

平成 2 7 年度 集団指導資料
地域密着型サービス編

平成 2 8 年 3 月 1 5 日 実施
高松市介護保険課

目次

【資料 1】

1. 地域密着型サービス共通項目
P.3～P.13
 2. 認知症対応型共同生活介護
P.14～P.28
 3. 小規模多機能型居宅介護
P.29～P.37
 4. 認知症対応型通所介護
P.38～P.45
- ・参考資料 別紙 1～3

《注意事項》

この資料は、集団指導に当たり、根拠法令等については、その概要のみを記載しております。そのため、人員基準及び加算算定要件等については、介護保険法等を参照の上、根拠となる基準を必ず確認いただくよう、お願いいたします。

1 共通項目（人員配置）

○常勤換算方法

当該事業所の従業者の勤務延時間数（①）を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（②）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法。

≪留意事項≫

①勤務延時間数 = 暦月ごとの職員の勤務延時間数

①÷② = 常勤換算方法での員数（少数点第2位以下切り捨て）

1 共通項目（人員配置）

○勤務延時間数

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間として明確に位置付けられている時間の合計数。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（②）を上限とする。

○常勤

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（②）に達していることをいう。

1-1 共通項目（人員配置）

○常勤の従業者が勤務すべき時間数

各事業所において定められている就業規則による。

《例》

毎月1日を起算とした1か月単位の変形労働時間制とし、1か月を平均して1週間当たり40時間とする。

職種		始業	終業	休憩時間
グループホーム	早出	7:00	16:00	60分
	日勤	9:00	18:00	60分
	遅出	10:00	19:00	60分
	夜勤	16:00	翌朝9:00	60分

1-1 共通項目（人員配置）

1 カ月単位の変形労働時間制の場合

週法定労働時間	月の暦日数			
	31日	30日	29日	28日
40時間	177時間	171時間	165時間	160時間
44時間	194時間	188時間	182時間	176時間

- ・起算日は、毎月1日とは限らない。
（起算日が20日、15日等の場合もある。）

1-1 共通項目（人員配置）

《ポイント》

1. 法定労働時間数と勤務延時間数の考え方は異なる。
2. 勤務延時間数に算入できるのは、法定労働時間が上限。
3. 常勤・非常勤の別は、歴月で管理する。

1-1 共通項目（人員配置）

《日中の時間帯に必要な時間数の具体例》

- ・ 1ユニットあたり（1月が30日の場合）

常勤の勤務すべき時間数 = 1日8時間

8時間 × 3人 = 24時間

24時間 × 30日 = 720時間

《人員基準欠如に該当する場合》

- ・ 1月（暦月）の総勤務延時間数が900時間

夜間及び深夜の時間帯（21時～6時） = 9時間

9時間 × 30日 = 270時間

900時間 - 270時間 = 630時間 ≤ 720時間

※法定労働時間を超える勤務時間数を算入することはできない。

1-2 研修の修了者の配置

代表者、管理者、計画作成担当者については、指定を受ける際（指定を受けた後に変更の届出を行う場合を含む。）に、所定の研修を修了しているものとする。

《指導事項》

実践者研修と管理者研修のどちらも修了していない状態での管理者就任は適切ではないと判断する。

1-2 研修修了者の配置

《留意事項》

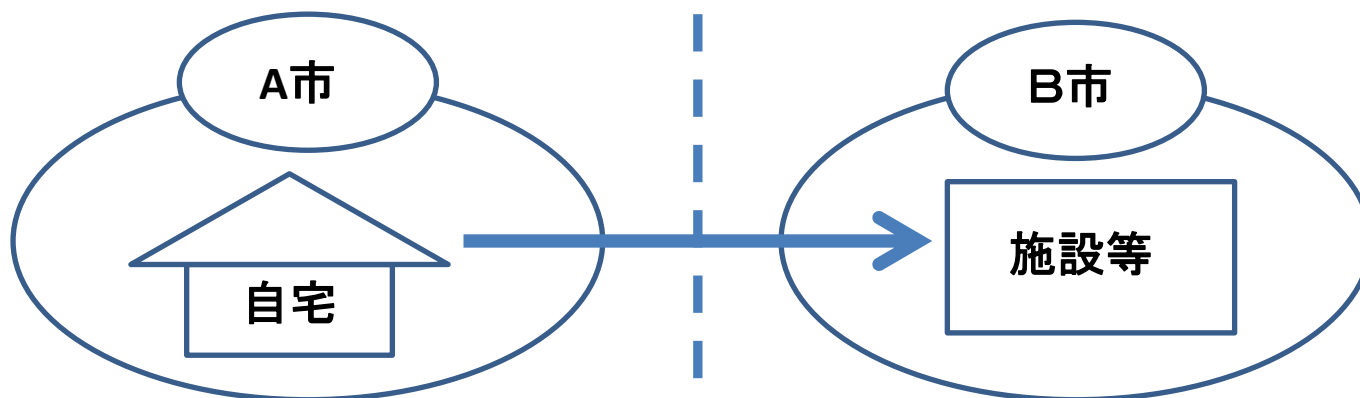
- ・ 計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合、翌々月から介護報酬の3割減算

※ただし、研修を修了した職員の離職等により人員基準欠如となった場合に、計画作成担当者を新たに配置し、研修を修了することが確実に見込まれるときは、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない取扱いとする。

⇒こうした状況が発生した場合は、速やかに市町に連絡してください。

1-3 住所地特例適用要介護被保険者の地域密着型サービス利用について

○住所地特例適用要介護被保険者とは
《制度概要》



住所	B市	
介護保険の保険者	A市	
介護保険料徴収 (納付でもよい)	A市	
保険給付	A市	

1-3 住所地特例適用要介護被保険者の 地域密着型サービス利用について

○住所地特例対象施設（平成27年4月～）

- ・ 介護保険3施設
- ・ 特定施設（地域密着型特定施設を除く）
- ・ 有料老人ホーム
- ・ 軽費老人ホーム
- ・ 養護老人ホーム
- ・ サービス付き高齢者向け住宅（※）

（※）平成27年4月1日以降に入居した者のみ

1-3 住所地特例適用要介護被保険者の地域密着型サービス利用について

○特定地域密着型サービスとは

地域密着型サービス

(予) 特定地域密着型サービス

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 夜間対応型訪問介護
- ・ (予防を含む) 認知症対応型通所介護
- ・ (予防を含む) 小規模多機能型居宅介護
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)

認知症対応型共同生活介護

2-1 管理者について

○管理者

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、共同生活住居ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。

ただし、共同生活住居の管理上支障がない場合は、当該共同生活住居の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所若しくは指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事することができる。

2-1 管理者について

○管理者が兼務できる職務

イ 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者としての職務に従事する場合。

ロ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合。

なお、1の事業所に複数の共同生活住居を設ける場合、それぞれの共同生活住居の管理上支障がない場合は、同一事業所の他の共同生活住居との兼務もできるものとする。

2-1 管理者について

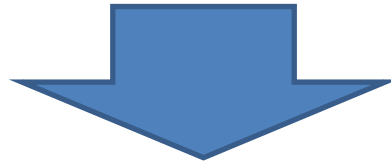
○管理者の責務

指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者は、指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び指定認知症対応型共同生活介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うのとする。

2-1 管理者について

《兼務を認めている範囲》

- ・ 管理者、計画作成担当者、介護職員
- ・ 複数ユニットの管理者



《指導事項》

- ・ ユニット内の職務を兼務しすぎている場合
(管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員を兼務)
- ・ 複数ユニットの管理者と他の職務の兼務をしている場合
(複数ユニットの管理者、看護職員、介護職員を兼務)

2-2 夜勤職員の休憩時間

○夜勤職員の配置について

共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の時間帯に行われる勤務を行わせるために必要な数以上とする。

《指導事項》

- ・夜勤の休憩時間の取扱いに関する注意事項

2-3 継続性のある人員配置

○勤務体制の確保

介護従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければならない。

《指導事項》

- ・ユニットごとに職員を固定した配置をしていない。
- ・毎日、異なる派遣職員が勤務に入る。

2-4 掲示について

○掲示の義務付け

- ・ 運営規程の概要
- ・ 重要事項（従業員の勤務体制、利用料等、指定書を含む）
- ・ 苦情処理の体制及び手順
- ・ 非常災害対策計画の具体的計画の概要（高松市独自条例による）

※運営推進会議の記録は公表しなければならない為、事業所HPや事業所内で閲覧できるようにする。

2-5 医療連携体制加算

○趣旨

医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するもの

2-5 医療連携体制加算

○算定要件

イ 看護師を1名以上確保していること。

- ・ GHの職員として配置
- ・ 病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携

ロ 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。

ハ 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

2-5 医療連携体制加算

《留意事項》

- ・ 准看護師の配置では算定は認められない。
- ・ 看護師の勤務時間

①利用者に対する日常的な健康管理

②通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整

③介護従業者に対する医療面からの適切な指導、援助

2-5 医療連携体制加算

《指導事項》

- ・ 看護師の勤務した時間が明確になっていない。
- ・ 看護師の行った利用者に対する健康管理等の記録が明確ではない。

ケース1

介護従業者が日々行っているバイタルチェックの記録と混同しており、後から見て誰が行ったことなのかわからない。

ケース2

看護師の記録に「異常なし」としか記録されていない。

2-6 看取り介護加算

○趣旨

看取り介護加算は、医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援することを主眼として設けたもの。

2-6 看取り介護加算

○算定要件

- イ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ロ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- ハ 看取りに関する職員研修を行っていること。

2-6 看取り介護加算

○対象となる利用者

- イ 医師が一般的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。
- 医師、看護職員（医療連携体制加算算定のために配置している看護職員）、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- ハ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

2-6 看取り介護加算

《指導事項》

- ・入居の際、看取りの指針に同意を得たことが明確でない。
- ・看取りの状態に対応した介護計画が作成されていない。
- ・看取りの状態に対応した介護計画に同意が得られていない。
- ・医師が、回復の見込みがないと判断した日よりも前に遡って算定している。

3 小規模多機能型居宅介護

3-1 人員配置について

○管理者、計画作成担当者について

※認知症対応型共同生活介護での説明に準じる。

○宿直について

宿泊利用者がいる場合、夜勤職員 1 名 + 宿直者 1 名を配置する必要がある。ただし、随時の訪問サービスに支障がない体制（利用者から連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど）が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。

3-2 登録定員と利用定員について

○登録定員と利用定員

- ・登録定員は29人以下とする。
- ・通いサービス利用定員
 - i)登録定員25人 → 登録定員の2分の1から15人
 - ii)登録定員26人以上 → 表1のとおり

(表1)

登録定員	利用定員	居間及び食堂の広さ
26人又は27人	16人	16人×3m ² =48m ²
28人	17人	17人×3m ² =51m ²
29人	18人	18人×3m ² =54m ²

・宿泊サービス利用定員

通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで

3-3 短期利用について

○算定要件

- イ 登録者の数が、登録定員未満であること。
- ロ 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、指定小規模多機能型居宅介護の登録者に対するサービスの提供に支障がないと認めた場合であること。
- ハ あらかじめ、7日以内の利用期間を定めること。
(利用者の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)
- ニ 人員基準を遵守した人員配置ができていること。
- ホ サービス提供が過少である場合の減算を算定していないこと。

3-3 短期利用について

○短期利用に活用可能な宿泊室の数の算定式

事業所の宿泊室の数 × (事業所の登録定員 - 登録者の数)
÷ 事業所の登録定員 (少数点第1位以下四捨五入)

《例》

$$\left. \begin{array}{l} \text{宿泊室} \quad \dots 9 \text{ 部屋} \\ \text{登録定員} \dots 25 \text{ 人} \\ \text{登録者数} \dots 20 \text{ 人} \end{array} \right\} = 1.8 \xrightarrow{\text{四捨五入}} 2 \text{ 部屋}$$

3-4 短期利用について

《留意事項》

- ・ 短期利用居宅介護費を算定するためには、市町村長への届出が必要
- ・ 受入れできるのは、事業所が所在する市町村民のみ
- ・ 居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業所から小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあった際には、当該介護計画書を提供することに協力するよう努める。

3-5 訪問体制強化加算について

○算定要件

- イ 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。
- ロ 算定日が属する月における提供回数について、延べ訪問回数が1月当たり200回以上であること。

ただし、小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に集合住宅(※)を併設する場合は、登録者の総数の内、同一建物に居住する者以外の者の占める割合が100分の50以上あって、かつ、同一建物に居住する者以外の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。

(※) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは有料老人ホーム又はサービス付高齢者向け住宅であって登録を受けたものに限る。

3-5 訪問体制強化加算について

《留意事項》

- ・ 1回の訪問を1回のサービス提供として算定すること。
- ・ 訪問サービスの提供回数は暦月ごとに算定すること。
- ・ 要介護の登録者に対する訪問サービスの提供回数のみを算定すること。
- ・ 小規模多機能型居宅介護計画書に基づいた訪問サービスの提供であること。

3-6 総合マネジメント体制強化加算

○算定要件

- 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の見直しを行っていること。

- ロ 利用者の多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。

3-6 総合マネジメント体制強化加算

《留意事項》

- ・ 加算要件を満たすことを目的とした、書類や資料については、新たに整備する必要はなく、通常の業務の中で使用する書類等（サービス提供記録、業務日誌、個別サービス計画書等）で確認できればよい。
- ・ 地域における活動は、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必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ればよい。

4 認知症対応型通所介護（単独・併設型）

4-1 人員配置

○従業員の員数

1. 生活相談員

単位ごとに、認知症対応型通所介護の提供日ごとに提供時間帯に応じて専ら認知症対応型通所介護の提供に当たる生活相談員が1以上

《例》

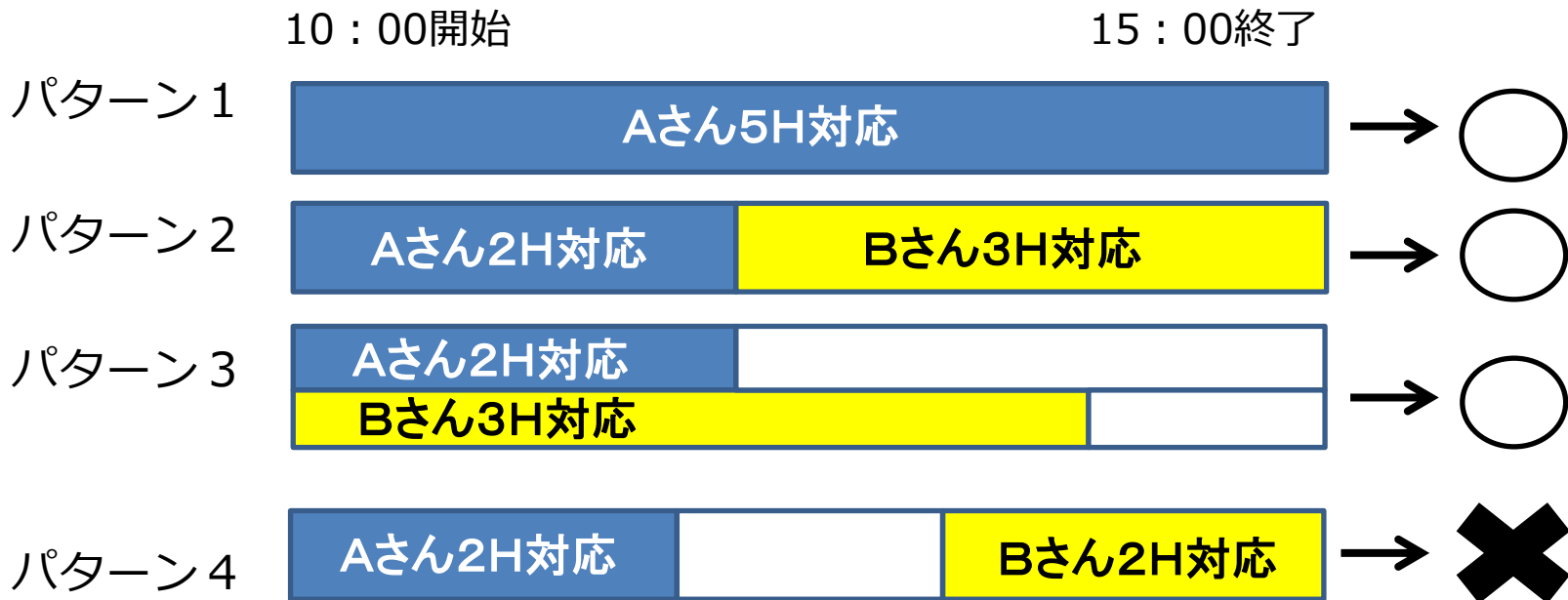
事業所のサービス提供時間が5時間の場合

【考え方】

（生活相談員の員数にかかわらず）生活相談員がサービス提供時間内に勤務している時間数の合計数を、提供時間数の5時間で除して得た数が1以上となるように確保する。

4-1 人員配置

《考え方の具体例》



4-1 人員配置

2. 看護職員（看護師・准看護師）又は介護職員

イ 単位ごとに、専ら認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が1以上

ロ サービス提供している時間帯に専ら認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数で除して得た数が1以上

※生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければならない。

4-1 人員配置

3. 機能訓練指導員 1以上

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該（単独・併設型）認知症対応型通所介護事業所の他の職務に従事することができる。

「訓練を行う能力を有する者」

- ・ 理学療法士
- ・ 柔道整復師
- ・ 作業療法士
- ・ あん摩マッサージ指圧師
- ・ 言語聴覚士
- ・ 看護職員

4-2 運営推進会議の設置

○運営推進会議の開催について

介護保険法の改正に伴い、平成28年4月1日から（予防）認知症対応型通所介護において、運営推進会議の開催が義務付け

○運営推進会議とは

事業所が、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業所が自ら設置すべきもの。

4-2 運営推進会議の設置

○会議内容

概ね6月に1回以上開催し、サービスの提供内容及び活動を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。

○運営推進会議の構成員

利用者、利用者家族、地域住民の代表者等（※）、市町村職員又は地域包括支援センターの職員、その他認知症対応型通所介護について知見を有する者等

（※）地域住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられる。

4-2 運営推進会議の設置

《運営推進会議テーマ例》

- ・ 事業所のプロフィール、組織の概要
- ・ 年間目標の設定
- ・ 行事、レクリエーション等の活動報告
- ・ 利用者の1日について
- ・ 音楽療法について
- ・ 苦情の報告
- ・ 認知症サポーター養成講座
- ・ 家族アンケート
- ・ 避難訓練の実施と地域の協力体制
- ・ 地域行事への参加計画

4-3 運営推進会議の開催について

«高松市の事業所について»

・ 市職員の参加について

1 事業所につき、高松市介護保険課及び地域包括支援センターの職員が2人で参加していたが、対象事業所の増加に伴い、平成28年4月からは、1事業所につき高松市介護保険課又は地域包括支援センターの職員1人が参加。

・ 開催日時について

原則、平日の日中（9時～17時の間）

やむを得ず夜間、休日に行う場合は個別に相談。

・ 認知症対応型通所介護事業所

平成28年4月中に開催時期等について意向調査実施予定

平成28年5月以降、介護保険課又は地域包括支援センターの職員が参加

(様式第1号)

毎月〇日を起算日とする〇月単位の変形労働時間を採用
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (平成28年5月分)

サービス種類 ()
事業所・施設名 ()

変形労働時間 〇月単位 起算日 毎月〇日 対象職種 看護職員・介護職員
前年度平均入所者数 人

Main data table with columns for employee details, weekly hours (1-31), and monthly summary (早1, 早2, 早3, 日勤, 遅1, 遅2, 遅3, 半1, 半2, 半3, 夜勤, 明け, 常勤有, 特休, 出張, 非常勤非有, 欠勤, 休日A, 常勤1の勤務時間, 常勤換算後の人数).

※正社員の有給休暇については労働時間に算入。

夜間支援体制加算用計算式 table with columns for shift types (早1, 早2, 早3, 日, 遅1, 遅2, 遅3, 半1, 半2, 〇), start/end times, and calculation results for 1 month of working hours (168) and average hours (0.0).

※勤務時間数管理の際の注意点
・看護職及び介護職の勤務時間数をそろえる。
・月の法定労働時間内に収まるように勤務時間を定める。
28日の場合は28日÷7日×40時間=160時間内に収める。
30日の場合は30日÷7日×40時間=約171時間内に収める。
31日の場合は31日÷7日×40時間=約177時間内に収める。

【別紙2】平成27年度介護報酬改定による「看取り加算」の新旧対照表(GH)

看取り介護加算について	
改定前	現行
<p>① 看取り介護加算は、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族に対して説明し、その後の療養方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援することを主眼として設けたものである。</p>	<p>① 看取り介護加算は、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族等（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。</p>
(新設)	<p>② 利用者等告示第40号ロに定める看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることが必要である。</p>
(新設)	<p>③ 認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくためにも、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。</p> <p>イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにする(Plan)。</p> <p>ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う(Do)。</p> <p>ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う(Check)。</p> <p>ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う(Action)。</p> <p>なお、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。</p>
(新設)	<p>④ 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努力することが不可欠である。具体的には、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。</p>
(新設)	<p>⑤ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。</p> <p>イ 当該事業所の看取りに関する考え方</p>

改定前	現行
	<p>ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに合った介護の考え方</p> <p>ハ 事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢</p> <p>ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）</p> <p>ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法</p> <p>ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式</p> <p>ト 家族等への心理的支援に関する考え方</p> <p>チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法</p>
(新設)	<p>⑥ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、施設基準第34号ハに規定する重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができるものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。</p>
(新設)	<p>⑦ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。</p> <p>イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録</p> <p>ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録</p> <p>ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録</p>
<p>② 看取り介護加算は、95号告示第33号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、認知症対応型共同生活介護事業所において行った看取り介護を評価するものである。</p> <p>死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活介護事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）</p>	(削除)
<p>③ 95号告示第33号のハに定める看護師については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる必要がある。</p>	(削除)
<p>④ 認知症対応型共同生活介護事業所を退居等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、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、事業所に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護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必要がある。</p>	(削除)

改定前	現行
<p>⑤ 認知症対応型共同生活介護事業所は、退居等の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認することができる。</p> <p>なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、本人又は家族に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。</p>	<p>(削除)</p>
<p>⑥ 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。</p> <p>また、本人が十分に判断ができる状態になく、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、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることと認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。</p> <p>この場合には、適切な看取り介護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、家族と連絡を取ったにもかかわらず来てもらえなかった旨を記載しておくことが必要である。</p> <p>なお、家族が利用者の看取りについてともに考えることは極めて重要であり、事業所としては、一度連絡を取って来てくれなかったとしても、定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。</p>	<p>⑧ 利用者等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。</p> <p>また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、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、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることと認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。</p> <p>この場合には、適切な看取り介護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、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要である。</p> <p>なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。</p>
<p>(新設)</p>	<p>⑨ 看取り介護加算は、利用者等告示第40号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、認知症対応型共同生活介護事業所において行った看取り介護を評価するものである。</p> <p>死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活介護事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。)</p>
<p>(新設)</p>	<p>⑩ 認知症対応型共同生活介護事業所を退居等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、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、事業所に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護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。</p>
<p>(新設)</p>	<p>⑪ 認知症対応型共同生活介護事業所は、退居等の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認することができる。</p> <p>なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。</p>
<p>(新設)</p>	<p>⑫ 利用者が入院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。</p>
<p>(新設)</p>	<p>⑬ 入院若しくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。</p>

改定前	現行
<p>⑦ 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくないものであること。</p>	<p>⑭ 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくないものであること。</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

医療連携体制強化加算 (GH)	
質問	回答
1	<p>要支援2について算定できるのか。</p> <p>要支援者については、「介護予防認知症対応型共同生活介護費」の対象となるが、これについては、医療連携加算は設けていないことから、算定できない。</p>
2	<p>看護師の配置については、職員に看護資格をもつものがいいのか。看護職員として専従であることが必要か。</p> <p>職員(管理者、計画作成担当者又は介護従業者)として看護師を配置している場合については、医療連携体制加算を算定できる。訪問看護ステーション等、他の事業所との契約により看護師を確保する場合には、認知症高齢者グループホームにおいては、看護師としての職務に専従することが必要である。</p>
3	<p>看護師としての基準勤務時間数は設定されているのか。(24時間オンコールとされているが、必要とされる場合に勤務するといった対応でよいか。)</p> <p>看護師としての基準勤務時間数は設定していないが、医療連携体制加算の請求において必要とされる具体的なサービスとしては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対する日常的な健康管理 ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡・調整 ・看取りに関する指針の整備 <p>等を想定しており、これらの業務を行うために、当該事業所の利用者の状況等を勘案して必要な時間数の勤務が確保できていることが必要である。(事業所における勤務実態がなく、単に「オンコール体制」としているだけでは、医療連携体制加算の算定は認められない。)</p>
4	<p>協力医療機関との連携により、定期的に診察する医師、訪問する看護師で加算はとれるか。連携医療機関との連携体制(連携医療機関との契約書で可能か)による体制で加算が請求可能か。</p> <p>医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症高齢者グループホームで生活を継続できるように、看護師を配置することによって、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものであるため、看護師を確保することなく、単に協力医療機関に医師による定期的な診療が行われているだけでは、算定できず、協力医療機関との契約のみでは、算定できない。なお、協力医療機関との契約を見直し、契約内容が、看護師の配置について医療連携体制加算を算定するに足りる内容であれば、算定をすることはあり得る。</p>
5	<p>同一法人の他事業所に勤務する看護師を活用する場合、双方の常勤換算はどのように考えられるのか。(他事業所に常勤配置とされている従業者を併任してもよいか)</p> <p>算定の留意事項(通知)にあるとおり、併任で差し支えない。常勤換算については、双方の事業所における勤務時間数により、それぞれ算定する。</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

6	<p>算定要件である「重度化した場合における対応に関する指針」の具体的項目は決められるのか。また、加算の算定には、看取りに関する指針が必須であるか。</p>	<p>算定の留意事項(通知)にあるとおり、医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホームの居住費や食費の取扱い、③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針、などを考えており、これらの項目を参考にして、各事業所において定めていただきたい。</p> <p>また、この「重度化した場合における対応に係る指針」は、入居に際して説明しておくことが重要である。なお、指針については、特に様式等は示さないが、書面として整備し、重要事項説明書に盛り込む、又は、その補足書類として添付することが望ましい。</p>
7	<p>医療連携体制加算について、看護師により24時間連絡体制を確保していることとあれが、同一法人の特別養護老人ホームの看護師を活用する場合、当該看護師が特別擁護老人ホームにおいて夜勤を行うときがあっても、グループホームにおいて24時間連絡体制が確保されていると考えてよいか。</p>	<p>医療連携体制加算は、看護師と常に連携し、必要なときにグループホーム側から看護師に医療的対応等について相談できるような体制をとることを求めているものであり、特別養護老人ホームの看護師を活用する場合に、当該看護師が夜勤を行うことがあっても、グループホームからの連絡を受けて当該看護師が必要な対応をとることができる体制となっていれば、24時間連絡体制が確保されていると考えられる。</p>
8	<p>医療連携体制加算について、 ①看護師は、准看護師でもよいのか。 ②特別養護老人ホームが併設されている場合、特別養護老人ホームから看護師を派遣することとして差し支えないか。 ③具体的にどのようなサービスを提供するのか。</p>	<p>医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症高齢者グループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。</p> <p>したがって、 ①利用者の状態の判断や、グループホーム職員に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師配置を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。 ②看護師の配置については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該グループホームの職員と他の事業所の職員を併任する職員として配置することも可能である。 ③医療連携体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、 ・利用者に対する日常的な健康管理 ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡調整 ・看取りに関する指針の整備 等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。</p>
9	<p>医療連携加算算定時に、契約の上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等において、医療保険による訪問看護の利用は可能か。</p>	<p>診療報酬の算定要件に合致すれば、利用可能である。</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

看取り介護加算（GH）	
質問	回答
1	<p>看取りに関する指針の内容について見直しを行って変更した場合には、既存の入所者等に対して、改めて説明を行い、同意を得る必要があるか。</p> <p>「看取りに関する指針」の見直しにより、「当該施設の看取りに関する考え方」等の重要な変更があった場合には、改めて入所者及びその家族等に説明を行い、同意を得る必要がある。なお、それ以外の場合についても、入所者等への周知を行うことが適切である。</p>
2	<p>看取りに関する指針は、入所の際に入所者又は家族に説明し、同意を得ることとされているが、入所後に入所者の心身の状況が変化し看取り介護の必要性が認められる場合に、その時に説明し、同意を得たとして算定はできないのか。</p> <p>少なくとも説明及び同意の有無を確認することは、原則入所時に行う必要がある。ただし、同意の有無を確認することについては、入所者の意思に関わるものであることから、遅くとも看取り介護の開始前に行う必要がある。</p>
3	<p>算定要件に「多職種の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者」とあるが、具体的にどのような記録を活用して、何を説明するのか。また、何について同意を得るのか。</p> <p>詳細については、以下の通知を参照されたい。 ※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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12年3月8日付老企発第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）第2の5(24) ※ 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日付老計発第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・老人保健課長連名通知）第2の8(24)</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

訪問体制強化加算（小規模）	
質問	回答
1	<p>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。</p> <p>「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。</p>
2	<p>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。</p> <p>「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。</p>
3	<p>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。</p> <p>貴見のとおりである。</p>
4	<p>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。</p> <p>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。</p>
5	<p>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。</p> <p>貴見のとおりである。</p>
6	<p>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。</p> <p>「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。</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

総合マネジメント体制強化加算（小規模）		
質問	回答	
問1	<p>総合マネジメント体制強化加算について、利用者の心身の状況等に応じて、随時、関係者（小規模多機能型居宅介護の場合は、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）が共同して個別サービス計画の見直しを行うこととされているが、個別サービス計画の見直しに当たり全ての職種が関わる必要があるか。また、個別サービス計画の見直しが多職種協働により行われたことを、どのように表せばよいか。</p>	<p>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及び看護小規模多機能型居宅介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、一体的なサービスを適時・適切に提供することが求められている。これらの事業では、利用者の生活全般に着目し、日頃から主治の医師や看護師、その他の従業者といった多様な主体との意思疎通を図ることが必要となり、通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」を有しているため、総合マネジメント体制強化加算により評価するものである。</p> <p>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及び看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所における個別サービス計画の見直しは、多職種協働により行われるものであるが、その都度全ての職種が関わらなければならないものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者がかかわることで足りるものである。</p> <p>また、個別サービス計画の見直しに係る多職種協働は、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、日常的な業務の中でのかかわりを通じて行われることも少なくない。通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護職員等の意見を把握し、これに基づき個別サービス計画の見直しが行われていれば、本加算の算定要件を満たすものである。なお、加算の要件を満たすことのみを目的として、新たに多職種協働の会議を設けたり書類を作成することは要しない。</p>
問2	<p>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」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けばよいか。</p>	<p>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。</p> <p>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けば、当該要件を満たすものである。</p> <p>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。</p>
問3	<p>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」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。</p>	<p>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、サービスを提供することとしている。</p> <p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

【別紙3】介護報酬に関するQ&A

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て提供するために、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