

Q & A 編

高齢者支援課介護サービス担当に、事業者の方々から寄せられる介護保険給付に関する質問について、特にお問い合わせの多いものを「Q&A」としてまとめました。保険給付費算定の参考として下さい。

◆◇目次◇◆

1. 通則

- 問1 算定における端数処理について Q&A 編 P1
- 問2 サービス種類相互の算定関係について Q&A 編 P1
- 問3 途中で要介護度が変わった場合の処理について Q&A 編 P2
- 問4 施設入退所日等における居宅サービスの算定について Q&A 編 P3
- 問5 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取り扱いについて Q&A 編 P4
- 問6 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取り扱いについて Q&A 編 P4
- 問7 訪問サービスの行われる居宅について Q&A 編 P5
- 問8 認知症高齢者の日常生活自立度の決定方法 Q&A 編 P5
- 問9 入所等の日数の数え方 Q&A 編 P6

2. 居宅介護支援

- 問10 初回加算について Q&A 編 P7
- 問11 居宅介護支援の運営基準減算 Q&A 編 P7
- 問12 課題の把握（アセスメント）と課題分析について Q&A 編 P9
- 問13 サービス担当者会議について Q&A 編 P9
- 問14 サービス担当者会議に代わる「照会」について Q&A 編 P10
- 問15 居宅サービス計画の説明及び同意、居宅サービス計画の交付 Q&A 編 P10
- 問16 認定申請中のケアプランの取り扱いについて Q&A 編 P11
- 問17 暫定ケアプランから本ケアプランへの移行時におけるサービス担当者会議の取り扱いについて Q&A 編 P12
- 問18 モニタリングの実施 Q&A 編 P13
- 問19 主治の医師等の意見等 Q&A 編 P13
- 問20 短期入所サービスの利用日数に係る要介護認定有効期間のおおむね半数を超える場合 Q&A 編 P14
- 問21 軽微な変更について(令和3年3月31日 介護保険最新情報 Vol.959) Q&A 編 P15

問 22 月の途中の変更などについて Q&A 編 P16

問 23 生活保護受給者について Q&A 編 P17

問 24 給付制限について Q&A 編 P18

問 25 地域密着型サービスとは Q&A 編 P19

3. 訪問介護について

問 26 訪問介護の所要時間 Q&A 編 P20

問 27 「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」とされているが、その具体的な内容について Q&A 編 P20

問 28 所要時間20分未満の緊急時訪問介護について、緊急時訪問介護を行った所要時間が20分未満の場合、身体1と身体0のどちらで算定するのか Q&A 編 P20

問 29 一人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合も、1回の訪問介護としてその合計の所要時間に応じた所定単位数を算定する。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて Q&A 編 P21

問 30 「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて Q&A 編 P21

問 31 片道の通院介助 Q&A 編 P21

問 32 片道介助の場合の交通費の徴収 Q&A 編 P21

問 33 サービス提供拒否の禁止(平成11年9月17日老企第25号)について Q&A 編 P22

問 34 一連の外出行為とは Q&A 編 P22

問 35 「車内や院内の待ち時間」の扱いについて Q&A 編 P23

問 36 訪問介護における院内介助の取扱いについて
(平成22年4月28日厚生労働省老健局振興課事務連絡) Q&A 編 P23

問 37 同居家族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り扱いについて Q&A 編 P24

問 38 訪問介護の生活援助中心型を夫婦で按分する場合における、夫と妻のいずれかが不在の場合の取り扱いについて Q&A 編 P27

問 39 介護保険外サービスと訪問介護の併用について Q&A 編 P28

4. その他

問 40 軽度者福祉用具貸与の算定可否判断基準について Q&A 編 P29

問 41 訪問看護を暫定ケアプランに位置付ける場合の留意点(医療保険・介護保険の利用について) Q&A 編 P31

問 42 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携について Q&A 編 P33

問 43 Q&A 票の書き方について Q&A 編 P33

1. 通則

問1 算定における端数処理について

(答)

①単位数算定の際の端数処理

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算(何らかの割合を乗ずる計算に限る。)を行うたびに、小数点以下の端数処理(四捨五入)を行う。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

②金額換算の際の端数処理

算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満(小数点以下)の端数については「切り捨て」とする。

なお、サービスコードについては、介護職員処遇改善加算を除く加算等を加えた一体型の合成コードとして作成しており、その合成単位数は、すでに端数処理をした単位数(整数値)である。

【保険者コメント】

- 単位数の割合を掛けて単位数を出すときは四捨五入です。
- 単位数を金額にするときは切り捨てです。
- 介護報酬の9割を計算するときも端数は切り捨てです。
- 利用者の自己負担金、1～3割ですが、この端数は切り上げです。

問2 サービス種類相互の算定関係について

(答)

- ①特定施設入居者生活介護または認知症対応型共同生活介護もしくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービスまたは指定地域密着型サービスに係る介護給付費(居宅療養管理指導費を除く)は算定しない。ただし、特定施設入居者生活介護または認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用させることは差し支えない。

【保険者コメント】

特定施設やグループホーム入所中は、居宅療養管理指導費以外の居宅サービスを利用する場合は、施設が費用を負担すれば利用は可能です。

②短期入所生活介護または短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費および通所リハビリテーション費ならびに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費および複合サービス費は算定しない。

【保険者コメント】

短期入所先は居宅ではないため、居宅療養管理指導も算定できません。

③同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護または短期入所療養介護を受けているものについても算定が可能である。

【保険者コメント】

短期入所中は、福祉用具貸与の算定は可能です。ただし、2週間を超える短期入所中に、自宅のみで使用する特殊寝台等については1月分の算定はできないことがあります。

問3 月途中で要介護度が変わった場合の処理について

(答)

変更申請をして月の途中で要介護度が変わった場合に留意すべき点は、以下の通り。

項目		扱い
支給限度基準額		重い方の要介護度のものを適用
要介護度で単位数が異なるサービス		その日の要介護度に応じた単位数
月定額のサービス		それぞれの要介護度の日割り単位数
給付管理票	要介護状態区分	重い方の要介護度を記載
	支給限度基準額	重い方の要介護度のものを記載
居宅介護サービス計画費※	居宅介護支援	月末時点の要介護度に応じた単位数で請求
	介護予防支援	定額
サービス事業所の介護給付費明細書※	要介護状態区分	月末時点の要介護度を記載
	サービスの単位数	提供したサービスのものを記載

※要介護度は重くなることの方が多いですが、軽くなった場合でも月末時点の要介護のものになりますのでご注意ください。

問4 施設入退所日等における居宅サービスの算定について

(答)

介護老人保健施設及び介護医療院の退所(退院)日または短期入所療養介護のサービス終了日(退所・退院日)については、訪問看護費(ただし、下表☆の要件に該当する場合は算定可能)、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費および通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所(退院)日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正ではない。

また、入所(入院)当日であっても当該入所(入院)前に利用する訪問・通所サービスは別に算定できる。ただし、入所(入院)前に通所介護または通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正ではない。

また、施設入所(入院)者が外泊または介護保険施設もしくは介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時または試行退所時に居宅サービスは算定できない。

【保険者コメント】

<同一日の算定にあたっての留意事項(同日算定の可・不可)>

A欄のサービスの入所前・退所後にB欄のサービスを同日利用した場合

A	算定	B	
介護老人保健施設 介護医療院短期入所 療養介護	☆	医療系	訪問看護費
	*	サービス	訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費、通所リハビリテーション費
	△	福祉系	通所介護費
	○	サービス	訪問介護費、訪問入浴介護費
短期入所生活介護	△	短期入所生活介護費、通所介護費	

○ 同日に算定可能。

△ 算定可能だが、そのようなプランを機械的に組み込むことは適切ではない。

* 退所日においては×、入所日においては△。

短期入所生活介護の場合、医療系サービス・福祉系サービスともに基本的に○だが、B欄のサービスに関しては△。

☆ 厚生労働大臣が定める状態(※利用者等告示第六号)または主治の医師が必要と認めた場合は算定可能。

(短期入所療養介護サービス終了日(退所・退院日)も同様の取扱い。入所日については△。)

※ 利用者等告示第六号

イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

ロ 次のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理

ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

ニ 真皮を越える褥瘡の状態

ホ 点滴注射を週三日以上行う必要があると認められる状態(在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者)

問5 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取り扱いについて

(答)

利用者は同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、または訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、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それぞれの所定単位数が算定される。

【保険者コメント】

訪問介護と訪問看護、または訪問介護と訪問リハビリテーションの組み合わせのみ、必要であると認められる場合に限り算定が可能です。

問6 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取り扱いについて

(答)

それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置付ける。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を按分すること。

【保険者コメント】

○算定の振り分けについて

複数の要介護者（要支援者）がいる世帯において、同一時間帯に訪問介護を利用した場合の取扱いについては、それぞれ標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に位置づけ、生活援助については、要介護者（要支援者）間で適宜所要時間を振り分けることとなっています。

たとえば、要介護者と要支援者の世帯において、生活援助を位置づける場合には要介護者の居宅サービス計画のみに位置づけて、要支援者の介護予防居宅サービス計画に位置づけないで算定することは原則できません。したがって、各利用者に対する算定の振り分けは、サービスに対する各利用者が占める割合に応じて合理的な理由で振り分ける必要があります。

○振り分けた算定とサービス内容について

要介護者（要支援者）間の振り分けについては、算定上行なうものであって、実際のサービス上の振り分けとは必ずしも一致しない場合もあります。

問7 訪問サービスの行われる居宅について

(答)

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為のみをもってして訪問介護として算定することはできない。

【保険者コメント】

居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為のみをもって訪問介護として算定することはできません。居宅を起点・終点にしない外出介助は算定できません。ただし、「自宅→病院→病院→自宅」といった通院介助は、一連の行為として算定が可能です。

☞関連 問31、問34

問8 認知症高齢者の日常生活自立度の決定方法

(答)

- ①介護サービス事業所や介護保険施設等の加算の算定要件として「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度(以下「日常生活自立度」という。)を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果または主治医意見書(以下この号において「判定結果」という。)を用いるものとする。
- ②①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画(アセスメント票含む)または各サービスのサービス計画に記載するものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあっては、最も新しい判定を用いるものとする。
- ③医師の判定がない場合(主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。)にあっては、認定調査員が記入した「認定調査票」の「認定調査票(基本調査)」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」の欄の記載を用いるものとする。

【保険者コメント】

主治医意見書の入手が不可欠です。武蔵野市からケアマネへの情報開示に同意していない医師も、実は、医師が直接ケアマネジャーに、本人の病状や予後、それに日常生活上の注意等を直に伝えたいがために同意をしていません。非提供通知書を受領後、当該医師にご相談ください。

問9 入所等の日数の数え方

(答)

- ①短期入所、入所または入院の日数については、原則として、入所等した日および退所等した日の両方を含むものとする。
- ②ただし、同一敷地内における短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設または介護保険施設の間で、または隣接もしくは近接する敷地における介護保険施設等であって相互に職員の兼務や施設の共用等が行われる施設間で、同一日に退所し入所する場合については、退所日は算定ができないが、入所等の日は算定ができる。
- ③なお、介護保険施設等を退所等したその日に当該介護保険施設と同一敷地内にある病院もしくは診療所の病床であって医療保険の診療報酬が適用されるものまたは当該介護保険施設と隣接もしくは近接する敷地における病院もしくは診療所の医療保険適用病床であって当該介護保険施設等との間で相互に職員の兼務や施設の共用等が行われているものに入院する場合は、介護保険施設等においては退所等の日は算定されず、また、同一敷地内等の医療保険適用病床を退院したその日に介護保険施設などに入所等する場合は介護保険施設等においては入所等の日は算定されない。
- ④厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準および看護職員等の員数の基準ならびに通所介護費等の算定方法の適用に関する平均利用者数等の算定においては、入所等した日を含み、退所した日は含まないものとする。

【保険者コメント】

[短期入所の連続の判定]	
①退所日に同じサービスの別の事業所に入所した場合（注1）	連続
②退所日に異なるサービスの別の事業所に入所した場合（注2）	連続ではない
③入所中に区分(種類)限度を超え全額自己負担で入所している場合	連続
④要介護認定期間をまたがる入所	連続
⑤入所中に要介護度が変わった場合	連続
⑥入所中に保険者が変更になった場合	連続

(注1) 同じ日に入退所しますので、2日分カウントされます

(注2) 短期入所生活介護から短期入所療養介護に移ったなどの場合

2. 居宅介護支援

問 10 初回加算について

(答)

初回加算は、具体的には次のような場合に算定される。

- ①新規に居宅サービス計画を作成する場合
 - ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
 - ③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
- ※「新規」の考え方: 契約の有無にかかわらず、当該利用者について、過去2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おらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。

【保険者コメント】

転出入で保険者が変わった場合、詳細な（23項目を含む）アセスメントが必要なことから、初回加算の算定が可能です。

問 11 居宅介護支援の運営基準減算

(答)

次のいずれかに該当する場合に減算される。

- ①居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、以下を行っていない場合、当該月から解消される前月まで減算となる。
 - [1]利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合
 - [2]サービス担当者会議の開催等を行っていない場合
(やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。)
 - [3]居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合。
- ②次に掲げる場合においては、当該事業所のケアマネジャーが、サービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から解消される月の前月まで減算となります。
 - [1]居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - [2]要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - [3]要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- ③居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(以下「モニタリング」という)にあたっては、次の場合に、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算される。

[1]当該事業所のケアマネジャーが次のいずれかの方法により、利用者に面接していない場合

- ・1月に1回、利用者の居宅を訪問することによって行う方法。
- ・所定の要件を満たしたうえで、2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行う方法。

[2]当該事業所のケアマネジャーがモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合。

- ④居宅介護支援の提供に際し、あらかじめ利用者に対して、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることについて説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算となる。

【保険者コメント】

まとめると以下の6つの場合が運営基準減算になります。

- ケアマネジャーが利用者の居宅を訪問し利用者及び家族に面接していない場合。
- ケアマネジャーはサービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会等により、計画原案の内容について担当者の専門的な見地からの意見を求めている場合。
- ケアマネジャーが居宅サービス計画の原案の内容を利用者又は家族に説明し、文書により同意を取っていない場合。
- 利用者又は家族が同意した居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合。
- モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合
- 利用者に対し、複数のサービス事業者を紹介するよう求めることができることを説明していない場合。

⇒関連 問 13

問 12 課題の把握（アセスメント）と課題分析について

(答)

居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接を実施すること。

【保険者コメント】

アセスメントシートは、標準項目の「23 項目」すべてを網羅したものが必要となります。シートの記入漏れや、分かっているからといって空欄にした場合は、実施できていないと指導する場合があります。また、課題分析した結果が書類上どこに記載されているのか説明を求められることがあります。

継続担当している利用者であっても、更新時や変更時などのアセスメントや課題分析は必要です。行われていない場合、適切でないとして指導されます。

モニタリングの結果や利用者の希望等により、途中で計画を変更する場合、課題分析を行わずに居宅サービス原案を作成することは、アセスメントがなされていないとの理由で減算となる場合があります。

問 13 サービス担当者会議について

(答)

次に掲げる場合にサービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

- [1]居宅サービス計画を新規(変更を含む)に作成した場合
- [2]要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- [3]要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

【保険者コメント】

暫定ケアプラン作成時や初回ケアプラン作成時、ケアプランの変更時においては、軽微な変更にあてはまらない場合はサービス担当者会議が開催されないと減算になります。

サービス担当者会議には、居宅サービス計画に記載されているサービス事業所の担当者全員の出席が必要です。欠席者について、文書等による照会が行われていない場合は、サービス担当者会議の開催とは言えません。

☞関連 問 11、問 14

問 14 サービス担当者会議に代わる「照会」について

(答)

ケアマネジャーは、「サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅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るものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。」とされている。

「担当者に対する照会」は、あくまで「やむを得ない理由がある場合について」という条件付きで、これはサービス担当者会議を開くために日程調整を行ったが、所属の違う担当者が一同に会する日時調整が難しく、指定日時に会議にどうしても参加できない担当者については「照会」により会議参加に替えるというもので、最初から「照会ありき」で、サービス担当者会議を開催しないということは認められていない。

【保険者コメント】

担当者会議を欠席する担当者がある場合は、4表（サービス担当者会議の要点）に「所属・氏名及び出席できない理由を記入し、検討した項目欄に照会年月日、内容及び回答を記載して下さい。ただし、他の書類等により確認できる場合は、4表への記載を省略しても構いませんが、居宅サービス計画と一緒に保管して下さい。

問 15 居宅サービス計画の説明及び同意、居宅サービス計画の交付

(答)

「居宅サービス計画の原案の内容について、利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付」しなければならない。同意を得た居宅サービス計画は、すみやかに交付する必要がある。ケアプランは、全てのサービス事業所の担当者にも交付しなければならない。

継続的にサービス回数を増やすなど、サービス単位が変動するものは軽微な変更の扱いとはならない。この場合は、一連のケアマネジメントが実施される必要があり、アセスメントからサービス担当者会議などの記録も必要である。

☞関連 問 21

【保険者コメント】

運営指導では、居宅サービス計画を交付したことがわかる記録の提示が求められます。交付について、支援経過記録に記載されているかを確認する場合も多くあります。

問 16 認定申請中のケアプランの取り扱いについて

(答)

令和5年度武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会 第7回幹事会

介護保険最新情報 Vol.959 に基づく、保険者と居宅介護支援事業者連絡協議会との意見交換 資料抜粋

要介護等認定の申請者について、認定結果がでるまでに介護サービスの提供を開始する場合、想定される介護度に基づき、要介護か要支援どちらかの暫定ケアプランを作成する。

認定結果が要介護か要支援のどちらになるのか見込みがたたない場合も同様とする。

■認定結果が出るまで

- ・ 要介護・要支援のどちらが認定されるか断定できないため、サービスの導入にあたっては居宅介護支援事業所や在宅介護・地域包括支援センター等の関係者は密に連携を取り、ケアプランに切れ目が発生しないように対応することが必要となる。
- ・ 認定結果がいずれの場合においても給付が受けられるよう、介護・予防両方の指定を受けている介護サービス事業者を暫定ケアプランに含めることを検討する。

■利用者・家族への説明と同意

事前に利用者・家族等に対して、見込み違い(非該当含む)の可能性と、サービス内容や自己負担料金等のリスクを説明し、理解・同意を得る。また、支援経過等に記録を残す。

■認定が確定した後

- ・ 「要介護の想定だったが要支援となった」など、想定していた介護区分でない場合は、居宅介護支援事業所と在宅介護・地域包括支援センターが連携した上で、該当する職員が改めて一連の業務を行い、ケアプランを作成する。
- ・ サービス担当者会議の開催やケアプラン原案への同意を得たうえで確定したケアプランを交付する必要がある。ただし、サービス担当者会議については、暫定ケアプランを作成した事業所が引き続き担当する場合においては、関係者の同意があれば照会による実施が可能である。

☞関連 問 17

3 留意事項

※認定結果が出るまでの時間経過によって、認定申請月内に一連の業務を行えない場合は、状況により個別対応となるため、高齢者支援課介護サービス担当までご連絡いただきたい。

※介護報酬の請求が国保連の締切に間に合わなかった場合、月遅れの請求となる。

問 17 暫定ケアプランから本ケアプランへの移行時におけるサービス担当者会議の取り扱いについて

(答)

令和6年度武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会 第10回幹事会

介護保険最新情報 Vol.959 に基づく、保険者と居宅介護支援事業者連絡協議会との意見交換 資料抜粋

現在、介護認定の確定前は、暫定ケアプランに基づいたサービス提供が行われるが、暫定ケアプランも居宅サービス計画であるため、サービス担当者会議を行っている。

一方で、要介護認定の確定後、暫定ケアプランから本プランへ移行する際にも、サービス担当者会議等の一連の業務が必要になる。

そのため、暫定ケアプランを作成する前と本プランを作成する前の合計2回、サービス担当者会議を行うことになり、ケアマネジャーの負担が増加している。

■対応方針

原則として、**暫定ケアプランを作成する前と本プランを作成する前の合計2回、サービス担当者会議を行う必要があるが、**以下の場合にはそれぞれ記載の取り扱いをできることとしたい。

※下記の取り扱いは、想定していたサービス内容であった場合に限る。

①暫定ケアプランから本プランへ移行する際、想定していた通りの介護度だった場合は、暫定ケアプラン作成時に行ったサービス担当者会議を本プラン作成時のサービス担当者会議と見なすことができる。

②見込んでいた介護度と異なる認定結果が出た場合において（要介護3を見込んでいたが、認定結果が要介護2だった場合等）、あらかじめサービス担当者会議で介護度が異なる場合のサービス内容等の話し合いが出来ている場合は、暫定ケアプラン作成時に行ったサービス担当者会議を本プラン作成時のサービス担当者会議として見なすことができるものとする。

【想定されるパターン】

	介護認定審査会の結果	取り扱い
①	ケアプランで想定していた通りの介護度だった場合	想定していたサービス内容であった場合は、暫定ケアプラン作成時に行ったサービス担当者会議を、本プラン作成時のサービス担当者会議として位置づけることができる。
②	ケアプランで想定していた介護度ではなかったが、 <u>あらかじめサービス担当者会議で介護度が異なる場合のサービス内容等の話し合いが出来ている場合</u>	改めて一連の業務を行い、ケアプランを作成する。 サービス担当者会議を再度行う。
	想定していたサービス内容に変更が生じた場合	

■注意点

・上記①②の対応を行う場合には、暫定ケアプラン作成時、サービス担当者会議の要点（第4表）にその旨がわかるよう、明記する。

・介護度が確定したら、本プラン(原案)を作成し、利用者への説明、同意確認、交付を行う。

※暫定ケアプランから本プランに移行するにあたっては、改めて本プランを作成し、暫定ケアプランへの見え消しや補記による訂正をしないこととする。

※支援経過に「暫定プラン作成時のサ担を本プラン作成時のサ担として見なした」ことを記録する。

・認定結果が要介護認定、要支援認定のいずれになるか判断できない場合、居宅介護支援事業所と基幹型地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成すること。サービス担当者会議には居宅介護支援事業所と基幹型地域包括支援センター両者の出席が望ましい。認定の結果、要介護でなく要支援であり、サービス担当者会議に基幹型地域包括支援センターが出席していなかった場合は、改めてサービス担当者会議を行う。

【補足】

・判断に迷うケースは、改めて一連の業務を行い、ケアプランを作成し、本プラン作成時にもサービス担当者会議を再度行う。

・判断に迷う場合は、高齢者支援課介護サービス担当に相談する。

■適用日 令和7年4月1日以降に認定申請したもの。（要介護認定の更新にかかるケアプランの更新については、5月31日以降に要介護認定期間が切れるものを対象とする。）

問 18 モニタリングの実施

(答)

介護保険制度におけるモニタリングは「居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)」とされている。

モニタリングの具体的内容は老企第 29 号において、「居宅介護支援経過」に「いわゆるモニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。」とされている。

【保険者コメント】

居宅介護支援のモニタリング記録は、月 1 度以上行う訪問時に、ここに書かれている項目を含めて、その状況を支援経過に記録することになります。なお、別途モニタリング表を作成しても構いません。

※テレビ電話装置等を活用してモニタリングを行う場合は、所定の要件を満たす必要があります。あらかじめ高齢者支援課介護サービス担当にご相談ください。

問 19 主治の医師等の意見等について

(答)

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)及び複合型サービス(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)については、主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、ケアマネジャーは、これらの医療系サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療系サービスを希望している場合その他必要な場合には、ケアマネジャーは、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

【保険者コメント】

通所リハビリテーション等の医療系サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合、主治医がその必要性を認めたものでなければなりません。主治医意見書の確認のみで、“指示”の確認が行われていない場合が多く見受けられますので、直接主治医に確認をしてください。また、主治医に居宅サービス計画を交付し、交付した記録を残してください。

問 20 短期入所（療養・生活）介護の利用日数に係る要介護認定有効期間のおおむね半数を超える場合の取扱いについて

(答)

居宅サービス計画作成にあたっては、居宅介護支援基準省令第13条第 21 号の規定に基づき、短期入所サービスの利用日数が、要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならないとされている。

ただし、「おおむね半数を超えない利用」とは、在宅生活の維持という観点から、一律・機械的に適用されるものではなく、特に必要と認められる場合においては、認定有効期間のおおむね半数を超えて「短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能」となっている。

短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えると判断される場合、「短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書」を提出すること。

なお、提出にあたっては、以下の2点に留意すること。

- ①短期入所サービスの利用については、有効期間のおおむね半数を超える場合であっても、その利用者の心身の状況等を十分に勘案し必要最低限にとどめること。
- ②短期入所サービスの利用がおおむね半数を超える場合にあっては、特別養護老人ホーム等への入所待機状態にあるか。また、特定の施設のみでなく複数の施設に入所申込みをするなど、短期入所のおおむね半数を超えての利用の早期解消に努めていること。

【保険者コメント】

居宅サービス計画作成時に、短期入所サービスの利用日数が有効期間のおおむね半数を超えると判断される場合は、「短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書」を提出してください。

※次期有効期間において同様におおむね半数を超えると判断される場合は再度提出することが必要です。

☞ 帳票編 p.88

問 21 軽微な変更について（令和3年3月31日 介護保険最新情報 Vol. 959）

（答）

①サービス提供の曜日変更

（開始・終了時間の変更を含むが、サービス提供時間数の変更は含まない。）

②サービス提供の回数変更

（一時的なものは含むが、継続的なものは含まない。）

③利用者の住所変更（生活圏域等の変更がないもの）

④事業所の名称変更

⑤目標期間の延長

（i アセスメントを行い、ii 医師やサービス担当者等の意見を聴取し、iii 軽微な変更と判断するに至ったケアマネジャーの考えを居宅介護支援経過等に記載すること）

⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが変更になる場合

⑦目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更

⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの内容（2表の中程、サービス内容のみの変更）

⑨担当ケアマネジャーの変更（利用者が変更後のケアマネジャーを知っている場合）

※照会等によりサービス担当者会議を開催する場合

ケアマネジャーは、サービス担当者会議を開催し、居宅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ること（ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる）。

■法人または事業所が変更になる場合の取り扱い

利用者の状態・環境に変化がなく、ケアプランの内容を変更する必要がない場合、以下①②の両方を満たせば「軽微な変更」として取り扱う。

① 同じケアマネジャーによって変わらず居宅介護支援が提供される。

② アセスメント情報等の必要な情報や書類が整っている。

※運営法人のみが変更になり実質的に事業所が変わらない場合は、変更前の法人が持つ情報・書類を変更後の法人が持つものとして取り扱って差し支えない。ただし、書面等によって利用者・家族の同意を得た上で、法人間で情報・書類が引き継がれる必要がある。

法人	事業所 ※	軽微な変更 取扱い可否	具体例
変更	同じ	○	事業譲渡や吸収合併に伴い、事業所の運営法人が変更
変更	変更	○	ケアマネジャーが利用者をつれて別法人の事業所に移籍
同じ	変更	○	利用者の転居等に伴い、同一法人内の事業所で再契約

※指定番号だけ変わる場合は「同じ」としている。

※①②の両方も満たしていない場合は、いずれのパターンも「×」

ケアマネジャーが利用者を連れて別の事業所（同一法人内での異動を含む）に移籍し、軽微な変更とせずの一連のケアマネジメントを行う場合、ケアマネジャーの負担に配慮し、契約・アセスメント・サービス担当者会議・初回モニタリング等の日程に融通をきかず（同一日に実施等）。

なお、軽微な変更として一連のケアマネジメントを行わない場合、初回加算は算定できない。

問 22 月の途中の変更などについて

(答)

①死亡または施設入所

死亡、入所等の時点で居宅介護支援を行っており、かつ、当該月分の給付管理票を市町村に届け出ている事業者について、居宅介護支援費を算定する。

②居宅介護支援事業所の変更

「利用者に対して月末時点で居宅介護支援を行い給付管理票を国保連合会に提出する事業所」が居宅介護支援費を算定するものであるため、月の途中で事業者の変更があった場合には、変更後の事業者のみ居宅介護支援費を算定する(ただし、月の途中で他の市町村に転出する場合は除く)。

③要介護度の変更

「要介護1または要介護2」と「要介護3から要介護5」は居宅介護サービス計画費の単位数が異なることから、要介護度が「要介護1または要介護2」から「要介護3から要介護5」に変更となった場合は、月末における要介護度区分に応じた報酬を請求する。

④他の市町村に転出

利用者が月の途中で他の市町村に転出する場合には、転出前後のそれぞれの支給額限度は、それぞれの市町村で別々に管理することになるため、転入日の前日までの給付管理票と転入日以降の給付管理票を別々に作成する。この場合、それぞれの給付管理票を同一の居宅介護支援事業者が作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費が算定される。

問 23 生活保護受給者について

(答)

介護保険の被保険者で、生活保護を受給している者の自己負担分(介護費用の1割)は、介護扶助として生活保護法により負担される。介護保険の被保険者以外の者(40歳以上 65歳未満)で、生活保護を受給している者の介護サービスの費用(10割)は、介護扶助として生活保護法により負担される。

①生活保護と介護保険の関係

- ・生活保護を受けていても、65歳以上の方(第1号被保険者)と40歳以上 65歳未満の医療保険加入者(第2号被保険者)は、介護保険の被保険者となる。
- ・介護保険の被保険者である場合には、自己負担部分(介護費の1割分)が生活保護からの給付(介護扶助)となる。
- ・介護保険の被保険者以外の者の場合には、介護扶助が10割全額を給付する。
- ・他法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。

②介護扶助の方法

- ・原則として被保護者の申請により開始する。ただし、急迫した状況にあるときは、申請がなくても必要な保護を行う。
- ・介護扶助の給付は、原則として現物給付の方法による。
- ・現物給付を担当する指定介護機関は、厚生労働大臣、都道府県知事、政令指定都市、または中核市の市長が、介護保険に規定する居宅サービス事業若しくは居宅介護支援事業を行う者又は介護施設の開設者の申請により指定する。
- ・指定介護機関は、福祉事務所の交付する介護券(介護扶助対象であること等を証する書類)に記載された資格情報等を、介護報酬明細書に転記して、介護に要した費用を国民健康保険団体連合会へ請求する。
- ・他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。

【保険者コメント】

- 40歳から64歳までの生活保護受給者のうち、介護扶助10割の方の介護認定情報提供依頼は生活福祉課に依頼して下さい。
- 毎月サービス利用票を生活福祉課に提出して下さい。
- 居宅療養管理指導等の利用票に記載されないサービスを利用する際は、生活福祉課に介護券の発送を依頼して下さい。

問 24 給付制限について

問 22-1 給付制限によってどのような措置が講じられるのか。

(答)

介護保険料を滞納している第1号被保険者については、要介護認定時において、その滞納期間に応じて保険給付に制限が加えられる。給付制限の種類は、以下のとおり。

・滞納期間1年以上

介護サービス費用の全額をいったん自己負担し、申請により、後で介護給付分の払い戻しを受ける方法(償還払い)になる。

介護保険被保険者証には「支払方法の変更」と記載される。

・滞納期間1年6か月以上

保険給付分の一部の払い戻しが差し止められ、滞納保険料に充てられる。

介護保険被保険者証には「支払方法の変更」と記載される。

・滞納期間2年以上

未納期間(要介護認定の時点で過去10年間に遡って計算)に応じて一定期間、自己負担が3割または4割に引き上げられるほか、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費等の支給を受けられなくなる。

居宅介護サービス計画費は減額の対象とならない。

介護保険被保険者証には「給付額の減額」と記載される。

問 22-2 保険料を納めなかった場合、要介護認定の申請はできなくなるのか。

(答)

要介護認定の申請についての制限はない。しかし、介護サービスを受けるときの費用を、保険給付の9割、8割または7割分も含めていったん全額支払ったり、自己負担が3割または4割に引き上げられたりする。

問 22-3 給付制限が行われる場合、事前に連絡はあるのか。

(答)

給付制限を行うとき、事前に本人に予告通知をする。1年以上2年未満の滞納がある場合には一旦10割の負担をしなければならないので、1年以上2年未満に該当する介護保険料の未納分を納めてから要介護認定を受けることをすすめていただきたい。

**問 22-4 3割の利用料の自己負担が大変なので、これまで滞納していた保険料を
払いたい。**

(答)

「給付額の減額」の期間は過去に時効(2年)により納付義務の消滅した保険料を算定して決定される。時効にかかった保険料は納付義務がないため、後から納めて利用料の自己負担を3割から1割(2割)に戻すことはできない。

問 22-5 「支払方法の変更」と「給付額の減額」の記載がある場合は、同時に行われるのか。

(答)

同時に行われる。介護サービス費用の全額をいったん自己負担し、あとで保険給付分(費用の7割または6割)の払い戻しを受けることになる。

問 25 武蔵野市民が他市の地域密着型サービスを利用する場合について

(答)

地域密着型サービスにおいては、市町村が事業者の指定や監督を行う。施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができる。従って、事業者が所在する市町村に住民登録のある方が利用対象者である。

武蔵野市に住民登録のある方が他市の地域密着型サービスの利用を希望する際には、所在市町村の指定や同意等が必要となる。その際は、まず武蔵野市に連絡すること。

3. 訪問介護について

問 26 訪問介護の所要時間

(答)

訪問介護の所要時間については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を行うのに要する標準的な時間とされており、利用者の心身の状況等を踏まえつつ設定する。

訪問介護の所要時間は実際に訪問介護サービスを行った時間に限るため、例えば、交通機関の都合その他訪問介護サービスの必要以外の事由によって利用者の居宅に滞在した場合には、その滞在時間は訪問介護の所要時間に算入しない。なお、身体介護サービスまたは生活援助サービスを提供する際の事前準備等として居宅において行われるサービス準備・記録等(健康チェック、環境整備など)は訪問介護の所要時間に含まれる。

問 27 「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」とされているが、その具体的な内容について。

(答)

1日に複数回の短時間訪問によって、在宅介護のサービス提供体制を強化することを目的としており、在宅の要介護者等の生活パターンに合わせて訪問介護を行うものである。単に1回の長時間訪問介護を複数回に区分して行うことは適切でなく、訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。

利用者の事情により、短時間の間隔で複数回の訪問を行う場合は、それぞれの訪問介護の所要時間を合計して1回の訪問介護として算定できる(緊急時訪問介護加算を算定する場合又は医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された者に訪問介護を提供する場合を除く)。

なお、当該規定は通常の「身体介護中心型」や「生活援助中心型」に適用され、「通院等のための乗車又は降車の介助」に適用されない。

問 28 所要時間 20 分未満の緊急時訪問介護について、緊急時訪問介護を行った所要時間が 20 分未満の場合、身体 1 と身体 0 のどちらで算定するのか。

(答)

緊急時訪問介護加算の対象となる訪問介護の所要時間については、所要時間が 20 分未満であっても、20 分未満の身体介護中心型の所定単位数の算定(身体0)及び当該加算の算定は可能である。

また、その前後に行われた訪問介護との間隔が2時間未満であっても所要時間を合算する必要はない。(参照 12.3.1 老企第 36 号第 2 の 2(18)「緊急時訪問介護加算について」⑤)

問 29 一人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合も、1回の訪問介護としてその合計の所要時間に応じた所定単位数を算定する。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて

(答)

一人の利用者に対して複数の訪問介護員等が交代して訪問介護を行った場合は、訪問介護員の交代の有無に関わらず、1回の訪問介護として算定することとしている。

これは複数の事業者からの複数の訪問介護員が交代して訪問介護を行う場合にも適用される。(複数事業者の場合、訪問介護費の分配は事業所相互の合議に委ねられる。)

問 30 「訪問介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とする。」とされているが、複数の事業者により提供する場合の取扱いについて

(答)

当該取扱いは同一事業者によるサービス提供に限られなく、複数の事業者によるサービス提供にも適用される。(複数事業者の場合、訪問介護費の分配は事業所相互の合議に委ねられる。)(参照 15.5.30 介護保険最新情報 vol.151 介護報酬に係る Q&A13)

問 31 片道の通院介助。往路のみ通院介助(受診同行)が必要な利用者。復路は家族が迎えに行くため同行は不要。この場合のサービス提供時間の考え方。

(答)

外出介助は、訪問介護計画において、実際に介助を行うサービス提供時間として位置付けられた時間で算定する。この場合、介護保険の適用は往路の分だけになる。

(参照 15.5.30 介護保険最新情報 vol.151 介護報酬に係る Q&A21)

問 32 片道介助の場合の交通費の徴収。復路のみ通院介助が必要な車椅子介助の利用者を、訪問介護員が事業所から病院まで2駅電車に乗って迎えに行くが、その際の交通費(電車賃)を利用者から徴収してよいか。なお、病院及び利用者宅ともに通常の事業の実施地域内にある。

(答)

目的地(病院)が通常の事業の実施地域内にある場合は、訪問介護員のみ移動に要した交通費は利用者から徴収できない。ただし、目的地が通常の事業の実施地域外である場合は、事業所から目的地までに要した交通費を利用者から徴収することができる。

(参照 平成 18 年 12 月 1 日東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課発行「かいてき便り第 29 号」報酬算定・運営基準の Q&A)

問 33 サービス提供拒否の禁止（平成 1 1 年 9 月 1 7 日老企第 25 号）について

(答)

長時間の通院介助や遠距離の医療機関への通院介助は、訪問介護員や事業所にとって手間と負担がかかる場合がある。しかし、そのような場合でも正当な理由なく、サービス提供を断ることは基準違反となる。事業者は、正当な理由なく指定訪問介護の提供を拒んではならない。事業者は、原則として、利用申込に対して応じなければならず、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することはできない。また、利用者が特定のサービス行為以外の訪問介護サービスの利用を希望することを理由にサービスの提供を拒否することもできない。

この場合の「正当な理由とは」は次の 3 つのみ。

①事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合（職員の不足、利用定員超過）

②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
（遠隔地に住む利用者）

③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

したがって、指定訪問介護事業者は、利用者に必要な通院介助サービスは適切に提供する義務を負っている。

問 34 一連の外出行為とは

(答)

①居宅から一連のサービスでないと算定できない。居宅サービスである訪問介護・介護予防訪問介護で、居宅外への通院・外出介助を提供するためには、居宅において行う外出先（病院等）へ行くための準備行為を含む一連のサービス行為と見なし得るものであることが必要である。居宅からの一連のサービス行為に当たらない、外出先だけの介助（例えば、訪問介護員がバス停で待っているの乗車介助や病院で待ち合わせしての院内介助等）は、介護保険サービスとして算定できない。

②通院帰りの立ち寄り 法令や基準等の上では、通院・外出先については、居宅における準備行為を含め一連の行為と見なす必要があることから、一度の外出で行ける目的地は一定の制限がある。通院の際の立ち寄りについては、院外処方箋に基づく保険調剤薬局や、当日の心身の状況から必要となる立ち寄りは、当該通院・外出介助の一連のサービス行為の範囲とみなして介護給付費の算定対象となる。

③通院と買い物、複数の医療機関への通院 「通院と買い物」や「複数の医療機関」など目的及び目的地が複数ある場合の通院・外出介助については、居宅を介した一連のサービス行為とみなし得るか個別のケースによって異なるが、武蔵野市においては以下のように扱う。

(1)「複数の医療機関」への通院介助

(2)買い物が必要な利用者であって、定期的な通院に連続して買い物を行う場合

(3)買い物同行や買い物代行が位置付けられている利用者であって、随時の通院に連続して当該買い物を行う場合(例えば、水曜日に買い物同行が位置付けられている利用者で、通院日が水曜日となったためその通院帰りに買い物を行う場合や、通院日が火曜日となったため水曜日の買い物を火曜日の通院帰りに変更して行う場合など)

これらについては、その必要性、合理的理由等を明確にしたうえで、ケアプラン及び訪問介護計画に位置付ける。

☞関連 問7

問 35 「車内や院内の待ち時間」の扱いについて

(答)

算定できるのは「自立支援のための見守りの援助」である。

通院・外出介助における移動のための車内や受診中の待ち時間の取扱いについては、診察時間、「単なる待ち時間」はサービス提供時間に含まない。車内や院内の付添いのうち具体的な「自立生活支援のための見守りの援助」は身体介護中心型として算定できる。その場合、訪問介護事業所において、具体的な介助内容及びその標準時間を訪問介護計画に定めると共にサービス提供記録に記録する必要がある。

(介護報酬に係るQ&A 平成 15 年 5 月 30 日 厚生労働省老人保健課)

問 36 訪問介護における院内介助の取扱いについて (平成 22 年 4 月 28 日厚生労働省老健局振興課事務連絡)

(答)

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る。武蔵野市では、以下のように取り扱う。

※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ある。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)を算定する。(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ない。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ある)。診察室や処置室での介助は、その間は医療保険での算定が行われるので、介護保険は算定できない。

問 37 同居家族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り扱いについて

(答)

同居家族がいる場合の訪問介護サービス等の生活援助は、以下の事項に留意したうえで算定できることがある。該当する利用者がある場合には、介護サービス担当まで Q&A 票を提出されたい。

①利用者にとって必要かつ最低限のサービスであること。

利用者の日常生活を維持する上で必要最低限なサービスしか提供できない。

②同居家族等に関わるサービスの提供は原則できない。

利用者以外の同居家族等に対する洗濯、調理、買い物、布団干し等

同居家族等の居室や共有部分(居間・食堂・台所・浴室・トイレ等)の掃除は原則できない。ただし、生活実態に応じて明確に分けられないものについては個別に判断する必要がある。

③利用者が一人になる時間帯に提供しなければならないサービスであること。

ただし、同居家族等に障害、疾病がある場合を除く。

④日中独居の利用者に生活援助で調理・買物を位置づける場合(いわゆる「食の確保」)

配食サービス、通所介護の利用や同居家族等による作り置き等、訪問介護以外の方法を検証されたい。また、買い物については、家族不在時の必要な買い物であり、買い置きできないものであることを勘案する必要がある。

⑤同居家族等の生活実態の把握について

同居家族等がいる方に生活援助を算定する際は、同居家族等の勤務時間や生活実態について具体的に把握し、合理的な説明ができないと算定できない。同居家族等の勤務時間や生活実態が曖昧なまま判断せず、同居家族等の勤務時間や休日の有無、時間的な余裕、家事を行う能力(「したことがない」のではなく「できない」か)を検証することが必要である。同居家族等がなぜできないのか、なぜその内容・時間・回数のサービス提供が必要なのかを検証されたい。

⑥同居家族等が 65 歳以上であり、認定が未申請の場合における利用者と共有するサービス

65 歳以上で要支援要介護認定が未申請の家族等と共有するサービス(トイレ・風呂等の掃除・買い物・調理等)を行なう場合には、以下のことが考えられることから、共有するサービスの提供前に、同居親族等に認定申請を検討する。ただし、特定高齢者等で認定申請の必要が無い場合は除く。

介護保険サービスは、居宅サービス計画に位置付けられた利用者のみを提供できること、共有するサービスを提供するには、共有する割合に対して負担が必要なことに注意されたい。

同居家族等が要支援要介護認定非該当と認定された場合でも、特定高齢者に該当した場合や、障害、疾病・その他のやむを得ない状況であることを居宅サービス計画へ位置づければ、共有する部分のサービスを行うことは可能である。

同居家族等が認定を拒否した場合は、原則、共有するサービスを行うことはできない。ただし、介護放棄や虐待等にあたり共有部分の掃除が行われずに、利用者の日常生活に支障が出る場合には、その状況を居宅サービス計画に位置付ければ算定は可能である。

■参考資料

令和5年度武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会 第11回幹事会

介護保険最新情報 Vol.959 に基づく、保険者と居宅介護支援事業者連絡協議会との意見交換 資料

生活援助の夫婦按分について

1 複数の要介護者（要支援者）がいる世帯が訪問介護（生活援助）を利用した場合の取扱い

■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年老企第36号第二の1の(5)
介護報酬の解釈（青本）令和3年4月版 p127

複数の要介護者がある世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

「それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に100分間訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ396単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。」

- 按分の具体的な方法についての決まりはない。

【按分の定義】

- ・ 按分（あんぶん）は、「基準とする構成比率に応じて（同じ割合で）金額などを分割・配分すること」の意味で用いられる語。（実用日本語表現辞典より）
- ・ たとえば個人事業主が自宅内に仕事場所を設け「自宅兼事務所」として事業を営む場合、家賃や光熱費などを私用・事業用に用いた割合に応じて按分し、事業に用いた分を経費として計上することが認められる。これを「家事按分」という。

- 「生活援助の按分」とは、訪問型サービスの生活援助を同一世帯に提供する場合、援助の性質上、提供内容を利用者ごとに明確に分けられないことから、各々のケアプランに必要性を位置づけ、適切に割り振ることである。

- 「生活援助の按分」の考え方

- ① アセスメントの結果、その家庭に必要な家事（それぞれの居室なども含まれる）を抽出し、必要な合計時間を算出する。

その家庭の家事に必要な時間 50分

- ② 「その家庭の家事に必要な時間」を適切な割合で振り分ける。

夫 生活2(25分) 妻 生活2(25分)

または

生活3(50分) 隔週や隔日



50分

※均等に按分できない場合は、お互いの役割等を加味して、多少の偏りがあってもよい。

③ 適切に按分したものを、ケアプランに位置付ける。

【方法1】1回の利用時間を該当者間で按分するため、夫と妻に生活援助2（183単位）をそれぞれケアプランに位置付ける。

（例）夫25分（生活援助2）、妻25分（生活援助2）

【方法2】夫婦ふたり分をまとめて生活援助3（225単位）を1回（50分）として、隔週や隔日といった方法でケアプランに位置付ける。

（例）夫は月曜日に生活援助3、妻は水曜日に生活援助3

※夫のケアプランの第2表・第3表には、水曜日は妻のケアプランに位置づけられた生活援助3が提供されることを明記する。妻についても同様に、月曜日は夫のケアプランに位置づけられた生活援助が提供されることを第2表・第3表に明記する。

※隔週（奇数週は夫で偶数週は妻、等）にする場合も同様に記載を行う。

- ・方法2においては、サービスは二人に対して行うが、実際にはどちらか一方のみ報酬を算定することになるため、実際のサービス提供と介護報酬の算定が一致しない。
- ・利用者の状況やサービス利用の目的や時間等を勘案し、どのような取り扱いにするのか判断することになるが、方法2の方が利用者の経済的負担の軽減を図れる場合があることを踏まえ、方法2が望ましい。

※現行のケアプランを直ちに修正することを求めるものではなく、既存の利用者については、今後、ケアプランの見直しや認定更新等のタイミングで見直しを検討いただきたい。

2 留意点

- 複数の利用者がある場合には、訪問介護は本人の安否確認等も合わせて行うべきなので、利用者全員が自宅にいる必要がある。
- 居宅サービス計画書の作成においては、第2表・第3表は、夫婦二人に対してサービスを提供していることがわかるよう明記する。
- 夫または妻のうち一方が自宅にいない状況（急な入院等）でも適切にサービスが提供されるよう、あらかじめサービス担当者会議で検討しておく等、留意する必要がある。
- 夫が要介護、妻が要支援のようなケースにおいては、サービス提供事業者が予防と介護の両方に対応できる事業者を選ぶ必要がある。

問 38 訪問介護の生活援助中心型を夫婦で按分する場合における、夫と妻のいずれかが不在の場合の取り扱いについて

(答)

令和6年度武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会 第5回幹事会
介護保険最新情報 Vol.959 に基づく、保険者と居宅介護支援事業者連絡協議会との意見交換 資料抜粋

夫婦按分の生活援助は夫婦 2 人に対するサービス提供であり、両名が在宅していなければサービスの提供はできない。ただし、その日に買い物代行等のサービスを提供しないことによって、日常生活の継続(①食の確保や衛生の維持)が困難になることが想定される場合や、②不在者がやむを得ず外出しなければならなかった理由がある場合は、サービス提供をすることができる。夫が不在の場合、以下の対応が考えられる。

【①夫が訪問介護の時間を忘れて出かけてしまったが、サービスの提供をしないことで、食の確保や衛生の維持が困難になることが想定される場合】

- A. 夫・妻ともに当日キャンセルとする。
- B. 日時をずらして、夫婦両名がいる時間にサービス提供する。
※利用者都合による臨時的、一時的なサービス提供日の変更は、ケアプランの「軽微な変更」として扱うことができる。
- C. 妻へのサービス提供のみを行う。
【介護報酬】元々、夫婦にそれぞれ 30 分(生活2)で合計 60 分のサービス提供を行う予定だった場合、妻の 30 分(生活2)だけ算定する。
※生活3(45 分以上)を隔週で夫婦に交互に提供としていた場合、生活2に変更となる。
- D. 妻へのサービス提供は介護保険、夫へのサービス提供は自費として、当初予定したとおりのサービス提供を行う。
【介護報酬】元々、夫婦にそれぞれ 30 分(生活2)で合計 60 分のサービス提供を行う予定だった場合、妻への 30 分を介護保険で報酬を算定(生活2)※し、夫への 30 分は自費とする。
※生活3(45 分以上)を隔週で夫婦に交互に提供としていた場合、生活2に変更となる。

【②不在者がやむを得ず外出しなければならなかった理由がある場合】

- A. 夫・妻ともに当日キャンセルとする。
- B. 日時をずらして、夫婦両名がいる時間にサービス提供する。
※利用者都合による臨時的、一時的なサービス提供日の変更は、ケアプランの「軽微な変更」として扱うことができる。
- C. 独居として妻へのサービス提供を行う。
【介護報酬】実際にサービス提供に要した時間に基づいて算定する。

ただし、以下の点に注意すること。

※夫婦いずれかが不在となる場合の対応について、事前にサービス担当者会議で決めておく必要がある。特に自費負担が発生する場合は、利用者に丁寧な説明を行い、サービス提供前に同意を得ておくこと。

※認知機能の低下による徘徊等のやむを得ない事情がある場合以外で、特段の理由なく頻回に夫婦いずれかが不在となる場合、原則として夫婦按分による生活援助を算定することはできない。

問 39 介護保険外サービスと訪問介護の併用について

(答)

配食サービスや宅配サービス、自費での家事援助サービス等の介護保険外サービスの位置づけがあり、さらに利用者支援が必要な場合には、適切な訪問介護サービスの併用は可能である。それぞれのサービスの回数や範囲等を適切に居宅サービス計画・訪問介護計画に位置付けていただきたい。

4. その他

問 40 軽度者福祉用具貸与の算定可否判断基準について

(答)

以下の算定可否判断基準表の要件に当てはまる場合は、軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具の例外的貸与ができる。

福祉用具の種類	本人の状況等	判断基準	要件
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者		
	1. 日常的に歩行が困難な者	認定調査票 (基本調査)	基本調査1-7「3. できない」
	2. 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	サービス担当者 会議を通じて判断	主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議を開催するなど、適切にケアプランに位置付けた場合
特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者		
	1. 日常的に起き上がりが困難な者	認定調査票 (基本調査)	基本調査1-4「3. できない」
	2. 日常的に寝返りが困難な者		基本調査1-3「3. できない」
	3. 上記以外	医師の医学的 所見	保険者による確認
床ずれ防止用具 及び体位変換器	次のいずれかに該当する者		
	1. 日常的に寝返りが困難な者	認定調査票 (基本調査)	基本調査1-3「3. できない」
	2. 上記以外	医師の医学的 所見	保険者による確認
認知症老人徘徊 感知機器	次の1、2のすべて、または3に該当する者		
	1. 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	認定調査票(基本調査)のいずれにも該当する必要があります。	「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外に該当 又は 3-2 ~ 3-7 のいずれか「2. できない」に該当 又は 3-8 ~ 4-15 のいずれか「1. ない」以外に該当 ※その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	2. 移動において全介助を必要としない者		2-2 移動「4. 全介助」以外に該当
	3. 上記以外	医師の医学的 所見	保険者による確認

	貸与種目	次に該当する者		
	移動用リフト(つり具の部分を除く。)	1. 段差解消機	生活環境において段差の解消が必要と認められる者	サービス担当者会議
次のいずれかに該当する者				
2. 昇降座椅子		1. 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	認定調査票(基本調査)	2-1 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」に該当
		2. 上記以外	医師の医学的所見	保険者による確認
3. その他の移動用リスト全般		1. 日常的に立ち上がりが困難な者	認定調査票(基本調査)	1-8 立ち上がり「3. できない」に該当
		2. 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		2-1 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」に該当
		3. 上記以外	医師の医学的所見	保険者による確認

自動排泄処理装置※自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)については、要支援1、2及び要介護1に加えて要介護2、要介護3の方も原則算定不可です	次の1、2のすべて、または3に該当する者		
	1. 排便が全介助を必要とする者	認定調査票(基本調査)のいずれにも該当する必要があります。	2-6 排便「4. 全介助」に該当
	2. 移乗が全介助を必要とする者		2-1 移乗「4. 全介助」に該当
	3. 上記以外	医師の医学的所見	保険者による確認

上表において、「保険者による確認」が必要となるものについては、以下の手順を踏まえて申請すること。

- 1 疾病その他の原因により、次のいずれかの条件に該当すること。
 - i .日によって又は時間帯によって、頻繁に必要な状態
(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
 - ii .状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要な状態になることが確実に見込まれる
(例:がん末期の急速な状態悪化)
 - iii .身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から必要な状態
(例:ぜんそく発作時等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
- 2 上記が、医師の判断に基づき、ケアマネジメントでの判断を経ていること。

問 41 訪問看護を暫定ケアプランに位置付ける場合の留意点
(医療保険・介護保険の利用について)

(答)

令和5年度武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会 第7回幹事会
介護保険最新情報 Vol.959 に基づく、保険者と居宅介護支援事業者連絡協議会との意見交換 資料抜粋

1 医療保険と介護保険のどちらで訪問看護を利用するのか (原則)

- ・ 訪問看護の利用者が、医療保険と介護保険の両方を利用できる場合、基本的には介護保険で訪問看護を利用する。(一部例外あり。裏面参照)
- ・ そのため、要介護・要支援の認定有効期間については、介護保険から介護サービス費を受け取ることになり、医療保険から報酬を受け取ることはできない。

2 認定申請中の取扱い

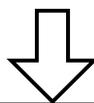
- 認定された(要介護・要支援)場合：介護保険
- 認定されない(非該当)場合：医療保険

・ 認定が下りるまでの間、介護保険か医療保険のどちらになるかは確定しない。

・ 認定された場合

→ 介護保険が適用される始期は、認定有効期間の始期である認定申請日

※ 介護保険で介護サービス費を受け取るためには、ケアプランに訪問看護を位置付ける必要がある。



あらかじめ、利用者と契約した居宅介護支援事業所・地域包括支援センターにおいて、サービス利用開始前に、訪問看護を位置付けた暫定ケアプランを作成することが必要。

3 訪問看護事業所からの相談事例

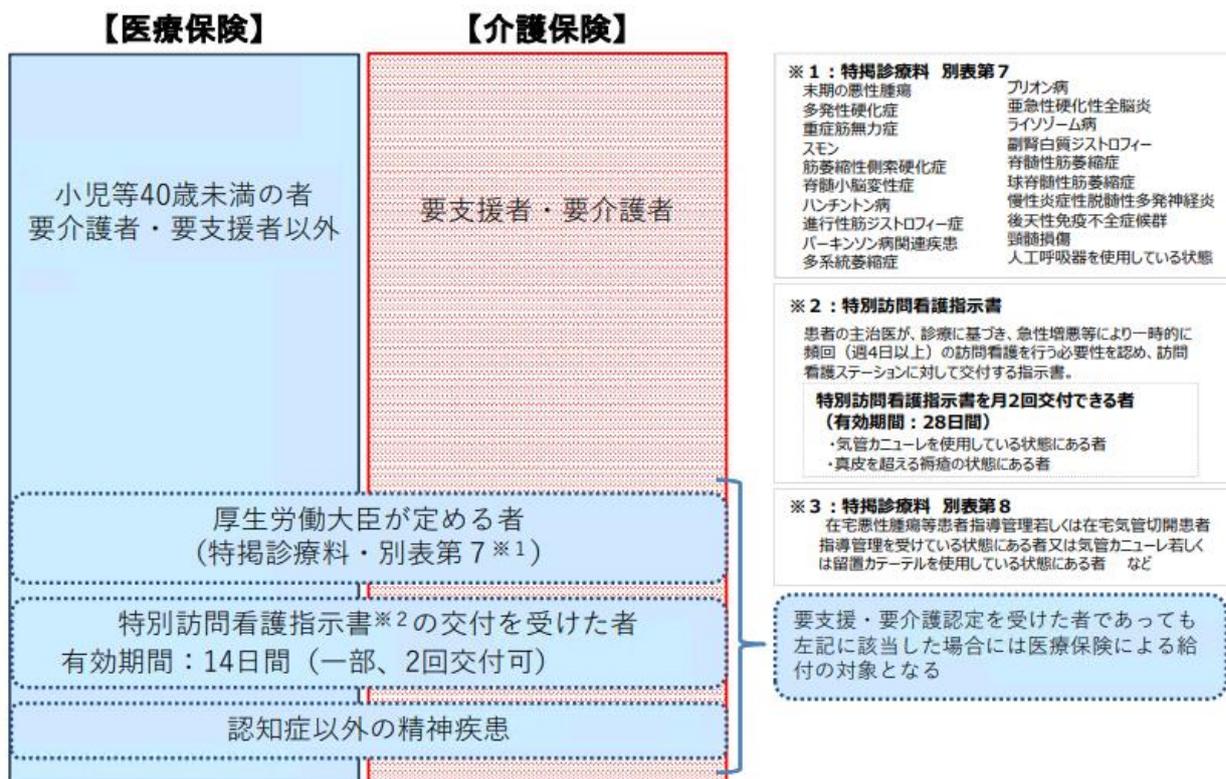
- ① かねてより訪問看護を利用するA氏について、家族から、武蔵野市に要介護認定の申請をすとの話があったが、関係者は皆「認定は得られない」という見立てだった。そのため、介護保険は利用できないと考え、居宅介護支援事業所や在宅介護・地域包括支援センターに相談をしていなかった。
- ② 利用者家族から、要介護1の認定通知が届いたとの連絡があった。至急、在宅介護・地域包括支援センターに相談したが、利用者と居宅介護支援事業所の契約は認定申請日以降になり、ケアプランの始期も同様になることが避けられない状況となった。
- ③ 利用者は急ぎ居宅介護支援事業所と契約し、サービス担当者会議が実施されてケアプランが作成された。しかし、認定申請日からケアプランの作成日までは、医療保険と介護保険のいずれも利用できないため、報酬請求をしないこととなった。暫定ケアプランが作られるように働きかけをしていなかったことを踏まえて、利用者(自己負担1割)には通常の自己負担分のみを請求することとした。

4 留意点

- ① 医療保険で訪問看護が提供されている根拠を確認すること。
例えば、指定難病であれば、要介護認定となった場合でも医療保険の利用を継続するため、以下②～④の対応は不要。
- ② 医療保険で訪問看護を利用している利用者が介護保険を申請する場合は、まず在宅介護・地域包括支援センターに相談すること。
- ③ 介護保険を申請しても非該当であると想定される場合でも、すでに訪問看護の利用があり、介護保険サービスの必要性があつて認定申請されていることから、要支援・要介護の認定がされるケースが多い。
- ④ 暫定ケアプランが作成されなかったやむを得ない事情がある場合（認定の申請をしたことについて利用者・家族から情報提供がなかった等）は、高齢者支援課介護サービス担当にご相談いただきたい。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ図

(令和2年8月19日 第182回介護給付費分科会 資料3)



注) 医療保険の給付の対象となる訪問看護は、原則週3日を限度として提供が可能であるが、厚生労働大臣が定める者（※1に該当（介護保険においては厚生労働大臣が定める疾病等）、特別訪問看護指示書の交付を受けた者（※2に該当）、厚生労働大臣が定める者（※3に該当（介護保険においては厚生労働大臣が定める状態））については、週3日を超えての提供が可能。

問 42 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携について

(答)

サービス提供開始時やケアプランの作成・修正が必要な場合などは、本来、サービス担当者会議を開催して、利用者・家族の意見・要望や基礎的な情報、サービス提供の目的や内容などについて関係者が情報を共有し、連携を図ることが望ましい。しかし現状では、サービス担当者会議の欠席者との情報共有が不十分な場合や、関係者間(サービス提供票の送付対象ではない事業所等)でサービス提供に必要な情報を十分に共有できていないことがある。

その場合の次善の策として、利用者に関する情報の共有化を図り、円滑なサービス提供ができるよう「介護情報提供書(事業者連携版)」の活用を促したい。

同居家族の有無、家族関係(→居宅サービス計画書 第1表)

サービス時の家族の有無(→居宅サービス計画書 第1表)

問 43 Q&A 票の書き方について

(答)

武蔵野市では、報酬算定基準等に関するQ&Aとして、保険者の見解を示している。

Q&Aは、各種法令や告示、通知、国のQ&Aにおいて規定されている事項について、地域の特性から個別具体的な運用方法について保険者にその判断を委ねられている部分に関し、判断をお示しするものである。各種法令等と併せて活用されたい。

個々の疑義等については高齢者支援課介護保険係介護サービス担当あてに、まずは電話で照会されたい。

【保険者コメント】

各種法令や告示、通知、国のQ&Aにおいて規定されている事項については、規定に沿った見解をお示しします。その解釈について保険者に委ねられている事項については、Q&A票に書かれている内容と添付書類で判断をさせていただきます。被保険者番号やケアプランを添付されると、より具体的な回答が可能になります。

書き方としては、前半は本人の状況、家族の状況、中盤はなぜそのサービスが必要なのか、それを利用することについて、どのように生活が改善されるのかそれを書いて下さい。また、事業所としてどのように判断したのかについても記入してください。

なお、保険者の見解として適否の判断をさせていただきますので、否定的な意見を出す場合は、その根拠についてもお示しいたします。

