

(5) 介護報酬に関する基準

① 基本単位について

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） … １ユニットの場合

- ① 要介護１ 765 単位
- ② 要介護２ 801 単位
- ③ 要介護３ 824 単位
- ④ 要介護４ 841 単位
- ⑤ 要介護５ 859 単位

(2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ） … ２ユニット以上の場合

- ① 要介護１ 753 単位
- ② 要介護２ 788 単位
- ③ 要介護３ 812 単位
- ④ 要介護４ 828 単位
- ⑤ 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） … １ユニットの場合

- ① 要介護１ 793 単位
- ② 要介護２ 829 単位
- ③ 要介護３ 854 単位
- ④ 要介護４ 870 単位
- ⑤ 要介護５ 887 単位

(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ） … ２ユニット以上の場合

- ① 要介護１ 781 単位
- ② 要介護２ 817 単位
- ③ 要介護３ 841 単位
- ④ 要介護４ 858 単位
- ⑤ 要介護５ 874 単位

② 施設基準について

イ 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定すべき基準

- (1) 当該事業所を構成する共同生活住居の数が１であること。
- (2) 指定地域密着型サービス基準第 90 条に定める従業者の員数を置いていること。

ロ 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定すべき基準

- (1) 当該事業所を構成する共同生活住居の数が２以上であること。
- (2) イ(2)に該当するものであること。

ハ 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定すべき基準

- (1) 当該事業所を構成する共同生活住居の数が１であること。
- (2) 当該事業所の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、

指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定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。

- (3) 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居宅介護生活介護費を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護（以下この号において「短期利用認知症対応型共同生活介護」という。）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づ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つては、（i）及び（ii）の規定にかかわらず、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居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。

（i）当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室を利用するものであること。

（ii）1の共同生活介護において、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。

- (4) 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。

- (5) 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。

- (6) イ(2)に該当するものであること。

二 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定すべき基準

- (1) 当該事業所を構成する共同生活住居の数が2以上であること。

- (2) ハ(2)から(6)までに該当するものであること。

「十分な知識を有する従業者」

認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「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のいずれかを修了している者

- * 認知症であることを必ず利用開始時まで確認すること。
- * 認知症対応型共同生活介護の入居者又は家族に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を行う旨、説明を行い、同意を得ること。
 - a 緊急時の特例的な取扱いのため、当該利用者に対する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行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度に行うものとする。
 - b 当該利用者を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に共同生活を送る共同生活住居）の利用者とみなして、当該利用者の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こと。

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。

- c 利用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（ユニット）ごとに1人まで認められ、定員超過利用による減算の対象とはならない。

③ 夜勤を行う職員の勤務時間に関する基準を満たさない場合

- ア 所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定。
- イ 夜間及び深夜の時間帯を通じて共同生活住居ごとに1以上を確保。
- * 夜勤を行う職員の不足状態が続く場合には、事業所の指定の取り消しも検討されるため、改善に努めること。

④ 定員超過利用・人員基準欠如の場合

- ア 所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定。
- イ 人員基準上満たすべき職員の員数を算定する際の利用者数は、当該年度の前年度の平均（前年度の全利用者数の延べ数を当該前年度の日数で除して得た数）を用いる。
- ウ 計画作成担当者が必要な研修（実践者研修又は基礎課程）を修了していない場合や、計画作成担当者として少なくとも1名以上の介護支援専門員を配置していない場合も人員基準欠如と同様の取扱いとする。
- エ 認知症対応型共同生活介護の定員超過の判断は、月平均の利用者の数（当該月の全利用者の延べ数を当該月の日数で除して得た数）が定員を超過した場合とする。
（介護予防認知症対応型共同生活介護も一体的に提供している場合、介護予防サービス利用者も含む。）

※厚労省通知により人員基準欠如減算の取扱いに変更があったため P97 を参照のこと。

⑤ 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算 1%/日減算（短期利用の場合）

- ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

→ 指定地域密着型サービス基準第97条第6項及び第7項の規定を指す
第97条（略）

2～5（略）

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

- 一 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。）（※）を三月に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。

(※) 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。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三 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に実施すること。

8 (略)

イ 身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体的拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6 項の記録（同条第 5 項に規定する身体的拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第 7 項に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

ウ 具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、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長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

⑥ 高齢者虐待防止措置未実施減算 1%／日減算

ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

→ 指定地域密着型サービス基準第 108 条において準用する第 3 条の 38 の 2 に規定する基準に適合していること。

「(4) 運営に関する基準 ㉔ 虐待の防止について」(26 ページ)

参照のこと

イ 事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、地域密着型サービス基準第 108 条において準用する第 3 条の 38 の 2 に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

ウ 具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 2 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、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長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

○ 高齢者虐待防止措置未実施減算の適用について

(高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係る Q & A の周知

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）

「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

⑦ 業務継続計画未策定減算 3%／日減算（予防は1%／日減算）

ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

→ 指定地域密着型サービス基準第108条において準用する第3条の30の2第1項に規定する基準に適合していること。

「（4）運営に関する基準 ⑩ 業務継続計画の策定等について」（18ページ）参照のこと

イ 業務継続計画未策定減算については、指定地域密着型サービス基準第108条において準用する第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）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

⑧ 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合の減算 50単位／日減算

共同生活住居（ユニット）の数が3である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（「（2）人員に関する基準 ② 介護従業者」のウに該当する場合に限る。）に、利用者にサービスを提供した場合に、所定単位数から1日につき減算する。

⑨ 夜間支援体制加算

夜間支援体制加算（Ⅰ） 50単位／日 （1ユニットの場合）

夜間支援体制加算（Ⅱ） 25単位／日 （2ユニット以上の場合）

イ (Ⅰ)の加算要件

- (1) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。
- (2) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)の施設基準又は短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ)の施設基準に該当すること
- (3) 次に掲げる基準のいずれかに該当すること。
 - (一) 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。
 - (二) 指定地域密着型サービス基準第90条第1項の規定により夜間夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。

ロ (Ⅱ)の加算要件

- (1) イ(1)及び(3)に該当するものであること。
- (2) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)の施設基準又は短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)の施設基準に該当するものであること。
- * 事業所の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加算を算定する。
- * 施設基準第32号イ(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。

1ユニット	夜勤職員1名 + 常勤換算方法で1以上の夜勤職員又は1以上の宿直勤務に当たる者	※加算対象の夜勤職員の配置については、1月当たりの勤務延
-------	---	------------------------------

2ユニット	夜勤職員2名 + 常勤換算方法で1以上の (ユニット毎1名) 夜勤職員又は1以上の宿 直勤務に当たる者	時間が当該事業所の 常勤換算1以上であ ること。
-------	---	--------------------------------

* 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。

⑩ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位/日（短期利用の場合）

ア 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、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、認知症対応型共同生活介護を行った場合に、入居を開始した日から起算して7日を限度として加算する。

イ 短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者のみ対象

- 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。
- ② 利用者に「認知症の行動・心理症状」が認められ、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護が必要であると医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受け入れ事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に算定できる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できる。この際、短期利用認知症対応型共同生活介護ではなく、医療機関における対応が必要であると判断される場合にあっては、速やかに適当な医療機関の紹介、情報提供を行うことにより、適切な医療が受けられるように取り計らう必要がある。
- ③ 次に掲げる者が、直接、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できない。
 - 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。
- ⑤ 7日を限度として算定することとは、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。

ウ 本加算を算定している場合は、若年性認知症利用者受入加算は算定しない。

⑪ 若年性認知症利用者受入加算 120単位/日

ア 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）に対して、認知症対応型共同生活介護を行った場合に加算する。

イ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

＊ 担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

ウ 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。

⑫ 利用者が入院したときの費用の算定 所定単位数に代えて246単位／日

利用者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合に、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認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月に6日を限度として、所定単位数に代えて算定する。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。

① 入院時の費用を算定する事業所は、あらかじめ、利用者に対して、上記の体制を確保していることについて説明すること。

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

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

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

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

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

(例) 入院期間：3月1日～3月8日（8日間）

3月1日 入院の開始・・・所定単位数を算定

3月2日～7日（6日間）・・・1日につき246単位を算定可

3月8日 入院の終了・・・所定単位数を算定

③ 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あ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

イ 1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能。

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院・・・所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）・・・1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）・・・1日に月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

- 利用者の入院期間中は、必要に応じて、入退院手続きや家族、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。

⑬ 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

死亡日前日及び前々日 680単位/日

死亡日 1,280単位/日

認知症対応型共同生活介護費について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市長に届け出た認知症対応型共同生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について算定する。

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基準」

認知症対応型共同生活介護における看取り介護加算に係る施設基準

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

ハ 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」

次のいずれにも適合している利用者

イ 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。

□ 医師、看護職員（事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意をしている者を含む。）であること。

ハ 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。

- ① 看取り介護加算は、医師が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものであることに留意すること。
- * 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診断したと、及び医師がその旨を本人又はその家族に対して説明したことについて記録を残すこと。
 - * 算定要件を満たしていることが明らかになるよう、要件にかかる実施内容（以下の取り組みや対応を含む）については、その実施の具体的内容が記録等でわかるようにしておくこと。
- ② 看護職員については、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。具体的には、当該事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができることが必要である。
- ③ 利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくためにも、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA サイクル）により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。
- イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らかにする（Plan）。
 - ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う（Do）。
 - ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う（Check）。
 - ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う（Action）。
- なお、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、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。具体的には、実施に当たり、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とともに、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 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 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。

また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能。

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。

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 看取り介護を受けた利用者が死亡前に自宅に戻ったり、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 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 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。

⑭ 初期加算について 30単位/日

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算定できる。30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も、同様とする。

- ① 当該利用者が過去3月間（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間）の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できる。

＊ 入院・外泊期間は算定できない。

- ② 短期利用していた者が日を空けることなく引き続き入居した場合、入居直前の短期利用の利用日数を30日から控除して算定する。

- ③ 30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、aにかかわらず、加算が算定される。

⑮ 協力医療機関連携加算

- (1) 100単位/月（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項各号に掲げる要件を満たしている場合）

- (2) 40単位/月（上記以外の場合）

認知症対応型共同生活介護費について、事業所において、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で開催している場合に加算する。ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

【指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項各号に掲げる要件】

2 事業者は、前項の規定に基づき協力医療機関を定めるに当たっては、次に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるように努めなければならない。

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

二 当該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。

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

※厚労省通知により協力医療機関連携加算に係る要件変更がありましたので P98 を参照のこと。

⑯ 医療連携体制加算（いずれかのみ加算）

＊（Ⅰ）イ、ロ、ハと（Ⅱ）を同時に算定する場合を除く）

- （１）医療連携体制加算（Ⅰ）イ ５７単位／日
- （２）医療連携体制加算（Ⅰ）ロ ４７単位／日
- （３）医療連携体制加算（Ⅰ）ハ ３７単位／日
- （４）医療連携体制加算（Ⅱ） ５単位／日

この加算は、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。

イ （Ⅰ）イの算定基準

- （１） 当該事業所の職員として看護師を常勤換算方法で１名以上配置していること。

＊ 事業所の行うべき具体的サービス（（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅰ）ハ共通）を行うために必要な勤務時間を確保すること。

（具体的サービスの内容）

- ・ 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

＊ 利用者に対する日常的な健康管理の記録を残すこと。

＊ 看護師の出勤状況が確認できるもの（出勤簿等）を整備すること。

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

※ 入居者が重度化した場合の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。

ロ （Ⅰ）ロの算定基準

- （１） 当該事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で１名以上配置していること。
- （２） 当該事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは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。

ハ (Ⅰ)ハの算定基準

- (1) 当該事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
- (2) 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) イ(3)に該当するものであること。

* (Ⅰ)ハの体制について、利用者の状態の判断や、当該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。

ニ (Ⅱ)の算定基準

* 事業所の行うべき具体的サービス（(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅰ)ハ共通）の提供に加えて、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、下記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。

- (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
 - * 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
 - (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - * 当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。
 - (三) 中心静脈注射を実施している状態
 - * 中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。
 - (四) 人工腎臓を実施している状態
 - * 当該月において人工腎臓を実施しているものであること。
 - (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
 - * 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。
 - (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
 - * 当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合であること。
 - (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - * 経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養

を行っている状態であること。

(八) 褥瘡に対する治療を実施している状態

- * 以下のいずれかの分類に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な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

(九) 気管切開が行われている状態

- * 気管切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合であること。

(十) 留置カテーテルを使用している状態

- * 留置カテーテルが挿入されている利用者に対して、留置カテーテルに係る観察、管理、ケアを行った場合であること。

(十一) インスリン注射を実施している状態

- * 認知症対応型共同生活介護の利用中にインスリン注射によりインスリンを補う必要がある利用者に対して、実際にインスリン注射を実施している状態である。

⑰ 退居時情報提供加算 250単位

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

- ① 入居者が退所退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式9の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。
- 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。

⑱ 退居時相談援助加算について 400単位/回

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する。

※同意、介護状況を示す文書及び提供した必要な情報について記録しておくこと。

- 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 退居時相談援助加算は、次の場合には、算定できない。
 - 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 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うこと。
- ④ 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うこと。
- ⑤ 退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

⑱ 認知症専門ケア加算について（いずれかのみ加算）

認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

認知症対応型共同生活介護費について、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算する。ただし、認知症チームケア推進加算を算定している場合は、算定しない。

イ （Ⅰ）の加算要件 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の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上であること。

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

※当該ランクに該当する者のみ加算を算定することができる。

- （２） 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、事業所における対象者の数が 20 人未満である場合にあっては、1 以上、対象者の数が 20 人以上である場合にあっては1 に対象者の数が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

＊ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「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。

- （３） 当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行っていること。（※当該会議の議事録を残すこと。）

＊ 「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（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。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」等に対応していること。

□ (Ⅱ)の加算要件 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 「(Ⅰ)の加算要件」の基準のいずれにも適合すること。

(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上記「(Ⅰ)の加算要件」のイの基準に加え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。

＊ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「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。

(3) 当該事業所又は施設における介護職員、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(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。

＊ 研修の記録を残しておくこと。

「認知症日常生活自立度」の決定方法について(留意事項第二1(12))

(i) 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合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(以下「判定結果」という。)を用いる。

(ii) 前項の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」(平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知)に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3.心身の状態に関する意見(1)日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いる。

(iii) 医師の判定が無い場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。)にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4)認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いる。

⑳ 認知症チームケア推進加算 (いずれかのみ加算)

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

認知症対応型共同生活介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った認知症対応型共同生活介護事業所が、周囲の者による日常生活に対

する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）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月につき所定単位数を加算する。ただし、認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定しない。

イ（Ⅰ）の算定基準 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、対象者の占める割合が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（Ⅱ）の算定基準 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終了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

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

② 生活機能向上連携加算について （いずれかのみ加算）

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

注1（Ⅰ）の算定基準

計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所、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（以下「医師等」という。）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（以下この号において「介護計画」という。）」を作成し、当該計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回のサービスが提供された日の属する月に算定する。

イ（Ⅰ）の算定基準については、下記a～d及び下記の生活機能向上連携加算（Ⅱ）のa、

c、dの算定基準を適用する。

- a 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、訪問リハビリテーション事業所、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、介護計画の作成を行うこと。なお、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、介護計画に基づきサービス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介護計画を見直した場合を除き、介護計画に基づきサービス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。

注2 (Ⅱ)の算定基準

訪問リハビリテーション事業所、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（以下「医師等」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、計画作成担当者が当該医師等と利用者の身体の状態等の評価（生活機能アセスメント）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、当該医師等と連携し、当該計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該サービスが提供された日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。ただし、(Ⅰ)を算定している場合には算定しない。

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（以下この号において「介護計画」という。）」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 イの介護計画の作成に当たっては、訪問リハビリテーション事業所、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、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「理学療法士等」という。）が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、

排せつ等)及びIADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価(以下「生活機能アセスメント」という。)を行うものとする。

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

ハ イの介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、以下の事項を記載すること。

- (a) 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- (b) 生活機能アセスメントの結果に基づき、(a)の内容について定めた3月を目途とする達成目標
- (c) (b)の目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
- (d) (b)及び(c)の目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容

二 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、意欲の向上につながるよう、当該目標に係る生活行為の回数や生活行為を行うために必要な基本的動作(立位、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 3月を超えて算定しようとする場合は、再度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 栄養管理体制加算 30単位/月

認知症対応型共同生活介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準(※)に適合する認知症対応型共同生活介護事業所において、管理栄養士(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月につき算定する。

(※) 定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。

- 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過し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

②③ 口腔衛生管理体制加算 30単位／月

認知症対応型共同生活介護費について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき算定する。

イ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合であって、当該事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、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。

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。

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（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。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」等に対応していること。

- ② 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。

イ 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題

ロ 当該事業所における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項

ホ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況

ヘ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る）

ト その他必要と思われる事項

- ③ 介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導、又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、医療保険による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。

ロ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

②④ 口腔・栄養スクリーニング加算 20単位／回

認知症対応型共同生活介護費について、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回につき算定する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

次のいずれにも適合すること。

イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者が口腔の健康状態の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 利用開始時および利用中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。

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（別添様式5-2）、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り評価を行うこと。

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」）を参照するとともに、口腔スクリーニングの実施に当たっては、「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)等の関連学会が示す記載等も参考にされたい。

イ 口腔スクリーニング

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

ロ 栄養スクリーニング

- a BMIが18.5未満である者
- b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者

- c 血清アルブミン値が 3.5 g/dl 以下である者
- d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

②⑤ 科学的介護推進体制加算 40単位／月

認知症対応型共同生活介護費について、次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、1月につき算定する。

- (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、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
- ① 本加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記ア、イ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、LIFEを用いて行うこととする。LIFE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（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
 - ③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCA 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 LIFE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。

②⑥ 高齢者施設等感染対策向上加算

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

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、電子情報処理組織を使用する方法により、市長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った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月につき単位数を所定単位数に加算する。

イ (Ⅰ)の算定基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 第2種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。

- (2) 指定地域密着型サービス基準第 105 条第 1 項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。
- ① 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 A 2 3 4 - 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 A 0 0 0 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 2 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 2 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 2 種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第 2 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。

□ (Ⅱ)の算定基準

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。

- ① 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。

㉗ 新興感染症等施設療養費 240単位/日

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（※令和6年4月時点において指定感染症はない）に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

- 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。

㉘ 生産性向上推進体制加算（いずれかのみ加算）

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

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、電子情報処理組織を使用する方法により、市長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った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月につき所定単位数を加算する。

イ (Ⅰ)の算定基準 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。

□ (Ⅱ)の算定基準 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。

【留意事項】

生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知（「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」）を参照すること。

㊹ サービス提供体制強化加算について（いずれかのみ加算）

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

イ (Ⅰ)の算定基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 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。
 - (二) 事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

□ (Ⅱ)の算定基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 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。
- (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

ハ (Ⅲ)の算定基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 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。
 - (二) 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。
 - (三) 認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数が10年以上であること。

数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

(2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

- *1 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いる。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となる。介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。
 - *2 *1の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3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算等が算定されなくなる場合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。具体的には、令和2年4月における勤続年数3年以上の者とは、令和2年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者。
 - *4 勤続年数の算定には、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。
 - *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。
 - *6 介護従業者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 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。
- * 次年度のサービス提供体制強化加算の算定にあたっては、当年度4月から2月までの11月間について、算定要件の割合を月ごとに確認、記録しておくこと。

③⑩ 介護職員等処遇改善加算について

詳細は北九州市ホームページを参照のこと。

○令和8年度 介護職員等処遇改善加算等計画書の届出について

https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/16800558_00002.html

2. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護に関する事項

(基準条例)

「北九州市介護サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」

(平成 24 年 12 月 19 日北九州市条例第 51 号)

(指定基準)

- ①「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」

(平成 18 年厚労省令第 36 号)

- ②「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」

(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号)

(介護報酬基準)

- ①「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 年厚労省告示第 128 号)

- ②「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及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号・老老発第 0331018 号)

(1) 介護予防認知症対応型共同生活介護事業とは

この法律において「介護予防認知症対応型共同生活介護」とは、要支援者（厚生労働省令で定める要支援状態区分に該当する状態である者に限る。）であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、その介護予防を目的として、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことをいう。（介護保険法第 8 条の 2 第 15 項）

(2) 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

① 基本取扱方針（基準第 86 条）

- 1 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。
- 2 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に次に掲げるいずれかの評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。
 - 一 外部の者による評価
 - 二 前条において準用する第三十九条第一項に規定する運営推進会議における評価
- 3 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサー

ビスの提供に当たらなければならない。

- 4 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮しなければならない。
 - 5 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。
- ① サービス提供に当たっては、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。
 - ② 介護予防の十分な効果を高める観点から利用者の主体的な取組が不可欠。サービス提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方など様々な工夫や適切な働きかけを行うよう努めること。
 - ③ 「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供は行わない。
 - ④ 提供されたサービスについては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価し、その改善を図る。
 - ⑤ 提供サービスに対する自己評価・外部評価を活用して、常にサービスの質の改善を図る。また、評価結果を入居（申込）者及びその家族に提供するほか、外部に対して開示する。

② 具体的取扱方針（基準第 87 条）

指定介護予防認知症対応型共同生活介護の方針は、第 69 条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。
- 二 計画作成担当者は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成するものとする。
 - * 事業所の計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。なお、介護計画の様式は、事業所ごとに定めるもので差し支えない。
- 三 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。
- 四 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 五 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該

介護予防認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。

六 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行わなければならない。

七 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行わなければならない。

八 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

九 計画作成担当者は、他の介護従業者及び利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定介護予防サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも一回は、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握(以下この条において「モニタリング」という。)を行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行うものとする。

十 計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

＊ 介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の計画に定める目標の達成状況を把握する。また、必要に応じて計画の変更を行う。

十一 第一号から第九号までの規定は、前号に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

＊ 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所において介護予防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、介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している介護予防認知症対応型共同生活介護事業者については、介護予防サービス計画を作成している居宅介護支援事業者から介護予防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、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

③ 介護等（基準第88条）

1 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行わなければならない。

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

＊ 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所で提供されるサービスは施設サービスに準じ、当該共同生活住居で完結する内容であることを踏まえ、当該事業所の従業者でない者による介護や、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。

3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

④ 社会生活上の便宜の提供等（基準第 89 条）

- 1 事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。
- 2 事業者は利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
＊ 特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得ること。
- 3 事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

（３） 人員、設備、運営に関する基準

人員、設備、運営に関する基準については、基本的に認知症対応型共同生活介護と同様。

介護予防認知症対応型共同生活介護事業者が認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、かつ、同一事業所において一体的に運営されている場合は、地域密着型サービス基準に規定する基準をもって、介護予防の人員及び設備に関する基準を満たしているとみなすことができる。

（４） 介護報酬に関する基準

① 基本単位について

イ 介護予防認知症対応型共同生活介護費（１日につき）

- (1) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ) 761 単位
- (2) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ) 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日につき）

- (1) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ) 789 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) 777 単位

② 夜勤を行う職員の勤務時間に関する基準を満たさない場合
認知症対応型共同生活介護と同じ。

③ 定員超過利用・人員基準欠如の場合
認知症対応型共同生活介護と同じ。

④ 身体拘束廃止未実施減算について イ 10%/日減算 ロ 1%/日減算
認知症対応型共同生活介護と同じ。

⑤ 高齢者虐待防止措置未実施減算
認知症対応型共同生活介護と同じ。

⑥ 業務継続計画未策定減算
認知症対応型共同生活介護と同じ。

⑦ 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合の減算について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

- ⑧ 夜間支援体制加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑨ 認知症行動・心理症状緊急対応加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑩ 若年性認知症利用者受入加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑪ 利用者が入院したときの費用の算定について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑫ 初期加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑬ 退居時情報提供加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑭ 退居時相談援助加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑮ 認知症専門ケア加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑯ 認知症チームケア推進加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑰ 生活機能向上連携加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑱ 栄養管理体制加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑲ 口腔衛生管理体制加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ⑳ 口腔・栄養スクリーニング加算について
認知症対応型共同生活介護と同じ。
- ㉑ 科学的介護推進体制加算について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

② 高齢者施設等感染対策向上加算について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

③ 新興感染症等施設療養費について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

④ 生産性向上推進体制加算について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

⑤ サービス提供体制強化加算について

認知症対応型共同生活介護と同じ。

- * 次年度のサービス提供体制強化加算の算定にあたっては、当年度4月から2月までの11月間について、算定要件の割合を月ごとに確認、記録しておくこと。

⑥ 介護職員等処遇改善加算について

詳細は北九州市ホームページを参照のこと。

○令和8年度 介護職員等処遇改善加算等計画書の届出について

https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/16800558_00002.html

(公 印 省 略)
北九保地介第1718号
平成23年3月29日

各指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所 管理者 様

北九州市保健福祉局地域支援部介護保険課
事業者支援担当課長 戸島 光義

通院介助にかかる費用徴収の可否について

平素より本市の保健福祉行政にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、（介護予防）認知症対応型共同生活介護における通院介助の費用徴収について、本市では、協力医療機関であるか否かに関わらず定期的な受診については家族が対応するものとし、それができない場合に事業者が費用徴収しても事業者と利用者が同意していれば問題なしとしていました。ただし急な病変や介護事故による場合は、事業者の責任において対応すべきと考え一切の費用徴収は認めていませんでした。

しかし、一部事業所において取扱いが異なっていることや利用者からの費用徴収について、介護報酬外の利用者負担の解釈に疑義が生じていたため今後の本市における取扱いについては下記のとおりといたします。

つきましては、ご趣旨をご理解の上、その運用に遺漏のないようよろしくお願いします。

記

- 1.（介護予防）認知症対応型共同生活介護における日常生活上の通院介助については、介護サービスの一環であり、利用者からの費用徴収はできないものとする。

受診形態	病院の種類	通院介助料 (人件費)	交通費	駐車場代
定期受診（通院）	協力医療機関・ 協力医療機関以外	徴収不可	徴収不可 ※1	徴収不可
定期外受診 (急な病変・事故)	協力医療機関・ 協力医療機関以外	徴収不可	徴収不可	徴収不可

※1：事業所の車が空いてない等の合理的な理由があれば、交通費の実費相当額を徴収することは差し支えない。

2. 運用開始日：平成23年4月1日

3. 問い合わせ先

北九州市保健福祉局地域支援部介護保険課

事業者支援係 担当：松尾、名越

TEL：093-582-2771

FAX：093-582-2095