

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①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。）。

② 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。

③ 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。

④ 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。

⑤ 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 訪問介護サービスの生活援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）をいう。

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、自宅に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

事務連絡
平成21年7月24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 保険者にあつては、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。

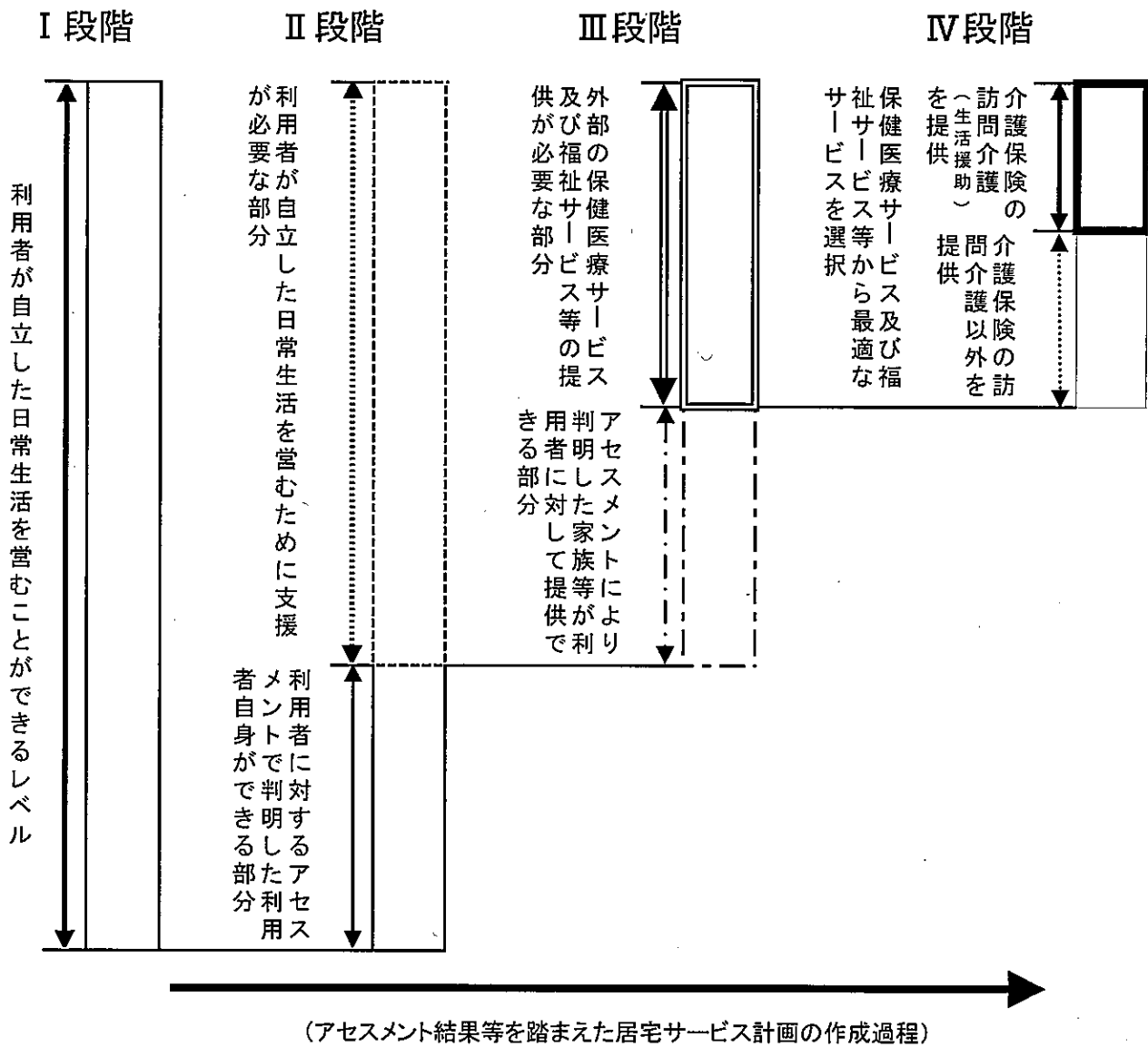
なぜなら、当然のことながら男性といっても身につけている家事能力の程度は様々であるので、たとえば、同居している家族（年齢、性別に関係なく）が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、また、日中就業といっても就業時間帯、休日の頻度等様々であるので、同居している家族の具体的な就業形態、家事従事等の生活実態を踏まえ、その家族が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、を個々具体的に検討する必要がある。

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)





老振発1224第1号

平成21年12月25日

各都道府県介護保険主管課（室）長 殿

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の取扱いについて

厚生労働省老健局振興課長



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20年8月25日付老健局振興課事務連絡）等を通じて、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べき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、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いう指摘があることから、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に、改めて周知徹底していただくようお願いいたします。

また、今般別紙のとおり、ご利用者向けに訪問介護サービスの内容をご案内するチラシを参考までに作成いたしましたので、市町村においてご活用されますよう周知願います。

なお、市町村における周知に係る経費については、介護保険制度の趣旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供に係るものとして地域支援事業を活用することも可能ですので、あわせて管内市町村に周知いただくようお願いいたします。

介護保険制度 訪問介護について ちょっとしたご案内

厚生労働省

訪問介護ってどのようなサービスですか？

訪問介護員(ホームヘルパー)が利用者の自宅を訪問して行う次のようなサービスなどのことです。

身体介護

○食事や排せつ、入浴などの介助を行う

生活援助

○掃除や洗濯、食事の準備や調理などを行う

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

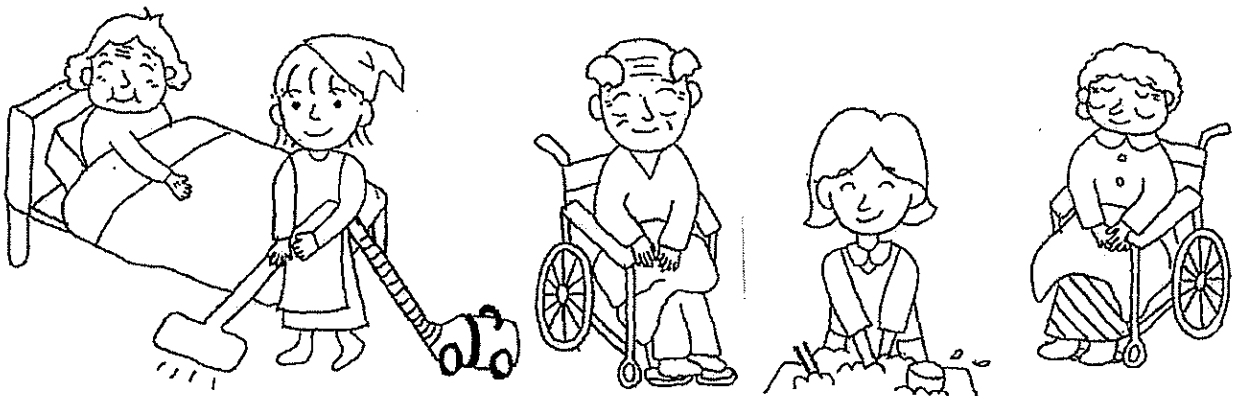
○利用者の家族等が障害や疾病等の理由により、家事を行うことが困難な場合

※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。

地域密着型サービスの概要

区分	概要	対象者		事業所数 (H22.3.1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い、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	「通い」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	○	97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。