

## 別居親族による訪問介護サービスの提供にかかる事前協議実施要綱

### (目的)

第1条 本要綱は、別居親族による訪問介護サービス（以下「当該サービス」という。）を提供しようとする指定訪問介護事業所（以下「当該事業所」という。）に対して、事前協議の手続きを定め、適正な訪問介護サービスを提供し、もって介護給付の適正化を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 本要綱における定義は、次のとおりとする。

2 「利用者」とは、事前協議及び承認を経て、当該サービスを利用する被保険者をいう。

3 「別居親族」とは、当該利用者と別住居に居住し、かつ当該利用者の配偶者又は3親等内の血族又は3親等内の姻族をいう。

※3親等内の血族……子及び子の配偶者、孫及び孫の配偶者、ひ孫及びひ孫の配偶者、兄弟姉妹及び兄弟姉妹の配偶者、おい・めい及びおい・めいの配偶者、おじ・おば及びおじ・お婆の配偶者、父母、祖父母、曾祖父母

※3親等以内の姻族……配偶者の兄弟姉妹、配偶者のおい・めい、配偶者のおじ・お婆、配偶者の父母、配偶者の祖父母、配偶者の曾祖父母

4 「別居親族ヘルパー」とは、利用者の別居親族であって、訪問介護員等の資格を有し、当該事業所に訪問介護員等として雇用されている者をいう。

### (対象)

第3条 利用者の心身状況が以下の各号すべてに該当した場合、別居親族による訪問介護の対象者とする。

(1) 以下のいずれかの疾患であることが医師によって診断されており、当該疾患に起因した介護拒否・被害妄想・自傷他害・暴力行為等の問題行動があることによつて、別居親族ヘルパー以外による訪問介護が極めて困難な心身状況にあること。

1) 認知症（認知症高齢者生活自立度Ⅱa～M）

2) その他、別居親族以外の訪問介護員等（以下「他者ヘルパー」という。）の導入が極めて困難な症状を伴う疾患・障害等

(2) 訪問介護以外の在宅サービスについても、前号の心身状況によって提供できない状況であること

(事前協議)

第4条 当該サービスを提供する当該事業所は、「別居親族による訪問介護サービス提供にかかる事前協議書（様式第1号）」に以下の書類の写しを添えて、当該サービスを提供しようとする日の14日前までに、市長に対して事前に協議を申し出るものとする。

- (1) 「居宅サービス計画書第1表～3表」
- (2) 「訪問介護計画書」
- (3) 「サービス担当者会議の記録」
- (4) その他、市長が必要と判断し、提出を指示した書類等

(承認)

第5条 市長は、利用者が第3条に定める心身状況に該当し、かつ別記1の要件を満たしていることを確認した場合、承認する。

2 原則として以下の承認期間を設ける。

- (1) 初回の協議の場合、承認開始日から起算し3ヶ月後の日を含む月の末日まで
- (2) 2回目以降の協議の場合、別居親族ヘルパーの管理状況及び他者ヘルパーへの移行状況の確認が必要な期間を承認期間とする。なお、承認期間は要介護認定有効期間を超えないものとする。

(承認の継続)

第6条 当該事業所は、承認期間の終了した後も、継続して当該サービスが必要であると判断した場合、第4条に規定した手続きによって、再度、事前協議を申し出るものとする。

(当該サービスの実施)

第7条 当該事業所は、当該サービスを実施するにあたっては別記2の遵守事項及び「別居親族による訪問介護サービスにかかる事前協議結果通知書（様式第2号）」に記載された指導事項等に従い、当該サービスを適正に提供しなければならない。

(訪問介護事業者及び訪問介護員の注意義務)

第8条 指定訪問介護事業所並びに訪問介護員等は、本要綱に定める事前協議手続きを経ずに当該サービスを提供することがない様、別記3の注意義務を果たさなければならない。

附則

第1条 この要綱は平成22年4月1日から施行する。

第2条 施行日現在において別居親族による訪問介護サービスを提供している場合、又は平成22年4月及び5月中にあらたに当該サービスの提供しようとする場合は、第4条の規定にかかわらず、平成22年5月31日までに「別居親族による訪問介護サービス提供にかかる事前協議書（様式第1号）」を提出すること。

#### 附則

この要綱は令和7年12月11日から施行する。

#### 別記1 承認要件（第5条関連）

- (1) サービス提供責任者は、利用者本人への面談等によって、第3条に定める心身状況を客観的かつ十分に把握していること。ただし、当該確認を行うものが利用者の親族にあたる場合は、他のサービス提供責任者等が確認すること。
- (2) サービス担当者会議において、他者ヘルパーによる介護の可能性について十分に検討し、親族等の協力のもとで実際に導入を試みる等、積極的に取り組んでいること。
- (3) 他者ヘルパーへの移行時期が設定され、移行への具体策（親族の協力方法、他者ヘルパーの導入方法及び訪問予定回数等）が訪問介護計画上に位置づけられていること。
- (4) 別居親族ヘルパーに対する行動管理・指導の徹底によって、常に当該サービスの適正性が確保できる体制にあり、その管理方法が明確であること。

#### 別記2 当該サービス提供上の遵守事項（第7条関連）

- (1) 利用者及び親族等に対し、家族として行うべき介護と介護保険の訪問介護サービスの区分を説明し、十分な理解を得ていること。
- (2) 親族等の協力のもと、訪問介護計画に基づき、他者ヘルパーへの移行に具体的に取り組むこと。
- (3) 別居親族ヘルパーに対する行動管理・指導を徹底し、適正なサービスを確保すること。なお、この場合の「行動管理」とは、別居親族ヘルパーからの報告に併せ、事業所として客観的にサービスの提供状況を把握し、適正なサービスがなされていることを常時確認していることをいう。
- (4) 別居親族ヘルパーは、当該利用者へのサービスに偏ることなく、他の利用者に対しても訪問介護サービスを提供していること。

### 別記 3 指定訪問介護事業所及び訪問介護員等の注意義務（第 8 条関連）

- (1) 訪問介護員等は、自らが雇用される指定訪問介護事業所から訪問介護サービス提供を受けるサービス利用者に、第 2 条に定める別居親族がいると知りえたときは、雇用される指定訪問介護事業所のサービス提供責任者へ速やかにその旨を報告しなければならない。
- (2) 指定訪問介護事業所のサービス提供責任者は、前項の報告があった場合、直ちに他者ヘルパーにサービス提供をさせる等の措置を講じるとともに、指定訪問介護事業所の管理者に報告しなければならない。
- (3) 前項の報告を受けた指定訪問介護事業所の管理者は、指定訪問介護事業所の経営主体である法人の代表者に、当該報告の経過等の詳細を報告するとともに、指定訪問介護事業所に備え付けられている居宅介護支援経過に記録しなければならない。
- (4) 指定訪問介護事業者の代表者並びに指定訪問介護事業所の管理者は、新たに訪問介護員等を雇用しようとする場合や指定訪問介護事業所における研修実施等、あらゆる機会を捉えて、親族関係についての報告義務があることを説明する等、本要綱に反して、当該サービスが提供されないように努めなければならない。

(様式 第1号)

年 月 日

大 阪 市 長 あて

訪問介護 事業所名	(事業者番号 : )		
所在地	〒 -		
電話番号		FAX	
管理者名		担当サービス 提供責任者名	

## 別居親族による訪問介護サービス提供にかかる事前協議書

次のとおり、別居親族ヘルパーによる訪問介護サービスの提供が必要と考えますので、事前協議を申し出ます。

### 1. 協議依頼区分

協議回数等	初回協議 ・ 再協議 ( 回目 )
再協議の場合、 前回の承認期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (承認番号 )

### 2. 利用者の状況

氏 名		被保険者番号	
住 所	大阪市 区		
生年月日等	年 月 日 ( 歳 )	要介護度	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認知高齢者の 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	診断医師名	

### 3. 別居親族ヘルパー

氏 名		利用者との続柄	
住 所			
他の利用者への サービス提供状況	有 (月 回、担当利用者 人) ・ 無		

### 4. 別居親族ヘルパーによる訪問介護サービスの必要性

<b>別居親族ヘルパーによる 訪問介護が必要である理由</b> ※別居親族による訪問介護が必要である具体的な理由または他者ヘルパー導入が著しく困難な理由を記入すること ※事業者が本人面談等により客観的に判断した内容であること ※必要に応じ別紙等を利用して、詳細に記入すること	
--	--

### 5. 訪問介護事業所としての対応方針

<b>別居親族ヘルパーの 指導監督方法</b> ※方法・頻度等を具体的に記入のこと	
<b>他のヘルパーへの 移行時期および具体策</b>	移行予定時期 : 年 月 日頃

### 6. 居宅介護支援事業者

事業者名 (事業者番号)	(事業者番号 : )	担当ケア マネジャー氏名	
-----------------	------------	-----------------	--

(様式 第 2 号)

大福祉第 号  
年 月 日

事業所名

管理者 様

大 阪 市 長

福祉局高齢者施策部介護保険課  
電話：06-6208-8033  
FAX：06-6201-5175

別居親族による訪問介護サービスの提供にかかる協議結果通知書

別居親族による訪問介護サービスの提供について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号																		
受付年月日	年	月	日	承認・非承認 年月日	年									月	日					
結 果	<input type="checkbox"/> 承認する（承認番号 第 号）										<input type="checkbox"/> 承認しない									
承認期間	年														月	日	～	年	月	日
指導事項・ 非承認の 理由等																				

※ 本通知は、訪問介護計画に添付しておくこと