

同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート（要介護・要支援世帯）

居宅介護支援事業所名： _____

担当介護支援専門員氏名： _____

連絡先： _____

作成日： _____

被保険者番号		要介護度	
被保険者氏名		年齢・性別	
認定期間	～	サービス利用予定期間	～
本人の状況・できる事 (詳しくはケアプランに記載)			
家屋の形態 (特記事項)	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 同一敷地内の家族 (有・無)		
同居家族の続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ()		
同居家族の状況 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	(障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く)		
本人と同居家族との関係性			
同居家族ができる介護の内容			

サービス内容の決定 (内容・回数・時間について記載)

※裏面参照

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取 <input type="checkbox"/> その他	
--	--

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録を添付してください。

同居家族・個人

介護報酬の解釈(青本、令和元年10月版)P134～135

訪問介護(生活援助中心)について

単身の世帯に属する利用者又は家族もしくは親族と同居している利用者であって、家族等の障害、疾病などの理由により、利用者又は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(調理、洗濯、掃除等の家事であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる利用者に対して行われるもの)が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する。

「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「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」とされたが、これは障害、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。

◎ 家族等が障害や疾病でなくても、その他の事情により家事を行うことが困難な場合

- ・ 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などの深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の際に行わなくては日常生活に支障がある場合

⑤ 家族に対して「遠慮があり頼みにくい」、「家族に負担をかけたくない」という理由だけでは訪問介護の生活援助は算定できない。

◎ 『同様のやむを得ない事情』で生活援助を位置づける場合

- ・ 家族のアセスメントが必要。
- ・ 短期的に位置づけ、改善の方向に向けて働きかけを継続していく。
- ・ 日中独居となるケースについても場合によっては『同様のやむを得ない事情』に該当することがあるが『日中独居』だけでは『やむを得ない事情』とはならない。
- ・ 家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事なら可能であるか明確にする。
- ・ 家族が不在の時間帯に行う必要があるものなのか(家族が不在の時間帯に行わなければ日常生活上で大きな支障が生じるか)を検討する。

(例:家族の仕事帰りや休日等での買い物で対応できないか検討)

- ・ 他の代替手段がないか検討する(例:配食サービス利用等)

同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート（要介護・要支援世帯）

居宅介護支援事業所名： _____

担当介護支援専門員氏名： _____

連絡先： _____

作成日： _____

続柄	(例：夫・父・母)	(例：妻・長男・孫)
被保険者番号		
被保険者氏名		
要介護度		
認定期間	～	～
サービス利用予定期間	～	～
年齢・性別		
本人の状況・できる事 (詳しくはケアプランに記載)		
家屋の形態 (特記事項)	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 同一敷地内の家族 (有・無)	
介護保険認定者以外の同居家族の有無・状況		
本人と同居家族との関係性		

サービス内容の決定 (内容・回数・時間について記載)

※裏面参照

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他		
--	--	--

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録を添付してください。

訪問介護(生活援助中心)について

単身の世帯に属する利用者又は家族もしくは親族と同居している利用者であって、家族等の障害、疾病などの理由により、利用者又は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(調理、洗濯、掃除等の家事であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる利用者に対して行われるもの)が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する。

「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「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」とされたが、これは障害、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。

◎ 家族等が障害や疾病でなくても、その他の事情により家事を行うことが困難な場合

- ・ 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などの深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の際に行わなくては日常生活に支障がある場合

⑨ 家族に対して「遠慮があり頼みにくい」、「家族に負担をかけたくない」という理由だけでは訪問介護の生活援助は算定できない。

◎ 『同様のやむを得ない事情』で生活援助を位置づける場合

- ・ 家族のアセスメントが必要。
- ・ 短期的に位置づけ、改善の方向に向けて働きかけを継続していく。
- ・ 日中独居となるケースについても場合によっては『同様のやむを得ない事情』に該当することがあるが『日中独居』だけでは『やむを得ない事情』とはならない。
- ・ 家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事なら可能であるか明確にする。
- ・ 家族が不在の時間帯に行う必要があるものなのか(家族が不在の時間帯に行わなければ日常生活上で大きな支障が生じるか)を検討する。
(例:家族の仕事帰りや休日等での買い物で対応できないか検討)
- ・ 他の代替手段がないか検討する(例:配食サービス利用等)