

指定障害児通所支援事業者等に対する集団指導

②運営基準に関すること

平成27年3月23日
岡山県保健福祉部障害福祉課



児童福祉法の一部改正の概要

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

① 趣旨

公布日施行

- 一 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活を支援のための法改正であることを明記

② 利用者負担の見直し

平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日（予定））から施行

- 一 利用者負担について、応能負担を原則に
- 一 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減

③ 障害者の範囲の見直し

公布日施行

- 一 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化

④ 相談支援の充実

平成24年4月1日施行

- 一 相談支援体制の強化 【 市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化 】
- 一 支給決定プロセスの見直し(サービス等利用計画案を勸業)、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大

⑤ 障害児支援の強化

平成24年4月1日施行

- 一 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実
(障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行)
- 一 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設
- 一 在園期間の延長措置の見直し 【 18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し。その際、現に入所している者が埋め合わせられることのないようとする。 】

⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実

平成24年4月1日までの政令で定める日
(平成23年10月1日（予定））から施行

- 一 ゴール・プログラム・ケアホーム利用の際の助成を創設 (同行援護。個別給付化)
- 一 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設 (同行援護。個別給付化)
- (その他) (1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業への格上げ、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

(1)(3)(6)：公布日施行
(2)(4)(5)：平成24年4月1日までの政令で定める日
(平成24年4月1日（予定））から施行

障害児支援の強化～今回の改正のポイント～

○ 障害のある児童が身近な地域で適切な支援が受けられるようにするとともに、併せて、年齢や障害特性に応じた専門的な支援が提供されるよう質の確保を図る。

■ 障害児施設の一元化

障害種別で分かれている現行の障害児施設を、通所による支援を「障害児通所支援（児童発達支援等）」、入所による支援を「障害児入所支援（障害児入所施設）」にそれぞれ一元化

■ 障害児通所支援の実施主体を市町村へ移行

通所サービスの実施主体は身近な市町村に変更。これにより障害者自立支援法の居宅サービスと通所サービスの一体的な提供が可能。

■ 放課後等デイサービス、保育所等訪問支援の創設

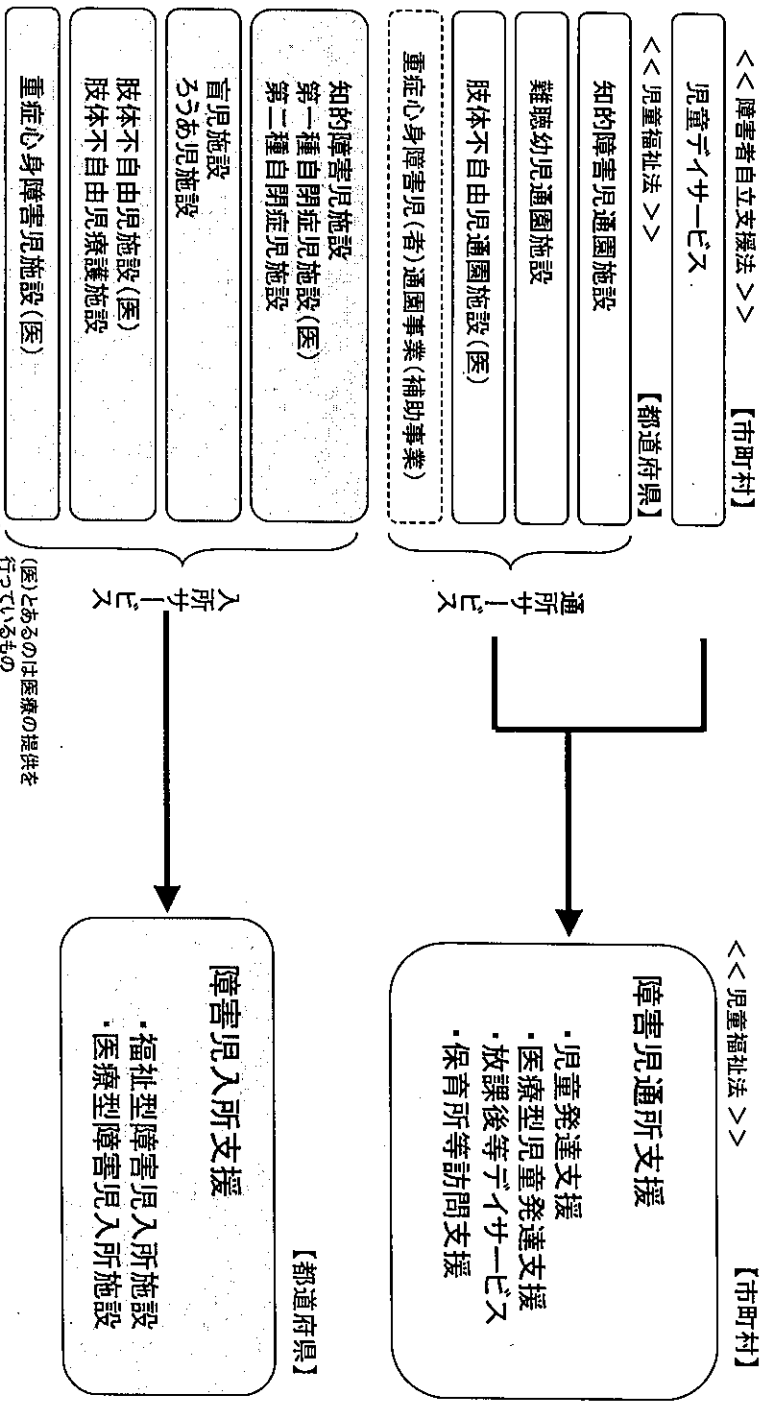
学齢児を対象としたサービスを創設し、放課後支援を充実。また、障害があっても保育所等の利用ができるよう訪問サービスを創設。

■ 在園期間の延長措置の見直し

18歳以上の障害児施設入所者に対し自立支援法に基づく障害福祉サービスを提供し、年齢に応じた適切な支援を提供。
*現に入所していた者が退所させられないようにする。

障害児施設・事業の一元化 イメージ

○ 障害児支援の強化を図るため、現行の障害種別ごとに分かれた施設体系について、通所・入所の利用形態の別により一元化。



児童発達支援

○対象者

- 療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる未就学の障害児。

○サービス内容

- 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行う。

○主な人員配置

- 児童発達支援センター
 - ・児童指導員及び保育士 4:1以上
 - ・児童指導員 1人以上
 - ・保育士 1人以上
 - ・児童発達支援管理責任者 1人以上
 - 児童発達支援センター以外
 - ・児童発達支援センター 10:2以上
 - ・指導員又は保育士 1人以上
 - ・児童発達支援管理責任者 1人以上
- ※重症心身障害児の場合は、併せて報酬告示に定める基準を満たすこと

○報酬単価

■基本報酬

- 児童発達支援センター(利用定員に依じた単位を設定)
 - ・難聴児・重症心身障害児以外 737～976単位
 - ・難聴児 900～1,220単位
 - ・重症心身障害児 798～1,152単位
- 児童発達支援センター以外(利用定員に依じた単位を設定)
 - ・重症心身障害児以外 364～620単位
 - ・重症心身障害児 699～1,608単位

■主な加算

- 児童発達支援管理責任者専任加算(22～410単位)
- 児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

- 延長支援加算(61～256単位)
- 営業時間が8時間以上であり、営業時間の前後の時間において支援を行った場合に加算。

- 福祉専門職員配置等加算(6～15単位)
- ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が35%以上、②常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が25%以上、③児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上。

○岡山県事業所数 83 (平成26年4月実績)

○岡山県利用者数 2,208 (平成26年4月実績)

医療型児童発達支援

○対象者

- 肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医学的管理下での支援が必要と認められた障害児。

○サービス内容

- 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援及び治療を行う。

○主な人員配置

- 児童指導員 1人以上
- 保育士 1人以上
- 児童発達支援管理責任者 1人以上

○報酬単価

■基本報酬

- 医療型児童発達支援センター
 - ・肢体不自由児 333単位
 - ・重症心身障害児 445単位
- 指定医療機関
 - ・肢体不自由児 333単位
 - ・重症心身障害児 445単位

■主な加算

- 児童発達支援管理責任者専任加算(51単位)
- 医療型児童発達支援センターにおいて児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

- 延長支援加算(61～256単位)
- 営業時間が8時間以上であり、営業時間の前後の時間において支援を行った場合に加算。

- 福祉専門職員配置等加算(6～15単位)
- ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が35%以上、②常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が25%以上、③児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上。

○岡山県事業所数 2 (平成26年4月実績)

○岡山県利用者数 19 (平成26年4月実績)

放課後等デイサービス

○対象者

- 学校教育法第1条に規定している学校(幼稚園及び大学を除く。)に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児。

○サービス内容

- 授業の終了後又は学校の休業日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。

○主な人員配置

- 指導員又は保育士 10:2以上
- 児童発達支援管理責任者 1人以上
- 管理者

○報酬単価

■基本報酬

- 授業終了後(利用定員に届いた単位を認定)
 - ・重症心身障害児以外 276～473単位
 - ・重症心身障害児 577～1,329単位
- 休業日(利用定員に届いた単位を認定)
 - ・重症心身障害児以外 359～611単位
 - ・重症心身障害児 699～1,608単位

■主な加算

- 児童発達支援管理責任者専任加算(68～410単位)
 - 児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

延長支援加算(61～256単位)
 → 営業時間が8時間以上であり、営業時間の前後の時間において支援を行った場合に加算。

福祉専門職員配置等加算(6～15単位)
 → ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が35%以上、②常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が25%以上、③児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上。

○岡山県事業所数 78 (平成26年4月末績)

○岡山県利用者数 1,570 (平成26年4月末績)

保育所等訪問支援

○対象者

- 保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定こども園その他児童が集団生活を営む施設に通う障害児であつて、当該施設を訪問し、専門的な支援が必要と認められた障害児。

○サービス内容

- 保育所等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。

○人員配置

- 訪問支援員
- 児童発達支援管理責任者 1人以上
- 管理者

○報酬単価

■基本報酬

916単位

■主な加算

- 児童発達支援管理責任者専任加算(68単位)
- 児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

利用者負担上限額管理加算(150単位)
 → 事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合に加算。

○岡山県事業所数 13 (平成26年4月末績)

○岡山県利用者数 13 (平成26年4月末績)

福祉型障害児入所施設

○サービス内容

■ 障害児入所施設に入所する障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う。

○主な人員配置

■ 児童指導員及び保育士
 ・主として知的障害児又は自閉症児を入所させる施設 4.3:1以上
 ・主として盲児又はろうあ児を入所させる施設
 乳児又は幼児 4:1以上
 少年 5:1以上
 ・主として肢体不自由児を入所させる施設 3.5:1以上
 ・児童指導員 1人以上
 ・保育士 1人以上
 ■ 児童発達支援管理責任者 1人以上

○報酬単価

■基本報酬

- 主として知的障害児を入所させる施設(利用定員に応じた単位を設定) 435～1,451単位
- 主として自閉症児を入所させる施設(利用定員に応じた単位を設定) 571～735単位
- 主として盲児を入所させる施設(利用定員に応じた単位を設定) 404～1,443単位
- 主としてろうあ児を入所させる施設(利用定員に応じた単位を設定) 418～1,433単位
- 主として肢体不自由児を入所させる施設(利用定員に応じた単位を設定) 681～715単位

■主な加算

児童発達支援管理責任者専任加算(7～148単位)
 → 児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

小規模グループケア加算(240単位)
 → 障害児に対して、小規模なグループによるケアを行った場合に加算。

福祉専門職員配置等加算(4～10単位)
 → ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が35%以上、②常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が25%以上、③児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤務3年以上の常勤職員が30%以上

○岡山県事業所数 4 (平成26年4月末実績)

○岡山県利用者数 27(平成26年4月末実績、岡山市除く)

医療型障害児入所施設

○サービス内容

■ 障害児入所施設又は指定医療機関に入所等をする障害児にたいして、保護、日常生活指導及び知識技能の付与並びに治療を行う。

○主な人員配置

■ 児童指導員及び保育士
 ・主として自閉症児を入所させる施設 6.7:1以上
 ・主として肢体不自由児を入所させる施設
 乳児又は幼児 10:1以上
 少年 20:1以上
 ・児童指導員 1人以上
 ・保育士 1人以上
 ■ 児童発達支援管理責任者 1人以上

○報酬単価

■基本報酬

- 主として自閉症児を入所させる施設 323単位
- 主として肢体不自由児を入所させる施設 148単位
- 主として重症心身児を入所させる施設 880単位

■主な加算

児童発達支援管理責任者専任加算(24単位)
 → 医療型障害児入所施設において児童発達支援管理責任者を専任で配置している場合に加算。

小規模グループケア加算(240単位)
 → 障害児に対して、小規模なグループによるケアを行った場合に加算。

福祉専門職員配置等加算(4～10単位)
 → ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が35%以上、②常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士又は介護福祉士の資格保有者が25%以上、③児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤務3年以上の常勤職員が30%以上

○岡山県事業所数 4(平成26年4月末実績)

○岡山県利用者数 8 (平成26年4月末実績、岡山市除く)

実地指導等での主な指導事項の概要

対象サービス種別	指導項目 (標題)	改善を要する事項に係る事例等 (採った取扱い事例等)	事業者として対応が求められる内容 (適正な取扱い等)
1 全サービス	変更の届出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従業員の変更や運営規程の改正後、10日以内に、県に対し、当該変更に係る届出がされていないかった。 ・ 施設等の各部屋の用途を変更していたが、届出がされていないかった。 ・ 増築をしているにも関わらず、届出がされていないかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県への届出事項に変更が生じた場合は、変更が生じた日から10日以内に、当該変更に係る届出を行うこと。 <p>【法第21条の5の19第1項、法施行規則第18条の35第1項】</p>
2 全サービス	指定事業者等の一般原則	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のための従業員に対する研修を実施していないかった。 ・ 従業員の休職等により、指導員又は保育士の職員欠如の状態になっていた日があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のための従業員に対する研修を年1回以上実施すること。 <p>【基準条例第3条第4項】</p>
3 児童発達支援・放課後等サービス	人員配置	<p>指導員又は保育士が、10:2(実利用児の数10人まで)の配置を下回るサービス単位があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①児童発達支援管理責任者を指導員又は保育士に含めて数えていたため、人員が不足した。 ②指導員又は保育士が、サービス提供時間中に送迎に出ているため、人員が不足した。 ③保育所等訪問支援員を兼務する指導員又は保育士が、保育所等訪問支援を行うための外出していたため、人員が不足した。 	<p>指導員又は保育士は、サービス提供時間帯を通じて専ら提供にあたる従業員2人以上の配置が指定基準上必要(利用児10人までの場合)であり、利用児の有無に関わりなく配置すること。</p> <p>【基準条例第6条】</p>
4 全サービス	管理者の兼務	<p>2事業者の管理者を兼務することに加え、1事業者の指導員も兼務することにより、管理業務や直接指導の業務に支障が生じている可能性があった。</p>	<p>2事業者の管理者を兼務するとともに1事業者の指導員を兼務することについては、業務に支障が生じないと判断される場合にのみ認められており、実質的に何らかの支障が生じているのであれば、実質的に是正を行うこと。</p> <p>【基準条例第8条】</p>

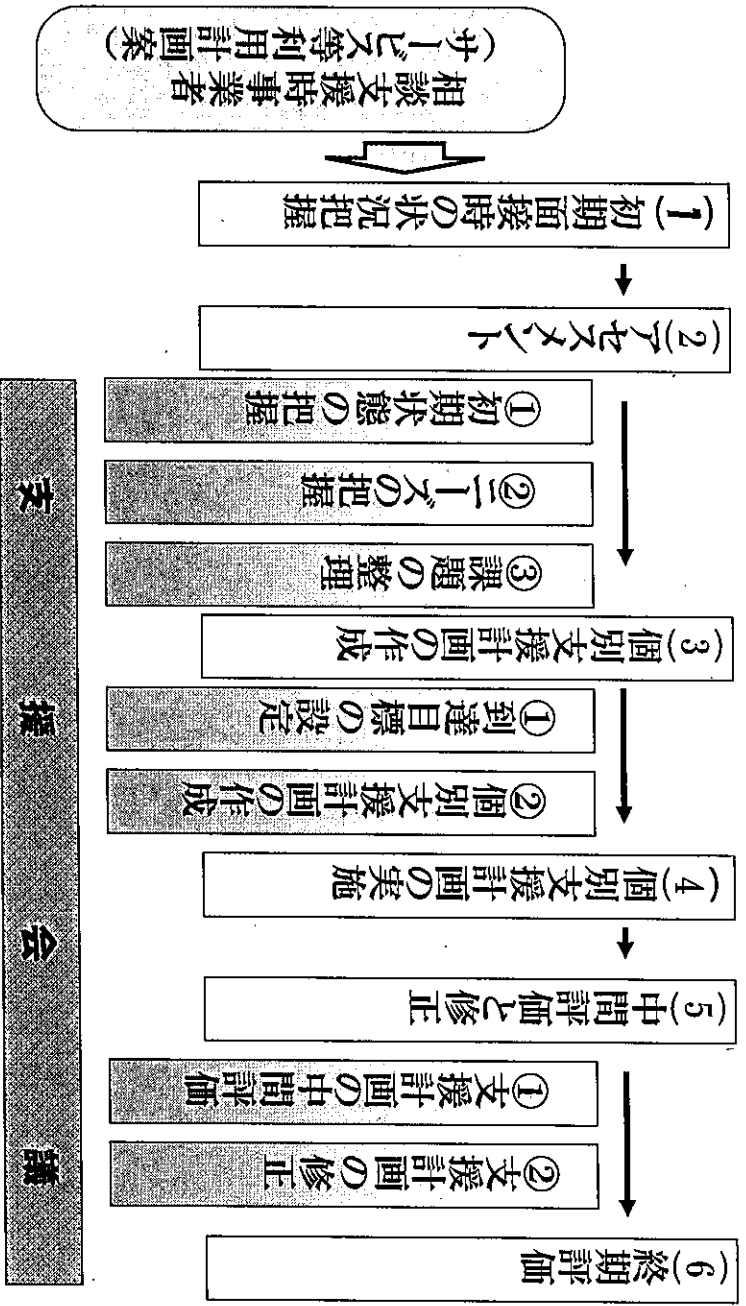
対象サービス種 類	指導項目 (標頭)	改善を要する事項に係る事例等 (誤った取扱事例等)	事業者として対応が求められる内容 (適正な取扱い等)
5 全サービス	内容及び手続の説明及び同意	<ul style="list-style-type: none"> 利用申込者へのサービスの選択に資する重要事項の説明に用いている重要事項説明書に、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、利用者負担額等及び通常の事業の実施地域に係る記載がなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用申込者へのサービスの選択に資する重要事項である従業者の勤務体制、事故発生時の対応、利用者負担額等及び通常の事業の実施地域について、当該説明に用いている重要事項説明書に記載すること。 <p>【基準条例第13条第1項、解釈通知第三の3(2)】</p>
6 全サービス	契約支給量の報告等	<ul style="list-style-type: none"> 利用契約をした際に、受給者証記載事項その他の必要事項を該当市町村に報告していなかった。 受給者証に記載が必要な契約日の記載及び事業者印の押印の漏れが見受けられた。 他の事業所を併用する利用者について、合算した契約支給量が決定支給量を超過している事例があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用契約をした場合は、受給者証記載事項その他の必要事項を該当市町村に報告すること。 受給者証に記載が必要な事項等の記載漏れがないよう注意すること。 複数の事業所を併用する利用者については、決定支給量と他の事業所との契約支給量を十分に確認し、決定支給量を超過しないよう注意すること。 <p>【基準条例第14条】</p> <p>事業者は、通所受給者証により給付決定の有無・種類・有効期間・支給量等を確認しなければならない。</p> <p>また、有効期間の終了に伴う更新支給申請について、必要な援助を行わなければならない。</p> <p>【基準条例第18条、第19条】</p>
7 全サービス	受給資格の確認障害児通所給付費の支給の申請に係る援助	<ul style="list-style-type: none"> 通所受給者証の有効期限の確認をしていなかったため、有効期限が切れてしまった。 	<p>事業者は、通所受給者証により給付決定の有無・種類・有効期間・支給量等を確認しなければならない。</p>
8 全サービス	サービスの提供の記録	<ul style="list-style-type: none"> サービスの提供の記録の内容について、利用者の確認を受けていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> サービスの提供の記録をその都度(日々)記録し、その都度、利用者の確認を受けること。 <p>【基準条例第22条第2項】</p>
9 全サービス	利用者負担額等の受領	<ul style="list-style-type: none"> 報酬改定等の影響で、利用者負担額の算定誤りがあり、過小な額を受領していた。 保護者に負担を求めることができない光熱水費及び外出費(特別な支援に伴うものを除く。)を徴収していた。 追加算定した加算に係る利用者負担額の支払いを受けていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者負担額等の算出に誤りが生じないよう十分に確認を行うこと。特に、報酬改定等の内容の把握を十分に行うこと。なお、誤った金額で受領している場合は、利用者丁寧に説明を行い、差額を精算すること。 保護者から負担を求めることができる費用は、食事費用(センターに限る。)、日用品費、その他日常生活費に限られることに留意すること。 本体報酬だけでなく加算についても利用者負担額が発生することに留意し、利用者負担額の徴収漏れがないようにすること。 <p>【基準条例第24条第1項及び第3項、日常生活費取扱通知】</p>
10 全サービス	障害児通所給付費の額に係る通知等	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領により給付費の支給を受けた際の当該金額について、利用者への通知を行っていないかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 法定代理受領により給付費の支給を受けた場合は、当該金額を利用者への通知すること。 <p>【基準条例第26条第1項】</p>
11 全サービス	通所支援計画の作成等	<ul style="list-style-type: none"> 通所支援計画が、利用開始より後になって作成されていた。 通所支援計画の原案を作成後、当該計画作成に係る担当者会議が開催されていなかった。 通所支援計画の作成後、6ヶ月毎の見直しが行われていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 通所支援計画は、利用開始前に作成し、利用者の同意を得て、利用者に交付し、その後、利用開始となる。 通所支援計画の原案を作成後、当該計画作成に係る担当者会議が開催し、計画原案の内容に意見を求める必要がある。 通所支援計画作成後、少なくとも6ヶ月に1回以上、当該計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行うこと。 <p>【基準条例第28条第5項、第6項、第7項及び第8項】</p>

対象サービス種別	指導項目 (課題)	改善を要する事項に係る事例等 (誤った取扱事例等)	事業者として対応求められる内容 (適正な取扱い等)
12 児童発達支援・ 放課後等デイ サービス	定員の遵守	給付費の減算に該当しないが、定員を超過した受入が確認された。	<ul style="list-style-type: none"> 給付費の減算の有無に関わらず、原則として定員は遵守すべきものであり、定員を超えた受入については、適正なサービスの提供が確保されることを前提に、非常災害発生時、地域の社会資源の状況等から受け入れる必要がある等のやむを得ない事由が存在する場合に限り認められることに留意し、受入を判断すること。 <p>【基準条例第40条】</p>
13 全サービス	非常災害対策	<ul style="list-style-type: none"> 消防法で設置が求められている消火器について、法定点検(6ヶ月毎)が実施されていないかつた。 非常災害を想定した避難、救出その他必要な訓練が実施されていないかつた。 	<ul style="list-style-type: none"> 消防法で設置が求められている消火器について、法定点検(6ヶ月毎)を必ず実施すること。 非常災害に対応するための避難、救出その他の必要な訓練を、その実効性を確保しつつ、定期的に実施すること。 <p>【基準条例第41条第1項及び第3項】</p>
14 全サービス	衛生管理等	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の流し台に共用タオルが置かれていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症等のまん延防止のため、共用タオルの使用はせず、ペーパータオル等で対応すること。 <p>【基準条例第42条第2項】</p>
15 全サービス	掲示	<ul style="list-style-type: none"> 利用申込者へのサービスの選択に資する重要事項が掲示されていないかつた。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用申込者へのサービスの選択に資する重要事項(例えば、重要事項説明書等)を事業所の見やすい場所に掲示すること。 <p>【基準条例第44条】</p>
16 全サービス	身体拘束等の禁止	やむを得ず行う身体拘束等について、適切な説明・報告等がされていないかつた。	<p>障害児又は他の障害児の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の障害児の行動を制限する行為(身体拘束等)を行ってはならない。</p> <p>また、緊急やむを得ず身体拘束等を行うことが想定される場合には、以下の項目等に留意すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①事前に保護者等に説明を行うこと ②身体拘束等は具体的に自傷他害のおそれがある場合等緊急やむを得ない場合に限られること ③やむを得ず身体拘束等を行った場合でも、その時間・手段は最小限度のものであること ④身体拘束等の態様及び時間、心身の状況、緊急やむを得ない理由その他の必要な事項を記録すること ⑤保護者に説明を行うこと ⑥再発防止策に努めること <p>【基準条例第45条】</p>
17 全サービス	秘密保持等	<ul style="list-style-type: none"> 利用者等の個人情報について、事前に同意を得ていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 他の事業所や医療機関等に対し、利用者又はその家族に関する個人情報を提供する際は、あらかじめ文書により同意を得る必要がある。なお、想定される個人情報の使用先等について、包括的に文書同意を得ておくことが望ましい。 <p>【基準条例第48条第3項】</p>
18 全サービス	会計の区分	<ul style="list-style-type: none"> 会計が事業所(サービス)ごとに区分されず、法人全体(指定事業と日中一時支援事業の合算)の会計のみとなっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 指定事業(サービス)ごとに会計を区分するとともに、指定事業以外の他の事業とも区分して管理すること。 <p>【基準条例第54条】</p>

対象サービス種別	指導項目 (標題)	改善を要する事項に係る事例等 (誤った取扱い事例等)	事業者として対応が求められる内容 (適正な取扱い等)
19 児童発達支援・ 放課後等デイ サービス	管理者の勤務時間	記録の不備により勤務状況の一部が確認できなかった。	従業員のみでなく、管理者の勤務状況も正確に記録しておくこと。 【基準条例第55条】
20 児童発達支援・ 放課後等デイ サービス	定員超過利用減算	障害児通所支援事業所において、1日2単位の設定のうち午後の第二単位において、利用定員5名に対し9名の受入があり、定員超過減算の対象となっていた。	障害児通所支援事業所においては、単位ごとに定員の管理が必要であり、利用定員5名に対し150%を超える人数(9名)を受け入れた場合は、定員超過減算の算定をすること。 【報酬告示別表第1の1注3、留意事項通知第二の1(5)】
21 放課後等デイ サービス	放課後等デイサービス給付費	放課後等デイサービスの土曜日の利用において、授業の終了後に行う場合の報酬単価で請求していた。	放課後等デイサービスにおいては、授業の終了後の行う場合と学校休業日に行う場合の報酬単価が違ふことから、当該利用が学校休業日か否かを保護者等の協力を得ながら、十分に確認し、算定誤りが生じないようにすること。 【報酬告示別表第3の1注1及び注2】
22 児童発達支援・ 放課後等デイ サービス	指導員加配加算	指導員加配加算を算定していたが、指導員又は保育士が、保育所等訪問支援又は送迎に外出しており、サービス提供時間帯を通じて必要な人数を配置していなかった。	指導員加配加算の算定は、単位ごとにサービス提供を行う時間帯を通じて、指導員又は保育士を指定基準上必要な人数に加え1名以上配置すること。 【報酬留意事項通知第二の2(1)(5)】
23 児童発達支援 サービス	家庭連携加算	児童発達支援管理者が、利用原の通学している幼稚園に行き、利用児及び保護者が不在の時間帯に、幼稚園教諭に対し、相談援助を行った時間についても当該加算を算定していた。 ・個別支援計画に基づかず、保護者等からの同意がなされていないまま訪問が実施され、加算が算定されていた。	利用原及び保護者を直接の対象としない相談援助は家庭連携加算の対象とはならないので留意のこと。 【報酬留意事項通知第二の2(1)(5)】 ・個別支援計画に基づき、あらかじめ保護者の同意を得たうえで相談援助を行い、その内容を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定すること。 【報酬告示別表第1の2注】
24 児童発達支援 放課後等デイ サービス	欠席時対応加算	欠席時対応加算の算定において、算定要件である前々日から当日までの利用中止の連絡が無く、また、具体的な相談援助の内容の記録も存在しないものがあつた。 利用予定日の翌日以降に、連絡調整を行った場合に、加算を算定していた。	欠席時対応加算については、利用を中止した日の前々日、前日又は当日に中止の連絡があつた場合に、連絡調整やその他の相談援助を行うとともに、利用者の状況、相談援助の内容等を記録しておくこと。 【報酬留意事項通知第二の2(1)(10)】

対象サービス種 類	指導項目 (標題)	改善を要する事項に係る事例等 (読った取扱い事例等)	事業者として対応が求められる内容 (適正な取扱い等)
		<p>改善を要する事項に係る事例等 (読った取扱い事例等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害児及びその家族から利用中止の連絡の電話連絡を受けたことを記録するのみで加算が算定されていた。 	<p>事業者として対応が求められる内容 (適正な取扱い等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該障害児の状況を確認し、引き続き通所支援の利用を促すなどの相談援助の記録を残すこと。 <p>【報酬留意事項通知第二の2(1)⑩】</p>
		<p>サービス提供実績記録に記載されている送迎回数を上回る請求を行っていた。</p>	<p>給付費の請求にあつては、請求課りのないよう請求前の精査を怠りなく行うこと。</p>
25	児童発達支援 ・放課後等デイサービス	送迎加算	<p>送迎者の氏名や事業所の発着時間及び利用者の氏名などの記録がなされていない。</p> <p>送迎加算の算定要件は、居宅と事業所間の送迎を行うことが原則である。放課後等デイサービスについては、居宅に加え学校と事業所間の送迎でも算定できるが、この場合には障害児支援利用計画(障害児支援利用計画)が作成されていない場合には個別支援計画)に記載されていることが要件なので、注意すること。 【平24年度報酬改定1に関するQ&A問109】</p>

サービス提供のプロセス



(1) 支援会議

- ・個別支援計画の作成等のために定期的に支援会議を実施する
- ・利用者やサービス提供職員の他、必要に応じて利用者、関連機関の職員と開催する
- ・サービス管理責任者は支援会議が効率的に運営されるようマネジメントする

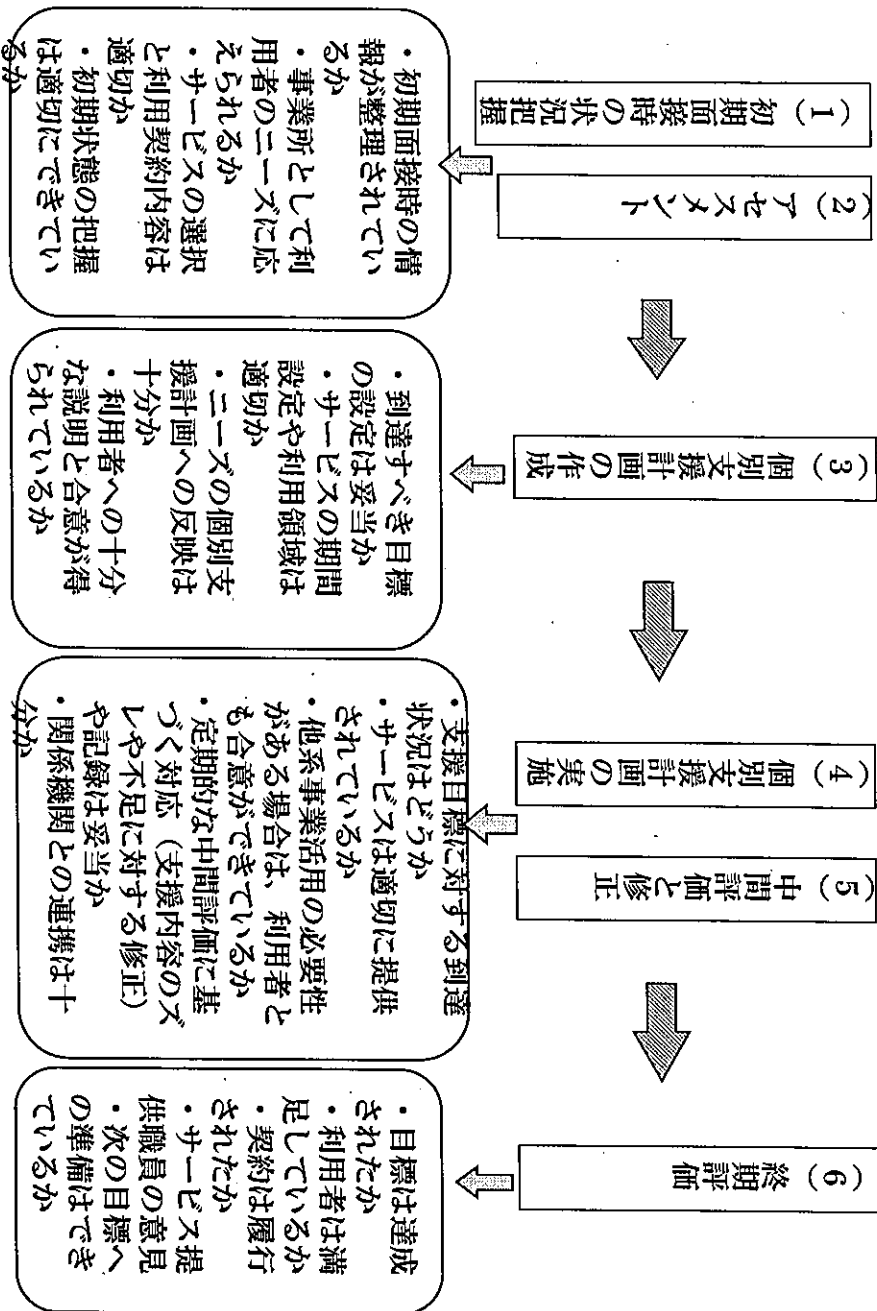
実施方法

- ・支援会議はチームアプローチの場であり、サービス提供職員と個別支援計画を
実現していく場であることを認識する
- ・サービス提供職員と個別支援計画を協働して検討し作成していく
- ・サービス管理責任者は適時、指導・助言を実施する
- ・担当した個別支援計画の説明などサービス提供職員の教育の場でもある
- ・他の支援方法の導入などチームでサービス提供の工夫を凝らす
- ・支援会議運営マニュアルなどを作成しておく
- ・効果的な運営が可能となる
- ・支援会議の内容を記録しておく

必要なツール

- ・ 支援会議記録表

(4) サービス内容のチェック



サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として業務に従事する者の実務経験について

- ・指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等
(H18.9.29 厚生労働省告示第 544 号)
- ・障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの
(H24.3.30 厚生労働省告示第 230 号)

業務範囲	業務内容等	年数
障害者の保健、医療福祉、就労、教育の分野における支援業務	① 相談支援業務 1 地域生活支援事業（相談支援事業）、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業に従事する者 2 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センターの従業者 3 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターの従業者 4 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターの従業者 5 特別支援学校の従業者 6 病院若しくは診療所の従業者のうち、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員 2 級以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※を有する者 (4) 上記 1 から 5 に掲げる施設等における相談支援業務に従事した期間が 1 年以上ある者	5 年以上
	② 直接支援業務 1 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、病院又は診療所の療養病床の従業者 2 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業の従業者 3 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所の従業者 4 障害者の雇用の促進等に関する法律第 44 条第 1 項に規定する子会社、同法第 49 条第 1 項第 6 号に規定する助成金の支給を受けた事業所の従業者 5 特別支援学校の従業者	10 年以上
	③ 有資格者等 1 上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員 2 級以上に相当する研修を修了した者 (3) 保育士 (4) 児童指導員任用資格者 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者 2 上記①、②、③-1 の期間が通算して 3 年以上従事する者で、国家資格等※による業務に 5 年以上従事している者	5 年以上

- ① 相談支援業務
 身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務その他これに準ずる業務
- ② 直接支援業務
 身体上若しくは精神上の障害がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務
- ※ 国家資格等
 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

(注) 実務経験及び日数換算について
 1 年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が 1 年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が 1 年あたり 180 日以上あることを言うものとする。
 例 えば 5 年以上の実務経験であれば、実務に従事した期間が 5 年以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が 900 日以上であることを言う。

児童発達支援管理責任者の配置に係る猶予措置の見直しについて

・平成 27 年 4 月 1 日から 3 年間に限り、障害児通所支援事業所等の開始日を起点として 1 年間の研修修了要件を猶予する措置が設けられる。

※平成 27 年 4 月 1 日前から事業を行っている場合は、平成 28 年 3 月 31 日まで。

・やむを得ない事由により児童発達支援管理責任者が欠けた場合は、発生日から起算して 1 年間の研修修了猶予措置が設けられる。

15 障害児支援について

(1) 保育所等との連携強化のための対応について

平成 26 年 7 月にとりまとめられた、障害児支援の在り方に関する検討会の報告書においては、今後の障害児支援の在り方について、「地域社会への参加・包容（インクルージョン）の推進と合理的配慮」や「障害児の地域社会への参加・包容を子育て支援において推進するための後方支援としての専門的役割の発揮」等を基本理念として、「ライフステージに応じた切れ目の無い支援（縦の連携）と保険、医療、福祉、教育、就労支援等とも連携した地域支援体制の確立（横の連携）」を大きな柱として推進していくことが提言されているところである。

こうした観点も含め、平成 27 年度障害福祉サービス等報酬改定においては、児童発達支援や放課後等デイサービス事業所が保育所等関係機関間との連携を強化するため、保育所や学校等と連携した個別支援計画を作成した場合等を評価する「関係機関連携加算（仮称）」の創設を始め、保育所等訪問支援における専門性の高い支援を評価する「訪問支援員特別加算（専門職員が支援を行う場合）（仮称）」の創設等により、障害児通所支援事業所等と保育所や学校との連携体制を強化し、障害児の地域支援体制の構築を図ることとしている。【関連資料①（200・201 頁）】

各地方公共団体においては、報告書の内容やこれらの加算等について御了知いただき、障害児通所支援事業所等と保育所や学校等が緊密に連携して障害児支援に取り組むことができるよう、管内市町村や子育て支援・教育担当課等との連絡調整や情報共有等に御配慮願いたい。なお、障害児支援に係る福祉行政と教育行政の相互連携については、平成 24 年 4 月に発出した文部科学省との連名による事務連絡「児童福祉法等の改正による教育と福祉の層の推進について」（平成 24 年 4 月 18 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課、文部科学省初等中等教育局特別支援教育課）により依頼しているところだが、引き続き御配慮願いたい。

また、第 186 回国会で成立した新しい少年院法（平成 26 年法律第 30 号。以下「新少年院法」）において、少年院の長は、出院後に自立した生活を営む上での困難を有する在院者（障害児を含む。）に対して、適切な住居等への帰住の支援、医療・療養の支援、修学等の支援を行うこととされているところである。

法務省では、新少年院法の制定を契機として、障害のある少年院在院者の円滑な社会復帰に係る支援の充実方策を検討しているところであるが、今後、障害児相談支援事業所で作成する障害児支援利用計画や障害児通所支援を提供する事業所等で作成する個別支援計画、学校等で作成する個別の教育支援計画や個別の指導計画並びに少年院で作成する個人別矯正教育計画が連携することで、それぞれの分野が連携した支援体制を進める方向で検討しているので、あらかじめ御了知願いたい。

(2) 放課後等デイサービスガイドラインの策定について

障害児支援の在り方に関する検討会の報告書において、障害児支援について、その質を担保する観点からガイドラインの策定が必要である旨言及されたことを受け、平成26年10月6日より、関係団体や有識者等からなる「障害児通所支援に関するガイドライン策定検討会」を開催し、放課後等デイサービスガイドラインの策定について検討を行ってきたところであるが、ガイドラインの方向性については、次のとおりである。

放課後等デイサービスガイドラインは、平成27年2月20日時点では、総則として(1)ガイドラインの趣旨、(2)放課後等デイサービスの基本的役割、(3)放課後等デイサービスの提供に当たった際の基本的姿勢と基本活動、(4)事業所が適切な放課後等デイサービスを提供するために必要な組織運営管理の4点を定めた上で、(1)設置者・管理者向けガイドライン、(2)児童発達支援管理責任者向けガイドライン、(3)従業者向けガイドラインを定め、それぞれにおいて、子どものニーズに応じた適切な支援の提供と支援の質の向上や子どもと保護者に対する説明責任等、緊急時の対応と法令遵守等について定める方向としている。

また、ガイドラインに基づき、事業所において自己評価の実施が図られるよう、ガイドラインの発出にあたっては、事業所におけるチェックリストとなるような「事業者向け放課後等デイサービス自己評価表」と、保護者へのアンケート調査などを想定した、より簡素な「保護者等向け放課後等デイサービス評価表」の2つの評価表のひな形を作成する方向となっている。

ガイドライン及び自己評価表については近日中に発出予定であるので、詳細な内容については追ってお示しする。なお、本検討会での検討状況については、当省HPで公表しているのので、ご参照いただきたい。【関連資料②(202.203頁)】

※厚生労働省HP「障害児通所支援に関するガイドライン策定検討会」URL
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=220733>>

(3) 児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部改正について

平成26年7月にとりまとめられた、障害児支援の在り方に関する検討会の報告書や平成27年度障害福祉サービス等報酬改定検討チームでの議論等を踏まえ、平成27年1月16日付けで「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令」(平成27年厚生労働省令第6号)を公布し、また、これに伴い、「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成27年2月20日付障発0220第1号。以下「解釈通知」)及び「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部改正に係るQ&Aについて」(平成27年2月20日付事務連

絡)を发出したところである。

今回の省令改正においては、児童発達支援センターにおける地域支援をより一層推進する観点から、児童発達支援センターが相談に応じ援助を行う対象に、障害児本人や障害児が通う保育所や小学校等を盛り込むを行うとともに、解釈通知においては、児童発達支援センターが行う地域支援の具体的な内容に、保育所等訪問支援事業及び障害児相談支援事業に加え、地域生活支援事業における巡回支援専門員整備や障害児療育支援事業等を盛り込む等の改正を行ったところである。なお、「児童発達支援センターによる地域支援の実施における留意点について」(平成26年1月6日付事務連絡)において、児童発達支援センターの地域支援の機能の必須化も含めた位置付け等についても議論する旨お伝えしてきたところであるが、障害児支援の在り方に関する検討会における議論等を踏まえ、引き続き、児童発達支援センターにおいては地域支援の実施に努めるものとしたところであるので、適切な運用がなされるよう、ご了承願いたい。【関連資料③(204頁～210頁)】

(4) 重症心身障害児者の地域生活支援について

平成24年度より、在宅の重症心身障害児者に対する地域支援の向上を図る「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」を実施し、重症心身障害児者及びその家族が安心、安全に地域でいきいきと暮らせるよう、効果的なサービスの利用や医療、保健、福祉、教育等の関係施設・機関の連携の在り方について先進的な取組を行う団体等に対する助成等を行い、重症心身障害児者の地域支援の向上を図っているところである。

平成26年度は5団体により事業を実施しており、各団体から今年度中に提出される報告を踏まえ、有識者等による検討会報告書を取りまとめ、公表する予定としている。

報告書については、各地における在宅重症心身障害児者の地域生活支援に幅広く活用されるよう、具体的なノウハウをわかりやすく、ポイントを提示しながらまとめたと、平成24年度以降実施してきた「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」を総括する方向で検討している。

また、平成26年度障害者総合福祉推進事業においては、重症心身障害児者を地域で支援する障害児通所支援事業所従業者や地域の医療機関従事者、教育機関関係者等に幅広く活用可能な「重症心身障害支援者養成研修プログラム(案)」の開発を行っているところであり、平成26年度中に公表予定としている。

各地方公共団体においては、平成24年度以降の「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」の報告書及び「重症心身障害支援者養成研修プログラム(案)」を参考としていただくとともに、管内の関係機関や関係団体等に周知していただき、在宅の重症心身障害児者の地域生活支援のために活用していただきたい。

なお、平成27年度においては、「重症心身障害児者支援体制整備モデル事

業」として事業内容の組み替えを行い、重症心身障害児者への支援の強化・充実を図るため、地域の中核となる重症心身障害児者支援センターを設置し、市町村や事業所等への支援、医療機関との連携等を行い、地域全体における重層的な支援体制の構築を図る取組を進める都道府県、指定都市、児童相談所設置市に対して補助を実施する予定としている（事業の一部を社会福祉法人等への委託を可能とする予定）。公募により3団体を選定の上、実施していただくこととしており、公募に関する詳細な内容については追ってお示しすることとしている。【関連資料④（211頁）】

(5) 障害児入所施設の移行状況等について

平成24年度以降の改正児童福祉法の施行に伴い、18歳以上の入所者がいる障害児入所施設における今後の移行予定の状況等については、平成24年12月1日時点及び平成25年12月1日時点における状況を調査し、障害保健福祉関係主管課長会議においてお示してきたところであるが、改めて平成26年12月1日時点における状況を調査したところ、大部分の施設は方向性が決定しているが、福祉型で40か所、医療型で29か所の施設が未定となっている。また、方向性が決定している施設についても、実際に移行が完了したところは3割弱にとどまっている。

また、併せて障害児入所施設及び障害児通所支援事業所の利用状況について調査を実施したところ、以下のとおりとなった。【関連資料⑤（212頁～214頁）】

①障害児入所施設の移行予定状況等について（H26.12.1現在）

・福祉型障害児入所施設（括弧書きは移行が完了したもの）	総数	277か所（64か所）
（ア）障害児入所施設として継続		174か所（46か所）
（イ）障害児支援施設に転換		12か所（1か所）
（ウ）障害児及び障害者施設を併設		48か所（14か所）
（エ）未定のもの		40か所

・医療型障害児入所施設（括弧書きは移行が完了したもの）

総数	242か所（84か所）
（ア）障害児入所施設として継続	46か所（20か所）
（イ）障害児支援施設に転換	0か所（0か所）
（ウ）障害児及び障害者施設を併設	166か所（64か所）
（エ）未定のもの	29か所

②障害児入所施設等の利用状況（H26.12.1時点）

総人数（児者併設施設（※）を含む）	26,512人
・うち、児童	9,607人
・うち、18歳以上20歳未満の特例による障害児入所施設利用	

- ・うち、児者併設施設（※）において障害福祉サービス（施設入所支援＋生活介護、療養介護） 15,885人
 - ・うち、その他 153人
- （内訳）

○福祉型障害児入所施設（児者併設施設（※）含む）利用者数

- ・うち、児童 8,659人
- ・うち、18歳以上20歳未満の特例による障害児入所施設利用者 6,110人
- 540人

○うち、児者併設施設（※）において障害福祉サービス（施設入所支援＋生活介護、療養介護） 1,978人

- ・うち、その他 31人

○医療型障害児入所施設（児者併設施設（※）含む）利用者数

- ・うち、児童 12,216人
- ・うち、18歳以上20歳未満の特例による障害児入所施設利用者 2,696人
- 252人

○うち、児者併設施設（※）において障害福祉サービス（施設入所支援＋生活介護、療養介護） 9,174人

- ・うち、その他 94人

○指定医療機関（児者併設施設（※）含む）利用者数 5,637人

- ・うち、児童 801人
- ・うち、18歳以上20歳未満の特例による障害児入所施設利用者 75人

○うち、児者併設施設（※）において障害福祉サービス（施設入所支援＋生活介護、療養介護） 4,733人

- ・うち、その他 28人

※：障害児入所施設の基準を満たすことをもって、障害福祉サービスの基準を満たしているものとみなされている障害児入所施設と障害者支援施設を併設している施設

③障害児通所支援事業所の利用状況（H26.12.1時点）

総数	か所数	利用者数
福祉型児童発達支援センター	9,859か所	91,981人
児童発達支援事業所	477か所	14,495人
医療型児童発達支援センター	3,145か所	23,044人
放課後等デイサービス	134か所	1,991人
保育所等訪問支援	5,541か所	51,559人
	562か所	892人

障害児通所支援に関するガイドライン策定検討会

平成26年7月『障害児支援の在り方に関する検討会の報告書』において、障害児通所支援について、その質を担保する観点からガイドラインの策定が必要である旨言及されている。これを受け、障害児通所支援に関するガイドラインを作成するため、有識者、関係者の参集を得て検討を行う。



平成26年度中に放課後等デイサービスガイドラインを策定する予定



障害児通所支援に関するガイドライン策定検討会 構成員名簿

- 秋山 哲生 (全国重症心身障害日中活動支援協議会)
- 石橋 大吾 (一般社団法人全日本ろうあ連盟情報・コミュニケーション委員会副委員長)
- 石橋 吉章 (一般社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会副会長)
- 市川 宏伸 (一般社団法人日本発達障害ネットワーク理事長)
- 猪平 眞理 (社会福祉法人日本盲人会連合)
- 宇佐美 岩夫 (社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会常務理事・事務局長)
- 大塚 晃 (上智大学総合人間科学部教授)
- 大南 英明 (全国特別支援教育推進連盟理事長)
- 尾崎 ミオ (一般社団法人日本自閉症協会)
- 片桐 公彦 (特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク事務局長)
- 岸 良至 (一般社団法人全国児童発達支援協議会事務局長)
- 田中 正博 (全国手をつなぐ育成会連合会統括)
- 柘植 雅義 (筑波大学教授 (人間系障害科学域知的・発達・行動障害学分野))
- 辻井 正次 (中京大学現代社会学部教授)
- 福島 慎吾 (特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク常務理事)
- 渡辺 顕一郎 (日本福祉大学子ども発達学部教授)

放課後等デイサービスガイドラインの主な内容

(平成27年2月20日時点)

総則

- ◆ ガイドラインの趣旨
- ◆ 放課後等デイサービスの基本的役割
子どもの最善の利益の保障／共生社会の実現に向けた後方支援／保護者支援
- ◆ 放課後等デイサービスの提供に当たっての基本的姿勢と基本活動
基本活動： 自立支援と日常生活の充実のための指導訓練／創作活動／地域交流／余暇の提供
- ◆ 事業所が適切な放課後等デイサービスを提供するために必要な組織運営管理

設置者・管理者向け ガイドライン

児童発達支援管理責任者 向けガイドライン

従業者向け ガイドライン

- 子どものニーズに応じた適切な支援の提供と支援の質の向上
環境・体制整備／PDCAサイクルによる適切な事業所の管理／従業者等の知識・技術の向上／放課後等デイサービス計画に基づく適切な支援／関係機関や保護者との連携
- 子どもと保護者に対する説明責任等
運営規程の周知／子どもと保護者に対する、支援利用申請時・利用開始時の説明／保護者に対する相談支援等／苦情解決対応／適切な情報伝達手段の確保／地域に開かれた事業運営
- 緊急時の対応と法令遵守等
緊急時対応／非常災害・防犯対策／虐待防止／身体拘束への対応／衛生・健康管理／安全確保／秘密保持等

児童福祉法の指定通所支援に係る基準条例の一部改正について

1 改正内容等

改正内容	基準の累計	改正条項
(1) 指定児童発達支援の運営に関する基準について ・児童発達支援センターにおける指定児童発達支援事業者が相談に応じ援助を行う対象に、障害児本人や障害児が通う施設を加える。	* 参酌	指定児童発達支援の運営に関する基準 (地域との連携等) 〈第52条〉
(2) 基準該当児童発達支援の対象拡大について ・サービスを提供する事業所に、指定看護小規模多機能型事業所を追加 ・登録定員及び利用定員変更	* 参酌(次を除く) ・利用定員：標準 ・員数：従うべき	基準該当児童発達支援の基準(指定小規模多機能型居宅介護事業所等の特例) 〈第55条の8〉
(3) 指定放課後等デイサービスの従業者の員数及び利用定員について ・指定放課後等デイサービスの事業を行うに当たっておくべき従業者及び員数並びに利用定員について、指定児童発達支援の規定を参考に、主として重症心身障害児を通わせる場合の規定を追加する。	・利用定員：標準 ・員数：従うべき	指定放課後等デイサービスの員数及び利用定員(主として重症心身障害児を通わせる場合) 〈第67条、第70条〉
(4) その他 ・放課後等デイサービス及び基準該当放課後等デイサービスの準用規定変更 ・基準該当放課後等デイサービスの利用定員の追加 ・多機能型事業所の特例規定の条ずれ	* 参酌 * 標準 * 従うべき	放課後等デイサービス及び基準該当放課後等デイサービスの準用規定変更 〈第72条、第72条の4〉 基準該当放課後等デイサービスの利用定員の追加 〈第72条の3の2〉

2 施行日

平成27年4月1日

平成27年1月1日から

「障害者総合支援法」の対象となる疾病を151に拡大します

平成27年1月1日から「障害福祉サービス等※1」の対象となる疾病が、130から151へ拡大されます。

対象となる方は、障害者手帳※2をお持ちでなくても、必要と認められた支援が受けられます。

※1 障害者・障害児は、障害福祉サービス・相談支援・補装具及び地域生活支援事業（障害児は、障害児通所支援と障害児入所支援も含む）

※2 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳

対象となる方

対象疾病に該当する方（裏面参照）



手続き

- ◆対象疾病に罹患していることがわかる証明書（診断書など）を持参し、お住まいの市区町村の担当窓口にてサービスの利用を申請してください。
- ◆障害支援区分の認定や支給決定などの手続き後、必要と認められたサービスを利用できます。（訓練系・就労系サービス等は障害支援区分の認定を受ける必要はありません）
- ◆詳しい手続き方法については、お住まいの市区町村の担当窓口にお問い合わせください。

厚生労働省

平成27年1月からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（151疾病）

1	IgA腎症	52	ゴナドトロピン分泌亢進症	102	TNF受容体関連周期性症候群
2	亜急性硬化性全脳炎	53	混合性結合組織病	103	天疱瘡
3	アジソン病	54	再生不良性貧血	104	特発性拡張型心筋症
4	アミロイドーシス	55	再発性多発軟骨炎	105	特発性間質性肺炎
5	ウルリッヒ病	56	サルコイドーシス	106	特発性基底核石灰化症
6	HTLV-1関連脊髄症	57	シェーグレン症候群	107	特発性血小板減少性紫斑病
7	ADH分泌異常症	58	CFC症候群	108	特発性血性症
8	遠位型ミオパチー	59	色素性乾皮症	109	特発性大腿骨頭壊死症
9	黄色靱帯骨化症	60	自己食空腔性ミオパチー	110	特発性門脈圧亢進症
10	潰瘍性大腸炎	61	自己免疫性肝炎	111	特発性両側性感音難聴
11	下垂体前葉機能低下症	62	自己免疫性溶血性貧血	112	突発性難聴
12	加齢性黄斑変性症	63	視神経症	113	難治性ネフローゼ症候群
13	肝外門脈閉塞症	64	若年性肺気腫	114	膿毒性乾癬
14	関節リウマチ	65	シャルコー・マリー・トウス病	115	膿毒性線維症
15	肝内結石症	66	重症筋無力症	116	パーキンソン病
16	偽性低アルドステロン症	67	シュワルツ・マンベル症候群	117	バージャー病
17	偽性副甲状腺機能低下症	68	神経性過食症	118	肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症
18	球腎臓性筋萎縮症	69	神経性食欲不振症	119	肺動脈性肺高血圧症
19	急速進行性糸球体腎炎	70	神経線維腫症	120	肺胞低換気症候群
20	強皮症	71	神経有棘赤血球症	121	パッド・キアリ症候群
21	巨細胞性動脈炎	72	進行性核上性麻痺	122	ハンチントン病
22	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	73	進行性骨化性線維形成異常症	123	汎発性特発性骨増殖症
23	ギラン・バレー症候群	74	進行性多巣性白質脳症	124	肥大型心筋症
24	筋萎縮性側索硬化症	75	ステイーヴンス・ジョンソン症候群	125	ピタミンド依存症二型
25	クッシング病	76	スモン	126	非典型型溶血性尿毒症候群
26	クリオピリン関連周期性熱症候群	77	正常圧水頭症	127	皮膚筋炎/多発性筋炎
27	グルココルチコイド抵抗症	78	成人ステル病	128	びまん性汎細気管支炎
28	クロー・深鞘症候群	79	成長ホルモン分泌亢進症	129	肥満低換気症候群
29	クローン病	80	脊髄空洞症	130	表皮水疱症
30	結節性硬化症	81	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	131	フィッシャー症候群
31	結節性多発動脈炎	82	脊髄性筋萎縮症	132	封入体筋炎
32	血栓性血小板減少性紫斑病	83	全身型若年性特発性関節炎	133	プラウ症候群
33	原発性アルドステロン症	84	全身性エリテマトーデス	134	プリオン病
34	原発性硬化性胆管炎	85	先天性QT延長症候群	135	PRL分泌亢進症(高プロラクチン血症)
35	原発性高脂血症	86	先天性魚鱗癬様紅皮症	136	ベスレムミオパチー
36	原発性側索硬化症	87	先天性筋無力症候群	137	バーチエット病
37	原発性胆汁性肝硬変	88	先天性副腎低形成症	138	ペルオキシソーム病
38	原発性免疫不全症候群	89	先天性副腎皮質酵素欠損症	139	発作性夜間ヘモグロビン尿症
39	顕微鏡的多発血管炎	90	大脳皮質基底核変性症	140	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー
40	硬化性萎縮性苔癬	91	高安動脈炎	141	慢性血栓性肺高血圧症
41	好酸球性筋膜炎	92	多系統萎縮症	142	慢性肝炎
42	好酸球性消化管疾患	93	多発血管炎性肉芽腫症	143	慢性特発性偽性腸閉塞症
43	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	94	多発性硬化症/視神経脊髄炎	144	ミトコンドリア病
44	後縦靱帯骨化症	95	多発性嚢胞腎	145	メニエール病
45	甲状腺ホルモン不応症	96	遅発性内リンパ水腫	146	網膜色素変性症
46	拘束型心筋症	97	チャージ症候群	147	もやもや病
47	広範脊髄管狭窄症	98	中毒性表皮壊死症	148	ライソゾーム病
48	抗リン脂質抗体症候群	99	腸管神経節細胞減少症	149	ランゲルハンス細胞組織球症
49	コストロ症候群	100	TSH受容体異常症	150	リンパ脈管筋腫症
50	骨髄異形成症候群	101	TSH分泌亢進症	151	ルビンシュタイン・ティビ症候群
51	骨髄線維症				

■ 新たに対象となる疾病
□ 対象に変更はないが疾病名が変更されたもの

「劇症肝炎」「重症急性膵炎」については平成27年1月以降は対象外ですが、すでに障害福祉サービスの支給決定を受けている方は引き続き利用可能です。詳細は、お住まいの市区町村窓口にお問い合わせください。

目的

障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加によって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定義

- 1 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
 - 2 「障害者虐待」とは、次の3つをいう。
 - ① 養護者による障害者虐待
 - ② 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待
 - ③ 使用者による障害者虐待
 - 3 障害者虐待の類型は、次の5つ。(具体的な要件は、虐待を行う主体ごとに微妙に異なる。)
- ① 身体的虐待
(障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること)
 - ② 放棄・放置
(障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置等による①③④の行為と同様の行為の放置等)
 - ③ 心理的虐待
(障害者に対する著しい罵言又は著しく拒絶的な対応その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと)
 - ④ 性的虐待
(障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること)
 - ⑤ 経済的虐待
(障害者から不当に財産上の利益を得ること)

虐待防止施策

- 1 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 2 「障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的なスキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
[市町村の虐待相談等、居室確保、連携確保 [スキーム]]	[設置者等の責務] 当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施。 [スキーム]]	[事業主の責務] 当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施。 [スキーム]]
虐待発見 ↓ 通報 ↓ 市町村	虐待発見 ↓ 通報 ↓ 市町村 ↓ 報告 ↓ 都道府県	虐待発見 ↓ 通報 ↓ 市町村 ↓ 通知 ↓ 都道府県 ↓ 報告 ↓ 労働局
① 事実確認(立入調査等) ② 措置(一時保護、後見審判請求)	① 監督権限等の適切な行使 ② 措置等の公表	① 監督権限等の適切な行使 ② 措置等の公表

- 3 障害福祉サービス事業者等の責務
 - ・従事者等の研修の実施、苦情処理の体制の整備、その他の虐待防止等のための措置

その他

- 1 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
- 2 市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。
- 4 政府は、障害者虐待の防止等に関する制度について、この法律の施行後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

※ 虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類(障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等)に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

障害者(児)施設における虐待の防止について

※虐待防止関係の通知より

施設における障害者(児)虐待が生ずる要因は複雑・多様であり、個々の実情に応じたきめ細かな対策が必要である。

(平成17年10月20日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

障害者(児)虐待に共通な構図

- ・虐待は密室の環境下で行われる。
- ・障害者(児)の権利を侵害する小さな出来事から心身に傷を負わせる行為にまでエスカレートしていく。
- ・職員に行動障害などに対する専門的な知識や技術がない場合に起こりやすい。

(平成17年10月20日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止(P.71)

- (1) 管理職・職員の研修、資質向上
 - ・障害者の人権の尊重や虐待の問題について、管理職、職員に高い意識が必要。
 - ・職員各人が支援技術を高め、組織としてもノウハウを共有することが不可欠。
 - ・管理者が率先し、職員とともに、風通し良く、働きがいのある職場環境を整える必要。
- (2) 個別支援の推進
 - ・利用者個々のニーズに応じた個別的な支援を日々実践することが、虐待を防止。
- (3) 開かれた施設運営の推進
 - ・地域住民やボランティア、実習生など多くの人が施設に関わることや、サービス評価(自己評価、第三者評価など)の導入も積極的に検討することが大切。
- (4) 実効性のある苦情処理体制の構築
 - ・障害福祉サービス事業所等に対して、サービス利用者やその家族からの苦情処理体制を整備すること等により虐待防止等の措置を講ずることを規定(第15条)。

権利侵害行為を行ったサービス事業者等に対する厳格な対処について

法においては、サービス事業者等が(サービス事業者等の責務)に違反したと認められるときは、都道府県知事は、サービス事業者等に係る指定を取消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができるなど、都道府県知事に対して監督権限を付与している。権利侵害行為の事実が確認された場合には、こうした監督権限の行使を含めて適切な措置を講ずること。

特に、サービス事業者等において組織的な権利侵害行為の存在が明らかになった場合には、代替施設を含めたサービス利用の継続性にも配慮しつつ、当該サービス事業者等に対し、指定の取消、役員体制の一新の指導など厳正な対処を行うこと。

(平成20年3月31日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

やむを得ない場合の「身体拘束」について

自傷行為、他害行為、パニックなどの行動障害に対して、障害者(児)自身、周囲の者等の保護のため、緊急やむを得ず障害者(児)に強制力を加える行為は認められる場合があるが、その個々の利用者への適応の範囲・内容については、施設内のガイドライン等を作成して共通認識に基づいて対応を図ること。

(平成17年10月20日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

4 身体拘束に対する考え方(P.88)

(1) 基本的考え方

「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待。

身体拘束が日常化することが更に深刻な虐待事案の第一歩となる危険がある。

やむを得ず身体拘束をする場合であっても、その必要性を慎重に判断するとともに、その範囲は最小限にしなければならない。

判断に当たっては適切な手続きを踏むとともに、身体拘束の解消に向けての道筋を明確にして、職員全体で取り組む必要がある。

(2) 身体拘束とは

身体拘束の具体的な内容としては、以下のような行為が該当すると考えられる。

- ① 車いすやベッドなどに縛り付ける。
- ② 手指の機能を制限するために、ミトン型の手袋を付ける。
- ③ 行動を制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ④ 支援者が自分の体で利用者を押さえつけて行動を制限する。
- ⑤ 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。
- ⑥ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他人所者(利用者)の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為。

- 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。

「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」)

ア やむを得ず身体拘束を行う3要件 (P.89)

- ① 切迫性
身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要な程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する必要がある。
- 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方法がないことが要件。利用者本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法を選択する必要がある。
- ③ 一時性
身体拘束その他の行動制限が、必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

イ やむを得ず身体拘束を行うときの手続き

- ① 組織による決定と個別支援計画への記載
 - ・組織として慎重に検討・決定する必要がある。
 - ・個別支援計画に身体拘束の様態及び時間、緊急やむを得ない理由を記載。
 - ・個々人のニーズに応じた個別の支援を検討することが重要。
- ② 本人・家族への十分な説明
 - ・利用者本人や家族に十分に説明をし、了解を得ることが必要。
- ③ 必要な事項の記録
 - ・身体拘束を行った場合、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録。

雇児総発1215第1号
社援基発1215第3号
障企発1215第1号
老総発1215第1号
平成26年12月15日

各 { 都道府県
指定都市
中核市 } 民生主管部(局)長 殿

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長

社会・援護局福祉基盤課長

社会・援護局障害保健福祉部企画課長

老健局総務課長

(公 印 省 略)

社会福祉施設等における今冬のインフルエンザ総合対策の推進について

社会福祉施設入所者等のインフルエンザに関する対策について、今般、別添「今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」(平成26年11月14日健感発1114第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)が発出され、インフルエンザの予防に向けての普及啓発活動や施設内感染防止対策等を引き続き推進していくこととしております。

インフルエンザは毎年冬季に流行を繰り返し、近年においては、高齢者施設における集団感染等の問題が指摘されており、社会福祉施設等においても十分な注意が必要とされています。

については、別添通知に添付されている「平成26年度今冬のインフルエンザ総合対策について」等を参考として、衛生主管部局等関係機関と連携を図り、社会福祉施設等及び市町村に対し、常日頃からの入所者等の基礎体力の維持を図るための栄養状況への十分な配慮も含め、インフルエンザの予防等対策について周知徹底するようご指

導願います。

なお、インフルエンザの予防接種は入所者等の意思に基づきその責任において行われるものであり、入所者等の意思確認を行わずに一律に接種を行うものであってはならないことに留意するとともに、接種にあたっては、嘱託医等とよく相談の上、その意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明した上で接種を行うよう、さらに、入所者等の意思確認が困難な場合には、家族、嘱託医等の協力を得ながら、可能な限りその意思確認に努め、接種希望であることが確認できた場合に接種を行うよう、ご指導願います。

また、インフルエンザの予防接種に要する費用(公費により負担される者については、一部実費徴収される費用)については、原則として本人等の負担となりますが、従来の扱いのとおり施設の判断により措置費(運営費)から支出して差し支えありません。

ただし、児童入所施設入所者(母子生活支援施設入所者及び契約により障害児施設に入所している者を除く。)については、原則として本人等の負担とせず、施設において措置費の事務費として支出することとします。

併せて職員の任意接種についても必要に応じ受けられるようご配慮願います。

別添

健感発1114第1号
平成26年11月14日

平成26年度

今冬のインフルエンザ総合対策について

各 都道府県
保健所設置市
特別区 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局
結核感染症課長
(公 印 省 略)

今冬のインフルエンザ総合対策の推進について

インフルエンザは、毎年冬季に流行を繰り返し、国民の健康に対して大きな影響を与えている我が国最大の感染症の一つです。

また、近年、学校や高齢者施設における集団感染、高齢者の死亡等の問題が指摘され、その発生の予防とまん延の防止が重要な課題となっています。

そこで、厚生労働省においては、今般、別添のとおり「平成26年度今冬のインフルエンザ総合対策について」を取りまとめ、本総合対策に基づいて各般の施策を実施していくこととし、併せて「平成26年度インフルエンザQ&A」を作成しました。貴管内区市町村、関係機関及び関係団体に対する周知及びインフルエンザ予防対策の徹底方、よろしくお取り計らい願います。

さらに、インフルエンザ対策は、衛生主管部局のみならず、民生主管部局、教育主管部局等を含めた総合的な取組や、医師会等の関係団体との密接な連携が重要であり、積極的な情報提供等に御協力ください。

1. はじめに

この冬のインフルエンザの流行に備え、「今冬のインフルエンザ総合対策」を取りまとめ、国や地方自治体がインフルエンザ対策に取り組むとともに、広く国民の皆様がインフルエンザに関する情報を提供するとともに、適切な対応を呼びかけることといたしました。

季節性インフルエンザのウイルスには、A(H1N1)亜型(平成21年に流行した新型インフルエンザと同じもの)、A(H3N2)亜型(いわゆる香港型)、B型の3つの種類があり、いずれも流行の可能性があります。流行しやすい年齢層はウイルスの型によって多少異なりますが、今年も、全ての年齢の方がインフルエンザに注意する必要があります。

国民の皆様におかれましては、以下を参考にして、御家庭や職場などにおいて、適切に対応していただくようお願いいたします。

2. 予防・啓発の取組

(1) 専用ホームページ「今冬のインフルエンザ総合対策」を開設

厚生労働省のホームページに、インフルエンザに関する情報等を掲載した専用のページ「今冬のインフルエンザ総合対策」を開設します。

厚生労働省ホームページ

[厚生労働省トップページ] <http://www.mhlw.go.jp>

[インフルエンザ(総合ページ)] <http://www.mhlw.go.jp/bunva/kenkou/influenza/>

※参考 [国立感染症研究所 感染症疫学センター: インフルエンザとは]

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>

(2) インフルエンザ予防の啓発ツールを作成し、電子媒体形式で提供

厚生労働省は、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページにインフルエンザ予防のための啓発ツールを作成し、電子媒体形式(PDFファイル)で掲載・提供します。

今年の啓発ポスターは、厚生労働省版(タテ1種類)と、各地キャラクターコラボ版(ヨコ4種類)を作成しました。また、カレンダーや電話伝言メモ等の啓発ツールをホームページに掲載し、インフルエンザについて関心を持っていただき、正しい理解と啓発に努めます。

都道府県、医療機関、学校、職場等におかれましても、適宜ダウンロードして御活用いただき、インフルエンザ予防啓発の呼びかけに御協力をお願いいたします。

[インフルエンザ 啓発ツール]

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/keihatu.htm>

(3) インフルエンザQ&Aの作成・公表等

厚生労働省と国立感染症研究所感染症疫学センター、日本医師会感染症危機管理対策室は、毎年インフルエンザの流行シーズンに寄せられる質問項目の中で、頻度の高いものを整理し、これらをQ&Aにまとめ、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページで公表しています。

また、パンフレット等を活用し、インフルエンザ感染対策を推進していきます。

[インフルエンザQ&A (平成26年度)]

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/qa.html>

3. 情報提供

(1) 流行状況

厚生労働省は、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページにインフルエンザ発生状況等(発生動向情報、インフルエンザ様疾患報告情報など)を逐次掲載し、更新します。流行状況を踏まえた対策の実施にお役にください。

① 厚生労働省からの毎週の報道発表

以下の情報について、毎週、原則として金曜日に報道発表します。

[インフルエンザに関する報道発表資料]

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/houdou.html>

(ア) インフルエンザ定点報告情報

各都道府県が選定した全国約5,000か所のインフルエンザ定点医療機関から報告されるインフルエンザの発生状況について、情報収集を行うとともに、集められた情報を分析し、提供・公開します。

(イ) インフルエンザ様疾患発生報告(学校休校情報)

全国の保育所・幼稚園、小学校、中学校、高等学校等においてインフルエンザ様疾患による学級・学年・学校閉鎖が実施された場合に、その施設数及びその時点においてインフルエンザ様疾患で休んでいる学童等の数を、各学校等及び各都道府県教育担当部局の協力に基づき収集し、提供・公開します。

(ウ) インフルエンザ入院患者情報

各都道府県が選定した全国約500か所の基幹定点医療機関から報告されるインフルエンザの入院患者の状況について、情報収集を行うとともに、集められた情報を分析し、提供・公開します。

② その他の関連情報提供

(ア) インフルエンザ流行レベルマップ

インフルエンザ流行状況の注意報・警報を地図上に表示し、注意喚起を行います。

[インフルエンザ流行レベルマップ]

<http://www.nih.go.jp/niid/ia/flu-map.html>

(イ) 流行状況の過去10年間との比較グラフ

過去10年間と今年のインフルエンザの流行状況を比較してグラフに表示し公開します。

[インフルエンザ過去10年間との比較グラフ]

<http://www.nih.go.jp/niid/ia/flu/m/813-idsc/map/130-flu-10year.html>

(ウ) 感染症発生動向調査週報(1DWR)

感染症の発生状況の情報を、分析し、提供・公開します。

[感染症発生動向調査週報ダウンロード]

<http://www.nih.go.jp/niid/ia/idwr-dl.html>

(エ) インフルエンザ関連死亡迅速把握(関連死亡情報)

インフルエンザの流行が死亡者数に与える影響について監視を行うため、21指定都市及び特別区からの協力を得て、インフルエンザ関連死亡の把握を行うための調査を行います。

[インフルエンザ関連死亡迅速把握システム]

<http://www.nih.go.jp/niid/ia/component/content/article/590-infectious-diseases/disease-based/a/flu/idsc/131-flu-jinsoku.html>

(2) ワクチン・治療薬等の確保の状況

ワクチン・治療薬等の今シーズンの供給予定量は、以下のとおりです。

※昨年度の推計患者数は1,554万人でした。

① インフルエンザワクチン

今シーズンの供給予定量(平成26年6月末日現在)は約6,844万回分(約3,422万本)で、昨年度と比較して大きな変化はありません。昨年度の推計使用量は約2,581万本でした。

※1回分は、健康成人の1人分の接種量に相当します。

② 抗インフルエンザウイルス薬

今シーズンの供給予定量（平成26年9月末日現在）は以下のとおりです。昨年度の供給予定量と比較して大きな変化はありません。

- ア タミフル（一般名：オセルタミビルリン酸塩 中外製薬）
約700万人分
※タミフルカプセル75及びタミフルドライシロップ3%の合計
- イ リレンザ（一般名：ザナミビル水和物 グラクソ・スミスクライン）
約450万人分
- ウ ラビアクタ（一般名：ペラミビル水和物 塩野義製薬）
約70万人分
- エ イナビル（一般名：ラニナミビルオクタン酸エステル水和物 第一三共）
約700万人分

③ インフルエンザ抗原検出キット（迅速タイプ）

今シーズンの供給予定量 約2,810万人分、昨年度と比較して大きな変化はありません。

4. その他

（1）「咳エチケット」について

厚生労働省は、他の人への感染を防ぐため、「咳エチケット」をキーワードとした普及啓発活動を行い、マスクの着用や人混みにおいて咳をする際の注意点について呼びかけることとします。

- 咳・くしゃみが出る時は、他の人にうつさないためにマスクを着用しましょう。マスクを持っていない場合は、ティッシュなどで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけて1m以上離れましょう。
- 鼻汁・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨てましょう。
- 咳をしている人にマスクの着用をお願いします。

※咳エチケット用のマスクは、薬局やコンビニエンスストア等で市販されている不織布（ふしよくふ）製マスクの使用が推奨されます。

※マスクの装着は説明書をよく読んで、正しく着用しましょう。

（2）予防接種について

インフルエンザワクチンの予防接種には、発症をある程度抑える効果や、重症化を予防

する効果があり、特に高齢者や基礎疾患のある方など、罹患すると重症化する可能性が高い方には効果が高いと考えられます。

65歳以上の高齢者、又は60～64歳で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が程度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方は、予防接種法に基づく接種を受けることが可能です。

（3）高齢者の入所施設等における感染防止対策の推進

高齢者等のインフルエンザに罹患した場合の高危険群の方が多く入所・入居している高齢者の入所施設等においては、まずは、施設内にインフルエンザウイルスが持ち込まれないようにすることが重要です。したがって、厚生労働省は日本医師会感染症危機管理対策室とともに、インフルエンザウイルスの高齢者の入所施設等への侵入の阻止と、侵入した場合のまん延防止を目的とした標準的な手引き「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」を各施設に普及していきます。

なお、インフルエンザに対する高危険群に属する方が多く入所・入居している高齢者の入所施設等においてインフルエンザの流行が発生した場合には、都道府県等は、当該施設等の協力を得て調査を実施し、感染拡大の経路、感染拡大の原因の特定などを行うことにより、今後の施設内感染の再発防止に役立てることが重要であり、厚生労働省は、都道府県等から調査の実施に当たって協力要請があった場合には、積極的に対応します。

また、厚生労働省は、医療機関に対しても、以下の手引き等を参考に、インフルエンザについての院内感染防止に関する指導をいっそう徹底するよう努めることとします。

[インフルエンザ施設内感染予防の手引き]

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/dl/tebiki25.pdf>

[医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き 等]

http://www.nih.janis.jp/material/material/Ver_5.0本文_070904.pdf

（4）相談窓口の設置

厚生労働省は、インフルエンザを始めとした感染症の一般的予防方法、流行状況や予防接種の意義、有効性、副反応等に関する国民の皆様の疑問に的確に対応するため、「感染症・予防接種相談窓口」を開設します。具体的な対応は以下のとおりです。

○感染症・予防接種相談窓口

電話番号：03-5276-9337（午前9時～午後5時 ※土日祝日、年末年始を除く）

※行政に関する御意見・御質問は受け付けておりません。

※本相談窓口は、厚生労働省が業務委託している外部の民間会社により運営されています。

平成 26 年度インフルエンザ Q & A

【インフルエンザ総論】

Q 1 インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか？

一般的に、風邪は様々なウイルスによって起こりますが、普通の風邪の多くは、のどの痛み、鼻汁、くしゃみや咳等の症状が中心で、全身症状はあまり見られません。発熱もインフルエンザほど高くなく、重症化することはあまりありません。

一方、インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛等全身の症状が突然現れます。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻汁、咳等の症状も見られます。お子様ではまれに急性脳症を、御高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴う等、重症になることがあります。

Q 2 インフルエンザはいつ流行するのですか？

インフルエンザは流行性があり、いったん流行が始まると、短期間に多くの人へ感染が拡がります。日本では、例年 12 月～3 月頃に流行します。

Q 3 インフルエンザと新型インフルエンザはどう違うのですか？

A 型のインフルエンザはその原因となるインフルエンザウイルスの抗原性が小さく変化しながら毎年世界中のヒトの間で流行しています。これを季節性インフルエンザと呼んでいます。時として、この抗原性が大きく異なったインフルエンザウイルスが現れ、多くの国民が免疫を獲得していないことから全国的に急速にまん延することによって、国民の健康と生命、生活に、場合によっては医療体制を含めた社会機能や経済活動にまで影響を及ぼす可能性があるものを新型インフルエンザと呼んでいます。

直近では、新型インフルエンザは、大正 7 (1918) 年 (スペインインフルエンザ)、昭和 32 (1957) 年 (アジアインフルエンザ)、昭和 43 (1968) 年 (香港インフルエンザ)、平成 21 (2009) 年 (インフルエンザ (H1N1) 2009) に発生しました。しかし、世界に流行が拡がり、多くの国民が新型インフルエンザに対して免疫を獲得するにつれ、このような新型インフルエンザも、季節的な流行を繰り返すようになっていきました。インフルエンザ (H1N1) 2009 についても、平成 23 (2011) 年 4 月からは、季節性インフルエンザとして取り扱われることになりました。

次の新型インフルエンザウイルスがいつ出現するのか、誰にも予測することはできませんし、インフルエンザ (H1N1) 2009 とは異なる特徴を持っている可能性があります。

Q 4 平成 25 (2013) 年春に中国で発生した、鳥インフルエンザ A (H7N9) の現状を教えてください。

鳥インフルエンザ A (H7N9) は、平成 25 年 (2013) 年 4 月に中国で多数の感染者が報告されましたが、同年の夏にかけて感染者数は大幅に減少しました。しかし、平成 25 (2013) 年 11 月から平成 26 年 (2014) 年 5 月にかけて、新たな感染者が多数報告されました。世界保健機関 (WHO) は、平成 26 (2014) 年 6 月 27 日現在、450 人の感染者が確認されていると報告しています。内訳では、中国本土からの報告が 435 症例、台湾から 4 症例、香港から 10 症例、マレーシアから 1 症例 (中国からの旅行者) です。感染症例の詳細は、WHO のホームページで知ることができます。

【世界保健機関 (WHO) : 鳥インフルエンザ (H7N9) ウイルス情報】

http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/

現在まで、持続的なヒトからヒトへの感染は確認されていませんが、限定的なヒトからヒトへの感染が疑われたことは指摘されており、今後も引き続き注意が必要です。詳しい情報や最新のリスクアセスメントについては、国立感染症研究所ホームページを御覧ください。

【国立感染症研究所 : インフルエンザ A (H7N9)】

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu-a-h7n9.html>

Q 5 平成 21 (2009) 年に流行した新型インフルエンザの状況を教えてください。

平成 21 (2009) 年にインフルエンザ (H1N1) 2009 ウイルスが流行した時には、人々が免疫を持っていなかったため秋季を中心に大規模な流行が発生し、他の型や亜型のインフルエンザウイルスによる患者の発生はほとんどありませんでした。

平成 22 (2010) 年には、インフルエンザ (H1N1) 2009 ウイルスに加え、A 香港型や B 型のインフルエンザウイルスも流行しており、季節性インフルエンザとは異なる時期に大きな流行が発生する等の特別な状況は確認されませんでした。

このような状況を踏まえ、厚生労働省は、平成 23 (2011) 年 3 月 31 日の時点において「新型インフルエンザ」と呼ばれていたインフルエンザ (H1N1) 2009 ウイルスについて、通常の季節性インフルエンザとして取り扱うこととし、対応も通常のインフルエンザ対策に移行しました。

Q 6 現在国内で流行しているインフルエンザはどのような種類ですか？

インフルエンザの原因となるインフルエンザウイルスは、A 型、B 型、C 型に大きく分類されます。このうち大きな流行の原因となるのは A 型と B 型です。現在、国内で流行しているインフルエンザウイルスは、A (H1N1) 亜型と A (H3N2) 亜型 (いわゆる香港型)、

B型の3種類です。このうち、A (H1N1) 亜型は、インフルエンザ (H1N1) 2009 と同じものです。A (H1N1) 亜型のウイルスの中でも、平成 21 年より前に季節性として流行していたもの (いわゆる A ン連型) は、平成 21 年のインフルエンザ (H1N1) 2009 ウイルス発生後はほとんど姿を消しました。

これらの3種類のインフルエンザウイルスは、毎年世界中で流行を繰り返していますが、流行するウイルス型や亜型の割合は、国や地域で、また、その年ごとにも異なっています。日本国内における流行状況の詳細は、国立感染症研究所感染症疫学センターのホームページを御覧ください。

【国立感染症研究所感染症疫学センター：インフルエンザとは】

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>

Q7 世界でのインフルエンザの流行状況を教えてください。

インフルエンザは、地域によって時期は異なりますが、世界中で流行が見られます。一般的には、温帯地方では冬季 (南半球では6-9月) に流行が見られます。熱帯・亜熱帯地方では国や地域により様々で、年間を通じて低レベルの発生が見られる地域や、複数回流行する地域もあります。流行するウイルスの種類は地域によって差はありますが、大きな差はありません。世界の流行状況は、WHO のホームページ等で知ることができます。

【世界保健機関 (WHO) : インフルエンザ最新情報】

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/

【国立感染症研究所 感染症疫学センター：インフルエンザとは】

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>

Q8 インフルエンザの世界的大流行 (パンデミック) の歴史について教えてください。

インフルエンザの流行は歴史的にも古くから記載されていますが、科学的に存在が証明されているのは1900年頃からで、毎年の流行に加えて数回の世界的大流行が知られていません。

中でも、大正7 (1918) 年から流行した「スペインインフルエンザ (原因ウイルス:A (H1N1) 亜型)」による死亡者数は全世界で2,000万人とも4,000万人ともいわれ、日本でも約40万人の犠牲者が出たと推定されています。

その後、昭和32 (1957) 年には「アジアインフルエンザ (A (H2N2) 亜型)」が、昭和43 (1968) 年には「香港インフルエンザ (A (H3N2) 亜型)」が、そして最近では平成21 (2009) 年に「インフルエンザ (H1N1) 2009」が世界的な大流行を起こしています。

【インフルエンザの予防・治療について】

Q9 インフルエンザにかからないためにはどうすればよいですか？
インフルエンザを予防する有効な方法としては、以下が挙げられます。

1) 流行前のワクチン接種

インフルエンザワクチンは、感染後に発病する可能性を低減させる効果と、インフルエンザにかかった場合の重症化防止に有効と報告されており、日本でもワクチン接種をする方が増加する傾向にあります。

【インフルエンザワクチンの接種について】参照

2) 飛沫感染対策としての咳エチケット

インフルエンザの主な感染経路は咳やくしゃみの際に口から発生される小さな水滴 (飛沫) による飛沫感染です。したがって、飛沫を浴びないようにすればインフルエンザに感染する機会は大きく減少します。

言うことは簡単ですが、特に家族や学校のクラスメート等の親しい関係にあって、日常的に一緒にいる機会が多い者同士での飛沫感染を防ぐことは難しく、また、インフルエンザウイルスに感染した場合、感染者全員が高熱や急性呼吸器症状を呈してインフルエンザと診断されるわけではありません。

たとえ感染者であっても、全く症状のない不顕性感染例や、感冒様症状のみでインフルエンザウイルスに感染していることを本人も周囲も気が付かない軽症例も少なくありません。したがって、インフルエンザの飛沫感染対策としては、

- ① 普段から皆が咳エチケットやくしゃみを他の人に向けて発しないこと、
 - ② 咳やくしゃみが出るときはできるだけマスクをすること、
 - ③ 手のひらで咳やくしゃみを受け止めた時はすぐに手を洗うこと等)
- を守ることを心がけてください。

飛沫感染対策ではマスクは重要ですが、感染者がマスクをする方が、感染を抑える効果は高いと言われていています。

3) 外出後の手洗い等

流水・石鹸による手洗いは手指など体についたインフルエンザウイルスを物理的に除去するために有効な方法であり、インフルエンザに限らず接触感染を感染経路とする感染症対策の基本です。インフルエンザウイルスはアルコールによる消毒でも効果が高いですから、アルコール製剤による手指衛生も効果があります。

4) 適度な湿度の保持

空気が乾燥すると、気道粘膜の防御機能が低下し、インフルエンザにかかりやすくなります。特に乾燥しやすい室内では、加湿器などを使って適切な湿度（50～60%）を保つことも効果的です。

- 5) 十分な休養とバランスのとれた栄養摂取
体の抵抗力を高めるために、十分な休養とバランスのとれた栄養摂取を日ごろから心がけましょう。
- 6) 人混みや繁華街への外出を控える
インフルエンザが流行してきたら、特に御高齢の方や基礎疾患のある方、妊婦、疲労気味、睡眠不足の方は、人混みや繁華街への外出を控えましょう。やむを得ず外出して人混みに入る可能性がある場合には、ある程度の飛沫等を防ぐことができる不織布（ふしよくふ）製マスクを着用することは一つの防御策と考えられます。ただし、人混みに入る時間は極力短くしましょう。

※不織布製マスクとは

不織布とは「縫っていない布」という意味です。繊維あるいは糸等を織ったりせず、熱や化学的な作用によって接着させて布にしたもので、これを用いたマスクを不織布製マスクと言います。

Q10 インフルエンザにかかったらどうすればよいのですか？

- ① 具合が悪ければ早めに医療機関を受診しましょう。
- ② 安静にして、休養をとりましょう。特に、睡眠を十分にとることが大切です。
- ③ 水分を十分に補給しましょう。お茶でもスープでも飲みたいもので結構です。
- ④ 咳やくしゃみ等の症状のある時は、周りの方へうつさないために、不織布製マスクを着用しましょう。
- ⑤ 人混みや繁華街への外出を控え、無理をして学校や職場等に行かないようにしましょう。

また、小児、未成年者では、インフルエンザの罹患により、急に走り出す、部屋から飛び出そうとする、ウロウロと歩き回る等の異常行動を起こすおそれがあるので、自宅において療養を行う場合、少なくとも発症から2日間、小児・未成年者が一人にならないよう配慮しましょう（Q13、14を参照）。

Q11 インフルエンザの治療薬にはどのようなものがありますか？

インフルエンザに対する治療薬としては、下記の抗インフルエンザウイルス薬がありません。

- ・オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル）
- ・ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）
- ・アマンタジン塩酸塩（商品名：シンメトレル等）
- ・ペラミビル水和物（商品名：ラピアクタ）
- ・ラニナミビルオクタン酸エステル水和物（商品名：イナビル）

ただし、その効果はインフルエンザの症状が出始めてからの時間や病状により異なりますので、使用する・しないは医師の判断になります。

抗インフルエンザウイルス薬の服用を適切な時期（発症から48時間以内）に開始すると、発熱期間は通常1～2日間短縮され、鼻やのどからのウイルス排出量も減少します。なお、症状が出てから2日（48時間）以降に服用を開始した場合、十分な効果は期待できません。効果的な使用のためには用法、用量、期間（服用する日数）を守ることが重要です。

Q12 薬剤耐性インフルエンザウイルスとは何ですか？

薬剤耐性インフルエンザウイルスとは、本来有効である抗インフルエンザウイルス薬が効かない、あるいは効きにくくなったウイルスのことです。この薬剤耐性ウイルスは、インフルエンザウイルスが増殖する過程において特定の遺伝子に変異が起こることにより生じると考えられています。

薬剤耐性インフルエンザウイルスは、本来有効である治療薬に対し抵抗性を示しますが、他のインフルエンザウイルスと比較して病原性や感染性が強いものは今のところ確認されていません。また、薬剤耐性ウイルスに対してワクチンが効きにくくなることもありません。

日本では、国立感染症研究所において、WHOと協力して薬剤耐性株のサーベイランスを行っています。現時点では、平成21（2009）年に大流行したインフルエンザ（H1N1）2009でのオセルタミビル耐性株の発生頻度は低く、また、分離されている耐性株のほとんどはザナミビルやラニナミビルによる治療が有効であることが確認されていますが（国立感染症研究所ホームページ <http://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html> を参照）、引き続き薬剤耐性株サーベイランスを行い、発生動向を注視することとしています。

Q13 抗インフルエンザウイルス薬に耐性化したウイルスの国内流行状況は？

毎年、日本では、国立感染症研究所と全国の地方衛生研究所が中心となってタミフルやリレンザなどの抗インフルエンザウイルス薬に耐性をもつウイルスの調査を行っています。詳しくは国立感染症研究所のホームページを御覧ください。

【国立感染症研究所 抗インフルエンザ薬剤耐性株サーベイランス】

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/influ-resist.html>

抗インフルエンザウイルス薬に耐性化したウイルスが検出される割合は、1～4%程度です。これらのウイルスのほとんどは、抗インフルエンザウイルス薬にて治療を行った後、採取されたウイルスです。

2013/2014年インフルエンザ流行シーズン当初、札幌で相次いで確認されたタミフルに耐性を持つウイルスは、タミフルでの治療を行っていない患者から検出されました。患者間での接触はなかったと判断されていますが、ウイルスの遺伝子が非常に似ているため、タミフルに耐性を持つウイルスが札幌市内で同時期に流行していた可能性が高いと考えられています。

一般的に抗インフルエンザウイルス薬に耐性を持ったウイルスは、伝播するスピードが遅いため広く流行することなく、自然に消失します（詳しくは国立感染症研究所にて掲載しています）

【国立感染症研究所：＜速報＞2013/14シーズンに札幌市で検出された抗インフルエンザ薬耐性A(H1N1)pdm09ウイルス】

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/flu-m/flu-iasrs/4232-pr4081.html>

しかし、2008/2009年インフルエンザ流行シーズンにヨーロッパで出現した、タミフルに耐性化したソ連型A(H1N1)ウイルスが世界的に流行したことから、今後とも注意が必要です。

Q14 タミフル服用後に、異常行動による転落死が起きている等の報道がなされていましたが、現在はどのような対応が行われているのですか？

タミフル服用後に患者が転落死した事例等が報告されたことを受けて、平成19年3月には、予防的な安全対策として、添付文書（薬に添付されている説明文書）を改訂し、下記の注意を警告欄に記載するとともに、「緊急安全性情報」を医療機関に配布しました。

- ① 10歳以上の未成年の患者においては、因果関係は不明であるものの、本剤の服用後に異常行動を発現し、転落等の事故に至った例が報告されている。このため、この年代の患者には、合併症、既往歴等からハイリスク患者と判断される場合を除いては、原則として本剤の使用を差し控えること。
- ② 小児・未成年者については、万が一の事故を防止するための予防的な対応として、本剤による治療が開始された後は、
 - (1) 異常行動の発現のおそれがあること、
 - (2) 自宅において療養を行う場合、少なくとも2日間、保護者等は小児・未成年者が一人にならないよう配慮することについて患者・家族に対し説明を行うこと。

その後、タミフルの服用と転落・飛び降り、又はこれらにつながるような異常な行動や突然死等との関係について、平成19年4月以降、薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会において調査・審議を行い、副作用等報告、非臨床試験（動物実験等）、臨床試験、疫学調査等の結果を検討してきました。平成21年6月の同調査会において、

- ・タミフルと異常な行動の因果関係について、疫学調査の解析結果のみから明確な結論を出すことは困難であると判断された。
- ・タミフル服用の有無にかかわらず、異常行動はインフルエンザ自体に伴って発現する可能性があることが明確となった。
- ・平成19年3月の予防的な安全対策以降、タミフルの副作用報告において、10代の転落・飛び降りによる死亡等の重篤な事例が報告されていない。

ことから、予防的措置としての上記の対策（枠囲み）について、引き続き、医療関係者、患者、家族等に注意喚起を図ることとしました。上記調査会の資料は、厚生労働省のホームページの下記アドレスに掲載しています。

【リン酸オセルタミビル（タミフル）について】

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/s0616-5.html>

その後、平成22（2010）年8月、平成23（2011）年11月、平成24（2012）年10月及び平成25（2013）年10月に開催された安全対策調査会が、追加的に得られた副作用情報等の評価を行いました。タミフルと異常行動との因果関係を示す結果は得られていないものの、引き続き、これらの対策を行うことが妥当と結論付けています。

Q15 タミフル以外の抗インフルエンザウイルス薬を使用した場合にも異常行動（急に走り出す、ウロウロする等）は起こるのでしょうか？ 医薬品を服用しない場合には起こらないのでしょうか？

抗インフルエンザウイルス薬には、タミフルのほかリレンザ、ラビアクタ、イナビル、シメトレル等の医薬品がありますが、これらの医薬品の服用後にも、急に走り出す等の異常行動の発生が認められています。

また、インフルエンザにかかった時には、医薬品を何も服用していない場合や解熱剤のアセトアミノフェンだけを服用した後も、同様の異常行動が現れることが報告されています。インフルエンザに罹患して、自宅において療養を行う場合には、突然走り出して2日から転落する等の事故を防止するため医薬品の服用の有無にかかわらず、少なくとも発症から2日間、保護者等は小児・未成年者が一人にならないよう配慮してください。

インフルエンザ罹患に伴う異常行動の研究については、厚生労働省ホームページの下記アドレスに掲載されています。

【インフルエンザ罹患に伴う以上行動研究】

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kous-eikagakuka/0000027843.pdf>

○異常行動の例

- ・突然立ち上がって部屋から出ようとする。
- ・興奮状態となり、手を広げて部屋を駆け回り、意味のわからないことを言う。
- ・興奮して窓を開けてベランダに出ようとする。
- ・自宅から出て外を歩いていて、話しかけても反応しない。
- ・人に襲われる感覚を覚え、外に飛び出す。
- ・変なことを言い出し、泣きながら部屋の中を動き回る。
- ・突然笑い出し、階段を駆け上がろうとする。

Q16 抗菌薬はインフルエンザに効果がありますか？

インフルエンザウイルスに抗菌薬は効きませんが、特に御高齢の方や体の弱っている方は、インフルエンザにかかることにより肺炎球菌などの細菌にも感染しやすくなっています。このため、細菌にもウイルスにも感染（混合感染）することによって起こる気管支炎、肺炎等の合併症に対する治療として、抗菌薬等が使用されることはあります。

Q17 インフルエンザにかかったら、どのくらいの期間外出を控えればよいのでしょうか？

一般的に、インフルエンザ発症前日から発症後3～7日間は鼻やのどからウイルスを排出するといわれています。そのためにウイルスを排出している間は、外出を控える必要があります。

排出されるウイルス量は解熱とともに減少しますが、解熱後もウイルスを排出するといわれています。排出期間の長さには個人差がありますが、咳やくしゃみ等の症状が続いている場合には、不織布製マスクを着用する等、周りの方へうつさないよう配慮しましょう。

参考までに、現在、学校保健安全法（昭和33年法律第56号）では「発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としています（ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるときは、この限りではありません）。

【インフルエンザワクチンの接種について】

Q18 ワクチンの接種を受けたのにインフルエンザにかかったことがあるのですが、ワクチン

チンは効果があるのですか？

インフルエンザにかかる時はインフルエンザウイルスが口や鼻から体の中に入ってくることから始まります。体の中に入ったウイルスは次に細胞に侵入して増殖します。この状態を「感染」といいますが、ワクチンはこれを抑える働きはありません。

ウイルスが増えると、数日の潜伏期間を経て、発熱やのどの痛み等のインフルエンザの症状が起こります。この状態を「発症」といいます。ワクチンには、この発症を抑える効果が一定程度認められています。

発症後、多くの方は1週間程度で回復しますが、中には肺炎や脳症等の重い合併症が現れ、入院治療を必要とする方や死亡される方もいます。これをインフルエンザの「重症化」といいます。特に基礎疾患のある方や御高齢の方では重症化する可能性が高いと考えられています。ワクチンの最も大きな効果は、この重症化を予防する効果です。

※厚生科学研究班による「インフルエンザワクチンの効果に関する研究（主任研究者：神谷齊（国立療養所三重病院）」の報告によると、65歳以上の健康な高齢者については約45%の発病を阻止し、約80%の死亡を阻止する効果があったと報告しています。

以上のように、インフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というものではありませんが、ある程度の発病を阻止する効果があり、またたとえかかって症状が重くなることを阻止する効果があります。

ただし、この効果も100%ではないことに御留意ください。

Q19 昨年ワクチンの接種を受けましたが今年も受けた方がよいのでしょうか？

季節性インフルエンザワクチンでは、これまでの研究から、ワクチンの予防効果が期待できるのは、接種した（13歳未満の場合は2回接種した）2週間から5か月程度までと考えられています。

また、インフルエンザワクチンは、そのシーズンに流行が予測されるウイルスに合わせて製造されています。このため、インフルエンザの予防に十分な免疫を保つためには毎年インフルエンザワクチンの接種を受けた方がよい、と考えられます。

Q20 インフルエンザワクチンの有効性が、製造の過程で低下することがあると聞いたのですが？

インフルエンザワクチンを鶏卵で作る過程において、ウイルスを卵の中で増えやすくするために馴化させなければなりません。馴化とは、ウイルスを卵で複数回増やし、卵での増殖に適応させることです。しかし、ウイルスが卵に馴化する過程でウイルスの遺伝子に変異が起きる場合があります。遺伝子に変異が起きた場合、ワクチンの有効性が低下することもあります。そのため、毎年、製造されたワクチンの有効性を確認しています。

Q21 今年のワクチンは何種類のインフルエンザに効果があるものですか？

今年度の季節性インフルエンザワクチンは、インフルエンザ A (H1N1) 亜型 (インフルエンザ (H1N1) 2009) と同じ亜型) と A (H3N2) 亜型 (いわゆる A 香港型)、B 型の 3 種類が含まれたワクチンです。

Q22 インフルエンザワクチンの接種はいつ頃受けるのがよいですか？

日本では、インフルエンザは例年 11 月～3 月頃に流行します。また、ワクチン接種による効果が出現するまでに 2 週間程度を要することから、毎年 12 月中旬までにワクチン接種を終えることが望ましいと考えられます。

Q23 ワクチンの供給量は確保されていますか？

今シーズンは、約 6,844 万回分 (約 3,422 万本) のワクチンが供給される予定です (平成 26 年 6 月末日現在)。近年の供給実績と実際の使用実績等を踏まえると、今シーズンは、十分な供給量が見込まれます。

※ 1 回分は、健康成人の 1 人分の接種量に相当します。

Q24 ワクチンの接種量及び接種回数は年齢によって違いはありますか？

インフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は次のとおりです。

- (1) 6 カ月以上 3 歳未満の方 1 回 0.25mL 2 回接種
- (2) 3 歳以上 13 歳未満の方 1 回 0.5mL 2 回接種
- (3) 13 歳以上の方 1 回 0.5mL 1 回接種

1 回目の接種時に 12 歳で 2 回目の接種時に 13 歳になっていた場合でも、12 歳として考えて 2 回目の接種を行っていただいてもかまいません。

(注 1) 13 歳以上の基礎疾患 (慢性疾患) のある方で、著しく免疫が抑制されている状態にあると考えられる方等は、医師の判断で 2 回接種となる場合があります。

(注 2) 一部のワクチンは、(1) については「1 歳以上 3 歳未満の方 1 回 0.25mL 2 回接種」となります。

Q25 インフルエンザワクチンを接種するにはいくらかかりますか？

ワクチンの接種は病気に対する治療ではないため、健康保険が適用されません。原則的に全額自己負担となり、費用は医療機関によって異なります。

しかし、予防接種法 (昭和 23 年法律第 68 号) に基づく定期接種の対象者等については、接種費用が市町村によって公費負担されているところもありますので、お住まいの市町村 (保健所・保健センター)、医師会、医療機関、かかりつけ医等に問い合わせてください。

ようお願いします (定期接種の対象でない方であっても、市町村によっては、独自の助成事業を行っている場合があります)。

【定期接種について】

Q26 予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種の対象はどのような人ですか？

インフルエンザワクチンについては、一般に重症化の予防効果が認められていますが、以下の方々は、インフルエンザにかかると重症化しやすく、特に接種による便益が大きいと考えられるため、定期の予防接種の対象となっています。予防接種を希望する方は、かかりつけの医師とよく相談の上、接種を受けるか否かを判断してください。

(1)	65 歳以上の方
(2)	60～64 歳で、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方 (概ね、身体障害者障害程度等級 1 級に相当します)
(3)	60～64 歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方 (概ね、身体障害者障害程度等級 1 級に相当します)

Q27 予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種はどこで受けられますか？

地域の医療機関、かかりつけ医等でインフルエンザワクチンを受けることができますが、自治体によって実施期間や費用は異なります。インフルエンザワクチン接種可能な医療機関や地域での取組については、お住まいの市町村 (保健所・保健センター)、医師会、医療機関、かかりつけ医等に問い合わせてください。

Q28 予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種は、対象者が希望すれば必ず受けられますか？

予防接種法に基づくインフルエンザワクチンの定期接種が不適当と考えられる方は、予防接種実施規則に以下のように示されています。

<予防接種実施規則第 6 条による接種不適当者 (抜粋) >

(1)	明らかな発熱*を呈している者 *通常は、37.5℃を越える場合をいいます。
(2)	重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
(3)	予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショックを呈したことがあることが明らかな者
(4)	その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

また、以下に該当する方は、予防接種実施要領（「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」（平成25年3月30日健発0330第2号厚生労働省健康局長通知）の別添）に基づく接種要注意者とされていますので、接種に際しては、医師とよく御相談ください。

＜インフルエンザ予防接種実施要領に基づく接種要注意者＞

(1)	心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者（概ね、身体障害者障害程度等級1級に相当します）
(2)	ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者（概ね、身体障害者障害程度等級1級に相当します）

【副反応等について】

Q29 インフルエンザワクチンの接種によって引き起こされる症状（副反応）にはどのようなものがありますか？

免疫をつけるためにワクチンを接種したとき、免疫がつく以外の反応がみられることがあります。これを副反応といいます。季節性インフルエンザで比較的多くみられる副反応には、接種した場所（局所）の赤み（発赤）、はれ（腫脹）、痛み（疼痛）等が挙げられます。接種を受けられた方の10～20%に起こりますが、通常2～3日でなくなります。

全身性の反応としては、発熱、頭痛、寒気（悪寒）、だるさ（倦怠感）などが見られます。接種を受けられた方の5～10%に起こり、こちらも通常2～3日でなくなります。

また、まれではありますが、ショック、アナフィラキシー様症状（発疹、じんましん、赤み（発赤）、掻痒感（かゆみ）、呼吸困難等）が見られることもあります。ショック、アナフィラキシー様症状は、ワクチンに対するアレルギー反応で接種後、比較的すぐに起こることが多いことから、接種後30分間は接種した医療機関内で安静にしてください。また、帰宅後に異常が認められた場合には、速やかに医師に連絡してください。

そのほか、重い副反応（※）の報告がまれにあります。ただし、報告された副反応の原因がワクチン接種かどうかは、必ずしも明らかではありません。インフルエンザワクチンの接種後に見られた副反応については、順次評価を行い、公表していきます。

※重い副反応として、ギラン・バレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、血小板減少性紫斑病等が報告されています。

Q30 インフルエンザワクチンの接種後の死亡例はありますか？

平成21（2009）年10月から平成22（2010）年9月まで及び平成22（2010）年10月から平成23（2011）年3月までの新型インフルエンザワクチン（新型インフルエンザの詳細は

Q5を参照して下さい）並びに平成23（2011）年10月から平成24（2012）年5月21日まで及び平成24（2012）年10月から平成25（2013）年5月14日までの季節性インフルエンザワクチンの接種後の副反応報告において、報告医師から接種との因果関係があるとして報告された事例はそれぞれ、3例、4例、0例及び1例でした。

これらの副反応報告について、副反応検討部会において専門家による評価を行ったところ、死亡とワクチン接種の直接の明確な因果関係がある症例は認められませんでした。死亡例のほとんどが、重い持病をもつ御高齢の方でした。

資料は、厚生労働省のホームページの下記アドレスに掲載しています。

○平成21年10月～平成22年9月分報告事例

[平成22年度第2回新型インフルエンザ予防接種後副反応検討会(平成22年12月6日)]
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yt0k.html>

○平成22年10月～平成23年3月分報告事例

[平成23年度第1回新型インフルエンザ予防接種後副反応検討会(平成23年7月13日)]
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001jqmw.html>

○平成23年10月～平成24年3月分報告事例

[平成24年度第1回インフルエンザ予防接種後副反応検討会(平成24年5月25日)]
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002c06s.html>

○平成24年10月～平成25年3月分報告事例

[平成25年度第2回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会(平成25年6月14日)]
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034lcq.html>

基礎疾患のある方は、いろいろな外的要因により、病気の状態が悪化する可能性もありますので、主治医及び専門性の高い医療機関の医師に対し、必要に応じて、接種の適否について意見を求め、接種の適否を慎重に判断してください。

Q31 インフルエンザワクチンの接種によってインフルエンザを発症することはありますか？

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンです。不活化ワクチンは、インフルエンザウイルスの活性を失わせ、免疫をつくるのに必要な成分を取り出して病原性を無くして作ったものです。

したがって、ウイルスとしての働きはないので、ワクチン接種によってインフルエンザを発症することはありません。

Q32 インフルエンザワクチンの接種によって著しい健康被害が発生した場合は、どのような対応がなされるのですか？

Q24 の回答で示した対象者の方への接種で、予防接種法による定期接種となる場合、予防接種を受けたことによる健康被害であると厚生労働大臣が認定した場合に、予防接種法に基づく健康被害の救済措置の対象となります。

救済制度の内容については、下記アドレスを御参照ください。

【予防接種健康被害救済制度】

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou20/kenkouhigai_kyusai/

また、予防接種法の定期接種によらない任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず発生した副反応により、健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）による医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となります。

救済制度の内容については、下記を参照するか、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（TEL：0120-149-931）に御照会ください。

【医薬品副作用被害救済制度】

<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help.html>

【生物由来製品感染等被害救済制度】

<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/kansen.html>

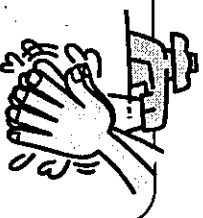
ノロウイルス食中毒！ 注意報発令中！

ノロウイルスは嘔吐、下痢、腹痛、発熱などの症状を引き起こす食中毒の原因となるウイルスで、主に冬場を中心として流行します。
主な原因は、ノロウイルスに感染した調理従事者の手などを介して、食品を汚染させること（2次感染）によるものです。
また、ノロウイルスは二枚貝の内臓に蓄積されていることあるので、取り扱いに注意しましょう。

★予防のポイント

調理者の感染を防ぐ

- ノロウイルスの感染予防には手洗いが最重要です！
- 外から帰ってきた後や食事前の手洗いを日常から徹底しましょう。
- また、家庭内での感染も起きやすいので、調理者は家族の健康状態にも注意しましょう。

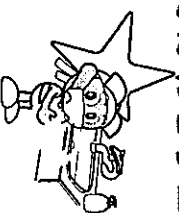
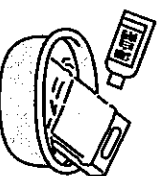


調理時に注意すること

- 加熱して食べる食品は、中心部までしっかりと加熱しましょう。
(中心部85℃～90℃で90秒以上)
- 食器、調理器具は使用の都度、洗浄・消毒をしましょう。
- 調理前、トイレの後の手洗いを徹底しましょう。
- 調理者は、下痢や風邪に似た症状のある場合は、食品を直接取り扱う作業に従事しないようにしましょう。
- ノロウイルスに感染しても、症状が現れずに便にウイルスを排出している場合（不顕性（ぶけんせい）感染）があります。健康状態にかかわらず日頃から手洗いの徹底を心掛けましょう。



中心部 85℃～90℃で
90秒以上
岡山県エコネット ももっち



注意！

★ ノロウイルスには「X アルコール」や「X 逆性石けん」は効果が期待できません！ 「O 次亜塩素酸ナトリウム（塩素系漂白剤）」を使用しましょう。

★ 手指は、石けんをよく泡立ててしっかりと洗いし、水で十分にウイルスを洗い流すことが大切です。

新型インフルエンザ等対策特別措置法について

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

1. 体制整備等

(1) 行動計画等の作成

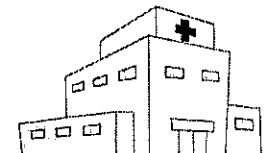
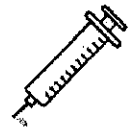
- ① 国、地方公共団体の行動計画の作成、物資・資材の備蓄、訓練、国民への知識の普及
 - ② 指定公共機関(医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人)の指定・業務計画の作成
- (2) 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする
- (3) 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置
- (4) 発生時における特定接種(登録事業者(*)の従業員等に対する先行的予防接種)の実施
※医療提供業務又は国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって、厚生労働大臣の定めるところにより厚生労働大臣の登録を受けているもの … 障害福祉サービス事業所・障害者支援施設等の一部
- (5) 海外発生時の水際対策の的確な実施

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等(国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限る)が国内で発生し、全国かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- ① 外出自粛要請、施設の使用制限等の要請・指示 … 通所の福祉サービス等
- ② 住民に対する予防接種の実施
- ③ 医療提供体制の確保(臨時の医療施設等)
- ④ 緊急物資の運送の要請・指示
- ⑤ 政令で定める特定物資の売渡しの要請・収用
- ⑥ 埋葬・火葬の特例
- ⑦ 生活関連物資等の価格の安定(国民生活安定緊急措置法等の的確な運用)
- ⑧ 行政上の申請期限の延長等
- ⑨ 政府関係金融機関等による融資



○ 施行期日:平成25年4月13日

事務連絡
平成27年3月17日

都道府県 障害保健福祉主管部 (局) 御中
各指定都市 障害保健福祉主管部 (局) 御中
児童相談所設置市

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部
障害福祉課障害児・発達障害者支援室

障害児通所支援事業所及び障害児入所施設等における事故防止対策の徹底について

障害児通所支援事業所及び障害児入所施設等 (以下「障害児通所支援事業所等」という。)の事故防止対策は、「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準」(平成24年2月3日厚生労働省令第15号)第52条等の規定に基づき、適切な運用にご尽力いただいているところですが、大阪府豊中市に所在する児童発達支援事業所に通っていた男児が本年2月28日から行方が分からなくなり、3月15日に当該事業所付近の池から遺体で見られるという事案が発生しました。

つきましては、障害児通所支援事業所等における事故防止対策について、別紙1「児童福祉施設における事故防止について」(昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知)及び別紙2「福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針」(平成14年3月28日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会)を参考として、都道府県、指定都市及び児童相談所設置市においては、あらためて、管内の障害児通所支援事業所等に対する指導・助言を行うとともに、障害児通所支援事業所等においてはより一層の徹底が図られますよう、周知をお願いいたします。

○児童福祉施設における事故防止について

昭和46年7月31日 児発第418号 厚生省児童家庭
各都道府県知事・各指定都市市長宛 局長通知

標記については、すでに従来から通知等により、たびたび注意を喚起してきたところであり、貴職におかれても管下の児童福祉施設に対し十分な指導を行なっておられることと申うが、先般、精神薄弱児施設の入所児童がキャンプ中にテントが燃えたため死亡するという事故があったほか、重症心身障害児施設、保育所等において死亡事故などが発生したことは、まことに遺憾である。

とくに、夏季においては、水泳、キャンプ等の行事が多く、水の事故をはじめとした児童の不慮の事故が起こりやすい時期であるとともに、赤痢、食中毒等が多発する時期でもあるので、下記事項に留意のうえ、貴管内の児童福祉施設従事者および関係者の注意を喚起され、いやしくも施設従事者の不注意などによる事故が発生することのないよう一そう指導の徹底を図らねたい。

なお、万一不慮の事故が発生した場合には、適切な処置をとるとともに、速やかに本職あて詳細をご報告願いたい。

記

- 1 児童福祉施設においては、入所児童の習癖、性向などについてつねにその実態を把握し、指導にあたっては、個人差に即したものにするなど適切な配慮をすること。
- 2 児童福祉施設従事者の研修、訓練に努め、児童処遇上必要な知識・技能の向上を図ること。
- 3 消防署、警察、病院等関係機関との連絡を密にして、緊急の場合には、適切な協力体制がとれるよう配慮すること。
- 4 その他児童福祉施設最低基準の趣旨、目的を尊重するなど児童の安全管理に努めること。

福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に
 関する取り組み指針

～利用者の笑顔と満足を求めて～

平成14年3月28日

福祉サービスにおける危機管理に関する検討会

目 次

第1 総論	
1 はじめに	1
2 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点	1
(1) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントをどのようにとらえるか	
(2) 本指針におけるリスクマネジメントの範囲	
(3) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点	
ア 社会福祉法の理念とリスクマネジメント	
イ 基本的な視点は「クオリティインプループメント(Q1)」	
ウ リスクマネジメントとクオリティインプループメント(Q1)	
エ 「事故」とは何か	
3 経営者のリーダーシップと決断の重要性	4
第2 リスクマネジメントを進める体制整備にあたって	
1 組織風土の改善	5
2 組織全体での取り組み	5
3 継続的な取り組み	5
第3 事故を未然に防ぐ諸方策に関する指針	
1 基本的な視点	6
(1) 「コミュニケーション」の重要性	
ア 「利用者、家族等とのコミュニケーション」	
(ア) 情報の提供	
(イ) 日常的な情報交換	
(ウ) 効果的なコミュニケーションを確保するために	
イ 職員同士のコミュニケーション	
(2) 苦情解決への取り組み	
2 サービス提供場面におけるリスクと事故防止策	8
3 身体拘束との関係	10
4 リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み	10
(1) サービスの標準化と個別化	
ア サービスの「標準化」	
イ サービスの「個別化」	
(ア) アセスメント	
(イ) 個別援助計画	

- (2) 利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり
- (3) 記録と報告
- (4) 法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり
- (5) リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み
 - ア 事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析
 - イ OJT（職場内教育、業務を通しての人材育成）
 - ウ QC活動
 - エ 取り組みの周知徹底

第4 事故が起ってしまったときの対応指針

- 1 事故に対応する際の基本姿勢 17
- 2 事故対応の原則 17
 - (1) 個人プレーでなく組織として対応
 - (2) 事実を踏まえた対応
 - (3) 窓口を一本化した対応
- 3 事故対応のフロー 18
 - (1) 事実の把握と家族等への十分な説明
 - (2) 改善策の検討と実践
 - (3) 誠意ある対応
- 4 事故の発生に備えて 19

第5 おわりに 19

- (別紙1) 20
 - 1 苦情解決体制を整備するにあたってのポイント
 - 2 苦情対応の基本原則
 - 3 苦情の傾向と対応策の一例
- (別紙2) 22
 - 事故事例とそれらに対する発生要因の分析及び対応策
- (別紙3) 31
 - 抑制することの弊害等について整理
- (別紙4) 32
 - 例1 食事に関する介護マニュアル
 - 例2 入浴に関する業務基準
- (別紙5) 35
 - 書式の一部をチャート式にした記録様式の例
- (別紙6) 36
 - 事故を防止するための留意点を踏まえた格入りの業務マニュアルの例

福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針

～ 利用者の笑顔と満足を求めて ～

第1 総論

1 はじめに

介護保険制度の導入や社会福祉基礎構造改革の進展により、福祉サービスの利用は措置から契約に基づく制度へと移行しつつあります。契約に基づくサービスの利用制度のもとでは、利用者・事業者双方において、お互いの権利・義務関係が明確となり、事業者は利用者に対して契約に基づくサービスを適切に提供することが強く求められてきます。

昨今、このような背景のもとで利用者の権利意識が高揚し、これまでは顕在化しにくかった福祉サービスにおける事故の問題が大きく取り上げられるようになってきています。また、福祉サービスの質の向上の必要性が高まるなか、利用者の安心や安全を確保することが福祉サービスの提供にあたっての基本であることから事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立が急務の課題であると言えます。

一方、福祉サービスは利用者の日常生活全般に対する支援や発育の助長を促すことを目的に提供するものであり、その危機管理体制のあり方についても医療とは異なる観点からの整理が必要との指摘もあります。そのため、福祉サービスにおける危機管理（以下「リスクマネジメント」という。）の体制を構築していくためには、福祉サービスの特性（サービスの内容やサービス利用者の特徴など）を踏まえた視点と具体的な対応が求められることとなります。

本指針は、厚生労働省「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」（座長：橋本泰子大正大学教授）における7回にわたる検討の成果を取りまとめたものです。検討にあたっては、特に先に触れたとおり、主に社会福祉施設における福祉サービスの特性や実際のサービス提供場面の実態に即した内容となることに留意しました。また、この中で、特にリスクマネジメントの取り組みを有効に推進していくためには、社会福祉法人経営者の役割や責任が大変に重要となることを指摘しています。福祉サービスにおけるリスクマネジメントは、人事管理や労務管理等と同じく「経営」そのものであり、その取り組みにあたって経営者は自らの責任を改めて認識することがその出発点となるからです。

2 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点

(1) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントをどのようにとらえるか

はじめに、リスクマネジメントということについて簡単に整理しておきたいと思えます。

一般的に企業等で行われているリスクマネジメントには非常に多岐にわたる意味

内容が含まれています。そもそも、健全な企業経営を阻害する要因を「リスク」としてとらえ、そのリスクの発生を防止したり、最小限に抑えることはもとより、万が一にもリスクが発生してしまった場合の対応策をも包含する取り組みとして通常は行われています。従って、例えば、資金繰りの悪化であるとか、人事・労務管理上の問題、PL法（製造物責任法）への対応、天災への備え等、その守備範囲は広いのです。

一方、昨今、福祉サービスの分野で議論されているリスクマネジメントは、「福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応（特に損害賠償等、法人・施設の責任問題を含む）」にその中心がなされています。

本検討会では、検討を進めるにあたり福祉サービスにおける事故防止をどのように進めたらよいかや万が一にも事故が発生してしまった場合の対応はどうかあるべきか、といったテーマを念頭に、この指針もそれらに重点をおいて取りまとめた内容になっています。

しかしながら、社会福祉法人・福祉施設の経営環境が大きく変化中、上記のように、より幅を持った経営全体に関するリスクマネジメントのあり方や取り組みが引き続き検討される必要があることにも留意する必要があります。

(2) 本指針におけるリスクマネジメントの範囲

本検討会では、当初、より具体的なイメージを持つため、サービス利用者自身の身体上のケガ、感染症、食中毒、健康・安全に直接的影響を与える事故をどのように防止したらよいかという課題を念頭に検討を進めてきました。しかしながら、例えば個々の「転倒」に着目してその防止策を考えようとするれば、利用者の状態像や施設環境等が強く影響するためにきわめて個別性が高い内容ひとつひとつに踏み込まなければならぬこととなります。そのような対応のあり方は本来、それぞれの施設において十分な検討と創意工夫のもとに行われるものであると考えられます。

そのため、個々の事故を防止するための方法をそれぞれの法人・施設が検討する前提として求められる共通的な取り組み等について指針として整理することとしました。

(3) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点

次に本指針が示すリスクマネジメントの共通的な取り組み等を取りまとめるにあたり、検討会が最も大切にしたい基本的な視点を整理しておきます。すなわち、その基本的な視点が、各法人・福祉施設においてそれぞれリスクマネジメントに関する取り組みを進めるにあたって基本にならなければならないからです。

ア 社会福祉法の理念とリスクマネジメント

社会福祉法第3条に、福祉サービスの基本理念として「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならぬ」と規定されています。

介護サービスを提供する福祉施設等からは、利用者の自立した生活を重視すればするほど「リスク」は高まるのではないかと、と危惧する声も聞こえてきます。しか

し、事故を起こさないようにするあまり、極端に管理的になりすぎてしまい、サービスの提供が事業者側の都合により行われるとするならば、人間としての成長、発達の機会や人間としての尊厳を奪うことになり、福祉サービスの基本理念に逆行することになりかねません。

そこで、このように「自由」か「安全」かという二者択一ではなく、福祉サービスにおいては、事故を完全に未然防止することは困難なものと捉えてみます。

その上で、事故を限りなく「ゼロ」にするためにはどうしたらよいか、あるいは、万が一起きてしまった場合に適切な対応を図ることはもとより、同じような事故が再び起こることのないような対策を講じるなど、より積極的な姿勢をもつことが重要であると考えられます。

イ 基本的な視点は「クオリティーインブルーメント(QI)」

本検討会では「クオリティーインブルーメント(QI)」を基本的な視点として福祉サービスにおけるリスクマネジメントのあり方についての検討を行ってきました。これまでは、とすると「リスクマネジメント＝損害賠償対策・対応」という捉えられ方がなされることがあったことも否定しがたく、特に前述のような特性をもつ福祉サービスにおいてはこのように矮小化した捉え方は適切ではありません。福祉サービスにおけるリスクマネジメントは、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方で取り組みを進めることが大変重要です。

ウ リスクマネジメントとクオリティーインブルーメント(QI)

それでは、なぜクオリティーインブルーメントの視点がリスクマネジメントにおいて重要なのかについて触れたいと思います。福祉サービスの事故事例やその要因等については後に紹介することとしていますが、例えば、「利用者が自立歩行中に転倒した」という事故があったとします。そこで考えられる要因はいくつもあると思いますが、これまでは、「しっかり見守っていなかった担当職員が悪い」「利用者が声をかけずに勝手に移動してしまった」「まさかこの利用者が自分で歩くとは想像できなかった」といった要因分析で終わっていたのではないのでしょうか。このような要因分析からは、「担当職員を呼んで厳重に注意した」とか「利用者に対して移動する際には職員に必ず声をかけてもらうようにした」となどといった防止策しか出てきませんし、同様の事故が再発することは間違いありません。

例のような事故を防止するためには、その利用者に関する状態像の的確な把握や、それに対してどのようなサービスを実施するかという内容の明確化と、その確実な実施等、いわばこれまでは利用者全体をマスタとしてとらえて提供されてきた福祉サービスをより利用者一人ひとりに着目した個別的なサービス提供へと変えていくことが最も強く求められることとなります。このことは、言うまでもなく福祉サービスの質の向上(クオリティーインブルーメント)に向けた取り

組みそのものです。

従って、さまざまな類型・内容の事故が発生し、個別性が高いとしても、その防止に向けた取り組みの共通的・基本的な視点は「クオリティーインブルーメント」が非常に大切です。

Ⅱ 「事故」とは何か

さて、次に福祉サービスにおいて「事故」をどうとらえるか、ということについて整理してみます。例えば、全国社会福祉協議会が平成12年度の長寿・社会福祉基金の助成事業として作成した『福祉サービス事故事例集』では、「社会福祉施設における福祉サービスの全過程において発生する全ての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない。」と定義しています。医療や看護の分野でも同じような定義が見られています。

一方で、例えば保育所において子どもたちが鬼ごっこをしていて転んだことが果たして「事故」であるのか、といった指摘があります。

確かに「事故」という言葉がもつイメージは決して良いものではなく、どうしても法人・施設の責任といった面ばかり目が向いてしまいます。しかしながら、先のクオリティーインブルーメントの考え方に立てば、どのような事象を「事故」としてとらえるかということよりも、「その出来事が人間としての尊厳を冒すことであったり、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるものであるならば、改善する必要がある」という判断が重要となります。

3 経営者のリーダーシップと決意の重要性

以下、クオリティーインブルーメントの視点に立って、具体的なリスクマネジメントの取り組みやさまざまな手法・技術について指針を示していきますが、それらの基本として最も重要となる社会福祉法人・社会福祉施設経営者のリーダーシップの重要性について触れておきます。

福祉施設においてリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたっては、まず、法人経営者や施設長等その管理者自身の強い決意が必要です。これまでの措置制度と違い、契約による利用を原則とする福祉サービスにおいては、契約内容を適切に履行することが最低限求められますから「品質管理」と「安全管理」はこれまで以上に大変重要となりますし、社会福祉法人経営の中核となるものと言えます。そこでは、経営者の果たすべき役割が強く求められますし、その具体的な取り組みを推進するには管理者自らの率先垂範や、強いリーダーシップの発揮が不可欠です。

特に福祉サービスにおけるリスクマネジメントを「サービスの質の向上」を志向するものとして取り組むためには、経営者自身、自施設が行っているサービスの質の現状を十分に認識したうえで、「よりよいサービスを目指す」決意を強く持つことがまず必要となります。そして、経営者の強い決意とリーダーシップのもと、すべての職員にリスクマネジメントの意識や「質の向上」に向けた取り組みを十分に浸透させなければなりません。

第2 リスクマネジメントを進める体制整備にあたって

さて、実際にリスクマネジメントを進める体制整備や取り組みを進めるにあたってのポイントを次に示します。医療や看護の分野ですでに取り組みが見られる安全委員会やリスクマネージャーの設置、あるいはインシデントレポートシステムやQC活動の実践も、法人・施設において基本的な体制整備が図られていなければ効果的には機能し得ないからです。

1 組織風土の改善

リスクマネジメントの取り組みを進めるにあたって大切なことは、職員一人ひとりが「安全」ということを認識していることと（安全文化の醸成・共有）、何かあれば気軽にお互いに意見を出し合える「何でも物が言えるような雰囲気」「風通しのよい組織」であることです。

そのためにも経営者自らがその必要性を認識して、意図的にそのような組織風土が醸成されるような働きかけを日常的に行う必要があります。

2 組織全体での取り組み

リスクマネジメントの取り組みは、経営者や特定の一部職員のみによって達成しうるものではありません。リスクマネジメントの取り組みには、すべての職員が参画することが求められます。また、そこでは施設職員と経営者との連携が大変重要となります。取り組みが経営者の一方的な指示によって行われるものでもありませんし、職員だけで行われるものでもありません。日頃から、経営者は職員の声に耳を傾け、現場での課題等を明らかにしておくとともに、どのような対応策が考えられるのか、現場の創意工夫を引き出しながらともに構築していくような姿勢が望まれます。

3 継続的な取り組み

リスクマネジメントの取り組みは、その仕組みを導入したらおしまいということでは決してありません。いわゆる「PDCA【プラン（計画）・ドゥ（実施、運用）・チェック（検証）・アクション（改善活動）】」サイクルに基づいて取り組みを進めていくことが求められます。取り組みを行ってみたい明らかになる問題点等については定期的な検証や必要な改善策を講じることによって常によりよい取り組みが行われるよう、継続的に改善、発展させていくことが重要です。

第3 事故を未然に防ぐ諸方策に関する指針

次に福祉サービスにおけるリスクマネジメントの取り組みについて、指針としてその具体的な方策を示していくこととします。

1 基本的な視点

(1) 「コミュニケーション」の重要性

利用者に対して適切な福祉サービスを良好な関係のもとに提供するにあたっては良好な「コミュニケーション」を確保することが非常に大切です。「コミュニケーション」の概念は、広くて抽象的ではありますが、特にリスクマネジメントの観点から、①利用者、家族等とのコミュニケーション、②職員同士のコミュニケーションについてそのポイントを整理することとします。

ア 「利用者、家族等とのコミュニケーション」

(ア) 情報の提供

福祉サービスが借置から契約により利用される制度に移行していくなかで、利用者との適切かつ良好なコミュニケーションを確保するために基本となるのは、この「情報の提供」が十分に行われていることです。情報の提供はその対象や、契約締結過程の場面によっていくつかの段階がありますが、共通して課題とされているのは、利用者と事業者の間には情報の「非対称性」があるという点です。福祉サービスの内容や利用者の心身の状況に着目した場合、サービスに関する情報量や内容は事業者の方が優位であり、利用者はなかなか十分に知りうるできないという基本的な考え方があります。このような状況を是正しないで行われた契約締結は適切ではありません（消費者契約法の考え方）。

社会福祉法や介護保険制度では、法令上に重要事項の説明義務が盛り込まれていますが、それらを遵守したうえで、必要となるサービスの種類や内容、料金などについてあらかじめ説明をするとともに、利用者や家族の意向を十分に反映させ、納得を得ることが重要です。また、サービス利用中であっても継続的に、利用者の状態等に関する情報の提供を行い、サービス内容の変更や決定を行う際には、利用者や家族の意向を十分に尊重することも求められます。

このことは、後のトラブルを防止することはもとより、施設がサービスを行っていくうえで必要となる情報をより正確に把握することにもつながり、ひいてはより安全なサービスを提供することにもつながります。

(イ) 日常的な情報交換

入所施設に限らず、利用者の状態や出来事を頻りに情報交換することが重要です。特に、離れて生活をする家族で利用者の状態の変化が把握できてい

ない場合には、利用者の急変等に対して「こんなはずはない、もっと状態がよかったはずだ。」といった認識のずれも生じやすいものです。

そのため、リスクマネジメントの観点からは、家族に普段の生活をみてもらいながら、そのリスクを利用者・事業者・家族で互いに話し合い、認識することによってリスクを共有（分け持つ）することができるという意味において日常的な情報交換が大切となります。

また、その際には家族が本当はどう考え、思っているのかについて、その本音を聞き出しながら関わり、その内容によってはサービス内容に反映させていく姿勢が望まれます。

(ウ) 効果的なコミュニケーションを確保するために

さて、ただ「コミュニケーション」といっても、家族との日常的かつ有効な情報交換を行う場合には、率先して施設の側から働きかけて関係をつくらなければいくら一方的な説明をしても相手には伝わりません。

また、誰が、いつ（どの程度の頻度で）、どのような方法で情報交換をするのか、一定のルール化しておくことも有効であると考えられます。なぜならば、「必要に応じて」といった漠然とした取り決めの場合「行われない」ことがあるからです。

その場合でも、誰が特定の職員がその家族に関わればよいということではなく、常日頃からすべての介護職や事務職員であっても情報交換が行えるよう、きちんと相手からの話を聞けるような状態にしておくことが求められる体制のあり方です。

イ 職員同士のコミュニケーション

先にも触れたように、効果的なリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたっては、風通しのよい、何でも言い合えるような日頃からの雰囲気づくりが大変重要です。

職員同士のコミュニケーションでは、①情報の共有化、②職種を超えた日常的なコミュニケーションという2点がポイントであると言えます。

まず1点目の「情報の共有化」は、組織全体としてリスクマネジメントに取り組んでいく上で不可欠となります。共有すべき情報には、一人ひとりの利用者の状態像（特にサービス提供上の留意点や忌避事項など）や発生した事故情報・その後の対応策等が挙げられます。情報を共有することによって、対応する職員の違いによるサービスのばらつきが少なくなり、危険も共有できることから、ひいては事故の防止につながるようになります。

2点目の職種を超えた日常的なコミュニケーションは、多職種で構成される福祉施設では特にその重要性は広く認識されているところとなっています。ケースカンファレンス以外の場面でも日常的に情報交換や意見交換ができるような取り組みが必要です。

(2) 苦情解決への取り組み

社会福祉法によって法定化された苦情解決については、「苦情はいやなもの」ではなく、事故防止のための積極的な情報という位置付けで前向きに捉えるべきです。特に社会福祉基礎構造改革の進展や、介護保険制度の施行にともない、利用者の権利擁護の観点からは苦情解決を安易に第三者に委ねることなく、まずは、法人・施設で対応し、解決していくことが重要となります。すなわち、苦情解決の取り組みを利用者の権利擁護のシステムとして、新しい施設の機能に位置づけて内包していく視点が大切になります。

リスクマネジメントの視点からみた福祉サービスに関する苦情のとらえ方として、福祉施設は、利用者の生活の全般に関わるサービスを提供しているため、利用者一人ひとりの苦情や要望のすべてにこたえていくことは現実的には難しい面もあります。しかし、「できないものはできない」と決め付けてしまい、結果として利用者の声を無視してしまっているのでは、利用者との信頼関係を損なうことになってしまいます。このような対応では、先に述べた利用者との良好なコミュニケーションも保たれるはずがありません。「なぜ、できないのか」をきちんと利用者にと説明して、納得を得るというプロセスが非常に大切です。

さて、利用者の苦情の中には、サービスを提供する側からは見落としてしまいそうな問題を鋭く指摘するものも少なくありません。見過ごしてしまえば大きなトラブルにつながってしまう場合もあるかもしれません。例えば、「ナースコールを押してもなかなか対応してくれない」という苦情が出されているながらも持段の対策を講じず、万が一そのような間に大きな事故が発生した場合にはどうなるでしょうか。また、苦情の段階でしっかりとした早期対応ができていれば大きな問題にならなかったケースであっても、適切な対応をとらなかったために施設側の責任問題にまで至るケースもあります。

このように、事故を未然に防止するというリスクマネジメントの取り組みのひとつとしてこの苦情解決の取り組みを積極的に行っていくことが求められます。

なお、(別紙1)に苦情解決体制を整備するにあたってのポイントや苦情対応の基本原則、さらに参考として苦情の傾向と対応策の一例を記述しています。

2 サービス提供場面におけるリスクと事故防止策

次に、福祉サービスにおける事故事例と発生要因の分析をもとに、事故の防止策についていくつかの具体例を示していきます。前述した『福祉サービス事故事例集』には、全国1,384施設から収集した事故事例や、6,400名余の介護職員から寄せられたヒヤリ・ハット事例が整理されています。

まず、個別の事故事例等に触れる前に事故の発生状況に関するおおよその傾向を次の表によってお示しします。

【各施設において多く発生している上位3つの事故類型】

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	転倒 198件 (50.0%)	誤嚥 37件 (9.3%)	転落 37件 (9.3%)
身体障害者療養施設	転倒 225件 (40.3%)	転落 62件 (11.1%)	打ち付け 62件 (11.1%)
知的障害者更生施設 (入所)	転倒 86件 (34.8%)	利用者の行為 59件 (23.9%)	転落 16件 (6.5%)
保育所	転倒 36件 (30.0%)	打ち付け 36件 (30.0%)	転落 27件 (22.5%)
重症心身障害児施設	転倒 34件 (24.8%)	転落 17件 (12.4%)	利用者の行為 19件 (13.9%)

【各施設において事故が多く発生している上位3つの業務場面】

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	歩行・移動中 118件 (29.8%)	食事中 43件 (10.9%)	入浴時 42件 (10.6%)
身体障害者療養施設	歩行・移動中 135件 (24.2%)	入浴時 74件 (13.3%)	移乗時 59件 (10.6%)
知的障害者更生施設 (入所)	歩行・移動中 74件 (30.0%)	食事中 18件 (7.3%)	入浴時 16件 (6.5%)
保育所	自由時間・遊び中 64件 (53.3%)	(歩行・移動中) 6件 (5.0%)	(レク中) 6件 (5.0%)
重症心身障害児施設	歩行・移動中 23件 (16.8%)	入浴時 13件 (9.5%)	食事中 12件 (8.8%)

このように、これまでも転倒や誤嚥事故が最も多いということが指摘されてきていますが、改めて、いずれの施設種別においてもある程度共通した傾向であることが確認できます。また、業務の場面をみると歩行・移動中がもっとも多く、以下、入浴時と食事中に事故が多く発生していることがわかります。

従って、あらゆる施設で多く発生している事故類型である「転倒」「誤嚥」「転落」をいかに減らしていくか、あるいは歩行・移動中の事故や入浴・食事中の安全をいかに確保していくか、といった取り組みを優先的に行っていくことが、全体として、福祉サービスの事故総数を減らしていくために効果的であると言えます。

ここでは、「転倒」「転落・落下」「誤嚥」にしばって寄せられた事例と、それらに対する発生要因の分析及び対応策を(別紙2)に紹介することとしますが、2点ほど留意していただきたいことについて付言しておきます。

ひとつは、事故事例を紹介することの意味です。『福祉サービス事故事例集』は、福祉サービスに関する事故の多寡を明らかにすることを目的として作成されたものではありません。これまで福祉サービスに関する事故については、個々の施設はもとより、業界全体としてもその発生状況が把握、共有されていませんでした。しかし、このような事例集として取りまとめて公表することによって、福祉サービスにおける典型的な事故事例を共有することができ、それぞれの施設において、それら典型的な事故については優先的に防止するための取り組みが推進されることに大きな意義があります。

2点目は、「事故」と「ヒヤリ・ハット事例」の定義についてです。調査を実施した際、両者をそれぞれ以下のように定義しました。

「事故」：施設における福祉サービスの全過程において発生するすべての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない。

「ヒヤリ・ハット事例」：利用者に被害を及ぼすことはなかったが、日常のサービスの中で事業者が「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたものを。

しかしながら、寄せられた回答を整理していくと、この両者の違いが明確にはなりません。指針の冒頭でも触れましたとおり、事故とは何か、ヒヤリ・ハット事例とは何か、といった点において共通の理解が醸成されている状況には至っていないと言えます。

3 身体拘束との関係

身体拘束ゼロでは、自律的な生活と安全確保が対立するような捉え方がされがちですが、対立する概念ではなく、よりよいサービスを提供するという観点で改めてとらえなおすことが必要です。また、最近では身体拘束ゼロが目的になってしまっており、ケアの本質を見逃してしまっている議論も散見されています。「身体拘束ゼロが方針なので私どもは拘束をしません」だけでなく、一方では、外した場合にどのような対応をとるべきであるのかを必ず検討して実施すべきです。

ある病院では抑制することの弊害等について（別紙3）のように整理しています。なお、拘束をはずしたら転倒が起きたという事例も報告されています。その理由としては、今までは紐や道具に頼っていたものが、職員の意識改革が進む中で十分な見守りが行われるようになったためであると考えられています。

4 リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み

さて、その基本を「サービスの質の向上」におく福祉サービスのリスクマネジメントでは、安全対策委員会の設置や、インシデントレポートシステムの導入等、新たな取り組みが求められることもあります。現在行われている日常業務を改めて事故防止の観点から再点検、見直しを図ることが特に大切であると考えられます。特に、個々のサービス実施方法（手順）や使用する福祉機器、施設環境の状態、あるいは職員自

身の技術に焦点をあてて検証を行う必要があります。あわせて、取り組みを進めるにあたっては、職員の労働強化につながらないような配慮が求められます。なぜならば、職員に負担を強いるような取り組みでは、継続的な実践が困難になるからです。

以下、これからのサービス提供にあたって求められる新たなサービス管理の視点を示すこととします。これまでも、これらの視点の重要性は認識され、それぞれの施設においては創意工夫のもとに取り組みが行われてきていると考えられますが、やはり、リスクマネジメントの観点からそれらを検証し、新たな実践を図っていくためには、今までとは違った技術等が求められるものです。

(1) サービスの標準化と個別化

最近、国際標準の品質マネジメントシステムであるISO9000シリーズの導入に向けた検討を行ったり、実際に認証を受けたという福祉施設も増えている中で、「サービスの標準化」の必要性が指摘されてきています。「標準化」というと、関係者の間からは「多様な利用者に対してマニュアルに基づいて画一的なサービス提供につながる」といった趣旨の指摘が多く聞かれるところですが、しかし、ここで言う「標準化」とは、組織の目的や使命、あるいは個々の業務に関する手順等についてなされるものであり、一人ひとりの利用者の状態像に着目した個別的なサービス提供は、個別支援計画によってしっかりと行われることが大切です。すべての利用者と同じ内容・手順でサービスを実施することを求めているものではないということに留意が必要です。「標準化」と「個別化」は分けて考えなければなりません。

ア サービスの「標準化」

サービスの標準化を図ることによって、提供されるサービスのばらつきを抑えることができるため、利用者の不満が減少するとともに、むだな業務手順を省くことができることから業務の効率化にもつながりやすいというメリットがあります。これまでの施設サービスは、各職員の経験と勘によって多くの部分が行われてきたという点を否定することはできません。新人職員の採用や人事異動等による業務のばらつきを抑え、それぞれのサービスを正確にしかも同一のレベルで行われるようにするためにも業務の標準化が望まれます。

リスクマネジメントの観点からは、上記の他、ある業務について、組織として一定のやり方が決まっていれば、万が一にもその業務中に事故が起った場合、原因を特定しやすく、ただちに、改善に結びつけることができることが期待できます。各職員がそれぞれの経験と勘に頼ってばらばらにやっているのでは、業務の改善はおろか、原因を特定することすら難しいこととなります。

看護の分野では、「看護基準」として各病院がそれぞれ作成して古くから活用されている経過があります。また、最近では「パス法」の導入について、その有効性や必要性も議論されており、業務の「標準化」に向けた取り組みは今でも活発に行われていると言えます。

さて、（別紙4）に食事に関する介護マニュアルと、ある特別養護老人ホームが作成している入浴に関する業務基準を例示します。なお、例示については、よ

い例の一つであり、これらの基準を作成するための参考としていただき、その際にはそのまま使用するのではなく、個々の施設における職員配置や建物・設備構造の独自性を踏まえたものとなるよう配慮するなどの工夫が必要です。

最近、福祉サービスの分野でもマニュアルの必要性が指摘されています。このように各サービスについて標準的な業務手順を組織として作成して取りまとめることもひとつのマニュアル化であると言えます。このような業務手順（標準）を定めるにあたっては、別紙4の例のように、事故防止の観点から危険の予測と、それに対する注意事項を適宜、手順の中に盛り込んでいくことが大変重要です。

イ サービスの「個別化」

さまざまな状態像、ニーズをもつ利用者一人ひとりに対しては、組織が定める標準的な方法・手順のみによる画一的なサービス提供で十分であるはずはありません。当然のこととして、提供するサービスの「個別化」が図られる必要があります。

利用者一人ひとりに提供するサービスの「個別化」は、主にアセスメントに基づく介護（援助）計画によって図られるものですが、改めて利用者一人ひとりの状態やニーズにふさわしいサービスが提供できるようなアセスメントや介護（援助）計画の内容となっているかの検証が必要となります。

(ア) アセスメント

サービスの提供にあたって各施設では、それぞれの方法に基づいてサービス提供に必要な利用者状況等の情報収集を行い、利用者の福祉ニーズを明らかにするというアセスメントを行っています。リスクマネジメントの観点からは、この段階で一人ひとりの利用者が有する潜在的・顕在的なリスク（転倒、誤嚥、など）が明らかとなるような情報収集とそれに基づく多職種によるアセスメントが望まれます。例えば、「車いすに乗車中に1人で立ち上がってしまう」という聞き取り情報は、顕在的な転倒リスクとして重要なものとなります。また、服薬情報については、どのような薬を服薬しているのか、だけにとどまらず、その服薬がもたらす副作用（ふらつきや出現など）についてもあわせて明らかにしておくことが必要です。なお、これまでの転倒歴や誤嚥歴等を把握しておくことは当然のことと考えられます。

そして、このアセスメントの段階で、明らかになったリスクに対してどのような対応を施設がとりうるかを検討しておくことが必要です。

(イ) 個別援助計画

アセスメントの結果に基づいて、利用者一人ひとりに対する個別援助計画を作成します。特に個別援助計画は、1人の利用者にはさまざまな職員が関わることを想定して、より個別・具体的な記述を図り、職員間で共有化できるようにしておくことが強く求められます。関わる職員によっては、その利用者の特性やサービス提供時の留意点を十分に知っていなかったがために発生した事故も少なくありません。前述の「標準化」とは違った観点から、どの職

員がサービスを提供しても利用者一人ひとりに対するサービスのばらつきを抑えるために、この個別援助計画は重要なものであると言えます。

さて、リスクマネジメントの観点から特に個別援助計画に求められることは、①アセスメントの結果に基づき、その利用者の潜在的・顕在的なリスクが明示されていることと、②それらのリスクを回避するために、施設としてどのようなサービスを提供していくかが明らかになっていることの2点が重要です。

また、計画はできるかぎり具体的に記載されていることも必要です。例えば、入浴時の脱衣については「一部介助」「注意する」といった記述だけが見られる計画もありますが、それだけでは何をどの程度一部介助するのか、何に注意したらよいのか不明確であるため、リスクマネジメントの観点からも望ましいものとは言えません。

(2) 利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり

施設が分析した「転倒」の発生要因を見ると、「目を離してしまった」「見守り不足」とか「急に動いてしまったため」などという記述が多く見られます。ある利用者の見守り介護をする場合には、必ず「誰か」見守るのかを明確にしなければなりません。チームで業務にあたっていると、職員同士が「誰かか見ているだろう」という意識になってしまい、結果として誰も見ていなかったということが往々にしてあるものです。

また、自分かやむをえない理由によって利用者のそばを離れなければならない場合には、必ず他の職員に声を掛けるといった基本的な動作が職員の間で確認されていないために起こった転倒事故も多く見られます。

少しの間でも、利用者から目を離さない工夫の例としてある病院では、ミーティングの際、発言者がホールに背を向け、その他の職員は全員ホールの方を向くようにして利用者から目を離さない、あるいは頻回の見守りが必要な利用者がある場合にはタイマーを活用するといった取り組みを行っています。

(3) 記録と報告

福祉サービスにおける記録は、利用者に対してどのようなサービスを行い、それに対してどのような反応があったかといった経過を記録、報告してサービスの改善に結び付けていくことその他に、家族等に対してどのようなサービスを提供しているのかについて客観的に説明するための機能をもつものであり、今後ますますその重要性が高まってきます。

個別援助計画との関係では、提供するサービスのポイントを計画の中で明確化しておくことを前提として、それに対する支援状況と反応の記録といった整理が求められます。

福祉の記録は医療や看護の記録と違って、感情、情緒、かかわりといったコミュニケーションの要素が多分に入るため、客観的ではなく主観的となりやすい傾向が指摘されています。特に「何を記録するのか」が施設全体として明確にされ

ていない状況にあります。まずは、記録の記入方法（書式や用語など）を組織として統一することが望めます。

また、記録することが負担とならないための一つの方策として、文字で書く部分を極力減らすために、ある病院では書式の一部をチャート式にするなどの工夫をしている例（別紙5）もあります。

その際には書式の全てをチャート式にするのではなく、個々の利用者の状態像や具体的な計画が十分に把握できる記録にすることが重要です。

(4) 法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり

これまでの取り組みを踏まえて、法人・施設による自主的な業務マニュアルづくりを進めることも有効です。「マニュアル」というと、何か厚い冊子のようなイメージを持たれがちですが、必ずしもそうとは限りません。前述した個々の業務を「標準化」した文書もマニュアルのひとつであると言えますし、特に危険が多く潜んでいる業務（例えば、移動・移乗や入浴にまつわる事故例は、施設種別を問わず最も多発しているものです）に関して事故を防止するための要点を入れた業務マニュアルを作成することが大切です。そのマニュアルの作成にあたっては、介護職員等のサービスを実際に行っている者の工夫や知恵を最大限に生かすことが重要となります。

（別紙6）に、事故を防止するための留意点を踏まえた絵入りの業務マニュアルの例を示しておきます。

(5) リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み

ア 事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析

事故防止策を検討するためには、現状を的確に把握する必要があり、そのためには施設内で起こった事故を把握するほか、事故につながりそうになった事例（ヒヤリ・ハット事例）を収集して活用することが有効であるとされています。施設においてもその有効性が認識されはじめ、各施設では独自の取り組みを始められているところも多く見られるようになってきました。しかし、つぎの調査結果が示すように、その取り組みは未だ緒についたばかりです。事例等に対する十分な分析や活用といったところまでは至っていないケースも多いようです。

【事故防止への取り組み状況】

（単位：施設数）

	事故防止への取り組み			
	事故/ヒヤリ・ハット	事故のみ	行っていない	無回答
数 據 施 設	14(50%)	18(45%)	3(7.5%)	—
養護老人ホーム（看護老人ホーム含む）	4(15.4%)	12(46.2%)	9(34.6%)	1(3.8%)
特別養護老人ホーム	7(41.6%)	9(49.2%)	14(7.6%)	3(1.6%)
軽費老人ホーム（ケアハウス含む）	4(18.2%)	9(40.9%)	7(31.8%)	2(9.1%)
身体障害者療養施設	9(36.8%)	14(52.0%)	24(8.9%)	6(2.2%)
乳 児 院	23(45.0%)	21(42.0%)	5(10.0%)	1(2.0%)
母子生活支援施設	4(10.0%)	20(50.0%)	13(32.5%)	3(7.5%)
保 育 所	24(32.4%)	25(33.8%)	18(24.3%)	7(9.5%)
児童養護施設	11(28.2%)	15(38.5%)	11(28.2%)	2(5.1%)
知的障害児施設	15(25.9%)	32(55.2%)	9(15.5%)	2(3.4%)
肢体不自由児施設	30(81.1%)	5(13.5%)	—	2(5.4%)
重症心身障害児施設	41(73.2%)	12(21.4%)	3(5.4%)	—
知的障害者更生施設（入所）	35(29.7%)	64(54.2%)	17(14.4%)	21(1.7%)
知的障害者更生施設（通所）	33(36.3%)	41(45.1%)	16(17.6%)	11(1.1%)
知的障害者授産施設（入所）	14(23.3%)	38(63.3%)	7(11.7%)	1(1.7%)
知的障害者授産施設（通所）	38(31.1%)	58(47.5%)	23(18.6%)	3(2.5%)
上記以外の障害者福祉施設	5(16.1%)	19(61.3%)	7(22.6%)	—
デイサービスセンター（老人・障害）	17(26.6%)	32(50.0%)	12(18.8%)	3(4.7%)
その他の福祉施設等（老人保健施設）	1(50.0%)	1(50.0%)	—	—
合 計	48(35.3%)	63(47.2%)	19(14.3%)	3(2.2%)

（福祉サービス事故事例集）より

特にヒヤリ・ハット事例については、単にその収集が目的となってしまうことのないよう、施設として集めた事例をどのように分析して活用していくのか等について、あらかじめ目的を明確にしておくことが望めます。

さて、事故事例やヒヤリ・ハット事例を的確に収集するためには、報告を提出した者に対して不利益処分を行わない、職員の個人的な資質のみの問題として扱わない等、報告しやすい環境（組織風土の改善）を整備することが非常に重要です。それは、職員の間で安全管理の重要性に対する認識や、同じような事例が再び起きないようにするための工夫だというコンセンサスが醸成されていることがその前提となります。

通常、収集した事例は「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったいわゆるPDCAサイクルによって活用していくこととなります。また、その過程の中では自施設における事例だけでなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り

上げ、職員間での検討はもとより、利用者や家族等をも含めて話し合いができるような環境整備が図られることがより望ましいと考えられます。

イ OJT（職場内教育、業務を通しての人材育成）

作成した業務マニュアルを活用してその内容を広く周知する等、独自の職場内研修の実施が必要です。現在のところ、多くの福祉施設で事故防止に向けた職場内研修を実施しているとしていますが、実際の内容を見てみると、職員会議やミーティングで必要に応じて施設長等から話をしているといった内容の他、年に1回の救急救命の実技を実施ということが中心となっており、果たしてこれで十分と言えるかどうかについては議論の余地があります。今後は、特にリスクマネジメントの観点からの継続的・定期的かつ計画的な職場内研修が必要となりますし、その内容も講義形式だけではなく、実技を取り入れたものや、職員同士が話し合っただけでなく、業務遂行上の危険を明らかにしたり、それらの対応策を互いに考えるなど、内容にも配慮していく必要があります。

ウ QCC活動

一般企業では、品質管理のために現場の知恵や意見を活用する方策としてQCC活動に取り組んでいます。福祉施設においても「サービスの質の向上」の観点からQCC活動は有効な手法のひとつと言えるでしょう。具体的な進め方については、すでにいくつかの参考文献も見られますので、それらを参照してください。

ただし、すでにQCC活動を実践している施設の例からは次のような課題も提起されていますので、十分な注意が必要です。

- ・ 活動の成果を発表するということが目的になってしまうことがある。
- ・ 事務職や看護職、管理的業務者が活動に入りにくい。

エ 取り組みの周知徹底

リスクマネジメントの取り組みを組織全体で推進していくためには、その取り組み方針や方策をすべての職員に周知する必要があります。具体的な周知方法としては、職員会議等で周知を図るといった方法が一般的ですが、より効果的なものとして防止月間や標語の設定、ポスターの作成・掲示による啓発、講演会の開催などが考えられます。講演会も単に実施すれば良いということではなく、全職員が聞く必要もあることから、勤務割によって聞けない職員に対してはテープおこしたものを配布して周知したり、同じ内容で回数を重ねて開催するといった工夫も望まれるところです。

また、ある大学病院では、白衣のポケットに入るぐらいの大きさのマニュアル集を全職員に配ってそれを常に携帯させ、活用を促しているという取り組みも見られています。

第4 事故が起きてしまったときの対応指針

次に、不幸にして事故が起きてしまった場合の対応について、その基本的な考え方を整理しておきます。これまでに福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点は「サービスの質の向上」にあるとしてさまざまな取り組みのあり方等を整理してきました。事故が起きてしまった場合に、適切に対応できるかは、この日頃からの取り組みがしっかりと行われているかどうかにかかっているといっても過言ではありません。

日頃から、経営者の強いリーダーシップのもとに組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に据えだしたリスクマネジメントの取り組みを実践している施設では、この事故後の対応も的確に行われることが可能となります。事故を未然に防ぐための基本的な方策として重要な「コミュニケーション」も、日頃から利用者や家族との円滑・良好なコミュニケーションが確保されていれば、事故が起きてしまった場合でも、その後の解決に向けた相互のやり取りがスムーズに行われるでしょう。また、利用者一人ひとりについて適切なアセスメントがなされ、それに基づく個別・具体的な援助計画があり、十分な記録によってサービス提供過程によって施設が行ったサービスの内容を説明するならば、事故発生の因果関係等を明らかにすることができ、施設と利用者やその家族等、双方にとって望ましい状況となります。そもそも、そのような実践が行われている施設では事故そのものが発生しにくいということもあります。

逆に言えば、日頃の実践がなされていないところで事故が発生してしまった場合、施設にとっては適切な対応を図ることも困難なことが到底できないということです。特に、関係者の間で問題となる「賠償責任」の問題は、事故対応のほんの一部にすぎないということを認識する必要もありますが、訴訟が提起された場合には、事故が起きてしまった後に慌てても何事することもできません。裁判の過程で明らかになる事実の大部分は、日々のサービス提供の中で起きているものであり、事故が発生した後では、その過程を改めることはできないからです。

1 事故に対応する際の基本姿勢

事故後の対応にあたっては、利用者本人やご家族の気持ちを考え、相手の立場に立った発想で処していく姿勢が基本とならなければなりません。施設に事故の責任が有る、ないということよりも、まずは誠意ある態度で臨むことが必要となりますし、後のことを円滑に進めることにもつながっていきます。事故によって大きな苦痛を蒙るのは利用者やその家族であることを念頭におくべきです。

2 事故対応の原則

(1) 個人プレーでなく組織として対応

- ・ 法人・施設は契約の当事者としての意識を持って一体的な対応をすることが求められます。

(2) 事実を踏まえた対応

事実を正確に整理・調査し、それらを踏まえた対応をすることが必要となります。その際、経過の正確な記録（誰にいつどういう説明をしたか）や、その後の経時的な記録が重要です。そのためにも、日頃のサービス提供記録のほか、事故が発生した際にどのような記録を整備するかについて、施設内でルーティン化しておくことが望まれます。

(3) 窓口を一本化した対応

窓口を一本化した上で、十分なコミュニケーションを図り、中身を十分見極めることが重要です。相手の要望は単なる苦情の場合もあれば、本当の金銭クレーム、訴訟につながるものもあります。その訴えを十分に見極める必要があります。法人・施設内で事故発生時の対応責任者をあらかじめ決めておくことが求められます。

3 事故対応のフロー

先のとおり、リスクマネジメントを事故対応とりわけ「賠償問題」に矮小化してとらえてしまう傾向が見受けられますが、賠償問題というのは本当に一部に過ぎないと指摘もあります。発生した事故を前にしてその利用者のご家族等がどのようなことを考えるか、何を知りたいと思うのか、といった視点を踏まえ、以下に事故対応のフローを整理します。

(1) 事実の把握と家族等への十分な説明

事故の知らせを受けた家族等が一番初めに共通して持つ強いニーズは、「事実を知りたい」ということです。そのためにも事故が発生した場合には、できるだけ早いうちに関係した職員から事情を聞くなどして、事実の確認と記録が行われる必要があります。職員が関係して発生した事故の場合、その職員も気が動転していますので、前後の記憶が定かではないことも想定されます。事実把握には迅速性が求められます。なお、施設の責任が問われない事実だからといって隠蔽したり、改ざんすることは厳に慎むべきであることは言うまでもありません。

そして、調査した結果に基づいて、家族等に事故の発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。その際の受け答えにも誠意ある態度で臨むことが基本となります。

(2) 改善策の検討と実践

2番目には、「今後どうするのか知らせて欲しい」というニーズが出てきます。このような事故が起こるようでは、安心して利用することができないので、どのように対応するつもりなのか聞きたいということです。したがって、事故後の早い時期に発生した事故の要因分析を職員の参画のもとで多角的に行うとともに、具体的な再発防止策を検討・実践していくことが求められます。そして検討した結果は、きちんと家族等に対して説明をして、納得を得るといったことが重要です。

(3) 誠意ある対応

それでも、やはり「謝罪をして欲しい」という話しも出てきますし、謝罪でも納得できない場合には法人や施設の責任問題、さらには損害賠償の要求につながっていくこともあります。

謝罪については、往々にして「簡単に謝罪してはいけない」「謝罪すると、責任があったことを認めることにつながる」といったことが言われていますが、本来、有責無責にかかわらず、迷惑や苦痛をかけたことに対しては人間的な共感をもって誠意ある対応をすることが大切です。「謝罪の意すら示さない」という利用者側の感情を損ねてしまい、訴訟に発展するケースもあります。

4 事故の発生に備えて

事故が発生した直後の対応としては、利用者の救命や安全確保を最優先にしつつ、医療機関との連携と家族等に対する連絡という2つの対応を的確かつ迅速に行うことが求められます。そのため各施設においては、事故発生直後の初期対応の手順の明確化や必要となる連絡先リストの作成等の備えが必要となります。特に事故の発生直後は、職員も慌てやすく、日頃の備えが十分でないと、迅速な対応が真なわれるおそれが多分にあります。事故が発生した場合、施設内の医療スタッフとどのような連携を図るのか、その間にどのような連絡体制をとるのか、事故後の経過を誰がどのように記録するのか、などについて、あらかじめ明文化しておき、すべての職員に周知徹底することが望まれます。

第5 おわりに

福祉サービスにおけるリスクマネジメントの具体的な取り組みは、個々の事業の特性などを考慮のうえ自主的に定めることが重要ですが、単なる事故防止や賠償問題に矮小化することなく、積極的に利用者の満足度を高め、提供するサービスの質の向上を図るなど、より良いサービス提供を目指すという視点で進めることが肝要です。その結果として、有効な事故防止策が講じられるとともに、万が一にも事故が起きてしまった場合の適切な対応に繋がることにもなります。

本指針が社会福祉法人等において福祉サービスの一環である危機管理体制の確立に助けた一助となれば幸いです。

1 苦情解決体制を整備するにあたってのポイント

社会福祉基礎構造改革を支える仕組みとして新たに導入された苦情解決制度は、都道府県段階における対応（運営適正化委員会）と事業者による苦情解決という2つの流れがあります。事業者による苦情解決のあり方については、その具体的な仕組みが厚生労働省から「指針」として出されていますので詳細は通知をご参照ください。

以下に、より効果的な苦情解決体制を構築するためのいくつかのポイントを整理します。

- ・苦情を収集するチャンネルの多角化（苦情受付担当者や第三者委員以外にも、たとえば意見箱の設置や、利用者や家族との懇談会、匿名性を確保したアンケートの実施、など）
- ・苦情情報の共有化を図る
- ・「声なき声」を積極的に聞き出す

また、苦情はサービスの質の向上に向けた取り組みを促進するための貴重な情報源となることから、その有効な活用を図る観点からもいくつかの留意点があります。その前提として、職員間における苦情解決の意識や重要性が共有化されていることが大切です。

- ・苦情内容の十分な記録
- ・苦情内容の分類や整理
- ・苦情内容の詳細な検討（多角的な要因分析）
- ・改善策や対応策の立案（職員の創意工夫や提案を大切に）
- ・その実施と検証

2 苦情対応の基本原則

○公平性

事業者が設置する苦情解決の仕組みであっても、その基本は利用者の立場に立って対応することが基本となります。利用者が、情報の非対称性・交渉力の不均衡性・判断能力の不十分性等の面において、施設と完全に対等な関係となっていないことがあることを認識する必要があります。

○公正性

第三者委員という客観的かつ公正な存在が解決の方向性を正当化しうることになります。第三者委員の二重性、つまり、事業者から選任されているという側面と利用者の立場に立つことが期待されているという側面とが均衡していることによって、公正さを高めていくことができます。

○迅速性

苦情対応が迅速になされなければ、利用者の不満は高まるばかりでせっかくの苦情解決体制も意味のないものになってしまいます。苦情を受けた際に「後で調べます」「後で検討します」という対応によって、ますます利用者の感情を損ねたという例もあります。どの程度、迅速に対応したかによって、利用者との信頼関係形成には大きな差が生じることになります。より迅速な苦情対応は利用者との円滑なコミュニケーションを助長し、より一層の信頼関係の形成を促進します。

○透明性

苦情を隠蔽することなく、苦情情報をプライバシーを侵害しない範囲内で公開するなど、組織として対応しているという姿勢を示すことが大切です。苦情を隠蔽したり、ましてや苦情の申立人を詮索するといった行為は厳に慎まなければなりません。

○応答性

苦情は、「利用者の声」としてとらえて有効なコミュニケーションの手段だと考えることが重要です。苦情に対する応答がなされ、それに対する利用者からの反応があるといった双方向のやり取りが継続的に行われることによって、サービスの質の向上にもつながることとなります。

3 苦情の傾向と対応策の一例

さて、一概に「苦情」といっても、その内容（レベル）については、「こうしてほしい」という要望的なものから、施設の責任を追及するといった内容のものまでいくつかのレベルがあると考えられます。「何が苦情か」といった疑問も一部は呈されていますが、苦情解決はリスクマネジメントの取り組みの一環として、福祉サービスの質の向上につなげるためにも、広く対応することが肝要です。

全国社会福祉協議会の社会福祉制度・予算対策委員会施設部会が取りまとめた「福祉施設における苦情解決のあり方特別委員会」報告書では、要望レベルの苦情として最も多い内容は「職員の言葉遣い」であることを指摘しています。職員の言葉遣いの重要性を改めて認識しなければならないと思います。ここでは、利用者に対する言葉遣いのあり方について全職員に共通認識を形成することが苦情を少なくするための取り組みとして大切だということが言えます。

また、広く職員の対応に関する苦情を少なくするという観点から、特に新人職員に対して独自の「言葉マーク」を活用しているユニークな例があります。出てきた苦情を十分に分析して、同様の苦情が出ないように何らかの創意工夫を講ずることが求められます。

1 転倒

「転倒」として寄せられた事例を、さらに次のように分類するとともに、それぞれの分類ごとの発生形態や、その要因を概観すると以下のとおりとなります。なお、ここで言う「転倒」には車いすからのすり落ち等も含めて整理しました。

(1) 移乗時の転倒

ア ベッド⇄車いす間の移乗時における転倒

ベッドから車いすに移乗する際に、利用者がバランスを崩してお尻から落ちたり、車いすのプレーキが不十分であったために車いすごと転倒するケースや、介助する職員が足を滑らせたために利用者的大腿骨が骨折したという事例が数多く寄せられました。

車いすからベッドへ移乗するときの事例では、利用者の衣服がハンドクリップに引っかかってあやうく転倒しかけたケースもいくつか見受けられています。

要因としては、通常2人で介助するところを1人で行ったり、介助者や利用者が車いすの基本操作の確認を怠ったり、あるいは自力者に対する見守りや事故の予測が不十分だったり、職員が油断していたということが挙げられています。また、環境面では、車いすとベッドの配置方法や高さなどの点で改善すべき点があることが指摘されています。

対応策としては、基本的な介護の徹底を促したり、事故に関する背景や自分の考えを述べ合って再発防止を確認しあったり、受傷した利用者の個別援助計画を作成する等が講じられています。また、トランスを職員1人で行うことを厳禁したり、業務終了後に必ず声だし確認を徹底する施設もありました。

イ ベッド⇄ポータブルトイレ間の移乗時における転倒

ベッドからポータブルトイレへの移乗時における転倒は、利用者が職員に気をつけてコールを押さなかったために発生したり、ポータブルトイレへ座るときに目測を誤って転倒したり、利用者の体を支えきれずに介助者が利用者といっしょに転倒した事例が寄せられました。

要因としては、職員の見守りや介助者の人員不足などと、利用者自身が高齢による身体機能低下や1人でも大丈夫だという判断の誤りなどが挙げられています。また、ベッドとポータブルトイレに移乗するときの手摺りの不備や位置関係への配慮が欠けていたと指摘する施設もありました。

対応策は、夜間の巡回をひんばんに行ったり、ポータブルトイレを廃止して、トイレのときは職員が必ず介助して、あとはおむつで対応する、利用者の行動能力の再確認を行うなどが挙げられています。

ウ その他の移乗時における転倒

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転倒、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転倒、③職員が移乗の援助をしていて転倒し、利用者も転倒、という形態に大きくは分類することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名でやるべきところを1名でやってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのプレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）が挙げられるとともに、車いすとベッドの配置（位置）関係や、車いすとベッドの高さ、あるいは、援助時の足元の不備（敷物、物が置いてあったために十分な足場の確保ができなかった）などを指摘している事例も見受けられます。その他にも「移乗時に利用者がベッド柵をつかんでしまった」「利用者の衣服が車いすに引っかかった」等の要因も挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、援助時の職員体制の徹底、援助時の環境整備、等が講じられています。

(2) 施設敷地内移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②廊下の水滴等、滑りによる転倒、③足のもつれ、ふらつきによる転倒、④てんかん等、発作による転倒、⑤その他（飲酒など）の転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助の他、廊下等の段差や水滴、通路等に物が置いてあったというような環境的な要因も考えられています。また、「利用者本人の自助具が合っていない」「利用者が階段を移動する際に手すりを使用していない」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、移動経路を短くするための居室変更、通路等の環境整備（段差解消・整理整頓）、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ移動時の転倒、③ベルトの緩み忘れ等による転倒（すり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟の他、廊下の段差等、歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていない、スロープの角度等、環境によるものも大きいとされている。また、「車いすの点検・整備不良」「利用者の飲酒」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、環境の改良（傾斜の解消等）、等が図られています。

(3) 施設敷地外移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では（2）アと同じように、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②足のもつれ、ふらつきによる転倒、③てんかん等、発作による転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助、利用者職員との体格の差、安全確認の怠りといった人的要因の他、歩道の段差や側溝、慣れない場所での状況の把握、危険箇所の把握が不十分などが、挙げられています。また、「外出時の履物が不適当」「利用者が突然走り出した」「てんかん等の発作」といった要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、外出先の状況を事前に把握する、介助を必要とする利用者の的確な把握と、その援助に必要な人員確保、道路等の環境整備（段差解消）について行政に要望する、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ・傾斜地等移動時の転倒、③ベルトの締め忘れ等による転倒（すり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟、ブレーキの掛け忘れや不備（片方しかかかっていなかった）、職員の気のおせりの他、環境に関する要因として一般道路、歩道が歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていないといったことが挙げられています。また、「車いすの点検・整備不良」「利用者の運転技術の未熟」等の要因も散見されます。

事例発生後の対応策としては、車いす操作の技術向上を図る、環境の改良（段差の解消等）の緊急対応を要望、外出先の事前調査の実施、等が図られています。

(4) 入浴時の転倒

入浴時の転倒は、「衣類着脱時」「浴室内等の移動時」「洗体時」「浴槽内」の場面に細分化することができ、それぞれに形態が異なります。大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、⑥その他の転倒（機器の取扱い不備など）に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、入浴介助の手順が守られていない、介助にあたる職員の人数の不備、機械操作の不備といった要因分析の他、手すりの不備、床の滑りやすさ、移動距離が長くなってしまいう構造的な問題といったことが挙げられています。また、「入浴介助の慌しさ（職員数が足りない）」「タオル等の置き場に問題があった」等の要因分析も見られています。

事例発生後の対応策としては、入浴介助時に職員のゆとりが出るような工夫、環境の改良（滑らないような敷物の使用）、利用者の入浴方法（一般浴か機械浴か）の見直しを行い、障害の進行にあわせて入浴方法を利用者とともに検討した、等がとられています。

(5) 排泄時の転倒

排泄時の転倒も、トイレ使用時と居室等においてポータブルトイレを使用する時では若干異なりますが、「便所内の移動時」「衣類着脱時」「排泄時」「排泄後の清掃時」の場面に細分化することができ、大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、に分類することができます。

発生要因としては、利用者の状態把握が不十分であり、危険予測ができていない、見守りが不十分だった、介助ベルトの固定確認が十分ではなかったといった要因の他、トイレ箇所数の不足、手すりの形態や設置数の不備、床のすべりやすさといったことが挙げられています。また、「職員数が足りない」「トイレ介助の順番が徹底していない」「本人のてんかん発作や付き添いの拒否」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、確実な介助方法の徹底、環境の改良（段差解消、滑り止め）等がとられています。

(6) レクリエーション・クラブ活動時等の転倒

サービス種別によってその形態が異なるものの、特別養護老人ホームやデイサービスセンターからの事例を見ると、風船バレーやボールを使った活動中に起こった事例が多く報告されています。レクリエーションやクラブ活動の実施時には、多数の利用者が一同に会することから、複数の職員の目が行き届いているように見えても、実際には行き届いていなかったということが要因として挙げられるようです。また、障害の差が大きい利用者同士をペアにしたために事故につながったものと分析している事例もありました。

対応策としては、「ゲーム内容の見直し」や「ルールの徹底」、あるいは万が一、転倒した場合であっても大きなケガにつながらないように配慮をとった施設もありました。

(7) 食事時の転倒

食事時間中の転倒は、①食事中、いすからのすり落ち等の転倒、②配膳・下膳にかかっている歩行中の転倒、③てんかん発作による転倒、に分けることができます。

考えられる発生要因を見ると、職員の見配りの不足や食堂や席の狭さ、等があげられており、いすからのすり落ちを防ぐ観点から、車いすのまま食事をとるようにしたり、転倒しやすい利用者については職員が配・下膳する等の対応策をとっていると回答した施設が多くありました。

(8) 自由遊び時間中の転倒

保育所等における保育時間中に子どもが遊んでいて転倒して受傷した事例については、これを「事故」としてとらえるべきか否かについて、各事業所や職員の間でもその認識が一律ではありません。

発生要因については、職員の見配りや気配りの不足や子どもの発達に応じた保育内容であったか否かの検証が必要であった、等の分析がなされている他、例えば、追いかけてくるにはスペースが狭いといった施設環境の部分、あるいは多動や落ち着きがない等といった子ども本人の特性を指摘する事例もありました。対応策については、転倒を事前に防止するという観点よりも、転倒した場合の受傷を最小限に食い止めるといった視点からの対策が比較的多く見られています。

(9) 授産等作業時の転倒

授産等作業時の転倒には、利用者のてんかん等発作に起因する事例が数多く見られます。また、利用者の体力を超えた重量物を持ったための転倒や、無理な体勢による車いすからの転倒、作業環境の未整備（整理整頓の不備）に起因する転倒が代表的です。

対応策は、「職員による利用者の行動把握」「利用者個々の体力、能力を十分に把握する」とともに、常に職員が目が届くような位置を工夫することや車いす自体に転倒防止対策を施すこと等が挙げられています。

(10) その他の転倒

「その他の転倒」は、「更衣（靴の着脱を含む）時の転倒」「物を拾う・取る時の転倒」「車いすやベッドにおける急な立ち上がりによる転倒」等が代表的な事例となっています。

考えられる発生要因を整理すると、本来は付いているべき職員が離れてしまった、マニュアルが守られていない、利用者の状況観察や危険性の予知の認識不足といった主に人的な要因の他、業務に適したスペースが確保できていない、廊下等のすべりやすさ、ベッドや車いす使用の適否分析の不足といったことが挙げられています。また、「利用者本人の体調」「使用していた車いすの重心バランスの不備」等の要因も見られます。

事例発生後の対応策としては、職員が目が届く居室への変更、環境の改良、車いすの介助方法に関する勉強会の実施、等がとられています。

2 転落・落下

(1) 移乗時の転落・落下

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転落・落下、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転落・落下、という形態に分類することができます。多くはベッドやストレッチャーからの転落・落下事例であり、「利用者が自分で車いすに移乗しようとしてベッドから転落」、あるいは「移乗介護中、車いすのセットをしている際に利用者がベッドから転落」といった事例が多く寄せられています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名で行うべきところを1名で行ってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）の他、機器の故障やベッドと車いすの位置（置き方）などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の障害状況の把握の徹底、利用者の精神的な安定を図る、等がとられています。

(2) 施設敷地内移動時の転落・落下

ア 歩行している際の転落・落下

この類型の事例では階段からの転落・落下が最も多く寄せられている。利用者自らのふらつきやつまずきの他に、他の利用者や接触したことに起因する転落や階段歩行中のてんかん発作に起因する転落・落下事例が典型的な事例となっています。また、それ以外にも、慣れない環境で利用者が場所を勘違いして階段に入ってしまう転落した事例や、職員が利用者を抱えて移動している際に手が滑って落としそうになった事例も見られています。

発生要因としては、早朝時等で忙しい時間帯であり全体に目が行き届きにくい等、職員が少ないとする分析の他、手すりの不備や階段が急であるといった環境上の要因も挙げられています。

対応策としては、階段利用の際には、必ず職員が付き添うようにしている他、事故後は階段を使用せず、エレベーターを使用することとした、等の対応が図られています。

イ 車いす等にて移動している際の転落・落下

この類型では、「車いすで移動していて誤って車いすごと階段から転落・落下」「ストレッチャーで移動していてストレッチャーから転落・落下」といった形態が多く見られます。

職員が車いすのブレーキを掛け忘れたことに起因する事例の他、階段出入口の施設の不備をその要因として挙げる事例もありました。対応策も危険箇所立ち入らないよう施設の徹底をはじめ、職員同士の声かけの方法等、介護業務全般の見直しを図ること等が挙げられています。

(3) 施設敷地外移動時の転落・落下

施設敷地外を移動している際の転落・落下事故は、歩行・移動中に道路・歩道から川や池、用水に転落・落下した事例が多くなっています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等についての把握が十分ではなかったことや、職員間での引き継ぎが十分ではなかった、という人的な要因の他、外出時の職員体制の不備、あるいは散歩コースに危険箇所があることについて事前に把握がなされていなかった、等が挙げられています。

対応策としては、外出マニュアルを新たに策定した他、発生した事例を職員に周知して注意を徹底するといった策が講じられているようです。

(4) 入浴時の転落・落下

入浴時の転落・落下の事例は、「更衣時」「浴室内移動時」「洗体時」に、更衣台やストレッチャー・特浴機器から転落・落下した事例と、主に、浴室内を移動する際に職員が利用者を抱えていて、手が滑る等の原因により床に転落させてしまったという事例に大別することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の障害の状態をしっかり把握していなかったこと、離れてはならない利用者から介護者がある場を離れた、ストレッチャーなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）といった分析の他、機器の故障、ストレッチャー等、機器の安全装置が不十分、滑りやすい床、などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、業務マニュアルの作成、ストレッチャーの定期点検の実施、安全性の高い機械を導入、等がとられています。

(5) 排泄・おむつ交換時の転落・落下

本類型は、ベッドや更衣台上において排泄行為・おむつ交換の援助を行っている際に利用者がベッド等から転落してしまったという事例です。形態としては、ベッド柵を外して介護をしている状態で、①介護中に利用者がバランスを崩して転落、②介護中に必要な物品を取ろうとして目を離したすきに転落、という大きく2つのパターンが見られます。

要因としては、利用者の動き（不随意運動の有無や寝返りの頻度、など）の把握不足のほか、必要物品をあらかじめ手元に用意しておかなかったことから結果として、利用者のそばを離れなければならないことになってしまったこと、あるいは更衣台の高さが高すぎる、等の分析がなされている。また、マニュアル等の不備から利用者に不適切な体位で交換援助に臨んでしまった結果、転落につながった事例もあります。

対応策としては、基本的な介護技術の徹底とともに、タオルやおむつの置き場所の再検討、あるいは更衣台の高さの変更を行った、等が挙げられています。

(6) 自由遊び時間中の転落・落下

本類型の事例も、自由遊び時間中の転倒事例と同様、発生要因については、職員の目配りや気配りの不足や、子どもの年齢差を考慮して対応すべきであった、等の分析がなされています。事例として最も多い遊具からの転落を考えた場合、①子どもが自発的に飛び降りてしまった事例と、②手が滑って転落してしまった、あるいは、③他児に押された結果、転落してしまった、という形態に分けることができますが、いずれの事例であっても、職員の見守りが不足していたという要因分析が多いようです。また、(工) 遊具の破損による転落も数例出されており、これらの事例については遊具の点検不備やメンテナンスの不足等が要因として挙げられ、結果として点検・整備を実施するといった必要な対応策が講じられています。

本類型の事例に対する全体的な対応策としては、転倒と同様、事前に防止するという観点よりも、転落・落下した場合の受傷を最小限に食い止めるといった方策が多く講じられています。

(7) その他の転落・落下

ア その他、ベッドからの転落・落下

就寝中や起床時、あるいは体位交換時など、ベッドからの転落・落下はさまざまな場面で発生しており、いままでの類型分類ではすべてを網羅することはできません。本類型に整理した事例には、①就寝中にベッドから転落、②自分でベッドから降りようとして誤って転落、③ベッド上の座位からの転落、④ベッド上に立ち上がった状態からの転落、⑤ベッドの周りがある物品（ナースコール、尿器など）を取ろうとして転落、などが多く見られます。考えられる要因としては「ベッド柵を忘れた」「ベッド柵を利用者が乗り越えた・取り外してしまった」等が挙げられているが、ベッドに一度も寝たことのない利用者をベッドに寝かせたために発生した事例もあります。

対応策としては、ベッド柵の取り付けや交換の他、ベッドから布団に変更した、あるいは転落した時の受傷を最小限に食い止める観点から、ベッド下に緩衝材を敷いたり、ヘッドギアを着けることにした、等が講じられています。

イ その他、ベランダ等からの転落・落下

ベランダや居室の窓からの転落・落下は、利用者自身の意思により転落した事例の他、自由時間等に遊んでいて転落、あるいは手すりの不備により手すりから外れてしまったために子どもが転落した事例等があります。

要因については、多くの事例で職員の見守りの不足が挙げられている他、手すりや柵が転落を防止するには不足していたという環境的な要因についても分析がなされています。

対応策としては、手すりや柵の設置や、危険なベランダへの進入を防止するための工夫など、環境面での対応策が中心となっています。

3 誤嚥

(別紙3)

(1) 食事時間中の誤嚥

職員が目を見失ったときに、あるいは、食事中に発作を起こして誤嚥につながったり、職員が大丈夫だろうと思っていたミキサー食がのどにつまったり、利用者自身がみかんを丸のみして事故になったりというケースが多いようです。

発生の要因としては、利用者の食事の癖を知っていたが、見逃してしまったという利用者への注意不足や観察の不足などが挙げられています。また、食堂設備の不備や食事自体への配慮が欠けていたという指摘もありました。

対策としては、各テーブルに必ず職員がつくとか、誤嚥時の対応の再訓練の実施や救命器具の配備、食事摂取時の観察を十分行う、食材を小さくする、利用者個々の歯の状態を含めた嚥下状態の再確認などを行うといった対応策が挙げられています。

(2) 食事時間外の誤嚥

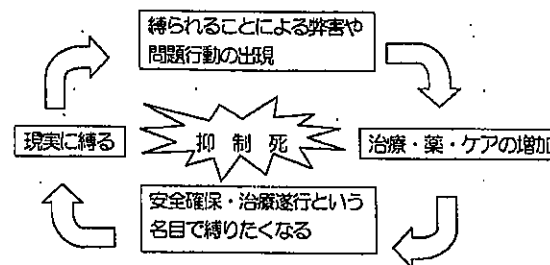
面会者が持参してきたパンやもち菓子を食べたのを詰まらせたり、隠しもっていたパンを食べた誤嚥するというケースがこの類型に分類できる事例です。また、職員と外出して露店で買った食べ物で誤嚥したというケースもありました。

要因は、職員の注意不足を求める声が多くなっています。また、食事制限を行っている利用者に対し、精神的ケアが十分でなかったという声もありました。

対策としては、発作の既往症のある利用者のチェックや蘇生法の研修、おもちゃを出すときの介助体制の検討などが挙げられています。

抑制死

縛られることでの弊害～人間らしさ(尊厳と誇り)が失われ死に至る～



抑制の弊害

身体的抑制

- ・ 生理機能の低下
- ・ 食欲の低下、脱水、褥瘡、関節の拘縮、全身の筋力の低下、心肺機能の低下、感染症への抵抗力低下 → 慢性的抑制死
- ・ 事故など・・・嚥下物による窒息、抑制帯による事故 → 急性抑制死

精神的抑制

- ・ 拘束の進行、せん妄の発現、昼夜逆転
- ・ 利用者の精神的苦痛・・・怒り、不安、恐怖、屈辱、抵抗、拒絶、錯乱、あきらめ、荒廃
- ・ 家族の精神的苦痛・・・怒り、屈辱、混乱、あきらめ、不眠、後悔、罪悪感の持続
- ・ 従事者の精神的苦痛・・・虐待、独善、無耐性、無感覚、あきらめ、士気の低下

社会的抑制

- ・ 老年期への不安の増大
- ・ 高齢者施設・機関への不信・偏見とバッシング
- ・ 老年看護・ケアへの人材不足、慢性的な人手不足

食事に関する介護マニュアル（臥床状態で自力摂取ができない人の介助）の一例

介助のポイント	準備する物
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況（咀嚼、消化機能など）や年齢、嗜好を配慮した献立、調理方法にする。 ・利用者の食べる（飲み込む）ペースにあわせて介助し、誤嚥をさせない。 ・利用者の意見を聞きながら介助する。 ・介助者のそばり、言葉使いに注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> 箸 スプーン フォーク ストロー 利用者用エプロン（タオル） おしぼり 枕またはクッション 歯ブラシ ガーグルベース （看護師などの視力が得られる場合は、吸引器）

介助手順	留意事項
1. 食前の準備 (1) 排泄又はトイレの有無を確認し、食事をすることを話し了解を得る。 (2) 姿勢を整える (3) 手、口腔内を清潔にする (4) 食事をセットする	①しっかり覚醒されていることを確認する。 ①ギャッジベッドの場合、約30° 起こし上半身を挙上する。 ②身体がずれないように膝裏の下に枕（クッション）を入れ下半身を安定させる。 ③頸部を前屈させ頸系にくい姿勢にする。 ④片麻痺のある場合は、麻痺側の肩と上肢の下に枕を差し込み、やや挙上する。 ①含嗽できない利用者の場合、口腔内の粘りをとり咀嚼しやすくする。 ②義歯使用者は、きちんと装着してあるかどうか確認しておく。 ①利用者から食事が見える位置にセットする。 ②エプロン（タオル）を使用し、食べこぼしなどによるシーツや衣類の汚染を防ぐ。なお、エプロンを嫌がられる場合もあるため意思を確認する。 ①献立を説明し、食べたい物の希望を聞きながら介助する。判断ができない利用者の場合、一口ずつ進下を確かめ、適宜水分を交えながらすすめる。 ②水分、汁物はむせやすいので少しずつ介助する。 ③咀嚼しているときは、誤嚥の危険があるので、返事を求めるような話しかけをしてはならない。 ④のどがゴロゴロいうようであれば中断して様子を見る。 ※ゴロゴロがとれない場合は、誤嚥の危険があるため看護師等に報告する。 ⑤服薬があれば食事の最後に利用者が飲みやすい方法で（オブラートにくるむなど）介助する。 ⑥食事の摂取量を確認しておく。
3. 食後の介助 (1) 口腔内の清拭 (2) 安楽な体位にする。	①義歯をはずせる場合は洗い、はずせない場合などは、利用者にあった方法で（舌軟、歯ブラシ等）口腔内をきれいにする。 ①利用者の楽な体位にして（身体の下に挿入した枕をはずす、ギャッジベッドを元の高さに戻す等）休息ができるようにする。

入浴 入浴による効果と危険性 <効果> ①血行が良くなる ②爽快感 ③リラックスできる ④清潔の保持 ⑤職員にとっては全身観察できる	<危険> ①転倒 ②血圧変動 ③疲労 ④のぼせ ⑤湯冷め ⑥火傷 ⑦濡れる ⑧排水
入浴前準備 確認すること 準備すること 顔洗いを準備 浴室の環境整備 身体状況のチェック	ポイント・留意点 本人の好みをよく聴く 季節感、色の組み合わせを考慮する 暑さ、寒さに応じたもの ex マヒの程度によっては前開きタオル、アカスリ、バスタオル、石鹸、シャンプー、化粧水等の確認と準備 その他ドライヤー、ブラシ、シャワーチェア、マット、温度計、水温計の用意 室温、湯温の確認（浴室、脱衣所の温度差がないようにする） 24℃ 40℃位 前日および夜間の身体状況の把握 顔色、表情その他全身状態の変化の確認 必要があれば体温、血圧測定し、医療との連携 食事摂取の確認、服薬の確認（食事の直後や空腹時、服薬直後は避ける） 排泄確認、入浴する前にトイレ誘導 バリケードテープ、ストマ、挿管の処置の確認 入浴後に塗布する軟膏が剥がれていないか確認
擦拭浴 準備する物	ストレッチャー（敷くタオルケット、掛け物）、箸替え、バスタオル、タオル、アカスリ、ガーゼなど洗うもの、石鹸、シャンプー、リンス、シャンプーハット、ブラシ、ドライヤー、化粧品
手順 入浴することを理解してもらう	ポイント・留意点 入浴することを伝える 本人の意思をきちんと聴く

手順	ポイント・留意点
脱衣所へ移動する	ストレッチャーや車いすから出ている手足をぶつけない ストレッチャーへの移動時、頭や足をぶつけないこと ストレッチャーでの移動は進行方向へ足が向くこと 掛け物をきちんとかける
衣類を脱ぐ	脱ぐことを説明する。いきなり脱がし始めたりしない。 自分でできることはしていただく。 マヒがある場合は健側から脱ぐ介助 脱いだらすぐ体をタオルで覆う 脱いだ衣類はすぐランドリーボックスに入れる。床に置いたりすると気にする。ポケットの中や裏返しになっていないか確認
機械浴用ストレッチャーへ移動	ストレッチャーがぬれていたらきちんと拭く。 ストレッチャーのストッパーがかかっているか確認 移動するとき「動きますよ」とまず声をかける 安全ベルトがぬれて冷たいようならタオルをあてるなどする
身体を洗う 湯をかける	声をかけて足（健側）や手（健側）にシャワーをかけ、湯加減を聴く このまま洗うか、湯につかるかを聴く（体調の許す人）
衣類を替る	おむつをつける。パンツをはくなど早く陰部を露す マヒ側の手などに十分注意
移動用ストレッチャーに移る	ストッパーの確認
髪を乾かす	ドライヤーを近づけすぎたり、温度が高くならないように注意。人によってはマッサージをする。
化粧品をつける	希望を聞くこと
居室ベッドに戻る	移動時、手足をぶつけないように注意 湯冷めしないように掛け物に注意
水分補給する	飲み物は飲進用意識し、選んでもらうとよい。 全身状態の観察

様式の一部をチャート式にした記録様式の例

4 月 日 時刻 場所	1 日(水)		2 日(火)		3 日(水)		4 日(木)		5 日(金)		6 日(土)		7 日(日)		8 日(月)		9 日(火)		10 日(水)			
	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名		
10月10日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月11日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月12日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月13日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月14日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月15日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月16日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月17日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月18日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月19日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月20日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月21日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月22日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月23日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月24日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月25日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月26日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月27日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月28日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月29日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月30日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
10月31日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月1日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月2日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月3日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月4日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月5日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月6日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月7日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月8日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月9日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月10日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月11日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月12日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月13日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月14日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月15日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月16日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月17日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月18日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月19日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月20日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月21日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月22日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月23日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月24日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月25日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月26日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月27日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月28日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月29日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
11月30日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月1日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月2日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月3日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月4日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月5日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月6日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月7日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月8日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月9日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護
12月10日	田中	看護	田中	看護	田中	看護	田中	看護														

