

令和7年度 杉並区介護保険サービス事業者集団指導

運営指導における主な指摘事項

認知症対応型共同生活介護



杉並区 保健福祉部 介護保険課
令和8年3月13日～31日

目次

令和7年度運営指導における主な指摘事項

(1) 入退居	・・・	3ページ
<計画作成～サービス提供のプロセス>	・・・	6ページ
(2) 利用者の心身状況・希望・環境等の把握	・・・	8ページ
(3) 計画の作成	・・・	12ページ
(4) 計画の説明・同意・交付	・・・	16ページ
(5) 計画の実施状況の把握	・・・	17ページ
(6) その他の指摘事項	・・・	19ページ
<認知症対応型共同生活介護に係る介護報酬>	・・・	20ページ

主な指摘事項（1）

入退居

【指導での指摘事項】

入居申込者の入居に際し、主治医の診断書等により認知症であることを確認していなかった。

入居に際して、利用者の被保険者証に入居の年月日を記載していなかった。

【区条例第114条第2項】

（入退居）

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

【区条例第115条第1項】

（サービスの提供の記録）

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

《認知症である者の確認》 ※必ず入居前に行う必要があります

「認知症」の定義

アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態

※右の疾患は除く
せん妄、鬱病その他の気分障害、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、統合失調症、妄想性障害、神経症性障害、知的障害その他これらに類する精神疾患

(介護保険法第五条の二) (介護保険法施行令第一条の二)
(介護保険法施行規則第一条の二)

主治の医師の診断書等

医師の診断が確認できる書類（診断書・主治医意見書・診療情報提供書等）を指す。

- Q. 診断書等に認知症であることが明らかな疾患の診断がされていない場合はどのように確認をしたらよいか？
- A. 診断書等に「認知症の疑いあり」と記載されているだけでは確認ができません。原則、再度診断書等で確認することが望ましいですが、少なくとも『「認知症」の定義』の状態であることを医師に聞き取り、記録に残しておく必要があります。

主な指摘事項（1）

入退居

《介護保険被保険者証への記載》

介護保険被保険者証		(一)	(二)	(三)
番号		要介護状態区分等 認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	認定の有効期間	給付制限 内容
住所		認定の有効期間	区分支給限度基準額	期 間
フリガナ		居宅サービス等 1月当たり	サービスの種類	開始年月日 終了年月日
氏名		(4) 居宅療養管理基準額	種類支給限度基準額	開始年月日 終了年月日
生年月日		認定審査会の 意見及び サービスの 種類の指定		開始年月日 終了年月日
交付年月日				開始年月日 終了年月日
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	131151 杉並区阿佐谷南1丁目15番1号 杉並区 見本			介護保険 施設等 種類 名称 種類 名称

入居の際、記入すること！

介護保険 施設等	種類	名称	入居等年月日	退所等年月日

退居の際、記入すること！

- ☑ 認知症対応型共同生活介護（※以下「グループホーム」と標記（条文を除く））の提供を受けている者は居宅療養管理指導以外の居宅サービスや施設サービスの保険給付を受けることができません。

他のサービス事業者が保険給付を受けることが可能であるか利用者の被保険者証を確認するため、入居及び退居の際に、漏れなく記入してください。

<計画作成～サービス提供のプロセス>

利用者の心身状況・希望・環境等の把握
(アセスメント)

多職種による協議

計画の作成
(説明・同意・交付)

介護サービスの提供
(計画の実行)

計画の実施状況の把握
(モニタリング)

1 インテーク（初回相談・情報収集）

入居に際し、入居申込者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努め、アセスメントの基礎情報を収集します。

2 アセスメント（課題分析）

情報を基に、生活歴・残存能力・認知症状等を多角的に把握して、利用者が抱える生活上の課題等を抽出します。“その人らしい生活”を実現する基盤となるため、重要なプロセスです。

3 多職種による協議・計画作成

計画作成担当者は、他の介護従業者と多職種と協議の上、計画を作成します。計画には、アセスメントから抽出した「課題（ニーズ）」に対する「目標」を設定し、それを達成するための「支援内容」を記載します。

4 計画の説明・同意・交付

計画の内容について利用者または家族に計画を説明し、利用者の同意を得た上で、利用者に交付します。

5 サービスの提供

利用者または家族に対し、サービスの提供方法について説明する。計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して提供する。

6 モニタリング・再評価

計画に基づいたケアが実施されているか、目標が達成されているかを定期的に評価します。必要に応じて、再度協議をして、計画作成へつなげます。

<計画作成～サービス提供のプロセス>

【区条例※】

(認知症対応型共同生活介護計画の作成)

第118条 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に第3項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 次項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。

3 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した計画を作成しなければならない。

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

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

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

7 第2項から第5項までの規定は、前項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

※杉並区指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営等の基準に関する条例（杉並区条例第4号）

主な指摘事項（2）

利用者の心身状況・希望
・環境等の把握

【指導での指摘事項】

アセスメントが不十分なため、計画に位置付けられた具体的なサービス内容が適切であるか確認できなかった。

【区条例第118条第3項】

（認知症対応型共同生活介護計画の作成）

計画作成担当者は、**利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、**他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した**計画を作成しなければならない。**

アセスメントのポイント（参考）

グループホームでのアセスメントは、「これまでの生活歴」と「残存能力」を把握し、本人視点での「望む生活」を尊重することが重要といえるため、特に以下の項目を確認した上で計画作成につなげてください。

項目	確認する内容（一例）	目的
① 生活歴 ※グループホームは“生活の場”なので、生活歴の把握は最重要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生い立ち、家族構成 ・ 役割（家事・仕事・地域活動） ・ 価値観、習慣、こだわり ・ 趣味、得意・苦手なこと ・ 生活リズム（起床・食事・入浴の習慣） 	グループホームは“生活の場”であり、生活歴が支援方法・役割づくりの基盤になるため
② 認知症の症状・BPSD	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記憶、判断力、理解力の状態 ・ 見当識障害の程度（時間・場所・人物） ・ 幻覚、妄想、不安、怒り ・ 徘徊症状が出る場面（誘因） ・ 落ち着く対応（緩和方法） 	本人が安心して“その人らしい生活”を送れるよう、症状の特徴・誘因・対応方法を把握し、適切なケアや環境調整につなげるため。
③ ADL・IADLの能力 ※本人の“できること”と“支援が必要なこと”を具体的に把握	ADL <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事、移動・歩行、更衣、排泄、入浴 IADL <ul style="list-style-type: none"> ・ 調理、掃除、洗濯、金銭管理、服薬管理、買い物 	残存能力を引き出し、家事・役割を担えるかを判断する材料とするため。生活リスクを防ぐため
④ 健康状態・既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既往歴、慢性疾患、服薬状況、皮膚の状態 ・ 体重変化、食事・水分量、栄養状態 ・ 痛み、しびれ ・ 視力・聴力の状態 	医療連携や健康管理、事故防止のため <div style="background-color: #92d050; padding: 5px; text-align: center;">次のスライドに続く</div>

アセスメントのポイント（参考）

項目	確認する内容	目的
⑤ 本人の意向・望む生活 ※計画作成で最も重要な基盤	<ul style="list-style-type: none"> ・ どう過ごしたいか ・ 大事にしたいこと ・ やってみたい活動 	計画の中心となる“本人主体の生活”を形にするため
⑥ 家族関係・社会的支援 ※本人を取り巻く人間関係もケアの重要な要素	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の関わりや支援内容 ・ 家族の意向（望む生活像 / 不安） ・ 利用していたサービス ・ 緊急時の連絡体制 	家族との連携・信頼関係づくりの基盤、本人の生活を支えるため
⑦ 生活上のリスクの把握 ※生活の場であるため事故リスクの把握は必須	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒、誤嚥、脱水リスク ・ 認知症による徘徊や混乱のリスク ・ 火の取り扱い ・ 夜間の不安・混乱 	事前に把握し、事故予防の環境調整（手すり・照明・動線など）に必要なため
⑧ 役割・生きがい ※認知症ケアでは、“役割づくり”がとても重要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が喜んで行える家事や役割 ・ 生活の中での得意なこと ・ 参加しやすい時間帯や状況 ・ 生きがいにつながる行動 	その人が自信を持てる“役割”を見つけ、生活の質（QOL）を高めるため

👉 ポイント

※グループホームのアセスメントは、「過去（生活歴）」+「現在（状況）」を知り、「未来（どう過ごしたいのか）」を総合的に把握することが目的で、“その人らしい生活を支える計画”につなげるために、重要なプロセスです。

具体例



※アセスメントの一部です

<利用者情報等> 杉並 なみ子さん（82歳・女性）

要介護度： 要介護2

入居前の状況： 8年前に夫を亡くしてから独居。近隣に住む長女が週3回訪問し、家事や買い物の支援を受けながら生活。室内転倒の増加、火の消し忘れが目立つようになる。

本人の意向： 「まだ一人でできる」と話す一方、寂しさや不安も口にされる。

家族の意向： 長女「一人での生活は難しい。住み慣れた地域で、本人のペースを大事にしながらか過してほしい。」

アセスメント項目	聞き取った主な内容
生活歴・価値観・強み	<ul style="list-style-type: none"> ・長年専業主婦。家事全般が得意で、特に料理（煮物）を作ることに自信があった。 ・ガーデニングが趣味。 ・「できることは自分でやりたい」という主体性が強い。
認知症の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・アルツハイマー型認知症・中等度。短期記憶障害が顕著。 ・寝る前に不安の出現がみられ、外へ出ようとする場面があった。
ADL/IADL (残存能力と困難さ)	<p>【移動】歩行はほぼ自立だが、方向転換でふらつきあり。室内での転倒歴が増加。</p> <p>【調理】手順の抜けが頻発し、火の消し忘れが数回。包丁使用も注意が必要。</p> <p>【食事】自立しているが、食べ始めまでに時間がかかる。早食いでむせたことがあった。</p> <p>【排泄・入浴】ほぼ自立だが、声かけが効果的。</p> <p>【服薬管理】自己管理困難。飲み忘れ・重複服薬のリスクが高い。</p>
健康状態・既往歴	<p>5年前より糖尿病があり通院。空腹時血糖のばらつきがあり、食事量の変動によって数値が上下しやすい。足のしびれが時折あり、軽度の末梢神経障害の可能性。視力は加齢により低下。新聞や細かい字が読みづらい。聴力は日常会話は可能だが、小声や複数人の会話は聞き取りづらい。便秘気味で、下剤を時々使用。</p>

主な指摘事項（3）

計画の作成

【指導での指摘事項】

計画を作成していない期間があった。

計画について、具体的なサービスの内容等の記載が不十分だった。

【区条例第118条第3項】

（認知症対応型共同生活介護計画の作成）

計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した計画を作成しなければならない。

計画作成の基本手順（参考）

計画はアセスメントで把握した内容に基づき、（1）課題の整理 → （2）目標の設定 → （3）サービス内容の設定 の順番で作成していきます。グループホームは“生活の場”であるため、特に次の点に留意すると“その人らしい 生活を支える計画”につながると考えます。

（1）課題の整理

➡課題とは、アセスメントで把握した①本人の強み②生活課題③リスクから導く“**計画で解決・活用すべき事項**”のこと

※以下の事例は、杉並なみ子さんのアセスメント（スライド11）を基にしています。

①本人の強み

例：家事全般が得意、料理に自信がある → 食器配膳、盛り付け役に活かす
ガーデニングが趣味 → 水やり・花の手入れを役割化
ねらい：役割につなげる

②生活の課題

例：・寝る前の不安の出現 ・方向転換でふらつきあり ・食べ始めに時間がかかる
ねらい：短期目標化して評価しやすい行動レベルに落とす。

③リスク

例：転倒、誤嚥、脱水、徘徊・混乱、薬の飲み忘れ、火の取り扱い、夜間の不安 等
ねらい：事前に把握することで環境の整備（手すり・照明・動線）で事故予防が図れ、健康管理につなげられる。



(2) 目標の設定 (長期目標→短期目標)

① 「長期目標」

- ➔ 抽象的ではなく、**その人らしい生活像を具体的にイメージできる内容**にするとよい。
- 例：・本人が「家と同じように家事を任されている」と感じながら、安心して役割を持ち、自信を持って生活を継続できる。
- ・就寝前の不安が軽減し、落ち着いた状態で30分以内に入眠できる状態を維持する。

② 「短期目標」

- ➔ **評価できる行動レベル**を具体的で測定可能（回数・時間・頻度）な内容にすると評価しやすい。
- 例：・包丁や火を使わない家事に週3回以上参加できる。
- ・寝る前に本人が好む音楽を15分聴くことで、落ち着いた様子で就床できる日を増やす。

好ましくない事例	理由
落ち着いて生活する 安心して過ごす	どうなると達成なのか、評価ができない
配膳の手伝いを行う 自ら水分を摂る	頻度や回数がなく、計画の実施状況を把握できない
できることは自分で行う 役割を持てるようにする	本人の生活歴や強味につながらず、設定の意図が曖昧
安全に生活する 歩行時に注意する	どのような行動なのか不明確
職員が見守りを強化する	本人の目標ではなく、職員側の行動である
(重度な方に対して) 1人で入浴を行う	本人の状態では達成不可能で、残存能力や課題と違う
転倒をゼロにする、徘徊をなくす	リスクに対する根拠が不足している



(3) サービス内容の設定

- ➡ サービス内容は「～してもらう」という受動的な表現ではなく、「～する」といった利用者が主体の書き方にすると、グループホームらしい「暮らし」が見える計画になります。
- ➡ 何を（支援内容）、どのように（声かけ方法・環境整備）、誰が（担当）、いつ・どのくらい（頻度・時間帯）行うのかについて、抽象的ではなく、実際のケアに落とし込める内容とすることが必要です。

例：不安解消のため寝る前に好きな音楽を聴き、リラックスした状態で入眠する環境を整える
（本人・必要時職員）

具体例



スライド11
杉並 なみ子
さんのアセス
メントから作
成した計画書

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
家事が得意で、家庭と同じように家事の役割を持って過ごしたいという意向がある。しかし、火を扱う場面には不安があり、安全に配慮した環境づくりが必要である。	本人が「家と同じように家事を任されている」と役割を持つことで安心し、自信を持って生活を継続できる。	R8/4/1～ R9/3/31	包丁や火を使わない家事に週3回以上参加できる。	R8/4/1～ R8/9/30	本人が安心して取り組める家事を自ら選び、火や刃物を使わない作業（盛り付け、配膳、皿洗い）を中心に参加できるように環境を整える。 本人が作業しやすいよう、必要な用具や手順を分かりやすく準備し、家庭と同じように役割を持てるよう支援する。 不安が生じた際は、本人の希望に応じて見守りや声かけを行い、安心して続けられる状況を保つ。	本人職員	3回/週	R8/4/1～ R8/9/30
就寝前に不安が強くなり、落ち着かない状態で居室と廊下を歩き回ることがある。安心して入眠できる環境づくりが必要である。	就寝前の不安が軽減し、入眠できるまで落ち着いた状態を維持する。	R8/4/1～ R9/3/31	① 寝る前に本人が好む音楽を15分聴くことで、落ち着いた様子で就床できる日を増やす。 ② 消灯から入眠までが30分以内となる日を増やす	R8/4/1～ R8/9/30	就寝前に不安が強くないよう、本人が好きな音楽を聴きながらリラックスして入眠できる環境を整える。 職員は、照明や音量の調整、声かけなどを行い、安心して過ごせる状況を支援する。毎日就寝前に実施し、不安が強い場合は適宜対応する。	本人職員	5回以上/週	R8/4/1～ R8/9/30

※グループホームでの食事その他の家事等は原則として利用者と介護従業者が共同で行うものですが、認知症である**利用者の尊厳を尊重**し、グループホームでの役割で達成感や満足感を得て自信回復の効果を求めるには、**利用者が好きなことや得意なことを実践してもらう**ことが効果的です。この点に留意して、**その人ならではの計画**を作成してください。

主な指摘事項（４）

計画の説明・同意・交付

【指導での指摘事項】

グループホーム計画の内容について利用者に対して説明し、同意を得て、交付していなかった。

グループホーム計画を利用者に交付していなかった。

【区条例第118条第4・5項】

（認知症対応型共同生活介護計画の作成）

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

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



※計画を家族にのみ交付し、利用者に交付していないケースが多いので気を付けてください。

【指導での指摘事項】

グループホーム計画の実施状況の把握を行っていなかった。

【区条例第118条第6項】

（認知症対応型共同生活介護計画の作成）

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

主な指摘事項 (5)

計画の実施状況の把握

具体例



認知症共同生活介護計画		計画の把握内容		
短期目標	サービス内容	目標の状況	サービスの実施状況	今後の方針
包丁や火を使わない家事に週3回以上参加できる。	<p>本人が安心して取り組める家事を自ら選び、火や刃物を使わない作業（盛り付け、配膳、皿洗い）を中心に参加できるよう環境を整える。</p> <p>本人が作業しやすいよう、必要な用具や手順を分かりやすく準備し、家庭と同じように役割を持てるよう支援する。</p> <p>不安が生じた際は、本人の希望に応じて見守りや声かけを行い、安心して続けられる状況を保つ。</p>	達成	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の時間が近づくと、キッチンへ向かい、職員に声をかけてくれる。 ・盛り付け・配膳・皿洗いなどの火や刃物を使わない家事に、自ら選んで参加できている。必要な道具を整えると戸惑うことなく取り組み、役割を持って活動できている。 ・キッチンで作業している時は笑顔で、一緒に作業する入所者に話しかける様子も見られる。 ・現在月・水・金曜日週3回昼食時に作業をしているが、本人の希望もあり火曜日も追加する。 	見直し
① 寝る前に本人が好む音楽を15分聴くことで、落ち着いた様子で就床できる日を増やす。	<p>就寝前に不安が強くないよう、本人が好きな音楽を聴きながらリラックスして入眠できる環境を整える。</p> <p>職員は、照明や音量の調整、声かけなどを行い、安心して過ごせる状況を支援する。毎日就寝前に実施し、不安が強い場合は適宜対応する。</p>	ほぼ達成	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝前に好きな音楽を聴くことで落ち着ける日が増えており、照明や音量調整を行うと安心して過ごせている。職員の声かけにも穏やかに応じ、入眠までの時間が短縮される傾向が見られる。 ・就寝前に不安が強い日もあるが、週1回あるかないかの状態になった。 ・引き続き、様子を見ながらサービスを継続する。 	継続
② 消灯から入眠までが30分以内となる日を増やす		ほぼ達成		継続

ポイント

👉 計画の実施状況の把握にあたっては...

- 1 提供する具体的なサービスが計画通りに実施されているか
- 2 目標を達成するためにサービスの内容に過不足はないか
- 3 計画の目標がどの程度達成しているか

等を確認しますが、曖昧な目標に対する評価は非常に困難です。
 ▶ 曖昧な目標や抽象的な目標を設定すると、達成状況の把握が難しい。

👉 計画の実施状況の把握にあたっては、計画の変更の要否に必要な情報や今後の計画作成に有効な情報を意識して記録しましょう。

※作成した計画に基づきどの程度サービスを提供できたのか、目標はどの程度達成できたのか**具体的に記録**する必要があります。

主な指摘事項（6）

その他の指摘事項

指摘項目	指摘内容
勤務体制の確保	<ul style="list-style-type: none">・ 勤務表について、兼務関係が明確になっていない従業者がいた。・ 勤務表について、共同生活住居ごとに従業者の日々の勤務体制を明確にしていなかった。
秘密保持等	<ul style="list-style-type: none">・ 従業者が業務上知り得た秘密の保持について、誓約書等の必要な措置がとられていなかった。・ 個人情報の利用について、あらかじめ文書により家族の同意を得ていない事例があった。
業務継続計画	<ul style="list-style-type: none">・ 業務継続計画（感染症）の研修及び訓練を、定期的に行っていることが確認できなかった。

今年度の運営指導で介護報酬に関する指摘はありませんが、参考のため再掲します。

<グループホームに係る介護報酬>

介護報酬の根拠となる単位数表は厚生労働省の告示で示されており、このほか、解釈を補う通知（留意事項通知）や、別に定めるものなどを規定する関係告示等があります。

介護報酬の算定にあたっては、必ず、介護報酬の根拠となる規定や通知の内容を確認してください。

▼ 主な告示・通知等

※ この資料では告示番号や通知名等を一部略称で表記しています。

単位数表（告示）	単位数表（留意事項通知）	関係告示
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（H18.3.14 厚労告126）	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（H18.3.31 老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号）	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（H27.3.23 厚労告94）
		厚生労働大臣が定める基準（H27.3.23 厚労告95）
		厚生労働大臣が定める施設基準（H27.3.23 厚労告96）
		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（H12.2.10 厚告27）
		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（H12.2.10 厚告29）

看取り介護加算

《算定要件》

	要件	記録や資料の添付
算定単位数	死亡日から起算した日数に対応した単位数を算定しているか	
対象者	医師が 回復の見込みがないと診断した者 であることの確認	必要
指針	看取りの指針 （重度化対応指針含む）を定め適宜見直しを行っているか	必要
指針の同意	入居時に看取りの指針内容を説明し、利用者同意を得ているか	必要
計画の同意	医師等と多職種連携により共同作成した介護計画を説明し、利用者同意を得ているか	必要
随時の説明に係る同意	医師等と多職種連携の下、随時、介護記録等を活用して介護の説明を行い、利用者同意を得ているか	必要
研修	看取りに関する職員研修の実施	必要

看取り介護加算

その他算定にあたり留意すべき点

- ☑ 医療連携体制加算を算定していない場合は、算定できません。
- ☑ 死亡日前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院した後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能ですが、その際には、当該事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定できません。

▼ 単位数（参考）

死亡日以前31日以上 45日以下	死亡日以前4日以上 30日以内	前々日	前日	死亡日
72単位	144単位	680単位		1,280単位

看取り介護加算

《根拠法令など》

内容	【根拠法令】	該当箇所等
算定単位数について	指定地域密着型サービスに要する費用の額に関する基準 (H18.3.14 厚労告126)	別表5・□
指針、指針の同意、 研修	厚生労働大臣が定める施設基準 (H27.3.23 厚労告96)	第33号
全般の解説	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	第二6 (7)
対象者	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 (H27.3.23 厚労告94)	第40号
計画の作成・看取り 介護の実施にあたって 参考とするもの	厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」	

《算定要件》

要件（抜粋）	認知症専門ケア加算Ⅰ	認知症専門ケア加算Ⅱ
対象者	利用者総数のうち日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1/2以上	
算定対象者の確認	対象者以外の者には算定できない	
認知症介護に係る専門的な研修修了者の配置	認知症介護実践リーダー研修、認知症介護に係る適切な研修の修了者を、対象者19人までは1名、29人までは2名を配置	
職場内体制	チームとして専門的な認知症ケアを実施	
対象者への対応	定期的な会議の開催（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内容）	
認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者の配置	—	認知症介護指導者養成研修、認知症介護に係る適切な研修の修了者を配置
職場内体制	—	研修修了者が所内の認知症ケアの指導を実施
職員ごとの研修	—	職員ごとの認知症ケア研修の計画と実施

<参考>

認知症専門ケア加算

<<加算算定の注意点>>

1. 割合の計算について

- ☑ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合が2分の1以上の計算は、算定日が属する月の前3月間の利用者実人数又は利用者延人数の平均で算出します。また、届出を行った月以降においても、直近3月間の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合につき、毎月継続的に所定の割合以上であることが必要です。

なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を提出してください。

〔厚生労働省 電話確認〕【介護保険最新情報（Vol.69）平成21年3月23日】（問114）

2. 算定対象者について

- ☑ 対象者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者）以外の利用者は、当該加算を算定できませんので注意してください。

〔厚生労働省 電話確認〕

認知症専門ケア加算

《根拠法令など》

内容	【根拠法令】	該当箇所等
算定単位数について	指定地域密着型サービスに要する費用の額に関する基準（H18.3.14 厚労告126）	別表5・へ
対象者、研修修了者の配置、職場内体制、対象者への対応	厚生労働大臣が定める基準（H27.3.23 厚労告95）	第3号の2イ
全般の解説	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	第二6（11）
対象者	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（H27.3.23 厚労告94）	第41号（第23号の2準用）

体制評価

要件（抜粋）	医療連携体制加算Ⅰ（ハ）37/日	医療連携体制加算Ⅰ（ロ）47/日	医療連携体制加算Ⅰ（イ）57/日
看護師の配置	事業所の職員又は病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携により看護師（准看含まない）を1名以上確保	看護職員（准看含む）を常勤換算方法で1名以上確保	看護師（准看含まない）を常勤換算方法で1名以上確保
看護師の24時間連絡体制の確保	看護師による24時間連絡できる体制を確保 (病院・診療所・訪問看護ステーションの看護師との連携による体制確保も可)		
重度化対応指針の同意	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。		

受入評価

要件（抜粋）	医療連携体制加算Ⅱ 5/日 医療連携体制加算Ⅰのいずれかを算定していることが要件	
提供するサービス	具体的なサービスとして想定される以下を実施している。また、看護師がこれらの業務を行うために必要な勤務時間を確保している。 (看護師の事業所における勤務実態がなく「オンコール体制」としているだけでは×) ・ 利用者に対する日常的な健康管理 <u>（区基準：1回以上/週）</u> ・ 通常時及び利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整 ・ 看取りに関する指針の整備	
利用者と提供するサービス	☑ 算定月が属する月の前3月間において、 <u>施設基準第34号二の利用者（※次スライドを参照）</u> による利用実績が1人以上ある当該利用者が可能な限り当事業所で療養生活を継続できるよう協力医療機関と連携しつつ医療ニーズを充足させて必要な支援を行っている	

《利用者の要件》

(※) 医療連携体制加 (Ⅱ) 施設基準第34号二の利用者 (厚生労働大臣が定める施設基準 (H27.3.23 厚労告96))	
	喀痰吸引を実施している状態
	経鼻胃管や胃ろう等の経管栄養が行われている状態
	呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
	中心静脈注射を実施している状態
	人工腎臓を実施している状態
	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
	人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
	褥瘡に対する治療を実施している状態
	気管切開が行われている状態
	留置カテーテルを使用している状態
	インスリン注射を実施している状態

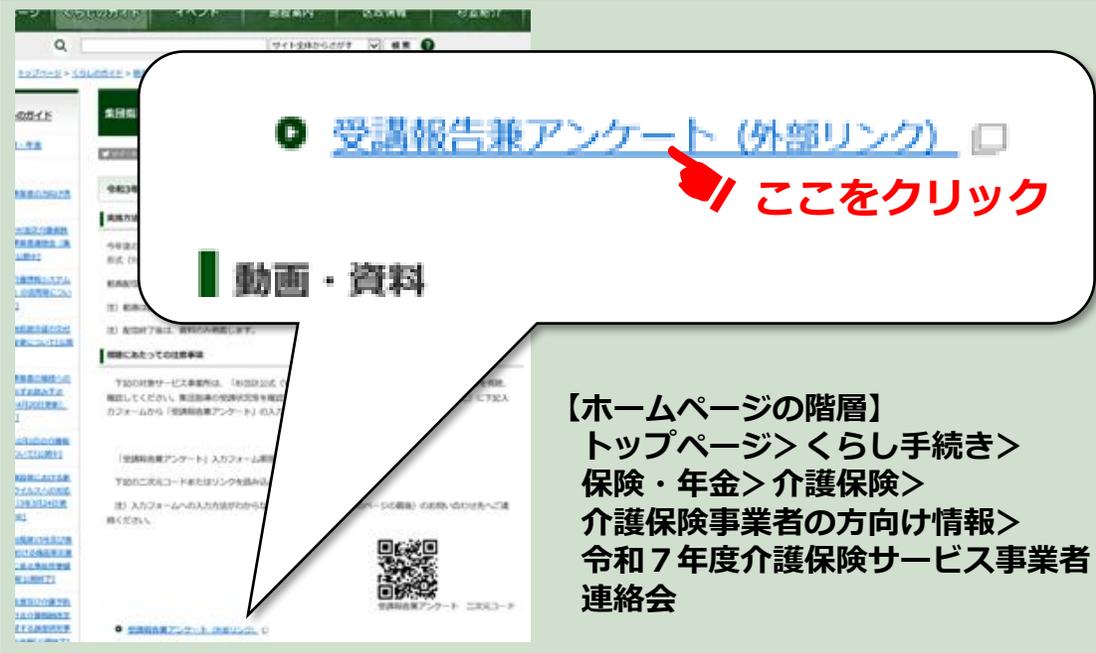
「受講報告兼アンケート」の入力のお願い

集団指導の受講状況等を確認するため、視聴後に事業所ごと（サービス種別ごと）に下記入力フォームから「受講報告兼アンケート」の入力をお願いします。

（注1）併設の事業者がある場合、それぞれのサービス事業所で回答してください。

（注2）管理者等が事業所内の回答・質問事項を取りまとめ、事業所として回答・質問してください（事業所で視聴した方全員が回答する必要はありません）。

区公式ホームページからアクセスする場合



ここをクリック

動画・資料

【ホームページの階層】
トップページ>暮らし手続き>
保険・年金>介護保険>
介護保険事業者の方向け情報>
令和7年度介護保険サービス事業者
連絡会

二次元コードを読み取ってアクセスする場合



受講報告兼アンケート 二次元コード

入力期限：3月31日（火）まで

ご視聴ありがとうございました。

制作・著作



杉並区