

# 令和6年度

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

## 集団指導資料 (本編)



倉敷市保健福祉局指導監査課

## 目 次

<b>1. 主な関係法令</b> .....	1
<b>2. 定義・用語の解説</b> .....	3
<b>3. 人員基準</b> .....	7
(1) 管理者 .....	7
(2) 計画作成担当者（介護支援専門員） .....	8
(3) 代表者 .....	9
(4) 介護従業者 .....	9
(5) サテライト事業所 .....	11
(6) 人員配置の具体例 .....	12
<b>4. 設備基準</b> .....	13
<b>5. 運営基準</b> .....	14
(1) 虐待の防止【市地密条例第 6 条の 2】 .....	14
(2) 非常災害対策【市地密条例第 7 条】 .....	17
(3) 秘密保持等【市地密条例第 8 条】 .....	19
(4) 苦情への対応等【市地密条例第 9 条】 .....	19
(5) 受給資格等の確認【市地密規則第 6 条】 .....	20
(6) 入退居【市地密規則第 81 条】 .....	20
(7) サービスの提供の記録【市地密規則第 82 条】 .....	20
(8) 利用料等の受領【市地密規則第 83 条】 .....	21
(9) 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針【市地密条例第 45 条】 .....	22
(10) 身体的拘束の適正化【市地密条例第 45 条】 .....	23
(11) 認知症対応型共同生活介護計画の作成【市地密規則第 84 条】 .....	25
(12) 介護等【市地密規則第 85 条】 .....	28
(13) 緊急時等の対応【市地密規則第 69 条】 .....	28
(14) 運営規程【市地密規則第 88 条】 .....	28
(15) 勤務体制の確保等【市地密規則第 89 条】 .....	29
(16) 業務継続計画の策定等【市地密規則第 24 条の 2】 .....	31
(17) 協力医療機関等【市地密規則第 91 条】 .....	31
(18) 衛生管理等【市地密規則第 43 条の 9】 .....	33
(19) 掲示【市地密規則第 26 条】 .....	35
(20) 広告【市地密規則第 27 条】 .....	36
(21) 地域との連携等【市地密規則第 43 条 10】 .....	36
(22) 事故発生時の対応【市地密規則第 30 条】 .....	38
(23) 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【市地密規則第 75 条】 .....	39
(24) 記録等の整備【市地密規則第 93 条】 .....	40
(25) 電磁的記録等【市地密規則第 151 条】 .....	40
(26) 指定基準上義務付けられている委員会、指針、研修、訓練、計画のまとめ .....	41

<b>6. 変更の届出等</b> .....	43
<b>7. 体制の届出等</b> .....	44
<b>8. 介護報酬</b> .....	45
1 基本報酬 .....	45
(1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費 .....	45
2 減算関係 .....	45
(1) 身体拘束廃止未実施減算 .....	45
(2) 虐待防止措置未実施減算 .....	46
(3) 業務継続計画未策定減算 .....	46
(4) 定員超過利用に該当する場合 .....	47
(5) 人員基準欠如に該当する場合 .....	47
3 加算関係 .....	48
(1) 入院時費用 .....	48
(2) 看取り介護加算 .....	50
(3) 初期加算 .....	51
(4) 協力医療機関連携加算 .....	51
(5) 医療連携体制加算 .....	52
(6) 退居時情報提供加算 .....	54
(7) 認知症専門ケア加算 I・II .....	54
(8) 認知症チームケア推進加算 .....	56
(9) 生活機能向上連携加算 I・II .....	58
(10) 栄養管理体制加算 .....	59
(11) 口腔衛生管理体制加算 .....	60
(12) 口腔・栄養スクリーニング加算 .....	61
(13) 科学的介護推進体制加算 .....	62
(14) 高齢者施設等感染対策向上加算 .....	63
(15) 生産性向上推進体制加算 .....	64
(16) サービス提供体制強化加算 I～III .....	64
(17) 介護報酬算定上の留意事項について .....	66
<b>9. 地域密着型サービス評価について</b> .....	67
<b>10. 認知症対応型サービス事業管理者等養成研修について</b> .....	68

## 1. 主な関係法令

根拠となる法令・通知等

(主な関係法令)

- 介護保険法（平成9年法律第123号）
- 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

(基準省令)

- 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）
- 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）

(条例・規則)

- 倉敷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等を定める条例（平成24年倉敷市条例第59号）
- 倉敷市指定地域密着型サービスの事業の人員及び運営に関する基準を定める規則（平成25年倉敷市規則第16号）
- 倉敷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等を定める条例（平成24年倉敷市条例第60号）
- 倉敷市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員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規則（平成24年倉敷市規則第17号）

(解釈通知)

- 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年3月31日付け老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号）
- 介護保険法に基づき条例及び規則で規定された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の基準等について（平成25年3月22日付け介第2131号）

(報酬告示)

- 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年厚生労働省告示第128号）

(留意事項通知)

- 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日付け老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号）

(別掲告示等)

- 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号）

- 厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）
- 厚生労働大臣が定める施設基準（平成 27 年厚生労働省告示第 96 号）
- 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）
- 厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 29 号）
- 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成 12 年厚生労働省告示第 419 号）
- 「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に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について（平成 24 年老高発 0316 第 2 号・老振発 0316 第 2 号・老老発 0316 第 6 号）
- 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）
- 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 年老振第 75 号・老健第 122 号）
- 「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）

※上記の法令・条例・規則・通知等は、下記文献、ホームページ等でもご確認ください。

<倉敷市の条例・規則・解釈通知>

- 倉敷市例規集

<https://krm203.legal-square.com/HAS-Shohin/page/SJSrbLogin.jsf>

- 倉敷市指導監査課ホームページ

<https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/>

<文献>

- 介護報酬の解釈《令和 6 年 4 月版》（発行：社会保険研究所）

① 単位数表編……通称「青本」、② 指定基準編……通称「赤本」

③ Q A ・法令編……通称「緑本」

<ホームページ>

- 厚生労働省 法令等データベースシステム <https://www.mhlw.go.jp/hourei/>

- e-Gov 法令検索 <https://elaws.e-gov.go.jp>

- 厚生労働省 介護サービス関係 Q & A

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/qa/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html)

- W A M. N E T（運営：独立行政法人福祉医療機構） <https://www.wam.go.jp>

## 2. 定義・用語の解説

### (1) 入所等の日数の数え方について

- 入居又は入所の日数については、原則として、入所等した日及び退所等した日の両方を含むものとする。
- ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）の間で、又は隣接若しくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの間で、利用者等が一の介護保険施設等から退所等をしたその日に他の介護保険施設等に入所等する場合については、入所等の日は含み、退所等の日は含まれない。したがって、例えば、短期入所生活介護の利用者がそのまま指定地域密着型介護老人福祉施設に入所したような場合は、入所に切り替えた日については、短期入所生活介護費は算定しない。
- なお、介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設等と同一敷地内にある病院若しくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるもの（以下「医療保険適用病床」という。）又は当該介護保険施設等と隣接若しくは近接する敷地における病院若しくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているもの（以下「同一敷地内等の医療保険適用病床」という。）に入院する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む。）は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設等においては入所等する場合（同一医療機関内の転棟の場合を含む。）は、介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。
- 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示第27号）の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所等した日は含まれないものとする。

### (2) サービス種類相互の算定関係について

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、指定特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。

### (3) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

- ① 加算の要件として「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（以下この号において

「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」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 号第 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ものとする。
- ③医師の判定がない場合（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」欄の記載を用いるものとする。

#### （4）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、介護及び治療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（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）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こととする。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、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（以下「育児休業」という。）、同条第二号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第二号に係る部分に限る。）の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）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。

#### （5）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 時間を基本とする）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の員数に換算する方法をいうものである。

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（昭和 47

年法律第 113 号) 第 13 条第 1 項に規定する措置 (以下「母性健康管理措置」という。)  
又は育児休業、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。) 第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法  
第 24 条に規定する所定労働時間の短縮等の措置 (以下「育児及び介護のための所定労働  
時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のための  
ガイドライン」に沿って事業者が自主的に講じる所定労働時間の短縮措置 (以下「育児、  
介護、及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。)) 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。

	1 週間の勤務時間	常勤換算	合計
A (常勤)	40 時間	1	6.6
B (常勤)	37 時間	1	
C (常勤)	42 時間	1	
D (常勤)	44 時間	1	
E (常勤)	41 時間	1	
F (非常勤)	30 時間	1.6	
G (非常勤)	25 時間		
H (非常勤)	9 時間		

例：1 週間の勤務時間を 40 時間とする就業規則の場合

(常勤換算方法による職員数の算定方法について)

暦月ごとの職員の勤務延時間数を、当該事業所又は施設において常勤の職員が勤務す  
べき時間で除することによって算定するものとし、小数点第二位以下を切り捨てるもの  
とする。

#### (6) 「専ら従事する」「専ら提供する」

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  
をいうものである。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。

#### (7) 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。) として明確に位置付けられて  
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  
こと。

#### (8) 新設、増床又は減床の場合の利用者数等について

## ●前年度の実績が1年以上ある場合

## ○前年度の平均値で算出する

⇒前年度（4月1日～翌3月31日）の全利用者数の延数を当該前年度の日数で除して得た数

## ●前年度の実績が1年未満の場合

## ①新設又は増床の時点から6月未満の実績がある場合

⇒定員の90%で算出する

## ②新設又は増床の時点から6月以上1年未満の実績がある場合

⇒直近6月における全利用者数の延数を6月の日数で除して得た数

## ③新設又は増床の時点から1年以上の実績がある場合

⇒直近1年における全利用者数の延数を1年間の日数で除して得た数

## ④減床の場合

⇒減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の延利用者数を延日数で除して得た数

## (9) 休暇

非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」という。）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、常勤の従業者の休暇等の期間については、その期間が暦月で一月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱うものとする。

### 3. 人員基準

#### (1) 管理者

##### 管理者の責務及び兼務範囲

###### 管理者の責務

利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適宜かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うこと。

###### 管理者の兼務範囲

管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等でなくても差し支えない。

事例 1	管理者が介護従業者を兼務しており、頻繁に夜勤業務を行っているため、管理業務が十分に行えず、管理上支障が出ている。
改善点	管理者は、従業者の管理、利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握及び従業者に運営に関する基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行う必要がある。
事例 2	管理者を変更した場合の届出を提出することを失念している。
改善点	<u>変更後 10 日以内に指導監査課へ変更届を提出すること。</u>
事例 3	管理者の勤務実態がなく、管理業務を行えていない。
改善点	基準上、管理者は「 <u>専らその職務に従事する常勤の者でなければならない</u> 」とされている。 <u>出退勤状況はタイムカード等で記録すること。</u>
事例 4	管理者が他職種と兼務しているが、兼務辞令等が交付されていない。また、別事業所から人事異動により異動してきた管理者に対して、辞令等が交付されていない。
改善点	労働条件（就業の場所、従事する業務の内容）を書面で明示しなければならない。 【参考】介護労働者の労働条件の確保・改善のポイント <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/gyosyu/kantoku/090501-1.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/gyosyu/kantoku/090501-1.html</a>
事例 5	市に相談なく管理者変更時に研修未修了者を管理者に就任させている。
改善点	<b>管理者の要件（認知症介護経験 3 年以上、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了）</b> を満たしているか確認の上、就任させること。 計画的な研修の受講や人材の確保に努めること。 ※ただし、前任者の急な離職等により研修を修了していない者が就任する場合は事前に指導監査課へ相談すること。

## (2) 計画作成担当者（介護支援専門員）

事例 1	計画作成担当者が介護従業者を兼務し、頻繁に夜勤業務を行っているため、計画作成業務が十分に行えず、支障が出ている。
改善点	計画作成担当者は、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、必要に応じて計画の変更を行うこと。

事例 2	計画作成担当者が他職種と兼務しているが、兼務辞令等が交付されていない。また、別事業所から人事異動により異動してきた計画作成担当者に対して、辞令等が交付されていない。
改善点	労働条件（就業の場所、従事する業務の内容）を書面で明示しなければならない。 【参考】介護労働者の労働条件の確保・改善のポイント <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/gyosyu/kantoku/090501-1.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/gyosyu/kantoku/090501-1.html</a>

事例 3	市に相談なく計画作成担当者変更時に研修未修了者を計画作成担当者に就任させている。
改善点	<b>計画作成担当者の要件（認知症介護実践者研修を修了）を満たしているか</b> 確認の上、就任させること。 なお、複数の計画作成担当者を配置している場合、 <b>その内 1 以上の者は介護支援専門員証の交付を受けた者であること。</b> 要件を満たしていない者が就任することがないように計画的な研修の受講、人材の確保に努めること。 ※ただし、前任者の急な離職等により研修を修了していない者が就任する場合は事前に指導監査課へ相談すること。

事例 4	介護支援専門員証が未交付の者を計画作成担当者に就任させている。
改善点	介護支援専門員として業務を行う職員は、介護支援専門員証の交付を受けた者でなければならない。

事例 5	介護支援専門員証の未更新の者を計画作成担当者に就任させている。
改善点	介護支援専門員証を更新せず、有効期間が満了した者は、介護支援専門員として業務を行うことはできない。

事例 6	介護支援専門員を配置していない。
改善点	<u>介護支援専門員が未配置とならないよう、計画的な人材確保を行うこと。</u> <u>未配置となる期間の長さ如何によっては、介護報酬を 3 割減算することになるため、直ちに指導監査課へ相談し、指導を受けること。</u>

<b>Q</b>	計画作成担当者は、他の事業所との兼務は可能か。【R3 Q&A vol.4 問24】
<b>A</b>	介護支援専門員である計画作成担当者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務を除き、兼務することはできない。

**(3) 代表者**

<b>事例</b>	市に相談なく代表者変更時に研修未修了者を代表者に就任させている。
<b>改善点</b>	代表者の要件（認知症対応型サービス事業開設者研修を修了）を満たしているか確認の上、就任させること。

**(4) 介護従業者**

<b>事例 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従業者の配置について、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に常勤換算方法で3人分のサービスが提供されていない日が認められた。</li> <li>・夜間及び深夜の時間帯が、利用者の生活サイクル（就寝時～起床時）の実態と相違して設定されている。</li> </ul>
<b>改善点</b>	夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に、常勤換算方法で3人分の介護従業者を配置し、夜間及び深夜の時間帯は、事業所ごとに利用者の生活サイクル（就寝時～起床時）に応じて設定すること。

<b>事例 2</b>	慢性的な職員不足により、人員基準を満たした勤務予定を立てることができていない。
<b>改善点</b>	職員の希望休を予め調整した上で、人員基準を満たした勤務予定表を作成すること。

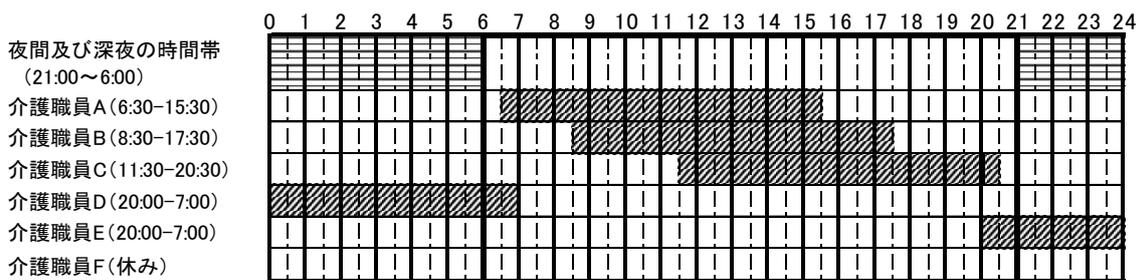
<b>事例 3</b>	介護従業者をユニット内で固定できていない。
<b>改善点</b>	利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、できる限り担当の介護従業者を固定する等の継続性を重視したサービスの提供に配慮すること。また、感染症予防の観点からも従業者をユニット内で固定することが望ましい。

**(解釈通知の記載内容)**

利用者を9名とし、常勤の勤務時間を1日8時間とし、午後9時から翌朝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る。（切れ目なく介護職員を配置すること）

また、午後9時から翌朝6時まで、夜間及び深夜の時間帯の勤務を行う介護従業者が1人以上確保されることが必要となる。

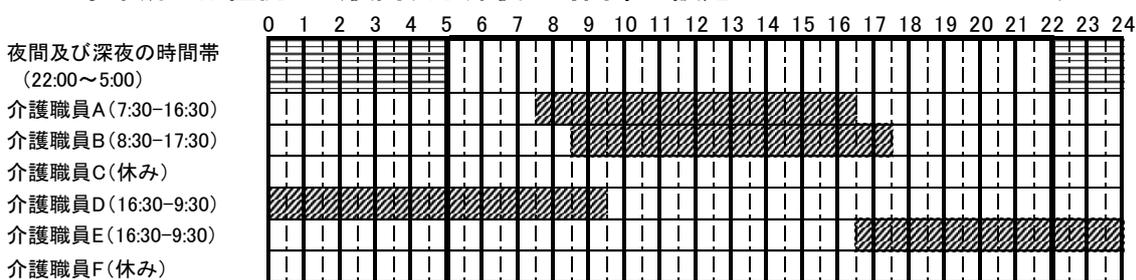
< A事業所の配置例 (夜間及び深夜の時間帯の設定：21:00～6:00) >



この時間帯に常勤換算方法で3人以上の配置が必要!

配置：上記図表例は、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に26時間配置⇒OK!

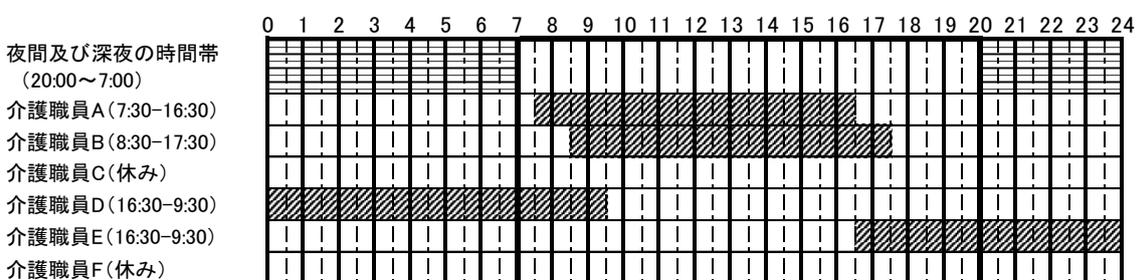
< B事業所の配置例 (夜間及び深夜の時間帯の設定：22:00～5:00) >



この時間帯に常勤換算方法で3人以上の配置が必要!

配置：上記図表例は、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に26時間配置⇒OK!

< C事業所の配置例 (夜間及び深夜の時間帯の設定：20:00～7:00) >



この時間帯に常勤換算方法で3人以上の配置が必要!

配置：上記図表例は、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に22時間配置  
⇒B事業所と職員出勤時間数が同じでも解釈通知の内容を満たさない。

**外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱い**

就労開始から6月未満のEPA介護福祉士候補者及び技能実習生(以下「外国人介護職員」という。)については、日本語能力試験N1又はN2に合格した者を除き、人員配置基準への算入が認められていないが、就労開始から6月未満であってもケアの習熟度が一定に達している場合、就労開始直後から人員配置基準に算入できる。

事業者が、外国人介護職員の日本語能力や指導の実施状況、施設長や指導職員等の意見等を勘案し、当該外国人介護職員を人員配置基準に算入することについて意思決定を

行った場合であって、以下の要件を満たす場合。

ア 一定の経験のある職員とチームでケアを行う体制とすること。

イ 安全対策担当者の配置、指針の整備や研修の実施など、組織的に安全対策を実施する体制を整備していること。

## (5) サテライト事業所

サテライト型認知症対応型共同生活介護事業所の実施要件

- ① 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年以上の経験を有していること。(当該指定日において満たしている必要がある。休止等事業所を運営していない期間は除く。)
- ② 本体事業所が以下のいずれかの要件に該当すること。
  - ・ 事業開始以降1年以上本体事業所としての実績を有する。
  - ・ 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合計数100分の70を超えたことがあること。
- ③ 次に掲げる要件を全て満たすこと。
  - ・ 本体事業所との距離は、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。
  - ・ 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。
  - ・ 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。

【本体事業所とサテライト事業所の共同生活住居の数及び箇所数の関係】

本体事業所	サテライト事業所	
共同生活住居数	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箇所数
1	1	1
2	1	2
	2	1
3	1	1

- ④ 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などを確保するほか、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。
  - ・ 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。
  - ・ 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にあること。
  - ・ 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。
  - ・ 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ること。
  - ・ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一体的に行われていること。

- ⑤ 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こと。

サテライト事業所においては、介護支援専門員である計画作成担当者を配置せず、実践者研修又は基礎課程を修了した者を計画作成担当者として配置することができる。

なお、サテライト事業所を新たに開設する場合は基本的に新規指定が必要となる（介護保険事業計画にグループホームの整備が位置付けられ、公募に応募し、選定されることが必要）が、既存のグループホームとして指定を受けている事業所がサテライト事業所に移行する場合には、変更届と体制届の提出のみで差し支えない。（事業所の職員に変更がなく、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限る。必要書類については申請の手引きを参照すること。）

## （6）人員配置の具体例

管理者及び計画作成担当者は、以下の場合に兼務することができるとされている。

【管理者が兼務できる条件】 共同生活住居（ユニット）の管理上支障がない場合

【計画作成担当者が兼務できる条件】 利用者の処遇に支障がない場合

上記条件を満たした場合には、他の職務との兼務も可能とされているが、運営指導にて運営状況を確認した結果、支障があると認められた場合は、兼務の解消を指導する。

**※計画作成担当者（介護支援専門員）は事業所として1名のみ配置でも可。**（従前どおりユニットごとに1名ずつ計画作成担当者を配置してもよい。複数配置した場合はそのうち1名は実践者研修を修了した介護支援専門員とすること。）

Q

計画作成担当者（介護支援専門員）を1名のみ配置している場合、その者は介護従業者として兼務してよいか。

A

利用者の処遇に支障がないのであれば兼務してもよいが、兼務する場合には兼務辞令等を適切に整備すること。また、その者が両ユニットの介護職員として勤務する場合は、ユニットごとの勤務時間を明確に分けておくこと。

Q

全てのユニットの管理者を兼務している場合であっても、介護従業者を兼務してよいか。

A

各ユニットの管理業務に支障がない場合に限り、介護従業者を兼務できる。ただし、兼務辞令等を適切に整備すること。また、その者が両ユニットの介護職員として勤務する場合は、ユニットごとの勤務時間を明確に分けておくこと

Q

全てのユニットの管理者を兼務している者について、その者が計画作成担当者（介護支援専門員）も兼務してよいか。

A

管理業務に支障がないのであれば兼務してもよい。

※兼務ができるのは、それぞれの職種が行うべき業務に支障がない場合に限られる。

## 4. 設備基準

事例 1	設備や用途を変更したにも関わらず、変更届出書を提出していない。
改善点	設備や用途を変更する際は、事前に市役所に相談の上、届出を行うこと。

事例 2	食器棚、書棚、物置棚、ロッカー等に転倒防止対策を講じていない。
改善点	家具類の転倒・落下・移動は、直接当たって怪我をするだけでなく、つまずいて転んだり、割れた食器やガラスを踏んだり、避難通路を塞いだりするため、転倒防止対策（壁に固定、つっぱり棒等の対策）を講ずること。

事例 3	非常口付近に物があり、非常時の避難の障害となる可能性がある。
改善点	避難経路上には物を置かないこと。

## 5. 運営基準

### (1) 虐待の防止【市地密条例第6条の2】

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>・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・再発を防止するための<b>委員会の開催</b>（開催後、結果について従業者に周知すること）、<b>指針の整備、研修の実施、担当者の配置</b>が義務付けられている。</p> <p><b>関連</b> → <b>虐待防止措置未実施減算</b></p> <p>・虐待等への迅速かつ適切な対応</p> <p><u>虐待が発生した場合には、市の窓口へ速やかに通報する義務がある。</u>市等が行う虐待等に関する調査に協力するよう努めること。</p> <p>事業者は、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すること。</p> <p><b>① 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）</b></p> <p>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、定期的を開催することが必要。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。</p> <p>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ある。</p> <p>なお、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。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。</p> <p>〈虐待防止検討委員会での検討事項〉</p> <p><b>※委員会で得た結果（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こと。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 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</li> <li>➤ 虐待の防止のための指針の整備に関すること</li> <li>➤ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること</li> <li>➤ 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</li> <li>➤ 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</li> </ul>			

- 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
- 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

次のような項目を盛り込むこと。

- 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- 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
- 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- 成年後見制度の利用支援に関する事項
- 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- 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

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、指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。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**。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、事業所内の研修で可。

### 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

虐待を防止するための体制として、専任の担当者を置くこと。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望ましい。

事例 1	利用者の権利擁護及び虐待防止に関する研修を行っていない。
改善点	事業所の従業者については、 <b>不適切な言葉遣いや介護方法が、「高齢者虐待につながる恐れがある</b> ため、研修を通じ、「高齢者虐待」に関する正しい知識を学ぶこと。

事例 2	高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見したにも関わらず、通報していない。
改善点	高齢者の福祉に業務上関係ある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、 <b>高齢者虐待の早期発見</b> に努めること。 養介護施設従事者等は、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市に <b>通報しなければならない</b> 。

#### 【参考】

○介護現場のための高齢者虐待防止教育システム 【共通教材】

[https://www.dcnet.gr.jp/support/research/center/detail\\_61\\_center\\_3.php](https://www.dcnet.gr.jp/support/research/center/detail_61_center_3.php)

## ○介護現場のための高齢者虐待防止教育システム 【学習者用教材】

[https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail\\_60\\_center\\_3.php](https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail_60_center_3.php)

## ○法務省：成年後見制度・成年後見登記制度

<https://www.moj.go.jp/MINJI/minji95.html>

## ○裁判所：後見ポータルサイト

<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/index.html>

## ○高齢者虐待防止に資する研修・検証資料等（厚生労働省ホームページ）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_22750.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22750.html)

## 《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21条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業（当該養介護施設の設置者若しくは当該養介護事業を行う者が設置する養介護施設又はこれらの者が行う養介護事業を含む。）において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

3 前2項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。

5 第18条の規定は、第1項から第3項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。

6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第1項から第3項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。

7 養介護施設従事者等は、第1項から第3項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

## 《高齢者虐待防止法による虐待の定義》

「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」では、「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する職員が行う次の行為を「高齢者虐待」としています。

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。
介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）	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、その他的高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

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。
性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
経済的虐待	高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

## (2) 非常災害対策【市地密条例第7条】

事例1	利用者の状態及び地域の自然的社会的条件を踏まえ、 <b>想定される非常災害の種類ごとに具体的な計画・避難体制が整備されていない。</b>
改善点	<b>火災、水害・土砂災害、地震等の災害に対処するための計画</b> （以下「非常災害対策計画」という）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知すること。 事業所の所在地が危険地域に該当するかは、市防災推進課へ相談・照会すること。

事例2	「浸水想定区域」または「土砂災害警戒区域」内に立地しているにもかかわらず、避難確保計画を作成していない。もしくは作成したものを市へ提出していない。
改善点	避難確保計画を作成の上、指導監査課に提出すること。また指導監査課及び防災推進課から計画の修正を求められた場合は、速やかに修正の上再提出すること。

事例3	防火管理者を所轄消防署長に届け出していない。 非常災害に関する消防計画を所轄消防署長へ届け出していない。
改善点	いずれも所轄消防署長に届け出ること。

事例4	避難訓練及び消火訓練の実施にあたり、あらかじめ消防機関に訓練実施の報告が行われていない。 また、避難訓練及び消火訓練において夜間を想定した避難誘導訓練の実施が確認できなかった。
改善点	実効性のある訓練とするために地元消防等関係機関と連携して実施すること。 また、年2回行う訓練のうち、1回は夜間を想定した訓練とすること。

事例5	消防用設備等の機器点検が6月以内ごとに実施されていない。
改善点	消防用設備等の機器点検を6月以内ごとに、総合点検を1年に1回行い、各消防署へ直接提出（1年に1回）すること。

## 《ポイント》

○利用者の状態及び地域の自然的社会的条件（どのような場所に立地しているか）を踏まえ、想定される非常災害の種類ごと（地震、火災、台風、浸水等の水害、土砂災害、津波、崖崩れ等）に、その規模及び被害の程度（通常考えられる被害～大災害）に応じた当該非常災害への対応に関する具体的な計画を策定すること。

## ＜非常災害対策計画に盛り込む項目＞

- 介護保険施設等の立地条件（地形等）
- 災害に関する情報の入手方法（「避難準備情報」等の情報の入手方法の確認等）
- 災害時の連絡先及び通信手段の確認（自治体、家族、職員等）
- 避難を開始する時期、判断基準（「避難準備情報発令」時等）
- 避難場所（市町村が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等）
- 避難経路（避難場所までのルート（複数）、所要時間等）
- 避難方法（利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等）等）
- 災害時の人員体制、指揮系統（災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）
- 関係機関との連携体制
  - ⇒防災マップを参照し、事業所で起こり得る災害を調査し、被害の程度に応じた非常災害対策計画を作成すること。

○消火訓練・避難訓練の定期的（年2回以上）実施（義務）

（消防法第8条、消防法施行規則第3条第10項）

⇒避難訓練についても、水害・土砂災害を含む避難訓練を実施すること。

○消火訓練・避難訓練の実施に当たっては消防機関の協力を得て行うように努め、特に自力避難困難者の避難・救出訓練及び夜間における避難に重点を置いた訓練等実態に即した訓練を定期的実施すること。

⇒うち年1回は夜間想定の訓練を実施すること

（社会福祉施設における防火安全対策の強化について 昭和62年9月18日厚生省社会・児童家庭局長連名通知）

○スプリンクラーの設置（義務）

275m<sup>2</sup>以下の事業所においても消防法に適合したスプリンクラー設置が必須のため、消防法に基づく消防用設備等の機器点検（スプリンクラーを含む。）を受けること。

## 《リンク集》

○倉敷市防災危機管理室のホームページ（ハザードマップ）

<https://www.city.kurashiki.okayama.jp/1870.htm>

○岡山県危機管理課

<https://www.pref.okayama.jp/soshiki/12/>

○倉敷防災ポータル

<https://bousai-portal.city.kurashiki.okayama.jp/>

○社会福祉施設等における非常災害対策及び入所者等の安全確保について

<https://www.city.kurashiki.okayama.jp/item/101490.htm>

## (3) 秘密保持等【市地密条例第8条】

事例1	従業者が業務上知り得た秘密を漏らさない旨の誓約書を徴取していない。
改善点	就業中及び退職後も利用者又はその家族の <u>秘密を外部に漏らさないように、雇用時に誓約書を徴取すること。</u>

事例2	個人情報に記載されている書類や個人情報を管理しているパソコンが、誰でも閲覧できる、操作できる状態になっている。
改善点	利用者の <u>個人情報</u> が含まれる書類やデータ等については、 <u>施錠できるロッカーへの保管</u> や <u>パスワード設定</u> 等適切な情報管理を行うこと。 不要となった書類についても、適切に保管すること。

事例3	居宅介護支援事業所等に提供する個人情報やサービス担当者会議等で使用する個人情報、会報に使用する個人情報について、利用者から事前に同意を得ていない。
改善点	居宅介護支援事業所等に対して、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ <u>利用者の同意を得ること</u> 。サービス担当者会議、事業所が発行する新聞、ホームページ等において、 <u>利用者又はその家族の個人情報をを用いる場合は、それぞれの内容について同意を得ること</u> 。

## 【参考】

厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

## (4) 苦情への対応等【市地密条例第9条】

事例1	「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」が掲示されていない。掲示されているが、情報が更新されていない。
改善点	最新のを掲示すること。

事例2	苦情の内容を記録する様式を定めていない。また、受け付けた内容や対応等を記録していない。
改善点	利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、 <u>苦情受付窓口を設置</u> し、電話や直接申し出のあった苦情を記録するために、内容（申出、原因、解決方法、再発防止策等）を記録する <u>様式を準備</u> しておくこと。 また、苦情の内容等の記録は、 <b>完結後</b> 5年間保存すること。

事例3	苦情の内容の記録のみで、「その後の経過」、「原因の分析」及び「再発防止のための取組み」が行われていない。
改善点	苦情を受け付けた場合は、苦情の内容等を具体的に記録するとともに、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てサービスの質の向上に向けた取組みを行うこと。
--	---

## (5) 受給資格等の確認【市地密規則第6条】

事例	利用者から被保険者証等を預かっているにも関わらず、預かり証を発行していない。
改善点	後々のトラブルを防ぐため、預かり証を発行すること。

## (6) 入退居【市地密規則第81条】

事例	入居前に認知症である者であることの確認が行われていない。
改善点	認知症である者であることの確認は、 <u>主治の医師の診断書（原則として原本）</u> によることとし、 <u>入居前に確認</u> すること。 ※原本によることができない事情がある場合は指導監査課に相談すること。

## (7) サービスの提供の記録【市地密規則第82条】

事例1	被保険者証に入退居及び事業所名称を記入していない。
改善点	グループホームを利用中には利用できないサービスがあるため、被保険者証にグループホーム入居中であることを記入すること。

事例2	日々の介護・看護に係るサービス提供の記録が非常に少ない。
改善点	提供した具体的なサービスの内容、利用者の状態その他必要な事項を十分に記録すること。また記録は、以下の意味がある重要な証拠であることを十分意識し、整備すること。 ①介護報酬の挙証資料のため 介護報酬請求の根拠となるように記録すること。 (※記録がなければ返還指導する場合がある) ②利用者へのサービスの質の保証のため 計画に位置付けられたサービスが適切に実施されているか、利用者又は家族に説明できるように記録すること。 ③事業所を守るため 適切なサービス提供を試みたが、認知症利用者の抵抗により適切なサービス提供が困難であったこと(中止になった理由)について、説明・立証するために記録すること。

## 《ポイント》

○サービスの開始、終了等を介護保険被保険者証に記載すること。 (記載事項) 入居年月日、事業所の名称、退居年月日
○提供した具体的なサービスの内容等を記録(介護記録)すること。 (記載事項の例) バイタル、食事摂取量、水分摂取量、入浴、シーツ交換、排泄量、機能訓練、おむつ交換、口腔ケア、日中の様子・発言、事故、苦情など

## (8) 利用料等の受領【市地密規則第83条】

事例1	サービス提供の際に使用するプラスチックグローブ、エプロン、おしりふき、清しき用タオル、ポータブルトイレ用消臭剤、褥瘡予防マット、とろみ剤、について、入居者に負担させている。
改善点	サービス提供の際に使用するプラスチックグローブ、エプロン、おしりふき、清しき用タオル、ポータブルトイレ用消臭剤、褥瘡予防マット、とろみ剤、については、介護報酬に含まれているため、料金を徴収できない。

事例2	洗濯代として料金を徴収している。
改善点	洗濯にかかる手間は介護報酬に含まれているため、料金を徴収できない。

事例3	利用者全員に対して教養娯楽費を徴収している。
改善点	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、機能訓練の一環として行われるクラブ活動や利用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ているため、料金を徴収できない。

事例4	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（管理費・共益費）で徴収している。
改善点	費用の内訳を明らかにすること。 【参照】その他の日常生活費については、「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）

事例5	食材料費において、収入額に対して支出額が抑えられている。
改善点	利用者から徴収している食材料費は、実費であるため、支出額に対して収入額が過大とならないようにすること。

## 《ポイント》

<ul style="list-style-type: none"> <li>○食材料費、理美容代、おむつ代の支払いを受ける場合は、運営規程に基づき、適正に徴収すること。</li> <li>○「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中で、支払いを受けることができないもの（保険給付の対象となっているサービス）はないか。</li> <li>○「その他の日常生活費」の対象となる便宜の中で、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支払を受けていないか。 ※管理費又は共益費の積算根拠は明確にされているか。</li> <li>○利用料等の支払いを受けた都度、領収証を交付すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①「預り金」による精算を実施している場合についても、同様の領収証及び出納の内訳を示す文書を交付しているか。</li> <li>②課税の対象外にも関わらず消費税を賦課していないか。</li> </ul> </li> </ul>
---

○領収証については、保険給付に係る利用者負担部分と保険給付対象外のサービス部分（個別の費用ごとに明記したもの）に分けて記載すること。

### 《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「その他の日常生活費」を徴収することができるが、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。下記のものについては、介護報酬に含まれているため、利用者負担とすることは妥当ではない。

- (1) 協力医療機関等への通院介助料（人件費）、交通費
- (2) トイレ用ペーパー（個人使用・共用使用を問わない）
- (3) 利用者を介護するために必要なプラスチックグローブ、エプロン、おしりふき、清しき用タオル、ポータブルトイレ用消臭剤、褥瘡予防マット、とろみ剤（とろみ剤については個人希望で利用する場合を除く）
- (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（個人希望で利用する場合を除く）

※「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）」を参照のこと。

### (9) 指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針【市地密条例第45条】

事例1	漫然かつ画一的なサービス計画書となっている。
改善点	利用者1人1人の人格を尊重し、それぞれの役割を持って日常生活が送れるように、個別具体的なサービス計画とすること。

事例2	自己評価及び外部評価を行っていない。
改善点	自己評価及び外部評価は毎年1回実施すること。

事例3	自己評価及び外部評価結果、目標達成計画を市に提出していない。
改善点	「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市町村（指導監査課）に提出すること。 <u>外部評価免除が認められた場合であっても、自己評価及び目標達成計画は市（指導監査課）に提出する必要があるので注意すること。</u> <u>※R6年度（以前のものも含む）の自己評価、外部評価結果及び目標達成計画が未提出の事業所は至急提出すること。</u>

#### 【外部評価免除について】

都道府県は、過去に外部評価を5年間継続して実施している指定認知症対応型共同生活介護事業者が次に掲げる要件を全て満たす場合には、当該事業者の外部評価の実施回

数を2年に1回とみなすことができる。詳細は、「9. 地域密着型サービス評価について」を参照。

《不適切事例》

- 外部評価免除を申請したが、上記要件を満たしていない事例があった。
  - ・運営推進会議が1年間に6回以上実施されていない。
  - ・運営推進会議に市町村の職員又は地域包括支援センターの職員が出席していない。
  - ・5年間継続して外部評価を実施していない。

要件を満たしていない場合、当該年度は必ず外部評価を実施する必要があるので注意すること。

【参考】「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

(10) 身体的拘束の適正化【市地密条例第45条】

- 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。
- 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。

**関連** → **身体拘束廃止未策定減算**

《ポイント》

○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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないこと。

＜身体的拘束禁止の対象となる具体的行為＞

- 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字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる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ために介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 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 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

○管理者及び従業者は、身体的拘束廃止を実現するための正確な事実認識、意欲を持つこと。

## ○身体的拘束等の禁止

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。

※「緊急やむを得ない場合」とは？

次の①～③の要件すべてを満たす場合。**3要件の確認は極めて慎重に実施し、必ず記録すること。**

- ①**切迫性** 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。
- ②**非代替性** 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。
- ③**一時性** 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

【参考】 ケア従事者のための身体拘束ゼロハンドブック～拘束のないケアを実現するために～  
<https://www.pref.okayama.jp/page/571339.html>

## 身体的拘束の禁止

事例 1	拘束の時間が限定されていない、開始及び解除の予定が最小限度とは言えない等、身体的拘束等に係る <u>検討・記録が不十分</u> 。
改善点	やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、必ず当該利用者に係る必要な事項（その <u>態様及び時間</u> 、その際の利用者等の <u>状況</u> 、 <u>緊急やむを得ない理由</u> 等）を記録すること。
事例 2	身体的拘束を行っているにもかかわらず、経過観察・再検討が行われていない。
改善点	経過観察・再検討について、「経過観察」は、身体的拘束等の <u>解除に向けて</u> 日々行い、「再検討」は、日々行った経過観察を踏まえて実施し、記録を残すこと。
事例 3	・代替する看護・介護方法がないか等の <u>検討を行っていない</u> 、又は <u>身体的拘束の3要件の検討が不十分</u> なまま身体的拘束等を行っていた。 ・家族からの強い希望もしくは医師の指示により、身体的拘束を行っていた。
改善点	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、「 <u>緊急やむを得ない場合</u> 」を除き、身体的拘束等を行ってはならない。 <u>「緊急やむを得ない場合」とは「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の要件すべてを満たす場合であり、全ての要件を検討し、記録しておくこと。</u>
事例 4	ベッドの高さが膝より大幅に高い、部屋に家具がまったくない、又は部屋の家具を布で覆い、つかまり立ちができないようにしている等、利用者の行動制限を行っている。
改善点	環境面の工夫をする際、安全と同時に「利用者の生活の場としてふさわしい環境であるか」という視点を持ち、利用者の権利侵害とならないよう配慮すること。

事例5	使用していないベッド柵等が居室内に置かれたままになっていた。
改善点	安易な身体的拘束に繋がる可能性があるため、使用しないものは倉庫等にしまっておくこと。

事例6	緊急やむを得ない場合の判断を職員個人がしていた。
改善点	判断は職員個人ではなく、事業所の方針としてあらかじめ決められた手順を踏み、事業所全体で判断すること。

事例7	身体的拘束適正化の指針に盛り込むべき項目が盛り込まれていない。
改善点	身体的拘束適正化の指針の見直しを行い、 <u>解釈通知に定められた項目（下記参照）</u> を盛り込むこと。

事例8	身体的拘束等の適正化対策検討委員会が開催されていない。
改善点	当該委員会は <b>3月に1回以上</b> 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。

事例9	身体的拘束に関する研修を行っていない。
改善点	<b>年2回以上開催</b> するとともに、 <b>新規採用時には必ず実施</b> すること。身体的拘束を行った際に生じる弊害等を、研修を通じ学ぶこと。

身体的拘束適正化の指針に盛り込むべき項目	
➤	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
➤	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
➤	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
➤	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
➤	身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
➤	利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
➤	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

### （11）認知症対応型共同生活介護計画の作成【市地密規則第84条】

#### 《ポイント》

計画の作成に関する業務（①アセスメントから⑤モニタリングまで）は**計画作成担当者**が行うこと。

#### ①アセスメント

計画作成担当者が利用者に面接して行い、解決すべき課題を把握すること。

#### ②原案作成・サービス担当者会議

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

た認知症対応型共同生活介護計画を作成すること。

### ③プラン決定・説明・同意・交付

原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。また、計画を利用者に交付すること。

※サービス内容等への利用者等の意向の反映の機会を保障するため、利用者本人の同意を得ること。利用者以外（家族等）が同意した場合にはその理由を記録すること。

※決定した計画について、介護従業者の間で認識・情報を共有しておくこと。

### ④サービス提供開始

計画作成担当者を中心として、介護従業者によりサービス提供が開始される。また、計画の作成後、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こと。

### ⑤モニタリング

計画の目標に対する達成度を適切に評価すること。

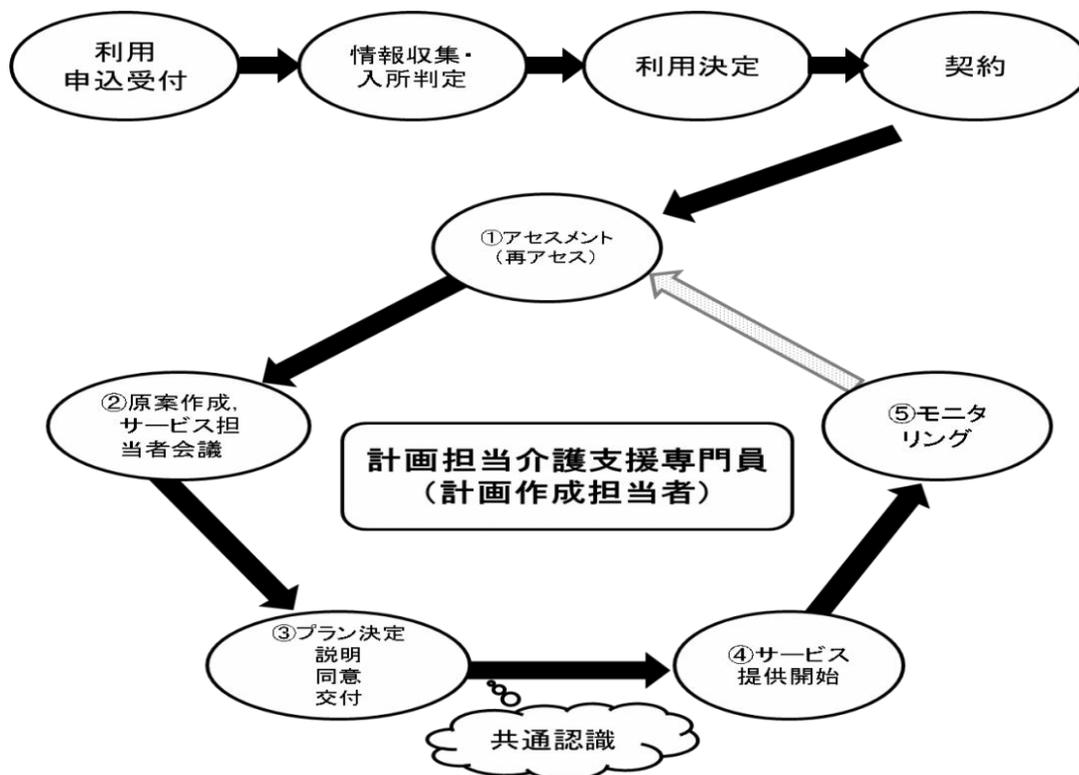
### ①' 再アセスメント

解決すべき課題に変化がないか、再アセスメントを行うこと。

#### 【短期利用サービス計画について】

居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定認知症対応型共同生活介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から認知症対応型共同生活介護計画の提供の求めがあった際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

#### 【認知症対応型共同生活介護計画の作成】



事例 1	計画の作成に係る一連の業務を計画作成担当者以外の者が担当している。
改善点	計画作成担当者に計画の作成に関する業務を担当させること。 一連の業務を計画作成担当者が実施したことが分かるよう、アセスメント・モニタリングの実施者及び計画作成者を記録すること。
事例 2	計画の作成において、他の介護従業者と協議を行っていない。
改善点	計画作成担当者は、 <u>他の介護従業者と協議の上</u> 、計画を作成すること。
事例 3	計画が、漫然かつ画一的なものであった。
改善点	計画は、援助の目標、その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すること。
事例 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画の内容について家族からのみ同意を得て、本人から同意を得ていない。</li> <li>・サービス提供開始後に計画が作成されている。又は、サービス提供開始時に同意が得られていない。</li> </ul>
改善点	計画については、 <u>サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障</u> するため、 <u>サービス提供前に、利用者の同意</u> を得ておくこと。
事例 5	決定した計画について、利用者にサービス提供を行う全ての介護従業者に対して、サービス提供前に、十分な理解と共通認識がなされていない。
改善点	決定した計画を全ての介護従業者が理解し、 <u>共通認識したことがわかるようにしておくこと</u> 。また、十分な理解のため、 <u>サービス提供の前に、共通認識するための時間を確保</u> すること。
事例 6	計画の作成または変更に伴うアセスメント及びモニタリングを実施していない。
改善点	《ポイント》を参考に適切な手順に基づき、当該計画の作成または見直しを行うこと。
事例 7	目標達成期間を定めているにも関わらず、期間経過後に計画を見直していない。
改善点	目標達成期間ごとに計画を見直すこと。
事例 8	利用者の解決すべき課題の変化が認められるにもかかわらず、計画の変更を行っていない。
改善点	計画作成担当者は、計画の作成後、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こと。

**(12) 介護等【市地密規則第 85 条】**

## 《ポイント》

- 利用者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行うこと。
  - 地産地消（目的：食の安全の確保や地場産品の消費拡大）が独自基準として定められている。地域の食材、旬の食材、季節、行事等に応じた食事を提供することで、季節感・話題性のある食事提供となるように努めること。
  - 食事その他の家事等（買い物、下ごしらえ、調理、盛り付け、掃除、洗濯等の作業）は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うこと。
- ⇒利用者が調理室以外の場所で簡単な調理（米を研ぐ、野菜の皮をむく等）、盛り付け、配膳、後片付け（食器洗い等）などを行うこと自体には、食品衛生上の規制に照らして問題があるわけではない。なお、「家庭でできる食中毒予防の6つのポイント」を参照し、衛生管理上の措置を講ずること。
- 厚生労働省 HP：<https://www1.mhlw.go.jp/www1/houdou/0903/h0331-1.html>

**(13) 緊急時等の対応【市地密規則第 69 条】**

## 《ポイント》

- 協力医療機関は、事業の通常の実施地域内（近距離）にあることが望ましい。
- 現にサービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合など、主治の医師又は協力医療機関等への連絡体制、連絡方法を整備していること。

**※高齢者介護施設における医行為について**

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、介護職員は行ってはならない行為である。現場等において判断に疑義が生じることの多い行為については、全サービス共通編資料に示す「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」（R4 年度にその 2 が発出されています）をご参照ください。

**(14) 運営規程【市地密規則第 88 条】**

事例 1	現在の状況と「運営規程」及び「重要事項説明書」の内容（サービス提供に関する記録の保存期間など）が異なっている。または、記載漏れがある。
改善点	「運営規程」及び「重要事項説明書」の記載内容を再確認すること。 なお、サービスの提供に関する記録の保存は、倉敷市の規則で、その完結の日から <b>5年間保存</b> するように定めている。
事例 2	運営規程に記載した料金表（介護報酬・居住費等）に誤りがある。
改善点	現状に合わせて料金表（加算部分を含む）を修正すること。 利用者の負担割合に応じた負担割合（2～3割負担等）となる場合もあることも併せて記載すること。

## (15) 勤務体制の確保等【市地密規則第89条】

事例1	研修計画を作成せず、必要な研修が実施できていない。
改善点	<p><b>研修は、年間研修計画（テーマを決めて研修を実施すること）を作成し、全従業員に対して行うこと。</b></p> <p>指定基準上実施が義務付けられている研修については、「(27) 指定基準上義務付けられている委員会、指針、研修、訓練、計画のまとめ」を参照し、計画的に実施すること。</p>

事例2	ハラスメント対策について必要な措置を講じていない。
改善点	<p>ハラスメント防止のため、次のとおり必要な措置を講じること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発（就業規則への規定等）</li> <li>・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（相談窓口の設置等）</li> </ul> <p>⇒下記「○ハラスメント対策について」も参照すること。</p>

## 《ポイント》

○適切なサービスを提供できるよう、共同生活住居ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、介護従業者の日々の勤務時間、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定めるとともに、月ごとにその勤務の実績とともに記録すること。

○利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、**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の提供に配慮すること。

○介護従業者の資質の向上のために、**研修計画を作成し、計画に従って研修を実施すること。**

○研修実施後は従業者の理解度をレポート等で確認する、研修資料を見やすいようにファイルに綴じる等、研修で得た知識等を業務でも活用できるようにすること。

○**認知症介護基礎研修**を受講させるための措置を講じる義務の対象とならない者  
看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修終了者、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。

認知症介護基礎研修 e-ラーニングシステム（認知症介護研究・研修仙台センター）  
<https://dcnet.marutto.biz/e-learning/>

○ハラスメント対策について

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、事業者には、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。事業者が講ずべき措置の具体的内容及び事業者が講じることが望ましい取組については、次のとおり。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。

#### **事業者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。

#### **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者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日から義務化となっている。

#### **事業者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）及び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、「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。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すること。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05120.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html))

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、事業者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、事業者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。

（※）介護現場におけるハラスメント対策等法律相談事業（岡山県長寿社会課）

<https://www.pref.okayama.jp/page/680097.html>

## (16) 業務継続計画の策定等【市地密規則第24条の2】

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>●感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護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、業務継続に向けた計画（業務継続計画）等の策定、研修（年2回以上）の実施、訓練（シミュレーション、年2回以上）を実施すること。</p> <p><b>関連</b> → <b>業務継続計画未策定減算</b></p> <p>○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」を参照すること。また、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定してもよい。</p> <p><b>感染症に係る業務継続計画</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・初動対応</li> <li>・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）</li> </ul> <p><b>災害に係る業務継続計画</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）</li> <li>・他施設及び地域との連携</li> </ul>			

## 【参考】

○介護保険最新情報Vol.926「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修について」（R3.2.26）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureis\\_ha/douga\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureis_ha/douga_00002.html)

## (17) 協力医療機関等【市地密規則第91条】

**協力医療機関との連携体制の構築**

事業所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こと。

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なければならない。

i 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。

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。

イ 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、当該協力医療機関の名称等を、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。

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、速やかに再入居させることができるように努めなければならない。

**関連** → **協力医療機関連携加算**

### 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

ア 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なければならない。

イ 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。

**関連** → **高齢者施設等感染対策向上加算**

### 《ポイント》

- 協力医療機関等（歯科を含む。）を定めること。
- 介護保険施設等との間での連携及び支援の体制を整えること。また、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ること（利用者の入院、休日夜間等における対応等）。なお、協力医療機関等は近距離が望ましい。
- 通院介助について
  - ・ **協力医療機関への通院介助料（人件費）・交通費は、請求できない。**
  - ・ 協力医療機関以外への通院介助料（人件費）・交通費は請求してもよいが、トラブルにならないよう、事前に家族等へ費用についての説明をし、同意を得ておくこと。

#### ※協力医療機関への通院介助料（人件費）・交通費に係る注意点

家族が利用者を病院に連れていけない場合、病院受診介助料の徴収は可能か？

⇒基準省令第89条でグループホームの基本方針として、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練が定められている。病院受診介助は、グループホームの報酬に含まれると解されるため、病院受診介助料として徴収することは出来ない。

なお、既に、利用者から徴収している場合は、利用者に返還すること。

- （介護予防）認知症対応型共同生活介護の利用者の通院時の援助について

①従業員の付き添いは必要か？

⇒従業員の付添いは必須ではないが、可能な限り付添いを行うことが望ましい。

②付き添い中の勤務時間は人員基準上の勤務時間から除かれるのか？ ⇒付添いの時間もグループホームでの従事時間とみなして構わない。
③通院時のガソリン代の徴収は可能か？ ⇒少なくとも協力医療機関への通院に対する費用を徴収することは出来ない。

## (18) 衛生管理等【市地密規則第43条の9】

事例1	手指消毒の際のアルコール使用量が不十分だった。
改善点	10～15秒間すり合わせた後、手指が乾いた感じであれば、塗布量は不十分。ポンプ式のアルコールであれば、ポンプを上から下まで押し込む必要がある。 (※医療現場における手指衛生のためのCDCガイドラインより)

事例2	共用のタオル（洗面所、台所）を設置している。
改善点	使用した後のタオルは、湿り気があって菌が増殖しやすい。手に菌を付けてしまうことになりかねないので、タオルの共用は行わないこと。

事例3	嘔吐物処理セットが準備されていなかった。もしくは、準備されていたが、保管場所が周知されていない。
改善点	ペーパータオル、手袋、新聞紙、マスク、エプロン、バケツ、次亜塩素酸ナトリウム等嘔吐物の処理に必要な物をまとめ、速やかに使用できるように介護従業者に保管場所を周知すること。

事例4	医薬品の管理が不適切（管理場所に鍵がかからない、誤薬が多い）な点が見受けられる。
改善点	医薬品を管理している部屋は、無人の時は施錠する、薬品管理棚にも鍵をかける等、 <u>不特定多数の職員が出入りできないようにすること</u> 。また、薬品の在庫管理を行い、紛失・盗難がないか常に確認し、万が一、盗難と思われる事例があれば、警察へ通報すること。 また、医薬品の使用の介助に当たっては、「老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について」（平成26年10月1日）を参考に適正な管理を行うこと。

事例5	洗剤・漂白剤等が利用者の手が届くところに保管されている。
改善点	利用者の手の届くところに洗剤・漂白剤等を保管しないよう留意すること。

事例6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・循環式浴槽について、浴槽水の遊離残留塩素濃度の測定が1日に頻回（少なくとも1日に2回以上）に実施されていない。</li> <li>・レジオネラ属菌対策の水質検査が年1回以上実施されていない。</li> </ul>
改善点	「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」（平成15年厚生労働省告示264号）に基づき、適切な水質検査を行うこと。

事例7	感染を予防するための衛生物品が備蓄できていない。また、それらの正しい使用方法を把握していない。
改善点	感染症が発生した場合に備え、衛生物品（不織布マスク、ガウン、キャップ、ビニール手袋、フェイスシールド等）を予め備蓄しておくこと。また、それらの正しい使用方法を学んでおくこと。
事例8	感染症の予防及びまん延防止のための訓練の記録が残されていなかった。
改善点	定期的（年2回以上）に行った訓練について、実施記録を残しておくこと。

### 《ポイント》

事例7	感染を予防するための衛生物品が備蓄できていない。また、それらの正しい使用方法を把握していない。
改善点	感染症が発生した場合に備え、衛生物品（不織布マスク、ガウン、キャップ、ビニール手袋、フェイスシールド等）を予め備蓄しておくこと。また、それらの正しい使用方法を学んでおくこと。
事例8	感染症の予防及びまん延防止のための訓練の記録が残されていなかった。
改善点	定期的（年2回以上）に行った訓練について、実施記録を残しておくこと。

○食中毒や感染症（結核・インフルエンザ他）が集団発生した場合、「感染症報告」が必要。

○感染症及び食中毒の発生を防止するための適切な措置を日常的に行うよう従業者に徹底し、万一発生した場合は、関係機関に連絡の上、速やかな対処により、まん延を防止するとともに、その原因を究明し、再発防止のための改善を行うよう留意すること。

○利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用水の衛生管理をすること。

○感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底

- ・委員会（※テレビ電話装置等を活用して行うことが可能。）の定期的（おおむね6月に1回以上）な開催及びその結果について、介護職員その他の従業者への周知徹底
- ・指針の整備
- ・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（シミュレーション）の定期的な実施

○感染症が発生、まん延しないよう必要な措置を講じること。

- ①メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、結核、疥癬、インフルエンザ様疾患等に対する対策。
- ②タオルの共用の禁止
- ③手指消毒薬剤の配置、消毒器の設置

○食中毒や感染症（新型コロナ・インフルエンザ他）の集団発生した場合は、報告が必要。

倉敷市指導監査課ホームページ：感染症集団発生報告

[https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/kaigo\\_houkoku/](https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/kaigo_houkoku/)

○レジオネラ症発生予防について、きちんとした衛生管理体制を整え実行すること。

特に「貯湯タンク」、「循環ろ過装置」、「気泡発生装置、ジェット噴射装置、打たせ湯設備、シャワー設備」、「露天風呂設備」について、衛生的な管理を行うこと。

### 【参考】

- 「介護現場における感染症対策の手引き」（施設系・通所系・訪問系サービスなど）（第3版）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>
- 厚生労働省ホームページ「今冬のインフルエンザ総合対策について」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/index2023.html>
- インフルエンザ施設内感染予防の手引き

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/tebiki.pdf>

○インフルエンザQ&A

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html>

○感染性胃腸炎（特にノロウイルス）について

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/norovirus/>

○国立感染症研究所感染症疫学センターホームページ

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html>

○「介護現場における感染症対策の手引き」（施設系・通所系・訪問系サービスなど）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>

○「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/rezionerashishin.pdf>

○新型コロナウイルス感染症について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html)

○新型コロナウイルス感染症 Q&A、自治体・医療機関・福祉施設向け情報

<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/qa-jichitai-iryoukikan-fukushishisetsu.html>

(19) 掲示【市地密規則第26条】

**ウェブサイトへの「掲示」**

介護サービス事業者は、「書面掲示」に加え、原則として重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表しなければならない。※R7年度から義務化。

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
●運営規程等の重要事項の掲示について、事業所への掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置いてもよい。			

事例	運営規程を変更したにも関わらず、変更前のものを掲示している。
改善点	運営規程は最新のものを掲示すること。

《ポイント》

○掲示事項はすべて掲示すること。

<掲示すべき事項>

- ① 運営規程
- ② 従業者の勤務体制
- ③ 苦情に対する措置の概要
- ④ 重要事項説明書
- ⑤ 外部評価・自己評価結果
- ⑥ 運営推進会議の議事録

- 重要事項の掲示方法は適切か（場所、文字の大きさ、掲示方法等）。
- 掲示事項の内容、実際に行っているサービス内容、届け出ている内容が一致すること。
- 自己評価及び外部評価を少なくとも年に1回は実施し、当該結果について、共同生活住居内の見やすい場所に掲示するほか、利用者の家族に送付する等により開示すること。
- 運営推進会議の議事録を掲示する際には、個人情報（参加者氏名・利用者氏名等）に配慮すること。

## （20）広告【市地密規則第27条】

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>●介護サービス事業者の認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、従業者の研修の受講状況等認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表すること。</p>			

事 例	・ホームページに記載されている内容が更新されていない。
改善点	<p>ホームページ上で、料金表等を掲載している場合は、常に最新版の情報を掲載し、誤解のない表現にすること。</p> <p>また、介護サービス情報公表システムも最新の情報に更新すること。</p>

### 《ポイント》

- その内容が虚偽又は誇大なものにならないこと。
- 広告の内容が運営規程等と整合すること。

## （21）地域との連携等【市地密規則第43条10】

- 外部評価は、次のいずれかの方法により受けること。
    - ①運営推進会議における評価
    - ②（県が指定する）外部評価機関による評価
- <運営推進会議における評価の流れ>
- ・自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行う。
  - ・自己評価の結果やサービス提供を行う上での課題等について、運営推進会議で報告し、外部評価を受ける。
- ※外部評価を受ける運営推進会議には、市職員や地域包括支援センター職員、サービスについて知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要。運営推進会議において外部評価を実施する場合には、参考様式として「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」が示されているため参考にすること。
- 運営推進会議について、テレビ電話装置等を活用して行うことが可能。（利用者等が参加する場合は、当該利用者等の同意を得ること）
  - 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、複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認めることとする。

- i 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。
- ii 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- iii 合同して開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。

## 《ポイント》

- 運営推進会議は、おおむね2月に1回以上開催し、必要な要望、助言等を聴く機会を設けること。
- 運営推進会議には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、高齢者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（例：近隣グループホームの職員等）に参加してもらい、活動状況を報告し、評価を受けること。
- 運営推進会議での報告内容については、あらかじめ資料を作成・配布すること。
- 運営推進会議での報告、評価、要望、助言等について、議事録を作成し、公表すること。

事例	<p>合同開催された運営推進会議の回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えていた。</p> <p>また、運営推進会議の記録が、合同開催かどうか不明瞭だった。</p>
改善点	<p>合同で開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。</p> <p>また、会議の記録は、合同開催かどうかを明確に区別できる記録を作成すること。</p>

Q	<p>運営推進会議の構成員について、「利用者、利用者の家族、地域の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等」とあるが、これらの者は必ず構成員とする必要があるのか。【介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&amp;A 問16】</p>
A	<p>運営推進会議は、各地域密着型サービス事業所が、利用者、市町村職員、地域の代表者等に対し、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」を防止するとともに、地域との連携が確保され、かつ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、原則として、上記の者を構成員とする必要がある。</p>

Q	<p>認知症高齢者グループホームの運営推進会議においては、活動状況としてどのような報告を行う必要があるか。【H18 Q&amp;A vol.4 問11】</p>
A	<p>運営推進会議において報告を行う事項としては、「認知症高齢者グループホームの適正な普及について（平成13年3月12日老計発第13号老健局計画課長通知）」別添2に掲げる「認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目」や、自己評価及び外部評価の結果などが考えられるが、運営推進会議の場においては、当該グループホームにおける運営やサービス提供の方針、日々の活動内容、入居者の状態</p>

Q	<p>などを中心に報告するとともに、会議の参加者から質問や意見を受けるなど、できる限り双方向的な会議となるよう運営に配慮することが必要である。</p> <p>なお、運営推進会議の実践例については、「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業」((社)日本認知症グループホーム協会(平成20年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業))等を参考にされたい。</p>
---	---

Q	<p>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して取り扱うのか。【R3 Q&amp;A vol.4 問26】</p>
A	<p>貴見のとおり。なお、今回の改定は、現行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)以上開催するという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。</p>

Q	<p>「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、本来に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参入することができるか。【R3 Q&amp;A vol.4 問27】</p>
A	<p>できない。継続年数に参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。</p>

## (22) 事故発生時の対応【市地密規則第30条】

事例1	<p>事故に至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、従業者に周知徹底していない。</p>
改善点	<p><b>事故に至る危険性がある事態(ヒヤリ・ハット)が生じた場合も施設内で報告し、集計・分析を行い、改善策・再発防止策を検討すること。</b></p>
事例2	<p>事故発生時に市(指導監査課)に<b>連絡・報告</b>をしていない。</p>
改善点	<p>事故発生時には<b>速やか</b>に関係各所へ連絡・報告すること。</p>
事例3	<p>第2報(事故後の対応、事故原因の追求、再発防止に関する今後の対応・方針)の<b>送付がない</b>か、その内容が不十分である。</p>
改善点	<p>指導監査課へ第1報のみの報告で、以降の報告がないケースが散見されるが、<b>事故対応の終結まで適宜報告</b>すること。</p>

## 《ポイント》

「介護サービス等の提供に係る事故報告基準」(令和4年3月改定)に基づき報告すること。

(1) 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故

- ・職員が同行した外出時(送迎を含む)の事故も含む。
- ・医師は施設の勤務医、配置医を含む。
- ・医師により治療が不要と診断された場合は、報告対象外とする。

(2) 死亡に至った事故

- ・医師の診断により、明らかに病気が原因による死亡の場合は、報告対象外とする。

(3) 失踪

- ・施設及び事業所の敷地内で見つかった場合は報告対象外とする。

(4) その他、市が報告することを必要と認める事故

※報告対象に該当するか不明の場合は、指導監査課へ問い合わせること。

## &lt;報告期限&gt;

**第1報 事故発生後3日以内**

**第2報 事故日より1ヶ月以内**

(1ヶ月を経過しても事故が完結していない場合は、記入日現在の進捗状況等も記載すること。)

※第1報、第2報は、同時に報告しないこと。それぞれの期限内の状態及び経過等を報告すること。

## &lt;提出方法&gt;

## 【電子申請サービス】

[https://s-kantan.com/city-kurashiki-okayama-/offer/offerList\\_initDisplay.action](https://s-kantan.com/city-kurashiki-okayama-/offer/offerList_initDisplay.action)

※詳細は、「介護サービス等の提供に係る事故報告基準」及び「電子申請による事故報告書提出マニュアル」をご確認ください。

[https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/kaigo\\_houkoku/](https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/kaigo_houkoku/)

(23) 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【市地密規則第75条】

**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(※令和9年3月31日までは努力義務。)**

介護現場の生産性向上の取組を推進する観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じた必要な対応を検討し、利用者の尊厳や安全性を確保しながら事業所全体で継続的に業務改善に取り組む環境を整備するため、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を定期的に開催しなければならない。

**関連** → **生産性向上推進体制加算**

## 《ポイント》

- |     |  |
|-----|--|
| ○目的 | 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 |
| ○頻度 | 定期的に開催すること。                            |
| ○方法 | テレビ電話装置等を活用して行うことができる。                 |

## (24) 記録等の整備【市地密規則第93条】

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
保存年限の始点となる「その完結の日」の定義について			
「その完結の日」とは、同項第1号から第6号までの記録については、 <u>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</u> 、同項第7号の記録については、 <u>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</u> とする。			

## (25) 電磁的記録等【市地密規則第151条】

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等への説明及び同意について、電磁的な対応も可能。電磁的な対応を行う場合は署名や押印は不要。</li> <li>・諸記録の保存及び交付等について、電磁的な対応を原則認める。</li> <li>・様式例から押印欄を削除しているため、市へ提出する文書については原則押印不要。</li> <li>・電磁的な対応を行わない場合であっても、署名があれば押印は不要。</li> <li>●電磁的記録により行う場合は、「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「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。</li> <li>●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&amp;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。</li> <li>●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&amp;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。</li> </ul>			

## 【参考】

- 厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等

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

## (26) 指定基準上義務付けられている委員会、指針、研修、訓練、計画のまとめ

**委員会**

種別	備考
<u>身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会</u>	3月に1回以上
<u>虐待の防止のための対策を検討するための委員会</u>	定期的開催（年1回以上は開催すること。）
<u>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</u>	6月に1回以上
<u>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</u>	定期的開催（年1回以上は開催すること。） ただし、令和9年3月31日までは努力義務。

**指針**

種別	備考
<u>身体的拘束等の適正化のための指針</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 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</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</li> <li>➢ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</li> <li>➢ 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</li> </ul>
<u>虐待の防止のための指針</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針</li> <li>➢ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針</li> <li>➢ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項</li> <li>➢ 成年後見制度の利用支援に関する事項</li> <li>➢ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項</li> <li>➢ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項</li> <li>➢ その他虐待の防止の推進のために必要な事項</li> </ul>
<u>感染症の予防及びまん延防止のための指針</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 平常時の対策</li> <li>◆ 発生時の対応</li> </ul>

**研修**

種別	備考
身体的拘束等の適正化のための研修	年2回以上、新規採用時
虐待の防止のための研修	年2回以上、新規採用時
業務継続計画に関する研修	年2回以上、新規採用時 感染症の業務継続計画に係る研修は、 感染症の予防及びまん延防止のための 研修と一体的に実施可能。
感染症の予防及びまん延の防止のための研修	年2回以上、新規採用時
認知症介護に関する知識及び技術の修得を目的とした研修	年1回以上（努力義務）
認知症介護基礎研修	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

**訓練**

種別	備考
非常災害対策に係る訓練	年2回以上
感染症の予防及びまん延防止のための訓練	年2回以上
業務継続計画についての訓練	年2回以上 (災害、感染症に係る訓練は、それぞ れ上記の訓練と一体的に実施して差し 支えない)

**計画**

種別	備考
非常災害に関する具 体的計画	消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等 の災害に対処する計画
業務継続計画	感染症や非常災害時の発生時において、利用者へのサービス提 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

## 6. 変更の届出等

### 【提出期限】

#### 変更の日から10日以内

既に申請、届出している事項について変更があった場合は、所定の「変更届出書」及び添付書類を1部提出してください。(例：4月1日に変更 ⇒ 4月10日までに提出)

事例1	・事務室として届け出ている部屋にロッカーを設置し、更衣室として使用するなど、届け出内容と用途が異なっている。
改善点	設備や用途を変更する際は、事前に市役所に相談の上、変更届出書を提出すること。

事例2	管理者・計画作成担当者の変更の届出をしていなかった。
改善点	変更届を直ちに提出すること。計画作成担当者については、研修修了要件を満たす者を配置していない、介護支援専門員を配置していない期間が一定以上続く場合は、3割減算を適用する。 <b>(減算せずに請求している場合には不正請求として処分する可能性がある)</b>

事例3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程の内容が現状と異なる。</li> <li>・協力医療機関（協力歯科機関を含む）が現状と異なる。</li> </ul>
改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程の内容を変更した場合は、変更届出書を提出すること。</li> <li>・協力医療機関（協力歯科機関を含む。）を変更（追加又は減少）した場合は、変更届（「(別紙3) 協力医療機関に関する届出書」及び「協定内容が分かる書類」を添付）を提出すること。</li> </ul>

《介護保険事業者の申請の手引き・様式（指導監査課ホームページ）》

<https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/tebiki/>

## 7. 体制の届出等

### 【加算等の算定の開始時期】

○届出が受理された日が属する月の翌月（受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始することができる。

※算定を開始する予定月の1日までに市に受理されるよう、余裕を持って書類を提出すること。

※審査には原則2週間を要するため、算定を開始する予定月の前月15日までに提出することが望ましい。

### 【加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い】

○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（請求）を行わないこと。

○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すること。

○上記の場合、届出を行わず、当該加算について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、悪質な場合には指定の取り消しをもって対処する。

《介護保険事業者の申請の手引き・様式（指導監査課ホームページ）》

<https://www.city.kurashiki.okayama.jp/kansa-fk/i/tebiki/>

## 8. 介護報酬

### 1 基本報酬

#### (1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
【通常利用】			
部屋	空いている居室等		
人数	ユニットごとに1名（定員の範囲内）		
利用期間	30日以内		
【緊急利用】			
利用者要件	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、緊急に利用が必要と認めた者		
部屋	空いている居室等に限らない（※）		
人数	ユニットごとに定員を超えて1名まで（※）		
日数	原則7日（やむを得ない事情がある場合は14日まで。）		
※当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がない場合			
・緊急利用として利用可能な部屋の要件			
おおむね7.43㎡/人以上			
「プライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外でもよい。			
⇒建具による仕切りはよいが、家具やカーテン、簡易パネルによる仕切りは不可。天井が空いているのはよい。視線が遮断されることが前提。			

#### 《ポイント》

○短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たって必要な、「十分な知識を有する従業者」とは、以下のいずれかを修了している者とする。

- ・認知症介護実務者研修のうち「専門課程」
- ・認知症介護実践者研修のうち「実践リーダー研修」
- ・「認知症介護指導者養成研修」

### 2 減算関係

#### (1) 身体拘束廃止未実施減算

**短期利用についても、身体拘束廃止未実施減算を適用し、所定単位数の100分の1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、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項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条7項に規定する措置（後述）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になる。

**※身体拘束等を行っていなければ減算しなくてよいというわけではなく、たとえ身体拘**

**束等を行っていない場合であっても、基準第97条第7項に規定する措置を講じていない場合には減算。**

- ・身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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**（**一時性**・**非代替性**・**切迫性**）を記録すること。

#### 基準第97条第7項に規定する措置

- ・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回以上開催するとともに、**その結果について介護職員その他従業者に周知徹底**を図ること。
- ・身体的拘束等の適正化のための**指針を整備**すること。
- ・介護職員その他の従業者に対し、**身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に**（年に2回以上、新規採用時には必ず）**実施**すること。

（※）テレビ電話装置等を活用することができる。

○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**となる。（減算は**利用者全員について所定単位数の1割**を減算するものであり、**最低3月間は継続**することになる。）

#### 事例1

身体的拘束適正化の指針が整備されていない。

**→身体拘束廃止未実施減算の対象**

#### 事例2

身体的拘束等適正化検討委員会が開催されていない。

**委員会の記録が確認できない場合→身体拘束廃止未実施減算の対象**

#### 事例3

身体的拘束に関する研修を行っていない。

**研修の記録が確認できない場合→身体拘束廃止未実施減算の対象**

### （2）虐待防止措置未実施減算

**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、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。**

#### 虐待の発生又はその再発を防止するための措置

- ①虐待防止検討委員会の定期的開催及びその結果の従業者に周知徹底すること
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待防止のための研修の定期的（**年2回以上**）実施
- ④虐待防止措置の担当者の設置

### （3）業務継続計画未策定減算

**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、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算する。（未策定の期間を遡及して**

**適用)**

※感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合の、減算適用除外の経過措置は令和7年3月31日まで。

**(4) 定員超過利用に該当する場合**

●介護保険法施行規則第131条の6の規定に基づき市町村長に提出した運営規程に定められている登録定員を上回って登録させている場合は、所定単位数の70%に相当する単位数を算定する。

※利用者全員について、翌月から定員超過利用が解消されるに至った月まで減算となる。

**(5) 人員基準欠如に該当する場合**

以下の基準に従って、人員基準欠如の場合は、利用者等の全員について減算請求となる。下記は、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めること。

**●計画作成担当者（所定単位数の70%に相当する単位数を算定）**

- ① 計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合
- ② 計画作成担当者を配置していない場合

人員欠如内容	減算始期	減算終期
計画作成担当者（介護支援専門員）の人員基準欠如	その翌々月から (※)	解消されるに至った月まで

※翌月末において人員基準を満たした場合は除く

- 6月末に計画作成担当者（介護支援専門員）が1名退職し、7月中に計画作成担当者（介護支援専門員）を雇用し、人員基準を満たした⇒減算にはならない
- 6月末に計画作成担当者（介護支援専門員）が1名退職し、7月中は計画作成担当者（介護支援専門員）不在、8月中に計画作成担当者（介護支援専門員）を雇用し、人員基準を満たした⇒減算にはならない
- 6月末に計画作成担当者（介護支援専門員）が1名退職し、7月～8月は計画作成担当者（介護支援専門員）不在、9月中に計画作成担当者（介護支援専門員）を雇用し、人員基準を満たした場合⇒9月のみ利用者全員減算

※介護支援専門員を配置していなかったにも関わらず減算をしていなかったことにより、行政処分を行った事案がありますので十分注意してください。

**●介護従業者（所定単位数の70%に相当する単位数を算定）**

人員欠如内容	減算始期	減算終期
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	その翌月から
	やむを得ず1割の範囲内で減少した場合	その翌々月から (※)
		解消されるに至った月まで

※翌月末において人員基準を満たした場合は除く

指定地域密着型サービス基準第90条（抜粋）

共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たる介護従業者を、常勤換算方法で、当該共同生活住居の利用者（中略）の数が3又はその端数を増すごとに1以上とするほか、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（中略）を行わせるために必要な数以上とする。

## ●夜勤・宿直職員（所定単位数の97%に相当する単位数を算定）

ある月において以下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全員について減算となる。

- ① 当該従事者が勤務すべき時間帯において職員数が地域密着型サービス基準に定める員数に満たない事態が2日以上連続で発生した場合
- ② 当該従事者が勤務すべき時間帯において職員数が地域密着型サービス基準に定める員数に満たない事態が4日以上発生した場合

## 3 加算関係

## (1) 入院時費用

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>あらかじめ、利用者に対して、<u>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。</u></p> <p><u>退院することが明らかに見込まれるとき</u>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。</p> <p><u>必要に応じて適切な便宜を供与する</u>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。</p> <p><u>やむを得ない事情がある場合</u>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。<u>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。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の期間には初日及び最終日は含まない。</li> <li>・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。</li> <li>・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であっては、当該利用</li> </ul>			

	<p>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。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の費用の算定にあたって、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。</li> <li>・1回の入院が複数月にまたがる場合、ひと月あたり最大6日分、入院期間中最大12日分の費用算定が可能。</li> <li>・退院した月に再入院した場合、その月の算定日数が6日未満であれば、残り日数分を算定できる。（下記Q&amp;AのAの例を参照。退院でリセットはされないこと、ひと月あたりの上限は6日間であることに注意。）</li> <li>・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。</li> </ul>
--	---

事例1	遠方に住んでいる利用者の家族から、事業所が入退院に係る手続き等を代行してほしいと言われたが、今まで入退院の手続き等は家族に行ってもらっていたため断った。
改善点	入退院等の手続きの代行は「必要に応じて適切な便宜を提供」に当たるため、断るのであれば、当該体制の要件を満たしていない。

事例2	入院時費用の算定について、事業所としての体制が説明されていない。
改善点	<b>運営規程又は重要事項説明書等に事業所としての体制について記載しておくこと。</b> （入院後3月以内に退院することが明らかに認められる場合には、円滑に再入居ができるような体制を整えていることを記載しておくこと）

Q	<p>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。【R6 Q&amp;A vol.1 問154】</p> <p>（例）4月1日から6月30日まで3ヶ月入院した場合</p> <p>4月1日（入院）</p> <p>4月2日～7日（一日につき246単位を算定）</p> <p>4月8日～30日</p> <p>5月1日～6日（一日につき246単位を算定）</p> <p>5月7日～5月31日</p> <p>6月1日～6日（一日につき246単位を算定）</p> <p>6月7日～29日</p> <p>6月30日（退院）</p>
A	<p>（中略）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。</p> <p>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。</p>

(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
4月30日	(一日につき246単位を算定) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1日算定</span>
5月 1日～ 6日	(一日につき246単位を算定) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6日算定</span>
5月 7日～31日	
6月 1日～ 5日	(一日につき246単位を算定) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5日算定</span>
6月 6日	
6月 7日	退院
6月10日	入院
6月11日	(一日につき246単位を算定) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1日算定</span>
6月20日	退院

## (2) 看取り介護加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
事例1	看取りに関する指針が定められていない。また、指針は定められていたが、指針に盛り込むべき項目が盛り込まれていない。		
改善点	看取りに関する指針を定めること。また、当該指針は留意事項通知における盛り込むべき項目を盛り込んでいること。		

事例2	看取りに関する指針に同意が得られていない。
改善点	<b>入居の際に</b> 、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、 <b>同意を得ている</b> こと。

事例3	看取り介護加算に関する研修が1年以上実施されていない。
改善点	看取りに関する職員研修は実施されていたが、前回実施から期間が経過しているため、早急に実施すること。 また、対象となる利用者がない場合であっても、当該加算の算定を届け出た事業所は、 <b>年に1回は看取りに関する職員研修を実施すること。</b>

事例4	「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」（以下「看取り状態と診断された利用者」）について、確認が出来ない。
改善点	医師が診断したことが確認できるように、診断書又は診断したことがわかるように適切に記録を残すこと。

事例5	看取り状態と診断された後に見直された認知症対応型共同生活介護計画に対して、看取り状態と診断された利用者又はその家族に同意を得ていない。 また、看取り介護加算の請求を、当該計画の同意日前から請求している。
-----	--

改善点	<p>看取り状態と診断された利用者又はその家族は、医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者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ものから説明を受け、同意をしている者であること。</p> <p>また、看取り介護加算の請求を、当該計画の同意日より前から請求している場合、必要に応じて返還指導するため、計画の同意日以降から適切に請求すること。</p>
-----	--

事例6	看取り介護加算の算定の前提となる医療連携体制加算の要件（重度化した場合の対応に係る指針への同意など）を満たしていない。
改善点	医療連携体制加算の要件を満たしていない場合、医療連携体制加算と合わせて、必要に応じて看取り介護加算も返還指導するため、医療連携体制加算の要件も満たすこと。

### (3) 初期加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>① 当該利用者が過去3月間の間に、当該事業所に入居したことがないこと。（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。）</p> <p>② 短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者が日を空けることなく引き続き当該事業所に入居した場合（短期利用の利用を終了した翌日に当該事業所に入居した場合を含む。）は、初期加算は入居直前の短期利用の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定する。</p> <p>③ 30日を超える（注：31日以上）病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合は、①にかかわらず算定できる。</p>			

### (4) 協力医療機関連携加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>協力医療機関との間で、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に（概ね月1回以上）開催している場合に算定する。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。</p> <p>(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項第1号（※1）及び第2号（※2）に規定する要件を満たしている場合 100単位/月</p> <p>(2) (1) 以外の場合…………… 40単位/月</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>			

Q	<p>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のか。【R6 Q&amp;A vol.1 問127】</p>
---	---

A	職種は問わないが、入所者の病歴その他に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時における当該協力医療機関との対応を確認できる者。
---	--

Q	基準省令に規定する要件全てを満たす医療機関を、協力医療機関として複数定める場合、協力医療機関連携加算の算定にあたっての定期的な会議は、当該医療機関のうち1つの医療機関と行うことで差し支えないか。【R6 Q&A vol.2 問13】
---	---

A	差し支えない。
---	---------

Q	「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」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。【R6 Q&A vol.7 問1】
---	---

A	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、利用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利用者であっても、当該利用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に取り組むことが必要。
---	---

#### (5) 医療連携体制加算

事例1	重度化した場合における対応に係る指針を定め、当該指針の内容を説明したが、同意を得ていることが確認できない。
改善点	重度化した場合における対応に係る指針に対する <b>同意を得たかどうかを確認できない場合</b> （同意書がない、同意を得た記録がない）は、 <b>返還指導</b> するため、記録を残すこと。

事例2	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が盛り込まれていない。
改善点	地密留意事項通知に基づき、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を盛り込むこと。

事例3	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、1名以上確保している看護師の資格を確認していない。
改善点	加算（I）ハについて、連携により確保する看護師は必ず看護師（正看護師）でなければならない。准看護師では本加算は認められない。 加算（I）ロについて、事業所で配置している看護職員が准看護師である場合、連携により連絡体制を確保する看護師は必ず看護師（正看護師）でなければならない。

事例4	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配置すべき看護職
-----	-----------------------------------

	員または看護師を常勤換算方法で1名以上配置していない。
改善点	<p>加算（Ⅰ）ロの場合は看護職員を常勤換算方法で1名以上、加算（Ⅰ）イの場合は看護師を常勤換算方法で1名以上配置すること。</p> <p>常勤換算方法で1名以上配置されているかどうかを確認できない場合は、返還を指導するため、当該職員が勤務した記録を残し、毎月常勤換算方法で1名以上配置できているか確認すること。要件を満たさなくなった場合は直ちに加算の区分変更または加算の取り下げを届け出ること。</p>

Q	看護師の配置については、職員に看護資格をもつものがいいのか。看護職員として専従であることが必要か。【H18 Q&A vol.4 問6】
A	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ついては、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。

Q	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。）【H18 Q&A vol.4 問7】
A	看護師としての基準勤務時間数は設定していないが、（中略）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。）

Q	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。（他事業所に常勤配置とされている従業者を併任してもよいか）【H18 Q&A vol.4 問9】
A	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。

Q	医療連携体制加算（Ⅰ）ロの体制について、事業所の職員として准看護師のみを配置している場合、看護師と連携をとる必要があるが、その看護師は特養や老健に所属している者でもよいか。
A	連携する看護師は、病院、診療所又は訪問看護ステーションに所属する看護師でなければならない。（厚生労働省確認済）

Q	留置カテーテルが挿入されていれば、医療連携体制加算（Ⅱ）は算定できるのか。【R6 Q&A vol.1 問149】
A	◆ 留置カテーテルからの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等計画的な管理を行っている場合は算定できるが、単に留置カテーテルが

◆	挿入されているだけでは算定できない。 また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合は、計画的な管理が十分に行われていないため算定できない。
---	---

Q	医療連携体制加算（Ⅱ）の算定要件のうち、「インスリン注射を実施している状態」とあるが、実施回数自体に関する規定があるか（1日当たり何回以上実施している者等）。【R6 Q&A vol.1 問150】
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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。</li> <li>◆ 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。</li> </ul>

### （6）退居時情報提供加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<b>入居者が医療機関へ退所した際、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加算</b>			
利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、医療機関に対して、 <u>利用者の同意を得て</u> 、利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、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。			

Q	同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても算定可能か。【R6 Q&A vol.2 問18】
A	同一月に再入院する場合に算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

Q	退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。【R6 Q&A vol.3 問2】
A	算定可能。

### （7）認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<div style="border: 2px solid #4a7ebb; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>対象者「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」 ＝日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する入居者</p> </div>			
●（Ⅰ）「認知症介護に係る専門的な研修」とは、			

認知症実践リーダー研修または認知症看護に係る適切な研修（※）を指す。

●（Ⅱ）「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または認知症看護に係る適切な研修（※）を指す。

※認知症看護に係る適切な研修の具体例（現時点のもの）

- ・ 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ・ 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
- ・ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者のみ）

○Ⅰ・Ⅱいずれかを算定。一人の対象者について認知症チームケア推進加算との併算定不可。

事例 1	認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的 に開催していない。
改善点	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少なく とも年に1回以上開催し、会議録を残すとともに、全ての職員に会議内容が伝 わるようにすること。

事例 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活自立度ランクⅢ未満の利用者に対しても算定していた。</li> <li>・ 算定前に日常生活自立度のランクを確認していなかった。</li> </ul>
改善点	<p><b>算定対象者は日常生活自立度ランクⅢ、ⅣまたはMに該当する利用者のみ</b> である。（厚生労働省確認済）</p> <p>算定する前に、当該利用者の日常生活自立度のランクを確認し、算定要件を 満たした場合に、日常生活自立度ランクがⅢ以上の者に対して算定すること。</p>

事例 3	利用者の総数のうち、日常生活自立度ランクがⅢ以上の者の占める割合を記 録していなかった。
改善点	届出日の属する月前3月の月末時点において、利用者の総数のうち、日常生 活自立度のランクがⅢ以上に該当する者の占める割合が2分の1以上である ことを確認し、記録すること。

Q	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。【H21 Q&A vol.1 問116】
A	含むものとする。

<b>Q</b>	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。【H21 Q&A vol.1 問114】
<b>A</b>	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。

<b>Q</b>	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。【H21 Q&A vol.1 問115】
<b>A</b>	<p>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。</p> <p>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。</p>

<b>Q</b>	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。【H21 Q&A vol.2 問41】
<b>A</b>	短期利用認知症対応型共同生活介護及び介護予防短期利用認知症対応型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、本加算の対象からも除くものとする。

<b>Q</b>	認知所専門ケア加算Ⅱを算定するためには、当該加算（Ⅰ）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。【R3 Q&A vol.5 問38】
<b>A</b>	<p>必要ない。例えば加算の対象者が20名未満の場合、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 認知症看護に係る適切な研修を修了した者</li> </ul> <p>のいずれかが1名配置されていれば、認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定することができる。</p> <p>（注）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、又は認知症看護に係る適切な研修を修了した者を1名配置する場合、「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症介護の指導に係る専門的な研修」の修了者をそれぞれ1名配置したことになる。</p>

### （8）認知症チームケア推進加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
対象者「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」 ＝日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入居者			

対象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うえ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）を提供した場合の加算。

※（Ⅰ）（Ⅱ）いずれかを算定。（一人の対象者について認知症専門ケア加算との併算定不可。）

※参照 介護保険最新情報 Vol. 1228

『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（通知）』

Q

本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入居者にのみ加算が算定できるのか。【R6 Q&A vol.2 問3】

A

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。

Q

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。【R6 Q&A vol.2 問4】

A

貴見のとおり。ただし、配置要件となっている者が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。

Q

指定地域密着（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、入居者Aに対しては認知症専門ケア加算、入居者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。【R6 Q&A vol.2 問8】

A

可能である。

Q

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。【R6 Q&A vol.2 問9】

A

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、事業所内の入居者の認知症の症状は、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。

各事業所においては、各加算趣旨及び各入居者の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

Q	同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法をとるのか。【R6 Q&A vol. 6 問 6】
A	当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進体制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。

Q	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。【R6 Q&A vol. 9】
A	(Ⅰ) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">認知症介護指導者養成研修</span> + <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">認知症チームケア推進研修</span> (Ⅱ) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">認知症介護実践リーダー研修</span> + <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">認知症チームケア推進研修</span>

### (9) 生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
事例 1	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携施設の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が指定認知症対応型共同生活介護事業所と共同して実施した生活機能向上アセスメントに係る記録が不十分だった。		
改善点	当該加算の要件を満たす理学療法士等が指定認知症対応型共同生活介護事業所と共同して利用者の生活機能アセスメントを実施しなければならない。 よって、共同して生活機能アセスメントを実施したことがわかるように、理学療法士等が当該事業所を訪問した日時、派遣事業所、訪問した理学療法士等の職種及び氏名を記録しておくこと。		

事例 2	「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」の内容が不十分だった。
改善点	生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画には、 <b>利用者が暮らしの中で自立して行おうとする行為の内容、3月を目途とする達成目標、達成目標を経過的に達成すべき各月の目標、目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容</b> を記載すること。 また、達成目標及び各月の目標は、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。

事例 3	「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」を見直していないにもかかわらず、3月を超えて算定していた。
改善点	(Ⅰ) 計画作成担当者が、3月経過後、理学療法士等からの助言に基づいて計画を見直した場合には、再算定が可能。 (Ⅱ) 計画作成担当者が、事業所を訪問した理学療法士等と共同して行った、

	利用者の生活機能アセスメントに基づいて計画を見直した場合には、再算定が可能。
--	--

事例4	各月における目標の達成度合いを利用者及び理学療法士等に報告した記録を残していなかった。
改善点	当該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を利用者及び理学療法士等に報告した記録を残すこと。

Q	指定認知症対応型通所介護事業所は、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。【H30 Q&A vol.1 問113】
A	貴見の通りである。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。

Q	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。【H30 Q&A vol.1 問114】
A	貴見の通りである。 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、別法人からの提携の求めがあった場合には、積極的に応じるべきである。

### （10）栄養管理体制加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
事例	従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を受けたが、それが <u>訪問以外の方法</u> によるものであった。		
改善点	従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導については、必ず月に1回以上管理栄養士に事業所を訪問してもらったうえで受けること。訪問以外の方法によって技術的助言及び指導を受けた場合には、算定要件を満たさない。（テレビ電話装置等によるものも不可。厚生労働省確認済）		

Q	外部との連携について、介護保険施設の場合は「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。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が1名いる場合は、当該施設
---	--

	の管理栄養士が兼務できるのか。【R3 Q&A vol.3 問15】
A	入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1名以上配置することが求められる施設（例：100床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

## (11) 口腔衛生管理体制加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
＜ポイント＞			
<p>「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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>ロ) 当該事業所における目標</li> <li>ハ) 具体的方策</li> <li>ニ) 留意事項</li> <li>ホ) 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況</li> <li>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。）</li> <li>ト) その他必要と思われる事項</li> </ul> <p><b>介護職員</b>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、<u>歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外</u>の時間帯に行うこと。</p>			

事例1	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ない。
改善点	<p>利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成すること。</p> <p>なお、「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、<b>個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。</b></p>

事例2	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して月1回以上行った口腔ケアに係る技術的助言及び指導の記録の内容が不十分だった。
改善点	<b>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の氏名、助言及び指導を行った日時、助言及び指導を受けた介護職員の氏名、助言及び指導の内容を記録すること。</b>

事例3	口腔ケアに係る技術的助言及び指導を受けたが、訪問又はテレビ電話装置等以外の方法によるものであった。
-----	---

改善点	技術的助言及び指導を受ける方法は、訪問又はテレビ電話装置等を使用する <u>もののみ</u> 。それ以外の方法によって技術的助言及び指導を受けた場合には算定要件を満たさない。（厚生労働省確認済）
-----	---

Q	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。【R6 Q&A vol.1 問179】
A	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。

Q	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。【H30 Q&A vol.1 問75】
A	貴見の通りである。

Q	口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算における「歯科衛生士」とは、施設職員に限定されるのか。もしくは、協力歯科医療機関等の歯科衛生士でもよいのか。【H30 Q&A vol.1 問76】
A	両加算ともに、施設と雇用関係にある歯科衛生士（常勤、非常勤を問わない）または協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれであっても算定可能である。ただし、算定にあたっては、協力歯科医療機関等の歯科医師の指示が必要である。

Q	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。【R6 Q&A vol.1 問180】
A	施設ごとに計画を作成することとなる。

Q	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医師でなければならないのか。【R3 Q&A vol.3 問80】
A	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。

## (12) 口腔・栄養スクリーニング加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
----	---------	--------	-------------

事例	利用者が入居前に利用していた他の居宅サービスにおける当該加算の算定状況の確認を行っていなかった。
改善点	<p>口腔・栄養スクリーニング加算は、入居前の6月間において、他の介護保険サービス事業所で当該加算を算定していた場合、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所では算定できない。</p> <p>よって、新規の利用者に当該加算を算定する場合は入居前の当該加算の算定状況を確認すること。</p>

Q	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。【R3 Q&A vol.3 問20】
A	算定できる。

Q	短期間の入院を繰り返している等により、契約・解除・再契約を直近数カ月で繰り返している利用者について、初回利用月（R3.8）に当該加算を算定しているが、契約解除・再契約を経た上での利用開始月（R3.11）にスクリーニングを実施していれば初回利用月から6月経過していないが当該加算を算定可能か。【岡山県からの情報提供】
A	当該加算は「利用者1人」につき、年に2回（6月に1回）まで算定できる加算であるため、1度算定している場合、6月経過するまでは契約解除・再契約・事業所変更を何回していても算定できない。今回の事例であれば、当該利用者に対する当該加算を最短で算定できるのはR4.2以降となる。（岡山県確認済）

### （13）科学的介護推進体制加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
事例	提出すべき情報を期日までに提出していなかった。（下記Q&Aの場合を除く。）		
改善点	<p>次に定める月の翌月10日までに提出すること。</p> <p>（ア）既利用者：当該加算の算定を開始する月</p> <p>（イ）新規利用者：利用を開始した日の属する月</p> <p>（ウ）（ア）（イ）のほか、<b>少なくとも3月ごと</b></p> <p>（エ）サービスの利用を終了する日の属する月</p> <p>情報の提出を行えない事実が生じた月のサービス提供分から情報の提出が行われた月の前月までの間について、<u>利用者全員について</u>本加算を算定できない。</p>		

Q	要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。【R6 Q&A
---	--

vol.10 問4]	<p>「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 全身状態が急速に悪化した利用者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合</li> <li>● システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合</li> </ul> <p>やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ LIFEシステム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合</li> <li>➢ 介護ソフトのバージョンアップ（LIFEの仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合</li> <li>➢ LIFEシステムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合</li> </ul> <p>等のやむを得ない場合においては、事業所の利用者全員に当該加算を算定することは可能である。</p> <p>ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。</p>
------------	--

#### (14) 高齢者施設等感染対策向上加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する加算			

Q	<p>(I)の対象となる研修、訓練及びカンファレンスはどのようなものか。【R6 Q&amp;A vol.1 問128】</p>
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 以下の通り。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 感染対策向上加算または外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。）により、職員を対象として定期的に行う研修。</li> <li>➢ 感染対策向上加算1の届出を行った保健医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2または3の届出を行った保健医療機関と合同で、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。</li> <li>➢ 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。</li> </ul> </li> <li>● 感染対策向上加算1の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、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。</li> <li>● 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。</li> </ul>

<b>Q</b>	(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とは。【R6 Q&A vol.1 問132】
<b>A</b>	<p>内容については限定するものではないが、以下のものが挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 事業所の感染対策の現状の把握・確認（事業所の建物内の巡回等）</li> <li>➤ 事業所の感染対策上状況に関する助言・質疑応答</li> <li>➤ 個人防護具の着脱方法の実演、演習、指導等</li> <li>➤ 感染疑い等が発生した場合の事業所での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答</li> <li>➤ その他、事業所のニーズに応じた内容</li> </ul> <p>※ 単に事業所において机上の研修のみを行う場合には算定できない。</p>

## (15) 生産性向上推進体制加算

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<p>介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する加算。</p> <p>※参照 介護保険最新情報Vol. 1218、(改定)1236</p> <p>『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』</p>			

## (16) サービス提供体制強化加算Ⅰ～Ⅲ

GH	GH短期利用型	介護予防GH	介護予防GH短期利用型
<b>事例</b>	職員の割合について、届出を行って以降の記録がされていない。		
<b>改善点</b>	<p>当該加算は、算定月の前年度実績を基に算定の可否を判断するため、毎年3月中に当年度（加算算定の前年度）の4月から翌2月（11ヶ月分）の平均を求め、記録に残しておくこと。なお、当該割合の算出に当たっては、<b>常勤換算方法により算出</b>するものとする。</p>		

<b>Q</b>	「10年以上の介護福祉士が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。【R3 Q&A vol.3 問126】
----------	---

A

・ サービス提供体制強化加算における、勤続年数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、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、事業所が実施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。

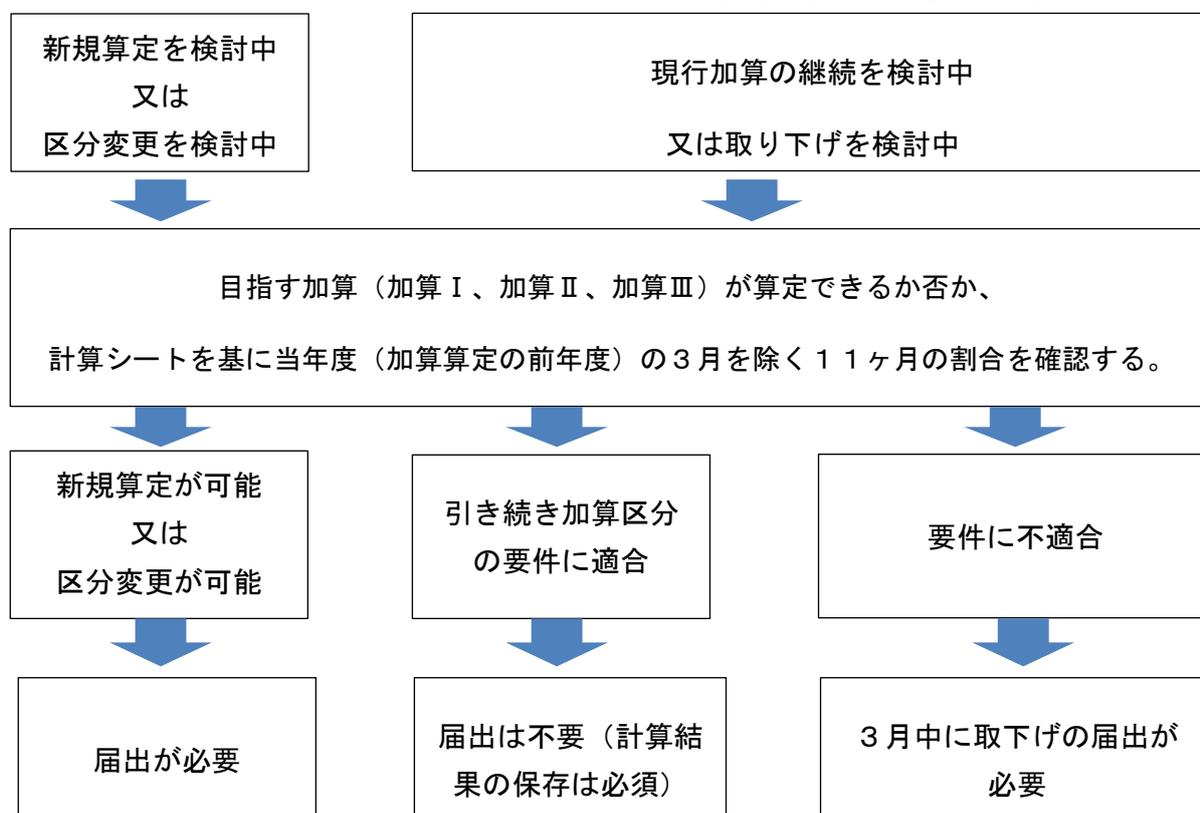
(※) 同一法人のほか、法人代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

・ 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。

同一法人等(※)における異なるサービス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

### 【サービス提供体制強化加算 処理フロー図】

※前年度の実績が6月に満たない事業所を除く



☆ポイント

当該加算は、算定月の前年度実績を評価した加算であるので、算定月の前年度の実績が加算要件に適合していれば、算定月を含む当年度は加算を継続的に算定可能であり、市への届出は不要。

加算水準（例：常勤割合 75%以上）を維持することが望ましいが、加算算定中に当該水準を下回った場合でも、取り下げる必要はない。

**ただし、制度改正によって加算の算定要件が変更になった場合等には届出が必要になることがあるため、国や市からの通知等の内容に十分注意すること。**

### （17）介護報酬算定上の留意事項について

#### 《留意点》

1. ミスによる報酬返還を防止するため、単位数表・解釈通知・関連する告示・厚生労働省が発出したQ&A等をよく確認すること。
  2. 加算には複数の要件及び必須とされる記録がある。要件等は、単位数表、解釈通知その他の通知類及びQ&A等に分散しているため、注意すること。
  3. 必須とされている要件や記録については、加算算定要件を満たしていることが事後的に確認できなければならない。
- ※ これらの要件や記録は、介護報酬を請求するための根拠であるので、請求に当たっては、これらの書類に基づいて適正に行うこと。

#### 《説明と同意》

1. 個別的なサービスに係る加算については、基本的に、利用者又はその家族に対する説明と同意が必須である。
  2. 他の算定要件が満たされていても、同意がなければ算定できない。
- ※運営指導時に確認出来なければ返還指導することになる。

## 9. 地域密着型サービス評価について

### 1 地域密着型サービス評価とは

介護サービスの質を確保する手段の1つとして、介護保険法は、すべての事業者に対して、提供するサービスの質の評価等を通じて良質のサービスを追求することを求めており、特に、地域密着型サービスのうち、認知症対応型共同生活介護（介護予防事業所を含む。以下同じ。）の事業者については、「自己評価」、「外部評価」の実施と「これらの評価結果の公表」が義務付けられています。

### 2 自己評価、外部評価

- (1) 自己評価及び外部評価は、「指定基準」に基づき県が定める「岡山県地域密着型サービス評価実施要領」により、原則として少なくとも年度内に1回実施することとされています。
- (2) 自己評価は、事業者が、自ら提供するサービスを評価・点検することにより、サービスの改善及び質の向上を図ることを目的として実施するものです。
- (3) 外部評価は、県が選定する外部評価機関が客観的にサービスの質を評価するものです。
- (4) 外部評価を受けることにより、利用者にとっては、より客観性の高い情報が提供されることとなり、事業者にとっては、サービスの質の向上のための課題が明確となるといったメリットがあります。

### 3 自己評価及び外部評価の実施回数

- (1) 事業者は、その事業所ごとに、原則として少なくとも年度内に1回は自己評価及び外部評価を受けるものとする。
- (2) 新規に開設する事業所については、開設後概ね6ヶ月を経過した時点で自己評価を行い、開設後1年以内に外部評価の実施及び結果の公表を行うものとする。
- (3) 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、市町村が体制の変更届を受理した日を起算日として、新規開設の事業所と同様の扱いとする。

### 4 外部評価免除とは

地域密着型サービスへの市町村の一層の関与を促す観点等から、次の要件を満たす事業所については、都道府県及び市町村の判断により、上記にかかわらず、外部評価の実施を2年に1回とすること（＝外部評価免除）が認められています。

（注：2年に1回とされるのは「外部評価の実施」のみです。（外部評価免除の適用を受けた年度においても、「自己評価」及び「その評価結果の公表」は必要です。）

### 5 外部評価免除の適用要件

外部評価免除の適用を受けるには、次に掲げる全ての要件を満たすことが必要です。

- (1) 過去に外部評価を5年間継続して実施している。
- (2) 「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を市町村に提出している。
- (3) 運営推進会議が前年度に6回以上開催されている。
- (4) 運営推進会議に市町村又は地域包括支援センターの職員が必ず出席している。
- (5) 「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、6の実践状況（外部評価）が適切である。

### 6 その他

○詳細については、岡山県長寿社会課のホームページ（地域密着型サービス評価について）を参照してください。

HPアドレス：<https://www.pref.okayama.jp/page/272613.html>

○「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」の提出先は、本庁指導監査課です。各支所では受付できませんので、本庁指導監査課に持参又は郵送をお願いします。

○令和3年度から、既存の外部評価と運営推進会議による評価のいずれかから「第三者による外部評価」を受けることとなりました。運営推進会議による評価は外部評価免除の対象になりません。

## 10. 認知症対応型サービス事業管理者等養成研修について

### 代表者交代時の開設者研修の取扱いについて

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、当該代表者が当該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研修日程のいずれか早い日までに修了することで差し支えない（**ただし、この場合は必ず事前に指導監査課へ相談すること**）。

一方、新規に事業者が事業を開始する場合については、事前の準備期間があり、代表交代時のような支障があるわけではないため、代表者としての資質を確保する観点から、原則どおり、**新規指定時において研修を修了していること**。

### 管理者交代時の研修の修了猶予措置について

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、市からの推薦を受けて都道府県に研修の申し込みを行い、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。（**ただし、この場合は必ず事前に指導監査課へ相談すること**）

一方、新規指定時には、**管理者は原則どおり研修を修了していること**。

「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に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について（平成24年3月16日老高発0316第2号・老振発0316第2号・老老発0316第6号）

○代表者が受けるべき研修	・『認知症対応型サービス事業開設者研修』
○管理者が受けるべき研修	・『実践者研修』 ・『認知症対応型サービス事業管理者研修』
○計画作成担当者が受けるべき研修	・『実践者研修』