

リスクマネジメントとコンプライアンス

- 介護記録・テンプレート

 - フェイスシート

 - ヒヤリ・ハット・事故報告書

 - 苦情報告書

 - 事故報告書（都道府県・政令指定都市提出用）

- ヒヤリ・ハットにつながる介護記録

- ケアマネジメント介護裁判事例

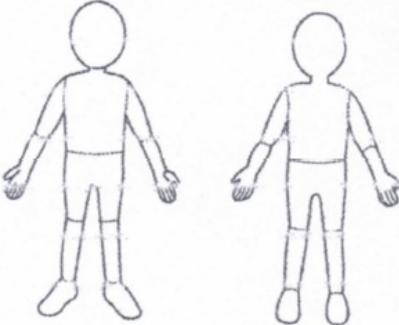
- 実地指導・監査について

- 監査による指定取り消し推移

- 危険予知訓練（KTY）について

- 注意すべき実地指導対策・チェックリスト

- 【参考】指導の指摘が多いケース

利用開始日	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日	記録者・場所	
フリガナ		男女	昭和	年 月 日生 (歳)	
利用者氏名			大正		
			平成		
利用者現住所	〒		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
			電話 ()		
身元引受人	氏名	男・女	歳	続柄	
	住所				電話
家族構成			氏名	続柄	連絡先
生活状況	歩行	自立 一部介助 全介助	障害など部位 (正面) (背面) 		
	食事	自立 一部介助 全介助			
	入浴	自立 一部介助 全介助			
	排泄	自立 一部介助 全介助			
	着脱衣	自立 一部介助 全介助			
疾患等	褥瘡	有 無 (部位)			
	皮膚疾患	有 無 (部位)			
	内服薬	有 (朝・昼・晩) 無			
	既往歴				
身体状況	視力	見える 少し見えにくい ほとんど見えない 見えない	眼鏡の有無	有 無	
	聴力	見える 少し見えにくい ほとんど見えない 見えない	補聴器	有 無	
	歯	義歯及び治療の有無	有 無	総義歯 (上・下) 部分義歯 (上・下)	
	運動機能	問題なし 低下を認める 極度な低下を認める			
精神面	意思表示	問題なし 普段は問題なし 困難がある ほとんど表示できない			
	話しの了解	問題なし 普段は問題なし 困難がある ほとんど表示できない			
	認知症	有・無 (軽度・中度・重度)	ひどい物忘れ	徘徊	感情の起伏が目立つ
特記事項					

平成 年 月 日()

担当	副主任	在宅課長	施設長

ヒヤリハット・事故報告書

報告者名 _____

発生日時	平成 年 月 日() 時 分				
氏名	男・女 M・T・S 年 月 日生				
分類	事故・状況・ヒヤリハット・苦情・トラブル・ミス・その他()				
区分	転倒 転落 衝突 ずり落ち 内出血 皮むけ 誤嚥・誤飲 異食 誤薬				
	暴行 自虐行為 器物破損 紛失・盗難 車両事故				
ケガの状況	打撲 捻挫 骨折 切り傷				部位 <左側 右側> 頭部(前後) 顔面 背部 頸部 肩部 腕 手/手首 胸部 腹部 腰部 脚/足 その他()
	火傷 擦過傷 精神的被害				
	発熱 その他()				
発生場所	階 居室 廊下 トイレ 浴室・更衣室 食堂 エレベーター内 ベランダ 屋外(施設内・敷地外) その他() 詳細:				
家族への連絡	様(関係)				連絡者:
内容	平成 年 月 日() 時 分				保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)
	略図				発生状況
対応					
原因					
対策					
報告	医務 副主任 課長 その他				
備考					

平成 年 月 日()

担当	副主任	在宅課長	施設長

苦情報告書

苦情発生日時		報告者	
苦情対象者氏名		要介護度区分	要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
苦情内容			
苦情発生過程		苦情発時略図	
対策について			

事故報告書(都道府県・指定都市提出月)

平成26年7月3日

報告書者名 _____

発生日時	平成 年 月 時 分								
利用者氏名	様 男 女 M・T・S 年 月 日生								
分類	事故 状況 ヒヤリハット 苦情 トラブル ミス その他()								
区分	転倒 転落 衝突 ずり落ち 皮向け 誤嚥 誤飲								
	暴行 器物損壊 紛失・盗難 車両事故								
	その他()								
怪我の状況	打撲	捻挫	骨折	擦り傷	部位	頭部(前後)	顔面	背部	
	火傷	発熱	精神的被害			頸部	肩部	手/手首	胸部
	その他()					腰部	足/脚	その他	
発生場所	出入口 静養室 トイレ 機能訓練室 相談室 その他()								
家族への連絡	様 (本人との関係)								
	平成 年 月 日 時 分連絡 連絡者氏名								
発生場所(略図)									
内容									
対応									
原因									
対策									
報告	管理者 看護師 その他()								

① 76歳 女 要介護度3 自立度A1 認知症Ⅲa

ショートステイの利用者が、午後から落ち着きがなくなり廊下を行き来していたため聞いてみると、「家に帰りたい」と言っていた。フロアにいた職員が、別の利用者をトイレに誘導し介助している間に・廊下奥の非常口のドアノブを回してドアを開けようとしているところを発見した。

② 76歳 男性 要介護度5 自立度C1 認知症Ⅱb

夜勤の巡回中に、利用者の下半身がベッドから落ちているところを発見した。利用者に聞いてみると、「トイレに行こうとした」と言っていた。対応として、利用者の身体状況からはトイレでの排泄は無理なことを説明し、又、身体の位置をベッド左側（麻痺側）に寄せておいた。

③ 85歳 女性 要介護度2 自立度B1 認知症Ⅰ

介護職員が夜間に居室を巡回中、利用者がベッドの横の床に横たわっているところを発見した。特に外傷はなく意識もあるので、ベッドへ移し、安静にして様子を見ることにし、バイタルサイン等その後の状態確認を行った。自力でベッドから車いすに移乗しようとして失敗し、転倒したと推測される。

介護事故 リスクマネジメント（日総研）より引用

【事例】

「ヒヤリ・ハット」または「事故」報告書を活用して、介護事故を未然に防ぐために対応したケース

- Uさん（91歳、女性）
- 要介護虚：要介護2
- 寝たきり度：A2
- 認知症高齢者の日常生活自立度：I

Uさんは、高齢であるが、ADLはほぼ自立している。しかし、歩行だけは、室内でも杖を用い、介助者の見守りが必要である。現在、週2回の適所介護（デイサービス）を利用しているが、事業所でも、Uさんの歩行状態には、たえず注意をしていた。ある日の帰宅時に、雨が降っていて、滑りやすかったこともあり、事業所の玄関先でUさんがバランスを崩し、床に座りこんだ（誰もその過程は目撃していない）。幸いにして何も異常はなかったものの、年齢やADLの状況を考えると、大きな事故になっていても不思議ではなかった。

A2：屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない（外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている）。

I：何らかの認知症があるが、日常生活および社会的にほぼ自立している。

報告書の活用法などの見直し

まず、事業所では、これまでの報告書の記載法と活用法についての検討がなされ、次のような見直しが行われた。

- ①「ヒヤリ・ハット（事故）」の発生状況については、これまでの書式では、文字のみの記述であった。しかし、文字のみでは、その状況を的確に伝えづらく、どう表現したらよいのか悩むことが多いという声が聞かれた。このことが、発生状況がうまく伝わらず、事故防止にも役立っていない要因になっていると考えられたため、新しい書式では、文章とともに、図を併用して発生状況を報告できるものとした。
- ②図には、利用者の状況を書き込むだけでなく、担当者（報告者）とまわりのスタッフが、どこで、何をしていたのかを必ず記載することを義務づけた。
- ③報告書は、必ずスタッフにフィードバックし、事業所全体に周知することを徹底した。以前は、朝礼やスタッフ会議において、口頭で注意をうながすだけであったが、今回からは、報告書を回覧し、各セクションの責任者が全員に周知したことを確認したうえで、押印することになった。
- ④回覧が終了したら、委員会で検討し、その結果をすべてのスタッフに通知した。また、グループ（同一法人）内のほかの事業所にも通知して、お互いの資質向上の検討材料として活用することとした。

- ①今回のケースは、報告者1人のケアレスミスというよりも、利用者が多いときのセンター全体の業務分担とスタッフの配置の問題が大きいため、配置体制の見直しを行った。
- ②また、利用者が多いときには、介護スタッフどうしの声かけも忘れがちになっている現状を反省し、「連携」と「補助」をもう一度確認することとした。
- ③このケースと対応法については、同一法人の事業所にも情報として提供した。ほかの事業所でも同じような報告があり、対応を検討していたとのことで、たいへん参考になったと好評であった。
- ④このセンターでは、こうした対応を実践したことで、雨天時の転倒事故が、以前よりも減少した。

ヒヤリ・ハット、事故報告書

報告年月日 〇年 7月 24日

利用者氏名 U.S.さん	住所 M市T町1-1-1	TEL 0000-00-0000
発生年月日及び時間 〇年 7月 23日(月) 15時00分頃	サービス対応時間 9:00 ~ 16:00	
発生場所 デイセンター玄関風除室	報告者氏名 A.O. 印	
発生状況 サービス終了後、送迎準備中にUさんが玄関風除室にてバランスを崩し床に座り込む。当日は雨で、床が濡れていたことや介助者AがUさんの忘れ物を取りに戻るためUさんより離れたことが起因。Uさんは人の流れに押され滑ったと推測される。A以外に5名のスタッフがデイにはいたが、2名は乗降介助、2名はホール内で介助、1名は事務処理のため事務室へ行っていた。	略図 <p>スタッフB・Cは乗降介助 スタッフD・Eはホール内介助</p>	
利用者、家族への説明・内容 すぐに看護師に確認し、外傷などの異常なし。念のため主治医のYK医院を受診。身体的に異常はなかった。受診後、自宅へ送り、家族(長男の妻)に事情を説明し、利用者・家族の了解を得た。		
事故原因と今後の対策 (原因) 1. 雨天による風除室の床の濡れ、及び送迎時の混雑。 2. 月曜日の利用人数に対する送迎時のスタッフの配置。 (対策) 1. 雨天時は、送迎車が出発するたびに床を拭く。 2. 介助中のスタッフが利用者から離れる場合は、必ず他のスタッフに声をかけ、確認してから移動する。		

管理者	相談員	看護	介護	栄養	事務

事例1 介護記録がなく、過失責任が問われた判例

【概要】

病院に入院していた女性 A [72 歳、軽度の認知症、パーキンソン病] が別途から転落死側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師らの看護上の過失によるとし、長男 [原告] が慰謝料 1000 万を請求した。

【判決】

病院の過失を認め、原告の請求を一度容認し、慰謝料 200 万円の支払いを認めた。(一部控訴)

争点 死亡原因はベッドからの転落か否か

A は 1990 (平成 2) 年 7 月 29 日にベッド上から転落して右側頭部を打撲し、その後、めまい、震え等の症状がみられたが、生命にかかわる障害はなく、8 月 4 日午前 4 時頃、再度ベッド上から転落し、頭部を強打したことによる外傷性くも膜下出血により死亡するに至ったことが認められ、担当医および看護師らも当時そのように認識していたことが認められる。

争点 担当医師らの注意義務違反の有無

1. 予見可能性について

7 月 29 日の転落以降は、A がベッド上に立ち上がり、不安定な歩行により、再度ベッドから転落することを予見することは可能であり、現に医師らはその危険性の認識を有していたことが認められる。そしかばて、A がベッド上からの転落の際、頭部を庇う等の有効な防御方法をとらないまま頭部を強打し、その結果、死亡も含めた重大な結果が発生することを具体的に予見し得たと認められる。

2 ベッドからの転落、死亡の結果を回避するための措置について

(1) 抑制帯 (転落防止帯) の使用について

抑制帯を使用する必要がないと考えた医師の判断は、合理的な裁量の範囲内にあり、抑制帯を使用する法的義務があったということはできない。

(2) 畳使用について

ベッドによる看護態勢を継続したことは、担当医師の裁量の範囲内であったと認められ、畳を敷きそのうえに寝具をおく方法に改める法的な義務があったとまではいえない。

(3) 巡回を頻繁にすること

巡回の頻度を多くして A の動静に注意することは、現実的かつ比較的容易な手段であると考えられ、ほかに有効で、かつ弊害のない看護上の通常的手段が認められないことに照らし、さらに原告が A の精神安定のため付き添いをしており、ある程度原告に A の身体の安全について期待できる状況にあったことを考慮すると、合理的な看護方法として容認される。本件においては、この方法が担当医師および看護師らの間で看護方針として取り決められ、患者側からその確実な履行が期待されていたものと考えられ、1990 (平成 2) 年 7 月 30 日以後は、A の看護において、安全配慮上の義務となっていたと認められる。

(4) 巡回義務の履行について

看護師らは、前記看護方針に従い、頻繁に巡回し、Aの転落による危険発生の防止に努める義務を履行していなかったと認めるのが相当であり、医師には義務履行のための具体的な看護態勢をとる指示監督義務を怠った過失が認められる。

(5) 病院側の前記義務違反とAの死亡との因果関係

原告がAの転落の危険を認識し、これを回避するために、畳の部屋にするように具体的申し出をしており、病院に対し、Aの転落防止に必要な措置をとることを強く期待していたことが認められ、これに対し、巡回を増やす方針を決めたが、それを履行していないことは、Aに対し、適切な看護を受ける機会を失わせた点において不法責任を免れない。

東京地裁 平成8年4月15日判決

事例2 記録があり、トラブルを回避できた例

長男：「母の記録を見せてください」

職員：「記録といってもいろいろあるのですが、どのような記録ですか」

長男：「母の日常の生活がわかるような記録、全部です。コピーをください」

職員：「いつ頃の記録ですか」

長男：「この施設を利用し始めた1年半前からの…」

1年半前に施設に入居したBさんの長男は表情も険しく記録の開示を求めてきました。認知症のあるBさんは、就寝時および食事と入浴の時間以外は、多くの時間を施設内を歩いたり、窓の外を眺めたりして過ごしています。昨日、午前8時頃廊下で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し入院となりました。

職員：「わかりました。差し支えなければ、記録が必要な理由をお聞かせいただけませんか」

長男：「実は…」

と話し始めた内容は、以下のようなものでした。

施設からの連絡で、病院に駆けつけた長男と長女は、医師から「今後、歩行できるようになる可能性は低い」と説明されました。以前から施設への入居に反対していた長女は、医師からの説明を聞いた後「こうなったのは施設の責任だと思う。施設は母さんの徘徊に対して何の対策も立てずにいたから骨折してしまったのよ。責任を追求しなければ…」と言い出し、家族間で話し合いを行った結果、施設の責任を追求する前に、まず、施設でのケアの内容を知るための記録の開示を求めることになった、とのことでした。

職員：「そうですか。では、お手数ですがこの『情報開示請求書』の必要事項に記入してください。後日、用意できましたらご連絡いたします」

* * *

2日後、要求された記録（介護記録、看護記録）のコピーを受け取りに、長男夫婦と長女が来園しました。生活相談員から手渡された記録に目を適していた長女は、しばらくして、介護記録のある部分を指さして言いました。

長女：「私は思い違いをしていたようです。母はここで大切にされていたんですね。認知症が重くなって、何もわからなくなってしまったと思い込んでいましたが、いくつになっても‘母’なんですね……。これを読んでよくわかりました」

そこには、以下のような記述がありました。

○月○日 <子どものお迎え>

2:15

夜間巡回中、廊下で鉢合わせ。「どちらにお出かけですか」とたずねると「Cちゃん（長女の名前）が帰ってこないから迎えに行くのよ」「それは心配ですね。どうぞお気をつけて...」「ありがとう。行ってきますね...」と足取りも軽く歩いていかれる。しばらく様子を見守っていたが、約10分後には、自分で居屋に戻られたので、「おやすみなさい」と声をかける。

○月○日 <お届けもの>

15:00

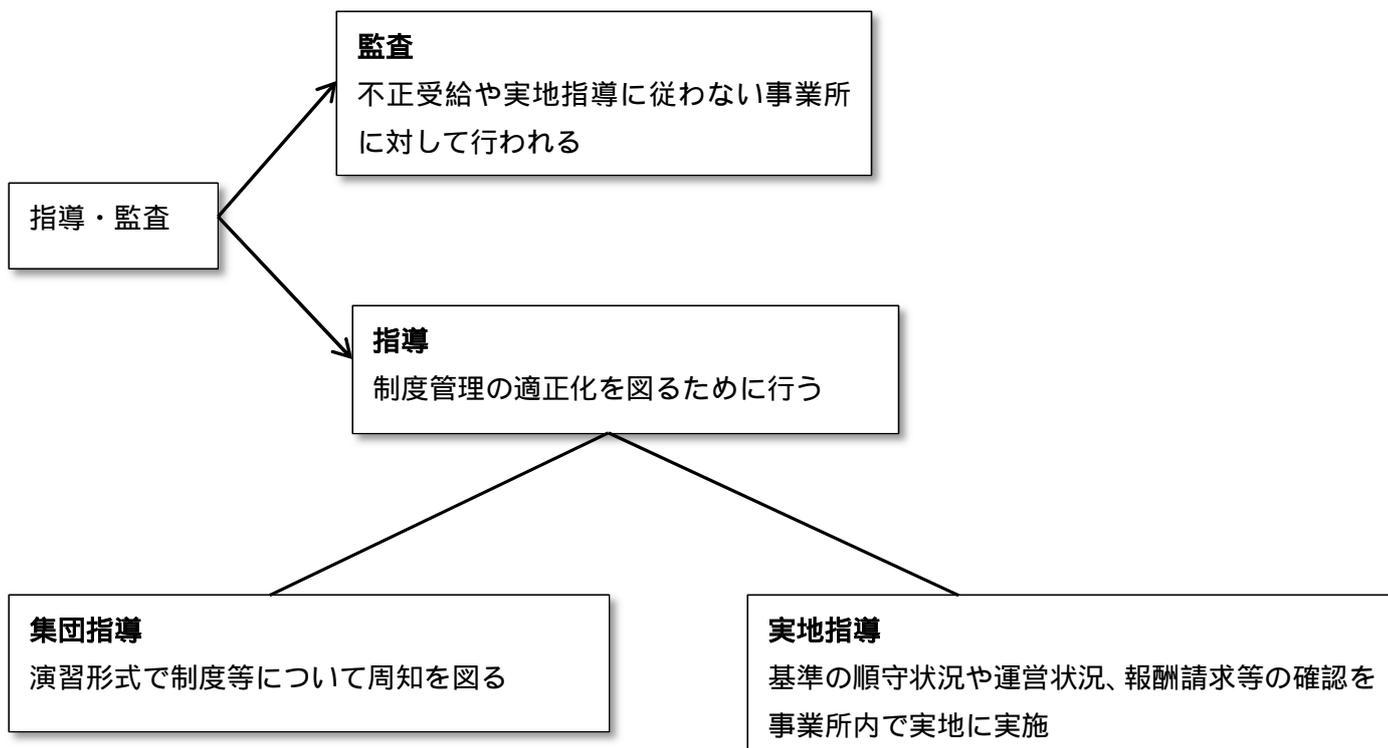
風呂敷包みを抱えてステーションに来られ、「こんにちは。お願いします」と声をかけられる。「何のご用でしょうか」と聞くと「子どもがこれを忘れていったから、届けに行きたいのですが」と風呂敷包みを差し出される。「そうですが。では、お茶を一杯飲んでから一緒に出かけませんか」と言ってお茶を差し上げると、「ありがとさん。気を遣わせてしまって、申し訳ないねえ」としばらく世間話をする。約30分後、風呂敷包みはおいたまま居室に向かわれる。

これらの記録を読んで、はじめは険しかった家族の表情は次第に和らぎ、「この場所が母にとっていちばん心を落ち着かせることができる場所だったのだと感じました。また、ここに戻って生活できればと思います。よろしくお願いいいたします」とおっしゃっていただくことができました。

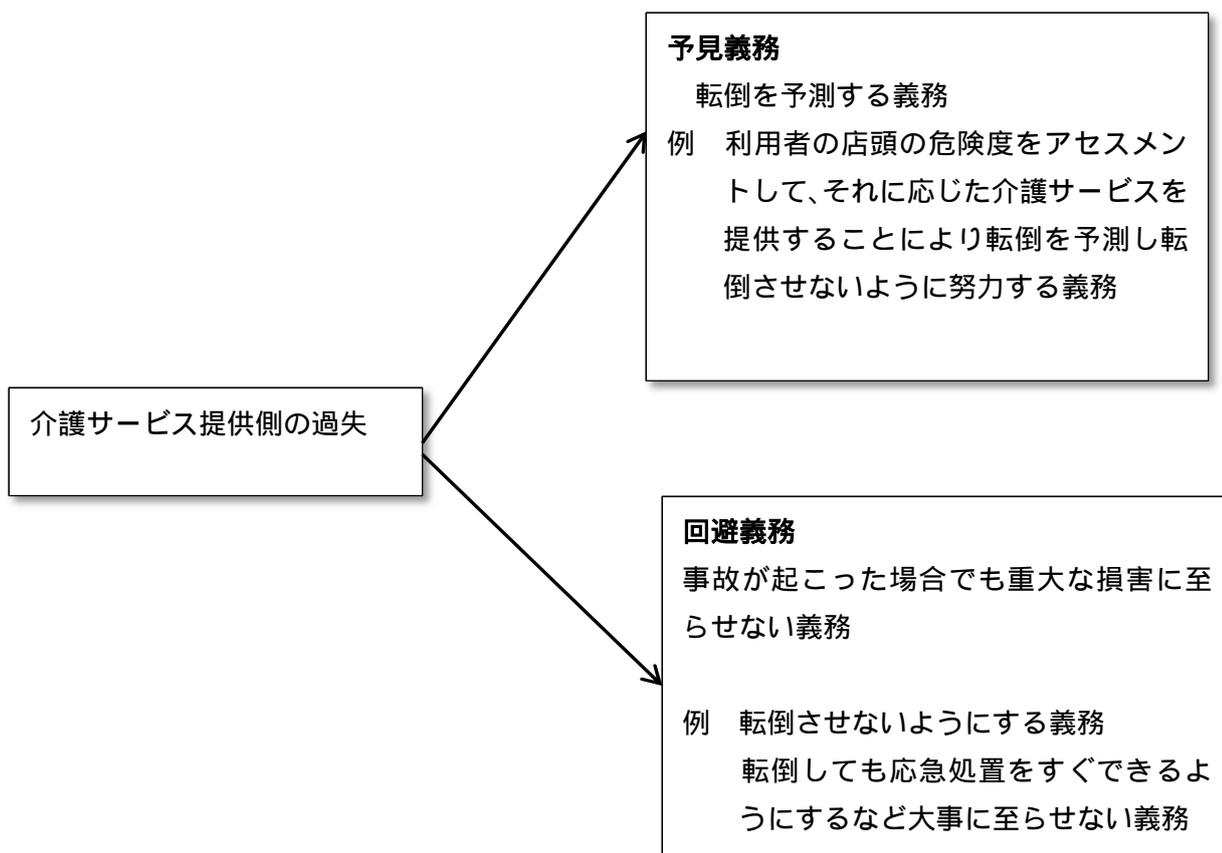
NPO 法人 U ビジョン研究所 介護記録の書き方・読み方・活かし方【中央法規】より引用

指導・監査について

法令順守(コンプライアンス)を徹底させるために都道府県及び市区町村によって行われる。



訴訟に際にポイントとなる争点



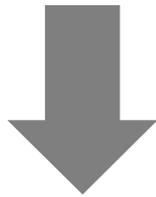
予見義務を行ったことを証明するには

介護記録

ケアプランに沿ったチェックリストで観察に必要な状態を明確にする
チェックリストに該当する事実の把握

回避義務を行ったことを証明するには

異常があるときにそなえてどのような手立てをとったか
異常があるときにどのようなケアを実施したか

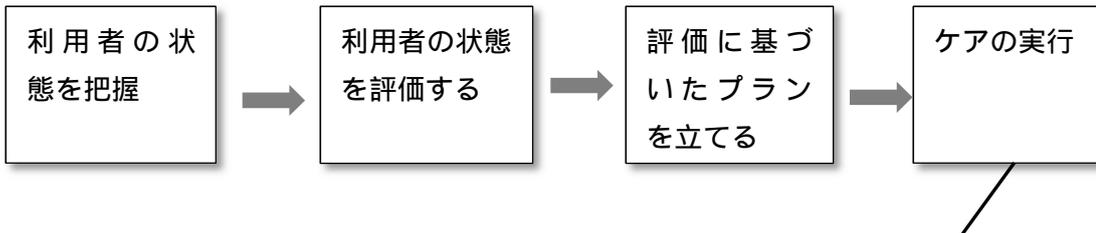


必要な書類

- ・介護記録
- ・設備や人員などの施設基準を満たしていることを証明する書類

過失がなかったことを証明する有力な材料

介護記録によって介護サービスが以下の流れで行われていたことが記録されている事



必要なケアを実施したことの記録があること！！

例 痰の吸引

その必要性を把握し上で実施している記録がない
処置を行っていないと過失を問われる危険性がある。

実地指導の事前対策について【ケアプランセンター（居宅介護支援事業所）】

実地検査では、実際のケースの提示が求められ、抜き取り調査も行われる。当日は、複数人で訪問し（4人程度の場合が多い）、「一人1件以上提示が求められることも多い」

■チェックが入りやすいケース

「一年以内の新規で担当したケース」、
「医療連携関連の加算や独居高齢者加算を算定していたケース」、
「福祉用具を導入したり、住宅改修を行ったケース」
などが、特にチェックの対象になりやすいという。

福祉用具や住宅改修に関しては、「必要だった理由を説明できるか？根拠をケアプランに入れているかがポイント」と栗岡氏は説明。ただし、「(検査担当者は)“今の状況”、“改善状況”が見たいのであって、流れのなかで改善が図れていれば、強くは言われないはず」とアドバイスした。

また、「自信を持って提出できるような、“雛形ケース”をつくっておくのも一つの方法です。もちろん、みなさんの事務所では不正・違反はないと思いますが、プロセスを確認されてもいいようなケースを事前に決めておくと、安心かもしれません」と助言した。

■実際に指摘が多いのは？

各地の指導傾向についても言及。どういった点が実際に指摘されているのか、最近の傾向を紹介した。

東京都が公表している「22年度の実地指導で指摘の多い事項」によると、「計画作成・更新時のサービス担当者会議」に関する指摘が最も多く、続いて「個人情報の同意」、「モニタリング」、「訪問・面接」関連の順番だった。

ケアマネジメント関連の指摘事項としては、「アセスメントは『新規の作成時』と『変更時』に実施する必要がある、『変更時』の解釈は厳しくなっている。原則として、サービス単位が上下するような場合は変更にあたることが多い」、「ケアプランに『なぜそのサービスを位置づけたのか』、『他の手段はなかったのか』など、確認を求められることが多くなってきている」、「ケアプランは、サービス事業所の担当者にも交付が必要。実地指導では、交付したという記録、FAXなどの提示を求められる場合もあるため、FAXの表書きは念のために取っておいたほうがよい」といったことを紹介した。

実地指導および監査の視点とポイントについて【ケアプランセンター（居宅介護支援事業所）】

まず、指導と監査はどう違うのか？『指導』は、制度管理の適正化とより良いケアの実現をめざすものであるのに対し、『監査』は、不正請求や指定基準違反に対して機動的な実施により、悪質なところを排除する意味合いがある」と説明。

そのため事業者にとってより怖いのが監査であり、監査は“各種情報”から指定基準違反や不正請求が疑われる際に行われる。この各種情報には、次のようなものがあるという。

- ・ 通報、苦情、相談などに基づく情報
- ・ 国保連、地域包括支援センターなどへ寄せられる苦情
- ・ 国保連、保険者からの通報情報
- ・ 介護保険給付費適正化システムの分析情報
- ・ 「介護サービス情報の公表」の拒否などの情報

このうち、寄せられる苦情は、「従業員の態度や説明不足、サービスの質、管理者の態度などが多い」と栗岡氏。また、内部からの通報の場合、説明が詳細で、信憑性が高いため、監査につながるものがより多いという。「苦情につながらないような、普段からのリスクマネジメントも必要」と指摘した

■実地検査の前にこれだけは見ておくべき資料とは？

また指導も監査も、たとえ不正はなくとも、いざ受けるとなると緊張するものだろう。そこで、栗岡氏は「相手の出方を把握しておく」と話し、東京都の場合、次の4つの資料を事前にチェックしておくよう、訴えた。

- ・ 介護サービス事業者等指導及び監査の実地要綱
 - ・ 平成24年度福祉系居宅介護サービス事業者等実地検査実地方針
 - ・ 指導検査基準（指定居宅介護支援事業所）
 - ・ 指定居宅介護支援事業所 自己点検票
- ※東京都福祉保健局のホームページよりダウンロード可能

さらに実地検査の流れについても説明した。

実地検査の2週間ほど前に通知が届き、必要書類を事前に送付というのが一般的な流れ。

ただし、事前に連絡せず検査当日に訪問することもあるという。実地検査当日は、午前中に運営基準に関する検査を行い、休憩を挟んで午後、加算関係の検査が行われる。夕方、検査内容のとりまとめと講評が行われ、1カ月後くらいに結果の通知が届く。

この際、「当日、（検査担当者が）資料を持って帰るときには、ちょっとまずい（何らかの違反が見つかった可能性も）」と、伝えた。

「実地指導を受けた事例と事前準備」

2000年から2008年度までに指定取消を受けた介護事業所は699件あり、過去4年間でも年間100件を下回ったことがないという。

「取消件数が非常に多く、他業種に比較しても異例な多さ」と介護保険制度発足から10年を迎えた業界の実態に触れた。

今年の実地指導のポイントについて、静岡県が公表した介護保険施設等指導方針を例に説明した。

グループホームの火災事故を受けて、マニュアルや具体的な行動計画が整備されているか問われる「非常災害対策」や、最近マスコミでもよく取り上げられる施設での高齢者虐待など「虐待防止・身体拘束」についての指導が強化されると予測した。

実際に行われた実地指導の事例では「勤務体制の確保」があげられた。

ある老人保健施設へ実地指導が入ったときはそれまで4名だった役所の担当者が7名に増え、増員した3名は申告した人員がきっちり配置されているか施設内を見てまわったという。

「常勤・非常勤の換算ミス、辞令や雇用契約書による職種確認、タイムカードや源泉徴収票、銀行振込の記録まで、細部にわたりチェックが必要」と強調した。

さらに様々な加算が創設されたこともあり、各々の加算について「計画」を作成、説明し記録してから算定し見直すという基本的な流れが共通するが、「利用者のサインや捺印、日付の記載が重要視され、いつから加算を算定しているか、架空請求のブランクが生じていないかが問われる」と注意をうながした。

特に今年、実地指導を受けた居宅介護支援事業所の例では、ケアマネジメントの“アセスメント→プランニング→カンファレンス→モニタリング→再評価と改善”というプロセスがきちんととどられているか厳しくチェックされ、サービス担当者会議の未開催や居宅サービス計画の未交付、モニタリングの未実施などが多忙を理由にもれないよう指摘された。

実地指導を受ける事前準備として職員の不安を取り除くことが第一としたうえで、

- ・「職員の常勤換算数を定期的に数え把握しておく」
- ・「運営規定や重要事項説明書の提示や利用者の記名・捺印の徹底」

などをあげた。

また「指定取消を受けた中で営利法人が最も多いが、延べ10万件を超える営利法人を役所も回りきれない。実地指導に来ないからといって間違ったやり方をしている事業所は悪意で違反していなくとも自身で気づかない恐れがある」と語り、制度改定のたびに厳格化しつつある指導監査について十分に備えるよう呼びかけた。

実地指導・ヒアリング事例

日時：平成〇年9月〇日
訪問介護事業所 9時30分～14時30分
居宅介護支援事業所 14時30分～16時00分
指導担当者：E県地方局地域福祉課係長 丁氏
E県地方局地域福祉課主任 S氏
N市介護福祉課主任 M氏

あいさつと共に各々の自己紹介をした後、指導担当者より実地指導の説明があった。

その後、重要事項説明書・契約書、介護記録と実績、介護給付費請求書・領収書、介護計画書とケアプラン、サービス担当者会議の要点、職員のシフト表・履歴書・資格証などの運営書類を一とおり確認した後、口頭にて以下のような指導を受けた。

訪問介護事業における指摘事項

管理者の兼務について

現在、管理者がサービス提供責任者に加え訪問介護員も兼務しているが、管理者業務に支障を来すことになるので、訪問介護員の兼務はできない。したがって、次の3点を行うこと。

管理者が兼務するのはサービス提供責任者のみとする。

運営規程の「職員の職種・員数及び職務内容」を変更し、県に変更届けを提出する。

「重要事項」の「事業所の職員体制」を変更する。

管理者の労働時間の記入について

管理者は、自身の労働時間を従業者の勤務の体制および勤務形態一覧表に、訪問している時間（移動時間を含む）だけを記入しているが、管理業務に従事している時間も記入すること。

重要事項説明書の内容について

「サービス利用料及びその他の費用」において、サービス利用料を特定事業所加算の20%を含めた金額で記載しているが、特定事業所加算は「加算等」の欄に記載し、サービス利用料は基本の金額で記載すること。

「苦情・相談窓口」は、管理者の氏名と国民健康保険団体連合会が記載してあるが、N市介護保険課の連絡先も記入しておくこと。

「署名捺印欄の事業者名」は、訪問介護事業所の連絡先と訪問介護事業所名が記載しているが、事業者は法人なので、法人名を記載すること。

契約書について

日付が記入されていない契約書があったが、日付がない契約書は無効となるため、契約を取り交わす時は必ず記入すること。また、利用者の氏名が鉛筆で書かれている契約書があったが、正式書類は必ずボールペンで書くこと。

個人情報使用の同意書について

事業所の名称と事業所印で利用者から同意を得ているが、事業者名と理事長名を記入し、理事長印を押印すること。

出納帳の内容について

利用者（家族）が希望して事業所が購入したブラシ、グローブ、介護ノートを購入価格で販売し、その代金を訪問介護事業所の出納帳に記入（入金）しているが、訪問介護の事業会計とその他の事業会計は区別しなければならない。これらの項目は訪問介護の事業ではないため、出納帳には記載しないこと。

事業所内の掲示物について

運営規程と重要事項を掲示しているが、働いている人の氏名と資格を掲示すること。

勤務表の内容について

介護保険外事業での勤務時間と訪問介護事業での勤務時間を1枚の勤務表に記入しているが、訪問介護の勤務表とその他の事業で勤務した勤務表は区別すること。

市への事故報告について

市への事故報告は、利用者が受診をした場合と賠償責任が発生した場合としているが、薬の誤薬（飲み忘れなど）についても事故報告として届け出ること。

事故・苦情・ヒヤリハット内容の分析について

事故・苦情・ヒヤリハットがあった時は、カンファレンスなどで職員への説明と周知徹底を行っているとのことだが、事故・苦情・ヒヤリハット報告の分析をした方がよい。事故・苦情・ヒヤリハット報告を基に、どのような事故・苦情・ヒヤリハットがあるか、状況・状態・時期・回数などを分析し、同じことを繰り返したり、大きな事故に至ったりすることのないように。

研修計画と特定事業所加算について

5月〇日から勤務しているK・Mさんの個別研修計画がない。特定事業所加算Ⅰは全員の個別研修計画が必要なので、K・Mさんの分も研修計画を立てること。

「居宅サービス計画」と「訪問介護計画」について

利用者に居宅サービス計画を説明する日より早くに、訪問介護計画が立てられているものがあった。訪問介護計画は居宅サービス計画の内容に沿って作成するものである。居宅サービス計画がないのに、何を根拠に訪問介護計画を作成したのか。計画更新の時期がきても、ケアマネジャーが居宅サービス計画をくれない場合は、速やかに計画を出してもらおうようケアマネジャーに依頼すること。また、ケアマネジャーとの連絡を綿密にすること。

遅れて訪問する場合の日誌と提供表の書き方について

Tさん宅のサービスで、平成〇年1月〇日に訪問した際、予定時間を5分遅れて入室し、予定終了時間を5分過ぎて退出したにもかかわらず、日誌・提供票には予定時間のまま記入してあった。日誌は事実確認のための記録なので、実際に入出・退出した時間を記入しなければならない。サービス内容の変更がない場合は、提供票はそのままの時間でも構わない。

初回加算の記入について

初回（訪問）加算の用紙を作成し、内容を記入しているが、初回加算はサービス提供責任者が訪問したという事実が必要です。初回（訪問）加算の用紙だけでは、サービス提供責任者が訪問したかどうかの確認ができないので、初回（訪問）加算の用紙にサービス提供責任者が訪問（同行）したという文言を記入すること。

その他

支援計画の文書に修正テープで修正している箇所があった。修正テープを使っただけの修正はしないこと。

居宅介護支援事業における指摘事項

サービス内容の増減時のサービス担当者会議について

サービス内容の増減時は、軽微な変更だと思いサービス担当者会議を開催していなかったようだが、サービスの増減には利用者の状況変化などがある場合が多いので、軽微な変更とは言えない。必ずサービス担当者会議を開催し、利用者・家族にかかわる事業所全体で共有すること。

細研修報告について

研修報告書のない研修があった。書かれてある研修報告書も整理できていないようだ。研修に行ったら、必ず報告書を書き、整理しまとめておかなければならない。また、それに基づいて内部研修をすること。

福祉用具貸与のプランについて

福祉用具貸与を開始する場合は、福祉用具の必要性と理由、専門的意見を記入しなければならない。計画更新時は、居宅サービス計画の2表に貸与する目的と理由を記入しているが、福祉用具は計画作成の都度見直さないと、利用者の自立を妨げる場合がある。サービス担当者会議録と居宅サービス計画書1表に、福祉用具の必要性と理由、専門的意見を毎回記入しておくこと。

利用者Hさん(要介護1)のプランについて

福祉用具貸与(車いす・歩行器)のみのプラン。Hさんは歩行が難しく、車いすで移動している。サービス担当者会議録に「病院受診のため車いす貸与が必要」と記載している。本人希望欄には「元気になったら歩行器で歩きたい」と記載。歩行器は歩いていた時に貸与し、現在まで継続中」とある。現在歩けないのであれば、サービスを見直し、歩行器の貸与の必要性を考えるべきである。歩行器は一度返して、歩けるようになってから貸与すればよいのではないか。車いすも病院受診のためと記載されているが、それ以外にも使用しているのであれば、目的を記載すること。

モニタリングについて

モニタリングの期間が月初日から月最終日になっているが、現在使用しているソフトではモニタリングをした日は、月の最終日ではないことがあるようだ。今の記入方法では、モニタリングをした日から月の最終日までの評価がないことになる。モニタリングは月1回するものなので、月の途中でモニタリングをするのであれば、次のモニタリングの期間は前月のモニタリングをした次の日から当月のモニタリングをする日でなくてはならない。

引用・参考文献

厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引き，2001．

日総研 伊藤亜紀 実地指導監査対応・適正運営整備のポイント

実地指導でそろえておくべき必要な書類

人員に関する書類

チェック欄

・職員名簿	
・職員の履歴書	
・辞令	
・資格証明書	
・雇用契約書	
・職員の勤務予定表（シフト表）および実績表，タイムカード	
・就業規則	
・利用者台帳	

設備に関する書類

・指定申請の際の施設・事業所建物の平面図	
・手指洗浄設備	
・設備・備品台帳	

運営に関する書類

・利用申込受付簿	
・利用者台帳	
・介護サービス計画書	
・サービス提供記録	
・サービス利用契約書	
・重要事項説明書	
・運営規程	
・指定申請および変更届の控え	
・組織図，職務規程	
・業務日誌	
・介護手順書，業務マニュアル（緊急時対応マニュアル，衛生マニュアル，事故対応マニュアル，苦情対応マニュアルなど）	
・サービス担当者会議の記録	
・アセスメントの記録	
・モニタリングの記録	
・各種委員会活動記録	
・職員研修計画および記録	
・事故報告書，インシデント報告書	
・身体拘束に関する説明書および記録	
・苦情・クレーム報告書	
・送迎および車両運行に関する記録	
・運営推進会議に関する議事録	
・施設・事業所の広告，チラシ，パンフレット	
・身分証	
・会計関係書類（事業所ごとの経理帳簿など）	

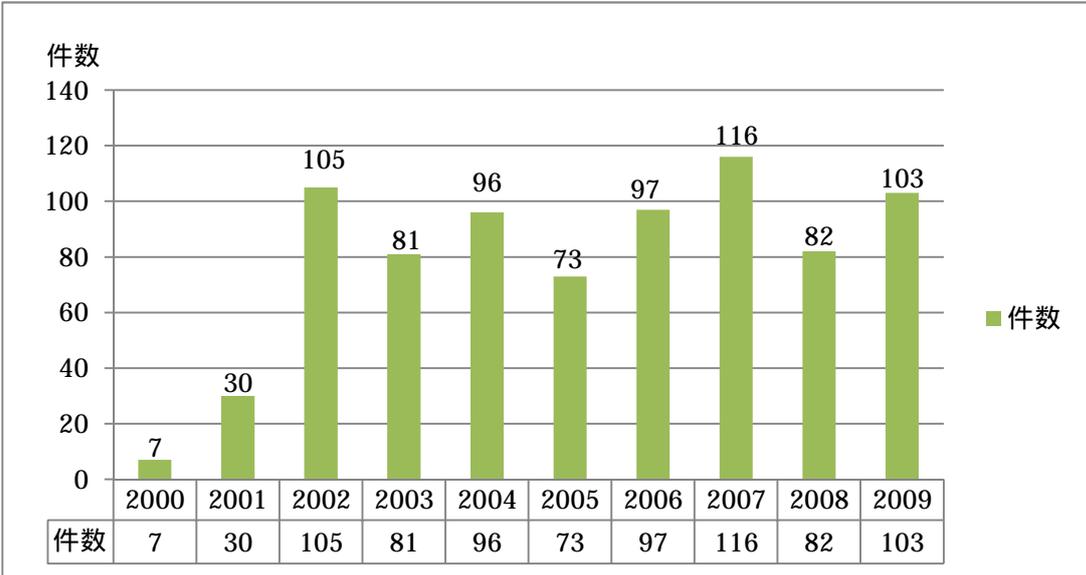
介護報酬算定・請求に関する書類

・サービス提供票及び別票	
・介護給付費明細書及び請求書	
・加算にかかる体制要件・算定要件の記録	
・請求書及び領収書の控え	

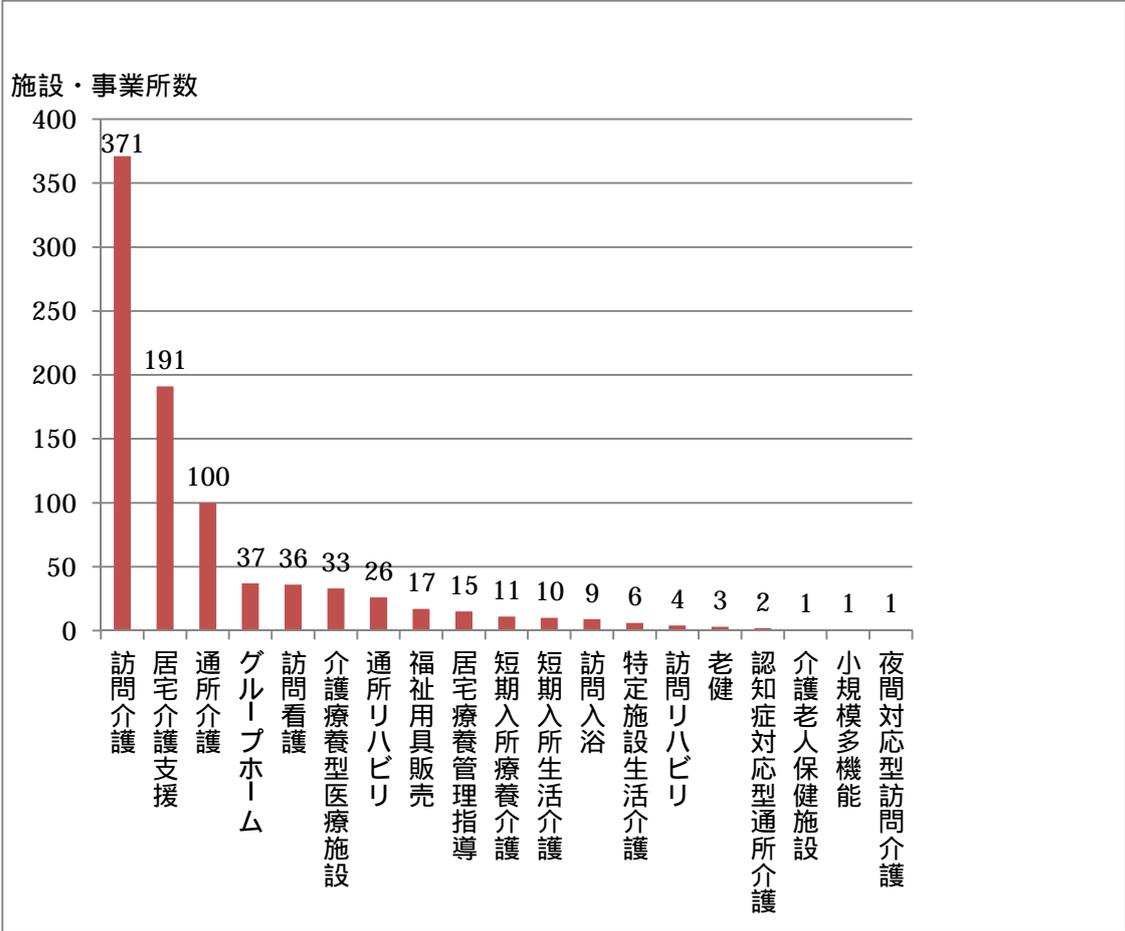
指定取り消し処分のあった介護保険施設・事業所内訳

厚労省 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料について
(平 24 年 2 月 23 日)

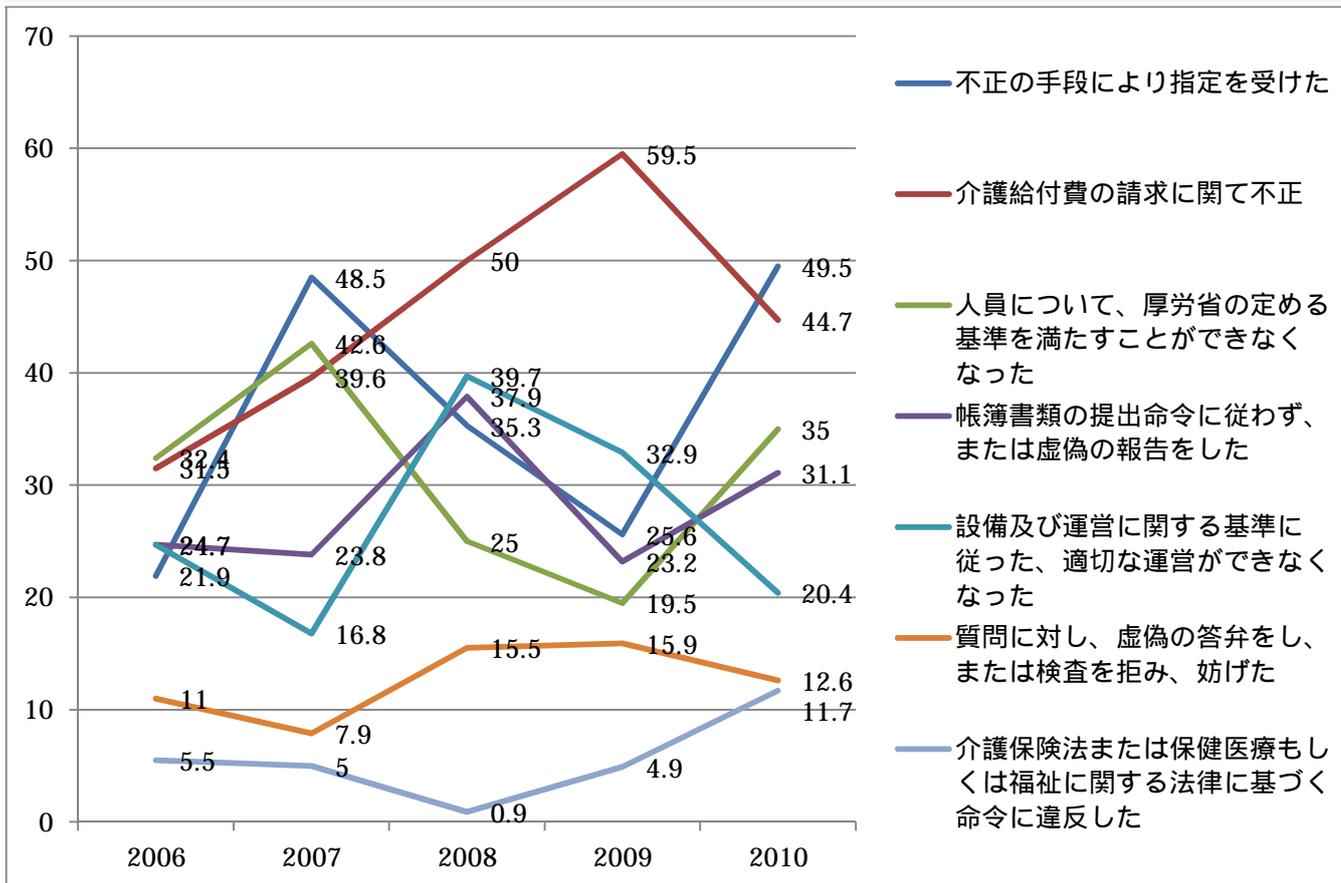
年度別



サービス種別



取り消し事由の年次推移



取り消し事由の年次推移

取消事由	根拠条文	違反事例
人員について厚労省で定める基準を満たすことができなくなった	第 77 条第 1 項 第 2 号	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネである計画作成担当者が長期にわたり不在であった ・指定時から管理者が未配置
施設及び運営に関する基準に従った運営ができなくなった	第 77 条第 1 項 第 3 号	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント、モニタリングの未実施 ・利用者に対して訪問介護計画の説明が行われず、同意も得ていない
介護給付費請求に関して不正	第 77 条第 1 項 第 5 号	<ul style="list-style-type: none"> ・実際には提供していない訪問介護サービスについて訪問介護を提供したかのような介護記録を作成し、介護給付費を請求した ・看護職員数が人員基準を満たしていないにもかかわらず、減算せず介護報酬を請求した
帳簿書類の提出命令に従わず、または虚偽の報告をした	第 77 条第 1 項 第 6 号	<ul style="list-style-type: none"> ・事実と異なる内容の介護記録であることを知りながら、当該記録を監査時に報告した ・虚偽の出勤簿、給与支払い明細書を報告した
質問に対し虚偽の答弁をし、または検査を拒み続けた	第 77 条第 1 項 第 7 号	<ul style="list-style-type: none"> ・監査時に、実際には人員基準を満たしていないにもかかわらず、人員基準を満たしているとの虚偽報告をした
不正の手段により指定を受けた	第 77 条第 1 項 第 8 号	<ul style="list-style-type: none"> ・サー責について施設に勤務しているにもかかわらず常勤勤務できるものとして申請、指定を受けた ・就業予定のない管理者及び訪問介護員の名義等を使用し、不正に指定を受けた

介護保険制度が施行された当時[2000年]は指定取り消し事業所数が少ないが、年々増加している。

当時、規制緩和により高齢者福祉の分野でも民間が参入出来るようになった。その結果、介護サービスを行う事業所は年々増加の一途をたどった。

これに伴い、厚労省は当時、介護を担う量の確保を重点的に行っていた結果、指定取り消しの件数が少なかったためと思われる。

ところが、介護保険が施行されたのち数回の介護保険改正で、厚労省は「介護の量」「介護の質向上」へと政策目標を方向転換した結果、次第に都道府県の実地指導が重視され、指定取り消しの処分を受けた事業所が増えてきたものと思われる。

指定取り消しの処分を受けた原因が介護報酬の不正請求によるものが一番多い

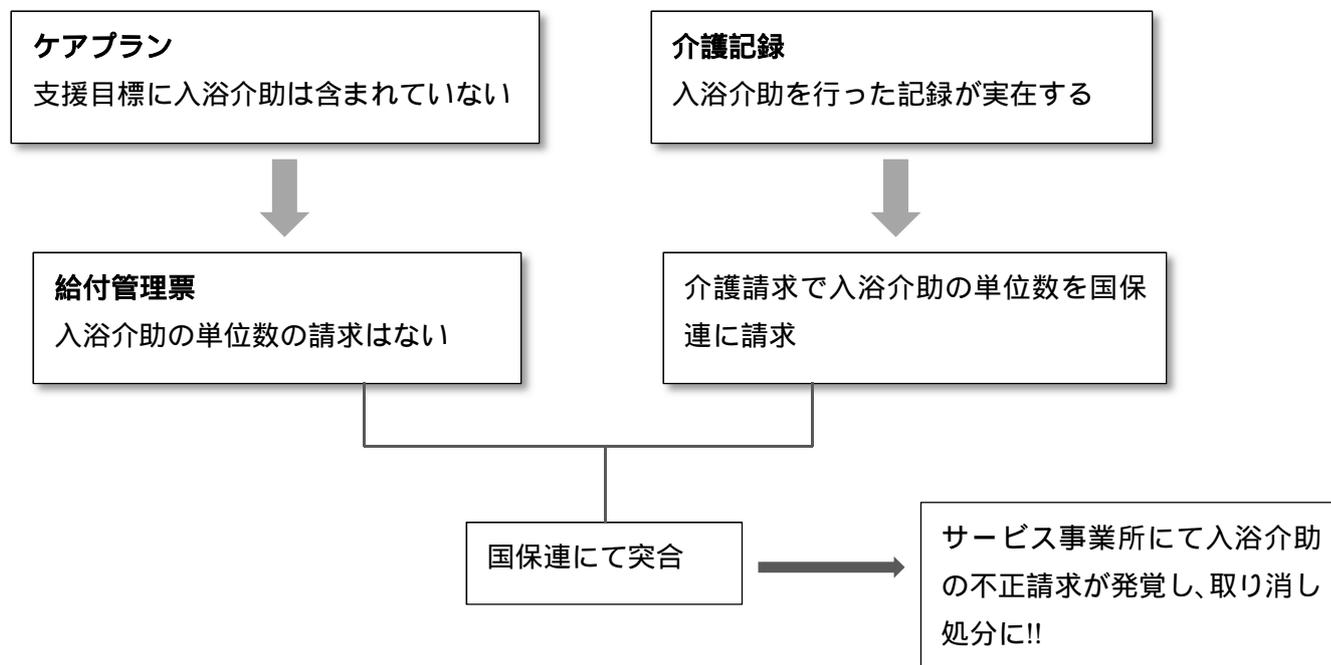
コムスの不正請求が明るみに出て以来、常に介護報酬の不正受給による指定取り消しが上位を占めている。

これは年々、介護保険の改正で事業所に入ってくる介護報酬が少なくなってきており、施設の経費のほかスタッフの給与支払いに困難をきたしているなど、事業所の経営困難からやむを得ず不正受給に走ってしまうことがこの資料からうかがえる。

指定取り消しの処分を受けた理由に介護記録が入ってきている。

介護記録は常にケアマネージャーから交付されたケアプランの支援目標に沿って書かなければならない。このケースは主に介護記録が介護報酬の不正請求につながったものと思われる。

【例 入浴介助】



この資料から現在の介護現場が経営的に困難をきたしていることが容易に推測できる。

これは、厚労省の政策目標が「介護の質向上」を掲げ、精力的に推し進めていることに他ならない。

その結果、行政による監督が強化され、不正は絶対許さない！という観念が出来上がっているからだと推測される。

昨年の介護保険改正で労働基準法の厳格化が明言された。つまり行政の参入が今まで以上に拡大しているのだ。

これは何を物語るのか、これまで以上に行政による実地指導が重視され、取り消し処分を受ける事業所が増加してくることを意味しているのではないかとと思われる。

危険予知訓練(KYT)について

危険予知訓練（KYT）とは、職員が日々の業務の中で「何かおかしい」、「危ないかもしれない」といった危険を予知する能力を高める取組の事。

KTY を行うことによる効果

- ・人ひとりがこのような危険に対する感受性を高めれば、事故を未然に防ぐことが大いに期待できる。
- ・「気づきの感性」が高まれば、万一事故が起きたり、「ヒヤリ」や「ハット」したことが起きたりした場合、自然にその要因をつかむ習慣が身につく。
- ・要因分析力を高める取り組みとしても大いに効果が期待できる。

イラストの使い方

「危険の要因」と「想定される事故」の組み合わせで危険を表現する。



危険要因は「なぜ」の繰り返しで掘り下げ、根本原因を探る

例 ベットから車いすに移乗の際、転倒が予想される



なぜ？

車いすにブレーキをかけていないから



なぜ？

職員が車いすを戻す際、ブレーキをかけるのを忘れたから

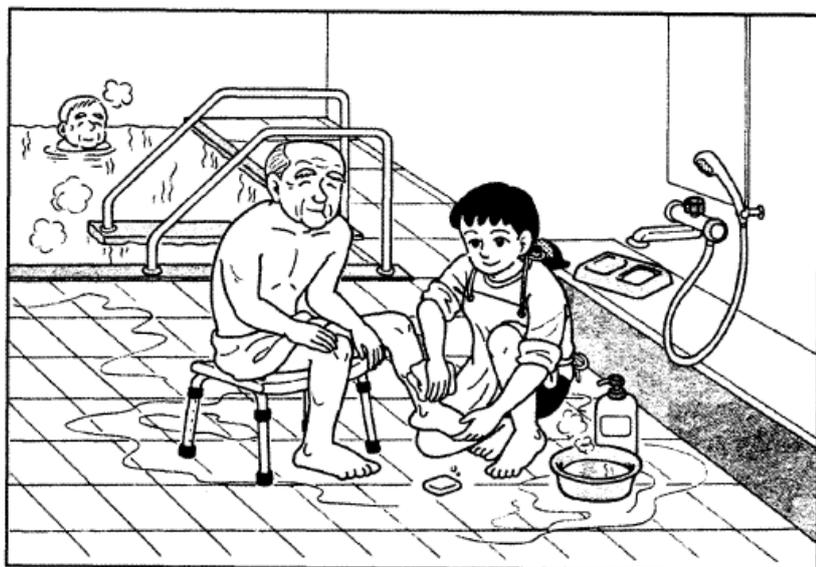


根本原因を防ぐための解決策を考える

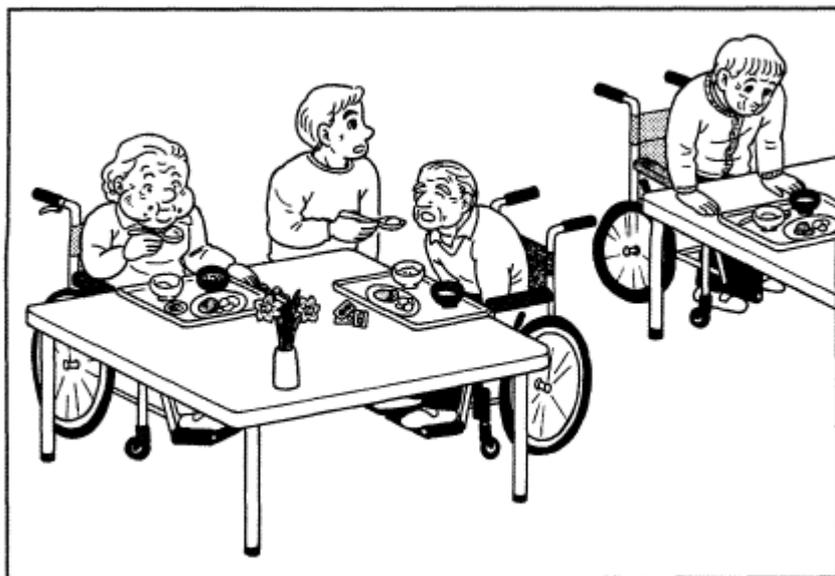
ブレーキをかけるのを忘れないためには・・・

生活場面における KTY 事例

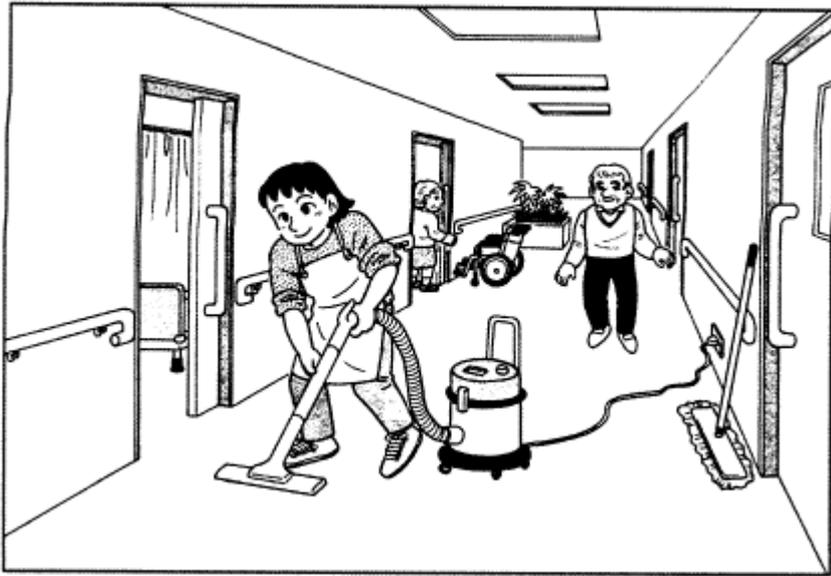
①入浴介助中



②食事介助中



③歩行中の危険



【インターリスク総研】福祉施設のリスクマネジメント 80のポイントより引用