

各サービスにおける介護報酬算定に係る留意事項

1 居宅介護支援

(1) 運営基準減算事項

項目	必須の実施時期				留意事項	根拠規定 (注 2)
	新規作成	更新認定	区分変更	計画の変更 (注 1)		
アセスメント	○	×	×	○	①必須の実施時期に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接すること（原則、居宅でのアセスメントが必須。例外については、(4)の②を参照）。 ②記録すること。 ③サービス提供の月末までに実施すること。	基準第 13 条第 7 項、第 15 項
サービス担当者会議の開催・照会	○	○	○	○	①必須の実施時期に実施すること。 ②記録すること。 ③サービス提供の月末までに実施すること。 ④ケアプラン（第 2 表）に位置付けた事業所すべてを対象とすること。	基準第 13 条第 9 項、第 14 項、第 15 項
ケアプランの説明・同意・交付（1～3表、6、7表）	○	○	○	○	①必須の実施時期に実施すること。 ②サービス提供の月末までに実施すること。 ③ケアプランの原案（1～3表、第 6 表及び 7 表）の内容を利用者又は家族に対し説明し、文書（署名又は押印）により利用者の同意を得ること。 ④ケアプランを利用者及び担当者に交付すること。	基準第 13 条第 10 項、第 11 項、第 15 項
モニタリング	特段の事情（注 3）のない限り、少なくとも 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともに、モニタリングの結果を記録すること。				サービス提供の月末までに実施すること。	基準第 13 条第 13 項

注 1) 「計画の変更」とは、サービス種類の増減をいう（例えば、訪問介護及び通所介護のサービスを受けていて、訪問看護が新たに加わる場合や、通所介護のサービスをやめる場合など）。その際は、一連の業務（アセスメント、担当者会議開催、ケアプランの説明・同意・交付）を行うことが必須となる。

ただし、サービス種類は増減するが、利用者の状況等が全く変わらない場合（例えば、特殊寝台を貸与から購入に切り替えたときなど）においては、一連の業務を行わなくても運営基準減算を適用しない。

また、軽微な変更（同一サービスにおける回数の増減、同一サービスにおける事業所の変更等）の場合は、一連の業務は必須ではないが、必要に応じて第2表及び第3表等を修正し、修正後の居宅サービス計画を利用者及び担当者に情報提供すること。

注2) 「基準」とは、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」のことをいう。

注3) 「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。さらに、当該特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

- ・居宅サービス計画を作成し、給付管理を行う最初の月においても、モニタリングを行うこと。
- ・要介護認定を申請し、要介護認定を受けるまでの間において、当該利用者が介護サービスを利用する場合は、いわゆる暫定プランを作成すること。

(2) 加算に係る留意事項

① 初回加算

- ・利用者が予防から介護になったことに伴い、同一の居宅介護支援事業所において、予防支援の委託から居宅介護支援に変更する場合、居宅介護支援に係る初回加算の算定は可能（ただし、当該利用者について、過去2か月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供していない場合に限る。）。
- ・~~新規（当該利用者について、過去2か月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供していない場合。）に居宅サービス計画を作成する場合、一連の業務は必須である（一連の業務が行われない場合、運営基準減算が適用され、初回加算も算定できない）。~~
- ・~~要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合、初回加算を算定するときは一連の業務が必須となる（一連の業務が行われない場合は、初回加算の算定はできない。）。~~ 《H22. 5. 18 削除》

② 退院・退所加算

- ・入院期間又は入所期間の日数の制約はない。ただし、当該加算の趣旨を踏まえると、単なる検査入院等の場合における算定は、想定できない。
- ・運営基準上、一連の業務が必須ではない際（新規ではない場合など）に退院・退所加算を算定する場合、一連の業務が行われない場合にあっても、算定は可能である。 《H22. 5. 18 追加》

③ 運営基準減算と初回加算又は退院・退所加算との関係性 <H22.5.18 追加>

加算の算定事例(※1)		ケアプラン作成の必要性	一連の業務の実施状況						
			行っている			行っていない			
			運営減算	初回加算	退院加算	運営減算	初回加算	退院加算	
初回加算	① 新規(P1の1の(1)の新規作成など)にケアプランを作成する場合	必須	無	可	/	有	不可	/	
	② 要支援者が要介護認定を受けた場合にケアプランを作成する場合	必須	無	可	/	有	不可	/	
	③ 新規(入院などで過去2か月以上、居宅介護支援費を算定していない場合)の場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない	/	/	/	無	不可	/
		計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)	必須でない	無	可	/	無	不可	/
		計画を変更し、プランを作成する場合(※4)	必須	無	可	/	有	不可	/
	④ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない	/	/	/	無	不可	/
計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)		必須でない	無	可	/	無	不可	/	
計画を変更し、プランを作成する場合(※4)		必須	無	可	/	有	不可	/	
退院・退所加算	⑤ 居宅介護支援の提供が初めてで、退院・退所後に新規にケアプランを作成する場合	必須	無	/	可	有	/	可	
	⑥ 入院・入所前に居宅介護支援を提供していた場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない	/	/	可	無	/	可
		計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)	必須でない	無	/	可	無	/	可
※2	計画を変更し、プランを作成する場合(※4)	必須	無	/	可	有	/	可	

※1 初回加算と退院・退所加算とは、どちらかしか算定できない。

※2 退院・退所加算の算定にあたっては、入院・入所前から情報提供を受けるなど、他の要件を満たす必要がある。

※3 検討した結果、元のケアプランを継続する場合には、その理由等をケアプランに記載し、作成年月日を加筆修正するなどしておくこと。

※4 計画の変更とは、サービス種類の増減を伴う変更(P1の1の(1)の計画の変更)をいう。

④ 医療連携加算及び退院・退所加算

- ・両加算を、同月中に算定することは可能。

⑤ 認知症加算

- ・例えば、主治医意見書等により平成21年3月から既に認知症（日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）であったことが判明した場合は、平成21年4月に遡って算定可能。

⑥ 独居高齢者加算

- ・住民票による確認を行うことについて利用者の同意が得られなかった場合又は住民票においては単独世帯ではなかった場合であっても、介護支援専門員のアセスメントにより利用者が単身で居住していると認められる場合は、算定可能。
- ・住民票の取得について、利用者の同意を得られていたにもかかわらず、住民票を取得していない月において算定することは不可。

(3) ケアプラン点検支援において自立支援に資するケアマネジメントが行われている事例等別紙1のとおり。

(4) その他の留意事項

① 訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について

別紙2のとおり。

② 病院等から直接ショートに入所する場合における居宅介護支援のアセスメントについて

アセスメントについては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13

条第 7 号の規定により、「利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない」とされており、これを満たしていない場合は、居宅介護支援に係る介護給付費が減算となる。

しかしながら、病院、介護保険施設等から直接短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所に入所する場合、物理的にアセスメントを居宅においてできない状況にあること等から、やむを得ないと認められるため、特例として、病院又は介護保険施設等において、利用者及びその家族に面接してアセスメントを行い、かつ、他のすべての要件を満たすときは、減算しない取扱いとする。

なお、この場合における初回加算の算定については、加算に係る他のすべての要件を満たすときに限り、算定可能。

③ ショートに長期間入所する利用者に対する居宅介護支援のモニタリングの実施について

モニタリングについては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第 13 条第 13 号の規定により、「少なくとも 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること」とされており、これを満たしていない場合は、居宅介護支援に係る介護給付費が減算となる。

しかしながら、短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所に暦月を通して入所している場合、物理的にモニタリングを居宅においてできない状況にあること等から、やむを得ないと認められるため、特段の事情として、少なくとも 1 月に 1 回、当該利用者が入所している短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所を訪問し、利用者に面接し、かつ、他のすべての要件を満たすときは、減算しない取扱いとする。

2 介護予防支援

加算に係る留意事項

- ・委託から直営になった場合、初回加算の算定は不可。
- ・介護予防支援事業所が変更しないにもかかわらず、委託先の居宅介護支援事業所が A 事業所から B 事業所に変更した際、初回加算の算定は不可。

3 訪問介護

(1) 加算に係る留意事項

① 緊急時訪問介護加算

- ・居宅サービス計画に位置付けられていない訪問介護（身体介護が中心のものに限る。）を、利用者等から要請を受けてから 24 時間以内に行った場合が算定の前提となる。「居宅サービス計画に位置付けられていない」とは、第 3 表の週単位部分（週単位以外のサービスを除く。）に位置付けられていないことをいう。また、「身体介護が中心のものに限る。」とは、身体介護及び生活援助が混在する場合を含む。
- ・居宅サービス計画に訪問介護が位置付けられていない場合又は生活援助のみ位置付けられている場合にあっても、算定要件を満たせば算定可能。
- ・1 日当たり又は 1 か月当たりの回数制限はない。

② 初回加算

- ・利用者が予防から介護になったことに伴い、介護予防訪問介護事業所から一体的に運営している訪問介護事業所に変更する場合、訪問介護に係る初回加算の算定は可能（ただし、当該利用者について、過去 2 か月以上、当該訪問介護事業所において指定訪問介護を提供していない場合に限る。）。

(2) その他の留意事項

① 算定について

- ・ 前回提供した指定訪問介護から概ね 2 時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算する（2 時間未満の間隔で指定訪問介護を行うことは可能）。
- ・ 通院等乗降介助又は通院外出介助は、片道ずつの算定が可能である。
- ・ 2 人の訪問介護員等が一部異なった時間帯でサービス提供をする場合、訪問介護員等 1 人 1 人について算定する。例えば、A 訪問介護員等が、午前 10 時から身体 2 生活 2 のサービスを提供し、B 訪問介護員等が午前 10 時から身体 2 のサービスを提供する場合、804 単位（身体 2・2 人）+229 単位（生活 2）と算定するのは誤りで、568 単位（身体 2 生活 2）+402 単位（身体 2）で算定するのが正しい。）

② 訪問介護サービスにおける生活援助の取扱い及び院内介助の取扱いについて

別紙 3 のとおり。

4 通所リハビリテーション

加算に係る留意事項

① リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション実施加算

1 月の予定が、休日により、8 回未満になった場合は、両加算とも算定不可。ただし、1 月の予定が 8 回以上であったが、利用者の都合（体調不良等による欠席等）により、8 回未満になった場合は、両加算とも算定可能。

② 短期集中リハビリテーション実施加算の退院日又は退所日等

ア) 退院日又は退所日

利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日をいう。なお、入院期間又は入所期間の日数の制約はない。

イ) 認定日

法第 27 条第 1 項に規定する要介護認定を受けた日（新規の認定日）をいい、認定の有効期間の始期ではない。 《H22. 5. 18 波線部分加筆》

5 その他

(1) 地域密着型サービスの概要について

別紙 4 のとおり。

(2) 施設入所日及び退所日における居宅サービスの算定について

サービス種類	介護老人福祉施設 (ショート含む)		介護老人保健施設 (ショート含む)		介護療養型医療施設 (ショート含む)	
	入所日	退所日	入所日	退所日	入院日	退院日
訪問介護	○	○	○	○	○	○
訪問入浴介護	○	○	○	○	○	○
訪問看護	○	○	○	△(注1)	○	△(注1)
訪問リハビリテーション	○	○	○	×	○	×
居宅療養管理指導	○	○	○	×	○	×
通所介護	○	○	△(注2)	△(注2)	△(注2)	△(注2)
通所リハビリテーション	○	○	△(注2)	×	△(注2)	×

(注1) 厚生労働大臣が定める状態(平成12年厚生省告示第23号の第五号を参照)の利用者に限り、算定可。

(注2) 機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。ただし、急に利用しなくてはならない場合は算定可。

(3) 介護予防サービスのサービス提供時間等の考え方について

① 介護予防訪問介護

介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けられる。実際の利用回数やサービス提供時間については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであり、当初の介護予防訪問介護計画などに必ずしも拘束されるものではない。また、過小サービスになっていないか等サービス内容の適切性については、介護予防支援事業者が点検することとされている。

② 介護予防通所系サービス

介護予防支援事業者が利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防マネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるもの。

※ 詳しくは、広島市介護保険課事業者指導係 (Tel 082-504-2183)

へお気軽にお尋ねください。

なお、この資料は、広島市ホームページ(<http://www.city.hiroshima.lg.jp>) 事業者) その他・介護保険) 広島市の介護保険制度) 各サービスにおける介護報酬算定に係る指摘事項・Q&A) 介護報酬算定に係る指摘事項 に掲載されます。

ケアプラン点検支援において自立支援に資するケアマネジメントが行われている事例等

1 自立支援に資するケアマネジメントが行われている事例等

○多職種協働で、特に主治医との連携を密にケアマネジメントをしている事例

利用者は、独居。ガン末期であることの告知を受けていないため、本人はどこも悪くないと思っている。認知症状による問題行動も多く、そのたびに担当のケアマネジャーが中心となり、主治医、友人、隣人、民生委員、生活課ケースワーカー、サービス事業者及び地域包括支援センターと連携し、問題解決に当たっている。

医療系のサービス量が多い利用者でもあるので、主治医の訪問診療時にケアマネジャーが同席し、アドバイスを得ながらサービスの調整を行っている。

○居宅介護支援事業所の変更に当たり、変更先の事業所に積極的に情報提供を行った結果、スムーズな移行が可能となった事例

利用者の主介護者は、主治医やサービス事業者に対する期待が大きく、要望がかなり多い。ケアマネジャーは、主介護者と主治医や事業所との調整に長期間努めた結果、円滑な対応が可能となった。こうしたところ、主治医の変更に伴い居宅介護支援事業所も変更となった。

事業所の変更に当たっては、変更先の担当者に対し、利用者と主介護者の意向やその他の情報を的確に伝えることにより、事業所変更時の利用者と主介護者の精神的な負担が軽減でき、スムーズな移行が可能となった。

○寝たきり状態となった利用者に対して、具体的な短期目標を設定し、それに沿ったモニタリングを継続した結果、自宅での入浴が可能となった事例

利用者は、脊柱管狭窄症による痛みのため、意欲低下が進んだ。そうした中、転倒し、寝たきり状態となった。ケアマネジャーは、2年半にわたり支援を続けた。その間、アセスメントを何度も行い、具体的な短期目標を設定し、それに沿ったモニタリングを継続した。

現在、利用者は、自宅で入浴できるまでに改善され、「浴室で手すりを持って立ち上がることができた。本当にうれしい」と意欲向上も認められる。

○命令口調で集団生活に馴染めない利用者を、通所サービスにつなげた事例

ケアマネジャーは、アセスメントにより、家族関係、主介護者以外の介護力、利用者の生活歴、職歴、現在の状況等を十分把握することができた。それを踏まえた結果、利用者は通所サービスを望んでいないが、認知症進行防止（引きこもり防止と社会交流の推進）及び家族への依存防止の理由により、通所サービスが必要と判断し、通所サービスをケアプランに位置付け、本人も理解した上で、サービス担当者会議で、サービス事業者と十分話し合い、通所サービスを開始することができた。

現在、利用者は、自分史作成に意欲的に取り組んでいる。

○難病の利用者を医療スタッフと介護スタッフが連携して支援している事例

50代でALSを発症し、病状が急速に進行した寝たきり状態にある利用者とその妻に対し、医療スタッフと介護スタッフが連携して支援することで、利用者らが精神的に安定した生活を送ることが可能となった。

ケアマネジャー自身も、職場の同僚とスーパービジョン等を行い、常に業務をフィードバックしながら専門性を高め、次第に利用者から信頼されるようになった。

2 留意事項

項目	留意事項
フェースシート	<ul style="list-style-type: none">・必要に応じて、利用者の生活歴、病歴、職歴、趣味嗜好、経済状況等も記載すること。・アセスメント実施時から、変更があれば修正すること。
アセスメント	<ul style="list-style-type: none">・アセスメントツールを使用し、客観的に分析すること。・利用者のストレングスは何かを踏まえて、アセスメントを行うこと。・少なくとも、課題分析標準項目（23項目）についてのアセスメントを行うこと。・必要に応じて、主治医等の意見を踏まえて、アセスメントを行うこと。・具体的にADLの状態（起き上がりの項目は、支えがあれば可能等）を記載すること。・利用者や家族の希望や意向を具体的に聞き取ること。・現状把握にとらわれず、そこに至った原因、問題、背景にも目を向けること。・前任者からの引き継ぎの際には、内容を再検討し、適宜、修正を行うこと。
第1表	<ul style="list-style-type: none">・「認定日」は、初回及び区分変更時については、認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載すること・「利用者及び家族の生活に対する意向」は、専門用語は避け、できるだけ分かりやすく、利用者及び家族の言葉で具体的に記載すること。・「総合的な援助の方針」は、抽象的ではなく、分かりやすい表現にすること。また、独居及び医療ニーズが高い利用者は、緊急連絡先（家族、主治医、訪問看護等）を記載すること。

第2表	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が出来そうなことや取り組んでいきたいことを、引き出して反映していくこと。 ・ニーズのないサービス種類を位置付けないこと。 ・介護保険サービス以外の家族の支援及びインフォーマルサービスについても、記載すること。 ・「生活全般の解決すべき課題」は、自立支援に向けた視点で記載すること。また、利用者や家族の要望のみではなく、アセスメント結果を踏まえること。 ・「短期目標」は、抽象的ではなく、利用者や家族が具体的にイメージできるような表現で記載すること。また、長期目標を達成するための具体的で実現可能な目標にすること。さらに、サービス利用を前提として短期目標を設定しないこと。 ・「期間」は、原則として開始時期と終了時期を記載すること。
第3表	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の日常生活の活動内容を把握すること。 ・介護保険サービス以外の家族の支援及びインフォーマルサービスについても、記載すること。 ・週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）も記載すること。
担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業者間の検討内容のみではなく、本人及び家族の意向を記載すること。 ・医療系サービスの多い利用者の担当者会議に、医療系のサービス事業者の参加が得られない場合は、事前に情報を得て、会議時に意見を反映させること。 ・介護保険外のサービス利用があれば、その事業者とも情報提供交換を行うこと。 ・残された課題、次回の開催時期等を記載すること。 ・有意義な会議になるよう事前に検討課題を事業所に説明すること。
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・第2表の短期目標に沿って、モニタリングを行うこと（プランの課題や目標が抽象的な場合、適切なモニタリングが困難となる。）。
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・漫然と記載するのではなく、客観的に記載すること。

平成 21 年 11 月 2 日

各居宅介護支援事業所 管理者 様
各介護予防支援事業所 管理者 様

広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課長

訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について（依頼）

日ごろから、本市介護保険事業の運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、介護保険サービスの内容につきましては、一般的に介護保険の対象とならないものと考えられる事例について、各区勉強会等において、過去の介護報酬の返還事例等を例示としてお示ししてきていただいているところですが、平成 21 年 7 月 24 日付け厚生労働省老健局振興課事務連絡「適切な訪問介護サービス等の提供について」（別紙参照）にありますように、例示で示した同様の行為についても、一定の条件のもと、保険給付の対象となる場合があります。

本市における取り扱いは下記のとおりですが、この場合でも介護保険制度が市民の皆様の保険料及び税金で賄われている公的サービスであることや、各事業者におかれましてはサービス提供の必要性に係る説明責任があることに留意し、今後も引き続き適切なケアマネジメントを実施していただくようお願いします。

記

保険給付の対象となる場合

訪問介護等の具体的サービス行為について、一般的に介護保険の対象とならないと考えられるものとしてお示ししている行為でも、次の条件を満たす場合は、保険給付の対象となる場合があります。

その際、適切なアセスメントを実施し、利用者の自立支援について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じて明らかとなった、当該サービスの必要性について、必ず居宅サービス計画等に具体的に記載してください。

- ① 介護支援専門員又は担当職員の適切なアセスメントに基づくもの。
- ② サービス担当者会議等を通じ、利用者の自立を支援する上で真に必要と認められたサービスであること。
- ③ 適宜、モニタリングを実施し、その必要性等について検討すること。

※ ご不明な点があれば、お気軽にお問い合わせください。

お問い合わせ先：事業者指導係 TEL 082-504-2183
認定・給付係 TEL 082-504-2363

平成 21 年 11 月 2 日

各（介護予防）訪問介護事業所 管理者 様

広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課長

訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について（通知）

日ごろから、本市介護保険事業の運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別添写しのとおり、各居宅介護支援事業所及び各介護予防支援事業所管理者あてに送付していますので、参考までに送付します。

つきましては、今後も引き続き適切なサービス提供に努めていただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先：事業者指導係 TEL 082-504-2183

認定・給付係 TEL 082-504-2363

事 務 連 絡
平成 2 1 年 7 月 2 4 日

各都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局振興課

適切な訪問介護サービス等の提供について

訪問介護におけるサービスの内容等については、介護保険法第 8 条等に規定されているほか、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成 12 年老計第 10 号通知。以下「老計 10 号」という。）において示しているところですが、そのサービス行為ごとの区分は、例示として示したものであり、適切なケアマネジメントに基づくものであって、かつ保険者の個別具体的な判断により必要と認められるサービスについては、保険給付の対象となります。

こうした介護保険制度の趣旨を踏まえ、各都道府県におかれましては、訪問介護サービス等が保険給付の対象となるかについては下記のとおりのお取り扱いである旨を、管内の市区町村に対して改めて周知していただきますとともに、介護サービス事業者、関係団体、利用者等に対して幅広い情報提供をしていただくようお願いいたします。

記

- 1 保険者にあっては、利用者にとって真に適切な介護保険サービスが提供されるよう、行為の内容のみで一律機械的に保険給付の支給の可否を判断することなく、必要に応じて介護支援専門員等からの情報を得るなどし、個々の利用者の状況等に応じた判断をされたいこと。
- 2 例えば、「訪問介護員等の散歩の同行」は、自立支援、日常生活動作向上の観点から、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うものであって、利用者の自立支援に資する（例えば、ケアプランにおける長期目標又は短期目標等に示された目標を達成するために必要な行為である）ものとしてケアプランに位置づけられるような場合については、老計 10 号別紙「1 身体介護」の「1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）」に該当するものと考えられることから、保険者が個々の利用者の状況等に応じ必要と認める場合において、訪問介護費の支給対象となりうるものであること。

訪問介護サービスの生活援助の取扱いについて

1 介護保険法等の規定

訪問介護については、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第2項で定められているとおり、「居宅において」「行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」であり、その具体的内容については、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第5条に、「入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。）、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする」と規定されている。

このうち、生活援助が中心であるサービス提供については、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、」「指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する」旨が「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚告第19号）」（以下「基準」という。）別表1の注3に規定されている。

上記の「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とは、「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある」旨が「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号）」第2の2の(5)に示されている。

2 本市の取扱い

1の基準等を踏まえ、本市においては、同居家族等がいる場合における訪問介護サービスの生活援助の取扱いについて、例えば同居家族等の有無のみを判断基準として一律機械的に介護給付の支給の可否について判断するのではなく、自立支援に資する必要なサービスが提供されるという介護保険の基本理念に基づき、あくまでも個々の利用者等の状況に応じた介護支援専門員の適切なアセスメント結果を基に、個別に判断するよう指導してきたところである。

また、平成19年12月20日付けで、厚生労働省老健局振興課から「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて」の事務連絡（本市ホームページに掲載済）が発出され、「市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に介護給付の支給の可否を機械的に判断しないよう」明記されている。

各サービス事業者においては、この基準等の趣旨を十分ご理解いただき、適切なサービス提供に努めていただきたい。

3 個別の事例におけるケアマネジメント

(1) 基本的な考え方

個別の事例に係る介護給付の支給の可否については、個々の利用者等の状況に応じた介護支援専門員の適切なアセスメント結果を基に判断することとなる。この際、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合については、生活援助を算定することは可能であるが、同様のやむを得ない事情がない場合は、介護給付を支給することはできないので、福祉サービス等他のサービスを検討することとなる。

いずれにしても、適切なアセスメントの結果等を踏まえた居宅サービス計画の作成を通じ、個々の利用者等の具体的な状況に応じて慎重に判断を行うことが必要である。

(2) 手順（別図を参照）

I 段階、II 段階

個々の利用者に対してアセスメントを行い、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できるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

III 段階

次に、利用者が自立した日常生活を営むために支援が必要な部分について、家族等が利用者に対して介護を提供できる部分があるかどうかについても検討する必要があるが、同居している家族が男性であるから、日中就業しているから、といった理由だけでは、不十分である。

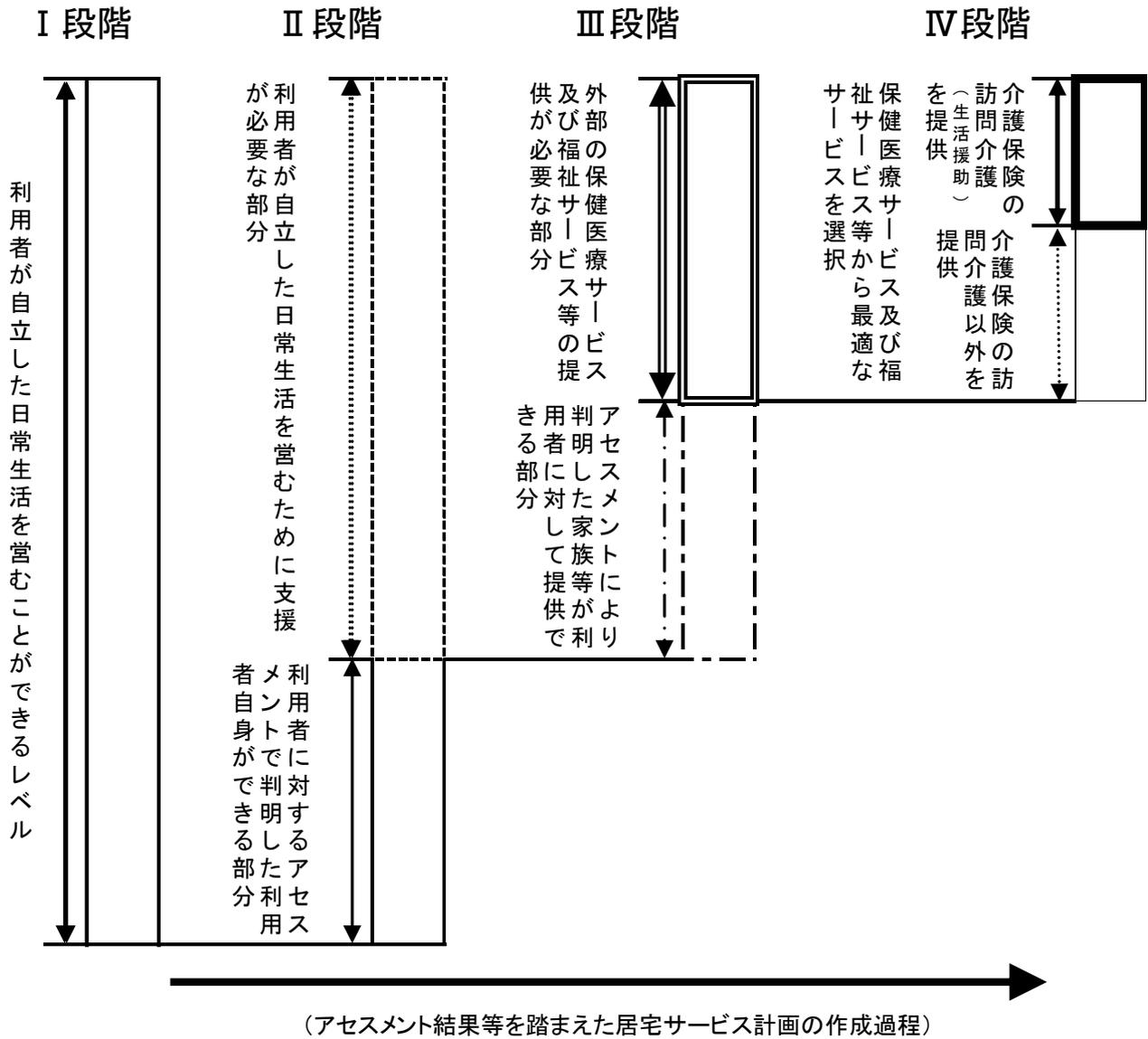
なぜなら、当然のことながら男性といっても身につけている家事能力の程度は様々であるので、たとえば、同居している家族（年齢、性別に関係なく）が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、また、日中就業といっても就業時間帯、休日の頻度等様々であるので、同居している家族の具体的な就業形態、家事従事等の生活実態を踏まえ、その家族が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、を個々具体的に検討する必要がある。

第IV段階

III段階までにおいて、利用者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があった場合については、その解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討しなければならない。また、サービスの組合せに当たっては、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う必要がある。

その結果、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助中心型の訪問介護を居宅サービス計画に位置付けることが可能となる。

(別図)



どのような場合に生活援助は利用できますか？

介護保険で利用できる生活援助は、適切なケアプランに基づき、次のような理由により自ら行うことが困難であると認められた、日常生活上必要な家事の支援です。

○利用者が一人暮らしの場合

○利用者の家族等が障害や疾病等の理由により、家事を行うことが困難な場合

※利用者の家族が障害や疾病でなくても、その他の事情により、家事が困難な場合

例えば、

- ・家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
 - ・家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまうおそれがある場合
 - ・家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合
- などがあります。



上記のように、利用者に同居家族がいるということだけで一律に生活援助が利用できないわけではありません。ご家族の状況等を確認した上で、利用が可能な場合もありますので、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談下さい。

事務連絡

平成20年8月25日

各都道府県介護保険主管課（室）御中

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助等の取扱いについて

厚生労働省老健局振興課

標記については、「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて」（平成19年12月20日付老健局振興課事務連絡）及び平成20年2月27日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料等を通じて、訪問介護サービス等の生活援助等の提供にあたっては、利用者が1人暮らしであるか又は同居家族等の障害、疾病の有無に限定されるものではなく、適切なケアプランに基づき、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断されるものであることを改めて周知するとともに、管内市町村、介護サービス事業者、関係団体、利用者等に幅広く情報提供していただくようお願いしているところです。

しかしながら、先般の国会審議等で、依然として同居家族等の有無のみにより生活援助の提供が判断されていると指摘されていることから、各都道府県におかれては、管内の市町村に対して、生活援助等において同居家族等がいることのみを判断基準として、一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定することがないよう、改めて周知徹底していただくようお願いいたします。

なお、訪問介護サービスにおける生活援助の考え方について、具体的なケアマネジメントツールを作成している保険者（川崎市）もありますので、併せて情報提供させていただきます。

事 務 連 絡
平成19年12月20日

各都道府県介護保険主管課(室) 御中

厚生労働省老健局振興課

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについては、自立支援に資する必要なサービスが提供されるという介護保険の基本理念に基づき、従来より下記のとおりのおりの取扱いとしてきたところであり、厚生労働省としては、全国会議等を通じて周知を図ってきたところであります。

介護保険制度においては、利用者の状況に応じた適切なケアプランに基づき利用者に必要なサービスが提供されるべきであるところ、一部の市町村においては、個別具体的な状況を踏まえないで、同居家族等がいることのみを判断基準として、一律機械的にサービスに対する介護給付の支給の可否について決定しているとの情報が寄せられていることから、各都道府県におかれましては、管下の市町村に対して、訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスにおける「同居家族等」については、下記のとおりのおりの取扱いである旨を改めて周知を徹底していただくとともに、介護サービス事業者、関係団体、利用者等に対しても幅広く情報提供していただきますようお願いいたします。

記

- 1 訪問介護サービスのうち、「生活援助」については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年厚生省告示第19号)において、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」に対して行われるものとしており、さらに、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年老企第36号)において、「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同

様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」に行われることとしている。

この趣旨は、同様のやむを得ない事情とは、障害、疾病の有無に限定されるものではなく、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断されるというものである。したがって、市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に介護給付の支給の可否を機械的に判断しないようにされたい。

- 2 介護予防訪問介護サービスについては、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号)において、「利用者が、可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性についても考慮しなければならないこと」としているが、上記1と同様に、市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に予防給付の支給の可否を機械的に判断するのではなく、個々の利用者の状況に応じて、適切に判断されたい。

事務連絡
平成 22 年 4 月 28 日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当課（室）御中
中核市

厚生労働省老健局振興課

訪問介護における院内介助の取扱いについて

標記については、『通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合』及び『身体介護が中心である場合』の適用関係について（平成 15 年 5 月 8 日老振発第 0508001 号、老老発第 0508001 号）において、「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」とされているところです（ただし、「通院等のための乗車又は降車が中心である場合」の院内介助については、「通院のための乗車又は降車の介助」として包括して評価されます。）。

院内介助が認められる場合については各保険者の判断となりますが、院内介助について、一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘もあり、院内介助であることをもって、一概に算定しない取扱いとすることのないよう願います。

当課では、この度、院内介助の判断に資するべく、別添のとおり各都道府県・保険者が作成・公表している対応事例を取りまとめました。各都道府県・保険者においては、①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフ等による対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心身の状態であることを要件としているところが多く見られ、また、利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例としては、以下のような事例が挙げられておりましたので、参考として活用していただきますよう願います。

【利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例】

- 院内の移動に介助が必要な場合
- 認知症その他のため、見守りが必要な場合
- 排せつ介助を必要とする場合 等

別添

訪問介護における院内介助の取扱いに
係る各都道府県・保険者の対応事例について

【福島県】

- 通院介助の算定において、アセスメントやサービス担当者会議において院内介助の必要性が明確にできれば、算定できるか。(認知症による徘徊がない場合でも、他の周辺症状のため見守りが必要と判断した場合等)
→ 可能です。

【横浜市】

- 質問内容
身体介護の通院・外出介助及び通院等乗降介助を行う場合の院内介助について、介護報酬が算定できるのはどのような場合か。
- 回答
院内介助は、原則、病院のスタッフが行うべきですが、病院のスタッフが対応することができない場合で、ケアマネジャーがケアプランに必要性を位置付けて実施する場合については、例外的に算定できます。その場合は、ケアマネジャーが単独で判断するのではなく、主治医等の意見を踏まえ、サービス担当者会議で協議するなど、その必要性については十分に検討するとともに、検討した内容を記録等に残しておく必要があります。
なお、院内介助を病院のスタッフが対応できるかどうかの確認については、病院の地域連携室等に相談するなど、適切な方法をとるようにしてください。医師等からは文書を出してもらう必要はありませんが、確認した内容は必ず記録に残してください。

【神奈川県藤沢市】

- 院内介助は医療保険で提供されるべきサービスです。サービスを提供する前に病院側と院内介助の必要性について調整してください。

なお、調整の結果として病院の医師等に院内介助の依頼書等を書いていただく必要はありません。

調整の結果、例外的に「単なる待ち時間」を訪問介護としてケアプランに位置づける場合には、次の①、②を満たす場合にあくまでもケアマネの判断により、位置づけることとなります。

①利用者の心身の状況を勘案して…。

- ・そのヘルパーが訪問介護を実施しないと利用者が精神的に不穏になる。
- ・目が不自由、耳が不自由等
→ケアマネとして、心身の状況を十分に把握している。
→いわゆるケアプランにその理由付けがされている。

②利用者の自立生活支援に繋がる。

- ・サービス担当者会議等で設定（確認）している「自立生活支援」に繋がる目標等に院内介助がどういう役割を果たすか、明確になっている。

【大阪市】

- 以下の確認ができた場合に対応が可能とします。

1 院内介助が必要な状態であることを確認する。

利用者の状態とどのような内容のサービスが必要であることを明確にすること。

2 院内介助が必要な状態である場合、受診先の医療機関に院内介助の体制があるか否かを確認する。

院内介助の体制がない場合、その旨を居宅介護支援経過に記録する（対応できない理由、必要なサービス内容。「院内介助が必要」だけの記録では不十分）

3 1、2の状況をもって、サービス担当者会議で検討した結果、利用者の状態等から院内での介助が必要であることの判断がなされた場合、サービス担当者会議の記録にその旨を明記すること。

【大阪府羽曳野市】

○ 通院介助についての留意事項

※ 通院介助における院内介助については、原則、院内スタッフにおいて行われるべきものです。通院介助において、他科受診等があり、その移動に介助が必要な利用者であり、医療機関に院内スタッフでの対応の可否を確認した上で、院内スタッフでの対応が出来ない場合のみ、実際に介助を行った時間（他科受診がある場合等の移動における介助、トイレ介助等）を算定します。（院内スタッフでの対応が出来ないからといって、身体介護を算定できるものではありません。あくまでも利用者の状況によって必要かどうかを判断した上で、院内スタッフでの対応が出来ない場合についてのみ実際介助を行った時間について算定するというものです）。

【大阪府枚方市】

○院内介助について

原則として、医療機関のスタッフで対応すべきものですが、適切なケアマネジメントを通じて、具体的な院内介助の必要性が確認されている場合には例外的に算定となります。

《必要なプロセス》

- ①利用者の心身の状況から院内介助が必要な理由の把握
- ②具体的な介助内容（移動介助等）と所要時間
- ③当該医療機関等においては、当該医療機関のスタッフによる病院内の介助が得られないことが確認された経緯（何時、誰に、確認した内容）
…必ずしも医師への確認は必要ありません。（医事課・看護部等で可）
これらを居宅サービス計画に記載してください。

【宮城県柴田郡柴田町】

○院内の介助は、介護保険の対象となりません。しかし、個々の身体・精神状況により、どうしても必要と判断した場合は、アセスメントシートに課題分析をした上でサービスを提供します。課題分析の内容は、①医療機関の院内介助の体制の有無、②精神・身体状況（介助や見守りが必要か）、③家族等の介護体制（家族等の援助があるか）の3点です。居宅サービス計画書には、必要と判断した理由を記入してください。

地域密着型サービスの概要

区分	概要	対象者		事業所数 (H22.5.1現 在) (注1)	主な単位数		「給付管理 票」作成及 び提出担 当者
		要支 援者	要介 護者		サービ スの内 容	単位数	
夜間対応型訪問 介護	一定の人口規模(20~30万人程度) の地域を対象とし、夜間に定期的に巡 回して行う訪問介護と、通報に基づき 随時対応する訪問介護を合わせた サービスで、平成18年4月の介護保険 法改正により、創設された。	×	○	1か所	夜間定期 巡回サー ビスの場 合	1回あたり 381単位	居宅介護 支援事業 所の介護 支援専門 員
認知症対応型通 所介護	認知症である方について、老人デイ サービスセンター等に通り、当該施設 において入浴、排せつ、食事等の介護 その他日常生活上の世話及び機能訓 練を行うサービス。	○	○	18か所	特別養護 老人ホー ムにおける 所要時間6 時間以上8 時間未満 の場合	[要介護3 の方] 1日あたり 1,055単 位	居宅介護 支援事業 所の介護 支援専門 員
小規模多機能型 居宅介護	「通り」を中心として、利用者の様態や 希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」 を組み合わせて提供するサービスで、 平成18年4月の介護保険法改正によ り、創設された。	○	○	17か所	—	[要介護3 の方] 1月あたり 23,286 単位	小規模多 機能型居 宅介護の 介護支援 専門員 (注2)
認知症対応型共 同生活介護(グ ループホーム)	認知症高齢者が共同生活を営む住居 において、入浴、排せつ、食事等の日 常生活上の世話及び機能訓練を受け るサービス。	要支 援2の 方の み	○	98か所	—	[要介護3 の方] 1日あたり 865単位	認知症対 応型共同 生活介護 の計画作 成担当者
地域密着型介護 老人福祉施設入 所者生活介護	定員が30人未満の介護老人福祉施 設(特別養護老人ホーム)で、入所し て、入浴、排せつ、食事等の日常生活 上の世話、機能訓練、療養上の世話 を受けるサービス。	×	○	2か所	多床室(相 部屋)の場 合	[要介護3 の方] 1日あたり 792単位	地域密着 型介護老 人福祉施 設入所者 生活介護 の介護支 援専門員

(注1) 事業所の名称・所在地等については、広島市ホームページ(<http://www.city.hiroshima.lg.jp>) 事業者<その他・介護
保険>広島市の介護保険制度>事業者名簿 に掲載しています。

(注2) 月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合で、当該月に居宅サービスを利用している
ときは、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居
宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係る「給付管理票」の作
成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる。