**指定居宅介護支援サービスにおける指摘事項等**

|  |  |
| --- | --- |
| 指摘事項 | 改善指導 |
| 重要事項説明書や契約書、居宅サービス計画の本人署名欄の署名について、本人に代わって代筆している者の続柄の記載がない。 | 当該書類に本人に代わって別の者が本人の氏名を代筆する場合は、当該代筆者の続柄についても記載してもらうこと。 |
| 個人情報の使用の同意について、本人及び家族の代表者しか同意を得ていない。 | 個人情報の使用の同意については、個人情報を使用するすべての家族について、あらかじめ文書により同意を得ておくこと。 |
| 虐待に係る通報窓口や苦情に関する相談窓口の掲示等がない。 | 事業所としての苦情相談窓口、苦情処理の体制及び手順等について事業所に掲示等をするとともに、市町村及び国民健康保険団体連合会等苦情処理機関についても併せて掲示等すること。また、虐待に係る通報窓口についても掲示等しておくこと。 |
| 居宅サービス計画を作成するに当たり、アセスメントが実施されていない、またはアセスメントの内容が、認定調査票の内容を転記したものとなっており、実際の利用者の状況と異なっている。 | アセスメントについては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接し、利用者の有する日常生活上の能力や、既に提供を受けているサービス、介護者の状況等、利用者の生活全般についてその状態を十分把握した上で、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出来るように支援する上で解決すべき課題を把握すること。なお、居宅サービス計画の新規作成及び変更に当たり、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合は、解消されるに至った月の前月まで運営基準減算となることに留意すること。 |
| 使用しているアセスメントシートの「現在利用しているサービスの状況」やＡＤＬに関する項目に不足があり、課題分析標準項目が網羅されていない。 | アセスメントについては、課題分析標準項目（23項目）について全て実施できる様式を使用し、各項目について適切に課題分析を実施すること。（「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」（平成11年11月12日付 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙４の別添参照）。 |
| アセスメントにおいてＡＤＬや介助の状況、医療機関名や処方薬等の記載が不十分である。また、アセスメントの内容と居宅サービス計画に位置づけたサービス内容が不整合となっている。 | アセスメントについては、ＡＤＬや介助の状況、留意事項等について具体的に記載し、本人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するとともに、アセスメントの内容と居宅サービス計画に位置づけたサービス内容は整合性のあるものとすること。 |
| 利用者の状況等の変化に応じてアセスメントの変更や修正、追記等を行っていない。 | 利用者の状況等に変化があった場合は、再アセスメントを行う若しくは追記する等し、利用者の実際の状態とアセスメントの内容が整合性のあるものとすること。また、追記・修正等を行う場合においては、朱書きで行う等し、追記・修正等を行った日がわかるようにしておくこと。 |
| 居宅サービス計画書（１）の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の記載が、利用者及び家族の生活に対する意向のみの記載となっている等、当該意向を踏まえた課題分析の結果が記載されていない。 | 利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する必要がある。利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくことに留意し、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題を把握したうえで適切に記載すること（平成３年３月31日付 介護保険最新情報Vol.958「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」参照）。 |
| 居宅サービス計画書（１）の「総合的な援助の方法」の記載が抽象的な内容となっており、具体的な支援について不明である。 | 「総合的な援助の方法」については、抽象的な表現ではなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が立てやすい内容となるよう、利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性を具体的にわかりやすい表現で記載すること。 |
| 居宅サービス計画に、訪問介護サービスにおける生活援助中心型サービスを位置づけるに当たり、「生活援助中心型の算定理由」を記載していない。 | 居宅サービス計画に、訪問介護サービスにおける生活援助中心型サービス（身体介護に引き続き生活援助を行う場合を含む。）を位置づけるに当たっては、必ず「生活援助中心型の算定理由」を記載すること。 |
| 居宅サービス計画書（２）の「生活全般の解決すべき課題」の記載が、利用者の状況のみの記載となっている。 | アセスメントに基づき、利用者の心身の状態等を把握した上で、利用者の有する能力を勘案し、また、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど意向を引き出しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにすること。 |
| 居宅サービス計画に位置付けたサービス内容が、抽象的な内容であり、利用者の状態に応じた具体的なサービス内容や留意事項等が記載されていない。 | 居宅サービス計画の原案の作成に当たっては、サービスの内容やサービスを提供する上での留意事項等を記載しなければならないとされていることから、留意事項等を含めた具体的なサービス内容を記載し、各利用者の心身の状況に応じて個別性のある計画を作成すること。 |
| 医療機関や整骨院への受診や、医療保険による訪問看護サービス、有料老人ホームの職員、家族が行う支援や本人が行うセルフケアの内容について、居宅サービス計画に位置づけされていない。 | 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置づけるよう努めなければならないとされていることから、介護保険以外のサービスや家族が行うインフォーマルな支援、本人が行うセルフケア等についても適切に位置づけること。 |
| 指定サービス事業所が提供する各種加算について、サービス担当者会議において当該加算の必要性について検討を行った記録が無く、居宅サービス計画にも当該加算の位置づけがないが、給付管理を行っている。 | 各種加算については、サービス担当者会議においてその必要性について充分検討し、適切に居宅サービス計画に位置づけること。また、必要性がなく、居宅サービス計画に位置づけていないのであれば、指定サービス事業所からの実績のみを以て安易に給付管理しないこと。 |
| 居宅サービス計画に記載した目標と、当該目標を達成するためのサービス内容が連動していない。 | 利用者の心身の状況や解決すべき課題に応じて適切に目標設定し、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を位置付けることにより、達成すべき目標とサービス内容を連動させること。 |
| 居宅サービス計画の目標の内容が、支援者側の目標やサービス内容を目標としている。また、本人の目標にはなっているが、内容が抽象的な目標となっている。 | 「長期目標」については、利用者及びその家族が解決したい課題について、支援を受けながら、自分自身も努力して到達する達成可能な具体的な目標を設定すること。また「短期目標」については、長期目標を達成するための段階的な目標とし、短期間で達成可能な具体的な目標を設定すること。 |
| 週間サービス計画表に、介護保険サービス以外の支援についての記載がない。 | 週間サービス計画表には、宅配や配食サービス、家族やボランティア、障害サービスにおけるガイドヘルパーの支援、医療機関受診等の状況についても記載すること。また、週単位ではない受診や訪問診療等については、週単位以外のサービス欄に記載しておくこと。 |
| 週間サービス計画表の｢主な日常生活上の活動｣欄の記載がない。 | 週間サービス計画表の｢主な日常生活上の活動｣欄には、起床時間から就寝までの1日の生活リズム(整容・食事・散歩・掃除・昼寝・買物・洗濯・入浴等)や夜間を含めた介護者の介護の関わり内容(整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等)について記載すること。 |
| サービス担当者会議において、やむを得ない理由により参加できなかった担当者に、照会等により意見を求めた内容についての記録がない。 | サービス担当者会議開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により参加が得られなかった場合や、利用者の状態に大きな変化がみられない等における居宅サービス計画の軽微な変更等の場合において、照会等により担当者に意見を求めた場合は、照会内容について記録するとともに、当該記録を5年間保存しておくこと。 |
| 必要時のサービスとしてショートステイ等を位置付ける際に、当該サービス事業所に対するサービス担当者会議への召集や意見の照会を行っていない。 | サービス担当者会議には、居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を召集して開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者間で共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、専門的な見地からの意見を求めることとされていることから、必要時として位置付けたサービス事業者の担当者からも意見を求めるとともに、居宅サービス計画についても交付すること。 |
| 居宅サービス計画を作成するにあたって聴取したサービス担当者からの意見について、いつ照会し、いつ回答を得たのか不明瞭なものや、サービス担当者から回答を得た日以前の日付で計画作成、利用者への説明・同意・交付となっている。 | やむを得ず、サービス担当者会議の開催に替えて照会によりサービス担当者から意見を聴取する際には、いつ意見を聴取したのか分かるように記録しておくとともに、意見聴取、計画作成、利用者への説明・同意・交付等の日付が整合性のあるものとすること。 |
| 居宅サービス計画の内容について本人又はその家族に説明し、本人の同意を得た日の記載がない。居宅サービス計画作成日と、説明及び同意日の日付が不整合となっている。 | 居宅サービス計画について、いつ利用者又はその家族に説明し、本人の同意を得た上で、交付したのか分かるよう適切に記録しておくこと。また、計画の作成日と説明、同意、交付日については整合性のある日付とすること。 |
| 指定サービス等の担当者に居宅サービス計画を交付した日が確認できない。 | 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく担当者に交付するとともに、交付した日が分かるよう記録しておくこと。 |
| 居宅サービス計画について、利用者及びサービス事業者の担当者への交付が、居宅サービス計画作成後、１月近く経過している。 | 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付すること。なお、当該月に交付していない場合は、解消されるに至った月の前月まで運営基準減算となることに留意すること。 |
| 居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業所から個別サービス計画を入手していない。 | 居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等に対して、必ず個別サービス計画の提出を求めること。 |
| 居宅サービス計画に位置づけたサービス内容が、指定居宅サービス事業所から提出を受けた個別サービス計画に位置づけのないものや、居宅サービス計画に位置づけのないサービスが指定居宅サービス事業所から提出を受けた個別サービス計画に位置付けられている。 | 指定居宅サービス事業所から個別サービス計画の提出を受けた際には、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認し、必要に応じて修正等を行い、整合性のあるものとすること。 |
| 利用者の居宅を訪問しモニタリングを行っていない、またモニタリングの結果を記録していない。 | 居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接した上で、少なくとも1月に1回に、モニタリングの結果の記録を行うこと。なお、少なくとも１月に1回、モニタリング訪問及びモニタリングの結果の記録を行っていない場合は、解消されるに至った月の前月まで運営基準減算となることに留意すること。 |
| 月の下旬にサービス開始となった利用者について、開始月のモニタリング訪問及びモニタリングの結果の記録を行っていない。 | 月の下旬にサービス開始となった場合においても、特段の事情がない限り、同月内にモニタリング訪問を行い、モニタリングの結果の記録をすること（月末の退院当日や翌日では全てのサービス、目標の評価が十分に行えない場合等においては、月をまたがったとしても速やかにモニタリングを実施すれば可としますが、この場合、翌月分のモニタリングも別日で行う必要があります。）。 |
| モニタリングの結果の記録における目標の達成度について、サービス開始当初からサービス終了となるまでの期間、「達成していない」との記載になっていた。 | 短期目標については、短期間に達成可能な具体的な目標とするとともに、当該目標が一定期間達成されない場合は、目標の見直しを行なう等、適切な措置を講じること。 |
| モニタリングの結果の記録において、目標及びサービス内容を継続するため、目標の達成度を「ほぼ達成」と記載し続けている。 | モニタリングの結果の記録には、実際の評価状況と目標の達成度を記載すること。短期目標については、短期間で達成可能な目標とすることから、目標が達成した場合は、次に達成すべき段階的な目標を設定することとなる。しかしながら、目標が「達成」した場合であっても、利用者のＡＤＬ等、心身の状態を維持向上させる為に必要なサービスであれば、当該サービスを継続することは可能であり、また、「短期目標」についても、「長期目標」を達成する為に段階的に目標の設定を変更すべきものもあれば、そのままの目標を維持するものもあるので、適切にモニタリングの結果を記録したうえで、計画の変更の必要性について検討すること。 |
| モニタリングの結果の記録について、モニタリング訪問日に当該記録を作成し、その後、当該月に発生した利用者の意向やサービス事業者との調整内容が、モニタリングの結果の記録に反映されていない。 | モニタリングの結果の記録については、モニタリング訪問時の内容のみならず、当該月において行った利用者及びその家族とのやり取りや、サービス事業所との調整内容のすべてを踏まえた上で、当該月のモニタリングの結果の記録を作成すること。 |
| 居宅サービス計画の変更に至った経緯が不明瞭である。 | 実施状況の把握や目標の達成度について記録を行うと共に、サービス変更の判断に至った過程が分かるように記録しておくこと。 |
| 利用者の状況等に変化があり、軟膏の塗布、歯科受診、訪問看護の言語聴覚士によるリハビリ（医療保険）、住宅改修等、新たに解決すべき課題やサービスが出現しているにもかかわらず、居宅サービス計画の変更が行なわれていない。 | 介護支援専門員は、利用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、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整等を行うこと。 |
| 新たにサービスを導入するに当たり、居宅サービス計画書（２）への追記のみで、居宅サービス計画の変更が行われていない。 | 居宅サービス計画書（１）の総合的な援助方針や居宅サービス計画書（２）の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられるとされているが、サービス種別が異なる場合や新たなサービス種別が導入される場合は、軽微な変更とはならないため、居宅サービス計画の変更に必要な一連の作業を適切に行うこと。 |
| 医療系サービスを位置付けるにあたり、主治の医師等の意見を求めていない。 | 利用者が、医療系サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見（サービスの必要性、具体的な実施方法、実施期間等）を求め、支援経過等に当該内容について記録しておくこと。 |
| 医療系サービスを位置づけた居宅サービス計画について、意見を求めた主治の医師等に交付していない。 | 主治の医師とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付すること。 |
| 福祉用具貸与を位置付けるに当たり、サービス担当者会議にてその必要性について充分な検討が行われていない。 | 福祉用具貸与については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要があるとされており、このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載しなければならないとされている。したがって、その利用の妥当性を充分検討したうえで、適切に居宅サービス計画に位置づけ、必要な理由を記載しておくこと。 |
| 福祉用具を購入した利用者について、居宅サービス計画に当該特定福祉用具販売を位置づけていない。 | 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置づける場合にあっては、サービス担当者会議を開催し、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならないとされていることから、充分検討したうえで、居宅サービス計画にその必要性を記載しておくこと。 |
| 居宅療養管理指導に係る医師からの情報提供に、新たな解決すべき課題の出現についての記載があるが、居宅サービス計画に反映されていない。 | 医師等による居宅療養管理指導における情報提供は、居宅サービス計画策定に係る情報提供であり、情報提供の内容を確認した上で必要に応じて居宅サービス計画に反映させること。 |
| サービス事業者とのやり取りや本人及び家族とのやり取りに関する記録がなく、状況等について不明瞭。 | サービス事業者や利用者及び家族とのやり取りについても具体的に支援経過に記録し、支援の状況や経緯等についてわかるようにしておくこと。 |