

令和4年度

# 集團指導資料

(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者



島原地域広域市町村圏組合 介護保険課

## 《 目 次 》

|    |                                |     |
|----|--------------------------------|-----|
| 1  | 地域密着型サービスについて                  | 2   |
| 2  | 高齢者虐待防止について                    | 3   |
| 3  | 実地指導における指摘事項等について              | 4   |
| 4  | 人員、設備及び運営に関する基準などを定める条例の制定について | 1 2 |
| 5  | 事業所の各種提出書類について                 | 1 6 |
| 6  | 介護サービス提供時に発生した事故報告について         | 2 2 |
| 7  | グループホーム運営における留意事項              | 2 5 |
| 8  | 業務管理体制の整備について                  | 2 9 |
| 9  | グループホーム入居等の特例について              | 3 1 |
| 10 | グループホームの入所者情報について（変更）          | 3 5 |
| 11 | 運営推進会議及び介護・医療連携推進会議について        | 3 8 |
| 12 | 令和3年度介護報酬改定について（新規）            | 4 2 |
| 13 | 生活保護法指定介護機関の留意点                | 4 3 |
| 14 | サービス種類と適用可能公費の関係（新規）           | 4 5 |
| 15 | 介護相談員派遣事業について                  | 4 6 |

この資料において、用語の定義は次のとおりです。

- 「構成3市」とは、島原市、雲仙市及び南島原市のことをいう。
- 「保険者」とは、構成3市においては島原地域広域市町村圏組合のことをいう。

# 1 地域密着型サービスについて

地域密着型サービスとは、高齢者が中重度の要介護状態になっても可能な限り住み慣れた自宅や地域で生活を継続できるように、平成18年4月の介護保険制度改正により創設されたサービス体系です。

## 《特色》

- （介護予防）認知症対応型共同生活介護については、原則として、構成3市のそれぞれその市内の住民のみが利用可能。ただし、平成26年度から、構成3市内の市域を超えた入居を1ユニット3人まで認めている。（「12 グループホーム入居等の特例について」参照）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護についても、原則として、構成3市のそれぞれその市内の住民のみが利用可能。ただし、平成30年度から規制を一部緩和し、構成3市内の市域を超えた入所を1施設（29人利用）に3人まで入所可能。
- 通所系のサービスについては、原則として、構成3市の住民が市域を超えて利用可能。
- 事業者の指定と指導監査は、保険者（本組合）が行う。

## 《対象者》

- 要支援、要介護の認定を受けた方
- 原則として、当該市の住民（被保険者）
- 平成27年4月以降、住所地特例対象者についても、一部の地域密着型サービスや総合事業を利用することができます。利用できる地域密着型サービス等は次のとおりです。
  - ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護    ②地域密着型通所介護
  - ③（介護予防）認知症対応型通所介護    ④（介護予防）小規模多機能型居宅介護
  - ⑤看護小規模多機能型居宅介護            ⑥夜間対応型訪問介護
  - ⑦第1号通所事業（総合事業）            ⑧第1号訪問事業（総合事業）

## 《サービスの種類》

| 地域密着型サービス            | 要支援    | 要介護 | 備考        |
|----------------------|--------|-----|-----------|
| 夜間対応型訪問介護            | ×      | ○   |           |
| （介護予防）認知症対応型通所介護     | ○      | ○   |           |
| （介護予防）小規模多機能型居宅介護    | ○      | ○   |           |
| （介護予防）認知症対応型共同生活介護   | 要支援2のみ | ○   |           |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | ×      | ○   |           |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ×      | ○   | 原則、要介護3～5 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | ×      | ○   |           |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | ×      | ○   |           |
| 地域密着型通所介護            | ×      | ○   | 利用定員18名以下 |
| 療養通所介護               | ×      | ○   | 利用定員9名以下  |

## 2 高齢者虐待防止について

近年、マスコミ報道等であるとおり、高齢者の住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）において、入居者に対する虐待行為や重大な事故が明らかになっています。

高齢者虐待に関しては、単に1施設、1職員が引き起こした事件として終わらせることなく、各事業者において、同様な案件が起きないように対応に努めてください。

重大事故や問題が発生した場合には、事業所と法人が連動して速やかに事実関係や原因を究明するとともに、本組合へ報告を行い、根本的な再発防止策に取り組んでください。

【参考：高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律】

「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは・・・

- イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

(法第2条第5項抜粋)

○高齢者虐待防止に関する取組（法第20条）～養介護施設設置者、養介護事業を行う者～

- ・養介護施設従業者等の研修を実施すること。
- ・利用者や家族からの苦情の処理の体制を整備すること。
- ・その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための措置を講じること。

(例) 虐待防止委員会の設置・運営、高齢者虐待防止マニュアル、身体拘束防止の手引の整備など

○通報の義務（法第21条）～養介護施設従事者等～

- ・業務に従事する養介護施設及び事業所において虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報しなければならない。
- ・秘密漏えい罪その他守秘義務違反にはあたらない。
- ・養介護施設従事者等は、高齢者虐待の通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取り扱いを受けない。

### 3 実地指導における指摘事項等について

#### 令和3年度実地指導実績

●地域密着型サービス事業所：26事業所

●居宅介護支援事業所：9事業所

(事業所数内訳)

|                   |       |                    |      |
|-------------------|-------|--------------------|------|
| ・認知症対応型共同生活介護     | 11事業所 | ・認知症対応型通所介護（共用型含む） | 1事業所 |
| ・地域密着型通所介護        | 3事業所  | ・地域密着型介護老人福祉施設     | 0事業所 |
| ・小規模多機能型居宅介護      | 2事業所  | ・看護小規模多機能型居宅介護     | 0事業所 |
| ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 0事業所  | ・居宅介護支援事業所         | 9事業所 |

令和3年度に実施した実地指導における主な指摘・指導事項や留意すべき点は、次のとおりです。事業内で再確認を行い、同様の指導を受けることのないようお願いします。

#### ① 運営に関する基準について

##### 運営規程、契約書及び重要事項説明書

- 契約書等の同意欄について、日付未記入や捺印漏れが見受けられた。  
⇒必要事項については、確認し、漏れがないようにしてください。
- 重要事項説明書に記載する料金に誤りがある。  
⇒正しい料金を記載してください。また、介護報酬の改定や加算の取得等により料金改正があった場合は、利用者又はその家族に対して説明をし、書面にて同意を得てください。

##### 自己評価及び外部評価

- サービスの質の評価について、自己評価（及び第三者評価）の取り組みが確認できない。  
⇒事業者は、年に1回以上、自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行うとともに、定期的に外部の評価を受けて常にその改善を図る必要があります。また、それらの結果を事業所内の見やすい場所に配置する等の方法により公表してください。

##### その他の日常生活費

- 日用品について、個人購入となっているのが見受けられた。  
⇒歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者に一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者（又は施設）が提供することが望ましい。

##### 認知症対応型通所介護（共用型）実施事業者へ

認知症対応型通所介護は、認知症であることがサービス利用要件の一つとなっています。認知症の確認が出来ない方は当該サービスの対象者ではないため、介護給付等を受けることができないのでご注意ください。認知症の確認方法は、主治医意見書（担当ケアマネジャーが情報開示申請を行ったもの）等であり、確認した書類や記録を個人ファイル等で保管しておいてください。

## ② 加算を算定する上で注意していただきたい事項について

加算については、複数の要件を満たすことを必要としているものが多くあります。要件を満たしていないにも関わらず算定していた場合は、給付費の返還を指導する場合もあることから、解釈通知や厚生労働省発出のQ&A等で要件を確認し、適切に算定してください。

### サービス提供体制強化加算

加算の算定要件である職員の割合は、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いて算出してください。この割合は、毎年3月に確認し、加算の取得・変更等を行う場合には、変更届出を提出してください（加算区分に変更がない場合は、届出は不要）。

### 利用者が入院したときの費用

下記の要件を満たした事業所において、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として1日につき246単位を算定することができます。

#### ◎算定要件

入居者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を提供するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び事業所に円滑に入居することができる体制を有していること。

#### ◎算定のポイント

- ・入院の初日及び退院日は含まれない。（※入院日及び退院日は所定単位数を算定）
- ・利用者の入院の期間中にそのまま退居した場合も入院時の費用は算定可能。
- ・1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで算定可能。

(例1)  
 入院期間:1月23日～1月29日  
 1月23日 入院……………所定単位数を算定  
 1月24日～1月28日(5日間)……………1日につき246 単位を算定可  
 1月29日 退院……………所定単位数を算定

(例2) 月をまたがる入院の場合 ※算定日数が6日間  
 入院期間:1月23日～3月8日  
 1月23日 入院の開始……………所定単位数を算定  
 1月24日～1月29日(6日間)……………1日につき246単位を算定可  
 1月30日～3月7日……………費用算定不可  
 3月8日 退院……………所定単位数を算定

(例3) 月をまたがる入院の場合 ※最大で連続13泊(12日間)の場合  
 入院期間:1月25日～3月8日  
 1月25日 入院……………所定単位数を算定  
 1月26日～1月31日(6日間)……………1日につき246単位を算定可  
 2月1日～2月6日(6日間)……………1日につき246単位を算定可  
 2月7日～3月7日……………費用算定不可  
 3月8日 退院……………所定単位数を算定

(例4) 月をまたがる入院の場合 ※算定日数が8日間  
 入院期間:1月28日～2月6日  
 1月28日 入院……………所定単位数を算定  
 1月29日～1月31日(3日間)……………1日につき246単位を算定可  
 2月1日～2月5日(5日間)……………1日につき246単位を算定可  
 2月6日 退院……………所定単位数を算定

| 月  | 1月 |    |    |    |    | 2月 |    |    |    |   |   |   | 3月 |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | 6 | 7 | ～ | 28 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 例1 | 入  | ①  | ②  | ③  | ④  | ⑤  | 退  |    |    |   |   |   |    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 例2 | 入  | ①  | ②  | ③  | ④  | ⑤  | ⑥  |    |    |   |   |   |    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 退 |
| 例3 |    |    | 入  | ①  | ②  | ③  | ④  | ⑤  | ⑥  | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩  | ⑪ | ⑫ |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 退 |
| 例4 |    |    |    |    |    | 入  | ①  | ②  | ③  | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦  | ⑧ | 退 |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |

初期加算の算定要件の追加について

30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合も、初期加算を算定できます。

◎算定要件

- ① 当該利用者が過去3月間(ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。)の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できることとする。
- ② 30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入居した場合は、①にかかわらず、初期加算が算定される。

※「再入居」とは、入院中、契約が継続している場合も含みます。

#### 看取り介護加算

当該加算は、主に 4 つの算定要件(①看取りに関する指針の同意 (入所の際)、②回復見込みがないと医師が判断した記録、③医師等と共同で作成した看取り介護計画の作成及び家族等の同意、④ターミナルケアの介護記録)がありますが、満たしていない場合は算定できないので、要件を確認していただき、適切に算定してください。

#### 認知症専門ケア加算

当該加算は、他の算定要件を満たしていても、認知症高齢者の日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ又はMを満たしていない者に対しては、加算の算定はできません。また、利用者の総数のうち日常生活自立度ランクがⅢ以上である利用者が 2 分の 1 以上であることを毎月末時点で確認してください。

#### 若年性認知症利用者受入加算

当該加算の基準は、「受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていること。」となっています。

40 歳以上 65 歳未満の方で、施行令第 2 条に規定されている 16 項目の特定疾病により介護保険の認定を受け 2 号被保険者となられた方であって、その中でも施行令第 2 条第 6 号に規定する特定疾病「初老期における認知症」にて介護保険の認定を受けられていることが算定要件となります。

### ③ 認知症対応型共同生活介護計画について

認知症対応型共同生活介護計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画作成担当者は、計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならず、また、当該計画を利用者に交付しなければなりません。

主な指摘・指導事項や留意すべき点は、次のとおりです。

- 計画書の記載事項に誤りや漏れがある。(認定日や認定期間の間違い、押印漏れ等)  
⇒記載事項については、誤りや漏れがないよう記載してください。  
なお、計画書の同意については、原則、署名捺印が適切であると考えますが、署名のみでも構いません。  
また、利用者が署名できない場合は、代筆が可能です。その場合、利用者氏名、代筆者氏名及び続柄を記載してください。
- 長期目標及び短期目標が利用者本人の目標ではなく、職員の目標になっている。  
⇒職員のケア目標ではなく、ニーズに応じた利用者本人が取り組む目標としてください。



- 計画の目標期間が6か月、12か月といった記載になっている。  
⇒利用者や職員が目標達成のための取り組む目安とする観点から、目標の期間については、○年○月○日～○年○月○日と記載し、評価時期が明確にわかるようにしてください。
- 目標の期間が要介護認定の有効期間を超えている。  
⇒本組合が指導する認知症対応型共同生活介護計画の統一事項として、「目標の期間は、認定の有効期間内で設定すること。」としているため、要介護認定の有効期間を考慮して設定してください。
- 専門用語や略語が多用されている。(PT、Dr、Ns、Pトイレ 等)  
⇒利用者や家族が見ても理解できるよう、わかりやすく記載してください。  
(PT→理学療法士、 Dr→医師、 Ns→看護師、 Pトイレ→ポータブルトイレ 等)
- モニタリングで介護計画の内容の実施状況や目標の達成度、サービスの検証を行っていない。  
⇒「達成」「一部達成」「未達」といった検証を行い、その結果を利用者や家族の意向等と照らし合わせて新たなニーズを導き出し、必要に応じて目標を見直すことが必要です。

#### **暫定ケアプランの重要性について**

実地指導の際、「暫定ケアプラン」の作成がないまま介護サービスの提供が行われている事が多く確認されています。

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」第118条に明記しているとおおり、提供されるサービスはケアプランに基づくものでなければなりません。これは要介護認定申請中の介護度が未決定の期間（区分変更を含む。）にサービスを開始する場合も同じ考え方であり、この場合、暫定ケアプランを作成し、サービス提供を開始しなければなりません。※認知症対応型通所介護計画含む。

暫定ケアプランの作成がなく、サービス提供が行なわれている事例を確認した場合は、その期間に関するサービスは保険給付対象外として扱い、給付費の返還を求めますので、基準に基づいた適切な運用を行ってください。

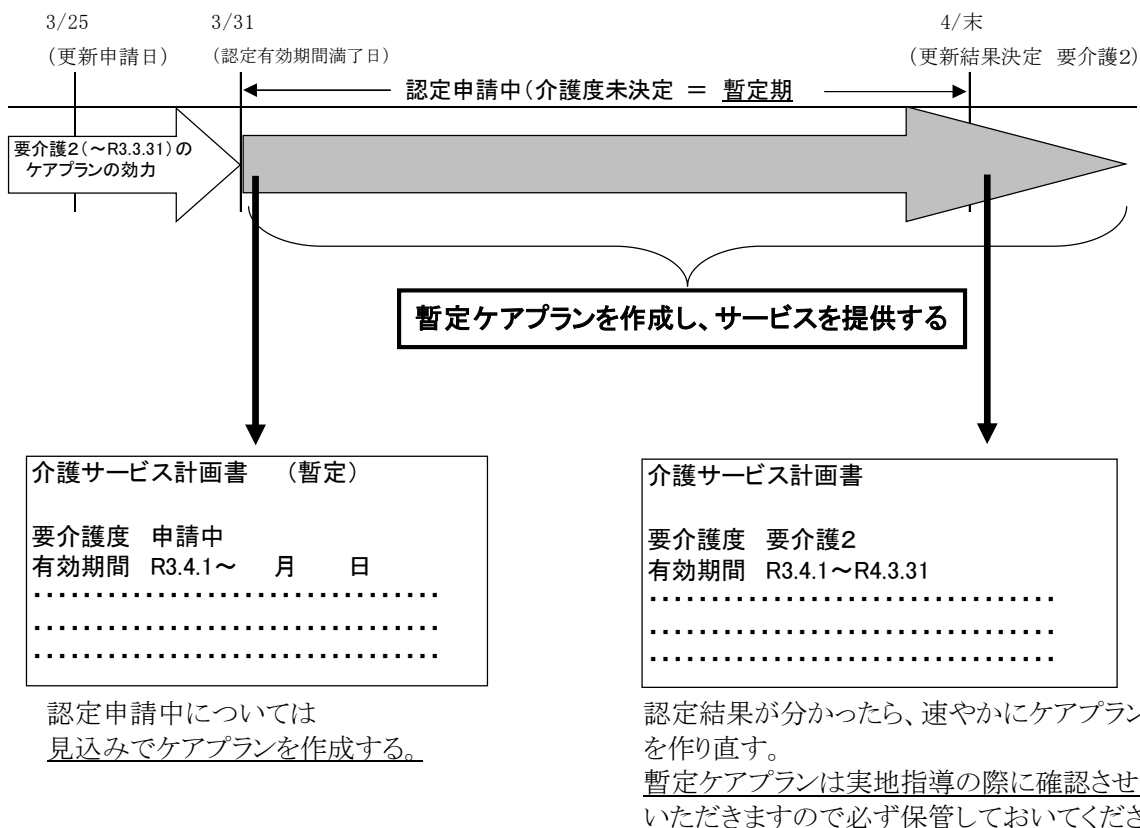
#### ● **要介護認定の更新申請は余裕をもって**

要介護認定の更新申請については、有効期間が満了する60日前からできますので、更新申請をされる場合は被保険者証の有効期間を把握され、余裕をもって申請してください。

有効期間が満了する直前に更新申請を行うと、介護度が決定するまでの暫定期間が発生してしまいます。更新結果は、更新申請後、およそ1か月程度かかります。

## ● 暫定ケアプランの運用例

現在、要介護2（有効期間がR3.3.31まで）を持つグループホーム入居者が、3月25日に更新申請を行う場合。



## ④ その他、留意事項について

### 内容及び手続きの説明及び同意

- 事業所は、サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、介護員等の勤務体制（管理者の兼務関係、職務内容や資格を含む）、事故発生時の対応、苦情処理の体制等、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければなりません。また、新たな加算の取得や食費等の変更により、利用料金に変更が生じる場合は、その都度、利用者やその家族に説明し、同意を得てください。

### 勤務体制の確保等

- 事業所は、利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに原則として月ごとの勤務表を作成する必要があります。勤務表を作成する際には、従業員の日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にしてください。夜間及び深夜の時間帯以外の配置については、利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1名以上配置（3：1）することとなっています。

例えば、利用者を8人とし、常勤の勤務時間を1日8時間とし、午後9時から午前6時までを夜間及び深夜の時間帯とした場合、午前6時から午後9時までの15時間の間に、8時間×3人＝延べ24時間の指定認知症対応型共同生活介護が提供され、かつ、当該時間帯においては、常に介護従事者が1名以上確保されていることが必要となります。

- ・事業所は、従業者の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や事業所内の研修への参加の機会を確保する必要がありますので、計画的な実施をお願いします。

#### 衛生管理

- ・マニュアルを策定していても、職員がマニュアルの存在を知らなければ、実効性がありません。マニュアルについては全職員に周知するようにしてください。
- ・共用タオルの使用は避け、ペーパータオルや個人用タオルなどを用意してもらうようお願いいたします。

#### 掲示

- ・掲示が必要な事項については、玄関等の利用者や家族が見ることのできるスペースに掲示してください。
- ・重要事項説明書等が自由に手に取って見られる状態になっていれば、必ずしも壁に張り付ける必要はありません。

#### 秘密保持

- ・利用者の個人情報の取り扱いについては、あらかじめ文書により利用者及びその家族から個人情報の使用に係る同意を得てください。

#### 記録の整備

- ・ケアプラン及びサービス提供記録は5年間、その他の諸記録は2年間保存。(完結の日から)
- ・完結の日とは、契約が終了した日を指します。

#### 消防法その他の法令等に規定された設備の設置

- ・スプリンクラー設備や自動火災報知設備、消防機関への火災通報設備は延べ面積に関わらず設置が必要です。その他、消火設備については、定期的に点検を行ってください。

#### 地域との連携等

- ・運営推進会議は定期的を開催し、会議録を事業所内に掲示する等により公表してください。
- ・グループホームについては、運営推進会議を概ね2月に1回以上(年6回以上)、開催してください。

## 日常生活費

- ・介護上または衛生管理上必要な消耗品等にかかる費用は、サービス提供の一環として保険給付の対象に含まれます。

(例) 寝具類、福祉用具のレンタル、介護用手袋、トロミ剤、歯ブラシ等に係る費用等

ただし、事業所で用意した物品が機能的に十分な用具であるにも関わらず、利用者個人の要求により希望された場合は、利用者及び家族の同意のもと、サービス提供とは関係ない費用として徴収することは可能です。

この場合、一人だけ特別なものを使用していることで、事業所内で不公平にならないかなどを運営推進会議等で検討し、記録に残しておいてください。

## 第三者評価実施の有無について

・平成 30 年度介護報酬改定に伴い介護保険サービスに係る基準通知の一部が改正され、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護等の事業所は、サービス提供の開始にあたって、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対して、「第三者評価の実施の有無」、「実施した評価機関の名称」、「評価結果の開示状況」をサービスの選択に役立つ重要事項として説明することになりました。

例) 提供するサービスの第三者評価の実施状況

|             |       |
|-------------|-------|
| 実施の有無       | 有 ・ 無 |
| 実施した直近の年月日  | 年 月 日 |
| 実施した評価機関の名称 |       |
| 評価結果の開示状況   | 有 ・ 無 |

上記を参考に、重要事項説明書に「提供するサービスの第三者評価の実施状況」を記載してください。

※実施の有無は、外部評価の実施をもって第三者評価を実施したものとみなします。

## 4 人員、設備及び運営に関する基準などを定める条例の制定について

### 1 条例制定の根拠

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るために関係法律の整備に関する法律等の施行による関係法令の一部改正に伴い、これまで国が省令で定めていた事業所の指定基準等を各自治体が条例で定めることとなりました。

本組合では、2本の条例を制定し、平成25年4月1日から施行しています。

### 2 人員、設備及び運営に関する基準等

#### (1) 条例名及び対象サービス等の一覧

| No. | 条例名  | 対象サービス等  |
|-----|--|--|
| 1   | 島原地域広域市町村圏組合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成25年条例2号)   | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>夜間対応型訪問介護<br>地域密着型通所介護<br>認知症対応型通所介護<br>小規模多機能型居宅介護<br>認知症対応型共同生活介護<br>地域密着型特定施設入居者生活介護<br>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>看護小規模多機能型居宅介護 |
| 2   | 島原地域広域市町村圏組合指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成25年条例3号) | 介護予防認知症対応型通所介護<br>介護予防小規模多機能型居宅介護<br>介護予防認知症対応型共同生活介護  |

#### (2) 条例の規定に係る方針

原則として、厚生労働省令が定める基準と同じ内容を規定しています。

ただし、地域密着型サービス運営委員会、パブリックコメント及び他市の状況等を踏まえ、次の2項目について本組合独自の基準を規定しています。

※本組合ホームページ例規集一覧に掲載してありますので、ご確認ください。

(3) 本組合が定める独自基準

| No. | 項目       | 規定内容  | 国の基準との関係   |
|-----|----------|---|------------|
| 1   | 記録保存年限   | 諸記録を2年間（ケアプラン及びサービス提供記録は5年間保存）保存する。<br>別途、従業者勤務体制の記録を5年間保存する。   | 国基準を変更（拡充） |
| 2   | 特養の居室の定員 | 1人とする。ただし、入所者への指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供上必要と認められる場合は2人と、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうち、1の居室の定員が2人以上の居室（以下「多床室」という。）の占める割合が、別表※に定める基準以下となり、かつ入所者のプライバシーに配慮され、組合の管理者が必要と認めた場合は、2人以上4人以下とすることができる。<br>※別表 100分の50 | 国基準を変更（拡充） |

### 3 身体拘束等の報告

基準省令においては、当該利用者及び他の利用者の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならないとの規定があります。

また、身体拘束を行う場合には、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しなければならないと規定されています。

本組合では、身体拘束の廃止を目指すことを基本としますが、やむを得ず実施する場合は、家族への連絡及び本組合管理者への報告を義務付けます。

身体拘束が必要な可能性がある利用者について、あらかじめ家族に対して必要性や拘束の内容について説明を行い、家族への報告を求めます。

また、身体拘束を実施した際には、報告書を毎月作成し、利用者毎の状況を翌月の10日までに介護保険課給付係まで提出してください。

※様式は次ページ参照。本組合ホームページからダウンロードが可能です。

## 月分身体拘束等実施報告書

報告日： 年 月 日

### 1. 事業者の概要

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 法人名     |  | 事業所名   |  |
| サービスの種類 |  | 事業所番号  |  |
| 事業所住所   |  |        |  |
| 電話番号    |  | 記録者職指名 |  |

### 2. 利用者の状況

|      |  |        |  |    |  |     |  |
|------|--|--------|--|----|--|-----|--|
| 氏名   |  | 年齢     |  | 性別 |  | 介護度 |  |
| 保険者名 |  | 被保険者番号 |  |    |  |     |  |
| 住所   |  |        |  |    |  |     |  |

### 3. 概要

|                  |                           |  |          |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------|--|----------|--|--|--|--|
| 拘束の時間帯           |                           | ※該当される日に○をつけてください<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20<br>21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |          |  |  |  |  |
| 場所               |                           |  |          |  |  |  |  |
| 個別状況による拘束の必要な理由  | ※緊急性・非代替性・一時性の観点から記載すること。 |  |          |  |  |  |  |
| 拘束の方法（行為（部位・内容）） |                           |  |          |  |  |  |  |
| 特記すべき心身の状況       |                           |  |          |  |  |  |  |
| 同意書の有・無          | 有                         | 無  | 家族への連絡日時 |  |  |  |  |
| 解除の予定            |                           |  |          |  |  |  |  |

### 4. 今後の対応

|             |  |
|-------------|--|
| 抑制廃止に向けた対応等 |  |
|-------------|--|

#### 4 身体的拘束等の適正化について

平成 30 年度の介護保険制度の改正に伴い、身体的拘束等の適正化を図るため、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額することとされています。なお、委員会については、運営推進会議を活用することもできます。

#### 《 身体拘束廃止未実施減算について 》【厚生労働省通知から抜粋】

身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6 項の記録（同条第 5 項に規定する身体拘束等）を行う場合の記録を行っていない場合及び同条第 7 項に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、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 回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から 3 月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

厚生労働省資料から抜粋

### 19. 認知症対応型共同生活介護 ⑦身体的拘束等の適正化

**概要** ※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む

○ 身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束廃止未実施減算を創設する。

#### 単位数

<現行> なし ⇒ <改定後> 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算（新設）

#### 算定要件等

- 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。
- ・身体的拘束等を行う場合には、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。
  - ・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、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。（※）
  - ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - ・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実施すること。
- ※ 認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。

上記については、確実に取り組んでください。



## 5 事業所の各種提出書類について

地域密着型サービス事業者として、必要な提出書類等の概要は以下のとおりです。

### 【提出書類1】

| 期限          | 書類  |
|-------------|---|
| R〇. 7月末     | 介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算実績報告書（加算算定事業所のみ）                   |
| R△. 2月末     | 介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算計画書（加算算定事業所のみ）                     |
| R△. 3月末     | ・地域密着型サービス外部評価の実施回数に係る適用申請書<br>・運営推進会議開催状況報告書 ※適用申請を行う事業所のみ |
| R△. 4月中旬    | 入所状況報告書【年度末（3月31日時点）の状況】                                    |
| R△. 4月20日まで | 運営推進会議開催状況報告書（※適用申請書を提出された事業所以外）                            |

### 【提出書類2】

|    |                           |
|----|---------------------------|
| 随時 | 身体拘束等実施報告書（実施した月の翌月10日まで） |
|    | 事故報告書                     |
|    | 入退所連絡票、空き状況報告書            |

### 【提出書類3】

| 事業内容に変更があった場合<br>（建物の構造・管理者・運営規定・計画作成担当者など） |   | 変更後<br>10日以内        |                   |
|---|---|---------------------|-------------------|
| 介護給付費算定に係る体制等に関する届（加算届）                     | 地域密着型通所介護                                     | 毎月15日以前<br>（例 5/15） | 翌月から<br>（6/1 から）  |
|   | 認知症対応型通所介護                                    |                     |                   |
|   | 小規模多機能型居宅介護                                   |                     |                   |
|   | 看護小規模多機能型居宅介護                                 | 毎月16日以降<br>（例 5/16） | 翌々月から<br>（7/1 から） |
|   | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>第1号訪問事業・第1号通所事業<br>居宅介護支援 |                     |                   |
|   | 認知症対応型共同生活介護                                  | 届出が月の初日<br>（例 6/1）  | 当該月から<br>（6/1 から） |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護                        | 届出が初日以外<br>（例 6/2）                            | 翌月から<br>（7/1 から）    |                   |

### 【提出不要書類】

|         |  |
|---------|--|
| 毎年3月に確認 | サービス提供体制強化加算の要件確認（加算算定事業所のみ）<br><b>【確認後、要件を満たさない場合は、4月から算定ができないため、変更届出を提出】</b> |
|---------|--|

## ① 変更届出書について

### ●提出が必要な場合

→ 厚生労働省令で定める事項が変更になった場合

変更届出書（第3号様式）にも記載されている事項で、具体的には以下のとおりです。

- 1 事業所（施設）の名称
- 2 事業所（施設）の所在地
- 3 申請者の名称（法人名）
- 4 主たる事務所の所在地
- 5 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所
- 6 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）
- 7 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等
- 8 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所
- 9 運営規程
- 10 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関
- 11 介護老人福祉施設・介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制
- 12 地域密着型サービス費の請求に関する事項
- 13 役員の氏名、生年月日
- 14 本体施設、本体施設との移動経路など
- 15 本体施設の状況など
- 16 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- 17 その他（電話、ファックス、メールアドレス等）

### ●提出期限

→ 変更があった日から10日以内

※何らかの事情で提出が遅れた場合も、実際の提出日及び変更年月日を記載してください。

### ●提出書類

- 変更届出書（第3号様式）
- 添付書類（P25「変更時に必要な添付書類一覧」に「○」が付されている書類）

### ●提出書類作成上の注意点：

- 必要書類の添付漏れがないよう、提出前に添付書類一覧によりご確認ください。
  - ・変更届出書を提出される場合は、付表の添付が必須です。
  - ・法人の代表者、役員を変更する場合は、誓約書の添付が必要です。
- 経歴書、従業者の資格を有する証明書については、当該変更者についてのみの添付で足りません。

例えば、「8 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所」の変更については、勤務体制一覧表、従業者の資格を有する証明書（資格証）の写し、経歴書、認知症研修等修了証、誓約書が必要となっていますが、管理者以外の方の経歴書等の提出は不要です。
- 運営規程の変更の場合は、変更後の運営規程を添付してください。

変更届出書（第3号様式）の「変更前」「変更後」の欄に変更内容を記載し、**変更後の運営規程のみを添付してください。**

なお、変更内容が多く「変更前」「変更後」の欄に記載しきれない場合は、別紙（新旧対照表など）に記載しても結構です。
- 提出した届出書は、事業所でも必ず控えを保管しておいてください。

## ② 廃止・休止届出書について

### ●提出が必要な場合

→ 事業所を廃止・休止する場合

### ●提出期限

→ 廃止・休止の日の1か月前まで

※何らかの事情で提出が遅れた場合も、実際の提出日及び廃止年月日を記載してください。

### ●提出書類

廃止・休止届出書（第4号様式）

### ●提出書類作成上の注意点

- 廃止・休止の理由と、現にサービスを受けていた利用者に対する措置を必ず記載してください。
- 休止届出書提出後、休止予定期間を過ぎても再開の見込みがない場合には、廃止届出書を提出してください。なお、指定の有効期限を超えて休止することはできません。
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、1か月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができます。
- 廃止届出書の「廃止した年月日」には、事業を行う最終日を記入してください。  
例：3月31日まで事業を行う場合 →3月31日（4月1日ではない）

## ③ 再開届出書について

### ○提出が必要な場合

→ 休止していた事業所を再開した場合

### ○提出期限

→ 再開した日から10日以内

※何らかの事情で提出が遅れた場合も、実際の提出日及び再開した年月日を記載してください。

### ○提出書類

再開届出書（第4号様式）

添付書類

勤務体制一覧表、従業者の雇用を示す書類、従業者の資格を有する証明書、経歴書（管理者等）

#### ④ 介護給付費算定に係る体制等に関する届（加算届）について

##### ●提出が必要な場合

###### 介護給付費算定体制に係る体制を変更する場合

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」（別紙 1-3）に記載されている項目が変更になる場合で、具体的には、以下のような場合等です。

- ・各種加算の算定を開始又は終了する場合
- ・人員欠如等、減算要件に当てはまる状態が生じた又は解消した場合

##### ●提出期限

- ・算定される単位数が増える場合（加算算定の開始等）：
  - 下表のとおり（事前の届出が必要となります）
- ・その他（加算の取り下げ、人員欠如による減算等）：
  - 判明した時点で速やかに（事実発生日から算定体制が変更となります）

| サービスの種類   | 算定の開始時期   |
|---|---|
| 地域密着型通所介護<br>（介護予防）認知症対応型通所介護<br>（介護予防）小規模多機能型居宅介護<br>看護小規模多機能型居宅介護<br>定期巡回・随時対応訪問介護看護<br>第1号訪問事業・第1号通所事業<br>居宅介護支援 | 毎月 15 日以前に届出→翌月から<br>16 日以降に届出→翌々月から  |
| （介護予防）認知症対応型共同生活介護<br>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  | 届出が受理された※月の翌月から（届出を受理した日が月の初日である場合はその月から）<br>※ 届出が「受理される」とは、届出内容が加算等の要件を十分満たしていることが確認できるものとし受け付けられるときをいう。 |

##### ●提出書類

- 変更届出書
- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
- 添付書類（P25 参照、ホームページにも掲載）

## ●提出書類作成上の注意点

- 新たに加算などの算定を開始する場合は事前の届出となります。  
提出期限が守れない場合は、予定通りの加算算定ができません。  
特に、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、第1号訪問事業、第1号通所事業、居宅介護支援は、16日以降に提出した場合、翌々月サービス提供分からの算定となりますのでご注意ください(例:6月27日に提出→8月サービス提供分より加算算定可能)。
- 複数のサービスについて届出を行う場合は、サービス毎に届出書を作成してください。  
ただし、地域密着型サービスと一体的に行う介護予防サービスの組み合わせに限り、一の届出書で提出可能です。
- 体制等状況一覧(別紙1-3)は、変更箇所以外の体制にも○を付してください。

## ●「介護職員処遇改善加算及び特定処遇改善加算」についての注意点

- 新たに「処遇改善加算」の算定を開始する場合は、加算を受けようとする月の前々月の末日までに「処遇改善計画書」等の提出が必要となりますが、他の加算同様「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出も必要です。

提出期限が守られない場合は、予定通りの加算算定ができません。

- (例1) 令和○年7月末日迄に「処遇改善計画書」等を提出  
令和○年8月15日迄に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出  
→加算開始月:令和○年9月(算定対象月:令和○年9月~令和○年3月)
- (例2) 令和○年2月末日迄に「介護職員処遇改善計画書」等を提出  
令和○年3月15日迄に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出  
→加算開始月:令和○年4月(算定対象月:令和○年4月~令和○年3月)

## ●各書類の提出先

島原地域広域市町村圏組合 介護保険課給付係(島原市役所所有明庁舎3階)  
※事業所分の控えも必ず保管しておいてください。

## ⑤ 各種届出書の様式について

本組合ホームページからダウンロードが可能です。

地域密着型サービス事業所の変更届出時に必要な添付書類一覧

| 番号 | 添付書類                                       | 変更内容                   |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
|----|--|------------------------|-------------|-------------|-------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|------|---------------------|------------------------------|--------------------|----------------|---------------------|------------------|----------------|
|    |  | 事業所(施設)の名称             | 事業所(施設)の所在地 | 申請者の名称(法人名) | 主たる事務所の所在地(法人所在地) | 代表者(開設者)の氏名、住所及び職名 | 定款。寄付行為等及びその登記事項証明書(当該事業関係に限る) | 事業所(施設)の建物の行動、専用区画等 | 事業所(施設)管理者の氏名、生年月日及び住所 | 運営規程 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | 介護老人福祉施設・介護保険施設、病院等との連携・支援体制 | 地域密着型サービスの請求に関する事項 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | 計画作成担当者専門員の氏名及び登録番号 | その他(電話番号・FAX番号等) |                |
| 1  | 登記事項証明書                                    |                        |             | ○           | ○                 | ○                  | ○                              |                     |                        |      |                     |                              |                    |                | ○                   |                  | 適宜<br>(関係資料提出) |
| 2  | 定款の写し(要原本証明)                               |                        |             | △           | △                 |                    | ○                              |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 3  | 勤務体制及び勤務形態一覧表                              |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        | ○    |                     |                              |                    |                |                     | ○                |                |
| 4  | 資格者証等                                      |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        | ○    |                     |                              |                    |                |                     | ○                |                |
| 5  | 認知症研修等修了証                                  |                        |             |             |                   | △<br>開設者研修等        |                                |                     |                        | △    |                     |                              |                    |                |                     | ○                |                |
| 6  | 管理者経歴書【参考様式2】                              |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        | ○    |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 7  | 事業所の平面図(写真等)【参考様式3】                        |                        | ○           |             |                   |                    |                                | ○                   |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 8  | 付近の地図                                      |                        | ○           |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 9  | 設備・備品等一覧表【参考様式5】                           |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 10 | 運営規程                                       | ○                      | ○           |             |                   |                    |                                | △                   | ○                      |      |                     |                              | △                  |                |                     |                  |                |
| 11 | サービス提供実施単位一覧表【参考様式17】                      |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              | △                  |                |                     |                  |                |
| 12 | 協力医療機関(歯科医療機関)との契約の内容                      |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      | ○                   |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 13 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要       |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     | ○                            |                    |                |                     |                  |                |
| 14 | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書【別紙3-2】体制等状況一覧表【別紙1-3】 |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              | ○                  |                |                     |                  |                |
| 15 | 誓約書・役員名簿【参考様式9-1または9-2】                    |                        |             |             |                   | △                  |                                |                     |                        | ○    |                     |                              |                    | ○              |                     |                  |                |
| 16 | 計画作成担当者経歴書【参考様式2】                          |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                | ○                   |                  |                |
| 17 | 介護支援専門員一覧【参考様式10】                          |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                | ○                   |                  |                |
| 18 | 消防・建築等の検査済証                                |                        | ○           |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 19 | 運営推進会議の構成員【参考様式11】                         |                        |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |
| 20 | 契約書・重要事項説明書                                | 必要に応じて、提出をお願いする場合があります |             |             |                   |                    |                                |                     |                        |      |                     |                              |                    |                |                     |                  |                |

小規模多機能：計画作成担当者研修  
グループホーム：実践者研修

内容によって  
その他添付書類の提出が必要となります。

## 6 介護サービス提供時に発生した事故報告について

### 1 目的

介護サービス提供時に発生した事故などについて、介護サービス事業者が運営基準に基づき行う連絡手順を明らかにし、事故に対する適切な対応の確保や再発防止策の検討など、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 令和3年度の事故発生状況について

令和3年度（令和3年4月1日～令和4年3月31日まで）に、本組合へ報告があった事故の件数は以下のとおりです。

●令和3年度報告件数：499件 （参考：令和2年度：507件）

（表1）

| サービス種類        | 件数  |
|---------------|-----|
| 認知症対応型共同生活介護  | 253 |
| 小規模多機能型居宅介護   | 4   |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | 38  |
| 地域密着型通所介護     | 6   |
| 通所介護          | 27  |
| 通所リハビリテーション   | 7   |
| 介護老人福祉施設      | 68  |
| 介護老人保健施設      | 49  |
| 介護療養型医療施設     | 1   |
| 短期入所生活介護      | 20  |
| 特定施設入居者生活介護   | 19  |
| その他（有料老人ホーム等） | 7   |
| 総計            | 499 |

（表2）

| 事故の種類  | 件数  |
|--------|-----|
| 転倒     | 150 |
| 骨折     | 160 |
| 誤嚥     | 11  |
| 誤薬     | 76  |
| 皮膚剥離   | 42  |
| 感染症・結核 | 0   |
| その他    | 60  |
| 総計     | 499 |

### 3 連絡方法

サービス提供時等（※1）に事故等（※2）発生

※1 送迎中等を含む

※2 「4 連絡の対象とする事故の範囲」を参照



- ・救護等の対応
- ・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所へ連絡

事業者から本組合（※3）へ連絡  
（感染症又は食中毒の場合は保健所にも報告）

※3 利用者の保険者（市町村等）へ連絡することが原則。保険者が県外の場合には、その保険者へも連絡。



本組合から長崎県長寿社会課へ連絡

#### 4 連絡の対象となる事故の範囲

##### ① サービス提供による利用者の事故等

- ・事業者側の過失や責任の有無に関らず、利用者が死亡又は医療機関での治療を要する程度の状態に至ったものを原則とする。
- ・誤薬（薬の飲ませ忘れ等）が発生した場合は、利用者の身体への影響の有無に関係なく対象とする。

##### ② 食中毒、感染症の集団発生

- ・同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者や重篤患者が 1週間以内に2名以上発生した場合。
- ・同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が 10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合。
- ・上記以外の場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合。

##### ③ 火災・震災・風水害等により、施設設備の相当程度の破損を伴うなど、介護サービスの提供に重大な影響のあるもの。

##### ④ 従業員の不祥事等により、利用者の処遇に影響があるもの。 (利用者・家族等の個人情報漏洩、送迎中の事故 等)

#### 5 連絡の手順

- ① 第一報は、電話等により速やかに行うよう努める（特に重大又は異例な事故の場合）。
- ② 第一報後の経過については、適宜連絡を行う。
- ③ 事故発生後の当面の対応が済み次第、文書により事故の報告を行う。

※ 感染又は食中毒の場合には県南保健所にも報告すること。

→ 平成17年2月22日付け老発第0222001号厚生労働省老健局長他4局長通知「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」を参照

#### 6 事故報告書の様式及び記載内容

別紙様式「事故報告書」を使用すること。

内容については、時系列に添って具体的に事故などの状況を明記し、事故の原因に関係すると推測される事項（本人の状態など）についても併せて記載すること。

#### 7 報告を受けた本組合の対応

- ① 事故の内容及び事故に対する事業所の対応状況を把握するとともに、必要に応じて事業者への助言・指導を行う。
- ② 文書による報告の内容が不足している場合は、追加連絡を求める。

#### 8 事故報告の活用等について

長崎県に提出した事故報告については、とりまとめのうえ、集団指導等を通じて事業者のリスクマネジメントの強化に活用する。



事故報告書 (事業者→島原地域広域市町村圏組合)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

□ 第1報 □ 第 報 □ 最終報告 提出日：西暦 年 月 日

|  |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|--|--------------------|---|--|---|--|----|--|-----------|-----|---|------------|--|
| 1 事故状況                                     | 事故状況の程度            | <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 死亡に至った場合死亡年月日      | 西暦  |  | 年 |  | 月  |  | 日         |     |   |            |  |
| 2 事業所の概要                                   | 法人名                |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 事業所(施設)名           |   |  |   |  |    |  |           |     | 事業所番号   |            |  |
|  | サービス種別             |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 所在地                |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 3 対象者                                      | 氏名・年齢・性別           | 氏名  |  |   |  | 年齢 |  |           | 性別： | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |            |  |
|  | サービス提供開始日          | 西暦  |  | 年 |  | 月  |  | 日         | 保険者 |   |            |  |
|  | 住所                 | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 身体状況               | 要介護度<br><input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 4 事故の概要                                    | 発生日時               | 西暦  |  | 年 |  | 月  |  | 日         |     | 時   | 分頃(24時間表記) |  |
|  | 発生場所               | <input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下<br><input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外<br><input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 事故の種別              | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)  |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 発生時状況、事故内容の詳細      |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | その他特記すべき事項         |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 5 事故発生時の対応         | 発生時の対応  |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 受診方法                                       |                    | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 受診先  |                    | 医療機関名   |  |   |  |    |  | 連絡先(電話番号) |     |   |            |  |
| 診断名  |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 診断内容                                       |                    | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 検査、処置等の概要                                  |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 6 事故発生後の状況                                 | 利用者の状況             |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 家族等への報告            | 報告した家族等の続柄  | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 連絡した関係機関(連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他<br>自治体名 ( )    警察署名 ( )    名称 ( )   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  | 本人、家族、関係先等への追加対応予定 |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 7 事故の原因分析(本人要因、職員要因、環境要因の分析)               | (できるだけ具体的に記載すること)  |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 8 再発防止策(手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等) | (できるだけ具体的に記載すること)  |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
|  |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |
| 9 その他特記すべき事項                               |                    |   |  |   |  |    |  |           |     |   |            |  |

# 7 グループホーム運営における留意事項

## 1 介護従事者の配置について

本組合では、利用者の精神安定面、家庭的な雰囲気での生活等の観点から、介護従事者は、ユニットごとに専従で配置することが望ましいと考えています。この点を留意していただき、可能な限り介護従事者はユニットごとに専従で配置していただきますようお願いいたします。

## 2 医療行為について

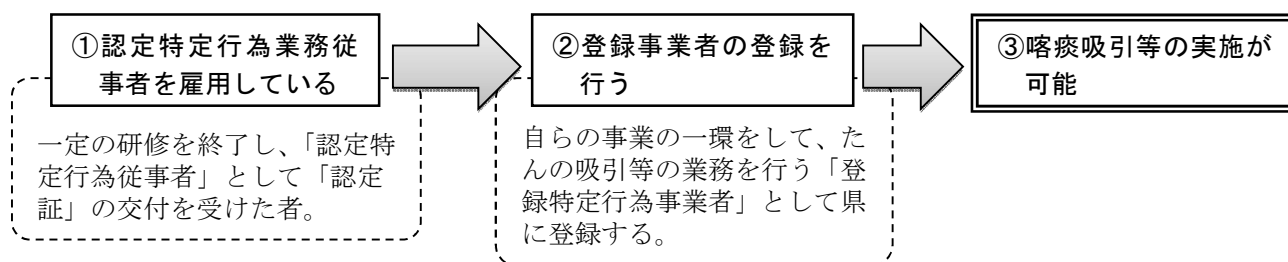
医療行為は、医師法や看護師法等により、医師や看護師といった医療職のみが行うことが許される行為であり、介護従事者は行ってはならない行為です。

どの程度までが医療行為にあたらないのかについては、31 ページからの厚生労働省の通知を参照してください。

## 3 介護職員等によるたんの吸引・経管栄養について

社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、平成 24 年 4 月 1 日から、一定の研修を受けた介護職員等は、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下に、たんの吸引等の行為を実施できることとなりました。

施設や訪問介護等において喀痰吸引等を実施するためには、事業所等は、一定の研修を修了し「認定特定行為業務従事者」として認定証の交付を受けた介護職員等を雇用し、たんの吸引等の業務を行う「登録特定行為事業者」として県の登録を受ける必要があります。



《実施可能な行為》 ○たんの吸引（口腔内、鼻腔空、気管カニューレ内部）

○経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）

※認定特定行為業務従事者が持つ「認定証」に記載された認定行為により、実施可能な範囲が変わります。

### ①実施できる介護職員等

県又は登録研修機関が実施する「喀痰吸引等研修」を修了し、認定特定行為業務従事者として認定証の交付を受けた介護職員等

### ②実施できる事業所等

認定特定行為業務従事者を雇用し、自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者で、登録特定行為事業者をして県に登録した事業者等

<事業所の例> ○介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）

○在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）

### ◎事業所登録、認定証交付に必要な手続きについて

研修機関や事業所の登録等の詳細については、長崎県長寿社会課へお問い合わせください。県庁ホームページで手続き・様式等を案内しています。

○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(通知)

(平成 17 年 7 月 26 日)

(医政発第 0726005 号)

(各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)は、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 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む。)
- 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・助言を遵守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、一包化された内用薬の内服

(舌下錠の使用も含む)、肛門からの坐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 内用薬については誤嚥の可能性、坐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 1 以下に掲げる行為も、原則として、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 条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
  - ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
  - ③ 耳垢を除去すること(耳垢塞栓の除去を除く)
  - ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)
  - ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
  - ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(※)を用いて浣腸すること
- ※ 挿入部の長さが 5 から 6 センチメートル程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用の場合で 40 グラム程度以下、6 歳から 12 歳未満の小児用の場合で 20 グラム程度以下、1 歳から 6 歳未満の幼児用の場合で 10 グラム程度以下の容量のもの

注 2 上記 1 から 5 まで及び注 1 に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記 1 から 3 までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

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、事故が起きた場合の刑法、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。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。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施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない

## 8 業務管理体制の整備について

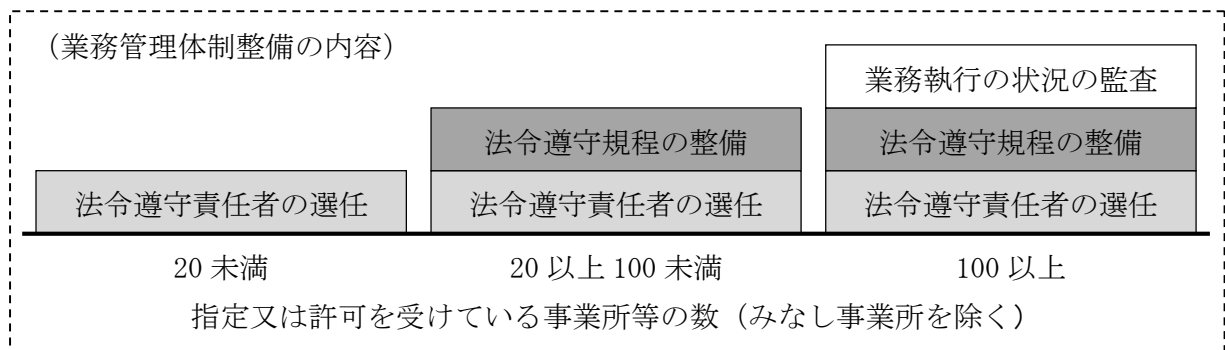
### 1 介護保険法による義務付け（介護保険法 115 条の 32）

介護サービス事業者（以下「事業者」をいう。）による不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（平成 20 年法律第 42 号）が平成 21 年 5 月 1 日に施行され、事業者は業務管理体制を整備し、その届け出を行うことが義務づけられたとともに、届け出を受けた県や本組合は、業務管理体制について検査を実施し事業者に係る業務管理体制の監督に努めることとなりました。

- 届出がない事業者は法令違反となります。
- 既に届出されている事業者において、届出内容の変更があった場合には、変更届を提出してください。

### 2 業務管理体制の整備に関する基準（介護保険法 115 条の 32 第 1 項、介護保険法施行規則第 140 条の 39）

**整備すべき体制は、各事業者が運営する事業所等の数により異なります。**



### 3 業務管理体制の整備に係る届出（介護保険法 115 条の 32、介護保険法施行規則第 140 条の 40）

#### （1）届出先（平成 27 年 4 月以降）

| 区分  | 届 出 先                 |
|---|-----------------------|
| ① 事業所等が 3 以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者                     | 厚生労働大臣                |
| ② 事業所等が 2 以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2 以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者 | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事 |
| ③ 全ての事業所等が 1 の都道府県の区域に所在する事業者                       | 都道府県知事                |
| ④ 全ての事業所等が 1 の指定都市の区域に所在する事業者                       | 指定都市の長                |

⑤ 地域密着型サービス(予防含む)のみを行う事業者で、  
指定事業所が本組合管内にのみに所在する事業者

市町村長(本組合管理者)

- ※ 本組合に届出が必要な事業者は、表中の「⑤の区分」となる事業者
- ※ 本組合に届け出る場合の届出先 介護保険課給付係

## (2) 届出に必要な様式等 (本組合ホームページからダウンロード可能)

- 第1号様式「介護保険法第115条32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書」
- 第2号様式「介護保険法第115条32第3項に基づく業務管理体制に係る届出書(届出事項の変更)」

## (3) 届出が必要となる事由

- ① 新規に業務管理体制の整備について届け出る場合(介護保険法第115条の32条第2項)
- ② 事業所等の指定等により事業展開地域が変更し、届出区分の変更が生じた場合(介護保険法第115条の32第4項)
- ③ 届出事項に変更があった場合(介護保険法第115条の32第3項)

### ■変更届出が必要な事項

- ・法人の種別、名称
- ・主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号
- ・代表者氏名、生年月日
- ・代表者の住所、職名
- ・事業所名称等及び所在地
- ・法令遵守責任者の氏名及び生年月日
- ・業務が法令に適合することを確保するための規定の概要
- ・業務執行の状況の監査の方法の概要

ただし、以下の場合は変更の届出の必要はない。

### ・事業所等の数に変更が生じても、整備する業務管理体制が変更されない場合

- ・法令遵守規定の字句の修正等業務管理体制に影響を及ぼさない軽微な変更の場合  
→「第2号様式」を1部提出

## 4 業務管理体制確認検査(介護保険法第115条の33、34)

介護サービス事業者の業務管理体制の整備・運用状況を確認するため、報告の徴収、事業者本部等への立ち入り検査などを実施します。

### 【検査の種類】

- 一般検査**・・・業務管理体制の届出内容を確認するため、指定更新審査にあわせて実施(6年に1回)  
なお、指定更新時には、自己点検表(法令遵守責任者が記入)を提出する。
- 特別検査**・・・指定事業所等の指定取消処分相当事案が発生した場合に実施

## 9 グループホーム入居等の特例について

### 1 根拠

指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所及び地域密着型介護老人福祉施設の利用に係る入居又は入所に関する取扱要領（平成 26 年 4 月 1 日施行。以下「要領」という。） 【本組合ホームページ ダウンロード→その他→④】

### 2 概要

地域密着型サービスの創設の意義を踏まえた適切なサービスの利用を確保することを目的とし、本組合では下記のとおり入居要件を定めています。

| 区 分                                 | 内 容   |
|-------------------------------------|---|
| (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所<br>【グループホーム】 | 構成 3 市に入居前 3 か月以上住所を有する本組合の被保険者は構成市の事業所へ入居することができる。<br>ただし、現住所市以外の事業所へ入居できる人数は 1 ユニット 3 名以下とする。           |
| 地域密着型介護老人福祉施設<br>【地域密着型特養】          | 構成 3 市に入所前 3 か月以上住所を有する本組合の被保険者は現住所市の事業所へ入所することができる。ただし、構成 3 市の市域を超えた入所を 1 施設 (29 人利用) に 3 人まで入所することができる。 |

### 3 入居等がやむを得ないと判断される特別の事由（要領第 3 条）

入居等がやむを得ないと判断される特別の事由がある場合は、「事由（状況等）説明書」を本組合へ提出してください。

提出された説明書を基に緊急性や妥当性を審査し、その結果を当該事業所へ通知します。また、特別の事由と認定できる人数は、「2 概要」に記載している現住所市以外の入居者と合わせて 3 名を超えてはいけませんので、ご注意ください。

#### 《特別な事由》 ※緊急性や妥当性を総合的に判断

- (1) 家族や同居者による虐待等のため緊急的に当該事業所へ入居等する必要がある場合
- (2) 入居等希望者の親族（血族 3 親等内又は姻族 2 親等内）が事業所の所在地と同一市内に住所を有し、明らかに継続的な親族からの支援等を行っていることが確認される場合
- (3) 認知症等の症状がある入居等希望者が、当該事業所の所在する市（構成市に限る。）に居住することで、その症状が和らぐなどの医学的な診断等がある場合
- (4) 構成市のいずれかの市に住所を有したことがある者であって、他の市町村へ転出した後に認知症等が発症するなどして短期間（おおむね 1 年間）で当該構成市に転入し、当該事業所への入居等を希望する場合





## 2. 事由（状況等）説明

### ○地域密着型サービス事業者の記載欄

(1) 利用予定者の保険者である市町村に所在する地域密着型サービスを利用できない事由  
(※構成市の住民は記載不要)

(2) 入所を希望する市（構成市に限る）に所在する地域密着型サービスを利用する事由

(3) その他の事情等

○被保険者（利用者）の担当ケアマネジャー等の記載欄

(1) 利用予定者の保険者である市町村に所在する地域密着型サービスを利用できない事由  
(※構成市の住民は記載不要)

(2) 入所を希望する市（構成市に限る）に所在する地域密着型サービスを利用する事由

(3) その他の事情等

|                    |
|--------------------|
| 居宅介護支援事業所名 _____   |
| 担当介護支援専門員名 _____ ㊞ |
| 連絡先 (Tel _____ )   |
| (Fax _____ )       |

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

年 月 日

申請者（指定申請者）

所在地

名称

代表者の職及び氏名

㊞

|                |
|----------------|
| 担当者（連絡先） _____ |
| 氏名（職名等） _____  |
| 電話番号 _____     |
| Fax 番号 _____   |
| E-mail _____   |

## 10 グループホームの入所者情報について(変更)

平成 25 年度から、「本組合（保険者）と認知症対応型共同生活介護事業所との間での入所者情報共有について(平成 25 年 3 月 6 日付 24 島広介第 587 号の介護保険課長通知)」により、情報提供をお願いしております。

### グループホーム（認知症対応型共同生活介護）空き状況の公開要領

#### 1 目的

島原地域広域市町村圏組合（以下「本組合」という。）にとって、地域密着型サービス事業者は他のサービスの整備状況と比較して、特に整備が進んでいるサービスであり、このサービスを有効に利活用することが、日ごろ相談を受ける事例の解決策にもつながると考えています。

このため、より開かれた行政情報の公開及びサービスの有効活用を図ることを目的に、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）空き状況の公開を、平成 25 年 3 月 31 日から実施することとしています。

#### 2 公開する情報

空き状況の項目は、必要最低限とし次のとおりとする。

- ・日常生活圏域（島原市：7 圏域、雲仙市：7 圏域、南島原市：8 圏域）
- ・事業所名称 ・電話番号 ・入所定員 ・入所者数 ・現在の空床 ・備考

また、備考において、情報閲覧者（高齢者及び家族）に有益な情報として、次の情報を備考に記載できることとする。ただし、本組合が不要である（不必要な営業活動等）と認めた場合は削除することができる。

- ・「現在の空床」が「0」である場合で、「近日中〇名退所予定」
- ・「現在の空床」がある場合で、「現在〇名協議中」

#### 3 空き状況公開の方法

- (1) 別紙「グループホーム入所状況報告書」により毎月末現在の情報を介護保険課へ翌月 5 日（5 日が土日祝祭日の場合は翌業務日）までに報告する。
- (2) 介護保険課は集計して、ホームページに公開する。

※今回、報告様式の見直しを行いました。

- ①グループホーム（入所・退所）連絡票
- ②グループホーム入所状況報告書
- ③グループホーム空き状況報告書



グループホーム入所状況報告書  
(様式の変更あり)

※様式は、本組合ホームページからダウンロード可能

# 記入例

## グループホーム入所状況報告書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

事業所名（管理者印は不要）

令和 年 月末現在

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ユニット名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

標記のことについて、本事業所の入所状況を報告します。

| No | 被保険者番号 | 被保険者名 | 入所日     | 入所前住所            | 介護度  | 退所日     | 退所理由        | 備 考   |
|----|--------|-------|---------|------------------|------|---------|-------------|---|
| 1  | 123456 | 介護 太郎 | R5.1.10 | 島原市有明町大三東戊1327番地 | 要支援2 |         |             |   |
| 2  | 234567 | 介護 花子 | R5.2.1  | 島原市有明町大三東戊1327番地 | 要介護3 |         |             |   |
| 3  |        |       |         |                  |      |         |             | 特例入所や他の保険者の場合は、必ず記載してください   |
| 4  |        |       |         |                  |      |         |             | ①入所日の早い順に記載してください。<br>②退所者は、下段に移動し退所日順に記載してください。<br>③ユニット間での移動も退所者欄に移動し備考に移動日を記載してください。 |
| 5  |        |       |         |                  |      |         |             |   |
| 6  |        |       |         |                  |      |         |             |   |
| 7  |        |       |         |                  |      |         |             | 退所理由を記載してください。<br>1. 他の介護保険施設<br>2. 死亡、3. 入院、4. その他                                     |
| 8  |        |       |         |                  |      |         |             |   |
| 9  |        |       |         |                  |      |         |             |   |
| 退所 | 345678 | 介護 一郎 | R5.1.15 | 島原市有明町大三東戊1327番地 | 要介護4 | R5.2.1  | 1. 他の介護保険施設 | 介護老人福祉施設 ▲▲   |
| 退所 | 456789 | 介護 次郎 | R5.1.1  | 島原市有明町大三東戊1327番地 | 要介護5 | R5.2.28 | 2. 死亡       |   |
| 退所 |        |       |         |                  |      |         |             |   |

※ 毎月末現在の状況を翌月5日までに報告してください。

※ ユニットごとに作成してください。

島原地域広域市町村圏組合  
介護保険課 給付係

# グループホーム（認知症対応型共同生活介護） 空き状況の公開要領

## 1 目的

島原地域広域市町村圏組合（以下「本組合」という。）にとって、地域密着型サービス事業者は他のサービスの整備状況と比較して、特に整備が進んでいるサービスであり、このサービスを有効に活用することが、日ごろ相談を受ける事例の解決策にもつながると考えています。

このため、より開かれた行政情報の公開及びサービスの有効活用を図ることを目的に、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）空き状況の公開を、平成25年3月31日分から実施することとしています。

## 2 公開する情報

空き状況の項目は、必要最低限とし次のとおりとする。

- ・日常生活圏域  
(島原市：7圏域、雲仙市：7圏域、南島原市：8圏域)
- ・事業所名称
- ・電話番号
- ・入所定員
- ・入所者数
- ・現在の空床
- ・備考

また、備考において、情報閲覧者（高齢者及び家族）に有益な情報として、次の情報を備考に記載できることとする。ただし、本組合が不要である（不必要な営業活動等）と認めた場合は削除することができる。

- ・「現在の空床」が「0」である場合で、「近日中〇名退所予定」
- ・「現在の空床」がある場合で、「現在〇名協議中」

## 3 空き状況公開の方法

- (1)別紙「グループホーム空き状況報告書」により毎月末現在の情報を介護保険課へFAXで翌月5日（午後5時締切、5日が土日祝祭日の場合は翌業務日）までに報告する。
- (2)介護保険課は5日に締切った翌日に集計して、ホームページに公開する。
- (3)前月と状況に変化がない場合は報告しなくてもよいこととする。

※報告がない場合は、前月の状況のままとする。ただし、初回に報告がない場合は、すべて「-」で表示し情報提供がなかった旨をわかるように説明表示する。

# 11 運営推進会議及び介護・医療連携推進会議 について

地域密着型サービス事業者は、事業所が提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保することを目的として、運営推進会議（介護・医療連携推進会議）を事業所ごとに設置開催することが義務付けられています。（併設の場合は一体でも可）

## 【概要】

| 会議の名称              | 運営推進会議  | 介護・医療連携推進会議          |
|--------------------|---|----------------------|
| 対象サービス<br>(介護予防含む) | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）<br>小規模多機能型居宅介護<br>看護小規模多機能型居宅介護<br>地域密着型特定施設入居者生活介護<br>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>認知症対応型通所介護<br>地域密着型通所介護                            | 定期巡回・随時対応型訪問<br>介護看護 |
| 開催頻度               | 概ね2か月に1回以上。ただし、 <u>認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護は概ね6か月に1回以上。</u><br>共用型の認知症対応型通所介護は認知症対応型共同生活介護と一体的な開催とみなすことができる。また、複数の地域密着型サービス事業所を併設して運営している場合は、まとめて開催することも可能。 | 概ね6か月に1回以上           |
| 構成員                | ① 利用者又は利用者の家族<br>② 地域住民の代表者（民生委員や老人クラブの代表等）<br>③ 本組合職員（市職員含む）又は地域包括支援センターの職員<br>④ 当該サービスの有識者<br>⑤ 地域の医療関係者（地域医療機関の医師や医療ソーシャルワーカー等）<br>※⑤は介護・医療連携推進会議のみ  |                      |
| 会議の内容              | 事業所はサービスの活動状況等を報告し、会議による評価を受け、必要な要望・助言等を聞く機会を設ける。   |                      |
| 会議記録の<br>作成及び公表    | 運営推進会議を開催したときは、会議記録を作成してください。また、事業所内の見やすい場所に設置するなどの方法により公表してください。<br>※作成した会議録は2年間保存   |                      |
| 報告書の提出             | <u>毎年4月20日まで</u> に、前年度分の開催状況を介護保険課へ提出してください。  |                      |

### 運営推進会議の開催方法の緩和（平成 30 年度改正）

運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、複数の事業所の合同開催について、以下の要件を満たす場合に認めることとする。

- (i) 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。
- (ii) 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。
- (iii) 合同して開催する回数が、1 年度に開催すべき介護・医療連携推進会議や運営推進会議の開催回数の半数を超えないこと。（地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は除く。）
- (iv) 外部評価を行う介護・医療連携推進会議や運営推進会議は、単独開催で行うこと。

### 地域密着型サービス外部評価の実施回数の緩和について

地域密着型サービス事業所のうち認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）については、少なくとも年に 1 回は自己評価及び外部評価を受けて、それらの結果等を公表することが義務付けられています。

なお、外部評価の実施回数については、事業所が一定の要件を満たす場合は、本組合経由で県に申請書等を提出することで実施回数を 2 年に 1 回緩和することができます。緩和を希望する場合は、下記を参考に申請手続きをしてください。

|      |   |
|------|---|
| 要件   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 過去に外部評価を継続して 5 年間実施していること。</li> <li>2. 「1 自己評価及び外部評価結果」及び「2 目標達成計画」を本組合に提出していること。</li> <li>3. 運営推進会議が過去 1 年間に 6 回以上開催されていること。</li> <li>4. 運営推進会議に、事業所の存する市の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。<u>（やむを得ず欠席した場合は、会議での内容報告を受けて確認したことがわかるものを添付）</u><br/> <b>※確認後、担当職員から署名又は記名押印をもらってください。</b></li> <li>5. 自己評価及び外部評価結果のうち、外部評価項目 2、3、4、6 の項目の実践状況（外部評価）が適切であること。</li> </ol> |
| 提出書類 | <ol style="list-style-type: none"> <li>①運営推進会議開催状況報告書（会議記録）</li> <li>②地域密着型サービス外部評価の実施回数に係る適用申請書</li> </ol>   |
| 提出期限 | <b>令和〇年 3 月末</b>  |
| 提出先  | 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課給付係   |
| 参考   | 長崎県地域密着型サービス外部評価実施要領<br><b>【長崎県ホームページ→高齢者・介護保険→法令・指針関係→地域密着型サービス外部評価】</b>   |





(様式1)

地域密着型サービス外部評価の実施回数に係る適用申請書

令和〇年 3月27日

長崎県知事 様  
(市町長経由)

事業所名 グループホーム島原

所在地 島原市有明町大三東戊1327番地

代表者 広域 太郎 印

連絡先 0957-61-1104

長崎県地域密着型サービス外部評価実施要領（以下「要領」という。）第2の（2）に定める要件をすべて満たしておりますので、同要領第2の（2）の規定（2年に1回の実施）の適用を申請します。

記

| 要件  | 実施年 | 事業所<br>確認欄<br>(※2) | 市 町<br>確認欄<br>(※2) | 備考  |
|---|-----|--------------------|--------------------|---|
| 過去に外部評価を継続して5年間実施<br>(※1) 過去5年における外部評価実施年月日<br>R3.10.10・R2適用申請・R1.10.15<br>H30適用申請・H29.10.1 |     | ○                  |                    | 運営推進会議開催<br>状況報告書(会議記<br>録)を添付                |
| ア 別紙2-1、別紙2-2の「1 自己評価及び外部評価結果」及び別紙2-3の「2 目標達成計画」を市町に提出していること                                |     | ○                  |                    |   |
| イ 運営推進会議が過去1年間に6回以上開催されていること  |     | ○                  |                    |   |
| ウ 運営推進会議に、事業所の存する市町の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること(※3)  |     | ○                  |                    | 市(広域圏)又は包括支援センターの職員が欠席した場合は、報告を受けた署名又は記名押印が必要 |
| エ 別紙2-2「1自己評価及び外部評価結果」のうち、外部評価項目の2,3,4,6の実践状況が適切であること                                       |     | ○                  |                    |   |

※1 過去5年における外部評価実施年月日を記載してください。(例：令和3年5月1日、令和2年6月21日・・・)

※2 要件を満たす場合は確認欄に○を記載してください。

※3 運営推進会議の開催日及び出席者が分かる書類を添付してください。

なお、やむを得ない理由により出席できなかった場合は、会議での内容報告を受けて確認したことがわかるものを添付してください。

## 12 令和3年度介護報酬改定について(新規)

令和3年度介護報酬改定について、下記について変更等があります。経過措置の期間が設けられているものもありますので、再度確認用のために掲載いたします。

| 期間         | 項目                        | 対象                | 参考資料                                |
|------------|---------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| 令和3年4月1日から | 員数の記載や変更届出の明確化            | 全サービス             | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P137 |
| 令和6年4月1日から | 感染症対策の強化                  | 全サービス             | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P3   |
|            | 業務継続に向けた取組の強化             | 全サービス             | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P4   |
|            | 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ         | 全サービス(居宅介護支援等を除く) | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P12  |
|            | 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化      | 地域密着型介護老人福祉施設     | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P86  |
|            | 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実 | 地域密着型介護老人福祉施設     | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P87  |
|            | 高齢者虐待防止の推進                | 全サービス             | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P159 |
| 当分の間       | 個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し     | 地域密着型介護老人福祉施設     | 令和3年度介護報酬改定における改定事項について<br>(※) P47  |

(※) 参照 URL → <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>

# 13 生活保護法指定介護機関の留意点

## 生活保護制度における介護扶助について

### 1 介護扶助の対象者

生活保護受給者（以下「被保護者」といいます。）で介護保険に規定する要介護状態又は要支援状態にある者

- ・介護保険第1号被保険者（65歳以上の者）
- ・介護保険第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）
- ・40歳以上65歳未満の医療保険未加入でHで始まる被保険者番号の受給者

### 2 介護扶助と介護保険給付の費用負担関係

介護保険の被保険者については、介護保険の給付が行なわれるため、生活保護の補足性の原理により、保険給付が優先し保険給付の行われない自己負担分が介護扶助の対象となります。

40歳以上65歳未満の被保護者で医療保険に未加入の者は、介護保険の加入要件に該当せず加入できないので、介護サービス費は他法他施策による給付がない限り、原則として介護扶助からの給付となります。

|          |      | 40歳以上65歳未満の者                               | 65歳以上の者                    |
|----------|------|--|----------------------------|
| 医療<br>保険 | 未加入者 | 介護保険の被保険者以外の者<br>※Hで始まる被保険者番号<br>(介護扶助10割) | 第1号被保険者<br>(介護保険9割+介護扶助1割) |
|          | 加入者  | 第2号被保険者<br>(介護保険9割+介護扶助1割)                 |                            |

また、介護保険法と障害者総合支援法では、給付内容が同一のサービスについては原則として介護保険法による給付が優先することとされています。被保護者が介護保険の被保険者である場合、介護保険法の給付が障害者総合支援法に優先して適用されますが、被保険者以外の場合、介護保険による給付がありませんので、障害者総合支援法の給付が優先されます。

### 3 指定介護機関

(1) 被保護者に介護サービスを提供するには、事業者が生活保護法による指定介護機関の指定を受けていることが必要です。なお、指定は各サービス（事業者）の種類ごとに必要です。（要支援者に対するサービスは、「介護予防」の指定が必要です）

(2) 指定介護機関の指定を受けるには、長崎県知事（福祉保健部福祉保健課保護班）又は、所在地の福祉事務所へ「指定申請書」を提出してください。

(3) 平成26年7月1日付けで生活保護法の一部を改正する法律が改正されたことに伴い、指定介護機関の指定の申請等手続きが変更されました。

施行日以降に介護保険法による指定又は開設許可を受けた介護機関すべてについて、生活保護法による指定を受けたものとみなし、当該介護機関については、介護保険法による指定の取消し等があった場合には、生活保護法による指定の効力についても失効するものとなります。

ただし、介護保険法の指定又は開設許可を受けた介護機関（地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設を除く。）があらかじめ、生活保護法の指定を不要とする申出をしたときは、生活保護法による指定を受けたものとはみなさないものとなります。

なお、旧生活保護法の規定による指定を受けていた指定介護機関は、施行日において改正法の規定による指定を受けたものとみなされています。

#### 4 介護扶助の給付決定と介護券

被保護者が介護サービスを必要とする場合は、介護扶助の給付を福祉事務所へ申請します。

福祉事務所は、要介護認定結果及び居宅介護サービス計画等に基づいて介護扶助を決定し、決定された介護扶助のサービス提供事業者に「介護券」を送付します。

介護券は月単位で発行し、サービス提供事業者に送付されます。

サービス提供事業者は、介護サービスの提供にあたって毎月の介護券を確認し、介護券から必要事項を介護給付費明細書に転記してください。

介護券に本人支払額の記載がある場合は、記載の額を本人から徴収してください。



# 15 介護相談員派遣事業について

## ●介護相談員派遣事業の目的

本組合から選定された介護相談員が、利用者と介護サービス事業者、行政との間に立って橋渡し役となり、利用者やその家族の要望や疑問などの問題解決と苦情の未然防止、介護サービスの質の向上の手助けを行うことを目的とし、本組合では平成 27 年度から実施しています。

介護相談員の受け入れについては、各介護サービス提供事業者の判断によりますが、この事業は、人員、設備及び運営に関する基準の条例において、地域との連携等の項目に努力義務として位置付けがされています。なお、介護相談員がサービス提供者の評価を行うことはありません。

## ●活動内容

介護サービス事業所を毎月 1 回（1 施設 1 時間程度）訪問し、利用者やご家族の話を聞き、要望や疑問などを把握します。必要に応じて介護サービス事業所のスタッフと意見交換を行います。

訪問後、介護相談員が活動報告書を作成し、本組合と事業所に報告してもらいます。

なお、この相談活動において知り得た利用者、その家族及び事業所の秘密を漏らすことはありません。

## ●活動実績

事業を開始した平成 27 年度からの実績は下記のとおりです。基本的に 1 施設に月 1 回、相談員 2 人一組のペアで活動しています。

| 年度       | 相談員数 | 派遣事業所数 |
|----------|------|--------|
| 平成 27 年度 | 1 名  | 4 事業所  |
| 平成 28 年度 | 5 名  | 12 事業所 |
| 平成 29 年度 | 4 名  | 8 事業所  |
| 平成 30 年度 | 4 名  | 8 事業所  |
| 令和元年度    | 3 名  | 4 事業所  |
| 令和 2 年度  | —    | —      |
| 令和 3 年度  | —    | —      |

※令和 3 年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため未実施。

※派遣申出については登録制とし、一度、派遣申出書を提出していただければ、以後の申出は不要です。