

令和 4 年度運営指導結果等について

I 実施数 27 事業所

II 指導事項及びその内容

1 全サービス共通事項

(1) 令和 3 年度介護報酬改定における経過措置対象項目について

令和 3 年度介護報酬改定における運営基準の改正に伴い、感染症や災害への対応力強化及び高齢者虐待防止の推進等について、令和 6 年 3 月 31 日の経過措置満了までに体制を整備する必要がある。対応が不十分な項目があったので、なるべく早期に対応すること。

(2) 運営規程等の書類整備について

運営規程、重要事項説明書、契約書等の書類について、内容が現況と異なっていたり、書類間の整合性が取れていなかったりする箇所が散見されたため、作成にあたって留意すること。

(3) 研修計画について

高齢者虐待や感染症対策等の研修を含む研修計画を策定し、研修を定期的実施すること。

(4) 個人情報の取り扱いについて

個人情報の F A X 通信を受信した場合は、送信元事業所へ F A X 通信は緊急時の必要最小限に止め、必ず本人氏名のマスクング等を行い、F A X 通信時に個人情報が流出しないよう対策を講じるよう依頼するとともに後日、原本を受領し保管すること。

(5) 勤務実績の管理について

職員の勤務実態と勤務表に異なる日があったため、勤務の実績管理を適切に行うこと。

(6) 他事業所との兼務について

他の事業所と兼務している職員がいる場合は、それぞれの事業所の業務日誌等において勤務実績を記録するとともに勤務表で勤務時間を明確に区別して勤務体制を管理すること。

(7) 同意書等の記入漏れについて

重要事項説明書、契約書、同意書等について、日付・利用者氏名・契約開始日等の記入漏れや法人印の押印漏れが見受けられたため、記載・押印すること。

(8) 代筆により署名を受ける場合について

居宅サービス計画や個別サービス計画等への同意の署名が代筆による場合、利用者本人の名前だけでなく、代筆者の名前及び続柄の記入を求めること。

(9) サービス担当者会議の記録について

サービス担当者会議の記録がないものや不十分なものが散見された。サービス担当者会議は、介護サービスに関わるスタッフ全員が、利用者の意見や心身の状態、家族の要望などの課題を共有し、同じ目線で支援の方向性を考えるための重要なプロセスであるため、必ず記録に残しておくこと。また、開催できない場合は、担当ケアマネジャーにその理由を確認し、担当ケアマネジャーとの協議内容とともに開催できない理由を記録に残すこと。

(10) 介護記録について

利用者のサービス利用時の状況について把握できるよう、日々の介護記録に具体的な支援内容や利用者の心身の状況等（本人の言葉や表情等）を記録すること。また、記載者のサインがないものが散見されたため、記載者名を記録すること。

(11) 居宅サービス計画と個別サービス計画の整合について

居宅サービス計画書と個別サービス計画書で、長期目標や短期目標、計画期間などに整合性が見られないものがあつたので整合させること。

(12) 基本情報（フェイスシート）、アセスメントについて

基本情報、アセスメントシートの情報量が少ないものが見受けられた。課題を導き出すために、本人の身体状況や思い・環境・生活歴・既往歴・服薬情報・趣味・生きがいなどの情報収集を行い、新しく知り得た情報を追加して最新のものを記録すること。利用者の状態に変化があつた時や、少なくとも認定期間の更新のタイミングでは再アセスメントをすること。

(13) 短期目標・長期目標について

内容が漠然としているものやスタッフの目標となっているものが見受けられた。解決すべき課題を明確にし、利用者と一緒に話し合い本人の出来ることに目を向け、具体的に記載されたい。

【長期目標】 利用者の望む生活や最終的に目指す達成可能な目標

【短期目標】 長期目標を達成するための段階的な目標、達成可能な具体的な目標

(14) モニタリング及び目標の見直しについて

モニタリングについて、6か月に1回程度は計画に対して評価すること。いくつか目標があれば、それぞれについてどの程度達成できているか検証し、本人の状況の変化を含め具体的に記載すること。また、目標が達成できていたら、もっと自立に向けた目標を設定し、達成できなかつたら、達成可能な目標に変更すること。

(15) 介護サービス提供中の事故について

介護サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに家族に報告すること。また、ガイドラインに沿って速やかに市に報告するとともに事故の原因分析や再発防止策の検討を行うなど適切に対応すること。

2 居宅介護支援事業所

(1) 公正・中立なケアマネジメントの確保について

居宅サービス計画の作成にあたって、利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であることについて、重要事項説明書等の利用者に交付する文書に明記すること。そして、その内容について丁寧に説明した上で、理解したことについて署名を得ること。(未実施の場合は、減算の対象になります)

また、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、事業所選定の経緯を経過記録に記録すること。

(2) 居宅サービス計画について

ケアプランの長期目標と短期目標の期間が同じになっているものが見受けられた。短期目標は3～6か月、長期目標は1年～有効期間内など、短期目標の達成が長期目標の達成につながるようなケアプランを作成すること。

(3) 経過記録について

経過記録にどこに訪問し、誰と面談したのか記入がないため、記録すること。

また、本人の言葉をそのまま記入し、本人の意向や思いをくみ取り、家族や本人の言葉と思いに対して、ケアマネジャーがどこまで連携してどう対応したのか、ケアマネジャーが実施したことも記録すること。

(4) ケアマネジメントの質の向上について

市が毎月開催する「ケアマネジャー連絡会議」や市主催の研修に積極的に参加し、ケアマネジメントの質の向上に努められたい。

3 地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・総合事業通所型サービス

(1) 職種ごとの配置の明確化について

営業日毎に生活相談員はどの職員を配置しているのか、介護職員や機能訓練指導員はどの職員を配置しているのかなど、職種ごとにどの職員が配置されているか、勤務表や業務日誌などにおいて明確にすること。

(2) 通所介護計画について

サービス提供内容がどの利用者にもほぼ同様の内容になっている。本人・家族の希望や生活状況、日常生活動作の状況などから、支援の必要性をアセスメントし、具体的で個別性のある支援計画を立てること。

(3) 地域密着型通所介護の利用者は、山陽小野田市民を優先的に対象とし、市外の利用者は定員の2割以下が望ましい。新規受入者については山陽小野田市民を優先すること。

4 認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護

(1) 介護記録について

介護記録に、「特変なし」「変わりなし」との記載が目立つ。認知機能の低下などから自分の気持ちや症状を上手く訴えられない方が多いため、スタッフの気づきが、身体状況の把握や異常の早期発見のために貴重な情報である。介護記録にスタッフが実施したこと、本人が行ったこと等だけでなく、本人の言葉や思い表情なども記録すること。

(2) 内部及び外部評価について

内部及び外部評価は、年に1回実施し、その結果を運営推進会議で報告し、公表するとともに市へ提出すること。

(3) ケアプランについて

本人の趣味や生きがい・楽しみなどに着目して、目標達成のためにグループホームでは何ができるか、課題解決のために、取り組むべきことを本人と一緒に考え、具体的で達成可能な目標を検討すること。

(4) 小規模多機能型居宅介護の泊まりについて

小規模多機能型居宅介護の連泊者については、サービス利用の適正化の観点から理由書を速やかに提出すること。また、連泊者が多く、急な「泊まり」の希望が受けられない状態であることは適切ではない。他の施設の利用も視野に対応を検討すること。

5 総合事業訪問型サービス

(1) サービス提供記録について

サービス提供記録について、連絡票を活用し、利用者の状況を記録すること。