

平成 29 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の調査研究事業

# 自立に資する訪問介護 生活援助の活用の考え方と 参考事例による ケアプラン記載例集

平成 30 年 3 月



一般社団法人  
日本介護支援専門員協会  
JCMA Japan Care Manager Association



## 目 次

第1章 はじめに（本事業の背景と目的）	1
Ⅰ. 背景	1
Ⅱ. 目的	4
第2章 自立に資するケアマネジメントとは	5
Ⅰ. 利用者の生活における自立の捉え方	5
Ⅱ. 訪問介護の役割	6
1. 訪問介護の専門性について	6
2. 身体介護	8
3. 「自立支援見守り」の考え方	10
4. 生活援助	12
5. 目標設定のポイント	14
6. 支援体制による評価（モニタリング）のポイント	15
Ⅲ. 訪問介護を効果的に提供するための多職種協働の在り方	17
1. 連絡・調整のポイント	17
2. 生活援助と他のサービスとの相乗効果	18
第3章 自立に資する訪問介護生活援助を活用する際のケアプラン記載方法	21
Ⅰ. 独居高齢者に対する生活援助	22
Ⅱ. 家族が家事が困難な際的生活援助	32
Ⅲ. 日中独居高齢者に対する生活援助	43
Ⅳ. 訪問回数が多い生活援助（1）	54
Ⅴ. 訪問回数が多い生活援助（2）	62
第4章 おわりに	70
Ⅰ. 本書を活用するにあたって	70
参考資料	71
・ 今までに発出された訪問介護に関する通知一覧	71
・ ケアプランの記載方法についての通知	71
・ 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（H12.3.17 老計発第 10 号通知）」	72

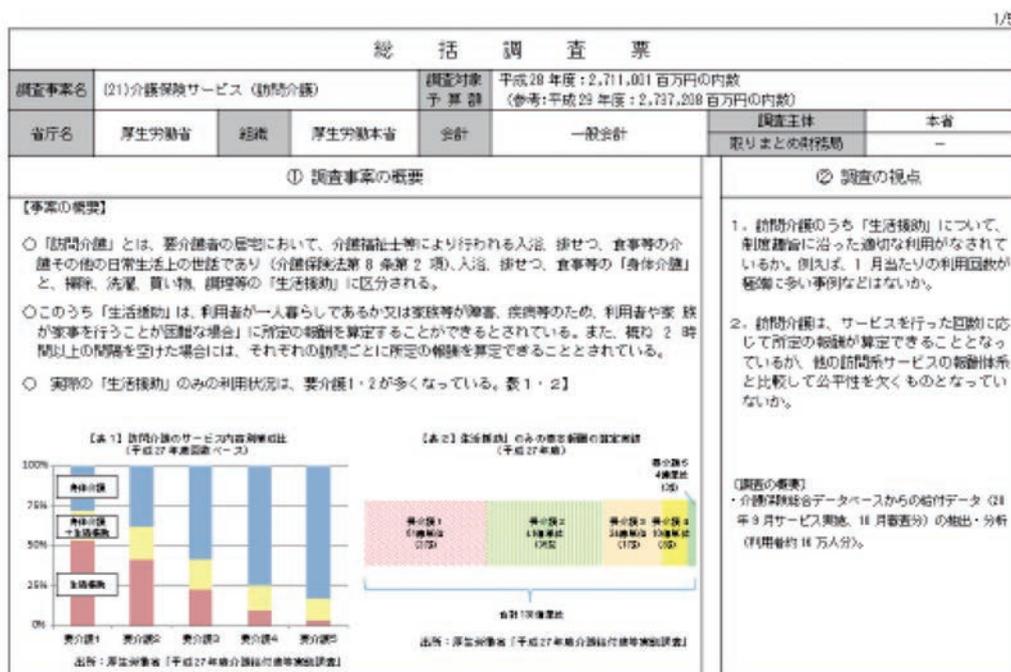


# 第1章 はじめに（本事業の背景と目的）

## I. 背景

訪問介護の生活援助は、単なる家事代行ではなく、利用者の身体状況及び生活状況において、維持・改善または悪化の防止や予防を目指すために提供されるべきものです。そのためには、提供するための根拠と、提供することによって期待される効果が、まずはケアプランに示されている必要があります。

しかし、実態としては生活援助の利用回数が全国平均を多く上回るケースも確認され、適切なケアマネジメントが標準的に実施されるよう、対策を講じる必要があることが「財務省予算執行調査結果(H29.6)」の中の「総括調査票」にて指摘されました。

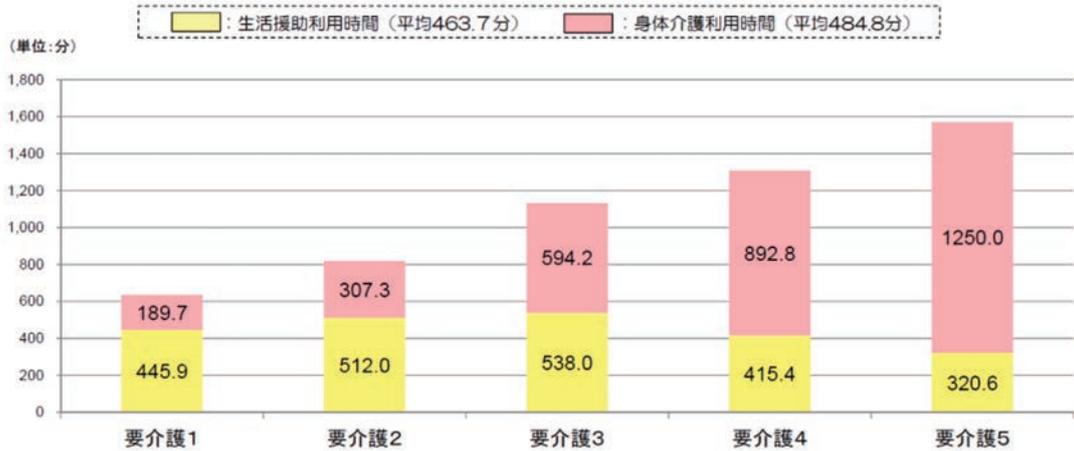


財務省予算執行調査結果(H29.6)

このことについて、社会保障審議会 介護給付費分科会では、回数の頻度のみをもって生活援助の妥当性は認めず、むしろ、生活援助は重度化予防に資する支援であると評価すべき。利用者の状態に合わせて支援する生活援助と単なる家事代行とは区別すべき。軽度者とされる要介護1または2の方への生活援助こそ、重度化防止に資する支援ではないか、などの意見が出されました。

## 訪問介護の利用者一人一月当たり生活援助、身体介護の平均利用時間【要介護度別】

○ 身体介護の利用時間は要介護度が高くなるにつれて長くなっているが、生活援助の利用時間は要介護3が最も長く、要介護5が最も短くなっている。



注1) 平成27年10月サービス分(11月審査分)の介護報酬請求上の時間で分類し、集計したもの。集計上、生活援助中心型は生活援助の利用時間、身体介護中心型は身体介護の利用時間に分類。ただし、「身体介護中心型+生活援助加算」での請求は、その中で請求されるそれぞれの時間を分離し、「身体介護の利用時間」と「生活援助の利用時間」に分類。

注2) 各時間区分における階級値(中間値)を時間として使用し、回数を掛けることにより、利用時間を計算。

【出典】介護保険総合データベース(平成27年11月審査分)

(社会保障審議会 介護給付費分科会 第149回(H29.11.1)資料より抜粋)

一方で、保険者機能の強化の一環として、一定回数以上の生活援助を行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等においてケアプランの検証をすべきとの意見も出されました。

このような状況から、平成30年度介護報酬改定において、

訪問介護の生活援助の訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

(※)「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

とされました。

## 1 訪問介護 ⑥訪問回数の多い利用者への対応

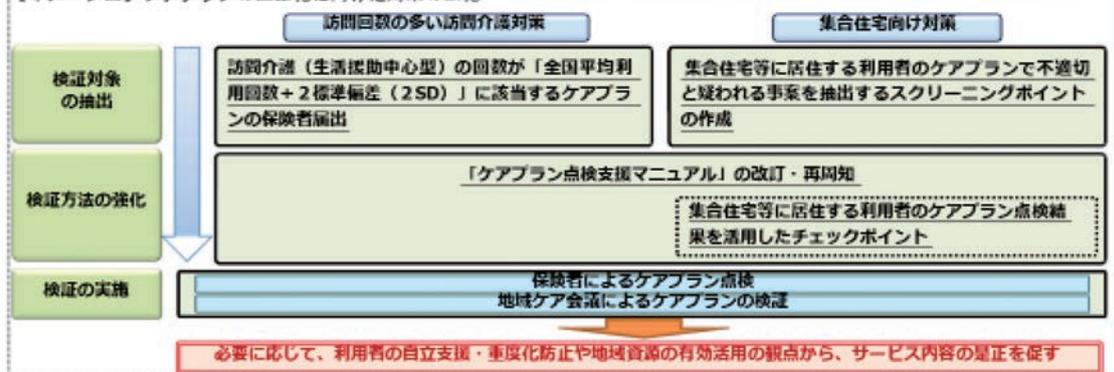
### 概要

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・ 重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

（※）「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周期期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・ 重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



（社会保障審議会 介護給付費分科会 第 158 回（H30.1.26）資料より抜粋）

これらの背景を受け、本事業において介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）が、自立に資する観点から、訪問介護の生活援助を適切にケアプランに位置づけるための参考事例を示すことが必要であると考えました。

## Ⅱ. 目的

本書は、ケアマネジャーが、自立に資する訪問介護の生活援助をケアプランに適切に位置づけることが標準的に可能となることを目的としています。そのためには、単なるケアプランへの記載例にとどまらず、訪問介護の法的根拠や制度の理解、他のサービスとの関係性など、多角的に訪問介護サービスをとらえる必要があると考えました。また、そもそも「自立」とはどのようなことを意味するのか、利用者や家族の生活においてどのような効果をもたらすことが求められているのかにも言及します。

その上で、いくつかの事例を通して訪問介護の生活援助をケアプランに位置づける際の記載方法を示します。ケアマネジャーが適切に訪問介護の生活援助を位置づける際の参考として活用していただくと共に、すべての介護保険サービスをケアプランに位置づける際に、共通のこととして自立支援の効果を目的としたケアプランが作成されることを、より一層促進されることにも活用いただけることを願っております。

## 第2章 自立に資するケアマネジメントとは

### I. 利用者の生活における自立の捉え方

「自立支援」は私たち支援者の基本理念でもあり、果たすべき最優先の役割ともいえます。すべてのサービスは自立のために提供されることが求められています。では「自立」という意味の捉え方は支援者の間で標準的に備わっているのでしょうか。自立を支援することの意味を、私たち支援者間や行政機関側とも共通認識することが、まずは自立支援を実践するための環境として求められます。

六訂介護支援専門員実務研修テキスト（長寿社会開発センター）には「自立支援」について以下のように書かれています。

「自立」には、ADL、IADLの自立、収入・所得にかかわる経済的自立、自分のことを自分で決めるという自己決定・自己選択にかかわる精神的・人格的自立などがありますが、人間にとって「自由に主体的な決定ができること」がいかに大切かを思えば、それらのなかでも精神的・人格的自立が特に重要となります。

「精神的・人格的自立」とは、「自律」に該当するものです。私たち福祉の業界においては、概ね「自立」という文字を表記しています。しかし意味するところは「自立」と「自律」を共に意味していると解釈できます。つまり、身体構造や活動が可能になるという意味における「自立」と、心身機能や個人因子としての「自律」です。別の言い方をすれば、ADL（日常生活動作）としての「自立」とQOL（生活・人生の質）としての「自律」ともいえるのではないのでしょうか。

可能であればADLもQOLも共に向上することが望ましいことはいまでもありません。しかし、利用者の中には、進行性の疾患や末期の状態などで、ADLの向上が見込めない方もいます。そのような方に対する「自立支援」とは何なのか。「自立」とは利用者すべての方々に共通の概念でなければなりません。そう考えるとき、自ら行動ができなくなったとしても、「自分らしい一生を成し遂げたい」という思いが叶うことが「自立」といえるのではないのでしょうか。

私たちが支援する目的として掲げる「自立」は、身体的機能の維持・向上、または悪化の防止や予防と、生活意欲の維持・向上の双方を目指して支援を検討することになります。そしてそれは双方が揃うことでもあり、身体的機能の維持・向上が見込めなくても、「自分らしく生きていることの意味」を本人が実感できる効果をもって、「自立支援」と捉えることもできるのです。ケアプランに生活援助を位置づける際には、このような観点から生活援助という支援が必要なのかを判断（アセスメント）することになります。

## Ⅱ. 訪問介護の役割

### 1. 訪問介護の専門性について

介護保険制度において、訪問系のサービスはいくつか設定されています。当然、それぞれには意義・目的があり、それぞれの専門性において自立支援に資する目的で利用されます。その中で訪問介護は利用者の日常生活を支援する要のサービスともいわれています。

「7訂 介護支援専門員基本テキスト（長寿社会開発センター）」には、訪問介護の意義・目的として次のように記載されています。

- 個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観を尊重し、生活基盤を整える。
- 生活の自立性の拡大を図る（自立支援）。
- 生きることの喜び・意味を見出し、自己実現を図る。
- 予防的な対処により生活の質（QOL）を維持する。
- 状態の変化を発見し、多職種へつなぐ。

これらの意味するところを考えてみましょう。

#### 個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観を尊重し、生活基盤を整える

訪問介護は自宅にて提供されるサービスであることから、利用者個人の今までの生活をより尊重した支援が求められます。特に生活援助は今まで本人や家族によって行われてきたことを支援することから、その方法やこだわりなどをある程度反映した支援が求められる場合があります。もちろん、訪問介護を提供するうえでのルールもありますので、それらのルール

を満たすことが前提ですが、可能な限りそれまでの生活の基盤を維持する観点が強く求められる支援といえます。

### **生活の自立性の拡大を図る（自立支援）**

自立の概念については既述しました。単に利用者の活動（ADL、IADL）を向上させるのみならず、生活全体の質（QOL）を重視した支援が求められます。利用者にはそれまで培ってきた参加（役割）があり、可能な限りそれを維持していく観点からも、まずは生活の基盤となる家庭での生活を整えていくことが必要です。そのような意味において、訪問介護が目指す自立支援は、他のサービスによってもたらされた効果を、日常生活という場面において、より相乗的に高めるためにも重要な社会資源といえます。

### **生きることの喜び・意味を見出し、自己実現を図る**

人は参加としての役割や生きがいを感じながら生活していくことで、生きることの喜びや実感を味わうことができるといわれています。A.H.マズローは人の欲求を5段階説で唱えました。

根幹に必要な「生理的欲求」は、生活において欠かすことができない食事や排泄、睡眠などです。さらに上位にある「安心安全の欲求」は、入浴や整容、環境整備などが該当するでしょう。この二つの要因において十分に備わっていない場合、訪問介護はまずこれらについて支援します。人はこの段階が整うことでさらに上に向けた欲求を持つこととなります。「所属と愛情の欲求」や「自尊と尊厳の欲求」です。人のためにある自分、人から求められる存在としての実感が人を意欲的にさせるといわれています。これらの欲求が満たされることで、人は「自己実現」に至るのです。訪問介護はこれらのすべての段階において意義・目的を持ちながら支援していくこととなります。

### **予防的な対処により生活の質（QOL）を維持する**

利用者の多くは疾患を持っています。疾患について改善を図る中心的な役割は医療です。訪問介護と同様に自宅で支援する訪問看護は、疾患の改善や管理を直接支援するという専門性を持ちます。訪問介護は日常生活を支援することで疾患の予防・改善を図ります。アプローチの視点に専門性の違いがありますが、求めるものは共に利用者の生活の質（QOL）の維持・向上といえます。訪問介護は、規則的な生活を継続できるよう支援することで、疾患の改善、悪化防止や予防につなげるという役割を持ちます。そこに専門性があるといえます。

## 状態の変化を発見し、多職種へつなぐ

すべての支援は利用者の目標に向けておこなわれます。目標はかなりの時間をかけて達成するものや比較的短期間で達成可能なものなど様々です。いずれにおいてもある日突然に達成されるものではなく、階段を一步一步昇るように近づいていくものでしょう。場合によっては階段を数歩下がってしまうこともあります。そのような変化が日常的に起こるのが利用者や家族の生活です。

したがって、モニタリングは常に行われる必要があります。さらに、それらの変化は専門的な見地から見ないと気づかない場合もあります。訪問介護においては、サービスを提供する都度、生活上の変化に気が付くことが求められます。特に自宅での普段の生活場面における変化に気付くという、訪問介護ならではの視点が重要になります。そしてその変化がどのような性質のものかを判断し、対応すべき多職種への情報提供を行うこととなります。

(※平成 30 年度介護報酬改定により、服薬状況と口腔機能その他の利用者の心身または生活の状況に関する情報について、サービス提供責任者はケアマネジャーに情報提供することが求められています。

このように、訪問介護には多くの専門性が求められています。これらの対応が可能になるためには、全てのホームヘルパーに、利用者や家族との関係性を構築するための技術やコミュニケーションの技術などが備わっていることが条件となります。そこにも高度な専門性を見出すことができます。

現在、地域包括ケアシステムにおいて、生活支援（買い物やゴミ出しなどの家事援助）を行う担い手として住民参加型のボランティアや有償サービスなどインフォーマルサポートの整備が求められています。ともすると、訪問介護のサービス内容と重複するようにみえますが、訪問介護は単なる家事代行ではなく、専門的な見地から様々な生活行為を支援するところに大きな違いがあるといえます。

## 2. 身体介護

では、ここからは訪問介護について制度上の確認をしていきましょう。「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（H12.3.17 老計発第 10 号通知）」には、身体介護について次のように記載されています。

身体介護とは、(1)利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、(2)利用者の日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のために利用者と共にいる自立支援のためのサービス、(3)その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要となる行為であるということができる。）

例えば入浴や整容などの行為そのものは、たとえ介護を要する状態等が解消されても日常生活上必要な行為であるが、要介護状態が解消された場合、これらを「介助」する行為は不要となる。同様に、「特段の専門的配慮をもって行う調理」についても、調理そのものは必要な行為であるが、この場合も要介護状態が解消されたならば、流動食等の「特段の専門的配慮」は不要となる。

いわゆる「老計10号」といわれているこの通知は、ケアプランに訪問介護を位置づける際に、サービス内容を定めるうえでの指針となるものです。ですから、サービス内容としては基本的にはこの通知にあるサービス区分を適用させることになります。

身体介護におけるサービス区分を見ると、「サービス準備や記録」「健康チェック」「環境整備」「相談援助、情報収集、提供」「サービス提供後の記録等」が初めに書かれています。これらは、それ自体の実施をもって給付請求を行うことはできないものです。しかし、これらの行為は訪問介護サービスを実施するにあたって欠かすことのできないものでもあり、ましてや相談援助に関しては、「ホームヘルプサービスの3本柱（身体介護・生活援助・相談援助）」ともいわれているほどの重要なものです。

相談援助などのこれらの行為は、訪問介護サービスをより効果的に提供するためには当然のものとして付随するものであって、単独には切り離せないものです。例えば相談援助は、利用者の心理的状況の把握や生活意欲の向上を目的として、身体介護や生活援助を実施しながら同時に行われるものであり、相談援助が行われない身体介護や生活援助は、自立支援という訪問介護の意義・目的そのものを果たせないことになります。

### 3. 「自立支援見守り」の考え方

「老計10号」には、身体介護の区分として「自立支援見守り」を位置づけています。これは、本人が行う動作において、ホームヘルパーによる介助よりも、本人が主体的、中心的に行う場合において、見守りや軽介助を行った場合でも身体介護にて算定できるというものです。本人が行う動作は家事であっても可能です。具体例は通知にも記載されていますので参考にしてください。

1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

○ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

○認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。

○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）

○移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）

○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）

○本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助

○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

家事を一緒に行う際には、家事内容は生活援助の内容に準じますので留意が必要です。例えば調理を一緒に行う場合、調理目的は本人が食べる食事の準備になります。洗濯を一緒に行う場合は、本人が使用した衣類の洗濯について支援することになります。

自立支援見守りによって身体介護扱いになりますので、「生活援助ではない根拠」を明確にしたうえで、利用者、家族への説明を行う必要があります。

具体的な導入の例としては、

「もともと主婦であった利用者が、疾患によって家事が困難になり、当初は生活援助で家事を支援していたが、並行してリハビリテーションを行ってきたため身体機能が改善し、今後は主婦として家事の再開を希望したことからホームヘルパーと一緒に家事を行うことになり、自立支援見守り（身体介護）に変更した」場合などです。

## 4. 生活援助

同じく「老計10号」によると、

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（家事援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということができる。）

※ 次のような行為は家事援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

- (1) 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
- (2) 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

と記されています。

身体介護と同様に、サービス区分の冒頭には「サービス準備や記録」「健康チェック」「環境整備」「相談援助、情報収集、提供」「サービス提供後の記録等」とあり、解釈は身体介護と同じです。

さらに生活援助については、『指定訪問介護事業所の事業運営の取扱い等について(H12.11.16 老振発第76号通知)』や『同居家族等がいる場合における訪問介護サービスおよび介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて(H19.12.20、H20.8.25 老振 事務通知)』など、再三にわたって解釈通知が出されています。それだけ解釈に疑義が生じやすいともいえます。

(※ 訪問介護関係の通知については巻末の資料一覧を参照してください。)

生活援助は家事支援です。ともすると「面倒だから」「楽だから」などの理由のみで導入され、単なる家事代行になる恐れがあります。ですから、導入には身体介護以上に適切なアセスメントによる必要性の根拠を明確にすることが求められます。基本的には、家事は本人や家族によって実施されるものであることを、身体介護以上に考慮しなければなりません。

さらに生活援助は、本人が実施不可能であり、

- ・ 同居の家族がいない場合（長期出張などの社会的活動や同居家族の入院入所なども含む）
- ・ あるいは、日中において長時間にわたり、就労その他の社会的活動のために日常的に不在である場合
- ・ または、同居家族がいる場合において家事を実施することが困難である場合（高齢であるなどして身体上家事が不可能であるなどの理由や、家族関係の悪化などで改善が見込まれない場合など）

に限られます。

生活援助は、基本的には一人暮らしの場合に算定ができるものです。しかし例外的に、上記したような事由がある場合、同居家族がいても生活援助は可能ですが、あくまでも本人の身体や生活の自立に資することが前提であるため、その支援内容も本人に直接支援するものに限られています。

参考までに、家族が同居している場合に生活援助が算定できる主な理由の具体例として、

- ・ **家族も高齢で身体機能が低下していて、行うのが難しい家事がある場合**  
家事すべてにおいて支援は要しないが、一部の家事が困難な場合などです。例えば、掃除が困難であるとか、買い物に行けないなどの場合です。生活援助はそのことのみについて支援が可能となります。
- ・ **家族が介護疲れなどで共倒れ等の深刻な問題が起きる恐れがある場合**  
現にそのような状態になっているのか、あるいはそうなる可能性がかなり高い場合において導入が可能になります。支援を行うことで家族が回復し、再度家事が可能となった場合には支援を終了することも検討します。
- ・ **家族が仕事で不在の時に、支援しないと日常生活に支障がある場合**  
いわゆる日中独居の場合ですが、導入には的確な判断が求められます。基本的には、家族による支援が優先されますので、同居の時間帯（朝、夜、休日など）に家族が対応すれば事足りるものであれば、そちらが優先されます。

などが考えられます。

※「介護保険制度 訪問介護についてちょっとしたご案内（厚生労働省）」より引用

## 5. 目標設定のポイント

ケアマネジメントにおいて目標の設定は必須です。アセスメントにおいて生活課題（ニーズ）を抽出する際に、基本的な考え方としては、利用者本人がどのような暮らしを望んでいるのかが明確になっていなければ、解決すべき課題も見えてこないこととなります。しかし、場合によっては発症後間もない時に、望む生活など描けないことがあります。そのような状況では、日々の生活において最低限整えなければならない課題から解決のための支援を検討します。

具体的には、脳梗塞によって入院し半身不随になって間もない時に、これからの生活像を描くよりも、生活を続けるうえで支障になる、食事、排泄、睡眠、保清などの支援が優先されます。これらの支援は、具体的な望む暮らし像が明確になっていなくても、当面の目標が確認できれば支援は可能です。そしてこれらの支援が進んでいく中で、徐々に身体機能が改善され、それと同時に生活意欲も向上すれば、いつの日か、その人なりの希望する生活像が見えてくることでしょう。

もちろんそのためには支援者によるエンパワメントを促す支援が適時行われることが必要ですが、やがてケアプランを見直す際には、今までの支援とは違った生活目標が位置づけられる可能性が高くなります。

例えば、もともと主婦であった女性が脳梗塞によって半身不随になってしまったとします。現在は食事や排泄なども自分ではできなくなりました。しかし食事や排泄の自立に向けた支援をしていくことで、これらが可能となったのちには、元の生活に戻りたいという意欲が湧いてくることでしょう。それが主婦としての役割（参加）の復権です。

これらはケアプランによって方向性が示されることとなります。初回ケアプランの目標では、「主婦の再開」などという設定はできないかもしれません。本人は、「このような体になって何もできなくなってしまいました、せめて食事やトイレなどは今までのように不自由なく行いたい」といったレベルかもしれません。しかし、徐々に自立が取り戻せてくると、「できることなら、いつかは主婦としてまた家事を行いたい」という意欲が目覚めてくるかもしれません。そのタイミングで初回ケアプランを更新し、新たな目標を設定することになります。

目標は本人が決めるものです。その目標をかなえるために支援することが私たちの目的になります。ですから目標をケアプランに位置付ける際には、支援することで本人が主体的に取り組める、現実可能なものである必要があります。しかも本人の目標は、おかれている状態や環境によって良くも悪くも変化しま

す。私たち支援者は、本人が意欲的に目標を持つことができるよう、その時々  
の心理に配慮した援助技術によって、常にエンパワメントを促すことが求めら  
れます。そして自己実現に向けて生活が続けられることを可能にします。目標  
はそのための「道しるべ」でもあります。支援者間で目標を共有することで支  
援の方向性も統一され、それぞれのサービスも有効にかつ相乗的に機能するこ  
とになります。

## 6. 支援体制による評価（モニタリング）のポイント

モニタリングはサービスの開始時点から行われます。ケアマネジャーの毎月  
のモニタリングに加え、関わる全ての専門職によって、それぞれの専門性の視  
点を中心にモニタリングは行われます。

ケアマネジャーによるモニタリングは全体を俯瞰したものになります。です  
から細部にわたっての確認や評価を行うことは難しいでしょう。逆にサービス  
事業所の各専門職は、それぞれの役割の中で詳細なモニタリングが可能です。

例えば、通所リハビリテーションの理学療法士は、

「食事摂取のための身体機能がどの程度可能になったか」

「自宅のトイレの往復を想定した歩行機能はどこまで達成されたか」

訪問介護のホームヘルパーは、

「栄養調整を行った食事がどの程度食べられているか」

「本人が今まで行ってきた掃除の手順に従って支援することで、主婦として  
の意欲に変化が起きているか」

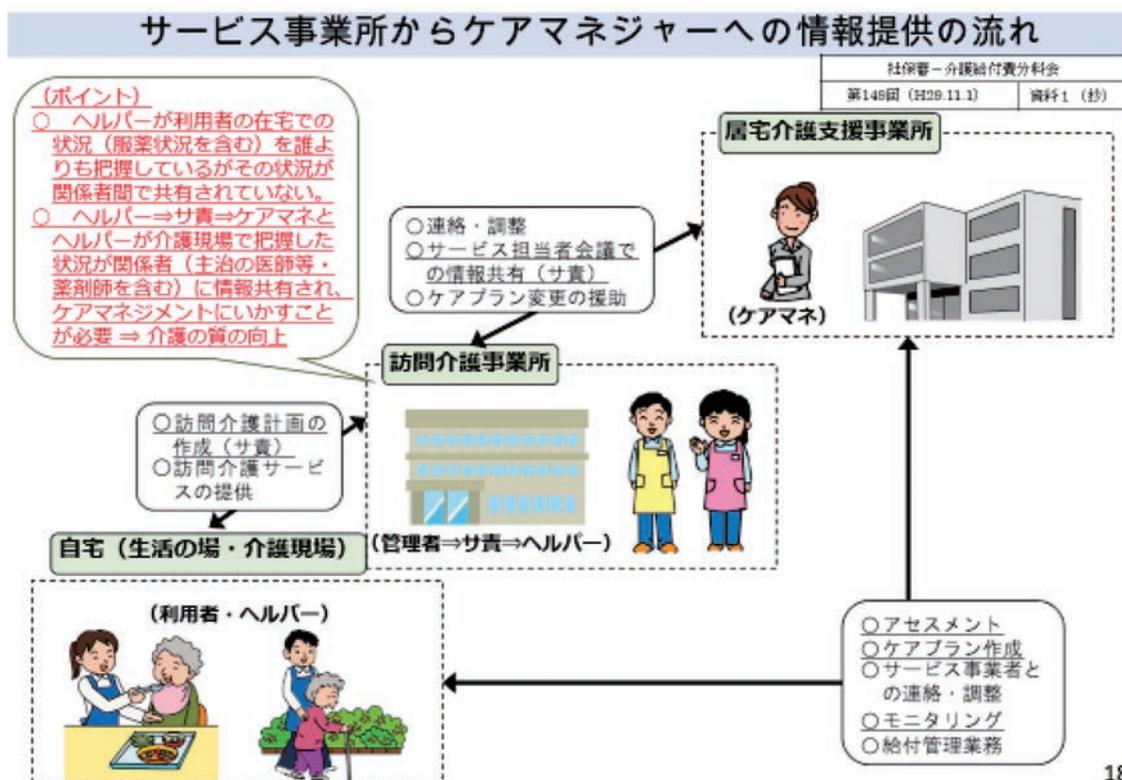
「日々の会話の中で、生活に対する意欲がどう変化してきているか」

などの詳細な状況が把握できます。

また、平成30年度介護報酬改定において、訪問介護を導入している場合、  
サービス提供責任者は、訪問時の利用者に対するモニタリングの視点として、  
「口腔機能」と「服薬状況」をはじめ、利用者の心身または生活の状況に関す  
る情報について変化や気が付いた点があった場合、ケアマネジャーに情報提供  
することになりました。

「口腔機能」と「服薬状況」は疾患の予防や悪化防止のために特に重要なポ  
イントといえるため、この二点が特に列記されましたが、もちろん、この二点

以外にも変化や気が付いた点があれば当然報告することになります。ケアマネジャーはこの報告を受けた場合、必要に応じて主治の医師や歯科医師、薬剤師等に情報提供することになります。



18

(社会保障審議会 介護給付費分科会 第 152 回 (H29,11.22) 資料より抜粋)

生活援助におけるモニタリングの視点は、支援した家事の出来栄ではなく、自立の効果が出ているかが重要になります。ともすると支援に依存的になり、主婦としての目標が冷め、ホームヘルパーによる支援が当たり前の状況になってしまいがちです。それを防ぐためには、ホームヘルパーによる声掛けはもちろんのこと、ケアマネジャーの毎月のモニタリング時においても、目標の再確認とモチベーションを維持するためのエンパワメントは欠かせないでしょう。また、リハビリテーションに関しても、何のための行うのかという目標意識を常に確認しながら支援することが求められます。

そのためにも、生活に対する意向や長期、短期目標設定において、漠然とした設定や抽象的な設定ではなく、本人が主体的に取り組むことで現実可能な、達成感が感じられる具体性のある設定にすることが重要です。そうすることでモニタリングでの評価も明確に行えるようになります。

### Ⅲ. 訪問介護を効果的に提供するための多職種協働の在り方

#### 1. 連絡・調整のポイント

ケアマネジメントはチームアプローチによっておこなわれるものです。居宅サービスの支援の場合、所属はそれぞれの法人で、サービス種別や専門性も違いますので、なかなかそれらをまとめるのは大変です。しかし、まとまらない状態でサービスを提供しても自立支援はできません。ケアマネジメントにおいて、必ず守らなければならないことは、利用者の望む暮らし（目標）が明確であって、支援者間で共有され、そのためにどのような支援を誰が行うのか役割分担がなされ、それぞれがそれらの支援者を尊重して繋がっていることです。そのような状態を「ケアチーム」と呼びます。

チームアプローチとは、  
「顔が見える関係において、それぞれの専門的見地から対等に意見を述べ合い、協議し合える関係にある状態」です。そのような状態を構築するのもケアマネジャーの役割です。

よく、顔が見える関係のみをもって「連携」と例えられますが、顔が見える関係だけでは議論は生まれません。お互いに遠慮があったり、冷めた関係になってしまうと、議論も意見も出てきません。その原因の一つとしては、どこに向かおうとしているのかが具体的に示されていないことが考えられます。

この点についてはⅡ-5「目標の設定のポイント」ですでに述べたとおりです。目標を具体性をもって設定することで支援の視点も明確になり、そのために各専門職が何をすべきか、その支援が他のサービスとどのように関連性を持っているのかが協議しやすくなります。

また、情報共有のための連携の方法としては、基本的にはケアマネジャーを介して多職種間で連携を取ることが重要になります。例えば、医療職とケアマネジャー間で伝達事項がある際に、利用者を介して伝えることを依頼する場合があります。「次の外来で先生にこう伝えてね」とか「帰ったらケアマネジャーへこのことは伝えておいてね」など、日常的に行われがちですが、基本的な考え方としては、専門職同士が直接連絡を取り合うことが望まれる場合があります。

もちろん、緊急性を要する場合や、利用者に伝えるべき内容を更に他の職種にも伝達してもらうなどの場合は、必ずしも直接的な連絡は要しません。しかし、ケアチーム内での情報の共有を目的とする職種間での連携は、基本的には

ケアマネジャーを介して行うことで有効になります。このような意味において、ケアマネジャーはケアチームの「ハブ機能」を有するといえます。

居宅サービスの場合、支援が開始されると現場でお互いに顔を合わせることはなくなります。ですから、より一層ケアチームとしての意識を持っていただく必要があります。その機会は「サービス担当者会議」に尽きるといっても言い過ぎではありません。

サービス担当者会議は初回や更新時など制度上の位置づけがありますが、新たな課題や変化が起きた時など、またはケアチームとしての連携に不十分な点を感じられた時など、随時招集することで、結束は強固になります。居宅の場合、開催場所や日程調整など苦勞は多いですが、自立支援のための体制構築として欠かせない場面です。連携の下地づくりとして、積極的な開催を心がけましょう。

繋がりが確保されれば、普段の連携は電話やファクシミリなどで十分です。「王道に近道なし」といわれるように、努力なくしては自立支援はなしえません。利用者を中心とした「ケアチーム」を大切にしてください。

参考までに、成功型のサービス担当者会議の評価として、会議が終わった後に利用者や家族に感想を聞いてみてください。「これだけの人たちが私のために集まってくれたのですね。これは私が頑張らなければなりませんね。」という感想が聴けたら大成功です。話し合った内容はもとより、このような感想を持っていたかということ、会議自体がエンパワメントになっている証拠です。

ちなみに失敗型の場合、「怖かったです。私はいない方がよかったのではないのでしょうか…」。専門用語が飛び交ったり、本人の発言や同意を得る機会がほとんどない場合、おそらくこのような感想になるでしょう。これでは会議を行うだけマイナス効果ですね。ぜひ、利用者や家族にも発言を求め、専門用語は解釈して、本人や家族が中心になる会議運営を心がけてください。

## 2. 生活援助と他のサービスとの相乗効果

本事業のアンケート調査（詳細は別冊、事業報告書を参照ください）によると、生活援助を位置づけたケアプランの内、76%以上が他のサービスも併用していると回答いただきました。自立に資する生活援助を可能とするためには、多くの場合、他のサービスの効果と相乗的にもたらされるものであるといえます。連携を確保している多職種の問題では、リハビリテーション専門職との連携が一

番多く回答をいただきました。

先に自立の考え方は示しましたが、ADLの改善を目指す支援の場合、リハビリテーションの資源は重要といえます。その間、生活援助で家事や家庭環境を整え、「やがては本人自ら家事を行うようになる」といった目標の場合、双方の社会資源の相乗効果によって支援することが有効になります。

具体的には、活動制限をリハビリテーションによって「できる活動」に高め、さらにホームヘルパーとの連携によって、獲得した動作を日常生活場面で活用できるようにします。制度的には「生活機能向上連携加算」の算定要件にもなります。当初は「生活援助」を導入し生活環境を維持しながら、のちに「自立支援見守り（身体介護）」に移行し、やがては自立に導く理想形の姿といえるでしょう。加えて、福祉用具や住宅改修の活用も効果的ですので、福祉用具専門相談員や住環境コーディネーター等との連携も重視します。

また、ADLの向上は見込めなくても、生活の改善や意欲の維持向上を目標としたケースにおいては、疾患の悪化防止や予防が優先されます。生活援助とともに導入される社会資源としては、訪問看護や居宅療養管理指導などでしょう。疾患の多くは食事や排泄などの日常的な基本生活の乱れが関係していることが多くあります。ですから、医療系サービスでの治療、疾患管理と並行して、生活改善を図る上で、生活援助の効果は重要になります。

具体的には、糖尿病患者の食事管理として、家族では対応が困難な栄養調整を行った調理や食材調達のための買い物、皮膚トラブルや呼吸器系の疾患によって清潔保持が重視される利用者の掃除や洗濯など、生活援助には専門性を含めた支援が求められます。このようなケースにおいては身体状況の管理を行う医療系サービスとの連携が重要であり、相乗交換が期待されるケースでもあります。

さらに、家族支援の観点からは、日中独居や家族が家事が困難な状態の場合、生活援助は家族に代わって支援をすることになります。生活援助は単なる家事代行ではありませんが、家族による家事が困難で、ほかに家事を支援することが可能な人がいない状況にあって、なおかつ専門的支援が必要と判断されれば生活援助は有効な手段となります。家族との連携において、生活援助で支援する理由（根拠）と期待される効果を説明し、合意の上で適切に導入することが求められます。

具体的には、家族が朝、昼食の作り置きができないわけではないが、調理の技術や時間的余裕がなく、栄養的に粗末なものになってしまうことで健康を阻

害する恐れがあれば、昼食の準備に生活援助を導入することで、悪化防止や予防という効果が期待できます。また、掃除や洗濯も夜に家族が帰宅後に行える場合でも、家族に余裕がなく、十分に環境や清潔が維持できずに、結果的に身体状況に悪影響が起きてしまう場合などは生活援助の検討の余地があるといえます。

このような場合には、家族間のみでなく関わる多職種での検討や、可能であれば地域包括支援センターまたは地域ケア会議などで検討して生活援助の支援の妥当性を判断しましょう。

### 第3章 自立に資する訪問介護生活援助を活用する際のケアプラン記載方法

ここでは訪問介護の生活援助を位置づける際に、守るべき要件を満たす事例をもとに、具体的なケアプランの記載方法を例示します。掲載する事例は5つです。

- I. 独居高齢者に対する生活援助
- II. 家族が家事が困難な際的生活援助
- III. 日中独居高齢者に対する生活援助
- IV. 訪問回数が多い生活援助（1）
- V. 訪問回数が多い生活援助（2）

事例掲載の構成として、事例IからIIIについては、

1. 事例概要とアセスメント概要
2. フェイスシート
3. ケアプラン第1表
4. 見直し前のケアプラン解説
5. 見直し前のケアプラン第2表
6. 見直し前のケアプラン第3表
7. 見直し後のケアプラン解説
8. 見直し後のケアプラン第2表
9. 見直し後のケアプラン第3表
10. サービス担当者会議の要点（第4表）

を記載しました。

また、事例IVとVについては、頻回訪問の例として必要な根拠を例示する観点から、構成3～9については見直し前後のケアプランではなく、根拠が記載されたケアプラン1～3表とケアプランのポイントのみを掲載しています。

これらのケアプラン記載例は、ケアマネジャーが訪問介護の生活援助を根拠をもって導入できるよう、参考資料として活用いただくことを目的に作成したものです。ケアマネジャーが担当するすべての事例に該当させることは不可能ですが、ここからヒントを読み取っていただき、利用者の自立に資する支援がより一層向上することに役立てていただければ幸いです。

※ ケアプランの表記（表現）については、統一するべきものではないため、あえて事例によって異なります。「利用者のために」わかりやすい、本人主体の表現であることが共通の留意点といえるでしょう。

## I. 独居高齢者に対する生活援助

### 事例概要

Aさん 86歳 男性 要介護1 独居

診断：脳血管性認知症（ラクナ梗塞）、既往歴：高血圧症

家族：長男、長女共に他県在住で、通いによる介護を行なっている。

経過：2年ほど前から日付けを間違える、すこし前の事を忘れる、1日に何度も同じ電話をかけるなど、行動の変化や物忘れが目立つことに友人や近隣の方も気づき始めていた。10月、買い物に出かける際に自転車で転倒し腰部を打撲。腰痛がひどく歩行できないとの相談があった。それから3ヶ月が経過した。

### アセスメントの概要

- ・認知機能の低下により生活管理が不十分であること、膝や腰に痛みがあること、もろい支援体制（ひとり暮らし）、もともと自宅での活動を好み、閉じこもりがちな生活に陥りやすことなどが阻害要因としてあげられた。
- ・生活場面における課題が確認された一方で、慣れ親しんだ自宅で行っている活動（食事摂取、トイレ動作、着替えや洗濯、日常会話、一部の調理など）も確認された。今後は、環境調整や生活支援により本人の活動や役割を維持、継続できる可能性がある。
- ・室内は雑然としており、動きにくい環境や転倒リスクがある。今まで無理に行っていた生活動作や活動を見直し、助言を受けることで生活機能の悪化の防止や維持改善につながる可能性がある。
- ・医療連携の側面では、BPSDが顕著になりつつある状況の一方で、内服管理が十分に行われていないなどの状況もあり、医療情報や助言、生活情報を共有するための具体的方法を検討すること、心身機能の維持改善に向けて栄養管理や服薬確認などにも留意すること、また今後のモニタリングを通じて、柔軟に支援体制を検討することが必要。
- ・「子どもたちには迷惑をかけたくない」との思いが強い反面、生活のしづらさを自覚している部分もあることから、生活場面での具体的な改善を図ることで生活意欲を向上できる可能性が高い。
- ・家族支援の側面からも、医療・介護関係者、友人や近隣の方を含めた見守りなどの支援体制づくりが、精神面での不安や負担軽減につながる可能性がある。

# 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

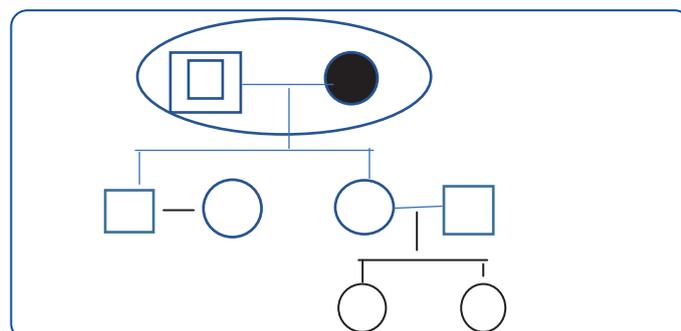
事例タイトル：独居高齢者、認知症、男性

障害高齢者 日常生活自立度 (A2)	<b>ADLの概要</b> 自宅内の移動は自力で行えているが、腰痛や 膝関節痛が生活に支障を与えている。
--------------------------	------------------------------------------------------------

認知症高齢者日 常生活自立度 (II a)	<b>認知症の状況</b> ：味噌汁をつくるなど家事におけ る遂行機能は残存しているが、短期記憶の障害、 失見当識、被害妄想などが表出し始めている。
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

本人基本情報	
86歳 男性	要介護2 身 165cm 体重 45kg
家族構成	ひとり暮らし
住環境・福祉機 器等	持ち家、2階建て、市街地にあり、外 出の際は自転車を使用していた。
経済状況	共済年金
性格	意思が強い。
生活暦・職歴	教員
趣味・嗜好	機械をいじる、盆栽の手入れ等。

本人生活の生活像 (ICF)	
健康状態	認知症のほか、転倒による腰部打撲、 高血圧症等がある。
健康に対する本人・ 家族の意識	「認知症です」と自身について話す 一方で、腰痛以外に大きな支障は感 じていないと話す(本人)。
受診/服薬 /処置	心配事があると、自ら通院し、かか りつけ医に相談している。認知症の 改善薬が増えている。また、基本処 方の他にも薬局で購入しており、下 痢や便秘等を繰り返している。
心身機能・身体構造	短期記憶障害、失見当識、遂行機能 障害、活力と欲動の低下、睡眠障害、 感覚知覚異常(被害妄想)、便秘症
活動状況	日常会話は可能、移動移乗に支障。 知識の応用(問題解決や意思決定) に一部介助必要、ADL動作は基本可 能。 トイレが間に合わない事がある、ト イレ周りの汚れなど目立つ。
参加・役割・交流	町内会役員などもしていた時期はあ ったが、外出の機会がもともと少な く、交流の機会は減っている。
本人の希望・望む暮 らし	自宅での生活が最も安心する。 子どもには迷惑をかけたくない。
生活に生じている	心身機能への適切な対応、生活管理



家族情報	
基本情報	他県に長男、長女夫婦あり
健康状態	良好
キーパーソン	長女
親族や地域と の関係	近隣住民とは昔からの付き合い。 民生委員の定期訪問等もあり。

**特記**  
介護サービス開始から3ヶ月が経過し、再アセスメントを実施  
通院(受診・医療)、生活援助(週5回)、家族来訪(週末)、民生委員等の訪問

# 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 H29年10月24日

第1表

初回・紹介・継続 **認定済**・申請中

利用者名 A 殿 生年月日 S6年5月20日 住所 S市R町3-2-1

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 B居宅介護支援事業所 (S市T町1-2-3)

居宅サービス計画作成(変更)日 H29年10月24日 初回居宅サービス計画作成日 H29年10月24日

認定日 H29年9月27日 認定の有効期間 H29年9月2日～H30年9月30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  
 (本人) 体調に変化はあるが、身の回りのことは自分で行なえる生活を続けたい。  
 子どもたちに心配をかけないようにしたい。  
 (家族) 通いによる介護、見守りを分担し、続ける中で父の一人暮らしを支えたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定  
 特記なし。

総合的な援助の方針  
 生活上の判断や困りごと、生活管理など心配な部分が増えつつありますが、できていることや行なっている活動も多く確認されています。  
 日頃の生活の中で助言を受け、悪化防止や予防につなげること、身の回りの動作や活動の維持改善をはかりましょう。

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( )

## 見直し前のケアプランの解説

### アセスメント結果が十分に活かされていない点

#### ① もろい支援体制への対応

もろい支援体制や認知機能低下による生活課題（生活管理、準備や後始末への対応、注意、集中力の低下、誤認など）、疼痛による活動制限に対応するため、安否確認を含めた守りの「生活援助（1日1回）」の導入になっている。

#### ② 表面化した生活課題への対応

表面化した生活課題や本人家族の初期の希望に対応した結果として、見守りの機会は増えたが、本人のできることに十分焦点があたり、家事代行に近い支援となってしまう。今後、生活不活発による心身機能への影響や役割の減少による認知機能低下等が予想される。

#### ③ インフォーマルサポートとの連携の観点

近隣との関係、インフォーマルサポートとの連携の観点からは、毎日の介護サービス介入が近隣住民の安心感につながった一方で、当初は見守りも多かった近隣や民生委員との関係が弱くなり、訪問回数が減少し、結果として住民から見ると、本人の生活状況が分かりにくくなってしまった側面も発生した。

#### ④ 家族支援への対応

家族支援の側面では、毎日、見守り支援が加わった点の安心感にはつながったが、本人がホームヘルパーの支援に基準を置いて考えるようになり、家族への期待や家族が行なう週末の家事介護量が増えてしまった。医療との連携（別居の家族が付き添い通院することのみ）が不十分であることも課題となっている。

第2表 見直し前

居宅サービス計画書(2)

「こうあるべき」視点が重視されている。本人主体の生活ニーズや目標を設定する必要がある

作成年月日 H29年10月24日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容					
	長期目標 (期間)	短期目標	サービス内容 (期間)	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
病気が再発しないようにしたい	H29年10月25日～H30年3月31日	内服管理ができて、健康チェックを受ける	H29年10月25日～H29年12月31日 服薬状況の確認 健康チェック 助言治療	○	本人訪問(家族保険診療)	○○サービ	週5回	H29年10月25日～H29年12月31日
自宅での生活が続けられる	H29年10月25日～H30年3月31日	定期的に食事ができる。体重の維持、増加が図られる	H29年10月25日～H29年12月31日 調理、配膳、後片付け	○	本人訪問(家族)	○○サービ	週2回 週3回	H29年10月25日～H29年12月31日
	H29年10月25日～H30年3月31日	相談できる人を確保する	H29年10月25日～H29年12月31日 相談支援、見守り		家族介護・医療支援者			H29年10月25日～H29年12月31日

課題解決のための家事代行型の支援の傾向が強い

ニーズが漠然としていて、何か課題なのか明確ではない

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



## アセスメントの見直し後のケアプラン解説

### アセスメントによって抽出されたニーズを再確認しケアプランを再検討

#### ① 本人の意思や役割の尊重

生活機能（「心身機能」「活動」「参加」）それぞれの支援を見通しつつ、「生活援助」が本人の意思や役割を踏まえているかどうか、過不足なく効果的な支援となっているかを再度、検討した。

#### ② アセスメントの反映

体調や生活リズムの確認、助言、疼痛の緩和やできないことへの支援、生活場面における適切な活動量、本人の役割の検討など、行われたアセスメント結果がプランに活かされているかどうか、反映されているかを検討した。またアセスメントに基づいて、単なる家事代行ではない「生活援助」の機能や役割について、再度確認と整理を行なった。

#### ③ 自立に資する支援

自立支援の観点から「生活援助」の役割、機能について見直した。

「過去の知識や経験が活かせる在宅環境」の調整、「ストレスが少ない環境」作りに配慮した。具体的には、食事の提供とトイレまわりの汚れが目立つことへの対応、身の環境整理を中心に支援しつつ、それ以外の部分については主体性を尊重し、助言を行うことで生活環境改善を目指した。

また、本人ができていることは積極的に評価、生活状況は多職種で情報を共有し、「悪化の予防」や「リスク管理」に努めながら、可能な限り「その有する能力の発揮」を目指した。

#### ④ セルフケアやインフォーマルサポートの活用

配食サービスや家族、近隣、知人の来訪や電話等、毎日、何らかの支援体制が維持されるよう、役割分担について検討、提案した。生活状況を確認しながら行なう必要がある掃除や調理は生活援助で、本人が主体的に行なえる買い物や調理は、家族といっしょに行なってもらう等の役割の調整を行ない、家族の家事の負担が過重にならないように改善した。

#### ⑤ サービス担当者会議における最終確認

サービス担当者会議において、医療を含む総合的な支援体制の確認や、家族支援の側面の確認を行った。また、ホームヘルパーのモニタリング情報が特に重要になることなどを確認した。

第2表 見直し後

生活意欲につながる目標や役割を設定した

居宅サービス計画書（2）

本人の生活基盤を支える内容を追記

年月日 2018年 1月 10日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容					
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
食事を改善し服薬も守って病気が再発しないようにしたい	H30年1月10日～H30年6月30日	自分でも内服管理ができる 健康に良い栄養を摂ることができる	服薬、体調確認 声掛けによる服薬状況の確認を行う メニューを考える 買物、調理、食卓や台所、冷蔵庫の整理など 食材の確認、平日の調理 食事の補助を導入し宅配サービスを導入し食事に変化を持たせる	○	本人、家族 訪問介護(生活援助)	○○サー ビス	週2回	H30年1月10日～H30年3月31日
家事や生活動作が行なえるようにしたい	H30年1月10日～H30年6月30日	定期的な治療、健康チェックを受け、自己管理ができる 手伝いを受けながら家事活動が続けられる	治療、健康チェック、助言 訪問時の体調の確認 生活基盤を整えるための居室の掃除、整理整頓、食事づくりの支援 時間を気にせず本人の調子に合わせた調理や買い物物の支援	○	保険診療 定期受診 訪問介護(生活援助)	○○サー ビス	月1回 週2回	H30年1月10日～H30年3月31日
今までの暮らしを続ける自信が持てるようにしたい	H30年1月10日～H30年6月30日	現在の暮らしを続ける自信が持てる	相談支援、見守り		本人、家族 家族、友人、民生委員、その他支援者		週2回 週末 随時	H30年1月10日～H30年3月31日

インフォーマルサポートとの連携

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



## サービス担当者会議の要点

利用者氏名	A 殿		開催場所	自宅にて		開催時間	14:30-15:00		開催回数	2回	
開催日	2018年1月10日		開催場所	自宅にて		開催時間	14:30-15:00		開催回数	2回	
利用者氏名	A 殿		開催場所	自宅にて		開催時間	14:30-15:00		開催回数	2回	
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	氏名		
Aさん	本人	〇〇	介護支援専門員	〇〇	主治医						
Mさん	長女(家族)	〇〇	訪問介護員	〇〇	民生委員						
検討した項目	<p>自宅での生活状況の改善にむけて、今後の支援の方向性を共有する。          本人と家族の意向を再確認、調整する。</p>										
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理や買い物物の支援から開始したが、今後は心身機能の維持向上のためにも、できること、(本人が) これまで行なっていた活動や動作は、できるだけ行なえるよう一部の支援を見直したい。また、近隣や友人、民生委員さんなど、本人を支えてくださっている方とも連携が深まる支援体制に見直したいと考えています(ケアマネジャー)</li> <li>・下準備を手伝ってもらう、(手順の) 助言を受ければ、また調理や買い物など、自分でできそう(本人)。</li> <li>・これまでの支援を通じて確認できた本人の能力や活動を活かし、かつ活動量を増やしていけるように支援します(ホームヘルパー)。</li> <li>・週末に自宅に戻り、まとめて父の生活を手伝っているが、掃除や台所の整理など、かえって効率が悪い、または把握できない、助言ができない等の悩みがあります。毎日の生活の中で状況を把握、意思確認、助言、支援をしてもらおうと助かります。そうすれば安心して週末に確認し、主治医の先生などとも話ができそうです(家族)。</li> <li>・心身機能の維持改善のためにも、日頃の活動の維持や実施は、健康管理や日々の体調管理の視点からみても大事です。身近にいる方に、気軽に相談できる体制を整えましょう(主治医)。</li> </ul>										
結論	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃の食事や服薬、活動状況、課題など、主治医や家族にも情報共有がすすむ支援体制に見直したいと思います。(ケアマネジャー)</li> <li>・家事、食支援について、これまでの経験を活かし、食事づくりはできる部分は自分で行なえることを目標にしましょう。「食材の準備」や「調理の下準備」などは継続して支援いたします。また今後は「(自立支援見守りに向けた) 共に行なう調理、買い物目的とした外出支援」など本人の目標と支援者の役割、サービス内容を自立に向けて変更していくことで確認しました。</li> <li>・生活援助を通じて水分、塩分、栄養等の確保した上での適度な活動、役割の遂行により体力づくり、フレイル予防をすすめます。</li> <li>・活動や参加について：自宅での活動(できる家事を中心とした役割、スケジュールや生活管理)からできること、している活動を増やし、また支援者と関われる機会をもつようにします。周囲の支援を受けながら日常生活関連活動を維持、改善し、自信と安心につなげたいと考えます。</li> </ul>										
残された課題	状況に変化が見られたら、その都度開催したいと思います。										

## Ⅱ. 家族が家事が困難な際の生活援助

### 事例概要

Bさん 80歳 女性 要介護3

家族：夫との二人暮らしで夫が主介護者。息子が二人おり、長男は海外駐在勤務である。次男は同市内在住で、通いによる日常の世話が可能であるが、次男は「自営業をしております多忙」「離婚し、息子を引き取っている」等の状況で、頻繁な訪問は難しい。

経過：1年程前から物忘れが始まり、専門医受診し認知症の診断が出る。夫や地域のサポート等が功を奏し、落ち着いて自宅での暮らしを続けていた。しかし、夫は腰椎圧迫骨折を患い、2度目の骨折に見舞われ、夫が担っていた日常の家事に支障が生じている。今後、夫との二人暮らしが継続できるか、課題となっている。

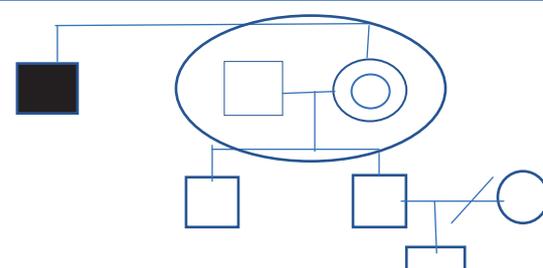
### アセスメントの概要

- ・ 本人は自宅で暮らすことで、認知症の症状は落ち着いている。主治医からも「今の環境を変えないことが本人にとって一番良い」と助言を得ている。
- ・ 夫は2度目の腰椎圧迫骨折であり、今後大きく改善していくことは考えにくい。本人が希望する自宅での生活をどう組み立てていくかが課題である。
- ・ 本人は認知症であるが簡単な指示は理解でき、通所介護では役割を求める姿勢がある。しかし、これまでは家庭の中で本人の役割は意識していなかった。
- ・ 夫は以前より病状が悪化し、家事に支障が出ていることは家庭にとって初めての経験であり、当面の生活の組み立ても大事だが、本人及び夫の心理的不安に対応する必要がある。
- ・ 同市内にいる次男は「自営業で多忙」「独り身で、子育てをしている」等があり、両親に対して多くのサポートは依頼できない。
- ・ 本人にとって良い環境は、「夫との生活」であり、その継続が目指すべき方向性であると考えられるが、夫の病状について継続的にモニタリングが必要であり、悪化した場合、新たな展開が必要とも考えられる。
- ・ まずは、本人に安心感を与える取組みが必要と考えられる。専門職だけでなく、友人や近隣の方を含めた見守り、相談ができる支援体制の確保が、夫婦の精神面での不安や負担軽減につながると思われる。

## 事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

事例タイトル：介護者も「高齢者、圧迫骨折」である中、認知症の方がいる家庭における生活援助の提供

障害高齢者 日常生活自立度 ( A1 )	ADLの概要 概ね自立である。その中、歩行は摺足、ふらつきがあり、段差等の箇所は介助を要す	認知症高齢者日 常生活自立度 ( IIa )	認知症の状況／簡単な内容や指示は理解できるが、複雑な内容等は支援を要する。慣れない環境等で、自発性が低下しやすく、関わりを要す
----------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------

本人基本情報		本人及び介護者の生活像 (ICF)	
80歳 女性	要介護3 身長 150 体重 50 キロ	健康状態	(本人) 認知症のため精神科に定期的に受診中。便秘気味。
家族構成	二人兄妹、兄は他界。今は夫と二人暮らし。	健康に対する本人・家族の意識	(本人)「物忘れは心配。薬の飲み忘れないようにする」 (家族・夫)「本人は落ち着いている」「私は腰痛で、困っている」
住環境・福祉機器等	郊外の住宅地の一軒家。築 40 年近いが、洋風建築でバリアフリー住宅。	受診/服薬 /処置	受診・精神科 1回/月 服薬・アリセプト錠、アローゼン
経済状況	夫の年金があり、経済的支障はない。	心身機能・身体構造	ADL／概ね自立。 認知症／アルツハイマー型
性格	穏やかであるが、頑固な一面もある。	活動状況	認知症が始まった頃は、見当識障害がよく見られたが、治療、通所介護の利用等により、慣れた環境等では落ち着いている。
生活歴・職業歴	会社員であったが結婚後、専業主婦。	参加・役割・交流	デイサービスで当番等を担う。簡単な片付け等には、手助けがあると、取り組めることがある
趣味・嗜好	下町育ちで、賑やかな場所を好む。花道等の習い事の経験が多数ある。	本人の希望・望む暮らし	住み慣れた家で暮らしたい。施設では、暮らしたくない。
		生活に生じている課題	家事支援。物忘れがあり本人に複雑な動作は難しい。また、夫も 2 度目の圧迫骨折であり、家事の難しさが増している。
		<b>家族情報</b>	
		基本情報	息子が二人。同市内の次男が関わる
		健康状態	介護者の夫は、圧迫骨折 (2 度目)
キーパーソン	夫。夫は悩むと次男に相談している		
親族や地域との関係	故郷の親戚は他界し付き合いなし。近隣と付き合いはあるが、介護者を抱えた家庭が多い。		

特記／夫は働き者でパートの仕事をしていたが、本人が認知症を患うことによりパートを辞めている。その後、腰椎圧迫骨折になり、痛みを気にしつつ家事等、身の回りの世話を続けていたが、2 度目の腰痛圧迫骨折が起き、家事が以前に増して困難に。次男は起業して数年の中、離婚し子供も引き取っており、関わりに制限がある。

# 居宅サービス計画書(1)

作成年月日 H30年 3月30日

初回・紹介・継続・認定済・申請中

利用者名 B 殿 生年月日 S12年 2月 4日 住所

居宅サービス計画作成者氏名 ΔΔ OO

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ΔΔケアプラザセンター

居宅サービス計画作成(変更)日 30年 3月31日 初回居宅サービス計画作成日 29年 9月 27日

認定日 H 29年 3月 10日 認定の有効期間 29年 4月 1日 ~ 31年 3月31日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ <u>要介護3</u> ・ 要介護4 ・ 要介護5
---------	-----------------------------------------

利用者及び家族の生活に対する意向

本人：自宅で生活していきたい。老人ホームでは、暮らしたくない。  
 家族(夫)：家で暮らすことが本人の安心に繋がるので、今の生活を続けたい。私の腰が悪くなり、食事の準備には困っている。  
 家族(次男)：母は家で暮らすことを望んでいるので、叶えてあげたい。一方で、父の腰痛が悪くなっており、父に負担をかけられない中、自分も休みの日は二人のことをみるつもりだが、平日は仕事もあり、誰かの手助けがほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

特になし

統合的な援助の方針

- Bさんが、家で落ち着いて、不安が少なく暮らしていただけるように支えていきます。
- Bさんが、ご自分でできることを増やせるように、工夫します。
- Bさんのご主人に腰の痛みがある中、ご主人の負担が大きくならないように、日頃の生活で必要な家事を支えていきます。

緊急連絡先1：次男(000-0000-0000) 緊急連絡先2：Z先生(00クリニック・000-000-0000)

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( )

## アセスメント結果が十分にケアプランに反映されていない

- ①夫の家事能力の低下に対し、端的に「家事が出来ない」と意識し、家事機能を補う支援の方向性に向いてしまっている。
- ②次男は両親への支援に気を留めてはいるが、次男の家庭の事情等があり、協力には制約がある。そのため、次男の協力は得られないと捉えてしまい、次男が出来る家事支援についての検討があまり意識されていない。
- ③「夫と次男の家事の負担軽減」へ支援方針が偏ってしまい、本人の潜在的な能力や機能を活かすことへの検討が意識されていない。
- ④夫婦二人での暮らしを継続するにあたり、本人及び夫の不安や困り事などが起こった際、ケアチーム全体で対応や相談を行っていくような体制が検討されていない。ケアチームの役割分担がケアプランに位置付けられていない。
- ⑤サービス提供を通じて把握すべき本人及び夫の状態の変化など、モニタリング機能について明確にされていない。また、ケアチームとして、把握した情報をどのように連携し共有していくか、各サービス担当者などが認識できるケアプランになっていない。

第2表 見直し前

夫や次男の負担軽減のみになっている。本人の出来ることを活かそうとしていない

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 H30年 3月27日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標			援助内容				期間	
	長期目標	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2		頻度
家事が困っているので、手伝ってほしい	H30年 4月1日 ～ 9月30日	夫、次男の負担が軽減される	H30年 4月1日 ～ 6月30日	家事(洗濯、掃除、食事作り、買い物)	○	訪問介護(生活援助)	Aヘルパー-ST	週4回	H30年 4月1日～ 6月30日
お風呂に入ることを続ける	H30年 4月1日 ～ 9月30日	自分で髪や体を洗うことができる	H30年 4月1日 ～ 6月30日	出来る部分を洗う 洗えない部分の手伝い 着衣介助、身体面の確認	○ ○	訪問介護(身体介護) 通所介護	Aヘルパー-ST Nデイ サービス	週1回 週1回	H30年 4月1日～ 6月30日
色々な人とお喋りをしたい	H30年 4月1日 ～ 9月30日	気の合う人と交流をする。近所の様子がわかる	H30年 4月1日 ～ 6月30日	食事やレクリエーション等の活動に参加すること。近所のことについて人にきいてもらう。	○	通所介護 民生委員 町内会役員	Nデイ サービス 民生委員 △△会長	週3回 週1回 程度	H30年 4月1日～ 6月30日
住居の危険箇所を改修し、環境を整えたい	H30年 4月1日 ～ 9月30日	居住環境が整う	H30年 4月1日 ～ 6月30日	手すりを設置します。(浴室)	○	住宅改修	N工務店		H30年 4月1日～ 6月30日
物忘れを減らしたい	H30年 4月1日 ～ 9月30日	薬を忘れずに飲む。診察を受け、相談をする	H30年 4月1日 ～ 6月30日	飲み忘れを確認し教える。道具で飲み忘れを無くす。治療、健康チェック通院の付き添い		家族(薬箱の用意) 保険診療	夫 次男 ク ク ク	毎日 月1回	H30年 4月1日～ 6月30日

可能な中で「次男の関わり」を検討せず、負担軽減のみ意識している

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表 見直し前

家族の負担を軽減することに重きが置かれ、すべて支援で賄ってしまっている

週間サービス計画表

作成年月日 H30年 3月27日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床は6時頃
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食は8時前、夫と一緒に
10:00	通所介護	通所介護	通所介護	訪問介護	通所介護	訪問介護	訪問介護	
12:00		訪問介護 (身体生活)	通所介護	訪問介護 (生活援助)	通所介護 (入浴あり)	訪問介護 (生活援助)	訪問介護 (身体生活)	月・水・金曜、デイサービスへ。
14:00		昼食 片付け(夫)	昼食 片付け(夫)	昼食 片付け(夫)	昼食 片付け(夫)	昼食 片付け(夫)	昼食 片付け(夫)	火曜、ホームヘルパーによる介助で入浴。
16:00								※食事の片付けは、機械等を活用しつつ、夫が行う。
18:00								
20:00	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食 片付け(夫)	※食後、薬の飲み忘れを していないか、確認する。 (夫)
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外 住宅改修(浴室に手すりを取付け)。配食サービス(月~土)

のサービス

## ケアマネジメントプロセスを通して改善が図れた事例

### ① 本人の意思や役割の尊重

本人の「自宅で暮らしたい」という意思を尊重し、家族の状況をも踏まえた上でケアプランを作成している。さらに、本人の持つ生活機能を重視し、認知症状への影響を配慮しながら、簡単な家事の役割が本人に担えるよう提案している。

### ② 各プロセスに基づいた点検と再検討

アセスメント：本事例においては、適切な情報収集や分析は出来ているが、ケアプラン原案に反映出来ていなかった。

サービス担当者会議：その後のサービス担当者会議の再検討により、適切な支援体制の構築へ移行している。

モニタリング：認知症がある本人の不安、夫の心身機能の悪化や夫自身の不安などが想定される中、ケアマネジャーだけでなく、ケアチーム全体でモニタリング機能を担う体制を構築し、緊密な情報交換・連携が可能となる役割り分担をケアプランの中で明確にしている。

### ③ 自立に資する支援

本人と家族の自立を念頭において、生活援助を含めたケアプランの見直しを行っている。「役割を求める本人の強み（ストレングス）」「ストレスが少ない日常生活における役割（洗濯物を畳む）」「家族が関わる場面を増やし、意欲を高める（次男の買い物の動向）」等、本人と家族の自立へ繋がる働きかけを考え、理解と同意を得た上で組み立てている。

### ⑤ セルフケアとインフォーマルサポートの活用

インフォーマルサポートについては、本人への「不安」を増やさない点を重視し、次男が関わる機会をあえて設けたプランニングを提案している。次男が通院の付き添いをするという新たな取組みを提案し、次男が可能な範囲で関われるサポートを依頼している。また、夫が出来る「負担の少ない家事」も、引き続き取組む形とし、夫が担っていた家事を全てサービス等で代行する視点でなく、家族の関わりに重きを置いている。本人の安心感を損ねないよう、家族の関わりを中心にインフォーマルサポートの提案をしている。

第2表 見直し後

居宅サービス計画書

本人が出来る能力を評価し、その能力を活かした生活援助を提供している。状況の把握についても盛り込む

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容						
	長期目標	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
手伝わなくても出来る家事をしたい	H30年4月1日～9月30日 手伝わなくても出来る家事を続ける	H30年4月1日～6月30日 出来る範囲で家事が行えるようになる	H30年4月1日～6月30日	家事(洗濯物をたたむ)家事(本人ができない部分の洗濯、掃除)、体調の把握、観察	○	本人訪問介護(生活援助)	本人 AヘルパーST	適宜 週3回	H30年4月1日～6月30日
色々な人と喋りたい	H30年4月1日～9月30日 気の合う人と交流をする	H30年4月1日～6月30日 すすめなことを話せる	H30年4月1日～6月30日	食事の準備、片付け食材の買い物、平日の昼食の調理、夕食は配食サービス	○	本人、家族訪問介護(生活援助)配食サービス	夫、本人、次男 AヘルパーST	毎日 週3回	H30年4月1日～6月30日
近所の様子がわかる	H30年4月1日～9月30日 近所の様子がわかる	H30年4月1日～9月30日 新しい友人が話せる	H30年4月1日～6月30日	食事やレクリエーション等の活動に参加する	○	通所介護	Hデイサービス	週3回	H30年4月1日～6月30日
自分で髪や体を洗うことができる	H30年4月1日～9月30日 自分で髪や体を洗うことができる	H30年4月1日～9月30日 手の届くところで洗える	H30年4月1日～6月30日	ご近所や町内会に人が来てもらう。	○	民生委員、町内会役員	民生委員 会長	週1回 程度	
自宅内を安全に行きたい	H30年4月1日～9月30日 安心して生活できる	H30年4月1日～9月30日 容易に動作ができるようになる	H30年4月1日～6月30日	出来る部分を洗う週に一度は自宅で入浴し洗えない部分の介助、着衣介助、身体面の確認	○	本人訪問介護(身体介護)通所介護	本人 ヘルパーS Hデイサービ	週2回 週1回 週1回	H30年4月1日～6月30日
もう入院しないで暮らしたい	H30年4月1日～9月30日 入院せず、家で暮らす	H30年4月1日～9月30日 薬を忘れずに飲むことができる	H30年4月1日～6月30日	手すりを設置する(浴室、廊下段差部分)	○	住宅改修	N工務店	毎日 常時	H30年4月1日～6月30日
		H30年4月1日～9月30日 生活上の不安を解消できる	H30年4月1日～6月30日	飲み忘れを確認し教える道具で飲み忘れを無くす 治療、健康チェックの確保	○	家族(家族の用意)保険診療支援者(家族)	夫 次男 クリニック 関係者 次男	月1回 随時	H30年4月1日～6月30日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。家事代行のみには○印を付さず、次男の関わりを活かし、本人が意欲的になる支援へ変えている

本人、夫の不安の速やかな把握と対応等の確認、ケアチームでの協力体制を確保

### 週間サービス計画表

作成年月日 H30年 3月30日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
6:00	起床	起床は6時頃						
早朝								
8:00	朝食	朝食は8時前、夫と一緒に						
午前								
10:00	通所介護	訪問介護 (身体生活)	通所介護	訪問介護 (生活援助)	通所介護 (入浴あり)	訪問介護 (生活援助)	買い物に外出 (本人、次男)	月・水・金曜、デイサービスへ。
12:00		昼食		昼食		昼食		火曜、ホームヘルパーによる介助で入浴
14:00		片付け(夫)		片付け(夫)		片付け(夫)		※食事の片付けは、機械等を活用しつつ、夫が行う。
午後								
16:00								
18:00								
夜間								
20:00	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食(配食) 片付け(夫)	夕食 片付け(夫)	※食後、薬の飲み忘れを していないか、確認する。 (夫)
22:00	就寝							
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

次男ができる範囲の協力を得つつ、本人が意欲的になる家族の関わり、本人の能力を活かした支援へ

週単位以外のサービス	次男の付き添いにて、精神科への定期受診(月1回)。住宅改修(廊下、浴室に手すりを取付け)。配食サービス(月～土)
------------	----------------------------------------------------------

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者氏名 □□ △△ 殿 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 △△ ○○

開催日 H30 年 3 月 30 日 開催場所 自宅 開催時間 16:00 ~ 16:30 開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	本人 B さん	□□ △△	〇〇クリニック	Z ○○	△△ケアプランセンター	△△ ○○
	家族（夫）	□□ △△	A ヘルパーST	K □□		
	家族（次男）	□□ □△	H デイサービス	T △△		
検討した項目	① 夫の状態の変化を通じて、本人、家族の意向の確認 ② 今後の対応方針の検討、役割分担等の確認 ③ ケアプランについて、検討と確認					
検討内容	① について 本人／施設での生活は希望しないと強い意向を示される。 夫／本人の希望を尊重したい。家で暮らすことが、本人にとって最も落ち着き、安心できる生活を続けていきたいとの意向。また、「家での生活で、自分がやれた家事の出来ないことが増え、手助けがほしい」と、新たな意向があった。 次男／本人及び夫の心配をしているが、次男自身の状況（自営業、子育て）を踏まえつつ、「週1回位の援助は出来るが、それ以上の協力は難しい。両親二人が家で暮らせるよう、手助けしてほしい」との意向があった。 ② について Z 先生／「家での生活で本人が落ち着いている中、環境や生活のリズムを変えることは、心身機能が悪化する恐れがある」 T 相談員／「夫の負担軽減のため、通所を増回することも考えられるが、本人は負担感が大きくなる可能性がある」 K サービス提供責任者／「本人への負担を考えつつ、家事支援と家事を通じた本人の能力勘案の観察もどうか」 ③ について ・本人の認知症が悪化しないよう、生活環境を変えないケアプランの検討。併せて、夫の心身の状況の相談を受けつつ、アドバイスも行いつつ、専門職間で連携を深めるケアプランの検討。また、本人が出来ることを活かした支援を重視した、支援の進め方を念頭におく。 ・次男の支援、協力は継続していくが、次男の生活状況を踏まえ、支援の仕方や相談にのる等を意識した、ケアプランの検討をしていく。					

<p>結論</p>	<p>① について</p> <p>「これまでと変わらない家で生活が続けられる」</p> <p>「夫の家事負担の軽減を重視しつつ、夫が抱える不安があれば、その軽減も目指し関わっていく」</p> <p>「次男の協力が得られる生活の支援は依頼することとし、一方で、本人が意欲的になる働きかけも踏まえた関わりとする」</p> <p>② について</p> <p>本人／ヘルパーと相談しながら、出来ることはやってみる。</p> <p>夫／簡単な片付け等は、引き続き担っていく。腰痛等で、負担が大きくなった際は、相談を受けつつ、ケアプランを見直す。</p> <p>次男／週1程度程度の買い物等の支援を担っていく。夫の相談相手を引き続き担っていくことと、大きな変化があった際は介護支援専門員へ連絡、相談を入れる。</p> <p>訪問介護／家事支援を提供する。家事支援を通じ、本人ができることを増やしていけるように心掛け、必要な本人の心身の状況の変化等の把握を引き続き行う。また、夫の心身の状況の変化も把握し、夫の腰痛が悪化した際は、速やかに介護支援専門員へ報告をする。</p> <p>通所介護／利用時の様子から、本人の出来る動作、簡単な作業の理解力等、能力の把握を引き続き行う。送迎時の際など、夫の心身の状況の変化を把握した際は、速やかに介護支援専門員への報告。</p> <p>主治医／介護支援専門員、サービス提供責任者等、ケアチームからの報告や相談を受け、医療的な面での助言や指示を行う。介護支援専門員／ケアチーム全体の連携がスムーズに行くよう、連携を密になる働きかけをする。</p> <p>③ 別紙ケアプラン原案（検討内容で踏まえた点を含む）の内容で了承。訪問介護で家事支援等、通所介護で入浴等を提供。</p>
<p>残された課題  (次回開催時期)</p>	<p>○夫の腰椎圧迫骨折の経過により、必要時、夫の介護保険申請も検討し、夫自身へのサービスの提供を提案・検討する。</p> <p>○ケアプランの内容を開始後、夫に不安が出た際は、介護支援専門員は相談を受ける。その一方で、他のサービス提供者も随時、夫の相談を受ける体制とし、状況の変化に際し、速やかにケアチームで対応できるよう、情報共有・連携を密にする。</p> <p>○諸々の様子であり、夫の身体状況と生活変化の影響から本人が不安を持つこと等も想定し、3ヶ月後にサービス担当者会議の開催の予定とする。</p>