

Ⅲ. 日中独居高齢者に対する生活援助

事例概要

Cさん 78歳 女性 要介護1

夫と共に5年前から長女夫妻（50歳代）と同居。長男は他県で生活。長女夫妻就労あり。

2年前より寝たきり状態だった夫の介護中心の生活を送っていたが、半年前に夫死去。介護疲れと喪失感からうつ状態となり、持病の腰痛も悪化している。

アセスメントの概要

心療内科に通いながら自宅療養しているが日中一人でいる時間が長く、その間外出することは無い。殆ど飲食をしないで横になったり座ったりを繰り返して過ごしていたため体重減少し、体力も落ちた。近隣の知人が尋ねてきたときだけお茶を飲むが、「表情がなくなっている、玄関から顔を出さないときもある」と知人も心配して長女へ連絡をしてきた。入浴も週に1回も入らない状態で、受診をして主治医に相談。

主治医より、「このままでは廃用症候群となる危険がある。介護保険を申請してはどうか」との助言があり、地域包括支援センターを教えていただき相談後申請を行う。認定が出るまでは、地域包括支援センターの保健師が週1、2回訪問して、Mさんの話を聞き、地域の食事会の情報を伝えたりしたが参加には繋がらなかった。

1ヵ月後、要介護1の認定が出たので、地域包括支援センターからA居宅介護支援事業所へケアプラン作成依頼。

先に長女と面談してこれまでの経緯を聞いてみると、近隣で一人暮らしをしている義母が要介護状態（認知症・歩行困難）となっていて、休日は長女夫が介護に行っていることがわかった。

主治医へ電話で支援を始めるにあたっての相談をすると「今、外へ出ることは難しいと思う。自宅に来てもらい、食事のお世話や話を聞いてもらうようなマンツーマンの支援からはじめたほうが良いのではないか」との助言をいただく。また、うつ状態が安定するまで、同医院から訪問看護（精神保健福祉士）も開始。

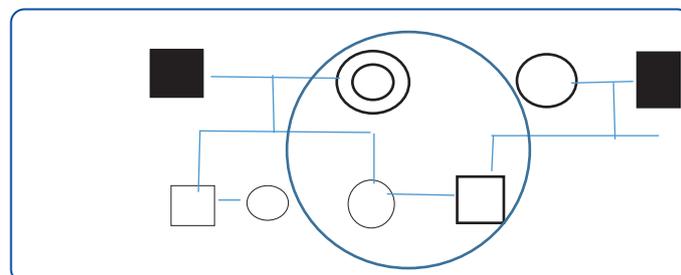
長女の帰宅時間に自宅訪問をして初回面談。主治医からの助言も伝え、ホームヘルパーさんに昼食時に来てもらう支援から始めてみることを提案する。

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： 夫死去後、喪失感からうつ状態になった方の家族が就労中の支援

障害高齢者 日常生活自立度 (A1)	ADLの概要 腰痛悪化で室内掴まり歩き。屋外は歩行器使用、付き添い必要。	認知症高齢者日 常生活自立低 (自立)	認知症の状況 日常生活は、自宅内においてはおおむね自立しているが意欲が大きく低下
----------------------------	---	-----------------------------	---

本人基本情報	
78歳 女性 要介護1 身長150cm 体重38kg	
家族構成	長女夫妻と同居
住環境・福祉機器等	戸建ての1階 外出時歩行器
経済状況	遺族年金 11万/月
性格	真面目 家庭的 穏やか
生活歴・職業歴	独身寮の寮母さん
趣味・嗜好	以前は家庭料理の創意工夫 お茶飲み会



家族情報	
基本情報	長女(58歳) 長女夫(58歳)
健康状態	良好
キーパーソン	長女
親族や地域との関係	良好

本人生活の生活像(ICF)	
健康状態	腰痛 うつ 高血圧
健康に対する本人・家族の意識	薬を飲んで治す
受診/服薬 /処置	心療内科…近隣クリニック 整形…以前かかっていたが今は通院していない
心身機能・身体構造	夫死去後うつ状態 認知症による問題行動無し 低栄養
活動状況	一日家の中で過ごしている。 長女夫妻が帰るまで日中独居
参加・役割・交流	以前は近所の方が遊びに来ていたが、夫死去後、誰にも会いたくないと疎遠になっている
本人の希望・望む暮らし	夕食の用意をして娘達の帰りを待つ。役に立ちたい
生活に生じている課題	意欲が低下したことにより、一人である時間、飲食が出来ない

特記

夫が元気だった頃は、知人が遊びに来て一緒に食事をしたりする時間を持っていた。夫の死後、家の中に引きこもるようになり食欲が低下。持病の腰痛も悪化している。近隣の方が来ても顔を出さないとときもある。

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 H30年 3月 24日

初回 紹介・継続 認定済 申請中

利用者名 C 殿 生年月日 S14年 8月 12日 住所 K市I町4-5-6

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

A居宅介護支援事業所 (K市L町1-2-3)

居宅サービス計画作成(変更)日 H30年 3月 24日 初回居宅サービス計画作成日 H30年 2月 9日

認定日 H30年 3月 15日 認定の有効期間 H30年 2月 9日 ~ H31年 1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

本人…家族が心配していることは知っています。元気になって、娘達のためにご飯作って仕事からの帰りを待ちたいと思います。家族(長女)…父が亡くなった後、落ち着いて母のことが出来ずにいました。夫と話し合い、しばらくはそれぞれの親のケアをやっていることになりました。母が元気になって笑顔が見られるようになってほしいです。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

特記無し

総合的な援助の方針

ご本人の意向やご本人が出来ていることも確認できました。ご主人の思い出を大切にしながら過ごしていく気持ちに寄り添いながら、心身の健康を改善できるように支援します。無理をしないように、主治医と話し合いながら進めます。

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(かつ状態による意欲低下が顕著で日中独居生活が困難の為)

見直し前のケアプラン解説

アセスメントが不十分な点について

① 主治医の助言を受け支援を検討したが、短絡的になってしまっている

主治医へ電話で支援を始めるにあたっての相談をすると「今、外へ出ることは難しいと思う。本人の精神負担を考慮して自宅に来てもらい、食事のお世話や話を聞いてもらうようなマンツーマンの支援からはじめるのも良いのではないか」との助言をいただく。これによって訪問介護のみの支援を検討したが、本人の意向の確認が不十分なため、真のニーズが把握できていない。

② 長女の負担軽減に重きを置き、本人の主体性が不十分

長女からの「負担」という発言に動かされ、介護負担軽減を考え、昼食の買い物支援も導入。毎日ヘルパーが調理してCさんへ昼食を出すという支援を検討したが、機械的な導入になってしまっている。

③ 初回プラン提案

長女が帰宅時間に自宅訪問をして初回面談。主治医からの助言も伝え、夫のときと同じ訪問介護事業所へ依頼をして、ホームヘルパーに平日昼食時に毎日来てもらう支援から始めてみることにした。しかし、生活援助で支援する根拠が明確に示せなかった。

居宅サービス計画書(2)

食事の用意だけの記載で生活援助を位置づけたり、専門性の根拠が不明確

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
食欲を戻して体力をつけたい	しっかり食べて体力をつける	H30年3月24日～H30年9月30日	毎日三食きちんと食べられる	H30年3月24日～H30年5月31日	家族がいない時間にも本人が食意をうながす	○	訪問介護(生活援助)	Nケアーセンター	5回/週	H30年3月24日～H30年5月31日
近隣の人と楽しくお話したい	自宅で知人と過ごす時間が増える	H30年3月24日～H30年9月30日	週に2、3回は知人に遊びに来てもらう	H30年3月24日～H30年5月31日	知人に遊びに来てもらい、お茶を飲んで、話をして過ごす		近隣の知人			H30年3月24日～H30年5月31日
病状が悪化しないようにしたい	定期的受診で健康状態が向上する	H30年3月24日～H30年9月30日	医師に見ても悪い病状が改善する	H30年3月24日～H30年5月31日	家族介助で通院、医師の診察を受け服薬治療を行う		主治医 家族	G診療所	2回/月	H30年3月24日～H30年5月31日
困ったときに相談したい	不安なく生活ができる	H30年3月24日～H30年9月30日	困ったことが相談でききる	H30年3月24日～H30年5月31日	随時相談に対応する		地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	S包括A居宅	随時	H30年3月24日～H30年5月31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。

※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

週間サービス計画表

機械的に訪問介護を平日に毎日位置づけ、その他の支援について検討されていない

1日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
早朝								
6:00								
8:00								7時起床(不規則)
午前								8時朝食(不規則)
10:00								テレビを見ながら横になる
12:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護			11:30~風食支援
午後								食べたら横になる
14:00								娘が帰るまでテレビ
16:00								
18:00								19:00長女帰宅(買物)
夜								20:00夕食
20:00								21:00~22:00就寝
22:00								
24:00								入浴は本人が入りたいと言ったときに入る
2:00								
4:00								

週単位以外 地域包括支援センターによる見守り支援・・・保健師による地域活動の声かけ等(日時不定期)のサービス

サービス担当者会議を経て見直し後のケアプラン解説

チームアプローチによって改善された支援のポイント

① 本人の意思確認

本人から「外に出る気持ちになれないが、一人で部屋にいると何もする気持ちにならない。でも、夫が通っていたデイサービスなら夫の話も出来るからいつか通ってもいい」「知らない人が来るのは嫌だけど、夫の介護をしていたときに来てくれていたヘルパーさんなら良く知っているからその方をお願いしたい」という言葉が聞けた。

長女からは、「皆さんにすべて頼るわけにはいかないなので、平日の食事の用意はそれほど大変ではないので何か用意して冷蔵庫に入れておきます。母が食べやすいようにして出してあげてほしいです。ただ、食欲が無いときには、今食べたいと思うものを買ってきていただくと安心です。」との意見が確認できた。

② 訪問介護からの意見確認と依頼内容

訪問介護事業所からの情報で、ご本人はどのような生活をされてきた方なのかを教えてもらい、料理と歌番組が好きだということがわかった。今後は、ただ単に食事の提供をするのではなく、本人の意欲や好みなどを主体的に対応できるような支援を依頼。

④ デイサービスの役割確認

デイサービスで歌う活動に参加できるように依頼。また、自宅では入浴回数が減っていて本人はそのことを気にしている様子との長女の言葉があり、デイサービスで入浴できるように声をかけてもらえるように依頼。職員との会話の中に生活歴の話題を取り入れていただくように依頼。

⑤ 主治医より提案

うつ状態が安定するまで、訪問看護（精神保健福祉士）も導入してはどうか。通院が難しい時でも状況が把握できるため、状態に合わせた診療が適切に行えるようになる。

居宅サービス計画書(2)

単なる食事の用意だけでなく、本人の食事に対する意欲を醸し出す支援を導入している

4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
毎日、食事をし、食への意欲も増え、体重も増える	H30年3月24日～H30年9月30日	ご家族のいそぎも、食事の準備が楽になる	H30年3月24日～H30年5月31日	お風呂は、ご家族が用意していただく食事の準備、食卓の片付けや薬の準備、台所の片付けを行います。食事の量は共有ノートへ記載します。	○	訪問介護(生活援助) 長女(朝に昼食の準備)	Nケアセンター	3回/週 毎日	H30年3月24日～H30年5月31日
毎日の食事が楽しくなる	H30年3月24日～H30年5月31日	毎日の食事が楽しくなる	H30年3月24日～H30年5月31日	ご家族が用意していただく食事の準備、食卓の片付けや薬の準備、台所の片付けを行います。食事の量は共有ノートへ記載します。	○	訪問介護(生活援助) 長女(忙しい時は申し送りを行う)	Nケアセンター	3回/週 随時	H30年3月24日～H30年5月31日
前向きになり、好まれる調理になる	H30年3月24日～H30年9月30日	健康が向上し、生活が楽になる	H30年3月24日～H30年5月31日	デイサービスでは、本人が負担にならない量の食事の量を確認し、体重測定を行い報告します。	○	通所介護	Hデイサービス	2回/週	H30年3月24日～H30年5月31日
支えを受けながら、自分でおこなう	H30年3月24日～H30年9月30日	向母が健康になり、生活が楽になる	H30年3月24日～H30年5月31日	医師による診察と服薬調整、ケアチームや家族のサポートを行います。通院は長女さんが付き添います。		通院受診 長女の通院同行	G診療所	1回/月	H30年3月24日～H30年5月31日
前向きになり、好まれる調理になる	H30年3月24日～H30年9月30日	向母が健康になり、生活が楽になる	H30年3月24日～H30年5月31日	医師による診察と服薬調整、ケアチームや家族のサポートを行います。通院は長女さんが付き添います。		訪問看護(医療)	G診療所	1回/週	H30年3月24日～H30年5月31日

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者氏名 C 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 OO OO子

開催日 H30年 3月 24日

開催場所

開催時間

開催回数

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	C氏	Hデイサービス	管理者	S地域包括	保健師
	長女	A子氏	Nケアセンター	S責任者	A居宅介護	ケアマネジャー
	G訪問診療	医師(診療のため欠席)	G訪問看護	精神保健福祉士		
検討した項目	①本人・家族の意向の確認②ご本人の望む生活に向けて今後の支援方針と各サービス、機関の役割の確認 ③ケアプランの内容と目標達成、次のステップの確認					
検討内容	①本人・・・以前の様に娘達の生活の役に立ちたい。ご飯を作って仕事からの帰りを待ちたい。長女・・・父の介護にあまり関われなかった事が気になっていています。母には以前のように笑えるような生活に戻ってほしい。 ②精神訪問看護・・・医師より「腰痛が悪化しているのも精神状態が関係しているところも大きい。お薬の力を借りながらちょっとずつ元気になりましょう。」との言葉を預かってきました。私達も定期的に訪問して気持ちいい聞かせていただきます。 訪問介護・・・Cさんが今までご主人と過ごした日々を考えながら、目標とされている家族のための調理ができるように、まずは体調が戻るように、食事の用意や水分摂取のお手伝いをします。急に要るようになったものや食べたいと思うものがあれば買い物に行きます。ご本人の意向に沿った支援を心がけながら、体調の様子を確認させていただきます。 通所介護・・・来ていただいた時にはお風呂に入ってください体操にも参加してもらいます。ご主人のお話をする時間を持ちましょう。包括・・・近くを通った時に寄らせてください。今の様子を聞き、地域活動のお知らせをします。 ② 本人の負担にならないように、2ヶ月たったときにこのまま継続するか確認します。					
結論	1. 夫が居なくなった寂しさからの意欲低下が食欲低下など体調不良の要因となっています。改善のためのケアを行います。2. 顔見知りのいる事業所にケアをお願いして、精神的負担を軽減します。3. 体力を考えて通所を週2回からはじめ、回数増は主治医と相談しながら検討します。4. 食欲が無いときには何が食べられるか確認して食べられるものを買いに行き、対応します。					
残された課題 (次回開催時期)	2ヵ月後にサービス利用状況と本人の状態を確認し継続し良いか検討します。					

IV. 訪問回数が多い生活援助（1）

事例概要

Dさん 70歳 男性 要介護3

妻とは30年前に離婚。子供は居ない。両親、兄は死去。

高校卒業後上京して会社員として就労、定年まで働いて当地に転居。2年前に体調の変化を覚え受診し、パーキンソン病の診断を受ける。現在、ヤールステージⅣまで進行している。

アセスメントの概要

上京後は殆ど親族とのかかわりは無く、兄とは連絡を取り合っていたが、7年前に兄が無くなってから法事等以外は兄の妻と疎遠になっている。同僚と飲みに行くことがあったが定年退職後は付き合いが無くなった。隣家に住む大家さんが引っ越してきた時から気にかけてくれ、年上だが気が合う事から時々部屋に遊びに来てもらい、町会のイベントに誘われて出かけたことも合った。

2年前に体調の変化を覚え受診し、パーキンソン病の診断を受ける。発症後、歩行状態が徐々に悪化してきたが服薬をしながら生活。ところが、1月はじめ風邪を引いて寝込んだときから服薬ができなくなり、食事も思うように摂れないようになった。時々様子をみていた大家さんが心配して地域包括支援センターに相談。

地域包括支援センターが訪問し、通院同行。脱水、低栄養もあり入院となる。入院中に介護保険申請。1ヵ月後、要介護3の認定が出たのでM地域包括支援センターからC居宅介護支援事業所へケアプラン作成依頼。保健師から「薬が飲めなくて脱水と低栄養になり入院した」と入院の経緯を説明され、「薬が決められたように飲めるか、食事が用意できるか心配」という本人の言葉を確認。独居で近くには身寄りもないことから、日常生活面を中心とした支援を想定した。退院前カンファレンスを経て暫定ケアプランを作成。サービス担当者会議にて退院後の支援を確定した。

事例フェイスシート(利用者本人・家族の状況)

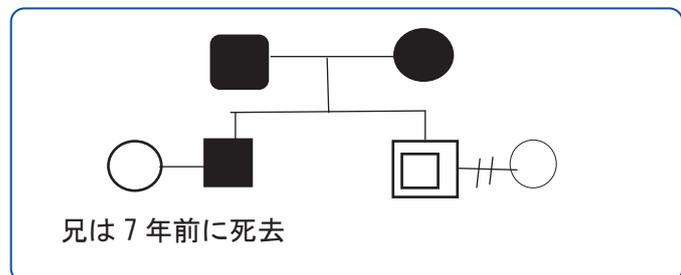
事例タイトル：神経難病を患った一人暮らしの方の生活支援

障害高齢者 日常生活自立度 (B1)	ADLの概要 薬が効いている時は室内を一人で動くことができ るので生活の自立度が高い
----------------------------	--

認知症高齢者日 常生活自立度 (I)	認知症の状況 時々記憶ができていないことがあるが、周 囲が気をつけているので大きな問題は起 きていない
----------------------------	--

本人基本情報	
70歳 男性 要介護3 身長170cm 体重51kg	
家族構成	一人暮らし
住環境・福祉機 器等	アパートの1階 特殊寝台・付属品 住宅改修手すり設置 扉付け替え
経済状況	年金 16万/月
性格	頑固 人付き合い苦手
生活歴・職業歴	定年まで会社勤め
趣味・嗜好	今はお酒もタバコも止めている マージャン好きだった

本人生活の生活像 (ICF)	
健康状態	障害者手帳2級 パーキンソン病(ヤールステー ジIV) 短期記憶障害あり
健康に対する本人・ 家族の意識	元気を取り戻して外出できるよ うになりたい
受診/服薬 /処置	一人では受診できない 一人では確実な服薬が出来ない
心身機能・身体構造	薬が効いていけば室内を歩い て移動、トイレまで歩ける。嚥 下心配あり
活動状況	体調悪化する前は大家さんに 誘われた場所へ一緒に出かけ ていた
参加・役割・交流	体調が悪くなってからは遊び に来てくれる大家さんと家で 話をして過ごす
本人の希望・望む暮 らし	病気の進行を遅らせて、また大 家さんと一緒に出かけられた らと思う
生活に生じている 課題	正しく服薬する 筋力を戻して歩く距離を延ば す



家族情報	
基本情報	兄の妻が他県で生活
健康状態	腰痛あり
キーパーソン	兄の妻と電話連絡なら相談可
親族や地域と の関係	兄は7年前に他界。兄の妻とは年に1回電 話で話す程度。他の親族とは付き合いが無 い

特記
両親が無くなってからは郷里の親戚と接することが無く、7年前に兄が亡くなってからは兄の妻と法事などの連絡以外やり取りが無い。知人は大家さんと大家さんを介した関係のみ

ケアプランのポイント

退院前カンファレンスでの助言は以下の通りでした。このことを受け、ケアプランを作成しています。

医師：薬が効いていれば動けるが、飲み忘れには注意が必要。退院後にも管理する方法を検討してほしい。今の状態であれば薬の効き目があるときは自宅内の動きはできる。通院が難しいと思うので退院後は訪問診療に切り替えてはどうか。また、今回のようなことにならないよう、支援体制を確保してほしい。

看護師：入院中に服薬の時間を調整したので、自宅でもこの時間を守ってほしい。

理学療法士：リハビリの継続は必要。負担を考慮しながら定期的に続けてほしい。屋内は手すりを使えば歩行距離は長い。物を持って歩行は危険。トイレや段差昇降は手すりが必要。扉の開閉時に転倒リスクがある。屋外はなるべく支援者同伴でお願いしたい。就寝・起床時は特殊寝台等が必要。入浴も支援してほしい。

薬剤師：入院中の薬を継続して服用。飲みにくさの訴えがあれば教えてほしい。

管理栄養士：摂取動作、嚥下機能はまだ保たれているが、軟らかい副食、一口大の大きさが望ましい。誤嚥性肺炎予防の観点からも口腔ケアは必須。口腔内が特に乾燥することがあるので訪問歯科を利用してはどうか。電動歯ブラシで歯磨きはセルフケアできている。

チームアプローチによる支援

多職種による支援の中での訪問介護の役割を明確にしています。進行性の疾患ですので、やがては身体介護になる可能性がある中で、現在できていること、本人が続けて行ないたいと願っていることを尊重し、本人が行うことの側面的支援としての生活援助を位置づけている点に特徴があります。

また、食事の提供については、効率性よりも、配食サービスとホームヘルパーによる調理を組合せ、日々の食事に変化を持たせることで単なる栄養補給のみでなく、楽しみとしての食事の在り方を考慮して支援することで栄養改善を図っています。

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 H30年 3月 5日

初回・紹介・継続
認定済 申請中

利用者名 D 殿 生年月日 昭和 23年 2月 12日 住所 K市 N町 2-3-4 〇〇ハイツ103

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 C居宅介護支援事業所 K市 M町 5-6-7

居宅サービス計画作成(変更)日 H30年 3月 5日 初回居宅サービス計画作成日 H30年 3月 5日

認定日 H30年 2月 25日 認定の有効期間 H30年 1月 28日 ~ H30年 2月 28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・・・薬を飲めていたら、日常生活はできると先生がいていたので、また自宅で自分なりの生活を楽しめたらと思います。でも、全てを行うのは難しいので、助けを借りながら生活していきたいです。できればまた、大家さんと外に出かけられたらうれしいですね。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	記載無し
総合的な援助の方針	主治医より、一番大切なことは服薬管理で、自宅での生活は可能だが支援は必要との助言をいただいたことから、服薬の確認と生活面で、本人が行うことが難しい家事の支援を行います。医師と連携を取りながら病状が安定して本人が希望する自宅での生活が続くように支援します。 主治医：G病院 W医師（神経内科）〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
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（ ）

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 H30年 3月 8日

※1
 夕方の生活援助の訪問は、夕食の支援に加え、口腔状態の確認、服薬セットやベッドメイクなど、生活の基盤となる支援が導入されています

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標		サービス内容	※1	Fステーション T訪問看護ST Rケアセンター D事業所	7/週 2/週 3/週	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日
	長期目標	短期目標					
自宅を過ごす時間は一人で動きたい	H30年3月12日～ H30年8月31日	H30年3月12日～ H30年8月31日	確実な服薬により自宅で一人で生活できる	○	訪問介護(生活援助一服薬準備) 訪問看護(医療)通所リハビリ 訪問薬剤師 福祉用具	7/週 2/週 3/週	H30年3月12日～ H30年5月31日
また、入院しないようにしたい	H30年3月12日～ H30年8月31日	H30年3月12日～ H30年8月31日	入院しないです生活を続けられる	○	訪問診療(居宅療養管理指導) 訪問歯科診療(居宅療養管理指導)	1/月 1/2週	H30年3月12日～ H30年5月31日
飲み込めなくなるのが怖い。予防して食事を楽しみたい	H30年3月12日～ H30年8月31日	H30年3月12日～ H30年8月31日	毎日の食事を楽しくする	○	Z歯科 Z歯科 Fステーション	1/2週 7/週 随時	H30年3月12日～ H30年5月31日
	H30年3月12日～ H30年5月31日	H30年3月12日～ H30年5月31日	食事や水分がしっかりと摂れること	○	Fステーション Fステーション 宅食Y	7/週	H30年3月12日～ H30年5月31日

動けなくな らないよう に運動を したい	自宅での 生活が続 けられる	H30年 3月12日 ～ H30年8 月31日	毎日の生 活で自分 でやって いること が維持で きる	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日	病院のリ ハビリサ マリーを 参考に、 医師の 助言を受 け、計画 のもとに 個別機能 訓練を行 う	○	通所リハ ビリ	Rケアセ ンター	3/週 H30年3 月12日 ～ H30年5 月31日
今は一人 では自信 が無いが お風呂に 入りた い	入浴を 継続し 生活意 欲が維 持でき る	H30年 3月12日 ～ H30年8 月31日	介助によ り入浴が 定期的 にでき る	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日	通所リハ ビリ利用 中に入浴 支援。一 部介助、 見守り を行う	○	通所リハ ビリ	Rケアセ ンター	3/週 H30年3 月12日 ～ H30年5 月31日
出来るよ うに掃除 や洗濯、 買い物 を手伝 ってほ しい	家事が 自分で も行な え、生 活に満 足でき る	H30年 3月12日 ～ H30年8 月31日	支援を受 けなが ら自分 ででき る家事 を継続 でき る	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日	できる 家事は 行う 居室掃 除、衣 類洗濯 の支援 、ベッ ドメイ ク、次 の衣類 の準備 、室内 環境整 備、戸 締り確 認	○	本人 訪問介 護(生活 援助一 本人が できな い部分 の支援)	Fステー ション 7/週	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日
トイレや 玄関で 転ばな いよう にしたい	転倒を 予防し 不安な く生活 ができ る	H30年 3月12日 ～ H30年8 月31日	自宅の 環境を 常に整 え、歩 行、移 動が維 持でき る	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日	住宅改 修 トイレ 、上り 框に手 すりの 設置。 トイレ のドア を引 き戸に 変更	○	住宅改 修	D事業 所	H30年 3月12日 ～ H30年5 月31日
病気が 心配だ けど前 向きに 生きて いき たい	日々前 向きに 生活が 継続で きる	H30年 3月12日 ～ H30年8 月31日	相談を 通して 不安が 解消さ れる	H30年 3月12日 ～ H30年 5月31日	関係者 全員が 相談相 手とな り、内 容を共 有し解 決を目 指す	○	関係機 関	全て	

週2回の生活援助は、他の曜日の支援と相乗的に、生活リズムを整えるという目的も持っています

※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OE

週間サービス計画表

作成年月日 H30年3月8日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							
早朝	6:00							起床・・・7時頃
午	8:00							ごみ捨て・・・大家さん 洗濯週2回(訪介)
前	10:00	訪問看護	訪問看護	訪問介護	訪問看護		訪問介護	買い物週2回(訪介) 大家さんが行くことも 訪問看護・・・緊急対応
午	12:00	通所リハビリ (入浴あり)	通所リハビリ (入浴あり)	通所リハビリ (入浴あり)	通所リハビリ (入浴あり)	通所リハビリ (入浴あり)		
後	14:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問薬局			
夜	16:00							
間	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	17:00～就寝のための 支援、翌朝の薬セット 以降、ベッド内で過ごす 就寝・・・22時頃
深	20:00							
夜	22:00							
	24:00							
	2:00							
	4:00							

朝、夕の生活援助は、それぞれの目的が異なり、共に生活を継続させるための重要な位置づけであり、他のサービスとの役割分担が明確に示されていることが求められます

週単位以外のサービス	特殊寝台、特殊寝台付属、介助バー貸与。 住宅改修(玄関 上がりかまち トイレ 手すり設置、トイレドア取替え) 合鍵・・・キーボックス管理、配食サービス(昼食はデイケア以外の日、夕方は月、水、土)
------------	--

サービス担当者会議の要点

利用者氏名	D 殿		居宅サービス計画作成者（担当者）氏名		〇〇 〇子		
開催日	H30年 3月 8日	開催場所	入院先会議室	開催時間	14:00	開催回数	1
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	D氏	M地域包括支援	主任ケアマナ	W訪問薬局	薬剤師	
	訪問診療	Hクリニック医師	訪問介護	Fステーション	近隣	大家さん	
	訪問歯科	R歯科医師	通所リハビリ	Rケアセンター	入院医療機関	担当医、担当看護師	
	訪問看護（医療）	T訪問看護ST	福祉用具	B事業所	C居宅介護支援	ケアマネジャー	
検討した項目	<p>① 本人の意向の確認 ② ご本人の望む自宅生活のための今後の方針と各サービス機関の役割の確認</p> <p>② ケアプランの内容と目標の達成、次のステップの確認</p>						
検討内容	<p>① 本人・・・来週退院が決まりました。体調が落ち着いたら、以前のように大家さんとお茶飲みながらおしゃべりや、地域のイベントに参加をしたい。ヘルパーさんにはできないところを助けてもらって、自分でできることは自分で行いたい。</p> <p>② 訪問診療・・・服薬ができてはいるかは毎日のケアで確認してほしい。薬が効いているときは本人が動ける。朝は枕元に薬を用意しておけば自分で飲めるのでセットを支援してほしい。訪問看護・・・病院からのサマリーを皆さんで共有し、病状を把握したい。訪問歯科・・・この病気は嚥下障害が起きやすく、誤嚥性肺炎予防の観点からも口腔ケアは必須。今後は口腔内運動訓練も行う必要がある。口腔内が非常に乾燥することがあるので、訪問介護や通所リハビリでも観察が必要。訪問薬局・・・お薬ポケットの管理は行う。薬の飲み込みを見してほしい。通所リハビリ・・・入浴可。個別機能訓練やSTのリハビリを医師に確認しながら行う。夜のうちにセットすれば朝はヘルパーさんが居なくても大丈夫だと思う。訪問介護・・・家事全体を支援しようと考えているが、食事を毎回作るのではなく、食事の変化を楽しめるよう配食サービスが利用できないか。もしも本人が動けなくても入れるようにキーボックスを利用できないか。大家さん・・・時々様子を家に家に行く。自分ができる事はないかと考え、ゴミ出しぐらいならできると思う。</p>						
結論	<p>1. 本人が増えるように、機能訓練の内容を確認し、通所リハビリを中心に行います。2. 嚥下機能を維持し配食サービスで食事の形態や内容にも注意します。3. 服薬状況は、関係者全員で確認します。朝の服薬は夜にヘルパーがセットします。4. 住宅改修（トイレ・玄関手すり設置、トイレ扉変更）、5. 病状や支援内容を共有し、それぞれが専門性を活かした支援を行います。</p>						
残された課題 （次回開催時期）	<p>1. 住宅改修後に生活動作の確認 2. 3カ月後にサービスの状況確認の為サービス担当者会議を行う。</p>						

V. 訪問回数が多い生活援助（2）

事例概要

Eさん 90歳 男性 要介護3、独居（20年以上前に妻は他界）
4ヶ月前に脳梗塞（小脳梗塞）を再発し、入院による治療、リハビリテーションを受けていた。1ヶ月前に退院してからは、医療介護サービス等の支援を活用しながら自宅生活を再開している。退院時に区分変更申請を行った。近隣に住む弟のサポート（通院時の付き添いなど）も受けているが、弟自身がすでに高齢（84歳）であり、自身の健康維持や今後の介護に不安を抱えている。

アセスメントの概要

脳梗塞の後遺症や腰部脊柱管狭窄症により、自宅でのADL・IADL低下、ふらつきや歩行に支障があり、活動制限が確認されている。また、退院から1ヶ月が経過した時点で、易疲労や食欲の低下、心身機能低下といった廃用症候群、活動量の低下も著明となっている。本人は、現在の生活の継続を強く望んでいるが、同居介護者が不在であることも阻害要因のひとつとなり、生活全般の支援を課題としている。再発まで配食サービスですべての食事を補っていたが、食欲がわかず残すことが多くなっていた。また、好みの漬物や醤油をつけての食事が多くなっていた様子。食事の改善も課題となっている。

一方で、入院中の治療・リハビリテーションの効果により、発症後の座位姿勢改善、コミュニケーション能力の回復、自力での食事摂取などの遂行機能や活動は改善または維持されている状況にある。生活環境の改善、心身機能の改善、生活上のリスク管理と共に身体機能向上、活動や参加の促進のための支援が進めば、現在の生活を継続できる可能性は高い。

介護力不足の課題がある一方で、住み慣れた自宅における環境は本人にとってストレスが少ない環境であり、能力を発揮しやすい環境ともいえる。このため、生活支援が効果的に機能すれば、日常の活動や参加、地域交流などが本人の意欲を支え、家族や親族の不安軽減にも結びつき、主体的な生活を継続するための原動力となることが考えられる。

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：活動制限のある独居高齢者（男性）の生活を支援する。

障害高齢者
日常生活自立
度（B1）

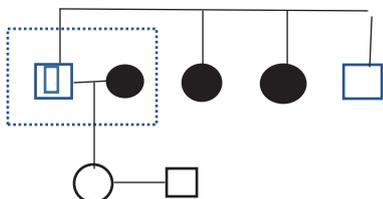
ADLの概要：脳梗塞後遺症および腰痛を伴ない、寝たり起きたりの生活だが、独居生活維持を目指している。

認知症高齢者日常生活自立度（自立）

認知症の状況
生活上の判断については、概ね自立している。

本人基本情報

90歳 男性	要介護3 身長160cm 体重41kg
家族構成	独居（20年前に妻が他界）
住環境・福祉機器等	戸建て（2階建て）・手すり設置（トイレ、廊下）Pトイレを寝室で使用。
経済状況	国民年金受給、若干の貯蓄あり。
性格	几帳面、職人肌。
生活歴・職業歴	時計店（自営）を20年前まで経営。
趣味・嗜好	庭木や花壇の管理や草取りが好きだったが、現在は難しい。 室内犬（子犬）をかわいがっている。



家族情報

基本情報	長女は遠方にて義母を介護。近隣に弟（84歳）が在住。
健康状態	弟は高齢で、介護困難。
キーパーソン	長女その他、弟の来訪あり、朝は雨戸の開放、見守りがある。
地域との関係	50年以上、長年住み慣れた自宅に住み、近隣の方も気にかけてくれている。

本人生活の生活像（ICF）

健康状態	右脳梗塞に加え、小脳梗塞、腰部脊柱管狭窄症 便秘症あり
健康に対する本人の意識	脳梗塞後遺症、腰痛による活動制限あり、現在の生活を続けなければ体調を維持できると考えている。
受診/服薬/処置	弟の付き添いによる通院、内服は自己管理を基本に。
心身機能・身体構造	座位保持は可、歩行困難あり。疼痛については、投薬および装具作成し、日中は着用している。
活動状況	1～2時間程度であれば座位保持可能。易疲労あり、ADL一部介助、食事摂取は可。
参加・役割・交流	近隣とは長い付き合いであるが、もともと外出は好まない。
本人の希望・望む暮らし	自分で判断し自分で行えるように体調を維持したい。
生活に生じている課題	不全麻痺および腰痛に伴う活動制限、1階寝室での生活となっている。

特記：定期受診（医療・通院）、訪問看護（週1回）、訪問介護（生活援助・身体介護）、福祉用具貸与（手すり貸与、歩行器貸与）、住宅改修、宅配・配食サービス（現在休止中）、安否確認（民間サービス）

本事例のケアプラン解説

「生活援助」は単なる家事代行ではないことの確認

- 疾病（再脳梗塞、及び腰部脊柱管狭窄症による ADL・IADL の低下、活動制限があり、生活が不活発なことで更なる体力、生活意欲低下が危惧される独居高齢者について、食事改善の支援を中心とした「生活援助」の活用を確認する。

援助の方針や目標の共有について

- 生活全体のリズムを調整する援助の軸として、本事例では「生活援助」を過不足のないように、かつ集中的に活用するが、自立支援（主体的な生活や意欲の向上）の効果を高めるために、援助期間や目指す目標を明確に共有した上で実施する。
- そして、モニタリングにおいては支援が生活機能の改善、維持、悪化防止や予防につながっているか、本人の満足度は高いか、主体的な活動は増えているか等を客観的に点検し、支援の効果を見極める。

医療介護連携、リハビリテーションの視点について

- 本事例は退院後1ヶ月が経過しており、あらためて入退院前後の生活の連続性や再開後の自宅生活について検討、計画している。その中では、入院中に行われた医学的支援やリハビリテーションが退院後にどのように活かされるのか、退院後の医療や介護、生活支援とどのように結びつき、連動し、連携を図るかにも留意している。
- 本事例においては、通所リハビリテーションや訪問看護との連携（生活機能向上連携）を強化し、その目的を共有している。具体的にはフレイル、サルコペニアの予防に関連して、運動の質や活動量の維持改善のための支援が、食事支援（栄養改善）と連動して行われること、そこではじめて効果が期待できることに留意している。

その他、生活援助が期待できる効果について

- 「生活援助」が、本人の生活に寄り添い、情緒的支援や家族支援を実行している側面があることや、セルフケアの側面（インフォーマルサポートとの関係や配慮などを含む）にも留意し、その人らしい生活の継続を支援している。やがては本人が主体的に行う家事を目標に、まずは生活基盤を整える目的で生活援助を位置づけている。

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 H30年 3月 25日

初回・紹介・**継続**

認定済・申請中

利用者名 E 殿 生年月日 S22年 9月 20日（90歳） 住所

居宅サービス計画作成者氏名 S

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 Sケアプラザセンター

居宅サービス計画作成（変更）日 H30年 3月 25日 初回居宅サービス計画作成日 H29年 6月 8日

認定日 H30年 3月 20日 認定の有効期間 H30年 2月 18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	<p>（ご本人）2月の退院後、自宅での生活が再開できたことは嬉しいが、まだ自分の思うような生活ができない。 体力、気力をつけ自宅での生活を楽してみたい。 （ご家族）ひとり暮らしをこれまで通り支えていけるかが心配です。 心身ともに回復し、本人も自信がもてるような生活支援を期待し、これを見守りたいと思います。</p>
------------------	--

介護認定審査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	<p>立ち上がりや歩行状態が不安定な様子があり、屋内活動も十分ではない様子です。 医療支援の継続やリハビリテーションによる効果を活かしましょう。また転倒予防などや食生活の改善など、当面の目標を共有しながら、安心して暮らせる生活を目指したいと思います。</p>
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	<p>1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ ）</p>
--------------	--------------------------------------

居宅サービス計画書（2）

単なる食事の提供ではなく、サルコペニア状態からの脱却を目指し、本人が食事に対して意欲を持っていただけのために生活援助の活用になっています

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
体力をつけ、体調の回復を目指したい	脳梗塞を再発させないで過ごせる	H30年 4月1日 ～ 9月30日	日々の健康管理が自分でも行える	H30年 4月1日 ～ 6月30日	問診、健康チェック、生活指導、助言、服薬状況の確認、指導 声掛けによる服薬の確認と体調確認を行う 安否確認、通院付き添い	○ ○ ○	保険診療 居宅療養管理指導 訪問看護 訪問介護（生活援助） 本人・家族 家族	□□ △△ ※※ ××	月1回 月1回 週2回 毎日 随時	H30年 4月1日 ～ 6月30日
毎日の生活が楽に過ごせるようにしたい	食生活の改善が図れ、健康的に過ごせる	H30年 4月1日 ～ 9月30日	食欲がわき、食事を楽しむ機会が増える	H30年 4月1日 ～ 6月30日	食事指導、生活面での指導、助言 昼、夕方の食事の調理、配膳、片付け、食材の管理（食べやすい食事） 買い物（ヘルパーと連携）	○ ○ ○	居宅療養管理指導 訪問看護 訪問介護（生活援助） 弟さん（買い物）	△△ ※※ ××	月1回 週2回 毎日 随時	H30年 4月1日 ～ 6月30日
毎日の生活が楽に過ごせるようにしたい	適度な運動を継続して行いたい	H30年 4月1日 ～ 9月30日	入浴、トイレ、移動など、自分で力を使えるようになる	H30年 4月1日 ～ 6月30日	機能訓練、生活動作の指導、助言、生活指導 入浴、トイレ、移動支援	○ ○	訪問リハビリテーション 訪問看護 本人	▷▷ ※※	週2回 週2回	H30年 4月1日 ～ 6月30日
家事は自分で行いたい	家事が自分でも行える	H30年 4月1日 ～ 9月30日	動きがよくなり、家事が楽に行える	H30年 4月1日 ～ 6月30日	体調を見ながら、整理整頓、簡単な掃除、訪問リハビリと訪問介護の連携により、自立動作を獲得しよう 移動動作の支援、環境調整、助言	○ ○ ○	訪問リハビリテーション 訪問介護（身体介護） 福祉用具貸与 住宅改修	▷▷ ×× ○○ ○○	週2回 週2回	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。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

訪問リハビリとの連携による、自立支援見守りでの家事の参加も、週の中に設定してま

週間サービス計画表

作成年月日 H30年 3月 24日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝	安否確認	7:00起床、戸の閉閉(弟)朝食内服 居間で過ごす						
午前	訪問リハビリ	訪問看護	訪問リハビリ	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	整理整頓、掃除洗濯 12:00~昼食内服 排泄 食べたら1時間ほど横になる 居間で過ごす
午後	訪問介護(身体介護)	訪問介護(生活援助)	訪問介護(生活援助)	訪問介護(身体介護)	訪問介護(生活援助)	訪問介護(生活援助)	訪問介護(生活援助)	
夜間	訪問介護(生活援助)	体調確認、トイレ、 17:30~夕食内服 明日の準備、片付け						
深夜								就寝準備 内服、就寝
2:00								
4:00								

一見、かなり多めの支援ですが、生活援助は永続的ではないこと、食事の支援がカギであること、その後に目指す目標などが根拠をもって示せれば、適切な支援といえます

週単位以外
のサービス
定期受診(通院・家族付き添い)、住宅改修(段差解消、手すり設置)、居宅療養管理指導(薬剤師月1回、管理栄養士月1回)、
家族の安否確認、朝食見守り、雨戸の開閉、ホームヘルパーと連携しての買い物

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者氏名 E 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 S

開催日 H30年 3月 24日		開催場所		開催時間		開催回数	
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	Eさん	L 訪問リハ（リハ担当）	L 作業療法士、管理栄養士	J 薬局	薬剤師	
	家族、親族	弟さん	N 訪問看護	N 訪問看護師			
	G クリニック	主治医	G 福祉用具貸与	G 福祉用具専門相談員	S ケアプランセンター	S ケアマネ	
検討した項目	<p>①本人・家族の意向の確認②ご本人の望む生活に向けて今後の支援方針と各サービスの機能の役割の確認</p> <p>③ケアプランの内容と目標達成、次のステップの確認</p>						
検討内容	<p>① 本人・・・自宅に戻ってきたが、まだ寝たり起きたりの生活で疲れやすい。自分で用事が足せるようになりたい。 配食サービスをつかってみたが、自分には合わない気がする。食欲がわかない。</p> <p>弟・・・近所なので、自分の健康のためにも見守りや雨戸の開閉くらいは手伝いたい。自身に体力的な不安もある。 緊急の際はどのようにしたら良いのか、今後のことが不安です。</p> <p>② 慣れ親しんだ自宅での生活リズム、体調の回復を目標にします。 主治医・・・入院治療、リハビリにより、ベッドから起き上がり少しずつ活動できる能力、回復は期待できます。そのためには、毎日の生活リズムや活動の量と質の見直し、再発を防ぐこと、痛みを軽減できるようにします。また運動だけでなく栄養管理や内服も大事です。体調の目安となる体重減少なども気になります。支援を受けながら気力と体力を回復させましょう。 訪問リハビリ・・・機能訓練の継続や定期的な機能評価、助言を通じて、生活上の不安が解消されるように支援を予定します。 また、在宅サービスの方々とも連携を取り合いたいと思います。適度な活動と休息も重要です。 訪問看護・・・自宅での健康チェックや活動のお手伝い、確認をいたします。 まずは起き上がり、座位の安定を食事や入浴、トイレ移動など自分で行なえる活動が安定することを目指します。 訪問介護・・・リハビリや訪問看護師さんなどの助言を受けながら生活動作の支援、生活援助を予定します。 生活リズムを整えながら、まずは食事が美味しく食べられることも大事です。体力がついてきたら少しずつ、以前できていた活動（台所での活動など）に取り組めるよう支援も予定しています。 福祉用具専門相談員・・・ケガのないように、動作がしやすいよう道具の活用状況を検討、点検します。 ③ 短期間で集中的に生活援助を導入し、寝たきりに近い生活から、まずは体調と体力の回復を目指します。 自宅環境の整備や整理整頓、食支援の見直し、生活リズム点検の効果を、3ヶ月程度を目安とし確認します。</p>						

結論	<p>心身機能や体調の回復をみて、自分でできる活動と、実際に行なえる活動を増やして行けるようになります。</p> <p>家事はできるだけ、自分で行なうようになることが、その次の目標です。</p> <p>現状の支援については、目標に沿って、効果を点検します。</p> <p>また、この支援計画は、市町村にも届け出た後に実施を予定します。</p>
残された課題	<p>本人の体力や体調、これまでの生活状況も踏まえ、まずは訪問支援（訪問看護、訪問介護など）を軸としますが、今後、生活機能の改善が確認された場合は、通所支援に切り替えるなど支援方法の見直しを検討します。</p> <p>また、生活機能がさらに悪化した場合などは、その理由について確認しながら、新たな支援の活用なども検討、本人の意向を確認できればと考えます。</p>

第4章 おわりに

I. 本書を活用するにあたって

本事業による調査（別冊、報告書参照）によって見えてきたこととして、アセスメントについては、利用者の健康状態、心身機能、活動などの項目は概ね捉えられているものの、利用者の内面（個人因子）や家族の生活（環境因子）などに関する課題の捉え方に幾らかの差異がありました。さらに、ケアプランに生活援助を位置づけるためのニーズ及びサービス内容を記載する際に、生活の維持という視点はおおむね共通に設定できていますが、さらに活動や参加の促進などの目標に向けた設定があると、より自立に資する支援につながるのではないかという点です。

つまり、生活援助を位置づけるためには、単なる家事代行ではなく、専門性をもって支援しなければならないという視点は理解できており、そのためのアセスメントはしているが、さらなる自立に向かうための生活援助の活用について意識することも有効ではないかということです。

今回、ケアプランへ訪問介護の生活援助を位置付けるための記載例を作成したのも、そのような背景が確認されたためです。そして、平成30年10月からは、頻回訪問の生活援助を位置づけた場合、保険者へケアプランを提出することになりました。おそらくケアマネジャーの中には「保険者の判断で給付が認められなくなるのではないか」と不安に思っている方もいるかもしれません。しかし、ここで重要なことは、保険者に提出することになったケアプランに、しっかりと生活援助が必要な根拠が示されていることです。

本書は、その際にも参考として活用されることでしょう。もちろん、すべての生活援助のケースに対応する参考例が示されているわけではありません。しかし、どのような背景があるにせよ、求められる視点は「利用者主体の自立した生活への支援」です。「以前のような自分らしい生活を取り戻したい」「新たな役割を持ちたい」などの意向に対して、まずは日常生活を継続するために、専門性を持った生活援助の支援が必要か、という視点からケアプランを作成していれば、自信をもって提出をすればよいのだと思います。そして、このことは決して生活援助を位置づけるためだけではなく、すべてのサービスに共通していえることでもあります。

私たちケアマネジャーの業務は、ケアプラン作成がすべてではありません。しかし、ケアプランがケアチームに示される代表的な帳票であることは事実です。したがって、個々の根拠が明確かつ正確に示されなければなりません。経験年数に関わらず、この機会にもう一度自らのケアプランを見直して、アセスメントで導き出されたニーズと必要な支援が、根拠をもって適切に示されているか、そのことがケアチームで検証されているか、などを確認するための一助として、本書をご活用していただければ幸いです。

参考資料

今までに発出された訪問介護に関する通知一覧

- 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）
※ 本通知のみ最新版を最終頁に掲載します。
- 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）
- 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及び指定居宅介護支援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（H12.3.1 老企第 36 号通知 H27.3.27 一部改正）
- 「通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」及び「身体介護が中心である場合」の適用関係等について（H15.5.8 老振発第 0508001 号・老老発第 0508001 号）
- 「通院等のための乗車又は降車の介助」の適正な実施について（H15.3.19 老振発第 0319002 号）
- 訪問介護における院内介助の取り扱いについて（H22. 4.28 事務連絡）
- 医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（H17.7.26 医政発第 0726005 号）
- 介護職員等の実施する喀痰吸引等の取扱いについて（通知）（H24.3.29 医政発 0329 第 14 号・老発 0329 第 7 号・社援発 0329 第 19 号）
- 適切な訪問介護サービス等の提供について（H21.7.24 事務通知）
- 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 老振 事務通知）
- 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（H20.8.25 老振 事務通知）
- 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取扱いについて（H21.12.25 老振発 1224 第 1 号）

ケアプランの記載方法についての通知

- 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について
（平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）【新旧対照表】

（改正部分は赤字下線部分）

改正後	現 行
<p>訪問介護の介護報酬については、「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（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援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」（平成12年3月1日付厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において、その具体的な取扱いをお示しているところであるが、今般、別紙の通り、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分及び個々のサービス行為の一連の流れを例示したので、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の参考として活用されたい。</p> <p>なお、「サービス準備・記録」は、あくまでも身体介護又は生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、サービスに要する費用の額の算定にあたっては、この行為だけをもってして「身体介護」又は「生活援助」の一つの単独行為として取り扱わないよう留意されたい。</p> <p>また、今回示した個々のサービス行為の一連の流れは、あくまで例示であり、実際に利用者にサービスを提供する際には、当然、利用者個人の身体状況や生活実態等に即した取扱いが求められることを念のため申し添える。</p>	<p>訪問介護の介護報酬については、「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（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援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」（平成12年3月1日付厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において、その具体的な取扱いをお示しているところであるが、今般、別紙の通り、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分及び個々のサービス行為の一連の流れを例示したので、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の参考として活用されたい。</p> <p>なお、「サービス準備・記録」は、あくまでも身体介護又は生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、サービスに要する費用の額の算定にあたっては、この行為だけをもってして「身体介護」又は「生活援助」の一つの単独行為として取り扱わないよう留意されたい。</p> <p>また、今回示した個々のサービス行為の一連の流れは、あくまで例示であり、実際に利用者にサービスを提供する際には、当然、利用者個人の身体状況や生活実態等に即した取扱いが求められることを念のため申し添える。</p>

(別紙)

1 身体介護

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 ADL・IADL・QOL や意欲の向上のために利用者と共に自立支援・重症化防止のためのサービス、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・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。

1-0 サービス準備・記録等

サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

1-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態の子エック

1-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

1-0-3 相談援助、情報収集・提供

(別紙)

1 身体介護

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・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。

1-0 サービス準備・記録等

サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

1-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態の子エック

1-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

1-0-3 相談援助、情報収集・提供

1-0-4 サービス提供後の記録等	1-0-4 サービス提供後の記録等
1-1 排泄・食事介助	1-1 排泄・食事介助
1-1-1 排泄介助	1-1-1 排泄介助
1-1-1-1 トイレ利用	1-1-1-1 トイレ利用
<p>○トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動（見守りを含む）→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む）</p>	<p>○トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動（見守りを含む）→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む）</p>
1-1-1-2 ポータブルトイレ利用	1-1-1-2 ポータブルトイレ利用
<p>○安全確認→声かけ・説明→環境整備（防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど）→立位をとり脱衣（失禁の確認）→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助）</p>	<p>○安全確認→声かけ・説明→環境整備（防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど）→立位をとり脱衣（失禁の確認）→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助）</p>
1-1-1-3 おむつ交換	1-1-1-3 おむつ交換
<p>○声かけ・説明→物品準備（湯・タオル・ティッシュペーパー等）→新しいおむつの準備→脱衣（おむつを開く→尿パットをとる）→陰部・臀部洗浄（皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥）→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）おむつから漏れて汚れたりネン等の交換</p> <p>○（必要に応じて）水分補給</p>	<p>○声かけ・説明→物品準備（湯・タオル・ティッシュペーパー等）→新しいおむつの準備→脱衣（おむつを開く→尿パットをとる）→陰部・臀部洗浄（皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥）→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>○（場合により）おむつから漏れて汚れたりネン等の交換</p> <p>○（必要に応じて）水分補給</p>
1-1-2 食事介助	1-1-2 食事介助
<p>○声かけ・説明（覚醒確認）→安全確認（誤飲兆候の観察）→ヘルパー自身の清潔動作→準備（利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備）→食事場所の環境整備→食事</p>	<p>○声かけ・説明（覚醒確認）→安全確認（誤飲兆候の観察）→ヘルパー自身の清潔動作→準備（利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備）→食事場所の環境整備→食事</p>

<p>姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをささむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理</p> <p>○嚥下困難者のための流動食等の調理</p> <p>1-2 清拭・入浴、身体整容</p> <p>1-2-1 清拭（全身清拭）</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2 部分浴</p> <p>1-2-2-1 手浴及び足浴</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2-2 洗髪</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-3 全身浴</p> <p>○安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排</p>	<p>姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをささむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理</p> <p>○嚥下困難者のための流動食等の調理</p> <p>1-2 清拭・入浴、身体整容</p> <p>1-2-1 清拭（全身清拭）</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2 部分浴</p> <p>1-2-2-1 手浴及び足浴</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2-2 洗髪</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-3 全身浴</p> <p>○安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排</p>
<p>姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをささむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理</p> <p>○嚥下困難者のための流動食等の調理</p> <p>1-2 清拭・入浴、身体整容</p> <p>1-2-1 清拭（全身清拭）</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2 部分浴</p> <p>1-2-2-1 手浴及び足浴</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2-2 洗髪</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-3 全身浴</p> <p>○安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排</p>	<p>姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをささむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理</p> <p>○嚥下困難者のための流動食等の調理</p> <p>1-2 清拭・入浴、身体整容</p> <p>1-2-1 清拭（全身清拭）</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2 部分浴</p> <p>1-2-2-1 手浴及び足浴</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-2-2 洗髪</p> <p>○ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作</p> <p>1-2-3 全身浴</p> <p>○安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排</p>

池の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪を乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

1-2-4 洗面等

○洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備（歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど）→洗面用具準備→洗面（タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助）→居室への移動（見守りを含む）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-5 身体整容（日常的な行為としての身体整容）

○声かけ・説明→鏡台等への移動（見守りを含む）→座位確保→物品の準備→整容（手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-6 更衣介助

○声かけ・説明→着替えの準備（寝間着・下着・外出着・靴下等）→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

1-3-1 体位変換

○声かけ、説明→体位変換（仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位）→良肢位の確保（腰・肩をひく等）→安楽な姿勢の保持（座布団・パットなどあて物をする等）→確認（安楽なのか、めまひはないのかなど）

1-3-2 移乗・移動介助

1-3-2-1 移乗

○車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベ

池の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪を乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

1-2-4 洗面等

○洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備（歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど）→洗面用具準備→洗面（タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助）→居室への移動（見守りを含む）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-5 身体整容（日常的な行為としての身体整容）

○声かけ・説明→鏡台等への移動（見守りを含む）→座位確保→物品の準備→整容（手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧）→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-6 更衣介助

○声かけ・説明→着替えの準備（寝間着・下着・外出着・靴下等）→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

1-3-1 体位変換

○声かけ、説明→体位変換（仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位）→良肢位の確保（腰・肩をひく等）→安楽な姿勢の保持（座布団・パットなどあて物をする等）→確認（安楽なのか、めまひはないのかなど）

1-3-2 移乗・移動介助

1-3-2-1 移乗

○車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベ

<p>ツドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保（後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど）→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認</p> <p>○その他の補装具（歩行器、杖）の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認</p> <p><u>1-3-2-2 移動</u></p> <p>○安全移動のための通路の確保（廊下・居室内等）→声かけ・説明→移動（車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど）→気分の確認</p> <p><u>1-3-3 通院・外出介助</u></p> <p>○声かけ・説明→目的地（病院等）に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き</p> <p>○（場合により）院内の移動等の介助</p> <p><u>1-4 起床及び就寝介助</u></p> <p><u>1-4-1 起床・就寝介助</u></p> <p><u>1-4-1-1 起床介助</u></p> <p>○声かけ・説明（覚醒確認）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起きあがり→ベッドからの移動（両手を引いて介助）→気分の確認</p> <p>○（場合により）布団をたたみ押入に入れる</p> <p><u>1-4-1-2 就寝介助</u></p> <p>○声かけ・説明→準備（シーツのしわをのばし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上ものを片づける等）→ベッドへの移動（両手を引いて介助）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保→リネンの快適さの確認（掛け物を気温によって調整する等）→気分の確認</p> <p>○（場合により）布団を敷く</p> <p><u>1-5 服薬介助</u></p> <p>○水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認（飲み忘れな</p>	<p>ツドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保（後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど）→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認</p> <p>○その他の補装具（歩行器、杖）の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認</p> <p><u>1-3-2-2 移動</u></p> <p>○安全移動のための通路の確保（廊下・居室内等）→声かけ・説明→移動（車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど）→気分の確認</p> <p><u>1-3-3 通院・外出介助</u></p> <p>○声かけ・説明→目的地（病院等）に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き</p> <p>○（場合により）院内の移動等の介助</p> <p><u>1-4 起床及び就寝介助</u></p> <p><u>1-4-1 起床・就寝介助</u></p> <p><u>1-4-1-1 起床介助</u></p> <p>○声かけ・説明（覚醒確認）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起きあがり→ベッドからの移動（両手を引いて介助）→気分の確認</p> <p>○（場合により）布団をたたみ押入に入れる</p> <p><u>1-4-1-2 就寝介助</u></p> <p>○声かけ・説明→準備（シーツのしわをのばし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上ものを片づける等）→ベッドへの移動（両手を引いて介助）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保→リネンの快適さの確認（掛け物を気温によって調整する等）→気分の確認</p> <p>○（場合により）布団を敷く</p> <p><u>1-5 服薬介助</u></p> <p>○水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認（飲み忘れな</p>
<p>いようにする）→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認</p>	<p>いようにする）→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認</p>

<p>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）</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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）</p> <p>○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）</p> <p>○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）</p> <p>○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。</p> <p>○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）</p> <p>○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おう又は思い出してもらおうよう援助</p> <p>○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。</p> <p>○洗濯物を一緒に干したり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。</p> <p>○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</p> <p>○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</p>	<p>1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL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）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>○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）</p> <p>○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）</p> <p>○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）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>○認知症の高齢者の方と<u>いっしょに</u>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。</p> <p>○洗濯物を<u>いっしょに</u>干したり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。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>
--	---

- 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

2 生活援助

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。（生活援助は、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ことができる。）

※ 次のような行為は生活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

2-0 サービス準備等

サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

2-0-1 健康チェック

- 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
 - 車イス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
- (新設)

2 生活援助

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。（生活援助は、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ことができる。）

※ 次のような行為は生活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

2-0 サービス準備等

サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

2-0-1 健康チェック

<p>利用者の安否確認、顔色等のチェック</p> <p><u>2-0-2 環境整備</u> 換気、室温・日あたりの調整等</p> <p><u>2-0-3 相談援助、情報収集・提供</u></p> <p><u>2-0-4 サービスの提供後の記録等</u></p> <p><u>2-1 掃除</u> ○居室内やトイレ、卓上等の清掃 ○ゴミ出し ○準備・後片づけ</p> <p><u>2-2 洗濯</u> ○洗濯機または手洗いによる洗濯 ○洗濯物の乾燥（物干し） ○洗濯物の取り入れと収納 ○アイロンがけ</p> <p><u>2-3 ベッドメイク</u> ○利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等</p> <p><u>2-4 衣類の整理・被服の補修</u> ○衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等） ○被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）</p> <p><u>2-5 一般的な調理、配下膳</u> ○配膳、後片づけのみ ○一般的な調理</p> <p><u>2-6 買い物・薬の受け取り</u> ○日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む） ○薬の受け取り</p>	<p>利用者の安否確認、顔色等のチェック</p> <p><u>2-0-2 環境整備</u> 換気、室温・日あたりの調整等</p> <p><u>2-0-3 相談援助、情報収集・提供</u></p> <p><u>2-0-4 サービスの提供後の記録等</u></p> <p><u>2-1 掃除</u> ○居室内やトイレ、卓上等の清掃 ○ゴミ出し ○準備・後片づけ</p> <p><u>2-2 洗濯</u> ○洗濯機または手洗いによる洗濯 ○洗濯物の乾燥（物干し） ○洗濯物の取り入れと収納 ○アイロンがけ</p> <p><u>2-3 ベッドメイク</u> ○利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等</p> <p><u>2-4 衣類の整理・被服の補修</u> ○衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等） ○被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）</p> <p><u>2-5 一般的な調理、配下膳</u> ○配膳、後片づけのみ ○一般的な調理</p> <p><u>2-6 買い物・薬の受け取り</u> ○日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む） ○薬の受け取り</p>
--	--

(注) 現行の「1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL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）」については、改正後との対比がし易いよう、例示の順序を入れ替えている。

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

発行：一般社団法人 日本介護支援専門員協会



一般社団法人
日本介護支援専門員協会