安全管理と権利擁護の指針及びマニュアル

事故発生防止　身体的拘束等適正化　高齢者虐待防止

医療法人平成会
介護老人保健施設 サンライズ・ビュー
2026 年 10 月改訂

本冊の使い方

本冊は 3 分野の指針と実務手順をまとめたものである。各章の指針で施設の基本方針を確認し、続く実務手順で具体的な対応を確認する。各分野の単冊版と同じ内容を収録する。

委員会を一体的に開催する場合も、事故防止、身体的拘束等適正化、虐待防止の議題と検討結果は区分して記録する。研修記録も分野ごとの内容と参加状況が確認できるよう管理する。

改訂と関連書類の管理

改訂時は統合版と単冊版の内容をそろえ、職員へ周知する。各分野の委員名簿、連絡先、様式、議事録、研修記録は関連書類として管理し、マニュアルの指示と整合させる。個別の利用者記録や事案記録は、閲覧権限を限定して保管する。

目次

第 1 章 事故発生防止とリスクマネジメント　3

指針　3

実務手順　4

離設事故対応マニュアル　7

主な項目：基本方針／体制／研修／初動対応／報告と再発防止／離設

第 2 章 身体的拘束等適正化　10

指針　10

実務手順　11

主な項目：拘束しない支援／三要件／説明／観察／継続と解除

第 3 章 高齢者虐待防止　14

指針　14

実務手順　15

主な項目：虐待の類型／通報／苦情解決／成年後見制度／職員支援

目次のページ番号は本版の印刷ページに対応する。改訂でページが変わる場合は目次も更新する。

第 1 章 事故発生防止とリスクマネジメント

指針

施設の基本方針、責任体制及び継続的な取組を以下のとおり定める。具体的な対応は、続く実務手順に従う。

1 基本的考え方

利用者の尊厳と安全を守り、質の高い医療・介護を提供する。事故を予防し、発生時には利用者の安全確保と医療対応を優先して被害の拡大を防ぐ。事故を個人の責任追及だけで終わらせず、組織の仕組みとケアを改善する。身体拘束に頼らない安全対策を基本とする。

2 委員会と責任体制

管理者が安全管理を統括し、事故防止担当者を定める。多職種で構成するリスク委員会を定期的に開催し、重大事故等では随時開催する。各部門の検討を施設全体の分析・改善につなげる。担当者の氏名・役割は委員名簿等に明示する。

3 職員研修

事故発生防止の研修を年 2 回以上、新規採用時にも実施する。全職員へ周知し、未受講者には補講等を行う。実施内容、参加者、受講確認を記録する。

4 報告と原因分析

事故及びヒヤリハットは発生・発見時に速やかに報告する。事実と推測を区別して記録し、委員会で集計・分析する。環境、利用者の状態、業務手順、職員配置、情報共有を検証する。

5 事故発生時の対応

利用者の安全確保、応急対応、看護職・医師への報告、必要な受診・救急要請を行う。管理者と家族へ速やかに連絡し、自治体の取扱要領に従って行政報告を行う。夜間・休日も現行の緊急連絡網で対応する。

6 再発防止と職員への周知

対策の担当者と評価時期を定め、実施状況と効果を確認する。決定事項と分析結果を関係職員へ周知し、他部署にも適用できる対策は施設全体へ展開する。

7 苦情対応と閲覧

利用者・家族の相談や苦情を丁寧に受け付け、必要な説明と改善につなげる。本指針は施設内に備え、閲覧の希望に対応する。個別記録の開示は個人情報保護の手順に従う。

8 記録管理

委員会議事録、研修記録、事故・ヒヤリハット報告書、苦情記録は施設運用として 5 年間保存する。法令・条例等でより長い期間が必要な場合はその期間に従い、閲覧権限を管理する。

9 継続的な改善

本指針と実務手順を一体で運用する。年 1 回を目安に、又は法令・運用変更、重大事故等の際に見直し、改訂内容を職員へ周知する。

実務手順

1 目的と基本方針

利用者が安心してサービスを受けられるよう、事故の予防、発生時の対応、再発防止を組織的に行う。本マニュアルは老健入所を中心に、短期入所療養介護・通所リハビリテーションの事故対応にも共通する手順を示す。

事故は個人の責任追及だけで終わらせず、利用者の状態、環境、業務手順、職員配置、情報共有を検証する。報告を隠さず、身体拘束に頼らない安全対策を優先する。利用者・家族には確認できた事実を誠実に説明する。

2 事故とヒヤリハットの定義

事故とは、サービス提供に関連して利用者等に身体的・精神的被害、財産上の損失等が生じた事象をいう。ヒヤリハットとは、被害に至らなかったが事故につながる可能性があった事象をいう。判断が難しい場合も報告し、施設内報告と自治体への報告の要否を分けて確認する。

3 組織と役割

管理者は安全管理体制を統括し、必要な人員・環境整備、重大事故時の対応、行政報告を管理する。リスク委員会は部門代表を中心に、看護・介護・リハビリテーション・相談・事務等の多職種で構成し、必要に応じ医師の参加・助言を得る。

事故防止担当者を定め、委員会の集計、分析、周知、対策の実施状況を管理する。氏名、役職、連絡先は委員名簿・施設内連絡網に明示する。各部門責任者は初動対応と報告を確認し、職員は発生・発見時に直ちに報告する。

各部門で改善策を検討し、解決できない課題や施設全体に共通する課題はリスク委員会に上げる。定期開催し、重大事故や繰り返し事故等では随時開催する。身体拘束・虐待防止を同一会議で扱う場合も、議題と結果をそれぞれ区分する。

4 事故予防と研修

入所・利用開始時、状態変化時、事故後にリスクを評価する。転倒・転落、服薬、食事・嚥下、移乗、入浴、離設、機器不具合等を確認し、ケア計画と申し送りに反映する。車椅子・ベッド等の不具合は速やかに報告し、安全が確認できるまで使用しない。

事故発生防止研修は年 2 回以上、新規採用時にも実施する。教育委員会と日程・内容を調整し、全職員への周知と未受講者への補講等を行う。日時、内容、資料、参加者、受講確認を記録する。

5 発生時の初動対応

① 利用者の安全を確保し、危険を除去する。看護職へ直ちに連絡し、意識・呼吸・出血等を確認する。必要な応急対応を行い、緊急性が高い場合は医師や管理者への連絡と並行して 119 番通報する。

② 医師へ状況を報告し、診察・受診・観察等の指示を受ける。発生・発見時刻、利用者の状態、処置、医師指示を時系列で記録する。

③ 部門責任者、管理者へ速やかに報告する。夜間・休日は施設の現行緊急連絡網を用いる。家族には確認できた事実、現在の状態、対応、今後の見通しを説明し、連絡時刻・説明内容・相手を記録する。

④ 現場、関係物品、服薬記録等を必要な範囲で保全し、事実と推測を区別する。行政報告が必要な場合は、報告書の完成や委員会開催を待たず初報を行う。

6 事故報告書の提出と再発防止

① 報告者・発見者は所定の事故報告書に、発生状況、対応、背景、暫定対策を記載する。緊急報告は書類提出に先行する。

② 所属責任者へ報告し、所定の提出先へ提出する。入所は朝礼・ユニット会議等、通所は朝礼又は終礼等で検討し、対策を個人の意見だけで決めない。看護リーダー等が検討結果を追記する。

③ 各ユニット・部門へ対策を共有して実施し、完成した報告書をリスク委員へ渡す。委員会で集計・原因分析を行い、施設全体への展開が必要な対策を決める。管理職が最終確認し、原本又は電子記録を保管する。

④ 対策ごとに担当者と評価時期を決め、再発状況や現場での実施状況を確認する。対策が機能しない場合は再検討し、議事録へ残す。

7 自治体への報告

日出町の取扱要領に該当する事故は、施設の責任の有無にかかわらず町へ報告する。他市町村の被保険者についても日出町への報告対象となり、保険者市町村への報告要否も確認する。

重大事故・緊急事故はまず電話連絡し、速やかに報告書を提出する。日出町は緊急性の乏しい事故について概ね 1 週間以内を案内しているが、施設では初報を速やかに行い、他の報告先がより短い期限を定める場合はその期限に従う。途中経過と最終結果も報告する。

日出町 介護福祉課 介護保険係　電話 0977-73-3136。行政には町の現行様式を用い、対象・提出方法は最新の取扱要領を確認する。虐待が疑われる場合は、事故報告だけで終わらせず虐待防止マニュアルに従い通報する。

8 事故種別ごとの対応

転倒・転落：発見時の状態を確認し、無理に起こさず看護職へ連絡する。医師指示に基づく観察を行い、環境・移動能力・認知機能・薬剤・排泄・履物等を再評価する。転倒アセスメント対策シートを活用する。

誤薬・配薬：利用者、薬剤、量、用法、時間を確認する。誤薬又は疑いがある場合は、薬剤名・量・時刻等を確認し看護職と医師へ直ちに報告する。独断で追加投与や中止をせず、指示と対応を記録する。

誤嚥・窒息：直ちに応援を呼び、訓練を受けた救命手順と施設の緊急時対応マニュアルに従う。必要時 119 番通報する。食形態、姿勢、介助方法、嚥下状態を見直し、医師・リハビリ・栄養課等と連携する。

その他の事故：入浴、移乗、熱傷、機器破損等でも安全確保・医療対応・報告を優先する。針刺し等の職員事故は施設の専用マニュアル・労務安全手順に従う。

9 離設事故への対応

事前に本人の行動の背景と外出希望を把握し、安全に活動できる支援を検討する。写真・特徴等は本人・家族へ説明し、個人情報に配慮して必要な職員に共有する。 詳細な連絡経路、対策本部及び捜索方法は、後掲の「離設事故対応マニュアル」に従う。

① 最終確認時刻・場所・服装・健康状態を確認する。施設内、敷地、周辺を迅速に捜索し、他利用者に必要な職員を残して応援を招集する。

② 危険性が高い場合は直ちに 110 番・119 番へ連絡する。発見できない場合も、状態、経過時間、天候、道路・水路等から判断して早期に警察へ通報する。固定時間の捜索終了を待たない。

③ 管理者・事務長等と家族へ連絡する。必要に応じ対策本部を置き、捜索区域、職員の所在、情報を一元管理する。夜間等は応援を招集し、残る利用者の安全と職員の安全を確保する。

④ 発見後は健康状態を確認し、必要な医療対応を行う。警察、家族、関係部署等へ発見を知らせ、自治体報告と原因分析、再発防止を行う。

10 苦情対応と記録管理

利用者・家族からの苦情は、各部門の苦情受付担当者・相談員等が受け、申立内容、希望、対応を記録する。安全に関わる内容は速やかに責任者へ報告し、苦情対応手順に従って説明と改善を行う。

委員会議事録、研修記録、事故・ヒヤリハット報告書、苦情記録は施設運用として 5 年間保存する。法令・条例等でより長い保存が必要な場合はその期間に従う。原本又は電子記録を管理し、個人情報の閲覧権限を限定する。

本マニュアルは職員がいつでも確認できる場所に備え、年 1 回を目安に、また法令・運用変更や重大事故時に見直す。現行の事故報告書、転倒アセスメント、緊急連絡網、緊急時対応マニュアルと併用する。

11 参考資料

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第 36 条及び解釈通知。日出町「介護サービス提供時における事故発生時の報告の徹底について」2025 年 3 月 28 日更新。

https://www.town.hiji.lg.jp/iryo_kenko_fukushi/hoken_nenkin/kaigohoken/5/809.html　確認日 2026 年 10 月 8 日

離設事故対応マニュアル

本手順は入所及び通所リハビリテーションの離設事故に適用する。発見時は捜索、通報、責任者への報告を並行して進め、他の利用者及び職員の安全も確保する。

1 事前対策

相談員は、離設の可能性がある利用者について、入所・利用開始時に本人・家族へ目的を説明し、家族の同意を得て写真を受領又は施設で撮影し、保管する。利用開始後にリスクが判明した場合も同様に対応する。写真・特徴・連絡先は状態変化に応じて更新し、閲覧権限を限定する。

特に注意を要する利用者は、事務、リハビリ、デイケア等の出入口がある部署に写真及び特徴を必要な範囲で共有し、離設防止への協力を得る。入所・デイケアの各現場で具体的な予防手順を定める。本人の行動の背景や外出希望を把握し、身体拘束に頼らない安全な活動支援を検討する。

2 発生時の初動と施設内捜索

① 最後に確認した時刻・場所・状況、服装、身体的特徴、歩行能力、健康状態、行きそうな場所を職員間で確認する。施設内の各部署へ発生を連絡し、応援を依頼する。

② 他の利用者への対応に必要な職員を確保し、残りの職員と他部署の応援で施設内、敷地内、施設周辺を分担して迅速に捜索する。連絡経路は以下を基本とし、不在部署は現行の緊急連絡網によって補う。

発生部門	事務室の状況	連絡経路
入所	開いている	現場から各ユニット及び事務へ連絡。事務からデイケア、リハビリ、設備・運転課へ連絡。
入所	開いていない	現場から各ユニット、デイケア、リハビリ、設備・運転課へ連絡。
デイケア	開いている	現場から事務へ連絡。事務から入所、リハビリ、設備・運転課へ連絡。
デイケア	開いていない	現場から入所、リハビリ、設備・運転課へ連絡。

③ 発見した場合は各部署へ直ちに連絡し、下記「6 発見後の対応と再発防止」に進む。施設内で発見できない場合は、捜索を継続しながら外部への連絡と対策本部の設置を進める。

3 外部通報と責任者及び家族への連絡

① 危険性が高い場合は直ちに 110 番へ通報し、救急・救助が必要な場合は 119 番へ連絡する。最終確認時刻からの経過、健康状態、天候、道路・水路等の危険を踏まえ、発見できない場合も早期に警察へ通報する。

旧手順の「おおむね 10 分間捜索」は状況確認の目安とし、通報を待つ時間とはしない。写真、氏名、年齢、服装、特徴、最終確認時刻・場所、移動能力、捜索状況、施設の連絡担当者を警察等へ伝える。

② 施設長、事務長、看護部長、発生部門の主任へ速やかに報告する。夜間・休日は事務長へ連絡し、指示に従って現行の緊急連絡網を回す。応答がない場合も緊急通報や必要な対応を止めず、次の連絡先へ連絡する。

③ 施設から家族へ、確認できた事実、捜索及び通報の状況、今後の連絡方法を説明する。説明時刻、相手、内容を記録する。日出町役場へ連絡し、事故報告は本冊の自治体報告手順に従う。

外部連絡先

緊急通報：警察 110 番／救急・消防 119 番
杵築日出警察署：0977-72-2131
日出消防署：0977-72-7657
日出町役場代表：0977-73-3111
事故報告窓口 介護福祉課 介護保険係：0977-73-3136

4 対策本部と夜間の応援体制

施設長を責任者とする対策本部を設置し、事務長及び 2〜3 名程度の職員で連絡に対応する。捜索区域、各班の職員・連絡先・所在、確認済み区域、外部からの情報を一元管理し、時刻と対応を記録する。警察等の指示を各班へ共有する。

仁王、日出団地、辻間団地等の近隣地区の区長へ必要に応じて協力を依頼する。概ね 22 時以降の地域への依頼は翌朝を基本とするが、警察等と相談し、本人の危険性が高い場合は時刻だけで必要な協力要請を遅らせない。氏名・写真等は捜索に必要な範囲で提供する。

外部連絡等による夜勤職員の負担が予想される場合は、2 名程度を目安に泊まりの応援職員を配置する。必要人数は他の利用者の状態と業務量を踏まえて確保し、夜勤者だけに捜索・連絡を集中させない。

5 施設外での捜索方法

① 警察等の指示、本部及び上司の指示に従う。最後に確認した時刻からの経過と移動能力から移動範囲を推定し、重点区域を定める。職員の単独行動を避け、施設から離れる場合は 3 名程度の班を基本とする。

② 徒歩で近隣を探す班、車で広域を探す班、近隣宅を訪問して協力を求める班等へ分担する。徒歩班には可能な限り地理に詳しい職員を 1 名以上配置し、区域が偏らないよう手分けする。道路・水路・夜間の視界等に注意し、危険な場所へ無理に立ち入らない。

③ 各班は出発前に区域、構成員、連絡手段を本部へ報告し、捜索中も所在と結果を共有する。発見時に本人の保護、本部への連絡、救急要請等を同時に行える体制をとる。

④ 本部や上司が外部対応中で詳細な指示を出せない場合は、職員間で班分けと区域を調整し、本部へ報告した上で捜索を開始する。警察等の指示が出た場合はこれを優先し、捜索の継続・終了も本部で調整する。

6 発見後の対応と再発防止

① 本人を安全な場所へ保護し、看護職が意識、呼吸、外傷、脱水、体温等の状態を確認する。必要な医療対応を行い、緊急時は 119 番通報する。本人を責めず、安心できる声かけを行う。

② 警察等、施設長、事務長、看護部長、主任、家族及び各部署へ発見を連絡する。協力を依頼した関係先にも連絡し、本部が各班の帰着を確認する。

③ 所定の事故報告書を作成・提出し、自治体へ経過と結果を報告する。発生・最終確認・捜索開始・通報・発見の各時刻、対応、説明内容、健康状態を時系列で記録する。

④ 各部署で原因と背景を分析し、暫定対策及び必要な是正処置を行う。リスク委員会へ報告し、最終的な再発防止策、担当者、評価時期を決める。部署間で連携し、予防手順、ケア計画、申し送りへ反映する。

7 関連書類と見直し

写真・特徴資料、現行の緊急連絡網、地域協力先一覧、捜索区域図、捜索及び連絡の記録、事故報告書を関連書類として管理する。担当者、電話番号、協力先は変更時に更新し、離設事故後及び定期見直し時に手順の実効性を確認する。

資料：施設提供「離設事故対応マニュアル」を基に整理。外部連絡先は日出町「高齢者に役立つ情報誌」第 2 版（令和 8 年 5 月 1 日改訂）及び大分県警察の公開情報で確認。確認日 2026 年 10 月 8 日。
https://www.town.hiji.lg.jp/material/files/group/8/jyouhoushi2026.pdf
https://www.pref.oita.jp/site/keisatu/kitsukihiji-kankatsu.html

第 2 章 身体的拘束等適正化

指針

施設の基本方針、責任体制及び継続的な取組を以下のとおり定める。具体的な対応は、続く実務手順に従う。

1 基本的考え方

利用者の意思、人格、尊厳と自立を尊重し、身体的拘束その他の行動制限は原則として行わない。職員の都合、人手不足、家族の希望・同意、医師の指示だけで実施しない。拘束を必要としないケアを多職種で検討する。

2 委員会と責任体制

身体的拘束等適正化検討委員会を少なくとも 3 か月に 1 回以上開催し、必要時は随時開催する。担当者を定め、発生状況、代替策、実施中の継続・解除、研修と指針を検討する。個別の開始・継続は身体拘束検討会議で組織として判断する。

3 職員研修

身体的拘束等適正化の研修を年 2 回以上、新規採用時にも実施する。三要件、代替策、説明、記録、解除、虐待との関連を扱い、未受講者への補講等を行う。実施内容と参加者を記録する。

4 緊急やむを得ない場合の判断

切迫性・非代替性・一時性をすべて満たす場合に限り、必要最小限・一時的に実施する。危険性、検討した代替策、方法、時間帯、期間、観察方法、解除予定を具体化し、判断経過を記録する。

5 本人と家族への説明

本人及び家族等へ目的、理由、代替策、方法、期間、不利益、解除に向けた取組を説明し、理解・同意を得るよう努める。本人の意思を尊重し、意思決定を支援する。同意書は三要件の確認と組織的判断を代替しない。

6 観察と解除

実施のたびに方法、時間、心身状態、緊急やむを得ない理由を記録する。毎日及び状態変化時に必要性を確認し、三要件のいずれかを満たさなくなった時点で直ちに解除する。漫然と継続せず、代替策と時間短縮を検討する。

7 相談と指針の閲覧

本人・家族の相談や苦情は部門責任者、相談員等が受け付け、担当者・管理者と連携して対応する。本指針は施設内に備え、本人・家族の閲覧希望に対応する。虐待が疑われる場合は虐待防止の手順に従う。

8 記録管理

検討会議録・研修記録を 5 年間、説明・同意書と経過記録を実施終了後 5 年間保存する。法令・条例等でより長い期間が必要な場合はその期間に従う。個人情報と閲覧権限を適切に管理する。

9 継続的な改善

委員会の結果を職員へ周知し、ケア計画と現場の支援へ反映する。年 1 回を目安に、又は法令・運用変更時に指針と手順を見直し、身体拘束の廃止・防止を継続する。

実務手順

1 基本的考え方

利用者の意思、人格、尊厳及び自立を尊重し、身体的拘束その他行動を制限する行為は原則として行わない。緊急やむを得ない場合に限り、三要件と適正な手続きにより必要最小限・一時的に実施し、解除を目指す。

職員の都合、人手不足、家族の希望・同意、医師の指示だけでは実施理由にならない。事故予防のためであっても、拘束の身体的・精神的影響を理解し、拘束を必要としないケアを優先する。

2 身体的拘束等に該当する行為

次の行為は代表例であり、これ以外でも本人の行動の自由を制限する場合は身体的拘束等として検討する。用具の名称だけでなく目的、使用方法、本人の能力・状態から判断する。

・歩行、転落、他者への行為等を防ぐため、体幹や四肢をひも等で固定する。
・自分で降りられないようにベッドを柵で囲む。
・点滴・経管栄養等の自己抜去を防ぐため、四肢を固定する。
・自己抜去や掻きむしり等を防ぐため、ミトン等で手指機能を制限する。
・立ち上がりやずり落ちを防ぐため、拘束帯・腰ベルト・車椅子テーブルを使用する。
・立てる人の立ち上がりを妨げる椅子を使用する。
・脱衣・おむつ外しを制限するため、つなぎ服を着せる。
・行動を抑えるため、向精神薬を過剰に使用する。
・本人の意思で開けられない居室等に隔離する。

3 拘束を行わないための支援

痛み、便秘、排泄、空腹、渇き、不眠、せん妄、不安、環境の変化、薬剤の影響等を確認する。本人の望む生活を把握し、排泄支援、姿勢・座位調整、環境調整、見守り方法、活動、コミュニケーション等を多職種で検討する。

点滴・経管栄養中も一律に拘束せず、治療の必要性や方法を医師と相談し、違和感の軽減、チューブの配置、実施時間、職員の関わり方等の代替策を検討・実施する。

4 適正化のための体制

身体的拘束等適正化検討委員会を少なくとも 3 か月に 1 回以上開催し、必要時は随時開催する。担当者を定め、氏名・役割は委員名簿等へ明示する。多職種で発生状況、代替策、実施中の継続・解除、研修、指針を検討し、結果を職員へ周知する。

個別の開始・継続は身体拘束検討会議で審議する。ケアカンファレンスの関係職員とリスク委員等が参加し、施設長、事務長、部門責任者等へ回覧して組織として判断する。一体開催する場合も適正化委員会と個別検討の記録を明確にする。

5 緊急やむを得ない場合の三要件

切迫性：本人又は他の利用者等の生命・身体に重大な危険が迫っていること。予測される危険を具体的に記録する。

非代替性：拘束以外の方法では危険を回避できないこと。検討・実施した代替策と結果を記録する。

一時性：必要な時間を限定し、一時的な実施であること。時間帯、期間、解除予定、再評価時期を具体化する。

三要件をすべて満たす必要があり、一つでも満たさない場合は実施しない。担当職員個人で決定せず、組織として確認する。

6 開始までの手順

① 当該ユニットで行動の背景・危険性を把握し、拘束をしない方法を検討・実施する。医療的な問題は医師へ相談する。

② 身体拘束検討会議で三要件を確認し、方法・部位・時間帯・期間・観察方法・解除予定・再評価日を定める。検討経過と決定理由を会議録へ記録し、施設長等へ回覧して承認を得る。

③ 本人及び家族等へ、目的、理由、代替策、具体的方法、時間帯、期間、想定される不利益、解除に向けた取組を説明し、理解・同意を得るよう努める。説明者、日時、相手、説明内容、本人・家族の意向を記録する。本人の意思を確認し、意思表明が難しい場合も意思決定を支援する。

④ 説明・同意書は組織的判断と三要件の確認を代替しない。家族が希望しても、三要件を満たさない拘束は行わない。反対や疑問がある場合は再度話し合い、代替策を再検討する。

⑤ 事前会議を待てない切迫した状況では、応援を呼び、看護職・医師・責任者への報告とともに必要最小限の対応をとる。速やかに組織的確認と本人・家族への説明を行い、緊急時の経過を記録する。

7 実施中の観察と記録

実施のたびに、拘束の方法・部位、開始・終了時刻、心身の状態、緊急やむを得ない理由を記録する。皮膚、循環、呼吸、意識、痛み、不安等を観察し、排泄・食事・水分・体位への配慮を行う。観察項目と間隔は本人の状態及び方法に応じて個別に定める。

異常を認めた場合は安全を確保し、看護職・医師へ直ちに報告する。実施中も代替策を試み、可能な時間帯は解除する。経過記録は居室担当者等が整理し、入所リスク委員へ週 1 回提出して記載・評価の実施を確認する。週 1 回の点検は日々の観察と判断を代替しない。

8 継続判断と解除

毎日及び状態変化時に三要件と必要性を確認する。三要件のいずれかを満たさなくなった時点で、会議や解除予定日を待たず直ちに解除する。解除した事実、時刻、状態、今後のケアを記録し、関係職員と本人・家族へ共有する。

解除予定日までに解除が難しい場合は、その前に多職種で再検討する。必要性、代替策、時間短縮、解除目標、次の評価日を改めて定め、継続理由を記録する。遅くとも開始後 1 か月以内に身体拘束検討会議で継続・解除を再審議し、以後も予定日ごとに再評価する。1 か月は継続を保証する期間ではない。

継続が組織的に決定された場合は、本人・家族へ再説明し、意向を確認して記録する。解除後も拘束を再開せずに支援できるよう、ケア計画と申し送りを更新する。

9 職員研修と周知

身体的拘束等適正化研修を年 2 回以上実施し、新規採用時にも実施する。原則、三要件、具体例、代替策、本人・家族への説明、記録、解除判断、虐待との関連を扱う。全職員に周知し、未受講者には補講等で受講機会を確保する。

日時、内容、資料、講師、参加者、受講確認を記録する。委員会の検討結果は回覧、申し送り等で周知し、実際のケアへ反映されているか確認する。

10 相談と指針の閲覧

本人・家族からの相談・苦情は部門責任者、相談員等が受け付け、担当者及び管理者へ報告する。疑問・不安には説明し、必要に応じて多職種で代替策を再検討する。虐待が疑われる場合は高齢者虐待防止マニュアルに従う。

本マニュアルは職員がいつでも閲覧できる場所へ備える。本人・家族から閲覧希望があった場合は、相談員等が案内する。個別記録の開示は個人情報保護の手順に従う。

11 保存と関連様式

施設運用として、検討会議録・研修記録を 5 年間、説明・同意書及び経過記録を身体拘束の実施終了後 5 年間保存する。法令・条例等でより長い保存が必要な場合はその期間に従う。保存責任者は入所部門責任者、研修記録は事務等の所定担当者とする。

身体拘束実施フロー、検討会議録、説明・同意書、経過記録を本マニュアルと一体で管理する。様式に三要件、代替策、実施日時、心身状態、解除予定・判断の項目を確保し、旧フローより本マニュアルの判断・手順を優先する。年 1 回を目安に、又は法令・運用変更時に見直す。

12 参考資料

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第 13 条及び解釈通知。厚生労働省「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 7 年 3 月。

https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001643323.pdf　確認日 2026 年 10 月 8 日

第 3 章 高齢者虐待防止

指針

施設の基本方針、責任体制及び継続的な取組を以下のとおり定める。具体的な対応は、続く実務手順に従う。

1 基本的考え方

利用者の尊厳と人格を尊重し、虐待を行わず、虐待につながる不適切なケアを早期に改善する。全職員が未然防止、早期発見、速やかな通報・対応、再発防止に取り組む。忙しさや認知症等を理由に不適切な対応を正当化しない。

2 委員会と責任体制

虐待防止責任者は事務長、担当者はリスク委員会委員とし、相談窓口を明示する。虐待防止検討委員会をリスク委員会と一体的に隔月開催し、必要時は随時開催する。検討内容と結果を記録し、職員へ周知する。

3 職員研修と職員支援

虐待防止研修を年 2 回以上、新規採用時にも実施し、全職員に受講機会を確保する。虐待の類型、権利擁護、不適切なケア、通報等を扱い、実施記録を残す。職員の疲労・ストレス、人員配置、教育、相談しやすい職場風土も改善する。

4 発生又は疑いを把握した場合の対応

利用者の安全確保と必要な医療対応を優先する。担当者・責任者へ報告するとともに、当施設等の従事者による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した職員は、速やかに市町村へ通報する。施設内調査の完了や管理者の承認を通報の前提にしない。

5 相談と報告の体制

利用者・家族・職員等の相談を担当者、事務長、相談員等が受け付ける。責任者等の関与が疑われる場合は法人本部、他の管理職又は市町村へ直接連絡できる。通報者への不利益な取扱いを禁止し、情報を必要な範囲で管理する。

6 成年後見制度等の利用支援

判断能力の低下等により権利擁護や財産管理の支援が必要な場合は、本人の意思を尊重し、相談員等が制度の概要と相談先を案内する。市町村、地域包括支援センター等と連携し、必要な相談につなぐ。

7 苦情解決

本人・家族の苦情を受け付け、希望、経過、対応結果を記録する。担当者と責任者へ共有し、必要な説明と改善を行う。虐待が疑われる場合は苦情処理の完了を待たず市町村へ通報する。外部の相談・苦情窓口の利用を妨げない。

8 指針の閲覧

本指針を施設内に備え、本人・家族が閲覧できるよう案内する。施設ホームページにも指針を公開し、改訂時に更新する。個別事案の記録は個人情報保護の手順に従って取り扱う。

9 記録管理と継続的な改善

委員会、研修、相談・通報、事実確認、対応経過、再発防止と評価の記録を施設運用として 5 年間保存する。必要な法令・条例等の保存期間を満たす。年 1 回を目安に、又は法令・運用変更、事案発生時に指針と手順を見直す。

実務手順

1 基本理念

利用者の尊厳と人格を尊重し、虐待を行わず、虐待につながる不適切なケアも見過ごさない。全職員が未然防止、早期発見、速やかな通報・対応、再発防止に取り組む。本冊の指針と実務手順を一体で運用する。

虐待の判断を行為者の意図や自覚の有無だけで決めない。利用者の権利が侵害されていないかを確認する。忙しさ、人手不足、認知症等を理由に不適切な対応を正当化しない。

2 虐待の類型

身体的虐待：外傷を生じさせる、又は生じるおそれのある暴力。叩く、つねる、乱暴な介助、正当な理由のない身体拘束等。

介護・世話の放棄・放任：必要な介護・世話を怠り、生活環境や心身状態を悪化させる行為。必要な食事・水分・排泄ケア・医療対応を提供しない、他者による虐待を放置する等。

心理的虐待：著しい暴言、拒絶的対応、著しい心理的外傷を与える言動。威圧、侮辱、人格を否定する発言等。

性的虐待：わいせつな行為を行う、又は行わせること。本人への性的な接触や強要等。

経済的虐待：財産を不当に処分し、不当に財産上の利益を得ること。本人の同意なく金銭等を使用する、正当な理由なく使用を制限する等。

3 不適切なケアの予防と早期発見

威圧的・命令的な言葉遣い、無視、子ども扱い、本人の意思や羞恥心への配慮不足等を日常の振り返りで改善する。食事・排泄・入浴・更衣等では説明し、意思を確認し、プライバシーを守る。

説明できない外傷、急な怯え、特定職員への拒否、ケアの欠落、所持品・金銭の不明等の兆候を把握する。事故・苦情・ヒヤリハットも分析し、疑いを共有する。職員の疲労・ストレス、人員配置、教育不足、相談しにくい職場風土等も組織として改善する。

4 組織と担当者

虐待防止責任者は事務長、虐待防止担当者はリスク委員会委員とし、窓口担当者の氏名・連絡方法を施設内に明示する。責任者は安全確保、行政・法人対応、原因分析と改善を統括する。担当者は相談・報告を受け、本人の意向と内容を記録し、責任者へ報告する。

虐待防止検討委員会はリスク委員会と一体的に隔月開催し、疑い事案等がある場合は随時開催する。指針、事例、通報体制、研修、職員支援、再発防止策を検討する。虐待防止の議題と結果を区分して議事録へ記録し、職員へ周知する。

5 相談と通報の体制

利用者、家族、職員等からの相談は、虐待防止担当者、事務長、相談員等が受け付ける。相談者の言葉と本人の意向を丁寧に確認し、相談日時・内容・希望を記録する。責任者や担当者が関与する疑いがある場合は、法人本部、他の管理職又は市町村へ直接連絡できる。

職員が当施設等の従事者による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報する。確証、管理者の承認、施設内調査の完了、委員会の判断を通報の前提にしない。内部報告と市町村への通報を並行し、内部報告だけで終わらせない。

6 発見又は疑いを把握した場合の手順

① 利用者の安全を確保する。必要に応じ当該職員との接触を避け、看護職・医師による状態確認と医療対応を行う。生命・身体に危険がある場合は 119 番・110 番へ連絡する。

② 担当者・責任者へ速やかに報告し、同時に市町村へ通報する。管理者不在や通報を妨げる事情があっても、発見した職員が直接通報できる。法人本部等へも所定の手順で報告する。

③ 記録・関係物品等を保全し、事実関係を時系列で整理する。本人、家族、関係職員の話をそれぞれ確認し、誘導的な質問や口裏合わせを避ける。記録の改ざん、隠蔽、証拠の廃棄を行わない。

④ 市町村・県等の調査に協力し、利用者の安全と権利を守る措置を継続する。説明は本人の状態、意向、個人情報、行政との調整に配慮して行い、説明した内容と日時を記録する。

⑤ 委員会で原因・背景を分析し、ケア方法、配置、教育、相談体制等を改善する。対応を個人への指導だけで終わらせず、担当者と評価時期を定め、効果を確認する。

7 外部相談先

日出町 介護福祉課 地域包括支援センター　電話 0977-73-3115。虐待の疑い、相談、通報は市町村窓口へ連絡する。必要に応じ保険者市町村や県等とも連携する。

窓口が閉まっている場合は日出町役場代表 0977-73-3111 へ連絡し、当直等に緊急連絡先の確認を求める。生命・身体の危険がある場合は窓口開庁を待たず 110 番・119 番を利用する。緊急通報後も市町村への通報を行う。窓口・担当部署の変更は施設の連絡先一覧へ反映する。

8 通報者等の保護

相談・通報を理由とする解雇、降格、嫌がらせ等の不利益な取扱いを禁止する。通報者や相談者の情報は対応に必要な範囲で取り扱い、管理者は報復や通報の妨害を防止する。職員には、守秘義務が虐待の通報を妨げるものではないことを周知する。

9 苦情解決と本人への支援

虐待等に係る苦情は施設の苦情受付窓口で受け、本人・家族の希望、経過、対応結果を記録する。受付担当者だけで抱え込まず、虐待防止担当者・責任者へ共有する。虐待が疑われる苦情は、苦情処理の完了や施設内の合意を待たず市町村へ通報する。

相談・申立てを行いやすいよう本人の意思表明を支援し、必要に応じ家族以外の支援者、相談員等の協力を得る。施設内で解決できない場合は、市町村の相談窓口や大分県国民健康保険団体連合会等の外部窓口の利用を案内し、利用を妨げない。

10 成年後見制度等の利用支援

判断能力の低下等により財産管理や契約、権利擁護の支援が必要な場合は、本人の意思を尊重し、相談員等が本人・家族へ成年後見制度の概要と相談先を説明する。市町村、地域包括支援センター、権利擁護の相談機関等と連携し、必要に応じて制度利用の相談につなぐ。

施設の都合で一律に制度利用を勧めず、意思決定支援と本人に必要な支援を検討する。財産を扱う場合は記録と複数者による確認を行い、不適切な処分や私的流用を防ぐ。

11 職員研修と職員支援

虐待防止研修を年 2 回以上、新規採用時にも実施する。全職員を対象に、虐待の類型、不適切なケア、権利擁護、認知症ケア、身体拘束、発見・相談・通報、通報者保護を扱う。未受講者には補講等で受講機会を確保する。

日時、内容、資料、講師、参加者、受講確認を記録する。職員が困難なケアや感情を相談できる場を設け、面談、勤務調整、教育、チームでのケア検討等を行う。指針と委員会の決定事項を現場へ周知し、実施状況を確認する。

12 閲覧と記録の保存

本マニュアルを施設内に備え、本人・家族が閲覧できるよう案内する。施設ホームページにも指針を公開し、改訂時には掲載内容を更新する。個別事案の記録は個人情報保護の手順により取り扱う。

委員会議事録、研修記録、相談・通報記録、事実確認と対応経過、再発防止と評価の記録は施設運用として 5 年間保存する。法令・条例等でより長い保存が必要な場合はその期間に従う。保存担当と閲覧権限を明確にする。

年 1 回を目安に、又は法令・運用変更、事案発生時に指針を見直す。対応記録には発見・安全確保・内部報告・市町村通報の日時、相手、内容、指示、本人の意向、家族説明、改善策及び評価を残す。

13 参考法令と資料

高齢者虐待防止法 第 21 条等。介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第 36 条の 2 及び解釈通知。厚生労働省「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」令和 7 年 3 月改訂。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000200478_00003.html
日出町「高齢者虐待をみんなで防ぎましょう」
https://www.town.hiji.lg.jp/iryo_kenko_fukushi/koreishafukushi/1413.html
確認日 2026 年 10 月 8 日