令和3年度 下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

1 2

(介護老人保健施設、短期入所療養介護(老健)、 介護予防短期入所療養介護(老健))

資 料

[目 次]

1	実地指導における主な指導内容及び留意点について	1
2	介護老人保健施設の従業者が通所リハビリテーションの従業者を兼務する場合、勤務時間及び質	勧務形
態に	はどのように解釈するのか?	
3	介護保健施設サービス費(基本型及び在宅強化型)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の一部	邻算定
要件	‡変更について	8
4	栄養ケア・マネジメントの充実について	10
(5)	口腔衛生の管理について	15
6	リスクマネジメントの強化について	14
7	褥瘡マネジメント加算について	
8	排せつ支援加算について	20
9	自立支援促進加算について	25
10	業務継続計画 (BCP) の策定等について	
11)	個別感染症対策マニュアル等の作成について	32
12	各種委員会の設置や研修・訓練等の実施について	35
(13)	養介護施設従事者等による高齢者虐待について	35

① 実地指導における主な指導内容及び留意点について

令和2年度に実施した介護老人保健施設(短期入所療養介護含む。)における 実地指導にて指摘のあった事項及び過去に指摘の多かった事項について掲載し ております。(口頭指導含む。)今後の施設運営の参考としてください。

なお、今年度介護保険制度改正により、基準や加算の算定要件が変更しているものもありますのでご注意ください。

○内容及び手続の説明及び同意

No.	現況	改善内容
		入所者に対する説明責任として、以下の内容 を訂正すること。
1	重要事項説明書の内容に不十分な箇所がある。	1. 従業者の員数を実態に合わせて訂正すること。 2. その他の料金の項目における個室利用料について、運営規程と整合を図ること。 3. 加算の説明について、適切な説明の内容を記載するよう訂正すること。 4. 算定しない加算に係る記載は削除すること。

○介護保険施設サービスの取扱方針(身体拘束)

No.	現況	改善内容
2	身体的拘束等を行った際の一連の手続きに不十分な箇所があった。 ①身体的拘束の実施事例について、記録における身体的拘束の解除の予定時期の記載がなかった。 ②身体的拘束の実施状況等を記録していたが、実施した都度における記録がなかった。	①身体的拘束の解除の予定時期は必ず記載すること。その際には、解除に向けた取組に必要な最小限の期間を設定すること。 ②実施状況については身体的拘束を行った都度記録すること。
3	身体的拘束等の適正化のための指針(以下「指針」という。)に基づき、身体的拘束適正化のための対策を検討する委員会(以下「委員会」という。)を組織していたが、委員会の構成メンバーの責務及び役割分担が明確にされていない。	委員会の構成メンバーの責務及び役割分担 を指針(規定)に記載するなどし、明確にす ること。

4	身体的拘束等の適正化のための指針に おいて、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 『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
---	---	---

○施設サービス計画の作成

No.	現、況	改善内容
5	施設サービス計画を変更する際に、支援相談員のみが施設サービス計画作成に当たっての解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)を行っており、計画担当介護支援専門員が実施していない事例がある。	計画担当介護支援専門員の責務として、施設サービス計画の作成に当たり、入所者及びその家族に面接してアセスメントを実施すること。 なお、これは他の担当者がアセスメント等に関与することを否定するものではないため、これまでどおり、他の担当者がアセスメント等を実施した後に、その内容を踏まえて計画担当介護支援専門員が入所者へ面接して行い、その結果の記録を残すといった方法であれば差し支えない。
6	施設サービス計画の内容について、入所者の文書同意を得て、当該計画を交付し、介護保険施設サービスの提供を開始した後に、サービス担当者会議を開催している事例がある。	サービス担当者会議とは、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、担当者の専門的な見地からの意見を求め調整を図る場である。したがって、サービス担当者会議において、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めた上で、施設サービス計画を作成し、当該計画に基づいた施設サービスを提供すること。

入所時初回の施設サービス計画については、任意の様式により作成しているが、施設サービス計画に記載すべき項目について不足している項目があった。

計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保険施設サービスの目標及びその達成時期、介護保険施設サービスの内容、介護保険施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。したがって、入所時初回の施設サービス計画においても上記の項目等を明確に盛り込むこと。

なお、上記の項目等を具備していれば、任意 の様式を用いることは差し支えない。

施設サービス計画に係る同意署名をサービス提供開始後に得ていた事例があった。聴取したところ、サービス提供開始前に入所者又はその家族に施設サービス計画の内容を説明し口頭同意を得ていたが、署名については代筆をする家族の都合やコロナ感染症対策における面会禁止等により、同意署名を得るのに期間を要したとのことであった。

8

施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されるものであり、施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければならない。したがって、サービスの利用開始までに施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に説明し、文書により入所者の同意を得ておくこと。なお、説明を受ける家族の都合やコロナウイルス感染症の影響等でやむを得ず交付が遅れる場合は、口頭で同意を得た上で同意日等必要事項を記録し、後日文書により署名を得るようにすること。

○看護及び医学的管理の下における介護

No.	現況	改善内容
9	介護者人保健施設は褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備いなければならないが、以下のとおり不十分な箇所がある。 1. 褥瘡対策のための指針が確認できなかった。 2. 褥瘡対策に関する研修について、研修は褥瘡予防対策委員会のあとに行っているとのことだったが、実施内容の記録が確認できなかった。	褥瘡の予防に関わる施設における整備や褥瘡に関する基礎的知識を持ち、日常的なケアにおいて介護職員等が配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させるため、今後は以下のとおり褥瘡対策を実施すること。 1. 貴施設における褥瘡対策のための指針を整備すること。 2. 褥瘡対策に関する職員継続教育を実施するすること。また、実施した場合は実施内容を記録すること。

○衛生管理等

No.	現況	改善内容
10	感染症及び食中毒の予防及びまん延の 防止のための研修について、新規採用時 の研修は開催の記録が確認できたが、定 期的な教育の実施が確認できなかった。 聴取したところ、感染症及び食中毒の予 防及びまん延の防止のための対策を検 討する委員会のあとに研修を実施して いるが、実施内容に関する記録を作成し ていないとのことであった。	感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための職員教育を組織的に浸透させていくためには、貴施設の指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず感染対策研修を実施すること。また、研修の実施内容については記録をすること。
11	併設病院の院内感染対策の基本指針に基づき、毎月開催される「感染担当者会議」に介護者人保健施設の担当者のみが参加し、その会議内容を施設の従業者全員に周知することで、介護者人保健施設としての感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催しているとの認識であった。なお、介護者人保健施設として別に感染対策委員会の規程を作成し、「感染対策委員会」を設置していないとのことであった。	感染症又は食中毒の予防及びまん延を防止するための措置として、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(以下、「感染対策委員会」という。)の設置及び運営が明確となるよう、以下のとおり是正等すること。 ①介護老人保健施設が講ずるべき措置として、改めて「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」を整備し、感染症対策委員会を定期的(おおむね3月に1回以上)に開催すること。 ②感染対策委員会で検討された内容については記録に残し、従業者に周知徹底すること。 ③感染対策委員会の構成メンバーの責務及び役割分担を定め、専任の感染対策担当者及び開催頻度とともに指針等に明記し施設内で周知すること。

○事故発生の防止及び発生時の対応

No.	現。況	改善内容
12	事故発生の防止のための従業者に対する研修について、新規採用時の研修は開催の記録が確認できたが、定期的な教育の実施が確認できなかった。 聴取したところ、事故発生の防止のための検討委員会のあとに研修を実施しているが、実施内容に関する記録を作成していないとのことであった。	事故発生の防止のための職員教育を組織的に徹底させていくために、貴施設の指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施すること。また、研修の実施内容については記録をすること。

13	併設病院の医療安全管理委員会の基本の 指針に基づき、毎月開催される「医療安全開催される「医療安全管理委員会」との 「医療者会会議」にし、同じ、その を担当者のが業者全員としての 施設を大保健施設とし員の が進老人保健施設とし員の が止の認識である。 が止めの検討を が止めのが が止めのが がした。 なおい がは を がい と の に い に い に い に い に い に の に の に の に の に	事故の発生又はその再発を防止するための 措置として、事故発生の防止のための検討委 員会(以下「事故防止検討委員会」という。) の設置及び運営が明確となるよう、以下のと おり是正等すること。 ①介護老人保健施設が講ずるべき措置とし て、改めて事故発生の防止のための指針を整 備し、当該指針に定めた事故防止検討委員会 を定期的に実施すること。 ②事故防止検討委員会で検討された内容に ついては記録に残し、従業者に周知徹底する こと。 ③事故防止検討委員会の構成メンバーの責 務及び役割分担を定め、専任の安全対策担当 者とともに指針等に明記し施設内で周知す ること。
14	事故発生の防止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。	以下の項目を盛り込んだ事故発生の防止のための指針を整備すること。 ①施設における介護事故の防止に関する基本的考え方 ②介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項 ③介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針 ④施設内で発生した介護事故、介護事故にはなった場合(ヒヤリ・ハット事例)及び現状を放置しておく以下「介護事故が発生し及び現状を放置しておく以下「介護事故等」という。)の報告方法等のための方策に関する基本方針 ⑤入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 『その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針
15	市に報告が必要な事故が発生していた にも関わらず、報告がされていない事 例があった。	直ちに該当の事故報告書を提出すること。 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速やかに事故報 告書を提出すること。 なお、今後は事故発生後速やかに報告を行う よう、再発防止に努めること。

○加算関係

	算関係	75. 关 ch co
No.	現況	改善内容
16	・入所前後訪問指導加算(II) 退所を目的とした施設サービス計画において、「生活機能の具体的な改善目標」はある程度確認できたが、「退所後の生活に係る支援計画」については、明確に確認できなかった。	本加算の算定に係る退所を目的とした施設 サービス計画の策定及び診療方針の決定に 当たっては、多職種共同で①生活機能の具体 的な改善目標及び②退所後の生活に係る支 援計画を定める必要がある。 したがって、①及び②を確実に定めるととも に、その内容を明確にするため記録等を適正 に行うこと。
17	・退所時情報提供加算 退所後の主治の医師に対し交付する入 所者の診療状況を示す文書において、 独自の様式を使用していたが、必要な 事項の記載が不足していた。また、交 付した文書の写しが診療録に添付され ていなかった。	本加算を算定する上で、適正な情報提供の観点から、厚生労働省が定める様式(以下、「別紙様式2」という。)に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付することとなっている。したがって、施設において入所者の診療状況を示す文書として施設独自の様式を使用することは差し支えないが、別紙様式2に定める情報の提供が必要な事項を全て網羅すること。また、交付した当該文書の写しは診療録に添付し保管すること。
18	・ターミナルケア加算本加算を算定するに当たって以下の事項に係る記録について不十分な事例があった。 1. 聴取及びカルテにより、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された入所者であることは確認できたが、その旨が記録の上で不明瞭であった。 2. ターミナルケアについて、本人又はその家族に対し随時の説明を行ったことは確認できたが、同意を得た旨の記録が確認できなかった。	本加算の算定に当たり今後は以下のとおり記録を行うこと。 1. 当該入所者が当該加算の算定対象であることを確認するため、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した入所者であることを明確に記録すること。 2. 医師、看護師、介護職員等が共同して行う本人又はその家族に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、その説明日時、内容等を記録するとともに、同意を得た旨を記載すること。
19	・経口維持加算 多職種共同にて入所者の栄養管理をするための月1回以上の会議の実施及び 当該会議の参加者は確認ができたが、 会議の内容についての記録が確認でき ない事例があった。	本加算の算定に当たっては、月1回以上多職種共同して、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、継続して経口による食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成しなければならないことから、実施した食事の観察及び会議等の内容については記録すること。

② 介護老人保健施設の従業者が通所リハビリテーションの従業者 を兼務する場合、勤務時間及び勤務形態はどのように解釈するの か?

介護老人保健施設の従業者が、当該介護老人保健施設にて行われる通所リハビリテーションと兼務している場合は、その従事する職種により以下のとおり 取り扱います。

- ①看護師·准看護師·介護職員·理学療法士·作業療法士·言語聴覚士
 - (1) 勤務時間 介護老人保健施設に勤務する時間と通所リハビリテーション に勤務する時間とを区分します。
 - (2) 常勤換算方法 介護老人保健施設については介護老人保健施設に勤務した時間、通所リハビリテーションについては通所リハビリテーションに勤務した時間をもって計算します。
 - (3) 常勤・非常勤の別 介護老人保健施設に勤務する時間と通所リハビリテーションに勤務する時間の合計をもって判断します。この方法により常勤となる従業者の勤務形態は「常勤兼務」となります。
- ※よって、各サービス別に見た場合、例えば、常勤換算方法で0.5人と計算 される常勤の従業者がいることがあり得ることになります。

②医師・栄養士等

- (1) 勤務時間 介護老人保健施設に勤務する時間と通所リハビリテーション に勤務する時間を区分することは不要です。
- (2) 常勤換算方法 介護老人保健施設に従事する時間と通所リハビリテーション事業所に従事する時間の合計をもって計算します。
- (3) 常勤・非常勤の別 上記①(3) に同じです。

勤務形態一覧表記載例(介護老人保健施設の場合) 勤務形態はB(常勤兼務) 兼務の形態や、勤務時間の解釈等を記入 勤務 務時間数 常勤換 氏 名 職種 调平均の 算後の 備考 勤務時間数 形態 老健のみの勤務時間数・常勤換算人数 看護師が通所リハと兼務してお り、老健と通所リハとの勤務時間 看護師 00 00 0.5 通所リハ兼務 の合計が常勤要件を満たす場合 老健と通所リハとの勤務時間数の合計・常勤換算人数の合計 医師が通所リハと兼務しており、 通所リハ兼務 老健と通所リハとの勤務時間の合 勤務時間は通所リ 医師 В $\times \times \times \times$ 40 1.0 計が常勤要件を満たす場合 ハとの合計

③ 介護保健施設サービス費(基本型及び在宅強化型)及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算の一部算定要件変更について

令和3年度介護報酬改定により、介護保健施設サービス費(基本型及び在宅 強化型)と在宅復帰・在宅療養支援機能加算の要件の一部が変更となりました。

変更点

① 介護保健施設サービス費(基本型及び在宅強化型)を算定する上で満たすべき施設基準として、『医師の詳細な指示の実施』が追加されました。

『医師の詳細な指示の実施』とは・・・

厚生労働大臣が定める施設基準において、「施設の医師が、リハビリテーションの 実施に当たり、当該施設の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、入所者に 対するリハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の 留意事項、やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準、リハビリテーション における入所者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。」が規定さ れました。

② 在宅復帰・在宅療養支援等指標における『居宅サービスの実施状況』及び『リハ専門職員の配置割合』の項目の内容が以下の通り変更されました。

『居宅サービスの実施状況』

施設において、算定日が属する月の前3月間に提供実績のある訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護の実施状況。(当該施設と同一敷地内の病院又は介護施設等であって、相互に職員の兼務や施設の供用等が行われているものを含む)

≪実施数≫	≪指標≫
3サービス	5
2サービス <u>(訪問リハ含む)</u>	3
2サービス <u>(訪問リハ含まない)</u>	1
1サービス以下	0

『リハ専門職の配置割合』

算定日が属する月の前3月間において、常勤換算方法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数。

計算方法:(a)÷(b)÷(c)×(d)×100

- (a) 算定日が属する月の前3月間における理学療法士等の当該施設サービスの提供に従事する勤務延時間数
- (b) 理学療法士等が当該3ヶ月間に勤務すべき時間
- (c) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数
- (d) 算定日が属する月の前3月間の日数

≪算出した数等≫	≪指標≫
5以上かつPT、OT、STを配置し、いずれの職種も入所者の数で除した数に100を乗じた数がそれぞれ0.2以上	5
5以上	3
3以上5未満	1
3未満	0

【注意】

令和3年9月サービス提供分までは、変更前の要件での算定も可能となっております。令和3年9月30日までには、今回の報酬改定後の要件等をご確認いただき、令和3年10月サービス提供分以降、報酬改定後の適正な区分での報酬請求をお願いします。

なお、従前の算定区分等から、変更が生じる場合は、遺漏なく指定事項変 更届の提出等の所定の手続きをお願いいたします。

④ 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

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。
- 二 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

1. 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。

10

3. 栄養マネジメント強化加算の新設

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っては、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

- Q1 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。
- A1 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。
- Q2 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。
- A2 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。
- Q3 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。
- A3 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)

⑤ 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、介護老人保健施設において、<u>口腔衛生管理体制加算を廃止し</u>、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<u>口腔衛生の管理</u> 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)

基準条例※

第19条の3 介護老人保健施設は、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。

※「下関市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」

●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 介護老人保健施設において、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<u>年2回</u> 以上行うこと。
- ② ①の技術的助言及び指導に基づき、<u>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</u>とともに、必要に応じて、<u>定期的に当該計画を見直</u>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こと。
 - イ 助言を行った歯科医師
 - □ 歯科医師からの助言の要点
 - ハ 具体的方策
 - 二 当該施設における実施目標
 - 木 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。

⑥ 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(令和3年9月までの経過措置あり)。

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。

≪介護老人保健施設基準条例第39条第1項(概略)≫ ※改定部分に <u>下線</u>
口事故発生の防止のための指針を整備すること(第1号)。
口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)。
口事故発生の防止のための委員会を定期的に開催すること(第3号)。
口事故発生の防止のための従業者に対する研修を定期的に実施すること(第3号)。
口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)。
<u>※令和3年9月までの経過措置あり</u>

※委員会や研修の頻度等については、《個別編》34頁をご確認ください。

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介護老人保健施設基準条例第39条第1項に規定する基準に適合していること。
- ②介護者人保健施設基準条例第39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。※1
- 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。
- ※1 令和3年10月31日までの間にあっては、研修を受講予定であれば、研修を受講した者とみなすが、令和3年10月31日までに研修を受講していない場合には、それまでに算定した当該加算については、遡り返還すること。

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、<u>留意事項</u> 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、<u>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</u>算定可能である。 【Q&A R3.3.23】

⑦ 褥瘡マネジメント加算について

令和3年度報酬改定において、寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進として、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、褥瘡マネジメント加算の算定要件等が改定されました。

≪改定前≫

褥瘡マネジメント加算 10 単位/月 (3月に1回を限度とする)



≪改定後≫

褥瘡マネジメント加算(I) 3単位/月 褥瘡マネジメント加算(II) 13単位/月 (毎月の算定が可能)

(令和4年3月31日までの経過措置) 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) 10単位/月

褥瘡マネジメント加算は、褥瘡管理に係る質の向上を図るため、多職種共同により、PDCAサイクルの構築を通じて、継続的に褥瘡管理に係る質の管理を行った場合に算定するものです。

〇褥瘡マネジメント加算(I)

算定要件(大臣基準 第七十一号の二 イ)

- (1)入所者又は利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時 又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3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、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報 その他褥瘡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。
- (2)(1)の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
- (3)入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
- (4)(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褥瘡ケア計画を見直していること

留意事項

① 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七十一号 の二イの要件を満たした場合に、入所者全員に対して算定する。(褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)、(Ⅲ)を算定する者を除く。)

- ② 大臣基準第七十一号の二イ(1)の評価は、厚生労働省が示す様式 5「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて、褥瘡の状態及び褥瘡の発生と関連のあるリスクについて実施すること。
- ③ 大臣基準第七十一号の二イ(1)の評価結果等の情報の提出については、 LIFEを用いて行うこと。
- ④ 大臣基準第七十一号の二イ(2)の褥瘡ケア計画は、褥瘡管理に対する 各種ガイドラインを参考にしながら、入所者ごとに、褥瘡管理に関する 事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項や、入所者の状態を考 慮した評価を行う間隔等を検討し、厚生労働省が示す様式5「褥瘡対策 に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて、作成すること。
- ⑤ 褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- ⑥ 褥瘡ケア計画の見直しは、褥瘡ケア計画に実施上の問題(褥瘡管理の変 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) があれば直ちに実施すること。
- ⑦ 見直しに当たっては、PDCAの推進及び褥瘡管理に係る質の向上を図る観点から、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用すること。
- ⑧ 褥瘡管理に当たっては、施設ごとに当該マネジメントの実施に必要な褥瘡管理に係るマニュアルを整備し、当該マニュアルに基づき実施することが望ましい。

○褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)

算定要件(大臣基準 第七十一号の二 ロ)

- (1) イ(1)から(2)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) イ(1)の評価の結果、施設入所時又は利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者について、褥瘡の発生のないこと。

留意事項

① 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)は、褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たす施設において、施設入所時の評価の結果、入所時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、施設入所日の属する月の翌月以降に厚生労働省が示す様式5「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を用いて評価を実施し、当該月に当該様式に示す持続する発赤(d1)以上の褥瘡の発症がない場合に、所定単位数を算定できる。

○褥瘡マネジメント加算(Ⅲ)(経過措置)

令和3年3月31日において、改定前の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行う施設であって、改定後の褥瘡マネジメント加算に係る届出を行っていない施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和4年3月31日まで、改定前の要件での算定が可能です。

褥瘡マネジメント加算のQ&A

Q1 褥瘡マネジメント加算、褥瘡対策指導管理は、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していることが要件となっているが、医師の事由等により参加できない場合は、当該医師の指示を受けた創傷管理関連の研修を修了した看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師が参加することにして差し支えないか。

A1 差し支えない。

[Q&A R3.3.26]

- Q2 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)について、施設入所後に褥瘡が発生し、治癒後に再発がなければ、加算の算定は可能か。
- A 2 褥瘡マネジメント加算は、施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入所者について、 褥瘡の発生がない場合に算定可能である。施設入所時に褥瘡の発生するリスクがあった入 所者について、入所後に褥瘡が発生した場合はその期間褥瘡マネジメント加算 を算定でき ず、褥瘡の治癒後に再発がない場合は褥瘡マネジメント加算 を算定できる。

[Q&A R3.3.26]

- Q3 LIFEに提出すべき情報は「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」(令和3年3月16日老老発 O316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。
- A3 「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」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 を用いること を求めるものではない。 【Q&A R3.4.9】

Q4 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、 加算の要件である情報提出の取扱い如何。

A 4 これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月10日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。

当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による30日 未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要ないものとして差し支えない。

一方、長期間の入院等により、30日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の 算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サー ビスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必 要となる。 【Q&A R3.6.9】

⑧ 排せつ支援加算について

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

(令和4年3月31日までの経過措置) 排せつ支援加算(Ⅳ) 100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。

〇排せつ支援加算(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、LIFE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、PDCAの推進及び排せつ支援の質の向上を図る観点から、LIFE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 ロ)

- (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 ハ)

イ(1)から(3)まで並びに口(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(Ⅳ)(経過措置)

令和3年3月31日において、改定前の排せつ支援加算を算定していた施設であって、改定後の排せつ支援加算に係る届出を行っていない施設について、今後LIFEを用いた情報の提出に切り替えるよう必要な検討を行うことを前提に、経過措置として、令和4年3月31日まで、改定前の要件での算定が可能です。

排せつ支援加算に関するQ&A

O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、LIFE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]

O排せつ支援加算について

- Q4 LIFEに提出すべき情報は「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」(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(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」(令和3年3月16日考書発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LIFE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用いることを求めるものではない。 【Q&A R3.4.9】

〇排せつ支援加算について

Q5 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、 加算の要件である情報提出の取扱い如何。

A5 これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を行っていただくこととしている。

当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日 未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場 合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必要 ないものとして差し支えない。

一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の 算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サー ビスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が必 要となる。 【Q&A R3.6.9】

⑨ 自立支援促進加算について

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、<u>自立支援促進加算300単位/月</u>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、<u>適切な介護が提供されていることを前提としつつ</u>、介護保険制度の理念に基づき、<u>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、</u>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。
- ②①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。
- ③①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。

○関連する質問

- Q1 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】
- Q2 「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。
- Q2 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】

- Q3 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。
- A3 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】

- Q4 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。
- A4 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】

- Q5 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、具体にはどのような取組が求められるのか。
- A5 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、<u>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。</u>

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ず、<u>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</u>」を想定している。 【Q&A R3.6.9】

- Q6 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。
- A6 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

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、<u>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</u>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 業務継続計画(BCP)の策定等について

令和3年度介護保険制度改正により、業務継続計画(BCP)の策定等が基準に盛り込まれました。

これは、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、従業者に対して必要な研修及び訓練(シミュレーション)を実施しなければならないこととしたものです。

(経過措置として、令和6年3月31日までは努力義務)

1 業務継続計画の記載項目

- (1) 感染症に係る業務継続計画
 - a 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、 備蓄品の確保等)
 - b 初動対応
 - c 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)
- (2) 災害に係る業務継続計画
 - a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフライン が停止した場合の対策、必要品の備蓄等)
 - b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)
 - c 他施設及び地域との連携
- ※各項目の記載内容については、以下の厚生労働省発出のガイドラインを 参照してください。
 - ●「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の 業務継続ガイドライン」

https://www.mhlw.go.jp/content/000749533.pdf

●「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/content/000749543.pdf

2 研修について

- (1) 研修の内容
 - ・感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容
 - ・ 平常時の対応の必要性や、緊急時の対応
- (2) 研修の頻度
 - ・年2回以上及び新規採用時
 - ※研修の実施内容等については、記録すること。
 - ※感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延 の防止のための研修と一体的に実施可。

3 訓練(シミュレーション)について

- (1)訓練の内容
 - ・業務継続計画に基づいた事業所内の役割分担の確認
 - ・感染症や災害が発生した場合に実施するケアの演習等
- (2)訓練の頻度
 - 年2 回以上
 - ※感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延 の防止のための訓練と一体的に実施可。
 - ※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 一体的に実施可。
 - ※訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実 地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

☆参考

「介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)作成支援に関する研修」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi kaigo/kaigo koureisha/douga 00002.html (厚生労働省HP)

① 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、介護現場で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(第2版)」(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します。

特に、<u>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</u> **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
- 帯状疱疹
- ・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【第2版】

https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678253.pdf

○介護職員のための感染対策マニュアル (施設系)

 $\underline{https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678255.pdf}$

※手引きの内容を概略したものです。

※コロナウイルス感染症に関しては、≪共通編≫23頁をご確認ください。

⑩ 各種委員会の設置や研修・訓練等の実施について

介護老人保健施設では、適切な施設サービスを提供するために、基準条例^{※1} において各種委員会の設置や研修・訓練の実施等の取組みが義務づけられております。令和3年度の介護保険制度改正において、従来の取組みの一部変更及び新たな取組みが新設されました。

次頁に、それらの概要として「基準上の各種取組みに関する一覧表」を掲載 しておりますので、ご参考ください。それぞれの内容をご確認いただき遺漏が ないよう適切な対応をお願います。

なお、詳細につきましては、各施設において、基準条例や解釈通知*2等を十分ご確認ください。

- ※1「下関市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」
- ※2「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について(平成 12 年3月17日老企第44号)」
 - ○基準条例において義務付けられている主な取組み等
 - 1『身体的拘束等の適正化』(基準条例第15条第4項から第6項)
 - 2 『業務継続計画の策定等』(基準条例第 第29条の2)新設 (経過措置により令和6年3月31日までは努力義務)
 - 3『衛生管理等』(基準条例 基準条例第32条)
 - 4『事故発生の防止及び発生時の対応』(基準条例第39条)
 - 5 『虐待防止のための措置』(基準条例第39条の2)新設 (経過措置により令和6年3月31日までは努力義務)
 - ※1及び4について、基準を満たさない場合、減算となる可能性がありますのでご留意ください。

基準上の各種取組みに関する一覧表

		身体的拘束等の適正化	業務継続計画	衛生管理等	事故発生の防止及び発生時の対応	虐待の防止のための措置
₩¥	秦 英 (注 1)	身体的拘束等の適正化のため の対策を検討する委員会	な	感染症及び食中毒の予防及び まん延の防止のための対策を 検討する委員会	事故発生の防止のための検討 委員会	虐待の防止のための対策を検 討する委員会
	# メンバー	幅広い職種 (管理者、事務長、医師、看 護職員、介護職員、支援相談 員) ※構成メンバーの責務及び役 割か拍を申確にする	l	幅広い職権 (管理者、事務長、医師、看 護職員、介護職員、栄養士、 支援相談員) ※構成メンバーの責務及び役 割公拍を明確にする	幅広い職種 (管理者、事務長、医師、看 護職員、介護職員、支援相談 員) ※構成メンバーの責務及び役 割公出を開降にする	管理者を含む幅広い職種で構成 成 ※構成メンバーの責務及び役割分担を明確にする
	開催頻度	3月に1回以上	I	3月に1回以上の定期開催及 び感染症が流行する時期は必 要に応じ随時開催	定期的に開催 ※指針等に定めた頻度	定期的に開催 ※指針等に定めた頻度
] *	指針等	身体的拘束等の適正化のための指針	業務継続計画 (感染症に係る 業務継続計画、災害に係る業 務継続計画)	感染症及び食中毒の予防及び まん延の防止のための指針	事故発生の防止のための指針	虐待の防止のための指針
中	中	身体的拘束等の適正化のため の研修	業務継続計画に係る研修 (注2)	感染症及び食中毒の予防及び まん延の防止のための研修	事故発生の防止のための研修	虐待の防止のための従業者に 対する研修
	開催頻度	年2回以上新規採用時は必須	年2回以上新規採用時は必須	年2回以上新規採用時は必須	年2回以上新規採用時は必須	年2回以上新規採用時は必須
	··· 意	な	業務継続計画に基づく訓練 (シミュレーション) (注3)	感染症の予防及びまん延の防 止のための訓練	άL	な
************	実施頻度	ı	年2回以上	年2回以上	ı	ı
専任	専任の担当者	設置が必要	なし	設置が必要	設置が必要	設置が必要
₩	± (1)	調をする暗緒の扱う事項が		第一の一般を表現である。 アンス はん		

委員会は、関係する職種、取り扱う事項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。 また、委員会の開催に当たっては、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。 川

感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。 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することも差し支えない。 感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

③ 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、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:「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業 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 https://www.jacsw.or.jp/citizens/josei/2020.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	H27	H28	H29	H30	R1
養介護施設従事者等	273 件	1,640件	1,723件	1,898件	2, 187件	2, 267 件
養護者	18, 390件	26,688件	27, 940件	30,040件	32, 231 件	34,057件

[※]R1 相談・通報 2,293 件中、事実確認調査を行った事例は 1,982 件。

3 虐待判断事例数

	H18	H27	H28	H29	H30	R1
養介護施設従事者等	54 件	408 件	452 件	510 件	621 件	644 件
養護者	12,569件	15, 976 件	16, 384件	17,078件	17, 249 件	16,928件

[※]R1 虐待判断事例 644 件中、637 件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

4 施設等の種別

	特養	老健	療養型・介護医療院	GH	小規模多機能
件数	190 件	72 件	4 件	95 件	14 件
割合	29. 5%	11. 2%	0.6%	14. 8%	2. 2%

	有料(住宅型)	有料(介護付き)	軽費	養護	短期入所施設
件数	90 件	88 件	3 件	9件	14 件
割合	14. 0%	13. 7%	0. 5%	1.4%	2. 2%

	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
件数	21 件	28 件	5 件	11 件	644 件
割合	3. 3%	4. 3%	0.8%	1. 7%	100%

^{※「}その他」のうち8件はサービス付き高齢者向け住宅等を要介護施設・事業所とみなしたもの、3件は複数のサービス種別にまたがるもしくは複数型のもの。

[※]R1 虐待判断事例 644 件中、被虐待者が特定できた事例は 609 件、判明した被虐待者は 1,060 人。

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	490 人	151 人	164 人	43 人	39 人
割合	46. 2%	14. 2%	15. 5%	4. 1%	3. 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	101 人	21 人	16 人	35 人	1,060人
割合	9. 5%	2. 0%	1. 5%	3. 3%	100%

被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者 1.060 人分に係るもの。

別 男性:29.8%, 女性:69.9%, 不明:0.3% ●性

齢 65 歳未満障害者:2.0%, 65-69 歳:3.4%, 70-74 歳:6.5% ●年

75-79 歳:11.2%, 80-84 歳:15.0%, 85-89 歳:23.5%, 90-94 歳:19.4%

95-99 歳: 7.9%, 100 歳以上: 1.7%, 不明: 9.3%

●要介護度 要介護 2 以下:17.5%, 要介護 3:24.1%, 要介護 4:28.1%, 要介護 5:23.6%

不明: 6.7%

●認 知 症 もっとも多いのは自立度Ⅲ(27.3%)。

認知症の有無が不明な場合を除くと、92.8%が自立度Ⅱ以上。

7 虐待者の基本属性

■職名・職種

介護職員: 79.5% (うち、介護福祉士 24.7%、介護福祉士以外 21.5%、資格不明 53.8%) 看護職:6.6%, 管理職:5.0%, 施設長:3.2%, 経営者・開設者:1.4%,

その他・不明: 4.2%

別(括弧内は介護従事者全体における割合)

男性:52.3%(20.5%),女性:43.2%(71.2%),不明:4.4%(8.2%) 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: 27.7% (13.0%), 30-39 歳: 28.4% (35.4%)

40-49 歳:16.8% (30.6%), 50 歳以上:27.1% (21.0%) [女性] 30 歳未満:13.6%(6.1%), 30-39 歳:13.2%(16.9%)

40-49 歳:24.4% (29.2%), 50 歳以上:48.8% (47.8%)

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. 8%				
職員の虐待防止・権利擁護・身体拘束に関する知識・意識の不力	足 49.5%				
職員の高齢者介護に関する知識・技術の不足	29. 5%				
組織の教育体制、職員教育の不備不足					
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 12.8%				
組織・個人を特定しない知識・技術に関する問題					
職員のストレスや感情コントロールの問題					
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ					
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ					
倫理観や理念の欠如					
虐待を行った職員の性格や資質の問題	9. 2%				
その他	1.6%				

- 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
 - ●诵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 1,060 人分中、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が 637 人 (60.1%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が 277 人 (26.1%)。
 - ●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	H27	H28	H29	H30	R1
相談・通報件数	0 件	15 件	13 件	22 件	28 件	18 件
虐待判断事例数	0件	4 件	3 件	7件	8件	0 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.vamaguchi.lg.ip)

- → 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(かいごへるぷやまぐち)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2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です。