

## 介護職員など処遇改善加算について

### I 介護職員等処遇改善加算計画書の提出について

介護職員処遇改善加算計画書については様式が見直しされます。令和7年4月・5月分を算定する場合は、令和7年4月15日（火）までに提出ください。

様式が確定し次第、ホームページに掲載しますのでご確認ください。

※算定に係る体制等に関する届出書について

### II 介護職員等処遇改善加算実績報告書について

令和6年度に当該加算を算定している事業者は、令和7年7月31日（木）までに実績報告書を提出ください。

#### ■鳥取県長寿社会課 HP 介護職員処遇改善加算等に係る届出について

<https://www.pref.tottori.lg.jp/192802.htm>

#### ■厚生労働省 HP 介護職員の処遇改善

<https://www.mhlw.go.jp/shogu-kaizen/index.html>

#### ■介護保険最新情報 Vol.1353

介護職員等処遇改善加算等に関する 基本的考え方並びに事務処理手順 及び様式例の提示について

<https://www.mhlw.go.jp/content/001403286.pdf>

## 事故報告書について

事業者は、次の(1)～(6)の場合、南部箕蚊屋広域連合へ速やかに報告を行ってください。

(1) サービス提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生

(注1)「サービス提供による」とは送迎、通院等の間の事故も含む。また、利用者が事業所内にいる間及び事業者が居宅等を訪問している間も「サービス提供中」に含む。

(注2)ケガの程度については、外部の医療機関の受診を要したもの。家族等に連絡したほうが良いと判断されるもの。

(注3)事業者側の過失の有無は問わない。

(注4)利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因に疑義が生じる可能性のあるとき。

(注5)利用者が、事故発生からある程度の期間を経てから死亡した場合。

(2) 食中毒、感染症及び結核の発生

(注)①感染症・・・「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、1類感染症から5類感染症(5類感染症の定点把握感染症を除く)、指定感染症及び新感染症。

②結核・・・サービス提供に関連して発生したと認められる場合。

なお、食中毒及び感染症、結核の発生について、関連する法に定める届出義務がある場合はこれに従うこと。

(3)医師(施設の勤務医、配置医を含む)の診断を受け、投薬、処置等何らかの治療が必要となった場合は報告する。

(4) 職員(従業員)の法令違反・不祥事等の発生

(注)利用者の処遇に影響があるもの(例:利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故など)。

(5) 利用者の失踪・離脱

(注)時間の長短を問わず利用者の所在がわからなくなったもの。

(6) 利用者等の個人情報の漏えい(疑いを含む)

## 南部箕蚊屋広域連合介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領

制定 平成20年1月8日  
最終改正 令和7年3月1日

### 1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

介護保険指定事業者（以下「事業者」という。）が行う介護保険適用サービスとする。

### 2 報告の範囲

事業者は、次の（１）～（７）の場合、南部箕蚊屋広域連合へ報告を行う。

#### （１） サービス提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生

（注１） 「サービス提供による」とは送迎、通院等の間の事故も含む。また、利用者が事業所内にいる間及び、事業者が居宅等を訪問している間は、「サービス提供中」に含まれる。

（注２） ケガの程度については、外部の医療機関で受診し、通院又は入院を要したものを原則とするが、それ以外でも家族等に連絡しておいた方が良くと判断されるものについては、南部箕蚊屋広域連合に対しても報告すること。

（注３） 事業者側の過失の有無は問わない。（利用者の自己過失によるケガでもあっても、（注２）に該当する場合は報告する）

（注４） 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因に疑義が生じる可能性のあるとき（トラブルになるおそれがあるとき）は、南部箕蚊屋広域連合へ報告する。

（注５） 利用者が、事故発生からある程度の期間を経てから死亡した場合は、事業者は速やかに、南部箕蚊屋広域連合へ連絡若しくは報告書を再提出すること。

#### （２） 食中毒、感染症及び結核の発生

（注） ①感染症・・・「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、1類感染症から5類感染症（5類感染症の定点把握感染症を除く）、指定感染症及び新感染症とする。

②結核・・・サービス提供に関連して発生したと認められる場合は、南部箕蚊屋広域連合へ報告する。

なお、食中毒及び感染症、結核の発生について、関連する法に定める届出義務がある場合はこれに従う。

（３） 医師（施設の勤務医、配置医を含む。）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった場合は報告する。

#### （４） 職員（従業員）の法令違反・不祥事等の発生

（注） 利用者の処遇に影響があるもの（例：利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故など）について報告する。

#### （５） 利用者の失踪・離脱

（注） 時間の長短を問わず利用者の所在がわからなくなったものについて報告する。

#### （６） 利用者等の個人情報の漏えい（疑い含む）

#### （７） その他、事業者が報告を必要と認めた事故の発生

### 3 報告の手順

（１） 原則、事業者は速やかに南部箕蚊屋広域連合へ電子メール等の電磁的方法により報告することとする。（第一報）

（注１） 「速やかに」の期限については、遅くとも5日以内を目安にする。

（注２） 書式については、4の定められた書式を用いる。

（２） その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告する。

（３） 報告にあたっては、個人情報の取扱いに十分注意すること。

### 4 報告の書式

別紙「事故報告書」を標準とする。

### 5 報告先

南部箕蚊屋広域連合事務局

6 南部箕蚊屋広域連合の対応

南部箕蚊屋広域連合においては、事故に係る状況を把握するとともに、当該事業者の状況に応じて必要な対応を行う。

この場合、事業者への事実確認等において必要がある場合は、他の機関との連携を図る。

附 則（平成27年8月21日改正）

この要領は、平成27年8月21日から施行する。

附 則（平成28年4月27日改正）

この要領は、平成28年4月27日から施行する。

附 則（平成31年4月1日改正）

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和3年4月1日改正）

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和7年3月1日改正）

この要領は、令和7年3月1日から施行する。

# 事故報告書 (事業者→南部箕蚊屋広域連合)

(別紙)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報     第\_\_\_報     最終報告

提出日： 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	死亡に至った場合 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 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <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 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> (自由記載3) <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> (自由記載1) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> (自由記載2)										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 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: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の 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 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )		<input type="checkbox"/> その他 名称 ( )			
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定 (独自項目追加欄)								
7 事故の原因分析 (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 (手順変更、環境変更、その他の対応、 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 特記すべき事項									

## 感染症の報告について

施設等において、以下に該当する有症者の発生が見られる場合は、保健所に一報を入れるとともに、詳細を南部箕蚊屋広域連合へメール又はFAXで報告していただく必要があります。

### 報告が必要な場合

1. 施設等において、インフルエンザ、感染性胃腸炎等、新型コロナウイルス（以下同一の感染症）による又はそれによると疑われる死亡者又は重篤患者が、1週間に2名以上発生した場合
2. 施設等において、同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が、1週間に10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
3. 1及び2に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に必要と認める場合

初回報告後も、感染拡大収束状況確認のため、報告様式にて日々の発生状況報告をお願いします。（報告終了の目安：感染症が発生しなかった施設開業日が3日間継続するまで）

なお、土日祝の報告については、休日明けの開庁日にまとめて報告をお願いします。施設開業日の分だけでかまいません。

### ■鳥取県西部総合事務所米子保健所 HP

社会福祉施設等における有症者集団発生の状況報告様式

<https://www.pref.tottori.lg.jp/273357.htm>



## 記 載 例

表中の ( ) は、数字の意味の解説です。実際は氏名等詳細な記載の必要はありません。(別途、電話等で聞き取ります。)

### 「感染性胃腸炎の集団発生」に関する報告

施設名 : 社会福祉法人〇〇会 □□苑 (フリガナ □□□ )

住所 : 米子市〇〇〇 (フリガナ 〇〇 )

電話番号 : (〇〇) 〇〇-〇〇

管理者職名 : 園長

管理者氏名 : △△ △△ (フリガナ △△ △△ )

#### ＜有症状者の発生状況＞ 発症日別の実数

利用区分	イ	ロ	ハ	通所		介護 名	看護 20名	事務 3名	調理 5名	合 計
在籍者数	15名	15名	15名	10名						88名
〇月 1日	月			1						1
2日	火		2	2		1	1			6
3日	水	0	1	0	1					2
4日	木	0	6	2	0					8
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
合 計	0	7	4	4		1	1			17

おう吐現場に居合わせた、入所者 B,C さんと通所利用者 D,E さんの4名が発症

おう吐を処理した職員2名が発症

初発: 通所の A さんが苑内でおう吐

4日現在の有症状者数	0	7	4	3		1	1			16
------------	---	---	---	---	--	---	---	--	--	----

重症者の有無 : 有 ・  無

病原体検査の結果 : ノロウイルス ・ ノロウイルス ・ その他 ( )

4日現在、通所の A さん回復したとの連絡有り。

1日の1名、2日の3名と職員2名について、医療機関受診時に検査を依頼、いずれもノロウイルスを検出。

## ファクシミリ送信票

送信先	南部箕蚊屋広域連合 事務局 行き Fax 番号 : 0859-39-6223 E-mail : nan-mino@titan.ocn.ne.jp
発信元	担当者
送付年月日	令和    年    月    日
送付枚数	本状を含み    1    枚

### 「インフルエンザの集団発生」に関する報告

施設名 : (フリガナ )  
 住 所 : (フリガナ )  
 電話番号 : (       ) —  
 管理者職名 :  
 管理者氏名 : (フリガナ )

#### ＜有症状者の発生状況＞    新たな発症者の実数

利用区分						介護	看護	事務	調理	合 計
在籍者数	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
月 日 <small>曜日</small>										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
<b>合 計</b>										

日現在の有 症状者数										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

重症者の有無 : 有 ・ 無  
 インフルエンザの型 : A ・ B ・ 不明

## 記 載 例

表中の (  ) は、数字の意味の解説です。実際は氏名等詳細な記載の必要はありません。

### 「インフルエンザの集団発生」に関する報告

施設名 : 社会福祉法人〇〇会 □□苑 (フリガナ □□□ )  
 住所 : 米子市〇〇〇 (フリガナ 〇〇 )  
 電話番号 : (〇〇) 〇〇-〇〇  
 管理者職名 : 園長  
 管理者氏名 : △△ △△ (フリガナ △△ △△)

#### ＜有症状者の発生状況＞ 発症日別の実数

利用区分	イ	ロ	ハ	通所		介護	看護	事務	調理	合計
在籍者数	15名	15名	15名	10名		名20名	3名	5名	5名	88名
〇月1日 月				1						1
2日 火			2	2		1	1			6
3日 水	0	1	0	1						2
4日 木	0	6	2	0						8
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
合計	0	7	4	4		1	1			17

以前から A さんと仲が良く、苑内で一緒に過ごすことが多い、B,C,D,F さんら 4 名が発症

A さんを介護、看護した職員 2 名が発症

初発：通所の A さん発熱し受診し、A 型インフルと判明

4日現在の有症状者数	0	7	4	3		1	1			16
------------	---	---	---	---	--	---	---	--	--	----

重症者の有無 : 有 ・ 無

インフルエンザの型 : A ・ B ・ 不明 (受診先で A 型と言われた方が 7 名あとは不明)

4日 通所の A さんが回復したとの連絡有り

## ファクシミリ送信票

送信先	南部箕蚊屋広域連合 事務局 行き Fax 番号：0859-39-6223 E-mail：nan-mino@titan.ocn.ne.jp
発信元	担当者
送付年月日	令和 年 月 日
送付枚数	本状を含み 1 枚

## 「新型コロナウイルス感染症の集団発生」に関する報告

施設名： (フリガナ )  
 住所： (フリガナ )  
 電話番号： ( ) -  
 管理者職名：  
 管理者氏名： (フリガナ )

＜有症状者の発生状況＞ 新たな発症者の実数

利用区分						介護	看護	事務	調理	合計
在籍者数	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
月 日 <small>曜日</small>										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
日										
合計										

日現在の有 症状者数										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

重症者の有無： 有 ( 名 ) ・ 無 、入院者の有無： 有 ( 名 ) ・ 無  
 感染対策状況： ( )

## 記 載 例

表中の ( ) は、数字の意味の解説です。実際は氏名等詳細な記載の必要はありません。

### 「新型コロナウイルス感染症の集団発生」に関する報告

施設名 : 社会福祉法人〇〇会 □□苑 (フリガナ □□□ )  
 住所 : 米子市〇〇〇 (フリガナ 〇〇 )  
 電話番号 : (〇〇) 〇〇-〇〇  
 管理者職名 :  
 管理者氏名 : △△ △△ (フリガナ △△ △△)

#### ＜有症状者の発生状況＞ 発症日別の実数

利用区分	イ	ロ	ハ	通所		介護	看護	事務	調理	合計
在籍者数	15名	15名	15名	10名		名20名	3名	5名	5名	88名
〇月1日	月				1					1
2日	火			2	2	1	1			6
3日	水	0	1	0	1					2
4日	木	0	6	2	0					8
日										
日										
日										
日										
日										
日										
合計	0	7	4	4		1	1			17

以前から Aさんと仲が良く、苑内で一緒に過ごすことが多い、B,C,D,Fさんら4名が発症

Aさんを介護、看護した職員2名が発症

初発：通所のAさん発熱し受診し、新型コロナと判明

4日現在の有症状者数	0	7	4	3		1	1			16
------------	---	---	---	---	--	---	---	--	--	----

重症者の有無 : 有 ( 名 ) ・ 無 、 入院者の有無 : 有 ( 名 ) ・ 無  
 感染対策状況 : ( )

4日 通所のAさんが回復したとの連絡有り

## 令和 6 年度介護報酬改定における改定事項について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 1. (5) ④ 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

## 概要

【全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >  
なし



< 改定後 >

### 業務継続計画未実施減算

施設・居住系サービス

所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算 **(新設)**

その他のサービス

所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算 **(新設)**

※ 平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、5単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、その他サービスは、所定単位数から平均して7単位程度/（日・回）の減算となる。

## 算定要件等

- 以下の基準に適合していない場合 **(新設)**
  - ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること
  - ・ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること
- ※ 令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。
- 1年間の経過措置期間中に全ての事業所で計画が策定されるよう、事業所間の連携により計画策定を行って差し支えない旨を周知することも含め、小規模事業所の計画策定支援に引き続き取り組むほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に業務継続計画に関する取組状況を追加する等、事業所への働きかけを強化する。また、県別の計画策定状況を公表し、指定権者による取組を促すとともに、業務継続計画を策定済みの施設・事業所についても、地域の特性に合わせた実効的な内容となるよう、指定権者による継続的な指導を求める。

## 5. ① 「書面掲示」規制の見直し

### 概要

【全サービス】

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

（※令和7年度から義務付け）