

介護保険サービス事業者実地指導 主な指摘事項
〔（介護予防）特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護〕

1. 運営に関する基準

項目	事業所の状況	指導内容
運営規程・重要事項説明書	運営規程で定めている内容と重要事項説明書に書かれている内容が一致していなかった。	それぞれの記載内容が一致するように整合性を図ってください。
運営規程	利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続きについて記載がなかった。	平 25 規則 34 第 194 条〔（地域密着）平 25 規則 36 第 124 条〕のとおり運営規程には「利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続き」を記載しなければなりません。一時介護室に移る場合などを想定し、必要な事項を明記してください。
運営規程	運営規程に規定すべき項目が不足していた。	サービスの内容及び利用料その他の費用の額について、運営規程内で完結するように記載してください。
重要事項説明書	①重要事項説明書に記載すべき項目が不足していた。 ②運営規程に規定していない費用を重要事項説明書に規定し、徴収していた。	①平 11 老企第 25 号〔（地域密着）平 18 厚労告第 34 号〕で例示されている項目（運営規程の概要、職員の勤務体制、介護居室、一時介護室、浴室、食堂及び機能訓練室の概要、要介護状態区分に応じて当該事業者が提供する標準的な介護サービスの内容、利用料の額及びその改定の方法並びに事故発生時の対応等）については必ず記載してください。 ②利用者から徴収する費用については、運営規程に定めたとうえで徴収してください。
重要事項説明書	重要事項説明書に記載すべき項目が不足していた。	食堂及び機能訓練室の具体的な広さについて、利用者に文書で説明していることが確認できませんでした。重要事項説明書やパンフレット等、利用申込者に交付する資料に当該項目を加えてください。

個別サービス計画	①サービス提供前に利用者又は家族から同意を得ていなかった。 ②計画の目標に対して評価をしていなかった。	①作成した計画は、サービス提供前に内容を利用者又はその家族に説明し、文書により利用者の同意を得てください。 ②目標の達成状況を把握し、必要に応じて計画の変更を行ってください。
労働安全衛生規則	夜勤職員について年2回の健康診断を受診していなかった。	夜勤職員に対しては、その職務に配置替えになった際、およびその後6ヵ月以内ごとに1回、定期的に健康診断を実施してください。
勤務体制の確保	ハラスメント防止のための方針の明確化及び相談体制の整備等の必要な措置を講じていなかった。	事業者は、職場におけるハラスメント（セクシュアルハラスメント（上司や同僚に限らず、入所者（利用者）やその家族等から受けるものも含む。）やパワーハラスメント）の防止のための雇用管理上の措置を講じてください。 ※ 介護現場では特に、入所者（利用者）又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められています。
非常災害対策	消火及び避難訓練を実施していなかった。	消火及び避難訓練について、年2回（そのうち1回は夜間を想定）以上実施してください。
身体的拘束等	身体的拘束適正化のための研修を実施していない又は実施したことが確認できなかった。	介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束適正化のための研修を定期的（年2回以上及び新規採用時）に実施してください。 また、研修についての年間計画を立て、実施記録を残してください。

	【参考】身体拘束廃止未実施減算 ○次のいずれかに該当する場合は、入所者全員について 10%減算となります。 ① 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していない。 ② 身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない。 ③ 身体的拘束適正化のための指針を整備していない。 ④ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束適正化のための研修を定期的（年2回以上及び新規採用時）に実施していない。
--	---

2. 介護給付費の算定及び取扱い

項目	事業所の状況	指導内容
個別機能訓練加算	モニタリングが適切に実施されていなかった。	利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、個別機能訓練の効果、実施方法等について評価を行ってください。
医療機関連携加算	利用者の主治医との間で提供する情報の内容をあらかじめ定めていなかった。	あらかじめ、事業者と協力医療機関等で、情報提供の期間及び利用者の健康状況の著しい変化の有無等の提供する情報の内容について定めてください。
口腔衛生管理体制加算	入居者の口腔ケア・マネジメントに係る計画の内容が不足していた。	入居者の口腔ケア・マネジメントに係る計画には、以下の事項を記載してください。 イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題 ロ 当該施設における目標 ハ 具体的方策 ニ 留意事項 ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況 ヘ 歯科医師からの指示内容の要点
口腔・栄養スクリーニング加算	栄養スクリーニングを行う利用者について、確認すべき栄養状態に関する情報を確認していなかった。	栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、次に掲げる確認を行ってください。 ・BMIが18.5未満である者 ・1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者

		・「地域支援事業の実施について」に規定する基本チェックリストNo.11 の項目が「1」に該当する者 ・血清アルブミン値が 3.5 g /dl 以下である者 ・食事摂取量が不良（75%以下）である者
看取り介護加算	介護記録等への記録に不備があった。	看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録してください。 イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録 ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録 ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録
介護職員処遇改善加算	職員へ処遇改善計画等の内容が周知されていなかった。	全ての介護職員に処遇改善計画等の内容を周知してください。