

令和6年度  
岩沼市指定地域密着型サービス事業者等  
集団指導

岩沼市健康福祉部  
介護福祉課

地域密着型  
サービス向け



岩沼市マスコットキャラクター  
岩沼係長

- 令和5年度運営指導の結果について ■ P04～
- 各種届出について ■ P07～
- 高齢者虐待について ■ P19～
- 災害時における連絡体制について ■ P24～

## ■ 集団指導

介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の内容、制度改正内容及び高齢者虐待事案をはじめとした過去の指導事例等に基づく指導内容について講習等の方法により行う

## ■ 運営指導

介護サービスの実施状況、運営基準、介護報酬請求について関係者から関係書類等を基に説明を求める面談方式で行う

## ■ 指導にあたっての留意点

適正な事業運営等に関し効果的な取り組みを行っている介護保険施設等については、積極的に評価し、他の介護保険施設等へも紹介する等、介護サービスの質の向上に向けた指導を行う



# 令和5年度運営指導の結果について

# 令和5年度 運営指導における指摘事項

項目	内容
重要事項説明書	○重要事項説明書について、事業所の見やすい所に掲示されていなかったため、掲示又は自由に閲覧できるような形で事業所に備え付けること

なお、重要事項等については、令和6年度の報酬改定でウェブサイトに掲載することが求められるようになりました

## 5. ① 「書面掲示」規制の見直し

### 概要

【全サービス】

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等については、原則として事業所内での「書面掲示」を求めている一方、備え付けの書面（紙ファイル等）又は電磁的記録の供覧により、書面による壁面等への掲示を代替できる規定になっているところ、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表しなければならないこととする。【省令改正】 【告示改正】 【通知改正】

（※令和7年度から義務付け）

厚生労働省老健局「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」資料より

# 令和5年度 各事業所における好事例

項目	内容
サービスの質の向上	○食事を手作りで提供しており、利用者の意見を反映している
	○サービスの質の向上の観点から、年に1度、サービスの利用に関するアンケートを利用者・家族に取り、その結果を利用者・家族に共有している
	○町内会の役割を積極的に担っており、行事にも積極的に参加している
	○利用者(家族含む)の小さな相談も記録しており、サービスの質の向上に努めている
職員の資質向上	○研修実施後にアンケートを実施しており、集計結果を委員会で共有、次回の研修の内容に反映している
	○顧問の社労士だけでなく、介護の内容に詳しい社労士にも確認し、従業員の規則に反映している
事故・緊急時対応	○事故があれば、その日のうちに解決策を出し再発防止に努めており、1か月後モニタリングをしている
	○避難訓練実施の際、近隣住民へも声掛けをし、連携体制の構築に努めている
	○毎月、消防訓練を実施している



# 各種届出について

# 届出に係る様式

## ● <地域密着型サービス>

- [地域密着型サービス・居宅介護支援事業所等の指定に関する各種手続き](#)
- [令和5年度岩沼市指定地域密着型サービス事業者集団指導について](#) (終了しました)
- [令和6年度介護職員等処遇改善加算について](#)
- [令和5年度介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算・介護職員等へ業績報告について](#)

## ● <居宅介護支援>

- [地域密着型サービス・居宅介護支援事業所等の指定に関する各種手続き](#)
- [令和5年度岩沼市指定居宅介護支援・介護予防支援事業者集団指導について](#)
- [訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプラン](#)
- [居宅介護支援事業所の特定事業所集中減算](#)

## ● <介護予防・日常生活支援総合事業>

- [介護予防・日常生活支援総合事業の指定に関する各種手続き](#)
- [介護予防・日常生活支援総合事業 制度改正情報・単位数サービスコード](#)

### 健康 福祉

● 妊娠・出産

● 健康診査

● 生活困窮

● 地域福祉

● 給付金・弔慰金

介護サービス事業者等が都道府県知事又は市町村長に対して行う指定の申請や変更の届出等の手続きについては、社会保障審議会介護保険部会介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会等での議論を踏まえ、介護保険法施行規則の一部を改正する省令(令和5年厚生労働省令第46号)による改正後の介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)において、厚生労働大臣が定める様式により行うものとされました

# 指定更新手続き

原則として、指定有効期間満了日が属する月の初日から概ね3ヵ月前に、市から更新時期到来を事前通知します。  
 (【例】指定の満了日が令和6年10月1日～31日に属する事業所については、7月中に事前通知します。)

また、指定更新申請書類の提出期限は、事前通知日から1ヵ月後を標準とします。

提出いただいた書類をもとに、市が内容確認・審査・補正を行い、満了日前までに指定更新の審査結果を事業所宛てに通知します。

## 指定更新の事務処理イメージ

	事前通知	指定更新申請書類の提出期限	申請に対する審査	指定更新決定通知
時期	満了日が属する月の初日から概ね3ヵ月前	事前通知日から1ヵ月後	更新申請日～満了日	～満了日
事務の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆書面による通知</li> <li>・指定有効期間満了日</li> <li>・更新申請に様子書類一覧</li> <li>・更新申請書類の提出期限</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※提出期限までに更新申請書類の提出がない事業所に、必要に応じて、連絡・確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆更新申請の内容確認・審査・補正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆書面による通知</li> <li>・更新決定</li> <li>・更新した指定有効期間満了日</li> </ul>

- ・満了日3ヵ月から必要な書類を含め更新の準備をお願いします
- ・更新の申請書は国の書式を使用ください



# 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項・チェックリスト

(別添)  
付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	標準様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	管理者の経歴		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	平面図	標準様式3	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式5	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容		<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	標準様式7	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 3「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付ください。

提出者(問合先)	
事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	

◇更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能

◇添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付ける

◇届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出

◇「管理者の経歴」は、主任介護支援専門員研修修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付

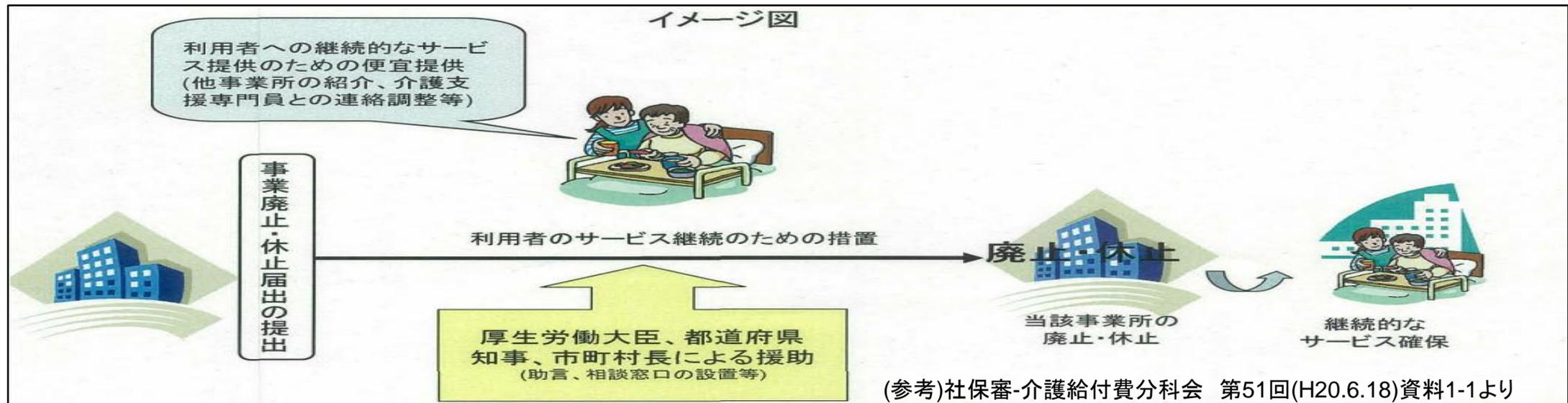
# 廃止・休止届出

## 廃止・休止の事前届出

廃止・休止の届出は「廃止・休止予定日の1カ月前まで」

## 廃止・休止時の利用者へのサービス確保の義務化

廃止・休止時における利用者に対する継続的なサービス提供のための便宜提供が義務づけられ、当該義務を果たさない事業者に対して市町村等は勧告・命令を行うことができることとされています。





# 変更届出

指定事項に変更が生じた場合は、変更届を市へ提出する必要があります。

なお、事業者の事務負担軽減の観点から、変更日から10日以内に届出する事項と、年1回の届出でよい事項とに分けることとしております(内容は宮城県に準拠しています)。

## 【変更日から10日以内に届出する事項】

- 事業所(施設)の名称、所在地
- 申請者(法人)の名称、主たる事務所の所在地
- 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等
- 事業所の管理者及び計画作成担当者の氏名、生年月日及び住所等
- 運営規程(人員基準を満たした上での人員変更の場合を除く)
- 事業所の病院・診療所の種別、提供する居宅療養管理指導の種類
- 事業実施形態(単独型・併設型の別等)
- 入所者(入院患者)の定員
- 福祉用具の保管及び消毒方法(委託している場合は委託先の状況)
- 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所
- 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

## 【年に1回の変更届】※現況報告ではなく、変更があった場合に届出する事項

- 登記事項又は条例等
- 備品(訪問入浴介護事業所に限る)
- サービス提供責任者の氏名及び住所等
- 協力医療機関又は協力歯科医療機関
- 併設施設の状況(介護保険施設に限る)
- 運営規程(人員基準を満たした上での人員変更についてのみ)



# 介護給付費算定に関する体制等の届出

介護給付費の算定のために、市への届出が必要となります。  
届出に係る加算等(単位数が増えるものに限る)の算定期間は以下のとおりです。  
なお、加算が算定できなくなった場合(算定要件を満たさなくなった場合等)については、速やかに市に届け出なければなりません。

## 届出日と加算等算定開始の関係

- 認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護、居宅介護支援
  - ◆ 届出が月の15日以前になされたもの
    - ⇒ その翌月から算定開始
  - ◆ 届出が月の16日以降になされたもの
    - ⇒ その翌々月から算定開始
- 認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
  - ◆ 届出が受理された日が属する月の翌月から算定開始  
(届出が受理された日が月の初日である場合は支給限度基準額が適用されないサービスのため当該月から算定を開始)

# 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

		受付番号					
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用> <居宅介護支援事業者用・介護予防支援事業者用> 令和 年 月 日							
岩沼市長 殿		所在地 名 称 代表者名					
このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。							
届出者	フリガナ 名 称	(郵便番号 ー ー ー )					
	主たる事務所の所在地 (ビルの名称等)	県 ー ー 市 ー ー 市					
	連絡先 電話番号	FAX番号					
	法人である場合その種別 代表者の職・氏名	職名	法人所轄庁 氏名				
	代表者の住所 (郵便番号 ー ー ー )	県 ー ー 市 ー ー 市					
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	(郵便番号 ー ー ー )					
	主たる事業所の所在地	県 ー ー 市 ー ー 市					
	連絡先 電話番号	FAX番号					
	主たる事業所の所在地以外の場所等一部実施する場合の出張所等の所在地	県 ー ー 市 ー ー 市					
	連絡先 管理者の氏名	電話番号	FAX番号				
管理者の住所 (郵便番号 ー ー ー )	県 ー ー 市 ー ー 市						
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村記載
	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	療養通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	地域密着型特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	複合型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	介護予防認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
	介護予防小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
介護予防認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有	
居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有	
介護予防支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有	
地域密着型サービス事業者番号等							
指定を受けている市町村							
介護保険事業者番号	(指定を受けている場合)						
既に指定等を受けている事業							
医療機関コード等							
特記事項	変 更 前			変 更 後			
関係書類	別添のとおり						
備考	1 「受付番号」欄には記載しないでください。 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の口を■にしてください。 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。 8 「主たる事業所の所在地以外の場所等一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等がある場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。						

## ◇ 所定の項目を記載

### ※特に次の点に注意

- ・『指定年月日』欄は、最新の指定(更新)年月日を記載
- ・『異動(予定)年月日』欄は、算定内容を変更する年月日を記載
- ・『異動項目』欄は、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」において変更する項目名を記載  
(複数ある場合は「別紙一覧表参照」等でも可)

## ◇ 加算を新たに算定する場合や、加算区分を変更する場合は、加算の算定要件を満たす書類も提出

## ◇ 『特記事項』欄は、変更前と変更後の項目名・項目区分を記載

## ◇ 当該届出書の他に「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を提出

# 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

□ 78	地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 1 地域密着型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 療養通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 3 療養通所介護事業所（短期利用型）	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり <input type="checkbox"/> 2 あり
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	
			感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可 <input type="checkbox"/> 2 対応可	
			共生型サービスの提供（生活介護事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			共生型サービスの提供（自立訓練事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ	
			中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ	
			個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ	
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			認知症加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ（イの場合） <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ（イの場合） <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ（イの場合） <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅲイ（ロの場合） <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲイ（ハの場合） <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲロ（ロの場合） <input type="checkbox"/> A 加算Ⅲロ（ハの場合）				
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14)				

(参考)地域密着型通所介護

◇ 所定の項目を記載(□を■に)

◇ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書と併せて提出



---

# 高齢者虐待について

# 虐待の5つの種類

区分	養介護施設従事者等による高齢者虐待
身体的虐待	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
介護・世話の 放棄・放任 (ネグレクト)	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 <u>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</u>
心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応 <u>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</u>
性的虐待	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
経済的虐待	高齢者の財産の不当な処分 <u>その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること</u>

# 通報等の(努力)義務について

義務の種別	内 容	主 体	根拠法令
努力義務	早期発見	高齢者の福祉に職務上 関係のある者	高齢者虐待防止法 第5条
	地方公共団体等による啓発活動・高齢者保護 のための施策への協力		
	通報(高齢者虐待を受けたと思われる高齢者 を発見した場合)	高齢者虐待を発見した者	高齢者虐待防止法 第7条
義 務	通報(高齢者の生命又は身体に重大な危険が 生じている場合)		

(可能な限り通報時に教えていただきたい事項)

- 虐待の内容とレベル
- 虐待者(疑い含む)の性格と身体・心理状況
- 虐待の事実と経過(日時やその時の様子など)
- 家計、住居、家庭環境(衛生面等)等の状況
- 家族構成、続柄、年齢、職業等
- 生活歴・転居歴・行動パターン
- 対象高齢者への介護の状況
- その他家族の人間関係やエピソード
- 対象高齢者の性格と身体・心理状況
- 家族内外でキーパーソンとなりうる人

**養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を見たら市へ通報**

※高齢者虐待防止法第8条の規定により、通報者の情報は保護されます

# 養介護施設従事者等による高齢者虐待（令和5年度調査）

## 虐待の発生要因

内容	件数	割合(%)
教育・知識・介護技術等に関する問題	480	56.1
職員のストレスや感情コントロールの問題	197	23.0
虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等	193	22.5
倫理観や理念の欠如	153	17.9

※厚生労働省老健局委託事業『高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業報告書』より

※調査対象は全国の市町村及び都道府県

※複数回答可

「教育・知識・介護技術等に関する問題」が約半数を占め、  
続いて「職員のストレス」、「組織風土」が発生要因  
組織の体制次第で虐待の原因を減少させることが出来る

# 養介護施設における虐待を未然に防止する取組みについて

## <ヒヤリハットや事故の報告について>

事業所内でのヒヤリハットや事故の報告は、重大事故の未然・再発防止につながります。事業所内でのヒヤリハットや事故の発生状況や背景等を記録し、報告させる体制を整え、集計・分析を行い、分析の結果から導かれた改善策については、全職員に周知徹底を図る体制を整えるようお願いいたします

## <研修について>

事業所における課題を分析し高齢者虐待防止につながるよう、ケアの技術向上なども含めた研修の定期的な開催をお願いいたします

## <マニュアルについて>

職員個人の判断ではなく、組織としての判断・対応がとれるよう、虐待防止マニュアルの内容を全職員が活用できるよう周知徹底をお願いいたします

## <虐待防止等の委員会について>

虐待防止等の委員会で検討されている事項については、検討された内容(事業所における虐待防止に対する体制、虐待等の防止策等)を、全職員に周知徹底をお願いいたします



# 災害時における連絡体制について

# 災害時における被災状況報告について

## 報告を要する基準

### <地震> ※地震による被害がない場合も要報告

○市域に震度5弱以上の地震が発生したとき

### <地震以外の災害>

○大雨・洪水・暴風等により人的被害又は物的被害があったとき

→人的被害…利用者・職員を問わず、被害があった場合は要報告

→物的被害…事業所の建物に限らず、敷地内において何らかの被害があった場合は要報告

○大雨・洪水・暴風等により利用者が他施設等へ避難したとき

## 報告方法

○「高齢者施設等被害状況連絡票」(※市HPに掲載予定)にて、市介護福祉課までメール又はFaxにより報告

## 報告のタイミング

○利用者及び職員の対応を最優先し、安全が確保できたタイミングで報告

○第1報は可能な限りで記載し、随時追加で報告

# 高齢者施設等被害状況連絡票記載の留意事項

別紙 高齢者施設等被害状況連絡票 事業所 → 岩沼市

施設事業所名	記述 名称: <input type="text"/>						
施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院 <input type="checkbox"/> 通所介護 — 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能、認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援・介護予防支援 — その他 <input type="text"/>						
施設連絡先電話番号	記述 電話番号: <input type="text"/>						
人的被害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="0"> <tr> <td>職員</td> <td> <input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人  <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人  <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人         </td> <td>           その他            記述 <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>利用者</td> <td> <input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人  <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人  <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人         </td> <td></td> </tr> </table>	職員	<input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人	その他 記述 <input type="text"/>	利用者	<input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人	
職員	<input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人	その他 記述 <input type="text"/>					
利用者	<input type="checkbox"/> 死亡者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 負傷者 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 行方不明者 <input type="text"/> 人						
利用者の他施設への避難要否	<input type="checkbox"/> 要 要避難者数(記述) <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 不要						
物的被害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 床下浸水 <input type="checkbox"/> 停電 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>						
介護サービス提供への影響	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 記述 応急対応の内容、復旧見込等 <input type="text"/>						
ライフラインの状況	電気 <input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可 (復旧見込: 月 日) ガス <input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可 (復旧見込: 月 日) 水道 <input type="checkbox"/> 使用可能 <input type="checkbox"/> 使用不可 (復旧見込: 月 日)						
物資の状況 (施設系サービスのみのみ)	飲料水 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足 (不足状況: ) 食料 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足 (不足状況: ) 寝具等 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足 (不足状況: ) 医薬品 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足 (不足状況: ) 不足している物資 ( )						
特記事項	<input type="text"/> 避難状況、必要な支援等						
	担当者名 <input type="text"/> 担当者連絡先 <input type="text"/>						

## ＜留意事項＞

○利用者や職員の対応を最優先に行っていただき、現場の安全が確保できたタイミングでご報告願います。

○「物的被害」の基準は、罹災証明に係る基準と一致するものではありません。あくまで被害状況を簡易的に把握するためのものです。

○記入欄にない状況を報告する場合は、空きスペースにその旨を記述していただき、ご報告願います。

事業所内での情報共有をよろしくお願いいたします。



岩沼市マスコットキャラクター  
岩沼係長