

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業 の手引き

令和8年（2026年）4月

熊本市健康福祉局高齢者支援部介護事業指導課

【目次】

1 指定基準	
(1) 基本方針	P. 1
(2) 人員基準	P. 2
(3) 設備基準	P. 11
(4) 運営基準	P. 14
(5) 雑則	P. 43
2 介護報酬	
・基本単価（イ・ロ）	P. 45
・身体拘束廃止未実施減算（注2）	P. 48
・高齢者虐待防止措置未実施減算（注3）	P. 49
・業務継続計画未策定減算（注4）	P. 51
・協力医療機関連携加算（ニ）	P. 61
・医療連携体制加算（ホ）	P. 63
・退去時情報提供加算（ヘ）	P. 68
・認知症チームケア推進加算（リ）	P. 74
・高齢者施設等感染対策向上加算（ヨ）	P. 89
・新興感染症等施設療養費（タ）	P. 93
・生産性向上推進体制加算（レ）	P. 94
3 短期利用認知症対応型共同生活介護について	P. 99
4 介護報酬算定構造	P. 101

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

指定基準

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の指定基準は平成 25 年度から熊本市の条例で定めたが、「介護報酬の解釈 2 (社会保険研究所発行 通称：赤本)」で内容の確認ができるよう、本稿においては基準省令の条項で記載している。

1 指定基準

(1) 基本方針 (第 89 条)

指定認知症対応型共同生活介護の事業は、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。

(指定地域密着型サービスの事業の一般原則)

第三条 指定地域密着型サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

- 2 指定地域密着型サービス事業者は、指定地域密着型サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者（居宅サービス事業を行う者をいう。以下同じ。）その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。
- 3 指定地域密着型サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 4 指定地域密着型サービス事業者は、指定地域密着型サービスを提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(2) 人員基準

①代表者（第92条）

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、別に厚生労働大臣が定める研修（**認知症対応型サービス事業開設者研修^{※注}**）を修了している者であること。

※ 代表者とは、基本的には、**運営している法人の代表者**であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えない。

※ 経験とは上記の職に従事した経験若しくは事業の経営に直接携わったことがあればよく、一律の経験年数の制約は設けていない。なお、経験の有無については個々のケースごとに判断するものとする。これらのサービスは、高齢者に対して直接ケアを行っているものを想定しており、医療系サービスとしては医療機関や訪問看護ステーションなど、福祉サービスとしては特別養護老人ホームなどが考えられる。

※注

厚労省通知『「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について』

3 代表者

(3) みなし措置

下記の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなして差し支えない。

ア 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修

都道府県及び指定都市において、17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。

イ 基礎課程又は専門課程

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたものをいう。

ウ 認知症介護指導者研修

都道府県及び指定都市において、12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。

エ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修

都道府県及び指定都市において、「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知）に基づき実施されたものをいう。

②管理者（第 91 条）

共同生活住居（ユニット）ごとに専ら当該事業所の管理業務に従事する**常勤**の者を置かなければならない。

※ただし、共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居の管理者は、本体事業所における共同生活住居の管理者をもって充てることができる。

サービスを提供するために必要な知識、経験を有する者（経験年数 3 年以上）であって、厚生労働大臣の定める研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）を修了している者であること。

※ただし、管理者の変更の届出を行う場合については、管理者交代時の都道府県における研修の開催状況等を踏まえ、新たに管理者を配置し、かつ、市町村からの推薦を受けて都道府県に研修の申込を行い、当該管理者が研修を修了することが確実に見込まれる場合は当該管理者が研修を修了していない場合であっても差し支えない。

⇒研修修了者を配置できない場合は、必ず事前に指導課へ相談してください。

管理上支障がない場合は兼務可

⇒兼務が考えられるケース

- ・当該事業所の介護従業者としての職務に従事する場合
- ・複数の共同生活住居があり、管理上支障がない場合、それぞれの共同生活住居の管理者として従事する場合
- ・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、当該指定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指定認知症対応型共同生活介護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。

- ・サテライト事業所の管理者は本体事業所の管理者を充てることができる

が、この場合、次に掲げる要件をすべて満たす必要がある。

- a 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- b 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員が急病等でサービスの提供ができなくなった場合は、本体事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。
- c 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制があること。
- d 事業の目的や運営方針等について同一の運営規程が定められること。
- e 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること。

暴力団員等の排除 熊本市基準条例第5条（独自基準）

（熊本市地域密着型サービス基準条例平成24年12月26日条例第86号）

認知症対応型共同生活介護事業者（代表者、法人役員）及び管理者は、熊本市暴力団排除条例（平成23年条例第94号）第2条第1号から第3号までに掲げる者であってはならない。

【熊本市暴力団排除条例】

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 暴力団 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。
- (2) 暴力団員 法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。
- (3) 暴力団密接関係者 事業者で次に掲げるものをいう。
 - ア 法人であって、その役員又は規則で定める使用人のうちに暴力団員のあるもの
 - イ 個人であって、規則で定める使用人のうちに暴力団員のあるもの
 - ウ ア及びイに掲げる者のほか、暴力団員がその事業活動を支配する者として規則で定めるもの
- (4) 市民等 市民及び事業者をいう。

問184 管理者に求められる具体的な役割は何か。

答 184 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年9月17日付け老企第25号）等の解釈通知においては、管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、現場で発生する事象を最前線で把握しながら、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うこととしている。

具体的には、「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」等を参考にされたい。

《参考》

「介護事業所・施設の管理者向けガイドライン」（抄）（令和元年度老人保健健康増進等事業「介護事業所・施設における管理者業務のあり方とサービス提供マネジメントに関する調査研究」（一般社団法人シルバーサービス振興会）

第1章 第2節 管理者の役割

1. 管理者の位置づけ及び役割の重要性
2. 利用者との関係
3. 介護にともなう民法上の責任関係
4. 事業所・施設の考える介護職員のキャリアイメージの共有
5. 理念やビジョン、組織の方針や事業計画・目標の明確化及び職員への周知
6. 事業計画と予算書の策定
7. 経営視点から見た事業展開と、業績向上に向けたマネジメント
8. 記録・報告や面談等を通じた介護職員同士、管理者との情報共有

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）】

③計画作成担当者（第 90 条第 5 ～11 項）

事業所ごとに専ら計画作成業務に従事する者を置かなければならない。（非常勤可）

厚生労働大臣の定める研修（**実践者研修又は基礎課程**）を修了している者であること。

計画作成担当者を 1 人配置する事業所にあつては、計画作成担当者は**介護支援専門員**でなければならない。

計画作成担当者を 1 を超えて配置する事業所にあつては、**少なくとも 1 人は介護支援専門員**でなければならない。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、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こと。介護支援専門員は他の計画作成担当者の業務を監督する。

利用者の処遇に支障がない場合は、**当該事業所の他の職務又は管理者に限り**兼務可能。

【Q】 計画作成担当者は非常勤でよいか。その場合に勤務時間の目安はあるか。

【A】 非常勤で差し支えない。勤務時間は事業所によって異なるが、当該事業所の利用者に対する計画を適切に作成するために、利用者の日常の変化を把握するに足る時間の勤務は少なくとも必要である。

【Q】 計画作成担当者は、他の事業所との兼務は可能か。

【A】 介護支援専門員である計画作成担当者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務を除き、兼務することはできない（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 5 項、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 5 項）。

④介護従業者（第 90 条第 1 項～ 4 項、第 11 項）

介護従業者のうち **1 人以上は常勤** であること。

【夜間、深夜の時間帯以外】

常勤換算方法で、共同生活住居ごとに利用者数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上。

※ 利用者数は前年度の平均値

（前年度（4 月 1 日から翌年 3 月 31 日）の全利用者数の延数を前年度の日数で除して得た数で、小数点第 2 位以下を切り上げ）

※ 事業開始・増床した場合の新設・増床分の利用者数

新設・増床から 6 月未満→便宜上、ベッド数の 90%

6 月以上 1 年未満→直近の 6 月の全利用者の延数を 6 月間の日数で除して得た数

【夜間、深夜の時間帯】

ユニットごとに時間帯を通じて 1 人以上勤務（宿直勤務を除く）

（夜勤体制がない場合は 3 %減算）

※ただし、3 ユニットの事業所において、全てのユニットが同一の階において隣接し、介護従業者が円滑な利用者の状況把握及び速やかな対応を行うことが可能な構造である場合であって、当該認知症対応型共同生活介護事業者による安全対策が講じられ、利用者の安全性が確保されていると認められるときは、夜間及び深夜の時間帯を通じて 2 以上の介護従業者に夜勤を行わせるために必要な数以上を配置することができる。（基準第 90 条第 1 項）

（上記の場合の解釈通知）

3 つの共同生活住居を有する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、すべ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、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者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ている場合に限り、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。マニュアルの策定や避難訓練の実施に当たっては、基準第 108 条において準用する第 82 条の 2 において定められた非常災害に関する具体的な計画や訓練の実施において、夜間及び深夜の時間帯の勤務を想定した内容を取り扱うことで差し支えない。

なお、事業所の判断により、人員配置基準を満たす 2 名以上の夜勤職員を配置した上で、さらに他の職員を配置する場合については、宿直体制で配置することも可能である。宿直勤務を行う介護従業者を置く際の夜間及び深夜の時間帯の設定に当たっては、「社会福祉施設における宿直勤務の取り扱いについて」（昭和 49 年 8 月 20 日社施第 160 号社会局施設課長、児童家庭局企画課長連名通知）に準じて適切に行うこと。

※指定認知症対応型共同生活介護の職務に従事する夜勤職員については、当該事業所に指定小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、以下の要件を満たすほか、入居者の処遇に支障がないと認められる場合に限り、指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務を兼ねることができる。

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所の定員と指定小規模多機能型居宅介護事業所の泊まり定員の合計が9人以内であること。
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所と指定小規模多機能型居宅介護事業所が同一階に隣接しており、一体的な運用が可能な構造であること。

<参考>夜勤時に配慮する点

- ・利用者の体調の急変、転倒などの事故、利用者の行方不明など緊急の事態に備えること。
- ・夜勤時におけるマニュアルの整備、連絡体制の整備など緊急時における体制整備を図ること。
- ・職員の利用者に対する虐待防止に努めること。(職員のストレス管理等)

○常勤

勤務時間が、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に達していることをいう。

- ・就業規則等に定められている常勤者の勤務時間数(32時間未満の場合は32時間を基本とする。)
- ・正規雇用、非正規雇用(雇用形態:正社員、アルバイト等)の別ではない。
- ・同一事業者により併設される事業所(同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。)の職務に従事する時間(ただし業務に支障がない場合に限る。)は通算可能。
- ・育児休業法、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(平成3年法律第76号)第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置を受け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時間として取り扱って可。
- ・また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業(以下「産前産後休業」という。)、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業(以下「育児休業」という。)、同条第2号に規定する介護休業(以下「介護休業」という。)、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項(第2号に係る部分に限る。)の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業(以下「育児休業に準ずる休業」という。)を取得中の期間において、当該人員基準におい

て求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

○常勤換算方法

従業者の総延勤務時間数が、常勤者何人分にあたるかを算出する方法。

$$\frac{\text{当該事業所の従業者の1週間の総延勤務時間数}}{\text{当該事業所において定められている常勤者の勤務時間数}}$$

【Q】 各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、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（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

【A】 そのような取扱いで差し支えない。

【Q】 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

【A】 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

<常勤の計算>

育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

<常勤換算の計算>

職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。

<同等の資質を有する者の特例>

- ・ 「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。※治療のための所定労働時間の短縮措置も含まれる。（厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置）

・ なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

○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認知症対応型共同生活介護以外の職務に従事しないこと。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、常勤・非常勤の別を問わない。ただし、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従事者と交代する場合は、それぞれ従事している時間に専従することで足りる。

(3) 設備基準

①共同生活住居（ユニット）（第93条第1項）

認知症対応型共同生活介護事業所は共同生活住居を有するものとし、その数は1以上3以下（サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所にあつては、1又は2）とする。

サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の要件

サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の実施に当たっては、次の要件を満たす必要があること。

イ サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所に係る指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定居宅サービス事業等その他の保健医療又は福祉に関する事業について3年以上の経験を有するものである必要があるが、この場合、指定認知症対応型共同生活介護以外の事業の経験についても当該経験に算入できることに留意すること。また、「3年以上の経験」については、当該指定日において満たしている必要があり、休止等、事業を運営していない期間は除いて計算すること。

ロ サテライト事業所は、本体事業所（指定認知症対応型共同生活介護事業所であつて、当該事業所に対する支援機能を有する事業所をいう。以下、この号において同じ。）を有する必要があるが、ここでいう「支援機能を有する事業所」については、当該本体事業所が次のいずれかに該当することを指すものであること。

a 事業開始以降1年以上の本体事業所としての実績を有すること

b 当該本体事業所の共同生活住居の利用者の合計数が、当該本体事業所の共同生活住居において定められた入居定員の100分の70を超えたことがあること。

ハ サテライト事業所は、本体事業所との密接な連携を確保しつつ、運営するものであるため、次に掲げる要件をいずれも満たす必要があること。したがって、本体事業所に対するサテライト事業所の共同生活住居の数および設置可能な個所数は、表のとおりとなる。

a 本体事業所とサテライト事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の近距離であること

b サテライト事業所の共同生活住居の合計数が、本体事業所の共同生活住居の数を上回らないこと

c 本体事業所とサテライト事業所の共同生活住居の数の合計は、最大4までとすること

【本体事業所の共同生活住居数とサテライト事業所の共同生活住居の数および個所数の関係】

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

ニ 本体事業所は、当該サテライト事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制を確保するほか、当該本体事業所とサテライト事業所の管理者が同一である場合には、当該本体事業所と当該サテライト事業所との間において、次に掲げる要件をいずれも満たす必要があること。

- a 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- b 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出来なくなった場合は、本体事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）であること。
- c 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制があること。
- d 事業の目的や運営方針等について同一の運営規程が定められていること。
- e 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること。

ホ 本体事業所とサテライト事業所は、同一の日常生活圏域内に所在することが望ましいが、隣接する市町村における 指定認知症対応型共同生活介護事業所とすることも差し支えないものである。

へ なお、市町村長は、サテライト事業所の指定に当たっては、他の地域密着型サービスの指定の場合と同様、あらかじめ市町村に設置される地域密着型サービス運営委員会等の意見を聴き、必要があると認められる場合は、指定の際に条件を付す等により、事業の適正な運営に当たっての措置を講ずること。

②共同生活住居の入居定員等（第93条第2項、第5項）

共同生活住居の入居定員は5人以上9人以下とする。

居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して、必要な設備その他利用者が日常生活を営むうえで必要な設備を設けるものとする。居間と食堂は同一の場所とすることができる。

複数の共同生活住居を設ける場合、居間、食堂及び台所については、それぞれの共同生活住居ごとの専用の設備であること。なお事務室にあっては、管理上特に支障がないと認められる場合は兼用でも可。

消防法その他の法令等に規定された設備で、それらの設備を確実に設置しなければならないこと。

※平成27年4月から改正消防法施行令が施行され、全事業所にスプリンクラー設備の設置が義務付けられた。

③居室の利用定員（第93条第3項）

1居室の利用定員は1人とする。ただし、処遇上必要であれば2人とすることができる。

居室を2人部屋とすることができる場合とは、夫婦で居室を利用する場合などであって、事業者の都合により一方的に2人部屋とするべきではない。

④居室面積（第93条第4項）

1居室の床面積は7.43㎡（内法実測）以上、和室であれば4.5畳以上であること。

生活の場であることを基本に、収納設備は別途確保するなど利用者の私物等も置くことができる十分な広さを有するものとする。

⑤立地条件（第93条第6項）

利用者の家族や地域住民との交流の機会を確保する観点から、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ようにしなければならない。

※ 事業所の立地

利用者と職員とのなじみの関係を構築しながらサービスを提供するものであることに鑑み、指定認知症対応型共同生活介護事業所と他の施設・事業所との併設については、指定認知症対応型共同生活介護として適切なサービスが提供されることを前提に認められるものであることに留意すること。

(4) 運営基準

①内容及び手続の説明及び同意（第108条（第3条の7準用））

- 1 指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、利用申込者・家族に重要事項説明書等を交付して十分な説明を行い、同意を得ること。（書面による同意が適当）

【重要事項説明書に記載する事項】

- ・ 運営規程の概要
- ・ 事業所に勤務する従業員の体制
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 苦情処理の体制
- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）

等サービスを選択するために必要な重要事項

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

一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの

イ 事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

ロ 事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

- 3 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成することができるものでなければならない。

- 4 第二項第一号の「電子情報処理組織」とは、事業者の使用に係る電子計算

機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

5 事業者は、第二項の規定により第一項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。

- 一 第二項各号に規定する方法のうち事業者が使用するもの
- 二 ファイルへの記録の方式

6 前項の規定による承諾を得た事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があった場合は、当該利用申込者又はその家族に対し、第一項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

②受給資格等の確認（第108条（第3条の10準用））

指定認知症対応型共同生活介護の提供を求められた場合は、被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。（保険者についても留意すること。）

※介護保険負担割合証にて負担割合も確認すること。

※要介護1、要支援2の利用者の更新後の認定結果に注意すること。

③サービス提供の記録（第95条）

入居に際しては、入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載すること。

サービス提供の際には、サービスの提供日、サービスの内容、利用者の状況等を記録しなければならない。

【解釈通知】

(2) サービスの提供の記録

① 基準第95条第1項は、指定認知症対応型共同生活介護の提供を受けている者が居宅療養管理指導以外の居宅サービス及び施設サービスについて保険給付を受けることができないことを踏まえ、他の居宅サービス事業者等が当該利用者が指定認知症対応型共同生活介護の提供を受けていることを確認できるよう、指定認知症対応型共同生活介護事業者は、入居に際しては入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載しなければならないこととしたものである。

② 略

④記録の整備（第 107 条）

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すること。

サービス提供に関する以下の記録を整備し、**完結の日から 5 年間保存**しなければならない。電子媒体での記録の保存も可。

- ・ 認知症対応型共同生活介護計画
- ・ 具体的なサービスの内容等の記録
- ・ 身体的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
- ・ 市町村への通知に係る記録
- ・ 苦情の内容等の記録
- ・ 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
- ・ 運営推進会議における報告・評価・要望・助言等の記録

記録の保存年限 5 年間 熊本市基準条例第 4 条（独自基準）

（熊本市地域密着型サービス基準条例平成 24 年 12 月 26 日条例第 86 号）

⑤利用料等の受領（第 96 条）

利用者から徴収することができる利用料及び費用

- ・ 介護報酬の 1 割、2 割又は 3 割

・ **家賃、敷金、管理費・・・借地借家法上の賃貸借契約（※）**

- ・ 食材料費
- ・ 理美容代
- ・ おむつ代

・ その他の日常生活費（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）

→ 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、化粧品、シャンプー、タオル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。したがって、こうした物品を事業者又は施設が全ての利用者等に対して一律に提供し、全ての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められない。

→ 保険給付の対象サービスと明確に区分し、費用の内訳を明らかにすること。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ない。

※個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、サービス提供とは関係のない費用として徴収可能。

※個人専用の家電製品の電気代は、サービス提供とは関係のない費用と

して徴収可能。徴収するためには、運営規程に明記し、重要事項を説明する際に利用者・家族に説明し、同意を得ておかなければならない。

法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払いを受けた場合は、介護の内容、費用の額等を記載したサービス提供証明書を交付しなければならない。(第108条(第3条の20準用))

(※) 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、老人福祉法の一部が改正され、グループホーム等の利用者保護のため、権利金の受領が禁止され、前払金を受領する場合の条件が規定された。

【Q】 サービスを提供する前に利用申込者に対し、健康診断を受けるように求めることはできるか。また、健康診断書作成にかかる費用の負担はどのように取り扱うべきか。

【A】 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護については、利用者が相当期間以上集団的な生活を送ることが想定されることから、健康診断書の提出等の方法により利用申込者についての健康状態を把握することは必要と考えられ、主治医からの情報提供等によっても必要な健康状態の把握ができない場合には、別途利用者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用については原則として利用申込者が負担すべきものと考えられる。また、こうした求めに利用申込者が応じない場合はサービス提供拒否の正当な事由に該当するものとは考えられる。

1. 利用者から受領する費用（老人福祉法第14条の4第1項、同法施行規則第1条の12）

(1) 受領可能な費用

- ・家賃
- ・敷金（家賃の6月分に相当する額を上限とする）
- ・入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用（介護報酬、おむつ代等）
- ・**前払金**

(2) 受領できない費用

- ・**権利金**（礼金、保証金 等）

2. 前払金を受領するための条件（老人福祉法第14条の4第2項、第3項、同法施行規則第1条の13、第1条の13の2）

(1) 受領可能な費用であること

（家賃、施設の利用料、介護・食事の提供、その他の日常生活上必要な便宜の供与の費用の全部又は一部）

(2) 前払金の算定基礎を書面で明示すること

- (3) 前払金の返還に備えて、銀行の債務の保証その他の厚生労働大臣が定める措置を講じること
- (4) 入居後3月以内及び想定入居期間内に契約解除又は死亡により終了した場合に、前払金の額から実費相当額を控除した額に相当する額（※3. を参照）を返還する旨の契約を締結すること

○前払金の保全方法（老人福祉法施行規則第1条の13）については、「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」（平成18年3月31日厚生労働省告示第266号）において、次の4つのいずれかの措置を講じることとされている。

- ① 銀行等との連帯保証委託契約
- ② 保険事業者との保証保険契約
- ③ 信託会社等（信託会社及び信託業務を営む金融機関）との信託契約
- ④ 高齢者の福祉の増進に寄与することを目的として設立された一般社団法人又は一般財団法人との間の保全のための契約で前記①から④に準ずるものとして都道府県知事が認めるもの

3. 前払金の返還方法（老人福祉法第14条の4第3項、同法施行規則第1条の13の2）

入居者に返還する金額は前払金から次の方法で算出した額を控除する。

- ① 入居後3月以内 家賃等の月額を30で除した額に入居日数を乗じた額
- ② 想定居住期間内 契約解除日又は死亡により終了した日以降、想定居住期間（契約期間）が経過するまでの期間について日割計算により算出した家賃等の金額

4. 経過措置（老人福祉法附則（平成23年6月22日法律第72号）第10条）

(1) 権利金その他の金品の受領について

平成24年3月31日までに老人福祉法第14条に基づく届出（老人居宅生活支援事業開始届）をしている認知症対応型共同生活介護事業者については、平成27年4月1日以後に受領する金品から適用される。

(2) 前払金の返還について

平成24年4月1日以後に入居した者に係る前払金について適用される。

⑥サービスの取扱い方針（第97条）

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、妥当適切に行うこと。

利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮すること。

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すること。

（身体拘束の禁止）

利用者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。

緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、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こととしたものである。

※緊急やむを得ない理由

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。当該記録は5年間保存すること（保存期間は熊本市条例による）

（身体的拘束等の適正化）

事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の措置を講じなければならない。

- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること
- ・介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的（年2回以上+新規採用時）に実施すること

【身体的拘束等適正化検討委員会について】

- ・構成メンバー：管理者、従業者に加え、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられる。
- ・運営：関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

※介護従業者等に検討結果を周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意すること。

※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。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。

【事業者が講じる措置】

- ・身体的拘束等について報告するための様式の整備
- ・介護従業者等は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、所定の様式に従い、身体的拘束等について報告すること
- ・身体的拘束等適正化検討委員会において、従業者から報告された事例を集計・分析し、発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること
- ・報告された事例及び分析結果を介護従業者等に周知徹底すること
- ・適正化策を講じた後に、その効果の評価を行うこと

【身体的拘束等の適正化のための指針に盛り込むべき項目】

- ・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
- ・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
- ・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
- ・事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
- ・身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ・利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ・その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

【従業者に対する研修】

- ・身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識の普及・啓発
 - ・身体的拘束等の適正化のための指針に基づく、適正化の周知徹底
- ※事業所内研修で可
※研修内容等について記録を残すこと

(身体的拘束等の廃止)

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。

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するとともに、市長の求めに応じ、これを報告しなければならない。

身体的拘束等を行った場合は、当該利用者の家族等への連絡をしなければ
ならない。ただし、当該利用者に係る特定の事象の発生に際して身体的拘束等
を行う緊急の必要が生じる蓋然性が高い場合であって、あらかじめ当該利用
者の家族等に対してその旨及びその際に行う身体的拘束等の内容を説明し、
承諾を得ていたときは、この限りでない。

身体拘束に関する市長への報告 熊本市基準条例第7条（独自基準）

（熊本市地域密着型サービス基準条例平成24年12月26日条例第86号）

※ **身体拘束を行った場合は、該当月の翌月10日までに市へ報告が必要**
（様式等は熊本市HPを参照のこと）

⑦自己評価と外部評価（第97条第8項）

自ら提供するサービスの質の評価を行った上で、定期的に次に掲げるい
ずれかの評価を受けてその評価結果を踏まえて総括的な評価を行い、常に提供
する介護の質の改善を図らなければならない。

- 1 外部の者による評価
- 2 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百
八条において準用する第三十四条第一項に規定する**運営推進会議にお
ける評価**

⇒評価結果（「1 自己評価及び外部評価結果」及び「2 目標達成計画」）を市
へ提出すること。

⇒評価結果については開示されなければならない。

○開示方法

入居（申込）者及びその家族へ提供、事業所内の外部の者も確認しやすい
場所へ掲示、市町村窓口・地域包括支援センターに置く、インターネットを
活用する方法等

【Q】 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。

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

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

⑧認知症対応型共同生活介護計画の作成（第98条）

計画作成担当者は、計画の作成に当たり、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。

作成した認知症対応型共同生活介護計画は、その内容を利用者・家族に説明し同意を得たうえで、利用者に交付すること。

短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供している認知症対応型共同生活介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、当該計画を提供することに協力すること。

⑨介護等（第99条）

介護は利用者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うこと。

食事、家事等は利用者と介護従事者が共同で行うよう努めること。

利用者負担により、共同生活住居の介護従事者以外の者に介護をさせてはならない。

居宅療養管理指導を除く他の居宅サービスを、入居者の負担によって利用させることはできない。事業者の負担により通所介護等のサービスを利用に供することは差し支えない。

福祉用具の貸与は認められないが、各居室において特段の事情がある場合は、特定福祉用具販売は認められるケースもありうる。

⑩緊急時等の対応（第 108 条（第 80 条準用））

介護従業者は、サービス提供時に、利用者の病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じること。

※連携及び支援の体制を整備する医療機関等に介護医療院が追加

利用者の病状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ければならない。（第 105 条第 1 項）

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。（第 105 条第 7 項）

☆緊急時において、円滑な協力が得られるよう協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。協力医療機関は事業所から近距離にあることが望ましい。

⑪運営規程（第 102 条）

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、共同生活住居ごとに、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。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 従業者の職種、員数及び職務内容
- 三 利用定員
- 四 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
- 五 入居に当たっての留意事項
- 六 非常災害対策
- 七 虐待の防止のための措置に関する事項
- 八 その他運営に関する重要事項

⑫勤務体制の確保（第 103 条）

・利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視した適切なサービスの提供に配慮したうえで、従業者の勤務の体制を定めること。

⇒共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、兼務関係、夜勤担当者等を明確にした勤務体制表を作成すること。

・介護従業者の資質向上のために、その研修の機会を確保すること。

なお、特に認知症介護に関する知識及び技術の修得を主たる目的とする研修を受講する機会の確保に努めること。

その際、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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、法第八条第二項に規定する政

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。※1

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業者は、適切な指定認知症対応型共同生活介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。※2

(※1) 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものである。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者とするとし、具体的には、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、きゅう師等とする。

(※2) 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律に基づき、事業主には、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が義務づけられていることを踏まえ、規定したものである。事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。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。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 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。

b 相談（苦情を含む。以下同じ。）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、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安

定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5,000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。

（リンク先：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

（勤務体制確保に当たっての留意点）

勤務表の作成に当たっては、人員基準を満たすだけでなく、受診や行事日程等を考慮しながら、勤務体制表を計画すること。

緊急時の対応等も考慮し、人員基準よりも手厚く配置を行うことが望ましい。

申し送り（引継ぎ）においては、施設と異なり、1名の日勤者から1名の夜勤者（逆の場合も同様）へ行われるケースが多いため、申し送り（引継ぎ）を確実にすること。

【Q】 養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。

【A】 養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

【Q】 認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【A】 認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

【Q】 認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。

【A】 認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務づけの対象外とはならない。

【Q】 外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。

【A】 E P A介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

【Q】 外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。

【A】 認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第4章第2節第3（2）を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である（令和6年3月までの間、努力義務として行う場合も同様。）。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

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

答 155 日本以外の国の医療・福祉系の資格を持つ者については、免除とはならない。

問 156 柔道整復師、歯科衛生士については、受講義務づけの対象外か。

答 156 柔道整復師、歯科衛生士ともに、受講義務づけの対象外として差し支えない。

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

答 157 訪問介護員（ヘルパー）研修3級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格とともに、受講義務付けの対象となる。

問 158 介護保険外である有料老人ホーム等の施設職員や、病院に勤務している者も受講義務付けの対象となるか。

答 158 特定施設では無い、介護保険の対象外である病院勤務の職員は受講義務づけの対象外である。なお、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

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

答 159 当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものである。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたらない。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後1年間の猶予期間を設けている。

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

答 160 そのとおり。本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施しているものであり、介護に直接携わる職員であれば、人員配置基準上算定されるかどうかにかかわらず、受講義務付けの対象となる。

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

答 161 「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」については、受講料の負担や、勤務時間内に受講出来るような配慮（シフトの調整等）、インターネット環境の整備等、様々な措置を想定している。

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

答 162 現在介護現場で就業していない者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外であるが、本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであり、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

~~問 163 母国語が日本語以外の者を対象とした教材はあるか。~~

~~答 163 日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語の e ラーニングシステムを整備している。また、日本語能力試験の N4 レベルを基準とした教材も併せて整備している。~~

~~(参考) 認知症介護基礎研修 e ラーニングシステム (認知症介護研究・研修仙台センターホームページ)~~

【R6. 3. 15 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)】

○ 認知症介護基礎研修の義務づけについて

問 1 認知症介護基礎研修の義務付けの経過措置期間はいつまでか。

(答)

令和 6 年 3 月 31 日をもって経過措置期間は終了している。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後 1 年間の猶予期間を設けている。

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

(答)

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

(参考) 認知症介護基礎研修 e ラーニングシステム (認知症介護研究・研修仙台センターホームページ)

<https://kiso-elearning.jp/>

※ 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) (令和 6 年 3 月 15 日)

問 163 は削除する。

【R7. 4. 18 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 14)】

⑬業務継続計画の策定等（第108条（第3条の30の2準用））

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- ・事業者は、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。
- ・事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。 ※令和6年4月1日からは義務化。

⑭非常災害対策（第108条（第82条の2準用））

- 1 非常災害に関する具体的計画（非常災害対策計画）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、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うこと。



☆避難訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。

☆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るような体制作りに努めること。

☆事業所の立地で想定される火災以外の風水害、地震、土砂災害等についても非常災害対策計画に盛り込み、避難訓練等を実施すること。（平成28年9月9日老総発0909第1号等厚生労働省通知参照）

※ 防火管理者を置かなくてもよいとされている事業所においても、防火管理について責任者を定め、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。

※ 消防法施行規則第3条第10項により、消火訓練及び避難訓練を年2回以上実施しなければならない点に注意すること。

- 2 訓練の実施にあたって、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。

⑮衛生管理（第108条（第33条準用））

- ・利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用水について衛生管理に努めること。※1
- ・事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じること。※2
 - 1 当該指定認知症対応型共同生活介護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、介護従業者に周知徹底を図ること。
 - 2 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - 3 当該事業所において、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実施すること。

（※1）

- イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。
- ロ 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
- ハ 空調設備等により事業所内の適温の確保に努めること。

（※2）

具体的には次のイからハまでの取扱いとすること。各事項について、同項に基づき事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

イ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

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

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

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

ロ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針

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

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

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。

ハ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

認知症対応型共同生活介護従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

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

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

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

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

⑩協力医療機関（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ておかなければならない。

2 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。

3 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。

- 4 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関（以下「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第七項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第八項に規定する指定感染症又は同条第九項に規定する新感染症をいう。以下同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければならない。
- 5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。
- 6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に速やかに入居させることができるように努めなければならない。
- 7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
- 8 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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。

- ① 基準省令第105条は、指定認知症対応型共同生活介護事業者の入居者の病状の急変時等に対応するための協力医療機関をあらかじめ定めておくこと、新興感染症の診療等を行う医療機関と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、歯科医療の確保の観点からあらかじめ協力歯科医療機関を定めておくよう努めること等を規定したものであること。

協力医療機関の及び協力歯科医療機関は、共同生活住居から近距離にあることが望ましい。

- ② 協力医療機関との連携（第2項）

指定認知症対応型共同生活介護事業者の入居者の病状の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関を定めるよう努めなければならない。

連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟（200床未満）を持つ医療機関等の在宅医療を支援する地域の医療機関（以下、在宅療養支援病院等）と連携を行うことが想定される。なお、令和6年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意すること。

- ③ 協力医療機関との連携に係る届け出（第3項）

協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に1回以上、協力医療機関と入居者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等を指定権者に届け出を義務づけたものである。届出については、別紙3によるものとする。協力医療機関の名称や契約内容の変更があった場合には、速やか指定権者に届け出ること。

④ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携（第4項）

指定認知症対応型共同生活介護事業者の入居者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、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たものである。

取り決めの内容としては、流行初期期間経過後（新興感染症の発生の公表後4か月程度から6か月程度経過後）において、指定認知症対応型共同生活介護事業者の入居者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うことが想定される。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 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合（第5項）

協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、第3項で定められた入居者の急変時等における対応の確認と合わせ、当該協力機関との間で、新興感染症の発生時等における対応について協議を行うことを義務付けるものである。協議の結果、当該協力医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応の取り決めがなされない場合も考えられるが、協力医療機関のように日頃から連携のある第二種協定指定医療機関と取り決めを行うことが望ましい。

⑥ 医療機関に入院した入居者の退院後の受け入れ（第6項）

「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」とは、必ずしも退院後に再び入居を希望する入居者のために常に居室を確保しておくということではなく、できる限り円滑に再び入居できるよう努めなければならないということである。

⑦ 同条第7項は、指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等のバックアップ施設との間の連携及び支援の体制を整えなければならない旨を規定したものである。これらの協力医療機関やバックアップ施設から、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、当該協力医療機関等との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくものとする。

問 124 連携することが想定される医療機関として、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ医療機関等が挙げられているが、当該基準の届出を行う医療機関をどのように把握すればよいか。

答 124 診療報酬における施設基準の届出受理状況については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参考とされたい。当該ホームページの一

覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。

在宅療養支援病院：（支援病1）、（支援病2）、（支援病3）

在宅療養支援診療所：（支援診1）、（支援診2）、（支援診3）

在宅療養後方支援病院：（在後病）

地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：（地包ケア1）、（地包ケア2）、（地包ケア3）、（地包ケア4）

※地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に200床未満（主に地包ケア1及び3）の医療機関が連携の対象として想定されます。

■九州厚生局（リンク先↓↓）

kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html

<在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院>

※各都道府県の「医科」ファイルをご参照ください。

※令和6年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませんので、ご注意ください。

問125 「入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」とあるが、入所者の急変時には必ず協力医療機関に搬送しなければならないのか。

答 125 入所者の急変時等に必ず協力医療機関に搬送しなければならないということではなく、状況に応じて救急車を呼ぶなど、臨機応変に対応いただきたい。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

問 介護老人保健施設は、基準省令において、入所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ければならないこととされている。この点、協力医療機関の要件として、「当該介護老人保健施設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。」、「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。」が規定されているが、それぞれ、入所者に対して常に往診を行う体制が整っていない場合、入所者が入院を要する場合に備えて、常に空床を確保していない場合においても要件を満たすものとして差し支えないか。

答 貴見のとおり。介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第30条第1項第2号に規定する「当

該介護老人保健施設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」の要件については、介護老人保健施設からの診療の求めがあった場合において、常時外来も含めて診療が可能な体制を確保する必要があることを求めているものであり、必ずしも往診を行う体制を常時確保している必要はない。

また、同項第3号に規定する「入所者の病状が急変した場合等において、当該介護老人保健施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」の要件については、必ずしも当該介護老人保健施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する必要はなく、一般的に当該地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制が確保されていればよい。

これらの考え方については、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院及び養護老人ホームにおける協力医療機関についても同様（※）である。なお、協力医療機関を定めておくことは、令和9年4月1日より義務化（令和9年3月31日まで努力義務）されるが、期限を待たず、可及的速やかに連携体制を構築することが望ましい。

※ 前段の「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」の要件の考え方については、令和6年度介護報酬改定で協力医療機関を定めることを努力義務とした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、認知症対応型共同生活介護及び軽費老人ホームについても同様である。呼ぶなど、臨機応変に対応いただきたい。

【R7.9.5 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.16)】

⑰掲示（第 108 条（第 3 条の 32 準用））

事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示すること。

↓

制度の変更、重要事項の変更等に留意すること

なお、上記に規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、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。

（留意点）

イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。

ロ 認知症対応型共同生活介護従業者の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

ハ 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。

（事業所内に掲示を行うもの）

重要事項説明書、個人情報の使用、苦情相談窓口、指令書等

⑱秘密保持（第 108 条（第 3 条の 33 準用））

従業者及び元従業者は、利用者・家族の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。

個人情報を使用する場合は、利用者及び家族から、あらかじめ文書による同意を得ておかなければならない。

⑲苦情処理（第 108 条（第 3 条の 36 準用））

利用者・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ること。

↓

苦情受付箱の設置、苦情相談窓口の掲示、ポスターの掲示かつ、ウェブサイトに掲載すること等

苦情を受け付けた場合の日付、内容等の記録

⑳事故発生時の対応（第 108 条（第 3 条の 38 準用））

サービス提供時に事故が発生した場合



- ・利用者への対応の他、医療機関への連絡、利用者家族等への連絡
- ・介護事業指導課への事故報告書の提出（要報告事故の場合）
- ・事故の状況及び事故に際して採った処置の記録
- ・原因究明及び再発防止対策の検討・実施
- ・必要に応じ利用者等への損害賠償（見舞金支給、治療費負担含む）
- ・事故防止マニュアルの作成

㉑地域との連携等（第 108 条（第 34 条第 1 項～第 4 項準用））

事業者は、運営推進会議（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当該利用者等の同意を得なければならない。）を設置し、おおむね 2 月に 1 回以上開催しなければならない。

※会議の効率化や事業所間のネットワーク形成促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合には、複数事業所での合同開催が可。

- ・入居者及びその家族について匿名とする等、個人情報・プライバシーを保護すること
- ・同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- ・合同開催の回数が、1 年度に開催すべき運営推進会議の回数の半数を超えないこと

なお、外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行うこと。

運営推進会議とは…

利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等で構成される協議会（以下「運営推進会議」という。）を設置し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業者が自ら設置するものである。

※地域の代表とは⇒町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等

実施内容

サービス提供等の活動状況報告を行い、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設け、その記録を作成し、公表すること。

☆記録は5年間保存しなければならない。

事業の運営にあたっては、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ること。



地域住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等

利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その 他の市町村が実施する事業に協力するように努めること。

②安全・質の確保・負担軽減委員会設置（第 108 条（第 86 条の 2 準用））

事業者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における業務の効率化、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、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。）を定期的開催しなければならない。

- ※ 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。
- ※ 本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えない。
- ※ 本委員会は、定期的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に留意した上で、各事業所の状況を踏まえ、適切な開催頻度を定めることが望ましい。
- ※ 事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。
- ※ 本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

③虐待の防止（第 108 条（第 3 条の 38 の 2 準用））

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、次に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 当該指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。
- 二 当該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。
- 三 当該事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【解釈通知】

虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・虐待の未然防止

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

・虐待等の早期発見

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

・虐待等への迅速かつ適切な対応

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

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

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生防止・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する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を経験者として積極的に活用することが望ましい。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、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。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。

虐待防止検討委員会は、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、従業者に周知徹底を図る必要がある。

- イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- 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

② 虐待の防止のための指針（第2号）

指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

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

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修（第3号）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該認知症対応型共同生活介護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。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（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。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第4号）

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

なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

(5) 雑則

(電磁的記録等) (基準第 183 条)

- ① 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第三条の十第一項（第百八条において準用する場合を含む。）・第九十五条第一項＝被保険者証、並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- ② 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

【解釈通知】

①の電磁的記録について

- (1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- (3) その他、基準第 183 条第 1 項及び予防基準第 90 条第 1 項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。
- (4) また、電磁的記録により行う場合は、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の電磁的方法について

- (1) 電磁的方法による交付は、基準第3条の7第2項から第6項まで及び予防基準第11条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「**押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）**」を参考にする事。
- (3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「**押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）**」を参考にする事。
- (4) その他、基準第183条第2項及び予防基準第90条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (5) また、電磁的方法による場合は、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。

介護報酬算定に関する基準

2 介護報酬

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費

イ. 認知症対応型共同生活介護 (1日につき)

認知症対応型共同生活介護費 (I)		認知症対応型共同生活介護費 (II)	
要支援 2	761 単位/日	要支援 2	749 単位/日
要介護 1	765 単位/日	要介護 1	753 単位/日
要介護 2	801 単位/日	要介護 2	788 単位/日
要介護 3	824 単位/日	要介護 3	812 単位/日
要介護 4	841 単位/日	要介護 4	828 単位/日
要介護 5	859 単位/日	要介護 5	845 単位/日

ロ. 短期利用認知症対応型共同生活介護費 (1日につき)

短期利用認知症対応型共同生活介護費 (I)		短期利用認知症対応型共同生活介護費 (II)	
要支援 2	789 単位/日	要支援 2	777 単位/日
要介護 1	793 単位/日	要介護 1	781 単位/日
要介護 2	829 単位/日	要介護 2	817 単位/日
要介護 3	854 単位/日	要介護 3	841 単位/日
要介護 4	870 単位/日	要介護 4	858 単位/日
要介護 5	887 単位/日	要介護 5	874 単位/日

注) 介護予防認知症対応型共同生活介護費は要支援 2 のみ

注1. 基準を満たさない場合等の介護報酬（減算）

項目		減算要件	減算内容
夜勤体制		1月間（暦月）に夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時を含む連続する16時間で、原則として事業所ごとに設定）に夜勤を行う職員数が基準を満たさない事態が <u>2日以上連続</u> して発生した場合	<u>翌月の利用者全員の報酬額を100分の97</u> で算定する
		1月間（暦月）に夜勤時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が <u>4日以上</u> 発生した場合	
定員超過		1月間（暦月）の利用者数の平均が運営規程に定める利用定員を超過した場合 【算定式：単位毎（小数点切り上げ）】 $\frac{\text{月延入居者数}}{\text{サービス提供日数}} > \text{入居定員数}$	<u>翌月から解消月</u> までの利用者全員の報酬額を <u>100分の70</u> で算定する
人員 欠如	介護従業者 ※ユニット毎 に確認	暦月の配置員数が、人員基準上必要とされる員数から <u>1割を超えて</u> 下回る場合 【算定式：単位毎（小数点切り上げ）】 $\frac{\text{常勤換算人数}}{\text{必要配置数}} < 0.9$	<u>70</u> で算定する
		暦月の配置員数が、人員基準上必要とされる員数から <u>1割の範囲内</u> で下回る場合 【算定式：単位毎（小数点切り上げ）】 $1 > \frac{\text{常勤換算人数}}{\text{必要配置数}} \leq 0.9$	<u>翌々月から解消月</u> までの利用者全員の報酬額を <u>100分の70</u> で算定する
	計画作成担当者のうち介護支援専門員未配置・研修未修了	計画作成担当者が実践者研修を修了していない場合 計画作成担当者に介護支援専門員の資格を有する者がいない場合	<u>翌々月から解消月</u> までの利用者全員の報酬額を <u>100分の70</u> で算定する

※減算対象は基本報酬であるが、減算適用となったことにより算定不可となる加算に留意すること。

市町村長は、夜勤を行う職員の不足状態が続く場合には、夜勤を行う職員の確保を指導し、当該指導に従わない場合は、指定の取消しを検討すること。

市町村長は、定員超過利用が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。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する。

市町村長は、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。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する。

※減算適用の有無に関わらず、定員超過・人員欠如は基準違反であるため、市による指導（場合によっては取消等の処分）の対象となる。

◇新設、増床、減床の場合の人員基準欠如及び夜勤を行う職員の員数の算定における「利用者数等」について

① 新設又は増床分の場合

（実績が前年度において1年未満の場合（実績が全くない場合を含む））

新設又は増床の時点から6月未満の間	ベッド数の90%
新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間	直近の6月における全利用者数等の延数を6月間の日数で除して得た数
新設又は増床の時点から1年以上経過している場合	直近1年間における全利用者数等の延数を1年間の日数で除して得た数

② 減床の場合

減床後の実績が3月以上あるとき	減床後の延利用者数を延日数で除して得た数
-----------------	----------------------

注2. 身体拘束廃止未実施減算

項目	減算要件	減算内容
身体拘束廃止未実施減算	<p>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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等を行う場合の記録(その態様、時間、入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由)を行っていない場合 ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を3月に1回以上開催していない場合 ・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 ・身体的拘束等の適正化のための従業者に対する定期的な研修(年2回以上、新規採用時)を実施していない場合 <p>記録等を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。</p>	<p>イについては所定単位数の <u>100分の10</u> に相当する単位数を、ロについては所定単位数の <u>100分の1</u> に相当する単位数を、入所者全員について所定単位数から減算する。</p>

【Q】 新たに基準に追加された体制をとるためには準備が必要であると考えられるが、何時の時点から減算を適用するのか。

【A】 施行以後、最初の身体拘束廃止に係る委員会を開催するまでの3ヶ月の間に指針等を整備する必要があるため、それ以降の減算になる。

【Q】 身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算する」とこととされているが、施設から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

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

注3. 高齢者虐待防止措置未実施減算

項目	減算要件	減算内容
<p>高齢者虐待防止措置未実施減算</p>	<p>事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、</p> <p>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、</p> <p>②高齢者虐待防止のための指針を整備していない</p> <p>③高齢者虐待防止のための年2回以上の研修を実施していない</p> <p>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。</p> <p>上記の事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算する。</p>	<p>所定単位数の <u>100分の1</u> に相当する単位数を所定単位数から減算する。</p>

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

答 167

- ・減算の適用となる。
- ・なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

問 168 運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

答 168 過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

問 169 高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都

道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

答 169 改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

問 1 高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

答 1 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。

なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下の通り。

・年に2回以上

（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

・年に1回以上

訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防支援

【R7. 1. 20 介護保険最新情報 Vol. 1345】

注4. 業務継続計画未策定減算

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

施行時期は令和6年4月

※経過措置（感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。）は、令和7年3月31日をもって終了。

問7 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

答7

- ・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
- ・なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

【R6.5.17 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.6）】

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

(介護予防・短期利用も同様)

夜間支援体制加算 (I)

50単位/日・・・1ユニットの事業所

夜間支援体制加算 (II)

25単位/日・・・2ユニット以上の事業所

- ① 一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の介護従業者を配置している場合に、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。
- ② 施設基準第32号イの(3)(一)に規定する見守り機器(利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。以下同じ。)を使用する場合における基準については、必要となる介護従業者の数が0.9を加えた数以上である場合においては、次の要件を満たすこととする。
 - a 利用者の10分の1以上の数の見守り機器の設置すること。
 - b 「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は、3か月に1回以上行うこととする。「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」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。
- ③ 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。ただし、定員超過利用・人員基準欠如に該当している場合は算定できない。

<夜間支援体制加算 (I)>

- ①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) を算定していること。
- ②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2以上であること。

<夜間支援体制加算 (II)>

- ①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) を算定していること。
- ②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。

【Q】 認知症対応型共同生活介護事業所と他の介護保険サービス事業所が同一建物で併設している場合に、両事業所で同時並行的に宿直勤務を行っているとして、建物として1名の宿直勤務をもって、夜間支援体制加算を算定することは可能か。

【A】 本加算は、事業所内の利用者の安全確保を更に強化するための加配を評価するためのものであることから、原則として、算定は認められない。ただし、認知症対応型共同生活介護事業所に指定小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている場合で、以下の要件を満たすほ

か、入居者の処遇に支障がないと認められたことにより、1名の夜勤職員が両事業所の夜勤の職務を兼ねることができることに準じて、同様の要件を満たしている場合には、建物に1名の宿直職員を配置することをもって、加算を算定することとしても差し支えない。

- ・ 指定認知症対応型共同生活介護事業の定員と指定小規模多機能型居宅介護事業所の泊まり定員の合計が9人以内であること
- ・ 指定認知症対応型共同生活介護事業所と指定小規模多機能型居宅介護事業所が同一階に隣接しており、一体的な運用が可能な構造であること

【Q】 小規模多機能型居宅介護における夜間の宿直勤務にあたる職員は、必ずしも事業所内で宿直する必要はないものとされているが、認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制支援加算の算定要件である宿直勤務の職員も同様の取扱いと考えてよいか。

【A】 事業所内での宿直が必要となる。

なお、認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算での宿直職員は、事業所内の利用者の安全確保を更に強化するために配置されているものである一方で、小規模多機能型居宅介護における夜間の宿直職員は、主として登録者からの連絡を受けての訪問サービスに対応するための配置であることから、その配置の考え方は異なるものである。

【Q】 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。

【A】 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。

注7. 認知症行動・心理症状緊急対応加算

認知症行動・心理症状緊急対応加算

(短期利用のみ)

200単位/日 (入居日から7日を上限)

認知症日常生活自立度がⅢ・Ⅳ・Ⅴであって、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急に短期利用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医師が判断した者に対し、入居日から7日を上限として算定する。

【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。
- ②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ていること。
本加算は、医師が判断した当該日又はその次の日に利用者又は家族の同意を得て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。
 - 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
- 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。
- ⑤7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。

【Q】 入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定が可能か。

【A】 当初の入所予定期間も含め、認知症行動・心理症状により緊急に入所した日から7日間以内で算定できる。

【Q】 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるか。

【A】 本加算制度は予定外で緊急入所した場合の受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所は対象とならない。

注8. 若年性認知症利用者受入加算 (介護予防・短期利用も同様)

若年性認知症利用者受入加算 120単位/日

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、その担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズ、家族の希望に応じたサービス提供を行うこと。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。

【Q】 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。

【A】 65歳の誕生日の前々日までは対象である。

【Q】 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。

【A】 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。

注9. 入院時費用

(介護予防・短期利用は除く)

入院時費用 246単位/日 ※1月に6日を限度(介護予防も同様)

利用者が病院又は診療所へ入院した場合に算定する。ただし、入院の初日及び最終日は算定できない。

【留意事項】

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

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

イ 「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、入居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。

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

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

②入院の期間には初日及び最終日は含まないので、連続して8日間の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。

【例】入院期間：3月1日～3月8日(8日間)

3月1日 入院……………所定単位数を算定

3月2日～3月7日(6日間)……………1日につき246単位を算定可

3月8日 退院……………所定単位数を算定

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

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

⑤入院時の取扱い

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

【例】入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院……………所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）……………1日に月246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）……………1日に月246単位を算定可

2月7日～3月7日……………費用算定不可

3月8日 退院……………所定単位数を算定

イ 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。

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

(例) 4月1日から6月30日まで3ヶ月入院した場合

4月1日 (入院)

4月2日～7日 (一日につき246単位を算定)

4月8日～30日

5月1日～6日 (一日につき246単位を算定)

5月7日～31日

6月1日～6日 (一日につき246単位を算定)

6月7日～29日

6月30日 (退院)。

答 154

・平成18年3月31日老計発第0331005号、老振発第0331005号、老老発第0331018号第2-6-(6)-⑤に示すように入院当初の期間が、最初の月から翌月へ連続して跨る場合は、都合12日まで算定可能であるが、事例のような毎月ごとに6日間の費用が算定できるものではない。

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

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

4月29日 入院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）
4月30日 （一日につき246単位を算定）
5月1日～6日 （一日につき246単位を算定）
5月7日～31日
6月1日～5日 （一日につき246単位を算定）
6月6日
6月7日 退院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）
6月8日～9日 認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定
6月10日 入院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）
6月11日 （一日につき246単位を算定）
6月12日～19日
6月20日 退院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

注10. 看取り介護加算

看取り介護加算

死亡日以前31日以上45日以下	72単位/日
死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
死亡日の前日及び前々日	680単位/日
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市町村長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算定する。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。

【厚生労働大臣が定める施設基準】

- ・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。
- ・医師、看護職員（事業所の職員又は事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所、訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- ・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】

下記のいずれにも適合していること。

- ・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。
- ・医師、看護職員（事業所の職員又は事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所、訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師

等」という。)が共同して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、同意しているものを含む。)であること。

- ・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、その人らしい最期が迎えられよう支援することを主眼として設けたものである。
- ② 看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所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、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(P l a n)、実行(D o)、評価(C h e c k)、改善(A c t i o n)のサイクル(P D C Aサイクル)により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。

イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにする(P l a n)。

ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられよう支援を行う(D o)。

ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う(C h e c k)。

ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う(A c t i o n)。

なお、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。

- ④ 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努力することが不可欠である。具体的には、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。
- ⑤ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。
- イ 当該事業所の看取りに関する考え方
 - ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方
 - ハ 事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
 - ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
 - ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
 - ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
 - ト 家族等への心理的支援に関する考え方
 - チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法
- ⑥ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができるものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。
- ⑦ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。
- イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
 - ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
 - ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録
- ⑧ 利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。
- また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることを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、利用者等告示第 40 号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて 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。

ハ. 初期加算

初期加算 30単位/日 (介護予防も同様)

入居した日から起算して30日以内の期間について算定する。

(当該利用者が過去3月間に、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。認知症日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間)

また、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も同様とする。

※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(短期利用が終了した翌日に再入居した場合も含む。)については、入居直前の短期利用の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。

ニ. 協力医療機関連携加算

(介護予防・短期利用は除く)

協力医療機関連携加算 (Ⅰ) 100単位/月

協力医療機関連携加算 (Ⅱ) 40単位/月

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開催している場合は、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。

<協力医療機関連携加算 (Ⅰ) >

(1) ①及び②の要件を満たしている場合。

- ① 利用者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
- ② 当該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。

<協力医療機関連携加算 (Ⅱ) >

(2) (1) 以外の場合

【留意事項】

- ① 高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時における対応の確認等を行う会議を定期的開催することを評価するものである。
- ② 会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入居者や新規入居者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入居者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。
- ③ 協力医療機関が指定地域密着型サービス基準第105条第2項第1号及び第2号に規定する要件を満たしている場合には(1)の100単位、それ以外の場合には(2)の40単位を加算する。(1)について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。(1)を算定する場合

において、指定地域密着型サービス基準第 105 条第 3 項に規定する届出として当該要件を満たす医療機関の情報を市町村長に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

- ④ 「会議を定期的で開催」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

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

答 127 職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

問 151 要支援 2 について算定できるのか。

答 151 要支援者については、「介護予防認知症対応型共同生活介護費」の対象となるが、これについては、協力医療機関連携加算は設けていないことから、算定できない。

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

答 152 本加算制度は協力医療機関と利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的で開催することを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報共有は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

【R6. 3. 15 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)】

問 3 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 3 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。

【R6. 3. 29 令和 6 年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

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

答 13 差し支えない。

【R6. 3. 19 令和 6 年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)】

問 1 協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合」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 1 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。

【R6. 6. 7 令和 6 年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 7)】

ホ. 医療連携体制加算

医療連携体制加算 (I) イ	5 7 単位/日	(短期利用も同様) ※要支援は算定不可
医療連携体制加算 (I) ロ	4 7 単位/日	
医療連携体制加算 (I) ハ	3 7 単位/日	
医療連携体制加算 (II)	5 単位/日	

<医療連携体制加算 (I) イ>

- 1 医療連携体制加算(I) イを算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準
 - (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**を常勤換算方法で一名以上配置していること。※准看護師は不可
 - (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、二十四時間連絡でき

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。

<医療連携体制加算（I）ロ>

2 医療連携体制加算（I）ロを算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (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**看護職員**を常勤換算方法で一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、二十四時間連絡できる体制を確保していること。ただし、(1)により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 1 (3) に該当するものであること。

<医療連携体制加算（I）ハ>

3 医療連携体制加算（I）ハを算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (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**を一名以上確保していること。※准看護師は不可
- (2) 看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 1 (3) に該当するものであること。

<医療連携体制加算（II）>

医療連携体制加算（II）を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) 医療連携体制加算（I）のいずれかを算定していること。
- (2) 算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること。
- (一) 喀かく痰たん吸引を実施している状態
 - (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - (三) 中心静脈注射を実施している状態
 - (四) 人工腎臓を実施している状態
 - (五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
 - (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
 - (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - (八) 褥瘡に対する治療を実施している状態
 - (九) 気管切開が行われている状態
 - (十) 留置カテーテルを使用している状態
 - (十一) インスリン注射を実施している状態

【留意事項】

① 医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。

② 医療連携体制加算（Ⅰ）ハの体制について、利用者の状態の判断や、認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師の確保を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。

また、看護師の確保については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能である。

③ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅰ）ハの体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、

- ・利用者に対する日常的な健康管理
- ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整
- ・看取りに関する指針の整備

等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。

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

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

加算の算定に当たっては、施設基準第34号ニの(2)に規定する利用者による利用実績（短期利用認知症対応型共同生活介護を利用する者を含む。）があり、当該利用者が療養生活を送るために必要な支援を行っていることを要件としている。

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

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

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

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

ホ 同号ニの(2)の(五)に規定する「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg以下が

持続する状態又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度 90%以下の状態で常時、心電図、血圧又は動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

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

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

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

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

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

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

第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

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

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

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

⑥ 医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中における認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い、③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針、などが考えられる。

また、医療連携体制加算算定時には、契約を結んだ上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等においては、診療報酬の算定要件に合致すれば、医療保険による訪問看護が利用可能であることについては、これまでと変わらないものである。

【Q】 医療連携体制加算算定時に、契約の上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等において、医療保険による訪問看護の利用は可能か。

【A】 診療報酬の算定要件に合致すれば、利用可能である。

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

答 148 算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

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

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

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

答 149

- ・留置カテーテルからの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等計画的な管理を行っている場合は算定できるが、単に留置カテーテルが挿入されているだけでは算定できない。
- ・また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合は、計画的な管理が十分に行われていないため算定できない。

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

答 150

- ・インスリン注射の実施の頻度は、医学的な必要性に基づき判断されるべきものであり、本要件は実施の有無を見ているもので、1日当たりの回数や月当たりの実施日数についての要件を設けていない。
- ・なお、利用者自身がインスリン自己注射を行うための声掛けや見守り等のサポートを行った場合は算定できない。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

へ. 退居時情報提供加算

(介護予防も同様)

退居時情報提供加算 250単位/回(1回を限度)

利用者が退去し、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(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。
- 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。

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

答 153 本加算制度はグループホームから医療機関へ退居した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報提供は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

問 18 同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

答 18 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。

【R6. 3. 19 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2)】

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

答 2 算定可能。

【R6. 3. 29 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

ト. 退居時相談援助加算

(介護予防も同様)

退居時相談援助加算 400単位/回(1回を限度)

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、退居時に利用者とその家族等に退居後のサービスについて相談援助を行い、かつ、利用者の同意を得て、退居日から2週間以内に市町村や地域包括支援センター等に利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者のサービス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

- a 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
- b 退居する者の運動機能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
- c 家屋の改善に関する相談援助
- d 退居する者の介助方法に関する相談援助

②算定できない場合

- a 退居して病院又は診療所へ入院する場合
- b 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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護又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
- c 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て行うこと。

④退居者及びその家族等のいずれにも相談援助を行うこと。

⑤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】 退居時相談援助加算は、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。

【A】 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。

チ. 認知症専門ケア加算

認知症専門ケア加算 (I)

3 単位/日

(介護予防も同様)

認知症専門ケア加算 (II)

4 単位/日

イについて、次の要件を満たす事業所の**認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・M**の利用者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、その者につき、上記単位の**いずれか**を算定する。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。

<認知症専門ケア加算 (I)>

- ①認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mの者が、**総入居者の2分の1以上**であること。(届出月の前3月の各月末時点の平均で算出)
- ②**認知症介護に係る専門的な研修を修了している者**を、認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mの者が20人未満の場合は**1名以上**、20人以上の場合は10又はその端数を増すごとに1名以上を**配置**していること。
- ③職員間での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**に開催していること。

<認知症専門ケア加算 (II)>

- ①認知症専門ケア加算 (I) の要件を**全て**満たしていること。
- ②**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 (認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mの者が10名未満の場合は実践リーダー研修と指導者研修の両方を修了した者が1名配置されていれば可)。
- ③介護・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。

【留意事項】

- ① 「日常生活に支障を来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」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとする。
- ② 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知)及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」(平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知)に規定する「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- ③ 「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」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、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」等を遵守していること。
- ④ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する

「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

【Q】 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。

【A】 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。

【Q】 グループホームのショートステイ利用者についても認知症専門ケア加算の算定要件に含めることが可能か。

【A】 短期利用認知症対応型共同生活介護及び介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者は当該加算の算定要件に含めず、本加算の対象からも除くものとする。

問17 認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定要件について、「認知症介護に係る専門的な研修」や「認知症介護の指導に係る専門的な研修」のうち、認知症看護に係る適切な研修とは、どのようなものがあるか。

答17

・現時点では、以下のいずれかの研修である。

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

問18 認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

答18

- ・認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。
- ・医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2（認定調査員）に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。
- ・これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

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

答19

- ・専門的な研修を修了した者の配置については、常勤等の条件は無いが、認知症チー

ムケアや認知症介護に関する研修の実施など、本加算制度の要件を満たすためには事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象事業所の職員であることが必要である。

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

問20 認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）の認知症介護指導者は、研修修了者であれば管理者でもかまわないか。

答20 認知症介護指導者研修修了者であり、適切に事業所全体の認知症ケアの実施等を行っている場合であれば、その者の職務や資格等については問わない。

問21 認知症介護実践リーダー研修を修了していないが、都道府県等が当該研修修了者と同等の能力を有すると認めた者であって、認知症介護指導者養成研修を修了した者について、認知症専門ケア加算及び通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算並びに（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅰ）・（Ⅱ）における認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

答21

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

・従って、認知症専門ケア加算（Ⅱ）及び（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症加算（Ⅱ）については、加算対象となる者が20名未満の場合にあつては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者（認知症介護実践リーダー研修の未受講者）1名の配置で算定できることとし、通所介護、地域密着型通所介護における認知症加算については、当該者を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名の配置で算定できることとなる。

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

答23 含むものとする。

問26 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定するためには、当該加算（Ⅰ）の算定要件の一つである認知症介護実践リーダー研修修了者に加えて、認知症介護指導者養成研

修了者又は認知症看護に係る適切な研修修了者を別に配置する必要があるのか。

答26 必要ない。例えば加算の対象者が20名未満の場合、

- ・ 認知症介護実践リーダー研修と認知症介護指導者養成研修の両方を修了した者
- ・ 認知症看護に係る適切な研修を修了した者

のいずれかが1名配置されていれば算定することができる。

(研修修了者の人員配置例)

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

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

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

問19 「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和9年3月31日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

答19 同等以上の能力を有する者として、例えば、訪問介護事業所において介護福祉士として7年以上サービスを利用者に直接提供するとともに、そのうちの3年以上、サービス提供責任者としても従事する者を研修対象者として認めていただくことは差し支えない。

【R6. 3. 29 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

リ. 認知症チームケア推進加算

(介護予防も同様)

認知症チームケア推進加算 (I)

150単位/月

認知症チームケア推進加算 (II)

120単位/月

イについて、次の要件を満たす事業所の認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの利用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、その者につき、上記単位のいずれかを算定する。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。

<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 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。

【留意事項】については、厚労省通知「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（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。

(介護保険最新情報 Vol. 1228)

リンク先：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001229250.pdf>

(厚労省 HP > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護報酬 > 令和6年度介護報酬改定について)

老高発 0318 第 1 号
老認発 0318 第 1 号
老老発 0318 第 1 号
令和 6 年 3 月 18 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

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 年度介護報酬改定における改定事項について」（令和 6 年 1 月 22 日
社会保障審議会介護給付費分科会）において、認知症の行動・心理症状（以下
「BPSD」という。）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応す
るための平時からの取組を推進する観点から、「認知症チームケア推進加算」
を創設することとしたところです。

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

答 1 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。

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

答 2 貴見のとおり。本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

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

答 3 本加算は、BPSD の予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSD の予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

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

答 4 そのとおり。ただし、配置要件となっている者が複数のチームに参加する場合であっても、各々のチームにおいて、本加算において求められる計画の作成、BPSD の評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

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

答 5 本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

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

答 6 そのとおり。

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

答 7 そのとおり。

問 8 「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省告示第 126 号）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省告示第 128 号）、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 21 号）において、認知症チームケア推進加算を算定している

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

答 8 可能である。

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

答 9 認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えて いただくことは、差し支えない。各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

問 10 「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

答 10 具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

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

【R6. 3. 19 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2)】

問 4 厚生労働省の令和 3～5 年度老人保健健康増進等事業 (※)において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

※令和 3 年度 BPSD の軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和 4～5 年度 BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究 (実施主体 : 社会福祉法人浴風会)

答 4 そのとおり。なお、令和 5 年度 BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和 6 年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。

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

護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。

答 5 可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものとする。

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

答 6 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。

【R6. 5. 17 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6)】

問 1 認知症チームケア推進加算 (I) 及び (II) において、研修に係る算定要件は具体的にどのようなものか。

答 1 本加算の研修に係る算定要件として、本加算 (I) については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応 (以下「予防等」という。) に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。また、本加算 (II) については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」(令和 6 年老高発 0318 第 1 号、老認発 0318 第 1 号、老老発 0318 第 1 号通知) を御参照いただきたい。

【R6. 8. 29 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 9)】

○ 認知症チームケア推進加算について

問 3 全国の介護職員を対象として認知症介護研究・研修センター (仙台、東京、大府) が、オンデマンド形式で実施する「認知症チームケア推進研修」を受講するための申込み方法如何。

(答)

・ 認知症チームケア推進研修 (※1) の研修の受講申込みは、認知症介護研究・研修センターが運営するホームページ (※2) から行うことができる。

(※1) 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

(※2) 認知症チームケア推進研修のホームページ：

<https://www.dcnnet.gr.jp/teamcare/>（参考）令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）（令和6年3月19日）問1

問4 東京都が開発した日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

(答)

- ・ そのとおり。
- ・ なお、日本版 BPSD ケアプログラム（以下「ケアプログラム」という。）の利用に当たっては、道府県はケアプログラムを導入する必要がある、その具体的な導入方法については、

東京都（※）にお尋ねいただきたい。

(※) 担当部署：福祉局高齢者施策推進部在宅支援課認知症支援担当

電話 03-5320-4276

- ・ 各事業所におかれては、所在する都道府県のケアプログラムの導入状況や利用について、当該都道府県にお尋ねいただきたい。

問5 認知症チームケア推進加算算定にあたっては、認知症チームケア推進加算に係るワークシートの作成が必要とされている。当該ワークシートでは、チェックリストを用いたインタビューを行うことになっているが、チェックリストはどこで確認・入手することができるのか。

(答)

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

問6 日本版 BPSD ケアプログラムのアドミニストレーター養成研修修了者が、日本版 BPSD ケアプログラムにおける評価指標を用いて BPSD の出現予防及び出現時の早期対応に資するチームケアを実施する場合、認知症チームケア推進加算算定にあたり作成が必要となる「認知症チームケア推進加算に係るワークシート」については、日本版 BPSD ケアプログラムの「DEMBASE」への記録及び【利用者一覧】タブ内で出力される【入力履歴】から入力を完了した PDF を出力したもの及びそれに紐づく打合せ記録をもって代えることができるか。

(答)

- ・ そのとおり。

【R7. 4. 18 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 14）】

ヌ. 生活機能向上連携加算

(介護予防・短期利用も同様)

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位

生活機能向上連携加算(Ⅰ)

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。

生活機能向上連携加算(Ⅱ)

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定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、生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定している場合には算定しない。

【留意事項】生活機能向上連携加算について

① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)について

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

ロ イの認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(12)において「理学療法士等」という。）が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。

この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

ハ イの認知症対応型共同生活介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた三月を目途とする達成目標
- c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- d b及びcの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容

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

ホ 本加算はロの評価に基づき、イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度ロの評価に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直す必要があること。

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

② 生活機能向上連携加算（I）について

イ 生活機能向上連携加算（I）については、①ロ、ホ及びへを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成担当者に助言を行い、計画作成担当者が、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。

ル. **栄養管理体制加算**

栄養管理体制加算

30単位/月

(介護予防も同様)

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（厚労告25号）】

利用定員超過利用又は人員基準欠如に該当しないこと。

【地域密着型サービス報酬基準解釈通知】

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

【Q】外部との連携について、介護保険施設の場合は「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。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が1名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

【A】入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1名以上配置することが求められる施設（例：100床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

フ. 口腔衛生管理体制加算

口腔衛生管理体制加算

30単位/月

(介護予防も同様)

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回以上行い、当該助言及び指導に基づき、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場合に算定する。

利用定員超過利用又は人員基準欠如に該当する場合は算定できない。

【留意事項】

●口腔ケアに係る技術的助言及び指導

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理の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。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あたっては、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。

●利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に記載する事項

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

●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・マネジメントにかかる計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、**歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯**に行うこと。

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

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

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

答 179 入院・外泊中の期間は除き、当該月において1日でも当該施設に在所した入所者について算定できる。

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

答 180 施設ごとに計画を作成することとなる。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1)】

ワ. 口腔・栄養スクリーニング加算

(介護予防も同様)

口腔・栄養スクリーニング加算

20単位/回

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算定しない。

利用定員超過利用又は人員基準欠如に該当する場合は算定できない。

【厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）】

・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあつては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提

供していること。

- ロ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、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。
- ハ 通所介護費等算定方法第5号、第7号から第9号まで、第19号、第21号及び第22号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

【留意事項】

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。ただし、イのg及びhについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照（<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227996.pdf>）するとともに、口腔スクリーニングの実施に当たって、「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和6年3月日本歯科医学会）等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

イ 口腔スクリーニング

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

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者
- 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3.5g/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

科学的介護推進体制加算

40単位/月 (介護予防も同様)

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。

- (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、利用者ごとに上記に掲げる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。

リンク先：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227990.pdf>

- ③ 事業所は、利用者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。
 - イ 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）。
 - ロ サービスの提供に当たっては、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）。
 - ハ L 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）。
 - ニ 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。

【Q】 L I F Eに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

【A】 L I F Eの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、L I F Eのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

【Q】 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

【A】 加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

【Q】 科学的介護推進体制加算、ADL維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法 及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index (B I) のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されている I C F ステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

【A】 B I の提出については、通常、B I を評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

- － B I に係る研修を受け、
- － B I への読み替え規則を理解し、
- － 読み替え精度等を踏まえ、

必要に応じて、読み替えの際に、正確な B I を別途評価する等の対応を行い、提出することが必要である。

問 171 月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等やむを得ない場合については、当該サービスを利用開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとあるが、利用開始月の翌月の 10 日までにデータ提出した場合は利用開始日より算定可能か。

答 171

・事業所が該当の加算の算定を開始しようとする月の翌月以降の月の最終週よりサービスの利用を開始したなど、サービスの利用開始後に、利用者に係る情報を収集し、サービスの利用を開始した翌月の 10 日までにデータ提出することが困難な場合は、当該利用者に限っては利用開始月の翌々月の 10 日までに提出することとしても差し支えないとしている。

- ・ただし、加算の算定については LIFE へのデータ提出が要件となっているため、利用開始月の翌月の 10 日までにデータを提出していない場合は、当該利用者に関し当該月の加算の算定はできない。当該月の翌々月の 10 日までにデータ提出を行った場合は、当該月の翌月より算定が可能。
- ・また、本取扱いについては、月末よりサービスを利用開始した場合に、利用開始月の翌月までにデータ提出し、当該月より加算を算定することを妨げるものではない。
- ・なお、利用開始月の翌月の 10 日までにデータ提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

問 172 事業所又は施設が加算の算定を開始しようとする月以降の月末にサービス利用開始した利用者があり、やむを得ず、当該利用者の当該月のデータ提出が困難な場合、当該利用者以外については算定可能か。

答 172

- ・原則として、事業所の利用者全員のデータ提出が求められている上記の加算について、月末にサービス利用開始した利用者があり、やむを得ず、当該月の当該利用者に係る情報を LIFE に提出できない場合、その他のサービス利用者についてデータを提出していれば算定できる。
 - ・なお、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。
 - ・ただし、上記の場合や、その他やむを得ない場合（※）を除いて、事業所の利用者全員に係る情報を提出していない場合は、加算を算定することができない。
- ※前述 Q&A 「やむを得ない場合」

問 175 科学的介護推進体制加算のデータ提出頻度について、少なくとも 6 か月に 1 回から 3 か月に 1 回に見直されたが、令和 6 年 4 月又は 6 月以降のいつから少なくとも 3 か月に 1 回提出すればよいか。

答 175

- ・科学的介護推進体制加算を算定する際に提出が必須とされている情報について、令和 6 年 4 月又は 6 月以降は、少なくとも 3 か月に 1 回提出することが必要である。
- ・例えば、令和 5 年 2 月に提出した場合は、6 か月後の令和 6 年 8 月までに少なくとも 1 回データ提出し、それ以降は 3 か月後の令和 6 年 11 月までに少なくとも 1 回のデータ提出が必要である。

【R6. 3. 15 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1)】

問 4 要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

答 4 「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。

- ・通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合
 - ・全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合
 - ・システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合 やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。
 - LIFE システム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合
 - 介護ソフトのバージョンアップ（LIFE の仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合
 - LIFE システムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合
- 等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

【R6. 9. 27 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 6)】

ヨ. 高齢者施設等感染対策向上加算

(介護予防・短期利用も同様)

高齢者施設等感染対策向上加算 (I)

10 単位/月

高齢者施設等感染対策向上加算 (II)

5 単位/月

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所定単位数を加算する。

＜高齢者施設等感染対策向上加算 (I)＞

以下の項目のいずれにも該当する場合

- 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 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。
- ③ 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。

＜高齢者施設等感染対策向上加算 (II)＞

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。

【留意事項】

<高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について>

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- ② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算(以下、感染対策向上加算という。)又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンスや職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。
- ④ 指定地域密着型サービス基準第105条第4項において、指定認知症対応型共同生活介護事業所は、入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要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。

<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。

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

答 128

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

問 130 第二種協定指定医療機関との連携について、感染症法に基づく都道府県との医療措置協定の締結は令和 6 年 9 月末までに行うこととされているが、令和 6 年 9 月末までの間は、どのような医療機関と連携すればよいか。

答 130 令和 6 年 9 月末までの間は、現に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ている医療機関と連携することでも差し支えない。

なお、令和6年10月以降については、第二種協定指定医療機関と連携することが必要であることから留意すること。

問 131 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、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とあるが、令和7年3月31日までの間にあっては、3月31日までに研修又は訓練に参加予定であれば算定してよいか。

答 131 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で令和7年3月31日までに当該研修又は訓練に参加できる目処があれば算定してよい。

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

答 132 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。

問 133 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、令和6年4月以前に新型コロナウイルス感染症等に対する感染対策として、医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業※において実施された実地研修を受けている場合は、実地指導又は実地研修を受けた日から起算して3年間算定してよいか。

※令和3年度、令和4年度「介護サービス類型に応じた感染症対策向上による業務継続支援業務」における感染症の専門家による実地での研修、令和5年度「感染症の感染対策及び業務継続（BCP）策定に係る調査研究及び当該調査研究を踏まえた研修業務」における感染症の専門家による実地での研修

答 133 算定可能である。

ただし、感染対策向上加算に係る届出を行っている医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業において実施された実地研修であること。

【R6. 3. 15 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）】

○ 高齢者施設等感染対策向上加算について

問 高齢者施設等感染対策向上加算（I）について、感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けることを要件として定めているが、高齢者施設等は各年度で1回以上研修又は訓練に参加すればよく、前回の参加日から1年以上経過して参加した場合でも、各年度で1回は参加する予定があれば算定可能か。

答 そのとおり。当該加算は、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り、研修又は訓練について、前回の参加から長い期間を空けることは望ましくないが、前回の参加日から1年以内に研修等に参加することができない場合であっても、高齢者施設等において、医療機関等に研修等の実施予定日を把握し、前回の参加日の属する年度の翌年度中に参加する予定が確認できた場合であれば、高齢者施設等感染対策向上加算（I）の算定は可能である。

【R7.10.1 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.17）】

タ. 新興感染症等施設療養費

(介護予防・短期利用も同様)

新興感染症等施設療養費

240単位/日

(※1月に連続する5日を限度)

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。

【留意事項】

新興感染症等施設療養費について

- 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。

問1 施設等の入所者等が新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザ等に感染し、施設等内において療養を行う場合、新興感染症等施設療養費を算定できるか。

答1 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月8日老企第40号）のとおり、「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」こととしており、令和6年4月以降指定されている感染症はない。そのため、今後対象となる感染症を新たに指定しない限りは、新興感染症等施設療養費を算定することはできない。

【R7.1.22 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.12)】

レ. 生産性向上推進体制加算

(介護予防・短期利用も同様)

生産性向上推進体制加算 (I)

100単位/月

生産性向上推進体制加算 (II)

10単位/月

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月につき上記に掲げる所定単位数を加算する。

<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。

<生産性向上推進体制加算(Ⅱ)>

(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の要件(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(1)及び(2)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

【留意事項】については、厚労省通知「「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29日老高発0329第1号)」を参照。(介護保険最新情報 Vol. 1236)

リンク先：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238673.pdf>

(厚労省 HP > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護報酬 > 令和6年度介護報酬改定について)

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

答 12 介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。

【利用者の満足度等の評価について】

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

（※）介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。

また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添 1 の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。

【総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について】

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

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

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

【R6. 4. 30 令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 5)】

ソ. サービス提供体制強化加算

(介護予防・短期利用も同様)

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

利用定員超過利用又は人員基準欠如に該当しない場合、下記のいずれかについて算定する。

加算の種類	主な要件	対象従業者	単位
サービス提供強化加算 (Ⅰ)	介護福祉士が 70%以上 又は 勤続年数 10 年以上の階 福祉士が 25%以上配置	介護職員	22 単位/日
サービス提供強化加算 (Ⅱ)	介護福祉士が 60%以上 配置	介護職員	18 単位/日
サービス提供強化加算 (Ⅲ)	介護福祉士が 50%以上 ※1、 常勤職員が 75%以上 ※2 又は 勤続年数 7 年以上の者 30%以上※3 配置	※1 介護職員 ※2 看護・介護職員 ※3 利用者に直接提 供する職員	6 単位/日

【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（三月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六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三月について、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、四月日以降届出が可能となるものであること。
なお、介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者としてすること。
- ② 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5（加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い）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。
- 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、同一法人等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 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。
- ⑦ 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。

(介護予防・短期利用も同様)

ツ. 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	<u>所定単位数</u>	×	21.0%/月
加算Ⅰロ		×	22.8%/月
加算Ⅱイ		×	20.2%/月
加算Ⅱロ		×	22.0%/月
加算Ⅲ		×	17.9%/月
加算Ⅳ		×	14.9%/月

介護職員の賃金改善を実施している場合、事業所が入居者に対しサービス提供を行った場合に、基準に掲げる区分に従い、上記に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

※上記のうちいずれか一つを算定できる。

令和8年度(2026年度)介護サービス事業者等集団指導《共通編》「介護職員等処遇改善加算についての留意事項」を参照。

3 短期利用認知症対応型共同生活介護 について（介護予防も同様）

短期利用認知症対応型共同生活介護を算定する場合は、以下の要件を満たした上で、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（体制届）を熊本市に提出する必要がある。

- ① **事業者が**、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援の事業又は、介護保険施設若しくは介護療養型医療施設の運営について **3年以上の経験**を有すること。
- ② **定員の範囲内**で、空いている居室等を利用すること。
- ③ 一の共同生活住居の利用者は **1名**とすること。
- ④ あらかじめ **30日以内**の利用期間を定めること。
- ⑤ 十分な知識を有する従業者（**専門課程又は実践リーダー研修若しくは指導者養成研修の修了者**）が確保されていること。
- ⑥ 指定基準第90条に定める従業者の員数を置いていること。

※ただし、利用者の状況や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合にあっては、上記②③の規定にかかわらず共同生活住居ごとに定員を超えてサービス提供できるものとする。

（7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度）

【留意事項】

上記ただし書に規定する緊急短期利用に係る留意事項

- ・あくまでも、**緊急に**短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける必要がある者のみ提供が認められるものであること。
- ・**当該利用者を**当該事業所の**共同生活住居**（複数の共同生活住居がある場合、当該利用者が日中の時間帯等に共同生活を送る共同生活住居とする。）**の利用者とみなして、短期利用期間を通じて人員基準を満たしており、かつ、当該利用者が利用できる個室を有している**場合とする。ただし、個室以外であっても、1人当たりの床面積がおおむね7.43平方メートル以上で、プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備している場合は、個室に準じて取り扱って差し支えない。この場合の「プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てることまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切りは認めるが、家具やカーテン、簡易パネルによる仕切りでは不可とする。また、天井から隙間が空いていることは認める。
- ・共同生活住居の定員の合計数を超えて受け入れることができる利用者数は、**共同生活住居ごとに**

1人まで認められるものであり、この場合、定員超過利用による減算の対象とはならない。

【Q】 グループホームの短期利用については、空いている居室等を利用しなければならないが、入院中の入居者の同意があれば、入院中の入居者の居室を短期利用に活用することは可能か。

【A】 入院中の入居者のために居室を確保しているような場合であっても、入院中の入居者の同意があれば、家具等を別の場所に保管するなど、当該入居者のプライバシー等に配慮を行った上で、その居室を短期利用で利用することは差し支えない。

【Q】 利用者に対して連続して30日を超えて短期利用認知症対応型共同生活介護を行っている場合において、30日を超える日以降に行った短期利用認知症対応型共同生活介護については、短期利用認知症対応型共同生活介護費は算定できないが、その連続する期間内に介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護の利用実績がある場合はどのように取り扱うのか。

【A】 当該期間内に介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護の利用実績がある場合は、その期間を含める取扱いとなる。

4 介護報酬算定構造

5 認知症対応型共同生活介護費

基本部分		
イ 認知症対応型共同生活介護費 (1日につき)	(1) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要介護1 (755 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)	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日につき)※	(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)	要介護1 (829 単位)
		要介護2 (854 単位)
		要介護3 (870 単位)
		要介護4 (887 単位)
		要介護5 (945 単位)
	(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要介護1 (817 単位)
		要介護2 (841 単位)
		要介護3 (858 単位)
		要介護4 (874 単位)
		要介護5 (874 単位)

注	注	注	注	注	注	注	注	注		
夜勤を行う職員の数に条件基準を乗じた場合	利用者の数が利用職員を超える場合	介護従業者の人数が基準を又に満たない場合	身体拘束防止未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	業務継続計画未策定減算	3ユニットで夜勤を行う職員を2人以上とする場合	夜間支援体制加算(Ⅰ)	夜間支援体制加算(Ⅱ)	認知症行動・心連合状態急対応加算	若年性認知症利用者受入加算
			-10/100			1日につき -50単位	1日につき +50単位	1日につき +25単位		1月につき +120単位
×97/100	×70/100	×70/100		-1/100	-3/100		1日につき +50単位		1日につき +200単位 (7日限を 限度)	
			-1/100			1日につき -50単位		1日につき +25単位		

注 入館数算用

利用者が必要又は診療所への入館を要した場合、1月に6日を超過して所定単位数に代えて1日につき248単位を算定

注 暫取り介護加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 死亡日以前31日以上45日以下 (1日につき 72単位を加算)
	(2) 死亡日以前4日以上30日以下 (1日につき 144単位を加算)
	(3) 死亡日以前2日又は3日 (1日につき 680単位を加算)
	(4) 死亡日 (1日につき 1,280単位を加算)

ハ 初期加算
(イを算定する場合のみ算定) (1日につき 30単位を加算)

ニ 協力医療機関連携加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 相談・診療を行う体制を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)

ホ 医療連携体制加算	(1) 医療連携体制加算Ⅰ(イ) (1日につき 57単位を加算)
	(2) 医療連携体制加算Ⅰ(ロ) (1日につき 47単位を加算)
	(3) 医療連携体制加算Ⅰ(ハ) (1日につき 37単位を加算)
	(4) 医療連携体制加算Ⅱ (1日につき 5単位を加算)

ヘ 巡回診療報告加算
(イを算定する場合のみ算定) (250単位を加算)

ト 巡回相談援助加算
(イを算定する場合のみ算定) (400単位を加算(利用者1人につき1回を限度))

チ 認知症専門ケア加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症専門ケア加算Ⅰ (1日につき 3単位を加算)
	(2) 認知症専門ケア加算Ⅱ (1日につき 4単位を加算)

リ 認知症チームケア推進加算 (イを算定する場合のみ算定)	(1) 認知症チームケア推進加算Ⅰ (1月につき 150単位を加算)
	(2) 認知症チームケア推進加算Ⅱ (1月につき 120単位を加算)

ス 生活機能向上連携加算	(1) 生活機能向上連携加算Ⅰ (1月につき 100単位を加算)
	(2) 生活機能向上連携加算Ⅱ (1月につき 200単位を加算)

ル 栄養管理体制加算
(イを算定する場合のみ算定) (1月につき +30単位を加算)

ヲ 口腔衛生管理体制加算
(イを算定する場合のみ算定) (1月につき 30単位を加算)

ワ 口腔栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)
(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))

カ 科学的介護推進体制加算
(イを算定する場合のみ算定) (1月につき 40単位を加算)

ヨ 高齢者施設等感染対策向上加算	(1) 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ (1月につき 10単位を加算)
	(2) 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ (1月につき 5単位を加算)

ク 新興感染症等施設感染対策
(1月に1回、連続する0日を限度として 240単位を算定)

レ 生産性向上推進体制加算	(1) 生産性向上推進体制加算Ⅰ (1月につき 100単位を加算)
	(2) 生産性向上推進体制加算Ⅱ (1月につき 10単位を加算)

ソ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算Ⅰ (1日につき 22単位を加算)
	(2) サービス提供体制強化加算Ⅱ (1日につき 18単位を加算)
	(3) サービス提供体制強化加算Ⅲ (1日につき 6単位を加算)

ツ 介護職員等処遇改善加算	(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1月につき +所定単位×210/1000)
	(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ハ (1月につき +所定単位×228/1000)
	(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき +所定単位×202/1000)
	(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき +所定単位×220/1000)
	(5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1月につき +所定単位×179/1000)
	(6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×149/1000)
	(7) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位×149/1000)
	(8) 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +所定単位×149/1000)
	(9) 介護職員等処遇改善加算(Ⅵ) (1月につき +所定単位×149/1000)
	(10) 介護職員等処遇改善加算(Ⅶ) (1月につき +所定単位×149/1000)

注 資料医師又は歯科医師の指示を受けた資料衛生士が、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

注 所定単位数は、イからロまでにより算定した単位数の合計

※ 短期利用認知症対応型共同生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。

3 介護予防認知症対応型共同生活介護費

基本部分			注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	
			依頼を行った職員 の勤務時間外 に勤務した場合 を算入しない 場合	利用者が 利用できない 場合	介護事業者の 員数が標準に 満たない場合	身体障害者 手帳を有する 状態に達しない 場合	高齢者虐待防 止措置未実施 の場合	業務継続計画 未策定の場合	3人で以上 職員を2人以上 とする場合	介護支援体制 加算(Ⅰ)	介護支援体制 加算(Ⅱ)	認知症対応型 共同生活介護 加算	認知症対応 型共同生活 介護加算
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)	要支援2 (761 単位)	×97/100	×70/100	×70/100	-10/100	-1/100	-3/100	1日につき -50単位	1日につき +50単位	1日につき +25単位	1日につき +200単位 (7日割を 算入)	1日につき +120単位
	(2) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要支援2 (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)	要支援2 (789 単位)	-1/100						1日につき -50単位	1日につき +50単位	1日につき +25単位		
	(2) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	要支援2 (777 単位)											
注 入院時費用			利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、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										
ハ 初期加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1日につき 30単位を加算)										
ニ 退院時準備加算 (イを算定する場合のみ算定)			(250単位を加算)										
ホ 認知症対応型加算 (イを算定する場合のみ算定)			(400単位を加算(利用者1人につき1回を限度))										
ヘ 認知症専門ケア加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき 3単位を加算) (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき 4単位を加算)										
ト 認知症チームケア推進加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) (1月につき 150単位を加算) (2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) (1月につき 120単位を加算)										
チ 生活機能向上連携加算			(1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算) (2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) (1月につき 200単位を加算)										
リ 栄養管理体制加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1日につき +30単位を加算)										
ヌ 口腔衛生管理体制加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1月につき 30単位を加算)										
ル 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)			(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))										
ヲ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1月につき 40単位を加算)										
ル 口腔・栄養スクリーニング加算(イを算定する場合のみ算定)			(1回につき 20単位を加算(6月に1回を限度))										
ヲ 科学的介護推進体制加算 (イを算定する場合のみ算定)			(1月につき 40単位を加算)										
ワ 高齢者施設等感染対策向上加算			(1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) (1月につき 10単位を加算) (2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) (1月につき 5単位を加算)										
カ 新興感染症等施設療養費			(1月に1回、連続する5日を限度として 240単位を算定)										
ヨ 生産性向上推進体制加算			(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (1月につき 100単位を加算) (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (1月につき 10単位を加算)										
タ サービス提供体制強化加算			(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1日につき 22単位を加算) (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1日につき 18単位を加算) (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1日につき 6単位を加算)										
レ 介護職員等処遇改善加算			(1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (1月につき +所定単位数×210/1,000) (2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (1日につき +所定単位数×228/1,000) (3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ハ (1月につき +所定単位数×202/1,000) (4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (1日につき +所定単位数×220/1,000) (5) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (1月につき +所定単位数×179/1,000) (6) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +所定単位数×149/1,000)										

※ 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費は、区分支給限度基準額に含まれる。