

令和6年度地域密着型サービス等事業所研修会
指定事業者の基準等について

【サービス名】

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

長野市高齢者活躍支援課

幸せ実感都市『ながの』

目次

I 人員配置について	2 ページ～5 ページ
--------------------	-------------

II 設備について	5 ページ
-------------------	-------

III 運営について	6 ページ～15 ページ
--------------------	--------------

IV 介護報酬について	17 ページ～43 ページ
---------------------	---------------

認知症対応型共同生活介護

○基本方針【基準第89条、予防第69条】

認知症対応型共同生活介護は、要介護や要支援であって認知症であるものについて、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で入浴、排泄、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もの（利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すもの）でなければならない。

I 人員配置について

○人員基準【第90条～92条、予防第70条～72条】

介護従業者 (ユニットごと)	(1) <u>1以上</u> の者は常勤であること。 (2) 日中の時間帯（夜間及び深夜の時間帯以外）の員数が必要な数以上であること。 ☛共同生活住居（ユニット）ごとに、利用者の数が3又はその端数を増すごとに <u>常勤換算方法で1人以上</u> 配置すること <u>(3:1)</u> ☛利用者の数は、前年度の平均値とする (3) 夜間及び深夜の時間帯の員数が必要な数以上であること。 ☛共同生活住居ごとに、介護従事者が <u>夜間及び深夜の時間帯を通じ、常に1以上確保</u> されていることが必要となる ☛事業所ごとに利用者の生活サイクルに応じて「夜間及び深夜の時間帯」を設定すること
計画作成 担当者	(1) 事業所に1人以上に置くこと。 ※計画作成担当者を1人配置する事業所にあつては、介護支援専門員をもって充てなければならない。 (2) 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ること。 (3) 厚生労働大臣が定める研修を修了していること。 ☛「認知症介護実践者研修」又は「実務者研修基礎課程」 (4) 専らその職務に従事する者であること。 ☛ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該共同生活住居（ユニット）の他の職務もしくは管理者との兼務が可能 (5) 計画作成担当者のうち少なくとも <u>1人は介護支援専門員</u> をもって充てなければならない。ただし、次の場合には介護支援専門員を置かないことができる。

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ サテライト事業所であって、実践者研修又は基礎課程を修了した者を計画作成担当者として配置していること。 ☛ 併設する小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との連携により当該認知症対応型共同生活介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないとき <p>(6) 介護支援専門員以外の計画作成担当者は、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の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ものとする。</p>
<p>管理者</p>	<p>(1) 共同生活住居（ユニット）ごとに配置すること。</p> <p>(2) <u>常勤</u>であること。</p> <p>(3) 専ら管理者の職務に従事する者であること（他ユニットとの兼務可）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ ただし、次の場合、他の職を兼ねることが可能（ユニットの管理上支障がない場合に限る。）。 ① 当該共同生活住居の他の職務に従事する場合 ② 同一の事業者によって設置され、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内の他の事業所、施設等の職務に従事する場合 ③ 併設する小規模多機能型居宅介護事業所若しくは看護小規模多機能型居宅事業所の職務に従事する場合 <p>(4) 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定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こと。</p> <p>(5) 厚生労働大臣が定める研修を修了していること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ 「認知症対応型サービス事業管理者研修」
<p>代表者</p>	<p>(1) 以下のいずれかの経験を有していること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定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 ☛ 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 <p>(2) 厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 「認知症対応型サービス事業開設者研修」 ☛ 次の者は、事業者の開設者として必要な研修を修了したものとみなす <ul style="list-style-type: none"> ① 「実践者研修」、「実践リーダー研修」又は「認知症高齢者グループホーム管理者研修」 ② 「基礎課程」又は「専門課程」 ③ 「認知症介護指導者研修」 ④ 「認知症高齢者グループホーム開設予定者研修」
--	--

● 人員基準の用語の定義等

○ 「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の員数に換算する方法をいう。

○ 「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。

なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とする。

○ 「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（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。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に規定する所定労働時間の短縮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。

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

○ 「専ら従事する・専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

○ 「前年度の平均値」

当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この平均利用者数等の算

定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

○「夜間及び深夜の時間帯」

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、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する。

Ⅱ 設備について

○設備に関する基準【第93条、予防第73条】

共同生活住居	(1) 共同生活住居の数は、1以上3以下とすること。 (2) 共同生活住居の入居定員は5人以上9人以下とすること。
居室	(1) 個室であること（処遇に必要な場合は2人部屋も可。）。 (2) 1の居室の床面積が、7.43㎡（約4.5畳）以上であること。
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 その他日常生 活上で必要な 設備	(1) 左記の設備並びに指定認知症対応型共同生活介護の提供に必要な設備及び備品等を備えること。 (2) 居間及び食堂は、同一の場所とする場合であっても、それぞれの機能が独立していることが望ましい。また、利用者及び介護従事者が一堂に会するのに十分な広さを確保すること。 (3) 1つの事業所に複数の共同生活住居を設ける場合でも、居間、食堂及び台所については、共同生活住居ごとに専用でなければならない。ただし、管理上支障がない場合は、事務室については、兼用であっても差し支えない。 (4) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。 ①消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置すること。 ②タバコ、ライター等の適切な管理や消火・避難訓練の徹底など、防火体制の強化を図ること。 ●平成27年4月から、改正後の消防法施行令が施行され、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付けられている。
立地	住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあること。

Ⅲ 運営について

○運営に関する基準 ※主なものを記載

<p>内容・手続きの説明と同意</p>	<p>あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要等サービスの選択に係る<u>重要事項を記した文書を交付して説明し</u>、サービスの提供の開始について<u>同意を得なければならない</u>（なお、当該同意は書面によって確認することが望ましい。）。</p> <p>【説明内容】</p> <p>①運営規程の概要 ②介護従業者の勤務体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制 ⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況 ⑥その他利用申込者がサービスを選択する為必要な重要事項</p>
<p>提供拒否の禁止</p>	<p>正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。</p> <p>【正当な理由がある場合とは】</p> <p>①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③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</p>
<p>利用料等の受領</p>	<p>(1) 法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、サービス費用基準額から事業者を支払われるサービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。</p> <p>(2) 法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護を提供した際の利用料の額と、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。</p> <p>(3) 前2項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。</p> <p>①食材料費 ②理美容代 ③おむつ代 ④その他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、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの【P13～P15参照】</p> <p>☛<u>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</u>を受けることは認められない。</p> <p>☛<u>支払いを受ける費用については、算定根拠等を明確</u>にしておく。</p> <p>☛<u>対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内</u>で行う。</p> <p>(4) 事業者は、④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、当該指定認知症対応型共同生活介護の内容及び費用について<u>説明を行い、利用者の同意を得なければならない</u>。</p>

<p>認知症対応型 共同生活介護 の取扱方針</p>	<p>(1) 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、妥当適切に行わなければならない</p> <p>☛ 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（厚生労働省）」を参照</p> <p>(2) <u>利用者一人一人の人格を尊重し</u>、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なければならない。</p> <p>(3) 認知症対応型共同生活介護計画に基づき、<u>漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行わなければならない。</u></p> <p>(4) 共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、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。</p> <p>(5) 指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、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<u>緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。</u></p> <p>(6) 前項の身体的拘束等を行う場合には、その<u>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</u>しなければならない。なお、当該記録は、<u>5年間保存</u>しなければならない。</p> <p>(7) 身体的拘束等の適正化を図るため、<u>次に掲げる措置</u>を講じなければならない。</p> <p>①身体的拘束等の適正化のための対策を<u>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。）</u>を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、<u>介護従業者その他の従業者に周知徹底</u>を図ること。</p> <p>②身体的拘束等の適正化のための<u>指針を整備</u>すること。</p> <p>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<u>研修を定期的</u>に実施すること。</p> <p>(8) 指定認知症対応型共同生活介護は、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を行うとともに、定期的に外部の者による評価又は第108条において準用する第34条第1項に規定する運営推進会議における評価を受けて、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。</p> <p>※自己評価及び外部評価は、原則として少なくとも年1回実施すること。【P16参照】</p>
------------------------------------	--

	<p>【予防のみ】</p> <p>(1) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであること。</p> <p>(2) サービスの提供に当たって、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p>
<p>認知症対応型共同生活介護計画の作成</p>	<p>(1) 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に計画の作成に関する業務を担当させること。</p> <p>(2) 計画作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。</p> <p>☛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、農作業等の利用の趣味又は嗜好に応じた活動等</p> <p>(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、当該目標達成のための具体的なサービス内容等を記載した計画を作成しなければならない。</p> <p>(4) 計画作成担当者は、計画作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、<u>利用者の同意を得なければならない。</u></p> <p>(5) 計画作成担当者は、計画を作成した際には、当該計画を<u>利用者</u>に交付しなければならない。</p> <p>(6) 計画作成担当者は、計画作成後においても、他の<u>介護従業者や他の指定居宅サービス等提供者と連携して実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行うこと。</u></p> <p>【予防のみ】</p> <p>(1) 計画作成担当者は、計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の様態の変化等の把握を行うこと。</p> <p>(2) 計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて計画の変更を行うこと。</p>
<p>介護等</p>	<p>(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なければならない。</p>

	<p>(2) 事業者は、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（付添者等）による介護を受けさせてはならない。</p> <p>(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こと。</p>
社会生活上の 便宜の提供等	<p>(1) 画一的なサービスを提供するのではなく、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。</p> <p>(2) 利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又は家族が行うことが困難な場合、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。</p> <p>■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ともに、代行した後はその都度本人に確認を得るものとする。</p> <p>(3) 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。</p>
運営規程	<p>共同生活住居ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程をさだめておかななければならない。</p> <p>①事業の目的及び運営の方針</p> <p>②従業者の職種、員数及び職務内容</p> <p>③利用定員</p> <p>④内容及び利用料その他の費用の額</p> <p>⑤入居に当たっての留意事項</p> <p>⑥非常災害対策</p> <p>⑦虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>【令和6年4月1日より義務化】</p> <p>⑧その他運営に関する重要事項</p>
勤務体制の確保等	<p>(1) 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ておかななければならない。</p> <p>(2) 前項の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。</p> <p>(3) 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、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他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</p> <p>【令和6年4月1日より義務化】</p>

	<p>(4) 適切なサービス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事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。【令和4年4月1日より義務化】</p>
業務継続計画の策定等	<p>(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（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。</p> <p>(2) 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実施しなければならない。</p> <p>(3) 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。</p> <p>【令和6年4月1日より義務化】</p>
非常災害対策	<p>(1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、<u>定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。</u></p> <p>(2) 前項に規定する訓練の実施に当たって、<u>地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「非常災害に関する具体的計画」とは、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。その場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、防火管理者に行わせるものとする。 ● 火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業者へ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、火災等の際に消火、避難等に協力してもらえような体制作りが必要である。また、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。
衛生管理等	<p>(1) 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。</p> <p>(2) 当該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、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。</p> <p>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（テレビ電話装置等を活用しておこなうことができ</p>

	<p>るものとする。)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、介護従事者に周知徹底を図ること。</p> <p>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こと。</p> <p>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（それぞれ年2回以上。）に実施すること。</p> <p>【令和6年4月1日より義務化】</p>
<p>協力医療機関等</p>	<p>(1) 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ておかななければならない。</p> <p>(2) 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努めなければならない。</p> <p>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。</p> <p>② 事業者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。</p> <p>(3) 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市長に届け出なければならない。</p> <p>(4) 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関である病院又は診療所との間で、新興感染症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。</p> <p>(5) 協力医療機関が、第二種協定指定医療機関である場合、当該医療機関との間で、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。</p> <p>(6) 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、再び事業所に速やかに入居させることができるよう努めなければならない。</p> <p>(7) 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。</p> <p>(8) 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、介護医療院、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。</p> <p>【(2)～(6)は令和6年4月1日からの新設項目】</p>
<p>掲示</p>	<p>(1) 施設内の見やすい場所に、運営規程の概要、勤務の体制、その他の利用申込者のサービス選択に資する重要事項を掲示しなければならない。</p>

	<p>らない。</p> <p>(2) 重要事項を記載した書面を該当事業所に備え付け、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、掲示に代えることができる。</p> <p>(3) 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。</p> <p>【(3)は令和7年4月1日より適用】</p>
苦情処理	<p>(1) 利用者・その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付窓口を設置する等の<u>必要な措置</u>を講じなければならない。</p> <p>☛<u>必要な措置</u>とは、次の措置等である。</p> <p>①相談窓口の設置 ②苦情処理の体制及び手順を定める ③苦情に対する速やかな対応 ④利用者又は家族に対する説明 ⑤重要事項説明書への記載及び事業所への掲示</p> <p>(2) 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。</p> <p>☛苦情の受付日・その内容等を記録すること。</p> <p>☛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り組みを行うこと。</p> <p>☛苦情の内容等の記録は、<u>5年間保存</u>すること。</p>
事故発生時の対応	<p>(1) 指定認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、<u>市町村、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</u>を行うとともに<u>必要な措置</u>を講じなければならない。</p> <p>☛事故が発生した場合の対応方法を事業所があらかじめ定めておくことが望ましい。</p> <p>(2) 前項の事故の状況・事故に際して採った処置について記録し、<u>5年間保存</u>すること。</p> <p>☛<u>事故の発生原因を解明し、再発生防止策を講じること。</u></p> <p>(3) 指定認知症対応型共同生活介護の提供により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。</p> <p>☛速やかに賠償するため、損害賠償保険に加入するか、賠償資力を有することが望ましい。</p>
虐待の防止	<p>指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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。</p> <p>①事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、<u>介護従業者</u>に周知徹底を図</p>

	<p>ること。</p> <p>②事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>③事業所において、<u>介護従事者</u>に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年2回以上）に実施すること。</p> <p>④①～③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。</p> <p>【令和6年4月1日より義務化】</p>
<p>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</p>	<p>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、入所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（テレビ電話装置を活用して行うことができる）を定期的開催しなければならない。</p> <p>【当該委員会の設置は令和9年3月31日まで努力義務】</p>
<p>記録の整備</p>	<p>(1) 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。</p> <p>(2) 利用者に対するサービス提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から<u>2年間（③、⑤、⑥については、5年間。）</u>保存しなければならない。</p> <p>①認知症対応型共同生活介護計画</p> <p>②提供した具体的なサービスの内容等の記録</p> <p>③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</p> <p>④市町村への通知に係る記録</p> <p>⑤苦情の内容等の記録</p> <p>⑥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</p> <p>⑦運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録</p>

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、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

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「身の回り品として日常的に必要なもの」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関するQ & A】(平成12年3月31日)

問1 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、利用者に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。

問2 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。

問3 個人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。

問4 個人用の日常生活品については、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。

問5 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。

問6 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。

問7 個人の希望に応じた事業者等が代わって購入する新聞、雑誌等の代金は、教養娯楽に係る「その他の日常生活費」に該当するか。

(答) 全く個別の希望に応える場合は、事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」には該当せず、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。

地域密着型サービスに係る自己評価及び外部評価実施について

○自己評価及び外部評価について

自己評価：サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、指定基準を上回るものとして設定されるもの

外部評価：第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとするもの

○自己評価及び外部評価の実施回数

原則、少なくとも年に1回は自己評価及び外部評価を行うこと。

○外部評価の隔年実施について

以下の要件を全て満たす場合には、外部評価の実施回数を2年に1回とすることができる。

隔年実施の要件

- ① 過去に5年間継続して外部評価を実施している。
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す。
- ② 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。
- ③ 運営推進会議を、過去1年間におおむね6回以上開催している。
- ④ 上記、運営推進会議に、事業所が存在する保険者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。
- ⑤ 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：事業所と地域のつきあい 項目3：運営推進会議を活かした取組み
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 〕

参照

「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）
（介護保険最新情報 Vol.934）

IV 介護報酬について

(1) 減算について

利用者の数又は従業者の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

○定員超過利用時の減算

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。

- ・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
※翌月の末日で人員基準を満たす場合は、減算しない。
- ・対象者 利用者等全員
- ・減算方法 所定単位数×70%で算定

※著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導することになるが、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。

○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
- ・対象月 利用者等全員
- ・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。

※次の場合も同様に取り扱う

- ・ 計画作成担当者が必要な研修を修了していない。
- ・ 計画作成担当者に、介護支援専門員を配置していない。

○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～翌日の午前5時を含む連続する16時間で、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（共同生活住居ごとに1以上）に定める員数に満たない事態が2日以上連続した場合

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日以上あった場合

- ・ 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、指定の取消を検討するものとなる。

○身体拘束廃止未実施減算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1日につき10%を減算

厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10に相当する単位数を1日につき所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

指定地域密着型サービス基準第97条第6項及び第7項、指定地域密着型介護予防サービス基準第77条第2項及び第3項に規定する基準に適合していない（P7参照）。

○高齢者虐待防止措置未実施減算（介護予防、短期利用を含む。）

1日につき1%を減算

厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を1日につき所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

指定地域密着型サービス基準第108条において準用する同基準第3条の38の2、指定地域密着型介護予防サービス基準第85において準用する同基準第37条の2に規定する基準に適合していない（P12・13参照）。

○業務継続計画未策定減算（介護予防、短期利用を含む。）

1日につき3%を減算

厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の3に相当する単位数を1日につき所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

指定地域密着型サービス基準第108条において準用する同基準第3条の30の2第1項、指定地域密着型介護予防サービス基準第85条において準用する同基準第28条の2第1項に規定する基準に適合していない（P10参照）。

(2) 加算について

○夜間支援体制加算（介護予防、短期利用を含む。）

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する（算定前に届出が必要。）。

(1) 夜間支援体制加算（Ⅰ） 50単位／日

(2) 夜間支援体制加算（Ⅱ） 25単位／日

【厚生労働大臣が定める施設基準】

イ 夜間支援体制加算（Ⅰ）

- (1) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- (2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）に該当するものであること。
- (3) 次のいずれかに該当すること。

①夜勤を行う介護従業者の数が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（平成十二年厚生省告示第二十九号）第三号本文に規定する数に1（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること。

a夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置していること。

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指定地域密着型サービス基準第九十条第一項の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。

ロ 夜間支援体制加算（Ⅱ）

- (1) イ(1)及び(3)に該当するものであること。
- (2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）又は短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）に該当するものであること。

【留意事項】

当該加算は、指定認知症対応型共同生活介護事業所の1の共同生活住居につき、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従事者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に算定するものとする。

ただし、全ての開所日において、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ものとする。

○認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期利用型のみ。介護予防を含む。）

1日につき 200単位を加算

医師が認知症（介護保険法第5条第2項に規定する認知症をいう。以下同じ。）の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定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単位を所定単位数に加算する。

【留意事項】

- (1) 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- (2) 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。この際、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にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、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計らう必要がある。
- (3) 次に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。
 - ・病院又は診療所に入院中の者
 - ・介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入院中又は入所中の者

- ・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、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
- (4) 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。また、事業所も判断を行った医師名、日付及び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。
- (5) 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。

○若年性認知症利用者受入加算（介護予防、短期利用を含む。）

1日につき 120単位を加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、若年性認知症利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算する。ただし、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない（算定前に届出が必要。）。

【厚生労働大臣が定める基準】

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

【留意事項】

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

Q & A（平成21年3月23日）

問 一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

（答）65歳の誕生日の前々日までは対象である。

Q & A（平成21年3月23日）

問 担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

（答）若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

○利用者の入院期間中の体制（介護予防、短期利用を含む。）

1日につき 246単位を算定

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定する。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない（算定前に届出が必要。）。

【厚生労働大臣が定める基準】

利用者について、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。

【留意事項】

- (1) 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（※1）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（※2）するとともに、やむを得ない事情がある場合（※3）を除き、退院後再び当該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、あらかじめ、利用者に対して説明を行うこと。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。

※1 「退院することが明らかに見込まれるとき」

該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断すること。

※2 「必要に応じて適切な便宜を提供」

利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。

※3 「やむを得ない事情がある場合」

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。

【算定日数の数え方について】

- ・入院の期間には初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。
- ・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。
- ・入院時の費用の算定にあたって、1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能。

○看取り介護加算（介護予防及び短期利用型はなし。）

(1) 死亡日以前31日以上45日以下	72単位／日
(2) 死亡日以前4日以上30日以下	144単位／日
(3) 死亡日の前日及び前々日	680単位／日
(4) 死亡日	1,280単位／日

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者（※）については、看取り介護加算として加算する。ただし、退居した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（算定前に届出が必要。）。

【厚生労働大臣が定める施設基準】

- (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（事業所の職員又は当該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若しくは診療所若しくは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っていること。
- (3) 看取りに関する職員研修を行っていること。

※「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」

- 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であること。
- ②医師、看護職員（事業所の職員又は当該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若しくは診療所若しくは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、同意した上で介護を受けている者を含む。）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等（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。
- (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必要がある。
- (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。

【看取り介護を実施する体制】

- ・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）。
- ・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、その人らしい最期が迎えられよう支援を行う（Do）。
- ・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）。
- ・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。

【看取りに関する指針】

- ・当該事業所の看取りに関する考え方
- ・終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方
- ・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
- ・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。）
- ・利用者等への情報提供及び意思確認の方法
- ・利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ・家族等への心理的支援に関する考え方
- ・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、「医療連携体制加算算定要件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。

【介護記録等へ記録する事項】

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要である。なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

- (9) 看取り介護加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等利用者等告示第40号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45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) 入院若しくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

- (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。

○初期加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1日につき30単位を加算

入居した日から起算して30日以内の期間について加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護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、当該利用者が過去3月間（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。）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

利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。

- (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。

○協力医療機関連携加算（介護予防及び短期利用型はなし。）

協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用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は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

- (1) 相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合
1月につき100単位を加算
- (2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合 1月につき40単位を加算

【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等における対応の確認等を行う会議を定期的に行う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) 「会議を定期的に行う」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。

【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】

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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 当該指定認知症対応型共同生活介護事業者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。

【指定地域密着型サービス基準第105条第3項】

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、一年に一回以上、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、当該指定認知症対応型共同生活介護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。

Q&A（令和6年3月15日）

問 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。

Q&A（令和6年3月19日）

問 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。

Q & A (令和6年3月29日)

問 協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設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」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

(答) 例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

Q & A (令和6年6月7日)

問 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を開催している場合」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。

○医療連携体制加算（介護予防はなし。短期利用型を含む。）

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、医療連携体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ又は（Ⅰ）ハのいずれかの加算と医療連携体制加算（Ⅱ）の併算定はできるが、医療連携体制加算（Ⅰ）の別区分同士の併算定はできない（算定前に届出が必要。）。

(1) 医療連携体制加算（Ⅰ）イ 57 単位

(2) 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ 47 単位

(3) 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 37 単位

(4) 医療連携体制加算（Ⅱ） 5単位

【厚生労働大臣が定める施設基準】

イ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護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) 当該指定認知症対応型共同生活介護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。

ロ 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)の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)に該当すること。

ハ 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。

※准看護師では算定できない。

※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。

- (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)に該当すること。

二 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。

①喀痰吸引を実施している状態

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こと。

②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

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。

- ③中心静脈注射を実施している状態
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。
- ④人工腎臓を実施している状態
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。
- ⑤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
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。
- ⑥人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
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。
- ⑦経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
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。
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
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措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。深いくぼみとして表れ、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。
- ⑨気管切開が行われている状態
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。
- ⑩留置カテーテルを使用している状態
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。
- ⑪インスリン注射を実施している状態
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。

【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指定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う等、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）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅰ）ハ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、次に掲げるもの等を想定しており、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。
 - ・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
- (3) 「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、以下の事項等が考えられる。
 - ・急性期における医師や医療機関との連携体制
 - ・入院期間中における指定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
 - ・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
- (4) 医療連携加算算定時には、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（平成18年5月2日）

問 看護師の配置については、職員に看護資格をもつものがいればいいのか。看護職員として専従であることが必要か。

(答) 職員（管理者、計画作成担当者又は介護従業者）として看護師を配置している場合については、医療連携体制加算を算定できる。訪問看護ステーション等、他の事業所との契約により看護師を確保する場合については、認知症高齢者グループホームにおいては、看護師としての職務に専従することが必要である。

Q & A（平成18年5月2日）

問 看護師としての基準勤務時間数は設定されているのか（24時間オンコールとされているが、必要とされる場合に勤務するといった対応でよいか。）。

(答) 看護師としての基準勤務時間数は設定していないが、医療連携体制加算の請求において必要とされる具体的なサービスとしては、

- ・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、当該事業所の利用者の状況等を勘案して必要な時間数の勤務が確保できていることが必要である（事業所における勤務実態がなく、単に「オンコール体制」としているだけでは、医療連携体制加算の算定は認められない。）。

○退居時情報提供加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1人につき250単位を算定（※1回を上限とする。）

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（厚生労働省様式）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（令和6年3月19日）

問 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。

Q & A（令和6年3月29日）

問 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。

○退居時相談援助加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1人につき400単位を算定（※1回を上限とする。）

利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において介護サービスを受ける場合において、退居時に当該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、福祉サービスの利用について相談援助を行い、かつ、当該利用者の同

意を得て、退居の日から2週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る介護サービス等に必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1回を限度として算定する。

【留意事項】

- (1) 退居時相談援助の内容は次のようなものであること。
 - ①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
 - ②退居する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
 - ③家屋の改善に関する相談援助
 - ④退居する者の介助方法に関する相談援助
- (2) 退居時相談援助加算は、次の場合には、算定できないものであること。
 - ①退居して病院又は診療所へ入院する場合
 - ②退居して他の介護保険施設への入院若しくは入所又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護の利用を開始する場合
 - ③死亡退居の場合
- (3) 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、退居者及び家族等のいずれにも相談援助を行うこと。
- (4) 相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

Q & A (平成21年3月23日)

問 退居時相談支援加算は、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を退居後の居宅サービスの利用等について相談を行った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相談援助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。

○認知症専門ケア加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者（※）に対し専門的な認知症ケアを行った場合には、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、認知症専門ケア加算の別区分同士の併算定はできない（算定前に届出が必要。）。

(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日

(2) 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日

【厚生労働大臣が定める基準】

イ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- (1) 事業所における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、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては1に当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- (3) 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）

- (1) 上記イ(1)～(3)の基準のいずれにも適合すること。
- (2) 「認知症介護指導者研修」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。
- (3) 当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

※「厚生労働大臣が定める者」

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者

Q & A（平成21年3月23日）

問 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施設長でもかまわないか。

（答）認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所又は施設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。

Q & A（平成21年3月23日）

問 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合の算定方法如何。

（答）届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者又は利用者数の平均で算定する。

○認知症チームケア推進加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者（※）に対し認知症の行動・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。）に資するチームケ

ア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない（算定前に届出が必要。）。

(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

【厚生労働大臣が定める基準】

イ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

- (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（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が二分の一以上であること。
- (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」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を一名以上配置し、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、その評価に基づき値を測定し、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）

- (1) イ(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。
- (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一名以上配置し、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。

※「厚生労働大臣が定める者」

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（日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等）

Q & A (令和6年3月19日)

問 「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ー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。

Q & A (令和6年3月19日)

問 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。

Q & A (令和6年5月17日)

問 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。

○生活機能向上連携加算（介護予防及び短期利用を含む。）

(1) 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位

計画作成担当者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。

(2) 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位／月（※3月の間）

利用者に対して、理学療法士等（※）が指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該理学療法士等と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合であって、当該理学療法士等と連携し、当該介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）を算定している場合には算定しない。

※「理学療法士等」

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（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をいう。病院にあつては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師

【留意事項】

イ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について

- (1) 「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。
- (2) (1) の介護計画の作成に当たっては、理学療法士等が指定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。

(3) (1) の介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

①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

②生活機能アセスメントの結果に基づき、上記①の内容について定めた3月を目標とする達成目標

③上記②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

④上記②及び③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

(4) (3) ②及び③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、利用者自身はその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作(立位又は座位の保持等)の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

(5) 本加算は、(2) の評価に基づき、(1) の介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度(2) の評価に基づき介護計画を見直す必要があること。

(6) 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び(3) ②の達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

ロ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)について

イ((2)、(5)及び(6)を除く。)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、助言に基づきイ(1)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。

①イ(1)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、実施している医療提供施設の場において把握し、又は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が事前に方法等を調整するものとする。

- ②当該事業所の計画作成担当者は、①の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、イ(1)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、この際①の助言の内容を記載すること。
- ③本加算は、イ(1)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、①の助言に基づき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、利用者の急性憎悪等により見直した場合を除き、提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。
- ④3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①の助言に基づき計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

Q & A (平成30年3月23日)

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

(答) 貴見のとおりである。なお、委託料についてはそれぞれの合議により適切に設定する必要がある。

○栄養管理体制加算（介護予防を含む、短期利用型はなし。）

1月につき30単位を加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）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。

【厚生労働大臣が定める基準】

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) 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。）又は公益財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」をいう。)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当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。

- ①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
- ②当該事業所における目標
- ③具体的方策
- ④留意事項
- ⑤その他必要と思われる事項

○口腔衛生管理体制加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1月につき30単位を加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、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。

【厚生労働大臣が定める基準】

- (1) 事業所において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指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- (2) 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当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。

また、「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」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。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、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

ためのガイドンス」、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。

(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。

【利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画】

- ・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
- ・当該事業所における目標 ・具体的方策
- ・留意事項
- ・当該事業所と歯科医療機関との連携の状況
- ・歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成に当たっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）
- ・その他必要と思われる事項

(3) 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・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当たっては、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（平成30年 3月23日）

問 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。

Q & A（平成30年 3月23日）

問 口腔衛生管理体制加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと」とあるが、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当すると考えてよいか。

(答) 貴見のとおりである。

○口腔・栄養スクリーニング加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1回につき20単位を加算（※6月に1回を限度とする。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当

該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準】

- (1) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (2) 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- (3) 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は、それぞれ次に掲げる利用者等に対して行い、スクリーニングを行うに当たり確認した情報を、介護支援専門員に提供すること。ただし、①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。
 - ①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
 - ②栄養スクリーニング
 - (a) BMIが18.5未満である者
 - (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 3.5 g / d l 以下である者

(d) 食事摂取量が不良（75%以下）である者

※様式については、厚生労働省ホームページ「別紙（居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について）」の「栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）別紙1」を参考にすること。

※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、厚生労働省ホームページ「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すること。

Q & A（平成30年3月23日）

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

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

Q & A（平成30年8月6日）

問 栄養スクリーニング加算は当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しないこととされているが、当該事業所以外で算定してから6か月を空ければ当該事業所で算定できるか。

(答) 6か月を空ければ算定は可能だが、算定事業者の決定については、「平成30年度介護報酬改定に関するQ & A（V o 1. 1）」（平成30年3月23日）の通所系・居住系サービスにおける栄養スクリーニング加算に係る問30を参照されたい。

○科学的介護推進体制加算（介護予防を含む。短期利用型はなし。）

1月につき40単位を加算

次に掲げるいずれの基準にも適合している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が、利用者に対し指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する（算定前に届出が必要。）。

(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こと。

- (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こと。

【留意事項】

- (1) 科学的介護推進体制加算は、原則として、利用者全員を対象として利用者ごとに要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。
- (2) 情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。 L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- (3) 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（P D C Aサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
- ①利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。
- ②サービス提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。
- ③L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。
- ④検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。
- (4) 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

○高齢者施設等感染対策向上加算（介護予防及び短期利用を含む。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。（算定前に届出が必要。）。

(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

【厚生労働大臣が定める基準】

イ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

- (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百五条第一項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）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一年に一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）

- (1) 感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、三年に一回以上、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】

イ 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（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）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。
- (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こ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。

ロ 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（令和6年3月15日）

問 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でもよいか。

(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っては、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。

Q & A（令和 6 年 3 月 15 日）

問 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。

○新興感染症等施設療養費（介護予防及び短期利用を含む。）

1 日につき 240 単位を算定（※ 1 月に 1 回、連続する 5 日を限度とする。）

指定認知症対応型共同生活介護事業所が、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。

○生産性向上推進体制加算（介護予防及び短期利用を含む。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。（算定前に届出が必要。）。

- | | |
|--------------------|---------|
| (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 |

【厚生労働大臣が定める基準】

イ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

- (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
- ①業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
 - ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - ③介護機器の定期的な点検
 - ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- (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）

- (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。

※生産性向上推進体制加算の内容については、厚生労働省ホームページ「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」を参照すること。

○サービス提供体制強化加算（介護予防及び短期利用を含む。）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対し、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、サービス提供体制強化加算の別区分同士の併算はできない（算定前に届出が必要。）。

(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位／日
(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18単位／日
(3) サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位／日

【厚生労働大臣が定める基準】

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

次の(1)及び(2)のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - ①指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。
 - ②指定認知症対応型共同生活介護事業所の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) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

次の(1)及び(2)のいずれにも適合すること。

- (1) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ハ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

次の(1)及び(2)のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - ①指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

- ②指定認知症対応型共同生活介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。
 - ③指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上であること。
- (2) 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) 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。
※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
- (2) 前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。この場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちにその旨の届出を提出しなければならない。
- (3) 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成31年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成31年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
- (4) 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
- (5) 同一の事業所において介護予防認知症対応型共同生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。
- (6) なお、この場合の認知症対応型共同生活介護の職員に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。
- (8) 認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員とは、介護従業者として勤務を行う職員を指すものとする。

Q & A (平成21年 3月23日)

問 産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

(答) 産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

Q & A (平成21年 3月23日)

問 同一法人内であれば、異なるサービスの事業所(施設)における勤続年数や異なる業種(直接処遇職種)における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

(答) 同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種(直接処遇を行う職種に限る。)における勤続年数については通算することができる。また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算はできない。

○介護職員等処遇改善加算(介護予防及び短期利用を含む。)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない(算定前に届出が必要。)

(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 介護報酬総単位数の1,000分の186に相当する
単位数

(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 介護報酬総単位数の1,000分の178に相当する
単位数

(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) 介護報酬総単位数の1,000分の155に相当する
単位数

(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) 介護報酬総単位数の1,000分の125に相当する
単位数

令和7年3月31日までの間、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして長野市に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所((1)から(4)までの加算を算定しているものを除く。)が、利用者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算

定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (5) 介護職員等処遇改善加算 (V) (1) 介護報酬総単位数の1,000分の163に相当する単位数
- (6) 介護職員等処遇改善加算 (V) (2) 介護報酬総単位数の1,000分の156に相当する単位数
- (7) 介護職員等処遇改善加算 (V) (3) 介護報酬総単位数の1,000分の155に相当する単位数
- (8) 介護職員等処遇改善加算 (V) (4) 介護報酬総単位数の1,000分の148に相当する単位数
- (9) 介護職員等処遇改善加算 (V) (5) 介護報酬総単位数の1,000分の133に相当する単位数
- (10) 介護職員等処遇改善加算 (V) (6) 介護報酬総単位数の1,000分の125に相当する単位数
- (11) 介護職員等処遇改善加算 (V) (7) 介護報酬総単位数の1,000分の120に相当する単位数
- (12) 介護職員等処遇改善加算 (V) (8) 介護報酬総単位数の1,000分の132に相当する単位数
- (12) 介護職員等処遇改善加算 (V) (9) 介護報酬総単位数の1,000分の112に相当する単位数
- (13) 介護職員等処遇改善加算 (V) (10) 介護報酬総単位数の1,000分の97に相当する単位数
- (14) 介護職員等処遇改善加算 (V) (11) 介護報酬総単位数の1,000分の102に相当する単位数
- (15) 介護職員等処遇改善加算 (V) (12) 介護報酬総単位数の1,000分の89に相当する単位数
- (16) 介護職員等処遇改善加算 (V) (13) 介護報酬総単位数の1,000分の89に相当する単位数
- (17) 介護職員等処遇改善加算 (V) (14) 介護報酬総単位数の1,000分の66に相当する単位数

※介護報酬総単位数…基本サービス費+各種加算減算（介護職員等処遇改善加算を除く。）