資料2

令和4年度
地域密着型サービス事業所

運営指導結果について

R6.1.26　令和5年度小樽市地域密着型サービス事業所集団指導

令和4年度　運営指導について

●国の指針では、少なくとも６年に1回以上（居住系・施設系サービスは3年に１回以上）は実施することとされている。
本市ではすべてのサービス種別で６年間に概ね2回実施している。
→更新前、中間（３年ごと）に実施。
それ以外に指導が必要と判断した事業所に適宜実施。

令和４年度の運営指導

・令和２年度以降、新型コロナウイルス感染拡大防止対策を取った指導方法に切り替えて実施。

令和4年度　運営指導について

令和3年4月1日付けの介護報酬改正による運営基準・算定基準に基づき、運営指導を実施した。

例年多い指摘事項に加え、令和３年度に変更・追加のあった基準に抵触していることによる指摘が見られた。

今一度、運営基準(赤本)・
算定基準(青本)の確認をお願いします。

令和4年度　運営指導結果

●実施期間

令和４年６月２８日～令和５年２月１４日

年度当初予定期間：令和4年6月28日～令和5年2月迄

※コロナの発生等により、年度当初予定数から10か所少ない実施となる

●実績

・地域密着型サービス事業所　28件（予定数35件）

・居宅介護支援事業所　16件（予定数19件）

・介護予防支援事業所　3件（予定数　3件）

計 47件（予定数57件）

令和4年度　運営指導結果一覧

指摘件数は昨年度よりも減少傾向ですが…

	指導項目	文書指導	助言
1	財務関係	0	0
2	預かり金	0	0
3	費用徴収	0	0
4	勤務体制	3	1
5	診断書	2	0
6	変更届出	0	0
7	運営規定・重要事項説明書	24	11
8	介護計画	12	32
9	介護記録	8	1
10	職員研修	0	2
11	福祉用具	0	0
12	加算関係	12	22

	指導項目	文書指導	助言
13	衛生管理	0	0
14	自己評価・外部評価	0	0
15	身体拘束	0	0
16	事故防止	0	0
17	苦情処理	0	0
18	非常災害対策	6	0
19	運営推進会議	0	5
20	地域連携・交流	0	0
21	個人情報	2	0
22	その他	0	8
	項目計	69	82

令和3年度介護報酬改正項目について、正しい手続・対応が取られていない。

運営規程「運営規程・重要事項説明書」の指摘が多数！

その他
「契約の同意に関して」6件

令和4年度　運営指導結果

★令和４年度における主な指導事項（体制・運営面）

・内容及び手続の説明及び同意について
・運営規程、重要事項説明書に関するもの

↓

◆令和３年４月の介護報酬改正により変更された内容について、説明・同意・交付の過程が確認できない

◆重要事項説明書と運営規程の内容の整合性がとれていない

◆重要事項として第三者評価の実施状況についても、利用者及びその家族に説明を行ったうえで同意を得ること

重要事項説明書･運営規程等について

○令和３年４月の介護報酬改正により変更された内容について、利用者及びその家族に対して重要事項説明書をもって説明し、書面による同意を得ている。
しかし、令和３年４月以前より利用されている方に対しては、報酬改正の内容に　ついて重要事項説明書とは別に文書にて利用者に説明・交付を行っているが、書面による同意を得たことが確認できなかった。

重要事項説明書･運営規程等について

○貴事業所の重要事項説明書には、第三者評価の実施状況について記載がなかった。運営基準及び解釈通知に基づき、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項の一つとして、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）を重要事項説明書に記載すること。

↓

運営基準第３条の７（準用）

【内容及び手続の説明及び同意】

令和4年度　運営指導結果

★令和４年度における主な指導事項（介護計画面）

・介護計画の同意

◆介護計画の同意に関すること（代筆者名・続柄の記載がない　など）

◆同意日とケアプラン期間の整合性がとれていない　など

８　介護計画

○ケアプランに対する同意について、利用者名の署名がなく、代筆した利用者の家族の署名のみが記され、本人へ説明と同意を得るプロセスを経たか不明なものがみられた。

○居宅介護支援事業所をはじめとする関係機関から情報提供されたものを、原書のままアセスメントとして使用し、通所介護計画を作成している。

○ケアプランの期間の初日以降に同意を得ている。

○ケアプランが利用者へ交付したことについて、支援経過等に記録がなく、交付したことを確認できない。

８　介護計画

○長期目標と短期目標が利用者の目標ではなく、介護従業者の目標とされている実態が確認された。
※利用者主体の目標ではなく介護者の目標と読み取れる表現となっている。

利用者自身が主体となるよう目標を設定し、利用者の意思を反映した個別性のあるケアプランを作成することを期待します。

○長期・短期目標を変更する根拠となる、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境についての情報収集や課題の分析（以下「アセスメント」という。）の記録がなく、次回のケアプランを新たな内容に変更していたことが確認された。

８　介護計画

○モニタリングについて

　介護計画に「長期目標」と「短期目標」を設定していたが、「短期目標」については、作成後に実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）を行っている旨を確認したが、「長期目標」についてはモニタリングを行った旨の記録がなく、モニタリングが実施されているかどうか判断ができなかった。

介護計画に「長期目標」と「短期目標」を位置付けるのであれば、「短期目標」だけではなく、「長期目標」についてもモニタリングし、モニタリングを踏まえた利用者自身の目標となるよう、今後のケアプラン作成を実施されたい。

地域密着型サービス指定基準

	具体的な取扱方針	計画等の作成
定期巡回随時対応型訪問介護看護	３条の22	３条の24
夜間対応型訪問介護	10条	11条
地域密着型通所介護	26条	27条
認知症対応型通所介護	51条	52条
小規模多機能型居宅介護	73条	77条
認知症対応型共同生活介護	97条	98条
地域密着型特定施設入居者生活介護	118条	119条
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	137条	138条
看護小規模多機能型居宅介護	177条	179条

■地域密着型通所介護計画の作成について

【基本的取扱方針】 指定基準第25条より抜粋

利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

自らその提供する指定地域密着型通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

【具体的取扱方針】 指定基準第26条より一部抜粋

地域密着型通所介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないように、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うものとする。

常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。

（地域密着型通所介護計画の作成）

第二十七条　　指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、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、機能訓練等の目標、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地域密着型通所介護計画を作成しなければならない。

２　　地域密着型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

３　　指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

４　　指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画を作成した際には、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

５　　指定地域密着型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

■地域密着型通所介護計画の作成にかかる一連の業務の流れ

□アセスメント

居宅訪問、面談、介護支援専門員や関係機関からの情報提供（サービス担当者会議での情報を含む）を基に、利用者の心身の状態やニーズ・社会的環境等を的確に把握・分析し、サービス提供によって解決すべき課題を明かにすること。

地域密着型通所介護計画の作成時・変更時には、<u>必ず事前にアセスメントを行う</u>こと。

Point!

アセスメント記録は必ず作成し、実施日の記載を忘れないようにしましょう。

■地域密着型通所介護計画の作成にかかる一連の業務の流れ

□計画の作成

【作成方法】

1. サービス提供に関わる従業員が共同して作成する。

Point!

スタッフ会議等、関係職員間で検討するなど、共同して計画作成し、記録を残すこと

【作成内容】

1. アセスメントに基づき、目標や具体的なサービス内容等を記載する。

2. 既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

Point!

その他の主な記載事項として、計画作成日、サービス提供時間（送迎を除く）、日課（プログラム）の記載は必須。さらに目標の対象期間について記載しても良い。

■地域密着型通所介護計画の作成にかかる一連の業務の流れ

□計画の作成

【作成したら】

1. 計画について、利用者及びその家族に対して説明します。

2. 利用者の同意、そして交付をします。

Point!

1. 説明・同意・交付の年月日を明記するよう注意
2. 利用者本人の同意が必要であるため、同意欄に本人が署名できない場合は、利用者氏名、代筆者氏名、代筆者との関係（続柄）、代筆理由を記載すること。
3. 当該計画でサービス提供を開始するまでに、同意を得ること。

■地域密着型通所介護計画の作成にかかる一連の業務の流れ

□サービス提供

1. 地域密着型通所介護計画に従った**サービスの実施状況の記録**

□モニタリング・評価

1. 地域密着型通所介護計画に従った**目標の達成状況の記録**

2. サービス実施状況や評価の説明

（３）　地域密着型通所介護計画の作成　　(解釈通知より抜粋)

①　基準第27条で定める地域密着型通所介護計画については、介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが望ましい。

②　地域密着型通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものである。

③　地域密着型通所介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。なお、地域密着型通所介護計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該地域密着型通所介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。

④　地域密着型通所介護計画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作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならず、また、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

なお、交付した地域密着型通所介護計画は、地域密着型基準第36条第２項の規定に基づき、２年間保存しなければならない。

⑤　地域密着型通所介護計画の目標及び内容については、利用者又は家族に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。

◆認知症対応型共同生活介護計画における一連の業務における留意点について

入居時

（1）主治医の診断書等により認知症であることを確認します。　（運営基準第94条第2項）

・入居する前に確認してください。（診断書等の日付が入居日よりも前になっていること）
・診断書等とは、主治医の診断書の他、主治医意見書や診療情報提供書も有効とします。
ただし、病院名、主治医氏名、診断日（記載日）が明確に記載されていること、
認知症と明確に記載されていることが必要です。

（2）介護保険被保険者証に入所日及び事業所名（ユニット名含む）を記入します。

（運営基準第95条第1項）

・ユニット名称も忘れずに記載しましょう。

アセスメント

（3）**利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握をします。**　（運営基準第94条第4項、第98条第3項）

・居宅介護支援事業所の介護支援専門員と契約している場合は、利用者や家族の同意の上で、情報提供をしてもらい把握します。
・既往歴や服薬状況等、主治医等と連絡を取って把握します。

アセスメント

ケアプラン原案作成

（4）情報収集と課題分析

利用者の希望や環境等の情報も把握した上で、課題（ニーズ）を抽出します。

（運営基準第98条第3項）

・アセスメント項目は、課題分析標準項目（23項目）を準用すること。

（介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について／H11.11.12老企第29号）

【留意点】

アセスメントでは、情報収集による現状の把握に加え、将来の予測として悪化の危険性や改善の可能性を検討しましょう。

特に、利用者の有する強み（能力や環境）について理解することや、マズローの欲求段階等を踏まえた視点を持ってアセスメントを実施してください。

（5）スタッフ会議（サービス担当者会議）の開催

アセスメントを基に、目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容について、検討します。

（運営基準第98条第3項）

・スタッフ会議は、介護支援専門員、計画作成担当者、介護職をはじめとして、できるだけ多職種が参加し、必ず記録を残しましょう。（日時、参加者、内容の記載は必須）

ケアプラン原案作成

（6）目標の設定

課題（ニーズ）を踏まえ、目標を設定します。　（運営基準第98条第3項）

・利用者を主体とした目標の設定をすること。（支援者の目標にならないように注意）
・要介護度認定の有効期限内に実現可能な目標を設定してください。
・目標の設定の際は、長期目標及び短期目標を設定することが望ましい。

①長期目標

・抽象的な表現ではなく、具体的な表現で記載してください。
・有効期間は、課題（ニーズ）の充足に向けて設定した目標が達成できると見込まれる期間を設定すること。
※目標によっては、要介護度認定の有効期限に設定することも可

②短期目標

・課題（ニーズ）や長期目標に段階的に対応し、解決に結びつける目標を設定する。
・期間は、長期目標の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」が達成できると見込まれる期間を設定すること。

【目標の達成期間の設定】

目標の達成期間については、「〇カ月」という定めはありません。基本的には、介護支援専門員の監督のもと、計画作成担当者がアセスメント等を実施した上で、個々の目標の達成に合わせて設定するものです。

しかし、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について／H11.11.12老企第29号」において、認定の有効期間を考慮するものとされていることから、少なくとも目標達成期間は認定の有効期間を超えない範囲で設定することが必要です。

つまり、長期目標（〇年〇月〇日～〇年〇月〇日←認定の有効期限）と設定することは可能です。

また、短期目標は、長期目標の期間を超えて設定することは出来ませんし、段階的に設定することが原則です。

※時折、短期目標は3か月が良いでしょうか？6か月が良いでしょうか？という質問がありますが、そもそも目標の期間設定は、事業所として一律で設定するものではなく、個々の利用者の状況等を踏まえて設定するものですから、計画原案作成時にスタッフ会議等にて十分に検討しましょう。

ケアプラン原案作成

ケアプラン作成

（7）具体的なサービスの内容を記載　（運営基準第98条第3項）

・目標を達成するためのより具体的なサービス内容（援助内容）を記載してください。
・本人や家族が取り組むことについても記載しましょう。

（8）利用者または家族への説明　（運営基準第98条第４項）

・ご家族が遠方に居住されている場合には、郵送等で計画を送付し、電話等で説明するなどして説明を行い、その日付等（誰が、いつ、誰に、どういう手段で、何をしたか）を記録しましょう。

（9）利用者の同意と交付　（運営基準第98条第４項及び第５項）

・利用者本人の同意が確認できることが必要です。
①本人が署名できる場合：同意日、本人の署名（自署）にて確認する。（電子署名も可）
②本人が署名できない場合：本人が同意していることを確認した上で、署名を代筆する場合は、本人氏名、代筆者氏名、本人との関係（続柄）、代筆理由を記載すること。
・目標の達成期間の開始よりも前に、利用者本人の同意を得ること。
・利用者に計画を交付したことを記録（5W1H）すること。

モニタリング

ケアプラン変更（更新）

（10）実施状況の把握　（運営基準第98条第6項）

利用者の状況を把握し、計画に定めた目標の達成度等について検討を行います。

・実施状況の把握には、利用者との面接の他、日々の介護記録や介護スタッフ等との連絡を取るなど、利用者に関わる多職種の意見を踏まえて把握してください。
・実施状況の把握（モニタリング）は、月１回以上行うことが望ましいが、設定した目標（短期目標）の達成期間を更新する際には、必ず実施し記録をすること。

（11）認知症対応型共同生活介護計画の変更　（運営基準第98条第6項、第７項）

実施状況の把握（モニタリング）の結果、必要があれば適宜、計画を変更します。

・計画の変更とは、設定した目標（目標達成期間も含む）や具体的なサービス内容等の変更のことです。
・変更時には、(3)～(9)の一連の業務を行うこと。

【計画の変更時の留意事項】

・目標に長期と短期の設定をしている場合は、長期目標だけではなく、短期目標の変更時（目標達成期間の更新）も（11）が適用されます。
・モニタリング(アセスメント含む)等の結果、設定した短期目標やサービス内容等に変更がなく、単に短期目標の目標達成期間を　延長するだけの変更については、改めて目標達成期間を設定し当該計画を作成する等、(3)～(9)の一連の業務を行うこと。
　また、当該変更を軽微な変更として判断した場合は、計画の変更箇所の冒頭に変更時点を明記し、同一用紙に見え消し修正を行い、支援経過記録等に軽微な変更として取り扱った旨を記載するとともに、利用者及び家族にも軽微な変更の内容を説明し、利用者の同意を得て記録することも可とします。ただし、長期目標や目標（長期と短期に分けていない場合）の更新・変更時および要介護認定の更新・変更時には、軽微な変更としては取り扱うことを不可とする。

１２　加算関係

下記の加算についての指摘がみられました。

①　個別機能訓練加算

②　口腔機能向上加算

③　入浴介助加算

①～③の共通点は、各加算要件に係る関係職種と共同して計画を作成した過程や、介護支援専門員との連携について、実施したことの記録の充実を図ること。

④　医療連携体制加算

④は、看護師の配置を「小樽市における認知症対応型共同生活介護の医療連携体制についての指針（平成２９年４月１０日通知）」に則って行うこと。

１２　加算関係

個別機能訓練加算（Ⅰ）イの算定要件を満たして運営しているが、個別機能訓練加算の趣旨を踏まえ、以下の点について更なる取組に努められたい。

（１）機能訓練指導員や介護職員、生活相談員等が共同して個別機能訓練計画を作成した過程がより明確にわかるよう、スタッフ会議等の記録の充実を図ること。
（２）利用者の居宅を訪問して生活状況を確認（以下「アセスメント」という。）する際は、その都度、個別機能訓練計画の内容を踏まえて居宅内の間取りや配置を記録することに加え、そこで生活する利用者自身の状況にも焦点を当ててその変化等について記録するなど、アセスメント記録の充実を図ること。
（３）実施状況等について介護支援専門員等に報告・相談等を行ったことが明確にわかるよう、FAX、メール等で送信した事柄について適切に記録すること。

なお、上記への取組については、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及びその留意事項通知、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月１６日老老発０３１６第２号）を参考とされたい。

１２　加算関係

口腔機能向上加算（Ⅰ）の算定要件を満たして運営しているが、口腔機能向上加算の趣旨を踏まえ、以下の点について更なる取組に努められたい。

（１）看護職員や介護職員、生活相談員等が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成した過程がより明確にわかるよう、スタッフ会議等の記録の充実を図ること。
（２）口腔機能の状態の評価を行い、その結果について介護支援専門員等に情報提供を行ったことが明確にわかるよう、FAX、メール等で送信した事柄について適切に記録すること。

なお、上記への取組については、算定基準及び留意事項通知、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月１６日老老発０３１６第２号）を参考とされたい。

１２　加算関係

医療連携体制加算（Ⅰ）を算定している。
当該加算の算定に当たっては「小樽市における認知症対応型共同生活介護の医療連携体制についての指針（平成２９年４月１０日通知）」の「第二 看護師による入居者への日常的健康管理の実施回数、時間について」により、看護師の勤務体制について「１つの共同生活住居（ユニット）につき１週間当たり最低でも90分以上を確保するものとし、日常的健康管理の実施の間隔は１週間以上空かないようにすること。ただし、この時間及び頻度の設定は当該ユニットの入居者全員の健康状態が安定している場合の最低時間・頻度とする。」と定めているが、当該看護師の事情により、１週間以上日常的健康管理がされていない状態のまま、本加算が算定されていることが確認された。

本加算は環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備していることを評価するものであることに留意し、本市の指針に基づき適正な加算の算定となるよう改善されたい。また、医療連携体制加算にかかる算定要件について自主点検を行い、当該加算の介護給付費等について返還の措置（過誤調整）を講じること。

１９　運営推進会議

【外部評価を運営推進会議で行う場合】

○併設する事業所と合同で運営推進会議を実施しているが、外部評価を行う同会議も合同で開催されている

運営基準及び解釈通知に基づき、外部評価を行う運営推進会議は単独で開催されたい。

○年度内に2回は開催されているものの、おおむね6か月に1回の頻度に達していないことが確認された。

開催回数・間隔の目安

◆おおむね６か月に１回以上

地域密着型通所介護
認知症対応型通所介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
（医療・介護連携推進会議）

◆おおむね２か月に１回以上

認知症対応型共同生活介護
地域密着型介護老人福祉施設
小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービス指定基準

	地域との連携
定期巡回随時対応型訪問介護看護	３条の37
夜間対応型訪問介護	16条
地域密着型通所介護	34条
認知症対応型通所介護	34条(準用)
小規模多機能型居宅介護	34条(準用)
認知症対応型共同生活介護	34条(準用)
地域密着型特定施設入居者生活介護	34条(準用)
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	34条(準用)
看護小規模多機能型居宅介護	34条(準用)

指定地域密着型サービスの事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）

記録の整備

（地域密着型サービス事業者）が同項各号に規定する記録を整備し、２年間保存しなければならないこととしたものである。

なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

指定地域密着型サービスの事業の人員及び運営に関する基準

第三条の四十
指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

２　指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。
一　定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画
二　第三条の十八第二項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
三　第三条の二十三第二項に規定する主治の医師による指示の文書
四　第三条の二十四第十一項に規定する訪問看護報告書
五　第三条の二十六に規定する市町村への通知に係る記録
六　第三条の三十六第二項に規定する苦情の内容等の記録
七　第三条の三十八第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

第三十六条　指定地域密着型通所介護
第六十条　指定認知症対応型通所介護
第八十七条　指定小規模多機能型居宅介護事業
第百七条　指定認知症対応型共同生活介護
第百五十六条　指定地域密着型介護老人福祉施設
第百八十一条　指定看護小規模多機能型居宅介護

令和5年度　運営指導について

例年多い指摘事項に加え、令和3年度改正の介護報酬の基準に抵触していることによる指摘が見られています。

令和５年度末で経過措置が終了する「令和３年度介護報酬の改定事項」については、今年度中の運営指導では「助言」もしくは「口頭助言」であったとしても、令和６年度からの運営指導では、「文書指導」事項となります。

令和５年度末で経過措置を終了する介護報酬の改定事項があります

❶感染症対策の強化（全サービス）

●運営基準

衛生管理等

・第３条の３１第３項（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）
・第 33 条第２項（準用）（地域密着型サービス　※地域密着型介護老人福祉施設を除く）
・第１５１条第２項（地域密着型介護老人福祉施設：赤字部分が追加され、頻度は置き換えになります）
・第２１条の２（居宅介護支援）
・第２０条の２（介護予防支援）

一　感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６か月に１回（３か月に１回）以上開催するとともに、その結果について従業者※に周知徹底を図ること。

※下線部はサービス種別により読み替える

二　感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること

三　従業者に対し、感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための研修及び（並びに感染症の予防及びまん延防止のための）訓練を定期的に実施すること

「研修や訓練を定期的に」って書いてあるけど、年に何回行うと「定期的」って言えるの？

赤本の右側の解釈通知に載っています！
サービス種別によって違うから、確認してみよう！

❷業務継続に向けた取組の強化（全サービス）

感染症や災害発生時において、利用者に継続的なサービス提供を実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、従業者に周知し、研修及び訓練を定期的に実施すること、また、定期的に計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行うこと。

◎感染症に係る業務継続計画に以下の項目等を記載すること

・平時からの備え（体制構築、整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

・初動対応

・感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

◎災害に係る業務継続計画に以下の項目等を記載すること

・平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必需品の備蓄等）

・緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

・他施設及び地域との連携

※このほか、想定される災害等は地域によって異なるため、項目については実態に応じて設定すること。

◆介護施設・事業所における業務継続計画（ＢＣＰ）作成支援に関する研修／厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html

◆福祉・介護事業所等における業務継続計画（BCP）の作成について／小樽市
https://www.city.otaru.lg.jp/docs/2021020900017/

❸認知症介護基礎研修の受講の義務付け（全サービス）

認知症介護基礎研修は、認知症介護に関する基礎的な知識・技術を修得するための研修であり、介護に関わる全ての方の認知症対応力を向上させていく観点から、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない方について、この研修の受講が令和６年４月１日より義務づけられます。

◆詳細については、北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課ホームページをご覧ください。

https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/ninchisyo/04kiso.html

※北海道では令和４年４月１日からｅラーニングで実施しています。

※次の資格等を有する方について、受講は不要です。

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修　了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修課程一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等

❹高齢者虐待防止の推進（全サービス）

虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を従業者に周知するとともに、指針を整備し、定期的に研修を実施すること。また、これらを適切に実施するための担当者を置くこと。

・委員会は管理者を含む幅広い職種で構成し、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

・委員会は事業所内の他の会議体と一体的に設置・運営も可能

・虐待事案は、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報とは限らないため、個別の状況に応じて慎重に対応すること。

※委員会で検討する事項や指針に盛り込む項目、運営規程の内容については、赤本の解釈通知を確認してください。

運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めること。内容は虐待防止に係る組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。

❺施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化（施設系サービス）

●運営基準

口腔衛生の管理

・第 143 条の 3

指定地域密着型介護老人福祉施設は、入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない。

※「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年 2 回以上実施することです。

❻施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実（施設系サービス）

栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。

●運営基準

・（現行）栄養士を 1 以上配置　→　（改正後）栄養士又は管理栄養士を 1 以上配置

・入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない。

※経過措置期間終了後、栄養ケア・マネジメントが実施されていない場合は、基本報酬が減算となりますので注意してください。

令和6年度　運営指導について

・令和6年度から、国の指針に基づき、指定更新期間内（６年間）に１回以上の頻度で実施します。また、居住系・施設系サービスは3年に１回以上の頻度で実施します。

・令和６年6月頃を目途に開始予定です。

・年間40か所（地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所）程度を予定しています。

・対象事業所は運営指導日の近くで感染症のまん延が判明した場合は、速やかに御連絡ください。延期等を総合的に判断します。

・事業所へのお知らせは、概ね運営指導の2か月前に電話で日程調整し、4週間前までに案内通知を行っています。
皆様の御協力をよろしくお願いいたします。