

平成25年度実地指導・監査等の 実施状況について (介護保険施設及び居住系サービス)

香川県健康福祉部長寿社会対策課
施設サービスグループ
平成26年3月17日

1. 実地指導・監査等の実施状況について

(香川県所管分：H26. 3. 11現在)

施設種別	対象施設数 (H25. 4. 1現在)	実地指導	随時確認 (監査等)	計
指定介護老人福祉施設	53	33	9	42
介護老人保健施設	33	20	14	34
介護療養型医療施設	23	7	0	7
短期入所生活介護（単独）	10	4	0	4
短期入所療養介護（単独）	4	1	0	1
特定施設入居者生活介護	18	11	2	13
計	141	76	25	101

(注)上記は、介護保険施設及び居住系サービス事業所を対象に整理している。

(実地指導)

- ・ 制度管理の適正化とよりよいケアの実現に向けて実施
- ・ 著しい基準違反が認められ、利用者の生命の危険がある場合、又は、報酬請求に不正が認められる場合には、監査に変更
- ・ 基本的には、2年に1回の実施

(随時確認)

- ・ 通報・苦情・相談等の情報に基づき、監査等の介護保険法上の権限を適切に行使
- ・ 随時に実施

(参考)通報・苦情・相談等について

[平成25年度 県受付分 (H26. 3. 11現在)]

○件 数 51件 (平成24年度実績52件、平成23年度実績53件)

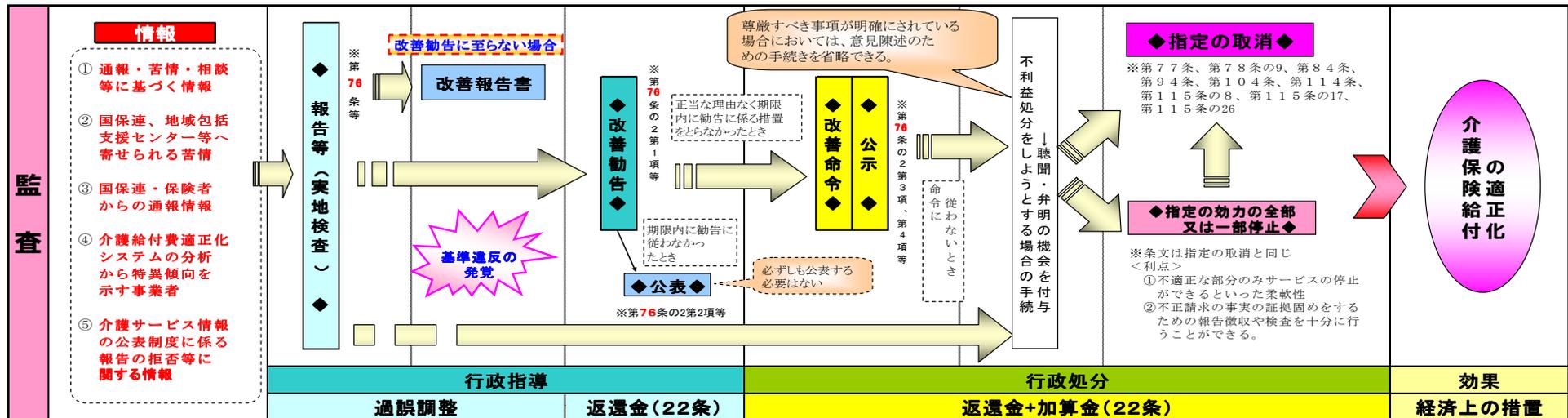
・ 内容の内訳	入所者の処遇に関するもの	35件
	職員の処遇に関するもの	2件
	その他 (施設運営など)	14件

・ 施設の内訳	介護老人福祉施設	16件
	介護老人保健施設	13件
	特定施設入居者生活介護	7件
	短期入所生活介護	3件
	その他 (養護、軽費、有料など)	12件

(注) 上記は、県が所管する介護保険施設及び居住系サービス事業所並びに養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームなどを整理している。

県・市町が実施する指導・監査について

指導にあたっての基本方針		効果
集団指導	<p>制度管理の適正化のための指導は、都道府県及び市町が下記の重点事項を踏まえて実施。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>①指定事務の制度説明 →「指定及び指定の更新に係る欠格事由、指定の更新制の説明」</p> <p>②改正介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進 →「監査指導の権限行使の考え方、事業規則、情報の公表制度の仕組み等の説明」</p> <p>③介護報酬請求に係る過誤・不正防止 →「都道府県国保連と連携した介護報酬請求事務の講習」</p> </div>	<p style="font-size: 1.2em; color: blue;">制度の理解 不正の防止</p> <div style="border: 2px solid green; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 10px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 制度管理の 適正化 </div>
指導 <small>第23条・第24条に基づく実地指導</small>	<p>実施指導は、施設・居宅サービス等を行う事業所に対し、原則、都道府県及び市町が実施。 必要に応じ厚生労働省（本省及び地方厚生局）との合同により実施。</p> <p>○ 高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束のそれぞれの行為について理解の促進、防止のための取り組みの促進について指導を行うとともに、高齢者虐待防止等については、一連のケアマネジメントプロセスの重要性の理解を求めめるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメント等が適切に行われ、個別ケアの推進によって、尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を実施。</p> <p>※著しい運営基準違反が確認された場合 ———— 生命の危険がある場合 → 監査へ変更 (虐待、身体拘束 等) ———— 上記以外の場合 → 一般行政指導（必要に応じ過誤調整）</p>	<p style="font-size: 1.2em; color: orange;">高齢者虐待防止 身体拘束禁止</p> <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 10px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> よりケアの 実現 </div>
	<p>○ 各種加算等について、報酬基準等に基づき必要な体制が確保されているか、一連のケアマネジメントプロセスに基づきサービス提供がされているか、他職種との協働は行われているかなど届け出た加算等に基づいた運営が適切に実施されているかをヒアリングし、請求の不適正な取扱いについては是正を指導。</p> <p>※報酬請求に不正が確認された場合 ———— 著しく悪質な請求と認められる場合 → 監査へ変更 — 上記以外 —————→ 一般行政指導（必要に応じ過誤調整）</p>	<p style="font-size: 1.2em; color: magenta;">不適正な請求 の防止</p>



※「介護保険施設の指導監査について」（平成18年10月28日老発第10233001号厚生労働省老健局長通知）

2. 実地指導・監査の結果について

人員に関するもの

1 【指導事項】

(1) 勤務表に関するもの

- ・ 正規雇用職員であっても、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に達していなければ、介護保険法上の「常勤」とは認められない
- ・ 非常勤職員の休暇や出張の時間は、常勤換算するときの勤務延時間数に含めない

※よくある間違い

- ・ 勤務延時間数を計算するときの実労働時間に休憩時間は含まれず、夜勤職員配置加算の延夜勤時間数を計算するときの夜勤時間数に休憩時間は含まれる
- ・ 17時から9時までの夜勤（16時間拘束）で休憩時間が2時間の場合、勤務延時間数を計算するときの実労働時間は14時間で、延夜勤時間数を計算するときの夜勤時間数は16時間になる

(2) 人員基準を満たさないもの

【介護老人福祉施設】

- ・ 生活相談員、介護職員及び看護職員は兼務しないこと（機能訓練指導員、介護支援専門員及び併設する短期入所の同職との兼務は可能）
 - ・ 短期入所の機能訓練指導員が不在（加算算定の有無にかかわらず配置は必要）
- 本体施設と兼務できるが、そのときは本体施設の個別機能訓練加算が算定できない。また、看護体制加算Ⅱを算定している看護職員が兼務する場合は、勤務時間を按分する必要がある。

※その他

- ・ （従来型においては）夜間を含め適切な介護できるように常時1名以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。

【介護老人保健施設】

- ・ 常勤の医師が配置されていない

【介護療養型医療施設】

- ・ 月平均夜勤時間数が基準時間（64時間）を超えている

2. 実地指導・監査の結果について

運営に関するもの（1）

【指導事項】

（1）非常災害対策に関するもの

- ・基本は、起こりうる災害の想定、対応の検討、体制の整備、平時の備え
- ・マニュアルは概ね整備されていたが、担当者が更新されていないなどがあったので、内容については随時見直しが必要
- ・今まで指摘していない事項ではあるが、今後は夜間時の対応、地域との連携、備蓄などが課題
- ・消防署との連携は重要かつ有効

（2）利用料の受領に関するもの

- ・日用品費については、施設が全ての入所者に対して一律に提供し、全ての入所者からその費用を画一的に徴収することのないこと
- ・事務費などといったあいまいな名目の費用の徴収は認められない
- ・たん吸引のチューブ代、褥瘡マットの電気代、トロミ剤、また特別な食事に該当しないような栄養補助食品の費用はそれぞれ別途請求できない

（参考：介護報酬の解釈2 指定基準編平成24年4月版P1212～P1217）

- ・その他の日常生活費については、具体的な範囲が定められており、例えば介護保健施設であれば、日用品費、教養娯楽費、健康管理費、預り金の出納管理に係る費用、私物の洗濯代が該当する
- ・その他の日常生活費に該当しないものは、利用者等がその嗜好又は個別の生活上の必要に応じて購入等を行うものとして、サービスの提供とは関係のない費用として徴収することになる
- ・サービス提供とは関係のない費用の具体的な例としては、個人の嗜好に基づく贅沢品の費用、個人専用の電気製品の電気代、個人の希望に応じて購入する新聞、雑誌等の代金等が挙げられる

2. 実地指導・監査の結果について

運営に関するもの(2)

【指導事項】

(3) 県条例により本県独自に設けられた基準に関するもの

- ・ 非常災害対策に関する具体的な計画の概要を掲示すること
- ・ 毎年具体的な研修計画を作成し、当該計画に基づいて全ての従業者等に研修を実施して、その結果を記録すること
- ・ 記録を5年間保存すること（必要に応じて運営規程、重要事項説明書等を改訂すること）
- ・ その他にも非常災害時の連携協力体制の整備、業務の質の評価、給食における地産地消の推進といった努力義務あり

(4) その他

① 苦情処理

- ・ 相談窓口、処理体制、手順を定めて、明らかにすること
- ・ それらを重要事項説明書に記載し、施設に掲示すること
- ・ 苦情を受付けた場合、記録に残すこと

② 秘密保持等

- ・ 従業者に対し、在職中だけでなく、退職後も含めた守秘義務を課した誓約書をとること
- ・ 入所者に対し、居宅介護支援事業所等に情報提供することについて、書面で同意をとること

③ 事故発生防止

- ・ マニュアルの整備、周知を適切に行うこと

④ 高齢者虐待防止

- ・ 認知症ケアや身体拘束の研修を実施すること
- ・ 高齢者虐待の未然防止、早期発見に向けた体制整備をすること

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（1）

1 【指導事項】

（1）加算に関するもの

①【指定介護福祉施設、介護老人保健施設、指定療養型介護医療施設共通】

●栄養マネジメント加算

リスク判定、モニタリング、栄養ケア計画について

- ・高リスク者については、2週間ごとにモニタリングを実施すること
- ・3ヶ月を目途とした、栄養スクリーニング、栄養ケア計画の見直しを行うこと
- ・栄養ケア計画の策定に当たっては、利用者又は家族の同意を得ること（栄養ケア計画を見直して、変更がない場合の同意が確認できない）
- ・3ヶ月の見直しの際に家族等の同意の確認できない（施設サービス計画の中に記載している場合、同意が3ヶ月ごとになっていない）
- ・入所者ごとの解決すべき計画が含まれていないので、解決すべき課題を把握し、プランとして立案すること
- ・栄養ケア計画の作成に当たっては、栄養アセスメントを踏まえ、施設長管理のもと、医師、管理栄養士、歯科医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成すること
- ・リスク変更時には栄養ケア計画を変更すること



適正なリスク判断がされず、高リスクと判定すべき者を低リスクと判定し、適切なモニタリングを実施していない場合は過誤調整となる。

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（2）

【指導事項】

●療養食加算

- ・ 血中ヘモグロビン濃度が10g/dlを超えているなどの対象外の入所者に加算を算定していた
→過誤調整
- ・ 短期入所生活（療養）介護の利用毎に医師による食事せんを発行すること

●経口移行加算

- ・ 医師の指示を記録に残すこと。誤嚥性肺炎防止のチェックを明確に記録に残すこと。
- ・ 算定にあたり、医師の指示、移行計画の対象となる家族の同意がなかった。また、180日を越えて実施する場合の医師の指示と、2週間毎の医師の指示がなかった→過誤調整

●経口維持加算

- ・ 180日を超えて算定する場合、医師又は歯科医師の指示及び入所者の同意が分かるように記録に残すこと

●口腔機能維持管理体制加算

- ・ 毎月の指導内容の中に、個別の入所者に対する内容が含まれていたため、施設全体に対する指導内容を記載すること
- ・ 口腔ケアにかかる技術的助言及び指導の内容がわかるように書類に記載すること

●口腔機能維持管理加算

- ・ 口腔機能維持管理に関する実施記録を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること

●サービス提供体制強化加算

- ・ 算定要件の確認を怠らないこと（平成26年2月24日付け県長寿社会対策課事務連絡）

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（3）

【指導事項】

②【介護老人福祉施設】

●身体拘束廃止未実施減算

- ・ 様態及び時間、心身の状況及び緊急やむを得ない理由を記録していない場合は、入所者全員について所定単位数から減算する

●看護体制加算

- ・ 本体施設と併設事業所とは別に必要な数の看護職員を配置する必要があること

●個別機能訓練加算

- ・ 3か月毎に利用者に対して訓練計画の内容を説明し、その旨記録すること
- ・ 訓練の効果、実施方法等について評価等を行うこと
- ・ 訓練に関する記録には実施時間・訓練内容・担当者等を記載するとともに、利用者毎に保管できるようにすること

●入所者が入院し、又は外泊した時の費用

- ・ そのベットを短期入所生活介護に活用した場合は算定できない

●初期加算

- ・ 併設又は空床利用の短期入所生活介護を利用していた者が引き続き入所した場合は短期の利用日数を除いた日数に限り算定できる

●看取り介護加算

- ・ 医師の診断が確認できるように、記録として残すこと
- ・ 家族に対する随時の説明については、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載すること

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（4）

【指導事項】

③【介護老人保健施設】

●短期集中リハビリテーション加算

- ・他の老健からの入所者について加算を算定していた→**過誤調整**

●認知症ケア加算

- ・入所者のグループごとに看護、介護職員を固定して配置すること

●ターミナルケア加算

- ・本人又はその家族の希望で個室を利用する場合、多床室に係る介護報酬を適用し、個室料も徴収しないこと
- ・家族の同意や説明内容については、記録に残すこと

●在宅復帰・在宅療養支援機能加算

- ・退所者の退所後30日以内（要介護4,5の場合は14日以内）に退所者の在宅における生活が1月以上（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

●退所前訪問指導加算

- ・居宅を訪問して行ったことがわかるようにすること

●退所時指導加算

●退所前連携加算

- ・指導内容等や同意について、記録に残すこと

●所定疾患施設療養費

- ・介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の治療の実施状況を公表すること
- ⇒介護サービス情報の公表制度を活用する場合は、毎年、県が指定した期日までに前年度の実施状況を報告すること

●重度療養管理加算

- ・医学的管理の内容等を診療録に記載していない→**過誤調整**

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（5）

【指導事項】

④【指定療養型介護医療施設】

●夜間勤務等看護

- ・月平均夜勤時間数が基準時間（64時間）を超えていた→**過誤調整**

●初期加算

- ・同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床したときに、介護保険適用病床に転床した日から初期加算を算定していたが、医療保険適用病床に入院した日を起算日にして算定する必要がある→**過誤調整**

●退院時情報提供加算

- ・退所して他の介護保険施設へ入所する場合に算定していた→**過誤調整**

⑤【特定施設入居者生活介護】

●個別機能訓練加算

- ・多業種共同で計画を策定したことがわかりにくい

●夜間看護体制加算

- ・機能訓練指導員を兼務する看護師によって夜間看護体制加算を算定することは望ましくないので、兼務を解消すること
- ・看護職員不在時の介護職員による利用者の観察項目の標準化の内容を、具体的にすること

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（1-1）

1 【指導事項】

（1）施設サービス計画

①課題抽出・把握に関するもの

- ・ アセスメントの結果が、認定調査票の結果・主治医意見書の中身を加味していない
- ・ 課題分析項目が記載されていない、ケアマネの判断根拠についての記載がない
- ・ 課題に位置付けられた内容についての課題分析が行われていない
- ・ 施設サービス計画を作成するためのアセスメント様式を使用していない
- ・ アセスメント様式を用いず、計画を変更している
- ・ アセスメントによって得られたニーズが記載されていない

②計画作成に関するもの

- ・ 目標が具体的でなく、達成可能な目標が立案されていない
- ・ 事故発生後の対応や身体拘束について、計画に位置付けられていない
- ・ 計画書の交付を適切な時期に実施していない
- ・ 短期目標は長期目標に段階的に対応するものであることを考慮し、期間を設定していない
- ・ 計画の交付について記録に残っていない
- ・ 地域住民による自発的活動によるサービスが計画に位置付けられていない
- ・ 総合的な援助方針を明確に記載していない

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（1-2）

【指導事項】

（1）施設サービス計画

③サービス担当者会に関するもの

- ・ 計画立案時に担当者会を開催していない
- ・ ケアを提供する担当者から、専門的見地からの意見を求めている、また照会の際の意見を記録に残していない
- ・ 計画の交付前にサービス担当者会を開催していない
- ・ 計画作成後担当者会議の開催まで1ヶ月を要している

④モニタリング・計画の変更に関すること

- ・ 計画変更時に計画を交付していない
- ・ 入所者に面接したことを記録として残していない

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（1-3）

ケアプランチェックリスト（施設サービス計画用）

施設サービス計画の自己評価のひとつとしてご利用ください。
 対応ができていない できていないが改善中 できていない（実施が困難） 該当・不明

介護支援専門員名	自己チェック日	年	月	日
課題分析（アセスメント）				
チェックポイント				チェック
1 目的のアセスメントを行うためには、利用者を対象とした個別情報の把握が不可欠であることを認識して利用者に実施しているか。				
2 必要項目が自己評価の項目となることを認識して、アセスメントを行っているか。				
3 手順の定められた要領が十分に反映されているか。				
4 サービスとして実施するものの要領が利用者や家族の意向や、専門職としての倫理に即しているか。				
5 自己評価の項目までのライフサイクルを把握し、その人がどういった生活を送っているか、利用者の視点になって考えているか。				
6 各介護支援専門員が実施を担う項目を整理して分析しているか。				
7 実施可能な項目が把握でき、実施に着手しているか。				
施設サービス計画（新1号）				
チェックポイント				チェック
1 利用者自身が生活を決める主体であることを認識しているか。				
2 利用者及び家族の意向に対する意向：利用者本人の意向を、原則として反映しているか。				
3 利用者の権利や義務などに留意し、権利を尊重しているか。				
4 利用者や家族の意向やニーズ等を踏まえているか。				
5 利用者や家族の意向やニーズが認識できるようになっているか。				
6 高齢者の権利の保障				
7 高齢者が主体的に生活する機会を確保しているか。				
8 自己評価の項目が十分に反映され、ケアプランが利用者本人の意向と一致しているか。				
9 必要に応じて、サービスの提供や支援の計画と連携しているか。				
10 サービス提供の計画が実施された上で評価しているか。				
11 権利：施設サービス計画の目的や内容について、利用者本人に説明し、利用者の同意を得て、年月日や承認（サイン）の取得がなされているか。				
12 施設サービス計画が十分に反映されたか、変更しているか。				
施設サービス計画（新2号）				
チェックポイント				チェック
1 生活全体の確保が基本であること				
① アセスメントに基づいて生活全体の確保が計画されているか。				
② 利用者の自立を支援する観点から計画が立てられているか。				
③ 権利や義務の履行に留意して計画しているか。				
④ 本人の意向や権利を尊重し、権利の行使を、十分な配慮を確保するようになっているか。				
2 生活全体の確保が基本であること				
① サービス提供の計画が本人の意向や権利を尊重し、本人の意向に合わせて具体的に立案しているか。				
② 実施に向けて、必要に応じて関係機関や関係者との連携、ニーズに即しているか。				
③ 権利の確保が、適切であるか。例「○○できるよになりたい」「○○したい」等				
3 記録の取扱い				
① 記録に見て、総合的な評価の計画が立っているか。				
② 記録に適切な記載がなされているか。				
③ 記録が適切に保管されているか。				
④ 利用者本人の同意が得られているか。				
⑤ 権利の確保が、適切に実施されているか。				
⑥ 結果を記録しているか。（0年0月0日～0年0月0日）				
7 記録の取扱い				

ケアプランチェックリスト・介護支援専門員自己チェックリスト使用の目的

介護支援専門員自己チェックリスト」及び「ケアプランチェックリスト」を活用して、介護支援専門員が遵守すべき運営基準及び自立支援の観点からの施設サービス計画の作成について自らチェックを行い、未実施事項や不備等について把握し、施設サービス計画の質の向上を図るために使用する。

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（1-4）

介護支援専門員自己チェックリスト(介護老人福祉施設)

年 月 日

事業所名				介護支援専門員氏名			
兼務の有無 (兼務職種)	有・無 相談員・看護・介護・その他()			計画作成担当 業務歴	年 月		
計画作成 受持ち件数	件			入所者数	人		
計画作成担当 介護支援専門員数	人			サービス担当 者会開催頻度	概ね ヶ月毎		

<計画作成担当介護支援専門員毎に記載して下さい>

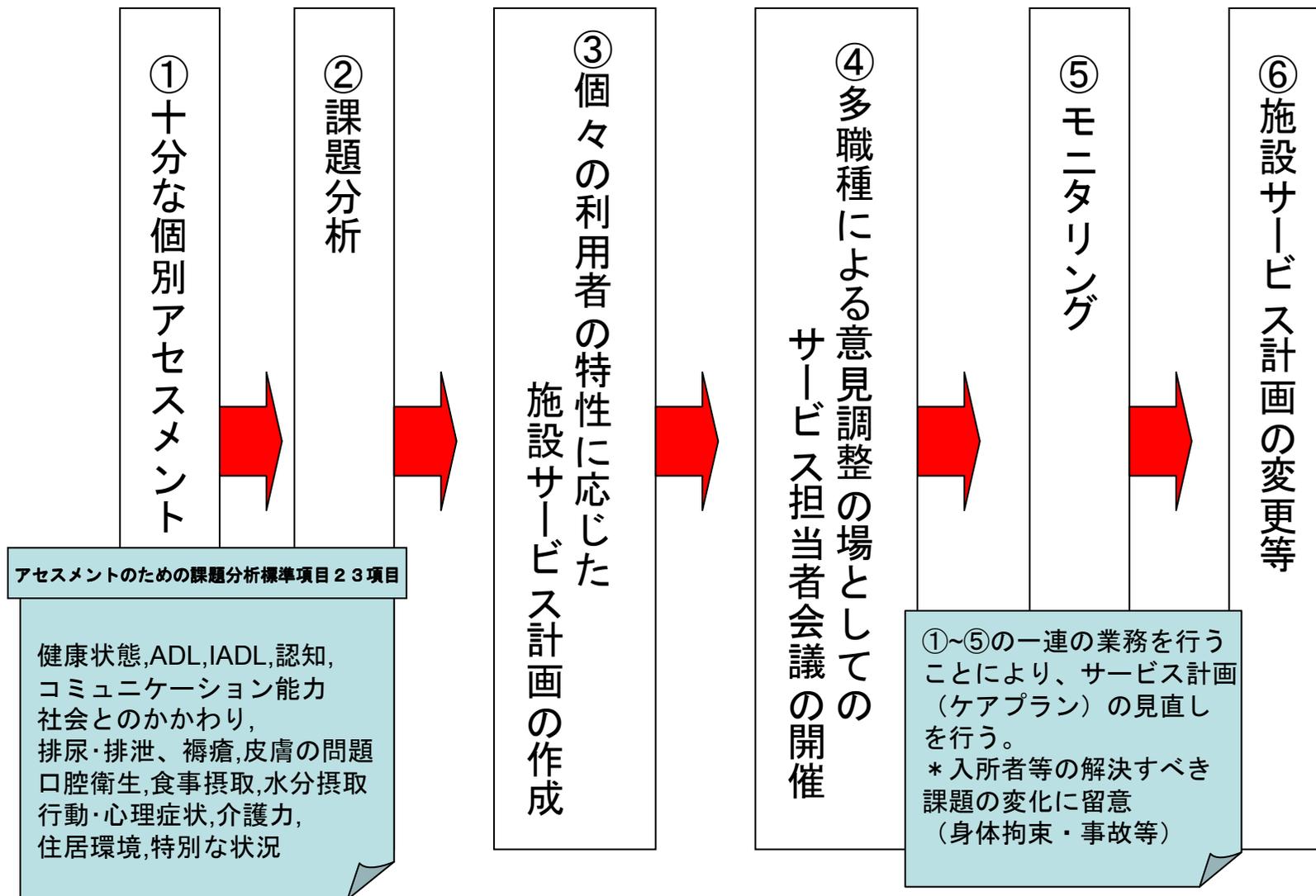
◎介護支援専門員が業務を行う上で主に留意しなければならない事項です。自己評価のひとつとしてご利用ください。
◎チェック欄に、○できている △できていないところもある ×できていない /該当・必要なし を記載してください。

点検項目	運営基準	根拠条文	確認事項	チェック	できていない状況や理由
I 基本方針					
1 基本方針	第1条の2 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者(以下、ユニット型、一部ユニット型については入居者と読み替える)がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とするものでなければならない。	平11厚令39 第1条の2第1項	基本方針を踏まえた、自立した日常生活を営むことができるようなプランとなっているか。		
II 運営に関する基準					
2 入退所	第7条第3項 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の入所に際しては、その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の把握に努めなければならない。	平11厚令39 第7条第3項	入所申込者の入所に際し、居宅介護支援事業者に対して照会等をおこなっているか。 照会等により、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に努めているか。		
	第4項 指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その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どうかについて定期的に検討しなければならない。	平11厚令39 第7条第4項	入所者の心身の状況、その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どうかについて定期的に検討しているか。		
	第5項 前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。	平11厚令39 第7条第5項	生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で入所者の心身の状況、その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どうかについて定期的に協議しているか。		

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（1-5）

一連のケアマネジメントプロセス



2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（2-1）

【指導事項】

（2）身体的拘束に関すること

①緊急やむを得ない場合の対応

- ・「緊急やむを得ない」身体的拘束に該当するかどうかについて、担当職員個人又はチームで判断し、施設全体で検討を行っていない
- ・身体的拘束について代替方法等を検討していない

②手続き、記録

- ・身体的拘束中の心身の状況の記録が不十分（同じ内容、実施日に記載がない）
- ・身体的拘束委員会の開催は行っているが、検討内容がない
- ・身体的拘束時の時間が記入されていない
- ・同意書の解除日を越えて身体的拘束を実施しない

（指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養型医療施設、地域密着型介護福祉施設には身体拘束廃止未実施減算あり）

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（2-2）

○介護保険指定基準の身体的拘束規定

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（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**を除き、身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

* 【緊急やむを得ない場合】とは次の①～③の要件すべてを満たす場合である。

- ①切迫性 本人または他の入所者等の生命また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 身体的拘束その他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。

- 「緊急やむを得ない場合」の判断は、職員個人ではなく、施設（事業所）の方針として予め決められた手順を踏み、施設（事業所）全体で判断すること。
- 身体的拘束等の内容、目的、時間などを本人や家族に対して十分に説明し、理解を得ること。
- 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、必ず詳細な記録（態様、時間、心身の状況、理由など）を残すこと

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（2-3）

養介護施設従事者等による高齢者虐待のとりえ方に関するQ&A（一部抜粋）

Q: ベットに3点柵を付けることは、身体拘束にあたるか

A: 身体拘束は柵の本数ではなく、「利用者の行動を制限する行為」に該当するか否かで判断します。「利用者の行動を制限する行為」は利用者の心身の状況によって異なるものであるため、利用者またはその家族、介護を行う者の話し合いによって判断することになります。
身体拘束は適切な手続を経たうえで緊急やむを得ない場合で一時的なもののみが認められています。

（市町村・都道府県のための養介護従事者等による高齢者虐待対応の手引き平成24年3月 社団法人 日本社会福祉士会）

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（3-1）

【指導事項】

（3）衛生管理に関すること

- ・ 感染症又は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おおむね3カ月に1回開催されていない
- ・ 委員会が指針に示されている活動を行っていない
- ・ マニュアルに実効性がない
- ・ 感染症発生時における施設内の連絡体制や保健所、市町村における施設関係課等への連絡体制の整備が行えていない
- ・ 循環式浴槽水において、年2回のレジオネラの検査が実施できていない
- ・ 塩素系薬剤を使用して消毒を行っているが、遊離残留塩素濃度の測定、管理が不十分等の施設がある

入浴施設については香川県特定入浴施設におけるレジオネラ症の発生の防止に関する指導要綱を参照

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（3-2）

感染症、食中毒に対する予防策等について

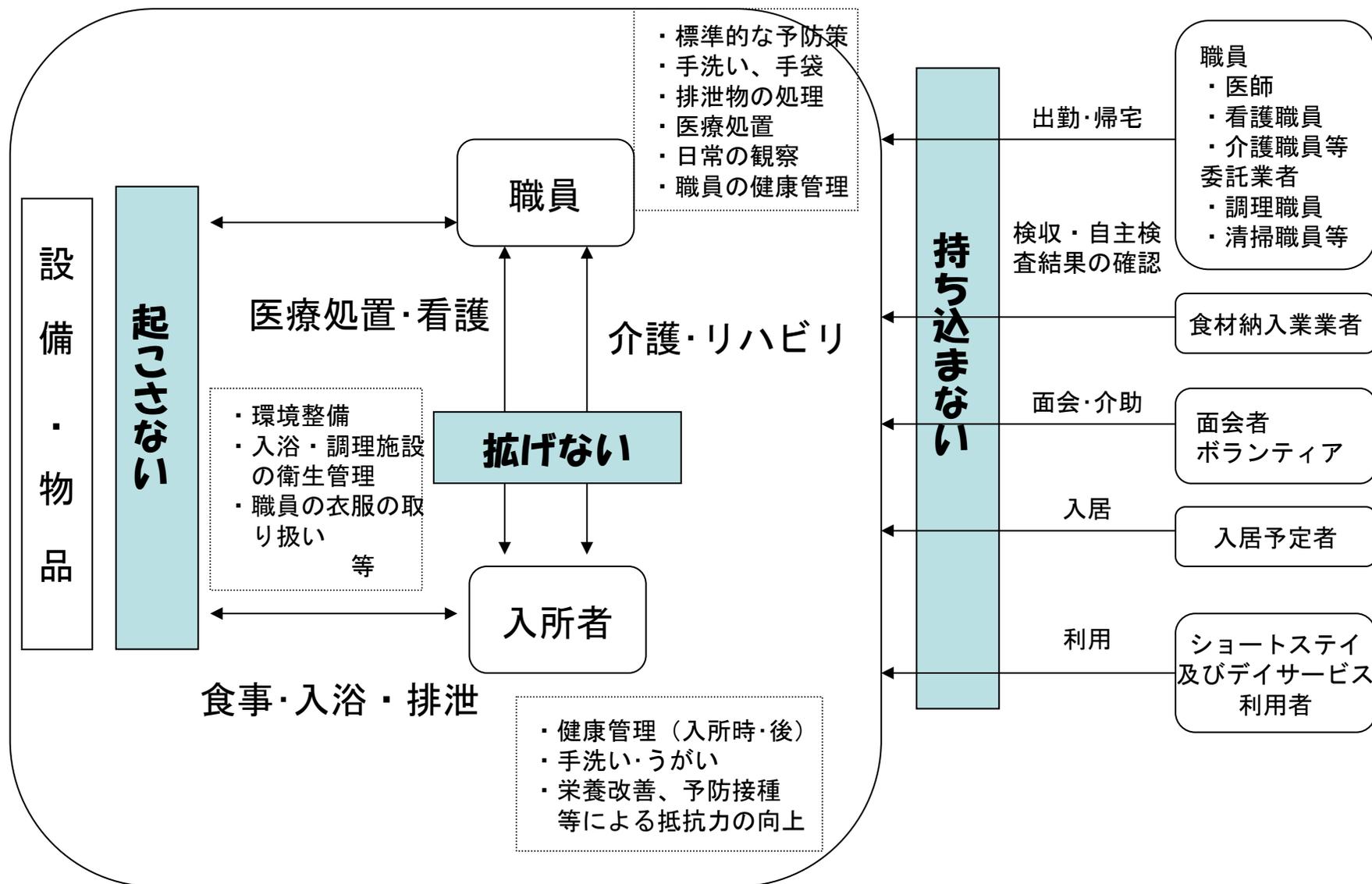
- ・ 介護保険施設等は高齢者や乳幼児等体力が弱い方が集団生活していることを十分認識の上ノロウイルス、レジオネラ症等の感染症、食中毒等に対する適切な予防対策を講じることが極めて重要です。
- ・ インフルエンザは毎年冬期に流行を繰り返し、近年においては、高齢者施設における集団感染等の問題が指摘されており、介護保険施設等においても十分な注意が必要です
- ・ 香川県においては、感染症対策や食中毒予防に関し、国からの通知や県の薬務感染症対策課から受理した場合は、当該通知を同報メールにて周知すると共に、「かがわ介護保険情報ネット」に掲載し、情報提供することとしています。

○かがわ介護保険情報ネットのホームページに掲載している、感染症情報関係通知（一部抜粋）

- ・ H26.2.26 社会福祉施設、介護保険施設等におけるノロウイルスによる感染性胃腸炎及び、食中毒の発生・まん延防止策の一層の徹底について
- ・ H26.1.31 インフルエンザ流行注意報の発令について
- ・ H26.1.31 感染症発生時に係る報告について
- ・ H26.1.21 ノロウイルスを原因とする食中毒の発生防止について
- ・ H25.12.27 年末年始における感染症発生時の対応について
- ・ H25.10.22 大量調理マニュアルの改訂について
- ・ H25.11.29 感染性胃腸炎の流行に伴うノロウイルスの予防啓発について

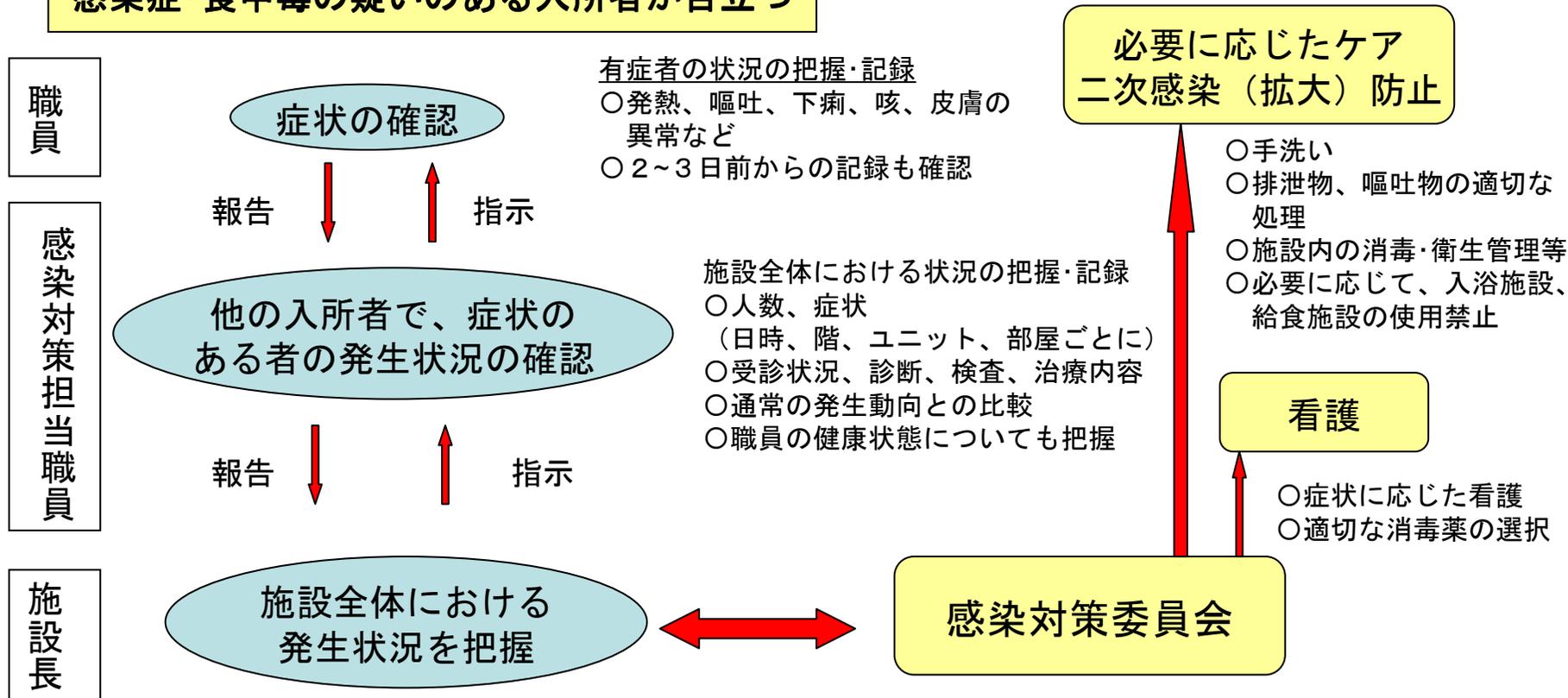
等

感染症対策の基本は、起こさない・拡げない・持ち込まない！



感染症が疑われる時は適切な報告を

感染症・食中毒の疑いのある入所者が目立つ



〈報告が必要な場合〉

- ア 死亡者・重症患者が1週間に2名以上
- イ 感染症が疑われるものが10名以上又は入所者の半数以上
- ウ 通常の発生動向を上回り、必要な場合

* 同一の感染症による患者が、10名以上又は半数以上発症した場合であって、最初の患者が発生してからの累計の人数で報告いただくよう求めています。

社会福祉施設等の入所施設における
感染症発生時の標準的な対応基準

*この対応基準は、標準的なものであり、施設・入所者の特性、感染症の発生状況等を考慮するとともに、嘱託医、施設等主管課、保健所等関係機関と連携し対応する。また、発症者の対応については主治医等と連携し対応する。

124.4.30 作成

	感染性胃腸炎（ノロウイルス等）	インフルエンザ等	腸管出血性大腸菌感染症	レジオネラ症
感 染 経 路	経口感染（食品、水、感染者からの二次感染等）飛沫感染も考えられている。	飛沫感染（咳・くしゃみ等） 接触感染（鼻咽頭分泌物等）	経口感染（食品、水、感染者からの二次感染等）少量の菌で感染する。	空気感染・飛沫感染 ヒト-ヒト感染はない。
入 浴	・発症者は、症状がある期間は、入浴を控えるか、個別入浴とし、最後に入浴する（浴槽にはつからず、シャワー、かけ湯等を行う。）。症状回復後も1週間程度は、最後に入浴する。	・発症者は、症状がある期間は、入浴中止とする。 ・他の入所者は、終結までは可能な限り、個別入浴とし、複数名の同時入浴は避ける。	・発症者は、症状がある期間は、入浴を控えるか、個別入浴とし、最後に入浴する（浴槽にはつからず、シャワー、かけ湯等を行う。）。 ・患者・無症状病原体保有者は、病原体を保有していないことを確認(*)するまでは、最後に入浴する。	・浴室の使用を中止する。 (水質検査で陰性確認されるまで)
食 事	・発症者は、症状がある期間は、個別対応とする（個室等）。	・発症者は、発症後5日かつ解熱後2日（幼児にあつては解熱後3日）経過するまで個別対応とする（個室等）。	・発症者は、症状がある期間は、個別対応とする（個室等）。	
外 泊 ・ 外 出	・終結するまで、原則中止する。	・同 左	・同 左	
面 会	・終結するまで、注意喚起の掲示、面会制限を行う。	・同 左	・同 左	
短期入所等の 受 入 れ	・終結するまで、受入れは原則中止する。	・同 左	・同 左	・浴室の使用は中止する。 (水質検査で陰性確認されるまで)
施 設 内 の 区 域 管 理	・終結するまで、利用者・職員の動線に合わせ、清潔区域・汚染区域を管理する（職員更衣室・食堂等を含む。）。	・同 左	・同 左	
職員等の対応	・発症者は、症状がある期間は、出勤を控える（できれば、症状回復後1日程度は様子を見る。）。 ・発症者は、症状回復後1週間程度は、飲食物に直接接触する業務を避けることが望ましい。	・発症者は、発症後5日かつ解熱後2日経過するまでは、出勤を控える。	・発症者は、症状がある期間は、出勤を控える（できれば、症状回復後1日程度は様子を見る。）。 ・患者・無症状病原体保有者は、就業制限が解除(*)されるまで、飲食物に直接接触する業務は禁止。	
併設事業所が ある 場 合 の 併設事業所 お け る 対 応	・併設事業所の利用者、職員、使用設備等が、発生施設と区分できない場合、併設事業所の利用者に発症者がした場合などは、終結まで制限又は中止する。 ・終結まで注意喚起・協力依頼を周知する。	・同 左	・同 左	・併設事業所の浴室の配管が、発生施設と同一系統である場合、浴室の使用を中止する。 (水質検査で陰性確認されるまで)
終 結	・新たな発症者が出なくなり1週間程度経過観察し、問題がなければ終結とする。	・同 左	・患者・無症状病原体保有者が病原体を保有していないことを確認(*)できれば	・施設環境の感染原因が否定できれば終結とする。

県の指導は、管理面の指導をこの基準に沿って行う

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（4）

【指導事項】

（4）医行為

- ・手順を踏まず、介護職員による服薬介助がされていた
- ・吸引等の物品の清潔な取扱いができていない→**事故発生**
- ・業務（介護、看護）マニュアルが整備されていない又は不十分

「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」を参照し、事故が起こらないよう十分な配慮をすること。

※解釈通知には、

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故がおきた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。



医師や看護師等と連携し、安全に実施すること

※医師等の指示は記録に残しておくこと

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について
(平成17年7月26日医政発第0726005号)

厚生労働省医政局長通知(別紙)抜粋

- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により、患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を尊重した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服(舌下錠の使用も含む。)、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
 - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
 - ③ 内服薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
- ・ 注5 上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実地されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実地されるべきである。

●p.27原則として医行為ではないと考えられる行為については、以下の3点が満たされるように改善を行ってください。

- 1 p.27記載の3条件を満たし、具体的な依頼があったことを、第三者(家族含む)が記録等で確認できるようにすること。方法としては、事業所の業務手順にもより個々の対応が考えられるが、各種計画又はサービス提供の記録等に記載することや同意書の整備等も考えられる。記録内容には、①日付(時間の有無は、事業所判断で可)、②誰が3条件の確認を行ったか、③誰からの依頼があり、誰に説明を行ったかが記載されていること。
- 2 服薬指導、保健指導・助言を尊重した介助を実施していることが書類等で確認できるようにしておくこと。
- 3 処方薬の変更・状態の変化等があれば、再度上記の内容を確認する等、適切な手続きを行うこと。

記録等記載例（参考）

入居者氏名： _____ について、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に、

資格名 _____ ・ 確認者氏名 _____ が、

- ①患者が入院・入所して治療する必要がなく、容態が安定していること
- ②副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③内服薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

の3条件を満たしていることを確認しており、3条件を満たす場合には、介護職員による医薬品の使用の介助ができることを、施設から説明を受けました。

そこで、氏名 _____ ・ 続柄 _____ は、介護職員が（□皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、□点眼薬の点眼、□一包化された内服薬の内服、□肛門からの座薬挿入、□鼻腔粘膜への薬剤噴霧）行うことを依頼し、介護職員による医薬品の使用の介助が実施されることについて同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設説明者：氏名 _____ ・ 職名 _____ 、

入居者氏名： _____ 、

説明を受けた者：氏名 _____ ・ 続柄 _____ 、

介護職員等によるたん吸引等の実施について

介護福祉士や介護職員等が、たんの吸引等を行うためには、
○介護福祉士はその養成課程において、
○介護職員等は一定の研修（『喀痰吸引等研修』）を受け、
たんの吸引等に関する知識や技能を修得した上で、はじめてできるようになります。

※ただし、現在既に一定の要件の下でたんの吸引等の提供を行っている者（経過措置対象者）については、こうした研修で得られる知識及び技能を有していることが証明されれば認められる旨、法律上の経過措置が定められています。

特定行為事業者登録



認定特定行為業務従事者登録

○個人であっても、法人であっても、たんの吸引等について業として行うには、登録事業者であることが必要です。
○登録事業者となるには都道府県知事に、事業所ごとに一定の登録要件（登録基準）を満たしている旨、登録申請を行うことが必要となります。

両方がなければ、実施はできません

吸引時必要物品の清潔保持方法

吸引部位別で清潔保持の方法は異なります。気管カニューレ内部の吸引では、特に、吸引チューブの気管内への挿入部分に菌がつかないように扱う必要があります。吸引チューブは、1吸引1回使い捨てが原則ですが、やむを得ず再度利用する場合には、利用者ごとに清潔に保管しなければなりません。現在、吸引チューブの清潔保持方法は、消毒液による「浸漬法」と、消毒薬を用いない「乾燥法」があります。吸引チューブを拭く清浄綿等は、必ず1回ごとに破棄します。下記にそれらの代表的な例を記します。

概要	吸引チューブを消毒液につけて保管する方法	吸引チューブを乾燥させて保管する方法
手順	①吸引後、チューブ外側の汚染除去のため、清浄綿等で拭く ②チューブ内側の粘液の除去のため、滅菌水（口鼻腔は、水道水でも可）を吸引する ③吸引チューブを消毒液に浸して保管する	①吸引後、チューブ外側の汚染除去のため、清浄綿等で拭く ②チューブ内側の粘液の除去のため、滅菌水（口鼻腔は、水道水でも可）を吸引する ③吸引チューブ内の水滴がない状態で、ふた付きの乾燥容器に保管する
交換頻度 (推奨)	吸引チューブ、消毒液は24時間おき洗浄水は8時間おき	吸引チューブ、保管容器の消毒は24時間おき
注意点	<p>「乾燥法」は、細菌の生存に必要な水分や喀痰が存在しなければ、細菌の発育がしにくいという性質に基づいた方法で簡便であるが、実際、吸引チューブ内の乾燥を保つのは、吸引頻度によっては至難である。細菌は目に見えないため、いっそうの注意が必要である。口・鼻の上気道には、常在菌が存在するため、口・鼻用のチューブを無菌状態を保つのは困難である。よく水洗いされた清潔な状態を保つように心がける。</p> <p>気管内・口鼻用ともに、チューブ内側の粘液等を吸引圧をかけながら、十分洗い流すことが肝要である。</p>	

引用文献：介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト 編集（社）全国訪問看護事業協会

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの(5)

【指導事項】

(5) 事故防止に関すること

- ・ヒヤリハット・事故報告の区分認知が不十分。
- ・事故発生の防止のための指針やマニュアルの整備（内容）が不十分。
- ・事故防止マニュアルの見直しがされていない。
- ・市町への事故報告ができていない。
- ・事故防止のための研修会が定期的に実施できていない。
- ・ヒヤリハット様式が記載しにくく、活用できていない。
- ・再発防止のための検討が複数名でされておらず、具体的な対策でない。また、検討時期が遅い。
- ・再発防止策の職員周知が徹底できていない。
- ・家族へ事故が報告されているかどうか不明である。

【評価事項】

- ・再発防止策を実施後（1週間後、1ヶ月後等）に、評価を行い再検討を行っている。
- ・事故の集計を行うことで、職員の事故防止に対する意識が高まった。
- ・研修（介護技術）の実施で、事故が減少した。
- ・事故発生当日か翌日の16時に、検討会を実施することを施設で取り決めているため、早急な検討が必ず実施できている。

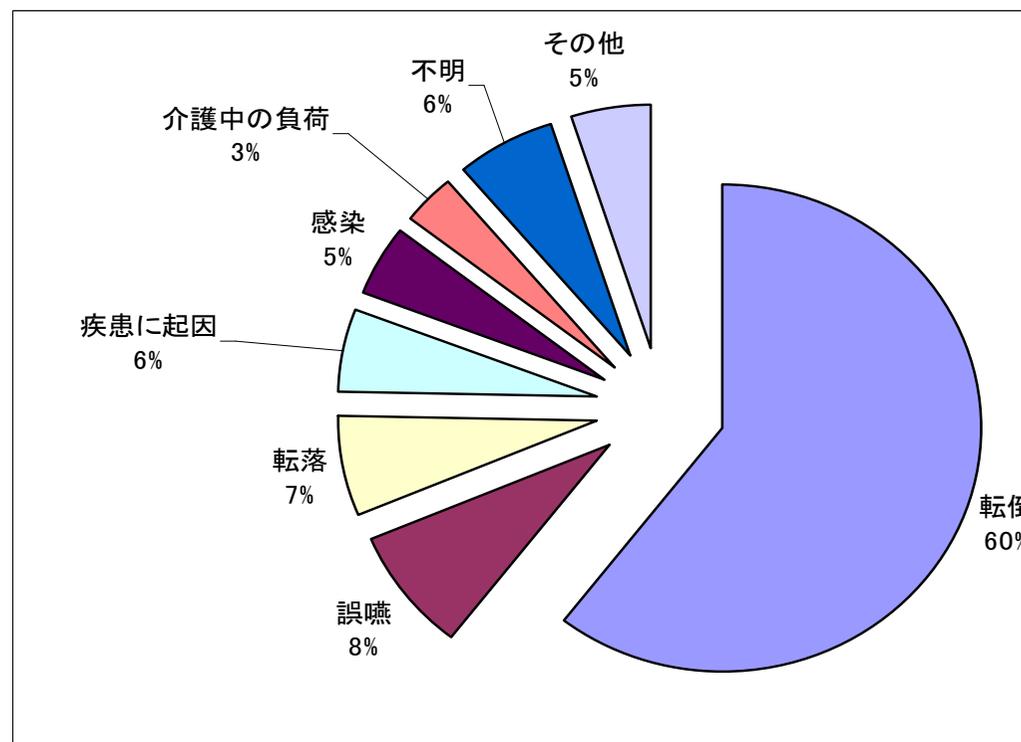
平成24年度事故発生状況

平成24年4月から平成25年3月までの1年間に、市町が報告を受けた事例は**1535件**、そのうち市町から県に随時の報告を受けた事例は**468件**（軽費老人ホーム事業者含む）

県に随時の報告を受けた468件のうち、転倒事故が**283件**

1 事故内容

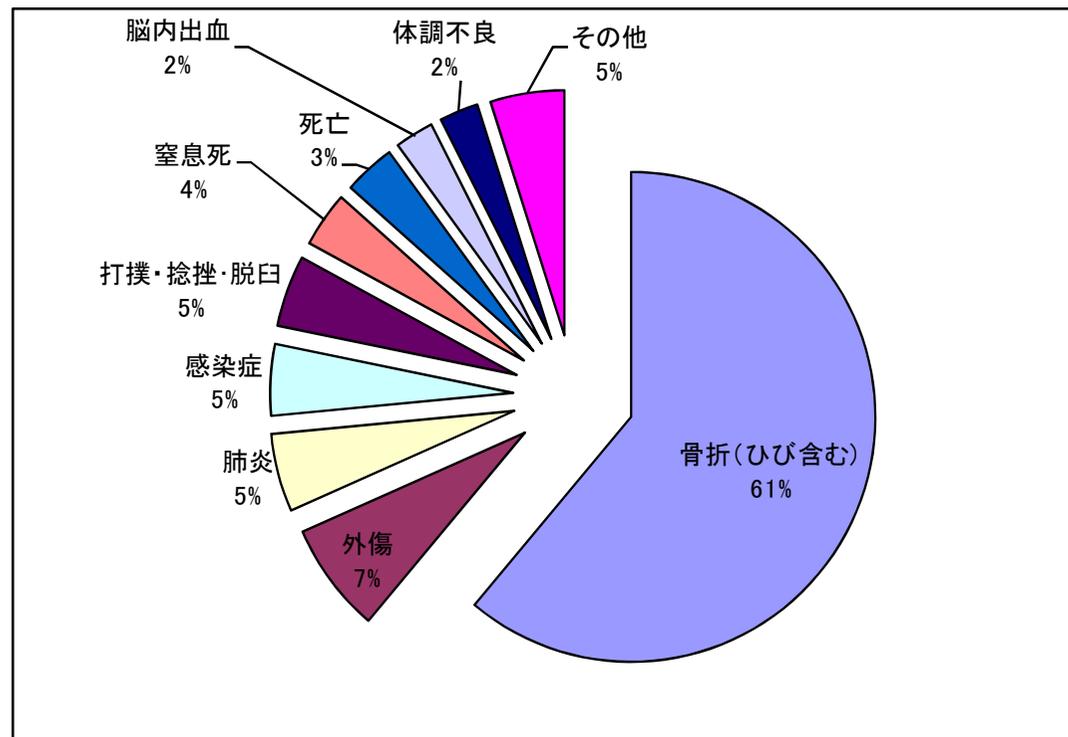
内容	事故件数	事故割合
転倒	283	60.4
誤嚥	38	8.2
転落	31	6.7
疾患に起因	26	5.6
感染	23	5.0
介護中の負荷	15	3.3
職員の法令違反	4	0.8
自殺	3	0.6
交通事故	3	0.6
その他	14	2.9
不明	28	5.9
総数	468	100%



(468件中)

2 事故種別

種別	事故件数	事故割合
骨折(ひび含む)	286	61.2
外傷	34	7.3
肺炎	23	4.9
感染症	23	4.9
打撲・捻挫・脱臼	22	4.8
窒息死	19	4.1
死亡	12	2.6
脳内出血	12	2.6
体調不良	9	1.9
その他	23	4.9
総数	468	100%



骨折事故が6割以上を占め、転倒・転落した311件中骨折したのは252件 (81.0%)

窒息死亡事故も19件見られる

また、職員不在時の事故は309件 (66%) 発生している

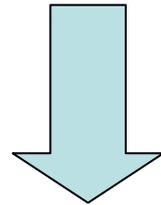
事故原因別事故種別

事故原因 事故種別	転倒	誤嚥	転落	疾患に 起因	感染	介護中 の負荷	職員の法 令違反、 不祥事	自殺	交通 事故	殴打	誤薬	チューブ 自己抜去	無断 外出	その他	不明	総計
骨折(ひび含む)	230		22			8			2	1				3	20	286
死亡		18	2	12				3							1	36
外傷	21		3	3		4									3	34
肺炎		15		3										1	4	23
感染症(インフル・ノロ含む)					23											23
打撲・捻挫・脱臼	21								1							22
脳内出血	10			1						1						12
体調不良				8											1	9
窒息		5														5
職員の法令違反、不祥事							4									4
脱水症														2	2	4
チューブ抜去						1						2				3
その他			2			2					2		1			7
事故件数	282	38	29	27	23	15	4	3	3	2	2	2	1	6	31	468

事故発生時の報告マニュアルの改正について

- ・ 事故発生時の報告が速やかに行えていない
- ・ 再発防止策の検討が具体的に実施できていない
- ・ 介護中でない（利用者単独での転倒事故等）ので事故報告は必要ないと思っている事業者がある

などの状況から・・・



マニュアル・報告様式を変更

【主な変更点】

- ・ 利用者が事業所内にいる間は「サービス提供中」に含まれ、原因不明の事故も含まれると明記。
- ・ 重大性の高い事故については、第1報を電話で行う。
- ・ 速やかに、具体的な報告となるよう、報告書は第1報と第2報に分けて記載する。
- ・ 「速やかに」の日数を明確にする。（第1報3日以内、第2報2週間以内）
- ・ 再発防止策の検討が具体的となるように、事故原因を「本人要因」「職員要因」「環境要因」に分けて分析を行う。また、利用者個人だけでなく事業所全体での再発防止策についても検討を行う。
- ・ 事故発生後の状態の変化に応じて、ケアプランが適切に変更されているか記載。 など

かがわ
介護保
険情報
ネット
掲載

高齢者介護施設等における事故発生時の防止及び発生時の対応～事故別対応集～

香川県老人福祉施設協議会介護事故の防止対策に関する検討ワーキングチームメンバーの協力により作成
事故発生の防止及び発生時の対応等について事例別にまとめている。⇒

各施設等においても取組みをお願いします。

事故報告書記載例と記載のポイント

1 対象者	対象者氏名・年齢	香川 花子	年齢: 88	
	事故発生日・報告日	発生日: 25年 10月 1日	第1報告日: 25年 10月 2日	
2 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状・経過、その他状況)	右大腿骨頸部骨折のため、10月4日手術施行。術後の経過は良好であるが、入院により認知症状が悪化している。 *チェックポイント* ・今後のケア方針を検討する上で、必要な情報を把握しているか。 ・利用者・家族の理解・信頼を得られるように、事業者として対応しているか。	事故後の利用者の経過(手術、治療の経過、退院の有無、死亡日等)	
	家族等の反応	夜間自分でトイレへ行こうとして転倒したようですが、認知症状も悪化していて、転倒さえしなければと悔やまれます。 *チェックポイント* ・利用者・家族の理解・信頼を得られるように、事業者として対応しているか	事故後の家族の反応(事故に対しての発言、事業所に対する反応等)	
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有(対応内容を具体的に) (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉)	見舞金、医療費、損害賠償等具体的に記載	
3 再発防止策	検討日時	25年 10月 5日		
	検討会参加の職種・人数	7人	職種 施設長、介護支援専門員、生活相談員、栄養士、看護職員、介護職員、機能訓練指導員	
	原因分析	利用者の行動 (本人要因)	歩行器使用し歩行は自立していたが、最近歩行時のフラツキがみられていた。歩行器を使用していなかった。夜間ナースコールを押してもらい、トイレへ付き添っていたが、職員に遠慮してコールを押さなかったようである。 *チェックポイント* ・根本原因を探るために、可能性が考えられる全ての事故原因について検討しているか。 ・1つの事象について、「なぜそうなったのか」という問いを繰り返して掘り下げているか。	利用者のADLや嚥下力等の要因によるもの
		職員の対応 (職員要因)	「トイレへ行く時はコールを押してくれるだろう。」というリスクに対する意識の薄れがあった。	職員の知識、技術、状況等の要因によるもの
		設備等 (環境要因)	居室は電気を点けておらず、暗かった。歩行器がベッドから少し離れたところに置いてあった。また、居室からトイレまで、距離があった。	設備・備品や職員配置等によるもの
	利用者個人への対応	対応済みの内容	入院中のため、退院後に対応を実施する。 *チェックポイント* ・事故原因の因果関係を整理し、検討を行っているか。 ・職員一人ひとりが、統一したケアを実施できるように具体的な対策となっているか。	原因分析に対して利用者個人に対して行うケアの対応
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	トイレに近い居室に変更。本人の状態を考慮し、夜間ポータブルトイレの設置やセンサーマットの設置を検討する。排泄パターンを把握し、早めにトイレ誘導の声かけを行う。機能訓練の実施。(退院後に実施予定)	入院中などで早急な対応策が実施できない場合や、実施までに時間を要する事項について記載
		ケアプランの変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> その他(退院後に変更予定)	事故後のケアプランの変更状況
	事業所全体での対応	対応済みの内容	職員が危険予測ができるように、研修の実施。居室での歩行器の設置場所の確認。 *チェックポイント* ・同様な事故を未然に防ぐために、他の利用者に対して検討した対応策を記載する	分析結果をもとに事故にあった利用者個人だけでなく事業所全体で取り組むべき再発防止策
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	見守りが必要な入所者の排泄パターンの把握。歩行器歩行されている方の、居室の見直しや環境整備。遠慮なく、職員に声をかけてもらえる環境作りに努める。(平成25年10月30日までに実施予定)	実施までに時間を要する対応策について記載

(参考)指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル

香川県健康福祉部長寿社会対策課
(平成20年1月15日制定)
(平成23年4月7日改正)
(平成25年9月4日改正)

1 目的

指定介護サービス事業者（以下「事業者」という）は、サービス提供時に発生した事故について、介護保険法に基づく運営基準及び同解釈通知により、その内容や対応状況を市町に報告することにより、その報告を受けた市町及び県が、事故に対する適切な対応や再発防止策に対して、事業者への指導及び助言を実施することにより、事業者、市町及び県が連携して、介護サービスの安全と質の向上を図ることを目的とする。

2 事業者が事故報告を行う範囲

事業者は、次の事由に該当する場合に市町に対して報告を行うこととする。なお、事業者の住所地と利用者の保険者である市町が異なる場合には双方の市町に報告を行うこととする。

(1) サービスの提供による利用者のけが等又は死亡事故の発生

(注1)「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。

また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれる。

(注2) けが等とは、発生の原因に関わらず、骨折、打撲、出血、火傷、誤嚥、異食及び薬の誤投薬等で医療機関を受診し、治療または入院したものを原則とする（原因不明のものも含む）。

(注3) 事業者側の過失の有無は問わない。

(注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

(2) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

(注5) 利用者の処遇に関連するものに限る。（例：利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など）

(3) その他、報告が必要と認められる事故の発生

3 報告の手順

(1) 事故後、各事業者は第一報を、3日以内に市町へ様式1により報告する。

(注1) 次の①～④の事由による、重大性の高い事故については第一報を電話で行い、その後報告様式1を提出する。

- ①事故により利用者が死亡したもの
- ②利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの
- ③重大な指定基準違反があると思われるもの
- ④職員の不祥事

(2) 事故発生後の処理等が終了後、様式2により原則2週間以内に報告する。報告が遅れる場合は、その旨を市町に連絡すること。

(注2) 事故報告書は、報告様式1、2を標準とするが、市町により別に様式が定められている場合や、報告様式1、2の報告事項が明記されている書式であれば代替して差し支えない。

4 報告を受けた市町の対応の留意点

(1) 事故に係る状況を把握するとともに、事業者による事故への対応が終了していないか、又は、明らかに不十分である場合等、当該事業者の対応状況に応じて、保険者として必要な対応（事実確認、指導等）を行うものとする。

(2) 事業者から文書による報告内容が不十分である場合は、再報告等を求める。

(3) 報告内容をもとに下記5の事由に該当する場合は、県へ報告を行うものとする。

(4) 事故の再発防止策を検討するにあたって、事業者から市町に協力依頼があった場合には、可能な限り対応をする。

5 市町から県への報告について

(1)各市町は、事業者から受けた事故報告の内容が、次の事由による場合は、事業所からの報告書の写しを5日以内に県に提出するものとする。（重大性の高い事故については、事業者から報告があり次第、電話で報告）なお、市町に指定権限のある事業者（中核市に住所を有する事業者及び地域密着型サービス事業者）に係るものについては、原則、死亡事故のみとする。

- ①事故により利用者が医療機関で入院治療を要したもの又は死亡したもの
- ②利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの
- ③重大な指定基準違反があると思われるもの
- ④職員の不祥事
- ⑤その他、他の事業者に事例として情報提供することによって、同様な事故の発生防止に寄与すると思われるもの

(2)各市町は、事業者から受けた当該年度の事故報告について、別紙様式により、翌4月末日までにメールにて、県に報告するものとする。（(1)の報告を含む。）

6 報告の活用等について

県において報告内容を取りまとめ、介護サービスの安全の確保と質の向上を行うための基礎資料として活用する。

なお、当該報告は事業者の事故に対する過失の有無を判断するためのものではない。

（附則）

このマニュアルは、平成25年9月4日から施行し、平成25年10月1日以降に発生した事故から適用する。

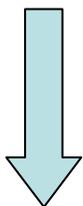
【報告のフロー図】

サービス提供時に事故発生



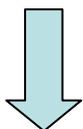
- ・ 利用者の家族等への連絡
- ・ 利用者に係る居宅介護支援事業者へ連絡

事業者から市町（保険者）へ電話又は報告様式1による報告



- ・ 文書による第一報は、3日以内に行うこと。
重大性の高い事故については第一報を電話で行い、その後様式1を提出する。
- ・ 事故発生後の経過については、適宜連絡を行うこと。
- ・ 必要に応じ関係機関へ遅滞なく連絡を行うこと。

事業者から市町（保険者）へ報告様式2による報告



- ・ 事故発生後の処理等が終了後（2週間以内）、報告様式2により事故報告を行うこと。

市町から県への報告

次の事由による事故の場合は、5日以内に県に報告を行う。なお、重大性の高い事故については、事業者から報告があり次第、電話で報告すること。

- ・ 医療機関への入院又は死亡
- ・ 身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ・ 重大な指定基準違反があると思われるもの 等

毎年4月末日までに、各年度の状況報告をメールにて行う。（上記の報告を含む。）