

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）における 実地指導での指導事例について

【人員基準及び勤務体制等】

《事例① 施設長と介護職員の兼務》

管理者が介護職員を兼務し、夜勤業務も行っていた。

ポイント①

管理者が常態的に介護業務と管理業務を同時並行的に行うことは適切でなく、また、直接処遇職員が管理者を兼務することは原則として認められません。

（解説）

介護職員が慢性的に不足する中で、やむなく管理者（施設長）が夜勤を行っていた事例です。管理者は、本来の施設全体を見渡す管理業務を行う必要があります。人員基準で示すところの介護職員数にカウントすることはできません。

《事例② 常勤の看護職員の配置》

特養の1人しかいない常勤の看護職員が、通所介護事業所の看護職員を兼務している。

ポイント②

特別養護老人ホームには常勤の看護職員の配置が必要です。
法人としては常勤雇用している職員であっても、特養と通所介護事業所等の職員等を兼務すると、それぞれの事業所等では非常勤として扱います。

（解説）

特養併設の通所介護事業所で、看護職員が急な退職などで不在となり、急遽、特養の常勤で配置されていた看護職員が応援に行った事例です。この場合、特養で常勤として配置された看護職員は、2つのサービス種別を兼務することになり、非常勤職員扱いとなります。応援に行く場合は、非常勤の看護職員が行くようにしてください。

《事例③ 看護職員の人員欠如》

看護職員の配置が、基準の人員配置を満たしていない。

ポイント③

入所者の数が50を超えて130を超えない特養にあっては、常勤換算方法で3以上の配置が必要になります。

(解説)

上記の基準の他に、「1人以上は、常勤の者でなければならない」とされているため、看護職員が機能訓練指導員を兼務する場合などは、常勤の看護職員がひとりだけの場合は、非常勤の看護職員が機能訓練指導員を兼務するようにしてください。

《事例④ 機能訓練指導員の人員欠如》

機能訓練指導員が配置されていない。

ポイント④

加算算定の有無にかかわらず、特養では機能訓練指導員の配置が必要です。機能訓練指導員が看護職員等と兼務する場合は、辞令、出勤簿、勤務実績の管理において、その状況を明確にしてください。

また、機能訓練指導員として勤務した時間は、看護職員の勤務とは認められず、必要とされる看護職員の数配置されていないこととなるため、別途機能訓練指導員を配置してください。

(解説)

看護職員としての資格があれば機能訓練指導員としても認められるため、看護職員が機能訓練指導員を兼務している事例を多く見かけます。その場合、兼務しているそれぞれの職種で、勤務した時間を明確にし、看護職員の配置が基準を下回らないよう注意してください。

《事例⑤ 日中における常勤介護職員の未配置》

常勤の介護職員の配置がない時間帯があった。

ポイント⑤

一日を通じて、非常勤職員のみでの配置となる時間帯が生じないように、常に1人以上の常勤の介護職員を介護に従事させてください。

(解説)

介護職員の急な退職等により、常勤の介護職員が夜勤業務に入る比率が多くなり、その結果、日中の常勤の介護職員の配置が間に合わなくなった事例です。一日を通じて、常勤の介護職員を配置するようにしてください。

《事例⑥ ユニット型特養における勤務体制の不備》

- ア ユニットごとに、常勤のユニットリーダーが配置されていない。
- イ 各ユニットごとに常時 1 人以上の人員配置がない。
- ウ 複数のユニットに配置され、いわゆる馴染みの関係が築ける人員配置でない。

ポイント⑥

- ア ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置してください。
- イ 昼間については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置してください。
- ウ 「馴染みの関係」が築けるようユニットごとに職員を固定配置し、継続性を重視したサービスの提供に配慮してください。

(解説)

慢性的な介護職員の不足により不適切な職員配置となった事例です。ユニットケアの主旨をもう一度再確認し、入居者と馴染みの関係が築けるようきめ細かな職員配置が必要になります。

《事例⑦ 管理者による職員の勤務状況の把握》

管理者が、職員の勤務状況を把握していない。

ポイント⑦

管理者は、従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うこととされています。人員欠如が発生した場合は、速やかに届出を行い所要の措置を講じてください。

(解説)

管理者は、介護職員及び看護職員、介護支援専門員の配置が、人員基準欠如になっていないか常に把握し、配置がない場合は、人員基準欠如減算に係る手続きを速やかに行わなければなりません。

【職員処遇】

《事例① 給与・休暇関係》

給与規程等に、資格手当、処遇改善加算の分配方法等の内容が明確になっていない。また、有給休暇の取得が進んでいない。

ポイント①

処遇改善加算等の手当金は、給与規程等にその分配内容を明記し、職員に周知すると共に、公平、透明性を確保してください。また、有給休暇についても、連続した休暇が取得できるよう職場環境を見直してください。

(解説)

施設職員から、給与関係（特に処遇改善加算等）についての苦情を受けることがあります。管理者は、給与規程、就業規則等を明確にし、従業員が公平な立場で気持ちよく業務を遂行できるよう、職場環境を見直してください。

《事例② 時間外勤務》

時間外勤務を前提とした勤務体制が組まれていた。

ポイント②

業務上必要な職員を、時間外勤務で確保することは適切ではありません。

必要な人員の確保に努め、正規の勤務時間で勤務態勢を確保してください。また早番、遅番等の勤務時間に重なる時間がなく、「申し送り」のために時間外勤務が常態化している場合は、勤務時間帯の変更を検討してください。

(解説)

夜勤明けの職員から早番の職員へ、また、早番の職員から夜勤職員等へ、入所者の状態や業務内容を口頭で引き継ぐ「申し送り」の時間は必ず必要になります。

勤務時間に重なる時間帯をつくり、勤務時間内に申し送りができるようにしてください。

《事例③ 健康管理》

雇い入れ時の健康診断の費用を施設で負担していない。
従業員に対して、ストレスチェックを実施していない。

ポイント③

雇い入れ時の健康診断の費用は施設負担としてください。また、従業員に対し日頃から、ストレスチェック等の健康チェックを行い、健康管理と職場環境の改善に努めてください。

【運営基準（全般）】

《事例① 運営規程の変更》

運営規程に「入所者の病状急変等の緊急時等の対応」が記載されていない。
また、運営規程に上記を記載したが、変更の届け出がなされていない。

ポイント①

平成30年の基準条例の改正により追加されました。運営規程等、介護保険法施行規則第135条で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を群馬県知事(各指定権者)に届出てください。

※「群馬県特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例」

及び「群馬県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」

の一部改正について（平成30年3月20日付け介高924-56号介護高齢課長通知）

(解説)

「緊急時等の対応」として、入所者の病状の急変等に備えるため、配置医師による対応その他の方法による対応方法を定めなければならないことを義務づけたものです。具体的には、緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法、曜日や時間帯ごとの医師との連携方法や診察を依頼するタイミング等があげられます。これらを「運営規程」に追加しなければなりません。

《事例② 重要事項説明書》

重要事項説明書について、内容に不備があった。

- ・ 利用料・加算等の記載がない。
- ・ 苦情受付窓口の記載がない。
- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況の記載がない（平成30年度から追加）。
- ・ 個人情報の取り扱いについて同意書を取り交わしていない。また、家族の個人情報の取扱いについて、家族に同意を得ていない。

ポイント②

重要事項説明書には、運営規程の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況等、入所申し込み者がサービスを選択するために必要な重要事項について、分かりやすく記載してください。

【運営基準（処遇・看護）】

《事例① 入所検討》

- ア 入所申込者の受付簿を整理していない。
- イ 「入所希望者グループ名簿」を作成しないまま、評価基準の点数のみで、入所者の検討を行っていた。
- ウ 入所検討委員会に施設職員以外の第三者委員等を入れていない。

ポイント①

- ア 入所申込みがあった場合は、申込書に基づく面接を経て、グループ分けを行い受付簿を作成し管理します。
- イ 入所指針の別表1「評価基準」により点数化、合計点数の高い順に名簿を作成します。
- ウ 施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で構成する入所等検討委員会で（原則3か月に1回以上）判断及び入所者の決定を行います。委員会には施設職員以外の委員を加えることが望ましいとされています。

（群馬県特別養護老人ホーム等入所者等指針 令和元年5月1日改正）

(解説)

入所待機者の公平で公正な入所決定を速やかに行うために、群馬県独自の入所者等指針が整備されています。平成30年度に改正が行われ、より現状に即した指針になっています。入所申込みがあった際には、また新規入所が決定した際には、必ずその経緯を記録し保管しておいてください。

《事例② 施設サービス計画の作成》

- ア 基本情報等の情報収集と、アセスメント（課題の抽出）が不適切。
- イ 多職種連携による計画作成となっていない（サービス担当者会議等の開催、担当者に対する照会等により、意見聴取と検討を行っていない）。
- ウ 再入所者等の、退院後の状態変化、褥瘡発症の有無、食事摂取等の課題、認知症等による行動・心理症状等、その入所者が抱える課題が計画に盛り込まれていない。
- エ 新規入所者の計画作成に時間がかかっている（2か月以上経っている）。要介護更新認定を受けたが、計画の見直しを行っていない。

ポイント②

- ア 課題の把握（アセスメント）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行います。その内容を記録しアセスメント票として保管します。
- イ サービス担当者会議や、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。
- ウ 状態の変化から生じる新たな課題や、認知症行動・心理症状等、留意すべき対応方法等をより詳細に記載する必要があります。
- エ 新規入所者の計画を作成する場合や、要介護状態区分の変更時は、一連の流れに沿って速やかに計画を作成してください。

(解説)

施設サービス計画の作成は、施設で定められた計画担当介護支援専門員が作成に関する業務を担当します。計画作成では、PDCA サイクル（プラン→実行→チェック→アセスメント）を一定期間ごとに回していくことが求められます。新規で入所された利用者の場合、まず、介護支援専門員は、その利用者が今まで暮らしてきた生活の様子、身体機能面、既往歴、本人の望まれる生活などをアセスメントし、利用者が自立した日常生活が営めるよう、専門的な見地から施設サービス計画を作成します。既に入所している利用者に対しては、定期的にモニタリングし、状態変化などがあった場合は計画の見直しを行います。また、日頃から入所者に直接関わっている介護・看護職をはじめ全ての担当者から、専門的な見地からの意見を求めるサービス担当者会議等の設営も重要な業務になります。

《事例③ 身体拘束の廃止への取り組みが不十分》

- ア 身体拘束等の適正化の指針が整備されていない、または内容に不備がある。
- イ 身体拘束等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。
- ウ 身体拘束適正化委員会に施設長が参加（配置）していない。

ポイント③

- ア 指針には、基準省令にある以下7つの項目を盛り込む必要があります。
- ・施設における身体拘束等の適正化に関する基本的考え方
 - ・身体拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
 - ・身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
 - ・施設内で発生した身体拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
 - ・身体拘束等発生時の対応に関する基本方針
 - ・入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - ・その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針
- イ 身体拘束を行っている入所者の有無にかかわらず、委員会を開催することが必要です。委員会の開催に当たっては、3月以上の期間を空けずに計画的に開催してください。3月に1回以上開催していない場合は減算（身体拘束廃止未実施減算）することとなります。
- ウ 組織のトップである施設長や管理者が「身体拘束廃止」を決意し現場をバックアップする方針を徹底することがまず重要です。

(解説)

「身体拘束廃止未実施減算」がより厳しくなり、平成30年度の報酬改定より、「1日につき5単位を所定単位から減算」から、「所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する」となりました。具体的には、身体的拘束に関する記録を行っていない、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、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合となりました。

《事例④ 身体的拘束等の適正化（研修）》

基準省令の解釈通知「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第43号）第4-9（5）に基づく適切な研修が行われていない。（定期的な研修（年2回以上）及び新規採用時の研修）

ポイント④

適切に研修を行い、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、適正化の徹底を行う必要があります。また、研修の実施内容、開催日時、場所、出席者等を記録することが必要です。

《事例⑤ 身体拘束について、記録、解除に向けた取り組みが不十分》

身体拘束について、その妥当性（切迫性・非代替性・一時性）や実施方法を検討し、必要のない身体拘束が行われないよう、所要の措置を講じていない。

ポイント⑤

身体拘束について、その態様及び時間、その際の入所者の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することはもちろん、解除に向けた取り組みの検討が重要です。妥当性や実施方法の検討と共に、解除に向けた取り組みを行い、その結果を記録してください。

(解説)

入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならないとされています。緊急やむを得ない場合とは、具体的に、以下の三要件をすべて満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られます。

- ・**切迫性**=入所者本人または他の入所者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ・**非代替性**=身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ・**一時性**=身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

《事例⑥ 介助方法が不適切（食事介助）》

1人の職員が同時に3人の入所者に対し食事介助を行っていた。

ポイント⑥

介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行わなければならないとされています。食事介助は、入所者の嚥下機能及びその時々々の健康状態などを適切に見極めて、ひとりひとりに向き合い、誤嚥のないよう行ってください。

(解説)

限られた食事時間内に多くの入所者の食事介助をしなければならない中で、効率を優先してしまったばかりに、入所者への配慮に欠けてしまった事例です。高齢者は嚥下機能も低下しています。食事介助は、入所者としっかり向き合って、誤嚥しないよう丁寧に行ってください。

《事例⑦ 介助方法が不適切（服薬介助）》

- ・入所者に配薬する薬をお粥にのせて、食事を提供していた。
- ・配膳する前に、与薬する薬が利用者のお膳の上に置かれてあった。
- ・配薬用の薬入れが、共同生活室の利用者の手の届く場所に置いてあった。

ポイント⑦

服薬介助は、食事の配膳と一緒に行うのではなく、内服する直前に看護職員によって実施されることが望ましく、介護職員が行う場合にも、適切な指導の下で誤薬事故のないよう実施してください。また、薬を扱う際には複数回（最低3回）のチェックを行うことを習慣化し、薬の管理は、利用者の手の届かないところで適正に行ってください。

(解説)

誤薬事故は生命に関わる危険な事故にも繋がりがねません。服薬介助は、薬を用意する時点、服薬介助する時点、介助後の時点で、少なくとも3回以上間違いがないか点検することが大切です。専用の服薬介助用ケースを用意し、ケース内のフルネームで記載された指定席に薬を用意し、入所者の氏名と顔、薬に記載された氏名とを突合します。介助後は、破った薬包をケース内の指定席に戻し、そして、薬を入所者がきちんと飲み込んだかを最後まで見守ります。

《事例⑧ 感染症に関する委員会、研修の実施が不適切》

- ア 感染症に関する研修を新規採用時に実施していない。また、パソコン内の閲覧用資料を確認することで研修を実施したこととしていた。
- イ 感染症対策委員会をおおむね3月に1回以上開催することとされているが、定期的な開催がない。また、集団感染があったが保健所へ届出がされていない。

ポイント⑧

感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに従業員に周知徹底することとされています。また、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針の整備及び研修を定期的に（年2回以上）開催するとともに、新規採用時にも必ず実施することが求められています。集団感染（10名以上）が発生した際は、保健所に届出を行うとともに、県（介護高齢課）へも報告を行ってください。

《事例⑨ 感染症対策の観点から不適切な事例》

- ・配膳用のワゴンで、食べ終わった食器の下膳が、一緒に行われていた。
- ・C型肝炎のある入所者について、職員への周知が不十分であった。
- ・使用済の注射針がリキャップされた状態で廃棄されていた。
- ・リネン庫内について、清潔区域と汚染区域の分けができていない。

ポイント⑨

調理及び配膳に伴う衛生は、食品衛生法（昭和22年法律第233号）等関係法規に準じて行ってください。

インフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、別途通知等が発出されています。また、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」をダウンロードし施設内に備え、日頃から感染症の予防に努めてください。

（解説）

指定介護老人福祉施設は、衛生管理及び感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、適切な措置を講じなければならないとされています。

衛生管理としては、まず、感染症に関する指針を整備すること。その指針には、平常時の対策（血液、体液の扱い、排泄物の処理、環境整備、手洗いの基本、早期発見のための観察項目の整備など）と、発症時の対応（感染状況の把握、感染拡大防止、医療機関や保健所等との連携、行政への報告、連絡体制など）を明記しておく必要があります。

感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策としては、感染症に関する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに従業員に周知徹底すること。また、研修を定期的に（年2回以上）開催するとともに、新規採用時にも必ず実施することが求められています。

《事例⑩ 事故発生時の対応》

- ア 事故防止検討委員会等において、再発防止策の検討が行われていない。
- イ 事故発生の防止のための研修が年に1回しか開催されていない。
- ウ 骨折以上の重大事故について市町村に報告は行ったが、県（介護高齢課）へ報告していない。

ポイント⑩

- ア 事故の集計だけでなく、事故分析を行い、再発防止策の検討が必要です。
- イ 定期的な研修を年に2回以上開催すると共に、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施することが必要です。
- ウ 重大事故が発生した際は、市町村及び県（介護高齢課）へ報告が必要です。

【参考：社会福祉施設等における事故等及び虐待の防止について（群馬県健康福祉部長H25.9.13通知）】

（解説）

- 事故発生の防止及び発症時の対応として、以下の内容を整備する必要があります。
- ・事故発生の防止のための指針の整備
 - ・事実の報告及びその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底
 - ・事故発生防止のための委員会の開催（定期的）
 - ・事故発生の防止のための従業者に対する研修の実施（年2回以上の定期的な教育及び新規採用時）
 - ・損害賠償（損害賠償保険に加入しておくことが望ましい）
- また、事故が発生した場合は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければなりません。重大事故の場合は、市町村及び県へ報告を行います。

【利用料・預り金】

《事例① 利用料、預り金の管理が不適切》

預り金の管理について、実地指導当日の現金残高と出納簿残高が不一致であった。現金の入出金の都度、出納簿と残高の突合を行っていない。

ポイント①

預り金の管理方法として、預金通帳と現金、印鑑の保管場所を分離させ、複数職員で扱う等、内部牽制体制を確立してください。また、入所者が立て替えるべき費用を施設が立て替えた場合、その精算は速やかに行い、立て替え用現金有高については、少なくとも月1回は出納簿と照合するように努めてください。また、会計責任者（施設長）は、点検を定期的を実施してください。

【防災対策】

《事例① 非常災害・不審者対策》

- ・非常災害訓練を年2回以上実施していない。
- ・消防計画に風水害が加わっていない。
- ・不審者対策を行っていない。

ポイント①

非常災害に関する具体的な計画（消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）に基づき、非常災害訓練は年2回以上（うち1回は夜間想定）実施し、実施記録を整備してください。

不審者対策のためのマニュアルを作成すると共に、不審者対策のための訓練を年1回以上実施してください。

（解説）

近年、台風や大雨、地震といった自然災害による高齢者施設の被害状況をニュースで見かけるようになりました。火災発生時に備えることはもとより、自然災害を想定した実地訓練の必要性が高まっています。マニュアルを整備するとともに、定期的に非常災害訓練を実施してください。

【介護給付費】

《事例① 日常生活継続支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）》

ア 新規入所者の総数の内、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が、100分の70以上でなかった。

イ 介護を必要とする認知症入所者（日常生活自立度ランクⅢ以上）の割合が、100分の65以上でなかった。

ポイント①

要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の割合及び日常生活自立度のランクⅢ以上の割合を算出する際には、

- ・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数において対象となる新規入所者ごとのその入所の日における「要介護度」及び「日常生活自立度」の判定結果を用います。
- ・届出を行った月以降においても、毎月において直近6月間又は12月間のこれらの割合がそれぞれの所定の割合以上であることが必要です。
- ・これらの割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出の変更を行ってください。

《事例② 看護体制加算（Ⅰ）》

常勤の看護職師を1名以上配置する必要があるところ、非常勤の看護師が配置されていた。

ポイント②

看護体制加算（Ⅰ）については、常勤の看護師を1名以上配置していること、及び併設短期入所の看護師と兼務は出来ません。

（解説）

特養の常勤として採用された看護職員が、同じ法人内の併設事業所（例：通所介護事業所等）に時々勤務に入ることがあった場合、その看護職員は、常勤職員ではなく非常勤職員として扱います。法人としての採用形態は常勤であっても、複数のサービス種別を兼務する場合は、それぞれ事業所毎に非常勤職員として扱うこととなりますので注意が必要です。

《事例③ 栄養マネジメント加算》

- ア 栄養ケア計画の同意日の前から算定している。
- イ 多職種共同で栄養ケア計画を作成していることが記録上、不明確。
- ウ 栄養補給方法の変更があった入所者や褥瘡を発症した入所者の栄養ケア計画が速やかに変更されていない。
- エ 入所者全員に対する栄養スクリーニングと栄養アセスメントが行われていなかったが、栄養ケア計画に同意を得られた者のみ加算を算定している。
- オ 栄養ケア計画について、3月に1度見直しを行い、当該栄養ケア計画の内容について利用者又は家族に説明し同意を得ていない。

ポイント③

- ア 栄養ケア計画を作成し、入所者又はその家族に対して説明し、同意を得られた日から算定の開始となります。
- イ 栄養ケア計画を作成する場合には、医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成したことがわかるよう、記録を整備することが必要です。
- ウ 栄養補給方法の変更の必要性がある場合や褥瘡を発症した入所者については、直ちに栄養ケア計画を変更することが必要です。
- エ 原則として入所者全員に対して栄養ケア・マネジメントを実施しなければなりません。入所者全員について入所者ごとに栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施し、サービス担当者会議などの一連の手順を経て栄養ケア計画を作成し、同意を得ることが必要です。
- オ 栄養ケア計画は概ね3月に1度見直しを行う必要があります。
また栄養ケア計画の作成及び見直しに当たっては、入所者又は家族の同意を得る必要がありますが、計画内容に変更がない場合には、同意の署名は必須ではありません。

(解説)

管理栄養士は、入所者の低栄養状態を把握し、その入所者の既往歴、嗜好調査、入所後の喫食状況を踏まえて速やかに栄養ケア計画を作成しなければなりません。新規で入所された利用者の場合、環境変化による食欲の低下なども懸念されますので、遅くとも1週間以内に、関連職種と連携して、低栄養状態のリスクを把握し（栄養スクリーニング・アセスメント）、栄養ケア計画を作成します。既に入所している利用者については、各利用者の低栄養状態のリスクに応じた期間毎に、栄養ケア計画についてモニタリングを実施します。

栄養スクリーニング、再アセスメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、全ての入所者に対して3か月毎に実施し、栄養ケア計画の見直しを行います。

《事例④ 経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）》

- ア 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である旨の、医師又は歯科医師の指示が不明瞭であった。
- イ 多職種による食事の観察及び会議を月1回以上行っていない。
- ウ 6月を超えて算定を継続している場合、水飲みテスト等による、引き続き摂食機能障害及び誤嚥が認められたという検査結果の記録がない。また、医師の指示書（おおむね1月ごと）がなかった。

ポイント④

ア 経口維持加算の対象は、「現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害（食事の摂取に関する認知機能の低下を含む）を有し、水飲みテスト、頸部聴診法、造影撮影、内視鏡検査等により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合及び食事の摂取に関する認知機能の低下により誤嚥の有無に関する検査を実施することが困難である場合を含む）ことから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたもの」であるとされています。実施した水飲み検査等の結果から当該加算の対象者かどうか適切に判断してください。また、認知症の失認・失行から水飲みテストが実施出来ない入所者についても、明らかな誤嚥が認められない場合は対象者にはなりませんので注意してください。

イ 医師、歯科医師、管理栄養士、看護職員、言語聴覚士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の食事の観察及び会議等を月1回以上行い継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理方法等を示した経口維持計画を作成します。

ウ 6月を超えて算定を継続する場合は、改めて、水飲みテスト等による検査を行い、引き続き、摂食機能障害及び誤嚥が認められるという医師又は歯科医師の指示が必要になります。医師又は歯科医師の指示は、おおむね1月ごとに受けるものとします。

（解説）

普通のお茶をひとりで湯飲み茶碗を持って普通に頂いていた入所者を、当該加算の算定の対象としていたこと、他にも同様のケースが散見されたという事例がありました。

当該加算の対象者は、水飲みテスト等により、明らかな誤嚥が認められる者。また、継続して経口による食事の摂取を進めるために特別な管理が必要である者とされており、失認・失行から水飲みテストが実施出来ない入所者については、明らかな誤嚥が認められない場合は対象者にはなりませんので注意してください。

《事例⑤ 低栄養リスク改善加算》

- ア 医師の指示がない入所者に対し加算を算定している。
- イ 管理栄養士が対象となる入所者に対し食事の観察を行っていない。

ポイント⑤

- ア 原則として施設入所時に行った栄養スクリーニングにより、低栄養状態の高リスク者に該当する者であって、低栄養状態の改善等のための栄養管理が必要であるとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものが対象です。
- イ 食事の観察については、管理栄養士が1日1回、週5日以上実施することが原則です。病欠等のやむをえない事情により管理栄養士が食事の観察が実施できない場合は、介護職員等の他職種が実施することも差し支えありませんが、観察した結果については、管理栄養士に報告することが必要です。
(平成30年度 報酬改定Q&AVol.1問81)

《事例⑥ 看取り介護加算》

看取り介護計画に対する同意を得られた日より前から算定を開始している。

ポイント⑥

看取り介護加算については、医師等が共同して作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意を得た日が加算算定の起算日となります。