

『運営指導受けて』 添付資料

608 看護小規模多機能型居宅介護

個別サービスの質に関する事項		
確認項目		確認文書
設備及び備品等 (第 175 条)	<input type="radio"/> 指定申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致しているか【目視】 <input type="radio"/> 使用目的に沿って使われているか【目視】	◆ 平面図（行政機関側が保存しているもの）
内容及び手続の説明及び同意 (第 3 条の 7)	<input type="radio"/> 利用申込者又はその家族へ説明を行い、同意を得ているか <input type="radio"/> 重要事項説明書の内容に不備等はないか	◆ 重要事項説明書（利用申込者又は家族の同意があったことがわかるもの） ◆ 利用契約書
心身の状況等の把握 (第 68 条)	<input type="radio"/> サービス担当者会議等に参加し、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または福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか	◆ サービス担当者会議の記録
サービスの提供の記録 (第 3 条の 18)	<input type="radio"/> 居宅サービス計画等にサービス提供日及び内容、介護保険法第 42 条の 2 第 6 項の規定により利用者に代わって支払いを受ける費用の額等が記載されているか <input type="radio"/> サービス提供記録に提供した具体的なサービス内容等が記録されているか	◆ 居宅サービス計画 ◆ サービス提供記録 ◆ 送迎記録がわかるもの
指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針 (第 177 条)	<input type="radio"/> 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（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか <input type="radio"/> 身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか <input type="radio"/> 身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか <input type="radio"/> 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催しているか（令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務） <input type="radio"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか（令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務） <input type="radio"/> 介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に開催しているか（令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務）	◆ 身体的拘束等の記録（身体的拘束等がある場合） ◆ 身体的拘束等の適正化のための指針 ◆ 身体的拘束等の適正化検討委員会の開催状況及び結果がわかるもの ◆ 身体的拘束等の適正化のための研修の開催状況及び結果がわかるもの
居宅サービス計画の作成（第 74 条）	<input type="radio"/> 当該事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年 3	◆ アセスメントの結果記録 ◆ サービス担当者会議の記録 ◆ 居宅サービス計画

608 看護小規模多機能型居宅介護

	月 31 日厚生省令第 38 号) 第 13 条各号に掲げる具体的な取扱方針に沿って行っているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 支援経過記録等 ◆ モニタリングの結果がわかるもの ◆ 個別サービス計画
看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成 (第 179 条)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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いるか (アセスメント) ○ 看護小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、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ているか (サービス担当者会議等) ○ 居宅サービス計画に基づいて看護小規模多機能型居宅介護計画が立てられているか ○ 利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか ○ 看護小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行っているか (モニタリング) ○ 必要に応じ看護小規模多機能型居宅介護計画を変更しているか ○ 看護小規模多機能型居宅介護報告書は作成されているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 主治の医師の指示及び居宅サービス計画に基づく看護小規模多機能型居宅介護計画 (利用者又は家族の同意があったことがわかるもの) ◆ アセスメントの結果がわかるもの ◆ モニタリングの結果がわかるもの ◆ 看護小規模多機能型居宅介護報告書
介護等 (第 78 条)	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス提供は事業所の従業者によって行われているか ○ 利用者の食事その他の家事等 (清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等) は、原則として利用者と看護小規模多機能型居宅介護利用者が共同で行うよう努めているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 雇用の形態 (常勤・非常勤) がわかるもの ◆ サービス提供記録

608 看護小規模多機能型居宅介護

個別サービスの質を確保するための体制に関する事項

確認項目		確認文書
従業者の員数 (第 171 条)	<input type="radio"/> 利用者に対し、従業者の員数は適切であるか <input type="radio"/> 介護支援専門員は必要な研修を受けているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表） ◆ 従業者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム） ◆ 資格要件に合致していることがわかるもの（例：資格証の写し、研修を終了したことがわかるもの）
管理者 (第 172 条)	<input type="radio"/> 管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か <input type="radio"/> 管理者は必要な研修を受けているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理者の雇用形態がわかるもの ◆ 管理者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表） ◆ 管理者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム） ◆ 研修を修了したことがわかるもの
受給資格等の確認 (第 3 条の 10)	<input type="radio"/> 被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護保険番号、有効期限等を確認している記録等
利用料等の受領 (第 71 条)	<input type="radio"/> 利用者からの費用徴収は適切に行われているか <input type="radio"/> 領収書を発行しているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 請求書 ◆ 領収書
緊急時等の対応 (第 180 条)	<input type="radio"/> 緊急時等に、速やかに主治の医師に連絡しているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営規程 ◆ サービス提供記録
運営規程 (第 81 条)	<input type="radio"/> 運営における以下の重要事項について定めているか <ol style="list-style-type: none"> 1.事業の目的及び運営の方針 2.従業者の職種、員数及び職務の内容 3.営業日及び営業時間 4.指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 5.指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 6.通常の事業の実施地域 7.サービス利用に当たっての留意事項 8.緊急時等における対応方法 9.非常災害対策 10.虐待の防止のための措置に関する事項 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営規程

608 看護小規模多機能型居宅介護

11.その他運営に関する重要事項		
勤務体制の確保等 (第 30 条)	<input type="radio"/> 利用者に対し、適切なサービスが提供できるよう従業者の勤務体制を定めているか <input type="radio"/> 資質向上のために研修の機会を確保しているか <input type="radio"/> 認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか <input type="radio"/> 性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表） ◆ 雇用の形態（常勤・非常勤）がわかるもの ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの ◆ 職場におけるハラスメントによる就業環境悪化防止の方針
定員の遵守 (第 82 条)	<input type="radio"/> 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を上回っていないか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 国保連への請求書控え
業務継続計画の策定等 (第 3 条の 30 の 2)	<input type="radio"/> 感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか <input type="radio"/> 従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的に実施しているか <input type="radio"/> 定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 業務継続計画 ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの ◆ 訓練の計画及び実績がわかるもの
介護現場の生産性の向上 (第 86 条の 2) ※令和 9 年 3 月 31 日まで努力義務	<input type="radio"/> 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催しているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 生産性向上のための委員会の開催状況がわかるもの
非常災害対策 (第 82 条の 2)	<input type="radio"/> 非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的な計画はあるか <input type="radio"/> 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されているか <input type="radio"/> 避難・救出等の訓練を定期的に実施しているか <input type="radio"/> 訓練の実施に当たって、運営推進会議を活用し、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画（風水害、地震対策含む）又はこれに準ずる計画） ◆ 運営規程 ◆ 避難・救出等訓練の実施状況がわかるもの ◆ 通報、連絡体制がわかるもの
衛生管理等 (第 33 条)	<input type="radio"/> 感染症が発生し又はまん延しないよう次の措置を講じているか <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会開催（おおむね 6 月に 1 回以上）、その結果の周知 ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備 ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期実施 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催状況・結果がわかるもの ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針 ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の実施状況・結果がわかるもの
秘密保持等 (第 3 条の 33)	<input type="radio"/> 個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ている	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 個人情報の利用のための同意書 ◆ 従業者の秘密保持誓約書

608 看護小規模多機能型居宅介護

	<p>か</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約しているか 	
広告 (第3条の34)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 広告は虚偽又は誇大となっていないか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ パンフレット／チラシ ◆ web広告
苦情処理 (第3条の36)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じているか <input type="radio"/> 苦情を受け付けた場合、内容等を記録、保管しているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 苦情の受付簿 ◆ 苦情への対応記録
地域との連携等 (第34条)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 運営推進会議をおおむね2月に1回以上開催しているか <input type="radio"/> 運営推進会議において、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況の報告を行い、評価を受けているか <input type="radio"/> 運営推進会議で挙がった要望や助言が記録されているか <input type="radio"/> 運営推進会議の会議録が公表されているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営推進会議の記録
事故発生時の対応 (第3条の38)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡しているか <input type="radio"/> 事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか <input type="radio"/> 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等への連絡状況がわかるもの ◆ 事故に際して採った処置の記録 ◆ 損害賠償の実施状況がわかるもの
虐待の防止 (第3条の38の2)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じているか <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の看護小規模多機能型居宅介護従業者への周知 ・ 虐待の防止のための指針の整備 ・ 虐待の防止のための研修の定期実施 <input type="radio"/> 上記の措置を適切に実施するための担当者を置いているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催状況及び結果がわかるもの ◆ 虐待の防止のための指針 ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの ◆ 担当者を置いていることがわかるもの

注) 確認項目の条項は「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年厚生労働省令第34号）」から抽出・設定したもの

609 地域密着型通所介護

個別サービスの質に関する事項		
確認項目	確認文書	
設備及び備品等 (第 22 条)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 指定申請時（更新時含む）又は直近の変更届の平面図に合致しているか【目視】 <input type="radio"/> 使用目的に沿って使われているか【目視】 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 平面図（行政機関側が保存しているもの）
内容及び手続の説明及び同意 (第 3 条の 7)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 利用申込者又はその家族へ説明を行い、同意を得ているか <input type="radio"/> 重要事項説明書の内容に不備等はないか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 重要事項説明書（利用申込者又は家族の同意があったことがわかるもの） ◆ 利用契約書
心身の状況等の把握 (第 23 条)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> サービス担当者会議等に参加し、利用者の心身の状況把握に努めているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ サービス担当者会議の記録
居宅介護支援事業者等との連携 (第 3 条の 13)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> サービス担当者会議等を通じて介護支援専門員や他サービスと密接な連携に努めているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ サービス担当者会議の記録
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供 (第 3 条の 15)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 居宅サービス計画に沿ったサービスが提供されているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 居宅サービス計画 ◆ 地域密着型通所介護計画又は療養通所介護計画（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの）
サービスの提供の記録 (第 3 条の 18)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 居宅サービス計画等にサービス提供日及び内容、介護保険法第 42 条の 2 第 6 項の規定により利用者に代わって支払いを受ける費用の額等が記載されているか <input type="radio"/> サービス提供記録に提供した具体的なサービス内容等が記録されているか <input type="radio"/> 送迎が適切に行われているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ サービス提供記録 ◆ 送迎記録がわかるもの
指定地域密着型通所介護の具体的取扱方針 (第 26 条)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 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（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか <input type="radio"/> 身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか <input type="radio"/> 身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 身体的拘束等の記録（身体的拘束等がある場合）
地域密着型通所介護計画又は療養通所介護計画の作成 (第 27 条、第 40 条の 9)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 利用者の心身の状況、希望、その置かれている環境等を踏まえているか <input type="radio"/> 機能訓練等の目標、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ているか <input type="radio"/> 居宅サービス計画に基づいて地域密着型通所介護計画又は療養通所介護計画が立てられているか <input type="radio"/> 利用者又はその家族への説明・同意・ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 居宅サービス計画 ◆ 地域密着型通所介護計画又は療養通所介護計画（利用者又は家族の同意があったことがわかるもの） ◆ アセスメントの結果がわかるもの ◆ モニタリングの結果がわかるもの

オフィス藤田 有限公司
代表取締役 古城 裕喜 様

薩摩川内市長 田中良二



令和6年度介護保険施設等運営指導の実施について（通知）

のことについて、介護保険法第23条の規定により、下記のとおり運営指導を実施します。

については、裏面7の書類を令和6年12月23日（月）（必着）までに高齢・介護福祉課介護指導グループ宛に提出するとともに、裏面8の関係書類を指導日当日準備してくださるようお願いします。

記

1 指導の根拠規定及び目的

（根拠規定） 介護保険法第23条

（目的） 介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ること。

- Word 8-01 看護小規模多機能型居宅介護 R6事前調査.doc
- Excel 8-01 事前調査(3-1.5).xlsx
- Excel 8-02 看護小規模多機能型居宅介護 R6自己点検(8).xlsx
- Excel 8-03 看護小規模多機能型居宅介護 R6各種加算(9).xls
- Excel 8-04 運営指導Ⅰ生活実態確認表(10-1).xlsx
- Excel 8-05 行動障害のある利用者・以外のリスト(10).xlsx
- Word 8-06 運営指導Ⅱ（サービスの質に関する事）【認知症・虐待・プランプロセス：入所系】(10-2).docx
- Excel 看護多機能 勤務形態一覧表(3-2).xlsx

*あくまでも令和6年度、薩摩川内市の報告です。保険者によって提出書類は異なります

7 事前提出書類

「令和6年度 介護保険地域密着型サービス（指定小規模多機能型居宅介護）事前提出資料」の表面に記載してある資料

※ 事前提出書類の1～10(2)については、様式を別途メールにて送信しております。ご利用ください。

※ 事前提出資料 「10 行動障害のある利用者・以外のリスト」について

ア 行動障害のある利用者のリスト

【運営指導Ⅰ】 生活実態確認表（行動障害のある利用者）

- ・該当者がいる場合⇒アセスメント表と居宅サービス計画書（第1表～第6表）、小規模多機能型居宅介護計画、サービス担当者会議の要点、評価表を提出してください。
- ・該当者が複数名いる場合⇒2名分
- ・該当者が1名の場合⇒1名分
- ・該当者がいない場合⇒提出不要

イ 行動障害のある者以外の利用者リスト

【運営指導Ⅰ】 生活実態確認表（行動障害のある者以外）

- ・2名分のアセスメント表と居宅サービス計画書（第1表～第6表）、小規模多機能型居宅介護計画、サービス担当者会議の要点、評価表を提出してください。

※ ア・イともに前回更新時から直近の書類を提出してください。

8 当日準備すべき書類

- 1) パンフレット（2部）
- 2) 運営規定
- 3) 重要事項説明書、利用契約書、個人情報同意書（実際に契約したもの）
- 4) 利用者の介護サービス計画書、支援経過記録、評価表等
- 5) 従業者の秘密保持誓約書（実際に記入のあるもの）
- 6) 勤務表（従業者の出勤簿等、年休簿等）
- 7) 各種加算請求に係る関係書類
- 8) 介護サービスに係る各種マニュアル
- 9) 研修の実施状況に係る関係書類
- 10) 各委員会の設置規約・規則、記録関係
- 11) その他関係書類

9 その他

当日出席される方は、名刺を御準備ください。

令和6年度
介護保険地域密着型サービス
(指定看護小規模多機能型居宅介護)
事 前 提 出 資 料

事業所の名称			
事業者(法人等)の名称			
介護保険事業所番号			
運営指導年月日	令和	年	月 日
運営指導立会者	職名	氏名	
	職名	氏名	
	職名	氏名	
	職名	氏名	
事前提出資料作成担当者	職名	氏名	
	連絡(問合せ)先 TEL:		

◆ 提出資料…A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。

<p>事前提出資料</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 事業所の概要 <input type="checkbox"/> 2 事業者(事業所設置法人)の概要 <input type="checkbox"/> 3-1 従業者の配置状況 <input type="checkbox"/> 3-2 勤務表(運営指導前月実績) <input type="checkbox"/> 4 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)利用者の一覧表 <input type="checkbox"/> 6-1 通所サービスの利用状況(年間) <input type="checkbox"/> 6-2 訪問サービスの利用状況(年間) <input type="checkbox"/> 6-3 宿泊サービスの利用状況(年間) <input type="checkbox"/> 7-1 通所サービスの利用状況(月間) <input type="checkbox"/> 7-2 訪問サービスの利用状況(月間) <input type="checkbox"/> 7-3 宿泊サービスの利用状況(月間) </p> <p>自己点検表</p> <p> <input type="checkbox"/> 8 自己点検表 </p> <p>各種加算等自己点検シート</p> <p> <input type="checkbox"/> 9 看護小規模多機能型居宅介護 </p>	<p>サービス計画書</p> <p> <input type="checkbox"/> 10 行動障害のある利用者及びそれ以外の者のリスト (1) 運営指導Ⅰ(生活実態確認表) (2) 運営指導Ⅱ(サービスの質に関する調査) (3) 看護小規模多機能型居宅介護計画書、居宅サービス計画書(第1表～第6表) (4) サービス担当者会議の要点 (5) 評価表 </p> <p>その他資料</p> <p> <input type="checkbox"/> 11 運営規程 <input type="checkbox"/> 12 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 13 個人情報同意書 <input type="checkbox"/> 14 従業者の秘密保持誓約書 <input type="checkbox"/> 15 事故対応マニュアル <input type="checkbox"/> 16 非常災害時対応マニュアル <input type="checkbox"/> 17 苦情対応マニュアル <input type="checkbox"/> 18 事業所のパンフレット、チラシ <input type="checkbox"/> 19 研修年間計画表及び実施記録 <input type="checkbox"/> 20 年間行事予定表 ※19～20については作成している場合のみ 1部提出をお願いします。 </p>
---	--

1 事業所の概要

ふりがな 事業所の名称				
事業所所在地				
事業開始年月日	年　月　日	従業者数	常勤人	非常勤人
			合計人	
ふりがな 管理者氏名				
連絡先	電話	() -	FAX	() -
	メールアドレス			
併設事業所				
事業所の特色及び 特に配慮していることが あつたら、記入してください。				
ホームページ 公開の有無	有・無	有の場合は、アドレスを 記入してください。 →	http://www.	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください)			

* パンフレット等を作成している場合は、1部添付してください。

2 事業者（事業所設置法人）の概要

ふりがな 事業者名 (法人等の名称)				
所在地				
ふりがな 代表者職氏名	職名 _____ 氏名 _____			
連絡先	電話	() -	FAX	() -
法人の沿革	(法人の設立年月日、変遷等を簡潔にご記入ください。)			

*1. 2ともに書類作成時点の状況で記入してください。

3-1 従業者の配置状況

※運営指導当日に所属している従業員(採用予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格	取得年月日	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間(兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数)			
管理者	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			
	常勤・非常勤		S・H・R . . . ()	S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	週 h	S・H・R . . . ()			

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。

- ・常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。
 - ・非常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。
- ② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週〇時間、週〇日〇時間、月〇日〇時間 等)
- ③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。
- ④ 職名は、運営基準に定められている職名(管理者、保健師、看護職員等)で記入してください。

3-2 勤務表(運営指導前月実績)を、1部添付してください。

様式については、別添ファイル「看護多機能 勤務形態一覧表(3-2)」をご利用ください。

※運営指導が月の初旬の場合は、前々月の実績を添付してください。

4 平面図（様式については任意）

5 地域密着型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）利用者の一覧表

※保険者名欄は鹿児島市以外の場合のみ記入

No	居室の番号又は名称	利用者氏名	年齢	要介護状態区分	利用開始年月日	行動・心理症状のある利用者についてはその内容を記入してください	経管栄養・喀痰吸引・褥瘡・身体拘束・センサー等による見守り・入院中等、特記すべき事項があれば記入してください	保険者名
(例)	さくら	薩摩川内 花子	80	要介護 3	(H) 30年〇月〇日 R	被害妄想 徘徊	夜間のみ四点柵 センサー使用	薩摩川内市
1				要介護	H 年 月 日 R			
2				要介護	H 年 月 日 R			
3				要介護	H 年 月 日 R			
4				要介護	H 年 月 日 R			
5				要介護	H 年 月 日 R			
6				要介護	H 年 月 日 R			
7				要介護	H 年 月 日 R			
8				要介護	H 年 月 日 R			
9				要介護	H 年 月 日 R			
10				要介護	H 年 月 日 R			
行動・心理症状のある利用者の人数					計 人		鹿児島市以外の保険者人数	人

※注 記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。

6-1 通所サービスの利用状況（年間）

(年 月 ~ 年 月)

(1) 延べ利用者数

(単位:人)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
合計						

(2) 実利用者数

(単位:人)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
月						
合計						

※記入上の留意事項

- 運営指導日の前月（運営指導が月の初旬の場合は前々月）を含む前1年間の状況について記入してください。
- (1)には延べ人数を記入し、(2)には実人数を記入してください。
例えば、1人の利用者で月4回の通所サービスを受けた場合は、(1)は4人、(2)は1人となります。

6-2 訪問サービスの利用状況（年間）

(年 月 ~ 年 月)

(1) 延べ利用者数

(単位:人)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
合計					

(2) 実利用者数

(単位:人)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
合計					

※記入上の留意事項

- 運営指導日の前月（運営指導が月の初旬の場合は前々月）を含む前1年間の状況について記入してください。
- (1)には延べ人数を記入し、(2)には実人数を記入してください。
例えば、1人の利用者で月4回の通所サービスを受けた場合は、(1)は4人、(2)は1人となります。

6-3 宿泊サービスの利用状況（年間）

(年 月 ~ 年 月)

(1) 延べ利用者数

(単位:人)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
合計					

(2) 実利用者数

(単位:人)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計(人)
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
月					
合計					

※記入上の留意事項

- 運営指導日の前月（運営指導が月の初旬の場合は前々月）を含む前1年間の状況について記入してください。
- (1)には延べ人数を記入し、(2)には実人数を記入してください。
例えば、1人の利用者で月4回の通所サービスを受けた場合は、(1)は4人、(2)は1人となります。

7-1 通所サービスの利用状況（月間）

(年 月 分)

※運営指導日の前月(運営指導が月の初旬の場合は前々月)の状況について記入してください。

(単位:人)

日付	曜日	介護保険での利用者数					介護保険外の利用者数	合計
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
合計								

7-2 訪問サービスの利用状況（月間）

(年 月 分)

※運営指導日の前月(運営指導が月の初旬の場合は前々月)の状況について記入してください。

(単位:人)

日付	曜日	介護保険での利用者数					介護保険外の利用者数	合計
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
合計								

7-3 宿泊サービスの利用状況（月間）

(年 月 分)

※運営指導日の前月(運営指導が月の初旬の場合は前々月)の状況について記入してください。

(単位:人)

日付	曜日	介護保険での利用者数					介護保険外の利用者数	合計
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
合計	＼							

個別サービスの質に関する事項					
(基準省令)	確認項目	点検結果	確認文書	点検結果	
運営	設備及び備品等 (第 175 条)	<input type="checkbox"/> 指定申請時(更新時含む)又は直近の変更届の平面図に合致しているか【目視】 <input type="checkbox"/> 使用目的に沿って使われているか【目視】	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 平面図(行政機関側が保存しているもの) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内容及び手続の説明及び同意 (第 3 条の 7)	<input type="checkbox"/> 利用申込者又はその家族へ説明を行い、同意を得ているか <input type="checkbox"/> 重要事項説明書の内容に不備等はないか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 重要事項説明書(利用申込者又は家族の同意があったことがわかるもの) <input type="checkbox"/> ◆ 利用契約書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	心身の状況等の把握 (第 68 条)	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等に参加し、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または福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ サービス担当者会議の記録	<input type="checkbox"/>
	サービスの提供の記録 (第 3 条の 18)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画等にサービス提供日及び内容、介護保険法第 42 条の 2 第 6 項の規定により利用者に代わって支払いを受ける費用の額等が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供記録に提供した具体的なサービス内容等が記録されているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> ◆ サービス提供記録 <input type="checkbox"/> ◆ 送迎記録がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な取扱方針 (第 177 条)	<input type="checkbox"/> 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(身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む)を行っていないか <input type="checkbox"/> 身体的拘束等を行う場合に要件(切迫性、非代替性、一時性)を全て満たしているか <input type="checkbox"/> 身体的拘束等を行う場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しているか <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催しているか(令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務) <input type="checkbox"/> 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか(令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務) <input type="checkbox"/> 介護職員その他従業者に対する、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に開催しているか(令和 7 年 3 月 31 日まで努力義務)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 身体的拘束等の記録(身体的拘束等がある場合) <input type="checkbox"/> ◆ 身体的拘束等の適正化のための指針 <input type="checkbox"/> ◆ 身体的拘束等の適正化検討委員会の開催状況及び結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 身体的拘束等の適正化のための研修の開催状況及び結果がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	居宅サービス計画の作成 (第 74 条)	<input type="checkbox"/> 当該事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号)第 13 条各号に掲げる具体的な取扱方針に沿って行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ アセスメントの結果記録 <input type="checkbox"/> ◆ サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> ◆ 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> ◆ 支援経過記録等 <input type="checkbox"/> ◆ モニタリングの結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 個別サービス計画	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成 (第 179 条)	<input type="checkbox"/> 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いるか(アセスメント) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、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ているか(サービス担当者会議等) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画に基づいて看護小規模多機能型居宅介護計画が立てられているか <input type="checkbox"/> 利用者又はその家族への説明・同意・交付は行われているか <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行っているか(モニタリング) <input type="checkbox"/> 必要に応じ看護小規模多機能型居宅介護計画を変更しているか <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護報告書は作成されているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 主治の医師の指示及び居宅サービス計画に基づく看護小規模多機能型居宅介護計画(利用者又は家族の同意があったことがわかるもの) <input type="checkbox"/> ◆ アセスメントの結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ モニタリングの結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 看護小規模多機能型居宅介護報告書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	介護等 (第 78 条)	<input type="checkbox"/> サービス提供者は事業所の従業者によって行われているか <input type="checkbox"/> 利用者の食事その他の家事等(清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等)は、原則として利用者と看護小規模多機能型居宅介護利用者が共同で行うよう努めているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 雇用の形態(常勤・非常勤)がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ サービス提供記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

個別サービスの質を確保するための体制に関する事項				
(基準省令)	確認項目	点検結果	確認文書	点検結果
従業者の員数 (第 171 条)	<p>○ 利用者に対し、従業者の員数は適切であるか</p> <p>(1) 夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯 常勤換算方法で、通いサービスの提供に当たる者をその利用者が 3 人又はその端数を増すごとに 1 人以上及び訪問サービスの提供に当たる者を 2 人以上としていますか。</p> <p>➢ 3 人（利用者）：1 人以上（従業者） + 2 人以上（訪問サービス担当）</p> <p>➢ 利用者の数は、前年度の平均値とすること。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数によること。</p> <p>(2) 夜間及び深夜の時間帯 夜間及び深夜の勤務に当たる者を 1 人以上及び宿直勤務に当たる者を当該宿直勤務に必要な数以上配置していますか。</p> <p>➢ 宿泊サービスの利用者がいない場合 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、上記の従業者を置かないことができる。</p> <p>(3) 従業員のうち 1 人以上は、常勤の保健師又は看護師ですか。 (4) (1) の従業者のうち、常勤換算方法で、2.5 人以上は、保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）ですか。</p> <p>➢ 看護職員については、常勤・非常勤の別を問わない。</p>	□	<p>◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表）</p> <p>◆ 従業者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム）</p> <p>◆ 資格要件に合致していることがわかるもの（例：資格証の写し、研修を終了したことなどがわかるもの）</p>	□ □ □

人 員	<p>► サテライト看多機においても、医療ニーズに対応するため、看護職員の人数については常勤換算1人以上とする。</p> <p>(5) (1) の通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる従業員のうち、1人以上は、看護職員ですか。</p> <p>(6) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に次の各号のいずれかに掲げる施設等が併設されている場合において、</p> <p>(1) から(5)に定める人員に関する基準を満たす看護小規模多機能型居宅介護従業者を置くほか、当該各号に掲げる施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、当該看護小規模多機能型居宅介護従業者は、当該各号に掲げる施設等の職務に従事することができます。</p> <p>①認知症対応型共同生活介護事業所 該当の有無（有・無）</p> <p>②地域密着型特定施設 該当の有無（有・無）</p> <p>③地域密着型介護老人福祉施設 該当の有無（有・無）</p> <p>④介護療養型医療施設（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病棟を有する診療所であるものに限る。） 該当の有無（有・無）</p> <p>⑤介護医療院 該当の有無（有・無）</p> <p>○ 介護支援専門員は必要な研修を受けているか ※「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」</p>	<input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理者の雇用形態がわかるもの ◆ 管理者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表） ◆ 管理者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム） ◆ 研修を修了したことがわかるもの 	<input type="checkbox"/>
	<p>○管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か</p> <p>○管理者は必要な研修を受けているか 管理者は、次に掲げる①、②のいずれも満たす者ですか。</p> <p>①以下の事業所等の従業者又は訪問介護職員等として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。 ・特別養護老人ホーム、通所介護事業所、介護老人保健施設、介護医療院、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、複合型サービス事業所等</p> <p>②厚生労働大臣が定める研修を修了している者。 「認知症対応型サービス事業管理者研修」</p> <p>※みなし措置 下記の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなします。</p> <p>ア.「実践者研修」又は「基礎課程研修」 上記の研修を修了した者であって、平成18年3月31日に、現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、介護医療院、認知症対応型共同生活介護事業所の管理者の職務に従事している者。</p> <p>イ.「認知症高齢者グループ管理者研修」</p>			
	<p>○被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか</p>			
	<p>○利用者からの費用徴収は適切に行われているか ○領収書を発行しているか</p>			
	<p>○緊急時等に、速やかに主治の医師に連絡しているか</p>			
	<p>○運営における以下の重要事項について定めているか 1.事業の目的及び運営の方針 2.従業者の職種、員数及び職務の内容 3.営業日及び営業時間 4.指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 5.指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 6.通常の事業の実施地域 7.サービス利用に当たっての留意事項 8.緊急時等における対応方法 9.非常災害対策 10.虐待の防止のための措置に関する事項</p>			
	<p>○利用者に対し、適切なサービスが提供できるよう従業者の勤務体制を定めているか ○資質向上のために研修の機会を確保しているか ○認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか ○性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか</p>			
受給資格等の確認 (第3条の10)	<p>○被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか</p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護保険番号、有効期限等を確認している記録等 	<input type="checkbox"/>
利用料等の受領 (第71条)	<p>○利用者からの費用徴収は適切に行われているか ○領収書を発行しているか</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 請求書 ◆ 領収書 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
緊急時等の対応 (第180条)	<p>○緊急時等に、速やかに主治の医師に連絡しているか</p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営規程 ◆ サービス提供記録 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
運営規程 (第81条)	<p>○運営における以下の重要事項について定めているか 1.事業の目的及び運営の方針 2.従業者の職種、員数及び職務の内容 3.営業日及び営業時間 4.指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 5.指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 6.通常の事業の実施地域 7.サービス利用に当たっての留意事項 8.緊急時等における対応方法 9.非常災害対策 10.虐待の防止のための措置に関する事項</p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 運営規程 	<input type="checkbox"/>
勤務体制の確保等 (第30条)	<p>○利用者に対し、適切なサービスが提供できるよう従業者の勤務体制を定めているか ○資質向上のために研修の機会を確保しているか ○認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか ○性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表） ◆ 雇用の形態（常勤・非常勤）がわかるもの ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの ◆ 職場におけるハラスメントによる就業環境悪化防止のための方針 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
定員の遵守 (第82条)	<p>○登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員を上回っていないか</p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 国保連への請求書控え 	<input type="checkbox"/>

運営	業務継続計画の策定等 (第 3 条の 30 の 2)	<input type="checkbox"/> 感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか <input type="checkbox"/> 従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的に実施しているか <input type="checkbox"/> 定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 業務継続計画 <input type="checkbox"/> ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 訓練の計画及び実績がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	介護現場の生産性の向上 (第 86 条の 2) ※令和 9 年 3 月 31 日まで努力義務	<input type="checkbox"/> 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を開催しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 生産性向上のための委員会の開催状況がわかるもの	<input type="checkbox"/>
	非常災害対策 (第 82 条の 2)	<input type="checkbox"/> 非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的な計画はあるか <input type="checkbox"/> 非常災害時の関係機関への通報及び連携体制は整備されているか <input type="checkbox"/> 避難・救出等の訓練を定期的に実施しているか <input type="checkbox"/> 訓練の実施に当たって、運営推進会議を活用し、地域住民の参加が得られるよう連携に努めているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画（風水害、地震対策含む）又はこれに準ずる計画） <input type="checkbox"/> ◆ 運営規程 <input type="checkbox"/> ◆ 避難・救出等訓練の実施状況がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 通報、連絡体制がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	衛生管理等 (第 33 条)	<input type="checkbox"/> 感染症が発生し又はまん延しないよう次の措置を講じているか <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会開催（おおむね 6 月に 1 回以上）、その結果の周知 ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備 ・ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期実施 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催状況・結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針 <input type="checkbox"/> ◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の実施状況・結果がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	秘密保持等 (第 3 条の 33)	<input type="checkbox"/> 個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ているか <input type="checkbox"/> 退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約しているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 個人情報の利用のための同意書 <input type="checkbox"/> ◆ 従業者の秘密保持誓約書	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	広告 (第 3 条の 34)	<input type="checkbox"/> 広告は虚偽又は誇大となっていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ パンフレット／チラシ <input type="checkbox"/> ◆ web 広告	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	苦情処理 (第 3 条の 36)	<input type="checkbox"/> 苦情受付の窓口を設置するなど、必要な措置を講じているか <input type="checkbox"/> 苦情を受け付けた場合、内容等を記録、保管しているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 苦情の受付簿 <input type="checkbox"/> ◆ 苦情への対応記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	地域との連携等 (第 34 条)	<input type="checkbox"/> 運営推進会議をおおむね 2 月に 1 回以上開催しているか <input type="checkbox"/> 運営推進会議において、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況の報告を行い、評価を受けているか <input type="checkbox"/> 運営推進会議で挙がった要望や助言が記録されているか <input type="checkbox"/> 運営推進会議の会議録が公表されているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 運営推進会議の記録	<input type="checkbox"/>
	事故発生時の対応 (第 3 条の 38)	<input type="checkbox"/> 市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等に連絡しているか <input type="checkbox"/> 事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか <input type="checkbox"/> 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 市町村、利用者家族、居宅介護支援事業者等への連絡状況がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 事故に際して採った処置の記録 <input type="checkbox"/> ◆ 損害賠償の実施状況がわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	虐待の防止 (第 3 条の 38 の 2)	<input type="checkbox"/> 虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じているか <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の看護小規模多機能型居宅介護従業者への周知 ・ 虐待の防止のための指針の整備 ・ 虐待の防止のための研修の定期実施 <input type="checkbox"/> 上記の措置を適切に実施するための担当者を置いているか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ◆ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催状況及び結果がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 虐待の防止のための指針 <input type="checkbox"/> ◆ 研修の計画及び実績がわかるもの <input type="checkbox"/> ◆ 担当者を置いていることがわかるもの	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

注) 確認項目の条項は「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 年厚生労働省令第 34 号）」から抽出・設定したもの

複合型サービス費(看護小規模多機能型居宅介護費)

※請求した介護給付費について、点検結果にチェックをしてください。

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求 満たさ ない	実績無
1. 定員超過利用減算	所定単位数の70／100を算定			
登録者の数が市長に提出した運営規程に定められる登録定員を超えた場合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は市町村が認めた時から、一定の期間に限り、減算しない。				
2. 人員基準欠如減算	所定単位数の70／100を算定			
指定基準に定める員数の従業者を置いていること。 (自己点検表の「Ⅱ 人員に関する基準」参照。)	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あたる者の場合は、次のいずれかに該当しないこと。 ①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ていないこと。 ②指定基準に定める員数に満たない日が4日以上発生していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 短期利用居宅介護費の算定				
(1)利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用看護小規模多機能型居宅介護を利用することが必要と認めた場合であって、看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が他の登録者に対する提供に支障がないと認めた場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)利用の開始に当たって、あらかじめ7日以内の利用期間を定めていること。 (利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)人員基準違反でないこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)サービス提供が過小である場合の減算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する			
身体的拘束等の適正化を図るために、以下の措置が講じられていない場合に減算する。 (1)身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。 (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、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に実施すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※経過措置期間…令和7年3月31日までは、減算を適用しない。 ※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。				
5. 高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する			
虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合に減算する。 (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 (2)虐待の防止のための指針を整備すること。 (3)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。 (4)上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※基準を満たさない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。				
6. 業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の1に相当する			

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	満たさ ない	請求 実績無
<p>以下の基準に適合していない場合に減算する。</p> <p>(1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること。</p> <p>(2)当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。</p> <p>※ 令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的な計画の策定を行っている場合には、減算を適用しないが、義務となつていることを踏まえ、速やかに作成すること。</p> <p>※基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 過少サービスに対する減算	所定単位数の70／100を算定		
<p>事業所が提供する通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスの算定月における提供回数について、週平均1回に満たない場合又は登録者1人当たり平均回数が週4回に満たない場合に減算する。</p> <p>※登録者は、短期利用居宅介護費を算定する者を除く。</p> <p>※「週平均」は、当該登録者において暦月ごとにサービス提供回数の合計数を、当該月の日数で除したものに、7を乗することによって算定するものとする。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. サテライト体制未整備減算	所定単位数の97／100を算定		
<p>サテライト型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において、訪問看護体制減算(※)の届出をしている場合に算定すること。</p> <p>※訪問看護体制減算:▲925～▲2,914単位／月(イ～ハのいずれの要件にも適合する場合) イ 主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者数の割合 100分の30未満 ロ 緊急時対応加算を算定した利用者数の割合 100分の30未満 ハ 特別管理加算を算定した利用者数の割合 100分の5未満</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 特別地域加算 ※看護小規模多機能型居宅介護のみ	1月につき所定単位数の100分の15を加算		
<p>厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行っていること。</p> <p>【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 (里村、上飯村、下飯村、鹿島村)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 中山間地域等における小規模事業所加算	看護小規模多機能型居宅介護⇒ 1月につき所定単位数の100分の10を加算		
<p>厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所又はその一部として使用される事務所の従業者がサービス提供を行っていること。</p> <p>【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に規定する過疎地域 (樋脇町、入来町、東郷町、祁答院町、里村、上飯村、下飯村) ②特定農村山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律(平成5年法律第72号)第2条第1項に規定する特定農山村地域 (下東郷村、東郷町、黒木村、里村、上飯村、下飯村) ③辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和37年法律第88号)第2条第1項に規定する辺地 (里村、上飯村、下飯村、鹿島村)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1回につき所定単位数の100分の5を加算		

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(1)事業所の訪問介護員等が、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の実施地域を越えてサービス提供を行っていること。				
【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地 (里村、上甑村、下甑村、鹿島村) ②離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 (里村、上甑村、下甑村、鹿島村) ③特定農村山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律(平成5年法律第72号)第2条第1項に規定する特定農山村地域 (下東郷村、東郷町、黒木村、里村、上甑村、下甑村) ④過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に規定する過疎地域 (樋脇町、入来町、東郷町、祁答院町、里村、上甑村、下甑村、鹿島村)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)通常の実施地域に、上記の厚生労働大臣の定める地域が含まれていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 複合型サービス費の算定①				
登録者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、複合型サービス費は算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 複合型サービス費の算定②				
登録者が一の看護小規模多機能型居宅介護事業所においてサービスを受けている間は、その他の看護小規模多機能型居宅介護事業所がサービスを提供しても、そのサービス費は算定しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. 訪問看護体制減算	要介護1～3(925単位／月)、要介護4(1,850単位／月)、要介護5(2,914単位／月)を所定単位			
(1)算定日が属する月の前3月間において、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30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応加算を算定した利用者の占める割合が100分の30未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の5未満であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行われる場合の減算	要介護1～3(925単位／月)、要介護4(1,850単位／月)、要介護5(2,914単位／月)を所定単位			
指定看護小規模多機能型居宅介護を利用しようとする者の主治の医師が、当該者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等により訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合であること。 ※月途中から医療保険の給付の対象となる場合又は月途中から医療保険の給付の対象外となる場合には、医療保険の給付の対象となる期間に応じて、単位数を減算すること。 ※医療保険の給付の対象となる期間については、主治の医師による指示に基づくものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 主治医による特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護が行われる場合の減算	要介護1～3(30単位／日)、要介護4(60単位／日)、要介護5(95単位／日)を乗じて得た単位数を			
(1)利用者が急性憎悪等により一時に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示又は特別指示書の交付があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の訪問看護の給付対象となるものであり、当該月における当該特別指示の日数に応じて減算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)(1)の場合の医療機関における特別指示については、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 初期加算	1日につき30単位を加算			
(1)事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)30日を超える入院後にサービスの利用を再開した場合も、同様に加算していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 認知症加算(I)　※加算(I)(II)(III)は併算定不可	1月につき920単位を加算			

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	満たさ ない	請求 実績無
次に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者(以下この号において「対象者」という。)の数が20人未満である場合にあっては1以上、対象者の数が20人以上である場合にあっては1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ※「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。 ※「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」の実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。また、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ※「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」、「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対して専門的な認知症ケアを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-2. 認知症加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可	1月につき890単位を加算		
(1)認知症介護加算(Ⅰ)の(1)及び(2)に掲げる基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対して専門的な認知症ケアを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-3. 認知症加算(Ⅲ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は併算定不可	1月につき760単位を加算		
日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-4. 認知症加算(Ⅳ)	1月につき460単位を加算		
要介護2であって周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当)の者に対してサービス提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 認知症行動・心理症状緊急対応加算 ※短期利用居宅介護費のみ	1日につき200単位を加算		
(1)医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適當であると判断した者に対し、サービス提供を行つた場合は、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)判断を行つた医師は診療記録等に症状判断の内容等を記録しておくこと。また、事業所も判断を行つた医師名、日付及び利用開始に当たつての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 若年性認知症利用者受入加算 ※認知症加算併算定不可	1月につき800単位を加算		
(1)受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別の担当者を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)受け入れた若年性認知症利用者ごとの個別の担当者を中心に、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
21. 栄養アセスメント加算		1月につき50単位を所定単位数に		
(1)当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)栄養アセスメントについては、3月に1回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、1月毎に測定すること。 イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。 ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。 ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。 二 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 栄養改善加算		1回につき200単位を所定単位数に加算		
(1)低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、3月以内の期間に限り1月に2回を限度として1回につき所定単位数を加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から3月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。 ※算定できる対象者(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6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少が認められる者 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75%以下で不良である者 ホ その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※管理栄養士等⇒管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)(3)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。 ※おおむね3か月ごとに体重を測定する等により、栄養状態の評価を行う。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)(6)の結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師に対して情報提供していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 口腔・栄養スクリーニング加算(I)(II)共通				
事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算する。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-2. 口腔・栄養スクリーニング加算(I)		1回につき20単位を加算		
(1)利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※6月ごとに確認する事項(イ 硬いものを避け、柔らかいものを中心にして食べる者 ロ 入れ歯を使っているもの ハ むせやすい者)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(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(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。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ. BMIが18.5未満である者 口. 1~6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少が認められる者 ハ. 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 二. 食事摂取量が75%以下で不良である者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)算定日が属する月が次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。 ①栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。 ②当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)加算(I)(II)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-3. 口腔・栄養スクリーニング加算(II)	1回につき5単位を加算		
次に掲げる(1)1~4又は(2)1~5のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-1 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報(当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ.硬いものを避け、柔らかいものを中心に入れる者 口.入れ歯を使っている者 ハ.むせやすい者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月(栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)-4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスを終了した日の属する月でないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-1 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(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。)を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。 ※6月ごとに確認する事項(イ.BMIが18.5未満である者 口.1~6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少が認められる者 ハ.血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 二.食事摂取量が75%以下で不良である者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-2 定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-3 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-4 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスを終了した日の属する月(口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。)であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)-5 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)加算(I)(II)のいずれか一方のみ加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 口腔機能向上加算(I)(II)共通			
(1)口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(2)3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定していること。ただし、口腔機能向上サービスの開始から3月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 ※口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を看護小規模多機能型居宅介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることが出来るものとする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(4)で作成した計画について、利用者又はその家族に説明し同意を得ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が口腔機能向上サービスを行い、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね3か月ごとに口腔機能の状態の評価を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)(8)の結果を担当介護支援専門員や利用者の主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)定員・人員基準に適合している。 (定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-2. 口腔機能向上加算(Ⅰ)	1回につき150単位を加算(3月以)		
(1)口腔機能向上加算(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-3. 口腔機能向上加算(Ⅱ)	1回につき160単位を加算(3月以)		
(1)利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)口腔機能向上加算(Ⅰ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 退院時共同指導加算	600単位／退院又は退所につき1回		
(1)入院又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等(准看護師を除く。)が退院時共同指導(当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、老人又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共に、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。)を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合であること。 ※初回の訪問看護を実施した日の属する月に算定すること。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)退院又は退所につき、1回(特別な管理を必要とする利用者については、2回)に限り算定していること。 ※2回の当該加算の算定が可能である利用者に対して複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあっては、1回ずつの算定も可能であること。 ※複数の看護小規模多機能型居宅介護事業所等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関、介護老人保健施設もしくは介護医療院に対し、他の看護小規模多機能型居宅介護事業所等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)当該加算を算定した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は、各サービスにおける退院時共同指導加算は算定できない。 また、同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算の算定もできないこと。(特別な管理を必要とする利用者に対する場合を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)退院時共同指導を行った場合は、その内容を看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 緊急時対応加算	1月につき774単位を加算		
(1)利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	点検事項		請求実績無
満たす	満たさない		
(2)当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を利用者に説明し、同意を得ている。 ※訪問については、訪問看護サービスを行う場合に限る。 ※緊急時対応加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できるため他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護又は緊急時対応加算に係る宿泊を受けていないか確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)加算の算定に当たっては、届出を受理した日から算定すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 特別管理加算(Ⅰ)	1月につき500単位を加算		
(1)特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のイに規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。 イ. 在住麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-2. 特別管理加算(Ⅱ)	1月につき250単位を加算		
(1)特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のロ、ハ、ニ、ホ(下記参照)に規定する状態にある者に対して指定訪問看護小規模多機能型居宅介護を行う場合であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロ. 在宅自己腹膜灌(かん)流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、 在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿 指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼(とう)痛管理指導管理又は 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハ. 人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態にある者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二. 真皮を越える褥瘡(じょくそう)の状態にある者であること。 ※「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的(1週間に1回以上)に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価(褥瘡の深さ、渗出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット)を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア(利用者の家族等に行う指導を含む)について看護小規模多機能型居宅介護記録書に記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホ.点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態にある者であること。 ①「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を複合型サービス事業所に行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。 ②①の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、看護小規模多機能型居宅介護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)計画的な管理を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)症状が重篤の場合には、速やかに医師による診療を受診できるような支援を行うこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 専門管理加算			
緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、1月に1回に限り、次に掲げる区分に応じ、いずれかを所定単位数に加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-2. 専門管理加算のイ	1月に1回に限り250単位		

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
イ. 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合				
※悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者(重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者(在宅での療養を行っているものに限る。)にあっては真皮までの状態の利用者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者を行った場合に限る。				
※主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書に基づき、事業所に配置されている次のa、b、cいずれかの研修を受けた看護師が、定期的(1月に1回以上)にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係るサービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。				
a 緩和ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であって、600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。講義及び演習により、定められた内容を含むものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b 褥瘡ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。				
c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修⇒国又は医療関係団体等が主催する研修であって、600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの。講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修であること。				
28-3. 専門管理加算の口	1月に1回に限り250単位			
口. 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合				
※診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)の区分番号C007の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。				
※主治の医師から交付を受けた訪問看護指示の文書及び手順書に基づき、事業所に配置されている、特定行為のうち指定看護小規模多機能型居宅介護において専門の管理を必要とする行為に係る研修を修了した看護師が、定期的(1月に1回以上)にサービス提供を行うとともに、当該利用者に係るサービスの実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り算定する。なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a 気管カニューレの交換 b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 c 膀胱ろうカテーテルの交換 d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 e 創傷に対する陰圧閉鎖療法 f 持続点滴中の高カリヨー輸液の投与量の調整 g 脱水症状に対する輸液による補正				
28-4. 専門管理加算のイ、ロ共通				
次のいずれかに該当すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1)緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において、同項第1号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. ターミナルケア加算	死亡月に2500単位を加算			
(1)在宅又は当該事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合であること。				
※当該利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に訪問看護を行っている場合は、1日以上。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2)次の厚生労働大臣が定める基準に適合していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
①ターミナルケアを受ける利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
②主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ターミナルケアを提供について、利用者の身体の状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次の厚生労働大臣が定める状態にある利用者であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。)、ブリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髓性筋萎縮症、慢性炎症性脱随性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態。	<input type="checkbox"/>		
③末期の悪性腫瘍である状態。	<input type="checkbox"/>		
(4)ターミナルケア提供について、次に掲げる事項を記録書に記録していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>		
※「人生の最終段階における医療・ケア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、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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等と十分な連携を図るよう努めること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 遠隔死亡診断補助加算	死亡月につき150単位を加算		
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8(医科診療報酬点数表の区分番号 C001—2の注6規定により準用する場合(指特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。)を含む。)に規定する死亡診断加算を算定する利用者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。)について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【厚生労働大臣の定める地域 平24告120】 ①離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域 (里村、上飯村、下飯村、鹿島村)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次の基準に適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 看護体制強化加算(I)	1月につき3000単位を加算		
(1)算定日が属する月の前3月間において、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)算定日が属する月の前3月間において、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(4)算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算の算定者が1名以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者によって、(I)又は(II)を選択的に算定することはできず、当該看護小規模多機能型居宅介護事業所においていずれか一方のみを届出すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-2. 看護体制強化加算(Ⅱ)	1月につき2500単位を加算		
(1)算定日が属する月の前3月間において、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月の前3月間において、利用者の総数のうち、緊急時対応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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)算定日が属する月の前3月間において、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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)看護体制強化加算は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業の利用者によって(I)又は(II)を選択的に算定することができないものであり、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所においていずれか一方のみを届出すること。			
32. 訪問体制強化加算	1月につき1000単位を加算		
(1)指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供する訪問サービス(看護サービスを除く)の提供に当たる常勤の従業者(保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を除く)を2名以上配置していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)算定日が属する月における提供回数について、当該事業所における延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。ただし、当該事業所と同一の建物に集合住宅を併設する場合は、登録者の総数のうち、複合型サービス費のイ(1)を算定する者の占める割合が100分の50以上であって、かつ、イ(1)を算定する登録者に対する延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) ※看護小規模多機能型居宅介護費	1月につき1200単位を加算		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④市町村が実施する法第115条の45第1項第2号に掲げる事業や同条第2項第4号に掲げる事業等に参加していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求 実績無 満たさ ない	
33-2. 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) ※看護小規模多機能型居宅介護費	総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)の(1)から(3)までに掲げる基準に適合すること。	1月につき800単位を加算		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通				
(1)利用者ごとに、利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の確認の結果、褥瘡が認められ、又は(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や利用者の状態について定期的に記録していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-2. 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)		1月につき3単位を加算		
(1)原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第七十一号のニイに掲げる要件を満たした場合、要介護度3以上の利用者全員に対して算定している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-3. 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		1月につき13単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①共通(1)の確認の結果、褥瘡が認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②(1)の評価の結果、褥瘡が認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)共通				
(1)利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の評価の結果、排せつに介護をする利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護をする原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)(1)の評価に基づき、少なくとも三月に一回、利用者ごとに支援計画を見直していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-2. 排せつ支援加算(Ⅰ)		1月につき10単位を加算		
(1)原則として要介護度3以上の利用者全員を対象として利用者ごとに大臣基準第七十一号の三に掲げる要件を満たした場合、要介護度3以上の利用者全員に対して算定している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)排せつ支援加算(Ⅱ)(Ⅲ)を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-3. 排せつ支援加算(Ⅱ)		1月につき15単位を加算		
(1)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①共通(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いすれにも悪化がないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②共通(1)の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③共通(1)の評価の結果、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅲ)を算定していないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-4. 排せつ支援加算(Ⅲ)		1月につき20単位を加算		
(1)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績有 満たさない	請求実績無
①共通(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②共通(1)の評価の結果、利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 科学的介護推進体制加算	1月につき40単位を所定単位数に		
(1)利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、少なくとも3月ごとに厚生労働省に提出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	1月につき100単位を所定単位数		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)(1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)介護機器(※2)を複数種類活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(※2)見守り機器等のテクノロジーの要件 ○見守り機器等のテクノロジーとは、以下のアからウに掲げる機器をいう。 ア 見守り機器 イ インカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器 ウ 介護記録ソフトウェアやスマートフォン等の介護記録の作成の効率化に資するICT機器(複数の機器の連携も含め、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとは、少なくともアからウまでに掲げる機器は全て使用することであり、その際、アの機器は全ての居室に設置し、イの機器は同一の時間帯に勤務する全ての介護職員が使用すること。なお、アの機器の運用については、事前に利用者又は家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとし、当該利用者又はその家族等の意向に応じ、機器の使用を停止する等の運用は認められるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)(1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)加算(Ⅱ)の要件を満たし、加算(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(※1)が確認されていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(※1)業務改善の取組による効果を示すデータ等について ○加算(Ⅰ)において提供を求めるデータは、以下の項目とする。 ア 利用者のQOL等の変化(WHO-5等) イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 ウ 年次有給休暇の取得状況の変化 エ 心理的負担等の変化(SRS-18等) オ 機器の導入による業務時間(直接介護、間接業務、休憩等)の変化(タイムスタディ調査)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○加算(Ⅱ)において求めるデータは、加算(Ⅰ)で求めるデータのうち、アからウの項目とする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○加算(Ⅰ)における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保(アが維持又は向上)された上で、職員の業務負担の軽減(イが短縮、ウが維持又は向上)が確認されることをいう。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-2. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	1月につき10単位を所定単位数に		
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(1)利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。 ①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保 ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 ③介護機器の定期的な点検 ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)介護機器を活用していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)事業年度ごとに(1)及び(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. サービス提供体制強化加算(I)、(II)、(III)共通			
(1)従業者に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)利用者に関する情報や留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-2. サービス提供体制強化加算(I) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合	1月につき750単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 ②従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いること。			
(2)サービス提供体制強化加算(II)又は(III)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-3. サービス提供体制強化加算(II) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合	1月につき640単位を加算		
(1)従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(I)又は(III)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-4. サービス提供体制強化加算(III) ※看護小規模多機能型居宅介護費を算定している場合	1月につき350単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 ②従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ③従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(I)又は(II)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-5. サービス提供体制強化加算(I) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき25単位を加算		
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。 ②従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いること。			
(2)サービス提供体制強化加算(II)又は(III)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-6. サービス提供体制強化加算(II) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき21単位を加算		
(1)従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(I)又は(III)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-7. サービス提供体制強化加算(III) ※短期利用居宅介護費を算定している場合	1日につき12単位を加算		

点検項目	点検結果		
	請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(1)次のいずれかに適合すること。 ①従業者(保健師、看護師又は准看護師を除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。 ②従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の60以上であること。 ③従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-1. イ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			
次の(1)~(10)のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)介護職員その他の職員の賃金改善について、次に掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、賃金改善に要する費用の見込額が介護職員等処遇改善加算の算定見込額以上となる賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)当該事業所が仮に介護職員等処遇改善加算(IV)を算定した場合に算定することが見込まれる額の2分の1以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当に充てるものであること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)当該事業所において、経験・技能のある介護職員のうち1人は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上であること。ただし、介護職員等処遇改善加算の算定見込額が少額であることその他の理由により、当該賃金改善が困難である場合はこの限りでないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)当該事業所において、(1)の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員等処遇改善計画書を作成し、全ての職員に周知し、市町村長に届け出ていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために当該事業所の職員の賃金水準(本加算による賃金改善分を除く。)を見直すことはやむを得ないが、その内容について市町村長に届け出ること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)当該事業所において、事業年度ごとに当該事業所の職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)当該事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。			
(一)介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)(一)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(四)(三)について、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(五)介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(六)(五)について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)(2)の届出に係る計画の期間中に実施する職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該職員の処遇改善に要する費用の見込額を全ての職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)(8)の処遇改善の内容等について、インターネットの利用その他の適切な方法により公表していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)(指定療養通所介護にあってはサービス提供体制強化加算(Ⅲ)イ又は(Ⅲ)ロ)のいずれか)を届け出していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-2. ロ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)			
イ(1)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-3. ハ 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			
イ(1)~(2)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-4. ニ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			
イ(1)~(2)から(6)まで、(7)~(4)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-5. ホ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)			

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求 実績無 満たさ ない	
	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)及び(2)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-6. ヘ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-7. ト 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)及び(2)から(9)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-8. チ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-9. リ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-10. ヌ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出いないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合する		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-11. ル 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一) 次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-12. ヲ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)				
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を届け出しており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点検項目	点検事項	点検結果		
		請求実績有 満たす	請求実績無 満たさない	
(2) イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)及び(2)から(8)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-13. ワ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-14. カ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで及び(8)から(10)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-15. ョ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅱ)を届け出しており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出ていないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで、(7)(一)から(四)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-16. タ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)を届け出しており、かつ、介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出いないこと。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)(二)、(2)から(6)まで、(8)及び(9)に掲げる基準のいずれにも適合すること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。 (一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-17. レ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。				

点検項目	点検結果		
	点検事項		請求実績無
	請求実績有	満たす	
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出しており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を届け出ていないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-18. ソ 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1)令和6年5月31日において改正前の介護職員処遇改善加算(Ⅲ)を届け出しており、かつ、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び介護職員等ベースアップ等支援加算を届け出していないこと。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)イ(1)((一)及び(二)に係る部分を除く。)、(2)から(6)まで及び(8)に掲げる基準のいずれにも適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)次に掲げる基準のいずれかに適合すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む。)を定めていること。 b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)次に掲げる要件の全てに適合すること。 a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 b aについて、全ての介護職員に周知していること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

行動障害のある利用者のリスト

事業所・施設の名称	
事業の種類	

番号	氏 名	要介護度	利用開始年月日	認知症高齢者日常生活自立度	行動障害の具体的な内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※ 記入上の留意事項

- 1 実地指導日時点での状況について記入してください。
- 2 利用者の名簿等で既存の資料があれば、それで差し支えありません。

【運営指導Ⅰ】生活実態確認表 (行動障害のある利用者)

聞き取り者名:

介護サービス 従事者名		職名		採用年月	
行動障害のあ る利用者名		主たる病名		入所年月	
年齢・性別	歳 男・女	要介護度	要支援・1・2・3・4・5	認知症自 立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV
1	行動障害の具体的内容				
2	日中はどのように過ごされていますか				
3	夜間は眠っていますか (眠っていない場合)夜間起きてい る時間帯や行動内容		眠っている・眠っていない		
	眠れない理由は何だと思いますか				
4	起床時の利用者のケアはどのようにおこなっ ていますか				
5	利用者が毎日着用する服は利用者の好みで すか?施設側の判断ですか?		利用者の好み・施設側の判断		
	利用者が毎日着用する服はどのよ うに選んでいますか				
6	食事の時間・内容についてはどのように決め ていますか				
7	利用者の希望を聞かずに、椅子や車椅子に 座らせたままにしていませんか 利用者が興味を持たれているもの は何かありますか		座らせたままにしていない・していることもある		
8	利用者の排泄パターンを把握してますか 排泄誘導やおむつ交換のタイミング はどのようにしていますか		把握している・把握していない		
9	入浴の回数・内容(シャワー、湯船に浸かる) についてはどのように決めていますか				
10	最近、ヒヤリハットしたことはありますか (ある場合)どのような状況でしたか		ある・ない		
11	利用者が外出を希望した場合はどのようにさ れていますか				
12	利用者がかいみ等を訴えた場合、どのように 対応しますか				

行動障害のある利用者以外のリスト

事業所・施設の名称	
事業の種類	

番号	氏 名	要介護度	利用開始年月日	認知症高齢者日常生活自立度	行動障害の具体的な内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※ 記入上の留意事項

- 1 実地指導日時点での状況について記入してください。
- 2 利用者の名簿等で既存の資料があれば、それで差し支えありません。

【運営指導Ⅰ】生活実態確認表 (行動障害のある利用者以外)

※虐待や身体拘束が疑われる場合は、その利用者の氏名を把握し、運営指導で具体的な介護サービスの提供状況について説明を求める。

聞き取り者名:

介護サービス 従事者名		職名		採用年月	
その他の利用 者名		主たる病名		入所年月	
年齢・性別	歳	男・女	要介護度	要支援・1・2・3・4・5	認知症自 立度
1	利用者や家族の希望等によりベッドを柵で 囲んだり、つなぎ服やミトン等をしている利 用者はいますか	身体拘束等が疑われる具体的内 容	いいえ・はい		
2	日中はどのように過ごされていますか				
3	夜間は寝ていますか (眠っていない場合) 眠れない理 由は何だと思いますか			眠っている・眠っていない	
4	起床時の利用者のケアはどのようにおこ なっていますか				
5	利用者が毎日着用する服は利用者の好み ですか？施設側の判断ですか？ 利用者が毎日着用する服はどの ように選んでいますか			利用者の好み・施設側の判断	
6	食事の時間・内容についてはどのように決 めていますか				
7	利用者の希望を聞かずに、椅子や車椅子に 座らせたままにしていませんか 利用者が興味を持たれているも のは何かありますか			座らせたままにしていない・していることもある	
8	利用者の排泄パターンを把握してますか 排泄誘導やおむつ交換のタイミン グはどのようにしていますか			把握している・把握していない	
9	入浴の回数・内容(シャワー、湯船に浸か る)についてはどのように決めていますか				
10	最近、ヒヤリハットしたことはありますか (ある場合)どのような状況でした か			ある・ない	
11	利用者が外出を希望した場合はどのように されていますか				
12	利用者がかゆみ等を訴えた場合、どのよう に対応してますか				

運営指導Ⅱ（サービスの質に関するヒアリング）

1 認知症ケアの理解

(1) 施設・事業所の管理者等による取り組み

- ① 管理者として認知症ケアの理解にどのように関わっていますか。（職員も含め、なじみの人間関係を構築するために配慮している点や、生活環境面において工夫している点など）

2 虐待防止・身体拘束の廃止

(1) 虐待防止・身体拘束廃止への取り組み

ア 施設・事業所の管理者等による取り組み

- ① 管理者として虐待防止や身体拘束廃止にどのように関わっていますか。

- ② 管理者と現場の職員との間で虐待防止や身体拘束廃止に対する意識を共有するために、どのような取り組みをしていますか。

- ③ 関係者全員で議論して共通の認識を持ち、一体となって取り組む環境を作っていますか。

イ 研修の状況（①～③管理者、④介護サービス従事者）

- ① 県や各種団体等が実施している研修等に具体的にどの程度参加していますか。

研修名	参加者	内容

- ② 施設・事業所内の内部研修は具体的にどのような内容で行っていますか。

研修名	参加者	内容

③ 管理者として研修等に対してどのような認識を持っていますか。

④ 【研修を受けた介護サービス従事者への聞き取り】研修を受けて、ケアの向上にどのように応用していますか。

介護サービス従事者名：

職名：

ウ 施設・事業所の高齢者虐待防止・身体拘束廃止のための勉強会（委員会・検討会等）の開催状況

○ 高齢者虐待防止・身体拘束廃止のための会議等はどのように取り組んでいますか。

研修名	参加者	内容

エ 利用者の環境面での改善への取り組み

○ 利用者の環境（ベッド、居住環境、車椅子など）について、安全への工夫をどのように取り組んでいますか。

オ 事故発生時のためのマニュアル等の作成

① 事故が発生した場合の対応方策等の取り組みはどのようにしていますか。

② 事故などに対する対応方針について利用者及び家族に十分な説明を行っていますか。

力 事件・事故などの事例収集・分析等

- 過去の事例に学び、今後の事故等の予防につなげるための取り組みはどのようにしていますか。

キ 苦情・要望等への対応

- ① 苦情になる前の段階で、日頃から利用者やその家族が、相談、意見、要望等しやすい環境（信頼関係を構築するための工夫等）づくりはどのようにしていますか。

- ② 苦情があった場合の具体的な対応方法等について、どのようにになっていますか。

(2) 虐待防止・身体拘束廃止についての認識とサービスの実施状況

（ア、イは該当するものについて記載する。）

ア 虐待や身体拘束につながるものが見受けられた場合

- ① 現在行われている行為について、どのように認識していますか（虐待や身体拘束であるという認識があるか）

- ② 身体拘束が行われている場合、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三原則を全て満たし、記録などが整っていますか。

- ③ 虐待や身体拘束を行わないための再検討をどのように行っていますか。（各職種の役割を明確にし、それぞれの果たすべき役割を責任を持って行うとともに、チームケアとして連携して行われているか）

- イ 虐待や身体拘束が疑われる利用者が確認できなかった場合
- 行動・心理症状があるとされる利用者及びその他の利用者について、症状・ケアに至るまでの経過・取り組みはどのように行いましたか。

(3) 高齢者虐待防止・身体拘束廃止に関する制度の理解

- ア 高齢者虐待防止や身体拘束廃止の対象となる具体的な行為の理解の確認
- 高齢者虐待や身体拘束禁止に該当する行為とはどのようなものと考えていますか。
- 介護サービス従事者名： 職名：

- イ 身体拘束が基準で禁止されていること
- ① 身体拘束廃止について、基準でも定められていますが、内容を知っていますか。
- ② 緊急やむを得ない場合に3つの要件を全て満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームでの検討を踏まえた上で、身体拘束を行ったことがありますか。
- ③ (身体拘束を行ったことがある場合) その記録は取ってますか。その時の状況はどうでしたか。

- ウ 身体拘束が禁止されている理由
- 身体拘束がもたらす弊害は何がありますか。

工 家族等への働きかけの重要性

① 家族に対して虐待や身体拘束による弊害をどのように説明していますか。

② 現在のサービスをうけるまでの家族等による介護方法・身体拘束の有無について把握し介護に生かしていますか。

3. 地域との連携

○ 管理者として地域との連携にどのように関わっていますか。

4 個別ケアプランを含む「一連のプロセス」

(1) 一連のプロセス

① アセスメント～モニタリング、サービス計画の変更の流れはどのようにになっていますか。

(2) アセスメント

① 情報収集はどのように行っていますか。

② 誰から情報を収集していますか。

③ 利用者にとって必要な情報を引き出すためにどのような視点からアセスメントを行っていますか。

(3) 課題分析

① アセスメントから得られた情報の分析から利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握は行われていますか。

② 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をしていますか。（自立に向けた支援、利用者の QOL を高める視点で分析しているか確認します。）

(4) 個々の利用者の特性に応じたサービス計画の作成

① 課題に応じてそれぞれの職種の役割分担は明確になってていますか。

② ケアプランの目標を設定する際には、どのような配慮をしていますか。(利用者自身は、どのような生活をめざしたいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているかを確認します。)

③ 達成すべき具体的な短期・長期の目標がケアプランの中で設定されていますか。

④ どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか等の手順などが具体的にプランに反映されていますか。

(5) 多職種による意見調整の場としてのサービス担当者会議の開催

① サービス担当者会議のメンバーや開催状況はどのようにになっていますか。

② 利用者の家族への働きかけやケアへの参加はどのようにになっていますか。

(6) モニタリング

① モニタリングはどのように行っていますか。

- 目標の達成度
- ケアプランに基づいたケアが実施されているか
- 利用者や家族のニーズはどうか
- サービス担当者の意見・評価・要望
- 利用者の状態の変化

(7) サービス計画の変更等

① サービス計画の変更等はどのように行っていますか。

② 利用者の情報をチームでどのように連携していますか。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(参考様式1)

令和3年(2021)年4月

看護小規模多機能型居宅介護

○○○サービス種別(看護小規模多機能型居宅介護
事業所名(○○○サービス

個人情報の守秘義務についての誓約書

私はオフィス藤田有限会社で就労するにあたり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

第1条（秘密保持の誓約）

1. 私は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する個人情報（秘密）を、第三者に漏らしたり使用したりしません。
2. 私は、利用者の介護サービス提供上、若しくは緊急の医療サービスが必要な場合など、正当な理由で個人情報を活用や提供する場合、必ず法人代表者の許可を得ます。

第2条（退職後の秘密保持）

秘密情報については、退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束致します。

第3条（懲戒）

次のいずれかに該当する行為があった場合、必要に応じて譴責、減給、出勤停止、諭旨退職又は懲戒解雇などの処罰を受けても異議申し立ていたしません。

1. 業務以外での利用者との個人的な関係
 - 1) 個人的に訪問しサービス以外の支援を行うこと
 - 2) お金の貸し借り

- 3) 自分の車などを使って買い物や病院受診などの移送
 - 4) その他、法律に抵触する全ての行為
2. 物品の販売や購入
3. 宗教や団体活動等の勧誘
4. 業務に関連して私利をはかり、不当に金品その他の受領などの行為

第4条（損害賠償）

前各条項に違反して、秘密情報を開示、漏洩もしくは使用した場合、法的な責任を負担するものであることを確認し、これにより会社が被った一切の損害を賠償することを約束致します。

事業者

所在地 鹿児島県薩摩川内市永利町 1036-1

名 称 オフィス藤田有限会社

代表取締役 古城 裕喜 殿

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

令和7年度 会議・委員会一覧表

予定は寺掲示板・グループLINEで共有してください

別紙 3

会議	目的と役割	開催月	研修・訓練・他 内容	責任者 委員長	サブ	メンバー					
						燎々 こも	ひだ	ひなた	あす なろ	ピア 事務所	厨房
職員会議	・会社の方針や理念の浸透 ・事業計画・予算の提案、報告	4.10月 会議 4月研修	・4月身体拘束および虐待 防止研修会	古城 裕喜	古城 順子	全職員					
管理者会 ・BCP担当	・全管理書類運営指導対策 ・キャリアパス支援 ・コスト管理 ・感染・災害BCP支援 ・運営推進会議・地域評価 ・事業所管理書類確認 ・感染・災害BCP更新 ・人員マネジメント及び報告相談 ・事業所間連携促進	毎月	・運営推進会議/2か月毎 ・管理者会毎月 ・地域評価3月仕上げ ・事業所管理書類確認 ・感染・災害BCP更新	古城 順子	古城 裕喜	星原	星原	江藤	黒木	川畑	
主任会 ・身体拘束 虐待防止担当	・職員育成(ティーチング・コーチングの組織化)支援 ・業務改善責任者 ・身体拘束および虐待防止事例検討担当		・育成技術向上研修 ・1回/3か月 身体拘束 および虐待防止検討会 ・2回/年 身体拘束およ び虐待防止研修会			北園	野見山	天辰 宍野 花木	上桙梢	勘場	早崎
プラン会 ・ケアプラン 記録整備 担当	・アセスメント・プラン勉強会 ・運営指導対策(プラン関係) ・ケア会議計画運営		・ケアマネジメント勉強会 ・ケアプランチェック機能 構築 ・認知症ケア研修			北園	鍋田	北迫 遠武 餅井 土生		有馬	
事業所会	・業務改善提案および検討 (生産性向上・チームづくり) ・利用者情報の共有 ケア会議 ・事業所間の連携強化 ・職員相互理解の促進		・業務改善検討会 ・ケア会議 ・身体拘束および虐待防 止事例検討 ・感染BCP・災害BCP更新	各事業 所主任	管理者	該当職員					
委員会	目的と役割	開催月	研修・訓練・他 内容	責任者 委員長	副委 員長	メンバー					
リスクマジ メント委員会	・事故防止や事故対策の検討 ・事故報告書の提出最終確認 ・ヒヤリハット等の集計及び検討 ・事故再発防止研修		・事故再発防止研修 ・ヒヤリハットおよび事故報 告書の分析と周知			中川	上白石	宍野 宇都 花木	宮川 山之口		
災害BCP 委員会	・管理者と災害BCP策定・訓練 ・防災訓練年2回開催 ・非常災害時対策会議		・適宜災害対策会議 ・5月 火災訓練 ・11月 地震訓練 ・11月~12月災害BCP 更新(各事業所)			大原 徳留	宮原	北迫 久保 由美子	大原 平佐田	下小鶴	
感染BCP 委員会	・管理者会と感染BCP策定・訓練 ・季節性感染拡大防止対策検討会		・適宜感染対策会議 ・6月食中毒等・感染予 防研修 ・6月~7月感染BCP更新(各事業所)			持永 東野	柚木崎	天辰 山川	上桙梢	久保 さやか 柿	
技術生産性 向上委員会	・ケア技術・接遇向上対策 ・腰痛予防 ・記録報告技術向上 ・ICT関連技術向上のための検討		・技術研修 ・記録システム活用方法			小久保 山下	塩屋	土生 遠武	橋口	西原 内田	
メンタル ヘルス 委員会	・苦情・要望受付 ・ハラスマント対策 ・職員のメンタルヘルス対策		・ハラスマント研修とメンタ ルヘルス対策の組織化 ・苦情研修			吉留	久保 睦子	久保川 餅井 則竹	黒木	勘場	
地域交流 委員会 ハビネス リンク部	・地域連携・カフェ・自治会との連携 ・個別レク提案 ・事業所レクの充実 (家族地域を巻き込む連携) ・新たな価値の創造	カフェ毎月 2回	・ハラスマント相談窓口 ・カフェの企画運営 ・事業所レクの企画運営 に関する指導			勘場	黒木	川畑	下小鶴		

会議	目的と役割	開催月	研修・訓練・他 内容	責任者 委員長	サブ	メンバー						
						燎々 こも	ひだ	ひなた	あす なろ	ピア 事務所	厨房	
職員会議	・会社の方針や理念の浸透 ・事業計画・予算の提案、報告	4.10月 会議 4月研修	・4月身体拘束および虐待 防止研修会	古城 裕喜	古城 順子	全職員						
管理者会 ・BCP担当	・全管理書類運営指導対策 ・キャリアパス支援 ・コスト管理 ・感染・災害BCP支援 ・運営推進会議・地域評価 ・事業所管理書類確認 ・感染・災害BCP更新 ・人員マネジメント及び報告相談 ・事業所間連携促進	毎月	・運営推進会議/2か月毎 ・管理者会毎月 ・地域評価3月仕上げ ・事業所管理書類確認 ・感染・災害BCP更新	古城 順子	古城 裕喜	星原	星原	江藤	黒木	川畑		
主任会 ・身体拘束 虐待防止担当	・職員育成(ティーチング・コーチングの組織化)支援 ・業務改善責任者 ・身体拘束および虐待防止事例検討担当		・育成技術向上研修 ・1回/3か月 身体拘束 および虐待防止検討会 ・2回/年 身体拘束およ び虐待防止研修会			北園	野見山	天辰 宍野 花木	上桙梢	勘場	早崎	
プラン会 ・ケアプラン 記録整備 担当	・アセスメント・プラン勉強会 ・運営指導対策(プラン関係) ・ケア会議計画運営		・ケアマネジメント勉強会 ・ケアプランチェック機能 構築 ・認知症ケア研修			北園	鍋田	北迫 遠武 餅井 土生		有馬		
事業所会	・業務改善提案および検討 (生産性向上・チームづくり) ・利用者情報の共有 ケア会議 ・事業所間の連携強化 ・職員相互理解の促進		・業務改善検討会 ・ケア会議 ・身体拘束および虐待防 止事例検討 ・感染BCP・災害BCP更新	各事業 所主任	管理者	・業務改善検討会 ・ケア会議 ・身体拘束および虐待防 止事例検討 ・感染BCP・災害BCP更新	各事業 所主任	管理者	該当職員			
委員会	目的と役割	開催月	研修・訓練・他 内容	責任者 委員長	副委 員長	メンバー						
リスクマジ メント委員会	・事故防止や事故対策の検討 ・事故報告書の提出最終確認 ・ヒヤリハット等の集計及び検討 ・事故再発防止研修		・事故再発防止研修 ・ヒヤリハットおよび事故報 告書の分析と周知			中川	上白石	宍野 宇都 花木	宮川 山之口			
災害BCP 委員会	・管理者と災害BCP策定・訓練 ・防災訓練年2回開催 ・非常災害時対策会議		・適宜災害対策会議 ・5月 火災訓練 ・11月 地震訓練 ・11月~12月災害BCP 更新(各事業所)			大原 徳留	宮原	北迫 久保 由美子	大原 平佐田	下小鶴		
感染BCP 委員会	・管理者会と感染BCP策定・訓練 ・季節性感染拡大防止対策検討会		・適宜感染対策会議 ・6月食中毒等・感染予 防研修 ・6月~7月感染BCP更新(各事業所)			持永 東野	柚木崎	天辰 山川	上桙梢		久保 さやか 柿	
技術生産性 向上委員会	・ケア技術・接遇向上対策 ・腰痛予防 ・記録報告技術向上 ・ICT関連技術向上のための検討		・技術研修 ・記録システム活用方法			小久保 山下	塩屋	土生 遠武	橋口	西原 内田		
メンタル ヘルス 委員会	・苦情・要望受付 ・ハラスマント対策 ・職員のメンタルヘルス対策		・ハラスマント研修とメンタ ルヘルス対策の組織化 ・苦情研修			吉留	久保 睦子	久保川 餅井 則竹	黒木	勘場		
地域交流 委員会 ハビネス リンク部	・地域連携・カフェ・自治会との連携 ・個別レク提案 ・事業所レクの充実 (家族地域を巻き込む連携) ・新たな価値の創造	カフェ毎月 2回	・ハラスマント相談窓口 ・カフェの企画運営 ・事業所レクの企画運営 に関する指導			勘場	黒木	川畑	下小鶴			

令和7年度第2回運営推進会議

日 時 令和7年7月16日(水) 14:00~16:00

参加者 GH燐々1組 看多機ひなた1組 地域の方様 市役所担当様
オフィス藤田 古城裕喜

看多機ひなた 報告事項

【利用者動態】 令和7年5月・6月 *看護小規模多機能型サービスのそれぞれの利用状況

令和7年5月 (単位/人) 登録利用者 26名 89.6%

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	1	0	1	0	3	5
女性	4	2	5	6	4	21
計	5	2	6	6	7	26

サービス種別ごとの延べ利用回数

訪問(介護) 延べ人数(実人数) 利用率 65.3% (17/26)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	0	0	37 (2)	37 (2)
女性	35 (2)	0	84 (4)	61 (5)	48 (4)	228 (15)
計	35 (2)	0	84 (4)	6 (5)	85 (6)	265 (17)

通い(通所) 延べ人数(実人数) 利用率 100% (26/26) 稼働率 71.5% (399/558)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	13 (1)	0	9 (1)	0	32 (3)	54 (5)
女性	55 (4)	50 (2)	65 (5)	115 (6)	60 (4)	345 (21)
計	68 (5)	50 (2)	74 (6)	115 (6)	92 (7)	399 (26)

宿泊延べ人数(実人数) 利用率 73% (18/26) 稼働率 67% (187/279)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	0	0	6 (1)	6 (1)
女性	8 (3)	51 (2)	21 (3)	50 (6)	51 (4)	181 (18)
計	8 (3)	51 (2)	21 (3)	50 (6)	57 (5)	187 (19)

訪問(看護) 延べ人数(実人数) 利用率 84.6% (22/26)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	4 (1)	0	5 (2)	9 (39)
女性	7 (3)	93 (2)	4 (4)	39 (6)	60 (4)	208 (19)
計	7 (3)	93 (2)	8 (5)	39 (6)	65 (6)	212 (22)

全体 延べ人数(実人数)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	13 (1)	0	13 (1)	0	80 (3)	106 (5)
女性	105 (4)	194 (2)	174 (5)	265 (6)	219 (4)	957 (21)

男性	13 (1)	0	13 (1)	0	80 (3)	106 (5)
女性	105 (4)	194 (2)	174 (5)	265 (6)	219 (4)	957 (21)
計	118 (5)	194 (2)	187 (6)	265 (6)	299 (7)	1063 (26)

* 1週間当たりのサービス提供回数 (9.96回/人/週) 平均 * 基準4回/人/週

P1

令和7年6月 (単位/人) 登録利用者 25名 86.2%

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	1	0	1	0	2	4
女性	4	2	5	6	4	21
計	5	2	6	6	6	25

サービス種別ごとの延べ利用回数

訪問 (介護) 延べ人数 (実人数) 利用率 68% (17/25)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	2 (1)	0	38 (2)	40 (3)
女性	35 (2)	0	81 (3)	57 (5)	51 (4)	224 (14)
計	35 (2)	0	83 (4)	57 (5)	89 (6)	264 (17)

通い (通所) 延べ人数 (実人数) 利用率 100% (25/25) 稼働率 75.5% (408/540)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	12 (1)	0	8 (1)	0	27 (2)	47 (4)
女性	53 (4)	49 (2)	83 (5)	100 (6)	74 (4)	361 (21)
計	65 (5)	49 (2)	91 (6)	100 (6)	103 (6)	408 (25)

宿泊延べ人数 (実人数) 利用率 76% (19/25) 稼働率 72.5% (196/270)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	0	0	2 (1)	2 (1)
女性	6 (2)	49 (2)	33 (5)	40 (5)	66 (4)	194 (18)
計	6 (2)	49 (2)	33 (5)	40 (5)	68 (5)	196 (19)

訪問 (看護) 延べ人数 (実人数) 利用率 80% (20/25)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	0	0	4 (1)	0	1 (1)	5 (23)
女性	6 (2)	92 (2)	12 (4)	26 (6)	54 (4)	190 (18)
計	6 (2)	92 (2)	16 (5)	26 (6)	55 (5)	195 (20)

全体 延べ人数 (実人数)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男性	13 (1)	0	13 (1)	0	30 (3)	106 (5)
女性	105 (49)	194 (2)	174 (5)	265 (6)	219 (4)	957 (21)
計	118 (5)	194 (2)	187 (6)	265 (6)	299 (7)	1063 (25)

* 1週間当たりのサービス提供回数 (10.63回/人/週) 平均 * 基準4回/人/週

看護体制強化加算 * 基準：看護指示 80%以上 緊急対応 50%以上 特別管理 20%以上

看護指示の割合 (88%「22/25」) 緊急対応加算 (88%「22/25」) 特別管理加算 (28%「7/25」)

令和7年4月 看護体制強化加算算定

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各 介 護 保 險 関 係 団 体 御 中

← 厚生労働省 介護保険計画課、高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

介 護 保 險 最 新 情 報

今回の内容

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の

取扱いについて

計13枚（本紙を除く）

Vol.959

令和3年3月31日

厚 生 労 働 省 老 健 局

介護保険計画課、高齢者支援課、
認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

〔 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願ひいたします。 〕

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3936)

FAX：03-3503-7894

<p>4 ケアプランの軽微な変更の内容について(サービス担当者会議)</p> <p>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>基準の解説通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではなく、その開催にあたっては、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p> <p>単なるサービス利用回数の増減(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など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではなく、その開催にあたっては、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要ではなく、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>	<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間(担当者間)の合意が前提である。その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号)の「課題分析標準項目(別添)」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康状態(既往歴、主傷病、病状、痛み等)」 ・「ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)」 ・「IADL(調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等)」 ・「日常の意思決定を行うための認知能力の程度」 ・「意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション」 ・「社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)」 ・「排尿・排便(失禁の状況、排尿・排便の後始末、コントロール方法、頻度など)」 ・「褥瘡・皮膚の問題(褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等)」 ・「口腔衛生(歯、口腔内の状態や口腔衛生)」 ・「食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)」 ・「行動・心理状態(BPSD)(妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等)」 <p>等を総合的に勘案し、判断すべきものである。</p>
<p>5 暫定ケアプランについて</p> <p>看取り期など限定期的な局面時における暫定ケアプラン作成時のプロセスについて</p>			

3 ケアプランの軽微な変更の内容について(ケアプランの作成)	「指定居宅介護支援等の事業の人员及び運営に関する基準」の「3 運営に関する基準」の「(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「(b) 居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。)の第13条第3号から第11号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。 なお、「利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。
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臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更かは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって評価すべきものである。
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のようないくつかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合は、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。 なお、これらはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
福祉用具で同等の用具に変更する場合	福祉用具の同一種目ににおける機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
目標もサービスも変わらない(利用者の状況による)異なる事業所変更	目標もサービスも変わらない(利用者の状況による)異なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
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	第一表の総合的な援助の方針や第二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ことには、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。
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(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること。)のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによつて評価か否かを判断すべきものである。