

人員・設備・運営に関する基準改正関係について

1 特別養護老人ホームの職員に係る専従要件の緩和

特別養護老人ホームの直接処遇職員による柔軟な地域貢献活動等の実施が可能となるよう、特別養護老人ホームの職員に係る「専従」の要件は、「特別養護老人ホームの職員配置基準を満たす職員として割り当てられた職員について、その勤務表上で割り当てられたサービス提供に従事する時間帯において適用されるものである」ことを明確にする。

【特養基準解釈通知 第1の5】

基準第6条（職員の専従）は、入所者の処遇の万全を期すために、特別養護老人ホームの職員は当該施設の職務に専念すべきこととしたものであり、職員のほかの職業との兼業を禁止する趣旨のものではなく、また、当該特別養護老人ホームを運営する法人内の他の職務であっても、同時並行的に行われるものではない職務であれば、各々の職務に従事すべき時間帯が明確に区分された上で兼務することは差し支えありません。

※ 職員が時間帯を明確に区分し、法人内の他の職務に従事した時間については、常勤換算方法における職員の勤務延時間数には含まない。

※ また、特別養護老人ホームにおいて勤務すべき時間帯については、従前のとおり、介護職員等の直接処遇職員については原則として兼務ができず、その他の職員の兼務についても、同一敷地内のほかの社会福祉施設等への兼務であって、入所者の処遇に支障をきたさない場合に限られる。

2 【短期入所】緊急時における基準緩和

利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急やむを得ないと認めた場合などの一定の条件下においては、専用の居室以外の静養室での受入れを可能とする。

【居宅基準第138条第2項】

指定短期入所生活介護事業者は、利用者の状況又は利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。）の介護支援専門員が緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し居宅サービス計画において位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合において、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないときは、前項の規定にかかわらず、同項各号に掲げる利用者数を超えて、静養室において指定短期入所生活介護を行うことができるものとする。

【居宅基準解釈通知 第3の8の3の(14)】

指定短期入所生活介護事業者は、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合には、指定短期入所生活介護事業所の利用定員を超えて指定短期入所生活介護を行うことができますとしていますが、利用者の状況や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に指定短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない指定短期入所生活介護を提供する場合において、当該利用者及び他の利用者の処遇に支障がないと認められるときは、利用者数を超えて指定短期入所生活介護を行うことが認められるものです。

この場合、居室以外の静養室において指定短期入所生活介護を行うことができますとしていますが、あくまでも、緊急の必要がある場合にのみ認められるものであり、当該利用者に対する指定短期入所生活介護の提供は7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度に行うものとします。

なお、指定短期入所生活介護事業所の利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は、利用定員が40人未満である場合は1人、利用定員が40人以上である場合は2人まで認められるものであり、定員超過利用による減算の対象とはなりません。

3 特別養護老人ホームにおける宿直員の配置について

特別養護老人ホームについては、「社会福祉施設における防火安全対策の強化について」（昭和62年9月18日付け社施第107号社会局長・児童家庭局長通知）により、夜間の防火管理体制を充実させるため、「夜勤者（直接処遇職員）とは別に、宿直者を必ず配置すること」とされているが、夜勤職員の配置状況の実態に鑑み、平成27年4月より、介護保険法に基づき介護老人福祉施設の指定を受けた特別養護老人ホームにおいて、その最低基準を上回る数の夜勤職員（介護職員又は看護職員）を配置し、かつ、そのうちの1人以上を夜間における防火管理の担当者として指名している場合、当該時間帯においては、宿直員を配置することと同等以上に夜間防火管理体制が充実していると認められるため、夜勤者とは別に宿直者を配置することは要しないこととしている。

→【特養基準解釈通知第4の11の(2)参照】

4 介護老人保健施設における看護・介護職員に係る専従要件の緩和

介護老人保健施設の看護師、准看護師及び介護職員は原則として当該施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこととされていますが、訪問サービス等の併設により退所者の在宅生活を含めて支援するため、介護老人保健施設の看護・介護職員が当該施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合には、当該施設の看護・介護職員の一部に非常勤職員を充てることのできる旨を明確化しました。

非常勤職員を充てても差し支えない場合の要件を次のとおりとする。

- 業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合
- 看護・介護職員が当該老人保健施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合（追加）

（注）次のいずれにも適合すること。

- （１） 常勤職員である看護・介護職員が基準省令及び基準条例によって算定される員数の7割程度確保されていること。
- （２） 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こと。

介護報酬改定関係について

1 【老福・老健・短期入所】基本報酬の見直し

【介護老人福祉施設】

以下のとおり、基本報酬の見直しを行う。なお、多床室の基本報酬について室料相当分が減少すること等を踏まえ、平成24年4月1日以前に整備された多床室と平成24年4月1日後に新設された多床室との間での報酬設定の差は設けない。

《要介護5の入所者の場合》

(単位/日)

サービス区分	～平成27年4月以前	平成27年4月～	平成27年8月～
ユニット型個室	947	<u>894</u>	(同左)
従来型個室	863	<u>814</u>	(同左)
多床室(平成24年4月1日以前に整備)	912	<u>861</u>	<u>814</u>
多床室(平成24年4月1日後に整備)	903	<u>861</u>	<u>814</u>

【(介護予防)短期入所生活介護】

介護福祉施設サービス費の見直しに併せて、短期入所生活介護費の見直しを行う。

《要介護5の入所者の場合》

(単位/日)

単独型

	～平成27年4月以前	平成27年4月～	平成27年8月～
ユニット型個室	1034	<u>987</u>	(同左)
従来型個室	931	<u>887</u>	(同左)
多床室(平成24年4月1日以前に整備)	1000	<u>954</u>	<u>907</u>

《要介護5の入所者の場合》

(単位/日)

併設型

	～平成27年4月以前	平成27年4月～	平成27年8月～
ユニット型個室	998	<u>946</u>	(同左)
従来型個室	895	<u>846</u>	(同左)
多床室(平成24年4月1日以前に整備)	964	<u>913</u>	<u>866</u>

【介護老人保健施設】

介護老人保健施設においては、在宅復帰支援機能を更に高めるため、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、在宅強化型基本施設サービス費について重点的に評価されています。

【例】介護保健施設サービス費（Ⅰ）のうち通常型（多床室）と在宅強化型（多床室）

《要介護5の入所者の場合》

【在宅強化型（多床室）】

要介護度	単位／日
要介護5	1076

要介護度	単位／日
要介護5	1059

【通常型（多床室）】

要介護度	単位／日
要介護5	1011

要介護度	単位／日
要介護5	981

【介護老人保健施設短期入所療養介護】

（予防）短期入所療養介護においては、算定率の高いリハビリテーション機能強化加算が基本サービス費に包括化されました。

※ このことに伴い、改訂前のリハビリテーション機能強化加算に係る留意事項が、改定後の（予防）短期入所療養介護の基本サービス費における留意事項として位置づけられました。

【例】介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰ）のうち通常型（多床室）

《要介護5の入所者の場合》

【通常型（多床室）】

要介護度	単位／日
要介護5	1049

要介護度	単位／日
要介護5	1036

2 介護療養施設サービス費及び短期入所療養介護費【新設（算定要件の変更）】

上記の基本的な考え方に基づき、介護療養施設サービス費及び短期入所療養介護費について、機能に応じた評価の見直しが行われました。

【療養機能強化型】

介護療養型医療施設は、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能や看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っています。これらの機能を今後も確保していくため、新たな要件を設定した上で、重点的に評価するものとされました。

改定前
(～平成26年度)

改定後
(平成27年度～)

介護療養型医療施設
(短期入所療養介護)

療養機能強化型(A/B)
介護療養型医療施設

※新たな要件を全て満たす施設

その他の
介護療養型医療施設

※上記以外の施設

【療養機能強化型の算定要件等】

＜療養機能強化型A＞

- 1 次のいずれにも適合すること。
 - (1) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者※1及び身体合併症を有する認知症高齢者※2の占める割合が100分の50以上であること。
 - (2) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、喀痰(かくたん)吸引、経管栄養※3、又はインスリン注射※4が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。
- 2 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者※5の占める割合が100分の10以上であること。
 - (1) 医師が一般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者であること。
 - (2) 入院患者又はその家族等の同意を得て、入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
 - (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 3 生活機能を維持改善するリハビリテーション※6を行っていること。
- 4 地域に貢献する活動※7を行っていること。
- 5 看護職員の数、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
介護職員の数、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

＜療養機能強化型B＞

- 1 次のいずれにも適合すること。
 - (1) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者※1及び身体合併症を有する認知症高齢者※2の占める割合が100分の50以上であること。
 - (2) 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、喀痰(かくたん)吸引、経管栄養※3、又はインスリン注射※4が実施された者の占める割合が100分の30以上であること。
- 2 算定日が属する月の前3月間における入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者※5の占める割合が100分の5以上であること。

- (1) 医師が一般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者であること。
 - (2) 入院患者又はその家族等の同意を得て、入院患者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
 - (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 3 生活機能を維持改善するリハビリテーション※6を行っていること。
- 4 地域に貢献する活動※7を行っていること。
- 5 看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
 介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 又は
 看護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
 介護職員の数が、常勤換算方法で、入院患者等の数の合計数が5又はその端数を増すごとに1以上であること。

※1 重篤な身体疾患を有する者

- ① NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態
- ② Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態
- ③ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。
 イ 常時低血圧（収縮期血圧 90mmHg 以下）
 ロ 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
 ハ 出血性消化器病変を有するもの
 ニ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
- ④ Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態
- ⑤ 連続する3日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態
- ⑥ 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態 等

※2 身体合併症を有する認知症高齢者

- ① 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者
- ② 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者 等

※3 経管栄養の実施

経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。

また、過去1年間に経管栄養が実施されていた者であって、経口維持加算を算定されているものについては、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。

※4 インスリン注射の実施

自ら実施する者は除くものであること

※5 ターミナルケアの割合

〈療養機能強化型A×療養機能強化型B〉の2の(1)から(3)までのすべてに適合する入院患者の入院延べ日数が、全ての入院患者の入院延べ日数に占める割合が、

基準を満たすものであること。

※6 生活機能を維持改善するリハビリテーション

可能な限りその入院患者の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の間によって療養生活の中で随時行うこと等

※7 地域に貢献する活動

地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患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等

3 【共通】居住費(滞在費)の基準費用額及び負担限度額 <費用の見直し>

特定入所者介護サービス費に係る居住費の基準費用額・負担限度額の見直し(多床室のみ)

・基準費用額及び第2・第3段階負担限度額 320円/日 ⇒ 370円/日

- (介護予防)短期入所生活介護の滞在費についても同様の見直しを行う。
- 直近の家計調査における光熱水費の額がこれまでの基準費用額・負担限度額を上回っていることを踏まえた見直しである。
- また、平成27年8月より、室料相当分の負担を入所者に居住費として求める変更により、基本報酬の単位を減少させるとともに、基準費用額を470円/日引き上げる。(負担限度額について変更はなく、第1段階から第3段階の者については、利用者負担は増加しない。(引き上げ分は補足給付に含まれる。))

							(円/日)
基準費用額	ユニット型 個室	ユニット型 準個室	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・療養型)	多床室 (特養等)	多床室 (老健・療養型)	
利用者負担	1,970	1,640	1,150	1,640	320±50	320±50	
第1~3段階					±470		
負担限度額	ユニット型 個室	ユニット型 準個室	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・療養型)	多床室 (特養等)	多床室 (老健・療養型)	
利用者負担	1,310	1,310	820	1,310	320±50	320±50	
第3段階							
利用者負担	820	490	420	490	320±50	320±50	
第2段階							
利用者負担	820	490	320	490	0	0	
第1段階							

4 【老福】日常生活継続支援加算 <単位数・要件の見直し>

平成27年度より介護老人福祉施設の入所者が原則要介護3以上となること等を踏まえ、介護老人福祉施設が今後更に重度者等の積極的な受け入れを行うことを評価する観点から、入所者に係る算定要件の見直しを行うとともに、ユニット型施設の入所者につ

いては、単位数を従来型施設の入所者よりも引き上げる。

日常生活継続支援加算 23単位/日 ⇒ 36単位/日 (Ⅰ：従来型)
⇒ 46単位/日 (Ⅱ：ユニット型)

- 算定要件 (以下の要件を満たすこと。(□については、①～③のいずれかの要件を満たすこと))
 - イ (Ⅱの場合はユニット型) 介護福祉施設サービス費を算定していること。
 - ①算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は要介護5の者の占める割合が入所者の70%以上であること。
②算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が入所者の65%以上であること。
③たんの吸引等(※)が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上であること。
 - ハ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
 - ニ 通所介護費等の算定方法第十二号に規定する基準に該当していないこと。
- (※) たんの吸引等
- ・ 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

5 【老福】障害者生活支援体制加算 <要件の見直し>

65歳以前より精神障害を有し、特別なケアが必要と考えられる重度の精神障害者についても、障害者生活支援体制加算の対象となる障害者に追加するとともに、同加算で配置を評価している「障害者生活支援員」について、精神障害者に対する生活支援に関し専門性を有する者を新たに追加する。

● 算定要件 【変更点抜粋】

(利用者の基準)

視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者

(障害者生活支援員の基準)

- ・ 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
- ・ 聴覚障害又は言語機能障害 手話通訳等を行うことができる者
- ・ 知的障害 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第14条各号に掲げる者又はこれらに準ずる者
- ・ 精神障害 精神保健福祉士又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第12条各号に掲げる者

6 【老福】在宅・入所相互利用加算 <単位数・要件の見直し>

地域住民の在宅生活の継続を支援するため、在宅・入所相互利用加算の利用を促進する観点から必要な算定要件及び単位数の見直しを行う。

在宅・入所相互利用加算 30単位/日 ⇒ 40単位/日

● 算定要件 【変更点抜粋】

在宅生活を継続する観点から、複数の者であらかじめ在宅期間及び入所期間（入所期間が3月を超えるときは、3月を限度とする。）を定めて、当該施設の居室を計画的に利用している者であること。※

※ 従前の要件では、「同一の個室」の計画的な利用が必要となっているが、今回の変更により、「居室」であればよいこととし、「同一の」ものまでは求めないこととなっている。

※ 従前の要件である「要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者であること」については、撤廃されている。

7 【老福】看取り介護加算 <単位数・要件の見直し>

入所者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、介護福祉施設サービスにおける看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCA サイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。

死亡日以前4日以上30日以下 80単位/日 ⇒ 144単位/日

※なお、死亡日の前日及び前々日・死亡日については、従前と同様

● 算定要件 【変更点抜粋】

(施設基準)

- ・ 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による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

(利用者基準)

- ・ 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- ・ 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

8 【共通】経口維持加算 <単位数・要件の見直し>

経口維持加算については、摂食・嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援を充実させる観点から、多職種による食事の観察（ミールラウンド）や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を充実させる。

経口維持加算(Ⅰ) 28単位/日

経口維持加算(Ⅱ) 5単位/日

(新規)

} ⇒ (Ⅱ) (1月につき)400単位
⇒ (Ⅱ) (1月につき)100単位

●算定要件 【変更点抜粋】

- ・ 経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、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食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき算定。
- ・ 経口維持加算(Ⅰ)は、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。
- ・ 経口維持加算(Ⅱ)については、当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算(Ⅰ)に加えて、1月につき算定。
- ・ 経口維持加算(Ⅱ)は、経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。

9 【共通】経口移行加算 <要件の見直し>

経口移行加算については、経管栄養により食事を摂取している入所者の摂食・嚥下機能を踏まえた経口移行支援を充実させる。

経口移行加算 28単位/日 (単位変更なし)

●算定要件 【変更点抜粋】

- ・ 経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合、1日につき算定。
- ・ 栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定できない。
※ 「言語聴覚士又は看護職員による支援」とは、入所者の誤嚥を防止しつつ、経口による食事の摂取を進めるための食物形態、摂取方法等における特別な配慮のことをいう。
- **参考** 厚生労働省通知「栄養マネジメント加算及び経口移行加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」

10 【共通】口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算 <名称の変更>

口腔機能維持管理体制加算、口腔機能維持管理加算については、入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算に名称を変更する。

□腔機能維持管理体制加 ⇒ □腔衛生管理体制加算（単位変更なし）
 □腔機能維持管理加算 ⇒ □腔衛生管理加算（単位変更なし）

11 【共通】療養食加算 <単位数・要件の見直し>

療養食加算については、入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させる観点から、経口移行加算又は経口維持加算の併算定を可能にするとともに、評価を見直す。

療養食加算 23単位/日 ⇒ 18単位/日
 ※(介護予防)短期入所生活介護においては、23単位/日から変更なし

●算定要件 【変更点抜粋】

- ・ 経口移行加算又は経口維持加算との併算定が可能。

12 【共通】サービス提供体制強化加算 <単位数・要件の見直し>

介護福祉士については、継続的に専門性を高めることを前提とし、介護職の中核的な役割を担う存在として位置づける方向性が示されていることを踏まえ、介護福祉士の配置がより一層促進されるよう、サービス提供体制強化加算の要件については、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価するための区分を創設する。

また、処遇改善に向けた取組を一層推進する観点から、処遇改善加算と同様に、サービス提供体制強化加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。

(新規)	⇒	(Ⅰ)イ 18単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	⇒	(Ⅰ)ロ 12単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	⇒	(Ⅱ) 6単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	⇒	(Ⅲ) 6単位/日

●算定要件

イ) サービス提供強化体制加算(Ⅰ)イ

(1) 指定介護老人福祉施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。

(2) 通所介護費等算定方法第十二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ) サービス提供強化体制加算(Ⅰ)ロ

(1) 指定介護老人福祉施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

(2) イ(2)に該当するものであること。

※サービス提供体制強化加算(Ⅱ)、(Ⅲ)については、要件に変更はなし

13 【共通】介護職員処遇改善加算 <加算率・要件の見直し>

介護職員処遇改善加算については、介護職員の処遇改善が後退しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を行うための区分を創設する。

(新規)	⇒	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	⇒	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	⇒	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	⇒	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)

【例】介護老人福祉施設・（介護予防）短期入所生活介護の加算率

(Ⅰ) ⇒ 5.9% (Ⅱ) ⇒ 3.3%

- (1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 厚告21別表1のイからタまでにより算定した単位数の1000分の59に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 厚告21別表1のイからタまでにより算定した単位数の1000分の33に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (2)により算定した単位数の100分の90に相当する単位数
- (4) 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (2)により算定した単位数の100分の80に相当する単位数

●新設の加算（更なる上乘せ評価）の算定要件

イ) キャリアパス要件 次のいずれにも適合すること。

- ① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
- ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。
- ③ ①及び②を全ての介護職員に周知していること（①は書面をもって作成し周知していること）。

ロ) 職場環境等要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

14 【短期入所生活介護】緊急短期入所に係る加算 <廃止、単位数の見直し>

短期入所生活介護において、緊急時の円滑な受入れが促進されるよう、緊急短期入所に係る加算を見直し、空床確保の体制を評価する緊急短期入所体制確保加算については、廃止する。

一方、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急に行う場合を評価する緊急短期入所受入加算については、要件を緩和するとともに充実を図る。

緊急短期入所体制確保加算 40単位/日	⇒	(廃止)
緊急短期入所受入加算 60単位/日	⇒	90単位/日

●算定要件

- ・ 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合に、緊

急短期入所受入加算として短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として算定可能。

※ 「事業所において、連続する3月において当該加算を算定しなかった場合は、当該連続する3月の最終月の翌月から3月の間に限っては算定できない」という要件は撤廃。

※ また、「現に利用定員の100分の95に相当する数の利用者に対応している事業所において、緊急に指定短期入所生活介護を受ける必要がある者」という要件も撤廃。

15【短期入所生活介護】個別機能訓練加算 <新設>

事業所が利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、専従として配置された機能訓練指導員が、ADL・IADLの維持・向上を目的として実施する個別の機能訓練を実施する場合には、新たな加算として評価する。

個別機能訓練加算（新規）⇒ 56単位/日

●算定要件【主な変更点抜粋】

- ・ 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置していること。
- ・ 機能訓練指導員等が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成していること。
- ・ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- ・ 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し訓練内容の見直し等を行っていること。

※ 機能訓練指導体制加算を算定している場合、機能訓練指導体制加算に係る常勤専従の機能訓練指導員とは、別の機能訓練指導員を配置する必要がある。

参考 厚生労働省通知「通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」

16【短期入所生活介護】医療連携強化加算 <新設>

重度者の増加に対応するため、急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合には、新たな加算として評価する。

医療連携強化加算（新規） ⇒ 58単位/日

●算定要件

（事業所要件） 以下のいずれにも適合すること。

- 看護体制加算（Ⅱ）を算定していること。
- 利用者の急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。
- 主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取決めを行っていること。
- 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること。

（重度な利用者について）以下のいずれかの状態であること。

- 喀痰吸引を実施している状態。
- 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態。
- 中心静脈注射を実施している状態。
- 人工腎臓を実施している状態。
- 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態。
- 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態。
- 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態。
- 褥瘡に対する治療を実施している状態。
- 気管切開が行われている状態。

17 【短期入所生活介護】長期利用者の基本報酬の適正化 <新設>

長期間の利用者（自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者）については、基本報酬の評価を適正化する。

長期利用者に対する短期入所生活介護（新規） ⇒ △ 30単位/日

●減算要件

連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所（指定居宅サービス基準第124条に掲げる設備及び備品を利用した指定短期入所生活介護以外のサービスによるものを含む。）している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合は、所定単位数から減算を行う。

※ 同一の事業所を30日利用したあと、1日自宅や自費で過ごし、再び同一の事業所を利用した場合には、報酬請求が30日を超えた日以降、減算の対象となる。

※ 短期入所生活介護の基本報酬は、施設入所に比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームの基本報酬より高い設定となっているため、長期間の利用者については、理由の如何を問わず減算の対象となる。

18 【老健】在宅復帰・在宅療養支援機能加算の見直し

在宅復帰・在宅療養支援機能加算については、在宅復帰支援機能を更に高めるため、重点的に評価されました。

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（改定）
21単位/日 ⇒ 27単位/日

●算定要件等：現行のとおり。

19 【老健】入所前後訪問指導加算の見直し

入所前後訪問指導加算については、退所後の生活を支援するため次の要件を満たす場合、新たに評価を行うことになりました。

- 本人及び家族の意向を踏まえ、生活機能の具体的な改善目標を含めた施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援計画を策定していること
- 支援計画策定に当たって、多職種が参加するカンファレンスを行っていること

入所前後訪問指導加算（改定）
460単位/回 ⇒ (Ⅰ) 450単位/回
(Ⅱ) 480単位/回

●主な改正内容

※算定要件等（下線部分が改正点）

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を決定を行った場合に、次に掲げる区分に応じ、入所中1回を限度として算定します。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しません。

- 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 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
- 入所前後訪問指導加算(Ⅱ) 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合
当該者が退所後に居宅ではなく、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も、同様に算定します。

(注) 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこととなっています。

入所前後訪問指導加算(Ⅱ)は、施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、これらの職種が会議を行い、生活機能の具体的な改善目標及び退所後の生活に係る支援計画を共同して定めた場合に算定することができます。

20 【短入療(予防)】リハビリテーション機能強化加算の基本サービス費への包括化

算定率の高いリハビリテーション機能強化加算を基本サービス費に包括化しました。

リハビリテーション機能強化加算（廃止）

30単位/日 ⇒ 基本サービス費に包括化

21 【短入療(予防)】個別リハビリテーション実施加算の見直し

基本サービス費へ包括化された「20 リハビリテーション機能強化加算」の要件のうち、個別リハビリテーション計画の策定については、個別リハビリテーション実施加算の要件に位置づけられました。

個別リハビリテーション実施加算（改定）

240単位/日

●主な改正内容

※ 算定要件等（下線部分が追加されました）

指定短期入所療養介護事業所の医師、看護職員、理学療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、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個別リハビリテーションを行った場合は、個別リハビリテーション実施加算として、1日につき240単位を所定単位数に加算する。

人員基準について

1 人員基準の性格について

⇒人員基準とは、あくまでも最低限配置することが義務づけられた基準です。実際の運営に当たっては、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（予防）短期入所生活（療養）介護は除く）、夜勤職員が人員欠如の場合、減算になる場合があります。

⇒減算要件に該当しなくても、1日でも人員欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算にならなければ人員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。

2 常勤換算方法、勤務形態一覧表の作成方法について

【人員基準における「常勤」とは】

当該事業所における勤務時間が、当該事業所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時間を基本とする）に達していることをいいます。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（老福と同一敷地の通所の管理者を兼ねる場合など）、それぞれの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、常勤の要件を満たします。なお、正社員＝「常勤」、パート＝「非常勤」という意味ではありません。

【人員基準における「常勤換算」とは】

常勤換算とは、当該従業者のそれぞれの勤務時間数の総数を、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数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**のことです。なお、その計算の結果生じた小数点第2位以下の値については切り捨てることとされております。

必要な人員が確保されている場合も、運営規程、重要事項説明書に記載している員数と実態が合っているかについて確認し、最新の員数を記載しておくことが必要です。

特に重要事項説明書については、入所申込者が施設を選択するうえで必要不可欠なものですので、常に最新の情報とするよう見直しをお願いいたします。

【常勤換算の算出方法について（例）】

◎常勤の従業者が勤務すべき時間数が月 160 時間（週 40 時間）の事業所
看護職員 A（常勤・月 160 時間勤務）、看護職員 B（常勤・月 160 時間勤務）、
看護職員 C（非常勤・月 64 時間勤務）、看護職員 D（非常勤・月 40 時間勤務）の場合

$$\text{（看護職員の常勤換算）} = 1 + 1 + (64 + 40) \div 160 = 2.65 \rightarrow \underline{2.6}$$

（小数点第 2 位切り捨て）

【勤務形態一覧表について】

- ⇒原則として月ごとに勤務表を作成し、従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、介護職員及び看護職員等の配置、兼務関係等を明確に定めておかなければなりません。
- ⇒同一施設の別事業所と兼務する職員については、事業所ごとの勤務時間管理も行わなくてはなりません。
- ⇒ユニット型施設の場合には、ユニットごとに勤務形態一覧表を作成します。

3 勤務管理について

（1）従業者

- 入所者の処遇に支障がない場合を除き、介護老人福祉施設の従業者は、専ら当該介護老人福祉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。
※他の施設サービスも同様

（2）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。この場合、当該年度の前年度の入所者の延べ人数を当該前年度の日数で除して得た数となります。（小数点第 2 位以下を切り上げ）

（3）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、勤務形態一覧表など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は事業所ごとに保管し整備しておいてください。

4 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

- 原則として月ごとに勤務表を作成する必要があります。
- 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。

（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 非常勤職員については、常勤換算の計算に含めることができません。
- 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。）

5 サービス提供者について

(1) サービス提供者について

- 介護老人福祉施設は、原則当該介護老人福祉施設の従業者によって介護福祉施設サービスを提供しなければなりません。

※他の施設サービスも同様

(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。

6 誤りやすい職種の配置基準について

【介護老人福祉施設】

① 管理者

- ・ 原則として、常勤専従職員でなければいけません。
- ・ 当該事業所と同一敷地内にない事業所の職務に従事することはできません。
- ・ 施設長は資格要件を充たす必要があります。資格要件は基準条例第6条を確認してください。また、本市から通知がありますので、通知内容を確認してください。

【特別養護老人ホーム等施設長の資格要件について】

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000065671.html>

② 機能訓練指導員

- ・ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師のいずれかの資格を有する者でなければいけません。
- ・ 個別機能訓練加算又は機能訓練指導体制加算の算定有無に関わらず配置が必要です。また、これらの加算を算定する場合は、常勤専従であることが必要です。

④生活相談員

- ・ 生活相談員は資格要件を充たす必要があります。資格要件について、本市から通知がありますので、通知内容を確認してください。

【指定介護老人福祉施設及び指定通所介護事業所における生活相談員の資格要件について】

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000057002.html>

③ 介護職員・看護職員

(ユニット型の場合)

- ・ 昼間は、ユニットごとに常時1人以上の介護又は看護職員を配置しなければなりません。なお、2ユニットで合計2人いればいい、ということではありません。
- ・ 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護又は看護職員を配置しなければなりません。なお、本市では「夜間及び深夜」の定義とは、「夕食に係る介助終了時から朝食に係る介助開始時までの時間帯」と解しています。
- ・ ユニットリーダー研修の受講修了者を施設全体で2名以上配置する必要があります（一部ユニット型施設を含む）。ただし、2ユニット以下の施設の場合には、施設全体で1名配置することにより基準を満たすことになります。

【介護老人保健施設】

①管理者

- ・ 知事の承認を受けた医師に管理させなければなりません。
- ・ 原則として、常勤専従職員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を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薬剤師

- ・ 施設と直接雇用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。

③看護師、准看護師及び介護職員

- ・ 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「7分の2」程度、介護職員は「7分の5」程度）を満たす配置を行ってください。

【共通】

- ・ 有資格者の配置が要件である職種（機能訓練指導員、看護職員、医師等）については、必ず資格証の写しを事業所で保管してください。

指導事例

【介護老人福祉施設】

- ① 管理者が、別の場所にある事業所の職務を兼務していた。
- ② 個別機能訓練加算や機能訓練指導体制加算を算定していないことを理由に、機能訓練指導員を配置していなかった。
- ③ 同一施設の別事業所と兼務する職員については、事業所ごとの勤務時間管理がなされていなかった。
- ④ 勤務表上、介護職員が全く配置されていない時間帯があるユニットがあった。
- ⑤ 資格が必要とされている職種に係る職員の資格証を保管していなかった。
- ⑥ 介護職員及びユニットリーダーを、ユニット単位ではなく、2ユニット単位でまとめて配置していた。

【介護老人保健施設】

- ① 看護職員及び介護職員以外の勤務表を作成しておらず、医師等の配置数を把握していなかった。
- ② 通所リハビリテーション等と兼務しているリハビリ職員等について、それぞれのサービスに従事した時間数で分けた勤務管理がされていなかった。
- ③ 勤務実績の管理を、暦月で行っていなかった。
- ④ 雇用契約書及び資格証の写しが事業所に保管されていなかった。
- ⑤ 看護職員等基準上配置すべき従業者の員数が不足していた。
- ⑥ 薬剤師の配置について、標準数を満たしていない月がある。

勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法

②介護老人福祉施設(介護予防)短期入所生活介護を併設する場合、両方のサービス名を記入してください。

①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。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(25 年 5 月分)

サービス種類 (介護老人福祉施設・(介護予防)短期入所生活介護)

事業所名 ()

職種	勤務形態	職名	氏名	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	5月の合計	常勤換算後の人数	
																																			1
生活相談員	B	社会福祉士	神奈川 太郎						8												8											168	1		
	B	社会福祉士	横浜 花子			4																											84	0.5	
看護職員	B					8																8											168	1	
	D	看護師	相模 二郎	4	4																												84	0.5	
	D	准看護師	横須						6							6																	6	84	0.5
機能訓練指導員	B	看護師												8	8																			168	1
介護職員	B	介護福祉士	平塚 五郎	8	8							8	8									8	8											176	1
	B		横浜 花子			4																												84	0.5

③次のいずれかに該当する場合、勤務形態は「B(常勤兼務)」または「D(非常勤兼務)」になります。

- (1)介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護の両方の業務に従事する場合
- (2)当該事業所の他の職務を兼務する場合

⑦勤務時間は、休憩時間を除いた実労働時間で記載します。時間外の勤務は除いてください。

⑨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。シフトの都合等で勤務時間が多い場合でも、1を超えることはありません。

④正社員＝「常勤」、パート＝「非常勤」という意味ではありません。

⑩他職種を兼務する場合、勤務時間を職種毎に割り振る必要があります。※ただし、次の場合は、例外的にダブルカウントが認められています。
 (1)介護支援専門員が当該施設の他の職種を兼務する場合
 (2)看護職員が機能訓練指導員を兼務する場合で、当該職員によって個別機能訓練加算、機能訓練指導体制加算及び看護体制加算のいずれも算定していない場合

⑤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。

⑥日常生活継続支援加算やサービス提供体制強化加算(I)を算定する場合、介護福祉士資格を保有する介護職員は資格欄に記入してください。

⑪常勤職員の休暇等の期間は、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、勤務時間の合計に含めてください。 ※非常勤職員の休暇は常勤換算の計算に含めることはできません。

⑧従来型施設の場合、夜勤職員には〇印を付けてください。

※ユニット型施設の場合、ユニットに配置する介護職員については、勤務時間欄には勤務時間数ではなく勤務割区分を記入してください。(例)早番:ア、日勤:イ、遅番:ウ、夜勤:エ等 また、勤務表の欄外等に勤務割区分の凡例も記入してください。

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**

計算はすべて小数点第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 5 日 (a) 週 40 時間 (b)

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間 8 時間 (c)
 常勤職員によって勤務すべき曜日が同じ場合と異なる場合で計算方法が異なります。

4月の常勤職員が通常勤務すべき日数 21.0 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 (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 (c) × (d) 168.0 時間 (e)

常勤換算 常勤専従職員(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))

施設サービス計画の作成について

指導事例

- ① 施設サービス計画の原案について入所者、家族に説明、同意、交付が行われていなかった。
- ② 十分なアセスメントを行わず画一的な計画を作成していた。
- ③ 日々の記録と施設サービス計画の内容に整合性がなかった。
- ④ サービス担当者会議の要点（記録）がなかった。

1 施設サービス計画について

○施設サービス計画作成のポイントについて

⇒ 施設で提供するサービスにおいても、施設サービス計画に基づいて行わなければならない、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。

⇒ 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。

施設サービス計画の作成に当たっては、サービス担当者会議等により各職種の専門的な意見を求め、調整した上で入所者が現に抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題の把握（アセスメント）をしなければなりません。

アセスメントは、入所者及びその家族に面接をして行わなければなりません。

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）に係る目標を具体的に設定し、記載する必要があります。

施設サービス計画の原案の内容については、入所者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得るとともに、交付しなければなりません。

施設サービス計画の作成後は、計画の実施状況の把握（モニタリング）をしなければなりません。

⇒ 計画担当介護支援専門員は、①要介護更新認定を受けた場合、②要介護状態区分の変更の認定を受けた場合、この場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければなりません。

2 介護支援専門員の責務について

(1) 介護支援専門員の責務について

○ 施設サービス計画の作成に関する業務

- ① 介護支援専門員は、計画の作成及び変更を行わなければなりません。
- ② そのために必要な業務（施設ケアマネジメントの流れ）を自ら行わなければなりません。

※ 計画作成については、責務を負う介護支援専門員が主体となって計画を作成する必要があります。ただし、効果的で実現可能な計画を作成するためには、医師、看護、介護、リハビリ、栄養等の施設の各担当者がそれぞれの専門的な見地からの意見を出し、それを基に施設としてのケア方針を決めることが重要です。

従って、介護支援専門員1人で作成するのではなく、施設全体でケアマネジメントを行うという意識を持つことが、質の高い計画を作る上で大切になります。

○ 施設サービス計画の作成等の他に行う業務

- ① 入所に際し、入所申込者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握
- ② 心身の状況・環境等を照らし、居宅において日常生活を営めるかどうかを定期的に検討【老福・老健】
- ③ 居宅で日常生活を営めると認められる入所者に対し、入所者・家族の希望、退所後おかれる環境等を勘案し、円滑な退所のための援助を行う【老福】
- ④ 退所（退院）に際し、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提供者との密接な連携
- ⑤ 身体的拘束等の様態・緊急やむを得ない理由等を記録する【老福】
- ⑥ 施設への苦情の内容等についての記録
- ⑦ 事故が発生した場合の事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

3 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

- 基準条例では、「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らない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事することができるものとする。」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。

事故発生の防止及び発生時の対応について

指導事例

- ① 事故発生後の防止策及び行政に報告すべき事故の報告体制等が講じられていなかった。
- ② 発生した事故について、市町村等への報告が行われていなかった。
- ③ 事故発生防止のための指針が整備されていなかった。
- ④ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修が定期的実施されていなかった。

1. 事故の発生又はその再発を防止するために必要な措置

- ① 事故が発生した場合の対応、市町村等へ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の整備。
- ② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備。
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施。
※以下の点に注意して、必要な措置を行うこと。
 - ・「事故発生の防止のための検討委員会」（「事故防止検討委員会」）の設置
 - ・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、生活相談員）により構成する。
 - ・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ことが必要である。（事故防止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。）
 - ・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あるが、感染対策委員会については、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。
 - ・事故発生の防止のための職員に対する研修を年2回以上開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施し、研修の実施内容についても記録することが必要である。

◆「事故発生防止のための指針」に盛り込まれる内容として想定されているもの

- 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な場合（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

◆「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の体制整備」として想定されているもの

- 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、その効果について評価すること。

2. 事故が発生してしまった場合の対応

- ① 不幸にも事故が起こってしまった場合には、病院への搬送など必要な措置をとることは当然ですが、措置後に速やかに入所者の保険者（市町村）、施設所在市町村、入所者の家族等に連絡を行い、事故の状況や事故に際して採った処置について記録を残さなければなりません。（サービス終了後5年間保存）
- ② 賠償すべき事態が発生した場合には、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ことが望ましいです。
- ③ 当該事故の原因として、高齢者虐待等の他法令による対応も必要な場合は、併せて対応しなければなりません。

衛生管理について

1 衛生管理のポイント

⇒ 衛生管理のポイントは、清潔区域と不潔区域の区分を常に意識することです。
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。

例えば・・・こんなことはありませんか？

- ・ 1本のモップで施設内全ての場所を清掃している
- ・ 汚物処理室の中に未使用のリネン（紙おむつ等）を置いている
- ・ 蓋のない容器で汚物運搬を行っている
- ・ ユニットの流し台に使用済みの食器を洗わないまま放置している
- ・ ユニットの冷蔵庫内に消費期限切れの食物を放置している
- ・ 入浴後の身支度に共用のくしを使用している などなど・・・

⇒ 居室内の衛生管理について、

例えば・・・こんなことはありませんか？

- ・ 廊下やユニット、居室に排泄物等の異臭が立ち込めている。
- ・ 居室及び共用箇所の換気扇に綿ぼこりが認められる。
- ・ 排泄物等の付着したシーツ等が随時交換されていない。

2 感染症・食中毒対策について

⇒ 感染症又は食中毒が発生、まん延しないように、次の措置を講じなければなりません。

① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、3月に1回以上定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底すること。

- 幅広い職種（例えば、施設長、医師、看護職員、介護職員、栄養士、生活相談員、介護支援専門員等）で構成し、専任の感染対策担当者（看護師が望ましい）を決めてください。
- 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ことが望ましいです。
- 感染症が流行する時期等を勘案して、必要に応じて随時開催するようにしてください。
- 結果は、従業者だけでなくボランティアや調理・清掃等の委託業者にも周知してください。

② 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

- 平常時の対策と発生時の対策を規定します。
- 指針の内容は、従業者だけでなくボランティアや調理・清掃等の委託業者にも周知してください。
- 発生時における施設内の連絡体制や関係機関への連絡体制を整備し、明記してください。

③ 介護職員その他の従業者に対し、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を定期的実施すること。

- 予め年間研修計画を作成し、勤務体制を定めることにより、研修の受講機会を確保してください。
- 研修は年2回以上開催するとともに、新規採用時には必ず実施してください。
- 研修の内容は、必ず記録してください。
- やむを得ず、研修に参加できない従業者がいる場合についても、必ず当該研修の内容について周知徹底を図り、施設として認識を共有することが必要です。

④ 上記①～③のほか、別に厚生労働大臣が定める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^{*}に沿った対応を行うこと。

※「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」（厚労告268）

3 感染症・食中毒が発生した場合の対応について

- ① 管理者、医師、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者またはそれらの疑いのある者(以下、「有症者等」という。)の状況に応じ、協力病院をはじめとする地域の医療機関等との連携を図ることその他の適切な措置を講じなければなりません。
- ② 感染症若しくは食中毒の発生またはそれが疑われる状況が生じた場合には、有症者等の状況および各有症者等に講じた措置等を記録しなければなりません。
- ③ 次に該当する場合については、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村及び保健所に迅速に報告するとともに、市町村及び保健所からの指示を求めることその他の措置を講じなければなりません。
 - (1) 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間に2名以上発生した場合
 - (2) 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - (3) 上記のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合
- ④ ③の報告を行った施設は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するように努めなければなりません。

4 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。

是非御覧いただき、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）】

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.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、押さえるべきポイントが示されています。

【新型インフルエンザ対策関連情報（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/index.html>

新型インフルエンザに関する通知やQ&Aなど、各種情報が掲載されています。

【高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/pdf/07.pdf>

厚生労働省が定めた「新型インフルエンザ対策行動計画」を踏まえ、高齢者介護施設における対策をまとめたものです。

【大量調理施設衛生管理マニュアル（厚生労働省）】

<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/dl/manual.pdf>

集団給食施設等における食中毒を予防するために、HACCP*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。

※HACCP（ハサップ）とは：食品の原料の受入から製造・出荷までの全ての工程において、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 便所内に未使用のタオルやおむつがむき出しで置かれていた。
- ② ユニット内に排泄物等の異臭が立ち込めており、換気等が適切に行われていなかった。
- ③ 感染症対策のための指針を整備していなかった。
- ④ 感染症・食中毒の予防、まん延防止のための研修を開催した記録がなかった。
- ⑤ MRSAを保菌しているというだけで、入所を拒否していた。

褥瘡発生を予防するための体制整備について

1 褥瘡発生を予防するための体制整備について

事例

- ① 施設における褥瘡対策のための指針が整備されていない。
- ② 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育が実施されていない。
- ③ 施設における褥瘡のハイリスク者に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価がされていない。
- ④ 施設において、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者が決められていない。

ポイント

⇒施設の開設者は、入所者に褥瘡^{じょくそう}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。

⇒施設において褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて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る。例えば、次のようなことが考えられます。

1. 施設において褥瘡の予防のための体制整備

- ① 当該施設における褥瘡のハイリスク者（日常生活自立度が低い入所者等）に対し、褥瘡予防のための計画の作成、実践並びに評価をする。
- ② 当該施設において、専任の施設内褥瘡予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めておく。
- ③ 医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置する。
- ④ 当該施設における褥瘡対策のための指針を整備する。
- ⑤ 介護職員等に対し、褥瘡対策に関する施設内職員継続教育を実施する。また、施設外の専門家による相談、指導を積極的に活用することが望ましい。

入退所について【介護老人保健施設】

1 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察し、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。

2 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察し、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。
- 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た内容等については、記録しておく必要があります。
- 居宅における生活への復帰の可否の検討は、入所後早期に行うこと。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月ごとには行わなければなりません。
- 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。

※介護老人福祉施設、介護療養型医療施設につきましても、同様の基準はありますので、基準条例をご確認ください。

指導事例

- ① 服薬している薬の薬価や薬種、認知症等の一定の状態をもって機械的に入所を拒否していたため、正当な理由なく入所を拒否しないこと。
- ② 入所判定会議において入所を不可と判断した理由の記録が不十分であったので、入所判定会議の記録については、入所不可と判断した理由を適切に記載すること。

定員超過・人員欠如・減算について

1 定員超過利用による減算について

⇒ 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除き、1ヶ月の入所者数の平均が、運営規程で定められている定員を超過する場合は、入所者全員について、定員超過となった月の翌月から定員超過が解消された月まで所定単位数の70/100で算定します。

◆判定方法◆

- ・平均の計算方法は、小数点以下切り上げ。
- ・入所等した日を含み、退所等した日は含まない。

◆減算期間◆

- ・定員超過利用となった月の翌月から、定員超過利用が解消されるに至った月まで。

⇒ ただし、次の例外に該当する場合については、減算が行われません。【老福のみ】

- ① 市町村が行った措置による入所によりやむを得ず入所定員を超える場合
- ② 当該施設の入所者であったものが入院をしていた場合に、当初の予定より早期に施設への再入所が可能となったときに、当該施設が満床だった場合（当初の再入所予定日までの間に限る。）
- ③ 近い将来、指定介護老人福祉施設本体に入所することが見込まれる者がその家族が急遽入院したことにより在宅における生活を継続することが困難となった場合など、その事情を勘案して施設に入所することが適当と認められる者が、指定介護老人福祉施設（その施設が満床である場合に限る。）に入所し、併設される指定短期入所生活介護事業所の空床を利用して指定介護福祉施設のサービスを受ける場合

⇒ ①及び②は、入所定員×1.05（入所定員が40人超の場合は入所定員+2）、

③は入所定員×1.05 で算出される数まで減算は行われません。

※高齢者虐待に係る高齢者を入所させた場合には、減算の対象となりません。

利用者の入所日と退所日が重なったことに伴い、一時的に定員を上回る場合の取扱い

⇒ 災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合を除き、当該時間帯は定員超過にあたりません。定員超過減算には該当しませんが、運営基準違反となります。

※なお、利用者の状況等を考慮せず、一律に入所時間や退所時間を定めてサービス提供を行うことは、認められません。

2 人員基準欠如等による減算について

① 従来型・ユニット型共通

⇒ 次に該当する場合、入所（利用）者全員について次により所定単位数の70/100で算定します。

(1) 介護職員及び看護職員

a) 一割を超えて減少 → 翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで

b) 一割の範囲内で減少 → 翌々月から人員欠如が解消されるに至った月まで

(2) 介護支援専門員

翌々月から、人員欠如が解消されるに至った月まで

※(1) b) 及び(2) については、翌月の末日までに基準を満たすに至っている場合は減算されません。

② ユニット型

⇒ ユニットにおける職員の数が、次に掲げるユニットの職員基準に満たない場合、入所（利用）者全員について翌々月から人員欠如が解消された月まで所定単位数の97/100で算定します。

(1) 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する。

(2) ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する。

※ユニットリーダー研修の受講修了者が所定の人数に満たない場合については、減算事由には該当しませんが、指導の対象となります。職員の異動や退職等により不足する場合については必ず受講の申込を行ってください。

3 夜勤体制に係る減算について

⇒ 夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間。原則として施設毎に設定）において夜勤を行う職員の員数が基準に満たない事態が月に2日以上連続して発生又は4日以上発生した場合、入所（利用）者全員についてその翌月において所定単位数の97/100で算定します。（療養病床を有する病院では、減算の要件や方法が異なります。）

※ここでいう夜勤時間帯と、各施設で定める夜勤職員の勤務時間については必ずしも一致しないことがありますので、御注意ください。

4 身体拘束廃止未実施減算について

⇒ やむを得ず身体的拘束等を行う場合で、所定の記録を行っていない場合に、入所者全員についてその翌月から改善が認められた月まで1日5単位減算します。

※身体拘束等を行っている場合に、減算されるものではありません。

5 減算の届出について

⇒ 人員基準欠如による減算、夜勤体制に係る減算及び身体拘束廃止未実施減算は、届出が必要です。減算が必要になった場合、早急に届出を行ってください。

なお、実地指導や自主点検等を通じてこれらの減算に該当することが判明した場合には、保険者に相談のうえ、過誤調整等の必要な手続きを行ってください。

⇒ 減算要件に該当しなくても、1日でも定員超過又は人員欠如があれば基準違反であり、指導の対象です。「減算に該当しなければよい」といった施設運営を行わず、施設の定員及び人員基準を遵守してください。

1 利用料徴収のポイント

【利用料等の区分】					
← 指定施設サービス等の費用 →					
← 介護報酬の対象 →					
施設介護サービス費	居住費	食費	特別な居室の費用	その他の日常生活費	施設サービス提供とは関係のない費用
1割負担					

⇒ 「その他の日常生活費」とは、入所者等又はその家族等の自由な選択に基づき、施設がサービス提供の一環として提供する日常生活上の便宜にかかる経費のことをいいます。

⇒ 入所者（利用者）から徴収する「その他の日常生活費」については、あらかじめ入所者等又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用等十分に説明を行い、入所者（利用者）の同意を得なければなりません。また、当該同意については、入所者等及び介護保険施設等双方の保護の観点から、当該サービスの内容及び費用の額を明示した文書に、入所者等の署名を受けることにより行われることとされております。

なお、新たに利用料の設定・取消等を行う場合については、運営規定(料金表)へ明記し、市への事前の届出が必要です。

⇒ 「その他の日常生活費」に該当しない費用についても、「その他の日常生活費」と同様の取扱いが適当であるとされております。

2 事業者が入所者等から費用を徴収する際の留意事項について

⇒提供される便宜については、次の全ての要件を満たしていなければなりません。

- ①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ないこと。
- ②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(お世話料、管理協力費、共益費等)による費用の受領ではないこと。
- ③入所者等又はその家族等の自由な選択に基づいて行われるものであること。
- ④料金の設定にあたっては、その対象となる便宜を行うための実費相当額の範囲内で行われていること。（※実費金額より多く請求することは認められません。）
- ⑤運営規程により定められており、サービスの選択に資すると認められる重要事項として、施設の見やすい場所に掲示されていること。
- ⑥すべての入所者等に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではないこと。

3 入所者等から徴収することができない費用の例について

⇒次に掲げられるものに係る便宜は、費用の徴収は認められません。

- 介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車いすを含む）にかかる費用
- 介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用（排泄介助に使用のお尻拭き、介護用手袋、おむつに係る費用、栄養補助食品、とろみ剤に係る費用等）
- 定期健康診断に係る費用
- 寝具、シーツ、枕カバーにかかる費用
- 私物の洗濯代(入所者等の希望により個別に外部のクリーニング店に引き継ぐ場合を除く)【老福のみ】
- 徴収にふさわしくない費用（室内エアコンの修理代、共用の新聞・雑誌代等）
- サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの(機能訓練の一環として行われるクラブ活動や全員参加の定例行事等)における材料費等
- 他の医療機関への通院に係る付き添い費用
- 送迎加算を算定している場合の送迎費用（通常の送迎地域の内外を問わず不可）
- 入所保証金

4 入所者等から徴収することができる費用の例について

【その他の日常生活費についての考え方について】

- セット提供による料金設定も可能ですが、個別に選択できる設定が必要です。
- 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。

【教養娯楽費の定め方について】

⇒ 教養娯楽費について、各々のクラブ活動等に要する費用が常に同額であるとは限らず、この料金設定は実費相当額の範囲内とは認められないことから、クラブ活動等の内容にかかわらず日額等（〇〇円／回）「〇〇円／日）」の設定ではなく、次の事項に留意して設定をお願いします。

- 1 あらかじめ金額を確定できるもの（金額が明確なもの）は、当該金額とする。
- 2 あらかじめ金額を確定することが難しいものは、実費とする。

・「その他の日常生活費」に該当する費用

- 身の回り品として日常生活に必要なもの(歯ブラシや化粧品等)に係る費用
- サービスの提供の一環として希望者のみを対象に実施するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料のうち、入所者等に負担させることが適当と認められるもの(習字・お花・絵画・刺繍等のクラブ活動等の材料費等)に係る費用
- 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

・「その他の日常生活費」に該当しない費用

- 個人の嗜好に基づくいわゆる贅沢品に係る費用
- 個人の希望に応じて事業者が代わりに購入する新聞・雑誌代等
- 個人専用の家電製品の電気代

○ 医療機関への通院にかかる交通費

- ①協力医療機関等への通院 } ⇒ **徴収不可**
②協力医療機関等より近隣の医療機関への通院 }
③協力医療機関等より遠方の医療機関への通院 ⇒ 徴収可

※ 付き添いに係る費用は徴収不可。

※ 緊急搬送された場合や、協力医療機関に診療科目がない場合などは徴収不可。
(緊急搬送された場合の職員の帰路のタクシー代等についても徴収はできません。)

○ 外出（買物・墓参り等）への付添い費用

※ 医療機関の受診以外の場合で、利用者個人の希望・選択に基づく依頼により外出の付添を行う場合、交通費の実費と人件費の実費を徴収できます。

なお、介護職員等が付添う場合には、付添にかかる時間は人員基準上の勤務時間から除外する必要がありますので、ご注意ください。

○ 医療材料費

※ 入所者個人の特別な疾患等にかかる医療材料費のうち、医療保険の対象とならないもの(介護給付費に含まれるため、診療報酬を算定できない場合を除く)については、施設もしくは入所者のいずれかの負担で対応することになります。また、利用者に負担を求める際は、料金表に明記し、あらかじめ説明の上、同意を得る必要があります。

なお、薬価収載されていない濃厚流動食の場合、経管栄養の実施に必要なチューブ等の材料費は、利用者から食費として徴収することが可能であるとされています。

指導事例

- ①入所者（利用者）に対し一律に月額の日常生活用品費を徴収していた。
- ②「日用品」の提供において、個別の選択ができず、セット販売のみとなっていた。
- ③入所者（利用者）の選択と希望に基づかず、各種費用を徴収していた。
- ④協力医療機関及び協力医療機関よりも近い医療機関への受診にかかる交通費等の費用を徴収していた。また、医療機関への通院に伴う職員の付き添いについて、付き添い料を徴収していた。
- ⑤本来、医療保険の対象となる医療材料費に係る費用を、入所者等から徴収していた。

医療の提供及び通院等の取扱いについて【介護老人保健施設】

1 医療の考え方について

(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対しては、施設の医師が必要な医療を行うこととなります。
 - 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な場合は、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たり、保険医療機関へ通院させる場合は、施設の医師と保険医とが協力して入所者の診療に当たるべきであるとされています。
- ※ 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うようにします。

2 通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点【介護老人保健施設】

(1) 通院、往診及び薬の取扱いにおける留意点について

- 施設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。
 - 入所中に入所者が保険医療機関に受診した場合、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。
 - ③ 3カ月ごとに、退所⇒入所を機械的に繰り返し、薬の持参を求め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ため、改めること。
- 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ため、取扱いを改めること。
- ③ 医療機関を受診する際の交通費を入所者の負担としているのは不相当であるため、改めること。
- ④ 入所者が協力病院への救急搬送が必要なとき、家族に連絡して搬送を求め、職員は搬送しなかったため、施設が責任を持って対応すること。

医療の提供及び薬の取扱いについて【介護療養型医療施設】

1 介護療養型医療施設における医療

診療の方針（療養型条例第19条）

- 介護療養型医療施設の医師は、常に入院患者の病状や心身の状態等の把握に努めること。特に、診療に当たっては、的確な診断に基づき、入院患者に対して必要な検査、投薬、処置等を適切に行うものとします。
- 入院患者の病状の急変等により、自ら必要な医療の提供が困難であると認めるときは、他の医師による診療を求めるなど 必要な措置を講じるものとします。

2 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項

(1) 介護保険法の規定による保険給付の優先について

- ① 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとされています。
- ② 医療保険から給付を行うもの

ア（ア）介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則です。

※ 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に扱うこと。

（イ）患者の状態、病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為が行われた場合、当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行います。ただし、介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行いません。

イ 療養病棟に該当する病棟が一つである病院において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行います。

ウ 介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行います。

(2) 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

- ① 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用します。
- ② この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によります。

(3) 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

- ① 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、**他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則**とします。
- ② **介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できません。**
- ③ **②にかかわらず、眼科等の専門的な診療が必要**となり、当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に、当該診療に係る**専門的な診療科を標榜する他保険医療機関において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できます。**ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できません。

ア 初・再診料	オ 精神科専門療法	ケ 放射線治療
イ 短期滞在手術等基本料1	カ 処置	コ 病理診断
ウ 検査	キ 手術	
エ 画像診断	ク 麻酔	

* 入院患者が他の医療機関を外来受診した場合に限り算定します。
入院した場合は含みません。

(4) 介護療養施設サービス費の範囲について

- ① **療養型介護療養施設サービス費**については、医療保険の診療報酬点数表における**入院基本料**（入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。）、**夜間勤務等看護加算及び療養病棟療養環境加算並びにおむつ代**を含むものです。
- ② **認知症疾患型介護療養施設サービス費**については、医療保険の診療報酬点数表における**特定入院料**（入院診療計画、院内感染対策、褥瘡対策に係る費用分を除く。）及び**おむつ代**を含むものです。

(5) 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、**介護調整告示**によるものとされています。

「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」
（平成20年厚生労働省告示第128号）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」

（平成18年老老発第0428001号・保医発第0428001号）の別紙を参照

介護報酬等の算定において誤りやすい事例について

1 従来型個室利用者に対する多床室算定について

⇒ 従来型施設における介護報酬については、個室と多床室で異なった単位数が設定されており、経過措置及び特別な取扱いを必要とする場合を除き、入所者等が利用している居室の形態に基づき、報酬請求を行わなければなりません。

○経過措置対象

平成 17 年 9 月 30 日において従来型個室に入所している者であって、平成 17 年 10 月 1 日以後も引き続き従来型個室に入所するもの。(一時入院していた場合も取扱いは継続。)

○特別な取扱い

- ①感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者であって、従来型個室への入所期間が 30 日以内であるもの。
- ②平成 18 年 4 月 1 日以後、10.65 m²以下である従来型個室に入所する者。
- ③著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者。

⇒ 特別な取扱い①・③に該当する場合については、医師の判断がなされたことを確実に担保する手段を講じておく必要があり、判断根拠等必要な書類を整備しなければなりません。

2 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。以下、留意点です。

- ① 人員要件：職種、員数、勤務形態、職員の割合等
- ② プロセス：多職種共同によるアセスメント、計画の作成等
- ③ 算定期間：「同意を得られた日から」「入所した日から起算して〇日以内」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、報酬請求の前であれば請求しない、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、保険者に相談し過誤調整をする等、適切な手続きを自発的に行ってください。

3 加算算定等について

1 栄養マネジメント加算【共通】

○ 栄養ケア計画について入所者や家族の同意を得た日より前から加算を算定していた。
⇒ 栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に説明し、同意を得られた日から算定可能です。同意とは、利用者又はその家族に栄養ケア計画にサインをしてもらうことです。

- 管理栄養士の勤務時間が、常勤職員が勤務すべき時間に達していない月があった。
⇒ 常勤の管理栄養士を1名以上配置する必要があります。
- 栄養ケア計画は3ヶ月に1度見直すこととされているが、見直しを行うも、家族に伝えず同意を得ていなかった。
⇒ 栄養ケア計画は概ね3ヶ月に1度見直しを行う必要があるが、その際、当該計画に変更がない場合には、サインを求める必要はない。ただし、利用者又はその家族に説明を行い、支援経過記録等に、説明者、同意者、同意日等その経過を記録すること。
- 栄養状態のモニタリングの間隔について、一律に1月ごとに行っていた。
⇒ 低栄養状態のリスクが高い入所者については、概ね2週間毎、低栄養状態のリスクが低い入所者については、概ね3月毎とされています。入所者の状態の変化に応じて栄養ケア計画を見直す必要があるため、モニタリングは、低栄養状態のリスクに応じた頻度で実施することが必要です。

2 療養食加算【共通】

- 医師により発行された食事せんが確認できなかった。
⇒ 入所者に対し、主治の医師より疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、所定の療養食を提供していることが必要です。
- 数値基準がある療養食について、対象者が数値基準を満たしていなかった。
⇒ 貧血食、高度肥満症食、脂質異常症食については、対象者が一定の数値基準を満たしていることが必要です。

3 外泊時費用(算定が可能な日数について)【共通】

- 外泊時費用を月の末日まで連続して算定する場合は、翌月も最大で連続6日まで算定することができるかとされておりますが、外泊時費用を月の末日まで連続して算定することができない場合には、翌月に当該費用を算定することはできません。(特定入所者介護サービス費の請求についても同様)

4 口腔衛生管理体制加算(口腔ケア・マネジメントに係る計画について)【共通】

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、作成することとされている口腔ケア・マネジメントに係る計画については、施設ごとに作成されるものであり、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではありません。

5 口腔衛生管理加算【共通】

- 「歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合」に算定できるが、当該入所者の体調や状態により所定の回数が行えなかったにもかかわらず、当該加算を算定していた。
⇒ 口腔ケアを行った回数が月4回に満たなければ、算定できません。

6 認知症行動・心理症状緊急対応加算【共通】

- 入所予定日当日に、予定していた事業所に認知症行動・心理症状で入所した者に対して、当該加算を算定していた。
⇒ 当該加算は予定外で緊急入所した者を対象に、受入れの手間を評価するものであることから、予定どおりの入所の場合は算定できません。

7 夜勤職員配置加算【老健・老福】・夜間勤務等看護【療養型】

- 夜勤時間帯を夜勤職員のシフトと同じ17：00～翌朝10：00の17時間で設定していた。
⇒ 夜勤時間帯とは、22：00～翌朝5：00の時間を含めた連続する16時間をいいます。施設の夜勤職員のシフトとは必ずしも一致しません。
⇒ 毎月、加算算定要件を満たしているかどうか確認を行い、根拠資料を整備しておくこと。
- 認知症専門棟とその他の部分を区別して、算定要件を満たしていることを確認していなかった。**【老健】**
⇒ 認知症専門棟とその他の部分は、それぞれで要件を満たすこととし、片方が満たさない場合は満たしている方のみ算定します。また、認知症専門棟については、認知症ケア加算を算定する場合の要件を満たした勤務シフトで夜勤配置加算の要件を満たさなければなりません。
- 夜勤を行う従業者の勤務体制について、施設単位で届け出していた。**【療養型】**
⇒ 夜勤を行う勤務体制については、施設単位ではなく病棟単位で届け出ること。
- 看護職員又は介護職員1人あたりの月平均夜勤時間数が72（64）時間以上になっていた。**【療養型】**
⇒ 夜間勤務等看護 算定確認表（※運営状況点検書に添付）などを活用し、毎月必ず確認してください。

8 サービス提供体制強化加算【共通】

- サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ・ロについて、介護福祉士の割合を算出する際に、介護福祉士資格を有する介護職員以外の職種を含めていた。
⇒ 介護職員以外の職務に従事している時間は計算に含めません。
⇒ 介護福祉士資格を有する介護職員以外の職種を含めること及び介護福祉士資格を有する介護職員が介護職員以外の職務に従事している時間を含めることはできません。
- サービス提供体制強化加算（Ⅱ）について、看護職員・介護職員の数を出算する際に、入所者の介護には携わらない清掃担当の職員を含めていた。
⇒ 看護職員・介護職員以外の職務に従事している時間は計算に含めません。
- 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く）の平均を用いることとされております。

- ⇒ 例えば、加算算定開始月が、当該年度の4月であろうと8月であろうと、確認すべき職員配置に係る値は変わりません。
- ⇒ 毎年度、加算算定要件を満たしているかどうか確認を行い、根拠資料を整備しておくこと。

9 日常生活継続支援加算(介護福祉士の数の算出方法について)【老福】

- 併設型のショートステイと兼務している職員については、勤務実態、利用者数、ベッド数等に基づき按分するなどの方法により、当該職員の常勤換算数を按分した上で、本体施設での勤務に係る部分のみを加算算定の根拠としなければなりません。
- ⇒ なお、要介護度や日常生活自立度等の割合算出に用いる入所者数についても、本体施設の入所者数のみに着目して算出され、ショートステイの利用者数は含みません。
- ⇒ 毎月、加算算定要件を満たしているかどうか確認を行い、根拠資料を整備しておくこと。

10 精神科医師定期的療養指導加算

- ⇒ 認知症の入所者が全入所者の3分の1以上を占めることが要件の1つとされており、施設は、常に認知症である入所者の数を、正確に把握する必要があります。

11 看護体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)【老福・短期】

- 短期入所生活介護事業所として別に1名以上の常勤の看護師の配置を行っていなかった。
- ⇒ 本体施設における看護師の配置にかかわらず、指定短期入所生活介護事業所として別に1名以上の常勤の看護師の配置を行う必要があります。
- ⇒ 毎月、勤務表等にて加算算定要件を満たしているかどうか確認を行い、根拠資料を整備しておくこと。

12 基本施設サービス費【老健・短期・予防】及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算【老健】

- 在宅において介護を受けることになったものの数に、病院への退所者を含んでいた。
 - ⇒ 在宅とは、「自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含むものである。」とあるため、医療機関への入院による退所者は含まれません。
- 「退所者の在宅における生活が1月以上（退所時の要介護区分が要介護4又は5の場合にあっては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。」とあるが、届出の要件である前6月間において継続の見込みの確認と記録がなかった。
 - ⇒ 前6月間において継続の見込みの確認と記録が必要です。

13 所定疾患施設療養費【老健】

- 病名が確定する前に、肺炎や尿路感染症の疑いがある入所者に投薬、検査等を行った日から所定疾患施設療養費を算定していた。
- ⇒ 病名が確定するまでは算定できません。

- 「同一入所者について1月に1回、連続する7日を限度として算定する。」とあるが、月をまたいで7日を越えて算定していた。
 - ⇒ 1回の算定が連続する7日を限度とされているため、月をまたいでも前月から連続する7日間が算定の限度になります。
- 「当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。」とあるが、必要な措置を怠っていた。
 - ⇒ 「介護サービス情報公表システム」を活用する等により、サービスの算定状況を報告してください。

14 退所時指導等加算【老健】※療養型の退院時指導等加算も同様

- 入所後1月を超えない入所者が退所した際に、退所時指導加算を算定していた。
 - ⇒ 退所時指導加算は、入所後1月を超える入所者が退所し、所定の退所指導を行った場合に算定します。
- 当該介護老人保健施設を退所し、介護老人福祉施設に入所した者に対して、退所時情報提供加算を算定していた。
 - ⇒ 退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。
- 退院時指導加算を算定していたが、在宅に退院した入院患者及び家族に対して行った療養上の指導について、診療録等に指導日の記載はあるが、指導内容の要点が記録されていなかった。
 - 退院後の療養上の指導内容については、診療録等に記録を残してください。
- 主治医へ必要な情報の提供等を行い、退院時情報提供加算を算定していたが、入院患者の同意を得ていなかった。
 - 入院患者の同意を得た上で、診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供してください。

15 認知症ケア加算【老健】

- 認知症専門棟の入所者の単位分け、単位ごとに固定した職員の配置を行っていなかった。
 - ⇒ 入所者10人を1単位とし、かつ単位ごとに職員を固定配置してサービス提供を行わなければなりません。
 - ※1単位は10名を標準とされています。

16 地域連携診療計画情報提供加算【老健】

- 医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料を算定した急性期病院から直接老健に入所した場合に算定していた。
 - ⇒ 当該加算は、医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退

院時指導料（Ⅰ）を算定して当該医療機関を退院した患者が、老健に入所した場合に限り算定することができます。

つまり、地域連携診療計画管理料を算定した医療機関（急性期病院）から、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した医療機関（回復期病院）を経て、老健に入所した場合でなければ算定することができません。

17 入所前後訪問指導加算【老健】

- 記録上、どの職種の職員が関わっているのか確認できなかった。
- ⇒ 入所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員が協力して行うこととされているため、どの職種の職員がどのように関わったかがわかる記録を残すようにしてください。

18 退所前訪問指導加算【老健】

- 退所前訪問指導を行った後に、退所が見送りになり、退所しなかった場合にも算定していた。
- ⇒ 当該加算は退所日に算定することとなっています。退所しなかった場合には算定できません。

19 退所時指導等加算【老健】

- 入所後1月を超えない入所者が退所した際に、退所時指導加算を算定していた。
- ⇒ 退所時指導加算は、入所後1月を超える入所者が退所し、所定の退所指導を行った場合に算定します。
- 当該介護老人保健施設を退所し、介護老人福祉施設に入所した者に対して、退所時情報提供加算を算定していた。
- ⇒ 退所時情報提供加算は、病院又は診療所へ入院する場合、他の介護保険施設へ入所又は入院する場合、死亡退所の場合は算定できません。

20 褥瘡対策指導管理【療養型】

- 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準による自立度ランクがB以上ではない患者に算定していた。
- ⇒ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準による自立度ランクがB以上に該当する患者について、常時、褥瘡対策をとっている場合に算定できます。

21 薬剤管理指導【療養型】

- 薬剤管理指導記録に入院患者の要介護度を記入する欄が設けられていなかった。
- ⇒ 薬剤管理指導記録には、入院患者の要介護度を記載することが必要です。

22 理学療法【特定診療費】【療養型】

- 理学療法(I)を算定すべき施設基準に適合しているものとして、県に届出を行った施設において、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合について、理学療法(I)を算定していた。
⇒ あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が従事者に対し事前に指示を行い、かつ理学療法士が従事者とともに訓練を受ける全ての患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握するとともに、事後に従事者から医師又は理学療法士に対し当該療法に係る報告が行なわれる場合に限り、理学療法(Ⅱ)に準じて算定します。
- 常勤の理学療法士を2名配置し、理学療法(I)を算定していたが、2名とも同じ病院の回復期リハビリテーション病棟の常勤理学療法士を兼任していた。
⇒ 専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士がそれぞれ1人以上勤務することが必要です。

23 作業療法【特定診療費】【療養型】

- リハビリテーション実施計画について、内容を入院患者又はその家族に説明して同意を得ることをしていなかった。
⇒ 作成したリハビリテーション実施計画については、入院患者又はその家族に説明し、同意を得てください。

24 摂食機能療法【特定診療費】【療養型】

- 摂食機能訓練を20分実施したことをもって、加算を算定していた。
⇒ 1回につき30分以上、摂食機能訓練を実施した場合に算定できます。

25 短期集中リハビリテーション【特定診療費】

- 介護療養型医療施設を退院した1月後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合に算定していた。
⇒ 介護療養型医療施設を退院後に同じ介護療養型医療施設に再入院した場合には、退院日から3ヶ月経過していなければ算定できません。なお、別の介護療養型医療施設に入院した場合は算定できます。

26 緊急短期入所受入加算(短期入所療養介護)【療養型】

- 当初から居宅サービス計画に位置づけて予定どおり利用している利用者について、家族等の事情により急遽、緊急的に延長した場合に算定していた。
⇒ 居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の利用者を受け入れた場合の初期の手間を評価するものであることから、予定どおり入所した場合は算定できません。

指導事例

- ① 本来、従来型個室として介護報酬を請求すべきところを、従来型多床室としての介護報酬を請求していた。（経過措置や特別な取扱いを必要とする場合に該当しなかった。）
- ② 日常生活継続支援加算の算定に必要な介護福祉士数について、施設本体のみに勤務する従事職員数が算出されていなかった。
- ③ 月をまたぐ入所者の入院について、外泊時費用を月の末日まで連続して算定していないにも係らず、翌月の6日間について外泊時費用を算定していた。

7-2 短期入所サービス共通

1 短期入所生活（療養）介護計画の作成及び説明・同意・交付

事例

- ① 短期入所生活介護計画を生活相談員が作成していた。
- ② 短期入所生活介護計画は作成していたが、利用者又はその家族に対して説明をし、同意を得ていることが確認できなかった。
- ③ 短期入所生活介護を4日以上利用していたにも関わらず、短期入所生活介護計画を作成せずにサービス提供をしていた。

ポイント

- ⇒ 指定短期入所生活介護事業所（短期入所療養介護事業所）の**管理者は、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ている利用者については、短期入所生活介護計画および短期入所療養介護計画を作成する必要があります。
- ⇒ この場合の「相当期間以上」とは「概ね4日以上」となります。
- ⇒ なお、同月に複数回利用する場合、毎月利用する場合等においても、4日以上の利用が予定されている場合については、利用の都度、計画を作成する必要があります。
- ⇒ 4日未満の利用者であっても、利用者を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、他の短期入所生活（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援助を行わなければなりません。
- ⇒ 指定短期入所生活介護事業所（短期入所療養介護事業所）の管理者は、サービスの提供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、他の従業者と協議の上、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生活介護計画（短期入所療養介護計画）を作成しなければいけません。
また、作成した際は、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た上で交付しなければなりません。
内容への同意のサインをもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかるような記録が必要です。
- ⇒ 計画作成が必要なサービスについては、各サービス計画が作成されていない状態で提供されたサービスや、計画に位置付けられていないサービスの提供は、介護保険の指定介護サービス提供とはなりません（介護給付の対象とはなりません）。
そのようなサービス提供について、介護報酬を請求していた場合は、報酬返還になります。
- ⇒ 指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければなりません。
※短期入所療養介護にも同様の基準がありますので、基準条例を確認してください。

2 利用料等の受領

事例

- ① 利用者に対し一律に月額の日常生活用品費を徴収していた。
- ② 介護サービスの提供に必要な消耗品費（排泄介助に使用する介護用手袋）を利用者から徴収していた。
- ③ 食費の設定について1日単位の設定とし、午前中に退所しているにも関わらず、1日分の食費を徴収していた。

ポイント

- ⇒ 利用者から徴収する費用については、あらかじめ利用者又はその家族に対して、当該サービスの内容および費用等十分に説明し、利用者の同意を得る必要があります。
また料金表へ明記し、川崎市へ事前に届出が必要です。

○利用者から徴収することができない主な費用

- ⇒ 以下に挙げる費用は、利用者が同意している場合においても徴収することができない主な費用となります。
- ・ 介護上必要な標準的な福祉用具（リクライニング車椅子含む）にかかる費用
 - ・ 介護サービスの提供に必要な消耗品費にかかる費用（排泄介助に使用のお尻拭き、介護用手袋等）
 - ・ 医療機関への通院にかかる付き添い費用
 - ・ 寝具、シーツ、枕カバーにかかる費用
 - ・ 徴収にふさわしくない費用（共用の雑誌代等）
 - ・ 通常の送迎地域外からの送迎にかかる費用（送迎加算を算定している場合）

3 ショートステイにおける食費の設定について

ポイント

- ⇒ ショートステイにおける食費の設定については、「原則として1食ごとに分けて設定すること」とされ、1日単位で食費を設定していた事業所については、1食ごとに分ける手続きを行っていただきました。
- ⇒ 1食ごとに食費を設定した場合、利用者への請求額、特定入所者介護サービス費の請求については、以下のとおり行うことになりますので、御注意ください。

(例)朝食400円、昼食450円と設定され、かつ利用者負担第3段階(食費650円)の利用者

(1)朝食のみ提供

利用者負担額…400円、特定入所者介護サービス費… 0円

(2)朝食・昼食のみ提供

利用者負担額…650円、特定入所者介護サービス費…200円

4 入所時間と退所時間について

事例

- ① 事業所でショートステイ利用者について、一律の入所時間と退所時間を設定していた。
- ② 利用者の入所日と退所日（の時間帯）が重複することにより、日中、一時的に利用者数が利用定員を上回っていることが確認された。

ポイント

- ⇒ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護については、1日単位の報酬設定となっていることから、利用開始日及び終了日については、その利用者が希望する時間までの利用が可能となります。
事業所が一律に入所時間・退所時間を設定することはできません。
- ⇒ 短期入所生活介護において満床である場合、利用者の入退所について、利用時間が重ならない形であれば、運営基準違反とはなりません。日中、一時的であっても、利用時間が重複し、利用者が利用定員を上回る状態でサービス提供を行った場合については、災害、虐待その他やむを得ない事情がある場合を除き、重複した時間帯について定員超過となり、運営基準違反となります。

① 5月1日の午前10時に1名退所、午後3時に1名入所の場合

⇒ 問題なし

② 5月1日の午後3時に1名退所、午前10時に1名入所の場合

⇒ 重複した時間帯について運営基準違反（午前10時～午後3時）

⇒ 定員超過利用に該当する場合、減算の取扱いについては、暦月で平均利用者数を算出し用いることから、日中一時的に、利用者数が利用定員を上回る状態でサービス提供を行った場合であっても、直ちに定員超過利用の減算に該当することにはなりません。減算要件に当てはまらなくとも、1日でも定員超過があれば基準違反となることに留意していただく必要があります。

⇒ なお、上記「その他やむを得ない事情」とは、例えば、利用者の家族の急な病気や事故等の突発的な事由により、急遽、当該日に（予定より1日早く等）利用者を受け入れる必要が生じた場合など、あくまで災害や虐待等に類する「不測の事態」を言うものです。

⇒ よって、入所及び退所日の重複による日中の定員超過が、特別な事情なく、容易に常態化することは不適切です。

5 送迎加算について

事例

- ① 事業所で送迎加算を算定する利用者について、入所時に、家族等に対し、送迎車の同乗及び入所立会いを依頼していた。
- ② 事業所で送迎加算を算定する利用者について、退所時に、家族等に対し、退所立会い及び送迎車の同乗を依頼していた。

ポイント

- ⇒ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護における「送迎加算」は、家族等の事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して算定されます。
- ⇒ そのため、この「送迎加算」を算定する利用者については、家族等に対して、入所・退所時の送迎車に同乗を求めたり、入所・退所時に立会いを求めることはできません。
- ⇒ また、介護支援専門員等に対しても、同様の行為を求めることはできません。
- ⇒ 送迎記録をメモ紙等での記録ではなく、日付、時間、利用者名、介助者等、加算の根拠となる書類として記録し、保管してください。



6 機能訓練について

事例

- ① 短期入所生活介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。
- ② 短期入所療養介護事業所で、機能訓練を実施していなかった。

ポイント

- ⇒ 短期入所生活介護・療養介護は、利用者の心身の機能の維持（療養介護は、療養生活の質の向上）と、利用者家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。（療養介護は、看護・医学的管理の下に行われます。）
- ⇒ 指定短期入所生活介護事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければなりません。
※短期入所療養介護にも同様の基準がありますので、基準条例を確認してください。

○短期入所生活介護における「機能訓練」について

- ⇒ 短期入所生活介護は、利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行わなければなりません。
- ⇒ その際には、利用者の家庭環境等を十分に踏まえて、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて提供しなければなりません。

- ⇒ 日常生活及びレクリエーション、行事の実施等に当たっても、その（実施された機能訓練の）効果に配慮する必要があります。
- ※ 短期入所生活介護は、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければなりません。この行事は、「機能訓練」の趣旨を踏まえて行うものです。
- ※ 例えば、利用者が介助なしで自ら食事を摂る、トイレに自力で行く等の日常生活上の行為や、風船バレー、ボウリング等のレクリエーションは、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持等の効果に配慮して行う必要があります。
- ⇒ 機能訓練指導員は1名以上配置しなければなりません。
- ⇒ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者となっていますが、この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師の資格を有する者となります。
- ⇒ ただし、利用者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練については、当該事業所の生活相談員又は介護職員が兼務して行っても差し支えありません。

○短期入所療養介護における「機能訓練」について

- ⇒ 短期入所療養介護は、利用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、必要な理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを、加算の有無に関わらず行わなければなりません。
- ⇒ その際には、利用者の心身の状況及び家庭環境等を十分に踏まえて、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて提供しなければなりません。

6 短期入所生活介護利用中の医師の受診・往診について

ポイント

- ⇒ 短期入所生活介護においては、医師を1以上配置することとされており、利用者の継続的かつ定期的な医学的健康管理を行うことを含め、常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための必要な措置をとらなければならないとされております。

配置医師の利用者に対して行った診療については、介護報酬等の他給付において評価されていることから、一部算定できない診療報酬等があります。

また、配置医師以外の受診や往診について、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対して、みだりに診療を行ってはならないとされております。

詳しくは、厚生労働省保険局医療課長通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」を御覧ください。

【神奈川県医療保険課ホームページ】

(<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f520288/>)

