

令和 8 年度
水俣市地域密着型サービス事業者集団指導資料

令和 8 年 7 月

水俣市いきいき健康課

【目次】

(1) 令和8年度地域密着型サービス事業者等指導計画について	P 2
(2) 各種届出及び指定更新手続きについて	P 5
1. 変更届出書について	P 5
2. 廃止・休止届出書について	
3. 再開届出書について	
4. その他届出書について	P 6
5. 指定の更新手続きについて	
6. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出について	P 7
7. 電子申請届出システムの運用開始について	P 1 2
8. 介護職員等の処遇改善に係る加算の届出について	P 1 7
9. 業務管理体制の整備に関する届出等について	P 2 6
(3) 令和6年4月に義務化された主な事項（経過措置終了）	P 3 2
1. 非常災害時の対応等及び業務継続計画の策定	P 3 2
2. 衛生管理等	P 3 8
3. 認知症介護基礎研修	P 3 9
4. 虐待の防止	P 4 1
5. 口腔衛生管理体制の確保	P 4 6
6. 栄養・ケアマネジメントの充実	
(4) 令和6年度改定の主な事項（経過措置等を規定）	P 4 7
1. 身体的拘束等の適正化	P 4 7
2. 重要事項の書面揭示規制の見直し	P 4 8
3. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の 負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置	P 4 9
4. 協力医療機関の届出について	P 5 1
(5) その他改定事項	P 5 5
(6) 事故報告及び感染症等の報告について	P 6 2
(7) その他	P 7 1
1. 水俣市サポートセンターについて	P 7 1
2. 水俣市「運営推進会議及び介護・医療連携推進会議」の 設置及び運営について	P 7 4

(1) 令和8年度地域密着型サービス事業者等指導計画について

令和8年度地域密着型サービス事業者等指導計画

令和8年7月28日

いきいき健康課

1 趣旨

本市が指定する地域密着型サービス事業者及び地域密着型介護予防サービス事業者並びに介護予防支援事業者（従業者等を含む。以下「指定地域密着型サービス事業者等」という。）に対する指導・監査について、介護保険法（平成9年法律第123号）、水俣市指定地域密着型サービス事業者等指導監査要綱（平成25年告示第13号。以下「市指導監査要綱」という。）に定めるもののほか、計画的、効果的に実施するために必要な事項を定めるものとする。

2 指導の方針

指定地域密着型サービス事業者等及び介護サービス事業者の指導は、「利用者本意のサービスが提供され、介護サービスの質が確保されているか、適正な保険給付、指定基準が遵守されているか、高齢者の虐待防止及び身体的拘束等の適正化、個人情報の保護に関して適切な措置を講じているか。」等の項目について重点をおいて実施する。

また、重大な法令違反、介護報酬の不正請求、不適切な介護サービス提供の疑いがある場合には、介護保険制度の信頼維持及び利用者保護の観点から、速やかに監査の実施及び県への通報等を行うものとする。

3 指導の対象サービス及び実施方法

(1) 集団指導・・・すべての地域密着型サービス事業所が対象

集団指導は、適正なサービスを提供するための事業者に対する必要な情報伝達を行う場と位置付け、特に遵守すべき介護保険関係法令や各種サービス提供の取扱い、報酬請求に関する事項等【介護報酬算定の加算・減算、職員の資格及び員数（名義借り、虚偽申請防止）】の周知徹底及び過去に運営指導（実地指導）等を行った事業所に対して改善を指導した項目の確認等に重点をおいて、実施するものとする。

【集団指導】

資料及び説明動画視聴による自主学習方式により実施する。資料は本市ホームページに掲載し、各事業所において自主学習を行い、実施後は、令和8年9月30日（水）までにアンケートへの回答をお願いする。

(2) 運営指導（実地指導）・・・一部の地域密着型サービス事業所が対象

運営指導（実地指導）は、サービスの種別によらず、苦情や通報があり、指導が必要とされる事業所及び新規（更新）指定事業所に対して、原則行うものとし、その他の事業所は必要に応じて行うものとする。

なお、当該年度において、別途、県が行う社会福祉法人施設監査及び市が行う社会福祉法人監査が予定されている事業所（施設）がある場合には、当該法人の経営する地域密着型サービス事業所の運営指導（実地指導）を最優先するものとし、指導対象法人の事務負担軽減を図るため、県及び当該事業所と日程調整の上、できる限り、法人施設監査及び法人監査と同時に実施するものとする。

4 運営指導（実地指導）の重点事項等

運営指導（実地指導）に当たっては、介護サービスの実施状況指導、運営体制指導及び報酬請求指導に主眼を置いて行うものとする。

介護サービスの実施状況指導及び運営体制指導として、高齢者虐待防止、身体的拘束等の適

正化等に係る考え方の確認や、個別ケア推進のためのケアマネジメントプロセスが取られているか等の確認を行い、報酬請求指導としては、各種加算等について算定条件に基づいた運営及び請求がされているかの確認を行うものとし、指導の重点事項及び指導目標・指導項目等を次のとおり定めて実施する。

- (1) 利用者本意のサービス提供及び介護サービスの質の確保
 - ① 高齢者虐待防止、身体的拘束等の適正化の対策
 - ② 本市が取り組む地域包括ケアシステムの理念及び方針に沿った居宅サービス計画、個別サービス計画、施設サービス計画等の作成及びこれらの計画に基づく適正なサービスの提供
 - ③ 苦情、事故、感染症、食中毒等があった場合の適切な対応
 - ④ 運営推進会議等の設置、開催状況及び地域、家族等との交流状況
 - ⑤ 事業所内に地域住民の相談窓口として設置している「地域サポートセンター」の運営状況及び処理困難事例や課題解決のための「調整会議」、「担当者会議」の開催状況並びに他事業所及び地域包括支援センター内に設置された「地域ケア会議」との連携等
 - ⑥ 介護サービスの質の向上や介護従事者の処遇改善への積極的な取り組み
- (2) 介護報酬の適正な算定
 - ① 基準要件に適合した適正な加算又は減算の算定
 - ② 給付適正化のための医療情報との突合及び縦覧点検
- (3) 火災・風水害、地震等の災害防止対策、業務継続計画に基づく措置及び感染予防対策
 - ① 防災設備の整備・点検の実施状況
 - ② 緊急時の連携体制の整備状況の確認、消防計画に基づく避難訓練・消火訓練等の実施状況、業務継続計画（感染症、災害）に基づき必要な措置の状況等
 - ③ 台風等災害時における要援護者の短期入所等の受入れ状況等

5 監査

監査は、人員・設備及び運営に関する基準違反又は人格尊重義務違反の疑いがある場合などに、市指導監査要綱に定めるところにより実施する。

- (1) 監査実施の判断基準等
 - ① 内部告発、利用者及びその家族などから情報提供を受けて、指定基準違反、不適正な運営又は不正な介護報酬の請求であると認められる場合又はその疑いがあると認められる場合
 - ② これまでの指導の結果、更に指導が必要と認められる場合
(具体的には指導時において、虐待、拘束等で利用者の生命の危険がある場合や、虚偽申請、悪質な基準違反、不正な介護報酬の請求が認められる場合など)
 - ③ 複数の市町村から指定を受けていて、合同監査が必要と認められる場合
 - ④ その他特に監査が必要と認められる場合

6 本年度の運営指導（実地指導）の対象事業所及び月次計画

No.	事業所名	事業名	法人名	所在地	選定理由	実施月
1	尚光苑	地域密着型特定施設入居者生活介護	社会福祉法人広徳会	深川 1020 番地	6 年ごとの周期のため	R 8. 1 0
2	デイサービス水灯	地域密着型通所介護	医療法人善哉会	旭町 1 丁目 2 番 1 2 号	6 年ごとの周期のため	R 8. 1 1
3	グループホームなのはな	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	社会福祉法人広徳会	深川 1020 番地	新規指定後未実施のため	R 8. 1 1

※新型コロナウイルス感染症等の影響により、運営指導（実地指導）自体の延期、中止も考えられることから、毎年度随時実施事業所の見直しを行うこととする。

<今後も継続していただきたい点>

- ・各種書類等の整理が行き届いており、前回指摘事項等を法人内で共有し運営に活かしている。
- ・入居者一人一人の状況を全職員で把握し共有できるよう工夫されている。

<指摘や助言等>

○全サービス共通

- ・担当者会議(多職種によるケア会議)は、ケアプランの新規作成時だけでなく、ケアプランの見直し(更新認定、変更認定)時も開催してもらいたい。
- ・サービス担当者会議の記録がないものがある。
- ・(居宅/施設)サービス計画書の交付日が確認できないものや同意の署名がないものがある。
- ・説明を行った日付や説明を行った担当者名の記載がないものがある。
- ・(居宅/施設)介護支援の経過の記載がないものがある。
- ・個人情報の使用に関する同意については、サービス担当者会議等で家族の情報をを用いる場合もあるので、代理欄とは別に、家族代表の署名欄を設ける方がいい。
- ・苦情の申立先(受付機関)については、受付可能な日時(曜日、時間等)も記載し、事業所を介さずに外部機関に直接、苦情の申し立てができるようになっている必要がある。
- ・事業所として定期的な実施が必要な各種委員会、研修及び訓練については、開催の日時や場所、議事録、研修内容、出欠状況、従業者への周知状況等を後日確認できるように記録を残してもらいたい。同一法人内の複数事業所で合同開催した場合も同様。
- ・事業所内に掲示されている重要事項説明書や制度案内等が最新の内容になっていない。
- ・事業所における虐待の防止のための指針が整備されていない。(虐待防止措置未実施減算適用)

○一部サービス

- ・感染症及び非常災害に係る業務継続計画を作成していない。
- ・非常災害対策マニュアルを整備していない。
- ・食中毒予防に係る指針や特別養護老人ホームへの入所取扱い指針を定めていない。
- ・運営推進会議が適切に開催されていない。
- ・避難訓練及び消火訓練が適切に実施されていない。
- ・利用者によっては居宅を訪問した記録が残っていない月がある。
- ・福祉用具の選択制に関する利用者への説明等を行ったことがわかるように、その記録を残してもらいたい。
- ・入所判定に係る各種資料(入所判定委員会の会議録など)について、サービスを受ける必要性が高いと認められる者を優先的に入所させるよう努めなければならないため、その経緯等がわかるよう詳細に記録を残してもらいたい。
- ・居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録、個々の利用者毎の居宅介護支援台帳(ケアプラン、アセスメント結果の記録、担会等の記録、モニタリング結果の記録)等に不備がある。

○報酬算定について

- ・サービス提供体制強化加算に係る算定要件確認表などを作成していない。
- ・体制等届をされている加算の算定要件の一つである「看取りに関する指針」について、入居時に説明等をする必要があるが、指針作成前に入所された方やその他家族に対しても説明を実施しているか確認してもらいたい。
- ・加算や減算の要件の確認不足により、請求誤りの事例がある。

(2) 各種届出及び指定更新手続きについて

地域密着型サービス事業者として、市へ提出していただく届出等の概要は以下のとおり
介護給付費算定に係る体制を変更(新たに加算を開始等)する場合は、事前の届出が必要です。

1. 変更届出書について

提出が必要な場合 次表に掲げる事項等に変更があった場合

＜厚生労働省令で定める事項等が変更になった場合＞

変更届出書(様式第二号(四))に記載されている事項で、以下のとおり。

- 1 事業所(施設)の名称及び所在地
- 2 申請者の名称(法人名)及び法人等の種類
- 3 主たる事務所の所在地(法人所在地)
- 4 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名
- 5 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る)
- 6 事業所(施設)の平面図(建物の構造、専用区画、設備の概要等)
- 7 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- 8 運営規程
- 9 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関
- 10 事業所の種別
 - 11 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制
 - 11 本体施設、本体施設との移動経路等
 - 12 併設施設の状況等
 - 13 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地
 - 14 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
 - 15 その他指定に関し必要と認める事項
(資格要件があるものの増減や職務内容変更、生活相談員の氏名・経歴、看護職員・機能訓練指導員・医師・栄養士の氏名、役員追加、電話、FAX、メールアドレス等)

※上表1及び6については、届出の概ね1ヶ月前までに事前協議を行ってください。

提出期限 変更日から10日以内

提出書類 ①変更届出書(様式第二号(四))及び付表

②「水俣市地域密着型サービス事業所・居宅介護支援事業所の変更届出時に必要な提出書類一覧」記載の資料

正副各1部ずつ(合計2部)作成してください。

(事業所控えが必要な場合は2部提出。審査後に1部返却します。他の届出も同様)

2. 廃止・休止届出書について

提出が必要な場合 事業所を廃止又は休止する場合(届出前に市と事前に協議をお願いします。)

提出期限 廃止・休止の日の1ヶ月前まで

提出書類 廃止・休止届出書(様式第二号(三))

注意事項 ・届出書を提出される際は、利用者の処遇(受入先)について、利用者毎に記載した一覧表(様式は任意)を添付し、他の事業所へ引継ぎを行ってください。

・廃止の場合は、補助金の返還の要否について、ご確認をお願いします。

3. 再開届出書について

提出が必要な場合 休止した事業を再開する場合(再開前に市と事前に協議をお願いします。)

提出期限 再開後10日以内

提出書類 ①再開届出書(様式第二号(五))

②当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類等

4. その他届出書について

①指定辞退届 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業を行う者は、1 か月以上の予告期間を設けて、指定を辞退することができる。（様式第二号（六））

②指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護事業所等以外の宿泊サービスを提供する場合の届出

指定通所介護事業所等の設備を利用した夜間及び深夜の指定通所介護等以外のサービス（以下「宿泊サービス」という。）の提供については、介護保険制度外の自主事業ではあるが、利用者保護の観点から、国の基準省令改正により、平成27年4月から宿泊サービスについて、指定権者への届出及び事故発生時の市町村への報告が義務付けられました。

国の指針（宿泊サービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針、介護保険最新情報Vol. 470）に沿った事業運営に努めてください。

5. 指定の更新手続きについて

各事業所の指定は6年ごとに更新が必要です。指定の有効期限を確認し、指定更新手続きに漏れないようにしてください。

指定更新手続きについて、指定の有効期限の約3か月前までに対象事業所に対して通知を行っています。指定更新申請書一式は、指定有効期限の2ヶ月前までに提出してください。

更新申請にあたっては、「指定更新の手引き」及び市ホームページ掲載の「指定更新申請に係る提出書類一覧」で必要書類をご確認のうえ、正副1部ずつ作成をお願いします。

なお、総合事業（第1号事業）の訪問型サービス（旧介護予防訪問介護）又は通所型サービス（旧介護予防通所介護）について、訪問介護又は通所介護（地域密着型を含む）と同一の事業所において一体的にサービスを実施されている場合は、介護サービス分の事業所の指定更新と同じ時期に総合事業（第1号事業）の指定更新手続きができます。希望される場合は、介護サービス事業の指定更新手続き前までに当課にお知らせください。

水俣市指定地域密着型サービス事業所一覧(介護予防支援含む)

(R8. 7月現在)

	事業所名	指定年月日	指定の有効期限
1	グループホームキトさん家	令和4年1月15日	令和10年1月14日
2	グループホームふれあいの家	令和8年8月1日	令和14年7月31日
3	グループホームゆうゆう	令和3年6月10日	令和9年6月9日
4	グループホームこうらく	令和5年2月1日	令和11年1月31日
5	ニチケアセンター水俣認知症対応型 共同生活介護(ニチイのほほえみ)	令和5年12月15日	令和11年12月14日
6	小規模多機能ホームほのぼの・水俣 ほのぼの・水俣 サテライト	令和7年9月1日	令和13年8月31日
7	くぎのの里 せいりゅうの里	令和6年10月1日	令和12年9月30日
8	オハナ	令和7年5月1日	令和13年4月30日
9	特別養護老人ホーム和光苑	令和5年11月1日	令和11年10月31日
10	特別養護老人ホーム ビハーラまどか	令和6年12月1日	令和12年11月30日
11	特別養護老人ホーム 生喜(おき)の里	令和5年11月1日	令和11年10月31日
12	尚光苑	令和6年10月1日	令和12年9月30日

13	デイサービスセンター長寿村	令和4年4月1日	令和10年3月31日
14	通所介護事業所 ビハーラまどか	令和6年12月1日	令和12年11月30日
15	デイサービス水灯(みなあかり)	令和7年12月20日	令和13年12月19日

(2) 指定介護予防支援事業所

1	水俣市地域包括支援センター	令和6年4月1日	令和12年3月31日
---	---------------	----------	------------

6. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届、減算届）について

提出が必要な場合

- ・各種加算の算定を開始、終了、変更する場合
- ・人員欠如等、減算要件に当てはまる状態が生じた場合、解消した場合
- ・介護報酬の改定等で加算内容に変更が生じた場合

提出期限

サービスの種類	算定の開始時期
・地域密着型通所介護 ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ・居宅介護支援 介護予防支援	各月15日以前に提出 →翌月から 16日以降に提出 →翌々月から
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 ・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	届出を受理した月の翌月から （届出を受理した日が月の初日である場合はその月から）

※減算となる場合は、上表の提出期限にかかわらず判明した時点で速やかに御提出ください。

- 提出書類
- ①（別紙3-2）介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（進達書）
 - ②（別紙1-3）介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
 - ③（別紙7、標準様式1、参考様式）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
 - ④ サービス種類ごとに当該加算に係る添付書類

<各種様式・提出書類一覧等のダウンロード先>

※市ホームページ > 分類から探す > 健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険サービス > 介護サービス事業所の指定申請等の様式が変わります 内の「様式の掲載場所」

↓

以降は、次表（※）を参照

様式のダウンロード先（※）	申請・届出内容
（厚生労働省ホームページ）「介護事業所の指定申請等のウェブ入力・電子申請の導入、文書標準化について」中、「2. 指定申請様式等の使用原則化」 <u>（1）厚生労働大臣が定める様式等（令和6年3月15日告示分）</u> 「厚生労働大臣が定める様式」（PDF・Excel） 「標準様式」（PDF・Excel） ※市ホームページ内に提出書類一覧に加え、上記各様式も掲載しました。	指定申請関係 *上記（2）の1～5
<u>加算の届出様式</u> <u>「介護給付費算定に係る体制等届について（令和7年度以降 地域密着型・居宅介護支援事業者用）」</u>	報酬算定関係 *上記（2）の6

介護サービス事業所の指定申請等の様式が変わります。

最終更新日：2026年3月24日

介護サービス事業所の指定申請等の文書標準化について

介護保険法施行規則の改正により、介護サービス事業者等が指定権者に対して行う指定の申請や更新、変更の届出等の手続きについては、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。これは、介護サービス事業所における文書負担軽減を図るためのもので、国が示す標準様式の使用が原則化されます。

（関連文書） [【事務連絡】介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式について（PDF：117.2キロバイト）](#) [J](#)

（施行期日）令和6年4月1日

対象

水俣市の指定を受けている介護保険サービス事業者の指定申請等の様式

様式の掲載場所等

厚生労働省ホームページ [「介護事業所の指定申請等のウェブ入力・電子申請の導入、文書標準化について」](#) [J](#)（外部リンク）

厚生労働大臣が定める様式及び標準様式

厚生労働省ホームページ中、次の項目をご確認ください。

2. 指定申請様式等の使用原則化

（1）厚生労働大臣が定める様式等（令和6年3月15日告示分）

「厚生労働大臣が定める様式」、「標準様式」をご利用ください。

※届出介護支援及び介護予防支援は、「指定地域密着型サービス事業所等」に含まれています。

「厚生労働大臣が定める様式」は、変更を加えずにご利用ください。

[J](#) [厚生労働大臣が定める様式（地域密着型サービス事業所等）（PDF：1.79メガバイト）](#) [J](#)

[J](#) [厚生労働大臣が定める様式（地域密着型サービス事業所等）（エクセル：340.7キロバイト）](#) [J](#)

[J](#) [厚生労働大臣が定める様式（介護予防・日常生活支援総合事業）（PDF：717.2キロバイト）](#) [J](#)

[J](#) [厚生労働大臣が定める様式（介護予防・日常生活支援総合事業）（エクセル：131.5キロバイト）](#) [J](#)

「標準様式」についても、原則変更を加えずにご利用ください。

[J](#) [標準様式（地域密着型サービス事業所等）（PDF：5.86メガバイト）](#) [J](#)

[J](#) [標準様式（地域密着型サービス事業所等）（ZIP：2.1メガバイト）](#) [J](#)

[J](#) [標準様式（介護予防・日常生活支援総合事業）（PDF：1.32メガバイト）](#) [J](#)

[J](#) [標準様式（介護予防・日常生活支援総合事業）（ZIP：351.8キロバイト）](#) [J](#)

提出書類一覧

※上記の他、水俣市が保険者として必要性を判断し追加で提出を求めている資料があります。詳細は、以下に示す提出資料一覧をご確認ください。

指定申請： [J](#) [新規指定申請に係る提出書類一覧（PDF：136.8キロバイト）](#) [J](#)

更新申請： [J](#) [指定更新申請に係る提出書類一覧（PDF：145.1キロバイト）](#) [J](#)

変更届： [J](#) [変更届に係る提出書類一覧（PDF：149.4キロバイト）](#) [J](#)

新規及び更新指定申請等に係る水俣市様式

[J](#) [参考様式）暴力団等の排除に係る誓約書兼承諾書（ワード：22.8キロバイト）](#) [J](#)

[J](#) [参考様式）暴力団等の排除に係る誓約書兼承諾書（PDF：165.3キロバイト）](#) [J](#)

次の事業者（※）は、指定更新時に以下の自己点検表も併せて御提出ください。

（※）地域密着型サービスのみを行う事業者で、事業所が水俣市内にのみ所在する事業者

[J](#) [業務管理体制の整備に係る自己点検表（ワード：41.5キロバイト）](#) [J](#)

[J](#) [業務管理体制の整備に係る自己点検表（PDF：108.3キロバイト）](#) [J](#)

加算の届出様式

令和7年度以降の加算減算に係る届出様式は、以下の本市ホームページ等をご確認ください。

[介護給付費算定に係る体制等届について（令和7年度以降、地域密着型・居宅介護支援事業者用）](#) [J](#)

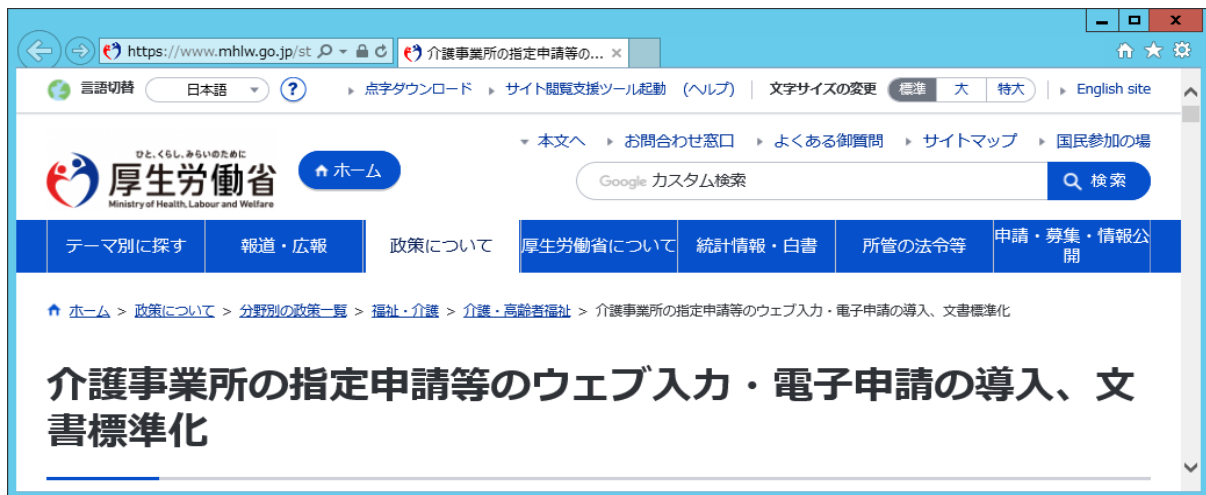
[介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書について（総合事業事業者用）](#) [J](#)

指定申請等の様式は、ここをクリック（9頁参照）

- ・厚生労働大臣が定める様式
- ・標準様式

- ・指定申請等の提出書類一覧
- ・指定申請等に係る市独自様式

加算届（体制等届）の様式はこちら（10～11頁参照）



1. 電子申請・届出システムの概要・・・(令和7年11月開始) 12 ページ参照
2. 指定申請様式等の使用原則化・・・(以下参照)
 - (1) 厚生労働大臣が定める様式等(令和6年3月15日告示分)

2. 指定申請様式等の使用原則化

(1) 厚生労働大臣が定める様式等(令和6年3月15日告示分)

指定居宅サービス事業所等

厚生労働大臣が定める様式	PDF PDF版 [2.5MB] X EXCEL版 [521KB]
標準様式	PDF PDF版 [3.5MB]
チェックリスト	PDF PDF版 [381KB]

指定地域密着型サービス事業所等

厚生労働大臣が定める様式	PDF PDF版 [1.8MB] X EXCEL版 [341KB]
標準様式	PDF PDF版 [5.9MB] EXCEL版 (zip)
チェックリスト	PDF PDF版 [298KB] X EXCEL版 [205KB]

基準該当サービス事業所等

標準様式	PDF PDF版 [399KB]
------	----------------------------------

介護予防・日常生活支援総合事業

厚生労働大臣が定める様式	PDF
標準様式	PDF
チェックリスト	PDF

◆(介護予防)地域密着型サービス事業所

◆居宅介護(介護予防)支援事業所

◆厚生労働大臣が定める様式
指定更新、変更届、休止・廃止・再開・辞退届
付表

◆標準様式

標準様式1) 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

標準様式2) 管理者経歴書

標準様式3) 平面図

標準様式4) 設備等一覧表

標準様式5) 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6) 誓約書

標準様式7) 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

加算の届出様式 <https://www.city.minamata.lg.jp/kiji0034141/index.html>

ホーム > 分類から探す > 健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険に関するお知らせ

介護給付費算定に係る体制等届について（令和7年度以降 地域密着型・居宅介護支援・介護予防支援事業者用）

最終更新日：2026年3月23日

1 提出が必要な場合及び提出書類

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は原則、新たな加算等の追加や変更がある場合（区分変更や要件変更含む）は届出が必要となります。また、加算の算定要件が変更されたことにより加算に該当しなくなった場合は、「加算なし」で届出が必要となります。詳しくは、以下の各サービス欄をご覧ください。

2 提出期限

（1）算定される単位数が増える場合

事前に届出が必要です。届出が遅れると、算定開始が遅くなります。（下表参照）

サービスの種類	算定の開始時期
・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 ・地域密着型通所介護 ・居宅介護支援 ・介護予防支援	各月15日以前に提出→翌月から 16日以降に提出→翌々月から
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 ・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	届出を受理した月の翌月から （届出を受理した日が月の初日である場合はその月から）

（2）その他（加算の取下げ、人員欠如による減算等）

判明した時点で速やかに提出してください。

3 提出先

水俣市いきいき健康課 高齢介護支援室
〒867-0005
水俣市牧ノ内3番1号（水俣市保健センター内）

4 留意事項

（1）複数のサービスについて届出を行う場合は、事業所番号が同じであっても、サービスごとに届出を行ってください。ただし、居宅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、一つの届出書で行ってください。

（2）届出の内容が変更の場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の「異動項目」欄に変更する体制等の名称を記載するとともに、「特記事項」欄に変更前と変更後の内容を記載してください。

（記載例）特定事業所加算を「なし」から「加算2」に変更する場合

異動項目：特定事業所加算

特記事項：（変更前）特定事業所加算 なし →（変更後）特定事業所加算 加算2

（3）「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」には、変更箇所以外の項目についても、該当する体制等に■印を付けてください。

※サービスの種類により異なりますので、下記のそれぞれのサービス欄をご覧ください。

5 提出書類（ダウンロード）

【体制届提出時に必ず必要な書類】

1. [添付（別紙3-2）介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（エクセル：60.3キロバイト）](#) 
2. 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
3. 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙7または標準様式もしくは参考様式（人員の配置基準及び配置状況が確認できるもの））

【加算の算定状況等に応じ提出が必要な書類】（※令和8年度 暫定版）

※黄色のシート部分が令和7年4月からの変更箇所となります。

※着色されたシートの朱書き部分が令和8年6月からの変更箇所となります。

4. サービス種類ごとに当該加算に係る添付書類を提出してください。

全サービス共通

- [\(別紙3-2\) 介護給付費算定に係る体制等届\(地域密着型・居宅介護支援・介護予防支援\) \(エクセル: 60.3キロバイト\)](#)
- [介護給付費算定に係る体制等状況一覧表\(各サービスごと一覧表のみ\) R7.4~R8.5算定用 \(エクセル: 132.1キロバイト\)](#)
- [介護給付費算定に係る体制等状況一覧表\(各サービスごと一覧表のみ\) R8.6以降算定用 \(エクセル: 196.9キロバイト\)](#)

居宅介護支援

- [体制届添付書類一覧\(居宅介護支援\) \(PDF: 76.5キロバイト\)](#)
- [\(標準様式1\) 勤務表 居宅介護支援 \(エクセル: 102.3キロバイト\)](#)
- [体制等状況一覧表\(居宅介護支援\) R7.4~R8.5算定用 \(エクセル: 104.2キロバイト\)](#)
- [体制等状況一覧表\(居宅介護支援\) R8.6以降算定用 \(エクセル: 104.5キロバイト\)](#)
- [\(添付書類1\(小規模事業所・規模に関する状況\)\) 前年度平均利用者数算定表 \(エクセル: 21キロバイト\)](#)

介護予防支援

- [体制等状況一覧表\(介護予防支援\) R7.4~R8.5算定用 \(エクセル: 79キロバイト\)](#)
- [体制等状況一覧表\(介護予防支援\) R8.6以降算定用 \(エクセル: 79.9キロバイト\)](#)
- [\(添付書類1\(小規模事業所・規模に関する状況\)\) 前年度平均利用者数算定表 \(エクセル: 21キロバイト\)](#)

地域密着型通所介護

- [体制届添付書類一覧\(地域密着型通所介護\) \(PDF: 85.3キロバイト\)](#)
- [\(標準様式1\) 勤務表 地域密着型通所介護 \(エクセル: 305.9キロバイト\)](#)
- [体制等状況一覧表\(地域密着型通所介護\) R7.4~R8.5算定用 \(エクセル: 151キロバイト\)](#)
- [体制等状況一覧表\(地域密着型通所介護\) R8.6以降算定用 \(エクセル: 139.7キロバイト\)](#)
- [\(別紙14-3添付 参考様式\) 算定要件確認表\(サービス提供体制強化加算\) 通所介護系 \(エクセル: 15.6キロバイト\)](#)
- [\(届出様式\) 感染症及び災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届出様式 及び 利用者延人員数計算シート\(通所介護系\) \(エクセル: 41.2キロバイト\)](#)

以下の各サービスについても同様

小規模多機能型居宅介護

認知症対応型共同生活介護(認知症対応型グループホーム)

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(特別養護老人ホーム)

※各サービスの「体制届添付書類一覧」を確認し、必要に応じて添付してください。

○体制届 (「特記事項」欄に、変更前後の内容も記載してください。)

「別紙様式3-2」介護給付費算定に係る体制等に関する進達書

○体制等状況一覧表 (変更項目だけでなく、すべての項目に「■」を付けてください。)

(居宅介護支援) 「別紙様式1-1」介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(介護予防支援) 「別紙様式1-2」介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(地域密着型サービス) 「別紙様式1-3」介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

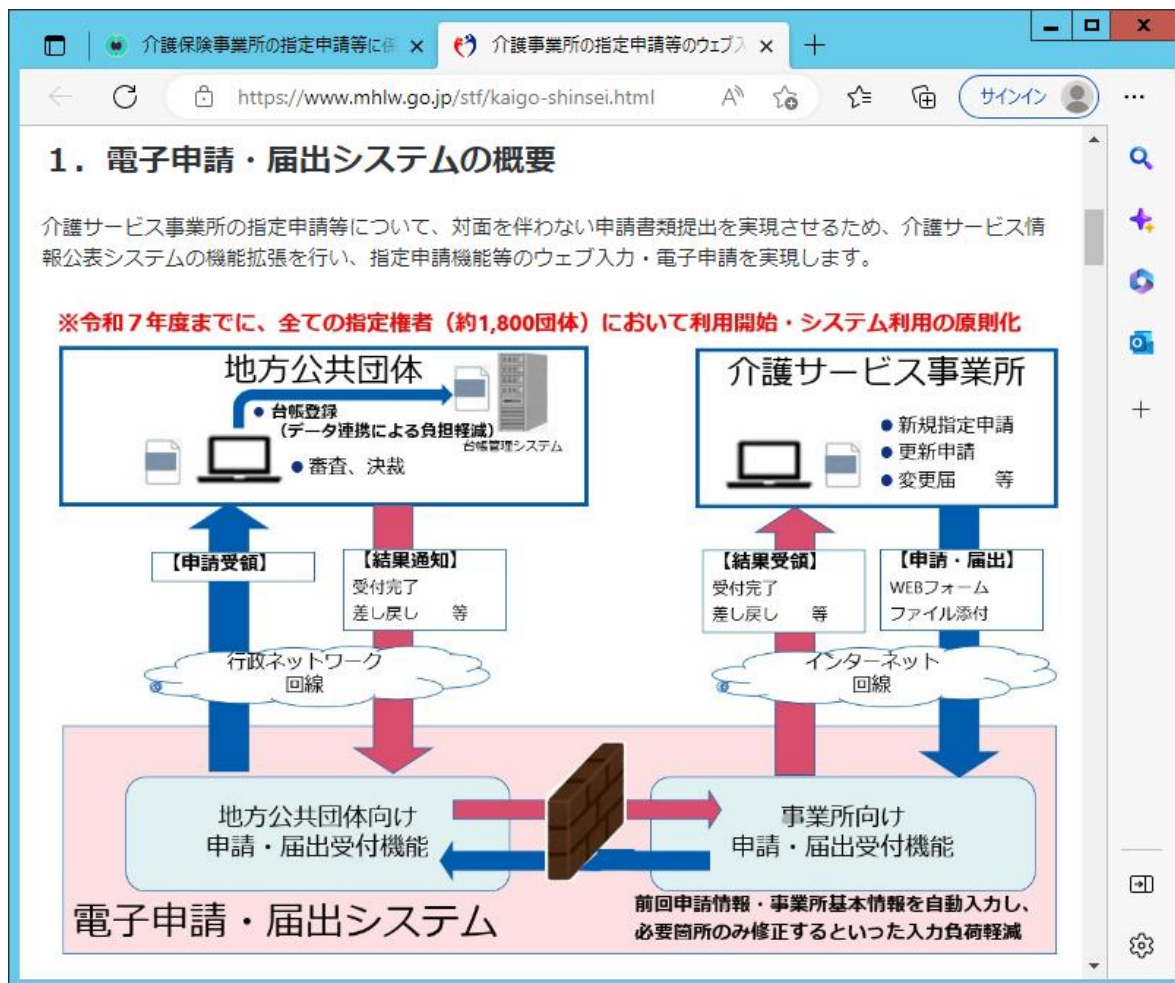
(注) それぞれ「備考1」「備考1-2」「備考1-3」に添付様式等の記載がありますのでご確認ください。

○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

7「電子申請・届出システム」を活用した指定等手続き（令和7年11月運用開始済）について

介護事業所の指定申請等のウェブ入力・電子申請導入 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-shinsei.html>



水俣市では、介護保険サービス事業者様が事業所の指定等に係る申請や届出を簡易に行うことができるよう、厚生労働省の「電子申請届出システム」を使用したオンライン上での各種申請・届出の受付を令和7年11月から開始しています。令和8年4月から同システムの利用が原則化されています。

○電子申請届出システム活用のメリット

- ・システム上で申請や届出ができるため、書類の郵送や持参等の手間が削減されます。
- ・一つの電子ファイルを複数の申請届出に活用することができ、書類の作成負担が軽減されます。
- ・申請届出の状況をオンライン上でご確認いただけます。
- ・上記により削減できた手間や時間を、サービスの質の向上にご活用いただけます。

○受付可能な申請・届出

指定等に関する申請・届出

◇新規指定申請 ◇指定更新申請 ◇変更届 ◇再開届 ◇廃止・休止届 ◇指定辞退届

加算に関する届出

◇体制等に関する届 ◇処遇改善加算に関する届（計画書、実績報告書ほか）

●電子申請・届出システムの利用前準備

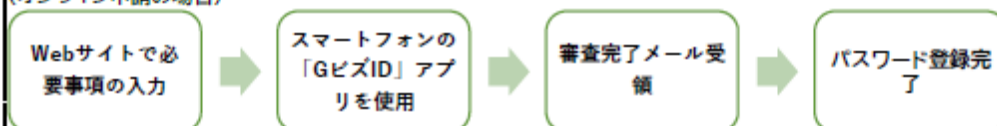
電子申請・届出システムの利用に当たっては、デジタル庁「G ビズ ID」の取得が必要なため、あらかじめ「G ビズ ID」を取得してください。なお、G ビズ ID の取得には2週間程度期間を要する場合があります。

【G ビズ ID とは】

- ・G ビズ ID は、法人・個人事業主向け共通認証システム
- ・一つの ID・パスワードで、複数の行政サービスにログイン可能
- ・アカウントは 最初に1つ取得するだけで、有効期限、年度更新の必要なし

【アカウント申請の流れ】

(オンライン申請の場合)



※【G ビズ ID の取得に必要なもの】○法人代表のマイナンバーカード

(書類郵送申請の場合)



※【G ビズ ID の取得に必要なもの】○申請書、印鑑証明書(発行から3か月以内)

G ビズ ID 詳細は、デジタル庁 G ビズ ID ホームページをご参照ください。

(<https://gbiz-id.go.jp/top/>)

●電子申請届出システムへのログイン

電子申請届出システム (<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>) によりログインし、ご利用ください。

【ログイン画面】

介護サービス情報指定申請システム

© 国保局 © 介護 © 介護保険

G ビズ IDでログインする

G ビズ IDでログインする G ビズ IDを作成する

© 2024-2025 MHLW

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Rights reserved.

(電子申請届出システムログイン後のメニュー画面)



○電子申請・届出システムによる申請・届出を行う場合の留意事項

・厚生労働大臣が定める様式（次の①②）は、電子申請届出システム上で直接入力します。

- ① 指定（更新）申請書、変更届出書、廃止・休止届出書、再開届出書など
- ② （サービスごとの）付表

・上記①②以外の必要書類（※）は、事前に作成したデータを同システム上に添付します。

（※）標準様式（勤務表、管理者経歴書、平面図、誓約書、介護支援専門員一覧ほか）

（※）運営規程、暴力団等排除に係る誓約書兼承諾書、資格を証する書類、研修修了証ほか

<主な流れ>

まず、市HP等掲載の提出書類一覧等により必要書類のご確認をお願いします。

次に、上記①②以外の必要書類データ（Word、Excel、pdf等 ※）を作成します。

（所定の様式は、厚労省や市HPから最新の様式をダウンロードしてください。）

（※ 必要書類に応じて、所定のファイル形式があります。）

最後に、届出システム上で、上記①②を直接入力し、前出の必要書類データを添付します。

なお、ご提出後の必要書類の追加等のやり取りについても届出システム上で行うため、差戻処理、再申請という形になる場合がございます。

<市ホームページ>

ホーム > 分類から探す > 健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険に関するお知らせ > 介護保険事業所の指定申請等に係る「電子申請届出システム」の運用について【令和7年11月開始】

<https://www.city.minamata.lg.jp/kiji0034319/index.html>

介護保険事業所の指定申請等に係る「電子申請届出システム」の運用について【令和7年11月開始】

最終更新日：2026年3月24日

「電子申請届出システム」について

厚生労働省において、介護サービス事業者等の負担軽減のため、「電子申請届出システム」が整備され、令和7年度末までに全ての地方公共団体で指定の申請や変更の届出等を「電子申請届出システム」により行うこととされました。

「電子申請届出システム」では、システム上で、申請書や付表等についてオンラインで入力できるとともに、添付資料については電子データで提出することが可能となり、書類の印刷、郵送・持参等の手間なく、ウェブ上で申請・届出を完結させることができます。

「電子申請届出システム」についての詳細は、次の厚生労働省ホームページをご覧ください。

[厚生労働省「介護事業所の指定申請等のウェブ入力、電子申請の導入、文書の標準化」](#) [\(外部リンク\)](#)

水俣市における運用について

運用開始時期

水俣市では、令和7年11月から「電子申請届出システム」の運用を開始しています。（令和7年10月までのテスト期間は終了しました。）

当時は書面による申請も可能ですが、今後、電子申請届出システムの利用を原則化する予定です。

受付可能な申請及び届出

- ・新規指定申請
- ・指定更新申請
- ・変更届出
- ・休止届出、廃止届出
- ・再開届出
- ・指定辞退届出
- ・加算減算に関する届出（体制等届、処遇改善加算に関する届を含む。）

※受付可能な申請や届出に係る様式等については、以下のリンク先からダウンロードしてください。

指定申請等の提出書類一覧及び本市独自の様式について

[「地域密着型サービス、居宅介護支援等」「介護サービス事業所の指定申請等の様式が変わります。」](#) [PDF](#)
[「総合事業（第1号事業）」「総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）」](#) [PDF](#)

指定申請等の申請及び届出様式について

[厚生労働省「介護事業所の指定申請等のウェブ入力、電子申請の導入、文書の標準化」](#) [\(外部リンク\)](#)

上記リンク内の「2.指定申請様式等の使用原則化」「（1）厚生労働大臣が定める様式（令和6年3月15日分）」

「指定地域密着型サービス事業所等」「介護予防・日常生活支援総合事業」

加算に関する届出様式等について

体制等届（報酬算定の届出）の様式等について

[介護給付費算定に係る体制等届について（令和7年度以降 地域密着型・居宅介護支援事業者用）](#) [PDF](#)

[介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書について（総合事業事業者用）](#) [PDF](#)

介護職員等処遇改善加算に関する様式等について

[厚生労働省「介護職員の処遇改善」](#) [\(外部リンク\)](#)

[令和7年度介護職員等処遇改善加算に係る届出について](#) [PDF](#)

[令和8年度介護職員等処遇改善加算に係る届出について](#) [PDF](#)

電子申請届出システムの利用前準備

GビズIDの取得（必須）

電子申請届出システムを利用するためには、GビズIDアカウントの取得が必須です。

GビズIDアカウントの種類

GビズIDプライム	法人代表、個人事業主向け	電子申請届出システムを利用できます。
GビズIDメンバー	GビズIDプライム取得組織の従業員向け	電子申請届出システムを利用できます。
GビズIDエントリー		電子申請届出システムを利用できません。

GビズIDは、申請から取得まで2週間程度かかりますので、あらかじめ取得をお願いいたします。

GビズIDの取得について、詳しくは、[デジタル庁 GビズID | Home \(gbiz-id.go.jp\) \(外部リンク\)](https://www.gbiz-id.go.jp/) をご確認ください。

上記リンク内の「手続きガイド」「ご利用ガイド」の順に進むと、GビズIDクイックマニュアルにて申請方法を確認できます。

ご不明な点につきましては、上記リンク内の「サポート」「よくある質問」をご参照ください。

登記情報提供サービスの利用登録（※登記事項証明書の添付が必要な場合）

登記事項証明書の添付が必要な申請や届出（例：新規指定申請、法人代表者の変更届等）については、「電子申請届出システム」では登記事項証明書の原本の提出ができないため、法務省の「登記情報提供サービス」を利用することが可能です。当該サービスの利用にあたっては、事前に利用登録が必要です。登録手続きには4週間程度かかります。

詳しくは、法務局の[登記情報提供サービス \(外部リンク\)](#) をご確認ください。

登記事項証明書の提出方法

「登記情報提供サービス」にて照会番号を申請し、発行された照会番号付きのPDFファイルを電子申請届出システムに添付してください。

なお、上記サービスを利用せず、登記事項証明書をスキャンしたPDFファイルを電子申請届出システム上にアップロードすることも可能です。

手引き等

[パンフレット（水保市）（PDF：675.3キロバイト）](#)

[利用準備の手引き（令和5年3月版）](#)

[操作ガイド説明動画（PDF：432.9キロバイト）](#)

～ G ビズ ID の取得前に、参考にしてください。 ～

「電子申請届出システム利用にあたっての G ビズ ID の運用について」

（4 頁）「1－2 G ビズ ID アカウントごとの違い」

（5 頁）「1－3」本システムにおける G ビズ ID 利用パターン例

電子申請届出システムへのログイン

電子申請届出システムは、以下のリンクから利用できます。ログインには、GビズIDが必要です。

[電子申請・届出システム \(https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/\) \(外部リンク\)](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/)

リンク先の画面右上「ヘルプ」に、お問い合わせの多いQAが掲載されています。

[電子申請届出システム 介護事業所様向けQ&A（PDF：700.7キロバイト）](#)

また、次の「操作マニュアル」「操作ガイド」「GビズIDの運用について」等をご確認ください。

[電子申請届出システム利用にあたってのGビズIDの運用について（R6.4現在）（PDF：732.6キロバイト）](#)

[電子申請届出システム介護事業所様向け操作ガイド（基本操作）（R7.3現在）（PDF：8.72メガバイト）](#)

[電子申請届出システム介護事業所様向け操作マニュアル（詳細編）（R7.10現在）（PDF：11.56メガバイト）](#)

（注意）居宅介護支援、介護予防支援は、「サービス分類選択」で「地域密着型」を選択してください。

（注意）電子申請届出システム上でオンライン入力可能な内容は、申請書、届出書及び付表のみとなります。

それ以外の添付資料は、事前に作成した電子データ（Word、Excel、Pdfなど）をシステム上にアップロードします。

そのため、提出書類一覧等でご確認のうえ、アップロードが必要な添付資料を電子ファイルで準備してください。

所定の様式等については、先出の「水保市における運用について」内のリンク先からダウンロードしてください。



8. 介護職員等の処遇改善に係る加算の届出について

・基本的考え方と制度改正の流れ

平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金改善の効果を継続する観点から、平成24年度から介護報酬に移行し、介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されました。

平成29年度介護報酬改定・・・新加算（Ⅰ）の新設に伴い、キャリアパス要件Ⅲを設定
平成30年度介護報酬改定・・・加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、一定の経過措置期間を設け、これを廃止するとともに、加算の対象となるサービスに、介護医療院サービス（及び介護医療院が行う（0 予防）短期入所療養介護）を加える
令和元年度介護報酬改定・・・「介護職員等特定処遇改善加算」の創設
令和3年度報酬改定・・・職場環境要件を、より実効性が高いものとする観点から見直しを行う
令和4年度報酬改定・・・「介護職員等ベースアップ等支援加算」の新設（令和4年10月）
・処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得している。
・加算額の3分の2は介護職員等のベースアップ等（基本給又は毎月支払われる手当の引き上げ）に使用する。

令和6年度報酬改定

・令和6年5月 旧3加算（※）を廃止

（※）従来の介護職員処遇改善加算、介護職位等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ支援加算

・令和6年6月 新加算（介護職員等処遇改善加算）へ移行

介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を一本化
加算率の更なる引き上げ及び配分方法の見直し。

※ただし、令和6年6月から令和7年3月に限り、経過措置区分（Ⅴ1～Ⅴ14）が設けられている。

・加算の算定要件として、キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件を設定。

【キャリアパス要件】

○新加算Ⅰ～Ⅳ → キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）

→ キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）

○新加算Ⅰ～Ⅲ → キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）

○新加算Ⅰ・Ⅱ → キャリアパス要件Ⅳ（改善後の賃金要件）

○新加算Ⅰ → キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置）

【月額賃金改善要件】

○新加算Ⅰ～Ⅳ → 月額賃金改善要件Ⅰ

新加算Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を、月給（基本給または決まって毎月支払われる手当）の改善に充てる。（令和7年度から適用）

○新加算Ⅰ～Ⅳ → 月額賃金改善要件Ⅱ

前年度と比較して、現行のベースアップ等加算相当の加算額の3分の2以上の新たな基本給等の改善（月給の引上げ）を行う。（現行ベア加算未算定の場合のみ適用）

【職場環境等要件】

○新加算Ⅰ・Ⅱ → 6の区分ごとにそれぞれ2つ以上（生産性向上は3つ以上、うち一部は必須）取り組む。情報公表システム等で実施した取り組みの内容について具体的に公表する。
（令和6年度は区分ごと1以上、取組の具体的な内容の公表は不要）

○新加算Ⅲ・Ⅳ → 6の区分ごとにそれぞれ1つ以上（生産性向上は2つ以上）取り組む。

令和7年度

・経過措置区分（Ⅴ）を廃止

令和8年度報酬改定（令和9年度報酬改定を待たずに期中改定を実施（令和8年6月から改定））

・処遇改善加算の対象サービス（※）を新設

（※）訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援、介護予防支援等、介護予防ケアマネジメント

・処遇改善加算の対象について、介護職員のみから介護従事者に拡大

・処遇改善加算の加算率の引き上げ

・生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せ加算区分を新設（加算Ⅰ・Ⅱの加算率の上乗せ）

・令和8年度特例要件（※）を設け、加算自体（又は上位加算）の取得を易く改正

（※）訪問・通所サービス等：ケアプランデータ連携システムの利用＋実績報告

施設サービス等：生産性向上推進体制加算の取得＋実績報告

社会福祉連携推進法人への所属

（※）加算新設サービス（居宅介護支援等）分；処遇改善加算Ⅳの取得に準ずる要件

○令和8年度介護職員等処遇改善加算の加算率

別紙1

表1-1 サービス類型別加算率（令和8年4月及び5月）

サービス区分	介護職員等処遇改善加算			
	I	II	III	IV
訪問介護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
夜間対応型訪問介護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 （介護予防）訪問入浴介護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
通所介護	9.2%	9.0%	8.0%	6.4%
地域密着型通所介護	9.2%	9.0%	8.0%	6.4%
（介護予防）通所リハビリテーション	8.6%	8.3%	6.6%	5.3%
（介護予防）特定施設入居者生活介護	12.8%	12.2%	11.0%	8.8%
地域密着型特定施設入居者生活介護	12.8%	12.2%	11.0%	8.8%
（介護予防）認知症対応型通所介護	18.1%	17.4%	15.0%	12.2%
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	14.9%	14.6%	13.4%	10.6%
看護小規模多機能型居宅介護	14.9%	14.6%	13.4%	10.6%
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	18.6%	17.8%	15.5%	12.5%
介護老人福祉施設	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
地域密着型介護老人福祉施設	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
（介護予防）短期入所生活介護	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
介護老人保健施設	7.5%	7.1%	5.4%	4.4%
（介護予防）短期入所療養介護（老健）	7.5%	7.1%	5.4%	4.4%
（介護予防）短期入所療養介護（病院等）	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%
介護医療院	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%
（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%

注 介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを行う事業所は、第一号訪問事業は「訪問介護」と、第一号通所事業は「通所介護」と同じとする。
注 短期利用型サービスも含む。

表1-2 サービス類型別加算率（令和8年6月以降）

サービス区分	介護職員等処遇改善加算					
	Iイ	Iロ	IIイ	IIロ	III	IV
訪問介護	27.0%	28.7%	24.9%	26.6%	20.7%	17.0%
夜間対応型訪問介護	26.7%	27.8%	24.6%	25.7%	20.4%	16.7%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26.7%	27.8%	24.6%	25.7%	20.4%	16.7%
（介護予防）訪問入浴介護	12.2%	13.3%	11.6%	12.7%	10.1%	8.5%
通所介護	11.1%	12.0%	10.9%	11.8%	9.9%	8.3%
地域密着型通所介護	11.7%	12.7%	11.5%	12.5%	10.5%	8.9%
（介護予防）通所リハビリテーション	10.3%	11.1%	10.0%	10.8%	8.3%	7.0%
（介護予防）認知症対応型通所介護	21.6%	23.6%	20.9%	22.9%	18.5%	15.7%

注 介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを行う事業所は、第一号訪問事業は「訪問介護」と、第一号通所事業は、利用定員が19人以上である場合は「通所介護」、利用定員が19人未満である場合は「地域密着型通所介護」と同じとする。

表1-3 サービス類型別加算率（令和8年6月以降）

サービス区分	介護職員等処遇改善加算					
	Iイ	Iロ	IIイ	IIロ	III	IV
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	17.1%	18.6%	16.8%	18.3%	15.6%	12.8%
看護小規模多機能型居宅介護	16.8%	17.7%	16.5%	17.4%	15.3%	12.5%
（介護予防）短期入所生活介護	16.3%	17.6%	15.9%	17.2%	13.6%	11.3%
（介護予防）短期入所療養介護（老健）	9.0%	9.7%	8.6%	9.3%	6.9%	5.9%
（介護予防）短期入所療養介護（病院等）	6.2%	6.6%	5.8%	6.2%	4.7%	4.0%
（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	6.2%	6.6%	5.8%	6.2%	4.7%	4.0%

注 短期利用型サービスも含む。

表1-4 サービス類型別加算率（令和8年6月以降）

サービス区分	介護職員等処遇改善加算					
	Iイ	Iロ	IIイ	IIロ	III	IV
（介護予防）特定施設入居者生活介護	14.8%	15.9%	14.2%	15.3%	13.0%	10.8%
地域密着型特定施設入居者生活介護	14.8%	15.9%	14.2%	15.3%	13.0%	10.8%
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	21.0%	22.8%	20.2%	22.0%	17.9%	14.9%
介護老人福祉施設	16.3%	17.6%	15.9%	17.2%	13.6%	11.3%
地域密着型介護老人福祉施設	16.3%	17.6%	15.9%	17.2%	13.6%	11.3%
介護老人保健施設	9.0%	9.7%	8.6%	9.3%	6.9%	5.9%
介護医療院	6.2%	6.6%	5.8%	6.2%	4.7%	4.0%

注 短期利用型サービスも含む。

表1-5 サービス類型別加算率（令和8年6月以降）

サービス区分	介護職員等処遇改善加算
（介護予防）訪問看護	1.8%
（介護予防）訪問リハビリテーション	1.5%
居宅介護支援、介護予防支援	2.1%

注 介護予防・日常生活支援総合事業による第一号介護予防支援事業を行う事業所は、「居宅介護支援、介護予防支援」と同じとする。

表1-6 加算算定非対象サービス（令和8年4月及び5月）

サービス区分	加算率
（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売、（介護予防）居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援	0%

表1-7 加算算定非対象サービス（令和8年6月以降）

サービス区分	加算率
（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売、（介護予防）居宅療養管理指導	0%

○令和8年度介護職員等処遇改善加算の算定要件 (賃金改善以外の要件)

表2-1 介護職員等処遇改善加算の算定要件(賃金改善以外の要件)(令和8年4月及び5月。表1-1に掲げるサービスに限る。)

	①月額賃金改善要件 処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	②キャリアパス要件Ⅰ 任用要件・賃金体系の整備等	③キャリアパス要件Ⅱ 研修の実施等	④キャリアパス要件Ⅲ 昇給の仕組みの整備等	⑤キャリアパス要件Ⅳ 改善後の賃金要件(440万円一人以上)	⑥キャリアパス要件Ⅴ 介護福祉士等の配置要件	⑦職場環境等要件		
							区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	IP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	○	○	○	○	○	○	—	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	○	○	○	○	○	—	—	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	○	○	○	—	—	○	—	—
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	○	○	—	—	—	○	—	—

表2-2 介護職員等処遇改善加算の算定要件(賃金改善以外の要件)(令和8年6月以降。表1-2～1-4に掲げるサービスに限る。)

	①月額賃金改善要件 処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	②キャリアパス要件Ⅰ 任用要件・賃金体系の整備等	③キャリアパス要件Ⅱ 研修の実施等	④キャリアパス要件Ⅲ 昇給の仕組みの整備等	⑤キャリアパス要件Ⅳ 改善後の賃金要件(440万円一人以上)	⑥キャリアパス要件Ⅴ 介護福祉士等の配置要件	⑦職場環境等要件			⑧令和8年度 特例要件
							区分ごとに1以上の取組(生産性向上は2以上)	区分ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上)	IP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載)	生産性向上や協働化に係る取組
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	○	○	○	○	○	○	—	○	○	—
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	○	○	○	○	○	○	—	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	○	○	○	○	○	—	—	○	○	—
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	○	○	○	○	○	—	—	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	○	○	○	—	—	○	—	—	—
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	○	○	—	—	—	○	—	—	—

表2-3 介護職員等処遇改善加算の算定要件(賃金改善以外の要件)(令和8年6月以降。表1-5に掲げるサービスに限る。)

	①令和8年度 特例要件	②処遇改善加算Ⅳの取得に準ずる要件 (以下の(i)～(iii)を全て満たすこと。)		
		(i)キャリアパス 要件Ⅰ 任用要件・賃金体系の 整備等	(ii)キャリアパス 要件Ⅱ 研修の実施等	(iii)職場環境等要件 区分ごとに 1以上の取組 (生産性向上は2以上)
介護職員等処遇改善加算	(○) 又は	(○)		

(職場環境等要件)

表4 職場環境等要件

区分	内容
入職促進に向けた取組	①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化
	②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築
	③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築(採用の実績でも可)
	④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対するユニットリーダー研修、ファーストステップ研修、略歴吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等
	⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動
	⑦エルダー・メンター(仕事やメンタル面のサポート等をする担当者)制度等導入
	⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ・働き方等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備
	⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備
	⑪有給休暇を取得しやすい雰囲気・意識作りのため、具体的な取得目標(例えば、1週間以上の休暇を年に●回取得、付与日数のうち●%以上を取得)を定めた上で、取得状況を定期的に確認し、身近な上司等からの積極的な声かけを行っている
腰痛を含む心身の健康管理	⑫有給休暇の取得促進のため、情報共有や複数担当制等により、業務の属人化の解消、業務配分の偏りの解消を行っている
	⑬業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実
	⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施
生産性向上(業務改善及び働く環境改善)のための取組	⑮介護職員の身体への負担軽減のための介護技術の修得支援、職員に対する腰痛対策の研修、管理者に対する雇用管理改善の研修等の実施
	⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
	⑰厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善活動の体制構築(委員会やプロジェクトチームの立ち上げ、外部の研修会の活用等)を行っている
	⑱現場の課題の見える化(課題の抽出、課題の構造化、業務時間調査の実施等)を実施している
	⑲5S活動(業務管理の手法の1つ。整理・整頓・清掃・清潔・躰の頭文字をとったもの)等の実践による職場環境の整備を行っている
	⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減を行っている
	㉑介護ソフト(記録、情報共有、請求業務転記が不要なもの)、情報端末(タブレット端末、スマートフォン端末等)の導入
やりがい・働きがいの醸成	㉒介護ロボット(見守り支援、移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、介護業務支援等)又はインカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器(ビジネスチャットツール含む)の導入
	㉓業務内容の明確化と役割分担を行い、介護職員がケアに集中できる環境を整備。特に、間接業務(食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ゴミ捨て等)がある場合は、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担うなど、役割の見直しやシフトの組み換え等を行う。
	㉔各種委員会の共同設置、各種指針・計画の共同策定、物品の共同購入等の事務処理部門の集約、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムや福利厚生システム等の共通化等、協働化を通じた職場環境の改善に向けた取組の実施
	㉕ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善
	㉖地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施
	㉗利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供
	㉘ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

(キャリアパス要件V)

表3 キャリアパス要件V（介護福祉士等の配置要件）を担保するものとして算定が必要な加算の種類及び加算区分

サービス区分	加算区分		
訪問介護	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	-
夜間対応型訪問介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)訪問入浴介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
地域密着型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅲ又はロ
(介護予防)通所リハビリテーション	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
(介護予防)認知症対応型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
看護小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
(介護予防)短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護老人保健施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護医療院	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	-
(介護予防)短期入所療養介護(医療院)	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
訪問型サービス(総合事業)	併設本体事業所において処遇加算Ⅰの届出あり	特定事業所加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算	-
通所型サービス(総合事業)	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算

注1 地域密着型通所介護のサービス提供体制強化加算Ⅲ又はロは療養通所介護費を算定する場合のみ

注2 訪問型サービス(総合事業)は、対象事業所に併設する指定訪問介護事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡを算定していること又は対象事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡに準じる市町村独自の加算を算定していることを要件とする。

・加算に係る届出について

当該加算を受けるための届出は、**毎年度必要**です。

○計画書等の作成・提出

新たに加算を算定する月の前々月の末日（次年度も継続して算定を受ける場合は前年度の2月末）までに「介護職員等処遇改善計画書」「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」等を提出する必要があります。

また、計画書の提出に当たっては計画書のチェックリストを確認するとともに、記載内容の根拠となる資料及び以下イ、ロの書類を保管し、市町村長等から求めがあった場合には速やかに提示しなければなりません。

イ. 労働基準法第89条に規定する就業規則

ロ. 労働保険に加入していることが確認できる書類

例) 令和8年11月から加算を開始する場合の提出期限は、令和8年9月末日まで

(特段の指示がない場合) **令和9年度分の計画書の提出期限は、令和9年2月末日まで**

○実績報告書等の作成・提出

処遇改善加算等を取得した介護サービス事業者等は、各事業年度における最終の加算の支払があった月の翌々月の末日までに実績報告書等を提出し、5年間保存する必要があります。国保連から通知される「介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ(写)」は保管してください。このため、令和8年度分の実績報告書の提出期限は、令和9年3月分の処遇改善加算の支払いが令和9年5月であることから、通常の場合、令和9年7月末日となります。

令和8年度分の実績報告書の提出期限は、令和9年7月末日まで

○変更等の届出

当初の処遇改善加算計画書の内容を変更する場合には、「別紙様式4 変更に係る届出書」の提出が必要になります(以下の①～⑤のいずれかに該当する場合)。

なお、**処遇改善等加算の加算区分の変更に係る届出期限は、体制等届のそれと同じ**です。

(居宅系サービス) 前月15日までに届出受理の場合は、翌月から算定

(居住系・施設系サービス) 当月1日までに届出受理の場合は、当月から算定

- ① 会社法の規定による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合
- ② 複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に関係する事業所等に増減があった場合
- ③ 就業規則を改正(介護職員の処遇に関する内容に限る)した場合
- ④ キャリアパス要件等に関する適合状況に変更があり、加算区分を変更する場合
- ⑤ 介護福祉士の配置等要件に関する適合状況に変更があり、加算区分を変更する場合

○特別事情届出書

事業の継続を図るために、職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。）を引き下げた上で賃金改善を行う場合は、「別紙様式5 特別な事情に係る届出書」の提出が必要です。詳細は、市ホームページでご確認ください。

・新加算等の停止

次の（１）又は（２）に該当する場合は、既に支給された新加算等の一部若しくは全部を不正受給として返還を求め又は新加算等の取得を取り消します。

- （１）新加算等の算定額に相当する賃金改善が行われていない、賃金水準の引き下げを行いつつながら特別事情届出書の届出が行われていない等、算定要件を満たさない場合
- （２）虚偽又は不正の手段により加算を受けた場合

・新加算等の取得要件の周知・確認等について

- （１）賃金改善方法の周知

新加算等の届出を行った事業者は、当該事業所における賃金改善を行う方法等について計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること。

また、介護職員から新加算等に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員に賃金改善の内容について、書面を用いるなど分かりやすく回答すること。

- （２）労働法規の遵守について

新加算の目的等を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

・事務処理手順・様式等について

詳細は、以下の厚生労働省の通知及びウェブサイト等をご確認ください。

○令和８年３月１３日付け老発 0313 第 6 号「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和 8 年度分）」（介護保険最新情報 vol. 1479）

○介護職員等処遇改善加算に関する Q & A（※）等を、随時ご確認ください。

（※）現在、直近は、第1版（R8. 3. 13）介護保険最新情報 vol. 1479）

○水俣市ホームページ（行政サイト）健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険に関するお知らせ > 「令和 8 年度介護職員等処遇改善加算に係る届出について」を参照
<https://www.city.minamata.lg.jp/kiji0034618/index.html>

令和 8 年度介護職員等処遇改善加算に係る届出について

最終更新日：2026年3月24日

1 はじめに

介護職員等処遇改善加算の算定にあたっては、年度ごとに指定事業者への届出が必要です。既に当該加算を算定している事業所であっても、引き続き加算を算定する場合は改めて届出が必要です。自動継続ではありませんのでご注意ください。

令和 8 年度の主な留意点

令和 8 年度介護報酬改定においては、介護分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和 9 年度介護報酬改定を待たずに期中改定を実施されました。主な改正内容の次のとおりです。

- ・処遇改善加算の対象サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント）の追加
- ・介護職員等処遇改善加算の対象について、介護職員のみから介護従業者に拡大
- ・生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分を新設（加算区分の追加）
（令和 8 年 5 月までの加算区分）加算1、加算2、加算3、加算4
（令和 8 年 6 月からの加算区分）加算1イ、加算1ロ、加算2イ、加算2ロ、加算3、加算4

◆参考資料

① [令和8年度介護報酬改定について（R8.1.16 介護給付費分科会）資料1（PDF：1.52メガバイト）](#)

◆厚生労働省からの通知及びQ&A

② [「介護職員等処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和8年度分）」及び「介護職員等処遇改善加算に関するQ&A（第1版）」について（介護保険最新情報vol.1479）（PDF：1.4メガバイト）](#)

③ [介護職員等処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和8年度分）（PDF：985.6キロバイト）](#)

④ [介護職員等処遇改善加算に関するQ&A（第1版）（PDF：353.5キロバイト）](#)

◆その他の資料や説明動画（制度の概要や計画書の作成方法）、制度の詳細については、厚生労働省ウェブサイトをご確認ください。

[厚生労働省「介護職員の処遇改善」](#) [（外部リンク）](#)

介護保険に関する最新情報は、[厚生労働省ウェブサイト](#) [（外部リンク）](#) で随時更新されますので、ご確認ください。

◆お問い合わせ先（厚生労働省相談窓口）

電話番号：050-3733-0222

受付時間：9時から18時まで（土日及び祝日を含む）

2 届出書等の提出方法及び提出期限について

2-1 提出方法

- ・書面による提出先は、〒867-0005 水俣市牧ノ内3番1号 水俣市保健センター内 水俣市 いきいき健康課 高齢介護支援室
なお、事業所控えが必要な場合は、書面で2部ご提出ください（控えの郵送が必要な場合は返信用封筒を同封ください。）
 - ・メールによる提出の場合は、件名を「R8処遇改善〇〇書（事業者名）」とし、次のアドレス宛に送信してください。
（いきいき健康課代表アドレス） kenko@city.minamata.lg.jp
 - ・電子申請届出システムによる届出も可能です。
- いずれの場合も、提出書類は、5年間保存をお願いします。

提出先は、各サービス事業所の指定権者です。次の「提出先区分表」をご確認ください。

事業者（法人）単位で届け出ることができですが、当該事業者（法人）で実施しているすべてのサービス事業所分（例えば、次の提出先区分表のA～Eのすべて）を一括して届け出る場合は、それぞれの指定権者に届出が必要です。

また、水俣市内の地域密着型サービス事業所であっても、水俣市以外の市町村からの指定を受けている場合は、当該市町村への届出が必要です。介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防相当サービス）の場合も同様です。

【提出先区分表】

区分	介護サービスの形態	提出先（各介護サービス形態ごとの指定権者）
A	熊本市以外の広域型サービス	熊本県（※）
I	熊本市の広域型サービス	熊本市（※）
U	水俣市の地域密着型サービス	水俣市
E	水俣市の介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防相当サービス）	水俣市

（※）A（またはI）の事業者が、U（またはE）も実施している場合は、熊本県等に提出する書類一式の写しを水俣市に提出してください。

2-2 提出期限

【処遇改善加算計画書及び体制等届の提出期限】（郵送の場合は、すべて提出期限当日消印有効）

（2-2-1）令和8年4月又は5月から処遇改善加算を算定（継続・新規）又は 区分を変更 する場合

算定開始月	処遇改善計画書	体制等届、体制等状況一覧表
令和8年4月	R8.4.15（水曜日）まで ※欄外注意参照	【居宅系・施設系サービス共通】 R8.4.15（水曜日）まで ※新規算定や区分変更時は提出が必要です。前年度と同じ区分の場合は提出不要です。
令和8年5月	同上	【居宅系サービス】 算定を開始する月の前月15日まで 【施設系サービス】 算定を開始する当月の1日まで
令和8年6月以降	同上	【居宅系サービス】 同上 【施設系サービス】 同上 （注意）令和8年5月分の加算区分が加算1又は加算2の場合は、届出が必要です。 （注意）総合事業の「通所型サービス 独自型」の場合は、届出が必要です。

（注意）従来からの処遇改善加算対象サービスと令和8年6月から処遇改善加算の対象となるサービス（※加算新設サービス）の両方を運営されている事業者の場合は、令和8年6月からの加算新設サービス事業所も含めて、処遇改善計画書の提出が必要です。

※加算新設サービスとは、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント

(2-2-2) 令和8年4月及び5月は処遇改善加算を算定せず、6月又は7月から新たに算定する場合

※令和8年6月からの加算新設サービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、介護予防支援)事業所のみを運営する事業者など

算定開始月	処遇改善計画書	体制等届、体制等状況一覧表
令和8年6月	R8.6.15(月曜日)まで	【居宅系・施設系サービス共通】 R8.6.15(月曜日)まで
令和8年7月	同上	【居宅系サービス】 算定を開始する月の前月15日まで 【施設系サービス】 算定を開始する当月の1日まで

(2-2-3) 令和8年8月以降に処遇改善加算を新たに算定する場合

算定開始月	処遇改善計画書	体制等届、体制等状況一覧表
令和8年8月以降	加算算定開始月の前々月の末日まで	【居宅系サービス】 算定を開始する月の前月15日まで 【施設系サービス】 算定を開始する当月の1日まで
令和9年4月以降	次年度分は前年度の2月末日まで【毎年届出が必要】 ※R9年度(R9.4~R10.3)分は、R10.2末まで	同上

3 届出書等の様式等について

以下の各様式等をダウンロードのうえ作成し御提出ください。

3-1 体制届及び体制等状況一覧表

処遇改善加算を新たに算定する場合や加算の区分を変更する場合は、該当サービス分を作成し、処遇改善計画書等と併せて提出が必要です。

算定月	地域密着型サービス 居宅介護支援・介護予防支援	介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防相当サービス)
令和8年4月以降	別紙3-2)体制等届(エクセル:60.3キロバイト)  別紙1-3)体制等状況一覧表(R8.5まで)(エクセル:191キロバイト)  別紙1-1)(1-2)(1-3)体制等状況一覧表(R8.6以降)(エクセル:196.9キロバイト)  令和7年度以降の体制等届についてはこちら	別紙50)体制等届(R8.5まで)(エクセル:50.5キロバイト)  別紙50)体制等届(R8.6以降)(エクセル:51.4キロバイト)  別紙1-4)体制等状況一覧表(R8.5まで)(エクセル:201キロバイト)  別紙1-4)体制等状況一覧表(R8.6以降)(エクセル:131.6キロバイト)  令和7年度以降の体制等届についてはこちら

3-2 処遇改善計画書

令和8年度の介護職員等処遇改善加算計画書の様式は、次のとおりです。

提出様式及び入力シート名	提出様式	備考
基本情報入力シート 別紙様式2-1、2-2、2-3	厚生労働省「介護職員の処遇改善」  (外部リンク) 令和7年度の様式は使用しないようご注意ください。	指定権者(※)に提出してください。 (※) 都道府県、水俣市

【令和8年度計画作成にあたってご留意いただきたい事項】

- ・介護予防サービス、短期入所(短期利用)、総合事業についても加算申請される場合は、それぞれ別の行に区分して入力してください。
- ・訪問介護、通所介護及び地域密着型通所介護の事業所において、本市の総合事業(介護予防相当サービス)も加算申請される場合は、基本情報入力シートのサービス名で、「訪問型サービス(独自)」「通所型サービス(独自)」も選択し、サービス種類ごとに行を区分して入力してください。
- また、総合事業の「1単位あたりの単価(地域単価)」については、「数式を削除して手入力」と表示されます。水俣市の1単位あたりの単価(地域単価)は、他のサービス同様、「10.00」になりますので、同欄に「10.00」と直接入力してください。
- ・計画書の記載内容の根拠となる資料等を適切に保管し、市からの求めがあった場合は、速やかに提出してください。

3-3 処遇改善変更等届

1 当該加算を取得する際に提出した計画書に、以下の変更があった場合には、「変更に係る届出書」等の届出が必要となります。

なお、同届は、居宅系サービスは変更月の前月の15日まで、施設系サービスは変更する当月の1日までに提出してください。

また、(3)(4)(5)に該当する場合は、上記3-1の体制等届及び体制等状況一覧表も併せて提出してください。

[「別紙様式4 変更に係る届出書」](#)（ダウンロード先） [厚生労働省「介護職員の処遇改善」](#) [（外部リンク）](#)

(1)会社法による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合。

(2)複数の介護サービスを提供する事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による）があった場合。

(3)キャリアパス要件1から3までに係る適合状況に変更（該当する処遇改善加算の区分に変更が生じる場合に限る。）があった場合。

(4)キャリアパス要件5（介護福祉士等の配置要件）に関する適合状況に変更があり、年度途中で該当する加算の区分に変更が生じる場合。なお、喀痰吸引を必要とする利用者の割合についての要件等を満たせないことにより、入居継続支援加算や日常生活継続支援加算を算定できない状況が常態化し、3か月以上継続した場合。

(5)算定する処遇改善加算等の区分の変更、処遇改善加算を新規に算定する場合

(6)就業規則を改訂（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合

※計画書の内容（見込み額、改善を行う給与項目、実施期間等）を変更されても届出は不要ですが、変更する前に全ての介護職員に周知する必要があります。

2 経営悪化等により資金水準を低下せざるを得ない場合

事業の継続を図るために、介護職員の資金水準（加算による資金改善分を除く。）を引き下げたうえで資金改善を行う場合には、「特別な事情に係る届出書」により、次の事項について届出が必要となります。

[「別紙様式5 特別な事業に係る届出書」](#)（ダウンロード先） [厚生労働省「介護職員の処遇改善」](#) [（外部リンク）](#)

(1) 加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る。）についてサービス利用者数の大幅な減少により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である。資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容

(2) 職員の資金水準の引下げの内容

(3) 当該法人の経営及び職員の資金水準の改善の見込

(4) 職員の資金水準を引き下げることに伴い、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きに関して労使の合意の時期及び方法等

3-4 処遇改善実績報告書及び提出期限

処遇改善加算等を算定した事業者は、加算の総額を上回る介護職員等の資金改善の完了を確認したうえで、各事業年度における最終の加算の支払があった月の翌々月の末日までに実績報告書を提出する必要があります。

（例えば、令和8年度分について令和9年3月サービス提供分まで処遇改善加算等を算定した場合は、令和9年5月に国保連合会から最終の入金がありますので、2か月後の令和9年7月末日までに実績報告書を提出する必要があります。なお、年度途中で加算を算定している事業所をすべて廃止した場合も同様に加算の最終の支払があった月の翌々月の末日までに提出する必要があります。）

[「別紙様式3 実績報告書」](#)（ダウンロード先） [厚生労働省「介護職員の処遇改善」](#) [（外部リンク）](#)

※国保連合会から送付される「介護職員処遇改善等総額のお知らせ」写しなどの実績報告書の内容を証する資料について提出は不要ですが、積算根拠として、市の求めに応じて速やかに提出できるよう、実績報告書関係書類とともに事業所で適切に保管してください。

9. 業務管理体制の整備に関する届出等について

○熊本県 令和8年度介護保険サービス事業者等集団指導 資料から一部抜粋

1 介護保険法による義務付け（介護保険法第115条の32）

介護サービス事業者（以下「事業者」という。）には、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられています。

事業者が整備すべき業務管理体制は、指定及び許可を受けている事業所又は施設（以下「事業所等」という。）の数に応じ定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関に届け出る必要があります。

◆業務管理体制について未届の事業者は、法令違反です。速やかに届け出てください。

◆届出済の事業者において、次に該当する場合は、変更届が必要です。

- ・届出先（行政機関）の変更があった場合；第1号様式による変更届
- ・届出事項の内容に変更があった場合；第2号様式による変更届

※届出については、「3 業務管理体制の整備に係る届出」をご確認ください。

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

事業者が整備すべき体制は、各事業者が運営する事業所等の数により次表のとおり

事業者が整備すべき体制	事業者が運営する事業所数		
	20未満	20以上100未満	100以上
法令遵守責任者の選任	○	○	○
法令遵守規程の整備	—	○	○
業務執行監査の定期的な実施	—	—	○

■事業所等の数について

指定又は許可を受けているサービス種別ごとの事業所等の数のこと

- ・介護予防及び介護予防支援事業所を含む。

（例えば、同一事業所で訪問看護と介護予防訪問看護の指定を受けている場合は事業所数2）

- ・健康保険法の指定により介護保険法の指定を受けたものとみなされる事業所（病院等が行う居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハ、通所リハ、短期入所療養介護）は含めない。
- ・総合事業の第1号事業は含めない。また、総合事業のみの事業者は届出不要。

■法令遵守責任者について

何らかの資格等を求めるものではないが、少なくとも介護保険法及び法に基づく命令の内容に精通した法務担当の責任者を選任することを想定。また、法務部門を設置していない事業者の場合は、事業者内部の法令遵守を確保することができる者を選任すること。なお、代表者自身が法令遵守責任者となることを妨げるものではない。

【Q】法人グループ全体の業務管理体制が整っていることを条件に、A 法人の法令遵守責任者として、同じグループである B 法人の職員を選任することはできるか。

【A】業務管理体制は事業者自らが法人形態等に見合った合理的な体制を整備することが必要であり、法令遵守責任者の選任に当たって資格要件等を求めているが、法令遵守責任者は事業者内部の法令遵守を徹底することができる者が選任されることを想定している。（グループを構成する個々の事業者内部における権限行使が想定されることから、何ら権限を有しない他の法人職員が法令遵守責任者に選任されることは想定していない。）

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

（1）届出先

	区分	届出先
①	指定事業所等が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	指定事業所等が2以上の都道府県に所在し、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	指定事業所が同一指定都市内にのみ所在する事業者	指定都市※の長
④	指定事業所が同一中核市にのみ所在する事業者	中核市の長
⑤	地域密着型サービス（予防含む）のみを行う事業者で、事業所が同一市町村内にのみ所在する事業者	市町村長
⑥	上記①から⑤以外の事業者	都道府県知事

指定都市※：県内では熊本市

■届出先：水俣市いきいき健康課（上表の⑤の場合のみ）

（注）水俣市以外に届出が必要となる場合は、当該届出先に直接お問い合わせください。

届出先が熊本県知事の場合の問合せ先：熊本県高齢者支援課096-333-2215・2219

④ 居宅介護支援事業所のみ運営する事業者の届出先：県知事

（2）届出事項、届出が必要な事由及び届出様式（介護保険法第115条の32）

届出事項について（届出対象の事業者ごと）

届出対象の事業者	届出内容
すべて	1. 事業者の(1)名称または氏名、法人の種別 (2)主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 (3)代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 2. 事業所の名称等及び所在地 3. 法令遵守責任者の氏名及び生年月日
事業所数が20以上	「業務が法令に適合することを確保するための規程」の概要
事業所数が100以上	「業務執行の状況の監査の方法」の概要

届出が必要な事由及び届出様式等について

届出が必要な事由	様式	備考
新規（同条第2項）	第1号	新たに業務管理体制の整備について届け出る場合
届出先の変更 （区分変更） （同条第4項）	第1号	事業展開区域が変更し、届出区分の変更が生じた場合 例）地域密着のみを複数の市町村で行っていたが、事業所廃止により一つの市町村のみとなった。（届出先が県から市町村へ変更） （注）変更前後の双方の行政機関に届出が必要 （「業務管理体制の整備に関する届出システム」*を活用する場合は、 <u>1回</u> の申請で構いません。）
届出事項の変更 （同条第3項）	第2号	上表「届出事項」の「届出内容」に変更があった場合 ※ただし、事業所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や法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響を及ぼさない軽微な変更の場合は、変更の届出は不要

* 厚生労働省の「業務管理体制届出システム」を活用した電子申請による届出 → 次頁参照

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、事業者本部などへの立ち入り検査などを実施します。

一般検査	業務管理体制の届出内容を確認するため、指定更新審査及び運営指導にあわせて計画的に実施（概ね6年に1回） →指定更新時に提出してもらう「 <u>業務管理体制の整備に係る自己点検表</u> 」により検査。対象事業者には指定更新及び運営指導時に併せて通知予定。 なお、 <u>自己点検表は法令遵守責任者が記入</u> すること。
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

「業務管理体制の整備に関する届出システム」の運用開始について（令和5年度開始）
[\(https://www.laicomea.org/laicomea/\)](https://www.laicomea.org/laicomea/)

こちら。' (Please check the operation manual for the operation method. Download the operation manual [here](#).) ④ '業務管理体制の整備に関する届出をすでに紙媒体等で行っており、変更内容がない場合、届出は不要ですのでご確認ください。' (If you have already submitted an application for business management system preparation via paper media, etc., and there are no changes, you do not need to submit an application, so please confirm.) ⑤ 'なお、届出内容または届出先に変更がある場合には、本システムにログイン後、メニューの届出事項変更または届出先区分変更から届出を行ってください。' (In addition, if there are changes to the application content or the application destination, please log in to this system and submit the application from the menu item 'Change application item' or 'Change application destination category'). ⑥ '届出先の行政機関については[こちら](#)をご確認ください。' (Please confirm the administrative organization of the application destination [here](#).) ⑦ '本システムに関する連絡先・質問票・よくあるQ & Aは[こちら](#)。' (Contact information, questionnaire, and frequently asked questions about this system are [here](#).)

5 関係ホームページについて

■ 厚労省ホームページ(<https://www.mhlw.go.jp/>)

ホーム → 福祉・介護 → 介護・高齢者福祉 → 施策情報 → 介護サービス事業者の業務管理体制
 → 介護サービス事業者の業務管理体制整備に関する届出について を参考にしてください。
 様式（第1号様式、第2号様式）データ及び制度の詳細は、こちらを御確認ください。

■ 熊本県ホームページ(<https://www.pref.kumamoto.jp/>)

○届出を行う場合 ①ページ番号で探す場合 「3076」を入力
 ②キーワードで探す場合 「業務管理体制の届出」を入力
 ○自己点検表を提出する場合 ①ページ番号で探す場合 「3226」を入力
 ②キーワードで探す場合 「業務管理体制の確認検査」を入力

■ 市ホームページ(<https://www.city.minamata.lg.jp/>)

ホーム → 分類から探す → 健康・福祉・子育て → 介護保険 → 介護保険の手続き
 → 申請書等ダウンロード → 業務管理体制の整備に係る届出及び自己点検表
 ○第1号様式（業務管理体制に係る届出書）：新規届、届出先（行政機関）の変更
 ○第2号様式（業務管理体制に係る届出書）：届出事項の内容の変更
 ○業務管理体制に係る自己点検表

第1号様式（第2条・第4条関係）

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の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

年 月 日

水俣市長

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者（法人）番号		A																
1	届出の内容																			
	(1)法第115条の32第2項関係（整備）																			
	(2)法第115条の32第4項関係（区分の変更）																			
	2	フリガナ																		
		名 称																		
		主たる事務所の所在地		(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																
				(ビルの名称等)																
				電話番号								FAX番号								
	業 者	法人の種類別																		
		代表者の職名・氏名・生年月日		職名			フリガナ				生年月日		年 月 日							
		氏名			氏 名				月 日											
代表者の住所		(〒 -) 都道 郡 市 府県 区																		
		(ビルの名称等)																		
3	事業所名称等及び所在地		事業所名称		指定(許可)年月日		介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所 在 地									
			計 画 所																	
4	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項		第2号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)				生年月日											
			第3号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要															
			第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要															
5 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																			
	事業者（法人）番号		A																	
	区分変更の理由																			
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課																			
		区 分 変 更 日		年 月 日																

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					

第2号様式（第3条関係）

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の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）

年 月 日

水俣市長

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号	A																
変 更 が あ っ た 事 項																	
1 法人の種別、名称(フリガナ) 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 4 代表者の住所、職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要																	

変 更 の 内 容	
(変更前)	
(変更後)	

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					

業務管理体制の整備に係る自己点検表

◎業務管理体制の整備に係る自己点検表は、原則として事業者（法人）の法令遵守責任者がご記入いただきますようお願いいたします。

法人名			
記入担当者職・氏名・連絡先	(職名)	(氏名)	(TEL)

チェック項目	適	不適	非該当
1 法令遵守責任者の選任 事業者（法人）で1人、法令遵守責任者を選任し、届け出ているか。 ① 法令遵守責任者の届出 済 ・ 未済 所属・職名 氏名	☐	☐	
②法令遵守についての方針を定め、職員に周知をしているか。	☐	☐	
2 事業者（法人）としての法令遵守の体制の構築 下記のような体制を執れるように、事業者として措置しているか。			
2-1 人員の確保			
○ 各事業所（施設）に、毎日従業者の人員を確認させ、定期的に報告を求める等をして、人員を確保しているか。	☐	☐	
○ 各事業所（施設）の人員が不足したとき又は不足するおそれのあるときは、人員について権限のある部署に報告させ、人員を確保しているか。	☐	☐	
2-2 定員の遵守（定員遵守が求められているサービス） 各事業所（施設）に、毎日利用者数を確認させ、定期的に報告を求める等をして、届け出られた定員を超えないように管理しているか。	☐	☐	☐
2-3 設備基準の遵守 各事業所の設備基準の遵守について、常に管理しているか。	☐	☐	☐
2-4 高齢者虐待防止及び身体拘束抑制 高齢者虐待防止及び身体拘束抑制について、従業者に周知し、研修等を行っているか。	☐	☐	☐
2-5 事故の発生防止 事故の発生防止について、従業者に周知し、研修等を行っているとともに、事故が発生した場合、発生するおそれがあったときは、情報を集約し、再発防止策を徹底しているか。	☐	☐	☐
2-6 その他の運営基準の遵守 その他の運営基準（利用者への説明、計画の作成、記録の作成等）について、運営基準に従業者に周知し、研修しているか。	☐	☐	
2-7 適正な介護報酬請求 各事業所（施設）の毎月の介護報酬請求前に、請求が法令の要件を満たしていることを、確認させる等をして、適正な介護報酬請求を行うように措置しているか。	☐	☐	
2-8 他法令遵守 労働基準法、労働安全衛生法、健康保険法、建築基準法等の他法令の法令遵守について従業者に周知しているか。	☐	☐	
3 法令遵守規程【事業所（施設）数 20 以上の法人のみ】 法令遵守規程を作成し、各事業所・施設に周知しているか。 (周知方法：)	☐	☐	☐
4 業務執行の状況の監査【事業所（施設）数 100 以上の法人のみ】 業務執行の状況の監査を定期的実施しているか。	☐	☐	☐

(3) 経過措置終了により令和6年4月に義務化等された主な事項
非常災害時の対応等及び業務継続計画の策定について

熊本県及び熊本市 令和8年度介護サービス事業者等集団指導資料 から抜粋

非常災害時の対応等について

1 社会福祉施設における避難の実効性確保に関する取組みについて

(1) 避難確保計画の作成について

水防法又は土砂災害防止法に基づき、市町村地域防災計画に定められた要配慮者利用施設は、避難確保計画の作成及び避難訓練の実施が義務づけられています。未作成の場合は、速やかに計画を作成してください。

浸水想定区域や土砂災害警戒区域内に位置する施設・事業所が対象です。自施設・事業所が要配慮者利用施設に該当するか否かは、市町村の防災担当課に確認してください。

自施設が要配慮者利用施設に該当しない場合でも、自施設・事業所の立地状況と災害想定をハザードマップ等で確認し、非常災害に関する計画に反映させてください。

(参考：県のホームページ) [熊本県 避難確保計画 検索](#)

要配慮者利用施設の避難確保計画の作成及び避難訓練実施について

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/114/2844.html>

洪水時における要配慮者利用施設の避難確保計画について

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/105/51655.html>

(2) 水防法等の改正に伴う助言・勧告に資するチェックリストについて

「社会福祉施設の避難確保計画（非常災害対策計画を含む）チェックリスト」が公表されています。このチェックリストを活用するなどにより、実効性のある避難確保計画となるよう努めてください。

(3) 新たな避難情報について

令和3年5月20日から避難勧告と避難指示が避難指示へ一本化され、「警戒レベル3 避難準備・高齢者等避難開始」は、「警戒レベル3 高齢者等避難」に「警戒レベル4 避難勧告、避難指示（緊急）」は、「警戒レベル4 避難指示」に、「警戒レベル5 災害発生情報」は、「警戒レベル5 緊急安全確保」になりました。

(4) 避難の実効性を確保するための留意点について

令和3年3月の「令和2年7月豪雨災害を踏まえた高齢者施設の避難確保に関する検討会」の成果を踏まえ、社会福祉施設にける避難の実効性を確保するための留意点が整理され、社会福祉施設における対応として次の8つの項目が示されました。

- (1) 水害や土砂災害など、施設が有する災害リスクの適切な把握
- (2) 災害リスクに適切に対応した避難先の選定と複数の避難先の確保
- (3) 個々の施設状況を考慮した避難開始のタイミングの設定
- (4) 利用者の円滑な避難に資する避難支援体制の確保
- (5) 訓練実施と訓練で得られる教訓の避難確保計画への反映
- (6) 非常災害対策計画と避難確保計画の一体化による事務負担軽減
- (7) 職員及び利用者家族等への災害リスク及び避難確保計画の周知
- (8) 市町村との情報連絡体制の確立

※ 詳しくは県のホームページをご参照ください。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/101776.html>

2 介護施設・事業所等における災害時情報共有システムについて

災害時における介護施設・事業所の被害状況を国・自治体が迅速に把握・共有し、被災した介護施設等への迅速かつ適切な支援につなげるため、介護サービス情報公表システムに災害時情報共有機能が追加されました。

近年、大規模災害が頻発していることにより、介護施設・事業所の被災状況、稼働状況など災害に関わる情報を国と地方自治体で共有し、被災施設・事業所への迅速かつ適切な支援を行う必要があります。

それらの作業を効率的に行えるよう、県と事業所との間で、『介護サービス情報報告システム』を使って、インターネットで被災状況を授受することができます。

災害時情報共有機能を利用するためには、県の利用登録が必要です。

- ① 介護サービス情報公表システムで公表を行う施設等（※特定施設を除く。）
情報公表システムのIDにより利用することができます。
- ② 情報公表システムによる公表を行わず災害時情報共有機能のみを利用する場合
県において、被災確認対象事業所番号及び初期パスワードを発行し通知します。
- ③ 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、生活支援ハウス

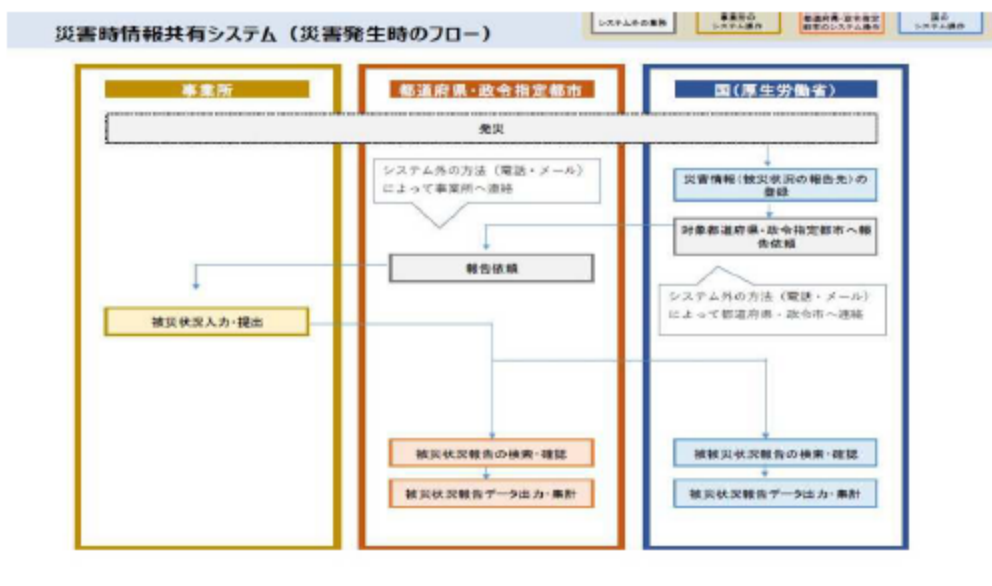
（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護の指定の有無に関わらず、災害時の情報共有機能を利用可能にするために、別途、県において、被災確認対象事業所番号及び初期パスワードを発行し通知します。

災害発生時の対応については、下記の「災害発生時のフロー」のとおりです。

※ 厚生労働省が、報告対象災害の登録を行った場合に、各施設・事業所にメール等で連絡します。

※ 詳しくは、県のホームページをご参照ください。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/101495.html>



災害時情報共有システム（介護サービス情報報告システム）

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/houkoku/43/>

※システムに関する問合せ先 熊本県高齢者支援課 Tel 096-333-2217

◆被災時に災害時情報共有システム上での報告ができるよう訓練に参加をお願いします。また、事業所の建物や設備が被災した場合には、災害復旧事業（補助金）の対象となる場合があることから、必ず建物・設備の被災状況が確認できる写真等（全景・近景）を撮影し保存されるようお願いします。

業務継続計画の策定

介護サービスは、感染症や自然災害が発生した場合であっても、安定的・継続的に提供されることが重要です。このため、令和3年度改正により、全ての介護サービス事業者に対し、以下の取組みが義務付けられ、令和6年4月1日から完全義務化されています。

- 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（業務継続計画の取組内容）

- ・他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- ・研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましい。

（研修の実施）

研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施すること（居宅系サービスにおいては、新規採用時の研修については「望ましい」）。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

（訓練の実施）

訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実施するケアの演習等を定期的実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。また、災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない。

訓練の実施は、机上を含めその実施方法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

対象となる地域密着型サービスの種類	定期的な研修(目安)	定期的な訓練(目安)
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 地域密着型特定施設入居者生活介護	年2回以上 ※新規採用時は別途実施	年2回以上
地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護	年1回以上 ※新規採用時は別途実施	年1回以上

（業務継続計画に記載すべき項目）

業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域に

よって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、災害に係る業務継続計画並びに非常災害に関する具体的計画については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

イ 感染症に係る業務継続計画

- A 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- B 初動対応
- C 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

- A 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- B 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- C 他施設及び地域との連携

※業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、供給網の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと

★介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修

厚労省において、ガイドライン等を活用したBCPの作成や見直しに役立つよう研修動画を作成。同ページ内に「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」も掲載。

（厚生労働省ホームページ）<https://www.mhlw.go.jp>

介護施設・事業所における継続計画 検索

※ひな形、作成のポイント、フローチャート等が載っていますので参考にしてください。

★介護施設等における業務継続計画（BCP）実践支援特別講座

BCPの研修・訓練のポイントや、自然災害・感染症発生時の状況を想定し、状況に応じた業務継続対策の検討を机上で行うための準備等について解説。

（熊本県ホームページ）<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/203428.html>

熊本県ホームページトップからページ番号で探す場合「203428」を入力

★業務継続計画未策定減算の経過措置の終了について

訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援においては、令和7年3月末までの経過措置として当該減算は適用されておりましたが、同年4月から経過措置の終了に伴い、業務継続計画未策定又は当該計画に従い必要な措置を講じていない場合は、減算の対象となっています。

また、上記以外のサービスにおいては、令和7年3月末までは経過措置として「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合には、減算は適用されておりましたが、令和7年4月から経過措置の終了に伴い、業務継続計画未策定又は当該計画に従い必要な措置を講じていない場合は、減算の対象となっています。

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 6）（令和6年5月17日）」

【全サービス共通】 令和6年度介護報酬に関するQ&A（vol.1）（令和6年3月15日） 問164を修正
業務継続計画未策定減算について

問7 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（答）

- ・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
- ・なお、令和3年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 1）（令和6年3月15日）」

問165 業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようなになるのか。

（答）

業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり。

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、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	令和6年4月 ※ただし、令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。
②	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	令和6年6月 ※上記①の※と同じ
③	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防支援	令和7年4月

※居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売には、業務継続計画未策定減算は適用されない。

問 166 行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

（答）

- ・ 業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たさない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
- ・ 例えば、通所介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和7年10月からではなく、令和6年4月から減算の対象となる。
- ・ また、訪問介護事業所が、令和7年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和7年4月から減算の対象となる。

衛生管理等について

事業者は、当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じることが義務付けられています。

令和6年4月1日から完全義務化

- 当該事業所における感染症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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。を概ね〇月に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の従業者に周知徹底を図ること。
- 当該事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- 当該事業所において、介護職員その他の従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

（感染症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＜感染対策委員会＞）

- ・感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については、外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。
- ・構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要。

※感染対策担当者の選任や他の合議体との一体的な設置・運営に関する考え方、委員会の開催頻度については、サービスごとに異なる。

◆感染対策委員会の開催頻度

6月に1回以上：（居宅系）地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（居住系）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

3月に1回以上：（施設系）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

（指針）

- ・当該事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定すること。
- ・それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。

【（参考）厚生労働省ホームページ】 <https://www.mhlw.go.jp>

介護現場における感染対策の手引き [検索](#)

（研修及び訓練）

- ・当該事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

- | | |
|---------------|---------------|
| ◆研修；（居宅系サービス） | 年1回以上 + 新規採用時 |
| （居住系・施設系サービス） | 年2回以上 + 新規採用時 |
| ◆訓練；（居宅系サービス） | 年1回以上 |
| （居住系・施設系サービス） | 年2回以上 |

認知症介護基礎研修について

認知症介護基礎研修（以下「基礎研修」という。）については、令和3年度（2021年度）介護報酬改定において、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務付けられました。

※令和6年4月1日からは義務化（経過措置期間は令和6年3月31日で終了）

また、基礎研修受講の義務化に伴い、国の実施要綱に、原則eラーニングで実施することが示されており、本県でも、eラーニング、オンライン及び集合研修で基礎研修を実施しています。

1 対象

県内（熊本市内を除く）に所在する介護保険施設・事業所等において、直接介護に従事する、又は従事を予定する介護職員等で、医療・福祉関係の資格を有さない者等。

※医療・福祉関係の資格とは、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等の資格のことをいいます。

※医療・福祉関係の資格を有する者についての受講も可能です。

2 熊本県認知症介護基礎研修の実施法人について

（1）eラーニングによるオンライン研修（随時応募可能です。）

- ① 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
- ② 株式会社クーリエ

（2）集合研修

- ① 研修実施機関：社会福祉法人 ましき苑
- ② 研修実施機関：公益法人社団 日本認知症グループホーム協会

3 研修の申込方法

県HP（アドレス：<https://www.pref.kumamoto.jp/>）に掲載しています。

熊本県ホームページトップ 「 ページ番号で探す

 」

→ “0119183”で検索

- 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.14）（令和7年4月18日）」
（介護保険最新情報Vol.1376）

【全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）】

○ 認知症介護基礎研修の義務づけについて

問1 認知症介護基礎研修の義務付けの経過措置期間はいつまでか。

（答）

- ・ 令和6年3月31日をもって経過措置期間は終了している。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後1年間の猶予期間を設けている。

問2 認知症介護基礎研修の教材について、母国語が日本語以外の者を対象としたものはあるか。

（答）

- ・ 日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語、タガログ語、ネパール語の教材を整備している。また、日本語能力試験のN4レベルを基準とした教材も併せて整備している。

（参考）認知症介護基礎研修eラーニングシステム（認知症介護研究・研修仙台センターホームページ）

<https://kiso-elearning.jp/>

※ 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（令和6年3月15日）問163は削除する。

虐待の防止

介護事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならないと義務付けられています。

令和6年4月1日から完全義務化

- ① 当該事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。
- ② 当該事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 当該事業所において、従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施すること。
- ④ 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとする。

・虐待の防止

事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要がある、研修等を通じて、従業員にそれらに関する理解を促す必要がある。同様に、従業員が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業員としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要である。

・虐待等の早期発見

事業所の従業員は、虐待等を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をすること。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要がある、介護事業者は当該通報の手続きが迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとする。

（参考） 高齢者虐待防止法において、通報義務が規定されており、養介護事業所の従業員等が虐待の相談や通報を行うことは、「守秘義務違反」になりません。また、通報したことを理由に解雇等の不利益な取り扱いを受けないことも規定されています。

★前頁枠囲みの①～④についての具体的な内容は次のとおり。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役員分担を明確にするとともに、年1回以上定期的に開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限らず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業員に周知徹底を図る必要がある。

イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業員が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ 従業員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待防止のための指針

事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方

ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事案

ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項

ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

- チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

(参考) 市指定事業所に係る研修の頻度

年1回以上 + 新規採用時	年2回以上 + 新規採用時
地域密着型通所介護	認知症対応型共同生活介護
認知症対応型通所介護	地域密着型特定施設入居者生活介護
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

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配置

事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者等など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者

虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者
 事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者
 褥瘡予防対策担当者(看護師が望ましい)、感染対策担当者(看護師が望ましい)

★運営規程について

運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めなければならず、経過措置が終了し令和6年4月1日から義務化されています。

上記①～④の内容や、組織内の体制(責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等)や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容にしてください。

◎「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (令和6年3月15日)」

問170

居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけと

いうことがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なわなければならないのか。

(答)

・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行なうしていただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

・なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。

・また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例(※)を参考にされたい。

(※) 社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

◎「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (令和6年3月15日)」

◆高齢者虐待防止措置未実施減算について

問167

高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置(委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと)がなされていない場合は減算の適用となるのか。

(答) 減算の適用となる。

問168

運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

(答) 過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

問169

高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置(委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと)がなされ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(都道府県知事*)」に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長(都道府県知事*)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、入居者全員について所

定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

※ R6. 7. 2「令和6年度介護報酬改定関連通知の正誤等について」で「市町村長」へ修正

(答) 改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

◎「高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係る Q & A の周知について」(令和7年1月20日付け事務連絡)

【全サービス(居宅療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売を除く)】

◆ 高齢者虐待防止措置未実施減算の適用について

問1 高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

(答) 「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(Ｈ11. 9. 17老企第25号)」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下のとおり。

・ 年に2回以上

(介護予防) 特定施設入居者生活介護、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護、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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

・ 年に1回以上

訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、(介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、通所介護、(介護予防) 通所リハビリテーション、(介護予防) 短期入所生活介護、(介護予防) 短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、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、居宅介護支援、介護予防支援

~~~~~  
高齢者虐待とは、高齢者(原則65歳以上)に対する養護者及び養介護施設従事者等による虐待行為

|             |                                                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| (1)養護者      | 高齢者を現に養護する者で次の(2)に該当しない者(家族、同居人、近隣住民等)                                      |
| (2)養介護施設従事者 | 老人福祉法や介護保険法で規定されている高齢者向け福祉・介護サービスの業務に従事する職員(直接介護サービスを提供しない者(施設長や事務職員等)も含む。) |

<虐待の種類>

|             |                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------|
| 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 | 高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置等、高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること |
| 心理的虐待       | 高齢者に対する著しい暴言や拒絶的な対応等、著しい心理的外傷を与える言動を行うこと          |
| 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       | 高齢者の財産を不当に処分すること等、高齢者から不当に財産上の利益を得ること             |

## ◆施設系サービスにおける口腔衛生管理体制の確保 ※令和6年4月義務化

対象となる地域密着型サービス；地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

### ○概要

施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理をさらに充実させるため、以下の内容を義務化。

口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。

### ○運営基準（省令）

「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。

※「計画的に」とは、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。

## ◆施設系サービスにおける栄養・ケアマネジメントの充実 ※令和6年4月義務化

対象となる地域密着型サービス；地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

### ○概要

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、運営基準及び報酬を見直し。

### ○運営基準（省令）

・（R3改定前）；栄養士を1人以上配置

（R3改定後）；栄養士または管理栄養士を1人以上配置

・栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。

（解釈通知）

栄養管理について、管理栄養士が入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみ配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことのできる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うものとする。

### ○単位数

栄養ケア・マネジメントの未実施（経過措置終了） 14単位／日減算

#### (4) 令和6年度改定の主な事項（経過措置等を規定）

#### ◆身体的拘束等（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）の適正化

##### 多機能系サービス、短期入所系サービス

小規模多機能型居宅介護；未実施の場合は、令和7年4月から基本報酬減算有  
認知症対応型共同生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）

○運営基準に、身体的拘束等の適正化のため次の措置を講じなければならない旨、新たに規定

A 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。

B 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

C 介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

研修は、年2回以上及び新規採用時に実施。

○報酬算定で、「身体拘束廃止未実施減算（※）」を新設

（※）所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（R7.3末で基本報酬減算に係る経過措置終了）  
身体的拘束等の適正化を図るための次の措置のうち1つでも講じられていない場合に減算

・上記A～C

・D 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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。（令和6年改正前から運営基準に規定あり）

##### 通所系サービス、訪問系サービス、居宅介護支援

地域密着型通所介護、総合事業（通所型サービス・訪問型サービス）、居宅介護支援

○運営基準に、次の内容を規定

・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこと。

・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用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こと。

（R7.1.20付け事務連絡（介護保険最新情報vol.1345））高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ&Aの周知について

（介護予防）小規模多機能型居宅介護、（介護予防）短期入所生活介護（療養介護）

○身体拘束廃止未実施減算の適用について

問1 利用者に対して身体的拘束等をしていない場合においても、身体的拘束等の適正化を図るための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施）がなされていなければ減算の適用となるのか。

（答）減算の適用となる。なお、施設系サービス及び居住系サービスにおいても同様である。

問2 運営指導等で行政機関が把握した身体的拘束等の適正化を図るための措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか

（答）過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

問3 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合の検討には、3つの要件（切迫性、非代替性、一時性）すべてを満たすことの記録が確認できなければ減算の適用となるのか。

（答）減算の適用となる。また、3つの要件については、以下を参考にされたい。

「切迫性」とは、利用者本人又は他の利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

「非代替性」とは、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

「一時性」とは、身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

なお、訪問系サービス及び通所系サービス等について、減算の適用はないが、当該要件を満たした記録の確認ができない場合は、指導の対象になることに留意されたい。

（参考）

運営基準上、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」の適正な手続きを経た身体的拘束等は認められています。この適正な手続きは、切迫性、非代替性、一時性の3つの要件を満たすか否を組織等で話し合い、かつ、それらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行い、組織として判断し、検討過程も含めて記録をお願いします。

※厚生労働省老健局「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」（令和6年3月） 厚労省掲載ページ <http://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>

身体的拘束等は、原則としてすべて高齢者虐待に該当します。しかし、「緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性の3要件をすべて満たす）」の「適正な手続き（個人でなく組織で判断しその根拠を記録し、本人等への説明し理解を求める等）」を経た場合に限り、例外的に高齢者虐待に該当しないこととなりますので、極めて慎重に行う必要があります。

### ◆重要事項の書面揭示規制の見直し（全サービス）**令和7年4月から義務化**

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「書面揭示」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揭示を代替できる規定になっているところ、「書面揭示」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HP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。

■介護サービス情報公表制度における報告義務の対象外（※）となっている事業所においては、重要事項のウェブサイトへの掲載が望ましい。ウェブサイトへ掲載しない場合も揭示はしなければならない。

（※） 年間のサービス費の支給対象となるサービスの対価として支払を受けた額が100万円以下である。

（※） 災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由がある。

※苦情を処理するための措置の概要等についても、上記の揭示同様、「書面揭示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するように改正されております。

## ◆利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置（多機能系・短期入所系・居住系・施設系サービス）

水俣市に所在する地域密着型サービス

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

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置が義務付けられています

**令和9年4月1日から義務化（令和9年3月末で経過措置は終了）**

事業者は、当該事業所における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、当該事業所における入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催しなければならない。

委員会の開催について（生産性向上推進体制加算を算定の有無による相違点等）

|        | 加算を算定しない場合                                                                                                                                                               | 加算を算定する場合                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 構成メンバー | <ul style="list-style-type: none"> <li>生産性向上の取組を促進する観点から、管理者やケア等を行う職種を含む幅広い職種により構成することが望ましく、各事業所の状況に応じ必要な構成メンバーを検討すること</li> <li>生産性向上の取組に関する外部の専門家の活用も差し支えない。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>現場職員の意見が適切に反映されるよう、<u>管理職だけでなく、ケアを行う職員を含む幅広い職種やユニットリーダー等の参画が必要</u></li> </ul>                                                                                                                                   |
| 開催頻度   | <ul style="list-style-type: none"> <li>委員会は定期的に開催することが必要であるが、開催頻度については、本委員会の開催が形骸化することがないように留意した上で、各事業所の状況を踏まえ適切な開催頻度を定めることが望ましい。</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>3か月に1回以上の開催が必要</u></li> </ul>                                                                                                                                                                                |
| 議題等    | <ul style="list-style-type: none"> <li>本委員会の開催に当たっては、厚生労働省老健局高齢者支援課「<b>介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン</b>」等を参考に取組を進めることが望ましい。</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>生産性向上ガイドラインを参考にし、①から④について必要な検討を行う。                         <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者の安全及びケアの質の確保</li> <li>②従業者の負担軽減及び勤務状況への配慮</li> <li>③介護機器の定期的な点検</li> <li>④職員に対する研修</li> </ul> </li> </ul> |

・本委員会はテレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

・生産性向上推進体制加算を算定される場合は、「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並

びに事務処理手順及び様式例等の提示について」等を別途ご確認くださいませようお願いいたします。

＜参照＞ 厚生労働省ホームページ「介護分野の生産性向上 ～お知らせ～」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei-information.html>

- ・介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン



（その他）

- ・事務負担軽減の観点等から、本委員会は、他に事業運営に関する会議（事故発生の防止のための委員会等）を開催している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。
- ・本委員会は事業所等に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- ・委員会の名称について、法令では「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」と規定されたところであるが、他方、従来から生産性向上の取組を進めている事業所においては、法令とは異なる名称の生産性向上の取組を進めるための委員会を設置し、開催している場合もあるところ、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策が適切に検討される限りにおいては、法令とは異なる委員会の名称を用いても差し支えない。

## 協力医療機関の届出について

### 【水俣市所在の地域密着型サービス】

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護

「協力医療機関との連携体制」の取組を推進するために、1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者（利用者）の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定（又は許可）を行った自治体に「協力医療機関に関する届出書」の提出が義務付けられました。

- 事業者は、**1年に1回以上**、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、当該事業所に係る指定を行った市町村長に届け出なければならない。

届出様式掲載先 市ホームページ <https://www.city.minamata.lg.jp/kiji0034152/index.html>

ホーム > 分類から探す > 健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険に関するお知らせ > 協力医療機関に関する届出について

（協力医療機関の要件）

### 【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

事業所は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（次の③の要件を満たす協力医療機関にあつては、病院に限る。）を定めておかなければならない。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

- ① 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
- ② 当該指定地域密着型介護老人福祉施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
- ③ 入所者の病状が急変した場合等において、当該事業所の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診察を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

③の要件については、必ずしも当該地域密着型介護老人福祉施設の入所者が入院するための専用の病床を確保する場合でなくとも差し支えなく、一般的に当該地域で在宅療養を行うものを受け入れる体制が確保されていればよい。

※上記協力医療機関との連携要件は、**令和9年4月義務化（令和9年3月までは努力義務）**。

### 【地域密着型特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護】

事業者は、前項の規定に基づき協力医療機関を定めるにあたっては、上記①②に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるように努めなければならない。**努力義務**。

(解釈通知より抜粋)

連携する医療機関は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟（200床未満）を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院等の在宅医療を支援する地域の医療病院（以下「在宅療養支援病院等」という。）と連携を行うことが想定される。なお、令和6年度診療報酬改定において新設される地域包括医療病棟を持つ医療機関は、前述の在宅療養支援病院等を除き、連携の対象として想定される医療機関には含まれないため留意すること。

◆協力医療機関（令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.1）（令和6年3月15日）問124）

協力医療機関については、以下の地方厚生局ホームページの一覧のうち「受理番号」欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。

在宅療養支援病院：（支援病1）、（支援病2）、（支援病3）

在宅療養支援診療所：（支援診1）、（支援診2）、（支援診3）

在宅療養後方支援病院：（在後病）

地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）：（地包ケア1）、（地包ケア2）、（地包ケア3）、（地包ケア4）

※ 地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に200床未満（主に地包ケア1及び3）の医療機関が連携の対象として想定されます。

※ 令和6年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませんので、ご注意ください。

■九州厚生局 <在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院>

[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/index\\_00007.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html)

※各都道府県の「医科」ファイルをご参照ください

■九州厚生局 <地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）>

[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/todokede\\_jiko/koumoku\\_beta.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_beta.html)

※「地域包括ケア病棟入院料」の記載のあるファイルをご参照ください。



○上記九州厚生局のページに掲載されている水俣市内の医療機関（R7.7.1現在（※））

岡部病院（支援病3、地包ケア1）、水俣協立病院（支援病1、地包ケア1）、  
深水医院（支援診3）、淵上クリニック（支援診3）、山田クリニック（支援診3）

（※）上記九州厚生局ページ掲載の情報で随時更新されます。医療機関に直接ご確認をお願いします。

「協力医療機関に関する届出書」の提出について

1年に1回以上、協力医療機関との協定内容が確認できる書類を添えて提出してください。

※協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には、速やかに届出が必要です。なお、協力医療機関が変更になる場合は、変更届出書も併せて必要になります。

※協力医療機関連携加算Ⅰを算定する場合、要件を満たす医療機関の情報の届出が必要です。

（その他）協力医療機関が、協定締結医療機関（※）である場合は、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うことが義務付けられています。

（※）熊本県ホームページ <https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/30/205438.html>

| (別紙3)                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|--|-------|---------|--|--|
| 協力医療機関に関する届出書                                                                                                                              |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| 令和 年 月 日                                                                                                                                   |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| 各指定権者<br>各許可権者 殿                                                                                                                           |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| 届<br>出<br>者                                                                                                                                | フリガナ<br>名 称                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 事務所・施設の所在地                                                  | (郵便番号 ー )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | (ビルの名称等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 連 絡 先                                                       | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                 |  | FAX番号 |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 事業所番号                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 事業所・施設種別                                                    | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 代表者の職・氏名                                                    | 職名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                 |  | 氏名    |         |  |  |
| 代表者の住所                                                                                                                                     | (郵便番号 ー )                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| 協<br>力<br>医<br>療<br>機<br>関                                                                                                                 | ①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関                               | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 入所者等が急変した場合等の<br>対応の確認を行った日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の<br>担当者名 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | ②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関                               | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 入所者等が急変した場合等の<br>対応の確認を行った日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の<br>担当者名 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | (事業所・施設種別4～8のみ)<br>③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院              | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 入所者等が急変した場合等の<br>対応の確認を行った日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の<br>担当者名 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 上記以外の協力医療機関                                                 | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
|                                                                                                                                            |                                                             | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                 |  |       | 医療機関コード |  |  |
| た 施<br>す 設<br>協 基<br>力 準<br>医 第<br>療 1<br>機 号<br>関 を 第<br>定 2<br>め 号<br>て 及<br>い び<br>な 第<br>い 3<br>場 号<br>合 の<br>( 規<br>※ 定<br>5 を<br>満 ) | 第1号から第3号の規定(※5)にあたり<br>過去1年間に協議を行った医療機関数                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 協議をした医療機関との対応の<br>取り決めが困難であった理由                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | (過去1年間に協議を行っていない場合)<br>医療機関と協議を行わなかった理由                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 届出後1年以内に協議を行う<br>予定の医療機関                                    | 医療機関名(複数可)<br>※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関(200床未満)、在宅療養後方支援病院等<br>協議を行う予定時期 令和 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | (協議を行う予定の医療機関がない場合)<br>基準を満たす協力医療機関を定める<br>ための今後の具体的な計画(※6) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| 関係書類                                                                                                                                       |                                                             | 別添のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                 |  |       |         |  |  |
| 備考                                                                                                                                         | 1                                                           | 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 2                                                           | 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                 |  |       |         |  |  |
|                                                                                                                                            | 3                                                           | 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※1)                                                                                                                                       |                                                             | 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※2)                                                                                                                                       |                                                             | 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※3)                                                                                                                                       |                                                             | 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※4)                                                                                                                                       |                                                             | 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※5)                                                                                                                                       |                                                             | 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び第2号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                 |  |       |         |  |  |
| (※6)                                                                                                                                       |                                                             | 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                 |  |       |         |  |  |

各種委員会・研修及び訓練の実施回数等について

| サービス類型<br>(下段は本市指定) | 訪問系<br>※1                                              | 通所系                                                     | 多機能系<br>短期入所系<br>※2 | 居住系                                  | 施設系                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|                     |                                                        |                                                         |                     |                                      |                          |
| 委員会・研修及び訓練の種類       | 居宅介護支援<br>介護予防支援<br>訪問型サービス<br>(旧介護予防訪問介護<br>相当サービス)   | 認知症対応型通所介護<br>地域密着型通所介護<br>通所型サービス(旧介護予<br>防通所介護相当サービス) | 小規模多機能型居宅介護         | 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<br>生活介護 | 地域密着型介護老人福祉<br>施設入所者生活介護 |
|                     | 身体的拘束等適正化検討委員会                                         | —                                                       | 3月に1回以上             | 3月に1回以上                              | 3月に1回以上                  |
|                     | 虐待防止検討委員会                                              | 定期的に                                                    | 定期的に                | 定期的に                                 | 定期的に                     |
|                     | 感染対策委員会 ※時期次第では随時                                      | 6月に1回以上                                                 | 6月に1回以上             | 6月に1回以上                              | 3月に1回以上                  |
|                     | 事故防止検討委員会                                              |                                                         |                     |                                      | 定期的に                     |
|                     | 利用者の安全並びに介護サービスの質<br>の確保及び職員の負担軽減に資する<br>方策を検討するための委員会 | —                                                       | 定期的に<br>(R9.4義務化)   | 定期的に<br>(R9.4義務化)                    | 定期的に<br>(R9.4義務化)        |

|                |             |       |       |       |       |
|----------------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 研修<br>※3<br>※4 | 身体的拘束等適正化研修 | —     | 年2回以上 | 年2回以上 | 年2回以上 |
|                | 虐待防止研修      | 年1回以上 | 年1回以上 | 年2回以上 | 年2回以上 |
|                | 感染対策研修      | 年1回以上 | 年1回以上 | 年2回以上 | 年2回以上 |
|                | BCP研修       | 年1回以上 | 年1回以上 | 年2回以上 | 年2回以上 |
|                | 事故防止研修      | —     | —     | —     | 年2回以上 |

|    |                            |       |           |           |           |
|----|----------------------------|-------|-----------|-----------|-----------|
| 訓練 | 感染対策訓練                     | 年1回以上 | 年1回以上     | 年2回以上     | 年2回以上     |
|    | 風水害、地震等の災害に<br>対処するための避難訓練 |       | 定期的       | 定期的       | 定期的       |
|    | 消防法で定められた避難訓練              |       | 消防法の定めによる | 消防法の定めによる | 消防法の定めによる |
|    | BCP研修                      | 年1回以上 | 年1回以上     | 年2回以上     | 年2回以上     |

※1) 居宅介護支援及び介護予防支援に係る感染対策委員会は、事業所の従業員が1名で、感染症予防のための指針が整備されている場合は、開催しないことも差し支えない。

※2) 身体的拘束等適正化検討委員会及び身体的拘束等適正化研修は、令和7年4月1日より義務化

※3) 他の研修と一体的に実施する場合であっても、それぞれの内容について研修したことがわかるように記録する。

また、上記研修以外にも、取得している加算の要件として実施が求められている研修(看取りに関する研修、入浴介助に関する研修など)については、計画的に実施する。

※4) 各種研修については、新規採用時(経験者でも事業所として新規採用の場合も含む。)にも実施する。

## (5) その他の主な改正事項

### ○協力医療機関連携加算に係る要件変更について（令和8年6月算定分から適用）

介護保険最新情報vol. 1502（令和8年5月8日付け厚生労働省老健局高齢者支援課 事務連絡）

- ・地域密着型（介護予防）サービス報酬告示の解釈通知の一部改正

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 改正前 | 「介護を定期的開催」とは、 <u>概ね月に1回以上開催されている必要がある。ただし、電子的システムにより当該協力医療機関において当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えないこととする。</u> なお、協力医療機関への診療の求めを行う可能性の高い入居者がいる場合においては、より高い頻度で情報共有を行う会議を実施することが望ましい。                                                                                                                                                                                                      |
| 改正後 | 「会議を定期的開催」とは、 <u>次のいずれかに該当するものであること。</u> なお、（以下、同一のため省略）<br><u>イ 電子的システムにより当該協力医療機関において、当該事業所の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年1回以上開催すること。</u><br><u>ロ 年3回以上開催すること。ただし、入院の必要性が認められた当該事業所の入居者が当該協力医療機関で年2件以上入院した場合又は往診の必要性が認められた当該事業所の入居者に当該協力医療機関が年2件以上往診を実施した場合には、当該協力医療機関との会議の開催を年1回以上開催することで差し支えないこととする。また、この場合において、入退院又は往診に際して当該協力医療機関の職員と、当該事業所の入居者の急変時の対応方針及び診療又は入院若しくは往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。</u> |

### ○ 協力医療機関連携加算について 【居住系サービス・施設系サービス】

問1 協力医療機関連携加算について、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、年1回以上開催すること」とあるが、随時確認できる体制とは具体的にどのような場合が該当するか。

（答）例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等の医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等の医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設等から協力医療機関に少なくとも月1回の頻度で提供すること。

※令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（vol. 3）（令和6年3月29日）問3は一部修正する。

介護保険最新情報vol. 1523（令和8年7月13日付け厚生労働省老健局高齢者支援課 事務連絡）

問1 協力医療機関連携加算の協力医療機関と介護保険施設等で行う定期的な会議の開催頻度は、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設等の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合は年1回以上、それ以外の場合は原則年3回以上に見直されたが、新たに協力医療機関を定め、当該加算の算定を行う場合、当該協力医療機関との会議は算定を開始した月から1年以内に1回以上または3回以上予定されていけばよいのか。また、当該加算の算定を開始した翌年度以降も継続して当該加算を算定する場合には、毎年度ごとに1回以上または3回以上会議を実施すればよいのか。

（答）貴見のとおり。

## ○人員基準欠如減算の適用の猶予について（令和8年6月算定分から適用）

介護保険最新情報vol. 1502（令和8年5月8日付け厚生労働省老健局高齢者支援課 事務連絡）

○通所・多機能・入所・居住系サービスについて、適正なサービスの提供を確保するため、介護職員・看護職員、ケアマネージャー等の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている場合に、介護給付費の減額（原則3割減算）を行う。

○ただし、診療報酬での見直しと足並みを揃え、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如が発生した場合（※）は、ハローワークの活用等により職員の確保に係る取組を行っている事業所・施設等について、1年に1回に限り、3か月を超えない期間は、介護給付費の減額を猶予する。

（※）介護職員・看護職員が人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合を除く。

第255回社会保障審議会介護給付費分科会（R8.3.30）の次の資料より一部抜粋

資料3「やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い（報告）」

## ○人員基準欠如減算の適用猶予の要件

イ 職業安定法第8条に定める公共職業安定所又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第33条に定める無償の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

ロ 職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

ハ 公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

二 やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員への過度な業務負担とならないよう、当該事業所又は施設は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

## ○やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱い

問「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

（答）・例えば、以下のような場合において、職員が一時的に不足する状況が該当する。

- ・職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合
- ・職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

なお、職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等に求人の申込みを行うにあたって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

問「1年に1回限り、」とあるが、1年はいつから起算するのか。

（答）・突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月の初日から起算する。

問「公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。

（答）・自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

上記猶予を受ける場合は、所定の書式（※別紙11）による指定権者への届出が必要

※別紙11「やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類」

## ○カスタマーハラスメント対策の義務化について（令和8年10月）

地域密着型サービスの解釈通知では「勤務体制の確保等」の「事業主が講じることが望ましい取組について」として、利用者又はその家族等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のため、事業主が雇用管理上の配慮として行う取組を行うことが望ましいとされているところですが、令和7年の労働施策総合推進法（通称パワハラ防止法）改正により、令和8年10月からカスタマーハラスメント対策が義務化されます。労働者を1人でも雇用するすべての事業主が対象となります。厚生労働省リーフレットを添付しますのでご確認をお願いします。

## 令和8年10月1日からハラスメント対策が強化されます！

### カスタマーハラスメント対策の義務化【改正労働施策総合推進法・指針の内容】

職場における「カスタマーハラスメント」とは、職場において行われる

- ①顧客等の言動であって、
  - ②その雇用する労働者が従事する業務の性質その他の事情に照らして社会通念上許容される範囲を超えたものにより、
  - ③労働者の就業環境が害されるもの
- であり、①～③の要素を全て満たすものをいいます。

※電話やSNS等のインターネット上において行われるものも含まれます。

①顧客等とは、顧客、取引の相手方、施設（駅、空港、病院、学校、福祉施設、公共施設等）の利用者その他の当該事業主の行う事業に関係を有する者を指します。

（今後商品の購入やサービスの利用等をする可能性がある者も含まれます。）

②社会通念上許容される範囲を超えた言動の例

#### 【言動の内容が社会通念上許容される範囲を超えるもの】

- ・そもそも要求に理由がない又は商品・サービス等と全く関係のない要求
- ・契約等により想定しているサービスを著しく超える要求
- ・対応が著しく困難な又は対応が不可能な要求
- ・不当な損害賠償要求

#### 【手段や態様が社会通念上許容される範囲を超えるもの】

- ・身体的な攻撃（暴行、傷害等）
- ・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言、土下座の強要等）
- ・威圧的な言動
- ・継続的、執拗な言動
- ・拘束的な言動（不退去、居座り、監禁）

### カスタマーハラスメントの防止のために講ずべき措置

事業主は、以下の措置を必ず講じなければなりません。

（太字は、他のハラスメントで講ずべき措置とは異なる内容のものです。）

#### ◆事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

- ①カスタマーハラスメントには毅然とした態度で対応し、労働者を保護する旨の方針を明確化し、労働者に周知・啓発する
- ②カスタマーハラスメントの内容及びあらかじめ定めた対処の内容（※）を、労働者に周知する  
（※）管理監督者にその場の対応の方針について指示を仰ぐ、可能な限り労働者を一人に対処させない、犯罪に該当し得る言動は警察へ通報する、本社・本部等へ情報共有を行い指示を仰ぐ 等

#### ◆相談体制の整備

- ③相談窓口をあらかじめ定め、労働者に周知する
- ④相談窓口担当者が、適切に対応できるようにする

#### ◆事後の迅速かつ適切な対応

- ⑤事実関係を迅速かつ正確に確認する
- ⑥被害者に対する配慮のための措置を行う
- ⑦再発防止に向けた措置を講ずる

#### ◆対応の実効性を確保するために必要な カスタマーハラスメントの抑止のための措置

- ⑧特に悪質と考えられるカスタマーハラスメントへの対処の方針をあらかじめ定め、労働者に周知し、当該対処を行うことができる体制を整備する

#### ◆そのほか併せて講ずべき措置

- ⑨相談者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、労働者に周知する
- ⑩相談したこと等を理由として不利益な取扱いをされない旨を定め、労働者に周知・啓発する

※対策を講ずる際には、消費者の権利や、障害者差別解消法における、障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止や合理的配慮の提供義務に留意する必要があります。

※その他、自社の労働者が取引先等の他社の労働者に対してカスタマーハラスメントを行った場合、その取引先等の事業主から事実確認等の措置の実施に関して必要な協力を求められた際は、これに応じるよう努めなければなりません。

## 職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメントの 防止のための雇用管理上の措置について

職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意してください。

### イ 事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

- a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員に周知・啓発すること。
- b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

### ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、

- ①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
- ②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）
- ③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05120.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html))

※カスタマーハラスメントについては、上記マニュアル上で事業者に求められる措置として、カスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等が推奨されているが、県で把握している事例を以下に示すため、参考とされたい。

## 1 重要事項説明書への記載例

### I ハラスメント防止のための取組み

当事業所は、適切な介護サービスの提供を確保する観点から、職場内において従業者に対する以下のハラスメントの防止の為に必要な措置を講じます。ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず優越的な地位または関係をういたり、拒否、回避が困難な状況下で下記①から③のいずれかの行為に該当するものとします。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を免れた場合も含む）  
（パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント、他）
- ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為  
（パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント、他）
- ③意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ  
（セクシャル・ハラスメント）

### II 事業者からの申し出により契約解除させていただく場合（退所）

以下の事項に該当する場合には、当施設から契約解除させていただくことがあります。

①～⑤ <略>

⑥契約者またはその家族等によるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント等のハラスメント言動（カスタマーハラスメント）が認められ、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

⑦ <略>

## 2 カスタマーハラスメントについての方針例等

次ページに記載のとおり。

## カスタマーハラスメントに対する行動指針

社会福祉法人 ●●●

### 目 的

社会福祉法人●●●（以下「●●●」といいます）の理念や基本方針を実現するためには、●●●とご利用者及びそのご家族並びに取引業者（以下「お客様」といいます）の協力関係が必須であると考えております。そして、●●●とお客様がお互いに信頼し合い、職員も気持ちよく働くことができれば、結果としてお客様の満足度の向上につながると考えております。

この指針は、それらを実現するために作成致しました。

### カスタマーハラスメントについて

お客様からの暴言や暴力・悪質なクレームなどの迷惑行為（以下「カスタマーハラスメント」といいます）は、厚生労働省による「働き方改革実行計画」を踏まえ、実効性のある職場のパワーハラスメント防止対策について検討するため開催された「職場のパワーハラスメント防止対策についての検討会」報告書においても言及されているハラスメント行為になります。

また、介護保険法における運営基準（省令）では、事業者は適切なサービス提供を確保する観点からカスタマーハラスメント防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることが求められています。

●●●としましては、カスタマーハラスメントから職員を守り、すべての職員に気持ちよく働ける職場環境を提供する義務があると考えております。労働契約法第5条は、「使用者は労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働する事ができるよう、必要な配慮をするものとする」と規定しており、●●●は、職員の心身の健康に配慮しなければならないという安全配慮義務を負っています。

### 対象となる行為

- ・暴言、大声、侮辱、差別発言、誹謗中傷など
- ・脅威を感じさせる言動
- ・過剰な要求、理不尽な要求
- ・暴行、器物損壊、その他粗暴な言動（物を投げる、唾を吐くなど）
- ・業務に支障を及ぼす行為（長電話、長時間拘束、複数回のクレームなど）
- ・職員を欺く行為
- ・●●●及び職員の信用を棄損させる行為（SNS投稿などを含む）
- ・セクシャルハラスメント

### お客様に対するお願い

そこで、お客様には、本行動指針を確認していただいたうえで、別紙「カスタマーハラスメントに関する誓約書」の作成をお願いいたします。

カスタマーハラスメントに該当する事象が生じた場合、おやめいただくよう注意させていただきます。残念ながら、重大なカスタマーハラスメントが行われた場合、問題行動が繰り返された場合は、●●●とお客様との間で取り交わした契約を解除させていただくことがあります。

社会福祉法人 ●●● ●●●●● ●● ●●

社会福祉法人 ●●●●  
●●●●●● ●● ●● 殿

## カスタマーハラスメントに関する誓約書

貴法人が運営する事業所を利用するにあたり、「カスタマーハラスメントに対する行動指針」（以下「行動指針」といいます）を受領し、その内容を確認しました。

行動指針に反する言動があった場合は、貴法人との間で取り交わした契約の解除を含めた措置が取られたとしても異議を申しません。

令和 年 月 日

利用者名

\_\_\_\_\_ ㊟

家族・身元引受人 等

\_\_\_\_\_ ㊟

## (6) 事故報告及び感染症等の報告について

### ○事故報告について

#### 目的

介護サービス提供時に発生した事故等について、介護サービス事業者が運営基準に基づき行う連絡の手順を明らかにし、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。

#### 基準の内容

##### ■居宅系サービス、地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設を除く）

指定〇〇事業者は、利用者に対する指定〇〇の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る（指定）〇〇事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。（抜粋）

##### ■指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所

指定居宅介護支援（指定介護予防支援）の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。（抜粋）

##### ■施設系サービス（地域密着型介護老人福祉施設を含む）

〇〇施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について従業者に周知徹底を図る体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

#### （注意）安全管理体制未実施減算について

地域密着型介護老人福祉施設においては、上記基準を満たさない事実が生じた場合は、その翌月から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数から1日につき5単位減算されます。

◆各事業所において、事故マネジメント（事故の未然防止策、事故発生時の対応、事故後の対応策（再発防止策）、責任者、連絡体制整備等）に努めていただきますようお願いいたします。

（参考）介護保険最新情報vol.1436（R7.11.7「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドラインについて(周知)」<http://www.mhlw.go.jp/content/001569590.pdf>

○介護保険サービス事業者における介護サービス提供中の事故発生時の報告取扱要領を参照

提出書類 介護保険被保険者に係る事故報告書（様式1）

提出方法 件名を「（事業所名）事故報告」としメールにて提出（書面提出もできます。）

提出期限 概ね2週間以内（※第一報は電話等で速やかに行ってください。）

※様式等は、水俣市ホームページ（行政サイト） [健康・福祉・子育て](#) > [介護保険](#) > [介護保険の手続き](#) > [申請書等ダウンロード](#) を参照

## 介護保険サービス事業者における 介護サービス提供中の事故発生時の報告取扱要領

### 1 市に報告すべき事故

指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する運営基準、介護保険施設等の運営基準、指定地域密着型サービス等に関する運営基準に基づき、指定居宅サービス事業者、介護保険施設等において、利用者に対する介護サービスの提供中に事故が生じた場合には、速やかに、市町村、利用者の家族、担当の介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者に連絡を行う等の必要な措置を講じなければなりません。

このことから、介護サービス提供中に次に掲げる（１）～（７）の事故が発生した場合は、報告を行ってください。

- （１） サービス提供による利用者の事故等で、事業者側の過失や責任の有無にかかわらず、利用者が死亡又は医療機関（当該施設内の診療所、医務室を含む。）の受診を要する程度の状態に至ったもの（擦過傷等の軽微なものを除く。）を原則とする。
- （２） 食中毒及び感染症等の発生が認められた場合  
（注）保健所にも報告すること。※
- （３） 火災、震災、風水害等により、施設設備の相当程度の損傷を伴う等、介護サービスの提供に重大な影響のあるもの
- （４） 従業員の法令違反・不祥事等により、利用者の処遇に影響があるもの  
（例：利用者・家族等の個人情報漏洩、送迎中の事故、預り金の横領等）
- （５） 疾病による救急搬送により死亡又は入院した場合に、その原因が特定できず、後日、利用者又はその家族との間に、当該事案に関して紛争等が生じる恐れがある場合
- （６） 施設内における利用者の自殺又は自殺未遂（自傷行為を含む。）
- （７） 誤嚥、誤薬、離苑が発生した場合

### 2 報告の方法と留意点

- （１） 集団食中毒・感染症、災害、重大事故など、主として重大又は異例な事故と判断される場合、第１報を電話等により速やかに連絡するよう努めてください。

感染症又は食中毒の場合には、保健所にも連絡してください。※

（水俣保健所Tel：０９６６－６３－４１０４）

第１報後の経過については、適宜、連絡を行ってください。

- （２） 事故発生後の当面の対応が済み次第、事故報告書（様式１）に経過報告及び再発防止への対応・改善策を記載し、（目安として事故発生後２週間以内に）提出してください。

- (3) 住所地特例等により、利用者の保険者と、事業所の所在地とが異なる場合の報告は、所在地の市町村と、利用者の保険者の両方に報告してください。

(例) 介護保険施設（所在地は水俣市）において、利用者（保険者は津奈木町）に係る事故が発生した場合→ 水俣市と津奈木町の両方に報告を行ってください。

- (4) 文書による連絡の内容が不足している場合は、追加確認を行うことがあります。

### 3 報告後の流れ

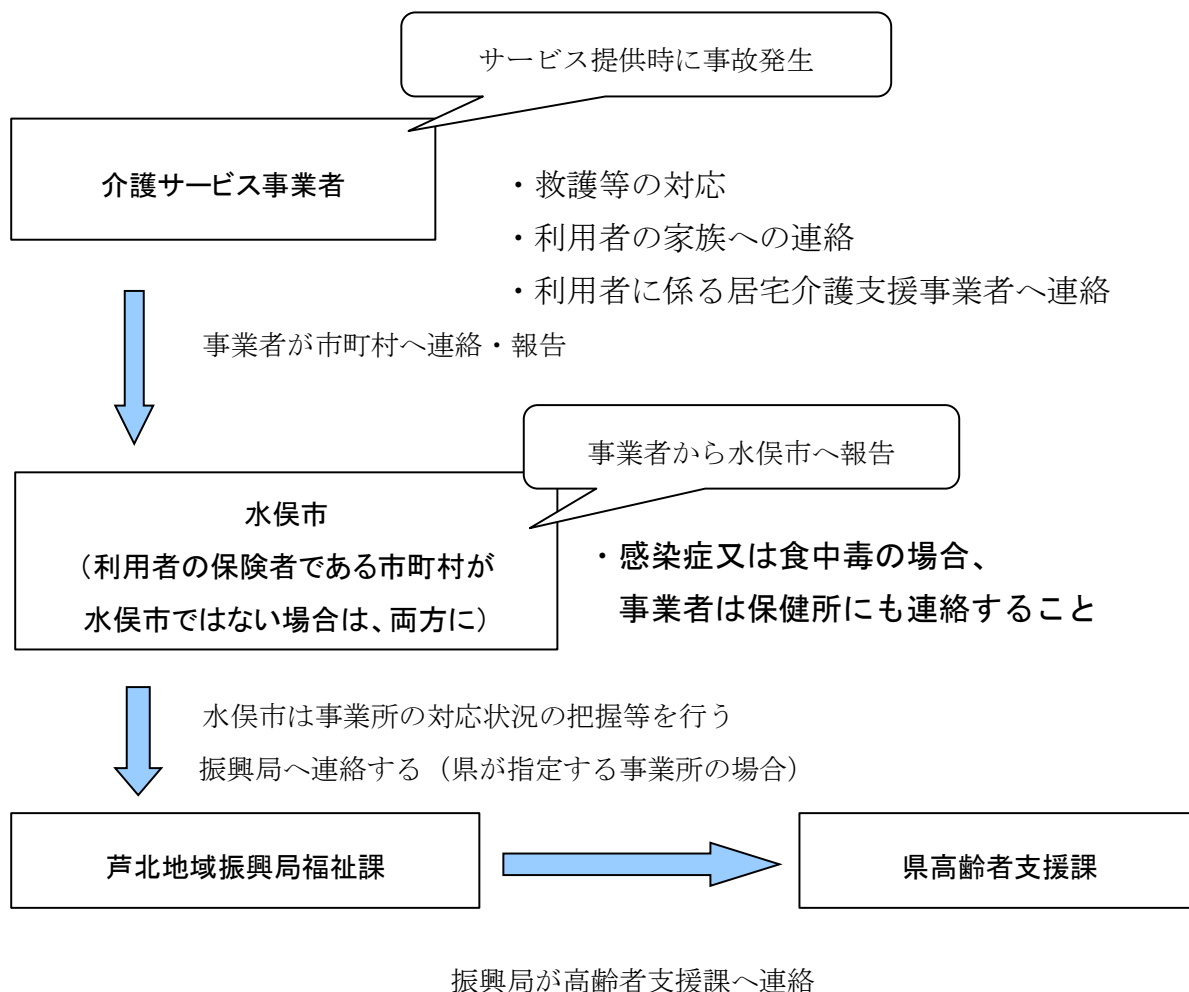
事業者から連絡を受けた後、水俣市は、県指定の事業所については熊本県芦北地域振興局福祉課へ報告し、県において取りまとめの上、集団指導等を通じて周知され、地域密着型事業所については、水俣市においてとりまとめを行い、市の集団指導等を通じ周知を行い、事業者のリスクマネジメントの強化に活用されていくことになっています。

### 4 報告先

水俣市いきいき健康課 高齢介護支援室

電話 0966-63-3051

#### 【参考】報告の流れ



※ 保健所への報告が必要となるのは次のア、イ、又はウの場合となります。

ア、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患者が1週間内に2名以上発生した場合

イ、同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われるものが10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ、ア及びイに該当しない場合であっても、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

## 誤薬事故が発生した場合の報告の範囲について

### ・違う薬を与薬した場合

(例)・与薬時に別の利用者に渡してしまった。

- ・薬箱にセットする際利用者を間違えてセットし、そのまま与薬してしまった。
- ・職員が目を離した際に、A利用者がB利用者に別の利用者の薬を飲ませていた。

### ・与薬時間や量の誤り

(例)・処方箋記載事項、指示の解釈を誤り、数日間にわたり規定量より多く与薬してしまった。

- ・朝与薬すべき薬を夜に投与した。

### ・与薬漏れ

(例)・朝食前に服薬すべき薬を与薬し忘れていた。

- ・臨時薬が処方されていたのに、職員間のミスで与薬し忘れていた。
- ・与薬したと思っていたが、清掃時に床に薬が落ちているのを発見した。

### ・その他

(例)・清掃中に床に錠剤が落ちているのを発見したが、どの利用者の薬か特定できなかった。

上記が発生した場合、施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受ける※とともに、市へ報告を行ってください。

※誤薬事故が発生した場合には、速やかに医師の診察又は指示を受けてください。

- ・処方された薬は、医師が患者の病状、体質に応じて個別に薬の調合と服用方法を指示しています。
- ・誤薬の結果、その薬剤が利用者の身体にどのような影響を与えるかは、医学的診断を要するため、管理者、介護従業者、看護師等が誤薬時の処置を判断することはできません。
- ・「与薬を忘れたが、大した薬ではないから様子を見よう」という勝手な判断や慣れが更に重大な事故を引き起こす可能性があります。

## 介護保険被保険者に係る事故報告書

水 俣 市 長 様

令和 年 月 日

|             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|-------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|------|--------|-------|---------------|---|--|---|--|---|--|-------|--|
| 1<br>事業所の概要 | 事業所(施設)名                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 事業所番号                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 所在地                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       | 電話番号<br>FAX番号 |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 法人名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 記載者職氏名                     | 職名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 氏名( ) |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | サービスの種類                    | <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 予防                                                                                                                                                                                                                                   |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 協力医療機関名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
| 2<br>被保険者   | (フリガナ)<br>氏 名              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      | 被保険者番号 |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 性別・年齢                      | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ( 歳 ) |  | 要介護度 | 支援 1 2 |       | 介護 1 2 3 4 5  |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 被保険者証記載<br>の住所             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
| 3<br>事故の概要  | 発生日時                       | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 月     |  | 日    |        | 午前・午後 |               | 時 |  | 分 |  | 頃 |  | 発生・発見 |  |
|             | 発生場所                       | 屋内( ) 屋外( )                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 事故の種別<br>(複数の場合、最も症状の重いもの) | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他外傷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核<br><input type="checkbox"/> 職員(従業員)の法令違反・不祥事<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>死亡に至った場合、死亡年月日: 年 月 日 |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 受診日・医療機関                   | 受診日時: 月 日 時 分 医療機関名:                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 治療の概要                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 診察・診断結果                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 関係機関への連絡                   | ア 警察( 不要 済 ) イ 保健所( 不要 済 )<br>ウ 介護支援専門員、ケースワーカー等<br>( ) へ ( ) により連絡済み                                                                                                                                                                                                                     |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |
|             | 事故の内容、対応、経過等               |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |       |  |      |        |       |               |   |  |   |  |   |  |       |  |

|                |                    |                                                                                                                                |
|----------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4<br>事故発生後の対応等 | 利用者の現況             | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養<br><b>【状態】</b>                                                    |
|                | 家族への連絡、説明          | <input type="checkbox"/> 月 日 時頃<br>(誰が)が(誰に)に説明済み<br><input type="checkbox"/> その他( )                                           |
|                | 損害賠償等の状況           | <input type="checkbox"/> 損害賠償保険を利用 <input type="checkbox"/> 賠償なし(理由: )<br><input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください) |
|                | 事故の原因分析及び具体的な再発防止策 | <b>【事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に記入してください】</b><br><b>※不適切例:～を検討中…、見守りの強化…、職員への周知… などの漠然とした表現</b>                                |

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。

#### 留意点

- ☒ (1) 集団食中毒・感染症、災害、重大事故など、主として重大または異例な事故と判断される場合、第1報を電話等により速やかに連絡するよう努めてください。感染症または食中毒の場合には、保健所にも連絡してください。
- ☒ (2) 事故発生後の当面の対応が済み次第、事故報告書(様式1)に経過報告及び再発防止への対応・改善策を記載し提出してください(目安として事故発生後2週間以内)。
- ☒ (3) 住所地特例等により、利用者の保険者と、事業所の所在地が異なる場合の報告は、所在地の市町村と利用者の保険者の2箇所へ報告してください。  
 例)介護保険施設(所在地は水俣市)において、利用者(保険者は津奈木町)に係る事故が発生した場合  
     → 水俣市と、津奈木町の両方に報告してください。
- ☒ (4) 文書による報告の内容が不足している場合は、追加確認を行うことがあります。

※介護保険最新情報 (Vol.1332) (令和6年11月29日厚生労働省老健局発出)「介護保険施設等における事故の報告様式等」により提出できます。

様式は、次頁及び市ホームページに掲載しています。

※様式等は、水俣市ホームページ(行政サイト) > 健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険の手続き > 申請書等ダウンロード を参照

※上記発出により、介護保険最新情報 (Vol.943) (令和3年3月19日付厚生労働省老健局発出)「介護保険施設等における事故の報告様式等」は廃止されました。

# 事故報告書（事業者→水俣市）

（別紙）

※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： 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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <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 |  |    |           |   |       |                                                         |            |  |
|           |                   | 認知症高齢者<br>日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                                   |  |    |           |   |       |                                                         |            |  |
| 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"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> （職員の法令違反・不祥事等）<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等） <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> （食中毒、感染症・結核） <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> （離苑） |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |           |   |       |                                                         |            |  |
|           | 発生時状況、事故内容の詳細     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |           |   |       |                                                         |            |  |
|           | その他<br>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<br>事<br>故<br>発<br>生<br>後<br>の<br>状<br>況          | 利用者の状況                 |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |  |
|                                                    | 家族等への報告                | 報告した家族等の<br>続柄                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) |  |   |  |   |  |   |  |  |
|                                                    |                        | 報告年月日                                                                                                                                                                                                                        | 西暦                                                                                                                  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |
|                                                    | 連絡した関係機関<br>(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<br>への追加対応予定 |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |  |
|                                                    | (独自項目追加欄)              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 7 事故の原因分析<br>(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<br>(手順変更、環境変更、その他の対応、<br>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<br>特記すべき事項                                   |                        |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |  |   |  |   |  |   |  |  |

## その他事故に関する留意事項

- ☐ 事前に、利用者や家族に対し「緊急時等における対応方法」や「防ぐことが難しい事故があること」について説明していますか。(防ぐことが難しい事故についても、取り得る対策を講じることが必要です。)
- ☐ 利用者一人ひとりのリスクを把握し、個別のリスクに応じた対策を講じていますか。(日頃から、利用者の状況を家族等に説明しておくことが重要です。)
- ☐ 事故発生時には家族等への事故発生の状況等を説明し、誠実に対応していますか。
- ☐ 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発防止策を講じていますか。
- ☐ 報告が必要な事故は事故報告書を提出していますか。
- ☐ 事故報告及びヒヤリハット情報を事業所内で共有していますか。情報を共有・分析することは、事故の未然防止のため危険を察知し、対策を講じるためにも重要です。

事務連絡  
令和5年6月1日

各高齢者施設（熊本市内に所在する施設を除く）  
管理者・施設長 様

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課長

「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」の一部改正について  
標記について、別添により令和5年4月28日付けで厚生労働省老健局長通知が発出されました  
ので送付します。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）につきましては、感染症の予防及び感染症の患者に対  
する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づき、令和5年5月7日をもって新型イン  
フルエンザ等感染症と認められなくなる旨が公表され、これに伴い、同月8日に同法の5類感染症  
に位置付けられることとなったところですが、「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（平成17年2月22日付け厚生労働省老健局長通知）」における「感染症」に新型コロ  
ナウイルス感染症が含まれますので、適切に対応くださいますようお願いいたします。

●同通知の4について

- 1 施設長は、次のいずれかの場合は、市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に、感染症が  
疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を  
求めるなどの措置を講ずる必要があります。
  - ① 同一の感染症による又はそれによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以  
上発生した場合
  - ② 同一の感染症又はそれが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
  - ③ ①及び②に該当しない場合であっても、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
- 2 1により市町村等の社会福祉施設等主管部局に報告を行う際、次の施設におかれましては、  
熊本県高齢者支援課施設介護班又は居宅介護班にも電話等にて報告くださいますようお願い  
します。

| 報告先            | 施設等種別                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 施設介護班<br>（入所系） | 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、<br>サービス付き高齢者向け住宅、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型<br>医療施設 |
| 居宅介護班<br>（居宅系） | 老人デイサービス事業を行う事業所、老人デイサービスセンター                                                    |

高齢者支援課

FAX 096-384-5052

（入所系）施設介護班（電話 096-333-2217）

（居宅系）居宅介護班（電話 096-333-2219）

## (7) その他

### ① 水俣市サポートセンターについて

○水俣市地域サポートセンター設置等に関する要綱

平成25年10月9日告示第66号

改正 平成28年3月31日告示第18号の3

水俣市地域サポートセンター設置等に関する要綱

(設置)

**第1条** 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続するための支援を行うため、水俣市介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に係る基準に関する条例（平成24年条例第23号。以下「条例」という。）第203条に基づき、地域密着型サービス事業所に、地域の高齢者の初期相談を受ける地域サポートセンター（以下「サポートセンター」という。）を設置する。

(所管)

**第2条** 所管は福祉環境部いきいき健康課とし、水俣市内の地域密着型サービス事業所にサポートセンターを委託する。委託料は無料とする。

(サポートセンター)

**第3条** サポートセンターにおいて実施する事業（以下「事業」という。）は次のとおりとする。

- (1) 地域密着型サービス事業所にサポートセンターを設置し、地域の高齢者の初期相談に応じること。
- (2) 高齢者の相談内容を検討し、困難事例等と判断した場合には、水俣市地域サポートセンター相談報告書(様式第1号)により迅速に水俣市地域包括支援センターに情報提供を行い、対応を依頼するとともに、水俣市地域包括支援センターと協力して当該高齢者の支援に当たるものとする。
- (3) その他事業として適当と認められること。

(水俣市地域包括支援センターとの連携)

**第4条** 水俣市地域包括支援センターは、各サポートセンターを統括し、関係機関と連携を図り、当該高齢者の支援を行うものとする。

(事業実施上の留意点)

**第5条** 事業を実施するに当たり、次に定める事項に留意するものとする。

- (1) 相談は無料とし、訪問、電話等による相談に対応すること。

- (2) 相談窓口の開設時間は、原則として午前9時から午後5時までとする。ただし、相談者の事情等でやむを得ない場合は、この限りでない。
- (3) 相談日時、件数及び内容については、条例第39条に規定する介護・医療連携推進会議及び第59条の17第1項に規定する運営推進会議において報告するものとする。
- (4) 相談に対応した者は、相談者のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、正当な理由なく知り得た秘密を漏らしてはならない。
- (委任)

**第6条** この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

**附 則**

この要綱は、告示の日から施行する。

**附 則**（平成28年3月31日告示第18号の3）

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

**附 則**（平成29年4月1日告示第39号の4）

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

## 水俣市地域サポートセンター相談報告書

水俣市地域包括支援センター長 様

|              |                          |  |  |
|--------------|--------------------------|--|--|
| 事業所名(連絡先)    | ( )                      |  |  |
| サービス区分       |                          |  |  |
| 相談日時         | 令和 年 月 日( )<br>時 分 ~ 時 分 |  |  |
| 相談場所         |                          |  |  |
| 対応者(職・氏名)    |                          |  |  |
| 報告書作成者(職・氏名) |                          |  |  |

| 1 相談者に関する事項             |                     |                              |                         |                            |                         |     |
|-------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|-----|
| 氏名(ふりがな)                | 住 所                 | 連絡先                          | 続柄(注3)                  |                            |                         |     |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 2 支援を必要とする人(要支援者)に関する事項 |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 氏名(ふりがな)                | 生年月日                | 性別                           | 住 所                     | 連絡先                        |                         |     |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 3 相談内容について              |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 相談の種類<br>(該当する欄<br>に○印) | 施設見学・申込み<br>等に関する相談 | 在宅福祉その他の<br>介護サービスに関<br>する相談 | もの忘れ・認<br>知症等に関<br>する相談 | コミュニティ・<br>対人関係等に関<br>する相談 | 経済困窮・自<br>立支援に関す<br>る相談 | その他 |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 内 容                     |                     |                              |                         |                            |                         |     |
| 4 その他特記事項               |                     |                              |                         |                            |                         |     |
|                         |                     |                              |                         |                            |                         |     |

(注1) 本報告書は、困難事例と判断し、水俣市地域包括支援センターへ情報提供を行う場合に使用すること。

(注2) 欄が不足する時は、別様(任意様式)により適宜追加すること。

(注3) 要支援者から見た続柄について記入すること。

- ② 水俣市「運営推進会議及び介護・医療連携推進会議」の設置及び運営について

## 水俣市「運営推進会議及び介護・医療連携推進会議」の設置及び運営に係るガイドライン

( )

このガイドラインは、指定地域密着型サービス事業者に義務付けられている「運営推進会議及び介護・医療連携推進会議（以下「運営推進会議等」という。）」の設置及び運営について、本市における指針を示すものです。

各事業者においては、このガイドラインに沿った「運営推進会議等」の設置及び運営をお願いします。

### 1 ガイドラインの目的

本ガイドラインは、運営推進会議等が、地域密着型サービスの趣旨を踏まえ、法令に定められた責務を遂行するほか、事業の実施状況等を評価するための機関として適切に運営されることをもって、地域密着型サービス事業所の適正な運営の確保とサービスの質の向上に寄与することを目的とする。

### 2 設置義務のある事業者（※）

- |                            |               |
|----------------------------|---------------|
| (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護       | } 介護・医療連携推進会議 |
| (2) (介護予防) 認知症対応型通所介護      |               |
| (3) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護     | } 運営推進会議      |
| (4) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） |               |
| (5) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護    |               |
| (6) 地域密着型通所介護（小規模通所）       |               |
| (7) 療養通所介護（定員 9 人以下）       |               |
| (8) 地域密着型特定施設入居者生活介護       |               |
| (9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護   |               |

※ 合同で運営推進会議等を開催する場合。（H30.4.1 制度改正により追加された内容）  
運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合は、複数の事業所の運営推進会議等を合同で開催することが可能です。

- ① 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。
- ② 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えない。
- ③ 合同で開催する回数が、1 年度に開催すべき運営推進会議等の開催回数の半数を

超えないこと。

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（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（複合型サービス）、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、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のみ）

- ④ 外部評価を行う運営推進会議等は、単独で開催すること。

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（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（複合型サービス）のみ）

※令和3年度改正により（介護予防）認知症対応型共同生活介護も追加

※ 併設により上記事業を運営する場合には、合同で運営推進会議等を設置し、当該運営推進会議等で複数事業に係る評価等を行っても差し支えないが、この場合であっても、各事業の実施状況等の評価が十分に行われるよう留意すること。

### 3 運営推進会議等の名称

事業所で設置すべき会議の名称の前に事業所名を冠すること。

例：「〇〇〇〇運営推進会議」、「〇〇〇〇介護・医療連携推進会議」

### 4 運営推進会議等の運用基準

- （１） 運営推進会議等は定員の過半数の出席により成立すること。
- （２） 運営推進会議等の委員は、運営推進会議において知り得た情報を他に漏らしてはならない。また、委員を退いた後においても、同様とする。
- （３） 運営推進会議等の開催場所は、当該事業所等で開催することとする。  
ただし、特別な事情によりやむを得ず当該事業所等で開催できない場合又は何らかの理由で他の場所で開催する必要がある場合にはこの限りではない。
- （４） 運営推進会議等の開催頻度は、おおむね2か月に1回以上とする。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（介護予防）認知症対応型通所介護、及び地域密着型通所介護はおおむね6か月に1回以上、療養通所介護はおおむね12か月に1回以上とする。
- （５） 運営推進会議等に係る活動中（移動中）の事故への対応については、各事業所で、移動中の事故も含めた保険に加入する等の適切な対応を行うこと。また、委員の就任を依頼する際、あらかじめ当該内容について説明し、同意を得るようにすること。

### 5 運営推進会議等の構成員

運営推進会議等は、以下の者から構成する。

- （１） 利用者又は利用者の家族
- （２） 地域住民の代表者又は当該サービスに知見を有する者（※１）
- （３） 地域包括支援センター職員
- （４） 市職員
- （５） 地域の医療関係者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。）（※２）

※1 地域住民の代表者とは、町内会の役員、民生委員、老人クラブ代表者等とし、当該サービスに知見を有する者とは、各事業者が定める協力医療機関等の医師、学識経験者、福祉事業関係者等がこれに当たるものとする。

なお、運営推進会議等は5人以上の委員で構成することし、委員の選出分野の偏重を極力避けるようにすること。

例：利用者家族1人、地域住民の代表者2人、地域包括支援センター職員1人、市職員1人 計5人

※2 地域の医療関係者については、(2)の中の「当該サービスに知見を有する者」に加えても差し支えない。

## 6 運営推進会議等の主な議事（報告）内容

- (1) 利用者数、平均年齢、平均要介護度等
- (2) サービス提供状況、イベント等（家族会、敬老行事等）の開催状況
- (3) 事故やヒヤリハットの件数、発生状況と今後の事故防止に向けた取組方針、改善策の報告
- (4) 利用者の健康管理に係る取組み（熱中症、感染症の予防、防止策）
- (5) 防災の取組み（消防計画の内容や非常災害時対策、避難訓練の実施状況等）に関する報告
- (6) 地域連携（地域の作品展への出展、地域の祭りや避難訓練への相互参加等）及び地域サポートセンターの取組に関する報告
- (7) 自己評価及び外部評価の内容検討（直近の会議で報告）

※ 事業所は、運営状況等について評価を受けるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けなければならない。（水俣市指定基準条例）

## 7 関係機関等への報告及び公表

- (1) 事業所は、当該会議終了後速やかに、市に運営推進会議（介護・医療連携推進会議）議事録（兼 報告書）（別紙1）を提出すること。
- (2) 事業所は、当該議事録を公表することとし、事業所の窓口等で閲覧できるようにすること。（※）
- (3) 運営推進会議等の記録は、その完結の日から5年間保存すること。

※ 事業所等のホームページ等を活用し、公表の機会が増えるよう努めること。また、運営推進会議等における記録の公表については、利用者のプライバシー保護のため、利用者個人が特定される部分は削除するなど配慮すること。

## 8 運営推進会議等委員名簿の提出

市に対して運営推進会議等委員名簿（別紙2）を提出すること。また、委員に変更があった場合についても同様とする。

（議事録の提出先及び問い合わせ）

〒867-0005 水俣市牧ノ内3番1号

水俣市いきいき健康課高齢介護支援室

TEL0966-63-3051 FAX0966-62-3670

(別紙1)

| 令和 年度 第 回 運営推進会議（介護・医療連携推進会議）議事録（兼 報告書）       |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|-----------------------------------------------|---------|------|------|--------|-----------------------|------|------|------|---------|------------|--|------|----|--------|-----------------------------|--|
| 事業所名                                          |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| サービス区分                                        |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 開催日時                                          |         |      |      |        | 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 開催場所                                          |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 1 委員に関する事項                                    |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 委員の総数                                         |         |      |      |        |                       |      | 人    |      | 当日の出席者数 |            |  |      |    | 0 人    |                             |  |
| 委員の氏名及び委員の区分・所属等                              |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| No                                            | 氏名      |      |      |        | 委員区分又は所属              |      |      |      |         |            |  |      |    |        | 当日の出欠                       |  |
| 1                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 2                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 3                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 4                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 5                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 6                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 7                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 8                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 9                                             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 2 登録利用状況に関する事項（※各欄、数字のみ入力、単位入力不要）             |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| (1) 指定基準上の登録者数又は利用定員数                         |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        | ※小規模多機能型の場合は、通いサービスの登録定員を記入 |  |
| (2) 現在の登録者数又は利用定員数（※ 令和 年 月 日現在）              |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 内 訳                                           | 総合事業対象者 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1   | 要介護2                  | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計      |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               |         |      |      |        |                       |      |      |      | 0人      |            |  |      |    |        |                             |  |
| 平均要介護度                                        |         |      |      | 今回     |                       |      |      |      |         | 入居（登録）待ち人数 |  |      |    | 今回     |                             |  |
|                                               |         |      |      | 前回（参考） |                       |      |      |      |         |            |  |      |    | 前回（参考） |                             |  |
| 3 運営状況（利用状況・研修・異動等）                           |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| (1) 当該期間（ 月から 月まで）における利用状況等（※各欄数字のみ入力、単位入力不要） |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| 退所（居）                                         |         |      |      | 左の内訳   |                       | 死亡   |      | 転出   |         | 転園（所）      |  | 入院   |    | 在宅復帰   |                             |  |
| 入所（居）                                         |         |      |      | 左の内訳   |                       | 在宅から |      |      | 転園（所）   |            |  |      | 転入 |        |                             |  |
| (2) 職員研修の実施状況及び今後の計画に関する事項                    |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| ① 当該期間（ 月から 月まで）における研修の実施状況                   |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
| ② 今後（ 月から 月まで）の研修実施計画                         |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    | 研修名  |        |                       |      |      |      |         | 主催         |  | 参加者数 |    |        |                             |  |
| (3) 利用者及び施設の主な行事・活動等に関する事項                    |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| ① 当該期間（ 月から 月まで）における行事・活動等の実施状況               |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
| ② 次期（今後）（ 月から 月まで）の行事・活動等の予定                  |         |      |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |
|                                               | 月       | 日    |      |        |                       |      |      |      |         |            |  |      |    |        |                             |  |



(別紙2)

### 運営推進会議等委員名簿

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所番号     |  |
| 事業所名称     |  |
| 担当者氏名・連絡先 |  |

| ふりがな<br>氏 名 | 構成区分(※1) | 職名等(※2) |
|-------------|----------|---------|
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |
|             |          |         |

※1「構成区分」欄には、利用者又は利用者の家族、地域住民の代表者、当該事業について知見を有する者、地域包括支援センター職員、市職員、地域の医療関係者の別を記入してください。

※2「職名等」には、町内会の役員、民生委員、老人クラブ、医師、学識経験者、福祉事業関係者等を記入してください。

### ③ 介護保険に関する質問について

介護保険に関する質問は、質問票をお願いします。

質問票には、根拠法令等からどのように判断したか質問者の考えを記入してください。

※様式は、水俣市ホームページ（行政サイト）健康・福祉・子育て > 介護保険 > 介護保険の手続き > 申請書等ダウンロード を参照

【質問・照会】 質問事業所 → 水俣市いきいき健康課宛て（FAX0966-62-3670）

（メール：[kenko@city.minamata.lg.jp](mailto:kenko@city.minamata.lg.jp)）

【質問に対する回答】 水俣市いきいき健康課 → 質問事業所宛て（FAX ）

### 介護保険に関する質問票（兼 回答書）（水俣市）

|                                                      |                                                |       |                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|----------------------|
| 質問事項（件名）                                             |                                                |       |                      |
| 質問事項の内容・要旨                                           |                                                |       |                      |
| 質問者の考え<br>※質問に対してどう考えるのか、質問者の意見等を記入してください。（根拠法令等含む。） | ※各質問に対する質問者の意見等の記入が無い場合は、受け付けられませんので必ずご記入ください。 |       |                      |
| 質問者氏名                                                |                                                | 所属事業所 | 【事業所名】<br>TEL<br>FAX |
| 質問・照会年月日                                             | 令和 年 月 日                                       | 回答希望日 | 令和 年 月 日             |

市回答記入欄（ ※ 事業所記入不要）

|                      |                                                       |  |
|----------------------|-------------------------------------------------------|--|
| 本市の回答                |                                                       |  |
| 本市回答日                | 年 月 日                                                 |  |
| 回答に際し、法的根拠等の添付資料等の有無 | 有 ・ 無                                                 |  |
| 本件に関するお問い合わせ         | 水俣市いきいき健康課 高齢介護支援室<br>TEL0966-63-3051 FAX0966-62-3670 |  |