

# 序章「サービス提供責任者とは？」



サンプルテキスト

## サービス提供責任者とは

サービス提供責任者（以下サ責）は、その名のとおり訪問介護サービス全体の段取りを整える責任者です。指定基準によれば、利用者の状態把握や訪問介護計画書等の書類作成、多職種との連携、サービス担当者会議の出席など、その業務は多岐にわたります。

そしてサ責はヘルパーをまとめるリーダー的存在でもあります。ヘルパーの業務管理や指導育成など、あらゆることをなんでもこなす、まさにオールラウンダーな職種と言えるでしょう。



### MEMO

サ責は誰でもなれるわけではありません。資格要件や事業所に配置すべき人員の基準が定められています。

#### 【必要資格】

- 介護福祉士
- 実務者研修修了者
- 介護職員基礎研修課程修了者
- 訪問介護員1級課程修了者（ヘルパー1級）

など

#### 【配置基準】

- 利用者が40人またはその端数が増すごとに1人以上  
（※前3ヶ月の平均値、新規指定の場合は推定数）

#### 【勤務形態】

- 常勤専従  
（※業務に支障がなければ管理者との兼務が可能）



サ責は1人で最大39名の利用者を受け持ちます。（※特例あり、詳しくはP349を参照）一人ひとりに対して訪問介護の段取りを整え、自らサービス提供も行います。

## ✓ 指定基準を理解しよう

先に『指定基準』という馴染みのない言葉を出しました。これは介護保険法に基づく厚生労働省令を指し、訪問介護事業者が遵守すべき「ルール」です。

指定基準は

- 1 人員基準・・・管理者、サ責、ヘルパーの人員配置に関するルール
- 2 設備基準・・・事業所の設備、備品に関するルール
- 3 運営基準・・・管理者/サ責の責務、留意すべき事項など運営に関するルール

の3つに分けられ、違反してしまうと介護報酬の返還や指定取り消し等の行政処分を受ける可能性があります。当然ながら、事業所の中心を担うサ責も指定基準を把握した上で業務に臨まなければなりません。指定基準の詳細をP348にのせていますので必ず一読し、頭に入れておきましょう。

(※指定基準をベースに市町村等が地域の特性に合わせた独自の条例やローカルルールを制定しています。指定基準だけでなく、事業所の所在する地域の条例やローカルルールも確認してください。)

## ✓ サ責業務の全体像

本マニュアルでは、指定基準を押さえたサ責の業務を下記「16」個に分類しました。サ責はこの16個の業務を、担当する利用者・ヘルパーそれぞれに対して行います。

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| ① 相談受付         | ⑨ モニタリング                   |
| ② 事前訪問         | ⑩ 実績報告                     |
| ③ 契約業務         | ⑪ 請求業務                     |
| ④ アセスメント       | ⑫ ヘルパー管理 (情報共有・シフト作成・指導育成) |
| ⑤ サービス担当者会議へ出席 | ⑬ ケアマネ・他職種との連携             |
| ⑥ 訪問介護計画書の作成   | ⑭ 緊急時対応 (急変・事故)            |
| ⑦ サービス指示書の作成   | ⑮ 苦情対応                     |
| ⑧ 同行訪問         | ⑯ 帳票書類の整備                  |

※①～⑨までは、申し込みからサービス提供に伴う一連の流れを示しています。(P4業務フローを参照)



# サ責業務のイメージフロー

## サービス提供に伴う業務の流れ

1 相談受付



2 事前訪問



3 契約業務



4 アセスメント



5 サービス担当者会議へ出席



6 訪問介護計画書の作成



7 サービス指示書の作成



8 同行訪問



9 モニタリング

## 左記に付随する業務

10 実績報告 (毎月)

11 請求業務 (毎月)

12 ヘルパー管理 (日々)

13 ケアマネ・他職種との連携 (日々)

14 緊急時対応 (日々)

15 苦情対応 (日々)

16 帳票書類の作成 (日々)

計画の見直し



## 第6章 「訪問介護計画書の作成」

---

- 相談受付
- 事前訪問
- 契約業務
- アセスメント
- サービス担当者会議へ出席
- 訪問介護計画書の作成
- サービス指示書の作成
- 同行訪問
- モニタリング
- 実績報告
- 請求業務
- ヘルパー管理（情報共有・シフト作成・指導育成）
- ケアマネ・他職種との連携
- 緊急時対応（急変・事故）
- 苦情対応
- 帳票書類の整備

# 訪問介護計画書とは

訪問介護計画は、訪問介護サービスにおける個別援助計画を指します。

アセスメントにより明確になった利用者の生活課題を解決するために、訪問介護の目線から「どのような援助目標のもと、どのような支援を、どれだけの期間、何回行うのか」を示した書類が訪問介護計画書です。

訪問介護計画書の作成はサ責の責務になります。管理者やヘルパーが代わりに作成することはできません。利用者一人ひとりに合わせて個別具体的な計画を立案し、それをもとにヘルパーは実際のサービスを提供していきます。

## ✔ ケアプランに沿って作成しなければならない

訪問介護計画書はケアマネが交付する居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って作成するようにと定められています。そのためケアプランと訪問介護計画に矛盾があってはなりません。

例えば

- ケアプランに入浴介助が位置付けられていないのに、訪問介護計画に入浴介助を位置付けている
- ケアプランの援助目標と訪問介護計画の援助目標が別方向をむいている

などは不適切な訪問介護計画書となりますので注意してください。



ケアプランは利用者の基本情報や援助目標、サービス種類・内容などが記載されている、いわばサービス全体の設計図。一方で訪問介護計画は、ケアプランの中から訪問介護が担う部分について具体的な指標を示した計画です。

## ✔ 作成のタイミング

初回の担当者会議で決定されたケアプランをケアマネからもらい、サービス開始までに訪問介護計画書を作成します。作成後は利用者や家族へ説明し、同意を得た上で交付しましょう。（2部用意し双方で保管）

また、訪問介護計画書は一度作成したら終わりではなく、初回作成以降も必要に応じて更新しなければなりません。

訪問介護計画書は下記7つのタイミングで更新します。

## 更新のタイミング

- 要介護認定の更新時
- サービス内容の変更時
- サービス曜日・時間変更時（一時的なものであれば更新不要）
- サービス回数の追加・減少時
- 総合的な援助方針の変更時
- 長期・短期目標の達成時
- 長期・短期目標の期間更新時

## ケアプランの読み方を理解する

先に述べたとおり、訪問介護計画書はケアプランに沿って作成しなければなりません。ですから訪問介護計画書を作成するサ責は、ケアプランが「どのように構成されていて、何が記載されているのか」を理解しておく必要があります。

### ✓ ケアプランの構成

ケアプランは第1表～第7表までの7部構成となっています。

- 1 「居宅サービス計画（1）」
- 2 「居宅サービス計画（2）」
- 3 「週間サービス計画書」
- 4 「サービス担当者会議の要点」
- 5 「居宅介護支援経過」
- 6 「サービス利用票」
- 7 「サービス利用票（別表）」



この内ケアマネからサービス事業所に交付されるのは第1表～第3表までです。サ責はケアプラン第1表～第3表を読みとき訪問介護計画書を作成することになります。

## 第1表「居宅サービス計画（1）」の詳細

ケアプラン第1表「居宅サービス計画（1）」は、利用者の基本情報や本人・家族の意向、総合的な援助方針などが記載されており、ここから計画全体の方向性を把握します。

第 1 表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日 令和 ○年 7月 15日	
		初回・紹介・継続		認定済・申請中	
利用者名	○田○男 殿	生年月日	昭和××年 1月 20日	住所	○〇県○〇市○〇町○〇
居宅サービス計画作成者氏名	ケアマネ太郎				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	○〇ケアプランセンター ○〇県○〇市○〇町○〇				
居宅サービス計画作成（変更）日	令和○年 7月 15日	初回居宅サービス計画作成日	令和○年 2月 14日		
認定日	令和○年 6月 15日	認定の有効期間	令和○年 6月 1日 ～ 令和○年 5月 31日		
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>本人：退院して自宅に戻れて安心している。足の力が弱っているのでリハビリを続けていきたい。</p> <p>家族（妻）：かなり足の力が弱っているのでこれからの生活が心配。リハビリを受けてまた元気になってほしい。お風呂と○〇病院への通院が大変になってきているので助けてほしい。</p>				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針	<p>令和○年○月○日～令和○年○月○日まで誤嚥性肺炎のため入院。退院以降、下肢筋力が低下している状態です。</p> <p>1. 下肢筋力をつけていくために訪問リハビリ、運動型デイサービスの利用を再開します。</p> <p>2. 歩行状態が不安定なため、訪問介護サービス開始にて安全に入浴できるように支援します。</p> <p>3. 体調管理の面は、訪問介護サービス開始にて定期的に○〇病院へ受診できるように支援します。</p> <p>4. 本人にあった福祉用具の提案を行っていきます。</p> <p>他、必要な情報提供など○田様がこれからも住み慣れた自宅での生活を継続できるよう支援していきます。</p>				
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）				

項目	詳細
利用者氏名・生年月日・住所	介護保険被保険者証の内容が転記されている。 訪問介護サービス依頼時に作成する相談受付票と相違がないか要確認。
居宅サービス計画作成（変更）日	ケアプランを利用者へ説明し、同意を得た日が記載されている。 区分変更や更新などがあった場合は前回のものから日時が変更されているか要確認。
初回居宅サービス計画作成日	利用者に対して初めてケアプランを作成した日が記載されている。



# 訪問介護計画書の書き方と記入例

訪問介護計画書に定められたフォーマットはありません。そのため事業所によって異なりますが、基本的には下記10項目を盛り込み作成します。ここでは、項目ごとの具体的な書き方と記入例を紹介します。P99に完成例を載せていますので、そちらも合わせて参考にしてください。

(※訪問介護計画書は、市町村等によって目標の書き方などに指示がある場合があります。その場合は市町村の指示に従って運用してください。本マニュアルで紹介する書き方・記入例はあくまでも基本的な運用方法について記載しています。)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1 作成年月日、作成者氏名  | 6 利用者・家族へのお願い |
| 2 利用者基本情報      | 7 訪問介護サービスの内容 |
| 3 日常生活全般の状況    | 8 週間サービス予定表   |
| 4 援助目標（長期・短期）  | 9 説明日・説明者氏名   |
| 5 利用者・家族の希望や要望 | 10 利用者の同意欄    |

## 1. 作成年月日、作成者氏名

作成年月日、作成者氏名は、訪問介護計画書を作成した年月日とサ責の氏名を記入します。また、作成年月日は「サービス開始前の日付」になりますので、実態とズレがないように注意してください。

## 2. 利用者基本情報

利用者基本情報は、ケアプラン第1表を参考に以下の項目を記入します。

- 利用者氏名
- 年齢
- 性別
- 住所
- 生年月日
- 要介護度
- 認定有効期間
- 緊急連絡先
- 居宅介護支援事業所名（担当ケアマネ）

# 訪問介護計画書 完成例 No.1

## 訪問介護計画書

作成日	R〇年 7月15日		作成者(サービス提供責任者)	サ責次郎	
利用者氏名	〇田〇男	性別	男性	生年月日	昭和××年1月20日(〇〇歳)
住所(電話番号)	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			要介護度	要介護3
緊急連絡先	〇田〇子	(続柄: 妻)	連絡先	住所(電話番号)	同居 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
居宅介護支援事業所	〇〇ケアプランセンター		担当介護支援専門員	ケアマネ太郎	

### 日常生活全般の状況

妻と同居。脳梗塞後遺症により右上下肢にマヒがあり、身の回りのことは妻が担っている。令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日まで誤嚥性肺炎のため入院していた。退院以降、下肢筋力が低下しており歩行時の転倒リスクが高まっている状態。それにより、これまで妻が行ってきた入浴や〇〇クリニックへの通院についての負担が増大したため訪問介護サービスの利用に至った。また「1人で歩けるようになりたい」と意欲的で、訪問リハビリを週2回、リハビリ型デイを週2回利用している。

### 訪問介護の援助目標

長期目標		目標期間	見直しの時期
1	洗髪・洗身を自身で行うことができる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 5月31日	R〇年 5月31日
2	居室から脱衣所まで杖歩行で移動できる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 5月31日	R〇年 5月31日
3	自分で通院することができる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 5月31日	R〇年 5月31日
短期目標		目標期間	見直しの時期
1	上肢前面を自分で洗うことができる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 12月31日	R〇年 12月31日
2	脱衣所から浴室まで杖歩行で移動できる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 12月31日	R〇年 12月31日
3	通院に必要な所持品の準備を自分で行うことができる	R〇年 7月17日 ～ R〇年 12月31日	R〇年 12月31日

## 第16章 「帳票書類の整備」

---

- 相談受付
- 事前訪問
- 契約業務
- アセスメント
- サービス担当者会議へ出席
- 訪問介護計画書の作成
- サービス指示書の作成
- 同行訪問
- モニタリング
- 実績報告
- 請求業務
- ヘルパー管理（情報共有・シフト作成・指導育成）
- ケアマネ・他職種との連携
- 緊急時対応（急変・事故）
- 苦情対応
- 帳票書類の整備

## 帳票書類の整備

訪問介護は、利用者に対して適切なサービスを提供すると同時に、それを支える帳票書類の整備を必要とします。ついサービス提供ばかりに目を向けがちですが、帳票書類の作成は事業運営において欠かせないサ責の責務になります。

これまで本マニュアル内にも多くの書類が登場してきました。これらは適正な事業所運営がなされていることの証拠になるものです。そして行政からの実施指導で細かくチェックされる部分でもありますので、いつ実地指導が入っても良いように完備しておかなければなりません。

忙しいサ責にとって、書類作成に費やす時間を確保するのは中々に至難の業かと思います。ですが、せっかく質の高いサービスを提供していても、その根拠となる書類がなければ水の泡です。空いた時間をうまく活用し、日々コツコツ書類整備を進めましょう。

### ⚠ 実地指導とは

実地指導は、都道府県等の職員が事業所に出向いて適正な運営がなされているか直接チェックすることを指します。各書類の確認や口頭でのヒアリングを受け、その際に「不正が強く疑われる」あるいは「不正が発覚した」場合は『監査』に切り替わります。監査となると不正を追及するために行われますので、何かしらの行政処分は避けられません。介護報酬の返還や最悪の場合『指定取り消し』などの重い行政処分が科せられる可能性があります。



帳票書類の中でも、重要事項説明書や訪問介護計画書、サービス提供記録、加算関連書類は実地指導時にかなり厳しくチェックされます。

### ✔ 整備すべき帳票書類一覧表

訪問介護で整備すべき帳票書類は大きく2つに分けられます。1つは法人として整備すべき書類で、従業者・設備・損害賠償・会計関連書類等、代表者や管理者が作成します。もう1つはサ責やヘルパーが利用者ごとに作成する、サービス提供に付随する書類です。

サ責が主に担うのは、後者の帳票書類になります。次のページに整備すべき帳票書類をまとめた一覧表を作成しましたので確認にしてください。（各章で紹介した帳票書類も含んでいます）

帳票書類一覧	整備のタイミング	概要
相談受付票	相談受付時	利用者の基本情報や希望するサービス内容、曜日、時間などを記入する書類です。サービスを受けるor断るどちらにせよ作成し保管します。(P6を参照)
支援経過記録	相談受付からサービス終了まで随時記入	<p>支援経過記録は、利用者それぞれの日々の支援経過を、時系列で記録した書類です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談受付～契約締結までの経過</li> <li>初回訪問のサービス状況や利用者の様子</li> <li>利用者や家族の状態変化や環境変化</li> <li>サービス担当者会議の内容</li> <li>緊急時訪問介護加算の算定要件を満たした旨(算定する場合のみ)</li> <li>ケアマネや他職種との連携の内容</li> <li>利用者や家族からの苦情、事故などのトラブル</li> <li>サービスが終了した旨</li> </ul> <p>などを随時記入し、保管します。</p>
介護保険被保険者証(負担割合証含む)	事前訪問時、更新時	<p>訪問介護には給付資格を被保険者証により確認する義務があります。コピーをとり保管します。(P16を参照)</p> <p>※ただし本来はコピーでなくても介護請求ソフトなどにより被保険者情報を確認できればOK。</p>
見取り図	事前訪問時	見取り図は、利用者宅内の構造を可視化した書類です。指定基準で定められた必須書類ではありませんが、サービスの効率化や事故防止につながる運営上欠かせない書類になります。(P15を参照)
契約書類	事前訪問時	契約書、重要事項説明書、個人情報使用の同意書を2部作成し、契約締結後に利用者と事業所の双方で保管します。(P20を参照)
アセスメントシート	初回は事前訪問時に作成、以降は適宜更新	利用者の基本情報、意向、ADL、IADL、生活環境などの情報を収集し、生活課題および訪問介護サービスの役割を明確にするための書類です。アセスメント結果をアセスメントシートに記入し、保管します。(P60を参照)
サービス担当者会議の記録	サービス担当者会議開催時	サービス担当者会議後に、情報共有・意見交換を行った内容や決定事項を記録し、保管します。(P76を参照)
緊急連絡票	契約完了後、サービス開始までに作成	利用者の緊急時の連絡先や連絡順序を記載する書類です。有事に備え、事業所だけでなく利用者宅にも置いておきます。(P47を参照)

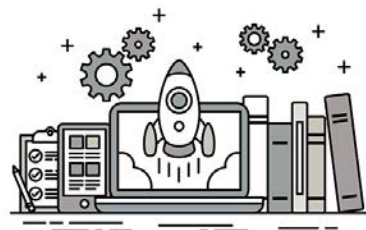
# 第19章 「介護報酬の算定ルール」

介護報酬の算定については

- 厚生労働省告示「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」
- 厚生労働省通知「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(略)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」

に基準が示されています。第18章で解説した訪問介護の範囲もその内のひとつですが、サ責として働く中で「このケースって算定できるのかな…」と悩むことが必ず出てくるはず。そこで本マニュアル第19章では、厚生労働省告示・解釈通知を参考に、特に注意してほしい下記の10個を解説します。

- 1 所要時間の基本的な考え方
- 2 所要時間が算定要件を満たさない場合の取り扱い
- 3 複数のヘルパーが交代してサービス提供をする場合の取り扱い
- 4 複数の要介護者がいる世帯へ同一時間帯にサービス提供する場合の取り扱い
- 5 訪問介護と他サービスの算定関係
- 6 1回のサービス内に身体介護と生活援助が混在する場合の取り扱い
- 7 2時間ルール
- 8 利用者不在時のサービス提供について
- 9 20分未満の身体介護（身体介護0）の取り扱い
- 10 通院介助の取り扱い



## ① 所要時間の基本的な考え方

訪問介護の介護報酬における所要時間は、「サービス提供に要した実際の時間」ではなく、訪問介護計画に位置付けたサービス提供に要する「標準的な時間」を指します。

ですから、例えば交通機関等の都合や、その他サービス提供に必要な以外の事柄で利用者宅に滞在した時間は所要時間に含まれません。（身体介護や生活援助を提供する際の事前準備（記録の記入、健康チェック、環境整備など）は含む）

つまり

訪問介護計画に身体介護50分と位置付けていたが、ある日利用者と世間話をしすぎていつもより時間がかかり、サービス提供に70分を要した。

などの場合、訪問介護計画に位置付けられている50分、つまり身体介護2（30分以上1時間未満）で算定することになります。

## ✔ 利用者の状態変化による所要時間の変更について

とはいえ実際の現場では、サービス当日の利用者の状態変化などにより、予定していたサービスを追加・変更せざるを得ないケースもあるでしょう。

例えば

訪問介護計画に身体介護50分で入浴介助を位置付けていたが、入浴後に便失禁があり、排せつ介助を急遽追加で行った。それによりサービス提供に計80分の時間を要した。

などのケースです。この場合は、サ責からケアマネに報告（事後でも可）し、ケアマネが必要だと判断すれば所要時間を変更できます。したがって本来は身体介護2（30分以上1時間未満）で算定しますが、このケースにおいては身体介護3（1時間以上1時間30分未満）で算定が可能です。

## ✔ 計画時間よりも実際の提供時間が著しく短くなっている場合

訪問介護計画に定めた標準的な時間に比べて、実際のサービス提供時間が著しく短時間になっている状態が続く場合は、訪問介護計画を見直す必要があります。

# 第20章 「訪問系障害福祉サービス」

訪問系障害福祉サービスは、障害者総合支援法に基づく「介護給付」に位置付けられているサービスです。（障害児は児童福祉法に基づく）

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 重度障害者等包括支援
- 同行援護
- 行動援護

の5つがあり、これらは介護保険法に基づく訪問介護と根拠法令や制度体系が異なることからさまざまな違いがあります。「介護保険の訪問介護では〇〇ができないのに障害福祉サービスの居宅介護では〇〇ができる」といったことがあり得るため、従事するサ責は双方を混同しないように注意しなければなりません。

本マニュアル第20章では、訪問系障害福祉サービスの内

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 同行援護



について取り上げ、介護保険の訪問介護と対比しながら「サ責業務、サービス内容・範囲、介護報酬」の違いを解説します。

訪問介護事業所の中には、介護保険の訪問介護と合わせて居宅介護・重度訪問介護・同行援護の指定も受けている所が多いかと思えます。また双方のサ責は兼務が可能です。ぜひ双方を兼務する事業所に従事しているサ責は参考にしてください。

※居宅介護・重度訪問介護・同行援護にも指定基準が定められています。P387に詳細を載せていますので確認しておきましょう。（市町村等が独自に定めている条例やローカルルールの確認も必要です）



# 訪問系障害福祉サービスの15のサ責業務

下記は訪問系障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護・同行援護）における15のサ責業務です。ここでは本マニュアル第1章～16章で示した介護保険のサ責業務と比較して15項目を解説していきます。

- ① 相談受付
- ② 事前訪問
- ③ 契約業務
- ④ アセスメント
- ⑤ サービス担当者会議へ出席
- ⑥ 個別支援計画書の作成
- ⑦ サービス指示書の作成
- ⑧ 同行訪問
- ⑨ モニタリング
- ⑩ 請求業務
- ⑪ ヘルパー管理（情報共有・シフト作成・指導育成）
- ⑫ 相談支援専門員・他職種との連携
- ⑬ 緊急時対応（急変・事故）
- ⑭ 苦情対応
- ⑮ 帳票書類の整備

## ① 相談受付

障害福祉サービスの相談依頼は、特定相談支援事業所に属する「相談支援専門員」からが大半になります。相談支援専門員は障害福祉サービスと利用者をつなぎ、サービス等利用計画の作成やサービス事業者との連絡・調整などを担う専門職です。

相談を受けたサ責がすべきことは、P6で解説した介護保険の訪問介護と大きな違いはありません。相談受付票を活用して相談支援専門員から情報を収集し、サービスを受けるor断るの返答をします。

また、障害者本人から申し込み依頼があることも多いのが障害福祉サービスの特徴です。この場合、相談支援専門員が担当していないようであれば「障害者基幹相談支援センター」につなぐ等の対応を行います。（本人自らがサービス等利用計画を作成するセルフプランを選択している場合はその限りではありません）

### ? 障害者基幹相談支援センターとは

障害者基幹相談支援センターは、全国の市町村に設置されている障害者やその家族へ、トータル的なサポートを行う相談窓口となる機関です。介護保険でいうところの地域包括支援センターのような役割を担います。

# 訪問系障害福祉サービスの算定ルール

障害福祉サービスの介護報酬については

- 厚生労働省告示「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準」
- 厚生労働省通知「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」

に基準が示されています。ここでは厚生労働省告示と解釈通知を参考に、居宅介護・重度訪問介護・同行援護の算定上の注意点を14個紹介します。

- 1 所要時間の基本的な考え方
- 2 最低算定時間について
- 3 複数のヘルパーが交代してサービス提供をする場合の取り扱い
- 4 2時間ルール
- 5 利用者不在時のサービス提供について
- 6 入院中の利用者へのサービス提供について
- 7 同行援護の算定対象の範囲について
- 8 同行援護の始点・終点について
- 9 重度訪問介護・同行援護の宿泊を伴う外出について
- 10 重度訪問介護・同行援護でヘルパーおよび事業所が所有する車を利用して外出する場合の取り扱い
- 11 居宅介護と重度訪問介護の併用について
- 12 居宅介護と同行援護の併用について
- 13 介護保険サービスと障害福祉サービスの併用について
- 14 居宅介護の通院等介助の取り扱い



# 卷末資料

- ☑ 訪問介護の指定基準
- ☑ 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計10号）
- ☑ 訪問介護の加算・減算一覧表
- ☑ 訪問介護の地域単価一覧表
- ☑ 訪問系障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、同行援護）の指定基準
- ☑ 訪問系障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、同行援護）の加算・減算一覧表
- ☑ 訪問系障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、同行援護）の地域単価一覧表

# 訪問介護の指定基準（抜粋）

## 第1節 基本方針

### 【基本方針】

#### 第4条

指定居宅サービスに該当する訪問介護（以下「指定訪問介護」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。

「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう・・・」とは介護保険法（第1条）の基本理念である『自立支援』を指しています。

## 第2節 人員に関する基準

### 【訪問介護員等の員数】

#### 第5条

指定訪問介護の事業を行う者（以下「指定訪問介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問介護事業所」という。）ごとに置くべき訪問介護員等（指定訪問介護の提供に当たる介護福祉士または法第8条第2項に規定する政令で定める者をいう。以下この節から第4節までにおいて同じ。）の員数は、常勤換算方法で、2.5以上とする。

第5条は、ヘルパー（訪問介護員）の人員数についての規定です。訪問介護事業者は、介護福祉士または実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、訪問介護員2級課程修了者（ヘルパー2級）等の有資格者を、常勤換算方法で2.5人以上配置しなければなりません。

その事業所で働いている「常勤職員の平均人数」が常勤換算です。算出の方法は『1ヵ月（4週）の常勤・非常勤職員の合計勤務時間』を、『事業所が定めた常勤が勤務すべき時間数』で割って算出します。（小数点第2位以下は切り捨て）

なお、常勤とは「職員の実際に勤務した時間」が「その事業所で定めている常勤が勤務すべき時間数（下限は週32時間）」に達している場合を指します。例えば、就業規則に定めた勤務すべき時間数が1日8時間（週40時間）だとすると、1日8時間（週40時間）勤務している職員はすべて「常勤」ということです。逆に、勤務すべき時間数に満たない職員はすべて「非常勤」となります。

また、その職員が「常勤なのか」「非常勤なのか」は、正社員、パート、アルバイト、契約社員などの雇用形態に関係なく、勤務時間数が指標となるので注意しておきましょう。

## 訪問介護の加算・減算一覧

加算	単位数	算定要件	整備書類
初回加算 (ひと月につき)	200単位	<p>新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回（もしくは初回と同月内）の訪問において、サ責自ら訪問した場合、または他のヘルパーにサ責が同行訪問した場合</p> <p>※同行訪問時、サ責は、サービス提供時間を通じて滞在する必要はなく、利用者の状況等を確認の上、途中退室してもOK</p> <p>※要支援→要介護に介護度が変わった際も算定対象</p> <p>※当該利用者が、過去2ヵ月間、当該事業所によるサービス提供を受けていない場合、新たに加算算定が可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費請求書</li> <li>介護給付費明細書</li> <li>サービス提供票、別表</li> <li>訪問介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> </ul>
緊急時訪問 介護加算 (1回につき)	100単位	<p>利用者・家族等からの要請を受け、サ責がケアマネと連携した上で、ケアプラン・訪問介護計画に位置付けられていない時間帯に身体介護中心型サービスを、要請受付から24時間以内に提供した場合</p> <p>※生活援助中心型は算定対象外</p> <p>※ケアマネが緊急訪問の前に必要性を認めている場合に限る（ただし、やむを得ない場合は、事後報告でもOK）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費請求書</li> <li>介護給付費明細書</li> <li>訪問介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> <li>要請に関する記録</li> </ul> <p>※要請に関する記録には</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要請があった時間</li> <li>要請の内容</li> <li>提供したサービス内容</li> <li>サービス提供時間</li> <li>緊急時訪問介護加算の算定要件である旨</li> </ul> <p>などの記載が必要 記録様式は定められていないので支援経過記録でOK</p>
2人のヘルパー等による場合 (1回につき)	所定単位数の200%で算定	<p>利用者・家族に同意を得た上で、下記要件のいずれかに該当する利用者に対して、2人のヘルパーがサービス提供を行った場合</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合</li> <li>2. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為などが認められる場合</li> <li>3. その他利用者の状況などから判断して、1または2に準ずると認められる場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費請求書</li> <li>介護給付費明細書</li> <li>サービス提供票、別表</li> <li>訪問介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> </ul>

## 居宅介護の加算・減算一覧

加算	単位数	算定要件	整備書類
初回加算 (ひと月につき)	200単位	<p>新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回（もしくは初回と同月内）の訪問において、サ責自ら訪問した場合、または他のヘルパーにサ責が同行訪問した場合</p> <p>※同行訪問時、サ責は、サービス提供時間を通じて滞在する必要はなく、利用者の状況等を確認の上、途中退室してもOK</p> <p>※当該利用者が、過去2ヵ月間、当該事業所によるサービス提供を受けていない場合、新たに加算算定が可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費・訓練等給付費等請求書、明細書</li> <li>居宅介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> <li>サービス提供実績記録票</li> </ul>
緊急時対応加算 (1回につき)	100単位	<p>利用者・家族等からの要請を受け、居宅介護計画に位置付けられていない時間帯に身体介護中心型または通院等介助（身体介護を伴う場合）中心型を、要請受付から24時間以内に提供した場合</p> <p>※生活援助中心型、通院等介助（身体介護を伴わない場合）中心型は算定対象外</p> <p>※算定は月に2回までが限度</p> <p>※市町村等により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを都道府県または市町村に届け出た事業所の場合、1回につき、さらに50単位を加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費・訓練等給付費等請求書、明細書</li> <li>居宅介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> <li>サービス提供実績記録票</li> <li>要請に関する記録</li> </ul> <p>※要請に関する記録には</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要請があった時間</li> <li>要請の内容</li> <li>提供したサービス内容</li> <li>サービス提供時間</li> <li>緊急時訪問介護加算の算定要件である旨</li> </ul> <p>などの記載が必要、記録様式は定められていないので支援経過記録でOK</p>
2人のヘルパー等による場合 (1回につき)	所定単位数の200%で算定	<p>利用者・家族に同意を得た上で、下記要件のいずれかに該当する利用者に対して、2人のヘルパーがサービス提供を行った場合</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合</li> <li>2. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為などが認められる場合</li> <li>3. その他利用者の状況などから判断して、1または2に準ずると認められる場合</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費・訓練等給付費等請求書、明細書</li> <li>居宅介護計画書</li> <li>サービス提供記録</li> <li>サービス提供実績記録票</li> </ul>