

平成26年8月26日
南区訪問介護事業者連絡会
(サービス提供責任者会議)

訪問介護計画 作成の手引き

この資料は、訪問介護事業所のサービス提供責任者の皆様が、訪問介護計画を作成されるに際して、介護保険の法令や基準等に照らしてより適切な計画となるための参考資料として取りまとめたものです。

訪問介護計画の様式は、事業所ごとに定めるもので差し支えありませんが、より適切な計画作成の参考としてご活用ください。

なお、本手引きは、訪問介護計画書の参考様式及びその作成手順及び記載方法等について、大阪府が平成14年1月に作成した冊子をベースとし、その後の制度改正等を加味し、堺市南区役所において整理・作成したものです。

平成26年8月

堺市南保健福祉総合センター
地域福祉課介護保険係

目 次

1	訪問介護サービスと訪問介護計画	1
2	訪問介護計画作成にあたって遵守すべきこと	1
3	訪問介護計画書の意味	2
	(1) 利用者との契約内容の明確化 サービス内容、手順、方法の確定	
	(2) 報酬算定に確定 身体介護中心型、生活援助中心型の区分の決定	
	(3) ケアマネジャー、ヘルパーとの連携の「要（かなめ）」	
4	訪問介護計画書の作成の流れ	3
5	訪問介護計画書の作成手順	4
	(1) 利用者状況の把握（アセスメント）	
	(2) 課題（ニーズ）の特定とその視点	
	(3) 訪問介護計画の作成	
	① 計画書の作成者の氏名、作成年月日	
	② 利用者情報等（氏名、性別、住所、生年月日、要介護認定日、要介護度等）	
	③ 日常生活全般の状況	
	④ 援助目標（長期目標、短期目標）	
	⑤ 見直しの時期及び視点	
	⑥ 本人及びご家族様の意向・希望	
	⑦ 本人及びご家族様へのお願い	
	⑧ 具体的援助内容	
	1) 「サービス1」「サービス2」・・・	
	2) サービス区分	
	3) サービス内容	
	4) 所要時間	
	5) 留意事項	
	6) サービス提供曜日	
	7) サービス提供時間	
	8) 算定単位	
	⑨週間予定表	
	⑩サービス提供に関する評価	
	⑪ 説明者・説明日	
	⑫ 利用者、家族への説明と同意	
	訪問介護計画書記入説明	14
	訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について	18

1 訪問介護と訪問介護計画

介護保険での訪問介護サービスは、基本取扱方針として「利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。」（省令第37号「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」：以下「基準」）とされています。

そして、具体的取扱方針では、「指定訪問介護の提供に当たっては、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。」（同基準）とされています。

つまり、訪問介護サービスは、訪問介護計画に基づくものであってこそ介護保険給付の対象となるものです。

2 訪問介護計画作成にあたって遵守すべきこと

基準では、訪問介護計画書はサービス提供責任者が作成するものとされ、その内容や手続きに当たって次の5つを遵守して作成されなければなりません。

① サービス提供責任者は、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りません。

また、訪問介護計画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内容、所要時間、日程等を明らかにすることが必要です。

② 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りません。

なお、訪問介護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更する必要があります。

③ 訪問介護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、訪問介護計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければなりません。

従って、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、利用者又はその家族に、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必要があります。

④ 訪問介護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければなりません。

⑤ サービス提供責任者は、訪問介護計画作成後、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。変更の場合も上記①～④を守られなければならないこととされています。

3 訪問介護計画書の意味

(1) 利用者との契約内容の明確化—サービス内容、提供手順・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) 報酬算定の確定—身体介護中心型、生活援助中心型の区分の決定

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、身体介護中心型、生活援助中心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、身体介護中心型、生活援助中心型のサービス区分も、ケアマネジャー、訪問介護事業者（サービス提供責任者）、利用者の三者が合意して決定することとなります。

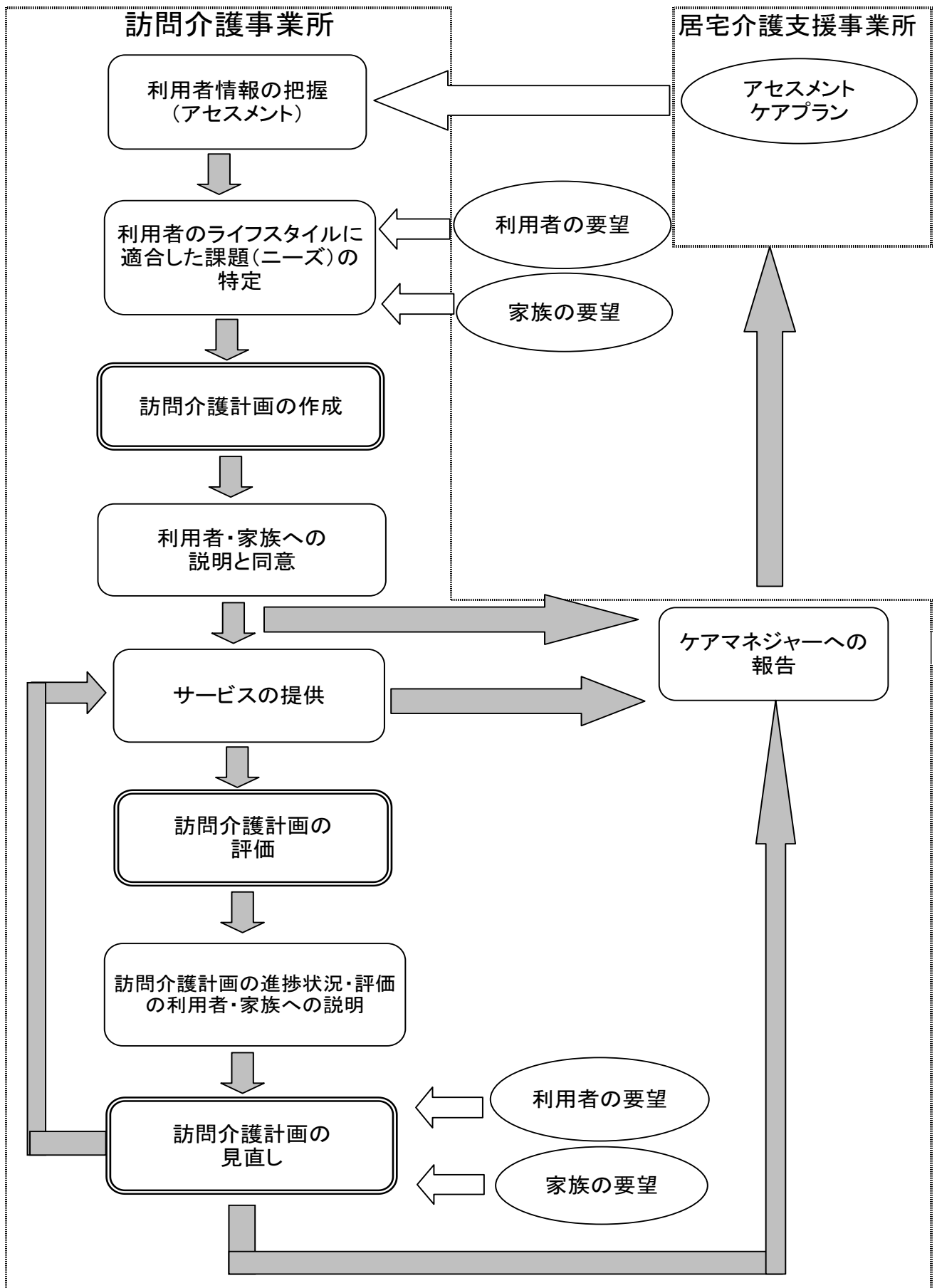
(3) ケアマネジャー、ヘルパーとの連携の「要（かなめ）」

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（かなめ）」となるツール（道具）が訪問介護計画書です。

「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 訪問介護計画作書作成の流れ



5 訪問介護計画書の作成手順

(1) 利用者状況の把握（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。

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）の特定とその視点

○ アセスメントにおける留意点

- ① 利用者の要求とニーズの区別
- ② 表面に現れているニーズ以外の隠れたニーズの把握
- ③ 全体の状況を捉え、利用者の隠された可能性の発見

「ニーズ」→専門職が利用者の状況や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。

アセスメントでは、利用者の要求とは区分してニーズを引出し、援助目標やサービス内容につなげていくことが重要です。

「利用者の要求」と「ニーズ」を区別するという事は、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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 利用者が「何をどう受け止めているのか」を重視する。
- ④ 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。
- ⑤ 正解はひとつという発想をやめ、複数の仮説を立てる。
- ⑥ 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、自立支援のサービスとなるのか、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、訪問介護計画書に通常盛り込むべきと考えられる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に、わかりやすく表現され記載されなければなりません。

① 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なのかどうか、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。

② 利用者情報等（氏名、性別、住所、生年月日、要介護認定日、要介護度等）

利用者に関する基本的な情報を記載します。（個人情報保護のため管理には万全を期す必要があります）

③ 日常生活全般の状況

利用者の日常生活全般の状況をポイントを押さえて簡潔に記載します。記載にあたっては、アセスメントを踏まえるとともに、ケアマネジャーの作成した居宅介護サービス計画書（2）の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に沿ったものとするようにします。このため、サービス担当者会議等を通じたケアマネジャーとの意見交換や認識の一致が重要となります。

④ 援助目標（長期目標、短期目標）

「長期目標」「短期目標」は、ケアマネジャーの作成した居宅介護サービス計画書（2）の目標（長期目標・短期目標）に沿った内容及び期間を設定し、「見直しの時期及び視点」は、訪問介護のサービス提供責任者のアセスメントを踏まえて記載しましょう。

これも、サービス提供責任者がケアマネジャーの作成する居宅サービス計画の内容を十分理解し、援助方針を共有化していないと実のある計画となりません。

援助目標は、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。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：利用者の状況が〇〇なので、△△することをめざす。）

⑤ 見直しの時期及び視点

訪問介護計画を見直すべき時期（年月日）を記載します。見直しの時期は、通常は援助目標の期間（長期目標期間、短期目標期間）の終了する時期です。この時期は居宅介護サービス計画の見直しの時期と整合する時期ですからケアマネジャーとの連携が大切になります。

また、計画見直しの視点（目標期間終了後の評価のポイント）を明確にしておくこと、より目標がメリハリのあるものとなります。

⑥ 本人及びご家族様の意向・希望

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。そのためには、利用者との面接を通じた意向・希望の確認が大切です。

利用者や家族が、訪問介護サービスを受けながらどのような生活をしたいか確認していきます。

利用者本人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。

確認の方法

利用者・家族の訪問介護に対する意向・希望は、利用申し込み時点での最初の主訴をそのまま書けば足りるものではありません。また、意向が表明されていない場合もあります。むしろ、「ヘルパーにどのようなことをさせたいのでしょうか」「ヘルパーに何を手助けしてほしいのでしょうか」「ヘルパーと一緒にやりたいことができることは何でしょうか」など一緒に課題分析を行い、訪問介護サービスの情報提供もするなかで、信頼関係ができあがり、徐々に明確になってくるものです。サービス提供責任者はこうして訪問介護サービスに対する利用者の意向を明確化していく過程の支援を大事にすることが必要です。そのため、面接には時間をとり、訪問介護の出来ることや出来ない場合があることについてももしっかり説明し理解を得ていくことが大切です。

書き方

利用者や家族の発した言葉で、大事なことはそのまま書くこともひとつの方法です。サービス提供責任者が翻訳せず書くことが利用者・家族の信頼を得ることにつながります。

利用者と家族の言葉は区別して書きましょう。家族間で意向に違いのあるときは分かるように書き分けます。

一人暮らしの場合はかかわりの強い別居家族等にも連絡をとり意向を確認しましょう。

⑦ 本人及びご家族様へのお願い

援助目標を達成するために、サービス提供責任者が、利用者や家族に「自身でしてほしいこと」や協力して欲しいことを、面接での確認を踏まえて書きます。また、保険給付として適切でなく訪問介護で対応できないことも、理解を得た上で必要に応じて書いておきましょう。

これは、一方的にサービス提供責任者が書くのではなく、利用者・家族に十分説明し、確認・同意の上で書くようにしましょう。

参考

一般的に介護保険の生活援助の範囲に含まれないと考えられる事例

1. 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・来客の応接(お茶、食事の手配等)
- ・自家用車の洗車・清掃 等

2. 「日常生活の援助」に該当しない行為

[1]訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・草むしり
- ・花木の水やり
- ・犬の散歩等ペットの世話 等

[2]日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- ・植木の剪定等の園芸
- ・正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

(平成12年11月16老振第76号日)

⑧ 具体的援助内容

1) 「サービス1」「サービス2」…

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

2) サービス区分

サービス準備・記録等、排泄介助、食事介助、清拭・入浴介助、移動・移乗介助、通院

介助、身体整容、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。

具体的なサービス行為ごとの区分や記載方法については、平成12年3月17日付け厚生省通知老計第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」参照

3) 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「排泄介助」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。

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。なお、提供方法やサービス手順の詳細については、別途訪問介護員用に「訪問介護手順書」（利用者別サービスマニュアル）を作成する場合があります。それぞれの事業所に即した方法を選択してください。

4) 所要時間

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する場合にどのくらいの時間がかかるかを記載します。通常より時間がかかる場合は、その要因を「留意事項」欄に記載します。

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、身体介護中心型、生活援助中心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りますが、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となります。

ポイント

○ 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どれだけあるのか、病院内での移動介助や常時介助できる状態での声かけ見守り等の援助がどのくらい必要なの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。

(参考1)

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

(平成12年3月17日付け厚生省通知老計第10号)

(参考2)

※訪問サービスの行われる利用者の居宅について

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、（場合により）院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地（病院等）に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。（平成12年3月1日老企第36号）

- 区分が「掃除、洗濯、調理、買い物」などの生活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問題なく対処できるような内容でないこと、すなわち、利用者が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。

(参考)

※生活援助中心型」の単位を算定する場合

「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として「利用者が1人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。（平成12年3月1日老企第36号）

ポイント

自立生活支援のための見守りの援助の具体的な内容は？

身体介護として区分される「自立生活支援のための見守りの援助」とは自立支援、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をいいます。単なる見守り、声かけは含みません。

例えば、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助に関連する行為であっても、

- ・利用者と一緒に手助けしながら調理を行うとともに、安全確認の声かけや疲労の確認をする

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

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

- ・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に援助するという、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行う自立支援のためのサービス行為は身体介護に区分される。掃除、洗濯、調理をしながら単に見守り・声かけを行う場合は生活援助に区分される。

また、利用者の身体に直接接触しない、見守りや声かけ中心のサービス行為であっても、

- ・入浴、更衣等の見守りで、必要に応じた介助、転倒予防のため声かけ、気分の確認などを行う

- ・ベッドの出入り時など自立を促すための声かけなど、声かけや見守り中心に必要な時

だけ介助を行う

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

という介助サービスは自立支援、ADL向上の観点から身体介護に区分されます。そうした要件に該当しない単なる見守り・声かけは訪問介護として算定できません。

(平成15年5月30日厚生労働省老健局老人保健課：事務連絡)

5) 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。

6) サービス提供曜日・担当訪問介護員氏名

標準的な派遣曜日を記載します。居宅介護サービス計画書に即して曜日を設定します。また、その曜日のサービスを担当する訪問介護員の氏名を記載します。

7) サービス提供時間

所要時間をベースに標準的な提供時間を記載します。時間は何時何分～何時何分という時間帯と合計何分かを記載します。

8) 算定単位

この欄に所要時間とサービス提供時間で明確になった時間を介護報酬上の型・区分を整理し「身体1」「生活2」「身体2生活1」などを記載します。

ポイント

1回の訪問介護において「身体介護」と「生活援助」が混在する場合の算定方法

全体としていずれかの型の単位数を算定するのではなく、「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかが基準となります。

具体的には、訪問介護計画の作成に当たって、適切なアセスメントにより、あらかじめ具体的なサービス内容を「身体介護」と「生活援助」に区分して、それに要する標準的な時間に基づき、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定します。

なお、身体介護中心型の単位数に生活援助が20分以上で70単位、45分以上で140単位、70分以上で210単位を加算する方式となります。1回の訪問介護の全体時間のうち「身体介護」及び「生活援助」の所要時間に基づき判断するため、例えば、生活援助の後に身体介護を行っても構いません。

(例) 寝たきりの利用者の体位変換を行いながら、ベッドを整え、体を支えながら水差しで水分補給を行い、安楽な姿勢をとってもらった後、居室の掃除を行う場合

「身体介護」に該当する行為がどの程度含まれるかを基準に以下のいずれかの組み合わせを算定します。

取扱い

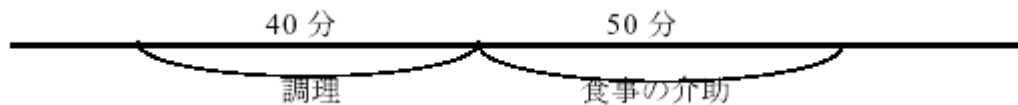
- ・身体介護中心型 20分以上 30分未満 (255単位) + 生活援助加算 45分 (140単位)
- ・身体介護中心型 30分以上 1時間未満 (404単位) + 生活援助加算 20分 (70単位)

なお、20分未満の身体介護に引き続き生活援助を行う場合は、引き続き行われる生活援助の単位数の加算を行うことはできません(緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く)。

具体的事例

いずれの場合も各介助の時間的な前後は問わない。

(例1) 一人暮らしの利用者のための料理を作り、食事介助を行う場合

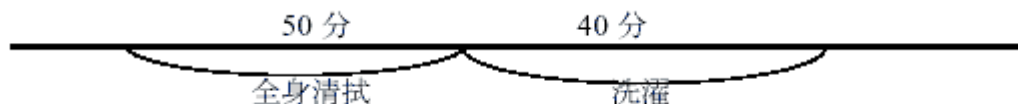


○生活援助 40分 身体介護 50分

→身体介護 30分以上 1時間未満 (404単位) +生活援助加算 20分以上 (70単位)

身体2生活1

(例2) 寝たきりの利用者に対し全身清拭を行い、利用者の洗濯物を洗濯する場合

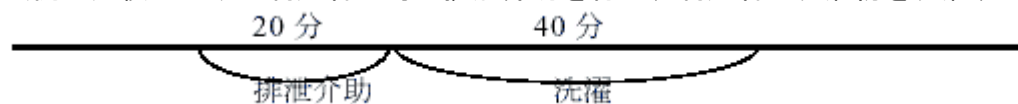


○身体介護 50分 生活援助 40分

→身体介護 30分以上 1時間未満 (404単位) +生活援助加算 20分以上 (70単位)

身体2生活1

(例3) 寝たきりの利用者に対し排泄介助を行い、利用者の洗濯物を洗濯する場合



○身体介護 20分 生活援助 40分

→身体介護 20分以上 30分未満 (255単位) +生活援助加算 20分以上 (70単位)

身体1生活1

⑨ 週間予定表

何曜日の何時から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。

⑩ サービス提供に関する評価

※この欄は、作成された訪問介護計画に基づきサービスが提供されて後に記載する欄ですので、訪問介護計画書作成時に利用者に交付する際は空欄となります。

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。

評価については、原則として目標期間終了時点で行うほか、利用者の状況に応じ、必要に応じ、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。

書き方

⑩-1) 「目標達成度」

訪問介護サービス提供の結果が「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。

⑩-2) 「利用者満足度」

利用者が訪問介護サービス提供を受けてその意向や希望がどの程度満足できたのかを記載します。できるだけ、利用者ご自身の言葉で記載するほうが状況が的確に表現できます。

⑩-3) 「計画見直しの必要性」

目標達成度と利用者満足度を踏まえ、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。

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。

⑪ 説明者・説明日

利用者・家族に説明した日及び説明した職員を記載します。

⑫ 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。

訪問介護計画

① 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（サービス担当責任者）氏名		作成年月日	
		前年 月 日	
利用者氏名	性別	性	別
生年月日	年 月 日（才）	要介護認定日	年 月 日
主たる介護者	(続柄：)	連絡先	住所： 電話番号：
居宅介護支援事業所（事業者番号）	()	担当の介護支援専門員	要支援1・2

② 利用者情報等

利用者に関する基本的な情報を記載します。

【日常生活全般の状況】

③ 日常生活全般の状況

アセスメントに基づき利用者の日常生活全般の状況をポイントを押さえて簡潔に記載します。

【援助目標】

長期目標	(期間)	(見直しの時期及び視点)
	自： 年 月 日 至： 年 月 日 (月間)	年 月 日
長期目標	(期間)	(見直しの時期及び視点)
	<p>④ 援助目標（長期目標・短期目標）</p> <p>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。 <u>「利用者の現状が〇〇なので、△△することをめざす。」</u></p> <p>長期目標、短期目標は、ケアプランと整合した時期、内容を設定します。</p>	
短期目標	(期間)	(見直しの時期及び視点)
	自： 年 月 日 至： 年 月 日 (月間)	年 月 日
短期目標	(期間)	(見直しの時期及び視点)
	<p>⑤ 見直しの時期及び視点</p> <p>目標期間終了時点で見直す。その際の視点も記載しておくことで評価がスムーズに行えます。</p>	
	自： 年 月 日 至： 年 月 日 (月間)	年 月 日

【本人及び家族の意向・希望】

(身体介護に関すること)	<p>⑥本人及び家族の希望 利用者本人、家族の意向・希望を反映すること。</p>
(生活援助に関すること)	
(通院等乗降介助に関すること)	

【本人及びご家族様へのお願い】

<p>⑦ご本人及びご家族様へのお願い 利用者ご自身にしていだきたいこと。介護保険で出来ないことなどを同意を得て記載します。</p>
--

【具体的援助内容】

サービス1	<p>1) サービス1… 援助内容、曜日・時間によって「サービス1」「サービス2」…と区分して記載します。</p>	<p>2) 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します。</p>	<p>4) 所要時間 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」欄に記載します。</p>
	<p>3) 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。 <u>(排泄介助……トイレ利用、ポータブルトイレ利用、おむつ交換)</u> 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</p>	<p>5) 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します。 <u>(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)</u></p>	
サービス2			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分 (合計 分)

担当訪問介護員 氏名	算定単位	身体 ・生活 ・身体 生活 ・通院等乗降介助

サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス1			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分 (合計 分)
担当訪問介護員 氏名		算定単位	身体 ・生活 ・身体 生活 ・通院等乗降介助

6) サービス提供曜日・担当訪問介護員氏名
標準的な派遣曜日を記載します。その曜日を担当する訪問介護員氏名を記載します。

7) 提供時間
所要時間をベースに標準的なサービス提供時間を記載します。事項」欄に記載
〇時〇分～〇時〇分(合計
〇〇分)と書きます。

サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス4			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分 (合計 分)
担当訪問介護員 氏名		算定単位	身体 ・生活 ・身体 生活 ・通院等乗降介助

8) 算定単位
提供時間を算定単位の型に区分して記載します。身体介護と生活援助が混在する場合は、サービス内容を身体と生活に区分し、身体介護に生活援助を加算します(加算方法は11頁参照)。
「身体1」、「生活2」とか「身体1・生活1」と記載します。

サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス5			

	サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分 (合計 分)
	担当訪問介護員 氏 名		算定単位	身体 ・生活 ・身体 生活 ・通院等乗降介助

【週間予定表】

曜日 時間	時間	月	火	水	木	金	土	日
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							

⑨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。

⑫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	職・氏名
-----	---	---	---	-----	------

事業所名称:

事業者番号:

連絡先:

利用者・家族に説明した日、説明した職員氏名を記載します。

⑪説明日・説明者

利用者同意署名欄

【サービス提供に関する評価】

(目標達成度)

⑩-1) 目標達成度

援助目標の達成状況を記載します。

評価を行った日

年 月 日

(利用者満足度)

⑩-2) 利用者満足度

サービスに対し、利用者がどの程度満足されているかを簡潔に記載します。

評価を行った日

年 月 日

(計画見直の必要性)

⑩-3) 計画見直の必要性

目標達成状況や利用者満足度及び新たなニーズ等を踏まえ、訪問介護計画を見直す必要性があるかどうかを記載します。

評価を行った日

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

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うことができる。)

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

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→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作
- (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、パッシング、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・背部の清拭→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(車いすを押す、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)
- 車いす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。
- 認知症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 生活援助

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

※ 次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

[1] 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為

[2] 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

2-0 サービス準備等

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

2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、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