

平成24年度実地指導・監査等の 実施状況について (施設系サービス)

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25年3月15日

1. 実地指導・監査等の実施状況について

(香川県所管分)

施設種別	対象施設数 (H24. 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	26	22	48
介護老人保健施設	32	14	11	25
介護療養型医療施設	27	11	0	11
短期入所生活介護（単独）	8	6	2	8
短期入所療養介護（単独）	3	0	0	0
特定施設入居者生活介護	17	7	2	9
計	140	64	37	101

(注)上記は、介護保険施設及び施設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24年度 県受付分 (H25.3.1現在)]

○件数 45件 (平成23年度実績53件、平成22年度実績46件)

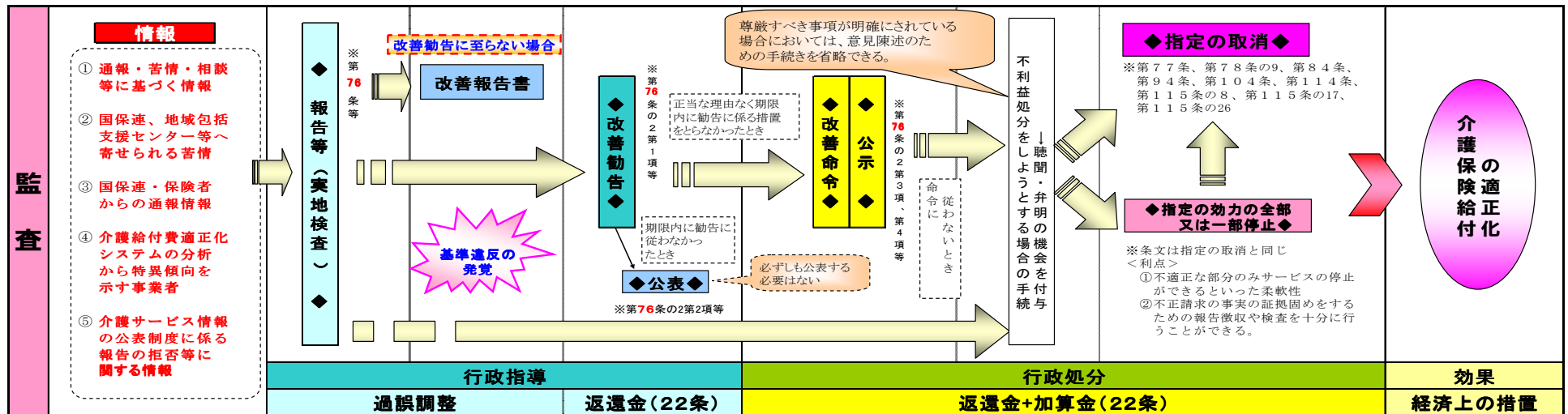
・内容の内訳	入所者の処遇に関するもの	39件
	職員の処遇に関するもの	1件
	その他(施設運営など)	5件

・施設の内訳	介護老人福祉施設	15件
	介護老人保健施設	9件
	特定施設入居者生活介護	5件
	短期入所生活介護	5件
	その他(養護、軽費、有料など)	11件

(注)上記は、県が所管する介護保険施設及び施設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
指導	集団指導 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。 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」 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」 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」	制度の理解 不正の防止 制度管理の適正化
	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。 ○ 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。 ※著しい運営基準違反が確認された場合 （虐待、身体拘束等）	高齢者虐待防止 身体拘束禁止 よりケアの実現
	報酬請求指導 ○ 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。 ※報酬請求に不正が確認された場合	不適正な請求の防止



※「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) 勤務体制が不明確なもの

- ・ 辞令が整備されておらず職員の勤務先が不明確
例：同一法人内で複数施設の業務を兼務しているが、辞令は1事業所名のみの場合
- ・ 一部の職員の辞令について、勤務場所が記載されておらず、職員の勤務場所が不明確
- ・ 一部の職員について、雇用契約書、辞令を作成しておらず、勤務表との整合性が確認できない
- ・ 看護職員と介護職員の兼務について、辞令等確認できる書類がない
- ・ 事務職員を兼務している介護職員が勤務表に記載されていなかった

(2) 勤務表に関するもの

- ・ 常勤とならない職員の勤務時間に有給休暇等を含んでいる
- ・ 歴月で管理していないため、勤務時間が職員ごとに異なっている

(3) 人員基準を満たさないもの

【介護老人福祉施設】

- ・ 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）

【介護老人保健施設】

- ・ 医師の勤務時間不足
- ・ 看護職員が基準の割合（看護・介護職員総数の7分の2）を満たしていない

【介護療養型医療施設】

- ・ 医師・薬剤師数が基準を満たさない
- ・ 介護職員の割合が届け出られている要件を満たさない

【特定施設入居者生活介護】

- ・ 介護職員間の勤務時間が異なるため、常勤とならない者が多い

2. 実地指導・監査の結果について

運営に関するもの

【指導事項】

①重要事項説明書に関するもの

- ・介護保険料の記載内容が不明確であるので、施設サービス費や必要な加算について明確にすること
- ・重要事項説明書の同意で契約締結となっていたので、契約締結の前に同意を取り、その後契約を締結するよう改めること。説明者の氏名を記載のこと

②定員の遵守に関するもの

- ・短期入所にあっては、日中、一時的ではあっても利用定員を超えた利用は認められないこと

③非常災害対策に関するもの

- ・非常災害対策マニュアルがない。避難場所、方法、経路を検討し、マニュアルを作成すること
- ・避難先について消防や市役所、町役場と未調整とのことなので調整すること
- ・消防への届出前の書類を保存しているので、受領印がある書類を残すこと
- ・避難訓練を年1回しかしていなかった
- ・避難訓練を年2回以上実施しているが、消防署への通知は1回であった。年2回は通知して実施すること

④利用料の受領に関するもの

- ・介護に直接必要な用品として施設サービス費に含まれる物品の代金を受領すべきでないこと
- ・日常生活費について、施設が一律提供している物も含まれていたことから、内容、費用設定を見直すようこと
- ・一律に提供すべきものが含まれていないことを明確にするため、積算根拠を明確にすること
- ・日常生活費について、入所者の任意のものであることがわかるよう説明すること

(参考)災害マニュアルチェックシート

チェック項目	ページ	チェックポイント
立地環境と災害予測	1	市町が作成しているハザードマップなどを参考に施設で起こりうる被害が想定されているか
防災設備等の確認（災害共通）	1	水道、ガス、電気が止まったときの代替方法は検討されているか
防災設備等の確認（地震災害、風水害）、備品等の転倒防止、危険物の管理と保管	1,2	設備、家具什器類の転倒・落下防止、窓ガラスの飛散防止のほかP24の安全点検表のような事項について定期的に確認することになっているか、それは誰がいつすることになっているか
職員や施設内外との連絡体制の整備	2	職員の防災連絡網、緊急連絡先等一覧は作成されているか、それは最新の状態に更新されているか、外部に連絡をとる際の手順等は整備されているか
役割分担	3	災害時における役割分担が決められているか、参集基準・方法は定められているか
緊急時の食糧等の備蓄	3	食糧の備蓄、緊急時に必要な物資、器材は検討されているか、リストは作成されているか、実際に準備されているか
避難方法等	3,4	市町が指定した避難場所は確認されているか、避難地区は作成されているか、具体的な避難方法は検討されているか、避難経路に危険箇所はないか、避難経路は複数検討されているか、
防災計画の作成と防災訓練の実施	4,5	防災訓練の実施が防災計画等に定められているか、実際に地震や風水害に対応した防災訓練が実施されているか、マニュアル、連絡網等必要な事項を職員、入居者等に周知する機会は設けているか
地震発生時の対応策	6~8	職員ごとの役割分担や役割ごとに何をするのが定められているか
夜間における地震発生	9	夜間における対応について定められているか
風水害等対策	9~14	どのような被害が想定され、どのように対応するかが検討されているか

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】

(2) 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

i) リスク判定とモニタリング

- ・褥そうがあり、BMIも18.5未満の者について、低リスク判断していたが根拠が不明
- ・低栄養状態のリスク判断が不明確で、高リスク項目に該当しても、低リスクとし、2週間毎のモニタリングを行っていない
- ・体重減少率や血清アルブミン値（検査値が分かる場合）などが把握できていないため、低リスク判断になっている
- ・高リスク者で、2週間毎のモニタリングを行っていない



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】

●栄養マネジメント加算

（ii）栄養ケア計画について

- ・ 栄養ケア計画の見直し変更が長期にわたりされていない。長期目標や期間を設定していない
- ・ 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

- ・ 国の様式例を使用しスクリーニング・アセスメント等しているが、必要な項目が記入されていない
- ・ 国の様式例の18年度改正様式を使用しているため、現在の低栄養状態のリスク判断との違いや必要項目に差が出ていた

- ・ 介護老人保健施設で使用されているR4システムを利用している場合について、施設サービス計画に、栄養ケア計画に相当する内容を記載する場合は、栄養ケア計画の作成に変えることができるが、課題、短期目標等の記載がなかったり、内容が不十分であった

栄養ケア計画書やスクリーニング等の内容は国の様式を参考にし、必要項目は記載すること。また、栄養ケアマネジメントは手順に沿って行なうこと

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】

●療養食加算

- ・貧血食の対象としている者について、複数の検査結果が混在していた。加算算定の判断に使用した資料は明確にしておくこと

●経口移行加算

- ・テスト結果の内容を明確にすること

●経口維持加算

- ・経口維持計画について、栄養ケア計画に位置づけているが、長期目標がなかった。経口維持計画の計画目標を立てること

●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

- ・口腔機能維持管理体制加算を算定していない場合、口腔機能維持管理加算を算定できないこと

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】

①【介護老人福祉施設】

●精神科医師配置加算

- ・加算を算定しようとする施設は、常に、認知症である入所者の数を的確に把握する必要があること

●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

●個別機能訓練加算

- ・訓練に関する記録には、実施時間・担当者等も記載すること

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの (5)

【指導事項】

②【介護老人保健施設】

●短期集中リハビリテーション加算

- ・老健退所から3ヵ月以内の入所者については算定できない。再算定は、入院期間、症状で限定されている

●所定疾患施設療養費

- ・国保連への請求書に病名はあるが、検査、治療内容を明確にすること
- ・尿路感染症の算定について、終期についての診療録の記載が不明確であったので明確にすること

●ターミナルケア加算

- ・家族への説明は行われているが、同意を確認できる記録になっていないため、要件を満たした記録を残すこと
- ・家族への連絡、同意について回数の規定はないが、随時行う必要があるので、期間をあげすぎず説明し、同意を得、それを記録すること

●入所前後訪問指導加算

- ・多職種共同で指導にあたっていることや指導内容を明確にすること

●退所後訪問指導加算

- ・多職種共同で指導にあたっていることや指導内容を明確にすること

●退所時指導加算

- ・グループホームへの退所者について算定できない→**過誤調整**

●退所前訪問指導加算

- ・多職種共同で指導にあたっていることや指導内容を明確にすること

2. 実地指導・監査の結果について

報酬に関するもの（6）

【指導事項】

③【指定療養型介護医療施設】

●夜間勤務等看護

- ・基準を満たすこと

●特定診療費

- ・（リハビリテーション実施計画について）本人又は家族の同意について、サインをもらえない場合には、口頭で同意をもらった記録を残すこと
- ・理学療法の実施時間を正確に記すこと
- ・感染症管理について、感染症レポートを活用すること。褥そう管理について、褥そう計画は医療病棟から転棟した場合作成すること

④【特定施設入居者生活介護】

●医療連携加算

- ・情報を提供していない場合があった→**過誤調整**

●個別機能訓練加算

- ・個別機能訓練は、3カ月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録しなければならないが、半年毎の説明、記録となっていた→**過誤調整**
- ・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

- ・常勤の看護師が1名以上配置されなければならないところ、非常勤の看護師しかいない→**過誤調整**
- ・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

【指導事項】

処遇に関するもの（1）

①施設サービス計画

（i）課題抽出・把握に関するもの

- ・ アセスメント表からの課題が計画に反映されていない
異食行為、誤嚥、嚥下機能低下、身体拘束を必要とする場合等、課題として抽出できていない
又は計画に反映できていない
- ・ 課題分析標準項目に沿ってアセスメント表を作成している施設もあるが、課題抽出が十分できていない

（ii）計画作成に関するもの

- ・ 短期・長期目標とも具体性がなく達成されにくい内容のため、同じ内容の計画が継続されている
- ・ 短期目標期間が終了しているが、そのまま見直しせず、計画を継続している
- ・ モニタリング結果の記録から、目標が達成されているが、目標の変更をせず継続された計画

（iii）サービス担当者会に関するもの

- ・ 専門的見地からの意見としての内容、調整を図った記録でない
- ・ 担当者会を開いていない又は適切な時期に開催されていない

（iv）計画の変更に関するもの

- ・ 同意・交付が確認できない又は適切な時期に同意を得ていない

施設サービス計画の作成は、介護保険制度の中核となるものである。適切な手順により実施すること。

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの（2）

【指導事項】

②身体拘束に関すること

（i）緊急やむを得ない場合の対応

- ・ 常時身体拘束をしている場合がある
- ・ 3要件の検討が不十分

（ii）手続き、記録

- ・ 身体拘束廃止委員会を設置していない、又は設置していても記録がない
- ・ 身体拘束中の内容を、委員会で検討されているが、数ヶ月間、同内容で変更されていない
- ・ 委員会での3要件の判断、検討記録が不十分
- ・ 身体拘束中の心身の状況記録、カンファレンス記録が不十分
- ・ 緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書に解除期間の記入をせず、家族に説明・長期に使用している
- ・ 改善計画が作成されていない

緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束は高齢者虐待となるので、身体拘束廃止に向けて取り組むこと。

基準上、例外的に身体拘束が認められる場合には、3つの要件と記録が義務付けられている。

（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（3）

【指導事項】

③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
- ・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。



安全を担保されたものではない

※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)

(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。

●前記について、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 上記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。

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苦情処理

- ・ 苦情記録について、施設とのトラブルを、家族が県に情報提供した事例についても記録がない
- ・ 苦情と相談の境界が曖昧で、苦情として記録に残していないものがある
- ・ 苦情後の対応策、事後処理の不明なものがある

迅速かつ適正に対応するために記録の整備をし、苦情内容からサービスの質の向上を図ること

養介護施設従事者等による高齢者虐待について

平成23年度「高齢者虐待の防止、高齢者虐待の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく香川県の調査結果について

養介護施設従事者等による高齢者虐待

相談・通報件数	41件
虐待事実が認められた事例	1件

高齢者虐待とは、暴力的行為(身体的虐待)だけではなく、必要とされる介護や世話を怠ること(介護・世話の放棄・放任)、暴言、無視(心理的虐待)、性的羞恥心を抱かせる行為(性的虐待)、本人の合意なしに財産や金銭を使用すること(経済的虐待)も該当する。また、特に心理的虐待、性的虐待については、その行為を高齢者がどのように受け止めているかで判断する必要がある。

高齢者の安心で安全な生活を脅かす高齢者虐待は、高齢者に対する最も重大な権利侵害であること、高齢者虐待は突然発生するものではなく、不適切なケア、不適切な施設・事業所運営の延長上にあることを十分に認識し、施設においては、研修等を有効に利用して施設、職員の高齢者の権利擁護に対する意識の向上を図ること

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの(5)

【指導事項】

⑤衛生管理・感染症防止等

- ・指針の整備がない又は、指針に示されている感染症委員会の活動がされていない(特定施設入居者生活介護は除く)
- ・マニュアルは整備されているが、実用的でない
- ・浴槽水の残留塩素の濃度又は水質検査が不徹底
- ・吸引チューブの清潔管理ができていない

衛生管理・感染症予防に関しては、介護保険法 指定基準の「運営に関する基準」に沿って指導
衛生管理等

第27条(指定介護老人福祉施設)

第29条(介護老人保健施設)

第28条(指定介護療養型医療施設)

第104条(特定施設入居者生活介護)

内容についてはほぼ同様

例: 介護老人保健施設の「運営に関する基準」を抜粋

第二十九条

介護老人保健施設は、**入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理**に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、**医薬品及び医療機器の管理**を適正に行わなければならない。

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 介護老人保健施設は、当該介護老人保健施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 当該介護老人保健施設における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**をおおむね三月に一回以上**開催**するとともに、**その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底**を図ること。

二 当該介護老人保健施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための**指針を整備**すること。

三 当該介護老人保健施設において、介護職員その他の従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための**研修を定期的に実施**すること。

四 前三号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行うこと。



厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順
(平成18年3月31日厚生労働省告示第268号)

1 養護老人ホーム、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム又は指定地域密着型介護老人福祉施設(以下「養護老人ホーム等」という。)の従業者が、入所者、入居者又は入院患者について、感染症又は食中毒の発生を疑ったときは、**速やかに管理者又は施設長(以下「管理者等」という。)に報告する体制を整えること。**

- 2 養護老人ホーム等の**管理者等は**、当該養護老人ホーム等における感染症若しくは食中毒の発生を疑ったとき又は前号の報告を受けたときは、**従業者に対して必要な指示を行わなければならないこと**。
- 3 養護老人ホーム等においては、感染症又は食中毒の発生又はまん延を防止する観点から、**従業者の健康管理を徹底し、従業者、来訪者等の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者及び利用者に対して手洗いやうがいを励行するなど衛生教育の徹底を図ること**。
- 4 養護老人ホーム等(軽費老人ホームを除く。以下この号において同じ。)の**医師及び看護職員は**、当該養護老人ホーム等内において感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、**速やかな対応を行わなければならないこと**。
- 5 養護老人ホーム等の管理者等及び医師、看護職員その他の従業者は、感染症若しくは食中毒の患者又はそれらの疑いのある者(以下「有症者等」という。)の状態に応じ、協力病院をはじめとする地域の**医療機関等との連携**を図ることその他の適切な措置を講じなければならないこと。
- 6 養護老人ホーム等は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの**有症者等の状況及び各有症者等に講じた措置等を記録**しなければならないこと。

- 7 養護老人ホーム等の管理者等は、イからハまでに掲げる場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村及び保健所に迅速に報告するとともに、市町村又は保健所からの指示を求めることその他の措置を講じなければならないこと。



平成17年2月22日老発第0222001号 厚生労働省老健局長通知

「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」より抜粋

- ・ 市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に報告
 - ・ 市町村等の社会福祉施設等主管部局と保健所は、情報交換を行なうこと等が示されている
- イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間内に2名以上発生した場合
 - ロ 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合

- 8 前号の報告を行なった養護老人ホーム等は、その原因の究明に資するため、当該有症者等を診察する医師等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めなければならないこと。

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

実地指導時の課題

- ・ 介護職場は職員の入れ替わりも多いことから、継続的に教育
- ・ 施設の実情にあった具体的な感染予防マニュアルの整備
- ・ 事業所全体の感染に対するリスク管理を行う役割を果たす人材の確保
(職員の労働管理、共有施設の情報も含め)

感染症委員会の機能・役割が重要

感染性胃腸炎の集団発生時の状況

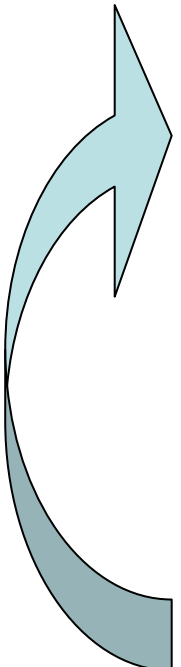
- ・ 発生から報告まで数日間で、発症者が多数出た。感染拡大が早いこともあるが、初発を確認できていない。
- ・ 施設の構造上の特徴、入所者の特徴によっては、拡大防止が難しい所があり、特に、認知症の方が多いところは、対応は困難で、徘徊による感染の拡大が見られた。
- ・ 胃瘻増設者など、経口摂取できない利用者の発病あり。(職員が媒体になった可能性)
- ・ 嘔吐を伴うことから、排泄ケアだけでなく、口腔ケアや吸引等にも注意が必要
- ・ 発症率は、数%から過半数を超える所まで、初期対応の方法、施設の条件により開きがある

行政・関係機関等への報告は適切かつ迅速に行なう

施設は、消毒設備や消毒薬を業者から購入していますが、感染症が施設内にまん延している間に使用する消毒薬は、次亜塩素酸ナトリウムを適切な濃度で使用するようお願いします。

感染症対策は、

平常時からの衛生管理



健康管理(入所者、職員)→早期発見→連絡体制
設備・物品の清潔管理 備品管理
教育・研修 実用的なマニュアル整備
感染症発生動向等情報収集(持込が多い)

感染症発生時の対応(感染拡大防止・被害の最小化)

発生状況の把握と早期の指示
入所者、職員の動線の把握と感染ルートの遮断、消毒
重症化の予防
関係機関等への報告・連携

感染症の再発防止

検証
マニュアルの見直し

2. 実地指導・監査の結果について

処遇に関するもの(6)

【指導事項】

⑥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。
- ・指針やマニュアルの整備が不十分。
- ・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。
- ・事故防止のための委員会の開催頻度が、指針と不一致。
- ・委員会の記録がない。
- ・再発防止のための検討が不十分、検討時期が遅い。
- ・定期的な研修会が実施できていない。
- ・たん吸引等のヒヤリハットが記載できていない。
- ・医療事故と介護事故の区別がされていない、介護特有の予防対策も検討すること。(介護療養型)

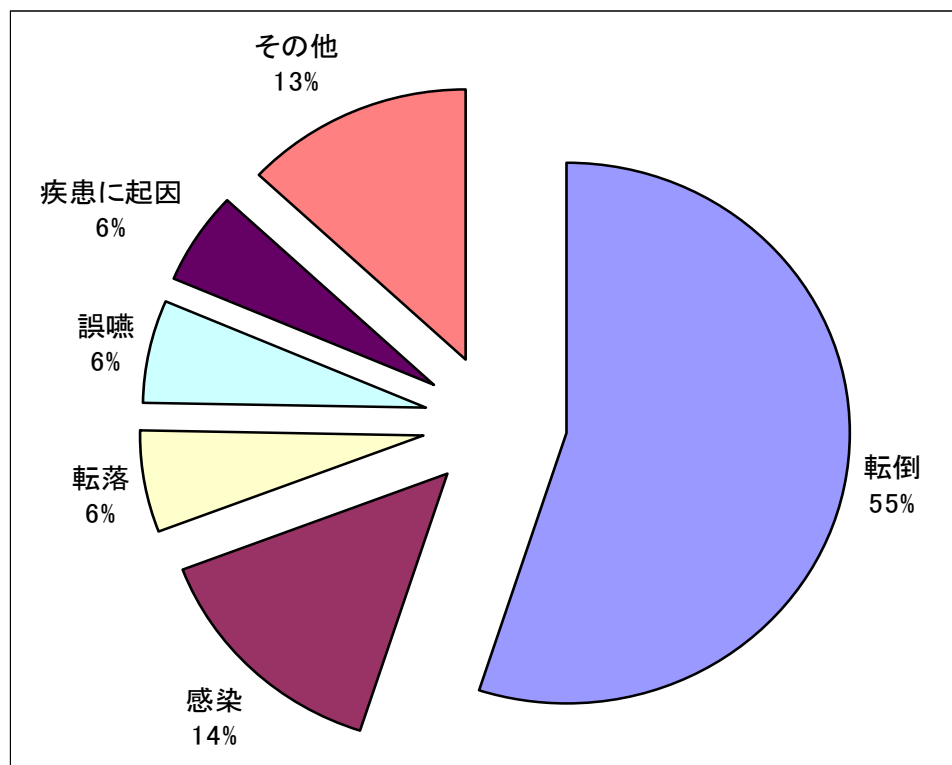
平成23年度事故発生状況

平成23年4月から平成24年3月までの1年間に、市町が報告を受けた事例は**1330件**、そのうち市町から県に随時の報告を受けた事例は**374件**（軽費老人ホーム事業者含む）

県に随時の報告を受けた374件のうち、転倒事故が**206件**
市町が報告を受けた1330件中では、**766件**

1 事故内容

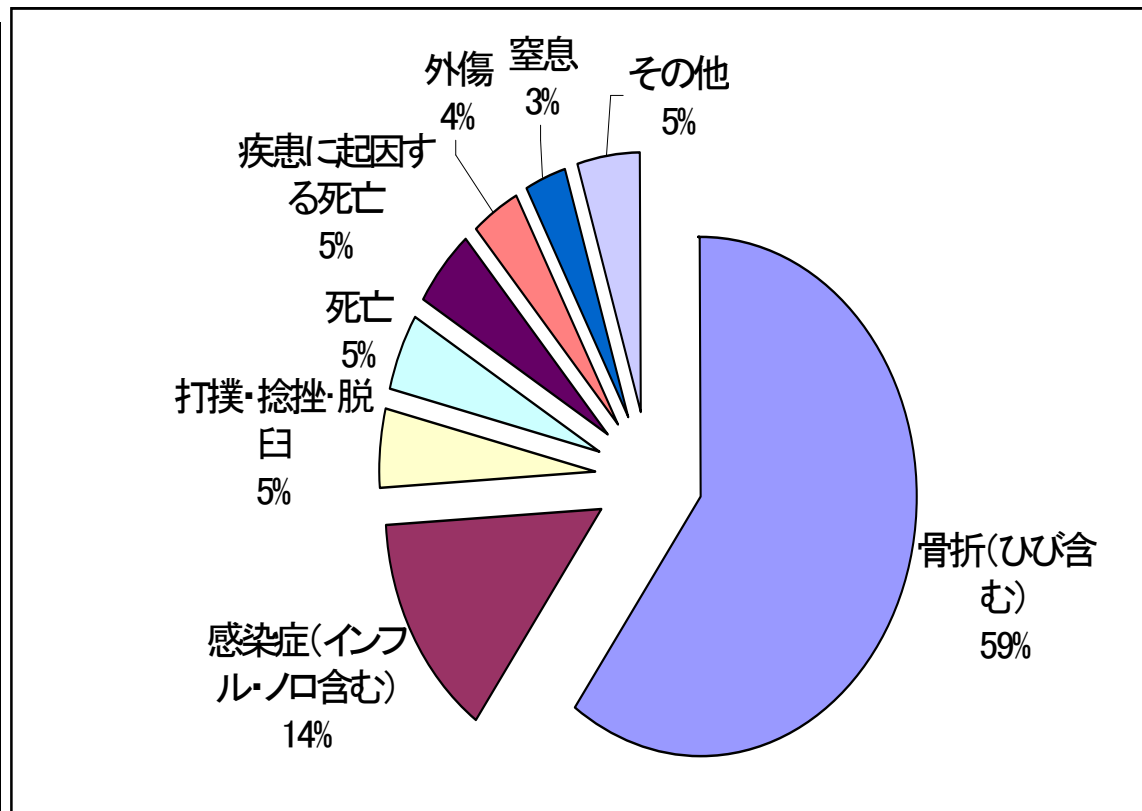
内容	事故件数	事故割合
転倒	206	55.0
感染	53	14.2
転落	23	6.2
誤嚥	22	5.9
疾患に起因	21	5.6
介護中の負荷	10	2.7
交通事故	6	1.6
その他	33	8.8
総数	374	100%



(374件中)

2 事故種別

種別	事故件数	事故割合
骨折(ひび含む)	223	59.7
感染症(インフル・ノロ含む)	53	14.1
打撲・捻挫・脱臼	19	5.1
死亡	18	4.9
疾患に起因する死亡	18	4.9
外傷	14	3.8
窒息	11	2.9
肺炎	7	1.9
外傷性脳内出血	5	1.3
受診後異常なし	2	0.5
体調不良	2	0.5
疼痛	1	0.2
火傷	1	0.2
総数	374	100%



骨折事故が約6割を占め、転倒・転落した229件中骨折したのは195件 (85.2%)

死亡事故 (疾患に起因するものを含む) も36件見られる

また、職員不在時の事故は223件 (59.5%) 発生している

3 サービス別事故種別

	居宅サービス							施設サービス			地域 密着 サー ビス	その他			総計
	訪問 介護	通所 介護	通り ハ	短期 生活	短期 療養	福祉 用具	特定 施設	福祉 施設	老 健 施設	療養 型		軽費	養 護	住宅 型有 料	
骨折(ひび含む)		19	6	40	2		25	61	42	1	7	16		4	223
感染症(インフル・ノロ含む)				3			1	48			1				53
打撲・捻挫・脱臼	1			2			2	2		1		11			19
死亡		3		4		1	2	3	3				1	1	18
疾患に起因する死亡		3		2		1	4	4			2	1		1	18
外傷		1					1	5	2			5			14
窒息		2		2		1		3	2		1				11
肺炎		2						4	1						7
外傷性脳内出血		2					1	1	1						5
受診後異常なし		2													2
体調不良				1			1								2
疼痛												1			1
火傷								1							1
事故件数	1	34	6	54	2	3	37	132	51	2	11	34	1	6	374
事故割合	0.3	9.1	1.6	14.4	0.5	0.8	9.9	35.3	13.6	0.5	3	9.1	0.3	1.6	100%
事業所数	288	283	711	92	93	102	40	84	51	38	175	39	11	49	2056

介護事故再発防止に向けての取り組み

- ・見守り・巡視の強化
 - ・センサーマット等の使用
 - ・環境整備
- などが、多いですが・・・

県は事故報告書の内容によって状況確認を行います。

【対策の検討】

- ・起こるかもしれないことを発見できていますか？（危険を察知する能力、ヒヤリハットの活用）
- ・発生時の状況が把握できる報告書ですか？（図示、どのように倒れていたか）
- ・原因分析が行えていますか？（なぜ・どんな時に・何時ごろ徘徊しているのか、照明はどうか、足元は、車椅子や歩行器は身体に合っているか、使い方は正しいか、良いケアが提供されているかの見直し）
- ・対策は具体的ですか？（回数、頻度）
- ・多職種で検討されていますか？
- ・全職員へ周知されていますか？
- ・ケアプランへ反映されていますか？
- ・対策が定着化し、継続的改善ができていますか？（評価、見直し）

事故防止委員会の機能・役割が重要

保険者への報告は適切かつ迅速に行なう

(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)

1 目的

指定介護サービス事業者（以下「事業者」という）が、サービス提供時に発生した事故について、その内容や対応の状況を市町に報告を行うことにより、事業者が市町との連携を円滑に行い、事故に対する適切な対応や再発防止策を講じるとともに、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) けが等の程度については、**医療機関へ受診し、治療を要したものを原則**とする。

(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4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。

4 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、速やかに県に報告（事業所からの報告書の写しで可）するものとする。なお、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 指定基準違反の恐れがあると思われるもの
 - ④ 職員の不祥事が原因となっていると思われるもの
 - ⑤ その他、他の事業者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。）

5 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の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。

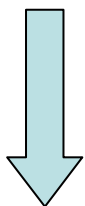
【報告のフロー図】

サービス提供時に事故発生



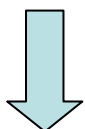
- ・ 利用者の家族等への連絡
- ・ 利用者に係る居宅介護支援事業者へ連絡

事業者から市町（保険者）へ電話による報告



- ・ 第一報は可能な限り早急に行うこと。
ただし、市町の就業時間外で電話連絡が取れない場合においては、FAXを送信しておき、翌日早めに連絡するなどの対応を行うこと。
- ・ 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）へ文書による報告



- ・ 事故発生後の処理等が済み次第、文書により事故報告を行う。

市町から県への報告

次の事由による事故の場合は、速やかに県に報告を行う。

- ・ 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
- ・ 指定基準違反の恐れ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。）