

令和5年度 運営指導について

運営指導とは

【根拠】

- ・介護保険法第23条
- ・木更津市介護保険サービス事業者等指導及び監査実施要綱

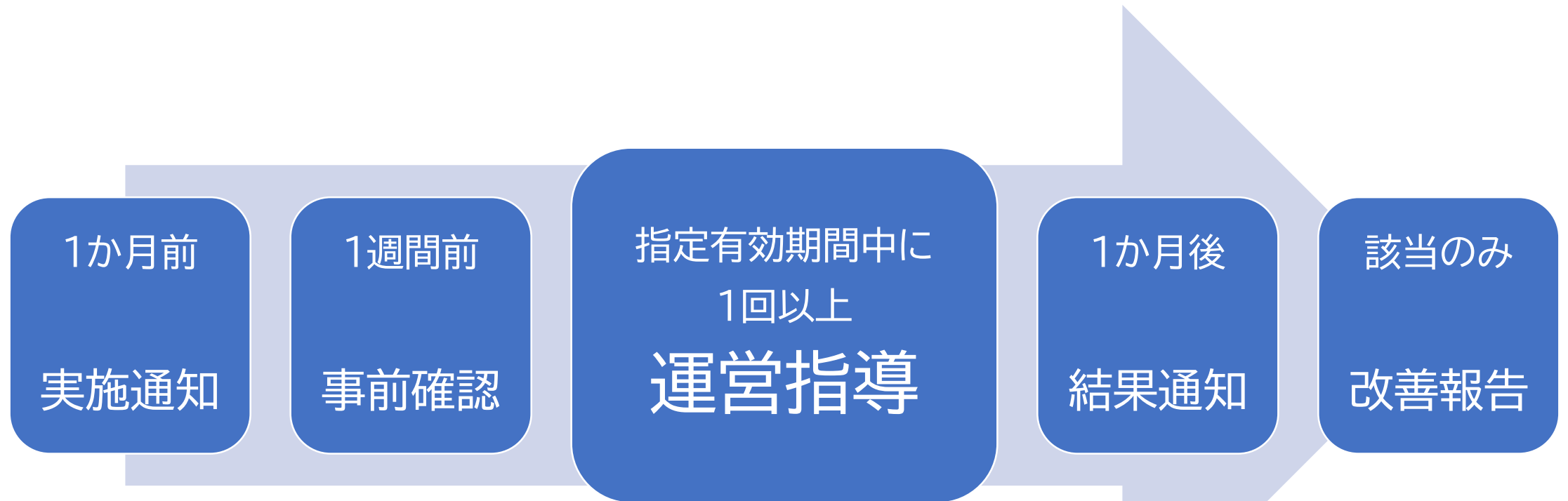
【目的】

介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付等の適正化を図る

運営指導≠監査です。

監査:運営基準違反や不正請求等の可能性がある場合に、その内容を把握するために行う行政指導

運営指導の流れ



実施通知の前に、日程調整します。
事前確認として、自己点検シートを
提出してください。

サービス種別ごとに設定された
「確認項目及び確認文書」に基づき、
実態を確認します。

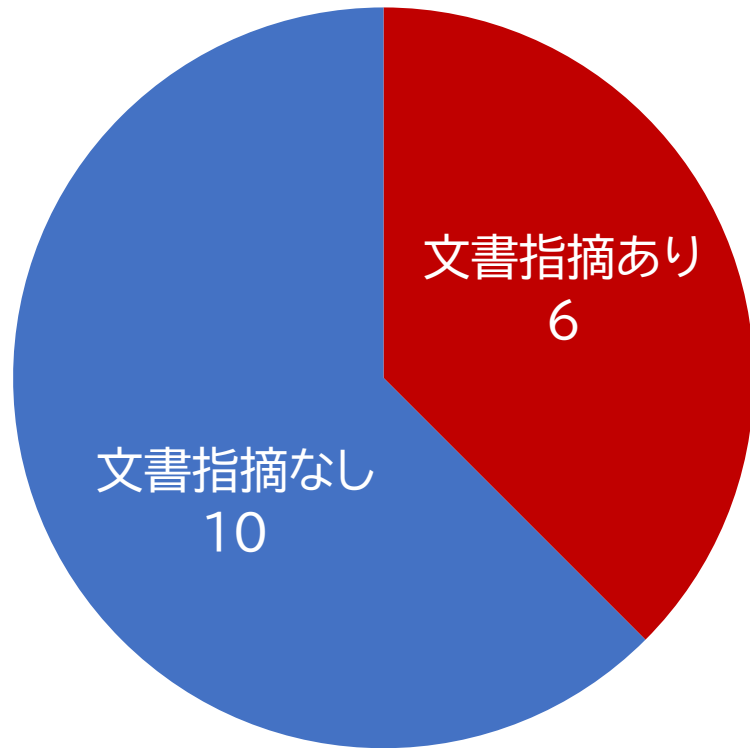
運営指導で得られた情報を基に
内部で検討して通知します。
改善報告が必要である場合は、
適宜対応してください。

令和5年度の運営指導の実績

(R6.2.29時点)

サービス種類	実績／市内事業所数
居宅介護支援	7事業所／43事業所
地域密着型通所介護	5事業所／32事業所
小規模多機能型居宅介護	1事業所／4事業所
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	3事業所／8事業所
看護小規模多機能型居宅介護	0事業所／2事業所
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (地密特養)	0事業所／6事業所
認知症対応型通所介護	0事業所／2事業所
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0事業所／3事業所

令和5年度の運営指導の実績 (R6.2.29時点)



運営指導は**改善のチャンス**です。
口頭や書面で改善点を指摘しますが、
適切に対応し改善を行えば、指定取消といった
厳しい処分に進むことはありません。

一人ひとりの個性やニーズに合わせたケアに
なるような、より良いケアの実現に
繋げていきましょう！



運営指導の主な指摘事項

ファイリングについて

利用者Aのファイルに、利用者Bに関する情報がファイリングされていた事例がありました。また、最新の情報(介護保険証の写し、ケアプランや介護計画(個別サービス計画)等)がファイリングされていない事例がありました。

利用者に関する情報は個人情報になりますので、書類の管理には細心の注意を払うとともに、最新の情報を把握し、保管するようにしてください。

秘密保持について

従業者に対する秘密保持のための必要な措置について、講じられていない事例がありました。必要な措置の方法については、定められていませんが、秘密保持誓約書を取り交わす等が一例として考えられます。

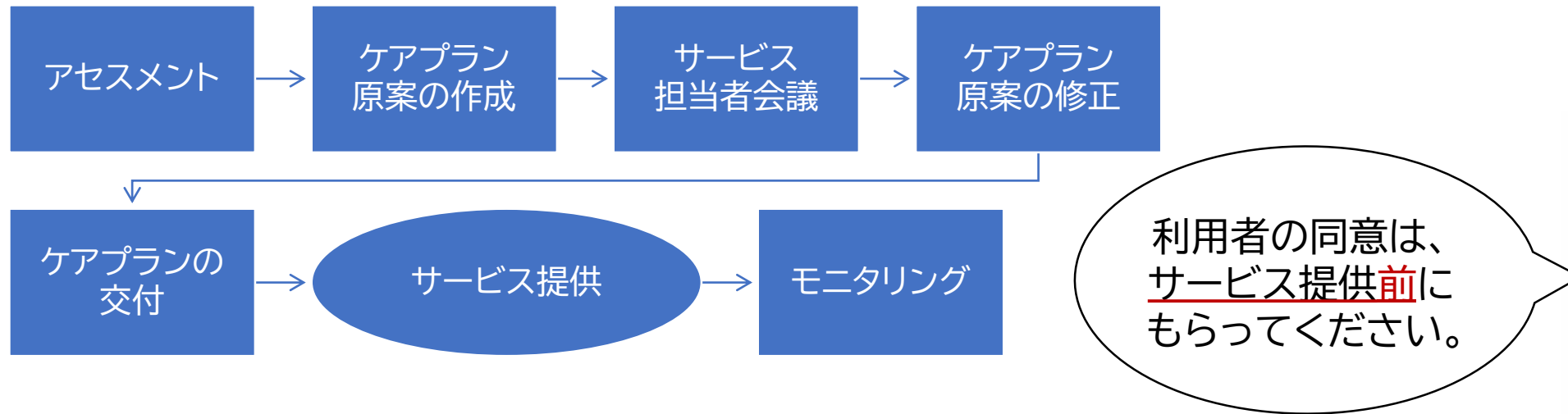
※就業規則に記載されている内容を雇用契約時に確認させている事例もありましたが、情報が流出した場合、事業者が責任を追及されかねませんので、雇用契約を結ぶときに事業者⇄従業者で秘密保持誓約書を取り交わすことが望ましいです。

サービスの提供に関する記録の整備について

アセスメントやモニタリングの記録、介護計画(個別サービス計画)等サービスの提供に関する記録が整備されていない事例がありました。

サービスの提供に関する記録については、明確に記録に残すようにし、介護に関わる関係者(関係サービス)と密接な連携を取るよう心がけてください。

また、ケアマネジメントの順番が前後していたり、実施していない事例がありました。ケアプランは、以下のケアマネジメントの流れに沿って作成するようにしてください。



※ケアプランの作成日及び同意日は、サービス提供開始前、アセスメント以降となります。



運営推進会議及び介護・医療連携推進会議の開催について

運営推進会議等を開催していない事例がありました。

令和5年度以降、従来のとおり一堂に会する方法とし、原則^(※)延期・中止は認めておりません。

利用者・市職員・地域住民の代表者等に対し、提供しているサービスの内容等を明らかにすることにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質を確保することを目的として設置するものです。

開催は義務となっておりますので、必ず開催等の対応をお願いします。

未開催の事業所にあつては、運営指導の選出にあたり、考慮に入れさせていただきます。

運営推進会議	地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	概ね 6月に1回 程度(年2回程度)
	小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 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入所者生活介護	概ね 2月に1回 程度(年6回程度)
介護・医療連携推進会議	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	概ね 6月に1回 程度(年2回程度)

※開催日において事業所内で新型コロナ陽性者がいる場合等、事業所内で一同に会することが困難である場合は、文書による情報提供・報告(書面開催)を認めております。該当の場合は、市にご連絡ください。

加算・減算について

介護報酬等について、適正な運用ができていない事例がありました。

加算は従来のサービスに対して質の高いサービスの提供をしている場合、
減算は提供しているサービスが運営基準・人員基準等に定められる事項を満たせていない場合、
適用されるものです。

加算を取得するためには、さまざまな要件が必要で、加算を算定している期間については、
届出後も常に要件を満たしている必要があります。
要件を満たさなくなった場合は、市に届け出るようにしてください。

また、基準を満たしていない場合も、減算として届け出る必要があります。



- ・算定要件をよく理解しないまま加算の届出をしていた場合
- ・基準を満たしていないのに減算で請求をしていない場合

⇒ 適正な運用ができておらず、返還等が生じる場合があります。

内容や算定要件をよく理解したうえで、適正な運用をしていただきますよう、お願いします。

研修の機会の確保について

従業者の資質の向上のための、研修の機会を設けていない事例がありました。

研修の機会を確保することは義務付けられていますので、きちんと計画を立てて、従業者が研修を受講できるようにしてください。

※研修の実施記録が確認できない事例がありました。受講証明書やそれに類する書面の保管等が一例として考えられますが、受講証明書等が発行されない研修の場合は、申込書を保管したり、台帳等を作成し受講に関する記載を残すようにしてください。

参考

令和6年度から義務化になる要件について

令和5年度中の運営指導では、努力義務期間中のため、指摘はしていませんが、令和6年度以降の運営指導では、義務化となっている要件になります。

- ・虐待の防止
- ・業務継続計画(BCP)の策定等
- ・感染症の予防及びまん延の防止
- ・認知症介護に係る基礎的な研修の受講

自己点検シートの記入方法

609 地域密着型通所介護費			
点検項目	点検事項	点検結果	
① 口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	備考欄
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし	
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり	
② 口腔機能向上加算（Ⅱ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置	
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> あり	
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施	
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり	
	2回以下	<input type="checkbox"/> 2回以下	
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下	

①→②の順番で、内容を確認します。

備考欄に記載されている書類等については自己点検シートの提出時に、添付する必要はありません。
運営指導当日に市職員が確認いたしますので、指導日当日に、ご用意をお願いします。

自己点検シートの記入方法 ①の部分

点検項目

事業所で算定している基本報酬費・加算・減算を確認する

(例) 居宅介護支援費の場合

居宅介護支援費(Ⅰ)で算定→居宅介護支援費(Ⅰ)の点検事項及び点検結果を確認

居宅介護支援費(Ⅱ)で算定→居宅介護支援費(Ⅱ)の点検事項及び点検結果を確認

いずれかの
該当する列を確認する

点検項目	点検事項	点検結果
居宅介護支援費(Ⅰ)	厚生労働大臣の定める地域に所在する居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 該当
居宅介護支援費(Ⅱ)	厚生労働大臣の定める地域に所在する居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 該当

自己点検シートの記入方法 ②の部分

点検事項

点検結果

点検事項	点検結果
ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制	<input type="checkbox"/> あり
利用者又は家族の同意を得て、その死亡日及び死亡日14日以内に居宅を訪問	<input type="checkbox"/> 2日以上
ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者又は家族が同意した時点以降、終末期の利用者の心身の状況の変化等必要な記録	<input type="checkbox"/> あり
上記記録の主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者への提供	<input type="checkbox"/> あり
他の指定居宅介護支援事業所で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし

(例)

ターミナルケアマネジメント加算の場合

【算定している】

点検事項を確認し、点検結果にチェックを入れる

【算定していない】

点検事項及び点検結果は、読み飛ばす



「点検項目の加算を算定していないが、点検事項を確認すると事業所で行っている対応があったため、点検結果にチェックがつけた」といった、誤りが多く見受けられました。
点検結果にチェックをつけるのは、あくまで当該加算を算定している場合に限りです。

自己点検シートの記入方法 ②の部分

点検項目	点検事項	点検結果
口腔機能向上加算（Ⅰ）	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> なし
	医療における対応の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり
	月の算定回数	<input type="checkbox"/> 2回以下
口腔機能向上加算（Ⅱ）	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置	<input type="checkbox"/> 配置
	言語聴覚士、歯科衛生士、看護・介護職員等による口腔機能改善管理指導計画の作成	<input type="checkbox"/> あり
	計画に基づく言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員による口腔機能向上サービスの提供、定期的な記録作成	<input type="checkbox"/> あり
	利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価、ケアマネ等への情報提供	<input type="checkbox"/> 3月ごとに実施
	利用者等に対する計画の説明及び同意の有無	<input type="checkbox"/> あり
	定員、人員基準に適合	<input type="checkbox"/> あり

(例)
口腔機能向上加算の場合

【加算Ⅰを算定している】
加算Ⅰの点検事項を確認し、
点検結果にチェックを入れる

【加算Ⅱを算定している】
加算Ⅱの点検事項を確認し、
点検結果にチェックを入れる



どちらも「言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置」という要件があります。配置要件を満たしている場合、ⅠとⅡの両方にチェックを入れる必要はありません。点検結果にチェックをつけるのは、あくまで当該加算の算定している区分です。そもそも当該加算を算定していない場合は、点検事項及び点検結果は、読み飛ばしてください。

令和6年度の指導予定

サービス種類	予定事業所数
居宅介護支援	11事業所
地域密着型通所介護	7事業所
地域密着型サービス(地域密着型通所介護を除く)	7事業所

ご協力、よろしくお願いいたします。

