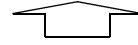


認知症介護研修体系

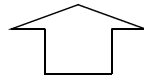
フォローアップ研修（実施機関：（福）東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター）



認知症介護指導者養成研修（実施機関：（福）東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター）



実践リーダー研修（実施機関：県指定法人 一般社団法人 岡山県老人保健施設協会、
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会、（福）新生寿会、
（財）岡山ふれあい公社）



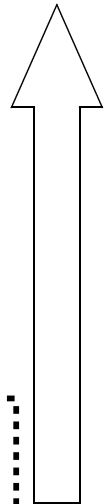
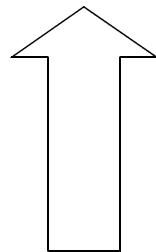
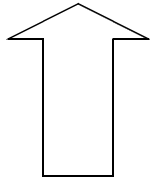
認知症対応型共同生活介護事業所が短期利用共同生活介護を行う場合に
研修修了者を配置する必要あり

小規模多機能型居宅介護事業
業者、認知症対応型共同生
活介護事業者、複合型サー
ビス事業者の代表者

認知症対応型共同生活介護事
業所の計画作成担当者

小規模多機能型居宅介護事業
所、複合型サービス事業所の
計画作成担当者

認知症対応型通所介護事業所、小規
模多機能型居宅介護事業所、認知症
対応型共同生活介護事業所、複合型
サービス事業所の管理者



認知症対応型サービス事業
開設者研修

（実施機関：
（福）岡山県社会福祉協議会）

対象：法人経営（運営）者

小規模多機能型サービス等
計画作成担当者研修

（実施機関：
（福）岡山県社会福祉協議会）

認知症対応型サービス事業
管理者研修

（実施機関：
（福）岡山県社会福祉協議会）

実践者研修（実施機関：県指定法人（福）岡山県社会福祉協議会、（財）岡山ふれあい公社、
一般社団法人 岡山県老人保健施設協会、

対象：介護保険施設・事業所等の介護職員等

認知症研修一覧

		認知症介護実践者等養成事業の実施について		認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について	
		実施主体	研修対象者	修了証書	研修対象者
認知症介護実践研修	実践者研修	都道府県、市町村及び都道府県知事又は市町村が指定する法人 (岡山県の場合は岡山県知事指定の(福)岡山県社会福祉協議会、(公財)岡山市ふれあい公社、(一般社団法人)岡山県老人保健施設協会の三法人)	介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等	指定法人	原則として身体介護に関する基本的知識・技術を習得している者で、概ね実務経験2年程度の者
	実践リーダー研修	都道府県、市町村及び都道府県知事又は市町村が指定する法人 (岡山県の場合は岡山県知事指定の(一般社団法人)岡山県老人保健施設協会、(公益社団法人)全国老人福祉施設協議会、(公財)岡山市ふれあい公社、(福)新生寿会の計四法人)	介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等	指定法人	介護保険施設又は指定居宅介護サービス事業者及び指定地域密着型事業者等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有する者で実践者研修を修了し1年以上経過している者
認知症対応型サービス事業開設者研修		都道府県又は指定都市 (岡山県並びに岡山市の場合は(福)岡山県社会福祉協議会に委託)	指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所及び複合型サービス事業所の代表者	岡山県並びに岡山市	特に地域密着型サービスの新規開設を予定する事業者からの推薦は配慮する
認知症対応型サービス事業管理者研修		都道府県又は指定都市 (岡山県並びに岡山市の場合は(福)岡山県社会福祉協議会に委託)	指定認知症対応型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所及び複合型サービス事業所の管理者又は管理者になることが予定される者で、実践者研修(基礎課程)を修了している者	岡山県並びに岡山市	特に地域密着型サービスの新規開設を予定する事業者からの推薦は配慮する
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修		都道府県又は指定都市 (岡山県並びに岡山市の場合は(福)岡山県社会福祉協議会に委託)	指定小規模多機能型居宅介護事業所及び複合型サービス事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定される者で実践者研修(基礎課程)を修了している者	岡山県並びに岡山市	特に小規模多機能型居宅介護事業所の新規開設を予定する事業者からの推薦は配慮する
認知症介護指導者養成研修		認知症介護研究・研修センター (岡山県並びに岡山市の場合は(福)東北福祉会の仙台センター)	別途	認知症介護研究・研修仙台センター	実践リーダー研修を修了した者(専門課程を修了した者を含む)
フォローアップ研修		認知症介護研究・研修センター (岡山県並びに岡山市の場合は(福)東北福祉会の仙台センター)	認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として現に従事している若しくは予定している者で指導者養成研修修了後1年以上経過している者	認知症介護研究・研修仙台センター	認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として現に従事している若しくは予定している者で指導者養成研修修了後1年以上経過している者

※小規模多機能、GHの管理者に就任するには、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、GH等の職員又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であることが必要(基準奨励並びに解釈通知)

(参考) 平成25年度 岡山市認知症介護実践者等養成事業(認知症介護研修)実施スケジュール

平成26年度は未定

研修名	実施団体	申込締切/申込先	定員	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
実践者研修(※)	(福)岡山県社会福祉協議会	申込締切5/31 (岡山市)	各回78名			講義・演習:7/16~19	講義・演習:8/20~	講義・演習:9/24~27	講義・演習:10/15~18						
	(公財)岡山市ふれあい公社	①申込締切5/31 ②申込締切7/31 ③申込締切8/31 ④申込締切11/30	①54名 ②60名 ③54名 ④60名		①講義・演習:6/16,22,29,7,6			②講義・演習:9/8,15,22,29							
									③講義・演習:10/12,13,20,11/2						
											④講義・演習:1/11,13,19,26				
(一般社)岡山県老人保健施設協会	申込締切7/20 (岡山県老人保健施設協会 老人保健施設ゆめの里)	①36名				講義・演習:8/19~22									
実践リーダー研修	(公財)岡山市ふれあい公社	申込締切11/22 (岡山市ふれあいセンター)	40名								講義・演習:12/4~H26/3/23				
	(公社)全国老人福祉施設協議会	申込締切5/17 (岡山県社会福祉協議会)	30名		講義・演習:6/17~8/28										
	(一般社)岡山県老人保健施設協会	申込締切8/9 (岡山県老人保健施設協会)	36名						講義・演習:10/7~12/17						
管理者研修	(福)岡山県社会福祉協議会	申込締切6/17 (岡山市)	各回20名					①講義・演習:9/5,6		②講義・演習:11/26,27				③講義・演習:H26/3/5,6	
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	(福)岡山県社会福祉協議会	申込締切6/17 (岡山市)	20名					講義・演習:9/18							
認知症対応型サービス事業開設者研修	(福)岡山県社会福祉協議会	申込締切6/17 (岡山市)	20名				講義・演習:8/25								
認知症介護指導者養成研修	認知症介護研究・研修仙台センター	申込締切3/31 (岡山市)	-		①(前期)講義・演習:6/10~6/28			②(前期)講義・演習:9/9~9/27			③(前期)講義・演習:12/2~12/20				
					①職場研修:7/1~7/26		①(後期)講義・演習:7/29~8/9		②職場研修:9/30~10/25		③職場研修:12/23~H26/1/24				
							②(後期)講義・演習:10/28~11/8		③(後期)講義・演習:H26/1/27~H25/2/7						
フォローアップ研修	認知症介護研究・研修仙台センター	申込締切 3/31 (岡山市)	-			①講義・演習:8/26~8/30				②講義・演習:11/18~11/22					

※実践者研修(研修機関での講義・演習後、自施設実習を4週間実施しレポートを提出後に修了証を交付)

(注)原則として、岡山市への受講申込(実践者研修(県社協実施分)・管理者研修・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修・認知症対応型サービス事業開設者研修・認知症介護指導者養成研修・フォローアップ研修)は、岡山市に所在する地域密着型サービス事業所に勤務する方が対象です。

岡事指 第 1507 号
平成 26 年 2 月 14 日

各介護保険サービス事業者 様

岡山市事業者指導課長

平成 26 年度認知症介護指導者養成研修の受講者推薦
(岡山市内に所在する介護保険事業者の推薦分) について (依頼)

平素から、本市介護保険行政におきましてはご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記について、社会福祉法人東北福社会 認知症介護研究・研修仙台センターから別添のとおり通知がありました。つきましては、研修対象者の要件をご確認いただき、受講者の推薦がある場合は下記のとおり必要書類の提出をお願いします。

記

1. 提出書類 受講推薦書 (別紙 1)
承諾書 (推薦法人・事業者用) (別紙 2)
承諾書 (受講申込者用) (別紙 3)
認知症介護指導者養成研修受講申込書 (別紙様式 1)
認知症介護指導者養成研修に係る推薦書 (別紙様式 2)
受講者考査のための実践事例報告に関する提出書類 (別紙様式 3)
認知症介護実践リーダー研修修了証書の写し
2. 提出部数 各 1 部
3. 提出期限 平成 26 年 3 月 20 日 (木) 必着
4. その他
 - ・詳しくは、岡山市ホームページ [「平成 26 年度認知症介護研究・研修仙台センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」](#) を参照ください。
 - ・研修受講に要する経費は事業者の負担となります。
 - ・受講者は、推薦者の中から仙台センターが決定します。

提出先及び本件に関する問い合わせ先 〒700-0913 岡山市北区大供三丁目 1 番 1 8 号 K S B 会館 4 階 岡山市役所保健福祉局事業者指導課 地域密着指導係 Tel : (086) 212-1012 Fax : (086) 221-3010

(別紙1)

受 講 推 薦 書

平成 年 月 日

岡山市長 大森 雅夫 様

推薦法人名

代表者職名・氏名

印

担当者

連絡先

平成26年度認知症介護指導者養成研修の受講について、関係書類を添えて下記のとおり提出します。

記

1. 受講者

所属法人

勤務先施設名

職名

氏名

2. 受講希望研修回 第 回

3. 添付書類

①承諾書（推薦法人・事業者用）（別紙2）

②承諾書（受講申込者用）（別紙3）

③認知症介護指導者養成研修受講申込書（別紙様式1）

④認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）

⑤受講者考査のための実践事例報告に関する提出書類（別紙様式3）

⑥認知症介護実践リーダー研修修了証書の写し

(別紙2)

(推薦法人・事業者用)

平成 年 月 日

岡山市長 大森 雅夫 様

所在地

推薦法人名

(事業者名)

代表者職名・氏名

印

承 諾 書

下記の者が、認知症介護指導者養成研修修了後、岡山県・岡山市及び岡山県指定法人が実施する認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事し、地域ケアを推進する役割を担うことを承諾します。

記

受講推薦者名 ○ ○ ○ ○

(別紙3)

(受講申込者用)

承 諾 書

私は、認知症介護指導者養成研修修了後、岡山県・岡山市及び岡山県指定法人が実施する認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事し、地域ケアを推進する役割を担うことを承諾します。

平成 年 月 日

岡山市長 大森 雅夫 様

(受講申込者)

所在地

所属法人名

(事業者名)

氏 名

印

平成26年度 認知症介護研究・研修仙台センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

1 研修の目的

認知症介護指導者養成研修は、認知症介護実践研修を企画・立案し、研修を実施するとともに、介護保険施設・事業所等における認知症介護の質の向上、及び地域資源の連携体制構築の推進等に必要な能力を身につけ、認知症者に対する地域全体の介護サービスの充実に努めることを目的とします。

2 研修対象者

研修対象者は、以下の①から⑤の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修対象者として都道府県・指定都市又は現に勤務している介護保険事業所（以下「都道府県等」という。）の長が適当と認め推薦した者に対し、認知症介護研究・研修仙台センター（以下「センター」という。）が実施する認知症介護指導者養成研修対象者選抜考査の結果、研修対象者としてセンター長が認めた者となります。

- ① 認知症介護実践リーダー研修修了者であること。
- ② 医師、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、言語聴覚士又は精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者
- ③以下のいずれかに該当する者で、おおむね5年以上の介護実務経験を有する者。
 - (ア) 介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者。ただし、都道府県又は指定都市からの推薦者は、過去において介護保険事業所等で介護業務に従事していた者を含む。
 - (イ) 福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者
 - (ウ) 民間企業で認知症介護の教育に携わる者
- ④ 認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することを推薦者が認めている者とする。
- ⑤ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者とする。

※以上の要件を満たす者を対象とするが、特に認知症者の地域全体の介護サービスの向上を目的とする本研修の趣旨にかんがみ、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割を担うことに同意した者の選定に留意されたい。

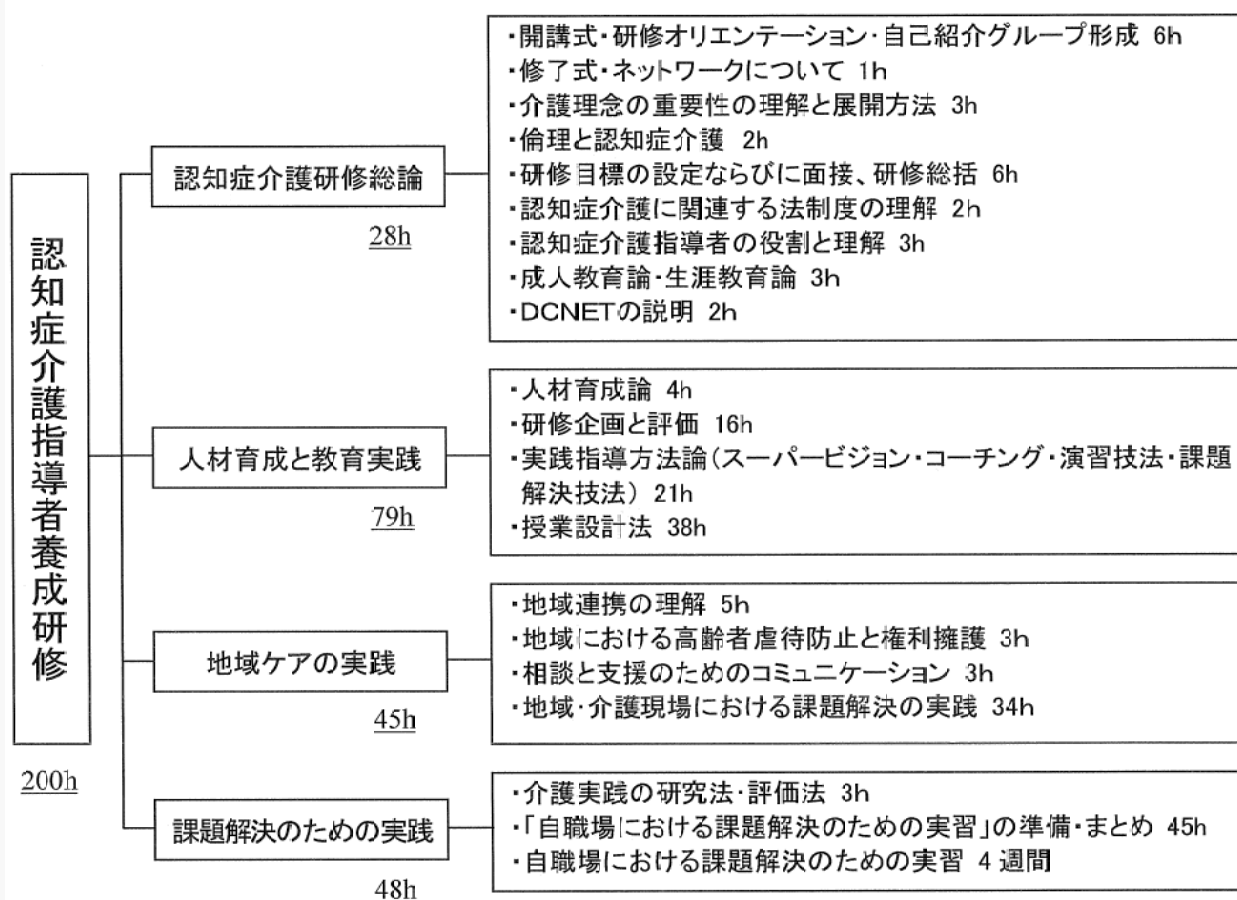
3 研修受講者の対象地域

センターの研修受講者の受け入れに関する対象地域は、原則として実施要項中の別記に記載されている下記の道県市です。

- (北海道地域) 北海道、札幌市
(東北地域) 青森県、岩手県、宮城県、仙台市、秋田県、山形県、福島県
(中国地域) 鳥取県、島根県、岡山県、岡山市、広島県、広島市、山口県
(四国地域) 徳島県、香川県、愛媛県、高知県

4 研修内容

研修は年3回実施し、カリキュラムについては、以下のとおりとします。



5 受講手続

(1) 必要書類

- ① 受講申込書(別紙様式1)
- ② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書(別紙様式2)
- ③ 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し1部
- ④ 受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類

介護現場で受講者自身がかかわった認知症者1事例についての実践事例報告(別紙様式3に3,000字程度で報告してください。ただし、図表は1点400字とみなします)

(2) 手続

- ① 都道府県・指定都市の長の推薦者は、研修受講時期を調整した上で、下記②及び③から提出された必要書類とともに、下記期日までにセンターあてに必要書類を送付願います。必要書類送付の際は、別紙様式4に必要事項を記入の上、添付してください。

【認知症介護指導者養成研修締め切り期日】

平成26年4月11日(金) 必着(厳守してください)

- ② 介護保険事業所の長の推薦者については、所管の都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に、必要書類を提出してください。
- ③ 介護保険事業所のうち地域密着型サービス関連事業所の長の推薦者にあつては、所管の市区町村担当課を経由して都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に必要書類を提出してください。
- ④ 都道府県等とセンターとの受講に関する契約は、受講確定通知後に行います。

(3) 受講者の決定

提出された書類を考査し、受講者を決定します。なお、1回あたりの受講定員は20名とします。考査の結果、基準を満たした者が受講定員を超えた場合は、抽選により受講者を決定します。

(4) 受講者の決定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知します。

研修受講者決定通知 平成26年4月18日(金)

6 研修日程及び場所

(1) 第1回目

- ① センターにおける前期研修
平成26年 6月 9日(月曜日)～ 6月27日(金曜日)
- ② 職場研修
6月30日(月曜日)～ 7月25日(金曜日)
- ③ センターにおける後期研修
7月28日(月曜日)～ 8月 8日(金曜日)

(2) 第2回目

- ① センターにおける前期研修
平成26年 9月 8日(月曜日)～ 9月26日(金曜日)
- ② 職場研修
9月29日(月曜日)～10月24日(金曜日)
- ③ センターにおける後期研修
10月27日(月曜日)～11月 7日(金曜日)

(3) 第3回目

- ① センターにおける前期研修
平成26年12月 1日(月曜日)～12月19日(金曜日)
- ② 職場研修
12月22日(月曜日)～平成27年1月23日(金曜日)
- ③ センターにおける後期研修
平成27年 1月26日(月曜日)～ 2月 6日(金曜日)

いずれの回も、センターにおける前期・後期研修では、土日以外は研修プログラムを実施します。また、職場研修は、前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で行っていただきます。

受講申し込み状況に応じて、開催回数を増減する場合があります。

7 費用負担額

受講料 230,000円

受講料の納入については、受講決定通知の際に連絡します。

受講開始後は、いっさい返金しません。

8 その他の費用負担額

(1) 教材費 約15,000円

(2) 宿泊費 1人1泊1,800円(33泊した場合 59,400円)
(センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金)
* 宿泊施設の利用の可否は、当センターが決定します。
** 宿泊室は14室のため利用できない場合があります。

(3) 災害傷害保険 約1,500円

(4) その他 センターの食堂(定食のみ)を利用した場合
朝食400円、昼食及び夕食470円

9 研修受講者の遵守事項

研修受講者は、センターの諸規則を遵守していただきます。

10 個人情報の取り扱い

(1) 受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、センターが厳重に保管し、以下の目的のために使用します。

- ① 認知症介護指導者養成研修に関する資料等の送付
- ② 認知症介護指導者養成研修の授業準備
- ③ 認知症介護指導者養成研修の教育評価
- ④ センターが実施する事業についての協力依頼
- ⑤ センターが実施する事業についての情報提供
- ⑥ その他、研修受講者・修了者にとって有益だとセンター長が判断した情報提供

(2) 研修受講や修了までに至らなかった者についての受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、直ちにセンターで破棄します。

11 研修の取り消し

- (1) センター長は、研修受講者が研修受講者としてふさわしくない行為があった場合は、研修の受講を取り消すことができます。
- (2) センター長は、研修の受講を取り消した場合は、本人に文書により通知するとともに、その理由を付して、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知します。

12 研修の修了

- (1) センター長は、研修の全てのカリキュラムを受講し、センターが行う修了考査により認知症介護指導者として適当と認められた者に対し、別紙様式5の修了証書を交付します。
- (2) センター長は、修了証書を交付後、都道府県・指定都市の所管課を通じ推薦者に修了者を通知します。

13 修了者の登録

センター長は、研修修了者について、認知症介護指導者として登録し、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を管理します。

認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

フリガナ 氏名		性 別	男 女
		生年月日(年齢)	西暦 年 月 日(歳)
フリガナ 自宅住所	〒	自宅電話	
		F A X	
		E - m a i l	
フリガナ 職場名	法人種別	サービス種別	
	フリガナ 法人名	フリガナ 職場名	
フリガナ 職場住所	〒		
電話(職場)		FAX(職場)	
E-mail(職場)			
主 な 資 格 (当てはまる番号すべてに○)		職 位 名	管理職 管理職以外
1 医師	9 介護福祉士	組 織 経 営	
2 保健師	10 言語聴覚士	介 護 部 門	
3 助産師	11 精神保健福祉士	看 護 部 門	
4 看護師	12 介護支援専門員	リハビリ部 門	
5 准看護師	13 その他	相 談 員	
6 理学療法士	[介 護 支 援 専 門 員	
7 作業療法士		医 師	
8 社会福祉士		そ の 他	
その他の職位(他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する)			
健康状況	良好 ・ 加療中(服薬中) ・ 加療中(経過観察中) *当てはまるものに○		
介護実務経験 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)			総介護実務年数
1	(年間)		年
2	(年間)		
3	(年間)		
主な学歴	認知症介護に関する研修の受講歴 (当てはまる番号に○)		
	1 認知症介護実践者研修 2 認知症介護実践リーダー研修		
	3 認知症介護実務者研修基礎課程 4 認知症介護実務者研修専門課程		
	5 その他 []		
認知症介護に関する研修の講師歴	研修希望回(○を付ける)	宿泊希望	
1	第 1 ・ 2 ・ 3 回	有 無	
2			
3			

研 修 受 講 希 望 理 由

--

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。
(3×2.4 cm程度)
- 2 氏名欄及び自宅住所欄にはフリガナをつけてください。
- 3 職場名の欄は、
「法人の種別」「法人名」「施設・事業所のサービス種別」「職場名」を記入してください。
職場名にはフリガナをつけてください。
- 4 主な資格欄は、
当てはまる資格の番号に丸を付けてください。
その他の資格がある場合は()内に具体的に記入してください。
- 5 職位名欄は、
ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

(記入の目安)

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長 ・副施設長など	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー ・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母 ・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ 部門	リハビリ科科長・リハビリ主任 ・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援 専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長など	医師
その他		

- 6 その他の職位欄は、
法人内で他の職位を兼務しているものがある場合は、主要な兼務の「サービス種別」
「職場名」「職位」を記入してください。

- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業所のサービス種別」「職場名」「職位」「期間」を、直近時から3か所程度記入してください。

(記入例)

- | | | | |
|---|-----------|--------|-----|
| 1 | 特養〇〇〇 | 施設長 | 〇年間 |
| 2 | 〇〇〇病院 | 介護主任 | 〇年間 |
| 3 | グループホーム〇〇 | ケアワーカー | 〇年間 |

総介護実務年数は、介護に携わった総実務年数を記入してください。

- 8 主な学歴欄は、
- (1) 例えば〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒業と記入してください。
 - (2) その後資格取得のため〇〇専門学校を卒業した場合は〇〇課程卒業等と記入してください。
- 9 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる研修の番号に丸をつけてください。その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。
- 10 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。
- 11 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。宿泊者の決定は、中国、四国、北海道地域等遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は抽選とします。
なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡いたします。
- 12 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方等を800字程度で簡潔に記入してください。

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修仙台センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険事業所長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、平成〇〇年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。

第1回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

第2回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

第3回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類

作成日 平成 年 月 日
実践事例報告のタイトル
都道府県指定都市名 所属 氏名
1. この事例を取り上げた理由
2. 倫理的配慮
3. 事例紹介
4. ケアの取り組み
5. この事例のケア実践を通じて自分自身が学んだこと、およびその学びを地域ケア 推進にどう活かすのか
(合計文字数〇〇〇〇文字)

(記入要領)

- 作成する事例は認知症者に対しケアを行った事例、1事例の報告とします。スタッフに対する介入を中心とした事例は本報告の対象として該当しません。
- 上記1～5までの項目の合計文字数が3000字程度(増減は1割まで)となるよう実践事例報告を作成してください。文章の最後に合計文字数を記載してください。
- 使用する用紙のサイズはA4サイズとします。
- 図表を入れる場合は、図表にタイトルと図表番号をふり、文章と関連付けて示してください。なお図表は1点400字とみなします。
- 実践事例報告作成については、手書きによる作成かパソコン・ワープロによる作成かは問いません。ただし、手書きで作成する場合は、判別できる大きさの楷書で作成してください。パソコン・ワープロで作成する場合は、上下左右の余白は30mmとします。また、文字の大きさは、12ポイントとし、1ページのレイアウトは38文字×32行(1216文字)とします。
- 提出する事例は、必ずしも現在関わっている認知症者に関する事例である必要はなく、支援が終結している事例でもかまいません。
- 実践事例報告を作成するにあたっては、認知症者とその家族へ実践事例報告の使用目的・報告の方法・作成における倫理的配慮等について十分説明をし、必ず同意を得てください。その上で、認知症者およびその家族に対して行った倫理的配慮、ならびに認知症者及びその家族からこの事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。
- 個人情報の取り扱いには十分配慮してください。人権擁護の観点から、認知症者およ

びその家族の氏名、地域名、生年月日等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。

- 認知症者及び家族の写真の掲載は認めません。
- 文法上の注意
 - ・ 語尾は「です、ます」か「である」で文体を統一してください。
 - ・ 句読点を意識した簡潔な文章を心がけてください。
 - ・ 主語、述語との関係をはっきりさせた文章で記述してください。
 - ・ 箇条書きではなく、文章で事例を報告してください。
- 以上の要件を満たした実践事例報告を1部提出してください。
- 提出された実践事例報告は原則として返却しません。ただし、考査により不合格となった場合はこの限りではありません。

別紙様式 4

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修仙台センター長 殿

都道府県・指定都市

認知症介護指導者養成研修担当課長

平成〇〇年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする
以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

介護保険事業所からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

第		号	
修了証書			
氏名			
生年月日	昭和	年	月 日
あなたは、厚生労働省の定める、平成 年度第 回認知症介護 指導者養成研修を修了したことを証します			
平成 年 月 日			
認知症介護研究・研修仙台センター長 加藤 伸 司			

8 岡山市介護保険事故報告
事務取扱要綱の制定について



岡山市介護保険事故報告事務取扱要綱

平成25年12月17日決定

(趣旨)

- 1 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づくサービスの提供中に事故が発生した場合における事業者及び施設（以下「事業者等」という。）からの本市への報告は、この要綱の定めるところによるものとする。

(適用)

- 2 この要綱は、介護保険法に基づくサービスを提供する事業者等であって、その事業所の所在地が本市であるもの及びその事業所の所在地が本市以外であって、利用者の保険者が本市であるものについて適用する。

(報告先)

- 3 報告先は、別表介護保険事故報告先に定める事業所の所在地に応じた保健福祉局所管課（以下「所管課」という。）とする。

(報告対象事故の範囲)

- 4 事業者等が所管課に報告する必要がある事故は、次のとおりとし、事業者等又は利用者の過失の有無は問わない。

(1) 次に掲げるサービス提供中の利用者に係る事故

ア 死亡事故 事故による死亡及び自殺。病気による死亡等は報告の対象外とする。
ただし、死因等に疑義が生じる可能性があるとき等、トラブルになるおそれのある場合は報告の対象とする。

イ 負傷事故、誤嚥事故及び異食事故 通院入院を問わず医師の診察を受けた事故(施設サービスの場合は、配置医師（嘱託医師）の診察を含み、診療報酬の発生の有無を問わない)

ウ 誤薬事故 違う薬の与薬、時間又は量の誤り及び与薬もれ等の事故。施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受けた場合は、その内容を併せて報告するものとする。

エ 失踪事故 利用者の所在が不明となり、事業所、施設等の敷地内を探したが見つからない事故（警察への通報の有無を問わない）。事業所、施設等の敷地内で捜索開始後すぐに見つかった場合は報告の対象外とする。

オ 交通事故 送迎中、通院介助中若しくは外出介助中の車両に利用者が乗車していたときの事故又は利用者が屋外で車両等と接触した事故

(注)「サービス提供中」とは、送迎、通院、外出介護を含むサービスを提供している時間すべてをいう。

(2) 施設、事業所における感染防止の観点から対策が必要な疾患であって、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に対する法律（平成10年法律第114号）第6条に定める感染症、食中毒又は疥癬の発生が認められた事故

(3) 介護サービスに関わる従業者等の不祥事（利用者の保有する金品の横領・窃盗・損壊・焼失、個人情報紛失・流出等をいう）、高齢者の虐待若しくはそれが疑われる事例、外部者の犯罪、火災・震災・風水害等の災害等が発生した場合で、利用者の処遇に影響のある事故

(4) その他利用者又は家族から苦情が出ている場合等所管課が報告する必要があると認める事故

(第1報)

5 事業者等は、報告対象となる事故等が発生した場合、別添の報告様式第1報「介護保険事業者・事故報告書」により、速やかに（遅くとも3日以内に）第1報を報告するものとする。

(第2報)

6 事業者等は、第1報の報告後、おおむね1か月以内に、別添の報告様式第2報「介護保険事業者・事故報告書」により、報告するものとする。第2報は、本人の状態・事故の原因を分析し、第1報後の対応・経過及び事故の原因・再発防止に関する今後の対応・方針を記入し、報告するものとする。再発防止に関しては、法人又は事業所内で協議した内容を記入するものとする。

(第2報後の報告)

7 事業者等は、第2報の報告時点で当該事故が完結していない場合には、その時点での進捗状況や完結の見込み等を今後の対応・方針欄に記載し、報告するものとする。事故処理が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告するとともに、事故処理が完了した時点で最終報告書（様式任意）を報告するものとする。

(資料の提出)

8 事業者等は、所管課から求められた資料を提出するものとする。

(死亡報告)

9 利用者が、事故による負傷等が原因で、後日死亡した場合は、事業者は速やかに報告書（様式任意）を提出するものとする。

(所管課の対応)

10 所管課は、報告を受けた場合は、必要に応じて事業者への調査及び指導を行い、利用者に対して事実確認を行う。

11 所管課は、事故報告を取りまとめ、必要に応じて事業者への調査及び指導を行うこと等により事故防止を徹底するものとする。

12 所管課は、事業者が条例又は指定基準等の法令に違反し、次の各号のいずれかに該当するときは、事業所名及び事故内容について公表することができるものとする。

(1) 事業者が事故発生を隠匿していた場合

(2) 事業者が事故の再発防止策に取り組まない場合

(3) その他利用者保護のため、所管課が必要と認めた場合

附 則

この要綱は、平成26年1月1日から施行する。

別表

介護保険事故報告先

事業所の所在地	保険者	保健福祉局所管課
岡山市内	岡山市・岡山市以外	事業者指導課
岡山市外	岡山市	介護保険課

岡山市長 様

介護保険事業者・事故報告書

第1報（発生後3日以内）

事業所番号			サービス種類		
名称					
所在地					
報告者	職名	氏名	電話	()	
被保険者番号			氏名	男・女	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	要支援 ()・要介護 ()		
発生日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃 発生・発見				
発生場所	居室 食堂 デイルーム 機能訓練室 廊下/ホール トイレ 風呂/脱衣所 屋外 不明 その他 ()				
事故時の状況	移動中 移乗 立ち上がり 座位 臥床 食事中 その他 ()				
種別	転倒 転落 誤嚥/異食 誤薬 失踪 交通事故 感染症等 () その他 ()				
事故結果 *最も症状の重いもの	1回受診 通院 入院 死亡				
	骨折 打撲/捻挫 切傷/擦過傷 感染症 肺炎/窒息 様子観察 その他 ()				
自立度	自立 J () A () B () C ()	認知症度	自立 I II () III () IV M		
事故の概要 (経緯や対応、介護者の有無、関係機関への連絡状況等を時系列で記入すること)			報告先	報告・説明日時	
			看護師	/ :	
			医師	/ :	
			管理者	/ :	
			家族：続柄 ()	/ :	
			担当ケアマネ	/ :	
			保険者	/ :	

岡山市長 様

報告完了

介護保険事業者・事故報告書

第2報（第1報後概ね1ヶ月以内）

事業所番号		サービス種類	
名称			
報告者	職名	氏名	電話 ()
被保険者番号		氏名	男・女
発生日時	平成 年 月 日 ()	午前・午後	時 分頃 発生・発見
第1報後の対応			
損害賠償： 有（完結・継続） 無 未交渉			
事故の原因			
再発防止に関する今後の対応・方針			
再発防止協議日：平成 年 月 日			
参加職種：			

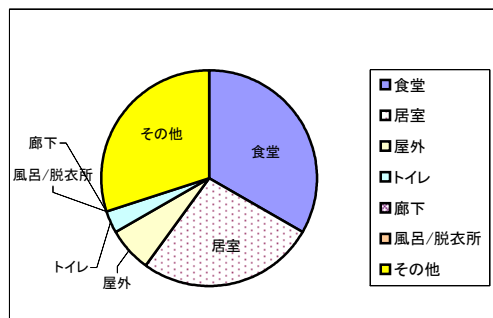
※ 第2報提出時に事故が完結していない場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを今後の対応・方針欄に記載してください。なお、この様式で記入しきれない場合は別紙に記入してください。

小規模多機能型居宅介護 事故件数 30件

事故発生場所

発生場所	件数	
食堂	10	33%
居室	8	27%
屋外	2	7%
トイレ	1	3%
廊下	0	0%
風呂/脱衣所	0	0%
その他	9	30%
合計	30	100%

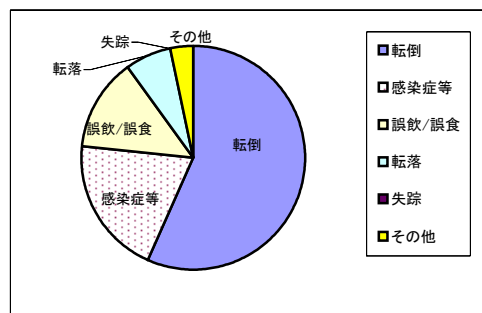
(その他: 感染症、既発状態で発見され場所特定できないもの)



事故種別

事故種別	件数	
転倒	17	57%
感染症等	6	20%
誤飲/誤食	4	13%
転落	2	7%
失踪	0	0%
その他	1	3%
合計	30	100%

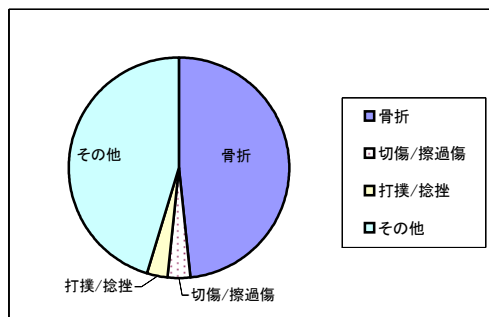
(その他: 感染症、既発状態で発見され種別の特定ができないもの)



症状

症状	件数	
骨折	15	48%
切傷/擦過傷	1	3%
打撲/捻挫	1	3%
その他	14	45%
合計	31	100%

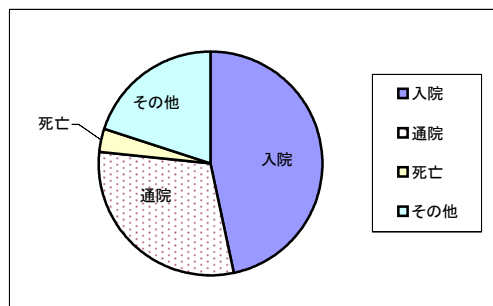
(その他: 感染症、誤薬等)



事故結果

事故結果	件数	
入院	14	47%
通院	9	30%
死亡	1	3%
その他	6	20%
合計	30	100%

(その他: 感染症、誤薬)

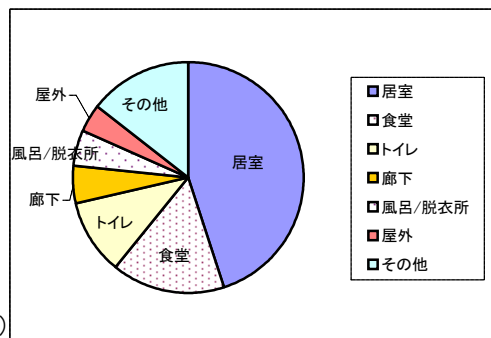


認知症対応型生活共同介護 事故件数 158件

事故発生場所

発生場所	件数	
居室	71	45%
食堂	25	16%
トイレ	17	11%
廊下	8	5%
風呂/脱衣所	8	5%
屋外	6	4%
その他	23	15%
合計	158	100%

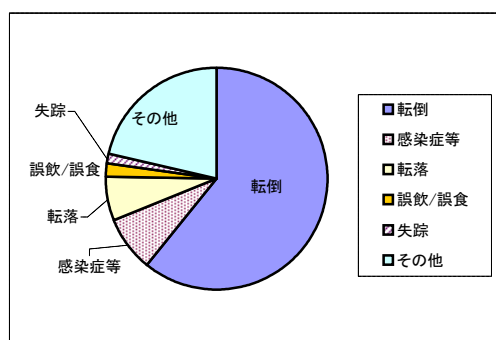
(その他:ホール、既発状態で発見され場所の特定ができないもの等)



事故種別

事故種別	件数	
転倒	96	61%
感染症等	13	8%
転落	10	6%
誤飲/誤食	3	2%
失踪	2	1%
その他	34	22%
合計	158	100%

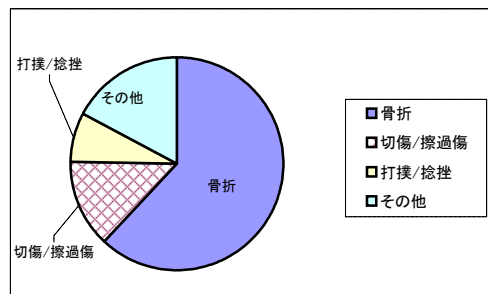
(その他:自傷、介助中、既発状態で発見され種別の特定ができないもの等)



症状

症状	件数	
骨折	98	62%
切傷/擦過傷	21	13%
打撲/捻挫	12	8%
その他	27	17%
合計	158	100%

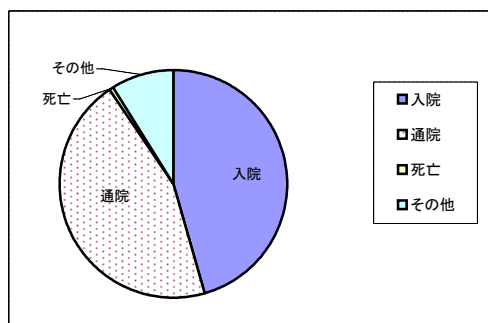
(その他:感染症、誤嚥による肺炎・窒息等、硬膜下血腫等)



事故結果

事故結果	件数	
入院	72	46%
通院	71	45%
死亡	1	1%
その他	14	9%
合計	158	100%

(その他:感染症、失踪等)



感染症の対応について

～ノロウイルス～

●感染予防(手洗い)

ノロウイルスによる感染症は、多くの場合、ウイルスに触れた人の手を介して感染が拡大します。利用者・職員ともに手洗いを習慣づけることが、感染予防の基本です。

用便後、排泄物の処理のあと、調理や食事の前には必ず手を洗いましょう。

●感染した時の症状

感染後、24～48時間で、下痢、吐気、嘔吐、腹痛、発熱などの症状が出ます。通常3日以内に回復しますが、ウイルスは感染してから10日間程度、長い場合は1ヶ月程度、ふん便中に排泄され続けます。

●消毒方法

- ① 他の微生物などと比べると熱に強く、85℃で1分以上の加熱が必要です。
- ② 逆性石けん、アルコールの消毒効果は十分ではありません。塩素系漂白剤の次亜塩素酸ナトリウムは効果があります。

●排泄物・嘔吐物の処理

ふん便や嘔吐物の処理は、処理をする人自身への感染と、施設内への感染拡大を防ぐため、適切な方法で、迅速、確実に行うことが必要です。

●嘔吐物等の処理時の換気

嘔吐物等の拭き取りと消毒を行う際には、乾燥した後にウイルスが室内に拡散し、感染が拡大するおそれがあります。そこで、嘔吐物等を適切に処理すること、室内の適正な換気を行うことが大切です。

- ① 嘔吐物等の処理時とその後は、大きく窓を開けるなどして室内に新鮮な空気を入れ換気を行いましょう(室内にウイルスを滞留させることのないようにしてください。)
- ② 換気設備(換気扇等)がある場合には運転しましょう。

●リネン類の消毒など

汚物がついたおむつやシーツ等のリネン類を取り扱うときは、取り扱った人の手にウイルスが付着し感染を拡大させてしまう可能性があり、二次感染を防ぐための適切な処理が必要です。

【入所者の衣類やリネン類に嘔吐物がかかっている場合】

原則、施設にて感染性胃腸炎による嘔吐物が付着した衣類やリネン類は、廃棄することが望ましいです。

●処理後

- ① 嘔吐物処理後は、2 回手洗いを行い、うがい、洗顔をしましょう。
※ ノロウイルスは、逆性石けん消毒用エタノールなどには抵抗力があるため、物理的に洗い流す事が重要です。
- ② 処理に使用した物品、エプロン等は大きな感染源となります。使用する物は使い捨ての物を用意することが望ましいです。

●入 浴

施設内で下痢や嘔吐をした利用者がある場合には、ノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われます。症状がある人は最後に浴槽に入るかシャワーのみにするようにしましょう。

●手を触れる場所や身のまわりの物の清潔・消毒

施設内で人が直接手を触れる場所は、ノロウイルスに汚染されている可能性があります。

(例) 手すり、ドアノブ、水道の蛇口、机、イス、引き出しの取っ手、車椅子の押し手、ベッド回りなど

【清潔の保持・消毒】

- ① 手を触れる場所や身のまわりの物はきれいな布で水拭きするなど、常に清潔を保つようにしましょう。
- ② 感染予防のため、多数の人が手を触れる場所や身のまわりの物は定期的に消毒してください(手すり, ドアノブ, 水道の蛇口などを, 0.02%次亜塩素酸ナトリウムに浸した布などで拭く等。)
- ③ 施設内で下痢や嘔吐をした利用者があり, ノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われる場合は, 特に汚染されやすいトイレやその周辺などを中心に消毒の頻度を増やす必要があります。

※ 次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため, 金属部分に使用した場合は 10分程度たったら水拭きしましょう。また, 塩素ガスが発生することがあるので, 使用時は十分に換気しましょう。

●日ごろからの健康管理

ノロウイルスによる感染を予防するための具体的な方法を示しましたが, 感染や感染拡大を防ぐためには, まず早い段階でノロウイルスの感染が疑われる利用者・職員を把握すること, また施設外からノロウイルスを持ち込まないようにすることが重要です。

- ① 日ごろから利用者の健康観察を行ってください。
- ② 施設管理者は職員の健康診断の結果や健康状態の確認をしてください。
- ③ 面会者に対して手洗いの徹底や, 下痢・嘔吐などの症状がある場合には面会を控えてもらうことも必要です。

～インフルエンザ～

●感染予防

- ウイルスの体内侵入を防ぐため以下のことを心がけましょう。

外出先から帰宅時, 調理の前後, 食事前などこまめに手を洗いましょう。

ウイルスは石鹼に弱いので, 正しい方法で石けんを使いましょう。

※職員の手指を介した感染は, 感染経路として最も気を付けるべき点です。

手洗いは「1ケア1手洗い」, 「ケア後の手洗い」が基本です。

- 十分な睡眠とバランスのよい食事を心がけ, 免疫力を高めておきましょう。
- 予防接種を受けましょう。
- 適度な湿度(50%~60%)を保つことも効果的です。
- 人混みや繁華街への外出の際は, マスク等を着用しましょう。

●疑うべき症状と判断のポイント

- 急な発熱(38～40℃)と全身症状(頭痛, 腰痛, 筋肉痛, 全身倦怠感など)(ただし, 高齢者では発熱が顕著でない場合があるので注意が必要です。)
- これらの症状と同時に, あるいはやや遅れて, 咽頭痛, 鼻汁, 鼻閉, 咳, 痰などの気道炎症状
- 腹痛, 嘔吐, 下痢などの消化器症状を伴う場合もあります。

●感染を疑ったら～対応の方針

施設内の感染対策委員会において策定された, 行動計画(実際に発生した際の具体的な対策)に従って, 対応しましょう。

- タミフルなどの抗インフルエンザ薬は発症後48時間以内に治療を開始しないと無効なため, インフルエンザを疑う症状があった場合は, 早めに医療機関を受診しましょう。
- インフルエンザを疑う場合(及び診断された場合)には, 基本的には個室対応とします。
- 複数の入所者にインフルエンザの疑いがあり, 個室が足りない場合には, 同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある入所者(および診断された入所者)にケアや処置をする場合には, 職員はマスクを着用します。
- 罹患した入所者が部屋を出る場合には, マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。通常, 発症後1週間, 解熱後3日などとしている施設が多いようです。
- 感染者と同室にいた入所者などインフルエンザウイルスに感染した可能性が高い人に対して, 抗インフルエンザ薬の予防内服が行われる場合があります。しかし感染後に重傷化しやすい方やアウトブレイクなどの特殊な場合を除くと, 実際に適応となる場合はまれであり, 医師と相談して慎重に判断する必要があります。

◆感染症発生件数(岡山市) 施設の例

感染性胃腸炎(ノロウイルス)

(施設数)

	指定介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 【62】	老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護 【31】	特定施設入居者生活介護 【48】
24年度	9 (4)	4 (2)	8 (4)
25年度 (2月21日まで)	4 (2)	2 (1)	4 (1)

()内の数は、10人以上が発症した施設数

インフルエンザ

24年度	8 (4)	7 (4)	7 (4)
25年度 (2月21日まで)	1 (0)	2 (0)	3 (0)

()内の数は、10人以上が発症した施設数

◆担当課への報告

岡山市事業者指導課 へ報告

※ 入所者の感染が確認されたら報告が必要です。

報告様式は「介護保険事業者・事故報告書」

(複数人になった場合は保健所様式「感染症集団発生
動向調査票」でもよい。)

感染症発生

岡山市保健所 感染症対策係

※ 有症者が10名以上、または重篤な患者が1週間で2名
以上、管理者が必要と認めた場合に報告が必要です。

報告様式は「感染症集団発生動向調査票」

(その他の施設)

【嘔吐物の処理(対処)方法】

【服装】

・帽子

髪が嘔吐物に触れないように束ね、帽子などをかぶる。

・マスク

マスクを着用し、飛び散りや飛沫による感染を防ぐ。

・エプロン(ガウン)

ひざ下までのエプロン(ビニール等で水分の染み込まないもの)、ひざまずいて処理を行う際に衣類への付着や飛び散りを防ぐため。

・ゴム手袋

2重に手袋をして、手指の傷や2次感染を防ぐ。

・靴カバー(ビニール袋小と輪ゴムでも可)

床に付着した嘔吐物に直接、触れないようにする。

帽子

マスク

エプロン

手袋
(2重)

靴カバー

【吐物処理道具】

・次亜塩素酸ナトリウム

台所用塩素系漂白剤(5~6%の次亜塩素酸)の主成分。
塩素系漂白剤の使用上の注意をよく読む。

・ポリバケツ(20L程度)

・2Lペットボトル容器

・ビニール袋(大)/2枚

・ビニール袋(小)/1枚

・ペーパータオル または新聞紙

※使い捨てのものを用意し、使用后、処理できるもの

50mlに
マジックで
ラインを引
いておく

漂白剤 2L容器

ビニール袋 大×2
小×2
ペーパー
タオル

【次亜塩素酸ナトリウムの使用期限】

・希釈した次亜塩素酸ナトリウムの使用期限は、汚れ(嘔吐物などの有機物など)の混入が少なければ、高濃度液(0.1%など)では、14日間程度の使用が可能です。

・低濃度(0.01%など)では、有機物の混入による濃度低下が大きいので、24時間ごとに作り換えが必要です。

※目に見える有機物の混入があった場合は、ただちに作り換えます。

・必ず、フタの付いた容器に入れて暗所で保管します。

※直射日光などにより温度が上昇すると分解が促進され、濃度が低下してしまう場合があります。

・汚れの混入があった次亜塩素酸ナトリウムに対し、新しく希釈した次亜塩素酸ナトリウムを継ぎ足すといった行為は、基本的には行わないことが望ましいです。

* 以上のことから次亜塩素酸ナトリウム溶液は作り置きせずに、処理時にすばやく希釈して作成しましょう！

【希釈次亜塩素酸ナトリウムの作り方】

	原液濃度	希釈	方法	使用する場所
0.1% 次亜塩素酸 ナトリウム	1%	10倍	原液10ml+水100ml	嘔吐物や便が 直接ついた衣 類など
	5%	50倍	原液10ml+水500ml	
	6%	60倍	原液10ml+水600ml	
0.02% 次亜塩素酸 ナトリウム	1%	50倍	原液10ml+水500ml	調理器具, 床, トイレのドアノ ブ, 便座など
	5%	250倍	原液10ml+水2.5ℓ	
	6%	300倍	原液10ml+水3ℓ	

(参考資料)

市販されている
次亜塩素酸ナトリウム製剤

濃度	商品名
1%	ミルトン など
5%	ハイター, ブリー チ など
6%	ピューラックス, アサヒラック など

【嘔吐物の処理時に注意する事】

- ・ノロウイルスに感染している場合, その嘔吐物や下痢便には大量のノロウイルスが含まれてい
ます。わずかな量のウイルスが体内に入っただけで容易に感染しますので, 飛び散りや飛沫
(ひまつ)などからの感染を防ぐためにも, 処理を行う人以外は嘔吐物から離れて行う。
- ・次亜塩素酸ナトリウム溶液には洗浄効果はありませんので, 嘔吐物の処理ではなく, 廃棄処分
せずに, どうしても再度利用する物については, 十分に洗浄を行った後に消毒を行う。
- ・有害な塩素ガスが発生しますので, 酸と混ぜない。

【嘔吐物の処理手順】

1

- ・窓を開けて空気中に浮遊するウイルスと塩素の刺激臭を外に出す。
※嘔吐物の処理には, 高濃度 0.1%の次亜塩素酸ナトリウムを
使用しますので, 取扱いには十分注意をしてください。

2

- ・手袋やエプロン, マスク, 靴カバーなどを着用する。
- ・0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を作る。
※2L のペットボトル容器に 50mL の次亜塩素酸ナトリウムを入れ,
水を半分入れる。
よく混ぜあわせて, 残りの水を加える。(一般的な台所用塩素系
漂白剤 5~6%次亜塩素酸ナトリウムを含んだ製品の例です。)
- ・バケツに 2 枚重ねのナイロン袋を入れる。

3

嘔吐物の処理。

- ・ペーパータオルまたは新聞紙で嘔吐物を広く覆い, その上に 0.1%次
亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぐ。
※嘔吐物は, 平均的には半径 2m 程度ですが, 3~4m 程度飛び散
っている場合もあります。
※霧吹き等を使用した噴射では, 次亜塩素酸ナトリウムの濃度が均
一になりにくいいため使用しません。

4

嘔吐物の回収。

- ・嘔吐物をペーパータオルごと外側からかき集めように回収し、バケツに入れ、内側のビニール袋の口を縛る。
※かき集めやすいように型紙等を用意しておく便利です。

5

- ・ペーパータオルまたはまたは新聞紙で、再度床を広く覆い、その上に、0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぐ。
- ・10分以上放置

6

- ・別の場所でペーパータオルに 0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を注ぎ、その上で足踏みする要領で靴の裏についた嘔吐物を取り除き、靴カバーを脱いでバケツへ。

7

- ・使用した 2Lのペットボトル容器をバケツへ。
- ・1枚目の手袋を裏返しなからはずし、バケツへ。
- ・帽子、エプロン、マスクをはずし、バケツへ。

8

- ・手袋をはずして、バケツに入れ汚れている面に触れないように、外側のビニール袋の口を縛る。
- ・バケツを持ち、外のごみステーションへ廃棄する。

9

- ・10分以上放置したペーパータオルまたは新聞紙等で、床全体を拭く。
- ・最後にぞうきんで水拭きをする。
- ・ペーパータオルとぞうきんはビニール袋(小)に入れて廃棄する。

【処理後の注意点】

- 嘔吐物処理後は、2 回手洗い(ノロウイルスは、逆性石けん消毒用エタノールなどには抵抗力があるため、物理的に洗い流す事が重要)を行い、うがい、洗顔をしましょう。
- 嘔吐物を処理した後 48 時間は感染の有無に注意してください。

【入所者の衣類やリネン類に嘔吐物がかかっている場合】

- ・原則、施設にて感染性胃腸炎による嘔吐物が付着した衣類やリネン類は、廃棄することが望ましい。

【どうしても廃棄できない場合の、汚物がついた衣類やリネン類の洗濯、消毒】

- ①汚物がついた衣類等を取り扱うときは、必ず、使い捨てのビニール手袋とマスク、エプロンを着用し、汚物が直接皮膚に触れたり、飛沫を吸い込んだりすることのないよう防護する。
- ②汚物がついた衣類等は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないよう十分注意する。
- ③汚物を十分に落とした後、塩素系消毒液(0.1%次亜塩素酸ナトリウム)に10分間漬ける。
※汚物等の有機物はペーパータオルなどでふき取るか、流水で洗い流してから塩素系消毒液に漬ける。
※塩素系消毒液を用いた消毒は、色落ちしたり布が傷むことがあるので、注意する。
- ④施設で汚染用洗濯機を設置していない場合は、感染症が発生した期間は、感染症専用として洗濯機を分ける。
- ⑤洗濯機に衣類や衣類等を入れてふたをしたら、洗濯機の周囲を塩素系消毒液(0.02%次亜塩素酸ナトリウム)でふき取り消毒する。
※衣類等の運搬や保管に使用する容器等は洗浄及び消毒を行い、常に衛生的に管理する。

【共用スペースで嘔吐があった場合】

- ①服を脱がせ、ビニール袋やふたつきバケツ等に入れて汚物処理できる場所へ運ぶ。
(廃棄することが望ましい。)
- ②入所者が移動した通路を塩素系消毒液(0.02%次亜塩素酸ナトリウム)でふき取り、消毒する。
- ③車椅子等を洗浄、消毒する。
※嘔吐物等の有機物はペーパータオルなどでふき取るか、流水で洗い流す。
※塩素系消毒液(0.1%次亜塩素酸ナトリウム)を車椅子にかけ 10 分間放置する。
※流水で洗い流し、乾燥させる。
※車椅子等の洗浄、消毒を浴室等で行わないこと。

【質問票】

平成 年 月 日
岡山市事業者指導課地域密着指導係あて
Fax:086(221)3010

事業所名			
サービス種別		事業者番号	33
所在地			
Tel		Fax	
担当者名		職名	

【質問】



岡山市保健福祉局 事業者指導課ホームページ（運営：岡山市）

http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasideou/jigyousyasideou_00003.html