

13. 介護保険制度における山口県の「中山間地域等」について

介護保険制度における山口県内の「中山間地域等」について、令和6年4月から一部変更がなされています。

その中で、豊田町全域と豊北町全域が、「厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準第六号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域（平成12年2月29日厚生省告示第53号）」の対象となりました。その他の地域については、変更はありません。

なお、令和8年度の対象地域について変更がありましたら、メールやホームページにてお知らせいたします。介護報酬の算定等の参考にさせていただきます。

【中山間地域等：下関市】

令和6年度 介護報酬制度における山口県の「中山間地域等」

令和6年4月1日現在

「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算(5%)対象地域							
市 町	特別地域加算(15%)の対象地域			小規模事業所加算(10%)の対象地域			
	離島振興対策実施地域 ア	振興山村 イ	厚生労働大臣が定める地域(注1) ウ	特定農山村地域 エ	過疎地域 オ	半島振興対策実施地域 カ	辺地(注2) キ
下 関 市	【旧下関市】六連島、蓋井島	【旧豊田町】西市町、殿居村 【旧豊北町】田耕村、宇賀村	豊田町 豊北町	【旧菊川町】内日村 【旧豊田町全域】殿居村、豊田中村、西市町、豊田下村 【旧豊浦町】宇賀村 【旧豊北町】宇賀村、角島村、田耕村	【旧豊田町全域】殿居村、豊田中村、西市町、豊田下村 【旧豊浦町全域】豊西村、黒井村、川棚村、小串町、宇賀村 【旧豊北町全域】宇賀村、神玉村、角島村、神田村、阿川村、粟野村、滝部村、田耕村		あり

- (注1) 厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準第六号の規定に基づき厚生労働大臣が定める地域(平成12年2月29日厚生省告示第53号)を指す。
 (注2) 辺地については別表(辺地地域一覧)により確認ください。
 (注3) 加算対象地域であるか、地名のみでは判断できない指定地域があります。具体的な対象地域については、各市町にお問い合わせください。

【辺地地域：下関市】

令和6年度

○辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和37年法律第88号)第2条第1項に規定する辺地

※辺地地域一覧(具体的な範囲等については、該当市町に確認すること。)

令和6年4月1日現在

市 町	辺地名									
下 関 市	蓋井島	六連島	一ノ俣	柰路子	稲見	上浮石	宇内	金道	台	下八道
	今叢	八城	角島							

14. 常勤換算の計算はどのように行うのか？

★常勤換算方法とは？★

事業所の従業者の1月の勤務時間の合計を、事業所の常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は32時間を基本とする）で割ることにより、事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法。

ただし、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

※従業者1人につき、1月の勤務時間の合計に算入することができる時間数は、事業所の常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

令和6年度の制度改正により、**治療**についても含まれることとなりました。

① 事業所の従業者の1月の勤務時間の合計を算出するに当たり、他事業所の職務に従事した時間数は除いてください。（同一事業所において一体的に運営される介護予防サービス又は人員基準において他事業との兼務規定があるものを除く。）

また、同一事業所で他職種と兼務している場合についても、人員基準において兼務が認められていないもの又はサービス提供体制強化加算の算定などで職種ごとの常勤換算数を算出する必要がある場合は、兼務した時間は除いてください。

② 常勤の従業者*については、休暇等で1月の勤務時間が常勤の勤務すべき時間に満たない場合でも、常勤（常勤換算において1）と取り扱います。

ただし、暦月を通じて勤務実績がない場合については、常勤の従業者であっても常勤換算において0となります。

※非正規雇用の従業者であっても、就業規則に定める正規雇用従業者の勤務時間と同様の勤務時間の契約となっている場合、常勤の従業者として取り扱います。

③ 非常勤の従業者*については、休暇や出張の時間はサービス提供に従事する時間とはいえないため、常勤換算を行う際の1月の勤務時間の合計には含めないでください。

※正規雇用の従業者であっても、就業規則に定める正規雇用従業者の勤務時間に満たな

い勤務時間の契約となっている場合、非常勤の従業者として取り扱います。

- ④ 事業所の常勤の従業者が勤務すべき暦月の時間数は、以下のように算出してください。

(例1) 週40時間(1日8時間×週5日)を勤務時間として就業規則に定めている事業所で、28日の勤務表の場合

$$\frac{40\text{時間}}{1\text{週間の勤務時間}} \times \frac{4\text{週}}{\text{週数}} = \frac{160\text{時間}}{\text{月の勤務時間}}$$

(例2) 週40時間(1日8時間×週5日)を勤務時間として就業規則に定めている事業所で、31日の勤務表の場合

$$\frac{(40\text{時間} \div 7\text{日})}{1\text{日当たりの勤務時間}} \times \frac{31\text{日}}{\text{月の日数}} = \frac{177.1\cdots}{\text{月の勤務時間}} \div 177\text{時間}$$

※四捨五入してください。

※上記例の方法にて常勤の勤務すべき時間数が算出できない場合(就業規則等において公休日数が年単位で定められている場合等)は、別途ご相談下さい。

【常勤換算の例】

《常勤の勤務すべき時間数が160(8時間×週5日×4週)の事業所の場合》

常勤 A: 160 ⇒ 1
常勤 B: 144 ⇒ 1
常勤 C: 172 ⇒ 1

常勤職員が有休使用などでたまたま常勤の勤務すべき時間に満たない場合や、残業等により常勤の勤務すべき時間を超えた場合についても、常勤(=1)として扱います。

常勤の人数 ⇒ 3

※暦月を通じて勤務実績がない場合は、常勤職員であっても常勤換算は0になります。

非常勤 D: 168
非常勤 E: 144
非常勤 F: 88

常勤の従業者が勤務すべき時間数が上限なので、非常勤 D の勤務時間は168⇒160になります。

$$160 + 144 + 88 = 392$$

非常勤の従業者の1月の勤務時間の合計: 392

$$392 \div 160 = 2.45$$

非常勤の従業者の1月の勤務時間の合計÷常勤の勤務すべき時間=非常勤の従業者を常勤に換算した員数
※小数点第2位以下は四捨五入ではなく切り捨てを行ってください。

$$3 + 2.4 = 5.4$$

常勤の人数+非常勤の従業者を常勤に換算した員数=常勤換算後の事業所の従業員数

【実際の従業員数】6人

【常勤換算後の従業員数】5.4人

※28日の勤務表の場合です。

常勤換算を行う場合は、以下の国 Q&A もご参照ください。

(H27.4.1 介護保険最新情報 vol.454)

【全サービス共通】 ○常勤要件について

問1 各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

(答)

そのような取扱いで差し支えない。

問2 各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

(答)

労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第23条第1項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

(R3.3.19 介護保険最新情報 vol.941)

【全サービス共通】 ○人員配置基準における両立支援

問1 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

(答)

介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離

職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

＜常勤の計算＞

育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を活用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）問2は削除する。

＜同等の資質を有する者の特例＞

「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤務年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

令和6年度の制度改正により

常勤換算等における育児・介護休業法等による時短勤務制度等の取り扱いについては、厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける治療のための所定労働時間の短縮措置が講じられている場合についても適用されます。

15. 介護保険事故報告について

令和6年度事故報告集計（令和6年4月1日～令和7年3月31日受付分）

(1) 報告件数 456件

(2) サービス種別

サービス種別	R5件数	R6件数	構成比	対前年増減率
訪問介護	0	2	0.44%	-
訪問入浴	0	0	0.00%	-
訪問看護	1	0	0.00%	-100.00%
訪問リハビリテーション	0	1	0.22%	-
(地域密着型)通所介護	50	41	8.99%	-18.00%
通所リハビリテーション	3	3	0.66%	0.00%
短期入所生活介護	31	49	10.75%	58.06%
特定施設入居者生活介護	28	40	8.77%	42.86%
居宅介護支援	0	0	0.00%	-
福祉用具貸与	0	0	0.00%	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	4	0.88%	100.00%
認知症対応型通所介護	5	3	0.66%	-40.00%
小規模多機能型居宅介護	38	8	1.75%	-78.95%
認知症対応型共同生活介護	103	119	26.10%	15.53%
看護小規模多機能型居宅介護	3	0	0.00%	-100.00%
(地域密着型)介護老人福祉施設	106	102	22.37%	-3.77%
介護老人保健施設	99	59	12.94%	-40.40%
介護療養型医療施設	0	0	0.00%	-
介護医療院	21	25	5.48%	19.05%
合計	490	456	100.00%	-6.94%

(3) 損害賠償の有無

(4) 利用者の性別

損害賠償の有無	件数	構成比
有	20	(4.39%)
無	435	(95.39%)
検討中	1	(0.22%)
合計	456	(100.00%)

性別	人数	構成比
男	86	(18.86%)
女	366	(80.26%)
不明	4	(0.88%)
合計	456	(100.00%)

(5) 利用者の年齢

年齢	人数	構成比
70歳未満	7	(1.54%)
70～75歳未満	17	(3.73%)
75～80歳未満	20	(4.39%)
80～85歳未満	72	(15.79%)
85～90歳未満	116	(25.44%)
90～95歳未満	142	(31.14%)
95～100歳未満	68	(14.91%)
100歳以上	11	(2.41%)
不明	3	(0.66%)
合計	456	(100.00%)

(6) 事故の原因

原因	件数	構成比
薬の管理にかかると不備	239	(52.41%)
転倒	129	(28.29%)
送迎中の事故	7	(1.54%)
転落	7	(1.54%)
誤嚥	8	(1.75%)
その他	26	(5.70%)
不明	40	(8.77%)
合計	456	(100.00%)

(7) 事故の内容

内容	件数	構成比
誤薬	239	(52.41%)
骨折	173	(37.94%)
死亡	5	(1.10%)
離設	5	(1.10%)
その他	34	(7.46%)
合計	456	(100.00%)

(8) 事故の場所

場所	件数	構成比
共有スペース(談話室、食堂等含む)	205	(44.96%)
入所施設の居室(療養室、病室等含む)	174	(38.16%)
屋外(離設・車輛事故含む)	2	(0.44%)
廊下	20	(4.39%)
トイレ(洗面所含む)	4	(0.88%)
浴室(脱衣所含む)	9	(1.97%)
利用者の自宅	6	(1.32%)
その他(階段、玄関、不明等含む)	36	(7.89%)
合計	456	(100.00%)

○誤薬事故について

誤薬事故の多くは、与薬にかかわる一連の従業者の手順ミス、思い込み、確認不足が原因となっています。また、再発防止策を講じたにもかかわらず、類似の事故が続く事例も少なくありません。

各事業所で定めるマニュアルが、現在の運営体制に沿うものであり、かつ、適正に機能するものか見直したうえで、事業所内での周知を徹底されますようお願いいたします。

16. 事故報告の変更について

事故の発生時には関係機関への報告と併せ、本市に対しても事故報告書の提出をお願いしておりますが、昨年度、厚生労働省より、報告された事故情報を分析するために事故報告の様式の標準化や事業所の負担軽減を図る観点から事故報告の標準報告様式が示されました。

それに伴い、昨年、本市においても従来の様式及び報告の基準を次頁以降に示すとおり見直しを行いました。

なお、新様式へは、令和7年10月1日に完全移行しています。

また、提出においては、やむを得ない場合を除き、エクセルデータのままメールにて送付（PDF等は不可）をお願いいたします。

併せて、平成27年12月2日付「誤薬に係る事故報告の取扱いについて（留意事項）」（39ページに掲載）については、昨年からの取扱いの変更により廃止となりましたが、報告が不要と判断された誤薬や与薬等を含む事案についても事故であることには変わりありませんので、ヒヤリハット等確実に記録に残した上で、再発防止に努めていただくようお願いいたします。

事故報告の範囲

○下記1から5の事故については、原則として全て報告すること。

1. 死亡に至った事故

2. 医師(施設の勤務医、配置医を含む。)の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故のうち、次に該当するもの

重体・重症	1週間程度以上の入院を要するもの
重傷	骨折、または1週間程度以上の入院を要するもの

3. 誤薬に関するもの ※【薬の種類及び効能】の該当欄についても、漏れなく記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・与薬漏れ ・与薬相手の誤り ・過剰投与 ・与薬すべき時間や量の誤り 等 	<p>医師(施設の勤務医、配置医を含む。)の診断を受けたもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療(投薬、処置等)・入院の期間は問わない。 ・薬の種類は問わない。 <p>※ただし、以下の場合は報告を求めない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話等により医師(施設の勤務医、配置医を含む。)に指示を仰いだ結果が、 1.「速やかに与薬」の指示のみであった場合 2.「経過観察の結果、体調に変化がなければ次回以降通常の与薬」の指示のみであった場合(例:経過観察のために血圧測定等を行ったが、結果的に体調の変化がなかった等)
---	---

4. 損害賠償を要するもの

介護サービス提供により、損害賠償責任が発生又は発生するおそれのあるもの	<p>上記1から3に該当しない事故(報告範囲外の事故)の内、原則、次にあげるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転倒 ・異食 ・転落 ・受傷 ・誤薬、与薬漏れ等 ・誤嚥・窒息 ・医療処置関連(チューブ抜去等)
-------------------------------------	--

5. その他

徘徊、行方不明、離脱	・利用者が見つからずに外部から協力を得た場合。
------------	-------------------------

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《共通編》

職員(従業者)による利用者送迎時の交通事故	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対するサービス提供に支障が生じた場合。 ・事業者が送迎を委託している場合は、委託先の職員(従業者)が送迎時に交通事故を発生させた場合を含む。
職員(従業者)の法令違反・不祥事等	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の処遇に影響があるもの。 例:利用者からの預り金の横領、個人情報の紛失 ・事業者が業務の一部を委託している場合は、委託先の職員(従業者)が当該業務に関して行った法令違反・不祥事等を含む。
その他、事業者が必要と判断した場合	

※原則、原因が利用者に対するサービス提供に起因するもの。または、その可能性があるもの(原因不明を含む。)

※感染症胃腸炎及びインフルエンザ並びに新型コロナウイルス感染症又は食中毒の発生に関しては別途報告が必要な場合があります。

令和7年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《共通編》

6 事故 発生 後の 状況	利用者の状況											
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者			<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者			<input type="checkbox"/> その他（ ）			
		報告年月日	西暦		年		月		日			
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他				
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）										
損害賠償(保険適用の有 無に関わらず)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 検討中	損害賠償の内容 ()								
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分 析)	(できるだけ具体的に記載すること)											
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)											
9 その他 特記すべき事項												

廃止

平成27年12月 2日

下関市福祉部介護保険課

下関市福祉部長寿支援課

誤薬に係る事故報告の取扱いについて（留意事項）

1. 事故報告の対象となる誤薬とは？

（1）基本的な考え方

服薬介助に関し、事業所従業者の行為に瑕疵がある場合が、事故報告の対象となります（例：本来服薬すべき時間を忘れて与薬を行っていないかった場合、誤った種類や数の薬を利用者に与薬した場合）。利用者に対する個別のケア手順に沿っているかなどを踏まえ、適宜事業所にて判断してください。

（2）医師が「服用しなくても問題なし」と判断している場合

医師がその薬を「服用しなくても問題なし」と判断している場合については、事前にそのような指示を受け、個別のケア手順として整理されているのであれば事故報告の対象外ですが、事後確認であれば、個別のケア手順に沿っていないため、報告が必要です。

（3）利用者の身体への影響との関係

上記に係る誤薬があれば、利用者の身体への影響の有無に関係なく、事故報告の対象となります。

2. 事故報告に求められる内容

次頁に、誤薬に係る事故報告書に記載すべき内容のうち、主なものを例示いたしますので、事故報告を行う際の参考としてください。

誤薬に係る事故報告書に記載すべき主な内容

〔例1〕与薬漏れ（薬の飲ませ忘れ）

1	薬の種類（名称、効能）。
2	いつ、なぜ、事故に気づいたのか？（事故の発覚が遅れた場合は特に重要）
3	その後服薬したのか？または、どのような対応を取ったのか？
4	家族へ報告したのか？
5	医師等へ指示を仰いだか？仰いだ場合は指示の内容。仰がない場合は仰がない根拠（誰がなぜ仰がないと判断したのか？）。
6	従業者は手順どおりにケアを行っていたか？原因に従業者がマニュアルに沿った行動を取らなかった点はなかったか？
7	再発防止策で記載した内容がマニュアルの内容を記載したものとはなっていないか？再発防止の内容はいままでの手順とどのように異なるのか？
8	事故後の利用者の状態像に変化はないか？

〔例2〕与薬相手の誤り（Aに誤ってBの薬を飲ませた場合）

1	Aに飲ませた薬の種類（名称、効能）。
2	Aが飲むべきであった薬の種類（名称、効能）。
3	いつ、なぜ、事故に気づいたのか？（事故の発覚が遅れた場合は特に重要）
4	Aはその後本来の薬を飲んだのか？または、どのような対応を取ったのか？
5	Bはその後本来の薬を飲んだのか？または、どのような対応を取ったのか？
6	Aが服薬したBの薬は事業者が弁償するのか？
7	家族へ報告したのか（A・B共に）？
8	医師等へ指示を仰いだか？仰いだ場合は指示の内容。仰がない場合は仰がない根拠（誰がなぜ仰がないと判断したのか？）。
9	従業者は手順どおりにケアを行っていたか？原因に従業者がマニュアルに沿った行動を取らなかった点はなかったか？
10	再発防止策で記載した内容がマニュアルの内容を記載したものとはなっていないか？再発防止の内容はいままでの手順とどのように異なるのか？
11	事故後の利用者の状態像に変化はないか？

※Bに対する事故（与薬漏れ）にも該当する場合、A、Bそれぞれに係る事故報告が必要。

〔例3〕与薬すべき時期の誤り（複数回分の薬を一度に飲ませた場合、昼の薬を朝に飲ませた場合、別の頓服薬と誤って与薬した場合など）

1	薬の種類（名称、効能）。
2	いつ、なぜ、事故に気づいたのか？（事故の発覚が遅れた場合は特に重要）
3	その後服薬したのか？または、どのような対応を取ったのか？
4	飲ませた薬を本来服薬すべきだった時期には、どのような対応を取ったのか？（定期薬の場合）
5	家族へ報告したのか？
6	医師等へ指示を仰いだか？仰いだ場合は指示の内容。仰がない場合は仰がない根拠（誰がなぜ仰がないと判断したのか？）。
7	従業者は手順どおりにケアを行っていたか？原因に従業者がマニュアルに沿った行動を取らなかった点はなかったか？
8	再発防止策で記載した内容がマニュアルの内容を記載したものとはなっていないか？再発防止の内容はいままでの手順とどのように異なるのか？
9	事故後の利用者の状態像に変化はないか？

17. 運営規程の従業員の員数の変更に係る変更届について

「指定居宅サービス等及び指定予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）」等の一部改正に伴い、運営規程や重要事項説明書に記載する従業者の「員数」については、令和3年度より指定基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも可能となりました。（ただし、「0（ゼロ）人以上」と記載することは実際の配置の人数が分からないため不適當です。）

また、運営規程の従業員の員数の変更に係る変更届は年1回とし、7月1日時点の従業者の員数が、前年7月1日の従業者の配置状況と比較して人員数に変更があれば、提出をお願いします。

（「〇人以上」/具体的に「〇人」と記載する場合のどちらについても同じです。）

※来年度の変更届の提出期限については、別途お知らせします。

提出にあたり、下記のとおり例を示しますので参考にしてください。

(例1)介護職員 A が令和7年12月1日に退職した場合（介護職員6名→5名）

▶ 変更届の提出が必要。 提出物は下記のとおり

・ 変更届

（日付：提出日、変更事項：従業者の変更、変更年月日：令和8年7月1日）

・ 運営規程

・ 令和8年7月の勤務表

(例2)介護職員 A が令和7年12月1日退職し、介護職員 B が令和8年2月1日入職した場合（介護職員6名→5名→6名）

▶ 変更届の提出は不要。

(例3)指定基準上必要な資格を有する従業者 A(看護職員等 なお、次項「従来どおり変更届が必要な事項②」を除く。) が令和7年12月1日退職し、指定基準上必要な資格を有する従業者 B が A に代わり同日入職した場合（指定基準上必要な資格を有する従業者の入れ替わりはあるが、員数は変更なし）

▶ 変更届の提出は不要。

資格者証の写しの提出も不要ですが、運営指導時等、市から求められた場合は速やかに提出できるようにしておくこと。

※加算に関わる提出物（届出書、資格者証）の取扱いはこれまでどおりです。

※各事業所におかれましては、法令遵守での運用をお願いいたします。

なお、運営規程の人員数を変更する都度変更届を提出しており、直近に提出した運営規程と令和8年7月1日時点の運営規程を比較して変更がない場合は、上記の基準は適用する必要はありません。

例) 令和8年5月1日時点に運営規程の人員数の変更に関する変更届の提出をしている場合、令和8年7月1日時点と令和7年7月1日時点と比較して運営規程の変更が生じていたとしても、令和8年5月1日時点と令和8年7月1日時点と比較して変更が生じていないのであれば、変更届は不要です。

※従来どおり変更届が必要な事項

- ①従業者の員数の変更以外に関する運営規程の変更については、従来どおり変更後10日以内に変更届を提出してください。
- ②あわせて、指定した事業所点施設の名称及び所在地が変更になった場合など、介護保険法施行規則で定める事項に変更があった場合についても、従来どおり変更の都度、変更届の提出が必要ですのでご注意ください。

※注意事項

- ・人員数の変更により運営規程に変更が生じた場合、変更届の提出の有無に関わらず、各事業所（施設）において運営規程の変更を必ず行ってください。
- ・新規事業者については、上記規程の「前年7月1日の従業者の配置状況」を「新規指定時の従業者の配置状況」と読み替えるものとする。
- ・変更届には、開設許可事項変更申請書を含みます。

18. 重要事項説明書の従業員の勤務体制の記載について

「運営規程等に記載する従業員の「員数」の取扱いについて（通知）（令和3年4月16日下介第722号）」で通知しているとおり、運営規程や重要事項説明書に記載する従業者の「員数」については、令和3年度より指定基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも可能となりました。（ただし、「0（ゼロ）人以上」と記載することは実際の配置の人数が分からないため不適當です。）

重要事項説明書には、従業員の員数の記載にかかる項目として、従業員の職種、職務の内容の他に、“従業員の勤務体制”の記載が求められております。従業員の勤務体制については、従来より、職種ごとの常勤・非常勤の別、兼務関係について記載するよう指導してまいりました。しかしながら、員数の記載の簡略化に伴い、令和5年度より、従業員の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数は必ず記載することとし、兼務関係の記載については事業者判断とします。

また、事業所に掲示が必要な項目としての従業員の勤務体制についても同様です。掲示については、利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を事業所の見やすい場所に掲示することが必要ですので、従業員の勤務体制の記載につきましても、分かりやすい記載をお願いします。

19. 「医行為ではないと考えられる行為」について

医行為とは、「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」のことを指します。医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による「医業（医行為を反復継続する意思をもって行う行為）」は禁止されています。

介護現場等において行う、ある行為が医行為であるかどうかについては、それぞれの行為の態様に応じて個別具体的に判断する必要があります。そのため、判断に疑義が生じることの多い行為であって、原則として「医行為でない」と考えられるものについては、これまで以下の通知において示されそれに基づき判断いただいております。

●「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」（平成17年7月26日付医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）

●「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2）」（令和4年12月1日付医政発1201第4号厚生労働省医政局長通知）

※令和5年度集団指導共通編に掲載したものを抜粋のうえ47ページから掲載していますので併せてご確認ください。

この度、これまでの通知に記載のない行為のうち、介護現場等で実施されることが多いと考えられる行為で「医行為ではない」と考えられる行為が整理され、新たに「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その3）」（令和7年12月26日付医政発1226第12号厚生労働省医政局長通知）が発出されましたのでお知らせします。

今回追加された「医行為ではない」と考えられる行為は次ページのとおりです。

【医行為でないと考えられる行為】

(服薬準備等関係)

1 医師、看護師等の免許を有しない者によるいわゆる湿布の貼付（※1）又はその他の医薬品の使用の介助ができることを医師、歯科医師又は看護職員が本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守したいわゆる湿布の貼付又はその他の医薬品の使用の介助をすること。

具体的には、

- ①お薬カレンダーへ一包装された等の医薬品をセットすること
- ②服薬の直前に PTP シートから薬剤を取り出すこと（※2）
- ③専門的な管理が必要無いことを医師若しくは看護職員が確認した皮膚に、いわゆる湿布を貼付すること

※1 鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又はステロイド外用剤等専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）

※2 PTP シートをハサミなどで1つずつに切り離さないよう留意すること。

(蓄尿バッグ交換等関係)

2 医師又は看護職員の立会いの下で安全に行えることを事前に確認された実施者が、蓄尿バッグの破損等尿漏れを確認した際や、蓄尿バッグが膀胱留置カテーテルから外れた際に、膀胱留置カテーテルと未開封・未使用の蓄尿バッグを接続すること。

注1 前記1に掲げるいわゆる湿布の貼付は、原則として医行為でないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員（以下「医師等」という。）に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師等に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

注2 前記1に掲げる医薬品の使用の介助について、抗血栓薬といった特に安全管理が必要な医薬品等服薬の内容によっては、医師、看護師等の医療に関する

免許を有しない者が当該行為を実施する際に注意すべきものや医師等による専門的な管理を必要とするものもあるため、当該行為の実施に当たってはこれらの免許を有する者が判断し、服薬する医薬品の用法を遵守するとともに、その内容について確認すること。

注3 前記2に掲げる行為は、原則として医行為ではないと考えられるものであるが、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 前記2に掲げる行為については、以下に留意の上、実施すること。

- ①患者にいつもと変わった様子がないことを実施前に観察すること。
- ②排出された尿が膀胱内に逆流する等の可能性があるため、蓄尿バッグは常時患者の膀胱より低い位置にすること。また、蓄尿バッグが汚染される可能性があるため床につかないようにすること。
- ③膀胱留置カテーテルや接続チューブが折れ曲がったり、ベッド柵などで潰れたりしていないか確認すること。また、膀胱留置カテーテル挿入時に膀胱内で膀胱留置カテーテル先端のバルーンに水を注入し、膨らませて膀胱に留置しているため、膀胱留置カテーテルは引っ張らないようにすること。
- ④蓄尿バッグの交換は、石鹸や擦式アルコール製剤を使用した手洗いを行った上で、手袋を装着して行い、終了後も手洗いをする。また、蓄尿バッグ側と繋ぐ膀胱留置カテーテルの接続部は、接続前に消毒綿で拭いてから蓄尿バッグと接続すること。

注5 前記1に掲げるいわゆる湿布の貼付及び前記2に掲げる行為の実施に当たっては、当然ながら患者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について患者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましい。また、必要に応じて、注1のサービス担当者会議の開催時等に医師等に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師等に報告を行う等して適切に連携することが求められる。

注6 前記1及び2に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。また、前記2に掲げる行為は、破損等尿漏れを確認した場合の行為であり、定期的な

交換においては、医師又は看護職員が膀胱留置カテーテル・蓄尿バッグの両方を交換すること。また、蓄尿バッグの交換について、医師又は看護職員の配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注7 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

※ここからは、令和5年度集団指導共通編に掲載した内容の再掲です。

医行為とは、「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為」のことを指します。医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による「医業（医行為を反復継続する意思をもって行う行為）」は禁止されています。

医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為である「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されることのないよう、「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」（平成17年7月26日付医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知）において「医行為」ではないと考えられるものについての解釈がなされており、それに基づき判断していただいていた。（平成25年度集団指導個別編3＜訪問介護・介護予防訪問介護＞P. 57・58再掲）

【医行為でないと考えられる行為】

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること。
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること。
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること。（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看

護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること。
 - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと。
 - ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと。
- 6
- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること。
 - ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
 - ③ 耳垢を除去すること。（耳垢塞栓の除去を除く。）
 - ④ ストーマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

ストーマ装具の交換について

肌への接着面に皮膚保護機能を有するストーマ装具については、ストーマ及びその周辺の状態が安定している場合等、専門的な管理が必要とされない場合には、その剥離による障害等のおそれは極めて低いことから、原則として「医行為」には該当しない。

なお、実施にあたっては、医師又は看護職員と密接な連携を図ること。

【ストーマ装具の交換について、平成23年6月5日

公益社団法人日本オストミー協会会長から医政局医事課長あて】

- ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと。
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること。
 - ※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

平成17年通知に記載のない行為のうち、介護現場で実施されることが多いと考えられる行為を中心に、「医行為」ではないと考えられる行為について、新たに「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2）」（令和4年12月1日付医政発1201第4号厚生労働省医政局長通知）にて整理されています。

なお、当該通知は、平成17年通知に追加される形となりますので、前回の通知にあります行為についても継続して「医行為」ではないと考えられる行為になります。

【医行為でないと考えられる行為】

（在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係）

- 1 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の患者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（**注射器の針を抜き、処分する行為を除く。**）及び記録を行うこと。
- 2 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること。
- 3 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること。

（血糖測定関係）

- 4 患者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと。

(経管栄養関係)

- 5 皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない患者について、既に患者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
- 6 経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと。なお、以下の3点については医師または看護職員が行うこと。
 - ① 鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。
 - ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。
 - ③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること。

(喀痰吸引関係)

- 7 吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと。

(在宅酸素療法関係)

- 8 在宅酸素療法を実施しており、患者が援助を必要としている場合であって、患者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は医師、看護職員又は患者本人が行うこと。
- 9 在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと。
- 10 在宅人工呼吸器を使用している患者の体位交換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと。

(膀胱留置カテーテル関係)

- 11 膀胱留置カテーテルの畜尿バックからの尿廃棄（DIB キャップの開閉を含む。）を行うこと。
- 12 膀胱留置カテーテルの畜尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと。
- 13 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが

外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。

14 専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している患者の陰部洗浄を行うこと。

(服薬等介助関係)

15 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）、吸入薬の吸入及び分包された液剤の内服を介助すること。

① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること。

② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による継続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと。

③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと。

(血圧等測定関係)

16 新生児以外の者であって入院治療の必要のないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること。

17 半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）を用いて血圧を測定すること。

(食事介助関係)

18 食事（とろみ食を含む。）の介助を行うこと。

(その他関係)

19 有床義歯（入れ歯）の着脱及び洗浄を行うこと。

上記通知に列挙される行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないと考えられていますが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、**医行為であるとされる場合もあり得る**ため、事業者の皆様におかれましては、サービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか

確認し、さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に必ず速やかに報告を行ってください。

なお、上記通知に列挙された行為により測定された数値を基に投薬の可否など医学的な判断を行うことは医行為にあたるため、ご留意ください。

また、実施者に対しては一定の研修や訓練が行われることが望ましく、事業者には、事業遂行上安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められます。

★介護職員等による喀痰吸引等の実施について★

喀痰吸引や経管栄養の実施は「医行為」と整理されていますが、「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、

・認定特定行為業務従事者認定証を受けた介護職員等は、県の登録を受けた登録特定行為事業者において

・介護福祉登録証に行為の付記登録を受けた介護福祉士は、県の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者において

一定の要件の下に上記の行為を実施することが可能です。

なお、平成27年度（平成28年1月）以降の国家試験合格者については、介護福祉士の資格をもって医療的ケアの実施が可能となります。

※認定特定行為業務従事者とは、訪問介護員等の介護職員、特別支援学校教員などで、研修修了に基づき県の認定を受けている方（訪問介護員養成研修などの資格の有無は問わない。）を指します。

事業者の皆様におかれましては各通知等について十分ご承知のことと思いますが、再度、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否かを判断する際の参考にしていただき、併せて、当該通知についてもご確認ください。

20. 最近の問い合わせから

1. 身体的拘束等を行う場合に記録すべき様式の作成

身体的拘束等（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）は、利用者や他の利用者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ず実施するものであることを踏まえると、法人として身体的拘束等は実施しない取扱いとしている場合であっても、身体的拘束等を行う場合に記録すべき様式は定めていただく必要があります。

「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作成）や「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」（令和6年3月 令和5年度老人保健健康増進等事業 介護施設・事業所等における身体拘束廃止・防止の取組推進に向けた調査研究事業）等を参照の上、各サービス事業所において作成し保管するようお願いいたします。

なお、法人として身体的拘束等は実施しない旨の取扱いを否定するものではありません。

2. とろみ剤の費用負担

「その他の日常生活費」の中で、【とろみ剤】について市としての見解は次のとおりです。なお、この見解は、施設系のサービスに限らず、食事や水分補給の提供を行うサービス全体（訪問系サービスを除く）に統一した見解となりますのでご注意ください。

とろみ剤の利用が必要な方については、通常的水分摂取に際しては、介護サービスの一環であることから事業所による負担が必要と考えます。

ただし、以下のような場合には利用者負担とすることも可能です。

- ・とろみ剤のメーカー指定がある
- ・アセスメントではとろみ剤の利用の必要性はないものの、本人や家族の希望によりとろみ剤を利用する

※なお、これらは一例ですので、事例に応じて検討ください。

21. 介護保険サービス事業者関係通知集のホームページ掲載について

過去に下関市が介護保険サービス事業者宛に発出した通知や取扱いのうち、代表的なものを下関市ホームページに掲載しています。

〔ホームページ掲載場所〕

下関市ホームページトップページ (<https://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

- 分類でさがす
- しごと・事業者
- 介護保険サービス事業者
- 通知集

なお、以下の項目については、掲載場所が異なりますのでご注意ください。

- ・「同居家族等がいる場合の生活援助の算定」について
- ・「認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所」について
- ・軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与に関する下関市ガイドライン
- ・施設・事業所内で感染症が発生した場合
- ・施設・事業所内でインフルエンザが発生した場合

〔上記項目のホームページ掲載場所〕

下関市ホームページトップページ (<http://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

- 分類でさがす
- しごと・事業者
- 介護保険サービス事業者
- 加算手続き・各種申請様式
- 介護保険サービス事業の申請様式等について（訪問通所系サービス）
- 3. その他の様式