

1. 事業の基本方針【第 89 条】

指定地域密着型サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護（以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。）の事業は、要介護者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ものでなければならない。

2. 人員に関する基準

（1）代表者【第 92 条】

指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者は、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、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、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していること。

（2）管理者【第 91 条】

①共同生活住居（ユニット）ごとに、専らその職務に従事する常勤の者であること。
ただし、以下の場合であって、共同生活住居の管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。

イ 事業所の介護従業者としての職務に従事する場合

ロ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該認知症対応型共同生活介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される訪問系サービスの事業所のサービス提供を行う従業者と兼務する場合（訪問系サービス事業所における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに事業所に駆け付けることができない体制となっている場合などは、一般的には管理業務に支障があると考えられる。）

②共同生活住居の管理者は、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供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、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活

介護事業所、指定複合型サービス事業所等の職員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、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了していること。

(3) 計画作成担当者【第90条】

①指定認知症対応型共同生活介護事業所に、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て1人以上配置すること。

ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該共同生活住居における他の職務に従事することができる。

②計画作成担当者は「実践者研修」又は「基礎課程」を修了しているものであること。

③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のうち1以上の者は、介護支援専門員でなければならない。

ただし、併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定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を図ることにより当該指定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は、介護支援専門員を置かないことができる。

④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こと。

⑤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。

(4) 介護従業者【第90条】

①介護従業者の員数は、共同生活住居ごとに、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以上とする。

また、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を行わせるために必要な数以上とする。

ただし、3つの共同生活住居を有する事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能となる構造である場合には、当該事業所によって夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、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。この場合には、利用者のケアの質や職員の負担にも配慮すること。

※例えば、利用者を8人とし、常勤の勤務時間を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、常に介護従業者が1人以上確保されていることが必要になる。また、午後9時から午前6時までは、夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者が1人以上確保されていることが必要となる。

②介護従業者のうち1以上の者は、常勤であること。

《運営指導時における主な指摘事項》

・介護従業者の員数について、日毎において満たしていない日が見受けられる。

(サテライト型事業所の場合)

(1) 代表者【第92条】

上記と同様

(2) 管理者【第91条】

共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型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。

その場合、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、次の①～⑤の要件をいずれも満たす必要がある。

- ①利用申し込みに係る調整、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こと。
- ②職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。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者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）にあること。
- ③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こと。
- ④事業の目的や運営方針等について同一の運営規定が定められていること。
- ⑤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こと。

(3) 計画作成担当者【第90条】

サテライト事業所においては、介護専門支援員である、計画作成担当者を配置せず、実践者研修又は基礎課程を修了した者（以下 研修等修了者）を計画作成担当者として配置することができる。

(4) 介護従業者【第90条】

上記と同じ

3. 設備に関する基準

(1) 食堂…1の居室の定員は1人、床面積は9.90平方メートル以上であるか。

(基準は7.43平方メートル以上であるが、福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する規則により、9.90平方メートル以上としなければならないと定められている。)

(2) 居間及び食堂

(3) 台所

(4) 浴室

(5) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

(6) その他、利用者が日常生活を営む上で必要な設備

…例：一般的な介護サービスを提供するうえで必要な備品等（車いす、ベッド等）

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・設備等の変更があるにも関わらず、変更届出書が提出されていない。
- ・一般的な介護サービスを提供するうえで事業所が備え付けるべき備品に対して、使用料を請求している。
- ・洗剤や薬剤等について、利用者の手の届く場所に置かれている。
- ・消火器の使用期限が過ぎている。
- ・掲示物に押しピン等を使用している。

※一つの事業所に設けることができる共同生活住居は3つ（サテライト事業所にあっては2つ）までとする。

4. 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意【第3条の7】

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、サービスの選択に資すると認められる重要事項（運営規程の概要、従業員の勤務体制、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）を記した文書を交付して説明を行い、サービス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、同意については、利用者及び事業者双方の立場から書面によって確認することが望ましい。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・利用料その他の費用の額について、利用者の負担割合表記が1割負担のみで2割負担及び3割負担分の表記がない。
- ・重要事項説明書が最新のものになっていない。
- ・契約日や重要事項説明日の記録がサービス利用開始後になっている。
- ・契約書及び重要事項説明書に記載されている苦情の際の連絡先について、利用者が居住する市町村等が入っていない。

(2) 提供拒否の禁止【第3条の8】

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。

(3) 入退去【第94条】

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である者であることの確認をしなければならない。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・看護サマリー等、医師が記載したものではない資料により認知症の確認を行っている。
- ・サービス利用開始後に認知症の確認を行っている。

(4) サービスの提供の記録【第95条】

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（サービ

スの提供日、提供したサービスの具体的な内容、利用者の状況その他必要な事項)を記録しなければならない。

(5) 利用料等の受領【第96条】

- ①事業者は、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、利用者から利用料の一部として、地域密着型サービス費用基準額から事業者を支払われる地域密着型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地域密着型サービス費用基準額との間に、不合理な差額があってはならない。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・入所一時金等の名目で礼金を受領している。

(6) 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針【第97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も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。
- 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、指定認知症対応型共同生活介護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、指定認知症対応型共同生活介護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、身体的拘束等を行ってはならない。
- ⑥事業者は、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。また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。
- ⑦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。
 - I. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（以下「身体的拘束等適正化検討委員会」を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

また、身体的拘束等適正化検討委員会は、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。
 - II. 下記イ～トまでの項目を盛り込んだ身体的拘束等の適正化のための指針を整備

すること。

- 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必要な基本方針

Ⅲ. 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年2回以上実施すること。

⑧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を行うとともに、定期的に次に掲げるいずれかの評価を受けて、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。

I. 外部の者による評価

II. 運営推進会議における評価

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・身体拘束等を行った際の記録を残していない。
- ・身体拘束を行う際に解除の期限を定めていない。
- ・身体拘束を行う際の同意書を取り交わしていない。
- ・身体的拘束等の適正化のための研修を年2回以上実施していない。

(7) 認知症対応型共同生活介護計画の作成【第98条】

①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し、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参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。(ここでいう通所介護等の活用については、介護保険給付の対象となる通所介護ではなく、事業所間における契約により、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のこと。)

②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。

③認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

また、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。

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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・認知症対応型共同生活介護計画の説明及び同意を行っていない。
- ・認知症対応型共同生活介護計画の説明及び同意が計画期間開始後になっている。
- ・計画期間が終了した利用者に対する新たな認知症対応型共同生活介護計画において、利用者に対する説明及び同意を書面で得ていない。

(8) 介護等【第 99 条】

事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、共同生活住居における介護従事者以外の者による介護を受けさせてはならない。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・介護職員を委託契約している。

(9) 緊急時等の対応【第 80 条】

介護従業者は、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、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治の医師又はあらかじめ事業所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ること。

(10) 管理者の責務【第 28 条】

管理者は、事業所の従業者の管理及びサービスの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に運営基準の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこと。

(11) 運営規程【第 102 条】

事業者は、共同生活ごとに、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定めておかなければならない。

- I. 事業の目的及び運営の方針
- II. 従業者の職種、員数及び職務内容
- III. 利用定員
- IV. 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
- V. 入居に当たっての留意事項
- VI. 非常災害対策
- VII. 虐待の防止のための措置に関する事項
- VIII. その他運営に関する重要事項

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・虐待の防止のための措置に関する事項が記載されていない。

(12) 勤務体制の確保等【第 103 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ておかなければならない。
- ②事業者は、利用者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めるとともに、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すること。

- 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、全ての従業者に対し、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ること。

ただし、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、きゅう師等については、当該義務付けの対象外とする。

また、新卒採用、中途採用を問わず、留意するものとする。また、新卒採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設けることとし、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする。

- ④事業主は、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じること。

事業主が構すべき措置の具体的内容については、次のとおりとする。

I. 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

II. 相談（「苦情を含む。」）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・ハラスメントに関する指針の作成及び周知を行っていない。
- ・相談窓口担当者、対応方法やプライバシー保護に関する項目を定めていない。

(13) 業務継続計画の策定等【第3条の30の2】

- 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。

○業務継続計画には以下の項目等を記載すること。

I. 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り組みの実施、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）

II. 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

②事業者は、従業員に対し、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（シミュレーション）を定期的実施しなければならない。

I. 研修

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。

II. 訓練（シミュレーション）

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。

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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・ 感染症に係る業務継続計画が作成されていない。
- ・ 業務継続計画に係る研修及び訓練の記録が作成されていない。

(14) 定員の遵守【第104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、この限りではない。

(15) 非常災害対策【第82条の2】

①事業者は、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員に周知するとともに、年2回以上避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている事業所においても、防火管理についての責任者を定め、

その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとする。

- ②事業者は、前項に規定する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。

(16) 衛生管理等【第 33 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の各号に掲げる必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

I. 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行うことができるものとする。)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、従業者に周知徹底を図ること。

この委員会については、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。また、上記のように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こと。

II. 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。

a. 平常時の対策

事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染症対策（手洗い、標準的な予防策）等

b. 発生時の対応

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。

III. 従業者に対する感染症の予防及びまん延の防止の研修及び訓練

a. 研修

研修の内容については、感染対策の基礎的内容の適切な知識を普及・啓発するとともに、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。

また、職員教育を組織的に浸透させていくためには、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。さらに、研修の実施内容についても記録することが必要である。

b. 訓練（シミュレーション）

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（シミュレーション）の内容については、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、感染症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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・感染症まん延防止のための対策について、職員研修、訓練が年1回しか実施されていない、または年2回以上実施されていない。
- ・感染症の予防及びまん延の防止のための指針において、他事業所が作成されたもので運用している。

(17) 虐待の防止【第3条の38の2】

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。

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の開催

当該委員会は、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し、定期的に開催すること。

なお、当該委員会はテレビ電話装置等を活用して行うこともできる。

具体的には、次のような事項について検討することとする。

その際、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、従業員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 虐待防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待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、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業員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
- ヘ 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

※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、一概に従業員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。

②事業所における虐待防止のための指針の整備

「虐待防止のための指針」については、以下のような項目を盛り込むものとする。

- イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 虐待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介護従事者に対する虐待の防止のための研修の実施

この研修の内容については、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ものとする。職員教育を徹底させていくためには、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。

④事業所における虐待を防止する体制として、上記の①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。

《運営指導時における主な指摘事項》

・虐待の防止のための対策を検討する委員会を実施したか確認できない。

(18) 協力医療機関等【第105条】

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。

- ①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。
 - a. 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。
 - b. 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。

②1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、当広域連合に届出なければならない。

③事業者は、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取り決めるように努めなければならない。

④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。

⑤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。

⑥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。

⑦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、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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・協力医療機関の名称等を届け出していない。
- ・協力医療機関と1年に1回、利用者以上の病状が急変した場合等の対応を確認していない。

(19) 掲示【第3条の32】

事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務体制、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等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を掲示すること。

なお、掲示に代えて、重要事項を記載したファイル等を事業所に備え付け、いつでも関係者が自由に閲覧できるようにすることでもよい。

また、事業者は原則として、重要事項をウェブサイト（ホームページ等）に掲載しなければならない。

※ウェブサイトへの掲載は令和7年4月1日から義務化。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・必要な掲示、閲覧の体制を整えていない。
- ・事務所内に掲示されており、誰でも閲覧可能な場所に掲示されていない。
- ・ウェブサイト上での掲示が行われていない。

(20) 秘密保持等【第3条の33】

①事業所の従業員は、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、当該事業所の従業員であった者が、正当な理由なく、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に、必要な措置をとらなければならない。

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ておかななければならない。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・利用者家族の同意を得ていない。
- ・利用者の個人情報に係る書類を鍵付きのキャビネット等で保管していない。

(21) 苦情処理【第3条の36】

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。

- ②事業者は、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。
- ③事業者は、提供したサービスに関し、法第 23 条の規定により市町村等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等の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村等が行う調査に協力するとともに、市町村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。
- ④事業者は、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等に報告しなければならない。
- ⑤事業者は、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法第 176 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同号の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事業者は、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。

(22) 地域との連携等【第 34 条】

- ①運営推進会議を 2 月に 1 回以上開催し、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、助言等を聴く機会を設けなければならない。(運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所所在地の市町村職員、事業所所在地の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ついて知見を有する者。)
※運営推進会議について、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。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得なければならない。
- 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を図らなければならない。
- 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等が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

<自己評価・外部評価について>

事業所は、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、各事業所が自ら提供するサービスの評価・点検（自己評価）を行うとともに、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）を行うこととし、実施にあたっては以下の点に留意すること。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。

- ※1 外部評価は、運営推進会議において、事業所が行った自己評価結果に基づき、当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに、利用者のほか、市町村職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことにより、新たな課題や改善点を明らかにすることが必要である。
- ※2 自己評価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、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。

○運営推進会議における評価について

- ・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評価は、自己評価で取りまとめた当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について、運営推進会議で報告した上で、利用者、市町村職員、地域住民等が第三者からの意見を得ること。
- ・運営推進会議における評価を行う場合には、市町村職員又は地域包括支援センター職員、サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者（事業者団体関係者、学識経験者、外部評価調査研修修了者等）の立場にある者の参加が**必須**。
やむを得ない事情によりこれらの者の出席が困難な場合であっても、事前に資料を送付し得た意見を運営推進会議に報告する等により、一定の関与を確保すること。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・運営推進会議を年間6回（2月に1回）以上開催していない。
- ・運営推進会議のメンバーに市町村職員又は包括支援センター職員を参加させていない。
- ・自己評価及び外部評価を行っていない。
- ・運営推進会議の記録を掲示していない。
- ・自己評価及び外部評価結果について、誰でも確認しやすい場所に掲示されていない。

Q1. 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。

A1. 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回以上をサービスを評価する回としてよいという意味であること。

（介護保険最新情報 vol. 953 問 26）

Q2. 「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としているが、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。

A2. 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。
(介護保険最新情報 Vol. 953 問 27)

(23) 事故発生時の対応【第 3 条の 38】

- 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、市町村等、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。(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、あらかじめ事業者が定めておくことが望ましい。)
- 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。

《実地指導時における主な指摘事項》

- ・事故発生時の報告を広域連合に行っていない。
- ・事故報告やヒヤリハットの職員間共有ができていない。
- ・ヒヤリハットが整備されていない。

(24) 会計の区分【第 3 条の 39】

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。

(25) 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

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。)を定期的に開催しなければならない。

※1 本委員会は定期的に開催することが必要であるが、開催する頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないよう留意したうえで、決めることが望ましい。

※2 本委員会の開催に当たっては、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」(厚生労働省老健局高齢者支援課)等を参考に取組を進めることが望ましい。

※3 なお、当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和9年3月31日までの間は、努力義務とされている。

(26) 記録の整備【第 107 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に関する下記の記録を整備し、その完結の日から **2年間保存**しなければならない。ただし、請求に係る記録に関しては当広域連合の規定により **5年間保存**すること。

- I. 認知症対応型共同生活介護計画
- II. 提供した具体的なサービスの内容等の記録
- III. 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
- IV. 利用者に関する市町村等への通知に係る記録
- V. 苦情の内容等の記録
- VI. 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
- VII. 運営推進会議での報告、評価、要望、助言等の記録

※なお、上記の「その完結の日」とは、I～VIの記録については、個々の利用者につき、サービスの提供に係る保険給付支払が終了した日、VIIについては、運営推進会議を開催し、報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日とする。

5. 介護報酬

イ. 認知症対応型共同生活介護費

(1) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）【共同生活住居が1である場合】

要介護1 765 単位

要介護2 801 単位

要介護3 824 単位

要介護4 841 単位

要介護5 859 単位

(2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）【共同生活住居が2以上である場合】

要介護1 753 単位

要介護2 788 単位

要介護3 812 単位

要介護4 828 単位

要介護5 845 単位

ロ. 短期利用認知症対応型共同生活介護費

(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）【共同生活住居が1である場合】

要介護1 793 単位

要介護2 829 単位

要介護3 854 単位

要介護4 870 単位

要介護5 887 単位

(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）【共同生活住居が2以上である場合】

要介護1 781 単位

要介護2 817 単位

要介護3 841 単位

要介護4 858 単位

要介護5 874 単位

注1 指定認知症対応型共同生活介護事業所において、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。夜勤を行う職員の員数が基準を満たさない場合の減算については、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に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されることとする。

①夜勤時間帯において夜勤を行う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日以上連続して 発生した場合

②夜勤時間帯において夜勤を行う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 発生した場合

注2 身体拘束廃止未実施減算

当該減算については、事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、イについては所定単位数の

100分の10に相当する単位数を、ロに所定単位数の100分の1に相当する単位数を、所定単位数から減算する。

下記①から④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ①身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合
- ②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない場合
- ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合
- ④身体的拘束等の適正化のための定期的な研修（年2回以上）を実施していない場合

注3 高齢者虐待防止措置未実施減算

当該減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

下記①から④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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当広域連合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。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ①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、
- ②高齢者虐待防止のための指針を整備していない
- ③高齢者虐待防止のための定期的な研修（年2回以上）を実施していない
- ④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ない。

注4 業務継続計画未策定減算

当該減算については、別に厚生労働大臣が定め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の100分の3に相当する単位数を、所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

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。

【業務継続計画に記載する項目等】

I. 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

II. 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

※経過措置として、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

注5 夜勤を行う職員の員数を3ユニットで2人以上とする場合の減算

イ(2)及びロ(2)について、共同生活住居の数が3である指定認知症対応型共同生活介護事業所が、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、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定単位日数から1日につき 50単位を差し引いて得た単位数を算定する。

注6 夜間支援体制加算

下記に定める施設基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所については、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。

(1) 夜勤支援体制加算(Ⅰ) 50単位

共同生活住居が1の場合で、次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

夜勤を行う介護従業者及び宿直に勤務に当たる者の合計数が2以上であること。

(2) 夜勤支援体制加算(Ⅱ) 25単位

共同生活住居が2以上である場合で、夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。

下記要件を満たす場合は、夜勤を行う介護従業者が最低基準を0.9人以上上回っている場合にも算定を可能とすることとする。

- a. 利用者の10分の1以上の数の見守り機器(利用者の動向を検知できるもの)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委員会において必要な検討が行われていること。

※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

策を検討する委員会は、3月に1回以上行うこと。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。

※2 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。

Q1. 3ユニットで2名の夜勤配置に常勤換算で1名を追加配置した場合は対象となるか。

A2. 当該配置は、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90条第1項ただし書き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第70条第1項ただし書きに規定する、3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件とする例外措置（この場合、利用者のケアの質の確保や職員の業務負担にも十分に配慮すること。）であり、本加算制度においては通常の配置を超えて夜勤職員を手厚く配置していることを評価しているものであることから、ご質問の配置では加算対象にならない。

（介護保険最新情報 vol. 953 問 23）

注7 認知症行動・心理症状緊急対応加算

ロについて、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定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、サービスの提供を行った場合は、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。

※1 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、短期利用サービスの利用を開始した場合に算定することができる。

※2 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。

※3 次に掲げる者が、直接、短期利用サービスの利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。

- a. 病院又は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院中又は入所中の者
- 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、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

注8 若年性認知症利用者受入加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対して、サービスの提供を行った場合は、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、注7の認知症行動・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。

【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（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていること。

注9 利用者が入院したときの費用の算定

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当広域連合に届け出た事業所において、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 1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初日及び最終日は算定できない。

【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。

注：事業所は当該体制についてあらかじめ利用者に対して説明を行うこと。

※1 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。

※2 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であっては、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。ただし、この場合に入院時の費用は算定できない。

※3 入院時の費用の算定にあたっては、1回の入院で月をまたがる場合のみ、最大で12日分まで入院時の費用の算定が可能。

なお、1回の入院で月をまたがない場合は、翌月以降の算定が不可。

【例】月をまたがる入院の場合

入院期間：5月25日～7月10日

5月25日 入院・・・認知症対応型共同生活介護費の所定単位数を算定

5月26日～5月31日（6日間）・・・1日につき246単位を算定

6月1日～6月6日（6日間）・・・1日につき246単位を算定

6月7日～7月9日・・・入院時の費用算定不可

7月10日 退院・・・認知症対応型共同生活介護費の所定単位数を算定

《運営指導時における主な指摘事項》

・1回の入院で月をまたいでいないにもかかわらず、翌月分の加算を算定している。

注10 看取り介護加算

イについて、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当広域連合に届け出た事業所において、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、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1280単位を死亡月に加算する。ただし、退去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。

【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、同意を得ること。
- ②看取りに関する職員研修を行っていること。
- ③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。以下同じ。）、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。

【厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者】

次のいずれにも適合している利用者

- 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であること。
- ②医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）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であること。

注：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。

※看取り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、他職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

ハ. 初期加算 1日につき30単位

イについて、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。

※1 初期加算は、当該利用者が過去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することができる。

- ※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。

二. 協力医療機関連携加算

イについて、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開催しており、協力医療機関が下記①及び②の要件を満たす場合に、1月につき100単位を所定単位数に加算する。

なお、それ以外の場合には、1月につき40単位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。

【協力医療機関の要件】

- ① 入所者等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 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。

※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で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 加算(1月につき100単位)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。加算(1月につき100単位)を算定する場合において、当該要件を満たす医療機関の情報を当広域連合長に届け出ていない場合には、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。

ホ. 医療連携体制加算

下記に定める施設基準に適合するものとして当広域連合長に届け出た事業所において、サービスの提供を行った場合は、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。

(1) 医療連携体制加算 (I) イ 57 単位

- a. 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。
- b. 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。
- c. 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 47 単位

- a. 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。
- b. 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、a 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。
- c. 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。

(3) 医療連携体制加算 (I) ハ 37 単位

- a. 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。
- b. 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。
- c. 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。

(4) 医療連携体制加算 (II) 5 単位

- a. 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。
- b. 算定日が属する月の前三月間において、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
 - ②呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - ③中心静脈注射を実施している状態
 - ④人工腎臓を実施している状態
 - 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

- ⑥人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
- ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態
- ⑨気管切開が行われている状態
- ⑩留置カテーテルを使用している状態
- ⑪インスリン注射を実施している状態

＜**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**＞

例えば以下のような項目などが考えられる。

- 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、本人及び家族等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

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・重度化した場合の指針を作成、同意を行っていない。
- ・加算（I）イや（I）ロの算定要件を満たす対象者がいないにもかかわらず、加算の算定を行っている。
- ・看護師の勤務実態が確認できる資料が作成されていない。

へ. **退居時情報提供加算 250 単位**

イについて、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。

※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（退居時情報提供書）**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。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html 令和6年度介護報酬改定についてを参照)

※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。

ト. **退居時相談援助加算 400 単位**

利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者及びその家族等に対して退去後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、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居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合、利用者1人につき1回を限度として算定する。

※1 退居時相談援助加算は以下の場合は算定できない。

- ①退居して病院又は診療所へ入院する場合
- ②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

密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護、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

※2 退居時相談援助を行った場合は、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。

チ. 認知症専門ケア加算

イについて、下記に定める基準に適合しているものとして当広域連合長に届け出た事業所が、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（日常生活自立度のランクⅢ以上の者）に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、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、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、認知症チームケア推進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。

(1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位

- a. 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が2分の1以上であること。
- b. 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践者リーダー研修又は認知症看護に係る適切な研修）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、対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- c. 事業所の従業者に対して、認知症専門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） 4単位

- a. 認知症ケア加算Ⅰの基準のいずれにも適合すること。
- b. 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又は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。
- c. 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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・算定対象者以外も算定している。
- ・必要な研修（実践リーダー研修等）を修了している者を配置していない。

リ. 認知症チームケア推進加算

イについて別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が、別に厚生労働大臣が定めるものに対し認知症の行動・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。

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3月18日老高発0318第1号、老認発0318第1号、老老発0318第1号）を参照すること。（介護保険最新情報VOL.1228）

【厚生労働大臣が定める対象者】

- ・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Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）・・・1月につき150単位

- 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」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た者を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。

認知症チームケア推進加算（Ⅱ）・・・1月につき120単位

- ①加算Ⅰの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。

又、生活機能向上連携加算

（1）生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位

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、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供を行ったときは、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

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況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、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供を行ったときは、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。

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 上記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「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 上記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3月を目途とする達成目標
 - c. d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 上記ハの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 本加算は口の評価に基づき、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、再度口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。
- へ 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、助言に基づき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に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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・初回の算定から引き続き加算の算定を行う場合に3月に1回、計画を見直していない。

ル. 栄養管理体制加算 30 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準（定員超過利用及び人員基準欠如違反に該当していない。）に適合する事業所において、管理栄養士（当該事業所の従業員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。

※ 「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 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 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

※事業所の職員として又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント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。

《運営指導時における主な指摘事項》

- ・事業所において、管理栄養士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回以上行うにあたっては、上記イ～ホについての記録が必要となるが、作成されていない。

ヲ. 口腔衛生管理体制加算 30 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所において、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。

- 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助言及び指導に基づき、下記内容を盛り込んだ利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。（個々の利用者の口腔ケア計画ではない。）
- a. 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
 - b. 事業所における目標
 - c. 具体的方策

- d. 留意事項
 - e. 事業所と歯科医療機関との連携状況
 - f. 歯科医師からの指示内容の要点
 - g. その他必要と思われる事項
- ② 定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。

※「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」はテレビ電話装置を活用して行うことができるものとする。

《運営指導時における主な指摘事項》

・事業所としての口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成していない。

Q1. 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士による口腔衛生等の管理が月2回以上実施されている場合に算定できるが、同日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は2回分の実施とするのか。

A1. 同一日の午前と午後それぞれ口腔衛生等の管理を行った場合は、1回分の実施となる。

(介護保険最新情報 vol. 952 問 98)

Q2. 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。

A2. 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

(介護保険最新情報 vol. 952 問 83)

ワ. 口腔・栄養スクリーニング加算 20単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所の従業者が、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つては加算しない。

※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及び栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

※2 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康に関する情報（当該利用者の口腔健康状態が低下している恐れのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。）又は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専門支援員に提供していること。

※3 定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。

※4 利用者について、次に掲げる項目に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し提供すること。

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 から 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」に規定する基本チェックリスト 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

カ. 科学的介護推進体制加算 40 単位

イについて、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして当広域連合長に届け出た事業所が、利用者に対しサービスの提供を行った場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

- (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その他の利用者の心身の状態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、サービスの提供に当たって、(1) に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

※情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。

コ. 高齢者施設等感染対策向上加算

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当広域連合に届け出た事業所が、利用者に対し、サービスの提供を行った場合は、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。

(1) 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 10 単位

以下の項目のいずれにも該当する場合

- a. 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。
- b. 協力医療機関その他の医療機関との間で、新興感染症以外の一般的な感染症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。
- c. 診療報酬における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。

(2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5単位

診療報酬における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。

タ. 新興感染症等施設療養費(1日につき) 240単位

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、サービスの提供を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

※現時点において指定されている感染症はない。

シ. 生産性向上推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、サービス提供を行った場合は、1月につき次に掲げる所定単位数を算定する。

詳細については、「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」(令和6年3月15日老高発0315第4号)を参照すること。(介護保険最新情報VOL.1218)

(1) 生産性向上推進体制加算Ⅰ・・・1月につき100単位

次に掲げる基準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。

a. 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

b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮

c. 介護機器の定期的な点検

d. 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上記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上記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事業年度ごとに上記①、③及び④の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

(2) 生産性向上推進体制加算Ⅱ・・・1月につき10単位

次に掲げる基準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。
 - a. 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
 - b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮
 - c. 介護機器の定期的な点検
 - d. 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介護機器を活用していること
- ③事業年度ごとに上記①及び②の取組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を厚生労働省に報告すること。

ソ. サービス提供体制強化加算

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当広域連合長に届け出た事業所が、利用者に対し、サービスの提供を行った場合は、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。

(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位

以下の項目のいずれかに該当する場合

- ・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100分の70以上であること。
- ・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) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位

- ・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

以下の項目のいずれかに該当する場合

- ・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、100分の50以上であること。
- ・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100分の75以上であること。
- ・サービスを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100分の30以上であること。

- ※ 1 いずれの加算も人員基準違反及び定員超過に該当しないこと。
- ※ 2 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 除いた11月間)の平均を用いること。
- ※ 3 前年度の実績が6月に満たない事業所については、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。なおこの際は、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定

の割合を維持しなければならない。

- ※ 4 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、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。
- ※ 5 サービスを直接提供する職員とは、介護従事者として勤務を行う職員を指すものとする。

6. 介護報酬（介護予防認知症対応型共同生活介護）

イ. 介護予防認知症対応型共同生活介護費

（1）介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

【共同生活住居が1である場合】

761 単位

（2）介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

【共同生活住居が2以上である場合】

749 単位

ロ. 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費

（1）介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

【共同生活住居が1である場合】

789 単位

（2）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

【共同生活住居が2以上である場合】

777 単位

注 1 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所において、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。夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、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に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数が減算されることとする。

- ①夜勤時間帯において夜勤を行う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 日以上連続して発生した場合
- ②夜勤時間帯において夜勤を行う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 日以上発生した場合

注 2 身体的拘束等廃止未実施減算

当該減算については、事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、イについては所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を、ロに所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を、所定単位数から減算する。

下記①から④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ①身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合
- ②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催していない場合

- ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない場合
- ④身体的拘束等の適正化のための定期的な研修（年2回以上）を実施していない場合

注3 高齢者虐待防止措置未実施減算

当該減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、別に厚生労働大臣が定める基準を満たしていない場合に、利用者全員について所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

下記①から④の事実が生じた場合、速やかに改善計画を当広域連合長に提出した後、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当広域連合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。

【厚生労働大臣が定める基準】

- ①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
- ②高齢者虐待防止のための指針を整備していない
- ③高齢者虐待防止のための定期的な研修を実施していない
- ④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ない。

注4 業務継続計画未策定減算

当該減算については、別に厚生労働大臣が定め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の100分の3に相当する単位数を、所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準】

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。

【業務継続計画に記載する項目等】

I. 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り組みの実施、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）

II. 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

※経過措置として、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画を策定している場合には当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

注5 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合の減算

イ(2)及びロ(2)について、共同生活住居の数が3である指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所が、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、指定介護予防認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定単位日数から1日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定する。

注6 夜間支援体制

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当広域連合に届け出た事業所については、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。

①夜勤支援体制加算(Ⅰ) 50単位

共同生活住居が1の場合で、夜勤を行う介護従業者及び宿直に勤務に当たる者の合計数が2以上であること。

②夜勤支援体制加算(Ⅱ) 25単位

共同生活住居が2以上である場合で、夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。

注7 認知症行動・心理症状緊急対応加算

ロについて、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定介護予防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、サービスの提供を行った場合は、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。

※1 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、短期利用サービス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。

※2 次に掲げる者が、直接、短期利用サービスの利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。

a. 病院又は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院中又は入所中の者

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、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

注8 若年性認知症利用者受入加算

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所において、若年性認知症利用者に対して、サービスの提供を行った場合は、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、注7の認知症行動・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。

※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、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

注9 利用者が入院したときの費用の算定

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当広域連合に届け出た事業所において、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 1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初日及び最終日は算定できない。

※1 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。

※2 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であっては、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。ただし、この場合に入院時の費用は算定できない。

※3 入院時の費用の算定にあたっては、1回の入院で月をまたがる場合のみ、最大で12日分まで入院時の費用の算定が可能。

なお、1回の入院で月をまたがない場合は、翌月以降の算定が不可。

【例】月をまたがる入院の場合

入院期間：5月25日～7月10日

5月25日 入院・・・認知症対応型共同生活介護費の所定単位数を算定

5月26日～5月31日（6日間）・・・1日につき246単位を算定

6月1日～6月6日（6日間）・・・1日につき246単位を算定

6月7日～7月9日・・・入院時の費用算定不可

7月10日 退院・・・認知症対応型共同生活介護費の所定単位数を算定

ハ. 初期加算 1日につき30単位

イについて、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所に再び入居した場合も、同様とする。

※1 初期加算は、当該利用者が過去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することができる。

※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。

二. 退居時情報提供加算 250 単位

イについて、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。

※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。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html 令和 6 年度介護報酬改定について参照)

※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。

ホ. 退居時相談援助加算 400 単位

利用期間が 1 月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者及びその家族等に対して退去後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、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居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合、利用者 1 人につき 1 回を限度として算定する。

※ 1 退居時相談援助加算は、①退居して病院又は診療所へ入院する場合、②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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護、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、は算定できない。

※ 2 退居時相談援助を行った場合は、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。

へ. 認知症専門ケア加算

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合長に届け出た事業所が、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は、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、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、認知症チームケア推進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。

(1) 認知症専門ケア加算 (I) 3 単位

a. 事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しく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（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）の占める割合が 2 分の 1 以上であ

ること。

- b. 認知症介護に係る専門的な研修（認知症介護実践者リーダー研修又は認知症看護に係る適切な研修）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、対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- c. 事業所の従業者に対して、認知症専門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） 4単位

- a. 認知症ケア加算Ⅰの基準のいずれにも適合すること。
- b. 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又は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。
- c. 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。

ト. 認知症チームケア推進加算

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が、別に厚生労働大臣が定めるものに対し認知症の行動・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、認知症専門ケア加算を算定している場合は算定不可。

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3月18日老高発0318第1号、老認発0318第1号、老老発0318第1号）を参照すること。（介護保険最新情報VOL.1228）

【厚生労働大臣が定める対象者】

- ・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Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者）

（１）認知症チームケア推進加算（Ⅰ）・・・1月につき150単位

- 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」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た者を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。

(2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)・・・1月につき120単位

- ①加算Ⅰの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。

チ. 生活機能向上連携加算

(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位

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、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供を行ったときは、初回の当該指定介護予防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

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況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介護予防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、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供を行ったときは、初回の当該指定介護予防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。

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 上記イの介護予防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「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 上記イの介護予防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3月を目途とする達成目標
 - c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
 - d b及びcの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容
- ニ 上記ハの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、助言に基づき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。

リ. **栄養管理体制加算** 30単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準（定員超過利用及び人員基準欠如違反に該当していない。）に適合する事業所において、管理栄養士（当該事業所の従業員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。

※「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 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 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

※事業所の職員として又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント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。

ヌ. 口腔衛生管理体制加算 30 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所において、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。

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助言

及び指導に基づき、下記内容を盛り込んだ利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。(個々の利用者の口腔ケア計画ではない。)

- a 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
- b 事業所における目標
- c 具体的方策
- d 留意事項
- e 事業所と歯科医療機関との連携状況
- f 歯科医師からの指示内容の要点
- g その他必要と思われる事項

②定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。

※「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」はテレビ電話装置を活用して行うことができるものとする。

ル. 口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位

イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所の従業者が、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加算しない。

※ 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及び栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

※ 2 利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔健康情報（当該利用者の口腔健康状態が低下している恐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専門支援員に提供していること。

※ 3 定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。

※ 4 利用者について、次に掲げる項目に関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し提供すること。

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 から 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」に規定する基本チェックリスト 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

フ. 科学的介護推進体制加算 40 単位

イについて、次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして当広域連合に届け出た事業所が利用者に対し、サービスの提供を行った場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

- (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その他の利用者の心身の状態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、サービスの提供に当たって、(1) に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

※情報の提出については、LIFE を用いて行うこととする。

ワ. 高齢者施設等感染対策向上加算

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当広域連合長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスの提供を行った場合は、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。

(1) 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) 10 単位

以下の項目のいずれにも該当する場合

- ・ 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。
- ・ 協力医療機関その他の医療機関との間で、新興感染症以外の感染症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。
- ・ 診療報酬における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 年に一回以上参加していること。

(2) 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) 5 単位

- ・ 診療報酬における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。

カ. 新興感染症等施設療養費（1日につき） 240 単位

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、サービスの提供を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

※現時点において指定されている感染症はない。

コ. 生産性向上推進体制加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして当広域連合に届け出た事業所において、サービス提供を行った場合は、1月につき次に掲げる所定単位数を算定する。

詳細については、「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」（令和6年3月15日老高発 0315 第4号）を参照すること。（介護保険最新情報 VOL. 1218）

（1）生産性向上推進体制加算Ⅰ・・・1月につき100 単位

次に掲げる基準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。
 - a. 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
 - b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮
 - c. 介護機器の定期的な点検
 - d. 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上記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上記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事業年度ごとに上記①、③及び④の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

（2）生産性向上推進体制加算Ⅱ・・・1月につき10 単位

次に掲げる基準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。
 - a. 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

- b. 職員の負担軽減及び勤務状況への配慮
 - c. 介護機器の定期的な点検
 - d. 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介護機器を活用していること
- ③事業年度ごとに上記①及び②の取組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を厚生労働省に報告すること。

タ. サービス提供体制強化加算

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当広域連合長に届け出た事業所が、利用者に対し、サービスの提供を行った場合は、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。

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22 単位

以下の項目のいずれかに該当する場合

- ・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 100 分の 70 以上 であること。
- ・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) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 18 単位

- ・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 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

以下の項目のいずれかに該当する場合

- ・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、100 分の 50 以上 であること。
- ・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 100 分の 75 以上 であること。
- ・サービスを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 100 分の 30 以上 であること。

※1 いずれの加算も人員基準違反及び定員超過に該当しないこと。

※2 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月除いた11月間）の平均を用いること。

※3 前年度の実績が6月に満たない事業所については、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。なおこの際は、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。

※4 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、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。

※5 サービスを直接提供する職員とは、介護従事者として勤務を行う職員を指すものとする。