

6 訪問介護における通院介助及び院内介助の取扱い

訪問介護サービスは、利用者の「居宅において」提供されるサービスのため、居宅以外の場所だけで行われる介助は介護保険サービスとして認められません。居宅サービスとして認められるには、居宅において行われる外出先へ行くための準備行為を含む一連のサービス行為とみなされることが必要です。

そのため居宅介護支援事業所や訪問介護事業所の役割として確認すること、記録すること、作成すること等をまとめました。今一度、皆さんの業務について、点検をお願いします。

※参考となる様式を例示していますのでご活用ください。(兵庫県介護支援専門員協会 姫路支部 から提供いただきました。)

居宅介護支援事業所の役割

1 院内介助の必要性の把握

病院等の医療機関内の院内介助は、基本的には、病院等のスタッフにより対応されるべきとされています。しかし、病院等が対応できない場合は、訪問介護員による院内介助が可能となります。

訪問介護員による院内介助を行う場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が病院のスタッフによる院内の介助が得られないことを確認することが必要です。

【確認、記録等必要なこと】

(1) 院内介助が必要かの検討

★参考様式「訪問介護における院内介助が必要な場合の確認シート」(資料 22 ページ)

① 家族等が付き添いでできない理由

② 必要と考えられる具体的なサービス内容(例: トイレ介助、院内での内科から眼科等への移動介助)

③ 病院等のスタッフ等による対応ができないことを確認した記録

・ 記録する内容: 何時、誰に、確認した内容

・ 確認の方法: 口頭、電話、Fax 等で可

・ 確認の頻度: 当該医療機関に一度確認をすれば、その事業所が受け持つ該当の利用者に適用可
(ただし、医療機関によっては、利用者ごとの確認を求められるところがあります。)

※ 院内介助が必要と判断後も利用者の状態が変わる等、アセスメントシートの再確認時には、同時に院内介助の必要性も再確認が必要です。

(2) サービス担当者会議での話し合い

上記(1)で確認したことについて、サービス担当者会議で話し合い、具体的な内容(必要性、医療機関、必要な援助等)をサービス担当者介護の要点(第4表)等に記録します。

2 居宅サービス計画への記載

訪問介護員による通院介助及び院内介助が必要な場合は、居宅サービス計画において次のことを記載し、その必要性を位置づけます。

適切なアセスメントに基づく利用者の心身の状況から院内介助が必要である旨と理由
(歩行・移動能力、認知能力その他心身の状態)

3 訪問介護事業所が行った通院及び院内介助の内容の確認

毎月のサービス提供票による実績報告時に訪問介護事業所の通院介助や院内介助の状況(内容等)について、報酬算定に問題がないかを確認します。

訪問介護事業所の役割

1 訪問介護計画や手順書への記載

居宅サービス計画に通院介助及び院内介助の必要性が位置付けられている場合に限り、訪問介護サービスとして、介助が必要な利用者が、自宅から病院、受診手続きから診察、薬の受け取り、帰宅までの一連の行為を円滑に行うために訪問介護員が行うべき援助内容を訪問介護計画や手順書に記載します。

2 居宅介護支援事業所への報告等 ★参考様式「通院介助・外出介助記録表」(資料23ページ)

通院介助及び院内介助を行った場合は、毎月のサービス提供票による実績報告時に通院介助や院内介助の状況(内容)及び経過時間等を報告し、報酬算定の適否を確認してください。

3 援助内容の適否

通院介助や院内介助として訪問介護員が行うべき援助の一連の流れの「例と報酬算定の対象の有無」については、下表を参考にしてください。

援助内容等		報酬対象	備考
①乗車前介助(更衣、ベッドから車いすへの移乗等)		○	
②乗車介助(タクシー、バス、鉄道等の車両への移動)		○	
③乗車中		×	注3
④降車介助(タクシー、バス、鉄道等の車両からの移動)		○	
⑤受診等手続き		○	
院内介助	⑥院内移動	○	
	⑦診察(リハビリ、検査等)待ち時間	×	注1、2
	⑧トイレ等介助	○	
	⑨診察(リハビリ、検査等。診察室における行為を含む)	×	注4
	⑩会計待ち時間	×	注1、2
⑪会計		○	
⑫乗車介助(タクシー、バス、鉄道等の車両への移動)		○	
⑬乗車中		×	注3
⑭降車介助(タクシー、バス、鉄道等の車両からの移動)		○	
⑮降車後介助		○	
注1) 一般的には、院内において訪問介護員が直接利用者に接していない時間や見守りの援助を行っていない「待ち時間」(⑦⑨⑩)は通常対象外			
注2) 重度の認知症のため徘徊等で常時見守りが必要、又は1人で椅子に座ることができず、常時支え等が必要という利用者の場合は、状況により、⑨以外は全て対象となることもあり ※「自立生活支援のための見守りの援助」として具体的な介助内容及びその標準時間を訪問介護計画やサービス提供記録に記録する必要あり			
注3) ③及び⑬も常時介助を必要とする場合は算定対象となる場合あり			
注4) ⑨については、どのような場合も報酬算定の対象外。ただし、これは報酬算定が出来ないということで、訪問介護員が行うことを禁止しているものでない。			

訪問介護における院内介助が必要な場合の確認シート

事業所名: _____

介護支援専門員: _____

作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名		年齢:		性別:		介護度	
利用者の心身の状況							
障害高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
		自立	見守り	一部介助	全介助	介助内容について記載	
ADL	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ	
IADL	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	各種手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知・精神機能面の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()						
視力・聴力障害							
必要と考えられる具体的な院内介助の内容							
<input type="checkbox"/> 院内の移動 <input type="checkbox"/> 受付・支払い・次回予約等の手続き <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:							
家族状況(通院付き添いが出来ない理由)							
T		<input type="checkbox"/> 家族がいない <input type="checkbox"/> 遠方に住んでいる <input type="checkbox"/> 仕事を休めない <input type="checkbox"/> 障害・疾病等 <input type="checkbox"/> 本人との関係性 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:					
受診する医療機関への確認							
	確認日時	医療機関	診療科	確認先(担当者)	確認内容	対応の可否	
①	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
②	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
③	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

訪問介護における院内介助が必要な場合の確認シート

事業所名: _____

介護支援専門員: _____

作成日: _____年 _____月 _____日

利用者氏名		年齢:		性別:		介護度	
利用者の心身の状況							
障害高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
		自立	見守り	一部介助	全介助	介助内容について記載	
A D L	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
	移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ	
I A D L	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	各種手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知・精神機能面の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()					
視力・聴力障害							
必要と考えられる具体的な院内介助の内容							
<input type="checkbox"/> 院内の移動 <input type="checkbox"/> 受付・支払い・次回予約等の手続き <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:							
家族状況(通院付き添いが出来ない理由)							
T		<input type="checkbox"/> 家族がいない <input type="checkbox"/> 遠方に住んでいる <input type="checkbox"/> 仕事を休めない <input type="checkbox"/> 障害・疾病等 <input type="checkbox"/> 本人との関係性 <input type="checkbox"/> その他() 詳細:					
受診する医療機関への確認							
	確認日時	医療機関	診療科	確認先(担当者)	確認内容	対応の可否	
①	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
②	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
③	年 月 日 () AM/PM :	病院 医院	科			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

通院介助・外出介助記録表

平成 年 月 日

利用者様氏名 _____ 様

サービス提供日 _____ 事業所名 _____

行き先 _____ 担当者氏名 _____

サービス提供内容	サービス時間		介護保険算定時間	介護保険外時間
	開始時刻	終了時刻		
合計時間				

家族支援ができるかどうか

可 不可

アセスメントによりサービス内容の確認について

できている できていない

居宅サービス計画に位置付けられているか

位置づけている 位置づけていない

訪問介護計画に位置付けられているか

位置づけている 位置づけていない

待ち時間は介護保険外の時間としているか

できている できていない

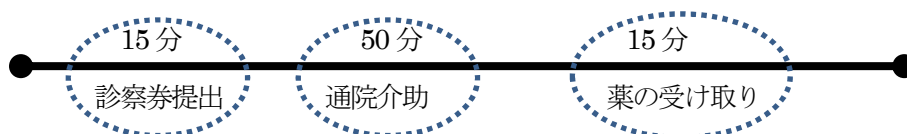
通院介助・外出介助記録表			記入例	
			平成27年×月×日	
利用者様氏名 ○○ ▲▲ 様				
サービス提供日 平成27年○月○日		事業所名	訪問介護ステーション ○×	
行き先 □□病院		担当者氏名	□□ △△	
サービス提供内容	サービス時間		介護保険算定時間	介護保険外時間
	開始時刻	終了時刻		
(例) 受診準備 更衣介助・排泄介助	9:00	9:20	0:20	:
タクシーまでの移動介助 タクシー乗車介助	9:20	9:25	0:05	:
タクシー乗車	9:25	9:45		0:20
タクシー降車介助	9:45	9:50	0:05	:
病院内への移動介助 (歩行介助)	9:50	9:55	0:05	:
受付介助	9:55	9:58	0:03	:
診察室への移動介助 (歩行介助)	9:58	10:05	0:07	:
診察までの待ち時間	10:05	10:15		0:10
診察	10:15	10:25		0:10
会計までの移動介助 (歩行介助)	10:25	10:28	0:03	:
会計待ち時間	10:28	10:45		0:17
会計介助	10:45	10:47	0:02	:
タクシーまでの移動介助 タクシー乗車介助	10:47	10:52	0:05	:
タクシー乗車	10:52	11:12		0:20
自宅部屋までの移動介助	11:12	11:17	0:05	:
水分補給・排泄介助	11:17	11:22	0:05	:
合計時間			1:05	1:17
家族支援ができるかどうか			<input type="checkbox"/> 可	<input checked="" type="checkbox"/> 不可
アセスメントによりサービス内容の確認について			<input checked="" type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できていない
居宅サービス計画に位置づけられているか			<input checked="" type="checkbox"/> 位置づけている	<input type="checkbox"/> 位置づけていない
訪問介護計画に位置づけられているか			<input checked="" type="checkbox"/> 位置づけている	<input type="checkbox"/> 位置づけていない
待ち時間は介護保険外の時間としているか			<input checked="" type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できていない

<参考> 効率的なサービス提供による待ち時間の極小化

通院及び院内介助では、待ち時間を短縮するために複数回にわたる訪問介護が一連のサービス行為とみなすことが可能とされ、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することができます。

例)	時間帯	内容	サービス区分・所要時間
	午前	診察券を窓口へ提出	(生活援助) 15分
	昼	通院介助	(身体介護) 50分
	午後	薬の受け取り	(生活援助) 15分

生活援助の所要時間が20分未満であるため、生活援助(所要時間20分以上45分未満)として算定できないが、一連のサービス行為(通院介助)とみなして合計して1回の訪問介護(身体介護中心型に引き続き生活援助を行う場合)として算定できる。



【算定方法】 身体介護 50分 + 生活援助 30分 = 身体2・生活1

(身体介護30分以上1時間未満 (388単位) + 生活援助20分以上45分未満 (67単位) = 455単位)