

平成 29 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

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 報告書

平成 30 年 3 月

一般社団法人

日本介護支援専門員協会

はじめに

訪問介護における生活援助をケアプランに記載するには、生活援助を必要とする行為のプロセスを細かく分けてアセスメントを行い、それぞれに自立支援に資する目標を設定し、モニタリングを重ね、期間終了時に評価を行う必要があります。

本調査研究事業においては、現在行われているアセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているか否か、短期目標に生活行為の実行動に即して示しているかなど、介護支援専門員が生活援助をケアプランに位置付ける際の理由やケアプランの記載内容等の実態を明らかにすることを目的としてアンケート調査を実施しました。また、居宅介護支援事業所を対象としたヒアリング調査では、詳細かつ具体的な情報や取り組み事例を収集いたしました。

さらに、上記の調査結果を踏まえ、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として「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」を作成いたしました。

本事業の実施にあたり、検討委員長の国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害工学研究部東祐二部長をはじめ、一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本介護福祉士会、一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会の先生方並びに調査にご協力いただいた関係者の皆様に心から御礼申し上げます。

平成 30 年 3 月

一般社団法人日本介護支援専門員協会
会長 柴口 里則

目次

要約	.....
本編	.....
第 1 章 事業概要	.....
1. 調査研究事業の目的	.....
2. 調査研究事業の概要	.....
3. 調査研究事業の実施体制	.....
第 2 章 アンケート調査結果	.....
1. アンケート調査の概要	.....
2. アンケート調査結果	.....
3. アンケート調査結果のまとめ	.....
第 3 章 ヒアリング調査結果	.....
1. ヒアリング調査の概要	.....
2. ヒアリング調査結果	.....
3. ヒアリング調査結果のまとめ	.....
第 4 章 「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」	.....
第 5 章 本調査を受けての提言	.....
参考資料	.....

要約

1. 調査研究事業の目的

訪問介護における生活援助をケアプランに記載するには、生活援助を必要とする行為のプロセスを細かく分けてアセスメントを行い、それぞれに自立支援に資する目標を設定し、モニタリングを重ね、期間終了時に評価を行う必要がある。

よって、本調査研究では、現在行われている「アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているか否か」、「短期目標に生活行為の実行動に即して示しているか」など、介護支援専門員が生活援助をケアプランに位置付ける際の理由やケアプランの記載内容等の実態を調査し明らかにするとともに、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「訪問介護の生活援助を位置づけたケアプラン記載例」を提案することを目的とした。

さらに、「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」を用いたモデル事業を実施し、分析結果を用いて実証することを検討した。

これらの結果を踏まえ、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を取りまとめた報告書を作成した。

本調査研究事業の効果及び活用方法として、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の記載例を示しマニュアル化したものを配布することにより、エビデンスに基づいた自立支援に資する訪問介護における生活援助のケアプラン作成が可能となることを目指した。

図表1 本事業の目的

- **現在行われている「アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているか否か」、「短期目標に生活行為の実行動に即して示しているか」を検証し、あるべき方法論を明らかにする。**

訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて自立に資する生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即して示しているのか等に関する検討を行い、提言につなげる。まずは自立に資する生活援助とは何か、自立支援の意味も含め、その定義を確定する。

- **生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「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」を提案する**

生活援助を必要とする状態のアセスメントからケアプランへの記載内容として、介護支援専門員が業務の中で訪問介護の生活援助を位置づける際に困難さを感じている点を中心に、役立つ支援や具体的なヒントを提供するケアプラン記載例を作成し提案する。

2. 調査研究事業の概要

(1) 検討委員会およびワーキンググループの設置・開催

本事業の事業目的の検討のため、学識者、関係団体、専門職で構成する検討委員会を設置し、調査の設計および調査結果に基づく課題分析、考察を行い、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を検討した。

また、本事業の検討委員会にて検討された内容・課題を基に、調査内容の具現化や課題の検討などの実務を行うため、介護支援専門員等によるワーキンググループを構成し、対応した。

(2) ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査

1) アンケート調査

訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即しているかを明確にするため、アンケート調査を実施した。

2) ヒアリング調査

ヒアリング調査により、アンケート調査結果についてさらに詳細かつ具体的な情報収集を行い、訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成における実態および課題を把握し、(3)で行うケアプラン参考事例の作成に活用した。

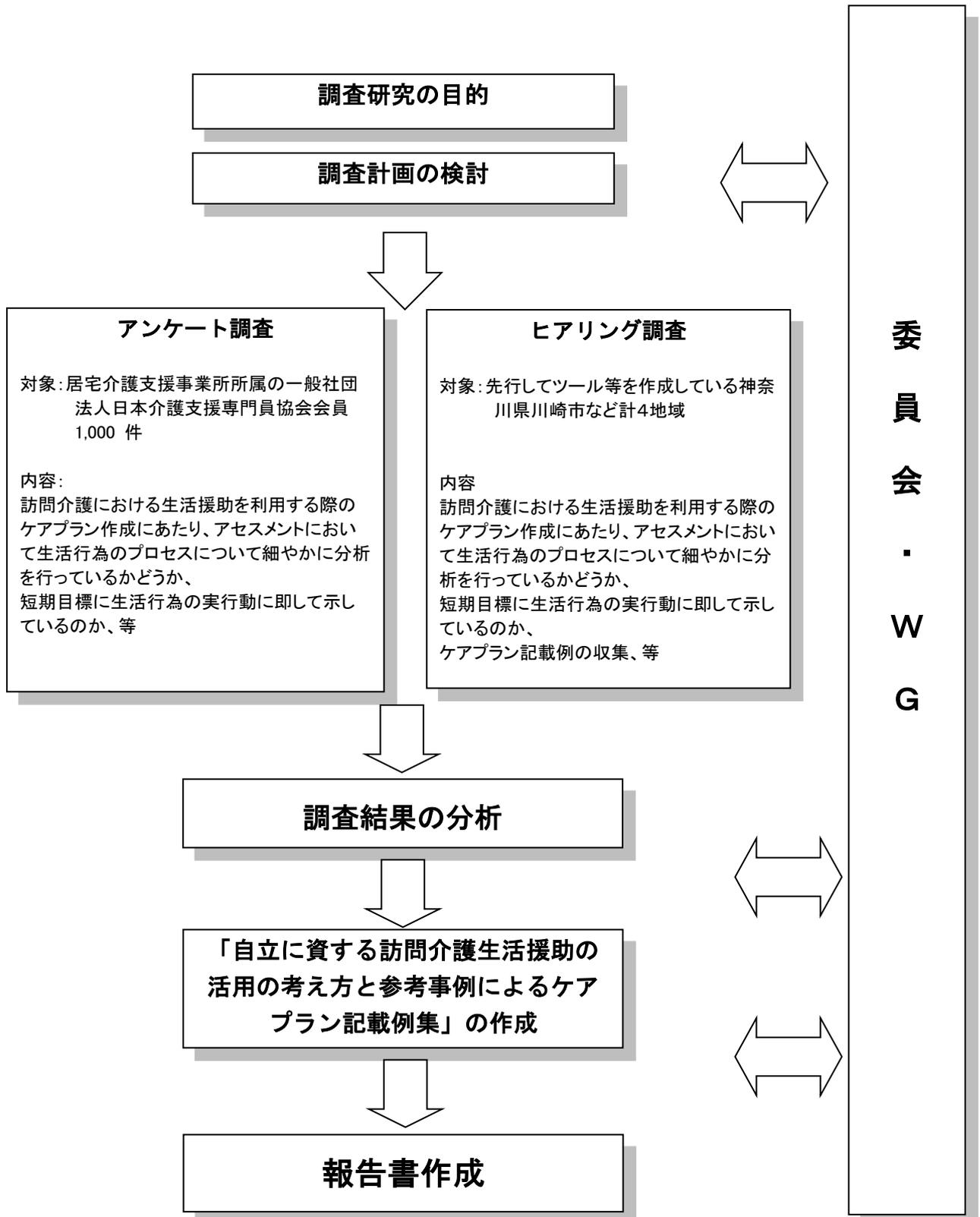
(3) 「自立に資する訪問介護生活援助の活用の考え方と参考事例によるケアプラン記載例集」の作成

アンケート調査ならびにヒアリング調査の結果を踏まえ、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容として、介護支援専門員が業務の中で訪問介護の生活援助を位置づける際に困難さを感じている点を中心に、役立つ支援や具体的なヒントを提供するケアプラン記載例冊子を作成した。

(4) 報告書の作成

上記の調査、検討結果に基づき生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「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」を作成・提供するとともに、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を報告書にまとめ、都道府県、関係団体、当協会支部等に配布した。

図表2 調査実施フロー



3. 調査研究事業の実施体制

本事業の事業目的の検討のため、学識経験者、関係団体等の有識者、介護支援専門員の5名で構成する検討委員会を設置し、調査の設計および調査結果に基づく課題分析、考察を行い、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を検討した。

また、本事業の委員会にて検討された内容・課題を基に、調査内容の具現化や課題の検討などの実務を行うため、介護支援専門員等7名によるワーキンググループを構成し対応した。

検討委員会およびその株式会社ワーキンググループの構成は以下の名簿のとおりである。

(1) 検討委員会 (敬称略、50音順)

	委員名	所属
委員長	東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部部長
委員	浅野 有子	一般社団法人日本作業療法士協会
	石本 淳也	公益社団法人日本介護福祉士会会長
	馬袋 秀男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」 全国介護事業者協議会特別理事
	七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長

(2) ワーキンググループ (敬称略、50音順)

	委員名	所属
座長	能本 守康	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事
委員	井上 創	社会福祉法人ロザリオの聖母会 ロザリオ高齢者支援センター所長
	中馬 三和子	川崎市介護支援専門員連絡会会長
	沼田 裕樹	一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 町田市介護人材開発センター理事
	水上 直彦	社会福祉法人清祥会こすもす常任理事副施設長
	七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
	中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事

4. アンケート調査結果

- ・訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即しているかを明確にするため、アンケート調査(調査名称「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査」)を実施した。
- ・調査対象：居宅介護支援事業所所属の一般社団法人日本介護支援専門員協会会員 1,000名(協会会員名簿より無作為抽出)
- ・調査方法：紙媒体調査票を用いた郵送配布・郵送回収。
- ・回収目標数；600票(回収率60%程度と想定)。
- ・調査実施時期：調査票配布平成29年11月・回収平成30年1月

(1) 介護支援専門員調査の概要

1) 基本属性

- ・本調査の集計対象となった513人の介護支援専門員については、男女比2：3で40～50歳代が全体の7割以上、4分の3が常勤・専従であった。事業所の管理者が4割を占めており、主任介護支援専門員が半数を超えている(52.2%)。
- ・保有している基礎資格は、介護福祉士が67.8%と全体の7割近くで、社会福祉士が14.6%、看護師が14.0%であった。経験年数で5年未満が27.7%、5年以上10年未満が25.9%、10年以上15年未満が27.9%と同じくらいで、15年以上が15.0%であった。
- ・所属先は、社会福祉法人が29.6%、営利法人が28.1%とそれぞれほぼ3割ずつを占め、医療法人が22.2%であった。全体の53.8%が訪問介護事業所を併設している。
- ・特定事業所加算算定事業所が約6割のうち、特定事業所加算(Ⅱ)が4割以上を占めており、約4割近くが加算を算定していない事業所であった。
- ・担当利用者数では、平均で要介護1が12.5人と最も多く、要介護2が10.6人で、要介護状態区分が高いほど担当数が少なくなっている。訪問介護算定人数も同様の分布を示し、平均で要介護1：4.3人(生活援助のみ：2.9人)、要介護2：3.9人(生活援助のみ：2.4人)であった。身体援助のみでは要介護度別の差異はみられなかった。
- ・生活援助中心型の算定理由は、独居が最も多く、日中独居と家族が疾病・障害がほぼ同程度。要介護度別の分布では差異がみられず、ほぼ同様の傾向がみられた。

2) 主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ごとの集計結果

① サービスの提供状況について

- ・生活機能向上連携加算の算定状況では、要介護1及び2が多く、担当利用者の状況と同じ傾向である。要介護2以上では、特に主任介護支援専門員が多く算定していた。
- ・通所リハビリテーションとの連携では、同様に要介護1・2の軽度者ほど連携数が多く、要介護1では主任介護支援専門員以外の介護支援専門員が多く算定していた。一方、訪問リハビリテーションでは、平均数では要介護度でのほぼ同数の算定となっており、主任介護支援専門員では要介護4・5で、それ以外の介護支援専門員では要介護2・3で多く連携していた。
- ・老計10号の訪問介護におけるサービス行為ごとの区分については、主任介護支援専門員は「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が44.8%と、それ以外の介護支援専門員(36.1%)と比較して特に高くなっている。

② アセスメントについて

- ・アセスメントを実施する上での確認状況では、健康状態や生活機能についてよく確認されており、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに同様であった。環境因子と個人因子については全体には確認されているが、ややバラつきがあり、確認しやすい項目とやや確認しにくい項目があると推察される。
- ・健康状態の各項目については特によく確認されている。心身機能・身体構造では「認知機能や情動・不安等」や「痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え」が特に高く、上下肢の機能や排泄・嚥下等の機能等もよく確認されている。
- ・活動と参加では、ADLやIADL、起居動作・姿勢保持、歩行・移動などほとんどの項目についてよく確認されているが、金銭管理や対人関係についても項目や「確認することが少ない」と答えた者が多くみられた。
- ・環境因子では、「住居や居室の状況」や「同居の介護者・家族の健康状態、関係性」については、特によく確認されているが、同居以外の介護者・家族の状況や知人・友人等の協力や関係性、経済状況等についてはやや低くなっている。
- ・個人因子では、本人の生活習慣についてよく確認されており、学習や修得の意欲、価値観や思想・信条についてはやや低くなっている。

③ 短期目標とサービス内容の設定について

- ・ケアプラン作成の際の短期目標の設定については、「在宅生活の継続」「病気や病状の改善や維持、悪化の防止」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理」が特に高く、次いで「支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像」「生活上のリスクの軽減」「生活環境の維持」がよく設定されている。「本人やできるよ

うになる家事動作やその内容」「意欲的に取り組むことができる生活上の活動」についても良く設定されているが、設定することが少ないも1割強みられている。

「家族関係の安定や改善」は、設定することが少ないが3割程度でみられるが、独居高齢者が多く含まれているなどの影響が考えられる。

- ・ サービス内容の設定については、「本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容」「本人の心身機能等の維持・向上につながる内容」が特に高く、次いで「支援を行う家事の範囲」がよく設定されている。「本人が主体的に取り組むべき内容や方法」「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法」「介護者や家族、知人・友人が行う支援や役割」についても設定していることが多いが、設定することが少ないも1割以上みられた。「介護者や家族との関係改善やストレスの軽減等につながる内容」では設定することが少ないが約4分の1となっている。
- ・ 多職種との連携においては、「かかりつけ医等の意見・助言」や「訪問看護師等の意見・助言」を必ず得ている・得ることが多いは5割強、「リハビリテーション専門職の意見や助言」を必ず得ている・得ることが多いは、約3分の2であった。
- ・ 「訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言」については、必ず行っている・行うことが多いで95%以上となっている。
- ・ 介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の検討については、必ず行っている・行うことが多いが6割を超えており、主任介護支援専門員の方がやや高くなっている。「環境面を整備する支援（住宅改修）の活用」や「自助具等福祉用具の活用」や「家族の生活支援行為への助言、レスパイトのための社会資源の活用」を必ず行う・行うことが多いが7割以上となっており、多面的な支援が検討されていると推察される。
- ・ 地域包括支援センターへの相談については、必ず行っている・行うことが多いが4割程度とあまり多くなく、また地域ケア会議での検討も1割強に留まっている。

④ モニタリングで確認できた効果について

- ・ 「病気や病状の改善や維持、悪化の防止」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理」については、短期目標の設定に対して、「確認できた」がやや少なく、「多くの場合確認できた」が多くなっている。また、「本人ができるようになった家事動作やその内容」については、「あまり確認できなかった」がやや多くなっている。
- ・ 「その他の項目については短期目標設定と同様であり、相対する結果となっており、目標設定に応じた効果や結果が得られていると推察される。
- ・ 「家族の就労や離職防止」については、「確認できた」「多くの場合確認できた」が半数近くとなっており、独居高齢者等への支援が多いことから、相応の効果・結果が得られているものと推察される。

⑤ 生活援助サービス提供中の軽微な身辺に対する支援について

- ・全体で「積極的に行うべき」は1割程度で、3割強が必然性を感じている。「行うべきではないが仕方ない」が4割近くとなっており、「身体介護として行うべき」が約1割である。状況に応じて、軽微な身辺に対する支援が実施されている実態を表しているものと推察される。

(2) 事例調査の概要

1) 調査概要

- ・生活援助を活用したことで生活状況の改善等の結果がみられた事例（要介護1及び2）について調査し、集計を行った。再評価後の調整については、4分の3が「現状を維持するために継続」であった。
- ・事例の属性は、3分の2が女性で80代以上が6割を超えている。要介護1が約6割で要介護2が約4割であった。
- ・日常生活自立度では、歩行可能レベルの自立～A2が8割で、A1・2（屋内歩行レベル）が半数を超えている。認知症自立度では、Ⅰ～Ⅱabが3分の2を占めており、重度者は僅かであった。
- ・主な疾患では、認知症、正外科疾患が最も多く、次いで脳血管障害や循環器疾患となっている。居住形態としては、独居が7割以上である。
- ・生活援助の内容は、掃除が最も多く、8割近くに上る。次いで調理、買い物となっており、洗濯は3割程度である。
- ・生活援助の頻度は「月15回未満」が合わせて3分の2程度。月25回を超える事例は、主任介護支援専門員11.2%、それ以外の介護支援専門員6.6%で少なかった。
- ・算定は、「生活援助1」が14%程度で、「生活援助2」が55%程度。「身体・生活」の算定は2割程度と少ない。他の介護保険サービスの活用は4分の3以上となっている。
- ・目標設定の視点では「生活の持続性に必要な生活環境が保たれる内容を設定した」が最も多く、次いで「支援を受けながら、主体的・意欲的に取り組むことを設定した」の割合が大きい。その他は1～2割程度である。
- ・サービス内容は、「支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した」が4割以上、次いで「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法を設定した」が約3分の1と多い。「本人が主体的に取り組むべき内容や方法を設定した」「健康状態の改善や悪化防止につながる内容を設定した」が約4分の1で、その他の項目や2割程度となっている。
- ・生活状況等の変化では、「最低限必要な生活環境が保たれた」が4割以上で最も多く、「本人が意欲的に自ら進んで、意欲的に取り組むようになった」が3割弱となっている。その他の項目については2割前後である。

- ・要介護状態やサービス等の利用の変化では、「要介護状態は変化しないが、生活状況は改善した」が多く6割を超えており、「入院をすることがない」が約17%であった。

2) 生活援助の頻度が月25回以上と月25回未満における比較

① 回答者の属性等

- ・全体の属性としては、基本調査と同様な傾向を示している。
- ・生活援助頻度25回以上（以下「25回以上」）では、主任介護支援専門員の割合が65.2%で、生活援助頻度25回未満（「以下「25回未満」」の51.0%比べて高い。
- ・訪問介護事業所の併設の有無では、25回以上では「併設あり」と答えた割合が67.4%と、25回未満（52.5%）と比較して高くなっている。
- ・特定事業所加算の有無では、25回未満では「なし」の割合が39.8%と、25回以上（30.4%）と比較して高くなっている。
- ・老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解では、25回以上では「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が47.8%と、25回未満（39.8%）と比較して高く、検討の上でサービス提供を行っていると思われる。

② アセスメントについて

- ・ICFにおける「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動と参加」「環境因子」「個人因子」について、その現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況を集計した。総じて、25回以上の方が25回未満と比べて、確認されている比率が高い。
- ・「健康状態」については、25回以上は「確認している」割合が69.6%と25回未満（55.2%）と比較して高い。
- ・「心身機能・身体構造」については、25回以上では「確認している」の割合が30.4%と25回未満（22.7%）と比較して高い。
- ・「活動と参加」については、25回以上は「確認している」の割合が43.5%と25回未満（23.6%）と比較して高い。
- ・「環境因子」については、25回以上は「確認している」の割合が17.4%と25回未満（12.8%）と比較して高い。
- ・「個人因子」については、25回以上では「確認している」の割合が30.4%と25回未満（22.1%）と比較して高い。

③ ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点等

- 基本調査と同様の設問項目について、回答を集計した。総じて、25回以上が25回未満に比べて、設定している比率が高い項目が多くなっている。
- 短期目標において、「必ず設定している」の回答で「病気や病状の改善や維持、悪化の防止についての視点」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理についての視点」「生活上のリスクの軽減についての視点」「在宅生活の継続についての視点」については、25回以上が25回未満に比較して特に高い。その他は差異がみられない。
- サービス内容については、「本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容についての視点」「本人の心身機能等の維持・向上につながる内容についての視点」「本人の家事に対する意欲を引き出す内容についての視点」「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法についての視点」「介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割についての視点」の各項目で、25回以上が25回未満に比べて特に高くなっている。
- 他の職種等からの意見や助言については、「かかりつけ医」「訪問看護師」「リハビリテーション専門職」において、25回以上が25回未満より行っていることがわかる。また、効果のあった事例の方が基本調査に比べて高くなっている。
- 「他の医療従事者」「訪問介護員（サービス提供責任者）」「介護保険以外のサービス」「地域包括支援センター」への相談・助言の求めについては、差異がなく、インフォーマルサービスの活用の検討については、25回未満の方が若干高くなっている。

④ モニタリングで確認できた効果や結果

- 基本調査と同様の設問項目について、回答を集計した。総じて、25回以上が25回未満に比べて、設定している比率が高い項目が多くなっており、短期目標の設定と同様の傾向で、相対する結果となっている。
- 家族の就労や離職防止については、差異がみられなかった。

5. ヒアリング調査結果

- ・ヒアリング調査により、アンケート調査と並行してさらに詳細かつ具体的な情報収集を行い、訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成における実態および課題を把握し、「自立に資する訪問介護の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」の作成に活用した。
- ・ 調査対象者：居宅介護支援事業所の介護支援専門員
- ・ 調査対象地域(4地域)：石川県野々市市、兵庫県朝来市、神奈川県川崎市、長崎県長崎市
- ・ 調査実施時期：平成29年12月～平成30年1月

(1) 「生活援助は、介護が必要な在宅高齢者の要の社会資源である」

- ・今回、ヒアリングを通じて、「生活援助は、介護が必要な高齢者の在宅生活において、重要な社会資源である」ことを再認識し、ヒアリングした介護支援専門員に共通していることであった。それに加え、介護支援専門員として適切にアセスメントを実施し、訪問介護・生活援助を位置づけて、「自立支援」を目指した幾つかの狙いを鑑み、プランニングしていることも共通していた。この共通している傾向とは、次のような内容である。

(2) 「生活援助を必要とする目的について」

- ・生活援助を提供するにあたり、共通しているのは「服薬についての確認」「水分補給」「適切な栄養バランスの食事の提供」「熱発、脱水症状等の健康管理」など、高齢者が自宅で暮らすにあたり、重要な生活行為への支援や促し、その把握について、介護支援専門員は「生活援助」を通じての訪問介護員の関わりが重要としている。また、認知症やうつ等の精神的な疾患がある場合、更に訪問介護員での対応や観察力を必要と意識しているところが、ヒアリングした介護支援専門員に共通している印象であった。

(3) 「生活援助を提供するにあたり、留意した点、工夫した点などについて」

- ・ヒアリングした介護支援専門員の多くは、生活援助をサービス内容として位置付けているに際し、単なる「家事代行」でなく、本人の意欲を高める働きかけ、家族の不安要素を少なくする等の点を踏まえた上、自立支援を目指した「生活援助」を提供していた。
- ・具体的には
 - ・出来ることを継続し、出来ないことに対して、生活援助を位置づけていた。
 - ・同居家族がいる場合、介護者の介護力を見極めて生活援助を位置づけていた。

- ・疾患、病状等のリスク管理も生活援助を通じて行うよう、生活援助のサービス内容の中で、利用者の心身機能の観察を「生活援助」を通じて行っていた。
- ・今回、幾つかの地域へヒアリングを実施したが、どの地域においても、利用者の家族が「職業を持ち、仕事と介護のバランスが課題」である事例が散見され、その中、家族としては、利用者自身が自分で取り組めることよう願っていたり、心身機能の悪化に繋がることに対して「心配」や「利用者自身への苦言」などの気持ちを持っていた。一方で、利用者自身は、「すぐさま、日々の生活の中で新たな取り組みを行うような“行動変容”は難しい」ためもあり、家族は「不安」や「不満」が増長され、事例によっては利用者と家族の関係が、芳しくなく悪化傾向の状況もあった。これらの点に対して、日々の「食事作り」「服薬」等に、訪問介護・生活援助が提供されると、それだけで家族の不安は大きく軽減され、そして、それを通じ、利用者と家族の関係が好転する事例が散見された。

(4) 「生活援助を活用して、もたらされた自立支援に繋がった効果」

- ・今回のヒアリングでは、「生活機能の向上」「意欲向上」「栄養状態の改善」等の項目について、「生活援助」を提供して自立的効果が見られたか、介護支援専門員に訊ねている。介護支援専門員からは、「意欲向上」「健康状態の改善」「生活機能の改善」「社会交流が増えた」「栄養状態の改善」などについて、「効果が見られた」との回答が多かった。
- ・その中、生活場面や生活動作に訪問介護員が「生活援助」を提供することで深く利用者に関わることが、利用者の信頼を得ることに繋がっている事例が多く、その訪問介護員の深い関わりを発端に、利用者が自ら生活動作の一部を行うようなエピソードが、複数の事例で見られた。
- ・高齢期における「心身機能の低下」「配偶者の死去」などの喪失感により、意欲低下を導いたエピソードがヒアリング事例に見られたが、高齢者の喪失感を補い、意欲を高め、自立支援に繋がる取組みに「生活援助」の提供は繋がっている事例が、ヒアリング事例の中に散見された。
- ・また、かなり効果が大きかった事例では、閉じこもりがちな利用者が、「昔の趣味を再開した」「仲間との付き合いに出かけてようになった」「介護支援専門員、訪問介護員に自ら話をする」等、行動変容を起こした事例もあり、「生活援助」が意欲向上、そして自立支援に効果が出していた事例が見受られた。

(5) 専門職が提供する関わりと他事業所との連携について

- ・「生活援助」をテーマにヒアリングを行っているが、「生活援助」の提供内容に留まらず、様々な支援の提供の中で、多職種との連携や情報共有、情報提供が積極的に行われていた。「生活援助」の提供の要である、サービス提供責任者とは十分な連携、情報共有が行われており、また介護支援専門員としてはサービス提供責任者や訪問介護員からの報告や見立てを大変参考にしているコメントが多かった。具体

的には、「介護支援専門員だけでは把握できない、モニタリング機能を補っている役割」「訪問介護員の情報により、心身機能の低下、悪化防止に寄与する役割」

「介護支援専門員の見立て違いを修正してくれる役割」などのコメントがあり、訪問介護へ熱い信頼がある印象であった。

- また、自宅での生活の様式などに関し、リハビリテーション専門職からアドバイスを求めている事例も複数見られ、特に利用中の通所リハビリテーションや老人保健施設などに所属するリハビリテーション専門職との連携が、適切に行われていた。
- そして、主治医、看護師などにおいても、適宜の情報共有、報告が適切に行われており、今回のヒアリング先の地域の一つでは、地域の医師から訪問介護の活躍に厚い信頼があり、その信頼関係の構築に介護支援専門員も関与していた取組みがあった。
- 一方、閉じこもりがちであった事例について、「生活援助」の提供で訪問介護が定期的に支援を提供する中、その点をきっかけにして、民生委員が利用者とコンタクトが取れるようになり、利用者の地域との接点が増えた事例もあった。他の事例でも、民生委員との協働を意識したエピソードがあり、今回のヒアリングした中ではあるが、介護支援専門員が地域のインフォーマルケアと接点や協働をすることに、一定の取組みが進み始めているようであった。

(6) おわりに

おわりに、「重要なコメント」や「ヒアリングを通じての印象」について、以下のような内容があり、触れておきたい。

- 介護支援専門員は、生活援助導入にあたり、適確に狙いを検討していた。
- ADL, IADL は勿論、QOL、医療面の悪化防止・予防、本人の行動変容など、生活援助で生活面に密着する訪問介護員、サービス提供責任者と連携し、様々な効果へ繋がるよう、介護支援専門員は働きかけをしていた。
- 地域性や事例によってであるが、「ケアプラン検討会」など、な地域ケア会議と同様なシステムの中で、サービス提供の検討や見直しをしている。その一方、概ね事例において「サービス担当者会議」を通じてサービス内容がよく検討されており、サービス提供に際しての「チームケアの結束」に、有効な影響を与えている印象があった。
- 介護支援専門員の連携のパートナーとしては、サービス提供責任者は勿論であるが、リハビリテーション専門職、薬剤師などとも連携を図っている事例があった。また、一方では訪問介護事業所と薬剤師、訪問介護事業所とリハビリテーション専門職などが連絡を取り合う形を取っていた事例もあった。ヒアリングした事例においては、ケアチームの中で、緊密な連携を取り、利用者へ積極的なアプローチを行い、心身機能の向上に効果を出した事例があり、このような多職種同

士が緊密に連携を取るスタイルは、今後、更に広まってゆくのではないかとの印象があった。

- ・今回のヒアリング事例では、家族関係について、介護支援専門員は関わる中で把握した情報、訪問介護事業所からの情報などを基に、ケアチームとして出来るアプローチについて検討し、実践していた。特に、「生活に密着する、生活援助のサービス提供」は、利用者及び家族の関係について、介護支援専門員としては理解しやすかった場合が多く、訪問介護が把握している状況等が、介護支援専門員には貴重な情報となっていた。
- ・今回のヒアリングでは、医療面について「医師」「看護師」「リハビリテーション専門職」等との連携は丁寧に行われており、そして、「主治医に利用者の情報を提供し、主治医意見書に反映するよう心掛ける」「主治医から、訪問介護のおかげで状況がよくわかると言われている」などのコメントを介護支援専門員から聞いている。医療職との連携について、着実に進捗している状況であった。
- ・ヒアリングした介護支援専門員の共通した認識は、「訪問介護は、専門性を持つサービス」であった。そして事例の対応について、その専門性を発揮する或いは専門性のある経験値などから、利用者の「心身機能」「生活状況」などの変化に適した、柔軟な対応していた」との評価であった。
- ・訪問介護の専門性について訪ねたところ、多くの介護支援専門員が「観察力」を挙げた。更に質問をすると、「訪問介護員の磨かれた経験からくる、専門性」「個々利用者毎の生き方・生活感に対応できるコミュニケーション力（面接技術）」等があるとコメントする介護支援専門員もいた。また、「3日程度の教育では難しく、ある一定の教育（水準）が必要」とのコメントも、ヒアリングした介護支援専門員から得ている。
- ・一方で、「保険給付」という位置づけを踏まえ、介護給付における「生活援助」を提供するか丁寧に検討し、適切なサービス提供を心掛けているとのコメントを介護支援専門員から得た。そして、介護給付における「生活援助」に該当しない、保険給付に馴染まない家事支援の相談については、介護保険制度を説明し、理解を得ながら、民間の家事サービスを紹介している場合もあるとのことであった。
- ・更に、今後の「訪問介護」「訪問型サービス」の視点として、「介護給付、総合事業、民間サービス、インフォーマルケアなどを適切に選択し、提案する必要がある」とのコメントも、介護支援専門員から得ている。

上記に示したコメントを得た中、ヒアリングを通じて介護支援専門員が「生活援助」の提供に際し、提供をする事前の段階で十分な検討を行い、その上で丁寧アプローチをし、目的や効果を出すよう、取り組んでいた。今回「訪問介護・生活援助」について改めて考察をしているが、この考察を通じ、介護支援専門員が「自立支援」「医療面での対応、予防」「適切な保険給付」「地域生活の継続」「家族の

負担軽減」など、介護保険法の目的や社会から要請されている課題に対して、真摯に向きあい、活躍している姿を垣間見た。多くの介護支援専門員は、このような取り組みを日々実践し、力を発揮していると考えられる。

一方で、介護支援専門員が「生活援助」を提供するにあたり、事前に検討をし、見立てた方向性が適切に実施できているのは、訪問介護員の専門性が大きく関与しているとも考えられる。特に、介護給付においては、端的な家事の支援では済まず、「心身機能の変化」「精神的疾患等の特別な対応力が必要」「独居や高齢者世帯など、高齢者特有の心理状況対応し、また意欲を向上できる対人援助力」など、サービスに従事する職員の専門性が問われる。更に、個々の家庭や生活の場面に入る、サービス従事者には「柔軟性、応用力」等が求められている印象が、実際の在宅生活を把握している介護支援専門員のコメントから感じられた。

最後に、今回の「訪問介護」について、ヒアリングした中、訪問介護員の人材不足は、各地域で切迫している課題であった。その中、多様な人材を活用しての「利用者の自宅を訪問し、生活を支える支援の提供」を進めてゆく段階であるが、ヒアリングで確認できた「利用者の状態によっては、専門性を持つ人材による生活支援の提供」は、重要な自立支援に繋がる支援の形であった。そして、介護支援専門員、サービス提供責任者などの役割として、「適切なプランニング、サービスの選択」を強く意識し、専門性を必要とする支援の提供をするかしないか、十分な検討、情報収集の上、提案することが必要と思われた。

6. 本調査を受けての提言

ここでは、介護支援専門員が訪問介護における生活援助をケアプランに位置付ける際の理由やケアプランの記載内容等の実態調査および様々な地域の居宅介護支援事業所での取り組み状況についてのヒアリング調査の結果に基づき、利用者の自立支援の観点から生活援助を活用する際の留意点、求められる取り組みについて整理を行った。

(1) 訪問介護における生活援助が必要な状況の明確化

訪問介護における生活援助を専門職が提供する必要性についても理解をすすめていくために、その援助の目的や視点、方法等について明確にしていく必要がある。老計10号の規定を踏まえ、生活援助が利用者本人の有する能力や可能性、リスクなどを適切にアセスメントした上で、適切に利用されるべきであることから、本事業での定義を以下に示す。

訪問介護における生活援助サービスとは、

一般的な家事代行などとは異なり、適切なケアマネジメントプロセスにおいて、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助が必要と判断された利用者に対し、チームアプローチの一環として提供されるものであり、専門的な一定の研修を受けた専門職による知識や技術に基づいて支援を行うことで生活機能の維持向上を図り、更には健康状態・心身機能の悪化の防止や生活意欲の向上、社会性の向上といった生活の質の向上を目的したものをいう。

また、一定頻度以上の生活援助をケアプランに位置付ける際には、保険者に届け出が必要となることから、居宅サービス計画第1表の「生活援助中心型の算定理由」についての記載に合わせ、総合的援助方針においても、生活援助の利用の際に利用者自身が主体的に取り組むことができるように、また生活状況や悪化の防止に資することがわかるように記載していく必要がある。

(2) 生活援助を効果的に活用できる介護支援専門員の育成

アセスメント項目においては、必要な情報について確認されているが、利用者本人の心身機能やADL・IADL等、本人の生活習慣や居住環境に比べて、生活基盤や経済状況、生活に関する価値観、習得意欲といった部分では、やや確認のしにくい状況がみられた。また、主任介護支援専門員とそれ以外では多少の偏差がみられたこともあり、今後も適切な助言や育成に関する継続的な取り組みが必要といえる。

目標設定においては、主体的な生活や意欲の向上といったやや測定しにくいものについては、偏差がみられた。全体には、目標設定に応じて、健康状態やADL、IADLのみならず、在宅生活の継続や生活環境の維持・改善といったQOLに関連する

効果が相対的に得られている。また、ケアプラン作成時の生活課題や目標設定とは異なる部分での改善や効果が結果的にみられることもあるため、これらについても地域ケア会議等で検証や蓄積が重要になると考えられる。

一方で、生活援助サービスを多く導入し効果のあった事例（25回以上）では、よりアセスメントや短期目標設定、サービス内容の検討、他の職種との連携についてもより意識されていることから、介護支援専門員としての高い専門性をもって、利用者のニーズに応じて適切に生活援助サービス等の支援が効果的に活用できるようにしていく必要がある。

（３） 適切な多職種連携の推進

適切なケアマネジメントプロセスに基づいて、効果的に生活援助サービスを提供し上では、訪問介護事業所および訪問介護員の専門性やスキルが重要となる。特に、利用者の意欲を引き出し、自立に向けて主体的に取り組むことができるように支援していく上では、生活場面の気づきとそれをサービス提供責任者や介護支援専門員と共有していくことが求められており、実態としても取り組みがなされている。

アンケート調査結果では、リハビリテーション専門職との連携が比較的意識されているのに対し、かかりつけ医・訪問看護師等からの意見・助言を得ることはやや少なくなっているが、一定数以上の生活援助を活用し効果のあった事例では、より他の医療職等との連携が意識されている。また、ヒアリング調査では、地域ケア会議への参加の有無に関わらず、医療等の専門職との協働は進んでおり、医療との連携や多様なサービス・社会資源の活用を検討がされていることが非常に多く効果的であると意識していることから、健康状態や疾病、治療の状況や療養上の留意点などを踏まえながら、その改善や悪化防止に資するための取り組みが更に必要である。今後、かかりつけ医や訪問看護師、リハビリテーション専門職等との連携が更に求められることから、それらを集約し、また共有できるようにツールの活用等をすすめるとともに、特にサービス担当者会議においては、必要な意見や助言を求めるとともに、利用者本人や家族、サービス提供事業等の理解が進むようにサービス担当者会議録等に適切にその内容を記入していく必要がある。

（４） 自立支援に向けた生活援助の活用の推進

生活援助の中では、「支援を受けながら生活状況を維持する」「生活の持続性に必要な生活環境が保持する」といった維持を中心とした見立てが少なくない。また、情報収集や目標設定の状況から見てもADLやIADLといった手段的自立に着目しがちであるが、一方で、在宅生活の継続やそのための健康状態・適切な生活環境の維持といった検討が相応になされている。また、表面上の掃除などの家事の援助が、情緒的な支援、緊急時の相談方法といった見えない効果として様々な部分に波及していることや生活援助サービスの中には軽微な身体援助が含まれているということからも、

できる限り、改善や悪化防止につながる内容設定に取り組みながら、利用者の生活の変化とともに目標設定についても意識的に検討を加えていく必要がある。

現状では、生活援助の利用に関して、地域包括支援センターへの相談はそれ程多くはないが、今後、一定頻度以上の生活援助をケアプランに位置付ける際のケアプランの届け出の必要となることや介護予防・日常生活総合支援事業等の活用などの観点からも相談や調整が必要になる。また、適切なケアマネジメントの結果として必要となった生活援助サービスについては、単に頻度等によって一律的に制限されないように注意する必要があるとともに適切に生活援助サービスを利用していくための情報提供等も重要になる。支援の必要な高齢者等が、地域で暮らす続けるために必要な生活援助サービスと、それを代替したり、補完する様々な社会資源の創設等と併せて取り組む必要がある。そのためにも、今後はより一層、保険者との連携を図る必要があるといえる。

本 編

第 1 章 事業概要

1. 調査研究事業の目的

訪問介護における生活援助をケアプランに記載するには、生活援助を必要とする行為のプロセスを細かく分けてアセスメントを行い、それぞれに自立支援に資する目標を設定し、モニタリングを重ね、期間終了時に評価を行う必要がある。

よって、本調査研究では、現在行われている「アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているか否か」、「短期目標に生活行為の実行動に即して示しているか」など、介護支援専門員が生活援助をケアプランに位置付ける際の理由やケアプランの記載内容等の実態を調査し明らかにするとともに、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「訪問介護の生活援助を位置づけたケアプラン記載例」を提案することを目的とした。

さらに、「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」を用いたモデル事業を実施し、分析結果を用いて実証することを検討した。

これらの結果を踏まえ、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を取りまとめた報告書を作成した。

本調査研究事業の効果及び活用方法として、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の記載例を示しマニュアル化したものを配布することにより、エビデンスに基づいた自立支援に資する訪問介護における生活援助のケアプラン作成が可能となることを目指した。

図表 1 本事業の目的

- **現在行われている「アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているか否か」、「短期目標に生活行為の実行動に即して示しているか」を検証し、あるべき方法論を明らかにする。**

訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて自立に資する生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即して示しているのか等に関する検討を行い、提言につなげる。まずは自立に資する生活援助とは何か、自立支援の意味も含め、その定義を確定する。

- **生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「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」を提案する**

生活援助を必要とする状態のアセスメントからケアプランへの記載内容として、介護支援専門員が業務の中で訪問介護の生活援助を位置づける際に困難さを感じている点を中心に、役立つ支援や具体的なヒントを提供するケアプラン記載例を作成し提案する。

2. 事業の概要

(1) 検討委員会およびワーキンググループの設置・開催

本事業の事業目的の検討のため、学識者、関係団体、専門職で構成する検討委員会を設置し、調査の設計および調査結果に基づく課題分析、考察を行い、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を検討した。

また、本事業の検討委員会にて検討された内容・課題を基に、調査内容の具現化や課題の検討などの実務を行うため、介護支援専門員等によるワーキンググループを構成し、対応した。

(2) ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査

1) アンケート調査

訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即しているかを明確にするため、アンケート調査を実施した。

2) ヒアリング調査

ヒアリング調査により、アンケート調査と並行してさらに詳細かつ具体的な情報収集を行い、訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成における実態および課題を把握し、(3)で行う「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」の作成に活用した。

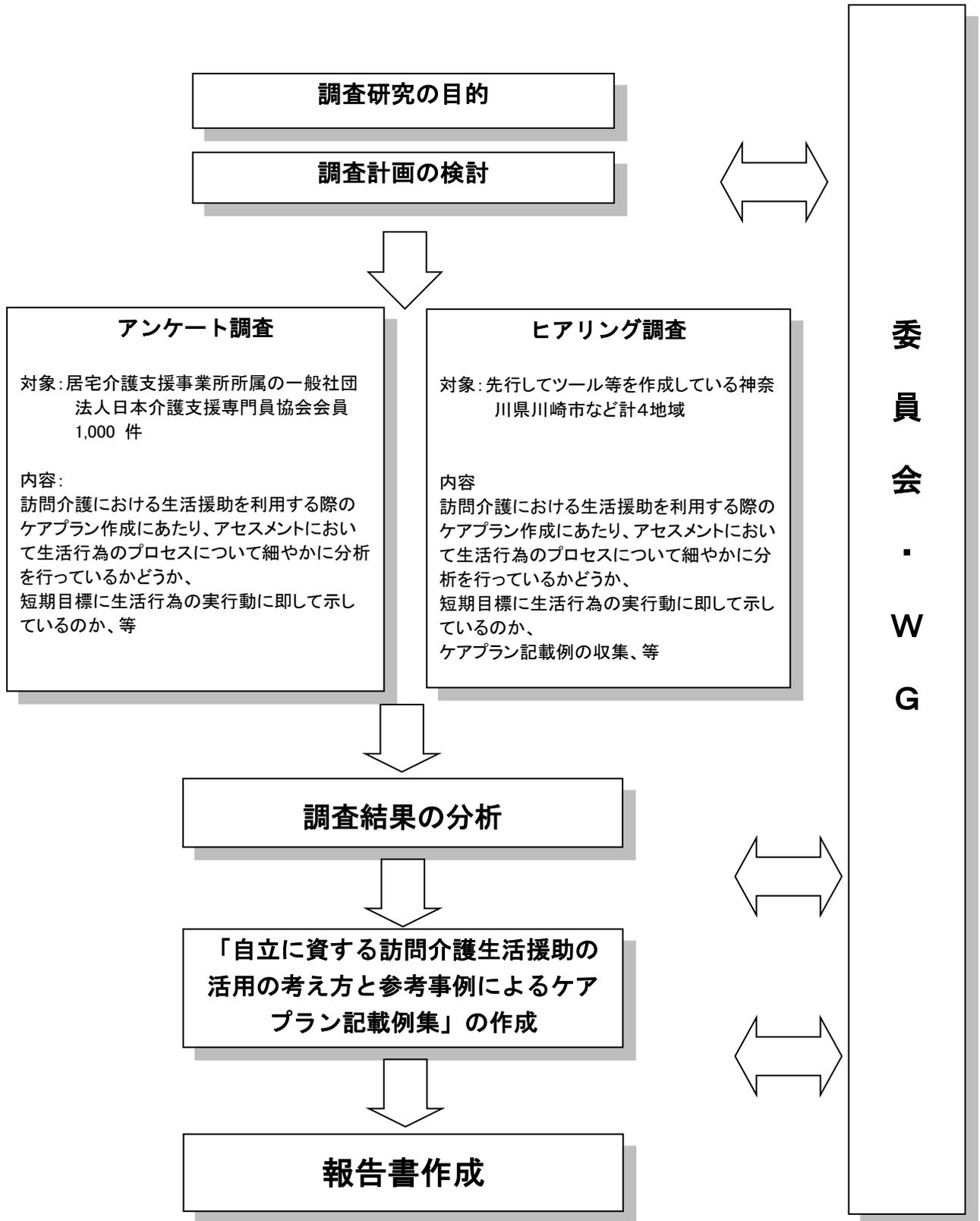
(3) 「自立に資する訪問介護生活援助の活用の考え方と参考事例によるケアプラン記載例集」の作成

アンケート調査ならびにヒアリング調査の結果を踏まえ、生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容として、介護支援専門員が業務の中で訪問介護の生活援助を位置づける際に困難さを感じている点を中心に、役立つ支援や具体的なヒントを提供するケアプラン記載例冊子の作成を検討した。

(4) 報告書の作成

上記の調査、検討結果に基づき生活援助を必要とする行為のアセスメントからケアプランへの記載内容等の「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」を作成・提供するとともに、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を報告書にまとめ、都道府県、関係団体、当協会支部等に配布した。

図表2 調査実施フロー



3. 事業実施体制

(1) 検討委員会の設置・開催

本事業の事業目的の検討のため、学識経験者、関係団体等の有識者、介護支援専門員の5名で構成する検討委員会を設置し、調査の設計および調査結果に基づく課題分析、考察を行い、利用者の自立支援の観点から、生活援助を利用する場合にどのような点に注意すべきか等を検討した。

① 検討委員会の構成

検討委員会（敬称略、50音順）

	委員名	所属
委員長	東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部部長
委員	浅野 有子	一般社団法人日本作業療法士協会
	石本 淳也	公益社団法人日本介護福祉士会会長
	馬袋 秀男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」 全国介護事業者協議会特別理事
	七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長

② 開催場所

一般社団法人日本介護支援専門員協会等

③ 会議開催回数

年間2回

(2) ワーキンググループの設置・開催

本事業の委員会にて検討された内容・課題を基に、調査内容の具現化や課題の検討などの実務を行うため、介護支援専門員等7名によるワーキンググループを構成し、対応した。

① ワーキンググループの構成

ワーキンググループ（敬称略、50音順）

	委員名	所属
座長	能本 守康	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事
委員	井上 創	社会福祉法人ロザリオの聖母会 ロザリオ高齢者支援センター所長
	中馬 三和子	川崎市介護支援専門員連絡会会長
	沼田 裕樹	一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 町田市介護人材開発センター理事
	水上 直彦	社会福祉法人清祥会こすもす常任理事副施設長
	七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
	中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事

② 開催場所

一般社団法人日本介護支援専門員協会等

③ 開催回数

年間6回

(3) 会議の開催経緯

本研究事業に関する会議の開催状況は以下のとおりである。

1) 検討委員会

【第1回】検討委員会

日時：平成29年11月1日（水） 10時00分～12時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：事業概要、事業実施計画（案）、アンケート調査票（案）、ヒアリング調査（案）について

【第2回】検討委員会

日時：平成30年3月23日（金） 10時00分～12時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：「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（案）」、事業報告書（案）について

2) ワーキンググループ

【第1回】ワーキンググループ

日時：平成29年9月16日（土） 10時00分～15時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：事業概要、事業実施計画（案）、生活援助を必要と判断するまでのプロセス、アンケート調査票（案）について

【第2回】ワーキンググループ

日時：平成29年10月22日（日） 13時00分～17時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：アンケート調査票（案）、ヒアリング調査内容、「訪問介護の生活援助を位置づけたケアプラン記載例」について

【第3回】ワーキンググループ

日時：平成30年2月1日（木） 15時00分～17時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：アンケート調査、ヒアリング調査（中間報告）、「自立に資する訪問介護の生活援助の活用のためのケアプラン事例集（仮）」、報告書目次構成（案）について

【第4回】ワーキンググループ

日時：平成30年2月25日（日） 13時00分～16時00分

場所：日本介護支援専門員協会 会議室

内容：アンケート調査、ヒアリング調査（中間報告）、「自立に資する訪問介護の生活援助の活用のためのケアプラン事例集（仮）」、報告書目次構成（案）について

【第5回】ワーキンググループ

日時：平成30年3月11日（日） 16時00分～19時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：「自立に資する訪問介護の生活援助の活用のためのケアプラン参考事例」、報告書（案）について

【第6回】ワーキンググループ

日時：平成30年3月18日（日） 10時00分～13時00分

場所：情報オアシス神田 神田北スペース オアシス1

内容：「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（案）」、報告書（案）について

第2章 アンケート調査結果

1. アンケート調査の概要

(1) アンケート調査の概要

訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成にあたり、アセスメントにおいて生活行為のプロセスについて細やかに分析を行っているかどうか、短期目標に生活行為の実行動に即しているかを明確にするため、アンケート調査(調査名称「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査」)を実施した。

(2) 調査対象

居宅介護支援事業所所属の一般社団法人日本介護支援専門員協会会員 1,000 名 (協会会員名簿より無作為抽出)

(3) 調査方法

- ・紙媒体調査票を用いた郵送配布・郵送回収。
- ・回収目標数；600 票 (回収率 60%程度と想定)。

(4) 調査実施時期

- ・調査票配布平成 29 年 11 月・回収平成 30 年 1 月

(5) 調査内容

図表 3 調査項目

区分	調査項目
(冒頭)説明文	<ul style="list-style-type: none">・本調査の目的・本調査票における「生活援助」の定義・ご記入上のお願い
介護支援専門員 および事業所属性	<ul style="list-style-type: none">・介護支援専門員の基本属性 (性別、年代、勤務形態、役職、主任介護支援専門員資格の有無、基礎資格、居宅介護支援事業所での介護支援専門員としての実務年数)・所属事業所概要 (所在地域、地域区分、法人種類、訪問介護事業所の併設の有無、特定事業所加算の有無、介護支援専門員数)
調査項目	<ul style="list-style-type: none">・居宅介護支援の担当数、生活援助の導入状況 (担当利用者数、訪問介護の算定人数、生活援助中心型を算定している理由、生活機能向上連携加算の算定人数)・ケアマネジメントプロセスにおいて生活援助を活用するまでの確認事項 (「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動と参加」「環境因子」についての現状の悪化・維持・改善の予測)

	<p>や支援の効果の見通し、「個人因子」についての現状と課題の有無や生活に対する影響)</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活援助を活用した事例において、ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点(短期目標を設定するための視点、サービス内容を設定するための視点、生活援助を効果的に実施するためにどのような工夫を行っているか) 生活援助を活用した事例において、モニタリングで確認できた効果や結果 生活援助を提供する中で、支援内容における軽微な身辺に対する支援の対応
要介護1または2の方で、生活援助を活用したことで、利用者の生活状況の改善などの結果がみられた事例(1例)	<ul style="list-style-type: none"> 当該事例の効果(生活援助の効果により、その後の再評価においてどのような調整を行ったか) 利用者属性・状態像(性別、年齢、要介護度、日常生活自立度、認知症自立度、主な疾患) 居住形態 生活援助内容・頻度・算定内容(生活援助、身体・生活) 他の介護保険サービスの活用状況 目標設定の視点 サービス内容 利用者の生活状況等にどのような変化がみられたか 変化がみられたことで要介護状態やサービス等利用が変化したか
自由記述	<ul style="list-style-type: none"> その他、自立に資する効果的な生活援助の提供についての意見等

<本事業における生活援助の定義>

訪問介護による生活援助サービスとは

「一般的な家事代行などとは異なり、適切なケアマネジメントプロセスにおいて、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助が必要と判断された利用者に対し、チームアプローチの一環として提供されるものであり、専門的な一定の研修を受けた専門職による知識や技術に基づいて支援を行うことで生活機能の維持向上を図り、さらには健康状態・心身機能の悪化の防止や生活意欲の向上、社会性の向上といった生活の質の向上を目的としたもの」をいう。

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

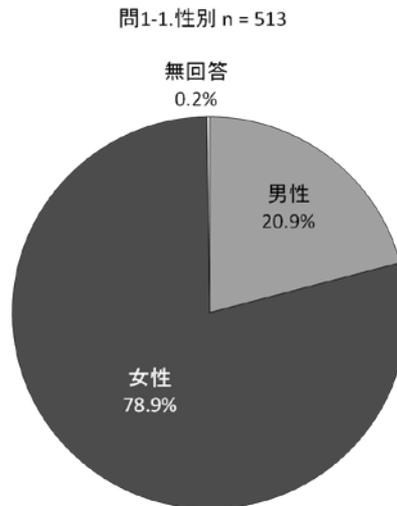
調査票発送数：居宅介護支援事業所所属の一般社団法人日本介護支援専門員協会会員 1,000 名（協会会員名簿より無作為抽出）

回収数：513 件（回収率 51.3%）

(2) 回答者の属性

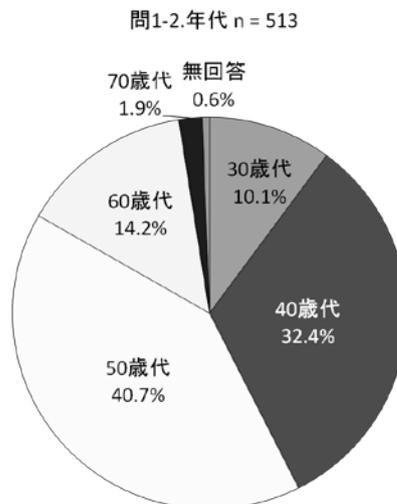
問 1-1. 性別

回答者の性別をみると、女性が 78.9%、男性が 20.9%と女性が 8 割を占める。



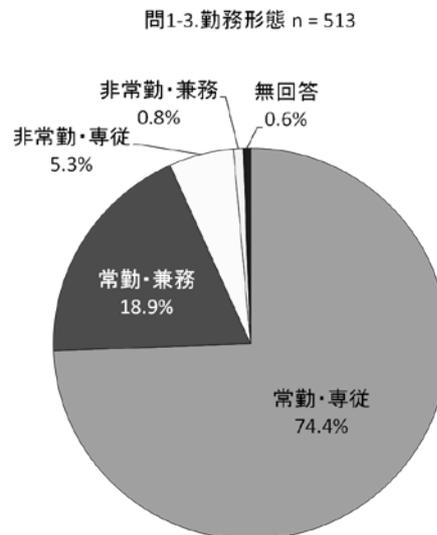
問 1-2. 年代

回答者の年代をみると 50 歳代が 40.7%と約 4 割を占め、次いで 40 歳代が 32.4%と、40～50 歳代で全体の 7 割以上を占めている。



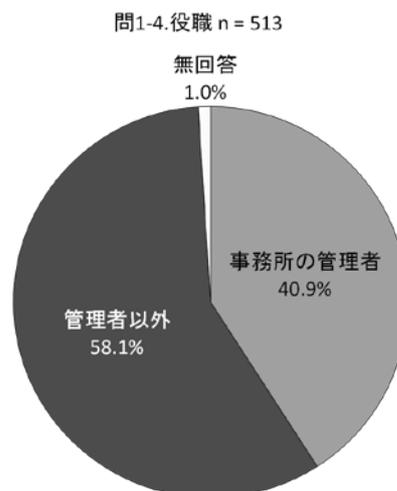
問 1-3. 勤務形態

回答者の勤務形態をみると常勤・専従の回答者が 74.4%と全体の約 4 分の 3 を占め、常勤・兼務が 18.9%であった。



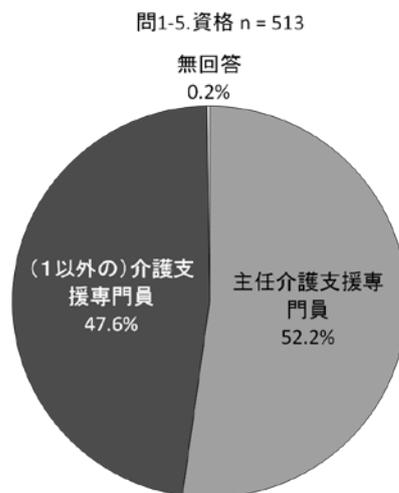
問 1-4. 役職

回答者の役職をみると管理者が 40.9%と、回答者の 4 割以上が勤務先の管理者であった。



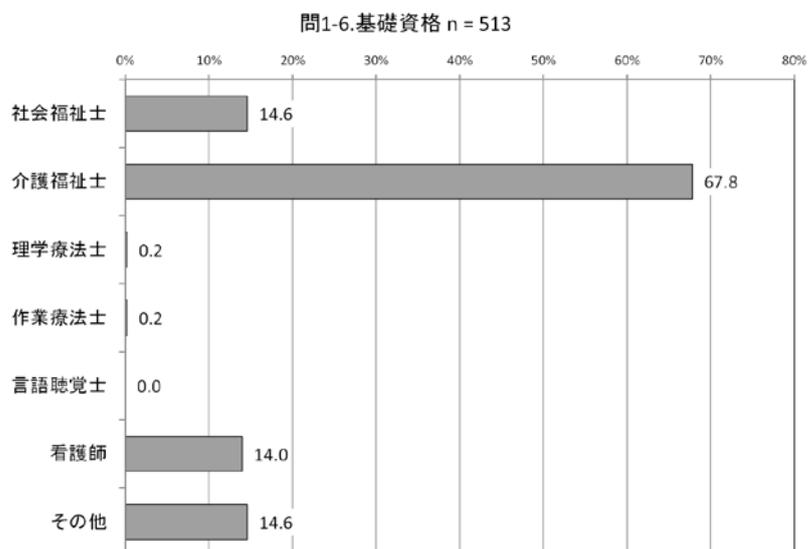
問 1-5. 資格

回答者の資格をみると、主任介護支援専門員が 52.2%と半数以上を占めた。



問 1- 6. 基礎資格

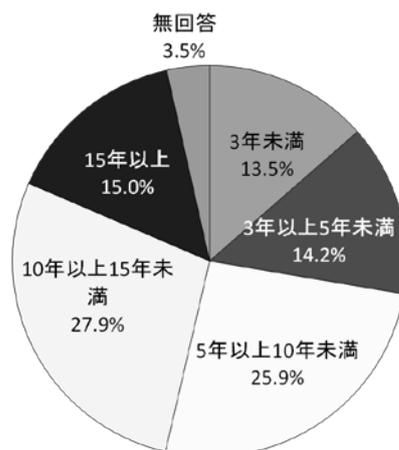
回答者の基礎資格をみると、介護福祉士が 67.8%と回答者の約 3 分の 2 が取得している。続いて、社会福祉士が 14.6%、看護師が 14.0%であった。



問 1- 7. 基礎資格

居宅介護支援事業所での実務年数をみると、10年以上15年未満のケアマネジャーが27.9%と最も多くを占める。次いで5年以上10年未満が25.9%で、居宅介護支援事業所での実務経験が5年以上15年未満のケアマネジャーが半数以上を占めた。一方3年未満の経験が少ないケアマネジャーは13.5%、15年以上のケアマネジャーも15.0%とそれぞれ1割以上を占めている。

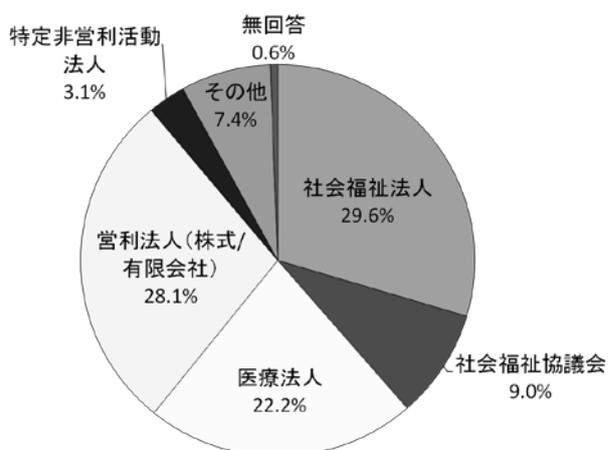
問1-7.居宅介護支援事業所での介護支援専門員としての実務年数 n = 513



問 2-3. 法人種類

回答者の所属先の法人種類をみると、社会福祉法人が29.6%、営利法人が28.1%とそれぞれほぼ3割ずつを占めた。

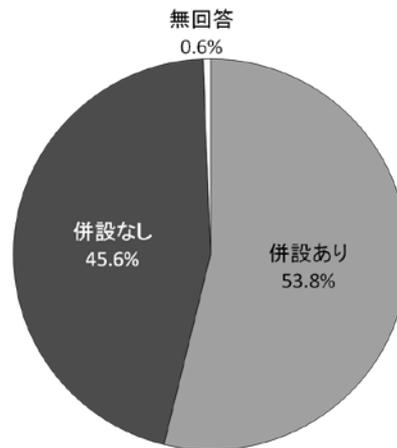
問2-3.法人種類 n = 513



問 2-4. 訪問介護事業所の併設の有無

回答者の所属先の訪問介護事業所の併設の有無をみると、併設ありが 53.8%と半数以上を占めた。

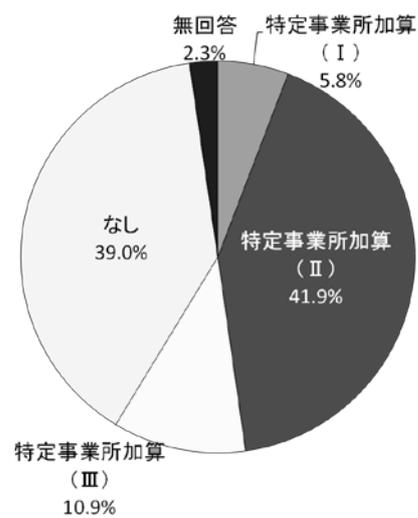
問2-4.訪問介護事業所の併設の有無 n = 513



問 2-5. 特定事業所加算の有無

回答者の所属先の特定事業所加算の有無をみると、所属先が特定事業所加算（Ⅱ）を取得しているケアマネジャーが 41.9%と 4 割以上を占め、特定事業所加算（Ⅲ）は 10.9%、特定事業所加算（Ⅰ）は 5.8%であった。なお、所属先に特定事業所加算がないケアマネジャーが 39.0%とほぼ 4 割を占めた。

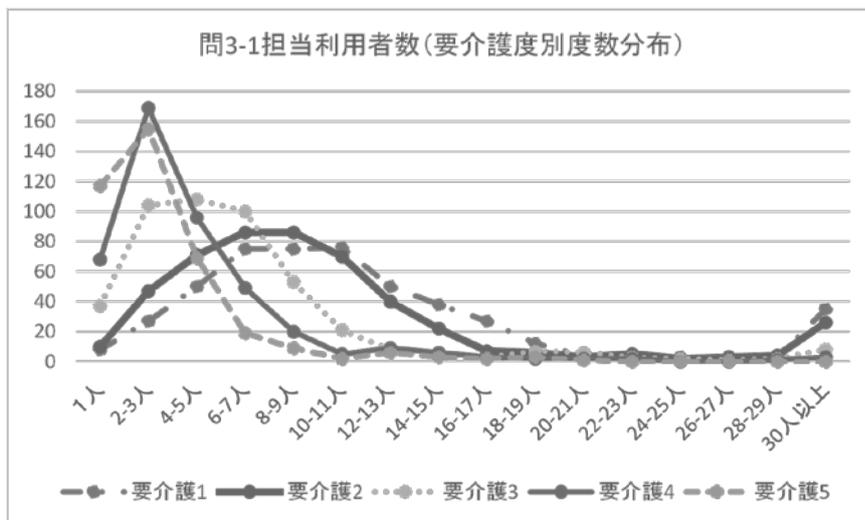
問2-5.特定事業所加算の有無 n = 513



■居宅介護支援の担当数、生活援助の導入状況

問 3-1 担当利用者数（要介護度別度数分布）

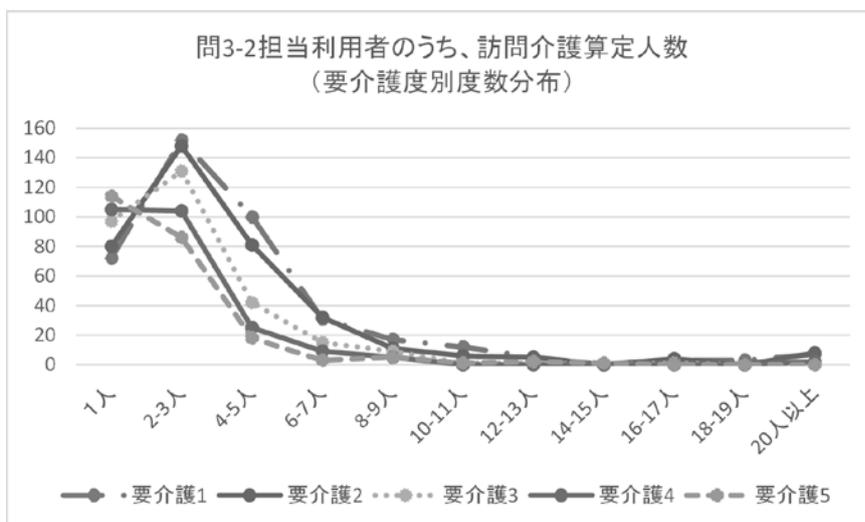
担当利用者数の要介護度別度数分布をみると、要介護 1、要介護 2 の利用者数は 6 人～9 人にピークがあり、平均人数も 10 人を超えるが、要介護 4、要介護 5 の利用者数は 2-3 人にピークがあり、要介護度が高いほど、平均人数が減少している。



問3-1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	12.5	10.6	6.7	4.5	3.2

問 3-2 担当利用者のうち、訪問介護算定人数（要介護度別度数分布）

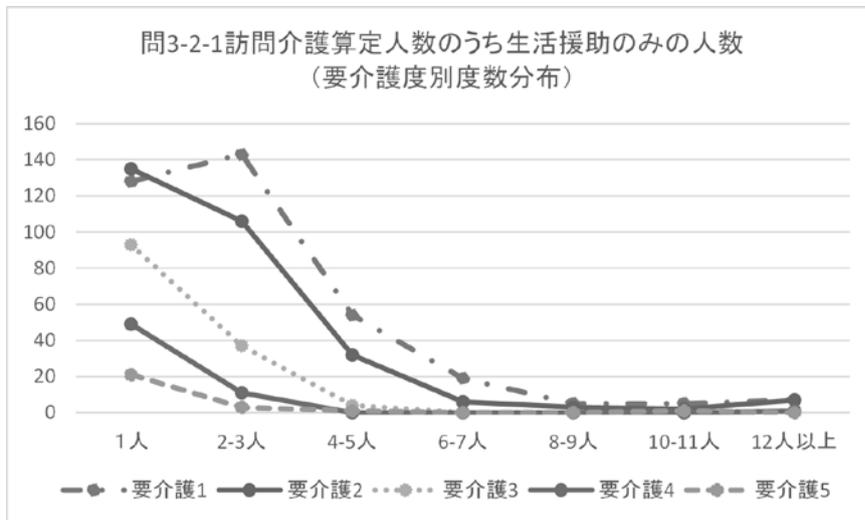
担当利用者のうち、訪問介護算定人数の要介護度別度数分布をみると、要介護 1～3 の利用者数は 1 人にピークがあるが、要介護 4、要介護 5 の利用者数は 2-3 人にピークがある。平均人数でみると、要介護 1 は 4.3 人、要介護 2 は 3.9 人と 4 人近いが、要介護 3 以上は平均人数が 2～3 人であった。



問3-2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	4.3	3.9	2.7	2.4	2.2

問 3-2-1 訪問介護算定人数のうち生活援助のみ的人数（要介護度別度数分布）

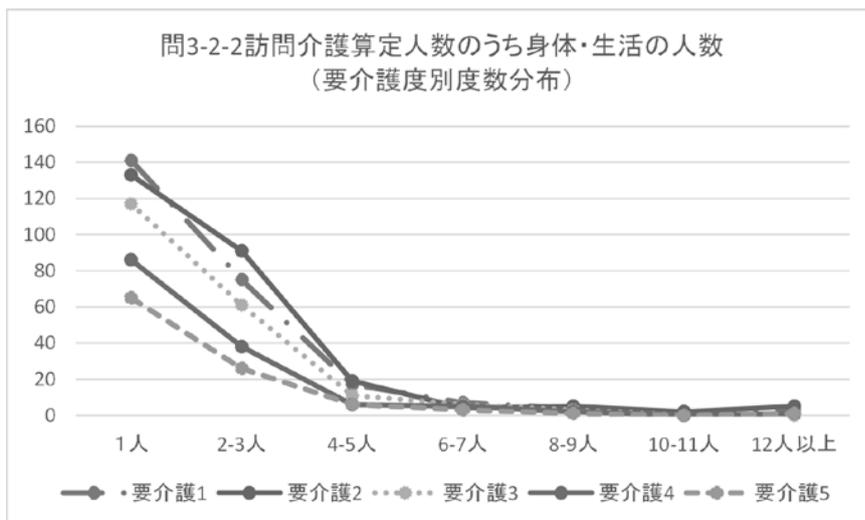
訪問介護算定人数のうち生活援助のみ的人数の要介護度別度数分布をみると、要介護1の利用者数は2-3人にピークがあるが、それ以外の利用者数はすべて1人にピークがある。平均人数でみると、要介護1は2.9人、要介護2は2.4人と2人を超えるが、要介護3以上はほぼ同数であった。



問3-2-1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	2.9	2.4	1.5	1.6	1.7

問 3-2-2 訪問介護算定人数のうち身体・生活の人数（要介護度別度数分布）

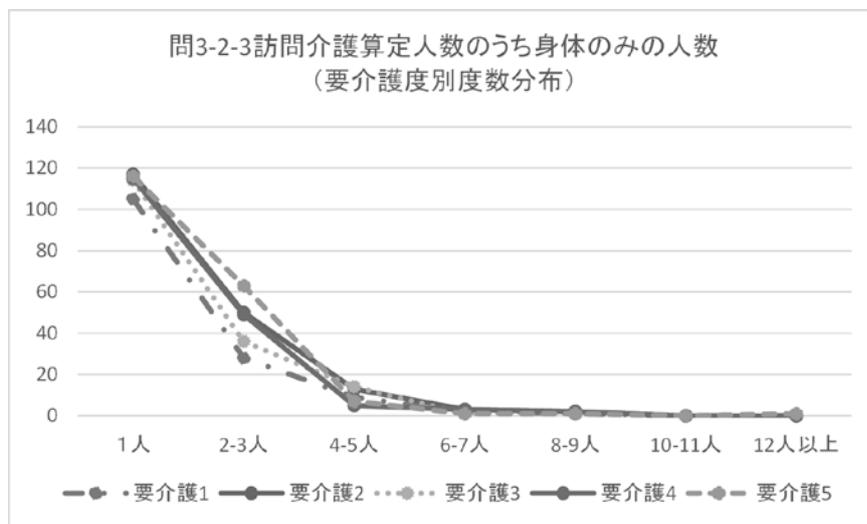
訪問介護算定のうち、身体・生活の人数の要介護度別度数分布をみると、利用者の要介護度に関わらず、ほぼ同様の傾向がみられる。平均人数でみても要介護度別に特に大きな差異は見られない。



問3-2-2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	2.1	2.4	1.9	1.9	1.9

問 3-2-3 訪問介護算定人数のうち身体のみ的人数（要介護度別度数分布）

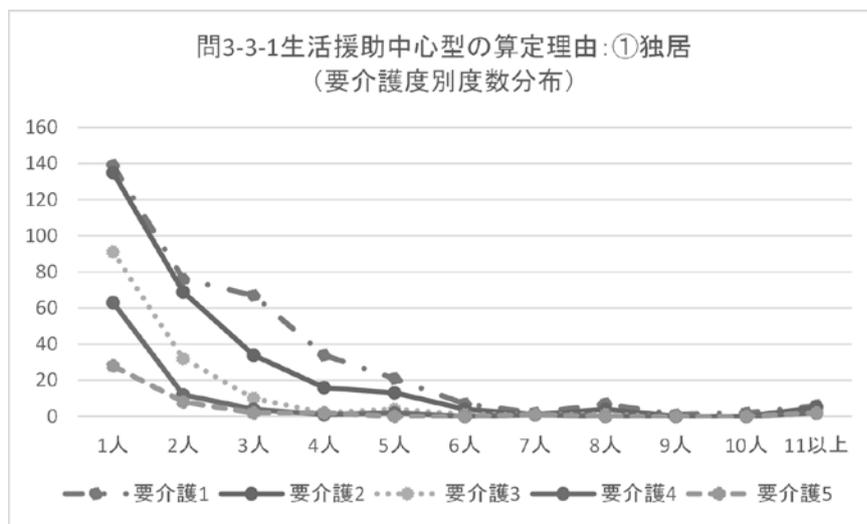
訪問介護算定人数のうち身体のみ的人数の要介護度別度数分布をみると、利用者の要介護度に関わらず、ほぼ同様の傾向がみられる。平均人数でみても要介護度別に特に大きな差異は見られない。



問3-2-3	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	1.6	1.8	1.7	1.6	1.7

問 3-3-1 生活援助中心型の算定理由：①独居（要介護度別度数分布）

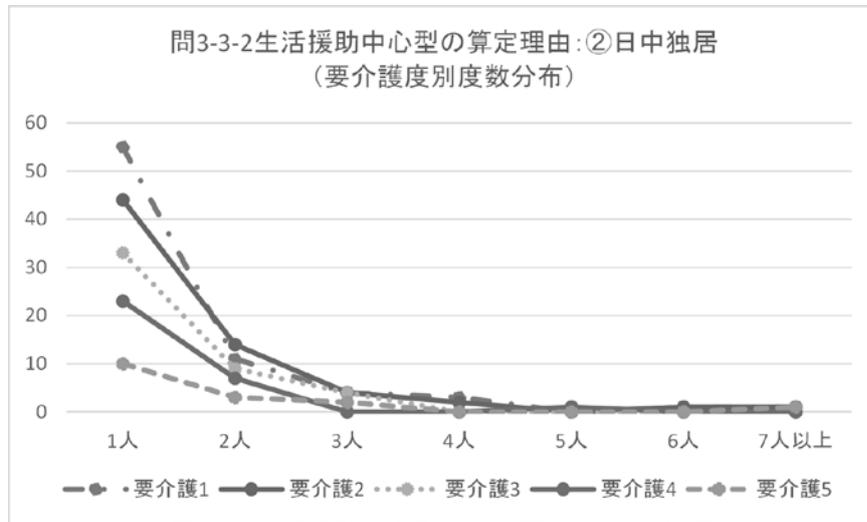
生活援助中心型の算定理由が①独居の人数の要介護度別度数分布をみると、利用者の要介護度に関わらず、ほぼ同様の傾向がみられる。平均人数でみても要介護度別に特に大きな差異は見られない。



問3-3-1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	2.7	2.3	1.9	1.9	2.1

問 3-3-2 生活援助中心型の算定理由：②日中独居（要介護度別度数分布）

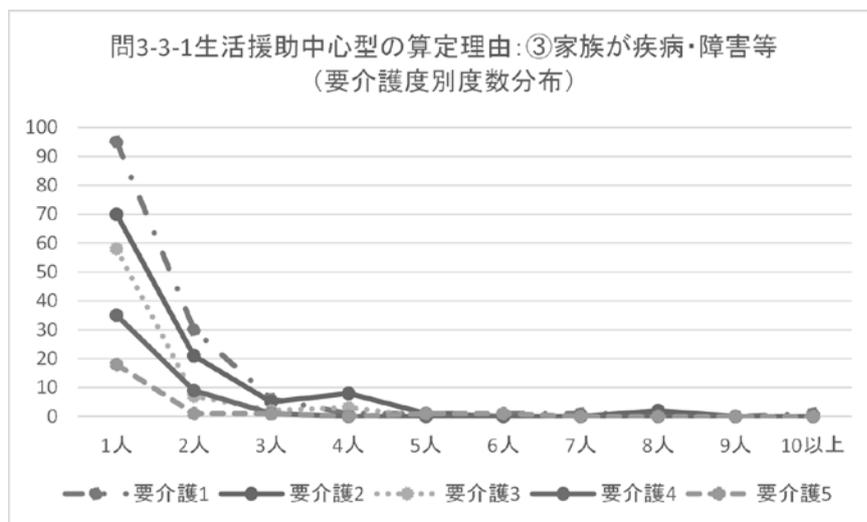
生活援助中心型の算定理由が日中独居の人数の要介護度別度数分布をみると、利用者の要介護度に関わらず、ほぼ同様の傾向がみられる。平均人数でも要介護度別に特に大きな差異は見られない。



問3-3-2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	1.5	1.6	1.4	1.4	2.0

問 3-3-1 生活援助中心型の算定理由：③家族が疾病・障害等（要介護度別度数分布）

生活援助中心型の算定理由が家族が疾病・障害等の人数の要介護度別度数分布をみると、利用者の要介護度に関わらず、ほぼ同様の傾向がみられる。平均人数でも要介護度別に特に大きな差異は見られない。



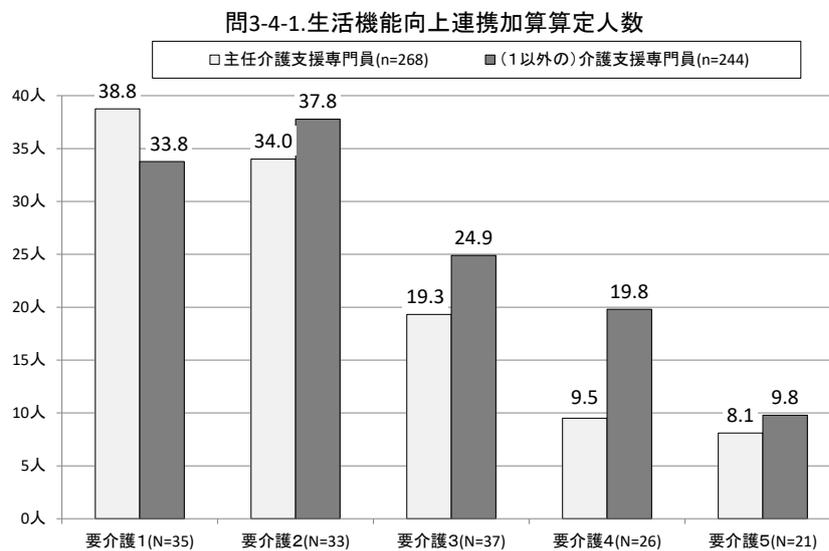
問3-3-1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均	1.6	1.7	1.3	1.2	1.5

(3) 主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ごとの集計結果

集計した結果については、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員とに分けて表記を行う。主に集計結果全体の傾向を見ながら、それぞれの特徴的な箇所について特記する。

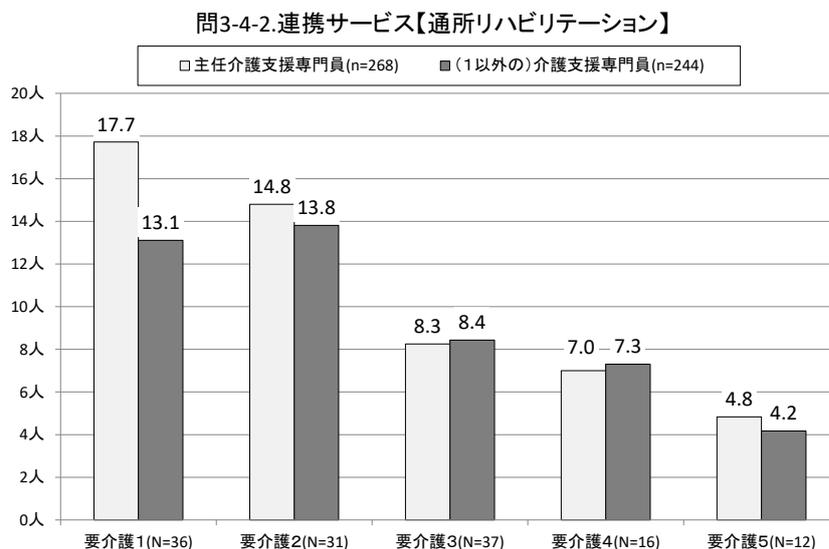
問3-4. 生活機能向上連携加算算定人数

要介護度別に生活機能向上連携加算算定人数の平均値をみると、要介護1及び要介護2が多数を占めている。要介護1の算定人数は、主任介護支援専門員は38.8人とそれ以外の介護支援専門員（33.8人）と比較して多いが、要介護2以上では、いずれも主任介護支援専門員以外の方が、算定人数が多い。



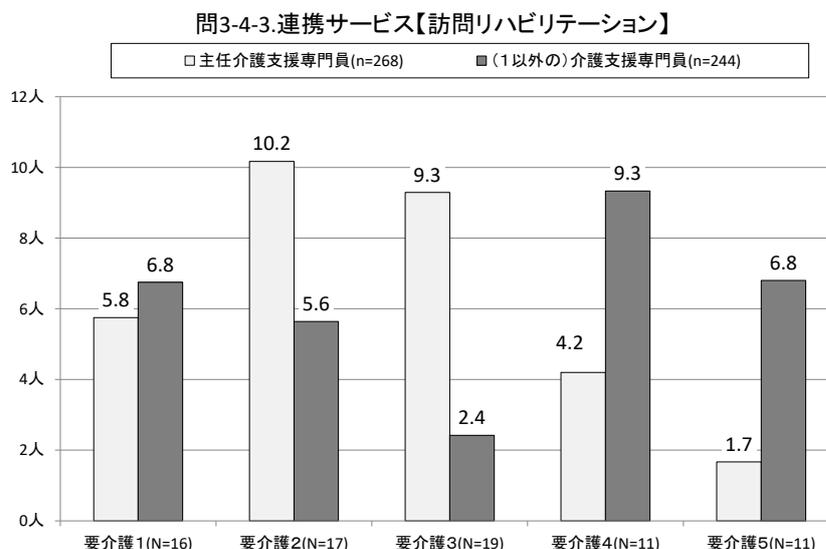
問 3-4-2. 通所リハビリテーションと連携している人数

要介護度別に通所リハビリテーションと連携している人数の平均値をみると、要介護1及び要介護2の軽度者ほど連携数が多く、問3-4と同様の傾向を示している。要介護1で通所リハビリテーションと連携している人数は、主任介護支援専門員は17.7人とそれ以外の介護支援専門員（13.1人）と比較して多いが、要介護2以上では、いずれも主任介護支援専門員とそれ以外で特に大きな差異はみられない。



問 3-4-3. 訪問リハビリテーションと連携している人数

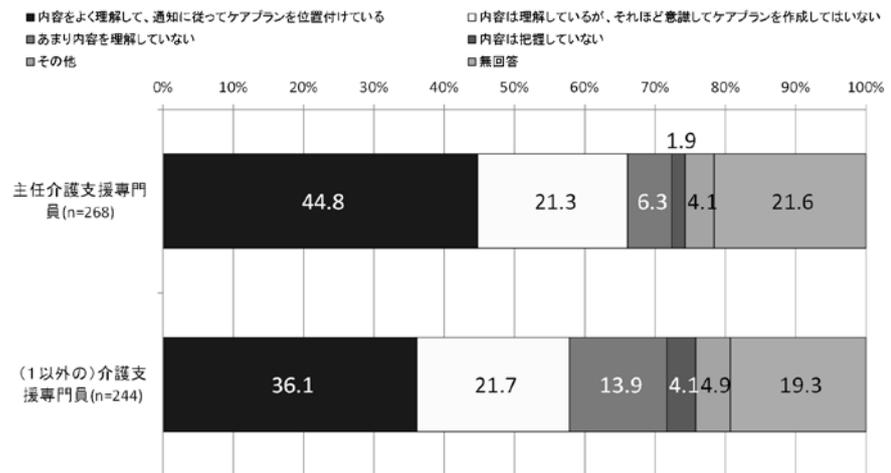
要介護度別に訪問リハビリテーションと連携している人数の平均値をみると、要介護2と要介護3では主任介護支援専門員の方が10.2人、9.3人とそれ以外の介護支援専門員（5.6人、2.4人）と比較して特に多く、特に、4、5では、主任介護支援専門員以外の方が非常に多くなっている。



■老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解状況

問3-5. 老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解
 老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解をみると、主任介護支援専門員は「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が44.8%と、それ以外のケアマネジャー（36.1%）と比較して特に高くなっている。

問3-5.老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解

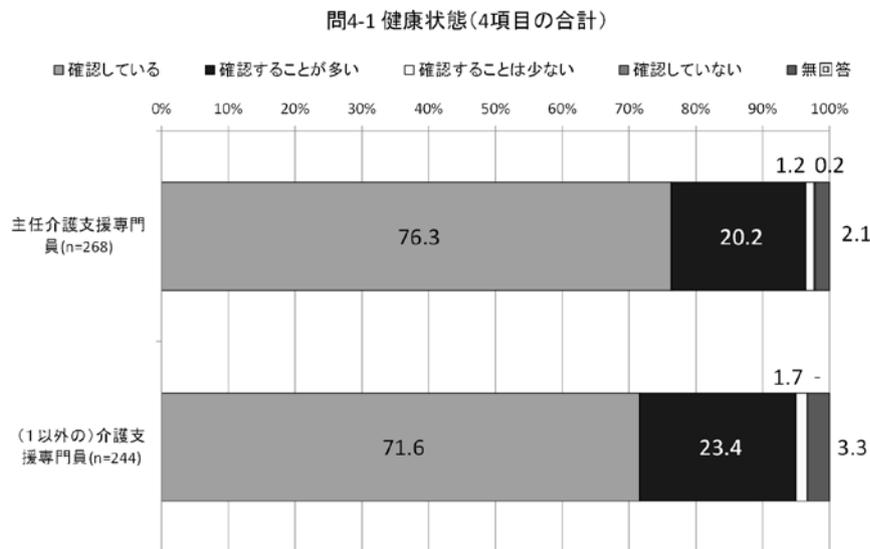


■アセスメントを実施する上での確認状況

問 4-1. 健康状態の確認状況

生活援助の活用にあたって、アセスメントを実施する上で利用者の「健康状態」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（4項目の合計）をみると、主任介護支援専門員は「確認している」が76.3%と、それ以外の介護支援専門員（71.6%）と比較してやや高くなっているが、「確認することが多い」と合わせた割合では主任介護支援専門員が90.4%、それ以外が89.4%とほとんど差がみられなかった。

項目別に特徴をみると、「1. 病気や症状」については「確認している」との回答が多くなっている。一方、「3. 本人・家族の病気や治療への理解」は他の項目と比較して「確認することが多い」との回答が多くなっている。



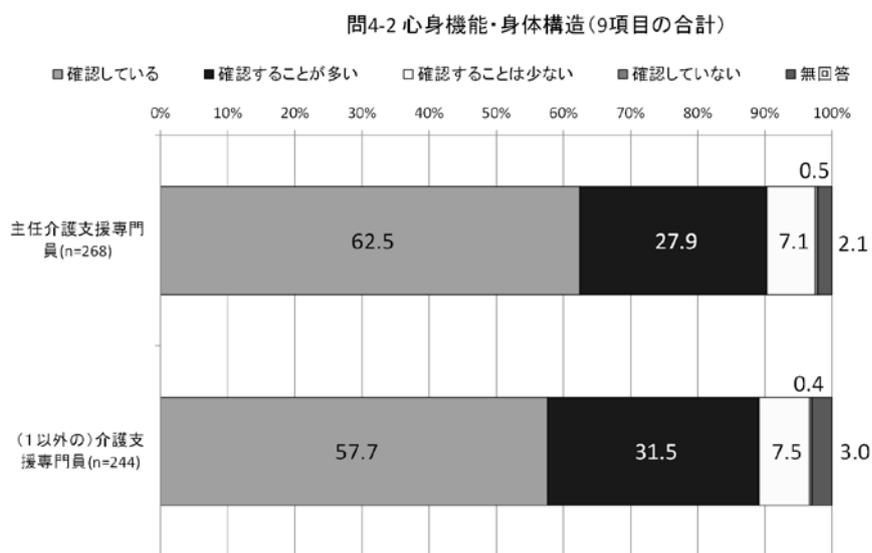
問4-1.健康状態【全体】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.病気や症状(栄養不全や脱水等を含む)	439	60	2	0
2.治療(服薬等)や生活指導の適切な実施	377	114	10	0
3.本人・家族の病気や治療への理解	333	150	15	2
4.体調の不調・ストレス等	370	123	3	0

※4 項目の合計:1.病気や症状、2.治療(服薬等)や生活指導の適切な実施、3.本人・家族の病気や治療への理解、4.体調の不調・ストレス等の各項目で、「確認している」、「確認することが多い」、「確認することは少ない」、「確認していない」の回答をそれぞれ合算し、4項目全体とした確認状況を集計した。(問 4-1～4-5 については同様の集計を行った)

問 4-2. 心身機能・身体構造の確認状況

利用者の「心身機能・身体構造」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（9項目の合計）をみると、主任介護支援専門員は「確認している」が62.5%と、それ以外の介護支援専門員（57.7%）と比較して約5ポイント高いが、「確認することが多い」と合わせた割合では主任介護支援専門員が90.4%、それ以外が89.2%とほとんど差がみられなかった。

項目別に特徴をみると、「1.認知機能や情動・不安等」や「2.痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え」については「確認している」との回答が多い一方、「5.体重の増減」は他の項目と比較して「確認することが少ない」との回答が多くなっている。



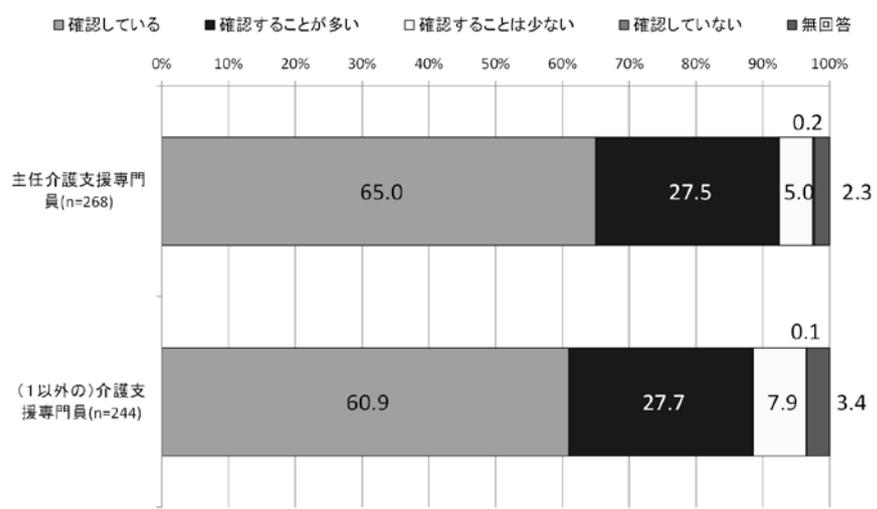
問4-2.心身機能・身体構造【全体】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.認知機能や情動・不安等	417	80	4	0
2.痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え	394	103	4	0
3.生活上の制限(指導)に応じた適切な生活	274	193	29	4
4.排泄機能(頻尿、便秘等)への対応と症状	321	151	26	2
5.体重の増減	179	209	107	6
6.手や上肢の機能、手指の動作等	295	166	38	0
7.下肢機能(筋力や耐久性等)やバランス	319	155	25	1
8.摂食・嚥下機能や誤嚥等のリスク	284	165	48	4
9.褥瘡や創傷、皮膚の清潔等	294	146	56	2

問 4-3 活動と参加

利用者の「参加と活動」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（10項目の合計）をみると、主任介護支援専門員は「確認している」が65.0%と、それ以外の介護支援専門員（60.9%）と比較してやや高くなっている。「確認することが多い」と合わせた割合でも主任介護支援専門員が92.5%、それ以外が88.6%と、主任介護支援専門員の方が確認している割合がやや高かった。

項目別に特徴をみると、「1. ADLの状態の把握と分析」、「4. 歩行や移動、運搬等の方法や状況」と「2. IADLの状態の把握と分析」については「確認している」との回答が多い一方、「10. 顔見知り・それ以外との対人関係」は「確認することが多い」、「9. 金銭の管理や計画的な使用」は「確認することが少ない」との回答が、他の項目と比較して多くなっている。

問4-3 活動と参加(10項目の合計)

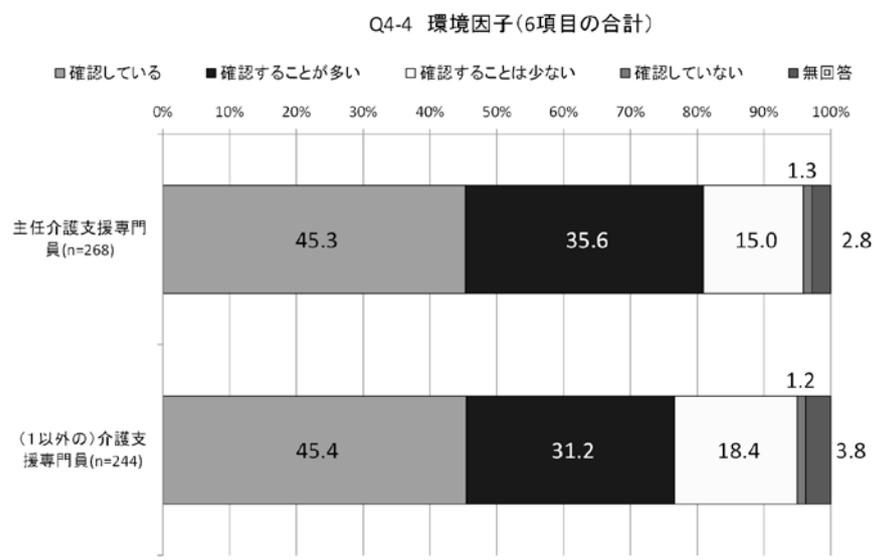


問4-3.活動と参加【全体】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.ADLの状態の把握と分析	413	83	3	1
2.IADLの状態の把握と分析	379	113	8	0
3.起居動作や姿勢保持の方法や状況	362	121	15	1
4.歩行や移動、運搬等の方法や状況	393	94	11	0
5.屋外への移動や手段・頻度	361	122	14	1
6.食事内容や飲水、清潔等健康への意識	304	167	26	0
7.家事の遂行能力や行える範囲、リスク	314	165	20	0
8.コミュニケーションの方法や内容・頻度	313	152	32	1
9.金銭の管理や計画的な使用	211	182	104	2
10.顔見知り・それ以外との対人関係	186	216	95	2

問 4-4 環境因子

利用者の「環境因子」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（6項目の合計）をみると、主任介護支援専門員は「確認している」が45.3%、それ以外の介護支援専門員が45.4%とほとんど変わらなかった。「確認することが多い」と合わせた割合では、主任介護支援専門員が80.9%、それ以外が76.6%と、主任介護支援専門員の方が、それ以外の介護支援専門員と比較して確認している割合がやや高くなっている。

項目別に特徴をみると、「1.住居及び居室の状況」と「3.同居の介護者・家族の健康状態、関係性」については「確認している」との回答が多い一方、「2.家事の道具等の状況」は「確認することが少ない」との回答が、他の項目と比較して多くなっている。

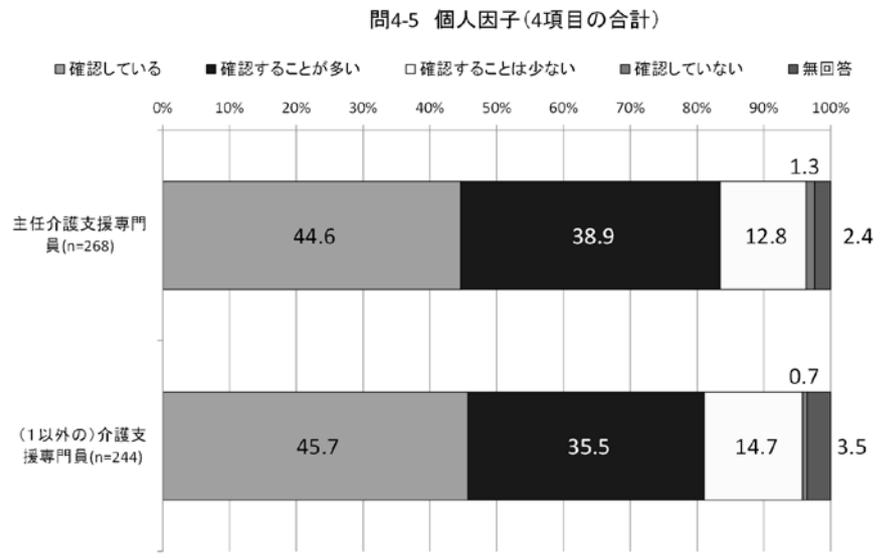


問4-4.環境因子【全体】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.住居及び居室の状況	400	81	16	0
2.家事の道具等の状況	168	169	148	10
3.同居の介護者・家族の健康状態、関係性	308	150	26	6
4.同居以外の介護者・家族の健康状態、関係性	181	209	97	10
5.知人・友人等の協力、関係性	160	221	113	4
6.年金等、経済的状況	177	201	112	9

問 4-5 個人因子

利用者の「個人因子」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（4項目の合計）をみると、主任介護支援専門員は「確認している」が44.6%、それ以外の介護支援専門員が45.7%とほとんど変わらなかった。「確認することが多い」と合わせた割合でも、主任介護支援専門員が83.5%、それ以外が81.2%と、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員との間に特に際立った差異はみられない。

項目別に特徴をみると、「1. 本人の生活習慣」と「3. 家事における生活習慣やストレス」については「確認している」との回答が多い一方、「2. 学習や習得の意欲」は「確認することが少ない」との回答が、他の項目と比較して多くなっている。

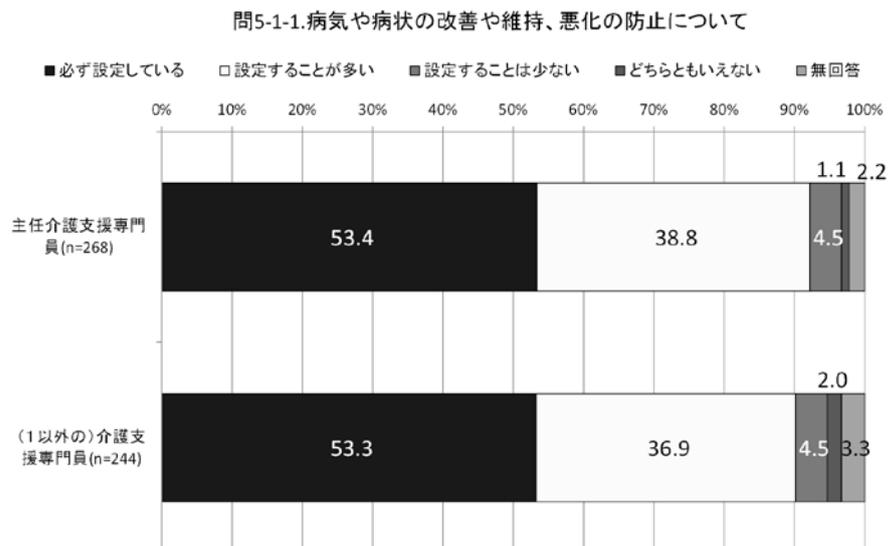


問4-5.個人因子【全体】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.本人の生活習慣	351	135	13	0
2.学習や習得の意欲	162	212	115	9
3.家事における生活習慣やストレス	238	207	52	2
4.生活に対する価値観や思想・信条等	175	211	100	10

■ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点や実施していることについて

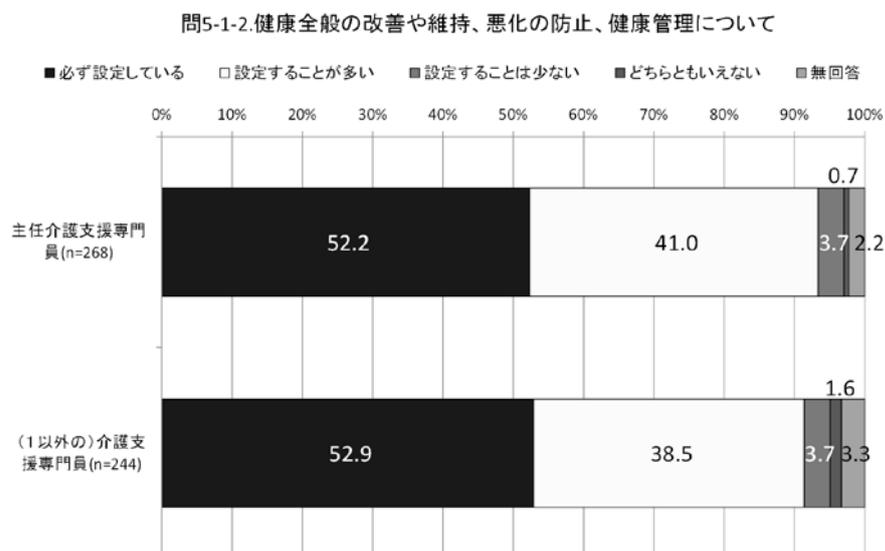
問 5-1-1. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止について

病気や病状の改善や維持、悪化の防止の視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに5割以上が「必ず設定している」としており、加えて4割弱が「設定することが多い」となっている。



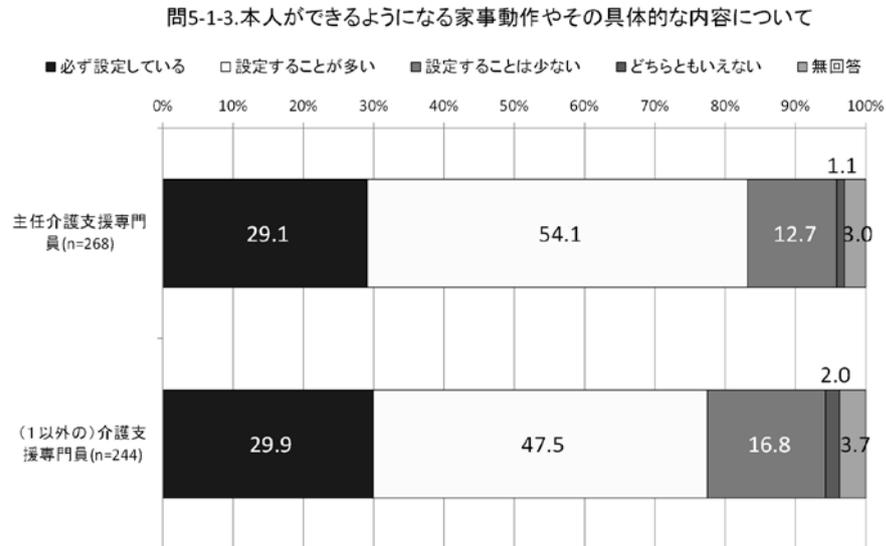
問 5-1-2. 健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について

健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに5割以上が「必ず設定している」としており、加えて約4割が「設定することが多い」となっている。



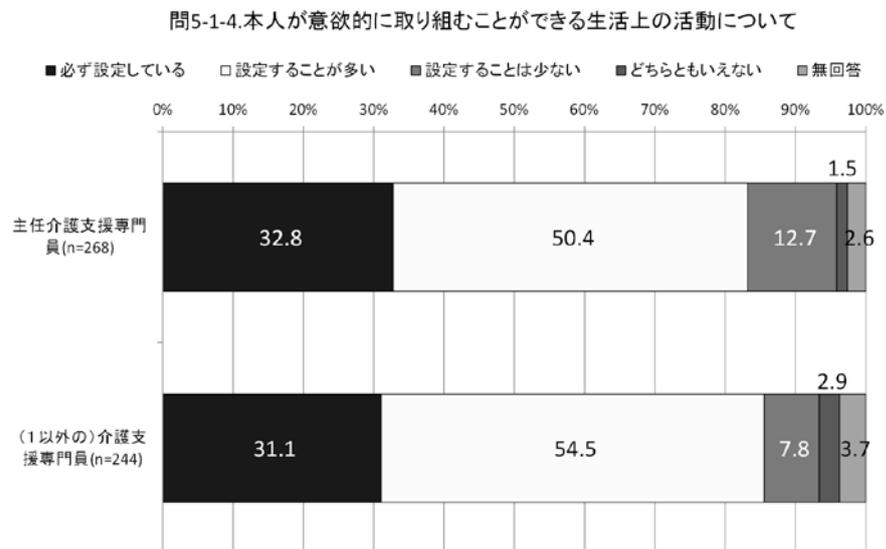
問 5-1-3. 本人ができるようになる家事動作やその具体的な内容について

本人ができるようになる家事動作やその具体的な内容についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに約3割が「必ず設定している」としており、約5割が「設定することが多い」となっている。



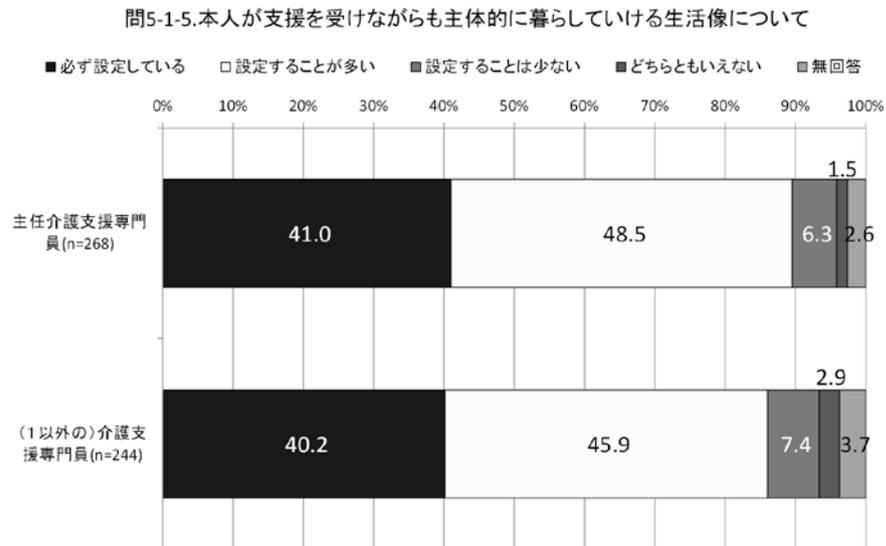
問 5-1-4. 本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について

本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに3割以上が「設定することが多い」と答え、「設定することが多い」は5割以上となっている。



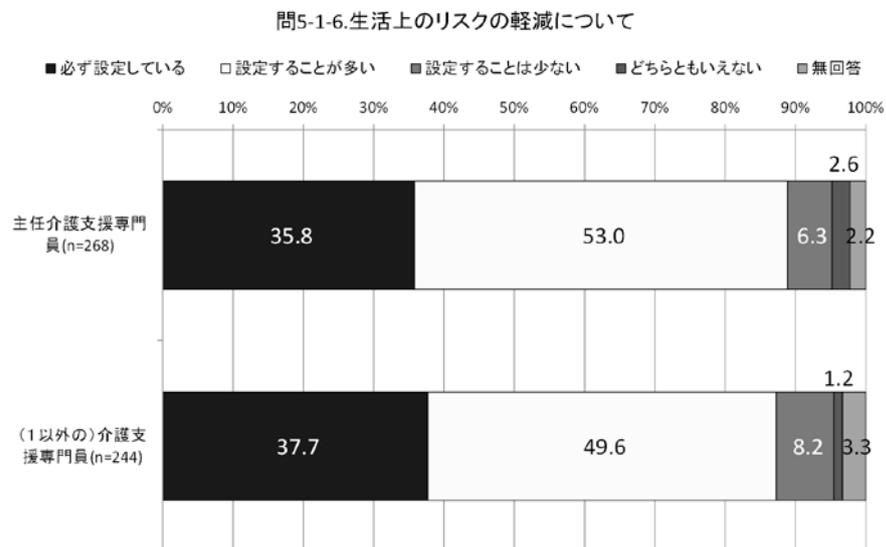
問 5-1-5. 本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像について

本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに4割以上が「必ず設定している」としている。5割弱が「設定することが多い」となっている。



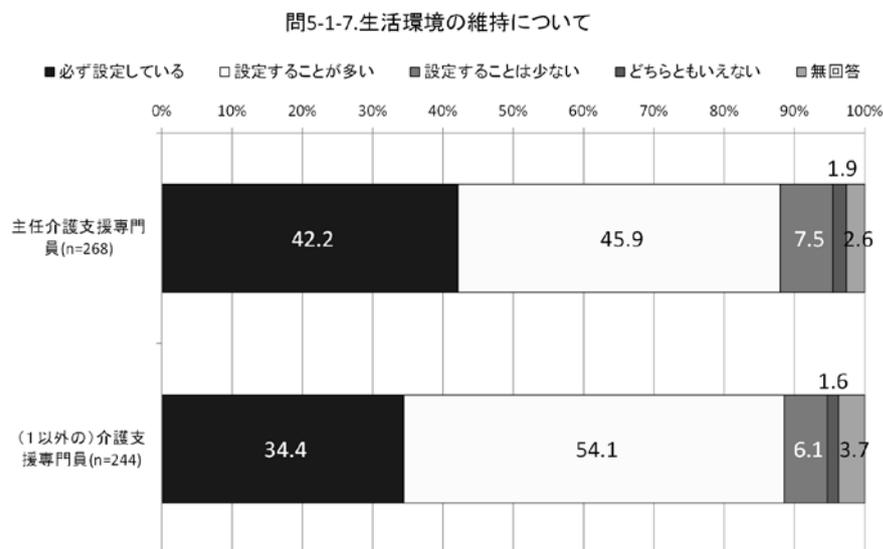
問 5-1-6. 生活上のリスクの軽減について

生活上のリスクの軽減についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに3分の1以上が「必ず設定している」と答えており、約5割が「設定することが多い」としている。



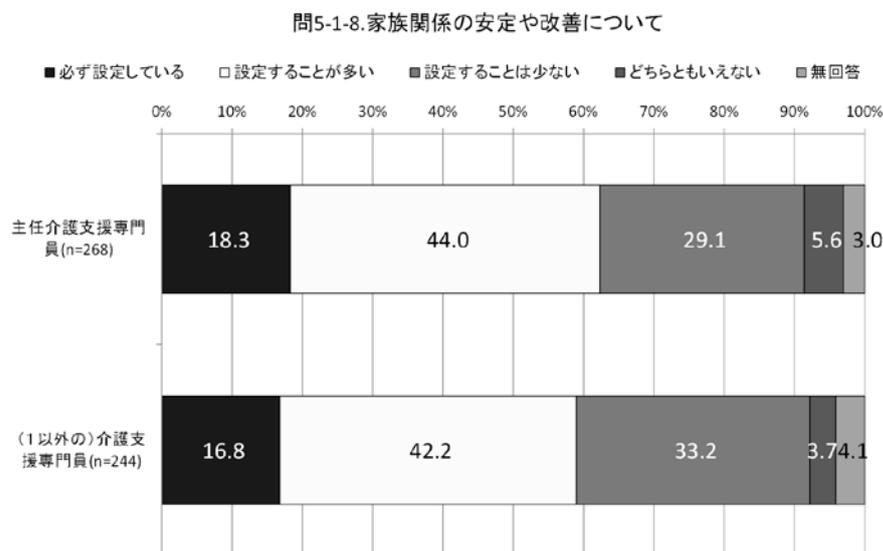
問 5-1-7. 生活環境の維持について

生活環境の維持についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、全体で約4割が「必ず設定している」と答えており、約5割が「設定することが多い」となっている。主任介護支援専門員が「必ず設定している」割合が42.2%と、それ以外の介護支援専門員（34.4%）と比較してやや高くなっている。



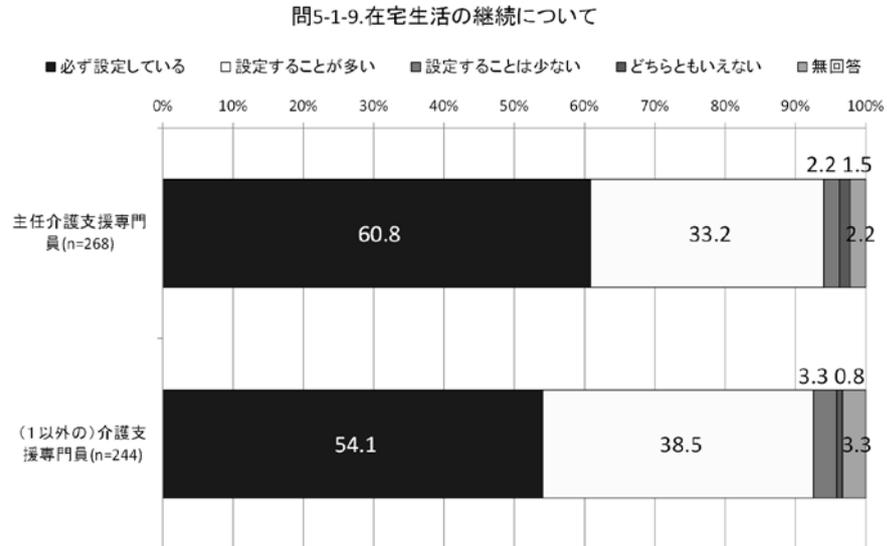
問 5-1-8. 家族関係の安定や改善について

家族関係の安定や改善についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに「必ず設定している」と答えたのは2割弱である。4割以上が「設定することが多い」としているが、約3割は「設定することが少ない」としている。



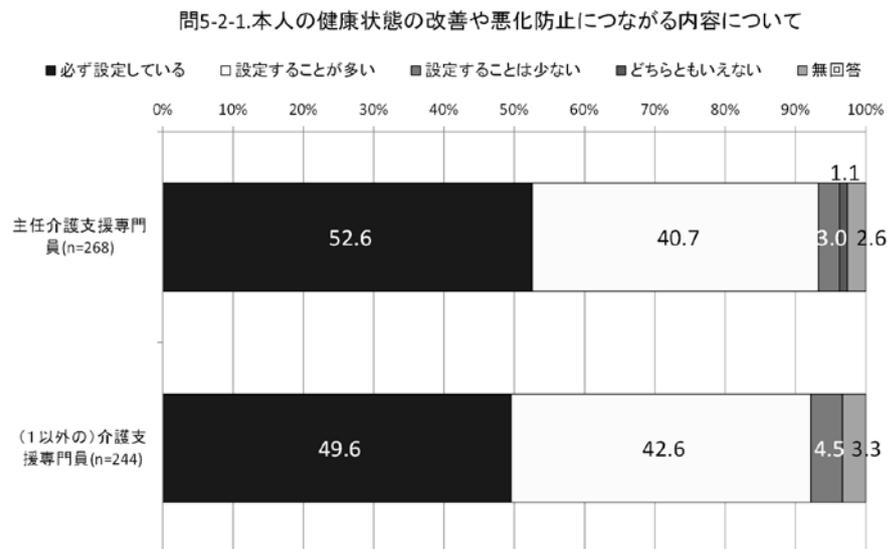
問 5-1-9. 在宅生活の継続について

在宅生活の継続についての視点で短期目標を設定しているかについてみると、全体で6割近くが「必ず設定している」と答えており、約3分の1が「設定することが多い」としている。主任介護支援専門員の6割以上が「必ず設定している」で、それ以外の介護支援専門員と比較してやや高くなっている。



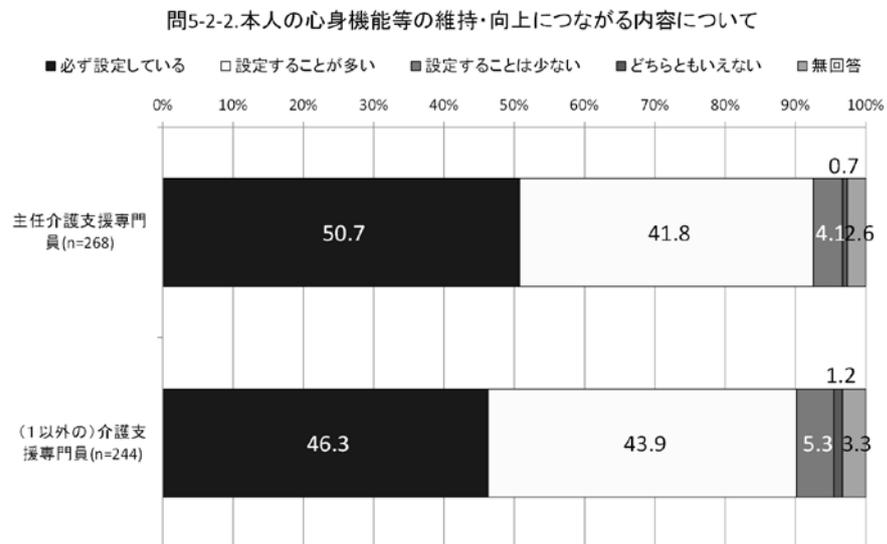
問 5-2-1. 本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容について

本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに約5割が「可成らず設定している」としており、加えて約4割は「設定することが多い」と答えている。



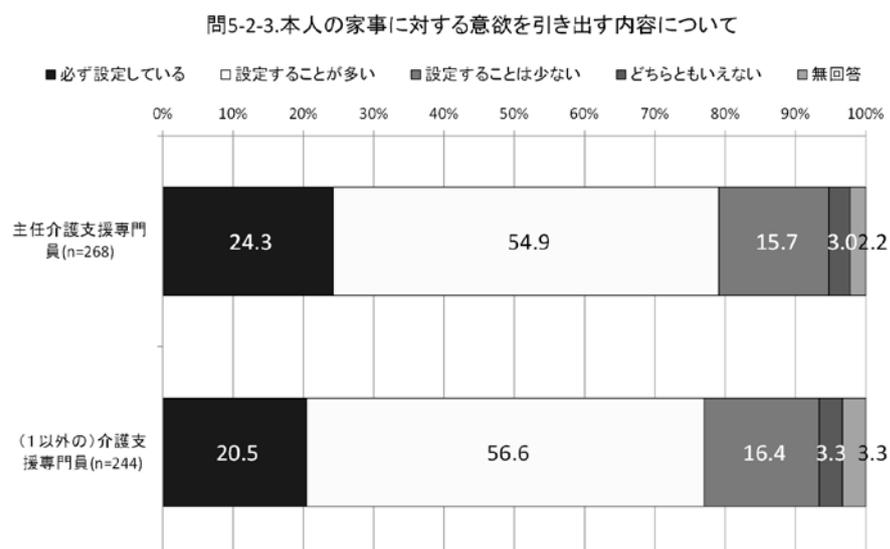
問 5-2-2. 本人の心身機能等の維持・向上につながる内容について

本人の心身機能等の維持・向上につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、全体の5割近くが「必ず設定する」としており、4割以上が「設定することが多い」となっている。



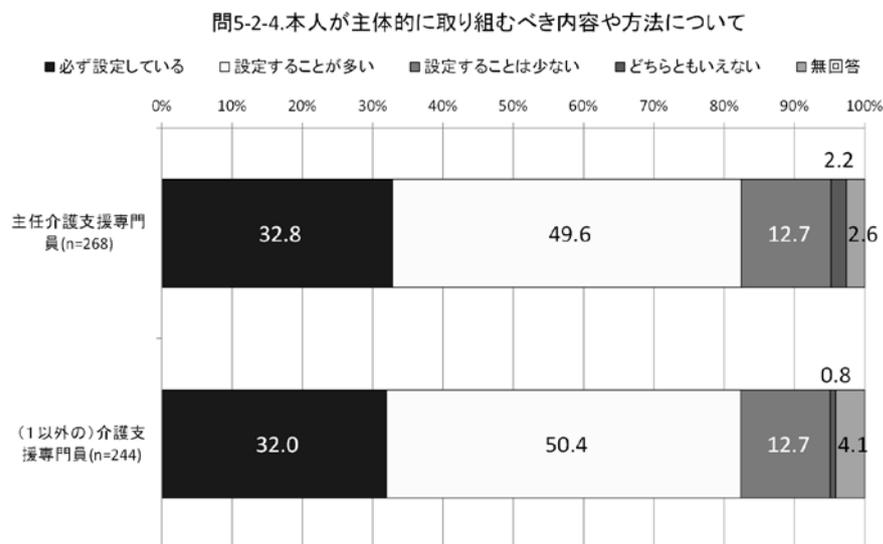
問 5-2-3. 本人の家事に対する意欲を引き出す内容について

本人の家事に対する意欲を引き出す内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、全体の2割強が「必ず設定している」としており、5割以上が「設定することが多い」となっている。15%程度は「設定することが少ない」と答えており、他の項目に比較してやや低い傾向がみられる。



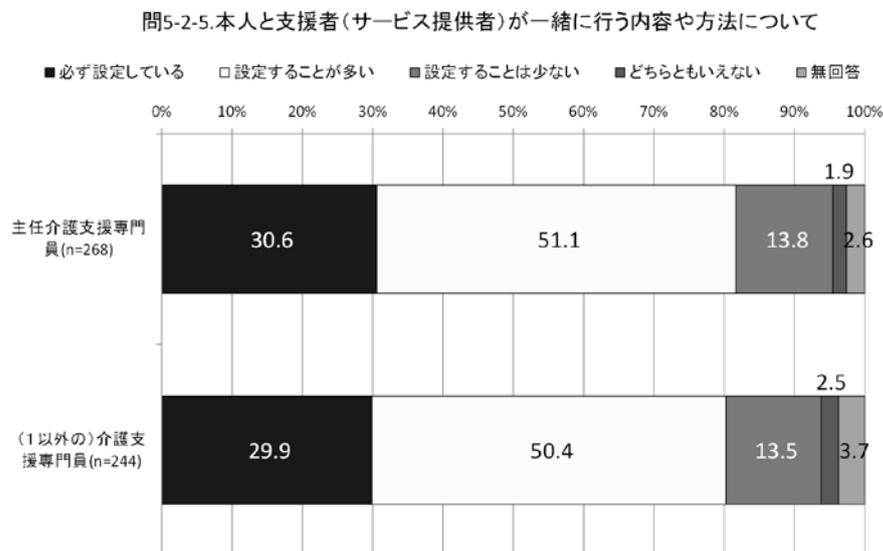
問 5-2-4. 本人が主体的に取り組むべき内容や方法について

本人が主体的に取り組むべき内容や方法についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに3割以上が「必ず設定している」としており、約5割が「設定することが多い」と答えているが、1割強が「設定することが少ない」となっている。



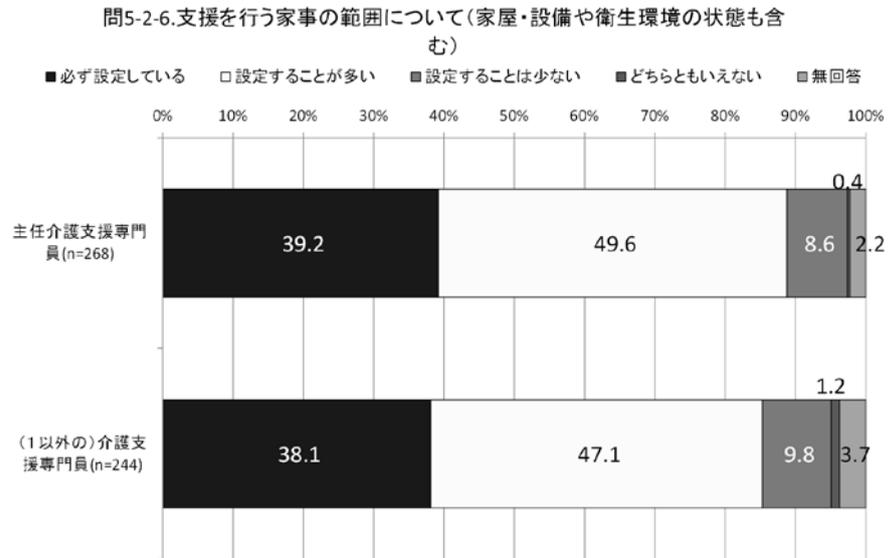
問 5-2-5. 本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法について

本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに約3割が「必ず設定している」としており、5割以上が「設定することが多い」と答えている。「設定することがすくない」と答えたのは1割強であった。



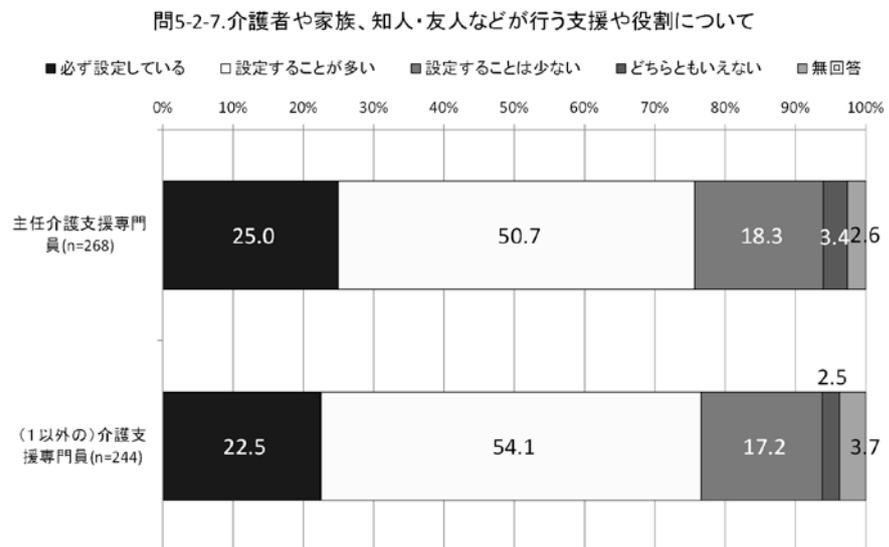
問 5-2-6. 支援を行う家事の範囲について（家屋・設備や衛生環境の状態も含む）

支援を行う家事の範囲について（家屋・設備や衛生環境の状態も含む）の視点でサービス内容を設定しているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに4割近くが「必ず設定している」と答えている。5割近くが「設定することが多い」となっており、「設定することが少ない」は1割弱であった。



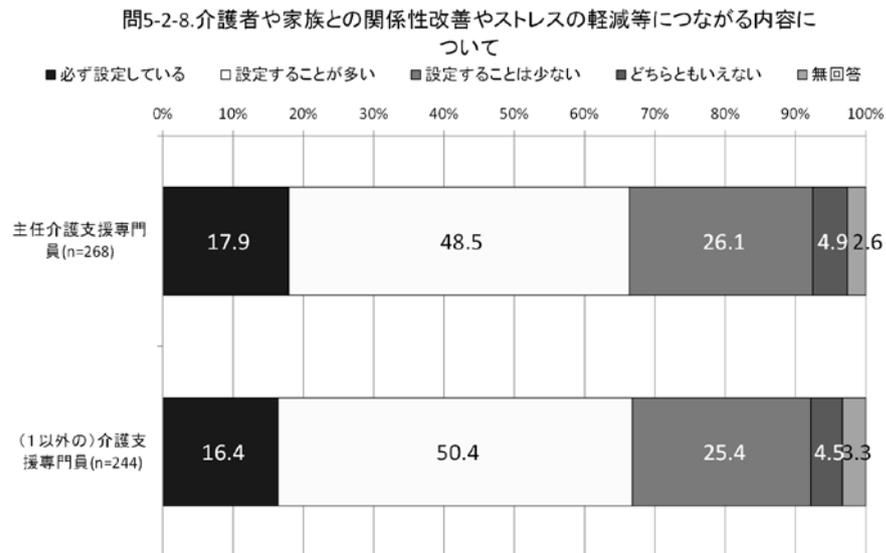
問 5-2-7. 介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割について

介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、全体の約4分の1が「必ず設定している」となっている。半数以上が「設定することが多い」と答えているが、2割弱が「設定することは少ない」とやや多くなっている。



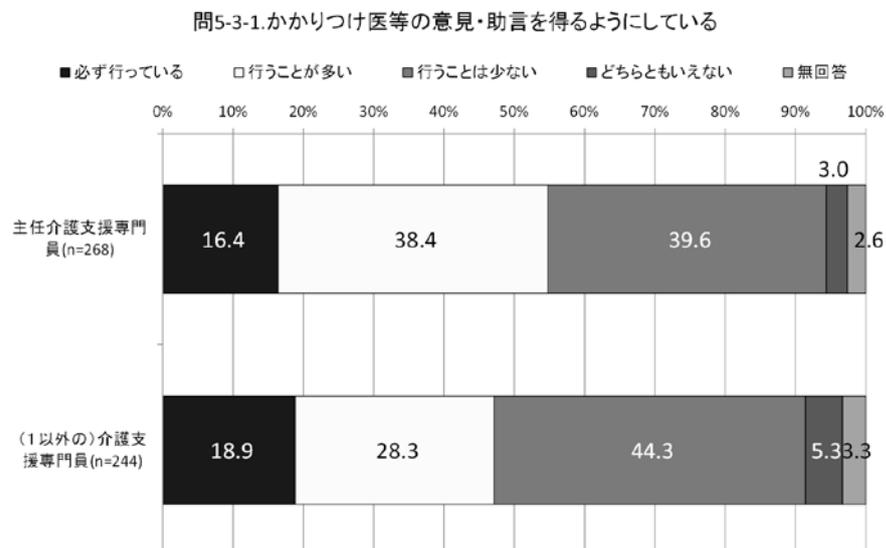
問 5-2-8. 介護者や家族との関係性改善やストレスの軽減等につながる内容について

介護者や家族との関係性改善やストレスの軽減等につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに「必ず設定している」は2割に満たない。約5割が「設定することが多い」となっているが、約4分の1が「設定することが少ない」と答えており、他の項目に比較して多くなっている。



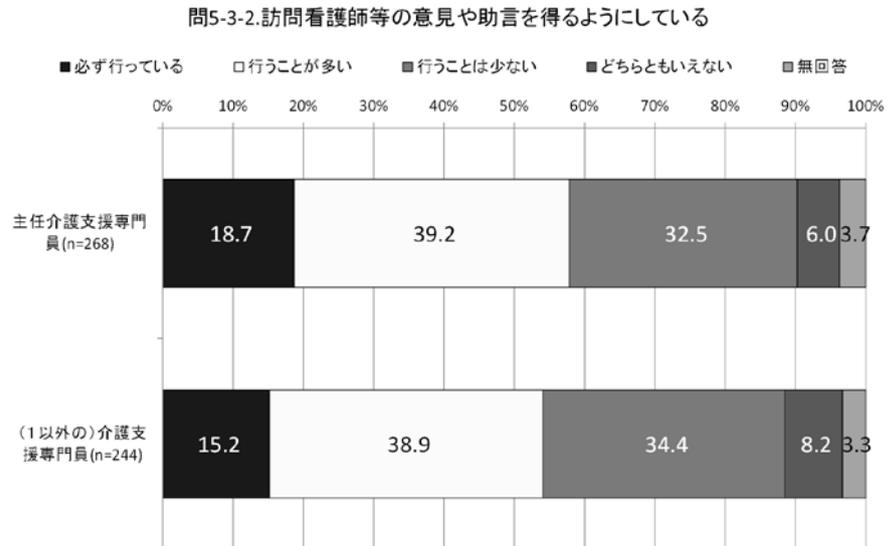
問 5-3-1. かかりつけ医等の意見・助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫としてかかりつけ医等の意見・助言を得るようにしているかをみると、全体で「必ず行っている」は2割に満たないが、「行うことが多い」と併せて5割程度である。4割程度は「行うことが少ない」と答えており、主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の方が若干多い。



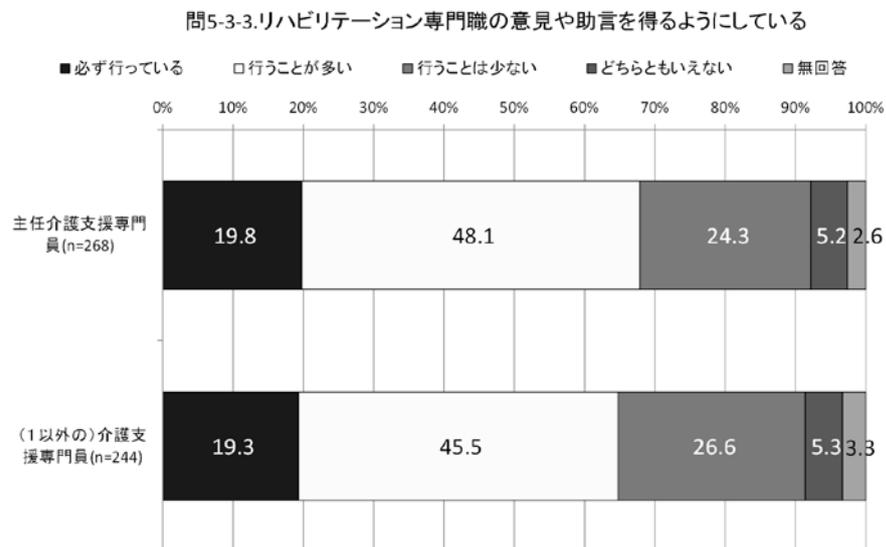
問 5-3-2. 訪問看護師等の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として訪問看護師等の意見や助言を得るようにしているかをみると、全体で「必ず行っている」は2割に満たないが、4割近くが「行うことが多い」としており、「行うことが少ない」は3分の1程度であった。



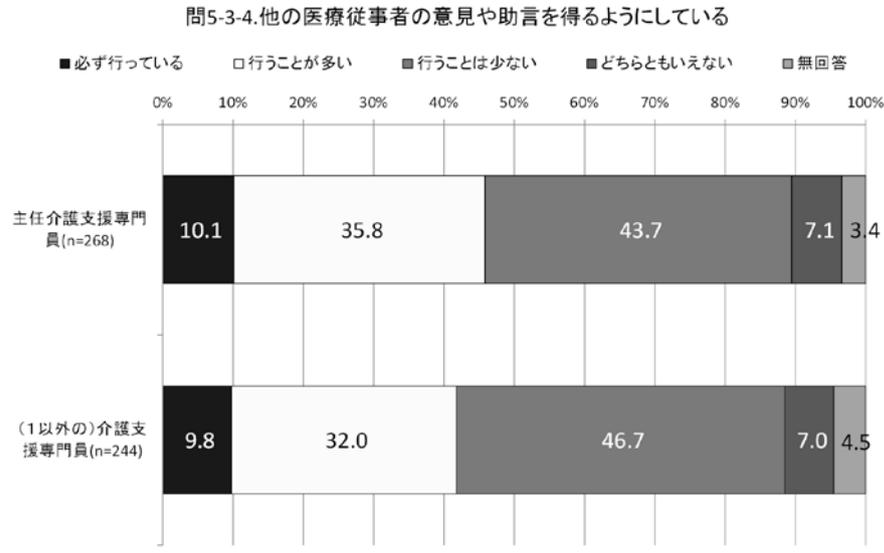
問 5-3-3. リハビリテーション専門職の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫としてリハビリテーション専門職の意見や助言を得るようにしているかをみると、全体で2割近くが「必ず行っている」としており、「行うことが多い」と併せて3分の2程度となる。「行うことは少ない」は4分の1程度であり、他の専門職と比較してやや少なくなっている。



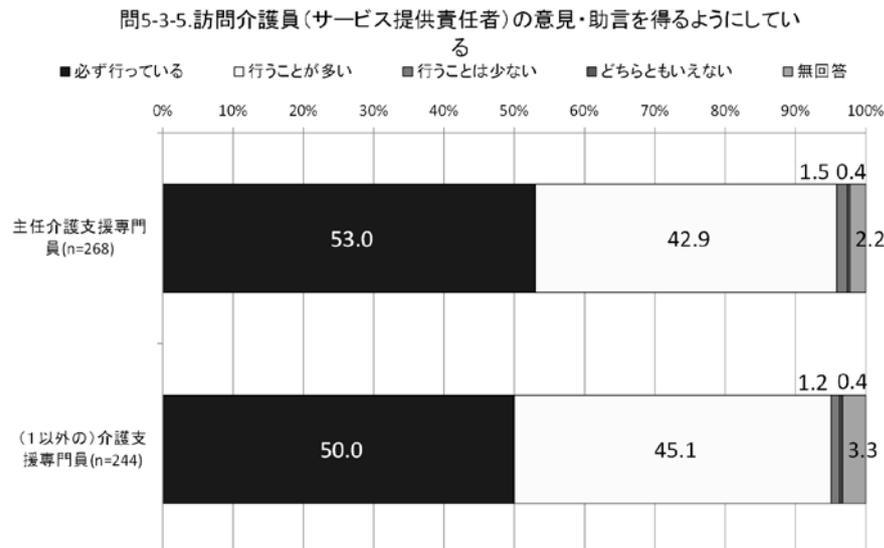
問 5-3-4. 他の医療従事者の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として他の医療従事者の意見や助言を得るようにしているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに「必ず行っている」は約1割である。約3分の1が「行うことが多い」としているが、4割以上は「行うことが少ない」と答えている。



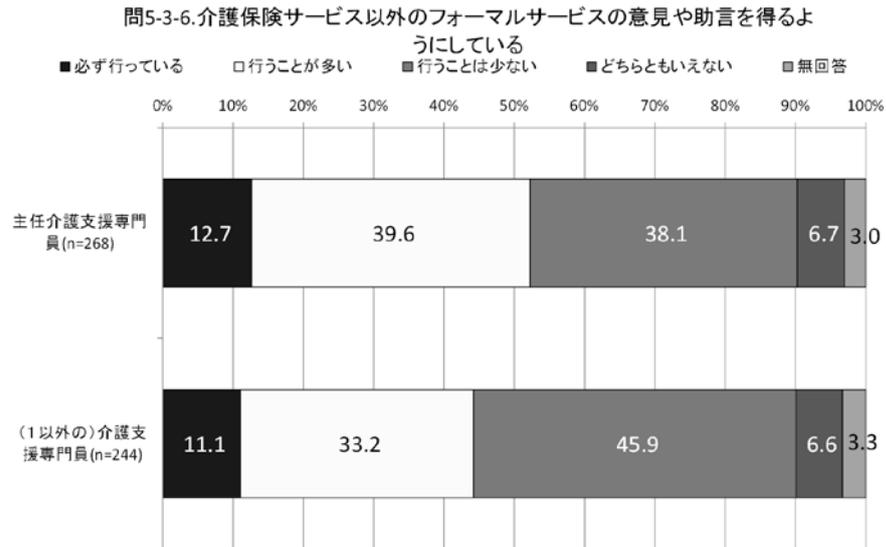
問 5-3-5. 訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言を得るようにしているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに5割が「必ず行っている」、4割以上が「行うことが多い」で、全体で約95%以上となっている。



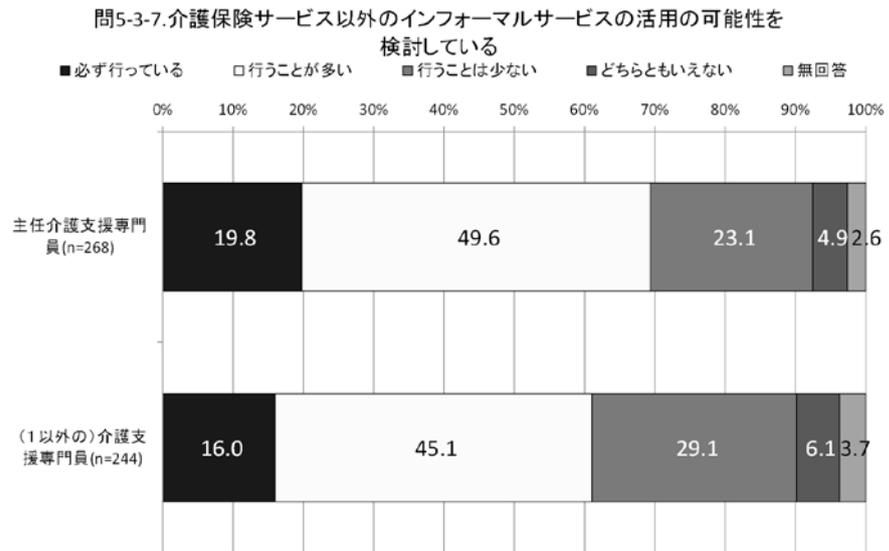
問 5-3-6. 介護保険サービス以外のフォーマルサービスの意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として介護保険サービス以外のフォーマルサービスの意見や助言を得るようにしているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに「必ず行っている」と答えたのは1割強である。主任介護支援専門員の約4割、それ以外の介護支援専門員の3分の1が「行うことが多い」としており、主任介護支援専門員の方がやや多い。全体の4割程度が「行うことが少ない」としている。



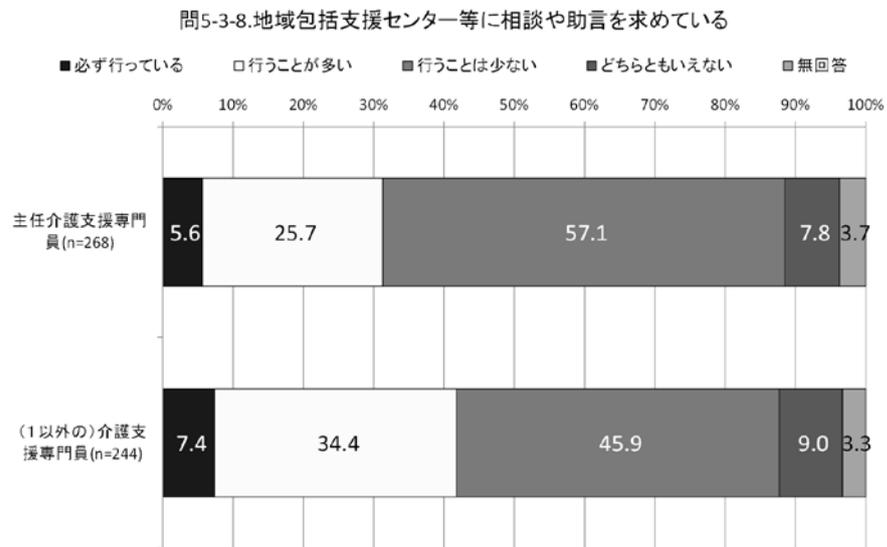
問 5-3-7. 介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の可能性を検討している

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の可能性を検討しているかをみると、全体で「必ず行っている」は2割に満たないが、5割近くは「設定することが多い」と答えている。主任介護支援専門員は「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が69.4%と、それ以外の介護支援専門員（61.1%）と比較して高くなっている。



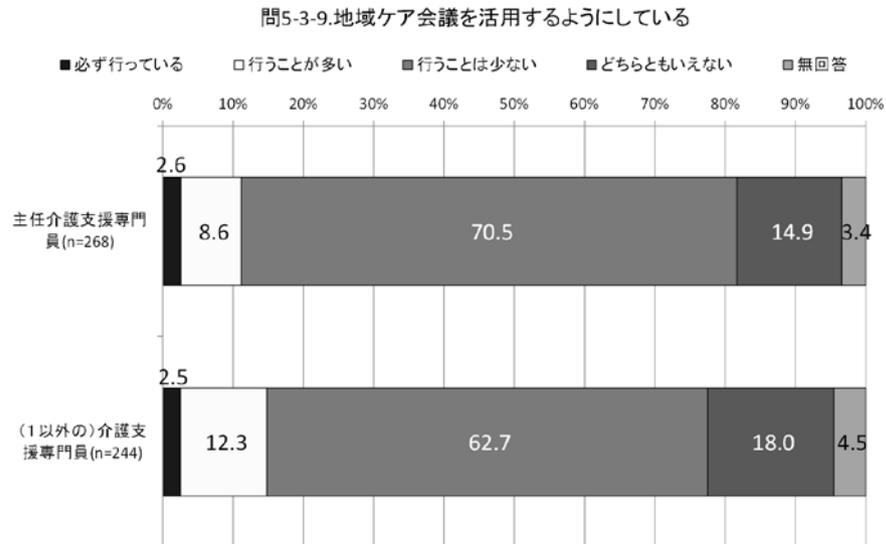
問 5-3-8. 地域包括支援センター等に相談や助言を求めている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として地域包括支援センター等に相談や助言を求めているかをみると、全体で「必ず行っている」は1割に満たない。約3割が「行うことが多い」となっているが、5割以上が「行うことが少ない」と答えている。主任介護支援専門員以外の介護支援専門員は「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が41.8%と、主任介護支援専門員（31.3%）と比較して高くなっている。



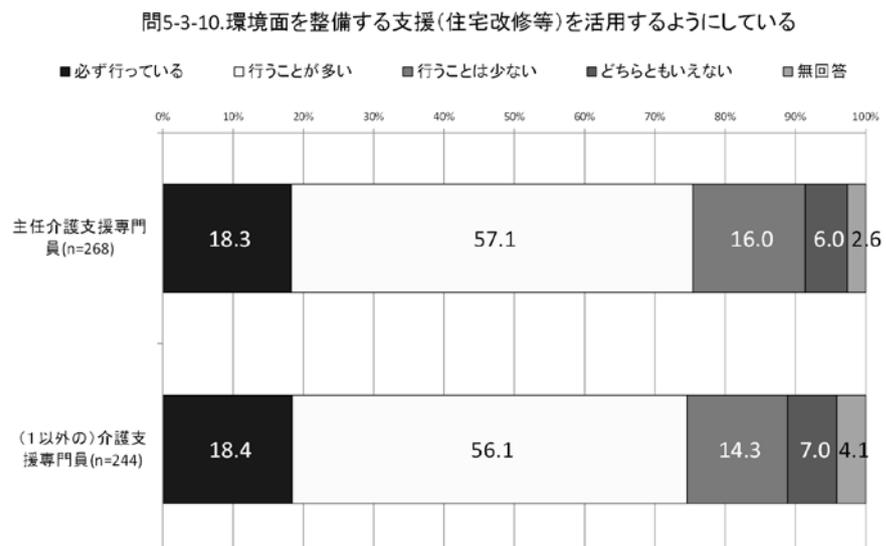
問 5-3-9. 地域ケア会議を活用するようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として地域ケア会議を活用するようにしているかをみると、全体で「行うことが少ない」が3分の2を占めている。「必ず行っている」は2.5%程度で「行うことが多い」を合わせて1割強である。



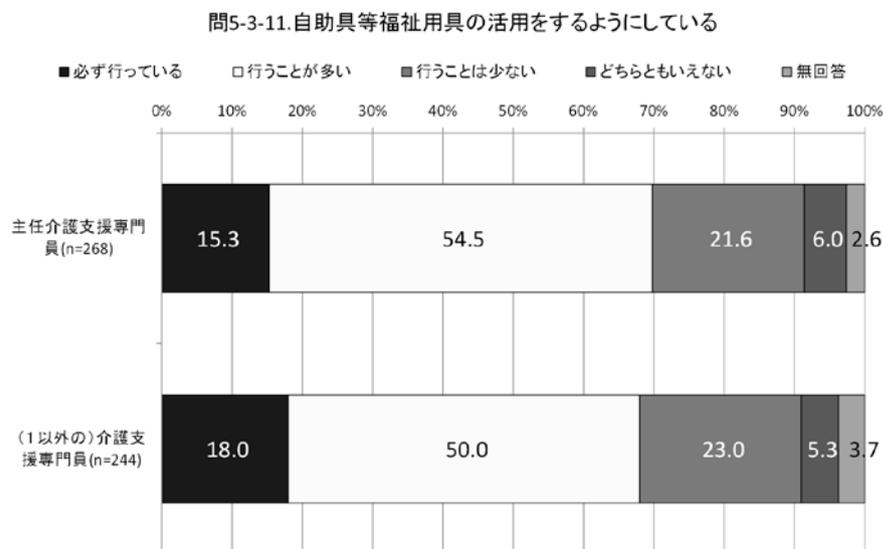
問 5-3-10. 環境面を整備する支援（住宅改修等）を活用するようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として環境面を整備する支援（住宅改修等）を活用するようにしているかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに2割近くが「必ず行っている」としており、5割以上の「行うことが多い」と併せて4分の3を占めている。



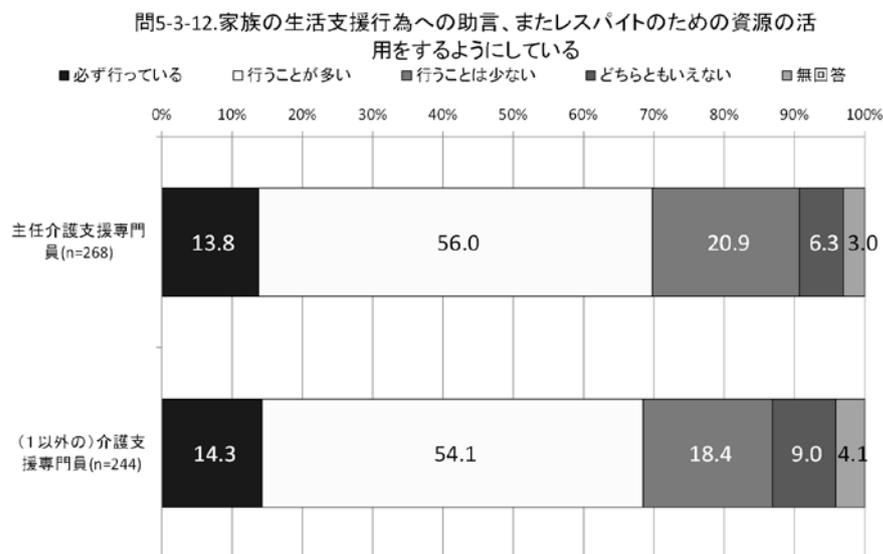
問 5-3-11. 自助具等福祉用具の活用をするようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として自助具等福祉用具の活用をするようにしているかをみると、全体で「必ず行っている」は2割に満たないが、「行うことが多い」を合わせて約3分の2となっている。一方で2割以上が「行うことが少ない」と答えている。



問 5-3-12. 家族の生活支援行為への助言、またレスパイトのための資源の活用をするようにしている

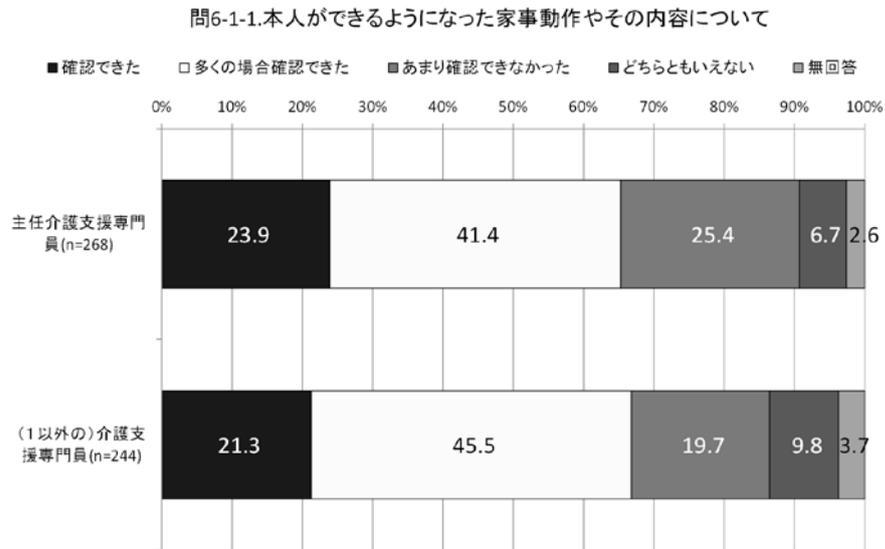
生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として家族の生活支援行為への助言、またレスパイトのための資源の活用をするようにしているかをみると、全体で「必ず行っている」は14%程度だが、「行うことが多い」と合わせると7割近くとなる。「行うことが少ない」は2割弱であった。



■モニタリングで確認できた効果や結果について

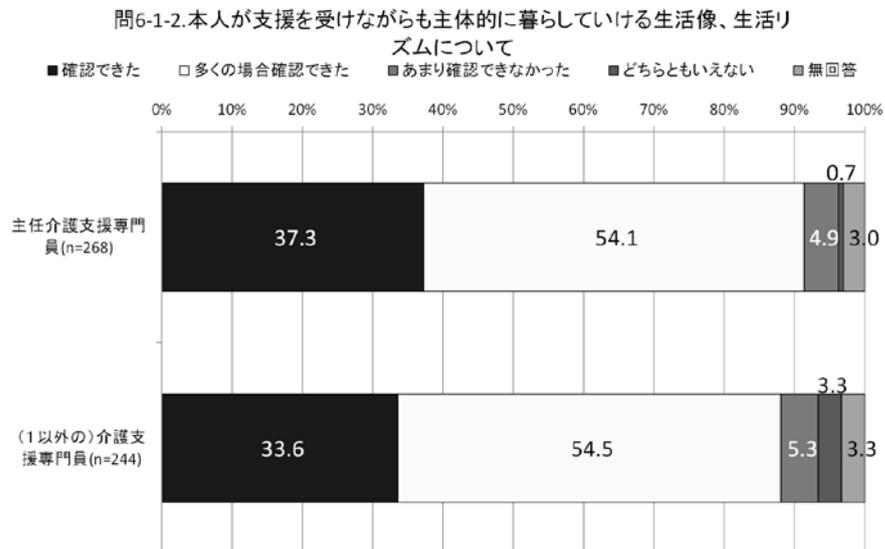
問 6-1-1. 本人ができるようになった家事動作やその内容について

モニタリングで本人ができるようになった家事動作やその内容について確認できたかをみると、全体で2割以上が「確認できた」と答えており、4割以上が「多くの場合確認できた」で、合わせて約3分の2となる。4分の1近くは「あまり確認できなかった」と回答している。



問 6-1-2. 本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像、生活リズムについて

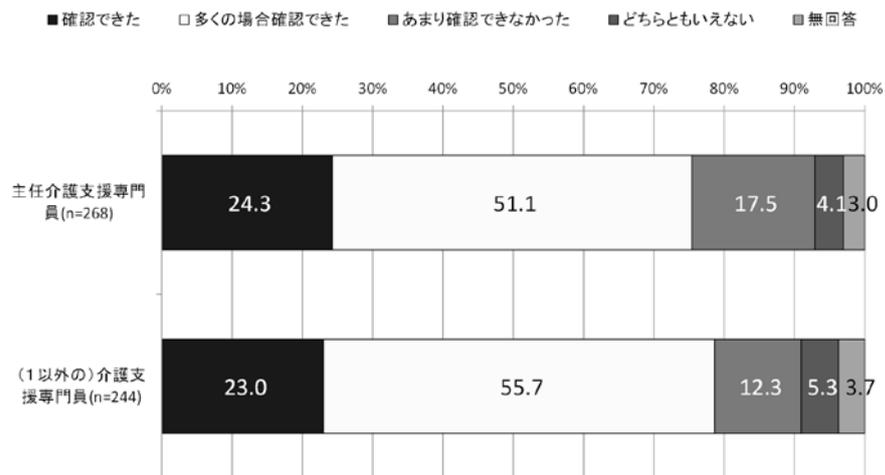
モニタリングで本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像、生活リズムについて確認できたかをみると、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに3分の1以上が「確認できた」としている。「多くの場合確認できた」と合わせて約9割である。



問 6-1-3. 本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について

モニタリングで本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について確認できたかをみると、全体で4分の1近くが「確認できた」と答えており、5割以上が「多くの場合確認できた」としている。約15%が「あまり確認できなかった」と回答している。

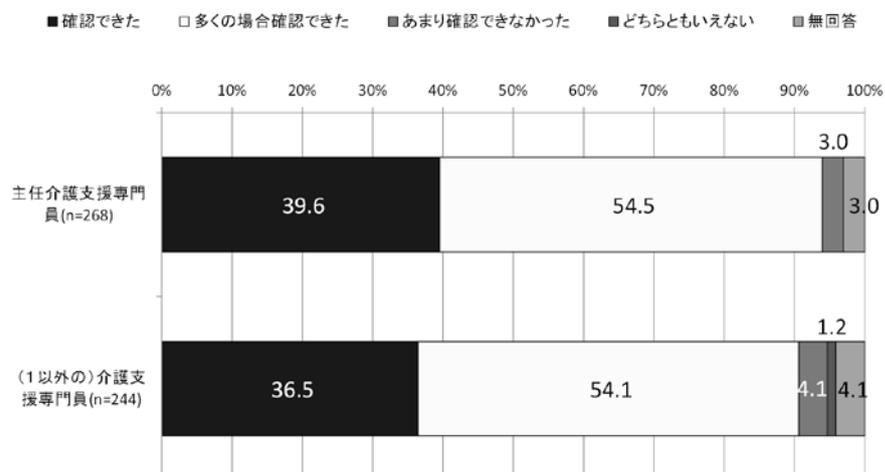
問6-1-3.本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について



問 6-1-4. 生活環境の維持について

モニタリングで生活環境の維持について確認できたかをみると、全体で4割近くが「確認できた」、5割以上が「多くの場合確認できた」としており、合わせて9割を超えている。

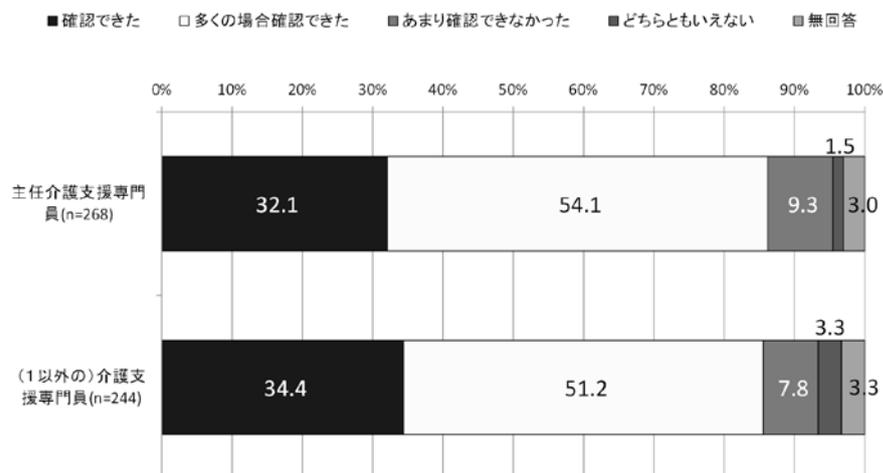
問6-1-4.生活環境の維持について



問 6-1-5. 生活上のリスクの軽減について

モニタリングで生活上のリスクの軽減について確認できたかをみると、全体の約3分の1が「確認できた」と答えており、5割以上が「多くの場合確認できた」としている。

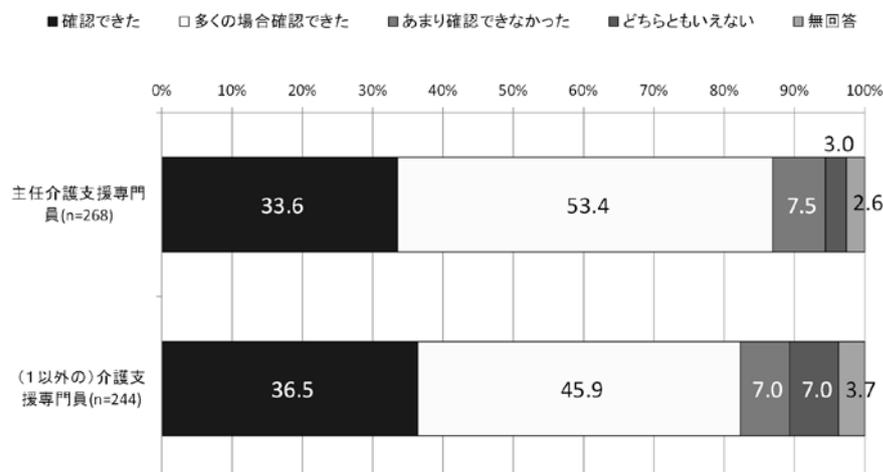
問6-1-5.生活上のリスクの軽減について



問 6-1-6. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止について

モニタリングで病気や病状の改善や維持、悪化の防止について確認できたかをみると、全体で3分の1以上が「確認できた」、約5割が「多くの場合確認できた」となっている。主任介護支援専門員は「多くの場合確認できた」割合が53.4%と、それ以外の介護支援専門員（45.9%）と比較して高くなっている。

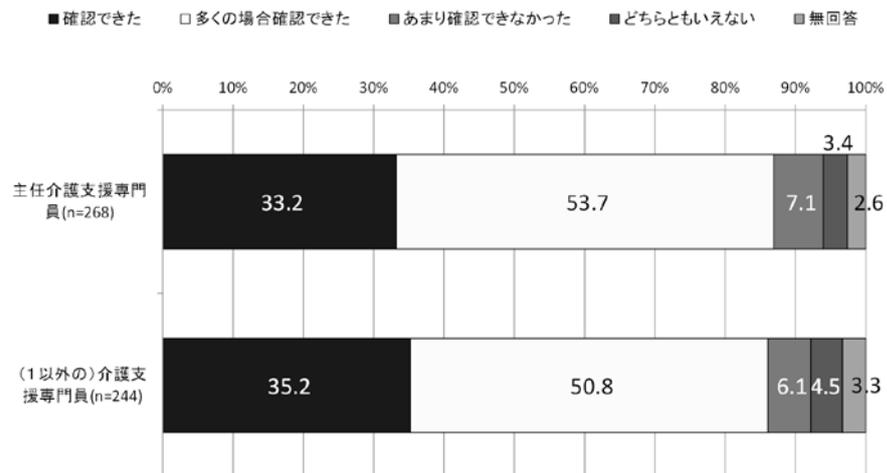
問6-1-6.病気や病状の改善や維持、悪化の防止について



問 6-1-7. 健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について

モニタリングで健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について確認できたかをみると、全体で3分の1が「確認できた」としており、5割以上が「多くの場合確認できた」と答えている。

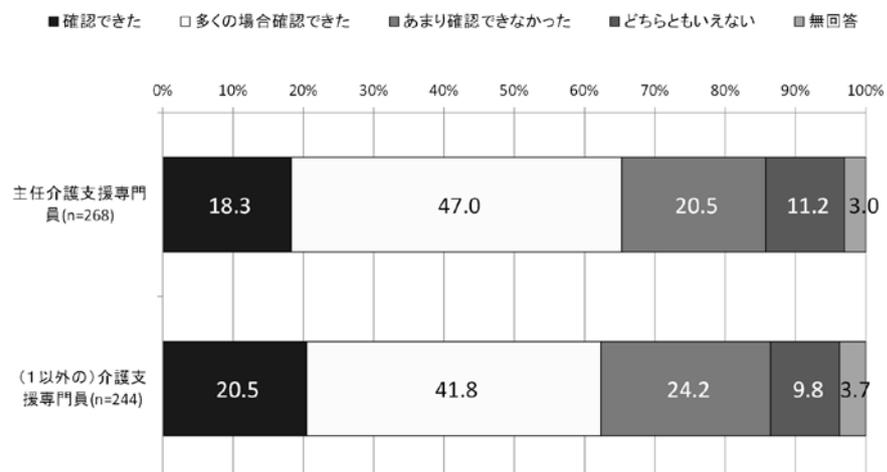
問6-1-7.健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について



問 6-1-8. 家族関係の安定や改善について

モニタリングで家族関係の安定や改善について確認できたかをみると、全体で「確認できた」が2割程度、4割以上が「多くの場合確認できた」となっている。主任介護支援専門員で約2割、それ以外の介護支援専門員で4分の1近くが「あまり確認できなかった」としている。

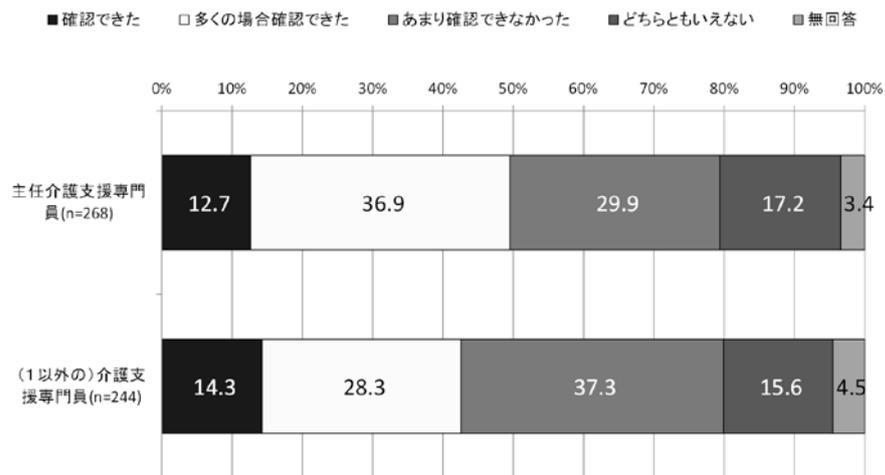
問6-1-8.家族関係の安定や改善について



問 6-1-9. 家族の就労や離職防止について

モニタリングで家族の就労や離職防止について確認できたかをみると、全体で13%程度が「確認できた」、3割程度が「多くの場合確認できた」となっている。主任介護支援専門員は「多くの場合確認できた」割合が36.9%と、それ以外の介護支援専門員（28.3%）と比較して高くなっており、「あまり確認できなかった」「どちらともいえない」は主任介護支援専門員以外が多くなっている。

問6-1-9. 家族の就労や離職防止について



■生活援助サービス提供中の軽微な身辺に対する支援について

問 7. 生活援助サービス提供中の軽微な身辺に対する支援について

生活援助サービス提供中に軽微な身辺に対する支援（身体の保持や着衣の支援など）が含まれる場合についてみると、全体で「積極的に行うべき」は1割程度で、3割強が必然性を感じている。「行うべきではないが仕方ない」が4割近くとなっており、「身体介護として行うべき」が約1割である。

問7.生活援助サービス提供中の軽微な身辺に対する支援について

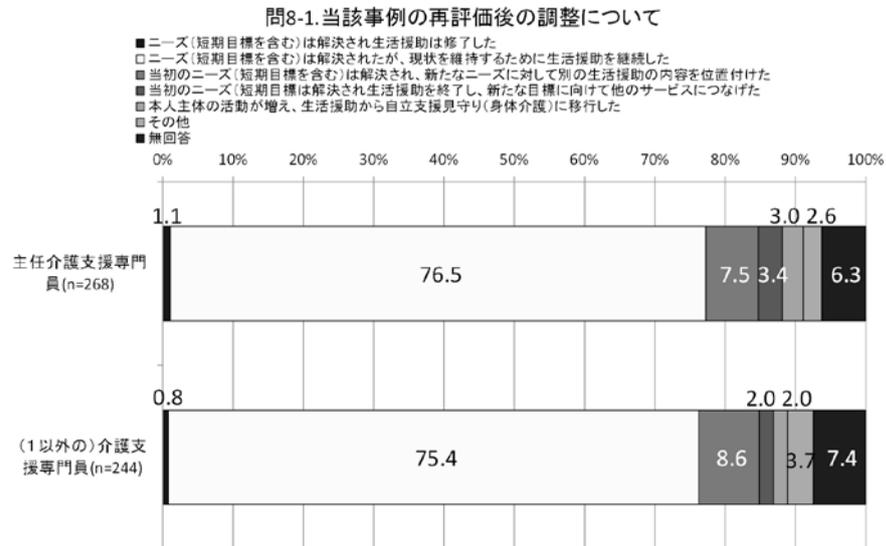
- 生活援助を提供中に軽微な身辺に対する支援を行うことは、生活援助をより効果的にすることが期待できるため積極的に行うべきである
- 生活援助を提供中に軽微な身辺に対する支援を行うことは、生活の場での支援なので必然であると思う
- 生活援助なので積極的に身辺に対する支援は行うべきではないが、生活の場での支援なので仕方ないと思う
- 生活援助なので身辺に対する支援は行うべきではない
- 身体介護（老計10号1-6）として位置付け、自立支援として積極的に行うべきである
- その他
- 無回答



■生活援助を活用したことで生活状況の改善等の結果がみられた事例について

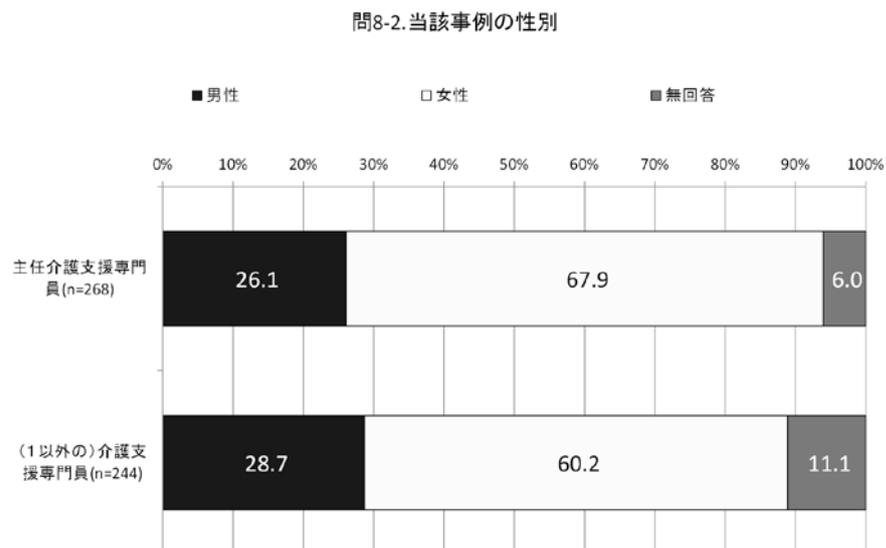
問 8-1. 当該事例の再評価後の調整について

当該事例の再評価後の調整についてみると、全体に「ニーズが解決し生活援助を修了」は僅かで、4分の3以上が「現状を維持するために継続」と回答している。支援経過の中で「別の生活援助を位置付けた」は約8%となっている。



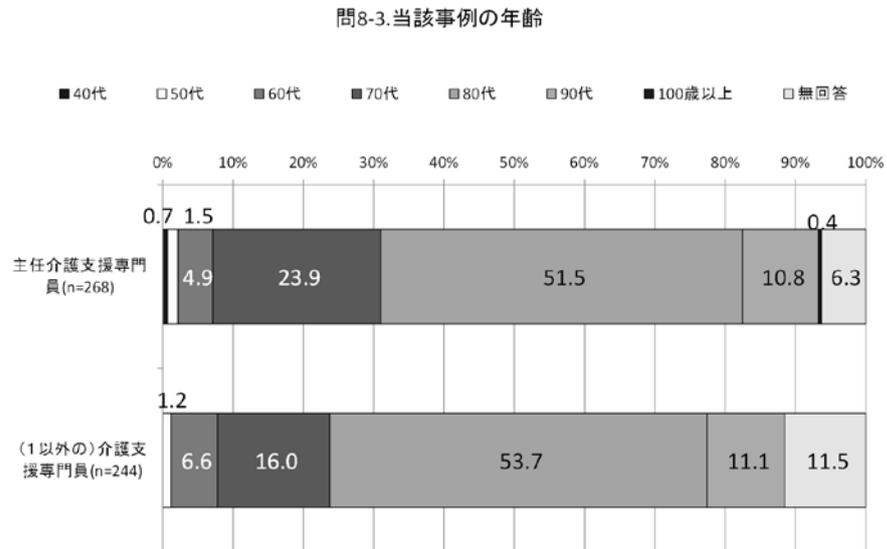
問 8-2. 当該事例の性別

当該事例の性別についてみると、全体の約3分の2が女性となっている。主任介護支援専門員の事例は「女性」の割合が67.9%と、それ以外の介護支援専門員(60.2%)と比較してやや高くなっている。



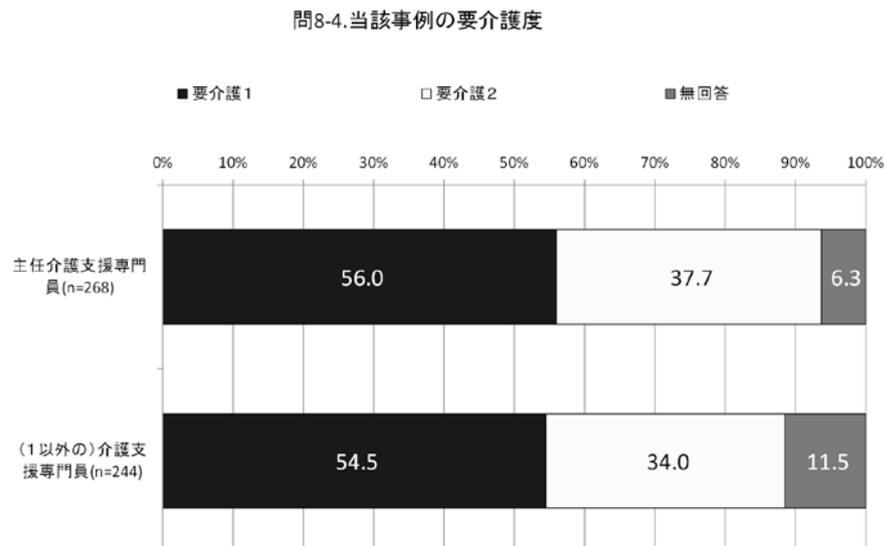
問 8-3. 当該事例の年齢

当該事例の年齢についてみると、全体で 80 代以上が 6 割を超えている。主任介護支援専門員の事例は「70 代」の割合が 23.9%と、それ以外のケアマネジャー（16.0%）と比較して高く、主任介護支援専門員の事例の方が、年齢が低い傾向がみられる。



問 8-4. 当該事例の要介護度

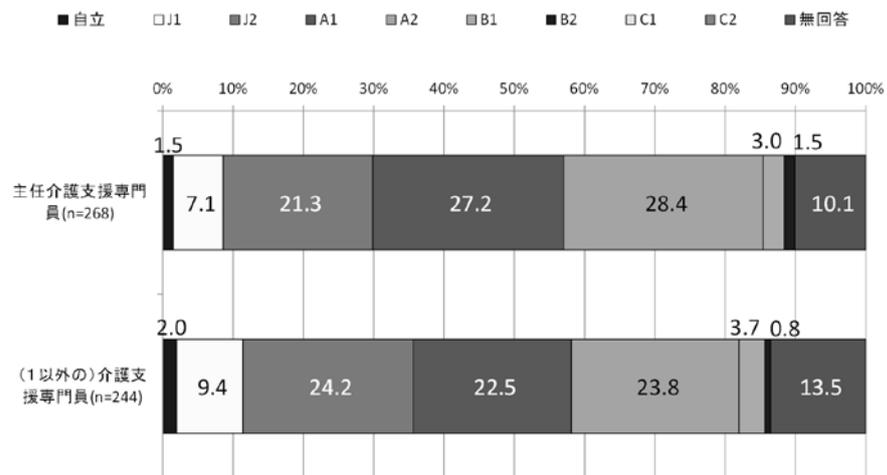
当該事例の要介護度についてみると、要介護 1 が 6 割近く（無回答を除く）となっている。



問 8-5. 当該事例の日常生活自立度

当該事例の日常生活自立度についてみると、全体では自立～A2の歩行可能なレベルが8割を占める。主任介護支援専門員の事例は「A2」が28.4%と、それ以外のケアマネジャー（23.8%）と比較してやや多いが、全般的には特に大きな差異はみられない。

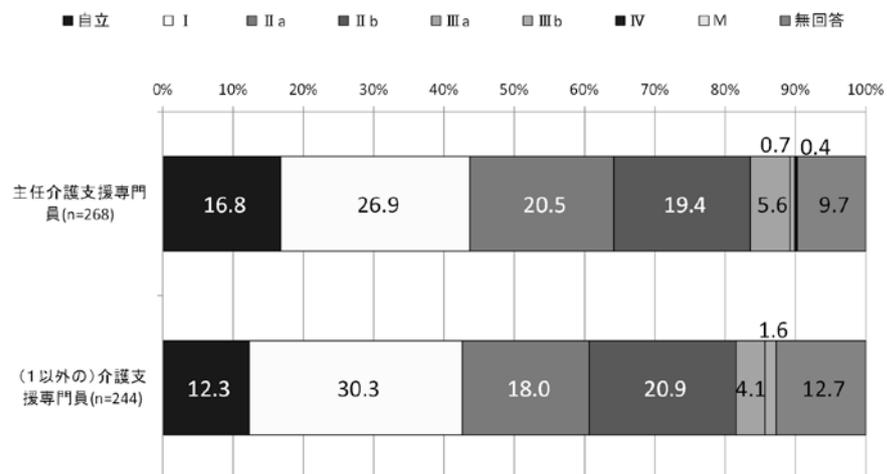
問8-5.当該事例の日常生活自立度



問 8-6. 当該事例の認知症自立度

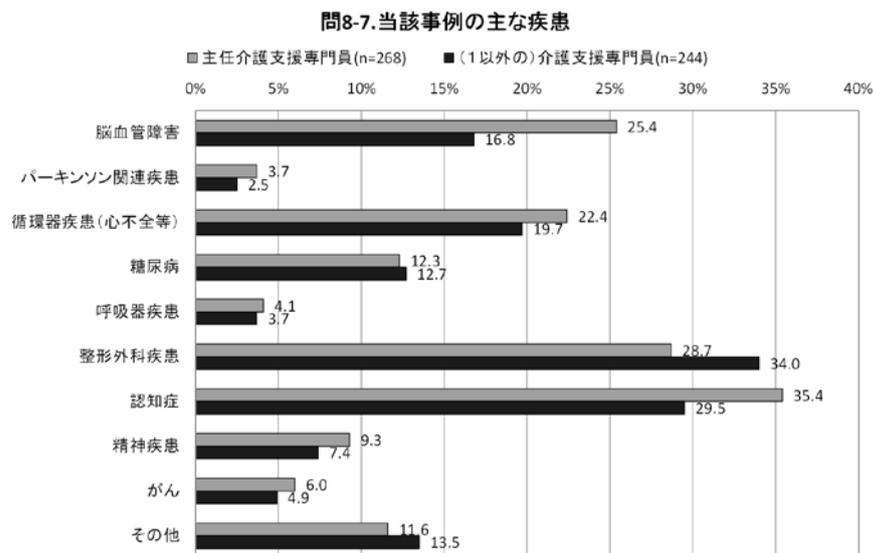
当該事例の認知症自立度についてみると、全体でⅠ，Ⅱa，Ⅱbが3分の2を占めている。自立は15%程度で、Ⅲa以上の重度の認知症は僅かである。

問8-6.当該事例の認知症自立度



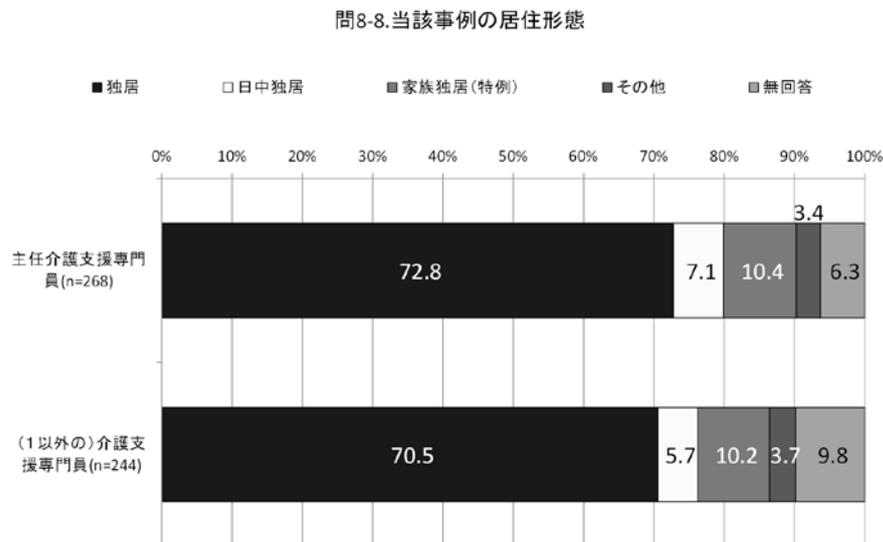
問 8-7. 当該事例の主な疾患

当該事例の主な疾患についてみると、全体で、認知症、正外科疾患が最も多く、次いで脳血管障害や循環器疾患となっている。主任介護支援専門員の事例は「認知症」（35.4%）、「脳血管障害」（25.4%）が、それ以外の介護支援専門員と比較して多い。一方、それ以外の介護支援専門員の事例は「整形外科疾患」（34.0%）が主任介護支援専門員の事例と比較して多くなっている。



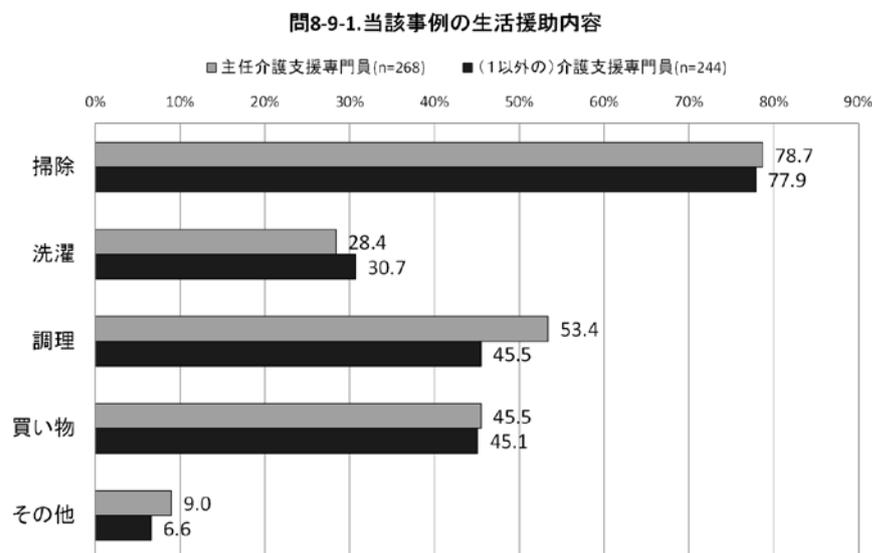
問 8-8. 当該事例の居住形態

当該事例の居住形態についてみると、7割以上が独居であり、特例が約1割となっている。主任介護支援専門員の事例とそれ以外の介護支援専門員の事例と比較して特に際立った差異はみられなかった。



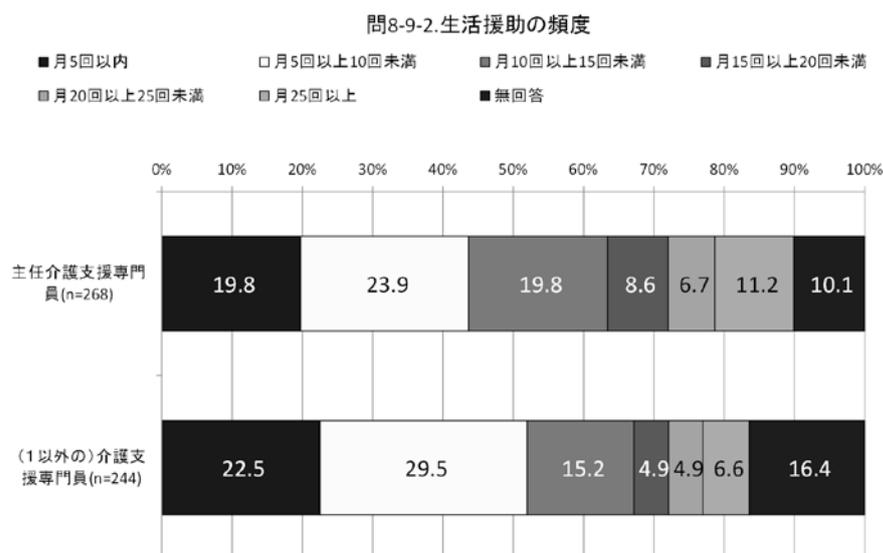
問 8-9-1. 当該事例の生活援助内容

当該事例の生活援助内容についてみると、全体に掃除が最も多く、8割近くに上る。次いで調理、買い物となっており、洗濯は3割程度である。主任介護支援専門員の事例は「調理」(53.4%)が、それ以外の介護支援専門員(45.5%)と比較してやや高い以外は特に際立った差異はみられなかった。



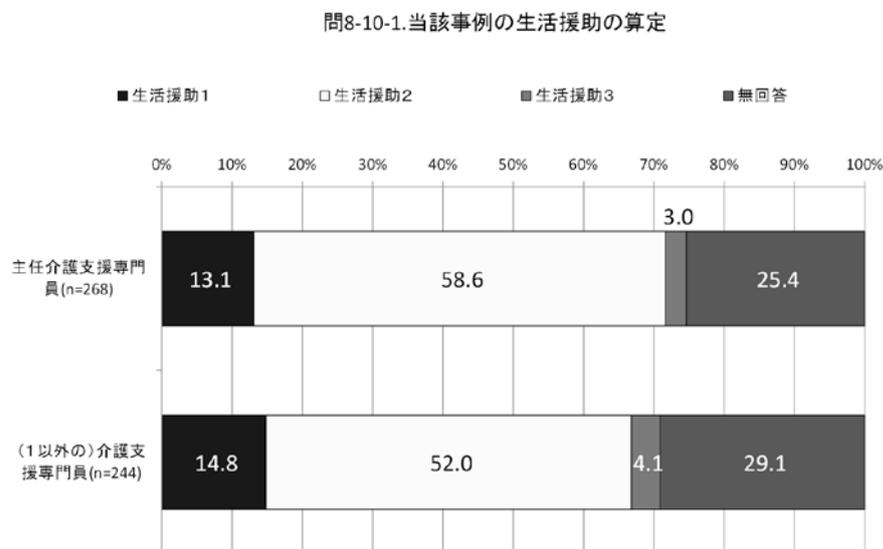
問 8-9-2. 生活援助の頻度

当該事例の生活援助の頻度についてみると、全体で「月15回未満」が合わせて3分の2程度となっている。月25回を超える事例は、主任介護支援専門員で11.2%、それ以外の介護支援専門員で6.6%であった。



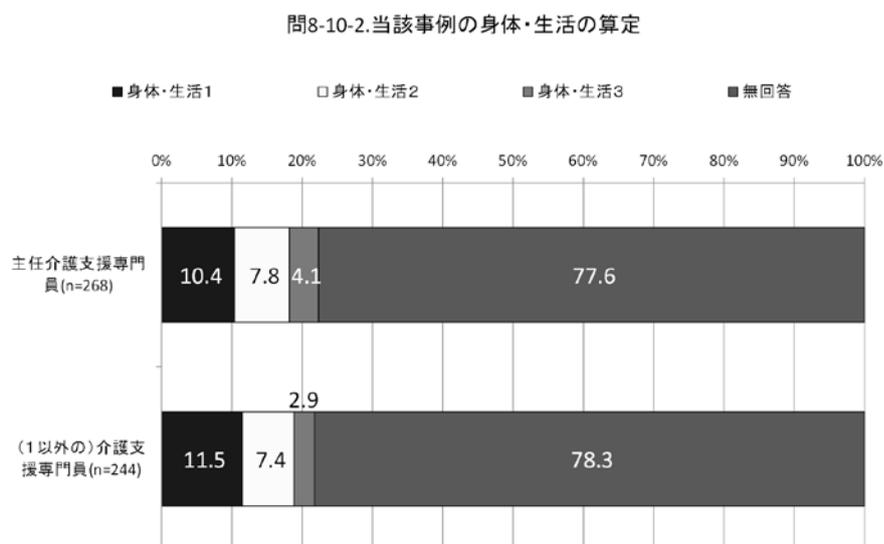
問 8-10-1. 当該事例の生活援助の算定

当該事例の生活援助の算定についてみると、全体では「生活援助1」が14%程度で、「生活援助2」が55%程度となっている。主任介護支援専門員の事例は「生活援助2」が58.6%と、それ以外の介護支援専門員の事例（52.0%）と比較してやや多い。



問 8-10-2. 当該事例の身体・生活の算定

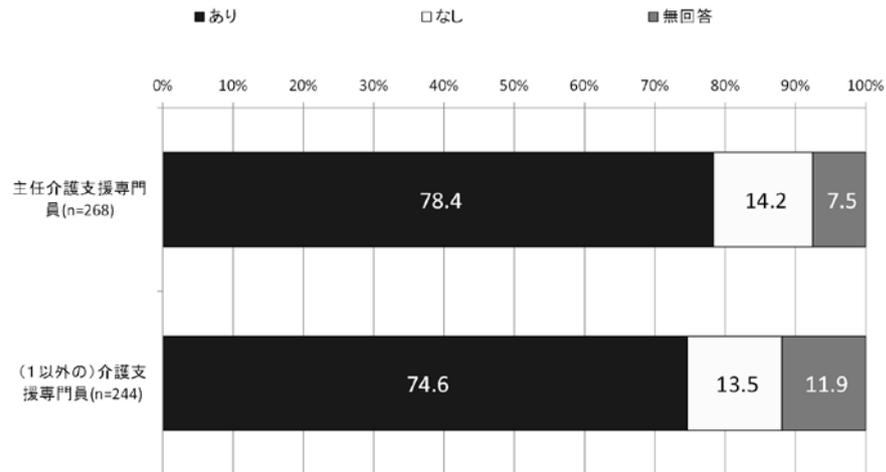
当該事例の身体・生活の算定についてみると、全体で「身体・生活1」が1割程度、「身体・生活2」「身体・生活3」を合わせても2割程度であった。



問 8-11. 当該事例の他の介護保険サービスの活用状況

改善事例における他の介護保険サービスの活用についてみると、全体の4分の3以上が他の介護保険サービスを活用している。主任介護支援専門員の事例は、他の介護保険サービスの利用がある事例が78.4%と、それ以外のケアマネジャーの事例（74.6%）と比較してやや高くなっている。

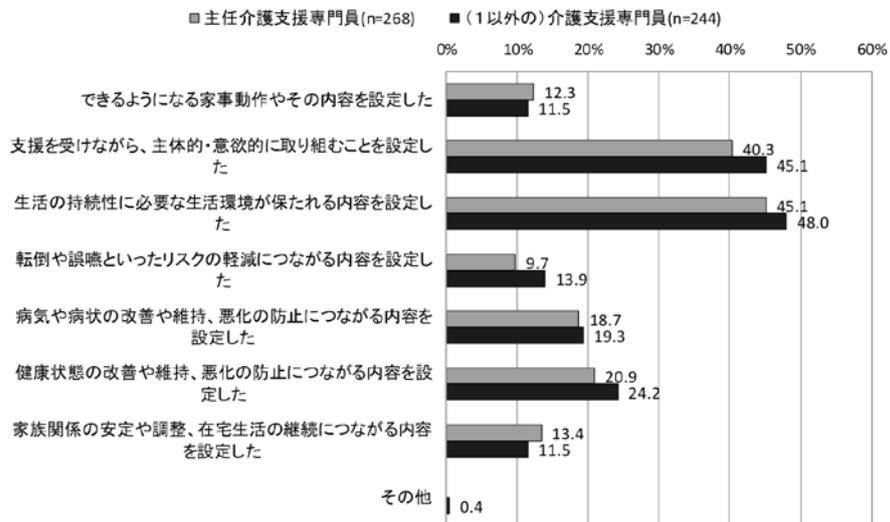
問8-11. 当該事例の他の介護保険サービスの活用状況



問 8-12. 当該事例の目標設定の視点について

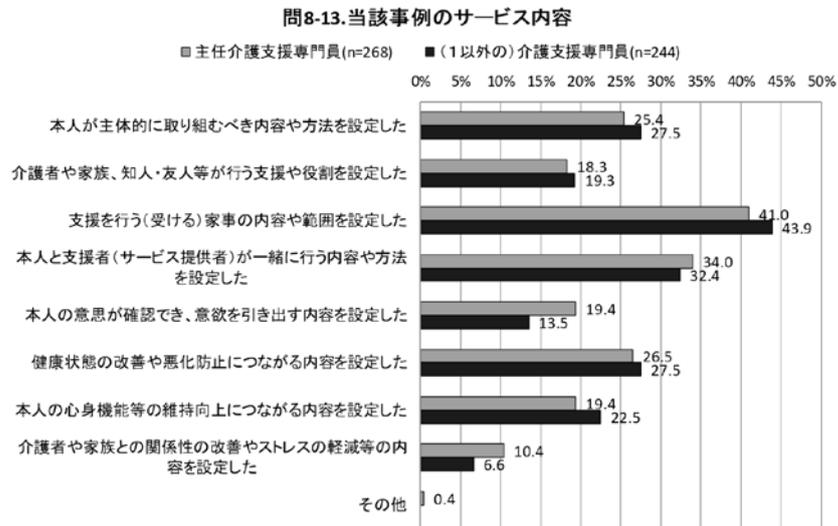
当該事例の目標設定の視点についてみると、全体で「生活の持続性に必要な生活環境が保たれる内容を設定した」が最も多く、次いで「支援を受けながら、主体的・意欲的に取り組むことを設定した」の割合が大きい。その他の項目については約1割～2割程度となっている。主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員に特に大きな差異はみられない。

問8-12. 当該事例の目標設定の視点について



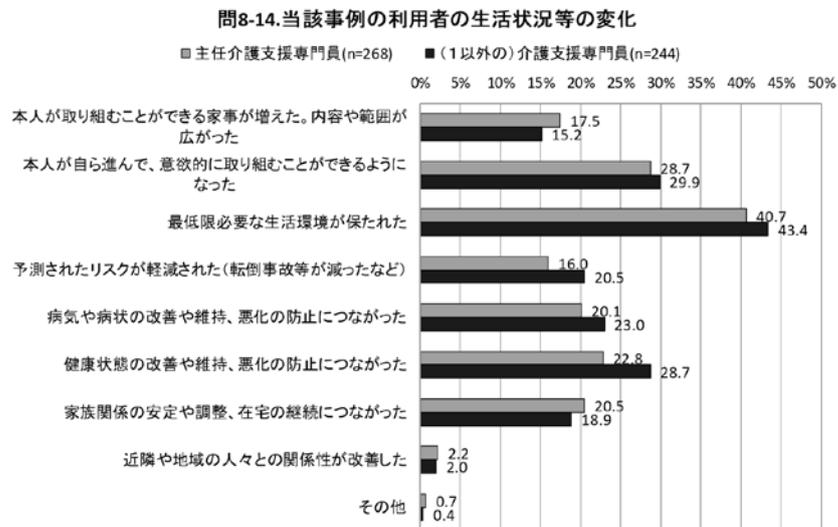
問 8-13. 当該事例のサービス内容

当該事例のサービス内容についてみると、「支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した」が4割以上、次いで「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法を設定した」が約3分の1となっている。「本人が主体的に取り組むべき内容や方法を設定した」と「健康状態の改善や悪化防止につながる内容を設定した」が約4分の1で、その他の項目や2割程度となっている。



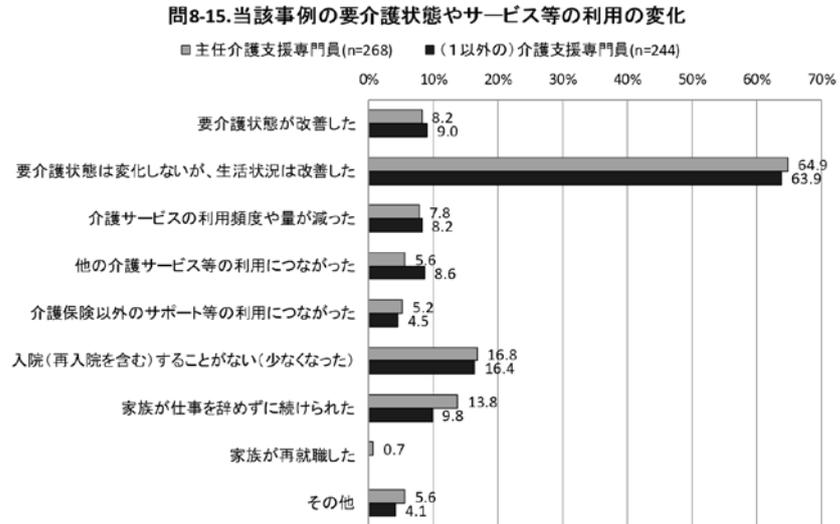
問 8-14. 当該事例の利用者の生活状況等の変化

当該事例の利用者の生活状況等の変化についてみると、「最低限必要な生活環境が保たれた」が4割以上で最も多く、「本人が意欲的に自ら進んで、意欲的に取り組むようになった」が3割弱となっている。その他の項目については2割前後となっており、「近隣や地域の人々との関係性が改善した」は僅かであった。それ以外の介護支援専門員の事例で「健康状態の改善や維持、悪化の防止につながった」割合が28.7%と、主任介護支援専門員の事例と比較してやや高いが、全般的には特に大きな差異はみられない。



問 8-15. 当該事例の要介護状態やサービス等の利用の変化

当該事例の要介護状態やサービス等の利用の変化についてみると、「要介護状態は変化しないが、生活状況は改善した」が6割を超えており、突出している。「入院をすることがない」が約17%で、その他の項目は1割に満たない程度となっている。



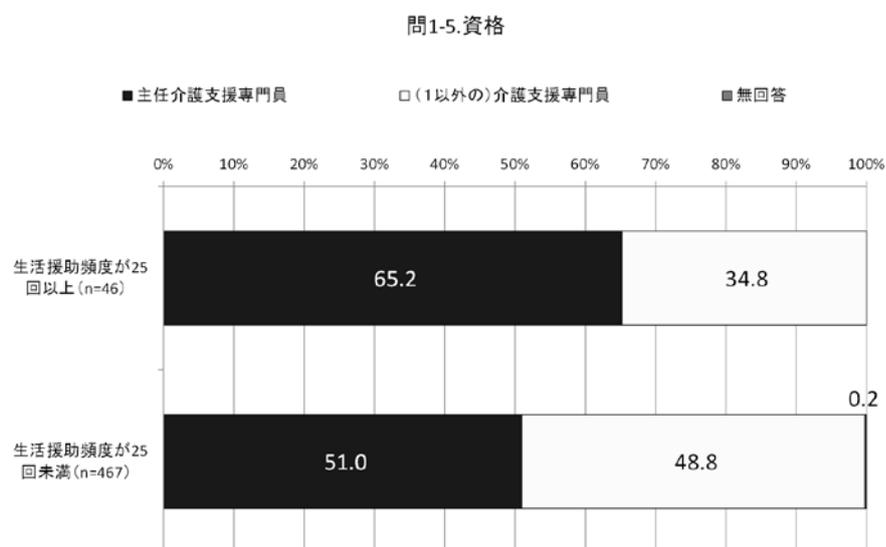
(4) 生活援助の頻度が月 25 回以上と月 25 回未満における比較

問 8 要介護 1 または 2 の方で、生活援助を活用したことで、利用者の生活状況の改善などの結果がみられた事例（以下、「改善事例」という。）において、生活援助の利用頻度が月に 25 回以上と回答した介護支援専門員（以下、「生活援助頻度 25 回以上」という。）と生活援助の利用頻度が月 25 回に満たないと回答した介護支援専門員（以下、「生活援助頻度 25 回未満」という。）を比較した。

■回答者の属性

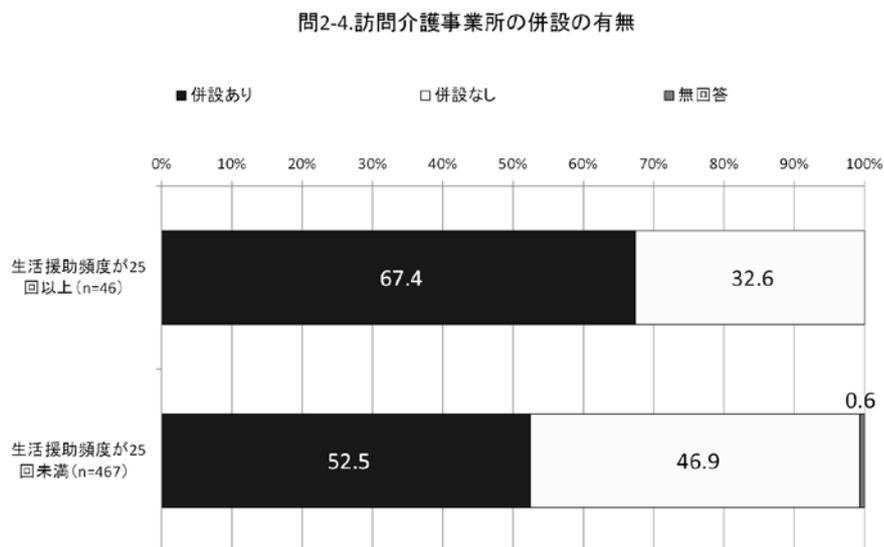
問 1-5. 資格

回答者の主任介護支援専門員の資格の有無をみると、生活援助頻度 25 回以上では「主任介護支援専門員」と答えた割合が 65.2%と、生活援助頻度 25 回未満（51.0%）と比較して高くなっている。



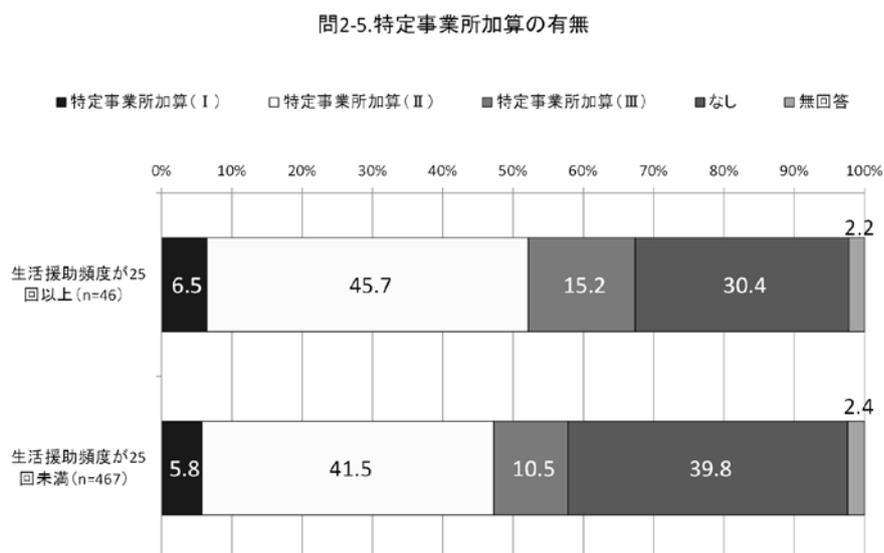
問 2-4. 訪問介護事業所の併設の有無

回答者所属事業所における訪問介護事業所の併設の有無をみると、生活援助頻度が25回未満では、問 2-4 の結果とほぼ同じ傾向を示している。生活援助頻度 25 回以上では「併設あり」と答えた割合が 67.4%と、生活援助頻度 25 回未満（52.5%）と比較して高くなっている。



問 2-5. 特定事業所加算の有無

回答者所属事業所における特定事業所加算の有無をみると、生活援助頻度 25 回未満では、問 2-5 の結果とほぼ同じ傾向を示している。生活援助頻度 25 回以上生活援助頻度 25 回未満では「なし」の割合が 39.8%と、生活援助頻度 25 回以上（30.4%）と比較して高くなっている。

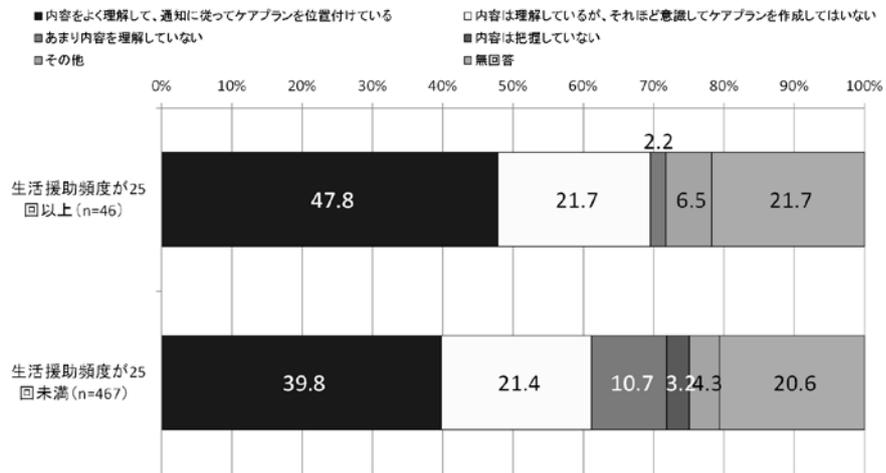


■老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解状況

問3-5. 老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解

老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解をみると、生活援助頻度25回以上では「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が47.8%と、生活援助頻度25回未満（39.8%）と比較して特に高くなっている。

問3-5.老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解

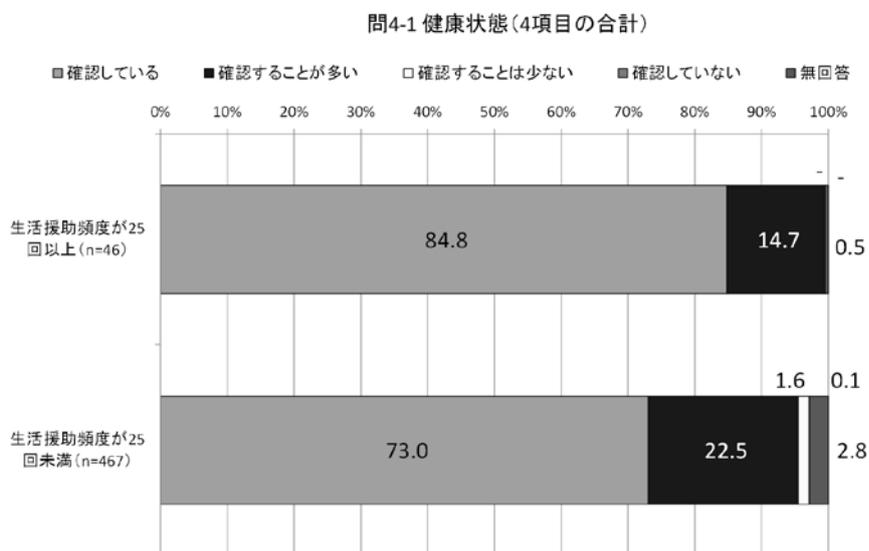


■アセスメントを実施する上での確認状況

問 4-1 健康状態

生活援助の活用にあたって、アセスメントを実施する上で利用者の「健康状態」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（4項目の合計）をみると、生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員は「確認している」が 84.8%と、生活援助頻度 25 回未満（73.0%）と比較して 10 ポイント以上高くなっている。

項目別に生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員の回答の特徴をみると、「1. 病気や症状」と「2. 治療（服薬等）や生活指導の適切な実施」について、「確認している」との回答が多くなっている。

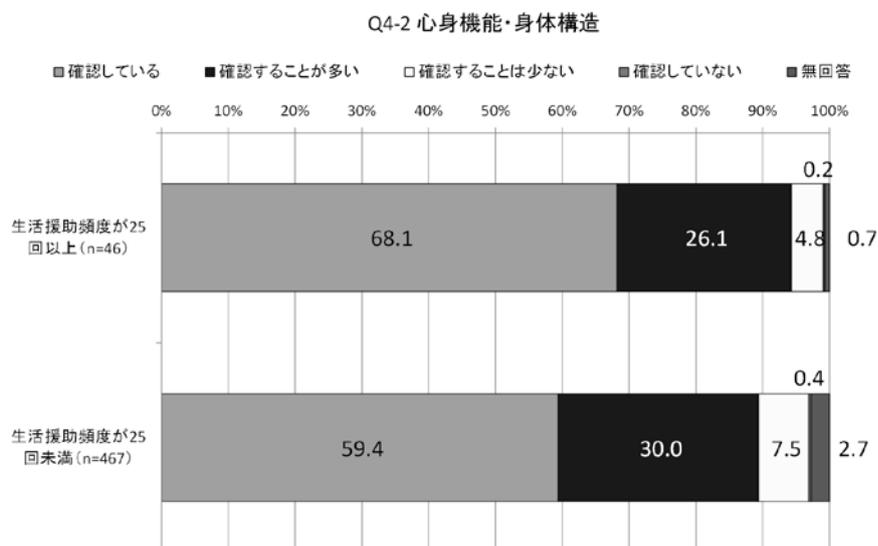


問4-1.健康状態【生活援助日数25日/月以上】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.病気や症状(栄養不全や脱水等を含む)	43	3	0	0
2.治療(服薬等)や生活指導の適切な実施	41	5	0	0
3.本人・家族の病気や治療への理解	34	12	0	0
4.体調の不調・ストレス等	38	7	0	0

問 4-2 心身機能・身体構造

利用者の「心身機能・身体構造」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（9項目の合計）をみると、生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員は「確認している」が 68.1%と、生活援助頻度 25 回未満（59.4%）と比較して 10 ポイント近く高くなっている。

項目別に生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員の回答の特徴をみると、「1. 認知機能や情動・不安等」や「2. 痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え」については「確認している」との回答が多い。一方、「5. 体重の増減」は他の項目と比較して「確認することが多い」との回答が最も多くなっている。

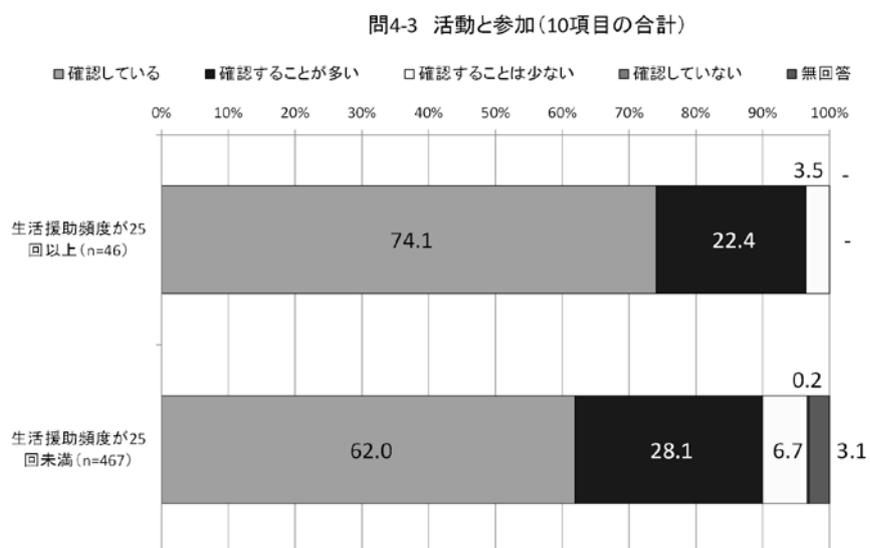


問4-2.心身機能・身体構造 【生活援助日数25日/月以上】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.認知機能や情動・不安等	41	5	0	0
2.痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え	38	8	0	0
3.生活上の制限(指導)に応じた適切な生活	30	12	3	0
4.排泄機能(頻尿、便秘等)への対応と症状	31	14	1	0
5.体重の増減	18	19	8	1
6.手や上肢の機能、手指の動作等	32	11	2	0
7.下肢機能(筋力や耐久性等)やバランス	32	12	2	0
8.摂食・嚥下機能や誤嚥等のリスク	32	12	2	0
9.褥瘡や創傷、皮膚の清潔等	28	15	2	0

問 4-3 活動と参加

利用者の「活動と参加」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（10項目の合計）をみると、生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員は「確認している」が 74.1%と、生活援助頻度 25 回未満（62.0%）と比較して 10 ポイント以上高くなっている。

項目別に生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員の回答の特徴をみると、「1. ADL の状態の把握と分析」や「4. 歩行や移動、運搬等の方法や状況」については「確認している」との回答が多い。一方、「10. 顔見知り・それ以外との対人関係」は「確認することが多い」との回答が、他の項目と比較して最も多くなっている。

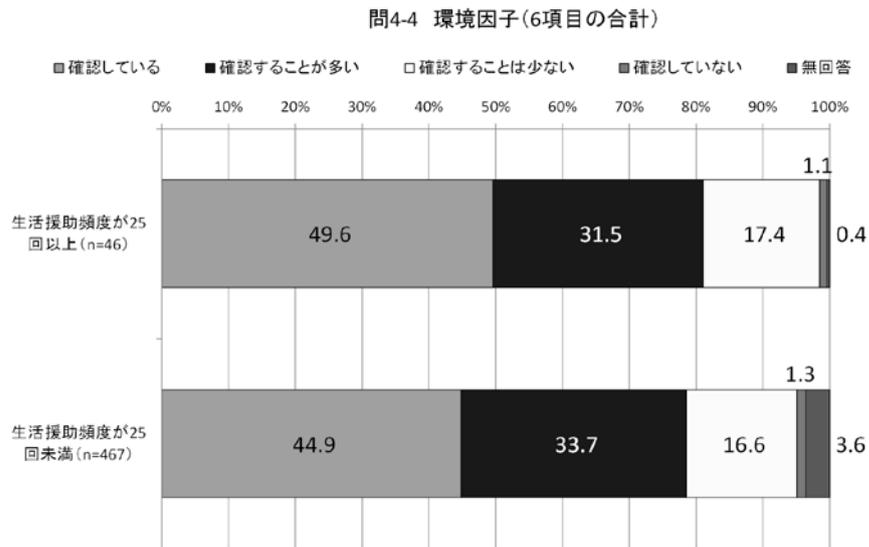


問4-3.活動と参加【生活援助日数25日/月以上】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.ADLの状態の把握と分析	41	5	0	0
2.IADLの状態の把握と分析	37	9	0	0
3.起居動作や姿勢保持の方法や状況	36	10	0	0
4.歩行や移動、運搬等の方法や状況	40	6	0	0
5.屋外への移動や手段・頻度	35	11	0	0
6.食事内容や飲水、清潔等健康への意識	31	13	2	0
7.家事の遂行能力や行える範囲、リスク	34	12	0	0
8.コミュニケーションの方法や内容・頻度	38	7	1	0
9.金銭の管理や計画的な使用	26	13	7	0
10.顔見知り・それ以外との対人関係	23	17	6	0

問 4-4 環境因子

利用者の「環境因子」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（6項目の合計）をみると、生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員は「確認している」が 49.6%と、生活援助頻度 25 回未満（44.9%）と比較して 5 ポイント近く高くなっている。

項目別に生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員の回答の特徴をみると、「1. 住居及び居室の状況」については、「確認している」との回答が特に多くなっている。一方、「6. 年金等、経済的状況」や「5. 知人・友人等の協力、関係性」は、「確認することが多い」との回答が、他の項目と比較して多くなっている。

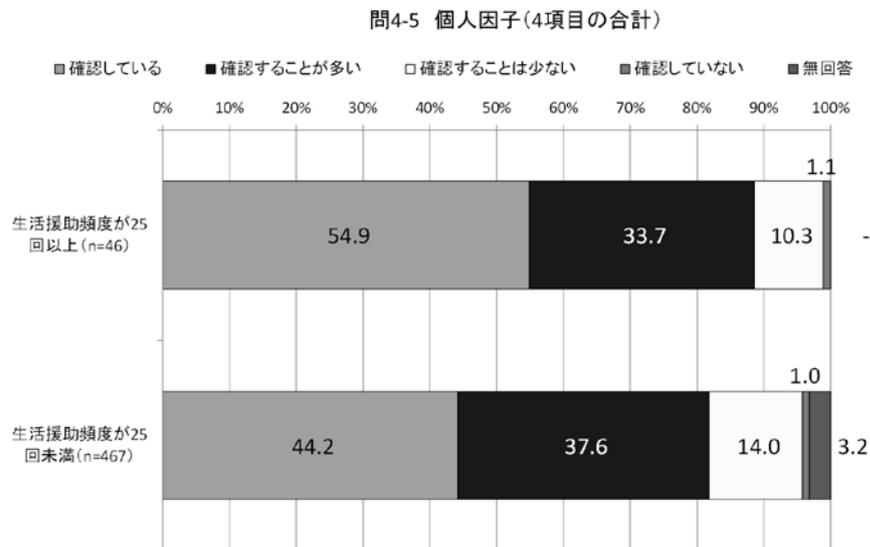


問4-4.環境因子【生活援助日数25日/月以上】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.住居及び居室の状況	42	3	1	0
2.家事の道具等の状況	17	14	13	2
3.同居の介護者・家族の健康状態、関係性	27	14	4	0
4.同居以外の介護者・家族の健康状態、関係性	18	13	14	1
5.知人・友人等の協力、関係性	18	20	8	0
6.年金等、経済的状況	15	23	8	0

問 4-5 個人因子

利用者の「個人因子」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況（4項目の合計）をみると、生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員は「確認している」が 54.9%と、生活援助頻度 25 回未満（44.2%）と比較して 10 ポイント以上高くなっている。

項目別に生活援助頻度 25 回以上の介護支援専門員の回答の特徴をみると、「1. 本人の生活習慣」については「確認している」との回答が特に多い。一方、「4. 生活に対する価値観や思想・信条等」は「確認することが多い」との回答が、他の項目と比較して多くなっている。

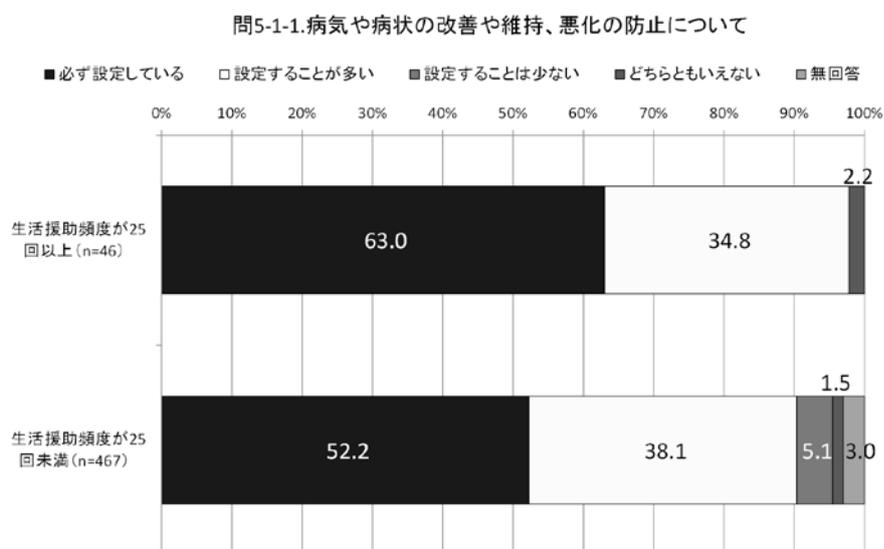


問4-5.個人因子【生活援助日数25日/月以上】	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
1.本人の生活習慣	35	11	0	0
2.学習や習得の意欲	21	16	8	1
3.家事における生活習慣やストレス	26	16	4	0
4.生活に対する価値観や思想・信条等	19	19	7	1

■ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点や実施していることについて

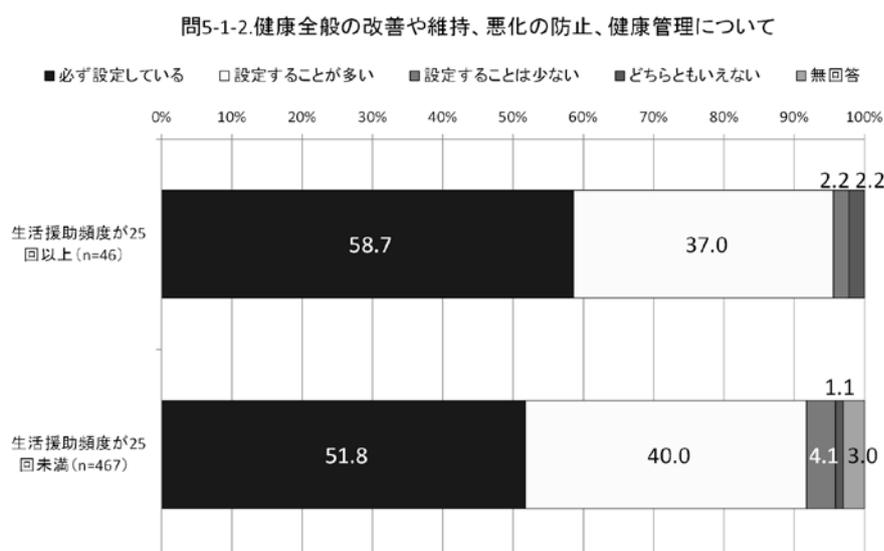
問 5-1-1. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止について

病気や病状の改善や維持、悪化の防止についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 63.0%と、生活援助頻度 25 回未満（52.2%）と比較して特に高くなっている。



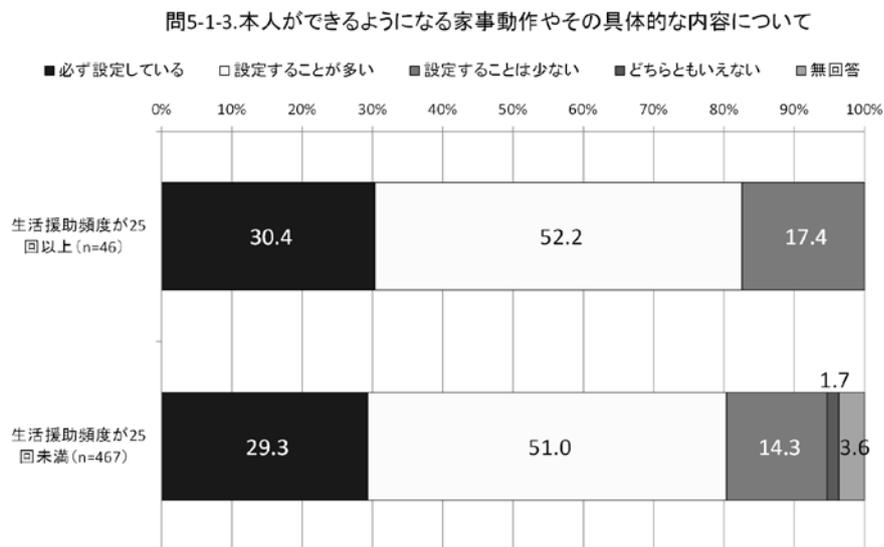
問 5-1-2. 健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について

健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 58.7%と、生活援助頻度 25 回未満（51.8%）と比較して特に高くなっている。



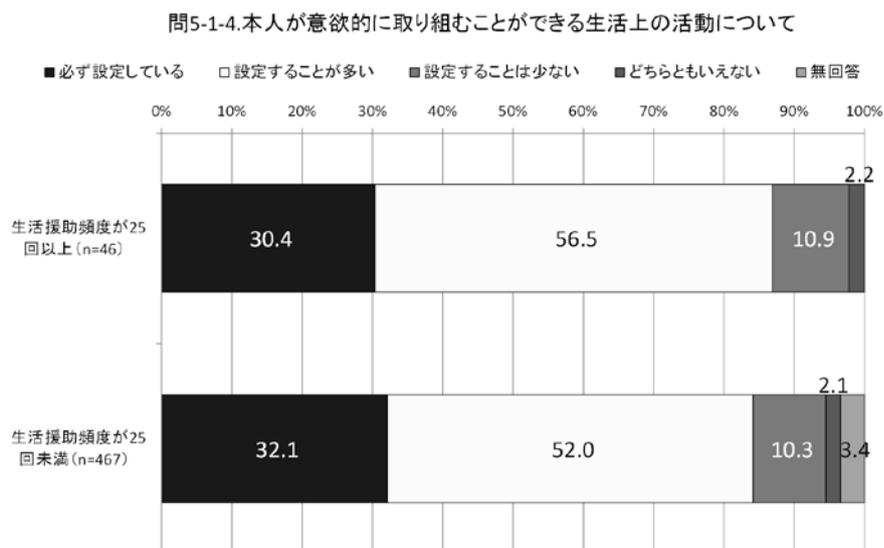
問 5-1-3. 本人ができるようになる家事動作やその具体的な内容について

本人ができるようになる家事動作やその具体的な内容についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上は生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



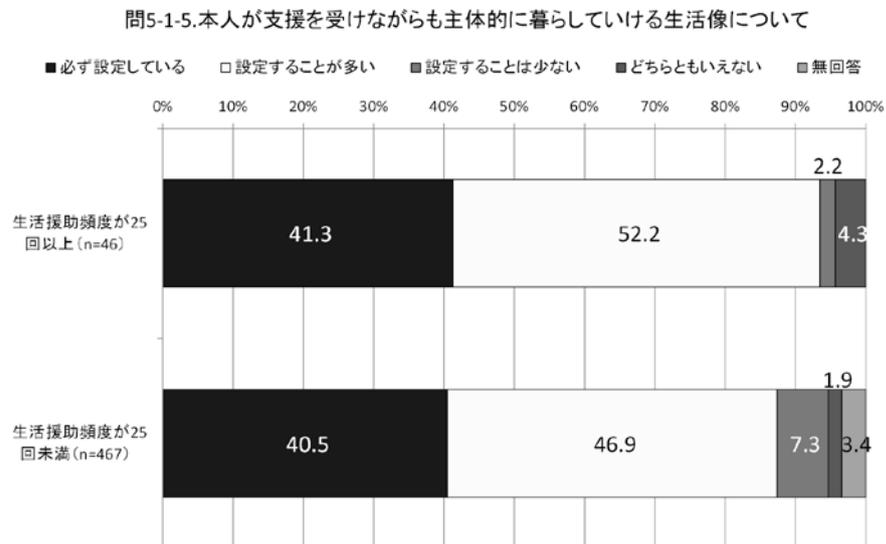
問 5-1-4. 本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について

本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上は生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



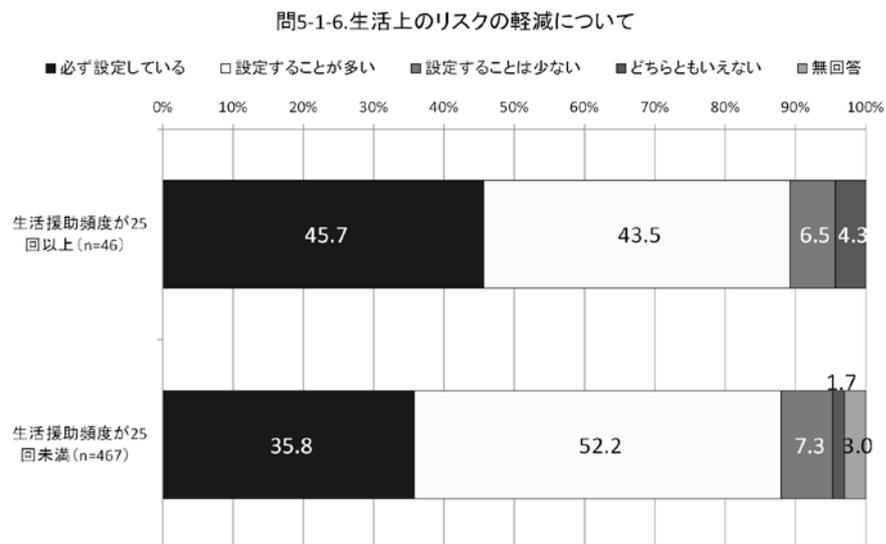
問 5-1-5. 本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像について

本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上は生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



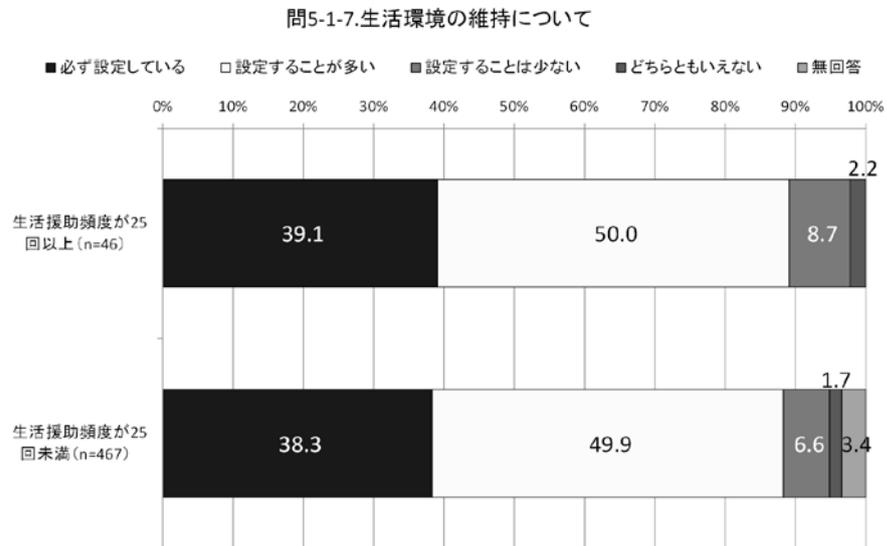
問 5-1-6. 生活上のリスクの軽減について

生活上のリスクの軽減についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 45.7%と、生活援助頻度 25 回未満（35.8%）と比較して特に高くなっている。



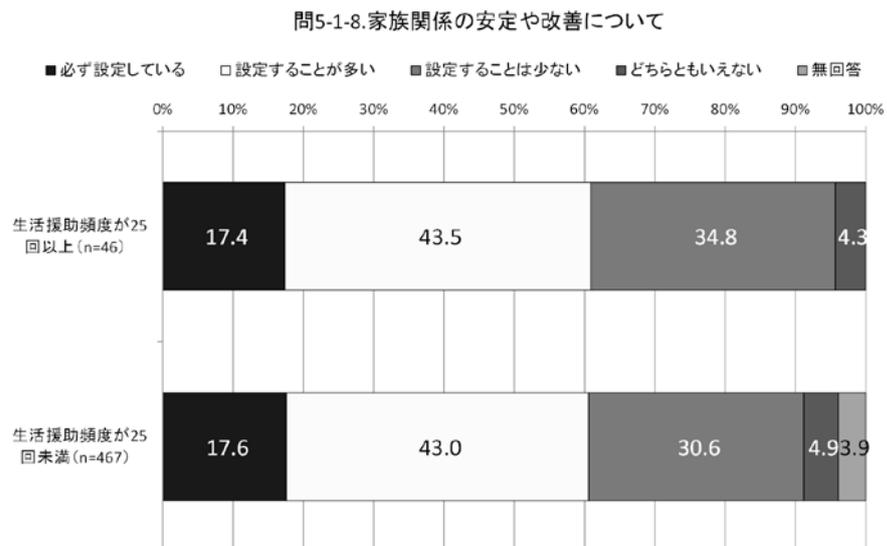
問 5-1-7. 生活環境の維持について

生活環境の維持についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上は生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



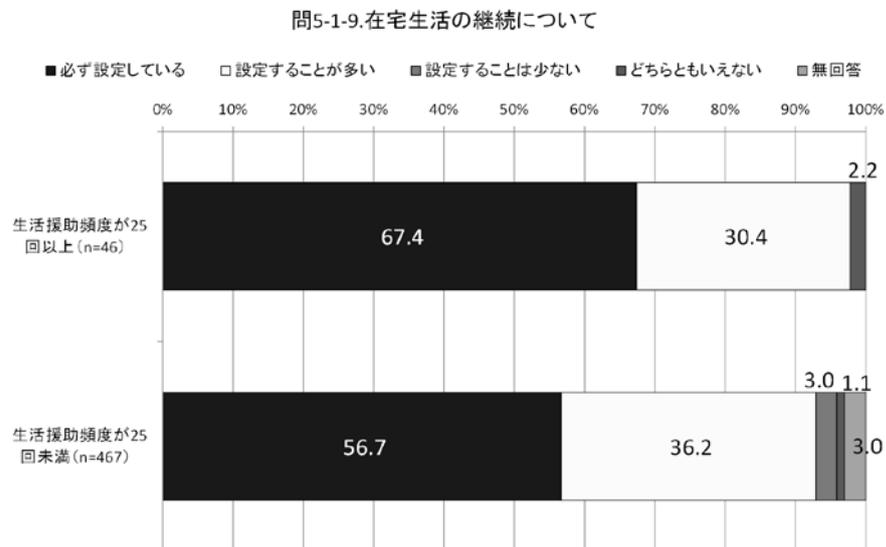
問 5-1-8. 家族関係の安定や改善について

家族関係の安定や改善についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上は生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



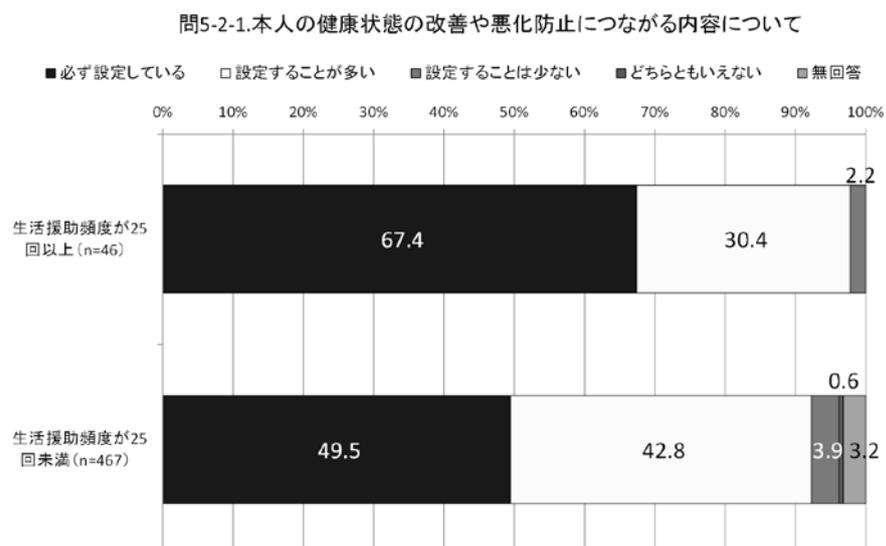
問 5-1-9. 在宅生活の継続について

在宅生活の継続についての視点で短期目標を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 67.4%と、生活援助頻度 25 回未満（56.7%）と比較して特に高くなっている。



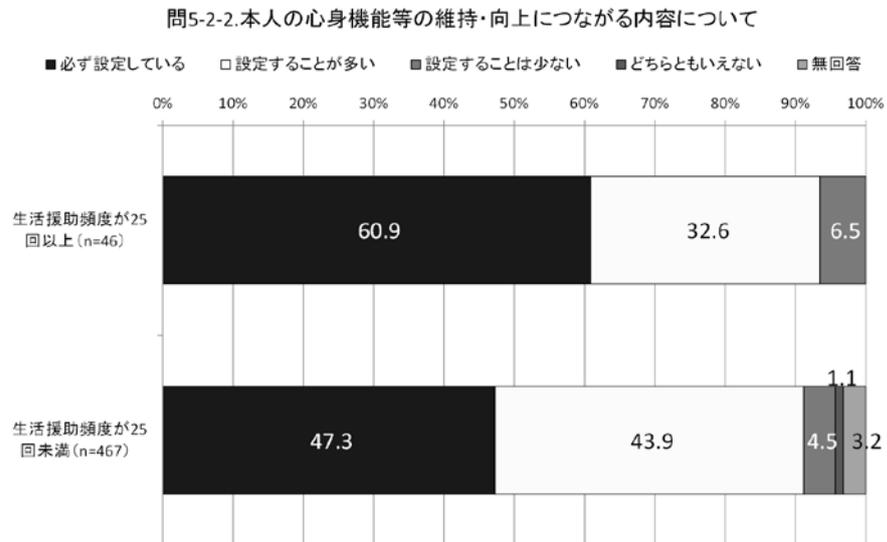
問 5-2-1. 本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容について

本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 67.4%と、生活援助頻度 25 回未満（49.5%）と比較して特に高くなっている。



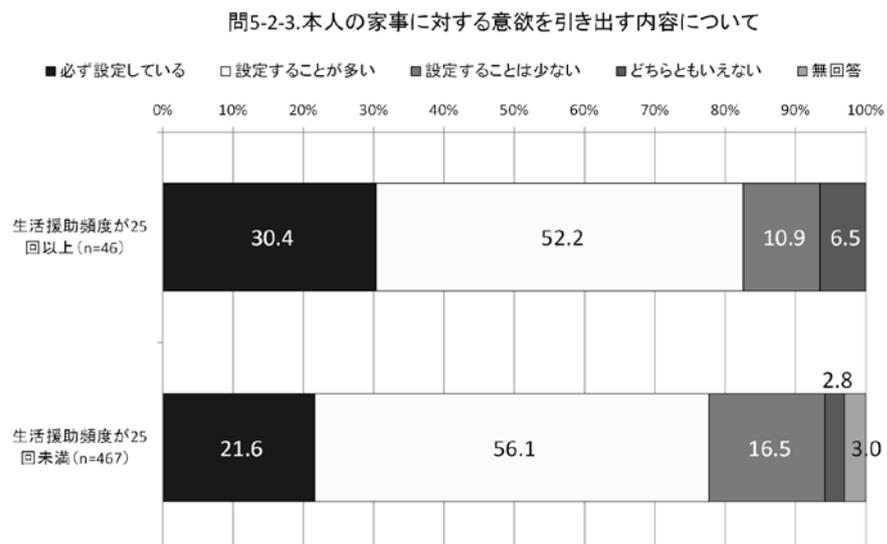
問 5-2-2. 本人の心身機能等の維持・向上につながる内容について

本人の心身機能等の維持・向上につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 60.9%と、生活援助頻度 25 回未満（47.3%）と比較して特に高くなっている。



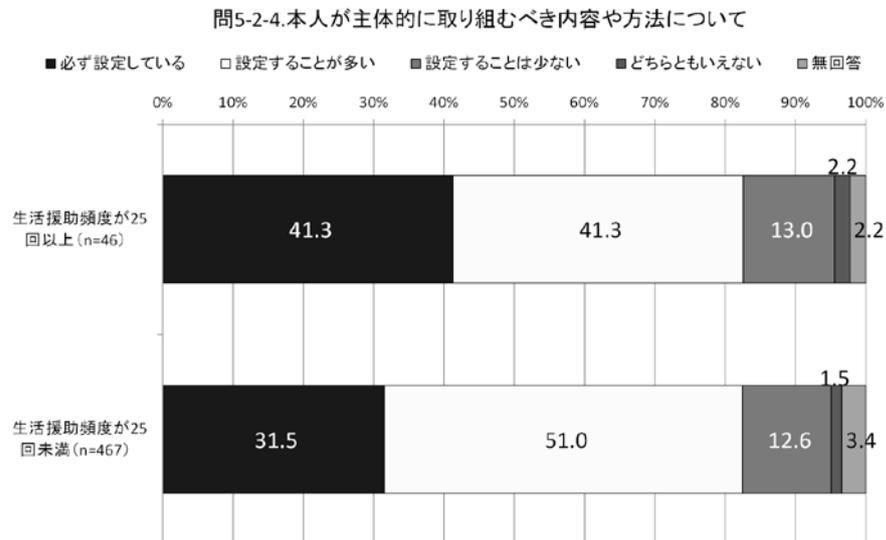
問 5-2-3. 本人の家事に対する意欲を引き出す内容について

本人の家事に対する意欲を引き出す内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 30.4%と、生活援助頻度 25 回未満（21.6%）と比較して高くなっている。



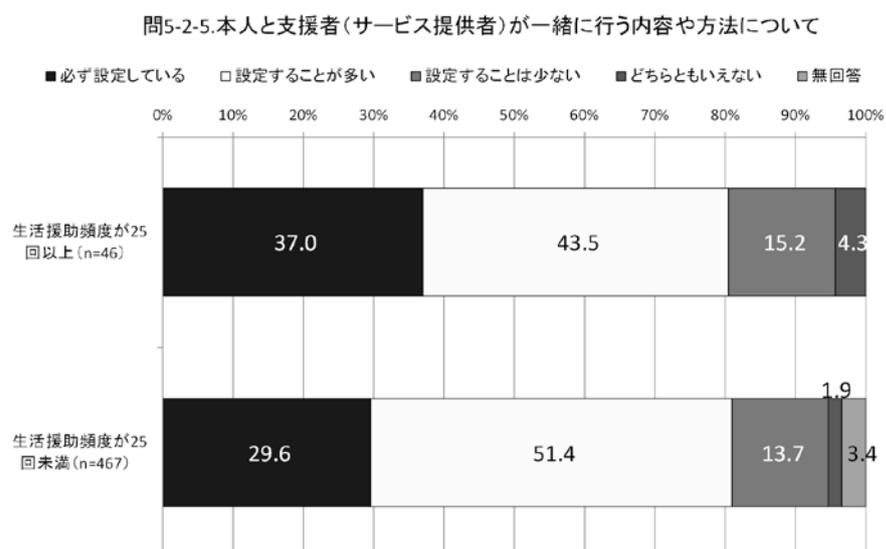
問 5-2-4. 本人が主体的に取り組むべき内容や方法について

本人が主体的に取り組むべき内容や方法についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 41.3%と、生活援助頻度 25 回未満（31.5%）と比較して高くなっている。



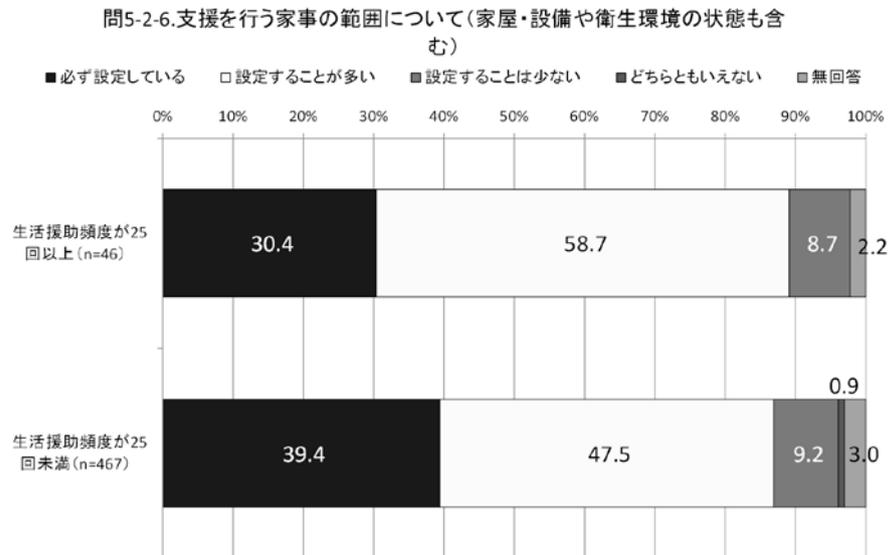
問 5-2-5. 本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法について

本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 37.0%と、生活援助頻度 25 回未満（29.6%）と比較して高くなっている。



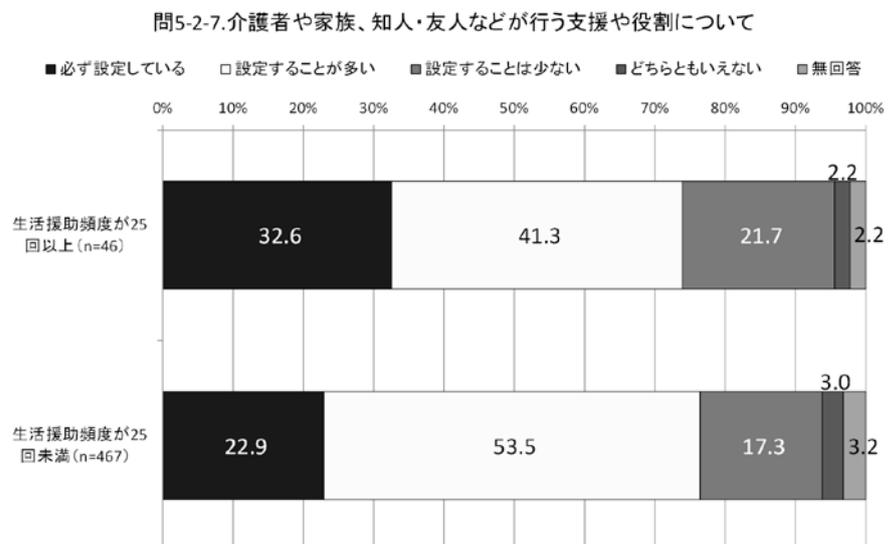
問 5-2-6. 支援を行う家事の範囲について（家屋・設備や衛生環境の状態も含む）

支援を行う家事の範囲について（家屋・設備や衛生環境の状態も含む）の視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回未満では「必ず設定している」と答えた割合が 39.4%と、生活援助頻度 25 回以上（30.4%）と比較して高くなっている。



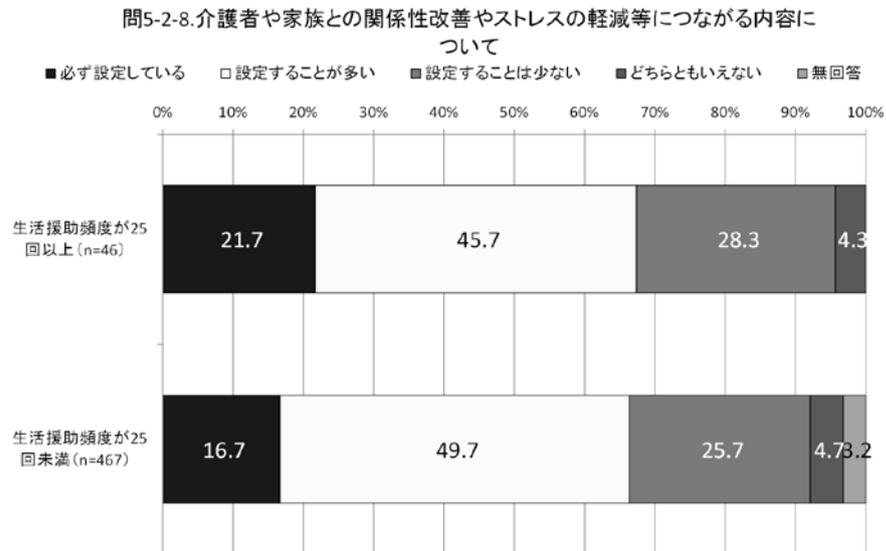
問 5-2-7. 介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割について

介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 32.6%と、生活援助頻度 25 回未満（22.9%）と比較して高くなっている。



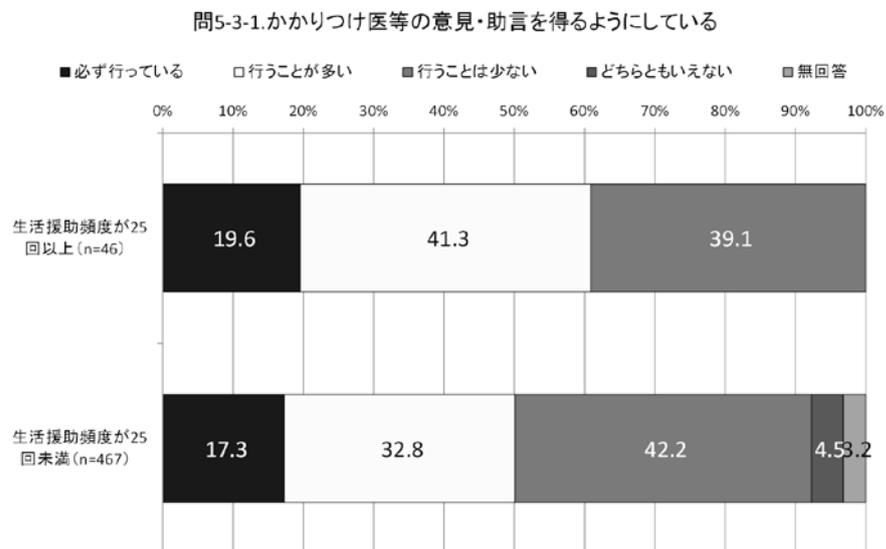
問 5-2-8. 介護者や家族との関係性改善やストレスの軽減等につながる内容について

介護者や家族との関係性改善やストレスの軽減等につながる内容についての視点でサービス内容を設定しているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず設定している」と答えた割合が 21.7%と、生活援助頻度 25 回未満（16.7%）と比較して高くなっている。



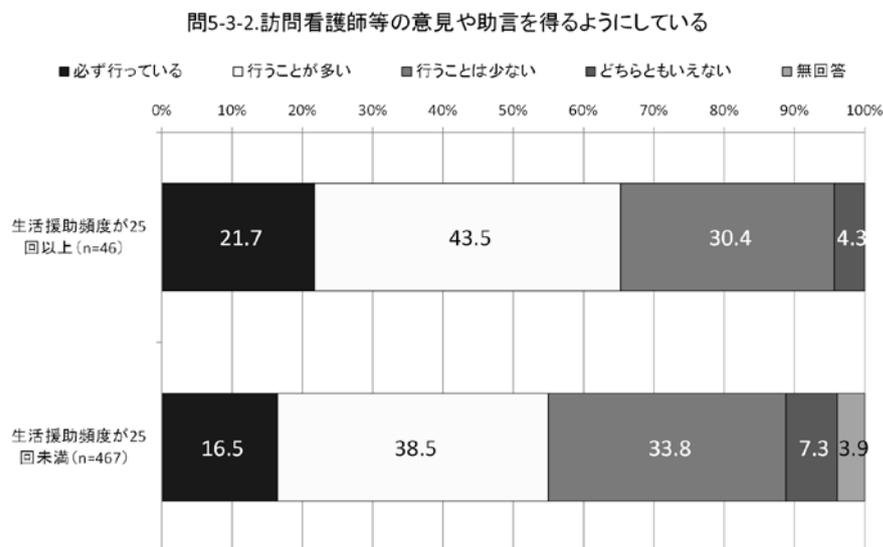
問 5-3-1. かかりつけ医等の意見・助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫としてかかりつけ医等の意見・助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 60.9%と、生活援助頻度 25 回未満（50.1%）と比較して高くなっている。



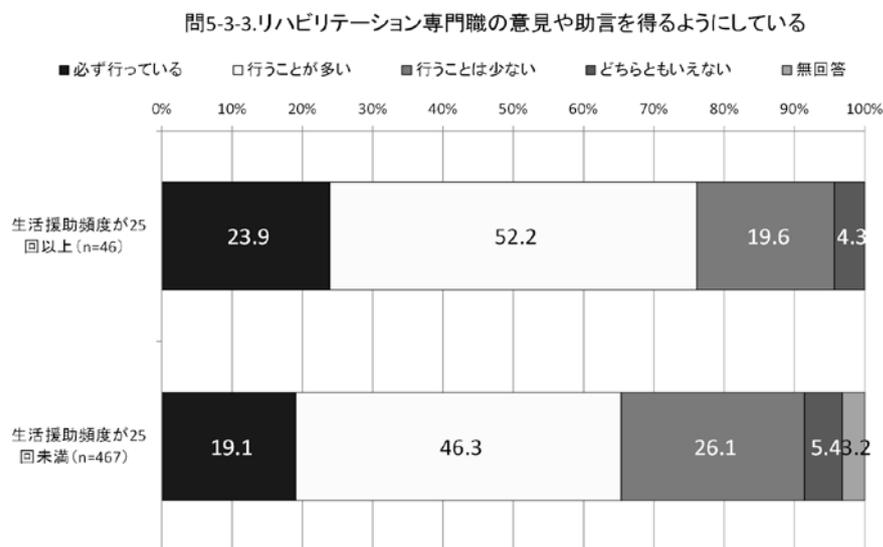
問 5-3-2. 訪問看護師等の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として訪問看護師等の意見や助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 65.2%と、生活援助頻度 25 回未満（55.0%）と比較して高くなっている。



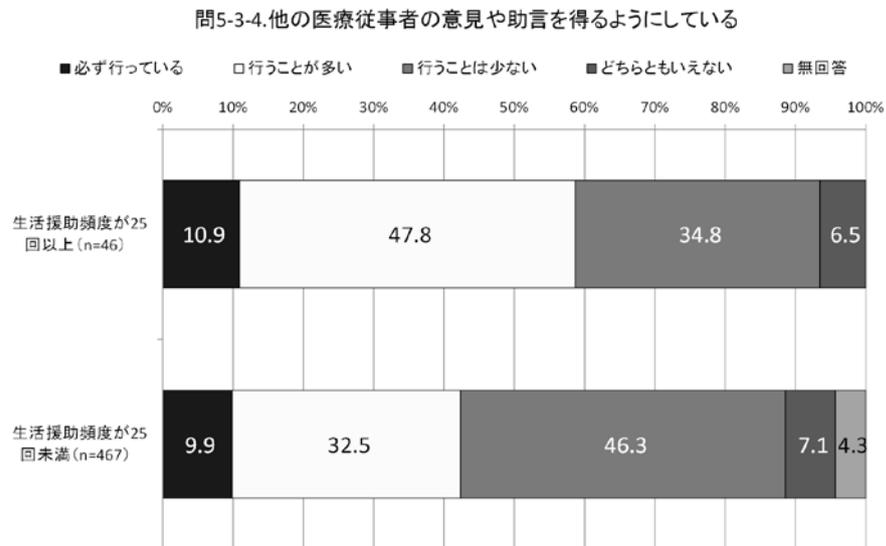
問 5-3-3. リハビリテーション専門職の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫としてリハビリテーション専門職の意見や助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 76.1%と、生活援助頻度 25 回未満（65.4%）と比較して高くなっている。



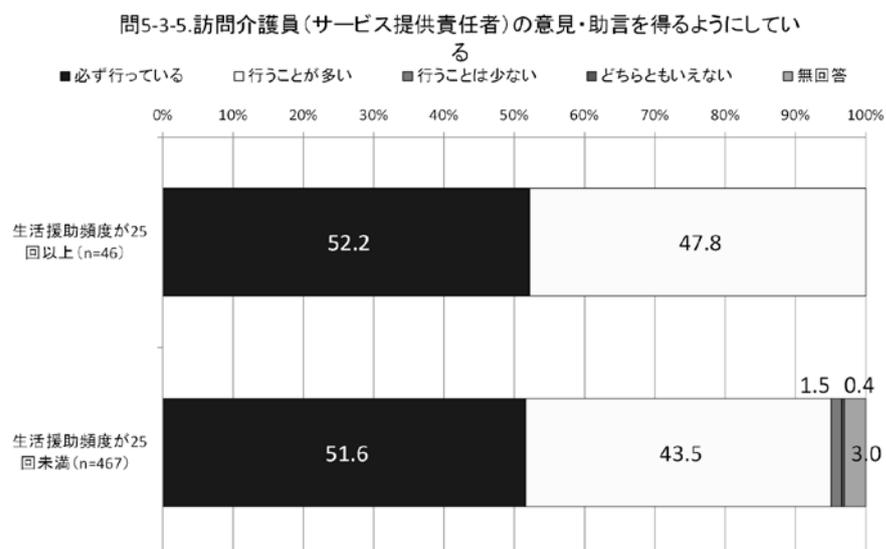
問 5-3-4. 他の医療従事者の意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として他の医療従事者の意見や助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 58.7%と、生活援助頻度 25 回未満（42.4%）と比較して高くなっている。



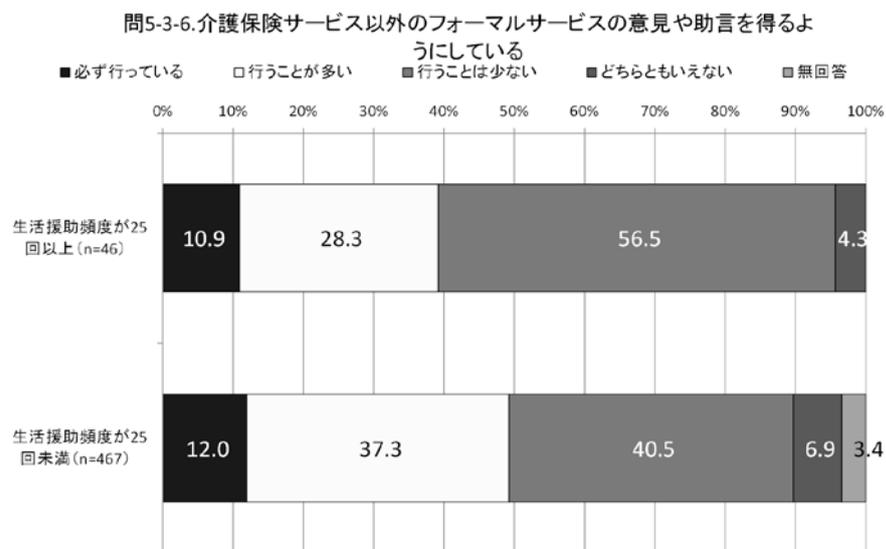
問 5-3-5. 訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上と生活援助頻度 25 回未満において特に際立った差異はみられなかった。



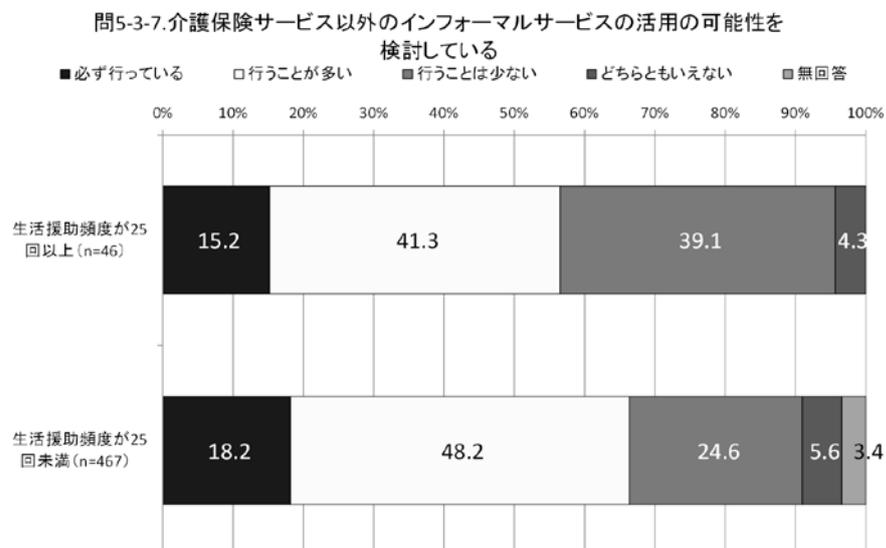
問 5-3-6. 介護保険サービス以外のフォーマルサービスの意見や助言を得るようにしている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として介護保険サービス以外の介護保険サービス以外のフォーマルサービスの意見や助言を得るようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回未満では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 49.3%と、生活援助頻度 25 回以上（39.2%）と比較して高くなっている。



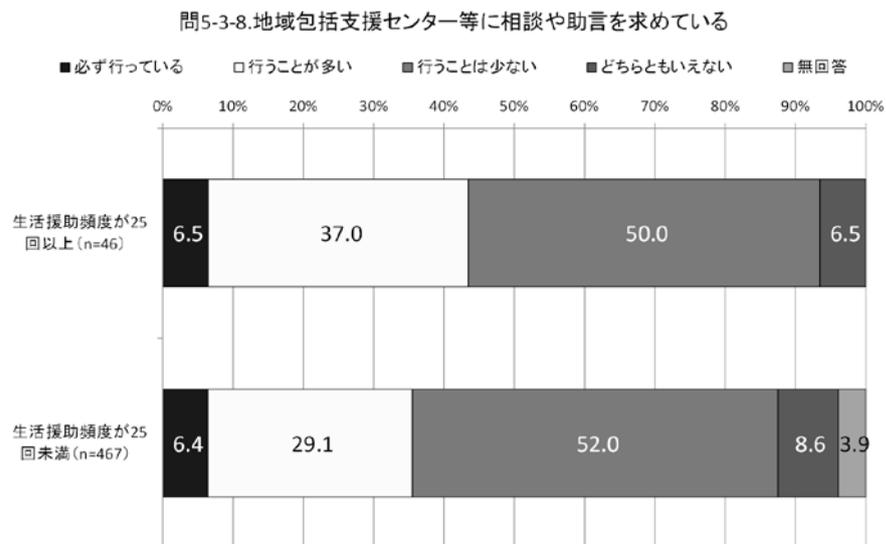
問 5-3-7. 介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の可能性を検討している

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の可能性を検討しているかをみると、生活援助頻度 25 回未満では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 66.4%と、生活援助頻度 25 回以上（56.5%）と比較して高くなっている。



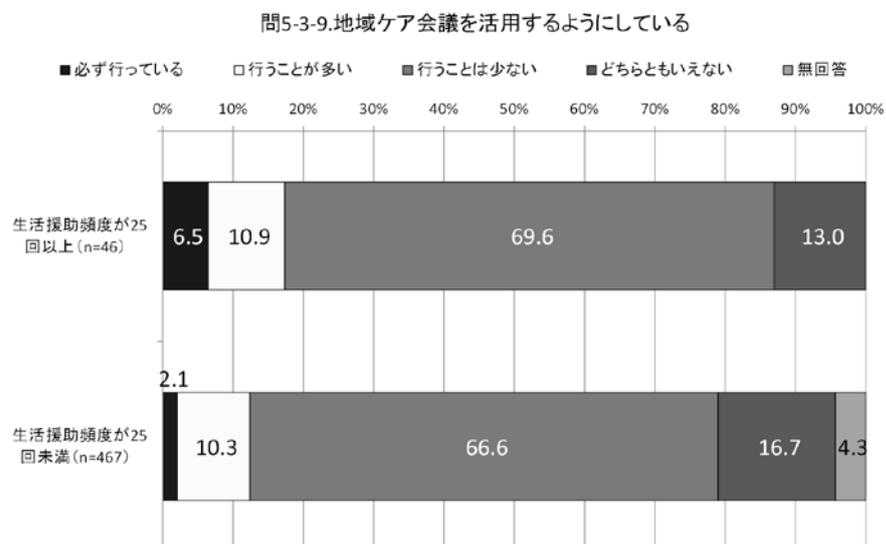
問 5-3-8. 地域包括支援センター等に相談や助言を求めている

生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として地域包括支援センター等に相談や助言を求めているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 43.5%と、生活援助頻度 25 回未満（35.5%）と比較して高くなっている。なお、どちらにおいても「行うことが少ない」と答えた割合が 5 割以上となっている。



問 5-3-9. 地域ケア会議を活用するようにしている

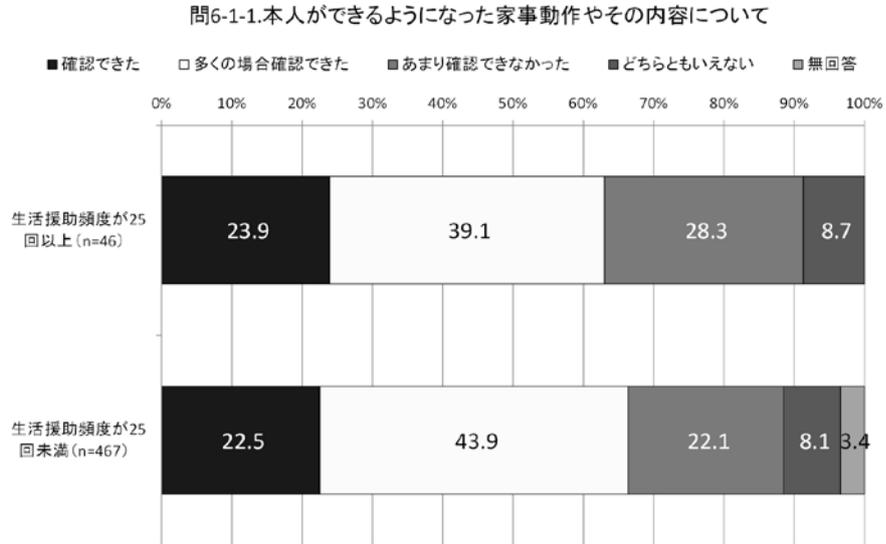
生活援助を効果的に実施できるようにするための工夫として地域ケア会議を活用するようにしているかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「必ず行っている」と「行うことが多い」を合わせた割合が 17.4%と、生活援助頻度 25 回未満（12.4%）と比較して高くなっている。なお、どちらにおいても「行うことが少ない」と答えた割合が 65%以上となっている。



■モニタリングで確認できた効果や結果について

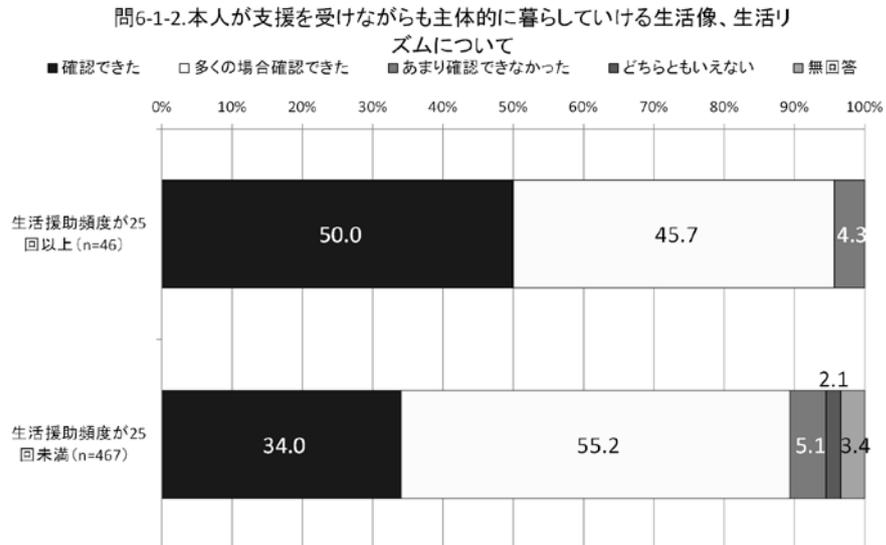
問 6-1-1. 本人ができるようになった家事動作やその内容について

モニタリングで本人ができるようになった家事動作やその内容について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。



問 6-1-2. 本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像、生活リズムについて

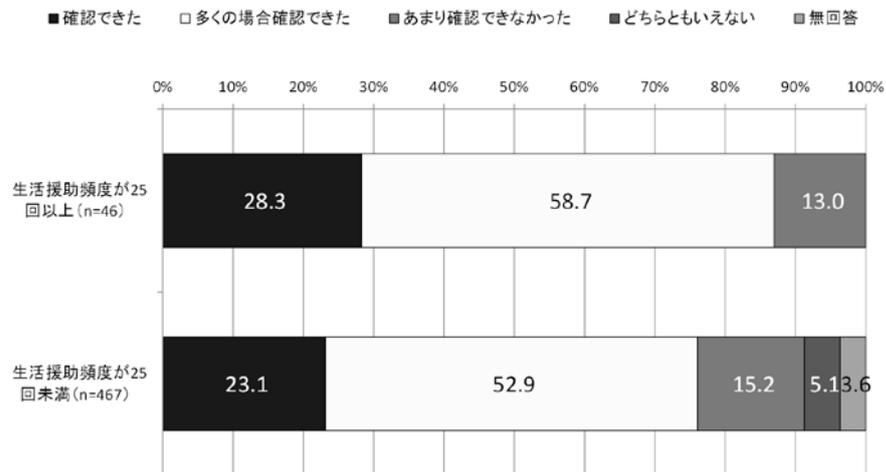
モニタリングで本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像、生活リズムについて確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と答えた割合が 50.0%と、生活援助頻度 25 回未満 (34.0%) と比較して特に高くなっている。



問 6-1-3. 本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について

モニタリングで本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と「多くの場合確認できた」を合わせた割合が 87.0%と、生活援助頻度 25 回未満（76.0%）と比較して高くなっている。

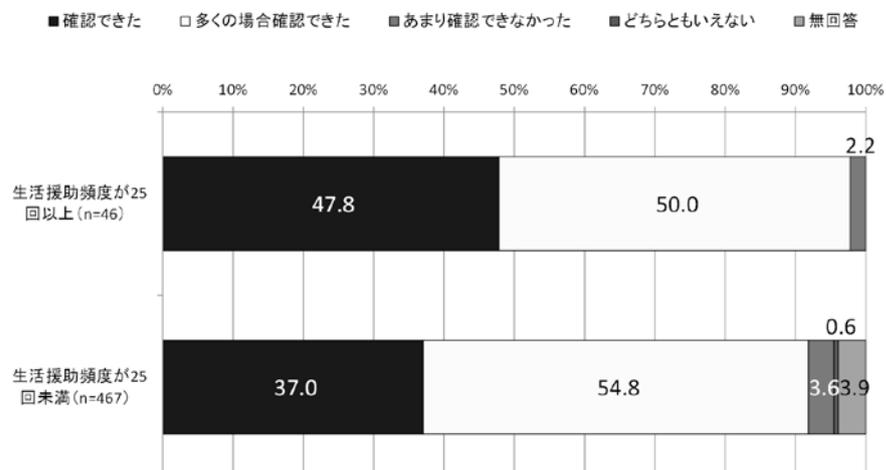
問6-1-3.本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について



問 6-1-4. 生活環境の維持について

モニタリングで生活環境の維持について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と答えた割合が 47.8%と、生活援助頻度 25 回未満（37.0%）と比較して特に高くなっている。

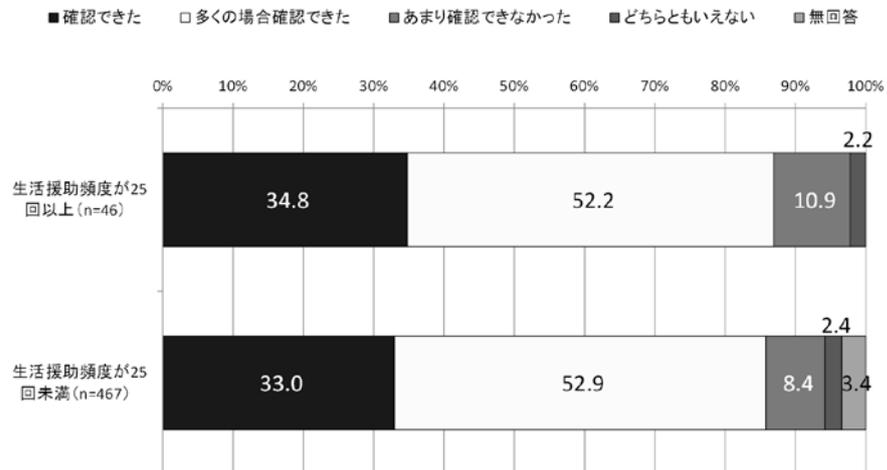
問6-1-4.生活環境の維持について



問 6-1-5. 生活上のリスクの軽減について

モニタリングで生活上のリスクの軽減について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。

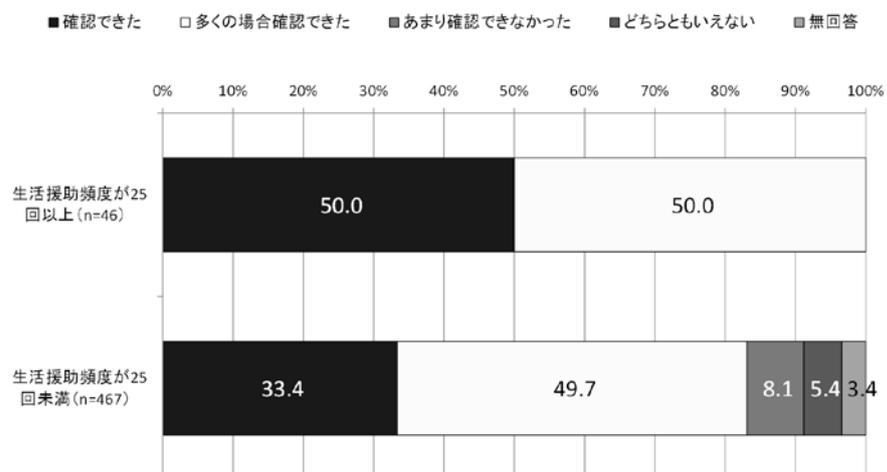
問6-1-5.生活上のリスクの軽減について



問 6-1-6. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止について

モニタリングで病気や病状の改善や維持、悪化の防止について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と答えた割合が 50.0%と、生活援助頻度 25 回未満 (33.4%) と比較して特に高くなっている。

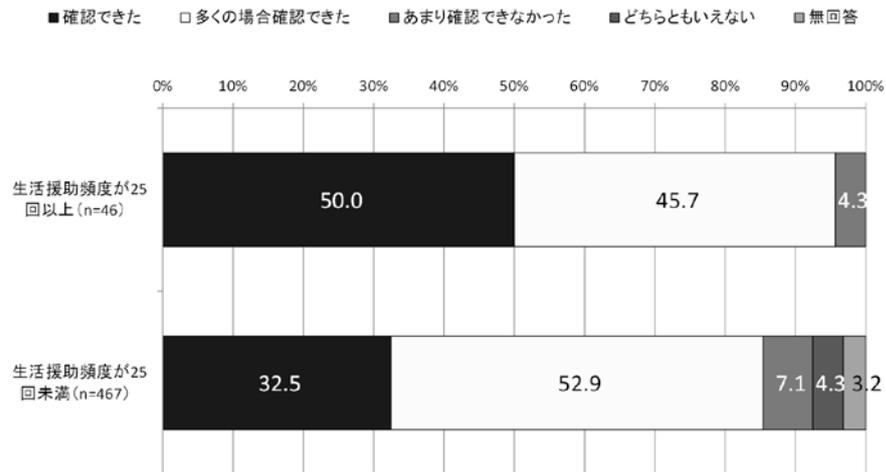
問6-1-6.病気や病状の改善や維持、悪化の防止について



問 6-1-7. 健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について

モニタリングで健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と答えた割合が 50.0%と、生活援助頻度 25 回未満（32.5%）と比較して特になくなっている。

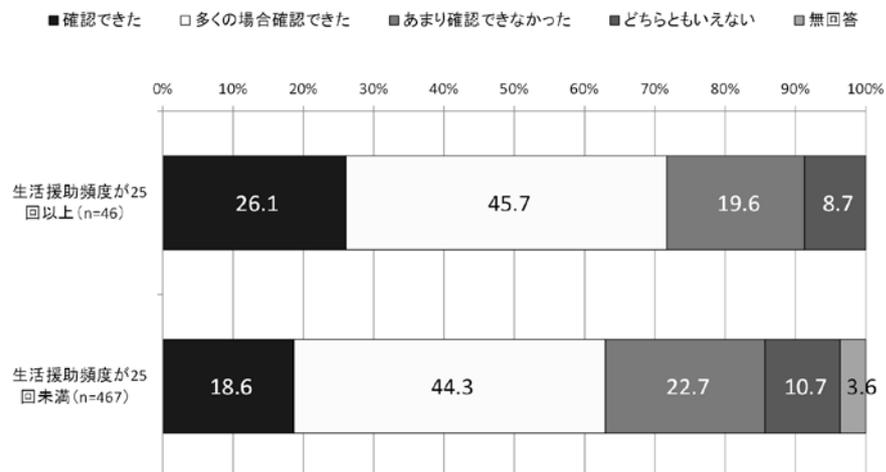
問6-1-7.健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について



問 6-1-8. 家族関係の安定や改善について

モニタリングで家族関係の安定や改善について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では「確認できた」と答えた割合が 26.1%と、生活援助頻度 25 回未満（18.6%）と比較して高くなっている。

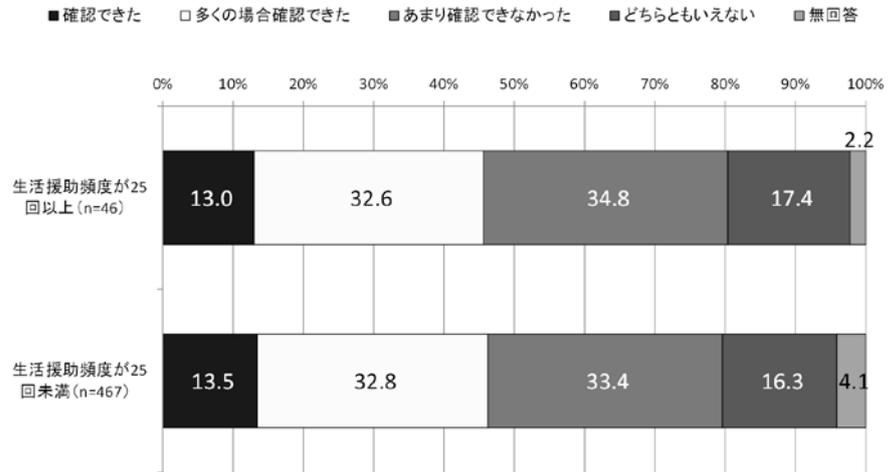
問6-1-8.家族関係の安定や改善について



問 6-1-9. 家族の就労や離職防止について

モニタリングで家族の就労や離職防止について確認できたかをみると、生活援助頻度 25 回以上では生活援助頻度 25 回未満と比較して際立った差異はみられなかった。

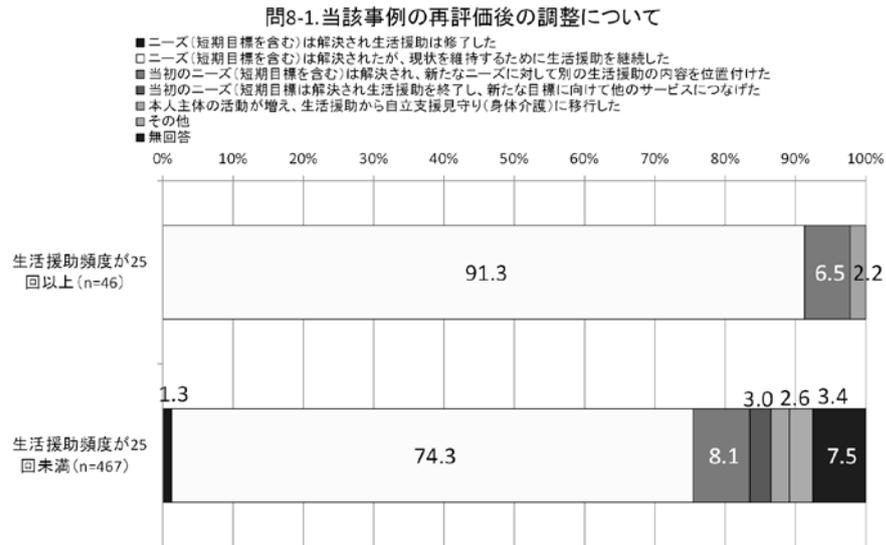
問6-1-9.家族の就労や離職防止について



■生活援助を活用したことで生活状況の改善等の結果がみられた事例について

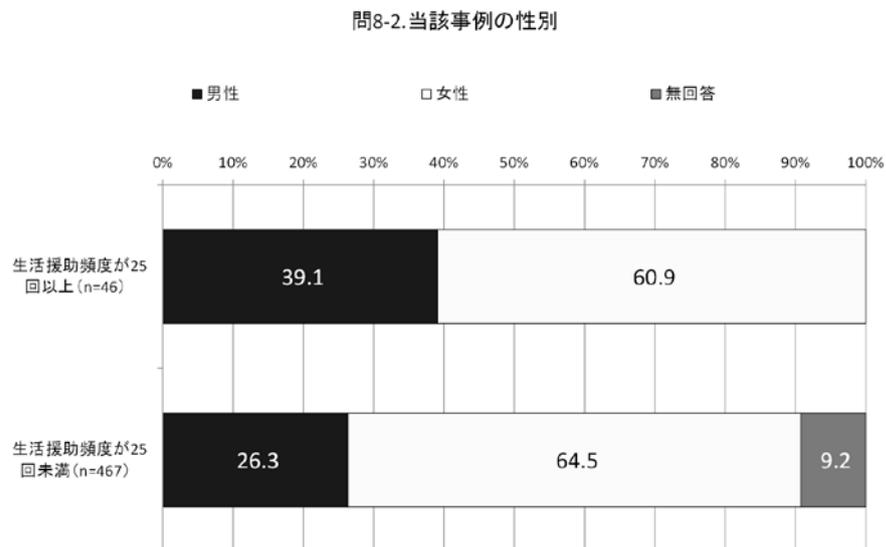
問 8-1. 当該事例の再評価後の調整について

当該事例の再評価後の調整についてみると、生活援助頻度 25 回以上では「ニーズ（短期目標を含む）は解決されたが、現状を維持するために生活援助を継続した」と答えた割合が 91.3%と、生活援助頻度 25 回未満（74.3%）と比較して特に高くなっている。



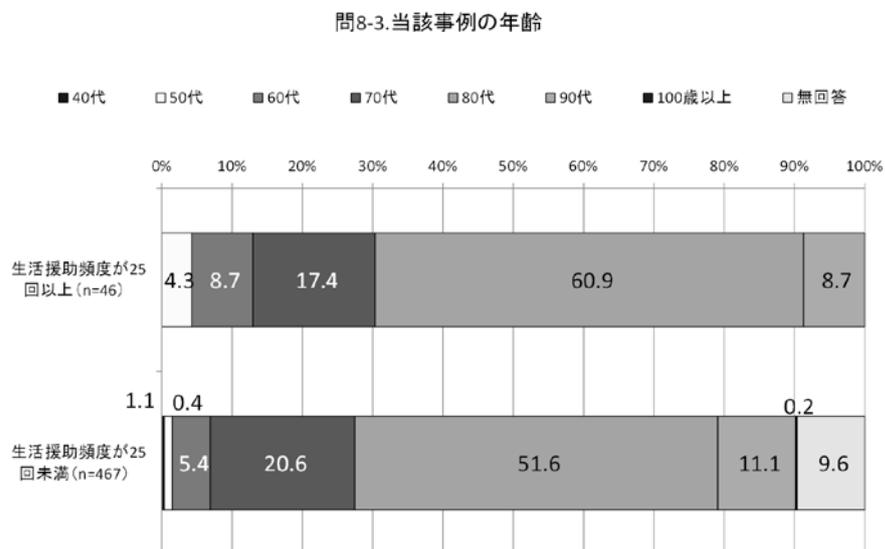
問 8-2. 当該事例の性別

当該事例の性別についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「男性」の割合が 39.1%と、生活援助頻度 25 回未満（26.3%）と比較して高くなっている。



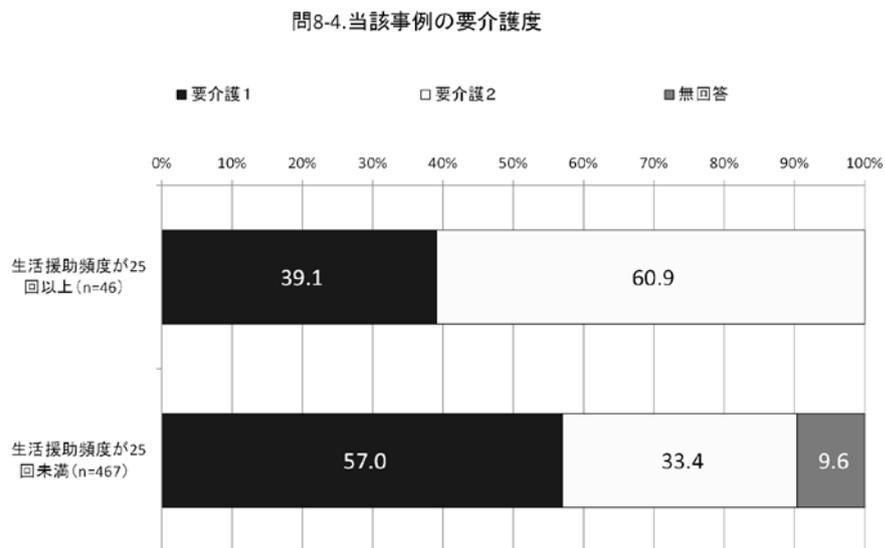
問 8-3. 当該事例の年齢

当該事例の年齢についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「80 代」が 60.9%と、生活援助頻度 25 回未満（51.6%）と比較して高くなっている。



問 8-4. 当該事例の要介護度

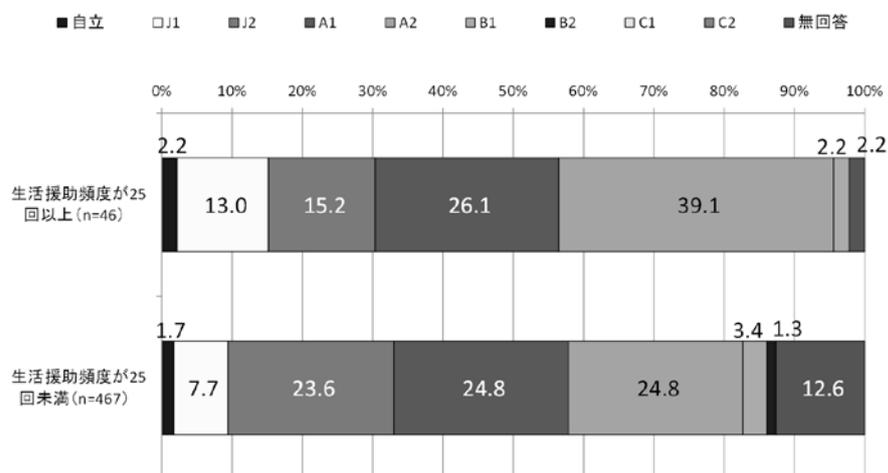
当該事例の要介護度についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「要介護 2」の割合が 60.9%と、生活援助頻度 25 回未満（33.4%）と比較して高くなっている。



問 8-5. 当該事例の日常生活自立度

当該事例の日常生活自立度についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「A2」が 39.1%と、生活援助頻度 25 回未満（24.8%）と比較して多い。また、生活援助頻度 25 回未満では「J2」が 23.6%と、生活援助頻度 25 回以上（15.2%）と比較して多くなっている。

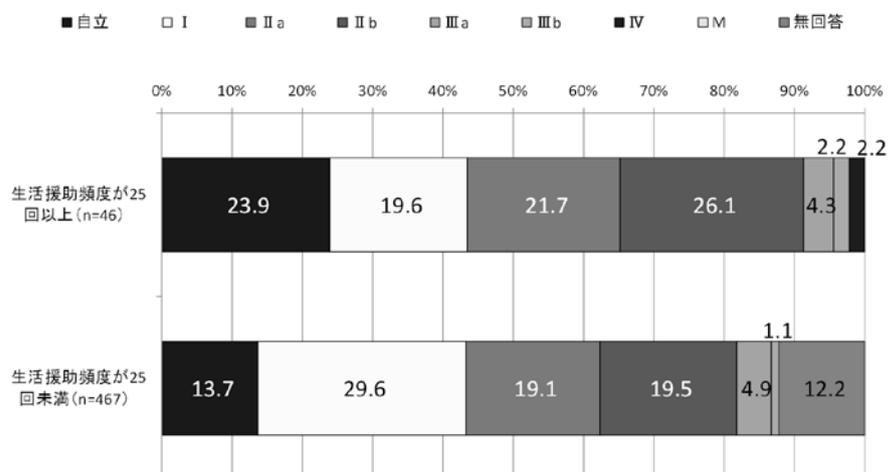
問8-5.当該事例の日常生活自立度



問 8-6. 当該事例の認知症自立度

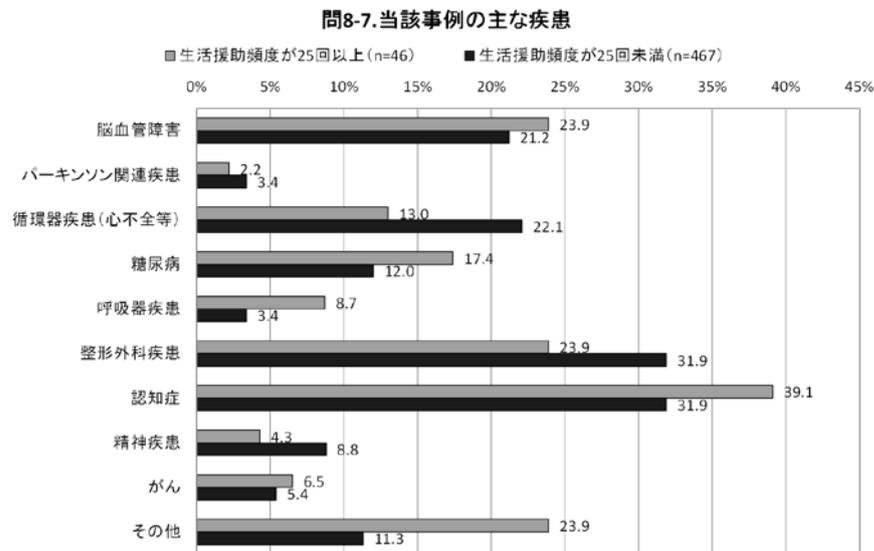
当該事例の認知症自立度についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「II b」が 26.1%と、生活援助頻度 25 回未満（19.5%）と比較して多い。また、生活援助頻度 25 回未満の事例は「I」が 29.6%と、生活援助頻度 25 回以上（19.6%）と比較して多い。

問8-6.当該事例の認知症自立度



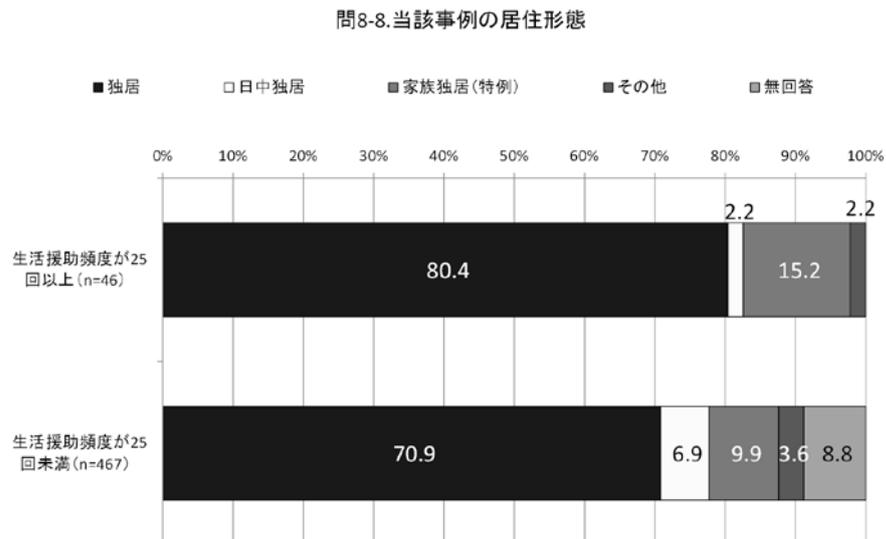
問 8-7. 当該事例の主な疾患

当該事例の主な疾患についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「認知症」（39.1%）が、生活援助頻度 25 回未満と比較して多い。一方、生活援助頻度 25 回未満の事例は「整形外科疾患」（31.9%）「循環器疾患（心不全等）」（22.1%）が生活援助頻度 25 回未満と比較して多い。



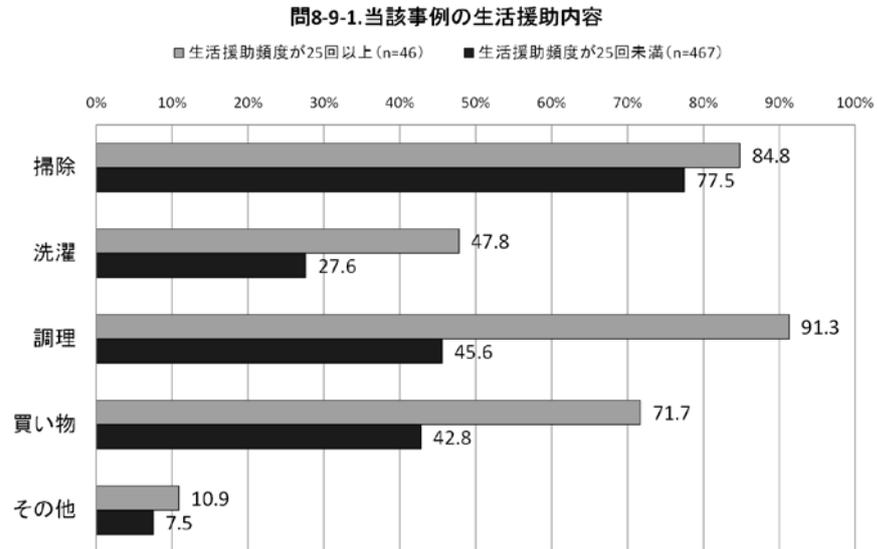
問 8-8. 当該事例の居住形態

当該事例の居住形態についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「独居」が 80.4%と、生活援助頻度 25 回未満（70.9%）と比較して多い。



問 8-9-1. 当該事例の生活援助内容

当該事例の生活援助内容についてみると、すべての項目において生活援助頻度 25 回以上の事例で多くあげられている。特に「調理」は、生活援助頻度 25 回以上では 91.3%と、生活援助頻度 25 回未満（45.6%）と比較して特に高くなっている。

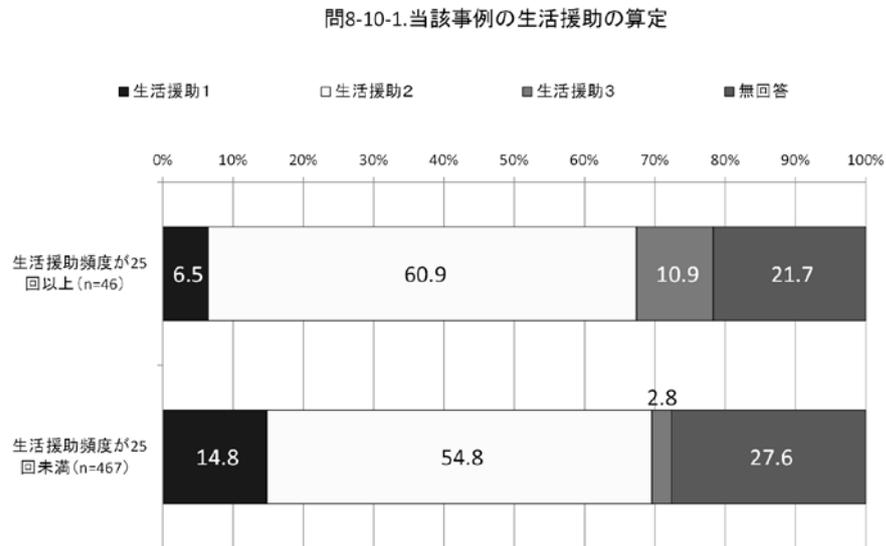


問 8-9-2. 生活援助の頻度

※クロス集計の軸となる項目のため、クロス集計は行っていない。

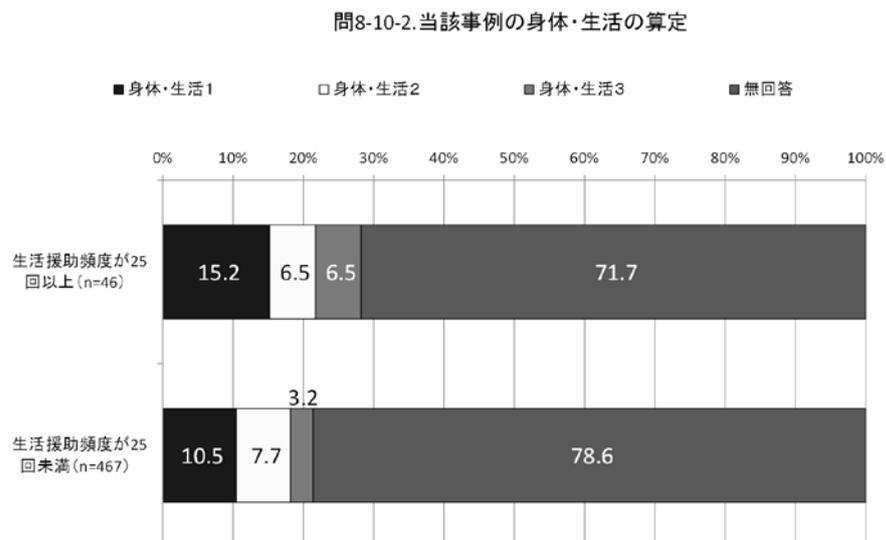
問 8-10-1. 当該事例の生活援助の算定

当該事例の生活援助の算定についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「生活援助 2」が 60.9%、「生活援助 3」が 10.9%と、いずれも生活援助頻度 25 回未満と比較して多くなっている。



問 8-10-2. 当該事例の身体・生活の算定

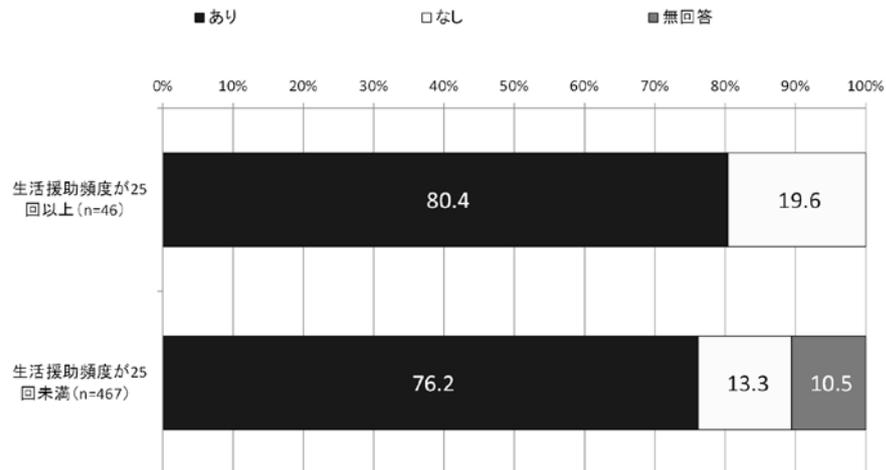
当該事例の身体・生活の算定についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「身体・生活 1」が 15.2%と、生活援助頻度 25 回未満 (10.5%) と比較して多い。



問 8-11. 当該事例の他の介護保険サービスの活用状況

改善事例における他の介護保険サービスの活用ついてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は、他の介護保険サービスの利用がある事例が 80.4%と、生活援助頻度 25 回未満（76.2%）と比較してやや高くなっている。

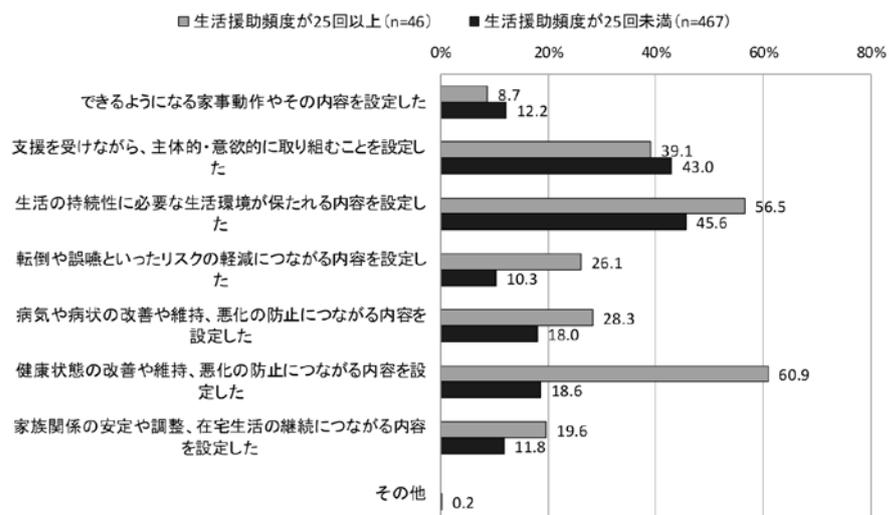
問8-11.当該事例の他の介護保険サービスの活用状況



問 8-12. 当該事例の目標設定の視点について

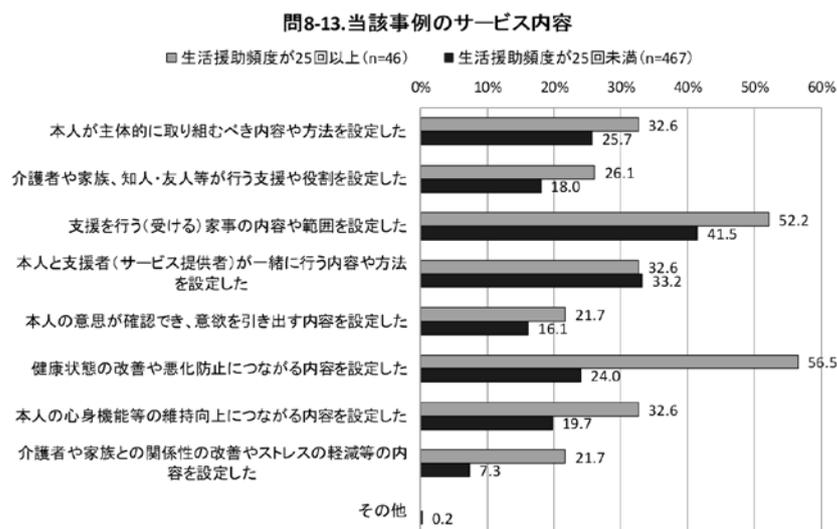
当該事例の目標設定の視点についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「健康状態の改善や維持、悪化の防止につながる内容を設定した」割合が 60.9%と、生活援助頻度 25 回未満（18.9%）と比較して特に高かった。

問8-12.当該事例の目標設定の視点について



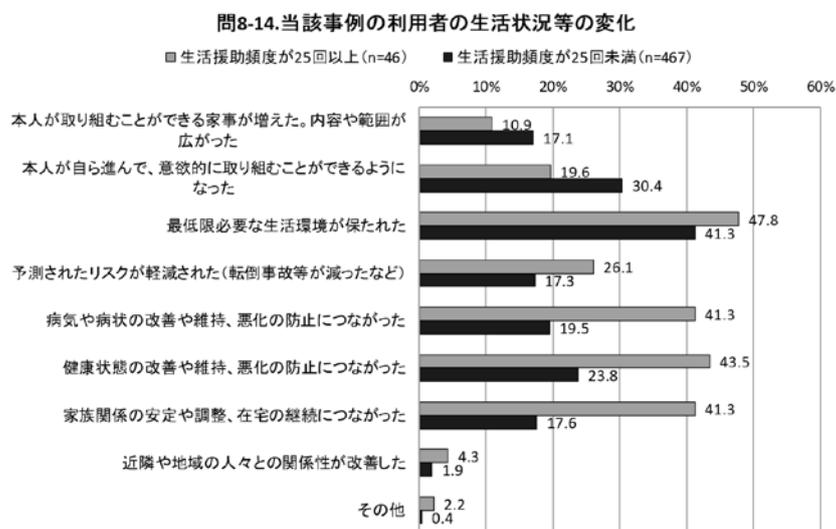
問 8-13. 当該事例のサービス内容

当該事例のサービス内容についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「健康状態の改善や悪化防止につながる内容を設定した」（56.5%）が最も多く、次に多いのは「支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した」（52.2%）であったが、生活援助頻度 25 回未満の事例は「支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した」（41.5%）が最も多く、次点は「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法を設定した」（33.2%）であった。



問 8-14. 当該事例の利用者の生活状況等の変化

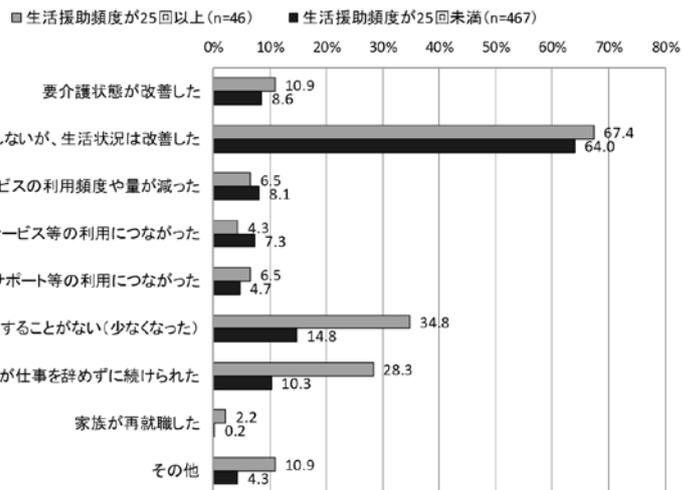
当該事例の利用者の生活状況等の変化についてみると、生活援助頻度 25 回以上の事例は「健康状態の改善や維持、悪化の防止につながった」（43.5%）、「病気や病状の改善や維持、悪化の防止につながった」（41.3%）、「家族関係の安定や調整、在宅の継続につながった」（41.3%）が多かった。一方、生活援助頻度 25 回未満の事例は「本人が自ら進んで、意欲的に取り組むことができるようになった」（30.4%）が、生活援助頻度 25 回以上の事例と比較して多くなっている。



問 8-15. 当該事例の要介護状態やサービス等の利用の変化

当該事例の要介護状態やサービス等の利用の変化についてみると、生活援助頻度 25 回以上、未滿いずれの事例においても「要介護状態は変化しないが、生活状況は改善した」は 6 割以上となっているが、生活援助頻度 25 回以上の事例では、特に「入院（再入院を含む）することがない（少なくなった）」（34.8%）、
「家族が仕事を辞めずに続けられた」（28.3%）が、生活援助頻度 25 回未滿と比較して多くなっている。

問8-15.当該事例の要介護状態やサービス等の利用の変化



3. アンケート調査結果のまとめ

(1) 介護支援専門員調査の概要

1) 基本属性

- ・本調査の集計対象となった513人の介護支援専門員については、男女比2：3で40～50歳代が全体の7割以上、4分の3が常勤・専従であった。事業所の管理者が4割を占めており、主任介護支援専門員が半数を超えている(52.2%)。
- ・保有している基礎資格は、介護福祉士が67.8%と全体の7割近くで、社会福祉士が14.6%、看護師が14.0%であった。経験年数で5年未満が27.7%、5年以上10年未満が25.9%、10年以上15年未満が27.9%と同じくらいで、15年以上が15.0%であった。
- ・所属先は、社会福祉法人が29.6%、営利法人が28.1%とそれぞれほぼ3割ずつを占め、医療法人が22.2%であった。全体の53.8%が訪問介護事業所を併設している。
- ・特定事業所加算算定事業所が約6割のうち、特定事業所加算(Ⅱ)が4割以上を占めており、約4割近くが加算を算定していない事業所であった。
- ・担当利用者数では、平均で要介護1が12.5人と最も多く、要介護2が10.6人で、要介護状態区分が高いほど担当数が少なくなっている。訪問介護算定人数も同様の分布を示し、平均で要介護1：4.3人(生活援助のみ：2.9人)、要介護2：3.9人(生活援助のみ：2.4人)であった。身体援助のみでは要介護度別の差異はみられなかった。
- ・生活援助中心型の算定理由は、独居が最も多く、日中独居と家族が疾病・障害がほぼ同程度。要介護度別の分布では差異がみられず、ほぼ同様の傾向がみられた。

2) 主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ごとの集計結果

① サービスの提供状況について

- ・生活機能向上連携加算の算定状況では、要介護1及び2が多く、担当利用者の状況と同じ傾向である。要介護2以上では、特に主任介護支援専門員が多く算定していた。
- ・通所リハビリテーションとの連携では、同様に要介護1・2の軽度者ほど連携数が多く、要介護1では主任介護支援専門員以外の介護支援専門員が多く算定していた。一方、訪問リハビリテーションでは、平均数では要介護度でのほぼ同数の算定となっており、主任介護支援専門員では要介護4・5で、それ以外の介護支援専門員では要介護2・3で多く連携していた。
- ・老計10号の訪問介護におけるサービス行為ごとの区分については、主任介護支援専門員は「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が44.8%と、それ以外の介護支援専門員(36.1%)と比較して特になくなっている。

② アセスメントについて

- ・アセスメントを実施する上での確認状況では、健康状態や生活機能についてよく確認されており、主任介護支援専門員とそれ以外の介護支援専門員ともに同様であった。環境因子と個人因子については全体には確認されているが、ややバラつきがあり、確認しやすい項目とやや確認しにくい項目があると推察される。
- ・健康状態の各項目については特によく確認されている。心身機能・身体構造では「認知機能や情動・不安等」や「痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え」が特に高く、上下肢の機能や排泄・嚥下等の機能等もよく確認されている。
- ・活動と参加では、ADLやIADL、起居動作・姿勢保持、歩行・移動などほとんどの項目についてよく確認されているが、金銭管理や対人関係についても項目や「確認することが少ない」と答えた者が多くみられた。
- ・環境因子では、「住居や居室の状況」や「同居の介護者・家族の健康状態、関係性」については、特によく確認されているが、同居以外の介護者・家族の状況や知人・友人等の協力や関係性、経済状況等についてはやや低くなっている。
- ・個人因子では、本人の生活習慣についてよく確認されており、学習や修得の意欲、価値観や思想・信条についてはやや低くなっている。

③ 短期目標とサービス内容の設定について

- ・ケアプラン作成の際の短期目標の設定については、「在宅生活の継続」「病気や病状の改善や維持、悪化の防止」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理」が特に高く、次いで「支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像」「生活上のリスクの軽減」「生活環境の維持」がよく設定されている。「本人やできるようになる家事動作やその内容」「意欲的に取り組むことができる生活上の活動」についても良く設定されているが、設定することが少ないも1割強みられている。「家族関係の安定や改善」は、設定することが少ないが3割程度でみられるが、独居高齢者が多く含まれているなどの影響が考えられる。
- ・サービス内容の設定については、「本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容」「本人の心身機能等の維持・向上につながる内容」が特に高く、次いで「支援を行う家事の範囲」がよく設定されている。「本人が主体的に取り組むべき内容や方法」「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法」「介護者や家族、知人・友人が行う支援や役割」についても設定していることが多いが、設定することが少ないも1割以上みられた。「介護者や家族との関係改善やストレスの軽減等につながる内容」では設定することが少ないが約4分の1となっている。
- ・多職種との連携においては、「かかりつけ医等の意見・助言」や「訪問看護師等の意見・助言」を必ず得ている・得ることが多いは5割強、「リハビリテーション専門職の意見や助言」を必ず得ている・得ることが多いは、約3分の2であった。
- ・「訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言」については、必ず行っている・行うことが多いで95%以上となっている。
- ・介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用については、必ず行ってい

る・行うことが多いが6割を超えており、主任介護支援専門員の方がやや高くなっている。
「環境面を整備する支援（住宅改修）の活用」や「自助具等福祉用具の活用」や「家族の生活支援行為への助言、レスパイトのための社会資源の活用」を必ず行う・行うことが多いが7割以上となっており、多面的な支援が検討されていると推察される。

- ・地域包括支援センターへの相談については、必ず行っている・行うことが多いが4割程度とあまり多くなく、また地域ケア会議での検討も1割強に留まっている。

④ モニタリングで確認できた効果について

- ・「病気や病状の改善や維持、悪化の防止」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理」については、短期目標の設定に対して、「確認できた」がやや少なく、「多くの場合確認できた」が多くなっている。また、「本人ができるようになった家事動作やその内容」については、「あまり確認できなかった」がやや多くなっている。
- ・「その他の項目については短期目標設定と同様であり、相対する結果となっており、目標設定に応じた効果や結果が得られていると推察される。
- ・「家族の就労や離職防止」については、「確認できた」「多くの場合確認できた」が半数近くとなっており、独居高齢者等への支援が多いことから、相応の効果・結果が得られているものと推察される。

⑤ 生活援助サービス提供中の軽微な身辺に対する支援について

- ・全体で「積極的に行うべき」は1割程度で、3割強が必然性を感じている。「行うべきではないが仕方ない」が4割近くとなっており、「身体介護として行うべき」が約1割である。状況に応じて、軽微な身辺に対する支援が実施されている実態を表しているものと推察される。

(2) 事例調査の概要

1) 調査概要

- ・生活援助を活用したことで生活状況の改善等の結果がみられた事例（要介護1及び2）について調査し、集計を行った。再評価後の調整については、4分の3が「現状を維持するために継続」であった。
- ・事例の属性は、3分の2が女性で80代以上が6割を超えている。要介護1が約6割で要介護2が約4割であった。
- ・日常生活自立度では、歩行可能レベルの自立～A2が8割で、A1・2（屋内歩行レベル）が半数を超えている。認知症自立度では、Ⅰ～Ⅱabが3分の2を占めており、重度者は僅かであった。
- ・主な疾患では、認知症、正外科疾患が最も多く、次いで脳血管障害や循環器疾患となっている。居住形態としては、独居が7割以上である。
- ・生活援助の内容は、掃除が最も多く、8割近くに上る。次いで調理、買い物となっており、

洗濯は3割程度である。

- ・生活援助の頻度は「月15回未満」が合わせて3分の2程度。月25回を超える事例は、主任介護支援専門員11.2%、それ以外の介護支援専門員6.6%で少なかった。
- ・算定は、「生活援助1」が14%程度で、「生活援助2」が55%程度。「身体・生活」の算定は2割程度と少ない。他の介護保険サービスの活用は4分の3以上となっている。
- ・目標設定の視点では「生活の持続性に必要な生活環境が保たれる内容を設定した」が最も多く、次いで「支援を受けながら、主体的・意欲的に取り組むことを設定した」の割合が大きい。その他は1~2割程度である。
- ・サービス内容は、「支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した」が4割以上、次いで「本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法を設定した」が約3分の1と多い。「本人が主体的に取り組むべき内容や方法を設定した」「健康状態の改善や悪化防止につながる内容を設定した」が約4分の1で、その他の項目や2割程度となっている。
- ・生活状況等の変化では、「最低限必要な生活環境が保たれた」が4割以上で最も多く、「本人が意欲的に自ら進んで、意欲的に取り組むようになった」が3割弱となっている。その他の項目については2割前後である。
- ・要介護状態やサービス等の利用の変化では、「要介護状態は変化しないが、生活状況は改善した」が多く6割を超えており、「入院をすることがない」が約17%であった。

2) 生活援助の頻度が月25回以上と月25回未満における比較

① 回答者の属性等

- ・全体の属性としては、基本調査と同様な傾向を示している。
- ・生活援助頻度25回以上（以下「25回以上」）では、主任介護支援専門員の割合が65.2%で、生活援助頻度25回未満（「以下「25回未満」」）の51.0%比べて高い。
- ・訪問介護事業所の併設の有無では、25回以上では「併設あり」と答えた割合が67.4%と、25回未満（52.5%）と比較して高くなっている。
- ・特定事業所加算の有無では、25回未満では「なし」の割合が39.8%と、25回以上（30.4%）と比較して高くなっている。
- ・老計10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の理解では、25回以上では「内容をよく理解して、通知に従ってケアプランを位置付けている」と答えた割合が47.8%と、25回未満（39.8%）と比較して高く、検討の上でサービス提供を行っていると思われる。

② アセスメントについて

- ・ICFにおける「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動と参加」「環境因子」「個人因子」について、その現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通しの確認状況を集計した。総じて、25回以上の方が25回未満と比べて、確認されている比率が高い。

- ・「健康状態」については、25回以上は「確認している」割合が69.6%と25回未満(55.2%)と比較して高い。
- ・「心身機能・身体構造」については、25回以上では「確認している」の割合が30.4%と25回未満(22.7%)と比較して高い。
- ・「活動と参加」については、25回以上は「確認している」の割合が43.5%と25回未満(23.6%)と比較して高い。
- ・「環境因子」については、25回以上は「確認している」の割合が17.4%と25回未満(12.8%)と比較して高い。
- ・「個人因子」については、25回以上では「確認している」の割合が30.4%と25回未満(22.1%)と比較して高い。

③ ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点等

- ・基本調査と同様の設問項目について、回答を集計した。総じて、25回以上が25回未満に比べて、設定している比率が高い項目が多くなっている。
- ・短期目標において、「必ず設定している」の回答で「病気や病状の改善や維持、悪化の防止についての視点」「健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理についての視点」「生活上のリスクの軽減についての視点」「在宅生活の継続についての視点」については、25回以上が25回未満に比較して特に高い。その他は差異がみられない。
- ・サービス内容については、「本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容についての視点」「本人の心身機能等の維持・向上につながる内容についての視点」「本人の家事に対する意欲を引き出す内容についての視点」「本人と支援者(サービス提供者)が一緒に行う内容や方法についての視点」「介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割についての視点」の各項目で、25回以上が25回未満に比べて特に高くなっている。
- ・他の職種等からの意見や助言については、「かかりつけ医」「訪問看護師」「リハビリテーション専門職」において、25回以上が25回未満より行っていることがわかる。また、効果のあった事例の方が基本調査に比べて高くなっている。
- ・「他の医療従事者」「訪問介護員(サービス提供責任者)」「介護保険以外のサービス」「地域包括支援センター」への相談・助言の求めについては、差異がなく、インフォーマるサービスの活用の検討については、25回未満の方が若干高くなっている。

④ モニタリングで確認できた効果や結果

- ・基本調査と同様の設問項目について、回答を集計した。総じて、25回以上が25回未満に比べて、設定している比率が高い項目が多くなっており、短期目標の設定と同様の傾向で、相対する結果となっている。
- ・家族の就労や離職防止については、差異がみられなかった。

第3章 ヒアリング調査結果

1. ヒアリング調査の概要

(1) ヒアリング調査の概要

ヒアリング調査により、アンケート調査と並行してさらに詳細かつ具体的な情報収集を行い、訪問介護における生活援助を利用する際のケアプラン作成における実態および課題を把握し、「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」の作成に活用した。

(2) 調査対象（地域）と調査実施時期

- ・ 居宅介護支援事業所（規模や他サービスの併設状況により選出）
- ・ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員
- ・ 先行してツール等を作成している川崎市などから地域を選定し（4地域）、調査対象先の居宅介護支援事業所等の協力を得て実施した。
- ・ 全4地域と調査実施時期（下記）

地 域	日 程	事業所名
1. 石川県野々市市	平成29年12月26日(火) 13:00-16:00	・ A居宅介護支援事業所
2. 兵庫県朝来市	平成29年12月27日(水) 12:30-16:20	・ B居宅介護支援事業所 ・ C居宅介護支援事業所 ・ D居宅介護支援事業所
3. 神奈川県川崎市	平成29年12月28日(木) 12:00-15:00	・ E居宅介護支援事業所
4. 長崎県長崎市	平成30年1月5日(金) 10:00-13:00	・ F居宅介護支援事業所

(3) 調査方法

- ・ 居宅介護支援事業所の基本情報や事業所における訪問介護生活援助の提供状況、生活援助を位置づけるまでの確認事項等については、ヒアリング調査と並行して実施する「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査（アンケート）」の調査票を事前送付し、ヒアリングに対応する介護支援専門員に事前に記入してもらい、当日内容を確認しながらヒアリングを実施した。
- ・ 事業所や地域の特性（特徴）や生活援助中心の支援の実態などについては、アンケート調査票と同時にヒアリング票を事前送付し、ヒアリングに対応する介護支援専門員が事前に記入の上、当日内容を確認しながらヒアリングを実施した。

・さらに、あらかじめ、ヒアリングに対応する介護支援専門員に以下に該当する事例を選択し用意し、当日は、その事例の支援内容や検討方法、課題や効果、他の事例や日頃の業務等に活かされたことなどについてヒアリングを行った。あわせて、ヒアリングする事例のケアプラン第1表～第3表のコピー（個人が特定できる部分はマスキングしたもの）も提供してもらった。

【事例】 ケアプラン第1表「生活援助中心型の算定理由」に記載のある、

- (1)一人暮らし、
 - (2)家族等が疾病、障害等、
 - (3)その他
- の中から該当する事例を選択。

・上記のヒアリングに対応する介護支援専門員について、ワーキンググループ委員により個別に聞き取りを行った。

(4) 主要ヒアリング調査項目

図表4 調査項目

<ul style="list-style-type: none">①居宅介護支援事業所の基本情報②法人内の他サービスについて（特に訪問介護の併設の状況）③事業所における訪問介護生活援助の提供状況について<ul style="list-style-type: none">・介護度別、生活援助算定内容別、生活援助委内容別に聴取④生活援助を位置づけるまでの確認事項について<ul style="list-style-type: none">・疾患の状況・本人の属性・家族の属性・近隣や知人などのインフォーマルサポートの状況・家屋状況・地域の社会資源状況⑤生活援助を必要とする目的について<ul style="list-style-type: none">・本人の健康状態の改善について・本人の心身機能の改善について・本人の活動レベルの改善について・本人の参加レベルの改善について<ul style="list-style-type: none">・家族の介護負担、参加の改善について⑥他事業所との連携状況について<ul style="list-style-type: none">・生活援助を有効活用するために活用することが多い社会資源について・連携を必要とする多職種について・実際の連携状況について（課題など）
--

2. ヒアリング調査結果

(1) ヒアリング対象事業所別の整理

①【石川県野々市市：A居宅介護支援事業所、回答者3名】

事業所の状況	
開設主体	社会福祉法人
併設施設	訪問介護
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 (平成29年10月1日現在)	常勤換算4.0人、うち主任介護支援専門員3人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	当事業所は男性2名、女性3名の計5名。基礎資格は保健師、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー、社会福祉主治など。週1回の勉強会を開催し、知識・技術の向上に努めている。地域との連携については、社会福祉協議会の強みを活かし、民生委員との情報共有を図っている。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・人口52,099人（うち高齢者人口9,921）高齢化率19.04%、認定率13.93%（H29,11月、住民基本台帳上） ・高齢者世帯率12%（約3,000人、H27国勢調査） →平成12年度の6%から平成27年度で約2倍に増加
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	<p>(方針) ・一人暮らし、高齢者のみの世帯で支援が必要な方、 ・同居家族が疾患や障害で出来ない方、など、のみOK</p> <p>(方法) ・ケアプラン検討会において検討する ・保険者に直接相談するなど細かいやりとりも行っている</p>

回答者属性(回答者A氏)	
年齢・性別	40歳代、男性
役職	事業所の管理者
資格	主任介護支援専門員
勤務形態	常勤専従
介護支援専門員としての経験年数	14年
保有資格	介護福祉士

担当利用者数 (平成 29 年 10 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	18 人	9 人
	うち、訪問介護利用者 数	3 人	0 人
【事例 1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護 1 または 2 の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 78 歳、女性、要介護 1、変形性膝、股関節症、認知症、独居（実弟が大阪） ・ 自己所有マンションの 1 階。室内はほぼバリアフリー。 ・ 自宅では TV を見たり本を読んだりして過ごしている。 ・ 平成 27 年 6 月、自宅内で脱水と熱中症で倒れているのを発見され、救急搬送される。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は自宅での生活を続けて生きたいとの思いはあるが、認知症の進行に伴い、水分補給の必要さや家事動作が出来なくなってきた。 ・ 生活援助が入ることで、水分摂取量の確認と、水分補給の声かけ、家事動作の声かけにより一人暮らしの継続が可能になる。 ・ また、家事動作については声かけ程度で、自分で行なえるため、生活援助の導入が妥当だと判断した。 		
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水で倒れていたことがあったことから、水分摂取量の確認と声かけが必要であった。 ・ 認知症の進行で、食器を洗わない、洗濯が溜まることがあったので、補助的な導入としてヘルパーが声かけし関わる。 		
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者には、サービスの妥当性を問うための、月 2 回のケアプラン検討会があり、その場で市役所、市内の介護支援専門員で検討している。 	
	リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記のケアプラン検討会の場に、市役所職員の OT がおり、「摂取量を具体的な確認」など必要に応じ助言をもらう。 	
	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時カンファレンスで、脱水で救急搬送されたため、水分摂取量の確認が必要と判断。 	
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が県外のため、支援者にはなり得ない状況。 ・ 本人の状態を報告し、生活援助導入の必要性について説明した。 	

	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護事業者と連携し、水分摂取量の確認と水分補給、声かけについて意思疎通を図る。また、送迎時に気が付いた点を（例えば洗濯、洗い物が溜まっているなど）報告してもらうなど。 ・ヘルパーの見守り、声かけが重要で、情報もスムーズに共有できていた。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・2L ペットボトルに摂取量を記録し飲んだ量をチェックすることで、水分摂取が習慣化し、脱水は終結した。 ・ケアプランには外出への意欲アップを位置付けた。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーが全て行なうのではなく、見守りのもと、ヘルパーが声かけをして自分で行なってもらうようにした。 ・「できる」活動から「している」活動へ(自立支援としての身体介護ではなく、生活援助で結果行ったケース)。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族は一人暮らしに限界を感じ、施設入所を検討したが、声かけ等により家事が出来、生活状況の把握もしてもらえるとの思いになり、自宅での生活が継続することとなった。 ・ヘルパーの介入により、認知症の進行がゆるやかになり、現状維持、生活の継続が出来ているとの評価。 ・脱水症状はなく、現在は終結した。
【事例2】訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護1または2の利用者）		
事例の概要		<ul style="list-style-type: none"> ・78歳女性、要介護1、関節リウマチ、統合失調症、双極性感情障害、うつ病、解離性障害、緑内障、結膜炎、労作性狭心症。精神疾患等既往症が多いケース。 ・県外住宅1階（室内バリアフリー）、独居。 ・友人と外出することが楽しみ、浪費家。
訪問介護生活援助が必要と考えた理由		<ul style="list-style-type: none"> ・退院時カンファレンスで、精神科医師より、(できれば毎日の)薬の内服管理を徹底するよう助言があった。 ・薬を飲んでいない、食欲が無くなり食べられなくなるなどから入退院を繰り返していた。
	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・(できれば毎日の)薬の内服管理を徹底するよう助言があったが、週3回の導入となった。

支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の支援(社会資源としては不足している)として、(精神)訪問看護、(精神)訪問介護も。 ・友人も服薬確認で活用できるかもしれない。
訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由		<ul style="list-style-type: none"> ・家事援助は週3回必要となったが、本人は拒否し週1回でいいとの意向であったため、週1回になった。掃除、買い物と合わせ服薬確認を行った。 ・その結果、内服管理が出来ず、精神科に再入院になった。仮定だが、ヘルパーを週3回導入していたら予防出来たのではないか。

回答者属性(回答者B氏)			
年齢・性別	40歳代、女性		
役職	管理者以外		
資格	主任介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての経験年数	11年		
保有資格	社会福祉士、介護福祉士		
担当利用者数 (平成29年9月中)		要介護1・要介護2	要介護3～要介護5
	利用者数	14人	8人
	うち、訪問介護利用者数	6人	5人
【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例(要介護1または2の利用者)			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・70歳、男性、要介護1、脳出血後遺症・右片麻痺、独居(アパート)、年金受給中、身体障害者1級 ・週3回の通所介護(リハビリ含)と週4回の訪問介護等を活用しながら独居を継続している。支援できる家族がいない状況。 ・年金：厚生年金受給中。 ・家族と疎遠、支援困難。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・目標：独居を続けられる(今の生活を続けたい)、買物や旅行に出かけられる。 ・留意点：脳出血再発予防、生活環境整備、歩行状態維持改善、外出機会の確保、食生活の維持。 		

		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護：状態確認、食生活の維持、環境整備、コミュニケーション、異常の発見。 ・外に単独で出られない。調理、体調管理が1人では困難。 ・健康管理でも熱発や脱水を自ら発信出来ないため、見守りのヘルパーが必要。
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容		<ul style="list-style-type: none"> ・独居であり、右片麻痺による生活行為（特に家事）の困難さがある、支援できる人はいない状況。 ・体調不良時に自分で気付いたり発信する事が難しく状態確認を要する（脱水・発熱等での入院あり）。 ・定期的な見守り、服薬確認、蜂窩織炎早期発見、足浴をヘルパーに行ってもらおう。 ・デイ週3回(入浴)。 ・市の配食サービスも夕食で入る。
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	・保険者、地域包括支援センターとのケアプラン検討会にて検討。
	リハ職（PT）	・歩行状態維持・改善 外出支援（近所へ買物） ・週1回訪問リハ有り（リハ職のいる短期間デイ）
	主治医	・健康状態について、毎月受診（自費付き添い、ヘルパー支援）。
	その他の職種	・自宅の環境整備。 ・スーパーが近くにあり、調子が良い時には外出支援。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人が出来る事と出来ない事を確認し、支援が必要な部分（買物、調理、掃除機、服薬声かけ・確認）の支援として導入した。 ・義姉は支援が難しい ・サービス利用困難 ・甥っ子(義姉の息子)が一応のキーパーソンだが、実父母の介護もあり、叔父までは難しいとの回答あり。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリとの連携で本人が近所のスーパーまで買物に行き、欲しいものを選んで買う機会が持てるような目標を目指した。 ・通所介護と連携し健康面のフォローを行った。

		<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスでリハビリ→自宅でリハ（アウトリーチ）によって、外出が出来るようになった。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハとヘルパーとの連携はこれから進めていく。 ・生活機能向上連携加算は取っていない。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の中でも洗濯・洗濯物干し、茶碗洗い、電子レンジでの温め、トースター使用等、本人が出来る事は継続しながら、出来ない所や上記を出来るようにする為の支援を工夫した。 ・出来る事を評価して実行状況を把握し、出来ないところはヘルパーがサポートした。能力や実行状況、生活機能については、介護支援専門員がモニタリングしたり、ヘルパー情報を活用。 	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護でフォローを受けながら自分で出来る事を続けられている（生活が続いている、気に入っている生活が続いている）。 ・健康状態の維持や体調不良の発見も行なうことが出来ている（ヘルパーが気付いて報告することで受診に繋がっている）。 ・入院しても戻る事が出来て、将来を考える大事な時間が確保出来ている（今後は住みかえが必要になるかもしれないが）。 ・金銭管理は本人が行っており、銀行にはヘルパーが付き添い車いすで言っている。 ・W/Cでヘルパー自費付き添い（外出）あり。 ・自分で症状を訴えられる（生活管理・能力）が、変化があってもあまり自己判断しない、ハッキリしない（体調変化リスクがあるが）。認知機能の低下があるかもしれない。 	

回答者属性(回答者C氏)	
年齢・性別	50歳代、女性
役職	管理者以外
資格	主任介護支援専門員
勤務形態	常勤兼務
介護支援専門員としての経験年数	16年

保有資格	保健師、看護師、介護福祉士、ホームヘルパー		
担当利用者数 (平成 29 年 9 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	14 人	17 人
	うち、訪問介護利用者数	6 人	6 人
【事例 1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護 1 または 2 の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 78 歳女性、要介護 2、一人暮らし、娘がいるが介護力乏しい。 ・ 疾患：網膜職変性症、変形性膝関節症、右大腿骨髄部骨折（1 年前）。 ・ 右大腿骨髄部骨折（経過が長い）、障害サービス⇒措置制度⇒介護保険となった。 ・ 経済状況：今までの蓄え（貯金）と年金とで生活出来ている。 ・ 全盲であり、ヘルパーの支援を受けながら在宅で生活していきたい。 ・ 年を考え、いずれ（持ち家を処分して）施設入所も検討している。 ・ 民生委員との関係が良くない。対人関係がはっきりしている。 ・ 視力障害の有る友人が 1 人来る。友人がヘルパーでは対応出来ない事などを手伝ってくれる。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の出来ることを継続し、出来ないことを生活援助として手伝ってもらうことで一人暮らしが維持できる。 ・ 「洗濯は自分で毎日したい」、「ごはんのセットも自分で行う」など、掃除、買物、簡単な調理は出来るが、長時間台所に立っていることは出来ない。 		
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住宅改修や自助具を活用したら本人が可能となるか。 ・ 家族や友人等、家事援助を代替出来る人はいないか。 ・ 介護保険以外にシルバー人材センターや市単独事業を活用出来ないか。 ・ 家事援助で気をつけてほしいこと、配慮して欲しいことはあるか。⇒家事援助は本人の好みやこだわり合ったやり方を行う（本人なりの価値観あり）。 ・ 住宅改修済。 ・ 配食サービスは好き嫌いがあり止めた。 ・ 庭木の手入れなどはシルバー人材センターに。 		

支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	・住宅改修：洗たくを干すための手すりの設置時。
	リハ職（PT）	・退院時の家事の目標とゴールの確認
	主治医	・生活上の留意事項として、これまで転倒していた事から、正座は無理、また、布団からベッドへの変更を無理のないようにと指示があった。
	その他の職種	・障害の同行援護（障害ヘルパー）での移動援助の変更の有無。 ・車椅子で病院4ヶ所通院、生活用品の買物。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	・障害ヘルパーと介護保険の家事援助の違いについて市の障害担当と一緒に説明した。 ・本人から、障害で出来るのに何故介護保険だと出来なくなるのかとの意見があり、本人はジレンマがある。 ・障害の内容をケアプランに盛り込んで障害の担当者に渡した。
	他機関との調整について	・入院時、どのような状況までリハビリ出来たら一人暮らしが可能かの情報を伝え、リハビリをしてもらった。 ・手術前に近い状態にまで回復し、退院することが出来た。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の食事形態や片付けで配慮（全盲の方への細かな対応）して欲しい事を事業所に伝えた。 ・本人が望むサービスを提供出来るヘルパー1名を基本としつつ、1事業所で緊急時を含め計3名の体制で、週3回サービス提供を行った。 	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態が改善し、体重が増えた、目に見える程(5kg)。好き嫌いに合わせつつも改善した結果、食欲が出た。 ・本人が出来る事(献立、食器洗い、洗濯等)が維持出来るよう出来ない事はヘルパーに、と区別したことで、本人が出来ることが継続出来ている。 ・娘は安心して自分の生活に支障なく過ごせている。 	

関係職種との地域連携について	
他機関・他職種連携における課題	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の事例は訪問介護と通所介護であったが、デイサービスでの送迎時に自宅での異変があれば報告をしてもらい、事業所間で共有は出来ている。 ・ケアプランに上がっていない事を本人から要求されたときは、ヘルパーから介護支援専門員に直ぐに連絡が来るようになってきている。 ・リハビリ職種とのつながりのない利用者に関しては、リハ職からの専門的意見を求めるのは難しいと思う。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的には、良いタイミングで情報を共有する事。新しい情報は伝達先を選びつつ直ぐに電話で連絡する事であると考えている。
他職種や他のサービス事業者を通じた情報収集	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各サービス事業者は何か気付きがあれば、すぐに連絡をくれるので情報は収集出来ている。また、月1回報告書を頂いているので助かっている。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・随時介護支援専門員に、電話や来所により情報が集まり共有が出来ている。 <p>[C氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング（事業所より報告）を参照。 ・必要時、電話で相談。サービス担当者会議でも。
地域の利用者情報の収集方法	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所は母体が社会福祉協議会であることから、民生委員事務局か内部にあるため、民生委員からも必要な時は連絡が来るなど、情報が入りやすい。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員、福祉推進員、大家さん、親しいご近所さん等から収集する。 ・地域包括支援センター、行政、社協など。 <p>[C氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要時、民生委員に確認。
地域における多職種連携上の工夫	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市役所主催のケアプラン検討会が月2回開催されている。市内の主任ケアマネ、ケアマネが対象で、その場で様々な情報交換を行なっている。

	<p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域での多職種連携の研修会（不定期・「郵便番号」の会）、勉強会への参加。 ・日頃からの連絡、コミュニケーションと相談。 ・ケアプラン検討会への参加。 <p>[C氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン検討会で相談。
--	---

利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助の利用前に、「出来ること」「目的」を説明し導入している。時に利用内容を無視した要望を言われることがあるので、その際は再度説明している。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助ではあるが、軽微な身体介護的な行為も含まれている（例、更衣の際の軽介助 etc）。 ・自立支援のための身体介護をどこまで位置付けてよいか。 <p>[C氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・限度額の関係上、一人暮らしでオムツ交換が必要な場合、生活援助が充分に行なえず、掃除まで援助出来ず、垢のある環境で生活している（優先順位としてオムツ交換）。生活状況としては適切ではないが、本人がそれでいいと言っている。 ・長男等と関わりが薄い、近所の方は少しサポートしてくれる ・要介護5になったら、訪問看護を入れることになる。生活援助の導入は「遙か先」になってしまっている。
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当市では具体的に床の拭き掃除について、雑巾がけは「過度な掃除」と判断されている。 ・当市は担当者の交代で考え方が変わることはない。上記は担当者というよりは市の判断である。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者の指導があり、本人の希望する生活援助が位置づけられない場合がある（床の雑巾がけは×、モップ使用なら可など）。 ・本人が大事にしている価値、こだわり(生活の個性)への対応が難しい。 <p>[C氏]</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族は、今まで行なってきた床の水拭きは「掃除」として行なうのが当然だと思っている。 ・時代と共に家事援助の質が変わって来ている（その人らしさ（こだわり）は生活援助の方が大きく、個別性の高い部分に対応が必要である）。 ・支援者（行政）の価値で判断してよいのか。 ・生活援助の中でQOLを高めたい人がいる（紙皿と紙コップでなく）。 ・長い経過で機能維持している人ほど、制度変更の変化や影響を受けている。
<p>訪問介護生活援助を導入する際の工夫</p>	<p>[A氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン検討会で、内容の確認を行なっている。 <p>[B氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・導入に迷う場合、保険者に確認の上でケアプランに組み込む。 <p>[C氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所で検討し、疑問点があれば保険者に確認を行っている。 ・新規申込の場合はプラン検討会で検討を行っている。

②【兵庫県朝来市：B居宅介護支援事業所、回答者1名】

事業所の状況	
開設主体	社会福祉協議会
併設施設	通所介護、訪問介護、小規模多機能型
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 （平成29年10月1日現在）	常勤換算5.6人、うち主任介護支援専門員3人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	<ul style="list-style-type: none"> ・職員育成のためのOJT制度がある、年に一度訪問介護員養成講座を行う。 ・社会福祉協議会なので地域福祉の職員と連携が取り易い。 ・また、生活支援コーディネーター第1層（地域支援）、第2層（介護支援専門員兼務）の配置があり、地域に出ていく機会が多い。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・人口約3.1千人、高齢化率33%、要介護認定率は高い。 ・訪問介護事業所は市内4事業所あるが、そのうち3事業所が地域限定。写経が全域担っている。ヘルパーの数は20名、自立支援の訪問介護も兼務。地域ケア会議、研修共に開催回数は多い。配食サービスが少な過ぎる。 ・地域ケア会議：困難事例中心、年50～60回（市内に地域包括支援センターは2か所）。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者からの指導は無いが、同居家族がいる場合の生活援助の入り方については、介護者の介護力を見極めて判断している。

回答者属性(回答者D氏)	
年齢・性別	40歳代、女性
役職	管理者以外
資格	主任介護支援専門員
勤務形態	常勤専従
介護支援専門員としての経験年数	20年
保有資格	介護福祉士、ホームヘルパー

担当利用者数 (平成 29 年 9 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	14 人	9 人
	うち、訪問介護利用者 数	5 人	3 人
【事例 1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護 1 または 2 の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 83 歳、女性、要介護 1、糖尿病、高血圧、脳梗塞既往、認知症状あり。 ・ 自閉症の息子と 2 人暮らし。遠方に住む娘が月に 1 回受診時に帰ってくる。 ・ 経済状況が良いためか買い物好き。食材管理が出来にくくなり、血糖値も上昇。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理、食材管理が出来難くなってきたため、糖尿病悪化→合併症のリスクが懸念された。 ・ 一緒に家事を行なうことで、生活状況の把握ができ、また、食材の管理・栄養バランスのとれた食事の提供により糖尿病悪化のリスクを防ぐ必要があった。 		
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護サービスを導入、生活援助を位置付けることで、本人の力を確認しながらの自立支援、食事面の管理を行ない訪問看護、リハビリ職(デイケア・PT)と連携しながら病状のリスク管理が出来ると判断。 ・ 同居の息子は自閉症あり、母親の体調が変わってきた事実を受け止められなかった。 ・ 息子さんがどこまで出来るか、ヘルパーがどこまでやるべきか、本人にどこまでやってもらうか。 		
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域 包括支援セン ターも含む）	・ 無し。ヘルパー事業所（サービス責任担当者）と判断して行っている。	
	リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護により食事管理、環境整備を行う。 ・ 体重の変化や家事動作につながるリハビリを依頼。 	
	主治医	・ 服薬管理、インスリン注射、体重管理を相談。	
	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理、インスリン注射の確認。 ・ 体調の管理を依頼。 ・ ヘルパーの必要性の助言があった。 	

<p>訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因</p>	<p>利用者・家族との調整について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同居している息子は何が出来るか、出来ること（していること）をアセスメントし、その役割を継続してもらう。 ・本人と家族には提供責任者と一緒に訪問介護のルールを説明（同居の息子はなかなか説明できないため、本人と娘（非同居）に介護支援専門員が説明し、娘経由で同居家族へ説明してもらった）。 ・ヘルパー導入の説明では、「家族が居る時にはサービスは入らない」と説明した。 ・本人は調理の味付けにこだわりがあった。
	<p>他機関との調整について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション、訪問看護と連携し、血糖値、体重変化の情報を共有。疾患管理、サービス内容の適正について話し合った。 ・リハ会議で月1回集まる機会が出来た。情報共有が図れた。リハ会議で生活支援とリハを結びつけることで、生活動作のためのやりとりが出来て、その方向でリハ職も考えてくれるようになった。
	<p>その他の職種</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師：薬、デイケア：身体、ヘルパー：食事、介護支援専門員：話せるようになった。 ・生活状況が見えるようになった、体の機能向上だけでなく、生活を考えるようになった。
<p>訪問介護生活援助を導入するための工夫点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前提として、身体を入れる前に、一旦生活援助を入れて様子を見ることにした。 ・食事管理に関しては、配色サービスも導入しながら効果を導いた。 ・本人のやり方、調理の仕方を確認し、一緒に行なうことで自立支援に繋がった。 ・配色サービスは、糖尿病食で本人はおいしくないとのことだが、ヘルパーが入るとおいしいと言う。食事はよくヘルパーと摂る。 ・元々買い物好きだが自分で行くと買い過ぎるので、買い物の回数を減らした。 	
<p>訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態が改善した。 ・健康状態が改善した。 ・社会交流が増えた。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理：血糖値安定、体重管理（減少）。服薬管理。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・家族負担感は、娘が本人をよく把握しており、支援をするうちに介護支援専門員にも相談してくれるようになった。 ・ヘルパーが入ることで（本人が）食材管理が出来るようになった。また、食事について本人が気を付けるようになった（行動変容）。 ・ヘルパーが話し相手になった。 ・悪質な訪問販売が来たことがあったが、サービスが入ることで目が行き届くようになった。 ・排泄等も変化。 								
<p>【事例2】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について（要介護3～5の利用者）</p>									
<p>事例の概要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・80歳、女性、要介護5、パーキンソン病。 ・認知症（要介護3）の夫と2人暮らし（老々介護）。 ・近所に住む次男の嫁が支援していたが、認知症の夫の暴言がひどく精神的な負担が大きかった。また、経済状況も厳しく、近隣との関係性も悪かった。 								
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護を導入することで嫁の介護負担を軽減する。 ・本人にとっては生命を維持していく上で必要不可欠であった。最低限生活を続けて行くための食事提供と環境整備（洗濯物を干すなど）を生活援助で入れる必要があった。 ・デイサービス週2回、ヘルパー週5回（身体介護・生活援助）。 								
<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は寝たきりであり、身のまわりのことは出来ない。同居家族は認知症である等、家族の支援も困難であった。 ・身体介護が主で入っていたが、経済的な問題もあり、1日1回の生活援助と朝夕の身体介護は最低限必要であった。 								
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="552 1487 756 1630"> <p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p> </td> <td data-bbox="756 1487 1444 1630"> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護5と要介護3の二人暮らしの事例として相談。 ・生活管理についての相談。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="552 1630 756 1727"> <p>リハ職</p> </td> <td data-bbox="756 1630 1444 1727"> <ul style="list-style-type: none"> ・無し。歩ける可能性はあったが、歩くと生活が大変になるため導入しない方向となった。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="552 1727 756 1823"> <p>主治医</p> </td> <td data-bbox="756 1727 1444 1823"> <ul style="list-style-type: none"> ・病状の確認。 ・薬や食事形態の相談（摂食嚥下）。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="552 1823 756 1966"> <p>訪問看護師</p> </td> <td data-bbox="756 1823 1444 1966"> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護との役割を明確化。 ・デイサービス・訪問看護・ヘルパーで共有のノートを作成し、食事量などの情報を共有。 </td> </tr> </table>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護5と要介護3の二人暮らしの事例として相談。 ・生活管理についての相談。 	<p>リハ職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・無し。歩ける可能性はあったが、歩くと生活が大変になるため導入しない方向となった。 	<p>主治医</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の確認。 ・薬や食事形態の相談（摂食嚥下）。 	<p>訪問看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護との役割を明確化。 ・デイサービス・訪問看護・ヘルパーで共有のノートを作成し、食事量などの情報を共有。
<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護5と要介護3の二人暮らしの事例として相談。 ・生活管理についての相談。 								
<p>リハ職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・無し。歩ける可能性はあったが、歩くと生活が大変になるため導入しない方向となった。 								
<p>主治医</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の確認。 ・薬や食事形態の相談（摂食嚥下）。 								
<p>訪問看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護との役割を明確化。 ・デイサービス・訪問看護・ヘルパーで共有のノートを作成し、食事量などの情報を共有。 								

		<ul style="list-style-type: none"> 顔の見える関係が出来ており、互いに情報が入ったら電話で直ぐに連絡する体制が出来ている。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> デイサービス・ショートステイ職員と訪問介護の内容について相談。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> 経済状況を考え、区分支給限度内でおさめるには家族の支援が不可欠であることを説明し、役割を分担しながら本人の生活を支えていくこととした。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護と連携し、疾患管理を行ない、生活面を支援することで病状の悪化を防ぎ、体調を安定させることが出来た。 ヘルパーが入っていることで、日々の変化が分かりやすくなり、他職種との連携の強みが生かされた。 緊急時の危険を回避することが出来て、入院しなくても済んだことがある。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> 経済的に厳しい状況の中、家族の協力が得られるところではできるだけ協力してもらった。 短時間で支援できるよう内容を検討した。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態が改善した。 健康状態が改善した。 意欲が向上した。 社会交流が増えた。 家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護が入ることで寝たきりでも自立した生活が送れるように思う。 どういう食材が好きか、食べやすい大きさはどれくらいか等を自分で伝えたり、デイに着ていく服を一緒に選んだりして意欲が感じられた。 <p>効果：家族調整、虐待予防、家族支援、心身の体調管理に役立った。</p>

<p>【事例3】訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護1または2の利用者）</p>							
<p>事例の概要 導入できなかった事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・80代、女性、要介護2、息子と2人暮らし。認知症。 ・息子が定まった仕事についていないため、経済状態厳しく本人の年金で生活している。 ・週2回デイサービスを利用している。 ・デイ以外の日に日中独居の時もあり、昼食の準備が必要。 ・衛生環境も悪く（ごみ屋敷）、環境整備が必要。 						
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症がありⅢaの息子と二人暮らしだが、デイサービスの準備や洗濯物の整理が出来ない。環境整備が出来ていない。日中独居となるが、昼食に飴しか用意していない。 ・上記の理由で、今の環境の中で過ごす事が本人にとってはマイナスと判断、訪問介護の生活援助を入れることで状況が少しでも改善していくことを期待した。 						
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容</p>	<table border="1"> <tr> <td>保険者（地域包括支援センターも含む）</td> <td>・年金の搾取にあたるか、必要な介護をしていないのではとのことで、困難事例として地域包括支援センターに相談し情報を共有。一緒に介入した。</td> </tr> <tr> <td>主治医、看護師等</td> <td>・身体状況の把握。 ・受診状況の把握。</td> </tr> <tr> <td>その他の職種</td> <td>・市の認知症支援事業の一つで、理学療法士に面接をして貰い認知症の度合いを見てもらった。</td> </tr> </table>	保険者（地域包括支援センターも含む）	・年金の搾取にあたるか、必要な介護をしていないのではとのことで、困難事例として地域包括支援センターに相談し情報を共有。一緒に介入した。	主治医、看護師等	・身体状況の把握。 ・受診状況の把握。	その他の職種	・市の認知症支援事業の一つで、理学療法士に面接をして貰い認知症の度合いを見てもらった。
保険者（地域包括支援センターも含む）	・年金の搾取にあたるか、必要な介護をしていないのではとのことで、困難事例として地域包括支援センターに相談し情報を共有。一緒に介入した。						
主治医、看護師等	・身体状況の把握。 ・受診状況の把握。						
その他の職種	・市の認知症支援事業の一つで、理学療法士に面接をして貰い認知症の度合いを見てもらった。						
<p>訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・理由が不明だが他者に家の中に入られることに大きな抵抗があるようで、息子の同意が得られなかった（家族の拒否）。 ・経済的な理由、また、息子自信の性格的な問題もあった。 						
<p>【事例4】訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護3～5の利用者）</p>							
<p>事例の概要 導入できなかった事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・90代女性、要介護5、アルツハイマー型認知症、精神疾患。 ・独居、遠方に住む息子が月に一度帰省し支援。 ・こだわりがあり、家から外に出られない。 ・食べ物にも偏りあり。 ・1日3回の訪問介護と週1回の訪問看護、往診。 ・回数が足りない/金銭的な問題の事例。 						

訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・独居で生活全般を遠距離に住む息子とヘルパーで支えていかなければならなかったため、どこまで決められた時間や回数で対応できるか不安であった。 ・本来ならばもっと時間が必要だった。 ・金銭的な問題もあり身体介護が優先された。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	・独居で認知症があり、在宅生活を訪問介護で支えていけるか相談。
	主治医、看護師等	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医とは往診時に一緒に訪問。 ・看護師も一緒に食事状態や体調不良時の事、ヘルパーからの連絡体制等を常に相談してきた。
訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・経済的に厳しかった。本人は基礎年金のみ、息子はアルバイトを2ヶ所掛け持ちして、自分の生計と親の介護を続けていた。 ・息子が生活保護を申請し、施設入所を検討した。在宅を断念するしかなかった(施設入所半月後に亡くなった)。 	

関係職種との地域連携について	
他機関・他職種連携における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・電話や訪問にてモニタリングを行う。 ・訪問介護事業所以外他職種は、生活援助の意味・役割等についてあまりわかっておられない人もいる。 ・生活援助の現場を他職種が「見る」機会が無い。
他職種や他のサービス事業者を通じた情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所からは、変化があった時に必ず連絡をもらう。 ・担当者会議にて情報を共有する ・自立支援の考え方、棲み分けが制度で異なる。障害の自立支援の範囲が広いのに対し、介護保険の支援には限りがありかなり狭くやりにくいところに、支える側も支えられる側もジレンマがある。
地域の利用者情報の収集方法	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員、区長からの情報収集。 ・必要な場合、隣近所をよくお世話をして下さる方とも連絡をとる。
地域における多職種連携上の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議を行う必要がある場合、地域包括支援センターと相談し場面を設定する。

利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員が少ない為、必要不可欠な場合のみしか算定していない。 ・生活援助が必要であっても、同居家族（精神疾患、経済的な問題あり）の理解が得られず拒否されることがある。
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護因果少ない為、本当に必要かどうか見極めてから位置付けている。 ・介護支援専門員とサービス提供責任者が情報を共有し必要性について話し合うには、訪問介護についての専門的な知識と本人の自立支援、家族の役割についての専門的な意見が必要。 ・地域で生活を継続するためには、ヘルパーによる生活援助・支援が必要である。 ・しかし、ヘルパーが足りなくて困っている。
訪問介護生活援助を導入する際の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護で出来ること、出来ないことを本人や家族に伝える。 ・ケアプランにサービス内容を細かく位置づける。 ・日常生活の範囲かどうかを確認。 ・本人の自立を防げていないか、家族の役割を奪っていないかを確認。 ・地域や家族の役割を認識しながら取り組んでいる。 ・地域で生活するためには生活支援が必要。

③【兵庫県朝来市：C居宅介護支援事業所、回答者1名】

事業所の状況	
開設主体	社会福祉法人
併設施設	介護老人福祉施設、短期入所生活介護施設、通所介護
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 （平成29年10月1日現在）	常勤換算4.0人、うち主任介護支援専門員3人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	<ul style="list-style-type: none"> ・特養併設の事業所。 ・5人の介護支援専門員のうち、自身のみが主任介護支援専門員である。 ・介護支援専門員が働きやすい環境づくり、パラレルプロセスをしっかりと捉え、人材育成に取り組んでいる。 ・また、地域づくりについては、地域のミニデイ、体操等に参加。認知症サポーター養成講座を開催。これらを通して地域の困りごとをアセスメントし、大切な視点を持って取り組んでいる。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・人口31,600人、高齢化率32.8%、要介護認定者数約2,400人。 ・高齢化率が32%を超えている。独居、高齢者世帯や認知症高齢者の増加、経済的困窮、介護力の低下等、複合的な問題を抱えている利用者が増えている。 ・訪問介護事業所は市内3ヶ所、平成25年度からスーパービジョン方地域ケア会議としてケアマネジメント支援会議を月1回居宅で開催し、また、地域包括支援センターにおいても月1回開催されている。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	

回答者属性(回答者E氏)	
年齢・性別	50歳代、女性
役職	管理者以外
資格	主任介護支援専門員
勤務形態	常勤専従

介護支援専門員としての経験年数	9年		
保有資格	介護福祉士		
担当利用者数 (平成29年9月中)		要介護1・要介護 2	要介護3～要介護 5
	利用者数	人	人
	うち、訪問介護利用者 数	人	人
【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護1または2の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・85歳、要介護2、女性、上行結腸癌、直腸癌、ストーマ造設。 ・一人暮らし、子ども2人（息子は他市、娘は他県在住）。 ・酒屋を営んでおられた。店の奥に住居有り、段差が多い。 ・配食サービスなど、サービスを利用することで生活習慣は保たれている。 ・年金は少なく、公共料金が滞る事がある。 ・ADLの低下があり、転倒のリスクがある中での一人暮らしである。 ・介護サービスだけではQOLの向上が難しい中、地域との連携がととても必要である。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・癌のため、ストーマ造設されている。食事内容、病状の変化には特に注意が要る。 ・当初、地域の方や家族(息子)にサポートを依頼し様子を見たが、3週間後、本人より1人では限界と訴えがあり、ヘルパーを入れてほしいと意思決定があり、それを見極めた上で、ヘルパーが介入することになった。 ・本人の病気に対する不安の軽減等もとても必要である。 ・訪問介護を利用することで、栄養の確保と転倒のリスク（住居環境アセスメント結果）を少しでも回避する。 ・食事作り、掃除・洗濯のサービス内容を調整した。また、病気、生活に対する不安な思いもヘルパーさんに話すことで軽減出来、安心した生活に繋がると期待した。 ・本人は気難しい方で、また、生活のこだわりや意味を見ながら関わるには、コミュニケーション技術、承認の技術のあるヘルパーの専門性が必要。 		

訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・癌の再発のため、再度手術した後の訪問介護導入である。術後、ADLの低下があり在宅生活に向けて病院にてリハビリ実施。しかし、以前のように一本杖にて一人でバスに乗り買い物に行くことは難しくなられた。 ・転倒のリスクが高く生活習慣をしっかりと確立しないと病気の再発も考えられる。 ・自宅トイレに行くには段差が多く利用できない。ポータブルトイレの使用となるので、その処理も必要である。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・必要であれば受診。 ・訪問看護師に指示。 ・ヘルパー利用は欠かせないと話された。
	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ストーマ造設のため、パウチの交換や体調管理、配薬、入浴介助など訪問看護師の利用は欠かせない。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は当初「ひとりで出来る」と訪問介護の介入を拒否された。 ・しかし退院後、自宅に戻り生活してみたところ、自身では出来ない場面が沢山有り、訪問介護の利用に至った。 ・そこで、訪問介護にて出来る部分、出来ない部分等のルール、介入する目的をお伝えした。 ・モニタリングしながら、本人への説明、同意を重ねた。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス、訪問看護、主治医、介護支援専門員で連携を図ることで病状の変化を早期に捉えることが出来、疾患の悪化を防いだ。 ・サービス担当責任者やヘルパーから、連絡がすぐに来るなど連携が密である。また、介護支援専門員は、まずは電話で、必要ならばすぐに訪問する等柔軟に対応している。 ・サービス担当者会議のほかにも、「介護支援専門員とデイサービスとのコア的な会議」を必要に応じて開催している。 ・環境のモニタリングをしっかりと行ない、次の支援につなげた。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で連携しないと元から仕事が進まない。 ・ヘルパーがいないと支援が進まない感覚がある。

		<ul style="list-style-type: none"> ・ QOL、人生の質の向上のためには生活援助が必要。そのためには対人援助、相談援助の力も必要で、実践だけでなく研修で力をつけていくべきものである。 ・ ヘルパーの観察、変化をみるという気付きは素人には無理で、専門性が必要。単に支援だけでは QOL は向上しない、ヘルパーが専門性をもって意識して行っているところが大事である。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人からの依頼で介入した訪問看護である。癌を患っても、一人で頑張ってきた本人の気持ちを尊重し、出来ないことを支援するのではなく出来ることを増やしていくという視点で支援した。 ・ 本人の出来ているところをしっかりと見て、介護支援専門員にフィードバックすること、出来ることを承認してあげることをヘルパーに依頼した。 ・ 介護サービスだけでは QOL の向上につながらない。欠かせないのは地域の力であった。民生委員、近所の宗教や昔ながらの友人に、継続した支援をご本人と一緒にお願いをした。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能が向上した。 ・ 栄養状態が改善した。 ・ 意欲が向上した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自身でも味噌汁やごはんを炊くことが再び可能になった。出来ることを増やすという視点で関わることで、承認の場面が増え、ご本人の生活へのモチベーションが上がった。 ・ 訪問介護を利用することで安心感が得られ、病気への不安の軽減にもつながり、良い影響を受けることが出来た。 ・ 本人がヘルパーの支援を受けることで自信の喪失もあったが、導入に際し新しい方向性が見えることを介護支援専門員が説明し、自信の喪失を食い止めることが出来た。

利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援ほど大事な支援はない。

	<ul style="list-style-type: none"> ・生活援助では、利用者本人を知ることが重要で、その視点を得るには研修と経験が不可欠である。3日間程度の研修では出来ない。 ・出来るところを承認してあげることはヘルパーの力である。 ・人生の質に働きかけるのが自立支援であり、関わり方ひとつで本人が前向きになることが出来る。少しでも可能性があれば、ヘルパーが生活援助で介入することで、本人の「心の引き出し」を支援することにもなる。 ・例えばご飯を作ることは、本人と関わるための手段に過ぎない。本人が前向きになれる関わり方をするのが自立支援である。
訪問介護生活援助を導入する際の工夫	

④【兵庫県朝来市：D居宅介護支援事業所、回答者1名】

事業所の状況	
開設主体	医療法人
併設施設	併設施設なし
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 （平成29年10月1日現在）	常勤換算4.5人、うち主任介護支援専門員4.5人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	・事業所には、市ケアマネジャー協会会長と主任介護支援専門員委員会の委員長がいるので、人材育成・地域連携の視点が常にあり、ミーティングにも話し合う事が多い。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・人口31,200人、高齢化率・33%、認定者数2,200人。 ・居宅介護支援事業所・11箇所、訪問介護事業所・4箇所（夜間・深夜は行っていない。21時以降なし）。 ・地域ケア会議は、ケアマネジャー支援会議（10回／年） ※専門職同士が顔の見える関係であり、連携がとりやすい。介護支援専門員は全部で39名（主任介護支援専門員は、15名）。経験が長い、介護支援専門員が多い。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	

回答者属性(回答者F氏)			
年齢・性別	60歳代、女性		
役職	管理者以外		
資格	主任介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての経験年数	15年		
保有資格	看護師、社会福祉士		
担当利用者数 （平成29年9月中）		要介護1・要介護2	要介護3～要介護5
	利用者数	21人	9人
	うち、訪問介護利用者数	4人	3人

【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護1または2の利用者）		
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・87歳、女性。要介護1。腰部脊柱管狭窄症、不安神経症、変形性膝関節症、認知症。 ・また、うつ症状あり（「気になることがあると、何度も尋ねることがある」）。 ・独居、一軒家。経済面では、息子の支援（5～10万円/月）を受けている。 	
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・食事がきちんと取れる。 ・清潔な環境で暮らす。 ・支援の留意点： <ul style="list-style-type: none"> ・買い物（自分で品物を選ぶ） ・調理 ・掃除（お風呂、掃除機かけ、布団干し） ・入浴時の声掛け、安否確認 <p>※他事業所よりの引継ぎ事例（家族が市へ「介護支援専門員の交代」の希望があり、市より依頼があった事例。「うつで、対応がうまくいかなかった事例」と思われる）。</p>	
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の出来ること、出来ないことの確認（身体状況）。 <ul style="list-style-type: none"> ・買い物の選択ができるが、店が遠く行けない。 ・腰痛、膝痛があり、掃除機がかけられない。布団干しができないことを確認。 ・安否確認（独居のため、倒れているかわからない）。 ・本人の気持ちは、揺れ動いている。 <ul style="list-style-type: none"> →本人は息子に依存心があるが息子との関係性は悪化している →施設入所の提案・手配をしたが、行き違いがあり、本人は不信感を家族にもった経緯がある。 ・掃除、片付けは認知症があり、上手く出来ていない。 ・安否確認は、本人より「息苦しい」との訴えが多くその点の確認。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が〇〇市の知り合いに「〇〇に行きたい」と相談をし、〇〇市から朝来市地域包括支援センターへ照会があり、地域包括支援センターから連絡が入った。

	主治医	・開設主体の医療法人の医院・主治医。服薬の確認など、気になる点を主治医へ相談している。
	その他の職種	・民生委員は何かあった際に、連絡が取れる連携が出来ている。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	・息子の嫁に、電話を通じて「生活援助の援助範囲」を説明した。であるが、本人から「お金をおろしてほしい」と相談があり、改めて生活援助の支援範囲を説明した。
	他機関との調整について	
	その他	・地域の方（向かい側の家の人）に、泣きながら訴えにゆくことがある（例えば、「“冷蔵庫が壊れた”電気屋に箸ってくれる“通帳がない”とあり、一緒に探す」等）。そして、そのエピソードを介護支援専門員に伝えてくれる）。 ・ヘルパーより、地域の方に訴えることが多い。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・物を無くすので、袋にまとめている。 ・買い物は、本人に任せている。 ・以前、調理の支援を導入したが、本人が断り中止。 →煮物は、本人が出来るので続けている。 ・掃除は依頼しているが、片付けることは本人が拒否する。 →片付けが苦手な様子であるが、ヘルパーが関われない範囲（プライベートな範囲は手を出さないよう、ヘルパーは気にかけている）。 ・膝痛もあり、床掃除は納得し依頼している。 ・台所は自己管理（聖域）し、洗い物も自分でしている。 	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態が改善した。 ・意欲が向上した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・献立を考え、調理をすることができるので、そのための材料の買い物支援を受け、自分で食事の準備ができた。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に、郵便物で内容が理解し難いものを聞くことが出来た。 →郵便物をヘルパーや周りの人に聞きながら、自分で処理（支払いなど）している。 ・週3回生活援助。 ・今も持っている力を落とさないよう、関わっている事例。 	
<p>【事例2】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について（要介護3～5の利用者）</p>		
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・53歳、男性、要介護3、左被殻出血後遺症（左麻痺、言語障害）、左股関節人工置換術。 ・独居、一軒家の台所スペースに居住。退職し障害年金と貯金で暮らす。隣市のおじがキーパーソン。 ・車椅子にて室内は移動（1階のみ） トイレに4点杖で行く。 ・調理はできない。車椅子に座ったまま、パンを焼く、コーヒーを入れる。 ・食器を洗う。洗顔、ハミガキはできる。 	
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・目標：自宅で快適に過ごす。 	
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前の見立て。 ・デイケアでの機能改善。 ・入浴の動作の確保。 ・生活援助では、「食事作り」が必要。 →独身で過ごしてきており、食生活のバランスは悪かった。一方で、電化製品等を自分で買う、選ぶ力はあった。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法を利用する中、自己負担がないようにしていた。
	リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ・機能的に自分で出来ることを教えてもらい、また、今後の見通し、歩いて1人でトイレに行く練習も行った。 ・デイケアと訪問リハの担当のリハ職であるため、リハの方での見立てをヘルパーと共有した。具体的には、リハ職の意見を参考に、本人・自力でトイレに行くとの方向性にし、トイレ住宅改修も行った。

		<ul style="list-style-type: none"> ・トイレに行き方について、リハ職の見立てを参考にした。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師（居宅療養管理指導）の訪問で、薬をセットしている。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前のカンファレンスで、退院後のサービス担当者会議で、家族が行うことを共有。 <ul style="list-style-type: none"> ・お金の管理、支払い手続、地域の人への挨拶。 ・交流館に、区長、民生委員、隣人、消防団等が集まり、叔父から状態説明をお願いした。 ・隣市の叔父には「衣類の入れ替え」「多額な支払い」等を依頼している。 ・安否確認（転倒をした経緯→転倒をしたことをヘルパーが早期に発見し、前回の入院に繋がっている）。→上記を踏まえ、緊急通報のペンダントも使用中。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の病院PTと環境整備のだけ、叔父と一緒に訪問し、何が必要かを検討した。 ・退院後は、訪問リハ、デイケアのPTと目標設定を一緒に行った。そのために、トイレの改修も検討。 ・退院後の生活で、家内の生活道具の置き方（例えば、道具の置き方で、片手で本人1人でできる動作の確保）について、リハ職に意見をヘルパーと共に聞き活用している。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・退院直後は、どこまで自分でできるかの見通しがつかず、まず、ポータブル、部屋の中での移動も見守り、また、朝食準備、パンやコーヒーを入れるも見守りからスタートした。すぐに自分で行うようになった。 →叔父も含め、本人の元々の生活がわからない中での支援。その中、ヘルパーからの情報で、見通しがつけるようになった。 →ヘルパーが色々なことをキャッチし提案をもらった。例えば、「ハミガキを自分でしている」「茶碗を自分で洗う」等、最初「出来ない」と思っていたことが、「出来ている」とヘルパーの観察で把握できた。 →介護支援専門員としては、最近になってやっと意思疎通がスムーズになってきた。当初は難しく、ヘルパーが何度も本人

	<p>と関わっていたので、ヘルパーから本人の発語の内容を。介護支援専門員は教わった。</p> <p>→ (ヘルパー対応の) 今は、自分で身の回りすることが増え、転倒等のリスクも軽くなってきており、ヘルパーの見守りも以前より緩やかになってきている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後に「転倒していたこと」があった際、ヘルパーが発見して、病院へ連絡し入院、大事に至らなかった。 ・本人からヘルパー事業所へ連絡があり、主治医へ連絡→主治医が往診し対応、叔父にも連絡し叔父も様子を見に行った。 ・言語障害がある中、ヘルパーが本人の発語を理解しており、そのことか本人も意欲的に取り組む姿をよく見る。
<p>訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・意欲が向上した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・効果が出たことの多くに、ヘルパーが本人とコミュニケーションを取れるようになっていて、そのことから本人も意欲的になって行ったと思う。 ・また、本人が持っている能力について、ヘルパーの観察から把握が出来、本人の意欲と力を伸ばすことが出来た。
<p>【事例3】 訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護1または2の利用者）</p>	
<p>事例の概要 導入できなかった事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・72歳、女性。要介護1、アルツハイマー型認知症、 ・夫と二人暮らし、一軒家、主婦、自営の手伝い、 ・認知症重度、自分の身の回りはできていたが、買い物同じ物ばかりから、味付け・濃い、薄かったり、煮えてなかったり作ったことを忘れて残っていた物を食べお腹をこわす。 ・掃除は夫がしていた。夫、脳梗塞後の左マヒあり。 ・本人の強い拒否、夫も本人ができると思うし、させてやりたい。

訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・体重管理。 ・夫への負担。 ・お茶の入れ方もわからず、どうしたらいいのと困っていた。声掛けがあれば出来ると考え、続けている。 ・同じものを食べ身体を壊す、夫の負担が大きい等から、支援が必要と判断。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・デイの職員と、出来ること、出来ないことの情報交換。
訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の拒否（私はまだ出来る！してるわよ～） ・夫は本人にさせたい、まだ出来る。 	
【事例4】訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護3～5の利用者）		
事例の概要 導入できなかった事例	<ul style="list-style-type: none"> ・87歳、女性、要介護4、認知症、バセドウ病、独居。娘の車で10分の所に居住。 ・夫が3月に死亡、年金、車椅子移動、うつ症状があり、ごはんを食べない（声掛けしないと）。 	
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・娘さんが何回も来ることも不可能であり、負担が大きい。 ・昼食をとる必要があるため、調理とセッティングで業者をとる。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・デイ職員とも相談し側において食べるように促すとデイでは食べる。
訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由	<ul style="list-style-type: none"> ・調理とセッティング、安否確認（時にはトイレ介助で、身体生活になることも）で、時間が一杯。 ・限度額の問題で訪問できるヘルパーの手配等が、ネックになった。 ・今は、「ショートステイの利用」「家族の協力」で生活している事例。介護支援専門員としては、生活援助を導入し、本人の力を引き出し、在宅で生活できる見立てであった。しかし、弱ってしまい、入院に至った事例（現在は、退院し、上記の「ショートステイ」と「家族協力」で暮らす）。 	

--	--

関係職種との地域連携について	
他機関・他職種連携における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間（22 時位）のサービスが必要だが、対応できる事業所がない。
他職種や他のサービス事業者を通じた情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスでの情報。
地域の利用者情報の収集方法	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員、区長。 ・利用者本人。
地域における多職種連携上の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・顔のみえる関係性をつくる、互いを知る→医療と福祉士の会を利用し参加。 ・地域ケア会議に主任介護支援専門員がメンバーとしており、関係性を構築。
利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	<ul style="list-style-type: none"> ・調理、掃除で入り、必要があれば、排泄介助をしてもらっている。
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護4で身体介護が主で、昼食の調理に入っているが、介助の必要な人だが、限度額の関係で介助に入れない。 →ヘルパー的時間必要だが、時間制限あり。
訪問介護生活援助を導入する際の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・プランにどのように位置付けるかが大切 →〇〇のため、〇〇の支援が必要と整理することを心掛けている。 ・ヘルパーから細かい情報を得られ、それにより生活を組み立てられる。 ・生活援助でヘルパーが関わる中、生活の様子が見える。 ・通所介護の場合は、「入浴」「食事」など、ある一定の通所での様子は分かるが、ヘルパーは「家に帰ると、こうですよ」というように生活の姿が見える。在宅支援をする中、大切な関わりである。

⑤【神奈川県川崎市：E居宅介護支援事業所、回答者3名】

事業所の状況	
開設主体	営利法人
併設施設	訪問介護、福祉用具貸与、住宅改修
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 （平成29年10月1日現在）	常勤換算4.0人、うち主任介護支援専門員2.0人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護、レンタル、リフォームと併設されており、外部との関わり持つことが出来ている。 ・介護支援専門員が4人いるが、地域での連携、多職種との連携を図ることに力を入れている。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の事例は、川崎市幸区の事例。 ・川崎市は、川崎区と麻生区の高齢化率が高いが、事業所のある中原区は高齢化率が低い。 ・武蔵小杉など、若い人口の流入が多く、高齢化率は低い。 ・川崎区は高齢化率が高く、京浜工業地区の従事者であった方々の高齢化が進み、課題に関しても複雑な状況の事例が多い。今回の幸区の事例も、その川崎区の事例の印象に近い。（幸区地域包括支援センター） ・地域ケア会議の運営の仕方は、「事例検討会中心」「定期的に多職種が集まる場がセットされ、その都度、事例の相談をうける」等、事例検討会中心であるが、進め方が多少異なる。 ・また、地域包括支援センター毎に「カフェの開催に関わる」「地域住民と勉強会（ケアマネジャーも参加）」など、独自の取組がある。（幸区の訪問介護事業所） ・若手の介護員（男性も含め）が増えている事業所もあれば、依頼しても介護員が工面できない事業所もあり、様々である。帯でサービスを提供する事例（例えば、「透析の通院付き浴いなど」は、介護員の手配に苦労している。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	<ul style="list-style-type: none"> ・特に区として方向性は出していないが、川崎市として出している「ケアマネジメントツールⅠ～Ⅲガイド」が大きな考え方である。 →ガイドで「先に考え方が示されており、介護支援専門員としては有難い」 ・ケアプラン点検が、定期的に送られてくることがある。

	<ul style="list-style-type: none"> ・夜朝の生活援助の事例について、保険者より内容の照会がくる ことがあり、保険者として気になる事例の根拠を求められる ことがある。 		
回答者属性(回答者G氏)			
年齢・性別	50歳代、男性		
役職	管理者以外		
資格	主任介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての 経験年数			
保有資格	介護福祉士		
担当利用者数 (平成29年9月中)		要介護1・要介護 2	要介護3～要介護5
	利用者数	11人	9人
	うち、訪問介護利用者 数	人	人
【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要 介護1または2の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・82歳、男性、要介護2、頭蓋骨陥没による外傷性クモ膜下出血、高次機能障害。 ・退院された際、当初は要介護4の状態・リハビリを行い、要支援の認定になったが、生活上、困難なことが出て、要介護2。 ・現在、長男と2人暮らし。エレベーター付き公営住宅の6階に住む。 ・生活歴：妻と3人暮らしであったが、妻が大腸がんで他界。他界する迄は、妻が家事をしており、本人は関わってなかった。 ・仕事は旋盤工の職人であった中、公営住宅の役員活動はしており、勢力的に地域には関わっていた。妻ががんになってから、妻の指示で家事をしていたが、妻が他界した後は生活が乱れた。 ・長男は、平日は早朝から夜8時まで仕事に出ており、平日・日中独居。その中、日中の困り事では食事の用意であるが、訪問介護の生活援助を使う。 ・「食材の買い物」「床屋」「手続き関係」等は、長男の役割を依頼している。 		

<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・妻が亡くなるまで、妻の指示で家事が自立していたが、妻が他界してから「無気力状態」「長男が食事を用意しても食べない」「飲酒が進んだ」「服薬しない」「着替えをしない」等、生活が乱れた。それに対し、まず「自立支援を踏まえ」、一緒に家事をする働きかけから始めた（具体的には「栄養援助」的な支援で、「食事の温め」「本人が食べるような配膳・下膳」の支援を開始した）。 →デイサービスを利用する際は、通所してしまえば生活リズムが出来たが、在宅で過ごす際の生活リズムを整えるため、生活援助を導入。 →「起床の介助」「着替えの補助」「洗濯を一緒にする」等を、身体介護で支援している。 →長男が協力的である中、「本人に頑張ってもらいたい」と思いもあり、訪問介護を提供し、長男の就業意欲を損なわないように配慮した。当初、長男の不安の訴えもあったが、今は落ち着いてきている。 	
<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・元々、家事をしていたので、見立てとして「誰かの声掛けがあれば行えるのではないか」があった。 ・その上、洗濯は一緒に洗濯機を回し「干してください」とヘルパーの声掛けで行えた。調理については、とりわけし電子レンジで温めるまではヘルパーの声掛けで、本人が行えている。 ・妻が生前のころ、妻のつらい様子を見つつ、本人が家事をしていた情報があり、その点を活かした生活援助の働きかけを行い、本人の自立を促した。 	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容</p>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援になった際、地域包括支援センターから委託を受け、ケアプラン作成をしていた。また無気力状態の際に要介護認定申請で相談をしたが、その後は特に相談をしていない。
	<p>リハ職</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健施設のデイケアに通所中である。身の回りの様子等、必要な声掛けをしている。歩行について、状態の観察を依頼し、共有している。
<p>訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因</p>	<p>利用者・家族との調整について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に「生活援助の考え方」を理解してもらうようご説明した。本事例は、同居の事例である中、「支援が難しい時間帯について、お手伝いできる」旨を説明した。 →本事例は、訪問介護が関わる中、長男にも余裕ができ、家族としての役割も安定して行っ

		<p>ていた。土日は長男が関わる中、土日の服薬漏れが出てきており、長男と近々話す予定。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他事例では、「生活援助の考え方」を超えた依頼もあり、自費サービスの案内をしたこともあった。
	他機関との調整について	
	その他の職種	
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーより、「デイサービス等、関わる職員共有のホワイトボードを設置」の提案があり、情報共有が充実した。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が改善した。 ・意欲が向上した。 ・社会交流が増えた。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の改善：3食、食事が摂れている。食欲出ている。体重も戻した。 ・意欲の向上：食事を自分で温め、とるようになった。弁当は食べなかったが、人と会話しながらで食事を摂る習慣が出来た。そのことにより、夜も自分で温め、食事を欠かさないようになった。 ・生活援助の訪問介護が入り、朝の生活リズムの把握が出来ている。 ・飲酒は辞められなかった中、ヘルパーより「ノンアルコールビールに変えてはどうか？」と提案があった。試してみると、本人、ノンアルコールビールで納得し、晩酌を続けた。長男は「飲ませたくない」方向性が強かった中（長男は、お酒を隠すなどしていた）、ヘルパーはムードを味わせる提案をし、効果的な提案であった。

回答者属性(回答者H氏)			
年齢・性別	50歳代、女性		
役職	管理者以外		
資格	主任介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての経験年数			
保有資格	介護福祉士		
担当利用者数 (平成29年10月中)		要介護1・要介護2	要介護3～要介護5
	利用者数	21人	16人
	うち、訪問介護利用者数	13人	6人
【事例2】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について(要介護3～5の利用者)			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・82歳、女性。要介護3(1月～)、現時点(平成29年12月)要介護5。 ・脳出血後遺症、右片麻痺、老年性骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折、末梢神経障害。 ・集合住宅1Fに独居。生保。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患より、食事作り、掃除、洗濯、調理等、独立移動等が出来なく身体のバランスが悪く、また環境が衛生的な形の生活を送れることを目指し、サービスを導入。 ・ご自身で身体の機能について前向きに勉強する方で、そのような中でサービスを始めることが出来た。 ・本人の良いところを伸ばせる、生活になるよう、 →薬局の栄養士と連携を取った。 →訪問診療の先生の指示のもと、リハビリを導入した。 ・体形は小柄・やせ型、体重・40キロ程度。 →前年夏、脱水で30kgを切る栄養状態になった中、在宅での栄養指導などを模索し、一方、本人は「自分でトイレに行きたい」との強い希望があり、その目標を立て、それに付随した「栄養をつける」支援を検討した。 ・また、1人暮らしの中、「掃除」というより、環境動線・車椅子移動ルートの確保等を支援しつつ、主に「食事の支援」に赴きをおいたプランとした。 		

	<ul style="list-style-type: none"> ・食事内容の勉強し、プラン付けしていないが、薬局の栄養指導に、本人、ヘルパーが学んだり、ポータブルトイレへの移乗や使用後の片付けのし易さをヘルパーに学ぶことが出来ている。
<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が単身であり、本人が独立立位、独立移動困難に伴い、末梢神経障害と麻痺があることで、支援がないと生活が成り立たないことが、生活援助の考え方で算定できると算定し利用した理由である。 ・訪問診療が入り、薬剤師が訪問する中、栄養士が所属する事業所であった。本人も薬に関心が高く勉強する方であった中、栄養士に薬剤師と同行訪問してもらい「栄養指導」を受けることが出来た（本人には体力、筋力のためにどういう物を食べたら良いかを質問。ヘルパーには食材の選び方の指導）。 <ul style="list-style-type: none"> →訪問診療の医師とも、連携を密にとった事例。 →これらが入り、本人が「もっと頑張ろう」という気持ちになっていた。 →専門職のヘルパーが入ることで、連携がとりやすかった。具体的には、長年入っているヘルパーであったので、「本人の好き嫌いを知っている」「その好きな食べ物で、どう栄養を取ってもらうか模索してくれた」「介護支援専門員としても、連携が取り易かった」 →長年の本人の生活スタイルを知っているなので、関わり易かったと思う。 <ul style="list-style-type: none"> ・「ヘルパーの声掛けが良かったの」。 ・「ヘルパーが自分たちで栄養の本を買い勉強をした中、提案をした・・・“自分たちはこう考えるけど、どう思うか？とのヘルパーからの提案が効果的であった」。 ・「連携がないとヘルパーも提案など、できなかったと思う」。 ・「ヘルパーの気づき・・・本人の体調の変化、心理的な変化の気づき等に、うまくサポートできたと考える」。 ・「他の専門職より、本人の核心に関わっていく確率が高く、その利用者のことを理解していると感じることが多い」。 ・「月に1、2度しか関われない介護支援専門員では見抜けない本人への声掛け（提案？）が、有り難かった」。 ・「諸々のことがあり、要介護5→3への改善に繋がったと思うし、体力の再保持ができなかったと思う」。

		<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供責任者の提案が大きく、利用者の「座位保持の程度」や「筋力がない中で、倒れる傾向がある」等、確認が必須であった事柄について、日々のサービス提供責任者の観察から「麻痺の程度」「筋力の使い方・つき方・動かし方」が把握できた（身体状況のアセスメントがサービス提供責任者は適切に行っていた） ・栄養について、食材毎に「このような効果がある食材」と分かり易く説明し、本人がよく理解し、本人が前向きに取り組むことに繋がった。
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、夜間対応型訪問介護を利用しているが、それ以前は地域包括支援センターの緊急通報プランに入っていた。その関わりもあり、独居の中、地域で暮らしていることを地域包括支援センターは把握している。
	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・脳出血後遺症で神経障害、右麻痺となり、車椅子移動やポータブルトイレは介護の状態である。独居にて全面的な介護なしには、生活が成り立たない状態である。 ・介護支援専門員から主治医に、生活的な支援が必要な旨を伝え、主治医意見書の記載も協力してもらっている。また、その主治医意見書の内容をサービス担当者会議で説明し、生活援助を導入する意図を確認している。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルを活かし導入の意図を説明している ・生活的な支援が必要な旨を伝え、主治医意見書の記載へも協力してもらっている。その主治医意見書の内容をサービス担当者会議で説明し、生活援助を導入する意図を確認している。 ・家族の状況：長女（東京）、次女（千葉か埼玉）、三女（近隣にいるが、精神疾患があり、親に対しての「物とられ妄想」あり）。 →緊急等、家族が立ち会いは長女、次女が対応している。 →特に、家族への支援は行っていない。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療（薬剤師、栄養士）。 ・訪問マッサージ。

訪問介護生活援助を導入するための工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養にならないように、筋力をつける方法として、本人が勉強家であることで栄養について学ぶ機会を作ったことで、ヘルパーにこうしてほしいなど伝えることが出来、また、バランスを考えた調理や食べ方、食材の選び方などにより、身体機能低下が予防出来、生活を継続することが出来ている。 →ヘルパーからの情報提供により様々な工夫をすることができた。その情報提供を基に連携を深めることが出来た。 		
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護度が改善した。 ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・健康状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・意欲が向上した。 ・社会交流が増えた。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護5から要介護3に改善した。 ・まだ独立移動は困難ではあるが、目標の歩行器を使つての移動が出来るまで、もう少しのところまで来ている。 →以前より発語が増えたが、内容をよく聞き取れるのはヘルパーである。 		
回答者属性(回答者 I 氏)			
年齢・性別	50 歳代、女性		
役職	管理者以外		
資格	介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての経験年数	3 年		
保有資格	介護福祉士		
担当利用者数 (平成 29 年 9 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	21 人	10 人
	うち、訪問介護利用者数	8 人	6 人

【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護1または2の利用者）

事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・89歳、男性、要介護1、脳梗塞。 ・子供2人(長男(隣市に在住)、長女(同市に在住))、当初キーパーソンは長女であったが2年前に関係が悪化し、その後は長男になる。元エンジニアで几帳面な性格。 ・妻(要介護5)と老老世帯。妻のキーパーソンは、現在は長女。 ・夫婦で同じ介護支援専門員が担当。 ・本人は、自分で出来る所は自分で行き(洗濯機を回すなど)、出来ない所はヘルパーが手伝うこともある。妻の体調が良い時には一緒に行く。 ・本人は妻と自宅で生活したいと希望。 	
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・食事改善(塩分制限がある)。家族の希望で体調に気を付ける夕食作りが必要。週2回生活援助で入り、他の日は本人が自分で買い物をする。週末は長男の嫁が食べ物を持参する。 ・以前はヘルパーが同行して買い物をしていたが、今は一人でゆっくりと歩行して4、5分の所にあるスーパーに買い物をしている。 ・環境整備(掃除)に週1回入る。 	
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家族、疾患、ADLについて確認を行った。 	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者(地域包括支援センターも含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・夫婦二人とも要介護になったときに地域包括支援センターに挨拶に行った。逐一の報告などは特にしていない。
	リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ・デイケアに週3回。 ・サービス担当者会議で相談している。 ・食事形態は介護支援専門員から伝えているが、リハ職に気を付けるべき項目を聞いている。介護支援専門員からはチームで情報を共有するよう心掛けている。 ・必要な所は本人からもリハ職にリクエストしている。
	主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・前年から訪問診療になったので、介護支援専門員も同席している。 ・栄養状態のチェックをしてもらっている。

	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は過去に2回ショートステイに入ったことがあり、妻に対するレスパイトとなった。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議で、家族は「夫婦二人の精神的な環境を整えてほしい」と言い、同居の妻は「本人と相談して進めて行きたい」と言っていた。
	他機関との調整について	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護で介入しているのは2社で、本人の状況をよく理解しており、何かあればヘルパーから直ぐに介護支援専門員に連絡してもらえるようになっている。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・本人が調理するときには、食材を出す所は本人で行い、本人が困難な所はヘルパーに話すように伝えている。 ・何か突発的な事があった場合にはヘルパーからケアマネジャーにすぐに連絡するようにしている。 ・ヘルパーは、本人と妻に対しては冷静に話すし対応してくれる。ヘルパーが近くにいるという存在感を示しながら、本人と妻に関わることが出来ている。夫婦間の良き相談者にもなっており、逐次本人の状態チェックも行っている。 ・介護支援専門員も本人の活動について直接話をする等により確認している。 ・介護支援専門員から、本人が自らリクエストすること、買い物することを少しずつではあるが提案していることで、状態が安定している。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・社会性が改善した。 ・意欲が向上した。 ・生活習慣が変化した。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他社から引き継いだ時、本人は自立したい(ヘルパーとの関わりが面倒くさい)との思いがあり、また、配食サービスも嫌だったので、介入後しばらくは、ヘルパーの方から声かけを続けてもらった結果、本人は現在のケアプランでいいと言うようになった(行動変容)。

	<ul style="list-style-type: none"> ・妻にナイトケア(身体・水分補給)が週6回入るようになってから夫婦の関係も改善された。朝、医療保険の訪問看護で状態の確認も行っている。 ・夫婦間の調整もヘルパーが行っている。 ・生活援助では、本人が自分で出来る事、出来ない事を的確に見極めて判断することや、本人の体調変化に対する観察力については、専門職の観察眼ならではのものである。介護支援専門員への観察内容の報告もきちんと出来るのは専門職である。また、専門職ならば介護支援専門員から提供した情報を上手に使ってくれることもある。 ・生活援助において、漫然とではなく、本人に必ず相談するといった促し方を持っているところはヘルパーの専門性ならではのもの。本人に嫌悪感を与えず、時には粘り強く上手くケアが出来て、プロの声がけによって本人と会話が出来てコミュニケーションが取れている。
--	--

利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	<p>[G氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーの気づき(観察力)が重要。「いつもと違う」点の報告で、「気持ちの変化(落ち込み等)」を把握できた。 ・実際の状態(例えば、洗濯物が乱雑になっている)の把握。インフォーマルケアで出来れば幸いだが、専門性が求められている援助である(情報をキャッチした後、適切な専門機関に繋げられるかも大切)。
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<p>[H氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助ツールで、統一した考えを持っている。 ・各事業所において、位置付けについての考え方が違うので統一を図る必要がある。 ・生活援助について、主治医(あるいは訪問看護等、他専門職)にも必要性を訴えコメントをもらう、連携を取る等を心掛けている。 ・訪問介護の情報はかなり有効であると考えている。一番身近で、利用者の生活を知っているため、必ず必要なサービスと考える。一方で、利用者ごとの生活状況を見てケースバイケースで見極めた中で、「介護給付」「総合事業」「自費」等を介護支援専門員がスクリーニングする責任がある。

<p>訪問介護生活援助を導入する際の工夫</p>	<p>[H氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医に細かく身体状況等を記載してもらうように連携を図り、生活援助がないと生活が成り立たない状況を把握するようにして、サービス担当者会議にも主治医の指示があることを出席者に伝えている。 ・ヘルパーが、普段から生活動作などを観察していることによって、介護支援専門員が間違っただけの生活のイメージをケアプランに落としたとしても「違う」と指摘してもらえる。 ・気づきの例：「発赤の有無→マットレスの不具合」、「麻痺がある→薬袋が切れない→その姿を見て薬の一包化等の提案→一包化が難しい際に100均で袋を買い補う等の工夫」、「便の出具合と食事の様子からの推察」。
--------------------------	--

⑥【長崎県長崎市：F居宅介護支援事業所、回答者3名】

事業所の状況	
開設主体	社会福祉法人
併設施設	介護老人福祉施設、短期入所生活介護施設、通所介護、訪問介護、地域包括支援センター
特定事業所加算	特定事業所加算（Ⅱ）を取得
介護支援専門員数 （平成29年10月1日現在）	常勤換算7.0人、うち主任介護支援専門員1.0人
事業所の特性（人材育成や地域連携の状況など）	<ul style="list-style-type: none"> ・特定事業所加算（Ⅱ）を取得、：居宅会議での情報共有や計画的に研修を実施。事例検討会、困難ケース検討、（外部）各研修会への参加。 ・地域連携：地域包括支援センター主催の連絡会に参加、地域推進会議、ネットワーク会議への参加、地域のサロンや地域行事への参加。
地域の状況	
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・人口432,088人、高齢化率29.7%、要介護認定率30.1%、斜面地区（坂・階段）あり、車の横付けが困難な地区が多い。 ・市内には地域包括支援センターが19あり、地域ケア会議、個別会議が開催されている。 ・訪問介護事業所は市内に18か所、人材不足でヘルパーも40、50、60歳以上が多くなっている。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	

回答者属性（回答者J氏）		
年齢・性別	50歳代、女性	
役職	事業所の管理者	
資格	主任介護支援専門員	
勤務形態	常勤専従	
介護支援専門員としての経験年数	17年	
保有資格	看護師	
担当利用者数 （平成29年9月中）	要介護1・要介護2	要介護3～要介護5

	利用者数	27人	8人
	うち、訪問介護利用者数	16人	4人
【事例1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護1または2の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・85歳、女性、要介護1、認知症Ⅱbだが他の既往歴なし。 ・家族構成は、夫とは離婚、子ども二人（長男（同居）は障害があり、次男は他県在住だが随時訪問している）。姉と弟がいるが関わりなし。 ・居住環境：商業地で交通の便は良い。5階建て所有ビルの4-5階に本人、3階に長男、2階に孫（次男の娘、大学生）、1階に以前店主をしていた店舗。 ・ずっと会社経営を行っていた。8年前まで店主だったが、現在は他人に任せている。 ・経済状況：金銭管理は紛失等あり出来ていない。 ・歴史が好きで話し好き。 ・多機関型地域包括支援センターからの紹介。 		
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	<ul style="list-style-type: none"> ・次男より、本人の認知症がひどく食事もとれていないのか心配とこのことで地域包括支援センターに相談があった。 ・物忘れや食事をしていなかったり、（介入前半年間）入浴してなかったり、薬の飲み忘れがあった。本人、長男ともに栄養が取れていなかった。 ・IADLでは、洗濯は一部解除が必要。調理は簡単な温め程度なら誘導すれば出来る、買い物はできるが同じ買い物が多い、金銭管理は通帳紛失が多いことから一部介助が必要。 ・本人は、便利な所なので住み続けたいと希望。 		
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家事中心型の算定理由「2. 家族等が障害、疾病等に該当する」。 ・サービス担当者会議での意見：家事支援中心に稼働行う～掃除・洗濯・買い物・調理。冷蔵庫の点検は本人に了解を得る。賞味期限などをチェックする。訪問時に食事していない様子であれば、うどんなど軽食を提供する。内服状況確認。主治医意見として、ふらつきは食事していないことや廃用性低下が考えられるので、活動量を増やすこと、薬の管理も必要。 ・次男、1階店主、多機関型地域包括支援センターとの情報共有を行う。緊急時の対応を確認し2階に住む孫に協力してもらう。 		

支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	保険者（地域包括支援センターも含む）	・本人は地域包括支援センターと相談し居宅で支援、息子は多機関型地域包括支援センターで支援。
	リハ職	・息子の入院により、PT のいるデイサービス（リハビリデイではない）が週3回（日、火、木）。筋力向上のトレーニング。
	主治医	・内科系は異常なしだが、主治医はアドバイスあり。
	その他の職種	・訪問薬剤師による薬剤訪問を導入し、週1回カレンダーで管理。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	
	他機関との調整について	
訪問介護生活援助を導入するための工夫点	・ヘルパーからの情報が大きい。電話や、介護支援専門員がサービス事業所に行ったときに情報を得ており、連携がスムーズにしている。	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・社会性が改善した。 ・意欲が向上した。 ・社会交流が増えた。 ・生活習慣が変化した。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「家族との関係性が改善した」は、次男の安心感が増えたこと。 	

回答者属性(回答者K氏)			
年齢・性別	女性		
役職	管理者以外		
資格	介護支援専門員		
勤務形態	常勤専従		
介護支援専門員としての経験年数			
保有資格			
担当利用者数 (平成 29 年 9 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	人	人
	うち、訪問介護利用者 数	人	人
【事例 1】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例（要介護 1 または 2 の利用者）			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・入院から、退院に至る事例。家のごみ屋敷の状態、家の環境を整える必要があった。 ・68 歳、男性、要介護 2 の認定。 ・経済状況：18 万円/2 か月、浪費癖か、借金有（入院費、飲み屋つけ）。 ・居住環境：斜面地、家の前に自動車の横づけはできるが狭い道。 ・生活歴：長崎市生まれ、昭和 40 年代から現住所地。結婚し、子供（娘 3 人、息子 1 人）をもうけたが、妻とは離婚。 ※子供（4 人のうち、3 人は関西、関東、九州に住む。残り 1 人は妻と暮らし、連絡を取っていない。 ・仕事：幾つか職業をした後、60 歳代で起業。その後、破産手続き。入院直前まで、皿洗い、送迎運転手等の仕事に就いていた。 ・1 人暮らし。子供たちとは、あまり連絡を取っていない中、長男とは連絡が取りやすい間柄であり、長男がキーパーソン。 ・障害自立度：J2、認知症自立度：自立（退院当初、曜日の間隔がずれていた、約束は忘れていたり。今は、そのようなことはない）。 ・今回の入院は、小腸狭窄、既往歴は心不全。 ・ADL、関わり当初は杖歩行であり、その他は自立。 		

	<ul style="list-style-type: none"> ・ IADL、洗濯（汚れ物を放置していた） →関わり当初は、物で家の中が占拠され、床が見えない状態であった。 ※家の外回りも、荷物であふれ、2～3日通い整理した。その際の印象では、妻と離婚した（20年程前）から、荷物をためてしまっていたようであった。生物、釣りで取った魚、書類などが溜まっていた。 ・ 趣味：本人からは「絵」と聞き、2階に画材等あったが入室できなかった。
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 整理整頓したら、また絵を描くのではないか。 ・ （民生委員の訪問は受けていたが、周囲との関わりを持っていない、家も鬱蒼としていた中）周囲と関わりや交流が増えて行かないか。 ・ （疎遠の家族が全くきていない中）家族の訪問が、今後、始まって行かないか。 ・ 食事の面で、総菜・弁当類からヘルパーの作るバランス良い食事へ変わる。
<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居。 ・ 1人暮らしで家事が出来ない。 ・ サービス担当者会議での各事業所への依頼は「掃除」。退院に合わせ、環境改善（ごみ捨て）を行い、定期的なサービス導入へ繋げたが、本人は「放っておいてくれ」との訴えであった。 →「ヘルパーともう少し家の中をきれいにする」「ヘルパーとの交流から、外に気もちが向くのでは？」等の提案と見立てをした。 →洗濯が出来ていない状態が、まだあった（処分必要な用品あり）。これらの処分の声掛けを提案。本人も「では、してもらおう」と同意。 →週3回、「生活援助3」を導入（月・水・金）。 ・ 要介護2から要支援2へ、現在は、要支援1へ改善、訪問も週2回（月・水）に。 →利用者に、ズバリ指摘・助言するヘルパーを導入（本人が「良い」と言っても、客観的に処分の必要な物を伝えられるヘルパーを導入）。 ・ 上記により、退院時に残っていたごみが更に減った（例：床が見えるようになった）。

	<ul style="list-style-type: none"> ・今の本人は絵を描きに外出するようになり、「シルバー作品展」に絵を出展していた。疎遠であった家族も、本人宅に訪問したようである（キーパーソンでない、娘が訪問したようである）。 ・（参考1）「ズバリ言うヘルパー」とは、どんな方か？ <ul style="list-style-type: none"> ・他の介護支援専門員の評判の情報。 ・利用者と相性が良く、一緒に調理をする。 ・報告も丁寧にしてきて、タイムリーに教えてくれる。 →タイムリーな情報の中で、「本人が原付で運転し、事故をした」ことを、ヘルパーが「介護支援専門員へ報告が必要」と判断し、直ぐに本人の状態の確認ができた。 ・スタッフ数名で行っている訪問介護事業所。「経験が豊か」「加算がない」「利用者に適切に助言する」等の理由からこの事業所を選択。 ・本人は今来ているヘルパーに信頼を置いている様子である。 <ul style="list-style-type: none"> →人間性、相性も良かったと思う。 →対応の仕方は上手であり、スバスバは言うが本人の様子を観察している。 →介護福祉士のヘルパー。 ・（参考2）ヘルパーの観察で、助かったことは？ <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーが訪問して「声掛け」「さする」等をして、本人の反応がなかった事例 →このタイミングで、ヘルパーが救急搬送したことで本人の医療提供ができた。「観察力」「ある程度、継続した期間で関わり」が功を奏した。 ・本人の能力について、確認したこと ・ゴミ捨て。「（まとめた）ゴミを捨ててください」と声掛けしたが、最初はしていなかった。その後、ヘルパーが声掛けを続け、ヘルパーの後押しがある中、ゴミ捨てが習慣化して来ている。 	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容</p>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当初は、関わりがあった。 ・時々病院代・飲み屋等の支払が滞っているような際には地域包括支援センターに相談が入るよう、介護支援専門員にも連絡が入る。
	<p>その他の職種</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員が、当初、訪問介護が導入されていない時は本人とコンタクトを取ることに苦慮して

		いたが（訪問しても不在）、訪問介護が定期的に入ることで本人と関わりを持つことが出来ている。 ・通院は1回／月継続中で特に支障はなく、特に連絡は取っていない。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	・キーパーソン・長男、長男嫁が育児中であり、長男夫婦に負担が掛からぬよう、インテーク・説明を心掛けた。
	他機関との調整について	
訪問介護生活援助を導入するための工夫点	・生活援助の効果を導くことを狙った、ニーズを解決するためよりも生活を継続するための効果を生活援助に期待した、など。ニーズの内容も聴取し、ニーズの体系などが把握出来るとよい。	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護度が改善した。 ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・健康状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・社会性が改善した。 ・意欲が向上した。 ・社会交流が増えた。 ・生活習慣が変化した。 ・家族との関係性が改善した。 <p>[生活援助との具体的関連性について]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・絵を描くようになり「シルバー作品展」にも出典した。また、介護支援専門員に利用者自ら作品展の案内をする等、意欲的になった。 ・本人より、「ヘルパーと一緒に、調理をしたい」との申し出が出るようになった。 ・グランドゴルフを始めた。絵描きの作品展の仲間に誘われ、週1回通っている。 ・鬱蒼としていた家の植え込みを、自ら「（他の人に）邪魔だろ」と言い、伐採した。 	

【事例3】訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護1または2の利用者）	
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・（事例1）回数制限の事例はあった。金銭面の問題があり週3回を検討したが、同意を得られたのは週1回で生活援助を導入した。 →生保も進めたが、本人は「国の世話にはなりたくない」との見解であり、合意したのは週1回の生活援助（甥が説得したが、生保導入にならず）。 →週1回で多く食事の提供を試みたが、賞味期限の限界があり、効果的提供にならず。 ・その後、本人は入院した。 ・（事例2）妄想が強い事例で、地域包括支援センターと共に提案したが、導入拒否。
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	
支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容	
訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由	

回答者属性(回答者L氏)	
年齢・性別	女性
役職	管理者以外
資格	介護支援専門員
勤務形態	常勤専従
介護支援専門員としての経験年数	
保有資格	

担当利用者数 (平成 29 年 9 月中)		要介護 1・要介護 2	要介護 3～要介護 5
	利用者数	人	人
	うち、訪問介護利用者 数	人	人
【事例 2】訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について (要介護 3～5 の利用者)			
事例の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ (夫婦事例) ・ 妻：女性、認知症自立度：I (物忘れあり、聞き直しするが、すぐ理解) <ul style="list-style-type: none"> ・ 胃がんの全摘、食の確保での訪問介護の養成。 ・ ADL 自立。 ・ 神経質で、気を遣う性格。 ・ 生活習慣：農業で機械を操作していた。息子曰く「プライドがあり、気を遣う面がある」 ・ 夫：男性、認知症自立度：I (物忘れあり、聞き直しするが、すぐ理解) <ul style="list-style-type: none"> ・ 直腸がんの術後、ストーマあり、左足の切断。 ・ 夫は、サービスの受入れが難しい印象からスタート。何回か面接を行い、本人の理解を得てヘルパーの調整に至る。足の浮腫みも発生し、紆余曲折あり、退院。 ・ ADL 自立、杖 (竹の 1 本杖) にて歩行。歩けるが、転倒防止。 ・ 生活習慣：妻に比較すると「大らかな性格」。その反面、妻が細かいところを把握するような役割のようである。 ・ 住環境：国道から斜面に上がった住宅 (自動車で難しく、原付バイクでヘルパーは訪問)。 ・ 全体の印象： <ul style="list-style-type: none"> ・ 元々、夫婦で役割分担。 ・ 妻の方が、体力的に低下気味。 ・ 夫が簡単な調理をしていた。 ・ 夫は、妻と二人で暮らせることがうれしく、意欲的になる。→妻の想像以上。 ・ 生活習慣： <ul style="list-style-type: none"> ・ 外で、薪などで暖を取ることをよくしている。 ・ 妻は、夫との二人暮らしに不安であった。 ・ 息子は、まずはヘルパーで食事の確保をしつつ、様子を見て行く見立てとした。 		

<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・食の確保のため、訪問介護。 →地理的に宅配が行かない地域の事例。 →妻は常食に近いが術後であり、また夫もイレウスの後であり、食の形態への配慮も必要。 →息子の関わりも限られているので人とのコミュニケーションの視点も踏まえ、尚且つ認知機能の向上にも繋がると判断をした。 ・息子は農業を引き継いでおり、農業のため介護に多くの時間を割けない。 	
<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人たちの意思がしっかりしているため、ごり押しせず、相談をしながら訪問介護を導入。 ・夫婦の中で、役割分担があるようなため、その点を意識しながら、訪問介護の提案をした。 ・妻： <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議での意見： ・全ての生活援助を訪問介護で担うのではなく、家族は「洗濯、買い物、服薬のセット」を行う、訪問介護は「食の確保、調理」を担当する確認。 ・服薬については、「服薬カレンダーで出来る、病院の見立て」で実施したが、一度、「夫と妻の薬を飲んでしまった」ことが、ヘルパーの報告で分かった。 →ヘルパーが自発的に気づき、報告が入った。 ・現在の提供状況 生活援助・週2回(月・水)(地理的に原付バイクのヘルパーのみ対応)。 ・全体の状況： <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護の算定は、夫のみ。 ・実際の提供期間は3週間程、夫婦で暮らしていた。 ・本当は週3日生活援助を導入したかった。週3日導入していたら？ <ul style="list-style-type: none"> ・食の確保の充実度が上がる。 ・「人が来る」が増えるので、夫婦とも嬉しく、更に意欲的であった。 ・何とか維持できていた状況であった。 	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容</p>	<p>保険者(地域包括支援センターも含む)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新規(入院中の際の相談)の際に関わりあり(初回面接まで関わる)。
	<p>主治医</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携室経由で相談、書類の依頼等をしている。

	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を週2回、夫のケアでサービス提供中（「切断した足」「ストーマ」等の状態確認）。 →デイでストーマの交換をしているので、デイと訪問看護で情報交換を行っている。
	その他の職種	<ul style="list-style-type: none"> ・デイを週2回（5時間以上7時間）。
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	
	他機関との調整について	
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ集落の方が、依頼があればやれる範囲での協力者になるとの申し出あり。
訪問介護生活援助を導入するための工夫点		<ul style="list-style-type: none"> ・妻に調味料の場所を聞いたり、相談をしながらサービス提供した。 ・ヘルパーが、妻を立てながらサービス提供を心掛けていた。 ・ヘルパーに関して： <ul style="list-style-type: none"> ・夫にサービス提供していたヘルパーが、観察力があるヘルパーであった。そのため、妻の腰痛について報告がヘルパーあり、受診→入院が早い段階で把握出来た。 ・妻と関係性を作りながら、介護支援専門員に情報提供をする判断が出来る訪問介護員であった。 ・夫のサービス提供の訪問介護員であったが、妻への観察も意識しており、妻が入院しなかった場合の妻へのサービス提供も訪問介護員が提案していた。 ・通所介護では、腰痛の情報は把握していなかった。
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について		<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能が向上した。 ・栄養状態が改善した。 ・コミュニケーション能力が改善した。 ・意欲が向上した。 ・生活習慣が変化した。 ・家族との関係性が改善した。 ・家族が就業できた。

利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫	
訪問介護生活援助の実態について	<p>[J氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同居家族のいる人が多いが、家族が50～80代で虐待の事例もある。 ・地形が平坦地に住む利用者は在宅の希望が多いが、ヘルパーの人数が少ない。 ・山間部もあり、また、車で訪問が出来ない階段のある地域もあり、そこにはヘルパーが行き難い。
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<p>[J氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家事援助中心型の算定理由の「3.その他」にチェック印があると、確認が入る。サービス担当者会議を開催して同意が取れていて、市への報告をきちんとしていれば生活援助を導入することが出来る。 ・本市ではケアプラン点検は特に行われていない。
訪問介護生活援助を導入する際の工夫	<p>[J氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同居家族がいても生活環境が悪化し健康上支障を及ぼす場合、サービス担当者会議を開催し、その際に保険者にも確認を取る。あるいは、保険者に相談し、その後サービス担当者会議を開催する。 <p>[K氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「自立支援に資する身体介護」で、サービスを提供する際は、老計10号の条文を確認しながら、サービス提供する。また、既に「生活援助」で導入した後、サービス内容として「身体介護」が必要な際は、改めて確認の上変更している。 <p>[L氏]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（全体を通して、訪問介護への印象）夫を担当する訪問介護員であったが、妻への観察力に助けられた。

3. ヒアリング調査結果のまとめ

(1) 「生活援助は、介護が必要な在宅高齢者の要の社会資源である」

- ・今回、ヒアリングを通じて、「生活援助は、介護が必要な高齢者の在宅生活において、重要な社会資源である」ことを再認識し、ヒアリングした介護支援専門員に共通していることであった。それに加え、介護支援専門員として適切にアセスメントを実施し、訪問介護・生活援助を位置づけて、「自立支援」を目指した幾つかの狙いを鑑み、プランニングしていることも共通していた。この共通している傾向とは、次のような内容である。

(2) 「生活援助を必要とする目的について」

- ・生活援助を提供するにあたり、共通しているのは「服薬についての確認」「水分補給」「適切な栄養バランスの食事の提供」「熱発、脱水症状等の健康管理」など、高齢者が自宅で暮らすにあたり、重要な生活行為への支援や促し、その把握について、介護支援専門員は「生活援助」を通じての訪問介護員の関わりが重要としている。また、認知症やうつ等の精神的な疾患がある場合、更に訪問介護員での対応や観察力を必要と意識しているところが、ヒアリングした介護支援専門員に共通している印象であった。

(3) 「生活援助を提供するにあたり、留意した点、工夫した点などについて」

- ・ヒアリングした介護支援専門員の多くは、生活援助をサービス内容として位置付けているに際し、単なる「家事代行」でなく、本人の意欲を高める働きかけ、家族の不安要素を少なくする等の点を踏まえた上、自立支援を目指した「生活援助」を提供していた。
- ・具体的には
 - ・出来ることを継続し、出来ないことに対して、生活援助を位置づけていた。
 - ・同居家族がいる場合、介護者の介護力を見極めて生活援助を位置づけていた。
 - ・疾患、病状等のリスク管理も生活援助を通じて行うよう、生活援助のサービス内容の中で、利用者の心身機能の観察を「生活援助」を通じて行っていた。
- ・今回、幾つかの地域へヒアリングを実施したが、どの地域においても、利用者の家族が「職業を持ち、仕事と介護のバランスが課題」である事例が散見され、その中、家族としては、利用者自身が自分で取り組めることよう願っていたり、心身機能の悪化に繋がることに対して「心配」や「利用者自身への苦言」などの気持ちを持っていた。一方で、利用者自身は、「すぐさま、日々の生活の中で新たな取組みを行うような“行動変容”は難しい」ためもあり、家族は「不安」や「不満」が増長され、事例によっては利用者との関係が、芳しくなく悪化傾向の状況もあった。これらの点に対して、日々の「食事作り」「服薬」等に、訪問介護・生活援助が提供されると、それだけで家族の不安は大きく軽減され、そして、それを通じ、利用者との関係が好転する事例が散見された。

(4) 「生活援助を活用して、もたらされた自立支援に繋がった効果」

- ・今回のヒアリングでは、「生活機能の向上」「意欲向上」「栄養状態の改善」等の項目について、「生活援助」を提供して自立的効果が見られたか、介護支援専門員に訊ねてい

る。介護支援専門員からは、「意欲向上」「健康状態の改善」「生活機能の改善」「社会交流が増えた」「栄養状態の改善」などについて、「効果が見られた」との回答が多かった。

- ・その中、生活場面や生活動作に訪問介護員が「生活援助」を提供することで深く利用者と関わることで、利用者の信頼を得ることに繋がっている事例が多く、その訪問介護員の深い関わりを発端に、利用者が自ら生活動作の一部を行うようなエピソードが、複数の事例で見られた。
- ・高齢期における「心身機能の低下」「配偶者の死去」などの喪失感により、意欲低下を導いたエピソードがヒアリング事例に見られたが、高齢者の喪失感を補い、意欲を高め、自立支援に繋がる取組みに「生活援助」の提供は繋がっている事例が、ヒアリング事例の中に散見された。
- ・また、かなり効果が大きかった事例では、閉じこもりがちな利用者が、「昔の趣味を再開した」「仲間との付き合いに出かけてようになった」「介護支援専門員、訪問介護員に自ら話をする」等、行動変容を起こした事例もあり、「生活援助」が意欲向上、そして自立支援に効果が出していた事例が見受られた。

(5) 専門職が提供する関わりと他事業所との連携について

- ・「生活援助」をテーマにヒアリングを行っているが、「生活援助」の提供内容に留まらず、様々な支援の提供の中で、多職種との連携や情報共有、情報提供が積極的に行われていた。「生活援助」の提供の要である、サービス提供責任者とは十分な連携、情報共有が行われており、また介護支援専門員としてはサービス提供責任者や訪問介護員からの報告や見立てを大変参考にしているコメントが多かった。具体的には、「介護支援専門員だけでは把握できない、モニタリング機能を補っている役割」「訪問介護員の情報により、心身機能の低下、悪化防止に寄与する役割」「介護支援専門員の見立て違いを修正してくれる役割」などのコメントがあり、訪問介護へ熱い信頼がある印象であった。
- ・また、自宅での生活の様式などに関し、リハビリテーション専門職からアドバイスを求めている事例も複数見られ、特に利用中の通所リハビリテーションや老人保健施設などに所属するリハビリテーション専門職との連携が、適切に行われていた。
- ・そして、主治医、看護師などにおいても、適宜の情報共有、報告が適切に行われており、今回のヒアリング先の地域の一つでは、地域の医師から訪問介護の活躍に厚い信頼があり、その信頼関係の構築に介護支援専門員も関与していた取組みがあった。
- ・一方、閉じこもりがちであった事例について、「生活援助」の提供で訪問介護が定期的に支援を提供する中、その点をきっかけにして、民生委員が利用者とコンタクトが取れるようになり、利用者の地域との接点が増えた事例もあった。他の事例でも、民生委員との協働を意識したエピソードがあり、今回のヒアリングした中ではあるが、介護支援専門員が地域のインフォーマルケアと接点や協働をすることに、一定の取組みが進み始めているようであった。

(6) おわりに

・おわりに、「重要なコメント」や「ヒアリングを通じての印象」について、以下のような内容があり、触れておきたい。

- ・介護支援専門員は、生活援助導入にあたり、適確に狙いを検討していた。
- ・ADL, IADL は勿論、QOL、医療面の悪化防止・予防、本人の行動変容など、生活援助で生活面に密着する訪問介護員、サービス提供責任者と連携し、様々な効果へ繋がるよう、介護支援専門員は働きかけをしていた。
- ・地域性や事例によってであるが、「ケアプラン検討会」など、な地域ケア会議と同様なシステムの中で、サービス提供の検討や見直しをしている。その一方、概ね事例において「サービス担当者会議」を通じてサービス内容がよく検討されており、サービス提供に際しての「チームケアの結束」に、有効な影響を与えている印象があった。
- ・介護支援専門員の連携のパートナーとしては、サービス提供責任者は勿論であるが、リハビリテーション専門職、薬剤師などとも連携を図っている事例があった。また、一方では訪問介護事業所と薬剤師、訪問介護事業所とリハビリテーション専門職などが連絡を取り合う形を取っていた事例もあった。ヒアリングした事例においては、ケアチームの中で、緊密な連携を取り、利用者へ積極的なアプローチを行い、心身機能の向上に効果を出した事例があり、このような多職種同士が緊密に連携を取るスタイルは、今後、更に広まってゆくのではないかとの印象があった。
- ・今回のヒアリング事例では、家族関係について、介護支援専門員は関わる中で把握した情報、訪問介護事業所からの情報などを基に、ケアチームとして出来るアプローチについて検討し、実践していた。特に、「生活に密着する、生活援助のサービス提供」は、利用者及び家族の関係について、介護支援専門員としては理解しやすかった場合が多く、訪問介護が把握している状況等が、介護支援専門員には貴重な情報となっていた。
- ・今回のヒアリングでは、医療面について「医師」「看護師」「リハビリテーション専門職」等との連携は丁寧に行われており、そして、「主治医に利用者の情報を提供し、主治医意見書に反映するよう心掛ける」「主治医から、訪問介護のおかげで状況がよくわかると言われている」などのコメントを介護支援専門員から聞いている。医療職との連携について、着実に進捗している状況であった。
- ・ヒアリングした介護支援専門員の共通した認識は、「訪問介護は、専門性を持つサービス」であった。そして事例の対応について、その専門性を発揮する或いは専門性のある経験値などから、利用者の「心身機能」「生活状況」などの変化に適した、柔軟な対応していた」との評価であった。
- ・訪問介護の専門性について訪ねたところ、多くの介護支援専門員が「観察力」を挙げた。更に質問をすると、「訪問介護員の磨かれた経験からくる、専門性」「個々利用者毎の生き方・生活感に対応できるコミュニケーション力（面接技術）」等があるとコメントする介護支援専門員もいた。また、「3日程度の教育では難しく、ある一定の教育（水準）が必要」とのコメントも、ヒアリングした介護支援専門員から得ている。

- ・一方で、「保険給付」という位置づけを踏まえ、介護給付における「生活援助」を提供するか丁寧に検討し、適切なサービス提供を心掛けていたとのコメントを介護支援専門員から得た。そして、介護給付における「生活援助」に該当しない、保険給付に馴染まない家事支援の相談については、介護保険制度を説明し、理解を得ながら、民間の家事サービスを紹介している場合もあるとのことであった。
- ・更に、今後の「訪問介護」「訪問型サービス」の視点として、「介護給付、総合事業、民間サービス、インフォーマルケアなどを適切に選択し、提案する必要がある」とのコメントも、介護支援専門員から得ている。
- ・上記に示したコメントを得た中、ヒアリングを通じて介護支援専門員が「生活援助」の提供に際し、提供をする事前の段階で十分な検討を行い、その上で丁寧アプローチをし、目的や効果を出すよう、取り組んでいた。今回「訪問介護・生活援助」について改めて考察をしているが、この考察を通じ、介護支援専門員が「自立支援」「医療面での対応、予防」「適切な保険給付」「地域生活の継続」「家族の負担軽減」など、介護保険法の目的や社会から要請されている課題に対して、真摯に向きあい、活躍している姿を垣間見た。多くの介護支援専門員は、このような取組みを日々実践し、力を発揮していると考えられる。
- ・一方で、介護支援専門員が「生活援助」を提供するにあたり、事前に検討をし、見立てた方向性が適切に実施できているのは、訪問介護員の専門性が大きく関与しているとも考えられる。特に、介護給付においては、端的な家事の支援では済まず、「心身機能の変化」「精神的疾患等の特別な対応力が必要」「独居や高齢者世帯など、高齢者特有の心理状況対応し、また意欲を向上できる対人援助力」など、サービスに従事する職員の専門性が問われる。更に、個々の家庭や生活の場面に入る、サービス従事者には「柔軟性、応用力」等が求められている印象が、実際の在宅生活を把握している介護支援専門員のコメントから感じられた。
- ・最後に、今回の「訪問介護」について、ヒアリングした中、訪問介護員の人材不足は、各地域で切迫している課題であった。その中、多様な人材を活用しての「利用者の自宅を訪問し、生活を支える支援の提供」を進めてゆく段階であるが、ヒアリングで確認できた「利用者の状態によっては、専門性を持つ人材による生活支援の提供」は、重要な自立支援に繋がる支援の形であった。そして、介護支援専門員、サービス提供責任者などの役割として、「適切なプランニング、サービスの選択」を強く意識し、専門性を必要とする支援の提供をするかしないか、十分な検討、情報収集の上、提案することが必要と思われた。

第4章 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 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

第5章 本調査を受けての提言

第5章 本調査を受けての提言

ここでは、介護支援専門員が訪問介護における生活援助をケアプランに位置付ける際の理由やケアプランの記載内容等の実態調査および様々な地域の居宅介護支援事業所での取り組み状況についてのヒアリング調査の結果に基づき、利用者の自立支援の観点から生活援助を活用する際の留意点、求められる取り組みについて整理を行った。

(1) 訪問介護における生活援助が必要な状況の明確化

訪問介護における生活援助を専門職が提供する必要性についても理解をすすめていくために、その援助の目的や視点、方法等について明確にしていく必要がある。老計10号の規定を踏まえ、生活援助が利用者本人の有する能力や可能性、リスクなどを適切にアセスメントした上で、適切に利用されるべきであることから、本事業での定義を以下に示す。

訪問介護における生活援助サービスとは、

一般的な家事代行などとは異なり、適切なケアマネジメントプロセスにおいて、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助が必要と判断された利用者に対し、チームアプローチの一環として提供されるものであり、専門的な一定の研修を受けた専門職による知識や技術に基づいて支援を行うことで生活機能の維持向上を図り、更には健康状態・心身機能の悪化の防止や生活意欲の向上、社会性の向上といった生活の質の向上を目的したものをいう。

また、一定頻度以上の生活援助をケアプランに位置付ける際には、保険者に届け出が必要となることから、居宅サービス計画第1表の「生活援助中心型の算定理由」についての記載に合わせ、総合的援助方針においても、生活援助の利用の際に利用者自身が主体的に取り組むことができるように、また生活状況や悪化の防止に資することがわかるように記載していく必要がある。

(2) 生活援助を効果的に活用できる介護支援専門員の育成

アセスメント項目においては、必要な情報について確認されているが、利用者本人の心身機能やADL・IADL等、本人の生活習慣や居住環境に比べて、生活基盤や経済状況、生活に関する価値観、習得意欲といった部分では、やや確認のしにくい状況がみられた。また、主任介護支援専門員とそれ以外では多少の偏差がみられたこともあり、今後も適切な助言や育成に関する継続的な取り組みが必要といえる。

目標設定においては、主体的な生活や意欲の向上といったやや測定しにくいものについては、偏差がみられた。全体には、目標設定に応じて、健康状態やADL, IA

D Lのみならず、在宅生活の継続や生活環境の維持・改善といったQ O Lに関連する効果が相対的に得られている。また、ケアプラン作成時の生活課題や目標設定とは異なる部分での改善や効果が結果的にみられることもあるため、これらについても地域ケア会議等で検証や蓄積が重要になると考えられる。

一方で、生活援助サービスを多く導入し効果のあった事例（25回以上）では、よりアセスメントや短期目標設定、サービス内容の検討、他の職種との連携についてもより意識されていることから、介護支援専門員としての高い専門性をもって、利用者のニーズに応じて適切に生活援助サービス等の支援が効果的に活用できるようにしていく必要がある。

（3）適切な多職種連携の推進

適切なケアマネジメントプロセスに基づいて、効果的に生活援助サービスを提供して上では、訪問介護事業所および訪問介護員の専門性やスキルが重要となる。特に、利用者の意欲を引き出し、自立に向けて主体的に取り組むことができるように支援していく上では、生活場面での気づきとそれをサービス提供責任者や介護支援専門員と共有していくことが求められており、実態としても取り組みがなされている。

アンケート調査結果では、リハビリテーション専門職との連携が比較的意識されているのに対し、かかりつけ医・訪問看護師等からの意見・助言を得ることはやや少なくなっているが、一定数以上の生活援助を活用し効果のあった事例では、より他の医療職等との連携が意識されている。また、ヒアリング調査では、地域ケア会議への参加の有無に関わらず、医療等の専門職との協働は進んでおり、医療との連携や多様なサービス・社会資源の活用が検討されていることが非常に多く効果的であると意識していることから、健康状態や疾病、治療の状況や療養上の留意点などを踏まえながら、その改善や悪化防止に資するための取り組みが更に必要である。今後、かかりつけ医や訪問看護師、リハビリテーション専門職等との連携が更に求められることから、それらを集約し、また共有できるようにツールの活用等をすすめるとともに、特にサービス担当者会議においては、必要な意見や助言を求めるとともに、利用者本人や家族、サービス提供事業等の理解が進むようにサービス担当者会議録等に適切にその内容を記入していく必要がある。

（4）自立支援に向けた生活援助の活用の推進

生活援助の中では、「支援を受けながら生活状況を維持する」「生活の持続性に必要な生活環境が保持する」といった維持を中心とした見立てが少なくない。また、情報収集や目標設定の状況から見てもAD LやI AD Lといった手段的自立に着目しがちであるが、一方で、在宅生活の継続やそのための健康状態・適切な生活環境の維持といった検討が相応になされている。また、表面上の掃除などの家事の援助が、情緒的な支援、緊急時の相談方法といった見えない効果として様々な部分に波及していることや生活援助サービスの中には軽微な身体援助が含まれているということからも、

できる限り、改善や悪化防止につながる内容設定に取り組みながら、利用者の生活の変化とともに目標設定についても意識的に検討を加えていく必要がある。

現状では、生活援助の利用に関して、地域包括支援センターへの相談はそれ程多くはないが、今後、一定頻度以上の生活援助をケアプランに位置付ける際のケアプランの届け出の必要となることや介護予防・日常生活総合支援事業等の活用などの観点からも相談や調整が必要になる。また、適切なケアマネジメントの結果として必要となった生活援助サービスについては、単に頻度等によって一律的に制限されないように注意する必要があるとともに適切に生活援助サービスを利用していくための情報提供等も重要になる。支援の必要な高齢者等が、地域で暮らす続けるために必要な生活援助サービスと、それを代替したり、補完する様々な社会資源の創設等と併せて取り組む必要がある。そのためにも、今後はより一層、保険者との連携を図る必要があるといえる。

参考資料

1. 使用アンケート調査票一式

ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査

2. ヒアリングシート

「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の実態調査 調査票」

【本調査の目的】

本調査は平成 30 年度介護保険制度改正・介護報酬改定に向けた議論（社会保障審議会介護保険部会 第 70 回・介護給付費分科会 第 142、149 回）等において検討されている、「生活援助の在り方」（生活援助の提供資格要件の緩和等）に対して、生活援助の在り方の実態を明確にするために行われるものです。本調査において、生活援助が実際の現場において、どのような視点や目的で提供され、どのような効果をもたらしているのかを明らかにします。そのことをもって、自立支援のための生活援助における専門性や重要性を示し、現行の生活援助の位置付けの根拠を示すことを目的としています。大変重要な調査になりますので、ご多忙のところ恐縮ではございますが、何卒回答へのご協力をお願い申し上げます。

【本調査における「生活援助」の定義】

「一般的な家事代行などとは異なり、適切なケアマネジメントプロセスにおいて、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助が必要と判断された利用者に対し、チームアプローチの一環として提供されるものであり、専門的な一定の研修を受けた専門職による知識や技術に基づいて支援を行うことで、生活意欲の維持向上、生活機能の維持向上を図り、さらには健康状態・心身機能の悪化の防止や、社会性の向上といった生活の質の向上を目的としたもの」をいいます。

【ご記入上のお願い】

1. ご回答は選択肢の中から選んで、黒のボールペンではっきりと記入してください。
2. アンケート票は、同封の返信用封筒(切手不要)を使用して、平成 29 年 1 2 月 2 2 日 (金)までにご投函ください。
3. ご回答いただいた内容は、次のように取り扱うことをお約束いたします。
 - ①調査研究目的以外には使用いたしません。
 - ②ご回答は無記名です。
 - ③ご回答いただいた内容は統計的に処理し、ご回答者が特定できないようにいたします。
 - ④自由記載の内容も、個々のご回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
 - ⑤調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
 - ⑥設問のうち（複数回答）とある設問については該当する全ての選択肢に「○」を記入してください。
4. 調査内容にご不明な点がございましたら、下記の下線の担当者までお問い合わせください。

事務局 木村能子 担当：市川澄人・口野沙和

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-11 金子ビル 2 階

TEL：03-3518-0777 FAX：03-3518-0778 E-mail：jigyouka@jcma.or.jp

問 3-4 生活機能向上連携加算の算定人数および連携先について ※この質問については、過去1年間(平成28年11月～平成29年10月)の算定人数で回答ください。						
①算定人数		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		人	人	人	人	人
②連携サービス	通所リハビリテーション	人	人	人	人	人
	訪問リハビリテーション	人	人	人	人	人
問 3-5. 老計 10 号「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 日厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長発通知)の理解について(○を一つ記入してください)						
1. 内容をよく理解して、通知に従ってケアプランに位置付けている。						
2. 内容は理解しているが、それほど意識してケアプランを作成してはいない。						
3. あまり内容を理解していない。						
4. 内容は把握していない。						
5. その他 ()						

ここからはケアマネジメントプロセスにおいて生活援助中心型を活用するまでの確認事項についてお伺いします。なお、生活援助を算定するための要件(老計10号、老振76号、老企36号など)は満たしていることを前提とします。

以下は、要介護1または2の方についてのみお答えください。

問4. 生活援助の活用にあたって、アセスメント(課題分析)を実施する上で以下の項目

についての確認状況をお答えください。回答欄にはそれぞれ○を一つだけ記入してください。

問 4-1. 「健康状態」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通し				
	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
①病気や症状(栄養不全や脱水等を含む)				
②治療(服薬等)や生活指導の適切な実施				
③本人・家族の病気や治療への理解				
④体調の不調・ストレス等				
⑤その他()				
問 4-2. 「心身機能・身体構造」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通し				
アセスメントやモニタリング時に	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
①認知機能や情動・不安等				
②痛み・痺れ、苦痛や疲労等の症状・訴え				
③生活上の制限(指導)に応じた適切な生活				
④排泄機能(頻尿、便秘等)への対応と症状				
⑤体重の増減				
⑥手や上肢の機能、手指の動作等				
⑦下肢機能(筋力や耐久性等)やバランス				

⑧摂食・嚥下機能や誤嚥等のリスク				
	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
⑨褥瘡や創傷、皮膚の清潔等				
⑩その他（ ）				
問 4-3. 「活動と参加」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通し				
	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
①ADLの状態の把握と分析				
②IADLの状態の把握と分析				
③起居動作や姿勢保持の方法や状況				
④歩行や移動、運搬等の方法や状況				
⑤屋外への移動や手段・頻度				
⑥食事内容や飲水、清潔等健康への意識				
⑦家事の遂行能力や行える範囲、リスク				
⑧コミュニケーションの方法や内容・頻度				
⑨金銭の管理や計画的な使用				
⑩顔見知り・それ以外との対人関係				
⑪その他（ ）				
問 4-4. 「環境因子」についての現状と悪化・維持・改善の予測や支援の効果の見通し				
	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
①住居及び居室の状況				
②家事の道具等の状況				
③同居の介護者・家族の健康状態、関係性				
④同居以外の介護者・家族の健康状態、関係性				
⑤知人・友人等の協力、関係性				
⑥年金等、経済的状況				
⑦その他（ ）				
問 4-5. 「個人因子」についての現状と課題の有無や、生活に対する影響				
	確認している	確認することが多い	確認することは少ない	確認していない
①本人の生活習慣				
②学習や修得の意欲				
③家事における生活習慣やストレス				
④生活に対する価値観や思想・信条等				
⑤その他（ ）				

問5. 生活援助を活用した事例において、ケアプラン作成の際の短期目標やサービス内容を設定する際の視点や実施していることについて、お答えください。

回答欄にはそれぞれ○を一つだけ記入してください。

問 5-1. 生活援助を活用するニーズに対する短期目標を設定するための視点について				
	必ず設定している	設定することが多い	設定することは少ない	どちらともいえない
①病気や病状の改善や維持、悪化の防止について				
②健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について				
③本人ができるようになる家事動作やその具体的な内容について				
④本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について				
⑤本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像について				
⑥生活上のリスクの軽減について				
⑦生活環境の維持について				
⑧家族関係の安定や改善について				
⑨在宅生活の継続について				
⑩その他 ()				
問 5-2. 生活援助を活用するニーズに対するサービス内容を設定するための視点について				
	必ず設定している	設定することが多い	設定することは少ない	どちらともいえない
①本人の健康状態の改善や悪化防止につながる内容について				
②本人の心身機能等の維持・向上につながる内容について				
③本人の家事に対する意欲を引き出す内容について				
④本人が主体的に取り組むべき内容や方法について				
⑤本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法について				
⑥支援を行う家事の範囲について（家屋・設備や衛生環境の状態も含む）				
⑦介護者や家族、知人・友人などが行う支援や役割について				
⑧介護者や家族との関係性改善やストレスの軽減等につながる内容について				
⑨その他 ()				
問 5-3. 生活援助を効果的に実施できるようにするためにどのような工夫を行っているかについて				

	必ず行っている	行うことが多い	行うことは少ない	どちらともいえない
①かかりつけ医等の意見・助言を得るようにしている。				
②訪問看護師等の意見や助言を得るようにしている。				
③リハビリテーション専門職の意見や助言を得るようにしている。				
④他の医療従事者の意見や助言を得るようにしている。				
⑤訪問介護員（サービス提供責任者）の意見・助言を得るようにしている。				
⑥介護保険サービス以外のフォーマルサービスの意見や助言を得るようにしている。				
⑦介護保険サービス以外のインフォーマルサービスの活用の可能性を検討している。				
⑧地域包括支援センター等に相談や助言を求めている。				
⑨地域ケア会議を活用するようにしている。				
⑩環境面を整備する支援（住宅改修等）を活用するようにしている。				
⑪自助具等福祉用具の活用をするようにしている。				
⑫家族の生活支援行為への助言、またレスパイトのための資源の活用をするようにしている。				
⑬その他（ ）				

問6. 生活援助を活用した事例において、モニタリングで確認できた効果や結果について、お答えください。回答欄にはそれぞれ○を一つだけ記入してください。

問6-1. 生活援助を活用するニーズに対するモニタリングで <u>確認できた効果や結果</u> について				
	確認できた	多くの場合確認できた	あまり確認できなかった	どちらともいえない
①本人ができるようになった家事動作やその内容について				
②本人が支援を受けながらも主体的に暮らしていける生活像、生活リズムについて				
③本人が意欲的に取り組むことができる生活上の活動について				
④生活環境の維持について				
⑤生活上のリスクの軽減について				
⑥病気や病状の改善や維持、悪化の防止について				
⑦健康全般の改善や維持、悪化の防止、健康管理について				
⑧家族関係の安定や改善について				
⑨家族の就労や離職防止について				
⑩その他（ ）				

問7. 生活援助を提供する中で、支援内容における軽微な身辺に対する支援の対応についてお尋ねします。

問7-1. 生活援助サービス提供中に、軽微な身辺に対する支援（身体の保持や着衣の支援など）が含まれる場合について伺います。（○を一つ記入してください）	
	1. 生活援助を提供中に軽微な身辺に対する支援を行うことは、生活援助をより効果的にすることが期待できるため積極的に行うべきである。
	2. 生活援助を提供中に軽微な身辺に対する支援を行うことは、生活の場での支援なので必然であると思う。
	3. 生活援助なので積極的に身辺に対する支援は行うべきではないが、生活の場での支援なので仕方ないと思う。
	4. 生活援助なので身辺に対する支援は行うべきではない。
	5. 身体介護（老計10号1-6）として位置付け、自立支援として積極的に行うべきである。
	6. その他（ ）

問8. 要介護1または2の方で、生活援助を活用したことで、利用者の生活状況の改善などの結果がみられた事例（1例）について、お答えください。

※生活機能の維持向上、健康状態・心身機能の悪化の防止や生活意欲の向上、社会性の向上といった生活の質の向上につながったと評価される事例とします。

問8-1. 最初に、当該事例の効果についてお尋ねします。生活援助の効果により、その後の再評価においてどのような調整を行いましたか？（○を一つ記入してください）	
	1. ニーズ（短期目標を含む）は解決され生活援助は終了した。
	2. ニーズ（短期目標を含む）は解決されたが、現状を維持するために生活援助を継続した。
	3. 当初のニーズ（短期目標を含む）は解決され、新たなニーズに対して別の生活援助の内容を位置付けた。
	4. 当初のニーズ（短期目標を含む）は解決され生活援助を終了し、新たな目標に向けて他のサービスにつなげた。
	5. 本人主体の活動が増え、生活援助から自立支援見守り（身体介護）に移行した。
	6. その他（ ）
以下の問いに該当する番号を○で囲んでください。	
問8-2. 性別	1. 男性 2. 女性
問8-3. 年齢	1. 40代 2. 50代 3. 60代 4. 70代 5. 80代 6. 90代
問8-4. 要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2
問8-5. 日常生活自立度	自立、 J1、 J2、 A1、 A2、 B1、 B2、 C1、 C2
問8-6. 認知症自立度	自立、 I、 IIa、 IIb、 IIIa、 IIIb、 IV、 M
問8-7. 主な疾患 (複数回答)	1. 脳血管障害 2. パーキンソン関連疾患 3. 循環器疾患（心不全等） 4. 糖尿病 5. 呼吸器疾患 6. 整形外科疾患 7. 認知症 8. 精神疾患 9. がん 10. その他（ ）
問8-8. 居住形態	1. 独居 2. 日中独居 3. 家族同居（特例） 4. その他（ ）
問8-9. 生活援助内容 (複数回答)と頻度	1. 掃除 2. 洗濯 3. 調理 4. 買い物 5. その他（ ）
	週 回（月 回）
問8-10. 算定	生活援助 1. 2. 身体・生活 1. 2. 3.

問 8-11. 他の介護保険サービスの活用状況	1. あり 2. なし
問 8-12. 目標設定の視点について	1. できるようになる家事動作やその内容を設定した。 2. 支援を受けながら、主体的・意欲的に取り組むことを設定した。 3. 生活の持続性に必要な生活環境が保たれる内容を設定した。 4. 転倒や誤嚥といったリスクの軽減につながる内容を設定した。 5. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止につながる内容を設定した。 6. 健康状態の改善や維持、悪化の防止につながる内容を設定した。 7. 家族関係の安定や調整、在宅生活の継続につながる内容を設定した。 8. その他 ()
問 8-13. サービス内容	1. 本人が主体的に取り組むべき内容や方法を設定した。 2. 介護者や家族、知人・友人等が行う支援や役割を設定した。 3. 支援を行う（受ける）家事の内容や範囲を設定した。 4. 本人と支援者（サービス提供者）が一緒に行う内容や方法を設定した。 5. 本人の意思が確認でき、意欲を引き出す内容を設定した。 6. 健康状態の改善や悪化防止につながる内容を設定した。 7. 本人の心身機能等の維持向上につながる内容を設定した。 8. 介護者や家族との関係性の改善やストレスの軽減等の内容を設定した。 9. その他 ()
問 8-14. 利用者の生活状況等にどのような変化がみられましたか？	1. 本人が取り組むことができる家事が増えた。内容や範囲が広がった。 2. 本人が自ら進んで、意欲的に取り組むことができるようになった。 3. 最低限必要な生活環境が保たれた。 4. 予測されたリスクが軽減された（転倒事故等が減ったなど）。 5. 病気や病状の改善や維持、悪化の防止につながった。 6. 健康状態の改善や維持、悪化の防止につながった。 7. 家族関係の安定や調整、在宅生活の継続につながった。 8. 近隣や地域の人々との関係性が改善した。 9. その他 ()
問 8-15. 変化がみられたことで、要介護状態やサービス等の利用は変化しましたか？	1. 要介護状態が改善した。 2. 要介護状態は変化しないが、生活状況は改善した。 3. 介護サービスの利用頻度や量が減った。 4. 他の介護サービス等の利用につながった。 5. 介護保険以外のサポート等を利用するようになった。 6. 入院（再入院を含む）することがない（少なくなった）。 7. 家族が仕事を辞めずに続けられた。 8. 家族が再就職した。 9. その他 ()

問 9. その他、生活援助の活用について悩んでいること、お考えやお感じになっていること等がございましたらご記入ください

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（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」
ヒアリングシート

基本属性（居宅介護支援事業所）

事業所名：

事業所の状況	
(1)開設主体	1. 公立 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人 4. 医療法人 5. 営利法人 6. その他()
(2)併設施設	1. 併設施設あり ↓併設施設の実施するサービス(複数回答) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 病院 5. 診療所 6. 短期入所生活介護施設 7. 短期入所療養介護施設 8. 通所介護 9. 通所リハビリテーション 10. 訪問介護 11. 訪問看護 12. 夜間対応型訪問介護 13. 地域包括支援センター 14. その他() </div> 2. 併設施設なし ※併設施設とは、同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所
(3)特定事業所加算	1. 特定事業所加算(Ⅰ)を取得 2. 特定事業所加算(Ⅱ)を取得 3. 特定事業所加算(Ⅲ)を取得 4. 取得なし
(4)介護支援専門員数 (平成 23 年 10 月 1 日現在)	常勤換算()人 うち主任介護支援専門員 ()人

あなた自身の状況			
(1)年齢	()歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)役職	1. 事業所の管理者 2. 管理者以外		
(4)資格	1. 主任介護支援専門員 2. (1. 以外の)介護支援専門員		
(5)勤務形態	1. 常勤専従 2. 常勤兼務 3. 非常勤専従 4. 非常勤兼務		
(6)経験年数	()年 (介護支援専門員としての経験年数)		
(7)保有資格 (複数回答)	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 准看護師 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士 11. 介護福祉士 12. 精神保健福祉士 13. 義肢装具士 14. 歯科衛生士 15. 言語聴覚士 16. 視能訓練士 17. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 18. 柔道整復師 19. 栄養士 20. ホームヘルパー 21. その他()		
(8)担当利用者数 (平成 23 年 9 月中)	要介護1・要介護2		要介護3～要介護5
	利用者数	()人	利用者数 ()人
	うち、訪問介護利用者数	()人	うち、訪問介護利用者数 ()人
(9)事業所の特性(人材育成や地域連携の状況など)			

1. 地域の状況

地域特性（人口、高齢化率、要介護認定率、在宅療養の状況、訪問介護事業所の状況、地域ケア会議の開催状況、研修開催状況等）	※ 特に独居や老夫婦などで訪問介護を利用するケースに地域的な特徴があるかなどを聴取。
地域（保険者）の訪問介護生活援助に対する方針および指導状況	

2-1. 訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について

（要介護1または2の利用者）

事例の概要	※ 基本情報（年齢、性別、要介護度、疾患、家族形態、居住環境、生活習慣、経済状況、その他、アセスメントの内容など）
訪問介護生活援助が必要と考えた理由	※ 目標とニーズと支援の留意点や訪問介護での対応がふさわしい理由、期待した効果など
訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容（居住形態や家族の身体状況、生活習慣など）	※ 保険者の指導などに対する根拠づけ。生活援助が適正に算定できるとした理由（ケアマネの考え方とサービス担当者会議などでの意見など）

支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容（生活援助の可否なども含めて）	保険者（地域包括支援センターも含む）	
	リハ職	
	主治医	
	訪問看護師	
	その他の職種	
訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因	利用者・家族との調整について	※ 生活援助を活用するためのルールや目的などについての説明をした、家族による家事支援と分担して専門性を要することについて支援を導入した、など
	他機関との調整について	※ 例えばリハビリテーションとの連携で目標を目指した、訪問看護と連携し疾患管理と環境整備を徹底し疾患の悪化を防いだ、など。
	その他	

<p>訪問介護生活援助を導入するための工夫点（生活習慣に配慮した点や本人の取り組みなど）</p>	<p>※ 本人の今までのこだわりを尊重して、その家ならではの家事の作法を対応した、経済的な制限があり必要な用具がない中でありもので対応した、など。</p> <p>※ ニーズに対し、他のサービス（フォーマル・インフォーマル）と補完しながら生活援助の効果を導くことを狙った、ニーズを解決するためよりも生活を継続するための効果を生活援助に期待した、など。ニーズの内容も聴取し、ニーズの体系などが把握できるとよい。</p>
<p>訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について。（生活援助の内容と効果の関連性などについて具体的に聴取）</p>	<p>（該当に○複数可）要介護度が改善した・生活機能が向上した・栄養状態が改善した・健康状態が改善した・認知機能が改善した・コミュニケーション能力が改善した・社会性が改善した・意欲が向上した・社会交流が増えた・生活習慣が変化した・家族との関係性が改善した・家族が就業できた・家族が育児など他の家事への改善が図られた・その他（ ）</p> <p>生活援助との具体的関連性について：</p>

2-2. 訪問介護の生活援助の活用によって、自立に資する効果が評価された事例について

（要介護3～5の利用者）

<p>事例の概要</p>	<p>※ 基本情報（年齢、性別、要介護度、疾患、家族形態、居住環境、生活習慣、経済状況、その他、アセスメントの内容など）</p>
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<p>※ 目標とニーズと支援の留意点や訪問介護での対応がふさわしい理由、期待した効果など</p>

<p>訪問介護生活援助を導入するにあたって、確認、検討した内容（居住形態や家族の身体状況、生活習慣など）</p>	<p>※ 保険者の指導などに対する根拠づけ。生活援助が適正に算定できるとした理由（ケアマネの考え方とサービス担当者会議などでの意見など）</p>	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容（生活援助の可否なども含めて）</p>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	
	<p>リハ職</p>	
	<p>主治医</p>	
	<p>訪問看護師</p>	
	<p>その他の職種</p>	
<p>訪問介護生活援助を導入するための方策と導入できた要因</p>	<p>利用者・家族との調整について</p>	<p>※ 生活援助を活用するためのルールや目的などについての説明をした、家族による家事支援と分担して専門性を要することについて支援を導入した、など</p>
	<p>他機関との調整について</p>	<p>※ 例えばリハビリテーションとの連携で目標を目指した、訪問看護と連携し疾患管理と環境整備を徹底し疾患の悪化を防いだ、など。</p>

	その他	
訪問介護生活援助を導入するための工夫点（生活習慣に配慮した点や本人の取り組みなど）	<p>※ 本人の今までのこだわりを尊重して、その家ならではの家事の作法を対応した、経済的な制限があり必要な用具がない中でありもので対応した、など。</p> <p>※ ニーズに対し、他のサービス（フォーマル・インフォーマル）と補完し合いながら生活援助の効果を導くことを狙った、ニーズを解決するためよりも生活を継続するための効果を生活援助に期待した、など。ニーズの内容も聴取し、ニーズの体系などが把握できるとよい。</p>	
訪問介護生活援助を活用したことでもたらされた自立的効果について。（生活援助の内容と効果の関連性などについて具体的に聴取）	<p>（該当に○複数可）要介護度が改善した・生活機能が向上した・栄養状態が改善した・健康状態が改善した・認知機能が改善した・コミュニケーション能力が改善した・社会性が改善した・意欲が向上した・社会交流が増えた・生活習慣が変化した・家族との関係性が改善した・家族が就業できた・家族が育児など他の家事への改善が図られた・その他（ ）</p> <p>生活援助との具体的関連性について：</p>	

3-1. 訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護1または2の利用者）

<p>事例の概要</p> <p>（以下を選択）</p> <p>1. 導入できなかった事例</p> <p>2. 導入できたが内容が不十分である事例</p> <p>例）導入時期が遅かった、回数が少ない、時間が短い等</p>	<p>※ 基本情報（年齢、性別、要介護度、疾患、家族形態、居住環境、生活習慣、経済状況、その他、アセスメントの内容など）</p>	
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<p>※ 目標とニーズと支援の留意点や訪問介護での対応がふさわしい理由、期待した効果など</p>	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容（生活援助の可否なども含めて）</p>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	
	<p>リハ職</p>	
	<p>主治医、看護師等</p>	
	<p>その他の職種</p>	
<p>訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由</p>	<p>※ 本人の同意が得られなかった、家族の理解が得られなかった、保険者が認めなかった など</p>	

3-2. 訪問介護生活援助が必要であると考えられたが導入できなかった事例、または導入できたが訪問介護生活援助サービス内容が不十分となってしまった導入事例（要介護3～5の利用者）

<p>事例の概要</p> <p>（以下を選択）</p> <p>1. 導入できなかった事例</p> <p>2. 導入できたが内容が不十分である事例</p> <p>例）導入時期が遅かった、回数が少ない、時間が短い等</p>	<p>※ 基本情報（年齢、性別、要介護度、疾患、家族形態、居住環境、生活習慣、経済状況、その他、アセスメントの内容など）</p>	
<p>訪問介護生活援助が必要と考えた理由</p>	<p>※ 目標とニーズと支援の留意点や訪問介護での対応がふさわしい理由、期待した効果など</p>	
<p>支援するにあたって、他職種との相談の有無と内容（生活援助の可否なども含めて）</p>	<p>保険者（地域包括支援センターも含む）</p>	
	<p>リハ職</p>	
	<p>主治医、看護師等</p>	
	<p>その他の職種</p>	
<p>訪問介護生活援助が導入できなかった理由・導入できたが内容が不十分だった理由</p>	<p>※ 本人の同意が得られなかった、家族の理解が得られなかった、保険者が認めなかった など</p>	

4. 関係職種との地域連携について（生活援助を中心に、それ以外の一般的な状況についても聴取）

他機関・他職種連携における課題	
他職種や他のサービス事業者を通じた情報収集	
地域の利用者情報の収集方法	
地域における多職種連携上の工夫	

5. 利用者への訪問介護生活援助の導入に当たっての課題と工夫

訪問介護生活援助の実態について	<ul style="list-style-type: none"> ※ 生活援助ではあるが（軽微な）身体介護的な行為も含まれている ※ 生活援助の前後の準備に時間がかかっている ※ 経済的事情で生活援助が算定されている ※ 家族の要望との間で、生活援助の必要性、役割について説明しても理解が得られない、など
訪問介護生活援助導入に当たっての課題	<ul style="list-style-type: none"> ※ 保険者の指導が厳しく、生活援助を位置づけることにためらいがある、など

訪問介護生活援助を 導入する際の工夫	※ サービス担当者会議で話し合ったのち、保険者にも確認を取るよう している、など
-----------------------	---

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 報告書

この事業は、平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)により実施したものです。

平成 30 年 3 月発行

発行 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長 柴口 里則

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-11 金子ビル 2 階
TEL: 03-3518-0777 FAX: 03-3518-0778
URL: <http://www.jcma.or.jp>

禁無断転載