

平成 30 年度
川崎市
指定介護保険事業者
集団指導講習会

平成 30 年 6 月 25 日・26 日

川崎市健康福祉局長寿社会部

目次

1-1	訪問介護	1
1-2	訪問入浴介護（介護予防）	25
1-3	福祉用具貸与・特定福祉用具販売（介護予防）	30
1-4	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	42
1-5	夜間対応型訪問介護	59
2-1	通所介護・地域密着型通所介護	66
2-2	療養通所介護	77
2-3	認知症対応型通所介護	79
2-4	通所リハビリテーション	85
3-1	居宅介護支援・介護予防支援（共通）	93
3-2	居宅介護支援	99
3-3	介護予防支援	112
4-1	小多機・複合型サービス（共通）	117
4-2	小規模多機能型居宅介護（介護予防）	126
4-3	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	131
4-4	訪問看護（介護予防）	139
4-5	訪問リハビリテーション（介護予防）	158
5-1	認知症対応型共同生活介護	173
5-2	特定施設入居者生活介護	184
5-3	住宅型有料老人ホーム（サービス付き高齢者住宅含む）	194
6-1	介護老人福祉施設	197
6-2	介護老人保健施設	209
6-3	介護療養型医療施設	220
6-4	介護医療院	226
6-5	短期入所サービス	237
7-1	介護職員処遇改善加算	243
7-2	介護職員等による喀痰吸引等について	245
7-3	介護職員離職者届出制度等	250

講演資料 質の高い介護サービスとは
—自立支援介護の理論と実践—
講師：国際医療福祉大学大学院
坂田 佳美 先生

P.252～P.291

その他	川崎市介護相談員派遣事業	292
	川崎市介護予防・日常生活支援総合事業	294
	介護保険課給付係からのお知らせ	300
	介護サービス情報公表制度について	308
	健幸福寿プロジェクトについて	309
	若年性認知症について	318
	生活保護法における介護扶助について	324
	感染症対策について	330
	消防局からのお知らせ	332
	危機管理室からのお知らせ	345

1-1 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、当該指定訪問介護事業所のサービス提供責任者として従事するとともに、併設する居宅介護支援事業所の管理者及び介護支援専門員の職務にも従事していた
- ③ 管理者が事業所の従業者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 既に退職した訪問介護員の氏名を用い、勤務しているように記録していた。【監査事例】
- ② 訪問介護員の資格要件が確認できなかった。
- ③ 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。

ポイント

○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) 実務者研修修了者
- (3) 介護職員基礎研修課程修了者
- (4) 初任者研修修了者
- (5) その他「訪問介護員の具体的範囲について」に該当する者(P4参照)

○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（＝事業所の従業員の員数を、常勤の従業員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。

NEW!

○生活援助中心型の担い手の拡大

⇒ 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、従事する者の裾野を広げるため、新設された生活援助従事者研修の修了者も担うことができることとされました。

生活援助従事者研修については、現在、研修実施事業者の指定に向けて神奈川県地域福祉課が準備を進めており、神奈川県における研修の詳細等については今後明らかになる予定です。研修科目及び研修時間数については次のとおりです。

研修科目	研修時間数
1. 職務の理解	2 時間
2. 介護における尊厳の保持・自立支援	6 時間
3. 介護の基本	4 時間
4. 介護・福祉サービスの理解と医療との連携	3 時間
5. 介護におけるコミュニケーション技術	6 時間
6. 老化と認知症の理解	9 時間
7. 障害の理解	3 時間
8. こころとからだのしくみと生活支援技術	24 時間
9. 振り返り	2 時間
合計	59 時間

※生活援助従事者研修の修了者も訪問介護員の人員基準である常勤換算方法で 2.5 以上に含めることができます。

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 訪問介護員に対し、指定訪問介護として提供すべき援助内容を正しく伝達していなかった。
- ③ 利用者の状態の変化や訪問介護員等の業務の実施状況の把握が適切になされていることが記録上確認できなかった。
- 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。

NEW!

○サービス提供責任者の任用要件について

⇒ 今回の改正では、サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は平成30年度の任用要件から廃止されます。ただし、平成30年3月31日時点で従事している者については1年間の経過措置が設けられています。

	介護福祉士	実務者研修	初任者研修	介護職員 基礎研修	旧課程 1級相当 (※2)	旧課程2 級相当 (※2)
平成29年度まで	○	○	△	○	○	△
平成30年度以降	○	○	×(※1)	○	○	×(※1)

○…要件を満たす

△…3年(540日)以上の実務経験があれば要件を満たす

★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介護等の業務の範囲等」を参照してください。

×…要件を満たさない

※1…平成30年3月31日時点で従事している者については1年間の経過措置あり

※2…「訪問介護員の具体的範囲について」(次ページ)を参照

○初任者研修過程修了者等をサービス提供責任者として配置している場合の減算

⇒ サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は平成30年度の任用要件から廃止されたことに伴い、当該減算は、平成30年度中は経過措置の対象である平成30年3月31日現在従事している者に限定し、平成31年度以降は廃止されます。

【参考】訪問介護員の具体的範囲について

※平成30年6月までに、一部改正により生活援助従事者研修修了者が追加される予定です

訪問介護員の具体的範囲について

平成13年3月27日適用
一部改正 平成17年4月 1日適用
一部改正 平成18年6月20日適用
一部改正 平成22年4月 1日適用
一部改正 平成25年4月 1日適用

神奈川県保健福祉局福祉部地域福祉課

神奈川県における訪問介護員の具体的範囲については、平成24年3月28日付け老振発0328第9号厚生労働省老健局振興課長通知「介護員養成研修の取扱細則について（介護職員初任者研修関係）」及び平成12年3月1日付け老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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（訪問介護サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）」及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項についてに基づき、次のとおりとします。

資格・要件等	証明書等	研修等実施者（証明を所管する機関）	研修等の実施時期	旧課程相当級
1 介護職員初任者研修修了者	修了証明書	・都道府県 ・都道府県の指定を受けた養成研修事業者	平成25年度～	
2 社会福祉士法及び介護福祉士法に基づく実務者研修修了者	修了証明書	・厚生労働大臣の指定を受けた介護福祉士実務者養成施設	平成24年度～	1級
3 訪問介護員養成研修課程修了者（1級、2級）	修了証明書	・都道府県 ・都道府県の指定を受けた養成研修事業者	平成12年度～平成24年度中に開講し平成25年度中に修了した研修も含む。）	該当する各研修課程
4 介護職員基礎研修課程修了者	修了証明書	・都道府県 ・都道府県の指定を受けた養成研修事業者	平成18年10月～平成24年度中に開講し平成25年度中に修了した研修も含む。）	
5 ホームヘルパー養成研修修了者（1級、2級）（平成3年6月27日付け厚生省通知「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」、平成7年7月31日付け厚生省通知「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」）	修了証書	・都道府県 ・指定都市 ・都道府県、指定都市及び厚生省から指定を受けた養成研修事業者	平成2年度～平成11年度（平成11年度中に指定を受けた養成研修事業の実施した研修も含む。）	該当する各研修課程
6 家庭奉仕員講習会修了者（昭和62年6月26日付け厚生省通知「家庭奉仕員講習会推進事業の実施について」）	修了証書	・都道府県 ・指定都市	昭和2年度～平成2年度	1級

7 家庭奉仕員採用時研修修了者（昭和57年9月9日付け厚生省通知「家庭奉仕員の採用研修について」）	修了証書等	・市町村 ・都道府県	昭和57年度～昭和61年度	1級
8 昭和57年以前に県内で家庭奉仕員として活動していた者	家庭奉仕員として市町村で従事していた旨の証明書	・県内市町村	～昭和57年	2級
9 神奈川県立紅葉ヶ丘高等職業技術校、同小田原高等職業技術校及び横浜中央職業訓練校の介護に関する訓練課の昭和57年度～平成3年度の修了者	修了証書	・各高等職業技術校等	昭和57年度～平成3年度	1級
10 看護師	免許状	・厚生労働省		1級
11 准看護師	免許状	・都道府県		1級
12 保健師	免許状	・厚生労働省		1級
13 居宅介護職員初任者研修修了者	修了証明書	・都道府県の指定を受けた養成研修事業者	平成25年度～	
14 居宅介護従事者養成研修修了者（1級、2級）（「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号））（「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年3月31日厚生労働省告示第209号））（「指定居宅介護及び基準該当居宅介護の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成15年3月24日厚生労働省告示第110号））	修了証明書	・都道府県 ・指定都市、中核市（平成17年度まで） ・都道府県、指定都市及び中核市の指定を受けた養成研修事業者（指定都市、中核市指定は平成18年9月まで）	平成15年度～平成24年度（平成24年度中に開講し平成25年度中に修了した研修も含む。）	該当する各研修課程
15 障害者（児）ホームヘルパー養成研修修了者（1級、2級）（平成13年6月20日付け障発第263号 厚生労働省通知「障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業の実施について」）	修了証明書	・都道府県 ・指定都市 ・都道府県の指定を受けた養成研修事業者	平成13年度～平成14年度	該当する各研修課程

※ 訪問介護に従事する場合の証明書は、各資格、要件に係る上記の証明書等を持って替えることができます。

※ なお、介護福祉士も、「訪問介護」「サービス及び「介護予防訪問介護」サービスを提供できる者にあります。

【参考】神奈川県ホームページ
訪問介護員（ホームヘルパー）のページ
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/E3840p11473.html>

○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位に切上げ）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。

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

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、この場合において、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。

必要なサービス提供責任者の員数

$52.333 \dots \div 40 = 1.3083$ 人

【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、指定行動援護及び移動支援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。

そのため、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) 指定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。

NEW!

○サービス提供責任者の役割の明確化

⇒ 今回の改正では、以下の(1)～(4)の役割が明確にされました。

(1) 居宅介護支援事業者等に対する、利用者の服薬状況や口腔機能等の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報を提供

情報の提供は、サービス担当者会議等を通じて行うことも差し支えありません。

例えば、下記のような情報が考えられます。

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

※情報提供する内容については、サービス提供責任者が適切に判断することとされ、必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援事業者等と調整していくことが望ましいとされました。

(2) 訪問介護員等に対する業務管理、研修、技術指導等

生活援助従事者研修修了者及び指定訪問介護に従事したことがない者への対応について、明文化されました。

- ・初回訪問時にサービス提供責任者が同行するなどのOJTを通じて支援を行うこと
- ・緊急時の対応等についてもあらかじめ指導しておくこと
- ・生活援助従事者研修修了者は生活援助中心型しか提供できないことを踏まえ、利用者の状況を判断の上、適切な業務管理を行うこと

(具体例) 生活援助中心型のみ利用している利用者に対する指定訪問介護に従事させることなど

(3) 訪問介護の所要時間について

所要時間は、実際の提供時間ではなく、標準的な時間を基準としてケアプランが作成されます。一方で、標準時間と実際の提供時間が著しく乖離している場合には、実際の提供時間に応じた時間にプランを見直すべきであることから、サービス提供責任者は、提供時間を記録するとともに、著しくプラン上の標準時間と乖離している場合にはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをすることとされました。

(4) 不当な働きかけの禁止

居宅介護支援事業者に対する利益供与に当たらない場合であっても、指定訪問介護事業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員又は被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置付けるよう求めることなどの不当な働きかけを行ってはならないこととしたものです。

例えば、指定訪問介護事業者と居宅介護支援事業者が同一法人等である場合や同一の建物等に所在する場合において、当該利用者の状況を勘案することなく、自らが提供する訪問介護サービスを居宅サービス計画に位置付けるよう働きかけるような場合が該当します。

- ⇒ その他、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
- ⇒ 前述の「サービス提供責任者」指導事例③④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。

4 内容及び手続の説明及び同意

NEW!

⇒指定訪問介護事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、次の事項を説明し、同意を得ることとされており、今回の改正では下線部の事項が追加されました。

- 運営規程の概要
- 訪問介護員等の勤務体制
- 事故発生時の対応、苦情処理の体制
- 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

⇒上記については、分かりやすい説明書やパンフレット等（当該指定訪問介護事業者が、他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えありません。）の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定訪問介護の提供を受けることにつき同意を得る必要があります。

※当該同意については、利用者及び指定訪問介護事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいとされています。

5 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。

ポイント

○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。

6 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

○サービス提供の記録

⇒ 指定訪問介護を提供した際には、訪問介護員等は、以下の内容を利用者の居宅サービス計画に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。

○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。

7 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。

ポイント

○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区分となっていますが、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て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。

NEW!

○「自立生活支援援助のための見守りの援助」の明確化

⇒ 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知「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)」について、次のとおり、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」が明確化されました。

※通知改正部分は下線部分

1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

- ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う
- 認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する
- 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
- 認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す
- 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

8 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が、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が、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刻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を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。)

9 介護報酬単価の見直し

NEW!

⇒ 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、訪問介護報酬単価が見直されました。

訪問介護費（1回につき）	H29 報酬単位数	H30 報酬単位数
イ 身体介護が中心である場合		
（1）所要時間 20 分未満の場合	165	165
（2）所要時間 20 分以上 30 分未満の場合	245	248
（3）所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合	388	394
（4）所要時間 1 時間以上の場合	564	575
（5）所要時間 1 時間から計算して所要時間 30 分を増すごと	80	83
ロ 生活援助が中心である場合		
（1）所要時間 20 分以上 45 分未満の場合	183	181
（2）所要時間 45 分以上の場合	225	223
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	97	98
注5 身体介護を行った後に引き続き所要時間 20 分以上の生活援助を行った場合、所要時間が 20 分から計算して 25 分を増すごとに（198 単位を限度とする）	67	66

10 生活機能向上連携加算

NEW!

⇒ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、連携対象として、これまでの訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所の理学療法士等に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（※1）の理学療法士等（※2）が追加され、生活機能向上連携加算（I）については、ICTを活用した動画等による利用者の状態把握も認められました。

※1 医療法第1条の2第2項に規定する医療提携施設（診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）で、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。

※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師

改正前		改正後	
生活機能向上連携加算 ／1月につき	100 単位	生活機能向上連携加算（I） ／1月につき	<u>100 単位</u>
		生活機能向上連携加算（II） ／1月につき	200 単位

	連携対象	主な算定要件（※）
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	以下に所属する理学療法士等（Ⅱ）についても同様） ・訪問リハビリテーション事業所 ・通所リハビリテーション事業所 ・リハビリテーションを実施している医療提携施設（上記※1）	次の取り組みを定期的（原則3月毎）に行うことを評価（初回月のみ算定） ① 理学療法士等からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること ② 当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと

※ 算定要件の詳細については、次を参照してください。

・介護情報サービスかながわ（書式ライブラリー）

> 5.国・県の通知

> ★★介護保険最新情報（厚生労働省通知）★★

> 介護保険最新情報 vol.628（H30.3.22）別紙1 P14

1.1 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。

ポイント

○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30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	○	○	○	○

特定事業所加算の算定要件（平成30年4月1日時点）	I	II	III	IV
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、 <u>ただし生活援助従事者研修修了者については、0.5を乗じて算出するものとする</u> ）	○	▲		
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）	○	▲		
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				○

※「▲」はいずれか一方を満たしていること

12 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬減算について

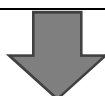
NEW!

- 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。
今回の報酬改定では、以下のとおり、見直しが行われました。

○主な改正点

- ・ 建物の範囲等を見直し、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）以外の建物も対象となりました。
- ・ 同一敷地内建物等に居住する利用者 の人数が1月あたり 50 人以上の場合は、減算幅が10%から15%になります。
- ・ 減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記の減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用います。

改正前	減算額 10%	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（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する者 ② 上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は後述）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
-----	------------	--



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

⇒ 当該指定訪問介護事業所における算定に当たっては、以下のとおり対象利用者が異なるのでご注意ください。

★留意点★

ケース	対象利用者
前述の表、「改正後」②の利用者数を算定する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該指定訪問介護事業所利用者 ・ 当該指定訪問介護事業所が第1号訪問事業（旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る）と一体的に運営している場合の第1号訪問事業の利用者
前述の表、「改正後」③の利用者数を算定する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該指定訪問介護事業所利用者（第1号訪問事業の利用者は含めない）

※区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ません。

ポイント

○同一敷地内建物等について

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

○算定方法について

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

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

この場合の利用者数は、以下のとおり暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

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

（小数点以下を切り捨て）

⇒以下は、減算対象となる事例と減算対象にならない事例です。

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

★留意点★

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

13 介護職員処遇改善加算について

NEW!

- ⇒ 今回の改正では、**介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）**については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、**廃止することとされました。**
- ⇒詳細については、P243～P244 の「7-1 介護職員処遇改善加算」を参照してください。

14 その他

NEW!

○訪問回数の多い利用者への対応（平成 30 年 10 月施行）

- ⇒ 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、**ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとされました。**

※「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成 30 年 4 月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて 10 月から施行します。

▽要介護状態区分ごとの1月あたりの回数（＝全国平均利用回数+2標準偏差）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

- ⇒ また、地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととされ、市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促すこととされました。

NEW!

○共生型訪問介護について

⇒共生型訪問介護に関する基準

共生型訪問介護は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号。以下「指定障害福祉サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定居宅介護事業者又は重度訪問介護（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年 法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」）という。第5条第3項に規定する重度訪問介護をいう。）に係る指定障害福祉サービス（同法第 29 条第2項に規定する指定障害福祉サービスをいう。）の事業を行う者が、要介護者に対して提供する指定訪問介護をいうものです。

⇒共生型訪問介護事業所が満たすべき基準

(1) 人員に関する基準

① 管理者

指定訪問介護と同趣旨。指定共生型訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護事業所等の管理者の兼務は可能です。

② サービス提供責任者

共生型訪問介護事業所に置くべきサービス提供責任者の員数は、指定居宅介護事業所等における指定居宅介護又は指定重度訪問介護の利用者（障害者及び障害児）及び共生型訪問介護の利用者（要介護者）の合計数が、40 又はその端数を増すごとに1人以上とします。この場合において、サービス提供責任者の資格要件については、指定居宅介護事業所等のサービス提供責任者であれば、共生型訪問介護事業所のサービス提供責任者の資格要件を満たすものとされます。

なお、共生型訪問介護事業所のサービス提供責任者と指定居宅介護事業所等のサービス提供責任者を兼務することは可能です。

③ 従業者（ホームヘルパー）

指定居宅介護事業所又は指定重度訪問介護事業所（以下「指定居宅介護事業所等」という。）の従業者の員数が、共生型訪問介護を受ける利用者（要介護者）の数を含めて当該指定居宅介護事業所等の利用者の数とした場合に、当該指定居宅介護事業所等として必要とされる数以上であること。

(2) 設備に関する基準

指定居宅介護事業所等として満たすべき設備基準を満たしていれば足りません。

(3) 指定訪問介護事業所その他の関係施設から、指定居宅介護事業所等が要介護高齢者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること。

(4) 運営等に関する基準

訪問介護の運営等に関する基準と同じです。

⇒介護報酬について

(1) 障害福祉制度の居宅介護事業所

訪問介護と同様

ただし、障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等については、65 歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できます。

この場合には、所定単位数に 70/100 等 を乗じた単位数となります。

(2) 障害福祉制度の重度訪問介護事業所

所定単位数に 93/100 を乗じた単位数

ただし、重度訪問介護従業者養成研修修了者等については、65 歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できます。

1-2

訪問入浴介護（介護予防）

1 人員配置

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）。

2 設備

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。

3 サービス提供の記録

○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。訪問入浴介護においては、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。

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

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

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

○併設する他の事業との明確な区別

⇒ 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。

4 衛生管理等

ポイント

○事業所における衛生管理等

⇒ 訪問入浴介護においては、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。

⇒ 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たりすることは認められません。

5 利用料金等

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。

6 報酬単価の改定について

NEW!

⇒今回の報酬改定では、次のとおり、訪問入浴介護費の報酬単価が見直されました。

	改正前	改正後
訪問入浴介護費／1回につき	1,234 単位	1,250 単位
介護予防訪問入浴介護費／1月につき	834 単位	845 単位

7 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬減算について

NEW!

- 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。
今回の報酬改定では、以下のとおり、見直しが行われました。
- **主な改正点**
 - ・ 建物の範囲等を見直し、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）以外の建物も対象となりました。
 - ・ 同一敷地内建物等に居住する利用者 の人数が1月あたり 50 人以上の場合は、減算幅が 10%から 15%（定期巡回・随時対応型訪問介護看護は 600 単位から 900 単位）になります。
 - ・ 減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記の減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用います。

改正前	減算額 10%	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（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する者 ② 上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は後述）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり 20 人以上の場合）
改正後	減算額 10%	① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の 建物 又は事業所と同一の建物（以下、同一敷地内建物等）に居住する者（③に該当する場合を除く。） ② 上記以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり 20 人以上の場合）
	減算額 15%	③ <u>上記①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数 が1月あたり 50 人以上の場合</u>

※区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ません。

○同一敷地内建物等について

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

○算定方法について

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

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

この場合の利用者数は、以下のとおり暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

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

（小数点以下を切り捨て）

⇒以下は、減算対象となる事例と減算対象にならない事例です。

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

★留意点★

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

8 介護職員処遇改善加算について

NEW!

⇒今回の改正では、介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、廃止することとされました。

⇒詳細については、P243～P244の「7-1 介護職員処遇改善加算」を参照してください。

1-3

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。

2 機能や価格帯の異なる複数商品の掲示について

NEW!

⇒ 今回の改正では、利用者が適切な福祉用具を選択する観点から運営基準が改正され、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項が義務付けられました。

- (1) 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること。
- (2) 福祉用具貸与の提供に当たっては、同一種目における機能又は価格帯の異なる複数の福祉用具に関する情報を利用者に提供すること。
- (3) 利用者に交付する福祉用具貸与計画書を当該利用者に係る介護支援専門員にも交付すること。

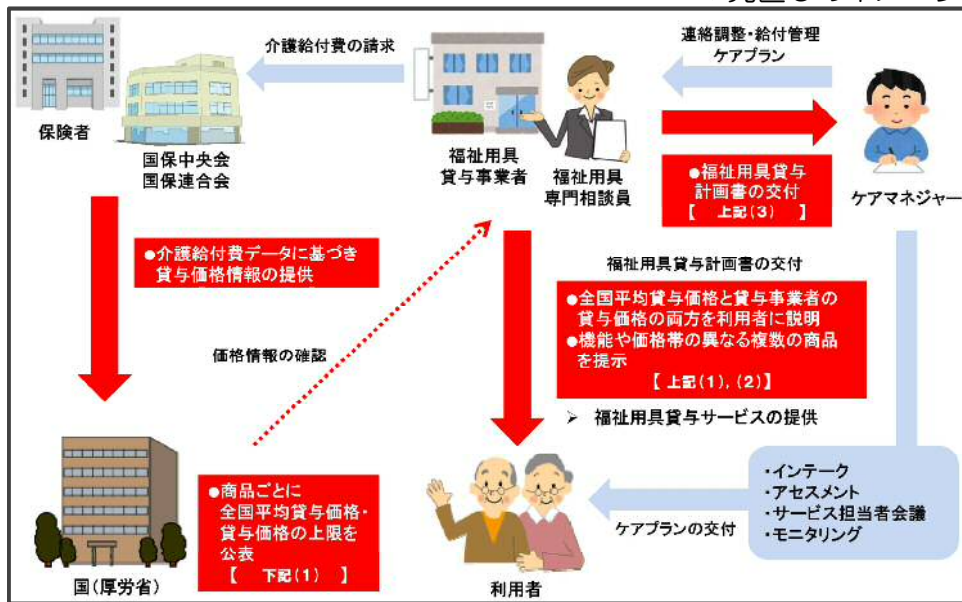
ポイント

上記(1)について…貸与事業者（福祉用具専門相談員）は、福祉用具を貸与する際、福祉用具の機能や使用方法等に加え、当該福祉用具の全国貸与価格とその貸与事業者の貸与価格の両方を利用者に説明すること。

※全国平均貸与価格の公表は平成30年10月1日から行う。

上記(2)について…提供に当たっては、現在の利用者の心身の状況やその置かれている環境等に照らして行うこと。

▽見直しのイメージ



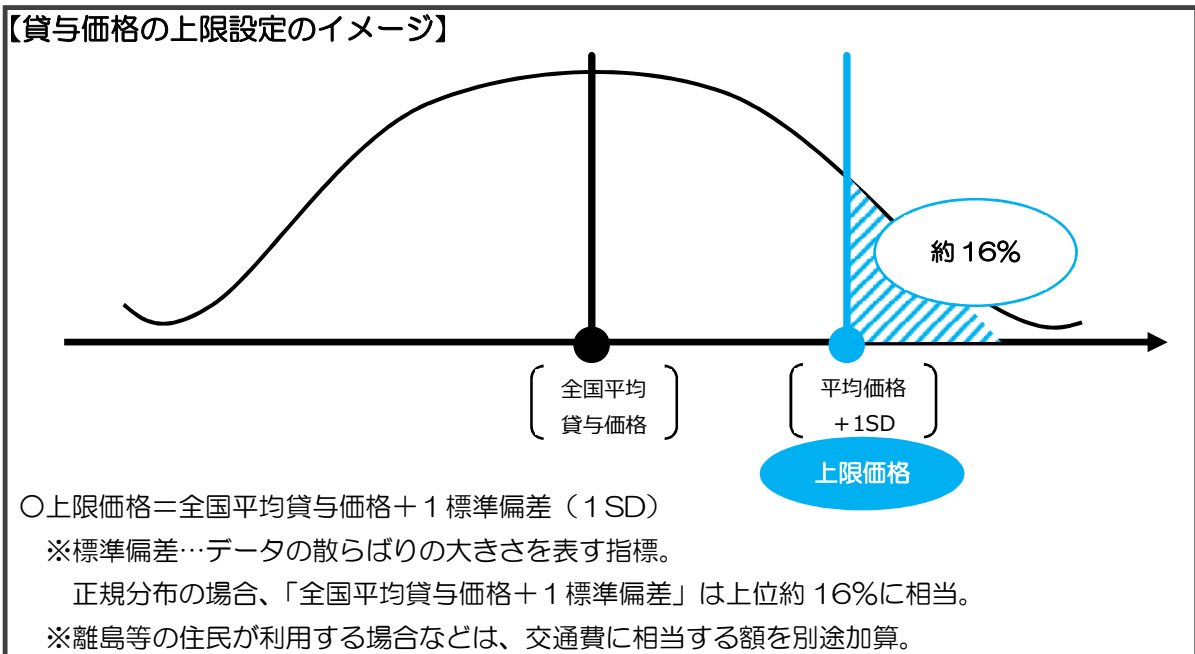
3 貸与価格の上限設定等について

NEW !

⇒ 今回の改正では、福祉用具貸与について、平成30年10月から国により全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が、次のとおり、行うこととされました。

- (1) 貸与価格の上限設定や全国平均貸与価格の公表は商品ごとに行われ、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
- (2) 上限価格は当該商品の「全国平均貸与価格+1標準偏差(1SD)」とする。
※貸与価格上限設定のイメージは以下を参照
- (3) 平成31年度以降、新商品についても同様の取扱いとする。
- (4) 平成31年度以降、全国平均価格や上限価格は概ね1年に1度の頻度で見直しが行われる。
- (5) 上限を超えた価格で貸与する場合は、保険給付の対象外の取扱いとなる。

※上記(1)から(5)については、施行後の実態も踏まえつつ実施



4 商品コードの付与・公表に係る手続き等について

NEW!

⇒ 介護給付費明細書に記載する商品コードの付与や公表に係る手続き等については、平成 29 年 8 月 25 日付及び平成 29 年 10 月 19 日付厚生労働省老健局高齢者支援課通知にて取扱いが示され、各事業者においてご対応いただいているところです。

これについて、平成 30 年 4 月 17 日付同課事務連絡により、「平成 30 年度以降の商品コードの付与や公表に係る手続き等について」において、次のとおり示されたので、同事務連絡をご確認いただくとともに、ご対応ください。

○ 商品コードの付与について

(1) T A I Sコードについて

福祉用具の製造事業者又は輸入事業者において、T A I Sコードを取得する場合は、公益財団法人テクノエイド協会のホームページ等をご確認の上、必要な手続きを行うこと。

(2) 福祉用具届出コードについて

T A I Sコードを取得しない場合は、福祉用具届出コードの取得が必要となりますので、「福祉用具貸与価格適正化推進事業「福祉用具届出システム」利用の手引き」（公益財団法人テクノエイド協会）をご確認の上、必要な手続きを行うこと。

(3) 現在使用されている暫定的な商品コードの取扱いについて

現在、暫定的な商品コードとして、「99999-999999」の使用を可能としています。介護給付費明細書に記載できる暫定的な商品コードについては、平成 30 年 5 月貸与分までとします。**平成 30 年 6 月貸与分以降、暫定的な商品コードを記載した場合、各国民健康保険団体連合会の審査において返戻となるので留意すること。**併せて、該当する商品については、本年 5 月 30 日までに T A I Sコード又は福祉用具届出コードを取得すること。

○ 商品コードの公表について

いずれの商品コードについても、原則、毎月 10 日までに受け付けた申請は、翌月 1 日に付与し、同日、公益財団法人テクノエイド協会のホームページで一覧が公表されます。

また、平成 30 年 4 月 2 日時点の商品コード一覧については、現在、公益財団法人テクノエイド協会のホームページで公表しており、5 月 1 日以降についても、毎月更新されます。

○ 商品コードの介護給付費明細書への記載について

福祉用具貸与事業者が介護給付費請求を行うに当たっては、「○ 商品コードの公表について」により公表された商品コードをご確認の上、介護給付費明細書に該当する商品コードを記載することとされました。

なお、**実際に貸与する月に付与・公表されている商品コードが介護給付費明細書に記載されていない場合、各国民健康保険団体連合会の審査において返戻となるので留意ください。**

※ 商品コードの変更が生じた商品について

当月（新たに商品コードが付与・公表された月）の介護給付費明細書には変更前の商品コードを記載し、新たに付与・公表された商品コードは翌月の介護給付費明細書から記載すること。（例えば、従来届出コードが付与されていた商品について、11月1日にT A I Sコードが付与された場合は、11月（10月貸与分）の介護給付費明細書には届出コードを記載し、12月（11月貸与分）以降の介護給付費明細書にはT A I Sコードを記載）。

また、「月遅れ分」として請求する場合は、実際に貸与した月に付与・公表されていた商品コードを介護給付費明細書に記載すること。

○ その他の事項

本年7月を目途として、商品ごとの全国平均貸与価格及び貸与価格の上限を公表することを予定しています（貸与件数が月平均 100 件未満の商品を除く。）。また、公表した貸与価格の上限については、平成30年10月貸与分から適用することとしています。

5 利用料の受領

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。

6 居宅介護支援事業者との連携等

ポイント

○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。

7 計画の作成等

事例

- ① 福祉用具貸与計画がサービス提供開始前までに作成されていなかった。【監査事項】
- 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。

ポイント

○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、当該サービスの提供開始前までに、利用者ごとの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の交付について（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

NEW !

⇒ 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、今回の改正では当該利用者に係る居宅介護支援専門員にも当該福祉用具貸与計画等を交付することが義務付けられました。（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。）

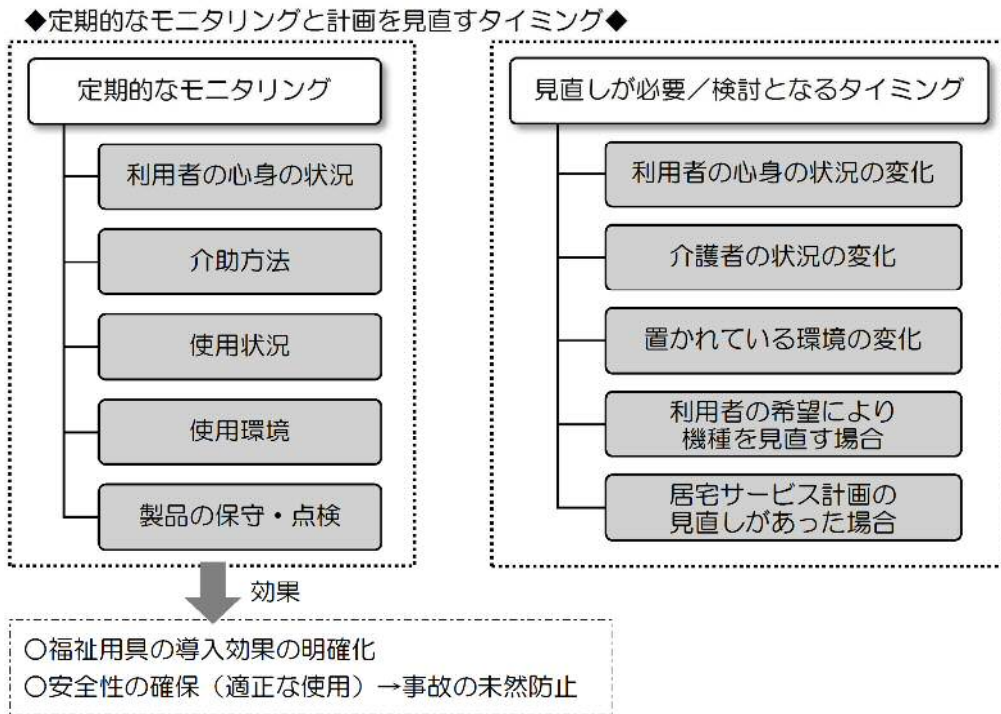
○モニタリングの実施（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

⇒ 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



8 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

〇福祉用具の保管・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。

9 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。具体例としては、次表のとおりです。

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

対象外種目	状態像	認定調査の結果
		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な所見をケアプラン(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。

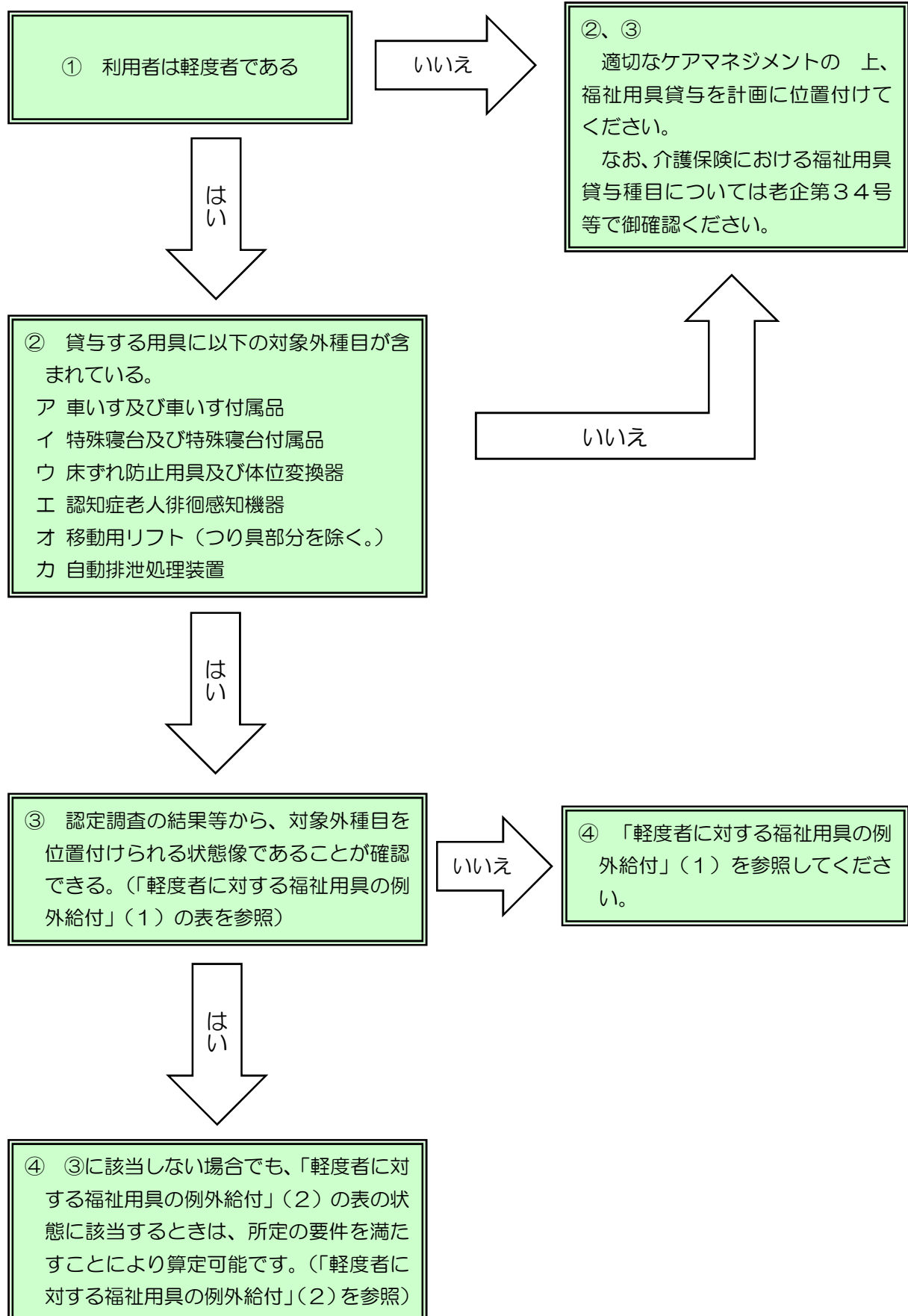
◆医学的見地に基づくケアマネジャー等が判断した（2）アの表の i）から iii）に変更が生じたとき

◆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輕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



1-4

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

1 管理者

ポイント

○管理者

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

ただし、管理業務に支障がないときは、次の職務に従事できます。

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

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

2 従業者

NEW!

⇒ 今回の改正では、オペレーターに係る訪問介護のサービス提供責任者の「3年以上」の経験について、「1年以上」に変更されました。

⇒ また、日中（8時～18時）と夜間・早朝（18時～8時）におけるコール件数等の状況に大きな差は見られないことを踏まえ、日中についても、以下の事項が認められることとなりました。

- (1) 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務
- (2) 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約

ポイント

【利用者へのサービス提供に支障がない場合とは?】

次の①及び②が満たされている場合をいいます。

- ① ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができる場合
- ② 適切なコール対応ができない場合に備えて、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時に対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができると認められる場合

○必要な資格、員数等

職種		資格等 ※1	必要な員数 ※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	○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	◆訪問介護員1級・2級	○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)
オペレーター	◆看護師 ◆介護福祉士 ◆医師 ◆保健師 ◆准看護師 ◆社会福祉士 ◆介護支援専門員 + 【改正前】 ◇サービス提供責任者として3年以上従事した経験を持つ者 ➡ 【改正後】 ◇サービス提供責任者として1年以上従事した経験を持つ者 ※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 ◆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		○上記従業者のうち1人以上を選任

※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。

※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。

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

(2) 訪問看護サービスを行う看護師等（※連携型を除く）

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

（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 内容及び手続の説明及び同意

NEW!

⇒ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、次の事項を説明し、同意を得ることとされており、今回の改正では下線部の事項が追加されました。

- 運営規程の概要
- 訪問介護員等の勤務体制
- 事故発生時の対応、苦情処理の体制
- 提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

⇒ 上記については、分かりやすい説明書やパンフレット等(当該指定訪問介護事業者が、他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えありません。)の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を受けることにつき同意を得る必要があります。

※当該同意については、利用者及び事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいとされています。

5 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。

6 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。

※ 「4-4 訪問看護」の「5 利用料等の受領」を参照してください。

7 サービス提供の記録

○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が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、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。

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

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

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

○併設する他の事業との明確な区別

⇒ 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。

8 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。

9 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

⇒ 「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。

NEW!

○介護・医療連携推進会議の開催方法・頻度の緩和

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

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

- ・利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること

- ・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること
 - ・合同して開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議の開催回数の半数を超えないこと
- ※外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行わなければなりません

(2) 開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービス（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護）に合わせて、年4回から年2回とされました。

10 地域へのサービス提供の推進

NEW!

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

11 連携型指定期巡回・随時対応型訪問介護看護

ポイント

○「連携型」における適用除外

⇒ 連携型指定期巡回・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（6 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。

12 介護報酬の見直しについて

NEW!

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

	改正前		改正後
一体型（訪問看護なし）及び連携型（訪問看護なし）			
要介護1	5,658 単位	→	5,666 単位
要介護2	10,100 単位		10,114 単位
要介護3	16,769 単位		16,793 単位
要介護4	21,212 単位		21,242 単位
要介護5	25,654 単位		25,690 単位
一体型（訪問看護あり）			
要介護1	8,255 単位	→	8,267 単位
要介護2	12,897 単位		12,915 単位
要介護3	19,686 単位		19,714 単位
要介護4	24,268 単位		24,302 単位
要介護5	29,399 単位		29,441 単位

13 生活機能向上連携加算の創設

NEW!

○自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算が創設されました。

⇒単位数について

	改正前		改正後
生活機能向上連携加算（Ⅱ）／1月につき	なし	→	200 単位
生活機能向上連携加算（Ⅰ）／1月につき	なし		100 単位

⇒生活機能向上連携加算(Ⅱ)の算定要件等について

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。この項目において以下同じ）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師（以下この項目において「理学療法士等」という。）が利用者宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する等により身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと。
- ② 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成すること。
 ※「リハビリテーションを実施している医療提供施設とは？」
診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院のこと。

⇒生活機能向上連携加算(Ⅱ)の留意事項通知について

- ①「生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容を定めたものでなければならない。
- ②当該計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は当該理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（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（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。）を行い、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。
- ③当該計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。
 - a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標
 - c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
 - d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容
- ④上記b及びcの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。
- ⑤当該計画及び当該計画に基づく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。

達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定。

 - （1月目）訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
 - （2月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
 - （3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。
- ⑥本加算は②の評価に基づき、当該計画に基づき提供された初回の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるもの

であり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度②の評価に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

- ⑦本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③のbの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

⇒生活機能向上連携加算(I)の算定要件等について

- ・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）すること。
- ・当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと。

⇒生活機能向上連携加算(I)の留意事項通知について

生活機能向上連携加算(I)については、前述の「生活機能向上連携加算(II)の留意事項通知について」の①③④⑤を適用する。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が、助言に基づき、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的実施することを評価するものである。

- a 当該計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成責任者で事前に方法等を調整するものとする。
- b 当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、当該計画の作成を行うこと。なお、当該計画には、aの助言の内容を記載すること。
- c 本加算は、当該計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき当該計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により当該計画を見直した場合を除き、当該計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

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

14 ターミナルケアの充実について（ターミナルケア加算の算定要件の追加）

NEW !

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことが義務づけられました。

⇒ターミナルケア加算の算定要件について

上記に伴い、以下の事項が、これまでの算定要件に追加されました。

- ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
- ・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

15 医療ニーズへの対応の推進（緊急時訪問看護加算の見直し）

NEW !

- 中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、訪問看護サービスを行うにあたり24時間体制のある定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の体制について評価を行うことから、緊急時訪問看護加算の単位数が、以下のとおり、見直されました。

	改正前	→	改正後
緊急時訪問看護加算／1月につき	290単位		315単位

⇒算定要件等について

- ①利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあつて、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合（訪問看護サービスを行う場合に限る。）に算定できます。
- ②なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における24時間対応体制加算は算定できません。（※「24時間連絡体制加算」は対象除外となりました）

16 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬減算について

NEW!

○ 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。

今回の報酬改定では、以下のとおり、見直しが行われました。

○ 主な改正点

- ・ 建物の範囲等を見直し、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）以外の建物も対象となりました。
- ・ 同一敷地内建物等に居住する利用者 の人数が1月あたり 50 人以上の場合は、減算幅が 600 単位から 900 単位になります。
- ・ 減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記の減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用います。

改正前	600 単位/月 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（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、 サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する者
改正後	600 単位/月 減算	① 同一敷地内建物等に居住する者に居住する者
	900 単位/月 減算	② <u>上記①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数 が1月あたり 50 人以上の場合</u>

※区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ません。

○ 同一敷地内建物等について

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

○ 算定方法について

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

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

この場合の利用者数は、以下のとおり暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

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

（小数点以下を切り捨て）

⇒以下は、減算対象となる事例と減算対象にならない事例です。

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

★留意点★

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

17 介護職員処遇改善加算について

NEW!

⇒ 今回の改正では、介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、廃止することとされました。

⇒ 詳細については、P243～P244の「7-1 介護職員処遇改善加算」を参照してください。

18 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、「4-4 訪問看護」の「10 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。

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

(1) 対象サービス

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

(2) 報酬算定の取扱い

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

1-5 夜間対応型訪問介護

1 管理者

ポイント

○管理者

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

- (1) 当該事業所のオペレーションセンター従業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。）
- (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。

2 従業者

NEW!

○オペレーターに係る基準の見直し

⇒ 今回の改正では、オペレーターに係る訪問介護のサービス提供責任者の「3年以上」の経験について、「1年以上」に変更されました。

○必要な資格、員数等

職種		資格等	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 + 【改正前】 ◇サービス提供責任者として3年以上従事した経験を持つ者 ➡ 【改正後】 ◇サービス提供責任者として1年以上従事した経験を持つ者	○提供時間帯を通じて1以上 ○1人以上は、常勤の看護師、介護福祉士等

職種		資格等	必要な員数
オペレーションセンター従業者	面接相談員 (面接その他の業務)	オペレーターと同等の資格 又は知識経験を有する者 (努力義務)	○面接を適切に行うために必要な員数 (夜間勤務のオペレーターや訪問介護員等が従事することも可)
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	◆介護福祉士 ◆実践者研修修了者 ◆介護職員基礎研修修了者 ◆訪問介護員1級・2級	○交通事情、訪問頻度等を勘案し、利用者に適切に定期巡回サービスを提供するために必要な員数
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等		○提供時間帯を通じて1以上 (利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービス等の職務に従事可)

※表中「◆」は、いずれかの資格を有する者である必要があります。

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

○その他従業者を配置する上での留意点

(1) オペレーションセンター従業者

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

(2) オペレーター

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

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

ア 当該事業所の定期巡回サービス

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

ポイント

○必要な設備等

⇒ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様ですので「1-4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「3 設備に関する基準」を参照してください。

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

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

4 夜間対応型訪問介護計画

ポイント

○計画の作成

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

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

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

居宅介護支援事業者等との連携

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

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

5 サービス提供の記録

○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。夜間対応型訪問介護においては、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。

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

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

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

○併設する他の事業との明確な区別

⇒ 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。

6 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「1-5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の「7 鍵の管理」を参照してください。

7 介護報酬の見直しについて

NEW!

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

	改正前		改正後
夜間対応型訪問介護（Ⅰ）		➔	
基本夜間対応型訪問介護費／1月につき	981 単位		1,009 単位
定期巡回サービス費／1回につき	368 単位		378 単位
随時訪問サービス費（Ⅰ）／1回につき	560 単位		576 単位
随時訪問サービス費（Ⅱ）／1回につき	754 単位		775 単位

	改正前		改正後
夜間対応型訪問介護（Ⅱ）	2,667 単位	➔	2,742 単位

8 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬減算について

NEW!

○ 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。

今回の報酬改定では、以下のとおり、見直しが行われました。

○ **主な改正点**

- ・ 建物の範囲等を見直し、**養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）以外の建物も対象となりました。**
- ・ 同一敷地内建物等に居住する利用者 の人数が1月あたり 50 人以上の場合は、減算幅が 10%から 15%になります。
- ・ 減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記の減算を受けている者の**区分支給限度基準額**を計算する際には、**減算前の単位数**を用います。

改正前	減算額 10%	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（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する者 ② 上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は後述）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
改正後	減算額 10%	① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の 建物 又は事業所と同一の建物（以下、同一敷地内建物等）に居住する者（③に該当する場合を除く。） ② 上記以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
	減算額 15%	③ 上記①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数 が1月あたり 50 人以上の場合

※区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ません。

○同一敷地内建物等について

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

○算定方法について

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

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

この場合の利用者数は、以下のとおり暦月で1月間の利用者数の平均を用います。

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

（小数点以下を切り捨て）

⇒以下は、減算対象となる事例と減算対象にならない事例です。

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

★留意点★

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

9 介護職員処遇改善加算について

NEW !

⇒ 今回の改正では、介護職員処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）については、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認める区分であることや、当該区分の取得率や報酬体系の簡素化の観点を踏まえ、廃止することとされました。

⇒詳細については、P243～P244 の「7-1 介護職員処遇改善加算」を参照してください。

10 介護報酬算定に関する留意事項

ポイント

○他のサービスとの給付調整

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

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

○同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱い

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

11 加算算定に関する留意事項

ポイント

○24時間通報対応加算

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

当該加算の算定要件は、以下のとおりです。

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

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

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

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

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

1 機能訓練指導員の確保の促進

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格（注1）に一定の実務経験（注2）を有するはり師、きゅう師が追加されました。

注1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

注2 一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、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機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導員に従事した経験を有する者です。

Q&A

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

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

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問32））

2 設備に係る共用の明確化

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

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

- ① 当該部屋等において、指定通所介護事業所の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ② 指定通所介護事業所の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護事業所の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。

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

なお、設備を共用する場合、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めなければならないとされているが、衛生管理等に一層努めること。

3 運営推進会議の開催方法の緩和 ※地域密着型通所介護のみ

運営推進会議の効率化や事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催について次の要件を満たす場合に認めることとされました。

- ① 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報、プライバシーを保護すること。
- ② 同一の日常生活圏域に所在する事業所であること。

4 消防用設備等

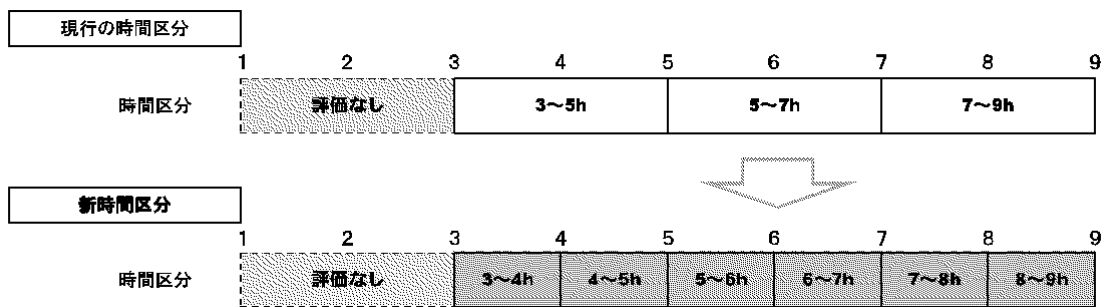
平成27年4月施行の消防法令の一部改正に伴い、消防用設備等の設置基準が改正されましたが、経過措置期間が平成30年3月31日をもって終了しています。事業所の消防用設備等が基準に適合しているか再度御確認ください。

※詳細は、「【その他】消防局からのお知らせ」を御覧ください。

5 基本報酬のサービス提供時間区分の見直し・規模ごとの基本報酬の見直し

基本報酬は、2時間ごとの設定とされていましたが、事業所のサービス提供時間の実態を踏まえて、サービス提供時間区分が1時間ごとに見直されました。

また、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で規模ごとの基本報酬が見直されました。



[例 1] 通常規模型事業所

所要時間7時間以上9時間未満

要介護1	656単位
要介護2	775単位
要介護3	898単位
要介護4	1,021単位
要介護5	1,144単位

⇒

所要時間7時間以上8時間未満

要介護1	645単位
要介護2	761単位
要介護3	883単位
要介護4	1,003単位
要介護5	1,124単位

所要時間8時間以上9時間未満

要介護1	656単位
要介護2	775単位
要介護3	898単位
要介護4	1,021単位
要介護5	1,144単位

6 時間延長サービス加算の見直し

基本報酬が1時間ごとに細分化されたことに伴い、時間延長サービス加算は8-9のサービス提供時間の事業所のみ算定ができるようになりました。

改定前

日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間7時間以上9時間未満の指定通所介護を行った場合又は所要時間7時間以上9時間未満の指定通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合



改定後

日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合

7 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算（新設）⇒200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価します。

(1) 算定要件

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- ② 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- ③ リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

(2) 留意事項通知

- ① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この項目において「理学療法士等」という。）が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、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。）と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を

行っていること。

その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院であること。

- ② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。また、個別機能訓練加算を算定している場合は別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。

- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。
- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ⑥ 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、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

Q&A

指定通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

⇒ 貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問35））

生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

⇒ 貴見のとおりである。なお、連携先について、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている200床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨やリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきである。

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問36））

8 ADL維持等加算

ADL維持等加算（Ⅰ）（新設）⇒3単位／月

ADL維持等加算（Ⅱ）（新設）⇒6単位／月

自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうちADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に評価します。

（1）算定要件等

以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間加算の算定を認めます。

○ 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。

① 総数が20名以上であること。

② ①について、以下の要件を満たすこと。

a 評価対象利用期間の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること。

b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。

c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index(注3)を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること。

d cの要件を満たす者のうちBI利得(注4)が上位85%(注5)の者について、各々のBI利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

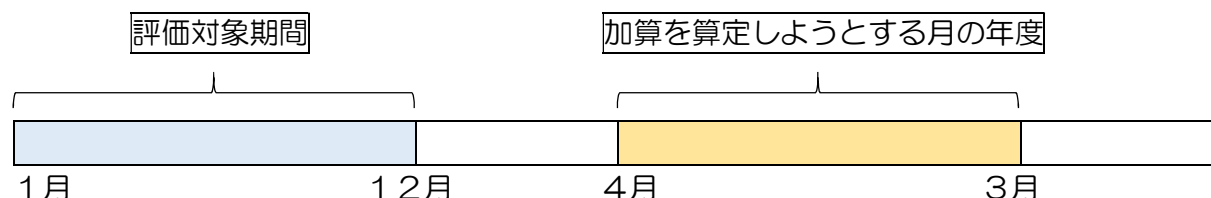
注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前を控除したものを「BI利得」という。

注5 端数切り上げ

- また前記の要件を満たした通所介護事業所において評価期間の終了後にも Barthel Index を測定、報告した場合、より高い評価（加算(Ⅱ)）を行う。
（加算(Ⅰ)(Ⅱ)は各月でいずれか一方のみ算定可）

(2) ADL維持等加算の算定要件の考え方

Step 1. 加算を算定しようとする月の年度の初日（4月1日）が属する年の前年の1月から12月までの期間を「評価対象期間」とする。



Step 2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定する。

（各利用者について、最も早い6月連続利用がその利用者の「評価対象利用期間」、評価対象利用期間の初めの月が「評価対象利用開始月」となる。）

【例】

	利用月	評価対象利用期間	評価対象利用開始月	判定
利用者 A	1月、3～8月、11月	3～8月	3月	対象
利用者 B	1～9月、12月	1～6月	1月	対象
利用者 C	1～5月、7月～11月	6月以上連続利用期間なし		対象外

Step 3. Step 2. で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。

Step 4. Step 3. で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、Step 1. の「加算を算定しようとする月の年度」において、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（Ⅰ）が算定可能。

- ①20人以上。
- ②それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以下。
- ③それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④評価対象利用開始月及び評価対象利用開始月を1月目として6月目に Barthel Index を用いてADLを評価して、両月のADLの値をサービス本体報酬の介護給付費明細書の給付費明細欄の摘要欄に記載することで厚生労働省に提出した割合が90%以上。
- ⑤上記の④の各者について、6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものが大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にADLが改善していたものを1、不変だったものを0、悪化していた場合を-1として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び様式例が示されてますので、併せて御確認ください。

「ADL 維持等加算に関する事務処理手順及び様式例について（平成30年4月6日 老振発0406 第1号 老老初0406 第3号 厚生労働省老健局振興課長通知）」

Q&A

平成30年度のADL 維持等加算の算定の可否を判断する場合、平成29年1月から12月が評価対象期間となるが、この時期に、加算を算定しようとする指定通所介護事業所が指定介護予防通所介護事業所と一体的に運営されていた場合、指定居宅サービス基準第16条の2イ（1）の「利用者」には、当該指定介護予防通所介護事業所の利用者も含まれるか。

⇒ 含まれない。本件加算は、指定通所介護及び指定地域密着型通所介護が対象である。
なお、指定居宅サービス基準第16条の2イ（3）に「要支援認定」とあるのは、「利用者」に要支援者を含むとの意味ではなく、初回の要支援認定の後、評価対象利用開始月までの間に要介護認定を受ける場合を想定したものである。
（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問37））

ADL 維持等加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）は、算定しようとする月の5時間未満の通所介護の算定回数が5時間以上の通所介護の算定回数以上の利用者でも算定できるのか。

⇒ できる。
（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問39））

9 栄養改善加算の見直し

管理栄養士1名以上の配置が要件とされている取扱を改め、外部の管理栄養士*の実施でも算定可能に見直しがされました。

※他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーションとの連携

※栄養ケア・ステーションの範囲は、公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」に限る。

Q&A

通所サービスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

⇒ 管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。
（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問34））

10 栄養スクリーニング加算の創設

栄養スクリーニング加算（新設）⇒5単位/回（※6月に1回を限度とする。）

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設します。

（1）算定要件

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

（2）留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び参考様式等が示されてますので、併せて御確認ください。

「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等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31日老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知）」

Q&A

当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

⇒ サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1 問30))

11 共生型通所介護

共生型通所介護については、障害福祉制度における生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型通所介護の指定を受けられるものとして、基準が設定されました。

(1) 従業員の員数及び管理者

- ① 指定生活介護事業所、指定自立訓練（機能訓練）事業所、指定自立訓練（生活介護）事業所、指定児童発達支援事業所又は指定放課後等デイサービス事業所の従業者の員数が、当該指定生活介護事業所等が提供する指定生活介護、指定自立訓練（機能訓練）、指定自立訓練（生活介護）、指定児童発達支援又は指定放課後等デイサービスの利用者数を指定生活介護事業所等の利用者及び共生型通所介護の利用者の数の合計数であるとした場合における当該指定生活介護事業所等として必要とされる数以上であること。
- ② 共生型通所介護の利用者に対して適切なサービスを提供するため、指定通所介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

Q&A

共生型通所介護(障害福祉制度の生活介護事業所等が、要介護者へ通所介護を行う場合)の場合、定員超過の減算はどちらを対象に、どのように見るべきか。

⇒ 共生型通所介護事業所の定員については、介護給付の対象となる利用者(要介護者)と障害給付の対象となる利用者(障害児者)との合算で利用定員を定めることとしているため、合計が利用定員を超えた場合には、介護給付及び障害給付の両方が減算の対象となる。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1 問48))

共生型通所介護事業所と共生型短期入所生活介護事業所(介護保険の基準を満たしていない障害福祉の事業所)の人員基準欠如減算は、障害福祉の事業所として人員基準上満たすべき員数を下回った場合には、介護給付と障害給付の両方が減算の対象となるものと考えてよいか。

⇒ 貴見のとおりである。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1 問49))

12 生活相談員配置等加算（共生型通所介護）

（1）算定要件

共生型通所介護事業所において、生活相談員（社会福祉士等）を配置し、かつ、地域に貢献する活動（地域交流の場（開放スペースや保育園等との交流会など）の提供、認知症カフェ・食堂等の設置、地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催、地域住民への健康相談教室・研修会等）を実施していること。

（2）留意事項通知

- ① 共生型通所介護の指定を受ける障害福祉制度における指定生活介護事業所等に配置している従業者の中に、既に生活相談員の要件を満たす者がいる場合は、新たに配置する必要はなく、兼務しても差し支えない。
- ② 1週間のうち特定の曜日だけ生活相談員を配置している場合は、その曜日のみ算定対象となる。

13 主な指導事例等（通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護）

○ 人員基準

- （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。
- （3）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。
- （4）管理者が同一敷地内にはない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。
- （5）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。
- （6）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。
- （7）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。

○ 設備基準について

- （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。

○ 通所介護計画等について

- （1）通所介護計画の作成者が生活相談員になっていた。
- （2）サービス提供記録から、利用者の心身の状況が確認できなかった。
- （3）屋外サービスを提供していたが、当該内容について、計画に位置付けられていなかった。
- （4）屋外でのサービス提供について、期待する効果やそれに対する評価が記録上確認できなかった。

○ 個別機能訓練加算（通所介護）

- (1) 個別機能訓練計画を作成していなかった。
- (2) 個別機能訓練計画の作成にあたり、多職種共同で作成していることが、記録上確認できなかった。
- (3) 個別機能訓練計画の作成にあたり、利用者の居宅を訪問したこと及び利用者の居宅での生活状況の確認について、記録上確認できなかった。
- (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。
- (5) 理学療法士等が勤務していない日において、個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定していた。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び様式例が示されてますので、併せて御確認ください。

「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例及び様式例の提示について」（平成27年3月27日老振発0327第2号）

○ 口腔機能向上加算（通所介護）

- (1) 口腔機能向上加算の対象に該当しているか、確認していなかった。
- (2) 3月を超えて加算を算定している者について、口腔機能向上サービスを継続して行うことの必要性について、記録上確認できなかった。

1 定員数の見直し

療養通所介護事業所においては、障害福祉サービス等である重症心身障害児・者を通わせる自動発達支援等を実施している事業所が多いことを踏まえ、更に地域共生社会の実現に向けた取組を推進する観点から、定員数を引き上げることとなりました。

<現行>

利用定員 9人以下

<改定後>

⇒ 利用定員 18人以下

2 栄養スクリーニング加算の創設

栄養スクリーニング加算（新設）⇒5単位/回（※6月に1回を限度とする。）

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設します。

(1) 算定要件

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

(2) 留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び参考様式等が示されてますので、併せて御確認ください。

「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等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31日老老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知）」

Q&A

当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

⇒ サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問30））

3 運営推進会議の開催方法の緩和

運営推進会議の効率化や事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催について次の要件を満たす場合に認めることとされました。

- 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報、プライバシーを保護すること。
- 同一の日常生活圏域に所在する事業所であること。

2-3

認知症対応型通所介護

1 定員数の見直し

共用型認知症対応型通所介護の普及を図る観点から、ユニットケアを行っている地域密着型特定施設又は地域密着型介護老人福祉施設における利用定員数が見直されました。

<現行>

<改定後>

「1施設当たり3人以下」⇒「1ユニット当たりユニットの入居者と合わせて12人以下」

2 機能訓練指導員の確保の促進

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格（注1）に一定の実務経験（注2）を有するはり師、きゅう師が追加されました。

注1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

注2 一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、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機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、機能訓練指導員に従事した経験を有する者です。

Q&A

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

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

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問32））

3 設備に係る共用の明確化

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

ただし、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護と併設の関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用す

る場合にあっては、以下の条件に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

- イ 当該部屋等において、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ロ 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、単独型・併設型指定認知症対応型通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。

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

なお、設備を共用する場合、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めなければならないとされているが、衛生管理等に一層努めること。

4 運営推進会議の開催方法の緩和

運営推進会議の効率化や事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催について次の要件を満たす場合に認めることとされました。

- 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報、プライバシーを保護すること。
- 同一の日常生活圏域に所在する事業所であること。

5 消防用設備等

平成27年4月施行の消防法令の一部改正に伴い、消防用設備等の設置基準が改正されましたが、経過措置期間が平成30年3月31日をもって終了しています。事業所の消防用設備等が基準に適合しているか再度御確認ください。

※詳細は、「【その他】消防局からのお知らせ」を御覧ください。

6 基本報酬のサービス提供時間区分の見直し

基本報酬は、2時間ごとの設定とされていましたが、事業所のサービス提供時間の実態を踏まえて、サービス提供時間区分が1時間ごとに見直されました。

[例 1] 単独型事業所			[例 2] 併設型事業所			[例 3] 共用型事業所		
			7時間以上 8時間未満			7時間以上 8時間未満		
			7時間以上 9時間未満			7時間以上 9時間未満		
			8時間以上 9時間未満			8時間以上 9時間未満		
要介護1	985単位	⇒	要介護1	885単位	⇒	要介護1	506単位	⇒
要介護2	1,092単位		要介護2	980単位		要介護2	524単位	
要介護3	1,199単位		要介護3	1,076単位		要介護3	542単位	
要介護4	1,307単位		要介護4	1,172単位		要介護4	560単位	
要介護5	1,414単位		要介護5	1,267単位		要介護5	579単位	
要介護1	1,017単位		要介護1	913単位		要介護1	535単位	
要介護2	1,127単位		要介護2	1,011単位		要介護2	554単位	
要介護3	1,237単位		要介護3	1,110単位		要介護3	573単位	
要介護4	1,349単位		要介護4	1,210単位		要介護4	592単位	
要介護5	1,459単位		要介護5	1,308単位		要介護5	612単位	

7 時間延長サービス加算の見直し

基本報酬が1時間ごとに細分化されたことに伴い、時間延長サービス加算は8-9のサービス提供時間の事業所のみ算定ができるようになりました。

改定前

日常生活上の世話をを行った後に引き続き、所要時間7時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った場合又は所要時間7時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合



改定後

日常生活上の世話をを行った後に引き続き、所要時間8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合

8 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算（新設）⇒200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価します。

(1) 算定要件

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。
- 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

(2) 留意事項通知

- ① 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この（10）において「理学療法士等」という。）が、当該指定通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、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。）と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。

その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。

この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院であること。
- ② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。

なお、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。また、個別機能訓練加算を算定している場合は別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ⑥ 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、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。

Q&A

指定通所介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

⇒ 貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問35））

生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

⇒ 貴見のとおりである。なお、連携先について、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている200床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨やリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきである。（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問36））

9 栄養改善加算の見直し

管理栄養士1名以上の配置が要件とされている取扱を改め、外部の管理栄養士*の実施でも算定可能に見直しがされました。

※他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーションとの連携

※栄養ケア・ステーションの範囲は、公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養士会栄養ケア・ステーション」に限る。

10 栄養スクリーニング加算の創設

栄養スクリーニング加算（新設）⇒5単位/回（※6月に1回を限度とする。）

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設します。

（1）算定要件

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

（2）留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び参考様式等が示されてますので、併せて御確認ください。

「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等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31日老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知）」

Q&A

当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

⇒ サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問30））

1 基準条例等の改正

(1) 介護医療院での通所リハビリテーションの実施

介護医療院で（介護予防）通所リハビリテーションの「みなし指定」を受けることができるようになりました。

(2) 管理者の責務

管理代行者として必要な管理の代行をさせることができる職員の資格が拡大され、「言語聴覚士」が追加になりました。

(3) 保険医療機関における短時間リハビリテーション実施時の人員要件等の緩和

保険医療機関で短時間のリハビリテーションを提供する際の面積要件及び人員要件が緩和されました。

介護保険のリハビリテーション	医療保険のリハビリテーション
<ul style="list-style-type: none"> 通所リハビリテーション (1時間以上2時間未満に限る) 介護予防通所リハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患等リハビリテーション料 廃用症候群等リハビリテーション料 運動器リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料

【面積要件の緩和】

介護保険のリハビリテーションの利用者と医療保険のリハビリテーションの患者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースで行うことができます。

この場合に通所リハビリテーションを行うために必要な面積は、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、介護保険のリハビリテーションの利用者×3㎡ 確保する必要があります。

【人員要件の緩和】

介護保険のリハビリテーションと医療保険のリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は介護保険、医療保険両方のリハビリテーションに従事することができます。

※ ただし、「医療保険のリハビリテーション」に従事している時間は、人員基準の「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人又はその端数を増すごとに1以上確保されていること。」と、リハビリテーション提供体制加算の算定要件の人員に含めることはできません。

(4) 保険医療機関における設備要件の緩和

改定前は、1時間以上2時間未満のリハビリテーション実施時のみ、必要な機器及び器具を共用できましたが、改定後はサービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用できるようになりました。

(5) 通所リハビリテーション計画の作成

- 指定通所リハビリテーション計画は、「指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療」に基づいて作成されることが追加されました。
- 通所リハビリテーション計画書の作成に当たって、その内容説明と利用者の同意を得ることを、「医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」が行えることになりました。

2 基本報酬の見直し

通所介護の基本報酬が、規模ごとにメリハリをつけて見直されたこと等を踏まえ、通所リハビリテーションの基本報酬も、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮し、見直されました。

○ 基本報酬の見直し

【例】通常規模型リハビリテーション費（要介護3の場合）

現行		改定後
3時間以上4時間未満	596 単位/回	⇒ 3時間以上4時間未満 596 単位/回
4時間以上6時間未満	772 単位/回	⇒ 4時間以上5時間未満 681 単位/回
		5時間以上6時間未満 799 単位/回
6時間以上8時間未満	1022 単位/回	⇒ 6時間以上7時間未満 924 単位/回
		7時間以上8時間未満 988 単位/回

【例】介護予防通所リハビリテーション費

現行		改定後
要支援1	1812 単位/月	⇒ 1712 単位/月
要支援2	3715 単位/月	⇒ 3615 単位/月

3 時間延長サービス加算の見直し

基本報酬が1時間ごとに細分化されたことに伴い、時間延長サービス加算は7-8のサービス提供時間の事業所のみ算定ができるようになりました。

改定前

日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間6時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合



改定後

日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間7時間以上8時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合

4 リハビリテーション提供体制加算 【介護予防は含まない】

リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価します。

(1) 算定要件

- リハビリテーションマネジメント加算（I）から（IV）までのいずれかを算定していること。
- 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

5 栄養改善加算の算定要件の見直し

管理栄養士 1 名以上の配置が要件とされている取扱を改め、外部の管理栄養士*の実施でも算定可能に見直しがされました。

※他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーションとの連携

※栄養ケア・ステーションの範囲は、公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養士会栄養ケア・ステーション」に限る。

Q&A

通所サービスにおいて栄養改善加算を算定している者に対して管理栄養士による居宅療養管理指導を行うことは可能か。

⇒ 管理栄養士による居宅療養管理指導は通院又は通所が困難な者が対象となるため、栄養改善加算の算定者等、通所サービス利用者に対して当該指導を行うことは想定されない。
(平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (vol.1 問 34))

6 栄養スクリーニング加算の新設

栄養スクリーニング加算（新設）⇒5 単位/回 （※6 月に 1 回を限度とする。）

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設することとなりました。

(1) 算定要件

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中 6 か月ごとに栄養状況について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有すること。

(2) 留意事項通知

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

ポイント

下記通知にて、事務処理手順及び参考様式等が示されてますので、併せて御確認ください。

「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等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31日老発第0331009号厚生労働省老健局老人保健課長通知）」

Q&A

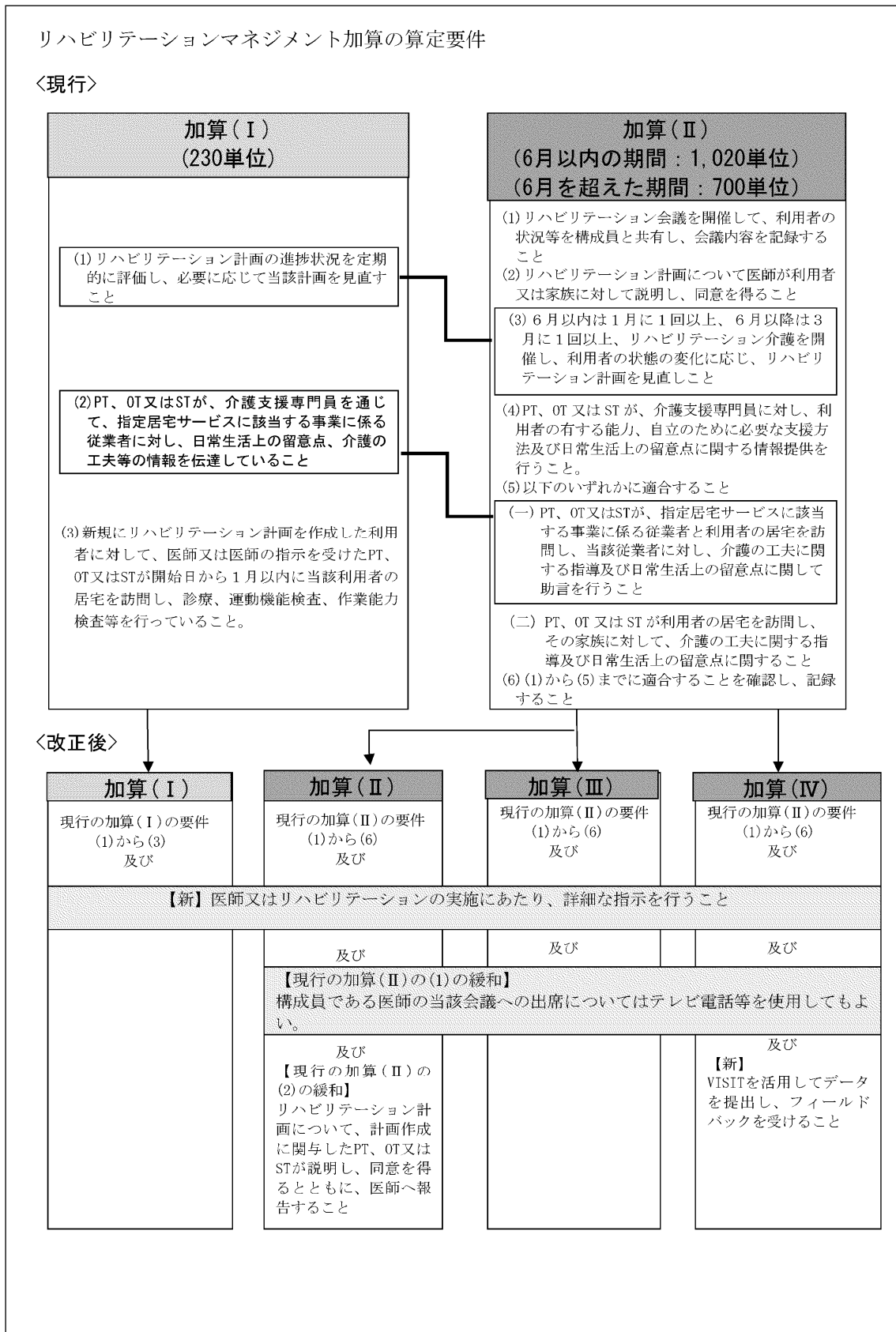
当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

⇒ サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

（平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1 問30））

7 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）の見直し

現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定要件が見直され区分が（Ⅰ）～（Ⅳ）に細分化されました。



(1) 医師の指示の明確化等 【(I)～(IV)が対象】

事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該リハビリテーションの目的に加え、次の項目のうちいずれか1以上の指示を当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し行うことが算定要件として明確化されました。

- 当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項
- やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準
- 当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等

(2) 3月以上の継続利用が必要な理由の記載 【(I)～(IV)が対象】

医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載することとされました。

(3) リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、改定前の加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととなりました。

見直された項目	対象
「リハビリテーション会議」への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよい。	(II)～(IV)
「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」がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できる。	(II)
過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよい。	(II)～(IV)

(4) リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価【(IV)が対象】

リハビリテーションの質の更なる向上のために、指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出していることを評価することとされました。

ポイント

下記通知にて、VISIT の参加登録方法等、加算の詳細が示されていますので、併せて御確認ください。

「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 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）」

リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

⇒ 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。

例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1 問52))

8 介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入することとなりました。

ただし、要支援者が対象となることから、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入することとなりました。

(1) 算定要件

- 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれ1以上の指示を行うこと。
- おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
- 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、従業員に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。

9 介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算が、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設されました。

3月以内	900単位/月	【新設】
3月超、6月以内	450単位/月	【新設】

※ 当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6日間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数から減算する。

10 主な指導事例（通所リハビリテーション）

- （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。
- （2）併設事業所の業務を兼務している従業者について、各業務に従事した時間帯が確認できなかった。
- （3）サービス提供時間が異なる2の事業所として指定を受けているにもかかわらず、事業所ごとのリハビリテーション従業者の配置状況が確認できなかった。
- （4）デイルームの一部が物置になっていた。
- （5）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使用していた。
- （6）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。
- （7）通所リハビリテーション計画の目標・援助内容等が、パターン化して作成されていた。

3-1

居宅介護支援・介護予防支援共通

1 運営に関する基準について

○《変更》障害福祉サービスとの連携の確保について

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

○《新設》内容及び手続の説明及び同意

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

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

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

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

2 居宅サービス計画（介護予防計画）と個別サービス計画との連動

事例

- ① サービス提供事業所へ個別サービス計画の求め及び提出がなされていなかったことで、計画したサービスの内容の整合性の確認を行っておらず、加算の要件を満たしていないことに気が付かずに給付管理を行ったため、後日、サービス提供事業者が過誤調整を行った。

○担当者に対する個別サービス計画の提出依頼等

⇒ 居宅サービス計画等と個別サービス計画との連動性を高め、指定居宅介護支援事業所

等と指定居宅サービス事業所等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、訪問介護等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、確認してください。

⇒ サービス担当者会議の前に居宅サービス計画等の原案を各サービス担当者に提供するとともに、サービス担当者会議の際に、各個別サービス計画の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効です。

⇒ 居宅療養管理指導事業所から、居宅療養管理指導に関する情報提供及び助言等があった場合は、居宅サービス計画等を居宅療養管理指導事業者の担当者に交付してください。

3 居宅サービス計画等の適正化について

事例

- ① 集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていなかった。
- ② 事業所等の意向に沿って、居宅サービス計画が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かった。
- ③ 特定のサービスや事業所のサービスを利用させるために、担当や事業所を変えさせられた。

○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、利用者の自立した日常生活の支援をするための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。

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

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している。
- ・薬の服用を拒絶している。使い切らないうちに新たに薬が処方されている。
- ・口臭や口腔内出血がある。

- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある。
- ・食事量や食事回数に変化がある。
- ・下痢や便秘が続いている。
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある。
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況である。 など

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

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

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

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

⇒ 提供されたサービスが利用者の要介護状態の軽減、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。

4 要支援・要介護をまたがる変更時の対応

事例

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

○要支援・要介護をまたがる変更があった場合

⇒ 要介護認定申請中で、要支援・要介護どちらにもなる可能性がある場合には、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所とで利用者に関する情報を共有し、緊密に連携を図る必要があります。

⇒ 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回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。

5 軽度者に対する福祉用具貸与

事例

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

○要支援1・2、要介護1の者に対する一部福祉用具の制限

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

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

○軽度者に対する対象外種目貸与の例外

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

＜対象外種目の貸与をする場合の手続き＞

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

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

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

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

○市町村への確認が必要な場合の介護報酬の算定について

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

※ 軽度者に対する福祉用具貸与について、「1-3 福祉用具貸与／特定福祉用具販売（介護予防）」の「9 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の i) から iii) に変更が生じたとき。

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

(2) 貸与する福祉用具の追加・変更が生じたとき

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

再度の確認は不要な例：	従来使用していた電動ベッドが故障したことによる機種変更等
再度の確認が必要な例：	従来使用していた電動ベッドに加えて、付属品のサイドレールを追加した場合等

(3) 当該被保険者が更新認定・区分変更認定を受けたとき。

○指定福祉用具貸与事業者への情報提供について

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

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

⇒《変更》 貸与価格の上限設定等について

福祉用具貸与について、平成30年10月から国により全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が行われることとなりました。詳しくは、【1-3】3に記載しておりますので、御参照ください。

6 住宅改修が必要な理由書

事例

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

○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のではなく、住宅改修を行う際の「アセスメントシート」としての役割があります。

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

7 宿泊サービスについて

○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。

3-2

居宅介護支援

1 サービスの選択

事例

- ① 特定事業所集中減算の判定結果において、80%を超えているにもかかわらず川崎市に届出を行っていなかった。
- ② 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。
- ③ 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。

○公正中立なサービス提供の推進

⇒ 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の選択に資するよう、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、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって、複数の指定介護サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応し、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の選択・事業所の選択

⇒ 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なりません。

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する必要があります。

⇒ 利用者の自由な選択を阻む行為は基準違反となります。【3-1】3を御参照ください。
※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みます。

⇒ 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対象サービスの見直し》

居宅介護支援の給付管理の対象となる、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与又は地域密着型通所介護について、正当な理由がないにもかかわらず、同一の事業者によって提供されたものの占める割合が80%を超えているサービスがある場合には、減算の対象となります。

※平成30年度から判定対象となるサービスが見直され、以下のサービスは対象から除外されました。

訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、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)、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)、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ます。)又は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)

⇒ 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。

⇒正当な理由の範囲の例示(老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知より抜粋)

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
(例1) 訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。
(例2) 訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として4事業所が所在する地域の場合は、訪問介護及び通所介護それぞれについて紹介率最高法人を位置づけた割合が、80%を超えた場合でも減算は適用されない。
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど、事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
(例) 訪問介護が位置付けられた計画件数が1月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が1月当たり平均20件の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。
- ⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合
(例) 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。
- ⑥ その他正当な理由と市町村長が認めた場合

2 人員及び運営に関する基準

○質の高いケアマネジメントの推進

⇒〈新設〉管理者の要件の見直し

管理者は、主任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、次の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

※管理者の要件については、平成33年3月末まで経過措置期間が設置されます。

○地域における人材育成を行う事業者に対する評価

⇒〈変更〉特定事業所加算の見直し

特定事業所加算は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とした加算となります。

特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）の対象となる事業所については、

- ・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
- ・常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されており、他法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会や研究会の取組を自ら率先して実施するなどいけばモデル的な居宅介護支援事業所であることが必要となります。

また、特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していくことが必要となります。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定める必要があります。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定することが求められています。

⇒〈新設〉特定事業所加算（Ⅳ）について ※平成31年度から施行

特定事業所加算の算定要件に加えて、日頃から医療機関等との連携に関する取組を、より積極的に行う事業所であり、専門性の高い人材の確保・医療・介護連携への積極的な取り組み等を総合的に実施し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とした加算となります。

要件1 退院・退所加算の算定実績について

退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数が、特定事業所加算（Ⅳ）を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上の場合に要件を満たすこと。

要件2 ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について

ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所加算（Ⅳ）を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、算定回数が5回以上の場合に要件をみたすこと。

要件3 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定実績について

特定事業所加算（Ⅳ）の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが、必要となります。本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、加算の見直しを行うことについての趣旨に合致した適切な運用を図ることが必要です。

【注意】 特定事業所加算（Ⅳ）は、質の高いケアマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであることから、他の要件を満たす場合であっても、特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）のいずれかを算定していない月は特定事業所加算（Ⅳ）の算定はできません。

○医療と介護の連携の強化

⇒**《新設》**訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスの利用希望がある場合、その他必要な場合には**利用者の同意を得たうえで**主治の医師等の意見を求めること、また、居宅サービス計画を作成した際は、作成したサービス計画を医師等に交付することが義務付けられています。

⇒**《変更》**入院時情報連携加算について

① 入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が入院してから**3日以内**に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定できます。

② 入院時情報連携加算（Ⅱ）

利用者が入院してから**4日以上7日以内**に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定できます。

⇒退院・退所加算について（初回加算算定の場合は算定しない）

退院・退所加算の種類	加算算定要件
退院・退所加算（Ⅰ）イ	病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	病院等の職員からの情報収集をカンファレンスによる方法で1回行っている場合
退院・退所加算（Ⅱ）イ	病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	病院等の職員からの情報収集を2回行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合
退院・退所加算（Ⅲ）	病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合

⇒ その他の留意事項

① 上記に規定するカンファレンスは以下のとおりとなります。

（老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知より）

施設等名	算定区分に規定するカンファレンス
病院又は診療所	診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの。
地域密着型介護老人福祉施設	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号。以下このロにおいて「基準」という。）第134条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への

	<p>情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第131条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。</p>
介護老人福祉施設	<p>指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号。以下このハにおいて「基準」という。）第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。</p>
介護老人保健施設	<p>介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第40号。以下このニにおいて「基準」という。）第8条第6項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。</p>
介護医療院	<p>介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年1月18日厚生労働省令第5号。以下このホにおいて「基準」という。）第12条第6項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第4条に掲げる介護医療院に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。</p>
介護療養型医療施設 （平成35年度末までに限る）	<p>健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第三百十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号。以下このヘにおいて「基準」という。）第9条第5項に基づき、患者に対する指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護療養型医療施設に置くべき従業者及び患者又はその家族が参加するものに限る。</p>

- ② 同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定します。
- ③ 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとします。
- ④ カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付することが必要です。

○《新設》ターミナルケアマネジメント加算について

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する加算となっています。

- (1) 在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとなりますが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとします。
- (2) 1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定可能。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとします。
- (3) ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録する必要があります。
 - ① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
 - ② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録
- (4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等について、加算を算定することができます。

3 居宅介護支援の取扱件数と担当件数

事例

- ① 介護支援専門員1人当たりの担当件数が川崎市基準条例上35人とされているところ40人と誤認識し、支援経過記録の漏れや記録の遅延などのケアマネジメント業務に支障をきたしていた。
- ② 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。
- ③ 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。

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

【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「実感がわく内容」「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】参照）

○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、○か月後には「～まで改善したい」、○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。

○《新設》訪問回数の多い利用者への対応 ※平成30年10月1日より施行

⇒ 訪問回数の多いサービス計画について、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、必要に応じて是正を促すことが適当であり、やむを得ず、介護支援専門員が、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合は、その利用の妥当性を検討し当該サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに川崎市に届出が必要です。

また、川崎市は届出された計画の検証を行い、必要に応じて介護支援専門員に対し、上記の観点から、サービス内容の是正を促す場合があります。

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た。
- ④ 当該居宅サービス提供開始後に同意を得ていた。

○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専門的意見の聴取

⇒ 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、原則として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るがあります。

ただし、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、照会を行ったこと及び内容については記録を残してください。

※ サービス担当者会議の開催にあたって、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。

⇒《新設》末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスが簡素化されました。

末期の悪性腫瘍の利用者とは、主治の医師等が、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において主治の医師等の助言を得たうえで、介護支援専門員が、サービス担当者に対して照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定しています。（主治の医師等の助言については、内容等記録を残してください。）

また、ここでいう主治の医師等とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、利用者又はその家族等に確認する方法等により適切に対応することが求められています。

さらに、サービス種類や利用回数の変更等、利用者の状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、関係者を招集したうえで、予測される状態変化と支援の方向性について、関係者間で共有しておくことが望ましいとされています。

⇒ 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。

○利用者への説明と同意

⇒ 居宅サービスの開始にあたっては、前述のサービス担当者会議後、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、理解が得られるよう、あらかじめ、文書に加えて口頭で説明を丁寧に行い、文書による同意を得る必要があります。

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ことが必要です。また、居宅サービスが開始されてからの説明・同意とならないよう御注意ください。

★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られ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交付が大幅に遅れた。
- ④ 居宅サービス計画に位置づけられている個別サービス計画の提出を求めていなかった。

○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（モニタリング）

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。

○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、次の方法のとお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性が高い内容ではないと判断したこと及びその理由等を、支援経過記録等に残す必要があります。

＜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。
- ② 利用者が、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう介護支援専門員に対して求めることや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所の選定理由を介護支援専門員へ求めることができることについての説明と同意を得ていなかった。

【資料3-1参照】

○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>

<p>《新設》 居宅介護支援提供開始時の説明と同意</p>	<p>① 複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう介護支援専門員に対して求めることができる旨を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ていない場合</p> <p>② 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所の選定理由の説明を介護支援専門員へ求めることができる旨を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ていない場合</p>
<p>居宅サービス計画の新規作成及びその変更の場合</p>	<p>③ 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</p> <p>④ サービス担当者会議を適切に開催していない場合</p> <p>⑤ 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</p>
<p>サービス担当者会議の開催について</p>	<p>⑥ 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</p> <p>ア 居宅サービス計画の新規作成時</p> <p>イ 要介護更新認定時</p> <p>ウ 要介護区分変更認定時</p>
<p>モニタリングについて</p>	<p>⑦ 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</p> <p>⑧ 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</p>

1 目標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、「目標志向型」の計画を作成することが求められています。目標志向型の計画を作成する上で重要なのは、以下の点です。

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

2 介護予防ケアマネジメントの留意事項

○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、利用者や家族、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。

○《新設》介護予防サービス計画の実施状況等の把握(モニタリング)の留意事項

- ⇒ 担当者は設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化に留意し、実施状況の把握（継続的なアセスメント等のモニタリング）を行い、必要に応じて計画の変更等を行っていきます。
- ⇒ 利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師等が医療サービスの必要性を検討するにあたり有効な情報であることから、担当職員が、医師等に対し、助言が必要と判断したものについて、提供するものとします。
（【3-1】3参照）
- ⇒ 担当職員は、あらかじめ利用者の同意を得た上で、主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等との、より円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した介護予防サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に提供する必要があります。

○予防給付のサービス選択にあたっての留意事項

- ⇒ 利用者が介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護について利用を希望している場合は、主治の医師等の指示があることを確認しなければなりません。
- ⇒ 介護予防訪問介護については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策等のサービスが利用できない状況の場合、介護予防ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される必要があります。
利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては、訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持向上に資するかかわり方を探求する姿勢と技量が求められます。
- ⇒ サービスの選択について、利用者自身が主体的に意欲をもって介護予防に取り組むことを基本に支援を行うため、利用者から介護予防サービス計画案の作成にあたって、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には、サービスの内容、利用料等の情報を提供するなど誠実に対応するとともに、介護予防サービス計画案を利用者に提示する際には、不当に偏った情報を提供するようなことや利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる介護予防サービス原案を提示してはなりません。（【3-1】3を御参照ください）

3 人員基準

○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。

○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、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。(○)

○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 人員に関する基準

○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、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者

(2) 認知症対応型サービス事業開設者研修修了者

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。

ポイント

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

○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。（サテライト型の管理者は本体事業所の管理者をもって充てることができます。）

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) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者

○当該事業所の他の職務

○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

◆介護医療院

◆介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る。）

○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（当該事業所が、指定夜間対応型訪問介護、指定訪問介護又は指定訪問看護の事業を一体的に運営している場合の当該事業に係る職務を含む。）

(2) 指定複合型サービス事業所

○当該事業所の他の職務

○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

◆介護医療院

◆介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る。）

○当該事業所が健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合、当該事業所の管理者又は従業者としての職務

⇒ 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、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定複合型サービス等の職員若しくは訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者

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

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

ア 平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了している者

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

（※）指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者であった者については、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、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。）又は介護医療院の職務に従事できます。

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

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

2 設備に関する基準

○登録定員及び利用定員

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

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

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

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

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

ただし、利用者の様態・希望等により特に必要と認められる場合（登録者の介護者が急病等のため事業所においてサービスを提供する必要性が生じた場合や、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員が一堂に会するのに十分な広さを確保してください。

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

（2）宿泊室

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

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

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

（3）浴室

（4）消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

（5）その他必要な設備及び備品

例：個人情報保護のための鍵付きの書庫、感染症予防に必要な設備等

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 地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定小規模多機能型居宅介護事業者に支払われる地域密着型介護サービス費を控除して得た額の支払を利用者から受けていなかった。

ポイント

○利用者等から徴収することができない費用

⇒ 利用者から徴収することができる費用は、基本的には「1-7 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：排せつ介助に使用のお尻拭き、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

※1 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。

※2 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。

◆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

ポイント

◆運営推進会議の合同開催について

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

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

- (1) 利用者及び利用者家族については、匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。

(2) 同一の日常生活圏域内(※)に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成が促進される範囲で、地域の実情に合わせ、市区町村区域の単位等内に所在する事業所であること。

(※) 本市では、人口分布や介護基盤の整備状況などを総合的に勘案して、行政区の7か所を「日常生活圏域」としています。

○自己評価と外部評価

⇒ (看護)小規模多機能型居宅介護事業者は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検(自己評価)を行い、当該自己評価の結果について、運営推進会議による評価(外部評価)を受けなければなりません。

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

(1) 事業所のすべての従業員が、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。

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。

○定員の遵守と定員超過減算について

⇒ 運営規程に定める登録定員を上回る高齢者を登録(※)させている場合、登録を上回った翌月から解消されるに至った月まで、利用者等の全員について指定地域密着型サービス介護(予防)給付費単位数表の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を算定しています。

(※) 登録者の数は、1月間(暦月)の全登録者の延数を当該月の日数で除して得た数となります。また、その数に小数点以下がある場合は切り上げとなります。

【定員超過減算と定員の遵守との関係について】

1日当たりの同時に通いサービス又は宿泊サービスの提供を受けることができる定員を超えてサービス提供を行った場合でも減算等の定めはありません。ただし、密着基準条例において、通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を超えてサービスの提供を行ってはならないとされておりますので、緊急やむを得ない場合等を除き、利用定員の範囲内で通いサービス及び宿泊サービスの提供をしてください。

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

(2) 看護職員又は介護支援専門員の人員基準欠如

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

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

(3) 夜勤職員・宿直職員・サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の訪問サービスの提供に当る者の人員欠如

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

※ 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。

4-2

小規模多機能型居宅介護（介護予防）

1 介護従業者

○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、「4-1 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 <u>以外</u>	通い	常勤換算方法で、通いサービスの利用者の数が3人又はその端数を増すごとに1人以上
	訪問	常勤換算で1人以上 (サテライト型事業所にあつては1人以上)
夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1人以上及び宿直勤務に当たる者を1人以上 (サテライト型事業所にあつては、宿直勤務に当たる者を置かないことができる)	

注1) 「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる(小数点第2位切上げ)。

注2) 宿泊サービスの利用者がいない場合であつて、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。

⇒ 介護従業者のうち、1人以上は常勤でなければなりません。

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

- 認知症対応型共同生活介護事業所
- 地域密着型介護老人福祉施設
- 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)
- 地域密着型特定施設
- 介護医療院

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

2 小規模多機能型居宅介護の取扱方針

○基本取扱方針

⇒ 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、目標を設定し、計画的に指定小規模多機能型居宅介護の提供を行わなければならない。また、提供する指定小規模多機能型居宅介護については質の評価を行い、その結果を公表し、常に改善を図らなければなりません。

○具体的取扱方針

⇒ 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

○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。
- 計画の作成に当たつては、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つては、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つた場合は、これを提供することに協力してください。**

【参考】

小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員等は、小規模多機能型居宅介護計画の作成のほか、居宅サービス計画の作成も義務付けられていますが、必ずしも別々の作成まで求めたものではありませんので、各々の計画に求められております内容等が網羅された帳票などを使用し、作成することでも差し支えありません。

4 加算等

○若年性認知症利用者受入加算（新設） 800 単位（予防 450 単位）

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

【要件】次のいずれにも適合していること。

(1) 受け入れた若年性認知症利用者（※）ごとに個別の担当者を定めること。

(2) 認知症加算を算定していないこと。

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

○生活機能向上連携加算（新設）

⇒ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算が創設されました。

(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100 単位（予防も同じ。）

- ① 介護支援専門員が指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（※）（病院にあっては認可病床数が 200 床未満のもの又は当該病院を中心として半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この加算及び生活機能向上連携加算（Ⅱ）において「理学療法士等」という。）の助言を受けていること。
- ② 上記助言に基づき、小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づき指定小規模多機能型居宅介護を提供していること。
- ③ 小規模多機能型居宅介護計画には、生活アセスメントの結果のほか、以下の内容が記載されていること。
 - イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - ロ 3 月を目途とする達成目標（※）
 - ハ ロを達成するための各月の目標（※）
 - ニ ロ及びハの目標を達成するために従業者等が行う介助等の内容
- ④ 小規模多機能型居宅介護計画の目標には、生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していること。
- ⑤ 3 月経過後、目標の達成度合いを利用者及び理学療法士等に報告していること。

(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位(予防も同じ。)

- ① 利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(※)(病院にあっては認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。)の理学療法士等が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により、当該理学療法士等と利用者の状況等の評価を共同で行い、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成していること。
- ② 上記理学療法士等と連携し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を提供していること。
- ③ 小規模多機能型居宅介護計画には、生活アセスメントの結果のほか、以下の内容が記載されていること。
 - イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - ロ 3月を目途とする達成目標
 - ハ ロを達成するための各月の目標
 - ニ ロ及びハの目標を達成するために従業者等が行う介助等の内容
- ④ 小規模多機能型居宅介護計画の目標には、生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定していること。
- ⑤ 毎月、目標の達成度合いを利用者及び理学療法士等に報告していること。
- ⑥ 必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び3月を目途とする達成目標を踏まえた適切な対応をしていること。

ポイント

- リハビリテーションを実施している医療提供施設とは
- 診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院
 - 診療所 ●介護老人保健施設 ●介護療養型医療施設
 - 介護医療院

○栄養スクリーニング加算(新設) 5単位 (予防も同じ。)

⇒ 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を共有した場合の評価が創設されました。

【要件】次のいずれにも適合していること。

- (1) 定員・人員基準に適合していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態(※)について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を担当介護支援専門員に提供していること。

(※) BMI、体重、血清アルブミン値、食事摂取量
- (3) 栄養スクリーニングを継続的に実施していること。

4-3

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

○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、「4-1 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 (サテライト型事業所にあつては2以上)
夜間及び深夜の時間帯	夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務に当たる者を1人以上 宿直勤務に当たる者を1人以上 (サテライト型事業所にあつては、宿直勤務に当たる者を置かないことができる)	

注1)「利用者の数」は、前年度の平均値を用いる(小数点第2位切上げ)。

注2) 宿泊サービスの利用者がいない場合であつて、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備しているときは、夜勤及び宿直勤務に当たる者を置かないことができる。

⇒ 介護従業者のうち、**常勤換算方法で2.5人以上の者は、看護職員**(保健師、看護師又は准看護師)でなければならず、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)
- 地域密着型特定施設
- 介護医療院

⇒ 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事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、目標を設定し、計画的に指定小規模多機能型居宅介護の提供を行わなければならない。また、提供する指定看護小規模多機能型居宅介護については質の評価を行い、その結果を公表し、常に改善を図らなければなりません。

○具体的取扱方針

⇒ 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なければなりません。

⇒ 看護サービスの提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもってサービスの提供を行わなければなりません。そのため、新しい技術の習得等、研鑽を積むよう努めてください。

ただし、医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護（特殊な看護）等は、行ってはなりません。

ポイント

<主治の医師との関係>

看護サービスの提供は、主治医が発行する訪問看護指示書に基づいて行われなければなりません。また、主治医に対し、看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を提出し、看護サービスの提供に当たって、主治医と密接な連携を図らなければなりません。

3 看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書

○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（介護支援専門員を配置していないサテライト型事業所にあつては、研修修了者）が作成します。

計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるよう努めてください。

また、計画のうち、看護サービスに係る記載（利用者の希望、主治医の指示、看護目標及び具体的なサービス内容等）については、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士との密接な連携を図りながら作成する必要があります。

⇒ 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護計画を作成する必要があります。

作成した看護小規模多機能型居宅介護計画を基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行います。

⇒ 作成した小規模多機能型居宅介護計画は、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・ Disposable手袋などの衛生材料、注射器・注射針などの医療材料にかかる費用は、本来医療機関が提供するものであるため、利用者（患者）への実費請求はできません。

4 介護報酬算定に関する留意事項

○サテライト体制未整備減算（新設）（100分の97）

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

【要件】

- ◆ サテライト型看護小規模多機能型居宅介護事業所又は当該サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所において、訪問看護体制減算の届出をしている。

ポイント

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

○ サテライト体制未整備減算について

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

（答）その通り。

○若年性認知症利用者受入加算（新設）（800単位）

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

【要件】 次のいずれにも適合していること。

- （1）受け入れた若年性認知症利用者（※）ごとに個別の担当者を定めること。

(2) 認知症加算を算定していないこと。

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

○栄養スクリーニング加算(新設) (5単位)

⇒ 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を共有した場合の評価が創設されました。

【要件】次のいずれにも適合していること。

(1) 定員・人員基準に適合していること。

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

(※) BMI、体重、血清アルブミン値、食事摂取量

(3) 栄養スクリーニングを継続的に実施していること。

○ターミナルケア加算(変更) (2,000単位)

⇒ 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことが明示されました。

【要件】次のいずれにも適合していること。

(1) 24時間の連絡及び訪問看護を行なうことができる体制を整備している。

(2) 主治医との連携の下、ターミナルケア計画及び支援体制について、利用者及び家族に説明し、同意を得ている。

(3) ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が記録(※)されている。

(4) 死亡及び死亡日前14日以内に2日以上、ターミナルケアを実施(ターミナルケア実施後24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む。)

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

- ① 終末期の身体状況の変化及びこれに対する看護についての記録
- ② 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録
- ③ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及びその家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録
- ④ ③については、厚生労働省「人生最終段階における医療・ケアの結締プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携のうえ対応すること。

ポイント

- 厚生労働大臣が定める状態（厚労告九十四 五十五）の利用者に訪問看護を行っている場合は、死亡及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上を死亡及び死亡日前 14 日以内に 1 日以上と読替えることができます。
- 1 人の利用者に対し、算定できる事業所は 1 か所のみとなります。
- 当該加算を介護保険で支給した場合、同月に訪問看護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナル加算は算定できません。
- 1 の事業所において、死亡日及び死亡日前 14 日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ 1 日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナル加算を算定します。

○看護体制強化加算（変更）

⇒ 医療ニーズに対応できる介護職員との連携体制やターミナルケアの体制をさらに整備する観点から、ターミナルケアの実施及び介護職員等による喀痰吸引等の実施体制について、新たな区分として評価されることになりました。

（1）看護体制強化加算（Ⅰ）（3,000 単位）

⇒ 次のいずれにも適合していること。

- ① 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が 100 分の 80 以上であること。
- ② 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。
- ③ 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 20 以上であること。
- ④ 算定日の属する月の前 12 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が 1 名以上であること。
- ⑤ 登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出されていること。

（2）看護体制強化加算（Ⅱ）（2,500 単位）

⇒ 次のいずれにも適合していること。

- ① 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、主治の医師の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の占める割合が 100 分の 80 以上であること。

- ② 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 50 以上であること。
- ③ 算定日が属する月の前 3 月間において、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 20 以上であること。

○訪問体制強化加算（新設）（1,000 単位）

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

【要件】いずれにも適合していること。

- ① 訪問サービス（看護サービスを除く。）の提供にあたる常勤の従業者（保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く。）を 2 名以上配置していること。
- ② 提供日が属する月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が 1 月当たり 200 回以上であること。ただし、集合住宅に定小規模多機能型居宅介護事業所が併設している場合は、地域密着型サービス介護給付費単位数表の複合型サービスのイ（1）（※）を算定する割合が 100 分の 50 以上であって、かつ、イ（1）を算定する登録者に対する延べ訪問回数が 1 月当たり 200 回以上であること。

（※）同一建物に居住する利用者以外の者に対して行う場合

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

注 2）この加算は、区分支給限度基準額の算定に含まれません。

ポイント

◆「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A（Vol.1）」

○ 訪問体制強化加算について

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

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

4-4 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。

（※）訪問看護計画書及び訪問看護報告については記載項目が追加されています。また、記録書等が新たに追加されておりますので、必ずご確認ください。

○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。

ポイント

理学療法士等による訪問看護を提供する場合、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることの他、理学療法等が提供した訪問看護に関する利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有し、また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、看護職員と理学療法士等が連携し作成することを追加されました。

○訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（指定基準解釈通知 三 3（5））

①（略）

② 看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて、看護目標、具体的サービス内容等を記載する。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画に沿って訪問看護の計画を立案する。

③・④（略）

⑤ 訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況を踏まえて作成されなければならないものであり、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、看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その内容及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による指定訪問看護については、その訪問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ものであること等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。なお、交付した訪問看護計画書は、居宅基準第 73 条の 2 第 2 項の規定に基づき、2年間(※)保存しなければならない。※川崎市内の事業所においては、川崎市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第 78 条第 2 項第 2 号により 5 年間

⑥・⑦（略）

⑧ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供する内容についても、一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。

⑨～⑪（略）

注)「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)で示されている訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、作成者①、②が追加され、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を提供する場合には、「作成者①、②」の両方を記入することとされています。なお、作成者①は、保健師又は看護師となります。

◆「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)」

○訪問看護計画書等

問 26 指定訪問看護ステーションが主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとされたが、電子署名が行われていないメールや SNS を利用した訪問看護計画書等の提出は認められないということか。

(答) 貴見のとおりである。

問 27 訪問看護計画書等については、新たに標準として様式が示されたが、平成 30 年 4 月以前より訪問看護を利用している者についても変更する必要があるのか。

(答) 新たに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成するまでの間については、従来の様式を用いても差し支えないものとするが、不足している情報については速やかに追記するなどの対応をしていただきたい。

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、日中等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分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週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（保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）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、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士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。

ポイント

○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、間を空けて午後に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

ポイント

⇒ 理学療法士等による訪問看護を提供する際の留意点として、以下の内容が追加されました。

（1）訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携して作成すること。

（2）実施した看護・リハビリテーションの内容等は、毎回、訪問看護記録書等を用いて記録し、当該内容を事業所の看護職員等と共有すること。

（3）主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書は理学療法士等が実施した内容も一体的に含むこと。

（4）複数の事業所から訪問看護を受けている利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成するにあたっては、当該複数の事業所間において十分連携を図ったうえで作成すること。

（5）訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に当たっては、利用開始時（※1）及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的に看護職員の訪問（※2）により利用者の状態を適切に評価すること。

(※1) 利用開始時とは、利用者が過去2月間(暦月)において、当該事業所から訪問看護(医療保険の訪問看護を含む。)の提供を受けていない場合で、新たに訪問看護計画書を作成する場合となります。

(※2) 利用者の状態の変化等に合わせ、定期的に看護職員の訪問とは、主治医から訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態変化や家族等の環境の変化等の際の訪問となります。

◆「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)」

○ 理学療法士等による訪問看護について

問19 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士による訪問看護は、訪問看護事業所のうち訪問看護ステーションのみで行われ、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

(答) 訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下、理学療法士等という。)が訪問看護を行っている利用者の訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、当該訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が利用者等の情報を共有した上で、「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55号)に示す様式に準じて提供したサービス等の内容を含めて作成することとしており、これにより適切な訪問看護サービスが行われるよう連携を推進する必要がある。ただし、当該様式に準じたうえで、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等で異なる様式により作成することは差し支えないが、この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を踏まえ作成する必要がある。なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための手引き(平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業(全国訪問看護事業協会))」においても示されており、必要に応じて参考にしてください。

問20 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成することとあるが、どのように連携すればよいのか。

(答) 複数の訪問看護事業所により訪問看護が行われている場合については、それぞれの事業所で作成された計画書等の内容を共有するものとし、具体的には計画書等を相互に送付し共有する若しくはカンファレンス等において情報共有などが考えられるが、後者の場合にはその内容について記録に残すことが必要である。

問21 留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

(答) 訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が6月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

問 21 留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

(答) 訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が6月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

問 22 平成30年4月以前より理学療法士等による訪問看護を利用している者であって、かつ看護職員による訪問が概ね3ヶ月間に一度も訪問していない利用者について、利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問をする必要があるのか。

(答) 理学療法士等による訪問看護はその訪問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ものであることから、当該事業所の看護職員による訪問による評価がなされていない利用者については、速やかに当該事業所の看護職員の訪問により利用者の状態の適切な評価を要するものとする。

問 23 理学療法士等による訪問看護はその訪問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訪問ものであること等を説明した上で利用者の同意を得ることとなったが、同意書の様式はあるのか。また、平成30年4月以前より理学療法士等による訪問看護を利用している者について、同意を得る必要があるのか。

(答) 同意に係る様式等は定めておらず、方法は問わないが、口頭の場合には同意を得た旨を記録等に残す必要がある。また、すでに理学療法士等による訪問看護を利用している者についても、速やかに同意を得る必要がある。

8 精神科訪問看護・指導料等による訪問看護の利用者の取扱いについて

○利用者の取扱いについて

- ⇒ 精神科訪問看護・指導料等又は精神科訪問看護基本療養費の算定に係る医療保険による訪問看護の利用者は、医療保険の給付対象となります。
- ⇒ 当該医療保険の給付対象者に対しては、同一日に介護保険の訪問看護費を算定することはできません。
- ⇒ 月の途中で利用者の状態変化等により、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護（逆も同じ。）への変更は可能です。ただし、利用者の状態変化等が無いにもかかわらず恣意的に変更することはできません。

9 居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い

○訪問看護費の請求について

- ⇒ 居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護ではなく保健師又は看護師が訪問する場合には、所定単位数の100分の90を乗じていた単位数を算定してください。
また、居宅サービス計画上、保健師又は看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により保健師又は看護師ではなく准看護師が訪問する場合には、准看護師が訪問する単位数（100分の90）を算定してください
- ⇒ 居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合には理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の所定単位数を算定してください。
また、居宅サービス計画上、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問することとされている場合に、事業所の事情により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士ではなく准看護師が訪問する場合には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定してください。

10 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) 末期の悪性腫瘍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) 精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行なう場合

○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

(注) 入院中の患者以外の患者については、末期の悪性腫瘍等の患者及び退院直後の患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な場合又は精神科訪問看護基本療養費（認知症患者を除く。）は医療保険で算定可能とされています。

また、入院中の患者のうち、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護についても、末期の悪性腫瘍及び精神科訪問看護基本療養費（認知症患者を除く。）は医療保険で算定可能とされています。

○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。

11 加算等

○基本報酬の見直し

⇒指定訪問看護ステーションの場合

	<改正前>	<改正後>
	共通	訪問看護（介護予防）
20分未満	310単位	311単位（300単位）
30分未満	463単位	467単位（448単位）
30分以上 1時間未満	814単位	816単位（787単位）
1時間以上 1時間30分未満	1,117単位	1,118単位（1,080単位）
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合	302単位	296単位（286単位）

⇒病院又は診療所の場合

	<改正前>	<改正後>
	共通	訪問看護（介護予防）
20分未満	262単位	263単位（253単位）
30分未満	392単位	396単位（379単位）
30分以上 1時間未満	567単位	569単位（548単位）
1時間以上 1時間30分未満	835単位	836単位（807単位）

○訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し

⇒理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

<改定前>	<改定後>	
	訪問看護	介護予防訪問看護
302 単位/回	296 単位/回	286 単位/回
※1日3回以上の場合は 90/100	※1日3回以上の場合は 90/100（変更なし）	

注) () 内の単位は介護予防訪問看護費

○看護体制強化加算

⇒ 看護体制強化加算については、平成 29 年度までは緊急時訪問看護加算等の算定者の割合の算出期間を3か月としていましたが、月の変動による影響を抑える観点から、算定期間を6か月に見直しました。また、ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合については、新たな区分を設けて評価することとしました。

⇒ 地域における訪問看護体制整備の取組の推進を図るために、医療機関と訪問看護ステーションが相互に連携することを明示することとしました。

(1) 看護体制強化加算 (I) 600 単位

⇒ ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合について、新たな区分が創設されました。

イ 看護体制強化加算 (I)

(1) 算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。

(2) 算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であること。

(3) 算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上であること。

(2) 看護体制強化加算 (II) 300 単位

(1) イ(1)及びイ(2)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 算定日に属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること。

注) 介護予防看護体制強化加算については、もともとターミナルケア加算の算定者数の要件を課していないことから、加算(II)300単位/月相当のみ設け、加算名は「看護体制強化加算」から変更しない。

ポイント

◆算定要件（１）（２）における利用者の占める割合の算出方法（老企３６）

（１）（緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数）÷（指定訪問看護事業所における実利用者の総数） $\geq 50/100$

（２）（特別管理加算を算定した実利用者数）÷（指定訪問看護事業所における実利用者の総数） $\geq 30/100$

◆（老企３６第２の４（２４））

①～④（略）

⑤ 看護体制強化加算の算定に当たっては、医療機関の連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

⑥（略）

◆「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A（Vol.1）」

○ 看護体制強化加算について

問 9 看護体制強化加算の要件として、「医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。」ことが示されたが、具体的にはどのような取組が含まれるのか。

（答）当該要件の主旨は、看護体制強化加算の届出事業所においては、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みが期待されるものとして示されたものであり、例えば、訪問看護ステーション及び医療機関の訪問看護事業所間において相互の研修や実習等の受入、地域の医療・介護人材育成のための取組等、地域の実情に応じた積極的な取組が含まれるものである。

問 10 留意事項通知における「前6月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること」とは、例えば、1～6月にかけて継続して利用している利用者Aは1人、1月に利用が終了した利用者Bも1人と数えるということが良いか。

(答) 貴見のとおりである。具体的には下表を参照のこと。

例) 特別管理加算を算定した実利用者の割合の算出方法

【サービス提供状況】7月に看護体制強化加算を算定

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
利用者A	○	○	○	○	○	○
利用者B	◎(I)					
利用者C			○	(入院等)	(入院等)	◎(II)

○指定訪問看護の提供が1回以上あった月

◎特別管理加算を算定した月

【算出方法】

① 前6月間の実利用者の総数 = 3

② ①のうち特別管理加算(I)(II)を算定した実利用者数 = 2

→ ①に占める②の割合 = $2/3 \geq 30\%$ …算定要件を満たす

※ 平成27年度報酬改定Q&A (vol.1) (平成27年4月1日) 問23は削除する。

問 11 仮に、7月に算定を開始する場合、届出の内容及び期日はどうなるのか。

(答) 看護体制強化加算の算定にあたっては「算定日が属する月の前6月間」において特別管理加算及び緊急時訪問看護加算を算定した実利用者の割合を算出する必要がある。仮に、7月に算定を開始する場合は、6月15日以前に届出を提出する必要があるため、6月分は見込みとして1月・2月・3月・4月・5月・6月の6月間の割合を算出することとなる。なお、6月分を見込みとして届出を提出した後に、加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	15日以前に届出が必要。届出日以降分は見込みで割合を算出する。	算定月

問 12 平成30年3月時点で看護体制強化加算を届出しているが、平成30年4月以降も看護体制強化加算を算定する場合については、実利用者の割合の算出方法が変更になったことから、新たに届出が必要となるのか。

(答) 貴見のとおりである。新たな算出方法で計算したうえで改めて届出する必要がある。なお、3月分を見込みとして届出を提出した後に、新たに加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

問 13 平成30年4月から算定する場合には、平成29年10月からの実績を用いることになるのか。

(答) 貴見のとおりである。

問 14 1つの訪問看護事業所で看護体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を同時に届出することはできないが、例えば、加算（Ⅱ）を届出している事業所が、加算（Ⅰ）を新たに取り換える場合には、変更届けの提出が必要ということでしょうか。

(答) 貴見のとおりである。

○緊急時訪問看護加算

⇒ 中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、24時間体制のある訪問看護事業所の体制について評価を行います。

⇒ 24時間対応体制にある訪問看護事業所からの緊急時訪問を評価します。具体的には、早朝・夜間・深夜の訪問看護に係る加算について、2回目以降の緊急時訪問において、改定前は一部の対象者（特別管理加算算定者）に限り算定可能でしたが、この対象者について拡大しました。

	<改定前>	<改定後>
訪問看護ステーション 緊急時訪問看護加算	540 単位/月	⇒ 574 単位/月
病院又は診療所 緊急時訪問看護加算	290 単位/月	⇒ 315 単位/月

注) 介護予防訪問看護も同単位

ポイント

訪問看護事業所が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合に算定します。(厚告19、老企36)

○ 「24時間連絡できる体制」とは、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制をいいます。(厚労告95)

○ 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合には、居宅サービス計画の変更が必要です。

○複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し

⇒ 訪問看護における複数名訪問加算について、医療保険での取扱いを踏まえ、同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し、役割分担をした場合の評価の区分を新たに創設しました。

<改定前>

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合

- ・30分未満の場合 254 単位
- ・30分以上の場合 402 単位

<改定後>

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合

(1) 複数名訪問加算 (I) (変更なし)

- ・30分未満の場合 254 単位
- ・30分以上の場合 402 単位

看護師等と看護補助者(※)が同時に訪問看護を行う場合

(2) 複数名訪問加算 (II) (新設)

- ・30分未満の場合 201 単位
- ・30分以上の場合 317 単位

(※) 看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に療養生活上の世話の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者とされ、資格は問いません。

注1) 複数名訪問加算 (I) と複数名訪問加算 (II) は同一月に算定することができません。

注2) 複数名訪問加算 (I) と複数名訪問加算 (II) の算定回数の上限はありません。

注3) 看護師等とは、保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士となります。

注4) 介護予防訪問看護も同単位

ポイント

- 同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったとき又は看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったときは、複数名訪問加算として算定できます。(厚告19)
- 複数名訪問加算は、体重が重い利用者を1人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、1人で訪問看護を行うことが困難な場合に算定を認めるものであり、これらの事情がない場合に、単に2人で訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできません。(老企36)

◆ 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

○ 複数名訪問加算について

問 15 訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が看護職員と一緒に利用者宅を訪問しサービスを提供した場合に、基本サービス費はいずれの職種の報酬を算定するのか。この場合、複数名訪問加算を算定することは可能か。

(答) 基本サービス費は、主に訪問看護を提供するいずれかの職種に係る報酬を算定する。また、訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と看護職員と一緒に訪問看護を行った場合、複数名訪問加算の要件を満たす場合、複数名訪問加算（Ⅰ）の算定が可能である。なお、訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が主に訪問看護を行っている場合であっても、訪問看護の提供回数ではなく、複数名での訪問看護の提供時間に応じて加算を算定する。

※ 平成24年度報酬改定Q&A（vol.3）（平成24年4月25日）問2は削除する。

問 16 複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、留意事項通知において「資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要がある」と明記されているが、従事者の変更のたびに届けを行う必要があるのか。

(答) 複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、看護師等の指導の下に、看護業務の補助を行う者としており、例えば事務職員等であっても差し支えない。また、当該看護補助者については、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しないものであるが、秘密保持や安全等の観点から、事業所において必要な研修等を行うことが重要である。

問 17 看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、同一日及び同一月において併算することができるか。

(答) それぞれ要件を満たしていれば同一日及び同一月に併算することは可能である。

問 18 看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、算定回数の上限はあるか。

(答) それぞれ要件を満たしており、ケアプランに位置づけられていれば、算定回数の上限はない。

○同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

⇒ 同一建物等にサービス提供する場合については、平成 30 年度の報酬改定において建物の範囲等の見直しを行いました。

<改定前> [所定単位数の 100 分の 90]

- ① 事業所の所在する建物と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（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に限る）に居住する利用者。
- ② 事業所における1月当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。

<改定後> [①・②は所定単位数の 100 分の 90、③は所定単位数の 100 分の 85]

- ① 事業所の所在する建物と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者。
- ② 事業所における1月当たりの利用者が同一の建物等に 20 人以上居住する建物の利用者。
- ③ 事業所における1月当たりの利用者が同一の建物等に 50 人以上居住する建物の利用者。

ポイント

◆「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)」

- 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合の減算（集合住宅減算）

問2 集合住宅減算についてはどのように算定するのか。

(答) 集合住宅減算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に対して減算率を掛けて算定をすること。なお、区分支給限度基準額を超える場合、区分支給限度基準額の管理に際して、区分支給限度基準額の超過分に同一建物減算を充てることは出来ないものとする。

○ターミナルケア加算

⇒ 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容に沿った取組を行うことが明示されました。

<改定後> 老企第36号第2の4（18）

- ① (略)
- ② ターミナルケア加算は、一人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該サービスにおけるター

ミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算を算定できないこと。

③（略）

④ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記載しなければならない。

ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

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の経過についての記録

ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及び家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

ポイント

○ ターミナルケア加算について（介護予防訪問看護は含まない）

問 24 ターミナルケアの提供にあたり、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえることが示されているが、当該ガイドライン以外にどのようなものが含まれるのか。

（答）当該ガイドライン以外の例として、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として（日本老年医学会）（平成23年度老人保健健康増進等事業）」等が挙げられるが、この留意事項通知の趣旨はガイドラインに記載されている内容等を踏まえ利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、ターミナルケアを実施していただくことにあり、留意いただきたい。

問 25 ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めることとあるが、具体的にはどのようなことをすれば良いのか。

（答）ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図ることが必要であり、サービス担当者会議等における情報共有等が想定される。例えば、訪問看護師と居宅介護支援事業者等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護の情報共有・情報提供の手引き～質の高い看取りに向けて～」（平成29年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング））等においても示されており、必要に応じて参考にいただきたい。

4-5 訪問リハビリテーション（介護予防）

1 基本方針

○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。

2 従業員の員数

○従業員の員数

⇒ 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際には事業所の医師が診療する必要があります。

そのため、指定訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師の配置が求められました。

川崎市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例(平成24年12月14日条例第81号)

新	旧
第81条 指定訪問リハビリテーションの事業を行う者（以下「指定訪問リハビリテーション事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問リハビリテーション事業所」という。）ごとに置くべき従業員の員数は、次のとおりとする。	第81条 指定訪問リハビリテーションの事業を行う者（以下「指定訪問リハビリテーション事業者」という。）は、当該事業を行う事業所（以下「指定訪問リハビリテーション事業所」という。）ごとに、指定訪問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

<p>(1) <u>医師 指定訪問リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1人以上の員数</u></p> <p>(2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1人以上</p> <p>2 前項第1号の医師は、<u>常勤でなければならない。</u></p>	<p>言語聴覚士（以下この章において「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」という。）を1人以上置かなければならない。</p>
--	---

ポイント

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)

○ 人員基準

問 61 指定訪問リハビリテーションの人員基準において常勤医師の配置が必要であるが、常勤医師が1名の診療所や介護老人保健施設において指定訪問リハビリテーションを実施する場合、当該医師の他にもう一人の常勤医師を雇用する必要があるか。

(答) 必要ない。

問 62 指定訪問リハビリテーション事業所の常勤医師が、理学療法士等が利用者宅を訪問してリハビリテーションを提供している時間や、カンファレンス等の時間に、医療保険における診療を行っても居宅等サービスの運営基準の人員に関する基準を満たしていると考えてよいか。

(答) よい。

3 関係者との連携・情報共有

○医師の指示

⇒ 指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示のもと実施しなければなりません。

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。

注1) 例外として指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医学的管理を行っている医師からの情報提供（指定訪問リハビリテーション必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供等を踏まえ訪問リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施することもできます。

ただし、この場合、別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる日から診療の日から3月以内となり、また、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーションの医師から当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対し、訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う必要があります。

○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。

4 訪問リハビリテーション計画

ポイント

○訪問リハビリテーション計画

⇒ 訪問リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療（※）に基づき、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成しなければなりません。また、当該訪問リハビリテーション計画には、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時期等を記載しなければなりません。

（※）指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合における別の医療機関の医学的管理を行っている医師から情報提供を受けている場合を含む。

⇒ 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には、当該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。

注）訪問リハビリテーション計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更等する必要があります。

⇒ 訪問リハビリテーション計画を作成した際には、医師又は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者等に対し、その内容を説明したうえで同意を得なければなりません。また、当該訪問リハビリテーション計画は利用者等に交付しなければなりません。

ポイント

⇒ 医療機関の疾患別リハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料）を受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、「リハビリテーションマネジメント加算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等の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成30年3月22日老老発0322第2号）の別紙様式2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-1に記載された内容について確認している場合は、当該別紙様式2-1をもって、指定訪問リハビリテーションを実施しても差し支えありません。

ただし、3月以内に当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画書を作成する必要があります。

⇒ 医療機関を受診した日又は往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該医療機関等と診療時間を別にして記録を上記に明確にする必要があります。

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)

○ リハビリテーション計画書

問 50 報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「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 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）の別紙様式 2-1 を用いることとされている。別紙様式 2-1 は Barthel Index が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM (Functional Independence Measure) を用いて評価してもよいか。

(答) 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式 2-1 を用いる必要があるが、Barthel Index の代替として FIM を用いる場合に限り変更を認める。なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

問 51 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「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 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）の別紙様式 2-1 をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式 2-1 に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式 2-1 をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

(1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該の者を診療し、様式 2-1 を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。

(2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、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が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式 2-1 による情報提供の内容を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共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

(答) (1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。(2) 差し支えない。

《参考》居宅基準第 81 条第 5 項、基準解釈通知第 3 の四の 3 の (3) ⑤から⑦を参照のこと。

○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。

○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。

5 介護報酬算定に係る留意事項

○算定上の基準について

⇒ 計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下実施していること。

⇒ 計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療（※）の日から3月以内に行われていること。

（※）指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合における別の医療機関の医学的管理を行っている医師から情報提供を受けている場合を含む。

ポイント

（1）訪問リハビリテーションは、1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定できます。

（2）訪問リハビリテーションを1日に複数回を連続して行った場合、1回当たり20分以上指導を行っていれば、ケアプラン上の位置づけた回数を算定することができます。

（3）当該リハビリテーションに係る疾患等について、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。

（4）手術、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できます。

- (5) 医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、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日の2月前に限り、同一の疾患について併用が可能です。ただし、この場合、同一日に算定することはできません。

○記録に係る留意事項

- (1) 利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合は、当該複数診療と時間を別に行われていることを明確に記録してください。
- (2) 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てください。
- (3) 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てください。
- (4) (2) や (3) 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てください。
- (5) 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。

6 訪問リハビリテーション費等（平成30年度報酬改定に関連する一部のみ）

○集合住宅に居住する利用者に対する減算（介護予防訪問リハビリテーションも同じ）

⇒ 同一建物等にサービス提供する場合については、平成30年度の報酬改定において建物の範囲等の見直しを行いました。

<改定前> [所定単位数の100分の90]

- ① 事業所の所在する建物と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（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に限る）に居住する利用者。
- ② 事業所における1月当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。

<改定後> [①・②は所定単位数の100分の90、③は所定単位数の100分の85]①事業所の所在する建物と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者。

- ② 事業所における1月当たりの利用者が同一の建物等に20人以上居住する建物の利用者。
- ③ 事業所における1月当たりの利用者が同一の建物等に50人以上居住する建物の利用者。

○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の質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件に加え、指定訪問リハビリテーション事業所における訪問リハビリテーション計画等の内容に関するデータを厚生労働省に提供している事業所等について、新たに評価するとともに、介護予防訪問リハビリテーションにおける当加算が創設されました。

（訪問リハビリテーション費）

イ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）	230単位／1月につき
ロ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）	280単位／1月につき
ハ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）	320単位／1月につき
ニ	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）	420単位／1月につき

⇒ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所の医師、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、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。ただし、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）については、3月に1回を限度として算定することとし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。

<イ：リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）>

- （1）訪問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）指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- （4）（3）における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が（3）に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

ポイント

⇒（1）、（2）の要件に加え、（3）で医師によるリハビリテーションの実施に当たっての詳細な指示が追加され、また、（4）で当該指示について記録することが追加されました。

<ロ：リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）>

- （1）イ（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。
- （2）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構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

- (3) 訪問リハビリテーション計画について、当該計画の作成に参与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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とともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- (4) 三月に一回以上、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、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- (5) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、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。
- (一) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置づけた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と指定訪問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、リハビリテーションに関する専門的な見地から、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、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問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、リハビリテーションに関する専門的な見地から、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。
- (7) (1) から (6) までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ポイント

⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）と同様の要件が追加されましたが、代わりに、これまで医師が行うとされてきました利用者又はその家族に対する訪問リハビリテーション計画の説明については、当該計画の作成に参与した理学療法士等が行うことが可能となりました。ただし、この場合、説明した内容は医師に報告する必要があります。また、リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいことに改められました。

<ハ：リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）>

- (1) ロ（１）、（２）及び（４）から（６）までに掲げる基準いずれにも適合すること。
- (2) 訪問リハビリ計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、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) （１）及び（２）に掲げる基準のいずれにも適合することを確認し記録すること。

ポイント

⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の（３）の要件を除き、すべて適合し、かつ、利用者又はその家族に対する訪問リハビリテーション計画の説明を事業所の医師が行った場合は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の要件を満たします。

<ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）>

- (1) ハ（１）から（３）までに掲げるいずれにも適合すること。
- (2) 指定リハビリテーション事業所における訪問リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、厚生労働省に提出すること。

ポイント

⇒ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の要件のほか、以下の要件を満たす必要があります。

- ① 「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（Monitoring and evaluation of the rehabilitation services in long-term care）」（以下、「VISIT」という。）への参加登録
- ② 「リハビリテーションマネジメント加算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等の事務処理手順及び様式例の提示について」（平成 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）第 2 の（5）の手順に従いデータを提出
- ③ 介護報酬明細書の摘要欄に利用者 ID を記載

<留意事項>

- ① 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あり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた（Survey）、多職種協働による通所リハビリテーション計画の作成（Plan）、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（Do）、当該提供内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し等（Action）といったサイクル（以下「SPDCA」という。）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た場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良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管理することをいう。
- ③ 大臣基準告示第 12 号イ（1）の「定期的に」とは、初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね 2 週間以内に、その後はおおむね 3 月ごとに評価を行うものであること。
- ④ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して 3 月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、指定通所リハビリテーションその他の指定居宅サービスの併用や移行の見通しを記載すること。
- ⑤ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないように留意すること。
- ⑥ 大臣基準告示第 12 号ニ（2）のデータの提出については、VISIT に参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等のデータを提出することを評価したものである。当該事業への参加方法や提出するデータについては「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 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）を参照されたい。

○介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算 ★新設

⇒ 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメント加算が創設されました。

（予防訪問リハビリテーション費）

リハビリテーションマネジメント加算 230単位／1月につき

※ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師、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、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき230単位数を所定単位数に加算します。

＜厚生労働大臣が定める基準＞

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1）介護予防訪問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）指定介護予防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）指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- （4）（3）における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が（3）に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。

ポイント

⇒ 訪問リハビリテーション費のリハビリテーションマネジメント加算（I）の要件とほぼ同じです。

＜留意事項＞

- ① 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あり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた（Survey）、多職種協働による介護予防訪問リハビリテーション計画の作成（Plan）、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（Do）、当該提供内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し等（Action）（以下「SPDCA」という。）といった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た場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLや手段的日常生活動作（以下「IADL」とする。）と

いった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良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管理することをいう。

- ③ 大臣基準告示第 106 の2号(1)の「定期的」とは、初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づく指定介護予防訪問リハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行うものである。
- ④ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、指定介護予防通所リハビリテーションその他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載すること。

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)

○ リハビリテーションマネジメント加算

問 52 リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

(答) 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

問 53 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。平成 30 年度介護報酬改定において、リハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へテレビ電話等情報通信機器を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の算定要件を満たすか。

(答) リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。

問 54 リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

(答) 含まれない。テレビ電話等情報通信機器の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

問 55 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）について、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加するにはどうしたらよいか。

（答）「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 30 年 3 月 22 日老老発 0322 第 2 号）の「第 2（5）リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）の算定に関して」を参照されたい。

問 56 自治体が制定する条例において、法令の定めがあるときを除いて、個人情報进行处理する電子計算機について、自治体が保有する以外の電子計算機との回線の結合が禁じられている事業者であるが、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加できるか。

（答）自治体が制定する条例の解釈については、当該条例を制定した主体が判断するものである。なお、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のシステムを活用したデータ提出を要件としたリハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 19 号）という法令に基づいたものである。

○事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 ★新設

⇒ 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合の評価について適正化が図られ、計画的な医学的管理を行っている医師から、利用者に関する情報の提供を受け、当該情報を踏まえ、事業所の医師が訪問リハビリテーション計画を作成した場合、1 回につき 20 単位を所定単位数から減算する取扱いとなりました。

- （1）指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該事業所とは別の医療機関の医師による医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けている。
- （2）当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしている。
- （3）指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成している。

注 1）平成 31 年 3 月 31 日までは、上記要件のうち、（2）の条件を満たしていなくても差し支えありません。

注 2）介護予防訪問リハビリテーションも同じ。

ポイント

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A（Vol.1）

○事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算

問 59 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施する場合において、当該別の医療機関の医師から提供された情報からは、環境因子や社会参加の状況等、リハビリテーションの計画、指示に必要な情報が得られない場合どのように対応すればよいか。

(答) 指定訪問リハビリテーション等を開始する前に、例えば当該指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に利用者を訪問させ、その状態についての評価を報告させる等の手段によって、必要な情報を適宜入手した上で医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同してリハビリテーションを計画し、事業所の医師の指示に基づいてリハビリテーションを行う必要がある

問 60 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 20 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか 1 単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前 36 月の間に合計 6 単位以上 (前述の単位を含む。) を取得していればよい。

○社会参加支援加算

(訪問リハビリテーション費)

社会参加支援加算 17 単位/1 日につき

⇒ 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の社会参加等を支援した場合は、社会参加支援加算として評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、1 日につき 17 単位を加算します。

【評価対象期間】

算定する年度の初日の属する年の前年の 1 月 1 日～12 月 31 日

例) 平成 31 年度に算定する場合 ⇒ 平成 30 年 1 月～12 月

【届出】

算定する年度の初日の属する年の 3 月 15 日まで

例) 平成 31 年度に算定する場合 ⇒ 平成 31 年 3 月 15 日まで

ポイント

⇒ 大臣基準告示 (厚労告 95) 第十三号イ (1) の指定通所介護等に、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護が追加されました。

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)

○社会参加支援加算

問 57 社会参加支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援 (A 型、B 型) の利用に至った場合を含めてよいか。

(答) よい。

○事業所評価加算 ★新設

⇒ 自立支援、重度化防止の観点から、介護予防通所リハビリテーションにおけるアウトカム評価として設けられている事業所評価加算が、介護予防訪問リハビリテーションにおいても創設されました。

(予防訪問リハビリテーション費)

事業所評価加算 120単位/1月につき

次の基準のいずれにも適合している必要があります。

(1) リハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

(2) 評価対象期間に指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人数が 10 名以上であること。

(3)
$$\frac{\text{評価対象期間内におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定した実人数}}{\text{評価対象期間内に指定介護予防訪問リハビリテーション利用者した実人数}} \geq 0.6$$

(4)
$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を 3 月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

◆平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1)

○ 社会参加支援加算

問 64 大臣基準告示 106 の4のホ(+) において、介護予防訪問リハビリテーションの事業所評価加算に係る平成 30 年度の経過措置について、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注7に掲げる別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ることが、平成 29 年1月1日から平成 29 年 12 月 31 日までの期間に求められているが、取扱い、如何。

(答) 平成 30 年4月1日以降速やかに、指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問リハビリテーション費の注7に掲げる別に厚生労働省が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ていることで足りる。

5-1

認知症対応型共同生活介護

1 運営推進会議の開催方法の緩和

運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、これまで認められていなかった複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認めるととする。

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

- ① 利用者及び利用者家族について匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- ③ 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。

2 代表者交代時の開設者研修の取扱い

認知症対応型共同生活介護の代表者（社長・理事長等）については、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している者であることが必要であるが、代表者交代時に研修が開催されておらず、研修を受講できずに代表者に就任できないケースがあることから、代表交代時においては、半年後又は次回研修日程のいずれか早い日までに修了すれば良いこととする。

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

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

3 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件の見直し

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

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

○ 算定要件等【見直し】

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

4 身体的拘束等の適正化

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、**身体拘束廃止未実施減算を創設**します。

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

(1) 減算要件等

次に掲げる措置を講じない場合には、身体拘束廃止未実施減算として、所定の単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

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

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- ② 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ③ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

➤ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

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

➤ 身体的拘束等の適正化のための指針

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

➤ 身体的拘束等の適正化のための研修

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

(2) 単位数

身体拘束廃止未実施減算 10%/日

ポイント

1 身体的拘束等の廃止の実現に向けて

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

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

➤ 身体的拘束等を誘発する原因を探り、除去すること

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

➤ 5つの基本的ケアを徹底すること

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

➤ 施設全体として、身体的拘束等廃止に向けて主体的に取り組むこと

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

➤ 身体的拘束等の廃止を契機によりよいケアを実現すること

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

2 やむを得ず身体的拘束を実施する場合

身体的拘束は「利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」を除き、身体的拘束等を行ってはならないとされています。これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されている場合に限られます。

また、「緊急やむを得ない場合」とは、例外的な緊急対応措置であり、一時的に発生する突発事態でのみ許容されるものであるため、利用者やその家族の同意があるという理由のみで、許されるものではありません。

施設が「緊急やむを得ない場合」に該当すると判断し、身体的拘束を実施する場合には、次の3点を慎重に検討し、また、利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努め、身体的拘束の解除までの期間は最小の期間としてください。

① 3要件のすべてを満たしていること。

- ✓ 切迫性
利用者本人またはほかの利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ✓ 非代替性
身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ✓ 一時性
身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

② 慎重かつ適切な判断をすること。

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかの判断は、担当のスタッフ個人など限られた者で判断をせず、施設全体としての判断が行われるよう、「身体拘束廃止委員会」等で事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加するカンファレンスで判断する態勢を実施すること。
- ✓ 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めること。
- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。また、一時的に身体的拘束を解除して状態を観察するなどすること。

③ 身体拘束に関する記録の整備

- ✓ 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録すること。

5 医療連携体制加算（Ⅱ）（Ⅲ）の新設

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

（1）算定要件等

＜医療連携体制加算（Ⅰ）＞

- ① 事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。ただし、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は併任が可能。
 - ② 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。
 - ③ 重度化した場合の対応にかかる指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
 - ④ 次の業務等を行うために必要な勤務時間を確保すること。
- ✓ 利用者に対する日常的な健康管理
 - ✓ 通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整
 - ✓ 看取りに関する指針の整備

<医療連携体制加算（Ⅱ）>【新設】

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

<医療連携体制加算（Ⅲ）>【新設】

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

<医療連携体制加算（Ⅱ）（Ⅲ）共通>

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

(2) 単位数

<現行>

<改定後>

医療連携体制加算 39単位/日 ⇒ 医療連携体制加算（Ⅰ） 39単位/日
 医療連携体制加算（Ⅱ） 49単位/日【新設】
 医療連携体制加算（Ⅲ） 59単位/日【新設】

※医療連携体制加算は別区分同士の併算定はできない。

Q&A

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

A. 算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

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

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

6 入居者の入退院支援の取組に対する評価の新設

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

- ア 入院後3か月以内に退院が見込まれる利用者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1か月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。
- イ 医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。

(1) 算定要件等

➤ ア：入居者の入退院支援の取組について【新設】

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

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

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

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

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

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

例：入院期間が3月1日～3月8日（8日間）の場合

3月1日 入院の開始・・・・・・・・・・所定単位数を算定

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

3月8日 入院の終了・・・・・・・・・・所定単位数を算定

- ③ 利用者の入院の期間中にそのまま退去した場合は、退去した日の入院時の費用は算定できる。
- ④ 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中であっては、当該利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。

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

例：入院期間が1月25日～3月8日のように月をまたがる入院の場合
1月25日 入院・・・・・・・・・・所定単位数を算定
1月26日～1月31日（6日間）・・・・・・・・・・1日につき246単位を算定可
2月1日～2月6日（6日間）・・・・・・・・・・1日につき246単位を算定可
2月7日～3月7日・・・・・・・・・・費用算定不可
3月8日 退院・・・・・・・・・・所定単位数を算定

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

➤ イ：初期加算について【追加】

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

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

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

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

(2) 単位数

➤ ア：入居者の入退院支援の取組について【新設】

246単位/日

➤ イ：初期加算について

変更なし

Q&A

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

A. 算定できる。

Q. 初期加算と入居者の入退院支援の取組は、同時に取ることができるのか。

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

7 生活機能向上連携加算の新設

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設します。

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（200床未満の病院又は当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師（以下、「理学療法士等」とする。）が、事業所を訪問し、当該利用者のADL及びIADLに関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価を行うこと。
- ② 生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画（※）を作成した場合であって、理学療法士等と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3か月の間、1か月につき所定単位数を加算する。

※ 「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものでなければならない。
- ③ ②の介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。
 - ✓ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - ✓ 生活機能アセスメントの結果に基づき、上記の内容について定めた3か月を目途とする達成目標
 - ✓ 3か月を目途とする達成目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
 - ✓ 上記の両目標（3か月・各月）を達成するために介護従業者が行う介助等の内容
- ④ ③の両目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。
- ⑤ ①の評価に基づき、②の介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3か月を限度として算定されるものであり、3か月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度①の評価に基づき介護計画を見直すこと。
- ⑥ 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③の3か月を目途とする達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

(2) 単位数【新設】

生活機能向上連携加算 200単位/月

Q&A

Q. 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定本文リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

A. そのとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

Q. 生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

A. 算定できる。なお、連携先について、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている 200 床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨や、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきである。

8 口腔衛生管理体制加算の新設

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

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

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

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

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

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

③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言

及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

(2) 単位数【新設】

口腔衛生管理体制加算 30単位/月

Q&A

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

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

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

A. 「実施時間以外の時間帯」に該当する。

9 栄養スクリーニング加算の新設

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設します。

※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

① サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中の6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に文書で共有すること。

※ 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げる事項に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

✓ BMIが18.5未満である者

✓ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo. 11（6か月間での2～3kg以上の体重減少の有無）の項目が「1」（有り）に該当する者

✓ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

✓ 食事摂取量が不良（75%以下）である者

③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業者が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

(2) 単位数【新設】

栄養スクリーニング加算 5単位/回

※6月に1回を限度とする

※当該事業所以外で加算している場合は算定しない

10 基準・加算等の主な指導事例等

(1) 人員基準

- ✓ 介護従業者をユニットごとに固定配置していなかった。

(2) 設備基準

- ✓ 建物の設備について、一部構造上の変更又は用途の変更があったにもかかわらず、届出がされていなかった。

(3) 運営基準

① サービス計画の作成

- ✓ サービス計画について、サービス提供開始後に当該利用者の同意を得ていた。
- ✓ サービス計画の開始または変更にあたって、サービス担当者会議が開催された記録がなかった。
- ✓ サービス計画について、利用者の状況変化等による計画変更が必要と思われるにもかかわらず、計画の見直しの検討や計画の変更がされていなかった。
- ✓ 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。
- ✓ 利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題について、サービス計画に盛り込まれていなかった。

② 利用料等の受領

- ✓ 排泄介助用お尻拭き、介護用手袋等介護上必要な消耗品を利用者に負担させていた。
- ✓ サービス提供を行う上で必要となる福祉用具等について、利用者が購入していた。

③ その他

- ✓ サービスの提供による事故について、原因分析や再発防止策の検討がされていなかった。また、事故に際してとった処置等について記録されていなかった。
- ✓ サービスの提供による事故で、外部の医療機関等に受診したにもかかわらず、市に事故報告書の提出がされていなかった。
- ✓ 介護用手袋や衣類用洗剤等が、廊下やトイレ、脱衣所の床等といった利用者の手に届く場所に置いてあった。

(4) 加算

① 医療連携体制加算

- ✓ 重度化した場合の対応に係る指針に盛り込むべき項目が記載されていなかった。
- ✓ 重度化した場合の対応に係る指針を入居時に利用者又はその家族等に対して説明をしておらず、同意も得ていなかった。

② 看取り介護加算

- ✓ 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かった。

11 消防用設備等

平成25年2月の長崎県のグループホームでの火災事故などを契機として、社会福祉施設等へのスプリンクラー等の消防用設備の設置を原則として義務づける改正消防法が平成27年4月に施行されています。

既存施設への当該消防用設備の設置に係る経過措置は平成30年3月31日で終了しているため、設置状況について再度ご確認をお願いします。

なお、詳細は「【その他】消防局からのお知らせ」を参照してください。

5-2

特定施設入居者生活介護

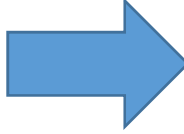
1 基本報酬の見直し

平成30年度介護報酬改定により、全体で0.54%のプラス改定となります。

○ 特定施設入居者生活介護

	<現行>		<改定後>
要介護1	533単位		534単位
要介護2	597単位		599単位
要介護3	666単位		668単位
要介護4	730単位		732単位
要介護5	798単位		800単位

○ 介護予防特定施設入居者生活介護

	<現行>		<改定後>
要支援1	179単位		180単位
要支援2	308単位		309単位

2 短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限の見直し

これまで、短期利用特定施設入居者生活介護の利用者は当該特定施設の入居定員の10%以下とされており、入居定員が10人に満たない事業所で、利用者を受け入れられない状況となっていました。短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を見直します。

○ 算定要件等【見直し】

短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を、これまでの「定員の10%まで」から「1又は定員の10%まで」と変更する。

3 療養病床等から医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特約

介護療養型医療施設又は医療療養病床から、「特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護と医療機関の併設型」に転換する場合について、以下の特例を設ける。

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- ① サービスが適切に提供されると認められる場合に、生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者の兼任を認める。
- ② サービスに支障が無い場合に限り、浴室、便所、食堂、機能訓練室の兼用を認める。

4 身体的拘束等の適正化

身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施減算を創設します。

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

(1) 減算要件等

次に掲げる措置を講じない場合には、身体拘束廃止未実施減算として、所定の単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

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

- ① 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- ② 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ③ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。

- 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会
 - ✓ 幅広い職種で構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にしておくこと。
 - ✓ 専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくこと。
 - ✓ 身体的拘束について報告するための様式を整備すること。
 - ✓ 介護職員その他の従業者は、身体的拘束の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、上記の様式に従い、身体的拘束について報告すること。
 - ✓ 身体的拘束適正化のための委員会において、上記により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ✓ 事例の分析に当たっては、身体的拘束の発生時の状況等を分析し、身体的拘束の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
 - ✓ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
 - ✓ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。
- 身体的拘束等の適正化のための指針
 - ✓ 施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方
 - ✓ 身体的拘束適正化のための委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ✓ 身体的拘束適正化のための職員研修に関する基本方針
 - ✓ 施設内で発生した身体的拘束の報告方法等の方策に関する基本方針
 - ✓ 身体的拘束発生時の対応に関する基本方針
 - ✓ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ✓ その他身体的拘束適正化の推進のために必要な基本方針
- 身体的拘束等の適正化のための研修
 - ✓ 施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上の定期的な教育を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束適正化の研修を実施すること。
 - ✓ 研修の実施内容について記録すること。

(2) 単位数

身体拘束廃止未実施減算 10%/日

ポイント

1 身体的拘束等の廃止の実現に向けて

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

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

➤ 身体的拘束等を誘発する原因を探り、除去すること

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

➤ 5つの基本的ケアを徹底すること

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

➤ 施設全体として、身体的拘束等廃止に向けて主体的に取り組むこと

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

➤ 身体的拘束等の廃止を契機によりよいケアを実現すること

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

2 やむを得ず身体的拘束を実施する場合

身体的拘束は「利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」を除き、身体的拘束等を行ってはならないとされています。これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されている場合に限られます。

また、「緊急やむを得ない場合」とは、例外的な緊急対応措置であり、一時的に発生する突発事態でのみ許容されるものであるため、利用者やその家族の同意があるという理由のみで、許されるものではありません。

施設が「緊急やむを得ない場合」に該当すると判断し、身体的拘束を実施する場合には、次の3点を慎重に検討し、また、利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努め、身体的拘束の解除までの期間は最小の期間としてください。

① 3要件のすべてを満たしていること。

✓ 切迫性

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

✓ 非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

✓ 一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

② 慎重かつ適切な判断をすること。

- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかの判断は、担当のスタッフ個人など限られた者で判断をせず、施設全体としての判断が行われるよう、「身体拘束廃止委員会」等で事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加するカンファレンスで判断する態勢を実施すること。
- ✓ 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めること。
- ✓ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。また、一時的に身体的拘束を解除して状態を観察するなどすること。

③ 身体拘束に関する記録の整備

- ✓ 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録すること。

5 退院・退所時連携加算の新設

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価する加算を創設し、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院等の医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合を評価することとします。

(1) 算定要件等【新設】

- ① 医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れること。
- ② 利用者の退院又は退所に当たって、当該医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行うこと。
- ③ 利用者が過去3か月の間に、当該特定施設に入居したことがないこと。
※30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居をした場合には、算定可能
- ④ 当該特定施設の短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく当該特定施設に入居した場合については、入居直前の短期利用特定施設入居者生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定すること。

(2) 単位数【新設】

退院・退所時連携加算 30単位/日

※入居から30日以内に限る

Q&A

- Q. 医療提供施設を退院・退所して、体験利用を行った上で特定施設に入居する際、加算は取得できるか。
- A. 医療提供施設を退院・退所して、体験利用を挟んで特定施設に入居する場合は、当該体験利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定出来ることとする。
- Q. 退院・退所時の医療提供施設との連携とは、具体的にどのようなものを指すのか。
- A. 医療提供施設と特定施設との退院・退所時の連携については、面談によるほか、文書（FAXも含む。）又は電子メールにより当該利用者に関する必要な情報の提供を受けることとする。

Q. 退院・退所時の連携の記録はどのような事項が必要か。

A. 退院・退所時の医療提供施設と特定施設との連携の記録については、特に指定しないが、「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（平成21年老振発第0313001号（最終改正：平成24年老振発第0330第1号）」にて示している「退院・退所に係る様式例」を参考にすること。

6 入居継続支援加算の新設

たんの吸引などのケアの提供を行う特定施設に対する評価を創設します。

(1) 算定要件等【新設】

- ① 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ② たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。
- ③ 定員、人員基準に適合していること。
- ④ サービス提供体制強化加算を算定していないこと。

(2) 単位数【新設】

入居継続支援加算 36単位/日

7 生活機能向上連携加算の新設

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の評価を創設します。 ※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

- ① 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（200床未満の病院又は当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師（以下、「理学療法士等」とする。）が、事業所を訪問し、事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成すること。
その際、理学療法士等は、機能訓練指導員に対し日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。
- ② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又は家族の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定することとし、当該利用者の意欲の向上に繋がるよう段階的な目標を設定し、可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。
- ③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を提供していること。
- ④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3か月ごとに1回以上、理学療法士等が事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。

- ⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又は家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、当該利用者のADL及びIADLの改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。
- ⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者など）は、利用者ごとに保管され、常に機能訓練指導員等により閲覧可能であるようにすること。

（2）単位数【新設】

生活機能向上連携加算 200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合 100単位/月

8 機能訓練指導員の確保の促進

機能訓練指導員の確保を促進し、利用者の心身の機能の維持を促進する観点から、機能訓練指導員の対象資格（※1）に一定の実務経験を有するはり師、きゅう師（※2）を追加します。個別機能訓練加算における機能訓練指導員の要件についても、同様の対応を行います。

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

- ※1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師
- ※2 一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、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機能訓練指導員を配置した事業所で6か月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

○ 算定要件等【見直し】

個別機能訓練加算、機能訓練体制加算における機能訓練指導員の要件についても、一定の実務経験を有するはり師、きゅう師を追加する。

Q&A

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

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

Q. はり師・きゅう師を機能訓練指導員として雇う際に、実際に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6か月以上機能訓練指導に従事した経験を有することをどのように確認するのか。

A. 例えば、当該はり師・きゅう師が機能訓練指導に従事した事業所の管理者が書面でそれを証していることを確認すれば、確認として十分である。

9 若年性認知症入居者受入加算の新設

若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価をします。

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

若年性認知症利用者に対して、個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

(2) 単位数【新設】

若年性認知症入居者受入加算 120単位/日

10 口腔衛生管理体制加算の新設

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

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

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

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

- ② 「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。

- ✓ 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
- ✓ 当該施設における目標
- ✓ 具体的方策
- ✓ 留意事項
- ✓ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
- ✓ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）
- ✓ その他必要と思われる事項

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

(2) 単位数【新設】

口腔衛生管理体制加算 30単位/月

11 栄養スクリーニング加算の新設

管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設します。

※介護予防特定施設入居者生活介護を含む

(1) 算定要件等【新設】

- ① サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中の6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を介護支援専門員に文書で共有すること。
※ 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げる事項に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - ✓ BMIが18.5未満である者
 - ✓ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo. 11（6か月間での2～3kg以上の体重減少の有無）の項目が「1」（有り）に該当する者
 - ✓ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ✓ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業者が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

(2) 単位数【新設】

栄養スクリーニング加算 5単位/回

※6月に1回を限度とする

※当該事業所以外で加算している場合は算定しない

Q&A

- Q. 当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。
- A. サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

12 基準・加算等の主な指導事例等

(1) 人員基準

- ✓ 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。
- ✓ 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いた。

(2) 設備基準

- ✓ 建物の設備について、一部構造上の変更又は用途の変更があったにもかかわらず、届出がされていなかった。

(3) 運営基準

① サービス計画の作成

- ✓ サービス計画について、サービス提供開始後に当該利用者の同意を得ていた。
- ✓ サービス計画の開始または変更にあたって、サービス担当者会議が開催された記録がなかった。
- ✓ サービス計画について、利用者の状況変化等による計画変更が必要と思われるにもかかわらず、計画の見直しの検討や計画の変更がされていなかった。
- ✓ 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。
- ✓ 利用者又はその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題について、サービス計画に盛り込まれていなかった。

② 利用料等の受領

- ✓ 排泄介助用お尻拭き、介護用手袋等介護上必要な消耗品を利用者に負担させていた。
- ✓ サービス提供を行う上で必要となる福祉用具等について、利用者が購入していた。

③ その他

- ✓ サービスの提供による事故について、原因分析や再発防止策の検討がされていなかった。また、事故に際してとった処置等について記録されていなかった。
- ✓ サービスの提供による事故で、外部の医療機関等に受診したにもかかわらず、市に事故報告書の提出がされていなかった。
- ✓ 介護用手袋や衣類用洗剤等が、廊下やトイレ、脱衣所の床等といった利用者の手に届く場所に置いてあった。

(4) 加算

① 個別機能訓練加算

- ✓ 利用者に対して個別機能訓練加算計画の内容を説明する前に加算を算定していた。

② 夜間看護体制加算

- ✓ 重度化した場合の対応に係る指針について、入居時に利用者又はその家族等に対して説明をしておらず、同意も得ていなかった。

③ 医療連携体制加算

- ✓ 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実績の確認を得ていなかった。
- ✓ 事業所と協力医療機関等の間で、提供する情報の内容について定めていなかった。

④ 看取り介護加算

- ✓ 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かった。

13 消防用設備等

平成25年2月の長崎県のグループホームでの火災事故などを契機として、社会福祉施設等へのスプリンクラー等の消防用設備の設置を原則として義務づける改正消防法が平成27年4月に施行されています。

既存施設への当該消防用設備の設置に係る経過措置は平成30年3月31日で終了しているため、設置状況について再度ご確認をお願いします。

なお、詳細は「【その他】消防局からのお知らせ」を参照してください。

5-3

住宅型有料老人ホーム（サービス付高齢者住宅含む）

1 高齢者福祉関係法令の改正について

地域包括ケアシステムの進化・推進を目的とした「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、平成30年4月1日から施行されています。当該法律により高齢者福祉に係る複数の法律が改正されたため、ここでは有料老人ホームの運営に係る法令の改正概要を記載します。

1 老人福祉法の一部改正

(1) 主要な改正内容

ア 有料老人ホームの設置者は、有料老人ホームにおいて供与をする介護等の内容及び運営状況に関する情報であって、有料老人ホームに入居しようとする者がその選択を適切に行うために必要な情報を都道府県知事に報告しなければならないものとし、都道府県知事は、報告された事項を公表することとする。

（老人福祉法第29条第9項及び第10項関係）

イ 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者が老人福祉法その他の老人の福祉に関する法律等に違反した場合であって、入居者の保護のため特に必要があると認められるときは、設置者に対して、事業の制限又は停止を命ずることができることとする。

（老人福祉法第29条第14条関係）

ウ 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者がイの命令を受けたとき、その他入居者の生活の安定を図るため必要があると認められるときは、当該入居者に対し、他の適当な有料老人ホーム等に円滑に入居するために必要な助言等の援助を行うように努めることとする。

（老人福祉法第29条第17項関係）

(2) 施行日

平成30年4月1日

2 介護保険法等の一部を改正する法律の一部改正

(1) 主要な改正内容

有料老人ホームの設置者が終身にわたって受領すべき家賃等を前払金として受領する場合の保全措置の義務対象を拡大する。

（介護保険法等の一部を改正する法律附則第17条関係）

(2) 施行日

平成30年4月1日

ポイント

従前の制度では、平成18年3月31日以前に届出された有料老人ホームは前払金の保全措置の義務の対象外でしたが、今回の改正により保全措置の義務の対象に追加することとなります。なお、経過措置として平成33年3月31日からの適用となります。

2 川崎市有料老人ホーム関係要綱及び指針の改正（予定）について

川崎市では、有料老人ホーム事業の安定と入居者の居住環境の向上を図ることを目的として「川崎市有料老人ホーム設置運営指導要綱」及び「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針」を定めています。

高齢者関係福祉法令の改正に伴い、当該要綱及び指針の改正を次のとおり予定しています。

(1) 川崎市有料老人ホーム設置運営指導要綱

改正理由：老人福祉法で定められた事業者情報の公表制度の実施に当たり、同施行規則で定められた項目を重要事項説明書に追加するため。

改正予定日：平成30年7月1日に施行予定。

改正の内容：老人福祉法施行規則別表（第21条の2関係）により規定されている有料老人ホームの設置者が当該有料老人ホームの所在地の都道府県知事に報告しなければならない事項等を重要事項説明書に追加する。

(2) 川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針

改正理由：老人福祉法の改正や平成30年度介護報酬改定等に基づき、指針の内容を見直す必要があるため。

改正予定日：平成30年度中に実施予定

改正の内容：有料老人ホームの判断基準の明確化、老人福祉法の改正内容（事業停止命令の創設、前払金保全措置の義務の対象拡大等）及び平成30年度介護報酬改定の内容（身体的拘束の取扱い等）を追加する。

<参考>

厚生労働省「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」（平成30年7月1日適用）（抜粋）

9 サービス等

(7) 身体的拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じなければならない。

- イ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- ロ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ハ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

3 消防用設備等

平成25年2月の長崎県のグループホームでの火災事故などを契機として、社会福祉施設等へのスプリンクラー等の消防用設備の設置を原則として義務づける改正消防法が平成27年4月に施行されています。

既存施設への当該消防用設備の設置に係る経過措置は平成30年3月31日で終了しているため、設置状況について再度ご確認をお願いします。

なお、詳細は「【その他】消防局からのお知らせ」を参照してください。