

令和元年度 集团指導講習会資料

介護老人保健施設

短期入所療養介護 /

介護予防短期入所療養介護

横須賀が好き!



YOKOSUKA CITY SINCE 1907

横須賀市福祉部指導監査課

目 次

介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）

1	人員基準について・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	勤務体制について・・・・・・・・・・・・・・・・	5
3	入退所について・・・・・・・・・・・・・・・・	9
4	利用料の受領について・・・・・・・・・・・・・・・・	12
5	身体的拘束廃止の取組みについて・・・・・・・・	15
6-1	施設サービス計画の作成について・・・・・・・・	19
6-2	（介護予防）短期入所療養介護計画の作成について	25
7	計画担当介護支援専門員の責務について	28
8	サービスの提供の記録について	29
9	機能訓練について	30
10	看護及び医学的管理の下における介護について	31
11	ユニットケアについて	32
12	医療の提供及び通院等の取扱いについて	34
13	衛生管理等について	36
14	事故発生の防止及び発生時の対応について	41
15	非常災害対策について	43
16	運営上必要な留意事項について	44
17	介護報酬算定について指導を行った事例について	46
18-1	基本報酬及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について	49
18-2	基準費用額（費用額の引上げ）について	57
18-3	令和元年度（平成31年度）介護報酬改定について	58

1 人員基準について

(1) 人員基準のポイントについて

- 人員基準とは、あくまでも**最低限度配置することが義務づけられた人員の基準**です。入所者に対して適切なサービス提供ができるよう、適正な人員配置、勤務体制を定めてください。
- 医師、看護職員・介護職員、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員（介護予防）短期入所療養介護は除く）、夜勤職員の人員基準欠如は、**減算**になる場合があります。
- 減算要件に該当しなくとも、1日でも**人員基準欠如**があれば人員基準違反となり、指導の対象となります。「減算にならないければ人員基準欠如があってもよい」とは考えず、人員基準を遵守してください。
- 職員の急な退職等により、人員基準欠如となった場合や、人員基準欠如になる見込みとなった場合には、**必ず市に報告し相談を行ってください**。

2 用語の定義、人員基準の管理における留意点

入所者の処遇に支障がない場合を除き、介護老人保健施設の従業者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する者でなければならないとされています。

(1) 専ら従事する

- 原則として、サービス提供時間帯を通じて介護保健施設サービス以外の職務に従事しないことをいいます。
この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該施設における勤務時間をいうものであり、常勤・非常勤の別を問いません。

(2) 常勤

- 当該施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とします。）に達しているものをいいます。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とします。

また、当該施設に併設される事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えない場合には、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものとします。例えば、介護保健施設サービスと（介護予防）通所リハビリテーション及び（介護予防）訪問リハビリテーションを兼務する場合、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、当該従業者の勤務形態は常勤兼務となります。

(3) 常勤換算方法

- 従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とします。）で除することにより常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。
- この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護保健施設サービスに従事する勤務時間数です。例えば、介護保健施設サービスと（介護予防）通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には介護保健施設サービスに係る勤務時間のみ算入します。

(4) 勤務延時間数

- 勤務表上、介護老人保健施設の提供に従事する時間又は介護老人保健施設の提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む）として明確に位置付けられている時間の合計数をいいます。

なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とします。

(5) 入所者の数とは

- 入所者の数は、前年度の平均値で計算します。前年度の平均値とは、前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度）の入所者数等の平均のことです。入所者数等の平均は、前年度の全利用者等の延べ人数を当該前年度の開所の日数で除して得た数となります。（小数第2位以下を切り上げ）

(6) 人員基準の管理における留意点

- 必要な人員が確保されているか、**勤務形態一覧表**を作成して確認してください。
- 勤務実績の管理に当たっては、**暦月（毎月1日から末日）**で行ってください。
- 資格が必要な職種については、**資格証を確認**し、業務に支障がないことを確認してください。
- 雇用契約書及び資格証の写しを施設ごとに保管し整備してください。

(7) 出勤状況の管理について

- 人員配置が適正に行われていたかについて、施設自ら確認を行う観点から、出勤簿の他にタイムカード等により実際に勤務していた時間を記録してください。

3 職種ごとの配置基準について

(1) 管理者

- 原則、**市長の承認を受けた医師**に管理させなければなりません。
- 常勤であり、原則として専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する者でなければなりません。
- 同一敷地内の他の事業所、施設等の職務と兼務することが可能ですが、当該介護老人保健施設の管理上支障がない場合に限られます。

(2) 医師

- 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上の配置が必要です。
- 常勤の医師が1人以上配置されていなければなりません。

- したがって、入所者数 100 人未満の介護老人保健施設にあっても常勤の医師 1 人の配置が確保されていなければなりません。
- ただし、複数の医師が勤務をする形態であり、このうち 1 人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師 1 人とあるのは、常勤換算方法で医師 1 人として差し支えありません。
- 介護老人保健施設で行われる（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの事業所の職務であって、当該施設の職務と同時並行的に行われることで入所者の処遇に支障がない場合は、介護保健施設サービスの職務時間と（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）訪問リハビリテーションの職務時間を合計して介護老人保健施設の勤務延時間数として差し支えありません。

(3) 薬剤師

- 施設と直接契約を締結した職員を配置してください。
- 標準（入所者の数を 300 で除した数以上）を満たす配置を行ってください。

(4) 看護職員及び介護職員

- 常勤換算方法で、入所者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上配置しなければなりません。
- 標準（看護職員は看護・介護職員の総数の「7分の2」程度、介護職員は看護・介護職員の総数の「7分の5」程度）を満たす配置を行ってください。
- 常勤職員である看護・介護職員が基準省令によって算定される員数の 7 割程度確保されている必要があります。
- 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上である必要があります。

また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設において勤務する時間が勤務形態一覧表によって管理されていなければならず、介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所の職務に従事する時間は含みません。

(5) 支援相談員

- 1 以上配置してください。
- 入所者の数が 100 を超える場合にあっては、常勤の支援相談員 1 名に加え、常勤換算方法で、100 を超える部分を 100 で除して得た数以上とします。
- 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てる必要があります。
 - ① 入所者及び家族の処遇上の相談
 - ② レクリエーション等の計画、指導
 - ③ 市町村との連携
 - ④ ボランティア指導

(6) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

- 常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上配置してください。
- 介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションのサービスの提供に当たることは差し支えありません。ただし、介護老人保健施設の理学療法士等の常勤換算方法における勤務延時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含みません。

(7) 栄養士

- 入所定員100人以上の介護老人保健施設にあっては、1以上配置してください。
- 入所定員100人未満の施設においても常勤職員の配置に努めてください。
- 病院若しくは診療所に配置されている栄養士によるサービス提供が、当該本体施設等の入所者に適切に行われると認められるときは、管理栄養士を置かないことができます。

(8) 介護支援専門員

- 1以上配置してください。
- 入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とします。
- 上記増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることが可能です。
- 居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められません。上記増員に係る介護支援専門員については、この限りではありません。

4 ユニット型施設の人員配置について

- 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置してください。
- 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する従業者として配置してください。
- ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置してください。
- ユニットケアリーダー研修を受講した職員（以下「研修受講者」という。）を各施設に2人以上配置してください。ただし、2ユニット以下の施設の場合には、1人でよいこととします。
- 研修受講者は、研修で得た知識等をリーダー研修を受講していないユニットリーダーに伝達するなど、ユニットケアの質の向上の中核となることが求められます。
- 研修受講者の数には、ユニットリーダー以外の研修受講者であって、研修を受講していないユニットリーダーに対して研修で得た知識等を伝達するとともに、ユニットケアに関して指導及び助言を行うことができる者を含めて差し支えありません。

指導事例

- ① 看護職員の配置が標準を満たしていない月があった（介護・看護職員総数の7分の2程度）。
- ② 雇用契約書及び資格証の写しが施設に保管されていなかった。
- ③ 雇用契約書及び辞令等によって、その職種に従事していることが明確になっていなかった。

1 勤務体制の確保

(1) 勤務体制の確保等

- 介護老人保健施設は、入所者に対し、適切な施設サービスを提供できるよう従業者の勤務の体制を定めなければなりません。また、原則、当該介護老人保健施設の従業者によって施設サービスを提供しなければなりません。

(2) 第三者への委託等について

- 調理、洗濯等の入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことが認められています。

(3) 従業者の資質の向上

- 従業者の資質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該施設内の研修への参加の機会を計画的に確保しなければなりません。

2 勤務表の作成における留意点について


(1) 勤務表の作成について

- 月ごとに勤務表を作成する必要があります。勤務実績の管理にあたっては、暦月（毎月1日から末日）で行ってください。
- ユニット型施設の場合には、ユニットごとに勤務表を作成してください。
- 勤務表には従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、看護職員及び介護職員等の配置を明確に定めなければなりません。
※ 夜勤やシフト勤務の時間については、勤務時間数または、実際の勤務時間（「17:00から9:00まで」等）を凡例等で欄外に記載し、明示してください。勤務表を勤務時間数のみで管理している場合は、看護・介護職員が常時1以上配置されていることを確認できるよう、別途管理が必要となります。

(2) 勤務表における勤務時間について

- 勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間を記載してください。ただし、残業時間は除きます。
- 職員の出張や休暇に係る時間は常勤・非常勤職員により取扱いが異なります。
 - ① 常勤職員については、暦月で1月を超えるものでない限り、勤務したものとみなすことができ、常勤換算の計算に含めることができます。
 - ② 非常勤職員の休暇等については、常勤換算の計算に含めることができません。
- 欠勤については、常勤換算の計算に含めません。
- 併設される他事業や同一敷地内の他職種等と兼務する場合、勤務時間を職種毎に按分する必要があります。（介護支援専門員が支障のない範囲で他職種を兼務する場合は按分する必要はありません。）
- 出勤簿とは別にタイムカード等を残してください。
- 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項に規定する労働時間の短縮措置を講じられている者の常勤換算方法は、非常勤職員と

同様に取扱います。(常勤要件を満たす者を含みます。)



指導事例

- ① 介護支援専門員が、計画作成以外の業務におわれ、計画作成に必要な時間が確保できていなかった。
- ② 日中の時間帯において、ヘルプ等で他のユニットの業務に従事している職員の勤務時間を按分して管理していなかった。

勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法

勤務実績の管理に当たっては、勤務形態一覧表は、4週分ではなく、暦月(1日～末日)分で作成します。

(令和 元 年 〇 月 分)

サービス種類 (介護老人保健施設・(介護予防)短期入所療養介護)

事業所番号 (1234567890)

事業所名 (介護老人保健施設 〇〇〇)

職種	勤務形態	資格	氏名	勤務日																														〇月の合計	常勤換算後の人数	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
管理者兼医師	B	医師		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	176	1	
薬剤師	C	薬剤師																																72	0.4	
理学療法士	B	理学療法士	神奈川 太郎	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6					132	1.5		
作業療法士	B	作業療法士	横浜 花子	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6					132	1.5		
理学療法士 作業療法士 計			有資格者の配置が必要な職種については、必ず資格名を記入してください。	勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間で記載します。残業時間は除いてください。																															264	1.5
介護支援専門員	B	介護支援専門員	湘南 一郎	8	8													8	8	8	8	8				8	8	8					176	1		
介護職員	A	介護福祉士	横須賀 二郎	夜	明		ア	イ		ア	夜	明		休	イ		イ	夜															176	1		
	A		川崎 菊代(時短職員)	ウ	ウ	有				ウ	ウ	ウ	ウ	研				ウ	ウ	ウ													128			
	C		二宮 一郎	イ	イ					イ	エ	エ		イ				イ	イ	エ													112			
介護職員計			サービス提供体制強化加算(Ⅰ)を算定する場合、介護福祉士資格を有する介護職員は資格名を記入してください。	併設される他事業との兼務、又は同一施設内の他職種との兼務の場合、勤務時間を職種毎に割り振る必要があります。 ※介護支援専門員が当該施設の他の職務を兼務する場合、例外的にダブルカウントが認められています。																															2.3	2.3

勤務形態 A 常勤専従 B常勤兼務 C非常勤専従 D非常勤兼務

計算はすべて小数第2位を切り捨て

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務日数・勤務時間 日 (a) 週 時間 (b)

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間 時間 (c) = (b) ÷ (a)

〇月の常勤職員が通常勤務すべき日数 日 (d)

常勤職員の勤務すべき曜日が同じ場合 当該月の常勤職員が勤務すべき曜日を足し上げた日数

常勤職員によって勤務すべき曜日が異なる場合の常勤職員が通常勤務すべき日数の計算方法 (d) = (a) × 4 + (月の日数-28) × (a) ÷ 7

常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数 時間 (e) = (c) × (d)

常勤職員のうち、育児休業等の法令により、時間短縮となっている職員の常勤換算方法は、非常勤職員と同様の取扱いとなります。有給休暇、研修は常勤職員と同じ取扱いとなります。

常勤職員の休暇等の期間については、暦月で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。その場合、勤務時間欄には「休」と記入してください。
※非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません。

※看護・介護職員については、勤務時間の欄に勤務区分を記入してください。
(例)早番:ア 日勤:イ 日勤短:ウ 遅番:エ 夜勤入り:夜 夜勤明け:明 等
また、勤務表の欄外等に勤務区分の凡例も記入してください。
(例)ア:7:00~16:00(8時間勤務)
ウ:9:00~16:00(6時間勤務)
夜:16:30~24:00(7時間勤務)
明:0:00~9:30(9時間勤務) 等

※常勤換算 常勤専従職員(短期入所・介護予防短期入所との兼務は専従とみなす)の人数+(非常勤職員等の勤務時間数合計÷常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数(e))

勤務実績の管理に当たっては、勤務形態一覧表は、4週分ではなく、暦月(1日～末日)分で作成します。

勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法

(令和元年〇月分)

サービス種類 (介護老人保健施設・(介護予防)短期入所療養介護)

事業所番号(1234567890)

事業所名(介護老人保健施設 ○○○)

職種	勤務形態	資格	氏名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30																														〇月の合計	常勤換算後の人数		
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木				
管理者兼医師	B	医師																																		176	1
薬剤師	C	薬剤師																																		72	0.4
理学療法士	B	理学療法士	神奈川 太郎	6	6	6				6	6	6	6	6																						132	1.5
作業療法士	B	作業療法士	横浜 花子	6	6	6				6	6	6	6	6																						132	1.5
理学療法士 作業療法士 計																																				264	1.5
介護支援専門員	B	介護支援専門員	湘南 一郎	8	8																															176	1
介護職員	A	介護福祉士	横須賀 二郎	⑦	⑨					8	8																									176	1
	A		川崎 菊代(時短職員)	6	6	有				6	6	6	6	研																					128		
	C		二宮 四郎																																	112	
介護職員計																																				112	2.3

介護老人保健施設と通所リハビリテーション等の併設される他事業との兼務、又は同一施設内の他の職種を兼務している場合は、「常勤兼務」または「非常勤兼務」のいずれかになります。

有資格者の配置が必要な職種については、必ず資格名を記入してください。

勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間で記載します。残業時間は除いてください。

常勤職員は、他の職務を兼務していない場合、常勤換算は1となります。ただし、シフトの都合等で勤務時間が多くなっても、1を超えることはありません。

併設される他事業との兼務、又は同一施設内の他職種との兼務の場合、勤務時間を職種毎に割り振る必要があります。※介護支援専門員が当該施設の他の職務を兼務する場合、例外的にダブルカウントが認められています。

常勤職員の休暇等の期間については、暦月で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。その場合、勤務時間欄には「休」と記入してください。※非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません。

常勤職員のうち、育児休業等の法令により、時間短縮となっている職員の常勤換算方法は、非常勤職員と同様の取扱いとなります。有給休暇、研修は常勤職員と同じ取扱いとなります。

勤務形態 A 常勤専従 B 常勤兼務 C 非常勤専従 D 非常勤兼務

計算はすべて小数第2位を切り捨て

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務日数・勤務時間 日 (a) 週 時間 (b)

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間 時間 (c) = (b) ÷ (a)

〇月の常勤職員が通常勤務すべき日数 日 (d)

施設の就業規則で祝祭日が休日に定められている場合等は、この通りではありません

常勤職員の勤務すべき曜日が同じ場合 当該月の常勤職員が勤務すべき曜日を足し上げた日数

常勤職員によって勤務すべき曜日が異なる場合の常勤職員が通常勤務すべき日数の計算方法 (d) = (a) × 4 + (月の日数 - 28) × (a) ÷ 7

常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数 時間 (e) = (c) × (d)

※常勤換算 常勤専従職員(短期入所・介護予防短期入所との兼務は専従とみなす)の人数 + (非常勤職員等の勤務時間数合計 ÷ 常勤職員の1ヶ月間における勤務すべき時間数(e))

1 内容及び手続の説明及び同意

介護保健施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要など、入所申込者のサービスの選択に必要な重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、サービス提供の開始について入所申込者の原則として書面で同意を得なければなりません。

- 説明したこと・同意を得たこと・文書を交付したことが、書面で確認できるようにしておくことが必要です。
- 運営規程と重要事項説明書の記載内容について、整合性がとれていることを確認してください。

【運営規程の記載事項】

- ・ 施設（事業）の目的及び運営の方針
- ・ 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ・ <老健 従来型>入所定員
 <老健 ユニット型>入居定員、ユニットの数及びユニットごとの入居定員
- ・ 入所者（入居者、利用者）に対する介護サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- ・ <（介護予防）短期入所療養介護>通常を送迎の実施地域
- ・ 施設の利用に当たっての留意事項
 介護サービスの提供を受ける際に入所者（入居者、利用者）が留意すべき生活上のルール・設備の利用上の留意事項等
- ・ 非常災害対策
 消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体的な計画
- ・ その他施設の運営に関する重要事項
 「入所者（入居者、利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続」「従業者の研修」「従業者及び従業者の退職後の秘密保持」「苦情処理の体制」「事故発生時の対応」「衛生管理」について定めておくことが望ましい。

【重要事項説明書の記載事項】

- ・ 法人、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービス等）
- ・ 運営規程の概要（施設概要、定員、サービス内容及び利用料その他費用の額、利用上の留意事項等）
- ・ 従業者の勤務の体制
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 苦情処理の体制（苦情処理の体制及び手順や施設の担当、市町村・国民健康保険団体連合会などの相談・苦情窓口等を記載）

- ・ その他入所申込者がサービスを選択するために必要な重要事項（従業員の研修、秘密保持、協力医療機関、居宅において日常生活を営むことができるかどうかを検討する会議、入所中の病院への入院・通院の扱いなど）

- 介護老人保健施設については、広告することができる事項が以下に制限されています。
 1. 施設及び構造設備に関する事項
 2. 職員の配置員数
 3. 提供されるサービスの種類及び内容（医療の内容に関するものを除く）
 4. 利用料の内容

また、虚偽の内容の広告は禁止されています。（介護保険法第98条、介護老人保健施設に関して広告できる事項について（H13.2.22老振発10老健局振興課長通知））

入所者募集、職員募集等で広告をする際、施設案内のパンフレットを作成する際等には、これらの規定に基づいた適切な内容となるよう注意してください。

2 入所申込者等への対応

（1）提供拒否の禁止について

- 介護老人保健施設は、**正当な理由**なく、介護保健施設サービスの提供を拒んではなりません。
- 提供を拒むことのできる**正当な理由**とは以下のような場合です。
 - ① 入院治療の必要がある場合
 - ② その他入所者に対し自ら適切な介護保健施設サービスを提供することが困難な場合
- ※ 入退所等に係る説明は、入所者又はその家族が理解できるまで懇切丁寧に行うことが必要です。

（2）サービス提供困難時の対応について

- 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると判断した場合には、病院又は診療所の紹介その他の**適切な措置を速やかに**講じなければなりません。


3 入退所等に係る判断・方法等について

（1）入退所等に係る判断・方法等について

- 心身の状況及び病状並びに置かれている環境に照らし、病状が安定期にあり、施設において看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる**要介護者が入所の対象**になります。
- 入所申込者の数が入所定員を超えている場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、**介護保健施設サービスを受ける必要性が高い方を優先的に入所させるよう努めなければなりません。**
- 入所者の心身の状況及び病状や置かれている環境等に照らし、当該入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で**検討**し、その内容を**記録**しなければなりません。

ん。

- 居宅において日常生活を営むことができるかどうか（居宅における生活への復帰の可否）の検討は、入所後早期に行います。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものですが、**少なくとも3月ごと**に行います。
- 入所者の退所に際しては、本人又は家族に対し適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との**密接な連携**に努めなければなりません。



指導事例

- ① 運営規程の内容と重要事項説明書の内容に整合がなかった。
- ② 料金表に、施設として算定していない加算の料金を記載していた。
- ③ 介護報酬改定に伴う料金の変更について、入所者から同意を得ていなかった。
- ④ 薬価の高い薬を服用希望する家族等からの入所申込を拒否していた。
- ⑤ 身元引受人がないことを理由に入所申込を拒否していた。
- ⑥ 入所者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で検討していなかった。
- ⑦ 入退所に関して従業者の間で検討した経過や結果について、記録していなかった。
- ⑧ 入所判定会議記録からは、看護、医学的管理の下での機能訓練が必要と認められた経緯が明確になっていなかった。
- ⑨ 入所継続判定会議記録からは、入所を継続しなくてはならない理由が不明確であった。

1 入所者から徴収することができる費用について

徴収することができる費用について

(1) 介護保健施設サービス費 ((介護予防) 短期入所療養介護費)

(2) (1) のほか、受領可能な費用

- ① 食事の提供に要する費用
- ② 居住に要する費用
- ③ 入所者が選定する特別な療養室の提供に伴う費用
- ④ 入所者が選定する特別な食事の提供に伴う費用
- ⑤ 理美容代
- ⑥ 介護保健施設サービスとして提供される便宜で日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入所者に負担させることが適当と認められるもの。(以下、「その他の日常生活費」といいます。)

2 利用料徴収のポイント

利用料等の受領について

- 入所者から徴収する費用については、あらかじめ入所者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記載した文書(重要事項説明書等)を交付して説明を行い、文書により入所者の同意を得なければなりません。また、個々の費用ごとに、入所者又は家族の希望によるサービスの提供であることを確認できるようにしておく必要があります。
- 食費と居住費の具体的内容、金額の設定及び変更に関しては、運営規程へ記載するとともに施設の見やすい場所に掲示する必要があります。
- 居住費(個室)は室料及び光熱水費、(多床室)は光熱水費に相当する額を基本とし、その水準の設定に当たっては「施設の建設費用」「近隣地域に所在する類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用」を勘案することになります。
- 食費は食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とします。
- 入所者が選定する特別な療養室・特別な食事の提供に係る費用(消費税の課税対象となる)については、居住費・食費と明確に区別して受領する必要があります。
- 日用品費等の基本的な積算の考え方は、「実費相当額」です。実費金額より多く徴収することは認められません。

※ これら介護保健施設サービスの提供に要した費用について、入所者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用の内訳を記載した領収書を交付しなければなりません。

3 その他の日常生活費について

(1) その他の日常生活費についての考え方

- 提供される便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に**重複関係があつてはなりません**。
- 保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用（お世話料、管理協力費、共益費等）の徴収は認められません。
- 入所者又はその家族等の自由な選択に基づいて行われなければなりません。
- 個人用の日用品については、個別の品目ごとに提供する体制を整えたうえで、入所者の要望に対応した日用品のセットを提供することも可能です。
- 日用品等を選択しないことにより、施設が提供すべき介護保健施設サービスに支障がないようにしてください。
- 入所者又はその家族等から料金の設定に関して説明を求められた際に、品目や算定の考え方を明らかにできるようにしてください。

(2) その他の日常生活費の例

- **入所者等の希望**によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の個人の日用品等）
- **入所者等の希望**によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを施設が提供する場合に係る費用（クラブ活動や行事の材料費等）
- 健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
- 預り金の出納管理に係る費用
- 私物の洗濯代

4 入所者等から徴収することができない費用について

徴収不可な費用について

一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもので、すべての入所者等に対して一律に提供するものや、介護上必要なものなどは、入所者等からの費用を徴収することができません。

- 介護サービスの提供に必要な標準的な福祉用具に係る費用
- 介護サービスの提供に必要な消耗品に係る費用
- 医療機関への通院に係る付き添い費用
- 寝具、シーツ、枕カバーに係る費用
- 入所保証金

5 短期入所療養介護における食費の設定について

短期入所療養介護の食費の設定方法について

- 平成 24 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 2) において、「原則として一食ごとに設定する。」とされています。
- 料金の徴収にあたっては、**提供した食事分のみ徴収**してください。

指導事例

- ① 日用品費の徴収について、入所者の同意を得たことを書面上確認することができなかった。
- ② 日用品費について、個別の選択ができず、セット販売のみとなっていた。
- ③ 日用品費について、歯ブラシ、ボディソープ、タオル等の費用を一律に入所者から徴収していた。
- ④ 教養娯楽費について、利用実態に応じたものではなく一律に入所者から徴収していた。
- ⑤ 教養娯楽費を、実費相当額の範囲内で設定していなかった。
- ⑥ 料金の変更を伴う居室の移動について、同意を得ていなかった。
- ⑦ 医療機関への付添費用を徴収していた。

1 身体的拘束について

(1) 身体的拘束の禁止について

- 本人の行動制限を目的とした対応であれば、それは身体的拘束に該当します。
【具体例】～「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行）より～
 - ・ 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに四肢をひも等で縛る。
 - ・ 自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む。
 - ・ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、ミトン型の手袋をつける。
 - ・ 車いすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないようにY字型拘束帯や腰ベルトをつける。
 - ・ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはなりません。

(2) 緊急やむを得ない場合について

- 以下の3つの要件全てを満たしていることを、施設内の「身体的拘束適正化検討委員会」等で、組織として事前に定めた手続きに従い、施設全体として判断していること。
 - ① 切迫性 : 入所者本人または他の入所者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
 - ② 非代替性 : 身体的拘束等の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
 - ③ 一時性 : 身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

2 身体的拘束適正化検討委員会の開催について

(1) 委員会の開催について

- 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ることとされています。

(2) 委員会の構成メンバー等について

- 「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするるとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要です。
- 身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましいで

す。

- 身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられます。

(3) 他の委員会との関係について

- 身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と**独立して設置・運営**することが必要です。
- 事故防止委員会及び感染対策委員会については、関係する職種等が身体的拘束適正化検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと**一体的に設置・運営**することも差し支えありません。

(4) 委員会の役割について

- ① 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
- ② 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
- ③ 身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ⑥ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(5) 留意事項

- 介護老人保健施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、**決して従業者の懲罰を目的としたものではない**ことに留意することが必要です。

3 身体的拘束等の適正化のための指針について

- 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する必要があります。
- 身体的拘束等の適正化のための指針には、次のような項目を盛り込むこととします。
 - ① 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
 - ② 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ③ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
 - ④ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針
 - ⑤ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
 - ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ⑦ その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

4 身体的拘束等の適正化のための研修の実施について

- 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施する必要があります。
- 介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとします。
- 職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた**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身体的拘束適正化の研修を実施することが重要です。**
- **研修の実施内容についても記録することが必要です。**研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えありません。

5 身体的拘束を行う場合の留意点

(1) 身体的拘束を行う場合の留意点について

- 手続きや説明者を事前に運営規程等に明文化し、入所者や家族に対し、**身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ること。**また実際に身体拘束を行う時点でも、必ず個別に説明を行うこと。
- **緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。**
- 身体的拘束を行う都度、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに**緊急やむを得ない理由を記録すること。**(老健ではこの記録を**医師が診療録に記載すること**とされています。)

6 身体的拘束のないケアの実現に向けて

(1) 身体的拘束のないケアの実現に向けて

- 身体的拘束のないケアを行うには、拘束を行わざるを得ない原因を特定し、その原因を除去するためケアを見直すことが必要です。そのためには、以下のようなことが求められます。
 - ① **身体的拘束を誘発する原因を探り、除去すること**
必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わりや環境に問題があることも少なくありません。そうした理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが求められます。
 - ② **5つの基本的ケアを徹底すること**
起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する、という5つの基本的事項について、入所者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを十分に行い、徹底することが求められます。
 - ③ **身体的拘束の廃止を契機に、よりよいケアを実現すること**
身体的拘束の廃止を最終ゴールとはせず、身体的拘束を廃止する過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組むことが求められます。

7 高齢者虐待について

◆ 緊急やむを得ない場合を除いて身体的拘束は高齢者虐待となります。

高齢者虐待に関する苦情・通報等の中には、施設の職員の虐待に関する認識が欠けており、虐待になりうるとの自覚に乏しいケースが見受けられるので、**高齢者虐待防止研修会**を定期的実施する等、**施設職員の意識啓発**を図っていく必要があります。

また、職員のストレスにより不適切なケアにつながるなど、高齢者虐待を引き起こす要因となる可能性があるため、管理者においては日頃から、施設職員の状況、職場環境の問題等を把握するとともに、必要に応じ、施設を運営する法人の業務管理責任者に報告等を適切に行う必要があります。当該法人の業務管理責任者は当該報告等に対して、助言や指導を行うことが業務です。法人や事業所では業務管理体制におけるそれぞれの責任を果たす必要があります。

指導事例

- ① 医師が診療録に身体的拘束の実施に関する記録をしていなかった。
- ② 家族から要望があったという理由のみで身体的拘束を行っていた。
- ③ 身体的拘束の実施に係る記録はされていたが、切迫性、非代替性、一時性の検討が行われず、緊急やむを得ないとの判断が不明確であった。
- ④ 身体的拘束の実施に係る記録はされていたが、解除に向けた取組みが全くなされていなかった。
- ⑤ 職員の配置が手薄になるからという理由で、緊急やむを得ないかどうかの検討なく、行動制限の目的でセンサーマットを導入していた。
- ⑥ 身体的拘束適正化検討委員会の開催内容が、施設内での拘束事例の有無を確認しているのみであった。
- ⑦ 身体的拘束適正化検討委員会を開催していなかった。

1 施設サービス計画について

(1) 施設サービス計画について

- 介護老人保健施設で提供するサービスは、**施設サービス計画に基づいて**行わなければなりません。
- 介護保健施設サービスの提供が**漫然かつ画一的なもの**とならないよう**配慮**しなければなりません。
- 介護保健施設サービスの提供に当たっては、**懇切丁寧**を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、**理解しやすいように指導又は説明**を行わなければなりません。
- 自ら提供する介護保健施設サービスの**質の評価**を行い、常にその改善を図らなければなりません。

2 施設サービス計画作成のポイント

(1) 施設サービス計画作成のポイントについて

- 施設サービス計画の作成に関する業務は、**介護支援専門員**が担当します。
- 施設サービス計画は入所時に作成し、入所者の状態が変化した場合には**随時計画を変更**しなければなりません。
- 施設サービス計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要です。このため、施設サービス計画の作成又は変更にあたっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければなりません。

○ **解決すべき課題の把握（アセスメント）**について

施設サービス計画の作成にあたっては、適切な方法により、入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握（アセスメント）**しなければなりません。計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければなりません。

課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、入所者が自律した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握**することであり、入所者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要です。

なお、課題分析は、計画担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはなりません。入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なもの認められる適切な方法を用いてください。

解決すべき課題の把握（アセスメント）にあたっては、入所者及びその家族に面接を行わなければなりません。（面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に**説明し、理解**を得てください。）家族への面接については、幅広く課題を把握する観点から、テレビ電

話等の通信機器等の活用により行われるものを含みます。

○ 施設サービス計画の原案について

入所者の希望、当該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、施設サービス計画の原案を作成しなければなりません。作成に当たっては、**サービス担当者会議の開催や担当者に対する照会等により、担当者の専門的な見地からの意見を求めるもの**とします。担当者とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指します。

施設サービス計画の原案には、解決すべき課題に加え、各種サービス（看護、介護、機能訓練、食事等）の目標及び達成時期等を記載します。

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対して説明し、**同意を得なければなりません。**（通信機器等の活用により行われるものを含みます。）

○ 施設サービス計画を作成したときは、施設サービス計画を入所者に**交付**しなければなりません。

○ 施設サービス計画の**実施状況の把握（モニタリング）**について

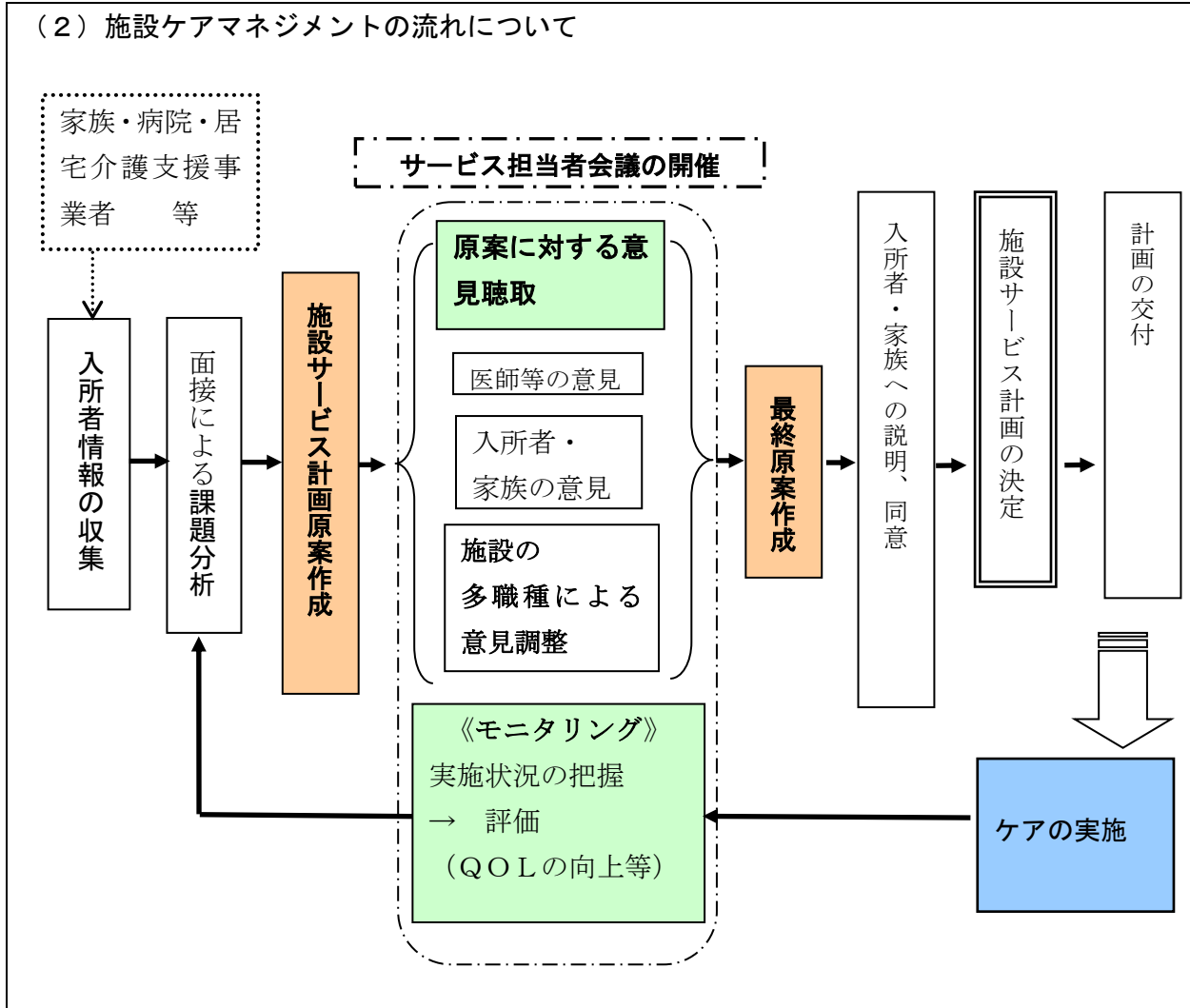
施設サービス計画の作成後、継続的なアセスメントを含む**計画の実施状況の把握（モニタリング）**を行い、必要に応じて施設サービス計画を変更するものとします。

入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければなりません。

モニタリングについては、入所者及びその家族並びに担当者との**連絡を継続的に行う**とともに、**定期的に入所者と面接**を行い、それらの結果についても**定期的**に記録することが必要です。

「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとします。また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含みません。なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要です。

(2) 施設ケアマネジメントの流れについて



3 施設サービス計画作成の留意事項について

(1) 第1表について

○ 利用者及び家族の生活に対する意向

入所者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて**課題分析の結果**を記載します。

入所者や家族の意向をそのまま記載する、あるいは「意向なし」等の記載がみられます。意向が聞き取れた場合は、意向が実現できていない課題を分析し、その結果を踏まえた記載を心掛けてください。

意向が聞き取れなかった場合は、日々のかかわりの中で意向をくみ取る等の工夫を行い、意向の把握に努めてください。

○ 総合的な援助の方針

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、当該施設サービス計画作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載します。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましいです。

「活気ある生活を送れるよう支援を行う」、「安全で安心した生活を送る」など、抽象的で、具体的に何をどのように支援していくのかが不明確な記載が見られます。また多くの入所者において類似の記載が見られます。具体的にどのような援助を行うのかがわかる記載を心掛けてください。

(2) 第2表について

○ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

入所者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合の高いものから順に記載します。

「安心して生活したい」、「他者との関わりをもちたい」、「自分らしく暮らしたい」等のあいまいな記載が見られます。

安心して暮らす等がなぜ実現できていないのか、その原因をサービス担当者会議にて協議を行い、優先順位をつけた上で課題の設定をしてください。

○ 目標（長期目標・短期目標）

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものです。

解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもあります。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものです。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動しますが、目標として確定しなければ「短期目標」として設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長

期目標」「短期目標」の見直しを行い、記載します。

抽象的な言葉ではなく、誰にも分かりやすい具体的な内容で記載し、**目標は実際に解決可能と見込まれるもの**でなくてはなりません。

長期目標と短期目標が同様の記載になっている計画が見られます。長期目標を達成するために段階的に対応していく内容を短期目標に設定してください。

また、モニタリングにおいてその達成度を評価するという観点から、達成度が具体的にどの程度であるのかが評価できないような抽象的な目標は適切ではありません。達成度を評価するという視点で目標を設定することも大切です。

○ 目標（長期目標・短期目標）

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載します。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載します。

原則として、開始時期と終了時期を記入し、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えありません。

期間の設定においては、「認定の有効期間」も考慮します。

長期目標と短期目標で、一律の期間を設定している計画が見られます。前述したように、長期目標を段階的に達成していくための短期目標であるという観点から、目標ごとに実際に達成可能であると思われる期間を設定してください。

○ サービスの内容

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載します。

できるだけ家族による援助も明記し、また、当該施設サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、入所者及びその家族に定着している場合には、これも記載します。

理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすいです。

「見守り」等、あいまいな内容が見られますが、見守る目的や理由、見守った結果どのような効果が見込まれるのか等を意識して、具体的な記載を心掛けてください。

また、「服薬管理」、「バイタルチェック」、「食事の提供」等、施設として入所者に共通して提供されるサービスについて記載は不要です。

○ 「頻度」・「期間」

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載します。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載します。

「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮します。

頻度について、「適宜」「随時」等、サービスがいつどの程度行われるのか不明瞭な記載

が見られます。頻度については、可能な限り具体的な記載を心掛けてください。

施設サービス計画の作成については、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）等を確認してください。

4 介護支援専門員の兼務について

(1) 介護支援専門員の兼務について

- 介護支援専門員は、専らその職務に従事する者でなければなりません。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の職務に従事することができるものとされています。あくまでも、介護支援専門員は計画作成に関する業務のほか介護支援専門員の責務を果たすべく専ら従事することが求められており、兼務ができるのは、入所者の処遇に支障がない場合に限られます。

指導事例

- ① 全ての目標が、同じになっていた。
- ② モニタリングの記録がないものがあった。
- ③ 施設サービスの長期目標と短期目標が同一の目標となっていた。
- ④ 目標と目標を達成するためのサービス内容に関連がなかった。
- ⑤ 「状態変化の早期発見」等、施設としての目標を設定していた。
- ⑥ 更新の際にアセスメントを行っていなかった。
- ⑦ 施設サービス計画をアセスメント等行わず変更していた。
- ⑧ 入所者の意向を反映していなかった。
- ⑨ 目標の期間が一律同じになっていた。
- ⑩ 計画を作成した後、同意を得るのが遅くなっており、有効な計画がないままサービスを提供していた。

1 (介護予防) 短期入所療養介護計画について

(1) (介護予防) 短期入所療養介護計画について

- 指定(介護予防)短期入所療養介護で提供するサービスは、(介護予防)短期入所療養介護計画に基づいて行わなければなりません。
- 指定(介護予防)短期入所療養介護の提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。
- 指定(介護予防)短期入所療養介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければなりません。
- 自ら提供する指定(介護予防)短期入所療養介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

2 (介護予防) 短期入所療養介護計画作成のポイント

(1) 短期入所療養介護計画作成のポイントについて

- 短期入所療養介護計画の作成に関する業務は、管理者が担当します。
- 事業所に介護支援専門員がいる場合には、介護支援専門員に当該計画作成のとりまとめを行わせます。介護支援専門員がいない場合には、療養介護計画作成の経験を有する者に作成をさせるよう努めることとします。
- 当該計画は、相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者については、利用の都度、短期入所療養介護計画を作成します。
- 「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合を指すこととしますが、4日未満の利用者にあっても、担当する居宅介護支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の短期入所療養介護計画を作成した利用者準じて、必要な介護及び機能訓練等の支援を行うものとします。
継続的な利用者の場合には、十分なアセスメントを行い、状態に変化が認められないことを確認した上で、要介護認定の有効期限内に限り、再度の計画を作成しないことができるものとします。アセスメントは通常と同レベルとし(簡易なものとし)、状態の変化が認められず再度の計画の作成が不要と判断される場合には、その旨の利用者又は家族への説明、同意、交付等の手続きも不要です。ただし、アセスメントの結果、上記のように判断したことについては記録しておきます。
- 当該計画は、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、指定短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまでの利用者が利用するサービスの継続性に配慮して作成します。
- 他の短期入所療養介護従業者と協議の上、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所療養介護計画を作成しなければなりません。
- 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、居宅サービス計画の内容に沿って短期

入所療養介護計画を作成しなければなりません。

- 短期入所療養介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。また、当該計画を作成した際には、その計画を利用者に交付しなければなりません。

(2) 介護予防短期入所療養介護計画作成のポイントについて

- 介護予防短期入所療養介護計画の作成に関する業務は、**管理者**が担当します。
- 事業所に介護支援専門員がいる場合には、介護支援専門員に当該計画作成のとりまとめを行わせるます。介護支援専門員がいない場合には、療養介護計画作成の経験を有する者に作成をさせるよう努めることとします。
- 当該計画は、相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者について作成します。
- 「相当期間以上」とは、概ね4日以上連続して利用する場合を指すこととしますが、4日未満の利用者にあっても、担当する介護予防支援事業者等と連携をとること等により、利用者の心身の状況等を踏まえて、他の介護予防短期入所療養介護計画を作成した利用者準じて、必要な介護及び機能訓練等の支援を行うものとします。

継続的な利用者の場合には、**十分なアセスメントを行い、状態に変化が認められないことを確認した上で、要介護認定の有効期限内に限り、再度の計画を作成しないことができるもの**とします。アセスメントは通常と同レベルとし（簡易なものとししない）、状態の変化が認められず再度の計画の作成が不要と判断される場合には、その旨の利用者又は家族への説明、同意、交付等の手続きも不要です。ただし、アセスメントの結果、上記のように判断したことについては記録しておきます。

- 当該計画は、**主治の医師又は歯科医師からの情報伝達**やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、病状、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行い、**指定介護予防短期入所療養介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等**を記載した介護予防短期入所療養介護計画を作成するものとします。
- 既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、介護予防サービス計画の内容に沿って介護予防短期入所療養介護計画を作成しなければなりません。
- 介護予防短期入所療養介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。また、当該計画を作成した際には、その計画を利用者に交付しなければなりません。

指導事例

- ① 解決すべき課題に、「介護者の不在」等、事業所では解決可能とは言えない課題が設定されていた。
- ② 居宅サービス計画に位置付けられているにもかかわらず、短期入所療養介護計画に位置付け

られていない内容があり、サービス担当者会議においても、当該内容を位置付けないことについて議論していなかった。

- ③ 居宅サービス計画の内容をそのまま転記して短期入所療養介護計画を作成していた。
- ④ 再度の利用に際し、アセスメントを行わず短期入所療養介護計画を作成していた。
- ⑤ 再度の利用に際し、短期入所療養介護計画を作成していなかった。
- ⑥ 4日以上連続しての利用であったにも関わらず、短期入所療養介護計画を作成していなかった。
- ⑦ 介護予防短期入所療養介護計画にサービスの提供を行う期間の記載がなかった。
- ⑧ 介護者の不在を理由に短期入所療養介護を利用し、当該理由を計画に位置付けサービスを提供していた。

1 計画担当介護支援専門員が行う業務

- 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（＝計画担当介護支援専門員）は、施設サービス計画の作成に関する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとされています。
- ① 入所申込者の入所に際し、当該入所申込者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- ② 入所者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるか否かについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。
- ③ 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- ④ 施設が提供した施設サービスに関する苦情の内容等を記録すること。
- ⑤ 施設が提供した施設サービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

指導事例

- ① 苦情の内容等の記録を支援相談員が行っていた。
- ② 事故の状況等についての記録を介護職員が行っていた。

1 サービスの提供の記録について

- 入所に際しては当該入所の年月日並びに入所する当該介護老人保健施設の名称を、退所に際しては当該退所の年月日を、入所者の介護保険被保険者証に記載しなければなりません。
- 介護保健施設サービスを提供したときは、その具体的な内容等を記録し、5年間保存しなければなりません。
- サービスを提供した際の記録には以下の事項を記録してください。
 - ① サービスの提供日
 - ② 具体的なサービスの内容
 - ③ 入所者の状況
 - ④ その他必要な事項

指導事例

- ① 計画に位置付けているサービスを提供した際に、サービス提供の記録に記載がなかった。
- ② 被保険者証に、退所の年月日を記載していなかった。
- ③ サービス提供した際の、入所者の状況を記載していなかった。

1 機能訓練について

- 介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に実施しなければなりません。
- 機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士の指導のもとに計画的に行うべきであり、特に、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにしてください。
- 機能訓練は、入所者1人について、少なくとも週2回程度行うこととします。
- 機能訓練の実施については、以下の手順によるものとします。
 - ① 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、入所者ごとのリハビリテーション実施計画を作成すること。リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図るものとする。なお、リハビリテーション実施計画の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、その記載をもってリハビリテーション実施計画の作成に代えることができるものとする。
 - ② 入所者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーションを行うとともに、入所者の状態を定期的に記録すること。
 - ③ 入所者ごとのリハビリテーション実施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。
 - ④ リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護職員、介護職員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。

指導事例

- ① 入院等により入所者の状態に変化が見込まれていたにもかかわらず、リハビリテーション実施計画の見直しを行っていなかった。
- ② サービス内容として「関節可動域訓練」、「歩行訓練」等、具体的にどのようなことを指すのかが不明確であった。
- ③ 理学療法士等がリハビリテーションを行う際の、医師の指示が確認できなかった。
- ④ リハビリテーション実施計画の内容を施設サービス計画に反映していなかった。

1 看護及び医学的管理の下における介護について

- 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行わなければなりません。
- 1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければなりません。

入浴の実施に当たっては、入所者の自立支援に資するよう、その心身の状況を踏まえ、特別浴槽を用いた入浴や介助浴等適切な方法により実施しなければなりません。

なお、入所者の心身の状況から入浴が困難である場合には、清しきを実施するなどにより心身の清潔保持に努めなければなりません。

- 入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により排せつの自立について必要な援助を行わなければなりません。
- おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り換えなければなりません。

排せつに係る介護に当たっては、入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、トイレ誘導や入所者の自立支援に配慮した排せつ介助など適切な方法により実施しなければなりません。

なお、おむつを使用せざるを得ない場合には、入所者の心身及び活動状況に適したおむつを提供し、適切におむつ交換を実施しなければなりません。


- 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しなければなりません。
- 上記のほか、入所者に対し、離床、着替え、静養その他の日常生活上の世話を適切に行わなければなりません。
- 入所者に対して、入所者の負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはなりません。

指導事例

- ① 排せつの自立に向けた支援を行っていなかった。
- ② 入所者の着替えを行っていなかった。

1 ユニットケアについて

- ユニット型介護老人保健施設とは、施設の全部において少数の療養室及び当該療養室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所(以下「ユニット」という。)ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる介護老人保健施設をいいます。
- ユニット型介護老人保健施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、**入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければなりません。**
- 介護保健施設サービスは、入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければなりません。
- ユニット型介護老人保健施設は、**地域や家庭との結び付き**を重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。
- 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、**当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有することとされています。**
- 介護保健施設サービスは、入居者が、その有する能力に応じて、**自らの生活様式及び生活習慣に沿って**自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われなければなりません。
- 介護保健施設サービスは、**各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われなければなりません。**
- ユニット型介護老人保健施設は、**入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保しなければなりません。**
- ユニット型介護老人保健施設は、常に**入居者の家族との連携**を図るとともに、**入居者とその家族との交流等の機会**を確保するよう努めなければなりません。
- 継続性を重視したサービスの提供に配慮しなければなりません。これは、従業者が、一人一人の入居者について、**個性、心身の状況、生活歴などを具体的に把握**した上で、その日常生活上の活動を適切に援助するためには、いわゆる「**馴染みの関係**」が求められることによるものです。



指導事例

- ① 入所者がユニット間を自由に行き来できるような状態になっていた。(扉を開放していた)
- ② 特定のユニットに配置された介護職員が、他のユニットの入所者のケアを行っていた。
- ③ 入所者の居宅における生活習慣や生活様式等を把握していなかった。
- ④ 食事や入浴等の時間が施設によって決められており、入所者のそれまでの生活習慣が考慮されていなかった。

1 介護老人保健施設における医療の考え方

(1) 介護老人保健施設における医療の考え方について

- 介護老人保健施設の入所者に必要な日常的な医療については、施設の医師が行います。

(2) 必要な医療の提供が困難な場合等の措置等

- 入所者の病状等からみて当該介護老人保健施設で必要な医療の提供が困難である場合は、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師による往診や通院により入所者の診療について適切な措置を講じなければなりません。
- 介護老人保健施設が、入所者の診療のため保険医の往診を求め、又は保険医療機関へ通院させる場合、施設の医師は保険医に対し、当該入所者の診療状況に関する情報提供を行い、保険医から当該入所者の療養上必要な情報提供を受け、当該情報に基づいて適切な診療を行わなければなりません。

2 通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点

- 施設の医師が判断した他の医療機関への通院は、介護保健施設サービスの一環として施設が対応する必要があります。

※ 施設の医師の指示等により通院する場合は、原則として施設職員が付き添います。

- 入所中に入所者が保険医療機関を受診した場合、介護保険と医療保険の給付調整により医療保険に請求できない項目について、入所者及び家族に費用負担が生ずることはありません。

- 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護の利用者についても、介護老人保健施設入所者と同様の扱いとなります。

- 入所中に使用する「薬」の費用は、医療保険機関等の受診時に医療保険で対応できるもの等、一部を除き介護報酬に含まれます。よって、施設で提供する薬、受診時に医療保険で対応できない薬については、施設で負担し、入所者又は家族等からその費用を徴収することはできません。

※ その他の留意点

- ① 薬の持参を入所条件にすることはできません。
- ② 薬価の高さを理由に入所を拒否することはできません。

指導事例

- ① 保険医療機関に受診させた際、施設が負担すべき医療費を家族に負担させていた。
- ② 入所期間中の薬を持参させたり、薬価の高い薬を服用希望する家族等からの入所申込を拒否していた。

3 「褥瘡の発生を防止するための体制」の整備

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、「褥瘡の発生を防止するための体制」を整備しなければなりません。

※ 「褥瘡の発生を防止するための体制」の整備とは

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ことを想定しています。

例えば、① 褥瘡のハイリスク者に対する、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価

- ② 専任の褥瘡予防対策担当者の選定（看護師が望ましい）
- ③ 医師など施設の従業者からなる褥瘡対策チームの設置
- ④ 褥瘡対策のための指針の整備
- ⑤ 施設の従業者に対する、継続的な教育を実施 など

1 衛生管理のポイント

(1) 介護老人保健施設における衛生管理のポイント

- 介護老人保健施設は、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者が集団で生活する場ですので、インフルエンザやノロウイルス、食中毒などがまん延すると重大な事態となる恐れがあります。防止のためには、日ごろからしっかりと衛生管理を行うことが必要です。
 - 例えば…
 - ① 汚物処理室内に清潔な未使用のおむつ等を保管していませんか？
 - ② 汚物の運搬を蓋のない容器で行っていませんか？
 - ③ 入浴後の身支度に共用のヘアブラシ等を使用していませんか？
- …など、**清潔区域と不潔区域の区分を常に意識することが重要**です。
清潔なものと不潔なものをきちんと区別し、**共用、混在しないように**してください。

2 感染対策委員会の開催について

(1) 委員会の開催について

- 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ため、委員会（以下「感染対策委員会」という。）をおおむね**3月に1回以上定期的に開催**するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(2) 委員会の構成メンバーについて

- 感染対策委員会は、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員）により構成します。また、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にすることとします。なお、施設外の感染管理等の専門家を委員として積極的に活用するよう努めることとします。
- 専任の感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要です。なお、感染対策担当者は看護師とするよう努めることとします。

(3) 他の委員会との関係について

- 感染対策委員会は、運営委員会など施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要ですが、事故発生の防止のための委員会及び身体的拘束適正化検討委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が感染対策委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することができます。

3 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について

- 介護老人保健施設における「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」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定することとします。平常時の対策としては、施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアにかかる感染対策（標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処

置、行政への報告等が想定されます。また、発生時における施設内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

- なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html)
を参照してください。

4 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

- 介護職員その他の従業者に対する「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」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。
- 職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該施設が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が重要です。また、調理や清掃などの業務を委託する場合には、委託を受けて行う者に対しても、3の指針を周知することとします。
- 研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、職員研修施設内での研修とすることができます。

5 留意事項

- 介護保健施設において感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順は、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」（平成18年厚生労働省告示第268号）によるものとする
- **感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順**に沿った対応を行います。
- 施設は、入所者の感染症に関する事項も含めた健康状態を確認することが必要ですが、その結果感染症や既往であっても、一定の場合を除き、サービス提供を断る正当な理由には該当しません。こうした者が入所する場合には、感染症対策担当者は、介護職員その他の従業者に対し、当該感染症に関する知識、対応等について周知します。

6 感染症対策のために施設として必要なこと

(1) 介護老人保健施設における感染症対策について

- 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解
- 感染症対策に対する知識（予防、発生時の対応）の習得
- 施設内活動の着実な実施（感染対策委員会の設置、指針とマニュアルの策定、従業者等を対象とした研修の実施、施設整備など）
- 関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政への届出など）
- 職員の労務管理（従業者の健康管理、従業者が罹患したときに療養に専念できる人的環境の整備など）

7 各種マニュアル等について

⇒ 厚生労働省より、衛生管理に関する各種マニュアルが発行されています。

是非ご覧いただき、施設の衛生管理対策にお役立てください。

- 高齢者介護施設における感染症対策マニュアル（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html

高齢者介護施設における感染のリスクとその対策に関する基本的な知識や、抑えるべきポイントが示されています。

- インフルエンザ（総合ページ）（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuleza/index.html

インフルエンザQ&A、啓発ツール、報道発表資料、新型インフルエンザ情報など、各種情報が掲載されています。

- レジオネラ対策のページ（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124204.html>

レジオネラ症に関する通知、Q&A等、各種情報が掲載されています。

- 食中毒（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/syokuchu/index.html

食中毒に関する通知やガイドラインなど、各種情報が掲載されています。

- 大量調理施設衛生管理マニュアル（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenu/0000168026.pdf>

集団給食施設等における食中毒を予防するために、HACCP(注)の概念に基づき、調理過程における重要管理事項をまとめたものです。

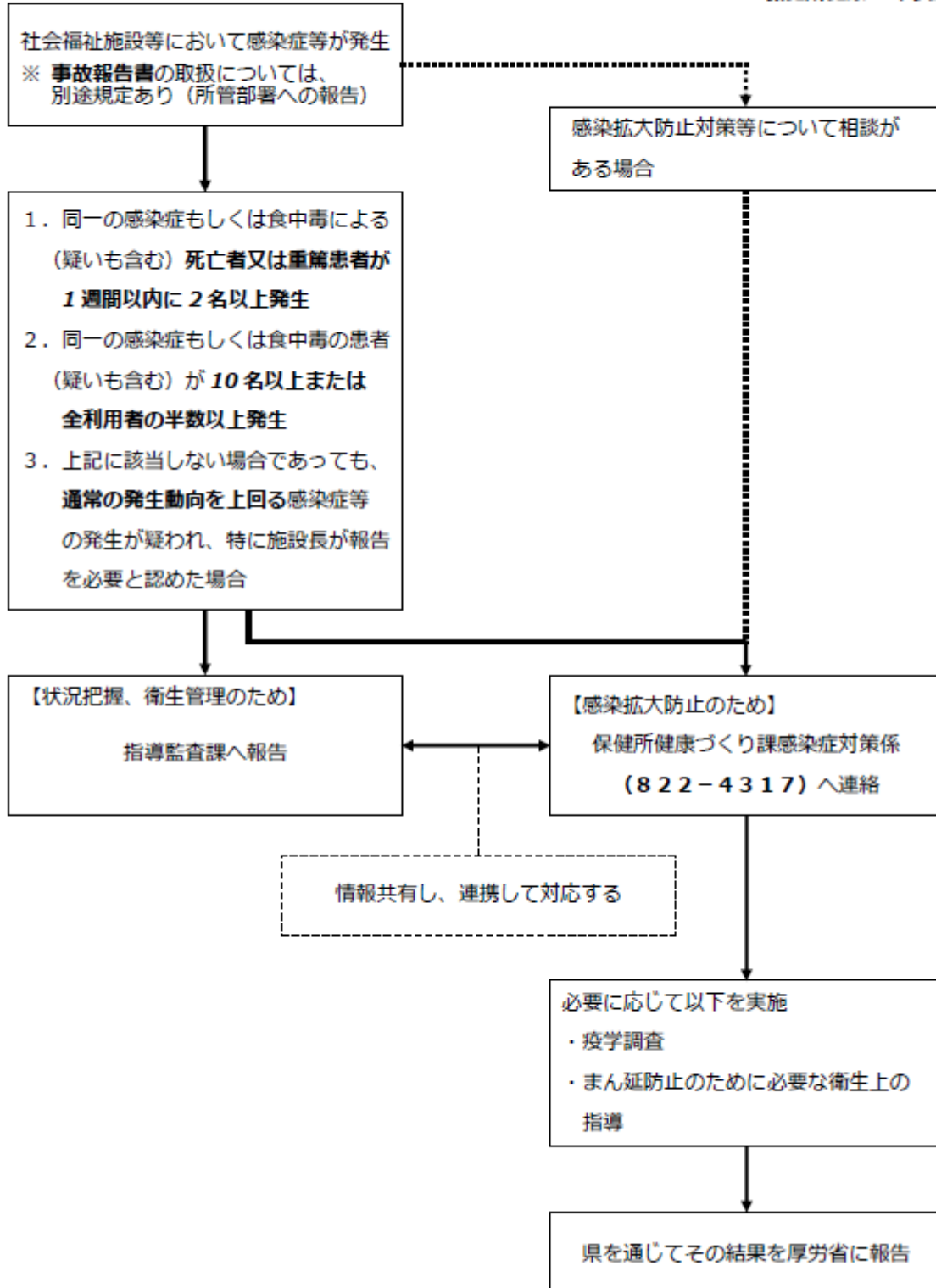
注： HACCP（ハサップ）とは、食品の原料の受入から製造・出荷までのすべての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法のこと。

指導事例

- ① 清掃用具等を、リネン庫にて保管していた。
- ② 風呂場の脱衣所で、使用済みオムツを捨てるバケツに蓋がなかった。
- ③ ヘアブラシを消毒等することなく共有していた。

社会福祉施設等における感染症発生時の対応フロー

指導 監 査 課
保健所健康づくり課



1 事故発生の防止及び発生時の対応について

(1) 事故発生の防止について

事故の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- 事故が発生した場合の対応、事故が発生した場合等の報告の方法等が記載された事故発生防止のための「指針」を整備すること。
- 事故が発生した場合又は事故の発生に至る危険性がある事態が生じた場合に、これらの事実が報告され、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。
- 事故発生の防止のための対策を検討する事故防止検討委員会を定期的を開催すること。
- 従業者に対し、事故発生の防止のための「研修」を定期的を実施すること。

(2) 事故発生時の対応について

万が一事故が発生してしまった場合は、次に掲げる措置を講じなければなりません。

- 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければなりません。
- 事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければなりません。
- 入所者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事態が発生した場合には、速やかに損害賠償を行わなければなりません。

2 事故防止検討委員会について

- 施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員などの幅広い職種により構成された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のことをいいます。
- 構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておく必要があります。
- 事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用するよう努めることとします。
- 事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要ですが、感染対策委員会及び身体的拘束適正化検討委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が事故防止検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することができます。
- 事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者とするよう努めることとします。

3 事故発生の防止のための指針について

- 「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととします。
 - 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、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうにな

った場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他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

4 事故発生の防止のための職員に対する研修の実施について

- 介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、介護老人保健施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとします。
- 職員教育を組織的に徹底させていくためには、介護老人保健施設が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が重要です。
- 研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、職員研修施設内での研修とすることができます。

5 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底について

- 介護老人保健施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要です。具体的には、次のようなことを想定しています。
 - ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
 - ② 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。
 - ③ 事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
 - ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
 - ⑤ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
 - ⑥ 防止策を講じた後に、その結果について評価すること。

6 損害賠償について

- 介護老人保健施設は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければなりません。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有するよう努めてください。

指導事例

- ① マニュアル等の記載内容が実態と異なっていた。
- ② 事故防止の研修を行っていたが、研修欠席者への周知が確認できなかった。
- ③ 研修の実施記録がなかった。

1 非常災害対策

介護老人保健施設の入所者の特性に鑑み、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、消火等訓練の実施等の対策の万全を期さねばなりません。

(1) 非常災害に関する具体的計画の策定

介護老人保健施設においては、「非常災害に関する具体的な計画」を策定する必要があります。「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。

※ 「消防計画」の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、防火管理者を置くこととされている介護老人保健施設にあつてはその者に行わせるものとします。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている介護老人保健施設においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせてください。

(2) 避難、消火等訓練の実施

介護老人保健施設においては、避難訓練、消火訓練等を定期的に実施する必要があります。適切に訓練を実施し、その記録を確実に記録に残すようにしてください。

(3) 関係機関への通報及び連携体制の整備

関係機関への通報及び連携体制の整備とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に避難・消火等に協力してもらえるような体制作りのことであり、日頃からその整備に努めてください。

※ 利用者の生命・身体に関わる重要な事項です。万が一に備え、消防計画等の作成、避難訓練の実施等は確実に実施してください。

1 許可事項等の横須賀市への申請について

(1) 法令に基づき適正に申請すること

- 許可・承認が必要な事項については、事前に申請してください。
- 法令遵守は事業者等の責務であり、申請に当たっては申請どおりの施設運営がされることが前提となります。
- 事実を伴わない申請は、不正請求等にあたり許可の取消等の処分に該当することがあります。

※ 許可、承認事項については、許可、承認を受ける以前に変更又は運用をすることはできず、変更届と取扱いが異なりますので注意してください。

2 許可、承認及び変更届事項について

(1) 許可事項

- 敷地面積及び平面図（敷地の変更）
- 建物の構造概要及び平面図（施設のレイアウト変更）
- 施設の共用の有無及び共用の場合の利用計画
- 運営規程（従業員の職種及び員数、入所定員の増加）
- 協力病院（協力病院が変更する場合に限る）
- 協力歯科医療機関
- 広告事項

※ 施設内で他の事業を行う場合は、事前に市にご相談ください。

(2) 承認事項

- 管理者の交代（介護老人保健施設の管理者のみ、変更する前に承認が必要）

(3) 届出事項

- 施設関係
 - ① 施設の住所 ② 施設の住居表示 ③ 施設の名称
 - ④ 施設の電話・FAX番号 ⑤ 併設施設の概要
- 運営関係
 - ① 運営規程（入所定員の減、許可事項を除く。） ② 協力病院の名称、診療科目
 - ③ 協力歯科医療機関の名称
- 人員関係
 - ① 管理者の氏名、住所 ② 介護支援専門員（氏名変更を含む）

3 記録の整備について

(1) 介護老人保健施設は、**従業者、施設、構造設備及び会計に関する記録を整備しなければなりません。**

- 従業者資格証写、雇用契約書、出勤簿、タイムカード
- 介護給付費請求書
- 加算、減算の根拠となる書類

(2) 介護老人保健施設は、次に掲げる入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、当該完結の日から5年間保存しなければなりません。

- 施設サービス計画（(介護予防)短期入所療養介護計画）
- 居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録
- 提供した具体的な介護保健施設サービス（(介護予防)短期入所療養介護）の内容等の記録
- 身体的拘束等を行う場合は、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- 入所者が正当な理由なしに介護保健施設サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき、又は、入所者が偽りその他の不正の行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときに、施設が市町村に行う通知に係る記録
- 提供したサービスに関する入所者及びその家族からの苦情の内容等の記録
- 提供したサービスに関する事故の状況及び事故に際して採った処置の記録
 - ※ 事故が発生した場合は、市町村、入所者の家族等への連絡が必要です。
- 医師法第24条第2項の規定による診療録
 - ※ 「身体的拘束等を行う場合の、態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録」は、医師が診療録に記載することとされています。
 - ⇒ 介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備しておかなければなりません。

◆ 法令に則って適切に施設運営を行っていても、記録に残さなければ確認することが出来ません。適切に施設運営を行っていることを確認することができるよう、記録をきちんと整備してください。

指導事例

- ① 建物の構造概要及び平面図の変更許可を受けずに、施設内のレイアウトを変更したり、居宅介護支援事業所等の老健以外の事業所を施設内に位置付けていた。
- ② 運営規程の人員に係る変更許可を受けずに、記載されている職員の員数を変更していた。
- ③ 運営規程の料金表に係る変更の届出を行わずに、料金表の内容を変更していた。
- ④ サービス提供の具体的な内容、事故発生時の対応、苦情等の記録がないものがあった。

1 介護報酬の算定にあたって

- 介護報酬の算定に当たっては、人員、設備、プロセス等の算定要件を満たさなければ、報酬請求を行うことができません。
また、要件を満たしていることを確認して請求することが施設としての責務です。
- ① 人員要件：職種、員数、勤務形態、職員の割合 等
- ② プロセス：アセスメント、計画の作成、説明と同意、記録の作成等
- ③ 算定期限：「同意を得られた日から」「入所した日から起算して○日以内」 等
- 介護報酬の請求時等、定期的に加算の算定要件を満たしているか確認を行うようにしてください。
- 算定要件を満たさない場合には、速やかに加算の算定を止め、既に支払いを受けた報酬の取扱いについては、**保険者に相談**してください。

2 口腔衛生管理体制加算

- 歯科衛生士が介護職員に対する技術的助言及び指導を行った際に、歯科医師の指示を受けていることが確認できなかった。
- 歯科衛生士が介護職員に対する技術的助言及び指導を行ったことが確認できなかった。

3 栄養マネジメント加算

- 栄養ケア・マネジメントに関する手順（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等）を定めていなかった。
- 低栄養状態のリスクが中リスクから高リスクへと変化したにもかかわらず、栄養ケア計画の見直しを行っていなかった。
- 低栄養状態のリスク判断を、栄養スクリーニング実施者のみで行っていた。
- 栄養スクリーニングを管理栄養士が行っていた。
- 栄養スクリーニングを3月ごとに実施していなかった。
- 入所者への栄養ケア計画の内容の説明を管理栄養士が行っていた。
- 栄養ケア計画の目標について、複数の入所者に同じ目標が設定されていた。
- 栄養ケア計画の内容を施設サービス計画に反映していなかった。
- 栄養ケア計画の入所者及び家族の意向として「今後も施設」「安全に生活」など、施設サービス計画に記載している意向をそのまま記載していた。
- 低栄養状態が高リスクの入所者にモニタリングを2週間ごとに実施していなかった。
- 要介護度の変更になる等、入所者の状態に変化があったにもかかわらず、栄養ケア計画の見直しを行っていなかった。

「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成17年9月7日老老発第0907002号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）等をご確認ください。

4 低栄養リスク改善加算
○ 月1回以上、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、入所者の栄養管理をするための会議を開催していなかった。
5 経口維持加算
○ 6月を超えた時には医師の指示を受けていたが、その後は医師の指示を受けないで数月経過しているケースがあった。
○ 水飲みテスト等、誤嚥の確認を行う検査等の結果が確認できなかった。
○ 経口維持計画について、特別な管理の方法等の記載がなかった。
6 療養食加算
○ 食事箋の発行者が不明確で、医師が発行していることが確認できなかった。
7 所定疾患施設療養費
○ 当該加算の算定開始後に治療の実施状況について公表していることを確認できなかった。
○ 投薬、検査、注射、処置等の実施記録がなかった。
8 ターミナルケア加算
○ 医師の診療録には、状況の記載しかなく、回復の見込みがないことが客観的にわかる記録としては不十分な記載となっているケースがあった。
○ ターミナルケアの計画が、画一的になっていた。
9 認知症短期集中リハビリテーション実施加算・短期集中リハビリテーション実施加算
○ リハビリテーション実施計画の目標が全ての入所者で同じであった。
○ リハビリテーションの実施について医師の指示が確認できなかった。
○ 要介護度が変更になる等、入所者の状態に変化があったにもかかわらず、リハビリテーション実施計画の見直しを行っていなかった。
10 退所前連携加算
○ 居宅介護支援事業者と連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を残していなかった。
11 送迎加算【(予防)短入療】
○ 送迎加算に関する記録について、送迎先の具体的な記載(〇〇さん宅等)が無かった。
12 個別リハビリテーション実施加算【(予防)短入療】
○ 個別リハビリテーションの実施について医師の指示が確認できなかった。
○ 個別リハビリテーション計画のプログラムの内容が「歩行訓練」「下肢筋力維持」等、抽象的な内容であった。

13 介護職員処遇改善加算【共通】

- 介護職員処遇改善計画書の内容について、通知文を作成し周知していたが、賃金改善の計画、当該計画に係る実施期間等、周知内容が不足していた。
- キャリアパス要件Ⅰの介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件について定めていなかった。
- キャリアパス要件Ⅱの資格取得のための支援について周知していなかった。又は周知したことが確認できなかった。
- キャリアパス要件Ⅲの一定の基準に基づき昇給する仕組みとして、人事考課によるものとしていたが、客観的な評価基準や昇給条件を明文化していなかった。
- 処遇改善の実績（介護職員処遇改善の内容及び要した費用）について周知していなかった。又は、周知したことが確認できなかった。
- 介護職員処遇改善計画書等について、年度途中に任用した介護職員に周知できていなかった。
- 介護職員処遇改善計画書に記載されている賃金改善を行う賃金項目や方法の根拠がなかった。
- 非常勤職員を介護職員処遇改善計画書の賃金改善の対象としているが、非常勤職員にかかる賃金規程等を定めておらず、非常勤職員が対象となる昇給の仕組みを整備していなかった。
- 法人で事務を行っており、管理者が処遇改善の内容について把握していなかった。
- 当初計画した賃金改善方法から変更（追加）が生じていたが、職員に周知していなかった。
- 当初計画した賃金改善方法から変更（追加）が生じていたが、市へ届出を行っていなかった。

「介護職員処遇改善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」（平成30年3月22日老発0322第2号厚生労働省老健局長通知）等を確認してください。

1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件等について

○ 以下の表に基づいて算定要件等を確認してください。

	在宅強化型		基本型		その他型 (左記以外)
	超強化型※1		加算型※2		
在宅復帰・在宅療養支援等指標 (P49 の 2)	70 以上	60 以上	40 以上	20 以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等 (P51 の 3)	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント (P51 の 5)	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動 (P51 の 4)	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ (P51 の 5)	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

※1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅱ) の算定要件 46 単位

※2 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (Ⅰ) の算定要件 34 単位

2 在宅復帰・在宅療養支援等指標について

○ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、以下の指標を用いることとなります。

各評価項目について、対応した値を足し合わせた値で評価を行います。(最大値：90)

A：在宅復帰率	50%超	20	30%超	10	30%以下	0		
B：ベッド回転率	10%以上	20	5%以上	10	5%未満	0		
C：入所前後訪問指導割合	30%以上	10	10%以上	5	10%未満	0		
D：退所前後訪問指導割合	30%以上	10	10%以上	5	10%未満	0		
E：居宅サービスの実施数	3 サービス	5	2 サービス	3	1 サービス	2	0 サービス	0
F：リハ専門職の配置割合	5 以上	5	3 以上	3	3 未満	0		
G：支援相談員の配置割合	3 以上	5	2 以上	3	2 未満	0		
H：要介護 4 又は 5 の割合	50%以上	5	35%以上	3	35%未満	0		
I：喀痰吸引の実施割合	10%以上	5	5%以上	3	5%未満	0		
J：経管栄養の実施割合	10%以上	5	5%以上	3	5%未満	0		

○ A～J の個別の内容については以下のとおりです。

A 算定日が属する月の前 6 月間において、退所者のうち、居宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が 1 月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が 100 分の 50 を超える場合は **20**、100 分の 50 以下であり、かつ、100 分の 30 を超える場合は **10**、100 分の 30 以下である場合は **零**となる数

B 30.4 を当該施設の平均在所日数で除して得た数が 100 分の 10 以上である場合は **20**、100 分の 10 未満であり、かつ、100 分の 5 以上である場合は **10**、100 分の 5 未満である

場合には零となる数

- C 算定日が属する月の前3月において、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、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を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は5、100分の10未満である場合は零となる数
- D 算定日が属する月の前3月間において、入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が100分の30以上である場合は10、100分の30未満であり、かつ、100分の10以上である場合は5、100分の10未満である場合は零となる数
- E 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション及び法第8条第10項に規定する短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は5、いずれか2種類のサービスを実施している場合は3、いずれか1種類のサービスを実施している場合は2、いずれも実施していない場合は零となる数
- F 当該施設において、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100を乗じた数が5以上である場合は5、5未満であり、かつ、3以上である場合は3、3未満である場合は零となる数
- G 当該施設において、常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数が3以上である場合は5、3未満であり、かつ、2以上である場合は3、2未満である場合は零となる数
- H 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が100分の50以上である場合は5、100分の50未満であり、かつ、100分の35以上である場合は3、100分の35未満である場合は零となる数
- I 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は5、100分の10未満であり、かつ、100分の5以上である場合は3、100分の5未満である場合は零となる数
- J 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が100分の10以上である場合は5、100分の10未満であり、かつ、100分の5以上である場合は3、100分の5未満である場合は零となる数

3 退所時指導等について

- 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。
- 入所者の退所後 30 日（要介護 4・5 の場合は、14 日）以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が 1 月（要介護 4・5 の場合は、14 日）以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

4 地域貢献活動について

- 「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとします。
 - ① 地域との連携については、基準省令第 35 条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。
 - ② 当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。
 - ③ 当該基準については、平成 30 年度に限り、平成 31 年度中に当該活動を実施する場合を含むものとしているところであるが、各施設において地域の実情に合わせた検討を行い、可能な限り早期から実施することが望ましいものであること。また、既に当該基準に適合する活動を実施している介護老人保健施設においては、更に創意工夫を行うよう努めることが望ましい。

5 その他

(1) リハビリテーションマネジメントについて

入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

(2) 充実したリハについて

少なくとも週 3 回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

6 在宅復帰・在宅療養支援等指標の計算方法について

(1) 在宅復帰率

- 算定日が属する月の前 6 月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算します。居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除きます。
 - ① $(i) \div ((ii) - (iii))$ に掲げる数
 - (i) 算定日が属する月の前 6 月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数
 - (ii) 算定日が属する月の前 6 月間における退所者の延数
 - (iii) 算定日が属する月の前 6 月間における死亡した者の総数

- ② ①において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
- ③ 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。
- ④ ①の分母（(ii)に掲げる数－(iii)に掲げる数）が零の場合、算定日が属する月の前6月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は零とする。

(2) ベッド回転率

○ 30.4 を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含まないものとします。また、平均在所日数については、直近3月間の数値を用いて、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 当該施設における直近3月間の延入所者数

(ii) (当該施設における当該3月間の新規入所者の延数＋当該施設における当該3月間の新規退所者数) ÷ 2

② ①において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。

③ ①において新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者（以下「新規入所者」という。）の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。

また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。

④ ①において新規退所者数とは、当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。

ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。

(3) 入所前後訪問指導割合

○ 入所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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を行った者の占める割合については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者のうち、入所期間が1月以上であると見込まれる入所者であって、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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を行った者の延数

(ii) 算定日が属する月の前3月間における新規入所者の延数

- ② ①において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、①の(i)には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等(居宅のうち自宅を除くもの。)を訪問し、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を行った者を含む。
- ③ ①において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。
- ④ ①において、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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を行うこととは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、必要な情報を収集するとともに、当該入所者が退所後生活する居宅の状況に合わせ、入所者の意向を踏まえ、入浴や排泄等の生活機能について、入所中に到達すべき改善目標を定めるとともに当該目標に到達するために必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行い、それらを踏まえ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を行うことである。また、指導日及び指導内容の要点については診療録等に記載すること。
- ⑤ ①の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、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を行った者の占める割合は零とする。

(4) 退所前後訪問指導割合

- 新規退所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 算定日が属する月の前3月間における新規退所者のうち、入所期間が1月以上の退所者であって、退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の延数

(ii) 算定日が属する月の前3月間における居宅への新規退所者の延数

- ② ①において居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものであり、①には、退所後に当該者の自宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等(居宅のうち自宅を除くもの。)を訪問し、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を行った者を含む。

③ ①において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。

④ ①において、退所後の療養上の指導とは、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して、退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、㉑食事、入浴、健康管理等居宅療養に関する内容、㉒退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の内容、㉓家屋の改善の内容及び㉔退所する者の介助方法の内容について必要な情報を収集するとともに、必要な事項について入所者及びその家族等に指導を行うことをいう。また、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

なお、同一の入所者について、当該退所後の療養上の指導のための訪問と施設基準第14号イ(1)(七)Cで規定す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を決定するための訪問を同一日に行った場合には、(i)に掲げる数には含めない。

⑤ ①の分母((ii)に掲げる数)が零の場合、退所者のうち、入所期間が1月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者の占める割合は零とする。

(5) 居宅サービスの実施数

○ 当該施設において、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及び短期入所療養介護の種類数を用います。

ただし、当該施設と同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものにおいて、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及び短期入所療養介護の種類数を含むことができます。

(6) リハ専門職の配置割合

○ 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(以下「理学療法士等」という。)の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算します。

① (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数÷(iii)に掲げる数×(iv)に掲げる数×100

(i) 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介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数

(ii) 理学療法士等が当該3月間に勤務すべき時間(当該3月間における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

(iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数

(iv) 算定日が属する月の前3月間の日数

② ①において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。

③ ①において理学療法士等とは、当該介護老人保健施設の入所者に対して主としてリハビリテーションを提供する業務に従事している理学療法士等をいう。

④ ①の(ii)において、当該3月間に勤務すべき時間数の算出にあつては、常勤換算方法で用いる当該者の勤務すべき時間数を用いることとし、例えば、1週間単位で勤務すべき時間数を規定している場合には、1週間に勤務すべき時間数を7で除した数に当該3月間の日数を乗じた数を用いることとする。なお、常勤換算方法と同様に、1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。

(7) 支援相談員の配置割合

○ 常勤換算方法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に100を乗じた数については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数 ÷ (iii) に掲げる数 × (iv) に掲げる数 × 100

(i) 算定日が属する月の前3月間において支援相談員が当該介護保健施設サービスの提供に従事する勤務延時間数

(ii) 支援相談員が当該3月間に勤務すべき時間(当該3月間中における1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)

(iii) 算定日が属する月の前3月間における延入所者数

(iv) 算定日が属する月の前3月間の延日数

② ①において入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。

③ ①において支援相談員とは、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、主として次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行う職員をいう。

Ⓐ 入所者及び家族の処遇上の相談

Ⓑ レクリエーション等の計画、指導

Ⓒ 市町村との連携

Ⓓ ボランティアの指導

(8) 要介護4又は5の割合

○ 入所者のうち要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 算定日が属する月の前3月間における要介護4若しくは要介護5に該当する入所者延日数

(ii) 当該施設における直近3月間の入所者延日数

(9) 喀痰吸引の実施割合

○ 入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 当該施設における直近3月間の入所者ごとの喀痰吸引を実施した延入所者

数

(ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数

(10) 経管栄養の実施割合

○ 入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合については、以下の式により計算します。

① (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数

(i) 当該施設における直近3月間の入所者ごとの経管栄養を実施した延入所者数

(ii) 当該施設における直近3月間の延入所者数

指導事例

- ① 在宅復帰率の割合の算出において、在宅において1週間生活した入所者のみ含めていた。
- ② ベッド回転率及びリハ専門職の配置割合で算出する入所者の延数において、退所日にいた入所者(24時現在にはいなかった入所者)の数を含めていた。
- ③ 入所前後訪問指導割合の算出において、入所後7日を過ぎて居宅を訪問した入所者を含めていた。
- ④ 退所前後訪問指導割合の算出において、指導内容を家族にのみ伝えている入所者を含めていた。

- 食費、居住費への補足給付の算出の基礎となる費用について、消費税率引き上げによる影響分について上乗せされます。

1 食費の基準費用額

改定前 改定後
1日につき 1,380円 ⇒ 1,392円

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）第51条の3第2項第1号に規定する特定介護保険施設等における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額及び同法第61条の3第2項第1号に規定する特定介護予防サービス事業者における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額は、1日につき1,392円とする。

※旧措置入所者も同様

2 居住費の基準費用額

	改定前	改定後
ユニット型個室	1日につき 1,970円	⇒ 2,006円
ユニット型個室的多床室	1日につき 1,640円	⇒ 1,668円
従来型個室（特養等）	1日につき 1,150円	⇒ 1,171円
多床室（特養等）	1日につき 840円	⇒ 855円

- ・介護保険法第51条の3第2項第2号に規定する特定介護保険施設等（同条第1項に規定する特定介護保険施設等をいう。）における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額並びに同法第61条の3第2項第2号に規定する特定介護予防サービス事業者（同条第1項に規定する特定介護予防サービス事業者をいう。）における滞在に要する平均的な費用の額及び事業所の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表の右欄に掲げる額とする。

区分	額
ユニット型個室	1日につき 2,006円
ユニット型個室的多床室	1日につき 1,668円
従来型個室（特養等）	1日につき 1,171円
多床室（特養等）	1日につき 855円

※旧措置入所者も同様

1 介護職員等特定処遇改善加算

- (1) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）
算定した単位数の1000分の21に相当する単位数
- (2) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）
算定した単位数の1000分の17に相当する単位数

「令和元年度集団指導講習会資料（共通事項編）」のP1をご参照ください。

2 基本報酬及び加算の改定

指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の一部改正により、令和元年10月以降、介護報酬のうち、基本報酬等の見直し（引き上げ）が行われます。

詳細はP59以降の「介護報酬改定新旧対表」を参照してください。

介護報酬改定新旧対表

(1) 介護老人保健施設

新		旧	
介護保健施設サービス費（1日につき）		介護保健施設サービス費（1日につき）	
介護保健施設サービス費（I）		介護保健施設サービス費（I）	
介護保健施設サービス費（i）		介護保健施設サービス費（i）	
要介護1	701 単位	要介護1	698 単位
要介護2	746 単位	要介護2	743 単位
要介護3	808 単位	要介護3	804 単位
要介護4	860 単位	要介護4	856 単位
要介護5	911 単位	要介護5	907 単位
介護保健施設サービス費（ii）		介護保健施設サービス費（ii）	
要介護1	742 単位	要介護1	739 単位
要介護2	814 単位	要介護2	810 単位
要介護3	876 単位	要介護3	872 単位
要介護4	932 単位	要介護4	928 単位
要介護5	988 単位	要介護5	983 単位
介護保健施設サービス費（iii）		介護保健施設サービス費（iii）	
要介護1	775 単位	要介護1	771 単位
要介護2	823 単位	要介護2	819 単位
要介護3	884 単位	要介護3	880 単位
要介護4	935 単位	要介護4	931 単位
要介護5	989 単位	要介護5	984 単位
介護保健施設サービス費（iv）		介護保健施設サービス費（iv）	
要介護1	822 単位	要介護1	818 単位

要介護 2	896 単位	要介護 2	892 単位
要介護 3	959 単位	要介護 3	954 単位
要介護 4	1,015 単位	要介護 4	1,010 単位
要介護 5	1,070 単位	要介護 5	1,065 単位
ユニット型介護保健施設サービス費（1日につき）		ユニット型介護保健施設サービス費（1日につき）	
ユニット型介護保健施設サービス費（I）		ユニット型介護保健施設サービス費（I）	
ユニット型介護保健施設サービス費（i）		ユニット型介護保健施設サービス費（i）	
要介護 1	781 単位	要介護 1	777 単位
要介護 2	826 単位	要介護 2	822 単位
要介護 3	888 単位	要介護 3	884 単位
要介護 4	941 単位	要介護 4	937 単位
要介護 5	993 単位	要介護 5	988 単位
ユニット型介護保健施設サービス費（ii）		ユニット型介護保健施設サービス費（ii）	
要介護 1	826 単位	要介護 1	822 単位
要介護 2	900 単位	要介護 2	896 単位
要介護 3	962 単位	要介護 3	958 単位
要介護 4	1,019 単位	要介護 4	1,014 単位
要介護 5	1,074 単位	要介護 5	1,069 単位
ユニット型介護保健施設サービス費（iii）		ユニット型介護保健施設サービス費（iii）	
要介護 1	781 単位	要介護 1	777 単位
要介護 2	826 単位	要介護 2	822 単位
要介護 3	888 単位	要介護 3	884 単位
要介護 4	941 単位	要介護 4	937 単位
要介護 5	993 単位	要介護 5	988 単位
ユニット型介護保健施設サービス費（iv）		ユニット型介護保健施設サービス費（iv）	

要介護 1	826 単位	要介護 1	822 単位
要介護 2	900 単位	要介護 2	896 単位
要介護 3	962 単位	要介護 3	958 単位
要介護 4	1,019 単位	要介護 4	1,014 単位
要介護 5	1,074 単位	要介護 5	1,069 単位
緊急時施設療養費		緊急時施設療養費	
緊急時治療管理（1日につき）	518 単位	緊急時治療管理（1日につき）	511 単位
所定疾患施設療養費		所定疾患施設療養費	
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239 単位	所定疾患施設療養費（Ⅰ）	235 単位
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480 単位	所定疾患施設療養費（Ⅱ）	475 単位

（2）介護老人保健施設における短期入所療養介護

新		旧	
介護老人保健施設短期入所療養介護費		介護老人保健施設短期入所療養介護費	
介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）		介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）	
介護老人保健施設短期入所療養介護費（i）		介護老人保健施設短期入所療養介護費（i）	
要介護 1	755 単位	要介護 1	753 単位
要介護 2	801 単位	要介護 2	798 単位
要介護 3	862 単位	要介護 3	859 単位
要介護 4	914 単位	要介護 4	911 単位
要介護 5	965 単位	要介護 5	962 単位
介護老人保健施設短期入所療養介護費（ii）		介護老人保健施設短期入所療養介護費（ii）	

要介護 1	797 単位	要介護 1	794 単位
要介護 2	868 単位	要介護 2	865 単位
要介護 3	930 単位	要介護 3	927 単位
要介護 4	986 単位	要介護 4	983 単位
要介護 5	1,041 単位	要介護 5	1,038 単位
介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iii)		介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iii)	
要介護 1	829 単位	要介護 1	826 単位
要介護 2	877 単位	要介護 2	874 単位
要介護 3	938 単位	要介護 3	935 単位
要介護 4	989 単位	要介護 4	986 単位
要介護 5	1,042 単位	要介護 5	1,039 単位
介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iv)		介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iv)	
要介護 1	876 単位	要介護 1	873 単位
要介護 2	950 単位	要介護 2	947 単位
要介護 3	1,012 単位	要介護 3	1,009 単位
要介護 4	1,068 単位	要介護 4	1,065 単位
要介護 5	1,124 単位	要介護 5	1,120 単位
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費	
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I)		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I)	
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i)		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (i)	
要介護 1	835 単位	要介護 1	832 単位
要介護 2	880 単位	要介護 2	877 単位
要介護 3	942 単位	要介護 3	939 単位
要介護 4	995 単位	要介護 4	992 単位
要介護 5	1,046 単位	要介護 5	1,043 単位

ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii)		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (ii)	
要介護 1	880 単位	要介護 1	877 単位
要介護 2	954 単位	要介護 2	951 単位
要介護 3	1,016 単位	要介護 3	1,013 単位
要介護 4	1,072 単位	要介護 4	1,069 単位
要介護 5	1,128 単位	要介護 5	1,124 単位
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iii)		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iii)	
要介護 1	835 単位	要介護 1	832 単位
要介護 2	880 単位	要介護 2	877 単位
要介護 3	942 単位	要介護 3	939 単位
要介護 4	995 単位	要介護 4	992 単位
要介護 5	1,046 単位	要介護 5	1,043 単位
ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iv)		ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (iv)	
要介護 1	880 単位	要介護 1	877 単位
要介護 2	954 単位	要介護 2	951 単位
要介護 3	1,016 単位	要介護 3	1,013 単位
要介護 4	1,072 単位	要介護 4	1,069 単位
要介護 5	1,128 単位	要介護 5	1,124 単位
緊急時施設療養費		緊急時施設療養費	
緊急時治療管理 (1日につき)	518 単位	緊急時治療管理 (1日につき)	511 単位

(3) 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護

新	旧
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（I）	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（I）
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（i）	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（i）
要支援 1 580 単位	要支援 1 578 単位
要支援 2 721 単位	要支援 2 719 単位
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ii）	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ii）
要支援 1 621 単位	要支援 1 619 単位
要支援 2 762 単位	要支援 2 759 単位
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iii）	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iii）
要支援 1 613 単位	要支援 1 611 単位
要支援 2 768 単位	要支援 2 765 単位
介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iv）	介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iv）
要支援 1 660 単位	要支援 1 658 単位
要支援 2 816 単位	要支援 2 813 単位
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費	ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（I）	ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（I）
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（i）	ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（i）
要支援 1 623 単位	要支援 1 621 単位
要支援 2 781 単位	要支援 2 778 単位
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ii）	ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（ii）
要支援 1 668 単位	要支援 1 666 単位
要支援 2 826 単位	要支援 2 823 単位
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iii）	ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費（iii）

要支援 1	623 単位	要支援 1	621 単位
要支援 2	781 単位	要支援 2	778 単位
ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費 (iv)		ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費 (iv)	
要支援 1	668 単位	要支援 1	666 単位
要支援 2	826 単位	要支援 2	823 単位
緊急時施設療養費		緊急時施設療養費	
緊急時治療管理 (1日につき)	518 単位	緊急時治療管理 (1日につき)	511 単位