

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) 運営基準減算に係る留意事項

| 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》

なお、要支援の利用者が、更新認定の結果、要介護になった場合は、認定の始期（新規の認定期間の初日）とする。 《H22. 6. 15 波線部分加筆》《H23. 3. 14 削除》

5 認知症対応型通所介護《H22. 6. 15 加筆》

留意事項

認知症対応型通所介護の利用者は、介護保険法第 8 条第 16 項に規定する者（居宅要介護者であって、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態（認知症）である者）を対象とする。

そのため、認知症対応型通所介護の提供に際しては、主治の医師の診断書等により確認するなど、当該利用者が認知症であることを確認すること。

6 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>各サービスに関する留意事項 ◎各種集団指導、研修会等における配付資料 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

○ 介護予防支援により、支援が必要な状態から自立に改善された事例

アセスメントにおいて、担当者が利用者の楽しみや地域との交流関係を細やかに聞きとり、介護予防サービス計画に、支援が必要な部分と利用者自らが取り組むべき自助努力部分の課題を整理し、課題を解決するための目標、具体的なサービス等を位置付けた。

その後、利用者自身の努力と、利用者ができることは利用者に任せるよう配慮するなど家族の努力もあり、予防サービスを終了するまでに改善されたが、サービス終了後も利用者、家族と地域包括支援センターのつながりは続いており、何かあればすぐに相談できる体制があることで、生活上の不安を最小限にできるよう、引き続き支援をしている。

○ ボランティア等の活用により、利用者が閉じこもりがちな生活から、意欲を持った生活に移行できた事例

利用者は妻を亡くし、家に閉じこもりがちであったことから、外出の機会を確保するために、デイサービスや社協のボランティアを活用することとし、趣味であった囲碁ができる環境を整えた。利用者が囲碁で勝ちたいとの意欲を持ち始めたことをきっかけに、生活全般への意欲向上につなげることができた。

担当ケアマネジャー自身も元気になる利用者を見て、仕事への意欲や楽しさが実感できたとのことであった。

○ 適切なアセスメントにより利用者の意欲が引き出され、ADLの改善がみられた事例

歩行機能が著しく低下し、リハビリに対する意欲を失いかけた利用者には、利用者が持つ力の強さ・可能性に着目してアセスメントを行い、利用者の「また旅行に行けるようになりたい」という意欲の実現に向けて、利用者がリハビリの必要性を十分に理解できるような、サービス計画を提案した。

その結果、利用者が積極的にリハビリに取り組むようになり、歩行機能の改善だけでなく、ADLの改善もみられ、常に目標を持って生活を送られている。

○ 疾病があっても自立したいと希望する利用者が、生活への意欲を持てるよう支援をされていた事例

利用者は、自立心は強いがうつがあり、目も不自由でなかなか人との関わりを持てずにいた。そこで、利用者が昔、ダンスを主に公民館によく通っていたことから、公民館で行われているダンス活動への参加を提案し、利用者が自分からそこへ行く意欲を持つようになった。

その後、利用者は、他の趣味活動にも月1～2回通うようになり、生活への意欲を維持できるようになった。

○ 民生委員、サービス提供事業所の従業者等の働きかけにより、利用者が生活に対する意欲を取り戻した事例

利用者は妻を亡くし、家族に勝手に土地の名義変更をされていたり、また、町内会とのトラブルがあったりして、生活に対する意欲が低下していた。

担当ケアマネジャーが家族から利用者の趣味を聞き出し、サービス提供事業所へ情報提供することで、デイサービスや訪問介護の従業者が、利用者が趣味を行うことの楽しみを引き出したりしている。

また、民生委員が継続的に声をかけるなど、こうしたチームケアの結果、利用者が自信を取り戻し、日常生活や町内の行事への参加に意欲的になった。

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。 ・「総合的な援助の方針」は特定のサービス事業所の方針ではなく、チームとしての方針を記載すること。《H23. 1. 18 追加》 |

| | |
|--------|---|
| 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。 ・目標はサービス事業所の目標ではなく、本人の目標を記載すること。 <p>《H23. 1. 18 追加》</p> |
| 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よろしくお願いいたします。

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

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。

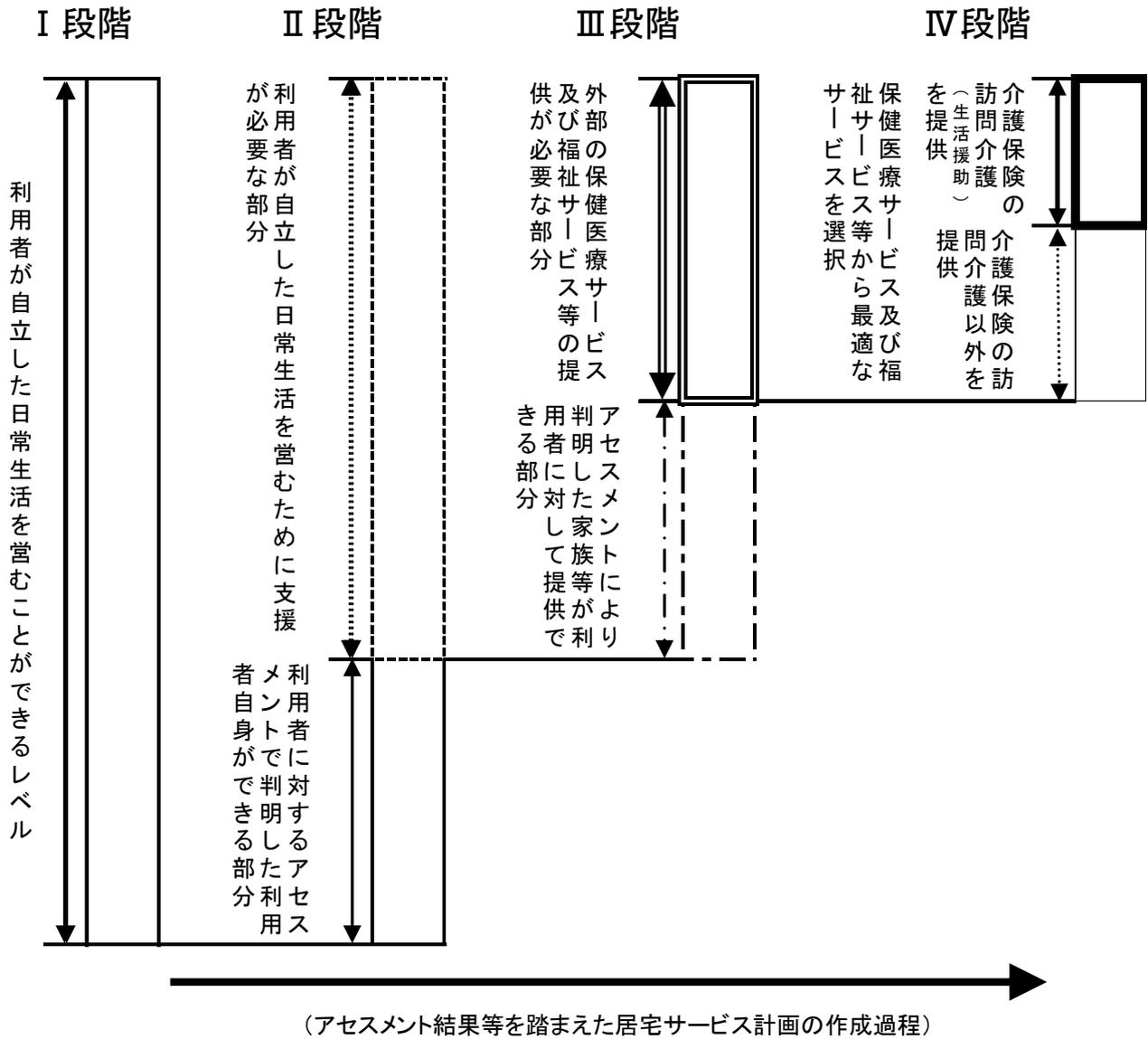
なぜなら、当然のことながら男性といっても身につけている家事能力の程度は様々であるので、たとえば、同居している家族（年齢、性別に関係なく）が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、また、日中就業といっても就業時間帯、休日の頻度等様々であるので、同居している家族の具体的な就業形態、家事従事等の生活実態を踏まえ、その家族が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、を個々具体的に検討する必要がある。

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)



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、位置づけることになります。

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かを明確にすること。

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 (H23.6.1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。 | ○ | ○ | 19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。 | ○ | ○ | 19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 | ○ | 111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>事業者一覧 ◎介護保険サービス事業者一覧 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。

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|-----|--------|---------|--|---|----------|-----------|
| 1-1 | 居宅介護支援 | 居宅介護支援費 | 65歳未満の生活保護受給者(生保単独)で、介護保険のサービス提供事業所からサービスを受けていた方が、月途中で65歳に達した。居宅介護支援費の算定はどうか。 | 65歳未満の生活保護受給者に対するサービスは、介護保険制度の枠外である。こうしたことから、生活保護受給者に対するサービス分と介護保険制度分のそれぞれについて居宅介護支援費を算定できる。 | | H23.3.31 |
| 1-2 | 居宅介護支援 | 初回加算 | 地域包括支援センターから介護予防支援業務を受託していた利用者が、要介護になった。介護予防支援と居宅介護支援を、同じ居宅介護支援事業所が継続して行うことになる場合、居宅介護支援の初回加算を算定することは可能か。 | 新規に居宅介護支援を行うことになるため、他の要件も満たしていれば、算定可能。居宅介護支援事業所が受託して行う介護予防支援は、居宅介護支援とは別の扱いとなるため。 | 青のP512 | H22.12.24 |
| 1-3 | 居宅介護支援 | 初回加算 | 要介護2の利用者が更新認定の結果、要支援2になった。その後、区分変更申請を行ったところ、要介護2となった。この場合、初回加算は算定可能か。 | 初回加算は、当該利用者に対して、過去2か月以上、当該居宅介護支援事業所が居宅介護支援費を算定しておらず、居宅サービス計画を新規に作成した場合等に算定可能である。このため、最後に居宅介護支援を行ってから、歴月で2か月以上居宅介護支援を行っていなければ、算定可能である。 | 青のP521 | H23.3.31 |
| 1-4 | 居宅介護支援 | 医療連携加算 | 前月にサービス利用があったが、当該月には、サービス利用がなく、当該月の11日に利用者が入院され、2日後の13日に医療機関に対して情報提供を行った。この場合、医療連携加算は算定可能か。 | 不可である。当該月にサービス利用がない場合、医療連携加算は、前月分の居宅介護支援費に合わせて請求することになる。前月分の介護給付費の請求期限は、翌月の10日である。こうしたことから、翌月の10日を過ぎて情報提供を行った場合は、算定できない。 | 青のP522 | H23.3.31 |
| 1-5 | 居宅介護支援 | 退院・退所加算 | 新規の利用者に対して、算定可能か。 | 算定要件を満たしている場合は、算定可能。 | 青のP516 | H22.8.30 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|------|--------|--------------------|---|---|-------------|----------|
| 1-6 | 居宅介護支援 | 退院・退所加算 | <p>病院のスタッフとの面談を退院する半年ほど前に行った。算定は可能か。</p> <p>また、面談から退院するまでにどれくらいの期間が空くと算定できない、といった基準はあるか。</p> | <p>加算は、退院等に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報(入院中の状況等)の提供を得た上で、ケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、当該利用者が居宅サービス等の利用を開始した月に算定するものである。</p> <p>こうしたことから、質問にある半年前の面談が、退院に当たってのものかどうかで算定の可否が異なる。</p> <p>また、利用者の事情等により、退院が延期した場合は、利用者の状態の変化が考えられるため、必要に応じて再度病院等の職員と面談を行い、直近の情報を得ること(利用者の状態に変化がないことを電話等で確認した場合は、病院等の職員と面談を行う必要はない。)。この場合の期間の具体的な基準はなく、個々の利用者の状況を踏まえ、適切に対応すること。</p> | 青のP517、P522 | H23.3.31 |
| 1-7 | 居宅介護支援 | 認知症加算 | 月の途中で該当しなくなった場合、当該月は算定可能か。 | 算定不可。 | 青のP143、P518 | H22.8.30 |
| 1-8 | 居宅介護支援 | 認知症加算 | <p>認定期間は8月末までで、更新認定の際の医師の主治医意見書は7月6日付けで、日常生活自立度のランクがⅢであった(以前はⅡ)。いつから算定可能か。</p> | 7月から算定可能。 | 青のP143、P518 | H22.8.30 |
| 1-9 | 居宅介護支援 | 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 | <p>加算の算定に当たっては、小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者の居宅サービスに係る利用状況等の情報提供を行うことが必要とされている。</p> <p>については、①情報提供の方法は、口頭のみでよいのか、②支援経過に、情報提供した旨を記載する必要があるのか。</p> | <p>加算の目的は、当該利用者の小規模多機能型居宅介護におけるケアプランの作成に協力することである。</p> <p>こうしたことから、①正確に利用者の状況を伝達する観点から、当該利用者の同意を得た上で、既存資料(ケアプラン等)のコピーを提供する方が望ましい、②支援経過に、いつ、誰に、何を、どのように情報提供したかなどについて記載していただきたい。</p> | 青のP519 | H23.3.31 |
| 1-10 | 居宅介護支援 | サービス担当者会議 | 運営基準上、必須の参加者はどの範囲か。 | <p>担当のケアマネジャー及びケアプラン第2表に位置付けた全ての指定居宅サービス事業所の担当者である。</p> <p>そのため、例えば、2つの訪問介護事業所を位置付けている場合は、各々の事業所の担当者を召集する必要がある。</p> | 赤のP578 | H22.8.30 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|------|--------|-----------|---|---|----------|-----------|
| 1-11 | 居宅介護支援 | サービス担当者会議 | 9月末で認定期間が満了し、10月1日から更新となる。また、9月中にサービス種類の増減があった。担当者会議について、更新に伴うものと、サービス種類の増減に伴うものの2回開催する必要があるのか。 | 担当者会議では、ケアプランの原案の内容について、居宅サービスの担当者から、専門的な見地からの意見を求める必要がある(質問の場合は、更新に伴う10月以降のプランと、サービス種類の増減に伴う9月までのプラン)。一方、担当者会議の開催回数は特段定められていない。このため、9月に開催する担当者会議で、9月までのプランと10月以降のプランを協議することは可能である。 | 赤のP578 | H22.12.24 |
| 1-12 | 居宅介護支援 | モニタリング | 利用者が急遽入院したため、当該月はモニタリングができなかった。この場合、赤のP580の「特段の事情」と考えてもよいのか。 | ご質問の事例は、利用者の事情によりモニタリングができなかったと考えられるため、「特段の事情」に該当する。なお、介護支援専門員に起因する事情は含まれないので、留意すること。 | 赤のP581 | H22.12.24 |
| 1-13 | 居宅介護支援 | ケアプランへの同意 | 「文書により利用者の同意を得る」とは、具体的にどうすればよいのか。 | 利用者の署名又は押印のいずれかの方法で同意を得ること。そのため、利用者の負担等を勘案し、押印のみでも差し支えない。 | 赤のP579 | H22.8.30 |
| 1-14 | 居宅介護支援 | ケアプランへの同意 | 署名又は押印が出来ない利用者がある。家族もおらず、成年後見人もいない。文書による同意がないと、減算となるのか。 | 本人又は家族等からの文書による同意が困難な場合は、ケアプランの内容を説明したケアマネジャーが署名又は押印し、その年月日を記載することで、運営基準減算を適用しない。 | 赤のP579 | H22.8.30 |
| 1-15 | 居宅介護支援 | ケアプランへの同意 | ケアプランに対する利用者の同意は、第1表から第3表まで全ての用紙に必要か。 | 利用者負担等を勘案すると、例えば、第1表の下部に「居宅サービス計画書(第1表～第3表)について、〇〇介護支援専門員から説明を受け、これに同意し、受領しました。」と記載し、押印してもらうことが望ましい。 | 赤のP579 | H22.12.24 |
| 1-16 | 居宅介護支援 | 軽微な変更 | 軽微な変更の場合、一連の業務を行っていないなくても減算とならない。では、軽微な変更は、どのような範囲か。 | ①同一サービス種類の回数の変更(訪問介護の身体1が週2回から3回に増える場合等)、②同一サービス種類の事業所の変更(A訪問介護事業所からB訪問介護事業所に変更する場合等)、③同一サービス種類の内容の変更(福祉用具貸与において、車いすに特殊寝台を追加する場合等)等がある。ただし、減算の有無にかかわらず、必要と認められる場合は、行っていただきたい。 | 赤のP581 | H22.8.30 |
| 1-17 | 居宅介護支援 | ケアプランへの記載 | サービス担当者会議を開催した際は、第4表のサービス担当者会議の要点の記録とは別に、第5表の居宅介護支援経過に会議開催の旨を記載する必要があるのか。 | 同一の事項について、複数の様式に重複して記載する必要はない。これは、モニタリングの結果の記録についても同様である。 | 青のP530 | H22.12.24 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|------|--------|-----------------|---|---|-------------|-----------|
| 1-18 | 居宅介護支援 | ケアプランへの記載 | 第1表の「居宅サービス計画作成(変更)日」は、利用者の同意を得た日付を記載するのか。当社では、パソコンでケアプランを作成しているが、プログラム上、当該欄には印刷をした日付が印字されるようになっている。この場合、プログラムを変更する必要があるのか。 | 「居宅サービス計画作成(変更)日」は、利用者の同意を得た日付を記載する。これは、ケアプラン原案が、利用者の同意を得た時点でケアプランとなることから、作成日イコール同意日となるからである。 なお、パソコンのプログラムにより、当該欄に同意日以外の日付が印刷されるようになっている場合は、手書きで修正して差し支えない。 | 青のP526、P531 | H22.12.24 |
| 1-19 | 居宅介護支援 | 小規模多機能型居宅介護との調整 | 居宅サービスを利用していた者が、月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始した。給付管理票の作成は、どこが行うのか。 | 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は、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は終了後の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護を含めて当該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。 (要支援者の場合においても同様で、介護予防支援事業所の担当職員が給付管理票を作成する。) | | H23.3.31 |
| 1-20 | 居宅介護支援 | 自立支援給付との調整 | 2号被保険者で、自立支援給付を受けられる利用者について、障害者支援施設での短期入所と介護保険施設での短期入所の併用は可能か。 | 介護保険の給付は、自立支援給付に優先するため、原則として、介護保険の対象となるサービスについては、自立支援給付は行われぬ。しかしながら、障害者の状況等によっては、自立支援給付が行われる場合もあるので、個別の事例について、区保健福祉課にお問い合わせいただきたい。 | 青のP46 | H23.3.31 |
| 2-1 | 訪問介護 | 緊急時訪問介護加算 | 訪問介護を予定している日の朝に利用者が転倒し、家族が病院に連れて行った。家族は、仕事のため利用者を家に連れて帰れなかった。そのため、ケアプランに位置付けていない病院からの付添介助を含めた訪問介護を実施した。加算の算定は可能か。 | 算定可能。 当該加算については、ケアプランの第3表(週単位以外のサービスの欄を除く。)に位置付けられていない訪問介護(身体介護中心のみ)を行った場合に、算定可能となる。 | 青のP178 | H22.12.24 |
| 2-2 | 訪問介護 | 緊急時訪問介護加算 | 緊急時訪問介護加算の算定対象となる訪問介護とその後に行った訪問介護の間隔が2時間未満であった場合、それぞれの所要時間を合算するのか。 | 所要時間を合算する必要はなく、それぞれの所要時間に応じた所定単位数を算定する。 | 青のP179 | H23.3.31 |
| 2-3 | 訪問介護 | 緊急時訪問介護加算 | 緊急時訪問介護加算の対象となる訪問介護を、1日に2回行った。算定できるか。 | 算定可能である。 一日当たり及び一か月当たりの回数制限はない。 | 青のP179 | H23.3.31 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|-----|--------|-------------------------------|---|--|--------------|-----------|
| 2-4 | 訪問介護 | 初回加算 | 算定に当たり、サービス提供責任者が初回のサービスに同行する場合、何の書類にどのように記録をすればよいのか。 | 指定訪問介護業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録することになっている。 記録する内容は、指定訪問介護の提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項であるが、ここにサービス提供したヘルパー名と同行したサービス提供責任者名を記載していただきたい。 | 青のP178、赤のP41 | H23.3.31 |
| 2-5 | 訪問介護 | 保険給付の対象の可否 | 一般的に介護保険給付の対象とならない行為は、一律、算定することはできないのか。 | 別紙1のとおり。 | | H22.12.24 |
| 2-6 | 訪問介護 | 訪問介護計画に位置付けられた介護ができなかった場合の取扱い | 訪問介護計画に位置付けられた介護ができなかった場合、どのように対応したらよいのか。 | 別紙2のとおり。 | | H22.12.24 |
| 2-7 | 訪問介護 | 通院等乗降介助 | いわゆる乗合形式は可能か。 | 複数の要介護者に「通院等のための乗車又は降車の介助」を行った場合であって、乗降時に1人の利用者に対して1対1で行う場合は、それぞれ算定可能。 なお、効率的なサービス提供の観点から移送時間を極小化すること。 | 青のP166 | H22.12.24 |
| 2-8 | 訪問介護 | 通院介助 | 通院介助について、どのように算定したらよいのか。 | 適切なケアマネジメントに基づく通院介助は、家を出た時刻から帰った時刻までを引いたものが算定できる最大の時間となり、その間のうち、介護報酬を算定することができない時間を除く。 除く時間は、①院内での診療時間(問診、注射、点滴、レントゲン撮影、MRI、リハビリ等)、②院内での単なる待ち時間、③タクシー等の移動中の車内において、介護をしなかった時間が考えられる。 なお、院内の待ち時間のうち、内科から外科等への移動の付添や排せつ介助に要した時間等は算定可能である。 (別紙3参照。) | | H22.12.24 |
| 2-9 | 訪問介護 | 身体介護 | 病院内での身体介護のみで算定することは可能か。 | 訪問介護は、介護保険法第8条の規定上、原則として、要介護者の居宅において行われるものとされており、サービス提供の開始又は終了が居宅で行われる必要がある。 こうしたことから、居宅以外において行われる病院内での介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。 | 青のP139 | H23.3.31 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|------|--------|----------------|--|---|----------|-----------|
| 2-10 | 訪問介護 | 生活援助 | 同居家族がいる場合の生活援助について、どのように対応したらよいのか。 | 別紙4のとおり。 | | H22.12.24 |
| 2-11 | 訪問介護 | 生活援助 | 金融機関での家賃の振込は算定可能か。 | まずは、訪問介護以外の方法(口座引落等)ができないか、検討する必要がある。他の方法では不可能で、かつ、本市が通知した平成21年11月2日付けの「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」の条件を満たす場合は、算定可能。 なお、扱った現金の取扱いには十分注意されたい。 | 赤のP58 | H22.8.30 |
| 2-12 | 訪問介護 | 生活援助 | 日用品等の買い物について、利用者の自宅から商店まで、かなりの距離がある。このため、利用者の自宅に行った後に商店に買い物へ行くと、サービス提供時間が長時間となり、支給限度額をオーバーする。このような場合、商店での買い物をした後、利用者宅へ行く扱いとしてもよいか。 | 本市では、ケアマネジャーの適切なケアマネジメントに基づき、利用者宅へ行く前に商店での買い物サービスを行う必要があると認められる場合、例外的に、買い物サービスの開始時間から算定できる扱いとする。 なお、この場合において、買い物代金の授受や、購入商品についての利用者とのトラブルが生じないよう、十分留意されたい。 | | H23.3.31 |
| 2-13 | 訪問介護 | 所要時間 | 前回提供した指定訪問介護から2時間空ける必要があるのか。 | 一律に2時間空けなければならないというものではない。 なお、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ものとする。 | 青のP163 | H22.8.30 |
| 2-14 | 訪問介護 | 所要時間 | 身体4で予定していた入浴・食事介助が1時間40分と早く終了した場合、身体4で請求することは可能か。 | 可能である。 現に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。 なお、計画と実績とが頻繁に異なる場合は、計画の変更を検討する必要がある。 | 青のP162 | H22.8.30 |
| 2-15 | 訪問介護 | 2人のヘルパーによる算定方法 | 2人のヘルパーが入浴介助を行い、その後、1人のヘルパーが生活援助を行う場合、どのように算定するのか。 | 該当するサービスコードが存在しないため、便宜上、それぞれのヘルパーのサービス提供時間に応じてヘルパーごとに所定単位数を算定する。 | 青のP1360 | H22.12.24 |
| 2-16 | 訪問介護 | 医療との調整 | パーキンソン病の利用者で、医療保険の訪問看護のサービスを受けている方がいる。医療保険の訪問看護と訪問介護(身体介護)を同一時間帯に提供することは可能か。 | 利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについて算定可能である。 | 青のP1395 | H23.3.31 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|------|-----------------------------------|--------------|--|--|--------------|-----------|
| 2-17 | 介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション | 月途中の事業所の変更 | 月途中で、利用者の意向により、A事業所からB事業所に変更した場合、どのように算定するのか。 | 当該月の利用状況に応じて、次のとおりの算定となる。 ①A事業所、B事業所ともに利用がある場合は日割り計算となり、A事業所はB事業所の契約日の前日までを請求、B事業所はB事業所の契約日から月末までを請求、②A事業所のみ利用がある場合は、A事業所が1か月分を請求、③B事業所のみ利用がある場合は、B事業所が1か月分を請求。 なお、加算部分に対する日割り計算は行わない。 | 青のP875、P1151 | H22.8.30 |
| 2-18 | 介護予防訪問介護 | 支給区分 | 月途中で、当初の支給区分よりサービス提供回数が増えた場合、支給区分の変更は可能か。 | 「月単位定額報酬」の性格上、変更不可。 | 青のP879 | H22.8.30 |
| 3-1 | 通所介護 | 通所介護計画作成について | 通所介護計画を作成した後に、ケアマネジャーからケアプランが送付された。再度、通所介護計画を作成する必要があるのか。 | 通所介護計画は、既にケアプランが作成されている場合は、当該ケアプランの内容に沿って作成しなければならない。 なお、通所介護計画を作成後にケアプランが作成された場合は、当該通所介護計画がケアプランに沿ったものであるかを確認し、必要に応じて変更する。 | 赤のP154 | H23.3.31 |
| 3-2 | 通所介護 | 医療行為 | 看護職員ではない介護職員が、糖尿病の利用者に対して簡易血糖値測定を行うことは可能か。 | 当該行為は、医療行為に該当すると思われる。 医療行為の該当の有無等については、県医務課(Tel.082-513-3056)にお尋ねください。 | 赤のP28 | H22.8.30 |
| 3-3 | 通所介護 | 実費利用 | 要介護者の利用者を、実費で受け入れることは可能か。 | 適切なケアマネジメントに基づくものではなく、あくまで本人の選好により求められた実費利用者については、事業所の定員及び人員配置を遵守した上で、受け入れることは可能である。 | 赤のP157 | H22.8.30 |
| 3-4 | 介護予防通所介護 | 運動器機能向上加算 | 月途中で、利用者の意向により、A事業所からB事業所に変更した場合、どのように算定するのか。 | 両事業所とも、1か月分の単位をそれぞれ算定可能。 | 青のP916 | H22.8.30 |
| 4-1 | 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション | サービスの併用 | 家屋内におけるADLの自立が困難であり、家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションと、通院しての下肢のリハビリテーションが必要と主治医から診断されている利用者がある。この場合、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用は可能か。 | 併用可能。 訪問リハビリテーションの「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。 | 青のP214、215 | H22.12.24 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|-----|--------------------------|-------------------|--|---|----------|----------------------------------|
| 4-2 | 介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション | サービスの併用 | 利用者は、閉じこもりがちであり、利用している介護予防通所介護を通じて社会的孤立感の解消が図られている。そうしたところ、下肢筋力が弱くなり、主治医から下肢のリハビリテーションが必要と診断されたため、介護予防通所介護と介護予防リハビリテーションを併用する必要があると考えている。一方、平成18年4月改定関係Q&A(Vol.1)の問12に、「基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない」とある。このような事例においても、介護予防通所介護と介護予防リハビリテーションを併用することは不可か。 | 基本的には、月額報酬等のため、介護予防通所介護と介護予防リハビリテーションを併用することは想定されない。しかしながら、個々の利用者の状況によっては、併用が必要な場合も考えられる。このため、適切なケアマネジメントを通して、個別に判断することになる。この質問の事例は算定可能と考えるが、具体的な事例が生じれば、個別に相談いただきたい。 | 青のP1272 | H22.12.24 |
| 5-1 | 通所リハビリテーション | リハビリテーションマネジメント加算 | これまで通所リハビリテーションを月に8回利用していた。しかし、ある月のケアプランを見ると、通院のため、通所リハビリテーションの利用が月7回の予定になっている。当該加算は算定できるか。 | 算定不可。 | 青のP153 | H22.12.24 |
| 5-2 | 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 退院(所)日とは。 | 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。 | 青のP214 | H22.8.30 |
| 5-3 | 通所リハビリテーション | 短期集中リハビリテーション実施加算 | 要支援者が、更新認定の結果、要介護となった場合、認定日はいつか。 | 「認定日」は、法第27条第1項に規定する要介護認定を受けた日」となっており、「要介護認定の効力が発生した日」とは記載されていない。よって「市町の認定年月日」を指す。8/30付で、「認定の始期(新規の認定期間の初日)」と掲載していたが訂正し、今後はこの取り扱いとする。 | 青のP214 | H22.8.30 追加 H23.3.14 訂正 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|-----|-------------------------|--------|--|---|----------|-----------|
| 5-4 | 通所リハビリテーション | 医療との調整 | 医療のリハビリを受けている利用者は、介護保険の通所リハビリテーションを利用可能か。 | <p>同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。</p> <p>ただし、患者の状態や、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合などでは、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の1か月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。</p> | 赤のP1233 | H22.8.30 |
| 5-5 | 通所リハビリテーション | 医療との調整 | 病院の退院日に、通所リハビリテーション費の算定は可能か。 | 算定不可。 | 青のP139 | H22.8.30 |
| 5-6 | 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション | 併用 | 同一の利用者に対して、併用できるか。 | <p>可能である。</p> <p>訪問リハビリテーションは、通院が困難な利用者に対して行うものであるが、「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということであって、通院又は通所サービスが一律に利用できないということではない。</p> | 青のP215 | H22.8.30 |
| 6-1 | 介護予防短期入所生活介護 | 複数事業所 | 1か月の間で、複数の事業所を利用することは可能か。 | 可能である。 | 青のP934 | H22.8.30 |
| 6-2 | 介護予防短期入所生活介護 | 通院 | 介護予防短期入所生活介護の利用者が通院する際、介護職員の人件費、車両の使用に係る経費等を利用者から徴収請求することは可能か。 | <p>徴収することはできない。</p> <p>基本的に事業所の介護サービス等の一環として行われるものである。</p> | 赤のP22 | H22.8.30 |
| 7-1 | 福祉用具貸与 | 車いす | 利用者に、2台の車いすを貸与することは可能か。 | <p>例えば、利用者の衛生面を考慮し、屋内用と屋外用の2台の車いすが必要と考えられる場合などは、算定可能である。</p> <p>具体的な事例が生じれば、個別に相談いただきたい。</p> | | H22.12.24 |

介護報酬の算定等に係るQ&A(事業者向け)

| No. | サービス種類 | 区分 | 質問 | 回答 | 関連規定等(注) | 掲載日 |
|-----|--------------|------|---|--|----------|-----------|
| 8-1 | 認知症対応型共同生活介護 | 初期加算 | 入居した日から起算して30日以内の期間に算定できるが、その間に入院(2泊3日)した場合の算定はどうなるか。 | 入院期間中(ただし、入院の初日と最終日を除く。)は算定できない。ご質問の事例では、1日分算定できないため、29日分の算定となる。 | 青のP430 | H22.12.24 |
| 9-1 | 全サービス | 生活保護 | 生活保護費受給者を新規に受入れたい。どのような手続きが必要か。 | 市健康福祉局健康福祉企画課保護担当課(Tel.082-504-2138)にお問い合わせいただきたい。 | | H22.12.24 |

(注) 社会保険研究所発行の「平成21年4月版 介護報酬の解釈 単位数表編1」に関連ページがある場合は、「青のP○」と表示し、「平成21年4月版 介護報酬の解釈 指定基準編2」に関連ページがある場合は、「赤のPO」と表示した。

※ Q&A中の別紙1～4については、広島市ホームページに掲載されていますので、そちらを参照してください。