

基礎から学ぶ 小規模多機能運営の具体策

■第4回：加算・減算／中重度者の受け入れ

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

ご受講にあたって

■第1部 10:00～11:30

zoomセミナー（参加者の**お名前やお顔は出ません**）

ご意見/ご感想/ご質問（チャット）に対し**リアルタイムに応答**

※「**すべてのパネリスト**」宛にチャットをお願いします

■第2部 11:30～12:00

希望者による口頭でのご質問・ご相談・他の参加者との交流等
参加者の**お名前やお顔は出ます**（ビデオOFFは可能）

■事前に資料送付、セミナー後に「**動画データ**」と「**資料**」を送付します

※急用やネット環境不良等の場合は後日動画でご視聴下さい

※**法人内のみ**のご活用にとどめて下さい

■動画＋資料は**一般販売**もさせていただきます（**以前のものもご視聴可能!**）

講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
京都大学経済学部卒業後、特別養護老人ホームに介護職として勤務
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える
4児の父、趣味はクラシック音楽。ブログ、facebookは毎日更新中、日刊・週刊のメルマガ配信中
Zoomセミナー、動画講座も配信中。介護の読書会、介護現場をよくするオンライン・コンサルティング 主催
天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

- HMS介護事業コンサルタント ■WJU介護事業運営コンサルタント
- C-M-A-S介護事業経営研究会スペシャリスト ■全国有料老人ホーム協会 研修委員
- 日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師 ■一般社団法人 考える杖 理事
- 稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員
- 出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数
- 平成20年第21回GEヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

本日の内容

- 加算・減算の算定基準について
- 中重度者の受け入れについて

経営状況について

- 登録定員は**29名**、稼働はもちろん**100%**
- 平均要介護度**は最低でも**2.5**、可能な限り**3.0**を狙う
- 要支援**は**2名**以内（多くても3名、つまり**10%未満**）
- 訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算などの**大きな加算**は必ず算定
- 人員は**法定人員程度**で考える
- 月次で100～150万円**程度の利益（**利益率15%～20%**）
200万円（25%）も不可能ではない

本日の内容

■加算・減算の算定基準について

小規模多機能の加算・減算

介護現場をよくするzoomセミナー

新型コロナウイルス感染症 対策マニュアル「コロナ特例編」

■利用者・家族・職員・事業所を守るために

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) [hiromasa sakakibara](#). All rights reserved.

1

8

Copyright (c) [hiromasa sakakibara](#). All rights reserved.

コロナ特例編より

■「介護現場（8月開催）」では、

平時の予防から、利用者や家族、職員が、感染疑い・濃厚接触・陽性者になった場合の対応まで、介護現場の最前線で必要とされる、より実践的で包括的な内容をお伝えしました

■「コロナ特例編」では、主に介護報酬に関わる各種特例についてまとめます

■「コロナ特例編」を学ぶ意義

- ・利用者・家族の生活を守ること
- ・大切な介護事業を継続していくこと（職員の生活を守ることにもつながる）
- ・実地指導対応としても重要

※労務関連、各種助成、融資関連については
本マニュアルでは取り扱っておりません

報酬請求指導について

基準等 不適合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 加算報酬上の基準要件を一つでも満たしていない場合 ○ 解釈通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合 	適切なサービスの実施となるよう是正指導の上、加算報酬上の基準要件等を満たしていない部分について自己点検の上、過誤調整により返還させる	有
------------	--	--	---

○著しく悪質で不正な請求と認められる場合（指導から監査への変更を含む）

区分	報酬請求の内容	報酬上の措置等	遡及
監査	加算報酬上の基準要件を満たしていない場合及び解釈通知に即したサービス提供が実施されていない場合であって、当該報酬請求の内容が著しく悪質で不正な請求と認められる場合	法第22条第3項に基づく返還金及び加算金の徴収	有

介護保険施設等実地指導マニュアルより

小規模多機能の加算・減算

初期加算(支)	30単位/日	登録から起算30日
認知症加算Ⅰ	800単位/月	自立度Ⅲ
認知症加算Ⅱ	500単位/月	介護度2かつ自立度Ⅱ
看護職員配置加算Ⅰ	900単位/月	常勤看護師
看護職員配置加算Ⅱ	700単位/月	常勤准看護師
看護職員配置加算Ⅲ	480単位/月	看護職員常勤換算1
看取り連携体制強化加算	64単位/日	看護職員配置加算Ⅰ
訪問体制強化加算	1,000単位/月	訪問200回/月
総合マネジメント体制強化加算(支)	1,000単位/月	多職種協働、地域活動
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)	100、200単位/月	理学療法士等と連携
若年性認知症利用者受入加算(支)	800、450単位/月	認知症加算と併算定×
栄養スクリーニング加算	5単位/回	6月に1回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰ～Ⅲ(支)	640～350単位/月	介護福祉士、常勤等
介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅴ(支)	—	
登録者定員超過減算(支)	▲30%	
人員基準欠如減算(支)	▲30%	
過少サービス減算(支)	▲30%	1人あたり週4回未満
中山間地域等の者へのサービス(支)	5%	

生活機能向上連携加算

14. 小規模多機能型居宅介護 ①生活機能向上連携加算の創設

概要 ※介護予防小規模多機能型居宅介護を含む

○ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、新たに生活機能向上連携加算を創設する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 (新設)
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月 (新設)

算定要件等

○生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成(変更)すること
- ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

○生活機能向上連携加算(Ⅱ)

- ・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同して行うこと
- ・ 介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成すること

生活機能向上連携加算

又 生活機能向上連携加算

(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位

注1 (1)について、介護支援専門員（指定地域密着型サービス基準 第63条第10項に規定する介護支援専門員をいう。注2において同じ。）が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画（指定地域密着型サービス基準第77条第1項に規定する小規模多機能型居宅介護計画をいう。この注及び注2において同じ。）を作成し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該指定小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。

(14) 生活機能向上連携加算について

② 生活機能向上連携加算(Ⅰ)について

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)については、①ロ、へ及びトを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が、助言に基づき①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的実施することを評価するものである。

生活機能向上連携加算

- a ①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成責任者で事前に方法を調整するものとする。
- b 当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成を行うこと。なお、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、aの助言の内容を記載すること。
- c 本加算は、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合を除き、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。
- d 3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度aの助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

生活機能向上連携加算

(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位

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

① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)について

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

生活機能向上連携加算

ロ イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下2において同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下2において「理学療法士等」という。）が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行する又は当該理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。）を行い、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

ハイの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容

b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目途とする達成目標

c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標

d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

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

生活機能向上連携加算

ホ イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。

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

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

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

（3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。

へ 本加算は口の評価に基づき、イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき提供された初回の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度口の評価に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

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

生活機能向上連携加算

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護関係共通事項】

○ 生活機能向上連携加算について

問3 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、告示上、「訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により」とされているが、「一環」とは具体的にはどのようなものか。

（答）

具体的には、訪問リハビリテーションであれば、訪問リハビリテーションで訪問する際に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することであるが、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師については、訪問診療を行う際等に訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行することが考えられる。

生活機能向上連携加算

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

生活機能向上連携加算

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

生活機能向上連携加算

「活動」と「参加」のリハビリ・訓練アイデア集（QOLサービス）目次

「ADL」のリハビリ・訓練の工夫

1) トイレ動作

- トイレ時に1人で立てるようになる ● 洗浄レバーを楽に引けるようになる

2) 移動・移乗動作

- トイレまで転倒しないで移動できるようになる ● 「見守り」で移動できるようになる
- 安心・安全に移乗してトイレ・入浴ができるようになる

3) 入浴動作

- 1人で入浴できるようになる ● 浴槽内での立ち上がりができるようになる
- 自宅で入浴できるようになる ● 髪を洗えるようになる/体を楽に洗えるようになる

4) 更衣動作

- 更衣の一連動作ができるようになる ● 肌着を脱ぎ着できるようになる
- 靴下を楽に履けるようになる

5) 食事動作

- 食事を自分で食べられるようになる ● こぼさず食事ができるようになる
- 自分で楽に飲料が飲めるようになる

生活機能向上連携加算

6) 整容動作

- ドライヤーで髪を整えられるようになる ● ひげ剃りの一連動作ができるようになる
- 傷をつけることなく、ひげ剃りができるようになる
- 磨き残しを減らせるようになる ● 手や足の爪切りができるようになる
- 洋服についての糸くずなどを取って身だしなみが整えられる
- お化粧ができるようになる

7) コミュニケーション

- 最近のことを思い出せ、家族へ伝えられるようになる
- 「ノンバーバルコミュニケーション」を学び、自ら積極的に他者と交流できるようになる
- 発語が増え、会話を楽しむことができる ● 同年代の人と会話を楽しむことができる

8) 睡眠

- 夜中に目が覚めないようにする ● 夜中、目が覚めた後にまた眠れるようになる
- 生活リズムを改善する ● 楽な姿勢で寝られるようになる

生活機能向上連携加算

「IADL」のリハビリ・訓練の工夫

1) 買い物動作

- スーパーでの買い物が家族と一緒にできるようになる
- タクシーを呼んで外出し、小銭も使って買い物ができる

2) 調理動作

- 夫と料理ができるようになる ●調理ができるようになる
- 米をといで、ご飯を炊けるようになる ●台所で楽に洗い物ができるようになる
- 食器洗いができるようになる ●洗剤を使い、食器洗いができるようになる
- 歩いて買い物をし、料理ができるようになる ●自宅でも調理を楽しむことができる

3) 洗濯動作

- 物干し竿に、両手で洗濯物を干せるようになる ●洗濯物を楽に畳めるようになる
- “洗濯から畳むまで”ができるようになる
- 洋服を簡単に短時間で畳めるようになる

4) 金銭管理

- 財布の中身を把握し、買い物に出掛けられるようになる
- 千円未満の商品を小銭で購入できるようになる

生活機能向上連携加算

5)服薬管理

- 毎日確実に服薬管理が行えるようになる

6)火の元の管理

- 火の元を確認でき、デイに通う日やゴミ出しの日を忘れないようにする

7)戸締まり動作

- 戸締まり動作ができるようになる

8)掃除動作

- 雑巾を絞る・洗う動作と、窓拭きができるようになる
- 歩行を安定させ、廊下のモップがけができるようになる
- 掃除動作の向上・整理整頓への意識向上
- 掃除・整理整頓が今よりもできるようになる

9)生活動作練習プログラム

- IADL 動作と意識の向上

生活機能向上連携加算

「参加」のリハビリ・訓練の工夫

- 魚釣りができるようになる
- 公共交通機関を使ってコンサートに行く
- 携帯電話のメールで娘や孫と連絡を取り合える
- 包丁で食材を切ることができ、夫と食事を作れるようになる
- 周囲がご本人の変化に気付ける環境づくりで、閉じこもらず1人暮らしを継続する
- 転倒することなく移動できるようになる/車を運転できるようになる
- 走ることに挑戦する
- トイレ動作が自立できるようになる/畑仕事ができるようになる5)服薬管理
- 毎日確実に服薬管理が行えるようになる

介助の有無	手段・道具	頻度
1人で	トイレで	毎回
見守りで	ポータブルトイレで	1日に〇回
一部介助で	尿器で	日中は
	オムツの交換	週に〇回
		月に〇回

若年性認知症利用者受入加算

14. 小規模多機能型居宅介護 ②若年性認知症利用者受入加算の創設

概要

※介護予防小規模多機能型居宅介護を含む

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

単位数

- 小規模多機能型居宅介護

<現行>

なし

⇒

<改定後>

若年性認知症利用者受入加算 800単位/月 (新設)

- 介護予防小規模多機能型居宅介護

<現行>

なし

⇒

<改定後>

若年性認知症利用者受入加算 450単位/月 (新設)

算定要件等

- 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

若年性認知症利用者受入加算

ホ 若年性認知症利用者受入加算 800単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所において、若年性認知症利用者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、二を算定している場合は、算定しない。※「イ」とは短期入所利用以外、「二」とは認知症加算

(13) 若年性認知症利用者受入加算について

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

【小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 若年性認知症利用者受入加算について

問 40 若年性認知症利用者受入加算について、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護のように月単位の報酬が設定されている場合、65歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。

(答) 本加算は65歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護については65歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。

栄養スクリーニング加算

14. 小規模多機能型居宅介護 ③栄養改善の取組の推進

概要

※介護予防小規模多機能型居宅介護を含む

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

単位数

<現行>
なし

⇒

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

算定要件等

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

栄養スクリーニング加算

ル 栄養スクリーニング加算 5単位

注 イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定小規模多機能型居宅介護事業所の従業者が、**利用開始時及び利用中 6月ごとに利用者の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**した場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

(15) 栄養スクリーニング加算について

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。

イ BMIが18.5未満である者

ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者

ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者

- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

栄養スクリーニング加算

【通所系・居住系サービス】

○ 栄養スクリーニング加算について

問 30 当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

(答)

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

栄養スクリーニング加算

別紙 1

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳	
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等				記入者名：			
						作成年月日： 年 月 日			
						事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

実施日	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)
身長(cm) ^{※1}	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m ²) ^{※1} 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ヶ月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl) ^{※2} 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有((g/dl))
食事摂取量75%以下 ^{※3}	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(参考)低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

初期加算

注 イについては、指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に指定小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も、同様とする。

小規模多機能型居宅介護事業所に登録していた利用者が、一旦登録を解除して、再度、解除日の2週間後に当該小規模多機能型居宅介護事業所に登録する場合、初期加算は再登録の日から30日間算定することは可能か。

19.2.19 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A /13

病院等に入院のため、小規模多機能型居宅介護事業所の登録を解除した場合で、入院の期間が30日以内のときは、再登録後に初期加算は算定することはできない（「指定地域密着型サービスに要する費用の額に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第126号）別表3口の注）が、そうでない場合は、初期加算を算定することは可能である。

初期加算

(国民健康保険中央会資料) 『小規模多機能型居宅介護の初期加算の算定について
(<介護 管理番号130809-001> (緊急連絡)) 』

小規模多機能型居宅介護の初期加算の算定について

標記の加算について、多くの連合会よりお問合せがあったため、今般厚生労働省へ疑義照会を行ったところ、以下のとおり回答がありましたので、ご連絡いたします。

記

(問) 中央会→厚生労働省振興課

(1) 小規模多機能型居宅介護の初期加算の算定について

6月1日に小規模多機能型居宅介護事業所に登録し、6月11日～20日まで入院し、退院後利用を継続している(入院期間中も登録を継続している)。

この場合、初期加算は入院期間を含めて30日分を算定してよいか。

(2) その他の事例の算定の考え方及び請求明細書の開始年月日の記載方法について

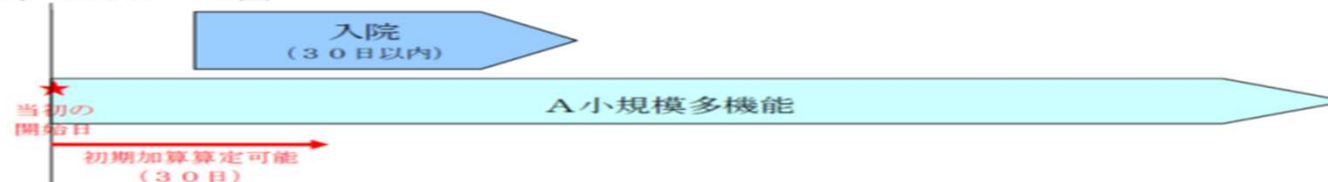
2～3ページのとおりと考えるがよいか。

(答) 厚生労働省振興課→中央会

(1) 貴見のとおり。

(2) 貴見のとおり。

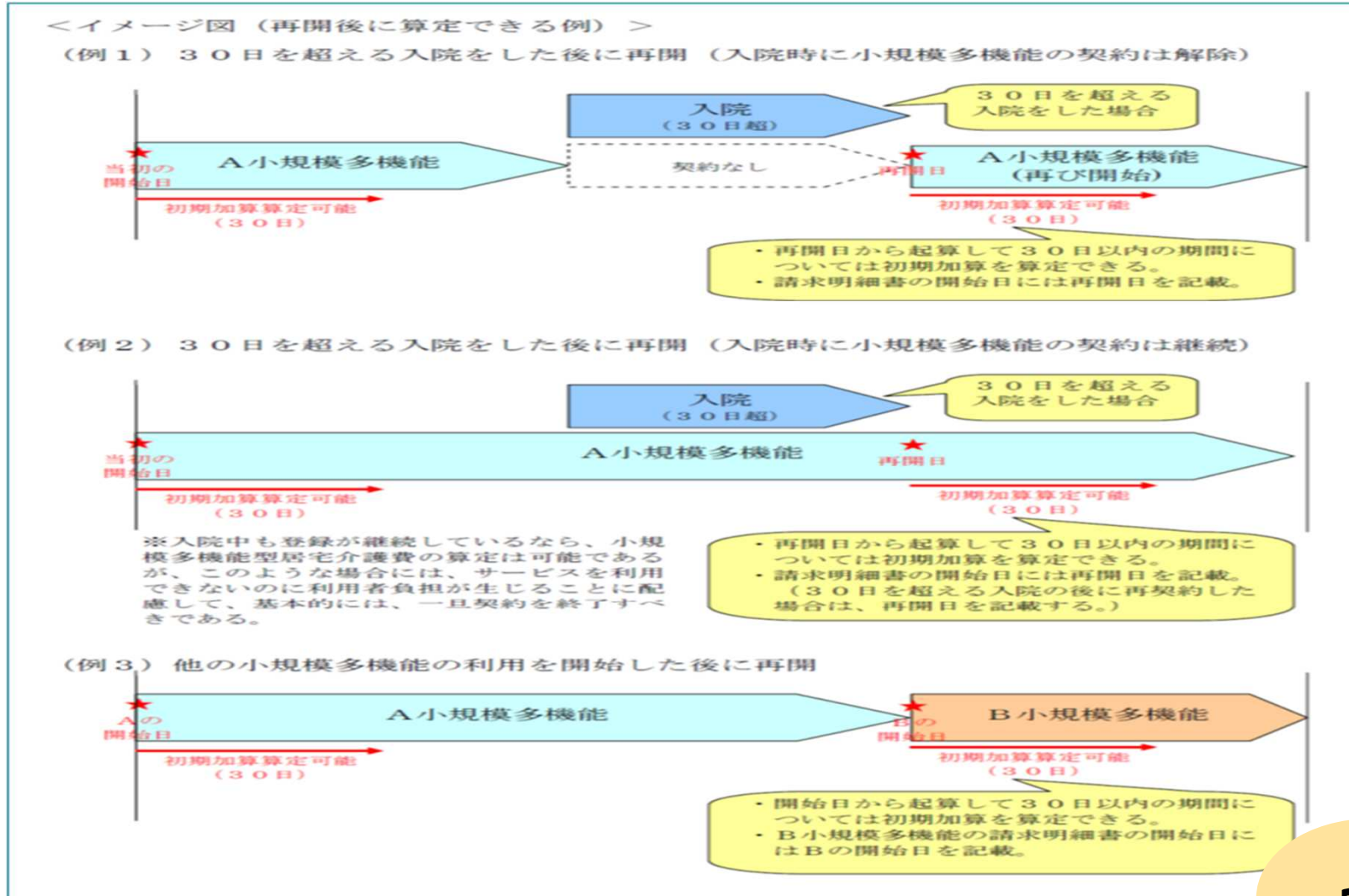
(1) のイメージ図



※入院中も登録が継続しているなら、小規模多機能型居宅介護費の算定は可能であるが、このような場合には、サービスを利用できないのに利用者負担が生じることに配慮して、基本的には、一旦契約を終了すべきである。

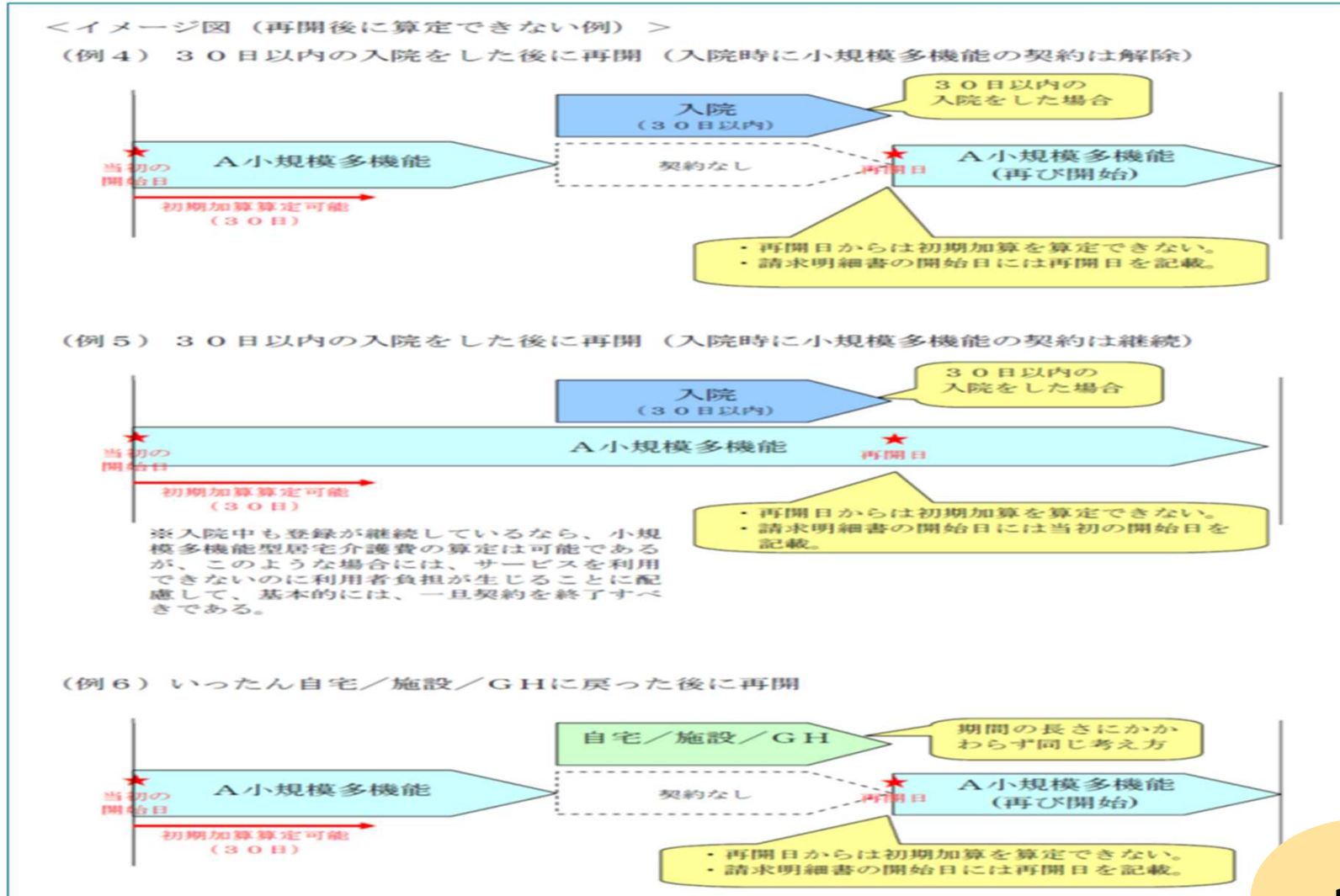
初期加算

(国民健康保険中央会資料) 『小規模多機能型居宅介護の初期加算の算定について
(<介護 管理番号I30809-00I> (緊急連絡)) 』



初期加算

(国民健康保険中央会資料) 『小規模多機能型居宅介護の初期加算の算定について
(<介護 管理番号130809-001> (緊急連絡)) 』



認知症加算

- (1) 認知症加算 (I) 800単位
- (2) 認知症加算 (II) 500単位

注 イについては、別に厚生労働大臣が定める登録者に対して指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につきそれぞれ所定単位数を加算する。

三十八 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費の二の注の厚生労働大臣が定める登録者

イ 認知症加算 (I) を算定すべき利用者

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

ロ 認知症加算 (II) を算定すべき利用者

要介護状態区分が要介護二である者であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症のもの

厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 (平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号) 最終改正:平成28年3月31日 厚生労働省告示第134号

認知症加算

認知症高齢者の日常生活自立度の決定方法

【解釈通知】

(12) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

- ① 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」（以下「日常生活自立度」という。）を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、**医師の判定結果又は主治医意見書（以下この号において「判定結果」という。）を用いる**ものとする。
- ② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3. 心身の状態に関する意見(1) 日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、**複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いるものとする。**
- ③ 医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。）にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

認知症加算

<認知症高齢者の日常生活自立度を基準とした加算>

「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q & A(vol.2) / 39

医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

認知症加算

■判定日について

- ・更新日
- ・記入日（早くても申請後）
- ・最終診察日（相当さかのぼる可能性あり）

→Ⅲだった利用者がⅡになっていて、しかもさかのぼることになると・・・
返還のおそれ、だから算定しない？？？でも、それもおかしい・・・

■防御策

- ・毎月受診していない利用者は要チェック！
- ・主治医意見書を記入するタイミングで、報告書等を出す

■それでもダメだった場合には、最新のものの、ということなので・・・

- ・主治医に加算に関する意見書（日付、自立度のみでOK）を書いて頂く
- ・主治医より口頭で自立度について意見をもらう→記録
- ・ケアプランの更新の際に主治医に意見を頂く機会があれば、その時に意見を頂く→記録、など

（介護報酬に関係するため・・・などと看護師長や相談員に相談してみる）

800単位×12か月＝約10万円、29人で290万・・・

認知症加算

〇〇医院 □□先生 御侍史

平素は格別のご高配を賜り、深く御礼申し上げます。担当させて頂いております()様)について、〇月のご家庭での生活状況、介護サービスの利用状況をご報告させていただきます。

■要介護認定について

要介護認定期間	要介護〇(平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日)
---------	-------------------------

■利用中のサービスについて

サービス種別	事業所名	利用回数等	備考

■ケアプラン(短期目標)について

短期目標	プラン実施状況	目標達成状況	特記事項
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	

■状態変化について

項目	評価	特記事項
日常生活自立度	障害: 認知症:	
長谷川式スケール	〇点 (〇年〇月〇日実施)	
健康状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
ADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
IADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
社会交流・意欲・楽しみ	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
介護者	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
その他		

利用者の服薬状況	
<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 利用者が薬の服用を拒絶している	<input type="checkbox"/> 複数回分の薬を一度に服用している <input type="checkbox"/> 使い切らないうちに新たな薬が処方されている
口腔や栄養の状況	
<input type="checkbox"/> 口臭や口腔内出血がある <input type="checkbox"/> 食事量や食事回数に変化がある	<input type="checkbox"/> 体重の増減が推測される「見た目の変化」がある
その他の身体状況等	
<input type="checkbox"/> 下痢や便秘が続いている <input type="checkbox"/> リハビリの提供が必要と思われる状態であるにもかかわらず提供されていない	<input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
その他	

上記のサービス内容や療養状況などについてご不明な点やご意見などがございましたら、ご多忙中大変恐縮ではありますが、右記担当者までご連絡頂けましたら幸いと存じます。今後ともご指導・ご鞭撻のほど、よろしくお願い致します。

〇〇ケアプランセンター
 管理者: 〇〇 担当者: 〇〇
 TEL: FAX:
 作成日:

看護職員配置加算

注 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1月につきそれぞれ所定単位数を加算する。ただし、この場合において、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 看護職員配置加算 (I) 900単位
- (2) 看護職員配置加算 (II) 700単位
- (3) 看護職員配置加算 (III) 480単位

二十九 指定小規模多機能型居宅介護における看護職員配置加算に係る施設基準

イ 看護職員配置加算 (I) を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を一名以上配置していること。
- (2) 通所介護費等の算定方法第七号に規定する基準に該当していないこと。

ロ 看護職員配置加算 (II) を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の准看護師を一名以上配置していること。
- (2) イ (2) に該当するものであること。

ハ 看護職員配置加算 (III) を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 看護職員を常勤換算方法で一名以上配置していること。
- (2) イ (2) に該当するものであること。

厚生労働大臣が定める施設基準 (平成27年3月23日 厚生労働省告示第96号)

最終改正:平成28年3月31日 厚生労働省告示第131号

看護職員配置加算

看護師資格を有する管理者については、看護職員配置加算の要件である常勤かつ専従を満たすこととして、加算を算定することは可能か。

21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) /126

指定基準等においては、看護職員の配置は常勤要件とはされていない。一方、看護職員配置加算は、利用者ニーズへの対応を図るため、常勤かつ専従を要件として創設されたものであることから、お尋ねのような場合についての加算の算定は認められない。

看取り 連携体制加算

注 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合は、看取り連携体制加算として、死亡日及び死亡日以前30日以下について1日につき64単位を死亡月に加算する。ただし、この場合において、看護職員配置加算（I）を算定していない場合は、算定しない。

看取り 連携体制加算

三十 指定小規模多機能型居宅介護における看取り連携体制加算に係る施設基準

- イ 看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- ロ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年3月23日 厚生労働省告示第96号）

最終改正:平成28年3月31日厚生労働省告示第131号

関連告示

三十九 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の小規模多機能型居宅介護費のへの注の厚生労働大臣が定める基準に適合している利用者

次に掲げるいずれの基準にも適合する利用者

- イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと**診断**した者であること。
- ロ 看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）であること。

厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号）最終改正:平成28年3月31日厚生労働省告示第134号

看取り 連携体制加算

- ① 看取り連携体制加算は、事業所の看取り期の利用者に対するサービスを提供する体制を **P D C A サイクルにより構築かつ強化** していくこととし、利用者等告示第39号に定める基準に適合する登録者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、小規模多機能型居宅介護事業所において行った看取り期における取組を評価するものである。

なお、登録者の自宅で介護を受ける場合又は小規模多機能型居宅介護事業所において介護を受ける場合のいずれについても算定が可能である。また、**死亡前に医療機関へ入院した後、入院先で死亡した場合でも算定可能**であるが、その際には、当該小規模多機能型居宅介護事業所においてサービスを直接提供していない**入院した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。**（したがって、**入院した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り連携体制加算を算定することはできない。**）

- ② 「24時間連絡できる体制」とは、事業所内で勤務することを要するものではなく、夜間においても小規模多機能型居宅介護事業所から連絡でき、必要な場合には小規模多機能型居宅介護事業所からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制をいうものである。
- ③ **管理者を中心として、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、「看取り期における対応方針」が定められている**ことが必要であり、同対応方針においては、例えば、次に掲げる事項を含むこととする。

ア 当該事業所における看取り期における対応方針に関する考え方

イ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時に対応を含む。）

ウ 登録者等との話し合いにおける同意、意思確認及び情報提供の方法

エ 登録者等への情報提供に供する資料及び同意書等の様式

オ その他職員の具体的対応等

- ④ **看取り期の利用者に対するケアカンファレンス、看取り期における対応の実践を振り返る等**により、看取り期における**対応方針の内容その他看取り期におけるサービス提供体制**について、適宜見直しを行う。

看取り 連携体制加算

- ⑤ 看取り期の利用者に対するサービス提供においては、次に掲げる事項を介護記録等に記録し、多職種連携のための情報共有を行うこと。
- ア 利用者の身体状況の変化及びこれに対する介護についての記録
- イ 看取り期におけるサービス提供の各プロセスにおいて登録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
- ⑥ 登録者の看取りに関する理解を支援するため、登録者の状態又は家族の求め等に応じ随時、介護記録等その他の登録者に関する記録の開示又は当該記録の写しの提供を行う際には、適宜、登録者等に理解しやすい資料を作成し、代替することは差し支えない。
- ⑦ 小規模多機能型居宅介護事業所から医療機関へ入院した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り連携体制は死亡月にまとめて算定することから、登録者側にとっては、小規模多機能型居宅介護の登録を終了した翌月についても自己負担を請求されることになるため、登録者が入院する際、入院した月の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り連携体制加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。
- ⑧ 本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。
- また、本人が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族に連絡しても来てもらえないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、看取り期における登録者に対する介護の内容について相談し、共同して介護を行っており、家族に対する情報提供を行っている場合には、看取り連携体制加算の算定は可能である。この場合には、適切な看取り期における取組が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、本人の状態や、家族に対する連絡状況等について記載しておくことが必要である。

看取り 連携体制加算

看取りの指針（例）

1. 目的

この指針は、かかりつけ医・連携先の訪問看護師と連携を図り継続診断した結果、回復の見込みが薄く死が確実に接近していると判断してご家族にその旨を説明した時、ご家族が延命のための積極的治療を望まず、かつ当事業所で死期を迎えたいと希望される場合に、利用者が当事業所で生命の尊厳をもって死を迎えるために必要な手続きと、疼痛等の不快な症状の緩和と利用者及びご家族の精神的支援を提供するために必要なケアの基本事項を定めることを目的とする。

2. 医師への報告

利用者の状況によって、当事業所は速やかに利用者のかかりつけ医に状態を伝え、医師により利用者・ご家族に対し利用者の現在の状態及び今後の治療に対する意思確認を行う。

看取り 連携体制加算

3. 意思確認

利用者又はご家族が延命のための治療(病院入院)を望まず、当事業所で死を迎えたいと希望する場合は、管理者宛て文書による意思表示の確認を必要とするものとする。

- ①事業所で可能な治療の限界と看取りについて説明を行う。
- ②危篤状態に陥った時の、ご家族への連絡方法等、必要な情報の提供を受ける。

4. カンファレンス

当事業所は、管理者、介護支援専門員及び連携先の訪問看護師が中心となって、医師・看護師・介護士・利用者若しくはご家族で構成するターミナルケアチームを召集・結成し、下記事項の確認と情報の共有を図ると共に、看護および看護計画を見直すこととする。

- ・利用者及びご家族のターミナルケアに関する意向の確認
- ・医師による、利用者の病状説明と看取りに際しての指導
- ・事業所で可能な治療の説明と看取りについて
- ・医療機関の連携体制及び医師の勤務状況
(〇〇病院については平日は往診医師対応、夜間・休日・医師不在時は当直医対応)
- ・看取りを行う居室の確認
- ・看取りの記録の確認

看取り 連携体制加算

5. 家族の同意

前項の見直しをご家族に説明し、再度、終末を迎えるにあたるリスクの説明を行った上でターミナルの看護・介護計画についてご家族の同意を得る。以降、適宜面談を行い、状態説明、今後の相談を行う。

- ・ 自宅への帰宅希望
- ・ 医療機関への転床希望
- ・ 入居期間の継続希望等
- ・ 薬物療法によるペインコントロール・HOT導入等

6. 終末直近

ご家族と事前の打ち合わせ方法による連絡を行う。

病院への搬送が適当と判断される場合は、必要な手続きを取る。

7. 死亡確認

ご家族の立会いにより、医師が死亡確認を行う。ただし、〇〇病院の医師が主治医である場合、21:00 以降に亡くなられた場合に当たっては、主治医の死亡確認は翌日7:00 以降となる場合がある。

※死亡確認は医師のみが行える行為であるので、ご家族に対しては十分な説明をし、医師との連絡を密にしておくこと。また、医師が立ち会っていない時に亡くなってしまった場合にも、その後、連絡をして死亡確認を行うこと。

看取り 連携体制加算

看取りの指針に対する同意書

私は、小規模多機能型居宅介護事業所「〇〇〇」が作成した「看取りの指針」及び「ターミナルケア」の説明を受け、同意します。

令和 年 月 日

説 明 者

利 用 者

家族又は代理人

印

看取り 連携体制加算

■この他、看取り期のケアについての詳細を説明する事業所もある

- ・ 食事のケア／活動と睡眠のバランス／清潔のケア／排泄のケア／環境整備
- ・ ターミナル期について／前期（月単位の変化）／中期（週単位の変化）／後期（日単位の変化）／死亡直前期（時間単位の変化）
- ・ 各種症状（全身倦怠感、食欲不振、せん妄、発熱、呼吸困難等）とその対処法
- ・ 死後のケアについて

看取り時の確認事項

■医療面の確認事項

- 救急車を呼ぶのか
- 延命措置を行うのか
- どのような状態になったら家族に連絡するのか
- 万が一の時には家族の誰に連絡するのか
- (介護施設であれば) 施設ではなく病院の方が安心ということはないか
- 最期は自宅で迎えさせてあげたいという希望があるか

■基本的なケア内容の確認

- 食事, 入浴, 排泄, 環境整備
- 利用者のそばに寄り添うこと

■生活面の要望例

- 最期までトイレに行きたい
- 最期までお風呂に入りたい
- 外の空気を吸いたい
- 好物を食べたい
- 親しい人と一緒に過ごしたい
- 少しの時間だけでも自宅で過ごしたい

看取り時の確認事項

※これらの内容については、関係者全員（本人，家族，医師，看護職，ケアマネジャー，介護職など）で話し合っ決めていく。しかし，状態の変化に伴って本人や家族の気持ちも変化することがあるため，必要に応じて話し合いを行うようにする。医療面にしても生活面の要望にしても，介護事業所側が一方的に決めるものでないことをよく理解しておく。

※ターミナルケアを行う時には医師や家族も含めた事前の話し合いが必要であることは誰もが知っています。しかし，何を話し合っておかなければいけないのかということになると，人によって大きな違いが出るものです。具体的に決めておくことが大切です。特にターミナルケアについては，経験が乏しいスタッフも多いため，事業所としてまとめておくことには大きな意義があります。

いずれにしても、予測と準備！！！！

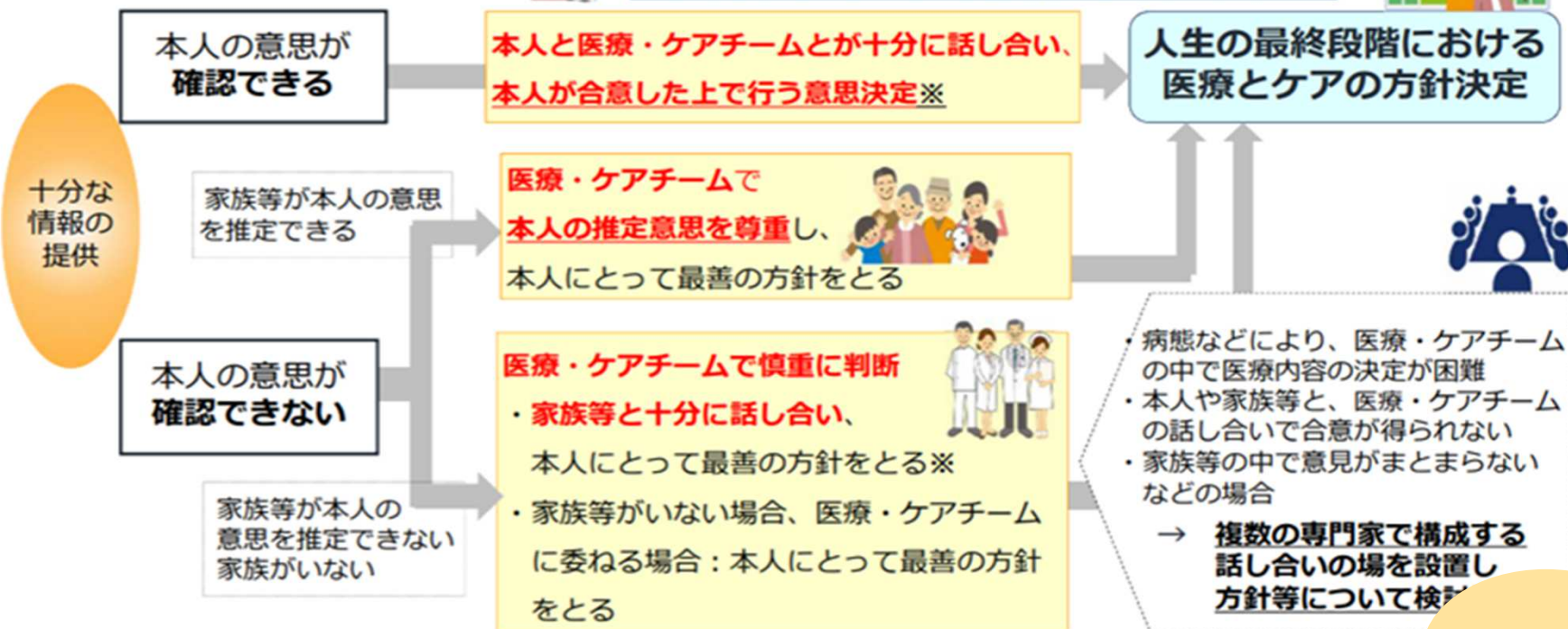
看取り 連携体制加算

参考3 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」見直し

- ① 人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が**多専門職**の医療・介護従事者から構成される**医療・ケアチーム**と話し合いを行い、本人による意思決定を基本として進めることが最も重要な原則
- ② **患者の意思は変化するものであることを踏まえ**、医療・ケアチームにより、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が行われ、**本人との話し合いが繰り返し行われることが重要**
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、**家族等の信頼できる者も含めて話し合いが繰り返し行われることが重要**。話し合いに先立ち、**患者は特定の家族等を自らの意思を推定するものとして前もって定めておくことが望ましい**。



※本人、家族等との話し合いは繰り返し行う
話し合った内容はその都度文書にまとめておく



看取り 連携体制加算

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の前回からの主な修正点

第5回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

平成30年2月23日

資料

1-1

検討会での意見を踏まえた対応①

1) 表題について

- ・ガイドラインの内容が、「医療・ケア」で記載されているため、表題も「医療・ケア」とすべきではないか。
- ・策定時から10年たち、いまは「医療」に「ケア」も含まれており、このままでよいのではないか。等

→表題を「医療・ケアの決定プロセス」に修文

2) ガイドラインの目的の追記

- ・目的が、「死に向かう医療の質を高めるため」であること等も追記すべきではないか。等

→解説編【ガイドライン改訂の経緯】に、「より良い最期を迎えるために」を追記

3) ガイドライン策定時の趣旨が変わる点

- ・策定当初の趣旨である、インフォームドコンセントとチームでの決定についての内容が薄れているのではないか。
- ・方針の決定について患者本人が行うように読めるのではないか。
- ・策定時から10年を経た中で、時代の変化が反映されており、改定案のままでも違和感のないのではないか。等

→ガイドライン2(1)本人の意思の確認ができる場合の記載の一部を以下のとおり修文
本人と医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえて、本人が「合意した上で行う」
意思決定を「基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして」行う

看取り 連携体制加算

検討会での意見を踏まえた対応②

4) アドバンス・ケア・プランニングについての言及

- ・アドバンス・ケア・プランニングの普及等のためにも、名称を記載した方がいいのではないか。等

→解説編【ガイドライン改訂の経緯】に記載

5) 家族「等」における、範囲について

- ・これから家族がいない人が増えるので、「家族・代理人」とするべきか。
- ・医療現場で普及するためにも、代理人の役割について記載すべきではないか。また、「代理人」に変わる名称をつけ、普及すべきではないか。
- ・策定時から家族は法的な意味での家族に限らず、信頼を寄せる人として記載しており、「患者が信頼できる者」として注釈に記載してはどうか。
- ・患者本人と同じような強い権限を法律で定めているような誤解を与えないよう「代理人」といった法律で用いられるような文言は避けた方が良いのではないか。
- ・成年後見人は含まれるのか。

→ガイドライン1①を「本人が家族等の信頼できる者も含めて」に修文

→解説編※注12に「(親しい友人等)」を追記

6) その他

- ・家族等の信頼出来る人は複数名存在してもいいのではないか。
- 解説編※注12に「複数人存在することも考えられる」と追記
- ・意思決定支援をする際に、どのような情報が必要か盛り込んだ方が良いのではないか。
- 解説編※注1に「本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等」を追記
- ・患者といった表現を在宅や介護に合った表現にしても良いのではないか。
- 「患者」を「本人」に、「病状」を「心身の状態」に修文

看取り 連携体制加算

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？


もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた（例）


- あなたが大切にしていることは何ですか？
- あなたが信頼できる人は誰ですか？
- 信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？
- 話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

何度も繰り返し考え、話し合ってください

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html



訪問体制強化加算

注 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者の居宅における生活を継続するための指定小規模多機能型居宅介護の提供体制を強化した場合は、訪問体制強化加算として、1月につき所定単位数を加算する。

訪問体制強化加算

五十五 小規模多機能型居宅介護費における訪問体制強化加算の基準次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第六十三条第一項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。）が提供する訪問サービス（指定地域密着型サービス基準第六十三条第一項に規定する訪問サービスをいう。以下同じ。）の提供に当たる常勤の従業者を二名以上配置していること。
- ロ 算定日が属する月における提供回数について、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における延べ訪問回数が一月当たり二百回以上であること。ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の四に規定する養護老人ホーム、同法第二十条の六に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム又は高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成十三年法律第二十六号）第五条第一項に規定するサービス付き高齢者向け住宅であって同項に規定する都道府県知事の登録を受けたものに限る。）を併設する場合は、登録者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費のイ（１）を算定する者の占める割合が百分の五十以上であって、かつ、イ（１）を算定する登録者に対する延べ訪問回数が一月当たり二百回以上であること。

厚生労働大臣が定める基準（平成27年3月23日 厚生労働省告示第95号）

最終改正:平成28年3月31日厚生労働省告示第136号

訪問体制強化加算

(6) 訪問体制強化加算について

- ① 訪問体制強化加算は、訪問サービス（指定地域密着型サービス基準第63条第1項に規定する訪問サービスをいう。以下同じ。）を担当する常勤の従業者を2名以上配置する指定小規模多機能型居宅介護事業所において、当該事業所における全ての登録者に対する訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあっては、当該訪問サービスの内容を記録しておくこと。
- ② 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、訪問サービスも行っている常勤の従業者を2名以上配置した場合に算定が可能である。
- ③ 「訪問サービスの提供回数」は、暦月ごとに、5(3)①ロと同様の方法に従って算定するものとする。なお、本加算は介護予防小規模多機能型居宅介護については算定しないため、小規模多機能型居宅介護の登録者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行うこと。
- ④ 指定小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）を併設する場合は、各月の前月の末日時点（新たに事業を開始し、又は再開した事業所については事業開始（再開）日）における登録者のうち同一建物居住者以外の者（「小規模多機能型居宅介護費のイ(1)を算定する者」をいう。以下同じ。）の占める割合が100分の50以上であって、かつ、①から③の要件を満たす場合に算定するものとする。ただし、③については、同一建物居住者以外の者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行うこと。

訪問体制強化加算

訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者は、小規模多機能型居宅介護の訪問サービス以外の業務に従事することは可能か。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /164

「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、訪問サービスのみを行う従業者として固定しなければならないという趣旨ではなく、当該小規模多機能型居宅介護事業所における訪問サービス以外の業務に従事することも可能である。

訪問体制強化加算

訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /165

「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち2名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置することを求めるものではない。

訪問体制強化加算について、当該月において、訪問サービスの利用が1度も無かった登録者についても、当該加算を算定するのか。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /166

貴見のとおりである。

訪問体制強化加算

訪問体制強化加算の届出をしたが、一月当たりの訪問回数が200回未満であった場合、当該月において算定できないということによいか。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /167

貴見のとおりである。訪問体制強化加算の算定に係る届出がされている小規模多機能型居宅介護事業所については、一月当たりの延べ訪問回数が200回以上となった月において、当該加算を算定できる。なお、算定要件のうち「訪問サービスの提供に当たる常勤の従業者を2名以上配置していること」を満たしている場合には、一月当たりの訪問回数に応じて、当該体制届についてあらためて変更・取下、再提出等の手続を求めるものではない。

訪問体制強化加算における「一月当たり延べ訪問回数が200回以上」とは、当該事業所の登録者数にかかわらず一月当たり延べ訪問回数が200回以上必要であるということによいか。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /168

貴見のとおりである。

訪問体制強化加算

- 月200回の訪問 = 1日あたり 6、7回の訪問
- やっていること、これから行うことについてはケアプランに反映
 - 必要性を明らかにした上で、送迎時の更衣、安否確認もOK
 - 電話のみは不可
- 入院などのアクシデント対応のため、200回/月のギリギリの水準では算定が不安定になる
 - 毎月の予定と実施のカウント管理の方法を確実にする
 - ケアプラン上、随時、必要時という記載も併記
- 解釈通知 → 要支援の訪問はカウントしない
- 人員について → 「訪問も行う常勤職員が2名以上」 いればOK
- 1回ごとの訪問について記録

訪問体制強化加算

小規模			—ム〇〇 7月 実績																															合計				
利用	要介護度	自立度		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	通	訪		
		障害	認知	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金				
1	様	4	B2	III a	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	31	31	0	
2	様	2	A2	III a	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	31	31	0	
3	様	3	B2	II a	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	31	31	0		
4	様	4	A2	III a	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	31	31	0		
5	様	2	A1	II b	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	0	31	62		
6	様	4	B2	II b	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	10	31	0		
7	様	4	A1	IV	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	22	31	0		
8	様	支1	A2	II a			通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	9	0			
9	様	支2	A1	自立	通			通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	9	0		
10	様	2	A2	III a	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	0	13	80	
11	様	支1	A2	自立	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	0	13	0		
12	様	支2	A1	I	通	防	通			防	通	防	通			防	通	防	通			防	通	防	通			防	通	防	通	防	通	0	10	0		
13	様	支1	自立	II a	休			通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	8	0		
14	様	1	J1	II a	通	通	通			通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	0	23	0		
15	様	2	A2	II b		通	防			通	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	0	9	0	
16	様	支2	自立	自立	通			通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	9	0		
17	様	2	A2	II b	通	通		通			通			通			通			通			通			通	通	通	通	通	通	通	通	2	15	0		
18	様	1	J2	I	通	通	通	通	通	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	4	16	0	
19	様	支1	J2	I	通		通			防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	0	5	0	
20	様	1	自立	II a	通	防	通			通	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	防	1	14	9		
21	様	1	J1	II b	通				通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	9	0	
22	様	1	J2	II a	休		休			通	通		通			通			通			通			通			通			通		通		0	12	0	
23	様	1	J1	自立				通			通			通			通			通			通			通			通			通		0	9	0		
24	様	1	A1	II b		通				通			通			通			通			通			通			通			通		通		0	9	0	
25	様	支1	J2	II b					通						通								通							通				0	4	0		
26	様																																	0	0	0		
27	様																																	0	0	0		
28	様																																	0	0	0		
29	様																																	0	0	0		
	様																																	0	0	0		
	実績	通い			15	14	14	14	11	14	14	16	13	13	14	9	13	14	15	13	14	13	10	13	13	16	13	13	14	10	13	13	16	13	13	13	15	206
		泊まり			5	6	6	8	5	5	4	4	5	6	6	5	4	4	6	5	5	5	4	5	6	6	6	5	6	5	5	6	5	5	6			
		訪問			8	7	6	4	5	10	6	7	9	6	6	5	10	6	7	9	6	6	5	10	6	7	9	6	6	5	10	6	7	9				
		登録者数			25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25		
		平均要介護度			2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1		

訪問体制強化加算

7	様	4	A1	IV	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	通	22	31	0
8	様	支1	A2	IIa		通			通			通			通			通			通			通			通			通	0	9	0		
9	様	支2	A1	自立	通		通			通			通			通			通			通			通			通			0	9	0		
10	様	2	A2	IIIa		通		通		通		通		通		通		通		通		通		通		通		通		通	0	13	80		
11	様	支1	A2	自立	通	通	通	通	休	通	通	通		通			通			通			通			通			通		0	13	0		
12	様	支2	A1	I	通		通			通		通			通		通			通		通			通			通		通	0	10	9		
13	様	支1	自立	IIa	休			通		通			通			通			通			通			通			通		0	8	0			
14	様	1	J1	IIa	通	通	通		通	通	通	通	通		通	通	通	通	通		通	通	通	通	通		通	通	通	通	0	23	0		
					訪	訪	訪		訪	訪	訪	訪	訪		訪	訪	訪	訪	訪		訪	訪	訪	訪	訪		訪	訪	訪	訪	0	0	23		

訪問体制強化加算

(3) サービス提供が過少である場合の減算について

- ① 「利用者一人当たり平均回数」は、暦月ごとに以下のイからハまでの方法に従って算定したサービス提供回数の合計数を、当該月の日数に当該事業所の登録者数を乗じたもので除したものに、7を乗ずることによって算定するものとする。

なお、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の指定を併せて受け、かつ、小規模多機能型居宅介護の事業と介護予防小規模多機能型居宅介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護のサービス提供回数を合算し、また、小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護のそれぞれの登録者数を合算して計算を行うこと。

イ 通いサービス

一人の登録者が1日に複数回通いサービスを利用する場合にあっては、複数回の算定を可能とする。

ロ 訪問サービス

1回の訪問を1回のサービス提供として算定すること。なお、小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声かけ等を行った場合でも、訪問サービスの回数に含めて差し支えない。

ハ 宿泊サービス

宿泊サービスについては、1泊を1回として算定すること。ただし、通いサービスに引き続いて宿泊サービスを行う場合は、それぞれを1回とし、計2回として算定すること。

- ② 登録者が月の途中で利用を開始又は終了した場合にあっては、利用開始日の前日以前又は利用終了日の翌日以降の日数については、①の日数の算定の際に控除するものとする。登録者が入院した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く。）についても同様の取扱いとする。

訪問体制強化加算

< 訪問体制強化加算について >

訪問体制強化加算について、訪問サービスの提供回数には、通いサービスの送迎として自宅を訪問する場合も含まれるのか。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について / 169

「訪問サービスの提供回数」は、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月31日老計発第0331005号、老振発第0331005号、老老発第0331018号、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長通知）の5(3)①ロに規定する「サービス提供が過少である場合の減算」における訪問サービスの算定方法と同様の方法に従って算定することとしており、具体的には、指定地域密着型サービス指定基準第87条に規定する「提供した具体的なサービスの内容等の記録」において、訪問サービスとして記録されるものに基づき算定することとなる。

したがって、通いサービスの送迎として自宅を訪問する場合であっても、介護従業者が行う身体整容や更衣介助など、当該記録において訪問サービスとして記録されるサービスについては、訪問サービスの提供回数に含まれるものである。

訪問体制強化加算

サービス提供が過小である場合の減算の取扱いについて、電話による見守りをサービス提供回数に含めることは可能か。

21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) /127

利用者宅を訪問して見守りの意味で声かけ等を行った場合は、サービス提供回数に含めることは可能であるが、電話による見守りはサービス提供回数に含めることはできない。

通所介護の基準より（参考）

【解釈通知】

(1) 所要時間による区分の取扱い

(略)

また、ここでいう通所介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないものであるが、送迎時に実施した居宅内での介助等(着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締まり等)に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、1日30分以内を限度として、通所介護を行うのに要する時間に含めることができる。

総合マネジメント 体制強化加算

注 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所が、指定小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

総合マネジメント 体制強化加算

五十六 小規模多機能型居宅介護費における総合マネジメント体制強化加算の基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、**随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画（指定地域密着型サービス基準第七十七条第一項に規定する小規模多機能型居宅介護計画をいう。以下同じ。）の見直し**を行っていること。

ロ 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。

厚生労働大臣が定める基準（平成27年3月23日 厚生労働省告示第95号）

最終改正:平成28年3月31日厚生労働省告示第136号

総合マネジメント 体制強化加算

(7) 総合マネジメント体制強化加算について

- ① 総合マネジメント体制強化加算は、指定小規模多機能型居宅介護事業所において、登録者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、登録者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「通い・訪問・宿泊」を柔軟に組み合わせるために、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日常的に行う調整や情報共有、多様な関係機関や地域住民等との調整や地域住民等との交流等の取組を評価するものである。
- ② 総合マネジメント体制強化加算は、次に掲げるいずれにも該当する場合に算定する。
 - ア 小規模多機能型居宅介護計画について、登録者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。
 - イ 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加すること。
(地域の行事や活動の例)
 - ・登録者の家族や登録者と関わる地域住民等からの利用者に関する相談への対応
 - ・登録者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組（行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議への参加、町内会や自治会の活動への参加、認知症や介護に関する研修の実施等）
 - ・登録者が住み慣れた地域との絆を継続するための取組（登録者となじみの関係がある地域住民や商店等との関わり、地域の行事への参加等）

総合マネジメント 体制強化加算

小規模多機能型居宅介護の総合マネジメント体制強化加算について、「地域における活動への参加の機会が確保されている」こととあるが、具体的な取組内容や取組頻度についてどのように考えればよいか。

27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /157

小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、サービスを提供することとしている。

「地域における活動」の具体的な取組内容については、指定地域密着型サービス基準の解釈通知の5（7）イにおいて、「地域の行事や活動の例」をお示ししている。

ただし、小規模多機能型居宅介護事業所が、事業所の所在する地域において一定の理解・評価を得て、地域を支える事業所として存在感を高めていくために必要な取組は、地域の実情に応じて、様々なものが考えられるため、当該解釈通知に例示する以外の取組も該当し得る。

また、地域における活動は、一定の活動の頻度を定めて行う性格のものではなく、利用者が住み慣れた地域において生活を継続するために何が重要かということについて、常に問題意識をもって取り組まれていけば、当該要件を満たすものである。

なお、地域における活動が行われていることは、そのため、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに資料を作成することは要しない。

総合マネジメント 体制強化加算

■最近の動向

知り合いの事業所（愛知県）では、地域住民との交流について、個人個人の取り組み一人一人についての記録が必要との指摘でした。そして「市としては体制加算といってもサービス提供体制強化加算ではなく、看取り連携体制加算などと同じと捉えているため、個別に記録が必要と考えている。そのため全員が同様に算定できる性格のものではなく、記録がなければ算定できない」とのこと

法令を素直に読めば、地域住民との交流について、どれかをやっていて、業務日誌等に記載があればOKだと思います。ただし「夏祭りだけ」だと、「日常的」というところで引っ掛かりそうなので、もう少し突っ込んだ交流が必要そうです。「なじみの関係がある地域住民や商店」については、個人記録になるでしょうが、これが全員必要なのかどうかの根拠がありません。

1. 全体での交流（業務日誌に記載する内容）
2. 個人個人への対応（個人記録へ記載）
3. 個人個人への対応は全員でなくてもOKか？（ここが分からない）

総合マネジメント（看護小規模）

- 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。
- ③ 大臣基準告示第79号ロについては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるので、2(13)②イを準用する。なお、大臣基準告示第79号ロに規定する「その他の関係施設」とは、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護事業所等の地域密着型サービス事業所又は居宅介護支援事業所をいう。また、「具体的な内容に関する情報提供」とは、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が受け入れ可能な利用者の状態及び提供可能な看護サービス（例えば人工呼吸器を装着した利用者の管理）等に関する情報提供をいう。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の総合マネジメント体制強化加算について、「病院又は診療所等に対し、日常的に情報提供等を行っている」こととあるが、「日常的に」とは、具体的にどのような頻度で行われていればよいか。27.4.1 事務連絡 介護保険最新情報vol.454 「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について /156

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する事業所は、日々変化し得る利用者の状態を確認しつつ、適時・適切にサービスを提供することが求められるサービスであり、病院、診療所等に対し、日常的に情報提供等を行うことにより連携を図ることは、事業を実施する上で必要不可欠である。

情報提供等の取組は、一定の頻度を定めて評価する性格のものではなく、事業所と病院、診療所等との間で、必要に応じて適時・適切な連携が図られていれば、当該要件を満たすものである。

なお、情報提供等の取組が行われていることは、サービス提供記録や業務日誌等、既存の記録において確認できれば足りるものであり、加算要件を満たすことを目的として、新たに書類を作成することは要しない。

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) イ 640単位			次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、小規模多機能型居宅介護従業者ごとに研修計画を作成し、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。
			(2) 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。
			(3) 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。
			(4) 通所介護費等算定方法第七号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
			なお、この場合の小規模多機能型居宅介護従業者に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
			研修について
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

サービス提供体制強化加算

		<p>特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) / 3</p> <p>訪問介護員等（訪問入浴介護従業者等を含む。以下問3及び問4において同じ。）ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。</p> <p>また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。</p> <p>なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね1年の間に1回以上、なんらかの研修を実施できるよう策定すること。</p>
		<p>会議の開催について</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加するものでなければならない。</p> <p>なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。</p> <p>また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。</p> <p>なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項

サービス提供体制強化加算

		<p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。</p>
		<p>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。</p>
		<p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者とする。</p>
		<p>前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。</p>

サービス提供体制強化加算

		<p>サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月日以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということでもいいのか。</p> <p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2) (平成27年4月30日)」の送付について /63</p> <p>貴見のとおり。 なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあつては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。</p>
		<p>5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い</p> <p>事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。</p>

サービス提供体制強化加算

		<p>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。</p> <p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /64</p>
		<p><u>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロを同時に取得することはできない。</u></p> <p>また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。</p> <p>なお、<u>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。</u></p>

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算Ⅰ計算書 (前年度実績が6か月以上の事業所用)

加算を算定する事業所は以下により計算すること。(青色の欄に数字を入力する。)

- ・介護福祉士は、各月の前月の末日時点で資格を取得していること。
(例：「1月」は12月末日現在の有資格者で1月に従事した者)
- ・各月の常勤、非常勤の人員は、各月1日現在の実人員数を記入すること。
- ・右側の黄色の欄の数値を別紙2「サービス提供体制強化加算Ⅰ」の常勤換算職員数に転記すること。
- ・当該届出以降も、年度ごとに計算し、当計算書を事業所において保管しておくこと。
- ・新規に事業を開始又は再開から前年度実績が6か月に満たない事業所は別添3-1-2により計算すること。

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(A) 小規模事業者 の総数又は事業所数 (介護福祉士を含む)	常勤												
	非常勤												
	常勤換算												
(B) 介護福祉士の数	常勤												
	非常勤												
	常勤換算												
介護福祉士の占める割合 (B/A)													

(I) イ 50%以上
(I) ロ 40%以上

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算(I) □ 500単位			次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上であること。
			・指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、小規模多機能型居宅介護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。
			・利用者に関する情報や留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的を開催していること。
			・通所介護費等算定方法第七号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
			なお、この場合の小規模多機能型居宅介護従業者に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
			研修について
			定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

サービス提供体制強化加算

			<p>特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) / 3</p> <p>訪問介護員等（訪問入浴介護従業者等を含む。以下問3及び問4において同じ。）ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。 また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。 なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね1年の間に1回以上、なんらかの研修を実施できるように策定すること。</p>
			<p>会議の開催について</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加するものでなければならない。</p> <p>なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。</p> <p>また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。</p> <p>なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項

サービス提供体制強化加算

			<p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。</p>
			<p>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月日以降届出が可能となるものであること。</p>
			<p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者とする。</p>
			<p>前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。</p>

サービス提供体制強化加算

		<p>サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月日以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということか。</p>
		<p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /63</p>
		<p>貴見のとおり。 なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあつては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。</p>
		<p>5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い</p>
		<p>事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。</p>

サービス提供体制強化加算

		<p>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。</p> <p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /64</p>
		<p><u>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロを同時に取得することはできない。</u></p> <p>また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。</p> <p>なお、<u>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。</u></p>

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 350単位		次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
		(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の六十以上であること。
		・指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、小規模多機能型居宅介護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。
		・利用者に関する情報や留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。
		・通所介護費等算定方法第七号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
		なお、この場合の小規模多機能型居宅介護従業者に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
		研修について
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

サービス提供体制強化加算

			<p>特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) / 3</p> <p>訪問介護員等（訪問入浴介護従業者等を含む。以下問3及び問4において同じ。）ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。 また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。 なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね1年の間に1回以上、なんらかの研修を実施できるよう策定すること。</p>
			<p>会議の開催について</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加するものでなければならない。</p> <p>なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。</p> <p>また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。</p> <p>なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項

サービス提供体制強化加算

			<p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。</p>
			<p>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。</p>
			<p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者としてすること。</p>
			<p>前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。</p>

サービス提供体制強化加算

		<p>サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月日以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということか。</p>
		<p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.2)(平成27年4月30日)」の送付について /63</p>
		<p>貴見のとおり。 なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあつては、<u>届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。</u></p>
		<p>5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い</p>
		<p>事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。</p>

サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 350単位		次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
		(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数三年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。
		・指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者に対し、小規模多機能型居宅介護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。
		・利用者に関する情報や留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っていること。
		・通所介護費等算定方法第七号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
		なお、この場合の小規模多機能型居宅介護従業者に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。
		研修について
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

サービス提供体制強化加算

			<p>特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、計画的な研修の実施に係る要件の留意事項を示されたい。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1) / 3</p>
			<p>訪問介護員等（訪問入浴介護従業者等を含む。以下問3及び問4において同じ。）ごとに研修計画を策定されることとしているが、当該計画の期間については定めていないため、当該訪問介護員等の技能や経験に応じた適切な期間を設定する等、柔軟な計画策定をされたい。 また、計画の策定については、全体像に加えて、訪問介護員等ごとに策定することとされているが、この訪問介護員等ごとの計画については、職責、経験年数、勤続年数、所有資格及び本人の意向等に応じ、職員をグループ分けして作成することも差し支えない。 なお、計画については、すべての訪問介護員等が概ね1年の間に1回以上、なんらかの研修を実施できるよう策定すること。</p>
			<p>会議の開催について</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加するものでなければならない。</p> <p>なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。</p> <p>また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。</p> <p>なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項

サービス提供体制強化加算

		<p>職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。</p>
		<p>ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。</p>
		<p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者とする。</p>
		<p>前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。</p>

サービス提供体制強化加算

			<p>サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、<u>4月目以降に、前3月分の実績をもって取得可能となる</u>ということか。</p>
			<p>27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2) (平成27年4月30日)」の送付について / 63</p>
			<p>貴見のとおり。</p>
			<p><u>なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。</u></p>

サービス提供体制強化加算

		勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
		勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
		同一法人内であれば、異なるサービスの事業所（施設）における勤続年数や異なる業種（直接処遇職種）における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。 また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1) / 5
		同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。
		産休や病欠している期間は含めないとするのか。 21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1) / 6
		産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

サービス提供体制強化加算

			<p>5 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い</p> <p>事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。</p>
--	--	--	---

本日の内容

■ 中重度者の受け入れについて

訪問看護の活用



訪問看護の 活用の しかた


訪問看護は
安心の24時間サポート

私たちは
良質な看護とまごころで
利用者の方とご家族の
生活を守ります。




公益社団法人 愛知県看護協会

健康であること、
幸福であること、
そのための看護。



目次



はじめに

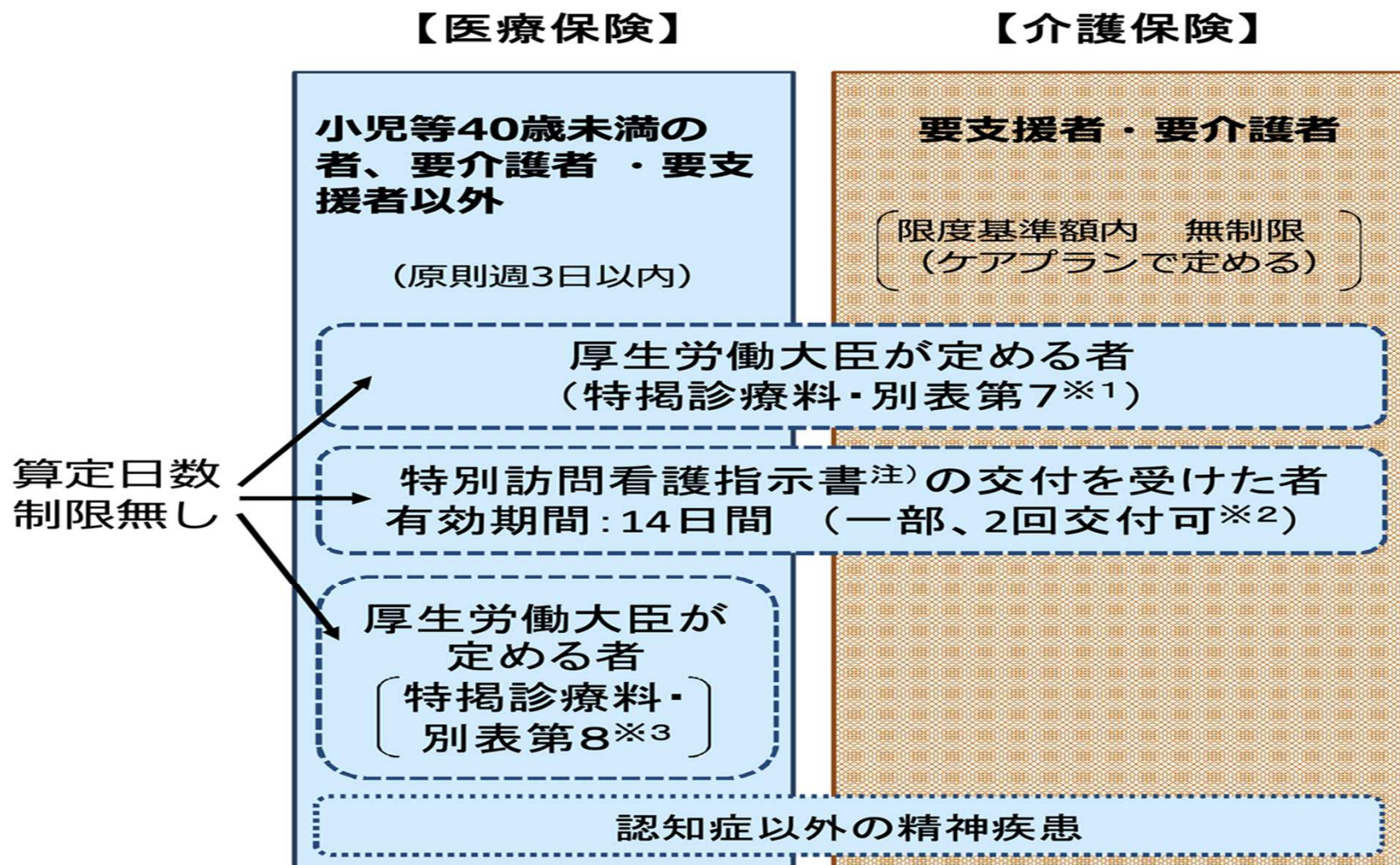
I. 訪問看護の対象と活用のタイミング	1
—このようなとき、訪問看護をご利用ください—	
1. こんな病気・こんな状態の人	1
(1) 入退院を繰り返している（糖尿病、心不全、肺炎や尿路感染など）	
(2) がんの治療や病状の進行による苦痛・不安などがある	
(3) 認知力の低下や認知症がある	
(4) 精神障がいなどで不安や不眠がある	
(5) 嚥下機能が低下している	
(6) 栄養状態が良くないので改善したい	
(7) 脱水症状がある、または脱水状態になりそう	
(8) 発熱・微熱がある	
(9) 痛みや不快な症状（嘔気・嘔吐など）がある	
(10) 排泄で困っている（便・尿失禁・便秘・下痢・排尿困難など）	
(11) 褥瘡（床ずれ）がある、発生する危険性がある	
(12) 皮膚トラブルがある、または予防したい	
2. 医療処置などの継続が必要な人	4
(1) 医療処置を継続する必要がある	
(2) 服薬管理ができないので一緒に管理してほしい	
(3) リハビリが必要・リハビリを希望する	
3. 家での療養生活に不安のある人やその家族	5
(1) 療養生活に不安がある（外泊や退院時も含む）	
(2) 通院が困難、受診のタイミングがわからない、在宅での主治医が不在	
(3) 療育支援を必要とする乳幼児、小児	
(4) 自宅で最期まで過ごしたい	
4. 法令等で訪問看護が可能な疾病	6
II. 訪問看護サービスの流れ	7
III. 事例(1・2・3・4・5・6)	8

このパンフレットをお読みの方へ

訪問看護の活用

訪問看護 導入検討チェックリスト	
健康状態	<input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している
	<input type="checkbox"/> 進行性の難病である（ALS、パーキンソン病関連疾患、多系統萎縮症など）
	<input type="checkbox"/> 慢性疾患である（肝不全、腎不全、心不全などの状態、糖尿病、肺疾患等）
ADL・IADL	<input type="checkbox"/> 打撲・骨折等で寝たきりの状態
	<input type="checkbox"/> 入浴時に脈や血圧の変動が激しい
	<input type="checkbox"/> 指定どおりに服薬できない
	<input type="checkbox"/> 服薬について理解が不足している
排泄	<input type="checkbox"/> 排泄コントロールが必要である
	<input type="checkbox"/> 導尿や浣腸、摘便が必要である
褥瘡・皮膚	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置が必要である
	<input type="checkbox"/> 浮腫（顔、下肢など）がある
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 口腔内を清潔に保てない
	<input type="checkbox"/> 義歯の不具合がある
食事摂取	<input type="checkbox"/> 誤嚥の危険性が高い
	<input type="checkbox"/> 体重が減少してきている
	<input type="checkbox"/> 水分摂取量が少ない、脱水を起こしやすい
	<input type="checkbox"/> 食欲がなく摂取量が少ない
行動障害	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行、徘徊、異食、不潔行為などがひどい
介護力	<input type="checkbox"/> 介護力がないまたは弱い（介護者の疲弊を含む）
特別な状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養やターミナルケアへの不安がある
医療処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
	<input type="checkbox"/> 消化器・尿路ストーマ
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引
	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/> 在宅腹膜透析
	<input type="checkbox"/> 疼痛管理
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	<input type="checkbox"/> 自己注射（インスリン等）
	<input type="checkbox"/> 傷に対するケア（褥瘡、皮膚潰瘍、爪の異常など）
	<input type="checkbox"/> 感染に対するケア（疥癬、MRSA、尿路感染、肺炎、肺結核）

訪問看護の活用(医療保険)



サイト 「訪問看護経営マガジン」より

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

訪問看護の活用(医療保険)

- ・ 末期の悪性腫瘍
- ・ 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、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る））
- ・ プリオン病
- ・ 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症およびシャイ・ドレーガー症候群）
- ・ 亜急性硬化性全脳炎
- ・ ライソゾーム病
- ・ 副腎白質ジストロフィー
- ・ 脊髄性筋萎縮症
- ・ 球脊髄性筋萎縮症
- ・ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ・ 後天性免疫不全症候群
- ・ 頸髄損傷
- ・ 人工呼吸器を使用している状態

指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等（平成22年厚生労働省告示第75号より）

居宅介護支援の基準より

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第13号・第13号の2）

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している

・ 薬の服用を拒絶している

・ 使いきらないうちに新たに薬が処方されている

・ 口臭や口腔内出血がある

・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある

・ 食事量や食事回数に変化がある

・ 下痢や便秘が続いている

・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある

・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

居宅介護支援の基準より

〇〇医院 □□先生 御侍史

平素は格別のご高配を賜り、深く御礼申し上げます。担当させて頂いております()様について、〇月のご家庭での生活状況、介護サービスの利用状況をご報告させていただきます。

■要介護認定について

要介護認定期間	要介護〇（平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日）
---------	-------------------------

■利用中のサービスについて

サービス種別	事業所名	利用回数等	備考

■ケアプラン（短期目標）について

短期目標	プラン実施状況	目標達成状況	特記事項
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	

■状態変化について

項目	評価	特記事項
日常生活自立度	障害： 認知症：	
長谷川式スケール	〇点（〇年〇月〇日実施）	
健康状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
ADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
IADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
社会交流・意欲・楽しみ	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
介護者	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
その他		

利用者の服薬状況

<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている	<input type="checkbox"/> 複数回分の薬を一度に服用している
<input type="checkbox"/> 利用者が薬の服用を拒絶している	<input type="checkbox"/> 使い切らないうちに新たな薬が処方されている

口腔や栄養の状況

<input type="checkbox"/> 口腔内出血がある	<input type="checkbox"/> 体重の増減が推測される「見た目の変化」がある
<input type="checkbox"/> 食事量や食事回数に変化がある	

その他の身体状況等

<input type="checkbox"/> 下痢や便秘が続いている	<input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
<input type="checkbox"/> リハビリの提供が必要と思われる状態であるにもかかわらず提供されていない	

その他

--	--

上記のサービス内容や療養状況などについてご不明な点やご意見などがございましたら、ご多忙中大変恐縮ではありますが、右記担当者までご連絡頂けましたら幸いです。今後ともご指導・ご鞭撻のほど、よろしくお願い致します。

〇〇ケアプランセンター
 管理者：〇〇 担当者：〇〇
 TEL： FAX：
 作成日：

居宅介護支援の基準より

情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： _____ 事業所名： _____
 ご担当者名： _____ ケアマネジャー氏名： _____
 TEL： _____ FAX： _____

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒 _____ 電話番号 _____				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) _____ 階建て。 居室 _____ 階。 エレベーター(有・無) _____ 特記事項(_____)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害な認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他(_____)				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他(_____) * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)			(同居・別居)	TEL
キーパーソン	(続柄・才)			連絡先	TEL

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他(_____)
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 _____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他(_____)
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(_____)
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄・年齢 _____)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり
	・具体的な要望(_____)

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

居宅介護支援の基準より

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について						
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作 自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事内容	食事回数	() 回 / 日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)			食事制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分 ・ 総)	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状況		良	不良 ()	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
喫煙		無	有 () 本くらい / 日	飲酒	無	有 () 合くらい / 日あたり
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:	
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由:) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い / 繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い / これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付						
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者:)		・管理方法: ()			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い / 処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
お薬に関する、特記事項						
9. かかりつけ医について						
かかりつけ医機関名				電話番号		
医師名	(フリガナ)			診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月	
* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連						

居宅介護支援の基準より

1. 基本情報・現在の状態 等						退院・退所情報記録書		記入日: 年 月 日	
属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□要区分変更)				
	氏名	様	男・女	歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし				
入院(所)概要	入院原因疾患(入所目的等)	・入院(所)日: H 年 月 日 ・退院(所)予定日: H 年 月 日							
	入院・入所先	施設名	棟		室				
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名:		方法	□通院 □訪問診療				
	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	+番号記入	安定() 不安定()		
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()							
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ()							
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず							
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他() UDF等の食形態区分							
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に) 義歯 □なし □あり(部分・総) 入院(所)中の使用: □なし □あり							
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助							
	睡眠	□良好 □不良() 眠剤使用 □なし □あり							
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()							
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: □あり □なし							
	<本人> 退院後の生活に関する意向								
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方								
	<家族> 退院後の生活に関する意向								
2. 課題認識のための情報									
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()							
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □股薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()							
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容性練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他()							
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)					
症状・病状の予後・予測	□なし □あり								
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、療養の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか)等 について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。								
在宅復帰のために整えなければならない要件									
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)						会議出席	
1	年 月 日							無・有	
2	年 月 日							無・有	
3	年 月 日							無・有	
※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。									

医療依存度が高い方の受け入れ

胃ろう・腸ろう	○	喀痰吸引	○
鼻腔栄養	×	インスリン	○
中心静脈栄養（ポート）	○	ペースメーカー	○
末梢点滴	○	血液透析	△
在宅酸素	○	腹膜透析	×
気管切開	○	輸血	△
人工呼吸器	△	褥瘡	○
睡眠時無呼吸症候群(CPAP導入)	○	末期がん	○
導尿	○	MRSA	○
膀胱留置カテーテル	○	疥癬	×
ストマ	○	BPSD（暴力・徘徊等）	△
		ターミナルケア	○

○：対応可能 △：応相談 ×：不可

特別な医療のマニュアル

平成30年4月8日 更新

項目
在宅酸素の管理

	説明 見学	本人 実施	先輩 確認	手順・理解、実施内容	留意点・コツ・理由
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	在宅酸素療法の必要性について理解する	高酸素気中の酸素濃度は21%が濃縮器で90%以上の酸素が吸入でき、呼吸が楽になる
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	濃縮装置の運転中は火気が近くにないことを確認する	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	流量は指示通りか確認する	(2リットル 4リットル) 目安 2リットル
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アラームの点灯がないか確認する	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	フィルターは週1回掃除する	(2週間ごと)
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カニューラは鼻にしっかり装着する	(2週間ごと)
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カニューラは週1回洗浄する	(2週間ごと)
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動の際はポンペを使用する・使用方法を確認する	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用中のものは残量を確認する	予備のポンペを持参する
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予備のポンペは倒して保管する	衝撃でふたのシールがとれるおそれあり
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予備のポンペの最後の1本を使用開始する前に注文	(2週間ごと)
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検、点検、点検	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検、点検、点検	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SpO2	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器	(イラマ)
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OH 呼吸	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検	(O2 2リットル)
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点検、呼吸器の点検	

- 医療ケアマニュアル連絡ノートの書き方
- 医療ケアマニュアル浮腫
- 医療ケアマニュアル皮膚
- 医療ケアマニュアル水分
- 医療ケアマニュアル心肺蘇生
- 医療ケアマニュアル酸素
- 医療ケアマニュアル口腔ケア
- 医療ケアマニュアル救急車要請
- 医療ケアマニュアル救急車要請 (N)
- 医療ケアマニュアル吸引
- 医療ケアマニュアル陰洗(男性)
- 医療ケアマニュアル陰洗(女性)
- 医療ケアマニュアル胃瘻(加圧バッグ)
- 医療ケアマニュアル胃瘻(栄養ボトル)
- 医療ケアマニュアルCVポート
- 医療ケアマニュアルBaカテ
- 医療ケアマニュアル【原本】
- 医療ケアマニュアル 車椅子送迎

認知症ケア

BPSD に対する薬物療法の進め方

(かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドラインを参考に作成)

① BPSD が起きた!

身体的原因がないか?

(発熱、便秘、脱水、痛み、慢性疾患の悪化等)

他の薬物の作用と関係がないか?

環境要因 (物的、人的) により生じたものではないか?

(引越し、対応が不適切、関わり不足等)

いつ、どのような時に BPSD は起きるのか? またその具体的言動。

非薬物療法による効果は期待できないか?

② 薬物療法は適切か? を考える

その症状・行動は薬物療法による効果を期待できるか?

その症状・行動にはどの種類の薬物が最も適しているか?

予測される副作用は何か?

治療はどのくらいの期間続けるべきか?

服薬管理は誰がどのように行うのか?

家族等関係者と十分協議したか?

認知症ケア

③ 症状・行動による薬の検討

- 幻覚・妄想・攻撃性・焦燥
- 抑うつ症状、うつ病
- 不安、緊張、易刺激性
- 入眠障害、中途／早朝覚醒

④ 薬物療法開始前後の状態のチェックポイント

- 日中の過ごし方の変化の有無
- 夜間の睡眠状態（就寝時間、起床時間、夜間の排尿回数など）の変化
- 服薬状況の確認
- 水分・食事の摂取状況
- パーキンソン症状の有無
（寡動、前傾姿勢、小刻み・すり足歩行、振戦、仮面様顔貌、筋強固など）
- 転倒しやすくなったか
- 減量・中止できないか検討。減量は漸減を基本とする。
- 昼間の覚醒度や眠気の程度

本日の内容

- 加算・減算の算定基準について
- 中重度者の受け入れについて

講演・コンサルティング実績と主なテーマ

- 保健・医療・福祉サービス研究会「小規模多機能の完全理解と開設運営ノウハウ習得講座全6回コース」「介護支援専門員の理論と実務完全マスター全6回コース」
- WJUI監査法人「改正社会福祉法セミナー」
- C-MAS介護事業経営研究会「小規模多機能の管理運営」「介護事業所の営業」
- 日総研出版「ケアマネジメント業務の実践力&指導力セミナー全3回」「管理者育成全6回コース」
- 関西看護出版「介護現場の虐待防止の具体策」「ケアマネジャー受験対策合宿講座」
- TKC全国会「小規模多機能と看護小規模多機能の経営実態」
- アドバンス経営「稼働率アップ!10の秘訣セミナー」
- 株式会社日本経営「小規模多機能の管理運営」
- 地域密着ケア・地域包括ケア全国研修会「介護事業所の虐待防止」
- ビズアップ総研「ケアプラン立案の方程式」
- 福祉と介護研究会35「ケアプラン立案の方程式」
- 雲母書房「介護現場の虐待防止の具体策」
- 倶楽部くればす「介護現場をよくする話」
- リコージャパン「人を活かす介護施設の人事制度とキャリアパス構築」
- 東海医療科学専門学校 作業療法科「日常生活活動学全7回コース」
- 福祉の資格の学校キャリアアップ「ケアマネ受験対策講座」「スキルアップセミナー(毎月)」
- 全国有料老人ホーム協会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛知県一宮市ケアマネT「介護保険改正の動向」
- 福島県福島市介護支援専門員連絡協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 静岡県掛川市介護支援専門員連絡協議会「困難が介護観を深くする!」
- 岐阜県グループホーム協会「介護現場の虐待防止の具体策」「権利擁護全3回」
- 三重県社会福祉士会「介護現場の権利擁護」
- 三重県介護支援専門員協会桑員支部「介護予防ケアプラン」
- 三重県介護支援専門員協会三河支部「ケアプラン立案の方程式」
- 街かどケア滋賀ネット「介護事業所の管理運営」
- 広島県尾道市介護支援専門員連絡協議会「指導者のためのケアプラン立案の方程式」
- 島根県浜田地区広域行政組合「ケアマネジメントの虐待防止力!」
- 鳥取県小規模多機能型居宅介護事業所連絡会「地域包括ケアにおける小規模多機能の役割」
- 鳥取県鳥取市「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県松山市社会福祉協議会「ケアプラン立案の方程式」
- 愛媛県社会福祉協議会「個別ケアの具体策」
- 四国ブロックヘルパー研修会「介護事業所の管理・運営」
- 香川県グループホーム・小規模多機能連絡協議会「介護事業所の虐待防止の具体策」
- 北海道の社会福祉法人「介護職の魅力と責任 再発見講座」
- 北海道の医療法人「小規模多機能の開設支援」
- 青森県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営」
- 福島県のNPO法人「ケアプラン立案の方程式」
- 福島県の社会福祉法人「経営幹部・管理者・ケアマネ育成」「法令遵守」「マニュアル作成支援」
- 新潟県の社会福祉法人「ケアマネジメント全3回コース」
- 東京都の株式会社「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 愛知県の社会福祉法人「マニュアル作成支援」
- 愛知県の社会福祉法人「小規模多機能の管理運営全3回コース」
- 愛知県の医療法人「契約書、重要事項説明書の見直し」
- 愛知県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 愛知県の株式会社「介護事業所の管理」「家族・地域との連携」
- 愛知県の株式会社「介護職の基本姿勢」
- 愛知県の医療法人「月3回の介護塾(管理職、ケアマネ、介護職向け)」
- 岐阜県の医療法人「小規模多機能の営業・稼働率向上」
- 三重県のNPO法人「サービス提供責任者の業務」
- 滋賀県の社会福祉法人「介護事業所の管理運営全2回」
- 滋賀県のNPO法人「ケアマネジャー受験対策講座」
- 山口県の医療法人「小規模多機能の管理運営」
- 鹿児島県のNPO法人「介護事業所の管理運営」
- 宮崎県の株式会社「小規模多機能の開設支援」

著書・雑誌連載



天晴れ介護サービスのオンライン企画

1. 現場力強化シリーズ（管理者向け、ケアマネ向け、新人向けなど）
2. 経営力強化シリーズ（事業経営実践塾等）
3. 法定研修シリーズ（身体拘束、虐待、個人情報等）
4. ニュースまとめ（月1回のマンスリージャーナル、facebookライブ）
5. ビジネススキル（社会人として身につけておきたい基本）
6. マニュアル・データシリーズ（経営力向上に資するマニュアルやデータ）
7. テーマ別グループコンサルティング（5人限定）
8. 個別相談会（無料、月5名程度）
9. セミナーダイジェスト（facebookライブにて）
10. 対談シリーズ（facebookライブにて）

- 1回2時間程度
- 顔出し・名前出しなし！
- セミナー終了後に「動画」と「資料」をお送りしますので、当日都合が悪い方もご受講頂けます
- 法人内研修にもご活用頂けます



10月のオンライン企画（詳細はHPより）

➤10月10日（土）

10：00～12：00 小規模多機能セミナー（第4回）加算・減算／中重度者受入

19：30～21：30 ケアマネジャー向けセミナー（第6回）各種サービスの活用とルール

➤10月12日（月）

9：00～12：00 zoom無料相談会（お一人様30分）4枠

21：00～22：00 facebookライブ（9月のzoomセミナーダイジェスト）

※職場をよくする対話型リーダーシップ実践会限定

➤10月17日（土）

20：00～21：00 facebookライブ（マンスリー・ジャーナル10月号）

➤10月26日（月）

10：00～12：00 管理職向けセミナー（第6回）適切な指導とパワハラ防止

14：00～15：30 医療・介護・福祉業界で「個人」としてのキャリアアップを考える

19：30～21：30 法定研修シリーズセミナー（第4回）認知症ケア②

11月のオンライン企画（詳細はHPより）

➤11月7日（土）

- 10：00～12：00 小規模多機能セミナー（第5回）家族支援／地域連携／個別ケア
19：30～21：30 ケアマネジャー向けセミナー（第7回）基本報酬・加算・減算

➤11月17日（火）

- 10：00～16：00 zoom無料相談会（お一人様30分）5枠
21：00～22：00 facebookライブ（マンスリー・ジャーナル11月号）

➤11月14日（土）

- 21：00～22：00 facebookライブ（10月のzoomセミナーダイジェスト）
※職場をよくする対話型リーダーシップ実践会限定

➤11月27日（金）

- 13：30～17：00 医療・介護・福祉業界で「個人」としてのキャリアを考えるシリーズ

➤11月29日（日）

- 10：00～12：00 管理職向けセミナー（第7回）不適切ケアと虐待防止
14：00～16：00 介護現場をよくするマニュアルシリーズ（ケアマネジメント編）
19：30～21：30 法定研修シリーズセミナー（第5回）認知症ケア③BPSDのケア

小規模多機能セミナー

ご清聴ありがとうございました！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌