

令和5年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

13

(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護
(老健以外)、介護予防短期入所療養介護(老健以外))

資 料

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護（老健以外）、
介護予防短期入所療養介護（老健以外）)

〔 目 次 〕

①	運営指導での指摘事項はどのようなものがあるか【医療院】	1
②	変更許可申請と指定事項等変更届の取扱いについて【医療院】	3
③	移行計画の提出及び移行計画未提出減算について【療養型】	5
④	開催等が必要な委員会・研修等について	6
⑤	栄養ケア・マネジメントの充実について	7
⑥	口腔衛生の管理について	10
⑦	リスクマネジメントの強化について	11
⑧	排せつ支援加算について【医療院】	13
⑨	自立支援促進加算について【医療院】	17
⑩	個別感染症対策マニュアル等の作成について	22
⑪	養介護施設従事者等による高齢者虐待について	23
⑫	介護医療院の開設及び関係通知について【医療院】	26
⑬	過去の質問から	27

【注】各サービスに該当する項目及び記載内容については、以下のとおり表示しています。
なお、特に記載のないものは、サービス共通です。

療養型 →介護療養型医療施設

医療院 →介護医療院

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
 (介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
 介護予防短期入所療養介護(老健以外))

① 運営指導での指摘事項はどのようなものがあるか【医療院】

令和4年度に実施した介護医療院への運営指導における指摘事項のうち、主なものを下表に示しました。

○運営基準に関すること

	指摘事項	指導内容
【入退所】	入所者が退所して、居宅における生活ができるかどうかについて、検討していることが確認できなかった。	入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活できるかどうかについて、医師、薬剤師、看護・介護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議のうえ、定期的に検討し、その内容等を記録すること。
【介護医療院サービスの取扱方針】	身体的拘束等の適正化のための指針において、指針に盛り込むべき項目が不足している。	身体的拘束等の適正化のための指針には、以下の項目を漏れなく盛り込むこと。 ①施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ②身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 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 ④施設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 ⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 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
【掲示】	施設において重要事項説明書及び運営規程を掲示しているが、その記載内容に不十分な箇所がある。	介護医療院は、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、協力病院、利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。 入所者等に対する説明責任として、重要事項説明書及び運営規程を掲示するのであれば、運営指導の指摘を改善した後、最新の重要事項説明書を掲示すること。 なお、重要事項説明書には運営規程の概要が含まれるため、運営規程の掲示は省略しても差し支えない。

○施設サービス計画に関すること

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
 (介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
 介護予防短期入所療養介護(老健以外))

【施設サービス計画の作成】	<p>入所者の解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)の実施記録が確認できない。</p>	<p>計画担当介護支援専門員は、アセスメントを行うに当たっては、入所者及びその家族に面接して行い、その結果について記録をすること。 この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならないことに留意すること。</p>
【施設サービス計画の作成】	<p>令和4年3月に作成された施設サービス計画について、入所者の同意及び交付をしていない事例があった。 確認したところ、同意及び交付を失念していたことに気づき、令和4年12月に同意及び交付をおこなっていた。</p>	<p>計画担当介護支援専門員は、援助の目標達成のための内容の明確化と介護給付の適正化の観点から、施設サービス計画について介護医療院サービス提供開始前に、入所者又はその家族に対し説明し、文書により入所者の同意を得た上で、遅滞なく入所者に交付すること。</p>
【施設サービス計画の作成】	<p>施設サービス計画の長期目標及び短期目標が認定の有効期間を超えた期間で設定されており、要介護更新認定を受けた際に施設サービス計画の変更の必要性の検討及び施設サービス計画の作成がされていない。</p>	<p>要介護更新認定及び要介護状態区分の変更の認定を受けた際には、サービス担当者会議の開催等により施設サービス計画の変更の必要性について検討すること。 なお、長期期間及び短期目標の設定においては認定の有効期間を考慮した期間とすること。</p>

○報酬・加算に関すること

【初期加算】	<p>令和3年3月途中に入所した入所者について、初期加算を算定していたが、入所から31日の期間において本加算を算定していた。</p>	<p>本加算は入所した日から起算して30日以内の期間について算定されるものであることから、超過した部分については過誤調整により自主返還すること。 また、他に同様の事例がないか自主点検し、同様の事例があった場合は所定の措置を講ずること。</p>
--------	--	--

② 変更許可申請と指定事項等変更届の取扱いについて【医療院】

介護療養型医療施設と異なり、介護医療院における以下の事項については、変更の届出によらず、変更の許可を受ける必要があります。

変更許可を要する事項

- ・敷地の面積及び平面図の変更
- ・建物の構造概要及び平面図の変更(各室の用途を含む。)
- ・施設及び構造設備の概要の変更
- ・施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画の変更
- ・運営規程の変更
 ※従業者の職種、員数及び職務内容並びに入所定員の増加に係る部分に限る。
 ※入所定員又は療養室の定員数を減少させようとするときは含まない。
- ・協力病院の変更

その他の変更については、他サービスと同様、届出(指定事項等変更届)を行うこととなります。詳細は、【表1】と次ページ【表2】をご覧ください。

【表1】変更許可申請と指定事項等変更届の違い(介護医療院の場合)

	変更許可申請	指定事項等変更届
提出様式	変更許可申請書(様式第12号)	指定事項等変更届(様式第8号)
	※様式及び添付書類については下関市ホームページにて確認してください。	
提出時期	変更前1箇月～2週間を目途 ※急な従業者の員数の変更など、上記によりがたい事情が生じた場合は、別途ご相談ください。 ※工事を伴うものなどについては、着工前にご相談いただき、十分協議してください(変更許可申請は、工事そのものに対してではなく、工事終了後の状態で使用することに対して許可を受けるものです。) ※現地確認を行う場合があります。	算定体制の変更以外 →変更後10日以内 算定体制の変更 ・医療院・(介護予防)短期療養 →届出が受理された日が属する月の翌月(月の初日の場合はその月*)から算定開始。 ※国保連へのデータ送信の都合上、月の初日に提出する場合は、事前にご一報ください。 ・(介護予防)通所リハ →届出が15日以前に提出された場合は翌月から、16日以降に提出された場合は翌々月から算定開始。
市からの通知	許可通知	なし
手数料	建物のく体に影響を及ぼす構造設備の変更を伴うもの →33,000円 上記以外 →なし	なし

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
 (介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
 介護予防短期入所療養介護(老健以外))

【表2】介護医療院変更許可申請書又は指定事項等変更届の提出が必要な事項

	介護医療院		短期入所療養介護	通所リハビリテーション
	介護医療院変更許可申請書	指定事項等変更届	指定事項等変更届	指定事項等変更届
施設(事業所)の名称		○	○	○
施設(事業所)の所在地		○	○	○
開設者(申請者)の名称		○	○	○
開設者(申請者)の主たる事務所の所在地		○	○	○
代表者の氏名、住所又は職名		○	○	○
登記事項証明書、条例等(当該事業に関するもの)		○	○	○
事業所の種別(医療院等)			○	○
敷地の面積及び平面図	○			
併設施設の概要		○		
建物の構造概要	○		○	
建物(事業所)の平面図(各室の用途を含む)	○		○	○
施設及び構造設備(設備)の概要	○		○	○
施設の共用の有無又は共用の場合の利用計画	○			
入所者の定員			○	
管理者の氏名及び住所		○*	○	○
運営規程(従業者の職種、員数、職務内容、及び入所定員の増加に係る部分)	○		○	○
運営規程(上記以外)		○	○	○
協力病院の名称等(協力病院を変更しようとする場合)	○			
協力病院の名称等(上記以外)		○		
介護給付費の請求に関する事項		○	○	○
介護支援専門員の氏名等		○		

*管理者の変更については事前に管理者承認申請書(様式第13号)の提出が必要。

③ 移行計画の提出及び移行計画未提出減算について【療養型】

介護療養型医療施設において、**令和5年度末の廃止期限**までの円滑な介護医療院等への移行等に向け、より早期の意思決定を促す観点から、一定期間ごとに移行等に係る検討の状況についての報告が義務付けられています。

介護療養型医療施設においては、定期的に移行計画の提出をお願いします。

○提出期限

令和5年9月30日（土曜日）※最終期限

※計画については、あくまでも届出時点の意向を示すものであり、届け出た移行先以外への移行等を否定するものではありません。

○提出書類

- ・ 指定事項等変更届（届出内容が変更になる場合）
- ・ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（届出内容が変更になる場合）
- ・ 介護療養型医療施設の移行に係る届出（別紙 45）

〔ホームページ掲載場所〕

下関市ホームページトップ (<https://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

→ 分類でさがす → しごと・事業者

→ 介護保険サービス事業者 → 加算手続き・各種申請様式

→ 介護保険サービス事業の申請様式等について（施設系サービス）

期限までに移行計画が提出されない場合、次の期限までの間、基本報酬が減額されます。（以後半年後ごと）

移行計画未提出減算 10%/日減算

(例)

令和3年9月30日までに移行計画を提出しなかった場合、令和3年10月1日から令和4年3月31日までの期間減算となり、その後、令和3年11月1日に届け出た場合は、令和4年4月1日から同年9月30日まで減算されない。

④ 開催等が必要な委員会・研修等について

介護療養型医療施設及び介護医療院では、従前より、適切な施設サービスを提供するために、各種指針の整備、委員会の設置、研修の実施等が義務づけられておりますが、令和3年度制度改正において、開催が必要な委員会や研修の種類、訓練(シミュレーション)の実施等が追加されました。

○開催等が必要な委員会等及び頻度

※改定部分に下線

	委員会	指針・計画	研修	訓練
身体拘束適正化	3月に1回以上※2, 3	指針整備	年2回以上及び新規採用時	—
業務継続計画※1 (BCP)	—	業務継続計画作成 (災害・コロナ)	年2回以上及び 新規採用時※4	年2回以上※5
感染対策	3月に1回以上※2, 3 及び感染が流行する 時期は必要に応じて	指針整備	年2回以上及び 新規採用時	年2回以上※1
事故防止	定期的※2, 3 (指針等に定める頻度)	指針整備	年2回以上及び 新規採用時	—
虐待防止※1	定期的※2,3 (指針等に定める頻度)	指針整備	年2回以上及び 新規採用時	—

※1 令和6年3月31日までの経過措置あり。

※2 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、一体的に設置・運営して差し支えない。

※3 テレビ電話装置等を活用して行うことができる。

※4 感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症対策の研修と一体的に実施して差し支えない。

※5 感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症対策の訓練と一体的に実施して差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施して差し支えない。

施設におかれましては、開催が必要な委員会、実施すべき研修・訓練やその頻度につきまして、今一度確認していただき、適切に行うこととしてください。

※身体拘束及び事故防止について、基準を満たさない場合、**減算**となります。

※事故防止については《個別編》11頁、虐待防止については《共通編》58頁についてもご確認下さい。

⑤ 栄養ケア・マネジメントの充実について

令和3年度制度改正において、介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、以下の見直しが行われました。

1. 人員基準・運営基準の変更【療養型・医療院】

栄養マネジメント加算を廃止し、①現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置づけるとともに、基本サービスとして、②「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の栄養管理を計画的に行わなければならない。」ことが規定されました。

【解釈通知(抜粋)】

栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

- イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成すること。(略)
- ロ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。
- ハ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。
- ニ 栄養ケア・マネジメントの実務等については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)第4において示しているので、参考とされたい。

※令和6年3月31日までの経過措置あり。

2. 栄養ケア・マネジメント未実施減算の新設【療養型・医療院】

①及び②の基準を満たさない事実が生じた場合、その翌々月から基準を満たさない状況が解決されるに至った月まで、入所者全員について、**栄養ケア・マネジメント未実施減算として14単位/日減算**されます。(ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。)

※令和6年3月31日までの経過措置あり。

3. 栄養マネジメント強化加算の新設【医療院】

入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価するものとして、**栄養マネジメント強化加算 11 単位/日**が新設されました（低栄養リスク改善加算については廃止）。

《栄養マネジメント強化加算の算定要件》

- ①管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 50 で除して得た数以上配置していること。ただし、常勤の栄養士を 1 名以上配置し、当該栄養士が給食管理を行っている場合にあつては、管理栄養士を常勤換算方法で、入所者の数を 70 で除して得た数以上配置していること。※ 1、2、3
- ②低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成した栄養ケア計画に従い、当該入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、当該入所者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を実施すること。※ 4
- ③②に規定する入所者以外の入所者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題があると認められる場合は、早期に対応していること。
- ④入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。※ 5
- ⑤定員超過でないこと。また、栄養ケア・マネジメント未実施減算を算定していないこと。

※ 1 調理業務の委託先で、配置される栄養士及び管理栄養士の数は含むことはできない。

※ 2 やむを得ない事情により、配置された職員数が一時的に減少した場合は、1 月を超えない期間内に職員が補充されれば、減少しなかったものとみなす。

※ 3 員数を算定する際の入所者数は、前年度の平均を用いること。

※ 4 低栄養状態のリスク評価は、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」第 4 に基づき行うこと。

※ 5 厚生労働省への情報の提出については、LIFE を用いて行うこと。

LIFE への提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照すること。

4. 関連する質問

Q 1 今まで当施設A（定員 25 名）に配置された常勤の管理栄養士 1 名が、同一敷地内にある別の介護施設B（定員 35 名）の管理栄養士として兼務し、双方で栄養マネジメント加算を算定していたが、同条件で双方の施設が栄養マネジメント強化加算を算定できるか。

A 1 栄養マネジメント強化加算は、栄養マネジメント加算の算定要件と異なり、常勤換算方法で入所者の数を 50 で除して得た以上の管理栄養士の配置が必要となります。よってこの場合、施設Aには常勤換算方法で 0.5 以上、施設Bには常勤換算方法で 0.7 以上の管理栄養士の配置が必要となるため、現状の管理栄養士の配置では双方の施設で算定することはできません。

Q 2 現在当施設（定員 60 名）には常勤の管理栄養士が 1 名と、委託において配置された常勤の栄養士が 1 名配置されている。この場合、栄養マネジメント強化加算は算定できるか。

A 2 委託において配置されている管理栄養士及び栄養士の数は含めることはできません。よって、ただし書き（入所者の数を 70 で除して得た数以上）は適用されず、栄養マネジメント強化加算を算定することはできません。

Q 3 栄養マネジメント強化加算の算定要件のただし書きにある「給食管理を行う常勤の栄養士」は、複数の施設を兼務することは可能か。

A 3 複数の施設を兼務することで非常勤となる場合は不可です。同一建物等で特に時間を分ける必要がない場合等は、複数の施設を兼務することは可能です。
(厚生労働省確認済)

⑥ 口腔衛生の管理について

令和3年度介護保険制度改正により、自立支援・重度化防止の取組の推進の観点から、口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理を実施することが義務付けられました。

(経過措置：令和6年3月31日までは努力義務)

《介護医療院基準第20条の3》

介護医療院は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

※介護療養型医療施設については、「介護医療院基準第20条の3」を、「介護療養型医療施設基準第17条の3」に読み替えてください。

●入所者に対する口腔衛生の管理の実施について

以下の手順により計画的に実施すること。

- ① 施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行うこと。
- ② ①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した、入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成するとともに、必要に応じて、定期的に当該計画を見直すこと。なお、口腔衛生の管理体制に係る計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合はその記載をもって口腔衛生の管理体制に係る計画の作成に代えることができるものとする。
 - イ 助言を行った歯科医師
 - ロ 歯科医師からの助言の要点
 - ハ 具体的方策
 - ニ 当該施設における実施目標
 - ホ 留意事項・特記事項
- ③ 医療保険において歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導又は②の計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

⑦ リスクマネジメントの強化について

1. 安全管理体制未実施減算について

施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応(リスクマネジメント)を推進する観点から、安全対策担当者を定めることを義務づけるとともに、事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に、**安全管理体制未実施減算として5単位/日減算**されることになりました。

安全管理体制未実施減算は、以下の基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について適用されます。

《介護医療院基準第40条第1項(概略)》

※改定部分に下線

- 事故発生の防止のための指針を整備すること(第1号)。
- 事故が発生した場合等に、当該事実の報告及びその分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること(第2号)。
- 事故発生の防止のための委員会を定期的を開催すること(第3号)。
- 事故発生の防止のための従業者に対する研修を定期的を実施すること(第3号)。
- 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を置くこと(第4号)。

※委員会や研修の頻度等については、《個別編》6頁をご確認ください。

※介護療養型医療施設については、「介護医療院基準第40条第1項」を、「介護療養型医療施設基準34第1項」に読み替えてください(以下同じ)。

2. 安全対策体制加算について

組織的な安全対策体制の整備を新たに評価するものとして、**安全対策体制加算20単位**が新設されました。

《安全対策体制加算の算定要件》

- ①介護医療院基準第40条第1項に規定する基準に適合していること。
- ②介護医療院基準第40条第1項第4号に規定する担当者が安全対策に係る外部研修を受けていること。
- ③当該施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護（老健以外）、
介護予防短期入所療養介護（老健以外）)

3. 関連する質問

Q1 安全対策体制加算について、安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていることが要件となっているが、どのような研修を想定しているか。

A1 外部の研修としては、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであり、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）が開催する研修を想定している。 【Q&A R3.3.23】

Q2 安全対策体制加算における必要な外部研修とは具体的にどういったものか。

A2 関係団体等が開催する研修であれば具体的な研修の指定はないため、留意事項通知のとおり、介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものであれば、算定要件を満たすと考えます。

なお、修了証等のみでは、その研修が加算要件に合致する研修であるか判断が付きませんので、当該研修内容等が分かるように資料や記録等を残しておくようにしてください。

Q3 安全対策体制加算は、算定要件を満たす施設がサービス提供を行う場合に、入所者につき入所初日に限り算定できるところ、施設が算定要件を満たすに至った場合に、既に入所している入所者に対して算定することは可能か。

A3 安全対策体制加算の算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定するものであるため、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対してのみ算定可能である。 【Q&A R3.3.23】

⑧ 排せつ支援加算について【医療院】

令和3年度報酬改定において、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、排せつ支援加算の算定要件等が改定されました。

<<改定前>> 排せつ支援加算 100 単位/月		<<改定後>> 排せつ支援加算(Ⅰ) 10 単位/月 排せつ支援加算(Ⅱ) 15 単位/月 排せつ支援加算(Ⅲ) 20 単位/月
-----------------------------	---	---

排せつ支援加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行うことにより、施設入所時と比較して排せつの状態が改善することを評価するものであり、入所者ごとの排せつに係る支援及び排せつ支援の質の向上を図るためのPDCAサイクルの構築による当該支援の質の管理を多職種共同により行った場合に算定するものです。

○排せつ支援加算(Ⅰ)

算定要件(大臣基準 第七十一号の三 イ)

- (1) 入所者又は利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも6月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排せつ支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- (2) (1)の評価の結果、排せつに介護を要する入所者^{※1}又は利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる^{※2}ものについて、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、当該入所者又は利用者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。
- (3) (1)の評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに支援計画を見直していること。

※1 「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査員テキスト2009改訂版(平成30年4月改訂)」の方法を用いて、排尿又は排便の状態が、「一部介助」若しくは「全介助」と評価される者又はおむつを使用している者をいう。

※2 「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿若しくは排便又はおむつ使用にかかる状態の評価が不変又は低下となることが見込まれるものの、適切な対応を行った場合には、排尿又は排便の状態の少なくとも一

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
介護予防短期入所療養介護(老健以外))

方が改善又はおむつ使用ありから使用なしに改善すること、あるいは、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善することが見込まれることをいう。

1 評価

- ① 施設入所時の評価は、厚生労働省が示す様式6「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」を用いて、「排尿・排便の状態」及び「おむつ使用の有無」並びに「特別な支援が行われた場合におけるそれらの3か月後の見込み」について実施すること。
- ② ①の評価を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告すること。また、その際、入所者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談すること。
- ③ 評価結果等の情報の提出については、L I F Eを用いて行うこと。

2 支援計画の作成

- ① 失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいて、厚生労働省が示す様式6「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書」を用いて支援計画を作成すること。
- ② 要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は以下のとおり。
 - ・医師 ・看護師 ・介護支援専門員
 - ・介護職員（支援対象の入所者の特性を把握している者）
 - ・その他入所者の状態等に応じ適宜加える職種
(薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等)

3 支援計画の実施

- ① 支援の実施に当たり、計画の作成に関与した者が、入所者及びその家族に対し、排せつの状態及び今後の見込み、支援の必要性、要因分析並びに支援計画の内容等について説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で実施すること。
- ② 支援開始後であっても、いつでも入所者及びその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で実施すること。

4 支援計画の見直し

- ① 支援計画に実施上の問題（排せつ支援計画の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに見直しを実施すること。
- ② 見直しの際は、P D C Aの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、L I F Eへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。

○排せつ支援加算(Ⅱ)

算定要件(大臣基準 第七十一号の三 〇)

- (1) イの(1)から(3)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 次に掲げる基準のいずれかに適合すること。
 - ①イ(1)の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時又は利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。
 - ②イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時におむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。

排せつ支援加算(Ⅱ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、かつ、いずれにも悪化がない場合又はおむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定が可能となります。

○排せつ支援加算(Ⅲ)

算定要件(大臣基準 第七十一号の三 八)

イ(1)から(3)まで並びに〇(2)①及び②に掲げる基準のいずれにも適合すること

排せつ支援加算(Ⅲ)は、排せつ支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がなく、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に、算定が可能となります。

排せつ支援加算に関する Q&A

○排せつ支援加算(Ⅰ)について

Q1 排せつ状態が自立している入所者又は排せつ状態の改善が期待できない入所者についても算定が可能なのか。

A1 排せつ支援加算(Ⅰ)は、事業所単位の加算であり、入所者全員について排せつ状態の評価を行い、L I F Eを用いて情報の提出を行う等の算定要件を満たしていれば、入所者全員が算定可能である。 【Q&A R3.3.26】

○排せつ支援加算(Ⅱ)(Ⅲ)について

Q2 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、リハビリパンツや尿失禁パッド等の使用は、おむつの使用に含まれるのか。

A2 使用目的によっても異なるが、リハビリパンツの中や尿失禁パッドを用いた排せつを前提としている場合は、おむつに該当する。 【Q&A R3.3.26】

Q3 排せつ支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の算定要件について、終日おむつを使用していた入所者が、夜間のみのおむつ使用となった場合は、排せつ状態の改善と評価して差し支えないか。

A3 おむつの使用がなくなった場合に、排せつ状態の改善と評価するものであり、おむつの使用が終日から夜間のみになったとしても、算定要件を満たすものではない。 【Q&A R3.3.26】

○排せつ支援加算について

Q4 L I F Eに提出すべき情報は「科学的介護情報システム(L I F E)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

A4 「科学的介護情報システム(L I F E)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老老発0316第4号)においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目(様式で定められた項目)についての評価等が必要である。

ただし、同通知はあくまでもL I F Eへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものをを用いることを求めるものではない。 【Q&A R3.4.9】

⑨ 自立支援促進加算について【医療院】

利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、**自立支援促進加算 300 単位/月**が新設されました。

自立支援促進加算は、全ての入所者について、必要に応じ、適切な介護が提供されていることを前提としつつ、介護保険制度の理念に基づき、入所者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特に必要な支援を実施していることを評価するものです。

《自立支援促進加算の算定要件（大臣基準第71号の4）》

- ① 医師が入所者ごとに、施設入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、その後少なくとも6月に1回医学的評価の見直しを行うとともに、その医学的評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援の促進に当たって、当該情報その他自立支援の適切かつ有効な促進のために必要な情報を活用していること。
- ② ①の医学的評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者ごとに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。
- ③ ①の医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。
- ④ 医師が自立支援に係る支援計画の策定等に参加していること。

○算定する際の注意事項

1. 算定要件を満たした場合、入所者全員に対して算定すること。

自立支援促進加算は、入所者全員に対して自立支援に係る医学的評価を行い、当該評価の結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者に対して支援計画を作成しケアを行った場合、入所者全員に対して算定される加算です。

【留意事項通知】

・本加算は、原則として入所者全員を対象として入所者ごとに大臣基準第71号の4に掲げる要件を満たした場合に、当該施設の入所者全員に対して算定できるものであること。

2. 支援計画は、全ての項目について作成すること。

支援計画は、訓練の提供に係る事項(離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等)の全ての項目について作成する必要があります。

また、支援計画の各項目は、原則として留意事項通知のとおり実施しなければなりません。

【留意事項通知】

・支援計画は、関係職種が共同し、別紙様式7を用いて、**訓練の提供に係る事項(離床・基本動作、ADL動作、日々の過ごし方及び訓練時間等)の全ての項目について作成すること。**作成にあたっては、医学的評価及び支援実績等に基づき、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意すること。

・**当該支援計画の各項目は原則として以下のとおり実施すること。**その際、入所者及びその家族の希望も確認し、入所者の尊厳が支援に当たり十分保持されるよう留意すること。

- a 寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する。
- b 食事は、本人の希望に応じ、居室外で、車椅子ではなく普通の椅子を用いる等、施設においても、本人の希望を尊重し、自宅等におけるこれまでの暮らしを維持できるようにする。食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する。
- c 排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用することとし、特に多床室においては、ポータブルトイレの使用を前提とした支援計画を策定してはならない。
- d 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること。
- e 生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする。
- f リハビリテーション及び機能訓練の実施については、本加算において評価をするものではないが、評価に基づき、必要な場合は、入所者本人や家族の希望も確認して施設サービス計画の見直しを行う。

3. 医学的評価等の結果を厚生労働省に提出すること。

評価結果等の情報の提出については、LIFEを用いてください。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム(LIFE) 関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照としてください。

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
介護予防短期入所療養介護(老健以外))

○関連する質問

Q 1 自立支援促進加算を算定するに当たって、全入所者に対して支援計画を作成しなければならないのか。

A 1 自立支援促進加算は、入所者全員に対して医学的評価を行った結果、自立支援の促進が必要であるとされた入所者について支援計画を作成しケアを行えば、全員に対して算定できますが、自立支援の促進が全く必要ない入所者が多数いる可能性は低いと予想されるので、基本的には全員に近い入所者に対して支援計画を作成することとなると想定されます。 【厚生労働省確認】

Q 2 「個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。

A 2 具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最後まででの尊厳の保持に資する取組を求めるものである。

なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明する必要があり、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があるにも関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。 【Q&A R3. 6. 9】

Q 3 支援計画の実施にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。また、離床時間の目安はあるか。

A 3 具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであることを踏まえ、いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床等の支援を一定時間実施することを求めるものである。

したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っていることなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきではない場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要である。

なお、「・具体的な離床時間については、一定の時間を確保すること」「・本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むこと」も重要である。 【Q&A R3. 6. 9】

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護（老健以外）、
介護予防短期入所療養介護（老健以外）)

Q 4 支援計画の実施にあたっては、原則として「食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

A 4 具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、「・個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定」「・慣れ親しんだ食器等の使用」「・管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供」など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。

また、「・経管栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきではない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようにすること」「・入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮すること」といった取組を想定している。

【Q&A R3.6.9】

Q 5 支援計画の実施にあたっては、原則として「排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用すること」とされているが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

A 5 排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。

このため、本加算は、日中の通常のケアにおいて、多床室でポータブルトイレを使用している利用者がいないことを想定している。

なお、「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは、「・トイレで排せつするためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支援計画を作成し定期的に見直すこと」や、「・入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつのリズムや、本人のQOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえ、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないこと」を想定している。

【Q&A R3.6.9】

Q 6 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重することが要件となっているが、仮に入所者の状態から一般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

A 6 本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護（老健以外）、
介護予防短期入所療養介護（老健以外）)

特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人又は家族に説明した上で、実施することが必要である。 【Q&A R3.3.23】

Q7 支援計画の実施にあたっては、原則として「入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること」とされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

A7 尊厳の保持の観点から、すべての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽（個人浴槽を除く。）を利用している入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、「・入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定すること」や、「・本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること」「・脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮に十分留意すること」等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。

また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。

なお、重度の要介護者に対して職員1人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは2人以上の複数の職員で行うことを想定している。 【Q&A R3.6.9】

Q8 支援計画の実施にあたっては、原則として「生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする」とされているが、具体的にはどのような取組を行うことが求められるのか。

A8 個々の入所者や家族の希望等を叶えるといった視点が重要であり、例えば、「・起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること」「・趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること」等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。

例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会参加することが本人の暮らしの支援につながると考える。

なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物（仏壇や家具、家族の写真等）を持ち込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。 【Q&A R3.6.9】

⑩ 個別感染症対策マニュアル等の作成について

今般、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場に必要な感染症の知識や対応方法など、介護現場における感染対策力の向上を目的に、「介護現場における感染対策の手引き」（以下、「手引き」という。）等が作成されました。

施設におかれましては、当該手引き等を参考に取り組み、施設内の衛生管理及び感染症の発生・まん延防止に努めていただきますようお願いいたします。

特に、**新型コロナウイルス感染症対策、インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策**等については、個別感染症対策マニュアルを作成し、適切な措置を講じることとし、その他感染症についても、必要に応じて個別感染症対策マニュアルを作成してください。

《手引きに個別感染症対策が掲載されている感染症》

- 新型コロナウイルス感染症
- インフルエンザ
- 感染性胃腸炎
- 結核
- 腸管出血性大腸菌
- レジオネラ症
- 疥癬（かいせん）
- 誤嚥性肺炎
- ウイルス性肝炎
- 薬剤耐性菌感染症
- 带状疱疹
- アタマジラミ
- 偽膜性大腸炎
- 蜂窩織炎（ほうかしきえん）
- 尿路感染症

○介護現場における感染対策の手引き

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001048000.pdf>

○介護職員のための感染対策マニュアル（施設系）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678255.pdf>

※手引きの内容を概略したものです。

⑪ 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、本市においても過去、高齢者虐待と疑われる通報を受け、監査(立入検査)を実施した事例がございました。

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	H29	H30	R1	R2	R3
養介護施設従事者等	273件	1,898件	2,187件	2,267件	2,097件	2,390件
養護者	18,390件	30,040件	32,231件	34,057件	35,774件	36,378件

※R3相談・通報2,390件中、事実確認調査を行った事例は2,112件。

3 虐待判断事例数

	H18	H29	H30	R1	R2	R3
養介護施設従事者等	54件	510件	621件	644件	595件	739件
養護者	12,569件	17,078件	17,249件	16,928件	17,281件	16,426件

※R3虐待判断事例739件中、735件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

※R3虐待判断事例739件中、被虐待者が特定できた事例は698件、判明した被虐待者は1,366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	228件	39件	5件	100件	18件
割合	30.9%	5.3%	0.7%	13.5%	2.4%
	(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	107件	111件	6件	9件	29件
割合	14.5%	15.0%	0.8%	1.2%	3.9%
	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
件数	23件	27件	8件	29件	739件
割合	3.1%	3.7%	1.1%	3.9%	100%

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
 (介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
 介護予防短期入所療養介護(老健以外))

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	524人	213人	318人	19人	51人
割合	38.4%	15.6%	23.3%	1.4%	3.7%

	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	100人	44人	26人	71人	1,366人
割合	7.3%	3.2%	1.9%	5.2%	100%

6 被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者1,366人分に係るもの。

- 性別 男性：28.6%，女性：71.3%，不明：0.1%
- 年齢 65歳未満障害者：1.5%，65-69歳：2.8%，70-74歳：6.7%
 75-79歳：9.3%，80-84歳：17.3%，85-89歳：26.0%，90-94歳：20.5%
 95-99歳：10.3%，100歳以上：2.6%，不明：2.9%
- 要介護度 要介護2以下：15.9%，要介護3：20.7%，要介護4：29.4%
 要介護5：22.8%，不明：11.1%
- 認知症 もっとも多いのは自立度Ⅲ：30.1%
 認知症の有無が不明な場合を除くと、93.9%が自立度Ⅱ以上。

7 虐待者の基本属性

- 職名・職種
 介護職員：81.3%（うち、介護福祉士27.9%、介護福祉士以外26.8%、資格不明45.4%）
 看護職：5.1%，管理職：4.6%，施設長：3.9%，経営者・開設者：1.7%
 その他・不明：3.4%
- 性別（括弧内は介護従事者全体における割合）
 男性：52.2%（18.8%），女性：45.2%（79.4%），不明：2.6%（1.8%）
- 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：22.4%（12.7%），30-39歳：30.6%（27.5%）
 40-49歳：23.1%（29.2%），50歳以上：23.9%（30.6%）
 [女性] 30歳未満：7.9%（5.7%），30-39歳：13.5%（13.0%）
 40-49歳：20.1%（24.3%），50歳以上：58.4%（57.1%）

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	56.2%
職員のストレスや感情コントロールの問題	22.9%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	21.5%
倫理観や理念の欠如	12.7%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	9.6%
虐待を行った職員の性格や資質の問題	7.4%
その他	2.6%

※ここでの「人員不足」は、配置基準は満たしているものの、一定の経験がある職員が少なかったり、夜間体制に不安があったり、その他利用者の状態像と職員体制のバランスが取れていない状況を指す。

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
 (介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
 介護予防短期入所療養介護(老健以外))

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1,366人のうち、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が703人(51.5%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が332人(24.3%)。

●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	H29	H30	R1	R2	R3
相談・通報件数	0件	22件	28件	18件	15件	19件
虐待判断事例数	0件	7件	8件	0件	2件	3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

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/>)

- 事業者の方へ
 (サービス事業所向け情報)
- 令和4年度介護保険施設等集団指導の実施について(通知及び資料リンク)
- 各サービスの資料内(高齢者虐待防止について) ※全サービス共通資料

⑫ 介護医療院の開設及び関係通知について【医療院】

開設許可(指定更新)申請書は**事業開始予定月(指定更新月)の前々月末日までに**提出してください。なお、介護医療院の開設に当たっては、設備基準等の確認のため、**申請書提出前に事前協議**を行ってください。

〔ホームページ掲載場所〕

下関市ホームページトップ (<https://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

→ トップページ → 分類でさがす → しごと・事業者

→ 介護保険サービス事業者 → 加算手続き・各種申請様式

→ 介護保険サービス事業の申請様式等について(施設系サービス)

また、介護医療院に関する通知等は、厚生労働省ホームページから参照できますので、介護医療院への転換をご検討の際は、ご確認をお願いいたします。

〔ホームページ掲載場所〕

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

→ 福祉・介護

→ 介護・高齢者福祉

→ 介護保険制度の概要

→ 介護医療院について

掲載通知等(抜粋)

・「介護医療院開設に向けたハンドブック」(令和4年3月版)

・介護医療院への移行に係る収支シミュレーションツール

・「介護医療院に関して広告できる事項について」(平成30年3月30日老老発0330第1号)

・「病院又は診療所と介護保険施設等との併設等について」(平成30年3月27日老発03327第6号)

・「介護医療院会計・経理準則の制定について」(平成30年3月22日老発0322第8号)

・「特別診療費の算定に関する留意事項について」(平成30年4月25日老老発0425第2号)

・「介護医療院に係る消防法上の取扱いについて」(平成30年3月22日消防予第89号)

⑬ 過去の質問から

問1 個室しか空きがなく個室を希望しない利用者に個室に入っただく場合、施設サービス費や居住費の算定はどのようにしたらよいか。

答1 個室を利用しながら施設サービス費の多床室単価を算定する場合は、以下の①から③のみが定められています。

- ① 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であつて、従来型個室への入所期間が30日以内であるもの
- ② 別に厚生労働大臣が定める基準（療養室の面積が6.4㎡以下）に適合する従来型個室に入所する者
- ③ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者
従つて、本件の場合において個室を利用した場合、施設サービス費及び居住費は個室単価を算定することになります。

問2 併設の医療機関から入所した場合、安全対策体制加算の算定は可能か。算定可能な場合、併設施設では介護保険での算定が翌日からになるため、入所初日ではなく、入所翌日に算定を行つてもよいか。

答2 安全対策体制加算については、算定要件を満たした後に新規で受け入れた入所者に対して算定可能であることから、併設の医療機関から新規で入所した入所者に対しても算定可能です。その場合、便宜上、当該加算の算定日は基本報酬算定初日（入所翌日）になると考えます。

問3 理学療法の上乗せ加算である理学療法情報活用加算について、報酬告示において『～1月に1回を限度として所定単位数に33単位を加算する。ただし、作業療法の注6又は言語聴覚療法の注4の規定により加算する場合はこの限りではない。』の『この限りではない。』とはどういう解釈か。

答3 「理学療法情報活用加算は月に1回算定できるが、他の情報活用加算を同月に算定できない。」という解釈です。 【厚生労働省確認】

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護(老健以外)、
介護予防短期入所療養介護(老健以外))

問4 専従する常勤の作業療法士を2名以上配置して作業療法を算定すべき作業療法を行った場合にリハビリ体制強化加算を算定するが、作業療法に代わって短期集中リハビリテーションを算定した場合、リハビリ体制強化加算を算定できるか。

答4 リハビリ体制強化加算は、作業療法を算定している場合に限り算定できます。
(短期集中リハビリテーションとの併算定は不可。) 【厚生労働省確認】

問5 理学療法のリハビリ体制強化加算について、専従する常勤の理学療法士を2名以上配置して理学療法を行った場合に算定されるが、「2名以上配置」の解釈は？

答5 理学療法士は日ごとに配置されるものであるため、「理学療法士が2名以上実際に勤務している日に理学療法を行った場合のみ算定できる」という解釈です。
【厚生労働省確認】

問6 LIFEへの情報提供が算定要件となっている加算について、LIFEへの情報提出を定められた頻度行っていれば、評価月・計画作成月に限らず、毎月加算を算定できるか。

答6 毎月算定できます。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護システム(LIFE)関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照としてください。
【厚生労働省確認】

問7 特別診療費において、LIFEに情報提供した場合の加算が新設されたが、LIFEへの情報提供は、例えば、薬剤管理指導の対象となる入所者のみ行えば良いのか。それとも、入所者全員の情報を提供する必要があるのか。

答7 LIFEへの情報提供は、対象者のみとなります。 【厚生労働省確認】

問8 理学療法情報活用加算のように、元々の加算(理学療法)があり、LIFEに情報提供することによって追加の加算が算定できる場合、

- ①3月に1回LIFEに情報提供を行えば、理学療法等を1回も算定していない月であっても、理学療法情報活用加算等を算定できるか。
- ②理学療法に代わって短期集中リハビリテーションを算定した場合であっても、理学療法情報提供加算を算定できるか。

令和5年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》13
(介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所療養介護（老健以外）、
介護予防短期入所療養介護（老健以外）)

答8 ①②理学療法情報活用加算等は上乘せ加算であるため、理学療法等を算定していない月は算定できません。 【厚生労働省確認】

問9 経口維持加算の算定に当たり「月1回以上、多職種の者が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口維持計画の作成及び見直しを行う」必要があるが、その際、会議内容としてどの程度記録すべきか。

答9 経口維持加算の算定に当たり、多職種共同にて入所者の栄養管理をするための食事の観察会及び会議等（以下、「会議等」という。）に関する記録の方法等について定めた規程等はありませんが、経口による食事の摂取を進めるための管理の方法等を示す経口維持計画の作成及び見直しに支障が無いように、会議等の内容及び結果等に関する記録が必要となります。

なお、上記内容を具備できるのであれば、会議等の内容に関する記録方法や記録の程度に関しては、各施設でご検討いただいたもので差し支えありません。

問10 今月入所された方が、総合病院へ尿管ステント交換のため転院し、翌日に退院して当院へ再入所する。長期療養生活移行加算の算定対象の入所者だが、一旦退所した場合、再入所してからの期間は算定不可か。若しくは最初の入所から90日の間であれば算定可能か。

答10 長期療養生活移行加算は、「療養病床から介護医療院に直接入所した者に対して算定できる」ものです。したがって、最初の入所から総合病院へ入院するための退所までは上記算定要件を満たし算定可能ですが、その後、総合病院から退院し再入所した場合については上記要件を満たさないため算定不可と考えます。