

## 1 令和元年度地域密着型介護保険施設等実地指導の実施状況

### (1) 令和元年度の実施状況

事業所区分	事業所数	実施数	改善報告を求めた事業所数
地域密着型通所介護	14	2	2
認知症対応型通所介護	3	1	1
小規模多機能型居宅介護	10	2	2
認知症対応型共同生活介護	11	3	3
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3	1	1
地域密着型特定施設入居者生活介護	1	-	-
居宅介護支援事業所	16	2	2
介護予防支援事業所	5	-	-
合計	63	11	11

### (2) 主な指導事項

- ・ 契約書等について、押印、記載漏れ及び予め契約締結日が印字されているケースが見受けられたので、適正に処理すること。
- ・ 運営規程、重要事項説明書、契約書等の記載内容について見直しを行うこと。
- ・ 重要事項説明書、組織体制図、苦情相談窓口等を適正に掲示すること。
- ・ 人員基準を満たさない日が散見されることから基準を満たすよう改善を行うこと。
- ・ 居宅サービス計画（個別介護計画）の作成日及び同意日前にサービスの提供が行われているケースが見受けられたので、適正に処理すること。
- ・ 小規模多機能型居宅介護の短期利用については、緊急に利用することが必要であると認められた場合であるが、事前に計画をしているケースが見受けられたため、今後の利用については留意すること。
- ・ サービス担当者会議の記録が残っていないので、確実に記録を残すこと。
- ・ 地元の消防団に運営推進会議への出席依頼等を行い、日頃から消防団、地域住民との連携を図り非常災害時に協力を得られる体制作りに努めること。
- ・ 自己評価及び外部評価（運営推進会議による）を実施し、公表すること。（小規模多機能型居宅介護）
- ・ 費用の支払いを受けるサービスの提供については、あらかじめ利用者や家族に説明（サービス内容や費用）を行い、同意を得ること。

## 2 令和2年度地域密着型介護保険施設等実地指導の実施について

### (1) 令和2年度の実施予定

事業所区分	事業所数	予定数
地域密着型通所介護	15	3
認知症対応型通所介護	3	-
小規模多機能型居宅介護	10	1
認知症対応型共同生活介護	11	4
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3	1
地域密着型特定施設入居者生活介護	1	-
居宅介護支援事業所	17	1
介護予防支援事業所	5	1
合計	65	11

### (2) 指導の目的

地域密着型サービス事業所等において、利用者等の自立支援及び尊厳の保持を念頭に置き、地域密着型サービス事業所等の支援を基本とし、介護保険等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的とします。

### (3) 実地指導の方法

実地指導の対象となる事業者を決定したときは、あらかじめ文書により通知するものとし、サービス事業者から関係書類を基に説明を求め、面接方式で行います。

実地指導の結果、改善を要すると認められた事項及び介護報酬について過誤による調整を要すると認められた場合は、文書により通知を行うとともに報告を求めます。

なお、令和2年度の実地指導については、久慈広域管内の新型コロナウイルス感染症の感染状況等により、実地指導の延期や方法を変更する場合がありますので、その際には該当事業所へ別途通知します。

### (4) 指導事項

利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭において、法令・基準等に則した適正な事業運営及び人員が確保されているか、介護報酬の算定・請求が適正に行われているか確認を行います。

- 勤務体制の確保
  - ・勤務表の整備
  - ・資格要件、研修機会の確保
- 安全管理体制の確保
  - ・非常災害対策の計画策定及び避難訓練の実施
  - ・事故予防、再発防止策の徹底及び感染症等の予防、まん延防止

- 利用者の尊厳を重視した適切な処遇
  - ・虐待防止及び身体拘束の禁止
  - ・プライバシーの保護、生活環境の確保
- 介護報酬の適正請求
  - ・算定要件に基づいた運営、請求
  - ・加算に係る報酬基準に基づいた実施体制の確保

#### (5) その他

実地指導での最も多い指摘事項は、運営規程、重要事項説明書、契約書の記載内容の不備（誤字、脱字含む）なので、実地指導の有無に関わらず事前に各事業所で記載事項の確認を行い、修正の必要がある場合には修正するようお願いします。

### 3 各種届出等について

#### (1) 各種届出等について

介護サービス事業者は、各種届出事項に変更等があったときは、介護保険法の規定により、以下のとおり届け出が必要になります

なお、体制等を変更しているにも関わらず届出をしていない事業所が見受けられますので、確実に届出を行うようにしてください。

区 分	届 出 日	備 考
事業内容に変更があった場合	10日以内に変更届出書を提出	厚生労働省令で定める事項に変更があった場合 (代表者、運営規程などの変更)
事業を廃止・休止する場合	1か月前までに廃止・休止届出書を提出	利用者に対する継続的なサービス提供のための連絡調整を要する
事業を再開した場合	10日以内に再開届を提出	
介護給付費算定体制を変更する	前もって介護給付費算定に関する届を提出	届出を受理した日により、翌々月のサービス提供分から算定となる場合があります

※届出の様式 久慈広域連合HP <https://www.kuji-kouiki.jp/kaigo/kaigosinseisyo/>

#### (2) 事業所指定の更新について

事業者は、事業所の指定を受けた場合 6年ごとに更新する必要があります。更新されない場合は、その期間経過により効力を失います。

久慈広域連合では、対象事業所に対し事前に通知を行いますので、記載内容に沿って更新手続きを行ってください。

#### 4 第三者行為求償事務への協力依頼について

第三者が起こした交通事故等が原因で要介護状態になり、被害者（被保険者）が介護保険給付を受けることになった場合、その費用は、加害者である第三者が負担すべきと考えられ、介護保険法第21条第1項の規定により、第三者の行為が原因により行った保険給付額を限度として、保険者（久慈広域連合）は、被保険者が第三者（加害者）に対して有する損害賠償の請求権を取得しますので、心当たりのある方や、今後、発覚した場合には久慈広域連合介護保険課へお知らせ願います。

#### 5 訪問回数が多い利用者への対応について

平成30年10月以降に作成（変更）したケアプランについて、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけている場合には、久慈広域連合にケアプランの届出が必要になりますので、別紙1を確認のうえ、該当する事案がある場合には届出願います。

#### 6 区分変更申請中の請求について

区分変更申請中の被保険者の方の介護給付費の請求については、結果が出るまでの間は請求することが出来ません。もし、請求したとしてもエラーとなり、返戻となりますので、区分変更申請の結果が出た翌月以降に請求するようにしてください。

#### 7 介護保険施設等の事故報告について

介護保険施設等で発生した事故等については、運営基準等により、保険者、当該利用者の家族等へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じることが必要であるとされています。事故等が発生した場合には、別紙2を確認のうえ、適正に処理してください。（※別紙2及び報告様式は久慈広域連合HPに掲載していますので、そちらからも確認できます。）

なお、擦過傷や打撲等の比較的軽易なケガについては、原則として、報告は不要ですが、対応等に問題があった場合や利用者の家族等とのトラブルが発生することが予測される場合には、事業所の判断により報告をしてください。

また、事故等が発生した場合には、所要の措置を記録するとともにその要因の分析、防止策の検討、職員への周知徹底を行う等の適切な措置を講じ、再発防止に努めてください。

※事故等への再発防止策等が不十分であり、再発の恐れがある場合や引き続き頻繁に事故等が発生している場合には必要に応じ指導等を行うことがあります。

## 8 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて

原則、軽度者（要支援1、2及び要介護1※）の方については、下記の福祉用具は認められておりませんが、疾患等により厚生労働大臣が定める状態像に該当する方については、例外的に認められています。

・車いす及び車いす付属品	・特殊寝台及び特殊寝台付属品
・床ずれ防止用具及び体位変換器	・認知症老人徘徊感知器
・移動用リフト（つり具の部分を除く）	・自動排泄処理装置（※要介護2、3も例外給付）

例外的に福祉用具貸与の給付が認められる要件及び判断基準については、別紙3を確認のうえ、適正に事務処理するようにしてください。（※別紙3及び確認依頼書は久慈広域連合HPに掲載しておりますので、そちらから確認できます。）

なお、本制度は、医師の医学的な所見に基づき判断されますので、福祉用具の貸与を開始する前に確実に主治医から医学的な所見を確認し、その内容を基にサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより貸与が特に必要であるか判断してください。

また、貸与開始後は、モニタリング等により必要性を見直し、その結果を支援経過記録等に記録し、ケアマネジメントの結果、不要と判断される場合には「貸与中止」としてしてください。

## 9 介護保険住宅改修について

住宅改修支給申請に係る住宅改修が必要な理由書の作成については、以下の点に留意し、作成していただきますようお願いいたします。また、7ページ目に記載例を記載しますので、参考にしてください。

### ■基本情報

#### (1) 利用者

被保険者番号、年齢、生年月日、性別、氏名、要介護認定、住所又は作成日時点の情報を記載する。

#### (2) 作成者

現地確認日、作成日、所属事業所、氏名、連絡先を記載します。作成者が介護支援専門員ではない場合には資格も記載する。

### ■総合的状況

#### (1) 利用者の身体的状況

現在の身体状況（立ち上がりやバランスの保持、移動といった生活動作）及び移動方法（自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用等）を記載する。

また、入院、入所中又はしていた方であれば退院、退所（予定）日も記載する。

(2) 介護状況

家族、主な介護者を含む介護状況（介護保険サービスを利用している場合はその状も況）を記載する。

(3) 住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか

利用者・家族は日常生活（介護状況・生活動作・社会参加等）をどう変えたいか、あるいは継続していきたのかを専門職の判断も含め総合的に記載する。

(4) 福祉用具の現状の利用状況と住宅改修後の想定

改修前には現在の状況、改修後には住宅改修後で想定される福祉用具の利用状況をチェックする。

■改修項目

(1) 改善しようとしている生活動作

現状の改善を必要とする動作についてチェックします。

(2) (1)の具体的な困難な状況

生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状がどのように困難なのか、具体的に記載します。

(3) 改修目的・期待効果 改修の方針

現状の問題点をふまえたうえで、改修目的の項目をチェックし、困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を具体的に記載します。

(4) 改修項目（改修箇所）

改修内容の項目をチェックし、改修箇所を記載します。

# 記載例

住宅改修が必要な理由書

(P1)

(基本情報)

利用者	被保険者番号	123456789	年齢	○歳	生年月日	明治 大正 昭和 ○年○月○日	性別	■男 □女
	被保険者氏名	○ △ □ ×	要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護			
	住所	経過的 ① 2・3・4・5						

作成者	現地確認日	令和○年○月○日	作成日	令和○年○月○日
	所属事業所	○△居宅介護支援事業所		
	資格 <small>(作成者が介護支援専門員でないとき)</small>			
	氏名	△ □ × ◇		
連絡先	○○-△□×○			

保険者	確認日	令和 年 月 日	評価欄	現在の身体状況及び移動方法を記載する。また、入院、入所中又はしていた場合には、退院、退所（予定）日を記載する。
	氏名			

(総合的状況)

利用者の身体状況	令和○年○月に自宅内の廊下で転倒し、左大腿骨頸部を骨折し、○○病院に入院、○月○日に退院した。現在は、つたい歩きが可能ではあるが、ふらつきもあり見守りが必要。屋外では、車椅子で移動している。また、筋力低下もあり、立ち上がりに時間を要している。	福祉用具の利用状況と後の想定	改修前	改修後		
	介護状況		妻と2人暮らし。夜間の排泄はトイレまでつたい歩きで何とか移動しているが、ふらつきがあり、立ち上がりも不安定なため、妻の見守りが必要な状況。屋外での移動も妻が車椅子により介助している。	具	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか		介護者の負担軽減を図りながら自宅のトイレで排泄を続けたい。また、妻の援助を受けながらになるが、今後はデイサービスを利用してきたい。住宅改修の実施によって、排泄の自立を第1の目標として、さらに外出時の介護者の負担軽減を図り、外出の機会を増やしていきたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input checked="" type="checkbox"/> スロープ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input checked="" type="checkbox"/> 移動用リフト <input checked="" type="checkbox"/> 腰掛便座 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊尿器 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input checked="" type="checkbox"/> その他 . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護保険サービスだけではなく、家族の介護も含めた介護状況を記載する。

具体的な住宅改修の方針や項目は次ページに記載し、ここには住宅改修により、利用者・家族は日常生活をどう変えたいか、あるいは継続していききたいのかを専門職の判断も含め総合的に記載する。

住宅改修が必要な理由書

(P2)

(P1)「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとする生活動作②具体的な困難な状況③改善目的と改修の方針④改善項目を具体的に記入してください。

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(・・なので困っている)を記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(・・することで・・が改善できる)を記入してください	④改善項目(改修箇所)
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ出入口の出入(扉の開閉を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他( )	寝室からトイレの移動はつたい歩きでなんとか可能だが、ふらつきがあり転倒の恐れがある。また、移動する速度及び立ち座りに時間を要し、間に合わず、トイレの床や廊下を汚すことがある。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (トイレまでの移動経路 ) (トイレ壁面 ) (玄関までの移動経路 ) (玄関上の上がり框 ) ( ) <input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( )
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 <input type="checkbox"/> 洗剤(洗剤・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他( )	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記載する。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
外出	<input checked="" type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input checked="" type="checkbox"/> 上がりかまちの見降 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他( )	外出する際、玄関までの移動はつたい歩きでなんとか可能だが、寝室から玄関まで距離があり、ふらつきもあるため転倒のリスクが高い。また、上がり框の高さが約40cm程度あるため、妻による介助がないと昇降することが出来ず妻への負担も大きい。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( ) ( )
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 滑り防止等のため床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )

その他の活動欄には、上記「排泄」、「入浴」、「外出」以外の活動の生活動作を記載する。  
(例) 調理：台所までの移動  
洗濯：洗濯機からの洗濯物の取り出し等

※あくまで記載例です。

## 訪問介護における訪問回数の多い利用者への対応について (保険者への届出)

### 1 制度の概要等

- 平成 30 年 10 月以降に作成又は変更したケアプランについて、統計的に見て通常からかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合、保険者（市町村）にケアプランを届け出ることが義務付けられます。
- 保険者（市町村）は、届出されたケアプランについて、地域ケア会議の開催等により検証を行い、必要に応じてケアプランの内容の是正を促します。

#### 【制度の趣旨】

生活援助中心型サービスについては、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある一方で、利用者において、様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じてケアプランの内容の是正を促すもの。

### 2 届出の対象となる訪問介護及び回数

#### (1) 届出の対象となる訪問介護

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護の注 3 に規定する生活援助

#### 別表

#### 指定居宅サービス介護給付費単位数表

#### 1 訪問介護費

#### イ 身体介護が中心である場合

(1)～(4) [略]

#### ロ 生活援助が中心である場合

(1)～(2) [略]

#### ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 98 単位

注 1 [略]

2 [略]

3 ロについては、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 8 条第 2 項に規定する居宅要介護者に対して行われるものをいう。）が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する。

#### (2) 届出の対象となる回数（1 月あたり次の回数以上となる場合）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

### 3 届出の時期

届出の対象となるケアプランを作成又は変更した場合は、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由を記載し、翌月の末日までに保険者（市町村）へ届出を行う必要があります。

#### 【例】

10 月に要介護 1 の方に届出の対象となる訪問介護を 30 回位置付けたケアプランを作成した場合  
⇒ 11 月末までに保険者（市町村）に届出

#### 4 参考：居宅介護支援事業所からの主な問い合わせ内容

**問1** 9月に作成する10月のケアプランは、届出の対象となるのか。

答1 届出の対象ではありません。ただし、9月に作成したプランであっても、10月以降に当該プランを変更し、届出の対象となる訪問介護、回数をケアプランに位置付けた場合は、届出の対象となります。（基準通知第2の3(7)⑩関係）

**問2** 1回の訪問において身体介護と生活援助が混在する訪問介護について、厚生労働大臣が定める回数以上行った場合、ケアプランを保険者（市町村）に届け出なければならないか。

答2 1回の訪問介護において身体介護と生活援助が混在している場合（算定基準別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護の注5で算定するもの）は、保険者（市町村）に届出を行う対象とはなりません。（大臣告示第2号、基準通知第2の3(7)⑩関係）

**問3** 届出を行ったケアプランについて、地域ケア会議等による検証が行われた後でなければ、当該ケアプランに基づくサービス提供をできないのか。

答3 地域ケア会議等による検証が行われる前でも届出を行ったケアプランに基づいてサービス提供を行うことができます。この制度は、届出のあったケアプランについて、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じてケアプランの内容の是正を促すことを目的としているものです。（告示通知1趣旨関係）

#### 【参考】

算定基準：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）

大臣告示：厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護（平成30年厚生労働省告示第218号）

基準通知：指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企発第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

告示通知：「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」について（平成30年5月10日老振発0510第1号厚生労働省老健局振興課長通知）

## 訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数が多いケアプランの届出書

居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の住所	電話番号 ( )			
介護保険事業所番号							
担当介護支援専門員氏名							
フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号				
			生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
性別	男・女		要介護度	要介護			
計画作成（変更）日	年 月 日		計画の期間	年 月 日～年 月 日			
生活援助中心型サービスの1月あたりの回数（該当する要介護の欄に回数を記入してください）							
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
（基準回数）	27回	34回	43回	38回	31回		
計画上の回数							
※月により、基準回数を超える月、超えない月がある場合は、超える月の想定回数を記入							
生活援助中心型サービスが規程回数を超える理由							
提出書類チェック表（すべて写しを提出）							
チェック欄	書類の名称			注意事項			
	基本情報（フェイスシート）						
	課題分析表（アセスメントシート）						
	居宅サービス計画書（1）「第1表」			利用者へ交付し署名があるもの			
	居宅サービス計画書（2）「第2表」						
	週間サービス計画書「第3表」						
	サービス担当者会議の要点「第4表」						
	居宅介護支援経過「第5表」			生活援助中心型を位置付けた理由の記載がある箇所のみで可			
	サービス利用票「第6表」						
	サービス利用票別表「第7表」						
	訪問介護計画書			訪問介護事業所から提供を受けたもの			

※平成30年10月1日以降に作成、変更したケアプランを翌月末までに提出してください。

※届出のあった居宅サービス計画は、内容確認後、地域ケア会議等で検証を行います。

地域ケア会議等での検証の際、必要に応じて担当介護支援専門員の出席をお願いする場合があります。

# 介護保険施設等の事故報告について

久慈広域連合介護保険課

## 1 事故報告の対象

介護保険施設及び介護保険サービス事業所等（以下、「施設等」という。）が実施するサービスの提供により発生した事故とする。

## 2 報告が必要な事故

事故報告を要する内容は原則として、以下のとおりとし、これらの事故の発生が確認された際には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、久慈広域連合介護保険課へ報告すること。

なお、擦過傷や打撲などの比較的軽易なケガについては、原則として、報告不要とするが、対応等に問題があった場合や利用者や家族等とのトラブルが発生することが予測される場合には事業所等の判断により報告すること。

### (1) サービス提供による利用者のケガや死亡事故等（以下、例示）

ア 自然死以外の死亡で、介護サービスの提供等に係る利用者及び従業者の事故等による死亡、自殺又は変死

イ 介護サービスの提供時に重大な影響を及ぼす食中毒・感染症等の傷病又は医療事故

ウ 介護サービスの提供等に係る利用者又は従業者等による暴力又は犯罪行為

エ 施設入所者、施設利用者の無断外出で警察へ通報した場合及び捜索した場合

オ 施設における小火を含む火災、避難を要する災害又は物的・人的被害が生じた災害

カ 介護サービス提供等に係る利用者の交通事故

キ 施設等の管理瑕疵による事故

ク 食中毒、感染症又は結核

ケ 上記に準じると認められる利用者又は従業者等に係る事故又は事件

### (2) その他報告が必要と認められる事故

## 3 報告の方法

(1) 施設等は、報告が必要な事故等が発生した場合、速やかに久慈広域連合介護保険課へ電話等により報告（第一報）をすること。

(2) 施設等は、その後の経過等について、別紙「介護保険施設等における事故報告書」を作成し、最終的な取りまとめを久慈広域連合介護保険課へ報告すること。

## 4 報告先

事故報告書は、久慈広域連合介護保険課へ直接持参のほかに電子メールまたはFAXにより報告することも可能とするが、報告にあたっては、個人情報の取り扱いには十分留意すること。

### 【送付先】

久慈広域連合介護保険課

メール：[kaigo@kuji-kouiki.jp](mailto:kaigo@kuji-kouiki.jp)

FAX：0194-61-3324

## 5 感染症の場合の取扱い

下記のいずれかに該当する場合には、久慈広域連合介護保険課のほかに保健所にも速やかに報告を行うこと。

なお、下記要件を満たさない少数の発生事案であっても、報告が必要な事故に該当するものであり、一斉に、若しくは断続的に同一の有症者等が複数確認された時点で、久慈広域連合介護保険課への事故報告を行うこと。

- (1) 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
- (2) 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者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- (3) 上記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、特に施設長等が報告を必要と認めた場合

## 6 再発の防止

事故等が発生した場合には、所要の措置を記録するとともに、その要因の分析、防止策の検討、職員への周知徹底を行う等の適切な措置を講じ、再発防止に努めること。

なお、事故等への対応や再発防止策等が不十分であり、再発の恐れがある場合には必要に応じ指導等を行うことがある。

介護保険施設等における事故報告書

【報告先】 <u>久慈広域連合長</u> 様				報告日時	令和 年 月 日 ( 時 分)
報告者	介護保険施設・事業所名	職名	氏名	連絡先電話番号 (FAX番号)	
				— — ( — — )	

1 事故の種類等		2 発生年月日 (時刻等)		令和 年 月 日 ( 時 分)頃
3 事故の対象者	(ふりがな) 氏名			年 月 日生 (満 歳) 男・女
	住所			
	要介護状態区分等	被保険者番号		
4 事故の概要				
5 事故発生時の対応 (措置状況)				
6 今後の見通し等				
7 その他 (再発防止策等)				

報告先	連絡済 (予定) の報告先を具体的に記入のこと。	家族等 (利用者等との続柄等)	関係機関等

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて

久慈広域連合介護保険課

### 1 基本的事項

原則、軽度者（要支援 1、2 及び要介護 1 ※）については、下記の福祉用具貸与は認められておりませんが、疾患等により厚生労働大臣が定める状態象に該当する方については、例外的に認められています。

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| ・ 車いす及び車いす付属品       | ・ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |
| ・ 床ずれ防止用具及び体位変換器    | ・ 認知症老人徘徊感知器    |
| ・ 移動用リフト（つり具の部分を除く） | ・ 自動排泄処理装置      |

※自動排泄処理装置については、要介護 2 及び要介護 3 も含む。

### 2 例外的に福祉用具貸与の給付が認められる要件及び判断基準

#### (1) 基本調査の結果による判断 **※久慈広域連合への確認不要**

直近の基本調査の結果が、別表 1「厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果」に該当している。

#### (2) 該当する基本調査結果がない場合の判断 **※久慈広域連合への確認不要**

別表 1 のアの(2)「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの(3)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護（介護予防）支援事業者が必要性を判断する。

#### (3) 市町村等による判断 **※久慈広域連合への確認必要**

(1)、(2)により判断できない場合には、次の i～iii までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断された場合には、市町村が書面等確実な方法で確認することにより、その要否を判断する。

- i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

※福祉用具が必要となる具体的な事例は別表 2 を参照

### 3 提出書類

- (1) 軽度者の福祉用具貸与例外給付確認依頼書（様式1）
- (2) 医師の意見（医学的な所見）を確認できる書類
- (3) サービス担当者会議の要点（介護予防支援経過記録）

### 4 医師の医学的所見が確認できる書類

医師の意見（医学的な所見）を確認できる書類の様式については、特に定めはありませんが、医学的な所見及び現在の状態像が確認できるものとしてください。（記入日が概ね1ヵ月以内の主治医意見書、診断書等）

なお、上記の書類が入手困難な場合には、軽度者の例外給付にかかる医師の医学的所見確認書（参考様式）を用いて、医師による記載又は担当のケアマネージャー等が医師からの聞き取りにより記載することで、医師の意見（医学的な所見）を確認できる書類とすることが出来ます。

### 5 サービス担当者会議の開催、適切なケアマネジメントの実施

ケアマネージャー等は確認した医学的な所見を踏まえ、サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントを実施した結果、特に福祉用具貸与が必要であると判断した場合、サービス担当者会議の記録にその内容と医療機関名、医師名および医学的な所見を明記してください。

福祉用具貸与実施後は、モニタリング等により必要性を見直し、その結果を支援経過記録等に記録してください。

なお、ケアマネジメントの結果、不要と判断される場合には「貸与中止」としてください。

### 6 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付確認依頼書の再提出

認定更新、区分変更申請により引き続き軽度者に該当し、今後においても福祉用具貸与が必要である場合には、その都度再提出が必要となります。

別表 1

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いすおよび車いす付属品 ※(1)(2)のいずれかに該当する者	(1)日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 「3.できない」
	(2)日常生活における移動の支援が特に必要と認められる者	※該当する基本調査結果なし
イ 特殊寝台および特殊寝台付属品 ※(1)(2)のいずれかに該当する者	(1)日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4 「3.できない」
	(2)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3.できない」
ウ 床ずれ防止用具および体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3.できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次の(1)(2)のいずれにも該当する者 (1)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある  (2)移動において全介助を必要としない	(1)基本調査 3-1 「1.調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は、基本調査 3-2～3-7 のいずれか 「2.できない」 又は、基本調査 3-8～4-15 のいずれか 「1.ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。  (2)基本調査 2-2 「全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く) ※(1)(2)(3)のいずれかに該当する者	(1)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 「3.できない」
	(2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「3.一部介助」または「4.全介助」
	(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※該当する基本調査結果なし
カ 自動排泄処理装置	次の(1)(2)いずれにも該当する者 (1)排便が全介助を必要とする者 (2)移乗が全介助を必要とする者	(1)基本調査 2-6 「4.全介助」 (2)基本調査 2-1 「4.全介助」

※アの(2)及びオの(3)は、主治の医師から得た情報を踏まえつつ、福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護（介護予防）支援事業者が必要性を判断します。

別表2 福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）

事例類型	福祉用具種目	状態像の事例
(i) 頻繁な状態変動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul>	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF現象）が頻繁におき、日によって告示で定める福祉用具が必要な状態になる。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul>	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
(ii) 急性増悪	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul>	末期がんで、認定調査時は何とか自立していても、急激に状態が悪化し、短期間で告示に定める福祉用具が必要となる。
(iii) 重篤化回避	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危機性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>	重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危機性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>	重度の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> </ul>	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動用リフト</li> </ul>	人口股関節の手術で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。

※この事例の状態像は、参考に例示したもので、上記の状態以外の者であっても対象となる場合があります。

久慈広域連合長 様

事業所名： \_\_\_\_\_

**軽度者の福祉用具貸与例外給付確認依頼書**

下記の利用者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき、サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、このことについて確認をお願いします。

**1 貸与予定の被保険者**

被保険者名		被保険者番号	
被保険者住所		要介護度	

**2 貸与予定の福祉用具**

福祉用具の種目	
貸与開始年月日	

**3 医学的な所見（該当する状態に☑）**

- (i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- (iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するものと判断できる者

**4 添付書類**

- (1) 医師の意見（医学的な所見）を確認できる書類
- (2) サービス担当者会議の要点

居宅介護（介護予防）支援 事業所担当者	
電話番号	

## 軽度者の例外給付にかかる医師の医学的所見確認書

確認方法：  医師による記載    ケアマネージャー等の聞き取りによる記載（該当する方に)

記載年月日：                    年   月   日

聞き取り日時：                    年   月   日   時   分（聞き取りによる記載の場合に記入）

被 保 険 者 名		被 保 険 者 番 号	
医 療 機 関 名		医 師 名	
病 名		ケアマネージャー等名	

### 1 貸与予定の福祉用具の種目及び該当する状態について○及び☑をつけてください。

福祉用具の種目 (該当する記号に○をつけてください)	告示で定める福祉用具が必要な状態 (該当する状態に☑をつけてください)
① 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
② 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
③ 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
④ 移動用リフト（つり具部分を除く）	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
⑤ 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗についても全介助を必要とする者

### 2 該当する状態に☑をつけてください。

- (i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に上表の右欄の状態に該当する者
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上表の右欄の状態になることが確実に見込まれる者
- (iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的から上表の右欄の状態に該当すると判断できる者

### 3 医師の医学的所見について記載してください。

上記2に該当する状態像を具体的に記載してください。