

令和7年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

9

(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)

資 料

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
(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)

〔 目 次 〕

①	運営指導における主な指導内容及び留意点について.....	1
②	2ユニット以上の事業所における計画作成担当者の配置について.....	9
③	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の義務付けについて.....	10
④	入居中に福祉用具を利用する場合の費用負担について.....	12
⑤	利用者が入院した時の費用（入院時費用）の算定について.....	13
⑥	協力医療機関連携加算について.....	14
⑦	医療連携体制加算について.....	18
⑧	退居時情報提供加算について.....	24
⑨	認知症チームケア推進加算について.....	26
⑩	高齢者施設等感染対策向上加算について.....	32
⑪	新興感染症等施設療養費について.....	38
⑫	生産性向上推進体制加算について.....	39
⑬	養介護施設従事者等による高齢者虐待について.....	43

① 運営指導における主な指導内容及び留意点について

過去に実施した運営指導を中心に、主な指導内容等を以下のとおり掲載します（口頭指導を含む）。今後の適正な運営の参考としてください。

【重要事項説明書について】

運営指導時の状況	改善内容
重要事項説明書の内容に不十分な箇所がある。	利用者に対する説明責任として、重要事項説明書について以下の内容を訂正すること。 1. 従業員の勤務の体制（常勤・非常勤の別、従業員の員数）について実態に合わせて訂正すること。 2. 利用料における加算の内容について、誤った内容を記載しているため、訂正すること。 なお、算定予定のない加算については、必ずしも記載する必要はないことに留意すること。 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）について記載すること。 4. 重要事項説明書に係る同意書について、利用者本人が署名することが困難なため代筆者が記載する場合には、利用者氏名並びに代筆者氏名及び本人との続柄等も記載できるよう、様式を調製すること。

【運営規程について】

運営指導時の状況	改善内容
運営規程の内容に不十分な箇所がある。	利用者に対する説明責任として、運営規程の以下の内容を訂正すること。 1. 従業員の職種、員数を実態に合わせて訂正すること。

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

【勤務体制の確保等】

運営指導時の状況	改善内容
<p>勤務表は暦月ごとに作成しているが、以下のとおり誤りや不十分な箇所がある。</p> <p>1. 勤務表が共同生活住居ごとに作成されていない。</p> <p>2. 管理者との兼務関係が記載されていない。</p>	<p>人員管理の適正化及び勤務状況の明確化の観点から、以下のとおり勤務表の不十分な箇所を訂正すること。</p> <p>1. 勤務表は共同生活住居ごとに作成すること。</p> <p>2. 管理者との兼務関係について明確に記載すること。</p>
<p>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全ての職員に対し受講が必要な認知症介護に係る基礎的な研修（以下「認知症介護基礎研修」という。）の受講ができていない。</p>	<p>認知症介護基礎研修は、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者について、受講させるために必要な措置を講ずることが令和6年4月1日以降義務化されていることから、速やかに措置を講ずること。</p>
<p>貴事業所では、月に1回研修を行っているが、研修に参加していない従業員について実施の有無についての記録がない。</p>	<p>研修について従業員が受講等したことが確実にわかるように押印等による記録を残すこと。</p>

【記録の整備】

運営指導時の状況	改善内容
<p>一部の従業員について、雇用契約書、秘密保持の誓約書、資格者証が確認できない事例があった。</p> <p>勤務形態一覧表により、雇用関係があることは確認できた。</p>	<p>法令に則り、適正な労務管理を行うこと。</p>

【指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針について】

運営指導時の状況	改善内容
<p>自己評価及び外部評価について、以下のとおり不備がある。</p> <p>1. 自己評価及び外部評価については、少なくとも1年に一回以上実施すべきであるが、未実施の年度がある。</p> <p>2. 自己評価及び外部評価結果について、公表し、運営推進会議での報告及び利用者及びその家族に対し提供を行ったことが確認できない。</p> <p>3. 自己評価及び外部評価結果を本市に提出していない。</p>	<p>自己評価及び外部評価について、事業者が行うサービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図る観点から行われるものであることを踏まえ、以下のとおり改善すること。</p> <p>1. 少なくとも1年に一回以上実施すること。</p> <p>2. 評価結果については、公表のうえ、運営推進会議にて報告し、また利用者及びその家族へ手交若しくは送付等により提供を行うこと。</p> <p>3. 評価結果については、必ず本市へ提出すること。</p>
<p>身体的拘束等の適正化のための指針を作成していることは確認できたが、その内容に盛り込むべき項目が不足していた。</p>	<p>身体的拘束等の適正化のための指針には以下の項目についても漏れなく盛り込むこと。</p> <p>1. 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</p> <p>2. 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</p> <p>3. 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</p> <p>4. 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のため方策に関する基本方針</p> <p>5. 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>6. 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>7. その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>

【(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成について】

運営指導時の状況	改善内容
<p>(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画について、以下のとおり不十分な箇所がある。</p> <p>1. 解決すべき課題の把握(以下、「アセスメント」という。)が実施されていない事例があった。</p> <p>2. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握(以下、「モニタリング」という。)が実施されていない事例があった。</p> <p>3. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画作成後のモニタリングについては、計画作成担当者が実施する必要があるが、モニタリングシートを担当介護職員が記入している事例が散見された。</p>	<p>(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画について、以下のとおり不十分な箇所を訂正すること。</p> <p>1. 及び2. 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画を作成する必要があることから、計画作成担当者がアセスメントを行ったこと及びアセスメントの結果の記録を残すこと。</p> <p>また、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者等との連絡を継続的に行うことによりモニタリングを行う必要があるため、計画作成担当者が適切に実施すること。</p> <p>3. 利用者へのモニタリングは計画作成担当者の責務として実施すること。</p> <p>なお、これは介護従業者がモニタリングに関与することを否定するものではないため、具体的な実施方法として、これまでどおり、担当介護従業者がモニタリングを行った後に、その内容を踏まえて計画作成担当者も利用者へのモニタリングを行い、その結果の記録を残すといった方法であれば差し支えない。</p>
<p>(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画(以下本項目において「計画」という。)に係るその同意日が、計画期間の始期以降の日付となっている事例が散見された。</p>	<p>計画に対する同意は、サービス提供開始前に得ること。</p> <p>なお、説明を受ける家族が遠方に居住する場合など、やむを得ず計画の交付が遅れる場合は、サービス提供開始前及び計画期間の始期以前に利用者又は家族に説明を行い、口頭で同意を得るなどし、同意日等必要事項を記録し、後日文書により署名を得るようにすること。</p>

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

<p>サービス計画における長期目標及び短期目標の期間について、始期の記載はあったが、終期の記載がないものが散見された。</p>	<p>長期目標及び短期目標の期間の設定については、計画的に支援をするため及び終期に目標の達成が図られているか評価を実施することで長期間にわたる漫然とした支援を行うことを防止するためであることから、サービス計画を作成する際は、始期だけでなく終期についても記載をし、適正に期間の設定をすること。</p>
<p>認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たって、多職種の専門的な見地からの意見を求めるためのサービス担当者会議を開催したことを書面で確認することができなかった。</p>	<p>計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。</p> <p>したがって、協議した結果（サービス担当者会議開催の記録や介護従業者に対する照会結果）については必ず記録すること。</p>
<p>認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）について結果の記録は確認できたが、その実施日が不明確なものが散見された。</p>	<p>計画作成担当者は、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者等との連絡を継続的に行うことによりモニタリングを行う必要がある。</p> <p>したがって、モニタリングの結果について記録するだけでなく、実施日についても記録し、計画作成担当者がモニタリングを適切に実施したことを明確にすること。</p>

【衛生管理等】

運営指導時の状況	改善内容
<p>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を定期的に関催していたが、従業者への結果の周知を行っていない。</p>	<p>開催した委員会の結果について従業者に周知徹底を図ること。</p>

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

【介護報酬】

運営指導時の状況	改善内容
<p>・基本報酬</p> <p>入院したことによって退居となった利用者について、入院した日（退居日）を基本報酬の算定に含めていない事例があった。</p>	<p>入居の日数については、原則として、入居した日及び退居した日の両方を含むものである。</p> <p>よって、利用料の公平化の観点から、算定要件を満たす場合は必ず算定すること。</p> <p>なお、利用者の同意が得られる場合は、過誤調整を行うことは差し支えない。</p>
<p>・利用者が使用する福祉用具の費用負担</p> <p>福祉用具貸与費の対象種目に該当する歩行器について、利用者自身が直接指定福祉用具貸与事業者から借り、その費用を利用者が負担（介護保険外）している事例が複数件ある。</p> <p>聴取したところ、医師から歩行器の必要性の指示を受けたり、入所前から利用していたものを入所後も利用希望したが、事業所としては所有しておらず、また認知症対応型共同生活介護サービスでは他の居宅サービスが利用できないことから利用者本人負担としている、とのことであった。</p>	<p>指定認知症対応型共同生活介護事業所で提供されるサービスは施設サービスに準じ、当該共同生活住居において完結する内容であることを踏まえ、認知症対応型共同生活介護を受けている間は、当該事業所の従業員でないいわゆる付添者による介護や、居宅療養管理指導を除く他の居宅サービスを、入居者にその負担によって利用させることができないことから、運営基準違反である。</p> <p>よって、アセスメントにより福祉用具の利用の必要性が認められる場合には、貴事業所が保有する福祉用具の利用、あるいは、福祉用具貸与事業者から貴事業所の費用負担で借りる等の対応を速やかに整備すること。</p> <p>なお、当該利用者が負担した歩行器の貸与費用については、全額利用者に返還すること。</p> <p>また、歩行器以外の福祉用具貸与費の対象種目についても、同様の事例がないか自主点検し、不適切な事例については所要の措置を講じること。</p>

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

<p>・生活機能向上連携加算Ⅱ</p> <p>認知症対応型共同生活介護計画に記載する利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為に係る達成目標が不明瞭であり、客観的かつ具体的ではなかった。</p>	<p>達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、かつ当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。</p>
<p>・介護職員処遇改善加算</p> <p>職員に対し、賃金改善方法の周知が行われていない。</p>	<p>指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所において、賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等について、全ての介護職員に周知すること。</p> <p>具体的には、加算の届出を行った事業所は、賃金改善を行う方法等について処遇改善計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること。</p> <p>また、介護職員から処遇改善加算等に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、書面を用いるなど分かりやすく回答すること。</p>

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

【地域との連携等】

運営指導時の状況	改善内容
<p>指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者は、おおむね2月に1回以上、運営推進会議を開催する必要があるが、新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的取扱いについて（第3報）問8の臨時的取扱い終了後においても、書面開催を継続している。</p>	<p>指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者は、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。</p> <p>新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第3報）問8の取扱いについては、令和5年5月7日をもって終了したことから、今後は対面またはテレビ電話装置等を活用して開催すること。</p> <p>なお、当該議事録は必ずその都度、本市へ提出すること。</p>
<p>自己評価及び外部評価の結果について、運営推進会議において説明は行っているが、議事録にその記録がない。</p>	<p>自己評価及び外部評価は、事業者が行うサービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図る観点から、その結果については公表するとともに、運営推進会議において説明を行い、その記録を残すこと。</p>

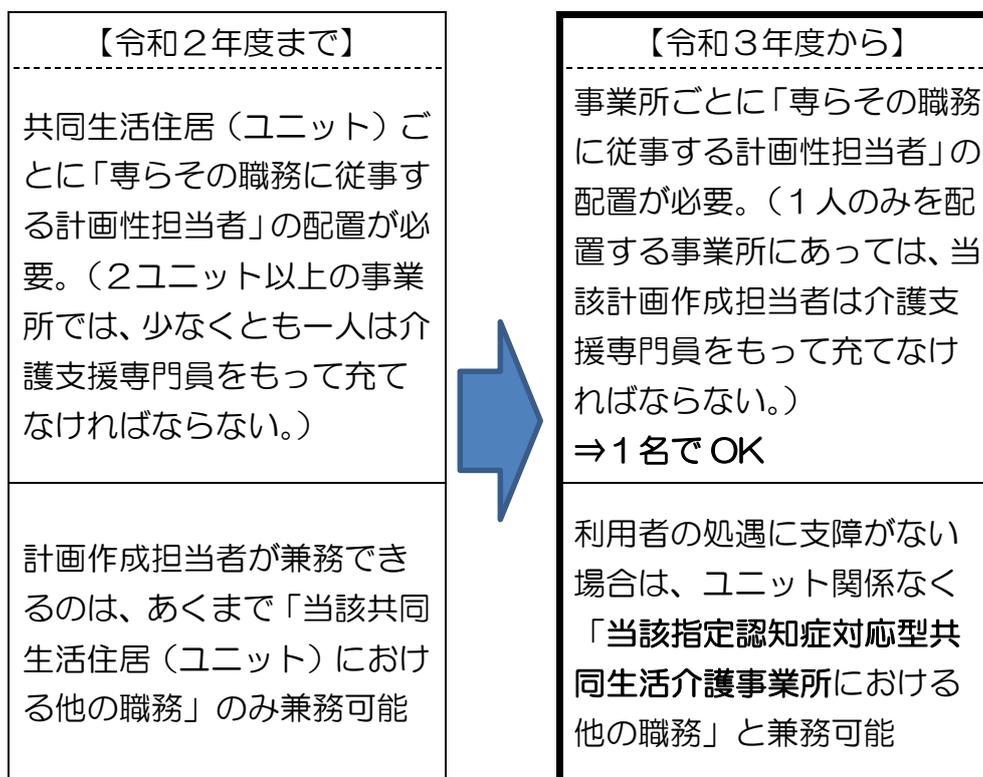
【業務継続計画の策定等】

運営指導時の状況	改善内容
<p>業務継続計画の策定等について、研修の実施内容の記録が確認できない。</p> <p>聴取によると、業務継続計画の訓練の前に行っているとのこと。</p>	<p>業務継続計画の研修について、実施内容を記録に残すこと。</p>

② 2ユニット以上の事業所における計画作成担当者の配置について

人員基準において、認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当する計画作成担当者は、「指定認知症対応型共同生活事業所ごとに、保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する者であって認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当させるのに適当と認められるものを専らその職務に従事する計画作成担当者としなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における他の職務に従事することができる。」とされています。

以前までは、共同生活住居（ユニット）ごとの配置が前提であったのに対し、令和3年度以降は、共同生活住居（ユニット）の数に関係なく、事業所ごとに一人の計画作成担当者の配置が可能となっています。



③ 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の義務付けについて

令和6年度の制度改正により、「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」の設置が義務付けされました。なお、令和9年3月31日までは経過措置期間ではありますが、令和9年4月1日からは義務となりますので、経過措置期間中に整備するようお願いします。

具体的な取扱いは以下を参考にしてください。

構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種での構成が望ましい（各事業所の状況に応じて必要な構成員で構成する） ・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
開催頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会の開催が形骸化しないよう留意し、各事業所の状況を踏まえて、適切に定期的に開催すること
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・テレビ電話装置等を活用して行うことができる （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） ・他に開催する会議（事故発生の防止のための委員会等）と一体的に設置・運営することも差し支えない ・事業所毎の実施ではあるが、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	<p>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」と規定しているが、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</p>

※関連する加算等（生産性向上推進体制加算、夜間支援体制加算など）において、委員会の開催頻度や実施内容を別途規定している場合があるため留意ください。

- ・介護保険最新情報 Vol. 1236 「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」
- ・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等における生産性向上に先進的に取り組む特定施設等に係る人員配置基準の留意点に

ついて」の改正について」(令和6年3月29日)

- ・介護保険最新情報 Vol. 1315 「生産性向上推進体制加算を算定する事業所における生産性向上の取組に関する実績データの厚生労働省への報告について」
(令和6年9月30日)

(参考資料)

- 厚生労働省ホームページ「介護分野の生産性向上 ～お知らせ～」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei-information.html>
- ・「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」
- ・「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利用者のポイント・事例集」(令和5年度厚生労働省)

- 厚生労働省「介護分野における生産性向上ポータルサイト」
<https://www.mhlw.go.jp/kaigoseisansei/index.html>

④ 入居中に福祉用具を利用する場合の費用負担について

【介護報酬算定上のルール】

福祉用具貸与費の算定告示において、「(介護予防)認知症対応型共同生活介護費を算定している場合は、福祉用具貸与費は算定しない」と定められており、介護保険給付として福祉用具貸与費を請求することはできません。

また、特定（介護予防）福祉用具販売については、通常グループホームでの利用の事例は少ないかと思いますが、グループホームでの利用を検討する場合には、福祉用具を購入する前に保険給付の対象となる事例かどうか介護保険課給付係（市役所本庁舎西棟2階 TEL:083-231-1139）の窓口までお問い合わせください。

【福祉用具の実費利用について】

上記のルールから、利用者が必要とする福祉用具貸与費の対象用具（以下、「対象種目」とします。）は原則として（介護予防）認知症対応型共同生活介護費に含まれるものと解されることから、対象種目の利用料を利用者負担とすることはできません。具体的には、利用者へのアセスメントにより必要性が認められる対象種目について利用者負担とすることはできない、ということになります。

【グループホームの対応例】

しかしながら、これは「利用者の個別ニーズに対応するために定員分のすべての対象種目を揃えるべき」という取り扱いではありません。

他のグループホームの対応例も参考にしながら、利用者ニーズに対応できるようにしてください。

他のグループホームの対応例

- （併施設がある場合は）それぞれの施設が必要な時に対象種目を使用できるように共同保有している。
- 利用者のニーズにあわせて、その時その時で福祉用具貸与事業者からグループホームの費用負担で借りている。

なお、「対象種目の利用料を利用者負担とすることはできない」という取り扱いは、グループホームが利用者に対して利用料を請求する場合のみならず、福祉用具事業者と利用者の直接契約の場合であっても同様です。

⑤ 利用者が入院した時の費用（入院時費用）の算定について

利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合で、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後に再度、当該グループホームに入居できる体制を確保している場合に、1月に6日を限度として基本サービス費に代えて1日につき246単位を算定できます。

【留意事項】

- ①あらかじめ利用者に対して、上記内容の体制を確保していることについて説明を行うことが必要。
- ②「退院することが明らかに見込まれるとき」については、利用者の入院先の病院又は診療所の主治医に確認するなどの方法により判断。
- ③「必要に応じて適切な便宜を供与」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。
- ④「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無いことをもって該当するものではない。例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由で、居室の確保が間に合わない場合等を指す。事業所側の都合は、基本的には該当しない。

その他注意事項

- ・病院に入院後、退院日にグループホームへ戻った場合について、「入院した日」及び「退院した日」は当該加算を算定する上での入院の期間に含まれないので、当該加算の算定ができない。
- ・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」の当該加算の算定は可能。
- ・当該加算算定の対象である入院期間中の利用者が使用していた居室は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。但し、この場合、当該加算は算定不可。
- ・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)まで算定可能。
- ・利用者の入院期間中は、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。

⑥ 協力医療機関連携加算について

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す。

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)下記の①、②の要件を満たす場合 100 単位／月
(2)それ以外の場合 40 単位／月

(協力医療機関の要件)

- ①利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ②事業所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。

○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(厚労省告示 126 号)より引用

指定認知症対応型共同生活介護事業所において、協力医療機関(指定地域密着型サービス基準第 105 条第 1 項に規定する協力医療機関をいう。)との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催している場合は、上記に掲げる区分に応じ、1 月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

○留意事項通知

- ①本加算は、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的を開催することを評価するものである。
- ②会議では、特に協力医療機関に対して診療の求めを行うこととなる可能性が高い入居者や新規入居者を中心に情報共有や対応の確認等を行うこととし、毎回の会議において必ずしも入居者全員について詳細な病状等を共有しないこととしても差し支えない。
- ③協力医療機関が指定地域密着型サービス基準第 105 条第 2 項第 1 号及び第 2 号に規定す

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

- ④「会議を定期的に行う」とは、概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。

なお、協力医療機関へ診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有等を行う会議を実施することが望ましい。

- ⑤会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。)を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- ⑥本加算における会議は、指定地域密着型サービス基準第105条第3項に規定する、入居者の病状が急変した場合の対応の確認と一体的に行うこととしても差し支えない。
- ⑦会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (令和6年3月15日)

○ 協力医療機関連携加算について

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

(答)

職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

○ 協力医療機関連携加算について

問 151 要支援2について算定できるのか。

(答)

要支援者については、「介護予防認知症対応型共同生活介護費」の対象となるが、これについては、協力医療機関連携加算は設けていないことから、算定できない。

○ 協力医療機関連携加算について

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

(答)

本加算制度は協力医療機関と利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的で開催することを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報共有は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (令和6年3月19日)

○ 協力医療機関連携加算について

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

(答)

差し支えない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和6年3月29日)

○ 協力医療機関連携加算について

問3 協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

(答)

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

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

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 7) (令和6年6月7日)

○ 協力医療機関連携加算について

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

(答)

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

⑦ 医療連携体制加算について

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものです。

(下線部：令和6年4月改正部分)

医療連携体制加算(Ⅰ)イ	<u>57</u> 単位/日
医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	<u>47</u> 単位/日
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	<u>37</u> 単位/日
医療連携体制加算(Ⅱ)	<u>5</u> 単位/日

○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(厚労省告示126号)より引用

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、医療連携体制加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ又は(Ⅰ)ハのいずれかの加算と医療連携体制加算(Ⅱ)を同時に算定する場合を除き、上記に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、上記に掲げるその他の加算は算定しない。

○厚生労働大臣が定める基準(厚労省告示95号)

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

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

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

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

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

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

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

- (1)医療連携体制加算(Ⅰ)イ、ロ又はハのいずれかを算定していること。
- (2)算定日が属する月の前三月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が一人以上であること。
 - (一) 喀痰吸引を実施している状態
 - (二) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - (三) 中心静脈注射を実施している状態
 - (四) 人工腎臓を実施している状態
 - (五) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
 - (六) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
 - (七) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - (八) 褥瘡に対する治療を実施している状態
 - (九) 気管切開が行われている状態
 - (十) 留置カテーテルを使用している状態
 - (十一) インスリン注射を実施している状態

○留意事項通知

①医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。

②医療連携体制加算(Ⅰ)ハの体制について、利用者の状態の判断や、指定認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師の確保を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。

また、看護師の確保については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能である。

③医療連携体制加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅰ)ハの体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、

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

等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。

④医療連携体制加算(Ⅰ)ロの体制については、事業所の職員として看護師又は准看護師を常勤換算方法により1名以上配置することとしているが、当該看護職員が准看護師のみの体制である場合には、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携を要することとしている。

⑤医療連携体制加算(Ⅱ)を算定する事業所においては、③のサービス提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うことが求められる。

加算の算定に当たっては、施設基準第三十四号三の(2)に規定する利用者による利用実績(短期利用認知症対応型共同生活介護を利用する者を含む。)があり、当該利用者が療養生活を送るために必要な支援を行っていることを要件としている。

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

ロ 同号二の(2)の(二)に規定する「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っているこ

と。

- ハ 同号二の(2)の(三)に規定する「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。
- ニ 同号二の(2)の(四)に規定する「人工腎臓を実施している状態」については、当該月において人工腎臓を実施しているものであること。
- ホ 同号二の(2)の(五)に規定する「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg 以下が持続する状態又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度 90%以下の状態で常時、心電図、血圧又は動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。
- ヘ 同号二の(2)の(六)に規定する「人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、人工膀胱又は人工肛門に係る皮膚の炎症等に対するケアを行った場合であること。
- ト 同号二の(2)の(七)に規定する「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」とは、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行っている状態であること。
- チ 同号二の(2)の(八)に規定する「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下のいずれかの分類に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限ること。
- 第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
 - 第二度：皮膚層の部分的喪失(びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの)がある
 - 第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
 - 第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している
- リ 同号二の(2)の(九)に規定する「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開に係るケアを行った場合であること。
- ヌ 同号二の(2)の(十)に規定する「留置カテーテルを使用している状態」については、留置カテーテルが挿入されている利用者に対して、留置カテーテルに係る観察、管理、ケアを行った場合であること。
- ル 同号二の(2)の(十一)に規定する「インスリン注射を実施している状態」については、認知症対応型共同生活介護の利用中にインスリン注射によりインスリンを補う必要がある利用者に対して、実際にインスリン注射を実施している状態である。
- ⑥ 医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛

り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中における指定認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い、③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針、などが考えられる。また、医療連携加算算定時には、契約を結んだ上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等においては、診療報酬の算定要件に合致すれば、医療保険による訪問看護が利用可能であることについては、これまでと変わらないものである。

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (令和6年3月15日)

○ 医療連携体制加算について

問 148 医療連携体制加算(Ⅱ)の算定要件である前3月間における利用実績と算定期間の関係性如何。

(答)

算定要件に該当する者の利用実績と算定の可否については以下のとおり。

前年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
利用実績		○	○	○				○	○	○	○	
算定可否	×	×	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○

当該年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
利用実績		○	○	○				○	○	○	○	
算定可否	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○

※ 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成30年3月22日) 問118は削除する。

○ 医療連携体制加算について

問 149 留置カテーテルが挿入されていれば、医療連携体制加算（Ⅱ）は算定できるのか。

(答)

- ・ 留置カテーテルからの排泄の性状、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。

○ 医療連携体制加算について

問 150 医療連携体制加算（Ⅱ）の算定要件のうち、「インスリン注射を実施している状態」とあるが、実施回数自体に関する規定があるか。（1日当たり何回以上実施している者等）。

(答)

- ・ インスリン注射の実施の頻度は、医学的な必要性に基づき判断されるべきものであり、本要件は実施の有無を見ているもので、1日当たりの回数や月当たりの実施日数についての要件を設けていない。
- ・ なお、利用者自身がインスリン自己注射を行うための声掛けや見守り等のサポートを行った場合は算定できない。

⑧ 退居時情報提供加算について

利用者が退居し、医療機関に入院する際に、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に算定可能です。

退居時情報提供加算 250 単位/回

○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(厚労省告示 126 号)

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

○留意事項通知

- ①入居者が退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式 9※の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。
- ②入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には、本加算は算定できない。

※掲載ページ：厚生労働省HP「令和6年度介護報酬改定について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (令和6年3月15日)

○ 退居時情報提供加算について

問 153 退居時情報提供加算は、グループホームのショートステイ利用者は対象となるか。

(答)

本加算制度はグループホームから医療機関へ退居した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価するものである。ショートステイ等既に居宅サービスを利用している者の情報提供は居宅サービスのケアマネジャー等が行うものであるため、当該加算の対象とはならない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (令和6年3月19日)

○ 退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

問18 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。

(答) 同一月に再入院する場合は算定できず、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。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (令和6年3月29日)

○ 退所時情報提供加算、退居時情報提供加算について

問2 退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

(答)

算定可能。

⑨ 認知症チームケア推進加算について

認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を行った場合に算定可能です。

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

※認知症専門ケア加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合においては、算定不可。

○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(厚労省告示 126 号)より引用

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資するチームケア(複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有した上で介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。)を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき上記に掲げる所定単位数を加算する。ただし、上記に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、上記に掲げるその他の加算は算定せず、認知症専門ケア加算を算定している場合においては、上記に掲げる加算は算定しない。

○厚生労働大臣が定める基準(厚労省告示 95 号)

イ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1)事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- (2)認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- (3)対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基

づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。

- (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

ロ 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 加算(Ⅰ)における(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合すること。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を一名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

○留意事項通知

認知症チームケア推進加算の内容については、別途通知(「認知症チームケア推進加算に関する実施上の留意事項等について」介護保険最新情報 Vol.1228)を参照すること。

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (令和6年3月19日)

○ 認知症チームケア推進加算について

問1 「認知症チームケア推進研修（認知症である入所者等の尊厳を保持した適切な介護、BPSDの出現・重症化を予防するケアの基本的考え方を理解し、チームケアを実践することを目的とした研修をいう）」について、研修内容はどのようなものか。また、研修はどこが実施主体となるのか。

(答) 研修内容は、以下に示す認知症の人へのケアに関する内容を含むものとする。

- ・ BPSDのとらえかた
- ・ 重要なアセスメント項目
- ・ 評価尺度の理解と活用方法
- ・ ケア計画の基本的考え方
- ・ チームケアにおけるPDCAサイクルの重要性
- ・ チームケアにおけるチームアプローチの重要性

また、研修の実施主体は、認知症介護研究・研修センター（仙台、東京、大府）であり、全国の介護職員を対象として研修を実施する予定としているが、各都道府県・指定都市が実施主体となることや、各都道府県・指定都市が実施している認知症介護実践リーダー研修に上記の研修内容を追加して実施することは差し支えない。

なお、各都道府県・指定都市において上記の研修を認知症介護実践リーダー研修に追加して実施する場合には、認知症チームケア推進研修の研修内容が含まれた研修を修了した旨を修了証に記載するなど明確になるよう配慮されたい。

問2 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）では現行の認知症介護指導者養成研修修了のみでは、要件を満たさないという認識で良いか。また、認知症チームケア推進加算（Ⅱ）は、同様に認知症介護実践リーダー研修の修了のみでは要件を満たさないという認識で良いか。

(答)

貴見のとおり。

本加算（Ⅰ）では、現行の認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。同様に、本加算（Ⅱ）では、認知症介護実践リーダー研修の修了とともに、認知症チームケア推進研修を修了する必要がある。

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
(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)

問3 本加算は、認知症の行動・心理症状（BPSD）が認められる入所者等にのみ加算が算定できるのか。

（答）

本加算は、BPSD の予防等に資する取組を日頃から実施していることを評価する加算であるため、本加算の対象者である「周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者」に対し、BPSD の予防等に資するチームケアを実施していれば、算定が可能である。

問4 本加算で配置要件となっている者は、複数の「認知症の行動・心理症状に対応するチーム」に参加可能と考えてよいか。

（答）

貴見のとおり。

ただし、配置要件となっている者が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。

問5 「複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること」とあるが、介護職員とはどのような者を指すか。

（答）

本加算の対象である入所者等に対して、本加算の対象となるサービスを直接提供する職員を指す。なお、職種については介護福祉士以外であっても差し支えない。

問6 対象者に対して個別に行う認知症の行動・心理症状（BPSD）の評価は、認知症チームケア推進研修において示された評価指標を用いなければならないのか。

（答）

貴見のとおり。

問7 認知症チームケア推進加算の算定要件は、入所（居）者又は入院患者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が 1/2 以上であることが求められているが、届出日の属する月の前3月の各月末時点の入所者等数の平均で算定するということが良いか。

（答）

貴見のとおり。

問8 「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省告示第126号)、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省告示第128号)、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日厚生省告示第21号)において、認知症チームケア推進加算を算定している場合には同一の対象者について認知症専門ケア加算の算定が不可とされているところ、同一施設内で、入所者等Aに対しては認知症専門ケア加算、入所者等Bに対しては認知症チームケア推進加算を算定することは可能か。

(答)

可能である。

問9 問8にあるように、同一施設内で対象者によって認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算を算定することができるのは、どのような趣旨か。

(答)

認知症チームケア推進加算は、本来認知症ケアが目指す方向性を示す対応を求めたものではあるが、施設・事業所内の入所者等の認知症の症状は、様々であることが想定される。そのため、例えば、認知症専門ケア加算を算定している対象者が施設・事業所内に居る場合でも、認知症の症状が不安定で、認知症チームケア推進加算に基づくケア提供が、より望ましいと認められる場合は、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替えていただくことは、差し支えない。

各施設・事業所においては、各加算趣旨及び各入所者等の認知症の症状に鑑み、適切な対応をお願いしたい。

問10 「別紙様式及び介護記録等」とは具体的に何を指すか。

(答)

具体的には、下記のとおりであり、認知症チームケア推進加算算定にあたり、必ず作成が求められる。

- ・別紙様式：認知症チームケア推進加算に係るワークシート
- ・介護記録等：介護日誌や施設サービス計画書、認知症対応型共同生活介護計画書等を示す。
なお、介護記録等については、入所者等の状態の評価、ケア方針、実施したケアの振り返り等を丁寧に記載されることが重要であり、例示した介護記録等以外のものを使用しても差し支えないほか、この加算のみのために、新たな書式を定めることは必要ない。

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6) (令和6年5月17日)

問4 厚生労働省の令和3～5年度老人保健健康増進等事業(※)において、研修を修了した者は、認知症チームケア推進研修を修了した者とみなしてよいか。

※ 令和3年度 BPSD の軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究、令和4～5年度 BPSD の予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究(実施主体:社会福祉法人浴風会)

(答)

貴見のとおり。なお、令和5年度 BPSD ケア体制づくり研修修了者でない者については、令和6年度中に速やかに、認知症チームケア推進ケア研修で用いる研修動画を視聴することが望ましい。

問5 認知症チームケア推進加算Ⅱの配置要件として、認知症介護実践リーダー研修と認知症チームケア推進研修の双方の研修を修了した者の配置が必要とされるが、認知症介護実践リーダー研修の受講が予定されている者について、認知症介護実践リーダー研修の受講前に認知症チームケア推進研修を受講することは可能か。

(答)

可能である。配置要件になっている者が中心となった複数人の介護職員等から構成するチームを組むことが、本加算の要件となっていることから、チームケアのリーダーを養成するための認知症介護実践リーダー研修の受講対象となる者は、認知症チームケア推進研修の受講対象者になるものとする。

問6 同一対象者について、月の途中で、認知症専門ケア加算から認知症チームケア推進加算に切り替える場合に、どのような算定方法となるのか。

(答)

当該対象者について、月末時点で認知症チームケア推進加算の算定要件を満たすサービスを提供しているのであれば、当該月については、認知症チームケア推進加算を算定することが可能である。ただし、この場合、認知症専門ケア加算については、算定することができない。

⑩ 高齢者施設等感染対策向上加算について

事業所内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の利用者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価するものです。

- ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関(協定締結医療機関)との連携体制を構築していること。
- イ 上記以外の一般的な感染症※について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
※新型コロナウイルス感染症を含む。
- ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10 単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5 単位/月

○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(厚労省告示 126 号)より引用

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定特定施設が、利用者に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき上記に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

○厚生労働大臣が定める基準(厚労省告示 95 号)

- イ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (1)第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
 - (2)指定地域密着型サービス基準第五條第一項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関(以下この号において「協力医療機関等」という。)との間で、感染症(新興感染症を除く。以下この号において同じ。)の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
 - (3)感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う

院内感染対策に関する研修又は訓練に一年に一回以上参加していること。

ロ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)

感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、三年に一回以上、事業所内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けていること。

○留意事項通知

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価するものであること。
- ② 高齢者施設等において感染対策を担当する者が、医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に少なくとも1年に1回以上参加し、指導及び助言を受けること。院内感染対策に関する研修又は訓練については、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算(以下、感染対策向上加算という。)又は医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及び再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンスや職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスを対象とする。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関等における研修又は訓練の内容を含めたものとする。
- ④ 指定地域密着型サービス基準第105条第4項において、指定認知症対応型共同生活介護事業所は、入居者が新興感染症に感染した際に、感染者の診療等を行う第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めるよう努めることとしており、加算の算定に当たっては、第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。新興感染症発生時等の対応としては、感染発生時等における相談、感染者の診療、入院の要否の判断等が求められることから、本加算における連携の対象となる第二種協定指定医療機関は診療所、病院に限る。なお、第二種協定指定医療機関である薬局や訪問看護ステーションとの連携を行うことを妨げるものではない。
- ⑤ 季節性インフルエンザやノロウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症など特に高齢者施設等において流行を起しやすい感染症について、協力医療機関等と連携し、感染した入所者に対して適切に医療が提供される体制が構築されていること。特に新型コ

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
(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)

ナウイルス感染症については、「高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査の結果について(令和5年12月7日付事務連絡)」のとおり新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関との連携状況等を調査しており、引き続き感染者の対応が可能な医療機関との連携体制を確保していること。

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)について

- ① 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)は、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、少なくとも3年に1回以上、事業所内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に、月1回算定するもの。
- ② 実地指導については、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関において設置された感染制御チームの専任の医師又は看護師等が行うことが想定される。
- ③ 指定地域密着型サービス基準第108条により準用する第33条第2項に基づき、介護職員その他の従業員に対して実施する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の内容について、上記の医療機関による実地指導の内容を含めたものとする。

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (令和6年3月15)

○ 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) について

問 128 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。

また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて参加することでもよいか。

(答)

- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。
 - ・ 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム (外来感染対策向上加算にあつては、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
 - ・ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は 3 に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
 - ・ 地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練
- ・ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。
- ・ また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。

問 129 「第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること」とあるが、第二種協定指定医療機関である医療機関をどのように把握すればよいか。また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関をどのように把握すればよいか。

(答)

都道府県と医療機関の医療措置協定の締結は令和6年4月から9月末までに行うこととされており、都道府県において、協定締結した医療機関を公表することとされている。

また、診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参照されたい。

問 130 第二種協定指定医療機関との連携について、感染症法に基づく都道府県との医療措置協定の締結は令和6年9月末までに行うこととされているが、令和6年9月末までの間は、どのような医療機関と連携すればよいか。

(答)

令和6年9月末までの間は、現に感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関と連携することでも差し支えない。

なお、令和6年10月以降については、第二種協定指定医療機関と連携することが必要であることから留意すること。

問 131 高齢者施設等感染対策向上加算（I）について、感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していることとあるが、令和7年3月31日までの間にあっては、3月31日までに研修又は訓練に参加予定であれば算定してよいか。

(答)

医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、高齢者施設等の職員の参加の可否を確認した上で令和7年3月31日までに当該研修又は訓練に参加できる目処があれば算定してよい。

○ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について

問 132 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う実地指導の具体的な内容について示されたい。

(答)

実地指導の内容について限定するものではないが、以下のものが挙げられる。

- ・施設等の感染対策の現状の把握、確認（施設等の建物内の巡回等）
 - ・施設等の感染対策状況に関する助言・質疑応答
 - ・个人防护具の着脱方法の実演、演習、指導等
 - ・感染疑い等が発生した場合の施設等での対応方法（ゾーニング等）に関する説明、助言及び質疑応答
 - ・その他、施設等のニーズに応じた内容
- 単に、施設等において机上の研修のみを行う場合には算定できない。

問 133 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）について、令和6年4月以前に新型コロナウイルス感染症等に対する感染対策として、医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業※において実施された実地研修を受けている場合は、実地指導又は実地研修を受けた日から起算して3年間算定してよいか。

※ 令和3年度、令和4年度「介護サービス類型に応じた感染症対策向上による業務継続支援業務」における感染症の専門家による実地での研修、令和5年度「感染症の感染対策及び業務継続（BCP）策定に係る調査研究及び当該調査研究を踏まえた研修業務」における感染症の専門家による実地での研修

(答)

算定可能である。ただし、感染対策向上加算に係る届出を行っている医療機関の医師若しくは看護師等による実地指導又は厚生労働省の事業において実施された実地研修であること。

⑪ 新興感染症等施設療養費について

新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養を行うことを評価するものです。

新興感染症等施設療養費 240 単位/日

○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(厚労省告示 126 号)

利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

○留意事項通知

- ①新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。
- ②対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和6年4月時点においては、指定している感染症はない。
- ③適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き(第3版)」を参考とすること。

⑫ 生産性向上推進体制加算について

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する加算です。

生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100 単位/月

生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10 単位/月

○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(厚労省告示126号)より引用

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月につき上記に掲げる所定単位数を加算する。ただし、上記に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、上記に掲げるその他の加算は算定しない。

○厚生労働大臣が定める基準(厚労省告示95号)

イ 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。

(一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器(以下「介護機器」という。)を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保

(二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮

(三) 介護機器の定期的な点検

(四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

(2) (1)の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及びケアの質の確保並びに職員の

負担軽減に関する実績があること。

(3)介護機器を複数種類活用していること。

(4)(1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及びケアの質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、及び当該取組の実施を定期的に確認すること。

(5)事業年度ごとに(1)、(3)及び(4)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

ロ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)イ(1)に適合していること。

(2)介護機器を活用していること。

(3)事業年度ごとに(2)及びイ(1)の取組に関する実績を厚生労働省に報告すること。

○留意事項通知

生産性向上推進体制加算の内容については、別途通知(「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」介護保険最新情報 Vol.1218)を参照すること。

【参考】

令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 5) (令和6年4月30日)

○ 生産性向上推進体制加算について

問12 加算(Ⅰ)(※100単位/月)の算定開始に当たっては、加算(Ⅱ)の要件となる介護機器の導入前後の状況を比較し、生産性向上の取組の成果の確認が求められているが、例えば、数年前又は新規に介護施設を開設し、開設当初より、加算(Ⅰ)の要件となる介護機器を全て導入しているような場合については、当該介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいないなど、比較が困難となるが、導入前の状況の確認はどのように考えるべきか。

(答)

介護機器の導入前の状況を把握している利用者及び職員がいない場合における生産性向上の取組の成果の確認については、以下のとおり対応されたい。

【利用者の満足度等の評価について】

介護サービスを利用する利用者(5名程度)に、介護機器を活用することに起因する利用者の安全やケアの質の確保についてヒアリング調査等を行い(※)、その結果に基づき、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において当該介護機器の導入による利用者の満足度等への影響がないことを確認すること。

(※) 介護機器活用した介護サービスを受ける中での、利用者が感じる不安や困りごと、介護サービスを利用する中での支障の有無、介護機器活用による効果等についてヒアリングを実施することを想定している。

また、事前調査が実施できない場合であって、ヒアリング調査等を行う場合には、別添1の利用者向け調査票による事後調査の実施は不要となる。

【総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の調査、年次有給休暇の取得状況の調査について】

加算(Ⅱ)の要件となる介護機器を導入した月(利用者の受入れを開始した月)を事前調査の実施時期(※)とし、介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査すること。また、事後調査は、介護機器の導入後、生産性向上の取組を3月以上継続した以降の月における介護職員の1月当たりの総業務時間、超過勤務時間及び年次有給休暇の取得状況を調査し、事前調査の勤務状況と比較すること。

(※) 介護施設を新たに開設し、利用者の受入開始月から複数月をかけて利用者の数を拡大するような場合については、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる

時点を事前調査の対象月とすること。この場合、利用者数の変化が一定程度落ち着いたと考えられる時点とは、事前調査及び事後調査時点における利用者数と介護職員数の比に大きな差がないことをいう。

(例) 例えば、令和6年1月に介護施設(定員50名とする)を新たに開設し、同年1月に15人受け入れ、同年2月に15人受け入れ(合計30名)、同年3月に15人受け入れ(合計45名)、同年4月に2名受け入れ(合計47名)、のように、利用者の数を段階的に増加していく場合については、利用者の増加が落ち着いたと考えられる同年4月を事前調査の実施時期とすること。

⑬ 養介護施設従事者等による高齢者虐待について

近年、養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数が全国的に増加傾向にあり、本市においても、高齢者虐待と疑われる通報を受け、監査（立入検査）を実施した事例が発生しています。

以下の数値等は全国での集計件数であり、社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センターが作成した資料を引用して掲載しています。

出典:「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業 報告書」

※社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センターホームページより抜粋

1 「養介護施設従事者等」の定義

「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者

※業務に従事する者とは、直接介護サービスを提供しない者（施設長、事務職員等）や、介護職以外で直接高齢者に関わる他の職種も含む（高齢者虐待防止法第2条）。

2 高齢者虐待の相談・通報件数 ※市区町村が受理した件数。

	H18	R1	R2	R3	R4	R5
養介護施設従事者等	273件	2,267件	2,097件	2,390件	2,795件	3,441件
養護者	18,390件	34,057件	35,774件	36,378件	38,291件	40,386件

※R5相談・通報3,441件中、事実確認調査を行った事例は3,025件。

3 虐待判断事例数

	H18	R1	R2	R3	R4	R5
養介護施設従事者等	54件	644件	595件	739件	856件	1,123件
養護者	12,569件	16,928件	17,281件	16,426件	16,669件	17,100件

※R5虐待判断事例1,123件中、1,114件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

※R5虐待判断事例1,123件中、被虐待者が特定できた事例は1,049件、判明した被虐待者は2,335人。

4 施設等の種別

	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設・介護医療院	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護等
件数	926件	284件	14件	425件	81件
割合	26.7%	8.2%	0.4%	12.3%	2.3%

	(住宅型)有料老人ホーム	(介護付き)有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	短期入所施設
件数	689件	386件	24件	39件	170件
割合	19.9%	11.1%	0.7%	1.1%	4.9%

	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
件数	104件	180件	23件	121件	3,466件
割合	3.0%	5.2%	0.7%	3.5%	100%

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9
 (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)

5 虐待類型の組み合わせ

	身体的虐待(単独)	介護等放棄(単独)	心理的虐待(単独)	性的虐待(単独)	経済的虐待(単独)
人数	901人	328人	303人	41人	367人
割合	38.6%	14.0%	13.0%	1.8%	15.7%
	身体的虐待+心理的虐待	介護等放棄+心理的虐待	身体的虐待+介護等放棄	その他の組み合わせ・3種類以上	合計
人数	187人	32人	70人	106人	2,335人
割合	8.0%	1.4%	3.0%	4.5%	100%

6 被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者1,406人分に係るもの。

- 性別 男性：27.3%，女性：71.6%，不明：1.1%
- 年齢 65歳未満障害者：2.1%，65-69歳：2.8%，70-74歳：6.5%
 75-79歳：9.4%，80-84歳：15.6%，85-89歳：21.3%，90-94歳：21.9%
 95-99歳：9.9%，100歳以上：2.2%，不明：8.2%
- 要介護度 要介護2以下：21.6%，要介護3：22.6%，要介護4：28.2%
 要介護5：18.9%，不明：8.7%
- 認知症 もっとも多いのは自立度Ⅲ：27.2%
 認知症の有無が不明な場合を除くと、92.2%が自立度Ⅱ以上。

7 虐待者の基本属性

- 職名・職種
 介護職員：82.8%（うち、介護福祉士29.8%、介護福祉士以外23.4%、資格不明46.8%）
 看護職：5.6%，管理職：3.3%，施設長：3.4%，経営者・開設者：1.3%
 その他・不明：3.5%
- 性別（括弧内は介護従事者全体における割合）
 男性：54.5%（23.0%），女性：44.5%（73.9%），不明：1.0%（3.0%）
- 年齢（不明を除く。括弧内は介護従事者全般における割合）
 [男性] 30歳未満：17.9%（10.4%），30-39歳：25.2%（28.5%）
 40-49歳：25.2%（33.9%），50歳以上：31.8%（27.2%）
 [女性] 30歳未満：10.4%（5.2%），30-39歳：12.4%（14.1%）
 40-49歳：17.8%（27.4%），50歳以上：59.4%（53.2%）

8 虐待の発生要因（複数回答形式）

教育・知識・介護技術等に関する問題	57.2%
職員のストレスや感情コントロールの問題	22.7%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ、管理体制等	24.7%
倫理観や理念の欠如	17.2%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	10.2%
虐待を行った職員の性格や資質の問題	13.0%
その他	1.3%

9 高齢者虐待の防止のために

●組織におけるストレスマネジメント

●通報義務についての正しい理解

●身体拘束についての正しい理解

- ・身体拘束に該当する行為について
- ・身体拘束の弊害について
- ・「緊急やむを得ない場合」について
- ・「緊急やむを得ない場合」に身体拘束を行う際の手続きについて

※特定された被虐待者 2,335 人のうち、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が 1,198 人 (51.3%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が 598 人 (25.6%)。

●研修の実施と苦情処理体制の整備

※ストレスマネジメントについては、厚生労働省ホームページもご参照ください。

厚生労働省ホームページ トップページ(<https://www.mhlw.go.jp/>)

- 政策について
- 分野別の政策一覧
- 雇用・労働
- 労働基準
- 施策情報
- 安全・衛生
- 施策紹介
- メンタルヘルス対策等について
(ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等)

【参考】山口県における養介護施設従業者等による高齢者虐待の状況

	H18	R1	R2	R3	R4	R5
相談・通報件数	0 件	18 件	15 件	19 件	23 件	34 件
虐待判断事例数	0 件	0 件	2 件	3 件	11 件	10 件

※山口県における状況等については、山口県ホームページ等もご参照ください。

①山口県ホームページ トップページ(<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp>)

- 組織で探す
- 長寿社会課
- 「高齢者虐待防止・養護者支援に向けて」で検索

②山口県介護保険情報総合ガイド(かいごへるびやまぐち) トップページ (<https://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/>)