

**令和元年度  
下関市介護保険サービス事業者集団指導**

**《 個 別 編 》**

**1 5 － 1**

**(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))**

|            |
|------------|
| <b>資 料</b> |
|------------|

**下関市福祉部介護保険課**

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
(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 | 指定等申請時の手数料・申請の流れについて .....                          | 1  |
| ② | 変更許可申請と指定事項等変更届の取扱いは異なるのか? 【医療院】 .....              | 4  |
| ③ | 実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか。【療養型】 .....                  | 8  |
| ④ | 特定診療費・特別診療費について【療養型・医療院】 .....                      | 10 |
| ⑤ | 加算における同意の取り扱いについて【療養型・医療院】 .....                    | 11 |
| ⑥ | 最近の質問から【医療院】 .....                                  | 15 |
| ⑦ | 個別感染症対策マニュアルを作成すべき感染症にはどのようなものがあるか? 【療養型・医療院】 ..... | 20 |
| ⑧ | 施設サービス計画の作成において留意すべき事項について 【療養型・医療院】 .....          | 21 |
| ⑨ | 養介護施設従事者等による高齢者虐待について【療養型・医療院】 .....                | 27 |
| ⑩ | 関係通知について【医療院】 .....                                 | 30 |

【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

## ① 指定等申請時の手数料・申請の流れについて

介護医療院の創設、並びに介護療養型医療施設の経過措置期間が延長されたことにより、平成30年4月1日より、許可・指定更新申請の審査に係る手数料をご負担いただいております。

| サービスの種類   | 申請の種類          | 手数料額    |
|-----------|----------------|---------|
| 介護医療院     | 開設許可申請         | 63,000円 |
|           | 変更許可申請         | 33,000円 |
|           | 許可更新申請(現地調査必要) | 33,000円 |
|           | 許可更新申請(現地調査不要) | 20,000円 |
| 介護療養型医療施設 | 指定更新申請         | 20,000円 |

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。

詳細につきましては、下関市ホームページにてご確認ください。

〔ホームページ掲載場所〕

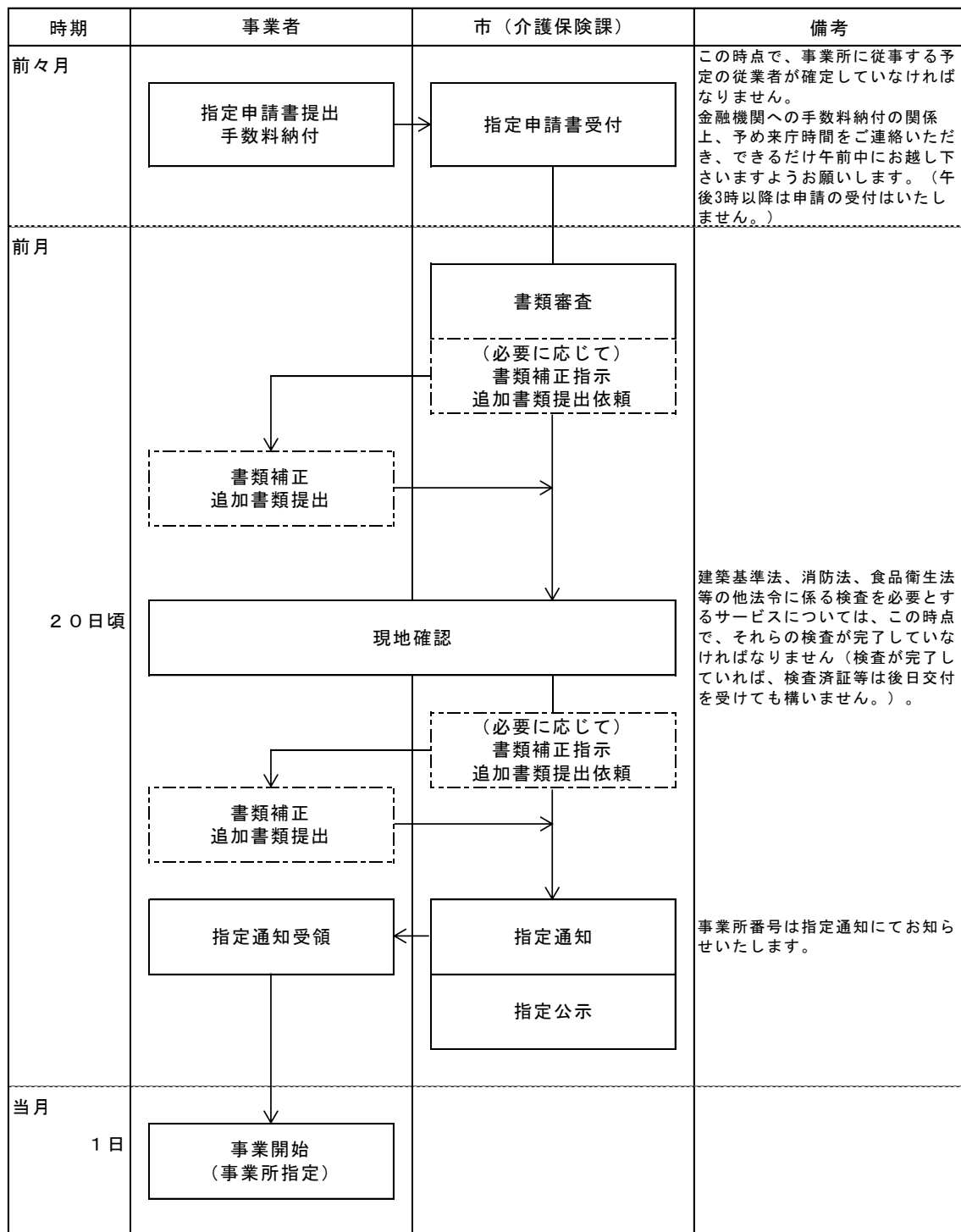
下関市ホームページトップ (<http://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

- 事業者の方へ
- 保健・福祉
- 介護保険
- 加算手続き・各種申請様式
  - 新規指定・指定更新等の審査に係る手数料について

次ページに、新規指定(許可)までの事務フローを掲載しています。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

新規指定までの事務フロー



※指定申請に係る市との事前協議、指定申請及びその後の協議については、申請者又は申請法人の従業員が行ってください。  
 協議の場に行政書士、建設会社等を同席させることは差し支えありませんが、行政書士、建設会社等との直接の協議はいたしません。

※指定申請書は指定予定月(事業開始予定月)の前々月末日までに提出してください。

※一部の地域密着型サービス、介護保険施設等については、事前に介護保険事業計画に基づく公募が行われます。

※介護老人保健施設及び介護医療院の場合は、「指定」を「許可」と読み替えるものとします。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
(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. 詳細な内容及び運用についての解説は下関市ホームページにてご確認をお願いいたします。

〔ホームページ掲載場所〕

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

- 事業者の方へ
- 保健・福祉
- 介護保険
- 加算手続き・各種申請様式
- 「介護保険サービスの事業及び施設の基準等を定める条例について(平成30年4月1日更新)」

本市条例・規則は下関市ホームページの以下からご参照いただけます。

〔ホームページ掲載場所〕

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

- インターネット出張所
- 下関市例規集(内容現在平成31年1月1日)

## ② 変更許可申請と指定事項等変更届の取扱いは異なるのか？ 【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)<br>※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。                                                                                                                             | 指定事項等変更届(様式第8号)                                                                                                                                                                                                   |
| 提出時期   | 変更前1箇月～2週間を目途<br>※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。<br>※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。)<br>※現地確認を行う場合があります。 | 算定体制の変更以外<br>→変更後10日以内<br><br>算定体制の変更<br>・医療院・(介護予防)短期療養<br>→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。<br>※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。<br>・(介護予防)通所リハ<br>→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<br>→33,000円<br>上記以外 →なし                                                                                                                                  | なし                                                                                                                                                                                                                |

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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<br>療養介護 | 通所リハビリ<br>テーション |
|-------------------------------------|------------------|--------------|--------------|-----------------|
|                                     | 介護医療院変<br>更許可申請書 | 指定事項等<br>変更届 | 指定事項等<br>変更届 | 指定事項等<br>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。

## 1. 変更許可申請書の項目について

介護医療院の変更許可申請書における「変更事項」については、以下のとおり区別します。

### ①「建物の構造概要又は平面図(各室の用途を含む。)」のみに該当

→単なる部屋の用途の変更であり、平面図に壁面の加除がなく、かつ、用途変更に伴い工事を必要としない場合

※例：談話室と家族介護教室の部屋を入れ替える。

### ②「建物の構造概要又は平面図(各室の用途を含む。)」 「施設又は構造設備の概要」のいずれにも該当

→1) 平面図に壁面の加除がある場合

2) 部屋の用途の変更に伴い、工事を行う場合(単なる内装工事を除く。)

※例：1) 療養室個室2室の間の壁を撤去して多床室とする。

2) 浴室を便所に改修する。

### ③「施設又は構造設備の概要」のみに該当

→平面図に変更が生じず、特別な工事が行われる場合。

※例：平面図に「浴室」としか記載のない場合で、一般浴室を特殊浴室に改修する。

## 2. 手数料の徴収について

下関市手数料条例(平成24年条例第10号)別表第3第15項にて、変更許可の申請に対する審査手数料を徴収することとされている「建物のく体に影響を及ぼす構造設備の変更」については、以下の3点のいずれにも該当する場合とします。

①変更許可申請書の「変更事項」欄の「施設又は構造設備の概要」に該当する。

②工事が行われる。

③現地確認を行う必要がある。

※当該手数料は、現地を訪問し、建物のく体に影響を及ぼす構造設備の変更に係る工事が確実に行われ、施設基準上適正であることを確認する手間に対する手数料であるため、現地確認を行わない場合には手数料は徴収しません。



### 3. 現地確認について

変更許可申請において、現地確認を行う必要がある場合とは以下の場合とします。

なお、現地確認を行う必要がある場合であっても、上記2. ①又は②に該当しない場合は、2. の手数料は徴収しません。

- ①建物の移転又は増改築。
- ②併設施設等の一部を当該介護医療院の施設として新規に利用（介護医療院としての施設追加）。
- ③壁面の加除、パーテーション等による仕切り作成撤去により、面積要件のある施設を改修する場合。
- ④部屋の用途の変更に伴い、工事を行う場合（単なる内装工事を除く。）。

### ③ 実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか。【療養型】

平成30年度に実施した介護療養型医療施設及び(介護予防)短期入所療養介護事業所への実施指導における指摘事項のうち、主なものを下表に示しますので、業務の参考とされてください。

|                | 指摘事項                                             | 指導内容                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【重要事項説明書・運営規程】 | (共通)<br>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、不十分な箇所を訂正すること。<br><br>1. 利用料金の説明においては、算定体制にある加算及び特定診療費並びに算定が想定される全ての加算に係る内容について漏れなく記載すること。<br><br>なお、利用料金に係る説明等が漏れている入院患者等に対しては、速やかに説明し、同意を得ること。また、今後、介護報酬改定等に伴う利用料変更の際もその都度、変更後の重要事項について、入院患者に説明を行い同意を得て交付を行うこと。 |
| 【秘密保持】         | (共通)<br>市内の総合病院から派遣を受けている医師の秘密保持に関する誓約書を徴取していない。 | 派遣元の病院との契約書等により秘密保持に関する誓約の項目を設けるか、または、医師本人から秘密保持に関する誓約書を徴取すること。                                                                                                                                                                  |
| 【運営(身体的拘束)】    | (施設)<br>身体的拘束等の適正化のための指針の内容について不十分な箇所がある。        | 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の内容を追記すること。<br>1. 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。<br>2. 入院患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針。                                                                                                                                  |

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

|      | 指摘事項                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 指導内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【報酬】 | <p>(施設)<br/> <b>【退院時情報提供加算】</b><br/>                     ①退院後の主治の医師に対し、医師の作成する診療情報提供書及び看護職員の作成する看護サマリーを交付しているが、各書面において、厚生労働省が定める様式(別紙様式2)の必要事項のうち、少なくとも「検査所見」が確認できない事例があった。<br/>                     また、当該文書の添付書類について、検査結果等が添付されたことがわからない事例があった。</p> <p>②上述の文書の交付に当たって、入院患者の同意を得たことがわからない。</p> | <p>①退院後の主治の医師に対して入院患者を紹介するために交付する文書について、貴施設の様式を使用するのであれば、厚生労働省が定める様式(別紙様式2)に定める必要な事項を全て記載するか、必要な事項を含むよう様式を調製すること。<br/>                     また、当該交付する文書には、入院患者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付しなければならないため、今後は必ず添付すること。</p> <p>②退院後の主治の医師に対して当該入院患者を紹介するに当たっては、当該入院患者の同意を得たことがわかるよう、記録すること。</p> |
|      | <p>(施設)<br/> <b>【感染対策指導管理(特定診療費)】</b><br/>                     ③他病棟と併せて週1回の感染情報レポート(報告書)を作成しているが、介護保険適用病棟の微生物学的検査に係る状況等の記載が確認できないレポートがある。</p>                                                                                                                                                  | <p>③当該特定診療費の算定に当たっては、各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成する必要があるため、今後は介護保険適用病棟の状況等を記載するよう留意すること。</p>                                                                                                                                                                                                           |
|      | <p>(施設)<br/> <b>【理学療法(I)(特定診療費)】</b><br/>                     ④リハビリテーション実施計画に対する同意を入院患者等から署名等により得てはいるが、リハビリテーションの提供開始後に同意を得て交付した事例があった。</p>                                                                                                                                                    | <p>④リハビリテーション実施計画に対する同意は、リハビリテーション提供前もしくは提供日までを得ること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                          |

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

④ 特定診療費・特別診療費について【療養型・医療院】

介護療養型医療施設における特定診療費と、介護医療院における特別診療費を算定するにあたっての施設基準等はほぼ同様ですが、一部異なる部分がありますので、算定にあたってはご留意願います。

|               | 施設基準等※                                                                                               |                                                                                                                      | 注意                                                                                                                                                 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | 介護療養型医療施設                                                                                            | 介護医療院                                                                                                                |                                                                                                                                                    |
| 理学療法          | ①専任の常勤医師が1人以上<br><br>②専従する常勤理学療法士が1人以上。ただし、医療保険の回復期リハ病棟における常勤理学療法士との兼任でないこと。                         | ①専任の医師が1人以上<br><br>②専従する理学療法士が1人以上。ただし、医療機関と併設する医療院の理学療法士については、サービス提供に支障がない場合には、理学療法士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。      | H30.5.31厚生労働省<br>・老健や病院との兼務の場合、各施設等での勤務時間のみを計上する。<br>・専従とは、解釈通知の「専ら」の解釈に同じ。<br>・専従であれば非常勤でもよい旨と記載しているが、週32時間以上を確保すること。実際はリハビリ以外の時間も体調把握が必要があると考える。 |
| 作業療法          | 理学療法を準用<br>(理学療法士を作業療法士と読み替える。)                                                                      | 理学療法を準用<br>(理学療法士を作業療法士と読み替える。)                                                                                      |                                                                                                                                                    |
| 言語聴覚療法        | ①専任の常勤医師が1名以上<br><br>②専従する常勤言語聴覚士が1人以上                                                               | ①専任の医師が1名以上<br><br>②専従する常勤言語聴覚士が1人以上。ただし、医療機関と併設する医療院の常勤の言語聴覚士については、サービス提供に支障がない場合には、言語聴覚士が常勤換算方法で1人以上勤務することで差し支えない。 |                                                                                                                                                    |
| 集団コミュニケーション療法 | ①専任の常勤医師が1名以上<br><br>②専従する常勤言語聴覚士が1人以上<br>※QA)専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士を配置すれば足りる。(他病棟の兼務でも可) | ①専任の常勤医師が1名以上<br><br>②専ら集団コミュニケーション療法を提供する時間帯に勤務する言語聴覚士を1人以上                                                         | H31.3.18厚生労働省<br>・医師について、規定どおり、「常勤」の配置が必要。常勤換算とは解釈しない。<br>この常勤「医師」は、介護医療院の配置医師であること。管理者兼併設病院院長(医師資格あり)を以って、当該療法の要件上必要な「医師」ということはできない。              |

※(介護療養型医療施設)「特定診療費の算定に関する留意事項について」(平成12年3月31日老企第58号)  
 (介護医療院)「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)

## ⑤ 加算における同意の取り扱いについて【療養型・医療院】

以下通知のとおり、厚生労働省の見解を踏まえ一部取り扱いを改めましたので、  
各施設における適切なご判断のもと運用されますようお願いいたします。

下 介 第 1 8 9 6 号

平成 3 0 年 1 1 月 1 2 日

指定(地域密着型)介護老人福祉施設 管理者 様

介護老人保健施設 管理者 様

指定介護療養型医療施設 管理者 様

介護医療院 管理者 様

下関市介護保険課長 川口 和子

( 公 印 省 略 )

加算における同意の取り扱いについて(通知)

平素は介護保険事業の適切な運営にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、標記について見直しを行い、今後は別紙のとおり取り扱うことといたしましたので通知します。

加算の算定における入所者又はその家族の同意については、関係通知で定める算定要件に基づいた適切な介護報酬の算定としてはもとより、利用料金を負担する入所者側との関係において慎重な取り扱いが求められているところです。

したがって、実際の運用においてはリスクマネジメント等も考慮のうえ、各施設にて適切にご判断されますようお願い申し上げます。

〒750-0006

下関市南部町21番19号

下関商工会館4階

下関市介護保険課事業者係

TEL: 083-231-1371

FAX: 083-231-2743

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

通知(前頁)の別紙

下関市においては、1におけるサービスの加算にかかる各時期の同意について、2における取り扱いを可能とします。

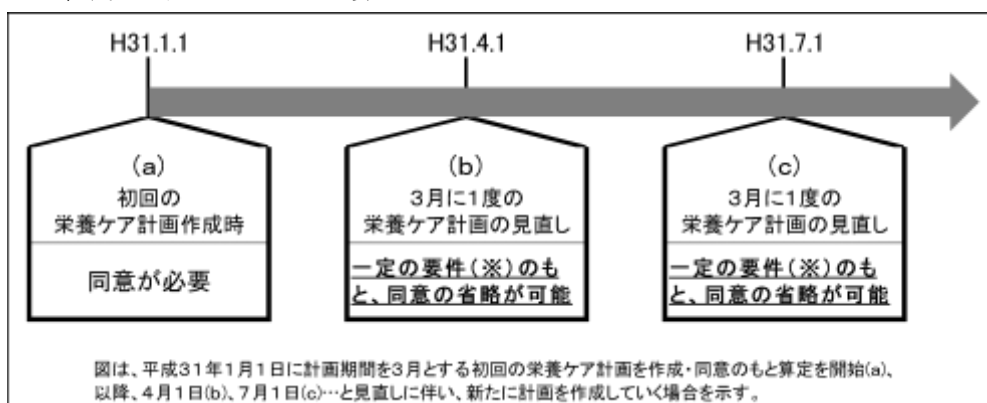
注：以下は同意の取り扱いについてのみ示すものであり、各加算の算定要件に定める他の手順等の要件(例えば栄養マネジメント加算における1月ごとの栄養状態の把握等)についての緩和等を認めるものではありません。

# 1 対象となる加算について

| サービス            | 加算                                        | 時期                           |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| (地域密着型)介護老人福祉施設 | 栄養マネジメント加算                                | 2回目以降の計画の作成時                 |
| 介護老人保健施設        | 経口維持加算                                    | (6月を越えた場合で)8月目以降における毎月の加算継続時 |
| 介護療養型医療施設       | 褥瘡マネジメント加算<br>*(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設のみ | 前回の計画期間と連続する2回目以降の計画の作成時     |
| 介護医療院           |                                           |                              |

# 2 同意の取り扱いについて

## ○ 栄養マネジメント加算



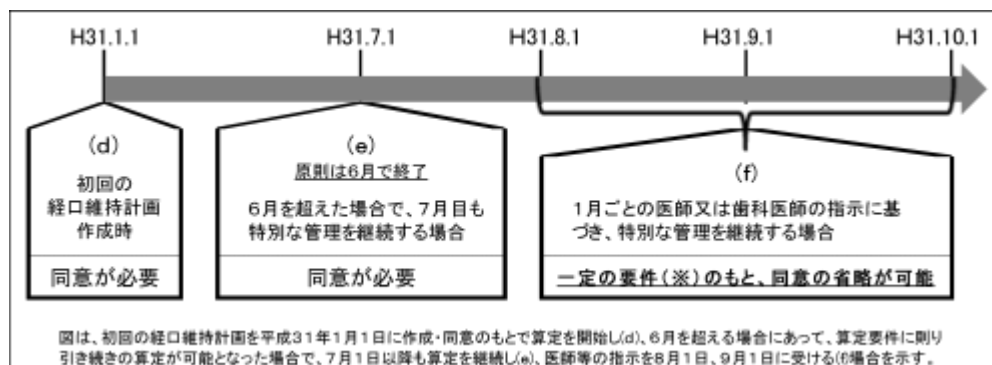
## ・(b), (c)「一定の要件(※)」は①及び②のいずれをも満たす場合

- ① 低栄養状態のリスクにかかる栄養スクリーニングの実施により、現在の栄養ケア計画を見直した結果、その内容に変更がないと認められる場合。
- ② ①の場合においては、現在の栄養ケア計画を継続し当該加算を算定することについて入所者側から同意を得ている場合。

例 (a) の同意時に、以降3月ごとの栄養ケア計画の見直しの結果、変更がない場合は当該栄養ケア計画を継続すること、及び当該継続に伴い、引き続き本加算を算定することについて同意を得ている場合

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

○ 経口維持加算

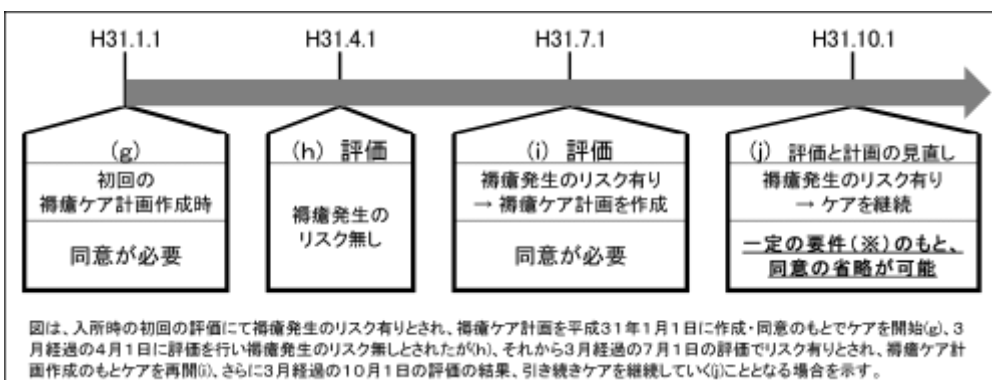


・(f)「一定の要件(※)」は③及び④のいずれをも満たす場合

- ③ おおむね1月ごとに受ける医師又は歯科医師の指示に基づき現在の栄養管理を見直した結果、その内容に変更がないと認められる場合。
- ④ ③の場合においては、現在の栄養管理を継続し当該加算を算定することについて入所者側から同意を得ている場合。ただし本加算は6月以内が原則の算定期間であり、当該算定期間の満了時点(e)で算定継続の可否を判断すべきであることから、(e)より前の時点で(e)及び(f)の事前同意を得ることは認められない。

**例** (e)の同意時に、以降1月ごとの医師及び歯科医師の指示を受ける度に栄養管理を見直した結果、変更がない場合は当該栄養管理を継続すること、及び当該継続に伴い、引き続き本加算を算定することについて同意を得ている場合

○ 褥瘡マネジメント加算



・(j)「一定の要件(※)」は⑤及び⑥のいずれをも満たす場合

⑤現在の褥瘡ケア計画を見直した結果、その内容に変更がないと認められる場合。

⑥⑤の場合においては、現在の褥瘡ケア計画に基づいたケアを継続し当該加算を算定することについて入所者側から同意を得ている場合。

例(1)の同意時に、以降3月ごとの褥瘡ケア計画の見直しの結果、変更がない場合は当該褥瘡ケア計画を継続すること、及び当該継続に伴い、引き続き本加算を算定することについて同意を得ている場合

3 留意事項

以上の取り扱いは、所定の加算の同意にかかる手続きについて、入所者側及び施設側の負担軽減等を考慮し、厚生労働省の見解を踏まえ改めるものです。このため、ひとつの計画期間の終了に伴う次期計画の作成の都度、同意を得る方法が望ましいものであることには変わりはありません。同意にかかる今後の取り扱いを変更する場合は、入所者側の意向を十分に踏まえ対応することとし、この上で、書面上における計画期間の更新等を行い、算定期間における計画の有効性を明確にしておくようお願いします。

【補足】低栄養リスク改善加算及び経口移行加算について

・原則の算定期間 低栄養リスク改善加算は6月以内

経口移行加算は180日以内

(2の経口維持加算の図参照)この2つの加算は、初回の計画作成時の同意は必要ですが(d)、原則の算定期間を超える場合で所定の要件を満たし引き続き算定を継続する場合(e)、関係通知等では、入所者側の同意にかかる定めはありません(医師(低栄養リスク改善加算においては医師又は歯科医師)の指示は必要です。)

このため、(e)の時点における同意の要否については、各施設にて判断することとなりますが、原則の算定期間の定めがある以上、当該算定期間の満了時点(e)で算定継続の可否を判断すべきであることから、当該満了時点より前の時点((e)より前の時点)で事前同意を得ることは認められませんのでご注意ください。



## ⑥ 最近の質問から【医療院】

### (1) 施設及び設備について

問1 多床室のプライバシー確保について、以下は認められるか。

①アコーディオンカーテンで区切る場合

②腰の高さ程度のタンス(立位の状態では視線を遮断できないもの)とカーテンとにより区切る場合

(答1) ①について、ある程度の遮音が可能なのであれば、特に問題ない。ちなみに、衝立や目隠しについては、療養室面積に含めて差し支えない。

②について、腰程度の高さでは視線を遮断できず、カーテンではプライバシーの確保ができないため、認められない。 【H30.4.23 厚生労働省に確認】

《参考～本市見解まとめ》

介護医療院の療養室とするに当たっては、多床室の中で隣接するベッドの間に、入所者が立位の状態で視線等を遮断できるよう、パーティション(建具でなくとも可。家具可。)を設置するか、遮音性の高いアコーディオンカーテンにより、プライバシーの確保のための措置が必要となります。

なお、パーティションを設置する場合においては、立位の状態で視線が遮断できればよいため、天井照明や窓からの採光、窓からの換気並びに冷暖房の風向を考慮し、足元や天井にある程度の空間があっても構いません。ただし、入所者が仮に持たれかかった場合や地震の際にパーティションや家具が倒れないよう、天井と床との間を突っ張るような工夫をお願いいたします。

その他、基準省令にありますように、療養室の基準として、入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること、ナースコールを設けることが必要です。

問2 介護医療院の設備基準として、廊下に常夜灯を設けることとあるが、常夜灯の定義を教えて欲しい。日中付けている照明を間引くなどして使用するのでもよいか。

(答2) 常夜灯について、人の行き来に支障のない明かりがあることと考えてください。

常夜灯を設けることの目的として、入所者が夜間トイレへ行き来したり、眠れなかったら談話室へ行かれたり、職員が療養室を訪室するのに支障のない明るさが確保できるのであれば、ご質問のような対応で差し支えありません。

問3 療養環境減算(Ⅰ)における「中廊下」の解釈について

- ①療養環境減算(Ⅰ)の適用に当たっては、中廊下とは療養室のみの間を言うのか、それとも解釈通知※に準じ、両側に療養室等(食堂等を含む)がある廊下も含むのか。
- ②両側に療養室(等)がある場合を「中廊下」と言うが、これは療養室の出入口が両側にある場合を言うのであり、一方が壁面である場合には「片廊下」と考えてよろしいか。

(答3) ①介護報酬上の基準と開設許可の基準とが異なることはあり得る。それぞれ書いてあるとおり(施設基準告示では「療養室」、解釈通知においては「療養室等」)読んで構わない。②基準の趣旨を考えた上で判断すること。【H30.8.31 厚生労働省に確認】  
《参考～本市見解まとめ》

- ①療養環境減算(Ⅰ)の適用に当たっては、施設基準告示のとおり、「中廊下」とは、両側に療養室があるものとする。(例えば、1療養室と食堂等の間にある廊下は、中廊下ではなく片廊下と考え、1.8メートル以上であれば減算は適用しない。)
- ②開設許可に係る設備基準においては、基準省令解釈通知のとおり、「中廊下」とは、両側に療養室等及びエレベーター室があるものとする。
- ③開設許可に係る設備基準及び療養環境減算(Ⅰ)に係る廊下幅の基準を審査する場合とは、各室の出入口がある場合に限り、壁面のみである場合は除く。

※介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について(平成30年3月22日老老発0322第1号)以下、この項目において「解釈通知」とします。

問4 療養室内にあるトイレについて

- ①療養室内にあるトイレも基準面積に含めてもよい。
- ②療養室の内側からのみならず、外側からも出入りができるトイレについては基準面積に含めてもよい。
- ③(上記について含めてよい場合、)療養環境減算の算出方法における療養室床面積においても同様に含めてもよい。

(答4) ①含めてもよい。②そのトイレが療養室と一体と見れるか否かによる。③含めてもよい。 【H31.3.6 厚生労働省に確認】

《参考～本市見解まとめ》

- ①医療院にあつては、療養室内に設置され、療養室内から出入り可能なトイレの床面積についても、療養室の基準面積に含める。
- ②医療院の療養室内に設置され、療養室内及び廊下側のどちらからも出入り可能なトイ

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
(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))

レについては、平面図(案)及び運用方法を確認した上で、判断する。この際、当該療養室の入所者のみができる状態にあるトイレ(例えば、普段は施錠されているが、介護が必要な時のみ解錠できるよう、外側に出入口を設けたもの)であれば、療養室の床面積に含める。廊下側の出入口が、他入所者も使用する目的のものであれば、入所者共用のトイレと変わらないため、療養室の基準面積には含めない。

③上記解釈は、介護医療院のみに採用されるものであって、老人保健施設等他施設には準用しない。

## (2) 人員基準について

問5 一の介護医療院に2病棟ある場合のサービス費算定にあたっての、職員数の考え方は。

- ①介護医療院の入所者の数(2療養棟の合計)に応じて、配置が必要とされている人数。
- ②療養棟ごとの入所者の数に応じて、配置が必要とされている人数

(答5) 医師、看護師、栄養士、介護支援専門員については①、介護職員及び看護職員については②となります。

例えばⅡ型介護医療院サービス費(I)を届け出る場合、「Ⅱ型介護医療院サービスを行うⅡ型療養棟における看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者等(当該療養棟における指定短期入所療養介護の利用者及び入所者をいう。)の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。」(介護職員については『4又はその端数を増すごとに1以上』)と規定されています。

よって、療養棟ごとの入所者の数に応じて配置することが必要となります。

なお、夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準(夜間勤務等看護)の要件においては、施設単位(介護医療院の入所者等の数の合計)によることとなります。

※介護医療院の許可の単位について

原則として「療養棟」単位であり、療養棟とは、介護医療院における看護・介護体制の1単位を指します。高層建築等の場合には、複数階(原則として2つの階)を1療養棟として認めることは差し支えないとされていますが、1療養棟の療養床数は原則60床以下となります。

人員基準上は、介護医療院の入所者の数に応じて配置することとありますが、報酬算定上の要件において、看護・介護職員は療養棟単位での配置が必要となります。

### (3) 運営基準について

問6 感染対策指導管理を算定するにあたって設置が必要な委員会と運営基準にある感染対策委員会は同じものか。感染対策指導管理を算定するのであれば、委員会は3箇月に1回ではなくて1箇月1回の開催が必要になるという解釈でよいのか。  
また、当該委員会の構成員に薬剤師と検査技師は必要か。

(答6) 委員会及び開催の頻度について、貴見のとおりです。特別診療費・感染対策指導管理を算定するに当たっては、施設内感染対策委員会が月1回程度、定期的に行われている必要があります。

構成員について、解釈通知で例示されている幅広い職種により構成することが望ましいと考えます。運営基準上、薬剤師と検査技師は必須ではありません。ただし、特別診療費の施設基準においては、「管理者、看護部門の責任者、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること。(各部門の責任者を兼務することは差し支えない。)」と規定されているため、感染対策指導管理を算定するにあたっては、標記各部門の責任者たる従業者は含むよう構成してください

### (4) 報酬・加算関係

問7 介護医療院入所者が他医療機関を受診した際の費用の算定について  
「他医療機関」とは、併設医療機関のことを指すのか。

(答7) 他科受診時費用に係る解釈通知にある「他医療機関」とは、介護医療院併設如何や所在地を問わず、病院又は診療所を指します。

介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療(日常的に行われる医療(喀痰吸引等)以外であって、介護医療院の配置医師及び設備等では為し得ない診療)が必要となった場合には、この「他医療機関」において、当該診療に係る費用を算定できることとされています。

【H30.8.7 厚生労働省に確認】

当該診療に係る費用とは、給付調整通知※別紙2のとおりです。

「特別な関係ではない『他医療機関』」において専門的な診療が行われた場合には、介護医療院は所定単位数(基本施設サービス費)に代えて、他科受診時費用を算定できます。また、「特別な関係ではない『他医療機関』」にあつては、給付調整通知別紙2の

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
(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))

うち、「介護医療院サービス費のうち他科受診時費用を算定した日の場合」にマルが付されている診療報酬を算定できます。

一方、「他医療機関」が特別な関係にある場合には、介護医療院は他科受診時費用を算定できません。そして、特別な関係にある「他医療機関」にあつては、給付調整通知別紙2のうち、「介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用を算定しない日の場合」にマルが付されている診療報酬を算定できます。

※「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」(H18.4.28 老老発第 0428001 号・保医発第 0428001 号)(最終改正 ; H30.3.30 保医発 0330 第 2 号)

**問 8 医療療養病床に入院している間、自費でシルバーカー等をレンタルしていた患者について、介護医療院に入所となった後は、介護保険適用の福祉用具貸与として自己負担 1 割で利用できるようになるのか、それとも自費負担か。**

答 8 施設サービスを受けている間は、福祉用具貸与等の居宅サービスの算定はできません。車椅子等で入所者が使用するものは、基本的に施設側が用意することとなりますが、入所者の個別の希望等により自費利用するケースについては考えられます。

## (5) 介護医療院実務担当者研修会 (H31.3.28) より一部抜粋

**問 同フロアに介護療養病床 20 床、医療療養病床 20 床あり、介護療養病床 20 床を介護医療院に転換を考えている医療機関がある場合、医療病床 20 床と介護医療院 20 床で 1 療養棟となるのか。**

答 同一フロアであっても、介護医療院 20 床のみで 1 療養棟となります。

**問 介護医療院における初期加算の算定の起算日について、平成 30 年 3 月 28 日付け介護保険最新情報 Vol. 633 で、介護療養型医療施設又は医療療養病床からの転換の場合、転換前の療養病床に入院した日を起算日とする記載があるが、併設病院の一般病床から転院した場合は、いつを起算日とするのか。**

答 一般病床から介護医療院に転院した場合は、通常の入所の取扱いとなるため、介護医療院への入所日が起算日となります。

## ⑦ 個別感染症対策マニュアルを作成すべき感染症にはどのようなものがあるか？【療養型・医療院】

感染症対策については、厚生労働省が発出している「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」<sup>(注1)</sup>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。

特に以下の感染症については、その対応について、同マニュアルに個別に記載されているものであり、個別感染症対策マニュアルの作成について指導しています。

### 個別感染症対策マニュアルの作成を指導している感染症

- ・ノロウイルス(感染性胃腸炎)
- ☆腸管出血性大腸菌(腸管出血性大腸菌感染症)
- ・疥癬虫(疥癬)
- ・薬剤耐性菌
- ☆インフルエンザウイルス(インフルエンザ)
- ・結核菌(結核)
- ・肺炎球菌(肺炎等)
- ☆レジオネラ(肺炎)
- ・誤嚥性肺炎

※☆印の感染症については、解釈通知<sup>(注2)</sup>において、特に適切な措置を講じることとされているもの。

※改訂されましたので、今一度確認をお願いいたします。

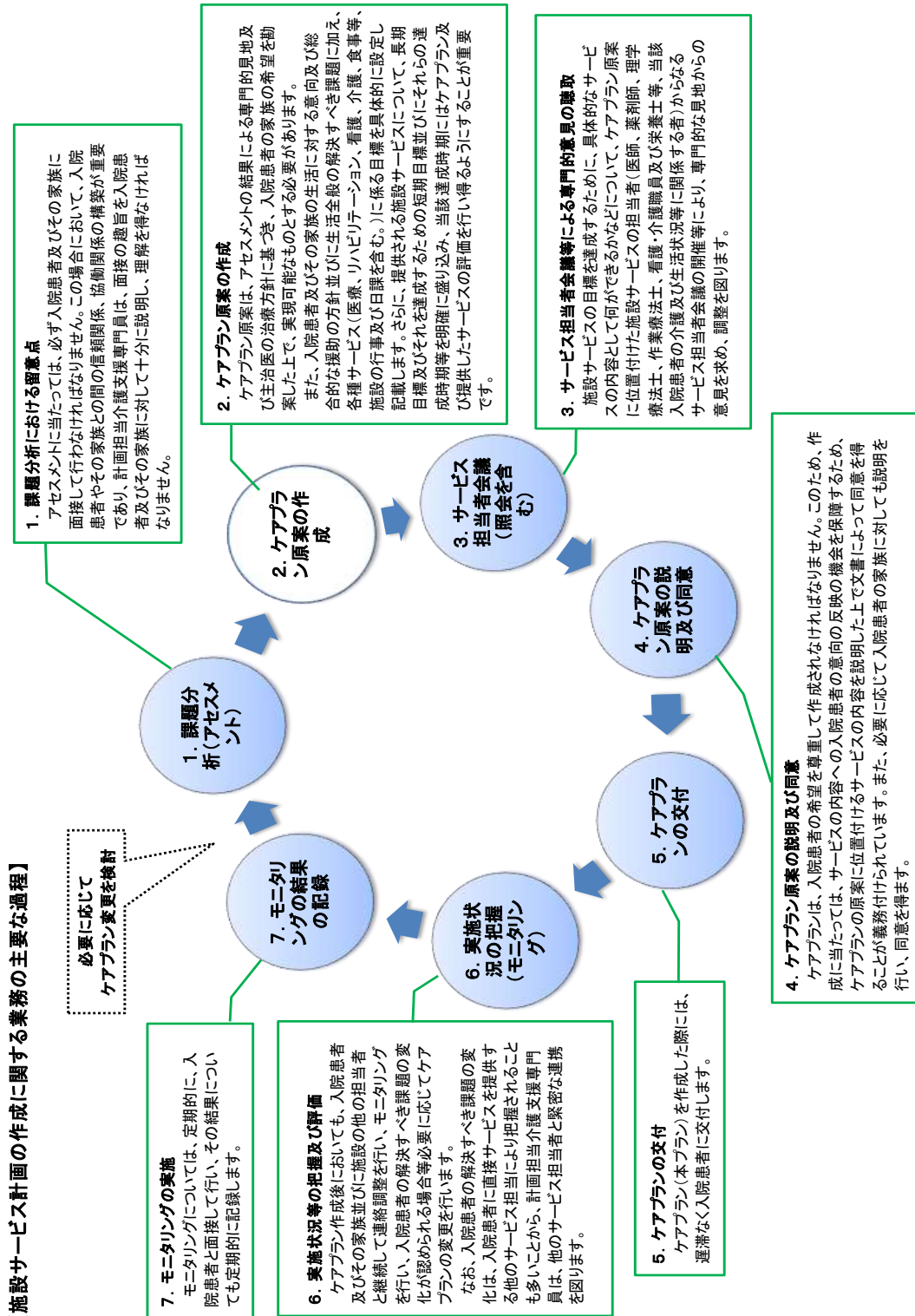
(注1) 厚生労働省ホームページにも掲載されています。

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版(2019年3月)」の公表について([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/ninchi/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html))

(注2) 【療養型】指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日老企第45号)第4の22の(1)の②  
【医療院】介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について(平成30年3月22日老老発0322第1号)第5の24の(1)の③

## ⑧ 施設サービス計画の作成において留意すべき事項について 【療養型・医療院】

【施設サービス計画の作成に関する業務の主要な過程】と計画各表の留意点をまとめていますので、業務の参考としてください。



※市条例並びに国基準省令及び市実地指導指摘を摘要し掲載しています。詳細は、各根拠条例等により適宜点検・確認してください。

第1表

施設サービス計画書(1)

年 月 日

作成年月日

|                        |                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|---------|
| 利用者名                   | 作成年月日                                                                                                                                                                                                                            |      |      |      |      |      |      |      |      |       | 認定済・申請中 |
| 施設サービス計画作成者氏名及び職種      | 初回・紹介・継続                                                                                                                                                                                                                         |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |
| 施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 |                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |
| 施設サービス計画作成(変更)日        | 年                                                                                                                                                                                                                                | 月    | 日    | 年    | 月    | 日    | 年    | 月    | 日    | 住     |         |
| 認定日                    | 年                                                                                                                                                                                                                                | 月    | 日    | 年    | 月    | 日    | 年    | 月    | 日    | 住     |         |
| 要介護状態区分                | 要介護1                                                                                                                                                                                                                             | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 要介護6 | 要介護7 | 要介護8 | 要介護9 | 要介護10 |         |
| 利用者及び家族の生活に対する意向       | <p>・誰の意向が分かりやすいように利用者とその家族の意向を区別して、利用者『○○○』、長男『△△△』のように、それぞれが発言した言葉をそのまま記載します。</p> <p>・家族の意向を記載する際は、利用者にとって誰にあたるのか分かるように続柄等を記載します。</p>                                                                                           |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | <p>・被保険者証の同じ項目に記載がない場合は、確認したことがわかるように「特になし」等を記載します。</p>                                                                                                                                                                          |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |
| 総合的な援助の方針              | <p>・課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、介護支援専門員、各サービス担当者が、どのようなチームケアを行うとするか記載します。</p> <p>・利用者や家族が望む生活に向け、利用者自らが積極的に取り組むことができるような方針を分かりやすく記載します。</p> <p>・家族(キーパーソン)の連絡先を記載してください。また、疾病等で緊急事態が想定される場合は、医師の了承を得て、医師の連絡先を記載します。</p> |      |      |      |      |      |      |      |      |       |         |

初回:当該介護保険施設で初めて計画を作成  
紹介:他の介護保険施設又は居宅介護  
支援事業所から紹介された場合  
継続:「初回」「紹介」以外  
※当該介護保険施設において過去に計画を作成した  
経緯がある利用者が一定期間を経過した後に居宅介  
護支援事業者等から紹介を受けた場合には、「紹介」

・申請中:新規申請  
中(前回「非該当」と  
なり、再度申請して  
いる場合を含む。)、  
区分変更申請中、更  
新申請中であって前  
回の認定有効期間  
を超えている場合  
・認定済:上記以外

・暫定プランの際は記載しません。どこか余白  
に「暫定」と記載すると、暫定プランであること  
がより分かりやすいです。



第2表

利用者名

施設サービス計画書(2)

作成年月

年

月

日

| 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 | 短期目標(期間) | サービス内容                                                                                             | 担当者 | 頻度 | 期間                                                                                                                                                                    |
| <div>・基本的に優先度合いが高いものから順に記載します。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          | <div>・介護保険サービスだけでなく、できるだけ家族による援助も明記しましょう。</div> <div>・理美容サービスや特別の食事など保険給付外のサービスについて○を付けましょう。</div> |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    | <div>・可能な限り「必要時」、「随時」、「適宜」と記載するのではなく、利用者がどのような時に利用するのか、アセスメントで導き出した具体的な頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)を記載しましょう。</div> <div>・「必要時」等記載する際は、それが実際にどういつときなのか、説明できるようにしておいてください。</div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    | <div>・短期目標を達成するためのサービス内容の期間なので、短期目標と同じ期間を記載します。</div>                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
| <div>・目標は誰にもわかりやすい具体的な内容を記載します。抽象的ではモニタリング時に評価がしにくくなります。</div> <div>・利用者にとって高すぎる目標ではなく、利用者が実際に達成可能と見込まれる目標を設定します。</div> <div>・「家族の介護負担軽減」はサービスの利用目的であり、利用者自身がどのようにしたいのかを記載する「目標」とは異なるものです。家族の介護負担を軽減することで利用者が達成できることを具体的に考えて、それを目標に設定しましょう。</div> <div>・期間は段階的に設定します。また、可能な限り利用者にとってなじみ深い和暦で開始時期及び終了時期を記載します。終了時期が無記載でも良い場合は、利用者の状態が変わりやすい時など終了時期が特定できないときのみです。</div> |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |                                                                                                    |     |    |                                                                                                                                                                       |

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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))

第3表

作成年月日 年 月 日

利用者名: 殿

週間サービス計画表

|          |       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
|----------|-------|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 深夜<br>早朝 | 4:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 6:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 8:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 午前       | 10:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 12:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 14:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 午後       | 16:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 18:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 20:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 夜間       | 22:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 24:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
|          | 2:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 深夜       | 4:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |

・第2表とサービス内容、日時、回数が整合がとれているか確認し、何曜日のどの時間帯に、どんなサービスが利用者に提供されるのか分かりやすく記載します。

・起床、就寝、食事、排泄等の1日の平均的な過ごし方を記載します。

・2表に記載がある週単位以外のサービスについては全て記載します。  
 ・週単位以外のサービスも忘れずに記載してください。

週単位以外のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

第4表

作成年月日 年 月 日

利用者名: 殿

週間サービス計画表

|          |       | 共通サービス | 担当者 | 個別サービス | 担当者 | 主な日常生活上の活動 |
|----------|-------|--------|-----|--------|-----|------------|
| 深夜<br>早朝 | 4:00  |        |     |        |     |            |
|          | 6:00  |        |     |        |     |            |
|          | 8:00  |        |     |        |     |            |
| 午前       | 10:00 |        |     |        |     |            |
|          | 12:00 |        |     |        |     |            |
|          | 14:00 |        |     |        |     |            |
| 午後       | 16:00 |        |     |        |     |            |
|          | 18:00 |        |     |        |     |            |
|          | 20:00 |        |     |        |     |            |
| 夜間       | 22:00 |        |     |        |     |            |
|          | 24:00 |        |     |        |     |            |
|          | 2:00  |        |     |        |     |            |
| 深夜       | 4:00  |        |     |        |     |            |

共通サービスの例

- 食事介助
- 朝食
- 昼食
- 夕食
- 入浴介助 (曜日)
- 清拭介助
- 洗面介助
- 口腔清濁介助
- 整容介助
- 更衣介助
- 排泄介助
- 水分補給介助
- 体位交換

随時実施するサービス

その他のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

第5表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        |      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|------|
| 利用者名               | 施設サービス計画作成者(担当者)氏名                                                                                                                                                                                 |    |        |      |
| 殿                  |                                                                                                                                                                                                    |    |        |      |
| 開催日                | 年                                                                                                                                                                                                  | 月  | 日      | 開催場所 |
|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        | 開催時間 |
|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        | 開催回数 |
| 会議出席者              | 所属(職種)                                                                                                                                                                                             | 氏名 | 所属(職種) | 氏名   |
|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        |      |
|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        |      |
|                    |                                                                                                                                                                                                    |    |        |      |
| 検討した項目             | <div>・利用者本人、利用者家族が参加している場合は所属(職種)に「本人」、「夫」等の続柄を記載します。</div> <div>・各サービス担当者は、事業所名と職種を記載します。</div>                                                                                                   |    |        |      |
| 検討内容               | <div>・欠席したサービス担当者がある場合は、担当者の氏名、所属(職種)、欠席した理由、照会した年月日、照会に対する回答を記載します。</div> <div>・照会について別の様式を活用して記録を残している場合は、当該項目に記載は不要ですが、その照会の記録は必ず本表と一体で保存して下さい。</div> <div>・会議で検討した項目について、それぞれ検討内容を記載します。</div> |    |        |      |
| 結論                 | <div>・会議の結論について記載します。</div>                                                                                                                                                                        |    |        |      |
| 残された課題<br>(次の開催時期) | <div>・必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった施設サービスや次の開催時期、開催方針等を記載します。</div>                                                                                                                                    |    |        |      |

過經援支護介設施

施設サービス計画作成者氏名

[illegible]

## ⑨ 養介護施設従事者等による高齢者虐待について【療養型・医療院】

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)を実施した事例がありました。

以下の数値等は全国での集計件数であり、公益社団法人日本社会福祉士会が作成した資料を引用して掲載しています。

出典：「高齢者虐待の要因分析及び高齢者虐待の再発防止に向けた効果的な取組に関する調査研究事業 報告書」

※ 公益社団法人日本社会福祉士会ホームページ

掲載アドレス [http://www.jacsw.or.jp/O1\\_csw/O7\\_josei/index.html](http://www.jacsw.or.jp/O1_csw/O7_josei/index.html)

### 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      | H25      | H26      | H27      | H28      | H29      |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 養介護施設従事者等 | 273 件    | 962 件    | 1,120 件  | 1,640 件  | 1,723 件  | 1,898 件  |
| 養護者       | 18,390 件 | 25,310 件 | 25,791 件 | 26,688 件 | 27,940 件 | 30,040 件 |

※H29 相談・通報 1,898 件中、事実確認調査を行った事例は 1,755 件。そのうち虐待判断事例は 502 件。

### 3 虐待判断事例数

|           | H18      | H25      | H26      | H27      | H28      | H29      |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 養介護施設従事者等 | 54 件     | 221 件    | 300 件    | 408 件    | 452 件    | 510 件    |
| 養護者       | 12,569 件 | 15,731 件 | 15,739 件 | 15,976 件 | 16,384 件 | 17,078 件 |

※H29 虐待判断事例 510 件中、上記 502 件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

※H29 虐待判断事例 510 件中、被虐待者が特定できた事例は 469 件、判明した被虐待者は 854 人。

### 4 施設等の種別

|    | 特養    | 老健    | 療養型  | GH    | 小規模多機能 |
|----|-------|-------|------|-------|--------|
| 件数 | 155 件 | 53 件  | 3 件  | 73 件  | 14 件   |
| 割合 | 30.4% | 10.4% | 0.6% | 14.3% | 2.7%   |

|    | 有料(住宅型) | 有料(介護付き) | 軽費   | 養護   | 短期入所施設 |
|----|---------|----------|------|------|--------|
| 件数 | 67 件    | 43 件     | 5 件  | 9 件  | 18 件   |
| 割合 | 13.1%   | 8.4%     | 1.0% | 1.8% | 3.5%   |

|    | 訪問介護等 | 通所介護等 | 居宅介護支援等 | その他  | 合計    |
|----|-------|-------|---------|------|-------|
| 件数 | 16 件  | 34 件  | 7 件     | 13 件 | 510 件 |
| 割合 | 3.1%  | 6.7%  | 1.4%    | 2.5% | 100%  |

※「その他」は未届施設等。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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)   | ネグレクト(単独)   | 心理的虐待(単独)   | 性的虐待(単独)        | 経済的虐待(単独) |
|----|-------------|-------------|-------------|-----------------|-----------|
| 人数 | 389人        | 67人         | 164人        | 19人             | 66人       |
| 割合 | 45.6%       | 7.8%        | 19.2%       | 2.2%            | 7.7%      |
|    | 身体的虐待+心理的虐待 | 身体的虐待+ネグレクト | ネグレクト+心理的虐待 | その他の組み合わせ・3種類以上 | 合計        |
| 人数 | 63人         | 50人         | 21人         | 19人             | 854人      |
| 割合 | 7.4%        | 5.9%        | 2.5%        | 2.2%            | 100%      |

6 被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者854人分に係るもの。

- 性別 男性：29.5%，女性：70.5%
- 年齢 65歳未満障害者：3.3%，65-69歳：3.7%，70-74歳：5.5%  
 75-79歳：11.9%，80-84歳：19.2%，85-89歳：26.7%，90-94歳：20.4%  
 95-99歳：7.8%，100歳以上：1.1%，不明：0.4%
- 要介護度 要介護2以下：20.7%，要介護3：20.4%，要介護4：29.9%，要介護5：26.6%  
 不明：2.5%
- 認知症 もっとも多いのは自立度Ⅲ(29.5%)。  
 認知症の有無が不明な場合を除くと、88.9%が自立度Ⅱ以上。

7 虐待者の基本属性

- 職名・職種  
 介護職員：79.7%（うち、介護福祉士27.1%、介護福祉士以外26.9%、資格不明46.0%）  
 看護職：4.6%，管理職：4.7%，施設長：3.0%，経営者・開設者：1.5%
- 性別（括弧内は介護従事者全体における割合）  
 男性：54.9%（22.3%），女性：42.6%（75.0%）
- 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：25.5%（16.2%），30-39歳：34.7%（37.8%）  
 40-49歳：19.2%（29.0%），50歳以上：20.7%（17.0%）  
 〔女性〕30歳未満：11.1%（7.0%），30-39歳：17.3%（18.0%）  
 40-49歳：23.6%（30.4%），50歳以上：48.1%（44.6%）

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                    | 60.1% |
| 職員の虐待防止・権利擁護・身体拘束に関する知識・意識の不足        | 38.9% |
| 組織の教育体制、職員教育の不備不足                    | 28.7% |
| 職員の高齢者介護に関する知識・技術の不足                 | 25.7% |
| 教育・知識・介護技術等に関する組織や管理者の知識・認識・管理体制等の不足 | 22.1% |
| 組織・個人を特定しない知識・技術に関する問題               | 10.9% |
| 職員のストレスや感情コントロールの問題                  | 26.4% |
| 倫理観や理念の欠如                            | 11.5% |
| 人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ                | 7.5%  |
| 虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ               | 7.3%  |
| 虐待を行った職員の性格や資質の問題                    | 5.6%  |

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》15-1  
 (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

※上記被虐待者 854 人中、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が 511 人  
 (59.8%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が 276 人 (32.3%)。

●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 (<http://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 | H25  | H26  | H27  | H28  | H29  |
|---------|-----|------|------|------|------|------|
| 相談・通報件数 | 0 件 | 15 件 | 20 件 | 15 件 | 13 件 | 22 件 |
| 虐待判断事例数 | 0 件 | 0 件  | 2 件  | 4 件  | 3 件  | 7 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

(<http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/>)

→ 医療・福祉

→ 高齢者福祉

→ 認知症対策・虐待防止

→ 高齢者虐待防止・養護者支援に向けて(長寿社会課)

②山口県介護保険情報総合ガイド(かいごへるふやまぐち)トップページ

(<http://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/>)

→ 事業者の方へ

(サービス事業所向け情報)

→ 平成30年度集団指導の説明資料について

→ 資料3

(高齢者虐待防止について)

※全サービス共通資料です。

※高齢者虐待防止に向けた具体的な取組事例も掲載されています。

## ⑩ 関係通知について【医療院】

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 (<http://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」
- ・「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）