

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 算定の手引き

幕別町

令和元年7月
幕別町保健福祉部保健課介護保険係

～この手引きについて～

介護保険における訪問介護サービス等における生活援助については、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族（以下「家族等」という。）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」に対して行われるものとされています。

さらには、「障がい、疾病のほか、障がい、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」に行われるとされています。

この「やむを得ない事情」とは、障がい、疾病の有無に限定されるものではなく、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、特に同居家族等の有無のみをもって一律に介護給付の支給の可否の判断がされないよう、関係機関が共通認識を持ち、利用者に対し同一のサービスを提供するため作成したものです。

同居家族がいる場合の生活援助の取扱いについて

1 「同居」「別居」の定義

- (1) 同居とは、利用者とその家族等が同一の家屋に住んでいる状態を言います。
- (2) 二世帯住宅は、基本的に「同居」としますが、玄関、台所、居室および浴室のすべてが独立している場合は生活実態で判断します。
- (3) 同一敷地内の別棟住宅、同一アパートの別部屋の場合は、「別居」と判断します。ただし、サービスを算定するうえで、家事援助が期待できる程度の家族の訪問頻度がある場合は、サービス算定が適切かどうか慎重に判断してください。
- (4) 同居家族等の就労などにより、日中のみ独居となる場合は、家族等が滞在している時間帯に対応できれば事足りるものについては、生活援助の対象となりませんが、家族等が不在の時間帯に行わなければ、日常生活に大きな支障が生じる場合は、適切なケアマネジメントにおいて判断してください。

2 「障がい」「疾病」「その他やむを得ない理由」の考え方

- (1) 障がいとは、同居家族等が障がいを有し、家事をすることができない状態を言います。
- (2) 疾病とは、同居家族等が病気により、家事をすることができない状態を言います。
※障害者手帳の有無や要介護（要支援）認定の有無だけで判断するのではなく、障がいや疾病のため、どのような家事ができず、どのような支障があるのかを判断します。
- (3) その他やむを得ない理由の例
 - ・介護放棄などの虐待が認められる場合
 - ・家族関係に修復困難な深刻な問題があり、援助が期待できない場合
 - ・家族等の介護負担により共倒れが危惧される場合

生活援助の算定 フローチャート

必要性の検討

- 利用者にとって必要なサービスかどうか、よく見極めてください。
- 利用者本人が「できること」または「今後できるようになる可能性があること」までヘルパーが代行することで、機能低下を招いてしまわないように十分留意してください。
- 家事行為のすべてをすることができなくても、一部分でも工夫すればできることはないか、検討してください。

家族等の援助

- 家族や周囲の協力が得られないか確認します。

別居

- 家族等の協力が得られないか、よく確認してください。

同居家族等がいる

同居家族等が援助できない

- 援助できない理由をよく見極めてください。
 - ★同居家族等に障がい、疾病がある
 - ★その他やむを得ない理由がある
- 「やったことがない」(家事の経験がない)、「家族に負担をかけたくない」「利用者本人が家族のためにやっていた家事をヘルパーに代行してもらいたい」という理由は認められません。

同居家族等が援助できる

- ほかのサービスや身体介護等の導入で家族の負担軽減を図りながら、協力を求めてください。

必要に応じて保険者（町）へ相談

- 同居家族等がいる場合の生活援助算定相談票（別紙）を活用してください。

具体的なサービス内容の検討

- 算定可能と判断した場合は、居宅サービス計画に位置付け、サービスを開始してください。

必要に応じて、随時見直しを行う

生活援助の算定は
できません

同居家族等がいる場合の生活援助算定 相談票

(前回提出日： 年 月 日
 年 月 日)

●基本情報

被保険者番号		被保険者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢		性別	男・女
要介護度		有効期間			
事業所名 担当者名	Tel Fax				

●利用しようとする生活援助の概要

サービス内容 ※掃除は範囲も記載	所要時間	日程 ※特定の状況下の場合はその旨も記載してください。 (例：家族不在時)
	分	
	分	
	分	
	分	
	分	
	分	

●サービスの必要性

※各援助について、本人が行えない理由・家族が援助出来ない理由を具体的に記載してください。

※欄が足りない場合は、次頁へ記載

●サービスの必要性（⇒前頁からの続き）

※各援助について、本人が行えない理由・家族が援助出来ない理由を具体的に記載してください。

--

●詳細情報～家族の援助者に関する情報～

【家族等の詳細情報】※把握できている範囲で記載してください。

氏名	続柄	居住形態	性別	年齢	職業等
		同居・別居	男・女	歳	
		同居・別居	男・女	歳	
		同居・別居	男・女	歳	
		同居・別居	男・女	歳	
		同居・別居	男・女	歳	
		同居・別居	男・女	歳	

●提出書類の自己チェック

相談票

ケアプラン（居宅介護支援の場合は1～3表）※生活援助の位置づけがあるもの（暫定プランで可）

アセスメント（介護予防支援の場合は利用者基本情報）

基本チェックリスト（介護予防支援のみ）