

令和 4 年度運営指導指摘事項

●地域密着型施設系 共通

○運営推進会議について

- ・運営推進会議が開催されていなかった事例。
- ・当該保険者に書面開催の運営推進会議資料として提出したが内容として不十分であった事例。
- ・運営推進会議の結果を公表していなかった事例。

おおむね 2 月に 1 回の定期的な運営推進会議を開催すること。また、感染症対策により書面による開催等の方法について検討すること。

会議資料についてはさらに充実を図り、構成員が貴事業所の活動状況等の内容を理解し評価できる資料にすること。また、会議は構成員から様々な意見、評価を受け反映し、その結果を構成員へ報告するとともに公表をすること等を指導。

(ポイント) (例：指定小規模多機能型居宅介護)

事業者は地域との連携について「指定小規模多機能型居宅介護従業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会を設置し、おおむね 2 月に 1 回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。」「指定小規模多機能型居宅介護事業所は、運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表しなければならない。」「指定小規模多機能型居宅介護事業所は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。」とされている。

なお、運営推進会議の目的は、構成員から多様な意見、要望、助言等を聴く機会であり、地域との連携や運営の透明性を確保し、地域に開かれたサービスとすることで事業所のサービスの質の確保を図るものである。

公表については、評価の実施を担保する観点から、それらの結果を利用(申込)者及びその家族、構成委員へ提供する方法、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所に掲示する方法や、市町村窓口、地域包括支援センターに置いておく方法、

インターネットを活用する方法を検討すること。なお、公表の際には個人情報の取扱いに十分配慮すること。

○身体的拘束適正化のについて

- ・身体的拘束適正化の指針が掲示（公開用ファイル）されていなかった事例。
- ・身体拘束適正化の指針において、一部整備されてない項目があった事例。
- ・身体拘束適正化の研修を実施したが、その記録が一部不明瞭であった事例。

平成 30 年度改定の身体拘束廃止未実施減算では、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、基準に規定する以下の措置を全て講じていない場合に、入居者全員について所定単位数から減算することになるので、留意すること。

※身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

※身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会 を 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。

※身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

○身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

○身体的拘束適正化検討委員会その他組織に関する事項

○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

○身体的拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針

○身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針

○利用者等に対する指針の閲覧に関する基本方針

○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

※介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年 2 回以上及び新規採用時に実施すること。

○災害対策

- ・避難訓練を地域の住民及び消防団その他関係機関と実施することを求められている、実施していなかった。

実施はコロナ禍で難しいと思われるが、大災害等発生した場合には職員が参集できない場合や広域消防の支援が期待できないことも考えられる。有事の際の協力要請を地域住民の代表者や地域消防団に定期的に行うことが望ましい。

●小規模多機能型居宅介護

○ 人員の確保について

- ・ 運営指導の事前資料を基に、指導当日確認したところ、昼の通いサービスの利用者数3に対して常勤換算で1以上の介護従業者の配置が確保されていない日があった事例。

営業日の従業者の勤務体制について、基準を満たす職員の配置を速やかに行うことを指導。

○運営規定の整備について

- ・ 運営規定と重要事項説明書で、通いサービスと宿泊サービスの営業時間に相違があった事例。
- ・ 事業所に勤務する職種、員数及び職務について、介護職員の員数の記載がなかった事例。
- ・ 通常の事業の実施地域を超えて行う交通費及び送迎にかかる費用の記載がなかった事例。

これについては、記載の統一、記載をすること指導。

なお、運営規定に変更があった場合には、変更届の提出が必要なため、速やかに指定を受けている市町村に提出すること。

○事故報告の提出について

- ・ 介護サービス提供中に病院受診が必要な事故が発生していたが、指定保険者に事故発生の報告がなされていなかった事例。

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとされているため、速やかに事故報告を行うことを指導。

○アセスメントについて

- ・ 事業所独自の様式にてアセスメントを行い、最新の作成日となっていたが、健康状態や服薬情報など記載されていない項目が散見された事例。
- ・ 状態変化があり変更申請を行っている利用者について、アセスメント記録がな

く何を根拠にしているのかが不明である事例。

居宅サービス計画書及び小規模多機能介護サービス計画書の作成に当たっては、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえてアセスメントを行うこととされているため、各記録を整理するとともに内容の充実を図り、これらを基にアセスメントを行い、その結果を反映し計画書の作成に務める必要があることを指導。

(ポイント)

介護支援専門員は、居宅サービス計画及び小規模多機能介護サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

介護支援専門員、解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。

○計画書の作成について

- ・確認事例の中で、現在の利用者の状態や環境と合致していない目標内容であった事例。

介護支援専門員は利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス、および宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなければならないことを指導。

○事故報告について

- ・事業所内において、転倒骨折が発生していたにもかかわらず、町への報告がされていなかった事例。

指定小規模多機能型居宅介護事業者は、利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、町、当該利用者の家族等に連絡を

行うとともに、必要な措置を講じなければならないとされているため遺漏なく報告をすることを指導。

○運営規定について

- ・ 前回の実地指導において指摘した記載内容が、修正されていなかった事例。

早急に修正するとともに、町へ変更届を提出することを指導。

○居宅サービス計画書及び小規模多機能型居宅介護計画書について

- ・ 作成されたサービス計画書において利用者及び家族からの同意について署名が確認できない事例。

サービス計画書作成に当っては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、同意を得て交付しなければならないとされている。コロナ禍であり、家族の面会等が困難であることは考えられるが、その場合、面談以外の方法で説明及び同意を得られるよう検討し対応することを指導。

○訪問体制強化加算算定について

- ・ 訪問介護を1日8回、月200以上の訪問体制強化加算を算定している事例があったが、アセスメント等から訪問サービスを位置づける必要性が確認できなかった。

「介護支援専門員は利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するために具体的なサービスの内容等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービスおよび宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなければならない。」本来、居宅サービス計画に沿ってサービス計画が作成され、これに基づき計画的にサービスが提供されることになる。

利用者の全体像を把握し、居宅サービス計画に繋げるためのアセスメント（課題分析）を行い、利用者が自立した日常生活を営む上で解決すべき課題を明らかにし、記録として残すことを指導。

- ・ 夜間・早朝の訪問記録が時間のみのチェックとなっていた事例。

当該加算を算定する場合にあっては、当該訪問サービスの内容を記録しておくこと。とされているため、訪問回数に応じた記録を残すことを指導。

なお、小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、登録者宅を訪問して見守りの意味で声掛けを行った場合でも、訪問サービスの回数に含めて差し支えない。

○モニタリングについて

- ・支援経過記録にモニタリングとして記録しているが、内容が訪問時の様子
の記録となっており、本来のモニタリングの記録となっていなかった。

介護支援専門員は計画作成後においても、常に計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い必要に応じて計画の変更を行うこととなっている。同時に実施されるサービスの継続的な把握や評価であり、利用者の状態変化を捉え、必要に応じて計画の修正を行う重要な業務であるため、その趣旨を理解したうえで実施し、記録として残すことを指導。

○サービス担当者会議について

- ・サービス担当者会議の開催した旨の記録をはじめ検討した内容の記録が確認できなかった事例。

介護支援専門員は、居宅サービス計画の立案に当たり、計画を実現可能で有効なものとするため担当者会議を開催し、担当者それぞれに専門的な立場からの意見を求めて計画に反映する必要がある。また、各担当者の専門的視点による評価や専門職間の合意形成、ケアを担うチームの一員としての家族及び利用者本人の意向や希望を確認する機会でもあるので、必要な要点を記録し保管しておくことを指導。

(ポイント)

小規模多機能型居宅介護計画の作成においては、介護支援専門員は「利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサー

ビス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなくてはならない。」とされている。

○福祉用具貸与におけるサービス担当者会議について

- ・福祉用具を貸与しているが、必要性を検討した記録や福祉用具を位置付ける理由が記載されていない事例。

福祉用具を貸与する場合には、その必要性を十分に検証し、居宅サービス計画書に理由を記載することを指導。

(ポイント)

福祉用具の貸与等に関しては、その必要性を十分検証しないまま選定した場合に、利用者の自立支援が逆に阻害される場合がある。

このため、利用の妥当性を検討し居宅サービス計画に必要な理由を記載することとされている。

また、継続して貸与をする場合その必要性についても十分検証し、継続する理由を居宅サービス計画に記載することが求められているので留意すること。

●地域密着型介護老人福祉施設

○施設サービス計画について

- ・計画書の内容が画一的で個別性に欠ける内容が散見された事例。
- ・「関節可動域の曲げ伸ばし運動を行い、拘縮を防ぐ」を設定しているが、週間計画や日課計画表に具体的なサービス内容等の記載が確認できなかった事例

施設サービスにおいては、必ずしも本人からの希望や意向が確認できるかは入所者の状態により差異はあると考えられるが、専門的見地に基づき、入所者や家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとするよう留意する必要があることを指導。

施設サービス計画の「解決すべき課題」「長期・短期目標」「サービス内容」に基づき、週間サービス計画や日課計画表にも多職種担当者と緊密な連携を図り、個別の具体的な取組み内容等を定めておくことを指導。

(ポイント)

計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、地域密着型施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、地域密着型施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

また、当該地域密着型施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（機能訓練、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には地域密着型施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。

○モニタリングの実施及び記録について

- ・評価内容が一部変更となっていたにもかかわらず、計画書の変更などは見られなかった事例。
- ・入退院を繰り返した利用者のモニタリングにおいて入退院があった事実は確

認できたが、その事実によって利用者の体調変化や、身体的、精神的な援助に対する記載が確認できなかった事例。

入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には必要に応じて施設サービス計画の変更を行うとともに円滑に連携が行われる体制の整備に務め、記録の充実を指導。

(ポイント)

施設サービス計画の作成後、定期的に入所者と面接してモニタリングを行う必要があり、モニタリングの結果については定期的に記録する必要がある。

モニタリングを行う意義は入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、施設ケアが常に適切であるかどうかを確認することにある。

計画担当者は、利用者に関する情報を収集、分析して利用者の抱えている課題を抽出、ニーズを明確化したうえで地域密着型通所介護計画等を作成、実施、評価するといった一連のプロセスを実施していくこと、いわゆる「PDCA サイクル」が推奨されている。

このことを踏まえ施設サービス計画作成の流れについて再度理解し、利用者の目標を達成するための具体的な施設サービス計画を作成すること。

●認知症対応型共同生活介護

○認知症対応型共同生活介護計画について

- ・利用者の過去6月間の認知症対応型共同生活介護計画が確認できない事例。
- ・入退院を繰り返した利用者のモニタリングにおいて、入退院があった事実は確認できたが、その事実によって利用者の体調変化や、身体的、精神的な援助に対する評価が確認できなかった事例。

認知症対応型共同生活介護計画作成に当たっては、アセスメントとして、利用者に関する情報を収集・分析して利用者の抱えている課題を抽出、ニーズを明確化したうえで認知症対応型共同生活介護計画を作成するよう指導。

(ポイント)

計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならないとされている。

利用者の目標を達成するための具体的な認知症対応型共同生活介護計画を作成する必要がある。

計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

○担当者会議の開催及び記録の保管について

- ・サービス担当者会議の記録が保管されていない事例があり、実際に担当者会議が開催されているか確認できなかった。

現在コロナ禍であり、本人・家族を含めての担当者会議が困難であることも考えられる。その場合には、書面やその他の方法で確認した内容を記録に残すこと。

なお、計画作成担当者は、グループホーム介護計画の立案に当たり、計画を実現可能で有効なものとするため担当者会議を開催し、本人・家族の意向、担当者それぞれの立場から意見を求めて計画に反映する必要がある。

また、各担当者の専門的視点による評価や専門職間の合意形成、ケアを担うチームの一員としての家族及び利用者本人の意向や希望を確認する機会でもあるので、必要な要点を記録し保管しておくことを指導。