

# 【別添1】

令和5年5月8日

介護サービス事業者  
介護保険施設 各位

安城市長 三星 元 人  
(公 印 省 略)

介護保険サービス事業における事故発生時の連絡の取扱いに  
ついて（通知）

このことについて、令和4年1月5日付け「介護保険サービス事業における事故発生時の連絡の取扱いについて」（以下、「旧通知」という。）において、サービスの提供によって事故が発生した場合の取扱いをお示ししておりましたが、本通知以降の取扱いを下記のとおりとしますのでよろしくをお願いします。

なお、旧通知及び令和4年10月5日付け「高齢者施設等における新型コロナウイルス感染者発生時の報告様式の変更について（依頼）」については、廃止することとします。

## 記

### 1 対 象

- (1) 安城市の被保険者が受けた介護保険指定事業者（以下、「事業者」という。）が行う介護保険適用サービス
- (2) 安城市内に所在する事業者が行う介護保険適用サービス

### 2 連絡を要する事故等

連絡事項区分	説 明
ア サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故の発生	<ul style="list-style-type: none"><li>◇ 報告が必要な場合 医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故及び死亡事故。 ※ 擦過傷や打撲など比較的軽易なケガは除く。 ※ 勤務医等がいる場合は、「勤務医等がいない場合に外部受診させる程度か否か」で判断する。</li><li>◇ ケガの程度にかかわらず、連絡する必要がある場合<ul style="list-style-type: none"><li>・ ケガにより利用者とトラブルが発生することが予測される場合</li></ul></li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者に見舞金や賠償金を支払った場合</li> <li>・ 利用者が病気等により死亡した場合であっても、後日トラブルが生じる可能性がある場合</li> </ul> <p>◇ 「サービスの提供」には、送迎及び通院中も含む。</p>
イ	食中毒及び感染症の発生	<p>◇ 死亡又は重篤患者が1週間内に2名以上発生した場合。</p> <p>◇ 10名以上または全利用者の半数以上の感染が発生した場合。 (発生時のみ。その後の経過を報告する必要はありません。)</p> <p>※報告対象施設は、「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」(平成17年2月22日付け厚生労働省通知)別紙に記載された施設のみとします。</p>
ウ	職員(従業者)の法令違反・不祥事件等の発生	<p>◇ 利用者の処遇に影響がある場合。 (例:利用者からの預り金の横領、虐待及び不適切な行為など)</p>
エ	その他連絡が必要と認められる事故の発生	<p>◇ 利用者等の保有する財産を滅失させたなど。</p>

### 3 報告時使用様式

2の連絡事項区分に応じて、各様式にてご報告ください。なお、(2)については、必要事項が記載されていると判断されれば、任意様式でも構いません。

#### (1) 2ア、ウ、エ

別紙様式「事故報告書」を標準とします。

#### (2) 2イ

別紙様式「感染症の発生に関する報告書」を標準とします。

### 4 連絡手段

2イの場合は、速やかに報告書をご提出ください。2ア、ウ、エについては、以下の手順でご対応ください。

#### (1) 第1報

事故等が発生した場合は、速やかに市へ別紙様式「事故報告書」内1～6の内容についてご連絡ください。連絡方法は任意(電話、FAX等)とします。なお、事故発生から遅くとも5日以内にお願ひします。

(2) 経過連絡

その後の経過についても、順次市へご報告ください。

例) 利用者とのトラブルの発生、意識の回復等

(3) 報告書の作成

事故処理の区切りがついたところで、別紙様式内の項目を全て記入し、ご提出ください。

担 当 高 齢 福 祉 課 介 護 保 険 係

電 話 0 5 6 6 - 7 1 - 2 2 9 0

F A X 0 5 6 6 - 7 4 - 6 7 8 9

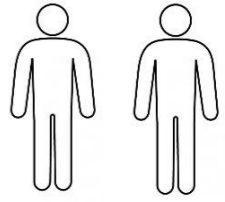
# 事故報告書 (事業者→安城市)


【別添2】

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 _____ 報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2 事業 所の 概要	法人名												
	事業所(施設)名								事業所番号				
	サービス種別	その他(右欄に記入してください)											
	所在地												
3 対象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃 (24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室)		<input type="checkbox"/> 居室(多床室)			<input type="checkbox"/> トイレ			<input type="checkbox"/> 廊下			
		<input type="checkbox"/> 食堂等共用部		<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室			<input type="checkbox"/> 機能訓練室			<input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外			
		<input type="checkbox"/> 敷地外		<input type="checkbox"/> その他 ( )									
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒		<input type="checkbox"/> 異食			<input type="checkbox"/> 不明						
		<input type="checkbox"/> 転落		<input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等			<input type="checkbox"/> その他 ( )						
<input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息		<input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
発生時状況、事故内容の詳細											前 ●    後 ● 		
その他 特記すべき事項													
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応												
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	受診先	医療機関名						連絡先(電話番号)					
	診断名												
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： )											
		<input type="checkbox"/> その他 ( )											
検査、処置等の概要													

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	家族とのトラブル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<div style="text-align: center;">  </div>							
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									

## 感染症の発生に関する報告書

報告日： 年 月 日

## ○基本情報

法人名	
事業所名	
事業所所在地	
サービス種別	
定員	
感染症（種類）	
報告理由	10人以上の感染 ・ 全利用者の半数以上の感染

## ○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）				
感染者数	利用者	人	職員	人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	人	症状あり	人
	症状なし	人	症状なし	人
主な症状				
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。				

## ○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未 ・ 済	保健所： 未 ・ 済
-------------	------------	------------

## ○対応状況

協力医療機関名※	

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：	電話番号：
-----	--------	-------

感染症の発生に関する報告書

報告日：2023年〇月〇〇日

○基本情報

法人名	社会福祉法人〇〇〇〇		
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇		
事業所所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇		
サービス種別	特別養護老人ホーム		
定員	100人		
感染症（種類）	新型コロナウイルス		
報告理由	10人以上の感染 ・ 全利用者の半数以上の感染		

○感染者の状況

発生日（最初に発生した日）	2023年〇月〇〇日			
感染者数	利用者	10人	職員	2人
症状の有無 ※感染者である利用者、職員の症状の有無を記載してください。	症状あり	8人	症状あり	2人
	症状なし	2人	症状なし	0人
主な症状	発熱、咳、倦怠感			
特記事項 ※利用者が入院した場合など、特別な事情があれば記載してください。	利用者のうち2名が〇〇〇病院に入院			

○関係機関への報告

愛知県、保健所への報告	愛知県： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	保健所： 未 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 済
-------------	--	--

○対応状況

ゾーニングを行った上で、陽性者は施設内個室に隔離 保健所に相談し、〇月〇日に全利用者・職員に対するPCR検査を実施 協力医療機関の指示により症状が重い利用者2名を入院措置	
協力医療機関名*	医療法人〇〇会〇〇〇病院

※「協力医療機関名」欄は、通所介護事業所等で協力医療機関がない場合は記載の必要はありません。

連絡先	担当者氏名：〇〇 〇〇	電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
-----	-------------	-------------------

令和5年6月12日  
事務連絡

各 市区町村 介護保険担当主管課（係） 御中

公益財団法人テクノエイド協会  
常務理事 黒岩 嘉「介護機器の安全利用に関する整理・報告・発信」について  
「事故及びヒヤリハット情報」の収集に対するご協力をお願い

拝啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、当協会の事業実施につきましては、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、公益財団法人テクノエイド協会（以下「当協会」）では、厚生労働省老健局から受託して「福祉用具・介護ロボット実用化支援事業」を実施しているところですが、昨年度に続き、本事業の一環として「介護機器の安全利用に関する事故及びヒヤリハット情報」を収集することと致しました。

本内容は、当協会のホームページに掲載し、広く情報提供を呼び掛けているところですが、「別添資料」をご参照いただき、本取組みの趣旨をご理解賜り、ご協力の程何卒よろしくお願い申し上げます。

併せて、管内の介護保険にかかわる高齢者介護サービス事業者様に対しましても、ご周知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

## 記

## 1. 目的

本事業では、福祉用具・介護ロボット（以下「介護機器」）の利用に関わる「事故及びヒヤリハット情報」を収集し、介護現場で起こる可能性のある事故や怪我などを未然に防止するため、事例を作成し発信するものです。

当協会では、これまでに397事例を作成し、ホームページや冊子を通じて情報提供しております。

テクノエイド協会 福祉用具ヒヤリハット情報

<https://www.techno-aids.or.jp/hiyari/>

## 2. 情報提供に関する周知について

本年度より、専用のホームページを設けて情報収集しておりますので、ご確認いただきますとともに、管内の関係事業者様に対して周知をお願いいたします。

## 3. 情報提供の方法について

## (1) 市町村職員の皆様

令和3年3月19日に厚生労働省（老高発0319第1号他）が発出した「介護保険施設等における事故の報告様式」又は、独自の様式がある場合には、個人を特定する情報等を「黒塗り」して、そのまま提供してください。



## (2) 高齢者介護サービス事業者の皆様

定型フォーマット(※)による提供又は、協会HPに設置した入力フォームへ直接書き込みしてください。

なお、当協会では昨年度までの情報提供の中から、既に397事例を作成し協会HPを通じて提供しております。利用シーンや利用場所、福祉用具等の種別毎に閲覧できますので、ご確認のうえご提供いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、当協会では重症事故に限定しないで、ヒヤリハット情報の収集にも努めておりますので、併せてご確認ください。

(※) 定型フォーマット: 「事故及びヒヤリハット情報」提供シート (Excel)

<https://www.techno-aids.or.jp/hiyari/offer.html>

## 4. 情報提供の受付期間

令和5年6月15日(木)～令和6年3月1日(金)

※これ以降も継続して情報収集いたします。

## 5. 情報の提供先

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島(ごしま)

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

電話番号: 03(3266)6883

電子メールアドレス: [robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)

(本内容に関する問い合わせ)

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島(ごしま)

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

電話番号: 03(3266)6883

電子メールアドレス: [robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)

## 介護機器の安全利用に関する「事故及びヒヤリハット情報」 収集・提供について

### 1. 背景・目的

少子高齢化が進展するなか、75歳以上の高齢者が増加し、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯、認知症高齢者の増加などが懸念され、また、介護施設等では人材の確保や負担の軽減が喫緊の課題となっています。

こうしたなか、近年、在宅・施設を問わず福祉用具や介護ロボット（以下「介護機器」）を使用する機会は増加しており、介護機器の安心・安全な利用を推進する取り組みが求められております。

こうした背景から本取り組みは、高齢者介護の現場で発生している（或いは「発生する恐れがある」）介護機器にかかわる「事故及びヒヤリハット情報」の提供を依頼し、収集した情報をもとに介護現場等で起こる可能性のある事故や怪我などを未然に防止するための事例を作成し、情報発信するものです。

本事業の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願いいたします。

### 2. 介護機器の範囲

本事業において、取り扱う介護機器の範囲は、以下のとおりです。

- 在宅及び介護施設・事業所等において、使用される福祉用具等（高齢者の日常生活の便宜を図るための用具及び、介護を行う者の負担の軽減を図る用具）
- 介護保険において福祉用具貸与・特定福祉用具販売の対象となっている福祉用具
- ロボット介護機器の開発重点分野（平成29年10月）に該当する介護ロボットとし、かつ実用的に使用されているもの

### 3. 事故及びヒヤリハット情報の対象

原則、製品に起因しない事故及びヒヤリハットといたします。

但し、公的機関等において現在調査中のものや、原因不明なものは含めることとし、あきらかに製品の整備不良や経年変化等によるものの場合も含めることといたします。）

### 4. 事故及びヒヤリハット情報の定義

本事業において、取り扱う事故及びヒヤリハットの定義は、以下のとおりといたします。

- 「事故」とは、死亡又は負傷・疾病（医師の診断や治療を必要とするもの（或いは、必要となると思慮されるもの））とする。
- 「ヒヤリハット」とは、事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等とする。（参考）

例えば、

- ・ 事故や怪我は発生していないが、起こる可能性があるもの
- ・ 福祉用具等の単体に限定せず、高齢者の生活介護の全般から、事故等に繋がる恐れがあるもの
- ・ 誰もが感じる危険な使用方法や使用場面、適用状況など
- ・ 大きな事故を未然に防ぐため、介護現場で共有すべきと考えるもの

- ・ 福祉用具等の破損や紛失、盗難は除くこととするものの、それらの事象から怪我に繋がる危険性があるもの

## 5. 提供方法について

### (1) 市町村職員の皆様

令和3年3月19日に厚生労働省（老高発0319第1号他）が発出した「介護保険施設等における事故の報告様式」又は、独自の様式がある場合には、個人を特定する情報等を「黒塗り」して、そのまま提供してください。

### (2) 高齢者介護サービス事業者の皆様

定型フォーマット（※）による提供又は、協会HPに設置した入力フォームへ直接書き込みしてください。<https://www.techno-aids.or.jp/hiyari/offer.html>

なお、当協会では昨年度までの情報提供の中から、既に397事例を作成しHPを通じて提供しております。利用シーンや利用場所、福祉用具等の種別毎に閲覧できますので、ご確認のうえご提供いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、当協会では重症事故に限定しないで、ヒヤリハット情報の収集にも努めておりますので、併せてご確認ください。

定型フォーマットは、当協会のホームページからダウンロードすることができます。下記のページをご覧ください。

（※）定型フォーマット：「事故及びヒヤリハット情報」提供シート（Excel）

## 6. 情報提供の受付期間

令和5年6月15日（木）～令和6年3月1日（金）

※これ以降も継続して情報収集いたします。

## 7. 情報の提供先

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島（ごしま）

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

電話番号：03（3266）6883

電子メールアドレス：[robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)

（本内容に関する問い合わせ）

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島（ごしま）

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

電話番号：03（3266）6883

電子メールアドレス：[robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)



## 製品に起因しない事故及びヒヤリハットの一例

### ○車いす

介助者が急いで開こうとして、指をシートパイプとフレームの隙間に挟んだ



車いすの操作に不慣れな人に起こりやすいヒヤリ・ハットではないでしょうか。車いすの操作の説明をする人は、このようなことが起きないように注意を促してください。操作する人は、例え急いでいても基本通りに操作し、習慣化することが大切です。

### ○ベッド

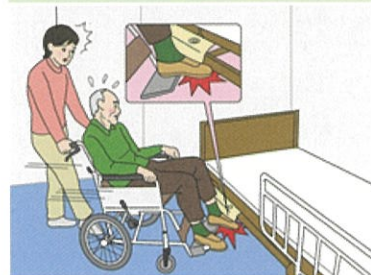
ベッドの高さを上げるつもりが、背上げの操作ボタンを押してしまい、バランスを崩した



立ち上がりを楽にするために、ベッドの高さを上昇させようとし、間違えて背上げの操作ボタンを押したのかもしれませんが、すぐに間違いに気がつければ大事には至らないことではありますが、パニックになってしまうことも考えられます。頻繁にこのような操作ミスが起こるときには、操作ボタンに目印を付けるなどの予防策を講じてはいかがでしょうか。

### ○車いすと移乗

利用者の片方の足がフットサポートからずり落ちていたが、介助者がそれに気づかず車いすを操作し、つま先をぶつけた



特に姿勢が崩れていると足の先端は介助者が思うよりもずっと先に出ていることがあります。足先は介助者からは死角になり見えづらいので、特に狭い場所での移動には注意しましょう。クッション・パッドを利用したり、車いすを調整するなど座位が崩れない工夫も必要です。

## 事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等の一例

### ○手すりと普通ベッド

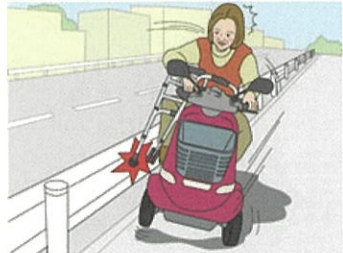
寝返りが原因でベッドから転落した際、横に設置していた床置き形手すりとベッドの隙間に挟まってしまった



床置き形手すりは、手すりの付属しない木製ベッドに組み合わせて使用されることが多くありますが、ベッドに固定されているわけではありませんので、どうしても隙間ができてしまいます。このような隙間のリスクを認識して、危険が予想される場合は介護用のベッドを利用するなどの対応が求められます。

### ○電動三輪車と歩行器

外出先で使用する歩行車を運転席にのせて走行したが、車体からはみ出たためガードレールと接触してしまった



走行中の接触ではかなり大きな衝撃が予想されます。利用者のケガにとどまらず、歩行車への加害も考えられる危険な事例です。電動車いすは、歩行に何らかの補助が必要な人が利用するものであり、歩行補助具を積載しての走行は想定される場所ですが、歩行車の安全な積載については難しいというのが現状のようです。メーカーの開発努力が期待されるところです。

### ○送迎車

車いすの固定はしっかりと出来ていたが、本人が苦しいので車両のシートベルトはつけていなかった。まさか、急ブレーキがかかるとは考えていなかった



車両に乗車中のシートベルトは、一般の座席でも車いすでも同様に必要な安全装置です。車いすにも座位保持用の安全ベルトが装着されている場合がありますが、車両のものとは目的が違いますので、必ず車両のシートベルトを装着しましょう。

## 別添6

令和5年7月28日（金）

## 【照会先】

労働基準局賃金課

課長 岡 英範

課長補佐 青野 恵里子

(代表) 03-5253-1111 (内線5596)

(直通電話) 03-3502-6757

報道関係者 各位

# 令和5年度地域別最低賃金額改定の目安について

～ 目安はAランク41円、Bランク40円、Cランク39円～

本日開催された第67回中央最低賃金審議会（会長：藤村博之 独立行政法人労働政策研究・研修機構理事長）で、今年度の地域別最低賃金額改定の目安について答申が取りまとめられましたので、公表いたします。

## 【答申のポイント】

(ランク<sub>注</sub>ごとの目安)各都道府県の引上げ額の目安については、**Aランク41円、Bランク40円、Cランク39円**。

注。都道府県の経済実態に応じ、全都道府県をA B Cの3ランクに分けて、引上げ額の目安を提示している。現在、Aランクで6都府県、Bランクで28道府県、Cランクで13県となっている。（参考参照）











(参考) 各都道府県に適用される目安のランク

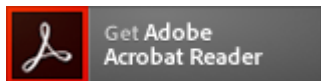
ランク	都道府県
A	埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、大阪
B	北海道、宮城、福島、茨城、栃木、群馬、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、三重、滋賀、京都、兵庫、奈良、和歌山、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、福岡
C	青森、岩手、秋田、山形、鳥取、高知、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

この答申は、今年の6月30日に開催された第66回中央最低賃金審議会で、厚生労働大臣から今年度の目安についての諮問を受け、同日に「中央最低賃金審議会目安に関する小委員会」を設置し、5回にわたる審議を重ねて取りまとめた「目安に関する公益委員見解」等を、地方最低賃金審議会にお示しするものです。

今後は、各地方最低賃金審議会で、この答申を参考にしつつ、地域における賃金実態調査や参考人の意見等も踏まえた調査審議の上、答申を行い、各都道府県労働局長が地域別最低賃金額を決定することとなります。

仮に目安どおりに各都道府県で上げが行われた場合の全国加重平均は1,002円となります。この場合、全国加重平均の上昇額は41円（昨年度は31円）となり、昭和53年度に目安制度が始まって以降で最高額となります。また、上げ率に換算すると4.3%（昨年度は3.3%）となります。

- [PDF プレスリリース \[197KB\]](#) 
- [PDF 別添 令和5年度地域別最低賃金額改定の目安について（答申） \[92KB\]](#) 
- [PDF 別紙1 令和5年度地域別最低賃金額改定の目安に関する公益委員見解 \[1.5MB\]](#) 
- [PDF 別紙2 中央最低賃金審議会目安に関する小委員会報告 \[156KB\]](#) 
- [PDF 参考1 最低賃金制度と地域別最低賃金額の改定に係る目安制度の概要 \[64KB\]](#) 
- [PDF 参考2 目安審議及び地域別最低賃金審議の流れ \[36KB\]](#) 
- [PDF 参考3 地域別最低賃金の全国加重平均と上げ率の推移 \[44KB\]](#) 
- [PDF 参考4 令和4年度地域別最低賃金額 \[70KB\]](#) 
- [PDF 参考5 中央最低賃金審議会委員名簿 \[68KB\]](#) 
- [PDF 参考6 目安に関する小委員会委員名簿 \[32KB\]](#) 



[PDFファイルを見るためには、Adobe Readerというソフトが必要です。Adobe Readerは無料で配布されていますので、こちらからダウンロードしてください。](#)