

令和 4 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

下関市福祉部介護保険課

## [ 目 次 ]

① 運営指導(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、勤務時間及び勤務形態はどのように解釈するのか? .....	8
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 .....	9
④ 栄養ケア・マネジメントの充実について .....	11
⑤ 口腔衛生の管理について .....	14
⑥ リスクマネジメントの強化について .....	15
⑦ 褥瘡マネジメント加算について .....	17
⑧ 排せつ支援加算について .....	21
⑨ 自立支援促進加算について .....	26
⑩ 業務継続計画(BCP)の策定等について .....	31
⑪ 個別感染症対策マニュアル等の作成について .....	33
⑫ 各種委員会の設置や研修・訓練等の実施について .....	34
⑬ 養介護施設従事者等による高齢者虐待について .....	36
⑭ 新型コロナウィルス感染症に係る臨時の取り扱いQ&A .....	39

## ① 運営指導(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3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。)における運営指導(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、令和3年度介護保険制度改革により、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

現況	改善内容
重要事項説明書の内容に不十分な箇所がある。	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. 従業者の員数を実態に合わせて訂正すること。 2. ターミナルケア加算について、令和3年度報酬改定により追加された算定区分を追記すること。 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。 5. 利用者に対する説明責任として、以下の内容を追記すること。 なお、当該内容については、令和6年3月31日までは経過措置期間であるが、早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。 ・虐待の防止のための措置に関する事項

### ○介護保険施設サービスの取扱方針(身体拘束)

現況	改善内容
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。

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
(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))

<p>身体拘束等の適正化のための指針に当該委員会の構成員を記載していたが、その中に医師の記載がなかった。聴取したところ、医師は委員会の構成員であるが、令和3年8月末までは管理者が医師を兼務していたため、医師の記載を省略しており、現在も追記されずにそのままとなっているとのことであった。</p>	<p>身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会は幅広い職種(管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員等)により構成するとともに、適宜、当該指針の見直し等を行い、実際の体制と齟齬の無いようにすること。</p>
<p>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。</p>	<p>身体的拘束等の適正化のための指針には、以下の項目を漏れなく盛り込むこと。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4. 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針</li> <li>5. 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</li> <li>6. 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</li> <li>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</li> </ol>

○施設サービス計画の作成

現況	改善内容
<p>病院に入院するため、退所した入所者の再入所に際し、施設サービス計画を作成しているが、アセスメントの実施が確認できない事例がある。</p>	<p>計画作成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。</p>
<p>区分変更認定申請をした入所者に係る施設サービス計画について、以下のとおり不備があった。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 当該区分変更認定申請の結果が出るまでの施設サービス計画(以下「暫定プラン」という。)を作成していない事例があった。</li> <li>2. 要介護認定の結果判明後に新たな施設サービス計画を作成しているが、第1表に記載されている認定情報が区分変更前のものとなっている事例や、第2表の目標期間が区分変更前の直近の施設サービス計画と同一の期間(区分変更前の認定の有効期間を含む。)となっている事例が散見された。</li> </ol>	<p>施設サービス計画について、以下のとおり適正に作成すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護保健施設サービスは、施設サービス計画に基づいて行わなければならない。 したがって区分変更認定申請等で要介護認定の結果が判明するまでの間については暫定プランを作成すること。</li> <li>2. 要介護状態区分の変更の認定を受けた際には、新たな被保険者証に記載の要介護状態区分及び認定の有効期間を反映させた施設サービス計画を作成すること。 また、この場合における目標期間の始期は、新たな認定の有効期間の始期との整合性を図ること。</li> </ol>

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
(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))

<p>施設サービス計画を作成するに当たって、計画担当介護支援専門員が解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）を行っていることは確認できたが、当該アセスメントの結果の記録であるアセスメントシートの内容について不十分な箇所が散見された。</p>	<p>計画担当介護支援専門員は施設サービス計画の作成に当たり、適切な方法により、入所者が日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握しなければならないことから、アセスメントの結果等については以下のとおり適正に記録すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>アセスメント理由を記載する項目について、計画の目標期間の更新に伴うアセスメントの記録に対して「初回」にチェックを付している事例や、区分変更認定申請を行ったことに伴うアセスメントの記録に対して「初回」や「更新」にチェックを付している事例が散見されたため、今後はアセスメント理由について正確に記載すること。</li> <li>認定情報を記載する項目について、区分変更認定申請の認定結果が出た後であるにも関わらず、区分変更前の要介護度や認定の有効期間を記載している事例が散見されたため、今後は入所者の被保険者証等を確認のうえ正確に記載し、再発防止に努めること。</li> </ol>
--	--

○必要な医療の提供が困難な場合等の措置

現　況	改善内容
<p>入所者が貴施設で対応ができない医療処置や検査等を実施するため法人の母体となる病院への通院をした場合において、その結果に基づく療養上必要な情報の提供を当該病院から受けたことが確認できない事例があった。聴取したところ、特に異常等が無い場合は口頭の伝達のみであったため、記録をしていないとのことであった。</p>	<p>介護老人保健施設の医師は、入所のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させた場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行わなければならない。</p> <p>したがって、病院等へ通院をした結果については、特に異常等が無い場合においても、遗漏なく、その旨を記録すること。</p>

○栄養管理

現　況	改善内容
<p>入所者に対する栄養管理について、管理栄養士の未配置により、不十分な点があった。</p>	<p>入所者の栄養管理については、令和3年度より栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うこと。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かることができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこと。</p> <p>なお、当該栄養管理については、令和6年3月31日まで努力義務とされているが、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。</p>

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
(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))

○口腔衛生の管理

現況	改善内容
入所者に対する口腔衛生の管理について、不十分な点があった。	入所者の口腔衛生の管理については、令和3年度より基本サービスとして行うことを踏まえ、入所者の口腔の健康状態に応じて適切な手順により計画的に行うこと。 なお、当該口腔衛生の管理については、令和6年3月31日まで努力義務とされているが、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。

○看護及び医学的管理の下における介護

現況	改善内容
介護老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ぬが、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。	褥瘡の予防に関す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こと。また、実施した場合は実施内容を記録すること。
褥瘡対策として委員会を設置し、その旨を褥瘡対策のための指針に記載していたが、構成員に医師の記載が無かった。聴取したところ、医師は委員会の構成員であるが、令和3年8月末までは管理者が医師を兼務していたため、医師の記載を省略しており、現在も追記されずにそのままとなっているとのことであった。	介護老人保健施設における褥瘡の発生を予防するための体制について、委員会を褥瘡対策チームとして設置することは差し支えないが、構成員に医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等を含めるとともに、適宜、当該指針の見直し等を行い、実際の体制と齟齬の無いようにすること。

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
 (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))

○業務継続計画の策定等

現　況	改善内容
業務継続計画の策定等について、不十分な点があった。	<p>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に、業務継続計画の策定等、必要な措置を講じること。</p> <p>なお、業務継続計画の策定等については、令和6年3月31日まで努力義務とされているが、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。</p>

○衛生管理等

現　況	改善内容
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。	<p>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。</p>
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のため指針に当該委員会の構成員を記載していたが、その中に医師の記載がなかった。聴取したところ、医師は委員会の構成員であるが、令和3年8月末までは管理者が医師を兼務していたため、医師の記載を省略しており、現在も追記されずにそのままとなっているとのことであった。	<p>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は幅広い職種（管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士又は管理栄養士、支援相談員等）により構成するとともに、適宜、当該指針の見直し等を行い、実際の体制と齟齬の無いようにすること。</p>

○事故発生の防止及び発生時の対応

現　況	改善内容
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。	<p>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。</p>

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
 (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))

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。
事故発生の防止のための委員会を多職種を構成員として、定期的に開催していたが、当該委員会の記録においては管理者及び医師が参加したことが確認できなかった。聴取したところ、都合により参加できないことはあるものの、随時意見等を聴取し、委員会に反映しているとのことであったが、その内容も記録上、確認できなかった。	介護老人保健施設における事故発生の防止のための委員会は、幅広い職種(管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等)を構成員として、貴施設における介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会である。 したがって、構成員である管理者及び医師は積極的に委員会に参加するとともに、止むを得ず欠席する場合においては、予め聴取した意見等が当該委員会に反映されていることを明確にするため、適切に記録を行うこと。

○虐待の防止

現況	改善内容
虐待の発生又はその再発を防止するための措置について、不十分な点があった。	虐待の発生又はその再発を防止するために、必要な措置を講じること。 なお、虐待の防止のための措置については、令和6年3月31日まで努力義務とされているが、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。

○加算関係

現況	改善内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入所前後訪問指導加算(Ⅱ)</li> </ul> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
 (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))

<ul style="list-style-type: none"> <li>・退所時情報提供加算 貴施設では、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。</li> </ul>	<p>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る。したがって、貴施設において入所者の診療状況を示す文書として貴施設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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 聽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。</li> <li>2. ターミナルケアについて、本人又はその家族に対し隨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。</li> </ol> </li> </ul>	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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隨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。</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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るが、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。</li> </ul>	<p>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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供体制強化加算Iイ 加算の算定要件を満たしているにも関わらず、算定回数が不足している事例があった。</li> </ul>	<p>利用料の公平化の観点から、算定要件を満たす場合は必ず算定すること。          なお、利用者の同意が得られる場合、過誤調整を行うことは差し支えない。</p>

**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別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）

職種	勤務形態	氏名	勤務時間数		常勤換算後の人数	備考
			週平均の勤務時間数	常勤換算後の人数		
看護師	B	○○ ○○	20	0.5	通所リハ兼務	老健のみの勤務時間数・常勤換算人数
医師	B	× × × ×	40	1.0	通所リハ兼務 勤務時間は通所リハとの合計	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

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の合計が常勤要件を満たす場合

医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の合計が常勤要件を満たす場合

### 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(訪問リハ含む)	3
2サービス(訪問リハ含まない)	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

## 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。

### 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」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、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)

### 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こと。
  - 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 具体の方策
  - 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。

## 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。

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に開催すること（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に実施すること（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》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介護老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。
- 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。

### 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】

## 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。



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。

### ○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 口)

- (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。

A2 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つては、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 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】

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。

A4 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ることとしている。

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止については、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』	『改定後』
排せつ支援加算 100 単位／月	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に、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に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变又は低下となることが見込まれるもの、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 口)

- (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つたこと。

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、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】

### ○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 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】

○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  
いただることとしている。

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止については、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、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。
- 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。

A1 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。

A2 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、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ず、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】

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、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見定している。

【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考してください。

- 「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な内容
- ・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](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html) (厚生労働省 HP)

## ⑪ 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、**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
- ウィルス性肝炎
- 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)

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

※手引きの内容を概略したものです。

※新型コロナウイルス感染症に関しては、《共通編》18頁をご確認ください。

## ⑫ 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<sup>\*1</sup>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います。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遗漏がないよう適切な対応をお願いします。

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<sup>\*2</sup>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。

令和4年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》12  
(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))

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
委員会等 (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	なし		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
構成メンバー	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分担を明確にする	—	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分担を明確にする	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分担を明確にする	管理者を含む幅広い職種で構成 ※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	—	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）	事故発生の防止のための指針	虐待の防止のための指針
研修	身体的拘束等の適正化のための研修	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	事故発生の防止のための研修 年2回以上 新規採用時は必須	虐待の防止のための研修 対する研修 年2回以上 新規採用時は必須
訓練	なし	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 年2回以上	なし	なし
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

注1 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。

注2 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訓練と一体的に実施することも差し支えない。

注3 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は、非常災害対策については、差し支えない。

### ⑬ 養介護施設従事者等による高齢者虐待について

近年、養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数が全国的に増加傾向にあり、本市においても過去、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	H28	H29	H30	R1	R2
養介護施設従事者等	273 件	1,723 件	1,898 件	2,187 件	2,267 件	2,097 件
養護者	18,390 件	27,940 件	30,040 件	32,231 件	34,057 件	35,774 件

※R2 相談・通報 2,119 件中、事実確認調査を行った事例は 1,818 件。

#### 3 虐待判断事例数

	H18	H28	H29	H30	R1	R2
養介護施設従事者等	54 件	452 件	510 件	621 件	644 件	595 件
養護者	12,569 件	16,384 件	17,078 件	17,249 件	16,928 件	17,281 件

※R2 虐待判断事例 595 件中、587 件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

※R2 虐待判断事例 595 件中、被虐待者が特定できた事例は 561 件、判明した被虐待者は 1,232 人。

#### 4 施設等の種別

	特養	老健	療養型・介護医療院	G H	小規模多機能
件数	168 件	50 件	2 件	83 件	12 件
割合	28.2%	8.4%	0.3%	13.9%	2.0%
	有料(住宅型)	有料(介護付き)	軽費	養護	短期入所施設
件数	81 件	80 件	6 件	3 件	25 件
割合	13.6%	13.4%	1.0%	0.5%	4.2%
	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
件数	31 件	30 件	5 件	19 件	595 件
割合	5.2%	5.0%	0.8%	3.2%	100%

※「その他」のうち 7 件はサービス付き高齢者向け住宅等を要介護施設・事業所とみなししたもの、8 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。2 件は未届け有料老人ホーム、2 件は短期入所併設施設。

## 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	474人	200人	136人	88人	59人
割合	38.5%	16.2%	11.0%	7.1%	4.8%
	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	102人	60人	31人	82人	1,232人
割合	8.3%	4.9%	2.5%	6.7%	100%

## 6 被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者1,232人分に係るもの。

- 性 別 男性：30.2%，女性：69.4%，不明：0.4%
- 年 齢 65歳未満障害者：1.8%，65-69歳：2.6%，70-74歳：5.4%  
75-79歳：9.3%，80-84歳：15.8%，85-89歳：22.7%，90-94歳：22.3%  
95-99歳：8.4%，100歳以上：1.9%，不明：9.8%
- 要介護度 要介護2以下：17.9%，要介護3：22.2%，要介護4：27.2%，要介護5：16.9%  
不明：15.8%
- 認 知 症 もっとも多いのは自立度Ⅲ（29.3%）。  
認知症の有無が不明な場合を除くと、92.2%が自立度Ⅱ以上。

## 7 虐待者の基本属性

- 職名・職種  
介護職員：79.1%（うち、介護福祉士31.1%、介護福祉士以外18.5%、資格不明50.4%）  
看護職：3.4%，管理職：6.1%，施設長：3.6%，経営者・開設者：4.1%，  
その他・不明：3.8%
- 性 別（括弧内は介護従事者全体における割合）  
男性：52.3%（20.9%），女性：43.2%（72.3%），不明：4.5%（6.9%）
- 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：22.6%（11.1%），30-39歳：28.0%（33.4%）  
40-49歳：23.0%（33.1%），50歳以上：26.4%（22.4%）  
〔女性〕30歳未満：12.8%（5.8%），30-39歳：12.3%（15.6%）  
40-49歳：20.7%（29.5%），50歳以上：54.2%（49.1%）

## 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	48.7%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	22.2%
職員のストレスや感情コントロールの問題	17.1%
倫理観や理念の欠如	14.6%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	10.6%
虐待を行った職員の性格や資質の問題	9.6%
その他	3.2%

## 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 1,232 人分中、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が 641 人 (52.0%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が 317 人 (25.7%)。

### ●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	H28	H29	H30	R1	R2
相談・通報件数	0 件	13 件	22 件	28 件	18 件	15 件
虐待判断事例数	0 件	3 件	7 件	8 件	0 件	2 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/>)

- 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（かいごへるぶやまぐち）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3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。

## ⑯ 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的取り扱いQ & A

新型コロナウイルス感染症の世界的な流行に伴い、これまでに様々な臨時的取り扱いが厚生労働省から示されています。内容も多岐にわたっていることから、これらの内容を十分ご確認いただきますようお願いします。

### 休業要請等を受けた場合の施設基準の取扱い

Q1 都道府県等が、公衆衛生対策の観点から入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業等を要請した場合、介護老人保健施設の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る施設基準において、「算定日が属する月の前6月間」等の指標の算出に当たって使用する月数に、その期間を含む月は含めないとする取扱いは可能か。(5報・問1)

A1 可能である。

### 施設が自主的に休業を行った場合の取扱い

Q2 介護老人保健施設が感染拡大防止の観点から特に必要と考えられることから、自主的に入所又は退所の一時停止、併設サービスの事業の全部又は一部の休業を行った場合、問1と同様の考え方でよいか。(5報・問2)

A2 貴見のとおり。ただし、入退所を一時停止する期間及び休業する理由を事前に許可権者に伝えるとともに、記録しておくこと。

なお、新型コロナウイルス感染の疑いや濃厚接触の疑いがない者の入退所については、地域の感染状況も踏まえながら従前どおり行うよう努めること。

### 退院患者を受け入れた場合一人員基準等の柔軟な取扱いは可能か

Q3 介護保険施設等において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う入院患者増加に対応するため、感染流行時に自治体の要請等に基づき、新型コロナウイルス感染症患者受け入れ医療機関(受け入れ予定の医療機関を含む)から退院患者を受け入れた場合は、人員基準等の柔軟な取扱いが可能か。(17報・問1)

A3 可能である。例えば、定員超過減算を適用しない、また指定等基準、基本サービス費及び加算に係る施設基準について、当面の間、受け入れた入所(居)者を除いて算出す

ることができる。

なお、(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護、(看護) 小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、(介護予防) 特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護においても同様である。

#### 退院患者を受け入れた場合ー介護報酬による評価

Q4 介護保険施設(介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院)において、医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者(当該介護保険施設から入院した者を除く。)を受け入れた場合に

- ・当面の間のコロナ陽性時に治療に当たっていた入院医療機関や行政との連携
- ・退所時も念頭に、入院以前に利用していたケアマネ等とのサービスの調整のために行う、利用していたサービスの確認とそれを踏まえたサービス提供
- ・健康観察・健康管理など看護師等の専門職によるケアも含めた体制整備

が必要になること等を適切に評価する観点から、どのような介護報酬の算定が可能か。

(18報・問)

A4 介護保険施設において、医療機関から、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした患者(当該介護保険施設から入院した者を除く。)を受け入れた場合には、当該者について、退所前連携加算を入所した日から起算して30日を限度として算定することが可能である。(中略) …本加算の算定について、利用者から事前の同意を得る必要があること。

なお【17報】でお示ししたとおり、自治体の要請等に基づき退院患者を受け入れた場合は、例えば、定員超過減算を適用しない、また指定等基準、基本サービス費及び加算に係る施設基準について、当面の間、受け入れた入所(居)者を除いて算出することができる等の柔軟な取扱いが可能であるが、本加算の算定対象となる者についても同様の取扱いが可能であること。

ワクチン接種に伴う人員欠如の取扱い

Q5 介護サービス事業所に勤務する職員が新型コロナワイルスワクチンの接種を受けることや接種後の副反応によって一時的に不足する場合について、人員配置基準等の取扱いはどのようになるのか。(24報・問1)

A5 介護サービス事業所に勤務する職員が新型コロナワイルスワクチンの接種を受けることや接種後の副反応により、一時的に人員配置基準を満たさなくなる場合、柔軟な対応をして差し支えない。

また、基準以上の人員配置や有資格者等の配置により算定可能となる加算について、介護サービス事業所に勤務する職員が新型コロナワイルスワクチンの接種を受けることや接種後の副反応により、一時的に加算の要件を満たさなくなった場合も、柔軟な対応をして差し支えない。

なお、介護サービス事業所に勤務する職員が新型コロナワイルスワクチンの接種を受け際には、同一事業所内では職員の接種日を分散させるなど、利用者の処遇に影響しないよう可能な限り接種日等の調整を行うこと。