

令和6年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

6

(特定施設入居者生活介護、
介護予防特定施設入居者生活介護)

資 料

令和6年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》6
(特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護)

〔 目 次 〕

①	運営指導における主な指摘事項及び留意点について.....	1
②	口腔衛生の管理について.....	3
③	介護支援専門員証について.....	4
④	協力医療機関連携加算について.....	5
⑤	退居時情報提供加算について【一般型】.....	7
⑥	養介護施設従事者等による高齢者虐待について.....	10

① 運営指導における主な指摘事項及び留意点について

令和5・6年度に実施した運営指導を中心に、主な指摘事項を掲載していますので今後の業務の参考としてください。(口頭指導を含みます。)

	指摘事項	指導内容・留意点
【受託居宅サービスの提供】	<p>貴事業所では、訪問介護サービスについて、同一法人である事業所に業務を委託しているが、受託居宅サービス事業者が提供したサービスの内容等を文書により報告させていない。</p> <p>なお、聴き取りにより、同一法人で同一建物内に事業所があることから、原本による情報提供をしているとのことであるが、それを裏付ける文書等も確認できなかった。</p>	<p>外部サービス利用型指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者は、委託先の居宅サービス事業者が受託居宅サービスを提供した場合にあっては、提供した日時、時間、具体的なサービスの内容等について、文書による報告を求めること。</p>
【指定特定施設入居者生活介護】	<p>身体的拘束等の適正化のための指針において、指針に盛り込むべき項目が不足している。</p>	<p>身体的拘束等の適正化のための指針には、以下の項目を漏れなく盛り込むこと。</p> <p>①施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方 ②身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項 ③身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針 ④施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針 ⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針 ⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>

令和6年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》6
 (特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護)

	指摘事項	指導内容・留意点
【 供 】 【 受 託 居 宅 サ ー ビ ス 特 定 施 設 サ ー ビ ス 計 画 の 作 成 】 の 提	<p>(介護予防)特定施設サービス計画(以下、本項目において「ケアプラン」という。)について、以下の不適切な事例があった。</p> <p>1. 令和5年6月に認定の区分変更認定申請をしているが、当該申請の結果が出るまでの特定施設サービス等の利用に係る特定施設サービス計画(以下、「暫定プラン」という。)を作成していない事例がある。</p> <p>2. 上記①の認定更新に伴い援助内容が見直されたが、令和5年6月及び7月のサービス提供票は更新前のケアプランに沿って作成されており、同月は当該更新前のケアプランに沿って、受託居宅サービスが提供されていた。</p>	<p>介護給付の適正化及び利用者への説明責任の観点から、以下のとおり是正すること。</p> <p>1. 要介護度が確定していない状態で介護サービスを利用する際は、暫定的にケアプラン(暫定プラン)を作成し、認定結果確定後、正式なケアプラン(本プラン)に移行すること。</p> <p>2. 外部サービス利用型指定(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者は、受託居宅サービス事業者(受託介護予防サービス事業者)に、暫定プランを含む更新後のケアプランに基づいた、受託居宅サービス(受託介護予防サービス)を提供させること。</p>
【 サ ー ビ ス 計 画 の 作 成 】 【 特 定 施 設 】	<p>(介護予防)特定施設サービス計画の実施状況の把握(以下、「モニタリング」という。)について、実施及び結果の記録はあったが、実施者について書面で確認することができなかった。</p> <p>なお、聴取の結果、計画作成担当者が実施しているとのことであった。</p>	<p>計画作成担当者は、(介護予防)特定施設サービス計画の作成後においても、他の介護従業者等との連絡を継続的に行うことによりモニタリングを行う必要がある。</p> <p>したがって、モニタリングの記録に実施者欄を設け計画作成担当者の名前を記載するなど、計画作成担当者がモニタリングを実施したことを明確にすること。</p>
【 勤 務 体 制 の 確 保 等 】	<p>少なくとも今年度において、研修に従業者を参加させていないとのことであった。</p>	<p>指定(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者は、特定施設従業者の資質の向上のために、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保すること。</p> <p>また、参加した研修については、記録し保管すること。</p> <p>なお、新型コロナウイルス感染症感染予防等の理由があってもオンライン参加等出来るものもあるため検討すること。</p>

② 口腔衛生の管理について

令和6年度介護保険制度改正で、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うことが規定されました。

(経過措置：令和9年3月31日までの間は努力義務)

これに伴い、口腔衛生管理体制加算は廃止となりました。

概要	【特定施設入居者生活介護★】
○全ての特定施設入居者生活介護において口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、入居者の状態に応じた適切な口腔衛生管理を求める観点から、特定施設入居者生活介護等における口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして行うこととする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】	
単位数	
<現行> 口腔衛生管理体制加算 30単位/月	▶
	<改定後> 廃止
基準	
<運営基準(省令)> (※3年間の経過措置期間を設ける) ・「利用者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。」ことを規定。	
<運営基準等における対応>	
<small>※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成する。</small>	

令和6年1月22日発出社会保障審議会介護給付費分科会(第239回)

口腔衛生の管理の手順について

- ① 事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行う。
- ② ①の技術的助言及び指導に基づき、口腔衛生の管理体制に係る計画を作成し、必要に応じて、定期的に見直しをする。

- (当該計画の記載事項)
- イ 助言を行った歯科医師
 - ロ 歯科医師からの助言の要点
 - ハ 具体的方策
 - ニ 当該施設における実施目標
 - ホ 留意事項・特記事項

※介護保険最新情報 vol.1217「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」を参照してください。

③ 介護支援専門員証について

介護支援専門員証の有効期限は5年となっておりますので、5年ごとに介護支援専門員証の更新が必要になります。

人員基準上、介護支援専門員が必要なサービスについて、介護支援専門員が介護支援専門員証の更新を行っていない場合、当該介護支援専門員を介護支援専門員の員数に含めることができないため、人員基準違反となることがあります。また、サービスによっては、介護支援専門員の人員基準欠如による減算となる場合もあります。

さらに、介護支援専門員証の更新をせず、介護支援専門員として業務を行った場合、介護支援専門員の登録自体が消除され、5年間登録ができません。

つきましては、介護支援専門員自身の管理はもちろんのこと、法人としても、介護支援専門員証の写しを保管し、介護支援専門員証の更新を促すなど、人員基準違反等を未然に防止できる体制を構築するようにお願いいたします。

なお、更新した介護支援専門員証が届きましたら、当該介護支援専門員証の写し（指定事項等変更届の添付は不要です。）を必ずご提出ください。

④ 協力医療機関連携加算について

令和6年度介護報酬改定により、これまでの【医療機関連携加算】が見直され、名称も新たに【協力医療機関連携加算】となりました。

協力医療機関連携加算について、質問が多くありましたので、その内容についてお知らせいたします。

主治医について

Q. 協力医療機関連携加算については体制加算であるが、協力医療機関が利用者の主治医でない利用者についても算定は可能ですか。

A. 算定に当たり、協力医療機関が利用者の主治医である必要はなく、「入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合」であれば算定は可能です。

なお、入居者の同意については必ず得てください。

Q. 協力医療機関以外の主治医であっても算定可能でしょうか。

A. 協力医療機関連携加算の算定に当たっては、指定特定施設は協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催した場合に算定が可能になります。

協力医療機関の情報については、下関市に届出が必要になるため、協力医療機関以外の主治医については算定できません。

なお、特定施設協力医療機関連携加算 I (100 単位) を算定する場合であって、複数の医療機関を協力医療機関と定めることにより算定要件(※)を満たす場合には、それぞれの医療機関と会議を行う必要があります。

※算定要件…下関市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例第234条第2項第1号及び第2号

定期的な会議の開催について

Q. 会議の実施頻度について

A. 「概ね月に1回以上開催されている必要がある」と規定されています。ただし、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入居者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催することで差し支えない」とされています。

Q. 会議の参加者について

A. 職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における協力医療機関との対応を確認できる者が出席することとされています。

Q. 会議録の有無について

A. 会議の概要についての記録が必要です。

なお、会議録の内容について明示されてはいませんが、当該加算が、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に開催することを評価するものであることから、要件に沿った内容の記録をお願いします。

⑤ 退居時情報提供加算について【一般型】

令和6年度介護報酬改定により、利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に利用者1人につき1回に限り算定できる退居時情報提供加算が創設されました。【250単位】

なお、一般型のみ算定可能であり、外部型利用者は対象外となります。

当加算について、以下のとおり留意事項が通知されています。

【留意事項通知】

- ① 入居者が退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式12(次頁)の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。
- ② 入居者が医療機関に入院後、当該医療機関を退院し、同一月に再度当該医療機関に入院する場合には本加算は算定できない。

◎令和6年度の介護報酬改定に伴い発出された厚生労働省Q&Aにて、当加算に係るものが示されています。

【問 18】

同一医療機関に入退院を繰り返す場合においても、算定可能か。

【答】

同一月に再入院する場合は算定できず、翌月に入院する場合においても前回入院時から利用者の状況が変わらず、提供する内容が同一の場合は算定できない。

(令和6年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.2)(令和6年3月19日))

【問 2】

退所時情報提供加算及び退居時情報提供加算について、医療機関の入院にあたり、退所または退居の手続きを行わない場合においても算定可能か。

【答】

算定可能。

令和6年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》6
 (特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護)

(令和6年度介護報酬改定に関する Q&A(Vol.3)(令和6年3月29日))

別紙様式12

記入日： 年 月 日

退居日： 年 月 日

情報提供日： 年 月 日

退居時情報提供書

医療機関名： ご担当者名：	←	施設名： 担当者名： TEL： FAX：
------------------	---	-------------------------------

利用者(患者)/家族の同意に基づき、 年 月 日時点の施設生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について				
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年 月 日生
退居時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			
2. 家族連絡先について				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代居者)	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について				
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な要求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無音である	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
眼精	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
4. 口腔・栄養について				
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薄い・中間・濃い)	
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()	
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	左右両方の奥歯でしっかりかみ砕かれる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
特記事項				
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付				
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種：)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外(管理方法：)			
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報				
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること				
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない(<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)			
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載				
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(入所中に記載した書類等：)			
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他()			
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容				
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容			

令和6年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》6
 (特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護)

7. 退居前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について							
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)	
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎) <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> なし		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
退居前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()						
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にもみもりが必要である						
	見当識：現在の日付や場所等についての程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前がわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない						
認知機能の状況	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに(週1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない						
	遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない						
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)						
8. 退居前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等							
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他() 特記事項：						
9. かかりつけ医について							
かかりつけ医療機関1				かかりつけ医療機関2			
医師名				医師名			
かかりつけ歯科医療機関				かかりつけ薬局			
歯科医師名							
10. カンファレンス等について(ケアマネジャー、支援相談員等からの希望)							
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()						

厚生労働省HP「令和6年度介護報酬改定について」より
 URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

⑥ 養介護施設従事者等による高齢者虐待について

近年、養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数が全国的に増加傾向にあり、本市においても過去、高齢者虐待と疑われる通報を受け、監査(立入検査)を実施した事例がございました。

以下の数値等は全国での集計件数であり、社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センターが作成した資料を引用して掲載しています。

出典:「高齢者虐待の実態把握等のための調査研究事業 報告書」

※社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センターホームページより抜粋

1 「養介護施設従事者等」の定義

「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者

※業務に従事する者とは、直接介護サービスを提供しない者(施設長、事務職員等)や、介護職以外で直接高齢者に関わる他の職種も含む(高齢者虐待防止法第2条)。

2 高齢者虐待の相談・通報件数 ※市区町村が受理した件数。

	H18	H30	R1	R2	R3	R4
養介護施設従事者等	273件	2,187件	2,267件	2,097件	2,390件	2,795件
養護者	18,390件	32,231件	34,057件	35,774件	36,378件	38,291件

※R4相談・通報2,795件中、事実確認調査を行った事例は2,481件。

3 虐待判断事例数

	H18	H30	R1	R2	R3	R4
養介護施設従事者等	54件	621件	644件	595件	739件	856件
養護者	12,569件	17,249件	16,928件	17,281件	16,426件	16,669件

※R4虐待判断事例856件中、846件以外は、都道府県が相談・通報を受け付けたもの。

※R4虐待判断事例856件中、被虐待者が特定できた事例は796件、判明した被虐待者は1,406人。

4 施設等の種別

	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設・介護医療院	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護等
件数	274件	90件	5件	102件	20件
割合	32.0%	10.5%	0.6%	11.9%	2.3%
	(住宅型)有料老人ホーム	(介護付き)有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	短期入所施設
件数	112件	109件	4件	14件	38件
割合	13.1%	12.7%	0.5%	1.6%	4.4%
	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
件数	30件	32件	6件	20件	856件
割合	3.5%	3.7%	0.7%	2.3%	100%

令和6年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》6
 (特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護)

5 虐待類型の組み合わせ

	身体的虐待(単独)	介護等放棄(単独)	心理的虐待(単独)	性的虐待(単独)	経済的虐待(単独)
人数	586人	221人	247人	28人	55人
割合	41.7%	15.7%	17.6%	2.0%	3.9%

	身体的虐待+心理的虐待	介護等放棄+心理的虐待	身体的虐待+介護等放棄	その他の組み合わせ・3種類以上	合計
人数	151人	33人	45人	40人	1,406人
割合	10.7%	2.3%	3.2%	2.8%	100%

6 被虐待者の基本属性 ※上記被虐待者1,406人分に係るもの。

- 性別 男性：27.1%，女性：71.7%，不明：1.2%
- 年齢 65歳未満障害者：1.7%，65-69歳：3.1%，70-74歳：5.1%
 75-79歳：10.2%，80-84歳：14.5%，85-89歳：23.8%，90-94歳：23.5%
 95-99歳：12.0%，100歳以上：2.0%，不明：4.1%
- 要介護度 要介護2以下：17.8%，要介護3：24.7%，要介護4：33.1%
 要介護5：18.6%，不明：5.8%
- 認知症 もっとも多いのは自立度Ⅲ：31.2%
 認知症の有無が不明な場合を除くと、94.3%が自立度Ⅱ以上。

7 虐待者の基本属性

- 職名・職種
 介護職員：81.3%（うち、介護福祉士38.2%、介護福祉士以外23.6%、資格不明38.2%）
 看護職：4.6%，管理職：4.2%，施設長：3.9%，経営者・開設者：1.2%
 その他・不明：4.8%
- 性別（括弧内は介護従事者全体における割合）
 男性：51.7%（20.0%），女性：44.9%（78.2%），不明：3.4%（1.8%）
- 年齢（不明を除く。括弧内は介護従事者全般における割合）
 [男性] 30歳未満：20.8%（12.6%），30-39歳：25.0%（27.1%）
 40-49歳：22.2%（30.0%），50歳以上：32.1%（30.4%）
 [女性] 30歳未満：9.1%（5.9%），30-39歳：15.0%（12.4%）
 40-49歳：21.2%（24.0%），50歳以上：54.7%（57.7%）

8 虐待の発生要因（複数回答形式）

教育・知識・介護技術等に関する問題	56.1%
職員のストレスや感情コントロールの問題	23.0%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	22.5%
倫理観や理念の欠如	17.9%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	11.6%
虐待を行った職員の性格や資質の問題	9.9%
その他	3.5%

※ここでの「人員不足」は、配置基準は満たしているものの、一定の経験がある職員が少なかったり、夜間体制に不安があったり、その他利用者の状態像と職員体制のバランスが取れていない状況を指す。

9 高齢者虐待の防止のために

●組織におけるストレスマネジメント

●通報義務についての正しい理解

●身体拘束についての正しい理解

- ・身体拘束に該当する行為について
- ・身体拘束の弊害について
- ・「緊急やむを得ない場合」について
- ・「緊急やむを得ない場合」に身体拘束を行う際の手続きについて

※特定された被虐待者1,406人のうち、虐待行為に身体的虐待が含まれる人数が810人(57.6%)。そのうち虐待に該当する身体拘束を受けた者が317人(22.5%)。

●研修の実施と苦情処理体制の整備

※ストレスマネジメントについては、厚生労働省ホームページもご参照ください。

厚生労働省ホームページ トップページ(<https://www.mhlw.go.jp/>)

- 政策について
- 分野別の政策一覧
- 雇用・労働
- 労働基準
- 施策情報
- 安全・衛生
- 施策紹介
- メンタルヘルス対策等について
(ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等)

【参考】山口県における養介護施設従業者等による高齢者虐待の状況

	H18	H30	R1	R2	R3	R4
相談・通報件数	0件	28件	18件	15件	19件	23件
虐待判断事例数	0件	8件	0件	2件	3件	11件

※山口県における状況等については、山口県ホームページ等もご参照ください。

①山口県ホームページ トップページ(<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp>)

- 組織で探す
- 長寿社会課
- 「高齢者虐待防止・養護者支援に向けて」で検索

②山口県介護保険情報総合ガイド(かいごへるびやまぐち) トップページ

(<https://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/>)

- ・山口県の介護保険施設等集団指導の資料にも、高齢者虐待防止についての内容が掲載される予定とのことです。ご確認ください。なお、資料の掲載は3月中旬予定とのことです(ホームページ「かいごへるびやまぐち」をご確認ください。)