

訪問介護計画の作成について

(指定訪問介護事業者)

この冊子は、訪問介護事業を行うに際して、より良いサービスの提供には欠かせない訪問介護計画書の作成について解説したものです。

平成14年1月

大阪府健康福祉部高齢介護室

在宅課事業者指導グループ

電話：06-6941-0351 内線4483

目 次

	ページ
1 訪問介護計画の作成について	1
2 訪問介護計画作成の流れ	2
3 訪問介護計画書の意味	3
<ul style="list-style-type: none">(1) サービス内容、提供手順、提供方法の確定(2) 身体型、家事型、複合型の区分の決定(3) ケアマネジャー、ヘルパーとの連携の「要」	
4 訪問介護計画書の作成手順	4
<ul style="list-style-type: none">(1) 利用者状況の把握（アセスメント）(2) 課題（ニーズ）の特定(3) 訪問介護計画の作成<ul style="list-style-type: none">計画作成者の氏名、作成年月日援助目標本人及び家族の希望サービス区分サービス内容と所要時間留意事項「サービス1」「サービス2」週間予定表サービス提供に関する評価利用者、家族への説明と同意	
5 訪問介護計画書（参考様式）	9
6 訪問介護のサービス提供責任者の業務事項	12
<p>（財団法人 長寿社会開発センター作成「サービス提供責任者研修カリキュラム 検討事業報告書」より抜粋）</p>	
7 参 考	14
<ul style="list-style-type: none">(1) 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について （平成12年3月17日老計第10号通知）(2) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（抜粋） （平成11年3月31日厚生省令第37号）(3) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 について（抜粋）（平成11年9月17日老企第25号通知）	

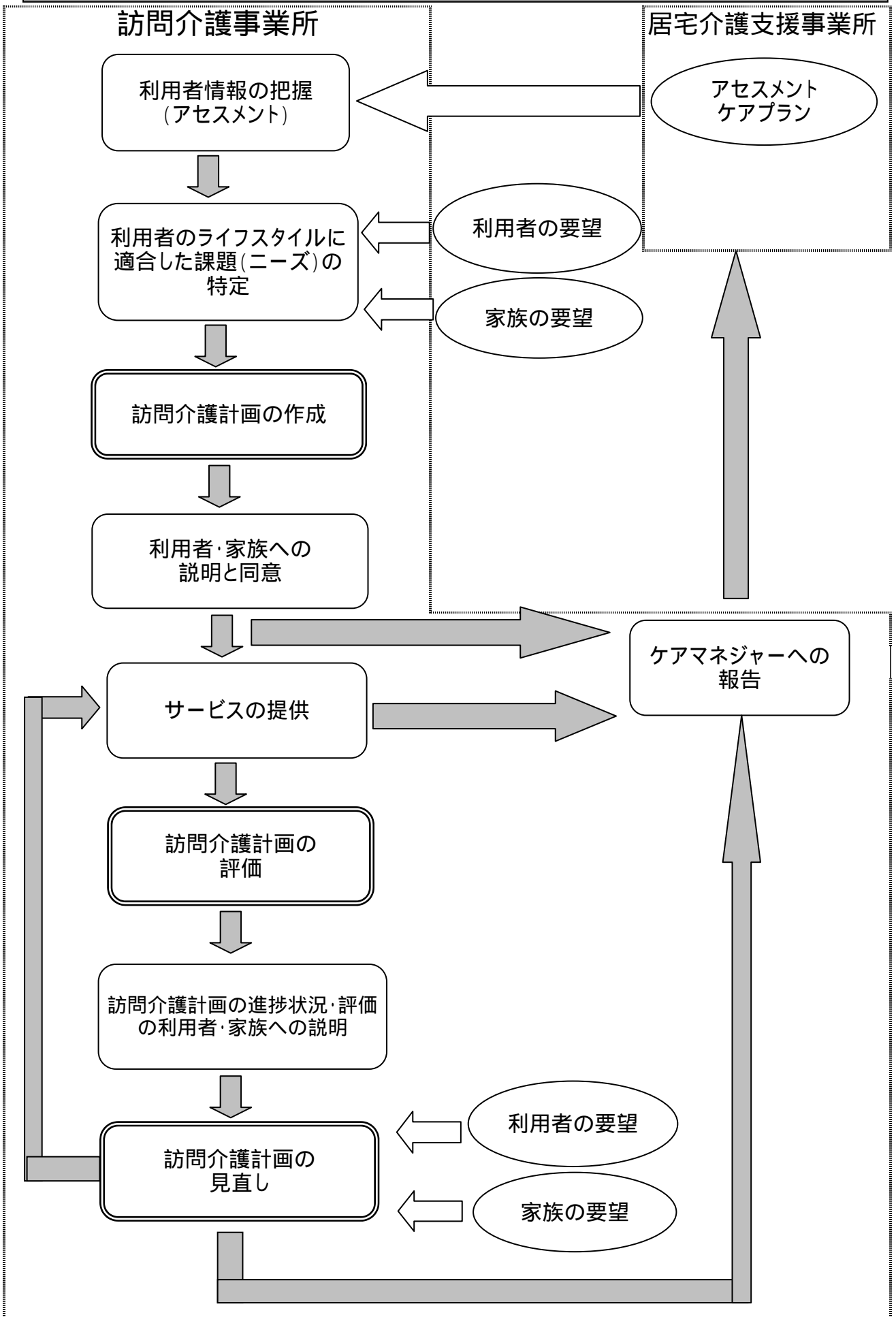
1 訪問介護計画の作成について

訪問介護計画の作成については、平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号の「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」において次のように定められています。

作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに（アセスメント）し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

2 訪問介護計画作成の流れ



3 訪問介護計画書の意味

(1) サービス内容、提供手順、提供方法の確定

訪問介護計画書は、利用者とサービス提供事業者が、必要なサービス内容をあらかじめ契約し、そのサービスの内容、サービスの提供手順、提供方法を確定するものです。

サービスの提供手順、提供方法を利用者に示すことによって、不明確であったサービス内容が明確に認識できるようになります。

訪問介護においては、サービス提供のみではなく、介護の中身を利用者とともに作っていく過程が重要です。

利用者に訪問介護計画を示し、決められた時間帯の中で何をするのかを話し合っていくことにより、利用者が自分で自分の介護を決めていくという、利用者参加のサービス提供を行うことができます。

また、サービスの内容、提供手順、提供方法を確定することで、いつでも同じサービス提供ができ、サービスの質を確保するということにもなります。

(2) 身体型、家事型、複合型の区分の決定

訪問介護計画書には、利用者に提供するサービスの区分、型、すなわち、身体型、家事型、複合型の区分が判断できるだけの内容が盛り込まれていることが必要となります。

そのためには、サービス行為ごとの所要時間を把握し、サービス区分ごとのサービス量の見積もりが明確にされていなければなりません。

訪問介護計画から判断したサービスの区分、型が、ケアマネジャーが作成したケアプランによるサービスの区分、型や実際に介護報酬を請求している型に合致しない場合には、その計画は、適切に作成された計画とはいえません。

なお、訪問介護計画は、利用者への説明と同意によって確定するものです。したがって、結果としては、身体型、家事型、複合型のサービス区分も、ケアマネジャー、訪問介護事業者、利用者の三者が合意して決定することとなります。

(3) ケアマネジャー、ヘルパーとの連携の「要」

利用者にとってよりよいサービス、効果的なサービス提供を行うためには、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと訪問介護事業所のサービス提供責任者、さらには、サービス提供責任者と現場のヘルパーとの連携が何より必要であります。

この連携の「要」となる道具が訪問介護計画書であります。

「訪問介護計画の作成 サービスの提供 訪問介護計画の見直し（サービス提供に基づく）又はケアプランを変更する」という流れは、これらの関係者の連携なくしてはできません。

4 訪問介護計画書の作成手順

(1) 利用者情報の把握（アセスメント）

利用者の身体状況や生活状況等の情報の把握、すなわち、アセスメントを行うことが必要です。

アセスメントの基本

利用者の要求とニーズの区別

表面に現れているニーズ以外の隠れたニーズの把握

全体の状況を捉え、利用者の隠された可能性の発見

介護保険で行う訪問介護は、利用者の選択によりケアマネジャーが作成したケアプランをもとに、サービス提供の依頼を受けるものであります。したがって、サービス提供責任者は、ヘルパーを派遣する責任として、ヘルパーが訪問してサービス提供する際の目的や提供方法を取り決めておく必要があります。ケアマネジャーとは別にあらためてアセスメントを行うことが必要となります。

(2) 課題（ニーズ）の特定

「ニーズ」 専門職が客観的な基準に照らして、判断した援助の必要性

「利用者の要求」 利用者が自覚し、意識して求める要求

利用者が直接求めていることは、必ずしも客観的な援助の必要性、ニーズと同じではありません。

利用者の要求とは区分してニーズからサービス内容を決めるのがアセスメントの基本です。

「利用者の要求」と「ニーズ」を区別するということは、表面に現れ、必要であることが誰にでもわかるサービス以外に、隠れたニーズがあるのではないかと考えることです。

外から見ただけではわからない利用者の生活実態について、ケアを通じて把握し、信頼関係ができるにつれてわかっていく利用者の意欲や考え方、家族関係などを総合して初めて、隠れたニーズが発見できます。

利用者がかつて持っていた力を引き出し、活かせるような条件を整備していくことが自立の支援となります。

自立を支援する計画を作るのに必要な視点

高齢者の「できない部分」より、意欲と可能性に焦点を当てる。

機能障害自体より「利用者が望む生活」を通じて培われる回復力に注目する。

利用者が「何をどう受け止めているのか」を重視する。

戦略的な組み立てを考え、展開の鍵となるケアを見つける。

正解はひとつという発想をやめ、複数の仮説を立てる。

利用者の持つ「自分の生活を切り回していく力」を重視する。

自立支援に向けて隠れたニーズを発見する上で肝要なことは、利用者の隠された力と可能性を見つけることです。

利用者の隠された力は、心身機能だけでなく、生活力、その人の過去の仕事や得意としていたこと、家族の経歴や家族関係など生活の全体を捉えていくことによって発見することができます。

利用者の力と可能性を見つけることができるか否かで、自立への支援となるのか、それともできないところを単に補い続けるだけの単純反復作業になるかが決まります。

なお、アセスメントを行うことによって特定したニーズは利用者のライフスタイルに適合したものでなければなりません。

そのためには、利用者本人の要望は何か、家族の要望は何か、要望する理由は何か、その原因は何かなどをきっちりと把握、整理していく必要があります。

利用者の考えや価値観を尊重したサービス提供を行うためには、利用者のライフスタイルに適合したニーズの特定を行うことが何よりも必要となります。

(3) 訪問介護計画書の作成

ここでは、訪問介護計画書に必要最小限盛り込むべき事項について解説します。

訪問介護計画書は、利用者と事業所が、どのようなサービスを何時間、何回行うかを定めるものであり、利用者に説明し、同意を得る、一種のサービス契約書となるものです。

したがって、すべての項目について、利用者やその家族、さらにはヘルパーが見て理解できるよう、わかりやすく表現され記載されなければなりません。

計画書の作成者の氏名、作成年月日

いつ、誰が作成したのか明確にする必要があります。

これが記載されていないと、せっかく把握したアセスメントや設定した援助目標がいつの時点のものなのか、分からなくなるため、計画の実施後に行う、この計画が妥当なものかどうか、援助目標に達しているかどうかといった、「評価」にも影響を与えることとなります。

援助目標

利用者に「ヘルパーはこういうために来ている」と理解してもらうことが大切なのはもちろんですが、実際に訪問するヘルパーが、「何のために訪問しているか」を意識できるように記載します。

事後の評価に役立つ援助目標とするため、抽象的な目標ではなく、「観察可能な行動や生活状態」の形で書く方が望ましい。(例：利用者の状況が　　なので、　　することをめざす。)

本人及び家族の希望

利用者本人の利用者の価値観や考え方を踏まえ、利用者の希望、要望、家族の希望、要望を明確に把握し、記載します。

利用者が主人公となって、自分で自分の介護を決めていくことが重要です。

サービス区分

サービス準備・記録等、排泄、食事、清拭・入浴、移動、通院介助、整容、掃除、洗濯、調理、買い物などのサービスの種類を記載します。

平成 12 年 3 月 17 日付け厚生省通知「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」参照

サービス内容と所要時間

サービス内容

サービス区分に応じたサービス内容を具体的に記載します。

例えば、区分が「排泄」である場合には、その具体的なサービスの内容として、トイレ利用、ポータブルトイレ利用、おむつ交換のいずれであるかを記載することとなります。

区分が「通院介助」である場合には、通院介助とだけ記載するのではなく、これに要する「所要時間」の算定の根拠となる事項、すなわち、病院等へ行くまでに自宅での準備があるのかどうか、病院内での移動等の介助が必要なのかどうかなどが明確に分かるよう記載してください。

「通院介助 所要時間 180 分」という記載は、明確ではありません。

所要時間との関連性、妥当性が明確にわかるよう、介助の内容を具体的に記載してください。

区分が「掃除、洗濯、調理、買い物」などの家事援助である場合には、提供するサービスが、利用者が行おうとすれば対処できる、いわゆる、代行的なものでないこと、すなわち、家事の一部ができない場合に、これを補完する支援であること、あるいは、利用者の生活基盤を回復させる支援であることが、その訪問介護計画から見てとれるように、「サービス内容」を記載してください。

所要時間が長時間となる事例として、一人暮らしの利用者などで、単に利用者が事故等にあわないことを見守っているといったケースがありますが、介護保険制度でいう「見守りの援助」というのは、利用者の自立支援のためのものであり、利用者に対して何らかの介助を行うことを通じて行う見守りの援助のことです。

したがって、利用者に具体的な介助を行わずに、あるいは、利用者と一緒に何らかの行為を行わずに、単に利用者が事故等にあわないことを見守るサービス提供は、介護保険請求の対象とはならず、介護報酬の請求はできません。

一人暮らしの利用者などの安否確認の訪問サービスについては、市町村が実施する「見守り訪問活動事業」を活用するなどして利用者の支援にあたってください。

このように介護保険制度の中では介護保険請求の対象とはならず、サービス提供できないことであっても、市町村が実施する事業を活用すれば、利用者の支援につながるため、どのような支援事業が実施されているかを把握しておいてください。

また、具体的なサービスの内容だけではなく、その提供方法もあわせて記載すれば、利用者にとってよりわかりやすいものになるだけでなく、ヘルパーがこの計画を見れば提供方法がわかり、いつでも同じ対応ができることとなり、サービスの質を確保するという意味では有意義なこととなります。

所要時間

どのようなサービスをどれだけの時間で行うのかを明確にすることが必要です。

サービス区分別に所要時間を見積もることにより、はじめて、提供するサービスが、身体型、家事型、複合型のどの区分に該当するかが明確に見てとれる訪問介護計画となります。

生活行為に要する時間というのは、その方の事柄へのこだわり、身体的理由、生活環境など個々の条件によって異なるが、とりあえず、アセスメントで把握した利用者や介護者の日頃の状態を目安に標準的なサービス提供手順を把握し、計画を作り実践していきます。そして、その後、訪問介護計画に沿ってサービス提供を実践することによって、適宜、時間を修正していくことになります。

利用者本位のサービスを効率よく提供するためには、また、ヘルパーが交代しても誰もが同じ対応ができるためには、標準的な時間を目安に、各行為ごとの所要時間を把握しておくことが大切です。

留意事項

サービス提供に当たって、提供方法などで注意すべきことや留意すべきことを記載します。

「サービス1」「サービス2」

援助内容の違い、派遣時間・曜日の違いによって、「サービス1」「サービス2」と区分して記載します。

週間予定表

いつにどんな内容のサービス提供が行われるか一目でわかるよう記載します。

サービス提供に関する評価

サービスを提供した後に、計画の内容について、精査、評価したことを記載します。

ここでいう評価とは、アセスメント、計画、実施の過程とその結果を評価する「サービスの提供者としての事後評価」を指します。

「サービス提供の結果の評価」・・・結果が「援助目標」に達しているかどうか評価します。
利用者の生活と心身の状態について、サービス提供前と提供後を比較し、変化を記載します。

「計画の妥当性の評価」・・・サービス過程の各過程、つまり、アセスメント、援助目標の設定、計画の内容のそれぞれが、適切であったかどうかをサービス提供後に評価します。

援助目標は、高望みをしすぎていなかったか、利用者の意向とずれはなかったか、計画の内容が抽象的ではなく実行すべき活動の内容を指示していたか、などを評価します。

評価、計画見直し、新規計画の際には、利用者やその家族の意向を反映させること、また、ケアマネジャーに報告し、情報交換を行う中で計画を作成していくことが重要です。

評価については、どの時点で行うかは定められておらず、必要に応じ、また、定期的に行うことが大切です。計画を実施した結果の状態を把握し、「継続するサービス」、「新たに必要なサービス」、「残された課題」などを整理していきます。

そして、これら評価した内容については、利用者やその家族に説明し、評価に従って利用者とともに、また新たな計画を作り上げていくという過程をたどることになります。

利用者本位の、よりよいサービスを提供するといった観点から、訪問介護計画に位置付けられた目標やサービスについて、利用者やその家族に対して、進捗状況や評価を説明することは重要です。

また、事業所、ヘルパーにとっても、個別ケアの目標が達成されているかどうかを客観的に評価することは、ケアの専門性を高めるということにもつながります。

利用者、家族への説明と同意

利用者やその家族によく説明し、同意を得ることが必要です。同意の確認として署名をもらうことが大切です。

訪問介護計画書は、一種のサービス契約書になるもので、利用者とともに訪問介護計画書を作り上げていくものです。訪問介護計画書には、説明日、説明者、利用者同意署名欄は欠かせないものです。

5 訪問介護計画書（参考様式）

「訪問介護計画書」（参考様式）の記載方法は、次ページのとおりです。

なお、この「訪問介護計画書」、その他「利用者状況記録」「サービス提供記録」の参考様式については、介護保険事業者支援センターホームページに掲載しています。

ホームページアドレス

<http://www.fine-osaka.jp/kaigohoken/youshiki/model.htm>

訪問介護計画書

計画作成担当者・作成年月日

いつ、誰が作成したのか明確に

計画作成者氏名		作成年月日		年	月	日
利用者氏名	男・女	生年月日	住所	(連絡先)		
		要介護度				

【援助目標】

援助目標

実際に訪問するヘルパーが「何のために訪問しているか」を意識できるように記載する。

【本人及び家族の希望】

「利用者の現状が ないので、 することをめざす。」

(身体に関すること)

本人及び家族の希望

利用者本人、家族の希望、要望を反映すること。

(家事に関すること)

【本人及び家族の希望】

サービス区分

サービス準備・記録等、排泄、食事、清拭・入浴、移動、整容、掃除、洗濯、調理、買い物などのサービスの種類を記載する。

【援助内容】

サービス区分	サービス内容	所要時間	所要時間
サービス1		分	標準的な時間を目安に、サービス内容に記載のサービスを提供した場合、どのくらいの時間がかかるかを記載する。 通常より時間がかかる場合は、その要因を「留意事項」欄に記載する。
		分	
		分	
		分	
		分	
派遣曜	厚生省通知「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成12年3月17日老計第10号)」参照	派遣時間	時 分 ~ 時 分
サービス2			留意事項 サービス提供に当たり、提供方法等で注意すべきことや留意点を記載する。 (おむつ交換・・・訪問したら排泄の有無にかかわらず、陰部洗浄を行い、清潔を保つ等)
派遣曜日	曜日		時 分

サービス内容

サービスの種類ごとに、サービスの手順に従って、サービス項目、提供方法などを記載する。

(排泄・・・トイレ利用、ポータブルトイレ利用、おむつ交換)

留意事項

サービス提供に当たり、提供方法等で注意すべきことや留意点を記載する。

(おむつ交換・・・訪問したら排泄の有無にかかわらず、陰部洗浄を行い、清潔を保つ等)

サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス3		分	
		分	
		分	
		分	
		分	
		分	
派遣曜日	曜日	派遣時間	時 分 ~ 時 分
サービス4		分	
		分	
		分	
		分	
		分	
		分	
派遣曜日	曜日	派遣時間	時 分 ~ 時 分

週間予定表
 週間スケジュールを見れば、いつ、何時にどんなサービス提供が行われているのかが一目でわかります。

【週間予定表】

時間	曜日	時間	月	火	水	木
		分				
		分				
		分				
		分				
		分				

サービス提供に関する評価
 サービス提供後には、計画の内容を精査、評価し、必要に応じて計画の見直しを検討すること。

【担当する訪問介護員】

サービス1	
サービス2	
サービス3	
サービス4	

【サービス提供に関する評価】

利用者同意署名欄
 利用者本人、家族へ説明し、同意を得ること。
 （訪問介護計画は、一種のサービス契約書となる）

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	年 月 日	説明者	
-----	-------	-----	--

事業所名称

事業所連

印

利用者同意署名欄	
----------	--

6 訪問介護のサービス提供責任者の業務事項

財団法人 長寿社会開発センター作成「サービス提供責任者
研修カリキュラム検討事業報告書」より抜粋

訪問介護のサービス提供責任者の業務事項

NO.1

1 運営基準上での業務事項	その主な内容
訪問介護計画の作成（基準第 24 条第 1 項） 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、 訪問介護の目標を達成するための具体的なサー ビス内容等を記載した訪問介護計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護計画の作成 ・ ケアプランの理解
訪問介護計画の説明（基準第 24 条第 3 項） 利用者またはその家族への訪問介護計画の内容 の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護計画書を利用者またはその家族等へ説明 する ・ 初回に利用者と訪問介護員を引き合わせる訪問
訪問介護サービス提供後の状況把握（基準第 24 条第 4 項） 訪問介護計画作成後の実施状況の把握、必要に応 じた訪問介護計画の変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供後の訪問介護計画書の変更 ・ 再調査または定期訪問
訪問介護サービスの申し込み等の調整（基準第 28 条第 3 項） 訪問介護事業所に対する訪問介護の利用の申し 込みに係る調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申し込み受付 ・ 利用に係る契約及び契約更新 ・ 介護保険利用外における申し込み等の対応
訪問介護員等に対する技術指導（基準第 28 条第 3 項） 訪問介護員等に対する訪問介護の技術指導、助言	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護員に対する業務指導、スーパーバイズの実施 (介護技術、対人援助、困難事例、利用者への接遇) ・ 新人訪問介護員等との同行訪問
訪問介護員等のサービス内容の管理（基準第 28 条第 3 項） 訪問介護員等が行うサービスが訪問介護計画に 沿って実施されているかについての把握、助言、 指導等の必要な管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護員等とのサービス提供に関する報告や申 し送り、連絡等 ・ 訪問介護員等やサービス提供に関する利用者から の苦情や相談の対応
介護技術の研鑽（基準第 23 条第 3 項） 介護技術の進歩に対応した適切なサービス提供 を行うための新しい技術の習得	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護員等に対する研修（採用時研修、レベル アップ研修等） ・ 自らの研修会等への参加

備考：「基準」とは、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号）」をいいます。

2 運営基準上での付帯業務事項	その主な内容
関係機関との連携、サービス担当者会議への参画 居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業者との連携やサービス担当者会議への参加	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の参加や実施の呼びかけ ・介護支援専門員との報告、連絡調整 ・他事業所との連絡調整
訪問介護サービスの提供 訪問介護員等としての訪問介護サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に自らが訪問介護サービスを提供 ・急な変更等により自らが訪問介護サービスを提供
家事援助等に関する説明・調整 家事援助等にかかる正当な拒否	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者から求められた内容が、介護保険給付対象でない旨が訪問介護員等の説明では理解が得られない場合の対応
訪問介護サービス提供にかかるローテーションの作成、管理 訪問介護員等のサービス提供日程や利用者宅への同行訪問日程の組み立て、管理	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護サービス提供にかかるローテーションの作成、管理 ・訪問介護員等の病休等の際の代替え訪問介護員等の派遣
訪問介護サービス提供に伴うカンファレンス等の実施 訪問介護サービス提供後に行うカンファレンスや事例検討会の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・定期または臨時のサービス提供にかかる訪問介護員会議 ・定期または臨時のサービス提供にかかる事例報告会

3 運営基準以外の付帯業務事項 (事業所における独自業務)	その主な内容

運営基準以外の業務事項について、現在事業所で行っている業務を思い浮かべて書き留めて、上記内容と比較してみてください。

7 参 考

- (1) 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について
(平成12年3月17日老計第10号通知)
- (2) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（抜粋）
(平成11年3月31日厚生省令第37号)
- (3) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
について（抜粋）
(平成11年9月17日老企第25号通知)

老計第10号
平成12年3月17日

各都道府県介護保険主管部(局)長 殿

厚生省老人保健福祉局
老人福祉計画課長

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について

訪問介護の介護報酬については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月1日付厚生省老人保健福祉局企画課長通知)において、その具体的な取扱いをお示しているところであるが、今般、別紙の通り、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分及び個々のサービス行為の一連の流れを例示したので、訪問介護計画及び居宅サービス計画(ケアプラン)を作成する際の参考として活用されたい。

なお、「サービス準備・記録」は、あくまでも身体介護又は家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、サービスに要する費用の額の算定にあたっては、この行為だけをもってして「身体介護」又は「家事援助」の一つの単独行為として取り扱わないよう留意されたい。

また、今回示した個々のサービス行為の一連の流れは、あくまで例示であり、実際に利用者にサービスを提供する際には、当然、利用者個々人の身体状況や生活実態等に即した取扱いが求められることを念のため申し添える。

(別紙)

1 身体介護

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

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

1 - 0 サービス準備・記録等

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

1 - 0 - 1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック

1 - 0 - 2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

1 - 0 - 3 相談援助、情報収集・提供

1 - 0 - 4 サービス提供後の記録等

1 - 1 排泄・食事介助

1 - 1 - 1 排泄介助

1 - 1 - 1 - 1 トイレ利用

トイレまでの安全確認 声かけ・説明 トイレへの移動(見守りを含む) 脱衣 排便・排尿 後始末 着衣 利用者の清潔介助 居室への移動 ヘルパー自身の清潔動作 (場合により)失禁・失敗への対応(汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む)

1 - 1 - 1 - 2 ポータブルトイレ利用

安全確認 声かけ・説明 環境整備(防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど) 立位をとり脱衣(失禁の確認) ポータブルトイレへの移乗 排便・排尿 後始末 立位をとり着衣 利用者の清潔介助 元の場所に帰り、安楽な姿勢の確保 ポータブルトイレの後始末 ヘルパー自身の清潔動作

(場合により)失禁・失敗への対応(汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助)

1 - 1 - 1 - 3 おむつ交換

声かけ・説明 物品準備(湯・タオル・ティッシュペーパー等) 新しいおむつの準備 脱衣(おむつを開く 尿パットをとる) 陰部・臀部洗浄(皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥) おむつの装着 おむつの具合の確認 着衣 汚れたおむつの後始末 使用物品の後始末 ヘルパー自身の清潔動作

(場合により)おむつから漏れて汚れたりネン等の交換

(必要に応じ)水分補給

1 - 1 - 2 食事介助

声かけ・説明(覚醒確認) 安全確認(誤飲兆候の観察) ヘルパー自身の清潔動作 準備(利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備) 食事場所の環境整備 食事姿勢の確保(ベッド上での座位保持を含む) 配膳 メニュー・材料の説明 摂食介助(おかずをきざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む) 服薬介助 安楽な姿勢の確保 気分の確認 食べこぼしの処理 後始末(エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い) ヘルパー自身の清潔動作

1 - 1 - 3 特段の専門的配慮をもって行う調理

嚥下困難者のための流動食等の調理

1 - 2 清拭・入浴、身体整容

1 - 2 - 1 清拭(全身清拭)

ヘルパー自身の身支度 物品準備(湯・タオル・着替えなど) 声かけ・説明 顔・首の清拭 上半身脱衣 上半身の皮膚等の観察 上肢の清拭 胸・腹の清拭 背の清拭 上半身着衣 下肢脱衣 下肢の皮膚等の観察 下肢の清拭 陰部・臀部の清拭 下肢着衣 身体状況の点検・確認 水分補給 使用物品の後始末 汚れた衣服の処理 ヘルパー自身の清潔動作

1 - 2 - 2 部分浴

1 - 2 - 2 - 1 手浴及び足浴

ヘルパー自身の身支度 物品準備(湯・タオルなど) 声かけ・説明 適切な体位の確保 脱衣 皮膚等の観察 手浴・足浴 身体を拭く・乾かす 着衣 安楽な姿勢の確保 水分補給 身体状況の点検・確認 使用物品の後始末 ヘルパー自身の清潔動作

1 - 2 - 2 - 2 洗髪

ヘルパー自身の身支度 物品準備(湯・タオルなど) 声かけ・説明 適切な体位の確保 洗髪 髪を拭く・乾かす 安楽な姿勢の確保 水分補給 身体状況の点検・確認 使用物品の後始末 ヘルパー自身の清潔動作

1 - 2 - 3 全身浴

安全確認(浴室での安全) 声かけ・説明 浴槽の清掃 湯はり 物品準備(タオル・着替えなど) ヘルパー自身の身支度 排泄の確認 脱衣室の温度確認 脱衣 皮膚等の観察 浴室への移動 湯温の確認 入湯 洗体・すすぎ 洗髪・すすぎ 入湯 体を拭く 着衣 身体状況の点検・確認 髪の乾燥、整髪 浴室から居室への移動 水分補給 汚れた衣服の処理 浴槽の簡単な後始末 使用物品の後始末 ヘルパー自身の身支度、清潔動作

1 - 2 - 4 洗面等

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

1 - 2 - 5 身体整容(日常的な行為としての身体整容)

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

1 - 2 - 6 更衣介助

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

1 - 3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

1 - 3 - 1 体位変換

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

1 - 3 - 2 移乗・移動介助

1 - 3 - 2 - 1 移乗

車いすの準備 声かけ・説明 ブレーキ・タイヤ等の確認 ベッドサイドで端座位の保持 立位 車いすに座らせる 座位の確保(後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど) フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる 気分の確認

その他の補装具(歩行器、杖)の準備 声かけ・説明 移乗 気分の確認

1 - 3 - 2 - 2 移動

安全移動のための通路の確保(廊下・居室内等) 声かけ・説明 移動(車いすを押し、歩行器に手をかける、手を引くなど) 気分の確認

1 - 3 - 3 通院・外出介助

声かけ・説明 目的地(病院等)に行くための準備 バス等の交通機関への乗降 気分の確認 受診等の手続き

(場合により)院内の移動等の介助

1 - 4 起床及び就寝介助

1 - 4 - 1 起床・就寝介助

1 - 4 - 1 - 1 起床介助

声かけ・説明(覚醒確認) ベッドサイドでの端座位の確保 ベッドサイドでの起き上がり ベッドからの移動(両手を引いて介助) 気分の確認

(場合により)布団をたたみ押入に入れる

1 - 4 - 1 - 2 就寝介助

声かけ・説明 準備(シーツのしわをのばし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上のものを片づける等) ベッドへの移動(両手を引いて介助) ベッドサイドでの端座位の確保 ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保 リネンの快適さの確認(掛け物を気温によって調整する等) 気分の確認

(場合により)布団を敷く

1 - 5 服薬介助

水の準備 配剤された薬をテーブルの上に出し、確認(飲み忘れないようにする) 本人が薬を飲むのを手伝う 後かたづけ、確認

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

利用者と一緒に手助けしながら行う調理(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)

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

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

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

車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助

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

痴呆性の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

2 家事援助

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

次のような行為は家事援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

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

2 - 0 サービス準備等

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

2 - 0 - 1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

2 - 0 - 2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

2 - 0 - 3 相談援助、情報収集・提供

2 - 0 - 4 サービスの提供後の記録等

2 - 1 掃除

居室内やトイレ、卓上等の清掃
ゴミ出し
準備・後片づけ

2 - 2 洗濯

洗濯機または手洗いによる洗濯
洗濯物の乾燥(物干し)
洗濯物の取り入れと収納
アイロンがけ

2 - 3 ベッドメイク

利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

2 - 4 衣類の整理・被服の補修

衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)

被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)

2 - 5 一般的な調理、配下膳

配膳、後片づけのみ

一般的な調理

2 - 6 買い物・薬の受け取り

日用品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む)

薬の受け取り

(2) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（抜粋）

（平成11年3月31日厚生省令第37号）

第4条（基本方針）

指定居宅サービスに該当する訪問介護（以下「指定訪問介護」という。）の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。

第13条（心身の状況の把握）

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条6号に規定するサービス担当者会議をいう。以下同じ。）等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

第14条（居宅介護支援事業者等との連携）

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

第22条（指定訪問介護の基本取扱方針）

指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

第23条（指定訪問介護の具体的取扱方針）

訪問介護員の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定訪問介護の提供に当たっては、次条第1項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。
- 二 指定訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 三 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

第24条（訪問介護計画の作成）

サービス提供責任者（第5条第2項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第28条において同じ。）は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。

2 前項の訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 サービス提供責任者は、第一項の訪問介護計画を作成した際には、利用者又はその家族にその内容を説明しなければならない。

4 サービス提供責任者は、訪問介護計画書作成後においても、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。

5 第一項から第三項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。

(3) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について（抜粋） （平成11年9月17日老企第25号通知）

(13) 訪問介護計画の作成（基準第24条）

サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等については、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。

訪問介護計画書の作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、訪問介護計画書の様式については、各事業者毎に定めるもので差し支えない。

サービス提供責任者は他の訪問介護員等の行うサービスが訪問介護計画に沿って実施されているかについて把握するとともに、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。

(16) 管理者及びサービス提供責任者の責務

基準第28条は、指定訪問介護事業所の管理者とサービス提供責任者の役割分担について規定したものであり、管理者は、従業者及び業務の一元的管理並びに従業者に基準第2章第4節（運営に関する基準）を遵守させるための指揮命令を、サービス提供責任者は、指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行うものである。