

令和4年度

集 団 指 導 資 料

(認知症対応型共同生活介護事業)

(介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

筑紫野市健康福祉部高齢者支援課

認知症対応型共同生活介護事業に関する事項

認知症対応型共同生活介護の基本方針

認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

1 人員に関する基準

①代表者

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もしくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了している者。

ただし、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ない。

②管理者

1) 共同生活住居（ユニット）ごとに専らその職務に従事する常勤の者。ただし、ユニットの管理上支障がない場合は、当該ユニットの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等もしくは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職務に従事することができる。

上記の規定にかかわらず、ユニット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ユニットの管理者は、本体事業所におけるユニットの管理者をもって充てることができる。

2) 適切なサービスを提供するために必要な知識及び経験を有し、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、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年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であって、「認知症対応型サービス事業管理者研修」を修了している者。

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

③介護従業者

認知症の介護等に対する知識、経験を有する者を原則とする。なお、これ以外であっても、研修の機会を確保することなどにより質の向上を図るものとする。

ユニットごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯は、利用者の数が 3 又はその端数を増すごとに常勤換算で 1 以上。夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 以上の介護従業者（宿直勤務を除く）が勤務するのに必要な数以上。

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 時間分の介護が提供され、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。

※3つのユニットを有する事業所において、全てのユニットが同一の階に隣接し、介護従業者が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応を行うことが可能となる構造である場合には、当該事業者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。

介護従業者のうち 1 人以上は常勤でなければならない。

当該事業所に、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従業者が併設されている場合において、双方の人員基準を満たす場合は当該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職務に従事することができる。

④計画作成担当者

事業所に 1 人以上置かなければならない。

1 人配置する事業所にあつては、専らその職務に従事し、介護支援専門員をもって充てなければならない。

1 人を超えて配置する事業所にあつては、少なくとも 1 人は介護支援専門員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つて、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。

介護支援専門員である計画作成担当者は、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。

介護支援専門員である者及び介護支援専門員でない者のいずれについても、「認知症介護実践者研修」又は「実践者研修基礎課程」を修了している者でなければならない。

サテライト事業所については、介護支援専門員である計画作成担当者に代えて、「認知症介護実践者研修」又は「実践者研修基礎課程」を修了している者を置くことができる。その修了している者はサテライト事業所の利用者に係る認知症対応型共同生活介護計画の作成に従事するものである。

「認知症介護実践者研修」又は「実践者研修基礎課程」に加え、更に専門性を高めるための研修を受講するよう努めることとする。

介護支援専門員でない計画作成担当者は、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。

利用者の処遇に支障がない場合は、当該事業所における他の職務（管理者も含む）に従事することができる。

「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32 時間を下回る場合は 32 時間とする）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員数に換算する方法。

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であり、例えば、指定小規模多機能型居宅介護事業所と指定認知症対応型共同生活介護事業所を併設している場合であって、ある従業者が指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者と指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者を兼務する場合、指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の勤務延時間数には、指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者としての勤務時間だけを算入することとなる。

ただし、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第 13 条第 1 項に規定する母性健康管理措置又は育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条に規定する育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている場合、30 時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1 として取り扱うことを可能とする。

「勤務延時間数」

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提供のための準備等を行う時間（待機の時間等を含む）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従業者 1 人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とする。

「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（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うものである。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

例えば、一の事業者によって行われる指定認知症対応型通所介護事業所と指定認知症対応型共同生活介護事業所が併設されている場合、指定認知症対応型通所介護事業所の管理者と指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の

時間に達していれば、常勤要件を満たすことになる。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法第 65 条に規定する産前産後休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第 2 条第一号に規定する育児休業、同条第二号に規定する介護休業、同法第 23 条第 2 項の育児休業の関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に準ずる休業を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従事者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

「専ら従事する」(専従)

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う。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

2 設備に関する基準

① 事業所

認知症対応型共同生活介護事業所は、ユニットを有するものとし、その数は 1 以上 3 以下（サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所にあつては、1 又は 2）とする。

ユニットは、その入居定員を 5 人以上 9 人以下とし、居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。

1 つの事業所に複数のユニットを設ける場合でも、居間、食堂及び台所については、それぞれユニットごとの専用の設備でなければならない。また、併設事業所の他の利用者がこれらの設備を共有することも原則として不可とする。

事務室については、それぞれのユニットに対し、緊急時に速やかに対処できる距離、位置関係にある等、管理上特に支障がないと認められる場合は兼用であっても差し支えない。

②居室

1 つの居室の床面積は、7.43 m²（和室であれば 4.5 畳）以上。ただし、平成 18 年 4 月 1 日に既に 7.43 m²を下回る居室を有している場合、この規定は適用しない。

収納設備を別途確保するなど、利用者の私物等を置くのに十分な広さを有していること。

廊下、居間等につながる出入口があり、他の居室と明確に区分されていること。単にカーテンやパネル等で室内を区分しただけのものは含まれない。ただし、一般住宅を改修した場合等、建物の構造上、各居室がふすま等で仕切られている場合は、この限りではない。

1 つの居室の定員は 1 人。ただし、利用者の処遇上必要な場合は 2 人とすることができる。

2 人部屋とすることができる場合とは、例えば夫婦で利用する場合等であつて、事業者の都合で一方的に 2 人部屋とするべきではない。2 人部屋の場合、居室面積の最低基準は示していないが、十分な広さを確保しなければならない。

③居間及び食堂

居間及び食堂は同一の場所とすることができる。その場合、居間及び食堂の機能がそれぞれ独立していることが望ましい。また、その広さについても、原則として利用者及び介護従業者が一堂に会するのに十分な広さを確保すること。

④消火設備その他の災害に際して必要な設備

消防法、その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければならない。指定認知症対応型共同生活介護事業所については、消防法により、原則としてすべての事業所でスプリンクラー設備の設置が義務づけられている。

3 運営に関する基準

①内容及び手続の説明及び同意

サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、重要事項に関する規定の概要、介護従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書（重要事項説明書）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得なければならない。同意については、書面によって確認することが望ましい。

【重要事項説明書に記載すべき内容】

- ・運営規程の概要
- ・介護従業者の勤務体制
- ・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）
- ・これ以外にも、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

(不適切事例)

- ・重要事項説明書が作成されていない。交付されていない。
- ・重要事項を説明し、文書で同意を得ていない。
- ・重要事項説明書の記載が不十分。

(例) ・運営規程と異なる内容が記載されている。

- ・最新の情報が反映されていない。（報酬改定など）
- ・苦情相談窓口（事業所、市町村、国保連）、事故発生時の対応が記載されていない。
- ・利用者の自己負担割合が1割のままになっている。
- ・第三者評価の実施状況が記載されていない。

②提供拒否の禁止

正当な理由なく認知症対応型共同生活介護の提供を拒んではならない。

(正当な理由の例)

- ・ 申込者が認知症ではない場合
- ・ 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ・ 利用申込者の居住地が事業所の通常の実施地域外である場合
- ・ 利用申込者の病状等により適切なサービスの提供が困難と判断した場合

③受給資格等の確認

被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期間を確認すること。

利用者の被保険者証に、地域密着型サービスの適切かつ有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項について認定審査会意見が記載されているときは、認定審査会意見に配慮して、サービスを提供するように努めること。

④要介護認定の申請に係る援助

利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定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。

更新の申請が、遅くとも有効期間満了日の30日前までにはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

⑤入退居

当該事業は要介護者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し、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。

入居に際しては、主治医の診断書等により、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。

必ずしも診断書である必要はないが、診断の病名、病院名、医師名が記載されている文書により確認を行い、当該文書については事業所で保存すること（写しでも可）。

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サービス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。

退去に際しては、利用者及びその家族の希望を踏まえた上で、退去後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退去に必要な援助を行わなければならない。また、利用者及びその家族に対し、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らない。

⑥サービス提供の記録

入居に際しては入居年月日及び入居しているユニットの名称、退居に際しては退去年月日を、利用者の被保険者証に記載しなければならない。

サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等（サービスの提供日、サービスの内容、利用者の状況、その他必要な事項）を記録しなければならない。

利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供すること。

(不適切事例)

- ・サービスの提供内容、利用者の状況について記録していない。

⑦利用料等の受領

法定代理受領サービスに該当する認知症対応型共同生活介護を提供した際には、その利用者からの利用料の一部として、当該認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型サービス費用基準額から当該認知症対応型共同生活介護事業者に支払われる地域密着型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。

法定代理受領サービスに該当しない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、認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

以下に掲げるその他の費用の額については、その支払を受けることができるが、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得なければならない。 保険給付の対象となっているサービスと明確に区別されないあいまいな名目による支払いを利用者から受けないこと。

【その他の費用の額の例】

- ・食材料費
- ・理美容代
- ・おむつ代
- ・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。(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)

認知症対応型共同生活介護その他のサービス提供に要した費用につき、その支払いを受ける際、支払いをした利用者に対し、領収証を発行すること。

領収証は介護保険法第42条の2第2項第3号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に係るものとその他の費用の額を区分するとともに、その他の費用の額については、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載すること。

(不適切事例)

- ・領収証を発行していない。
- ・介護保険に係る費用とそれ以外の費用が区別されていない。

⑧保険給付の請求のための証明書の交付

法定代理受領サービスに該当しない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すること。

⑨指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針

- 1 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、心身の状況を踏まえ、妥当適切に行わなければならない。
- 2 利用者一人一人の人格を尊重し、それぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行わなければならない。
- 3 認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行わなければならない。
- 4 サービスの提供にあたっては、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（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）について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 5 当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体等を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- 6 やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況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 身体的拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じなければならない。
 - 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（身体的拘束適正化検討委員会）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者に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、精神科専門医等の活用等も考えられる。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・運営することとして差し支えない。

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

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、具体的には次のイ～へのようなことが想定される。

- 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 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、イの様式に従い報告すること。
- ハ 身体的拘束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状況等を分析し、発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- 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。
- ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。指針には次のような項目を盛り込むこと。

- イ 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
- ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ニ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ヘ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

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

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、当該事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。指針に基づいた研修プログラムを作成し、年 2 回以上の定期的な研修を開催するとともに、新規採用時には必ず研修を実施することが重要である。また、研修の実施内容についても記録すること。研修の実施は、事業所内の研修で差し支えない。

- 8 自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に次に掲げるいずれかの評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。
- 一 外部の者による評価
 - 二 運営推進会議における評価

(不適切事例)

- ・身体的拘束等の適正化のための指針が整備されていない。
- ・指針に基づいた研修プログラムが作成されていない。
- ・従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に行っていない。

⑩認知症対応型共同生活介護計画の作成

管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させること。

計画の作成にあたっては、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（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等）の確保に努めなければならない。

【計画作成担当者の業務】

- ・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うえ、援助の目標、目標達成のための具体的サービス内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。
- ・計画の内容について、利用者又はその家族に対し説明し、利用者の同意を得なければならない。
- ・計画を作成したときは作成した計画を利用者に交付しなければならない。また、交付した計画は5年間保存しなければならない。
- ・計画作成後も他の介護従業者及び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、計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う。

（不適切事例）

- ・認知症対応型共同生活介護計画において日頃のケアや介助について記載漏れがある。
- ・利用開始時点で認知症対応型共同生活介護計画が作成されていない。又は認知症対応型共同生活介護計画が作られていない時期がある。
- ・認知症対応型共同生活介護計画の内容が画一的になっている。

⑪介護等

介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立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。

当該従業者でない者（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、入居者の負担によって利用させてはならない。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させることは差し支えない。

事業所における利用者の食事その他の家事等は、可能な限り利用者と介護従業者が共同で行うよう努めること。

⑫社会生活上の便宜の提供等

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、利用者又はその家族が行うことが困難である場合は、原則その都度、その者の同意を得た上で代行しなければならない。特に金銭にかかるものについては、書面等をもって事前に同意を得るとともに、

代行後はその都度本人に確認を得ること。

事業者は、利用者の家族に対し、当該ユニットの会報の送付、実施する行事へ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なければならない。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ものとする。

(不適切事例)

- ・利用者とその家族や後見人の日頃の関わりや支援などについて計画に記載されていない。

⑬利用者に関する市町村への通知

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すること。

- 一 正当な理由なしにサービス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。
- 二 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。

⑭緊急時の対応

介護従業者がサービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合等には、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。協力医療機関については、次の点に留意すること。

- ・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。
- ・緊急時において円滑な協力を得るため、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。

(不適切事例)

- ・緊急時対応マニュアルはあるが、従業者へ周知されていない。

※緊急時対応マニュアル、利用者の主治医や家族の緊急連絡先については、整備することだけが目的ではない。緊急時に活用できるよう、従業者へ定期的に周知することが重要。

⑮管理者の責務

管理者は、事業所の従業者の管理及び利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこと。

管理者は、事業所の従業者に運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行うこと。

(不適切事例)

- ・管理者が、従業者の管理、利用申込の調整、実施状況を把握していない。
- ・管理者が、従業者に必要な指揮命令を行っていない。
- ・管理者が、介護業務に忙殺され、管理者本来の遂行に支障が生じている。

⑩運営規程

事業者はユニットごとに運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

【運営規程で定めるべき主なもの】

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・従業者の職種、員数及び職務の内容

従業者の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程に定めるに当たっては、置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。

- ・利用定員
- ・指定（介護予防）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
- ・入居に当たっての留意事項
- ・緊急時等における対応方法
- ・非常災害対策
- ・虐待の防止のための措置に関する事項

※令和6年3月31日までの努力義務（令和6年4月1日より義務化）

- ・その他運営に関する重要事項

その他運営に関する重要事項として、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に、身体的拘束等を行う際の手続きについて定めておくことが望ましい。

- ・それ以外の項目についても重要なものについては運営規程に定めること。

⑪勤務体制の確保等

ユニットごとに、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、夜勤及び深夜の勤務の担当者等を明確にすること。

従業者の勤務の体制を決める際には、利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮すること。

介護従業者の資質の向上を図る研修の機会を確保すること。特に認知症介護に関する知識及び技術の修得を主たる目的とする研修を受講する機会を確保するよう努めること。また、高齢者虐待防止に関する研修、人権同和研修の研修受講の機会を確保すること。

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、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等を除く。）に対し、認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じること。※令和6年3月31日まで努力義務（令和6年4月1日より義務化）

新卒採用、中途採用を問わず、事業所が新たに採用した従業者（医療・福祉関係資格を有さない者に限る。）に対する当該義務付けの適用については、採用後1年間の猶予期間を設け

ることとし、採用後 1 年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとする（この場合についても、令和 6 年 3 月 31 日までは努力義務で差し支えない）。

適切なサービス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つて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じること。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、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

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（パワーハラスメント指針）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

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

b 相談（苦情を含む）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。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

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

①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して 1 人で対応させない等）

③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。

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

(不適切事例)

- ・勤務（予定）表が作成されておらず、勤務状況が不明確である。
- ・勤務表上、勤務時間、常勤・非常勤の別、職員間の兼務関係が不明確である。
- ・全員分の出勤簿がない。
- ・研修報告等が整備されておらず、他の従業者が参考にできる体制がない。

⑱定員の遵守

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業がある場合は、この限りではない。

⑲業務継続計画の策定等 ※令和6年3月31日までの努力義務(令和6年4月1日より義務化)

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）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。

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（シミュレーション）を定期的実施しなければならない。

業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。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」及び「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」を参照されたい。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すること。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を妨げるものではない。

イ 感染症に係る業務継続計画

- 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）
- 初動対応
- 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

- 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）
- 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- 他施設及び地域との連携

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

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

こと。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差し支えない。

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。

訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年2回以上）に実施するものとする。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差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

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

⑩非常災害対策

火災、風水害、地震等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体制及び関係機関との連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行わなければならない。また、その訓練の実施にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

(不適切事例)

- ・非常災害に関する具体的計画が立てられていない。
- ・運営規程に規定している訓練を行っていない。

⑪衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

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。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等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ずること。

空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。 ※令和6年3月31日まで努力義務（令和6年4月1日より義務化）

一 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（感染対策委員会）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業員に周知徹底を図ること。

感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするるとともに、感染対

策担当者を決めておくことが必要である。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。

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

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

二 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

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

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

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

三 事業所において、介護従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

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

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

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

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

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

⑳協力医療機関等

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、協力歯科医療機関を定めておくこと。それらは施設から近距離にあることが望ましい。

サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えておくこと。

㉑掲示

運営規程の概要、介護従業者の勤務体制、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事業所の見やすい場所に掲示すること。また、次に掲げる点に留意すること。

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

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

重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも介護サービスの関係者に自由に閲覧させることにより、上記の掲示に代えることができる。

(不適切事例)

- ・事業所に運営規程の概要、従業者の勤務体制、重要事項の掲示等がされていない。
- ・事業所に苦情に対する措置の概要の掲示等がされていない。

㉒秘密保持等

従業者は、正当な理由なく、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。

事業者は、従業者であった者が、正当な理由なく、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。

事業者は、サービス担当者会議において、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書により同意を得ておかななければならない。

(不適切事例)

- ・従業員について、在職中、退職後の秘密の保持について措置が講じられていない。
- ・個人情報利用の同意を文書で得ていない。
- ・家族からの同意を文書で得ていない（家族からの同意を得るときの肩書きは「本人代理人」では不可。）

㉓広告

広告をする場合、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

②⑥ 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

事業者は、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。

事業者は、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。

②⑦ 苦情処理

提供したサービスに係る利用者、その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応すること。

相談窓口連絡先や苦情処理の体制、手順等、苦情を処理するために講ずる措置の概要を重要事項説明書に記載し、事業所に掲示すること。

苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行うこと。

苦情を受け付けた場合は、苦情の受付日、その内容等を記録すること。苦情の内容等の記録は、完結の日から2年間保存すること。

市町村からの文書、物件の提出、提示の求め、質問、照会に応じ、利用者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は、必要な改善を行うこと。

市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を市町村に報告すること。

国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国保連から指導、助言を受けた場合には、必要な改善を行うこと。国保連からの求めがあった場合には、改善の内容を国保連に報告すること。

(不適切事例)

- ・ 苦情を処理するために講ずる措置の概要が事務所に掲示されていない。
- ・ 苦情に対する処理経過を記録する様式が整備されていない。
- ・ 相談窓口として、市、国保連の窓口が記載されていない。

②⑧ 調査への協力等

事業者は、妥当適切なサービス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は、必要な改善を行わなければならない。

②⑨ 地域との連携等

サービスの提供に当たって運営推進会議を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。

【運営推進会議の構成員】

利用者、利用者の家族、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）、事業所所在地の市の職員、事業所所在地の地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等

運営推進会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族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。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。

なお、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ない。

また、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ない。

イ 利用者等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。

ロ 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。

運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表するとともに、記録は2年間保存すること。

事業の運営に当たっては、地域住民又はボランティア団体等との連携、協力を行う等、地域との交流を図ること。

また、提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めること。

(不適切事例)

- ・運営推進会議をおおむね2月に1回以上実施していない。
- ・運営推進会議の報告、評価、要望、助言等について、記録を作成していない。
- ・作成した記録を公表していない。
- ・自己評価及び外部評価（運営推進会議において行うことも可）結果を利用者及び利用者家族に提供していない。

⑩事故発生時の対応

事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、当該利用者の居宅介護事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。

事故の状況、事故に際してとった措置を記録すること。（事故の記録は完結の日から2年間保存しなければならない。）

賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。

あらかじめ事故発生時の対応方法等を定めておくこと。

損害賠償保険に加入すること、又は賠償資力を有すること。

事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

(不適切事例)

- ・ 事故発生時の連絡マニュアル等がない。
- ・ 記録が整備されていない。
- ・ 再発防止のための対策（職員間での周知等）がなされていない。
- ・ 市に事故報告書を提出していない。

③虐待の防止

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。

※令和6年3月31日まで努力義務（令和6年4月1日より義務化）

一 当該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（虐待防止検討委員会）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護従業者に周知徹底を図ること。

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。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、定期的に開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

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

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

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

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

- イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 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

二 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。指針には次のような項目を盛り込むこと。

- 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

三 当該事業所において、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。

事業者は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。

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

四 上記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。

当該担当者は、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。

⑫記録の整備等

従業者、設備、備品、会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

次の書類を整備し、一及び二についてはサービス提供に係る保険給付支払の日から 5 年間、三から七までについてはその完結の日から 2 年間保存しなければならない。

- 一 認知症対応型共同生活介護計画
- 二 提供した具体的なサービス内容等の記録

- 三 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- 四 利用者に関する市町村への通知に係る記録
- 五 苦情の内容等の記録
- 六 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録
- 七 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録

(不適切事例)

- ・月誌と日誌との整合性がついていない。
- ・日付等記録に漏れがある。
- ・サービス提供記録の保存年限が国基準の2年間となっている（計画及びサービス提供の具体的な記録の保存年限は保険給付支払の日から5年間）。

③電磁的記録等

【電磁的記録について】

- ・サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- ・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」及び厚生労働省「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。

【電磁的方法について】

- ・サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。
- ・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。
- ・電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にする。
- ・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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

介護予防認知症対応型共同生活介護事業に関する事項

介護予防とは、高齢者が要介護状態もしくは要支援状態となることの予防又は要介護状態の軽減もしくは悪化の防止を目的として行うものである。

指定認知症対応型共同生活介護事業者が、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者の指定を併せて受け、同じ事業所で一体的に運営されている場合については、人員、設備及び運営に関する基準はほぼ同じであるが、留意すべき事項を以下に掲げる。

1 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

①指定介護予防認知症対応型共同生活介護の基本取扱方針

- ・事業者は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこと。
- ・事業者は、自らその提供するサービス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、常にその改善を図ること。
 - 一 外部の者による評価
 - 二 運営推進会議における評価
- ・サービスの提供にあたり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを常に意識してサービスの提供に当たること。
- ・利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービス提供を行わないよう配慮すること。
- ・サービスの提供にあたり、利用者とのコミュニケーションを十分図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めること。

②介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針

- ・認知症対応型共同生活介護の基準とほぼ同じであるので、参照すること。
- ・サービスの提供にあたっては、主治医又は歯科医師から情報を得るなど適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等、利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うこと。

【計画作成担当者の業務】

- ・利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、介護の目標、目標達成のための具体的サービス内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成する。
- ・計画作成に当たっては、通所介護等の活用、地域活動への参加機会の提供等、利用者の多様な活動の確保に努める。
- ・計画の内容について、利用者又はその家族に対し説明し、利用者の同意を得て交付する。

また、交付した計画は5年間保存する。

- 計画作成後も他の介護従業者等と連絡を継続的に行うことにより、サービス提供開始時から計画に記載したサービス提供終了期間までに、少なくとも1回はモニタリングを行い、利用者の状態の変化等の把握を行う。
- モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて計画の変更を行う。

【サービスの提供にあたって】

- 利用者一人一人の人格を尊重し、それぞれが役割を持って家庭的な環境の下で日常生活ができるよう配慮する。
- 計画に基づき、必要な支援を行わなければならない。
- 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に、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しなければならない。

報酬に関する基準

地域区分別1単位の単価・・・筑紫野市：7級地 10.14円

(1) 認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

- ①要介護1・・・764単位
- ②要介護2・・・800単位
- ③要介護3・・・823単位
- ④要介護4・・・840単位
- ⑤要介護5・・・858単位

認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

- ①要介護1・・・752単位
- ②要介護2・・・787単位
- ③要介護3・・・811単位
- ④要介護4・・・827単位
- ⑤要介護5・・・844単位

(2) 介護予防認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ） 760単位

介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ） 748単位

【注】：（介護予防）認知症対応型共同生活介護（Ⅰ）は1ユニット、（介護予防）認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）は2ユニット以上である場合に算定する。

(3) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

次の施設基準の全てを満たす指定認知症対応型共同生活介護事業所において算定できる。

- ・ユニット数が1 → （介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）
- ・ユニット数が2以上 → （介護予防）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）
- ・認知症対応型共同生活介護の事業を行う者が、居宅サービス、地域密着型（介護

- 予防) サービス、居宅介護支援、介護予防サービス、介護予防支援の事業又は介護保険施設もしくは介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有する
- ・ 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、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受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあっては、一及び二の規定にかかわらず、ユニットごとに定員を超えて行うことができる。
 - 一 ユニットの定員の範囲内で、空いている居室等を利用する
 - 二 1つのユニットにおいて、受ける利用者の数は1名とする
 - ・ 利用開始に際し、あらかじめ30日以内の利用期間を定めている。
 - ・ 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うにあたって、十分な知識を有する従業者が確保されている。
 - ・ 指定基準第90条に定める従業者の員数を置いている

短期利用共同生活介護費（Ⅰ）

- ① 要介護1・・・792単位
- ② 要介護2・・・828単位
- ③ 要介護3・・・853単位
- ④ 要介護4・・・869単位
- ⑤ 要介護5・・・886単位

短期利用共同生活介護費（Ⅱ）

- ① 要介護1・・・780単位
- ② 要介護2・・・816単位
- ③ 要介護3・・・840単位
- ④ 要介護4・・・857単位
- ⑤ 要介護5・・・873単位

(4) 介護予防短期利用共同生活介護費（1日につき）

介護予防短期利用共同生活介護費（Ⅰ） 788単位

介護予防短期利用共同生活介護費（Ⅱ） 776単位

加算に関する基準

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

① **夜間支援体制加算**・・・(1日につき) (市への届出が必要)

夜間支援体制加算 (I) 50単位

夜間支援体制加算 (II) 25単位

(基準) 1ユニットにつき、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置している場合に算定する。ただし、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必要がある。

※夜間支援体制加算 (I) は1ユニット、

夜間支援体制加算 (II) は2ユニット以上である場合に算定する。

定員超過利用・人員基準欠如に該当していない。

※算定の対象となる夜勤職員の配置事例

○1ユニットの場合

夜勤職員1名+常勤換算1名(夜勤職員又は宿直業務を行う者)

○2ユニットの場合

夜勤職員2名(ユニットごとに1名)+常勤換算1名(夜勤職員又は宿直業務を行う者)

② **認知症行動・心理症状緊急対応加算**・・・1日につき200単位

(基準) 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、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合。

(取り扱い) 病院や介護保険施設、認知症対応型共同生活介護等に入所中の者が、直接、利用を開始する場合には算定できない。

(算定条件) ①入居開始日から7日間を限度とする。②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、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る。

③ **若年性認知症利用者受入加算**・・・1日につき120単位（市への届出が必要）

若年性認知症利用者に対して介護サービスを行った場合。

（基準）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。

※若年性認知症・・・初老期（65歳未満）における認知症。

※認知症・・・脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態。

（算定条件）「認知症行動・心理症状緊急対応加算」を算定している場合は算定しない。

④ **入院時の費用**・・・1日につき246単位（市への届出が必要）

（基準）利用者が病院又は診療所への入院を要した場合。

（取り扱い）① 1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定する。

②入院の初日及び最終日は算定できない。

（算定条件）

利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を 勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該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。

※「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。

※「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。

※「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し、事業所側の都合は、基本的には該当しない。

※当該利用者の同意があれば、入院した利用者が使用していた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が、入院時の費用は算定できない。

※利用者の入院中にそのまま退去した場合は、退去した日の入院時の費用は算定できる。

⑤ **看取り介護加算** ・ ・ ・ （１日につき）（市への届出が必要）

- 72単位 （死亡日以前31～45日）
- 144単位 （死亡日以前4～30日）
- 680単位 （死亡日前日及び前々日）
- 1280単位 （死亡日）

(基準)

施設について

- ① 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ② 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- ③ 看取りに関する職員研修を行っていること。

利用者について

- ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ② 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、利用者又はその家族等が同意していること。
- ③ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、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利用者又はその家族等への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。

※看護職員については、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、診療所もしくは訪問看護ステーションの職員に限る。（具体的には、事業所と病院等が同一市内に所在している又は同一市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概ね20分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる必要がある。）

(算定条件)

- 死亡日を含めて45日が上限
- 退去した日の翌日から死亡日までの間は算定しない

○医療連携体制加算を算定していない場合は算定しない

※死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、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。)

※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。

※事業所は、看取り介護の質を常に向上させていくためにも、PDCAサイクルにより看取り介護を実施する体制の構築・強化が重要。なお、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。

※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、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。

(指針について)

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

看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができ

るものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。

(情報共有)

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。

- ①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
- ②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
- ③看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の動向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

(同意について)

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同認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

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

(利用者退居等の後の連携)

利用者退居等の後も、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し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

(利用者退居等の後の請求について)

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。

⑥ **初期加算**・・・1日につき30単位

(基準)

- ①入居した日から起算して30日以内の期間について、過去3月間（ただし、日常生活自立度判定基準のランク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。
- 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に入居した場合については、初期加算は入居直前の短期利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定するものとする。
- ③30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。

⑦ **医療連携体制加算**・・・1日につき（市への届出が必要）

医療連携体制加算（Ⅰ）	39単位
医療連携体制加算（Ⅱ）	49単位
医療連携体制加算（Ⅲ）	59単位

(基準)

イ 医療連携体制加算（Ⅰ）

- ①当該事業所の職員として、又は病院もしくは診療所もしくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保している。
※准看護師では本加算は認められない
- ②看護師により24時間連絡できる体制を確保している。
- ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。

ロ 医療連携体制加算（Ⅱ）

- ①当該事業所の職員として、看護職員（看護師又は准看護師）を常勤換算方法で1名以上配置している。
- ②当該事業所の職員である看護職員又は病院もしくは診療所もしくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。ただし、

①により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保している。

③ 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が1人以上であること。

- (1) 喀痰吸引を実施している状態
- (2) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- (3) 中心静脈注射を実施している状態
- (4) 人工腎臓を実施している状態
- (5) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- (6) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
- (7) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- (8) 褥瘡に対する治療を実施している状態
- (9) 気管切開が行われている状態

④ イ③に該当すること。

ハ 医療連携体制加算 (Ⅲ)

② 当該事業所の職員として、看護師を常勤換算方法で1名以上配置している。

② 当該事業所の職員である看護師又は病院、診療所もしくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。

③ イ③及びロ③に該当すること。

(指針に盛り込むべき項目の例)

- ① 急性期における医師や医療機関との連携体制
- ② 入院期間中における認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い
- ③ 看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針

⑧ **退去時相談援助加算** ・ ・ ・ 400 単位

(基準)

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

供した場合。
(算定条件) 利用者1人につき1回を限度とする。

⑨ **認知症専門ケア加算** (市への届出が必要)

※ (I), (II) のいずれかを算定できる。

1. 認知症専門ケア加算 (I) ・ ・ ・ 1日につき3単位

(対象利用者)

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。

(基準)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 利用者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状も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(対象者)の占める割合が2分の1以上であること。
- ② 認知症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人未満の場合は1人以上、対象者の数が20人以上の場合は、1人に、対象者の数が19人を超えて10人又はその端数を増すごとにさらに1人以上配置し、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 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。

(取り扱い)

- ① 対象者は、認知症日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者。
- ② 認知症介護に係る専門的な研修 ・ ・ ・ 認知症介護実践リーダー研修、認知症看護に係る適切な研修

2. 認知症専門ケア加算 (II) ・ ・ ・ 1日につき4単位

(対象利用者)

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。

(基準)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- ① 認知症専門ケア加算 (I) の基準を全て満たしていること。

②認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1人以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

③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、その計画に基づいて、研修を実施又は実施を予定していること。

(取り扱い)

①対象者は、認知症日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者。

②認知症介護の指導に係る専門的な研修・・・認知症介護指導者養成研修、認知症看護に係る適切な研修

※対象者の算定は、対象になるかを確認した提供月分から、算定を開始・終了すること。

⑩ 生活機能向上連携加算

1. 生活機能向上連携加算（Ⅰ）・・・1月につき100単位

2. 生活機能向上連携加算（Ⅱ）・・・1月につき200単位

(基準)

1. について、計画作成担当者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月に、100単位を加算する。

2. 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した際に、計画作成担当者が当該理学療法士等と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合であって、当該理学療法士等と連携し、当該計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の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200単位を加算する。ただし、1.を算定している場合には算定しない。

(取り扱い)

①生活機能向上連携加算（Ⅱ）について

イ 「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画」とは、利用者の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 理学療法士等が認知症対応型共同生活介護を訪問した際に、当該利用者のADL及びIADL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（生活機能アセスメント）を行う。

ハ イの計画には、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すること。

- a 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容
- b 生活機能アセスメントの結果に基づき、aの内容について定めた3月を目標とする達成目標
- 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

二 ハのb及びcの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、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の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

ホ 3月を越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計画を見直す必要がある。

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、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。

※医療提供施設とは、病院にあつては許可病床数が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。また、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も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もしくは介護医療院が該当する。

②生活機能向上連携加算（I）について

イ ①ロ、ホ及びへを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成担当者に助言を行い、計画作成担当者が、助言に基づき①イの計画を作成（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、又は認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該事業所の計画作成担当者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成担当者と事前に方法等を調整するものとする。

b 当該事業所の計画作成担当者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの計画の作成を行うこと。なお、①イの計画には、aの助言の内容を記載すること。

c aの助言に基づき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計画を見直した場合を除き、①イの計画に基づき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の助言に基づき計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

⑪ **栄養管理体制加算** ・ ・ ・ 1月につき30単位

(基準)

定員超過利用・人員基準欠如に該当していない事業所において、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。

(取り扱い)

①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も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

⑫ 口腔衛生管理体制加算・・・1月につき30単位

(基準)

次の基準に適合する事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という）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。

- イ 事業所において歯科医師等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。

(取り扱い)

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

へ 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当該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。

- ⑬ **口腔・栄養スクリーニング加算**・・・1回につき20単位（6月に1回を限度）

（基準）

次のいずれにも適合する事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあつては算定しない。

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

ロ 利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

ハ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

（取り扱い）

①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」）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」）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うこと。

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あたっては、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。

イ 口腔スクリーニング

- a 硬いものを避け、柔らかいものを中心に食べる者
- b 入れ歯を使っている者
- c むせやすい者

- ロ 栄養スクリーニング
 - a BMIが18.5未満である者
 - b 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」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

⑭ **科学的介護推進体制加算**・・・1月につき40単位（市への届出が必要）

(基準)

次のいずれにも適合している事業所が、利用者に対し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。

- イ 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。
- ロ 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、認知症対応型共同生活介護の提供に当たって、イに規定する情報その他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。

(取り扱い)

- ①原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに上記（基準）に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。
- ②情報の提出については、L I F Eを用いて行うこととする。L I F Eへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（L I F E）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。
- 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（P l a n）、実行（D o）、評価（C h e c k）、改善（A c t i o n）のサイクル（P D C Aサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。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（P l a n）。
- ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（D o）。
- ハ L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（C h e c k）。

ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（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。

⑮ サービス提供体制強化加算（いずれか1つのみ）（市への届出が必要）

1. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・・・1日につき22単位を加算

（基準）次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。

イ 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上であること。

ロ 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割合が25%以上であること。

②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

2. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）・・・1日につき18単位を加算

（基準）次のいずれにも適合すること。

①事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上であること。

②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

3. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）・・・1日につき6単位を加算

（基準）次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。

イ 事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上であること。

ロ 事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が75%以上であること。

ハ 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7年以上の者の占める割合が30%以上であること。

②定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

※職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いること。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月につ

いて、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。この場合、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を提出しなければならない。

※介護福祉士については、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。

※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。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。

※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。

※認知症対応型共同生活介護の職員に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務（計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。）に従事している時間を用いても差し支えない。

※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。

(不適切事例)

・職員の割合が確認できる資料が作成されていない。

⑯ 介護職員処遇改善加算 (市への届出が必要)

介護職員の賃金の改善等を実施している事業所が、利用者に対し、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、令和6年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、いずれかの加算を算定している場合においては、ほかの加算は算定しない。

1. 介護職員処遇改善加算 (I)

所定単位数に各種加算・減算を加えた1月あたりの総単位数（以下、「1月あたりの総単位数」）の1000分の111に相当する単位数

2. 介護職員処遇改善加算 (II)

1月あたりの総単位数の1000分の81に相当する単位数

3. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

1月あたりの総単位数の1000分の45に相当する単位数

※介護職員処遇改善加算の内容については、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）を参照すること。

⑰ 介護職員等特定処遇改善加算（市への届出が必要）

介護職員等の賃金の改善等を実施している事業所が、利用者に対し、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、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。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を算定しない。

1. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

1月あたりの総単位数の1000分の31に相当する単位数

2. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）

1月あたりの総単位数の1000分の23に相当する単位数

※介護職員等特定処遇改善加算の内容については、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）を参照すること。

⑱ 介護職員等ベースアップ等支援加算（市への届出が必要）

介護職員等の賃金の改善等を実施している事業所が、利用者に対し、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、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

1月あたりの総単位数の1000分の23に相当する単位数

※介護職員等ベースアップ等支援加算の内容については、「介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号）を参照すること。

減算に関する基準

(1) 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合

事業所が定めた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、2日以上連続で発生した場合、もしくは月に4日以上発生した場合、その翌月は所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

(2) 定員超過利用の場合

利用者数が運営規程に定められている利用定員を超えた場合、定員超過利用開始月の翌月から解消した月までの間、100分の70を乗じた単位となる。

(3) 人員基準欠如の場合

介護従業者について欠如が生じた場合、100分の70を乗じた単位となる。

- ・ 欠如割合が1割超→その翌月から人員欠如が解消されるに至った月までの間
- ・ 欠如割合が1割以下→その翌々月から人員欠如が解消されるに至った解消月までの間

計画作成担当者について欠如が生じた場合、100分の70を乗じた単位となる。

- ・ 必要な研修を修了していない計画作成担当者を配置する場合、計画作成担当者のうち介護支援専門員を配置していない場合→その月の翌々月から人員欠如が解消されるに至った解消月までの間

(4) 身体拘束廃止未実施減算

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する。

事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、身体拘束等を行う場合の記録を行っていない場合及び基準に定める身体拘束等の適正化を図るための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。

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。

【参考：運営基準等について】

「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 3 月 14 日 厚生労働省令第 34 号)

「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 3 月 14 日 厚生労働省令第 36 号)

「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」

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

「筑紫野市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を定める条例」

(平成 24 年 12 月 28 日条例第 27 号)

「筑紫野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を定める条例」

(平成 24 年 12 月 28 日条例第 26 号)

【参考：額の算定基準等について】

「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)

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

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