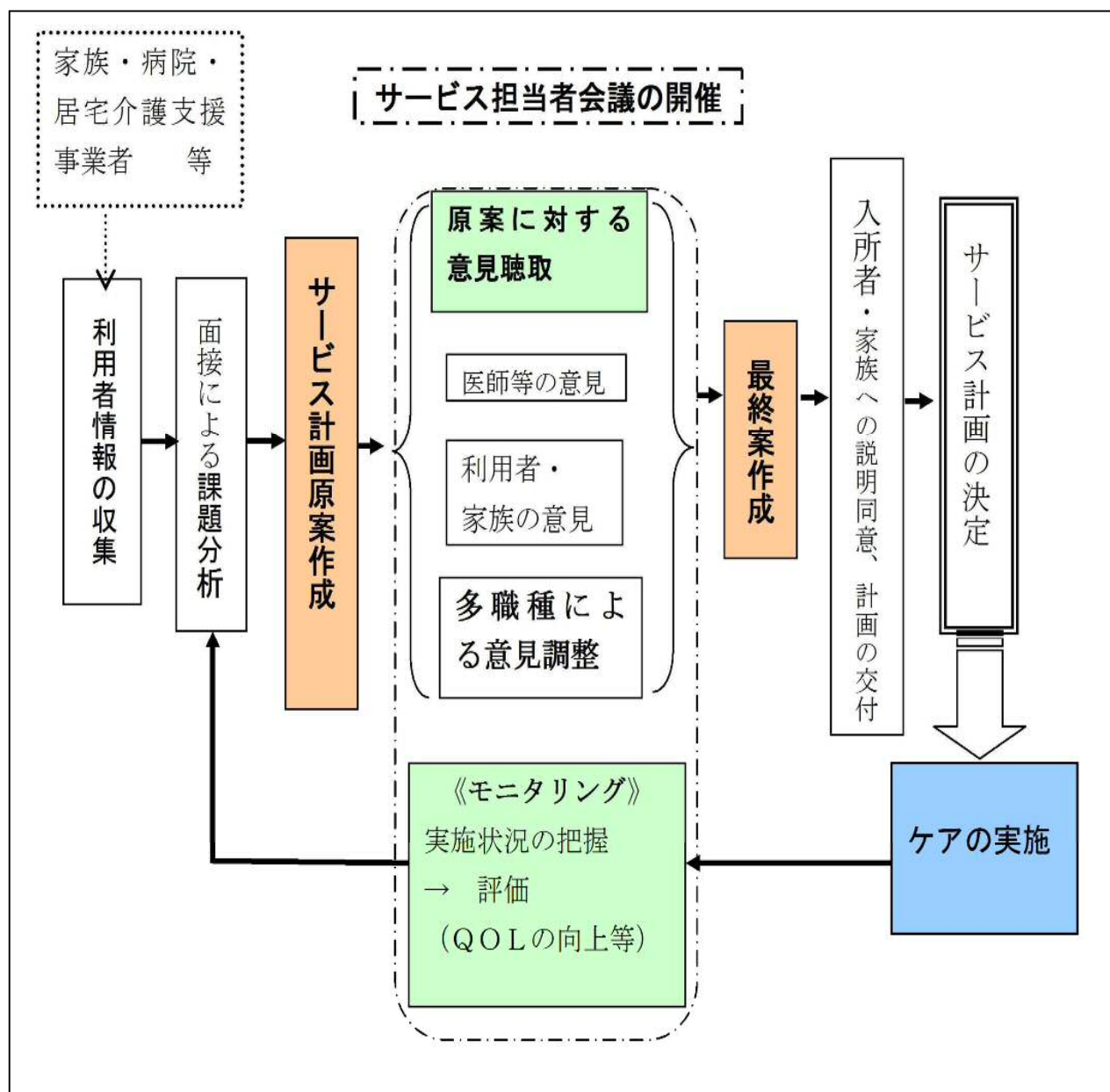
★注意

指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に際して作成する介護予防サービス計画等については、適切な情報収集先の例に主治医の医師又は主治の歯科医師と規定されております。また、モニタリングについては、提供を行う期間が終了する前に1回以上と規定されております。

○その他の留意点について

特定施設サービス計画については、少なくとも、①入居時、②認定更新時、③状態が変化した時に作成すること。身体拘束廃止への取り組みを意識した計画を作成すること。また、やむを得ず身体拘束を行う場合には、計画に記載すること。

○ケアマネジメントの流れについて（参考）





## 5 加算と減算について

### 事例

- ① 協力医療機関等に対して、利用者の健康の状況に関する情報を提供した際の受領の確認を得ていなかった。（医療機関連携加算）
- ② 指針を定めておらず、職員研修も行われていなかった。（看取り介護加算）
- ③ 利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明する前に当該加算を算定していた（個別機能訓練加算）

### ○加算について

#### ① 個別訓練加算の算定要件

- ・専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置
- ・利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上機能訓練指導員を配置
- ・多職種協働による個別機能訓練計画を利用者ごとに作成
- ・開始時における利用者等に対する計画の内容説明
- ・利用者に対する計画の内容説明、記録
- ・訓練の効果、実施方法等に対する評価
- ・個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応

#### 【参考】

- ① 「理学療法士等」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師
- ② 利用者等に対する計画の内容説明は、開始時のほか、3月ごとに1回以上行う必要があります。
- ③ 個別機能訓練に関する記録とは、実施時間、訓練内容、担当者等が想定されております。

#### ② 夜間看護体制加算の算定要件（介護予防は除く。）

- ・常勤の看護師を1名以上配置し、看護責任者を定めている
- ・24時間連絡できる体制の確保等
- ・重度化した場合における対応の指針の有無
- ・入居の際に利用者等に対する指針の説明、同意の有無

#### 【参考】

「24時間連絡体制」とは、特定施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても指定特定施設入居者生活介護事業者から連絡でき、必要な場合には緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、次の①から④に係る体制を整備することを想定している。

- ① 特定施設において、管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。
- ② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による利用者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。

- ③ 特定施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、①、②の取り決めが周知されていること。
- ④ 特定施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により利用者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。

### ③ 医療機関連携加算の算定要件

- ・看護職員が前回情報提供日から次回情報提供日までの間で、利用者ごとに健康状況を随時記録
- ・利用者の同意の有無
- ・協力医療機関等から情報提供の受領の確認を署名等で得ている
- ・協力医療機関等と提供する情報内容を定めている
- ・協力医療機関又は利用者の主治医につき1回以上情報提供

#### 【参考】

協力医療機関等に情報を提供した日の前30日以内において、特定施設入居者介護及び介護予防特定施設入居者介護を算定した日が14日未満である場合は、算定できません。

### ④ 看取り介護加算（介護予防は除く。）の算定要件

看取り介護加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、本人又はその家族等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援することを主眼として設けられたものである。

#### ●看取り介護加算にかかる施設基準

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

#### ●厚生労働大臣が定める次の基準のいずれにも適合している利用者であること

- ・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
- ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種のものが共同で計画を作成し、利用者またはその家族が医師等のうち適当な者からの説明を受け計画に同意している者
- ・看取りに関する指針に基づき、医師、看護職員、介護職員等が共同して利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われている者

#### ●夜間看護体制加算を算定していること

## ●その他の留意点

- (1) 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目の例として次の事項が考えられる。
- イ 当該特定施設の看取りに関する考え方
  - ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方
  - ハ 特定施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
  - ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
  - ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
  - ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
  - ト 家族への心理的支援に関する考え方
  - チ その他看取り介護を受ける利用者に対して特定施設の職員が取るべき具体的な対応の方法
- (2) 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。
- イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
  - ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
  - ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録
- (3) 利用者等に対する随時の説明に係る同意について口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに同意を得た旨を記載しておくこと。また、本人が十分に判断できる状態になく、かつ、家族に連絡して来てもらえない場合、介護記録に職員間の相談日時、内容等及び本人家族の状況が記載されていること。
- (4) 看取り介護加算は、死亡日を含めて30日を上限として、特定施設において行った看取り介護を評価したものである。死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には当該特定施設において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない）
- (5) 退居等の際、入院先の医療機関等に利用者の状態等の情報提供について本人又は家族に説明し文書にて同意を得ていること。
- (6) 利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。
- (7) 入院若しくは外泊又は退去の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

⑤ 障害者等支援加算の算定要件（外部サービス利用型のみ）

- ・知的障害又は精神障害を有する利用者の基本サービスの提供にあたり、特に支援を必要とする者

⑥ 認知症専門ケア加算Ⅰ

- ・利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はM）である対象者の割合が**5割以上**
- ・対象者の数が20人未満で認知症介護にかかる専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人以上を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施
- ・留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施
- ・認知症専門ケア加算Ⅱを算定していない。

【参考】

「認知症介護にかかる専門的な研修修了者」とは、受講を申し込んでいる認知症介護実践リーダー研修対象者を含みます。

⑦ 認知症専門ケア加算Ⅱ

- ・利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす症状又は行動があるため介護を必要とする認知症者（日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はM）である対象者の割合が**5割以上**
- ・対象者の数が20人未満で専門的な研修修了者が1人以上、対象者が20人以上の場合は、1に対象者が19を超えて10又は端数を増すごとに1人を加えた人数を配置し、チームとして専門的な認知症ケアの実施
- ・留意事項の伝達又は技術的指導の会議を定期的の実施
- ・認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の作成及び研修の実施
- ・認知症専門ケア加算Ⅰを算定していない。

【参考】

「指導に係る専門的な研修修了者」とは、受講を申し込んでいる認知症介護指導者研修対象者を含みます。

⑧ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

- ・介護職員の総数のうち介護福祉士の数6割以上
- ・人員基準に適合

⑨ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ

- ・介護職員の総数のうち介護福祉士の数5割以上
- ・人員基準に適合

⑩ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- ・看護、介護職員の総数のうち常勤職員の数7割5分以上
- ・人員基準に適合

⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

- ・直接処遇職員の総数のうち勤続3年以上の者が3割以上
- ・人員基準に適合

#### 【参考】

- ① 指定特施設入居者生活介護の事業と指定介護予防特定施設入居者介護の事業とが同一の施設において一体的に運営されている場合、介護職員の総数は合計数とします。
- ② 複数の加算を併せることはできません。
- ③ 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月を除く。）の平均を用います。
- ④ 介護福祉士または勤続年数が3年以上の者として算出に含まれるかどうかについては、割合を算出する月の前月末時点で判断します。
- ⑤ 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始、又は再開した事業所）で、前3か月の実績により計算した場合は、届出以降、毎月継続的に所定の割合を維持しなければなりません。
- ⑥ 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直接提供する職員として勤務した年数は、勤続年数に含まれます。
- ⑦ 同一の事業所において介護予防短期入所生活介護を一体的に行っている場合、本加算の計算も一体的に行います。
- ⑧ 「直接処遇職員」とは、生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員です。

#### ⑫ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施（**事業継続困難時の例外規定あり**）
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・**（一）、（二）のいずれにも適合**
  - （一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知
  - （二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知
- ・平成27年4月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用を全職員に周知

#### ⑬ 介護職員処遇改善加算Ⅱの算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施（**事業継続困難時の例外規定あり**）
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・**（一）、（二）のいずれかに適合**
  - （一）任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知
  - （二）資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知

- ・平成20年10月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用を全職員に周知

#### ⑭ 介護職員処遇改善加算Ⅲの算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間において法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付
- ・(一)、(二)、(三)のいずれかに適合
  - (一)任用の際の職責又は職務内容等の要件を書面で作成し、全ての介護職員に周知
  - (二)資質の向上の支援に関する計画の策定、研修の実施又は研修の機会を確保し、全ての介護職員に周知
  - (三)平成20年10月から改善計画書の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善以外）及び処遇改善に要した費用を全職員に周知

#### ⑮ 介護職員処遇改善加算Ⅳの算定要件

- ・賃金改善に関する計画の策定、計画に基づく措置
- ・改善計画書の作成、周知、届出
- ・賃金改善の実施
- ・処遇改善に関する実績の報告
- ・前12月間に法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと
- ・労働保険料の納付

### ○介護報酬の算定にあたって

- ⇒ 介護報酬の算定は、以下のいずれかまたは全部を満たすことが必要です。
  - ① 人員要件：職種、員数、勤務形態、職員の割合等
  - ② プロセス：多職種共同によるアセスメント、計画の作成等
  - ③ 算定期間：「同意を得られた日から」「入所した日から起算して〇日以内」等
- ⇒ 介護報酬の請求時等、定期的に加算の算定要件を満たしているか確認を行うようにしてください。
- ⇒ 算定要件を満たさない場合には、速やかに加算の算定を止め、既に支払いを受けた報酬の取扱いについて、保険者に相談してください。

### ○人員基準の欠如等による減算について

特定施設入居者生活介護費	指定基準に定める員数の看護職員または介護職員を置いていない。
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費	指定基準に定める員数の外部サービス利用型特定施設従業者を置いていない。

#### ・人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数等について

利用者数等の数は、前年度の利用者等の数の平均を用います。この場合、前年度の利用者等の数の平均は、前年度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

です。この平均利用者数等の算定に当たっては、小数点2位以下を切り上げます。

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

・指定基準に定める員数について

職員の員数の算定方法は、常勤換算方法、勤務形態一覧表の作成方法についてをご参照ください。

○ 看護・介護職員の人員欠如について

人員基準上必要とされる員数から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、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法(所定単位数の100分の70)に従って減算となります。
人員基準上必要とされる員数から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、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法(所定単位数の100分の70)に従って減算となります。(翌月の末日において人員基準に満たすに至っている場合は除く。)

注) 外部サービス利用型については、看護・介護職員を介護職員に読替えてください。

○ 看護・介護職員以外の人員基準欠如について

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

○ その他

⇒ 届出一覧表

以下の内容を行う場合には、事前に市への届出が必要です。(届出をしないと、サービスを提供しても報酬は支払われません。)

サービス種類	内容	必要書類
指定(介護予防)特定施設入居者生活介護	人員欠如(解消)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算届</li> <li>・状況一覧表</li> <li>・加算届管理票</li> <li>・勤務形態一覧表</li> <li>・返信用封筒</li> </ul>

## 6-4 有料老人ホーム（サービス付高齢者住宅含む）

### 1 「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針」の改正

厚生労働省が定める「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」について、平成27年3月30日付けで改正され、平成27年7月1日から施行されました。また、神奈川県においても「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針」が改正され、9月に施行されました。これらの改正を受け、川崎市においても「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針」について改正を行い、平成28年2月1日付けで施行しました。改正にあたっては、国の「標準指導指針」及び県の「運営指導指針」の内容を基本としつつ、虐待防止について明確化と設備関係の見直しに対する経過措置の設定などの対応を図りました。

### 2 基本的事項

○入居者が希望する医療・介護サービスの利用を設置者が妨げることを禁止する。  
（新設）

⇒ 指針 2基本的事項（5）

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号）の五の4「高齢者居宅生活支援サービスの提供」を参考に、特定の事業者によるサービスを利用させるような入居契約を締結することなどの方法により、入居者が医療・介護サービスの利用を設置者が妨げてはならないこと。

○老人福祉法の届出の有無にかかわらず、本指針の指導の対象とする。（新設）

⇒ 指針 2基本的事項（7）

1 2の有料老人ホームを実施する場合は、老人福祉法第29条第1項に規定する届出の有無を問わず、有料老人ホームとして取り扱われ、本指針に基づく指導の対象となること。

### 3 建物の規模及び構造設備

#### ポイント

○緊急通報装置を浴室のほか、脱衣室にも設置すること。（見直し）

⇒ 指針 6（9）タ 緊急通報装置



### ポイント

#### ○住宅型・健康型有料老人ホームの職員の配置について

⇒職務の内容に応じた勤務表の作成及び管理を行うこと。（新設）

⇒入居者の状態に即して適切な数を配置することとされていた職員体制を、管理者及び夜間対応職員については必ず配置すること。（見直し）

- 提供するサービス内容に応じて、その呼称にかかわらず以下の職員を配置すること。
  - (1) 管理者（施設長）
  - (2) 事務員
  - (3) 生活相談員
  - (4) 介護職員
  - (5) 看護職員（看護師又は准看護師）
  - (6) 機能訓練指導員
  - (7) 栄養士
  - (8) 調理員

注1） 有料老人ホームの運営に支障がないと認められる場合は、当該有料老人ホームの他の職務又は当該有料老人ホームに併設されている施設や事業所の職務を兼務できます。

注2） 他の職務を兼務する場合にあっては、各職員について、それぞれの職務の内容に応じた勤務状況を把握する観点から、**適切に勤務表の作成及び管理を行ってください。**

注3） 調理業務等を外部に委託する場合、訪問介護等の介護保険サービスを利用することにより適切な処遇が確保できる場合等は、一部の職員を置かないことができます。

#### ○ 住宅型有料老人ホームにおける介護サービス

住宅型有料老人ホームにおいて、入居者がケアプランに基づいて受ける介護サービスは任意な事業者選択によることになります。その選択が、住宅型有料老人ホームに事業者が併設している訪問介護事業所が提供する介護サービスとなることも、少なからずあります。

この場合、住宅型有料老人ホームと併設訪問介護事業所を兼務する介護職員によるサービス提供がなされることがあります。そのサービス提供は訪問介護事業所によるものなのか、有料老人ホームとの間での契約によるものなのか、明らかであることが求められます。後者からのサービスであるときには、同時に介護保険による介護報酬請求とはなりませんので注意が必要です。

## 5 職員の研修

職員に対しては、採用時及び採用後において定期的に研修を実施する必要があります。

特に生活相談員、計画作成担当者（介護支援専門員）、介護職員及び看護職員については、高齢者の心身の特性実施するサービスのあり方及び内容、認知症介護、虐待防止、身体的拘束のない介護、ユニットケア、介護事故の防止及び感染症対策等の介護に関する知識及び技術並びに作業手順等について、体系的かつ継続的に研修を行う必要があることから、管理者（施設長）の責務として、毎年度当初に職員研修計画を策定し、その計画に基づいて研修を実施しなければなりません。

## 6 職員の衛生管理

職員の心身の健康に留意し、職員の疾病の早期発見及び健康状態の把握のために、採用時及び採用後において定期的に健康診断を行うとともに、メンタルヘルスを含めて健康管理に関する相談体制を確保するよう努めなければなりません。また、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）等に基づき、就業中の衛生管理について十分な点検を行う必要があります。

## 7 職員の秘密保持

### ポイント

○職員の個人情報の適切な取扱いとして、個人情報に関する法律のほか、「医療・介護従業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守すること。  
（見直し）

有料老人ホームの職員又は職員であった者が、正当な理由無く、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、有料老人ホームの設置者は必要な措置を講じなければなりません。

## 8 職員への提供サービスの周知徹底

### ポイント

○提供するサービスの内容を職員に対して周知徹底すること。（新設）

⇒ 指針 8（5）職員への提供サービスの周知徹底

設置者は、10 に掲げるサービスの提供に係る契約を締結する場合、その職員に対して、提供するサービス等の内容を十分に周知徹底すること。

## 9 管理規程等の制定

次に掲げる施設の管理に関する事項について、社団法人全国有料老人ホーム協会が発行している「有料老人ホーム標準管理規程」を参考にし、管理規程を定めてください。

- a 施設の目的及び運営の方針
- b 入居者の定員及び居室数
- c 組織の体制及び職員の配置状況
- d 居室や共用設備等の利用に当たっての留意事項
- e 管理費、食費、介護費用等の利用料の詳細
- f サービスの内容及びその費用負担の詳細
- g 業務の全部又は一部を委託する場合の痛くないよう（施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務を除く）
- h 介護を行う場合の基準
- i 医療を要する場合の対応
- j 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手続
- k やむなく入居者の金銭等の管理を行う場合の具体的な管理方法、入居者又は身元引受人等への定期的報告等
- l 入居者及びその家族等からの苦情に対する対応
- m 緊急時、非常災害時の対応
- n 運営懇談会の設置・運営
- o その他施設の運営に関する重要事項

## 10 書類等の整備

○次の関係書類等を整備し、保存してください。

- a 入居者及びその身元引受人等の氏名及び連絡先を明らかにした名簿
- b 職員に関する書類（履歴書、雇用契約書、職員勤務表、出勤簿、給与明細書、給与支払台帳、源泉徴収報告書）
- c 入居者に関する書類（契約書、重要事項説明書、心身の状況等の記録、サービス提供記録等）
- d 施設の管理・運営に関する書類（管理規定、有料老人ホーム重要事項説明書、協力医療機関との契約書、前払金の保全措置を講じたことを証する書類、業務委託の状況確認書、事故発生防止のための指針、各種マニュアル等）
- e 会計に関する書類

## 11 医療機関等との連携

### ポイント

#### ○入居者に対し、協力医療機関での診療の誘引を禁止する。(新設)

⇒ 指針 9(4) 医療機関との連携

オ 入居者が医療機関を自由に選択することを妨げないこと。協力医療機関は、あくまでも、入居者の選択肢として設置者が提示するものであって、当該医療機関における診療に誘引するためのものではない。

カ 医療機関から入居者を患者として紹介する対価として金品を受領することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を受領することにより、入居者が当該医療機関において診療を受けるように誘引してはならないこと。

#### ○入居者に対し、設置者及び当該設置者と関係のある事業者以外の事業者を含め情報提供すること及び特定の事業者からのサービス提供を強制・誘導しないこと。

(新設)

⇒ 指針 9(5) 介護サービス事業所との関係

ア 近隣に設置されている介護サービス事業所について、設置者及び当該設置者と関係のある事業者以外の事業所も含め入居者に情報提供すること。

イ 入居者の介護サービス利用にあっては、設置者及び当該設置者と関係のある事業者など特定の事業者からのサービス提供を強制又は誘導しないこと。

○近距離（移送に要する時間がおおむね20分以内）で、かつ内科・整形外科・精神科等の診療科目を標榜している医療機関と協力する胸及びその協力内容を取り決めておくこと。

○協力医療機関との協力内容及び診療科目等について入居者に周知しておくこと。

## 12 苦情対応

- 1 入居者及びその家族等からの苦情に対し迅速かつ誠実に対応し円滑な解決を図るため、相談しやすい環境の整った苦情相談窓口を設置し責任者を明確化するとともに、職員が適切な対応を行うための留意点等を定めた苦情対応マニュアル等の整備をするなど、苦情解決の体制を整備しなければなりません。
- 2 有料老人ホームに対する指導業務を所掌している川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課及び社団法人全国有料老人ホーム協会等の電話番号を、重要事項説明書等に記載するとともに、施設内の見やすい場所に表示し、入居者及びその家族等に周知してください。
- 3 入居者及びその家族等から苦情を受け付けた場合には、迅速かつ誠実に対応し的確に苦情を解決するとともに、当該苦情の内容及び対応の状況等について、記録し保存し、運営懇談会において報告すること。
- 4 入居者及びその家族等から相談を受けた苦情相談機関が当該経過状況の聴取等を求めた場合には、誠実に回答すること。
- 5 入居者及びその家族等からの苦情申立に関する対応について、入居契約書及び管理規定において規定すること。

## 13 サービス等

### ポイント

- 入居者が自ら記録を保存することを望む場合を除き、設置者は、健康診断、健康管理及び健康保持のための措置の記録を保存すること。（新設）  
⇒ 指針 10（3）健康管理
- 高齢者虐待を受けた入居者の保護のための施策に協力すること及び研修の実施、苦情の処理の体制の整備、その他の高齢者虐待の防止等のための措置を講ずること。（新設）  
⇒ 指針 10（13）高齢者虐待の防止

## 14 利用料等

### ポイント

- 前払い金の保全措置義務のない施設についても努力義務を講ずること。（見直し）  
⇒ 指針 12（2）前払い方式による利用料等の支払  
ケ 設置者は、老人福祉法第29条第7項に規定する前払金の返還債務を負うこととなる場合に備えて「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」（平成18年厚生労働省告示第266号）に規定する保全措置を講ずること。なお、平成18年3月31日までに届出がされた有料老人ホームについては、保全措置の法的義務付けはないが、入居者の利益を保護する観点から、前払金の算定根拠を書面で明示するとともに、適切な保全措置を講ずるよう努めること。

## 15 契約内容

### ポイント

- 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げてはならないことを重要事項説明書に明記すること。（新設）
- 老人福祉法の届出を行っていない場合や川崎市指導指針に基づく指導を受けている場合は、重要事項説明書にその旨を記載すること。（新設）  
⇒ 指針 13（3）重要事項の説明等  
イ 有料老人ホーム重要事項説明書は、入居相談があったときに交付するほか、求めに応じ交付すること。  
ウ 入居希望者が、次に掲げる事項その他の契約内容を十分理解した上で契約を締結できるよう、契約締結前に十分な時間的余裕を持って重要事項説明書及び実際の入居契約の対象となる居室に係る個別の入居契約書について十分な説明を行うこととし、その際には説明を行った者及び説明を受けた者の署名を行うこと。また、署名した重要事項説明書は、有料老人ホームもその写しを保管すること。  
(ア) 設置者の概要

- (イ) 有料老人ホームの種類
- (ウ) 有料老人ホームの設置者又は当該設置者に関係する事業者が、当該有料老人ホームの入居者に提供可能な指定居宅サービスの種類
- (エ) 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げない旨

エ 有料老人ホームの設置時に老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出を行っていない場合や、本指針に基づく指導を受けている場合は、重要事項説明書にその旨を記載するとともに、入居契約に際し、入居希望者に対して十分に説明すること。

**○募集内容及び表示について、不当景品類及び不当表示防止法の規定のほか、「有料老人ホーム等に関する不当な表示」に遵守すること。（見直し）**

⇒ 指針 13（5）入居募集等

## 事例

- ① サービス担当者会議の記録が残されていなかった。
- ② 十分なアセスメントを行わず画一的な計画を作成していた。
- ③ 施設サービス計画について入所者、家族に説明、同意、交付が行なわれていなかった。
- ④ 施設サービス計画に、施設の行事及び日課が含まれていなかった。
- ⑤ モニタリングの結果における記録が残されていなかった。
- ⑥ 要介護更新認定時にサービス担当者会議を開催していなかった。

## ポイント

## ○施設サービス計画作成のポイントについて

## (1) 施設サービス計画の作成

⇒ 施設で提供するサービスにおいても、施設サービス計画に基づいて行わなければならない、施設サービスの提供が漫然かつ画一的なものにならないよう配慮しなければなりません。

⇒ 施設サービス計画は入所時までに作成し、入所者の状態が変化した場合には随時計画を変更しなければなりません。

施設サービス計画の作成に当たっては、サービス担当者会議等により各職種の専門的な意見を求め、調整した上で入所者が現に抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題の把握（アセスメント）をしなければなりません。

アセスメントは、入所者及びその家族に計画担当介護支援専門員が面接をして行わなければならない。

計画の原案には、解決すべき課題に加え、各種サービス（看護、介護、機能訓練、食事等）に係る目標を具体的に設定し、記載する必要があります。

施設サービス計画の原案の内容については、入所者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得るとともに、交付しなければなりません。

施設サービス計画の作成後は、計画担当介護支援専門員が定期的に入所者と面接して計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い記録しなければなりません。

⇒ 計画担当介護支援専門員は、①要介護更新認定を受けた場合、②要介護状態区分の変更の認定を受けた場合、この場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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なければなりません。

## (2) 介護支援専門員の責務について

⇒ 施設サービス計画の作成に関する業務

- ① 介護支援専門員は、計画の作成及び変更を行わなければならない。
- ② そのために必要な業務（施設ケアマネジメントの流れ）を自ら行わなければならない。

※ 計画作成については、責務を負う介護支援専門員が主体となって計画を作成する必要があります。ただし、効果的で実現可能な計画を作成するためには、医師、看護、介護、リハビリ、栄養等の施設の各担当者がそれぞれの専門的な見地からの意見を出し、それを基に施設としてのケア方針を決めることが重要です。

従って、介護支援専門員1人で作成するのではなく、施設全体でケアマネジメントを行うという意識を持つことが、質の高い計画を作る上で大切になります。

⇒ 施設サービス計画の作成等の他に行う業務

- ① 入所に際し、入所申込者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握
- ② 心身の状況・環境等を照らし、居宅において日常生活を営めるかどうかを定期的に検討【老福・老健】
- ③ 居宅で日常生活を営めると認められる入所者に対し、入所者・家族の希望、退所後おかれる環境等を勘案し、円滑な退所のための援助を行う【老福】
- ④ 退所（退院）に際し、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービス提供者との密接な連携
- ⑤ 身体的拘束等の様態・緊急やむを得ない理由等を記録する【老福】
- ⑥ 施設への苦情の内容等についての記録
- ⑦ 事故が発生した場合の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

(3) 介護支援専門員の兼務について

⇒ 基準条例では、「介護支援専門員は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事することができるものとする。」とされています。あくまでも、介護支援専門員は計画作成に関する業務のほか介護支援専門員の責務を果たすべく専ら従事することが求められており、兼務ができるのは、入所者の処遇に支障がない場合に限られます。



## 2 事故発生の防止及び発生時の対応について

### 事例

- ① 再発防止策を講じた後、その効果について評価されていなかった。
- ② 事故発生防止のための研修が年2回以上開催されていなかった。
- ③ 専任の安全対策を担当する者を明確に定められていなかった。
- ④ 事故発生防止委員会で事故状況を分析し、再発防止策が検討されていなかった。
- ⑤ 事故発生防止委員会が独立して設置・運営されていなかった。
- ⑥ 指針の中に事実の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底が含まれていなかった。

### ポイント

#### ○事故の発生の防止及び発生時の対応についてのポイント

##### (1) 事故の発生又はその再発を防止するために必要な措置

- ① 事故が発生した場合の対応、市町村等への報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針の整備。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施。  
※以下の点に注意して、必要な措置を行うこと。
  - ・「事故発生の防止のための検討委員会」（「事故防止検討委員会」）の設置
  - ・幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。
  - ・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、**専任の安全対策を担当する者を決めておくこと**が必要である。（事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。）
  - ・事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と**独立して設置・運営**することが必要であるが、感染対策委員会については、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。
  - ・**事故発生の防止のための職員に対する研修を年2回以上開催**するとともに、**新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施し、研修の実施内容についても記録**することが必要である。

##### (2) 「事故発生防止のための指針」に盛り込まれる内容として想定されているもの

- ① 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ② 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いものの報告方法などの介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者などに対する当該指針の閲覧に関する基本方針

⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

(3) 「事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底」の体制整備として想定されているもの

- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- ③ 事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
- ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

※なお、これらの内容を指針等に盛り込み体制を整備する必要があることに留意すること。

### ○事故が発生してしまった場合の対応

- (1) 不幸にも事故が起こってしまった場合には、病院への搬送など必要な措置をとることは当然ですが、措置後に速やかに入所者の保険者（市町村）、施設所在市町村、入所者の家族等に連絡を行い、事故の状況や事故に際して採った処置について記録を残さなければなりません。（サービス終了後 **5年間**保存）
- (2) 賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのため、損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償資力を有することが望ましい。
- (3) 当該事故の原因として、高齢者虐待等の他法令による対応も必要な場合は、併せて対応しなければなりません。

### 3 衛生管理について

#### 事例

- ① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針が整備されていない。
- ② 感染対策委員会が独立して設置・運営されていなかった。
- ③ 指針に、発生時における施設内及び関係機関への連絡体制が明記されていない。
- ④ 委員会の構成メンバーの責務及び役割分担が明確にされていない。
- ⑤ 専任の感染対策担当者（看護師が望ましい）を定めていない。
- ⑥ 定期的な教育（年に2回以上）が開催されていなかった。
- ⑦ 汚物処理室に未使用の紙おむつ等が置かれていた。

#### ポイント

#### ○感染症・食中毒対策について

⇒ 感染症又は食中毒が発生、まん延しないように、次の措置を講じなければなりません。

- ① 感染症及び食中毒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を、3月に1回以上定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底すること。

- ・幅広い職種（例えば、施設長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員、介護支援専門員等）で構成し、それぞれの責務・役割を明確にし、専任の感染対策担当者（看護師が望ましい）を決めておく。
- ・感染対策委員会は、他の委員会と独立して設置・運営することが必要です。（事故発生の防止のための委員会と一体的に設置・運営することは差し支えありません）
- ・施設外の感染管理等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。
- ・感染症が流行する時期等を勘案して、必要に応じて随時開催すること。
- ・結果は、従業者だけでなくボランティアや調理・清掃等の委託業者にも周知すること。

- ② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

- ・平常時の対策と発生時の対策を規定すること。
- ・指針の内容は、従業者だけでなくボランティアや調理・清掃等の委託業者にも周知すること。
- ・発生時における施設内の連絡体制や関係機関への連絡体制を整備し、明記すること。

- ③ 介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修を定期的実施すること。

- ・予め年間研修計画を作成し、勤務体制を定めることにより、研修の受講機会を確保すること。
- ・研修は年2回以上開催するとともに、新規採用時には必ず実施すること。
- ・研修の内容は、必ず記録すること。
- ・やむを得ず、研修に参加できない従業者がいる場合についても、必ず当該研修の内容について周知徹底を図り、施設として認識を共有すること。

- ④ 上記①～③のほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

※「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」（厚労告 268）

## ○感染症・食中毒が発生した場合の対応について

- (1) 管理者、医師、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者またはそれらの疑いのある者（以下、「有症者等」という。）の状況に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図ることその他の適切な措置を講じなければなりません。
- (2) 感染症若しくは食中毒の発生またはそれが疑われる状況が生じた場合には、有症者等の状況及び各有症者等に講じた措置等を記録しなければなりません。
- (3) 次に該当する場合については、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村及び保健所に迅速に報告するとともに、市町村及び保健所からの指示を求めることその他の措置を講じなければなりません。
  - ① 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な1週間に2名以上発生した場合
  - ② 同一の有症者等が10名以上又は全利用者半数以上発生した場合
  - ③ 上記のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合
- (4) (3) の報告を行った施設は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するように努めなければなりません。

## ○各種マニュアル等について

⇒ 厚生労働省より、衛生管理に関する各種マニュアルが発行されています。

是非御覧いただき、施設の衛生管理対策にお役立てください。

【高齢者介護施設における感染症対策マニュアル（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>

高齢者介護施設における感染のリスクとその対策に関する基本的な知識や、押さえるべきポイントが示されています。

【新型インフルエンザ対策関連情報（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

新型インフルエンザに関する通知やQ & Aなど、各種情報が掲載されています。

【高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/07.pdf>

厚生労働省が定めた「新型インフルエンザ対策行動計画」を踏まえ、高齢者介護施設における対策をまとめたものです。

【大量調理施設衛生管理マニュアル（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/dl/manual.pdf>

集団給食施設等における食中毒を予防するために、HACCP※の概念に基づき、調理過程における重要管理事項をまとめたものです。

※HACCP（ハサップ）とは：食品の原料の受入から製造・出荷までの全ての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法のこと。

## 4 褥瘡発生を予防するための体制整備について

### 事例

- ① 褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価がされていなかった。
- ② 専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者が決められていない。
- ③ 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームが設置されていない。
- ④ 褥瘡対策のための指針が整備されていない。
- ⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育が実施されていない。

### ポイント

#### ○褥瘡発生を予防するための体制整備について

⇒ 施設の開設者は、入所者に褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければなりません。

⇒ 施設において褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基本的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させることを想定している。例えば、次のようなことが考えられています。

- (1) 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価を行うこと。
  - ・計画を作成し評価できていますか？
  - ・計画や実践、評価をどのように行うか指針等に定めていますか？
  - ・褥瘡を発生させない（予防）ための取り組み（実践）は行えていますか？
- (2) 当該施設において、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい）を決めておく。
  - ・指針等に褥瘡予防対策担当者を定めていますか？
- (3) 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。
  - ・指針等に褥瘡対策チームの構成やチームとして取り組む内容について定めていますか？
- (4) 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。
- (5) 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。
  - ・施設内職員継続教育をどのように行うか指針等に定めていますか？
  - ・施設内職員継続教育は指針等の定め通り実施できていますか？
  - ・施設内職員継続教育は研修計画等に定め、研修等の記録を残していますか？

## 5 定員超過・人員欠如・減算について

### 事例

- ① 理学療法士等が通所リハを兼務していたが、勤務時間を按分しておらず、人員基準を下回っていた。(老健のみ)
- ② やむを得ず身体的拘束を行っていたが、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由が記録されていなかった。

### ポイント

#### ○定員超過利用による減算について

##### (1) 介護老人福祉施設

- ⇒ 災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合を除き、1ヶ月の入所者数の平均が、運営規定で定められている定員を超過する場合は、入所者全員について、定員超過となった月の翌月から定員超過が解消された月まで所定単位数の70/100で算定します。

#### ◆判定方法◆

- ・平均の計算方法は、小数点以下切り上げ。
- ・入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

#### ◆減算期間◆

- ・定員超過利用となった月の翌月から、定員超過利用が解消されるに至った月まで。

- ⇒ ただし、次の例外に該当する場合については、減算が行われません。【老福のみ】

- ① 市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合
- ② 当該施設の入所者であったものが入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときに、当該施設が満床だった場合（当初の再入所予定日までの間に限る。）
- ③ 近い将来、指定介護老人福祉施設本体に入所することが見込まれる者が、その家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、指定介護老人福祉施設（その施設が満床である場合に限る。）に入所し、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して指定介護福祉施設のサービスを受ける場合

- ⇒ ①及び②は、入所定員×1.05（入所定員が40人超の場合は入所定員+2）、

③は入所定員×1.05で算出される数まで減算は行われません。

※高齢者虐待に係る高齢者を入所させた場合には、減算の対象とはなりません。

- ⇒ 利用者の入所日と退所日が重なり一時的に定員を上回る場合は、災害、虐待、その他やむを得ない事情がある場合を除き、当該時間帯は定員超過にあたります。定員超過減算には該当しませんが、運営規準違反となります。

- ⇒ 利用者の状況等を考慮せず、一律に入所時間や退所時間を定めてサービス提供を行うことは、認められません。

## (2) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設

### ⇒ 介護老人保健施設

短期入所療養介護の利用者数と入所者数の合計が、入所者の定員を超える場合。

### ⇒ 介護療養型医療施設

月平均の入院患者数が運営規定に定められている入院患者の定員を超える場合。

## ○人員基準欠如等による減算について

### (1) 介護老人福祉施設

#### ① 従来型・ユニット型共通

⇒ 次に該当する場合、入所（利用）者全員について次により所定単位数の 70/100 で算定します。

##### ア 介護職員及び看護職員

a) 一割を超えて減少 → 翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで

b) 一割の範囲内で減少 → 翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで

##### イ 介護支援専門員

翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで

※アb) 及びイについては、翌月の末日までに基準を満たすに至った場合は減算されません。

#### ② ユニット型

⇒ ユニットにおける職員の数が、次に掲げるユニットの職員基準に満たない場合、入所（利用）者全員について翌々月から人員欠如が解消された月まで所定単位数の 97/100 で算定します。

ア 昼間については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置する。

イ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する。

※ユニットリーダー研修の受講修了者が所定の人数に満たない場合については、減算事由には該当しませんが、指導の対象となります。職員の異動や退職等により不足する場合については、必ず受講の申込を行ってください。

### (2) 介護老人保健施設

#### ① 従来型・ユニット型共通

⇒ 次に該当する場合、入所（利用）者全員について次により所定単位数の 70/100 で算定します。

##### ア 介護職員及び看護職員

a) 一割を超えて減少 → 翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで

b) 一割の範囲内で減少 → 翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで

##### イ 介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師

翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで

※アb) 及びイについては、翌月の末日までに基準を満たすに至った場合は減算されません。

#### ② ユニット型

⇒ ユニットにおける職員の数が、次に掲げるユニットの職員基準に満たない場合、入所（利用）者全員について翌々月から人員欠如が解消された月まで所定単位数の 97/100 で算定します。

ア 昼間については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置する。

イ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する。

※ユニットリーダー研修の受講修了者が所定の人数に満たない場合については、減算事由には該当しませんが、指導の対象となります。職員の異動や退職等により不足する場合については、必ず受講の申込を行ってください。

③ 理学療法士等のサービス提供について

⇒ 理学療法士等は、介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションのサービス提供に当たることは差し支えないものとされています。ただし、介護老人保健施設の理学療法士等の常勤換算方法における勤務時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含まれません。

また、当該施設が指定通所リハビリテーションの指定を重複して受け、ある従業者がこれを兼務する場合、**当該従業者の介護老人保健施設の勤務延時間数には、介護保険施設サービスに係る勤務時間数だけを算入することとなります。**

(3) 介護療養型医療施設

⇒ 次に該当する場合、入院（利用）者全員について、基準に応じて所定単位数から減算となります。

- ① 医師数が必要数の 60%未満の場合、翌々月（※注）から人員欠如が解消された月までの所定単位数の 90/100 で算定。
- ② 看護師の員数の看護職員の必要数に対する割合が 20%未満の場合、翌月（1 割の範囲内の場合は翌々月（※注）から）から人員欠如が解消された月までの所定単位数の 90/100 で算定。
- ③ 介護職員及び看護職員が必要数を満たしていない場合、所定単位数の 70/100 で算定。
  - a) 一割を超えて減少 → 翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで
  - b) 一割の範囲内で減少 → 翌々月（※注）から人員基準欠如が解消されるに至った月まで
- ④ 必要数の介護支援専門員を置いていない場合、翌々月（※注）から人員欠如が解消された月までの所定単位数の 70/100 で算定。

※注 100 床未満の病院の場合は 3 月後から

○夜勤体制に係る減算について

⇒ 夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間。原則として施設毎に設定）において夜勤を行う職員の員数が基準に満たない事態が月に 2 日以上連続して発生又は 4 日以上発生した場合、入所（利用）者全員についてその翌月において所定単位数の 97/100 で算定します。（療養病床を有する病院では、減算の要件や方法が異なります。）

※ここでいう夜勤時間帯と、各施設で定める夜勤職員の勤務時間については必ずしも一致しないことがありますので、御注意ください。

○身体拘束廃止未実施減算について

⇒ やむを得ず身体的拘束等を行う場合で、**所定の手続や記録を行っていない場合に**、入所者全員についてその翌月から改善が認められた月まで 1 日 5 単位減算となります。

- ・説明者は事前に明文化されていますか？
- ・要件を満たしていることを関係者が広く参加した委員会等で判断できていますか？
- ・態様及び時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記載していますか。
- ・態様及び時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について医師（主治医）が診療録に記載していますか。（介護老人保健施設・介護療養型医療施設）



## 6 利用料の受領について

### 事例

- ① 教養娯楽費や行事費が実費による徴収となっていなかった。
- ② 食費とは別途に徴収している行事食が料金表に記載されていなかった。
- ③ 日常生活品費が、セット料金のみで個別の対応を行っていなかった。
- ④ 特別な療養室の提供とは別に畳部屋代を料金表に記載していた。
- ⑤ ソフト食やサプリメントを特別食として追加費用を徴収していた。
- ⑥ 出納管理に係る費用の徴収を施設都合で全入所者一律に行っていた。

### ポイント

#### ○利用料徴収のポイント

【利用料等の区分】					
← 指定施設サービス等の費用 →					
← 介護報酬の対象 →					
施設介護サービス費	居住費	食費	特別な居室の費用	その他の日常生活費	施設サービス提供とは関係のない費用
1割負担					

⇒ 「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の**自由な選択**に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことを言います。

⇒ 入所者（利用者）から徴収する「その他の日常生活費」については、あらかじめ入所者等又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用等十分に**説明**を行い、入所者（利用者）の同意を得なければなりません。また、当該同意については、入所者等及び介護保険施設等双方の保護の観点から、当該サービスの内容及び費用の額を明示した文書に、入所者等の署名を受けることにより行われることとされています。

なお、新たに利用料の設定・取消等を行う場合については、**運営規定（料金表）へ明記し、市への事前の届出が必要**です。

⇒ 「その他の日常生活費」に該当しない費用についても、「その他の日常生活費」と同様の取扱いが適当であるとされています。

#### ○事業所が入所者等から費用を徴収する際の留意事項について

⇒ 提供される便宜については、次の全ての要件を満たしていなければなりません。

- (1) 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- (2) 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目（お世話料、管理協力費、共益費等）による費用の受領ではないこと。

- (3) 入所者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
- (4) 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われること。(※実費金額より多く請求することは認められません。)
- (5) 運営規定により定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。
- (6) すべての入所者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではないこと。

## ○入所者等から徴収することが出来ない費用の例について

- ⇒ 次に掲げられるものに係る便宜は、費用の徴収は認められません。
  - ・介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用
  - ・介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用するお尻拭き
  - ・介護用手袋、おむつに係る費用、栄養補助食品、とろみ剤に係る費用等）
  - ・定期健康診断に係る費用
  - ・寝具、シーツ、枕カバーにかかる費用
  - ・私物の洗濯代（入所者等の希望により個別に外部のクリーニング店に取り次ぐ場合を除く【老福のみ】）
  - ・徴収にふさわしくない費用（室内エアコンの修理代、畳部屋代、共用の新聞・雑誌代等）
  - ・サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの（機能訓練の一環として行われるクラブ活動や全員参加の定例行事等）における材料費等
  - ・他の医療機関への通院に係る付き添い費用
  - ・送迎加算を算定している場合の送迎費用（通常の送迎地域の内外を問わず不可）
  - ・入所保証金
  
- ⇒ その他の日常生活費についての考え方について
  - ・セット提供による料金設定も可能ですが、個別に選択できる設定が必要です。
  - ・日用品等を選択しないことにより、施設が提供すべき施設サービスに支障がないようにしてください。
  - ・入所者又はその家族等から料金の設定に関して説明を求められた際に、品目や算定の考え方を明らかにできるようにしてください。
  
- ⇒ 教養娯楽費について、各々のクラブ活動等に要する費用が常に同額であるとは限らず、この料金設定は実費相当額の範囲内とは認められないことから、クラブ活動等の内容にかかわらず日額等（「〇〇円/回」「〇〇円/日」）の設定ではなく、次の事項に留意して設定をお願いします。
  - ① あらかじめ金額を確定できるもの（金額が明確なもの）は、当該金額とする。
  - ② あらかじめ金額を確定することが難しいものは、実費とする。
  
- ⇒ 「その他の日常生活費」に該当する費用
  - ・身の回り品として日常生活に必要なもの（歯ブラシや化粧品等）に係る費用
  - ・サービスの提供の一環として希望者のみを対象に実施するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料のうち、入所者等に負担させることが適当と認められるもの（習字・お花・絵画・刺繍等のクラブ活動等の材料費等）に係る費用
  - ・健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
  - ・預かり金の出納管理に係る費用

⇒ 「その他の日常生活費」に該当しない費用

- 個人の嗜好に基づくいわゆる贅沢品に係る費用
- 個人の希望に応じて事業者が代わりに購入する新聞・雑誌代等
- 個人専用の家電製品の電気代
- 協力医療機関等より遠方の医療機関への通院にかかる交通費

※付き添いに係る費用は徴収不可

**※緊急搬送された場合や、協力医療機関に診療科目が無い場合などは徴収不可。**

**(緊急搬送された場合の職員の帰路のタクシー代等についても徴収はできません。)**

- 外出（買物・墓参り等）への付添い費用

※ 医療機関の受診以外の場合で、利用者個人の希望・選択に基づく依頼により外出の付添を行う場合、交通費の実費と人件費の実費を徴収できます。

なお、介護職員等が付添う場合には、付添にかかる時間は人員基準上の勤務時間から除外する必要がありますので、ご注意ください。

- 医療材料費

※ 入所者個人の特別な疾患等にかかる医療材料費のうち、医療保険の対象とならないもの（介護給付費に含まれるため、診療報酬を算定できない場合を除く）については、施設もしくは入所者のいずれかの負担で対応することになります。また、利用者負担を求める際は、料金表に明記し、あらかじめ説明の上、同意を得る必要があります。

なお、薬価収載されていない濃厚流動食の場合、経管栄養の実施に必要なチューブ等の材料費は、利用者から食費として徴収することが可能であるとされています。

## 7 栄養マネジメント加算について

### 事例

- ① 栄養状態のリスクのレベルに応じモニタリングを実施していなかった。
- ② 栄養ケア計画の説明、同意を初回以降行っていなかった。
- ③ 栄養ケア計画の見直しの機会が3月を大幅に超えていた。
- ④ 初回以降の栄養ケア計画が、多職種共同で作成されていなかった。
- ⑤ 管理栄養士の勤務時間が、常勤職員の勤務時間に達していなかった。

### ○栄養マネジメント加算について

- ① 栄養ケアマネジメントは、入所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し、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則入所者全員に対し実施しなければなりません。
- ② 施設に**常勤**の管理栄養士が1名以上配置して行うものであり、調理業務の委託先のみ管理栄養士が配置されている場合は、加算を算定できません。
- ③ 常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定できます。

ただし、介護老人福祉施設が1の地域密着型介護老人福祉施設を併設している場合に、双方の施設を兼務する常勤の管理栄養士による適切な栄養ケア・マネジメントが実施されているときは、双方の施設において算定できます。
- ④ サテライト型施設を有する本体施設に常勤の管理栄養士を1名配置している場合で、当該管理栄養士が当該サテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト型施設においても算定できます。

ただし、本体施設の入所者数と1施設に限ったサテライト型施設の入所者数の合計数が40名未満の場合に限ります。
- ⑤ 本体施設に常勤の管理栄養士が2名以上配置している場合で、当該管理栄養士がサテライト型施設に兼務し、適切に栄養ケア・マネジメントを行っているときは、当該サテライト型施設（1施設に限ります。）においても算定できます。
- ⑥ 栄養ケア・マネジメントについては、以下のイからトに掲げるとおり実施すること。
  - イ 入所者ごとの低栄養状態のリスクを、施設入所時に把握すること（以下「栄養スクリーニング」といいます。）
  - ロ 栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとの解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」といいます。）
  - ハ 栄養アセスメントを踏まえ、施設長の管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに、栄養補給、栄養食事相談、解決すべき事項に対し取り組む事項を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、この計画を入所者又は家族に説明し、同意を得ること。
  - ニ 栄養ケア計画に実施上の問題があれば、直ちに当該計画を修正すること。
  - ホ 栄養スクリーニングで把握した**栄養状態に応じてモニタリングの間隔を設定し**、栄養ケア計画に記載すること。**リスクの高い入所者は2週間ごと、低いものはおおむね3月ごとに行うこと。**少なくとも月に1回、体重を測定し、栄養状態を把握すること。

ハ 栄養ケア計画をおおむね3月を目途に、栄養スクリーニングを実施し、栄養ケア計画の見直しを行うこと。

ト 入所者の栄養状態を定期的にサービス記録等に記録すること。

- ⑦ 栄養ケア計画を入所者又は家族に説明し、その同意を得られた日から算定しなければなりません。
- ⑧ 栄養ケア・マネジメントを実施している場合でも、食事せん及び献立表は作成しなければなりません。

## 8 経口維持加算について

### 事例

- ① 多職種共同で行う栄養管理を行うための会議が月1回以上行われていなかった。
- ② 会議に歯科医師が参加していなかった。

### ポイント

#### ○経口維持加算について

- ① 経口移行加算を算定している場合、又は栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定できません。
- ② 経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師（施設の医師は除く）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わる必要があります。
- ③ 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されている必要があり、食事の中止、十分な排痰、医師又は歯科医師との緊密な連携等が迅速に行われることが求められます。
- ④ 現に、経口により食事を摂取し、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む）を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められる（咽頭侵入、認知機能低下含む）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものが対象となります。  
ただし、歯科医師が指示する場合は、当該指示を受ける管理栄養士が、対象となる入所者に対する療養のために必要な栄養の指導を行うに当たり、主治医の指導を受けている場合に限ります。
- ⑤ 月1回以上、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理の方法などを示した経口維持計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、その同意を得なければなりません。
- ⑥ 加算の算定期間は、当該入所者に摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師又は歯科医師が判断した日までの期間とするが、家族の同意を得られた日の属する月から起算して6月以内の期間に限られ、原則それを超えて算定はできません。
- ⑦ 6月を超えた場合でも、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により、引き続き摂食機能障害及び誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要と医師又は歯科医師の指示がなされ、特別な管理の継続することについて入所者の同意が得られた場合にあっては、引き続き当該加算を算定することができます。  
ただし、④、⑤の医師又は歯科医師の指示はおおむね1月ごとに受けなければなりません。

## 9 口腔衛生管理体制加算について

### 事例

- ① 入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を立てていなかった。
- ② 入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を連携する歯科医が作成していた。
- ③ 介護職員が計画に基づき、口腔ケアを行っていることが確認できなかった。
- ④ 介護職員への技術的助言、指導を月1回以上行っている記録が確認できなかった。

### ○口腔衛生管理体制加算について

⇒ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成している場合に算定できます。

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のいずれかに係る技術的助言及び指導のことをいい、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではありません。
- ② 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
  - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
  - ロ 当該施設における目標
  - ハ 具体的方策
  - ニ 留意事項
  - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
  - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点
  - ト その他必要事項
- ③ 介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行う必要があります。

## 10 サービス提供体制強化加算について

### 事例

- ① 毎月継続的に所定の割合を維持、確認するための記録がなかった。
- ② 介護福祉士の割合を算出する際、介護職員以外の職種を含めていた。
- ③ 介護に関わらない清掃職員を常勤として計算に含めていた。

### ポイント

#### ○サービス提供体制強化加算について

⇒ サービス提供体制強化加算を算定する際の対象となる職員は、生活相談員、看護職員、機能訓練士、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士です。

※施設サービス毎に異なりますので御注意ください。

⇒ 介護職以外の職務に従事している時間は計算に含めません。

⇒ 介護福祉士資格を有する介護職以外の職種を含めること及び介護福祉士資格を有する介護職員が介護職以外の職務に従事している時間を含めることはできません。

- 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月を除く）の平均を用いることとする。なお、この場合の介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者・入所者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えありません。

ただし、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とされています。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業所については、4月目以降届出が可能となります。

なお、介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされています。

- ② ①の場合には、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りません。なお、その割合は毎月記録し、所定の割を下回った場合には、直ちに届出を提出してください。
- ③ 勤続年数は、各月の前月末日時点における勤続年数とされています。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいいます。
- ④ 勤続年数の算定に当たっては、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事ができます。（同一グループの他法人は不可。）



## 11 夜勤職員配置加算について

### 事例

- ① 加算の算定根拠となる例月ごとの1日平均夜勤数が記録されていなかった。
- ② 夜勤時間帯を夜勤職員のシフトと同じ時間で計算していた。
- ③ 認知症専門棟とその他の部分を区別し、確認していなかった。
- ④ 夜勤を行う従業員の勤務体制について、施設単位で届け出ていた。

### ポイント

#### ○夜勤職員配置加算のポイント

- ① 夜勤を行う職員の数、1日平均夜勤職員とする。1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間と言う。）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとする。  
⇒ 施設の夜勤職員のシフトとは必ずしも一致しません。
- ② 認知症ケア加算を算定している介護老人保健施設の場合にあっては、夜勤職員配置加算の基準は、認知症専門棟とそれ以外の部分のそれぞれで満たさなければなりません。  
⇒ 認知症専門棟とその他の部分は、それぞれで要件を満たすこととし、片方が満たされない場合は満たしている方のみ算定します。また、認知症専門棟については、認知症ケア加算を算定する場合の要件を満たした勤務シフトで夜勤配置加算の要件を満たさなければなりません。【老健】
- ③ 夜勤を行う職員の勤務体制については、施設単位ではなく、病棟単位で職員数を届け出なければなりません。【療養型】
- ④ 看護職員又は介護職員1人あたりの月平均夜勤時間数が72時間以下になるよう、毎月確認してください。【療養型】

## 12 その他共通の加算や留意事項について

### 事例

- ① 医師により発行された食事せんが確認できなかった。
- ② 数値基準がある療養食について、対象者が基準数値を満たしていなかった。
- ③ 歯科衛生士が口腔ケアを月4回以上行っていなかった。
- ④ 認知症行動・心理症状はあるが、入所予定日に入所していた。

### ポイント

#### ○療養食加算のポイント

- ⇒ 入所者に対し、主治の医師より疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、所定の療養食を提供していることが必要です。
- ⇒ 貧血食、高度肥満症食、脂質異常症食については、対象者が一定の数値基準を満たしていることが必要です。

#### ○口腔衛生管理加算のポイント

- ⇒ 「歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合」に算定できます。
- ⇒ 入所者の体調や状態により所定の回数が行えなかった場合であっても、口腔ケアを行った回数が月4回に満たなければ、算定できません。

#### ○認知症行動・心理症状緊急対応加算のポイント

- ⇒ 当該加算は、予定外で緊急入所した者を対象に、受け入れの手間を評価するものであることから、予定通りの入所の場合は算定できません。

#### ○外泊時費用（算定が可能な日数について）のポイント

- ⇒ 外泊時費用を月の末日まで連続して算定する場合は、翌月も最大で連続6日まで算定することができるかとされておりますが、外泊時費用を月の末日まで連続して算定することができない場合には、翌月に当該費用を算定することはできません。

#### ○従来型個室利用者に対する多床室算定について

- ⇒ 従来型施設における介護報酬については、個室と多床室で異なった単位数が設定されており、経過措置及び特別な取扱いを必要とする場合を除き、入所者等が利用している居室の形態に基づき、報酬請求を行わなければなりません。

#### ○経過措置対象

平成17年9月30日において従来型個室に入所している者であって、平成17年10月1日以後も引き続き従来型個室に入所するもの。（一時入院していた場合も取扱いは継続。）

#### ○特別な取扱い

- ① 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの。
- ② 平成18年4月1日以後、10.65㎡以下である従来型個室に入所する者。
- ③ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそ

れがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者。

⇒ 特別な取扱い①・③に該当する場合については、医師の判断がなされたことを確実に担保する手段を講じておく必要があり、判断根拠等必要な書類を整備しなければなりません。

## 事例

- ① 介護職員の常勤換算に、シルバー人材センター職員が含まれていた。
- ② 宿直者の配置がされていなかった。
- ③ ユニットリーダー研修受講者が2名以上配置されていなかった。
- ④ サテライト型の生活相談員が常勤換算で基準を下回っていた。

## ○事例解説

## (1) 勤務体制の確保について（基準条例第30条）

- ⇒ 指定介護老人福祉施設の開設者は、当該指定介護老人福祉施設の従業者によって指定介護福祉施設サービスを提供しなければなりません。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではありません。
- ⇒ 調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことが認められています。

## (2) 宿直者の配置について

- ⇒ 社会福祉施設における防火安全対策の強化について（昭和62年9月18日社施第107号）により、特別養護老人ホームについては、夜勤者（直接処遇職員）とは別に、宿直者を必ず配置することとされています。

## (3) ユニットリーダーの配置について（基準条例第53条）

- ⇒ ユニット型指定介護老人福祉施設の開設者は、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する必要があります。ただし、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない）従業者を決めてもらうことで足りるとされています。

## (4) 人員に関する基準（密着基準条例152条）

- ⇒ 指定地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者及びその員数として、生活相談員は1以上配置し、常勤の者でなければなりません。ただし、サテライト型居住施設（本体施設が指定介護老人福祉施設又は介護老人保健施設の場合に限る。）の生活相談員については、常勤換算方法で1以上の基準を満たしていれば非常勤の者であっても差し支えないものとされています。

## ○その他の誤りやすい職員の配置基準について

### (1) 管理者

⇒ 管理者が別の場所にある事業所の職務を兼務していた。

- ・原則として、常勤専従職員でなければいけません。
- ・当該事業所と同一敷地内にない事業所の職務に従事することはできません。
- ・施設長は資格要件を充たす必要があります。資格要件は基準条例第6条を確認してください。また、本市から通知がありますので、通知内容を確認してください。

【特別養護老人ホーム等施設長の資格要件について】

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000065671.html>

### (2) 機能訓練指導員

⇒ 個別機能訓練加算や機能訓練指導体制加算を算定していないため、機能訓練指導員を配置していなかった。

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師のいずれかの資格を有する者でなければいけません。
- ・個別機能訓練加算又は機能訓練指導体制加算の算定有無に関わらず配置が必要です。また、これらの加算を算定する場合は、常勤専従であることが必要です。

### (3) 生活相談員

⇒ 生活相談員が介護職員を兼務していたため、常勤の生活相談員が配置されていなかった。

- ・生活相談員が介護職員を兼務した場合、常勤とはなりません。
- ・生活相談員は資格要件を充たす必要があります。資格要件について、本市から通知がありますので、通知内容を確認してください。

【指定介護老人福祉施設及び指定通所介護事業所における生活相談員の資格要件について】

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000057002.html>

### (4) 介護職員・看護職員

⇒ 介護職員及びユニットリーダーを、ユニット単位ではなく、2ユニット単位でまとめて配置していた。

#### (ユニット型の場合)

- ・昼間は、ユニットごとに常時1人以上の介護又は看護職員を配置しなければなりません。なお、2ユニットで合計2人いればいい、ということではありません。
- ・夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護又は看護職員を配置しなければなりません。なお、本市では「夜間及び深夜」の定義とは、「夕食に係る介助終了時から朝食に係る介助開始時までの時間帯」と解しています。
- ・ユニットリーダー研修の受講修了者を施設全体で2名以上配置する必要があります（一部ユニット型施設を含む）。ただし、2ユニット以下の施設の場合には、施設全体で1名配置することにより基準を満たすことになります。

## 2 入退所について

### 事例

- ① 入所の序列を待機期間のみで判断していた。
- ② 入所判定会議での検討記録を残していなかった。
- ③ 入所判定会議において入所を不可と判断した理由の記録が不十分だった。

### ポイント

#### ○入所申込者等への対応

##### (1) 提供拒否の禁止について

⇒ 指定介護老人福祉施設は、**正当な理由**なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではなりません。特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されています。

⇒ 提供を拒むことのできる正当な理由とは以下のような場合です。

- ① **入院治療の必要がある場合**
- ② **その他入所者に対し自ら適切な指定介護福祉施設サービスを提供することが困難な場合**

⇒ 入退所等に係る説明は、入所者又はその家族が理解できるまで懇切丁寧に行うことが必要です。

##### (2) サービス提供困難時の対応について

⇒ 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると判断した場合には、病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

#### ○入退所等に係る判断・方法などについて

##### (1) 入退所等に係る判断・方法等について

⇒ 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者が入所の対象となります。

⇒ 入所申込者の数が入所定員を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高い方を優先的に入所させるよう努めなければなりません。

⇒ 施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で検討した内容等については、記録しておく必要があります。

⇒ 入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

#### ○入所に関する指針について

⇒ 指針は、透明かつ公平な運用を図る観点から、次の事項を盛り込まねばなりません。

- ① 入所判定対象者の選定について
- ② 申込者の入所の必要性の高さを判断する基準
- ③ 施設が基準に当てはめて入所を決定する際の手続
- ④ その他（例：老人福祉法第11条第1項第二号に定める措置委託の場合の取扱い）

### 3 看護体制加算

#### 事例

- ① 併設する短期入所生活介護事業所とは別に1名以上の常勤の看護師を配置していなかった。
- ② 看護職員としての業務以外（機能訓練指導員を兼務）に従事している看護師によって看護体制加算（Ⅰ）を算定していた。

#### ○併設事業所がある場合の加算の算定方法について

- ⇒ 看護体制加算（Ⅰ）については、本体施設における看護師の配置にかかわらず、指定短期入所生活介護事業所として別に1名以上の常勤の看護師（正看護師のみ）の配置が必要です。
- ⇒ 毎月、勤務表等によって加算算定要件を満たしているかどうか確認し、根拠資料を整備してください。

#### ○機能訓練指導員が看護師である場合（平成21年4月改定関係Q&A（vol.1）

- ⇒ 看護体制加算（Ⅱ）については、当該機能訓練指導員が看護職員としての業務に従事している実態があれば、当該業務に係る勤務時間を常勤換算の看護職員数の中に含めることは可能ですが、看護体制加算（Ⅰ）については、看護職員としての業務以外の業務に従事する看護師によって同加算を算定することは望ましくないとされています。

#### ○24時間連絡できる体制について

- ⇒ 看護体制加算（Ⅱ）においては、施設の看護職員、病院、診療所、指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していることが必要です。また、以下の体制を整備しておく必要があります。
- ① 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決め（指針やマニュアル等）の整備がなされていること。
- ② 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時による入所者の観察項目の標準化（どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか）がなされていること。
- ③ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対し、①及び②の内容が周知されていること。
- ④ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも動揺の引継を行うこと。

## 4 個別機能訓練加算

### 事例

- ① 施設サービス計画に個別機能訓練計画を記載しているため、個別機能訓練の実施方法について記載されていなかった。
- ② 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）が確認できなかった。

### ポイント

#### ○個別機能訓練加算の留意事項について

- ⇒ 個別機能訓練加算に係る機能訓練は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行わねばなりません。
- ⇒ 個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、介護職員、看護職員、生活相談員、その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行わねばなりません。
- ⇒ 3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しなければいけません。
- ⇒ 個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該特定施設の個別機能訓練の従事者により閲覧が可能な状態にしておく必要があります。

## 5 日常生活継続支援体制加算

### 事例

- ① 毎月継続的に所定の割合を維持、確認するための記録がなかった。

#### ○日常生活継続支援体制加算の留意事項について

- ⇒ 併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を按分した上で、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定の根拠としなければなりません。
- ⇒ なお、要介護度や日常生活自立度等の割合算出に用いる入所者数についても、本体施設の入所者数のみに着目して算出され、ショートステイの利用者数は含みません。
- ⇒ 毎月、加算算定要件を満たしているかどうか確認を行い、根拠資料を整備しておく必要があります。



## 6 精神科を担当する医師に係る加算

### 事例

- ① 日常生活自立度にて判断したものを含め、主治医意見書等において認知症の診断を受けていない者が含まれていた。
- ② 認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占めていることの確認がなされていなかった。
- ③ 療養指導を行った記録等が確認できなかった。

### ポイント

#### ○精神科を担当する医師に係る加算の留意事項について

- ⇒ 認知症である入所者とは、「医師が認知症と診断した者」、または「旧措置者で従来の『老人福祉法による特別養護老人ホームにおける認知症老人等介護加算制度について』における認知症老人介護加算の対象者に該当している場合」です。
- ⇒ 当該加算を算定する施設は、常に、認知症である入所者の数を的確に把握する必要があります。
- ⇒ 入所者に対し療養指導を行った記録等を残しておく必要があります。
- ⇒ 健康管理を担当する施設の配置医師（嘱託医）が1名であり、当該医師が精神科を担当する医師も兼ねる場合は、配置医師として勤務する回数のうち月4回までは加算の算定の基礎にすることはできません。

## 7-3 介護老人保健施設

### 1 勤務体制の確保について

#### 事例

- ① 従来型とユニット方を兼務している従業者について、時間按分されていなかった。
- ② 併設事業所と兼務している理学療法士等について、時間按分されていなかった。
- ③ クリニックと兼務している薬剤師について、時間按分されていなかった。
- ④ ユニットリーダー研修受講者が2名以上配置されていなかった。

#### ○事例解説

##### (1) 常勤換算方法（基準条例第4条）

⇒ 常勤換算方法を算出する場合、当該介護老人保健施設の従業者が、指定通所リハビリテーション等を兼務する場合、当該従業者の勤務時間数には、介護保険施設サービスに係る勤務時間数だけが算入されます。

##### (2) ユニットリーダーの配置について（基準条例第52条）

⇒ ユニット型指定介護老人福祉施設の開設者は、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する必要があります。ただし、当面は、ユニットケアリーダー研修を受講した従業者を各施設に2名以上配置する（ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1名でよいこととする。）ほか、研修受講者が配置されているユニット以外のユニットでは、ユニットにおけるケアに責任を持つ（研修受講者でなくても構わない）従業者を決めてもらうことで足りるとされています。

#### ○その他の誤りやすい職員の配置基準について

##### (1) 管理者

⇒ 看護職員及び介護職員以外の勤務表を作成しておらず、医師等の配置数を把握していなかった。

- ・知事の承認を受けた医師に管理させなければなりません。
- ・原則として、常勤専従職員でなければなりません。
- ・同一敷地内の他の事業所、施設等の職務と兼務することが可能ですが、当該介護老人保健施設の管理上支障がない場合に限られます。

##### (2) 薬剤師

- ・施設と直接雇用契約を締結した職員を配置してください。
- ・標準（入所者の数を300で除した数以上）を満たす配置を行ってください。

### (3) 看護師、准看護師及び介護職員

- 常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置しなければなりません。
- 標準（看護職員は「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度）を満たす配置を行ってください。

## 2 入退所について

### 事例

- ① 入退所判定会議とサービス担当者会議を同時に開催し、検討していた。
- ② 入退所判定会議の記録がサービス担当者会議の記録と同一になっていた。
- ③ 入所継続や退所の判断に至った検討の経過記録が残されていなかった。
- ④ 服薬している薬の薬価や薬種、認知症等の一定の状態をもって機械的に入所を拒否していた。

### ○入所申込者等への対応

#### (1) 提供拒否の禁止について

⇒ 介護老人保健施設は、正当な理由なく、介護保険施設サービスの提供を拒んではなりません。特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されています。

⇒ 提供を拒むことのできる正当な理由とは以下のような場合です。

##### ① 入院治療の必要がある場合

##### ② その他入所者に対し自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合

⇒ 入退所等に係る説明は、入所者又はその家族が理解できるまで懇切丁寧に行うことが必要です。

#### (2) サービス提供困難時の対応について

⇒ 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると判断した場合には、病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

### ○入退所等に係る判断・方法などについて

#### (1) 入退所等に係る判断・方法等について

⇒ 心身の状況及び病状並びに置かれている環境に照らし、病状が安定期にあり、施設において看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる要介護者が入所の対象となります。

⇒ 入所申込者の数が入所定員を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保険施設サービスを受ける必要性が高い方を優先的に入所させるよう努めなければなりません。

⇒ 医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で検討した内容等については、記録しておく必要があります。

⇒ 居宅における生活への復帰の可否の検討は、入所後早期に行うこと。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、少なくとも3月ごとには行わなければなりません。

⇒ 入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

### 3 医療の提供及び通院等の取り扱いについて

#### 事例

- ① 保険医療機関に受診させた際、施設負担の医療費を家族に負担させていた。
- ② 入所期間中の薬を持参させたり、薬価の高い薬を希望する家族等からの入所申込を拒否していた。
- ③ 医療機関を受診する際の交通費を入所者の負担としていた。
- ④ 入所者が協力病院への緊急搬送が必要なとき、家族に搬送を求めている。

#### ○介護老人保健施設における医療の考え方について

- (1) 介護老人保健施設の入所者に対しては、施設の医師が必要な医療を行うこととなります。
- (2) 入所者の病状等からみて当該介護老人保健施設で必要な医療の提供が困難な場合は、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師による往診や通院により入所者の診療について適切な措置を講じなければなりません。
- (3) 介護老人保健施設が、入所者の診療のため保険医の往診を求めたり、保険医療機関へ通院させる場合は、施設の医師と保険医とが協力して入所者の診療に当たるべきであるとされています。
  - ※ 施設の医師の指示等により通院する場合は、原則として施設職員が付き添うようにします。

#### ○通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点

- (1) 施設が判断した他の医療機関への通院は、介護保健施設サービスの一環として施設が対応する必要があります。
- (2) 入所中に入所者が保険医療機関を受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生ずることはありません。
- (3) 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなります。
- (4) 入所中に使用する「薬」の費用は、医療保険機関等の受診時に医療保険で対応できるもの等、一部を除き介護報酬に含まれます。よって、施設で提供する薬、受診時に医療保険で対応できない薬については、施設で負担し、入所者又は家族等からその費用を徴収することはできません。
  - ※ その他の留意点
    - ・薬の持参を入所条件にすることはできません。
    - ・薬価の高さを理由に入所を拒否することはできません。
    - ・3か月ごとに、退所⇒入所を機械的に繰り返し薬の持参を求めることはできません。

## 4 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

### 事例

- ① 在宅において介護を受けることになったものの数に、病院への退所者を含んでいた。
- ② 届出の要件である退所者の在宅における生活が継続する見込みが、前6月間において継続の見込みの確認と記録がなかった。

### ポイント

#### ○在宅復帰支援機能加算の留意事項について

⇒ 在宅とは、「自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含むものである。」とあるため、医療機関への入院による退所者は含まれません。

⇒ 「退所者の在宅における生活が1月以上（退所時の要介護区分が要介護4又は5の場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。」とあるが、届出の要件である前6月間において継続の見込みの確認と記録が必要です。

### 事例

- ① 病名が確定する前に、肺炎や尿路感染症の疑いのある入所者に投薬、検査等を行った日から所定疾患施設療養費を算定していた。

### ポイント

#### ○所定疾患施設療養費の留意事項について

⇒ 病名が確定するまで算定はできません。

## 6 退所時指導等加算

### 事例

- ① 入所後1月を超えない入所者に算定していた。
- ② 病院、施設に入院、入所した者に対して算定していた。
- ③ 指導内容の要点が記録されていなかった。
- ④ 本人の同意が得られていなかった。

### ポイント

#### ○退所時指導等加算の留意事項について

⇒ 退所時指導等加算は、入所後1月を超える入所者が対処し、所定の退所指導を行った場合に算定できます。

⇒ 退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。

⇒ 退所後の療養上の指導内容については、診療録等に記録を残してください。

⇒ 入所者又は家族に十分説明し同意を得た上で実施すること。

## 7 認知症ケア加算

### 事例

- ① 認知症専門棟の入所者の単位分け、単位ごとに固定した職員の配置を行っていなかった。
- ② 家族介護教室の部屋が使用不可能な状況になっていた。

### ポイント

#### ○認知症ケア加算の留意事項について

- ⇒ 入所者10人を1単位とし、かつ単位ごとに職員を固定配置してサービス提供を行わなければなりません。(1単位は10名を標準としています。)
- ⇒ 入所者の家族に対する介護方法に関する知識及び技術の提供のために必要な施設であって、面積30㎡以上のものを設けなければなりません。

## 8 地域連携診療計画情報提供加算

### 事例

- ① 医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料を算定した急性期病院から直接老健に入所した場合に算定していた。

#### ○地域連携診療計画情報提供加算の留意事項について

- ⇒ 当該加算は、医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して当該医療機関を退院した患者が、老健に入所した場合に限り算定することができます。

つまり、地域連携診療計画管理料を算定した医療機関（急性期病院）から、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した医療機関（回復期病院）を経て、老健に入所した場合でなければ算定することができません。

## 9 入所前後訪問指導加算

### 事例

- ① 記録上、どの職種の職員が関わっているのか確認できなかった。

### ポイント

#### ○入所前後訪問指導加算の留意事項について

- ⇒ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員が協力して行うこととされているため、どの職種の職員がどのように関わったかがわかる記録を残すようにしてください。

## 10 退所前訪問指導加算

### 事例

- ① 退所前訪問指導を行った後に、退所が見送りになり、退所しなかった場合にも算定していた。

### ポイント

#### ○退所前訪問指導加算の留意事項について

- ⇒ 当該加算は退所日に算定することとなっています。退所しなかった場合には算定できません。

## 11 退所時指導等加算

### 事例

- ① 入所後1月を超えない入所者が退所した際に、退所時指導加算を算定していた。
- ② 退所先が他の介護老人福祉施設だった者に対し算定していた。

### ポイント

#### ○退所時指導等加算の留意事項について

- ⇒ 退所時指導加算は、入所後1月を超える入所者が退所し、所定の退所指導を行った場合に算定します。
- ⇒ 退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。



## 12 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

### 事例

- ① 医師の指示書において指示内容の記載がない事例が確認された。
- ② 週に2回しかリハビリテーションが実施されていなかった。

### ポイント

#### ○認知症短期集中リハビリテーション実施加算の留意事項について

- ⇒ 短期集中リハビリテーション実施加算について、入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションとして、1週につき概ね3日以上実施することとされています。

## 7-4 介護療養型医療施設

### 1 勤務体制の確保について

#### 事例

- ① 管理者、医師のタイムカードに出勤時の打刻がなく、勤務状況が確認できなかった。
- ② 勤務表において、常勤・非常勤の別及び職種の兼務状況についての記載がなく確認できなかった。

#### ○勤務体制の確保など

- ⇒ 介護療養型医療施設は、入院患者に対し、適切な指定介護療養施設サービスを提供できるよう従業者の勤務の体制を定めなければなりません。
- ⇒ 介護療養型医療施設は、当該指定介護療養型医療施設の従業者によって指定介護療養施設サービスを提供しなければなりません。ただし、調理業務、洗濯等の入院患者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことが認められています。
- ⇒ 介護療養型医療施設は、従業者の資質の向上を図るため、研修期間が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保しなければなりません。

#### ○勤務表の作成における留意点について

##### (1) 勤務表の作成について

- ⇒ 原則として月ごと病棟ごと職種ごと（医師含む）勤務表を作成します。
- ⇒ 勤務表には、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置、管理者及び医師の兼務関係等を明確にする必要があります。

##### (2) 勤務表における勤務時間について

- ⇒ 勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載してください。ただし、残業時間は除きます。
- ⇒ 従業者の出張や休暇に係る時間は常勤・非常勤職員により取扱いが異なります。
  - ① 常勤職員については、暦月で1月を超えるものでない限り、勤務したものとみなすことができ、常勤換算の計算に含めることができます。
  - ② 非常勤職員については、常勤換算の計算に含めることができません。
- ⇒ 併設される他事業や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種毎に按分する必要があります。
- ⇒ 介護支援専門員が支障の無い範囲で他業種を兼務する場合は、按分する必要はありません。この場合に、兼務する介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすと共に、当該介護支援専門員の勤務時間の全てを、兼務する他の職務の勤務時間に参入できます。

## 2 入退院について

### ○入院申込者等への対応

#### (1) 提供拒否の禁止について

⇒ 指定介護療養型医療施設は、**正当な理由**なく、指定介護療養施設サービスの提供を拒んではなりません。特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁止されています。

⇒ 提供を拒むことのできる正当な理由とは以下のような場合です。

① **入院治療の必要がない場合**

② **患者に対し自ら適切な介護療養施設サービスを提供することが困難な場合**

⇒ 入退院等に係る説明は、患者又はその家族が理解できるまで懇切丁寧に行うことが必要です。

#### (2) サービス提供困難時の対応について

⇒ 患者の病状等を勘案し、入院申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると判断した場合には、病院又は診療所の紹介その他の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

### ○入退院等に係る判断・方法などについて

#### (1) 入退所等に係る判断・方法等について

⇒ 長期にわたる療養が必要であると認められる要介護者が入院患者の対象となります。

⇒ 入院を申込みを行っている患者の数が定員を超えている場合には、長期にわたる療養及び医学的管理の下における介護の必要性を勘案し、指定介護療養施設サービスを受ける必要性が高い方を**優先的に入院**させるよう努めなければなりません。

⇒ 患者の退院に際しては、本人又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退院後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との**密接な連携**に努めなければなりません。

### 3 医療の提供及び薬等の取り扱いについて

#### ○介護療養型医療施設における医療

⇒ 診療の方針（療養型条例第19条）

- (1) 介護療養型医療施設の医師は、常に入院患者の病状や心身の状態等の把握に努めること。特に、診療に当たっては、的確な診断に基づき、入院患者に対して必要な検査、投薬、処置等を適切に行うものとします。
- (2) 入院患者の病状の急変等により、自ら必要な医療の提供が困難であると認めるときは、他の医師による診療を求めるなど 必要な措置を講じるものとします。

#### ○通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点

(1) 介護保険法の規定による保険給付の優先について

① 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとされています。

② 医療保険から給付を行うもの

ア（ア） 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則です。

※ 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うこと。

（イ） 患者の状態、病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為が行われた場合、当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行います。ただし、介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行いません。

イ 療養病棟に該当する病棟が一つである病院において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行います。

ウ 介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行います。

(2) 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

① 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用します。

② この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によります。

(3) 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

① 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とします。

② 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費

に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できません。

- ③ ②にかかわらず、眼科等の専門的な診療が必要となり、当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に、当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できます。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できません。

ア 初・再診料	オ 精神科専門療法	ケ 放射線治療
イ 短期滞在手術等基本料1	カ 処置	コ 病理診断
ウ 検査	キ 手術	
エ 画像診断	ク 麻酔	

\* 入院患者が他の医療機関を外来受診した場合に限り算定します。  
入院した場合は含みません。

#### (4) 介護療養施設サービス費の範囲について

- ① 療養型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における入院基本料（入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。）、夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算並びにおむつ代を含むものです。
- ② 認知症疾患型介護療養施設サービス費については、医療保険の診療報酬点数表における特定入院料（入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。）及びおむつ代を含むものです。

#### (5) 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとされています。

「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」  
(平成 20 年厚生労働省告示第 128 号)

「医療保険と介護保険の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」

(平成 18 年老老発第 0428001 号・保医発第 0428001 号) の別紙を参照

## 4 退院時指導等加算

### 事例

- ① 入所後1月を超えない入所者が退所した際に、退所時指導加算を算定していた。
- ② 退所先が他の介護老人福祉施設だった者に対し算定していた。
- ③ 退院時指導加算を算定していたが、在宅に退院した入院患者及び家族に対して行った療養上の指導について、指導内容の要点が記載されていなかった。
- ④ 主治医へ必要な情報の提供等を行っていたが、入院患者の同意を得ていなかった。

### ポイント

#### ○退所時指導等加算の留意事項について

- ⇒ 退所時指導加算は、入所後1月を超える入所者が退所し、所定の退所指導を行った場合に算定します。
- ⇒ 退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。
- ⇒ 退院後の療養上の指導内容については、診療録等に記載を残してください。
- ⇒ 入院患者の同意を得た上で、診察状況を示す文書を添えて必要な情報を提供してください。

### 事例

- ① 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準による自立度ランクがB以上ではない患者に算定していた。

### ポイント

#### ○褥瘡対策指導管理の留意事項について

- ⇒ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準による自立度ランクがB以上に該当する患者について、常時、褥瘡対策を取っている場合に算定できます。

## 6 薬剤管理指導

### 事例

- ① 薬剤管理指導記録に入院患者の要介護度を記入する欄が設けられていなかった。

### ポイント

#### ○薬剤管理指導の留意事項について

- ⇒ 薬剤管理指導記録には、入院患者の要介護度を記載することが必要です。

## 7 理学療法【特定診療費】

### 事例

- ① 理学療法（Ⅰ）を算定すべき施設基準に適合しているものとして、県に届出を行った施設において、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合について、理学療法（Ⅰ）を算定していた。
- ② 常勤の理学療法士を2名配置し、理学療法（Ⅰ）を算定していたが、2名とも同じ病院の回復期リハビリテーション病棟の常勤理学療法士を兼任していた。

### ポイント

#### ○理学療法の留意事項について

- ⇒ あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し**事前に指示を行い**、かつ理学療法士が従事者とともに訓練を受ける全ての患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握するとともに、事後に従事者から医師又は理学療法士に対し当該療法に係る**報告が行なわれる場合に限り**、理学療法(Ⅱ)に準じて算定します。。
- ⇒ 専任の常勤医師及び**専従する常勤**理学療法士がそれぞれ1人以上勤務することが必要です。

## 8 作業療法【特定診療費】

### 事例

- ① リハビリテーション実施計画について、内容を入院患者又はその家族に説明して同意を得ることをしていなかった。

### ポイント

#### ○作業療法の留意事項について

- ⇒ 作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、同意を得てください。

## 9 摂食機能療法【特定診療費】

### 事例

- ① 摂食機能訓練を20分実施したことをもって、加算を算定していた。

### ポイント

#### ○摂食機能療法の留意事項について

- ⇒ 1回につき30分以上、摂食機能訓練を実施した場合に算定できます。。

## 10 短期集中リハビリテーション【特定診療費】

### 事例

- ① 介護療養型医療施設を退院した1月後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合に算定していた。

### ポイント

#### ○短期集中リハビリテーションの留意事項について

- ⇒ 介護療養型医療施設を退院後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合には、退院日から3ヶ月経過していなければ算定できません。なお、別の介護療養型医療施設に入院した場合は算定できます。

## 11 初期加算

### 事例

- ① 一般病床に2ヶ月間入院した後に転床してきた患者に対し初期加算を算定していた。
- ② 当該施設から、介護療養型以外の病院に18日間入院し、退院後に再入所した際に算定していた。

### ポイント

#### ○初期加算の留意事項について

- ⇒ 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、医療保険適用病床に入院した日を起算日とします。この事例では、一般病床に入院した日から30日を経過しているため、初期加算は算定できません。
- ⇒ 過去3月間（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者は過去1月間）の間に当該介護療養型医療施設に入所したことがない場合に算定できます。

## 12 緊急短期入所受入加算（短期入所療養介護）

### 事例

- ① 当初から居宅サービス計画に位置付けて予定通り利用している利用者について、家族等の事情により急遽、緊急的に延長した場合に算定していた。

### ポイント

#### ○緊急短期入所受入加算の留意事項について

- ⇒ 居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の利用者を受け入れた場合の初期の手間を評価するものであることから、予定通り入所した場合は算定できません。



## 7-5 短期入所サービス

### 事例

- ① 短期入所生活介護計画を生活相談員が作成していた。
- ② 短期入所生活介護を4日以上利用していたにも関わらず、短期入所生活介護計画を作成せずにサービス提供していた。
- ③ 短期入所生活介護計画は作成していたが、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていることが確認できなかった。
- ④ 短期入所生活介護計画が、サービス提供前に作成されていなかった。

### ポイント

#### ○ 短期入所生活（療養）介護計画の留意点について

⇒ 指定短期入所生活介護事業所（短期入所療養介護事業所）の**管理者**は、相当期間以上にわたり継続して入所することが予定されている利用者については、短期入所生活介護計画および短期入所療養介護計画を作成する必要があります。

⇒ この場合の「相当期間以上」とは「おおむね4日以上」となります。

⇒ なお、同月に複数回利用する場合、毎月利用する場合等においても、4日以上の利用が予定されている場合については、利用の都度、計画を作成する必要があります。

⇒ 4日未満の利用者にあっても、利用者を担当する居宅介護支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所生活（療養）介護計画を作成した利用者に準じて、必要な介護及び機能訓練等の援助を行わなければなりません。

⇒ 指定短期入所生活介護事業所（短期入所療養介護事業所）の管理者は、サービスの提供前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して、他の従業者と協議の上、サービスの目標、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短期入所生活介護計画（短期入所療養介護計画）を作成しなければいけません。

また、作成した際は、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た上で交付しなければなりません。

内容への同意のサインをもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかるような記録が必要です。

⇒ 計画作成が必要なサービスについては、各サービス計画が作成されていない状態で提供されたサービスや、計画に位置付けられていないサービスの提供は、介護保険の指定介護サービス提供とはなりません（介護給付の対象とはなりません）。

そのようなサービス提供について、介護報酬を請求していた場合は、報酬返還になります。

⇒ 指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければなりません。

※短期入所療養介護にも同様の基準がありますので、基準条例を確認してください。

## 2 利用料等の受領

### 事例

- ① 利用者に対し一律に月額の日常生活用品費を徴収していた。
- ② 介護サービスの提供に必要な消耗品費（排泄介助に使用する介護用手袋）を利用者から徴収していた。

### ○利用者から徴収する費用

- ⇒ 「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の自由な選択に基づき、事業所がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことを言います。
- ⇒ 利用者から徴収する「その他の日常生活費」については、あらかじめ利用者等又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用等十分に説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。また、当該同意については、入所者等及び介護保険施設等双方の保護の観点から、当該サービスの内容及び費用の額を明示した文書に、入所者等の署名を受けることにより行われることとされています。
- なお、新たに利用料の設定・取消等を行う場合については、運営規定（料金表）へ明記し、市への事前の届出が必要です。
- ⇒ 「その他の日常生活費」に該当しない費用についても、「その他の日常生活費」と同様の取扱いが適当であるとされています。

### ○事業所が利用者等から費用を徴収する際の留意事項について

- ⇒ 提供される便宜については、次の全ての要件を満たしていなければなりません。
- (1) 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
  - (2) 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目（お世話料、管理協力費、共益費等）による費用の受領ではないこと。
  - (3) 入所者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
  - (4) 料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われること。（※実費金額より多く請求することは認められません。）
  - (5) 運営規定により定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。
  - (6) すべての入所者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではないこと。

### ○利用者から徴収することができない主な費用

- ⇒ 以下に挙げる費用は、利用者が同意している場合においても徴収することができない主な費用となります。
- ・介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車椅子含む）にかかる費用
  - ・介護サービスの提供に必要な消耗品費にかかる費用（排泄介助に使用するお尻拭き、介護用手袋等）
  - ・医療機関への通院にかかる付き添い費用
  - ・寝具、シーツ、枕カバーにかかる費用
  - ・徴収にふさわしくない費用（共用の雑誌代等）
  - ・通常の送迎地域外からの送迎にかかる費用（送迎加算を算定している場合）

## 事例

- ① 食費の設定について1日単位の設定とし、午前中に退所しているにも関わらず、1日の食費を徴収していた。

## ポイント

### ○ショートステイにおける食費の設定における留意点

- ⇒ ショートステイにおける食費の設定については、「原則として1食ごとに分けて設定すること」とされ、1日単位で食費を設定していた事業所については、1食ごとに分ける手続きを行っていただきました。
- ⇒ 1食ごとに食費を設定した場合、利用者への請求額、特定入所者介護サービス費の請求については、以下のとおり行うこととなりますので、御注意ください。

(例) 朝食 400 円、昼食 450 円と設定され、かつ利用者負担第3段階(食費650円)の利用者

(1) 朝食のみ提供

利用者負担額・・・400円、特定入所者介護サービス費・・・0円

(2) 朝食・昼食のみ提供

利用者負担額・・・650円、特定入所者介護サービス費・・・200円

## 4 入所時間と退所時間について

### 事例

- ① 事業所でショートステイ利用者について、一律の入所時間と退所時間を設定していた。
- ② 利用者の入所日と退所日の時間帯が重複することにより、日中、一時的に利用者数が利用定員を上回っていた。

### ○入所時間と退所時間の留意事項について

⇒ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護については、1日単位の報酬設定となっていることから、利用開始日及び終了日については、その利用者が希望する時間までの利用が可能となります。

事業所が一律に入所時間・退所時間を設定することはできません。

⇒ 短期入所生活介護において満床である場合、利用者の入退所について、利用時間が重ならない形であれば、運営基準違反とはなりません。日中、一時的であっても、利用時間が重複し、利用者が利用定員を上回る状態でサービス提供を行った場合については、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合を除き、重複した時間帯について定員超過となり、運営基準違反となります。

- ① 5月1日の午前10時に1名退所、午後3時に1名入所の場合  
⇒問題なし
- ② 5月1日の午前10時に1名入所、午後3時に1名退所の場合  
⇒重複した時間帯について運営規準違反（午前10時～午後3時）

⇒ 定員超過利用に該当する場合、減算の取扱いについては、暦月で平均利用者数を算出し用いることから、日中一時的に、利用者数が利用定員を上回る状態でサービス提供を行った場合であっても、直ちに定員超過利用の減算に該当することにはなりません。減算要件に当てはまらなくとも、1日でも定員超過があれば基準違反となることに留意していただく必要があります。

⇒ なお、上記「その他やむを得ない事情」とは、例えば、利用者の家族の急な病気や事故等の突発的な事由により、急遽、当該日に（予定より1日早く等）利用者を受け入れる必要が生じた場合など、あくまで災害や虐待等に類する「不測の事態」を言うものです。

⇒ よって、入所及び退所日の重複による日中の定員超過が、特別な事情なく、容易に常態化することは不適切です。

## 5 送迎加算について

### 事例

- ① 事業所で送迎加算を算定する利用者について、入所時に、家族等に対し、送迎車の同乗及び入所立会いを依頼していた。
- ② 事業所で送迎加算を算定する利用者について、退所時に、家族等に対し、退所立会い及び送迎車の同乗を依頼していた。

### ポイント

#### ○送迎加算の留意事項について

- ⇒ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護における「送迎加算」は、家族等の事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して算定されます。
- ⇒ そのため、この「送迎加算」を算定する利用者については、家族等に対して、入所・退所時の送迎車に同乗を求めたり、入所・退所時に立会いを求めることはできません。
- ⇒ また、介護支援専門員等に対しても、同様の行為を求めることはできません。
- ⇒ 送迎記録をメモ紙等での記録ではなく、日付、時間、利用者名、介助者等、加算の根拠となる書類として記録し、保管してください。

## 6 機能訓練について

### 事例

- ① 短期入所生活介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。
- ② 短期入所療養介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。

### ポイント

#### ○機能訓練の留意事項について

- ⇒ 短期入所生活介護・療養介護は、利用者の心身の機能の維持（療養介護は、療養生活の質の向上）と、利用者家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。（療養介護は、看護・医学的管理の下に行われます。）
- ⇒ 指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければなりません。  
※短期入所療養介護にも同様の基準がありますので、基準条例を確認してください。

#### ○短期入所生活介護における「機能訓練」について

- ⇒ 短期入所生活介護は、利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行わなければなりません。
- ⇒ その際には、利用者の家庭環境等を十分に踏まえて、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて提供しなければなりません。
- ⇒ 日常生活及びレクリエーション、行事の実施等に当たっても、その（実施された機能訓練の）効果に配慮する必要があります。
  - ※ 短期入所生活介護は、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければなりません。この行事は、「機能訓練」の趣旨を踏まえて行うものです。
  - ※ 例えば、利用者が介助なしで自ら食事を摂る、トイレに自力で行く等の日常生活上の行為や、風船バレー、ボウリング等のレクリエーションは、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持等の効果に配慮して行う必要があります。
- ⇒ 機能訓練指導員は 1 名以上配置しなければなりません。
- ⇒ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者となっていますが、この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師の資格を有する者となります。
- ⇒ ただし、利用者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練については、当該事業所の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えありません。

#### ○短期入所療養介護における「機能訓練」について

- ⇒ 短期入所療養介護は、利用者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要な理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを、加算の有無に関わらず行わなければなりません。
- ⇒ その際には、利用者の心身の状況及び家庭環境等を十分に踏まえて、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて提供しなければなりません。

### ○医師の受診・往診の留意事項について

⇒ 短期入所生活介護においては、医師を1以上配置することとされており、利用者の継続的かつ定期的な医学的健康管理を行うことを含め、常に利用者の健康の状況に注意し必要に応じて健康保持のための必要な措置をとらなければならないとされています。

配置医師の利用者に対して行った診療については、介護報酬等の他給付において評価されていることから、一部算定できない診療報酬等があります。

また、配置医師以外の受診や往診について、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対して、みだりに診療を行ってはならないとされています。

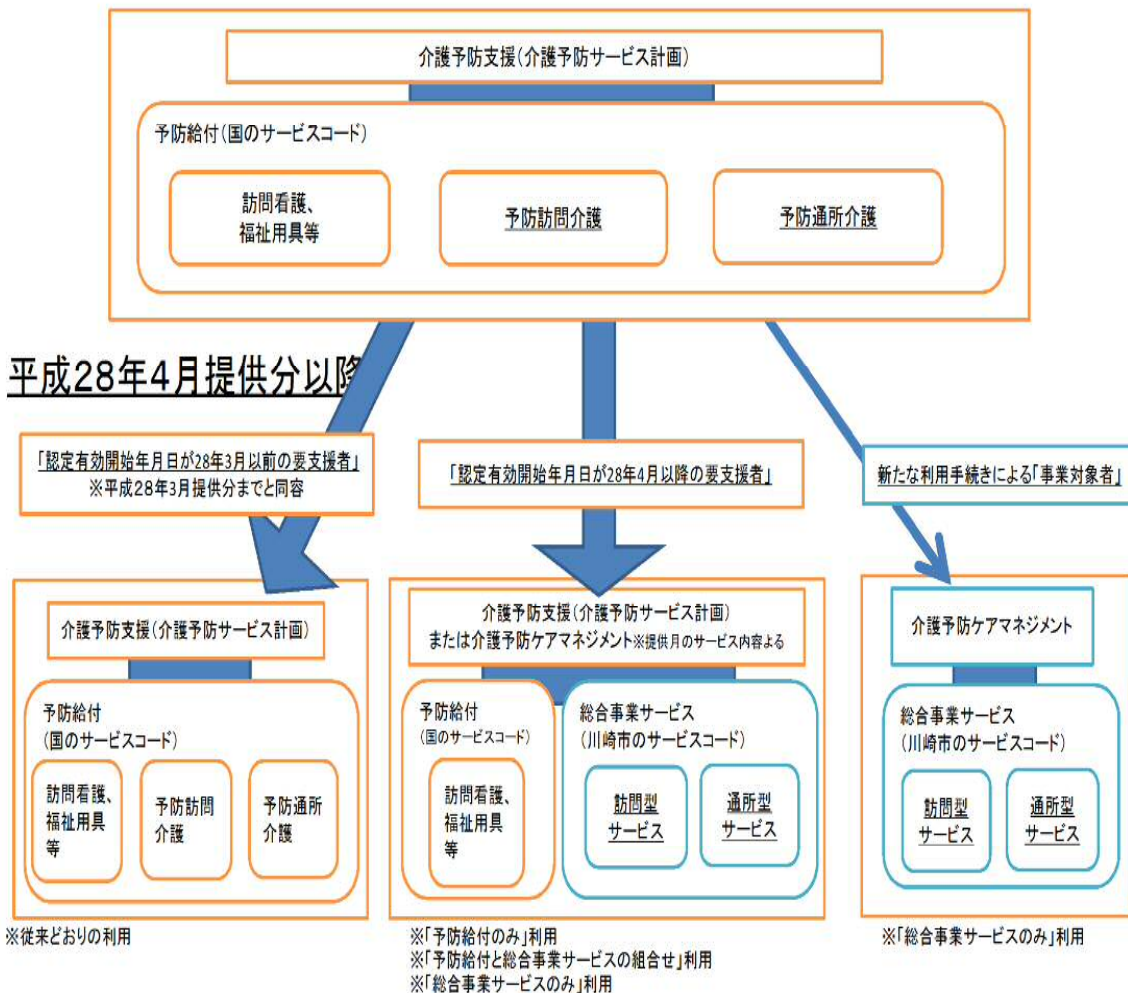
詳しくは、厚生労働省保険局医療課長通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」を御覧ください。

【神奈川県医療保険課ホームページ】

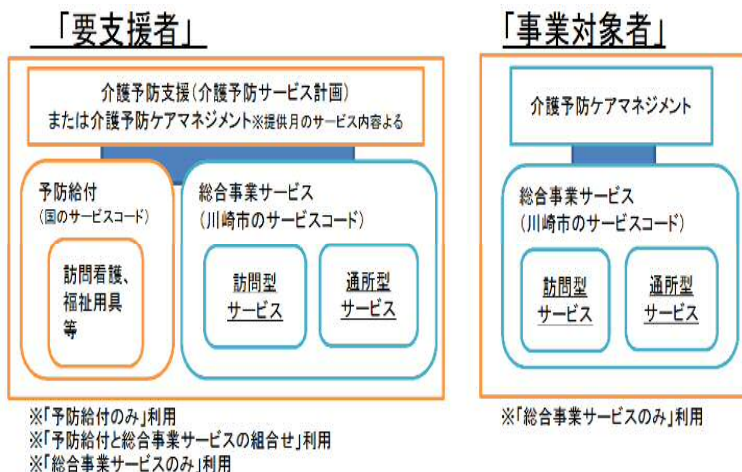
(<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f520288/>)

1 川崎市介護予防・日常生活支援総合事業の概要

平成28年3月提供分まで



平成29年4月提供分以降





## 2 総合事業開始に伴う主な変更点

### 平成28年4月～総合事業開始に伴う主な変更点

1. 「認定有効期間の開始年月日が28年4月以降の要支援者」が利用する現行の予防訪問・予防通所介護に代わり、『訪問型サービス・通所型サービス（総合事業サービス）』の提供になります。

- ⇒ 要介護（要支援）認定申請に係る手続きは従来どおり変更はありません。
- ⇒ 要支援者も総合事業サービス利用ができます。（『事業対象者』手続きは不要）

2. 総合事業サービスのみを迅速に利用できる「新たな利用手続き」による対象者区分『事業対象者』が新設されます。

- ⇒ 「新たな利用手続き」による対象者区分『事業対象者』が新設されます。
- ⇒ 事業対象者用の「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」が新設されます。

3. 28年4月提供分以降、現行の介護予防支援費（介護予防サービス計画作成費）に相当する『介護予防ケアマネジメント費』が新設されます。

- ⇒ 『介護予防ケアマネジメント費』は市町村に請求します（審査支払は国保連）。
- ⇒ 合計単位数等は「介護予防支援費」と同じです。
- ⇒ 提供月において要支援者が総合事業サービスと併せて予防給付を利用する場合は、従来どおり「介護予防支援費」の請求になります。
- ⇒ 総合事業サービスは自己作成によるサービス提供はできません。

4. 「認定有効期間の開始年月日が28年4月以降の要支援者」が「訪問型サービス・通所型サービス（総合事業サービス）」を利用した場合は、総合事業用の請求様式で『川崎市総合事業のサービスコード』により国保連合会へ請求します。

- ⇒ 「認定有効開始年月日が28年3月以前の要支援者」については、従来どおり、現行の予防訪問介護・予防通所介護のサービスコードを利用します。
- ⇒ 国保連合会への請求方法・処理日程は従来どおり変更ありません。
- ⇒ 29年4月提供分以降は、現行の予防訪問介護・予防通所介護のサービスコードの利用は原則不可となります。

#### 1. 新たな対象者区分「事業対象者」関係

問1-1 総合事業のサービスは「事業対象者」でないと利用ができませんか。

総合事業サービスは、「要支援1・2」の方と新たな対象者区分である「事業対象者」の方が利用ができます。

なお「要支援1・2」の方は「認定有効期間開始日が平成28年4月以降の方」から現行の予防訪問介護・予防通所介護に代わり、川崎市総合事業の「訪問型サービス」「通所型サービス」の利用になります（「事業対象者」手続きは不要です）。

問1-5 認定申請と併せて「事業対象者」の手続きを行うことは可能か。

本市においては、認定申請と同時または認定申請中の方が「事業対象者」の手続きを行うことはできません。

原則、本市においては新規の介護サービス利用希望の相談があった場合、基本チェックリストのみによる本人の状態の判断が困難なため、本人の状態等を適切に踏まえ適切なサービスにつなげるため、本人が「事業対象者」手続きを希望する場合を除き、これまで同様、認定申請の案内を行いますので、認定申請と併せて「事業対象者」の手続きを行うことは不可となります。

また、要支援の方等で認定有効期間の満了を迎える利用者の方についても、「事業対象者」手続きにより、有効期間終了日以降、引き続き総合事業のサービスのみを利用することは可能ですが、この場合も、認定有効期間満了日までに、ケアマネジメントのプロセスにおける本人の希望や本人の状況等から適切なサービスにつなげることに留意し、更新申請を行うか「事業対象者」手続きを行うか、いずれかを選択する必要があります。

問 1 - 1 1 平成28年4月以降の認定結果が要支援2で出た場合、1ヶ月10,473単位の範囲で総合事業のサービスも利用できるという理解でよいか。

貴見のとおりです。

問 1 - 1 3 「事業対象者」手続き周知のため基本チェックリスト用紙を他の施設等に配布・設置してもよいか。

総合事業における基本チェックリストの活用方法は、従来の二次予防対象者把握事業のように、市町村から積極的に配布するものではなく、介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて適切なサービスにつなげるための本人の状況を確認するものとして活用するものであることから、周知の目的で、基本チェックリスト用紙を他の施設等に配布・設置することは想定していません。

### 3. 事業者指定手続き関係

問 3 - 1 川崎市総合事業のサービスの指定を受けない場合、認定有効期間開始日が平成28年4月以降の要支援者に対してサービス提供を行うことは可能か。

川崎市の総合事業サービスの指定を受けない場合、1年間（平成29年3月31日まで）に限り、現行の予防給付の訪問介護・通所介護によるサービス提供は可能となります（川崎市の総合事業サービス利用は不可）。また、受け入れている要介護者が、区分変更や更新申請により要支援者になった場合も同様の取り扱いといたします。

### 5. 訪問型サービス関係

問 5 - 1 総合事業の訪問型サービスについては、1週あたりのサービス単位が新設されるとあるが、算定方法は、従来の介護予防訪問介護がどのように変更となるのか。

基本的な考え方は従来の介護予防訪問介護同様となりますが、介護予防サービス計画や介護予防ケアマネジメントにおける目標設定等において週単位での計画を可能とし、併せて1日の最大提供時間を60分までとしたものです。

たとえば、『週1回程度（週60分以下）を月に2週のみ提供』や隔週毎に『週1回程度と週2回程度を組み合わせる』等も可能となります。

また、報酬算定についても、従来どおり『計画上に位置づけられた単位数』を算定することとなります。

なお、週の利用回数や1回当たりのサービス提供時間（1日最大60分）については、従来の介護予防訪問介護同様、介護予防訪問サービス計画（従来の介護予防訪問介護計画）に位置づけられるものとなります。

問5-3 総合事業の訪問型サービスについては、1週当たりのサービス単位が新設されるとあるが、当初、週2回程度（週60分超120分以下）を計画していたものの、本人の都合等で週1回程度（週60分以下）のサービス提供となった場合の取扱いはどのようにすればよいか。

本人の都合により、介護予防訪問サービス計画（従来の介護予防訪問介護計画）のサービス提供ができなかった場合でも報酬算定については介護予防訪問介護同様、月の途中で変更する必要はありません。

ただし、『その週のサービス利用実績がなかった場合』は、その週は算定することはできませんので利用実績があった週の数で算定してください。

問5-7 総合事業の訪問型サービスについては、1週当たりのサービス単位が新設されるとあるが、週2回程度（週60分超120分以下）の訪問が必要な方で、5週ある月に、月初や月末が1日しかない場合も「1月につき」の報酬算定を行ってよいか。

介護予防訪問サービス計画（従来の介護予防訪問介護計画）に位

置づけられた週の提供時間により算定を行ってください。

例：5週ある月で要支援1の方

1. 月初の週の提供時間60分以下

【A2 2411：233単位×1回】

2. 他の週（4週）の提供時間60分超120分以下

【A2 2511：233単位×2回×4回（週）＝233単位×8回】

3. 1 + 2 = A2合計 2, 097単位

※この例の他、川崎市のホームページに掲載している「訪問型サービス算定例（A2）」を参照ください。

## 6. 通所型サービス関係

問6-1 総合事業の通所型サービスについては、1回あたりのサービス単位が新設されるとあるが、従来の介護予防通所介護がどのように変更となるのか。

基本的な考え方は従来の介護予防通所介護同様となりますが、介護予防サービス計画や介護予防ケアマネジメントにおける目標設定等において1回単位かつ送迎・入浴の選択を可能とした計画を可能とするもので、併せて1月の最大提供回数を「要支援1・事業対象者は5回まで」、「要支援2は10回まで」としたものです。

たとえば、月2回のみや隔週1回の提供とすることや、隔週のみ入浴を行うなども可能となります。

なお、報酬算定については、従来どおり『計画上に位置づけられた単位数』を算定することとなります。

ただし、これまで同様『該当する月にサービス利用実績がなかった場合』は、その月の報酬算定を行うことはできません。

問6-5 総合事業の通所型サービスについては、1回あたりのサービス単位が新設されるとあるが、当初、月4回を計画していたものの、本人の都合等で月2回サービス提供となった場合の取扱いはどのようにすればよいか。

本人の都合により、サービス提供ができなかった場合でも報酬算定については介護予防通所介護同様、月の途中で変更する必要はありません。

ただし、『該当する月にサービス利用実績がなかった場合』は、その月の報酬算定を行うことはできません。

問 6 - 6 総合事業の通所型サービスについては、1回あたりのサービス単位が新設されるとあるが、要支援1の方で、毎週1回の利用を予定（計画）している場合は、月の週の数や曜日の関係により、ある月は『1月につき（5回提供）』、ある月は『1回につき（1～4回）』の報酬算定になる場合があるということか。

貴見のとおりです。

問 6 - 19 ひと月の最大提供回数は事業対象者・要支援1は5回、要支援2は10回とのことだが、超えたサービス提供は不可能ということか。

報酬として評価するのは1月につき事業対象者・要支援1は5回、要支援2は10回までとしており、超える分については自費利用によるサービス提供は可能となりますが、川崎市総合事業サービスと同様なサービスを提供する場合は利用者間の公平等の観点から不合理な差額を設けてはならず、川崎市第1号事業支給基準額の「1回あたり」と同等の金額を徴収する必要があります。

問 6 - 23 総合事業の通所型サービスについて、事業所の都合により事業所の運営が休止した場合でも、計画上に位置づけられた単位数を算定してよいか。

事業所の都合により事業所運営が休止している場合については、サービス提供の実施ができる状態ではないことから、算定はできません。

問 6 - 2 6 本人都合等により、予め明らかに計画の回数が実施できないと把握している場合についても、当初の計画通りの報酬算定でよいか。

貴見のとおりです。

ただし、本人都合で計画と利用実績に著しく差が生じている場合等は、ご本人の心身の状態像や解決すべき課題等に変化があったと考えられるため、計画の見直しを検討してください。

なお、1回あたりのサービス単位の新設は、問 6 - 1 の回答に記載のとおり、計画の作成において、よりご本人の状況等に合わせた計画（1回単位かつ送迎・入浴の選択）を作成することを可能とするために新設したものです。

## 7. その他事項

問 7 - 2 認定有効開始期間開始年月日が平成28年3月以前の日付の要支援者が、本人の希望により総合事業のサービスを利用することは可能か。

要支援の方が総合事業のサービス利用となるのは、「認定有効期間開始日が平成28年4月以降の日付の方」からとなりますので、原則、平成28年3月以前の方は、現行の予防訪問介護・通所介護の利用となります。

ただし、本人の希望により「平成28年3月以前の認定有効期間開始日の要支援の方」を総合事業のサービスの利用者とする場合は、「本人の希望であること」かつ「総合事業のサービス提供に必要な各種契約書の締結」が行われる場合についてのみ、認定更新等による平成28年4月以降の日付となることを待たずに総合事業のサービス利用を行うことは可能となります。

（ただし、月途中からの変更は不可）。

この対応を行う場合は、再度、予防訪問介護・通所介護の利用に戻すことはできなくなる点、特にご注意いただき、本人や家族の理解の上、対応を行ってください。

## 4 介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者養成研修

### 1) 介護予防訪問サービス生活援助特化型従事者研修について

・将来的な介護人材の担い手不足の解消のため「川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者研修（以下「簡易研修」という。）」制度を導入し、最低限度の知識等を習得し担い手となることで、訪問系サービスの潜在的な人材の掘り起こしの一役を担い、介護人材のすそ野を広げ、限られた人材を有効活用できる仕組みを作っていきます。

#### 【事業者側のメリット】

- ・現在の訪問介護員に加えて簡易研修修了者も担い手の一役を担うことで、事業規模の拡大により事務コストの効率化。
- ・簡易研修修了者が軽度者に対する生活援助の担い手になることにより、今後増加する生活支援ニーズに対応し、さらに現行の訪問介護員がより専門性の高い支援に重点をおくことができる。

### 2) 簡易研修カリキュラム等について

#### ①カリキュラムについて

領域	項目	講義の項目	内容	履修時間数
講義	1	高齢者を支える保健福祉施策	介護保険制度の動向と、介護保険外のサービスについて	60分
	2	サービス提供の基本的視点	秘密保持と人権の尊重、基本的態度、自立に向けた支援	30分
	3	介護（ホームヘルプサービス）概論	生活援助の理解	20分
	4	認知症について	認知症への理解	60分
実技 演習	5	利用者の理解とコミュニケーション	対人援助の技術と実技	90分
	6	介護技術入門	緊急時の対応方法	30分



## 【実習について】

介護予防訪問サービス（生活援助特化型）として、サービス提供する場合は、研修修了後採用された事業者において「指定訪問介護の生活援助中心」又は「指定介護予防訪問サービス」の同行訪問（最低2回）が必須になります。

### ② 講師の要件

- ・ 指定訪問介護事業所の管理者（項目1・2のみ）
- ・ 介護支援専門員（項目1・4のみ）
- ・ サービス提供責任者の経験を有する者
- ・ 訪問介護員で3年以上かつ540日以上を経験を有する者
- ・ 認知症介護実践者研修修了者（項目4のみ）

### 3) 指定申請について

#### ① 研修実施機関について

指定訪問介護事業者で、研修実施機関として市の指定を受けた研修機関（法人）となります。

川崎市介護予防訪問サービス（生活援助特化型）従事者養成研修機関の指定の流れ抜粋

## 5 川崎市介護予防・日常生活支援総合事業ホームページ

『川崎市トップページ』⇒『くらし・手続き』⇒『福祉・介護』⇒『高齢者・介護保険』⇒『介護保険制度』⇒『事業者入口』⇒『介護予防・日常生活支援総合事業』

<http://www.city.kawasaki.jp/kurashi/category/23-1-11-3-13-0-0-0-0-0.html>

The screenshot shows the Kawasaki City website interface. At the top, there is a navigation bar with the following items: 現在位置: トップページ, くらし・手続き, 福祉・介護, 高齢者・介護保険, 介護保険制度, 事業者入口. Below this, the main content area is titled '介護予防・日常生活支援総合事業'. Underneath, there are several links: マニュアル・手引き, Q&A, 市民向けリーフレット, 説明会・通知, サービスコード表・単位数マスタ, 事業者指定手続き, 川崎市総合事業事業者リスト, 介護予防訪問サービス(生活援助特化型)従事者養成研修, 地域包括支援センター等関係様式. At the bottom, there is a reference link: 【参考】厚生労働省関連ホームページ (外部リンク).

総合事業に関する問合せ先：0570-040-114

受付時間：8時30分～17時15分

月～金曜日（祝日、12/24～1/3を除く）