

運営の手引き

- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護



平塚市福祉部介護保険課

～目 次～

I 人員基準について

1 介護従業者	4
2 計画作成担当者	5
3 管理者	5

II 設備に関する基準について

1 事業所	6
2 設備	6
3 居室に定員	6

III 運営に関する基準について

1 内容及び手続の説明及び同意	7
2 入退居	7
3 サービス提供の記録	8
4 利用料の受領	8
5 認知症対応型共同生活介護の取扱方針	9
6 認知症対応型共同生活介護計画の作成	10
7 非常災害対策	11
8 協力医療機関等	11
9 掲示	13
10 秘密保持等	14
11 地域との連携等	14
12 事故発生時の対応	15
13 会計の区分	16
14 記録の整備	16
15 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に 資する方策を検討するための委員会の設置	17

IV 介護報酬に関する基準について

1 短期利用認知症対応型共同生活介護費	18
2 身体拘束廃止未実施減算	19
3 夜間支援体制加算	19
4 利用者が入院したときの費用の算定について	21
5 看取り看護加算	22
6 医療連携体制加算	23
7 認知症専門ケア加算	26

～目 次～

8	生活機能向上連携加算	30
9	栄養管理体制加算	31
10	口腔衛生管理体制加算	31
11	口腔・栄養スクリーニング加算	32
12	サービス提供体制強化加算	34
13	認知症行動・心理症状緊急対応加算	35
14	若年性認知症利用者受入加算	36
15	初期加算	36
16	協力医療機関連携加算	37
17	退居時情報提供加算	39
18	退居時相談援助加算	40
19	認知症チームケア推進加算	41
20	科学的介護推進体制加算	43
21	高齢者施設等感染対策向上加算	45
22	生産性向上推進体制加算	49
23	新興感染症等施設療養費	51
24	人員基準欠如による減算	52
25	定員超過利用による減算	53

V 介護報酬請求上の注意点について

1	入居等の日数の数え方について	54
2	サービス種類相互の算定関係について	54

I 人員基準について（基準抜粋）

1 介護従業者（平塚市規則第 59 号第 107 条、平塚市規則第 60 号第 70 条）

- （1）共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に常勤換算方法で利用者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 人以上配置するほか、夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 人以上の介護従業者に夜勤（宿直を除く）を行わせるために必要な数以上配置すること。

1 ユニットごとに夜勤 1 人以上の配置とされている夜間・深夜時間帯の職員体制について 1 ユニットごとに 1 人夜勤の原則は維持（3 ユニットであれば 3 人夜勤）した上で、利用者の安全確保や職員の負担にも留意しつつ、人材の有効活用を図る観点から、

- ・ 3 ユニットの case 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に、例外的に夜勤 2 人以上の配置に緩和できることとし、事業所が宿直体制を選択することを可能とする。
- ・ 併せて、3 ユニット 2 人夜勤の配置にする場合の報酬を設定する。

《ポイント》

- ・ 夜間及び深夜の時間帯は事業所ごとに利用者の生活サイクルに応じて設定してください。
- ・ 利用者数は、前年度の平均値です。（前年度の平均値については、基準省令の解釈通知「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」2（5）「前年度の平均値」を参照してください。）

- （2）介護従業者のうち 1 人以上は常勤であること。

- （3）員数を満たす介護従業者を置くほか、小規模多機能型居宅介護事業者又は看護小規模多機能型居宅事業所の人員を満たす従業者を置いているときは、併設する小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅事業所の職務に従事することができる。

グループホームの性質上、利用者の精神安定面、なじみの関係等の観点から、介護従業者は、ユニットごとの専従で配置するようにお願いします。

【指導事例】

- ・ 管理者の兼務職種が多く、事業所の管理業務ができていなかった。
- ・ 介護従業者の員数が不足していて、3：1 の基準が守られていなかった。
- ・ 計画作成担当者が、他のユニットの介護従業者を兼務していた。

2 計画作成担当者（平塚市規則第 59 号第 107 条、平塚市規則第 60 号第 70 条）

- (1) 事業所ごとに、保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有するものであって認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する計画作成担当者として配置すること。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所の他の職務との兼務が可能。管理者との兼務も可能。
- (2) 厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること。
ア 「認知症介護実践者研修」
イ 「実践者基礎課程」
- (3) 2人以上の計画作成担当者を配置する場合、いずれか1人が介護支援専門員の資格を有していれば足りる。(全員が研修修了者である必要がある。)
ただし、次の場合は介護支援専門員を置かないことができる。
- 併設する小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との連携により当該認知症対応型共同生活介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないとき
- (4) 介護支援専門員以外の計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員等として、認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有するものを充てること。(認知症実践者研修修了者など)

3 管理者（平塚市規則第 59 号 108 条、平塚市規則第 60 号第 71 条）

- (1) 共同生活住居ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置くこと。ただし、以下の場合であって、管理業務に支障がないと認められるときには、他の職務に従事することができる。
- ア 当該共同生活住居の他の職務に従事する場合
- イ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の職務に従事する場合
- ※他の事業所、施設等の職務に従事する時間帯も、当該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限ります。(管理すべき事業所数が過剰であると判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護職員又は介護職員を兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該事業所又は利用者へのサービス提供の現場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、管理業務に支障があると考えられます。)

- (2) 管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所 等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること。

ア 認知症対応型サービス事業管理者研修

※研修を受講するには、「実践者研修」又は「基礎課程」を修了していることが必要。

ただし、管理者交代時については研修開催状況を踏まえ、市町村からの推薦を受けて研修申込を行い、研修を修了することが確実に見込まれる場合は、研修を修了していなくてもよい。

- イ 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年厚生労働省老健局長通知及び平成17年厚生労働省老健局計画課長通知に基づき実施されたもの。）

Ⅱ 設備に関する基準について（基準抜粋）

1 事業所（平塚市規則第59号第110条、平塚市規則第60号第73条）

- ・認知症グループホームについて、地域の特性に応じたサービスの整備・提供を促進する観点から、ユニット数を弾力化するため、共同生活住居（ユニット）の数を1以上3以下とする。

2 設備（平塚市規則第59号第110条、平塚市規則第60号第73条）

- ・共同生活住居ごとに、居室、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。

《ポイント》

- ・事務室については管理上支障がなければ兼用であっても差し支えません。
- ・消火設備等については、消防法等により原則としてスプリンクラー設備の設置が義務付けられています。
- ・居室については、1室の床面積が7.43㎡を下回ると基準違反です。また、各居室の仕切りについては、単にカーテンや簡易的なパネル等で区分しただけでは認められませんが、和室の襖については構造上認められます。

3 居室の定員（平塚市規則第59号第110条、平塚市規則第60号第73条）

- ・各居室の定員は原則1名である。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合には2名とすることができる。（事業者都合によるものは一切認められない。）

- ・二人部屋の想定としては、夫婦での入居等が想定されます。
- ・二人部屋についての居室床面積の最低基準は定義されていませんが、7.43㎡よりも広い面積を確保する必要があります。

Ⅲ 運営に関する基準について（基準抜粋）

1 内容及び手続の説明及び同意（平塚市規則第 59 号第 125 条（第 7 条準用）、平塚市規則第 60 号第 85 条（第 10 条準用））

- ・サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要など、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得ること。

《ポイント》

◎重要事項を記した文書に記載すべきと考えられる事項は、以下のとおりです。

ア 法人、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど）

イ 利用料

ウ 従業員の勤務体制

エ 事故発生時の対応

オ 苦情処理の体制（事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）

カ 利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

○営業日・営業時間・サービス提供時間 ○ユニットごとの利用定員

○サービスの内容 ○緊急時の対応 など

※重要事項説明書の内容と運営規程の内容に違いがないようにしてください。

※利用申込者又はその家族に対し、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、同意を得た際には、以下の内容が明示されている必要があります。

○説明者氏名 ○説明・同意・交付した日付

○説明・同意・交付を受けた人の氏名及び押印（又は署名）、続柄

重要事項説明書と契約書は目的の異なる別の書類です。サービス提供開始についての同意は重要事項説明書の交付のほかに、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する観点から、契約書等の書面によって契約内容を確認することが望ましいと考えます。

【指導事例】

- ・重要事項説明書を利用者や家族に説明、交付したことが書面上確認できなかった。
- ・重要事項説明書の記載内容が古いままであった。（従業員の勤務体制が現状と一致しない等、運営規程の内容とそごがあった。）

2 入退居（平塚市規則第 59 号第 111 条、平塚市規則第 60 号第 74 条）

- ・入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症の状態にある者であることの確認をすること。

3 サービス提供の記録（平塚市規則第 59 号第 112 条、平塚市規則第 60 号第 75 条）

- (1) 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。
- (2) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録すること。

《ポイント》

- ・サービスの提供内容や当日の職員配置を記録してください。記録で確認ができない場合、介護報酬の返還や減算となる場合があります。

4 利用料の受領（平塚市規則第 59 号第 113 条、平塚市規則第 60 号第 76 条）

- ・介護報酬のほか、食材料費、理美容代、おむつ代、その他日常生活においても通常必要となるものに係る経費であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの費用の支払を利用者から受けることができる。

《ポイント》

◎利用者負担とするのが妥当でないもの

- ア 協力医療機関への通院助料（人件費）、タクシー代等の交通費、駐車場代
- イ 共用で使用する洗剤やトイレトーパー
- ウ 居宅療養管理指導以外の他の介護保険サービス費用
- エ 外泊・入院期間中の食材料費
- オ 介護のために必要なプラスチックグローブ
- カ 利用者の処遇上必要となった福祉用具の利用料金（個人的希望で利用する場合を除きますが、その際の経緯を記録するようにしてください。）

【指導事例】

- ・協力医療機関へ通院する際、利用者から交通費を徴収していた。
- ・領収書は発行していたが、介護保険 1 割～3 割負担と介護保険外費用の金額がまとめて記載されており、内訳が不明だった。
- ・利用者 1 割～3 割負担額の支払いを受けていなかった。
⇒利用者負担を免除することは、介護保険制度の根幹を揺るがす行為であり、指定の取消等を直ちに検討すべき重大な問題とされています。

5 認知症対応型共同生活介護の取扱方針（平塚市規則第 59 号第 114 条、平塚市規則第 60 号第 87 条）

- (1) 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行うこと。
- (2) 認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行うこと。
- (3) 認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行う事を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明すること。
- (4) 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、身体的拘束を行ってはならない。
- (5) 身体的拘束を行う場合には、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こと。

《ポイント》

◎身体的拘束廃止に向けた 5 つの方針

- ① トップが決意し、施設や病院が一丸となって取り組む。
- ② みんなで議論し、共通の意識をもつ。
- ③ 身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
- ④ 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援体制を確保する。
- ⑤ 身体拘束するケースは極めて限定的に考え、常に代替的な方法を考える。

※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は例外とされています。緊急やむを得ない場合とは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を全て満たしたときであり、また、これらの手続きは、極めて慎重に実施されなければなりません。身体拘束等を行う場合は、「その態様及び時間」「その際の利用者の心身の状況」「緊急やむを得ない理由」を記録しなければなりません。

【指導事例】

- ・胃ろうの処置等の医行為を介護従業者が行っていた。
⇒医行為は、医師法や看護師法等によって、医師や看護師といった医療職のみが行うことが許される行為で、介護職員は行ってはならない行為です。
- ・管理者のみの判断で身体拘束を行い、状況の記録や利用者・家族への説明を行ってなかった。

6 認知症対応型共同生活介護計画の作成（平塚市規則第 59 号第 115 条、平塚市規則第 60 号第 87 条）

- ・ 計画作成担当者は、援助の目標や具体的なサービス内容などを記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者及びその家族に対し説明をし、利用者の同意を得、交付すること。

《ポイント》

- ・ サービス提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成します。
- ・ 援助の目標及び当該目標を達成するための具体的サービス内容を記載します。
- ・ 目標は抽象的でなく、介護者が「何のために介護するのか」が意識できるよう、具体的に記載します。
- ・ 定期的実施状況の把握を行い、必要に応じて援助目標の変更等を検討します。

【指導事例】

- ・ 認知症対応型共同生活介護計画を作成しないまま、サービスを提供していた。
- ・ 認知症対応型共同生活介護計画を利用者に説明していなかった。（説明したことが記録により確認できなかった。）
- ・ 認知症対応型共同生活介護計画の同意を得ていなかった。（同意を得たことが記録により確認できなかった。）
- ・ 認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付していなかった。（交付したことが記録により確認できなかった。）
- ・ 計画作成担当者が利用者の状況を把握しておらず、認知症対応型共同生活介護計画が長期間見直されていなかった。

※認知症対応型共同生活介護計画には、利用者等への説明、同意、交付が確認できるよう、下記のような文章を追加することをお勧めします。

認知症対応型共同生活介護計画書	
.....	
.....	
上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。	
○年○月○日	利用者氏名 ○○ ○○ 説 明 者 ○○ ○○

7 非常災害対策（平塚市規則第59号第125条（第99条準用）、平塚市規則第60号第85条（第58条準用））

- ・非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知しておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うこと。

この訓練を実施する際には、地域住民の参加を得られるように努め、地域で訓練が実施される際には、参加に努めること。

《ポイント》

- ・具体的な計画とは、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画です。
- ・通報及び連絡体制とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるように従業員に周知徹底するとともに、運営推進会議を活用し、日ごろから消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に協力してもらえるような体制をいいます。

8 協力医療機関等（平塚市規則第59号第122条、平塚市規則第60号第82条）

- ◆ 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りません。
- ◆ 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りません。
- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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りません。
- ◆ 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第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関（以下「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症をいう。以下同じ。）の発生時等の対応を取り決めるように努めなければなりません。
- ◆ 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りません。
- ◆ 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りません。

- ◆ あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておかなければなりません。
- ◆ 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りません。

【ポイント】

- ◆ 協力医療機関及び協力歯科医療機関は、事業所から近距離にあることが望ましいとされています。
- ◆ 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りません。
- ◆ 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」という。）と連携を行うことが想定されます。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。
- ◆ 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ることを義務づけたもので、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てください。
- ◆ 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す。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、入院の可否の判断、入院調整等を行うことが想定されます。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ありません。
- ◆ 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、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ますが、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るを行うことが望ましいとされています。
- ◆ 利用者が入院後に症状が軽快し退院する場合、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は必要はありませんが、できる限り円滑に再び入居できるよう努めてください。
- ◆ 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ようにしてください。

Q：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。

A：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。

(地方厚生局ホームページ)

以下の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。

※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。

(中略)

■関東信越厚生局

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html>

※在宅療養支援病院等：施設基準届出状況(全体)の「医科」のファイルをご参照ください。

9 掲示(平塚市規則第59号第125条(第32条準用)、平塚市規則第60号第85条(第31条準用))

- ・事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項(苦情処理の概要等)を掲示すること。
- ・事業所への「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、原則として重要事項等の情報をウェブサイト(法人のホームページ等又は情報公表システム上)に掲載・公表しなければいけません。※令和7年度から義務付け。

《ポイント》

- ・掲示すべき内容は重要事項説明書に網羅されていますので、重要事項説明書を掲示用に加工して掲示している事業所が多く見られます。

10 秘密保持等（平塚市規則第 59 号第 125 条（第 33 条準用）、平塚市規則第 60 号第 85 条（第 32 条準用））

- (1) 従業者及び過去に従業者であったものは、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- (2) サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

《ポイント》

- ・過去に従業者であったものが、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければなりません。具体的には、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者の雇用時等に誓約させるなどの措置を講ずべきです。

- ・個人情報保護法の遵守について

介護保険事業者の個人情報保護法に関するガイドラインが厚生労働省から出されています。詳細は下記に掲載されています。

（掲載場所）

「介護情報サービスかながわ」(<https://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)

＞事業者

＞ライブラリー（書式／通知）

＞5. 国・県の通知 ＞個人情報の適切な取扱いについて

＞個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

11 地域との連携等（平塚市規則第 59 号第 125 条（第 102 条第 1 項から第 4 項準用）、平塚市規則第 60 号第 85 条（第 61 条準用））

- (1) 事業者は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、おおむね 2 月に 1 回以上運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。
- (2) 運営推進会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、利用者又はその家族が参加する場合、テレビ電話装置等の活用について利用者等の同意を得なければならない。なお、活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、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) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。
- (4) 認知症対応型共同生活介護事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図ること。
- (5) 事業の運営に当たっては、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力す

るよう努めなければならない。

- (6) 認知症グループホームにおいて求められている「第三者による外部評価」について、業務効率化の観点から、既存の外部評価（都道府県が指定する外部評価機関によるサービスの評価）は維持した上で、小規模多機能型居宅介護等と同様に、自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みを制度的に位置付け、当該運営推進会議と既存の外部評価による評価のいずれから「第三者による外部評価」を受けることとする。

【指導事例】

- ・運営推進会議を設置していなかった。（おおむね2月に1回以上開催していなかった。）
⇒指導対象となるとともに、原則事業所指定の更新は行いません。
- ・運営推進会議を設置していたが、地域住民の代表者等の参加がなかった。

12 事故発生時の対応（平塚市規則第59号第125条（第38条準用）、平塚市規則第60号第85条（第36条準用））

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講ずること。
- (2) 事故の状況、採った処置を記録すること。
- (3) 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。

《ポイント》

- ・事故が起きた場合の連絡先・連絡方法について、事業所で定め、従業員に周知してください。
- ・どのような事故が起きた場合に市町村に報告するかについて把握してください。
- ・事業所における損害賠償の方法（保険に加入している場合にはその内容）について把握してください。
- ・事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備してください。
具体的には次のようなことを想定しています。
 - ア 介護事故等について報告するための様式を整備する。
 - イ 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、アの様式に従い介護事故等について報告すること。
 - ウ 事業所において、報告された事例を集計し、分析すること。
 - エ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
 - オ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
 - カ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

※平塚市に提出する事故報告書は、下記に掲載されています。

(掲載場所)

「平塚市ホームページ」(<http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/index.html>)

- ＞国民年金・保険制度
- ＞介護保険事業者向け情報
- ＞介護保険事業者における事故発生時の報告
- ＞事故報告様式

13 会計の区分（平塚市規則第 59 号第 125 条（第 39 条準用）、平塚市規則第 60 号第 85 条（第 37 条準用））

- ・ 認知症対応型共同生活介護事業の会計とその他の事業の会計を区分すること。

※具体的な会計処理等の方法について

⇒「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成 13 年 3 月 28 日老振発第 18 号）」参照

14 記録の整備（平塚市規則第 59 号第 124 条、平塚市規則第 60 号第 84 条）

- (1) 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。
- (2) 次に掲げるアからキの利用者に対するサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存すること。

- ア 認知症対応型共同生活介護計画
- イ 提供した具体的なサービス内容等の記録
- ウ 身体拘束等に係る記録
- エ 市町村への通知に係る記録
- オ 苦情の内容等の記録
- カ 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
- キ 運営推進会議に関する記録

《ポイント》

提供した個々のサービスの内容等を記録として、次の書類を整備してください。

- 重要事項説明書
- 契約書
- アセスメントの記録
- 業務日誌（サービス提供日、利用者名、サービス提供者名、サービス提供の状況等）
- 個人記録（サービス提供日、個人の様子、目標等の達成状況等）
- 請求書・領収書の控え

※介護給付費請求書等の請求に関する書類は、その完結の日から 5 年間保管してください。（平成 13 年 9 月 19 日厚生省事務連絡）

15 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（平塚市規則第 59 号第 125 条、平塚市規則第 60 号第 85 条）

事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該事業所における利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催しなければなりません。

《ポイント》

- ◆令和 9 年 3 月 31 日までの間は、努力義務とされています。
- ◆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してください。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ありません。
- ◆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です。
- ◆本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましいです。
- ◆テレビ電話装置等を活用して行う場合は、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」等を遵守してください。
- ◆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ありません。本委員会は事業所毎に実施が求められるものですが、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ありません。
- ◆委員会の名称について、法令では「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」と規定されていますが、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるため、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が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えありません。

Ⅳ 介護報酬に関する基準について（基準抜粋）

1 短期利用認知症対応型共同生活介護費

- ・ 認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、居宅サービス、地域密着型（介護予防）サービス、居宅介護支援、介護予防サービス若しくは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年以上の経験を有していること。
- ・ 次のいずれにも適合すること。ただし、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において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であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあっては、次のア及びイにかかわらず、事業所の共同生活住居ごとに定員を超えて、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができるものとする。
 - ア 事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用するものであること。
 - イ アの共同生活住居において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は1名とすること。
- ・ 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- ・ 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者が確保されていること。「短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって、十分な知識を有する従業者」とは、認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践者研修のうち「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修を修了している者とする。

《ポイント》

- ・ 利用可能な部屋の要件は「個室」とされていますが、「おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保できれば、個室以外も認められます。
- ・ 共同生活住居の定員の合計数を超えて行う短期利用認知症対応型共同生活介護の提供は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）までです。また、当該入居期間中においても、職員の配置数は人員基準上満たすべき員数を上回っている必要があります。
- ・ 利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所の共同生活住居ごとに1人までです。この場合、定員超過利用による減算の対象にはなりません。

※短期利用の事業を始める前に、市へ届出が必要です。

2 身体拘束廃止未実施減算

身体拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じていない場合に身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の100分の10（短期利用の場合は100分の1）に相当する単位数を所定単位数から減算する。なお、短期利用の場合は令和7年3月31日までの間は経過措置として、減算が適用されない。

- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録すること。
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他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。
- ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施すること。

3 夜間支援体制加算Ⅰ・Ⅱ ※加算の届出が必要です

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指定認知症対応型共同生活介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、所定単位数に加算する。

※厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告 96-32）

イ 夜間支援体制加算（Ⅰ）

- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ・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。
- ・次に掲げる基準のいずれかに該当すること。
 - （1）夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成12年厚生省告示第29号）第3号本文に規定する数に1（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9）を加えた数以上であること。
 - a 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置していること。
 - b 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、必要な検討等が行われていること。
 - （2）夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を一名以上配置していること。

ロ 夜間支援体制加算（Ⅱ）

- ・ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ・ 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。
- ・ 次に掲げる基準のいずれかに該当すること。
 - （１）夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準第３号本文に規定する数に１（次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあつては、０．９）を加えた数以上であること。
 - a 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の数の１０分の１以上の数設置していること。
 - b 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、必要な検討等が行われていること。
 - （２）夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を一名以上配置していること。

《ポイント》

- ◆当該加算は、事業所の１の共同生活住居につき、夜間及び深夜の時間帯を通じて１の介護従業者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で１以上の介護従業者又は１以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に算定する。
- ◆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。）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。
 - a 利用者の１０分の１以上の数の見守り機器を設置すること。
 - b 「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」は、３月に１回以上行うこと。同委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。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」等を遵守してください。
- ◆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こと

【指導事例】（報酬返還事例）

- ・ユニットごとに、1名の夜勤従業者に加え、自宅待機による宿直体制をとっただけで、加算を算定していた。
⇒ユニットごとに毎日夜勤従業者1名配置した上で、1月あたりの勤務延時間が当該事業所の常勤換算1以上の夜勤従業者の配置が必要です。

4 利用者が入院したときの費用の算定について ※加算の届出が必要です

- ・利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。
- ・上記の体制を確保し、かつ利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月につき6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初及び最終日は、算定できない。

《ポイント》

- ・上記の体制を確保し、かつ利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月につき6日を限度として算定することができます。ただし、入院の初日及び最終日は算定できません。
- ・「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどして判断してください。

5 看取り介護加算 ※加算の届出が必要です

看取り介護加算については、入居者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、特定施設入居者生活介護における看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日を含めて45日を上限に手厚い看取り介護の実施を図ることを評価するもの。

(1) 看取り介護加算

- ・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、該当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、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（以下「医師等」）による協議の上、当該特定施設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。

(2) 適合する利用者

次のいずれにも適合すること。

- ・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判断した者。
- ・医師等が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- ・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て随時、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た上で、同意している者を含む。）であること。

《ポイント》

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てください。

6 医療連携体制加算 ※加算の届出が必要です

厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合す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において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算。ただし、医療連携体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ又は（Ⅰ）ハのいずれかの加算と医療連携体制加算（Ⅱ）を同時に算定する場合を除き、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- （１） 医療連携体制加算（Ⅰ）イ
- （２） 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ
- （３） 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ
- （４） 医療連携体制加算（Ⅱ）

※厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告 96 第 34 号）

（１） 医療連携体制加算（Ⅰ）イ

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

（２） 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ

- ①当該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1名以上配置していること。
- ②当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。ただし、①により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- ③イ③に該当するものであること。

（３） 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ

- ①当該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、指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
- ②看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。
- ③イ③に該当するものであること。

（４） 医療連携体制加算（Ⅱ）

- ①医療連携体制加算（Ⅰ）イ、ロ又はハのいずれかを算定していること。
- ②算定日が属する月の前3月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人

以上であること。

- (一) 喀痰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

《ポイント》

◆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ません。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す。

◆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す。

◆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されています。

◆医療連携体制加算（Ⅱ）を算定する事業所においては、医療連携体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅰ）ハの体制で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ます。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ます。

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」については、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こと。

- 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。
- ヘ 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。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出しているリ 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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問149)

Q：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。

A：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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問150)

Q：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）

A：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。

【指導事例】（報酬返還事例）

- ・健康管理の記録が残されていなかった。
- ・重度化した場合の対応に係る指針について、利用者等に説明せず、同意を得ていなかった。

7 認知症専門ケア加算 ※加算の届出が必要です

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者によりのみ算定可能

（1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- ・当該事業所における利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」）の占める割合が2分の1以上であること。
- ・認知症介護実践リーダー研修、認知症看護に係る適切な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- ・当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係

る会議を定期的に行っていること。

(2) 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)

- ・「認知症専門ケア加算 (Ⅰ)」の基準のいずれにも適合すること。
- ・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。
- ・当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

《ポイント》

- ◆「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Ⅴに該当する利用者を指すものとします。
- ◆「認知症の者の占める割合が2分の1以上」とは、算定日が属する月の前3か月の平均で算定してください。
- ◆「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日老発第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します。
- ◆「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します。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」等を遵守してください。
- ◆「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します。

認知症専門ケア加算 (令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) 問17)

Q : 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。

A : 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。)

認知症専門ケア加算（令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 1）問 19）

Q：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」の考え方が如何。常勤要件等はあるか。

A：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。

認知症専門ケア加算（令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 1）問 20）

Q：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。

A：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。

認知症専門ケア加算（令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 1）問 24）

Q：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「技術的指導に係る会議」と、特定事業所加算やサービス提供体制強化加算における「事業所における従業員の技術指導を目的とした会議」が同時期に開催される場合であって、当該会議の検討内容の 1 つが、認知症ケアの技術的指導についての事項で、当該会議に登録ヘルパーを含めた全ての訪問介護員等や全ての従業員が参加した場合、両会議を開催したものと考えてよいのか。

A：貴見のとおりである。

認知症専門ケア加算（令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 1）問 21）

Q：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。

A：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。

認知症専門ケア加算（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）問26）

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

A：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。

認知症専門ケア加算（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 6）問6）

Q：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。

A：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。

【指導事例】（報酬返還事例）

- ・ 認知症日常生活自立度を確認しないで加算を算定していた。
- ・ 認知症日常生活自立度Ⅰ、Ⅱの利用者にも加算を算定していた。
- ・ 認知症介護実践リーダー研修受講者が退職したにもかかわらず、認知症専門ケア加算を算定していた。
- ・ 認知症ケアに関する研修計画を実施又は実施を予定していなかった。

8 生活機能向上連携加算

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、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態等の評価を共同で行い、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。

《ポイント》

- 生活機能向上連携加算（Ⅰ）について、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、所定単位数を加算します。
- 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、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態等の評価を共同で行い、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します。ただし、生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しません。・医療提供施設が病院の場合は、原則、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りします。
- 「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」には生活機能アセスメントの結果のほか、次のアからエの内容を記載してください。
 - ア 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
 - イ 生活機能アセスメントの結果に基づき、アの内容について定めた3ヶ月を目標とする達成目標
 - ウ イ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
 - エ イ及びウ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

9 栄養管理体制加算

- ・栄養改善の取組を進める観点から、管理栄養士（事業所以外の管理栄養士を含む。）が、介護職員等へ「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を月1回以上行っていること。

《ポイント》

- ・「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」には以下の事項を記載してください。

- ア 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
- イ 当該事業所における目標
- ウ 具体的方策
- エ 留意事項
- オ その他必要と思われる事項

10 口腔衛生管理体制加算

- ・指定認知症対応型共同生活事業所において、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、それに基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
- ・口腔ケアに係る技術的助言及び指導はテレビ電話装置等を活用して行うことも可能。
ただし、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス及び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。

《ポイント》

- 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではありません。

- 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には以下の事項を記載してください。

- ア 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題
- イ 当該事業所における目標
- ウ 具体的方策
- エ 留意事項
- オ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況
- カ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成に当たっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る）
- キ その他必要と思われる事項

11 口腔・栄養スクリーニング加算

別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、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します。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しません。

※厚生労働大臣が定める基準（厚労告 95-42 の6）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っては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
- 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 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

《ポイント》

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

<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
- ・ BMI が 18.5 未満である者
 - ・ 1～6 月間で 3 % 以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの No.11 の項目が「1」に該当する者
 - c 血清アルブミン値が 3.5 g / d l 以下である者
 - d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

【参考】

具体的な手順等については、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」（令和 6 年 3 月 15 日老高発 0315 第 2 号・老認発 0315 第 2 号・老老発 0315 第 2 号）も参考にしてください。

12 サービス提供体制強化加算 ※加算の届出が必要です

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

次の(a), (b)のいずれかに適合し、かつ(c)を満たすこと。

- ・(a)当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
- ・(b)指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。
- ・(c)利用者定数超過していないこと及び職員数が基準を満たしていること。

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) ※旧加算Ⅰイ相当

次のいずれにも適合すること。

- ・当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。
- ・利用者定数超過していないこと及び職員数が基準を満たしていること。

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

次の(a), (b), (c)のいずれかに適合し、かつ(d)を満たすこと。

- ・(a)当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。
- ・(b)当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。
- ・(c)指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
- ・(d)利用者定数超過していないこと及び職員数が基準を満たしていること。

《ポイント》

職員の割合の算出方法

- ・常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用います。平均の割合が所定の割合以上の場合当該年度の算定が可能です。
- ・新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、加算届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用います。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となります。
- ・加算算定には継続的に所定の割合を維持しなければならないため、割合については、毎月記録してください。所定の割合を下回った場合については、加算取下げの届出を提出してください。
- ・介護福祉士又は勤続年数3年以上の者として算出に含められるかどうかについては、割合を算出する月の前月末日時点で判断します。

1 3 認知症行動・心理症状緊急対応加算

短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合について、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、入居を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき200単位を算定。

《ポイント》

- 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものです。
- 本加算は、利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用共同生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に算定することができます。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとします。この際、短期利用共同生活介護ではなく、医療機関による対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要があります。
- 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ません。
 - ①病院又は診療所に入院中の者
 - ②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
 - ③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
- 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いてください。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いてください。
- 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用の継続を妨げるものではありません。

1 4 若年性認知症利用者受入加算 ※加算の届出が必要です。

別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして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において、若年性認知症利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位を算定。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。

※厚生労働大臣が定める基準（厚労告 95-18）

受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。

《ポイント》

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行ってください。

1 5 初期加算

認知症対応型共同生活介護費について、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算とし、1日につき所定単位数を算定。30日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も、同様。

《ポイント》

- ◆初期加算は、当該利用者が過去3月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の場合は過去1月間とする。）の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できます。
- ◆短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合（短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を終了した翌日に当該認知症対応型共同生活介護事業所に入居した場合を含む。）については、初期加算は入居直前の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとします。
- ◆30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、上記にかかわらず、初期加算が算定されます。

16 協力医療機関連携加算

協力医療機関（指定地域密着型サービス基準第105条第1項に規定する協力医療機関をいう。）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。ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定不可。

※指定地域密着型サービス基準第105条

（協力医療機関等）

第105条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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。

《ポイント》

- ◆本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的開催することを評価するものです。
- ◆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ありません。
- ◆100単位を算定する場合について、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ります。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、速やかに届け出てください。

- ◆「会議を定期的開催」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えありません。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です。
- ◆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ます。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」等を遵守してください。
- ◆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ありません。
- ◆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りません。

（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）問127）

Q：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。

A：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。

（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）問151）

Q：要支援2について算定できるのか。

A：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。

（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）問152）

Q：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。

A：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。

（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 2）問13）

Q：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。

A：差し支えない。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) 問3)

Q：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。

A：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。

17 退居時情報提供加算

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

《ポイント》

- ◆入居者が退所退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式9の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付してください。
- ◆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、本加算は算定できません。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) 問153)

Q：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。

A：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。

18 退居時相談援助加算

利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退居時に当該利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、当該利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に当該利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1回を限度として算定。

《ポイント》

◆退居時相談援助の内容は、次のようなものです。

- 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

◆退居時相談援助加算は、次の場合には、算定できません。

- 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

◆退居時相談援助は、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ってください。

◆退居時相談援助は、退居者及びその家族等のいずれにも行ってください。

◆退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行ってください。

19 認知症チームケア推進加算 ※加算の届出が必要です

別に厚生労働大臣が定める基準（※1）に適合しているものとして、市町村長に届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者（※2）に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算。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不可。

- （1） 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）
- （2） 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

※1 厚生労働大臣が定める基準（厚労告 95-58 の5の2）

イ 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- （2） 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症の行動・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及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- （3） 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- （4） 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （1） イ（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。
- （2） 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を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。

※2 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者（厚労告 94-41 の2、91）

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

《ポイント》

- ◆「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」とは、日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等を指します。
- ◆「認知症の者の占める割合が2分の1以上」とは、算定日が属する月の前3か月の平均で算定してください。
- ◆認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の要件にある「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症の行動・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」を修了し、かつ、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。）を修了した者を指します。
- ◆認知症チームケア推進加算(Ⅱ)の要件にある「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「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、認知症チームケア推進研修を修了した者を指します。
- ◆加算の対象となる入所者等の人数に応じ、一人の研修を修了した者が全てのチームに対応することが困難と考えられる場合は、複数の者が研修を修了することが望ましいです。

◎認知症チームケア推進加算に関する基本的な考え方については「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和6年3月18日老高発0318第1号・老認発0318第1号・老老発第1号厚生労働省老健局高齢者支援課長等通知）を参照してください。

20 科学的介護推進体制加算 ※加算の届出が必要です

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。

- (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。

《ポイント》

- ◆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す。
- ◆情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととします。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」（令和6年3月15日老老発0315第4号厚生労働省老健局老人保健課長通知）を参照してください。
- ◆事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（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、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ます。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なりません。
 - 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（P l a n）。
 - 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（D o）。
 - 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（C h e c k）。
 - 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（A c t i o n）。
- ◆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す。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問 175)

Q：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。

A：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6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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問 171)

Q：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の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月より算定可能か。

A：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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問 172)

Q：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。

A：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。

2 1 高齢者施設等感染対策向上加算 ※加算の届出が必要です

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

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

※厚生労働大臣が定める基準（厚労告 95-58 の 7、127 の 7）

イ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
- (2) 協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

ロ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

《ポイント》

・ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

- ◆ 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す。
- ◆ 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します。

- ◆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。
- ◆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ありません。
- ◆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

- ◆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 回算定するものです。
- ◆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ます。
- ◆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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問128)

Q：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。

A：・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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問129)

Q：「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」とあるが、第二種協定指定医療機関である医療機関をどのように把握すればよい。また、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の届出を行っている医療機関をどのように把握すればよい。

A：都道府県と医療機関の医療措置協定の締結は令和6年4月から9月末までに行うこととされており、都道府県において、協定締結した医療機関を公表することとされている。また、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の届出を行っている医療機関については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参照されたい。

(地方厚生局ホームページ)

(中略)

■ 関東信越厚生局

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/ki_jyun.html

※「医科」のファイルをご参照ください。

受理番号に感染対策 1、感染対策 2、感染対策 3、外来感染の記載のある医療機関が該当します。

(後略)

(令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 問 130)

Q：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。

A：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。

(令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 問 131)

Q：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。

A：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。

(令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 問 132)

Q：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。

A：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。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 問133)

Q：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年間算定してよいのか。

※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

A：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。

2.2 生産性向上推進体制加算 ※加算の届出が必要です

別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合しているものとして、市町村長に届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算。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不可。

- (1) 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）
- (2) 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

※厚生労働大臣が定める基準（厚労告95-58の8、127の8）

イ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。
 - (一) 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
 - (二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
 - (三) 介護機器の定期的な点検
 - (四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修
- (2) (1) の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。
- (3) 介護機器を複数種類活用していること。

- (4) (1) の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。
- (5) 事業年度ごとに (1)、(3) 及び (4) の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ロ 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ (1) に適合していること。
- (2) 介護機器を活用していること。
- (3) 事業年度ごとに (2) 及びイ (1) の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

《ポイント》

◆生産性向上推進体制加算に関する基本的な考え方等については「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」(令和6年3月15日老高発 0315 第4号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知)を参照してください。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5) 問12)

Q：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。

A：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。

2 3 新興感染症等施設療養費

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

《ポイント》

- ◆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す。
- ◆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もので、令和6年4月時点においては、指定している感染症はありません。
- ◆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）」を参考としてください。

2.4 人員基準欠如による減算

(1) 計画作成担当者の人員基準欠如

下記の人員基準欠如に該当する場合は、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について介護報酬が 70%に減算される。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く。)

ア 計画作成担当者を配置していない場合

イ 計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合

ウ 介護支援専門員の資格がある計画作成担当者を事業所に配置していない場合

(2) 介護従業員の人員基準欠如

- ・人員基準上必要とされる員数から 1 割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について介護報酬が 70%に減算される。

- ・人員基準上必要とされる員数から 1 割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について介護報酬が 70%に減算される。(ただし、翌月の末日において人員基準を満たす場合を除く。)

(3) 夜勤体制による減算

夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月に事業所が下記のいずれかに該当する場合は、その翌月において利用者全員について介護報酬が 97%に減算される。

※平成 24 年 4 月の改正により、夜間及び深夜の勤務を行う介護従業者について、利用者の処遇に支障がない場合は、併設されている他の共同生活住居又は指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事することができるとしていた規定が削除され、共同生活住居ごとに必ず 1 名を配置することとされたので注意してください。

ア 夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間を行い、原則として事業所ごとに設定するもの）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が 2 日以上連続して発生した場合。

イ 夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が 4 日以上発生した場合。

【指導事例】（減算事例）

- ・計画作成担当者が配置されていなかった。
- ・介護支援専門員の資格のある計画作成担当者を事業所に配置していなかった。
- ・介護従業者の員数が不足していて、3 : 1 の基準が守られていなかった割合が 1 割を超えてしまった。

上記の要件に当てはまらなければ減算となりませんが、1 日でも人員が足りなければ基準違反です。「減算にならないければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。

25 定員超過利用による減算

市に提出した運営規程に定められている利用定員を超えている場合においては、次の月の認知症対応型共同生活介護費は、利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数で算定。

※利用者の数

1月間（暦月）の利用者の数の平均を用います。この場合、1月間の利用者等の数の平均は、当該月の全利用者の延数（1日ごとの利用者数を合計した数）を当該月の日数で除して得た数となります。（小数点以下切り上げ）

- ◆定員超過利用の基準に該当することになった場合は、その翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、減算されます。
- ◆定員超過利用が解消された場合は、解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定されます。

《ポイント》

- ◆適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めてください。定員超過が継続する場合、市は指定の取り消しを検討することになります。
- ◆災害の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ない場合は翌月も含む。）の翌月から所定単位数の減算を行うことはせず、やむを得ない理由がないにもかかわらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとします。

V 介護報酬請求上の注意点について

1 入居等の日数の数え方について

- ◆入居日数については、原則として、入居した日及び退居した日の両方を含むものとします。
- ◆ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設又は介護保険施設の間で、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものの間で、利用者等が一の介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合については、入所等の日は含み、退所等の日は含まれません。
- ◆介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの又は当該介護保険施設等と隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等に入所等する場合は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されません。
- ◆厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法の適用に関する平均利用者等の算定においては、入居した日を含み、退居した日は含まないものとします。

2 サービス種類相互の算定関係について

- ◆認知症対応型共同生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は、算定しません。
- ◆ただし、認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えありません。