

令和8年度 介護サービス事業所等に係る集団指導

認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

佐賀中部広域連合 給付課 指導係

お問い合わせはこちらまで

電話：0952-40-1131

FAX：0952-40-1165

E-mail：kaigo.shido@chubu.saga.saga.jp

目 次

地域密着型サービスとは	2
I. 人員、設備及び運営に関する基準について	
1. 基本方針	2
2. 人員に関する基準	2
3. 設備に関する基準	8
4. 運営に関する基準	8
5. 変更の届出等について	28
6. 業務管理体制の届出等について	29
7. 地域密着型サービスに規定する必要な研修について	31
II. 介護報酬算定に関する基準について	
1. 認知症対応型共同生活介護費の基本報酬の算定について	32
2. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出について	33
3. 地域密着型サービスの介護報酬の通則（人員欠如による減算等）	34
4. 認知症対応型共同生活介護費の加算等について	35
1 短期利用認知症対応型共同生活介護費	35
2 身体拘束廃止未実施減算	35
3 高齢者虐待防止措置未実施減算	36
4 業務継続計画未策定減算	36
5 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合	37
6 夜間支援体制加算	37
7 認知症行動・心理症状緊急対応加算	37
8 若年性認知症利用者受入加算	38
9 利用者が入院した時の費用の算定	38
10 看取り介護加算	40
11 初期加算	42
12 協力医療機関連携加算	43
13 医療連携体制加算	44
14 退去時情報提供加算	47
15 退居時相談援助加算	48
16 認知症専門ケア加算	48
17 認知症チームケア推進加算	51
18 生活機能向上連携加算	53
19 栄養管理体制加算	55
20 口腔衛生管理体制加算	56
21 口腔・栄養スクリーニング加算	57
22 科学的介護推進体制加算	57
23 高齢者施設等感染対策向上加算	58
24 新興感染症等施設療養費	59
25 生産性向上推進体制加算	60
26 サービス提供体制強化加算	61
27 介護職員等処遇改善加算	62
III. その他	63

地域密着型サービスとは・・・

地域密着型サービスは、要介護や要支援状態となっても可能な限り、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするためのサービス体系として、平成18年4月に創設された。

住み慣れた自宅や地域での生活の継続を目的としているため、原則として、当該地域密着型サービス事業所が所在する市町村の住民（佐賀中部広域連合の被保険者）のみが利用できるサービスで、市町村が指定・指導監督の権限を持っている。

なお、佐賀中部広域連合の地域密着型サービスを利用できるのは、要支援・要介護の認定を受けた佐賀中部広域連合の被保険者のみだが、佐賀中部広域連合の被保険者であれば、住所にかかわらず、佐賀中部広域連合内のすべての市・町の地域密着型サービスの利用が可能である。

地域密着型サービスに係る条例について

地域密着型サービスの基準等を定める条例制定に向けて、佐賀県内の7保険者においても協議が行われた。条例の制定には議会の議決が必要で、佐賀中部広域連合では、平成25年2月12日に議決された。

「佐賀中部広域連合指定地域密着型サービス等の事業者の指定及び事業に関する基準を定める条例」
(平成25年佐賀中部広域連合条例第2号)

I. 人員、設備及び運営に関する基準について

1. 基本方針

基本方針 【介護第89条、予防第69条】

指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者及び要支援2の者（以下、「要介護者等」という。）であって認知症の状態にあるもの（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続しながら、入浴、排せつ、食事等の介護（支援）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ものである。また、事業所の立地条件は、家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、その立地について、住宅地の中にあること又は住宅地と同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保されている地域の中にあるようにしなければならない。

2. 人員に関する基準

従業者の員数 【介護第90条、予防第70条等】

(1) 従業者の員数等

①介護従業者

事業者が事業所ごとに置くべき介護従業者の員数は、当該事業所を構成する共同生活住居ごと（共同生活住居間の兼務は認められない。）に、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たる介護従業者を、常勤換算方法で、当該共同生活住居の利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上（3：1）とする。介護従業者については、利用者が認知症を有する者であることから、認知症の介護等に対する知識、経験を有する者であることを原則とする。

また、夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所毎に、利用者の生活サイクルに応じて、1日の活動の終了時刻から開始時刻までを基本として設定するものとし、これに対応して、夜間及び深夜

夜の時間帯以外のサービス提供に必要な介護従事者及び夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な介護従事者を確保しなければならない。

例えば、利用者を9人とし、常勤の勤務時間を1日8時間とし、午後9時から午前6時までを夜間及び深夜の時間帯とした場合、午前6時から午後9時までの15時間の間に、8時間×3人＝延べ24時間分のサービスが提供され、かつ、当該時間帯においては、常に介護従事者が1人以上確保されていることが必要となる。

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勤務（宿直勤務を除く）を行わせるために必要な数以上としなければならない。ただし、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の有する共同生活住居の数が3である場合において、当該共同生活住居がすべて同一の階において隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、当該指定認知症当該指定認知症対応型共同生活介護事業者による安全対策が講じられ、利用者の安全性が確保されていると認められる場合に限り、夜勤職員を2名以上とすることができる。

- ②サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所（以下「サテライト事業所」という）の実施要件
- イ サテライト事業所に係る指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有するものである必要があるが、この場合、指定認知症対応型共同生活介護以外の事業の経験についても当該経験に算入できる。また、「3年以上の経験」については、当該指定日において満たしている必要があり、休止等、事業を運営していない期間は除いて計算すること。
 - ロ サテライト事業所は、本体事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所であって、当該事業所に対する支援機能を有する事業所）を有する必要があるが、ここでいう「支援機能を有する事業所」については、当該本体事業所が次のいずれかに該当することを指す。
 - a 事業開始以降1年以上本体事業所としての実績を有する。
 - b 当該本体事業所の共同生活住居の利用者の合計数が、当該本体事業所の共同生活住居において定められた入居定員の合計数の100分の70を超えたことがある。
 - ハ サテライト事業所は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次に掲げる要件をいずれも満たす必要がある。したがって、本体事業所に対するサテライト事業所の共同生活住居の数及び設置可能な箇所数は、表のとおりとなる。
 - a 本体事業所とサテライト事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の近距離である。
 - b サテライト事業所の共同生活住居の合計数が、本体事業所の共同生活住居の数を上回らない。
 - c 本体事業所とサテライト事業所の共同生活住居の数の合計は、最大4までとする。

【本体事業所の共同生活住居数とサテライト事業所の共同生活住居の数及び箇所数の関係】

本体事業所 共同生活住居数	サテライト事業所	
	共同生活住居数	1の本体事業所に対して設置可能なサテライト事業所の箇所数
1	1	1
2	1	2
	2	1
3	1	1

- ニ 本体事業所は、当該サテライト事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保するほか、当該本体事業所とサテライト事業所の管理者が同一である場合には、当該本体事業所と当該サテライト事業所との間において、次に掲げる要件をいずれも満たす必要がある。
 - a 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われる。

- b 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理される。また、必要な場合に随時、本体事業所や他のサテライト事業所との相互支援が行える体制（例えば、サテライト事業所の従業員が急病等でサービスの提供ができなくなった場合は、本体事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にある。
- c 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制がある。
- d 事業の目的や運営方針等について同一の運営規程が定められる。
- e 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われている。
- ホ 本体事業所とサテライト事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ましいが、隣接する市町村における指定認知症対応型共同生活介護事業所とすることも差し支えない。
- へ市町村長は、サテライト事業所の指定に当たっては、他の地域密着型サービスの指定の場合と同様、あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等の意見を聴き、必要があると認められる場合は、指定の際に条件を付す等により、事業の適正な運営に当たっての措置を講ずる。
- (2) 利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受けた場合は、適正な推定数により算定しなければならない。
- (3) 介護従業者のうち1以上の者は、常勤でなければならない。
- (4) 認知症対応型共同生活介護と小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、以下のすべての要件を満たすほか、入居者の処遇に支障がないと認められる場合に限り、夜勤者の職務を兼ねることができる。
- ① 認知症対応型共同生活介護の定員と小規模多機能型居宅介護事業所の泊まりの定員の合計が9人以内であること。
- ② 認知症対応型共同生活介護と小規模多機能型居宅介護が同一階に隣接しており、一体的な運用が可能な構造であること。
- (5) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護事業所ごとに、保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者であって認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下、「認知症対応型共同生活介護計画」という。）の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する計画作成担当者としなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は当該認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務に従事することができる。
- (6) (5)の計画作成担当者は、別に厚生労働大臣が定める研修を修了している者としなければならない。別に厚生労働大臣が定める研修とは、都道府県及び指定都市が実施する「認知症介護実践者研修」とする。なお、この研修は、従来から計画作成担当者に修了を義務づけているものであり、既にこれに準ずる研修を修了している者に新たな受講を義務づけるものではない。
- 事業者は、計画作成担当者に、必要とされる研修に加え、更に専門性を高めるための研修を受講するように努めるものとする。
- また、指定を受ける際（指定を受けた後に計画作成担当者の変更の届出を行う場合を含む。）には計画作成担当者について、(6)の研修を修了している者としなければならない。
- (7) 事業者は、(5)の計画作成担当者のうち1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない（2以上の共同生活住居を有する事業所にあつては、計画作成担当者のうち少なくとも1人は介護支援専門員をもって充てなければならない）。
- (8) 認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当する介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督するものとする。
- (9) (7)にかかわらず、サテライト事業所については、介護支援専門員である計画作成担当者に代えて、(6)の別に厚生労働大臣が定める研修を修了している者を置くことができる。この研修等修了者はサテライト事業所の利用者に係る認知症対応型共同生活介護計画の作成に従事するものである。
- (10) 介護支援専門員でない計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員、その他の認知症である者の介護サービスに係る計画作成に関し実務経験を有すると認められる者をもって充てることができる。

- (11) 指定認知症対応型共同生活介護事業者が指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定認知症対応型共同生活介護の事業と指定介護予防認知症対応型共同生活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ついては、指定地域密着型介護予防サービス基準第七十条第一項から第十項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。
- (12) 計画作成担当者は、非常勤でも可。この場合、例外的にいくつかの事業所又は他の支援事業等他のサービスを兼務ではなく非常勤で掛け持ちすることが可能（サービス内容及び事業所の実態によってはできない場合もある）になるが、あくまで兼務と区別をするために各事業所にて非常勤での雇用契約（同一法人の場合は辞令等の交付により）を結び、勤務する時間帯を明確に区分し、勤務の実態を明らかにする必要がある。また、計画作成については、利用者の心身の状態、希望及びその置かれている環境を踏まえ、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載して作成しなければならない。利用者の日常の変化等前記に掲げた内容を十分把握するだけの勤務時間を確保し、責任を持って計画の作成、説明、同意、交付を行うこと。

計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合は減算の対象となるが、職員の突然の離職等により研修修了要件を満たさなくなった場合（前もってわかっていた場合は該当しない）は、佐賀県における研修の開催状況を踏まえ、職員の離職等の後、速やかに新たな計画作成担当者を配置し、かつ、直近の研修を受講させる旨の誓約書（様式は任意）を提出し、認知症研修を修了することが確実に見込まれる場合は、当該研修を修了するまでの間は減算対象としない。

Q & A（令和3年3月29日）

（問） 計画作成担当者は、他の事業所との兼務は可能か。

（答） 介護支援専門員である計画作成担当者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務を除き、兼務することはできない。

管理者 【介護第91条、予防第71条】

- (1) 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（介護従事者、計画作成担当者）に従事し、又は同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の職務に従事することは差し支えない。
- (2) (1)にかかわらず、共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居の管理者は、本体事業所における共同生活住居の管理者をもって充てることができる。
- (3) 共同生活住居の管理者は、適切なサービスの提供をするために必要な知識及び経験を有し、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。別に厚生労働大臣が定める研修は、都道府県及び指定都市が実施する「認知症対応型サービス事業管理者研修」とする。（詳細については個別に確認すること）

また、事業者は、指定を受ける際（指定を受けた後に管理者の変更の届出を行う場合を含む。）、管理者には、上記研修を修了している者を配置しなければならない。

代表者 【介護第92条、予防第72条】

事業所の代表者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であって、別に厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければ

ならない。別に厚生労働大臣が定める研修は、都道府県及び指定都市が実施する「認知症対応型サービス事業開設者研修」とする。

※代表者とは、基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人が大規模であるなど、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者等を代表として差し支えない。従って、事業所の指定申請書に記載する代表者と異なることはあり得る。

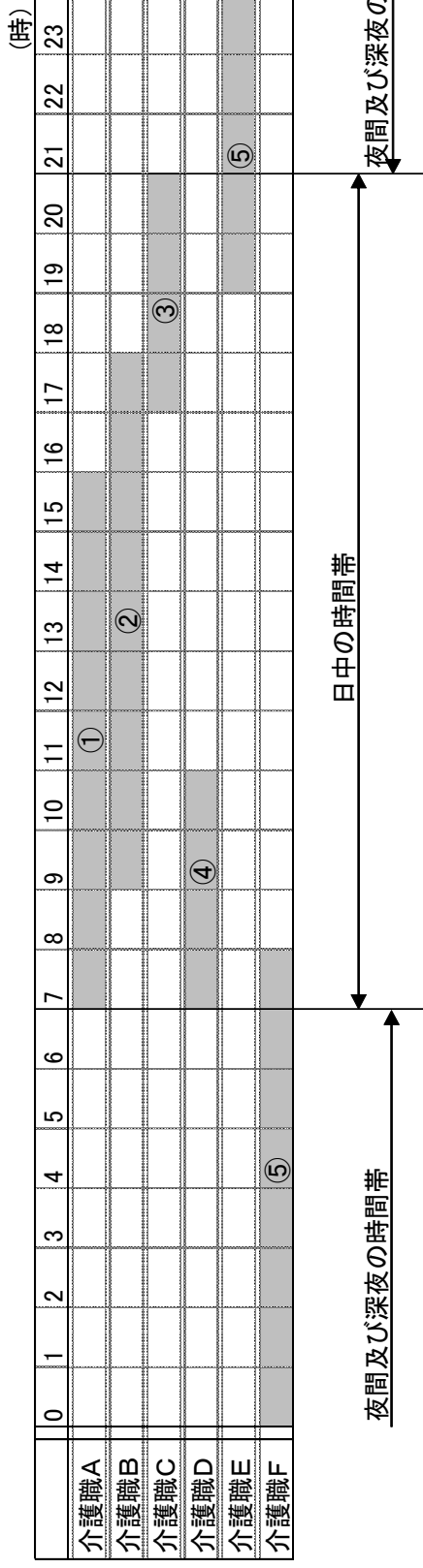
※**常勤とは**・・・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、**母性健康管理措置又は育児、介護及び治療**のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

【留意事項】 常勤換算方法による職員数の算定方法について

暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、小数点第2位以下を切り捨てるものとする。
なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に1割の範囲内で減少した場合、1月を超えない期間に職員が補充されれば、減少しなかったものとみなす。

《参考資料》

グループホームにおける介護職員の人員配置基準の考え方について



勤務時間

- ① 7:00～16:00 (休憩1時間)
- ② 9:00～18:00 (休憩1時間)
- ③ 17:00～21:00
- ④ 7:00～11:00
- ⑤ 19:00～翌8:00 (休憩2時間)

常勤職員の1日の勤務時間数 8時間
利用者9名

- 夜間及び深夜の時間帯 21:00～翌7:00
- 日中の時間帯 7:00～21:00

※ 『夜間及び深夜の時間帯』は、利用者の生活サイクルに応じて、1日の活動終了時刻から開始時刻までを基本として、各事業所ごとに設定する。また、その残りの時間帯を『日中の時間帯』と設定する。

◎グループホームにおける介護職員の必要な勤務時間数は？

【人員配置基準】

- ・『夜間及び深夜の時間帯』
「夜間及び深夜の時間帯」を通じて1以上の介護職員を配置
 - ・『日中の時間帯』
「日中の時間帯」に3人×8時間=24時間分以上の介護職員を配置
かつ、当該時間帯において1以上の介護職員を配置
- ⇨
- 【上記グループホームにおける人員配置】
 - ・『夜間及び深夜の時間帯』
「夜間及び深夜の時間帯」に介護職F、介護職Eを配置
 - ・『日中の時間帯』
「日中の時間帯」に、介護職A(8H)+介護職B(8H)+
介護職C(4H)+介護職D(4H)+介護職E(2H)+介護職F(1H)
合計27時間分の介護職員を配置
また、日中の時間帯を通じて1以上の介護職員を配置

3. 設備に関する基準 【介護第 93 条、予防第 73 条】

(1) 事業所は、共同生活住居を有するものとし、その数は1 以上 3 以下（サテライト事業所にあつては、1 又は 2）とする。

1 の事業所に複数の共同生活住居を設ける場合であっても、居間、食堂及び台所等については、それぞれ共同生活住居ごとの専用の設備としなくてはならない。また、併設の事業所において行われる他のサービスの利用者がこれらの設備を共用することも原則として不可とする。ただし、指定認知症対応型共同生活介護を地域に開かれたものとするために有効であると考えられる共用型指定認知症対応型通所介護を、指定認知症対応型共同生活介護事業所の居間又は食堂において行うことは可能であるが、その場合にあつても、家庭的な雰囲気を維持する観点から、共用型指定認知症対応型通所介護の利用者は、共同生活住居ごとに、同一の時間帯において 3 人を上限とし、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の生活に支障のない範囲で居間又は食堂を利用することが必要である。

(2) 共同生活住居は、その入居定員を 5 人以上 9 人以下とし、居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備、その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。なお、居間及び食堂は、同一の場所でも差し支えない。また、災害対策として、事業所内での喫煙等については特に留意し、入居者のライター等の管理についても十分注意し、消防関係者との連携を密にし、災害の防止に努めなければならない。なお、原則として、全ての事業所でスプリンクラー設備の設置が義務づけられているので、留意されたい。

(3) 1 の居室の定員は、1 人とする。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合（夫婦、兄弟等縁故者）は、2 人とする事ができる。

(4) 1 の居室の床面積は、7. 4 3 平方メートル以上としなければならないとなっており、生活の場であることを基本に、収納設備は別途確保するなど利用者の私物等も置くことができる十分な広さを有するものとする。また、居室とは、廊下、居間等につながる出入り口があり、他の居室と明確に区分されているものをいい、単にカーテンや簡易なパネル等で室内を区分しただけと認められるものは含まれない。ただし、一般の住宅を改修している場合など、建物の構造上、各居室間がふすま等で仕切られている場合は、この限りではない。更に、居室を 2 人部屋とすることができる場合は、例えば、夫婦で居室を利用する場合などであつて、事業者の都合により一方的に 2 人部屋とすべきではない。なお、2 人部屋については、特に居室面積の最低基準は示していないが、前記と同様に十分な広さを確保しなければならない。経過措置として、平成 18 年 4 月 1 日に現に存する認知症対応型共同生活介護の事業に相当する事業の用に供する共同生活住居であつてサービスの提供に支障がないと認められるものについては、居室面積基準は適用しない。

4. 運営に関する基準

内容及び手続の説明及び同意 【介護第 3 条の 7(準用第 108 条)、予防第 11 条(準用第 85 条)】

(1) 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、重要事項に関する規程の概要、介護従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者がサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。なお、当該同意については、利用者及び事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

(2) 事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があつた場合には、(1)の規定による文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であつて次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。

提供拒否の禁止 【介護第 3 条の 8(準用第 108 条)、予防第 12 条(準用第 85 条)】

事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。特に、要介護度等や所得の多寡を

理由にサービスの提供を拒否してはならない。提供を拒むことができる正当な理由がある場合は、①当該事業所の現員からは利用申し込みに応じきれない場合、②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合である。

受給資格等の確認 【介護第 3 条の 10(準用第 108 条)、予防第 14 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定等の有無、要介護認定等の有効期間及び佐賀中部広域連合域内の利用者であるかを確かめなければならない。また、利用申込者が佐賀中部広域連合域外の場合には、基本的にはサービス利用（入居）はできないので速やかに保険者に対し相談を行うこと。なお、そのままサービスの提供を行った場合には、介護報酬の算定ができないのでくれぐれも注意すること。
- (2) 事業者は、被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービスを提供するように努めなければならない。

要介護認定等の申請に係る援助 【介護第 3 条 11(準用第 108 条)、予防第 15 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、サービスの提供の開始に際し、要介護認定等を受けていない利用申込者については、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、要介護認定等の申請がなされていれば、要介護認定等の効力が申請時に遡ることにより、指定認知症対応型共同生活介護の利用に係る費用が保険給付の対象となり得ることを踏まえ、当該利用申込者の意向を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
- (2) 事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定等の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

入退居 【介護第 94 条、予防第 74 条】

- (1) 認知症対応型共同生活介護は、要介護者等であって認知症の状態にあるもののうち少人数による共同生活を営むことに支障がない者に提供するものとする。
 - (2) 事業者は入居申込者の入居に際しては主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症の状態にある者であることの確認をしなければならない。
 - (3) 事業者は、入居申込者が入院治療を要する者であること等入居申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な他の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。
 - (4) 事業者は、入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めなければならない。また、入居申込者が家族による入居契約締結の代理や援助が必要であると認められながら、これが期待できない場合については、市町村とも連携し、成年後見制度や権利擁護に関する事業等の活用を可能な限りはかること。
 - (5) 事業者は利用者の退居の際、利用者及び家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し退居に必要な援助を行わなければならない。
 - (6) 事業者は、利用者の退居に際しては、利用者又はその家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- ※1 居宅サービス等基準において、居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者等に対して計画の提出を求めるよう義務づけられたことから、認知症対応型共同生活介護の短期利用を提供する場合、居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供するが、当該居宅介護支援事業者から認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、計画を提出すること。

サービス提供の記録 【介護第 95 条、予防第 75 条】

- (1) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供を受けている者が居宅療養管理指導以外の居宅サービス及び施設サービスについて保険給付を受けることができないことを踏まえ、当該利用者が指定認知症対応型共同生活介護の提供を受けていることについて、他の居宅サービス事業者等が確認できるよう、入居に際しては入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載しなければならない。
- (2) 事業者は、サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。なお、当該記録は完結の日から2年間保存しなければならない。

利用料等の受領 【介護第 96 条、予防第 76 条】

- (1) 事業者は、法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該認知症対応型共同生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けなければならない。
- (2) 事業者は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定認知症対応型共同生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- (3) 事業者は、上記(1)、(2)の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。
 - ① 食材料費 ② 理美容代 ③ おむつ代
 - ④ ①から③に掲げるもののほか、指定認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められるもの。

なお、④の費用については、以下の点に注意すること。

- ※ 保険給付の対象となるサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けることは認められない。
- ※ 支払いを受ける費用については、算定根拠等を明確にしておく必要がある。
- ※ 対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行う。

- (4) 事業者は、上記(3)の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
- (5) 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護その他のサービスの提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした利用者に対し、領収証を交付しなければならない。
- (6) 事業者は、交付しなければならない領収証に、指定認知症対応型共同生活介護について利用者から支払を受けた費用の額のうち、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定認知症対応型共同生活介護に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定認知症対応型共同生活介護に要した費用の額とする。)に係るもの及びその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額については、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。

○通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（抄）

（平成12年3月30日 老企第54号）

1. 「その他の日常生活費」の趣旨

「その他の日常生活費」は、利用者、入所者又は入院患者（以下「利用者等」という。）又はその家族等の自由な選択に基づき、事業者又は施設が**通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費**がこれに該当する。

なお、事業者又は施設により行われる便宜の供与であっても、**サービスの提供と関係のないもの（利用者等の嗜好品の購入等）**については、その費用は「その他の日常生活費」とは**区別されるべきものである**。

2. 「その他の日常生活費」の受領に係る基準

「その他の日常生活費」の趣旨にかんがみ、事業者又は施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、以下に掲げる基準が遵守されなければならないものとする。

- ①「その他の日常生活費」の対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に**重複関係がないこと**。
- ②保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められないこと。したがって、お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。
- ③「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者等又はその家族等の**自由な選択**に基づいて行われるものでなければならず、事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その**同意を得なければならないこと**。
- ④「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための**実費相当額の範囲内**で行われるべきものであること。
- ⑤「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の**運営規程**において定められなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に**掲示**されなければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

（別紙）各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について【抜粋】

（6）認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（地域密着基準第96条第3項第4号関係及び第76条第3項第4号関係）

①利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

（7）留意事項

①(1)から(6)の①に掲げる「身の回り品として日常生活に必要なもの」とは、一般的に**要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品**（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって、**利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいう**。したがって、こうした物品を事業者又は施設がすべての利用者に対して一律に提供し、**すべての利用者からその費用を画一的に徴収することは認められないものである**。

『その他の日常生活費』に係るQ&A

Q&A（平成12年3月31日）

（問）個人用の日用品について、「一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもの」とは、どういったものが想定されるのか。

（答）歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者（又は施設）が提供するもの等が想定される。

Q & A (平成 12 年 3 月 31 日)

(問) 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるものに限られることとされているが、それ以外の個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、費用の徴収ができないのか。

(答) サービス提供とは関係のない費用として徴収は可能である。

Q & A (平成 12 年 3 月 31 日)

(問) 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、例えば病院の売店で利用者が購入する場合であってもその費用は「その他の日常生活費」に該当するのか。

(答) このような場合は、「サービス提供の一環として提供される便宜」とは言い難いので、「その他の日常生活費」に該当しない。

Q & A (平成 12 年 3 月 31 日)

(問) 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、ある利用者の個別の希望に応じて事業者等が当該利用者の代わりにある日用品を購入し、その購入代金を利用者に請求する場合も「その他の日常生活費」に該当するのか。

(答) 個人のために単に立替払いをするような場合は、事業者等として提供する便宜とはいえ、その費用は「その他の日常生活費」に該当しないため、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

Q & A (平成 12 年 3 月 31 日)

(問) 個人専用の家電製品の電気代は、利用者から徴収できないのか。

(答) サービス提供とは関係のない費用として徴収は可能である。

Q & A (平成 12 年 3 月 31 日)

(問) 施設にコインランドリーがある場合、その料金についても「私物の洗濯代」として「その他の日常生活費」に該当するのか。

(答) このような場合は、施設が洗濯サービスを提供しているわけではないので、その他の日常生活費には該当しない。

保険給付の請求のための証明書の交付 【介護第 3 条の 20(準用第 108 条)、予防第 23 条(準用第 85 条)】

事業者は、法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針 【介護第 97 条、予防第 77、86 条】

- (1) 指定認知症対応型共同生活介護は利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう利用者の心身の状況を踏まえ妥当適切に行われなければならない。
- (2) 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。
- (3) 指定認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- (4) 共同生活住居における介護従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- (5) 事業者は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行ってはならない。

- (6) 事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- (7) 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。
- 1 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - 2 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - 3 介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

身体拘束禁止の対象となる具体的行為

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ちあがったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

◆身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

委員会とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられる。また、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

指定認知症対応型共同生活介護事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には次のようなことを想定している。

- イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
- ロ 介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
- ハ 身体的拘束適正化委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。
- ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

◆身体的拘束等の適正化のための指針

指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
- ロ 身体的拘束等適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ニ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ヘ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

◆身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修

介護従業者その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、**定期的な教育（年2回以上）**を開催するとともに、**新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。**

また、**研修の実施内容についても記録**することが必要である。研修の実施は、職員研修事業所内での研修で差し支えない。

(8) 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価（各都道府県の定める基準に基づく評価。以下「自己評価」という。）を行うとともに、定期的に次に掲げるいずれかの評価（各都道府県が選定した評価機関の実施するサービス評価。以下「外部評価」という。）を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

- 1 外部の者による評価
- 2 運営推進会議における評価

なお、評価の実施を担保する観点から、評価の結果を入居（申込）者及びその家族へ提供するほか、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所に掲示する方法や、市町窓口、地域包括支援センターに置く方法、インターネットを活用する方法などにより、開示しなければならない。具体的な事項については、下記平成18年10月17日付け通知を参照すること。

【指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第8項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について（平成18年10月17日老計発第1017001号）】

- ・自己評価は、少なくとも年1回は実施しなければならない。
- ・外部評価は、原則として少なくとも年1回は受けなければならない。過去に外部評価を5年継続して実施している事業所で下記要件をすべて満たす場合には、実施回数を2年に1回とすることができる（詳細は下記「地域密着型サービスに係る外部評価の隔年実施について」を参照）。
- ・事業者は評価結果等について、利用申込者又はその家族に対する説明の際に交付する重要事項を記した文書に添付の上、説明をすること。また、事業所内やホームページ上での掲示などの方法により、広く開示すること。
- ・事業者は、評価結果等を佐賀中部広域連合に対し、提出すること。
- ・「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第34条第1項（第88条、第108条及び第182条において準用する場合に限る。）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号）で示した評価の実施方法に従い、運営推進会議を活用した評価を受けた場合は、外部評価を受けたものとみなす。

地域密着型サービスに係る外部評価の隔年実施について

地域密着型サービスに係る外部評価については、平成22年度から、所定の要件を満たす事業所においては外部評価を隔年で受けることができることとなった。

1 隔年実施の要件

以下の(1)から(5)までの要件をすべて満たす事業所については、外部評価を隔年で受けることができることとする。

- (1) これまでに5年間継続して外部評価を実施している。
- (2) なお、保険者において外部評価の対象外事業所とされた年度については、当該年度について外部評価が実施されたものとみなします。
- (3) 自己評価、外部評価結果及び目標達成計画を保険者に提出している。
- (4) 運営推進会議を、過去1年間に6回以上開催している。
- (5) (4)の運営推進会議に、事業所が存在する市町の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席している。
- (6) 自己評価及び外部評価結果のうち、外部評価項目の2, 3, 4, 6の実践状況が適切である。
〔 項目2：事業所と地域との付き合い 項目3：運営推進会議を活かした取り組み 〕
〔 項目4：市町村との連携 項目6：運営に関する利用者、家族等意見の反映 〕

2 隔年実施に係る手続

- (1) 1の要件をすべて満たす事業所は、外部評価を受けないことを希望する年度の4月1日から毎年度通知する日（例年5月15日）までの間に、保険者に申請を行う。
- (2) 申請様式は別記様式のとおりとする。必要事項を記載するとともに提出に際しては直近6回の運営推進会議の実施報告書（様式任意）のコピーを添付する。
- (3) 申請書類を各保険者に提出した後、各保険者は、申請をした事業所が上記1の要件を満たしているかを確認する。その後、要件を満たすと認められる場合は、当該事業所に対して申請のあった年度の外部評価を実施しなくてもよい旨を決定する。
- (4) 外部評価の対象外となった年度の翌年度については、外部評価を受ける必要がある。

Q & A（令和3年3月29日）

（問） 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第8項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について」において、事業所の外部評価の実施回数について、本来1年に1回以上のところ、2年に1回とすることができる場合の要件の一つとして「過去に外部評価を5年間継続して実施している」ことが挙げられているが、運営推進会議における評価を行った場合、外部評価を実施したとみなして継続年数に算入することができるか。

（答） できない。継続年数に算入することができるのは、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第97条第8項第1号に規定する外部の者による評価を行った場合に限られる。

認知症対応型共同生活介護計画の作成 【介護第98条、予防第87条】

- (1) 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護の活用（介護保険給付の対象となる通所介護ではなく、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者と通所介護事業者との間の契約により、利用者に介護保険給付の対象となる通所介護に準ずるサービスを提供するものである）、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動（地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は趣向に応じた活動等の確保）に努めなければならない。
- (3) 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。なお、運営指導等において、具体性及び個別性のない画一的な認知症対応型共同生活介護計画が多く見受けられるが、具体性及び個別性がないと漠然としたサービス提供、目標、記録、評価しかできないので十分注意すること。

- (4) 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、サービス内容等への利用者及び家族の意向の反映の機会を保障するため、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- (5) 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。
- (6) 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行わなければならない。
- (7) 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の変更を行う際も(2)から(5)に準じて取り扱わなければならない。

介護等 【介護第 99 条、予防第 88 条】

- (1) 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。その際、利用者の人格に十分配慮して実施しなければならない。
- (2) 認知症対応型共同生活介護を受けている者の入居中の居宅サービス等の利用については、当該共同生活住居において完結する内容であることを踏まえ、認知症対応型共同生活介護を算定した月において、その他の居宅サービス等に係る介護給付費（居宅療養管理指導を除く、居宅療養管理指導を利用する場合には、ケアプランが作成されないので、計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画に位置付けを行い実施する。）は算定することができない。ただし、認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の負担により、その利用者に対して、その他の居宅サービス等を利用させることは差し支えない。また、事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者（付添人等）による介護を受けさせてはならない。
- (3) 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。この趣旨としては、利用者が介護従業者と食事や掃除、洗濯、買い物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行うことによって良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるようにすることに配慮したものである。

社会生活上の便宜の提供等 【介護第 100 条、予防第 89 条】

- (1) 事業者は、画一的なサービスを提供するのではなく、利用者が自らの趣味又は趣向に応じた活動を行うことができるよう必要な支援を行うことにより、利用者が充実した日常生活を送り、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の症状の進行を緩和するよう努めなければならない。
- (2) 事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な郵便、証明書等の交付申請等行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、原則としてその都度、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。特に金銭にかかるものについては、書面等をもって事前に同意を得ると共に、代行した後はその都度本人に確認を得なければならない。
- (3) 事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。また、利用者や家族の面会の場所や時間等についても、利用者やその家族の利便を図らなければならない。

利用者に関する市町村への通知 【介護第 3 条の 26(準用第 108 条)、予防第 24 条(準用第 85 条)】

事業者は、サービスの提供を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を保険者に通知しなければならない。

- ① 正当な理由なしに指定認知症対応型共同生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。
- ② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

緊急時等の対応 【介護第 80 条(準用第 108 条)、予防第 56 条(準用第 85 条)】

- (1) 従業者は、現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。
- (2) 緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めておかななければならない。

管理者の責務 【介護第 28 条(準用第 108 条)、予防第 26 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業所の管理者は、当該事業所の従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
- (2) 事業所の管理者は、当該事業所の従業者に、「運営に関する基準」の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行わなければならない。

管理者による管理 【介護第 101 条、予防第 78 条】

共同生活住居の管理者は、同時に介護老人保健施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所（サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の場合は、本体事業所が提供する指定認知症対応型共同生活介護を除く。）、病院、診療所又は社会福祉施設を管理する者であってはならない。ただし、**当該共同生活住居の管理上支障がない場合は**、この限りでない。

運営規程 【介護第 102 条、予防第 79 条】

事業者は、共同生活住居ごとに、次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めなければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務内容
- ③ 利用定員
- ④ 指定認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額
- ⑤ 入居に当たっての留意事項
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ **虐待の防止のための措置に関する事項** ※令和 6 年 4 月 1 日より義務化
- ⑧ その他運営に関する重要事項

勤務体制の確保等 【介護第 103 条、予防第 80 条】

- (1) 事業者は、利用者に対し、適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めなければならない。
- (2) 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。
(1)・(2)についての留意点
 - ① 共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にすること。
 - ② 利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮すべきこと。
 - ③ 夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所ごとに、利用者の生活サイクルに応じて設定する。これに対応するための必要な介護従業者を確保する。
- (3) 事業者は、介護従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、事業者は、**すべての介護従業者**（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員等これに類する者を除く。）に対し、**認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置**を講じなければならない。新規採用者についても採用後 1 年経過までに受講させる措置が必要である。

※令和 6 年 4 月 1 日より義務化

※医療・福祉関係の資格を有さない者への研修受講義務付けの対象外

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等
また、当該介護従業者は要介護者等であって認知症の状態にあるものの介護を専ら担当することにかんがみ、特に認知症介護に関する知識及び技術の修得を目的とする研修を受講する機会を確保するよう努めること。

- (4) 事業者は、適切な介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

Q&A 認知症介護基礎研修の義務付けについて (Vol.1)

問 155 受講義務付けの対象外となる医療・福祉関係の資格について、日本以外の国の医療・福祉系の資格を保有している者は受講が免除となるか。

(答) 日本以外の国の医療・福祉系の資格を持つ者については、免除とはならない。

問 156 柔道整復師、歯科衛生士については、受講義務付けの対象外か。

(答) 柔道整復師、歯科衛生士ともに、受講義務付けの対象外として差し支えない。

問 157 訪問介護員（ヘルパー）研修3級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格については、受講義務付けの対象外か。

(答) 訪問介護員（ヘルパー）研修3級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格ともに、受講義務付けの対象となる。

問 159 当該研修を受講していない者を雇用しても問題ないか。その際、運営基準違反にあたるのか。

(答) 当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものである。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたらない。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後1年間の猶予期間を設けている。

問 160 事業所において、人員基準以上に加配されている介護職員で、かつ、介護に直接携わる者が研修を受講していない場合、運営基準違反にあたるのか。

(答) 貴見のとおり。本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施しているものであり、介護に直接携わる職員であれば、人員配置基準上算定されるかどうかにかかわらず、受講義務付けの対象となる。

問 161 「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」とは、具体的にどのような内容か。

(答) 「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」については、受講料の負担や、勤務時間内に受講出来るような配慮（シフトの調整等）、インターネット環境の整備等、様々な措置を想定している。

問 162 現在介護現場で就業していない者や、介護に直接携わっていない者についても義務付けの対象となるか。

(答) 現在介護現場で就業していない者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外であるが、本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであり、介護現場の質向上のために受講することについては差し支えない。

問2 認知症介護基礎研修の教材について、母国語が日本語以外の者を対象としたものはあるか。

(答) 日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語、タガログ語、ネパール語の教材を整備している。また、日本語能力試験のN4レベルを基準とした教材も併せて整備している。

(参考) 認知症介護基礎研修 eラーニングシステム (認知症介護研究・研修仙台センターホームページ) <https://kiso-elearning.jp/>

業務継続計画の策定等 【介護第3条の30の2(準用第108条)、予防第28条の2(準用第85条)】

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- (2) 事業者は、介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- (3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

※令和6年4月1日より義務化

【留意事項】

- ① 事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、指定認知症対応型共同生活介護事業者に対して、必要な研修及び訓練(シミュレーション)を実施しなければならない。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。
- ② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照すること。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症にかかる業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)

ロ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等)
- b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)
- c 他施設及び地域との連携

- ③ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。
職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年2回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- ④ 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよ

う、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

定員の遵守 【介護第104条、予防第81条】

事業者は、入居定員及び居室の定員を超えて入居させてはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合はこの限りでない。

協力医療機関等 【介護第105条、予防第82条】

- (1) 事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めなければならない。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、緊急時の対応等に迅速に対応できるよう共同生活住居から近距離にあることが望ましい。
- (2) 事業者は、前項の規定に基づき協力医療機関を定めるに当たっては、次に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるように努めなければならない。
 - 一 利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
 - 二 当該事業所からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
- (3) 事業者は、1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該事業者に係る指定を行った市町村長に届け出なければならない。
- (4) 事業者は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関（以下「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。以下同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。
- (5) 事業者は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。
- (6) 事業者は利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該事業所に速やかに入居させることができるように努めなければならない。
- (7) 事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
- (8) 事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。また、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、当該協力医療機関等との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくものとする。

非常災害対策 【介護第82条の2(準用第108条)、予防第58条の2(準用第85条)】

事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならないこととしたものである。関係機関への通報及び連携体制の整備とは、火災等の災害時に地域消防機関へ速やかに通報する体制を取るよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努め、火災等の際に消火、避難等に協力してもらえるような体制作りをしておかなければならない。

そのためには、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要であ

る。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとする。

なお、「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者に行わせなければならない。

衛生管理等 【介護第33条(準用第108条)、予防第31条(準用第85条)】

- (1) 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。
- (2) 事業者は、事業所において**感染症が発生し、又はまん延しないように**、次に掲げる措置を講じなければならない。

※令和6年4月1日より義務化

- 1 事業所における**感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会**（テレビ電話装置等の活用可）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者に周知徹底を図る。
- 2 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための**指針を整備**する。
- 3 事業所において、介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための**研修及び訓練を定期的に実施**すること。

【留意事項】

- ①事業者の必要最低限の衛生管理等について規定したものであるが、このほか、次の点に留意する。
 - イ 事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。
 - ロ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
 - ハ 空調設備等により事業所内の適温の確保に努めること。

②感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき具体的措置各事項について、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

イ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

ロ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針

当該事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。

平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、

標準的な予防策)等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。

なお、各項目の記載内容の例は、「介護現場における感染対策の手引き」を参照。

ハ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施すること。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練(シミュレーション)を定期的(年2回以上)に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとする。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

【**揭示**】 【介護第3条の32(準用第108条)、予防第32条(準用第85条)】

- (1) 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項(以下この条において単に「重要事項」という。)を**揭示**しなければならない。
- (2) 事業者は、重要事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による揭示に代えることができる。
- (3) **事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。**
※令和7年4月1日より適用

【**秘密保持等**】 【介護第3条の33(準用第108条)、予防第33条(準用第85条)】

- (1) 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- (2) 事業者は、事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者の雇用時等に取り決め、例えば**違約金等についての定めを含めた誓約書を交わすこと**。
- (3) 事業者は、サービス担当者会議等において、**利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得なければならない**。なお、この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものである。

【**広告**】 【介護第3条の34(準用第108条)、予防第34条(準用第85条)】

事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は**誇大**なものとなつてはならない。

【**居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止**】 【介護第106条、予防第83条】

- (1) 事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、被保険者に対して当該共同生活住居を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。
- (2) 事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該共同生活住居からの退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

苦情処理 【介護第 3 条の 36(準用第 108 条)、予防第 36 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等である。
- (2) 事業者は、(1)の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の受付日、内容、対応、結果、再発防止策、その他必要事項等を記録しなければならない。
※ 苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うことが必要である。なお、苦情の内容等の記録は、その完結の日から2年間保存しなければならない。
- (3) 提供したサービスに関し、介護保険法第 2 3 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問もしくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- (4) 市町村からの求めがあった場合には、(3)の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- (5) 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う介護保険法第 1 7 6 条第 1 項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- (6) 国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、(5)の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

調査への協力等 【介護第 84 条(準用第 108 条)、予防第 60 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、提供したサービスに関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切なサービスの提供が行われているかどうかを確認するために保険者等が行う調査に協力するとともに、保険者等から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- (2) 事業者は、保険者等の求めに応じ、当該事業所の運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護支援専門員等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について提出するものとする。さらに、当該情報について自ら一般に公表するよう努めるものとする。

地域との連携等 【介護第 34 条(準用第 108 条)、予防第 39 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等）、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けなければならない。
運営推進介護は、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である。
事業者は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、評価、点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うことができることとする。また、運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこととするとともに、外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行うこと。

【運営推進会議における外部評価についての主な留意点】

- ・市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要。
- ・自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、介護サービ

ス情報公表システムや法人のホームページへの掲載、WAMNET の利用、事業所内への掲示等により公表する。

- (2) 事業者は、(1)の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。
- (3) 事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならない。
- (4) 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

Q & A (令和 3 年 3 月 29 日)

(問) 認知症グループホームの運営推進会議には、地域密着型サービス基準が定める全てのメンバー(利用者、市町村職員、地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等))が毎回参加することが必要となるのか。

(答)

- ・毎回の運営推進会議に、全てのメンバーが参加しなければならないという趣旨ではなく、会議の議題に応じて、適切な関係者が参加することで足りるものである。
- ・ただし、運営推進会議のうち、今般の見直しにより導入する「運営推進会議を活用した評価」として実施するものについては、市町村職員又は地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必須である。

Q & A (令和 3 年 3 月 29 日)

(問) 今般、認知症グループホームにおける第三者評価は、外部の者による評価と運営推進会議における評価のいずれかから受けることとされたが、運営推進会議における評価を実施した場合、第三者評価及び運営推進会議の両方を開催したものとして取り扱うのか。

(答)

- ・貴見のとおり。
- ・なお、今回の改定は、運営推進会議の開催頻度について現行のおおむね年間 6 回(2 月に 1 回)以上開催することを変更するものではなく、このうち 1 回以上をサービスの質を評価する回としてよいという意味であること。

事故発生時の対応 【介護第 3 条の 38(準用第 108 条)、予防第 37 条(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、保険者等、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- (2) 事業者は、(1)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- (3) 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ定めておくことが望ましく、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。また、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。
- (4) 事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じなければならない。

虐待の防止 【介護第 3 条の 38 の 2(準用第 108 条)、予防第 37 条の 2(準用第 85 条)】

- (1) 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。**※令和 6 年 4 月 1 日より義務化**
 - 1 虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可)を定期的に開催するとともに、その結果について、介護従業者に周知徹底を図る。
 - 2 事業所における虐待の防止のための指針を整備する。
 - 3 事業所において、介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと。

【留意事項】

虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じる。

・虐待の未然防止

事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第3条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・虐待等の早期発見

事業所の従業者は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努める。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとする。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

- ・虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
- ・虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。
- ・当該委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。
- ・当該委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。（個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等の遵守要。）
- ・具体的な検討事項は以下のとおり。そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。
 - イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
 - ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
 - ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

- へ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針(第2号)

事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- へ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修(第3号)

- ・従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行う。
- ・事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修(年2回以上)を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施する。また、研修の実施内容についても記録する。
- ・研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者(第4号)

- ・事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要。
- ・当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

会計の区分 【介護第3条の39(準用第108条)、予防第38条(準用第85条)】

- (1) 事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型共同生活介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。
- (2) 具体的な会計処理の方法については、別に通知された「介護保険の給付対象事業における会計の区分について」を参考として適切に行うこと。

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置

【介護第86条の2(準用第108条)、予防第62条の2(準用第85条)】

事業者は当該事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(テレビ電話装置等の活用可。)を定期的開催しなければならない。

※委員会の設置は、令和9年4月1日より義務化(令和9年3月31日まで努力義務)

記録の整備 【介護第107条、予防第84条】

- (1) 事業者は従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
- (2) 事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

- ① 認知症対応型共同生活介護計画
- ② 第95条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- ③ 第97条第6項に規定する身体拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- ④ 第3条の26の規定を準用する市町村への通知に係る記録
- ⑤ 第3条の36第2項の規定を準用する苦情の内容等の記録
- ⑥ 第3条の38第2項の規定を準用する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- ⑦ 第34条第2項の規定を準用する報告、評価、要望、助言等の記録

※「その完結の日」とは、①から⑥までの記録については、個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日、⑦の記録については、基準第34条第1項の運営推進会議を開催し、同条第2項に規定する報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日とする。

5 変更の届出等について

変更の届出

指定地域密着型サービス事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。）の事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、10日以内に、その旨を市町村長に届け出なければならない。

2 指定地域密着型サービス事業者は、当該指定地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。）の事業を廃止し、又は休止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、その廃止又は休止の日の1月前までに、その旨を市町村長に届け出なければならない。

（介護保険法第78条の5）

指定地域密着型サービス事業者は、次の各号に掲げる指定地域密着型サービス事業者が行う地域密着型サービスの種類に応じ、当該各号に定める事項に変更があったときは、当該変更に係る事項について当該指定地域密着型サービス事業者の事業所の所在地を管轄する市町村長に届け出なければならない。（介護保険法施行規則第131条の13）

届出必要項目	
①	事業所（施設）の名称
②	事業所（施設）の所在地
③	申請者の名称及び主たる事務所の所在地
④	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所
⑤	登記事項証明書又は条例等
⑥	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等
⑦	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所
⑧	運営規程
⑨	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関
⑩	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制
⑪	役員の氏名、生年月日及び住所
⑫	介護支援専門員の氏名及びその登録番号

※変更する事項の内容によって、その他の添付書類の提出を求める場合がある。

※勤務形態一覧表は、変更月の勤務状況が分かるものを提出すること。

【参考】変更届の様式

佐賀中部広域連合ホームページ (<https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken.html>)
介護保険>各種申請書>事業者向け>事業者指定関係>事業者指定【変更・廃止・休止・更新等の様式】>変更届出書

6. 業務管理体制の届出等について

介護サービス事業者による不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、平成21年5月1日から介護サービス事業者には業務管理体制の整備と届出の義務が課せられることとなった。

また、制度改正に伴い、平成27年4月1日から、業務管理体制の整備に係る届出書の届出先が変更となった。

1. 事業者が整備する業務管理体制

(介護保険法第115条の32・介護保険法施行規則第140条の39)

業務管理体制整備の内容			業務執行の状況の監査を定期的に実施
		業務が法令に適合することを確保するための規定 (=以下「 <u>法令遵守規程</u> 」)の整備	業務が法令に適合することを確保するための規定 (=以下「 <u>法令遵守規程</u> 」)の整備
	法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者 (=以下「 <u>法令遵守責任者</u> 」)の選任	法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者 (=以下「 <u>法令遵守責任者</u> 」)の選任	法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者 (=以下「 <u>法令遵守責任者</u> 」)の選任
事業所等の数	1以上20未満	20以上100未満	100以上

注) 事業所等の数には、介護予防及び介護予防支援事業所を含み、みなし事業所は除く。みなし事業所とは、病院等が行う居宅サービス（居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション）であって、健康保険法の指定があったとき、介護保険法の指定があったものとみなされている事業所。

2. 届出書に記載すべき事項（介護保険法施行規則第140条の40）

届出事項	対象となる介護サービス事業者
[1]事業者の ・名称又は氏名 ・主たる事務所の所在地 ・代表者の氏名、生年月日、住所、職名	全ての事業者
[2]「 <u>法令遵守責任者</u> 」の氏名、生年月日	全ての事業者
[3]「 <u>法令遵守規程</u> 」の概要	事業所等の数が20以上の事業者
[4]「業務執行の状況の監査」の方法の概要	事業所等の数が100以上の事業者

3. 業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書の届出先

(介護保険法第115条の32・介護保険法施行規則第140条の40)

区 分	届出先
① 事業所等が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣
② 事業所等が2以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業所	事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事
③ 全ての事業所等が1の都道府県の区域に所在する事業者	都道府県知事
④ 全ての事業所等が1の指定都市の区域に所在する事業者	指定都市の長
⑤ 地域密着型サービス(予防含む)のみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村長

【地方厚生局管轄区域一覧】

地 方 厚 生 局	管 轄 区 域
北海道厚生局	北海道
東北厚生局	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越厚生局	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東北北陸厚生局	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿厚生局	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国厚生局	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州厚生局	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

4. 届出の期日

届出は体制を整備した後、速やかに行う必要がある。

【参考】佐賀中部広域連合が提出先の場合の変更届の様式
 佐賀中部広域連合ホームページ (<https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken.html>)
 介護保険>各種申請書>事業者向け>事業者指定関係>介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出書

7. 地域密着型サービスに規定する必要な研修について

(別に厚生労働大臣が定める研修)

◎『「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について（平成24年3月16日 老高発 0316 第2号・老振発 0316 第2号・老老発 0316 第6号）』

1. 管理者

●『認知症対応型サービス事業管理者研修』

※認知症介護実践者研修又は実務者研修（基礎課程）の修了者でなければ受講できない。

みなし措置

認知症対応型共同生活介護の管理者は次の場合、必要な研修を修了しているとみなす。

●『認知症高齢者グループホーム管理者研修』（平成17年度実施）

2. 計画作成担当者（介護支援専門員）

●『認知症介護実践者研修』又は『実務者研修（基礎課程）』

3. 代表者

●『認知症対応型サービス事業開設者研修』

下記研修の修了者は、すでに必要な研修を修了しているとみなす。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 実務者研修（基礎課程又は専門課程）（平成16年度まで実施）② 認知症介護実践者研修又は実践リーダー研修（平成17年度以降）③ 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度実施）④ 認知症介護指導者研修⑤ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修 |
|---|

【参考】各種研修に関する案内

佐賀県ホームページ (<https://www.pref.saga.lg.jp/list00576.html>)

ホーム>分類から探す>健康・福祉>高齢者福祉・介護保険>研修・講習会

II. 介護報酬算定に関する基準について

1. 認知症対応型共同生活介護費の基本報酬の算定について

基本報酬の算定について

指定基準第90条に定める従業者及び夜勤職員基準に定める夜勤職員の員数を置いている認知症対応型共同生活介護事業所において、認知症対応型共同生活介護を提供した場合、1日につきそれぞれ所定単位数を算定する。

【基準】

厚生労働大臣が定める利用者の数の基準	厚生労働大臣が定める認知症対応型共同生活介護費の算定方法
施行規則第131条の6の規定に基づき市町村長に提出した運営規程に定められている <u>利用定員を超えること。</u>	指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の所定単位数に <u>100分の70</u> を乗じて得た単位数を用いて、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の例により算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準 (a) に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定地域密着型サービス基準第90条第1項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所をいう。以下同じ。）において、指定認知症対応型共同生活介護（指定地域密着型サービス基準第89条に規定する指定認知症対応型共同生活介護をいう。以下同じ。）を行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。なお、利用者の数又は介護従業者（指定地域密着型サービス基準第90条第1項に規定する介護従業者をいう。）の員数が別に厚生労働大臣が定める基準(b)に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところ(c)により算定する。

(a) 厚生労働大臣が定める施設基準

三十一 指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- イ 認知症対応型共同生活介護費を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準
指定地域密着型サービス基準第90条に定める従業者の員数を置いていること。

(b) 定員超過利用又は人員基準欠如の場合

(c) 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに地域密着型通所介護費等の算定方法 八

- イ 指定認知症対応型共同生活介護の利用者の数が次の表の上〔左〕欄に掲げる基準に該当する場合における認知症対応型共同生活介護費については、同表の下〔右〕欄に掲げるところにより算定する。
- ロ 指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の員数が次の表の上〔左〕欄に掲げる員数の基準に該当する場合における認知症対応型共同生活介護費については、同表の下〔右〕欄に掲げるところにより算定する。

厚生労働大臣が定める従業者の員数の基準	厚生労働大臣が定める認知症対応型共同生活介護費の算定方法

<p>指定地域密着型サービス基準第90条に定める員数を置 いていないこと。</p>	<p>指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて、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の例により算定する。</p>
---	---

サービス種類相互の算定関係について

認知症対応型共同生活介護を受けている者については、居宅療養管理指導費を除く、居宅サービス費及び地域密着型サービス費を算定できない。

なお、サービスの提供に必要な場合には、当該事業所の負担により、その利用者に居宅サービス及び地域密着型サービスを利用させることは差し支えない。

厚生労働省ホームページ

「人員・設備及び運営基準」及び「報酬算定基準」等に関するQ & A

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.htm 1)

「介護と医療の関係」

平成30年3月30日 保医発0330第2号

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000204855.pdf>)

入居等の日数の数え方について

入居の日数については、原則として、入居した日及び退居した日の両方を含むものとする。また、外泊をした場合は、1泊2日の場合は両方の日について算定できるが、2泊3日の場合は、2日目は算定できない。

ただし、同一敷地内にある以下の事業所との間で、同一日に入退居した場合は、入居日は含み、退居日は含まない。

また、隣接又は近接する敷地における事業所であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われている以下の事業所との間で、同一日に入退居した場合は、入居日は含み、退居日は含まない。

- ・ 短期入所生活介護事業所
- ・ 短期入所療養介護事業所
- ・ 認知症対応型共同生活介護事業所
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設
- ・ 特定施設
- ・ 介護老人施設（特養、老健、療養型施設）

2. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

届出に係る加算等の算定の開始時期 ※算定される単位数が増えるものに限る

加算等の体制届が受理された日の翌月（受理日が月の初日の場合は当該月）から算定開始。ただし、届出の添付書類の不備等により、算定要件の確認ができない場合もあるため、早めに提出をすること。

事後調査等によって、届出時点で加算の要件に合致していないことが判明した場合

①指導しても改善されない場合

- 届出の受理は取消され、届出はなかったことになり、その加算全体が無効になる。
- 受領していた介護給付費は不当利得になり、返還する。
- 指定事業者は厳正な指導を受け、悪質な場合（不正・不当な届出が繰り返し行われる等）は、指定を取り消される。

②改善した場合

- 届出時点～判明時点：受領していた介護給付費は、不当利得になり、返還する。

→ 判明時点～要件合致時点：その加算は算定しない。

加算等が算定されなくなる場合

- ①事業所の体制が加算を算定されない状況になった場合
 - ②事業所の体制が加算を算定されなくなることが明らかな場合
 - 速やかにその旨を届け出ること。
 - 事実発生日から、加算を算定しない。
- ※届出をしないで加算等を請求した場合は、不正請求になる。
支払われた介護給付費は不当利得になるので、返還する。
悪質な場合は、指定が取り消される。

利用者に対する利用者負担金の過払い分の返還

保険者への返還時と同時に、利用者に対して、利用者負担金の過払い金に、利用者毎の返還金計算書を付けて返還する。
※利用者等から受領書を受け取り、事業所で保存する。

3. 地域密着型サービスの介護報酬の通則(人員欠如による減算等)

定員超過利用時の減算

次の計算により当該事業所の入居者数が利用定員を超える場合、次により単位数を算定する。

$$\frac{\text{当該1月間(暦月)の全入居者の延数}}{\text{当該月の日数}} > \text{利用定員}$$

※小数点以下を切り上げる。

- ・対象期間：定員超過利用の発生月の翌月～定員超過利用の解消月
- ・減算対象：入居者全員
- ・減算方法：所定単位数×70%で算定

※定員超過利用が継続する場合には、その解消に向けて、指導を行うが、当該指導に従わず、定員超過利用が2月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとなる。

看護・介護職員の人員基準欠如時の減算

- ①人員基準上、必要な人数から1割を超えて減少した場合
 - ・対象期間：人員基準欠如の発生月の翌月～人員基準欠如の解消月
 - ・対象者：利用者等の全員
 - ・減算方法：所定単位数×70%で算定
- ②1割以内で減少した場合
 - ・対象期間：人員基準欠如の発生月の翌々月～人員基準欠如の解消月
 - ・対象者：利用者等の全員
 - ・減算方法：所定単位数×70%で算定

※翌月の末日で、人員基準を満たす場合は減算しない。
※従業者に欠員が出た場合だけでなく、病欠の場合も減算になる。

看護・介護職員以外の人員基準欠如

- ・対象期間：人員基準欠如の発生月の翌々月～人員基準欠如の解消月
 - ・対象者：利用者等の全員
 - ・減算方法：所定単位数×70%で算定
- ※翌月の末日で、人員基準を満たす場合は減算しない。

※ 次の場合も同様に扱う。

① 認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者が必要な研修を修了していない。

② 認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者のうち、介護支援専門員を配置していない。

※ 著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業所の休止等を指導することになるが、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとなる。

※ 事業所が複数の共同生活住居を有しているときは、そのいずれか一つにでも職員の欠員等が生じていれば、当該事業所全体につき人員基準違反となり、減算が適用される。

認知症対応型共同生活介護の夜勤体制による減算

ある月（暦月）において以下のいずれかの事態が発生した場合

① 夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として事業所ごとに設定する。以下同じ。）に夜勤職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続した。

② 夜勤時間帯に夜勤職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が4日以上あった。

・対象期間： 人員基準欠如の発生月の翌月

・対象者： 入居者全員

・減算方法： 所定単位数×97%で算定

※夜勤職員の不足状態が続く場合には、夜勤職員の確保を指導することになるが、当該指導に従わない場合には、指定の取消しを検討するものとなる。

4. 認知症対応型共同生活介護費の加算等について

1 短期利用認知症対応型共同生活介護費（介護予防含む）

以下の要件を満たしている場合、1日につき、所定の短期利用共同生活介護費を算定できる。

〈算定要件〉

① 指定地域密着型サービス基準に規定する介護従業者の員数を置いていること。

② 事業者が介護保険の各サービスのいずれかの指定を初めて受けた日から3年以上経過していること。

③ 事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室を利用していること。ただし、一の共同生活住居において、短期利用の利用者は1名とすること。

④ 1ユニット毎に1名

⑤ あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。

⑥ 「認知症介護実践リーダー研修」又は「認知症介護実務者研修（専門課程）」若しくは「認知症介護指導者養成研修」を修了した職員を配置していること。

※③、④に関わらず、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合、7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度に定員の合計数を超えて（共同生活住居ごとに1人まで）、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができる。

※事業者が介護保険サービスの指定を受けて3年を経過している場合に算定することができ、事業所に3年以上の経験を有する職員が配置されても算定できない。

※ 短期利用認知症対応型共同生活介護について、運営規程に盛り込んでおくこと。

※ 短期利用には、重要事項等において事前に説明を行い、契約を締結すること。

2 身体拘束廃止未実施減算（介護予防含む）

身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算

身体拘束廃止未実施減算 1%／日減算（短期利用）

身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第97条第6項の記録(同条第5項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合及び同条第7項に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

3 高齢者虐待防止措置未実施減算（介護予防含む）

高齢者虐待防止措置未実施減算 1%／日減算

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、地域密着型サービス基準第3条の38の2に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年2回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いている事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

Q & A 高齢者虐待防止措置未実施減算について (Vol.1)

問 167 高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない場合は減算の適用となるのか。

（答）減算の適用となる。なお、全ての措置の一つでも講じられていない場合は減算となることに留意すること。

問 169 高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

（答）改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

4 業務継続計画未策定減算（介護予防含む）

業務継続計画未策定減算 3%／日減算

業務継続計画未策定減算については、指定地域密着型サービス基準第37条、第37条の3又は第40条の16〔第108条〕において準用する指定地域密着型サービス基準第3条の30の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

Q & A 業務継続計画未策定減算について (Vol. 1)

問 164 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

(答)・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。

・なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

問 166 行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

(答)・業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。

・例えば、通所介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和7年10月からではなく、令和6年4月から減算の対象となる。

5 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合（介護予防含む）

共同生活住居の数が3である事業所が、夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合（指定地域密着型サービス基準第90条第1項ただし書に規定する場合に限る。）に、利用者に対して、介護を行った場合は、所定単位数から1日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定する。

6 夜間支援体制加算（介護予防含む）

1ユニット 50単位
2ユニット以上 25単位 1日につき算定する。

<算定要件>

- ①基準に規定する夜間及び深夜の勤務を行わせるために必要な数に、常勤換算方法で1以上の介護従業者又は宿直勤務に当たる者を配置している場合。
※見守り機器を使用する場合の基準については、必要となる介護従業者の数が0.9を加えた数以上である場合において、次の要件を満たすこととする。
- a 利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置すること
 - b 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、必要な検討等が行われていること。
- ②全ての開所日について夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っていること。
③利用定員・人員基準に適合していること。

7 認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用型のみ・介護予防含む）

以下の要件を満たして、緊急的に短期利用認知症対応型共同生活介護を行った場合は、入居を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を算定する。

<算定要件>

- ①以下の者が直接、短期利用生活介護を利用する場合は、算定できない。
- a 病院、診療所に入院中の者
 - b 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所・入院中の者
 - c 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む。）、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- ②認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を有する者であること。
③在宅での生活が困難であり、緊急にサービスを利用することが必要であると医師が判断した場合であ

ること。

- ④介護支援専門員、受け入れ事業所と連携し、利用者又はその家族の同意を得ていること。
- ⑤医師が判断した当該日又はその次の日に利用した場合に限り算定できる。
- ⑥短期利用認知症対応型共同生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合は、速やかに適当な医療機関を紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取りはからうこと。

※判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。事業所も**判断を行った医師名、日付、利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録**しておくこと。

※8日目以降の認知症行動・心理症状緊急対応加算は算定できないが、必要があれば短期利用認知症対応型共同生活介護の継続ができる。

8 若年性認知症利用者受入加算（介護予防含む）

若年性認知症利用者に対してサービスを行った場合は、1日につき120単位を算定する。

〈算定要件〉

- ① 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行うこと。
- ② 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない場合であること。

9 利用者が入院した時の費用の算定（入院時費用）（介護予防含む）

入居者の入退院支援の取組 246単位/日

〈算定要件〉

- ①入居者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3カ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。
- ②上記の体制を確保している場合には、入居者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として算定を認める。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。

【留意事項】

- ①あらかじめ、利用者に対して、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて説明を行うこと。

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

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

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

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

- ②入院期間には初日及び最終日は含まないので、連続して8日間の入院を行う場合の入院期間は、6

日と計算される。

(例)

入院期間：3月1日～3月8日（8日間）

3月1日 入院の開始・・・所定単位数を算定

3月2日～3月7日（6日間）・・・1日につき246単位を算定可

3月8日 入院の終了・・・所定単位数を算定

③利用者の入院の期間中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。

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

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

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院・・・所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）・・・1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）・・・1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日・・・費用算定不可

3月8日 退院・・・所定単位数を算定

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

Q&A 入院時費用の算定について (Vol.1)

問 154 入院時の費用の算定について、3ヶ月入院した場合に、次のように、毎月6日を限度として加算を認めることは差し支えないか。

(例) 4月1日から6月30日まで3ヶ月入院した場合

4月1日 (入院)

4月2日～7日 (一日につき246単位を算定)

4月8日～30日

5月1日～6日 (一日につき246単位を算定)

5月7日～31日

6月1日～6日 (一日につき246単位を算定)

6月7日～29日

6月30日 (退院)。

(答)・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号第2-6- (6)-⑤に示すように入院当初の期間が、最初の月から翌月へ連続して跨る場合は、都合12日まで算定可能であるが、事例のような毎月ごとに6日間の費用が算定できるものではない。

・なお、1月の限度である6日間及び1回の入院の都合12日は連続している必要はないこと。(例)

4月29日から6月7日まで入院し、再度、6月10日から6月20日まで入院した場合

4月29日 入院 (認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定)

4月30日 (一日につき246単位を算定)

5月1日～6日 (一日につき246単位を算定)

5月7日～31日

6月1日～5日 (一日につき246単位を算定)

6月6日

6月7日 退院 (認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定)

- 6月8日～9日 認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定
- 6月10日 入院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）
- 6月11日 （一日につき 246 単位を算定）
- 6月12日～19日
- 6月20日 退院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）

10 看取り介護加算（短期利用型及び介護予防は無し）

以下の要件を満たす場合は、死亡日以前45日を限度として死亡月に1日につき次の単位を算定する。ただし、退居日の翌日から死亡日までの間又は医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

死亡日以前31日以上45日以下	1日につき	72単位
死亡日以前4日以上30日以下	1日につき	144単位
死亡日の前日及び前々日	1日につき	680単位
死亡日	1日につき	1,280単位

<施設基準>

- ① 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。
- ② 医師、看護職員（事業所の職員又は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・訪問看護ステーションの職員に限る）、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。
- ③ 看取りに関する職員研修を行っていること。

<利用者>

- ① 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。
- ② 医師、看護職員（事業所の職員又は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・訪問看護ステーションの職員に限る）、介護支援専門員その他の職種の者（以下、「医師等」という。）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。
- ③ 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、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意している者を含む。）であること。

【留意事項】

- ① 看取り介護加算は、医師が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族（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、その人らしい最期が迎えられよう支援することを主眼として設けたものである。
- ② 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できることが必要である。

- 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。

- 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)。
- 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)。
- 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)。
- 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)。

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。

- 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。
- 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。

- イ 当該事業所の看取りに関する考え方
- ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセス毎）とそれに応じた介護の考え方
- 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
- ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
- ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
- ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ト 家族等への心理的支援に関する考え方
- チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法

- 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。

- 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。

- イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
- ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
- ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び 対応についての記録

- 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。また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所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と思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。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所がなかった旨を記載しておくことが必要である。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、連絡をしたにも関わらず来所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。

- ⑨ 看取り介護加算は、95号告示第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45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。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45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。)

なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

- 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。
- 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。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。
- ⑫ 利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。
- ⑬ 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。
- 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。

1.1 初期加算（介護予防含む）

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所に入所した日から30日以内の期間について、1日につき30単位を加算する。
- ・30日を超える病院又は診療所への入院後に当該事業所に再び入居した場合も、同様とする。

【留意事項】

- ① 初期加算は、当該入所者が過去3月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。）の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定でき

ることとする。

- ② 短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合（短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を終了した翌日に当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合を含む。）については、初期加算は入居直前の短期利用認知症対応型生活介護の利用日数を 30 日から控除して得た日数に限り算定するものとする。
- ③ 30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、①にかかわらず、初期加算が算定される。

12 協力医療機関連携加算

以下の要件を満たしている場合に、所定単位数を算定する。

- (1) 下記の①、②の要件を満たす場合 100 単位/月
- (2) それ以外の場合 40 単位/月

〈算定要件〉

- ①利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
- ②当該事業所からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。

【留意事項】

- ① 本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時における対応の確認等を行う会議を定期的を開催することを評価するものである。
- ② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入居者や新規入居者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入居者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。
- ③ 協力医療機関が指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項第 1 号及び第 2 号に規定する要件を満たしている場合には(1)の 100 単位、それ以外の場合には(2)の 40 単位を加算する。(1)について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。(1)を算定する場合において、指定地域密着型サービス基準第 105 条第 3 項に規定する届出として当該要件を満たす医療機関の情報を市町村長に届け出していない場合には、速やかに届け出ること。
- ④ 「会議を定期的を開催」とは、概ね月に 1 回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年 3 回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。
- ⑤ 会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ⑥ 本加算における会議は、指定地域密着型サービス基準第 105 条第 3 項に規定する、入居者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。
- ⑦ 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。

Q&A 協力医療機関連携加算について (Vol.1)

問 127 協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。

(答)職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、

急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

問 151 要支援2について算定できるのか。

(答) 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、協力医療機関連携加算は設けていないことから、算定できない。

問 152 協力医療機関連携加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

(答) 本加算制度は協力医療機関と利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行うことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報共有は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない

(Vol. 2)

問 13 基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(Vol. 7)

問 1 協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

(答) 協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

1.3 医療連携体制加算（介護予防は無し）

以下の要件を満たしている場合に、所定単位数を算定する。

- ・医療連携体制加算（I）イ 5.7単位/日
- ・医療連携体制加算（I）ロ 4.7単位/日
- ・医療連携体制加算（I）ハ 3.7単位/日
- ・医療連携体制加算（II） 5単位/日

<施設基準>

1. 医療連携体制加算（I）イ

- (1) 当該事業所の職員として看護師を常勤換算方法で1名以上配置していること。
- (2) 当該事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

2. 医療連携体制加算（I）ロ

- (1) 当該事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること。
- (2) 当該事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。ただし、(1)により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) イ(3)に該当するものであること。

3. 医療連携体制加算（I）ハ

- (1) 当該事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、

看護師を1名以上確保していること。

(2) 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。

(3) イ(3)に該当するものであること。

4. 医療連携体制加算(Ⅱ)

(1) 医療連携体制加算(Ⅰ)イ、ロ又はハのいずれかを算定していること。

(2) 算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること。

(一) 喀(かく)痰(たん)吸引を実施している状態

(二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

(三) 中心静脈注射を実施している状態

(四) 人工腎臓を実施している状態

(五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

(六) 人工膀胱(ぼう)胱(こう)又は人工肛(こう)門の処置を実施している状態

(七) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態

(八) 褥(じよく)瘡(そう)に対する治療を実施している状態

(九) 気管切開が行われている状態

(十) 留置カテーテルを使用している状態

(十一) インスリン注射を実施している状態

【留意事項】

① 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である。

② 医療連携体制加算(Ⅰ)ハの体制について、利用者の状態の判断や、認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者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、看護師の確保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。

また、看護師の確保については、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、当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能である。

③ 医療連携体制加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅰ)ハの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。

④ 医療連携体制加算(Ⅰ)ロの体制については、事業所の職員として看護師又は准看護師を常勤換算方法により1名以上配置することとしているが、当該看護職員が准看護師のみの体制である場合には、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携を要することとしている。

⑤ 医療連携体制加算(Ⅱ)を算定する事業所においては、③のサービス提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うことが求められる。

加算の算定に当たっては、施設基準4の(2)に規定する利用者による利用実績(短期利用認知症対応型共同生活介護を利用する者を含む。)があり、当該利用者が療養生活を送るために必要な支援を行っていることを要件としている。

イ 4の(2)の(一)に規定する「喀痰吸引を実施している状態」とは、認知症対応型共同生活介護の利用中に喀痰吸引を要する利用者に対して、実際に喀痰吸引を実施している状態である。

ロ 4の(2)の(二)に規定する「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ハ 4の(2)の(三)に規定する「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であるこ

と。

ニ 4の(2)の(四)に規定する「人工腎臓を実施している状態」については、当該月において人工腎臓を実施しているものであること。

ホ 4の(2)の(五)に規定する「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が持続する状態又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90%以下の状態で常時、心電図、血圧又は動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

ヘ 4の(2)の(六)に規定する「人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合であること。

ト 4の(2)の(七)に規定する「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」とは、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行っている状態であること。

チ 4の(2)の(八)に規定する「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下のいずれかの分類に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限ること。

第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）

第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）がある

第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

リ 4の(2)の(九)に規定する「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合であること。

ヌ 4の(2)の(十)に規定する「留置カテーテルを使用している状態」については、留置カテーテルが挿入されている利用者に対して、留置カテーテルに係る観察、管理、ケアを行った場合であること。

ル 4の(2)の(十一)に規定する「インスリン注射を実施している状態」については、認知症対応型共同生活介護の利用中にインスリン注射によりインスリンを補う必要がある利用者に対して、実際にインスリン注射を実施している状態である。

- ⑥ 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認知症対応型共同生活介護における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、などが考えられる。

また、医療連携体制加算算定時には、契約を結んだ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は、診療報酬の算定要件に合致すれば、医療保険による訪問看護が利用可能であることについては、これまでと変わらないものである。

Q & A 医療連携体制加算について (Vol. 1)

問 148 医療連携体制加算(Ⅱ)の算定要件である前3月間における利用実績と算定期間の関係性如何。

(答) 算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

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

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

問 149 留置カテーテルが挿入されていれば、医療連携体制加算（Ⅱ）は算定できるのか。

（答）・留置カテーテルからの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等計画的な管理を行っている場合は算定できるが、単に留置カテーテルが挿入されているだけでは算定できない。

・また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合は、計画的な管理が十分に行われていないため算定できない。

問 150 医療連携体制加算（Ⅱ）の算定要件のうち、「インスリン注射を実施している状態」とあるが、実施回数自体に関する規定があるか。（1日当たり何回以上実施している者等）。

（答）・インスリン注射の実施の頻度は、医学的な必要性に基づき判断されるべきものであり、本要件は実施の有無を見ているもので、1日当たりの回数や月当たりの実施日数についての要件を設けていない。

・なお、利用者自身がインスリン自己注射を行うための声掛けや見守り等のサポートを行った場合は算定できない。

14 退去時情報提供加算

利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に、利用者1人につき1回に限り250単位を算定する。

【留意事項】

- ① 入居者が退所退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式9の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。
- ② 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

Q&A 退去時情報提供加算について (Vol.1)

問 153 退去時情報提供加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

（答）本加算制度はグループホームから医療機関へ退居した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報提供は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

(Vol.2)

問 18 同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

(答) 同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

(Vol. 3)

問2 退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

(答) 算定可能。

15 退居時相談援助加算 (介護予防含む、短期利用型は無し)

以下の要件を満たす場合は、利用者1人につき1回を限度として400単位を算定する。

〈算定要件〉

- ① 利用期間が1月を超える利用者が退居した場合であること。
- ② 退去後、居宅で、介護サービス(居宅サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス、介護予防地域密着型サービス)を利用する場合であること。
- ③ 利用者の退居時に利用者及びその家族等に対して、退居後の介護サービス、その他の保健医療サービス・福祉サービスについて相談援助を行うこと。
- ④ 利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の居宅を所管する市町の介護・高齢福祉担当課、地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者に係る介護サービスに必要な情報を提供した場合であること。

※ 退居時の相談内容は、次のようなものであること。

- a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- b 退居する者の運動機能、日常生活動作能力の維持・向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退居する者の介助方法に関する相談援助

※ 退居後、居宅で介護サービスを利用する必要があるため、以下の場合には算定できない。

- a 退居して病院、診療所へ入院する場合
- b 退居して他の老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型老人福祉施設に入所・入院、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用共同生活介護を利用する場合
- c 死亡退居の場合

※ 介護支援専門員である計画作成担当者、介護職員等が協力して相談援助を行うこと。退居者、その家族等のいずれにも相談援助を行うこと。

※ 相談援助を行った日付、相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

16 認知症専門ケア加算 (介護予防含む、短期利用型は無し)

日常生活に支障をきた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に、専門的な認知症ケアを実施した場合に、下記の(I)、(II)いずれかの加算が算定できる。

※ **認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、算定不可。**

(I) 認知症専門ケア加算(I)

以下の要件を満たす場合に、1日につき3単位を算定する。

〈算定要件〉

- ① 利用者の総数のうち、「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又はMに該当する利用者」の占める割合が2分の1以上であること。
- ② 「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者を必要数配置していること。
- ③ チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- ④ 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的を開催していること

(2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

以下の要件を満たす場合は、1日につき4単位を算定する。

〈算定要件〉

- ① 利用者の総数のうち、「日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又はMに該当する利用者」の占める割合が2分の1以上であること。
- ② 「認知症介護実践リーダー研修」を修了している者を必要数配置していること。
- ③ チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- ④ 従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達・技術的指導に係る会議を定期的を開催していること。
- ⑤ 「認知症介護指導者研修」、認知症看護に係る適切な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ⑥ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施、実施の予定をしていること。

Q&A 認知症専門ケア加算 (Vol. 1)

問 17 認知症専門ケア加算の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

(答)・現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
 - ②日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
 - ③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
- ・ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

問 18 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答)・認知症高齢者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を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

・医師の判定が無い場合は、「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。

・これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

問 19 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答)・専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チームケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。

・なお、本加算制度の対象となる事業所は、専門的な研修を修了した者の勤務する主たる事業所1か

所のみである。

問 20 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。

（答） 認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

問 21 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

（答）・認知症介護指導者養成研修については認知症介護実践研修（認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修）の企画・立案に参加し、又は講師として従事することが予定されている者であることがその受講要件にあり、平成 20 年度までに行われたカリキュラムにおいては認知症介護実践リーダー研修の内容が全て含まれていたこと等の経過を踏まえ、認知症介護実践リーダー研修が未受講であっても当該研修を修了したものとみなすこととする。

・従って、認知症専門ケア加算（Ⅱ）については、加算対象となる者が 20 名未満の場合にあつては、平成 20 年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者（認知症介護実践リーダー研修の未受講者）1名の配置で算定できることとなる。

問 23 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」（平成 12 年 9 月 5 日老発第 623 号）及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成 12 年 10 月 25 日老計第 43 号）において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

（答） 含むものとする。

問 26 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定するためには、認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研修修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

（答） 必要ない。例えば加算の対象者が 20 名未満の場合、

・認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
・認知症看護に係る適切な研修を修了した者
のいずれかが 1 名配置されていれば、算定することができる。

（研修修了者の人員配置例）

		加算対象者数			
		～19	20～29	30～39	..
必要な研修 修了者の 配置数	「認知症介護に係る専門的な研修」				
	認知症介護実践リーダー研修	1	2	3	..
	認知症看護に係る適切な研修				
	「認知症介護の指導に係る専門的な研修」				
	認知症介護指導者養成研修	1	1	1	..
	認知症看護に係る適切な研修				

（注） 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を 1 名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ 1 名配置したことになる。

（Vol. 3）

問 4 「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して 10 年以上、かつ、1,800 日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和 9 年 3 月 31 日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、

「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

(答) 同等以上の能力を有する者として、例えば、訪問介護事業所において介護福祉士として7年以上サービスを利用者に直接提供するとともに、そのうちの3年以上、サービス提供責任者としても従事する者を研修対象者として認めていただくことは差し支えない。

17 認知症チームケア推進加算

(1) 認知症チームケア推進加算 (I) 150単位/月

(2) 認知症チームケア推進加算 (II) 120単位/月

※ 認知症専門ケア加算を算定している場合においては、算定不可。

〈算定要件〉

イ 認知症チームケア推進加算 (I) 次のいずれにも適合すること。

(1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、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者 (以下「対象者」という。) の占める割合が2分の1以上であること。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応 (以下「予防等」) に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ 認知症チームケア推進加算 (II) 次のいずれにも適合すること。

(1) イ (1)、(3) 及び (4) に適合すること。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

【留意事項】

認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知 (「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」) を参照すること。

Q&A 認知症チームケア推進加算について (Vol. 2)

問1 「認知症チームケア推進研修 (認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSD の出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう)」について、研修内容はどのようなものか。また、研修はどこが実施主体となるのか。

(答) 研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

- ・ BPSD のとらえかた
- ・ 重要なアセスメント項目
- ・ 評価尺度の理解と活用方法
- ・ ケア計画の基本的考え方
- ・ チームケアにおける PDCA サイクルの重要性
- ・ チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター (仙台、東京、大府) であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダ

一研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

問2 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

（答）貴見のとおり。本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

問3 本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

（答）本加算は、BPSDの予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「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者」に対し、BPSDの予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

問4 本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

（答）貴見のとおり。ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSDの評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

問5 「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。

（答）本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

問6 対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状（BPSD）の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。

（答）貴見のとおり。

問7 認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所(居)者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が1/2以上であることが求められているが、届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということが良いか。

（答）貴見のとおり

問8 認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等Aに対しては認知症専門ケア加算、入所者等Bに対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。

（答）可能である。

問9 問8にあるように、同一施設内で対象者によって認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算を算定することができるのは、どのような趣旨か。

（答）認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えていただくことは、差し支えない。各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

問10 「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

(答) 具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

- ・別紙様式：認知症チームケア推進加算に係るワークシート
 - ・介護記録等：介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。
- なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない

(Vol. 6)

問5 認知症チームケア推進加算Ⅱの配置要件として、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の双方の研修を修了した者の配置が必要とされるが、認知症介護実践リーダー研修の受講が予定されている者について、認知症介護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。

(答) 可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものと考えられる。

問6 同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法となるのか。

(答) 当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。

(Vol. 9)

問 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。

(答) 本加算の研修に係る算定要件として、本加算（Ⅰ）については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

また、本加算（Ⅱ）については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症 介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和6年老高発0318第1号、老認発0318第1号、老老発0318第1号通知）を御参照いただきたい。

(Vol. 14)

問4 認知症チームケア推進加算算定にあたっては、認知症チームケア推進加算に係るワークシートの作成が必要とされている。当該ワークシートでは、チェックリストを用いたインタビューを行うことになっているが、チェックリストはどこで確認・入手することができるのか。

- (答) ・認知症チームケア推進研修のホームページで確認することができる。
- ・具体的には、研修動画視聴ページに、テキスト、ワークシート、BPSD25Qのシート、チェックリストが掲載されており、ダウンロードが可能となっている。

18 生活機能向上連携加算（介護予防含む）

(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位/月

(2) 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月

※ (1) と (2) の併算定不可

〈(1)の算定要件〉

・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設（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、医師の助言に基づき、計画作成担当者は生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。

〈(2)の算定要件〉

・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設（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、認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと。
・計画作成担当者は生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。

【留意事項】

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認知症対応型共同生活介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものでなければならない。

ロ イの認知症対応型共同生活介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、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(2)において「理学療法士等」という。）が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、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担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（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 イの認知症対応型共同生活介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

- 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三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介護従業者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。

ホ 本加算はロの評価に基づき、イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3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、再度ロの評価に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直す必要があること。

ヘ 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。

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、ホ及びへを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問せずに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担当者に助言を行い、計画作成担当者が、言に基づき①イの認知症対応型共同生活介護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的実施することを評価するものである。

- a ①イの認知症対応型共同生活介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、又は指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当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担当者と事前に方法等を調整するものとする。
- b 当該認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者は、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イの認知症対応型共同生活介護計画の作成を行うこと。なお、①イの認知症対応型共同生活介護計画には、aの助言の内容を記載すること。
- c 本加算は、①イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介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の助言に基づき認知症対応型共同生活介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認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合を除き、①イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介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の助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

19 栄養管理体制加算(介護予防含む)

栄養管理体制加算

30単位/月

〈算定要件〉

管理栄養士(当該事業所の従業者以外の管理栄養士も含む)が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

【留意事項】

- ① 栄養管理体制加算の算定に係る管理栄養士は、外部(他の介護事業所(栄養管理体制加算の対象事業所に限る。)、医療機関、介護保険施設(栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。))又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」との連携により体制を確保した場合も、算定できる。
- ② 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の低栄養状態の評価方法、栄養ケアに関する課題(食事中の傾眠、拒食、徘徊・多動等)への対応方法、食形態の調整及び調理方法その他当該事業所において日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントをいうものではない。
- ③ 「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたって、以下の事項を記録すること。
 - イ 当該事業所において利用者の栄養ケアを推進するための課題
 - ロ 当該事業所における目標
 - ハ 具体的方策
 - ニ 留意事項
 - ホ その他必要と思われる事項

20 口腔衛生管理体制加算（介護予防含む）

口腔衛生管理体制加算 30単位/月

〈算定要件〉

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

【留意事項】

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。なお、テレビ電話装置等の活用による実施も可（厚生労働省からのガイドライン等を遵守すること）。
- ② 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
 - イ 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題
 - ロ 当該事業所における目標
 - ハ 具体的方策
 - ニ 留意事項
 - ホ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況
 - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）
 - ト その他必要と思われる事項
- ③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

Q&A（令和3年3月26日）

（問）口腔衛生の管理体制に関する管理計画の立案は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による技術的助言及び指導に基づき行われるが、技術的助言及び指導を行う歯科医師は、協力歯科医療機関の歯科医師でなければならないのか。

（答）協力歯科医療機関の歯科医師に関わらず、当該施設の口腔衛生の管理体制を把握している歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士を想定している。

Q&A 口腔衛生管理体制加算について（Vol.1）

問 179 口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

（答）入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

問 180 口腔衛生管理体制加算の算定に当たって作成することとなっている「口腔衛生管理体制計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

（答）施設ごとに計画を作成することとなる。

2 1 口腔・栄養スクリーニング加算（介護予防含む）

口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回（6月に1回を限度）

〈算定要件〉

次のいずれにも適合すること。

- イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ロ 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つては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- ハ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

【留意事項】

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）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。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。ただし、イのg及びhについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングの実施に当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照するとともに、口腔スクリーニングの実施に当たっては、「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和6年3月日本歯科医学会）等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

イ 口腔スクリーニング

- a 開口ができない者
- b 歯の汚れがある者
- c 舌の汚れがある者
- d 歯肉の腫れ、出血がある者
- e 左右両方の奥歯でしっかりかみしめることができない者
- f むせがある者
- g ぶくぶくうがいができない者
- h 食物のため込み、残留がある者

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満であるもの。
- b 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
- c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

2 2 科学的介護推進体制加算（介護予防含む）

科学的介護推進体制加算 40単位/月

以下の要件を満たしている場合に、1月につき算定する。

〈算定要件〉

- ①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している。
- ② 必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、①に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。

2.3 高齢者施設等感染対策向上加算

- (1) 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 10 単位/月
- (2) 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) 5 単位/月

〈算定要件〉

- イ 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 次のいずれにも適合すること。
 - (1) 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
 - (2) 指定地域密着型サービス基準第 105 条第 1 項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下「協力医療機関等」）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
 - (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。
- ロ 高齢者施設等感染対策向上加算 (II)
感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3 年に 1 回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

【留意事項】

高齢者施設等感染対策向上加算 (I) について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- ② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも 1 年に 1 回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第 1 医科診療報酬点数表の区分番号 A234-2 に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号 A000 に掲げる初診料の注 11 及び再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンスや職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第 108 条により準用する第 33 条第 2 項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。
- ④ 指定地域密着型サービス基準第 105 条第 4 項において、指定認知症対応型共同生活介護事業所は、入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の可否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。
- ⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起ししやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について（令和 5 年 12 月 7 日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算 (II) について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。
- ② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。

Q&A 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について（Vol.1）

問 128 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することもよいか。

（答）・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。

- ・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修
- ・感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。
- ・また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

問 132 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

（答）実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。

- ・施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）
- ・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
- ・个人防护具の着脱方法の実演、演習、指導等
- ・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
- ・その他、施設等のニーズに応じた内容

単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

2.4 新興感染症等施設療養費

新興感染症等施設療養費 240単位/日（連続する5日を限度）

〈算定要件〉

利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

【留意事項】

- ① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。
- ② 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。
- ③ 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第3版）」を参考とすること。

2.5 生産性向上推進体制加算

- (1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月
- (2) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月

〈算定要件〉

- イ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 次のいずれにも適合すること。
- (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
 - (一) 介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
 - (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - (三) 介護機器の定期的な点検
 - (四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
 - (2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
 - (3) 介護機器を複数種類活用していること。
 - (4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
 - (5) 事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。
- ロ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) イ(1)に適合していること。
 - (2) 介護機器を活用していること。
 - (3) 事業年度ごとに(2)及びイ(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

Q&A 生産性向上推進体制加算について (Vol.5)

問 12 加算（Ⅰ）（※100単位/月）の算定開始に当たっては、加算（Ⅱ）の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算（Ⅰ）の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。

(答) 介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。

【利用者の満足度等の評価について】

介護サービスを利用する利用者（5名程度）に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い（※）、その結果に基づき、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。

（※）介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添1の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。

【総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について】加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期（※）とし、介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した以降の月における介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。

（※）介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。

（例）例えば、令和6年1月に介護施設（定員50名とする）を新たに開設し、同年1月に15人受け入れ、同年2月に15人受け入れ（合計30名）、同年3月に15人受け入れ（合計45名）、同年4月に2名受け入れ（合計47名）、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年4月を事前調査の実施時期とすること

26 サービス提供体制強化加算（介護予防含む）

所定の体制を備えてサービスを提供した場合に、下記のいずれかの加算が算定できる。

※利用定員、人員基準に適合していること。

(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/日

〈算定要件〉次のいずれかに適合すること。

- | |
|--|
| ①介護職員の総数のうち、 介護福祉士 の占める割合が 100分の70以上 であること。
②介護職員の総数のうち、 勤続年数10年以上の介護福祉士 の占める割合が 100分の25以上 であること。 |
|--|

(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位/日

〈算定要件〉

介護職員の総数のうち、 介護福祉士 の占める割合が 100分の60以上 であること。
--

(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位/日

〈算定要件〉次のいずれかに適合すること

- | |
|--|
| ①介護職員の総数のうち、 介護福祉士 の占める割合が 100分の50以上 であること。
②看護・介護職員の総数のうち、 常勤職員 の占める割合が 100分の75以上 であること。
③利用者 ^{に直接提供} する職員（介護従業者として勤務を行う職員）の総数のうち、 勤続年数7年以上の者 の占める割合が 100分の30以上 であること。 |
|--|

【割合の計算方法】

- ・ 職員の割合は、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。
- ・ 職員の数は、常勤換算方法により算出する。
- ・ 前年度の実績が6月に満たない事業所は、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。この場合、届出を行った月以降においても、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。割合は毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、速やかに変更届を提出すること。（新規・再開事業所は4月目以降から届出できる。）
- ・ 介護福祉士は、各月の前月末日時点で資格を取得している者とする。
- ・ 勤続年数は、各月の前月末日時点における勤続年数をいう。
- ・ 勤続年数の算定に当たっては、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した勤続年数を含めることができる。
- ・ 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護事業を一体的に行っている場合は、加算の計算も一体的に行う。

指定地域密着型サービスに要する費用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）

【抜粋】

（7）常勤換算方法による職員数の算定方法について

暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務すべき時間で除することによって算定するものとし、**小数点第2位以下を切り捨てる**ものとする。なお、やむを得ない事情により、配置されていた職員数が一時的に1割の範囲内で減少した場合は、1月を超えない期間内に職員が補充されれば、職員数が減少しなかったものとみなすこととする。

2.7 介護職員等処遇改善加算（介護予防、短期利用含む）

- （1）加算（Ⅰ）イ：総単位数 × 21.6%相当単位 /月
- （2）加算（Ⅰ）ロ：総単位数 × 23.6%相当単位 /月
- （3）加算（Ⅱ）イ：総単位数 × 20.9%相当単位 /月
- （4）加算（Ⅱ）ロ：総単位数 × 22.9%相当単位 /月
- （5）加算（Ⅲ）：総単位数 × 18.5%相当単位 /月
- （6）加算（Ⅳ）：総単位数 × 15.7%相当単位 /月

別に定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施している事業所が、利用者に対し、認知症対応型共同生活介護を行った場合は、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

Ⅲ. その他

1. 地域密着型サービス等の住所地特例対象者へのサービス提供

住所地特例の対象者は保険者が転居前の市町村であることから、これまで転居後の市町村が提供する地域密着型サービスや地域支援事業を利用することはできなかった。

これについて、現在住んでいる市町村で各種サービスの提供を保障できることが地域包括ケアの観点から望ましいことをふまえ、住所地特例の対象者について、住所地の市町村の指定を受けた地域密着型サービスを利用できるよう改正された。

住所地特例とは・・・

介護保険の被保険者が、他保険者の市区町村にある住所地特例対象施設に入所し、施設所在地に住民票を移された場合であっても、前保険者の被保険者のままであるという制度（介護保険法第13条による）である。

対象となる特定地域密着型サービス

地域密着型サービスにおいて住所地特例対象者が利用できるサービスは、

- ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ② 夜間対応型訪問介護
- ③ 地域密着型通所介護
- ④ 認知症対応型通所介護
- ⑤ 小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス

の5つで、これらは特定地域密着型サービスという。（法8条第14項）

また、介護予防地域密着型サービスも同様で、

- ① 介護予防認知症対応型通所介護
- ② 介護予防小規模多機能型居宅介護

の2つが対象となり、特定地域密着型介護予防サービスという。（法8条の2第12項）

※認知症対応型共同生活介護は対象外

2. 介護保険指定事業者等の事故発生時の報告について

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」に基づき、利用者または入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに佐賀中部広域連合へ報告しなければならない。

1 報告が必要な事故について

(1) サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故その他重大な人身事故の発生

「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故を含む。また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれる。事業者側の過失の有無は問わない。利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは、報告すること。

(2) 食中毒及び感染症、結核の発生

感染症は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、原則

として1、2、3及び4類とする。

ただし、5類であっても、インフルエンザ等が施設又は事業所内に蔓延する等の状態になった場合には、報告すること。

厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順

(平成18年3月31日厚生労働省告示第268号)

養護老人ホーム等(注:地域密着型サービス事業所等を含みます)の管理者等は、イからハまでに掲げる場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村又は保健所に迅速に報告するとともに、市町村又は保健所からの指示を求めるとその他の必要な措置を講じなければならないこと。

- イ. 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間内に2名以上発生した場合
- ロ. 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ハ. イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合

(3) 職員(従業員)の法令違反、不祥事等の発生

利用者からの預り金の横領など利用者の処遇に影響のあるものについては、報告すること。

(4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

- ・救急搬送があった場合(近年、トラブルが増加していることから)
- ・他者の薬を誤って服用した場合

2 報告書の様式

佐賀中部広域連合のホームページに掲載あり。

※ 報告には利用者の個人情報が含まれるため、その取扱いに注意すること。

佐賀中部広域連合ホームページ (<https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/>)

介護保険>各種申請書>事業者向け>事業者指定関係>介護保険指定事業者等 事故報告書

3. 過去の運営指導等において指摘が多い事項について

【基準関係】

1. 管理者及び計画作成担当者が必要な研修を受講していない。
2. 管理者及び計画作成担当者の変更が行われているが、変更届が提出されていない
3. 非常勤の計画作成担当者や他の職種と兼務している計画作成担当者の勤務時間が十分でなく、適切な介護計画が作成されていない。
4. 認知症対応型共同生活介護計画の作成、説明、同意、交付が計画作成担当者でなく、管理者又は他の従業者によって行われている。
5. 介護従業者の配置について、サービスの提供時間帯などを考慮した適切な配置がなされていない。
6. 管理者及び計画作成担当者が介護職員を兼務しているため、管理者及び計画作成担当者に専従できる時間が少なく、管理業務及び介護計画の作成業務に支障をきたしている状況である。
7. 勤務表において、利用者に対する介護職員の配置が基準に満たない日が見受けられる。
8. 非常勤の職員において、タイムカードや出勤簿等の出勤状況を確認する書類が無い。
9. 運営規程、重要事項説明書、契約書、事業所のパンフレット等に不備がある。また、契約日、契約期間、その他必要な記載がされていない。
10. 事業者の運営規程等の内容に変更があった場合に変更届が提出されていない。
11. 入居者の被保険者証に入居日及び事業所名の記載がない。
12. 入居の際に主治医の診断書等により認知症であることの確認が取れていない入居者が見受けられる。入居の際には、主治医の診断書等により認知症であること及び被保険者証等により被保険

者であることの確認を必ず書面で行うこと。

13. 立替金及び預かり金について出納簿の管理、書面での定期的な確認、複数での現金の管理がされていない。
14. 曖昧な名目の利用料を受領している。また、算定根拠等が明確でないものがある。
15. 事業所で発行される請求領収書に個別の費用ごとの説明が記されていない。
16. 身体拘束等の適正化の指針の内容の不足。
17. 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会が3月に1回開催されていない。
18. 身体拘束等の適正化の研修(新規採用)が実施されていない。実施された記録がない。
19. 秘密保持誓約書に退職後の秘密保持に関する事項がない。
20. 個人情報扱う場合の同意書に家族の同意がない。
21. 年1回及び夜勤を行う職員の半年ごとの健康診断が行われていない。または、把握がなされていない。
22. 運営推進会議の構成員について参加しなければならない役職の者が構成員となっていない。また、議事録の作成、定期的な開催及び公表が行われていない。
23. 自己評価及び外部評価、運営推進会議の議事録、重要事項の概要等が事業所内に掲示されていない。
24. 避難訓練について、実施した際の訓練内容等の記録はあるが、職員への周知が不十分である。特に夜勤専門職員については、他の職員がいない時間帯に勤務していることを踏まえ、重点的に周知すること。
25. 訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう、日ごろから連携に努めること。
26. 苦情処理、事故発生時の対応、虐待防止等についてのマニュアルの作成が行われておらず、職員への周知ができていない。
27. 事故があった場合の事故報告が提出されていない。
28. 利用者の手の届く所に洗剤、薬品及びカミソリ等が置かれている。
29. 計画及び記録等に鉛筆書きや修正液を用いたものがある。
30. 入居に際し十分なアセスメントが行われないうままに認知症対応型共同生活介護計画が作成されている。
31. 課題分析のための状態把握が足りず、分析がなされたとは言い難い。
32. アセスメントにおいて、身体状況の把握は行われているが、基本情報である本人の生活歴、習慣、趣味、特技等の把握に不足がある。
33. 入居者に対する支援(日常生活上での役割やレクリエーション等)が漫然とした傾向にあり、計画に基づいた具体的な内容に欠ける。
34. 介護計画の内容が画一的で個別性がなく、漠然としている。
35. 目標期間の設定が適切でない。認定の有効期間を超えて設定されているものがある。
36. 介護計画について、利用者には交付されていないものがある。
37. 介護計画の見直しが行われていない。利用者の心身の状況が変化した場合、必要に応じて計画の変更が行われていない。
38. 介護計画を作成した際、当該計画を説明し、同意を得て交付がされた日付がない。
39. サービス提供記録はとられているが、介護計画におけるニーズ、目標、サービスの内容等を意識した記録となるよう努めていない。
40. 利用者に対し、幼い子どもに接するような言葉かけやスキンシップがみられる。
41. シャワーチェアにカビが生えている等、衛生管理が不十分である。
42. 外部評価については、対象外事業所となっているが、自己評価を実施していない。
43. 最新の外部評価の結果について、事業所内に掲示等がなされていない。
44. 非常災害の計画が作成されていない。関係機関の連絡先の記載がない。
45. 感染症のマニュアルに不足がある。
46. 高齢者虐待の研修が実施されていない。

【報酬関係】

1. 医療連携体制加算について、重度化及び看取りの指針が作成されておらず、事前の説明、同意が無い。また、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)との連絡調整の記

録の作成がされていない。

2. 認知症専門ケア加算について、認知症高齢者の日常生活自立度を証明する関係書類が無い。
3. 認知症専門ケア加算の算定要件である日常生活自立度ランクⅢ以上の者の割合の計算がされていない。または、日常生活自立度ランクⅢ以上の者以外に当該加算を算定している。
4. サービス提供体制強化加算の算定要件である職員の割合が計算されていない。
5. 看取り介護加算について、看取りを開始する際の医師の診断日、診断内容の記録が無く、看取り介護に関する計画も作成されていない。また看取り介護計画の同意がない。

佐中広総第351号
平成25年3月29日

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業者 様

佐賀中部広域連合長 秀島 敏行
(公印省略)

食材料費の取扱いについて (通知)

認知症対応型共同生活介護事業においては、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日 厚生労働省令第34号)」第96条第3項第1号により、食材料費の支払いを受けることができるとされております。

これは、認知症対応型通所介護事業や小規模多機能型居宅介護事業等において、食事の提供に要する費用の支払いを受けることができるとされていることとは区別されます。

「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年9月7日 厚生労働省告示第419号)」により、食事の提供に係る利用料は、食材料費及び調理に係る費用に相当する額とされており、このことから、認知症対応型共同生活介護においては、調理に要する費用(人件費や調理に係る水道光熱費等)は徴収できず、食材料費のみ徴収が可能となります。

しかし、食材料費については、各事業所での金額設定に幅があり、佐賀中部広域連合管内においても、最高額の事業所の食材料費は、最低額の事業所の食材料費の2倍以上の額となっている状況です。また、他の保険者ではありますが、経営者が従業者に対し、不当に食材費を切り詰めることを要求し、徴収している食材料費の半額程度で食事を提供することとなり、肉や魚がほとんど出ず、必要な栄養素が不足している食事が長期間にわたり提供されていたという事例も起こっております。

つきましては、食材料費の設定及び運用が適切であるか確認する必要がありますので、食材料費の具体的かつ客観的な根拠として、各事業所において、毎月の食材料費を記録し、あわせて、その領収書等を保存してください。

食材を複数の事業所で一括して購入している場合は、食数で按分するなどして計算し、領収書等のコピーを保存してください。保存するのは、必ずしも領収書ではなく、レシート等でも結構です。食材料費には、おやつ、調味料、飲み物等も含まれます。野菜等を事業所で収穫したり、近所の方からいただいたりした分については、その旨記録しておいてください。

受領した食材料費が、実際にかかった実績額と比較し、かけ離れている場合は、早急に食材料費の見直し等を行ってください。