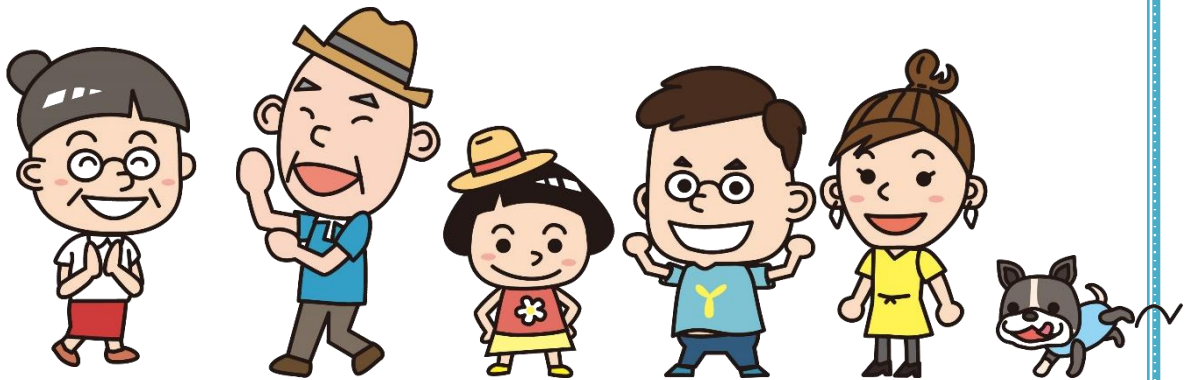


認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 運営の手引

(令和8年6月版)



「よこはま健康ファミリー」

横浜市健康福祉局高齢健康福祉部
介護事業指導課

目次

1	はじめに	1
2	指定・運営基準の概要	2
3	令和6年4月の基準条例改正について	33
4	運営における留意事項	35
5	運営推進会議の開催	41
6	利用料の徴収と利用者からの同意	42
7	入居一時金の取扱いについて	45
8	虐待防止と身体的拘束の廃止	46
9	介護現場におけるハラスメント対策について	53
10	感染症や災害への対応	56
11	自己評価と外部評価の実施	62
12	事故発生時の報告	77
13	変更届・加算届・指定更新申請等について	80
14	グループホームの介護報酬	81
15	グループホームの加算	85
	(1) 夜間支援体制加算	85
	(2) 認知症行動-心理症状緊急対応加算	88
	(3) 若年性認知症利用者受入加算	90
	(4) 利用者入院期間中の体制	91
	(5) 看取り介護加算	94
	(6) 初期加算	98
	(7) 協力医療機関連携加算	99
	(8) 医療連携体制加算	102
	(9) 退去時情報提供加算	108
	(10) 退去時相談援助加算	109
	(11) 認知症専門ケア加算	111
	(12) 認知症チームケア推進加算	117

(13) 生活機能向上連携加算	122
(14) 栄養管理体制加算	125
(15) 口腔衛生管理体制加算	126
(16) 口腔・栄養スクリーニング加算	128
(17) 科学的介護推進体制加算	130
(18) 高齢者施設等感染対策向上加算	135
(19) 新興感染症等施設療養費	139
(20) 生産性向上推進体制加算	140
(21) サービス提供体制強化加算	142
(22) 介護職員等処遇改善加算	150
16 減算について	151
【通知・要領】	
【通知】認知症対応型共同生活介護（グループホーム）における介護従事者の配置について（通知）「横浜市」	159
通所介護における日常生活に要する費用の取扱いについて	160
医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）	166
医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について その2（通知）	176
横浜市地域密着型サービス事業所における運営推進会議設置運営要領	180
横浜市外部評価の実施回数の緩和の適用に係る事務取扱要領	183
介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領	186
認知症高齢者グループホームにおける「医療連携体制加算」と「日常的な健康管理」について（通知）	190
認知症高齢者グループホームにおける「医療連携体制加算」の日常的な健康管理のための訪問回数について（通知）	193

1 はじめに

認知症高齢者グループホームは、認知症である要介護者になってからもその人らしく尊厳を保ちながら、家庭的な雰囲気の中、日常生活を営む場であり、介護保険法では、「指定認知症対応型共同生活介護」として、地域密着型サービスに位置づけられている介護サービスです。

認知症高齢者グループホームでは、入居者がそれぞれの役割を持って生活することで、認知症の進行を緩和し、安心して生活ができるよう介護サービスが提供されています。

認知症ケアにおける地域でのグループホームの果たす役割は、年々重要なものとなっている一方で、グループホームでの介護サービスの質の確保や法令を遵守した事業運営の実施が求められています。

そこで、横浜市では、事業者がグループホームを運営するに当たって、知らなければならない基準や制度等を掲載した「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）運営の手引き」を作成しています。

本書には、これまでに厚生労働省・神奈川県・横浜市が発出した条例、基準省令及び解釈通知等を掲載しています。本書で再度、基準等を確認することで、適正な事業所運営を実施して頂ければ幸いです。また、職場で実施する職員研修の資料としてもご活用ください。

横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 介護事業指導課

2 指定・運営基準の概要

※赤字部分は令和6年4月改正

1 認知症対応型共同生活介護の定義及び基本方針

(1) 定義（法第8条第20項、第8条の2第15項）

○認知症対応型共同生活介護<法8条20項>

「認知症対応型共同生活介護」とは、要介護者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、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をいう。

○介護予防認知症対応型共同生活介護<法8条の2第15項>

「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。

※要支援2

(2) 基本方針（条例第111条、予防条例第72条）

○認知症対応型共同生活介護<条例第111条>

指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護(以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。)の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居(法第8条第20項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

ア 認知症高齢者が家庭的な環境と地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続できるようにすることを旨とする。

イ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方は、共同生活を送ることに支障があると考えられることから、認知症対応型共同生活介護の対象になりません。

○介護予防認知症対応型共同生活介護<予防条例第72条>

指定地域密着型介護予防サービスに該当する介護予防認知症対応型共同生活介護(以下「指定介護予防認知症対応型共同生活介護」という。)の事業は、その認知症である利用者が可能な限り共同生活住居(法第8条の2第15項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下同じ。)において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

ア 利用できるのは要支援2の方のみです。

イ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方は、共同生活を送ることに支障があると考えられることから、認知症対応型共同生活介護の対象になりません。

2 指定認知症対応型共同生活介護の人員基準

(1) 代表者 (条例第114条、予防条例第75条)

ア 次のいずれかの経験を有していること

(ア) 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者若しくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者

(イ) 保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験

イ 厚生労働大臣が定める研修を修了していること

「認知症対応型サービス事業開設者研修」

○みなし措置

次の研修の修了者は、事業者の代表者として必要な研修を修了したものとみなされます。

(ア) 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修（17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。）

(イ) 基礎課程又は専門課程（12年局長通知及び12年課長通知に基づき実施されたものをいう。）

(ウ) 認知症介護指導者研修（12年局長通知及び12年課長通知並びに17年局長通知及び17年課長通知に基づき実施されたものをいう。）

(エ) 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修（「介護予防・地域の支え合い事業の実施について」（平成13年5月25日老発第213号厚生労働省老健局長通知）に基づき実施されたものをいう。）

○代表者とは

指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者とは、基本的には、運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当しますが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えありません。したがって、指定認知症対応型共同生活介護事業所の指定申請書に記載する代表者と異なることがあります。なお、管理者とは、各事業所の責任者を指すものであり、各法人の代表者とは異なりますが、例えば、法人が一つの介護サービス事業所のみを運営している場合は、代表者と管理者が同一であることも想定されます。

○代表者が変更になる場合の取扱い

代表者の変更の届出を行う場合については、代表者交代時に「認知症対応型サービス事業開設者研修」が開催されていないことにより、当該代表者が「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了していない場合、代表者交代の半年後又は次回の「認知症対応型サービス事業開設者研修」日程のいずれか早い日までに「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了することで差し支えありません。その際は、事前に健康福祉局介護事業指導課にご相談ください。

○必要な経験とは

当該サービス事業所等の職員か訪問介護員等として認知症高齢者の介護に携わった経験や、あるいは、保健医療サービスや福祉サービスの経営に直接携わったことがあればよく、一律の経験年数の制約は設けていません。なお、経験の有無については個々のケースごとに判断するものとします。また、これらのサービスは、高齢者に対して直接ケアを行っているものを想定しており、医療系サービスとしては医療機関や訪問看護ステーションなど、福祉サービスとしては特別養護老人ホームなどが考えられます。

(2) 管理者 (条例第113条、予防条例第74条)

ア 共同生活住居（ユニット）ごとに配置すること

イ 常勤であること

ウ 専ら管理者の職務に従事する者であること

ただし、ユニットの管理上支障がないことを前提に次の場合は兼務が可能

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

○管理業務に支障がない場合とは

条例第60条の11では、管理者の責務として

① 従業者及び業務の管理及び利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと

② 従業者に条例第7章第4節（運営に関する基準）の規定を遵守させるため、必要な指揮命令を行うことが定められ、これらの管理者として行うべき業務ができていれば「事業所の管理業務に支障がない場合」と言えます。

※ 条例第60条の11は、管理者の責務を、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、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しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に条例第5章第4節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこととしたものです。

※ 本市では、常勤職員の勤務すべき時間数の半分以上は管理業務に従事していただくことを目安として考えています。（あくまで目安であり、この時間を下回ったとしても直ちに指導の対象にはなりません。①及び②の業務ができていない場合には、管理業務に支障が出ていると考えられますので、兼務範囲を見直すなどの対応を検討してください。）

エ ア～ウの規定にかかわらず、共同生活住居の管理上支障がない場合は、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居の管理者は、本体事業所における共同生活住居の管理者をもって充てることができる

オ 適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供するために必要な知識及び経験を有すること

カ 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有すること

キ 厚生労働大臣が別に定める研修を修了していること

「認知症対応型サービス事業管理者研修」

○受講要件

「認知症対応型サービス事業管理者研修」を受講するには「認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む）」を修了していること及び「オ」に記載の実務経験が必要です。

○みなし措置

平成18年3月以前から当該認知症グループホームで管理者をしている方で、次の3つの要件すべてを満たしている者は、事業所の管理者として必要な研修を修了したものとみなされます

- ① 平成18年3月31日までに「実務者研修」^{※1}又は「基礎研修」^{※2}を修了している者
- ② 平成18年3月31日に、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管理者の職務に従事している者
- ③ 認知症高齢者グループホーム管理者研修を修了している者

※1 18年局長通知及び課長通知、17年局長通知及び課長通知に基づき実施されたもの

※2 12年局長通知及び課長通知に基づき実施されたもの

【参考】厚生労働省Q&A

【14.3.28 事務連絡 運営基準等に係るQ&A】

(問IV)「痴呆性高齢者グループホームの適正な普及について（H13.3.12老計発第13号計画課長通知）」において、グループホームの管理者及び計画作成担当者は、都道府県等の実施する痴呆介護実務者研修（基礎課程）を受講することとされているが、平成13年度より開始された同課程を必ず受講しなければならないという趣旨か。

- (答) 1. ご質問の義務づけは、グループホームの管理者又は計画作成担当者としての知見を備えるためには、都道府県等において責任を持って実施している研修である痴呆介護実務者研修（以下「実務者研修」）の基礎課程を最低受講していることが必要であるという趣旨であり、「認知症介護研修事業の円滑な運営について（H12.10.25老計第43号）」において示した標準的なカリキュラムと同等かそれ以上であると都道府県等が認定した上で責任を持って事業を委託している場合でない限りは、他団体等の実施する痴呆介護に関連する研修を代替として認めることはできない。
2. なお、従来都道府県等が行っていた痴呆性老人処遇技術研修等の修了者については、次の条件を満たす場合には、実務者研修基礎課程を受講した者とみなして差し支えない。
- ① 上記1の通知において示された標準的なカリキュラムと同等かそれ以上の研修を受講したと当該都道府県等において認定していること。
 - ② 上記研修の受講後も、引き続き痴呆介護の実務に従事していること。
3. また、実務者研修専門課程及び痴呆介護指導者養成研修の修了者については、実務者研修基礎課程を受講した者とみなして差し支えない。

【H18.5.2介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問18) 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件として認知症介護実践者研修があるが、同時受講が可能であるか。（H17年度は実践者研修と管理者研修の同時開催であったが、実践者研修の修了が条件となると研修は別途開催と考えるがいかがか。）

- (答) 実践者研修と管理者研修は、その対象者、受講要件並びに目的が異なることから、双方の研修を同時に開催することは想定していないため、同時受講することはできない。

【H18.5.2介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問19) 現に管理者として従事していない認知症介護実務者研修修了者が、管理者として従事することになる場合は新たに認知症対応型サービス事業管理者研修を受講する必要があるのか。

- (答) 受講が必要である。ただし、平成17年度中に、都道府県が実施した「認知症高齢者グループホーム管理者研修」を受講している者については、認知症対応型サービス事業管理者研修を受講した者と見なして差し支えない。

(3) 介護従業者 (条例第112条、予防条例73条)

(共同生活住居ごとにおいて)

ア 夜間及び深夜の時間帯以外の配置

利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1以上配置すること

○日中の介護従業者の配置について

介護従業者については、利用者が認知症を有する者であることから、認知症の介護等に対する知識、経験を有する者であることを原則とします。なお、これ以外の介護従業者にあっても研修の機会を確保することなどにより質の向上を図るようにしてください。

夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所ごとに、利用者の生活サイクルに応じて、1日の活動の終了時刻から開始時刻までを基本として設定するものとし、これに対応して、夜間及び深夜の時間帯以外の指定認知症対応型共同生活介護の提供に必要な介護従業者及び夜間及び深夜の勤務（夜間及び深夜の時間帯に行われる勤務（宿直勤務を除く。）をいう。以下同じ。）を行わせるために必要な介護従業者を確保してください。

例えば、利用者を8人とし、常勤の勤務時間を1日8時間とし、午後9時から午前6時までを夜間及び深夜の時間帯とした場合、午前6時から午後9時までの15時間の間に、8時間×3人＝延べ24時間の指定認知症対応型共同生活介護が提供され、かつ、当該時間帯においては、常に介護従業者が1人以上確保されていることが必要となります。

○横浜市における介護従業者の配置の考え方

本市における介護従業者の配置の考え方は次の通知のとおりです。

・平成20年9月19日健事第269号（p137参照）

条例第125条第2項の規定に基づき、利用者の精神安定面、家庭的な雰囲気の中での生活等の観点から、介護従業者は、ユニットごとに専従で配置することが望ましいと考えています。この点に留意していただき、原則、介護従業者はユニットごとに専従で配置してください。

イ 介護従業者のうち、1以上の者は常勤

ウ 夜間及び深夜の時間帯の配置

時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜勤を行わせるために必要な数以上配置すること

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

○夜間及び深夜の時間帯の設定

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。

○3ユニット2人夜勤体制に係る要件

3つの共同生活住居を有する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能となる構造である場合には、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者によって夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められている場合に限り、夜勤職員を2名以上とすることができます。

この場合には、利用者のケアの質や職員の負担にも配慮してください。

マニュアルの策定や避難訓練の実施に当たっては、条例第130条において準用する条例第103条において定められた非常災害に関する具体的な計画や訓練の実施において、夜間及び深夜の時間帯の勤務を想定した内容を取り扱うことで差し支えありません。

なお、事業所の判断により、人員配置基準を満たす2名以上の夜勤職員を配置した上で、さらに他の職員を配置する場合については、宿直体制で配置することも可能です。

宿直勤務を行う介護従業者を置く際の夜間及び深夜の時間帯の設定に当たっては、「社会福祉施設における宿直勤務の取り扱いについて」（昭和49年8月20日社施第160号社会局施設課長、児童家庭局企画課長連名通知）に準じて適切に行ってください。

エ 小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を併設する場合

アの員数を満たす介護従業者を配置するほか、小規模多機能型居宅介護事業所の人員を満たす従業者を置いている又

は、看護小規模多機能型居宅介護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介護事業所の職務に従事することができる

○小規模多機能型居宅介護事業所が併設している場合の夜勤者の兼務

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

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

【参考】厚生労働省Q&A

【H15.3.31 老計発0331002他】

(問) 認知症高齢者グループホームは、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に宿直勤務又は夜間及び深夜の勤務を行わせなければならないこととされ、また、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせることは、夜間ケア加算の算定要件ともされたところである。

一方、労働基準法においては、使用者は、労働時間が6時間を超える場合においては少なくとも45分、8時間を超える場合においては少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならないこととされている。

以上を踏まえると、認知症高齢者グループホームにおいて、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせるためには、夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者を1人確保するだけでは足りず、夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者を2人確保するか、夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者を1人、宿直勤務に従事する介護従業者を1人確保することが必要となると解するがどうか。

(答) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）及び厚生労働大臣が定める基準（平成12年厚生省告示第25号）の中の認知症高齢者グループホームにおける夜間及び深夜の勤務に係る規定の取扱いは以下のとおりである。

①認知症高齢者グループホームにおいて夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者には、労働基準法第34条の規定に基づき、少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。

②この場合において、次に掲げる条件が満たされていれば、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上の介護従業者に夜間及び深夜の勤務を行わせているものと取り扱って差し支えない。

「当該介護従業者は、休憩時間を事業所内で過ごすこと。仮に、当該介護従業者が休憩時間中に当該事業所を離れる場合にあっては、あらかじめ、十分な時間的余裕をもって使用者にその意向を伝え、使用者が当該時間帯に必要な交替要員を当該事業所内に確保できるようにすること。」

③なお、認知症高齢者グループホームにおいては、夜間及び深夜の勤務に従事する介護従業者が労働基準法に則って休憩時間を取得できるようにする必要があるが、労働基準法第89条において、休憩時間については、就業規則に明記しなければならないこととされているため、常時10人以上の労働者を使用する認知症高齢者グループホームにあっては、就業規則において、夜間及び深夜のうち休憩時間とする1時間以上の時間帯をあらかじめ明示的に定めておく必要がある。就業規則において休憩時間を一義的に定め難い場合にあっては、基本となる休憩時間として夜間及び深夜の時間帯のうち休憩時間とする1時間以上の時間帯をあらかじめ明示的に定めるとともに、休憩時間については具体的には各人毎に個別の労働契約等で定める旨の委任規定を就業規則に設ける必要があり、さらに、個別の労働契約等で具体的に定める場合にあっては、書面により明確に定めておく必要がある。なお、常時10人未満の労働者を使用する認知症高齢者グループホームにあっては、労働条件を明確化する観点から、就業規則を作成することが望ましい。

また、当該時間帯は当該介護従業者が就労しないことが保証されている時間帯であるが、仮に入居者の様態の急変等に対応して当該介護従業者が労働した場合には、当該労働に要した時間に相当する時間を当該夜間及

び深夜の時間帯の中で別途休憩時間として取得する必要があるため、別途の休憩時間を取得した場合にはその旨を記録しておく旨の取扱いを定めておくことが望ましい。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問23) グループホームにおける、直接処遇職員の常勤換算の考え方如何。

(答) 直接処遇職員(兼務も含む)の労働時間の合計を、常勤職員の勤務時間で除したものが常勤換算数となる。

例えば、職員10名、常勤職員の勤務時間が1週40時間のグループホームにおいて、

- ①管理者1名(常勤、介護職員兼務)、
- ②サービス計画作成担当者1名(常勤、介護職員兼務)
- ③介護職員4名(常勤)
- ④介護職員3名(非常勤、週3日、1日4時間…週12時間)
- ⑤事務職員1名(兼務無し)

と配置されている場合は、

((①+②+③) × 40 時間 + ④ × 12 時間) ÷ 40 時間 = 6.9 (常勤換算人数) となる。

なお、この場合事務職員は算定されない。

上記を参考に、各事業所における常勤職員の勤務時間等を考慮して算定されたい。

(4) 計画作成担当者(条例第112条、予防条例第73条)

ア 事業所ごとに1名以上おくこと

イ 専らその職務に従事する者であること

ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の他の職務に従事することができるものとする

ウ 保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者

エ 厚生労働大臣が定める研修を修了していること

「認知症介護実践者研修」又は「実務者研修基礎課程」

オ 計画作成担当者のうち少なくとも1人は介護支援専門員をもって充てなければならない

ただし、併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員との連携を図ることにより当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、これを置かないことができるものとする

カ オの介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督するものとする

ク オの規定にかかわらず、サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所については、介護支援専門員である計画作成担当者に代えて、エの研修を修了している者を置くことができる。

キ 介護支援専門員でない計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員、介護老人保健施設の支援相談員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者をもって充てることができるものとする

【参考】厚生労働省Q&A

【H18.5.2介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問15) 計画作成担当者は非常勤でよいか。その場合の勤務時間の目安はあるか。

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

3 指定認知症対応型共同生活介護の設備基準（条例第115条、予防条例第76条）

認知症対応型共同生活介護の設備基準については、「小規模多機能型居宅介護事業 看護小規模多機能型居宅介護事業 認知症対応型共同生活介護事業 建設の手引き」をご参照ください。

【本市ウェブサイト】建設の手引き

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/kaisetsu/gh-seibi.html>

○サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の要件

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

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

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

- a 事業開始以降1年以上の本体事業所としての実績を有すること
- b 当該本体事業所の共同生活住居の利用者の合計数が、当該本体事業所の共同生活住居において定められた入居定員の100分の70を超えたことがあること。

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

- a 本体事業所とサテライト事業所の距離は、自動車等による移動に要する時間が概ね20分以内の近距離であること
- b サテライト事業所の共同生活住居の合計数が、本体事業所の共同生活住居の数を上回らないこと
- c 本体事業所とサテライト事業所の共同生活住居の数の合計は、最大4までとすること

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

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

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

- a 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- b 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。また、必要な場合に随時、本体事業所や他のサテライト事業所との相互支援が行える体制（例えば、サテライト事業所の従業者が急病等でサービスの提供が出来なくなった場合は、本体事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）であること。
- c 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制があること。
- d 事業の目的や運営方針等について同一の運営規程が定められていること。
- e 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われていること。

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

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

【参考】厚生労働省Q & A

【R3.3.29 介護保険最新情報 Vol.953 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.4)】

(20) サテライト事業所を本体事業所と同一の建物に又は同一の敷地に別棟で設置することはできるか。

(答) サテライト事業所は、地域の実情に応じて、利用者にとってより身近な地域で認知症対応型共同生活介護のサービス提供が可能になるよう設置すべきものであり、同一の建物又は同一敷地に別棟で設置することは認められない。

【R3.3.29 介護保険最新情報 Vol.953 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.4)】

(21) A県（市）所在の認知症グループホームを本体事業所として、A県（市）の隣にあるB県（市）にサテライト事業所を設置することは可能か。なお、本体事業所とサテライト事業所は、通常の交通手段を利用して20分以内で移動できる範囲内にある。

(答) お問い合わせのケースの場合、本体事業所との密接な関係を確保しつつ、サテライト事業所の運営を行うのであれば、所在県（市）が異なる場合もサテライト事業所として差し支えない。

<サテライト事業所に関するお問い合わせ先>

【サテライト事業所の新設について】

横浜市 介護事業指導課 運営支援係・整備班

TEL：045-671-3414

【本体事業所又はサテライト事業所への移行について】

横浜市 健康福祉局 介護事業指導課 運営支援係・密着班

TEL：045-671-3413

4 指定認知症対応型共同生活介護の運営基準

(1) 内容及び手続の説明 (条例第10条、予防条例第12条 (条例第130条、予防条例第88条より準用))

ア サービスの提供開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、次の重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を文書により得なければならない。

- ① 運営規程の概要
- ② 認知症対応型共同生活介護従業者の勤務の体制
- ③ その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項

○ 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

指定地域密着型サービスの提供に当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めてください。この場合、「科学的介護情報システム (LIFE: Long-term care Information system For Evidence)」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましいです。

○ 利用者の同意は文書により得ること

国の基準では、「同意を得る」となっていますが、本市条例では、「文書により同意を得る」としています。口頭での同意のみならず、文書により記録に残すことで客観的な記録となり、事故防止にもつながり、事業者及び利用者双方の利益につながるためです。

○ 「その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項」とは

事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した)評価機関の名称、評価結果の開示状況)等の利用申込者がサービスを選択するために必要な事項になります。

わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所からサービス提供を受けることについて文書により同意を得てください。

イ アについて、文書の交付に代えて電磁的方法で提供することができる。

○ 利用申込者又はその家族の承諾が必要

電磁的方法で提供する場合には、その提供方法及びファイルへの記録の方式を説明し、事前に、利用申込者又はその家族の承諾を得ることが必要です。(文書又は電磁的方法での承諾を得ること。)

なお、承諾が得られない場合は、電磁的方法での提供はできませんので、文書を交付したうえで説明を行ってください。

また、電磁的方法で提供した場合であっても、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することにより文書を作成する(印刷する)ことができる必要があります。

○ 電磁的方法による提供方法

次のいずれかの方法で行ってください。

① 事業所の電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

(例)電子メールでデータ送信し、利用申込者又はその家族のパソコン等に保存する。

② 事業所の電子計算機に備えられたファイルに記録された重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法(電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業所の電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法)

(例)利用申込者又はその家族が事業所のサーバー(ホームページ等)にアクセスし、重要事項説明書を閲覧、データをダウンロードする。

③ 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに重要事項を記録したものを交付する方法

【参考】厚生労働省 Q & A

【H14.3.28 事務連絡 運営基準等に係る Q&A】

(問Ⅷ 2) 利用申込者又はその家族から重要事項説明書を電磁的方法により提供して欲しい旨の申出があった場合に、これに応じず書面により交付しても、運営基準に違反しないと解してよいか。

(答) 今般の運営基準改正は「電磁的方法により提供することができる」旨を規定したものであり、利用申込者又は家族からの申出があった場合における電磁的方法による提供を義務づけるものではない。したがって、事業者・施設は、当該申出に応じなくても運営基準違反とはならない。

【H14.3.28 事務連絡 運営基準等に係る Q&A】

(問Ⅷ 3) 重要事項説明書を電磁的方法により提供する場合は、利用申込者又はその家族の承諾を得ることとされているが、この承諾は事後承諾でもよいか。また、書面による承諾が必要か。

(答) 事業者・施設は、重要事項説明書を電磁的方法により提供する場合には、①あらかじめ、②利用する電磁的方法の内容（電子メール、ウェブ等）及びファイルへの記録の方式を明示し、③書面又は電磁的方法による承諾を得なければならないものである。

【H14.3.28 事務連絡 運営基準等に係る Q&A】

(問Ⅷ 4) 認められる電磁的方法が運営基準に列挙されているが、具体的にはどのような方法を指すのか。

(答) 使用することが認められる電磁的方法は、次のとおりである。（以下、重要事項説明書の交付を行う事業者・施設又は承諾書等の交付を行う利用申込者もしくは家族をAとし、これらの書面の交付を受ける者をBとする。）

- ① Aの使用に係る電子計算機とBの使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法（電子メール等を利用する方法を想定しているもの）
- ② Aの使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された書面に記載すべき事項等を電気通信回線を通じてBの閲覧に供し、Bの使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該事項等を記録する方法（ウェブ（ホームページ）等を利用する方法を想定しているもの）
- ③磁気ディスク、CD-ROMその他これらに準ずる方法により一定の事項等を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに書面記載すべき事項等を記録したものを交付する方法

なお、①～③の電磁的方法は、それぞれBがファイルへの記録を出力することによる書面を作成する（印刷する）ことができるものでなければならない。

（2）提供拒否の禁止（条例第11条、予防条例第13条（条例第130条、予防条例第88条にて準用））

ア 正当な理由なくサービスの提供を拒んではならない。

○ 原則、利用申込に対しては応じなければならない

特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービス提供を拒否することは禁止です。

- 提供を拒むことができる「正当な理由がある場合」とは
 - ① 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
 - ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
 - ③ その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

【参考】厚生労働省 Q & A

【H13.3.28 事務連絡 介護保険最新情報 vol.106】

(問Ⅱの1) サービスを提供する前に利用申込者に対し、健康診断を受けるように求めることはできるか。また、健康診断書作成にかかる費用の負担はどのように取り扱うべきか。(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護)

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

(3) 受給資格等の確認 (条例第13条、予防条例第15条 (条例第130条、予防条例第88条にて準用))

ア サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定又は要支援認定 (以下、「要介護認定等」という。) の有無及び要介護認定等の有効期間を確かめるものとする。

○ 横浜市の被保険者であることを必ず確認

(認知症対応型共同生活介護は「地域密着型サービス」であるため、横浜市の被保険者のみ利用可能です。本市以外の被保険者のまま利用した場合、保険給付は受けられず、全額利用者負担になりますので、必ず被保険者証で確認を行ってください。)

イ アの被保険者証に、法第78条の3第2項の規定又は法第115条の13第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービス提供するように努めなければならない。

(4) 要介護 (要支援) 認定の申請に係る援助 (条例第14条、予防条例第16条 (条例第130条、予防条例第88条にて準用))

ア サービスの提供の開始に際し、要介護認定等を受けていない利用申込者については、要介護認定等の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

○ 要介護認定等の申請が行われていれば認定の効力が申請時に遡る

要介護認定等の申請が行われていれば、要介護認定等の効力が申請時に遡ることにより、保険給付を受けることができます。そのため、利用申込者が要介護認定等を受けていないことを確認した場合には、要介護認定等の申請が行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合には当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行ってください。

イ アの被保険者証に、法第78条の3第2項の規定又は法第115条の13第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、サービス提供するように努めなければならない。

(5) 入退居（条例第116条、予防条例第77条）

ア 指定認知症対応型共同生活介護は、要介護者又は要支援者（以下、「要介護者等」という。）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者に提供するものとする。

イ 事業者は、入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしなければならない。

ウ 事業者は、入居申込者が入院治療を要する者であること等入居申込者に対し自ら必要な指定認知症対応型共同生活介護を提供することが困難であると認めた場合は、適切な他の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

○自ら必要な指定認知症対応型共同生活介護を提供することが困難と認めた場合は

入居申込者が1(2)により利用対象者に該当しない者である場合のほか、入居申込者が入院治療を要する者である場合、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の入居者数が既に定員に達している場合等であり、これらの場合には、同項の規定により、適切な他の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

エ 事業者は、入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めなければならない。

○入居の際の必要な支援

入居申込者の入居に際し、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めることとしているが、入居申込者が家族による入居契約締結の代理や援助が必要であると認められながら、これらが期待できない場合については、市町村とも連携し、成年後見制度や権利擁護に関する事業等の活用を可能な限り図ることとする。

オ 事業者は、利用者の退居の際には、利用者及びその家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に必要な援助を行わなければならない。

カ 事業者は、利用者の退居に際しては、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、指定居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(6) サービス提供の記録（条例第117条、予防条例第78条）

ア 事業者は、入居に際しては入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記載しなければならない。

○入退居に関する記録

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

イ 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、提供した具体的な指定認知症対応型共同生活介護の内容等を記録しなければならない。

○記録すべき内容について

- ① サービスの提供日
- ② 提供した具体的なサービスの内容
- ③ 利用者の心身の状況
- ④ その他必要な事項

○サービス提供記録の保存期間は5年間
 条例第129条の規定に基づき、5年間保存してください。

(7) 利用料等の受領（条例第118条、予防条例第79条）

ア 事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額から当該指定認知症対応型共同生活介護事業者を支払われる地域密着型介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

○利用者負担額の計算方法

地域単価×単位数 = ○○円(1円未満切り捨て)

○○円 - (○○円×負担割合×1(1円未満切り捨て)) = △△円(利用者負担額)

※1 負担割合は 1割負担の場合：0.9 2割負担の場合：0.8 3割負担の場合：0.7

イ 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

ウ 事業者は、ア、イの支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。

(1) 食材料費

(2) 理美容代

(3) おむつ代

(4) 前3号に掲げるもののほか、指定認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの

○日常生活に要する費用の取り扱いについて

(4)の日常生活に要する費用の詳細については別途厚生労働省の通知のとおりです。

「通所介護等における日常生活に要する費用の取り扱いについて」

(平成12年3月30日 老企第54号：p138参照)

エ 事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、当該利用者の同意を文書により得なければならない。

○介護報酬以外の利用料徴収に関する文書による同意

国の基準では、利用者又はその家族の同意を得ることとなっていますが、本市条例は文書により同意を得ることとします。口頭での同意のみならず、文書により記録に残すことで客観的な記録となり、事故防止にもつながり、事業者及び利用者双方の利益につながるためです。

【参考】厚生労働省 Q & A

【H12.3.31 事務連絡介護保険最新情報 vol.59 介護報酬等に係る Q&A】

(問 I (1) ⑦1) 家賃等の取扱

(答) 痴呆対応型共同生活介護の報酬には、いわゆる「ホテルコスト」は含まれていない（利用者の自宅扱いである）ため、一般に借家の賃貸契約として必要となる費用は利用者の負担とすることができる。したがって、家賃のほか、敷金・礼金、共益費といった名目のものも含まれる。なお、これらの費用については、痴呆対応型共同生活介護のサービスとして提供されるものにかかる費用ではないことから、「その他の日常生活費」とは区別されるべきものではあるが、こうした費用についても、利用料等の受領と同様、予め利用者又はその家族に対し、当該費用について説明を行い、利用者等の同意を得ることが必要である。

(8) 保険給付の請求のための証明書の交付（条例第23条（条例第130条にて準用））

ア 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定認知症対応型共同生活介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

○ サービス提供証明書の交付

利用者が市町村に対する保険給付の請求を容易に行えるよう、法定代理受領サービスでない指定認知症対応型共同生活介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定認知症対応型共同生活介護の内容、費用の額その他利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付してください。

(9) 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針（条例第119条）

ア 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当かつ適切に行われなければならない。

イ 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を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れなければならない。

○ 認知症対応型共同生活介護におけるサービス

利用者が共同生活を送る上で自らの役割を持つことにより、達成感や満足感を得、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって当該共同生活住居が自らの生活の場であると実感できるよう必要な援助を行うようにしてください。

ウ 指定認知症対応型共同生活介護は、次条第3項に規定する認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

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

○ サービス提供方法等とは

認知症対応型共同生活介護計画の目標及び内容や行事及び日課等も含むものです。

オ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

カ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等を行う場合には、身体的拘束等の態様等を記録しなければならない。

○ 緊急やむを得なく身体拘束等を行う場合

当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、その態様及び時間、そ

の際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければなりません。

また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要です。

なお、条例第129条第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存してください。

○「身体的拘束等の態様等」に係る記録の保存期間は2年間

条例第129条第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存してください。

キ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りでない。

○身体的拘束等を行う場合に事前説明の原則化

身体的拘束等を行う場合は、利用者又はその家族に身体的拘束等の態様等を事前に説明しなければならない。やむを得ず事前説明が困難な場合は、拘束後速やかに説明しなければならないこととします。事後同意であっては同意自体が形骸化する可能性があるからです。

ク 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、キのただし書の規定により事前に説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。

ケ 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。

(1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

(2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

(3) 介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施すること。

○身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会

「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられます。また、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・運営することも可能です。

また、身体的拘束等適正化検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。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。

指定認知症対応型共同生活介護事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要です。

具体的には、次のようなことが想定されます。

イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。

ハ 身体的拘束等適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

<p>ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。</p> <p>ハ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること</p>
<p>○身体的拘束等の適正化のための指針</p> <p>指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込んでください。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ロ 身体的拘束等適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項 ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 ニ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針 ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ヘ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針
<p>○身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修</p> <p>介護従業者その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行ってください。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要です。</p> <p>また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、職員研修事業所内での研修で差し支えありません。</p>
<p>コ 指定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。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 外部の者による評価 (2) 第130条において準用する第60条の17第1項に規定する運営推進会議における評価

(10) 認知症対応型共同生活介護計画の作成（条例第120条）

<p>ア 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者(条例第112条第5項の計画作成担当者をいう。以下この条において同じ。)にウに規定する認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。</p>
<p>○計画作成に当たっての留意点</p> <p>当該計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを利用者に強制することとならないように留意してください。</p>
<p>イ ウに規定する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。</p>
<p>○通所介護等の活用とは</p> <p>通所介護の活用とは、介護保険給付の対象となる通所介護ではなく、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者と通所介護事業者との間の契約により、利用者に介護保険給付の対象となる通所介護に準ずるサービスを提供することです。また、その他の多様な活動とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動</p>

等をいいます。

ウ 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した計画（以下この章において「認知症対応型共同生活介護計画」という。）を作成しなければならない。

エ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、当該利用者の同意を文書により得なければならない。

オ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。

○サービス計画における文書による同意

認知症対応型共同生活介護計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を文書により得なければならない。また、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければなりません。

なお、交付した認知症対応型共同生活介護計画は、条例第129条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。

国の基準では、サービス計画について利用者又はその家族の同意を得ることとなっていますが、本市条例は文書により同意を得ることとします。口頭での同意のみならず、文書により記録に残すことで客観的な記録となり、事故防止にもつながり、事業者及び利用者双方の利益につながるためです。

カ 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

○サービス計画の管理

認知症対応型共同生活介護計画には、当該共同生活住居内で提供するサービスだけでなく、当該共同生活住居外において入居者が利用する他の居宅サービス等も位置づけられることから、計画作成担当者は、当該共同生活住居の他の介護従業者及び他の居宅サービス等を行う者と連携して当該計画に基づいたサービスの実施状況を把握し、また、必要に応じて計画の変更を行ってください。

キ イからオまでの規定は、かに規定する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。

(11) 介護等（条例第121条、予防条例第91条）

ア 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れなければならない。

○サービス提供時の留意事項

介護サービスの提供に当たっては、認知症の状態にある利用者の心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることが出来るようにすることを念頭に、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図られるように介護サービスを提供し又は必要な支援を行ってください。その際、利用者の人格に十分に配慮してください。

イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、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。

○他サービスとの併用について

指定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、当該共同生活住居において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いわゆる付添者によ

る介護や、居宅療養管理指導を除く他の居宅サービスを、入居者にその負担によって利用させることはできません。ただし、**指定認知症対応型共同生活介護事業者の負担により**、通所介護等のサービスを利用に供することは差し支えありません。

ウ 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。

○日常生活における自立支援

利用者が介護従業者と食事や清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行うことによって良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるようにすることに配慮してください。

(12) 社会生活上の便宜の提供等（条例第122条、予防条例第92条）

ア 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。

○利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援

事業者は、画一的なサービスを提供するのではなく、利用者が自らの趣味又は嗜好に応じた活動を行うことができるよう必要な支援を行うことにより、利用者が充実した日常生活を送り、利用者の精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の症状の進行を緩和するよう努めてください。

イ 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。

○行政機関に対する手続等の支援

事業者は、郵便、証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続等について、利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、原則としてその都度、その者の同意を得た上で代行しなければなりません。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てください。

ウ 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。

○利用者家族との連携

事業者は、利用者の家族に対し、当該共同生活住居の会報の送付、当該事業者が実施する行事への参加の呼びかけ等によって利用者とその家族が交流できる機会等を確保するよう努めてください。また、利用者と家族の面会の場所や時間等についても、利用者やその家族の利便を図るようにしてください。

(13) 利用者に関する市町村への通知（条例第29条（条例第60条にて準用））

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

- (1) 正当な理由なしに指定認知症対応型共同生活介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- (2) 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

○利用者に関する市町村への通知

偽りその他不正な行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為又は重大な過失等により、要介護状態又はその原因となった事故を生じさせるなどした者については、市町村が、法第22条第1項

に基づく既に支払った保険給付の徴収又は法第64条に基づく保険給付の制限を行うことができることに鑑み、指定認知症対応型共同生活介護事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から市町村に通知してください。

○ 利用者に関する市町村への通知の記録の保存期間は2年間

利用者に関する市町村への通知の記録は条例第129条の規定により、2年間保存してください。

(14) 緊急時等の対応（条例第100条、（第130条にて準用））

ア 介護従業者は、現に指定認知症対応型共同生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

○ 緊急時等の介護従業者の対応について

認知症対応型共同生活介護従業者が現に指定認知症対応型共同生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医又はあらかじめ当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければなりません。協力医療機関については、次の点に留意してください。

- ① 協力医療機関は、事業の通常の実施地域内にあることが望ましいものであること。
- ② 緊急時において円滑な協力を得るため、当該協力医療機関との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくこと。

(15) 管理者の責務（条例第60条の11、予防条例第27条（条例第130条、予防条例第88条にて準用））

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者の管理及び指定認知症対応型共同生活介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

イ 指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

(16) 管理者による管理（条例第123条、予防条例第81条）

ア 共同生活住居の管理者は、同時に介護保険施設、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス（サテライト型指定認知症対応型共同生活介護事業所の場合は、本体事業所が提供する指定認知症対応型共同生活介護を除く。）、指定介護予防サービス若しくは指定地域密着型介護予防サービスの事業を行う事業所、病院、診療所又は社会福祉施設を管理する者であってはならない。ただし、当該共同生活住居の管理上支障がない場合は、この限りでない。

(17) 運営規程（条例第124条、予防条例第82条）

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、共同生活住居ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務内容
- (3) 利用定員

- (4) 指定認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額
- (5) 入居及び退居に当たっての留意事項
- (6) 非常災害対策
- (7) 虐待防止のための措置に関する事項
- (8) その他運営に関する重要事項

○具体的な記載方法について

本市ウェブサイト運営規程の記載例を掲載していますので、ご活用ください。

市トップページ>事業者向け情報>分野別メニュー>福祉・介護>高齢者福祉・介護>事業者指定・委託等の手続き>地域密着型サービス関連>新規指定について>新規申請（認知症対応型共同生活介護）

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/mittyakushinnki.html>

(18) 勤務体制の確保等（条例第125条、予防条例第83条）

ア 事業者は、利用者に対し、適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供できるよう、従業員の勤務の体制を定め、これを記録しておかなければならない。

○勤務の記録

共同生活住居ごとに、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、夜間及び深夜の勤務の担当者等を明確にしてください。

イ 介護従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視した指定認知症対応型共同生活介護の提供に配慮しなければならない。

○勤務体制における留意点

指定認知症対応型共同生活介護の利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮してください。

ウ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。この場合において、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者は、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

○認知症介護基礎研修の受講義務

事業者は従業員の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保しなければなりません。

事業者は、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけられており、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施されるものです。

各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者、具体的には、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ

師、はり師、きゆう師については、当該義務付けの対象外です。

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

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

※ 職場におけるハラスメント対策の詳細については、「9 介護現場におけるハラスメント対策について」p 53をご参照ください。

(19) 業務継続計画の策定等

（条例第33条の2、予防条例第29条の2（条例第60条、予防条例第88条にて準用））

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症、非常災害等の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、認知症対応型共同生活介護従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。

ウ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

※業務継続計画の策定等の詳細については、「10 感染症や災害等への対応」p 56をご参照ください。

(20) 定員の遵守（条例第126条、予防条例第84条）

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、入居定員及び居室の定員を超えて入居させてはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(21) 協力医療機関等（条例第127条、予防条例第85条）

ア 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なければならない。

○指定協力機関

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

イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、ア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。

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

(2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業者からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

ウ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を市長に届け出なければならない。

エ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)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らない。

オ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合においては、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行わなければならない。

カ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に速やかに入居させることができるように努めなければならない。

キ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておかなければならない。

○協力歯科医療機関の設置義務化

国の基準では努力義務ですが、介護における口腔ケアの重要化から協力歯科医療機関の設置を義務化しています。

ク 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

○介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等のバックアップ施設との間の連携及び支援の体制を整えるようにしてください。これらの協力医療機関やバックアップ施設から、利用者の入院や休日夜間等における対応について円滑な協力を得るため、当該協力医療機関等との間であらかじめ必要な事項を取り決めておくようにしてください。

(22) 非常災害対策(条例第103条、予防条例第60条(条例第130条、予防条例第88条にて準用))

ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

○必要な非常災害対策

事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければなりません。関係機関への通報及び連携体制の整備とは、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従業者に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。なお「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第三条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第八条の規定により防火管理者を置くこととされている指定認知症対応型共同生活介護事業所にあつてはその者に行わせるものとします。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定認知症対応型共同生活介護においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行ってください。

イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、アに規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

○非常災害訓練に当たっての地域との連携

指定認知症対応型共同生活介護事業者がアに規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、そのためには、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとしてください。

(23) 衛生管理等（条例第104条、予防条例第61条（条例第130条、予防条例第88条にて準用））

ア 事業者は、利用者の使用する食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、かつ、衛生上必要な措置を講じなければならない。

イ 事業者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において感染症及び食中毒が発生し、及びまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- (3) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が別に定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

※感染症の予防及びまん延の防止のための具体的な取組については、「10 感染症や災害等への対応」p 56をご参照ください。

(24) 掲示（条例第35条、予防条例第33条（条例第130、予防条例第88条にて準用））

ア 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、認知症対応型共同生活介護従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

イ 事業者は、アに規定する事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。

ウ 事業者は、原則として、アに規定する重要事項を、市長が定めるところにより、インターネットを利用する方法により周知しなければならない。

ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいいます。

なお、事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要があります。

○重要事項等の掲示

事業者は、運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を次の点に留意した上で、事業所の見やすい場所に掲示する必要があります。

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

イ 従業員の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲載する趣旨であり、従業員の氏名まで掲示することを求めるものではありません。

ウ 介護保険法施行規則第140条の44各号に掲げる基準に該当する事業者※については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、ウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいです。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、事業所での掲示は行う必要がありますが、これを事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることや、基準省令第183条第1項の規定による措置に代えることができます。

※ 1年間の介護報酬額が100万円以下の事業者又は災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由がある事業者

○ファイル等による掲示も可

重要事項を記載したファイル等を介護サービス利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることも可能です。

(25) 秘密保持等（条例第36条、予防条例第34条（条例第130、予防条例第88条にて準用））

ア 護事業所の従業員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

イ 事業者は、当該事業所の従業員であった者が、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らない。

○必要な措置とは

具体的には、事業所の従業員が、従業員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を、認知症対応型共同生活介護従業員やその他の従業員との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講じてください。

ウ 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

○サービス提供開始時に、個人情報を用いる場合の同意を利用者及び家族から得ること

サービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、事業者は、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要があります。

この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。

(26) 広告（条例第37条、予防条例第35条（条例第130、予防条例第88条にて準用））

ア 事業者は、指事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものとしてはならない。

(27) 指定居宅介護支援（介護予防支援）事業者に対する利益供与の禁止（条例第128条、予防条例第86条）

- ア 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、要介護被保険者に対して当該共同生活住居を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。
- イ 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定居宅介護支援事業者又はその従業者から、当該共同生活住居からの退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(28) 苦情処理（条例第39条、予防条例第37条（条例第130条、予防条例第88条にて準用））

- ア 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護に係る利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、当該苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

○必要な措置とは

具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する対応の内容についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等を指します。

- イ 事業者は、アの苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

○苦情の内容等の記録の保存期間は2年間

利用者及びその家族からの苦情に対し、事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録に残してください。

また、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うことが必要です。

なお、条例第43条の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、2年間保存してください。

- ウ 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護に関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

- エ 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、ウの改善の内容を当該市町村に報告しなければならない。

- オ 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護に係る利用者又はその家族からの苦情に関して国民健康保険団体連合会(国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。)が行う法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

- カ 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(29) 調査への協力等（条例第106条、予防条例第63条（第130条、予防条例第88条にて準用））

- ア 事業者は、提供した指定認知症対応型共同生活介護に関し、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当かつ適切な指定認知症対応型共同生活介護が行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

○実地指導について

指定認知症対応型共同生活介護の事業が小規模であること等から、利用者からの苦情がない場合にも、市町村が定期的又は随時に調査を行うこととし、事業者は、市町村の行う調査に協力し、市町村の指導又は助言に従って必要な改善を行わなければなりません。市町村は、妥当適切な指定認知症対応型共同生活介護が行われているか確認するために定期的又は随時に調査を行い、基準を満たさない点などを把握した場合には、相当の期限を定めて基準を遵守するよう勧告を行う場合があります。事業者は、市町村の求めに応じ、当該事業所の運営規程の概要や勤務体制、管理者及び介護支援専門員等の資格や研修の履修状況、利用者が負担する料金等の情報について提出してください。さらに、事業者は、当該情報について自ら一般に公表するよう努めてください。

(31) 地域との連携等 (条例第60条の17、予防条例第40条 (第130条、予防条例第88条にて準用))

ア 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定認知症対応型共同生活介護事業所が所在する市町村の職員又は当該認知症対応型共同生活介護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(テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者等が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)(以下この項において「運営推進会議」という。)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なければならない。

○運営推進会議とは

運営推進会議は、事業所が、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置すべきものです。

この運営推進会議は、事業所の指定申請時には、既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要となります。また、地域住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられます。

なお、指定認知症対応型共同生活介護事業所と他の地域密着型サービス事業所を併設している場合においては、1つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えありません。本市では、「運営推進会議の手引き」を作成していますのでご活用ください。

【運営推進会議の手引き】

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/uneisuishinkaigi.files/0007_20210908.pdf

【運営推進会議を初めて設置したら】

「運営推進会議設置報告書」を健康福祉局介護事業指導課あて御提出ください。

【運営推進会議を開催したら】

「運営推進会議開催報告書」を事業所が所在する区役所の高齢・障害支援課あて御提出ください。

【各種様式のダウンロード】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/uneisuishinkaigi.html>

○運営推進会議の合同開催

運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合においては、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催して差し支えありません。

- ① 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

○自己評価及び外部評価

指定認知症対応型共同生活介護事業所は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、外部の者による評価又は運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行ってください。（※詳細はp 65参照）

イ 事業者は、アの報告、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。

○運営推進会議の記録の保存期間は2年間

運営推進会議における報告等の記録は、条例第109条の規定に基づき、2年間保存してください。

ウ 事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。

○地域との交流

指定認知症対応型共同生活介護の事業が地域に開かれた事業として行われるよう、地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めてください。

エ 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定認知症対応型共同生活介護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。

(32) 事故発生時の対応（条例第41条、予防条例第38条（第130条、予防条例第88条にて準用））

ア 事業者は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

○事故が発生したら

当該利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じてください。

また、本市に対しても「事故報告書」の提出が必要です。

【事故報告書の報告基準等(本市ウェブサイト)】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.html>

イ 事業者は、アの事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

○ 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

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は、条例第43条の規定に基づき、2年間保存してください。

ウ 業者は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

○ 損害賠償への対応

賠償すべき事態が発生した場合に速やかに賠償を行うため、あらかじめ、損害賠償保険に加入しておくか、賠償資力を有する等の対応を行ってください。

(33) 虐待の防止 (条例第41条の2、予防条例第38条の2 (条例第130条、予防条例第88条にて準用))

ア 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※高齢者虐待の防止のための取組については「8 虐待防止と身体的拘束の廃止」p46をご参照ください。

(34) 会計の区分 (条例第42条、予防条例第39条 (条例第130条、予防条例第88条にて準用))

ア 事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定認知症対応型共同生活介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

○ 具体的な会計処理の方法等

次の通知をご参照ください。

※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)

※介護保険・高齢者保健福祉事業に係る社会福祉法人会計基準の取扱いについて

(平成24年3月29日 老高発0329第1号)

※指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて(平成12年3月10日 老計第8号)

(35) 記録の整備 (条例第129条、予防条例第87条)

ア 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、当該記録のうち次に掲げる記録について、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 第125条第1項に規定する勤務の体制に係る記録
- (2) 指定認知症対応型共同生活介護の費用の請求に関して国民健康保険団体連合会に提出したものの写し

イ 事業者は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、第1号及び第3号から第7号までの記録はその完結の日から2年間、第2号の記録はその完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 認知症対応型共同生活介護計画
- (2) 第117条第2項に規定する提供した具体的な指定認知症対応型共同生活介護の内容等の記録
- (3) 第119条第6項に規定する身体的拘束等の態様等の記録
- (4) 次条において準用する第29条に規定する市町村への通知に係る記録
- (5) 次条において準用する第39条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (6) 次条において準用する第41条第2項に規定する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

(7) 次条において準用する第60条の17第2項に規定する報告、評価、要望、助言等の記録

○書類の保存

【完結の日から5年間】

- ・共同生活住居ごとの従業者の勤務の体制の記録
- ・請求に関して国民健康保険団体連合会に提出したものの写し
- ・サービス提供の記録

【完結の日から2年間】

- ・認知症対応型共同生活介護計画
- ・身体的拘束等の態様等の記録
- ・利用者に関する市町村への通知に関する記録
- ・苦情の内容等の記録
- ・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- ・運営推進会議に関する報告、評価、要望、助言等の記録

【その他の書類】

上記に記載されていないその他の書類については、基準上、保存義務はありません。

その他の書類の取扱いについては、運営法人において書類の保存方法等を定めてください。

【「完結の日」とは】

「その完結の日」とは、(1)から(6)までの記録については、個々の利用者につき、契約の終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立を含む。）により一連のサービス提供が終了した日、(7)の記録については、の運営推進会議を開催し、報告、評価、要望、助言等の記録を公表した日を指します。

(36) 電磁的記録等（条例第194条、予防条例第93条）

ア 指定地域密着型サービス事業者は、作成、保存その他これらに類する行為のうち、この条例において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されているもの又は想定されるもの（第13条第1項（第60条、第60条の20、第60条の20の4、第60条の38、第81条、第110条、第130条、第151条、第179条及び第192条において準用する場合を含む。）、第117条第1項、第138条第1項及び第157条第1項並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録により行うことができる。

○電磁的記録について

指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型サービスの提供に当たる者等（以下「事業者等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者等は、この省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができます。

- (1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ① 作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ② 書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保

存する方法

- (3) その他、条例第195条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。
- (4) また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

イ 指定地域密着型サービス事業者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類する行為（以下この項において「交付等」という。）のうち、この条例において書面で行うことが規定されているもの又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

○電磁的方法について

利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができます。

- (1) 電磁的方法による交付は、条例第10条第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。
- (3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。
- (4) その他、基準第183条第2項及び予防基準第90条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (5) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

「法」……………介護保険法

「条例」………横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例
（平成24年12月28日横浜市条例第77号）

「予防条例」………横浜市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、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等の基準に関する条例
（平成24年12月28日横浜市条例第78号）

3 令和6年4月の基準条例改正について

1 趣旨

令和6年4月の制度改正に伴い、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例」、「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、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等の基準に関する条例」及び「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例」の改正を行いました。改正の概要について、関連する部分を抜粋しましたので、御確認ください。

2 改正の概要

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

	概 要	本市条例
1	事業所内での「書面掲示」を求めている事業所の運営規程の概要等の重要事項について、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、「書面掲示」に加え、原則としてインターネットを利用する方法により周知することを令和7年度から義務付ける。	第 35 条（第 130条において準用） 予 防 条 例 第 33 条（第 88 条において準用）
2	提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者が兼務できる事業所の範囲について、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。	第113条、第 123条 予 防 条 例 第 74 条、第 81 条
3	<p>協力医療機関との連携体制の構築</p> <p>高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p> <p>ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。</p> <p style="margin-left: 20px;">i 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ii 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。</p>	第127条 予 防 条 例 第 85条

	<p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>	
4	<p>新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携</p> <p>新興感染症の発生時等に、事業所内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築するため、あらかじめ、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等の一部を改正する法律(令和4年法律第96号)第3条の規定による改正後の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)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、新興感染症の発生時等の対応を取り決めるよう努めることとする。また、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うことを義務付ける。</p>	<p>第127条 予 防 条 例 第 85条</p>
5	<p>「運営規程」に定めておかななければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を義務付ける。(令和6年3月31日 経過措置期間終了)</p>	<p>第124条</p>
6	<p>感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、対策を検討する委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施を義務付ける。(令和6年3月31日 経過措置期間終了)</p>	<p>第104条 (第130条において準用)</p>
7	<p>感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続計画(BCP)の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を義務付ける。(令和6年3月31日 経過措置期間終了)</p>	<p>第33条の2 (第130条において準用)</p>
	<p>認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務化。(令和6年3月31日 経過措置期間終了)</p>	<p>第125条第 3項</p>

4 運営における留意事項

1 用語の定義

運営にあたり、介護保険法、本市条例等で定められた基準における用語の定義を確認しておいてください。誤った解釈をしてしまうと、基準違反や減算等に該当する可能性がありますのでご注意ください。

(1) 常勤

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。

法人が常勤として雇用しているか、非常勤として雇用しているかは問わないため、例えば、雇用契約上は非常勤職員として雇用していたとしても、実際に勤務する時間数が当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している場合、介護保険法上は常勤となります。

参考：平成27年度介護報酬改定に関するQ&A Vol.1

《問1》

各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱ってよいか。

《答》

そのような取扱いで差支えない。

《問3》

各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか？

《答》

労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第23条第1項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

(2) 常勤換算方法

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

この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数をいいます。

参考：平成14年3月28日事務連絡（運営基準等に係るQ&A）

《問1》

常勤換算方法により算定される従業員が出張したり、また休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。

《答》

常勤換算方法とは、非常勤の従業員について「事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業員の員数に換算する方法」（居宅サービス運営基準第2条第8号等）であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間（又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む））として明確に位置づけられている時間の合計数」である（居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-(2)等）。

以上から、非常勤の従業員の休暇や出張（以下「休暇等」）の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含めない。

なお、常勤の従業員(事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-(3)における勤務体制を定められている者をいう。)の休暇等の期間についてはその期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業員として勤務したものと取り扱うものとする。

参考：平成27年度介護報酬改定に関するQ&A Vol.1

《問2》

育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者がいる場合、常勤換算方法による人員要件についてはどのように計算すればよいか。

《答》

常勤換算方法については、従前どおり「当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算する方法」であり、その計算に当たっては、育児・介護休業法の所定労働時間の短縮措置の対象者の有無は問題にはならない。

(3) 専ら従事する、専ら提供に当たる

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。この場合のサービス提供時間とは、当該従業員の当該事業所における勤務時間をいうものであり、常勤、非常勤の別を問いません。

2 介護従事者の配置について

本市では、利用者の精神安定面、家庭的な雰囲気での生活等の観点から、介護従事者は、ユニットごとに専従で配置することが望ましいと考えています。この点を留意していただき、原則、介護従事者はユニットごとに専従で配置をしてくださいますようお願いいたします。

詳細は、137ページの通知を参照してください。

3 医行為について

医行為は、医師法や看護師法等により、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あり、**介護従事者は行ってはならない行為**です。

しかしながら、高齢者介護等の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところであることから、厚生労働省において、原則として医行為ではないと考えられるものをまとめています。(通知・要領編参照)

本通知を参考に、主治医等と相談の上、適切にご対応いただくようお願いします。

4 介護職員等によるたんの吸引・経管栄養について

平成24年4月から、「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和62年法律第30号)の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できるようになりました。

なお、研修機関や事業者の登録先、「認定証」の交付申請先は神奈川県になりますので、手続き等の詳細は神奈川県にお問い合わせください。

また、介護情報サービスかながわホームページの書式ライブラリーに制度概要や手続き方法等掲載されていますので、ご参照ください。

(掲載場所)

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

「書式ライブラリー」

>「15. 介護職員等によるたんの吸引・経管栄養」

5 入退居にあたっての支援（条例第116条）

認知症対応型共同生活介護の対象者は、少人数による共同生活を営むことに支障がない認知症高齢者です。対象者の疾患が急性の状態にある等の理由で、共同生活住居において共同生活に支障があり、認知症対応型共同生活介護の対象でないと判断された場合、事業者は、適切な他の介護保険施設、病院、診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければなりません。

また、利用者の退居の際には、利用者及びその家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退居に必要な援助を行わなければなりません。その際は、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

本市には、利用者家族から、「入院したらすぐに退居を迫られ、次の施設も自分で探せと言われた」等のグループホームの対応に関する苦情が寄せられています。入退居の際の支援は、事業者の責務ですので、上記の運営基準に基づき、適切な支援を行ってください。また、退居の経過や支援内容を記録し、事業所で保管してください。

6 退居に関する留意事項の取り決めについて（本市独自基準・条例第124条）

運営規程に定める事項として、入居に関する留意事項のみではなく、退居に関する留意事項も必須としています。退居に至った経緯を記録することで、退居に係るトラブル等を防ぐためです。

7 グループホーム利用中の住所変更について

横浜市内にある認知症高齢者グループホームは、地域密着型サービスであるため、原則として横浜市の被保険者のみが利用できることとなっています。入居時には、被保険者の住所地が横浜市になっていることを確認してください。

また、サービス利用中に「他市町村の家族のもとへの転居」や「他市町村の施設等への入所」等、何らかの理由により住民票を横浜市外に異動した場合は、サービスの利用（保険給付）ができなくなってしまう。利用者の家族が、事業所に確認しないまま住民票を異動させてしまう例もありますので、十分に説明し、注意するようにしてください。

8 非常災害対策（条例第103条）

事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知しておくとともに、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わなければなりません。

関係機関への通報及び連携体制の整備とは、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従業員に周知徹底することです。

事業所においては、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協

力してもらえような体制作りをしてください。

そのためには、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。

なお、「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画です。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第8条の規定により防火管理者を置くこととされている指定認知症対応型共同生活介護事業所にあつてはその者に行わせるものとされています。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定認知症対応型共同生活介護事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の策定等の業務を行わせるものとされています。

グループホームなどの小規模福祉施設は、消防法により、年2回以上の訓練実施が義務付けられています。「地域住民との連携」または「夜間想定」が困難であっても、所定回数以上の訓練を実施してください。

9 テレワークについて

令和6年3月29日発出の「介護サービス事業所・施設等における情報通信機器を活用した業務の実施に関する留意事項について」でいわゆる「テレワーク」の取扱いが示されました。詳細については、以下のURLに掲載している通知をご覧ください。

【掲載場所】 <https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/default2023.html>

vol.1237 「介護サービス事業所・施設等における情報通信機器を活用した業務の実施に関する留意事項について」

10 グループホーム運営に関する質問について

健康福祉局介護事業指導課では、日々、介護保険事業所のみなさまからのご質問を受けておりますが、介護報酬に関する質問などは、即座に判断することが困難な場合や、「言った、言わない」等のトラブルを防止するため、原則として横浜市の電子申請フォームでお受けすることとしています（回答には日数がかかります）。お手数をおかけしますが、皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

電子申請フォームは以下のとおりです。

【介護保険の運営に係る質問フォーム（介護事業指導課所管サービス）】
<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/d9a62787-212d-4495-9b21-39f9bede6ea3/start>（外部サイト）

なお、各事業者の方々から頂いたご質問、説明会や研修会等でご紹介した解釈等を「介護保険事業者向けQ & A」として公表していますのでご活用ください。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/kaigo.html>

5 運営推進会議の開催

運営推進会議は、介護保険法の改正に伴う地域密着型サービスの創設に伴い、平成 18 年度から事業所ごとに設置が義務づけられ、事業所指定の要件にもなっています。

運営推進会議は、利用者や地域住民の代表者等に対して、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、地域の理解と支援を得るための貴重な機会となります。

現在、運営推進会議を設置していない事業所につきましては、「横浜市地域密着型サービス事業所における運営推進会議設置運営要領」（171 ページ参照）に則り、速やかに設置してください。

なお、委員等の選定にあたっては、必要に応じて事業所が所在する区役所と調整を図ってください。

1 運営推進会議の概要

(1) 開催単位

利用者のプライバシー確保の観点から、原則、事業所単位で会議を設置。

(2) 開催頻度

おおむね 2 月に 1 回以上。

(3) 委員構成（委員数は下記ア～エまでの各分野から計 4 人以上とする。）

ア 利用者又は利用者の家族

イ 地域住民の代表者

ウ 当該サービスに知見を有する者

エ 市の職員（当該事業所等が所在する区の職員を含む）又は当該事業所等を管轄する地域包括支援センターの職員

(4) 内容

委員に活動状況報告をし、その評価を受ける。また要望・助言を聴く。

2 実施報告について

(1) 運営推進会議を設置した事業者は、速やかに「運営推進会議設置報告書」（第 1 号様式）を健康福祉局介護事業指導課に提出する。

(2) 運営推進会議開催後は、「活動状況報告書」（第 4 号様式）及び「運営推進会議実施報告書」（第 5 号様式）を各区の高齢・障害支援課へ提出する。

運営推進会議報告様式は、下記のホームページからダウンロードできます。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/uneisuishinkaigi.html>

6 利用料の徴収と利用者からの同意

1 利用料の受領について

(1) 徴収可能な利用料

認知症対応型共同生活介護事業所は、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができます。

- ① 食材料費
- ② 理美容代
- ③ おむつ代
- ④ 上記3項目に掲げるもののほか、認知症対応型共同生活介護事業所において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの（その他の日常生活費）

※④の費用の具体的な範囲については、次の（2）の通知のとおりです。

(2) 「その他の日常生活費」の受領に関する基準（平成12年3月30日 老企第54号）

「その他の日常生活費」の趣旨にかんがみ、事業者又は施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、以下に掲げる基準が遵守されなければならないものとする。

- ① 「その他の日常生活費」の対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- ② 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められないこと。したがって、お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。
- ③ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず、事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、文書によりその同意を得なければならないこと。
- ④ 「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われるべきものであること。
- ⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者の運営規程において定めなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示されなければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

(通知別紙) 認知症対応型共同生活介護において徴収が認められている「その他の日常生活費」の具体的な範囲

◎ 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

⇒身の回り品として日常生活に必要なものとは、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって、利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいう。したがって、こうした物品を事業者がすべての利用者等に対して一律に提供し、すべての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められないものである。

2 日常生活費等の受領に係る同意について

日常生活費等を徴収するサービスについては、あらかじめ、利用者等又はその家族に対し、そのサービス内容及び費用の額について、懇切丁寧に説明を行い、利用者等の同意を文書で得てください。

この同意については、利用者及び事業所双方の保護の立場から、サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者等の署名を受けることによって行います。

この同意書による確認は、入居申込み時の重要事項説明に際し、日常生活費等に係る具体的なサービス内容及び費用の額について説明を行い、これらを明示した同意書により包括的に確認をすることが基本となります。ただし、同意書に記載されていない日常生活費について別途受領する必要が生じたときは、その都度、同意書により確認します。

なお、日常生活費等に係るサービスについては、運営基準に基づき、サービス内容及び費用の額を運営規程において定めなければならない、事業所の見やすい場所に掲示しなくてはなりません。

3 利用者負担とするものが妥当でない利用料について

認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者から上記で述べた「その他の日常生活費」を徴収することができます。ただし、対象となる便宜と保険給付対象サービスが重複しないことが必要です。下記のものについては、介護報酬に含まれていますので、利用者負担とすることはできません。なお、この考え方は、厚生労働省や神奈川県に確認をしています。

- (1) 協力医療機関等への通院介助料（人件費）、タクシー代等の交通費、駐車場代
- (2) 共用で使用する洗剤やトイレトーパー
- (3) 介護のために必要なプラスチックグローブ
- (4) 居宅療養管理指導以外の他の介護保険サービス費用
- (5) 外泊・入院期間中の食材料費
- (6) 利用者の処遇上必要になった福祉用具の利用料金（個人の希望で利用する場合を除く）

福祉用具の費用負担について

入居者が福祉用具を利用するに当たっては、介護支援専門員等を中心に行われる総合的なアセスメントの結果、利用者の処遇上、車いすや介護ベッド等の福祉用具が必要と判断した場合は、事業者の負担により介護サービスの一環として提供することになります。

なお、利用者や家族の希望で利用する場合は、個人の負担となりますが、利用者等と費用負担について協議し、その結果を文書で保存するようにしてください。

4 通院介助に対する費用徴収の可否について

	協力医療機関の場合	協力医療機関ではない場合
事業所が通院介助を行うことの必要性が <u>ケアプランに位置付けられている場合</u>	費用徴収できない。 ※ 1 (介護保険サービス)	費用徴収できない。 ※ 1 (介護保険サービス)
事業所が通院介助を行うことの必要性が <u>ケアプランに位置付けられていない場合</u>	費用徴収できない。 ※ 1 (介護保険サービス)	費用徴収できる。 ※ 2 (介護保険外サービス)

※ 1 介護保険サービスであっても、家族でも対応できる通院介助や付添を事業所から家族に対して依頼し、家族がそれらを任意に行うことを否定するものではありません。

※ 2 介護保険外サービスのため、実費（ガソリン代、駐車場代等）を徴収できます。その費用の中に人件費を含むことも可能です。ただし、人件費を費用に入れ、事業所の介護従業者が付き添う場合は、その介護従業者を含めずに、人員基準を満たす必要があります。

なお、費用徴収する際には、利用者又は利用者家族に事前に説明した上で、文書により同意を得てください。

また、通院介助の必要性がありながら、意図的にケアプランに位置付けない行為は指導の対象となりますのでご注意ください。

7 入居一時金の取扱いについて

1 背景

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、老人福祉法の一部が改正され、有料老人ホーム等の利用者保護の一環で前払金、権利金の取扱いなどグループホームにおける受領可能な費用の項目が変更されました。

2 受領可能な費用、できない費用（老人福祉法第14条の4第1項）

(1) 受領可能な費用

- ・家賃
- ・敷金（上限：家賃の6月分に相当する額）
- ・日常生活上必要な便宜の供与の対価（介護報酬、実費負担額）
- ・前払金（※受領するための条件は3の通り）

(2) 受領できない費用

- ・権利金（入居一時金、権利金、入会金等）

(3) 経過措置

平成24年3月31日までに老人福祉法に基づく届出をしている事業所については、平成27年4月1日から受領する金品から適用

3 前払金を受領するための条件（老人福祉法第14条の4第2項、第3項）

(1) 受領可能な項目であること

（家賃又は施設の利用料並びに、介護、食事の提供及びその他の日常生活上必要な便宜の供与）

(2) 前払金の算定基礎を書面で明示すること

(3) 前払金の返還に備えて、銀行の債務の保証その他の厚生労働大臣が定める措置を講じること

(4) 入居後3月以内及び想定入居期間内に契約解除又は死亡により終了した場合に、前払金の額から実費相当額（※）を控除した額に相当する額を返還する旨の契約を締結すること

※実費相当額

- ・入居後3月以内：家賃等÷30日×入居日数
- ・想定入居期間内：契約解除日又は死亡により終了した日以降の期間について
日割計算により算出した家賃等の金額を前払金の額から控除

(5) 経過措置

施行日（平成24年4月1日）以降に入居した者に係る前払金から適用

8 虐待防止と身体的拘束の廃止

1 高齢者虐待防止法及び本市独自基準について

介護保険制度の普及や活用が進む一方で、高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任等が家庭や介護施設で表面化しています。このような背景もあり、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、「高齢者虐待防止法」）が成立し、平成18年4月1日から施行されました。

なお、本市条例においても、身体的拘束等に関する独自基準を設けていますので、ご確認ください。

2 高齢者虐待防止法による「高齢者虐待」の定義

高齢者虐待防止法では、「高齢者虐待」を、次のように定義しています。

- ①**身体的虐待** : 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること
- ②**介護・世話の放任・放棄** : 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること
- ③**心理的虐待** : 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- ④**性的虐待** : 高齢者にわいせつな行為をし、させること
- ⑤**経済的虐待** : 高齢者の財産を不当に処分するなど高齢者から不当に財産上の利益を得ること

3 保健・医療・福祉関係者の責務について

高齢者の福祉に業務上又は職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚して、高齢者虐待の早期発見に努めなければなりません。また、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努める必要があります（高齢者虐待防止法第5条）。

認知症高齢者グループホームにおいては、身体的拘束に関し、条例第119条第5項において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない」と規定し、さらに同条第6項において、「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。」と規定しています。

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止

ア 組織としての虐待の未然防止・早期発見のための体制づくり

高齢者虐待が発生した場合には、その原因を職員個人の問題とはせず、組織としてとらえることが大切です。

リスクマネジメントの見地や職員が燃え尽きないためにも、日ごろの業務の中で悩みや相談を受け止めたり、介護技術に対してアドバイスができる体制を整備するとともに、職員の労働条件の改善にも留意する必要があります。

※「『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』第2条第5項に基づく高齢者虐待の解釈について」（平成22年9月30日老推発第0930第1号）では、以下の行為も高齢者虐待に該当するとされています。

- ① 入所者を車いすやベッド等から移動させる際に、必要以上に身体を高く持ち上げた。
- ② 裸になった入所者の姿を携帯電話で撮影し、他の職員に見せた。
- ③ 入所者の顔に落書きをして、それを携帯電話で撮影し、他の職員に見せた。

イ 通報等による不利益取り扱いの禁止

(ア) 通報義務

通報義務は、養介護施設における高齢者虐待の事例を施設等の中で抱えてしまうことなく、早期発見・早期対応を図り、高齢者の尊厳の保持の理念のもとサービスの質の確保や向上に資するために設けられています。

(イ) 守秘義務との関係

養介護施設従事者等が高齢者虐待の相談や通報を行うことは「守秘義務違反」になりません。

(ウ) 公益通報者保護

介護施設従事者等による高齢者虐待の通報等を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に、解雇その他不利益な取り扱いを受けないことが規定されています。

また、「公益通報者保護法」においても、労働者が事業所内部で法令違反が生じ、又は生じようとしている旨を事業所内部、行政機関、事業所外部に対して所定の要件を満たして公益通報を行った場合、通報者に対する保護が規定されています。

5 虐待防止の取組について

令和3年4月の制度改正により、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修を実施するとともに、これらの措置を適切に実施するための担当者を定めること等が義務付けられました。

【参考】横浜市条例第41条の2（虐待の防止）

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- (1) 当該認知症対応型共同生活介護事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、認知症対応型共同生活介護従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において、認知症対応型共同生活介護従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

（1）取組の意義

虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定認知症対応型共同生活介護事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、（2）に掲げる観点から虐待の防止に関する措置をおこなってください。

（2）虐待防止の措置に関する留意点

○虐待の未然防止

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

○虐待等の早期発見

指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）を行ってください。また、利用者及びその家族からの虐待

等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をしてください。

○虐待等への迅速かつ適切な対応

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

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

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

(3) 具体的な取組事項

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催してください。

また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいです。

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

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも可能です。また、事業所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により行うことも可能です。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。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。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討してください。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要があります。

イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針の整備

指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むようにしてください。

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

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行ってください。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年2回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えありません。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配置

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

6 身体的拘束とみなされる行為

身体的拘束とみなされる11の行為は、次のとおりです。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。

- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がり能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限する為に、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

7 3 原則の遵守

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において、次の**3原則の全てを満たさないと身体的拘束を行うことは許されません（原則禁止）**。

- **切迫性（緊急的に拘束が必要である）**

利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

- **非代替性（他に方法が見つからない）**

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

- **一時性（拘束する時間を限定的に定める）**

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

上記のうち一つでも欠けていた場合には、身体的拘束は許されません。

8 身体的拘束等を行う場合に事前説明の原則化（本市独自基準）

本市条例では、身体的拘束等を受ける本人や家族には、原則的に事前に説明がなされるべきであり、事後同意であっても、同意自体が形骸化する可能性があるため、次の基準を設けました。

<条例第119条7項>

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等を行う場合には、事前に、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。ただし、やむを得ない事情により事前に当該説明をすることが困難な場合は、この限りでない。

<条例第119条8項>

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項ただし書の規定により事前説明を行わなかった場合には、当該身体的拘束等を行った後速やかに、当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明しなければならない。

9 虐待防止・身体拘束廃止への取組み（『介護保険施設における身体拘束廃止の啓発・推進事業報告書』より抜粋）

各事業所においては、認知症高齢者の状態を的確に把握し、高齢者の尊厳を支える専門性の高いケアを行うことが必要です。虐待防止や身体的拘束廃止に向けた委員会等の設置や家族への説明方法の整備、対応方針や手続きの策定といった取組みを行うとともに、外部の研修会の受講や内部での勉強会を実施することで、虐待防止への認識を高める取組みも必要です。

管理者等と現場との間に意識の乖離がないよう、管理者等が中心となって、関係者全員で共通の認識を持ち、事業所が一体となって虐待防止・身体的拘束の廃止へ取り組んでください。

【参考】身体拘束ゼロの手引き（厚生労働省作成）

＜必見！ぜひご一読ください！！＞

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/gh.files/0068_20190527.pdf

9 介護現場におけるハラスメント対策について

近年、介護現場では、利用者や家族等による介護職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシュアルハラスメントなどが少なからず発生していることが様々な調査で明らかとなっています。これは、介護サービスは直接的な対人サービスが多く、利用者宅への単身の訪問や利用者の身体への接触も多いこと、職員の女性の割合が高いこと、生活の質や健康に直接関係するサービスであり安易に中止できないこと等と関係があると考えられます。

そこで、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」が作成され、厚生労働省老健局振興課から平成31年4月10日介護保険最新情報Vol.718により事務連絡が発出されました。

1 「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」による「ハラスメント」の定義

ハラスメントについては、確定した定義はありませんが、当該マニュアルでは、身体的暴力、精神的暴力及びセクシャルハラスメントをあわせて介護現場におけるハラスメントとされています。

- ①**身体的暴力**：身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）
ex)物を投げつける、蹴られる、手をはらいのけられる、たたかれる、唾を吐く等
- ②**精神的暴力**：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。
ex)大声を発する、怒鳴る、気に入った従業員以外に批判的な言動をする等
- ③**セクシャルハラスメント**：意に添わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
ex)必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、卑猥な言動を繰り返す等

2 ハラスメント対策に関する取組

令和3年4月の制度改正により、介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策が求められることとなりました。

【参考】横浜市条例第33条第5項（勤務体制の確保等）

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

同条第5項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規

定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意してください。

○事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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

- a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。
- b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（資本金が3億円以下又は常時使用する従業員の数が300人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされていますが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、次のことが規定されています。

- ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
- ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）
- ③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められている

ことから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいです。

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましいです。

3 関連資料

平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（介護現場におけるハラスメントに関する調査研究事業）や令和元年度同事業（介護現場におけるハラスメントに関する研修・相談支援のあり方に関する調査研究事業）（実施団体：株式会社 三菱総合研究所）において、介護現場における利用者や家族等からのハラスメントの実態を調査するとともに、有識者で構成される検討委員会での議論を踏まえ、介護事業者向けの「**介護現場におけるハラスメント対策マニュアル**」や「**（管理者向け・職員向け）研修のための手引き**」、「**（職員向け）研修動画**」等が作成されました。

ハラスメント対策にあたっては、関係機関との連携も重要となります。地方公共団体をはじめとする行政や関係各機関と介護事業者が日頃から連携する仕組みの構築についても、マニュアルや研修の手引き・動画を参考に進めていただきますよう、お願いいたします。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html

4 ハラスメントに関する相談窓口

介護サービス事業所の介護職員等が利用者やその家族等からハラスメントを受けているにも関わらず、事業主が適切な対応をとらないなど、ハラスメントに関する対応について、労使間に問題がある場合には、次の相談窓口に相談できます。

○横浜市 <横浜市介護事業者向けハラスメント相談センター>

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/harassment.html>

○神奈川県 <かながわ労働センターの労働相談>

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/k5n/soudan/index.html>

○厚生労働省 <神奈川県労働局 総合労働相談センター>

http://jsite.mhlw.go.jp/kanagawa-roudoukyoku/madoguchi_annai/soudanmadoguchi

10 感染症や災害への対応

1 基本方針

介護サービスは、利用者やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要です。高齢者は重症化するリスクが高い特性があり、昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大に際しては、介護における感染も発生しています。また、近年、様々な地域で大規模災害が発生しており、介護事業所の被害も発生しています。そこで、事業所においては、感染症対策及び災害対策を徹底しながら、地域において必要なサービスを継続的に提供していく体制を確保していくことが必要です。

2 業務継続計画（BCP）の策定

令和3年4月の制度改正により、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築することが規定されました。そのため事業所においては、感染症や災害に対して、日頃からの発生時に備え、利用者のサービスの提供を継続的に実施するため及び早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を作成し、従業員に対し内容の周知、必要な研修及び訓練等を実施してください。

【参考】横浜市条例第33条の2（業務継続計画の策定等）

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症、非常災害等の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、認知症対応型共同生活介護従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- 3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じてその変更を行うものとする。

（1）具体的な取組内容

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定認知症対応型共同生活介護の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、認知症対応型共同生活介護従業員に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければなりません。

なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、事業所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可能です。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が

参加できるよう努めてください。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

(2) 業務継続計画に記載すべき項目

業務継続計画には、以下の項目等を記載してください。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」、「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することも可能です。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- c 他施設及び地域との連携

(3) 研修の実施

研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとしてください。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年2回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望まれます。また、研修の実施内容についても記録してください。

なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも可能です。

(3) 訓練の実施

訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施してください。

なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも可能です。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施してください。

3 業務継続計画（BCP）の策定にあたっての参考資料等

業務継続計画の策定にあたり、厚生労働省のウェブサイト介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）の作成を支援するために、研修動画を掲載されています。

新型コロナウイルス感染症や自然災害等、場面ごとに計画策定にあたってのガイドラインや各サービスのひな型が掲載されているので、ご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/douga_00002.html#3

4 感染症対策の実施

昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、令和3年4月の制度改正により、事業所において、感染症の発生及びまん延等に関する取組として委員会の設置、指針の整備、研修の実施、訓練の実施が義務付けられました。なお、経過措置により令和6年3月31日までの間は努力義務となりますが、令和6年4月1日以降は全ての事業所で実施が義務付けられますので準備を進めていただくようお願いします。

【参考】条例第104条（衛生管理等）

事業者は、利用者の使用する食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、かつ、衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 事業者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において感染症又は食中毒が発生し、及びまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。

(1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

(2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

(3) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施すること。

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が別に定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。

(1) 食中毒、感染症の予防及びまん延防止のための環境整備

当該条例は指定認知症対応型共同生活介護事業者の必要最低限の衛生管理等について規定したのですが、このほか、次の点に留意してください。

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

(2) 感染症まん延の防止の措置

感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には次のイからハまでの取扱いとなります。各事項について、事業所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可能です。

なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第4条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされている。

イ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいです。

構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要です。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的を開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催してください。

感染対策委員会は、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可能です。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。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することも可能です。また、事業所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可能です。

ロ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針

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

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

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

八 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

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

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

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

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

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施してください。

5 介護現場における感染対策の手引き

社会福祉施設等が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要です。介護現場で必要な感染症の知識や対応方法等、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場における感染症への対応力の向上を目的として、厚生労働省より、「介護現場における感染対策の手引き」が作成されています。

介護職員の方においては日常ケアを行う上での必要な感染対策の知識や手技の習得の手引きとして、事業所の管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして研修等に活用してください。

○介護現場における感染症対策の手引き

○介護職員のための感染対策マニュアル（手引きの概要版）

○感染対策普及リーフレット（手引きのポスター版）

【掲載場所】

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour
eisha/taisakumatome_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour
eisha/taisakumatome_13635.html)

11 自己評価と外部評価の実施

認知症対応型共同生活介護事業者は、「横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例」及び「横浜市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、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等の基準に関する条例」において、自ら提供するサービスの自己評価及び外部評価が義務付けられています。

1 実施の必要性

(1) 自己評価

自己評価は、サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、これらの指定基準を上回るものとして設定されるものであり、事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。自己評価の実施により、サービス水準の向上に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための契機とします。

評価を行うに当たっては、事業所を設置・運営する法人の代表者の責任の下に、管理者が介護従業者と協議して実施してください。

(2) 外部評価

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

外部評価では、外部評価機関又は運営推進会議による一定項目に関する訪問調査・書面に基づく評価を行います。評価作業の一連の過程を事業者が主体的に取り組み、評価結果をもとに具体的な改善や情報公開等に活かし、各事業所が良質なサービスの水準を確保し、向上を図っていくことを目的としています。

【外部評価のねらい】

- ・ 入居者及び家族の安心と満足を図る
- ・ ケアサービスの水準を一定以上に維持する
- ・ 改善点を明確にし、改善に向けた関係者の自発的努力と体制づくりを促す
- ・ 継続的に評価を行うことを通じて、関係者による自発的な研修等によるケアの向上を促す教育的効果
- ・ 事業所に対する社会的信頼性を高める

【運営推進会議を活用して外部評価を実施する際の留意点】

- ・ 外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行うこと
- ・ 市職員又は地域包括支援センター職員、指定認知症対応型共同生活介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要

2 結果の公表について

各事業者は、自己評価及び外部評価の実施並びにそれらの結果の公表を行い、自らのサービスの質の改善を常に図ることが、指定基準により義務付けられています。利用者に対してサービスを提供するに当たって、すべての介護従業者に対して十分に意識付けを図ることが重要です。

評価機関は、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム(WAMNET)」を利用して、「自己評価及び外部評価の結果」及び「目標達成計画」(以下「評価結果等」という。)を公表します。

事業者は、評価結果等を、

- ① 利用申込者又はその家族に対する説明の際に交付する重要事項を記した文書に添付の上、説明します。
- ② 事業所内の見やすい場所に掲示したり、自ら設置するホームページ上に掲示するなどの方法により、広く開示します。
- ③ 利用者及び利用者の家族へ送付等により提供をします。
- ④ 指定を受けた市町村に評価結果等を提出します。

また、みなし等により他市町村の指定を受けた場合も同様の取扱いとなります。

- ⑤ 評価結果については、自ら設置する運営推進会議において出席者に説明します。

市町村は、事業所から提出された評価結果等を、管内に設置する地域包括支援センターに提供するとともに、市町村の窓口及び地域包括支援センターの利用しやすい場所に掲示等を行います。

3 自己評価及び外部評価の頻度

事業者は、事業所ごとに、原則として少なくとも年に1回は自己評価及び外部評価を受けるものとされています。なお、神奈川県内の事業所については、年度ごとに「1回」実施することとされています。

(1) 既存事業所の場合

各年度(4月1日から3月31日まで)内に1回、毎年、自己評価及び外部評価を実施し、その結果を横浜市に提出してください。

なお、「横浜市外部評価の実施回数の緩和の適用に係る事務取扱要領」に基づき、外部評価の実施回数の緩和の適用を受けた場合、外部評価の実施を2年に1回とすることができます。

ただし、自己評価については緩和の適用に関わらず、毎年実施し、その結果を横浜市に報告する必要がありますので、ご注意ください。

(2) 新規事業所の場合

新規に開設する事業所については、事業所の指定年月日が属する年度の翌年度までに自己評価及び外部評価を実施し、評価結果を横浜市に提出してください。その後の実施頻度は、(1) 既存事業所と同様です。

ただし、指定認知症対応型共同生活介護事業所においては、ユニット数の増減により、事業所の運営状況が変化した場合には、市町村に体制の変更届を提出し受理された日が起算日となり、新規開設事業所と同様の扱いになります。

4 実施回数の緩和について

一定の要件を満たす事業所については、外部評価の実施回数を緩和（2年に1回）とすることができます。**ただし、自己評価及び目標達成計画書の作成については、毎年実施をしてください。**

実施回数の緩和の適用を受けるための要件や手続きにつきましては、174 ページの「横浜市外部評価の実施回数の緩和の適用に係る事務取扱要領」を参照してください。なお、運営推進会議を活用した評価については、外部の者による評価の実施回数の緩和要件である評価の継続年数に算入することはできません。

外部評価の緩和に係る届出様式は、下記のページからダウンロードできます。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/jikohyoka-gaibuhyoka.html>

5 評価結果報告の流れ（63・64 ページのフロー図参照）

(1) 事業所は外部評価結果が評価機関から届き次第、健康福祉局介護事業指導課あてに

- ①サービス評価結果提出届（別紙参照）とともに、
- ②自己評価結果表、
- ③外部評価結果表
- ④目標達成計画
- ⑤返信用封筒

を提出する。 **提出先：横浜市健康福祉局介護事業指導課**

サービス評価結果提出届の様式は、下記のページからダウンロードできます。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/jikohyoka-gaibuhyoka.html>

(2) 健康福祉局は、提出届に受理印を押印して、事業者に返送する。

(3) 健康福祉局は、評価結果表の写しを、当該区役所に送付する。

(4) 区役所は、評価結果表の写しを当該地域包括支援センターに提出する。

(5) 健康福祉局、区役所、地域包括支援センターは、評価結果表等をファイリングし、市民等の求めに応じて閲覧できるようにする。

6 法的根拠

(1) 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（抜粋）

第 119 条第 10 項（認知症対応型共同生活介護）

指定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認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、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。

(2) 「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」（抜粋）

第 89 条第 2 項（介護予防認知症対応型共同生活介護）

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、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

- (3) 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第7項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について」の一部改正について（平成18年10月17日付厚生労働省通知（老計発第1017001号）（最終改正：平成27年3月27日））

7 神奈川県選定外部評価機関（令和3年4月 現在）

選定番号	評価機関名	所在地	電話（FAX）
1420040102	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会	中区山下町 23 日土地山下町ビル 9階	045-671-0294 (045-671-0295)
1420050901	株式会社 R-CORPORATION	神奈川区鶴屋町 3-30-8 S Yビル 2F	045-319-0278 (045-319-0268)
1420051102	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフクラブ ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部	西区南浅間町 8-22-207	045-323-4711 (045-309-7401)
1420051101	株式会社フィールズ	藤沢市鵜沼橋 1-2-7 藤沢トーセイビル 3階	0466-29-9430 (0466-29-2323)

8 「介護サービス情報の公表」制度との関係

「介護サービス情報の公表」制度（以下、情報公表制度）は、介護サービスの利用に際し、利用者やその家族等が自ら事業所の選択ができるよう支援するためのしくみとして介護保険法で定められている制度で、認知症対応型共同生活介護については、平成21年度から新たに情報公表制度の対象となりました。

公表の対象となるサービス事業者は、報告（調査票の提出）、訪問調査の実施、それらに伴う公表、並びに調査及び公表に要する手数料の納付が義務付けられています。

情報公表制度の実施により、介護サービスの利用者や家族は、インターネットなど様々な方法で介護サービスを提供する事業所の情報を比較検討し、自分にあった事業所を見つけることが出来ます。

一方で、外部評価制度は、事業者が行うサービスの質の評価の客観性を高め、改善を図ることを狙いとしています。

情報公表制度と外部評価制度は、趣旨や目的が異なることから、事業所の訪問調査についても、それぞれ実施するなど、いずれの制度も適切に実施する必要があります。

9 厚生労働省 Q&A

【R3.3.29 介護保険最新情報 Vol.953 令和3年介護報酬改定に関する Q&A Vol.4】

(25) 認知症グループホームの運営推進会議には、地域密着型サービス基準が定める全てのメンバー（利用者、市町村職員、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等））

が毎回参加することが必要となるのか。

(答) 毎回の運営推進会議に、全てのメンバーが参加しなければならないという趣旨ではなく、会議の議題に応じて、適切な関係者が参加することで足りるものである。

ただし、運営推進会議のうち、今般の見直しにより導入する「運営推進会議を活用した評価」として実施するものについては、市町村職員又は地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必須である。

【R3.3.29 介護保険最新情報 Vol.953 令和3年介護報酬改定に関するQ&A Vol.4】

(26) 今般、認知症グループホームにおける第三者評価は、外部の者による評価と運営推進会議における評価のいずれかから受けることとされたが、運営推進会議における評価を実施した場合、第三者評価及び運営推進会議の両方を開催したものととして取り扱うのか。

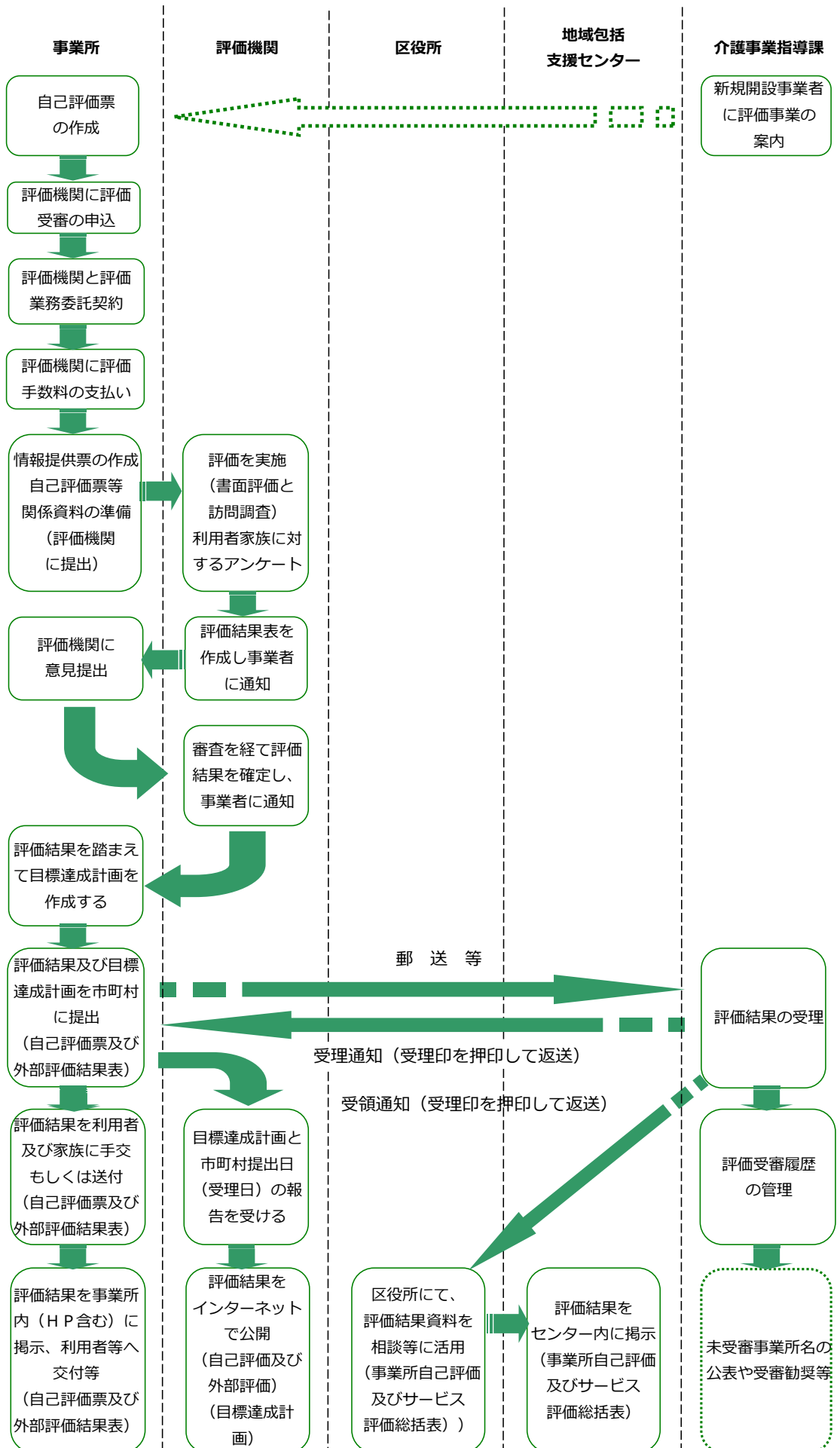
(答) なお、今回の改定は、運営推進会議の開催頻度について現行のおおむね年間6回（2月に1回）以上開催することを変更するものではなく、このうち1回以上をサービスの質を評価する回としてよいという意味であること。

【R3.3.29 介護保険最新情報 Vol.953 令和3年介護報酬改定に関するQ&A Vol.4】

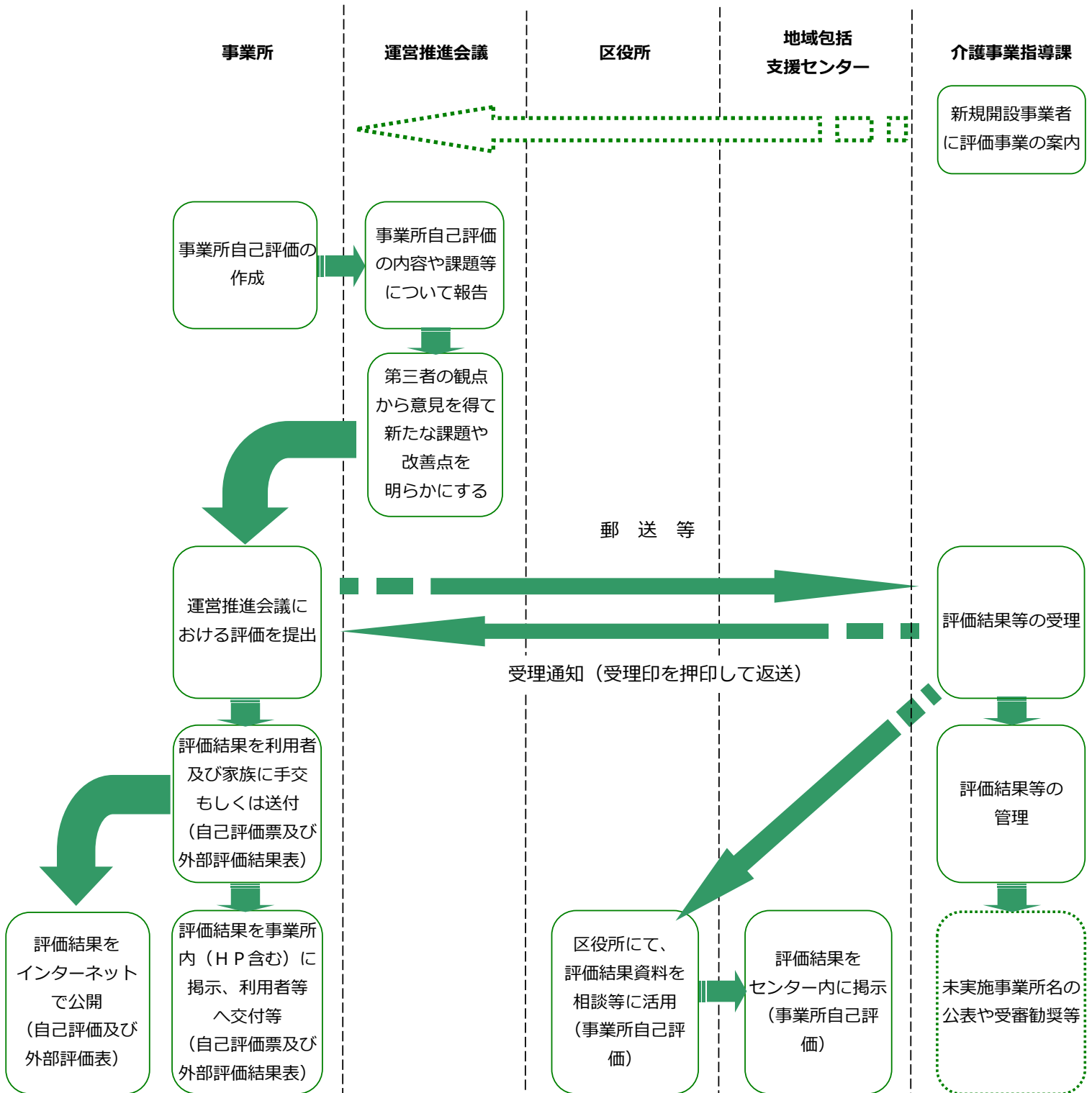
(27) 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第8項等に規定する自己評価・外部評価の実施等についてにおいて、事業所の外部評価の実施回数について、本来1年に1回以上のところ、2年に1回とすることができる場合の要件の一つとして「過去に外部評価を5年間継続して実施している」ことが挙げられているが、運営推進会議における評価を行った場合、外部評価を実施したとみなして継続年数に算入することができるか。

(答) できない。継続年数に算入することができるのは、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第97条第8項第1号に規定する外部の者による評価を行った場合に限られる。

評価機関による評価を受ける場合



認知症対応型生活介護における自己評価・外部評価 業務フロー図
 運営推進会議による評価を受ける場合



収受番号:

サービス評価結果提出届 (兼受理書)

健康福祉局介護事業指導課 あて

(太枠内のみ記入してください。)

		提出日: 年 月 日				
届出者	サービス種別 (該当に○)	小規模多機能型居宅介護		介護予防小規模多機能型居宅介護		
		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		
		看護小規模多機能型居宅介護				
	事業所番号	1	4			
	事業所名					
	事業所所在地	(〒 -)				
	担当者名					
連絡先	電話			FAX		

次のとおり、資料を添えて提出します。

外部評価受審結果表受理日		年 月 日	
添付書類 (チェック欄にシ)	チェック欄	自己評価及び外部評価結果(外部評価の緩和適用年度は自己評価のみ)	
		目標達成計画	
		返信用封筒(84円切手を貼った返信先明記の長3封筒)	

(以下は記入しないでください。)

次のとおり、サービス評価結果報告書を受理しました。

報告書受理日	年 月 日	実施年度	年度
受理内容	自己評価結果	外部評価結果	目標達成計画
次回実施期限	年 月 日		

<次回の外部評価実施後、評価機関から受診結果表を受理した日から1か月以内に報告書を提出してください。>

<この受理書は再発行しません。外部評価の緩和の適用を受ける際に必要になりますので、きちんと管理してください。>

【発行】 横浜市健康福祉局介護事業指導課 電話 045-671-3466 FAX045-681-7789

受付担当者:

横浜市収受印

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述	運営推進会議で話しあった内容	外部評価	記述
I. 理念・安心と安全に基づく運営							
1	理念の共有と実践	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
2	事業所と地域とのつきあい	事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
3	運営推進会議を活かした取り組み	運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
4	市町村との連携	市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
5	身体拘束をしないケアの実践	代表者および全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
6	虐待の防止の徹底	管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
7	権利擁護に関する制度の理解と活用	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				

8	契約に関する説明と納得	契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
9	運営に関する利用者、家族等意見の反映	利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
10	運営に関する職員意見の反映	代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
11	就業環境の整備	代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
12	職員を育てる取り組み	代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
13	同業者との交流を通じた向上	代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
14	本人と共に過ごし支えあう関係	職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
15	馴染みの人や場との関係継続の支援	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、支援に努めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				

II. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント							
16	思いや意向の把握	一人ひとりの思いや暮らし方、生活環境、一日の過ごし方の希望や意向の把握に努めている。	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
17	チームでつくる介護計画とモニタリング	本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
18	個別の記録と実践への反映	日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
19	一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
20	地域資源との協働	一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
21	かかりつけ医の受診支援	受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
22	入退院時の医療機関との協働	利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	

23	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
24	急変や事故発生時の備え	利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
25	災害対策	火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援							
26	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保	一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
27	日々のその人らしい暮らし	職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりの日常生活における希望や意向、暮らしのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
28	食事を楽しむことのできる支援	食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
29	栄養摂取や水分確保の支援	食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
30	口腔内の清潔保持	口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	

31	排泄の自立支援	排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援、便秘の予防等、個々に応じた予防に取り組んでいる	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
32	入浴を楽しむことができる支援	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
33	安眠や休息の支援	一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
34	服薬支援	一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
35	役割、楽しみごとの支援	張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
36	日常的な外出支援	一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
37	お金の所持や使うことの支援	職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
38	電話や手紙の支援	家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				

39	居心地のよい共用空間づくり	建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。共用の空間が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、一人ひとりが居心地よく過ごせるような工夫をしている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
IV. 本人暮らしの状況把握・確認項目(利用者一人ひとりの確認項目)							
40	本人主体の暮らし	本人は、自分の思い、願い、日々の暮らし方の意向に沿った暮らしができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
41		本人は、自分の生活歴や友人関係、暮らしの習慣、特徴など様々な情報をもとに、ケア・支援を受けることができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
42		本人は、自分の健康面・医療面・安全面・環境面について、日々の状況をもとに、ケア・支援を受けることができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
43		本人は、自分のペースで、これまでの暮らしの習慣にあった生活ができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
44		本人は、自分のなじみのものや、大切にしているものを、身近(自室等)に持つことができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
45		本人は、自分の意向、希望によって、戸外に出かけることや、催(祭)事に参加することができています	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				

46		本人は、自分ができること・できないこと、わかること・わからないことを踏まえた、役割や、楽しみごとを行うことができている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
47	本人が持つ力の活用	本人は、自分がいきいきと過ごす会話のひと時や、活動場面を日々の暮らしの中で得ることができている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	
48		本人は、自分なりに近隣や地域の人々と関わったり、交流することができている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない				
49		総合	本人は、この GH にいることで、職員や地域の人々と親しみ、安心の日々、よりよい日々をおくることができている	A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない			A. 十分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない

12 事故発生時の報告

1 事故発生時に関する規定

◎横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例（平成24年12月28日横浜市条例第77号）第41条（第110条において準用）及び横浜市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、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等の基準に関する条例（平成24年12月28日横浜市条例第79号）第38条（第67条において準用）

- ①事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ②事業者は、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- ③事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

◎解釈通知での規定

- ①事故の状況及び事故に際してとった措置についての記録は、2年間保存しなければならない。
- ②事故が発生した場合の対処について、あらかじめ定めておくことが望ましい。
- ③賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのために損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。
- ④事故が発生した際、その原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

2 事故報告の手順

※「介護保険事業者 事故報告【報告手順】」を参照

3 利用者家族等への説明義務について

事故発生時に連絡を入れるだけでなく、事故の原因や再発防止策についても十分な説明を行うようにしてください。事故報告書は利用者、家族に積極的に開示し、求めに応じて交付してください。

最近の苦情では、「事故発生後に原因等の説明がされない」「再発防止策が徹底されていない」といった訴えがあります。

4 事故報告の範囲

報告の範囲は「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領」のとおりですが、報告の範囲外のケースであっても、必ず記録にとどめてください。

5 事故報告書の記入上の注意点

Point 1 再発防止策は具体的に！

事故発生後は、全ての職員による話し合いの場を速やかにもち、事故の内容を共有して原因分析を十分に行い、その結果、実行していく再発防止策を具体的に報告書に記載してください。記載内容は、「～を検討中」「見守りの強化」「職員への周知」といった漠然とした表現は不適切です。（不適切な再発防止策の記載の場合、再度、事故報告書の提出を求める場合があります。）

再発防止策を効果的なものとするには、組織全体で事故再発防止の仕組みを作りあげ、取り組むことが重要です。組織全体として事故の危険性等の認識を共有したうえで、再発防止策を徹底して実行し、同じ事故を繰り返すことがないようにしましょう。

さらに、事故の発生が、利用者の体調・A D L・疾病等の状態の変化が要因となっている場合もあることを踏まえ、モニタリングやアセスメントを行い、介護計画の見直しを検討することも大切です。

Point 2 誤薬事故の際は、必ず医師の指示を仰ぐ！

誤薬の事故報告件数は、増加傾向にあります。また、誤薬後の処置について、医師の指示を仰がず、看護師、薬局薬剤師や管理者等の判断で経過観察を行うといった誤った対応をしている事例が、未だに見受けられます。

「与薬を忘れたが、たいした薬ではないから様子を見よう」という勝手な判断や慣れが更に重大な事故を引き起こす可能性があります。誤薬の結果、その薬剤が利用者の身体にどのような影響を与えるかは、医学的診断を要するため、介護従事者、看護師等が誤薬時の処置を判断することはできません。

身体への影響を判断し、必要な処置を講じるため、速やかに処方を行った医師へ相談してください。

誤薬を防ぐためには、利用者が正しく服薬するまで、準備段階から複数の職員が互いに厳しい目で確認し合うことが重要です。

《対策の例》

手順のマニュアル化、担当者の明確化、手順の見直し、誤薬の重大性を理解するための研修の実施、薬の一包化、処方薬の数を減らす、タイミング・形状等について医師へ相談する等

※ 適切な対策を講ずるためには、原因分析をしっかりと行う必要があります。事故の原因分析を行ったうえで、各事業所に応じた対策を講じてください。

6 報告に対する所管課の対応

- ・事故報告書が提出された際に、利用者本人や家族に事実確認をする場合があります。
- ・事故発生状況や事故の原因分析、再発防止に向けての今後の取り組みを確認し、必要に応じて事業者への調査及び指導を行います。

【本市ウェブサイト 事故報告書についての案内トップページ】

[https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi -
kaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.html](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.html)

【介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領】

[https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushikaigo/
kaigo/hoken/unei/jiko.files/R7_jiko_youryou.pdf](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushikaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.files/R7_jiko_youryou.pdf)

【介護保険事業者向け事故報告マニュアル】

[https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushikaigo/
kaigo/hoken/unei/jiko.files/0015_20250421.pdf](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushikaigo/kaigo/hoken/unei/jiko.files/0015_20250421.pdf)

【事故報告 報告フォーム（電子申請システム）】

[https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/aa60
e393-5687-4fb4-8bb4-f3e1c6a045ad/start](https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/aa60e393-5687-4fb4-8bb4-f3e1c6a045ad/start)

13 変更届・加算届・指定更新申請等について

変更届等の提出方法等については、本市ウェブサイトをご確認のうえ、提出漏れの無いようご注意ください。

1 変更届

【変更届の提出方法・提出書類のダウンロード】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou.html>

2 加算届

【加算届の提出方法・提出書類のダウンロード】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/mittyakukasantodoke.html>

3 廃止・休止・再開届

【廃止・休止・再開届の提出方法・提出書類のダウンロード】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/haisi-kyusi-saikai.html>

4 指定更新申請の手続き

【対象事業所一覧等】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/mittyaku-koushin.html>

【質の向上セミナー】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/semina.html>

【指定更新の流れ・提出書類のダウンロード】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/mittyaku-koushin.html>

14 グループホームの介護報酬

1 介護報酬の算出方法

介護報酬は、厚生労働大臣が定める基準により算出します。算出の方法は次のとおりです。

- ① 事業者は、指定地域密着型サービス介護給付費単位数表に基づき、単位数を算出します。基本の単位数に対して、加算・減算が必要な場合には、加算・減算の計算を行うごとに、小数点以下の四捨五入を行います。なお、サービスコード表に掲載されている単位数は、すでに端数処理を行った単位数のため、端数処理を行う必要はありません。
- ② 上記①により算出した単位数に、地域ごとの1単位（横浜市では、10.72円）を乗じて単価を算定（金額に換算）します。また、その際1円未満の端数は切り捨てます。
- ③ 上記②に算出した額に、70%～90%を乗じた額が保険請求額となり、総額から保険請求額を引いた額が利用者負担となります。

【介護報酬算定上の端数処理と利用者負担の算定方法】

（例）認知症対応型共同生活介護を25日提供した場合（2ユニットの場合）

（要介護3で、初期加算・医療連携体制加算Ⅰ・サービス提供体制強化加算Ⅰを算定）

① 単位数算定

$$811 + 30 + 39 + 22 = 902 \text{ 単位}$$

② 金額換算

（例）上記①の事例でこのサービスを25日提供した場合（地域区分は特甲地）

$$902 \text{ 単位} \times 25 \text{ 日} = 22,550 \text{ 単位}$$

$$22,550 \text{ 単位} \times 10.72 \text{ 円/単位} = 241,736 \text{ 円} \text{（1円未満の端数は切り捨て）}$$

③ 保険請求額と利用者負担

$$\text{保険請求額} : 241,736 \text{ 円} \times 90\% = 217,562 \text{ 円} \text{（1円未満の端数は切り捨て）}$$

$$\text{利用者負担} : 241,736 \text{ 円} - 217,562 \text{ 円（保険請求額）} = 24,173 \text{ 円}$$

なお、グループホームの利用料金に関しては、別紙「地域密着型サービス 料金表」をご参照ください。

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/gh.html

2 報酬算定にあたっての留意事項

(1) 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は指定居宅サービス（居宅療養管理指導を除く）又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費を算定することはできませんが、認知症対応型共同生活介護の利用を開始した初日における利用開始時以前及び利用終了日における利用終了時以後に提供されたサービスについては算定が可能です。（例：午前まで訪問介護を利用し、午後からグループホームを利用開始（入居）した場合、両方のサービスについて、同日算定が可能となる。）※ただし、利用者の負担を考慮し、同日に両サービスを利用する必要性については十分に検討してください。

また、認知症対応型共同生活介護を受けている間でも当該事業者が提供を必要と判断した場合、当該事業者の費用負担により、サービスを利用させることは差し支えありません。（グループホームに入居中の利用者にデイサービスの利用が必要と事業者側で判断した場合、事業者側の10割負担により、デイサービスを利用させることが可能。）

3 短期利用認知症対応型共同生活介護費の算定

（短期利用の提供に当たっては事前に市への届出が必要です）

(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護の施設基準

ア 当該指定認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、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年以上の経験が必要です。

イ 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られた者に対し、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、a及びb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ます。

a 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、空いている居室等を利用するものであること。

b 1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。

ウ 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てください。

エ 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。

(2) 緊急にサービス受けることが必要な利用者の利用期間

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は、あくまでも、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける必要がある者にのみ提供が認められるものであり、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）を限度に行ってください。

(3) 利用者の処遇に支障がない場合とは

当該利用者を当該事業所の共同生活住居（複数の共同生活住居がある場合、当該利用者が日中の時間帯等に共同生活を送る共同生活住居とする。）の利用者とみなして、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場合とする。特に個室の面積の最低基準は示していないが、当該利用者の処遇上、十分な広さを確保してください。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うことも可能です。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ありませんが、視線が遮断されることを前提とします。建具による仕切りは可能ですが、家具やカーテン、簡易パネルによる仕切りでは認められません。また、天井から隙間が空いていることは認められません。

(4) 受け入れ可能な利用者数

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合計数を超えて受け入れることができる利用者数は、指定認知症対応型共同生活介護事業所の共同生活住居ごとに1人まで認められるものであり、この場合、定員超過利用による減算の対象とはなりません。

(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」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をさします。

(6) Q&A

【18.9.4 介護制度改革information vol.127 事務連絡 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A】

(49) 短期利用の3年経過要件について、事業所の法人が合併等により変更したことから、形式上事業所を一旦廃止して、新しい会社の法人の事業所として同日付けで指定を受けた場合、事業所が初めて指定を受けて3年は経過しているが、新しい会社の事業所としては3年経過要件を満たしていない。この場合、短期利用を行うことは可能か。

(答) 1 グループホームで短期利用を行うための事業所の開設後3年経過要件については、職員や他の入居者との安定した人間関係の構築や職員の認知症ケアに係る経験が必要であることから、事業所の更新期間(6年)の折り返し点を過ぎ、人間関係など一般的にグループホ

- ームの運営が安定する時期に入っていると考えられること等を勘案して設定したものである。
- 2 事業所の職員に変更がないなど事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、短期利用を認めることとして差し支えない。

【18.9.4 介護制度改革information vol.127 事務連絡 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A】

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

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

【24.3.30 事務連絡 介護保険最新情報vol.273「平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.2) (平成24年3月30日)」の送付について】

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

- (答) 当該期間内に介護予防短期利用共同生活介護の利用実績がある場合は、その期間を含める取扱いとなる

15 グループホームの加算

(1) 夜間支援体制加算

※下線部は令和6年4月改正部分

1 加算の概要

夜間における利用者の安全確保の強化を更に推進する観点から、事業所における夜間勤務体制の実態を踏まえ、宿直職員による夜間の加配を評価する。

夜間支援体制加算 → 1ユニットの場合 (Ⅰ) 50単位/日
2ユニットの場合 (Ⅱ) 25単位/日

2 地域密着型サービス報酬基準(平成18年3月14日 厚労告第126号)

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、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準(平成27年3月23日 厚告第96号)

指定認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算に係る施設基準

イ 夜間支援体制加算(Ⅰ)を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) 通所介護費等の算定方法第八号に規定する基準に該当していないこと。
- (2) 前号イ又はハに該当するものであること。

(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(指定地域密着型サービス基準第九十条第一項に規定する介護従業者をいう。以下この号において同じ。)の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(平成十二年厚生省告示第二十九号)第三号本文に規定する数に一(次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあつては、〇・九)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十分の一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九十条第一項の規定により夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を一名以上配置していること。

ロ 夜間支援体制加算(Ⅱ)を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) イ(1)及び(3)に該当するものであること。
- (2) 前号ロ又は二に該当するものであること。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

① 認知症対応型共同生活介護事業所の1の共同生活住居につき、夜間及び深夜の時間帯を通

じて1の介護従業者を配置している場合に、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に算定するものとする。

② 施設基準第32号イの(3)(一)に規定する見守り機器（利用者がベッドから離れようとしている状態又は離れたことを感知できるセンサーであり、当該センサーから得られた情報を外部通信機能により職員に通報できる利用者の見守りに資する機器をいう。以下同じ。）を使用する場合における基準については、必要となる介護従業者の数が0.9を加えた数以上である場合においては、次の要件を満たすこととする。

a 利用者の10分の1以上の数の見守り機器を設置すること。

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。

③ 全ての開所日において、夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回っているものとする。

【参考】厚生労働省Q & A

【H27.4.1 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A】

（問173）小規模多機能型居宅介護における夜間の宿直勤務にあたる職員は、必ずしも事業所内で宿直する必要はないものとされているが、認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の算定要件である宿直勤務の職員も同様の取扱いと考えてよいか。

（答）事業所内での宿直が必要となる。

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

【H27.4.1 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A】

（問174）認知症対応型共同生活介護事業所と他の介護保険サービス事業所が同一建物で併設している場合に、両事業所で同時並行的に宿直勤務を行っているとして、建物として1名の宿直勤務をもって、夜間支援体制加算を算定することは可能か。

（答）本加算は、事業所内の利用者の安全確保を更に強化するための加配を評価するためのものであることから、原則として、算定は認められない。

ただし、認知症対応型共同生活介護事業所に指定小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている場合で、以下の要件を満たすほか、入居者の処遇に支障がないと認められたことにより、1名の夜勤職員が両事業所の夜勤の職務を兼ねることができることに準じて、同様の要件を満たしている場合には、建物に1名の宿直職員を配置することをもって、加算を算定することとしても差し支えない。

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

一体的な運用が可能な構造であること

【R3.3.29 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4)】

(問23) 3ユニットで2名の夜勤配置に常勤換算で1名を追加配置した場合は対象となるか。

(答) 当該配置は、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第90条第1項ただし書き及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第70条第1項ただし書きに規定する、3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていることを要件とする例外措置（この場合、利用者のケアの質の確保や職員の業務負担にも十分に配慮すること。）であり、本加算制度においては通常の配置を超えて夜勤職員を手厚く配置していることを評価しているものであることから、ご質問の配置では加算対象にならない。

(2) 認知症行動・心理症状緊急対応加算

1 加算の概要

認知症である者の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者について、短期利用共同生活介護による緊急受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算 → 200単位/日（入所日から7日を上限）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

「短期利用共同生活介護費」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単位を所定単位数に加算する。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知（認知症行動・心理症状緊急対応加算について）

- ① 「認知症の行動・心理症状」とは、認知症による認知機能の障害に伴う、妄想・幻覚・興奮・暴言等の症状を指すものである。
- ② 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、指定認知症対応型共同生活介護の利用を開始した場合に算定することができる。本加算は医師が判断した当該日又はその次の日に利用を開始した場合に限り算定できるものとする。
この際、短期利用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、短期利用共同生活介護の利用を開始した場合には、当該加算は算定できないものであること。
 - 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たの留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- ⑤ 7日を限度として算定することとあるのは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用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。

【参考】厚生労働省Q & A

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問110) 入所が予定されており、入所予定期間と実際の緊急入所の期間が重なっている場合であっても、本来の入所予定日前に緊急に入所した場合には、7日分算定が可能か。

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

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問111) 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した場合は算定できるか。

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

(3) 若年性認知症利用者受入加算

1 加算の概要

若年性の認知症の利用者を受け入れ、個別に担当スタッフを定めた上で、担当スタッフを中心に利用者の特性やニーズに応じたサービスを行なった場合に算定することができる。加算を算定する場合には、本市への届出を行うとともに、担当者名を認知症対応型共同生活介護計画書に明記するなどして、加算該当者の担当者がわかるようにしておくこと。

若年性認知症利用者受入加算 → 120単位/日

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、若年性認知症利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算する。ただし、注7を算定している場合は、算定しない。

※ 施行令第2条第6号（初老期における認知症）により法第7条第3項に規定する要介護者又は同条第4項に規定する要支援者となった者をいう。

3 厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）

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。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

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うこと。

【参考】厚生労働省Q & A

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

（問101）一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

（答）65歳の誕生日の前々日までは対象である。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

（問102）担当者とは何か。定めるにあたって担当者の資格要件はあるか。

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

(4) 利用者入院期間中の体制

1 加算の概要

入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいことを踏まえ、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価する。

利用者入院期間中の体制加算 → 246単位/日

※1月に6日を限度とし、1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続して13泊（12日）分まで算定可能。ただし、入院の初日及び最終日は算定できない。

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、利用者が病院又は診療所に入院を要した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。

3 別に厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）

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、入院後三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。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

①入院時の費用を算定する指定認知症対応型共同生活介護事業所は、あらかじめ、利用者に対して、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該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について説明を行うこと。

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きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。

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。事業所側の都合は、基本的には該当しないことに留意すること。

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7泊の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。
(例)

入院期間：3月1日～3月8日（8日間）

3月1日 入院の開始……………所定単位数を算定

3月2日～3月7日（6日間）……………1日につき246 単位を算定可

3月8日 入院の終了……………所定単位数を算定

- ③ 利用者の入院の期間中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。
- ④ 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中にあつては、当該利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。
- ⑤ 入院時の取扱い
- イ 入院時の費用の算定にあつて、1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能であること。
- (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日につき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
- ロ 利用者の入院の期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

【参考】厚生労働省Q & A

【R6.3.15 事務連絡 介護保険最新情報 vol.1225 「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（令和6年3月15日）」】

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

(例) 4月1日から6月30日まで3ヶ月入院した場合

- 4月1日（入院）
- 4月2日～7日(一日につき246単位を算定)
- 4月8日～30日
- 5月1日～6日(一日につき246単位を算定)
- 5月7日～31日
- 6月1日～6日(一日につき246単位を算定)
- 6月7日～29日
- 6月30日（退院）

(答)

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

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

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

- 4月29日 入院（認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定）
- 4月30日（一日につき246単位を算定）
- 5月1日～6日（一日につき246単位を算定）

5月7日～31日

6月1日～5日 (一日につき246単位を算定)

6月6日

6月7日 退院 (認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定)

6月8日～9日 認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定

6月10日 入院 (認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定)

6月11日 (一日につき246単位を算定)

6月12日～19日

6月20日 退院 (認知症共同生活介護費の所定の単位数を算定)

(5) 看取り介護加算

1 加算の概要

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、事業所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、死亡日以前4日以上45日以下における手厚い看取り介護の実施を図ることで所定の単位を算定できる。

看取り介護加算 → 死亡日以前31日以上45日以下	72単位/日
死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
死亡日の前日及び前々日	680単位/日
死亡日	1,280単位/日

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

認知症対応型共同生活介護費を算定する場合について、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、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者については、看取り介護加算として、死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1,280単位を死亡月に加算する。ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間又は医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準

指定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。
- ロ 医師、看護職員（指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは指定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、当該指定認知症対応型共同生活介護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。

4 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者

指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型共同生活介護費の注5の厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者

次のイからハまで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であること。
- ロ 医師、看護職員（指定認知症対応型共同生活介護事業所（地域密着型サービス基準第九十条に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所をいう。）の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーション（指定居宅サービス等基準第六十条第一項第一号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。）の職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意

している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

- 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。

5 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 看取り介護加算は、医師が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族等（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。
- ② 利用者等告示第40号ロに定める看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内の距離に所在するなど、実体として必要な連携をとることができる必要がある。
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくためにも、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（PDCAサイクル）により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には次のような取組が求められる。
 - 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、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。
- ④ 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努力することが不可欠である。具体的には、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。
- ⑤ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。
 - イ 当該事業所の看取りに関する考え方
 - ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方
 - ハ 事業所において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
 - ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）
 - ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
 - ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
 - ト 家族等への心理的支援に関する考え方

チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法

- ⑥ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、施設基準第34号イ(3)に規定する重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができるものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。

- ⑦ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。

イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録

ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録

ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

- ⑧ 利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

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

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

- ⑨ 看取り介護加算は、利用者等告示第40号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、認知症対応型共同生活介護事業所において行った看取り介護を評価するものである。

死亡日前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合であっても算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活介護事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が45日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。) なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

- ⑩ 認知症対応型共同生活介護事業所を退居等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、事業所に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

- ⑪ 認知症対応型共同生活介護事業所は、退居等の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認することができる。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

- ⑫ 利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前45日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。

- ⑬ 入院若しくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

- ⑭ 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくないものであること。

(6) 初期加算

1 加算の概要

入居直後の利用者は、環境の変化によって症状が落ち着かなくなることが多く、より手厚い介護が必要になる、あるいは支援計画の策定に時間を要すことを踏まえ、所定単位を算定することができる。

初期加算 → 30単位/日（入居した日から30日以内）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

初期加算 30単位

認知症対応型共同生活介護費（（Ⅰ）又は（Ⅱ））について、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。30日を超える病院又は診療所への入院後に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。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

① 初期加算は、当該利用者が過去3月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去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ることとする。

② 短期利用認知症対応型共同生活介護を利用していた者が日を空けることなく引き続き当該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する。

③ 30日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、①にかかわらず、初期加算が算定される。

4 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成19年2月19日）Q & A

【H19.2.19全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A】

（問16）認知症高齢者グループホームにおいて短期利用している利用者が、当該認知症高齢者グループホームに引き続き入居することとなった場合、初期加算は何日間算定することができるのか。

（答）認知症高齢者グループホームにおいて短期利用している利用者が日を空けることなく引き続き当該認知症高齢者グループホームに入居した場合、初期加算は、30日から入居直前の短期利用の利用日数を控除して得た日数に限り算定できるものである。

(7) 協力医療機関連携加算

※赤字部分は令和8年6月改正部分

1 加算の概要

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。

- (1) 当該協力医療機関が、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 100単位
- (2) (1)以外の場合 40単位

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

指定認知症対応型共同生活介護事業所において、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を開催している場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。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。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- 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町村長に届け出していない場合には、速やかに届け出ること。
- ④ 「会議を定期的を開催」とは、次のいずれかに該当するものであること。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。

イ 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、年1回以上開催すること。

ロ 年3回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該事業所の入居者が当該協力医療機関で年2件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該事業所の入居者に当該協力医療機関が年2件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年1回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該事業所の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

- 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。

【参考】厚生労働省 Q & A

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) /127】

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

(答) 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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) /151】

(問151) 要支援2について算定できるのか。

(答) 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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) /152】

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

(答) 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。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.2) /13】

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

(答) 差し支えない。

【R6.6.7 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.7) /1】

(問1) 協力医療機関連携加算について、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合」とあるが、病歴等の情報を協力医療機関と共有することに同意が得られない者に対して算定できるか。

(答) 協力医療機関連携加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築することを目的とした体制加算であり、入所者全員について算定されるもの。なお、協力医療機関に対して病歴等の情報を共有することについて同意が得られない入所者であっても、当該入所者の急変時等において協力医療機関による診療等が受けられるよう取り組むことが必要。

【R8.5.8

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援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」等の一部改正について」及び当該通知の発出に伴うQ & Aの発出について（Vol.1502）／1】

（問1）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、年1回以上開催すること」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

（答）例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

(8) 医療連携体制加算

※下線部は令和6年4月改正部分

1 加算の概要

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、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。

加算の種類	単位
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57単位／日
医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47単位／日
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37単位／日
医療連携体制加算（Ⅱ）	5単位／日

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、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する。ただし、医療連携体制加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ又は（Ⅰ）ハのいずれかの加算と医療連携体制加算（Ⅱ）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 57単位
- (2) 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ 47単位
- (3) 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 37単位
- (4) 医療連携体制加算（Ⅱ） 5単位

3 厚生労働大臣が定める施設基準（厚告26号）

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

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護師を常勤換算方法（指定地域密着型サービス基準第二条第七号に規定する常勤換算方法をいう。以下この号、第三十八号、第四十一号及び第四十二号において同じ。）で一名以上配置していること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

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

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で一名以上配置していること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。ただし、（1）により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) イ（3）に該当するものであること。

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

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を一名以上確保していること。
- (2) 看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) イ(3)に該当するものであること。

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

- (1) 医療連携体制加算(Ⅰ)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三月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が一人以上であること。
 - (一) 喀(かく)痰(たん)吸引を実施している状態
 - (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - (三) 中心静脈注射を実施している状態
 - (四) 人工腎臓を実施している状態
 - (五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
 - (六) 人工膀胱(ぼう)胱(こう)又は人工肛(こう)門の処置を実施している状態
 - (七) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態
 - (八) 褥(じよく)瘡(そう)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

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。
- ② 医療連携体制加算(Ⅰ)ハの体制について、利用者の状態の判断や、指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師の確保を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。
また、看護師の確保については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能である。
- ③ 医療連携体制加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅰ)ハの体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、
 - ・利用者に対する日常的な健康管理
 - ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡・調整
 - ・看取りに関する指針の整備
 等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。
- ④ 医療連携体制加算(Ⅰ)ロの体制については、事業所の職員として看護師又は准看護師を常勤換算方法により1名以上配置することとしているが、当該看護職員が准看護師のみの体制である場合には、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携を要することとしている。
- ⑤ 医療連携体制加算(Ⅱ)を算定する事業所においては、③のサービス提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うことが求められる。

加算の算定に当たっては、施設基準第三十四号二の(2)に規定する利用者による利用実績(短期利用認知症対応型共同生活介護を利用する者を含む。)があり、当該利用者が療養生活を送るために必要な支援を行っていることを要件としている。

イ 同号二の(2)の(一)に規定する「喀痰吸引を実施している状態」とは、認知症対応型共同生活介護の利用中に喀痰吸引を要する利用者に対して、実際に喀痰吸引を実施している状態である。

ロ 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(2)の(八)に規定する「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下のいずれかの分類に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限ること。

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

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

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

第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

リ 同号二の(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 同号二の(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 同号二の(2)の(十一)に規定する「インスリン注射を実施している状態」については、認知症対応型共同生活介護の利用中にインスリン注射によりインスリンを補う必要がある利用者に対して、実際にインスリン注射を実施している状態である。

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

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

5 横浜市における本加算の取扱いについて

本加算については、本市から平成19年2月14日付健高健第1691号で「日常的な健康管理についての基本的な考え方」（165ページ参照）を示し、平成21年1月23日付健事第475号で「日常的な健康管理をおこなうための看護師による健康管理の実施回数について」（166ページ参照）を示しています。本加算の算定にあたっては、これらの通知を十分ご確認ください。

また、本加算は、医療保険や介護保険の居宅療養管理指導とは別のものです。居宅療養管理指導の際に医師の往診に同行した看護師が健康管理を実施した場合は、本加算における看護師の健康管理にはあたりませんので、ご注意ください。

【参考】厚生労働省Q & A

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問5) 要支援2について算定できるのか。

(答) 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、医療連携体制加算を設けていないことから、算定できない。

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問6) 看護師の配置については、職員に看護資格を持つものがいればいいのか。看護職員として専従であることが必要か。

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

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問7) 看護師としての基準勤務時間数は設定されているのか。（24時間オンコールとされているが、必要とされる場合に勤務するといった対応でよいか。）

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

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

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

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問8) 協力医療機関との連携により、定期的に診察する医師、訪問する看護師で加算はとれるか。連携医療機関との連絡体制（連携医療機関との契約書で可能か）による体制で加算が請求可能か。

(答) 医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症高齢者グループホームで生活を継続できるように、看護師を配置することによって、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものであるため、看護師を確保することなく、単に協力医療機関に医師による定期的な診療が行われているだけでは算定できず、協力医療機関との契約のみでは算定できない。

なお、協力医療機関との契約を見直し、契約内容が、看護師の配置について医療連携体制加算を算定するに足りる内容であれば、算定をすることはあり得る。

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問9) 同一法人の他事業所に勤務する看護師を活用する場合、双方の常勤換算はどのように考えられるのか。

(答) 算定の留意事項（通知）にあるとおり、併任で差し支えない。常勤換算については、双方の事業所における勤務時間数により、それぞれ算定する。

【H18.5.2 介護制度改革information vol.102 事務連絡 指定認知症対応型共同生活介護等に関するQ&A】

(問10) 算定要件である「重度化した場合における対応に関する指針」の具体的項目はきめられるのか。また、加算の算定には、看取りに関する指針が必須であるか。

(答) 算定の留意事項(通知)にあるとおり、医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連絡体制、②入院期間中におけるグループホームの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、などを考えており、これらの項目を参考にして、各事業所において定めていただきたい。

また、この「重度化した場合における対応に係る指針」は、入居に際して説明しておくことが重要である、

なお、指針については、特に様式等は示さないが、書面として整備し、重要事項説明書に盛り込む、又は、その補足資料として添付するのが望ましい。

【H18.9.4 介護制度改革information vol.127 事務連絡 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&A】

(問51) 医療連携体制加算について、看護師により24時間連絡体制を確保していることとあるが、同一法人の特別養護老人ホームの看護師を活用する場合、当該看護師が特別養護老人ホームにおいて夜勤を行うときがあっても、グループホームにおいて24時間連絡体制が確保されていると考えてよいか。

(答) 医療連携体制加算は、看護師と常に連携し、必要なときにグループホーム側から看護師に医療的対応等について相談できる体制をとることを求めているものであり、特別養護老人ホームの看護師を活用する場合に、当該看護師が夜勤を行うことがあっても、グループホームからの連絡を受けて当該看護師が必要な対応をとることができる体制となっていれば、24時間連絡体制が確保されていると考えられる。

【H18.2.24 全国介護保険担当課長ブロック会議資料 Q&A /98】

(問98) 医療連携体制加算について、

- ①看護師は、准看護師でもよいのか。
- ②特別養護老人ホームが併設されている場合、特別養護老人ホームから看護師を派遣することとして差し支えないか。
- ③具体的にどのようなサービスを提供するのか。

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

したがって、

- ① 利用者の状態の判断や、グループホーム職員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、看護師配置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。
- ② 看護師の配置については、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、当該グループホームの職員と他の事業所の職員を併任する職員として配置することも可能である。
- ③ 医療連携体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、
 - ・利用者に対する日常的な健康管理
 - ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡調整
 - ・看取りに関する指針の整備
 等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。

【H18.2.24 全国介護保険担当課長ブロック会議資料 Q&A /99】

(問99) 医療連携体制加算における「重度化した場合における対応に係る指針」の具体的内容はどのようなものか。

(答) 医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホームの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。

【H18.2.24 全国介護保険担当課長ブロック会議資料 Q&A /101】

(問101) 医療連携加算算定時に、契約の上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等において、医療保険による訪問看護の利用は可能か。

(答) 診療報酬の算定要件に合致すれば、利用可能である。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) /148】

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

(答) 算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

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

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

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) /149】

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

(答) ・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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) /150】

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

(答) ・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。

(9) 退居時情報提供加算

※令和6年4月新設

1 加算の概要

利用者が退居し、医療機関に入院する際に、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、算定可能。

退居時情報提供加算 → 250単位/回（1人につき1回を限度）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- 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。

【参考】厚生労働省Q&A

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）／153】

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

（答）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。

(10) 退居時相談援助加算

1 加算の概要

利用期間が1か月間を超える利用者が退去する際に、当該利用者が居宅において退居後の居宅サービス又は地域密着型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た上で、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（特別区を含む。）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算定可能

退去時相談援助加算 → 400単位/回（1人につき1回を限度）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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（特別区を含む。）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。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 退居時相談援助の内容は、次のようなものであること。
 - 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、算定できないものであること。
 - 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。

5 横浜市における本加算の取扱いについて

本加算を算定するにあたっては、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必要な情報を提供する必要があります。情報提供する際の特定の様式はありませんので、退居時相談援助の内容が分かる文書としてくださ

い。

本市においては、地域の認知症高齢者に関する相談窓口である区役所の高齢・障害支援課及び地域包括支援センターへ情報提供してください。

【参考】厚生労働省Q & A

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問117) 退居時相談援助加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

(答) 本加算制度はグループホームを退居後の居宅サービスの利用等について相談を行ったことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の相談援助は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

(11) 認知症専門ケア加算

1 加算の概要

専門的な認知症ケアを普及する観点から、認知症対応型共同生活介護において認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価を行う。

加算の種類	算定対象者	単位
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	認知症日常生活自立度Ⅲ以上	3単位/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症日常生活自立度Ⅲ以上	4単位/日

◇ 上記のうちいずれか一つを算定できる。

（認知症高齢者日常生活自立度については、次ページを参照）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症チームケア推進加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

- (1) 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位
- (2) 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位

3 厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）

イ 認知症専門ケア加算（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、入所者又は入院患者の総数のうち、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（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。
- (2) 認知症介護に係る専門的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。
- (3) 当該事業所又は施設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開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ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1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- (3) 当該事業所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、研修を実施又は実施を予定していること。

4 厚生労働大臣が定める者等（厚告23号）

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

5 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者を指すものとする。
- ② 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成18年3月31日老計第0331007号厚生労働省計画課長通知）に規定する「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。
- ③ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守していること。
- ④ 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」に規定する「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を指すものとする。

【参考】

（通則）

「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について（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「第2の1通則」）

- ① 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。）を用いるものとする。
- ② ①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」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」欄の記載を用いるものとする。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ものとする。
- ③ 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）」9の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

【参考】厚生労働省Q & A

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q & A(vol.1)】

（問112）例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

（答）本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体が実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

※本市では、「介護福祉士ファーストステップ研修」については、今のところ認知症介護リーダー研修相当として認めています

ん。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問113) 認知症専門ケア加算Ⅱの認知症介護指導者は、研修修了者であれば施設長でもかまわないか。

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

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問114) 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合の算定方法如何。

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

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問115) 認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を配置するとあるが、「配置」の考え方如何。常勤要件等はあるか。

(答) 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施設・事業所内での業務を実施する必要があることから、加算対象施設・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施設・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。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問116) 認知症介護実践リーダー研修修了者は、「痴呆介護研修事業の実施について」(平成12年9月5日老発第623号)及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」(平成12年10月25日老計第43号)において規定する専門課程を修了した者も含むのか。

(答) 含むものとする。

【H21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)】

(問39) 「認知症高齢者の日常生活自立度」を基準とした加算について、医師が判定した場合、その情報は必ず文書で提供する必要があるのか。

(答) 医師が判定した場合の情報提供の方法については特に定めず、必ずしも診断書や文書による診療情報提供を義務づけるものではない。

【H21.4.17 介護保険最新情報vol.79 平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)】

(問41) グループホームのショートステイ利用者についても認知症専門ケア加算の算定要件に含めることが可能か。

(答) 短期利用共同生活介護及び介護予防短期利用共同生活介護を受ける利用者は、当該加算の算定要件に含めず、本加算の対象から除くものとする。

【H21.5.13 介護保険最新情報vol.88 認知症専門ケア加算に係る研修要件の取り扱いについて】

(問58) 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における

認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすことはできないか。

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

従って、平成21年度4月17日発出のQ&A（Vol.2）問40の答において示したように加算対象となる者が10名未満の場合にあっては、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名の配置で認知症専門ケア加算Ⅱを算定できることとなる。

なお、平成21年度から行われる認知症介護指導者養成研修については、認知症介護実践リーダー研修の受講修了を前提としたカリキュラムとして見直しが行われたところである。しかしながら、平成21年度については既に募集が開始されていることから、当該研修中に一定のプログラムを補うことにより、認知症介護実践リーダー研修修了者としてみなすこととする。

平成22年度以降については、認知症介護指導者養成研修の受講者を認知症介護実践リーダー研修修了者に限定する予定であるので、留意されたい。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）（令和6年3月15日）】

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

(答) ・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。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）（令和6年3月15日）】

（問18）認知症高齢者の日常生活自立度の確認方法如何。

(答) ・認知症高齢者の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載することとなる。なお、複数の判定結果がある場合には、最も新しい判定を用いる。

・医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(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」欄の記載を用いるものとする。

・これらについて、介護支援専門員はサービス担当者会議などを通じて、認知症高齢者の日常生活自立度も含めて情報を共有することとなる。

（注）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）第二1(7)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について、指定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」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準

(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援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」等の一部改正について(平成18年3月17日老計発0317001号、老振発0317001号、老老発0317001号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)別紙1第二1(6)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」及び指定地域密着型介護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0331005号、老振発0331005号、老老発0331018号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)第二1(12)「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」の記載を確認すること。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)】

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

(答) ・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。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)】

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

(答) 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。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)】

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

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

・従って、認知症専門ケア加算(Ⅱ)及び(看護)小規模多機能型居宅介護における認知症加算(Ⅱ)については、加算対象となる者が20名未満の場合にあつては、平成20年度以前の認知症介護指導者養成研修を修了した者(認知症介護実践リーダー研修の未受講者)1名の配置で算定できるとし、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となる。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (令和6年3月15日)】

(問22) 例えば、平成18年度より全国社会福祉協議会が認定し、日本介護福祉士会等が実施する「介護福祉士ファーストステップ研修」については、認知症介護実践リーダー研修相当として認められるか。

(答) 本加算制度の対象となる認知症介護実践リーダー研修については、自治体の実施又は指定する研修としており、研修カリキュラム、講師等を審査し、適当と判断された場合には認められる。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (令和6年3月15日)】

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

(答) 含むものとする。

【R6.3.15 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (令和6年3月15日)】

(問26) 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。

(答) 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。

【R6.3.29 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和6年3月29日)】

(問4) 「認知症介護実践リーダー研修の研修対象者として、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者については、令和9年3月31日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象者」とあるが、「それと同等以上の能力を有する者であると実施主体の長が認めた者」とは具体的にどのような者なのか。

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

【R6.5.17 令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6) (令和6年5月17日)】

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

(答) 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。

(12)認知症チームケア推進加算

※令和6年4月新設

1 加算の概要

認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケア（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。）を行った場合に算定可能。

認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位

認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

(1) 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位

(2) 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位

3 別に厚生労働大臣が定める基準(厚労告第95号)

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（以下この号において「対象者」という。）の占める割合が二分の一以上であること。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、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一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

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。

【参考】厚生労働省Q & A

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

(答) 研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

- ・BPSDのとらえかた
- ・重要なアセスメント項目
- ・評価尺度の理解と活用方法
- ・ケア計画の基本的考え方
- ・チームケアにおけるPDCAサイクルの重要性
- ・チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター(仙台、東京、大府)であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。

なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

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

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

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

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

(答) 貴見のとおり。ただし、配置要件となっている者が¹¹⁸複数のチームに参加する場合であっても、各々のチーム

において、本加算において求められる計画の作成、BPSDの評価、カンファレンスへの参加等、一定の関与が求められる。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

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

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

(答) 貴見のとおり。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

(答) 貴見のとおり。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

(問8)「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省告示第126号)、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省告示第128号)、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日厚生省告示第21号)において、認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等Aに対しては認知症専門ケア加算、入所者等Bに対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。

(答) 可能である。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

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

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

各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

【R6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (令和6年3月19日)」の送付について】

(問10)「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

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

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

【R6.5.17 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6) (令和6年5月17日)」の送付について】

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

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

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

【R6.5.17 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6) (令和6年5月17日)」の送付について】

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

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

【R6.5.17 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6) (令和6年5月17日)」の送付について】

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

(答) 当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。

【R6.8.29 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 9) (令和6年8月29日)」の送付について】

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

(答) 本加算の研修に係る算定要件として、本加算(Ⅰ)については、「認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを

含んだ研修を修了している者」としており、これは、認知症介護指導者養成研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

また、本加算（Ⅱ）については、「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」としており、これは、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の両方を修了した者を指している。

詳細については、「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」（令和6年老高発0318第1号、老認発0318第1号、老老発0318第1号通知）を御参照いただきたい。

<算定要件となる研修>

・認知症チームケア推進加算Ⅰ

認知症介護指導者養成研修＋認知症チームケア推進研修

・認知症チームケア推進加算Ⅱ

認知症介護実践リーダー研修＋認知症チームケア推進研修

(13) 生活機能向上連携加算

1 加算の概要

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所等を実施している医療提供施設の医師等が指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、計画作成担当者が当該医師等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、当該医師等と連携し、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に算定可能

生活機能向上連携加算（Ⅰ） → 100単位／月（初回のみ）

生活機能向上連携加算（Ⅱ） → 200単位／月（初回から3月の間）

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

- ① 生活機能向上連携加算（Ⅰ）について、計画作成担当者（指定地域密着型サービス基準第90条第5項に規定する計画作成担当者をいう。注2において同じ。）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（指定地域密着型サービス基準第98条第1項に規定する認知症対応型共同生活介護計画をいう。以下同じ。）を作成し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。
- ② 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する。ただし、生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定している場合には算定しない。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

① 生活機能向上連携加算（Ⅱ）について

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

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

- ハ イの認知症対応型共同生活介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。
- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
 - b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた三月を目標とする達成目標
 - c bの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標
 - d b及びcの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容
- ニ ハのb及びcの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。
- ホ 本加算はロの評価に基づき、イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度ロの評価に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直す必要があること。
- ヘ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及びハのbの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。
- ② 生活機能向上連携加算(I)について
- イ 生活機能向上連携加算(I)については、①ロ、ホ及びヘを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成担当者に助言を行い、計画作成担当者が、助言に基づき①イの認知症対応型共同生活介護計画を作成（変更）するとともに、計画作成から3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告することを定期的に実施することを評価するものである。
- a ①イの認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場において把握し、又は指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成担当者と事前に方法等を調整するものとする。
 - b 当該認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの認知症対応型共同生活介護計画の作成を行うこと。なお、①イの認知症対応型共同生活介護計画には、aの助言の内容を記載すること。
 - c 本加算は、①イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合を除き、①イの認知症対応型共同生活介護計画に基づき指定認知症対応型共同生活介護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。
 - d 3月経過後、目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告すること。なお、再度aの助言に基づき認知症対応型共同生活介護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

【参考】厚生労働省Q & A

【H30.3.23 事務連絡 介護保険最新情報 vol.629 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年3月23日）】

（問113） 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、生活機能向上連携加算に係る業務について指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくは医療提供施設と委託契約を締結し、業務に必要な費用を指定訪問リハビリテーション事業所等に支払うことになると考えてよいか。

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

【H30.3.23 事務連絡 介護保険最新情報 vol.629 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年3月23日）】

（問114） 生活機能向上連携加算は、同一法人の指定訪問リハビリテーション事業所若しくは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（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）と連携する場合も算定できるものと考えてよいか。

（答） 貴見のとおりである。なお、連携先について、地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の主たる担い手として想定されている200床未満の医療提供施設に原則として限っている趣旨や、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の有効活用、地域との連携の促進の観点から、別法人からの連携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきである。

(14) 栄養管理体制加算

1 加算の概要

事業所において管理栄養士が、従業者に対し栄養ケアに係る技術的助言及び指導を1月に1回以上行っている場合に算定可能

栄養管理体制加算 → 30単位/月

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

3 厚生労働大臣が定める基準（厚労告25号）

通所介護費等算定方法第8号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

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

(15) 口腔衛生管理体制加算

1 加算の概要

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による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回以上行った場合に算定できる。

口腔衛生管理体制加算 → 30単位/月

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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

3 厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）

- イ 事業所又は施設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。
- ロ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

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

② 「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 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

【参考】厚生労働省Q & A

【H30.3.23 事務連絡 介護保険最新情報 vol.629 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年3月23日）」】

（問115）口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

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

【H30.3.23 事務連絡 介護保険最新情報 vol.629 「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（平成30年3月23日）」】

（問116）口腔衛生管理体制加算について、「歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行くこと」とあるが、歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料を算定した日と同一日であっても、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導を行っていない異なる時刻であれば、「実施時間以外の時間帯」に該当すると考えてよいか。

（答）貴見のとおりである。

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.3）（令和3年3月26日）】

（問80）口腔衛生の管理体制に関する管理計画の立案は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による技術的助言及び指導に基づき行われるが、技術的助言及び指導を行う歯科医師は、協力歯科医療機関の歯科医師でなければならないのか。

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

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.3）（令和3年3月26日）】

（問83）口腔衛生管理体制加算について、月の途中で退所、入院又は外泊した場合や月の途中から入所した場合にはどのように取り扱えばよいのか。

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

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.3）（令和3年3月26日）】

（問84）口腔衛生管理体制加算の算定に当たって作成することとなっている「口腔衛生管理体制計画」については、施設ごとに計画を作成すればよいのか。

（答）施設ごとに計画を作成することとなる。

(16) 口腔・栄養スクリーニング加算

※下線部は令和6年4月改正部分

1 加算の概要

事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

口腔・栄養スクリーニング加算 → 20単位/回 (※6月に1回を限度とする)

2 地域密着型介護報酬基準 (厚労告126号)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

3 厚生労働大臣が定める基準 (厚告25号)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- イ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、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 通所介護費等算定方法第5号、第7号から第9号まで、第19号、第21号及び第22号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態を継続的に把握すること。
- ② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。ただし、イのg及びhについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。
なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニング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

□ 栄養スクリーニング

a BMIが18.5未満である者

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

c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

【参考】厚生労働省Q & A

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3年3月26日)】

(問20) 令和2年10月以降に栄養スクリーニング加算を算定した事業所において、令和3年4月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定できるか。

(答) 算定できる。

(17) 科学的介護推進体制加算

※令和6年4月改正部分

1 加算の概要

科学的介護情報システム（LIFE）を活用し、利用者ごとのADL値等の必要な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて。認知症対応型共同生活介護計画を見直す等、サービス提供にあたって当該情報を有効に活用している場合に算定可能。

科学的介護推進体制加算 → 40単位/月

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

次に掲げるいずれの基準にも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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対し指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

- (1) 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、(1)に規定する情報その他指定認知症対応型共同生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注24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。

【参考】厚生労働省 Q & A

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.3) (令和3年3月26日)】

(問17) LIFEに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

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

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.3) (令和3年3月26日)】

(問18) 加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち1人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

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

【R3.6.9 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.10) (令和3年6月9日)】

(問2) サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

(答) 当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要があるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

【R6.3.15事務連絡 介護保険最新情報vol.1225】

(問171) 月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等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。

(答) ・ 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。

【R6.3.15事務連絡 介護保険最新情報vol.1225】

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

(答)・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。

(※) 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.3) (令和3年3月26日)問16参照。

【R6.3.15事務連絡 介護保険最新情報vol.1225】

(問173) LIFE への入力について、事業所又は施設で使用している介護記録ソフトからCSV 連携により入力を行っているが、LIFE へのデータ提出について、当該ソフトが令和6年度改定に対応した後に行うこととして差し支えないか。

(答)・差し支えない。

- ・事業所又は施設にて使用している介護記録ソフトを用いて令和6年度改定に対応した様式情報の登録ができるようになってから、令和6年4月以降サービス提供分で提出が必要な情報について、遡って、やむを得ない事情を除き令和6年10月10日までに LIFEへ提出することが必要である。

【R6.3.15事務連絡 介護保険最新情報vol.1225】

(問174) 令和6年4月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報如何。

(答)・令和6年4月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報に関して、令和6年4月施行のサービスについては、令和6年度改定に対応した様式情報を提出すること。

- ・令和6年6月施行のサービス(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション、予防通所リハビリテーション)については、令和6年4～5月サービス提供分の提出情報に限り、令和3年度改定に対応した様式情報と令和6年度改定に対応した様式の提出情報の共通する部分を把握できる範囲で提出するか、令和6年度改定に対応した様式情報を提出すること。
- ・各加算で提出が必要な情報については、「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的な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)を参照されたい。

【R6.3.15事務連絡 介護保険最新情報vol.1225】

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

(答)・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。

【R6.6.7事務連絡 介護保険最新情報vol.1270】

(問2) リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算のⅠ、理学療法の注7、作業療法の注7、言語聴覚療法の注5、個別機能訓練加算のⅢ及びリハビリテーションマネジメント加算のⅧにより評価されているが、当該加算を算定する場合の科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出方法如何。

(答)・LIFEへのデータ提出は、介護記録ソフト等を使用して作成したCSVファイルを用いたインポート機能を使用

するか、LIFE上での直接入力を行うこととなる。

【R6.6.7 事務連絡 介護保険最新情報vol.1270】

(問3) 「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」の別紙様式1-1、1-2、1-3及び1-4が示されたが、当該様式を用いて利用者の情報を記録した場合、科学的介護情報システム（LIFE）への入力項目との対応はどうなっているのか。

(答) ・ 以下の表を参照すること。

・ なお、各別紙様式とリハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔に係る各加算の様式における詳細な対照項目については別紙を参照されたい。

加算名	データ提出に対応する様式
リハビリテーションマネジメント加算 のハ	別紙様式2-2-1及び2-2-2（リハビリテーション計画書） 別紙様式4-3-1（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式6-4（口腔機能向上サービスに関する計画書）のうち、「1 口腔 の健康状態の評価・再評価（口腔に関する問題点等）」の各項目
リハビリテーションマネジメント計画 書情報加算のⅠ、理学療法の注7、作業 療法の注7、言語聴覚療法の注5	別紙様式2-2-1及び別紙様式2-2-2（リハビリテーション計画書） 別紙様式4-1-1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式3及び「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」別紙様式1（口腔衛生管理加算 様式（実施計画））
個別機能訓練加算のⅢ	別紙様式3-2（生活機能チェックシート）、別紙様式3-3（個別機能訓練計画書） 別紙様式4-1-1（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に

	<p>伴う実施上の留意事項について」別紙様式 3 及び「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」別紙様式 1 (口腔衛生管理加算 様式 (実施計画))</p>
--	--

(18) 高齢者施設等感染対策向上加算

※令和6年4月新設加算

1 加算の概要

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。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10単
位高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5単
位	

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

3 厚生労働大臣が定める基準（厚労告95号）

高齢者施設等感染対策向上加算の基準

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) 指定地域密着型サービス基準第五十五条第一項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関（以下この号において「協力医療機関等」という。）との間で、感染症（新興感染症を除く。以下この号において同じ。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- (3) 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

□ 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、三年に一回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- ② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1 医科診療報酬点数表の区分 番号A234-2に規定する感染対策向上加算（以下、感染対策向上加算という。）又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンスや職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。

- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。
- ④ 指定地域密着型サービス基準第105条第4項において、指定認知症対応型共同生活介護事業所は、入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の可否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。
- ⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起こしやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コロナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携 体制等にかかる調査の結果について（令和5年12月7日付事務連絡）」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。
- ② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。

【参考】厚生労働省 Q & A

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）／128】

（問128）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。

また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することもよいか。

（答）・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。

- ・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修
- ・感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤師や細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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）／129】

（問129）「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か。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か。

（答）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）

■ 関東信越厚生局

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

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）／130】

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

（答）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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）／131】

（問131）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していることとあるが、令和7年3月31日までの間にあっては、3月31日までに研修又は訓練に参加予定であれば算定してよいか。

（答）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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.1）／132】

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

（答）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
- ・個人防護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。

【R6.3.15 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) /133】

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

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

(答) 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。

【R7.10.1 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.17) /1】

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

(答) 貴見のとおり。当該加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであり、研修又は訓練について、前回の参加から長い期間を空けることは望ましくないが、前回の参加日から1年以内に研修等に参加することができない場合であっても、高齢者施設等において、医療機関等に研修等の実施予定日を把握し、前回の参加日の属する年度の翌年度中に参加する予定が確認できた場合であれば、高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)の算定は可能である。

(19) 新興感染症等施設療養費

※令和6年4月新設加算

1 加算の概要

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。

新興感染症等施設療養費（1日につき） 240単位

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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

3 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

新興感染症等施設療養費について

- ① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。
- ② 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。
- ③ 適切な感染対策とは、手洗いや个人防护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。

(20) 生産性向上推進体制加算

※令和6年4月新設加算

1 加算の概要

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価。

生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位

生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

3 厚生労働大臣が定める基準（厚労告95号）

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。

□ 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。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

生産性向上推進体制加算について

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。

【参考】厚生労働省Q & A

【R6.4.30事務連絡 介護保険最新情報vol. 5】

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

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

【利用者の満足度等の評価について】

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

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

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

【総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について】
加算（Ⅱ）の要件となる介護機器を導入した月（利用者の受入れを開始した月）を事前調査の実施時期

（※）とし、介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した以降の月における介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。

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

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

(21) サービス提供体制強化加算

1 加算の概要

介護福祉士の資格保有者、常勤職員または一定の勤続年数を満たす者が、一定の割合で雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行う加算です。

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

◇ 上記のうちいずれか一つを算定できる。

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

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、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、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日につき上記に掲げる所定単位数を加算する。ただし、上記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。

3 厚生労働大臣が定める基準（厚告25号）

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）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) 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。

(二) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。

(2) 通所介護費等算定方法第8号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

※ 別の告示で定める定員・人員基準に適合していること。

□ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）次に掲げる基準のいずれにも適合すること

(1) 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。

(2) イ(2)に該当するものであること。

※ 別の告示で定める定員・人員基準に適合していること。

ハ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）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) 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。
- (二) 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。
- (三) 指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

(2) 通所介護費等算定方法第8号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

※ 別の告示で定める定員・人員基準に適合していること。

4 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

- ① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（三月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、四月目以降届出が可能となるものであること。
なお、介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者とする。
- ② 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の5（加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い）の届出を提出しなければならない。
- ③ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
- ④ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。
- ⑤ 同一の事業所において介護予防認知症対応型共同生活介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。
- ⑥ この場合の認知症対応型共同生活介護の職員に係る常勤換算にあっては、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与しない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。
- ⑦ 指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員とは、介護従業者として勤務を行う職員を指すものとする。

5 横浜市における本加算の取扱いについて（兼務の場合）

本加算は、対象の介護従事者が一定割合雇用されている事業所について評価を行う加算です。本来は、介護従業者のみの勤務時間を算出するところですが、「平成21年4月改定関係Q & A（Vol.1）（問123）」の発出により、直接処遇職員についての考えの中で、管理者及び計画作成担当者（介護従業者と兼務している場合）の勤務時間も含むとの見解が示されました。

本市では、このQ & Aを受け、他のサービスの加算との関係も考慮し、

- ・介護職員、看護・介護職員：計画作成担当者が介護従業者を兼務している場合のみ、計画作成担当者の時間も含める。（管理者の時間は除く）
- ・直接処遇職員：管理者及び計画作成担当者が、介護従業者と兼務している場合のみ、管理者及び計画作成担当者の時間も含める。

取扱いとしていますのでご注意ください。

6 職員の割合の算定方法

本加算の要件である対象の介護従業者の割合の算出は次の方法により行います。

（1）職員の割合の算出方法

ア 職員数の算出

常勤換算方法によります。

イ 割合を算出する月とその算定

（ア）前年度の実績が6か月以上ある場合

前年度（3月を除く）の平均の割合が所定の割合以上の場合、算定できます。

〔例1〕 平成25年4月（平成25年度）から加算を算定する場合（加算の届出は3月）

前年度である平成21年度の4月～22年2月（11か月間）の平均の割合で判断します。

〔例2〕 平成25年4月（平成25年度）から加算を算定する場合（加算の届出は3月）

前年度である平成24年度の8月～25年2月（7か月間）の平均の割合で判断します。

（イ）前年度の実績が6か月未満の場合（新規開設の事業所を含む）

- 加算の届出を行う月の前3か月の平均の割合が所定の割合以上の場合、翌月から算定できます。

※ 1) 届出書類が期限までに提出された場合に限りです。

2) 届出の際は、届出を行う月の前月分の勤務形態一覧表（勤務実績）*が必要です。

* …【参考様式22】従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

- ただし、届出を行った月以降も、算定月の直近の前3か月の割合は維持されなければなりません。そのため、各事業所では、毎月、3か月ごとの平均の割合を算出する必要があります。また、その割合を毎月記録し、所定の割合を下回った場合には、直ちに加算を取り下げる届出を行わなければなりません。
- なお、新規開設事業所については、前3か月の実績が必要になることから、開設後4か月目から加算の届出が可能となります（算定開始は5か月目以降）。

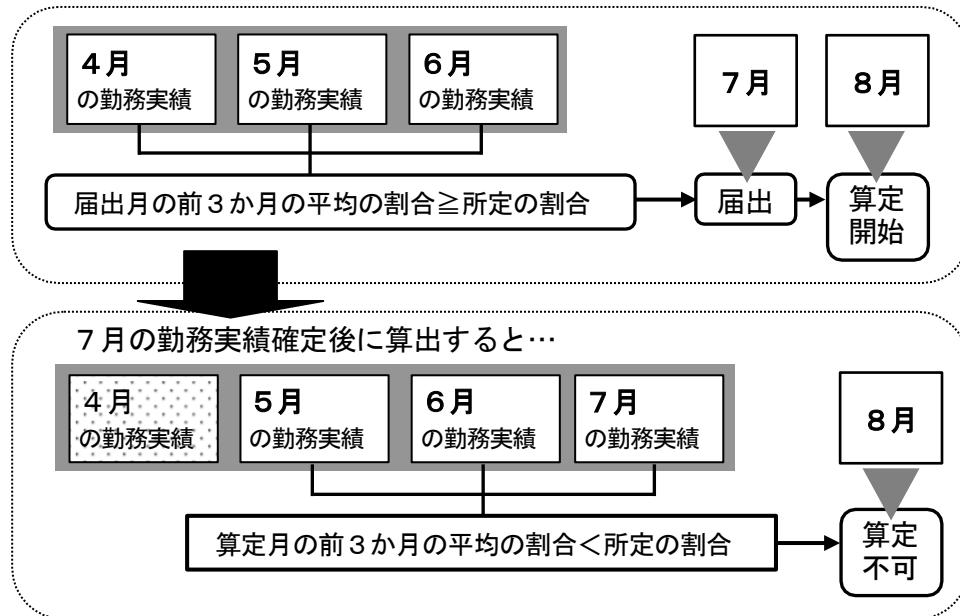
〔例3〕平成25年4月に開設し、8月から加算を算定する場合（加算の届出は7月）

- 加算の届出を行う月は7月なので、「前3か月」とは、4月・5月・6月の3か月となります。4月・5月・6月の3か月の平均の割合が所定の割合以上の場合、8月から算定できます。

↓

ただし…

- 8月から加算を算定するにあたって、7月の勤務実績が確定していないため、4月・5月・6月の平均の割合を算出しましたが、実際に8月から加算を算定するには、算定月の8月からみて前3か月である5月・6月・7月の平均の割合で、加算要件を満たしていることが必要です。
- 7月の勤務実績確定後、5月・6月・7月の平均の割合を算出し、所定の割合を下回った場合は、8月からの算定はできなくなります。この場合、直ちに加算を取り下げる届出を行わなければなりません。



- その後も、
 - ・9月に加算を算定するには、6月～8月の平均を算出
 - ・10月に加算を算定するには、7月～9月の平均を算出
 というように、平成21年度中は毎月勤務実績が確定したら、3か月ずつ平均の割合を算出し記録します。

割合が維持できなくなった場合は加算を算定することは不可となりますので、加算を取り下げる届出を行います。

〔例4〕平成24年12月に開設し、7月から加算を算定する場合(加算の届出は6月)

- 前年度の実績は4か月であるため、加算の届出を行う月は6月なので、「前3か月」とは、3月・4月・5月の3か月となります。3月・4月・5月の3か月の平均の割合が所定の割合以上の場合、7月から算定できます。
- その後の勤務実績確定後、前3か月の平均を算出し、所定の割合を下回った場合に算定はできなくなるのは〔例3〕と同様です。

※割合の算出にあたっては、届出に必要な書類*に計算式を入力してありますので、活用してください。書類はホームページ（横浜市健康福祉局「高齢者福祉の案内」）からダウンロードできます。

*…【参考様式23】サービス提供体制強化加算に係る人員配置状況

(2) 介護福祉士・勤続年数が〇年以上の者の算出・常勤職員

ア 介護福祉士又は勤続年数が〇年以上の者として算出に含まれるかどうかについては、割合を算出する月の

前月末時点で判断します。

〔例5〕7月に加算の届出を行う場合

割合を算出する月は、届出月の前3か月である4月・5月・6月

→それぞれ、4月では3月末時点、5月では4月末時点、6月では5月末時点において介護福祉士の資格を取得している、または勤続年数が○年以上である者の割合を算出することになります。

- ※1) 介護福祉士の要件としては、登録まで求めるものではなく、例えば、平成21年3月31日に介護福祉士国家試験の合格し、翌月以降に登録をした者については、平成21年4月において介護福祉士として含めることができます。
- 2) 勤続年数が○年以上であることを証明する書類として、例えば法人が発行する在職証明書など（採用年月日や勤続年数が明記されているもの）が必要です。

イ 常勤とは

事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。（36ページ参照）

7 厚生労働省Q & A

【H27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2) (平成27年4月30日)】
 (問63) サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、1年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均(3月分を除く。)をもって、運営実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所)の場合は、4月日以降に、前3月分の実績をもって取得可能となるということでのいいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、これまでと同様に、運営実績が6月に満たない場合の届出にあつては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

【H27.4.30 事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.2) (平成27年4月30日)】
 (問64) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60%を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。

(答) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとサービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロを同時に取得することはできない。

また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

なお、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】
 (問2) 特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算における介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者若しくは一級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱いについて示されたい。

(答) 要件における介護福祉士等の取扱いについては、登録又は修了証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年3月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年4月において介護福祉士として含めることができる。また、研修については、全カリキュラムを修了していれば、修了証明書の交付を待たずに研修修了者として含めることが可能である。

なお、この場合において、事業者は当該資格取得等見込み者の、試験合格等の事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対し速やかな登録等を促すとともに、登録又は修了の事実を確認するべきものであること。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問6) 産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

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

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問10) 「届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている平成21年度の1年間及び平成22年度以降の前年度の実績が6月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

(答) サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。

「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らか
な場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日
から加算等の算定を行わないものとする。」

具体的には、平成21年4月に算定するためには、平成20年12月から平成21年2月までの実績に基づ
いて3月に届出を行うが、その後平成21年1月から3月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実
が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年4月分の算定はできない取扱いとなる。

【H21.3.23 介護保険最新情報vol.69 平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)】

(問123) グループホームにおける、直接処遇職員の常勤換算の考え方如何。

(答) 直接処遇職員（兼務も含む）の労働時間の合計を、常勤職員の勤務時間で除したものが常勤換算数とな
る。

例えば、職員10名、常勤職員の勤務時間が1週40時間のグループホームにおいて、

- ①管理者1名（常勤、介護職員兼務）、
- ②サービス計画作成担当者1名（常勤、介護職員兼務）
- ③介護職員4名（常勤）
- ④介護職員3名（非常勤、週3日、1日4時間…週12時間）
- ⑤事務職員1名（兼務無し）

と配置されている場合は、 $(①+②+③) \times 40 \text{ 時間} + ④ \times 12 \text{ 時間} \div 40 \text{ 時間} = 6.9$ （常勤換算
人数）となる。

なお、この場合事務職員は算定されない。

上記を参考に、各事業所における常勤職員の勤務時間等を考慮して算定されたい。

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3)】

(問126) 「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算
するのか。

(答) ・サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、
－介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、
－介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。

・「同一法人等での勤続年数」の考え方について、

－同一法人等（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職
種に限る。）における勤続年数

－事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所
が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。

（※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務
管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

・なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年
の考え方」とは異なることに留意すること。

8 その他（以下R4.7 厚生労働省確認事項）

【R3.3.26 令和3年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol.3）】（問126）については、「事業所の合併」又は「別法人による事業の承継」の場合に加え、「事業の譲渡」の場合も同様の取扱いとなります。

また、上記の理由（事業譲渡等）から新規で指定を受ける際に当該事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続し、運営していると認められる場合には、前年度の職員の勤務実績から算定要件を確認し、指定日より当該加算を算定することが可能です。

(22) 介護職員等処遇改善加算について

※赤字部分は令和8年6月改正部分

1 加算の概要

介護職員処遇改善加算は、平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から、平成24年度から当該交付金を円滑に介護報酬に移行し、当該交付金の対象であった介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されました。

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化が行われました。

※本市への届出が必要です

加算の種類	単位
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	1月につき * 介護報酬総単位数×21.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	1月につき * 介護報酬総単位数×22.8%
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	1月につき * 介護報酬総単位数×20.2%
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	1月につき * 介護報酬総単位数×22.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1月につき * 介護報酬総単位数×17.9%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1月につき * 介護報酬総単位数×14.9%

◇上記のうちいずれか一つを算定できる。 * 介護報酬総単位数 = 基本サービス費 + 各種加算減算

2 地域密着型サービス報酬基準（厚労告126号）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による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、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、所定単位数に加算する。

※制度の詳細は、以下ホームページをご確認ください。

横浜市トップページ > ビジネス > 分野別メニュー > 福祉・介護 > 高齢者福祉・介護 > 事業者指定・委託等の手続き > 居宅・施設サービス関連 > 3 加算届 > 介護職員処遇改善加算

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/kyotaku/3kasan/shogu/>

16 減算について

人員基準上満たすべき員数を下回っている人員基準欠如や、運営基準を満たしていない場合に、基準により介護給付費の減算が行われます。減算は適正なサービス提供を確保するための規定であり、人員基準欠如等を未然に防止するよう努めてください。

(1) 人員基準欠如・定員超過利用等に該当する場合の減算

1 計画作成担当者の人員基準欠如

計画作成担当者の人員基準欠如（下記の①～③の場合）については、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、利用者等の全員について介護報酬が70%に減算されます（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）。

- ① 計画作成担当者を配置していない場合
- ② 計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合
- ③ 介護支援専門員の資格がある計画作成担当者を配置していない場合

ただし、研修の開催状況を踏まえ、研修を修了した職員の離職等により人員基準欠如となった場合に、研修を修了することが確実に見込まれる介護支援専門員（“(1) 人員基準欠如・定員超過利用等に該当する場合の減算”において、以下、「研修未修了職員」という。）を新たに配置した場合は、当該配置の翌月から、当該研修未修了職員が研修を修了するまでの間は、減算対象としない取扱いとなります。ただし、人員欠如減算に該当し得る状況が分かった段階で、すみやかに市にご相談ください。

市への事前報告、事前相談がない場合は減算を猶予することは出来ません。

なお、当該研修未修了職員が研修を修了しなかった場合は、人員基準欠如が発生した翌々月（看護・介護職員の人員基準欠如が適用されている場合は人員欠如が発生した月から起算して第四月目に当たる月）に遡って減算を行うこととする。ただし、当該研修未修了職員が研修を修了しなかった理由が、当該研修未修了職員の急な離職等、事業所の責に帰すべき事由以外のやむを得ないものである場合、当該離職等の翌々月までに、研修未修了職員を新たに配置したときは、当該配置を行った月から、当該研修未修了職員が研修を修了するまでの間は、引き続き減算対象としない取扱いとすることで差し支えありません。

- ④ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数を下回った場合（1割の範囲内で減少した場合及び介護支援専門員に限る。）であって、次のイからニまでの全てに該当するときは、1年に1回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予します。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式11に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに市町村長に報告すること。なお、別紙様式11には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

イ 職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第33条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましいです。

ロ 職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

ハ 公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましいです。

ニ やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

2 介護従事者の人員基準欠如

- ① 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、利用者等の全員について介護報酬が70%に減算されます。
- ② 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、利用者等の全員について介護報酬が70%に減算されます（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、ある月に事業所で下記①②のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、介護報酬が97%に減算されます。

- ① 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時間をいい、原則として事業所ごとに設定）において夜勤を行うを職員数が基準に満たない事態が2日以上連続して発生した場合
- ② 夜勤時間帯に夜勤を行う職員数が基準に満たない事態が4日以上発生した場合

※ 利用者等の全員とは、事業所の入居者全員分のことです。2ユニットある事業所において、1つのユニットで人員基準欠如減算が発生した場合でも、事業所の入居者全員分の介護報酬について減算が適用されます。

減算適用の事例

- 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がある計画作成担当者が配置されていなかった。
- 厚生労働省が定める研修を受講していない計画作成担当者を配置し、当該職員が、研修を受講しないまま退職した。（又は、受講はしたが研修を修了できなかった。）

◎ 管理者や計画作成担当者が交代した場合には、変更届の提出が必要です。

管理者と計画作成担当者の変更があった場合は、変更後10日以内に変更届を提出してください。長期間変更届の提出を怠り、後日、人員基準欠如が発覚し減算適用となった場合、減算額が高額になり、多額の介護報酬の返還が必要となる場合がありますのでご注意ください。

4 3ユニット2人夜勤体制による減算

共同生活住居の数が3である指定認知症対応型共同生活介護事業所が、夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合（指定地域密着型サービス基準条例第112条第1項ただし書に規定する場合に限る。）に、利用者に対して、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、所定単位数から1日につき50単位を差し引いて得た単位数を算定する。

【指定地域密着型サービス基準条例第112条第1項ただし書】

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

【指定地域密着型サービス基準条例第112条解釈通知】

ただし、3つの共同生活住居を有する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、全ての共同生活住居が同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能となる構造である場合には、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者によって夜間の勤務に関するマニュアルの策定や避難訓練の実施といった安全対策が行われ、利用者の安全性が確保されていると認められている場合に限り、夜勤職員を2名以上とすることができる。

この場合には、利用者のケアの質や職員の負担にも配慮すること。マニュアルの策定や避難訓練の実施に当たっては、条例第130条において準用する条例第103条において定められた非常災害に関する具体的な計画や訓練の実施において、夜間及び深夜の時間帯の勤務を想定した内容を取り扱うことで差し支えない。なお、事業所の判断により、人員配置基準を満たす2名以上の夜勤職員を配置した上で、さらに他の職員を配置する場合については、宿直体制で配置することも可能である。宿直勤務を行う介護従業者を置く際の夜間及び深夜の時間帯の設定に当たっては、「社会福祉施設における宿直勤務の取り扱いについて」（昭和49年8月20日社施第160号社会局施設課長、児童家庭局企画課長連名通知）に準じて適切に行うこと。

(2) 身体拘束廃止未実施減算

※令和6年4月改正新設

1 減算の概要

指定地域密着型サービス基準第73条第6号及び第7号に規定する基準に適合していない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、利用者全員について所定単位数から基本報酬を減算します。

該当する場合には、減算の届出を行うとともに、早急に解消するよう努めてください。

身体拘束廃止未実施減算 → 認知症対応型共同生活介護費 所定単位数の10/100

身体拘束廃止未実施減算 → 短期利用認知症対応型共同生活介護費 所定単位数の1/100

1 地域密着型サービス報酬基準解釈通知

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73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。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町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

2 指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準（該当部分抜粋）

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前号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。

イ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

ロ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

ハ 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研修を定期的実施すること。

※ 基準の詳細については、4（9）（指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針（条例第119条）の項目をご確認ください。

(3) 高齢者虐待防止措置未実施減算

※令和6年4月改正新設

1 減算の概要

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、利用者全員について所定単位数から基本報酬を減算します。

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、減算となります。

高齢者虐待防止措置未実施に対する減算→所定単位数の1/100

2 減算の適用期間

高齢者虐待防止未実施減算の基準に該当することになった場合は、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算します。

3 厚生労働省Q&A

【R6.3.15 介護保険最新情報vol.1225 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)】

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

(答) ・減算の適用となる。

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

【R6.3.15 介護保険最新情報vol.1225 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)】

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

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

【R6.3.15 介護保険最新情報vol.1225 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)】

問 169 高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

(答) 改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。

当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

(4) 業務継続計画未策定減算

※令和6年4月改正新設

1 減算の概要

感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算します。※経過措置期間あり

業務継続計画未策定に対する減算→所定単位数の3/100

2 減算の適用期間

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37条、第37条の3又は第40条の16において準用する指定地域密着型サービス基準第3条の30の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事象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します。

なお、経過措置として、令和7年3月31日までの間、当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

3 厚生労働省Q&A

【R6.5.17 介護保険最新情報vol.1263 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.6)】

(問7) 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

(答) ・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。

・なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

(R6.3.15 介護保険最新情報vol.1225 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1) の内容より修正)

【R6.3.15 介護保険最新情報vol.1225 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)】

問166 行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

(答) ・業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。

・例えば、通所介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和7年10月からではなく、令和6年4月から減算の対象となる。

通知・要領

健事第269号

平成20年9月19日

開設法人 代表者 様

指定認知症対応型共同生活介護事業所 管理者 様

横浜市健康福祉局事業指導室長

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における介護従事者の配置について(通知)

初秋の候 ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

日ごろから、本市の福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年4月から事業指導室でグループホームの实地指導を行っていますが、介護従事者の配置に関し、介護従事者を共同生活住居(ユニット)ごとに専従で配置している事業所やユニット間で兼務している事業所等、事業所間での認識の違いが見受けられました。

介護従事者の人員配置については、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」の第90条において、ユニットごとに常勤換算での配置基準を満たすように配置する旨のみを規定していることから、介護従事者の勤務形態についてはユニット間で勤務をすることが可能と考えられます。(例えば、月・水・金はAユニット、火・木はBユニットに勤務という配置をすることは可能です。)

しかしながら、基準第103条第2項では、利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従事者を固定する等の継続性を重視したサービス提供に配慮するべきとしています。

上記の点と、これまでの实地指導で確認した状況も考慮した上で整理し、本市の介護従事者の配置に関する考えを、以下のとおりとさせていただきますのでお知らせいたします。

本市としては、利用者の精神安定面、家庭的な雰囲気での生活等の観点から、介護従事者は、ユニットごとに専従で配置をすることが望ましいと考えています。この点を留意していただき、原則、介護従事者はユニットごとに専従で配置をしていただきますようお願い致します。

~~なお、以下のような人員配置は、基準違反となりますので、ご注意ください。~~

- ~~① 介護従事者が、同じ日において二つのユニットを行き来している。~~
- ~~② 計画作成担当者が、二つのユニットにおいて介護従事者として勤務している。(計画作成担当者は、利用者の処遇に支障がない場合は、当該ユニットにおいて他の職務に従事することができませんが、他のユニットの職務に従事することはできません。)~~

~~今後とも、良質な介護サービスの提供とグループホームの適正な運営をお願い致します。~~

**令和3年度の報酬改定により、基準が変わっています。
最新の通知をご確認ください。**

通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて

1. 通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年3月30日老企第54号）一部抜粋

（一部省略）地域密着型通所介護，認知症対応型通所介護，小規模多機能型居宅介護，認知症対応型共同生活介護（一部省略）並びに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及び介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「通所介護等」という。）の提供において利用者，入所者，入居者又は入院患者から受け取ることが認められる日常生活に要する費用の取扱いについては，（一部省略）指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「地域密着基準」という。），（一部省略）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年厚生労働省令第36号。以下「地域密着介護予防基準」という。）（一部省略）及び「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0331003号・老振発第0331004号・老老発第0331017号）（一部省略）をもってお示ししているところであるが，通所介護等の提供において提供される便宜のうち，日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって，その利用者等に負担させることが適当と認められるもの（以下「その他の日常生活費」という。）の取扱いについては別途通知することとされていたところ，今般，その基本的な取扱いについて下記のとおり定めるとともに，その他の日常生活費の対象となる便宜の範囲について，別紙によりサービス種類ごとに参考例をお示しするので，御了知の上，管下市町村，関係団体，関係機関等にその周知徹底を図るとともに，その運用に遺憾のないようにされたい。

記

1 「その他の日常生活費」の趣旨

「その他の日常生活費」は，利用者，入所者，入居者又は入院患者（以下「利用者等」という。）又はその家族等の自由な選択に基づき，事業者又は施設が通所介護等の提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費がこれに該当する。

なお，事業者又は施設により行われる便宜の供与であっても，サービスの提供と関係のないもの（利用者等の嗜好品の購入等）については，その費用は「その他の日常生活費」とは区別されるべきものである。

2 「その他の日常生活費」の受領に係る基準

「その他の日常生活費」の趣旨にかんがみ、事業者又は施設が利用者等から「その他の日常生活費」の徴収を行うに当たっては、以下に掲げる基準が遵守されなければならないものとする。

- ① 「その他の日常生活費」の対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。
- ② 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められないこと。したがって、お世話料、管理協力費、共益費、施設利用補償金といったあいまいな名目の費用の徴収は認められず、費用の内訳が明らかにされる必要があること。
- ③ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜は、利用者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものでなければならず、事業者又は施設は「その他の日常生活費」の受領について利用者等又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得なければならないこと。
- ④ 「その他の日常生活費」の受領は、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われるべきものであること。
- ⑤ 「その他の日常生活費」の対象となる便宜及びその額は、当該事業者又は施設の運営規程において定められなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されなければならないこと。ただし、「その他の日常生活費」の額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許されるものであること。

(別紙)

各サービス種類ごとの「その他の日常生活費」の具体的な範囲について

- (1) 通所介護及び通所リハビリテーション、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護並びに介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防認知症対応型通所介護（居宅サービス基準第96条第3項第5号関係及び地域密着基準第24条第3項第五号関係並びに予防基準第100条第3項第四号関係及び地域密着介護予防基準第22条第3項第五号関係）

- ① 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- ② 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用

(2)～(4) 省略

- (5) 小規模多機能型居宅介護，複合型サービス及び介護予防小規模多機能型居宅介護（地域密着基準第71条第3項第6号及び地域密着介護予防基準第52条第3項第6号関係）
 - ① 利用者の希望によって，身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
 - ② 利用者の希望によって，教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (6) 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（地域密着基準第96条第3項第4号関係及び地域密着介護予防基準第76条第3項第4号関係）
 - ① 利用者の希望によって，身の回り品として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用
- (7) 留意事項
 - ① (1) から (6) の①に掲げる「身の回り品として日常生活に必要なもの」とは，一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば，歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）であって，利用者等の希望を確認した上で提供されるものをいう。したがって，こうした物品を事業者又は施設がすべての利用者等に対して一律に提供し，すべての利用者等からその費用を画一的に徴収することは認められないものである。
 - ② (1)，(2)，(4) 及び(5) の②に掲げる「教養娯楽として日常生活に必要なもの」とは，例えば，事業者又は施設がサービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等が想定されるものであり，すべての利用者等に一律に提供される教養娯楽に係る費用（共用の談話室等にあるテレビやカラオケ設備の使用料等）について，「その他の日常生活費」として徴収することは認められないものである。
 - ③ 以降省略

2. 「その他の日常生活費」に係るQ&A（平成12年3月31日厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室 事務連絡）

問1 個人用の日用品について、「一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもの」としてはどういったものが想定されるのか。

答 歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者に一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者(又は施設)が提供するもの等が想定される。

問2 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるものに限られることとされているが、それ以外の個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、費用の徴収ができないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問3 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、例えば病院の売店で利用者が購入する場合であってもその費用は「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、「サービス提供の一環として提供される便宜」とは言い難いので、「その他の日常生活費」に該当しない。

問4 個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、ある利用者の個別の希望に応じて、事業者等が当該利用者の代わりにある日用品を購入し、その購入代金を利用者に請求する場合も「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 個人のために単に立て替え払いするような場合は、事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当しないため、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問5 個人専用の家電製品の電気代は、利用者から徴収できないのか。

答 サービス提供とは関係のない費用として、徴収は可能である。

問6 施設にコインランドリーがある場合、その料金についても「私物の洗濯代」として「その他の日常生活費」に該当するのか。

答 このような場合は、施設が洗濯サービスを提供しているわけではないので、その他の日常生活費には該当しない。

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

答 全くの個別の希望に答える場合は事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当せず、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

問8 事業者等が実施するクラブ活動や行事における材料費等は、「その他の日常生活費」に該当するか。

答 事業者等が、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの(例えば、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動や入所者等が全員参加する定例行事)における材料費等は保険給付の対象に含まれることから別途徴収することはできないが、サービスの提供の一環として実施

するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの(例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費)に係る費用は、教養娯楽に要する費用として「その他の日常生活費」に該当する。

なお、事業者等が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービスの提供の範囲を超えるもの(例えば、利用者の趣味的活動に関し事業者等が提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等)に係る費用については、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

3. 介護保険施設等における日常生活費等の受領について（平成12年11月16日老振第75号・老健第122号）

居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、介護予防サービス事業者及び地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護保険施設等」という。）が介護保険の給付対象となる利用料のほか利用料、入所者又は患者（以下「利用者等」という。）から支払いを受けることができることとされている費用（以下「日常生活費等」という。）については、既に指定居宅サービス等、指定居宅介護支援等、介護保険施設、指定地域密着型サービス、指定介護予防サービス等及び指定地域密着型介護予防サービスの運営に関する基準（以下「運営基準」という。）において所要の規定を整備し、解釈通知等によりその取扱いを示しているところであるが、さらに左記事項に関し、貴都道府県内市町村（特別区を含む。）、関係団体、関係機関等に周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、本通知は、地方自治法第245条の4第1項の技術的な助言に該当するものである。

記

1 日常生活費等の受領に係る同意について

介護保険施設等は、運営基準に基づき、日常生活費等に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者等又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用の額について懇切丁寧に説明を行い、利用者等の同意を得なければならないものであるが、当該同意については、利用者等及び介護保険施設等双方の保護の立場から、当該サービス内容及び費用の額を明示した文書に、利用者等の署名を受けることにより行うものとする。

この同意書による確認は、日常生活費等の実費受領の必要が生じるごとに、その受領のたびに逐次行う必要はなく、利用又は入所の申込み時の重要事項説明に際し、日常生活費等に係る具体的なサービス内容及び費用の額について説明

を行い、これらを明示した同意書により包括的に確認する方法が基本となるが、以後当該同意書に記載されていない日常生活費等について別途受領する必要が生じたときは、その都度、同意書により確認するものとする。

なお、日常生活費等に係るサービスについては、運営基準に基づき、当該サービス内容及び費用の額を運営規程において定めなければならないが、また、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、事業所又は施設の見やすい場所に掲示しなければならないことに留意されたい。

2 日常生活費等の範囲等について

日常生活費等の範囲等については「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年3月30日老企第54号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）その他疑義解釈集等において示しているところであるが、前記1の取扱いと併せ、再度周知徹底を図られたい。

3 日常生活費等とは区分される費用について

介護保険施設等により行われる便宜の供与であっても、保険給付の対象となっているサービス及び日常生活費等に係るサービスの提供と関係なく、利用者等がその嗜好又は個別の生活上の必要性に応じて購入等を行うものについては、その費用を日常生活費等とは区分して受領することとなるが、当該便宜は、その性格上、当然に、日常生活費等に係るサービスと同様に、利用者等の希望を確認した上で提供されるものであり、すべての利用者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収することは認められないものである。

なお、当該便宜について、保険給付の対象となっているサービス及び日常生活費等に係るサービスと重複する費用又はこれらと明確に区分されないあいまいな名目による費用の受領は認められず、また、当該便宜の提供に当たっては、利用者等及び介護保険施設等双方の保護の立場から、その内容及び費用の額については、事業所又は施設の見やすい場所への掲示、利用者等への懇切丁寧な説明、同意書による確認等、日常生活費等と同様の取扱いが適当である。

4 その他

介護保険施設等が利用者等に対して交付する領収証には、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）に基づき、日常生活費等及び前記3の費用の額を、介護保険の給付に係る利用料の額と区分した上で、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載する必要があることに留意されたい。

医政発第 0726005 号

平成 17 年 7 月 26 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師
法第 31 条の解釈について（通知）

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするものでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じた個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の傷病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供のあり方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等に置いて安全に行われるべきものであることを申し添える。

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装置すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む)
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により、患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を尊重した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服(舌下錠の使用も含む。)、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による継続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

内用薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること。

重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

市販のディスポーザブルグルセリン浣腸器（ ）を用いて浣腸すること

挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グルセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で、20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がなくなる者でないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には、医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、業として行う場合には、実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。

上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

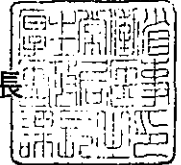
注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。



医政医発0705第3号
平成23年7月5日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局医事課長



ストーマ装具の交換について

平成23年6月5日付けで公益社団法人日本オストミー協会より別添1をもって照会のあった件について、別添2のとおり回答しております。

貴職におかれては、本件について御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）、関係機関、関係団体等に対する周知について、特段の御配慮をお願いします。



平成23年6月5日

厚生労働省医事局医事課
村田 善則課長様

公益社団法人 日本オストミー協会
会長 高石 道明



ストーマ装具の交換について (照会)

平成17年7月26日付けの厚生労働省医政局長通知(以下「局長通知」という。)によれば、医師法第17条に規定する「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を反復継続する意思をもって行うことであると解されており、ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じて個別具体的に判断する必要があるとされている。

肌に接着したストーマ装具(※)の交換については、局長通知において、原則として医行為ではないと考えられる行為として明示されていないため、介護現場では「医行為」に該当するものと考えられている。しかしながら、肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具については、ストーマ及びその周辺の状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合には、その剥離による障害等のおそれは極めて低いことから、当該ストーマ装具の交換は原則として医行為には該当しないものとするが如何。

※ 上記の「ストーマ装具」には、面板にストーマ袋をはめ込んで使用するもの(いわゆるツーピースタイプ)と、ストーマ袋と面板が一体になっているもの(いわゆるワンピースタイプ)の双方を含むものである。



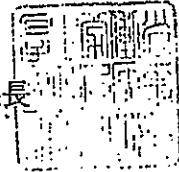
医政医発0705第2号

平成23年7月5日

公益社団法人日本オストミー協会

会長 高石 道明 殿

厚生労働省医政局医事課長



ストーマ装具の交換について (回答)

平成23年6月5日付けの文書をもって照会のあった標記の件について、貴見のとおりと思料します。

なお、実施に当たっては、「医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条の解釈について」(平成17年7月26日付け医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知)の注2から注5までを踏まえ、医師又は看護職員と密接な連携を図るべきものと思料します。

(参考)

○医師法第十七条、歯科医師法第十七条及び保健師助産師看護師法第三十一条の解釈について(抄)

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告すべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

【参考】

「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」
に係る介護保険関連の問答集

神奈川県保健福祉部高齢福祉課

問 1 本通知に記載されている行為は、訪問介護等の居宅サービス事業者が利用者及び家族からの依頼があった場合に、実施可能な行為として考えてよいか。

(答) 本通知は、「医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものについて」の通知です。よって、これらの行為全てを指定居宅サービス事業者等が実施できるというものではありません。

問 2 通知に記載されている行為については、「ホームヘルパーの業務」として、介護報酬上評価されると考えてよいか。

(答) 「ホームヘルパーの業務」として、介護報酬上評価されるのは、本通知に基づいて諸条件を全て満たしていることが確認され、本通知に基づいた行為が「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第 10 号) に挙げられている一連の行為に含まれている場合に限り、ケアプランに基づいた訪問介護計画に添って実施した場合は、介護報酬上評価されると考えられます。

問 3 本通知の行為が「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第 10 号) の一連の行為に含まれている場合で、ケアプランに位置付けられている場合には、訪問介護事業者として、その依頼を拒否したときは、サービス提供拒否に該当するか。

(答) 介護支援専門員によって、本通知に基づき、全ての諸条件の確認等が適切になされ、ケアプランに位置付けられた場合は、適切に実施してください。

問 4 ケアプラン、訪問介護計画及び実施記録等へ当該名称を記載すべきでしょうか。

(答) 具体的な行為として記録をしてください。

(例) 排泄介助-トイレへ移動後、ストマ装置のパウチの袋にたまった排泄物の除去の実施、手洗い後、居室へ移動介助

問5 本通知の諸条件を全て満たした上で、医薬品の使用を介助する場合は、ヘルパーは家族や本人から同意書を取る必要があるか。

(答) 本通知(別紙)5に基づき、医師等が、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを、本人又は家族に伝えている場合で、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づく場合等の諸条件について、医師等への確認結果や、事前の本人又は家族の具体的な依頼内容については、記録に残す必要がありますが、同意書を取ることは求めています。

問6 本通知に基づいて諸条件を全て満たしていることが確認された場合で、鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助は、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第10号)の「1-5服薬介助」にあたるか。

(答) 本通知に基づいて諸条件を全て満たしていることが確認された場合に限り、該当する場合があります。

問7 「注3上記1から5まで及び注1に掲げる行為を業として行う場合には実施者に対し研修や訓練が行われることが望ましい」とあるが、実務者への研修や訓練を訪問介護事業者が行う事と考えてよいか。

(答) 本通知に基づいて諸条件を全て満たしていることが確認された場合に、指定訪問介護事業者の訪問介護員が業として行う場合であって、本通知に関連した行為について安全に実施するための研修や訓練をしていない時は、指定訪問介護事業者として、関係職との連携により訪問介護員が安全かつ適切に実施できるよう研修等が必要です。

(別添)

医政発 1201 第 4 号
令和 4 年 12 月 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公印省略)医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について
(その 2)

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要があるが、介護現場等において医行為であるか否かについて判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為でないと考えられるもの等については、これまで、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について(通知)」(平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知。以下「平成 17 年通知」という。)等においてお示ししてきたところである。

今般、規制改革実施計画(令和 2 年 7 月 17 日閣議決定)において、平成 17 年通知に記載のない行為のうち、介護現場で実施されることが多いと考えられる行為を中心に、医行為ではないと考えられる行為を整理し、周知した上で、介護職員がそれらの行為を安心して行えるよう、ケアの提供体制について本人、家族、介護職員、看護職員、主治医等が事前に合意するプロセスを明らかにすることとされた。

これを踏まえ、医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるもの及び当該行為を介護職員が行うに当たっての患者や家族、医療従事者等との合意形成や協力に関する事項について別紙のとおり列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際や、ケアの提供体制について検討する際の参考とされたい。

なお、本通知については、厚生労働省社会・援護局及び老健局と調整済みである。また、当然のこととして、医行為に該当しない行為についても、高齢者介護の現場等において安全に行われるべきものであり、また、行為の実施に当たっては、患者の状態を踏まえ、医師、歯科医師又は看護職員と連携することや、必要に応じてマニュアルの作成や医療従事者による研修を行うことが適当であることを申し添える。

(別紙)

(在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係)

- 1 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の患者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと。
- 2 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること。
- 3 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること。

(血糖測定関係)

- 4 患者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと。

(経管栄養関係)

- 5 皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない患者について、既に患者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
- 6 経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと。なお、以下の3点については医師又は看護職員が行うこと。
 - ① 鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。
 - ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。
 - ③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること。

(喀痰吸引関係)

- 7 吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと。

(在宅酸素療法関係)

- 8 在宅酸素療法を実施しており、患者が援助を必要としている場合であって、患者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は医師、看護職員又は患者本人が行うこと。
- 9 在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと。

- 10 在宅人工呼吸器を使用している患者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと。
(膀胱留置カテーテル関係)
- 11 膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄（D I Bキャップの開閉を含む。）を行うこと。
- 12 膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと。
- 13 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
- 14 専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している患者の陰部洗浄を行うこと。
(服薬等介助関係)
- 15 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）、吸入薬の吸入及び分包された液剤の内服を介助すること。
- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
 - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
 - ③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
- (血圧等測定関係)
- 16 新生児以外の者であって入院治療の必要ないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること。
- 17 半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）を用いて血圧を測定すること。
(食事介助関係)
- 18 食事（とろみ食を含む。）の介助を行うこと。
(その他関係)
- 19 有床義歯（入れ歯）の着脱及び洗浄を行うこと。
- 注1 在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれ、次のいずれかに該当する患者が一時的に酸素から離脱（流入量の減少を含む。）したことが見込まれる場合に、当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すことも、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。
- ・ 肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である患者
 - ・ 睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である患者

注2 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、前記1から4までに掲げる行為については、患者の血糖値や食事摂取量等が不安定でないことが必要である。

さらに、前記2、4、16及び17に掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、その実施に当たっては、当然ながら患者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について患者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましい。また、必要に応じて、注2のサービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師又は看護職員に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師、歯科医師又は看護職員に報告を行う等して適切に連携することが望ましい。

注4 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注5 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注6 前記1から19まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。前記15に掲げる服薬等の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

横浜市地域密着型サービス事業所における運営推進会議設置運営要領

制定 平成19年5月18日健高施第504号(課長決裁)

最近改正 令和3年4月1日健介事第1303号(局長決裁)

1 趣旨

この要領は、「横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例」(平成24年12月28日横浜市条例第77号)及び「横浜市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、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等の基準に関する条例」(平成24年12月28日横浜市条例第79号)に基づく運営推進会議の設置及び運営について必要な事項を定める。

2 設置及び開催頻度

(1) 運営推進会議の設置が必要な事業所又は施設(以下「事業所等」という。)は、次の事業を実施する事業所等とする。

- ア 指定地域密着型通所介護
- イ 指定(介護予防)認知症対応型通所介護
- ウ 指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護
- エ 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護
- オ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護
- カ 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- キ 指定看護小規模多機能型居宅介護

(2) 運営推進会議は、原則として事業所等ごとに設置する。

(3) 運営推進会議の開催頻度は、次の通りとする。

- ア 前第(1)項ア又はイの事業所等
概ね6か月に1回以上とする。ただし、アのうち療養通所介護は概ね12か月に1回以上とする
- イ 前第(1)項ア又はイ以外の事業所等 概ね2か月に1回以上とする。

3 委員等

(1) 運営推進会議の構成員(以下「委員」という。)は次のとおりとする。

- ア 利用者又は利用者の家族
- イ 地域住民の代表者
- ウ 当該サービスに知見を有する者
- エ 市の職員(当該事業所等が所在する区の職員を含む)又は当該事業所等を管轄する地域包括支援センターの職員

(2) 委員数は、上記アからエまでの各分野から1人以上、計4人以上とする。

(3) 「地域住民の代表者」とは自治会・町内会の役員、民生委員又は老人クラブの代表等を行い、「当該サービスに知見を有する者」とは学識経験者、他法人事業所・施設等管理者、高齢者福祉施設等ボランティア、協力医療機関等の医師・看護師、その他高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者をいう。

(4) 委員への就任依頼については、各事業者から行うこととする。

(5) 運営推進会議の事務局は、当該事業者や事業所等の職員が務める。

(6) 運営推進会議を設置した事業者は、速やかに「運営推進会議設置報告書」(第1号様式)を横浜市に提出するものとする。

4 開催場所

運営推進会議は、当該事業所等で開催することとする。ただし特別の事情によりやむを得ず当該事業所等で開催できない場合又は何らかの理由で他の場所で開催する必要がある場合はこの限りでない。

また、会議の実施にあたっては、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。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。

5 記録

- (1) 事業所等は、運営推進会議の議事内容について記録を作成する。
- (2) 事業所等は、活動状況報告書（指定地域密着型通所介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所については第2号様式。指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所については第3号様式。指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設入所者生活介護事業所、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所については第4号様式。）を作成するものとする。自己評価、外部評価を実施した際には、その概要についても同様とする。

6 関係機関等への報告及び公表

- (1) 事業所等は、委員が運営推進会議を欠席した場合には、当該委員に活動状況報告書を送付することとし、かつ意見を徴することができる。
- (2) 事業所等は、運営推進会議終了後速やかに、事業所等が所在する区の区役所に対して活動状況報告書及び運営推進会議開催報告書（第5号様式）を提出するものとする。
- (3) 事業所等は、活動状況報告書及び運営会議開催報告書を事業所等の窓口で閲覧に供さなければならない。また、事業所等のホームページ等を活用し、公表の機会が増えるよう努めることとする。
- (4) 事業所等は、活動状況報告書及び運営推進会議開催報告書を、完結の日から2年間保存するものとする。

7 プライバシーの確保

議論や様式の作成にあたっては、利用者個人のプライバシーに十分配慮するとともに、知り得た個人に関する秘密を漏らしてはならない。

附 則

この要領は、平成19年5月18日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年9月28日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要領は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要領の施行の際現にこの規則による改正前の様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和元年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際現にこの規則による改正前の様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

横浜市外部評価の実施回数の緩和の適用に係る事務取扱要領

制定 平成21年9月1日 健事第225号(局長決裁)

改正 令和3年4月1日 健介事第1302号(局長決裁)

(趣旨)

第1条 この要領は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第72条第2項及び第97条第7項等に規定する自己評価・外部評価の実施について(平成18年10月17日老計発1017001厚生労働省老健局計画課長通知)の2の(3)の外部評価の実施回数を2年に1回とすること(以下「実施回数の緩和」という。)について、「神奈川県における指定認知症対応型共同生活介護事業者等が実施する外部評価の実施回数の取扱いについて」を踏まえ、指定認知症対応型共同生活介護事業者等(以下「事業者」という。)に対し実施回数の緩和を適用する場合の手続きを定めることにより、外部評価の円滑な実施に資することを目的とする。

(実施回数の緩和の申請)

第2条 事業者は、次項に定める要件をすべて満たす事業所について、実施回数の緩和の適用を受けようとする場合は、市長が定める期日までに、外部評価の実施回数の緩和に係る申請書(第1号様式)に要件を満たすことを証する文書を添えて、市長に申請しなければならない。

2 実施回数の緩和の適用を受けるための要件は、次のとおりとする。

- (1) 実施回数の緩和の適用を受ける年度の前5年間において継続して外部評価を実施していること。(実施回数の緩和の適用を受けたことにより外部評価を実施しなかった年度は、前5年間において継続して実施していることとした要件の適用に当たっては実施したものとみなす。)
- (2) 実施回数の緩和の適用を受ける年度の前年度において実施した外部評価の「神奈川県認知症対応型共同生活介護の外部評価機関選定要綱」(以下「県外部評価機関選定要綱」という。)に規定された「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を提出していること。
- (3) 実施回数の緩和の適用を受ける年度の前年度において、運営推進会議を6回以上開催していること。
- (4) 前号の運営推進会議において、構成員(オブザーバーも含む)に本市の職員又は地域包括支援センターの職員(以下「本市職員等」という。)が含まれており、かつ実施回数の緩和の適用を受ける年度の前年度において開催された運営推進会議に本市職員等が1回以上出席していること。
- (5) 「県外部評価機関選定要綱」に規定された「自己評価及び外部評価結果」のうち、外部評価項目の2、3、4及び7の実施状況に係る外部評価が適切であること。

(実施回数の緩和の適用)

第3条 市長は、前条第1項の申請書の内容を審査した結果、同条第2項の要件をすべて満たしているものと判断した場合は、当該事業所について実施回数の緩和を適用することができる。

2 市長は、実施回数の緩和を適用した場合は、緩和の適用を受けた事業所名等を本市ウェブサイトに掲載する。

3 前項の規定により本市ウェブサイトに掲載後、当該事業所あてに公開した旨を通知する。

(適用の取消し)

第4条 市長は、実施回数の緩和を適用した事業所について、第2条第2項に規定する要件のうちいずれかの要件を満たさない事実を確認した場合等、実施回数の緩和の適用を取消すべきと判断した場合は、当該実施回数の緩和の適用を取り消すことができる。

附則

この要領は、平成21年9月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年9月12日から施行する。

附則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

第1号様式

年 月 日

外部評価の実施回数の緩和に係る申請書

横浜市 長

申請者 住所
 法人名
 法人代表者（役職・氏名）

外部評価の実施回数の緩和の適用を受けたいので、横浜市外部評価の実施回数の緩和の適用に係る事務取扱要領第2条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

事業所番号									
フリガナ									
事業所名									
事業所所在地	(〒 -)								
事業所連絡先	電 話			F A X					
サービス種類									

直近の外部評価の訪問調査日	年 月 日
実施回数の緩和を受けようとする年度	年度

添付書類

- 1 外部評価の実施回数の緩和の適用要件が確認できる書類

介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

制 定 平成 13 年 6 月 29 日福事第 112 号(局長決裁)

最近改正 改正 令和 7 年 3 月 18 日健介事第 1380 号(局長決裁)

1 報告の根拠

介護保険法に基づく次の条例等による、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合の、介護保険事業者から横浜市への報告は、この要領の定めるところによるものとする。

- (1) 横浜市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 70 号）
- (2) 横浜市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 71 号）
- (3) 横浜市指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 72 号）
- (4) 横浜市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成 30 年横浜市条例第 23 号）
- (5) 横浜市指定居宅サービスの事業の人員、設備、運営等の基準に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 76 号）
- (6) 横浜市指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営、指定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等の基準に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 78 号）
- (7) 横浜市指定居宅介護支援の事業の人員、運営等の基準に関する条例（平成 26 年横浜市条例第 51 号）
- (8) 横浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備、運営等の基準等に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 77 号）
- (9) 横浜市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、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等の基準に関する条例（平成 24 年横浜市条例第 79 号）
- (10) 横浜市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例（平成 26 年横浜市条例第 52 号）
- (11) 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成 27 年 12 月 18 日制定健高在第 893 号）
- (12) 横浜市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備、運営等の基準に関する要綱（令和 3 年 4 月 1 日制定健高在第 1595 号）

2 事故報告の対象

事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービスは次のとおりとする。

- (1) 指定介護保険事業者（以下、「各事業者」という。）が行う介護保険適用サービス
- (2) 横浜市以外の地方自治体から指定を受けた基準該当サービス事業者が横浜市被保険者に対し行う介護保険適用サービス

3 報告の範囲

各事業者は、次の(1)から(4)までの場合に、別表の介護保険サービスの種類に応じた所管課（以下、「所管課」という。）へ報告を行う。

- (1) サービスの提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生（骨折、打撲・捻挫・脱臼、

切傷・擦過傷、やけど、その他の外傷、異食・誤えん)

(注1)「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故(利用者が乗車している場合に限る)も含む。また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間(サービス終了後に送迎を待っている間を含む)は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。なお、離設・行方不明時のケガ・死亡事故についても報告対象とする。

(注2)ケガの程度については、医師(施設の勤務医、配置医を含む。)の診断を受け投薬処置等何らかの治療が必要となったものを原則とする。

(注3)事業者側の過失の有無は問わない(利用者の自己過失による事故であっても注2に該当する場合は報告すること)。

(注4)利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるとき(急な体調変化で死亡したときやトラブルになる可能性があるとき)は、所管課へ報告すること。

(注5)利用者が、事故によるケガが原因で後日死亡に至った場合は、事業者は速やかに、所管課へ連絡し、報告書を再提出すること。

(2) 食中毒及び感染症、結核の発生

(注1)食中毒、感染症(以下に定めるもの)、結核について、サービス提供に関して発生したと認められる場合は、所管課へ報告すること。

報告対象の感染症は、感染症法により1～5類感染症(定点把握を除く)及び指定感染症と定められているものとする。これらの感染症については、感染者が1名発生した時点で報告する。

(注2)注1以外の感染症や、食中毒については保健所に報告したものは報告すること。なお、これらについて関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うこと。新型コロナウイルス感染症等、別途報告様式がある感染症について、事故報告は不要とする。

新たな感染症が発生した場合に、取扱いについて別途通知が出された場合は、これに従うこと。

(3) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生

利用者の処遇に影響があるもの(例:利用者からの預かり金の横領、個人情報紛失、FAXの誤送信、郵送書類の誤送付など)については所管課へ報告すること。

(4) その他

ア 誤薬

違う薬を与薬した、時間や量の誤り、与薬もれなどが発生した場合、施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受けるとともに所管課へ報告すること。

イ 離設・行方不明

速やかに周辺や心当たりがある場所を探し、それでも見つからずに外部への協力を求めたときには所管課へ報告すること。

ウ 管理者が報告の必要があると判断したもの

次に掲げるもののほか、管理者が報告する必要があると判断した場合には所管課へ報告すること。

(ア) 火災事故

(イ) 建物設備の不良等で利用者の健康状態に影響を及ぼす恐れがある場合

4 報告先

各事業者は、3で定める事故が発生した場合、6の手順により報告する。

なお、各事業者は、被保険者が横浜市以外の市町村に属している場合、当該市町村にも併せて報告することとする。

5 報告の内容

- (1) 事故の発生の報告は事業所ごとに次の事項を横浜市電子申請・届出サービス（以下「電子申請システム」という。）を用いて所管課に報告するものとする。
 - ア 事業所の概要
 - イ 利用者の情報
 - ウ 事故の概要
 - エ 発生時の対応
 - オ 発生後の状況
 - カ 再発防止に向けての取組
 - キ その他必要な事項
- (2) やむを得ない理由により電子申請システムを利用できない各事業者にあつては、所管課にあらかじめ承認を得たうえで、前号に掲げる事項を所管課の指示する方法により報告することができる。

6 報告の手順

- (1) 事故の発生又は発覚の後、各事業者は、速やかに（遅くとも5日以内）第一報として前項第1号のアからエまでなど判明している項目について所管課へ報告する。
ただし、利用者が死亡した場合、食中毒・感染症が発生した場合、職員の法令違反や、管理者が重大な事故と判断したものについては電子申請システムを用いて報告を行う前に、電話にて速やかに所管課へ第一報を行うこと。
第一報の時点で対応が終了している場合は、第一報を送付せずに、本報告として前項第1号のア～キまでの項目について所管課に報告すること。
- (2) 第一報提出後1か月以内を目途に本報告として前項第1号のオ～キを提出すること。
本報告提出後、利用者の容態に変化があり、追加の情報の報告をする必要がある場合、本報告の再提出を行う。
- (3) 各事業者は、保険者、利用者及びその家族（以下「利用者等」という。）並びに事業者が事故の事実関係を共通に把握することができるよう、利用者等に対し、事故報告の控え等を積極的に開示し、求めに応じて交付する。
- (4) 前項第2号により所管課にあらかじめ承認を得た事業者は、その指示された方法により、前各号にしたがって処理するものとする。

7 利用者等への説明

事業者は、事故発生後、利用者等に次の内容を説明するものとする。

- (1) この要領に基づき、事故の発生を所管課に報告すること。
- (2) 横浜市へ報告した事故の内容について個人情報以外の部分を事故の事例として神奈川県に報告される場合があること。
- (3) 横浜市に対して、報告された事故について情報開示請求がなされた際に、個人情報以外の内容が開示される場合があること。

8 報告に対する各所管課の対応

- (1) 各所管課は、対応が必要と判断した場合には、事業者に対する調査・指導や利用者等に対する事実確認を行う。

また、利用者等の権利擁護や苦情・トラブルの未然防止等のため必要な指導を行うものとする。

(例)「今後の対応は未定」などと報告があった場合は、対応が確定した時点での再報告を求める。また、「利用者がケガをしたが、家族等へは特に連絡していない」等の報告があった場合は、連絡・説明するように指導し、その結果の再報告を求める。

(2) 対応が必要な事由は次のとおりとする。

ア 指定基準等法令違反が原因になっているおそれがある場合

イ 職員の不適切な介護等により発生したおそれがある事故（死亡又は生命等に係る重大な事故）の場合

ウ 反復して事故が発生している状況が見受けられる場合

エ 事業所の事故への対応が明らかに不足している場合

オ その他所管課が必要と判断した場合

(3) (2)の事由に該当する場合は、内容により次の対応を行う。

ア 事故内容により必要と判断される場合には、当該事故に係る事業者、利用者等その他の関係者から事情を聴取する。

イ 不正又は著しい不当な行為等が疑われる事故と判断される場合には、介護保険法の規定により、必要に応じて立入調査等を実施する。

ウ 緊急に各事業者へ注意喚起を促すことが必要と判断される場合は、各事業者への情報提供を行う。

(4) 事故報告の内容上、必要と判断される場合は、速やかに所管課から該当する区へ情報提供を行う。

(5) 次に掲げる場合には必要に応じ関係市町村又は神奈川県と連携を図る。

ア 当該被保険者が横浜市以外の市町村に属している場合

イ 事故が発生した事業所が横浜市以外の市町村に所在する場合

ウ その他必要がある場合

9 その他

事業者は、いわゆる「ヒヤリ・ハット」のような3に定めた範囲には該当しない事故のケースであっても、必ず記録にとどめること。

また、各事業者・各所管課ともに、報告内容が記載された書類等の机上への放置や原則事務室外への持出しを禁止し、施錠保管を行う等、常に個人情報保護に細心の注意を払うこと。

附 則

この要領は、平成13年6月29日から施行する。

附 則

この要領は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成16年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成18年6月30日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年10月28日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年6月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

別表

介護保険サービス事故報告先

介護保険サービスの種類		所管課
介護給付	予防給付	
訪問介護		介護事業指導課
訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護	
訪問看護	介護予防訪問看護	
訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション	
居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導	
通所介護		
通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション	
福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与	
特定福祉用具販売	特定介護予防福祉用具販売	
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		
認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護	
小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	
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	
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	高齢施設課
短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護	
短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護	
特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護	
介護老人福祉施設		
介護老人保健施設		
介護医療院		
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		
介護療養型医療施設		
	訪問介護相当サービス	介護事業指導課
	通所介護相当サービス	
	訪問型生活援助サービス	

平成 19 年 2 月 14 日

開設法人 代表者 様

認知症対応型共同生活介護 管理者 様

介護予防認知症対応型共同生活介護 管理者 様

横浜市健康福祉局高齢健康福祉課長

高齢施設課長

認知症高齢者グループホームにおける「医療連携体制加算」と 「日常的な健康管理」について（通知）

日頃から、横浜市の福祉保健行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 18 年 4 月より、認知症高齢者グループホームにおける医療連携体制加算が新設されました。これは、環境の変化を受けやすい認知症高齢者が、可能な限りグループホームで生活を継続できるように、別に厚生労働大臣が定める基準<平成 12 年 2 月 厚生省告示 第 26 号十九>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、所定単位数を加算し、体制を整備している事業所を評価するものです。

この医療連携体制加算をとっている事業者が行うべき具体的なサービスとしては、看護師による利用者の日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制や、看取りに関する指針の整備を想定しており、これらの業務を看護師が行うために必要な勤務時間を確保することが必要です。

このうち、日常的な健康管理については、事業所の考え方に差異があるとともに、具体的な業務が実施されていない事業所が見受けられることから、この度、次のとおり整理いたしました。

【日常的な健康管理についての基本的な考え方】

- 1 看護師はグループホームでは、次により利用者の健康状態の把握を行う。
 - (1) 介護従事者からの情報、生活記録、受診、往診記録等からの把握
 - (2) 看護師による利用者一人ひとりの全身状態の観察（バイタル・チェック）
- 2 看護師は定期的に利用者全員の健康状態を把握し、個別記録を整備する。
(実施したその日に記録は全て済ませ、記録をグループホームの外へ持ち出さない。)
- 3 看護師は利用者の健康状態を踏まえ、介護従事者に対し医療面からの適切な指導、援助を行う。
- 4 看護師は、管理者と共に利用者に関する健康情報を関係者が活用できるように手立てを図る。
- 5 管理者は、看護師が利用者と顔見知りとなり、利用者の日頃の健康状態を把握していることで、状態の急変を早期に把握することができ、悪化を未然に防止するための対応が可能であることを理解し、看護師が日常的な健康管理を行うに足る十分な時間を確保するよう努めること。

開設法人 代表者 様

認知症対応型共同生活介護 管理者 様

横浜市健康福祉局事業指導室長

認知症高齢者グループホームにおける「医療連携体制加算」の 日常的な健康管理のための訪問回数について（通知）

日頃から、横浜市の福祉保健行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、平成18年4月に新設された認知症高齢者グループホームにおける医療連携体制加算を算定する場合には、事業者が行うべき具体的なサービスとして、入居者の同意を得たうえで、看護師による日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制（看護師による24時間連絡体制の確保）や、看取りに関する指針の整備が必要です。

ところで、「医療連携体制加算」における日常的な健康管理については、横浜市では、平成19年2月14日に「日常的な健康管理についての基本的な考え方」（別紙）をお示ししましたが、事業所の考え方に差異があるとともに、具体的な業務が実施されていない事業所が見受けられました。

この度、日常的な健康管理を実施するための看護師による健康確認の実施回数について、一定程度のサービスの質を確保するという観点から、より具体的な算定要件を次のように決めました。

日常的な健康管理をおこなうための看護師による健康確認の実施回数について

【看護師による健康確認の実施回数】

入居者1人ひとりに対する健康管理の実施回数を 週1回以上 とし、日常的な健康管理を行うに足りる時間とする。

【上記の考えをとる理由】

- ・ 入居者は認知症のある高齢者であり、入居者本人が体調変化に気付いたり、訴えられないことも多く、観察による体調変化の発見と予防が極めて重要である。よって日常的に看護のニーズがある。
- ・ 急変時の対応を適切に行うためには、定期的に日頃の状態を把握しておき、なじみの関係を築いておくことが必要である。
- ・ 定期的に看護師が介護従事者に対して医療面からの適切な指導をおこなうことで、悪化予防（3次予防）となる。
- ・ 入居者が主治医による居宅療養管理指導を受けていることから、日常的な健康管理がなされていることを理由とし、看護師による健康確認の実施回数を少なくしてもよいというものではない。（介護保険上別のサービスであり、利用者負担も別のものである。）

【移行期間】

平成21年1月23日～平成21年9月30日

※現在、上記の回数を実施できていない事業所は、平成21年9月30日までに体制を整えて下さい。平成21年10月1日以降は、上記の実施回数を満たしていないと加算を算定することはできません。

発行

横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護事業指導課

TEL 045-671-3413

FAX 045-550-3615