

③② 事故発生時の対応

ア 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、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

ａ 事故が発生した場合の対応方法をあらかじめ定めておくことが望ましい。

ｂ 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

イ 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。

ウ 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。

＊ 損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。

＊ 事故が発生し、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事故等については北九州市介護保険課まで報告すること。

③③ 会計の区分

事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、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すること。

③④ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（令和９年３月３１日までは努力義務）

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

＊ 本委員会は、生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ、必要な構成メンバーを検討すること。なお、生産性向上の取組に関する外部の専門家を活用することも差し支えないものであること。

＊ 本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」等を参考に取組を進めることが望ましい。

＊ なお、事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。本委員会は事業所毎に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し

支えない。

③⑤ 記録の整備

事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存すること。ただし、介護報酬請求に関連する記録は、その記録にかかるサービスの提供に対する保険給付の支払いの日から5年間保存すること。

なお、「その完結の日」とは、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、下記キの記録については、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とする。

ア 認知症対応型共同生活介護計画

イ 具体的なサービスの内容等の記録

ウ 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

エ 利用者に関する市町村への通知に係る記録

オ 苦情の内容等の記録

カ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

キ 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等の記録

基準条例【義務付け】

介護報酬請求に関連する記録の保存期間は、その記録にかかるサービスの提供に対する保険給付の支払いの日から5年とする。

③⑥ 変更の届出

変更届出書は、変更日から10日以内に那珂川市高齢者支援課に提出すること。

届出事項

ア 事業所の名称及び所在地

※電話番号・ファックス番号の変更もあわせて行うこと。

イ 申請者の名称

ウ 主たる事務所の所在地

エ 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

オ 申請者の登記事項証明書又は条例等

カ 事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要

キ 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴

ク 運営規程

ケ 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関の名称及び診療科目並びに契約の内容

コ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制の概要

サ 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

※計画作成担当者の氏名も届出の事項に含む

③⑦ 暴力団員等の排除

役員を変更した場合、誓約書（暴力団排除）の提出が必要。

③⑧ 電磁的記録等

ア 事業者及びサービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（被保険者証の提示による受給者資格等の確認、入退居に関する事項の被保険者証への記載並びに次項イ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。

- * 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。
 - a 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。
 - b 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、地域密着型サービス基準第 183 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に類するものは、※ 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。

イ 事業者及び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、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、電磁的方法によることができる。

- * 5 電磁的方法による交付は、地域密着型サービス基準第 3 条の 7 第 2 項から第 6 項までの規定に準じた方法によること。
- * 6 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）」を参考にすること。
- * 7 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）」を参考にすること。
- * 8 その他、地域密着型サービス基準第 183 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に類するものは、※ 5 から※ 7 までに準じた方法によること。ただし、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。
- * 9 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。

(5) 介護報酬に関する基準

① 基本単位について

ア 認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

(1) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ） … 1ユニットの場合

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

(2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ） … 2ユニット以上の場合

- ① 要介護1 753単位
- ② 要介護2 788単位
- ③ 要介護3 812単位
- ④ 要介護4 828単位
- ⑤ 要介護5 845単位

イ 短期利用認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ） … 1ユニットの場合

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

(2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ） … 2ユニット以上の場合

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

② 施設基準について

ア (1) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定すべき基準

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

(2) 認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定すべき基準

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

イ (1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）を算定すべき基準

- a 当該事業所を構成する共同生活住居の数が1であること。

- b 当該事業所の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有すること。
 - c 次のいずれにも適合すること。ただし、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に短期利用認知症対応型居宅介護生活介護費を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護（以下この号において「短期利用認知症対応型共同生活介護」という。）を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において位置づけられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合であって、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合にあつては、（i）及び（ii）の規定にかかわらず、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居ごとに定員を超えて、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができるものとする。
 - （i）当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室を利用するものであること。
 - （ii）1の共同生活介護において、短期利用認知症対応型共同生活介護を受ける利用者の数は1名とすること。
 - d 利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
 - e 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。
 - f ア（1）bに該当するものであること。
- （2）短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）を算定すべき基準
- a 当該事業所を構成する共同生活住居の数が2以上であること。
 - b イ（1）bからfまでに該当するものであること。

「十分な知識を有する従業者」

認知症介護実務者研修のうち「専門課程」、認知症介護実践研修のうち「実践リーダー研修」若しくは「認知症介護実践リーダー研修」又は認知症介護指導者養成研修のいずれかを修了している者

- * 認知症であることを必ず利用開始時まで確認すること。
- * 認知症対応型共同生活介護の入居者又は家族に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を行う旨、説明を行い、同意を得ること。
 - a 緊急時の特例的な取扱いのため、当該利用者に対する短期利用認知症対応型共同生活介護の提供は7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度に行うものとする。
 - b 当該利用者を事業所の共同生活住居（複数の共同生活住居がある場合、当該利用者が日中の時間帯に共同生活を送る共同生活住居）の利用者とみなして、当該利用者の利用期間を通じて人員基準を満たしており、かつ、当該利用者が利用できる個室を有していること。

ただし、個室以外であっても、1人当たりの床面積がおおむね7.43平方メートル以上で、プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえを整備している場合は、個室に準じて取り扱って差し支えない。この場合の「プライバシーの確保に配

慮した個室的なしつらえ」とは、可動でないもので隔てることまでを要するものではないが、視線が遮断されることを前提とする。建具による仕切りは認めるが、家具やカーテン、簡易パネルによる仕切りでは不可とする。また、天井から隙間が空いていることは認める。

- c 利用定員の合計数を超えて受け入れることができる利用者数は共同生活住居（ユニット）ごとに1人まで認められ、定員超過利用による減算の対象とはならない。

③ 夜勤を行う職員の勤務時間に関する基準を満たさない場合

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

④ 定員超過利用・人員基準欠如の場合

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

⑤ 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算

1%/日減算（短期利用の場合（令和7年4月1日から））

- ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

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

2～5（略）

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

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

- 一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）（※）を三月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

(※) 関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。

二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

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

8 (略)

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

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

⑥ 高齢者虐待防止措置未実施減算 1%／日減算

ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

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

「(4) 運営に関する基準 ④ 虐待の防止について」(18 ページ)

参照のこと

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

ウ 具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から 3 月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

⑦ 業務継続計画未策定減算 3%／日減算 (予防は 1%／日減算)

ア 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、所定単位数から減算する。

「厚生労働大臣が定める基準」

→ 指定地域密着型サービス基準第 108 条において準用する第 3 条の 30 の 2 第 1

項に規定する基準に適合していること。

「(4) 運営に関する基準 ② 業務継続計画の策定等について」(14ページ) 参照のこと

イ 業務継続計画未策定減算については、指定地域密着型サービス基準第108条において準用する第3条の30の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月(基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月)から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

ウ 経過措置として、令和7年3月31日までの間、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を策定している場合には、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。

- ⑧ 3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合の減算 50単位/日減算
共同生活住居(ユニット)の数が3である認知症対応型共同生活介護事業所が、夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合(「(2) 人員に関する基準 ② 介護従業者」のウに該当する場合に限る。)に、利用者にサービスを提供した場合に、所定単位数から1日につき減算する。

⑨ 夜間支援体制加算

夜間支援体制加算(Ⅰ) 50単位/日 (1ユニットの場合)

夜間支援体制加算(Ⅱ) 25単位/日 (2ユニット以上の場合)

ア (Ⅰ)の加算要件

a 次に掲げる基準のいずれかに該当すること。

(i) 夜勤を行う介護従業者の数が厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準第3号本文に規定する数に1(次に掲げる基準のいずれにも適合する場合にあっては、0.9)を加えた数以上であること。

① 夜勤時間帯を通じて、利用者の動向を検知できる見守り機器を当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の利用者の数の10分の1以上の数設置していること。

② 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。

(ii) 指定地域密着型サービス基準第90条第1項の規定により夜間夜間及び深夜の時間帯を通じて置くべき数の介護従業者に加えて、宿直勤務に当たる者を1名以上配置していること。

b 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

イ (Ⅱ)の加算要件

a アaに該当するものであること。

b 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

* 事業所の一の共同生活住居につき、夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に加算を算定する。

* 施設基準第 32 号イの(4)のただし書き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。

* 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。

1 ユニット	夜勤職員 1 名 + 常勤換算方法で 1 以上の夜勤職員又は 1 以上の宿直勤務に当たる者	※加算対象の夜勤職員の配置については、1 月当たりの勤務延時間が当該事業所の常勤換算 1 以上であること。
2 ユニット	夜勤職員 2 名 + 常勤換算方法で 1 以上の夜勤職員又は 1 以上の宿直勤務に当たる者 (ユニット毎 1 名)	

⑩ **認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位/日（短期利用の場合）**

ア 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に認知症対応型共同生活介護を利用することが適当と判断した者に対し、認知症対応型共同生活介護を行った場合に、入居を開始した日から起算して 7 日を限度として加算する。

イ 短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者のみ対象

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

- ・ 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
 - ・ 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用認知症対応型共同生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護及び地域密着型短期利用特定施設入居者生活介護を利用中の者
- d 判断を行った医師は診療録等に症状、判断の内容等を記録しておくこと。また、事業所も判断を行った医師名、日付及び利用開始に当たっての留意事項等を介護サービス計画書に記録しておくこと。
- e 7日を限度として算定することとは、本加算が「認知症の行動・心理症状」が認められる利用者を受け入れる際の初期の手間を評価したものであるためであり、利用開始後8日目以降の短期利用認知症対応型共同生活介護の利用の継続を妨げるものではないことに留意すること。
- ウ 本加算を算定している場合は、若年性認知症利用者受入加算は算定しない。

⑪ 若年性認知症利用者受入加算 120単位／日

- ア 若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）に対して、認知症対応型共同生活介護を行った場合に加算する。
- イ 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。
- * 担当者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。
- ウ 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

⑫ 利用者が入院したときの費用の算定 所定単位数に代えて246単位／日

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

- ア 入院時の費用を算定する事業所は、あらかじめ、利用者に対して、上記の体制を確保していることについて説明すること。
- イ 「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续や、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指す。
- ウ 「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由により、居室の確保が間に合わない場合等を指すもので、事業者側の都合は、基本的には該当しない。
- エ 入院期間中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。
- オ 入院期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中であっては、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あけておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。
- カ 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。

キ 利用者の入院期間中は、必要に応じて、入退院手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

⑬ 看取り介護加算

死亡日以前31日以上45日以下 72単位/日

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日

死亡日前日及び前々日 680単位/日

死亡日 1,280単位/日

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

ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間又は医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

「厚生労働大臣が定める基準」

認知症対応型共同生活介護における看取り介護加算に係る施設基準

ア 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。

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

ウ 看取りに関する職員研修を行っていること。

「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者」

次のアからウまでのいずれにも適合している利用者

ア 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。

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

ウ 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。

a 看取り介護加算は、医師が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、

利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものであることに留意すること。

- * 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したこと、及び医師がその旨を本人又はその家族に対して説明したことについて記録を残すこと。
 - * 算定要件を満たしていることが明らかになるよう、要件にかかる実施内容（以下の取り組みや対応を含む）については、その実施の具体的内容が記録等でわかるようにしておくこと。
- b 看護職員については、事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限る。具体的には、当該事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる必要がある。
- c 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。
- ・ 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）。
 - ・ 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）。
 - ・ 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）。
 - ・ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う（Action）。
- なお、事業所は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。
- d 質の高い看取り介護を実施するために、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努力すること。具体的には、実施に当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めるとともに、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。
- e 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。
- ・ 当該事業所の看取りに関する考え方
 - ・ 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

- ・ 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
 - ・ 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）
 - ・ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法
 - ・ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
 - ・ 家族等への心理的支援に関する考え方
 - ・ 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
- f 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。
- g 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。
- ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 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
- h 利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要。
- また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると思われる場合には、看取り介護加算の算定は可能。
- この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要。
- なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。
- i 看取り介護を受けた利用者が死亡前に自宅に戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が 45 日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）
- なお、看取り介護に係る計画の作成及び看取り介護の実施にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。
- j 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。

- k 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。

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

⑭ 初期加算について 30単位/日

認知症対応型共同生活介護費について、入居した日から起算して30日以内の期間について算定できる。30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合も、同様とする。

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

＊ 入院・外泊期間は算定できない。

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

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

⑮ 協力医療機関連携加算

(1) 100単位/月（協力医療機関が、指定地域密着型サービス基準第105条第2項各号に掲げる要件を満たしている場合）

(2) 40単位/月（上記以外の場合）

認知症対応型共同生活介護費について、事業所において、協力医療機関（指定地域密着型サービス基準第105条第1項に規定する協力医療機関をいう。）との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合に加算する。ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

【指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項各号に掲げる要件】

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

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

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

* 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。

* 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。

* 協力医療機関が指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項第 1 号及び第 2 号に規定する要件を満たしている場合には（１）の 100 単位、それ以外の場合には（２）の 40 単位を加算する。（１）について、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該要件を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要がある。（１）を算定する場合において、指定地域密着型サービス基準第 105 条第 3 項に規定する届出として当該要件を満たす医療機関の情報を市長に届け出ていない場合には、速やかに届け出ること。

* 「会議を定期的を開催」とは、概ね月に 1 回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年 3 回以上開催することで差し支えないこととする。なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

* 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。

* 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。

* 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。

⑯ 医療連携体制加算（いずれかのみ加算）

(1) 医療連携体制加算（Ⅰ）イ 57 単位／日

(2) 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ 47 単位／日

(3) 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 37 単位／日

(4) 医療連携体制加算（Ⅱ） 5 単位／日

この加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知

症対応型共同生活介護事業所で生活できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するもの。

ア (I)イの算定基準

- a 当該事業所の職員として看護師を常勤換算方法で1名以上配置していること。
 - * 事業所の行うべき具体的サービス（(I)イ、(I)ロ、(I)ハ共通）を行うために必要な勤務時間を確保すること。
 - (具体的サービスの内容)
 - ・ 利用者に対する日常的な健康管理
 - ・ 通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整
 - ・ 看取りに関する指針の整備
 - * 利用者に対する日常的な健康管理の記録を残すこと。
 - * 看護師の出勤状況が確認できるもの（出勤簿等）を整備すること。
- b 当該事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- c 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

※ 入居者が重度化した場合の対応に係る指針に盛り込むべき項目としては、例えば、(i) 急性期における医師や医療機関との連携体制、(ii) 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、(iii) 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。

イ (I)ロを算定すべき基準

- a 当該事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること
- b 当該事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。ただし、aにより配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- c アcに該当するものであること。

ウ (I)ハの算定基準

- a 当該事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。
 - b 看護師により、24時間連絡できる体制を確保していること。
 - c アcに該当するものであること。
- * (I)ハの体制について、利用者の状態の判断や、当該事業所の介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師の確保を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。
- また、看護師の確保については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合、当該事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能

である。

エ (Ⅱ)の算定基準

- * 事業所の行うべき具体的サービス（（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅰ）ハ共通）の提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うことが求められる。

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

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

（ⅰ）喀痰吸引を実施している状態

- * 認知症対応型共同生活介護の利用中に喀痰吸引を要する利用者に対して、実際に喀痰吸引を実施している状態

（ⅱ）呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態

- * 当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

（ⅲ）中心静脈注射を実施している状態

- * 中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

（ⅳ）人工腎臓を実施している状態

- * 当該月において人工腎臓を実施しているものであること。

（ⅴ）重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態

- * 重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧 90mmHg 以下が持続する状態又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度 90%以下の状態で常時、心電図、血圧又は動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

（ⅴ）人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態

- * 当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合であること。

（ⅴ）経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

- * 経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行っている状態であること。

（ⅴ）褥瘡に対する治療を実施している状態

- * 以下のいずれかの分類に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限ること。

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

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

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

第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

(ix) 気管切開が行われている状態

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

(x) 留置カテーテルを使用している状態

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

(xi) インスリン注射を実施している状態

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

⑰ 退居時情報提供加算 250単位

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

- * 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。

- * 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

⑱ 退居時相談援助加算について 400単位/回

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

※同意、介護状況を示す文書及び提供した必要な情報について記録しておくこと。

ア 退居時相談援助の内容

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 家屋の改善に関する相談援助
- ・ 退居する者の介助方法に関する相談援助

イ 退居時相談援助加算は、次の場合には、算定できない。

- ・ 退居して病院又は診療所へ入院する場合
- ・ 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
- ・ 死亡退居の場合
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 退居時相談援助を行った場合は、相談援助を行った日付及び相談援助の内容の要点に関する記録を行うこと。

⑱ 認知症専門ケア加算について（いずれかのみ加算）

認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日

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

ア （Ⅰ）の加算要件 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- a 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上であること。

＊ 「日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者」とは、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する利用者を指す。

※当該ランクに該当する者のみ加算を算定することができる。

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

＊ 「認知症介護に係る専門的な研修」とは、「認知症介護実践リーダー研修」、認知症看護に係る適切な研修を指す。

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

＊ 「認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議」は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

イ （Ⅱ）の加算要件 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- a 「（Ⅰ）の加算要件」の基準のいずれにも適合すること。

- b 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を上記「（Ⅰ）の加算要件」のイの基準に加え1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

- * 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは、「認知症介護指導者養成研修」、認知症看護に係る適切な研修を指す。
- c 当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- * 研修の記録を残しておくこと。

「認知症日常生活自立度」の決定方法について

- (i) 加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」（以下「日常生活自立度」という。）を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書（以下「判定結果」という。）を用いる。
- (ii) 前項の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3. 心身の状態に関する意見(1)日常生活の自立度等について ・ 認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いる。
- (iii) 医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。）にあっては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2（4）認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いる。

⑳ 認知症チームケア推進加算（いずれかのみ加算）

認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位／月

認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月

認知症対応型共同生活介護費について、認知症対応型共同生活介護事業所が、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者（以下この号において「対象者」という。）に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき所定単位数を加算する。ただし、認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定しない。

ア（Ⅰ）の算定基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- a 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、対象者の占める割合が2分の1以上であること。
- b 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修

を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

- c 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。
- d 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。

イ (Ⅱ)の算定基準 下に掲げる基準のいずれにも適合すること。

a ア a、c 及び d に掲げる基準に適合すること。

え

※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。

⑳ 生活機能向上連携加算について（いずれかのみ加算）

生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位

ア（Ⅰ）の算定基準

計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「医師等」という。）の助言に基づき、「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画（以下この号において「介護計画」という。）」を作成し、当該計画に基づく認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回のサービスが提供された日の属する月に算定する。

* （Ⅰ）の算定基準については、下記 a～d 及び下記の生活機能向上連携加算（Ⅱ）の a、c、d の算定基準を適用する。

- a 介護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者の ADL 及び IADL に関する状況について、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の場合において把握し、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で事前に方法等を調整するものとする。
- b 当該事業所の計画作成担当者は、a の助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、介護計画の作成を行うこと。なお、介護計画には、a の助言の内容を記載すること。
- c 本加算は、介護計画に基づきサービスを提供した初回の月に限り、算定されるもの