

令和6年度  
市川市介護サービス事業者集団指導

全サービス共通



介護保険課

## 目次

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| はじめに .....                       | 1  |
| 第1章 苦情処理の体制 .....                | 2  |
| 1 市川市における令和5年度苦情相談件数集計表 .....    | 2  |
| 2 その他の内容について .....               | 2  |
| 3 対応について .....                   | 2  |
| 4 市の苦情相談先について .....              | 2  |
| 第2章 非常災害対策 .....                 | 3  |
| 1 非常災害に対する準備について .....           | 3  |
| 2 被災状況の報告方法について .....            | 4  |
| 第3章 事故防止、事故報告 .....              | 5  |
| 1 報告対象 .....                     | 5  |
| 2 報告方法 .....                     | 5  |
| 3 報告先 .....                      | 6  |
| 4 事故の発生状況 .....                  | 6  |
| 5 事故防止 .....                     | 6  |
| 第4章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止 .....   | 9  |
| 1 高齢者虐待防止法 .....                 | 9  |
| 2 高齢者虐待の捉え方 .....                | 9  |
| 3 養介護施設の設置者、養介護事業者の責務 .....      | 12 |
| 4 高齢者虐待の予防 .....                 | 13 |
| 5 市川市の通報相談等の件数 .....             | 13 |
| 6 高齢者の養護者による虐待等 .....            | 13 |
| 第5章 身体拘束の廃止 .....                | 14 |
| 1 身体拘束に対する考え方 .....              | 14 |
| 2 身体拘束の具体例 .....                 | 14 |
| 3 緊急やむを得ない場合に該当する3要件 .....       | 14 |
| 4 手続きについて .....                  | 15 |
| 第6章 感染症の予防、拡大防止 .....            | 16 |
| 1 感染症とは .....                    | 16 |
| 2 介護保険課への連絡 .....                | 16 |
| 3 参考 .....                       | 16 |
| 第7章 運営推進会議 .....                 | 17 |
| 1 運営推進会議、介護・医療連携推進会議の概要 .....    | 17 |
| 2 開催方法 .....                     | 18 |
| 3 留意事項 .....                     | 18 |
| 4 議事録の提出 .....                   | 19 |
| 5 合同開催 .....                     | 19 |
| 第8章 外部評価について（認知症対応型共同生活介護） ..... | 21 |
| 1 評価の実施について .....                | 21 |

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 2 結果の公表および市への報告について                              | 21 |
| 3 実施回数の緩和について                                    | 22 |
| 第8章 外部評価について（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） | 24 |
| 1 運営推進会議を活用した評価の実施とは                             | 24 |
| 2 評価の実施方法について                                    | 24 |
| 3 結果の公表について                                      | 25 |
| 4 提出先                                            | 25 |
| 5 参考                                             | 25 |
| 第9章 認知症介護実践者研修等の研修                               | 26 |
| 1 認知症介護基礎研修について                                  | 26 |
| 2 指定基準上必要な研修                                     | 26 |
| 3 各加算の種類と算定要件に係る研修について                           | 27 |
| 4 各研修の対象者                                        | 27 |
| 5 研修申請時の注意点                                      | 27 |
| 第10章 労働基準法、労働安全衛生法の遵守                            | 29 |
| 第11章 市外に住民票がある方の地域密着型サービスの利用について                 | 40 |
| 第12章 業務管理体制の整備、届出                                | 41 |
| 1 事業者が整備する業務管理体制                                 | 41 |
| 2 届出書に記載すべき事項                                    | 42 |
| 3 業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書の届出先                    | 43 |
| 4 届出に必要な様式等について                                  | 43 |
| 5 記入要領                                           | 44 |
| 6 業務管理体制の整備に関する検査について                            | 47 |
| 第13章 介護サービス情報の公表制度                               | 48 |
| 1 公表対象となるサービス                                    | 48 |
| 2 公表対象となる事業者                                     | 48 |
| 3 公表対象となる情報                                      | 48 |
| 第14章 地域密着型通所介護事業所等の設備を利用し宿泊等のサービスを提供する場合について     | 49 |
| 1 宿泊サービスの提供内容および対象事業所について                        | 49 |
| 2 届出について                                         | 49 |
| 3 公表について                                         | 50 |
| 4 Web サイト                                        | 50 |
| 第15章 指定に係る事項の届出                                  | 51 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 1 変更の届出                                    | 51 |
| 2 指定の更新                                    | 51 |
| 3 廃止・休止の届出                                 | 51 |
| 4 再開の届出                                    | 51 |
| 5 各種届出の提出方法など                              | 51 |
| 第 16 章 介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出               | 53 |
| 1 届出の必要な場合                                 | 53 |
| 2 提出書類                                     | 53 |
| 3 届出の提出期限                                  | 53 |
| 4 提出方法など                                   | 53 |
| 5 注意事項                                     | 54 |
| 第 17 章 指導監督                                | 55 |
| 1 指導について                                   | 55 |
| 2 監査について                                   | 59 |
| 第 18 章 屋外でのサービス提供について                      | 60 |
| 1 通知について                                   | 60 |
| 2 屋外でのサービス提供の質問事項について                      | 60 |
| 3 屋外でのサービス提供の相談先について                       | 61 |
| 第 19 章 他課からのお知らせ                           | 63 |
| 1 高齢者補聴器購入費の助成（令和 6 年度新規開始事業）              | 63 |
| 2 市川市ゴールドシニア外出支援事業「チケット 75」（令和 5 年度新規開始事業） | 63 |
| 3 市川市スマートフォン購入費補助金（令和 6 年度新規開始事業）          | 63 |
| 4 高齢者見守り支援事業（令和 2 年度新規開始事業）                | 63 |
| 第 20 章 事務連絡                                | 78 |
| 1 メールアドレスの確認について                           | 78 |
| 2 メールでの申請時の件名について                          | 78 |
| 3 施設経営上の相談について                             | 78 |

## はじめに

集団指導資料をご覧になる際は、各指導項目別の対象サービスについて、  
下記の表をご確認のうえご覧ください。

令和6年度集団指導 指導項目別対象サービス表

| No.<br>指導項目 | サービス名                                                  | 定期巡回・随<br>時対応型訪問<br>介護看護 | 夜間対応型<br>訪問介護 | 地域密着型<br>通所介護 | 認知症対応型<br>通所介護 | 小規模多機能<br>型居宅介護 | 認知症対応型<br>共同生活介護 | 地域密着型<br>特定施設 | 居宅介護支援 | 介護予防支援 | 第1号訪問<br>事業 | 第1号通所<br>事業 |
|-------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------|--------|--------|-------------|-------------|
| 1           | 苦情処理の体制                                                | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 2           | 非常災害対策                                                 | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 3           | 事故防止、事故報告                                              | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 4           | 高齢者虐待の防止                                               | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 5           | 身体拘束の廃止                                                | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 6           | 感染症の予防、拡大<br>防止                                        | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 7           | 運営推進会議                                                 | ○                        |               | ○             | ○              | ○               | ○                |               |        |        |             |             |
| 8           | 外部評価について                                               | ○                        |               |               |                | ○               | ○                |               |        |        |             |             |
| 9           | 認知症介護実践者研<br>修等の研修                                     | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 10          | 労働基準法、労働安<br>全衛生法の遵守                                   | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 11          | 市外に住民票がある<br>方の地域密着型サー<br>ビスの利用について                    | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 12          | 業務管理体制の整<br>備、届出                                       | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      |        |             |             |
| 13          | 介護サービス情報公<br>表制度                                       | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 14          | 域密着型通所介護事<br>業所等の設備を利用<br>し宿泊等のサービス<br>を提供する場合につ<br>いて | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 15          | 指定に係る事項の届<br>出                                         | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 16          | 介護給付費算定に係<br>る体制等に関する届<br>出                            | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 17          | 指導監督                                                   | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 18          | 屋外での外出レク                                               |                          |               | ○             | ○              |                 |                  |               | ○      |        |             | ○           |
| 19          | 他課からのお知らせ                                              | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |
| 20          | 事務連絡                                                   | ○                        | ○             | ○             | ○              | ○               | ○                | ○             | ○      | ○      | ○           | ○           |

## 第1章 苦情処理の体制

### 1 市川市における令和5年度苦情相談件数集計表

| 種別 \ 項目          | サービス内容 | 職員等事業者の態度 | 説明不足 | サービス提供・入所拒否 | 事故について | その他 | 総計  |
|------------------|--------|-----------|------|-------------|--------|-----|-----|
| 訪問介護             | 3      | 1         | 0    | 0           | 2      | 4   | 10  |
| 訪問看護             | 0      | 1         | 0    | 0           | 0      | 1   | 2   |
| 訪問リハビリテーション      | 0      | 0         | 0    | 0           | 0      | 1   | 1   |
| 通所介護             | 1      | 1         | 0    | 0           | 0      | 3   | 5   |
| 通所リハビリテーション      | 0      | 0         | 0    | 0           | 1      | 4   | 5   |
| 短期入所生活介護         | 1      | 0         | 0    | 0           | 1      | 1   | 3   |
| 短期入所療養介護         | 0      | 1         | 0    | 0           | 0      | 1   | 2   |
| 特定施設入居者生活介護      | 7      | 1         | 0    | 0           | 0      | 4   | 12  |
| 居宅介護支援           | 7      | 9         | 0    | 0           | 2      | 20  | 38  |
| 介護老人福祉施設         | 2      | 0         | 1    | 1           | 0      | 21  | 25  |
| 介護老人保健施設         | 2      | 1         | 0    | 0           | 1      | 8   | 12  |
| 介護医療院            | 0      | 0         | 0    | 0           | 0      | 1   | 1   |
| 小規模多機能型居宅介護      | 1      | 1         | 0    | 0           | 0      | 0   | 2   |
| 認知症対応型共同生活介護     | 0      | 2         | 0    | 0           | 0      | 1   | 3   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 0      | 0         | 0    | 0           | 1      | 1   | 2   |
| 介護予防支援           | 1      | 0         | 0    | 0           | 0      | 1   | 2   |
| 地域密着型通所介護        | 1      | 1         | 0    | 1           | 2      | 6   | 11  |
| 総合事業（通所系）        | 0      | 0         | 0    | 0           | 1      | 1   | 2   |
| 総合事業（訪問系）        | 0      | 0         | 0    | 0           | 0      | 1   | 1   |
| その他              | 2      | 1         | 1    | 0           | 1      | 16  | 21  |
| 総計               | 28     | 20        | 2    | 2           | 12     | 96  | 160 |

### 2 その他の内容について

利用者の方からは事業所に対する不信感についての相談、事業所の方等からは対応に苦慮する方への相談が複数ありました。

### 3 対応について

日頃より丁寧な接遇をさせていただいていると思いますが、引き続き分かりやすい説明、対応のほど宜しくお願い致します。事業者としての対応を定めておくことが重要だと考えます。

### 4 市の苦情相談先について

介護サービス事業者に対する利用者からの苦情相談先については以下のとおりです。

市川市 介護保険課 施設グループ

住 所 : 〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号 電 話 : 047-712-8548

## 第2章 非常災害対策

一般的に、社会福祉施設等は、要介護高齢者や障がい者等、日常生活上の支援を必要とするものが利用する施設であることから、災害発生時には、ライフラインの確保、必要な物資の供給、被災施設の早期復旧等、施設利用者のニーズに応じて必要な措置を速やかに講じていくことが必要です。

近年、自然災害の発生により、社会福祉施設等において、甚大な被害が生じている事例が見受けられることから、日頃から地域との交流を持ち、災害に対する準備を整えると共に、災害発生時は、社会福祉施設等の被災状況が迅速かつ正確に情報収集できるよう、災害発生時における関係者の連携体制の構築・強化が重要です。

以下、非常災害に対する準備と被災状況の報告方法を提示致しますので、ご確認をお願い致します。

また、令和3年度から感染症や災害発生時においても、利用者に対する介護サービスを継続的に実施するため、業務継続計画（BCP）を策定し、従業員へ周知するとともに、必要な研修および訓練を実施し、定期的に業務継続計画（BCP）の見直しを行うことが義務づけられております。

### 1 非常災害に対する準備について

日頃から災害に対する準備を整えていくことが必要です。以下のチェックリストを参考に、日頃の災害対策について振り返りをお願い致します。

| 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない（条例より） | YES | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 非常災害に際して必要な具体的計画（消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）の策定はできていますか？                           |     |    |
| 火災等の災害時に地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるように職員に周知できていますか？                                                     |     |    |
| 日頃から消防団や地域住民との連携を図れていますか？                                                                         |     |    |
| 火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制づくりはできていますか？                                                            |     |    |
| 消防法により置くこととされている事業所においては防火管理者・それ以外の事業所においては防火管理についての責任者を定め、消防計画に準ずる計画の樹立等を行っていますか？                |     |    |
| 訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるように連携に努めなければならない（条例より）                                                     | YES | NO |
| 避難・救出その他の訓練の実施に地域住民の方の参加が得られるよう努めていますか？                                                           |     |    |
| 運営推進会議等を活用し、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練実施に協力を得られる体制づくりに努めていますか？                                   |     |    |
| 訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐ等されていますか？                                                        |     |    |
| 災害発生時における社会福祉施設等の被災状況の把握等について（通知より）                                                               | YES | NO |
| 災害発生時の連絡方法をどのようにするのかを検討していますか？                                                                    |     |    |
| 災害により被害等が生じた場合には、速やかに都道府県又は市町村に対して報告を行はどのようにするか把握していますか？                                          |     |    |
| 災害発生より、物資の供給に支障が生じた場合に備え、入所者及び施設職員の概日間の生活に必要な食糧及び飲料水、生活必需品並びに燃料等の備蓄に努めていますか？                      |     |    |

## 2 被災状況の報告方法について

被災状況の報告方法については、市川市の公式 Web サイトからも確認できます。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/1111000339.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>その他>災害発生時の被災状況の報告について（介護サービス事業所・施設）

### (1) 報告対象となる災害等

下記のアまたはイの場合に、報告（メール）をお願い致します。

ア 市川市内で震度 5 強以上の場合（「被害なし」の場合も報告をお願い致します。）

イ 災害（地震、風水害等）発生による施設等での被害があった場合

### (2) 報告方法

- ・ 原則、電子メール等で報告をお願い致します。
- ・ 最初の報告時期：発災後から（ ）内記載の時間を目安  
入所系（24 時間以内）、通所系（2 日以内）、訪問系（3 日以内）

### (3) 報告様式

- ・ 被害の有無について、メール（shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp）にて報告をお願い致します。
- ・ 被害のあった場合は、「（別紙様式）被災状況整理表」（市川市公式 Web サイトを参照。）を用いてご報告をお願い致します。

### 注意事項

ア 報告手段は、電話回線の集中（混雑）を考慮し、メールまたは FAX での報告をお願い致します。

イ メールまたは FAX が使用できない場合は、報告不要です。

ウ 原則、サービス単位で報告をお願いします。施設併設などで複数サービスを一体的に報告する場合は、サービス名欄に対象のサービスを記載して下さい。

### 【参考】メール本文（テキスト）での報告の場合

| 項目    | 内容                                                                                                                                                                                                     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 件名    | 災害発生時の社会福祉施設等の被災状況の報告【事業所名・サービス種別】                                                                                                                                                                     |
| メール本文 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 報告日時（時点）</li><li>・ 事業所名（事業所番号）</li><li>・ サービス名</li><li>・ 連絡先（担当者）</li><li>・ 施設等被害の有無</li></ul> 施設等の被害状況（施設等被害の有無で「被害あり」の場合のみ）「（別紙様式）被災状況整理表」等にて被災状況を整理して送り下さい。 |

### 【参考資料】

- ・ 「市川市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 24 年条例第 38 号）（以下、「基準条例」という。）」
- ・ 災害発生時における社会福祉施設等の被災状況の把握等について（平成 29 年 2 月 20 日雇児発 0220 第 2 号、社援発 0220 第 1 号、障発 0220 第 1 号、老発 0220 第 1 号第 1 次改正、平成 31 年 3 月 11 日子発 0311 第 1 号、社援発 0311 第 8 号、障発 0311 第 7 号、老発 0311 第 7 号）

## 第3章 事故防止、事故報告

利用者に対する介護サービス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、当該利用者に係る居宅介護支援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とされています（基準条例第 41 条等）。

事故発生後は、速やかに、介護保険課へ事故報告書をご提出下さい。

### 1 報告対象

#### (1) 死亡事故

病死や老衰を除いた事故について報告して下さい。ただし、病死や老衰の場合であっても事件性がある等、死因に疑義が生じる場合については報告の対象となります。

#### (2) 死亡事故を除く重大な事故

##### ア 利用者のケガ

- ・ 原則、外部の医療機関を受診したものとし、事業者側の過失の有無は問いません。

##### イ 食中毒・感染症・結核等の発生

- ・ 職員を含む 1 名でも発生した場合は提出が必要です。
- ・ 市川保健所（市川健康福祉センター）に報告し、指示を求める等の措置を講じて下さい。
- ・ 感染症の報告には新型コロナウイルス感染症も含まれます。
- ・ 感染症の報告の場合は一名ずつではなくまとめて複数名という表記でまとめて提出いただいて構いません。

##### ウ 職員の法令違反、不祥事等の発生（利用者の処遇に影響のあるもの）

例）利用者からの預かり金の盗取、個人情報の紛失等

##### エ その他報告が必要と判断される重大な事故

例）誤薬、離設、物品盗難、火災など利用者の処遇に影響のあるもの。

注）市川市では誤薬については原則事故報告をいただくことが望ましいと考えています。

注）市川市のメール情報配信サービスは、行方不明となった方がいた場合家族から警察へ届け出ていただき、警察から依頼があった場合にメール情報配信サービスを用いた情報の発信を行います。離設対応時にご参考下さい。詳しくは市川市公式 Web サイトをご覧ください。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel02/1111000061.html>

ホーム>暮らし>高齢者・介護>福祉>行方不明（徘徊）高齢者の早期発見の取り組み

#### (3) その他基準違反の恐れが認められる事故

### 2 報告方法

- ・ 速やかに事故報告書をメールまたは郵送で提出して下さい。注）FAX 不可
- ・ 事故報告書の参考様式は市川市公式 Web サイトに掲載していますので以下を参照下さい。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel03/1111000060.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>その他>介護保険サービスの事故報告について

注）メール提出の場合は、個人情報の漏洩防止策（パスワードをつける等）を講じたうえでご提出下さい。

注）参考様式の項目が網羅されていれば任意様式の事故報告書でも差し支えありません。

- \* 事業所番号の項目がない任意様式が散見されますのでご確認ください。
- 注) 死亡事故や重大な事故と考えられる場合は電話等で事前にご連絡下さい。
- 注) 新型コロナウイルス感染症が発生した場合には、市内の感染状況を把握するため、事故報告書とは別に情報提供のご連絡をお願いしております。電話等でご連絡ください。

### 3 報告先

市川市 介護保険課 施設グループ

住 所：〒272-8501 市川市八幡 1 丁目 1 番 1 号

電 話：047-712-8548

アドレス：shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

※メールでの送付時には宛先を確認の上、パスワードをつけるなど個人情報の取り扱いに留意してください。

### 4 事故の発生状況

#### (1) 実績

市内介護サービス事業所の事故報告実績です。うち（ ）内は地域密着型サービスの実績です。

(単位：件)

|             | 令和元年度    | 令和2年度    | 令和3年度    | 令和4年度     | 令和5年度    |
|-------------|----------|----------|----------|-----------|----------|
| 死亡          | 27 (6)   | 18 (2)   | 23 (10)  | 20 (4)    | 18 (4)   |
| けが          | 280 (42) | 325 (46) | 370 (50) | 309 (39)  | 343 (40) |
| 食中毒・感染症・結核  | 4 (4)    | 15 (3)   | 59 (9)   | 117 (35)  | 25 (14)  |
| 職員の法令違反・不祥事 | 2 (1)    | 6 (2)    | 0 (0)    | 1 (0)     | 1 (0)    |
| その他         | 89 (32)  | 99 (37)  | 68 (24)  | 100 (30)  | 72 (30)  |
| 合 計         | 402 (85) | 463 (90) | 520 (93) | 547 (108) | 459 (88) |

表のうち令和5年度のその他の内訳は次のとおりです。

(単位：件)

| 容態関係<br>(容態急変など) | 医療処置関連<br>(チューブ抜去等) | 誤嚥等 | 誤薬等 | 離設 | 個人情報<br>関係 | その他<br>トラブル |
|------------------|---------------------|-----|-----|----|------------|-------------|
| 6                | 1                   | 8   | 31  | 15 | 4          | 7           |

#### (2) 令和5年度に報告のあった情報漏洩に関する事故

例1) 郵送やFAXで、異なる宛先へ利用者の書類を送付してしまった。

例2) 外出時に個人情報に関する書類を紛失してしまった。

注) 個人情報の取り扱いについては細心の注意を払っていただきますようお願い致します。

### 5 事故防止

- 事業所から提出された事故報告書に対し、必要と判断した場合には現地にて事情を確認し、事業所と一緒に事故防止対策を考えていきます。

## 事故報告書（事業者→市川市）

※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

提出日：西暦 年 月 日

|            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |    |  |           |       |                                                         |  |            |  |
|------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----|--|-----------|-------|---------------------------------------------------------|--|------------|--|
| 1 事故状況     | 事故状況の程度           | <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |    |  |           |       |                                                         |  |            |  |
|            | 死亡に至った場合<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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、医薬品等 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等） |   |  |    |  |           |       |                                                         |  |            |  |
|            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 発生時状況、事故内容の詳細                                                                                                                                                                                                                                                  |   |  |    |  |           |       |                                                         |  |            |  |
|            | その他<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 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                    |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 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                                   |                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                    |  |   |  |   |  |   |  |  |

---

## 第4章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止

---

### 1 高齢者虐待防止法

高齢者虐待防止法は、平成 18 年 4 月 1 日から施行されました。高齢者虐待防止法では、高齢者の権利利益の擁護を目的としており、国民全般に高齢者虐待に係る通報義務などを課し、また、福祉、医療関係者に高齢者虐待の早期発見などへの協力を求めています。

### 2 高齢者虐待の捉え方

高齢者虐待防止法による定義

#### (1) 高齢者とは

高齢者虐待防止法では、高齢者を 65 歳以上の者と定義しています。ただし、65 歳未満の者であっても、養介護施設に入所または利用をしていたり、養介護事業に係るサービスの提供を受けていたりする障がい者については、高齢者とみなします。

#### (2) 養介護施設従事者等による高齢者虐待とは

老人福祉法および法に規定する「養介護施設」または「養介護事業」の業務に従事する（以下「養介護施設従事者等」という。）が行う次の行為としています。

- 身体的虐待

高齢者の身体に外傷が生じ、また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または長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

- 心理的虐待

高齢者に対する著しい暴言または著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

- 性的虐待

高齢者にわいせつな行為をすることまた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その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

#### (3) その他

医療機関における高齢者への虐待については、高齢者虐待防止法の対象外となっています。医療機関において医療従事者等による高齢者虐待があった場合には、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定に基づき、医療機関の開設者、管理者が適正な管理を行っているか等について、都道府県が検査をし、不適切な場合には指導等を通じて改善を図ることになります。

注) 養介護施設または養介護事業に該当する施設、事業は以下の表のとおりです。

|            | 養介護施設                                                                                                                                  | 養介護事業                                                                                                                                                            | 養介護施設者等                                  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 老人福祉法による規定 | <ul style="list-style-type: none"> <li>老人福祉施設</li> <li>有料老人ホーム</li> </ul>                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>老人居宅生活支援事業</li> </ul>                                                                                                     | 「養介護施設」または「養介護事業」の業務に従事する者<br>* 業務に従事する者 |
| 法による規定     | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護老人福祉施設</li> <li>介護老人保健施設</li> <li>介護医療院</li> <li>地域密着型介護老人福祉施設</li> <li>地域包括支援センター</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス事業</li> <li>地域密着型サービス事業</li> <li>居宅介護支援事業</li> <li>介護予防サービス事業</li> <li>地域密着型介護予防サービス事業</li> <li>介護予防支援事業</li> </ul> |                                          |

\* 業務に従事する者とは、直接介護サービスを提供しない者（施設長、事務職員等）や、介護職以外で直接高齢者に関わる他の職種も含まれます。

注) 虐待の各区分の具体的な例は以下の表のとおりです。

| 区分          | 具体的な例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体的虐待       | <p>① 暴力行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。</li> <li>ぶつかって転ばせる。</li> <li>刃物や凶器で外傷を与える。</li> <li>入浴時、熱い湯やシャワーをかけて火傷をさせる。</li> <li>本人に向けて物を投げつける。</li> </ul> <p>② 本人の利益にならない強制による行為、代替方法を検討せずに高齢者を乱暴に扱う行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医学的診断や介護サービス計画等に位置付けられておらず、身体的苦痛や症状悪化を招く行為を強要する。</li> <li>介護がしやすいように、職員の都合でベッド等に抑えつける。</li> <li>車いすやベッド等から移動させる際に、必要以上に身体を高く持ち上げる。</li> <li>食事の際に、職員の都合で、本人が拒否しているのに口に入れて食べさせる。</li> <li>家族からの要望等で、高齢者の自宅に外鍵をかけて外出できないようにする。</li> <li>通所サービスの送迎時に、無理やり車両に乗降させる、身体を強く引っ張る。</li> </ul> <p>③ 緊急やむを得ない場合以外の身体拘束や抑制</p> |
| 介護、世話の放棄、放任 | <p>① 必要とされる介護や世話を怠り、高齢者の生活環境、身体や精神状態を悪化させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴しておらず異臭がする、髪、ひげ、爪が伸び放題、汚れのひどい服や破れた服を着せている等、日常的に著しく不衛生な状態で生活させる。</li> <li>褥瘡ができる等、体位の調整や栄養管理を怠る。</li> <li>おむつが汚れている状態を日常的に放置している。</li> <li>健康状態の悪化をきたすほどに水分や栄養補給を怠る。</li> <li>健康状態の悪化をきたすような環境（暑すぎる、寒すぎる等）に長時間置</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <p>かせる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 室内にごみが放置されている、鼠やゴキブリがいるなど劣悪な環境に置かせる。</li> </ul> <p>② 高齢者の状態に応じた治療や介護を怠ったり、医学的診断を無視したりする行為。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療が必要な状況にも関わらず、受診をさせない。あるいは救急対応を行わない。</li> <li>・ 処方通りの服用をさせない、副作用が生じているのに放置している、処方通りの治療食を食べさせない。</li> <li>・ 介護提供事業者等からの報告・連絡等を受けていたにもかかわらず、高齢者の状態変化に伴う介護計画等の見直しを怠る。等</li> </ul> <p>③ 必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ナースコール等を使用させない、手の届かないところに置く。</li> <li>・ 必要なめがね、義歯、補聴器等があっても使用させない。</li> </ul> <p>④ 高齢者の権利を無視した行為またはその行為の放置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他の利用者に暴力を振るう高齢者に対して、何ら予防的手立てをしていない。</li> <li>・ 高齢者からの呼びかけに対し「ちょっと待ってね」等と言い、その後の対応をしない。</li> <li>・ 必要なセンサーの電源を切る。等</li> </ul> <p>⑤ その他、職務上の義務を著しく怠ること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設管理者や主任等が虐待の通報義務や虐待防止措置義務を怠る。等</li> </ul> |
| 心理的虐待 | <p>① 威嚇的な発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 怒鳴る、罵る。</li> <li>・ 「ここ（施設、居宅）にいらなくしてやる」「追い出すぞ」等と言い脅す。等</li> </ul> <p>② 侮辱的な発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 排泄の失敗や食べこぼしなど老化現象やそれに伴う言動等を嘲笑する。</li> <li>・ 日常的にからかったり、「死ね」等、侮辱的なことを言う。</li> <li>・ 排泄介助の際、「臭い」「汚い」等と言う。</li> <li>・ 子ども扱いするような呼称で呼ぶ。等</li> </ul> <p>③ 高齢者や家族の存在や行為を否定、無視するような発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「意味もなくコールを押さないで」「なんでこんなことができないの」等と言う。</li> <li>・ 他の利用者に高齢者や家族の悪口等を言いふらす。</li> <li>・ 話しかけ、ナースコール等を無視する。</li> <li>・ 高齢者の大切にしているものを乱暴に扱う、壊す、捨てる。</li> <li>・ 高齢者がしたくてもできないことを当てつけにやってみせる（他の利用者にやらせる）。等</li> </ul> <p>④ 高齢者の意欲や自立心を低下させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ トイレを使用できるのに、職員の都合を優先し、本人の意思や状態を無視しておむつを使う。</li> </ul>                                                                                                  |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分で食事ができるのに、職員の都合を優先し、本人の意思や状態を無視して食事の全介助をする。等</li> </ul> <p>⑤ 心理的に高齢者を不当に孤立させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の家族に伝えてほしいという訴えを理由なく無視して伝えない。</li> <li>・ 理由もなく住所録を取り上げる等、外部との連絡を遮断する。</li> <li>・ 面会者が訪れても、本人の意思や状態を無視して面会させない。等</li> </ul> <p>⑥ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 車いすでの移動介助の際に、速いスピードで走らせ恐怖感を与える。</li> <li>・ 自分の信仰している宗教に加入するよう強制する。</li> <li>・ 入所者の顔に落書きをして、それをカメラ等で撮影し他の職員に見せる。</li> <li>・ 本人の意思に反した異性介助を繰り返す。</li> <li>・ 浴室脱衣所で、異性の利用者を一緒に着替えさせたりする。等</li> </ul> |
| 性的虐待  | <p>○ 本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性器等に接触したり、キス、性的行為を強要する。</li> <li>・ 性的な話を強要する（無理やり聞かせる、無理やり話させる）。</li> <li>・ わいせつな映像や写真を見せる。</li> <li>・ 本人を裸にする、またはわいせつな行為をさせ、映像や写真に撮る。撮影したものを他人に見せる。</li> <li>・ 排泄や着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のままで放置する。</li> <li>・ 人前で排泄をさせたり、おむつ交換をしたりする。またその場面を見せないための配慮をしない。等</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |
| 経済的虐待 | <p>○ 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所に金銭を寄付、贈与するよう強要する。</li> <li>・ 金銭、財産等の着服、窃盗等（高齢者のお金を盗む、無断で使う、処分する、無断流用する、おつりを渡さない）。</li> <li>・ 立場を利用して、「お金を貸してほしい」と頼み、借りる。</li> <li>・ 日常的に使用するお金を不当に制限する、生活に必要なお金を渡さない等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             |

＊ 「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（平成30年3月厚生労働省老健局）」（高齢者虐待防止マニュアル）より抜粋

### 3 養介護施設の設置者、養介護事業者の責務

養介護施設の設置者や養介護事業を行う者は、従業者に対する研修の実施のほか、利用者や家族からの苦情処理体制の整備、従業者による高齢者虐待の防止のための措置を講じなければなりません。また、従事者に対しては、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した際には、速やかに市町村へ通報しなければならないとあり、通報が義務として定められています。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報先

通報先：市川市介護保険課 施設グループ

電話：047-712-8548

#### 4 高齢者虐待の予防

高齢者虐待の防止のためには、虐待を未然に防止する予防的取組みが最も重要になります。虐待は、不適切なケア（グレイゾーン）、不適切な施設または事業所運営の延長線上にあります。不適切なケア等の虐待の小さな芽を摘めるよう、日頃から次の取組みをすることが大切です。

- (1) 事故報告、ヒヤリハット報告書や苦情受付簿の詳細な分析
- (2) 提供しているサービスの質を適宜点検し、不適切なケアを改善し、介護の質を高める取組み。
- (3) 養介護施設または養介護事業の代表者や管理者と職員が一体となり、権利擁護や虐待防止の意識醸成と認知症ケア等に対する理解を高めるための研修の実施
- (4) 提供しているサービスの内容を運営推進会議で積極的に発信したり、介護相談員を導入したりする等、運営の透明化を図る。

#### 5 市川市の通報相談等の件数

| 年度   | R元年度 | R2年度 | R3年度 | R4年度 | R5年度 |
|------|------|------|------|------|------|
| 通報件数 | 12   | 7    | 8    | 10   | 8    |
| 虐待件数 | 1    | 0    | 1    | 2    | 4    |

#### 6 高齢者の養護者による虐待等

- (1) 高齢者に対する養護者からの虐待

高齢者に対する、養護者からの虐待についての通報、相談は以下までお願い致します。

通報先：市川市地域包括支援課 相談支援グループ

電話：047-712-8545

注）各高齢者サポートセンターでも受け付けています。

- (2) 障がい者に対する虐待

障がい者の虐待についての通報、相談は以下までお願い致します。

通報先：市川市障害者虐待防止センター

電話：047-702-9021

- (3) 児童に対する虐待

児童に対する虐待についての通報、相談は以下までお願い致します。

通報先：子ども家庭支援センター（こども家庭相談課）

電話：047-711-3750

- (4) 配偶者等による虐待

ア 女性の相談先は以下となります。

相談先：市川市男女共同参画センター

電話：047-323-1777

イ 男性の相談先は以下となります。

相談先：千葉県男女共同参画センター

電話：043-308-3421

## 第5章 身体拘束の廃止

### 1 身体拘束に対する考え方

平成 12 年の介護保険制度の施行時から、介護保険施設等において、高齢者をベッドや車いすに縛りつける等の身体を奪う身体拘束は、介護保険施設等の運営基準において、サービスの提供に当たっては、入所者の「生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き」身体拘束を行ってはならないとされており、原則として禁止されています。

身体拘束は、高齢者に不安や怒り、屈辱、あきらめといった精神的な苦痛を与えるとともに関節の拘縮や筋力の低下といった身体機能の低下に繋がる危険性もあります。

高齢者本人や他の利用者の生命または身体が危険にさらされる場合など、「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束は介護保険施設等の運営基準において禁止されています。また緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合にも下記の 3 つの要件を満たし、かつそれらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られます。

### 2 身体拘束の具体例

- (1) 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- (6) 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- (7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- (9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- (11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

注)「身体拘束ゼロへの手引き（平成 13 年 3 月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行）」より抜粋

### 3 緊急やむを得ない場合に該当する3要件

やむを得ず身体拘束を実施する場合には、次の 3 要件すべてを満たすことが必要です。

- (1) 切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- (2) 非代替性：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
- (3) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

#### 4 手続きについて

仮に上記 3 要件を満たす場合でも、次の点に留意して下さい。

- (1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当スタッフ個人では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。
- (2) 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除をする。

## 第6章 感染症の予防、拡大防止

### 1 感染症とは

#### (1) 感染症とは

ウイルス、細菌、真菌等がヒトの体内に入り増殖し、その結果、熱が出たり、下痢になったり、具合が悪くなる等の様々な症状が出ることを言います。

#### (2) 介護現場における感染症について

介護サービス事業所では、

- ・ 高齢者または基礎疾患があるなど感染への抵抗力が低下している
- ・ 認知機能の低下により感染対策への協力が難しい

などの特徴を持つ方が多く、介護現場における感染対策は非常に重要です。

また、利用者が複数のサービスを併用していたり、職員一人で複数の利用者を担当することが常であるため、各々が感染症を広げる媒体にならないように、まずは予防することが大切です。そして発生した場合には最小限に食い止めることが必要です。

令和3年の法改正により「感染症の予防及びまん延防止のための措置」が盛り込まれ、令和6年4月1日より義務化されております。措置の具体的内容は、指針の整備、委員会の開催および従業員への周知、研修、訓練となります。

### 2 介護保険課への連絡

感染症が発生した場合は、介護保険課へも情報共有のため、報告のご協力をお願いします。

- ・ 「事業所名、連絡者名、感染状況等」をご報告下さい。

介護保険課 施設グループ：047-712-8548

- ・ 感染症の発生時には事故報告書の提出も必要となります（参照P5）。

### 3 参考

- ・ 市川市公式 Web サイト

ホーム>事業者向け>介護保険>通知・お知らせ>令和3年度介護報酬改定における改定事項への対応について 3 感染症対策の強化（対象：全サービス）

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel03/0000446480.html>

## 第7章 運営推進会議

### 1 運営推進会議、介護・医療連携推進会議の概要

事業者は、運営推進会議または介護・医療連携推進会議を設置し、サービスの提供状況等を報告し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こととされています。

#### 運営推進会議

| サービス種類                          | 根拠条例                                                 | 開催回数    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|---------|
| 地域密着型通所介護                       | 基準条例第61条の17                                          | 概ね6月に1回 |
| (介護予防)認知症対応型通所介護                | 基準条例第82条<br>(第61条の17の準用)<br>予防基準条例(※)第40条            |         |
| (介護予防)小規模多機能型居宅介護               | 基準条例第110条<br>(第61条の17の準用)<br>予防基準条例第67条<br>(第40条の準用) | 概ね2月に1回 |
| (介護予防)認知症対応型共同生活介護<br>(グループホーム) | 基準条例第130条<br>(第61条の17の準用)<br>予防基準条例第88条<br>(第40条の準用) |         |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護                | 基準条例第151条<br>(第61条の17の準用)                            |         |

(※)市川市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(平成24年条例第39号。以下「予防基準条例」という。)

#### 介護・医療連携推進会議

| サービス種類           | 根拠条例     | 開催回数    |
|------------------|----------|---------|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 基準条例第40条 | 概ね6月に1回 |

#### (1) 目的

ア 提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、地域との連携が確保され、地域に開かれたサービスとすることでサービスの質の確保を図ります。

イ 地域における介護および医療に関する課題について関係者が情報共有を行い、介護と医療の連携を図ります。 注) 介護・医療連携推進会議のみ

#### (2) 出席者

ア 利用者

イ 利用者の家族

ウ 地域住民の代表者(町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等)

エ 地域の医療関係者(市川市医師会の医師等、地域の医療機関の医師や医療ソーシャルワーカー等) 注) 介護・医療連携推進会議のみ

オ 市職員または高齢者サポートセンターの職員 など。

### (3) 会議での報告内容

基準条例および予防基準条例に規定されている「提供状況」や「活動状況」について、具体的な内容としましては、下記が想定されます。

ア サービスの概要（どのようなサービスを提供しているか）

イ 通いサービスおよび宿泊サービスの提供回数等の活動状況

注）イについては小規模多機能型居宅介護のみ運営推進会議に報告をして下さい。

ウ 利用状況（利用者の要介護度や人数 等）

エ 運営状況（職員配置 等）

オ ヒヤリハットや事故の報告

カ イベント報告

キ 気になる話題（感染症や認知症等）等。

### (4) 参考

- ・詳細は市川市公式 Web サイトに掲載していますので以下を参照下さい。
- ・市職員または高齢者サポートセンターの職員は、毎年度担当を決めさせていただいています。出席については予定表に記載の担当の市又は高齢者サポートセンターへ依頼をして下さい。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/1111000219.html>

⇒ホーム>事業者向け>介護保険>地域密着型サービス>

地域密着型サービスにおける運営推進会議、介護・医療連携推進会議について

## 2 開催方法

会議は、以下のいずれかの方法で開催することとします。

### (1) テレビ電話開催

アプリやソフトなどのテレビ電話サービスを利用し、事業所に集まらなくても顔を見合わせて会議を開催することができます。

注）利用者・利用者家族が参加する場合は、テレビ電話の活用について同意を得たうえで開催して下さい。

### (2) 対面開催

事業所に出席者が集まり顔を合わせるスタンダードな会議方法です。

## 3 留意事項

- (1) 出席者全員が揃っていなくても会議の開催は可能ですが、「職員と利用者のみ」という状況は出来るだけ避けて下さい。

参加人数に特別の制限はありません。

- (2) 会議に参加できない構成員は、事前に配布資料を渡して説明しアドバイスや意見があった場合は、会議に反映することが望ましいです。

- (3) 出席予定者には、会議開催の1ヶ月前に必ず開催のご連絡をお願いします。

- (4) 地域住民の代表者として自治会や民生委員が挙げられますが、例えば近隣住民や、買い物で訪れる商店街の方々等が出席することも想定されます。事業所を知ってもらうきっかけになり、関係が築けることで、介護に関して相談する場所となったり、利用者と地域の方々との交流が図られることにより、利用者が安心して生活ができるようになると考えています。

- (5) 会議運営および議事録作成、公表時には個人情報の取り扱いにご注意下さい。

#### 4 議事録の提出

介護保険課の職員が参加していない事業所については、会議開催後、議事録・資料等を介護保険課にも提出して下さい。

##### 【提出先】

住 所：〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

宛 先：市川市 介護保険課 施設グループ  
shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

提出方法：メール、郵送または窓口持参

注) 個人情報が含まれるため、FAXでの送付はお控え下さい。

#### 5 合同開催

以下の要件を満たす場合、他事業所等と合同で開催することができます。

##### 開催要件

ア 個人情報・プライバシーを保護すること。

イ 同一の日常生活圏域内の事業所であること。

ウ 合同して行う回数が1年度に行う開催回数の半数を超えないこと。

エ 外部評価を行う場合は単独で行うこと。

注) ウ、エは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護のみ

注) 令和6年度より、日常生活圏域が細分化されております。

本市の日常生活圏域は下記のとおりです。表の「番号」は、地図の番号に対応しています。

| 地区 | 番号 | 日常生活圏域  | 町丁                                                     |
|----|----|---------|--------------------------------------------------------|
| 北部 | ②  | 国分      | 北国分、中国分、堀之内、稲越、東国分、国分                                  |
|    | ③  | 曽谷      | 曽谷                                                     |
|    | ④  | 大柏      | 大町、大野町、南大野、柏井町、奉免町                                     |
|    | ⑤  | 宮久保・下貝塚 | 宮久保、下貝塚                                                |
| 西部 | ①  | 国府台     | 国府台                                                    |
|    | ⑥  | 市川第一    | 市川、市川南3・4、真間1                                          |
|    | ⑦  | 市川第二    | 市川南1・2・5、新田、平田、大洲、大和田、稲荷木、東大和田                         |
|    | ⑧  | 真間      | 真間2～5                                                  |
|    | ⑨  | 菅野・須和田  | 菅野、須和田、東菅野                                             |
| 東部 | ⑩  | 八幡      | 八幡、南八幡                                                 |
|    | ⑪  | 市川東部    | 北方町、本北方、若宮、北方、中山、鬼越、高石神、鬼高                             |
|    | ⑫  | 信篤・二俣   | 田尻、高谷、原木、二俣、上妙典、二俣新町、高谷新町、東浜                           |
| 南部 | ⑬  | 行徳      | 河原、妙典、下妙典、下新宿、本行徳、本塩、関ヶ島、伊勢宿、富浜、未広、塩焼、宝、幸、加藤新田、高浜町、千鳥町 |
|    | ⑭  | 南行徳第一   | 押切、湊、湊新田、香取、欠真間、相之川、広尾、新井、島尻、南行徳                       |
|    | ⑮  | 南行徳第二   | 行徳駅前、入船、日之出、新浜、福栄、塩浜                                   |



## 第8章 外部評価について（認知症対応型共同生活介護）

認知症対応型共同生活介護事業者は、法令によって、自ら提供するサービスの自己評価及び外部評価が義務付けられており、原則として年1回自己評価及び外部評価を行う必要があります。外部評価終了後は、その結果を市に届け出てください。

### 1 評価の実施について

#### (1) 自己評価

サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容および範囲において、これらの指定基準を上回るものとして設定されるものです。

#### (2) 外部評価

第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとするものです。

#### (3) 参考様式

- ・ 自己評価及び外部評価結果（様式4）
- ・ 目標達成計画（別表2）

注）運営推進会議を活用した外部評価の場合

- ・ 当該事業所を設置・運営する法人の代表者の責任の下に、管理者が従事者と協議して実施してください。
- ・ 運営推進会議における評価を行う場合には、市町村職員又は地域包括支援センター職員、サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者（事業者団体関係者、学識経験者、外部評価調査員研修修了者等）の立場にある者の参加が必要です。  
（市川市での事例）知見を有する者は、公正・中立の立場の者という観点から、他法人の同サービス事業所の管理者等が望ましいです。

これらの者について、やむを得ない事情により、運営推進会議への出席が困難な場合であっても、事前に資料を送付し得た意見を運営推進会議に報告する等により、一定の関与を確保してください。

- ・ 外部評価を行う運営推進会議は単独で開催して下さい。

【参考様式】

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール（別紙2の2）

注）上記様式を用いない場合も、すべての内容を網羅されているもののみとし、自己評価及び外部評価結果（様式4）のみでの実施は認められません。

### 2 結果の公表および市への報告について

事業者は、評価結果等を以下のとおり公表してください

- ・ 利用申込者又はその家族に対する説明の際に交付する重要事項を記した文書に添付の上、説明すること。
- ・ 事業所内の見やすい場所に掲示する、自ら設置する公式 Web サイト上に掲示するなどの方法に

より、広く開示すること。

- ・ 利用者および利用者の家族へ手交もしくは送付等により提供を行うこと。
- ・ 評価結果等については、自ら設置する運営推進会議において説明すること。
- ・ 市川市に対し、評価結果等を提出すること。

【提出物】

自己評価及び外部評価結果（様式4）及び目標達成計画（別表2）

注）運営推進会議を活用した外部評価の場合

- ・ 利用者およびその家族に対して手交もしくは送付するとともに「介護サービス情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムへの掲載、法人のホームページへの掲載、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」の利用 又は事業所内の見やすい場所への掲示などの方法により公表して下さい。
- ・ 市川市に対し、評価結果等を提出すること。

【提出物】

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール（別紙2の2）

### 3 実施回数の緩和について

以下の要件を満たし、市に届出をした場合は、外部評価の実施回数が2年に1回に緩和されます。

(1) 要件

ア 過去に外部評価を5年間継続して実施していること。

注）運営推進会議を活用した評価による場合は、緩和の対象となりません。5か年度すべて外部評価機関による評価を受けた場合のみ、緩和対象となります。

イ 外部評価の「自己評価及び外部評価結果」及び「目標達成計画」を提出していること。

ウ 実施回数の緩和の適用を受ける前年度において、運営推進会議を6回以上開催していること。

注）他の事業所等と合同で実施した運営推進会議については、当該事業所の議案が提案されていれば、開催の回数にカウントすることが出来ます。

エ ウの運営推進会議において、構成員である市川市の職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。

オ 実施要領に規定された「自己評価及び外部評価結果」のうち、外部評価項目の2、3、4、6の実施状況(外部評価)が適切であること。

(2) 届出方法

要件に該当するかを確認のうえ、申請書類を用意し、市川市へ提出してください。

・ 申請書類

① 外部評価の実施回数の緩和に係る申請書（第1号様式）

② 過去5年間の外部評価結果の写し

注）緩和適用年度の提出は不要

③ 前1年間の運営推進会議の会議録等の写し

注）運営推進会議の実施状況、および構成員の出席状況が確認できるもの

#### 4 提出先

メール、郵送または窓口持参

〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

市川市 福祉部 介護保険課 施設グループ

shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

#### 5 参考

(1) 根拠条例

- ・ 基準条例第119条第8項
- ・ 予防基準条例第89条第2項

(2) 要領・通知

- ・ 千葉県地域密着型サービス外部評価実施要領（令和3年4月23日改正）
- ・ 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第97条第8項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について（平成18年10月17日老計発第1017001号）
- ・ 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第34条第1項（第88条、第108条及び第182条において準用する場合に限る。）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号）

(3) 様式等

市川市公式 Web サイトをご確認ください。

<http://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000413296.html>

ホーム＞事業者向け＞介護保険＞地域密着型サービス＞外部評価について

## 第8章 外部評価について（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）

### 1 運営推進会議を活用した評価の実施とは

地域密着型サービス事業者及び介護予防地域密着型サービス事業者は、1年に1回以上、サービスの改善および資の向上を目的として、各事業所が自らその提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、結果について運営推進会議等において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこととされています。

### 2 評価の実施方法について

#### (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

##### ア 自己評価について

事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所として提供するサービスについて個々の従業者の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものです。

##### イ 介護・医療連携推進会議による評価について

自己評価結果に基づき、事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに介護・医療連携推進会議の構成員から第三者の観点から評価を受け新たな課題や改善点を明らかにすることが必要です。

#### (2) （介護予防）小規模多機能型居宅介護

##### ア 自己評価について

全ての従業者が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い（スタッフ個別評価）、他の従業者の結果についても相互に確認しながら現状の課題や質の向上に向けて話し合いを行う（事業所自己評価）ことにより、事業所として提供するサービスについて問題意識を向上させ全体の質の向上につなげていくことを目指します。

##### イ 運営推進会議における評価について

事業所自己評価で取りまとめたサービスの内容や課題等について運営推進会議に報告したうえで構成員から第三者の観点としての意見を得ることにより新たな課題や改善点を明らかにし、サービスの質の向上を図るとともに地域包括ケアのなかで事業所が果たすべき役割を明らかにします。

#### (3) 留意事項

介護・医療連携推進会議、運営推進会議による評価を行う場合には、市町村職員または地域包括支援センター職員、サービスについて知見を有し公正・中立の立場にあるものの参加が必要です。外部評価を行う運営推進会議は単独開催で行って下さい。

#### (4) 参考様式

##### ア 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

自己評価・外部評価評価表 別紙1 《公表対象》

##### イ 小規模多機能型居宅介護

(ア) スタッフ個別評価表 別紙2-1

(イ) 事業所自己評価 別紙2-2 《公表対象》

(ウ) 地域からの評価 別紙2-3

(エ) サービス評価総括表 別紙2-4 《公表対象》

### 3 結果の公表について

- (1) 運営推進会議を活用した評価の結果は、公表しなければなりません。なお、上記参考様式に掲げる評価項目の参考例に基づき評価を行う場合は《公表対象》となっている様式をそれぞれ公表してください。

(2) 公表の方法

利用者およびその家族に対して手交もしくは送付するとともに「介護サービス情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムへの掲載、法人のホームページへの掲載、独立行政法人福祉医療機構が運営する「福祉医療情報ネットワークシステム（WAMNET）」の利用又は事業所内の見やすい場所への掲示などの方法により公表して下さい。

### 4 提出先

外部評価の結果は、その写しを市川市へも提出してください。

メール、郵送または窓口持参

〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

市川市 福祉部 介護保険課 施設グループ 宛て

shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

### 5 参考

(1) 根拠

- ・ 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号）第3の一の4の(29)及び、第3の四の4の(23)

(2) 通知

- ・ 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護・医療連携推進会議、第34条第1項（第88条、第108条及び第182条において準用する場合に限る。）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号）

(3) 様式等

市川市公式Webサイトをご確認ください。

<http://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000413296.html> ホーム＞事業者向け＞介護保険＞地域密着型サービス＞外部評価について

## 第9章 認知症介護実践者研修等の研修

### 1 認知症介護基礎研修について

- (1) 介護サービス事業者は、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉系の資格を有さない者について、認知症介護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化されております。

認知症介護に係る基礎的な研修への参加の機会を計画的に確保するようにしてください。また、新卒採用や中途採用等の事業所が新たに採用した従業者については、採用後1年を経過するまでに認知症介護基礎研修を受講させることとなります。

- (2) 義務付けの対象外となる者

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課程修了者、介護職員基礎研修課程または訪問介護員養成研修課程1級課程（旧ヘルパー1級）、2級課程（旧ヘルパー2級）の修了者、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、ならびに柔道整復師、実践者研修、実践リーダー研修の修了者。

### 2 指定基準上必要な研修

|              | 研修修了が要件とされる職種 | 必要な研修                                   |
|--------------|---------------|-----------------------------------------|
| 認知症対応型共同生活介護 | 代表者           | ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修                     |
|              | 管理者           | ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修                     |
|              | 計画作成担当者       | ・ 認知症介護実践者研修                            |
| 小規模多機能型居宅介護  | 代表者           | ・ 認知症対応型サービス事業開設者研修                     |
|              | 管理者           | ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修                     |
|              | 介護支援専門員       | ・ 認知症介護実践者研修<br>・ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |
| 認知症対応型通所介護   | 管理者           | ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修                     |

- ・ 認知症対応型サービス事業管理者等研修  
研修の開催月によっては、認知症介護実践者研修修了者でなければ受講できない場合があります。

### 3 各加算の種類と算定要件に係る研修について

| 加算の種類           | サービス種別                                                   | 算定要件                                           |
|-----------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)    | 認知症対応型共同生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型特定施設入居者生活介護 | ・認知症介護実践リーダー研修                                 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)    | 認知症対応型共同生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型特定施設入居者生活介護 | ・認知症介護指導者養成研修                                  |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 認知症対応型共同生活介護                                             | ・認知症介護指導者養成研修<br>・認知症チームケア推進研修                 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 認知症対応型共同生活介護                                             | ・認知症介護実践リーダー研修<br>・認知症チームケア推進研修                |
| 認知症加算           | 地域密着型通所介護                                                | ・認知症介護実践者研修<br>・認知症介護実践リーダー研修<br>・認知症介護指導者養成研修 |

### 4 各研修の対象者

- (1) 認知症介護実践者研修・認知症対応型サービス事業管理者等研修  
⇒原則として基礎研修修了者、身体介護の実務経験が概ね2年程度であること
- (2) 認知症介護実践リーダー研修  
⇒ア 介護業務に概ね5年以上従事した経験をもつこと  
イ 認知症介護実践者研修（旧基礎課程を含む）修了し1年以上経過していること
- (3) 認知症介護指導者養成研修  
⇒ア 認知症介護実践リーダー研修を修了していること  
イ 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士もしくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者またはこれに準ずる者であること  
ウ 次のいずれかに該当する者であって相当の介護実務経験を有する者
  - (ア) 介護保険施設・事業所等に從事している者（過去において從事していた者も含む）
  - (イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的な立場にある者
  - (ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者

### 5 研修申請時の注意点

- (1) 一回の研修の受講申請は、**原則1事業所1名**です。  
やむを得ず2名以上受講する必要がある場合は、申請書に理由を記載してください。  
例）・新規開設予定事業所である  
・人事異動または病気等で研修修了者が事業所に不在となるなど
- (2) **添付資料等を忘れず提出**してください。  
提出が締め切り間際になる場合は、添付資料の不備等がある場合に県への受講申請ができないこともあるため、ご注意ください。

Q：添付資料の「写真貼付の身分証明書(運転免許証等)の写し」は、運転免許証を持っていない場合どうすればよい？

A：マイナンバーカード、介護支援専門員証などの写真貼付身分証明書でも差支えない。ただし、平成27年4月1日以降に発行された介護支援専門員証には、住所欄がないため、現住所を確認できる書類（住民票、社員証、雇用契約書、保険証、採用時提出した履歴書）を添付すること。なお、マイナンバーカード、介護支援専門員証も持っていない場合は、現住所を確認できる書類を2種類（採用時提出した履歴書＋もう1種類）提出すること。ご不明点は事前相談をしてください。

(3) 受講申請書、推薦書について

法人印は不要です。

推薦書は、やむを得ない理由でその研修を受講しなければならない場合に法人から提出されるものです。

推薦理由が受講するやむを得ない理由に当たらないと判断した場合には、市から県への推薦書は作成しないこととします。

船橋労働基準監督署より提供のあった労働基準法、労働安全衛生法の遵守に係る資料を掲載します。

## I 介護労働者全体(訪問・施設)に共通する事項

### (1) 労働条件の明示について

#### Point 1 労働条件は書面で明示しましょう

→ 労働基準法第15条

- 労働者を雇い入れた時には、賃金、労働時間等の労働条件を書面の交付により明示しなければいけません。



#### ○ 明示すべき労働条件の内容

##### 書面で明示すべき労働条件の内容

- 労働契約の期間(期間の定めのある場合)は、その期間
- 更新の基準(Point 2 参照)
- 就業の場所・従事する業務の内容
- 労働時間に関する事項(始業・終業時刻、時間外労働の有無、休憩、休日、休暇等)
- 賃金の決定・計算・支払の方法、賃金の締切・支払の時期に関する事項
- 退職に関する事項(解雇の事由を含む)

##### その他明示すべき労働条件の内容

- 昇給に関する事項
- 退職手当、臨時に支払われる賃金、賞与、労働者に負担させる食費・作業用品、安全衛生、職業訓練、災害補償、表彰・制裁、休職等に関する事項…これらについて定めた場合

#### ○ 労働日(労働すべき日)や始業・終業時刻など下記①～③が月ごと等の勤務表により特定される場合の明示方法

##### 勤務表により特定される労働条件

- 就業の場所及び従事すべき業務
- 労働日並びにその始業及び終業の時刻
- 休憩時間



- 勤務の種類ごとの①～③に関する考え方
- 適用される就業規則上の関係条項名
- 契約締結時の勤務表について、書面の交付により明示しましょう

- 6か月契約、1年契約などの期間の定めのある契約(有期労働契約)を結ぶ場合には、契約更新の都度、労働条件の明示(書面の交付)が必要です。
- 上記以外の場面においても、労働契約の内容について、できる限り書面で確認しましょう。(労働契約法第4条第2項)
- 改正パートタイム労働法(平成27年4月施行)については、パート労働ポータルサイト(<http://part-tanjikan.mhlw.go.jp/>)を確認してください。

#### Point 2 契約の更新に関する事項も明示しましょう

→ 労働基準法施行規則第5条

- 労働者と有期労働契約を締結する場合には、「期間の定めのある労働契約を更新する場合の基準」についても書面の交付によって明示しなければなりません。

##### (1)更新の有無の明示

- (具体的な例) ・自動的に更新する  
・更新する場合があります  
・契約の更新はしない  
など

##### (2)更新の基準の明示

- (具体的な例) ・契約期間満了時の業務量により判断する  
・労働者の能力により判断する  
・労働者の勤務成績、態度により判断する  
・会社の経営状況により判断する  
・従事している業務の進捗状況により判断する  
など

※ 有期労働契約の更新をしないことが明かな場合は、更新の基準の明示義務はありません。

有期労働契約について、3つのルールがあります。(労働契約法)

- 無期労働契約への転換：有期労働契約が繰り返し更新されて通算5年を超えたときは、労働者の申込みにより、期間の定めのない労働契約(無期労働契約)に転換できます。
- 「雇止め法理」の法定化：一定の場合には、使用者による雇止めが認められないこととなる最高裁で確立した判例上のルールが法律に規定されました。
- 不合理な労働条件の禁止：有期契約労働者と無期契約労働者との間で、期間の定めがあることによって、不合理に労働条件を相違させることは禁止されています。

## (2) 就業規則について

### Point 1 就業規則を作成し、届け出ましょう

→ 労働基準法第89条

- ・ 常時 10 人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し、労働基準監督署長に届け出なければなりません。
- ・ また、就業規則を変更した場合にも、労働基準監督署長に届け出てください。
- ・ 「10 人以上の労働者」には、介護労働者はもちろん、次の労働者の方も含まれます。
  - 事務職員、管理栄養士等、介護労働者以外の労働者
  - 短時間労働者、有期契約労働者等のいわゆる非正規労働者



就業規則は、非正規労働者も含め、事業場で働く全ての労働者に適用されるものでなければなりません。

- 全労働者に共通の就業規則を作成する
- 正社員用の就業規則とパートタイム労働者用の就業規則を作成するなどにより、全ての労働者についての就業規則を作成してください。

### ○ 就業規則に規定すべき事項

#### 必ず規定すべき事項

- ・ 労働時間に関する事項(始業・終業時刻、休憩、休日、休暇等)
- ・ 賃金の決定・計算・支払の方法、賃金の締切・支払の時期、昇給に関する事項
- ・ 退職に関する事項(解雇の事由を含む)

#### 定めた場合に規定すべき事項

- ・ 退職手当、臨時の賃金等、労働者に負担させる食費・作業用品、安全衛生、職業訓練、災害補償、表彰・制裁等に関する事項

### Point 2 適正な内容の就業規則を作成しましょう

→ 労働基準法第92条

- ・ 就業規則の内容は、法令等に反してはなりません。
- ・ また、就業規則を作成しているのに、その内容が実際の就労実態と合致していない例がみられます。このような状況にあっては、労働条件が不明確になり、労働条件をめぐるトラブルにもつながりかねません。労働者の就労実態に即した内容の就業規則を作成してください。

#### ○ 使用者が、就業規則の変更によって労働条件を変更する場合には、次のことが必要です。(労働契約法第10条)

- ① その変更が、次の事情などに照らして合理的であること。  
労働者の受ける不利益の程度、労働条件の変更の必要性、変更後の就業規則の内容の相当性、労働組合等との交渉の状況
- ② 労働者に変更後の就業規則を周知させること。

### Point 3 就業規則を労働者に周知しましょう

→ 労働基準法第106条

- ・ 作成した就業規則は、以下の方法により労働者に周知しなければなりません。
  - 常時事業場内の各作業場に掲示し、又は備え付けること
  - 書面を労働者に交付すること
  - 電子的データとして記録し、かつ、各作業場に労働者がその記録の内容を常時確認できるパソコン等の機器を設置すること
- ・ 労働者からの請求があった場合に就業規則を見せるなど、就業規則を労働者が必要ときに容易に確認できない方法では、「周知」になりませんので注意してください。



### (3) 労働時間について

#### Point 1 労働時間の適正な取扱いを徹底しましょう → 労働基準法第32条など

- ・ 労働時間とは、使用者の指揮監督の下にある時間をいい、介護サービスを提供している時間に限るものではありません。
- ・ 特に、次のような時間について、労働時間として取り扱っていない例がみられますが、労働時間として適正に把握、管理する必要がありますので留意してください。

- 交替制勤務における引継ぎ時間
- 業務報告書等の作成時間
- 利用者へのサービスに係る打ち合わせ、会議等の時間
- 使用者の指揮命令に基づく施設行事等の時間とその準備時間
- 研修時間

研修時間については、使用者の明示的な指示に基づいて行われる場合は、労働時間に該当します。

また、使用者の明示的な指示がない場合であっても、研修を受講しないことに対する就業規則上の制裁等の不利益な取扱いがあるときや、研修内容と業務との関連性が強く、それに参加しないことにより本人の業務に具体的に支障が生ずるなど実質的に使用者から出席の強制があると認められるときなどは、労働時間に該当します。

※ 訪問介護労働者特有の移動時間等については、Ⅱ Point 3 参照



Point 1により労働時間の判断を適正に行い、Point 2によりこれらを適正に把握してください

#### Point 2 労働時間を適正に把握しましょう

→ 労働基準法第32条、労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン

- ・ 「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」に基づき、適正に労働時間を把握してください。

##### 「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」 (平成29年1月20日付け基発0120第3号)の主な内容

- ・ 使用者は、労働時間を適正に管理するため、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること
- ・ 始業・終業時刻の確認・記録に当たっては、原則として
  - ① 使用者が、自ら現認して、
  - ② タイムカード等の客観的な記録を基礎として、確認・記録すること
- ・ 自己申告制によりこれを行わざるを得ない場合には、
  - ① 適正な自己申告等について労働者に十分説明する、
  - ② 自己申告と実際の労働時間とが合致しているか必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること 等



## Point 3 変形労働時間制等は正しく運用しましょう

⇒ 労働基準法第32条の2、第32条の4 ほか

### ○ 1年単位の変形労働時間制※1を採用する場合には

- 労使協定を適切に締結し、労働基準監督署長に届け出ましょう。※2  
また、就業規則等により、適切に枠組みを定めましょう。

※1 1年以内の期間を平均して週40時間を達成する方法です。

※2 対象期間ごとに労使協定の締結、届出が必要です。

### ○ 1か月単位の変形労働時間制※3を採用する場合には

- 労使協定※4、就業規則等により、適切に枠組みを定めましょう。  
各日の勤務割は、変形期間の開始前までに具体的に特定してください。

※3 1か月以内の期間を平均して週40時間を達成する方法です。

※4 この労使協定は労働基準監督署長への届出が必要です。

- ・ その他の労働時間制度を採用する場合にも、法定の要件に基づき正しく運用してください。



## Point 4 36協定を締結・届出しましょう

⇒ 労働基準法第36条

- ・ 時間外労働・休日労働を行わせる場合には、時間外労働・休日労働に関する労使協定(36協定)を締結し、労働基準監督署長に届け出る必要があります。
- ・ 労使は、36協定の内容が、限度基準に適合したものとなるようにしなければなりません。

### 時間外労働の限度に関する基準(限度基準：平成10年労働省告示第154号)の主な内容

#### ○ 業務区分の細分化

容易に臨時の業務などを予想して対象業務を拡大しないよう、業務の区分を細分化することにより時間外労働をさせる業務の範囲を明確にしなければなりません。

#### ○ 一定期間の区分

「1日」のほか、「1日を超え3か月以内の期間」と「1年間」について協定してください。

#### ○ 延長時間の限度(限度時間)

一般の労働者の場合1か月45時間、1年間360時間等の限度時間があります。

#### ○ 特別条項

臨時的に限度時間を超えて時間外労働を行わなければならない「特別の事情」が予想される場合、特別条項付き協定を結べば限度時間を超える時間を延長時間とすることができますが、この「特別の事情」は、臨時的なものに限られます。

なお、限度時間を超える時間外労働に係る割増賃金率は、法定割増賃金率(25%)を超える率とするように努める必要があります。

#### ○ 適用除外

工作物の建設等の事業、自動車の運転の業務等、一部の事業又は業務には上記の限度時間が適用されません。

#### 延長時間の限度 (限度時間)

##### ①一般の労働者の場合

1週間 15時間

1か月 45時間

1年間 360時間 等

##### ②1年単位の変形労働時間制※の対象者の場合

1週間 14時間

1か月 42時間

1年間 320時間 等

※ 対象期間3か月超

- ・ 時間外労働・休日労働は必要最小限にとどめられるべきものであり、労使は、このことを十分意識した上で36協定を締結する必要があります。

## Point 5 時間外労働等は、36協定の範囲内にしましょう

⇒ 労働基準法第32条、第36条

- ・ 時間外労働・休日労働を行わせる場合には、Point4で締結した36協定の範囲内でなければなりません。

## (4) 休憩・休日について

### Point 1 休憩は確実に取得できるようにしましょう ➡ 労働基準法第34条

- ・ 労働時間が6時間を超える場合には少なくとも45分、8時間を超える場合には少なくとも1時間の休憩が、労働時間の途中に必要です。
- ・ 休憩は、労働者の自由に利用させなければなりません。
- ・ 特に、次のような例がみられることから、夜間時間帯や利用者の食事時間帯においても、休憩が確実に取得できるよう徹底してください。
  - 代替要員の不足等から夜勤時間帯の休憩が確保されていない例
  - 正午～午後1時などの所定の休憩時間に利用者の食事介助等を行う必要が生じ、休憩が確保されていない例

### Point 2 夜間勤務者等の法定休日を確保しましょう ➡ 労働基準法第35条

- ・ 使用者は、労働者に対して、毎週少なくとも1回の休日を与えなければなりません。  
(4週間を通じ4日の休日を与えることも認められます。)
- ・ この「休日」とは、単に連続24時間の休業を指すのではなく、原則として暦日（午前0時から午後12時まで）の休業をいいます。
- ・ したがって、いわゆる「夜勤明け」の日は、法定休日には該当しませんので注意してください。



#### ● シフト表の例と法定休日の考え方

例) 早出 6:00～15:00 遅出 14:00～23:00 夜勤 22:00～翌 7:00 (休憩各1時間)

| 氏 名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Aさん | 早 | 早 | 早 | 遅 | 青 | 青 | 早 | 遅 | 遅 | 遅  | 青  | 青  | 夜  | 夜  | 夜  | 夜  | 赤  | 青  | 早  | 早  | 早  | 遅  | 青  | 青  | 早  | 遅  | 遅  | 遅  |
| Bさん | 遅 | 遅 | 夜 | 赤 | 早 | 遅 | 夜 | 赤 | 早 | 遅  | 夜  | 赤  | 青  | 早  | 夜  | 夜  | 赤  | 早  | 遅  | 夜  | 赤  | 早  | 遅  | 夜  | 赤  | 青  | 遅  | 遅  |

青色の日については、暦日（午前0時から午後12時まで）としての休業が確保され、「法定休日」と評価することができます。

赤色の日については、午前7時まで勤務しているため暦日としての休業が確保されておらず、「法定休日」と評価することができません。

AさんとBさんのシフトは、月28日に対してどちらも20日出勤であり、遅40時間はクリアしていますが…

→ Aさんのシフトは、法定休日でも4週に4日以上あり、労働基準法上の問題はありません。

→ Bさんのシフトは、法定休日と評価できる日が4週に2日しかなく、法定の日数を下回っています。

→ Bさんのシフトについては、改善が必要です。

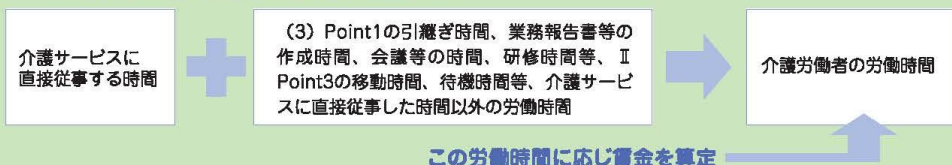
## (5) 賃金について

### Point ① 労働時間に応じた賃金を、適正に支払いましょう

⇒ 労働基準法第24条

- ・ 賃金は、いかなる労働時間についても支払わなければなりません。
- ・ 労働時間に応じた賃金の算定を行う場合(時給制などの場合)には、交替制勤務における引継ぎ時間、業務報告書の作成時間等、介護サービスに直接従事した時間以外の労働時間も通算した時間数に応じた算定をしてください。※(3)Point 1、Ⅱ Point 3 参照

#### ○ 賃金の算定の基礎となる労働時間



- ・ また、使用者の責に帰すべき事由により労働者を休業させた場合には、休業手当を適正に支払わなければなりません。 ※Ⅱ Point 2 参照

### Point ② 時間外・深夜割増賃金を支払いましょう

⇒ 労働基準法第37条

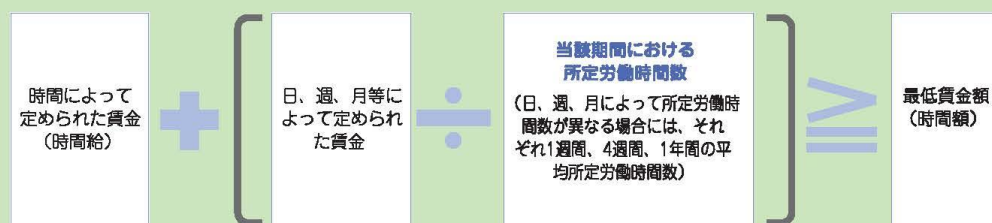
- ・ 時間外労働に対しては、25%以上(※)の割増賃金を支払わなければなりません。  
※ 1 か月に60時間を超える時間外労働に対する割増賃金率は50%以上です(中小企業については、当分の間、猶予されています。)
- ・ 深夜業(午後10時から午前5時までの労働)に対しては、25%以上の割増賃金を支払わなければなりません。
- ・ 休日労働に対しては、35%以上の割増賃金を支払わなければなりません。

### Point ③ 最低賃金以上の賃金を支払いましょう

⇒ 最低賃金法第4条

- ・ 賃金は、地域別最低賃金以上の金額を支払わなければなりません。
- ・ 地域別最低賃金は、産業や職種にかかわらず、都道府県内のすべての労働者に対して適用される最低賃金として、都道府県ごとに定められています。

#### ○ 支払う賃金と最低賃金額との比較方法



# 千葉県最低賃金改正のお知らせ

## 1 改正内容などについて

- 千葉県内の事業場で働くすべての労働者（パート、アルバイト等を含む）とその使用者に適用される「千葉県最低賃金」（地域別最低賃金）が改正されました。



令和5年10月1日から  
時間額 **1026円** (従来の984円から42円引上げ)

- 使用者は、この額より低い賃金で労働者を使用することはできません。仮に、この額より低い賃金を定めていても、法律により無効とされ、最低賃金と同額の定めをしたものとみなされます。
- 賃金を最低賃金額と比較するに当たっては、確認したい賃金を時間額に換算して比較します。  
その際、①精皆勤手当、通勤手当、家族手当、②時間外労働、休日労働、深夜労働に対して支払われる賃金（割増賃金など）、③臨時に支払われる賃金（結婚手当など）、④1か月を超える期間ごとに支払われる賃金（賞与など）は算入しません。

例 月給制、日給制の場合、時間額に換算して比較します。

- ・ 日給 8,000 円（1日の所定労働時間 8 時間 00 分）  
 $8,000 \text{ 円} \div 8 \text{ 時間} = 1,000 \text{ 円}$
- ・ これに加え職能手当が月額 20,000 円（1 年間に於ける 1 か月平均所定労働時間数 160 時間）  
 $20,000 \text{ 円} \div 160 \text{ 時間} = 125 \text{ 円}$
- ・  $1,000 \text{ 円} + 125 \text{ 円} = 1,125 \text{ 円}$  ← 千葉県最低賃金 1,026 円以上であるので OK

## 2 特例、助成金などについて

- 最低賃金は、県内で働くすべての労働者に適用されますが、精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者等については、使用者が労働局長の許可を受けることにより、最低賃金の減額の特例が認められています。
- 「千葉県最低賃金」のほかに、業種により定められている「特定最低賃金」が適用される場合がありますので、ご注意ください。
- 中小企業・小規模事業者を支援する業務改善助成金があります。生産性を向上させ、事業場内で最も低い賃金（事業場内最低賃金）の引上げを図る事業者に支給されます。

（照会先：業務改善助成金コールセンター 電話：0120-366-440）

お気軽にお問合せください

詳しくは厚生労働省 HP を  
ご覧ください

業務改善助成金

で検索！

管理システム導入、機械や車の購入、教育  
訓練など色んな設備投資に利用可能だよ。  
最大 600 万円まで助成があるんだ。



最低賃金制度のマスコット チェックマン

- 「千葉働き方改革推進支援センター」では、業務改善助成金の申請や労務管理等の相談に総合的に対応する支援を行っています。相談は無料ですので、御利用ください。

（照会先：千葉働き方改革推進支援センター 電話：0120-174-864）

【お問い合わせ先】 最低賃金の詳しい内容につきましては

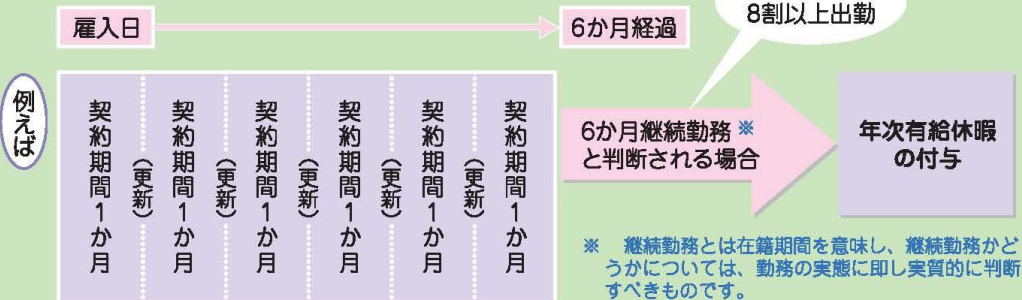
厚生労働省千葉労働局労働基準部賃金室（☎043-221-2328）または最寄りの労働基準監督署まで

## (6) 年次有給休暇について

### Point 1 非正規労働者にも年次有給休暇を付与しましょう → 労働基準法第39条

- ・ 非正規労働者も含め、6か月間継続勤務し、全労働日の8割以上出勤した労働者に対しては、年次有給休暇を与えなければなりません。

#### ○ 年次有給休暇の付与の要件



- ・ 所定労働日数が少ない労働者に対しても、所定労働日数に応じた年次有給休暇を与える必要があります。

#### ○ 年次有給休暇の日数

|         |         |              | 雇入日から起算した継続勤務期間ごとの年次有給休暇日数 |       |       |       |       |       |         |
|---------|---------|--------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 週所定労働時間 | 週所定労働日数 | 1年間の所定労働日数 ※ | 6か月                        | 1年6か月 | 2年6か月 | 3年6か月 | 4年6か月 | 5年6か月 | 6年6か月以上 |
| 30時間以上  |         |              | 10日                        | 11日   | 12日   | 14日   | 16日   | 18日   | 20日     |
| 30時間未満  | 5日以上    | 217日以上       |                            |       |       |       |       |       |         |
|         | 4日      | 169日から216日まで | 7日                         | 8日    | 9日    | 10日   | 12日   | 13日   | 15日     |
|         | 3日      | 121日から168日まで | 5日                         | 6日    | 6日    | 8日    | 9日    | 10日   | 11日     |
|         | 2日      | 73日から120日まで  | 3日                         | 4日    | 4日    | 5日    | 6日    | 6日    | 7日      |
|         | 1日      | 48日から72日まで   | 1日                         | 2日    | 2日    | 2日    | 3日    | 3日    | 3日      |

※ 週以外の期間によって労働日数が定められている場合

#### ○ 予定されている今後1年間の所定労働日数を算出し難い場合の取扱い

年次有給休暇が比例付与される日数は、原則として基準日（年次有給休暇付与日）において予定されている今後1年間の所定労働日数に応じた日数です。

ただし、予定されている所定労働日数を算出し難い場合には、基準日直前の実績を考慮して所定労働日数を算出することとして差し支えありません。したがって、例えば、雇入れの日から起算して6か月経過後に付与される年次有給休暇の日数については、過去6か月の労働日数の実績を2倍したものを「1年間の所定労働日数」とみなして判断して差し支えありません。

- ・ 労使協定により、年次有給休暇について、5日の範囲内で時間を単位として与えることができます。

## Point 2 年次有給休暇の取得を抑制する不利益取扱いはいしないようにしましょう

➡ 労働基準法第136条

- ・ 年次有給休暇を取得した労働者に対して、賃金の減額その他の不利益な取扱いをしてはいけません。
- ・ 例えば、精皆勤手当や賞与の額の算定に際して、年次有給休暇を取得した日を欠勤として取り扱うことは、不利益取扱いとして禁止されます。

## (7) 解雇・雇止めについて

### Point 1 解雇・雇止めを行う場合は、予告等の手続を取りましょう

➡ 労働基準法第20条、労働契約法第19条、有期労働契約の締結、更新及び雇止めに関する基準第1条ほか

- ・ やむを得ず労働者の解雇を行う場合には、少なくとも30日前までの予告が必要です。予告を行わない場合には、解雇までの日数に応じた解雇予告手当を支払う必要があります。



- ・ 有期労働契約※を更新しない場合には、少なくとも30日前までの予告が必要です。
- ※ 3回以上更新されているか、1年を超えて継続して雇用されている労働者に係るものに限る、あらかじめ更新しない旨明示されているものを除きます。
- ・ 実質的に期間の定めのない契約と変わらないといえる場合や、雇用の継続を期待することが合理的であると考えられる場合、使用者が雇止めをすることが、「客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当と認められないとき」は、雇止めが認められません。従来と同一の労働条件で、有期労働契約が更新されます。
- ・ 労働者から請求があった場合には、解雇・雇止めの理由等について、証明書を交付する必要があります。

#### 「有期労働契約の締結、更新及び雇止めに関する基準」 (平成15年厚生労働省告示第357号) について

有期労働契約については、契約更新の繰り返しにより、一定期間雇用を継続したにもかかわらず、突然、契約更新をせず期間満了をもって退職させるなどの、いわゆる「雇止め」をめぐるトラブルが大きな問題となっています。この基準は、このようなトラブルの防止を図るため、労働基準法第14条第2項に基づき、使用者が講ずべき措置について定めたものです。

### Point 2 解雇について労働契約法の規定を守りましょう

➡ 労働契約法第16条、第17条第1項

#### ○ 期間の定めのない労働契約の場合

- ➡ 労働契約法の規定により、権利の濫用に当たる解雇は無効となります。

#### ○ 期間の定めのある労働契約（有期労働契約）の場合

- ➡ 労働者と有期労働契約を締結している場合には、やむを得ない事由がある場合でなければ、契約期間中に解雇することはできません。期間の定めのない労働契約の場合よりも、解雇の有効性は厳しく判断されます。

## (8) 労働者名簿、賃金台帳について

### Point 1 労働者名簿、賃金台帳を作成、保存しましょう

⇒ 労働基準法第107条、第108条、第109条

- ・ 労働者の労務管理を適切に行うため、労働者名簿を作成し、労働者の氏名、雇入れの年月日、退職の年月日及びその事由等を記入しなければなりません。
- ・ また、賃金台帳を作成し、労働者の氏名、労働日数、労働時間数、時間外労働時間数、基本給等を賃金の支払の都度遅れることなく記入しなければなりません。
- ・ これらは労働関係に関する重要な書類ですので、それぞれ3年間保存してください。

|      | 労働者名簿                                 | 賃金台帳                                                             |
|------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 記載事項 | 労働者の氏名、<br>雇入れの年月日、<br>退職の年月日及びその事由 等 | 労働者の氏名、賃金計算期間、<br>労働日数、労働時間数、時間外労働時間数、<br>基本給、手当その他賃金の種類ごとにその額 等 |
| 保存期間 | 労働者の退職等の日から3年間                        | 最後の記入をした日から3年間                                                   |

## (9) 安全衛生の確保について

### Point 1 衛生管理体制を整備しましょう

⇒ 労働安全衛生法第12条、第12条の2、第13条、第18条ほか

- ・ 常時50人以上の労働者を使用する事業場は、衛生管理者や産業医を選任し、また、衛生委員会を設置する必要があります。
- ・ 常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場は、衛生推進者を選任する必要があります。
- ・ これらの衛生管理体制を整備し、労働者の健康障害の防止、健康の保持増進、労働災害の防止などを図りましょう。

### Point 2 健康診断を確実に実施しましょう

⇒ 労働安全衛生法第66条、第66条の4、労働安全衛生規則第43条、第44条、第45条、第51条の2ほか

- ・ 非正規労働者も含め、常時使用する労働者に対しては、
  - 雇入れの際
  - 1年以内ごとに1回 ※
    - ※ 深夜業等の特定業務に常時従事する者については、6か月以内ごとに1回
 定期的に健康診断を実施しなければなりません。
- ・ 短時間労働者であっても、下記①②のいずれにも該当する場合は「常時使用する労働者」として健康診断が必要です。
  - ① 期間の定めのない労働契約又は期間1年以上の有期労働契約により使用される者、契約更新により1年以上使用され、又は使用されることが予定されている者
  - ② 週の労働時間数が、通常の労働者の週の労働時間数の4分の3以上である者
- ・ なお、健康診断の実施は法で定められたものですので、その実施に要した費用については、事業者が負担すべきものです。
- ・ 健康診断の結果で異常の所見があると診断された労働者については、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、医師等の意見を聴かなければなりません。



## 介護労働者の転倒災害（業務中の転倒による重傷）を防止しましょう

50歳以上を中心に、転倒による骨折等の労働災害が増加が続いています  
事業者は労働者の転倒災害防止のための措置を講じなければなりません

### 「つまずき」等による転倒災害の原因と対策

- (なし) 何もなところであつまずいて転倒、足がもつれて転倒 (33%)
  - 転倒や怪我をしにくい身体づくりのための運動プログラム等の導入 (★)
  - 走らせない、急がせない仕組みづくり
- 通路の段差につまずいて転倒 (15%)
  - 事業場内の通路の段差の解消 (★)、「見える化」
  - 送迎先・訪問先での段差等による転倒防止の注意喚起
- 設備、家具などに足を引っかけて転倒 (12%)
  - 設備、家具等の角の「見える化」
- 利用者の車椅子、シルバーカー、杖などにつまずいて転倒 (8%)
  - 介助の周辺動作のときも集まらない
  - 介助のあととば一呼吸置いてから別の作業へ
- 作業場や通路以外の障害物（車止めなど）につまずいて転倒 (7%)
  - 適切な通路の設定
  - 敷地内駐車場の車止めの「見える化」
- コードなどにつまずいて転倒 (5%)
  - 労働者や利用者の転倒原因とならないよう、電気コード等の引き回しのルールを設定し、労働者に徹底させる

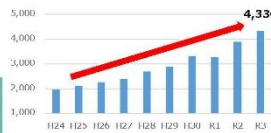
### 「滑り」による転倒災害の原因と対策

- 凍結した通路等で滑って転倒 (24%)
  - 従業員用通路の除雪・融雪。凍結しやすい箇所には防滑マットを設置する (★)
- 浴室等の水場で滑って転倒 (23%)
  - 防滑床材の導入、摩耗している場合は施工し直す (★)
  - 滑りにくい侵入物を使用する
  - 脱衣所等階段エリアまで濡れぬいよう処置
- こぼれていた水、洗剤、油等（人為的なもの）により滑って転倒 (21%)
  - 水、洗剤、油等がこぼれていることのない状態を維持する。  
(清掃中エリアの立入禁止、清掃後乾いた状態を確認してから開放)
- 雨で濡れた通路等で滑って転倒 (11%)
  - 雨天時に滑りやすい敷地内の場所を確認し、防滑処置等の対策を行う
  - 送迎・訪問先での濡れた場所での転倒防止の注意喚起

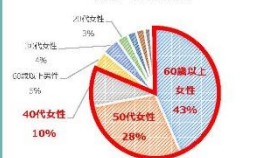
(★) については、高齢労働者の転倒災害防止のため、中小企業事業者は「エイジフレンドリー補助金」（補助率1/2、上限100万円）を利用できます  
中小事業者は、無料で安全衛生の専門家のアドバイスが受けられます

## 転倒災害（休業4日以上）の発生状況（令和3年）

### 社会福祉施設における転倒災害発生件数の推移



### 社会福祉施設における転倒災害被災者の性別・年齢別内訳



### 社会福祉施設における転倒災害の態様

- ・骨折 (約70%)
- ・打撲
- ・じん帯損傷
- ・捻挫
- ・外傷性くも膜下出血

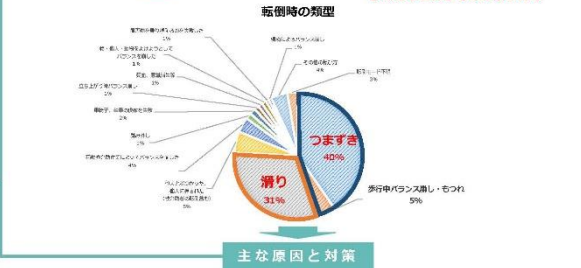
### 社会福祉施設の転倒災害による平均休業日数 (※労働者外傷病報告による休業見込日数)

44日

### 介護の現場における転倒災害の発生時点



転倒災害が起きているのは移動のときだけではなく



## 転倒リスク・骨折リスク

- 一般に加齢とともに身体機能が低下し、転倒しやすくなります  
→「転びの予防 体力チェック」「ロコチェック」をご覧ください
- 特に女性に加齢とともに骨折のリスクも著しく増大します  
→対象者に市町村が実施する「骨粗鬆症検診」を受診させましょう
- 現役の方でも、たった一度の転倒で寝たきりになることも  
→「たった一度の転倒で寝たきりになることも。転倒事故の起こりやすい箇所は？」（内閣府ウェブサイト）

厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署

(R5)

## 第 11 章 市外に住民票がある方の地域密着型サービスの利用について

地域密着型サービスは高齢者の住み慣れた地域での生活を支えるサービス類型として平成18年度より創設されました。地域密着型サービスに属するサービスは市川市の被保険者または市川市内の住所地特例対象施設（以下「住特施設」という。）に住民票を移している他市被保険者のみご利用できます（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第78条の2第1項、第115条の12第1項）。

市外に住民票がある方は基本のご利用いただくことができません。ただし、保険者が、ご利用希望者につき住民票の異動が困難等のご事情を認め、かつ市川市で利用希望する地域密着型サービス事業所でしか充足できない客観的ニーズがあると考えられる場合には、個別に利用同意する場合がございます。そのような場合には、まず保険者市区町村にご相談下さい。

市内住特施設に入所等をしている他市被保険者に該当する方とは、市内の

介護保険施設  
特定施設  
養護老人ホーム

に入所等している場合であって、外部サービスとして

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  
認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護  
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

の利用を希望する方に限られます。市内の住特施設に住民票を移している方は介護保険の被保険者証の住所欄に当該施設の名称または所在地が印字されておりますので、希望者から相談がありましたら、被保険者証にてご利用になれるかどうかをご確認下さい。対象の方のご利用にあたっては、ケアプランに位置付けていただくことで、指定申請の手続き等は必要なくそのままご利用いただくことができます。サービス費の請求の際には、ご利用の請求ソフトにて、住所地特例対象者の入力項目に請求内容を入力して下さい（個別のソフトのご利用方法については市では回答できません）。

## 第 12 章 業務管理体制の整備、届出

法第 115 条の 32 により、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、指定または許可を受けている事業所または施設（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。

### 1 事業者が整備する業務管理体制

事業者が整備する業務管理体制は以下の表のとおりです。

- 法第 115 条の 32・介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「法施行規則」という。）第 140 条の 39

|             |                                         |                                         |                                         |
|-------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 業務管理体制整備の内容 |                                         |                                         | 業務執行の状況の監査を定期的に実施                       |
|             |                                         | 業務が法令に適合することを確保するための規定（＝以下「法令遵守規定」）の整備  | 業務が法令に適合することを確保するための規定（＝以下「法令遵守規定」）の整備  |
|             | 法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者（＝以下「法令遵守責任者」）の選任 | 法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者（＝以下「法令遵守責任者」）の選任 | 法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者（＝以下「法令遵守責任者」）の選任 |
| 事業所等の数      | 1 以上 20 未満                              | 20以上100未満                               | 100 以上                                  |

注）事業所等の数には、介護予防および介護予防支援事業所を含みますが、みなし事業所は除いて下さい。みなし事業所とは、病院等が行う居宅サービス（居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーション）であって、健康保険法（大正11年法律第70号）の指定があったとき、法の指定があったものとみなされている事業所をいいます。

注）総合事業における介護予防・生活支援サービス事業は、事業所等の数から除いて下さい。

## 2 届出書に記載すべき事項

- 法施行規則第 140 条の 40

| 届出事項                                                       | 対象となる介護サービス事業者    |
|------------------------------------------------------------|-------------------|
| ① 事業者の<br>・ 名称または氏名<br>・ 主たる事務所の所在地<br>・ 代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | 全ての事業者            |
| ② 「法令遵守責任者」の氏名、生年月日（注 1）                                   | 全ての事業者            |
| ③ 「法令遵守規程」の概要（注 2）                                         | 事業所等の数が20 以上の事業者  |
| ④ 「業務執行の状況の監査」の方法の概要（注 3）                                  | 事業所等の数が100 以上の事業者 |

### 注 1)「法令遵守責任者」について

何らかの資格要件を求めるものではありませんが、法等の関係法令の内容に精通し、事業者内部の法令等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ます。

### 注 2)「法令遵守規程」について

法令遵守規程には、事業者の従業員に少なくとも法および法に基づく命令の遵守を確保するための内容を盛り込む必要がありますが、必ずしもチェックリストに類するものを作成する必要はなく、例えば、日常の業務運営に当たり、法および法に基づく命令の遵守を確保するための注意事項や標準的な業務プロセス等を記載したものなど、事業者の実態に即したもので構いません。届け出る「法令遵守規程の概要」につきましては、必ずしも改めて概要を作成する必要はなく、この規程の全体像がわかる既存のもので構いません。また、法令遵守規程全文を添付しても差し支えありません。

### 注 3)「業務執行の状況の監査」について

事業者が医療法人、社会福祉法人、特定非営利法人、株式会社等であって、既に各法の規定に基づき、その監事または監査役（委員会設置会社にあっては監査委員会）が法および法に基づく命令の遵守の状況を確保する内容を盛り込んでいる監査を行っている場合には、その監査をもって法に基づく「業務執行の状況の監査」とすることができます。

なお、この監査は、事業者の監査部門等による内部監査または監査法人等による外部監査のどちらの方法でも構いません。また、定期的な監査とは、必ずしも全ての事業所に対して、年 1 回行わなければならないものではありませんが、例えば事業所ごとの自己点検等と定期的な監査とを組み合わせるなど、効率的かつ効果的に行うことが望まれます。届け出る「業務執行の状況の監査の方法の概要」につきましては、事業者がこの監査に係る規程を作成している場合には、当該規程の全体像がわかるものまたは規程全文を、規程を作成していない場合には、監査担当者または担当部署による監査の実施方法がわかるものを届け出て下さい。

### 3 業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書の届出先

- ・ 法第115条の32・法施行規則第140条の40

| 区分                                                | 届出先                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------|
| ① 事業所が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者                      | 厚生労働大臣                |
| ② 事業所が2以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者   | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事 |
| ③ 事業所が同一指定都市にのみ所在する事業者                            | 指定都市の長                |
| ④ 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あって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者 | 市町村長                  |
| ⑥ ①から⑤以外の事業者                                      | 都道府県知事                |

注）届出先が⑤の市町村長に該当し、市川市のみで事業を行っている場合には、以下の【市川市の届出先】をご確認のうえ、届出して下さい。

#### 【市川市の届出先】

住 所：〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

宛 先：市川市 介護保険課 施設グループ

shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

提出方法：メール、郵送、窓口持参または電子申請

#### 注）電子申請について

行政手続きの簡素化および効率化の推進の観点から厚生労働省において「業務管理体制の整備に関する届出システム」が構築され、電子申請等による届出が可能となりました。

上記のご郵送やご持参の他にも届出が可能ですので、「業務管理体制の整備に関する届出システム」の利用方法などについては、市川市公式 Web サイトに掲載しているマニュアル等をご確認ください。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel03/1111000089.html>

ホーム＞事業者向け＞介護保険＞地域密着型サービス＞業務管理体制の届出様式一覧

### 4 届出に必要な様式等について

- ・ 法第115条の32・法施行規則第140条の40

| 届出が必要となる事由            | 様式        | 記入要領   |
|-----------------------|-----------|--------|
| ① 業務管理体制の整備に関して届け出る場合 | 第1号<br>様式 | 記入要領 1 |

|                                                                                                                                                                                                                     |           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| ② 事業所等の指定等により事業展開地域が変更し届出先区分の変更が生じた場合<br>(注) この区分の変更に関する届出は、市川市および変更後の行政機関の双方に届け出る必要があります。                                                                                                                          | 第1号<br>様式 | 記入要領2 |
| ③ 届出事項に変更があった場合<br>(注) ただし、以下の場合は変更の届出の必要はありません。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の数に変更が生じて、整備する業務管理体制が変更されない場合</li> <li>・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</li> </ul> | 第2号<br>様式 | 記入要領3 |

事業者は、上記の届出が必要となった場合には、遅滞なく届出先の行政機関に届け出て下さい。

## 5 記入要領

### (1) 記入要領1

第1号様式・・・業務管理体制の整備に関して届け出る場合

全ての事業者は、業務管理体制を整備し、事業所等の展開に応じ関係行政機関に届け出る必要がありますので、届出先が市町村長に該当し、市川市のみで事業を行っている場合には、この様式を用いて市川市に届け出て下さい。

#### ・ 記入方法

受付番号および「1 届出の内容」欄の上段の事業者（法人）番号には記入する必要はありません。

#### ア 「届出の内容」欄

業務管理体制の整備に関して届け出る場合は、(1)法第115条の32 第2項関係の（整備）に○を付けて下さい。

届出先行政機関が変更される場合（区分の変更）については、記入要領2および3を参考にして下さい。

#### イ 「事業者」欄

(ア) 事業者の「名称」、「住所」、「法人の種別」、「代表者の職名」、「代表者の住所」等は、登記内容等と一致させて下さい。

(イ) 「法人の種別」は、届出者が法人である場合に、営利法人、社会福祉法人、医療法人、社団法人、特定非営利活動法人等の区別を記入して下さい。

#### ウ 「事業所名称等および所在地」欄

(ア) 地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所を記入し、「事業所名称」欄の最後に事業所の合計数を記入して下さい。

- (イ) この様式に書ききれない場合は、記入を省略し、地域密着型サービス事業所および地域密着介護予防サービス事業所の名称および所在地のわかる資料を添付していただいても差し支えありません。

添付資料は、A4 用紙により、既存資料の写しおよび両面印刷したものでも構いませんが、その場合は添付資料の表紙に、地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の合計数がわかるよう「地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の合計〇〇カ所」と記入して下さい。

エ 「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」欄

- (ア) 事業所等数に応じて整備し届け出る業務管理体制については、次の表を参考に、該当する番号全てに○を付けて下さい。

第 2 号 法令遵守責任者の氏名（フリガナ）および生年月日

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

事業所等の数に応じて整備する業務管理体制

|       | 事業所等の数 |           |       |
|-------|--------|-----------|-------|
|       | 20未満   | 20以上100未満 | 100以上 |
| 第 2 号 | ○      | ○         | ○     |
| 第 3 号 | ×      | ○         | ○     |
| 第 4 号 | ×      | ×         | ○     |

- (イ) 第 2 号については、その氏名（フリガナ）および生年月日を記入して下さい。

- (ウ) 第 3 号および第 4 号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付して下さい。

添付資料は、A 4 用紙により、既存資料の写しおよび両面印刷したもので構いません。

オ 「区分変更」欄

業務管理体制を整備し届け出る場合は、記入する必要はありません。

(2) 記入要領 2

第 1 号様式・・・事業所等の指定等により事業展開地域が変更し届出先区分の変更が生じた場合

業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等に伴う事業展開地域の変更により、届出先区分に変更が生じた事業者は、市川市と区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出て下さい。

・ 記入方法

受付番号および「1 届出の内容」欄の上段の事業者（法人）番号には記入する必要はありません。

ア 「届出の内容」欄

届出先区分の変更が生じた場合は、(2) 法第 115 条の 32 第 4 項関係の（区分の変更）に○を付けて下さい。

イ 「事業者」欄

市川市へ届け出る場合は、この欄に記入する必要はありません。

ウ 「事業所名称等および所在地」欄

市川市へ届け出る場合は、この欄に記入する必要はありません。

エ 「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」欄

市川市へ届け出る場合は、この欄に記入する必要はありません。

オ 「区分変更」欄

(ア) 「事業者（法人）番号」には、市川市が付番した番号を記入して下さい。

(イ) 「区分変更の理由」には、その理由を具体的に記入して下さい。

書ききれない場合は、この様式への記入を省略し、変更の理由がわかる資料を添付していただいても差し支えありません。

資料を添付する場合は、A4用紙により、既存資料の写しおよび両面印刷したものでも構いません。

(ウ) 「区分変更日」は、事業所等の新規指定・廃止等により区分が変更された日を記入して下さい。

(3) 記入要領3

第2号様式・・届出事項に変更があった場合

・ 記入方法

ア 届け出た事項に変更があった事業者は、この様式を用いて市川市に届け出て下さい。

イ 受付番号には記入する必要はありません。

ウ 事業者（法人）番号には、市川市が付番した番号を記入して下さい。

エ 「変更があった事項」の該当項目番号に○を付け、「変更の内容」に具体的に記入して下さい。

なお、書ききれない場合は、記入を省略し変更内容のわかる資料を添付していただいても差し支えありません。

添付資料は、A4用紙により、既存資料の写しおよび両面印刷したものでも構いません。

オ 事業者の「名称」、「住所」、「法人の種別」、「代表者の職名」、「代表者の住所」等は、登記内容等と一致させて下さい。

カ 「5、事業所名称等および所在地」について

地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の指定や廃止等によりその数に変更が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合にのみ届け出て下さい。（地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の数に変更が生じても、整備する業務管理体制が変更されない場合は、届け出る必要はありません。）

この場合は、「変更前欄」と「変更後欄」のそれぞれに、地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の合計の数を記入し、変更後欄に追加または廃止等の地域密着型サービス事業所および地域密着型介護予防サービス事業所の名称、指定年月日、介護保険事業所番号、所在地を記入して下さい。

書ききれない場合は、この様式への記入を省略しこれらの事項が書かれた資料を添付していただいても差し支えありません。

キ 「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」および「8、業務執行の状況の監査の方法の概要」について

事業者の業務管理体制について変更が生じた場合（組織の変更、規定の追加等）に届け出て下さい。規程の字句の修正等体制に影響を及ぼさない軽微な変更は、届け出る必要はありません。

なお、事業所等の数の変更により、「7」または「8」を追加等する場合は、該当項目番号に○を付け、追加の場合には「7」または「8」の概要等がわかる資料を添付して下さい。

添付資料は、A4用紙により既存資料の写しおよび両面印刷したものでも構いません。

## 6 業務管理体制の整備に関する検査について

市川市に届出を行った事業者について、定期的に業務管理体制の整備に関する検査を行います。検査の対象となる事業者には、個別に通知を送付します。検査は原則書面検査により行いますが、必要がある場合には立入検査等を行う場合があります。

注) 事業者等業務管理体制一般検査調査票は市川市公式 Web サイトに掲載しています。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel03/1111000089.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>地域密着型サービス>業務管理体制の届出様式一覧

## 第13章 介護サービス情報の公表制度

介護保険制度は、介護サービスを利用しようとする者が自ら介護サービス事業者を選択し、利用者と事業者とが契約し、サービスを利用または提供する制度です。しかしながら、利用者は要介護者等であり、利用しようとする介護サービスの情報の入手において、事業者と実質的に対等な関係を構築することが困難な場合があります。利用者が適切なサービスを利用できない場合、その心身の機能が低下するおそれなどが考えられることから、利用者に対して、事業者に関する情報を適切に提供する環境整備が望まれます。また、事業者には、自らが提供する介護サービスの内容や運営状況等に関して、利用者による適切な評価が行われ、より良い事業者が適切に選択されることが望まれることから、各事業者の情報を公平に提供する環境整備が望まれます。

介護保険制度は、このように、利用者本位による利用者のニーズにあったより適切な事業者選択を通じたサービスの質の向上が図られることを基本理念とする制度です。

介護サービス情報の公表制度は、このような、利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、法第115条の35第1項の規定に基づいて、事業者に対し、「介護サービス情報（介護サービスの内容および運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、または利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なもの）」の公表を義務付けるものです。

### 1 公表対象となるサービス

居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴（予防含む）、訪問看護（予防含む）、訪問リハビリテーション（予防含む）、通所介護、通所リハビリテーション（予防含む）、短期入所生活介護（予防含む）、短期入所療養介護（予防含む）、特定施設入居者生活介護（予防含む）、福祉用具貸与（予防含む）、特定福祉用具販売（予防含む）、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、療養通所介護、認知症対応型通所介護（予防含む）、小規模多機能型居宅介護（予防含む）、認知症対応型共同生活介護（予防含む）、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、看護所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

### 2 公表対象となる事業者

- ・ 基準日前1年間ににおける介護報酬金額が100万円を超える事業者
- ・ 基準日以降に新規指定された事業者

注）毎年度、4月1日が基準日となります。例）令和6年度基準日 ⇒ 令和6年4月1日

### 3 公表対象となる情報

- ・ 基本情報（事業所に関する基本的な事項）  
名称、所在地、従業員の状況、利用料金、営業時間など
- ・ 運営情報（具体的なサービス提供に関する事項）  
利用者の権利擁護、サービスの質の確保への取り組み、苦情相談への対応など

## 第14章 地域密着型通所介護事業所等の設備を利用し宿泊等のサービスを提供する場合について

指定地域密着型通所介護事業所等の設備を利用して夜間および深夜に**宿泊サービスを提供する場合の届出および事故報告の義務**を基準条例に定めております。また、宿泊サービスを利用する者の尊厳の保持および安全の確保ならびに宿泊サービスの健全な提供を図るため、本市が所管する指定地域密着型通所介護事業所等において宿泊サービスを提供する場合における遵守すべき事項として「市川市指定地域密着型通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定地域密着型通所介護以外の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（以下「指針」という。）」を定めております。基準条例および指針に遵守した適切な運営をお願い致します。

### 1 宿泊サービスの提供内容および対象事業所について

#### (1) 宿泊サービスの提供内容について

- ・利用者の心身の状況により、もしくは利用者の家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、または利用者の家族の身体的および精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に提供するサービスです。
- ・宿泊サービスの提供は緊急時又は短期的な利用の場合です。
- ・提供日数の上限は原則連続30日以内です。

#### (2) 対象事業所について

- ・地域密着型通所介護
- ・（介護予防）認知症対応型通所介護
- ・第1号通所事業（介護予防通所型サービス・基準緩和通所型サービス）

### 2 届出について

#### (1) 届出の種類と提出期限について

##### ア 宿泊サービスを開始しようとするとき

- ・宿泊サービスを開始する前に届出が必要です。
- ・消防法や建築基準法等の関係で協議が必要なことから、**事業開始月の2月前(目安)**までに、事前にご相談下さい。⇒事前相談に係る書類
- ・事前相談後、**1.5月前**までに届出て下さい。⇒開始届出書類

##### イ 届出事項に変更が生じたとき

- ・変更後、**10日以内**に届出て下さい。⇒変更届出書類

##### ウ 宿泊サービスを廃止しようとするとき

- ・休止又は廃止の日の**1月前**までに届出て下さい。⇒休止・廃止届出書類

#### (2) 提出書類について

##### ア 事前相談に係る書類

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 事前相談様式 | ○地域密着型通所介護事業所等の設備を利用した宿泊サービスの実施に係る事前相談書 |
| 添付書類   | 1 案内図、配置図、平面図、立面図                       |
|        | 2 写真                                    |

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | 3 確認申請書類一式（建築指導課に提出した場合） |
|--|--------------------------|

#### イ 開始届出書類

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 届出様式 | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙様式】 |
|      | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙付表】 |
| 添付書類 | 1 従業者名簿                                    |
|      | 2 運営規程                                     |
|      | 3 建物平面図                                    |
|      | 4 撮影方向図                                    |
|      | 5 写真用台紙                                    |
|      | 6 非常災害に関する具体的な計画書                          |

#### ウ 変更届出書類

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 届出様式 | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙様式】 |
|      | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙付表】 |

注）変更事項にかかる書類の添付もお願い致します。

#### エ 休止・廃止届出書類

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 届出様式 | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙様式】 |
|      | ○指定地域密着型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書【別紙付表】 |

### (3) 提出方法など

#### ア 提出方法

必要書類をメールまたは郵送で提出して下さい。

#### イ 提出先

〒272-8501 市川市八幡 1 丁目 1 番 1 号

shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

### 3 公表について

届出のあった事項については、市川市における指定地域密着型通所介護事業所等で提供する宿泊サービスに関する公表実施要綱に基づき、市川市公式 Web サイトにて公表します。

### 4 Web サイト

様式等は市川市公式 Web サイトからダウンロードして下さい。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/1111000237.html>

ホーム＞事業者向け＞介護保険＞地域密着型サービス＞宿泊サービスに係る届出について

## 第 15 章 指定に係る事項の届出

### 1 変更の届出

事業所の名称などに変更があった場合、変更後 10 日以内に変更届出書を提出して下さい。

- 提出物：変更届出書  
添付書類一覧（変更時）に記載されている書類
- 提出期限：変更後 10 日以内

注）平面図の変更または事業所の移転を予定している場合は、事前にご連絡ください。

### 2 指定の更新

指定有効期間の満了日が近づいてきた事業所には指定更新の手続きの案内をします。

指定更新の申請にあたっては、市川市公式 Web サイトに掲載している「指定更新申請の手引き」も確認して下さい。

- 提出物：指定更新申請書  
付表 注）「（別添）添付書類・チェックリスト」も忘れずに提出して下さい。  
添付書類一覧（指定・更新申請時）に記載されている書類
- 提出期限：案内した提出日  
審査終了後、指定更新通知書を送付しますので、事業所の見やすい場所に標示して下さい。

### 3 廃止・休止の届出

事業所を廃止または休止する場合、廃止または休止する 1 か月前までに廃止・休止届出書を提出して下さい。

- 提出物：廃止・休止届出書
- 提出期限：廃止または休止の 1 か月前まで

### 4 再開の届出

休止中の事業所を再開する場合、再開した日から 10 日以内に再開届出書を提出して下さい。

- 提出物：再開届出書
- 提出期限：再開後 10 日以内

### 5 各種届出の提出方法など

#### (1) 提出方法

必要書類を電子申請届出システム、メールまたは郵送で提出して下さい。

- 電子申請届出システムの場合  
システムログイン画面 <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>  
G ビズ ID（事前に取得が必要です）でログイン後、【申請届出メニュー】各項目からお手続きをお願いいたします。
- メールで提出する場合  
件名は「【〇〇届】事業所名」として下さい。  
返信を希望される場合、メール本文に返信希望の旨を記載して下さい。受け付けた旨の返信をします。

- ・ 郵送で提出する場合

受付印の押印を希望される場合、変更届等のコピーおよび返信用封筒（切手を貼付したもの）を同封して下さい。受付印を押印し返送します。

(2) 提出先

〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号 介護保険課 施設グループ宛  
shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

**6 様式等**

- ・ 様式等は市川市公式 Web サイトからダウンロードして下さい。

ホーム>事業者向け>介護保険>地域密着型サービス>地域密着型サービスの指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368516.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>居宅介護支援>居宅介護支援の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368697.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>介護予防支援>介護予防支援の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368718.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>介護予防・日常生活支援総合事業>介護予防・日常生活支援総合事業の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368716.html>

## 第 16 章 介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出

指定居宅介護支援介護給付費単位数表、指定介護予防支援介護給付費単位数表、指定地域密着型サービス介護給付費単位数表および指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の中で、介護給付費または予防給付費の算定に際し、事前に市町村長に届出なければならないことが明記されている事項について、体制届の提出が必要となります。

### 1 届出の必要な場合

- (1) 指定申請を行うとき
- (2) 新たに加算、減算を取得するとき
- (3) 取得している加算、減算を取り下げるとき
- (4) 取得している加算、減算などに係る体制に変更が生じたとき

### 2 提出書類

- (1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- (2) 介護給付費算定に係る体制状況一覧表
- (3) 添付書類

注) 添付書類については、以下の6に掲載する市川市公式 Web サイトにある「提出書類と注意事項」をご確認下さい。

### 3 届出の提出期限

- ・ 算定月の前月の 15 日（必着）  
注) 15 日が閉庁日の場合は翌開庁日  
注) 以下のサービスは算定月の 1 日（必着）
  - ・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護（短期利用型を含む）
  - ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護

### 4 提出方法など

- (1) 提出方法

必要書類を電子申請届出システム、メール、または郵送で提出して下さい。

- ・ 電子申請届出システムで提出する場合  
システムログイン画面 <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>  
G ビズ ID（事前に取得が必要です）でログイン後、【申請届出メニュー】5 加算に関する届出、から届出下さい。
- ・ メールで提出する場合  
件名は「【体制届】事業所名」として下さい。  
返信を希望される場合、メール本文に返信希望の旨を記載して下さい。受け付けた旨の返信をします。
- ・ 郵送で提出する場合

受付印の押印を希望される場合、体制届のコピーおよび返信用封筒（切手を貼付したもの）を同封して下さい。受付印を押印し返送します。

(2) 提出先

郵送 : 〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号 介護保険課 施設グループ宛  
メール : shisetsu-g@city.ichikawa.lg.jp

## 5 注意事項

- (1) 届出が必要とされない加算要件についても指導監査の対象となります。すべての要件を満たしていることが分かるよう、必要な記録等を整備して下さい。
- (2) 審査が通った場合でも、特段の連絡はいたしません。
- (3) 加算要件を満たさなくなった場合または減算要件に該当する場合は、すみやかに届出て下さい。届出せずに加算を算定または減算せずに請求していた場合、不正請求に該当し、支払われた介護給付費または予防給付費は不当利得となるため返還が必要となります。また、悪質な場合、指定の取消しをします。
- (4) 市川市以外の市区町村から指定を受けている場合は、当該市区町村にも必ず届出て下さい。

## 6 様式

様式等は市川市公式 Web サイトからダウンロードして下さい。

ホーム>事業者向け>介護保険>地域密着型サービス>地域密着型サービスの指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368516.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>居宅介護支援>居宅介護支援の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368697.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>介護予防支援>介護予防支援の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368718.html>

ホーム>事業者向け>介護保険>介護予防・日常生活支援総合事業>介護予防・日常生活支援総合事業の指定・届出

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel01/0000368716.html>

---

## 第17章 指導監督

---

基準条例は市川市の指定を受けた地域密着型サービス事業者（以下「事業者」という。）がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、事業者は常にその運営の向上に努めなければなりません。基準条例に違反することが明らかになった場合は、指導等の対象となり、さらにこの指導等に従わない場合には指定を取り消すことがあります。各事業者におかれましては、基準条例の理解および遵守に努めていただきますようよろしくお願いいたします。

基準条例は市川市公式 Web サイトに掲載していますので、ご確認ください。

<https://ops-jg.d1-law.com/opensearch/SrMjF01/init?jctcd=8A80073A9D>

ホーム＞市政＞市政の運営＞条例・規則等＞市川市例規集＞市川市例規検索システム＞第 10 編社会福祉＞第5章介護保険＞No.10 にてご確認ください。

### 1 指導について

#### (1) 指導の対象

利用者の自立支援および尊厳の保持を念頭に、介護サービス事業者等のサービスの質の確保や向上を目的とし、法第 23 条等を根拠とする文書の提出依頼や質問等を行い、介護給付等対象サービスの取扱いや介護報酬の請求等に関する事項について指導をするものです。

#### (2) 指導の対象

- ・ 介護保険施設の開設者
- ・ 居宅サービス事業者
- ・ 地域密着型サービス事業者
- ・ 居宅介護支援事業者
- ・ 介護予防サービス事業者
- ・ 地域密着型介護予防サービス事業者
- ・ 介護予防支援事業者
- ・ 第1号訪問事業を行う事業者
- ・ 第1号通所事業を行う事業者
- ・ 居宅介護および介護予防のための住宅改修を行う者
- ・ 上記に掲げるものに係る特例によりサービス（基準該当サービス等）を行う者

#### (3) 指導の形態、方法

##### ア 集団指導

制度管理の適正化について指導するもので、介護サービス事業者等に一定の場所へ集まって頂き、指定事務の制度説明、改正法の趣旨やその内容の理解促進等を、講習等の方法にて実施します。

##### イ 運営指導

###### ・ 一般指導

①介護サービスの実施状況指導②最低基準等運営体制指導③報酬請求指導を行うもので、介護サービス事業所等に市川市の指導職員が出向き、文書の閲覧やヒアリングにより適正な事業運営がなされているかを確認し、改善が必要な事項について指導をします。

- ・ 合同指導

運営や報酬請求について指導するもので、介護サービス事業所等に厚生労働省の指導職員と市川市の指導職員、または千葉県の指導職員と市川市の指導職員が出向き、文書の閲覧やヒアリングにより適正な事業運営がなされているかを確認し、改善が必要な事項について指導をします。

#### (4) 運営指導の流れ

##### ア 実施まで

- ・ 実施日の概ね1か月前までに実施通知を発送します。
- ・ 実施通知を受理したら事前提出書類を用意し、通知に記載のある期日までにメール、郵送、持参のいずれかの方法で提出して下さい。
- ・ 実施日までに、通知に記載のある「当日に確認する書類」の準備をお願い致します。

##### イ 当日

- ・ サービス種別によりますが、概ね2、3人の指導職員で事業所等へ伺います。
- ・ 文書の確認や管理者等からのヒアリングを行いますので、個人情報に配慮ができる個室等の準備をお願いします。
- ・ 運営状況や請求事務について説明ができる職員の出席をお願いします。
- ・ 当日の詳細な流れを説明後、事業所等の中を巡視し設備や運営等の状況を確認します。
- ・ 巡視後、文書やヒアリングにより、運営や請求事務等の状況を確認します。
- ・ 全てを確認後、指導職員による講評となります。
- ・ 講評にて実地指導は終了となります。
- ・ 終了まで約2～3時間かかります。

注) 事業所の設備を使用し介護保険サービス外の宿泊サービスを提供している事業所については、宿泊サービスの提供状況も確認します。

注) 著しい運営基準違反や報酬請求に不正が確認された場合には、監査へ変更となることがあります。

注) 高齢者虐待等により、利用者の生命や心身の安全に危害を及ぼすおそれがある場合には、上記の流れとは別の対応をすることもあります。

##### ウ 実施後

- ・ 当日に指導職員が口頭にて指導した内容については、早急な改善をして下さい。
- ・ 実施日から概ね1か月以内に結果通知を発送します。
- ・ 結果通知に改善すべき事項が記載されていた場合には、改善状況を再度見直し、「指導事項改善報告書」に改善した結果を記載し、改善したことが分かる内容の文書等を添付後、結果通知に記載のある期日までにメール、郵送、持参のいずれかの方法により提出をして下さい。
- ・ 改善内容が不十分であったり、改善したことが分かる書類に不備があったりした場合には、再度の提出やヒアリング等をすることがあります。

#### (5) 過去に指導した事項

| No        | 項目   | 指導事項                                                       |
|-----------|------|------------------------------------------------------------|
| 各サービス共通項目 |      |                                                            |
| 1         | 運営規程 | 運営規程において誤った表記が認められた。<br>・ 従業者の職種、員数及び職務の内容について、実態に即したものとする |

|                   |            |                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |            | <p>こと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・営業日および営業時間について、実態に即したものに修正すること</li> <li>・利用料金を正しく修正すること。</li> <li>・サービス種別の名称を正しく記載すること。</li> </ul>                                                                |
| 2                 | 業務管理体制     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務管理体制の整備に関する事項を届け出ていなかった。</li> <li>・業務管理体制の整備に関する事項の変更があった場合は、遅滞なく、当該変更に係る事項について届け出ること。</li> </ul>                                                                          |
| 3                 | 苦情処理       | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要について、市川市の窓口を「介護保険課」とすること。                                                                                                                                                                    |
| 4                 | 指定・指定更新通知書 | 指定・指定更新通知書が事業所の見やすい場所に標示されていなかった。                                                                                                                                                                                    |
| 5                 | 重要事項説明書    | <p>指導した修正事項例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に関する掲示がされていなかった。</li> <li>・職員体制について、実態に即したものに修正すること。</li> <li>・重要事項説明書に記した市川市の相談・苦情等の窓口について、「介護保険課」に修正すること。</li> <li>・料金について正しい金額を記載すること。</li> </ul> |
| 6                 | 秘密保持等      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じること。</li> <li>・利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書等により得ておくこと。</li> </ul>                                   |
| 7                 | 変更届        | 運営規程に変更があったが、変更届が提出されていなかった。                                                                                                                                                                                         |
| 8                 | 事故発生時の対応   | 事故報告書について、市へ提出がなされていなかった。                                                                                                                                                                                            |
| 9                 | 勤務体制の確保等   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するために必要な措置が講じられていなかった。</li> <li>・原則として、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係を明確にした月ごとの勤務表を作成すること。</li> </ul> |
| 10                | 記録の整備      | 従業者の勤務の記録について、勤務実績が整備されていなかった。                                                                                                                                                                                       |
| 地域密着型通所介護・第1号通所事業 |            |                                                                                                                                                                                                                      |
| 1                 | 人員         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者が適切に配置されていなかった。</li> <li>・看護職員が適切に配置されていなかった。</li> <li>・事業所におくべき生活相談員の時間数がサービス提供時間分に足りていなかった。</li> </ul>                                                                  |
| 2                 | 重要事項説明書    | <p>地域密着型通所介護の重要事項説明書について、以下のとおり修正すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自動終了の項目について、「原則、市川市民でなくなった場合」を追加すること。</li> </ul>                                                                                  |
| 3                 | 地域密着型      | 管理者でない従業者が地域密着型通所介護計画の内容について説明を行っ                                                                                                                                                                                    |

|                 |               |                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | 通所介護計画        | ている事例が認められた。                                                                                                                                                                                                       |
| 4               | 報酬            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員基準欠如に該当している月について、減算等をせずに報酬請求していた。</li> <li>・ 処遇改善加算に係る実績報告書が提出されていなかった。</li> <li>・ 地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者について、減算をせずに報酬請求をしていた。</li> </ul>                              |
| 認知症対応型共同生活介護    |               |                                                                                                                                                                                                                    |
| 1               | 人員            | 計画作成担当者の中に、介護支援専門員の資格を持つ者が配置されていなかった。計画作成担当者について、1 以上は介護支援専門員をもって充てること。                                                                                                                                            |
| 2               | 報酬            | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)について、基準に定める要件を満たしていなかった。                                                                                                                                                                            |
| 小規模多機能型居宅介護     |               |                                                                                                                                                                                                                    |
| 1               | 具体的取扱方針       | ほぼ毎日宿泊する利用者については運営推進会議に対し報告し、評価を受けること。                                                                                                                                                                             |
| 定期巡回随時対応型訪問介護看護 |               |                                                                                                                                                                                                                    |
| 1               | 人員            | オペレーター及び随時訪問サービスを行う訪問介護員等が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する時間帯を通じて1 以上確保されるために必要な数の配置が確認できなかった。                                                                                                                                |
| 居宅介護支援          |               |                                                                                                                                                                                                                    |
| 1               | 内容及び手続の説明及び同意 | 居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、①利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること、②居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であることについて、利用者へ文書を交付して説明を行っていないことが確認された。                                                                   |
| 2               | 報酬            | 厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号。）第 83 号に該当していたが、居宅介護支援費を減算せずに報酬請求していた。                                                                                                                                           |
| 3               | 具体的取扱方針       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービス計画について、当該居宅介護サービス計画に位置付けたサービスの開始後に利用者から同意を得ていた。</li> <li>・ 訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した際に、当該医療サービスについて意見を求めた主治の医師等に当該居宅サービス計画を交付等していなかった。</li> </ul> |

## 2 監査について

### (1) 監査とは

介護給付等の支給に係る居宅サービス等の質の確保や介護給付等の支給の適正化を図るため、公正かつ適正な措置をとることを目的として、介護給付等対象サービスの内容や介護報酬の請求の内容に関し、法に定める勧告、命令、指定の取消し等の要件に該当する場合や介護報酬の請求の内容について不正もしくは著しい不当が疑われる場合や高齢者虐待等により利用者等の生命又は身体の安全に危害を及ぼしている疑いがあると認められる場合（人格尊重義務違反）には、法第 78 条の 7 等を根拠に検査を実施するものです。

### (2) 監査の対象

- ・ 介護保険施設の開設者
- ・ 居宅サービス事業者
- ・ 地域密着型サービス事業者
- ・ 居宅介護支援事業者
- ・ 介護予防サービス事業者
- ・ 地域密着型介護予防サービス事業者
- ・ 介護予防支援事業者
- ・ 第 1 号訪問事業を行う事業者
- ・ 第 1 号通所事業を行う事業者
- ・ 居宅介護および介護予防のための住宅改修を行う者
- ・ 上記に掲げるものに係る特例によりサービス（基準該当サービス等）を行うもの

### (3) 勧告、命令

基準条例および予防基準条例等で定める人員、設備および運営に関する基準に違反したことを確認した場合は、法第 78 条の 9 第 1 項等の規定に基づき、当該介護サービス事業者等に対し、基準を遵守し適正な運営をするよう勧告します。勧告を受けた介護サービス事業者等が、当該勧告に従わなかった場合、その旨を公表することがあります。また、勧告を受けた介護サービス事業者等が、正当な理由なく当該勧告に係る措置をとらなかったときは法第 78 条の 9 第 3 項等に基づき、当該勧告に係る措置をとるよう命令します。なお、命令した場合には、その旨を公示します。

### (4) 指定の取消し等

基準条例および予防基準条例等で定める人員基準や運営基準を満たすことができなくなったときや、要介護者等の人格尊重義務に違反したとき、介護給付等の請求に不正があったとき等には、当該介護サービス事業者等に係る指定の取り消し、または指定の全部もしくは一部の効力の停止をします。

## 第18章 屋外でのサービス提供について

### 1 通知について

令和元年度集団指導において配布した「屋外サービス適正チェックリスト」において不正請求にかかる通報を促すなど、誤解を招きかねない表記があったこと等のご指摘を頂いたことを受け、令和4年度に内容の見直し（P62）を図り、各事業所へはメール等にて周知しているところです。

国の通知にあるとおり、

- ① あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられていること。
- ② 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること。

の条件を満たせば、屋外でのサービス提供は可能です。

また、機能訓練を目的としない外出については引き続き、要件を満たしたうえで「介護保険外サービス」として提供いただくことが可能と考えます。詳しくは「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて（介護保険最新情報 Vol.678）」をご確認ください。

### 2 屋外でのサービス提供の質問事項について

市川市に質問のあった内容について、ご紹介いたします。

| 質問                         | 回答                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ケアプランにはどのように記載してもらえばよいのか？  | 基準上、屋外でのサービス提供について、あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられており、効果的な機能訓練等のサービス提供ができることの条件が付けられているので、個々の地域密着型通所介護計画等に屋外でのサービス提供に係る内容が位置付けられていれば、ケアプランには具体的な屋外でのサービス提供に係る内容まで記載を求めるものではありません。 |
| 機能訓練の定義はあるのか？              | 運営基準からは「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練」ととらえることができます。またその実施は、身体的な機能訓練に限定されることなく、心身について機能訓練を行うことができます。                                                                         |
| 実際にどのような行為がダメなのかを明確に示してほしい | 効果的な機能訓練等のサービス提供ができることの条件として計画に位置付けている場合は問題ないと判断されます。個々の利用者の心身の状況を踏まえ、ご検討をお願いします。                                                                                         |

### 3 屋外でのサービス提供の相談先について

屋外でのサービス提供を検討するうえで、ご不明点がございましたら、下記の窓口までご相談ください。

#### 【問い合わせ先】

市川市 介護保険課 施設グループ

住 所 : 〒272-8501 市川市八幡 1 丁目 1 番 1 号

電 話 : 047-712-8548

## 【通知】

市川市第 20220704-0086 号

令和 4 年 7 月 4 日

(介護予防) 認知症対応型通所介護事業者 様  
地域密着型通所介護事業者 様  
居宅介護支援事業者 様

市川市福祉政策課長

### 地域密着型通所介護事業所等における「屋外でのサービス提供」の取り扱いについて

平素より、市川市の介護保険制度の適正な運営にご協力いただきまして誠にありがとうございます。

地域密着型通所介護事業所等における「屋外でのサービス提供」の取り扱いについては、「令和元年度市川市指定介護サービス事業者集団指導」において、みなさまに周知をさせていただいたところでした。

その際に、配付しました「屋外サービス適正チェックリスト」には、不正請求の可能性にかかる通報を促すなど、各事業所に誤解を招きかねない表記がありましたことから、「市川市屋外サービス適正チェックリスト」は下記のとおりの通知に変更いたします。

なお、秋頃に実施を予定しています「令和4年度集団指導」においても、あらためて周知をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

### 記

#### 1 基本的な考え方

地域密着型通所介護等は、事業所内でサービスを提供することが原則です（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第17項等）。しかしながら、利用者にとってサービス利用中にも施設の外に出て、機能訓練等を受けることは、身体的かつ心理的にも効果的サービスであると考えます。なお、屋外でのサービスを提供する場合には、以下の国の基準を守ってください。

#### 2 国の基準(指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号）第3の2の2の3（2））

- ① あらかじめ地域密着型通所介護計画に位置付けられていること。
- ② 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること。

※ 地域密着型通所介護計画書等は居宅サービス計画の内容に沿ったものとなっているかについても確認してください。

### 【問い合わせ先】

市川市福祉政策課 施設グループ

〒272-8501 市川市八幡1丁目1番1号

TEL 047-712-8548（直通）

---

## 第 19 章 他課からのお知らせ

---

### 1 高齢者補聴器購入費の助成（令和 6 年度新規開始事業）

問い合わせ先

市川市地域包括支援課 小玉・中野

TEL：047-712-8559

各年度上限に達し次第受付を終了、詳細次ページ以降参照

### 2 市川市ゴールドシニア外出支援事業「チケット 75」（令和 5 年度新規開始事業）

問い合わせ先

市川市地域包括支援課 チケット 75 担当

TEL：047-712-8385（直通）

047-712-8559

各年度上限に達し次第受付を終了、詳細次ページ以降参照

※令和 6 年度の第一次申請受付期間で上限に達していないため、現在も継続して申請を受け付けています。

バス、タクシーそれぞれ上限 15,000 人に到達次第、受付終了となります。

### 3 市川市スマートフォン購入費補助金（令和 6 年度新規開始事業）

問い合わせ先

市川市地域包括支援課 伊藤・朝比奈

TEL：047-712-8559

本事業は令和 6 年度限りで終了します。詳細次ページ以降参照

### 4 高齢者見守り支援事業（令和 2 年度新規開始事業）

問い合わせ先

市川市地域包括支援課 伊藤・朝比奈・末廣

TEL：047-712-8559

市川市が実施する高齢者見守り支援事業で貸与する「みまもりタグ」の位置情報を送信するためのスマホアプリ導入のお願いです。行方不明高齢者等の早期発見にご協力ください。

詳細次ページ以降参照

# 補聴器の購入費 助成します

上限 30,000円

## 対象者

1～5 の要件をすべて満たしている方

- 1 補聴器購入日時点で、市内に  
居住し、住民登録があること
- 2 補聴器購入日時点で、65歳  
以上であること
- 3 **市民税非課税世帯**であること
- 4 **耳鼻咽喉科の医師**により  
補聴器の使用が必要であるとの  
**証明**があること
- 5 聴覚障害の**身体障害者手帳**  
**を交付されていない**こと  
(申請中の方は対象外です)

ご不明な点は  
お気軽に  
ご相談ください



## 助成金額

補聴器購入費用額  
(上限額30,000円)

購入した補聴器の費用

3万円未満の場合

その補聴器の費用分を助成

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 例 | 補聴器代 | 1万5千円 |
|   | 助成額  | 1万5千円 |

3万円以上の場合

3万円を助成

|   |      |      |
|---|------|------|
| 例 | 補聴器代 | 34万円 |
|   | 助成額  | 3万円  |

## ご注意

次の場合、助成することができません

- 補聴器購入日の翌日から起算して1年を経過した後に申請された場合
- 購入されたものが集音器、助聴器など、補聴器以外の場合
- 過去に市から補聴器の助成を受けたことがある場合

# 手続きの流れ

1

## 市に相談する

地域包括支援課 管理グループまでご相談ください。

※聴覚障害の身体障害者手帳等をお持ちの方につきましては、障がい者支援課までお問い合わせください。

まずはご相談  
ください！



2

## 耳鼻咽喉科を受診する

耳鼻咽喉科を受診し、医師の証明書（市指定様式）の交付を受けてください。

※証明書等の作成料は自己負担となります。



3

## 補聴器を購入する

使用する環境に合わせた自分に合った補聴器を選びましょう。補聴器の専門店では、上手に使うためのアドバイスや装用トレーニングなど、丁寧なサポートが受けられます。



4

## 市に申請する

次の3点をご用意ください。

### 申請書兼請求書

振込先口座の情報を  
ご記入ください

### 購入した補聴器の 領収書の原本

購入日、購入者の氏名、  
購入商品名、事業所名、  
事業所印の入ったもの

### 医師の証明書

市指定の様式を  
ご使用ください

なお、市外からの転入等の事情により、市川市で課税情報を確認できない場合は、非課税証明書の提出が必要です。

5

## 助成金が振り込まれる

審査後、決定通知書を送付します。  
その後、1か月から2か月程度で、ご指定の口座に  
お振込みします。



令和6年度の受付を開始します!



市川市では、市内在住のゴールドシニア(75歳以上の方)を対象に、  
外出を促進し健康寿命の延伸を目的として、  
市内で利用できるバス・タクシーチケットを支給します



バス利用の流れ



チケットと現金100円を用意



いつも通り乗車



チケットを利用する旨を乗務員へ



タクシー利用の流れ



いつも通り乗車



支払時にチケットを乗務員へ



500円を差引いた運賃を支払い



※ 令和6年度は予算の上限に達し次第、受付を終了します。

問合せ

市川市 福祉部 地域包括支援課 ☎ 047-712-8385





### 申請方法と対象者は？

市公式webサイトよりオンライン申請。または、申請書に記入し、郵送または窓口へ提出。  
75歳以上の方（昭和25年4月1日以前にお生まれの方）が対象です。ただし、市川市福祉  
タクシー券の助成資格を有する方は、チケット75のタクシーは対象外です。  
なお、ご利用については申請書に記載した利用者本人しか使えません。



### 申請書はどこにある？

市公式webサイトからダウンロードできるほか、第一庁舎・行徳支所・大柏出張所・  
市川駅行政サービスセンター・南行徳市民センター・高齢者サポートセンター・  
いきいきセンター・地域ケアシステム拠点にあります。



### 申請受付窓口は？

第一庁舎・行徳支所・大柏出張所・市川駅行政サービスセンター  
南行徳市民センターの5か所です。



### 申請期間は？

第一次申請受付期間（令和6年4月8日～令和6年5月31日）で上限に達していない  
ため引き続き申請を受け付けます。  
バス・タクシーそれぞれ15,000人に到達次第、受付終了となります。



### チケット送付時期・送付方法は？

申請受付からおおむね1ヶ月半前後を目途に、チケットを発送予定です。



### 利用期限はいつまで？

令和7年3月31日（月）までです。



### どこでつかえるの？

バス：市内発または市内着の主要路線。（一部市外での利用ができます。）  
タクシー：市内発または市内着の乗車区間のみ利用できます。



### バスとタクシー両方申し込めるの？

両方申込みできます。どちらか一方だけの申請もできます。



はじめて スマートフォンを  
所持・購入する **75** 歳以上の方に  
購入費の一部を補助します

補助額  
購入費用の  
**2分の1**  
※ 上限  
**25,000円**  
(1,000円未満切り捨て)



以下のいずれも満たす方

対象要件

- ① 市川市に居住し、かつ、住民登録があること。
- ② 75歳以上及び令和6年度内に75歳に達する方。(昭和25年4月1日以前に生まれた方)
- ③ スマートフォンを初めて所持・購入し、対象者名義でモバイルデータ通信の契約を行っていること。
- ④ 営利を目的とせず、自ら使用する目的でスマートフォンを購入すること。
- ⑤ 市が指定するキャリアの端末と回線を取り扱う店舗にてスマートフォンを購入すること。

対象経費

- ☒ スマートフォン本体の購入費用
 ☒ 充電用機器の購入費用(2個目以降は対象外)
 ☒ 契約に関する事務手数料
 ☒ データ移行手数料
 ☒ アカウント設定料
 ☒ その他手数料

購入期間  
申請期間

令和 **6** 年 **4** 月 **1** 日 ~ 令和 **7** 年 **3** 月 **31** 日 (申請書類必着)

申請の  
流れ

01

購入・契約

スマートフォンの  
購入・モバイルデ  
ータ通信の契約

02

市に申請書等(3点)を提出

- ① 申請書兼請求書
  - ② スマートフォンを購入したことが分かる契約書等(紙媒体)の写し
  - ③ 領収書(対象者名義)
- ※ 契約者氏名、購入年月日、機種、販売店、対象経費の内訳が明記されているもの  
※ 対象者以外の口座を指定する場合は、委任状が必要となります。

03

補助金支給

申請後、1~2ヵ月後  
に指定の口座にお  
振込みいたします。

チャレンジ75+

市川市 福祉部 地域包括支援課

## 指定キャリア店舗

ドコモ ・ ソフトバンク ・ ワイモバイル ・ au ・ UQモバイル

※ 下記店舗以外でも、指定キャリアを取り扱う店舗であれば、家電量販店等での購入も対象です。

### ドコモショップ市川インター店

📍 鬼高 3-27-2  
☎ 050-3493-0535

### ソフトバンク市川

📍 市川 1-9-1  
☎ 047-323-0088

### au Styleニッケコルトンプラザ市川

📍 鬼高 1-1-1  
ニッケコルトンプラザ センターモール3F  
☎ 0800-700-1037

### ドコモショップ本八幡店

📍 東大和田 2-4-10  
昭栄ビル本八幡1階  
☎ 050-3666-9043

### ソフトバンク市川ニッケコルトンプラザ

📍 鬼高 1-1-1  
☎ 047-378-5656

### au Style市川八幡

📍 八幡 2-3-11  
GEエジソンビル本八幡1F  
☎ 0800-700-0976

### ドコモショップ妙典店

📍 富浜 1-7-8  
☎ 050-3666-9510

### ソフトバンク本八幡

📍 八幡 2-5-8  
ガレリアサウラ101号  
☎ 047-302-2150

### auショップ市川

📍 市川 1-23-10  
アルファツインビル1F  
☎ 0800-700-0974

### ドコモショップ南行徳店

📍 相之川 4-14-12  
☎ 050-3666-9498

### ソフトバンク妙典

📍 妙典 5-13-35  
☎ 047-701-2011

### auショップ妙典

📍 妙典 4-9-27  
☎ 0800-700-1054

### ワイモバイル市川

📍 市川 1-6-7 IKビル1F  
☎ 047-321-0131

### ソフトバンク行徳

📍 行徳駅前 2-13-18  
行徳駅前ビル1F  
☎ 047-307-8818

### auショップ行徳

📍 行徳駅前 1-27-19  
アネックス渋谷1F  
☎ 0800-700-1004

### ワイモバイル行徳

📍 行徳駅前 2-7-12  
サンライズビル1階  
☎ 047-397-5544

### ソフトバンク南行徳

📍 南行徳 3-2-8  
南行徳秀研ビル  
☎ 047-300-3888

### auショップ南行徳

📍 相之川 3-15-12  
オザリア南行徳1F  
☎ 0800-700-1052

## Q&A

### Q1 機種変更は対象になりますか？

“初めて”スマートフォンを所持、購入した人に限るため、スマートフォンから別のスマートフォンへの機種変更や他キャリアへの乗り換えは対象になりません。

| 購入前               | 購入後       | 判定           |
|-------------------|-----------|--------------|
| 非保有               | スマートフォン   | 新規契約 = ◎ 対象  |
| A社フィーチャーフォン(ガラケー) | A社スマートフォン | 機種変更 = ◎ 対象  |
| A社スマートフォン         | A社スマートフォン | 機種変更 = ✕ 対象外 |
| A社スマートフォン         | B社スマートフォン | 乗り換え = ✕ 対象外 |

### Q2 本人名義の契約、本人名義の口座でなければいけませんか？

本人名義の契約書、領収書が必要です。口座は本人名義でない場合は、委任状が必要となります。

### Q3 本人は窓口に行けませんが、家族等が代理で申請してもいいですか？

代理での申請は可能です。申請書兼請求書の提出代行者欄に記載をお願いします。

### Q4 分割払いでも対象になりますか？

対象になります。



お問合せ 市川市 福祉部 地域包括支援課 管理グループ ☎ 047-712-8556

# 高齢者見守り支援事業 ご案内

家でも



外でも



見守りをサポート

「もしも」のときは、自宅にガードマンが駆けつけます

対象者（下記いずれか）

○65歳以上の高齢者の方

○身体障害者手帳1・2級の方

## I サービス内容



## 2 貸与機器（見守り通報装置）

|                                                                                                    |                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>コントローラー本体</p>  | <p>「緊急ボタン」を押すとガードセンターへ通報され、ガードマンが駆けつけます。</p> <p>「相談ボタン」を押すと健康相談ダイヤルへ繋がり、日常的に健康相談が受けられます。</p> <p>熱中症指数が高くなると点灯し、音声で注意を促します。</p>                        |
| <p>ペンダント型送信機</p>  | <p>「ボタン」を押すとガードセンターへ通報され、ガードマンが駆けつけます。通話はできません。（家の中限定）</p>                                                                                            |
| <p>安否確認センサー</p>   | <p>24時間反応がなければ自動で受信センターへ通報され、ガードマンが駆けつけます。</p> <p>※原則、開閉センサーをドア等に設置します。（原則、ビスで固定します。）開閉センサーの利用が難しい方は空間センサーを設置することも可能です。</p>                           |
| <p>みまもりタグ</p>   | <p>利用者が身に付けることで、外出・帰宅等の通知をご家族にメールでお知らせすることができます。</p> <p>また、専用のアプリが入った携帯端末、各利用者宅に設置されたコントローラー本体とすれ違い、通信を行うことで位置履歴情報がサーバーに記録され、ご家族はアプリで確認することができます。</p> |

## 3 利用料金 ※警備会社にお支払いいただきます。

| 区 分                      | 月額料金（税込） |
|--------------------------|----------|
| 対象者の方のみで生活している市民税非課税世帯の方 | 616円     |
| 対象者の方のみで生活している市民税課税世帯の方  | 1,232円   |
| 対象者の方以外と生活している方          | 2,772円   |

※利用開始月の翌月から、終了する（機器撤去完了）月までの月額料金がかかります。  
日割り計算は行いません。

※固定電話回線がない方や、既にドアホンで回線を使用している場合などは、警備会社が用意した回線を利用するため、月額1,100円（税込）が追加が必要です。

※上記利用料金以外にかかる電気料金・通信料金などは自己負担となります。

※貸与機器を破損、又は紛失した場合の費用は自己負担となります。

※転居等に伴う移設や自己都合により生じる費用は自己負担となります。

※3ヵ月滞納があった場合、サービスがご利用いただけなくなります。

## 4 利用料金の支払い手続きについて

利用料金は金融機関口座からの引き落としになります。

口座振替手続きのため「預金口座振替依頼書」に記入と押印が必要です。

記入項目は、金融機関名・支店名・口座番号・カナ名義と届出印の押印です。

方法1：ご自身で金融機関に行って手続き

1回目の訪問で警備会社から用紙を受取り、ご自身で手続きをお願いします。  
手続き後の控えを警備会社に郵送してください。

方法2：警備会社に手続きを代行してもらう

警備会社に手続きを代行してもらう場合は、1回目の訪問で口座番号等がわかるものと届出印をご用意ください。

## 5 家の中の確認について

室内を確認し図面を作成するのは、適切な場所に機器を設置するとともに、定期的なメンテナンスを行うためになります。機器が正常に稼働する環境を確保することで、緊急時の早期発見等につながるものと考えています。  
また、ペンダント送信機は主に寝室で使う方が多いことから電波が届き、きちんと通報できるか確認するため、家の中を拝見いたします。

## 6 鍵の預かりについて



玄関の合鍵を1組ご用意ください。

鍵の預かりは必須となります。鍵をお預かりすることにより、緊急時の迅速な対応が可能になります。お預かりした鍵は、その場でご本人立会いのもと、専用の収納袋に入れ厳重に封をし、警備会社内において、防犯カメラの設置及び常時施錠された専用の部屋に保管されます。

※緊急通報時、警備会社よりも救急隊のほうが先に現地に到着した場合など緊急性の高い場合は窓等を物理破壊して入室する可能性があります。

## 7 注意事項



- ・現在「あんしん電話」やその他電話回線を利用した緊急通報装置を使用している方はご利用できません。取り外し後、設置が可能となりますのでご相談ください。
- ・基本にご利用できる回線は、アナログ回線、又は市外局番ではじまるIP電話でモジュージャックがあるものとなります。（ソフトバンクエア等は不可）
- ・電波状況等により設置することができない、又は機能の一部が制限される可能性があります。
- ・みまもりタグについては、ご自身で電池交換が必要になります。電池が切れた際は、コントローラー本体に表示されますので、CR2450（パナソニック製）のコイン型リチウム電池を入替えてください。
- ・コンセントが抜けた状態、電話回線停止時、電波状況の不具合等で機械、又は回線に異常を感知すると、警備会社から状況確認の連絡が入ります。
- ・災害などによる停電時等、見守り通報装置を使用できないことがあります。
- ・利用申請すると、申請内容について、警備会社・消防局・高齢者サポートセンターとで情報共有します。

## 8 利用開始までの流れ

### 申請書類のご提出

申請書類を下記窓口、又は郵送にてご提出ください。  
窓口：地域包括支援課・行徳支所介護福祉相談窓口・  
高齢者サポートセンター  
(市公式webサイトからオンライン申請も可能です。)



オンライン申請QRコード

### 事前確認の日程調整

警備会社より設置の連絡先へ訪問の日程調整のための電話連絡をします。

### 事前確認（訪問1回目）

警備会社のご自宅に伺い、事前説明及び設置可否の確認を行います。  
※電波状況等により設置することができない、又は機能の一部が制限される  
可能性があります。  
※料金引落としの手続きをするため下記①②のいずれかをご用意ください。  
①キャッシュカード・金融機関届出印 ②通帳等・金融機関届出印  
※暗証番号を聞くことはありません。

### 利用可否決定通知書の送付

市より「利用可否決定通知書」を送付します。

### 設置工事・鍵の預かり（訪問2回目）

機器の設置、試験通報及び鍵の預かりを行います。  
※玄関の合鍵を1組ご用意ください。

### 利用開始

※申請から利用開始まで約1ヵ月半程度かかります。

## 9 申請書類 ※申請書類は市公式webサイト又は申請窓口にございます。

- ☐利用申請書
- ☐誓約書
- ☐事業調査票
- ☐同意書（借家、又は賃貸の方のみ）※住宅所有者の同意が必要です  
※市営住宅にお住まいの方は、同意書の提出は不要です。
- ※転入等の事情により市川市で課税状況が確認できない方で、料金区分が616円  
の方は、非課税証明書が必要となります。

市川市 福祉部  
地域包括支援課 管理グループ  
電話番号 047 (712) 8556

ボランティア向け

専用タグと(((♥))) あなたのスマホで地域貢献!!

# みまもりタグアプリ



無料アプリをダウンロードすれば、あなたもボランティアに。  
**スマホでつながろう、安心の輪！**

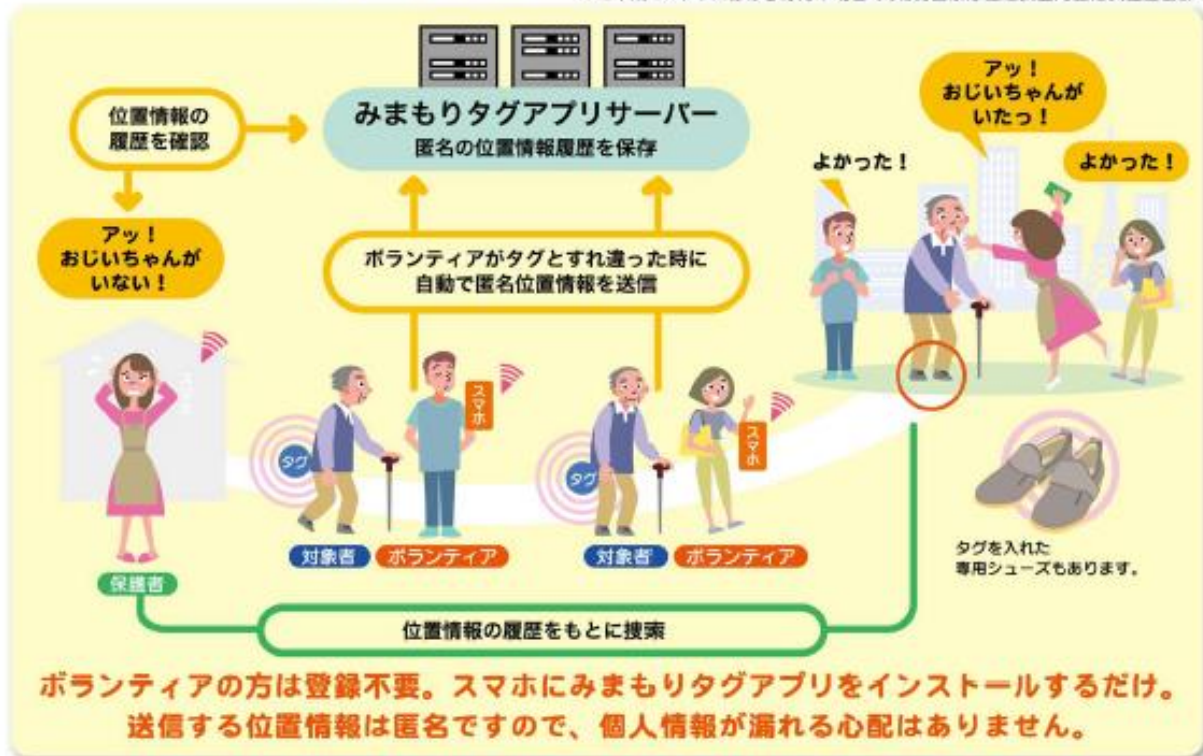
# ご高齢者様や お子様を、 みんなのスマホで見守れます。

タグを所持する見守りの対象者は、主に高齢者様やお子様です。

全国で年間12,208名\*のご高齢者様が行方不明になっており、  
ご家族等が懸命に捜索しています。

あなたの位置情報が、捜索の手助けとなります。

※「平成27年中における行方不明者の状況」警察庁生活安全局生活安全企画課



「みまもりタグアプリ」はGoogle Playや  
App Storeから無料でダウンロードできます。  
「みまもりタグアプリ」で検索してください。

※インストールには、Android 4.4以上、iOS7以上のバージョンが必要です。  
※Apple、Apple ロゴ、OS Xは、米国その他の国で登録された米国アップル社の  
商標です。  
※Android、Google Play、Google Chromeは、Google Inc.の登録商標です。

Download on the  
App Store



GET IT ON  
Google play



この取り組みにご賛同いただける団体・企業様を募集しています。

ALSOX

みまもりタグお問合せデスク

0120-50-5556

24時間365日受付

<http://www.mimamori-suishin.jp/>



お問い合わせ

船橋支社 業務課

住所：船橋市湊町1-1-1

TEL：047-434-2051

(受付：平日09時～18時)

## みまもりタグアプリ手順書 ボランティアとして利用する

※お使いの機種により画面イメージは異なります。

### 手順1.「みまもりタグアプリ」をダウンロードします（ご利用は無料です）

○ i-PhoneやiPad(iOS)をご利用の方  
どちらからでもご利用頂けます。



○ Android端末をご利用の方  
どちらからでもご利用頂けます。



### 手順2.「みまもりタグアプリ」を起動します

- 手順1を終えると、ホーム画面上に「みまもりタグアプリ」のマークが現れます。
- マークをタップする（マークに触る）と「みまもりタグアプリ」が起動します。

ホーム画面(例)



### 手順3-1.アプリのメッセージに従い、初期登録の準備をします 【iOSの場合】

①「チート」スイッチが表示されます。  
5秒「チート」がありますので、左へスワイプして目を通してください。「次へ」をタップします。

② GPS、Bluetooth機能をONにする必要がある時のメッセージが表示されます。  
下部の「OS権限確認」をタップします。

③GPS設定のメッセージが表示されます。  
「設定」をタップします。2枚の設定画面に移動するので、「位置情報サービス」をONにした後、アプリに戻ります。  
※ONにする方法は次ページ【ご参考】をご覧ください。

④元の画面(②)が再度表示されます。  
元の画面が再度表示されているので、もう一度「OS権限確認」をタップします。

⑤位置情報の利用の許可メッセージが表示されます。  
「常に許可」をタップします。



iOS



⑥通知送信のメッセージが表示されます。  
「許可」をタップします。

⑦元の画面(②)が表示されます。  
「次へ」をタップします。

⑧ Bluetooth設定のメッセージが表示されます。  
「設定」をタップします。2枚の設定画面に移動するので、「Bluetooth」をONにした後、アプリに戻ります。  
※ONにする方法は次ページ【ご参考】をご覧ください。

⑨元の画面(②)が表示されます。  
「次へ」をタップします。

⑩利用方法が表示されます。  
「位置履歴検索を利用しない(ボランティア)」をタップします。



手順4へ

## 手順3-2.アプリのメッセージに従い、初期登録の準備をします【Androidの場合】

①セーフティ画面が表示されます。5ページありますので、左へスワイプして目を通してください。「次へ」をタップします。



Android

②利用規約が表示されます。  
※一冊下までスクロールしてから、青くなった「同意する」ボタンをタップしてください。



③BluetoothとGPSをONにすることを許可します。「許可する」をタップします。スプレッドシート画面に移動するので、「位置情報」と「Bluetooth」をONにした後、アプリに戻ります。ONにする方法は下記【ご参考】をご覧ください。



④利用方法が表示されます。「位置履歴検索を利用しない(ボランティア)」をタップします。



手順4へ

## 手順4.アプリが表示されることを確認します

ボランティアの方はアプリを開いてこの画面が表示されたら、完了です。



## 【ご参考】GPS機能(位置情報)とBluetooth機能をONにする

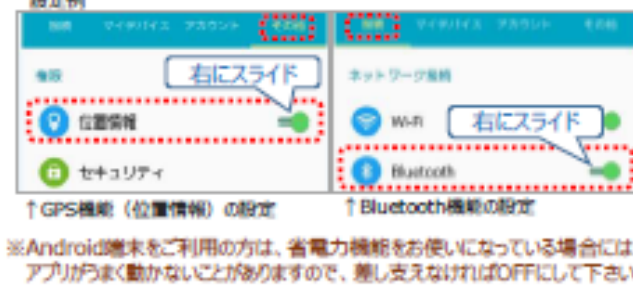
位置情報を提供するには、GPS機能(位置情報)とBluetooth機能をONにする必要があります。



i-PhoneやiPad(iOS)をご利用の方



Android端末をご利用の方



## 第20章 事務連絡

### 1 メールアドレスの確認について

登録または変更するメールアドレス

【市川市公式 WEB サイト(参考)】

ホーム＞事業者向け＞介護保険＞通知・お知らせ＞介護サービス事業者向け情報＞登録メールアドレスの変更等について

<http://www.city.ichikawa.lg.jp/common/wel01/file/0000423501.pdf>

### 2 メールでの申請時の件名について

指定に係る申請書、介護給付費の算定に係る届出、事故報告書等について、メールにて申請等する場合には、件名に届出の内容と併せて事業所名または事業者名を入れて下さい。

| 申請等の項目                          | 件名                                                                                   |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 指定の申請                           | 【指定申請】事業所名                                                                           |
| 指定更新の申請                         | 【指定更新申請】事業所名                                                                         |
| 変更の届出                           | 【変更届】事業所名                                                                            |
| 加算・減算の届出                        | 【〇〇加算の届出】事業所名<br>【〇〇減算の届出】事業所名<br>【〇年度介護職員処遇改善加算計画書】事業所名<br>【〇年度介護職員処遇改善加算実績報告書】事業所名 |
| 事故報告書の提出                        | 【事故報告書】                                                                              |
| 介護・医療連携推進会議または<br>運営推進会議の議事録の提出 | 【介護・医療連携推進会議の議事録】事業所名<br>【運営推進会議の議事録】事業所名                                            |

### 3 施設経営上の相談について

施設経営一般、労務管理・職員待遇、会計処理・税務、利用者処遇・その他に関して相談することができます。

千葉県社会福祉協議会 社会福祉施設経営相談室

電 話 : 043-245-4450

相談日が決められていますので、事前にホームページなどで日程をご確認ください。

<http://www.chibakenshakyo.com/O201shien.php>

| 担当課・グループ                                                        | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>地域包括支援課<br/>管理グループ</b><br>☎047-712-8556                      | <input type="checkbox"/> 紙おむつ給付<br><input type="checkbox"/> はりきゅうマッサージ<br><input type="checkbox"/> 高齢者見守り支援事業<br><input type="checkbox"/> 配食サービス<br><input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス<br><input type="checkbox"/> 住宅改修費の助成(すみよい住まいづくり助成金)<br><input type="checkbox"/> シルバーカー購入費の助成<br><input type="checkbox"/> 家族介護慰労金<br><input type="checkbox"/> 補聴器購入費の助成<br><input type="checkbox"/> チケット75<br><input type="checkbox"/> はじめてスマホ(R6年度限定事業) |
| <b>地域包括支援課<br/>地域支援事業グループ</b><br>☎047-712-8521<br>☎047-712-8519 | <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br><input type="checkbox"/> 短期集中予防サービス事業(いちわかプログラム)<br><input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム<br><input type="checkbox"/> 認知症施策関係<br><input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携推進事業<br><input type="checkbox"/> 生活支援体制整備事業                                                                                                                                                                                            |
| <b>地域包括支援課<br/>相談支援グループ</b><br>☎047-712-8545                    | <input type="checkbox"/> 市川市高齢者サポートセンター<br><input type="checkbox"/> 在宅生活における高齢者虐待(高齢者虐待対応マニュアル)や介護に関する相談<br><input type="checkbox"/> 65歳以上の成年後見制度に関する相談                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>介護保険課<br/>資格給付グループ</b><br>☎047-712-8541                      | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼届出書<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス利用者負担額助成金<br><input type="checkbox"/> 住所地特例<br><input type="checkbox"/> 介護保険及び後期高齢者医療制度送付先変更届<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等再交付・介護保険負担限度額認定申請<br><input type="checkbox"/> 福祉用具関係<br><input type="checkbox"/> 介護保険住宅改修関係<br><input type="checkbox"/> 高額介護(介護予防)サービス費関係<br><input type="checkbox"/> 特例入所                                                      |
| <b>介護保険課<br/>認定グループ</b><br>☎047-712-8543<br>☎047-712-8544       | <input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定・要支援認定申請書(新規・区分変更・更新)<br><input type="checkbox"/> 認定申請取り下げ<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書関係<br><input type="checkbox"/> 認定調査関係<br><input type="checkbox"/> ケアプラン作成に伴う情報開示                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>介護保険課<br/>施設グループ</b><br>☎047-712-8548                        | <input type="checkbox"/> 事業所の新規指定<br><input type="checkbox"/> 指定に係る届出手続き(指定更新・変更届)<br><input type="checkbox"/> 加算・減算の届出<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービスの事故報告<br><input type="checkbox"/> 運営指導関係                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>介護保険課<br/>管理グループ</b><br>☎047-712-8540                        | <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修等費用補助金<br><input type="checkbox"/> 施設整備に係る公募及び補助金関係                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>介護保険課<br/>賦課徴収グループ</b><br>☎047-712-8542                      | <input type="checkbox"/> 介護保険料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |