

自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助に関する調査研究

報 告 書

令和2（2020）年3月

日本ホームヘルパー協会

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助に関する調査研究 報告書

目 次

1	調査研究のねらい.....	1
2	調査研究の方法・体制・経過.....	7
	（1）調査研究の方法	7
	（2）調査研究の体制	8
	（3）調査研究の経過	8
3	まとめと提言	9
4	調査結果.....	13
	（1）回答者の基本属性	14
	①回答者の年齢	14
	②回答者の経験年数	14
	③主任介護支援専門員資格の有無（介護支援専門員のみ）	15
	④調査票の受け取り方法（サービス提供責任者のみ）	16
	（2）回答者の事業所について	16
	①回答者の事業所所在地.....	16
	②回答者の事業所の事業開始年.....	17
	③法人の種別	18
	④利用者数（1 事業所当たり）	19
	⑤生活機能向上連携加算の取得（サービス提供責任者のみ）	20
	⑥事業所の訪問介護員数・介護支援専門員数（1 事業所当たり）	20
	（3）あなた自身の認知度	21
	（4）関係者の認知度	24
	（5）見守りの援助に該当するサービス提供の有無.....	26
	（6－1）サービス提供をしたことがない理由（サービス提供責任者）	29
	（6－2）見守りの援助（老計 10 号 1－6）に該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがない理由（介護支援専門員）	31
	（7）見守りの援助に該当するサービス利用者数（1 事業所当たり）	32
	（8－1）見守りの援助に該当するサービス提供のきっかけ	33
	（8－2）その他に記載されたサービス提供のきっかけ（サービス提供責任者）	34
	（8－3）その他に記載されたサービス提供のきっかけ（介護支援専門員）	35

（9－1）具体的な見守りの援助の実施状況（サービス提供責任者）	36
（9－2）例16に記載された見守りの援助の実施内容（サービス提供責任者）	37
（9－3）ケアプランに記載の具体的な見守りの援助（介護支援専門員）	38
（10－1）利用者への効果	46
（10－2）利用者への効果_自由記載（サービス提供責任者）	49
（10－3）利用者への効果_自由記載（介護支援専門員）	54
（10－4）家族への効果_自由記載（サービス提供責任者）	59
（10－5）家族への効果_自由記載（介護支援専門員）	62
（10－6）事業所への効果_自由記載（サービス提供責任者）	66
（10－7）事業所への効果_自由記載（介護支援専門員）	69
（11）見守りの援助に該当するサービス推進のために重要なこと	73
（12）良かった点、今後の課題など	75
■サービス提供責任者が考える良かった点	75
■サービス提供責任者が考える今後の課題	80
■介護支援専門員が考える良かった点	89
■介護支援専門員が考える今後の課題	93
5 資料（調査票）	98
A サービス提供責任者向け調査票	98
B 介護支援専門員向け調査票	101
調査別紙	109

1 調査研究のねらい

平成 30 年度介護報酬改定においては、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価することとされた。身体介護における「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化ため「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）が見直され、平成 30 年 4 月 1 日から身体介護として「見守りの援助」に該当する行為の例が 8 種類追加され合計 15 種類となった。身体介護はそれらも加えて、自立支援、重度化防止や IADL、QOL の向上が目的であることが明確に位置づけられた（以下の枠内資料の 5 ページ点線枠部分「1-6」）。

身体介護として「見守りの援助」に該当する行為は、「生活援助」ではなく「身体介護」として整理されて、より明確に位置づけられたが、現場ではその理解と活用が進んでいないという指摘がある。「老計第 10 号 1-6」の認知度や理解度、実施状況を把握するとともに、利用を阻害する要因等を明らかにし、「老計第 10 号 1-6」に該当するサービス利用による利用者の重度化防止や IADL、QOL の向上に資することを本調査研究の目的とする。

なお、本調査研究は、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会からの委託により実施する。

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について

(平成 12 年 3 月 17 日 老計第 10 号 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知)
(最終改正 平成 30 年 3 月 30 日 老振発 0330 第 2 号)

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通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。

1 身体介護

身体介護とは、①利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、②利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に自立支援・重度化防止のためのサービス、③その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・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 3

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

- ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
- 認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
- 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
- 認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
- 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片づけ（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

2 生活援助

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

※ 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

2 調査研究の方法・体制・経過

(1) 調査研究の方法

「老計第 10 号 1-6」に関する実施の実態及び課題を把握するため、訪問介護事業所のサービス提供責任者及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とする A 及び B の 2 つの調査を実施した。

なお、回収状況を勘案し、A の調査は令和元年 10 月 25 日まで、B の調査は令和元年 10 月 15 日まで締め切りを延長した。

対 象	A : 訪問介護事業所のサービス提供責任者 B : 居宅介護支援事業所の介護支援専門員
調査方法 と 調査期間	A ① : 日本ホームヘルパー協会の正会員をととして、訪問介護事業所にアンケート調査票を渡し協力を依頼。回答者は日本ホームヘルパー協会 16 支部または本部への郵送・ファックス返信。 【令和元年 8 月 22 日～9 月 27 日】 A ② : 日本ホームヘルパー協会関係者が実施する各種研修会において調査票を配布し、その場で回答の上、回収。 【令和元年 9 月～10 月】 A ③ : 日本ホームヘルパー協会のウェブサイトにて、調査票をアップロード。紙面で回答を希望しない場合等は、回答用ウェブサイトへアクセスし回答。 【ウェブサイト公開 : 令和元年 8 月 13 日～9 月 27 日】 B : 一般社団法人日本介護支援専門員協会の会員に調査協力の依頼メールを送信し、協力を希望する人が回答用ウェブサイトへアクセスし回答。 【メール配信 : 令和元年 9 月 3 日】 【ウェブサイト公開 : 令和元年 9 月 3 日～9 月 30 日】
回収状況	A : 358 票 B : 274 票

(2) 調査研究の体制

	氏名	所属
委員長	馬袋 秀男	兵庫県立大学大学院経営研究科 客員教授
委員	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	高橋 功	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 事業推進部長
委員	岩崎 孝宏	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 事業推進部課長
委員	青木 文江	日本ホームヘルパー協会 会長
委員	荒川 順子	日本ホームヘルパー協会 愛知支部
委員	中川 裕晴	日本ホームヘルパー協会 奈良支部
委員	黒松 基子	日本ホームヘルパー協会 島根支部

事務局：金井 正人 日本ホームヘルパー協会 事務局長
 松本 恵 日本ホームヘルパー協会 事務局
 渡辺 恵一 日本ホームヘルパー協会 事務局
 相澤 京美 株式会社 コモン計画研究所

(3) 調査研究の経過

経過	調査研究／検討内容等
■第1回委員会 日時：令和元年6月12日（水） 13：00～15：00 場所：一般財団法人長寿社会開発センター会議室	(1) 事業の概要説明__事務局 (2) 調査概要説明__事務局 (3) 調査票案説明__事務局 (4) 調査概要及び調査票の検討 (5) 今後の作業の流れとスケジュール
■令和元年6月～8月：調査票の検討及び決定 ■令和元年8月～10月：調査の実施	
■第2回委員会 日時：令和2年1月15日（水） 15:00～17:00 場所：一般財団法人長寿社会開発センター会議室	(1) 報告書案の検討 (2) パンフレット冊子の作成について (3) 今後の作業の流れとスケジュール
■令和2年1月～2月：メール等による報告書案の検討と報告書の決定	

3 まとめと提言

今回の調査は全国の訪問介護事業所のサービス提供責任者や居宅介護支援事業所の介護支援専門員を無作為抽出したのではなく、日本ホームヘルパー協会、日本介護支援専門員協会に任意による協力依頼を通して、また、日本ホームヘルパー協会の会員等が参加する研修参加者を対象に実施された調査である「老計第 10 号 1-6」に関心もあり、当該サービスについて提供の経験がある人が積極的に回答してきた可能性もあることを念頭に、データを読み解く必要がある。

▶サービス提供による在宅生活の維持

【調査結果のポイント】

- ・ 本調査の回答者であるサービス提供責任者や介護支援専門員が所属する事業所における、1 事業所あたりの見守りの援助のサービス利用者平均人数は 10 人を超えている。要介護 1 及び 2 のみならず、要介護 3～5 の方にもサービスが提供されている。<問 7、32 ページ～>
- ・ サービス提供責任者が考えている利用者への効果は「意欲の向上」「日常生活の安定」、介護支援専門員は「日常生活の安定」「意欲の向上」「自分でできることが増加」が上位である。効果がわからないなどの回答は、サービス提供責任者・介護支援専門員ともに 5%を下回る結果となっている。<問 10、46 ページ～>
- ・ サービスの提供の結果として利用者の ADL や IADL、QOL が向上し、できなかったことができるようになり、笑顔が増え、在宅生活が維持されている効果を目の当たりにし、サービス提供の専門性の明示、サービス提供側の意欲の向上や自信につながったという意見もだされている。<自由記載による>

【考察とまとめ】

- ・ サービス提供責任者、介護支援専門員の双方において、訪問介護における見守りの援助の必要性や効果が確認されている。
- ・ 要介護 1～2 の利用者ばかりではなく、要介護 3～5 の利用者も含め、在宅生活の維持に寄与できていることは、訪問介護の目的である自立支援や重度化防止のみならず、利用者が望む生活の実現に向けた支援へとつながっていると考えられる。
- ・ なお、見守りの援助の身体介護への適用位置づけは、「訪問介護の給付費を上げる」ことも想定されるが、長期的視点からすると、重度化防止及び在宅生活維持により、重度者対応の介護・看護などの給付費の増大や在宅から施設入所による給付費の増大などを抑えることが期待できる。

▶課題 1：サービスの周知及び理解推進

【調査結果のポイント】

- ・ 訪問介護員・サービス提供責任者の一部には、サービスの周知・理解がなされていない現状がある。〈問 3、21 ページ～／問 4、24 ページ～〉
- ・ 訪問介護員・サービス提供責任者において、サービスの目的や内容の理解にばらつきがみられるとの意見があった。〈自由記載による〉
- ・ また、介護支援専門員においても、サービスの存在や目的・内容に関する理解が十分とは言えない。〈問 3、21 ページ～／問 4、24 ページ～〉
- ・ さらには、利用者及び家族にサービスそのものの認知が進んでいない実態が指摘されている。〈問 4、24 ページ～〉
- ・ 利用者及び家族では、サービスの認知もさることながら、サービスの目的や内容に関する理解が得られにくい状況がみられる。〈自由記載及び問 4、24 ページ～〉

【考察とまとめ】

- ・ サービスに対する理解が進んでいないという課題は、本調査研究に取り組む問題意識の一つでもあった。アンケート調査からは訪問介護員・サービス提供責任者・介護支援専門員などのサービス提供側の一部に周知・理解が十分ではない実態が明らかになるとともに、利用者や家族の理解についてはより周知・理解が浸透していない実態が明らかになった。
- ・ 理解の不足は、対象である方がサービス利用につながらない、多職種連携がスムーズにできない事態等を生じさせている。自由記載からは、提案しても受け入れてもらえない、専門職の連携が難しい事態が生じている、本人や家族の理解が得られにくくサービスにつながらないという意見が出されている。
- ・ なお、サービス提供者については経験年数が短い人ほど認知や理解が不十分である割合が高いことが調査結果から明らかになり、経験年数の短い人たちのへの周知の必要性が浮き彫りになった。
- ・ 一方で、利用者側の視点にたつと、一人暮らしや理解が困難である可能性の方がいる場合も考えられ、それぞれのケースに配慮した周知・理解を丁寧に進める必要がある。
- ・ 利用者負担の増加により利用者や家族の理解が得られにくいという課題についても、サービスの理解や効果の周知が重要であることを意味している。
- ・ 生活援助の上限回数増加の回避に使われないようにしなくてはならないという意見もあがっており、周知と理解の推進は適正な訪問介護サービスの利用にもつながると考えられる。また、理解の浸透は専門職間の連携強化にも寄与すると考えられる。

▶課題2：サービスの質の向上

【調査結果のポイント】

- ・ サービス提供責任者からは、サービス推進のために必要なこととして「支援内容・方法の充実に向け、訪問介護員の知識及び技術の向上を図る」が最も割合が高い結果となった。〈問 11、73 ページ〜〉
- ・ サービス導入にあたり、提案が受け入れられないケースがある。〈自由記載による〉
- ・ サービス導入に迷うことがある。〈自由記載による〉
- ・ アセスメントの違いから、他の専門職との連携が難しい。〈自由記載による〉
- ・ 自立支援の視点や理解の程度にばらつきがある。〈自由記載による〉
- ・ 目的にあったサービス提供をできない訪問介護員がいる。〈自由記載による〉
- ・ 時間の配分等々具体的方法に迷う。〈自由記載による〉
- ・ 利用者や家族、専門職にフィードバックがなされていない。〈自由記載による〉
- ・ アセスメントと並んで評価の明確化、見える化が必要である。〈自由記載による〉
- ・ 専門性や効果の明示が必要だ。〈自由記載による〉
- ・ 利用者への効果については、サービス提供責任者は「意欲の向上」「日常生活の安定」、介護支援専門員は「日常生活の安定」「意欲の向上」「自分でできることが増加」が上位である。〈問 10、46 ページ〜〉

【考察とまとめ】

- ・ **アセスメント**：アセスメントでは、利用者が望む生活の実現に向けて、生活課題や介護の方向性を検討する。様々な視点や方法があり、「これが正解」という結論を導き出すことではなく、現状の把握から課題と要因を明らかにしていくことが重要である。アセスメントから課題を明らかにしているにもかかわらず、サービス導入の提案が受け入れられないケースがある、サービス導入に迷うことがある、時と場合によって生活援助になったりする、他の専門職との連携が難しい、自立支援の視点や理解の程度にばらつきがあるなどの意見がみられた。好事例を積み上げ、共有するなどしてアセスメントの知識と技術の向上を図る取り組みが求められている。
- ・ **実施**：実施の段階については、サービス提供ができない訪問介護員がいる、サービス内容にばらつきがあるなどの課題があげられた。サービス提供責任者への調査において当該サービスに関する知識と技術の向上が必要という意識を持つ人の割合が高くあらわれていることから、実施の力をさらに強化する取り組みが必要である。
- ・ 「老計第 10 号 1-6」では 15 の見守りの援助に該当する事例が示されたが、「上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置づ

けられたもの」という記載がある。15 の事例の理解・共有とともに、具体的例示が示されていないサービス内容に関しては、アセスメントから目的にそったアプローチと実践力の深化が重要である。

- ・ **評価**：評価の段階では、利用者に対する効果として「意欲の向上」「日常生活の安定」などに対する効果があると回答したサービス提供責任者や介護支援専門員がいる一方で、利用者や家族、専門職にフィードバックがなされていない、評価の視点の明確化、利用者の行動変容の見える化が必要などの意見が出された。利用者や家族との効果の共有、サービス提供責任者と介護支援専門員による評価の実施・共有とともに、多職種間でサービスを提供する目的を理解・共有し、意見交換や提案ができるチームケアの土壌をつくることが望ましい。

▶必要と考えられる取り組み

- ・ 上記の課題を受けて、今後は以下のような取り組みを実施・推進する必要があると考えられる。

【周知及び理解の推進】

- ・ 訪問介護員、サービス提供責任者、介護支援専門員などが、現場で利用者及び家族に説明できる「パンフレット」や「サービス冊子」などの作成と活用の推進
- ・ 好事例の紹介、効果の見える化、利用者・家族・提供者の効果に関する声などを届ける周知パンフ（利用者・家族向け）や冊子（サービスの提供者・事業所向け）の作成及び活用の推進 など

【サービスの質の向上】

- ・ 効果的サービスの好事例集・実践事例集の作成及び活用
- ・ 見守りの援助を含む効果的サービス提供の手引きの作成及び活用
- ・ 見守りの援助の理解と実践に向けたテキストの開発、作成及び活用
- ・ 見守りの援助に関する研修プログラム・内容の強化と充実
- ・ 訪問介護員、サービス提供責任者、介護支援専門員に対する研修の実施
- ・ 自立支援、重度化防止のための効果的サービスのあり方の調査研究 など

4 調査結果

■ 調査結果に関する注意事項

- ・ 表の回答者数は、各設問に対する回答者数（人）であり、百分率（%）の基数である。
- ・ 本文、グラフ、表は、表示の都合上、調査票の選択肢等の一部を省略している場合がある。正確な選択肢は、巻末の調査票を参照のこと。
- ・ 百分率（%）の計算は、小数点2位を四捨五入し、小数点1位まで表記した。単数回答においても、四捨五入の影響により%を足し合わせて100%にならない場合がある。
- ・ 複数回答では、%の合計が100%を超える。
- ・ 介護支援専門員を対象とするB調査はウェブサイトによる調査であり、選択肢の回答は必須項目として設定した。したがって、選択肢回答に無回答は発生しない（無回答は常に0である）。
- ・ 調査票では“ケアマネジャー”と表記したが、報告書では“介護支援専門員”という表記で統一している。なお、以下のとおり、自由記載は原文のままの記載としているため“ケアマネジャー”という表記が残っている。
- ・ 自由記載は、誤字脱字等を修正しつつ、調査票に記載された原文をそのまま記載することを原則としている。

(1) 回答者の基本属性

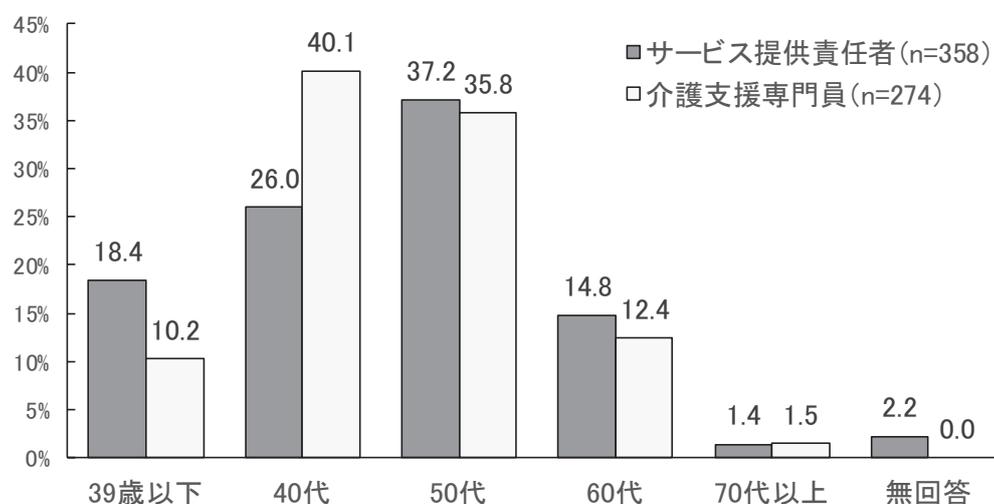
問1 サービス提供責任者である「あなた自身」について、ご回答をお願いいたします。

問1 介護支援専門員である「あなた自身」について、ご回答をお願いいたします。

※ 1年未満の月数は切り上げてください

① 回答者の年齢

＜サービス提供責任者・介護支援専門員／単数回答＞



- ・ サービス提供責任者は、50代が37.2%、次いで40代26.0%の順に高い割合である。
- ・ 介護支援専門員は、40代が40.1%、次いで50代35.8%の順に高い割合である。

② 回答者の経験年数

＜サービス提供責任者＞

	回答数	最大値	平均値
訪問介護事業所での通算年数	346	33年	11.2年
サービス提供責任者としての通算経験年数	343	24年	6.6年
うち、貴事業所のサービス提供責任者としての経験年数	327	20年	5.7年

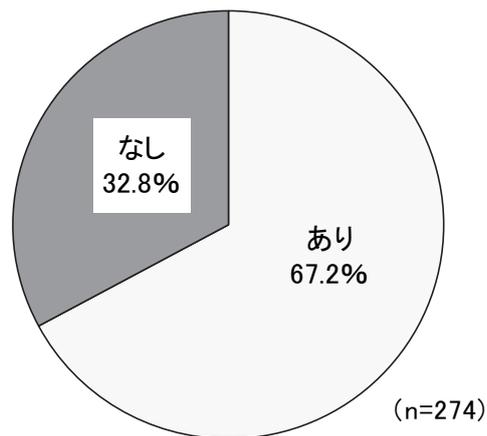
<介護支援専門員>

	回答数	最大値	平均値
介護支援専門員としての通算年数	273	20年	10.7年
うち、貴事業所の介護支援専門員としての経験年数	274	20年	7.2年

- ・ サービス提供責任者としての通算経験年数は平均 6.6 年、介護支援専門員としての通算年数は平均 10.7 年である。

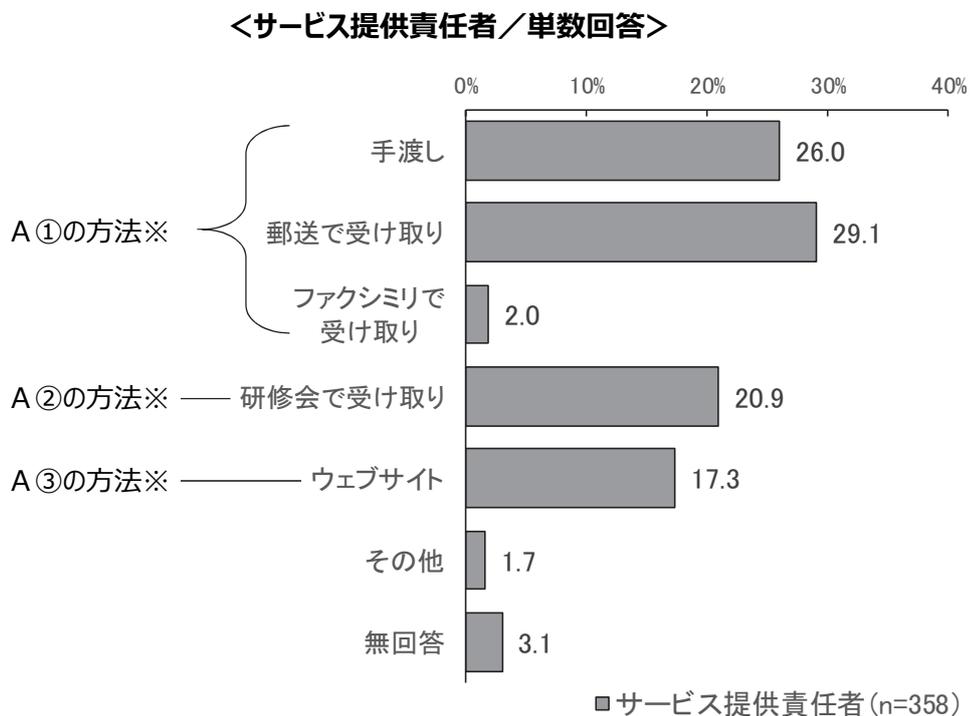
③主任介護支援専門員資格の有無（介護支援専門員のみ）

<介護支援専門員／単数回答>



- ・ 介護支援専門員の回答者 274 人に主任介護支援専門員資格の有無を尋ねたところ、「あり」は 67.2%であった。

④ 調査票の受け取り方法（サービス提供責任者のみ）

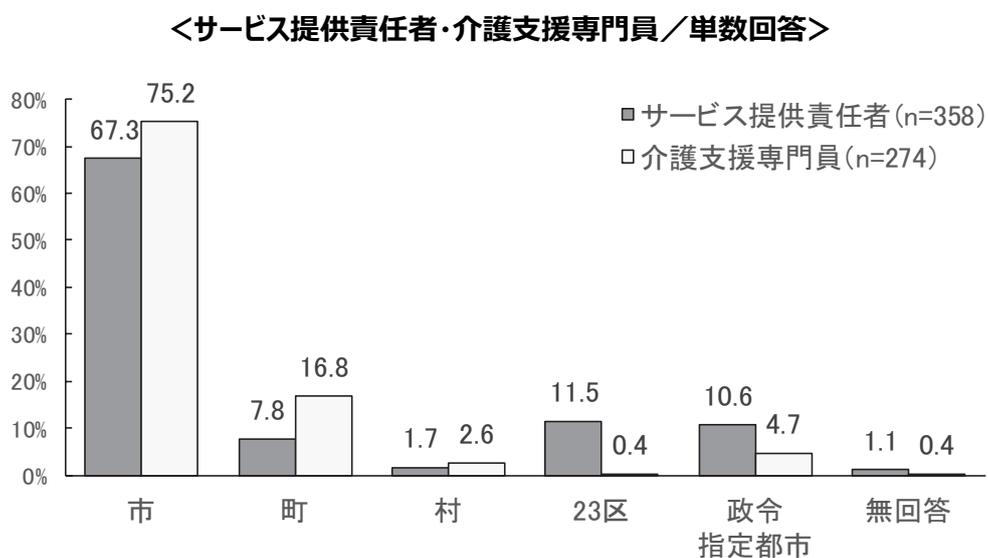


※ A①～③の方法は2（1）調査研究の方法 調査方法と調査期間（7ページ）参照

（2）回答者の事業所について

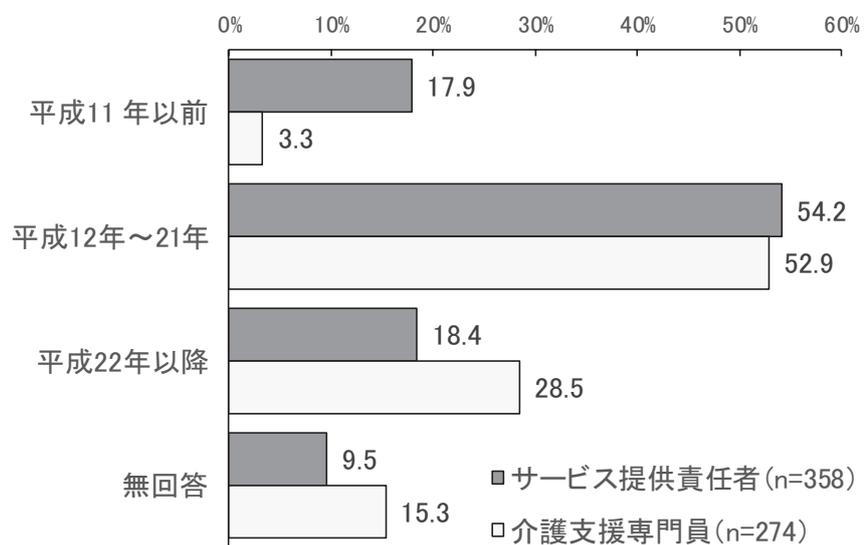
問2 貴事業所について、ご回答をお願いいたします。

① 回答者の事業所所在地



②回答者の事業所の事業開始年

＜サービス提供責任者・介護支援専門員／単数回答＞

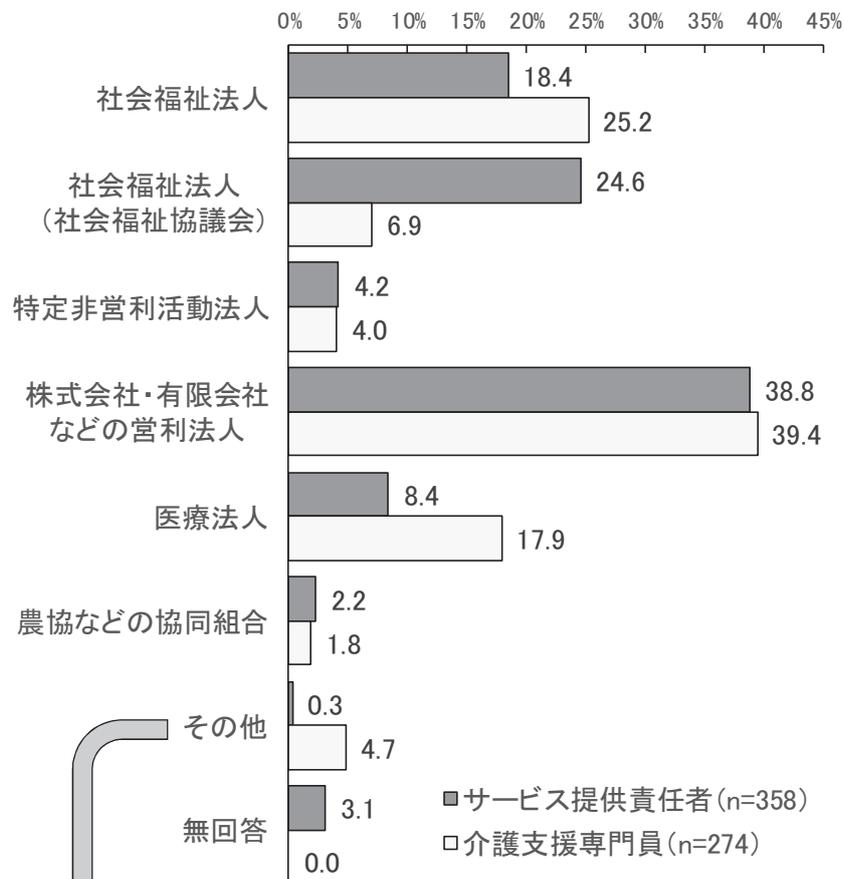


※平成11年（1999年）

※居宅介護支援事業所の3.3%の設立年は平成11年

③法人の種別

<サービス提供責任者・介護支援専門員／単数回答>



<その他に記載された具体的な内容>

	サービス提供責任者	介護支援専門員
一般社団法人	1	2
地方公共団体	-	4
独立行政法人	-	1
公益財団法人	-	2
合同会社	-	2
合資会社	-	1
その他	-	1

④利用者数（1事業所当たり）

<サービス提供責任者>

訪問介護利用者数	回答数 (人)	単位：人／月	
		最大値	平均値
要介護1	308	102	20.21
要介護2	310	99	15.82
要介護3	305	53	8.1
要介護4	302	24	5.5
要介護5	297	19	4.9
1事業所当たりの利用者最大値と平均値		259	54.7

※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

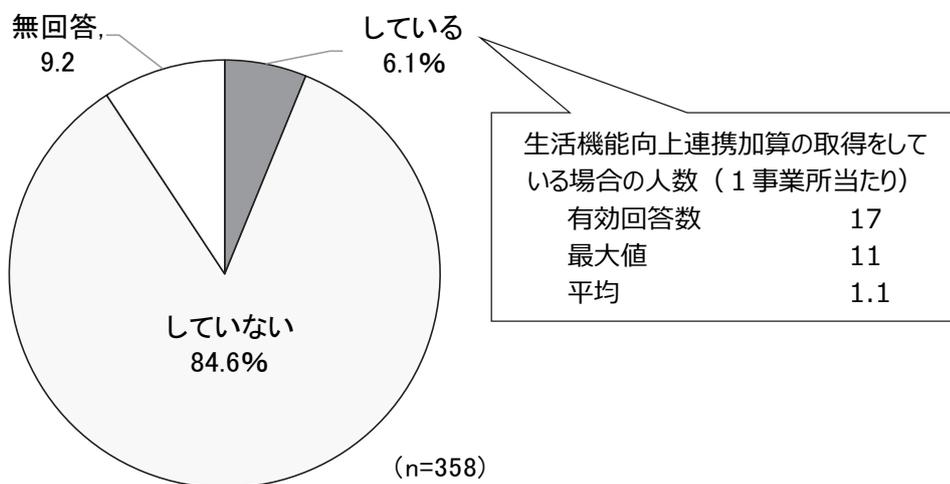
<介護支援専門員>

1か月のケアプラン作成数のうち、 訪問介護を利用している人数	回答数 (人)	単位：人／月	
		最大値	平均値
要介護1	262	45	4.8
要介護2	258	60	4.8
要介護3	255	45	2.8
要介護4	253	30	2.1
要介護5	249	22	1.6
1事業所当たりの利用者最大値と平均値		200	15.7

※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

⑤生活機能向上連携加算の取得（サービス提供責任者のみ）

＜サービス提供責任者／単数回答＞



※平成30年4月～令和元年5月実績

- ・ 回答者であるサービス提供責任者が所属する事業所において、生活機能向上連携加算の取得をしているという回答は6.1%と1割を下回る結果となった。

⑥事業所の訪問介護員数・介護支援専門員数（1事業所当たり）

＜サービス提供責任者＞

	回答数 (人)	単位：人／月	
		最大値	平均値
訪問介護員 常勤職員	337	51	7.3
訪問介護員 非常勤職員	330	128	17.2
訪問介護員 常勤換算	269	51	8.9

※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

＜介護支援専門員＞

	回答数 (人)	単位：人／月	
		最大値	平均値
介護支援専門員 常勤職員	272	14	3.4
介護支援専門員 非常勤職員	266	7	0.4
介護支援専門員 常勤換算	268	28	3.4

※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

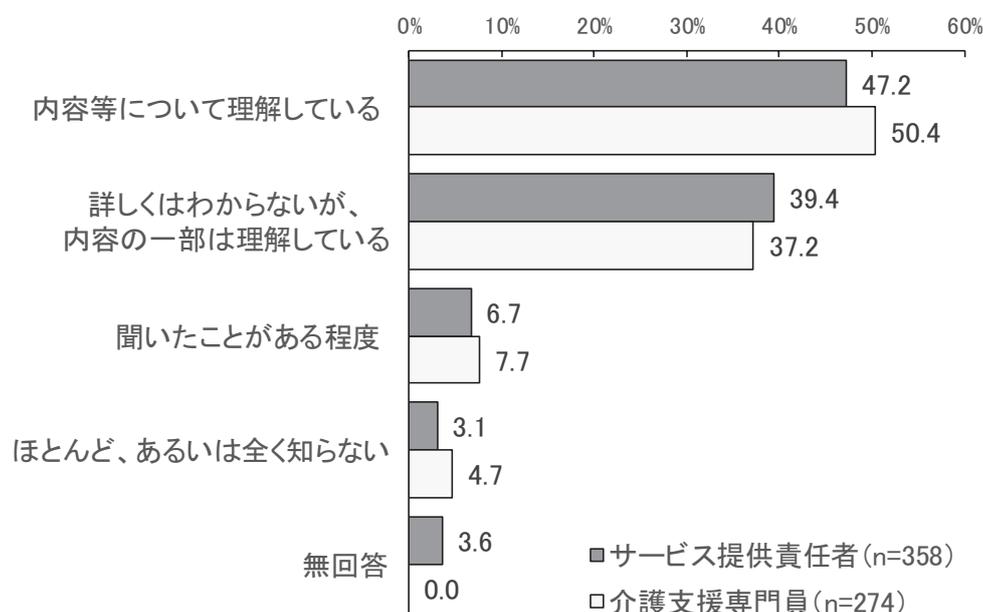
(3) あなた自身の認知度

問3 【サービス提供責任者】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）について、サービス提供責任者である、あなたご自身の認知度は次のどれですか。

（1つに○）

問3 【介護支援専門員】あなたからみて、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）についての認知度は次のどれですか。（1つに○）

＜サービス提供責任者・介護支援専門員／単数回答＞



- ・ サービス提供責任者及び介護支援専門員自身の「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）」の認知度は、どちらも「内容等について理解している」が50%前後を占めて最も高い割合になっている。
- ・ 「内容等について理解している」と「詳しくはわからないが、内容の一部は理解している」の合計は、サービス提供責任者86.6%、介護支援専門員87.6%である。
- ・ サービス提供責任者と介護支援専門員の間に大きな違いはみられなかった。

<サービス提供責任者/単数回答>

単位：%

		合計	理解している 内容等について	詳しくはわからな いが、内容の一部 は理解している	聞いたことが ある程度	ほとんどあるいは 全く知らない	無回答
全体(n=358)		100.0	47.2	39.4	6.7	3.1	3.6
年齢	39歳以下(n=66)	100.0	42.4	36.4	10.6	6.1	4.5
	40代(n=93)	100.0	48.4	35.5	10.8	2.2	3.2
	50代(n=133)	100.0	47.4	41.4	4.5	3.0	3.8
	60代(n=53)	100.0	50.9	43.4	0.0	1.9	3.8
	70代以上(n=5)	100.0	40.0	60.0	0.0	0.0	0.0
訪問介護事業所 での通算年数	3年未満(n=45)	100.0	※1 20.0	57.8	15.6	4.4	2.2
	3年以上5年未満(n=33)	100.0	※1 39.4	36.4	12.1	12.1	0.0
	5年以上10年未満(n=75)	100.0	※1 45.3	37.3	6.7	4.0	6.7
	10年以上(n=193)	100.0	※2 57.0	35.8	3.1	1.0	3.1
事業所としての 通算経験年数	3年未満(n=92)	100.0	※3 28.3	53.3	14.1	4.3	0.0
	3年以上5年未満(n=56)	100.0	53.6	32.1	3.6	10.7	0.0
	5年以上10年未満(n=103)	100.0	52.4	36.9	2.9	1.0	6.8
	10年以上(n=92)	100.0	60.9	31.5	3.3	0.0	4.3
事業所の法人種別	社会福祉法人(n=66)	100.0	56.1	34.8	4.5	0.0	4.5
	社会福祉法人(社会福祉協議会)(n=88)	100.0	54.5	37.5	3.4	1.1	3.4
	特定非営利活動法人(n=15)	100.0	33.3	40.0	0.0	13.3	13.3
	株式会社・有限会社など(n=139)	100.0	43.9	40.3	9.4	5.0	1.4
	医療法人(n=30)	100.0	26.7	50.0	13.3	3.3	6.7
	農協などの協同組合(n=8)	100.0	87.5	12.5	0.0	0.0	0.0
	その他(n=1)	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0

- ・ サービス提供責任者の認知度は、訪問介護事業所での通算年数が長いほど「内容等について理解している」割合が高い(※1・※2)。10年以上の認知度(※2)は、3年未満の人(※1)の認知度と比べると、30ポイント以上高い。
- ・ 訪問介護事業所での通算年数が3年未満(※1)及びサービス提供責任者としての通算経験年数が3年未満(※3)においては、「内容等について理解している」割合は20%台と低い状況にある。

＜介護支援専門員／単数回答＞

単位：％

		合計	理解している 内容等について	詳しくはわからないが、 内容は一部は理解している	聞いたことがある程度	ほとんどあるいは全く知らない
全体(n=274)		100.0	50.4	37.2	7.7	4.7
年齢	39歳以下(n=28)	100.0	46.4	25.0	17.9	10.7
	40代(n=110)	100.0	50.0	39.1	7.3	3.6
	50代(n=98)	100.0	51.0	36.7	6.1	6.1
	60代(n=34)	100.0	50.0	44.1	5.9	0.0
	70代以上(n=4)	100.0	75.0	25.0	0.0	0.0
介護支援専門員としての経験年数	5年未満(n=44)	100.0	38.6	31.8	15.9	13.6
	5年以上10年未満(n=67)	100.0	43.3	46.3	9.0	1.5
	10年以上(n=162)	100.0	※1 56.2	35.2	4.9	3.7
事業所の法人種別	社会福祉法人(n=69)	100.0	34.8	40.6	15.9	8.7
	社会福祉法人(社会福祉協議会)(n=19)	100.0	57.9	42.1	0.0	0.0
	特定非営利活動法人(n=11)	100.0	27.3	63.6	9.1	0.0
	株式会社・有限会社など(n=108)	100.0	57.4	34.3	5.6	2.8
	医療法人(n=49)	100.0	53.1	34.7	4.1	8.2
	農協などの協同組合(n=5)	100.0	60.0	40.0	0.0	0.0
	その他(n=13)	100.0	69.2	23.1	7.7	0.0

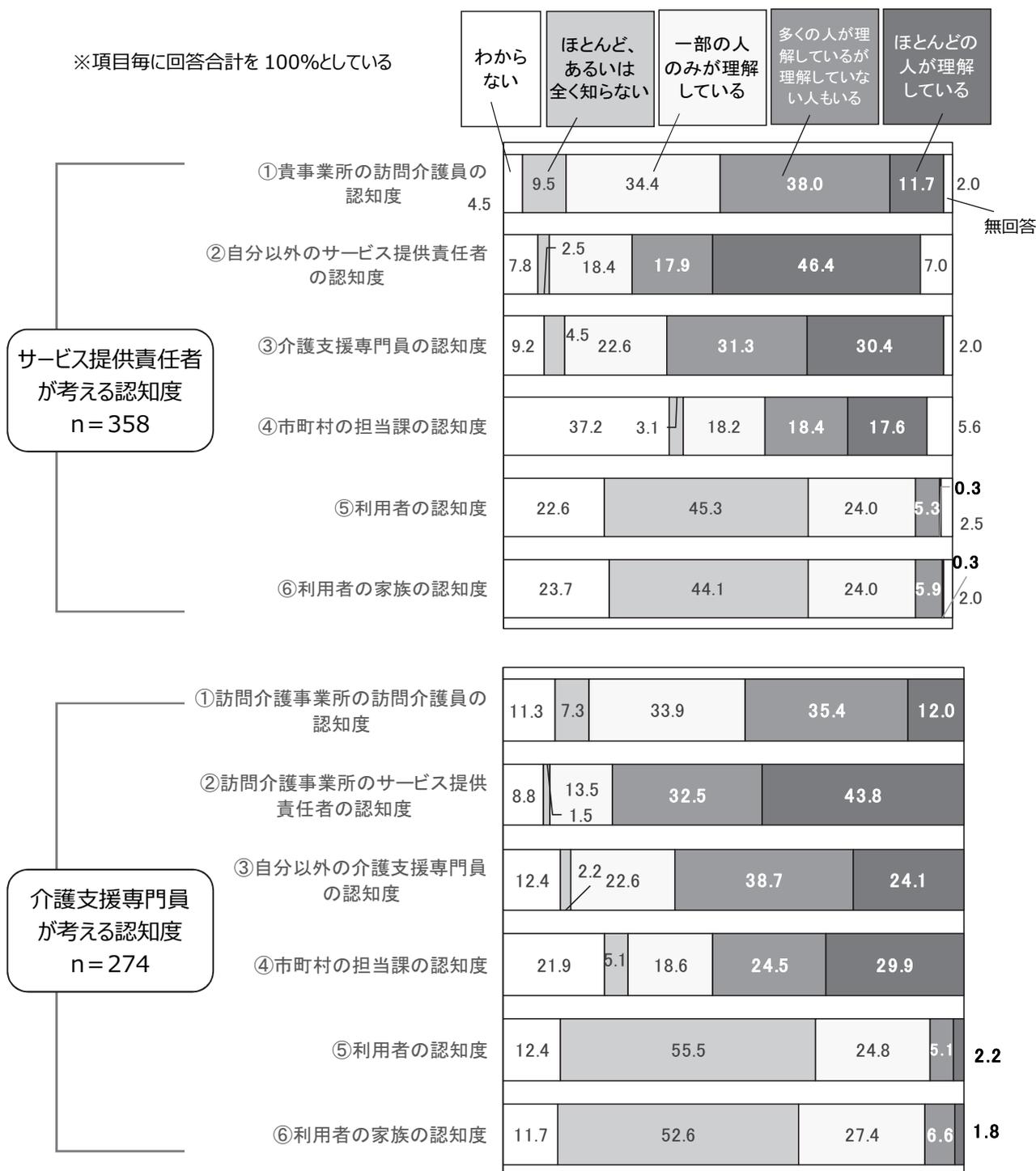
- ・ 介護支援専門員の認知度は、介護支援専門員としての経験年数が10年以上（※1）に「内容等について理解している」割合が高く、経験年数が長いほど認知度が上がる結果となった。
- ・ これは、サービス提供責任者と同様の傾向である。

(4) 関係者の認知度

問4 【サービス提供責任者・介護支援専門員】あなたからみて、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に関する以下の関係者の認知度はどれ位だと思いますか。（それぞれ1つに○）

<サービス提供責任者・介護支援専門員／単数回答>

単位：%



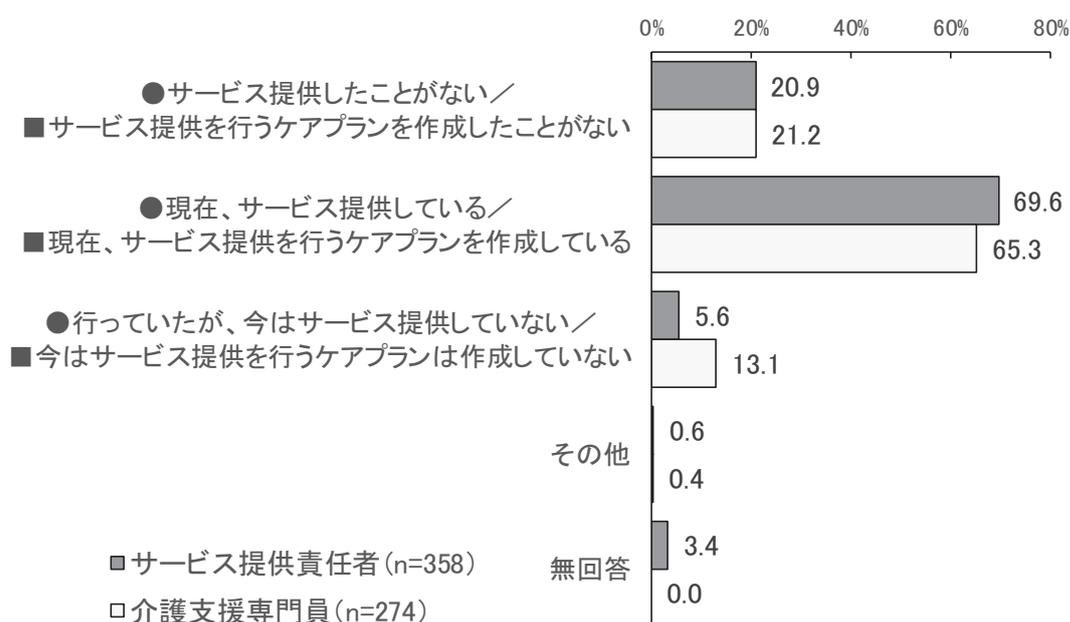
- ・ サービス提供責任者及び介護支援専門員に、それぞれの立場からみて関係者や機関の認知度がどうかを尋ねた。
- ・ サービス提供責任者及び介護支援専門員のどちらにおいても、最も認知度が高い結果となったのはサービス提供責任者であり、次いで介護支援専門員の認知度が高い結果となっている。
- ・ 反対に、利用者や家族は、サービス提供責任者及び介護支援専門員のどちらにおいても認知度は低い回答となっている。

(5) 見守りの援助に該当するサービス提供の有無

問5 【サービス提供責任者】貴事業所では、実際に、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供を行っていますか。（1つに○）

問5 【介護支援専門員】貴事業所では、実際に、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供を行うケアプランを作成していますか。（1つに○）

<サービス提供責任者・介護支援専門員/単数回答>



※ ●サービス提供責任者、■介護支援専門員

- ・ 見守りの援助に該当するサービスを実際に提供しているか否かは、サービス提供責任者及び介護支援専門員自身のどちらにおいても、現在「サービス提供している」「ケアプラン作成している」は60%台であり、両者に大きな違いはみられない。
- ・ 「サービス提供したことがない」「ケアプラン作成したことがない」についても、どちらも約20%であり、これについても違いはみられない。
- ・ 本調査の回答者においては、過去の経験も含めると7割台が見守りの援助に該当するサービス提供をしている（したことがある）、見守りの援助に該当するサービスを入れたケアプランを作成している（したことがある）状況にあることがわかった。

＜サービス提供責任者／単数回答＞

単位：％

		合計	サービス提供した ことがない	現在、サービス提 供している	行っていたが、今 はサービス提供し ていない	その他	無回答
全体(n=358)		100.0	20.9	69.6	5.6	0.6	3.4
年齢	39歳以下(n=66)	100.0	28.8	62.1	1.5	0.0	7.6
	40代(n=93)	100.0	24.7	68.8	3.2	0.0	3.2
	50代(n=133)	100.0	16.5	72.9	7.5	1.5	1.5
	60代(n=53)	100.0	17.0	71.7	9.4	0.0	1.9
	70代以上(n=5)	100.0	20.0	60.0	20.0	0.0	0.0
訪問介護事業所 での通算年数	3年未満(n=45)	100.0	40.0	※48.9	6.7	0.0	4.4
	3年以上5年未満(n=33)	100.0	27.3	※66.7	3.0	0.0	3.0
	5年以上10年未満(n=75)	100.0	22.7	※68.0	1.3	1.3	6.7
	10年以上(n=193)	100.0	14.5	※75.6	7.8	0.5	1.6
事業としての 通算経験年数	3年未満(n=92)	100.0	29.3	63.0	4.3	1.1	2.2
	3年以上5年未満(n=56)	100.0	21.4	73.2	5.4	0.0	0.0
	5年以上10年未満(n=103)	100.0	15.5	73.8	4.9	0.0	5.8
	10年以上(n=92)	100.0	17.4	70.7	8.7	1.1	2.2
事業所の法人種別	社会福祉法人(n=66)	100.0	21.2	66.7	6.1	1.5	4.5
	社会福祉法人(社会福祉協議会)(n=88)	100.0	8.0	84.1	8.0	0.0	0.0
	特定非営利活動法人(n=15)	100.0	20.0	66.7	0.0	0.0	13.3
	株式会社・有限会社など(n=139)	100.0	28.1	63.3	5.0	0.7	2.9
	医療法人(n=30)	100.0	26.7	63.3	3.3	0.0	6.7
	農協などの協同組合(n=8)	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
	その他(n=1)	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

- ・ サービス提供責任者については、「現在、サービス提供している」は通算年数が長いほど(※)割合が高くなっている。
- ・ これは、【(3) あなた自身の認知度】と同様の傾向がみられる。

＜介護支援専門員／単数回答＞

単位：％

		合計	サービス提供し ていない	現在、サービス提 供している	行っていたが、今 はサービス提供し ていない	その他
全体(n=274)		100.0	21.2	65.3	13.1	0.4
年齢	39歳以下(n=28)	100.0	21.4	53.6	25.0	0.0
	40代(n=110)	100.0	17.3	71.8	10.0	0.9
	50代(n=98)	100.0	23.5	65.3	11.2	0.0
	60代(n=34)	100.0	26.5	55.9	17.6	0.0
	70代以上(n=4)	100.0	25.0	50.0	25.0	0.0
介護支援専門員と しての経験年数	5年未満(n=44)	100.0	31.8	※54.5	13.6	0.0
	5年以上10年未満(n=67)	100.0	19.4	※62.7	16.4	1.5
	10年以上(n=162)	100.0	19.1	※69.1	11.7	0.0
事業所の法人種別	社会福祉法人(n=69)	100.0	24.6	58.0	17.4	0.0
	社会福祉法人(社会福祉協議会)(n=19)	100.0	10.5	73.7	15.8	0.0
	特定非営利活動法人(n=11)	100.0	27.3	63.6	9.1	0.0
	株式会社・有限会社など(n=108)	100.0	21.3	66.7	11.1	0.9
	医療法人(n=49)	100.0	24.5	63.3	12.2	0.0
	農協などの協同組合(n=5)	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0
	その他(n=13)	100.0	7.7	76.9	15.4	0.0

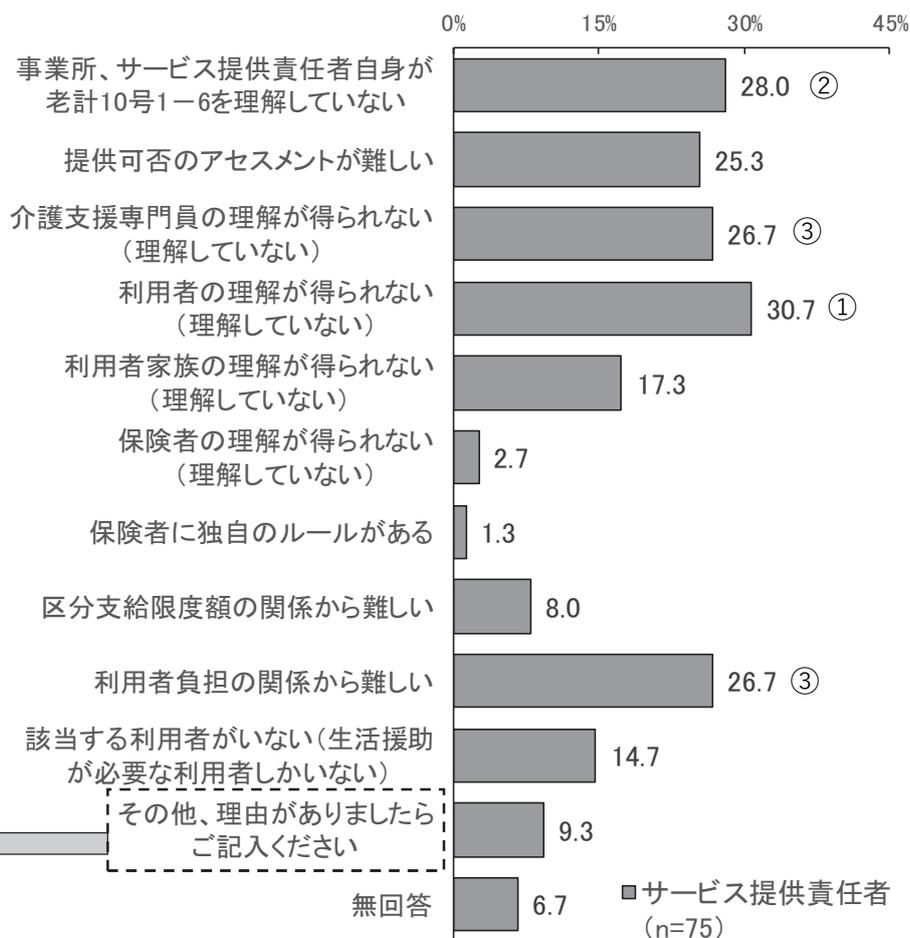
- ・ 介護支援専門員としての経験年数が長いほど（※）「現在、サービス提供している」割合が高い結果となっている。サービス提供責任者と同様の傾向にある。

(6-1) サービス提供をしたことがない理由 (サービス提供責任者)

問6 【サービス提供責任者】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 (老計10号1-6) に該当するサービス提供をしたことがないのはなぜですか。

(あてはまるものすべてに○)

<サービス提供責任者/複数回答>



※グラフの○数字は割合の高い順の順位

- ・ サービス提供責任者が提供をしたことがない理由は①「利用者 (利用者) の理解が得られない」、②「事業所、サービス提供責任者自身が老計10号1-6を理解していない」、③「介護支援専門員の理解が得られない」「利用者負担の関係から難しい」「提供可否のアセスメントが難しい」の順であり、いずれも25%を超えている。

- 自分自身が理解していない。
- 利用者 (利用者) の理解が難しい。

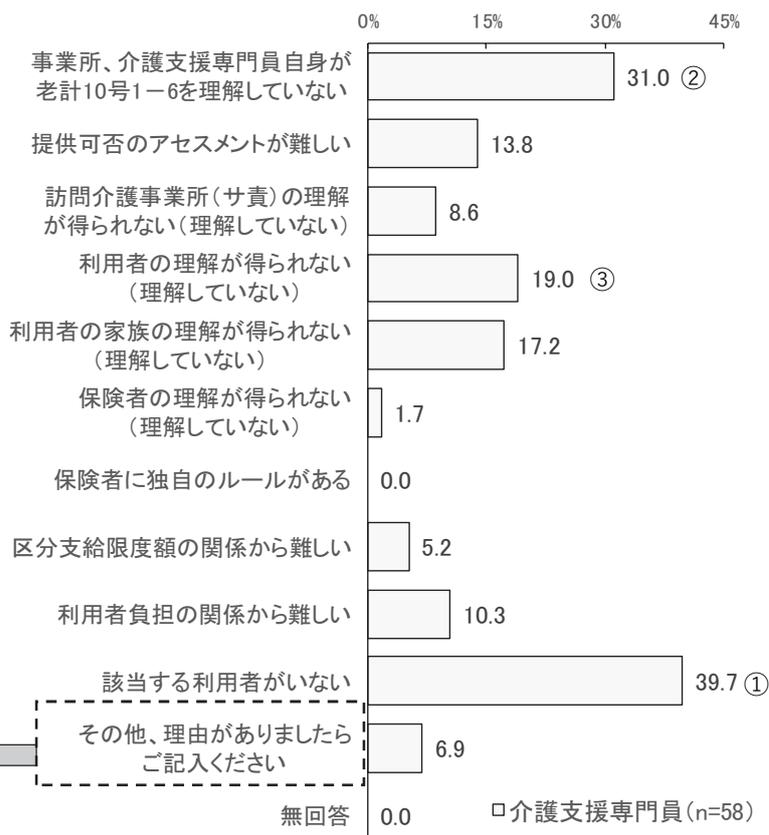
- ケアマネジャーより、「この人の年齢から考えて見守りの援助をしても向上するとは思えない」と言われました。
- ケアマネジャーからの支援の指示がない。
- 身体的な支援になってくると、転倒などのリスクも高くなり、ヘルパー自身も不安を感じる。またリスクになった時に家族の理解がどこまで得られるのかも気になります。
- 利用者のニーズ、見守り時のリスク、職員の不安等を鑑みて現状は算定できる状態ではないと判断しました。
- 5分ぐらいですむサービスだと、身体では取れない。生活援助サービスの中で声かけしている。

(6-2) 見守りの援助(老計10号1-6)に該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがない理由(介護支援専門員)

問6 【介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(老計10号1-6)に該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがないのはなぜですか。

(あてはまるものすべてに○)

<介護支援専門員/複数回答>



※グラフの○数字は割合の高い順の順位

- ・ 介護支援専門員が見守りの援助(老計10号1-6)に該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがない理由は、①「該当する利用者がいない」が最も高く、次いで②「事業所、介護支援専門員自身が老計10号1-6を理解していない」の順になっている。
- ・ 介護支援専門員において③「利用者の理解が得られない」が高い割合であったことを踏まえると、利用者の理解については、サービス提供責任者と介護支援専門員とは違いがみられる。

- 特養ケアマネのため。
- 施設ケアマネのため。
- 施設ケアマネであるため。

(7) 見守りの援助に該当するサービス利用者数（1事業所当たり）

問7 【サービス提供責任者・介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供している利用者数は、何人ですか。

<サービス提供責任者> 事業所当たり

訪問介護利用者数	回答数 (人)	単位：人/月	
		最大値	平均値
要介護1	190	48	6.1
要介護2	178	35	4.8
要介護3	140	10	2.6
要介護4	130	14	2.0
要介護5	111	11	1.2
1事業所当たりの利用者最大値と平均値		100	12.7

※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

<介護支援専門員> 事業所当たり

1か月のケアプラン作成数のうち、 訪問介護を利用している人数	回答数 (人)	単位：人/月	
		最大値	平均値
要介護1	165	46	3.8
要介護2	165	47	3.7
要介護3	151	40	2.1
要介護4	153	17	1.2
要介護5	149	11	0.8
1事業所当たりの利用者最大値と平均値		130	11.3

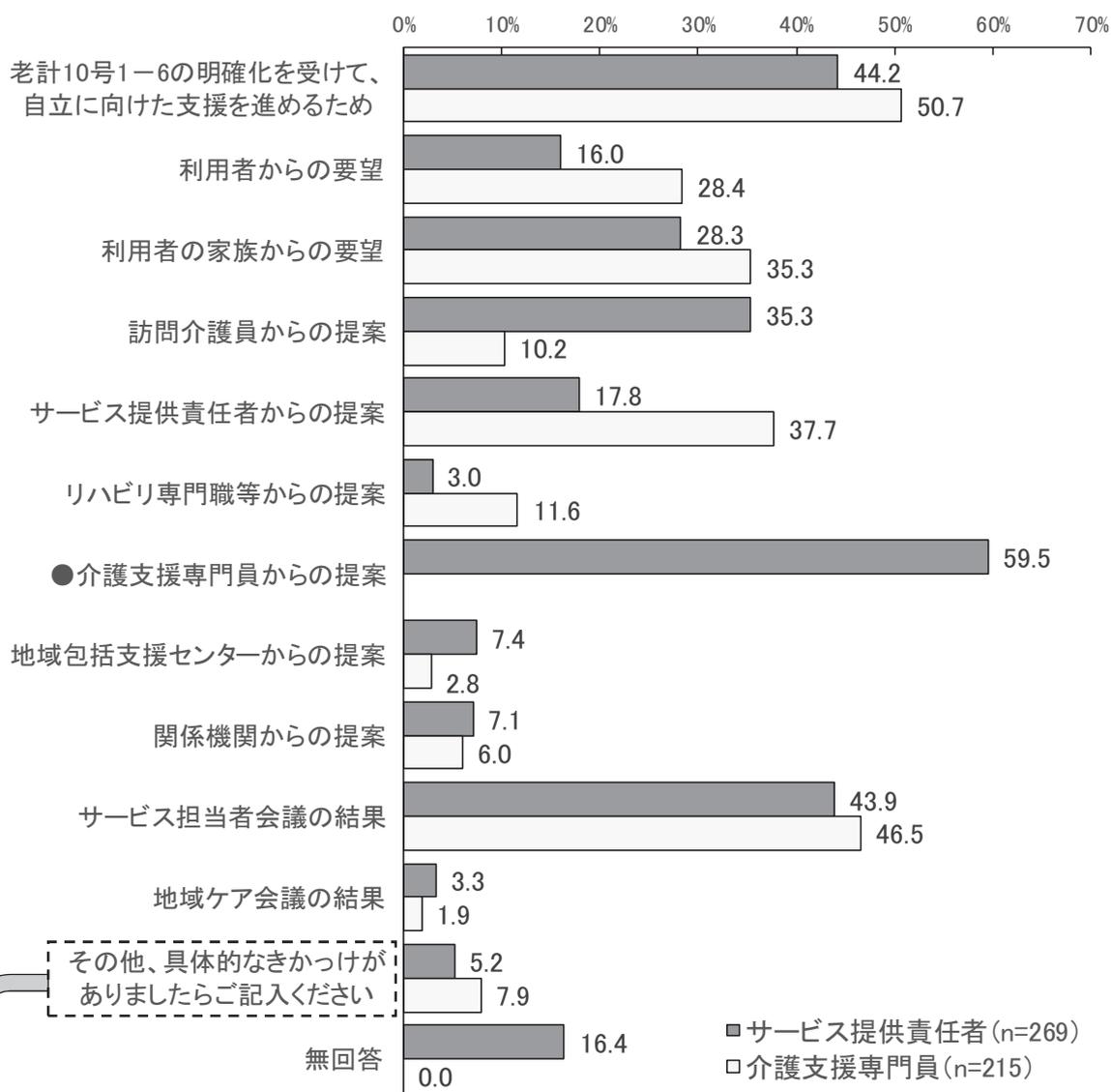
※令和元年5月実績、最大値・平均値は回答者が所属する1事業所当たりの人数

- ・ サービス提供責任者が所属する訪問介護事業所においては、1事業所当たりの見守りの援助に該当するサービス利用者数の平均は12.7人/月である。
- ・ 介護支援専門員の所属する事業所においては1事業所当たりの同サービス利用者の平均人数は11.3人/月である。
- ・ どちらも要介護1及び2に対するサービス提供が多いが、要介護3～5の方にもサービス提供がなされており、重度の利用者に対しても自立支援、重度化防止、ADL・IADL・QOLの向上に向けたサービス提供が展開されている状況にある。

(8-1) 見守りの援助に該当するサービス提供のきっかけ

問8【サービス提供責任者・介護支援専門員】提供のきっかけは、どのようなことがありますか。
(あてはまるものすべてに○)

<サービス提供責任者・介護支援専門員／複数回答>



※●サービス提供責任者にのみ設定

- ・ サービス提供責任者においては「介護支援専門員からの提案」が高い割合である。
- ・ 介護支援専門員においては「老計10号1-6の明確化を受けて、自立に向けた支援を進めるため」が、サービスを提供するきっかけとして最も高い割合になっている。
- ・ 利用者や家族からの要望がきっかけになったという割合については、介護支援専門員よりサービス提供責任者が低い割合となっている。

(8-2) その他に記載されたサービス提供のきっかけ（サービス提供責任者）

- 今年の3月に社福協で講師から話を聞き知りました。そこからあてはまる方のアセスメントをした。
- 本人様の病状が良くなりましたので、希望により自宅に戻られるために、自立生活に向けての見守りの援助を行いました。
- ケアプランの内容を確認の上、老計の区分としてあてはまると判断したため。
- 介護保険の根本に自立支援がある。当初より自立支援の見守りの援助は明記されている。
- サービス開始にあたり、一緒に掃除や調理をして欲しいとケアマネより相談あり、それは自立支援でとこちらから。
- 声かけをし、ヘルパーと共に行うことで、継続してできることがあるのではと考え、ケアマネに提案し、行い、一人でも時々できるようになった。
- サービス提供責任者研修に参加し、より詳しく説明を受けたので。
- 研修で老計10号1-6を勉強し取り入れた。
- 調理の音（まな板の音）を聞いていると、生活感があり昔のことを思い出すと言われたことがきっかけで、徐々に参加をしてもらった。会議での情報等をもとに自立している（できる）ことを訪問介護で担うことは違うと判断し、ケアマネ、家族に介護保険の趣旨を説明し自立支援での訪問を提案した。
- 元々、前のサービス提供責任者が詳しく、契約時にそのようにしていた。
- 利用者の状況や家族の意向によりサービス提供責任者がケアマネに提案した。
- 本質問で改めて、自立に向けた支援であることを確認した。これまでは他援助に付随する援助内容として実施しており、自立に向けた支援であることを確認できた。
- 利用者が怪我をして入院し、それまで要支援2だったが要介護4に変更になり、退院後より提供開始となった。
- 明確にされる以前より、事業所としてはこの取り組みは行っていた。

(8-3) その他に記載されたサービス提供のきっかけ（介護支援専門員）

※同様の意見はまとめている

- ケアマネジャーのアセスメントから必要性講じて。
- ケアマネジャーからの提案。
- アセスメントの結果、プランに組み込むことによって重度化防止に資すると判断したため。
- 認知症があり自立支援のためサービス関係者と相談の結果、開始した。
- 退院後カンファ、サービス担当者会議。
- 利用者の状態を考えて、利用者と相談してケアマネが勧める。
- 家族に頼らず生活していきたいという主の意向。
- 生活援助の要介護度別訪問回数制限回避のため。
- できることは今後も継続してもらいたい。特に独居高齢者・高齢者世帯の場合。
- 認知症のため自分で段取りすることはできないが、指示や一緒に行うことで家事が続けられた。(同居の夫(自立)からの暴力・暴言も疑われたため、生活状況の把握も込めて訪問介護を利用した)・・・保険者へ確認の上プランへ位置づけた。

(9-1) 具体的な見守りの援助の実施状況 (サービス提供責任者)

問9 【サービス提供責任者】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 (老計10号1-6) に該当する身体介護として、具体的にどのような行為を実施していますか (していましたか)。

※別紙の裏面を参照し、例1～15と同様の行為を実施した場合は、該当する例番号に○をしてください。

※訪問介護計画に記載されている(いた)内容をもとにご回答ください。

※例16をした場合は、具体的に内容をお教えてください。なお、これまでのすべてのケースではなく、かかわったケースをいくつか選び、ご記入ください。

<具体的な見守りの援助の実施状況/複数回答>

単位：%

ベッド上からポータブルトイレ等 (いす) へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。	例1	38.7
認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人でもできるだけ交換し後始末ができるように支援する。	例2	41.6
認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。	例3	58.7
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)。	例4	60.6 ⑤
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)。	例5	55.8
ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ (声かけや見守り中心で必要な時だけ介助)。	例6	28.6
本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。	例7	62.1 ③
利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓 (安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)。	例8	63.6 ①
ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助。	例9	34.6
認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。	例10	47.6
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。	例11	61.7 ④
利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等。	例12	29.0
利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修。	例13	38.3
利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片づけ (安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)。	例14	63.2 ②
車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助。	例15	25.7
上記以外	例16	6.3

■ サービス提供責任者 (n=269)

※グラフの○数字は割合の高い順の順位

(9-2) 例16に記載された見守りの援助の実施内容(サービス提供責任者)

※同様の意見はまとめている

- 共に行う調理(自立に向けた助言、手順などの声かけ、見守り)。
- 整容、整髪の声かけ、見守り。
- 室温の調整、衣類の調整。
- 季節に合った衣類選び、外出荷物の準備、身支度・整容。
- 認知症の高齢者と一緒に店に行き、食材選びや代金の支払いが確実にできるよう声かけや確認を行う。
- 買い物する材料を共に考え、メモに記録すること。届いた郵便物を一緒に取りに行き、内容の確認をすること。
- 生活リズムを整えるべく起床の声かけ(内服・食事・水分・更衣・排泄)を支援する。
- 利用者と共に掃除機かけ、物品の移動もしていただく。利用者と一緒にシーツの交換をします。
- 安全・気分などを確認しながら、見守りのもとお風呂掃除をしてもらう。
- 認知症の方、また高齢者の方と一緒に安全確認を行いながら、洗濯物を干す。
- 作業療法士の指導のもと、自宅での運動メニューの促し、見守り。
- 認知症のある糖尿病の利用者に対して、血糖値測定やインスリン注射の手順の声かけや見守りを行う。
- 脳梗塞右麻痺の方、再発予防と今の状態を維持するため、訪問リハ、通所介護、訪問介護が連携して適度な運動やリハビリ、見守り、声かけから行っている。
- アルコール依存症からの精神障害で高齢者住宅に住んでいる方で、一緒に掃除、洗濯を1時間ですするというケア内容です。初めは「しんどい」「ねむたい」と言い、一緒に行動してもらえませんでした。3か月程たつと少しの声かけで一緒にできるようになりました。まだ精神的に波があり、動いてくれない時もあります。

(9-3) ケアプランに記載の具体的な見守りの援助 (介護支援専門員)

問9 【介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 (老計10号1-6) に該当する身体介護として、具体的。ケアプランに記載されているにどのような行為を実施するケアプランとなっていますか (いましたか)。ケアプランに記載されている (いた) 内容をご記入ください。

※該当するニーズ、長期目標 (期間)、短期目標 (期間)、サービス内容、頻度などをご記入ください。

※これまでのすべてのケースではなく、かかわったケースをいくつかとりあげてください。

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している

※記入された原文のとおり掲載している

※同様の意見はまとめている

①調理

- ヘルパーと一緒に調理の一部を行う。献立を一緒に考える。水分や食事の確認、促しを行う。服薬したかの確認を行う。
- ヘルパーと一緒に調理や掃除を行う。入浴の介助、声かけ、見守りを行う。
- 以前はできていた入浴や好きだった調理を手伝ってもらうことで行うことができるようにする。
- 一緒に調理、本人の行う整理整頓を見守り。
- 自分で作れる料理の種類を増やす。一緒に作るものと考えて順を伝えることで自分で調理ができる。
- 週2回、妻が亡くなり調理をやる人がいなくなった。調理を教わりながらやって、一人でもできるようになりたい。
- 食事の準備をするにあたり、包丁や火気の使用など取り扱いを見守る。
- 声かけにより、一緒に調理をしたり、メニューを考える。短期目標 (6か月) は、『朝食と、家族が留守の時には自分で食事を用意して食べることができる』頻度は週に1回。
- 調理、掃除の仕方を覚え、一人でもできることを増やす。
- 調理に関してのできない部分の支援及び介助、自宅入浴の場合の移動や行為の介助及び声かけと安全確保。
- 調理の下ごしらえから仕上げまで一緒に仕上げる、週1回。
- ニーズ (調理を自分でしたい)、長期目標 (1年)、短期目標 (半年)、本人による味付け・食材選び・食材切り・盛付などを声かけ、見守り支援、2/週。
- ニーズ：物忘れの進行による不安や混乱がなくなるように環境を整える。長期：栄養バランスのとれた食生活ができる。短期：簡単な調理が続けられ、体重〇〇kgを目安にする。内容：調理状況の確認、御本人と一緒に調理を行う。足りないものの買い物、頻度：毎日。
- 長期 (1年)：健康状態の悪化、転倒等の事故がないように、自分で無理なく行える身の回りのことは続けていける。短期 (半年)：食材、味付けは自分で決めた食事続ける。内容：健康面の確認・調理の下ごしらえ、後片づけ (本人も無理なく行える範囲は、転倒等に注意し見守りともに行う)。
- 長期：転倒を予防しながら定期的に入浴ができる。短期：支援や見守りを受けて浴槽の出入りや洗身動作ができる。サービス内容：浴室移動時、洗身動作、浴槽出入り時の見守り

や介助（2/週）長期：転ばずに台所で調理ができる。短期：手伝ってもらいながら栄養バランスの良い食事を作ることができる。サービス内容：一緒にメニューを考える、調理支援、※転倒しないよう配慮しながら共に行う調理（2/週）。

16. ①一緒に調理や掃除をする（包丁は使えないが皮むきならできる。掃除機は持てないがコロコロならできる）。②カタログを見て食材を選び注文票のチェックを一緒に行う。③冷蔵庫内の確認を一緒に行う（古くなった食材の処分、足りない物の購入）。④シーツ交換時シーツの端を持っている（座ったままで）。
17. ニーズ：きちんと病院に通っているので元気です。これからも元気でいたいです。長期：自宅で心身ともに健康的な生活を送ることができる。短期：体を考えた食生活を送ることができる。サービス：一緒に調理を行う。（塩分に配慮）一緒に自宅環境整備（掃除、躰きやすいものを整理整頓）。
18. ニーズ：夫は仕事を持っており、通院も必要。夫に迷惑をかけたくないので、自分ができる家事動作は自分の役割としてやっていきたい。長期：役割を持った生活が送れる（1年）短期：①見守りや声かけのもと、毎日の夕食が作れる。（半年）②簡単な家事動作（掃除や洗濯、掃除）が見守りのもとできる。（半年）
19. 長期目標（1年）：自宅で日常生活の維持を図る。短期目標（6か月）：負担の大きい部分は手伝ってもらい一緒に家事を行う。サービス内容：調理を一緒に行う。週3回
20. 長期目標：入院しないで自宅で過ごすことができる。（1年）短期目標：袁敏（塩分）や糖分に留意した食事をとる。（半年）サービス内容：調理（塩分や糖分に注意して本人と一緒に行う）。
21. 日常生活を有意義に過ごすことができる、調子の良い時は調理や家事を行う。
22. 日中一人暮らしの認知症の方の食事作りを一緒に行うことで、本人の自立を上げていた。
23. 認知症の方がヘルパーと一緒に調理や掃除を行っている。
24. 物忘れの進行により動作の確認やどこまでできているかなど一緒に調理を行って確認する。
25. 野菜の皮むき、下ごしらえを一緒に行う。洗濯を一緒に干す。排泄後の衣服の汚染がある時など着替えの促し、準備をする。
26. 過度の支援をしない。一緒に調理を行う。整理整頓時声かけを中心に見守りをする。
27. 主に一人暮らしで、脳梗塞片麻痺でベッド上での生活でも、離床して、キッチンシンク前にて座って調理したり、オーバーテーブル上でホットプレート使用して食事を作る動作をしたりする。また男性独居のセルフネグレクト傾向の方に、ヘルパーが入って、一緒にゴミをまとめたり、掃除したりする。
28. 調理（本人と共に行う）。
29. 調理機能の低下に伴い、調理機能維持と安全の確保のため、ヘルパーと調理を行う。内服はヘルパーは手を出さないが、飲んでいるかの確認、促しを行う。

②掃除

1. できる掃除や調理を一緒に行う。
2. ヘルパーと一緒に掃除をする。自宅内の移動状況の観察、支援。
3. ヘルパーの見守りの中一緒に掃除をする。
4. 意欲を引き出し、共に行う掃除や洗濯、ゴミの分別。
5. 一緒に掃除や洗濯を行う。冷蔵庫の片づけを確認して整理する。
6. 居室の清掃、シーツ交換、洗濯物整理を見守り支援で行い必要時支援。
7. 居室内の掃除、洗濯の見守り。
8. 見守りと声かけを受けながら、リビングとキッチンの掃除をする。

9. 自宅内を清潔にしたい。
10. 自分の部屋の掃除とゴミ集めを職員のアドバイスを受けながら行う。
11. 週1回一緒に掃除し、自宅内を片づけ・動線確保、内服準備。
12. 掃除、洗濯など、本人と相談しながら一緒に行うことで自立支援を促すとともに、転倒予防のため見守り及び声かけを行う。
13. 掃除、洗濯を一緒に行い、体の動きや体力に見合った家事の方法をアドバイスする。
14. 掃除、調理、ゴミだし、洗濯、洗濯物干しの見守り、一緒にする。車椅子への移乗見守り。体操、歩行の見守り。
15. 掃除や整理整頓、冷蔵庫内の食品の点検などを一緒にする。
16. 掃除を一緒にする時に移動時の見守り（例8）。
17. 当日、本人に、訪問介護が行う掃除内容、優先順位を決めていただく。本人の洗濯物を干す際の安全確保（具体的に干す洗濯物を1枚ずつ渡す、干す際の姿勢のアドバイス等）。
18. 認知症あるが、声かけと用具を用意すれば、掃除行為ができる。弱視あり片麻痺あるが、献立を考えたり材料を出したり簡単な調理など利用者ができることを交えて共同調理する。認知症でサ高住入居者で、近くのコンビニに一緒に行き、外出歩行と買い物行為の見守り。
19. 認知症のある利用者と一緒に、清掃（冷蔵庫の整理含む）、調理、洗濯を見守り声掛けしながら行った。
20. 本人と一緒に掃除や洗濯を行う。
21. 本人と一緒に掃除をする、ゴミを出す、移動時について歩く。
22. サービス提供に拒否がある認知症の方と一緒に片づけを行うことで、生活環境の悪化を予防する。認知症があり、歩行が不安定のため転倒リスクが高いけど、自分で家事をしたい方への見守り及び一緒に家事を行う支援。
23. ニーズ：認知機能と意欲の低下がみられ、家事や調理、清掃の支援をお願いしたい。長期目標：できない部分の家事の支援を受けることで、不安が解消される。短期目標：支援を受けながら穏やかな生活が送れるようになる。サービス内容：居室の清掃・洗濯・家事を一緒に行い、安全に実施できるよう声かけと見守りを行う。
24. ニーズ：やる気が出ない状態のため家事ができません。ご本人：家事は頼みたい。長期目標：気持ちよい環境で生活できるようになる。短期目標：消耗品を職員と一緒に確認して、買ってきてもらう。サービス内容：①必要なものが有れば買い物代行を行う。②本人ができそうなことは声かけして一緒に行う。③汚染時の対応。
25. （ニーズ）背部痛があり掃除や洗濯等の家事をする意欲が低い。声かけや一部介助を行うことで自身で実施したい。（長期目標）家事支援を受けながら自宅での生活を続けることができる。（短期目標）手の届く範囲の掃除や、洗濯、外出準備等を自分で行うことができる。（サービス内容）掃除、洗濯、食器洗い、外出準備等の声かけ、転倒防止見守り、一部介助（頻度）週2回。
26. 【長期目標】自分の部屋の掃除を自分でする習慣がつく。【短期目標】ヘルパーと一緒に掃除をしながら手順を覚える。【サービス内容】①道具をそろえる（不足する物を準備してもらうよう家族に要請する）、②一緒に掃除をしながら本人ができるところを探す、③少しずつ一人でできる所の掃除をやってみる。
27. ニーズ：掃除や買い物を手伝ってもらい、気持ち良く暮らしたい。長期目標／期間1年：体の動きが良くなり、買い物や掃除が楽しみになる。短期目標／期間6か月：ヘルパーさんと相談しながら無理をしない範囲で一緒に作業を行う。サービス内容：一緒に行う掃除、洗濯、衣類整理・被服の補修、生活環境整備。頻度（1回／週）。

③服薬

1. 内服関係・調理や掃除などの動作を一緒に行う。

2. 内服薬の服薬確認支援。
3. 服薬、一緒に調理・炊事・洗濯など。
4. 服薬、食事、排泄の声かけ誘導。
5. 服薬の確認、移動、移乗時の見守り、洗濯干し、たたみの支援。
6. 服薬の見守り確認 週4日(月・水・金・日)。
7. 服薬の促しと確認。
8. 服薬を促す声かけを行い、服薬したことを確認する。週6回。
9. 服薬介助。
10. 薬の飲み忘れを防止する。視力障害があってもできる家事を共に実施。
11. 薬の内服を促し、服薬の確認を行う。調理のできることは見守り、声かけを行い、一緒に行く。洗濯物を一緒にたたむ。身の回りの整理整頓。本人の好むものを食べてもらうよう促す。
12. (サービス内容：頻度①③週1回、②週5回) ①自身では服薬管理が困難なため服薬カレンダーを使用し一緒にセットすることで、重度化防止・自立支援を行っている。②その都度本人の目が届くところにメモを置き利用者本人が行為を忘れても気づけるように行っている。③ベッドメイキングを一緒に行く。(長期：1年間、短期：半年間)
13. ニーズ：今まで通り家で暮らしたい。長期目標：体調が悪化しない。短期目標：きちんと服薬できる・バランスの良い食事がとれる。支援内容：残薬の確認、服薬の声かけを行う。一緒に調理する。お菓子やカップ麺の消費を確認する。必要時一緒に買い物に行き食材を購入する。保存のきくものを選択するよう支援する。生活に不安なく、一人暮らしが続けられる。腰痛を起こさない。服薬の確認と促し。食事や水分補給の促し。長期目標：血圧などの健康状態を維持することができる。短期目標：お薬をきちんと飲むことができる。サービス内容：お薬カレンダーで内服確認。内服ない場合は、声かけし飲んだか確認する。頻度：6日(残りは家族が対応)。

④洗濯

1. 洗濯を干す、排泄行為が自分で行える声かけや見守り、1日1回週4回。
2. ニーズ：洗濯は自分の仕事として続けたい。長期：自分の物は自分で洗濯し、大きな物は手伝ってもらいながら家での生活を続けている。短期：陽の当たる廊下に洗濯物を干すことができる。サービス内容：①大きな重い洗濯物を干したり、取りこむ。②洗濯が溜まっている時等、声かけして見守る。頻度：週1回。
3. ヘルパーと一緒に安全を確保しながら洗濯物を干す。週1回。
4. ヘルパーと一緒に洗濯物を干す・たたむ。一緒に茶碗を洗う。
5. 一緒に洗濯、洗濯物干しを行う。調理を行う。
6. 洗濯、掃除、食器洗浄など、ヘルパーの見守りと声かけ。
7. 洗濯、調理、ゴミ出しなどの家事が転倒なく安全に行えるように一緒に行く。
8. 洗濯や掃除・調理など介護職員と共に行い、今できていることが続けられる。
9. 洗濯を行い一緒に干したりたたんだりする。声かけをしながら一緒に掃除を行うなど。
10. 洗濯機から洗濯物を取り出し、干しやすい形に整える。洗濯物を取りこみ、本人にたたんでもらう。献立を考え、皿を出す、盛り付ける、簡単な刻み等を行い、ヘルパーと一緒に調理する。
11. 洗濯物の取り込み、調理を自分で行えるための見守りの援助。
12. 洗濯物を取り込み、たたんで片づける。内服の声かけと見守り。

13. 長期：6か月：自分のやりたいことができる。短期：3か月：洗面や歯磨き・掃除・洗濯等を介護員さんと一緒にしたい。サービス内容：洗濯物を洗濯機で回し、掃除をして洗濯物を干すことができる。週2回59分。
14. 訪問介護員と一緒に洗濯物たたみ、食器後片づけを本人もできる範囲で行う。

⑤家事

1. ご自宅内での家事、調理、掃除、片づけ、整理、洗濯干し等、自立支援のための家事動作の見守り援助。
2. ヘルパーと一緒に台所で自身のできる家事を行うことで少しでもできることを増やしましょう。
3. かかわりや促しがあれば、なんとか家事に取り組むことができるようになっているので、できることを続け、ヘルパーさんと共に家事を行いましょう。○さんの家事意欲を確認し、家事分担し取り組めるようにかかわる。倦怠感や腰痛の有無に留意。
4. 共に家事をする、外出する、買い物に行く等。
5. 共に行う家事(掃除、洗濯物収納、ゴミまとめ)・声かけ、促しながら何が本人が参画しやすいものかを見極め、参画度の高いものから取り組みを深める・長期は3か月、短期1～2か月・認知症独居・週2回。
6. 見守りで安全に家事援助ができる。
7. 自分で行える家事を増やし、自分のペースで生活できるようになる。
8. 精神疾患や認知症のある利用者様で明らかな身体介護ではないが、精神的に支援するために一緒に家事を行うなどが多い。
9. 退院直後のため、支援が必要な内容を明確にし、生活環境を整える。短期記憶の低下により行動に移れないため、家事等を声かけや必要な介助を行いながら共に行う(一人暮らし)。
10. 訪問介護員と一緒に台所に立ち、家事参加を促す。
11. (サービス内容) 自立支援の観点から、本人と一緒に家事を行う。
12. (ニーズ) 認知機能の低下により一人で家事を行うことが困難。(長期) 安心して在宅生活が継続できる。(短期) 今できている家事が今後も自分で続けられる。(内容) ゴミの分別を共に行う、買い物に同行し食品を共に選ぶ。(頻度) 週3回。
13. (認知症があるので) 台所の片づけ、生協の注文を一緒に行う。

⑥排泄

1. トイレ見守り、買い物選定、入浴見守り。
2. 排泄や着衣に際し、本人の自立度が維持できるよう、見守りや声かけ支援を行う。
3. リハビリパンツの交換を見守り・声かけを行う。
4. 現在できていることが維持され、生活機能が低下しないよう支援。トイレでの排泄が安全に実施できる(毎日あるいは日中)。車椅子とベッド間の移乗が自分で安全に行える(毎日)。
5. 声かけをし、ポータブルトイレに座ってもらい排泄をする。
6. パーキンソンの方の排泄の促しと確認、嚥下機能の確認による食事援助。
7. 長年送ってきた生活のペースを崩さずに生活できる。声かけのもと自分の力を使って動くことができている。見守りや次に行う動作を教えてもらうことで、動く力を維持していきたい。排泄の誘導、状況観察、汚染状況の観察、衣類の確認、汚染時着脱の声かけ、手伝い。

8. ニーズ：楽しみにしているテレビ番組をみる。長期：一人で車椅子を自走し、トイレまで行くことができる。短期：体力・筋力を維持して、一人でトイレに行くことができる自信をつける。サービス内容：ポータブルトイレの処理、排泄介助、清拭、口腔ケア、洗面などの身の回りの支援。
9. トイレ、風呂、脱衣所、台所、掃除、居間、廊下、の掃除を本人と一緒にやる。訪問時服薬状況を確認する。（サービス提供中に利用者生活状況や、健康状態に変化等を把握した場合はケアマネジャーに情報提供をお願いします）
10. ニーズ：自分でできることはできるだけ自分でやって、寝たきりにはなりたくない。長期目標（半年）：自分で行えることを継続して行えることで、自信と希望を持って生活できる。短期目標（3か月）：自分で行えることは、自分で行える。サービス内容：ポータブルトイレへの移乗・移動の支援、衣類・下着の着用時の一部介助、介護専門職としての助言、※間接拘縮のある利用者さんが、ベッド脇のポータブルトイレへの移動に時間をかけてでも、座って排泄したい。（全介助されず）（オムツに用をたすのは嫌）頻度：モーニングケア時、ナイトケア時、＋必要時。

⑦入浴

1. ヘルパーが訪問中に入浴する。体調を確認し、必要時は介助する。
2. 入浴の見守り・洗身の声かけ・安全確認。
3. 入浴の際の更衣の見守り。
4. 入浴介助（シャワー浴介助）：洗身は自身でできる範囲で行い、困難部分での支援、転倒予防のための見守り。
5. 入浴支援等では本人ができる洗身行為は自分でやる。
6. 入浴用リフトを使用し、介助を受けながら安全に入浴することで清潔の保持と快適に生活することができる。

⑧ゴミ捨て

1. 一緒に、いらぬものの確認をしながらゴミ捨て、掃除をやる。
2. ゴミ捨て、ゴミの分別の声かけ、確認（週1～2回）、薬の飲み忘れ防止のための声かけ、確認（週4～5日）、食事の準備、見守り、声かけ（週4～5日）、洗濯物取り込み、たたみ、タンスにしまうことの声かけ、確認（週4～5日）。
3. ゴミ捨てを一緒にやる。調理を一緒にやる。
4. ゴミ出しの曜日を忘れるので、声かけをやることで、収集日にゴミ出しができる。緑内障で見えないが、ヘルパーの支援（声かけ・そばに置く）の介助で正しく服薬ができる。洗濯を干す動作の際に、転倒しないようにそばにつく。安全に期日前投票に行けるよう、車いすで自治会館までの移動を介助する。
5. ニーズ：掃除やゴミ捨てなど、上手くできないことを手助けして欲しい。長期：生活に不都合が生じることなく生活できる。短期目標：家事の手助けを受けて、在宅生活を続けられる。サービス内容：自立を支援。その日の自宅状況によって、必要なことを支援する。・腐敗物処理の補助・ゴミ集めの補助・整理整頓の支援・普段使用している場所の掃除の補助・洗濯物の確認と洗濯の支援・洗濯物たたみの補助・布団干しの補助。短期目標：ゴミを溜めずに捨てられる。自立を支援する。・ゴミの分別の補助・燃えるゴミをゴミステーションに出す手助け・資源ゴミと不燃ゴミが溜まった時は、必要時追加で援助する。
6. 部屋のゴミをヘルパーと一緒に袋にまとめる。
7. 本人と共に行うゴミ分別、自立支援のための見守りの援助。

⑨デイサービス準備

1. 認知症の方。デイサービスご利用前の準備をご自分とご主人の分をヘルパーからの声かけ見守りの中行う。
2. デイサービスに出掛ける準備（更衣・持ち物準備・朝食後薬の服薬確認等）、調理。
3. 洗濯を一緒に行う。デイサービスの用意や洋服の整理整頓を一緒に行う。
4. 【長期目標：1年】入院しないように自分で健康管理ができる。【短期目標：1年】お天気に合わせてデイサービスに着ていく服を選び、用意することができる。【サービス内容】通所時の荷物の準備について相談しながら行う（x1/w）。
5. 【ニーズ】物忘れはあるが、人とのかかわりをもちながら自宅での生活を続けたい。【短期目標：1年】手伝ってもらいながら、自分でできる家事や身の回りのことを行う（独居のため、県外から介助に来る家族が不在時の朝夕）。【サービス内容】通所準備の促し、見守り、必要時の介助・通所利用の声かけ・持ち物確認・食事の温め・配膳下膳・服薬の促し確認・火気の取り扱い、戸締りの声かけ確認。
6. 認知症の利用者と一緒に通所物品の準備、一人で準備ができるよう目標設定。

⑩買い物

1. 独居が維持できる（長期）近所のお店で買い物ができる（短期）必要な物が購入できるよう買い物リストを作るよう声をかける、近所のスーパーまで一緒に歩く（サービス内容）。
2. 認知症独居。冷蔵庫の中のものと一緒に見て、何が作れるかを一緒に考え、不足している食材を導き出し、一緒に買い物に行く。
3. 買い物同行支援。
4. （長期1年）近隣のお店に買い物に行けるようになる。（短期6か月）居室内で転ばずに過ごすことができる。（サービス内容）更衣・整容・デイケア利用の準備を、声をかけながら一緒に行う。（頻度週1回）
5. 買い物の付き添い、病院への付き添い。

⑪冷蔵庫の整理

1. 一緒に冷蔵庫の中を確認し、古い物は処分する。一緒に朝食の準備をする。一緒に洗濯、掃除をする。
2. もの忘れがあるため冷蔵庫の中の食材管理、一人では調理がうまくできなくなってきたので声かけ。
3. 独居で認知症がある方の冷蔵庫の整理整頓。
4. 冷蔵庫の中の賞味期限切れの食材の処分を一緒に行う。買い物支援のため、必要な食材を一緒に考える。ゴミの分別を一緒に行い、捨てに行くように促す。
5. 冷蔵庫の整理、生協の注文書の確認、家事食器洗い等。

⑫歩行

1. 移動時、転倒しないように側について歩く（必要な折は介助）。入浴、更衣時の見守り。
2. 歩行時の見守り。

⑬水分補給

1. 水分の促し・服薬・食事、清掃の見守り。

2. 水分補給のための声かけ、誘導。

⑭その他

1. 季節に対応した衣服の選択、衣服の更衣をそばについて声かけや確認等の見守りを行う。冷蔵庫の中を共に整理整頓。
2. 一緒に衣類等の整理。
3. 血圧測定の前と記録方法の援助。
4. 自身で移乗動作が行えるような見守り・声かけ支援。
5. 食器洗浄が自身で行えるようになる。
6. 布団を干したいという意欲はあるが、筋力低下による転倒の危険性がある。ヘルパーと一緒にすることで、見守りができ転倒せずに布団を干すことができる。
7. 縫い物、食器拭き、タオルたたみを手伝う。
8. 認知症の利用者への日常生活行為の声かけ、見守り。
9. 一人暮らしの継続、物忘れによる生活障がいへの解消、毎日2回訪問。
10. 自宅での役割が継続できる。
11. 自分でできることは継続して行えるように見守り、必要なところをお手伝いします。
12. 自分のできないことを支援してもらいながら、一人でできることを増やしていく。
13. 自立的支援の視点で安全確認、見守り、声かけを行う。
14. 主婦の役割としての活動が行えるように。
15. 毎朝のモーニングケアは難しいことは介助してもらい、できることについては、見守りで自身で行うことができる。
16. 介護を受け入れ共に作業ができる。2019. 4. 1～2021. 3. 17 促しにより身の回りの整理ができる。2019. 4. 1～2019. 10. 31・水分補給促し・頭皮への軟膏つけ手伝い・ベッドメイク、シーツ交換、洗濯促し・共に行う衣類の確認と整理、週3回。

(10-1) 利用者への効果

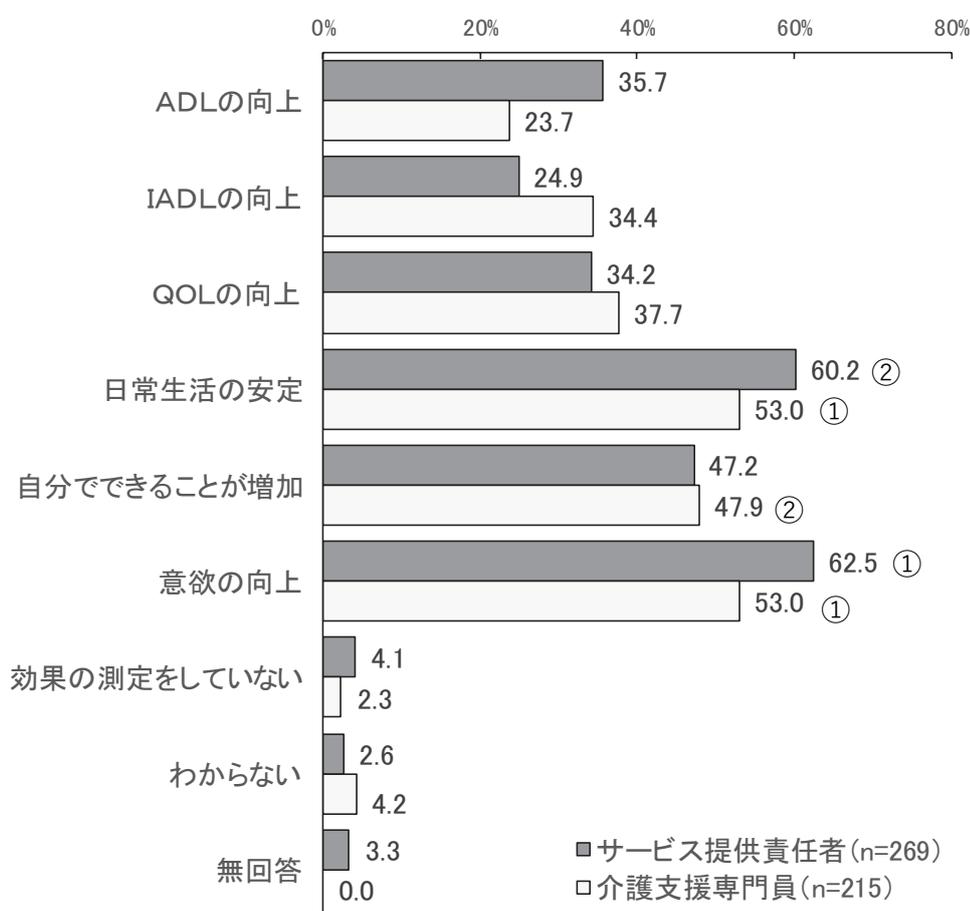
問 10 【サービス提供責任者・介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計 10 号 1-6）に該当するサービスを実施した結果として、利用者にはどのような効果がみられましたか。（あてはまるものすべてに○）

※上記のほか、利用者についての変化や維持等の効果等がありましたらご記入ください。

※家族について効果、影響等がありましたらご記入ください。

※事業所における効果、影響等がありましたらご記入ください。

<サービス提供責任者・介護支援専門員／複数回答>



※グラフの○数字は割合の高い順の順位

- ・利用者への効果については、サービス提供責任者は「意欲の向上」「日常生活の安定」、介護支援専門員は「日常生活の安定」「意欲の向上」「自分でできることが増加」が高い割合である。
- ・「ALDの向上」はサービス提供責任者より介護支援専門員が低くなっている。
- ・「IADL」の向上は介護支援専門員よりサービス提供責任者が低くなっている。

<サービス提供責任者／複数回答>

単位：%

		合計	A D L の 向 上	I A D L の 向 上	Q O L の 向 上	日 常 生 活 の 安 定	自 分 で 可 能 な こ と が 増 加	意 欲 の 向 上	効 果 の 測 定 を し て い な い	わ か ら な い	※ A D L か ら 意 欲 の 向 上 ま で の 合 計
全体(n=269)		100.0	35.7	24.9	34.2	60.2	47.2	62.5	4.1	2.6	264.7
年 齢	39 歳以下(n=42)	100.0	35.7	23.8	42.9	54.8	52.4	59.5	0.0	4.8	269.1
	40 代(n=67)	100.0	37.3	28.4	37.3	64.2	44.8	61.2	6.0	3.0	273.2
	50 代(n=107)	100.0	36.4	24.3	29.0	57.9	43.0	62.6	2.8	0.9	253.2
	60 代(n=43)	100.0	23.3	20.9	32.6	65.1	48.8	67.4	7.0	2.3	258.1
	70 代以上(n=4)	100.0	50.0	50.0	25.0	50.0	75.0	50.0	0.0	0.0	300.0
訪 問 介 護 事 業 所 で の 通 算 年 数	3 年未満(n=25)	100.0	※ 24.0	※ 16.0	※ 16.0	※ 56.0	※ 36.0	※ 48.0	4.0	0.0	196.0
	3 年以上 5 年未満(n=23)	100.0	34.8	21.7	34.8	56.5	43.5	65.2	4.3	4.3	256.5
	5 年以上 10 年未満(n=52)	100.0	32.7	26.9	48.1	61.5	44.2	61.5	3.8	3.8	274.9
	10 年以上(n=161)	100.0	38.5	27.3	31.7	60.2	49.1	64.0	4.3	1.9	270.8
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者 と し て の 通 算 経 験 年 数	3 年未満(n=62)	100.0	29.0	22.6	29.0	56.5	46.8	62.9	1.6	3.2	246.8
	3 年以上 5 年未満(n=44)	100.0	45.5	22.7	40.9	65.9	38.6	61.4	2.3	0.0	275.0
	5 年以上 10 年未満(n=81)	100.0	35.8	29.6	33.3	60.5	46.9	60.5	4.9	2.5	266.6
	10 年以上(n=73)	100.0	34.2	26.0	32.9	60.3	49.3	65.8	6.8	2.7	268.5
事 業 所 の 法 人 種 別	社会福祉法人(n=48)	100.0	37.5	25.0	29.2	68.8	45.8	60.4	2.1	4.2	266.7
	社会福祉法人 (社会福祉協議会) (n=81)	100.0	37.0	27.2	39.5	63.0	42.0	61.7	0.0	0.0	270.4
	特定非営利活動法人(n=10)	100.0	20.0	30.0	40.0	70.0	10.0	70.0	10.0	0.0	240.0
	株式会社・有限会社など(n=95)	100.0	33.7	22.1	30.5	51.6	52.6	64.2	7.4	2.1	254.7
	医療法人(n=20)	100.0	40.0	20.0	35.0	60.0	60.0	50.0	10.0	10.0	265.0
	農協などの協同組合(n=8)	100.0	37.5	25.0	25.0	62.5	62.5	87.5	0.0	0.0	300.0
	その他(n=1)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	400.0

- ・ 訪問介護事業所での通算年数やサービス提供責任者としての通算経験年数が 3 年未満において、サービス提供責任者が考える利用者への効果は、「※ADLから意欲の向上までの合計」の値が低い。
- ・ 特に経験年数が 3 年未満では、経験年数の長い人に比べて利用者への効果が低いと感じている結果となっている。

<介護支援専門員／複数回答>

単位：%

		合計	A D L の 向 上	I A D L の 向 上	Q O L の 向 上	日 常 生 活 の 安 定	自 分 で 可 能 な こ と が 増 加	意 欲 の 向 上	効 果 の 測 定 を し て い ない	わ か ら ない	※A D L か ら 意 欲 の 向 上 ま だ の 合 計
全体(n=215)		100.0	23.7	34.4	37.7	53.0	47.9	53.0	2.3	4.2	249.7
年 齢	39歳以下(n=22)	100.0	31.8	31.8	36.4	45.5	36.4	59.1	0.0	4.5	241.0
	40代(n=90)	100.0	22.2	41.1	41.1	56.7	52.2	47.8	0.0	3.3	261.1
	50代(n=75)	100.0	26.7	30.7	34.7	53.3	44.0	58.7	6.7	4.0	248.1
	60代(n=25)	100.0	12.0	24.0	36.0	48.0	56.0	48.0	0.0	4.0	224.0
	70代以上(n=3)	100.0	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	66.7	0.0	33.3	233.2
と し て の 経 験 年 数 介 護 支 援 専 門 員	3年未満(n=14)	100.0	※ 35.7	※ 21.4	※ 21.4	※ 57.1	※ 28.6	※ 28.6	7.1	0.0	192.8
	3年以上5年未満(n=16)	100.0	31.3	37.5	37.5	50.0	62.5	56.3	6.3	0.0	275.1
	5年以上10年未満(n=53)	100.0	17.0	35.8	45.3	52.8	41.5	45.3	0.0	5.7	237.7
	10年以上(n=131)	100.0	24.4	35.1	36.6	53.4	50.4	58.0	2.3	4.6	257.9
事 業 所 の 法 人 種 別	社会福祉法人(n=52)	100.0	21.2	28.8	28.8	50.0	36.5	50.0	5.8	3.8	215.3
	社会福祉法人（社会福祉協議会）(n=17)	100.0	11.8	35.3	47.1	64.7	47.1	47.1	0.0	0.0	253.1
	特定非営利活動法人(n=8)	100.0	37.5	75.0	50.0	62.5	50.0	62.5	0.0	12.5	337.5
	株式会社・有限会社など(n=84)	100.0	21.4	33.3	35.7	57.1	52.4	51.2	1.2	4.8	251.1
	医療法人(n=37)	100.0	24.3	32.4	40.5	37.8	54.1	51.4	0.0	5.4	240.5
	農協などの協同組合(n=5)	100.0	40.0	20.0	40.0	60.0	60.0	60.0	20.0	0.0	280.0
	その他(n=12)	100.0	50.0	50.0	58.3	58.3	41.7	83.3	0.0	0.0	341.6

- ・ 介護支援専門員としての経験年数が3年未満において、介護支援専門員が考える利用者への効果は、「※ADLから意欲の向上までの合計」の値が低い。サービス提供責任者と同様に、経験年数が3年未満では、経験年数の長い人に比べて利用者への効果が低いと感じている結果となっている。

(10-2) 利用者への効果_自由記載 (サービス提供責任者)

利用者への効果	件数
①意欲の向上	31
②できることが増えた	14
③機能の維持	11
④生活の維持・継続	9
⑤自信につながっている	8
⑥満足感	5
⑦表情が変化	5
⑧サービス利用の肯定・信頼関係	4
⑨安心感、不安解消	3
⑩その他	8
合計	98

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している

※記入された原文のとおり掲載している

①意欲の向上

1. 部屋をきれいにしなきゃならないという意識付け、整理整頓、精神面において向上がみられる。
2. ヘルパー訪問時は必ず台所に来て作業に参加が維持できている。調理を頑張っていて行こうという気持ちがある。
3. 以前に行っていたことを思い出して、行動しているのがわかる。
4. 一緒に行く意識の定着がみられました。
5. 一緒に行くという意識がみられる。
6. うつの傾向がある利用者で、声かけにて起床してもらい、共に片づけができるよう声かけしながら添ってきました。ヘルパーが入室すると「今起きるから、仕事するから」と言うようになり（時々気持ち悪いと寝たままの時がありました）、加えて認定で要支援2になった途端「頑張らなくちゃ」と自主的にするようになりました。
7. 声かけなどを行っていくうちに積極的に動こうとされる利用者もいた。
8. サービスについてほぼ受け身で意欲が全くなかったが、まだ数回ではあるが、自分で部屋の片づけをして下さったことがあった。
9. 支援ハウス利用者の方、会話をメモにて対応させていただく方との間で「外出ノート」を活用することにより、ご本人の体調なども知ることにつながりご本人の意欲向上がみられるようになった。
10. 自分で何かする意欲がなかった利用者が週に一度、ヘルパーと一緒に積極的に掃除している。
11. 上記にあげた買い物メモでは、自分の購入品は自分で決めると意欲的になり、チラシ・広告等にも関心を持ち、現金も数えるようになった。

12. 初めはやらされている感があったが、今では自分の仕事と思ってくれるようになった。
13. ヘルパーが訪問することにより、一緒に自分も調理、片づけを行わなければという意欲の向上につながってきた。本人の離床時間が短くなった等の言葉があった。自分で一緒に行うことで食欲等もでてきた等、体調変化の報告もある。
14. ヘルパーにも確認を求めながら、ご自身で行動するようになった。
15. ヘルパーにやってもらうだけでなく、自分でもやらないといけないという意識が感じられる。
16. メニューを考えると意欲。
17. 利用者と共に行うことにより、本人のできる、できたと思う気持ちが少しずつ前向きな気持ちになれるようです。体調の変化に注意しないといけないですが、効果が出る方も多いです。
18. 利用者の意欲が向上し、自分の役割として認識し、達成感を持つことができるようになった。
19. 意欲の向上（維持）ができています。
20. 引きこもりがちだった利用者が、積極的に外出できるようになった。
21. 共に行いながらの時間を楽しく過ごせる、できるようになったことへのほめ言葉で意欲がみられる。
22. 今までは、生活援助でこちら側がすべて行っていたが、ご本人が少しずつ興味を示すようになり、声かけなどをすることで簡単な調理をできるようになった（しようとする意欲がわいた）。
23. 今まで調理をしなかった認知症の利用者が自分で簡単な調理をヘルパーと一緒にするようになった。
24. 声を掛けると意欲的に動かれ、やるのが当たり前になった。
25. 調理の際、一つの作業を終えると「次は何をしましょうか？」との言葉が出るようになった。
26. 一人ではできなかったことが、一緒に行うことで生活環境が整い、意欲的な発言がみられた。
27. 利用者様が今できることの継続、意欲、喜びと感ずることができている。
28. 家にとじこもりぎみの方が、ヘルパーと一緒に買い物に行くようになり、好きなものを購入したり、美容室に行き表情も明るくなった。
29. 向上したとは言えない、機能維持されている。声かけによる意欲の向上はみられる。
30. まったく何もしないよりは維持できていると思う。家事等に「参加している」と感じることにやりがい、生きがいを感じてくれる人もいます。
31. ヘルパーが訪問することで家族より、週2回はパジャマから普段着になっている、一日のメリハリがあって良い、との話がありました。

②できることが増えた

1. 洗たく機や炊飯器の使い方を覚えて、自分で操作できるようになった。
2. メニュー決めができるようになった。料理を覚えて一人で作ってみた。
3. 一人ではできない調理も一緒に行う。
4. 一緒に調理を行うことにより、食材を準備して待ってられるようになった。一品ほど同じ献立を繰り返し一緒に調理することで、覚えられ一人で作られるようになった。現在2品。
5. 声かけにより、味付けができたり、洗濯ができるようになった利用者さんがおられる。

6. 自分でできることが増え、また日々の繰り返しで動作が日常化した。
7. できる家事（危険のない洗濯、掃除など）を先に行うようになった。一緒に家事を行い会話の幅が広がった。
8. 認知症の方は、特にこれまでの日常生活動作や習慣の継続で、自身でできることの維持時間を長くしていくことができている。
9. ヘルパーがつい介助を行いそうになると、これは自分でできるから、できることをしめすと積極的に参加されている。自身でできることが増えれば時間の短縮となり本人様の自信となっています。
10. ヘルパーと一緒にいることを楽しみに待っていて下さるようになりました。一緒にいることで、利用者が生き生きしている。できることが増えた。
11. 家事等声かけし参加することを嫌がっていた人もいたが、少しずつできることが生まれている。
12. 声かけにより、味付けができたり、洗濯ができるようになった利用者さんがおられる。
13. 他者がかかわることで一人ではしていなかった家事ができる。
14. 利用者のイライラが軽減され、利用者が怒らなくなったと言われた。

③機能の維持

1. 向上したとは言えないが、機能維持されている。
2. 長い期間ADLが変化なく生活できている。
3. ADL、IADL、QOLの維持ができている。
4. ADLの低下を心配していたが、維持もしくは若干の向上がみられている。
5. IADLの向上までは行かなくても維持できている。
6. 自分にできることをかかわることで認識し機能の維持に役立っている。
7. 転倒のリスク軽減。
8. 介護度が下がった。
9. 繰り返し声をかけて一緒にいることで排泄の大きな失敗が減った
10. 食事がしっかりとでき、体調良好となった。
11. 食欲不振から食欲増加につながり、ADLやQOLの向上になった。

④生活の維持・継続

1. 在宅生活が継続できている。声かけや見守りで行える。食事・服薬・うがい・トイレ。
2. 在宅生活継続。
3. 在宅生活の継続。
4. 人によってであり全部の利用者が変わったわけではない。ヘルパーが入り、促しが見守りの中で生活が維持できる人が多い。
5. ヘルパーさんの回数を減らされることなく、安定した生活ができるという安心。
6. 一人暮らしの生活が維持でき、身体の状態も安定している。
7. 自宅で生活できることの安心が得られ、自分らしさを維持できる。
8. 生活の安定がみられ明るくなりました。
9. 認知症の方の進行を妨げることができて、安定した生活をおくれているように思います。

⑤自信につながっている

1. 自身の自信につながっています。
2. できるようになることで、自信へつながった。
3. 当初、これやってあれやってと言っておられた利用者様も自分も動けるんだという自信につながり、意欲的にご自分で動いて下さるケースも増えてきたように感じます。
4. 見守りながらやっていただくことで、ご本人様の自信につながり、お話も増えていきます。
5. 援助が必要な部分を、本人の自尊心を傷つけずに補うことができる。自立支援を促すかわりには、本人の自信にもつながっている。
6. 自分でトイレに行けることの達成感。
7. 自分にもできるという自信。
8. 認知症のある利用者と共に調理、声かけで卵焼きを作ることができ、訪問以外の日にも作られていることがあった。できることで自信が付き、他のことも積極的になり、活動量が増えた。

⑥満足感

1. 各向上は難しい点が多いですが、一緒に行くことで安心感を持ち、介助してもらいながらも、自分でできたという達成感を持つことができている。
2. 自分でできたことにより自信が付き精神的に満足されている方が増えている。
3. 本人の満足度が上がった。
4. 再度台所に立ち、調理ができる喜びの言葉もみられました。
5. 自分で調理ができるということへの喜びの言葉があった。

⑦表情が変化

1. 一緒に行くことで、自立とまではいかななくても、表情が明るくなったり、笑顔が増えた。
2. 笑顔が増えた。食欲が出て会話が増えた。
3. 表情が明るくなった。
4. ヘルパーと一緒に調理を行うことの楽しさ。会話もできて笑顔になった。
5. ヘルパーの声かけ、誘導でしか入浴されなかった利用者が一人で入浴（シャワー浴）されるようになった。洗濯干しが継続してできる。

⑧サービス利用の肯定・信頼関係

1. 通所リハビリやデイに通っている方が、周囲にヘルパーと一緒にいることを伝えていく（ヘルパー任せではなく一緒にやっていることが広まる意味で効果なのかなと感じている）。
2. 当初「何で自分がしないといけないの？ヘルパーの仕事」と言っていたのが、抵抗なく共に行う作業をテキパキ自分の仕事として働いてくれています。
3. ヘルパーを待っている。今まで認知症で家にあがるのが難しかった人に、援助で入れた。デイへ楽しんでいく。
4. 今までお手伝いさんの捉え方をまだしている人が多かったが、老計10号1-6の見直しにより、説明しやすくなり受け入れていただきやすくなった。

⑨安心感、不安解消

1. 声かけや見守りによる援助提供による安心感、コミュニケーションによる表情の改善と不安感の軽減、できることでの満足感。
2. 声かけがあることで行うことができ、低下防止、不安の解消になっている。
3. 利用者は多くが自分のできることはそのまま行いたいという方達なので、〇〇ができなくなったという不安を取り除くことができるように援助している。結果、日々の生活が続けられることで安心している様子が見受けられる。

⑩その他

1. 気分がむらがあり、安定していて笑顔がみられる時と全く効果を感じない時がある。
2. できる部分が安全にできるように見守ること・行いやすいように支援することは、ご本人様の生活にとってとても大切だと思います。
3. ヘルパーと一緒にいることでできているが、自分でやるとなると不十分なことが多く家族に怒られてしまったり、ケガをされたりということがあった。ヘルパー任せになってくることがある。
4. 面接、担当者会議で説明しても最初は掃除する時、声かけで物を動かして一緒にできたが、長くなりヘルパー任せになることがあった。
5. やりたがらないことが多い、自分からやる人は少ない。
6. 受診の結果が優れず、1か月で訪看の援助に切り替わってしまった。
7. 声かけによる動作を見守ることで、認知症状があっても行えることがあることを知り、見守りができた。
8. まだ始めたばかりでわからない。

(10-3) 利用者への効果_自由記載(介護支援専門員)

利用者への効果	件数
①機能の維持	36
②意欲の向上	18
③安心感、不安解消	8
④介護度の改善	7
⑤自信につながっている	7
⑥できることが増えた	6
⑦他のサービス利用につながった	3
⑧その他	12
合計	97

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している

※記入された原文のとおり掲載している

①機能の維持

1. 認知があるため向上は難しいが、ADLやIADLが維持している。
2. 車椅子の移乗や車椅子の自走はできるようになりましたが、まだ一人では自信がなく、一人では行えていません(見守りで)。
3. ほとんどが維持の内容でヘルパー継続。
4. 落ち着いて一人暮らしが継続できている。認知機能の大きな悪化はみられず、介護度は維持されている。
5. 活動量の向上によって外出が可能になった。また加齢に伴う心身機能の低下防止になって独居生活が継続できている。
6. 認知症の進行の予防や下肢筋力等の維持。
7. 現状維持。
8. 以前より他人に関心を持つようになった。
9. 認知症による混乱の軽減。
10. ご自身の更衣が促しでできる。
11. ADL、IADLの維持にはつながっている。
12. 一緒に作ることで、塩分や糖分に気を付けるようになった。
13. 瞬間的に短期記憶が保持できない認知症でありながら、独居生活が成立している。ADL、IADLが向上はしていないが維持できている。インシュリン自己投与寸前の血糖値が横ばいで維持できている。
14. 見守ることで本人が歩くことの維持を図ろうとしている。
15. 適切な服薬の継続による、体調の改善が図られた。
16. 要介護度を維持、外出意欲の保持。ADL・IADLの維持、意欲の保持。

17. 利用開始当初は、自宅の浴室まではほとんど車いすでの移動介助が必要だったが、最近ではほぼ自分で歩いて浴室まで行けるようになった。入浴時も浴槽の出入りや洗身などの介助が必要だったが、最近では見守りにて入浴することができるようになった。
18. 在宅生活の維持が図れている。
19. 精神面で安定されている。
20. 認知症の方の生活の安定につながった。
21. なんとか維持できている。
22. 症状の改善。
23. 片麻痺の利用者の身体機能維持。
24. 自分でもやらざるを得ないので、維持につながっている。
25. 生活意欲の維持ができている。
26. 介護度の重度化予防。
27. 本人の望む食事に近づいている。ADLの維持ができている。
28. 数年、同じ介護度から変化がない。精神科病院への入院がほとんどなくなった。
29. 自分でできることが維持できている。
30. 介護度やプラン変更はないが、精神的な安定がみられる。
31. 一人暮らしを続けていくための維持につながっていると考えられる。
32. ゆっくりとでも、自分の役割として意識して日々生活できるようになった。
33. 一人で通所準備をして、待機しているように効果がみられた。
34. 昨日の維持ができている。
35. 施設入所が適当との判断であっても暫くは自宅で暮らし続けることができた。
36. 生活リズムが整った。訪問回数削減につながった。

②意欲の向上

1. 自分でできることで達成感が得られ、意欲につながった。
2. 要介護度が良くなる。5→2 できることが増え、人に頼まなくても良くなったことで笑顔が増えたり、自信が持てている。活動量が増えるために食欲がアップし「生きる力」が再度備わった感がある。
3. 気持ちが前向きになった
4. 自分自身から何か行動を起こすことは少なく、声かけでできることは増えた。
5. 担当者との会話を通じ、励まされることで気持ちが安定し、頑張ろうという意欲につながっている。
6. 自分でやらなければならない、という意識が持てた。
7. 退院後、集中的に見守り支援を行った結果、約1か月後には週2回程度の外出と買い物が習慣になり「とじこもり」が解消された。
8. 意欲が出過ぎて、実際は身体的に行えないことまで「したい」との気持ちが大きくなされた。
9. 玄関の掃除などの習慣が付き、清潔な環境で過ごすことができるようになった。ゴミ出しも家族が声をかければ、ゴミ出し場まで持って降りることもできるようになった。
10. ご自分で炊飯をしたり、味噌汁作りなど簡単な調理ができるようになった。
11. 介護度に変化はなかったが本人様の頑張りで、ギリギリまで座っての排泄に拘られておられた。【自身での排泄】への意欲はかなり維持されていた。

12. 行動範囲の拡大。
13. 食べたいと思うものを作ろうとする意欲が出てきた。
14. すずんで自分で部屋を片づけられるようになった。
15. 意識は高まったが、定期的に・確実に食器洗浄を行えるまでには至っていない。声かけ誘導が必要。
16. 趣味の再開を行おうとされていた（実際は認知症が進みできなかったが）。
17. 一緒に家事を行うことは独居の不安を軽減し意欲にもつながっている。進行性の病気だが、今のところは悪化はみられず、介護度は維持、サービス計画も変更なし。
18. 日常生活動作の維持や意欲が向上してデイに通う意欲が出た。寝たきり状態から起き上がることができるように改善した。

③安心感、不安解消

1. 不定愁訴の減少。
2. 以前より精神的安定がみられるようになった。
3. 不安が軽減された。
4. 入浴用リフトを使用することで、自身で体を移動や立ち上がりなどが、安心感から容易にできるようになった。
5. 安心担保、意欲向上。
6. 役割を持った生活ができることで、精神的に生き生きとしている。
7. コミュニケーションの機会が確保でき、精神的な安定につながった。
8. 独居の方が多く、一人ではいい加減になってしまうことやあきらめてしまうことが、ヘルパーに手伝ってもらうことで自分のできるため、精神面の安定や生きがいにつながり、徘徊等や暴言や体調不良が改善された。

④介護度の改善

1. 在宅生活の継続（独居高齢者）。介護度改善によりサービス中止（不利益※見守り等支援されているからこそ独居生活継続できる）。
2. 要介護1から要支援2になった。
3. 要介護3だった夫婦が、そろって要支援になり、先月からサービス利用を休止できた。
4. 一人で行えることが増え、支援の必要性が低くなった。
5. ベッドからの移乗や移動等、ヘルパーによる見守り・声かけ・動作の補助を継続して行った結果、要介護度が「要介護4」から「要介護3」になった。
6. 要介護から要支援になった。
7. 介護度軽減。共同調理を行い、ヘルパー訪問日以外もできるようになった。介護度は変化なくても、自分でできる行為の維持ができています。意欲の継続がみられる。

⑤自信につながっている

1. 退院後の一人暮らしについて自信がもてた。
2. ヘルパーと一緒にしたら「できる」と自信がつく。
3. できることが増えたことで自信につながり、生活の活性化が図れた。
4. 自信がつき できないとあまり言わなくなった。

5. 自宅で入浴できることで、自信を持って在宅生活ができている。
6. 掃除、洗濯などの確かなアドバイスをもらえたことで自信が持てるようになり、できることが増えた。
7. もともと入院中の認定で介護度がついていた方で、退院時より要支援になると思っていた方です。一人暮らしのため、日常生活の安心から自信を持たれたようでした。

⑥できることが増えた

1. 内服の飲み忘れがなくなった。ゴミの分別ができるようになった。居室内がキレイに片付くようになった。
2. 家族に負担をかけては申し訳ないので、自分でできることを増やしたい思いがある。簡単な調理ができるようになり喜んでいる。
3. あきらめていたことが可能に。
4. サービス導入まで入浴（シャワー浴）が行えていなかったが、導入以降、定期的にシャワー浴を行い、清潔保持できるようになった。利用者自身も浴室出入りの移動やシャワー浴時に転倒への注意、できる範囲での洗身を行ったりと、前向きな気持ちを持ち、継続できている。
5. 主治医からは、人工透析や輸血の処置が必要と言われています。これまで全く服薬管理ができず、服用していない薬が段ボールに入れて押入にしまっていました。現在では薬剤師やナース、ヘルパー等が協力して服薬管理を強化した結果、服薬率が上がりほとんど飲み忘れがない状態になり、採血結果も徐々に良い値を示しています。
6. 家の中がすぐにゴミ屋敷になってしまい、1年に1回ぐらい支援者全員で大掃除のようなことをしていたが、少しずつ自身で片づけをするようになり、ヘルパーはお手伝いということになっている。

⑦他のサービス利用につながった

1. 明るくなった。通所サービスに毎回行ける。血圧や体調が安定し、ショートステイも利用できる。
2. 他者が自室に入ることへの抵抗が減り、孤独感の解消や通所サービスの実現につながった。
3. コミュニケーションの場が増えることで、認知症の進行に伴う問題症状は防げたと考える。デイサービスへの拒否があり、社会性の維持に課題があったが、第三者と自宅で交流することで、ヘルパー開始前より社会性の悪化を防げたと考える。進行する認知症の予後において介入が必須であるため、早めの介入で、支援がスムーズに行え、認知症の周辺症状を予防することができた。早めの訪問介護導入で第三者に慣れていることで混乱なく入所につながられた。

⑧その他

1. 一緒に家事を行ってくれる人を頼りにするようになった。認知症の人では、信頼関係が築けた。
2. ヘルパーとのかかわりを持つことができるようになった（訪問中、テレビを観ておりヘルパーの名前も顔も覚えていなかったが、一緒に家事にかかわるようになったことで外への興味を持てるようになった）。
3. 調理とゴミ出しがまだできることがわかり、継続できている。本人ができることが何か知ることができた（本人独居、認知症）。
4. 計画に位置づけた通所サービスとも連動性をもたせ、効果的に作用した。
5. 本人はゴミの分類、冷蔵庫内の整理等手伝ってほしくないので拒否あり。

6. 上記選択項目は良いことばかりで意味がない。現実、ADL等変化なし。生活援助で事足りることが、規定回数オーバー回避のため自立支援による身体介護算定を位置づけることで、無駄に点数の消費が上がっているのではないか。
7. 要介護度は変わらず。認知症状が進み、ヘルパー支援の内容が追加になった。
8. 認知症が進行し、介護度が上がった。
9. 変化等は見られなかった。
10. 声かけや誘導があれば、認知症の方は特に、その時はできるが、一人ではなかなかできない。
11. 徐々にできなくなっていくことが多い。
12. 効果はあるが、維持するために大きな計画の変化はなし。

(10-4) 家族への効果_自由記載 (サービス提供責任者)

家族への効果	件数
①安心	18
②意識が変化	10
③満足感	7
④負担軽減	6
⑤家族はいない・一人暮らし	4
⑥その他	13
合計	58

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

①安心

1. 声かけや見守りによる援助による安心感。
2. 安心。
3. 家族の負担軽減。
4. ヘルパーと一緒にいることでの安心感、それを維持できている満足感は感じられます。
5. 一緒にいることにより、利用者様の笑顔や意欲向上につながり、ご家族様も安心されています。
6. 一人暮らしを続けられる安心感、遠方にいる家族の御足労が減った。
7. 安心して外出することができた。
8. できることが多くなり、家族が安心している。
9. ヘルパーが訪問することで安心感がある。
10. 会話が增えた。笑顔が出てきた。
11. 日中仕事で不在の方には、誰かが来ることで家族も安心できる。
12. 安心して仕事ができたり、プライベートな時間を持つことができる。休息ができる。
13. ご家族が安心して仕事に行けること。
14. 少しでも自立した生活ができて現状が維持でき、介護度が進まないようになれば御家族様の精神的安定にもつながると思われます。
15. 見守ってくれていることからの安心。
16. 安全な生活に対して、安心感を感じていただいた。
17. できないことへのいらだち、不安が軽減される。
18. 声かけや見守りに定期的に訪問があることで安心する。

②意識が変化

1. 何でも“やってあげる”を“やってもらう”の意識を高めていただいた。

2. 身体に触れて介助することが身体と思われる家族さんがおられ、共に行う見守りで、身体になるのかと・・・なかなか理解していただくことができなかったが、自立生活、重度化防止のための見守りの援助の説明をし、理解をしていただくことができた。
3. 家族（夫）が、本人に声をかけ、動作を促すようになった。
4. 家族の理解も得られ、協力してもらえるようになった。
5. ヘルパーの声かけ等、接し方を真似て、関係が良くなったと感謝された。
6. 家族の意識が変わった。
7. 家族も本人ができそうなことをしてもらうようになった。
8. 近くにいる家族は、協力的になった家族もありました。
9. 家族が「できないと思っていた」ことが声かけ見守りの援助によりできるようになったことで、意識が変わった。
10. 本人ができる部分については、本人が行えるようフォローする様子もみられる。

③満足感

1. こんなことができるのか、と発見があり喜ばれたことがあった。
2. 「自分達と一緒に家事をするのは難しいが、ヘルパーさんと一緒に家事をするのは本人も喜んでおり、うれしい」という意見が多い。
3. できていることについて連絡をしたら、家族もうれしそうに話を聞いてくれた。
4. ご家族からは「なるべく本人にできることは行ってもらいたい」との声が聞かれている。現在行っているサービスで良いと感じる。
5. 上記内容によって、その姿を見てほほえましく喜んで下さっています。
6. 調理したものが食べられるようになって喜ばれていました。食の改善に少しつながる。
7. 服薬の飲み忘れ等が減ったと喜ばれている。

④負担軽減

1. 室内の整理や食事保清ができ、家族の介護負担の軽減につながり、家族に心の余裕ができ、利用者に優しくなれる。
2. 負担軽減。
3. 家族の負担軽減。
4. キーパーソン（実の娘）が入院してしまい、娘、婿に負担がかかっていた。何を買って良いのかわからず、本人に言われたものも買えずに困っていた。負担が少し減った様子。
5. 介護負担の軽減ができている。
6. 利用者の意欲が向上すれば、おのずと家族等のゆとりが生まれる。

⑤家族はいない・一人暮らし

1. 家族がいない、または遠方なので話ができない。
2. 残念ながら独居の方が多く。遠方のご家族の関心は薄いと感じる。
3. 独居が多く、家族への効果はみられない。
4. 独居。

⑥その他

1. わからない。
2. 料金等の変化があった場合などもあり、なぜ今まで通りじゃいけないの？と疑問を持たれたこともありました。
3. ヘルパーがしてくれると思いきみ、利用者本人へのかかわりが少なくなった。
4. 本人ができることはしてもらってほしい。できるのだからと要望がありますが、疲労の確認・安全・時間を見ながら支援するため、時間がかかっています。
5. わからない。
6. 家族が機能維持、向上を望む方々は、ご家族の方から意見交換してくれます。
7. 父、母が元気になってきていますという声もありますが、頑張りすぎて訪問後に疲れたと家族さんに訴えられたケースもあります。認知症もあったので、真意はわかりませんがその後、対応に注意しています。
8. 介護保険そのものの理解の仕方が完全でないため、誤解されている方もまだいるので、今後も説明し、理解していただく必要があると思う。
9. 特にありません。効果もですが自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助についての理解が乏しい。
10. 家族としては、あれもこれもと要求が多くなる傾向にある。現状維持を基本として考えていくように説明している。
11. 買い物は家族が行っており、買い物はヘルパーに行ってもらうのはもったいないので、ヘルパーと一緒に掃除をしようと本人に言っている。
12. 積極的に用具や環境の整備を行われ、ヘルパーと一緒に準備できたことがあった。
13. 元々全てを生活援助で行っていた。ケアマネより急に、回数を減らしていくと一方的に言われ、パニックになっていたご利用者が安心してケアに入っていけることとなった。

(10-5) 家族への効果__自由記載 (介護支援専門員)

家族への効果	件数
①負担軽減	21
②意識が変化	16
③安心	14
④本人と家族とのかかわりが変化	13
⑤家族に変化はない	11
⑥家族はいない・一人暮らし	8
⑦満足感	5
⑧その他	9
合計	97

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している

※記入された原文のとおり掲載している

①負担軽減

1. 自立でできることが増えつつあることに喜ばれ、負担減になっている。
2. 認知症状が進み、在宅介護では難しいと言われる。家族の負担が減り、在宅介護が続けられている。
3. 同居する配偶者・遠方在住の子の負担軽減。独居のため、できることは自分で続けて欲しいと家族は考えている。見守りの援助を受けられることで家族は安心感がある。
4. スタッフに頼ることで、精神的な負担が減っていると話されている。
5. ヘルパーに頼ることで、家族の介護の負担が減るが、逆に、家族のかかわりが薄くなったような感じも受ける。
6. 依存度や介護負担がやや軽減したと言葉あり。
7. 家族がその都度傍にいなくても大丈夫になった。
8. 家族が仕事を継続できている。
9. 家族の介護負担軽減、見守りによる安心感。利用者・家族の満足度が高まった。
10. 家族の声かけや支援の方法を理解していただき、負担が減る。介護離職しないでいられる。できないとあきらめていた考えが払拭されたり、変化に対応できるようになった。利用者に対し、対応が穏やかになった。
11. 介護負担の軽減ができた。家族が行ってしまわず、本人ができるように声かけが多くなった。家族との連携がより多く持てるようになった。
12. 介護負担の軽減ができて、落ち着いて過ごしている。
13. 休みの度に利用者の居宅（同敷地内、別棟）の掃除を熱心にする必要がなくなった。
14. 配偶者が圧迫骨折をしていたが、無理せずに経過でき、状況が改善された。
15. 服薬の時間調整など、家族の負担が軽減された。
16. 週2回別居家族が食品等の買い物をして訪問していたが、現在は月1回の受診介助のみになっている。

17. 家族が行う介護が減った。※同様の意見が他に4

②意識が変化

1. 自分でできることを続けられることで本人の役割を認められる。
2. 利用者の変化に驚く、人にやってもらうことばかり考えないようになる、介護負担の軽減、介護費用の軽減、会話が出来る等。
3. お世話をしてしまいがちだった家族が、見守ってくれるようになった。
4. サービスに任せるばかりではなく、協力的になった。
5. できていないことがより具体的に知ることにつながった。
6. ヘルパーは家族の代わりでないことを少しずつ理解されている。
7. 家族が介助内容について一緒に体験することで、意識に変化が生じ、サービス量の減少につながった。
8. 過度な介護をせず、自立支援となる取り組みを家族も意識するようになった。
9. 介護保険制度への理解が深まり、家族としても可能な限りお世話をしようとする意欲の高まりがみられるようになる。
10. 施設に入所した時の方が体調と精神的な悪化がみられたので、自宅で見守りをもちながら暮らしてもらった方が良いことを実感してもらっている。
11. 自立支援という視点を理解していただけた。
12. 独居認知症の実態の報告ができ、利用者の病状理解、適切なケアの理解ができ、双方の関係の悪化を防ぐことができた。非協力的な遠方の家族の協力を得られた。地域での孤立を防げた。大きな事故にならずにすんだ。
13. 病院に受診の付き添いを行い、悪いところを徹底的に検査し、重度化を予防しようとしている。
14. 本人への理解。
15. 一緒に活動をしていることで親の認知症予防になると実感している。
16. 在宅での一人暮らしをもう少し続けられると考えている。

③安心

1. このまま自宅で過ごせると、安心してもらえた。
2. ヘルパーと一緒にいることで、家庭での役割を果たせるようになるため、少し安心される様子がみられる。
3. ヘルパーの見守りがあることで遠方の家族も安心である。
4. 安心されました。
5. 安心して子育てができていた（外出含み）。
6. 安心感の向上、介護負担の軽減。
7. 遠方のご家族等は一人暮らしが継続できることで安心されました。また、本人の意欲が向上したことで喜ばれていました。
8. 遠方の家族も安心された。
9. 家族は他者が入ることで、本人が安定すると家族も精神面や生活が安定するよう見える。

10. 上記夫婦の息子夫婦が、仕事を辞めて介護、もしくは、自分たちの近くで入所等考えた
が、一度サービスに任せてみようとなった。結果、それぞれまた独立した生活に戻れて、
両親、息子夫婦ともにホッとされている。
11. 専門的にみてもらえる。毎日の状況を把握してもらえる安心感があった。
12. 体調が安定してきたので、安心している。
13. 同居の高齢の母親が安心して生活できるようになった。また別居している家族も実態を知
るようになり、協力的になった。
14. 入浴時の転倒や風呂に入らないなどの意欲低下を心配していたが、最近では安心して入浴
を任せられるようになったと言われる。

④本人と家族とのかかわりが変化

1. 施設入所の選択肢を持ちながらも自宅での介護を頑張ることができていた。
2. 施設入所を見送った、仕事に集中できるようになった。
3. 本人が楽しみを持てる生活ができるような配慮や工夫をしている。
4. 毎日の日課として、歩行器を使用し自宅内歩行の付き添い・見守りを行っている。安易に
車椅子を使用せず、本人の能力に応じて、歩行器と車椅子を使い分けている。
5. 利用者と一緒に活動する機会が増えた。
6. 自宅に人が入ることによって家族の協力を得られるようになった。
7. 独居だが、家族がよく来てくれるようになった。
8. きちんと内服することで血圧が安定し、デイサービスでの入浴もできたため、家族が休み
の日にシャワー介護をしなくて済むようになり、違うかかわりを持つ時間が増えた。その
他に、パーキンソン病の内服薬をきちんと飲むことで、本人のできることが増え、家族の
手間がやや減少した。
9. サービスでの支援の必要性が低くなり、サービスが段階的に減少した結果、徐々に家族が
本人を気かけ、訪問する機会が増え、本人と家族のつながりが増えた。
10. 実姉の本人に対する口調が和らぎ、それにつれて本人も表情が明るくなり、規則正しい生
活状況になっています。
11. 家族に対しての役割分担ができる。
12. ヘルパーサービスにプラスして家族による入浴介助ができるようになった。
13. 息子さんの訪問回数が減った（独居であり、ほぼ毎日のように来ていた息子さんが利用者
が自身でできる家事が増えたことで、足が遠のいたというマイナス面あり）。

⑤家族に変化はない

1. 家族には甘えてあまり効果が出ない。
2. 家族の理解に差があり、効果がみられない。
3. なし（遠方の親戚は安心したようでした）。
4. なし。※同様の意見が他に7

⑥家族はいない・一人暮らし

1. 一人暮らしで、身寄りはおのみ。遠方に住んでいる。甥からは、特に変化があるようには
聞いていない。
2. 上記の方は身寄りが遠方において、来れないため効果・影響は特になし。

3. 独居の方が多かったため、家族の変化はなかった。
4. 独居なので家族はいない。※同様の意見が他に4

⑦満足感

1. 利用者は独居であったが、調理の継続ができていと喜んでた。
2. 今までできなかったことが、ヘルパーと一緒にいることでできるようになり、喜ばれている。
3. 認知症の独居の方に対するヘルパーサービスは細かい部分に配慮が必要なので、とてもよくやってくれている。サービスがなければ、自宅での生活は継続できないと話がありました。ヘルパーさんも密に連絡を取ってくれるので安心できる。
4. 本人が元気になったことを喜び、生活が安定した。
5. 本人の意欲向上に関しては家族と喜び合えたケースあり。排泄が自分でできるようになったケースでは、その後も息子はヘルパー継続を希望したが、担当者会議でヘルパー利用を終了した。息子さんは不服となったケースあり。

⑧その他

1. わからない。
2. 「自分でできる」という自信が持てる反面、余計なことまで行うようになった。
3. 家事を再開することで、認知症を予防し表情も明るくなってほしいし、ヘルパー援助がそのきっかけになることはありがたい。
4. 家族は遠方の都市に居住のため、気にはなっているが、最終的には業者を導入。
5. 数年前の寝たきりの親の介護中は調理が生活だったのに、今回は別の家族の新規利用と一緒に調理で身体がついて、支払いが高くなったと言われた。しかし説明を繰り返し、一緒に調理で単価を納得された。
6. 体調が悪化せず何とか独居できているので、次のステップ（施設検討）を考えようとしなない。
7. 夫の声かけだけではできなくなった。
8. 服薬管理ができたことで変調を防げ、緊急受診がなくなった。
9. 本人（嫁）とヘルパーが食事を作るようになり夫が嫁から煩く言われなくなった。

(10-6) 事業所への効果_自由記載(サービス提供責任者)

事業所への効果	件数
①ヘルパーの意識、知識、技術の向上	37
②課題	10
③達成感、満足感	7
④報酬アップ	6
⑤連携、チームワーク	4
⑥その他	4
合計	68

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
 ※記入された原文のとおり掲載している

①訪問介護員の意識、知識、技術の向上

1. やってあげる→やってもらうという支援になってきているように思う。
2. 声かけの質の向上。できないのではと決めつける考えの打開。利用者様とのコミュニケーションの向上。
3. 声かけ、自立への援助の仕方、できることの見極め、意欲向上につながる支援の仕方の実践を行うようになった。
4. 実働ヘルパーの仕事への意欲の向上にもなりました。
5. 担当ヘルパーなどの意識向上につながったと思う。
6. ヘルパーそのものも老計10号1-6を意識してサービスするようになった。「これならできる」を見出してくるようになった。
7. 生活援助から身体介護への見直しの提案をできるようになった。
8. その方にとっての自立とは、と考えるようになった。様々な促し方を検討できた。
9. 事業所内でも、「身体」で算定できること、それにはどのような支援が必要か一人ひとり理解していかななくてはいけないと勉強しています。
10. 自立に結びつくことを探すようになった。
11. 共に行う家事援助などで、本人様との信頼関係も築くことができ、プロ意識を持ち、職員の相乗効果ありと感じております。
12. 声かけなどのコミュニケーションが他の利用者へも良くなった。
13. 介護員が全て行うのではなく、一緒に行うことで利用者様が今できることの継続、意欲につながり、介護員の意識の向上につながっている。
14. 見守りの援助を勉強するきっかけとなった。
15. 担当するヘルパーの身体介護への理解が深まった。
16. 見守りの援助について研修する機会を得ることができ質の向上へつながった。
17. 声かけしながら共にできることはないか・・・利用者さんごとに考えてみるきっかけになった気がします。
18. 身体介護という意識の向上。

19. 以前より利用者様への声かけが増え、ヘルパーの技術の向上にもつながっています。
20. 家事代行はヘルパーでなくてもできるため、ヘルパーという専門職として、利用者とかかわるという意識を持つことができていると感じる。
21. 自立支援に対する再認識。
22. 事業所全体的に自立支援について理解してもらえたため、利用者に対してなんでもサービスすることが少なくなった。
23. ヘルパーという専門職として、利用者さんに接する意識が出ていると感じる。
24. 総合事業でかかわっている利用者は、自立支援が大前提という認識をヘルパー一人ひとりが持つことで、要介護1に移行した際は身体介護（老計10号1-6）での提案が堂々できるようになった。
25. 言葉がけ・誘導など、ヘルパー自身が動くより時間がかかりますが、こらえて関りを持てるようになっていきます。
26. 各ヘルパーの意識として利用者様ができることは、時間がかかってもしてもらおうという気持ちでの対応が段々できてきていると思う。
27. ヘルパーの多くに自立支援の意識が身についている。
28. 利用者が在宅生活をするにあたって、どのようなかかわりを持つとその期間を（自身で行えていることを保つことができる）長く維持することができるかを深く考案するようになった。
29. 専門性の理解を深めることができた。
30. 何でもスタッフがしていたことが、そうではないことが見えてきた。
31. 自立支援に対する再認識。
32. できることを奪う介護をしていたと反省している。
33. 訪問介護員の視点の変化。やりがいが出てきた。
34. 利用者へのかかわりを自立支援の観点からみるようになった。
35. 過介護が減少した。
36. ヘルパー個人の意識の向上につながっている。
37. 別の利用者に対しても、目を向け検討するようになった。

②課題

1. サービス提供に時間がかかってしまう。
2. 見守りの援助について内部研修を行った。スタッフに理解してもらいたいと思ったが難しい部分もある。「利用者任せると時間がかかる。サービス時間内に終わらない」等。
3. 卒業し、ケースが中止となる（減）。
4. ケアマネや個人の考え方で身体介護、生活援助の微妙な差に右往左往することがある。
5. 利用者の行動を待つことができず、ついやってしまう行動に出やすい傾向がある。ヘルパー同士、情報交換を心がけている。
6. 老計10号1-6の再認識の共有が今以上に浸透できるようにしたいと思う。できることはしてもらったことの再認識。
7. 老計10号1-6を適用するにあたり、できること、できないことの提案をし、該当しない利用者は、中止させてもらうことになり、担当ケアマネとのトラブルになりました。生活援助の中での見守り援助の区別が難しいので、はっきりとしたQ&A対策があればと思います。
8. 一部の訪問介護員しか実施していないことや、今までのやり方から考え方が変えられない人もいるため、試行錯誤している。

9. 他利用者もできるのではないかとの提案が出て来るようになったが、単位数が変わるため、ケアマネ・利用者が渋る。
10. 自立支援に向け、利用者の意欲向上につながるなら、ケースを増やしていく必要があると思う。

③達成感、満足感

1. ヘルパーさんも利用者と一緒にいることで、やりがいが出てきたという意見がありました。
2. ヘルパー、サービス提供責任者の達成感。
3. 訪問介護員の達成感や意欲の向上がみられた。
4. 今までできなかったことができるようになった時のケアに対する一体感。
5. ヘルパーが元気になった利用者を見て、エネルギーをもらっている。1つできたらまた1つ何ができるかと話し合いを持つようになった。
6. ヘルパーもご利用者が元気になることで達成感があるようで元気に報告してくれています。
7. 改善や効果がみられることでのヘルパー自身のやりがい、うれしさ。身体介護として算定できる。

④報酬アップ

1. 単価が高くなる。自立支援を視野に入れたヘルパーが育つ。
2. 今までの身体で受けられなかった部分が、今度の見直しで単位数も上がり、ありがたいと思う。
3. 生活だったところが身体で算定できるようになり、増収になった。訪問しているヘルパーの生活援助への意識が変わった。
4. 家事→身体になったことで事業所の収入が増えた。一緒にいることで利用者の生活動作が見えるようになった。危険な動線の把握ができた。
5. 生活から身体になり介護報酬UP。
6. サービス内容の再確認を行い、生活援助から身体介護の支援に変更となった利用者がある。

⑤連携、チームワーク

1. 利用者の身体能力等についての話題が増え、職員同士での意見交換や報告・伝達の内容が深くなっています。
2. アセスメントでわからなかった部分がみえてきた。できるようになったこと、どうしたらできるようになるか等ヘルパー同士の話題が多くなった。
3. 統一した支援を行うように、情報共有する機会が増えた。
4. ヘルパーの意欲、向上心が高まる。チームワークが良くなる。

⑥その他

1. 自立度の高さが少しでも向上したとケース会議などで確認ができる。
2. 伝票の記入の仕方を全員で理解をし、統一できた。
3. 訪問回数が増えることで、拒否なく介入できる。
4. まだまだです。

(10-7) 事業所への効果_自由記載(介護支援専門員)

事業所への効果	件数
①特にない	18
②ヘルパーの意識、知識、技術の向上	15
③アセスメントの充実	10
④自立支援の意識向上	9
⑤課題	9
⑥連携	7
⑦わからない	3
⑧ケアプランの充実	2
⑨その他	15
合計	88

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

①特にない

1. 元々意識して支援しているために、特別の影響なし。
2. 影響はない。
3. 特にない。※同様の意見が他に 15

②訪問介護員の意識、知識、技術の向上

1. 仕事における張り合いができたようです。
2. 身体介護が増えたことで、訪問介護員の意識レベルが上がった。
3. 身体介護を意識することで利用者の観察をしてくれるようになった。
4. ヘルパーの意識が変化したと感じていた。自分達の役割が明確になり、専門職意識が上がった。
5. ヘルパーのやりがい、プロ意識向上になっている。
6. 目標達成につながったことで、サービス提供に対する意識に変化がある。
7. 過度な介護をせず、自立支援となる取り組みをヘルパーも意識するようになった。
8. ヘルパーの専門性の向上。
9. やってしまったほうが早い、楽、という考え方が減ってきている。
10. 携わるヘルパーさんの意欲も上がっているように思える(報告してくれることが多くなった)。
11. できるだけ一緒に行動するようにし、本人ができる能力を引き出していく努力をしてくれるようになった。

12. 手早く家事をこなすことよりも、本人ができるように支援したり、会話をするこの大切さを理解する職員が出てきた気がする。
13. ヘルパー事業所の質は確実に向上すると思われる。
14. 本人のできることを探し、支援する意識が高まった。
15. サ責だけでなく、支援する援助者の意識が変化した。

③アセスメントの充実

1. 認知症の方でも、できていることがある。話をしながら、調理を教えてくれたこともあったと報告があった。
2. 利用者の強み・弱みの見極めができた。
3. アセスメントの向上。
4. 本人様の能力に関するアセスメントを重視するようになった。
5. アセスメントについて見直すことになりました。
6. 状態変化に伴う、ヘルパー支援の内容の検討をする機会が増えた。
7. パーキンソン病に対する病識の理解と個別性の理解。
8. 利用者の有する能力のアセスメントを行い、声かけ見守り、支援をしています。
9. 一緒にすることによって、できない部分が明確化され支援しやすい。
10. 本人の残存機能を具体的に評価できるようになった。

④自立支援の意識向上

1. コンプライアンスの向上（自立支援の意識向上）。
2. 「自立支援」の視点からの訪問介護の活用を積極的に考えるようになった。
3. 自立支援の視点が高まった。
4. 自立支援に対する考えが明確になった。
5. 手を出しすぎず、自立支援的なかわりが行えるようになった。
6. 自立支援を念頭に入れて支援に当たることができた。
7. 自立支援に対する意識の向上がみられた。
8. 訪問介護の認識が自立支援の視点を向けられるようになった。
9. できていたのにできなくなってしまったことを自立支援のサービスにつなげることで、ケアマネジャーが呼び出される回数も減り、家族からの困りごとの電話も減り仕事がしやすくなった。

⑤課題

1. 今までの身体介助との違いに理解や利用に差がある。
2. 時間がかかり、ヘルパーさんでして欲しいとの要望があった。
3. ケアマネジャー及びサービス提供責任者に認知度が低く理解させるに至らなかった。
4. 他にも自立支援で身体を検討できる方も居るが単位数の問題も大きく関り、踏み切れない方も居る。
5. ヘルパー事業所の考え方によりサービス内容が微妙に違う。生活を基準に検討してくれるところと、介護保険を基準に考えるところに違いが出るのではないか？生活の中での介護保険の内容として検討してほしいこともある。

6. 特定のヘルパーに対しての依存が強くなり困っている。
7. ヘルパーの回数が減りました。
8. 生活援助で提供していた時間より短くなった。
9. 排泄が自分でできるようになったケースではヘルパー利用を終了したケース1つあり。

⑥連携

1. 連携がより密にできるようになった。
2. 訪問介護事業所への理解を求め、情報収集からのかかわりと、協力に対する理解を得ながら連携することの必要性の実感。
3. 多職種連携による効果が出ています。
4. 情報の共有ができています。
5. 介護負担が自立支援を併用することで減っているため障害のある方が介護保険利用になる時は利用する判断も必要であるが、知識を持っていないとではないので事業所内でも情報共有している。
6. 成功事例となったことで、事業所内で共通理解が深まった。
7. 通所職員と訪問介護員の連携ができた。

⑦わからない

1. 居宅では振り返りがないのでわからない。サービスを実施している事業所は理解して協力してくれている。
2. よくわからない。
3. 不明。

⑧ケアプランの充実

1. 例示があることで本人のQOLを向上できるケアプラン作成の幅が広がりました。
2. 日中独居(同居家族あり)の利用者に生活援助では導入が難しい状況でも対応ができるようになり、支援の方法の広がりができた。

⑨その他

1. 利用者に対する不安が軽減された。
2. 介護予防の観点で良い効果があると評価している。
3. 本人ができることを共に喜ぶことができる。
4. 支援するだけでなく、【ニーズ】の重要性を改めて学びました。
5. ヘルパーの位置づけにおいて、意識するようになりました。
6. 医療従事者・他の介護サービス事業者の方から「すごい」と言われ自信を持ってケアマネ業務を行っている。利用者の自立を支援している自信があるので効率的に仕事を行う。
7. 利用者と事業所との信頼関係が増すことから、結果、良循環となりトラブルがほとんど発生しない。
8. 見守り支援がないと、認知症初期での対応が遅れ、社会問題になりかねない。認知症初期に介護者の理解はほとんどなく、事態が増悪してからでは関係性が作れないため介入に時間がかかる。早期の見守り支援からの介入は重要と考える。

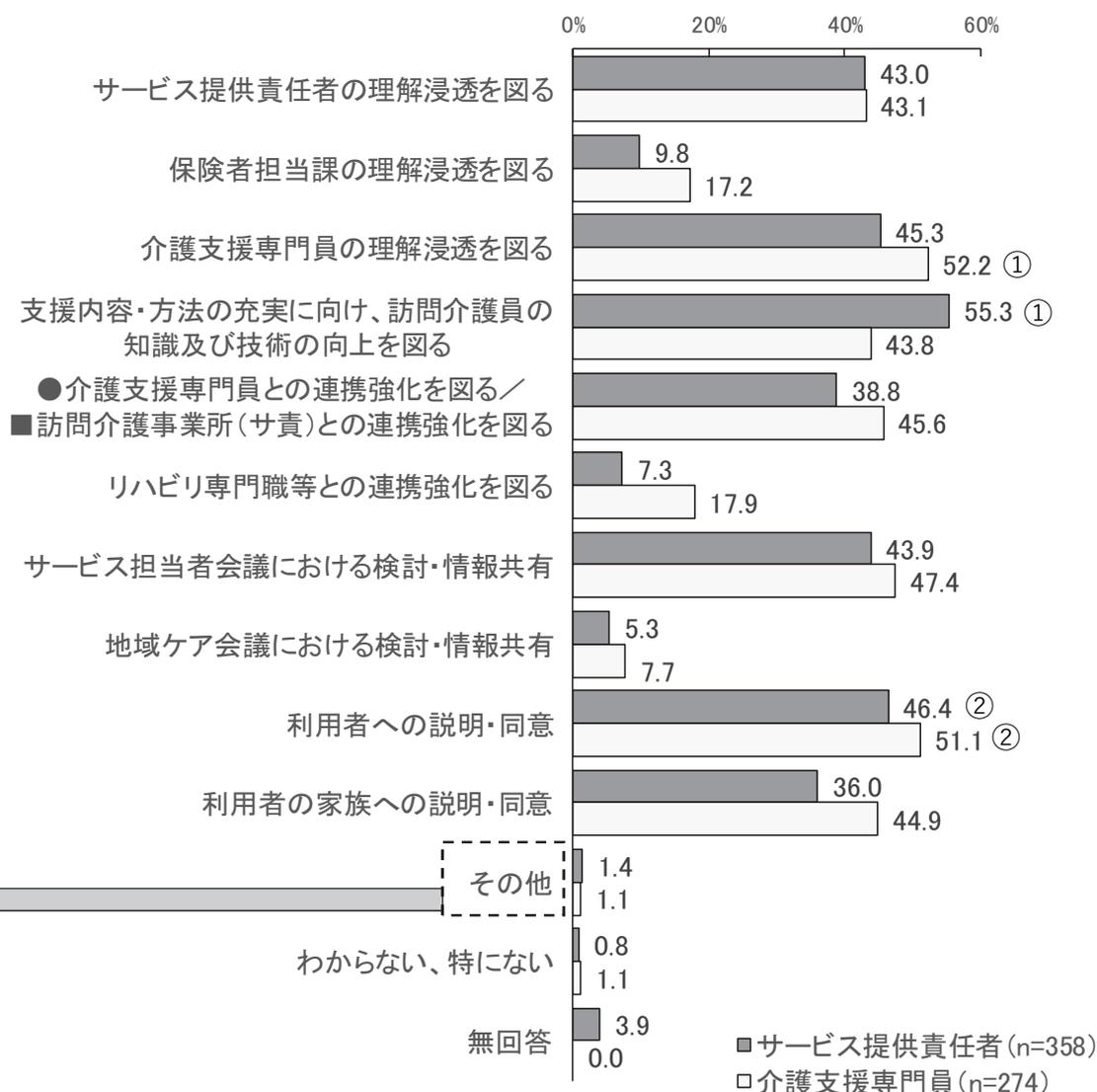
9. 参考事例の提供による学習。
10. 週1回のサービスでは信頼関係を築くのが精いっぱいだったと思う。
11. 事務所内のケアマネ全員、利用者の望む暮らしに対するプラン作成は当たり前に行い、自立支援についての理解は十分ある。市内業者も理解している事業者が多いので、話が進みやすい。
12. 訪問介護に対する認識が変わった。
13. これからも積極的に自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービスを計画書に盛り込んでいきたい。
14. 時間に余裕をもって、かかわりや支援ができるようになったと返答があった。
15. 他の方にも良い影響が出てきている。私もできる可能性があると思え、意欲向上。

(11) 見守りの援助に該当するサービス推進のために重要なこと

問 11 【サービス提供責任者・介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計 10 号 1-6）に該当するサービス提供を適切に推進するにあたり、貴事業所が（あるいは、あなた自身が）とりわけ重要だと感じていることは何ですか。

（あてはまるもの 3 つ以内に○）

<サービス提供責任者・介護支援専門員／複数回答>



※●サービス提供責任者、■介護支援専門員
※グラフの○数字は割合の高い順の順位

- 見守りの援助に該当するサービス推進のために重要なことは、サービス提供責任者では①「支援内容・方法の充実に向け、訪問介護員の知識及び技術の向上を図る」、介護支援専門員では①「介護支援専門員の理解浸透を図る」がそれぞれ最も高い割合である。

- ・ 次いで高いのは、サービス提供責任者、介護支援専門員ともに②「利用者への説明・同意」である。

【その他に記載された内容__サービス提供責任者】

- 訪問介護員と利用者との信頼関係を築くこと。
- 市、ケアマネジャー、利用者様に均等な理解ができていない間は事業所（訪問介護）だけが勉強会やミーティングをしたとしても算定はしてもらえないのが現実だと思います。訪問介護だけの事業所は、特にできないのではないのでしょうか。小さい事業所は特に無理です（市やケアマネジャーさんが理解してくれて仕事に結びつかない限り）。
- ヘルパーはいつの間にかできることを奪っていることが多く、実はできることがたくさんある。全部を援助するのではなく一部の援助で利用者と共に維持できるように努めている。
- 生活援助の方が単位が安いからとの理由で、身体をつけない場合もある。専門性が高いことにお金を払う意識が低いと感じる。
- ヘルパーにも、介護支援専門員にも、これについて同様の研修が必要であると思う。
- 利用者に対して「介護保険を使い、ヘルパーを利用するにあたって」のような勉強をした人のみ利用できる仕組みにしないと、現場でヘルパーが浴びせられる暴言が減らないと思う。

【その他に記載された内容__介護支援専門員】

- 行政、保険者による周知。
- 利用者本位を一人歩きさせない。利用者の御用聞き的で「利用者本位・尊厳を守る」を勘違いしているので倫理観を理解してもらおう。
- 本人の能力のアセスメント。
- 訪問介護のヘルパーの質が悪いことで、現場ではき違えて対応して、全くかけ離れた対応をしたりしていることがある。
- すべて重要です。特に8の地域ケア会議でどう検討されるかが重要です。行政がどんな方針で福祉計画をたて、事例に対しその方の望む暮らしに基づいた自立支援が検討されるか、サービス事業者はケアプランに沿って個別計画がたてられ、十分情報共有されているか、チームケアできているかがカギになります。

(12) 良かった点、今後の課題など

問 12 【サービス提供責任者・介護支援専門員】自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計 10 号 1-6）が明確化されて良かった点、難しい点、今後の課題、その他ご意見をお聞かせください。

■ サービス提供責任者が考える良かった点

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

① 利用者のためになっている

1. 本人ができることまで支援していたり、手を出せずにいたことが、まだある潜在能力を引き出す支援（見守りの援助）に切り替わったことで、今までの支援がない日と支援の日が点と点だけだった生活経過が、線で結ばれたように感じます。共に何かをやる、不安に思えることでも見守れば、一人でできるという「これから」につながる本人の意欲向上に向かった支援の仕方はとても良いと思います。
2. 訪問介護員の見守り等で、本人が不安なく行動でき、それに対しての労いや称賛の言葉等を本人に伝えることができ次につながりやすい。
3. 人の意欲の向上につながっていると思う。
4. 自分でできるということの喜びと、できなかったことが少しでも自分でできるようになった時、一緒に気持ちをわかち合えることができて良かった。
5. 利用者の自立への意識が少しずつ出てきた。
6. 時間を要すが、少しずつ上がってくる成果を実感できることがある。日常生活の安定。
7. ゴミ分別の仕方がわからない利用者が多く、声かけし、一緒にでき、理解をされる方や意欲が増加された方があり良かった。服薬の飲み忘れがあり一包化にしてもらい、声かけ・見守りで飲み忘れや薬が落ちていることがなくなり良かった。掃除では利用者はあまり動かしませんが、物・座布団を動かす程度ですが、一緒に行ってくれる利用者はいました。
8. 少しでも体を動かしてもらえると健康の維持にもつながる。意欲が出て笑顔もみられ、サービスが行いやすくなる。一方的な援助が減る。
9. ご利用者が明るく元気になり、ヘルパーもうれしい。
10. 見守りの援助ができることで転倒防止につながる。
11. 些細なことの提案で、ADLの変化がみられて驚いた。
12. 訪問介護員が目に見えて、利用者のできるが増えて行く喜びを共感できたことが良かった。
13. 実際に行ってみて、ヘルパーがより積極的に利用者へ声かけをしたりすることで、より充実した生活支援ができることを改めて実感しました。
14. ADLの向上、QOLの向上、その人らしい生活をしていくためにも必要なことだと思います。
15. 利用者の自立する生活を理解してもらえる。ヘルパーがお手伝いさんではないことを理解してもらえる。利用者の心身機能の低下の予防につながっている。
16. 利用者のため→利用者様の力を活かしたり、引き出したりすることで、意欲向上や機能の維持または向上が見込める。信頼関係がさらに深まる。サービスを受ける方は、受け身型から参加型になり、充実した訪問時間になっている。

17. 幅広いサービスの利用につながった。利用者ADLの維持につながっている。
18. 見守りの援助を行っている利用者はADL・QOL向上がみられてきているように感じます。
19. 利用者と共に行う支援によって、利用者ができることが増えていくし、ホームヘルパーの支援も少しずつ楽になってくるものもあると思われます。ADL、IADL、QOLや意欲の向上も利用者様は出てくると思われます。観察、気づき、記録をホームヘルパーは繰り返し利用者様の自立支援に結び付けていくことが重要と思われます。
20. 利用者ができるようになったこと。
21. 自分でできることが増えた。
22. 利用者だけではなかなかできなかったことが一緒に行う・声かけ・見守りを行うことで安心感があり意欲が出てくる。
23. 訪問介護員が内容を理解、実践することで利用者の意識やADLの向上につながり、意欲的になったので良かったと思われます。
24. 良かった点としては利用者と会話をされながら行うことで明るい雰囲気を作れることです。
25. 共に行うことで日常生活動作の低下を防ぎ本人の意欲を見出すことができた。
26. 一緒に行うことの重要性を理解し、一緒に行うことで、意欲が出て、できることが増える、生活が充実する、ご利用者からも満足していただけることが良かった。
27. 計画書作成時に適切なプラン作成ができる。曖昧な支援内容が明確化できる。
28. 明確化されたことで、現在以上に、利用者本人のペースに合わせて、進めることができると感じる。

②支援内容が明確になった

1. ケアマネや本人家族により、見守り等の自立支援は生活か身体かにわかれることがあるので、明確化されたことは良かったと思われます。
2. 今までアバウトに援助をしてきたことが明確化されて、自信をもって援助できることが良かったと思われます。
3. わかってはいるものの、実践できず、つい支援側で行ってしまっていたことが明確化されたことでよりわかりやすく、評価もしやすいように感じる。
4. ヘルパーの仕事がきちんと確立され、業務が行いやすくなった。
5. 今まで生活援助の時間の中で行っていたことが明確化されたことにより、介護として算定できるようになった。ヘルパーも生活援助の範囲を超えていると感じており、全員が納得できた。
6. 専門性を問われ求められている中、明確化されたことで、利用者、家族の理解、説明、同意につながりやすくなる。
7. ヘルパーはお手伝いさんではないと思われます。
8. 具体的事例で示されたのはわかりやすくて良かった。
9. 内容がはっきりわかるようになり良かった。
10. 今までの制度だと、どこまでが生活援助でどこからが身体介護か、わかりづらい部分があったので、今回のように具体例をあげてもらえるとわかりやすいと思われます。
11. 見守り、声かけを行うことが身体と考えて良いことで、利用者様の動作を妨げない。今まで生活援助との曖昧さ、区別が容易でないこともあったが、しっかりと理由付けができた。

12. 明確化されていない時は人により解釈が違っていたり、ヘルパーも行って良いのか不安がありました。明確化されたことで解釈の一致や自信をもって支援を行うことができます。
13. 見守り援助、一緒に行く家事を身体介護としての働きかけがしやすくなった。
14. 今までは、これは身体介護ではないのかという曖昧なところが自立支援活動、明確にされたので良かった、わかりやすい。
15. 曖昧な部分が明確になった。
16. 老計10号1-6を研修で学ぶまでは、生活援助をしながら疑問を感じていました。理解不足のため利用が進みませんでした。この程見直しされ明確化された。
17. お互いに安心してサービスを受けられ、行えると思います。
18. 身体介護か生活援助かはっきり区別がつくようになった。訪問介護計画書を作りやすくなった。どのように支援すれば利用者の自立支援の向上につながるか、具体的にあげられているのでわかりやすい。サービスの向上にもつながる。
19. 明確化することでわかりやすくなったと思います。
20. 生活援助で提供していたので明確化されたことにより援助しやすくなった。計画書に記入することができる。
21. 一緒に行く掃除や調理のリスクがあり、生活援助で入っても危険性が違うため明確化されて良かったです。今まで生活援助として調理をしていましたが、体調が良くなり本人もできるようになってきました。調理にこだわりがあり、私たちはできない部分の支援をさせていただいていることでサービスをしています。
22. 生活援助との違いが明確になる。

③説明しやすい

1. 提供する側としては説明もしやすく、理解度も上がる。
2. 訪問介護員をお手伝いさん感覚で捉えておられる利用者様も少なくありません。手を出さず見守りをしていると優しくないヘルパーと思っている方もいましたが、このことが明確化されたことにより、身体介護の中にはご本人をより生活が向上できるように見守りながら支援をさせてもらっていることを説明できるようになりましたし、利用者様も納得して下さったケースもありました。
3. 具体例が示されたので説明や援助がやりやすくなった。
4. 様々な事例を基に説明できるようになった。
5. 文章化されたことにより、家族や本人、ケアマネジャーへ説明がしやすくなった。
6. 明確化されたことで利用者、家族、ケアマネなどに具体的に説明できるようになった。
7. ヘルパーや利用者への説明が容易になった。
8. 生活援助の内容でも、自立支援のため身体介護になると説明ができる。
9. 曖昧だった部分が明確化され、ヘルパー、ご利用者様に説明しやすくなった。

④ヘルパーの意識や専門性の向上

1. 生活援助での家政婦扱い（現状、残っていますが）の気持ちから、介護職員としてやりがいとなり、プライドを持てるようになってきました。そして、今まで行っていた生活援助のグレー部分を改善できる一歩となっていると思います。
2. ヘルパーとお手伝いさんとの区別ができるようになった。一緒に行くことで会話も多くなり”ほめること”次の目標と一緒に検討できるようになった。調理に関しても今までも本人に”できること”をお願いしてきたことが単働的にも（単位）上がり良かった。

3. 老計 10 号 1-6 が明確化されたことにより、訪問介護員が身体にかかわる援助において、知識や技術の向上を図ることが重要と認識されると思いますので、良いことであると思います。
4. 利用者のできることとできないことの見分けができるようになった。
5. 訪問介護員としての専門性をはっきり示すことができる。
6. 今まで同様のケアを行っていたが、ケアマネジャーに相談してもなかなか身体介護として認めてもらえなかった。明確化されたことにより、ヘルパーの意識の向上やモチベーションアップにも反映されると思う。
7. 利用者さんのできることを探し出す意識がヘルパーに出てきている。
8. 介護職員が専門性を持ってかかわることができる。現在の介護報酬（生活と身体での金額が違う）では専門性についての評価基準がわからない。入って来る賃金が違えば働いている人のモチベーションが上がり専門性の追求が増す。

⑤ 自立支援の視点

1. ヘルパーが代行的にサービス提供するのではなく、本人のできる能力を維持・向上するように本人主体で行えるので、自立支援として有効的だと思う。
2. 利用者、利用者の家族、ヘルパー共に自立支援の大切さが認識でき、素直に受け入れることができるようになった。
3. 一緒に行う、やってみるサービスですよと促しがしやすくなった。元々の介護保険のサービス、自立支援という部分で考えるとできる部分を行ってもらおうということは良いと思う。
4. なんでも介助するわけではなく、自立の視点をもって共に行う援助をすることができるようになった。

⑥ 提案・連携がしやすくなった

1. 担当者会議などで、ケアマネに提案しやすくなった。
2. 連携がしやすくなった。今までやってきたことが身体介護と認められ明確化され、ケアマネとのコミュニケーションがとりやすくなった。それと共に各ヘルパーへの指導、わかりやすく説明することができ、技術指導も行うことができる。
3. 訪問介護事業所にとって明るいニュースであり、意識の共有、ケアマネへの進言ができる点。

⑦ 報酬の改善

1. 身体の単位数で支援が行える。利用者の自由度があがる。ヘルパーがお手伝いする人から地位が向上できたと思う。
2. 今まで生活援助で算定していたところが身体で算定できるようになり、事業所の収益が上がった。明確化されたことでケアマネジャーにも内容を具体的に伝えることができ、身体でとれるということをはっきり言えるようになった。
3. 今まで生活援助として算定されていたものが身体として算定されることにより、賃金が改善される。

⑧その他

1. 介護保険の本来の目的が明確になった。
2. 一緒にすることで、できることできないことが見えてくる。代表的な生活援助をしていると、その人の残存機能をそこなってしまうので一緒に行い、考える力や意欲をもってもらおう。一番近い存在であるヘルパーが気づくことで、重度化を防止することを常に意識し、サービス提供しながら利用者さんをよく観察し、ささいな変化を見逃さず報告することが大切。
3. 今はわからない。
4. ヘルパーがやらないといけないから一緒に行くことで信頼関係が生まれる。

■ サービス提供責任者が考える今後の課題

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

① 利用者・家族の同意及び理解、家族・ヘルパー等の理解について

a. 利用者との関係について

1. ご本人の依存意識を変えていくのが難しい。
2. 利用者様、ご家族様については行ってもらえるという意識が強い。一緒にと声かけしてもスムーズにいかないこともある。状況によっては困難と感ずることもある。
3. 現実を利用者様に説明し、具体的に動けるように説明し、わかってもらえるようになるのに時間はかかりますが、ゆっくり進めていきたいと思ひます。
4. 利用者の理解が難しい。
5. 今後の課題は、ヘルパーをお手伝いさんと思っておられる、利用者さんに理解を得ること。
6. 利用者の方全てがすぐに受け入れて下さるわけでもないため、少しずつ理解を深めていただけよう接していく努力が必要。
7. これまでは身体介護といえは身体に接し、介助をする行いだけが身体介護と思ひていた。しかし、転倒の防止のため側で付き添い、見守りをするといふところは身体に触れていない。ヘルパーの声かけと誘導で、身体介護に該当することになった。見守りをしながら一緒に何かを行うことは、本人の意欲・関心を引き出すことができる。しかし、できることでもヘルパーにやってもらいたいという思ひが強い方もおられ、声かけと誘導で行動を起こしていただけないケースもある。
8. 説明はできるようになったが、利用者さんや家族に理解してもらうのが難しい。
9. 長年利用されている方ほど理解されにくい。常に財源が問題になっている介護保険ですが、今回の見直しも浸透させていかなければと思うが、現場をみていると要支援の方々が何とかした方がよいのではと思う。
10. 利用者によってはできる人でも主になって動くことが負担といふ人もいるので理解を得るのに難しさがある。
11. 普段はできていたが、できない！とか、本当はできるけど甘えているといふ状況もありえると思う。その場にちじた対応が必要と思う。何でもやってくれる職員がよい職員といふ勘違いとか、何でも依頼する利用者さん、何でもやってしまう職員、その反面に自立支援といふて促すも場面、状況によっては、必要なこともあると思うので、その点すごく難しい。課題：介護する自身の能力を可能な限り活かして生活する上での関心意欲などを引き出しながら、声かけ等対応すべき。
12. 依存度の高い利用者様への対応。援助の過不足の見極め。ヘルパーの支援内容、程度の統一化。
13. 調理での声かけで献立・味確認をしてもあなたにまかせる、なんでもよいとヘルパー任せになることもあり難しい点もありました。何でもヘルパーにしてもらえると思ふ利用者が多く難しい。利用料金を上げては。
14. 説明をしてもまだヘルパーを家政婦と感ずている人がいる。
15. ご本人が家で生活を元気に長く過ごすには、自分で行うことが大切であることを、最初にきちんと説明がされていないと、「やってもらひのがあたりまえ」「すぐにヘルパーは、一緒にといふ」「お金を払っているのに」と、両方のストレスになってしまう問題あり。
16. ヘルパーが入ることで、何でもしてもらひると思ふ方が多い。家族の理解も必要になる。

17. 「自分はしない、ヘルパーが全て行う」と考えを持たれている方には難しい。声かけの技術等も含め、本人の意欲向上のためにどうすべきか課題である。
18. 利用者が楽な方へ求めると、ヘルパーへの負担が多くなり、利用料も絡んでいるために老計10号1-6を理解していただく難しさがある。
19. 利用者の中には介護員への依存が強く、一緒に…ということが難しいです。
20. 利用者に説明するも理解が難しい時があります。一人暮らしの方が多く、地域の方と協力できればと感じています。
21. ヘルパーに家事をしてもらいなさいとケアマネがよく言っているのを聞いていましたが、これからは理解してもらえそうです。古くから利用されている方は説明も難しく、自分の意見を通されるので、サービス内容を変えることはできませんでした。今後は研修を何度かして、意識を変えていくしかないと思っています。
22. 何でもヘルパーにやってもらおうという考えではなく、一緒にできることは一緒に行うという視点で説明をさせていただいても、理解していただける方、そうでない方がいます。物事の捉え方が人それぞれ違い、今後理解を求める説明等、工夫が必要だと思います。
23. まだまだ訪問のヘルパーは、利用者の意識の中で「家政婦のようにこちら側から一方的に支援するもの」という固定概念が抜け切れていないような気がします。「自立支援」を目標にはしていますが、利用者側にも理解することが必要だと思います。
24. 誰かが来ればやってもらいたくなる気持ちや「手伝ってほしいから頼んでいるのに」という気持ちになるのは理解できる。もっと利用者さんが納得した上で、自立支援、重度化防止のサービスが提供できるよう説明したい。
25. 本人が億劫がってやらない。ヘルパーがやってくれると思っている。
26. 決まった時間内で理解して、行動を起こしてくれるのを待っているとできないことなども出てくるので、それをどう取り組んでいくか。習慣づけることでそれをするべきことと認識できるようになっていくのは良かったと思う。今まで全て家事援助としてヘルパーにってもらっていたことを共にすることにより、身体扱いになり、費用が上がるということ、どう利用者に納得してもらうかが課題として残ると思われる。
27. A様は子の支援で”身1生1”だが、B様は同じ支援をしているのに”生3”などの不平等がなくなると思う。利用者はヘルパーを家政婦や嫁のように思ってしまう。なんでもやってくれる人と思っているので、どうしても一緒にやる、という考えがない。無理に「見守るので一緒にやりましょう！」などの声かけをして、クレームになることもあると思う。ケアマネは「オーバーが出ないように」「利用者がこう言ってから」など、ヘルパーにサービスを強要することがある。見守りの援助は、時間が1時間では足りない。
28. 現在サービスに入っている中で、ヘルパーがするものだと思いつけている。利用者や家族の方からも、本人は家事のことや身の回りのことはしたことがないから、ヘルパーにして欲しいと希望されている。サービスの時にデイの準備をする際も衣類を選んでもらったり、ゴミ(汚物)も新聞に包むよう声かけしていき、今は毎日ゴミを捨てるという意識が出た例もある。あきらめず、ゆっくりと状況を見ながら声かけを行い、やってみせ、一緒に行い、できないにしても本人に決断してもらうことを続けていこうと思っている。が、身体介護として算定することは難しいと思う。
29. 今まで生活で介入していた利用者さんに、身体介護として算定できることの同意を得ることが、利用者さんによっては難しいのではないかと。
30. 利用者様の理解が難しいと思われる。実践的負担が増えることと、利用者の方々の捉え方の違いもある。利用者様にわかりやすく説明するように取り組んでいかなければいけない。
31. 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助が、利用者の自立支援につながる援助ということを利用者・利用者の家族に理解していただくことは難しいことだと感じました。特に、現在生活援助で訪問介護(ヘルパー)の支援を受けている利用者は利用料が上がるのに、自分がすることも増えるという点で疑問を持ってしまうのではないかと思います。見守りの援助が利用者のこれからの未来を考えた援助であり、心身機能向上も期待できる援助であることを利用者・利用者の家族に知ってもらうことが、今後の課題だと思います。

す。一人でも多くの利用者が、自分でできたことの喜びや達成感を感じることができる支援を行っていきたいです。

b. 家族との関係について

1. ご家族への理解を求める材料が少なく、中々快く身体介護として受け入れてもらえないこともあります。これって生活援助じゃないの？と疑問を持たれたり。
2. 個々のヘルパーが手を出しすぎないように、見守り支援の必要性を感じていますが、家族には理解されていない部分が多いように感じます。

c. 訪問介護員・訪問介護事業所について

1. ヘルパーにもしっかり理解して欲しい。
2. ヘルパーが自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助を理解していない、勉強不足。
3. 現ヘルパーの意識改革が重要だと考えます。やってあげた方が親切、やってあげたいという気持ちの方が大きいように感じます。制度がいくら変わっても、働く人たち（現場）の知識や意識が変わらなければ、難しいのではないのでしょうか。

d. 介護支援専門員との関係について

1. 課題としては、介護支援専門員、利用者家族との共有の仕方。まずはケアマネの理解力不足がかなりあるので統一してもらいたい。
2. ケアマネによって差があり、老計10号1-6の理解をしている人が少ない。例示の例7のような5分以内で終わるものに身体1が算定できるのですか？とケアマネに強く言われ、そんなこと言うのはおたくの事業所が初めてです等言われてしまうと、何も言えなくなる（新規が来なくなるのではないかとの危機感さえ覚える）。安否確認を含め、夕食提供（ヘルパーが温めて出す）で生活2で前事業所より引き継いだ。訪問看護も介護保険で入っており身体で算定されると限度額オーバーし、その人の生活が成り立たなくなると言われる。国が自立支援を推進していることから、むしろ「生活援助」を特例として取り扱ってくれば訪問介護の役割も一層重要となっていくのではないのでしょうか。
3. 未だにケアマネが理解できていない、また理解していてもグレーのプランを作成する現状です。当事業所ではグレーのない支援をするため、ケアマネに意見をしています立場上、弱い部分があります。
4. 提案しても、理解が得られず、ケアマネから「一緒にやらなくていい」「促さなくていい」と言われるケースもあった。
5. ケアマネへの浸透がまだまだと感じる。今後の課題:介護関連事業所全てに老計10号1-6が浸透し、共通概念として認識されてほしい。
6. 提案してもケアマネさんがうまく話をすすめてくれないこともあるので、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助の重要性をケアマネにしっかり伝えられるようにしていくことが、今後の課題だと思います。
7. まだヘルパーが来て掃除などをしてくれる、自分は動かない・・・という利用者・ケアマネジャーが多いです。アセスメントをしっかり取り現場の声をケアマネジャーに伝え現状を変えて（生活援助→身体介護）行きたいと思います。
8. 見守りの援助の認識がない。また価値観の違い等から身体として捉えないケアマネに対しサービス事業者側から提案しにくい、一括りに生活援助として捉えるケアマネが多い。
9. 制度改正にて在宅で住み慣れた生活、自立支援の促進が促されている、その中でのケアマネとサービス提供責任者の統一感がない時もある。訪問介護事業所として自立支援を促し共に行う身体介護を当たり前に提案しても、ケアマネが生活援助を推奨されることも多い。サ責は利用者の生活、ADL、できることを見極めケアマネに提案できるよう強める

と共に、各ヘルパーへの周知、徹底を図る必要がある。事業所のサービス提供責任者はケアマネから言われるがままの計画をするのではなく、対等であることを念頭に入れ意見を言えること、自立支援に少しでも近づけるよう努力が必要だと思う。またこの老計10号1-6の意味を各ヘルパーにも理解を求めなければならない。

10. 明確化されているが、ケアマネジャーや現場の人間たちにももっと認知されていけば、より一層利用者様のためにできることが増えるのでは、と思います。
11. ケアマネの理解が少ないため、提案しても位置づけられない。トイレ介助、移動の見守りなどは実際に必要でも支援内容にとり入れてもらえない（自分で歩けるなどの理由）。

e. 全体の理解について

1. まだまだ、理解されてる方が少ないので、もっと浸透していくと良いと思います。
2. さらに利用者様のADL、IADL、QOLや意欲向上のために利用者様と共に行動、自立支援、重度化防止のためのサービスの必要性を感じ、訪問介護のサービス提供責任者、介護支援専門員等の関係者に周知されることが重要であると感じました。
3. やってもらおう気持ちが当然利用者さんにはあるが、みなが一つの方向にむかい声かけをしていくことで利用者さんも少しずつ変わってきている。利用者さん、家族が納得しサービスに入れるよう説明していきたい。
4. 訪問介護員の記録の書き方で、見守りのみの援助と受け取られ、ただの見守りの援助では老計10号1-6は取れないと言われていたりすること。今後の課題として記入事例を数多く示してほしいです。よろしくお願いします。
5. 本人の生活機能の改善には、良い案ではあるが訪問介護の今までのあり方が浸透しているため、本人・家族の理解、またはケアマネジャーのプラン内容の改善を検討していただくことが課題のように思います。
6. 老計10号1-6というものの存在を知らない方が多すぎる。
7. まだ訪問介護員に浸透していない部分が多く、理解していない人も多い。今後研修等で周知していく必要があると強く感じる。
8. ”今後生活援助はなくなっていく”というように思っていた。思いあたる独居、認知症、もしくは他の病気をかかえた利用者はどうなるのだろうと考えていた。研修を受け、事例を見ることで理解をした。私のようなサービス提供責任者やケアマネは多いと思います。ただ、正しい知識とアセスメントも重要で、単なる生活→身体に、とは違うことも理解は必要だと思います。
9. ケアマネジャーや利用者のご家族に理解してもらうには、時間がかかる。
10. 市の担当（サービス）がもう少し理解をしてほしい。ケアマネも同じく。
11. まだまだ老計10号1-6の理解がみんなになく、私自身も理解に自信がないため、説明できるように力をつけていきたい。
12. 今現在ではサービス内に老計10号1-6を取り入れてはいたませんが、今後の自立度向上または維持のためには、積極的に取り入れなければならないと思っています。掃除等もやってくれるヘルパーが良い、お金を払っているのに一緒に行おうと声をかけてきた等の意見があり、まだ家政婦扱いが抜けていないと感じます。このままでは自立支援ではなくただの家政婦代行が横行し、ADLはどんどん低下すると考えます。サービス提供の前に、ケアマネが本人にヘルパーの援助内容についてしっかり説明してほしいです。なので、まず行政とケアマネに浸透させてほしい。
13. 明確化されましたが、理解されていないところも多いと思うので、援助する側・される側ともに理解して適切なサービスを行えればと思います。
14. ヘルパーも十分に理解できているかどうか、あやふやな部分がある。本人や家族さんも十分に理解されていないと、どうして薬を飲むのを促したり、洗濯をたたんだりすることが身体なのかと疑問に思うと思います。ケアマネさんも人によっては理解できず、身体としてプランに入らないと思います。

15. ヘルパー事業所だけじゃなくて市・居宅事業所にもアンケートをして欲しいです。どれだけ理解しているのか知りたいです。見守りの援助をしているか・していないかではなくて、介護業界のすべてが知っているのか、理解しているのかアンケートが必要ではないですか。それをこの中味に付けてもらってアンケートに応えたいです。
16. 今までは身体介護・生活援助と区別されており、身体に直接触れないことは生活援助と言われてきました。ただ、ご本人が「自分で料理ができるようになりたい」という明確なニーズがある場合、一緒に調理するというサービスにしても、なかなかケアマネジャーさんには共に行う行為であっても、身体介護と認めてもらえないことも多々感じていました。今回、老計 10 号 1-65 が新しくなったことで少しでも関心を持っていただいたように思います。まだまだ、多くの関係機関の方々に理解不足が目立ち、また、サービス事業者も未だに理解できていない事業所も多く、見守りの援助であっても生活援助で引き受けてしまい、自立支援につながらない状況です。自立支援をしっかりとやりたいと思っても単価の高い身体介護の提案はうとまれ、他サービス事業所へ流れてしまうこともあります。
17. 重度化防止のためという点では、まだまだできることがあると思う。支援していく中で曖昧な部分が沢山あり、もっと身体介護として明確化されていく部分が増えれば良いと思う。周知、勉強の部分もまだまだ足りないと思う。家事援助の流れではなく、はっきりと区別づけるための勉強が必要と思う。

②サービスの内容や方法について

1. 共に行う点、時間を要することでできない部分を時間内に優先順位で行っていきけるか？少しバタバタする部分も見える。まだまだヘルパー＝お手伝いさんのイメージがあるのは消えません。
2. 短時間化されている中で、ケアプラン、時間の変更など細かな説明や指導がより必要になると感じます。
3. 利用者が自立できていることは何か？どのような援助をすれば自立につながるのか？一つ一つの動作をアセスメントし、限られた時間内に声かけして、見守りながらの支援は難しいと思います。
4. 難しい点：限られた時間内で声かけして、見守りながら利用者が行動をおこすのを待たなくてはならない。
5. 決まった時間内での見守りの援助や利用者と一緒に声かけしながらの活動は難しい時があると思います。
6. 理想は利用者様の向上を目指すとなんとなく理解はしているつもりだが、限られた時間（1～1時間30分）、限られたヘルパーで支援、日々の日程をこなさなくてはならない。→現実では難しく、利用者様の中では一緒にすることが面倒、何故、お金を払っているのにヘルパー一人でやらないのかと、理解に乏しい方がほとんど。また、私も含め正直、ヘルパー一人でいった方が面倒くさくない。
7. 提供時間の中で身体介護として算定できるのは20分以上となっています。比較的20分以上を有する支援に関しては問題はありませんが、例7や例5のようにあまり時間がかからない介護に関しては、どのように解釈すれば良いのか悩むことがあります。
8. 本人に合わせて支援すると、一つの動作に時間がかかりプラン通りにできない。家族の協力を得られない家族のかかわり方に問題を感じる。
9. なかなか成果を出せないことがある。声かけの難しさ。ご本人の理解を得られない時の難しさ（依存症の強い利用者）。
10. 介護者自身の根気が必要。
11. 一緒に動くことができる環境作りが大切。ヘルパーの方も見守ったり、（上手な声かけ）促すことができる人材を育てることが重要。
12. 認知症の高齢者の方と調理や掃除など利用者ができることをアセスメントによって把握し、利用者の安全を見守り、声かけをしながら役割分担をしていますが、なかなか現実には難しい。根気よくやっっていこうと思います。

13. どこまで自立しているかのレベルにもよるが、対応時間の制約もあり、ヘルパー一人で対応した方が早くなることやしてしまう介助をすることなど、「見守り」自立を促す援助は難しい。ご本人は時間をかければできることもあるが、ヘルパーは時間内であればこれもこれもあることができ、気持ちに余裕を持った支援ができていないこと。
14. 本人の意欲の引き出し。具体的な支援方法（声かけ等）。
15. 自立支援に向けて、サービス提供者のスキルアップがさらに必要。同行訪問など指示や指導を行い、ヘルパーとの共通意識を持つことが今後の課題と思います。
16. 利用者個々の援助方法の明確化、ケアマネジャーの理解浸透。
17. 常に人手不足で一人ひとりに長い時間、訪問を行うのが難しい。
18. 生活援助をしながら利用者の入浴の安否確認は「何かあった時」に瞬時の対応を求められるにもかかわらず、手を止めて見守ることもなく不安しかない支援でした。手を貸すこともないが、安全確認が必要なサービスはたくさんあります。身体介護として利用料にはね返る訳で、できるなら生活援助の中での一部を求められてきましたので、明確化されることにより安全なサービス・見守り提供ができて良かったです。共に行うことがヘルパーの指示命令と取られることもあり、より一層声かけ・コミュニケーションが必要と思われま

③線引きが難しい・ばらつきがあることについて

1. 訪問介護事業所によって理解の程度にバラつきがあり、身体介護としてではなく、生活援助として引き受ける事業所がある。利用者、家族だけではなく、ケアマネジャーに説明しても理解していただけないことがある。見守りの援助は時間を要したり、一緒に行う声かけが難しかったりと重要性は理解できても、実践が難しいと訪問介護員から意見がある。周知や理解を広める機会がまだまだ必要だと思う。
2. 利用者の気持ち・体調により、身体でとれない時があるところが難しい。その時により「生活」「身体生活」になっても良いのか。曖昧にしていた部分をしっかり行う。まずはそこから。
3. その日の本人様の体調、意欲（気分）によって左右される時がある（できない日もある）。まだまだヘルパーやケアマネ、利用者等に理解が進んでいない。
4. 限られた時間の中で行うためつい手を出してしまったり、スタッフの中にも上手に声かけができる人できない人によりバラツキが出る。支援内容の統一を行っていくことが難しく感じる。利用者に対して、どのようなサービスが必要なのか？の見極め。ケアマネジャーに対して提案も必要と思います。
5. 今後も時代背景や介護制度の進み具合で明確化を柔軟に対応できれば良いとは思う反面、携わる方たちがきちんと制度を理解し計画を立て、全員が共有できる体制をとらないと、御用聞きになってしまうのではないかと危惧している。利用者、家族にできないと言われてただでプランを作成されると、後から不具合が生まれる。
6. どこまでが身体でと線引きが難しい部分があった。本をよく読みきちんと説明が行えるようにしていきたい。
7. どこまでが「身体」で・・・と線引きが難しい部分があった。きちんと説明ができるようにしていきたい。
8. 変化のある利用者に対し位置づけても、サービスがスムーズに行われる場合と行えない場合の算定が難しい。認知症状のある方が受け入れできない時は難しく、努力をして促しても結果につながらない場合、身体算定をできるのか。生活、身体において限度額もあり、ケアマネが受け入れてくれるのか。1回老計が変わったと明確化されたが、その時はこれから提案できるとしても、今までの習慣や忙しい毎日におわれ、今まで通りのサービスへ落ちつかせてしまう傾向にある。
9. 生活援助でサービスを組まれることが多い。
10. 生活援助と自立生活支援・見守りの援助の線引きをしっかりとわかりたいと思う。

11. 利用者、家族の理解が得られない場合。体調ではなく、気分で支援を断られる時もあり、身体→生活になる。今後ヘルパー訪問も自立に向かったの支援だと注意していただかないといけない。
12. ヘルパーに頼んでいるのに、一緒に・・・となると、それが自立に向けて検討された援助であっても理解できず、共に行えず、身体でなく生活での算定になってしまう（生活から身体への切り替え時、特に本人の理解が難しい）。
13. 見守りの援助が文章で明記されたことにより、訪問介護員の配慮も評価されることとなると思いますが、その日の利用者の体調、気持ちなどの変化もあり見守りの援助が思うようにできないこと、また曖昧になってしまうこともあります。
14. 難しい点は、サービス時間の配分で見守ることと、必要に応じて介助するべきことの見極め。
15. 利用者の体調により、一緒に作業が行えなかった場合やヘルパーにより作業にばらつきができるかもしれない。

④利用料、区分支給限度基準額（単位）との関係について

1. 本人から「ヘルパーを手伝っている」と話がありました。せっかく良くなっても、生活から身体となると料金も高くなるし、難しいと思いました。
2. 身体介護のサービス単位数では区分限度額を超えてしまう理由で、生活援助の単位数でサービス提供をせざるを得ない実情がある。また、サービス提供時間の制限がある中で、ヘルパーが利用者のペースにどこまで合わせるができるか、現場での焦りやジレンマがあるように思う。
3. 負担額増等の関係でサービス提供に至らない、現在ではケアマネジャーの考え等で差があったりすることもあると考える。
4. そもそも例示にあるようなサービスを提供する方は要支援（総合事業）の方が多いのと思われ、「身体介護」として算定できるといっても、メリットがない。生活援助（家事）と一緒に行うことで「身体介護」と算定するには利用料負担の関係から、利用者、家族の理解が得られないと難しいのでは。元々見守りや必要時に応じて行う介助などは「身体介助」として位置づけられ算定されているため、かえってわかりにくい。ケアマネも10号1-6を理解されている方は、ほとんどおられないのでは？
5. 生活援助として提供しているサービスの中で、見守りの援助を行っている場合もあると思うが、区分支給限度額という制限のために身体的介助として算定することができない事例はあると思う。
6. 見守りの援助の内容が明確になり良かったが、認知症の方はその日の体調によりできること、できないことの差が激しく身体介助が増えると単位の内でまかないきれぬか、などの問題あり。10月からの特定処遇改善加算もあり、利用者さんの負担が増える今のところ身体介助を取っていない。
7. 単位数や枠の関係もあり、金銭的に負担が多くなるので、サービスの優先を考えると難しく思う。
8. 意欲的な利用者に見守りで身体となる説明を行った。理解していただきサービスを始めた。請求時に金額が高くなっていることに気づいた。「少し高くなるなら何もしない方が良いの」と言われた。結局、身2生1で90分サービスを行っていたが身1生2と以前に戻すことにした。本人のペースに合わせていると時間不足の時がある。時間をかければできることは、ヘルパーが行い、他の作業を見守ることになったケースもあり。
9. 単位数が足りないため、ケアマネから生活援助にして欲しいと言われていたことがかなりありました。それがなくなったので安心してヘルパーに指導できます。地域包括の職員が重度化防止の視点がないと思います。特に事業対象者の依頼は、お手伝いのように利用者は思っています。

⑤アセスメントについて

1. やはり利用者のできること、できないことを見極める力が必要になると思います。訪問介護員（介護者）と利用者との信頼関係の構築は重要であり、今後の課題であると思います。
2. 今後は利用者の心情、アセスメントの取り方を丁寧に行っていないと、利用者への負担になりかねないので注意していきたいと思います。
3. アセスメントの重要性、観察し、利用者の自立度をはかる。
4. ケアマネジャー、デイサービス、ショートステイなどの事業所とヘルパーのアセスメントの違いがある。（理解してもらえないこともある）。ヘルパーの努力でできるようになっても、訪問中止となるだけで報酬等がない。本人、家族の理解をえるのが難しい。まだ「やってもらえば楽」という人が多い。ケアマネの理解、ケアマネからも利用者に説明してほしい。
5. 今後、重度化防止の援助は大切であると思いますが、記録の書き方や観察力を養うことを考えると気が重くなりました。
6. アセスメントの重要性。支援内容を明確にし、訪問介護員へ説明が行き届けるよう計画書と手順書を作成していきたい。ご本人の可能性を探りつつ体調に無理なく支援が継続できるようにしていきたい。
7. 本人のできること・できないことを見極める力が必要である。

⑥評価のあり方について

1. 今まで自身で行っていた家事を長い期間継続できている例がみられるが、かかわらなかったことによってどうなったか・・・ということを証明できないので、第三者のかかわりがどのように有効であったかを具体的に証明することが難しい。
2. 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助の明確化とされているが、少し具体的な例が記されただけであり、本当の意味での明確化はこれからの私たちの働きかけによりQOLの向上、重度化防止がどのような手法（かかわり方、アセスメント力、他事業所の連携）で使い、どのような結果が出たかという情報や事例を積み重ねていかなければならないと思います。ただ、今回の改正でケアマネジャーや市職員の方に意見を聞いてもらいやすくなったり、理解してもらえたりという点もあり一定の評価はできると思います。
3. 効果の測定が難しい。数値的に出しにくい。声かけし共に行ったり、見守りなど、声かけの方法、見守り部分などを見極める力が必要なのか難しい。

⑦連携の必要性について

1. ケアマネジャーの理解による居宅計画にそい、私たちサービス提供責任者は訪問介護計画をたてますが、ケアマネジャーとの連携、話し合い、経過による計画の変更などにもっと対応していけたら良いと思っています。
2. 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助が身体介護として算定できることになり、利用者と共にすることは本人の意欲の向上や生活歴の喚起のためにはとても良いことですが、やはり一緒に行うと時間がかかる上に限度額のこともありケアマネジャーと連携が取れないこともあります。
3. 訪問介護が入ることにより、本人がまかせっきりになり、ADLが少し落ちた等の報告も聞く。自分支援を促し、意欲の向上につなげるためには、チームで情報を共有し、皆が同じ支援で望めるようにする体制がいると思う。

⑧その他

1. 自立できるようになったことで転倒のリスクが増える。

2. 利用者・家族の方に理解をしていただくための説明が難しい。
3. 自立支援の訪問介護計画書作成が難しい。ケアマネジャーもケアプランがきちんと作成できていない（身体介護としてのケアプラン）。
4. 具体的にどうすすめてゆくか理解（自分自身）できてないため、学習する必要性を感じる。
5. サービス担当責任者として6人担当し、多業務と兼務しながら1年が経ちました。利用者はしてもらるのが当たり前、ヘルパーもするのが当たり前になっているように思います。観察、アセスメントから細かな手順の作成とかなり大変な作業だと思いました。アセスメントは事細かく聞く必要がありますし時間もかかる。手順の計画書作成がきちんとしていると、生活も介護でとれると言われていましたが、その分提供時間も長くなる。それも取れると言っておられましたが、ヘルパーの収入面には反映されますが、長くなった時間、料金について利用者さん、家族がどう捉えるのか。ケアマネさんの計画書に基づきヘルパーの事業所の計画書作成となりますが、一緒に行く部分、利用者ができる部分、自立に向けての細かい手順の計画書は両者の意見が必要なのかなと思いました。担当者会議はありますが、その場では詳しい話はできないと思いますので、そうなると文書のやり取りや電話での確認も必要になるのでしょうか。どうしても書く作業が多くなり、負担も多くなるような気がしてしまいます。
6. 高齢者の皆様が増えていく、超高齢者社会になっていく世の中であり、介護の人手不足に伴い外国人労働者が入ってくるにより個々の国の価値観もあり、お金を払っているのだから全部やって欲しいと言う方もいますが、尊重はしていく中で個々の自立も進めてほしい。
7. 訪問介護が週に2~3回訪問し、利用者さんと一緒に行い慣れてきて、訪問介護員とも信頼関係が少しできたかなと感じたらショートステイに入ったりして次に訪問に行くともた最初からになります。ショートステイ利用も必要だとは思いますが、ケアマネジャーと同じ施設のショート利用をまず決めて、残りの本人さんの限度額の中で残りの支援が決められることがあり「この利用者には、本当は何が必要な支援なのか」と考えることも多々あります。
8. 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助についての大切さを、再認識することができました。今後は訪問介護員に知識やどのような自立支援を実施していくのか再確認し利用者様のADL、IADL、QOLの向上を図っていくよう、努めていきたいと思えます。

■介護支援専門員が考える良かった点

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

①支援内容の明確化

1. これまで、特に必要なケースがなかったこともあるが、十分な理解をしないまま経過していた部分があり、今回のアンケートにより知識を深めることができた。今後はより深くアセスメントを行い老計10号1-6に基づくケアプランの作成に心がけたい。
2. 予防の観点が可視化された点が良かった。
3. 今まで曖昧でわからなかったことが明確になって良かった。
4. 明確化された通知をみながら利用者、その家族と検討できた。
5. 具体的に表現されており、理解しやすい点が良かった。
6. 支援すること・達成目標が明確に理解でき、勧めることができた点が良かった。プランの曖昧な表現が修正できた。
7. 具体的な内容の把握がしやすくなった。独居の方が必要とする生活の支援に対するサービス内容に幅ができて自宅での生活の継続につながると思う。在宅生活継続にはヘルパーサービスは欠かせないため、明確化されることで、サービスの導入もしやすい。連携も図りやすくなると思われる。
8. 居宅・訪問それぞれの事業所内での意識付けされたことは良かったと考える。
9. 具体的にどこまでが身体介護なのかを確認することができた。
10. 基準があると判断に迷うことが少なくなり、良いと思う（特に経験の浅い介護支援専門員にとって）。
11. 具体的に誰がみてもわかりやすくなった。
12. 明確になることで、理解していなかった訪問介護員に理解してもらいやすくなる。
13. わかりやすくて良いと思われる。
14. 漠然としていたことが文章化され、サービス事業所と居宅介護支援事業所で情報の共有ができたこと。
15. 明確化された時点から、ヘルパー事業所も理解されており、身体への変更を行っていた。保険者とは確認を行ったことがなかったので保険者の理解度は不明であるが、明確化されたことで身体での位置づけの根拠となるのは良かった。意欲がある方、独居などで、自分で継続して機能維持を行わなければならない危機感のある方が中心的に位置づけの対象となっている。
16. 曖昧さが少なくなった。
17. 具体的な例がわかり、理解しやすくなった。
18. 具体的内容が記載してあるのでわかりやすい。
19. 市町村ごとでのばらつきがなくなる。
20. イメージが増えた。
21. 明確化されたことにより、プランニングが行いやすくなった。
22. 具体例があげられてわかりやすい。
23. 介護保険での身体介護の内容が明確化できた。
24. 今までだと判断に迷うところが、明確化されたことで適切に対応ができるようになった。
25. サービス内容が自立支援・重度化防止と明確化されて良かった。

②取り組みやすくなった

1. 家族と同居しているが、日中独居の方の日中のかかわりの選択肢が増えた。
2. 具体例を明記していただくことにより、支援に結び付けられやすいのではないかとこの点があります。
3. これまでも本制度は存在したと思うが、項目が明確化し、選択肢も広がったのでプランニングが行いやすくなった。
4. 明確化されたことで、利用者様や家族様への説明やヘルパーさんへの調整がしやすくなった。
5. 専門職としての意識が上がることは良かったと思う。また、ケアマネの目標設定が確実化できる。
6. 明確化されて具体的なことがわかり利用者の自立支援ができ、利用者もケアマネも、サービス事業者も勉強をすることにつながるし、良かったです。依頼しやすくなりました。
7. 介護保険制度は自立支援を目指しているため、よりサービスに導入しやすくなった。さらに自立支援を考えていく必要あり。
8. オープンになりケアプランに組み込み易くなった。
9. 区別をしやすい。
10. ケアプランに反映できる。
11. 「見守り援助」をプランに入れる際の指標になった。
12. 滞在型から短時間での巡回型への転換ができるようになった。
13. 皆が納得してサービス提供ができる。
14. 個々の利用者にあった自立とは何かを考えやすくなった。
15. プランに意識して載せている。
16. サービス提供の根拠となる法律ができたことにより、自信を持ってプランに反映させることができた。
17. 明確化されることでアセスメントと共に位置づけるにあたり予測しやすい点はあると感じる。
18. 明確化されることで、きちんと利用者、家族に伝えやすくなった。
19. 担当者会議で皆が意見を出しやすくなった。
20. 曖昧な部分が明確となり、利用しやすくなった。
21. ケアマネ、ヘルパーさんにとって、仕事が理解しやすくなった。
22. 身体の算定について根拠を示せるようになった。生活援助ではないことの明確化。
23. 自立支援への取り組みがしやすくなった。
24. ヘルパー事業所で対応していただきやすくなりました。
25. 訪問介護事業所への促しが容易となったこと。

③利用者のためになっている

1. 重度化防止につながる。
2. 明確化されたことで、必要な利用者へは自立支援の手立ての一つとして導入できる。
3. 自立を促すことで重度化防止ができるので良いと思っています。
4. 一緒に行えることが、ご本人の意欲にもつながり、支援者もやりがいを持てると思う。できるという、成功体験は、高齢者にとって中々得ることのできないこと。一緒にすることは、とても意義があると思う。

5. 生活援助ならびにリハビリテーションの側面も期待できますので、明確化されて良かったと思います。
6. まだまだ「やってあげましょ」で対応するヘルパーがいるため、利用者が「やってもらって当たり前」と思うようになってしまったことがあったが、一緒にやってもらう、と言うことをヘルパー自身が念頭に置き、行動することで、少しずつ利用者の意欲も向上し「自分でもできる」と言う自信につながっている。認知症で独居でも地域での一人暮らしが継続できている。
7. 認知症の悪化予防が緩やかであれ、できることは行えていることは良かったことと評価している。
8. 良かった点は、本人、家族に自立に対する意識が高まったように思われること。
9. 自立的支援を受け在宅生活を送ることで意欲の向上、QOL向上に役立っている。
10. 介護予防の観点にもつながり、良かったと思われる。
11. 自分でできることを明確にしたことで、自分自身のやる気が出てきました。
12. 利用者のヘルパーに対する認識が変わり、両者の意欲が高まる。
13. 今までよりも利用者に対する自立支援への道が広がったと感じます。
14. 本当に必要な人には良い効果が得られると考え、良かったと思います。
15. 利用者の自立を促す視点が持っている。
16. 利用者や家族に説明を行う際に大いに役立っている。
17. 見守りの援助を示されたことで、利用者の意欲やQOLにつながるのではと考える。
18. 利用できる範囲が広がった。
19. ご利用者自身も、やってもらうだけではないという意識の向上につながる。

④説明しやすい

1. サービスについての目安が明示されることにより、ケアプランに記載して、利用者に説明しやすくなると思う。
2. 利用者への説明が簡易である。
3. 計画をたてた際に保険者の理解を得られやすくなったと思います。
4. 具体例が示されているため説明がしやすい。
5. 明確化されたことにより、ケアプランの妥当性や保険者への説明が行い易くなりました。
6. 利用者への説明がしやすい。
7. 内容が生活援助ではないかと、訪問介護の責任者から問い詰められたことがあったが、今回の明確化で、身体で算定できることができ、事業所に対して説明しやすくなった。
8. 利用者や家族に身体介護について説明しやすくなった。
9. 家族へ説明がしやすくなった。
10. 例を参考に利用者・家族へ説明できた。理解し、利用したので効果が出た。

⑤支援の必要性が明確化

1. 「してもらふこと」が当たり前ではなく、自分のできることをすることが重要なことだと利用者や家族が理解してくれたこと。
2. 身体介護の必要性が理解された。

3. 「重度化防止」「QOLの向上」にヘルパーのかかわりが重大な役割を担っていることがようやく評価された（本当に、今頃ようやく）ことは、介護業界全体にとって、とても意味のあることと思います。

⑥報酬の改善

1. ヘルパー事業所は、いつも頑張ってケアしてくれている。ケア内容が同じでありながら算定点数の高い方で給付管理できることはヘルパー事業所にとってとても喜ばしいこと。
2. 身体介護は高い料金で請求できる。

⑦その他

1. ケアマネヘルパーともに対象利用者のアセスメントが深まりました。
2. 自立支援の取り組みが強化された。
3. サービス内容について理解ができた。今後該当する利用者がいた場合、検討したい。
4. 今までスルーしてきたので、一度しっかり理解を深める良い機会だと感じている。
5. 訪問介護員のちょっとした良いかかわりが必要と評価された。
6. 本人の自覚意識は個人差があるので、ケースバイケースで対応している。
7. 今後、ケアプランを作成する時の資料になる。
8. 介護保険の本来の意味に近づいたと思う。
9. ローカルルール、担当者が変われば判断や決定も変わるので判断しやすい。

■介護支援専門員が考える今後の課題

※複数の内容の記載がある場合、最初に出てきた言葉、或いは主要な内容で分類している
※記入された原文のとおり掲載している

①利用者・家族・訪問介護員・介護支援専門員等の理解

a. 利用者との関係について

1. すでにサービスを利用している利用者・利用者家族に「共に行う掃除」という理解は難しい。「ゴミの分別を一緒に行い、できるように」「認知症の排泄の自立」についてはかなり少数の方にしか期待ができないように思う。
2. 利用者によっては見守りの援助での家事を行うことと、代行として家事をしてもらうことに対する価値観が違うため、混乱をきたすのではないかと思われる。また、以前から、家事援助も身体介護も訪問介護の専門性として同等であると考えているため、報酬単価を分ける必要はないのではないか。
3. 利用者に説明するのは、ケアマネで信頼関係を損ねかねない。自治体が説明にまわったら良いと思う。なんでもケアマネに押し付けないでほしい。
4. 自立支援の目的と本人のやる気の引き出しと本人の能力の理解、病気の認知度も含め丁寧な説明が必要。小さな成功体験の同調等ケアマネの力量も影響するのでないかと思う。
5. 全面的にヘルパーさんにしてもらいたいという利用者の意識の改善が難しい。
6. 利用者は「ヘルパーはなんでもしてくれる」と思われがちのため、十分な説明が必要。
7. 利用者ができないことをやってもらうとの意識から、どうすれば自分でもできるかと考える思考の転換が難しい。
8. 利用者は、どうしてもヘルパーに全部してもらうのが当たり前と思われており、自立支援について理解してもらえないことが多い。
9. 利用者の理解を得ること（利用者はしてもらいたいという人も多い）。
10. 利用者さんに、ヘルパーはお手伝いさんではないことを理解していただきたい。ヘルパーさんも、自身でやってしまうほうが早いかもしれないが、自立支援の意味、必要性を理解し支援にあたっていただきたい。
11. 利用者の認識の度合い。
12. 利用者本人に対する理解度。
13. まだヘルパーはお手伝いさんと勘違いしている利用者様がいるので、理解を得るのが大変。
14. 家族様によっては、まだヘルパーが掃除をするものと思っていたり、利用者が出きることを増やすという方針が、まだ理解ができていない。

b. 家族との関係について

1. 家族様には理解され難く、時間がかかり、身体介護で金額が高くなるので、ヘルパーがしてくれればと家政婦のように思っている。またまだまだグレーゾーンがあり、使う側も足踏みしてしまう。
2. 転倒リスクを理解していただかないと難しい。家族の理解力のレベルにより難しい。

c. 訪問介護員・訪問介護事業所について

1. ヘルパーが先々手出しし、早く終わらせようとし、自立支援を阻む。

2. 理解してほしい方（事業所）に限ってなかなか理解されない。
3. 調理の味見や、必要のない爪切り等も「身体介護」「見守りの援助」とする訪問介護事業所が増えた。支援の本質を理解しておらず、支援の内容も十分でない。
4. 訪問介護事業所が「その内容で身体介護で良いのか」と理解が難しいことがあった。

d. 介護支援専門員との関係について

1. 介護支援専門員全般への周知は必須と思われるが、知らない人が多い。

e. 全体の理解について

1. 本意の共有を図ることが難しい場合があり。
2. 正しい理解と、正しい利用と評価を適切にできること。不適切に乱用とならないことが大事なのではないでしょうか。
3. 利用者様や家族様、ヘルパーさんの理解度にも差があるため、理解浸透を図る必要があると感じる。
4. ケアマネも訪問介護員も、周知を継続していかなければいけない。直ぐに単価とか家族の意向に負ける。課題は山積であるが、各職能団体は確りと役割の認識を持つように指導する。法人内での考え方の周知も大切である。要介護認定5の人が自立支援プログラムで要介護2 或いは1 となった際に、喜ぶのが普通であるが、家族も法人も介護度が下がったと言うことがある。意味不明である。この点を認識してもらい働きかけが大切だと思います。
5. 難しい点は、本人、家族の理解。今後の課題は、適切な理解が共有できるように事業所との連携を図り、本人、家族に適切に説明できるようにすること。
6. ケアマネジャーもサービス提供者も、自立支援についての理解がなければ、必要性があってもうまくつながらない。ご利用者への説明、合意形成を得ることが難しいと感じる。
7. 利用者や利用者家族の理解を深めることが難しい。説明はケアマネに一任されてしまう。何かクレームがきても自治体は何もしてくれない。
8. 周知不足。
9. おそらく、研修などで情報提供されていないので、周知を希望します。
10. 明確化されたため、プランに根拠を持たせることができるようになった点は良かったが、関係者の認知度が低く、実際には老計10号1-6に該当するケースでも単なる家事支援として算定されているケースが多々あるように思われる。保険者の無理解も原因と思われる。
11. まだまだ全体的に浸透されていないと感じています。
12. もっと周知されると良いですね。
13. 見守る家族様の心情は複雑な面があると感じています。
14. 一人暮らしの場合、離れて暮らす家族からの要望や期待が強く、サービス提供に対する理解を得るのに困難がある。地域柄独居高齢者が増え、買い物難民もいる。その中で自立に向けた支援にどこまで対応できるかが、課題といえると思う。
15. 「やってもらう」ためのヘルパーさんという認識の強さ。
16. ヘルパーに丸投げする本人、家族が多いため、周知（理解）を得ることが難しい。
17. 本人、家族の意向と合致する場合は勧めやすいが、理解を得られない場合もあるので、難しい。
18. 良いことだが、保険者がどこまで理解しているのか疑問。
19. ご利用者、ご家族、保険者、各サービス事業所（包括支援センター含む）の理解の浸透。

20. 利用者とその家族は、訪問介護を何でもしてくれるお手伝いさんと思っていることが多い。介護保険の主旨を初めに説明するが、理解に乏しい人もいる。大変そうだからと情に流されて全てやってしまうヘルパーもいるので、事業所のヘルパー教育の徹底が必要と思う。
21. ①介護支援専門員への周知→利用者・家族への周知、②訪問介護サービスの安定供給のための取り組み（訪問介護事業所の閉鎖や縮小が相次ぎ、利用者にとって必要なサービスが提供できない状況がある）。

②サービスの内容や方法について

1. 課題としては身体介護として明記されていないものもあり、取り扱いが曖昧。
2. 統一された介護が提供できるが、個別化は図りにくい。
3. 利用者のできる能力を引き出せるよう工夫が必要。
4. 見守りの援助は短時間では効果がないので、時間数、訪問回数等への個別の必要性をはっきりさせることが必要となるのではないかと感じる。
5. より詳細なアセスメントが必要だと感じた。
6. 明確化された内容をそれぞれ見ても、捉え方（具体的にどこまでが見守りの援助になるのか、それとも生活援助なのか）がわかれてしまうケースもまだまだあると感じる。
7. 認知面の低下によりできることが半端で、転倒などの危険が伴うことが課題。
8. 「自立支援に向けての介入」とは、をアセスメントから導き出すのではなく、「どれにあてはまるか」を考えることが判断基準になるのでは…と危惧します。
9. 能力をどう評価するか？支援内容の協議の必要性和具体化して統一化すること。
10. 利用者や家族への説明が十分にできていないため、支援内容が曖昧になる。
11. 今まで支援してきた人の同意を得るのが難しい。45分、60分と時間が限られている中での自立支援の難しさ。障害者支援から介護保険に切り替えた時、支援内容に不満が多い。障害者総合支援から介護保険支援への移行する時の支援内容の検討。
12. 家族と同居で調理、掃除を家族のためにしたいという気持ちが本人の生きがい、QOLにつながるとアセスメントで導き出した時の取り扱いはどうなのか？
13. 現場の状況は決められた時間内で、促しにより行うことが難しい。スタッフが行ったほうがケア時間が短縮される状況がある。
14. 本人の自立支援やQOLの向上を目指していますが、認知症などで改善の予測が見込めない方へは、支援が継続となります。良いのか迷うところです。
15. 短時間で終わるサービスやタイミングをはからなければいけない排泄介助等は、導入が難しいと感じる。それ以外の寝たきりの人に対する排泄介助や麻痺などのある方の入浴介助等は以前から依頼していたことなので、今更な感じはある。
16. 個別性が高いので、必要な事情を客観的に説明できることが難しい。認知症への理解・状態像の理解に支援者間で差がある。
17. 明確化はされたが、なかなか位置づけしにくい。
18. 訪問介護事業所の方針だからと、少しでも一緒にできる項目があった場合、身体介護への変更を強要されたことがある。アセスメント実施後断ったが、訪問介護事業所により対応に差があることがわかった。
19. 今後はリハビリで改善→ヘルパーで継続支援→自立の流れができれば良い。

③利用料、区分支給限度基準額（単位）との関係について

1. 利用者負担が増えること。
2. 利用者負担額が高くなるため、利用の浸透は難しいのではないかと感じる。

3. 身体介護となることで生活介護の料金よりも高くなるため、金銭的負担も考慮しなければならずケースによっては難しいものがあるが、今後は必要なケースに対しては、本人・家族への説明を行った上で、どうするかを検討していきたい。サービス提供側との情報の共有・連携を深め利用者がより自立した生活を送っていただけるよう支援をしていきたい。
4. 自立支援のための見守りの援助が、生活援助より料金が高くなるという点で今までとあまり変わらない支援内容なのに、なぜ高くなるかということが本人、家族の理解を得ることが難しい。
5. 生活援助→身体介護＝「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助」に移行すると、利用者負担が増加したり区分支給限度額の上限を超過したりする問題がある。ヘルパーが一方的に行うよりも、高品質なサービスでありながら、費用計算の問題で提供しにくくなることは大きな問題である。国は自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助に誘導したいのであれば、生活援助との差異を明確にし、単価設定上の工夫をすべきである。例えば事業所には身体介護の報酬が入るが、限度額管理や利用者の費用負担には生活援助の単価を提供し、差額は保険から給付する等の方策が期待される。
6. 金銭面の問題が大きく、人によってはヘルパー事業所に泣いてもらわないといけない状況が生まれているのではないかと考える。また、他専門職の協働がもっとできるようになるためには、ケアマネ自身が身体の医学的な勉強が必要であると考え。専門職と対等に話をするためには、こちらの知識を増やすことも重要と考える。
7. 利用者、家族の理解（利用料金）が得られないケースもある。生活援助、身体介護という枠をなくすこと（身体が30分、生活が45分）実際に提供する中で時間の区別はつけづらい。
8. 一人暮らしの方の場合、見守りの支援がとても必要だと思います。特に、認知症を持つ方、身体に障害がある方、両方持っている方での一人暮らしの支援は、ヘルパーが行うケアがとても多いと感じます。要介護1でも自費が出てしまう位の内容になってしまうこともあります。仏壇の掃除や、お墓に行く時の介助、18時以降の入浴介助、本人が購入したい時の買い物支援等、介護保険内のサービスには限界があり、自費でのサービス確保でも苦労しています。障害サービスと介護サービス両方が使いやすく、認知症でも障害を持って、一人での生活が不安なくできる社会になっていけたらと感じます。
9. 掃除や調理の面では身体にするには抵抗があり、単価の面でも難しい気がします。
10. 生活援助と身体介護では料金も違ってしまい、移行する場合納得できない本人や家族もいます。「やってもらった方が楽」「やってしまったほうが早い」等本人・家族・事業所間の思いがありプランを組んでも計画通りに運ばない部分もあります。

④サービスの質の向上の必要性について

1. 訪問介護員のスキルアップ、理解が必要。
2. 支援者によってケアの違いがみられ、利用者・家族が不安になる場面があった。
3. ヘルパーさんが不足し、質が伴わない。QOL向上に向けた取り組みをいかに広げられるか。
4. サービス提供するヘルパーが、自立支援の視点をしっかり持ってないと実施が難しい。
5. 課題は、事業所側が身体介護の必要性をしっかりと認識し情報共有できるだけの観察スキルを身につけてほしい。
6. 現場のヘルパーの質の向上と理解と実践の徹底が必要です。なんでもしてOKではない。お金がかかることなので、利用者本人と家族への理解が必要です。
7. 明確にわかりやすくなったが、訪問介護事業所の職員のレベルが追い付かない(パートなどの質と賃金)昔からのやり方から抜けきれない。
8. 訪問介護職員の能力や意欲に差が大きく、自立支援への理解や浸透に時間がかかると思う。
9. 見守りの支援と称しながら実際はヘルパー任せである場合もある。

10. 訪問介護員のプロ意識の向上（利用者とのかかわりの変化）。利用者の立場に立った考え方を持つこと。
11. 家族が希望しても、ヘルパーが対応できないことがある。家族に納得してもらうことが大変。
12. ヘルパーの理解力の低さに驚いた。ヘルパーの技量の向上が望まれる。

⑤生活援助の抑制との関係について

1. 生活援助オーバー回避のために、無理やり位置づけているケアマネが多い。
2. 項目は増えたが、一人暮らしの生活を自立支援の観点から支えるためには足りないと思う。また、限られた訪問時間内でどれだけの「共に行う」ができるのか疑問である。訪問介護を利用している方は高齢の一人暮らしがほとんどである。自己負担の問題もあるため、サービス時間を制限していたり、そもそもヘルパーの数が少なく、適切な訪問時間を確保できないことがある。
3. できることを一緒に行うことは良いことだが、自立支援を目的に生活援助のサービス抑制につながる危険性もある。

⑥評価のあり方について

1. サービス開始後、プランにそった内容で支援しているか、細かくチェックしていく必要があるので、サービス内容が具体的でないの評価しにくい。ケアマネがサービス提供責任者に任せきりでいると、いつの間にか利用者のいいなりになってしまうので、サービス事業所との連携を大切にしている。
2. 実際に利用者がどの程度、行動しているか訪問介護事業者からの報告だけでは不明。

⑦連携の必要性について

1. 認知症についての多職種連携が必要。
2. 軽度者ほど、上記援助が明確化されたことを受け、活用できる利用者が多いと思われるが、中には訪問介護事業所へ変更を求めても、「これまで通り生活援助で」という事業所もあった。本人がどう生活したいのか、本人の自立をどう支援するか、という視点を、かわる専門職がどう統一して認識するかが重要と考える。

⑧その他

1. 明確化されても特に変わらない。
2. 老計10号1-6と伝えてもピンと来ない方が多かったので、名称の工夫は必要と思った。
3. 内容を十分に把握したい。
4. 訪問介護の利用の理由づけが難しい。
5. 該当がないと、なかなか目が行かない。

5 資料（調査票）

本調査研究で作成・使用した調査票は、以下の2つがある。
留意点は記載のとおりである。

A サービス提供責任者向け 調査票	<ul style="list-style-type: none"> ・ Aのサービス提供責任者向けには、紙面調査のほかにウェブサイトでも調査を実施した。 ・ ウェブサイト調査票は、紙面内容をウェブサイト用に加工・編集してアップロードした。
B 介護支援専門員向け 調査票	<ul style="list-style-type: none"> ・ Bの介護支援専門員向けはウェブサイトでも調査を実施した。

A サービス提供責任者向け調査票

フォクシでの回答は、日本ホームヘルパー協会事務局へ FAX 03-5470-6763
 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に関する調査
 調査票_サービス提供責任者

★本調査は、サービス提供責任者の方を対象としています。サービス提供責任者の方がご回答ください。
 ★回答は一人1回です。既に本調査に回答した経験がある方は、回答しないようお願いいたします。
 ■この調査票を、どのような方法で受け取りましたか。

1. 研修会で受け取り 2. ファクシミリで受け取り	3. 郵送で受け取り 4. 手渡し	5. その他 ()
-------------------------------	----------------------	------------

問1 サービス提供責任者である「あなた自身」について、ご回答をお願いいたします。

(1) 経験年数	訪問介護事業所での通算年数 () 年	サービス提供責任者としての通算経験年数 () 年	うち、貴事業所のサービス提供責任者としての経験年数 () 年
(2) 性別と年齢	1. 男性 2. 女性 3. その他	4. 60歳代 5. 70歳以上	

問2 貴事業所について、ご回答をお願いいたします。

(1) 所在地	() 都 道 府 県 () 市 町 村 区					
(2) 訪問介護事業所の事業開始年	平成 () 年から					
(3) 法人の種別	1. 社会福祉法人 2. 社会福祉法人（社会福祉協議会） 3. 特定非営利活動法人 4. 株式会社・有限会社などの営利法人 () 5. 医療法人 6. 農協などの協同組合 7. その他					
(4) 訪問介護の利用者数 ※令和元年5月給付実績	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
(5) 生活機能向上連携加算の取得	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
(6) 貴訪問介護事業所の訪問介護員数	常勤職員 _____人	非常勤職員 _____人	訪問介護員の常勤換算 _____人	※令和元年5月1日現在		

問9 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当する身体介護として、具体的にどのような行為を実施していますか（していませんか）。
別紙の裏面を参照し、例1～15と同様の行為を実施した場合は、該当する例番号に○をしてください。

別紙の裏面の例16に該当する行為をした場合は、具体的にその内容を記載してください。
訪問介護計画に記載されている（いた）内容をもとにご回答ください。

例1	例4	例7	例10	例13
例2	例5	例8	例11	例14
例3	例6	例9	例12	例15

上記1～15に当てはまらない行為 例16 をした場合は、具体的に内容をお教えください
なお、これまでのすべてのケースではなく、かわったケースをいくつか選び、ご記入ください

問10 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービスを実施した結果として、利用者にとどのような効果がみられましたか。
（あてはまるものすべてに○）

1. ADLの向上	4. 日常生活の安定	7. 効果の測定をしていない
2. IADLの向上	5. 自分でできることが増加	8. わからない
3. QOLの向上	6. 意欲の向上	

上記のほか、利用者についての変化や維持等の効果等がありましたらご記入ください

家族について効果、影響等がありましたらご記入ください

事業所における効果、影響等がありましたらご記入ください

■ここからはすべての人に伺います。

問11 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供を適切に推進するにあたり、貴事業所が（あるいは、あなた自身が）とりわけ重要だと感じていることは何ですか。（あてはまるもの3つ以内を○）

1. サービス提供責任者の理解浸透を図る	
2. 保険者担当課の理解浸透を図る	
3. ケアマネジャーの理解浸透を図る	
4. 支援内容・方法の充実に向け、訪問介護員の知識及び技術の向上を図る	
5. ケアマネジャーとの連携強化を図る	
6. リハビリ専門職等との連携強化を図る	
7. サービス担当者会議における検討・情報共有	
8. 地域ケア会議における検討・情報共有	
9. 利用者への説明・同意	
10. 利用者の家族への説明・同意	
11. その他	
12. わからない、特になし	

問12 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）が明確化されたよかつた点、難しい点、今後の課題、その他ご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

B 介護支援専門員向け調査票

(2) 年齢
あなたの年齢をご回答ください。*

1. 39歳以下
 2. 40歳代
 3. 50歳代
 4. 60歳代
 5. 70歳以上

(3) 主任介護支援専門員資格について
主任介護支援専門員資格を取得していますか。*

あり
 なし

問2 あなたが現在勤務している事業所について

(1) 所在地
事業所の所在都道府県をご回答ください。*

回答を入力

事業所の所在市町村名をご回答ください。*

回答を入力

(2) 居宅介護支援事業所の事業開始年
居宅介護支援事業所の事業開始年をお答えください。*
(西暦年を半角数字で記入) 単位は年

回答を入力

**自立生活支援・重度化防止のための
見守りの援助（老計10号1-6）に関する調査_ケアマネジャー**

*調査は、居宅介護支援事業所においてケアマネジャーの職務についている方が回答してください。
*回答は一回です。既に本調査に回答した経験がある方は、回答しないようお願いいたします。
*データは保存ができません。ブラウザを閉じてしまうと最初から回答し直していただくことになります。
*必須項目に回答しないと、次へをクリックしても進むことができません。最終の送付までできません。
*回答を確定し送信した内容に誤りがあり、内容を修正したい場合は、日本ホームヘルパー協会事務局 野辺 (kawatanabe@nearth.or.jp) 宛に、メールまたは、電話 (03-5470-6759) でご連絡をお願いいたします。

*必須

問1 ケアマネジャーである「あなた自身」について

(1) 経験年数について
※1年未満の月数は切り上げてください

ケアマネジャーとしての経験年数をご回答ください。*
(半角数字で記入) ※1年未満の月数は切り上げてください。単位は年

回答を入力

うち、現在勤務している事業所でのケアマネジャーとしての経験年数をご回答ください。*
(半角数字で記入) ※1年未満の月数は切り上げてください。単位は年

回答を入力

(3) 法人の種類別

事業所の法人の種類を選んでください。*

1. 社会福祉法人

2. 社会福祉法人 (社会福祉協議会)

3. 特定非営利活動法人

4. 株式会社・有限会社などの営利法人

5. 医療法人

6. 農協などの協同組合

7. その他 ➡ その他の内容を記入

「7」の場合、その他の内容
(文字で記入)
回答を入力

(4) 1か月のケアプラン作成数のうち、訪問介護を利用している人数 (令和元年5月作成実績)

『要介護1』の訪問介護の利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

『要介護2』の訪問介護の利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

『要介護3』の訪問介護の利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

『要介護4』の訪問介護の利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

『要介護5』の訪問介護の利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

要介護1～5の訪問介護の利用者数の『合計』をご回答ください。
(半角数字で記入、単位は真人)
回答を入力

(5) 貴事業所のケアマネジャー数 (令和元年5月1日現在)

『常勤職員』のケアマネジャー数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月1日現在、単位は真人
回答を入力

『非常勤職員』のケアマネジャー数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月1日現在、単位は真人
回答を入力

『ケアマネジャーの常勤換算数』をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月1日現在、単位は真人
回答を入力

● 以下は、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 (老計10号1-6) に関する質問です。以下に別紙解説を記載していますので、お目通しの上ご回答ください。

問3 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）について

あなた自身の認知度は、次のどれくらいかを選んでください。
*

- 1. 内容等について理解している
- 2. 詳しくはわからないが、内容の一部は理解している
- 3. 聞いたことがある程度
- 4. ほとんど、あるいは全く知らない

問4 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に関する関係者の認知度について

あなたからみて、以下の関係者の認知度を選んでください。
*
(それぞれ1つを選択)

① 訪問介護事業所の訪問員	<input type="checkbox"/>						
② 訪問介護事業所のサービス提供責任者	<input type="checkbox"/>						
③ 自分以外のケアマネジャー	<input type="checkbox"/>						
④ 市町村の担当課	<input type="checkbox"/>						
⑤ 利用者	<input type="checkbox"/>						
⑥ 利用者の家族	<input type="checkbox"/>						

ほとんどの人が理解しているが、一部の人のみが理解している
ほとんどの人が理解しているが、一部の人のみが理解している
ほとんど、あるいは全く知らない
ほとんど、あるいは全く知らない

問5 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供について

貴事業所では、該当するサービス提供を行うケアプランを作成しているかを選んでください。
*

- 1. サービス提供を行うケアプランを作成したことがない → 問6へ
- 2. 現在、サービス提供を行うケアプランを作成している → 問7へ
- 3. 今はサービス提供を行うケアプランは作成していない → 問8へ
- 4. その他 → その他の内容を記入し、問11へ

「4.」の場合、その他の内容
(文字で記入)

回答を入力

次へ

1/5 ページ

Google フォームでパスワードを送信しないでください。



自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助（老計10号1-6）に関 する調査_ケアマネジャー

*必須

問6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがない理由

該当するサービス提供を行うケアプラン作成をしたことがない理由を選んでください。*

(複数回答可)

- 1. 事業所、ケアマネジャー自身が老計10号1-6を理解していない
- 2. 提供可否のアクセスメントが難しい
- 3. 訪問介護事業所（サービス提供責任者）の理解が得られない（理解していない）
- 4. 利用者の理解が得られない（理解していない）
- 5. 利用者の家族の理解が得られない（理解していない）
- 6. 保険者の理解が得られない（理解していない）
- 7. 保険者に独自のルールがある → 具体的な内容を記入
- 8. 区分支給限度額の関係から難しい
- 9. 利用者負担の関係から難しい
- 10. 該当する利用者がいない（生活援助が必要な利用者しかいない）
- 11. その他 → その他の内容を記入

「7.」の場合、具体的な内容

(文字で記入)

回答を入力

「11.」の場合、その他の内容

(文字で記入)

回答を入力

戻る

次へ

2/5 ページ

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助（老計10号1-6）に関 する調査_ケアマネジャー

問7 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供している利用者数（令和元年5月作成実績）

『要介護1』のサービス利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

『要介護2』のサービス利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

『要介護3』のサービス利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

『要介護4』のサービス利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

『要介護5』のサービス利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

要介護1～5のサービス『合計』利用者数をご回答ください。
(半角数字で記入) ※令和元年5月作成実績、単位は実人

回答を入力

3/5ページ

戻る

次へ

Google フォームでバースードを送信し続けてください。

自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助（老計10号1-6）に関する調査_ケアマネジャー

*必須

問8 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当する身体介護提供のきつかけについて

提供のきつかけを選んでください。*

(複数回答可)

- 1. 老計10号1-6の明確化を受けて、自立に向けた支援を進めるため
- 2. 利用者からの要望
- 3. 利用者の家族からの要望
- 4. 訪問介護員からの提案
- 5. サービス提供責任者からの提案
- 6. リハビリ専門職等からの提案
- 7. 地域包括支援センターからの提案
- 8. 関係機関からの提案
- 9. サービス担当者会議の結果
- 10. 地域ケア会議の結果
- 11. その他 → 具体的にきつかけを記入

「11.」の場合、具体的にきつかけ

(文字で記入)

回答を入力

問9 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当する身体介護として、具体的にどのような行為を実施するケアプランについて

※該当するニーズ、長期目標（期間）、短期目標（期間）、サービス内容、頻度などを記入ください
※これまでのすべてのケースではなく、かかわったケースをいくつか選び、ご記入ください

実施するケアプランに記載されている（いた）内容を具体的に
ご回答ください。

(文字で記入)

回答を入力

問10 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービスを実施した結果について

該当するサービスを実施した結果として、利用者にどのような効果が見られたかご回答ください。*

(複数回答可)

- 1. ADLの向上
- 2. IADLの向上
- 3. QOLの向上
- 4. 日常生活の安定
- 5. 自分でできることが増加
- 6. 意欲の向上
- 7. 効果の測定をしていない
- 8. わからない

上記のほか、利用者についての変化や維持等の効果等（要介護度及び居宅サービス計画の変化等）がありましたらご記入ください。

(文字で記入)

回答を入力

家族について効果、影響等がありましたらご記入ください。

(文字で記入)

回答を入力

事業所における効果、影響等がありましたらご記入ください。

(文字で記入)

回答を入力

戻る

次へ

4/5 ページ

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助（老計10号1-6）に関する調査_ケアマネジャー

*必須

問11 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当するサービス提供を、推進するために重要だと感じること

サービス提供を適切に推進するにあたり、貴事業所が（あるいは、あなた自身が）とりわけ重要だと感じていることを選んでください。*

（あてはまるもの3つ以内を選択）

- 1. サービス提供責任者の理解浸透を図る
- 2. 保険者担当課の理解浸透を図る
- 3. ケアマネジャーの理解浸透を図る
- 4. 支援内容・方法の充実に向け、訪問介護員の知識及び技術の向上を図る
- 5. 訪問介護事業所（サービス提供責任者）との連携強化を図る
- 6. リハビリ専門職等との連携強化を図る
- 7. サービス担当者会議における検討・情報共有
- 8. 地域ケア会議における検討・情報共有
- 9. 利用者への説明・同意
- 10. 利用者の家族への説明・同意
- 11. その他 ➡ その他の内容を記入
- 12. わからない、特になし

「11.」の場合、その他の内容

(文字で記入)

回答を入力

問12 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老
計10号1-6）が明確化されたことについて

明確化されてよかった点、難しい点、今後の課題、その他ご意
見をご記入ください。

(文字で記入)

回答を入力

これでアンケートは終わりです

※必ずアンケートをいれてください*

- 回答を確認、修正する（アンケート調査の先頭に戻ります）
- 回答を確定する

回答を確定し送信したものを、修正したい（取り消したい）
場合

回答を確定し送信した内容に戻りがあり、内容を修正したい場合は、日本ホームヘルパー
協会 事務局 渡辺 (k-watanabe@nemim.or.jp) 宛に、メールまたは、電話（03-5470-6759）
でご連絡をお願いいたします。

5/5 ページ

戻る

次へ

Google フォームでパスワードを送信しないでください。



調査別紙

別紙

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 (老計10号1-6)の理解を深めるために

- 平成30年4月1日から「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等」についてが見直されました。
- そのうち、老計10号1-6では、「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）」として、「生活援助」ではなく「身体介護」として算定することができる行為を規定しています。
- 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に該当する行為の事例として、裏面の行為例が示されました。
- それまで、周知・理解不足等を背景に利用が進まなかったことなどから、見直しにおいては裏面のように例示を追加・変更するとともに、その他事項（裏面の例示16）として利用を進めるときの考え方が示されています。
- なお、「あくまで例示であり、実際に利用者サービスを提供する際には、当然、利用者個人の身体状況や生活実態等に即した取扱いが求められる」と、厚生労働省の通知には記載されています。（老振発0330第2号平成30年3月30日「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について）
- 以下を検索することで、通知や「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等」について（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）【新旧対照表】について、詳細を見ることができます。



介護保険最新情報 637

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）に関する調査研究事業

日本ホームヘルパー協会 事務局

東京都港区西新橋3-3-1 KDX 西新橋ビル 6階
一般財団法人長寿社会開発センター内
電話 03-5470-6759 FAX 03-5470-6763

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（老計10号1-6）の例示 (※以下は「身体介護」として算定できる例示です)

例1* ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付添い、必要に応じて介助を行う。	例2* 認知症等の高齢者が川ヒリパツやバット交換を見守り、声かけを行うことにより、一人でできなげ交換し後始末ができるように支援する。	例3* 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。	
例4 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認を含む）。	例5 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）、事故がないように常に見守る。	例6 ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）。	
例7* 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助を行わずに、靴で見守り、服薬を促す。	例8* 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）。	例9* ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらったりは思いついてもらおうよう援助。	
例10* 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。	例11* 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、転倒予防等のため見守り、声かけを行う。	例12* 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシャツ交換、布団カバーの交換等。	
例13* 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りながら行う衣類の整理・衣服の補修。	例14* 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）。	例15* 車イス等での移動介助を行う店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助	
例16* 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの。			

※以下は「身体介護」として算定できる例示です

数字右：★は見直しで新たに追加された内容、※は一部文言に変更があった内容

本調査研究は、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
からの委託により実施しました。

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助に関する調査研究 報告書

令和2（2020）年3月

発行：日本ホームヘルパー協会

東京都港区西新橋3-3-1 KDX 西新橋ビル6階
一般財団法人 長寿社会開発センター内
TEL 03-5470-6759 FAX 03-5470-6763