

平成 27 年度 厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業 報告書

平成 28 (2016) 年 3 月

 株式
会社 **三菱総合研究所**

目次

1 事業概要	1
1.1 背景と目的	1
1.2 実施概要	2
(1) 実施計画	2
(2) 実施フロー	4
1.3 実施体制	5
(1) 委員会構成	5
(2) 開催日および議題	5
2 アンケート調査結果	6
2.1 調査概要	6
(1) 目的	6
(2) 調査概要	6
(3) 調査項目	6
(4) 回収状況	7
2.2 事業所調査票の集計結果	8
(1) 事業所の概要について	8
(2) 職員体制	15
(3) 利用者の状況	19
(4) 生活援助サービスの提供状況	26
(5) 平成 27 年度介護報酬改定の影響等	34
(6) 事業所の運営について	48
2.3 生活援助サービス利用者調査票の集計結果	59
(1) 利用者の属性とサービス利用状況	59
(2) 生活援助サービスの提供状況	74
(3) 担当する訪問介護員	78
(4) 1 週間のサービス提供の記録	81
2.4 アンケート調査結果のまとめ	91
(1) 事業所の状況	91
(2) 生活援助サービス利用者の状況	96
3 地域分析調査結果	100
3.1 調査概要	100
(1) 目的と方法	100
(2) 調査内容	100

(3) 対象地域.....	101
3.2 ヒアリング結果：杵築市（大分県）における訪問介護.....	105
(1) 杵築市（大分県）.....	105
(2) 杵築市（大分県）の事業所A.....	110
(3) まとめ.....	113
3.3 ヒアリング結果：桑名市（三重県）における訪問介護.....	114
(1) 桑名市（三重県）.....	114
(2) 桑名市（三重県）の事業所B.....	118
(3) 桑名市（三重県）の事業所C.....	121
(4) まとめ.....	125
3.4 ヒアリング結果：流山市（千葉県）における訪問介護.....	127
(1) 流山市（千葉県）.....	127
(2) 流山市（千葉県）の事業所D.....	133
(3) まとめ.....	137
3.5 地域分析のまとめ.....	139
4 今後の訪問介護のあり方に関する検討.....	140
4.1 介護保険給付として行うべき訪問介護の内容と専門性について.....	140
(1) 介護保険における生活援助として提供すべき範囲や専門性.....	140
(2) 生活援助の位置づけの明確化と専門性の確立・担保.....	145
(3) 訪問介護事業所・訪問介護員・サービス提供責任者の資質向上.....	146
4.2 「専門性を要する生活援助」と「家事援助」の分化について.....	148
(1) 現状の生活援助サービス提供状況.....	148
(2) 介護保険サービス以外のサービスの活用のための条件と課題.....	150
4.3 訪問介護事業所の運営と今後の事業展開について.....	153
(1) 訪問介護サービスの報酬上の評価のあり方とサービス提供体制.....	153
(2) 安定的な事業継続とサービス提供体制の確保.....	154
5 まとめと今後の課題.....	156
5.1 調査・検討結果のまとめ.....	156
5.2 今後の方向性と課題.....	158
参 考 資 料.....	159

1 事業概要

1.1 背景と目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅介護の重要性が増している。高齢化が進展するとともに、独居世帯や高齢者世帯が増加することが見込まれる中で、今後はさらに、認知症を有する要介護者、中重度の在宅要介護者が増加することが予想される。訪問介護は高齢者の在宅生活を支える基幹となるサービスとして、ますます重要性を増し、効率よくかつ質の高いサービス提供を実現する体制や仕組みを整備することが求められる。

一方で、訪問介護は、零細事業所が多いことや訪問介護員の高齢化など、事業の継続性が危惧される事業所が少なくないことが懸念されている。地域包括ケアの構築にあたり、それぞれの地域で訪問介護が安定的に確保されるためには、構造的な見直しが必要である。

本事業では、平成27年4月の報酬改定における見直し（20分未満の身体介護、サービス提供責任者の配置基準の緩和）による変化等も含め、訪問介護サービスの提供状況・利用状況を把握した上で、訪問介護サービスの今後のあり方について検討を行った。具体的には、事業所の規模、職員体制、サービス提供状況、経営状況および報酬改定の影響等について、全国の訪問介護事業所を対象としたアンケート調査により実態の把握を行った。また特性の異なる複数の地域を対象として、訪問介護サービス利用動向に基づき、現行制度および今後の制度において想定される利用形態の比較分析を行った。訪問介護サービスに精通する有識者や関連団体、事業者等からなる検討委員会を設置し、上記で把握・分析した情報を踏まえて、訪問介護の今後のあり方について検討を行った。

目的 方法	H27報酬改定の 影響の把握	H30報酬改定に向けた検討		
		訪問介護の専門性 と役割の明確化 (特に生活援助)	保険外サービス等と の役割分担・地域連 携のあり方	(地域特異性) 事業所運営 モデルの提示
既存統計分析 <ul style="list-style-type: none"> 介護給付費実態調査 介護事業経営実態調査 介護保険事業状況報告など 	(改定前後のデータ比較)	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護と生活援助の算定状況等 要介護度別、地域特性(=人口規模、事業所)別に分析 保険外サービス動向 	<ul style="list-style-type: none"> 関連する他のサービスの利用状況、提供する事業所数など 	
アンケート調査 <ul style="list-style-type: none"> 全国の訪問介護事業所2000件 管理者が回答 	<ul style="list-style-type: none"> 20分未満身体介護 特定事業所加算IV サ責配置人数 生活機能向上連携加算 収支状況・運営方針・事業の展望など 	<ul style="list-style-type: none"> 生活援助サービス提供状況 生活援助サービスの利用者像 生活援助の担当ヘルパー像 	<ul style="list-style-type: none"> 地域における他サービス、保険外サービスとの連携、競争の状況など 保険者との関わり 	<ul style="list-style-type: none"> 法人の提供する他のサービス
地域分析 <ul style="list-style-type: none"> 人口規模・構成等の特徴を考慮して3地域を選定 総合事業に先進的に取り組む地域 地域で支えるモデルとする 		<ul style="list-style-type: none"> 生活援助サービスの利用者の実態(状態像、家族の状況、利用目的、利用状況など) ヘルパーの専門性とサービス提供状況、キャリアパスなど 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の高齢者・要介護認定者数の推移 訪問介護および関連サービスの提供状況 訪問介護事業所の属性別の分布状況 予防事業・保険外サービスの提供状況 保険者および連絡協議会等の取組 現状の課題、今後の見直し・計画など 	<ul style="list-style-type: none"> 地域特異性、事業所属性別に事業所運営モデル(人員体制、サービス内容等)を整理 小規模事業所間の連携、多角的運営など、先進的事例、好事例の把握

1.2 実施概要

本事業の概要は以下のとおりである。

(1) 実施計画

1) 訪問介護事業所の事業運営の実態に関する調査

①統計データの分析に基づく仮説の設定

介護サービス施設・事業所調査、介護事業経営実態調査等の既存の統計データを用いて、全国の訪問介護サービスの事業所サービス提供状況（利用状況）の実態および経営状況の概況と経年変化を把握し、地域特性に応じた今後の訪問介護事業所モデルの仮説を検討した。

②全国の訪問介護事業所へのアンケート調査

全国の訪問介護事業所を対象とし、事業所の運営状況に関するアンケート調査を実施した。調査内容、方法等は以下の通りとした。

【実施方法】 自記式調査票の郵送配布・回収

【調査対象】 訪問介護サービス事業所 2000ヶ所程度

【実施時期】 平成27年11月

【調査内容】 事業所属性、利用者属性、サービス利用の特徴、報酬改定による変化、経営方針、地域連携の状況 等

2) 地域別の訪問介護サービスの需要と供給パターンの分析

分析対象とする地域を設定し、地域において必要とされる訪問介護のサービス量とこれまでの供給状況に基づいて、今後の訪問介護サービスの供給パターンを想定し、パターンごとに事業所におけるサービス提供体制について分析した。

【分析対象地域】

以下のような観点から3地域程度選定した。

- ・ 人口規模、人口構成
- ・ 地域における介護保険サービス、保険外サービスの充足状況
- ・ 保険者としての関わり、取組み状況

【収集するデータ】

- ・ 地域の高齢者数・要介護認定者数の推移
- ・ 地域の施設数（定員数）、訪問介護およびその他の介護サービス事業所数の推移
- ・ 地域の要介護度別の訪問介護およびその他介護サービス利用状況の推移
- ・ 地域の訪問介護サービス事業所数、訪問介護員数の推移
- ・ 地域の事業所属性別の訪問介護サービスの提供の状況
- ・ 地域のこれまでの地域支援事業、総合事業や保険給付外の生活支援サービスの現状と今後の想定 など

【分析の視点】

今後想定されるサービスの需要に対して、いくつかの供給パターンを想定し、必要とされるサービス提供体制（人員数、専門性、事業所として備えるべき人員配置等）について比較検討を行った。

供給パターンの例：

- ・ 現行制度における訪問介護サービスとして、保険給付の適用範囲、資格要件等を前提としてサービス提供を行った場合
- ・ 総合事業、その他の保険給付以外の生活支援サービスの一部について、訪問介護サービスとして提供すべき範囲を見直した場合
- ・ 総合事業、その他の保険給付以外の生活支援サービスを最大限に活用した場合 など

また、地域における訪問介護サービスの課題、事業所間の連携状況、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた訪問介護サービスの位置づけについての自治体の考え方、取組状況などについて把握した。

分析結果を踏まえ、今後、地域の中で在宅生活を支えるための訪問介護サービスに求められる量と内容について整理し、今後の訪問介護サービスおよび事業所運営のあり方を検討する際の材料を得た。

3) 今後の訪問介護のあり方に関する検討

上記の調査、分析結果を踏まえ、平成27年度報酬改定の影響を確認するとともに、今後、地域の在宅介護のニーズに答えうる訪問介護のあり方について検討した。具体的には、訪問介護員の役割、生活援助の位置づけ、あるべき提供体制について検討した。

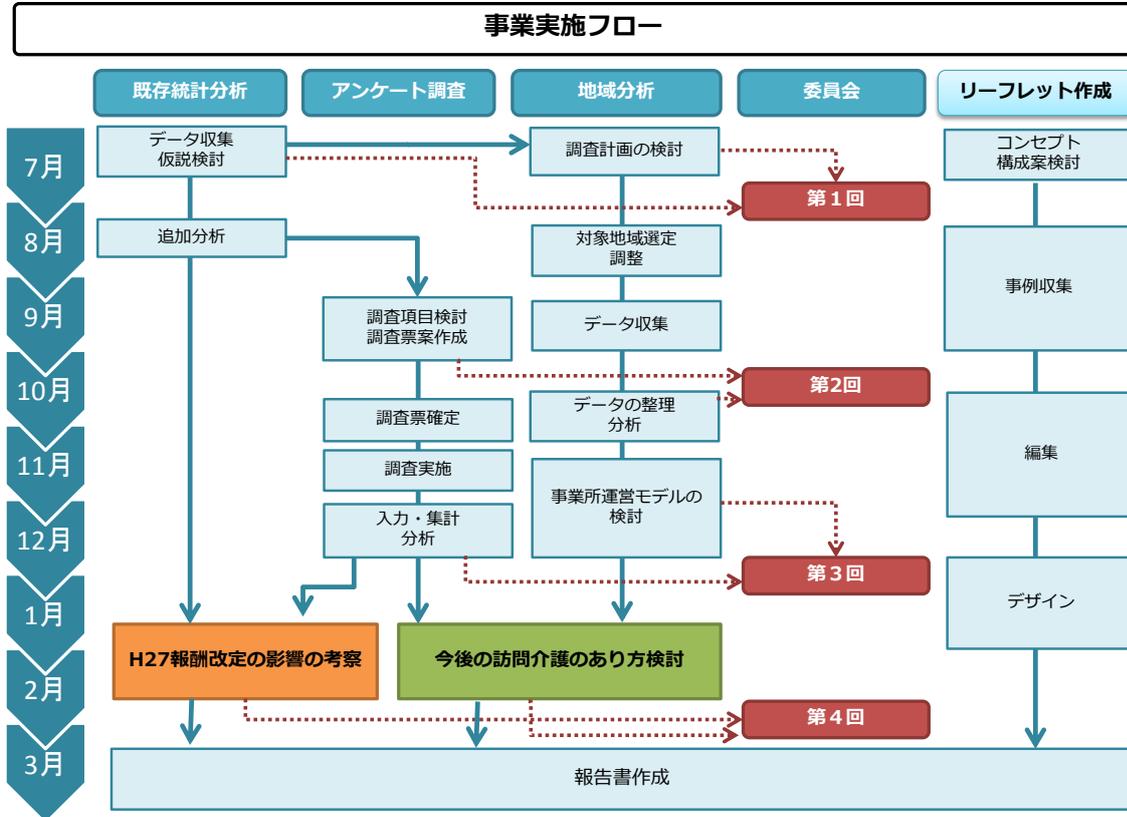
【検討の視点】

訪問介護員の役割	訪問介護の専門性と業務範囲（特に生活援助）、資格要件
生活援助の位置づけ	生活援助の利用者像とサービス実態、保険外サービスの普及、市町村事業への移行可能な範囲
提供体制、事業展開	事業規模とサービス提供体制、多機能拠点化の推進など
その他	上記を踏まえた従事者の質確保、サービス提供責任者の役割等

4) 家族介護者向けリーフレットの作成

家族介護者の負担軽減、就労継続を可能とする介護サービスの活用事例を収集し、わかりやすくまとめたリーフレットを作成した。家族構成や利用者像ごとに、介護サービスを効果的に活用することにより家族が無理なく在宅生活を支えることができる事例を紹介し、介護保険サービスや就労継続を支援する制度に関する説明等を加え、小冊子にまとめた。

(2) 実施フロー



1.3 実施体制

(1) 委員会構成

本調査研究において委員会を設置し、今後の訪問介護のあり方およびそのための制度や仕組みのあり方について議論を行った。委員会は、介護保険制度、訪問介護サービスならびにサービス提供責任者に関する知見を有している学識経験者や訪問介護サービス提供事業所や職員に関連する団体、訪問介護サービス事業所の管理者等により構成し、4回開催した。

<委員メンバー> (五十音順・敬称略、◎は委員長 ※所属は3月末日時点)

因 利恵 日本ホームヘルパー協会 会長
◎太田 貞司 聖隷クリストファー大学社会福祉学部・大学院社会福祉学研究科 特任教授
神谷 洋美 全国ホームヘルパー協議会 会長
川名部 直美 社会福祉法人豊田市社会福祉協議会 旭支所 係長
田村 良一 株式会社やさしい手 関東信越支社神奈川統括部 部長
時田 佳代子 セントケア・ホールディング株式会社 常務取締役執行役員
社会福祉法人 小田原福祉会
常務理事 法人事務局長
堀田 聡子 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学分野 教授

<オブザーバー>

厚生労働省老健局振興課

<事務局>

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

(2) 開催日および議題

時期	回	議題
平成 27 年	7 月 27 日 第 1 回	○調査研究事業の計画概要について ○調査計画の内容について ○その他
	10 月 26 日 第 2 回	○アンケート調査について ○地域別調査について ○その他
平成 28 年	2 月 19 日 第 3 回	○アンケート調査について ○地域別調査について ○今後の訪問介護のあり方に関する議論 ○その他
	3 月 22 日 第 4 回	○今後の訪問介護のあり方について ○報告書について ○その他

2 アンケート調査結果

2.1 調査概要

(1) 目的

平成27年報酬改定の影響について把握するとともに、平成30年度改定に向けた検討のためのデータとして、訪問介護サービス、特に生活援助サービスの提供状況や、地域内での他サービスとの連携状況等について把握した。

(2) 調査概要

- 【調査対象】 全国の訪問介護サービス事業所 2000ヶ所（無作為抽出）
事業所管理者およびサービス提供責任者
- 【実施時期】 平成27年11月中旬～12月上旬
- 【実施方法】 自記式調査票の郵送配布・回収

(3) 調査項目

【訪問介護事業所の運営に関する調査票】（事業所管理者が回答）

事業所属性	<ul style="list-style-type: none">所在地（都道府県）、事業開始年法人種別・事業所が属する法人の規模・事業所数法人が提供しているサービス（保険外サービス、委託事業等も含む）加算の取得状況
職員体制	<ul style="list-style-type: none">訪問介護員数、サービス提供責任者数、その他（常勤、非常勤、常勤換算）
利用者の状況	<ul style="list-style-type: none">利用者数（予防含む）・サービス提供実績（1ヶ月）
平成27年度改定に関連する項目	<ul style="list-style-type: none">20分未満の身体介護の提供状況（サービス内容や利用者像等）特定事業所加算Ⅳの効果（サ責の働き方の変化、事業所規模の変化等）サ責の配置人数の緩和の効果（サ責の働き方や職場環境の変化等）生活機能向上連携加算の効果（通リハ事業所との提携関係の変化等）
生活援助サービスの利用者像とサービス提供状況	<ul style="list-style-type: none">生活援助サービスの利用者像（要介護度、家族状況等）担当ヘルパー像・割当ての方針
事業所の運営について	<ul style="list-style-type: none">事業所の収支人材育成・確保の実態と課題、人材配置の方針地域における他サービスとの連携の状況地域における代替サービスの充足状況事業所の運営方針（身体介護と生活支援、利用者層やビジネスモデルの現状と展望、新総合事業への対応方針など）課題（自由記入）その他

【生活援助サービス利用者調査票】

- 実際に生活援助サービスを提供した利用者の中から 5 名を抽出し、担当するサービス提供責任者が記入。
- 5 名のうち 3 名は生活援助のみの利用者とした。

利用者の属性とサービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、要介護度、日常生活自立度 ・ ADL, IADL ・ 健康状態、治療の有無、傷病の状況 ・ 世帯構成、介護者の状況 ・ 住居 ・ 利用しているサービス 等
生活援助サービスの提供状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護サービス計画票の生活援助サービスの内容 ・ 生活援助サービスを提供する理由 ・ 1 週間の生活援助サービスおよびその他のサービスの提供状況 (個別のサービス行為別提供回数※)

(4) 回収状況

調査票	回収数	備考
訪問介護事業所の運営に関する調査票 (事業所票)	581 票	回収率 (29.05%)
生活援助サービス利用者調査票 (利用者票)	2,345 票	1 事業所あたり 4.04 票

2.2 事業所調査票の集計結果

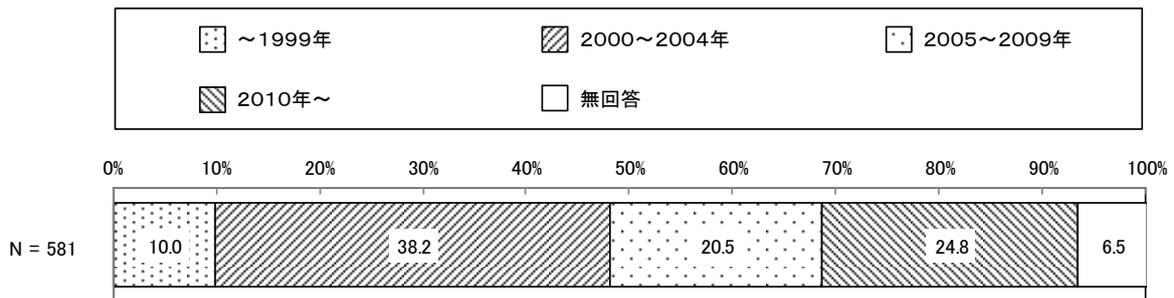
(1) 事業所の概要について

1) 事業開始年

事業開始年は「2000～2004年」が38.2%と最多。次に「2010年～」が24.8%、「2005～2009年」が20.5%であった。事業開始年の平均は2004年であった。

図表 2-1 事業開始年

調査数	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	無回答	平均	標準偏差
581	58	222	119	144	38	2004.63												38	2004.63	6.40
100.0	10.0	38.2	20.5	24.8	6.5													6.5		

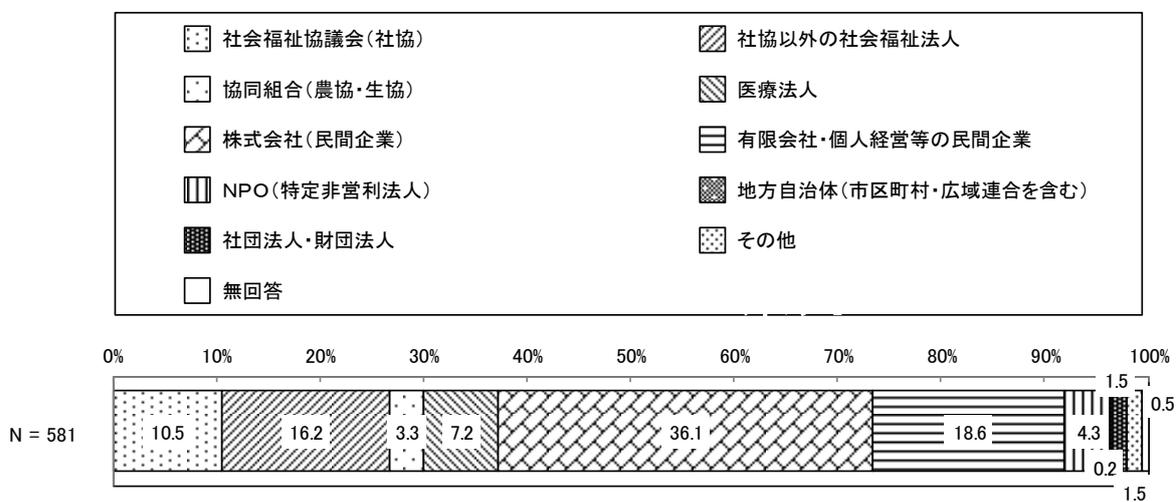


2) 法人種別

事業所の法人種別は「株式会社（民間企業）」が 36.1%で最も多かった。次いで「有限会社・個人経営等の民間企業」が 18.6%、そして「社協以外の社会福祉法人」が 16.2%であった。

図表 2-2 法人種別

調査数	社会福祉協議会（社協）	社協以外の社会福祉法人	協同組合（農協・生協）	医療法人	株式会社（民間企業）	有限会社・個人経営等の民間企業	NPO（特定非営利法人）	地方自治体（市区町村・広域連合を含む）	社団法人・財団法人	その他	無回答
581	61	94	19	42	210	108	25	1	9	9	3
100.0	10.5	16.2	3.3	7.2	36.1	18.6	4.3	0.2	1.5	1.5	0.5

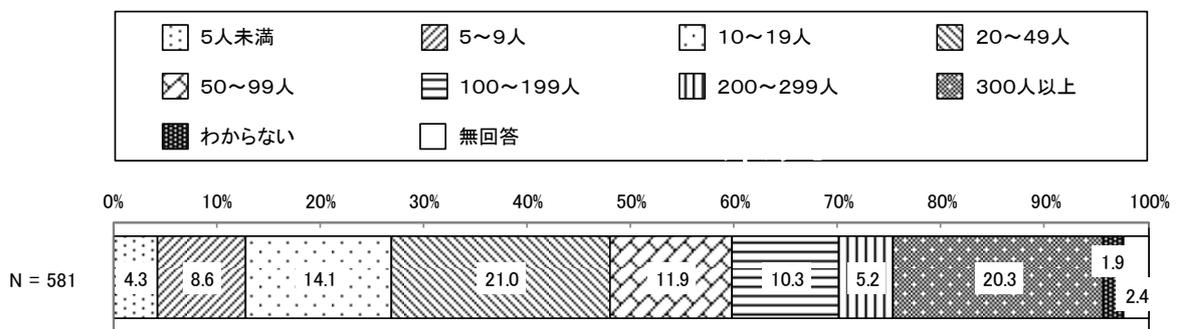


3) 事業所が属する法人の職員数

事業所が属する法人の職員数（実人数）で最も多いのが「20～49人」で21.0%であった。次いで「300人以上」が20.3%、「10～19人」が14.1%であった。

図表 2-3 事業所が属する法人の職員数（実人数）

調査数	5人未満	5～9人	10～19人	20～49人	50～99人	100～199人	200～299人	300人以上	わからない	無回答
581	25	50	82	122	69	60	30	118	11	14
100.0	4.3	8.6	14.1	21.0	11.9	10.3	5.2	20.3	1.9	2.4

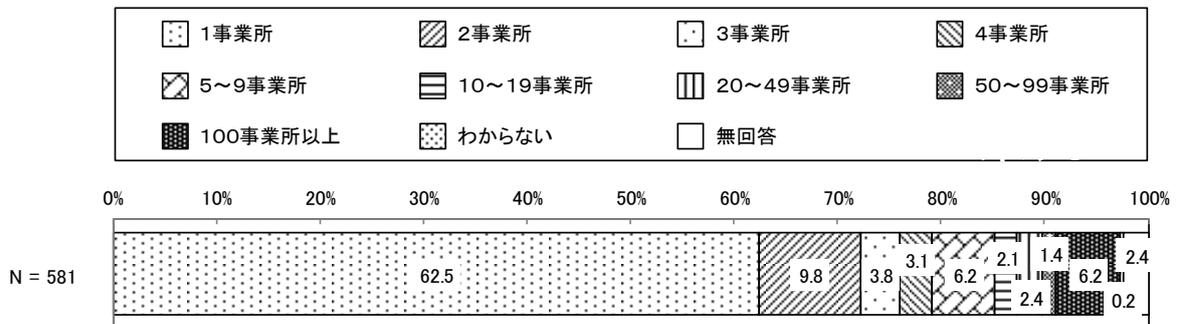


4) 事業所が属する法人の訪問介護事業所数

事業所が属する法人の訪問介護事業所数は「1 事業所」が 62.5%で最も多く、次いで「2 事業所」が 9.8%、「5～9 事業所」と「100 事業所以上」が 6.2%で並んだ。

図表 2-4 事業所が属する法人の訪問介護事業所数

調査数	1 事業所	2 事業所	3 事業所	4 事業所	5 ～ 9 事業所	10 ～ 19 事業所	20 ～ 49 事業所	50 ～ 99 事業所	100 事業所以上	わからない	無回答
581	363	57	22	18	36	12	14	8	36	1	14
100.0	62.5	9.8	3.8	3.1	6.2	2.1	2.4	1.4	6.2	0.2	2.4



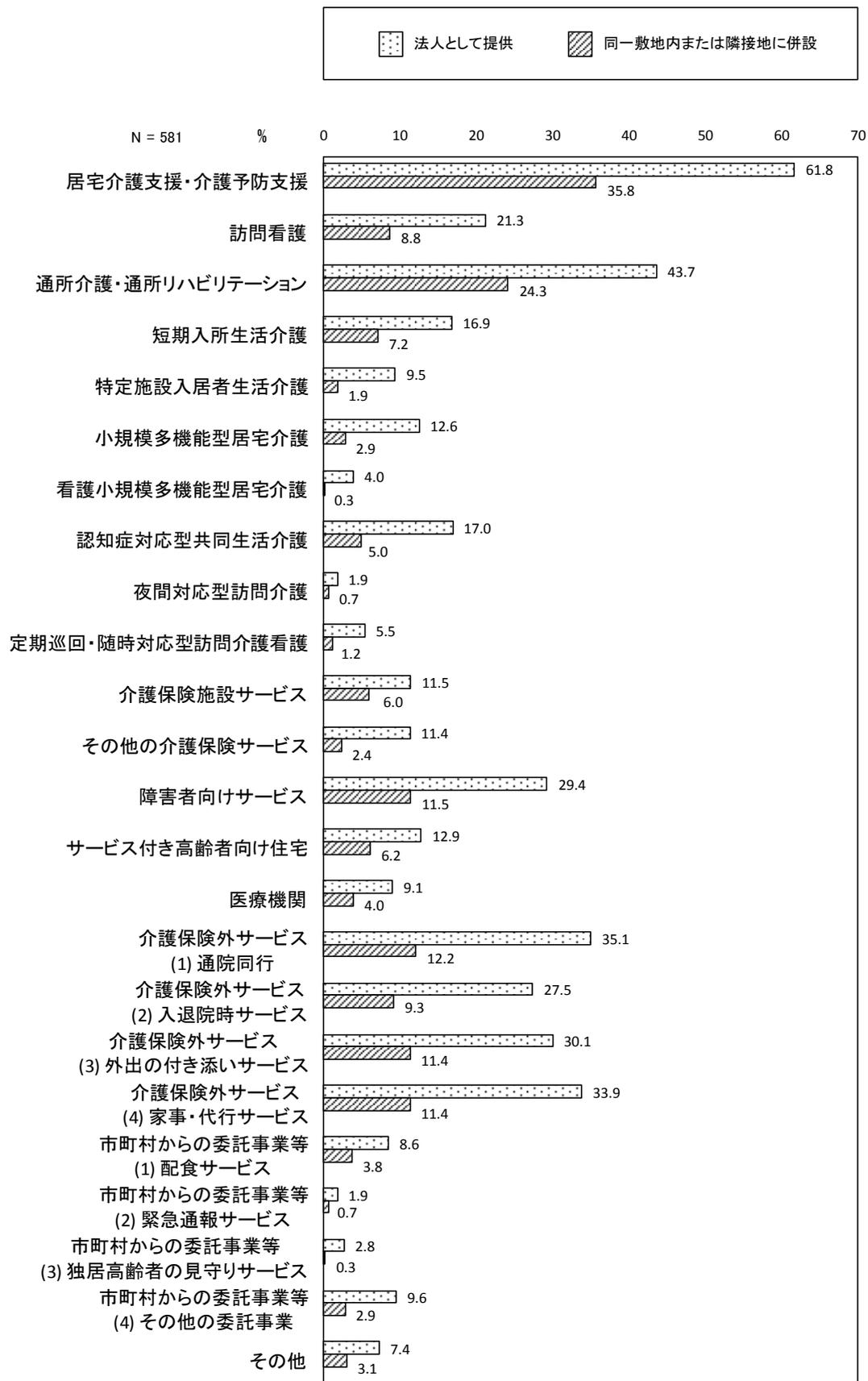
5) 事業所が属する法人が提供しているサービス

事業所が属する法人が提供しているサービスは「居宅介護支援・介護予防支援」が61.8%で最も多く、次いで「通所介護・通所リハビリテーション」が43.7%であった。介護保険外サービスについては「通院同行」が35.1%であった。同一敷地内または隣接地に併設しているサービスは「居宅介護支援・介護予防支援」が35.8%で最も多く、次いで「通所介護・通所リハビリテーション」が24.3%、介護保険外サービスの「通院同行」が12.2%であった。

なお、「訪問介護サービス以外は実施していない」と回答した事業所は17件(2.9%)であった。

図表 2-5 事業所が属する法人が提供しているサービス

	調査数	法人として提供	は同一敷地内または隣接地に併設	無回答
1. 居宅介護支援・介護予防支援	581 100.0	359 61.8	208 35.8	93 16.0
2. 訪問看護	581 100.0	124 21.3	51 8.8	422 72.6
3. 通所介護・通所リハビリテーション	581 100.0	254 43.7	141 24.3	249 42.9
4. 短期入所生活介護	581 100.0	98 16.9	42 7.2	464 79.9
5. 特定施設入居者生活介護	581 100.0	55 9.5	11 1.9	518 89.2
6. 小規模多機能型居宅介護	581 100.0	73 12.6	17 2.9	498 85.7
7. 看護小規模多機能型居宅介護	581 100.0	23 4.0	2 0.3	556 95.7
8. 認知症対応型共同生活介護	581 100.0	99 17.0	29 5.0	465 80.0
9. 夜間対応型訪問介護	581 100.0	11 1.9	4 0.7	566 97.4
10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	581 100.0	32 5.5	7 1.2	546 94.0
11. 介護保険施設サービス	581 100.0	67 11.5	35 6.0	497 85.5
12. その他の介護保険サービス	581 100.0	66 11.4	14 2.4	506 87.1
13. 障害者向けサービス	581 100.0	171 29.4	67 11.5	365 62.8
14. サービス付き高齢者向け住宅	581 100.0	75 12.9	36 6.2	484 83.3
15. 医療機関	581 100.0	53 9.1	23 4.0	517 89.0
16. 介護保険外サービス(1) 通院同行	581 100.0	204 35.1	71 12.2	329 56.6
16. 介護保険外サービス(2) 入退院時サービス	581 100.0	160 27.5	54 9.3	383 65.9
16. 介護保険外サービス(3) 外出の付き添いサービス	581 100.0	175 30.1	66 11.4	357 61.4
16. 介護保険外サービス(4) 家事・代行サービス	581 100.0	197 33.9	66 11.4	338 58.2
17. 市町村からの委託事業等(1) 配食サービス	581 100.0	50 8.6	22 3.8	514 88.5
17. 市町村からの委託事業等(2) 緊急通報サービス	581 100.0	11 1.9	4 0.7	568 97.8
17. 市町村からの委託事業等(3) 独居高齢者の見守りサービス	581 100.0	16 2.8	2 0.3	563 96.9
17. 市町村からの委託事業等(4) その他の委託事業	581 100.0	56 9.6	17 2.9	517 89.0
18. その他	581 100.0	43 7.4	18 3.1	525 90.4



訪問介護員数（常勤換算）別に法人として提供している割合をみると、介護保険サービスについては明確な傾向は見られないが、保険外サービスについては、訪問介護員 2 人以下の事業所よりも、それ以上の事業所のほうが実施している割合が高かった。

図表 2-6 訪問介護員数（常勤換算）別に法人として提供している割合

	調査数	居宅介護支援・介護予防支援	訪問看護	通所介護・通所リハビリテーション	短期入所生活介護	特定施設入居者生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	夜間対応型訪問介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護保険施設サービス	その他の介護保険サービス	障害者向けサービス	サービス付き高齢者向け住宅	医療機関	介護保険外サービス (1) 通院同行	介護保険外サービス (2) 入退院時サービス	介護保険外サービス (3) 外出の付き添いサービス	介護保険外サービス (4) 家事・代行サービス	市町村からの委託事業等 (1) 配食サービス	市町村からの委託事業等 (2) 緊急通報サービス	市町村からの委託事業等 (3) 独居高齢者の見守りサービス	市町村からの委託事業等 (4) その他の委託事業	その他	訪問介護以外のサービスは実施していない	無回答
全体	581 100.0	488 84.0	159 27.4	332 57.1	117 20.1	63 10.8	83 14.3	25 4.3	116 20.0	15 2.6	35 6.0	84 14.5	75 12.9	216 37.2	97 16.7	64 11.0	252 43.4	198 34.1	224 38.6	243 41.8	67 11.5	13 2.2	18 3.1	64 11.0	56 9.6	17 2.9	13 2.2
~2人以下	112 100.0	95 84.8	24 21.4	66 58.9	32 28.6	10 8.9	17 15.2	3 2.7	26 23.2	2 1.8	8 7.1	22 19.6	13 11.6	31 27.7	17 15.2	13 11.6	38 33.9	29 25.9	31 27.7	37 33.0	8 7.1	1 0.9	4 3.6	10 8.9	5 4.5	4 3.6	3 2.7
~5人以下	208 100.0	176 84.6	61 29.3	130 62.5	48 23.1	30 14.4	31 14.9	12 5.8	40 19.2	5 2.4	9 4.3	33 15.9	29 13.9	87 41.8	33 15.9	24 11.5	100 48.1	78 37.5	92 44.2	92 44.2	31 14.9	4 1.9	6 2.9	28 13.5	25 12.0	5 2.4	5 2.4
5人超	142 100.0	127 89.4	45 31.7	81 57.0	21 14.8	18 12.7	19 13.4	8 5.6	25 17.6	3 2.1	7 4.9	16 11.3	18 12.7	56 39.4	30 21.1	16 11.3	58 40.8	47 33.1	52 36.6	60 42.3	22 15.5	3 2.1	4 2.8	17 12.0	15 10.6	3 2.1	1 0.7

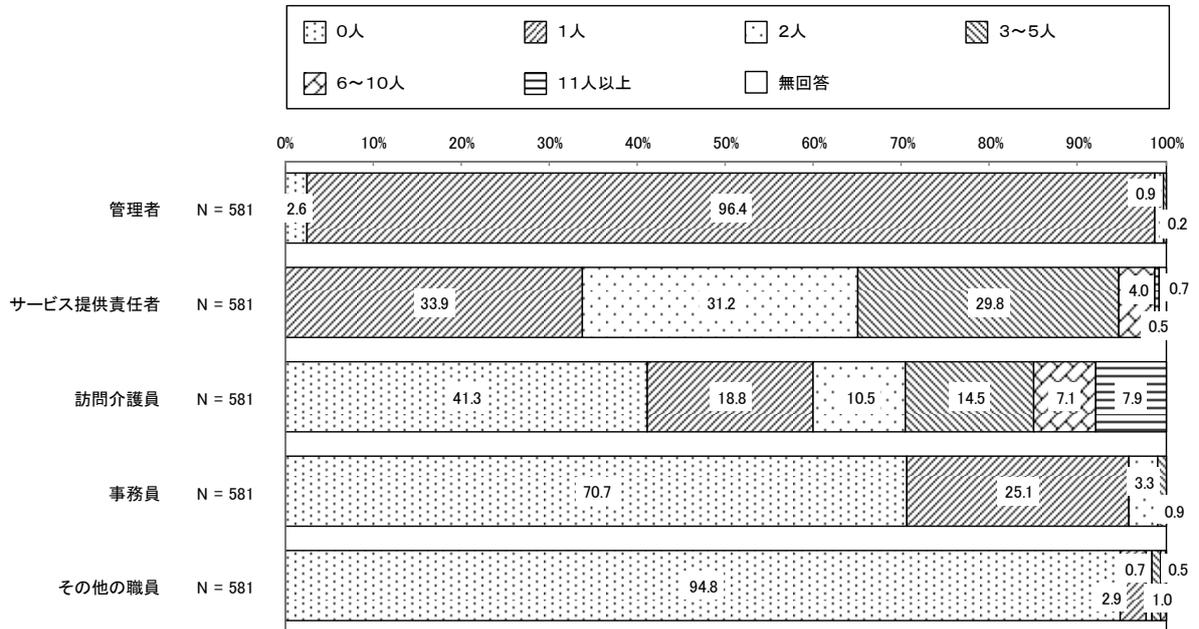
(2) 職員体制

1) 常勤実人数

常勤の実人数については、サービス提供責任者は「1人」が33.9%、「2人」が31.2%、「3～5人」が29.8%とほぼ同程度であった。一方、訪問介護員（41.3%）、事務員（70.7%）、その他の職員（94.8%）は、「0人」が最も多かった。

図表 2-7 常勤実人数

	調査数	0人	1人	2人	3 ～ 5人	6 ～ 10人	11人以上	無回答	平均	標準偏差
管理者_常勤実人数(人)	581 100.0	15 2.6	560 96.4	5 0.9	1 0.2	-	-	-	0.98	0.21
サービス提供責任者_常勤実人数(人)	581 100.0	-	197 33.9	181 31.2	173 29.8	23 4.0	3 0.5	4 0.7	2.35	1.64
訪問介護員_常勤実人数(人)	581 100.0	240 41.3	109 18.8	61 10.5	84 14.5	41 7.1	46 7.9	-	3.05	6.56
事務員_常勤実人数(人)	581 100.0	411 70.7	146 25.1	19 3.3	5 0.9	-	-	-	0.35	0.60
その他の職員_常勤実人数(人)	581 100.0	551 94.8	17 2.9	4 0.7	6 1.0	3 0.5	-	-	0.12	0.69

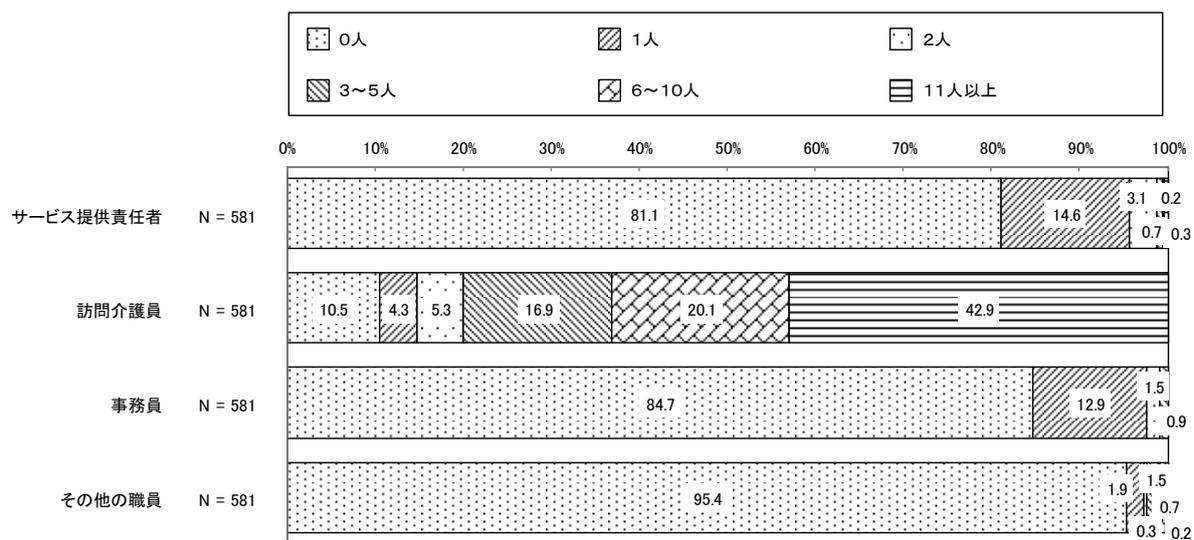


2) 非常勤実人数

非常勤実人数については、サービス提供責任者（81.1）、事務員（84.7%）は「0人」が最も多かった。訪問介護員は「11人以上」が42.9%で最も多かった。

図表 2-8 非常勤実人数

	調査数	0人	1人	2人	3 ~ 5人	6 ~ 10人	11人以上	平均	標準偏差
サービス提供責任者_非常勤実人数(人)	581 100.0	471 81.1	85 14.6	18 3.1	4 0.7	1 0.2	2 0.3	0.29	1.00
訪問介護員_非常勤実人数(人)	581 100.0	61 10.5	25 4.3	31 5.3	98 16.9	117 20.1	249 42.9	11.83	12.94
事務員_非常勤実人数(人)	581 100.0	492 84.7	75 12.9	9 1.5	5 0.9	-	-	0.19	0.51
その他の職員_非常勤実人数(人)	581 100.0	554 95.4	11 1.9	2 0.3	9 1.5	4 0.7	1 0.2	0.15	0.88

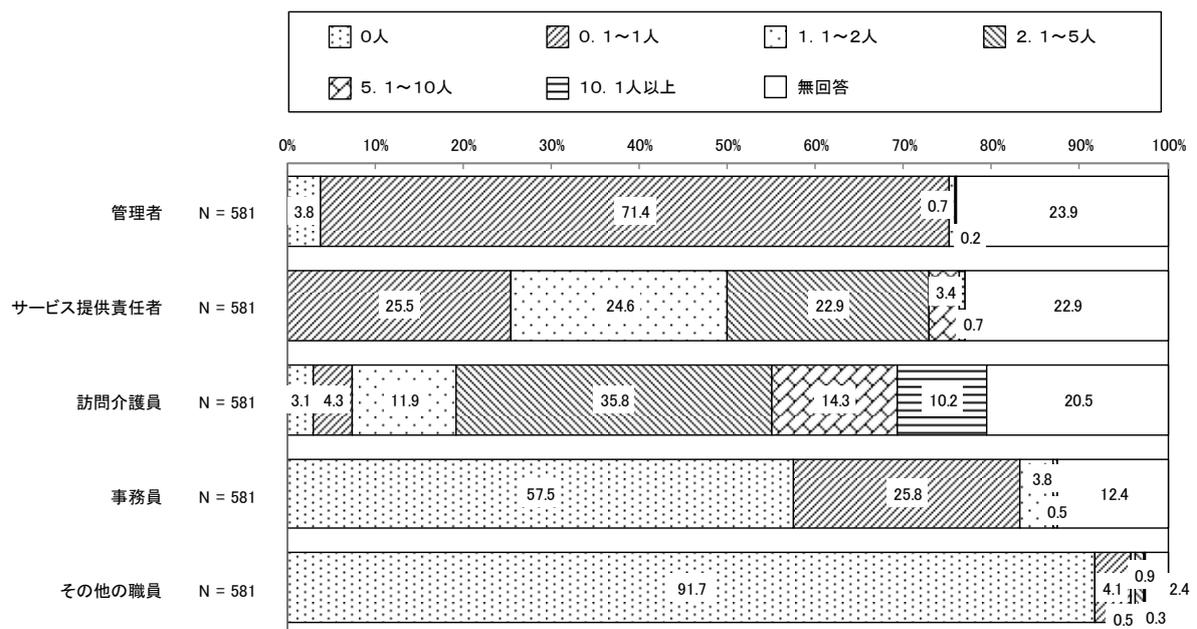


3) 常勤換算数

常勤換算数では、サービス提供責任者は「0.1～1人」が25.5%、「1.1～2人」が24.6%、「2.1～5人」が22.9%であった。訪問介護員は「2.1～5人」が35.8%で最も多かった。事務員は「0人」が57.5%で最も多かった。

図表 2-9 常勤換算数

	調査数	0人	0.1 ~ 1人	1.1 ~ 2人	2.1 ~ 5人	5.1 ~ 10人	10.1 人以上	無回答	平均	標準偏差
管理者_常勤換算数(人)	581 100.0	22 3.8	415 71.4	4 0.7	1 0.2	-	-	139 23.9	0.75	0.39
サービス提供責任者_常勤換算数(人)	581 100.0	-	148 25.5	143 24.6	133 22.9	20 3.4	4 0.7	133 22.9	2.31	2.35
訪問介護員_常勤換算数(人)	581 100.0	18 3.1	25 4.3	69 11.9	208 35.8	83 14.3	59 10.2	119 20.5	5.14	5.53
事務員_常勤換算数(人)	581 100.0	334 57.5	150 25.8	22 3.8	3 0.5	-	-	72 12.4	0.30	0.54
その他の職員_常勤換算数(人)	581 100.0	533 91.7	24 4.1	3 0.5	5 0.9	2 0.3	-	14 2.4	0.10	0.65

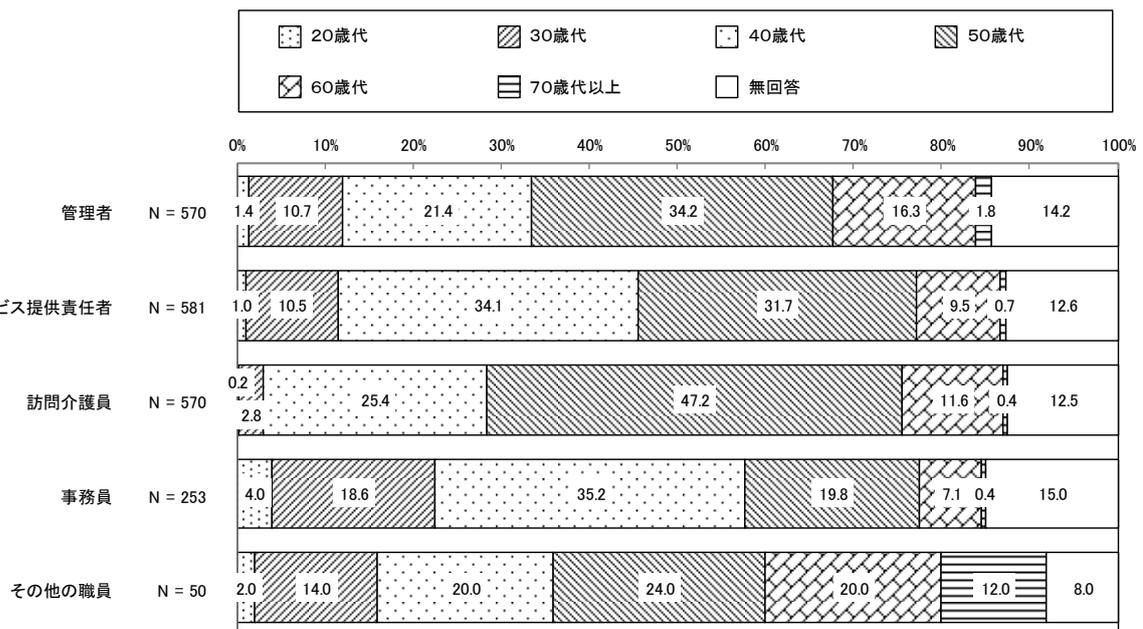


4) 平均年齢

管理者（34.2%）と訪問介護員（47.2%）、そしてその他の職員（24.0%）については、「50歳代」が最も多かった。「40歳代」が最も高かったのはサービス提供責任者（34.1%）と事務員（35.2%）であった。

図表 2-10 平均年齢

	調査数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	平均	標準偏差
管理者_平均年齢(歳)	570 100.0	8 1.4	61 10.7	122 21.4	195 34.2	93 16.3	10 1.8	81 14.2	51.09	10.28
サービス提供責任者_平均年齢(歳)	581 100.0	6 1.0	61 10.5	198 34.1	184 31.7	55 9.5	4 0.7	73 12.6	48.76	8.63
訪問介護員_平均年齢(歳)	570 100.0	1 0.2	16 2.8	145 25.4	269 47.2	66 11.6	2 0.4	71 12.5	52.22	6.88
事務員_平均年齢(歳)	253 100.0	10 4.0	47 18.6	89 35.2	50 19.8	18 7.1	1 0.4	38 15.0	45.17	9.55
その他の職員_平均年齢(歳)	50 100.0	1 2.0	7 14.0	10 20.0	12 24.0	10 20.0	6 12.0	4 8.0	53.58	12.70



(3) 利用者の状況

1) 実利用者数

事業所の利用者数およびサービス提供実績において、介護保険給付は「21～40人」が38.4%で最も多く、平均は38.3人であった。

介護予防給付については、「1～10人」が33.4%と最も多く、平均は18.4人であった。

その他（障害・保険外サービス等）が最も多かったのは「0人」で36.8%、次いで「1～10人」が34.1%であり、平均は10.2人であった。

図表 2-11 事業所の利用者数およびサービス提供実績

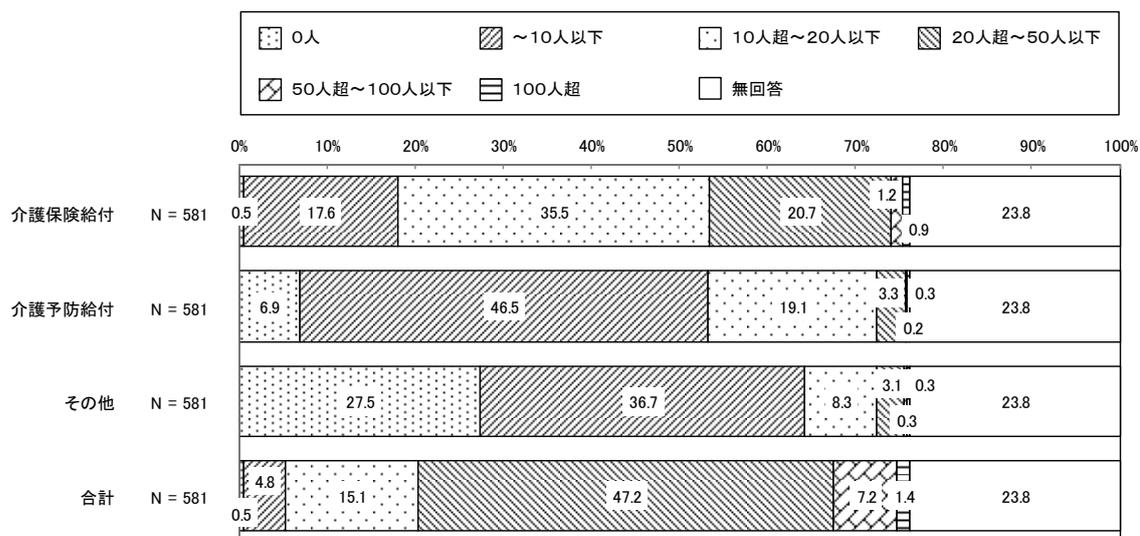
	調査数	0人	1510人	11520人	21540人	41580人	81人以上	無回答	平均	標準偏差
実利用者数(人)_介護保険給付	581 100.0	4 0.7	69 11.9	110 18.9	223 38.4	121 20.8	43 7.4	11 1.9	38.27	46.63
実利用者数(人)_介護予防給付	581 100.0	57 9.8	194 33.4	143 24.6	118 20.3	48 8.3	10 1.7	11 1.9	18.44	28.29
実利用者数(人)_その他(障害・保険外サービス等)	581 100.0	214 36.8	198 34.1	71 12.2	50 8.6	27 4.6	10 1.7	11 1.9	10.18	19.32
実利用者数(人)_合計	581 100.0	4 0.7	29 5.0	58 10.0	134 23.1	193 33.2	152 26.2	11 1.9	66.88	67.89

① サービス提供責任者（常勤換算）一人当たり実利用者数

サービス提供責任者（常勤換算）一人当たり実利用者数については「介護保険給付」が「10人超～20人以下」が35.5%で最も多かった。次いで「20人超～50人以下」が20.7%。「介護予防給付」は「～10人以下」が46.5%で最も多かった。次いで「10人超～20人以下」が19.1%。「その他」は「～10人以下」が36.7%で最も多かった。次いで「0人」が27.5%であった。

図表 2-12 サービス提供責任者（常勤換算）一人当たり実利用者数

	調査数	0人	～10人以下	10人超～20人以下	20人超～50人以下	50人超～100人以下	100人超	無回答	平均	標準偏差
サ責(常勤換算)一人当たり実利用者数_介護保険給付	581 100.0	3 0.5	102 17.6	206 35.5	120 20.7	7 1.2	5 0.9	138 23.8	20.32	32.35
サ責(常勤換算)一人当たり実利用者数_介護予防給付	581 100.0	40 6.9	270 46.5	111 19.1	19 3.3	1 0.2	2 0.3	138 23.8	8.93	12.83
サ責(常勤換算)一人当たり実利用者数_その他	581 100.0	160 27.5	213 36.7	48 8.3	18 3.1	2 0.3	2 0.3	138 23.8	5.71	17.53
サ責(常勤換算)一人当たり実利用者数_合計	581 100.0	3 0.5	28 4.8	88 15.1	274 47.2	42 7.2	8 1.4	138 23.8	34.96	53.79

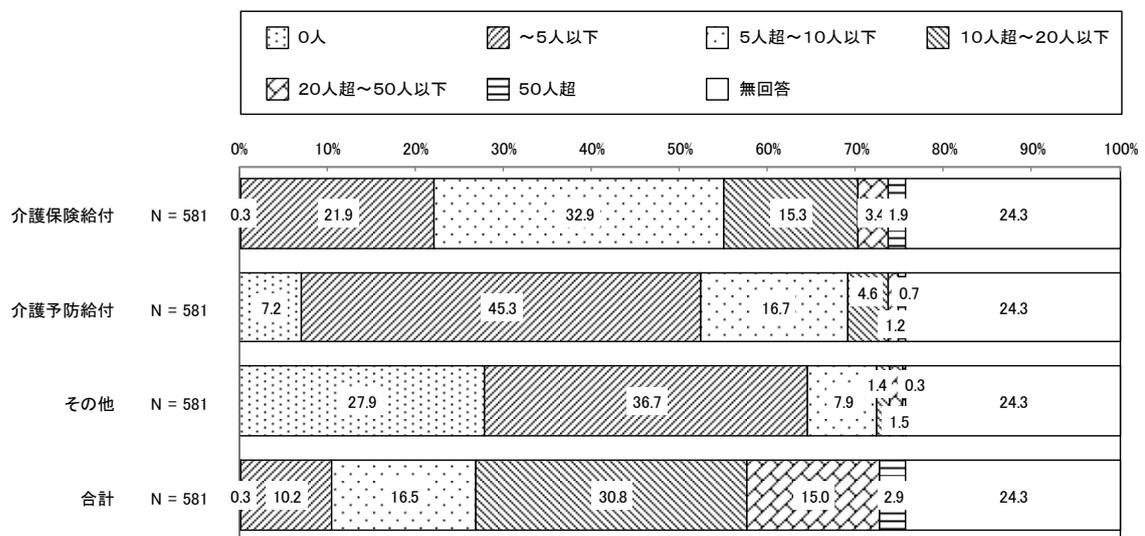


② 訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数

訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数「介護保険給付」が「5人超～10人以下」が32.9%で最も多かった。次いで「～5人以下」が21.9%。「介護予防給付」が「～5人以下」が45.3%で最も多かった。次いで「5人超～10人以下」が16.7%。「その他」は「～5人以下」が36.7%で最も多かった。次いで「0人」が27.9%であった。

図表 2-13 訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数

	調査数	0人	～5人以下	5人超～10人以下	10人超～20人以下	20人超～50人以下	50人超	無回答	平均	標準偏差
訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数_介護保険給付	581 100.0	2 0.3	127 21.9	191 32.9	89 15.3	20 3.4	11 1.9	141 24.3	10.27	14.90
訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数_介護予防給付	581 100.0	42 7.2	263 45.3	97 16.7	27 4.6	7 1.2	4 0.7	141 24.3	5.24	11.18
訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数_その他	581 100.0	162 27.9	213 36.7	46 7.9	8 1.4	9 1.5	2 0.3	141 24.3	3.20	11.94
訪問介護員（常勤換算）一人当たり実利用者数_合計	581 100.0	2 0.3	59 10.2	96 16.5	179 30.8	87 15.0	17 2.9	141 24.3	18.71	32.98

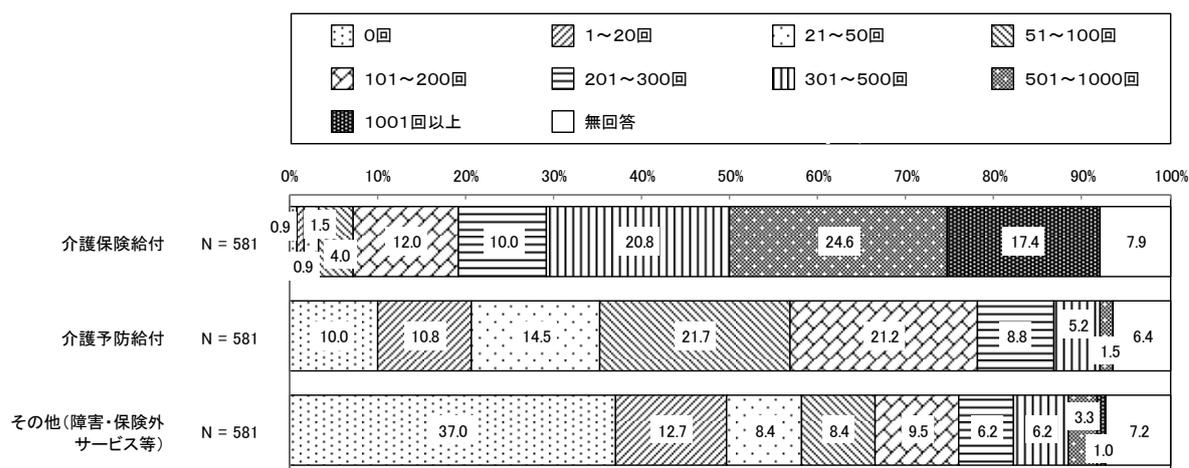


2) サービス提供回数

事業所のサービス提供実績において、「介護保険給付」で最も多かったのは「501～1000回」で24.6%であり、平均は664.3回であった。「介護予防給付」で最も多かったのは「51～100回」で21.7%であり、平均は110.3回であった。「その他（障害・保険外サービス等）」で最も多かったのは「0回」の37.0%で、平均は110.5回であった。

図表 2-14 事業所のサービス提供実績

	調査数	0回	1～5回	5～10回	10～20回	20～30回	30～50回	50～100回	100回以上	無回答	平均	標準偏差	
サービス提供回数(回)_介護保険給付	581	5	5	9	23	70	58	121	143	101	46	664.33	671.28
サービス提供回数(回)_介護予防給付	581	58	63	84	126	123	51	30	9	-	37	110.26	126.40
サービス提供回数(回)_その他(障害・保険外サービス等)	581	215	74	49	49	55	36	36	19	6	42	110.49	225.87
	100.0	0.9	0.9	1.5	4.0	12.0	10.0	20.8	24.6	17.4	7.9		
	100.0	10.0	10.8	14.5	21.7	21.2	8.8	5.2	1.5	-	6.4		
	100.0	37.0	12.7	8.4	8.4	9.5	6.2	6.2	3.3	1.0	7.2		

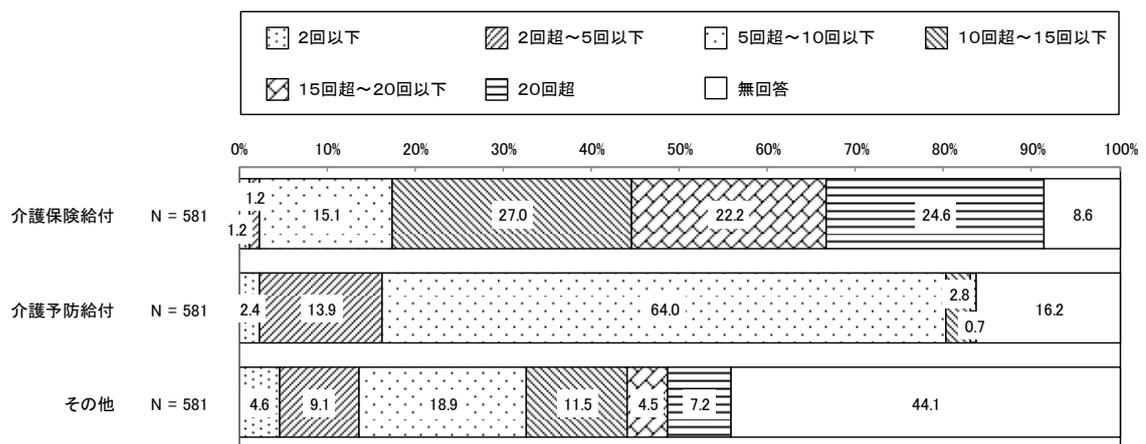


3) 利用者一人当たりサービス提供回数

利用者一人当たりサービス提供回数は「介護保険給付」が「10回超～15回以下」が27.0%で最も多かった。次いで「20回超」が24.6%であった。「介護予防給付」は「5回超～10回以下」が64.0%で最も多かった。次いで「2回超～5回以下」が13.9%であった。「その他」は「5回超～10回以下」が18.9%、「10回超～15回以下」が11.5%であった。

図表 2-15 利用者一人当たりサービス提供回数

	調査数	2回以下	2回超～5回以下	5回超～10回以下	10回超～15回以下	15回超～20回以下	20回超	無回答	平均	標準偏差
利用者一人当たりサービス提供回数_介護保険給付	581 100.0	7 1.2	7 1.2	88 15.1	157 27.0	129 22.2	143 24.6	50 8.6	19.74	16.05
利用者一人当たりサービス提供回数_介護予防給付	581 100.0	14 2.4	81 13.9	372 64.0	16 2.8	- -	4 0.7	94 16.2	6.43	2.63
利用者一人当たりサービス提供回数_その他	581 100.0	27 4.6	53 9.1	110 18.9	67 11.5	26 4.5	42 7.2	256 44.1	12.16	13.18

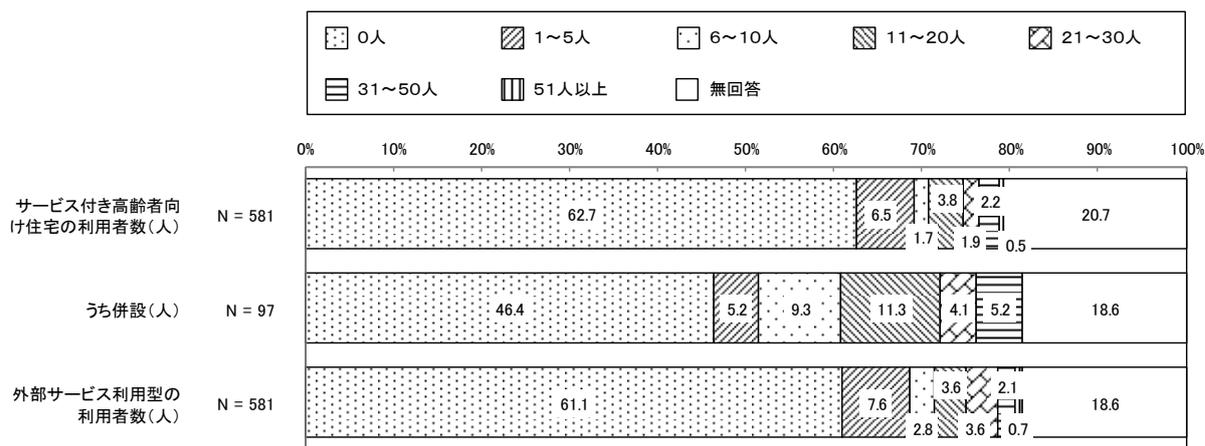


4) サービス付き高齢者向け住宅の利用者数

サービス付き高齢者向け住宅の利用者数が「0人」が62.7%を占めており、平均は3.3人であった。うち併設のサービス付き高齢者向け住宅の利用者の人数については、「0人」の46.4%、次いで「11人～20人」が11.3%、平均は7.2人であった。外部サービス利用型の利用者の数も「0人」が最も多く、61.1%、平均は3.8人であった。

図表 2-16 サービス付き高齢者向け住宅の利用者数

	調査数	0人	1～5人	6～10人	11～20人	21～30人	31～50人	51人以上	無回答	平均	標準偏差
サービス付き高齢者向け住宅の利用者数(人)	581	364	38	10	22	11	13	3	120	3.26	9.72
	100.0	62.7	6.5	1.7	3.8	1.9	2.2	0.5	20.7		
サービス付き高齢者向け住宅の利用者数うち併設(人)	97	45	5	9	11	4	5	-	18	7.19	10.88
	100.0	46.4	5.2	9.3	11.3	4.1	5.2	-	18.6		
外部サービス利用型の利用者数(人)	581	355	44	16	21	21	12	4	108	3.81	10.20
	100.0	61.1	7.6	2.8	3.6	3.6	2.1	0.7	18.6		

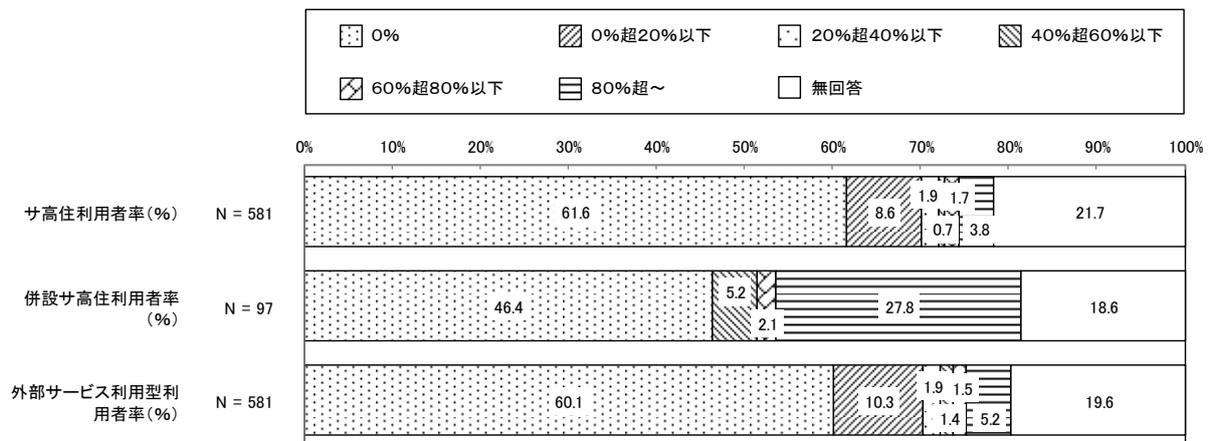


5) サービス付き高齢者向け住宅利用者率

利用者に占めるサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）利用者の割合については「併設以外」では「0%」が61.6%で最も多かったが、「併設」では「0%」が46.4%であり、次いで「80%超～」が27.8%であった。「外部サービス利用型利用者率」は「0%」が60.1%で、「0%超20%以下」が10.3%であった。

図表 2-17 サ高住利用者率

	調査数	0%	0%超20%以下	20%超40%以下	40%超60%以下	60%超80%以下	80%超～	無回答	平均	標準偏差	
サ高住利用者率(%)	581	358 100.0	50 61.6	11 8.6	4 1.9	10 0.7	22 3.8	126 21.7	8.01	23.22	
併設サ高住利用者率(%)	97	45 100.0	— 46.4	— —	— —	5 5.2	2 2.1	27 27.8	18 18.6	38.59	46.25
外部サービス利用型利用者率(%)	581	349 100.0	60 60.1	11 10.3	8 1.4	9 1.5	30 5.2	114 19.6	10.00	26.11	



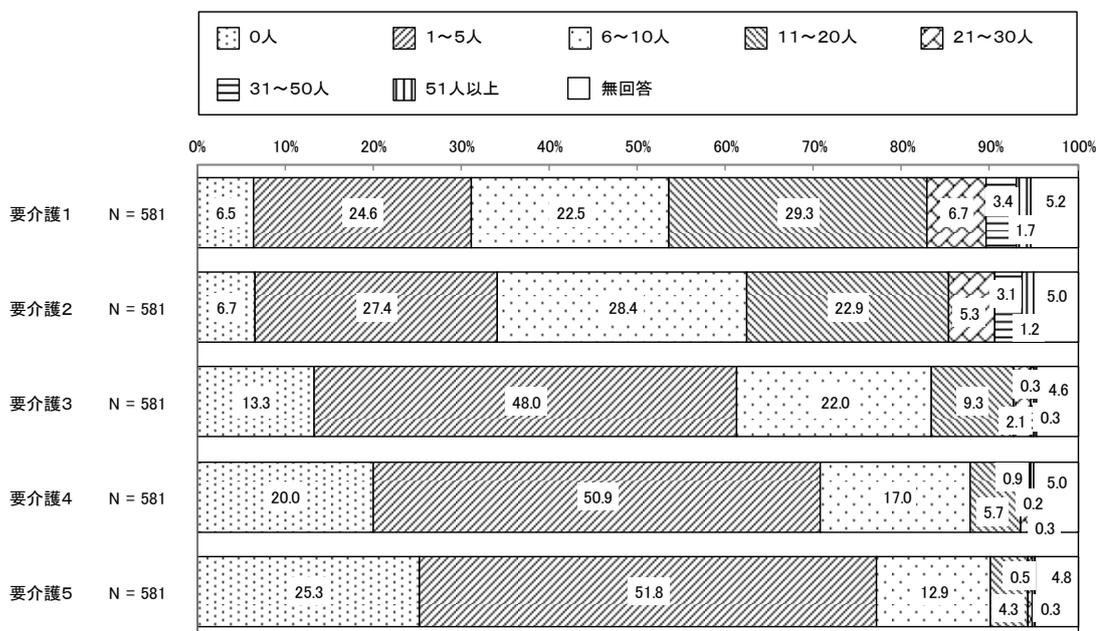
(4) 生活援助サービスの提供状況

1) 要介護度別の利用者数合計

要介護度別の利用者数については、「要介護1」で最も多かったのは「11～20人」で29.3%、平均は11.5人であった。「要介護2」で最も多かったのは「6～10人」で28.4%、平均は10.2人であった。「要介護3」で最も多かったのは「1～5人」で48.0%、平均は5.7人であった。「要介護4」で最も多かったのは「1～5人」で50.9%、平均は4.2人であった。「要介護5」で最も多かったのは「1～5人」で51.8%、平均は3.6人であった。

図表 2-18 要介護度別の利用者数合計

	調査数	0人	1～5人	6～10人	11～20人	21～30人	31～50人	51人以上	無回答	平均	標準偏差
要介護1_利用者数合計	581 100.0	38 6.5	143 24.6	131 22.5	170 29.3	39 6.7	20 3.4	10 1.7	30 5.2	11.48	11.86
要介護2_利用者数合計	581 100.0	39 6.7	159 27.4	165 28.4	133 22.9	31 5.3	18 3.1	7 1.2	29 5.0	10.20	10.81
要介護3_利用者数合計	581 100.0	77 13.3	279 48.0	128 22.0	54 9.3	12 2.1	2 0.3	2 0.3	27 4.6	5.74	10.74
要介護4_利用者数合計	581 100.0	116 20.0	296 50.9	99 17.0	33 5.7	5 0.9	1 0.2	2 0.3	29 5.0	4.15	7.13
要介護5_利用者数合計	581 100.0	147 25.3	301 51.8	75 12.9	25 4.3	3 0.5	-	2 0.3	28 4.8	3.60	9.47

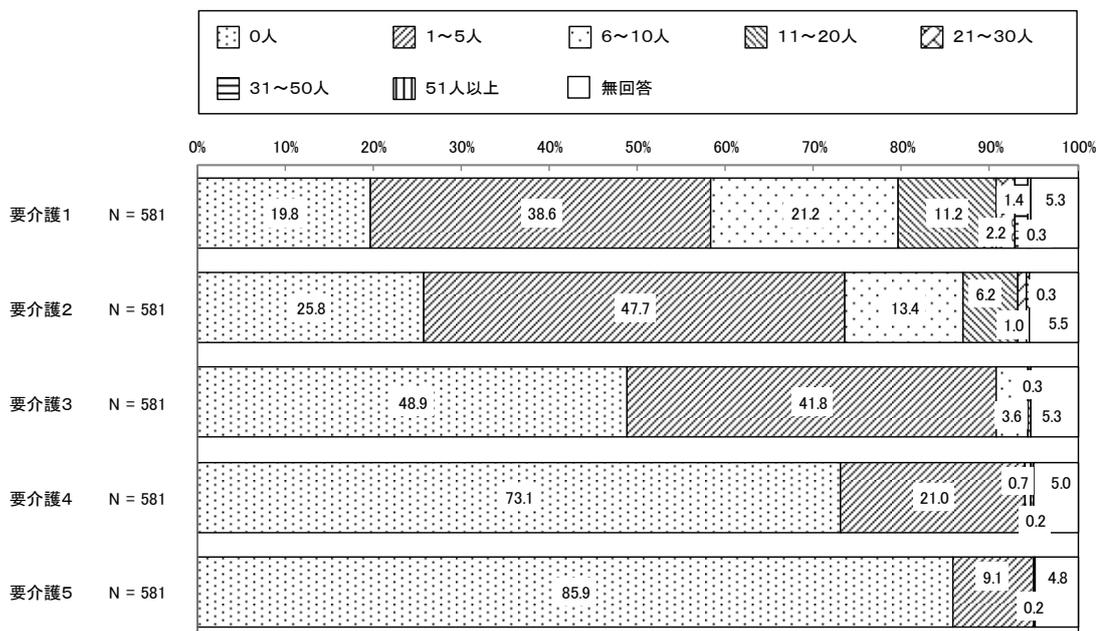


2) 生活援助のみの利用者

生活援助のみの利用者については、「要介護1」で最も多かったのは「1～5人」で38.6%、平均は5.8人であった。「要介護2」で最も多かったのは「1～5人」で47.7%、平均は3.6人であった。「要介護3」「要介護4」「要介護5」では、「0人」が最も多く、平均はそれぞれ、1.2人、0.4人、0.1人であった。

図表 2-19 要介護度別生活援助のみの利用者

	調査数	0人	1～5人	6～10人	11～20人	21～30人	31～50人	51人以上	無回答	平均	標準偏差
要介護1_生活援助のみの利用者(人数)	581 100.0	115 19.8	224 38.6	123 21.2	65 11.2	13 2.2	8 1.4	2 0.3	31 5.3	5.81	7.66
要介護2_生活援助のみの利用者(人数)	581 100.0	150 25.8	277 47.7	78 13.4	36 6.2	6 1.0	2 0.3	-	32 5.5	3.64	4.82
要介護3_生活援助のみの利用者(人数)	581 100.0	284 48.9	243 41.8	21 3.6	2 0.3	-	-	-	31 5.3	1.15	1.86
要介護4_生活援助のみの利用者(人数)	581 100.0	425 73.1	122 21.0	4 0.7	1 0.2	-	-	-	29 5.0	0.42	1.07
要介護5_生活援助のみの利用者(人数)	581 100.0	499 85.9	53 9.1	1 0.2	-	-	-	-	28 4.8	0.14	0.58

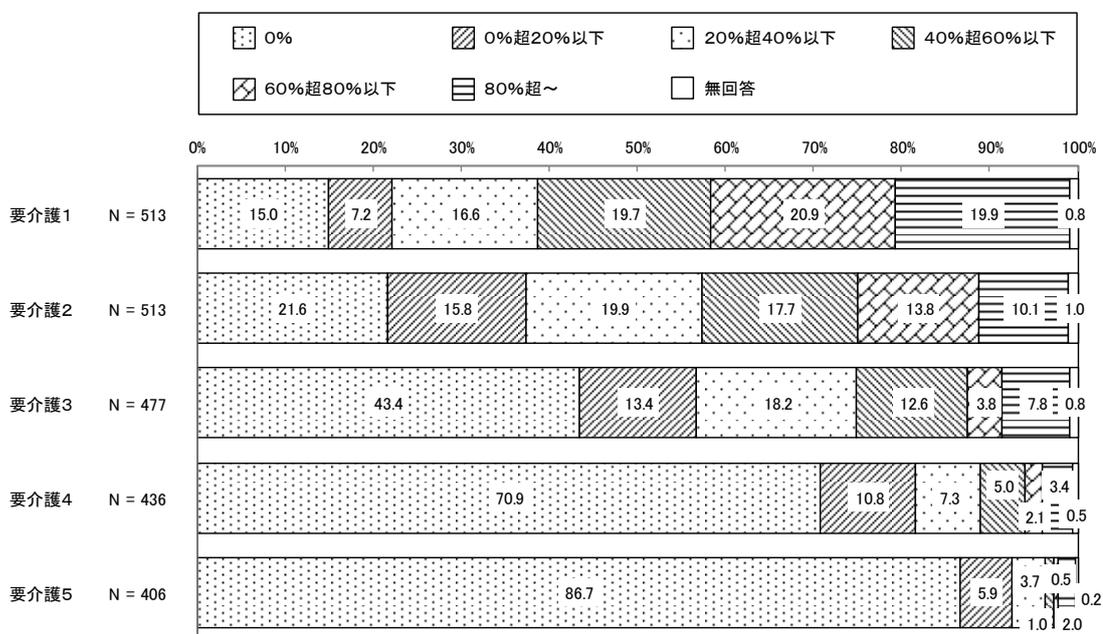


3) 生活援助のみ利用者率

要介護度別の生活援助のみ利用者の割合については、「要介護1」は「60%超80%以下」が20.9%、「40%超60%以下」が19.7%であった。「要介護2」は「0%」が21.6%、「20%超40%以下」が19.9%であった。「要介護3」は「0%」が43.4%、「20%超40%以下」18.2%であった。「要介護4」は「0%」が70.9%、「0%超20%以下」が10.8%であった。「要介護5」は「0%」が86.7%、「0%超20%以下」が5.9%であった。

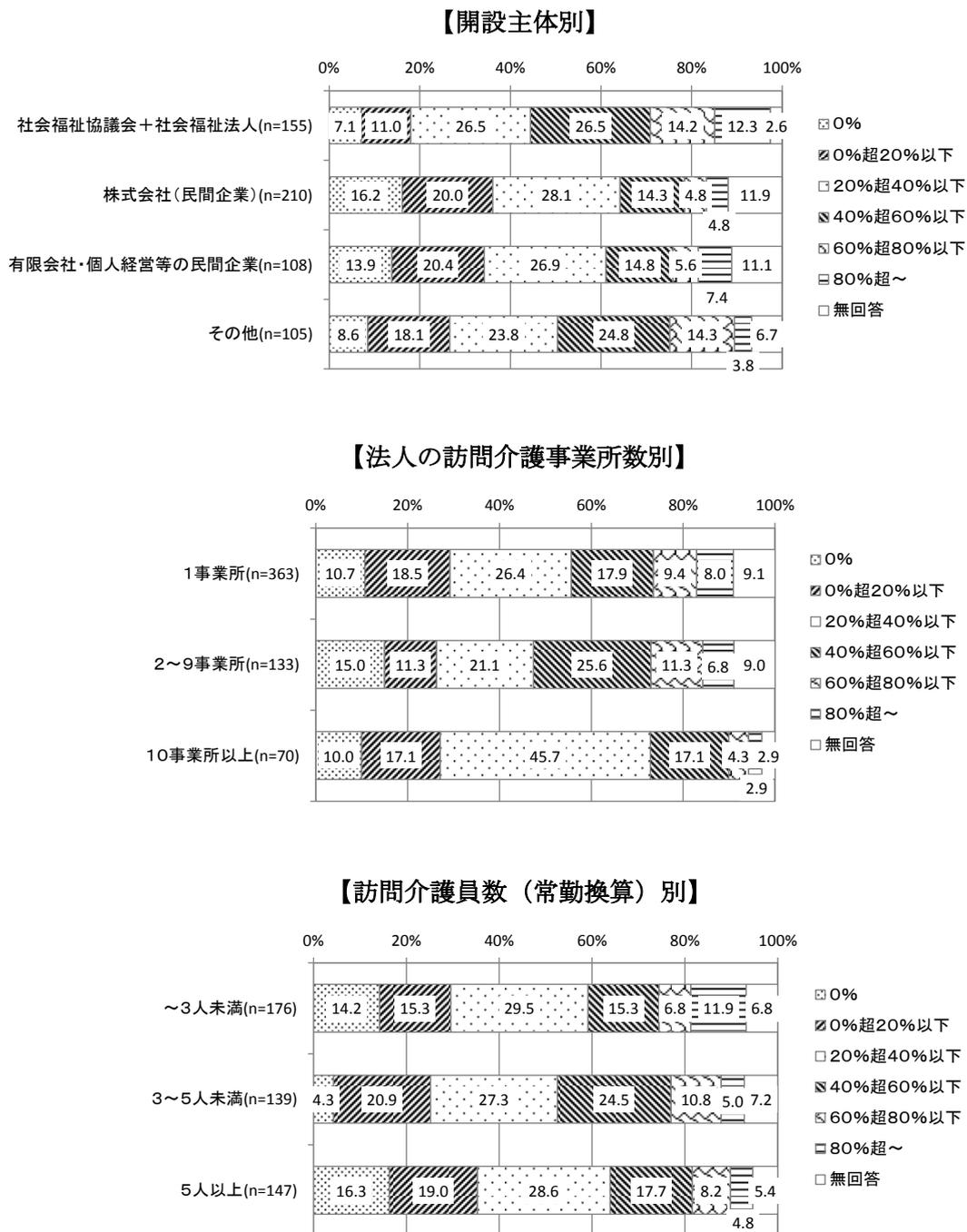
図表 2-20 要介護度別生活援助のみ利用者率

	調査数	0%	0%超20%以下	20%超40%以下	40%超60%以下	60%超80%以下	80%超~	無回答	平均	標準偏差
要介護1_生活援助のみ利用者率(%)	513 100.0	77 15.0	37 7.2	85 16.6	101 19.7	107 20.9	102 19.9	4 0.8	50.57	32.35
要介護2_生活援助のみ利用者率(%)	513 100.0	111 21.6	81 15.8	102 19.9	91 17.7	71 13.8	52 10.1	5 1.0	37.41	30.97
要介護3_生活援助のみ利用者率(%)	477 100.0	207 43.4	64 13.4	87 18.2	60 12.6	18 3.8	37 7.8	4 0.8	24.20	29.77
要介護4_生活援助のみ利用者率(%)	436 100.0	309 70.9	47 10.8	32 7.3	22 5.0	9 2.1	15 3.4	2 0.5	11.26	23.21
要介護5_生活援助のみ利用者率(%)	406 100.0	352 86.7	24 5.9	15 3.7	4 1.0	2 0.5	8 2.0	1 0.2	4.73	16.49



生活援助のみ利用者の割合について、開設主体別、法人の訪問介護事業所数別、訪問介護員数（常勤換算）別の集計結果は以下のとおりであった。株式会社（民間企業）よりも社会福祉協議会、社会福祉法人の方が全体として割合が高く、法人の訪問介護事業所数 10 事業所以上、訪問介護員数（常勤換算）5 人以上では、他よりも割合が低かった。

図表 2-21 生活援助のみの利用者の割合

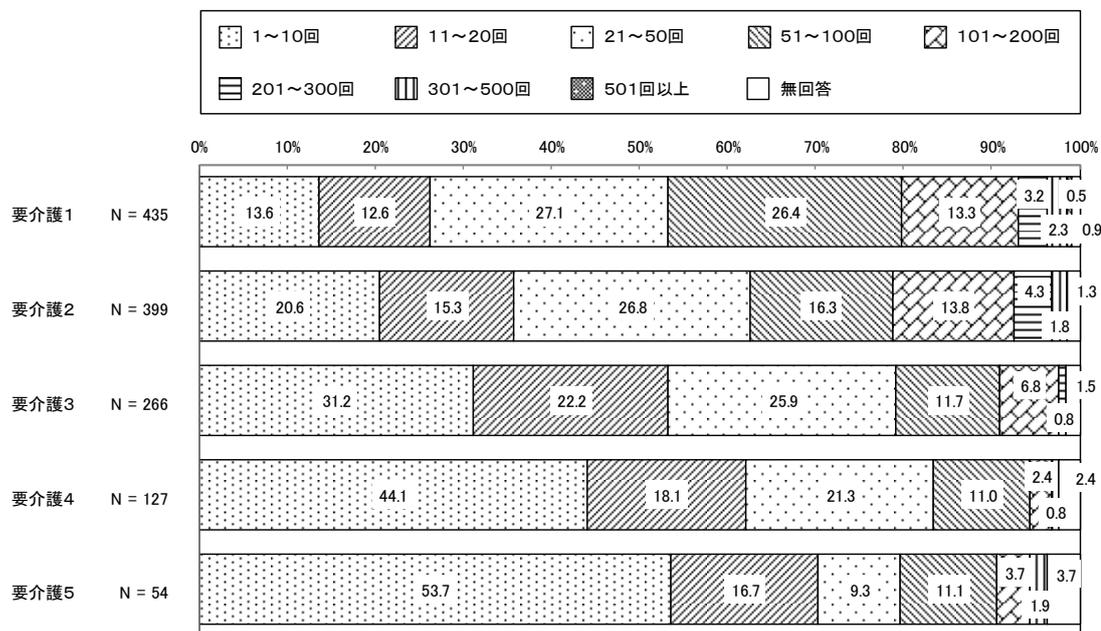


4) 生活援助のみの利用者（のべ利用回数）

生活援助のみの利用者の要介護度別1か月間ののべ利用回数は、「要介護1」で最も多かったのは「21～50回」が27.1%、平均は70.0回、「要介護2」では「21～50回」が26.8%、平均は59.8回、「要介護3」では「1～10回」が31.2%、平均は34.1回、「要介護4」では「1～10回」が44.1%、平均は26.1回、「要介護5」では「1～10回」が53.7%、平均は28.3回あった。

図表 2-22 要介護度別生活援助のみの利用者（のべ利用回数）

	調査数	1 5 1 0 回	1 5 2 0 回	2 5 0 回	5 5 1 0 0 回	1 0 1 2 0 0 回	2 0 1 5 3 0 0 回	3 0 1 5 0 0 回	5 0 1 回 以上	無 回 答	平 均	標 準 偏 差
要介護1_生活援助のみの利用者(のべ利用回数)	435	59	55	118	115	58	14	10	2	4	70.04	82.22
	100.0	13.6	12.6	27.1	26.4	13.3	3.2	2.3	0.5	0.9		
要介護2_生活援助のみの利用者(のべ利用回数)	399	82	61	107	65	55	17	7	-	5	59.79	69.07
	100.0	20.6	15.3	26.8	16.3	13.8	4.3	1.8	-	1.3		
要介護3_生活援助のみの利用者(のべ利用回数)	266	83	59	69	31	18	2	-	-	4	34.07	42.07
	100.0	31.2	22.2	25.9	11.7	6.8	0.8	-	-	1.5		
要介護4_生活援助のみの利用者(のべ利用回数)	127	56	23	27	14	3	-	1	-	3	26.10	39.19
	100.0	44.1	18.1	21.3	11.0	2.4	-	0.8	-	2.4		
要介護5_生活援助のみの利用者(のべ利用回数)	54	29	9	5	6	2	-	1	-	2	28.25	55.98
	100.0	53.7	16.7	9.3	11.1	3.7	-	1.9	-	3.7		



5) 利用者1人あたり利用回数

利用者1人あたり1か月間の利用回数については「要介護1」は「5回超～10回以下」が52.6%で最も多かった。次いで「10回超～15回以下」が20.9%であった。「要介護2」は「5回超～10回以下」が37.1%で最も多かった。次いで「10回超～15回以下」が23.3%であった。「要介護3」は「5回超～10回以下」が29.3%で最も多かった。次いで「20回超」が19.9%であった。「要介護4」は「5回超～10回以下」が33.1%で最も多かった。次いで「2回超～5回以下」が22.0%であった。「要介護5」は「5回超～10回以下」が31.5%で最も多かった。次いで「2回超～5回以下」が22.2%であった。サービス利用回数の平均は、要介護1で9.9回、要介護2では12.2回、要介護3では14.7回、要介護4では15.1回、要介護5では24.8回あった。

図表 2-23 要介護度別利用者1人あたり利用回数

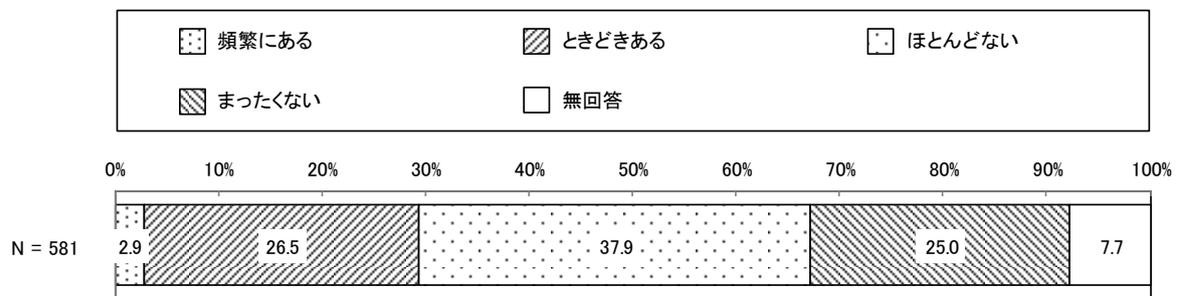
	調査数	2回以下	2回超～5回以下	5回超～10回以下	10回超～15回以下	15回超～20回以下	20回超	無回答	平均	標準偏差
要介護1_利用者1人あたり利用回数(回)	435 100.0	8 1.8	59 13.6	229 52.6	91 20.9	23 5.3	21 4.8	4 0.9	9.91	9.32
要介護2_利用者1人あたり利用回数(回)	399 100.0	5 1.3	64 16.0	148 37.1	93 23.3	39 9.8	45 11.3	5 1.3	12.23	11.19
要介護3_利用者1人あたり利用回数(回)	266 100.0	11 4.1	48 18.0	78 29.3	49 18.4	23 8.6	53 19.9	4 1.5	14.70	16.67
要介護4_利用者1人あたり利用回数(回)	127 100.0	6 4.7	28 22.0	42 33.1	13 10.2	16 12.6	19 15.0	3 2.4	15.14	21.21
要介護5_利用者1人あたり利用回数(回)	54 100.0	5 9.3	12 22.2	17 31.5	5 9.3	3 5.6	10 18.5	2 3.7	24.75	55.81

6) 訪問介護計画上に明記されていない生活援助に相当するサービスの提供

訪問介護計画上に明記されていない生活援助に相当するサービスの提供については「ほとんどない」が37.9%で最も多かった。次いで「ときどきある」が26.5%、「まったくない」が25.0%であった。

図表 2-24 訪問介護計画上に明記されていない生活援助に相当するサービスの提供

調査数	頻繁にある	ときどきある	ほとんどない	まったくない	無回答
581	17	154	220	145	45
100.0	2.9	26.5	37.9	25.0	7.7

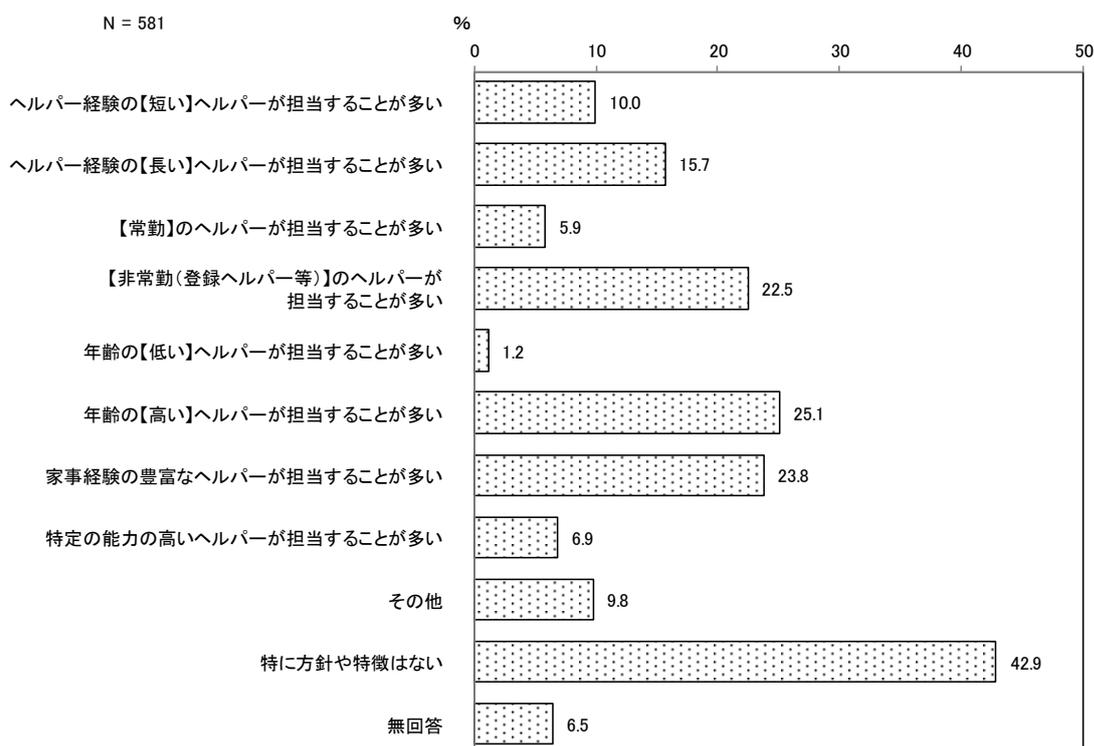


7) 生活援助サービスを提供するヘルパーの割り当てにおける方針や特徴

生活援助サービスを提供するヘルパーを割り当てる際の方針や特徴においては「年齢の【高い】ヘルパーが担当することが多い」が25.1%で最も多かった。次いで「家事経験の豊富なヘルパーが担当することが多い」が23.8%、「【非常勤（登録ヘルパー等）】のヘルパーが担当することが多い」が22.5%であった。

図表 2-25 生活援助サービスを提供するヘルパーを割り当てる際の方針や特徴

調査数	ヘルパー経験の【短い】ヘルパーが担当することが多い	ヘルパー経験の【長い】ヘルパーが担当することが多い	【常勤】のヘルパーが担当することが多い	【非常勤（登録ヘルパー等）】のヘルパーが担当することが多い	年齢の【低い】ヘルパーが担当することが多い	年齢の【高い】ヘルパーが担当することが多い	家事経験の豊富なヘルパーが担当することが多い	特定の能力の高いヘルパーが担当することが多い	その他	特に方針や特徴はない	無回答
581	58	91	34	131	7	146	138	40	57	249	38
100.0	10.0	15.7	5.9	22.5	1.2	25.1	23.8	6.9	9.8	42.9	6.5



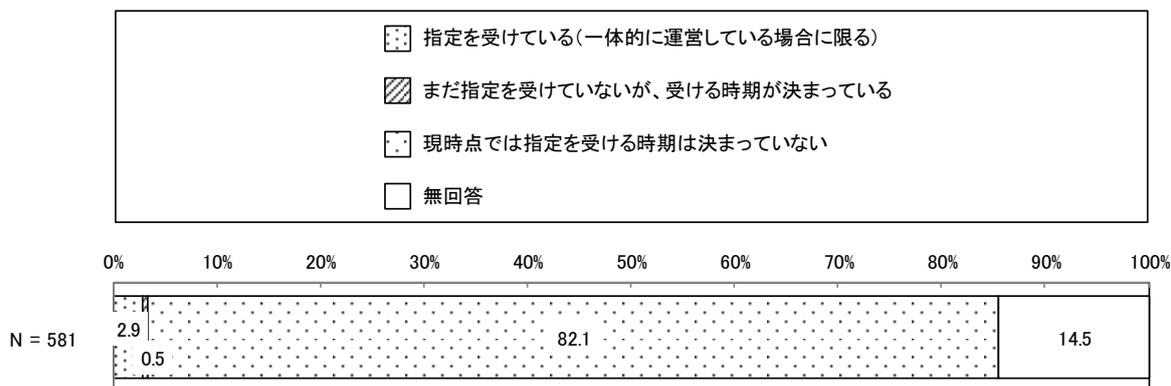
(5) 平成 27 年度介護報酬改定の影響等

1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定について

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定については「現時点では指定を受ける時期は決まっていない」が最も多く 82.1%であった。次いで「指定を受けている（一体的に運営している場合に限る）」が 2.9%、「まだ指定を受けていないが、受ける時期が決まっている」が 0.5%、「無回答」は 14.5%であった。

図表 2-26 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定

調査数	指定を受けている（一体的に運営している場合に限る）	まだ指定を受けていないが、受ける時期が決まっている	現時点では指定を受ける時期は決まっていない	無回答
581	17	3	477	84
100.0	2.9	0.5	82.1	14.5

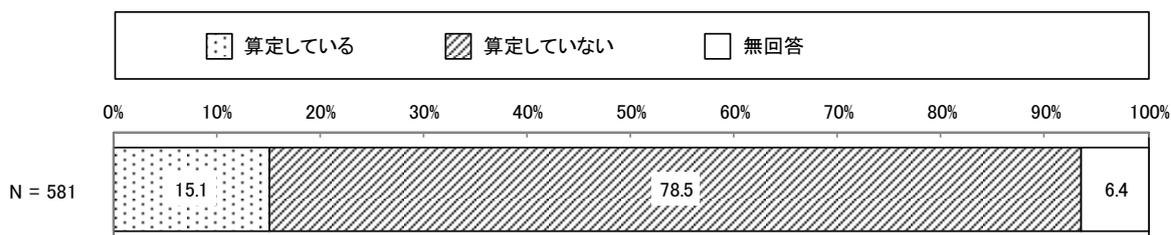


2) 20分未満の身体介護の算定

20分未満の身体介護の算定につき「算定していない」が 78.5%であった。次いで「算定している」15.1%、「無回答」が 6.4%であった。

図表 2-27 20分未満の身体介護の算定の有無

調査数	算定している	算定していない	無回答
581	88	456	37
100.0	15.1	78.5	6.4

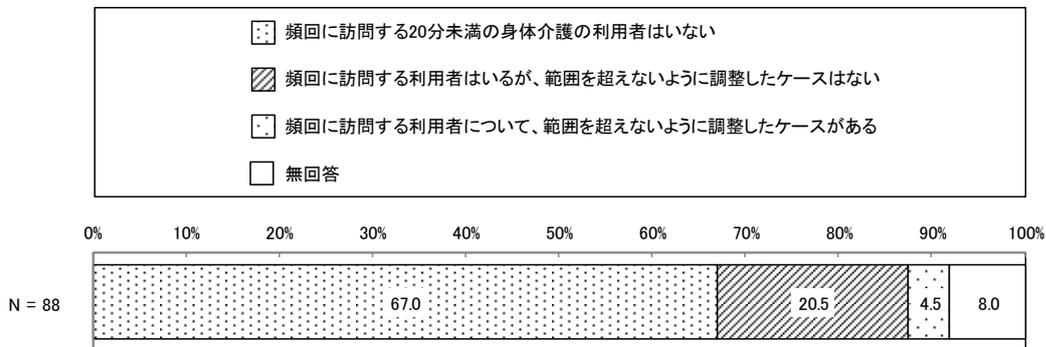


3) 頻回に訪問する利用者（2時間ルール適用外）について1か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）の範囲を超えないように調整したケース

頻回に訪問する利用者（2時間ルール適用外）について1か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）の範囲を超えないように調整したケースについては「頻回に訪問する20分未満の身体介護の利用者はいない」が67.0%で最も多かった。次いで「頻回に訪問する利用者はいるが、範囲を超えないように調整したケースはない」が20.5%、「頻回に訪問する利用者について、範囲を超えないように調整したケースがある」が4.5%、「無回答」が8.0%であった。

図表 2-28 頻回に訪問する利用者（2時間ルール適用外）について1か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）の範囲を超えないように調整したケース

調査数	頻回に訪問する20分未満の身体介護の利用者はいない	頻回に訪問する利用者はいるが、範囲を超えないように調整したケースはない	頻回に訪問する利用者について、範囲を超えないように調整したケースがある	無回答
88	59	18	4	7
100.0	67.0	20.5	4.5	8.0



① 調整方法

前の質問で「頻回に訪問する利用者について、範囲を超えないように調整したケースがある」と答えた回答者にその方法を尋ねたところ、「訪問回数を調整した」が100.0%であった。

図表 2-29 調整方法

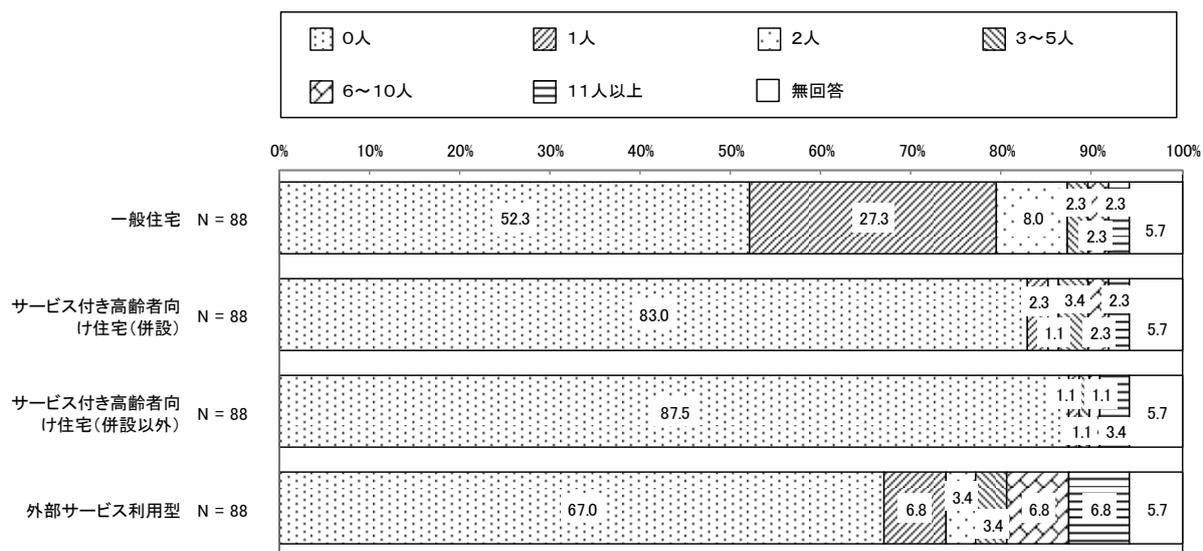
調査数	訪問回数調整	定期巡回・随時対応型訪問介護費に調整	その他
4	4	-	-
100.0	100.0	-	-

4) 通常の訪問介護（2時間ルール適用）利用者数

20分未満の身体介護を提供している利用者の住居別人数の中で、2時間ルールを適用している人数を尋ねた。「一般住宅」では「0人」が52.3%で最も多かった。「サービス付き高齢者向け住宅（併設）」は「0人」が83.0%で最も多かった。「サービス付き高齢者向け住宅（併設以外）」は「0人」が87.5%で最も多かった。「外部サービス利用型」は「0人」が67.0%で最も多かった。

図表 2-30 通常の訪問介護（2時間ルール適用）利用者数

	調査数	0人	1人	2人	3 5 5人	6 5 1 0人	1 1 人以上	無回答	平均	標準偏差
一般住宅__通常の訪問介護(2時間ルール適用)利用者数(人)	88 100.0	46 52.3	24 27.3	7 8.0	2 2.3	2 2.3	2 2.3	5 5.7	1.23	3.67
サービス付き高齢者向け住宅(併設)__通常の訪問介護(2時間ルール適用)利用者数(人)	88 100.0	73 83.0	2 2.3	1 1.1	3 3.4	2 2.3	2 2.3	5 5.7	1.06	4.43
サービス付き高齢者向け住宅(併設以外)__通常の訪問介護(2時間ルール適用)利用者数(人)	88 100.0	77 87.5	1 1.1	- -	1 1.1	1 1.1	3 3.4	5 5.7	0.72	3.23
外部サービス利用型__通常の訪問介護(2時間ルール適用)利用者数(人)	88 100.0	59 67.0	6 6.8	3 3.4	3 3.4	6 6.8	6 6.8	5 5.7	2.71	7.70

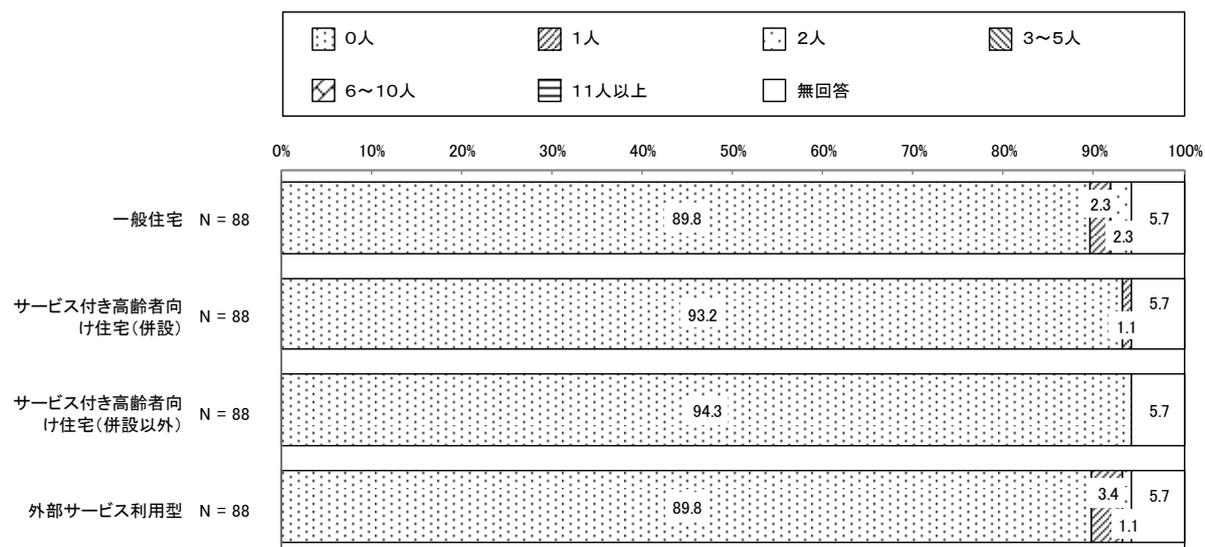


5) 頻回の訪問介護（2時間ルール適用外）利用者数

20分未満の身体介護を提供している利用者の住居別人数の中で、2時間ルールを適用外の人数を尋ねた。「一般住宅」では「0人」が89.8%で最も多かった。「サービス付き高齢者向け住宅（併設）」は「0人」が93.2%で最も多かった。「サービス付き高齢者向け住宅（併設以外）」は「0人」が94.3%で最も多かった。「外部サービス利用型」は「0人」が89.8%で最も多かった。

図表 2-31 頻回の訪問介護（2時間ルール適用外）利用者数

	調査数	0人	1人	2人	3 5 5人	6 5 1 0人	1 1 人 以上	無回答	平均	標準偏差
一般住宅__頻回の訪問介護(2時間ルール適用外)利用者数(人)	88 100.0	79 89.8	2 2.3	2 2.3	-	-	-	5 5.7	0.07	0.34
サービス付き高齢者向け住宅(併設)__頻回の訪問介護(2時間ルール適用外)利用者数(人)	88 100.0	82 93.2	1 1.1	-	-	-	-	5 5.7	0.01	0.11
サービス付き高齢者向け住宅(併設以外)__頻回の訪問介護(2時間ルール適用外)利用者数(人)	88 100.0	83 94.3	-	-	-	-	-	5 5.7	0.00	0.00
外部サービス利用型__頻回の訪問介護(2時間ルール適用外)利用者数(人)	88 100.0	79 89.8	3 3.4	1 1.1	-	-	-	5 5.7	0.06	0.28

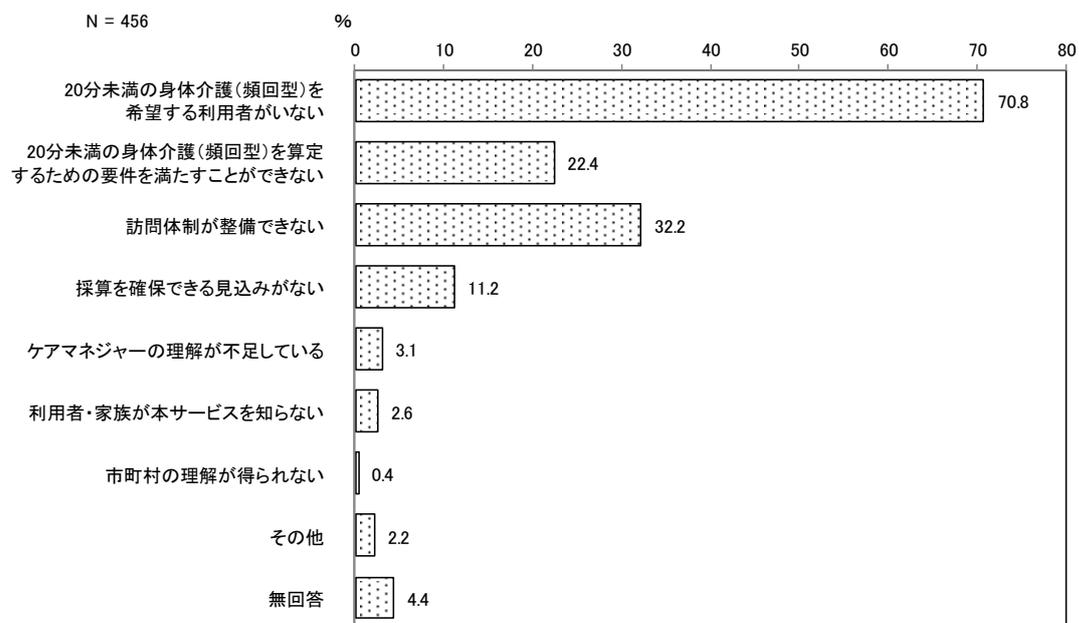


6) 算定していない理由

20分未満の身体介護を算定していない理由として「20分未満の身体介護（頻回型）を希望する利用者がいない」が70.8%で最も多かった。次いで「訪問体制が整備できない」が32.2%、「20分未満の身体介護（頻回型）を算定するための要件を満たすことができない」が22.4%であった。

図表 2-32 算定していない理由

調査数	い型20分未満の身体介護（頻回型）を希望する利用者がいない	満たすことができない	訪問体制が整備できない	採算を確保できる見込みがない	ケアマネジャーの理解が不足している	知らない	市町村の理解が得られない	その他	無回答
456	323	102	147	51	14	12	2	10	20
100.0	70.8	22.4	32.2	11.2	3.1	2.6	0.4	2.2	4.4

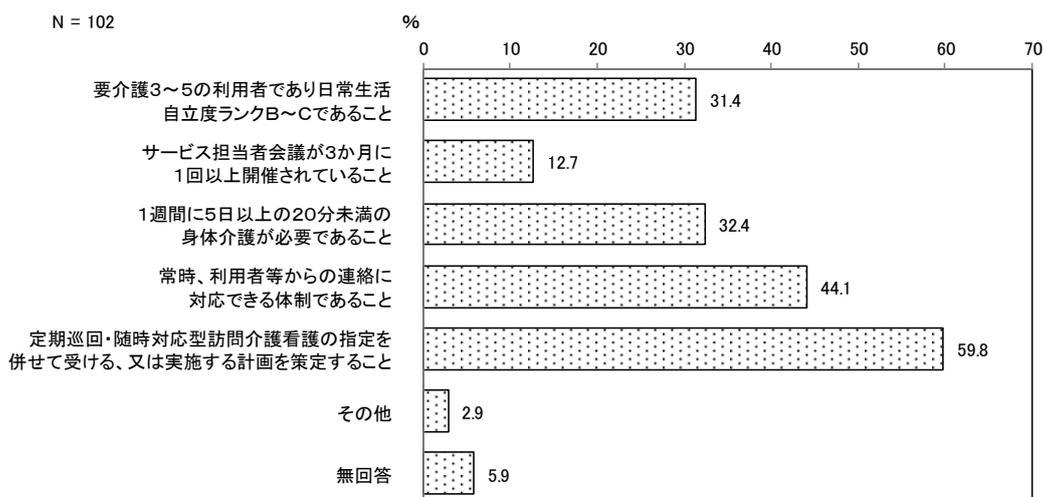


7) 算定していない理由 2. 算定が難しい要件

20分未満の身体介護の算定が難しい要件として「定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること」が59.8%で最も多かった。次いで「常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること」が44.1%、「1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であること」が32.4%であった。

図表 2-33 算定が難しい要件

調査数	日常生活自立度の利用者でありB〜Cであること	要介護3〜5の利用者であり日常生活自立度ランクB〜Cであること	サービス担当者会議が3か月に1回以上開催されていること	1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であること	常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること	その他	無回答
102	32	13	33	45	61	3	6	
100.0	31.4	12.7	32.4	44.1	59.8	2.9	5.9	

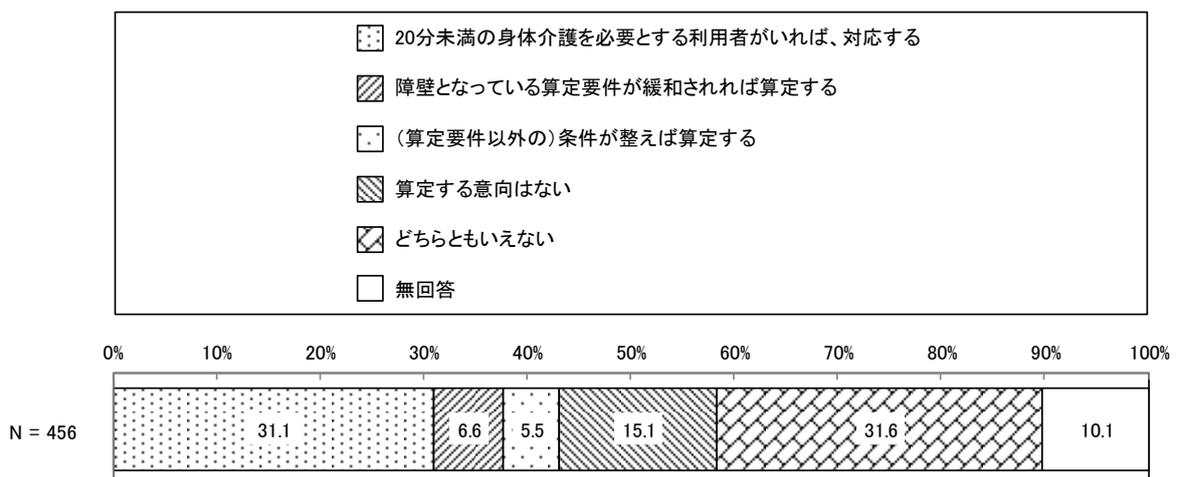


8) 20分未満の身体介護の算定に対する今後の意向

20分未満の身体介護の算定に対する今後の意向については「どちらともいえない」が31.6%で最も多かった。次いで「20分未満の身体介護を必要とする利用者がいれば、対応する」が31.1%、「算定する意向はない」が15.1%であった。

図表 2-34 20分未満の身体介護の算定に対する今後の意向

調査数	いれ必要と対応する利用者介護	20分未満の身体介護	定するが緩和されれば算定	障壁となつていれば算定	件（算定要件以外）が整えば算定する	算定する意向はない	どちらともいえない	無回答
456	142	30	25	69	144	46		
100.0	31.1	6.6	5.5	15.1	31.6	10.1		

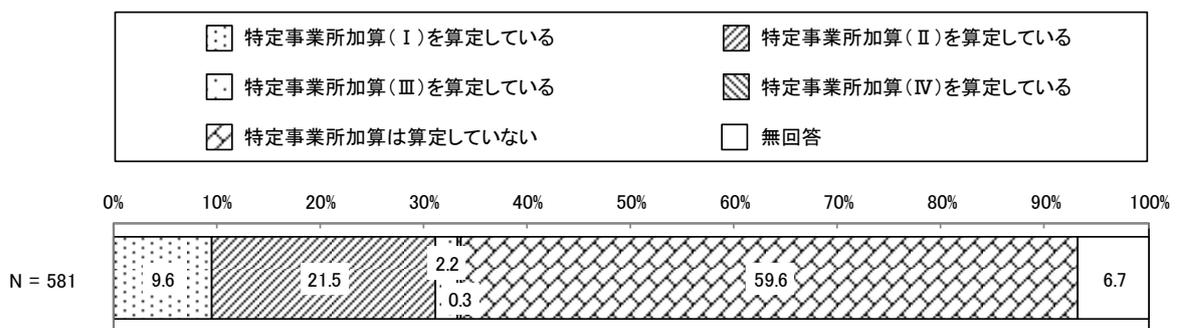


9) 特定事業所加算の取得状況

特定事業所加算の取得状況については「特定事業所加算は算定していない」は59.6%で最も多かった。次いで「特定事業所加算（Ⅱ）を算定している」が21.5%、「特定事業所加算（Ⅰ）を算定している」が9.6%であった。

図表 2-35 特定事業所加算の取得状況

調査数	を特定事業所加算（Ⅰ）	を特定事業所加算（Ⅱ）	を特定事業所加算（Ⅲ）	を特定事業所加算（Ⅳ）	特定事業所加算は算定していない	無回答
581	56	125	13	2	346	39
100.0	9.6	21.5	2.2	0.3	59.6	6.7

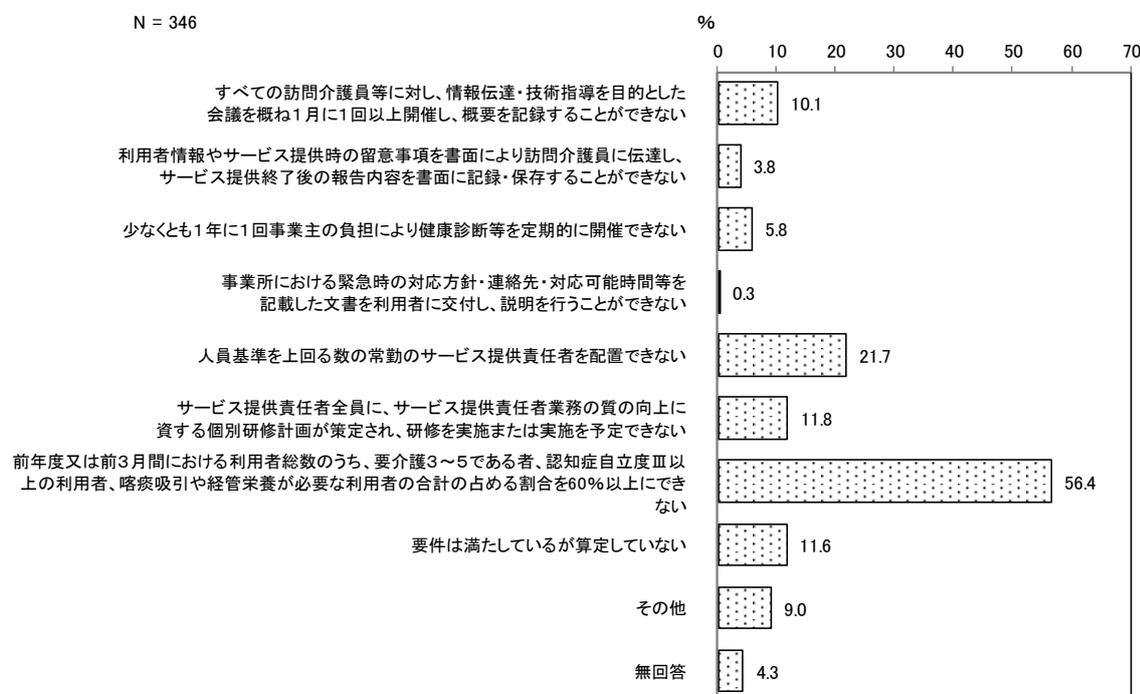


10) 特定事業所加算Ⅳを算定していない理由

特定事業所加算Ⅳを算定していない理由としては「前年度又は前3月間における利用者総数のうち、要介護3～5である者、認知症自立度Ⅲ以上の利用者、喀痰吸引や経管栄養が必要な利用者の合計の占める割合を60%以上にできない」が56.4%で最も多かった。次いで「すべての訪問介護員等に対し、情報伝達・技術指導を目的とした会議を概ね1月に1回以上開催し、概要を記録することができない」が10.1%、「人員基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置できない」が21.7%であった。

図表 2-36 特定事業所加算Ⅳを算定していない理由

調査数	1月に1回以上の訪問介護員等に対し、概要を記録する	すべての訪問介護員等に対し、情報伝達・技術指導を目的とした会議を概ね1月に1回以上開催し、概要を記録することができない	利用者情報やサービス提供時の留意事項を書面により訪問介護員に伝達し、サービス提供終了後の報告内容を書面に記録・保存することができない	少なくとも1年に1回事業主の負担により健康診断等を定期的に開催できない	事業所における緊急時の対応方針・連絡先・対応可能時間等を記載した文書を利用者に交付し、説明を行うことができない	人員基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置できない	サービス提供責任者全員に、サービス提供責任者業務の質の向上に資する個別研修計画が策定され、研修を実施または実施を予定できない	前年度又は前3月間における利用者総数のうち、要介護3～5である者、認知症自立度Ⅲ以上の利用者、喀痰吸引や経管栄養が必要な利用者の合計の占める割合を60%以上にできない	要件は満たしているが算定していない	その他	無回答
346	35	13	20	1	75	41	195	40	31	15	
100.0	10.1	3.8	5.8	0.3	21.7	11.8	56.4	11.6	9.0	4.3	



11) サービス提供責任者の配置人数の基準が緩和される条件への該当状況

常勤のサービス提供責任者を3名以上配置しているかという点については「該当していない」が58.7%で最も多かった。次いで「平成27年4月以前から該当」が28.9%、「平成27年4月以降に該当」が3.4%であった。

サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1名以上配置しているかについては「平成27年4月以前から該当」が67.3%で最も多かった。次いで「該当していない」が20.1%、「平成27年4月以降に該当」が4.0%であった。

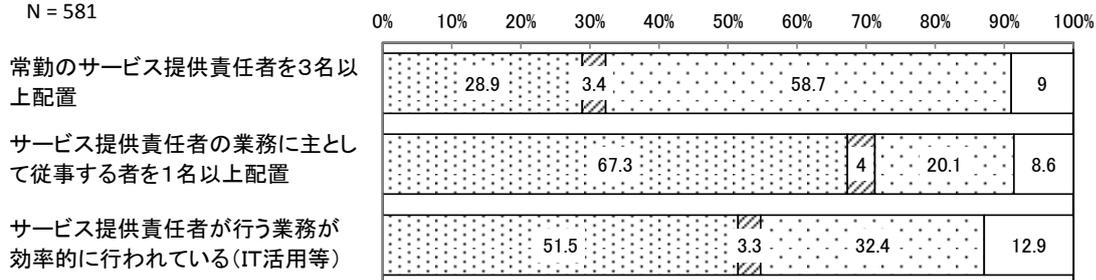
サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている（IT活用等）については「平成27年4月以前から該当」が51.5%で最も多かった。次いで「該当していない」が32.4%、「平成27年4月以降に該当」が3.3%であった。

図表 2-37 サービス提供責任者の配置人数の基準が緩和される条件への該当状況

	調査数	平成27年4月以前から該当	平成27年4月以降に該当	該当していない	無回答
常勤のサービス提供責任者を3名以上配置	581	168	20	341	52
	100.0	28.9	3.4	58.7	9.0
サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1名以上配置	581	391	23	117	50
	100.0	67.3	4.0	20.1	8.6
サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている（IT活用等）	581	299	19	188	75
	100.0	51.5	3.3	32.4	12.9

<input type="checkbox"/> 平成27年4月以前から該当	<input type="checkbox"/> 平成27年4月以降に該当	<input type="checkbox"/> 該当していない	<input type="checkbox"/> 無回答
--	---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

N = 581

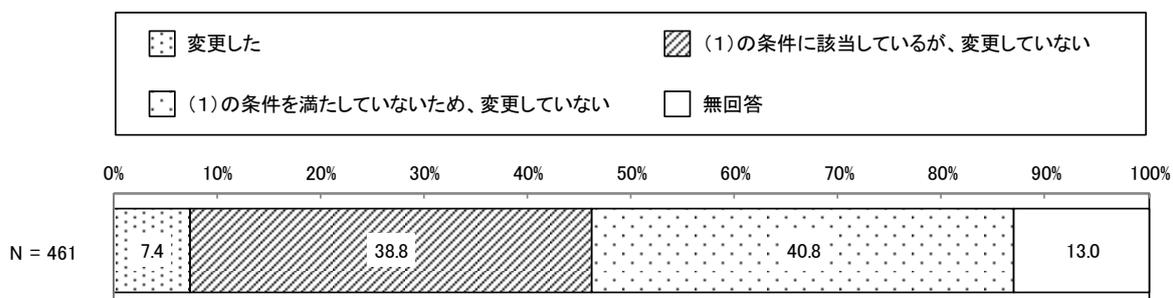


12) 緩和の条件に該当している場合、サービス提供責任者1人あたりの利用者数

サービス提供責任者の配置人数の基準緩和の条件に該当している場合、サービス提供責任者1人あたりの利用者数を40人から50人に変更したかについては「(1)の条件を満たしていないため、変更していない」が40.8%で最も多かった。次いで「(1)の条件に該当しているが、変更していない」が38.8%、「変更した」が7.4%であった。

図表 2-38 サービス提供責任者1人あたりの利用者数の変更

調査数	変更した	な(1)いる)が、条件に該当しない	て(1)いい)ない)の条件を満たしてない	無回答
461	34	179	188	60
100.0	7.4	38.8	40.8	13.0



① 変更した内容

前設問において「変更した」と答えた回答者は34件のみであったが、その内訳は「イ. 事業所の利用者数を拡大した」が26.5%、「ア. サービス提供責任者の配置数を削減した」が14.7%であった。

図表 2-39 変更した内容

調査数	アの配置数を削減した	イ拡大した	ウその他	無回答
34	5	9	3	17
100.0	14.7	26.5	8.8	50.0

② サービス提供責任者の業務量

サービス提供責任者の配置を変更した場合、サービス提供責任者の業務量は「変化なし」が

50.0%で最も多かった。次いで「増加した」が41.2%、「減少した」が8.8%であった。

図表 2-40 サービス提供責任者の業務量

調査数	増加した	減少した	変化なし
34	14	3	17
100.0	41.2	8.8	50.0

③ サービス提供責任者が直接利用者にサービスを提供する時間

サービス提供責任者が直接利用者にサービスを提供する時間については「変化なし」が47.1%で最も多かった。次いで「増加した」が26.5%、「減少した」が23.5%であった。

図表 2-41 サービス提供責任者が直接利用者にサービスを提供する時間

調査数	増加した	減少した	変化なし	無回答
34	9	8	16	1
100.0	26.5	23.5	47.1	2.9

④ サービス提供責任者としての本来業務（サービス提供以外）にかける時間の割合

サービス提供責任者としての本来業務（サービス提供以外）にかける時間の割合は「増加した」が55.9%で最も多かった。次いで「変化なし」が29.4%、「減少した」が11.8%であった。

図表 2-42 サービス提供責任者としての本来業務（サービス提供以外）にかける時間の割合

調査数	増加した	減少した	変化なし	無回答
34	19	4	10	1
100.0	55.9	11.8	29.4	2.9

⑤ サービス提供責任者の業務効率

サービス提供責任者の業務効率については「変化なし」が55.9%で最も多かった。次いで「向上した」が23.5%、「低下した」が17.6%であった。

図表 2-43 サービス提供責任者の業務効率

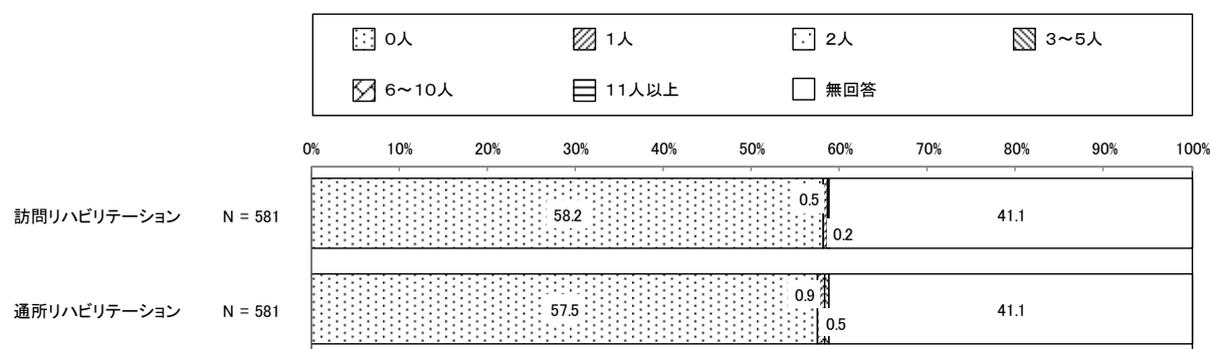
調査数	向上した	低下した	変化なし	無回答
34	8	6	19	1
100.0	23.5	17.6	55.9	2.9

13) 生活機能向上連携加算を算定した利用者数

生活機能向上連携加算を算定した利用者数は、訪問リハビリテーションでは「0人」が58.2%で最も多かった。次いで「1人」が0.5%、「2人」が0.2%であった。通所リハビリテーションでは「0人」が57.5%、最も多かった。次いで「1人」が0.9%、「3～5人」が0.5%であった。

図表 2-44 生活機能向上連携加算を算定した利用者数_訪問リハビリテーション

	調査数	0人	1人	2人	3 ～ 5人	6 ～ 10人	11人以上	無回答	平均	標準偏差
(1)生活機能向上連携加算取得の状況_訪問リハビリテーション(人)	581 100.0	338 58.2	3 0.5	1 0.2	-	-	-	239 41.1	0.01	0.14
(1)生活機能向上連携加算取得の状況_通所リハビリテーション(人)	581 100.0	334 57.5	5 0.9	-	3 0.5	-	-	239 41.1	0.04	0.33



14) 生活機能向上連携加算を取得している場合の通所リハビリテーション事業所との提携の変化

生活機能向上連携加算を取得しているという回答は11件のみであったが、通所リハビリテーション事業所との提携の変化については「利用者の身体状況等を評価しやすくなった」が72.7%で最も多かった。次いで「リハビリテーション専門職に利用者に関する情報共有や相談しやすくなった」が54.5%、「利用者の生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成しやすくなった」が27.3%であった。

図表 2-45 通所リハビリテーション事業所との提携の変化

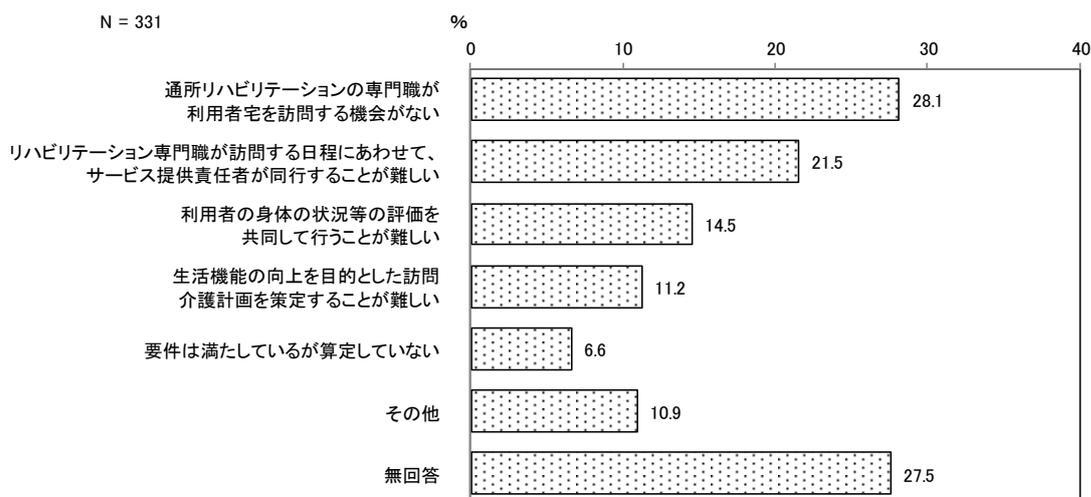
調査数	話しやすくなるようになった	利用者に関する身体状況等を評価しやすくなるようになった	利用者の生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成しやすくなった	その他	特に変化はない
11	6	8	3	1	-
100.0	54.5	72.7	27.3	9.1	-

15) 生活機能向上連携加算を取得していない理由

生活機能向上連携加算を取得していない理由は「通所リハビリテーションの専門職が利用者宅を訪問する機会がない」が28.1%で最も多かった。次いで「リハビリテーション専門職が訪問する日程にあわせて、サービス提供責任者が同行することが難しい」が21.5%、「利用者の身体の状態等の評価を共同で行うことが難しい」が14.5%であった。

図表 2-46 生活機能向上連携加算を取得していない理由

調査数	通所リハビリテーションの専門職が利用者宅を訪問する機会がない	リハビリテーション専門職が訪問する日程にあわせて、サービス提供責任者が同行することが難しい	利用者の身体の状態等の評価を共同で行うことが難しい	生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を策定することが難しい	要件は満たしているが算定していない	その他	無回答
331	93	71	48	37	22	36	91
100.0	28.1	21.5	14.5	11.2	6.6	10.9	27.5



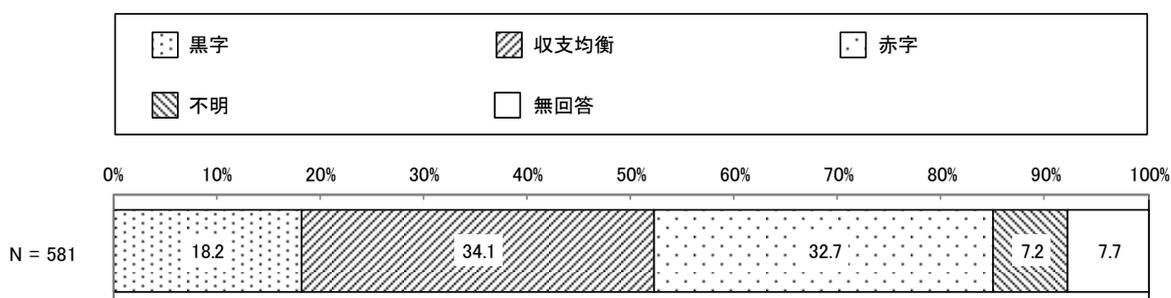
(6) 事業所の運営について

1) 事業所の平成 27 年 4 月以降の収支状況

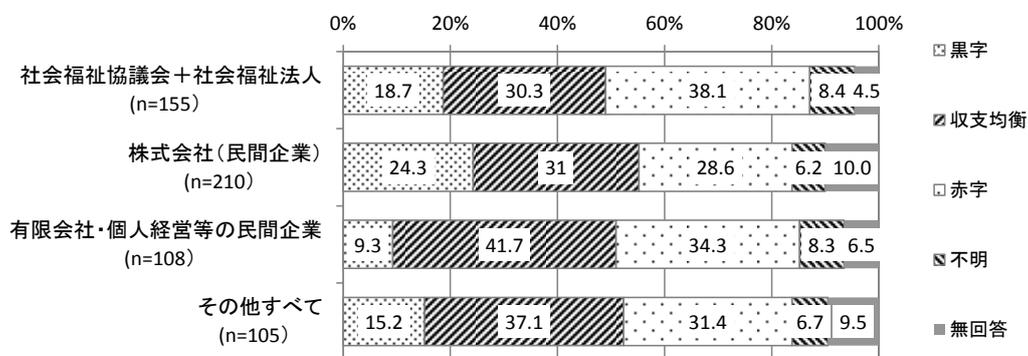
事業所の平成 27 年 4 月以降の収支状況は「収支均衡」が 34.1%で最も多かった。次いで「赤字」が 32.7%、「黒字」が 18.2%であった。開設主体別では、「株式会社」では「黒字」の割合が大きく、訪問介護員数（常勤換算）別では、人数が大きいほど「黒字」の割合が大きかった。

図表 2-47 事業所の平成 27 年 4 月以降の収支状況

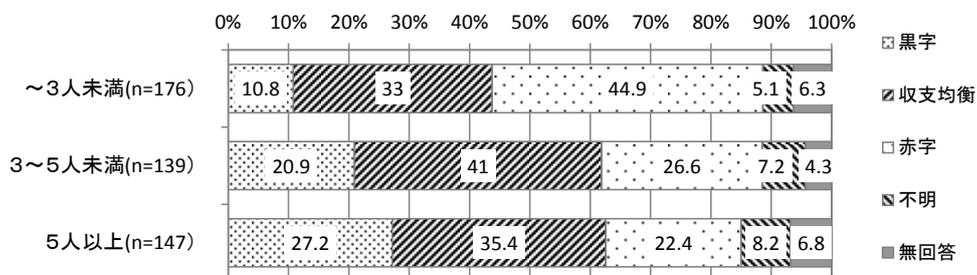
調査数	黒字	収支均衡	赤字	不明	無回答
581	106	198	190	42	45
100.0	18.2	34.1	32.7	7.2	7.7



【開設主体別】



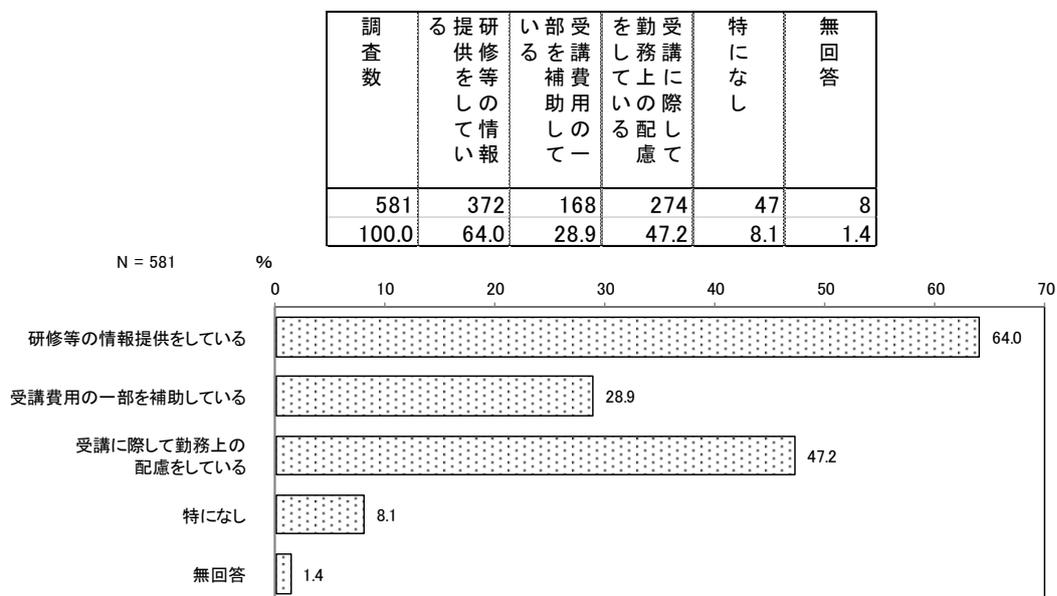
【訪問介護員（常勤換算数）別】



2) 介護職員実務者研修の受講や介護福祉士資格取得

事業所で介護職員実務者研修の受講や介護福祉士資格取得を奨励しているかという点は「研修等の情報提供をしている」が64.0%で最も多かった。次いで「受講に際して勤務上の配慮をしている」が47.2%、「受講費用の一部を補助している」が28.9%であった。

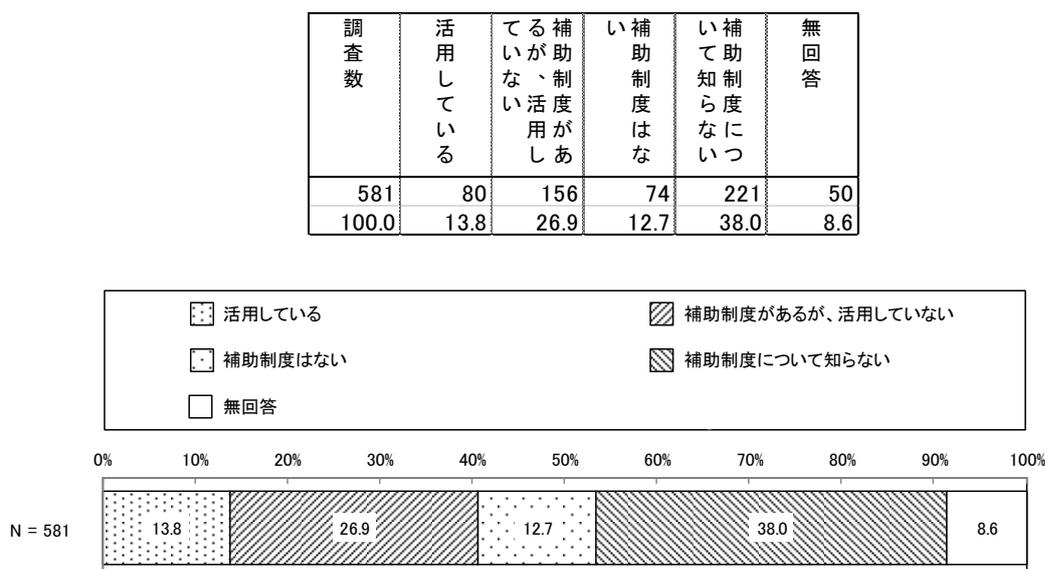
図表 2-48 介護職員実務者研修の受講や介護福祉士資格取得



3) 都道府県による介護職員に関する研修の補助制度活用

事業所で都道府県による介護職員に関する研修の補助制度を活用しているかという問いには「活用している」は13.8%であり、「補助制度について知らない」が38.0%で最も多かった。次いで「補助制度があるが、活用していない」が26.9%であった。

図表 2-49 都道府県による介護職員に関する研修の補助制度活用

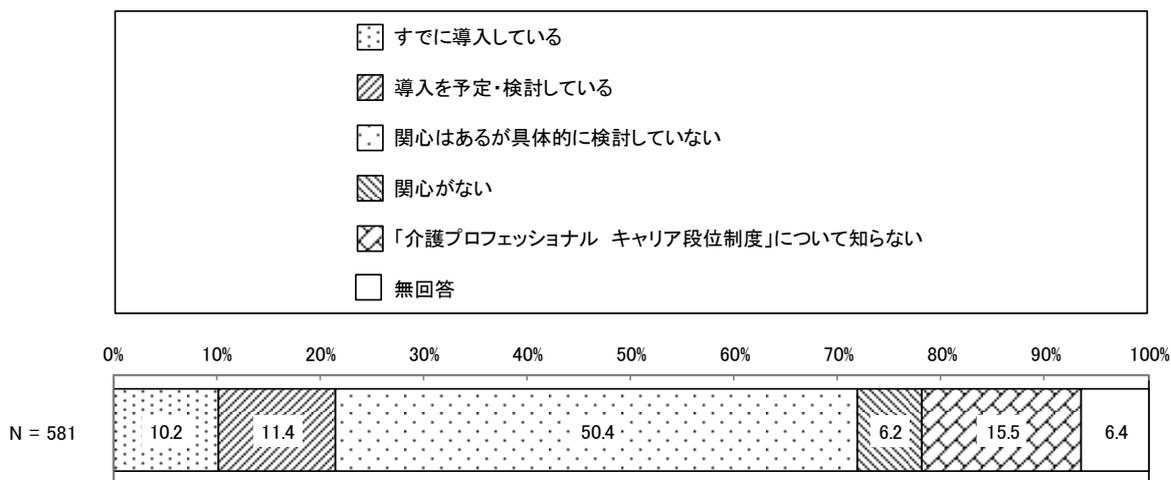


4) 「介護プロフェSSIONAL キャリア段位制度」の導入

「介護プロフェSSIONAL キャリア段位制度」の導入については、「すでに導入している」と回答した事業所は 10.2%であった。「関心はあるが具体的に検討していない」が 50.4%で最も多かった。次いで「介護プロフェSSIONAL キャリア段位制度」について知らない」が 15.5%、「導入を予定・検討している」が 11.4%であった。

図表 2-50 「介護プロフェSSIONAL キャリア段位制度」の導入

調査数	すでに導入している	導入を予定・検討している	関心はあるが具体的に検討していない	関心がない	知らない	無回答
581	59	66	293	36	90	37
100.0	10.2	11.4	50.4	6.2	15.5	6.4

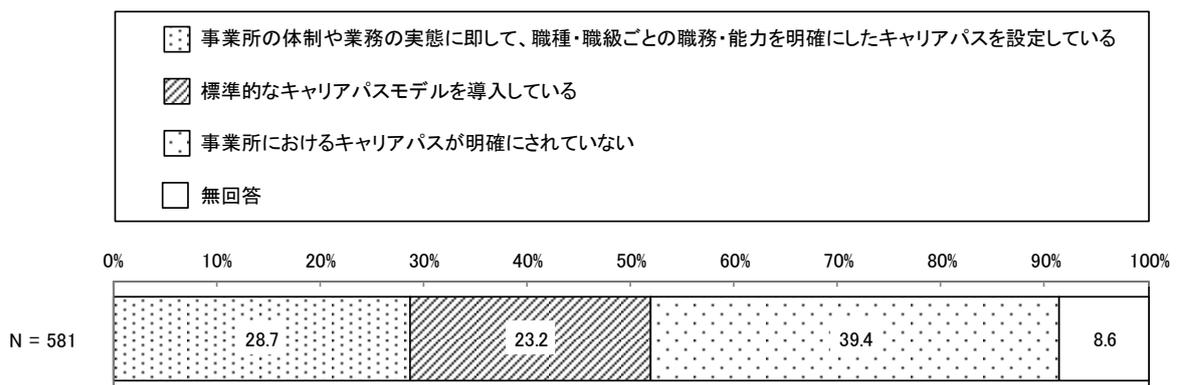


5) 職員のキャリアパスに応じた役割・職務設定

職員のキャリアパスに応じた役割・職務設定については「事業所におけるキャリアパスが明確にされていない」が39.4%で最も多かった。次いで「事業所の体制や業務の実態に即して、職種・職級ごとの職務・能力を明確にしたキャリアパスを設定している」が28.7%、「標準的なキャリアパスモデルを導入している」が23.2%であった。

図表 2-51 職員のキャリアパスに応じた役割・職務設定

調査数	業務即事 パ・し業 ス能て所 設を職体 定明種制 し確・や てに職業 いたごの キと実 ヤの態 リ職に	を標 導準 入的 しな てキ いリ るア パス スモ デル	が事 明業 確所 にに さお れけ てり ないキ ヤリ ア パス	無 回 答
581	167	135	229	50
100.0	28.7	23.2	39.4	8.6

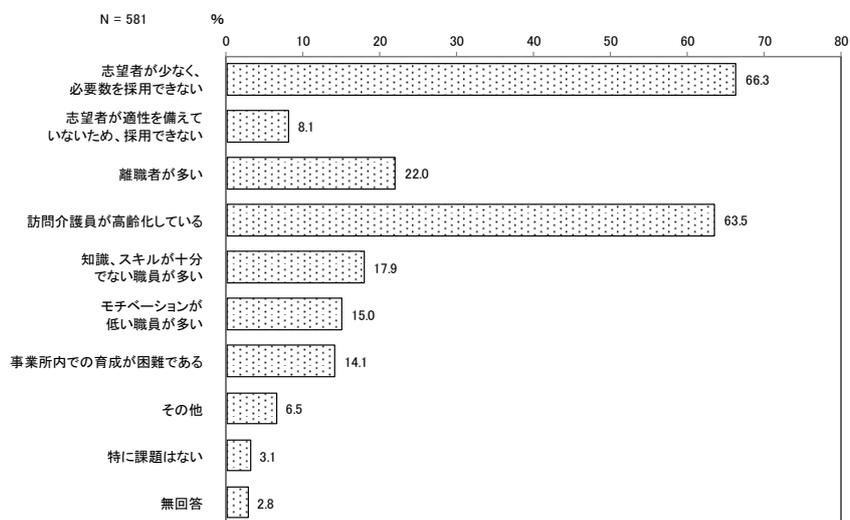


6) 人材の確保や定着、育成における課題のうち、特に重大だと思うもの

人材の確保や定着、育成における課題のうち、特に重大だと思うものとして「志望者が少なく、必要数を採用できない」が66.3%で最も多かった。次いで「訪問介護員が高齢化している」が63.5%、「離職者が多い」が22.0%であった。

図表 2-52 人材の確保や定着、育成における課題のうち、特に重大だと思うもの（3つまで）

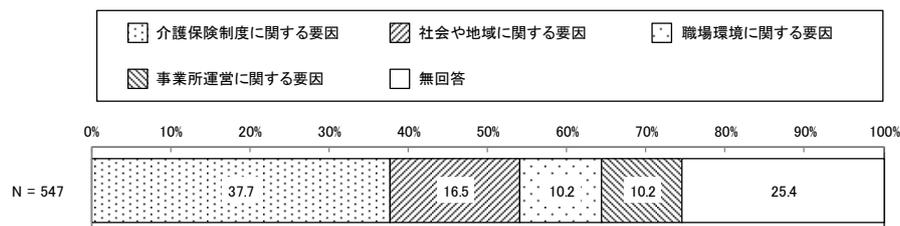
調査数	採用、志望者が少ない	志望者が少ない	志望者が適性を備えていないため、採用できない	離職者が多い	訪問介護員が高齢化している	知識、スキルが十分でない職員が多い	モチベーションが低い職員が多い	事業所内での育成が困難である	その他	特に課題はない	無回答
581	385	47	128	369	104	87	82	38	18	16	
100.0	66.3	8.1	22.0	63.5	17.9	15.0	14.1	6.5	3.1	2.8	



そのうち、要因として特に重大だと考えているものとしては「介護保険制度に関する要因」が37.7%で最も多かった。次いで「社会や地域に関する要因」が16.5%、「職場環境に関する要因」と「事業所運営に関する要因」が10.2%であった。

図表 2-53 要因として特に重大だと考えているもの

調査数	介護保険制度に関する要因	社会や地域に関する要因	職場環境に関する要因	事業所運営に関する要因	無回答
547	206	90	56	56	139
100.0	37.7	16.5	10.2	10.2	25.4

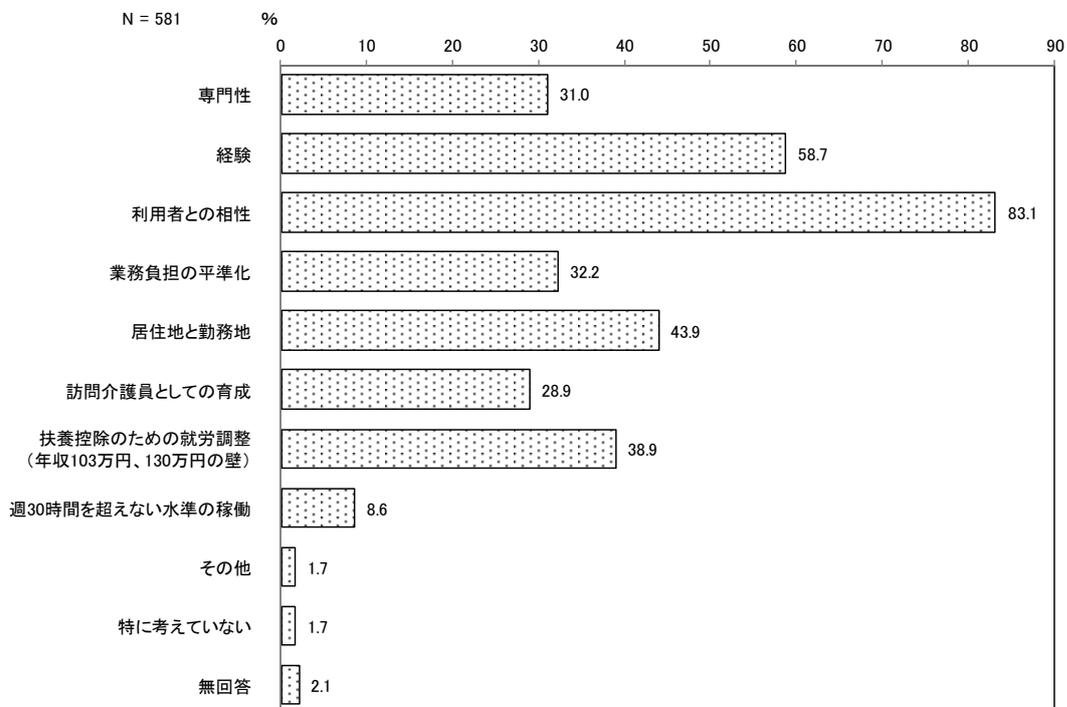


7) 訪問介護員が担当する利用者や提供するサービスを割り当てる際、重視している点

訪問介護員が担当する利用者や提供するサービスを割り当てる際、重視している点は「利用者との相性」が83.1%で最も多かった。次いで「経験」が58.7%、「居住地と勤務地」が43.9%であった。

図表 2-54 訪問介護員が担当する利用者や提供するサービスを割り当てる際、重視している点

調査数	専門性	経験	利用者との相性	業務負担の平準化	居住地と勤務地	訪問介護員としての育成	円調整(年収103万円、130万円の壁)	扶養控除のための就労調整	週30時間を超えない水準の稼働	その他	特に考えていない	無回答
581	180	341	483	187	255	168	226	50	10	10	12	
100.0	31.0	58.7	83.1	32.2	43.9	28.9	38.9	8.6	1.7	1.7	2.1	

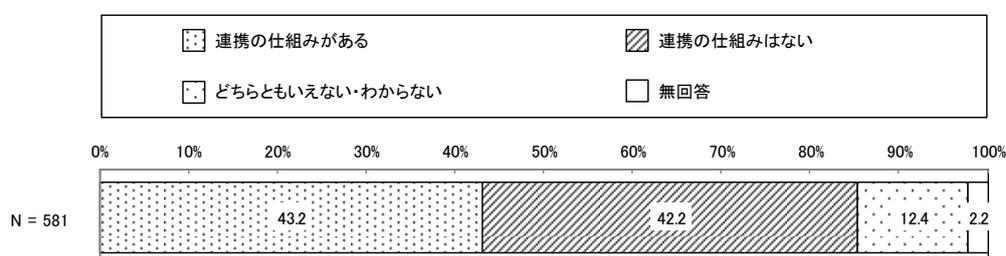


8) 所在地域において、他の訪問介護事業所と連携の仕組み

所在地域において、他の訪問介護事業所と連携の仕組みについては「連携の仕組みがある」が43.2%で最も多かった。次いで「連携の仕組みはない」が42.2%、「どちらともいえない・わからない」が12.4%であった。

図表 2-55 所在地域において、他の訪問介護事業所と連携の仕組み

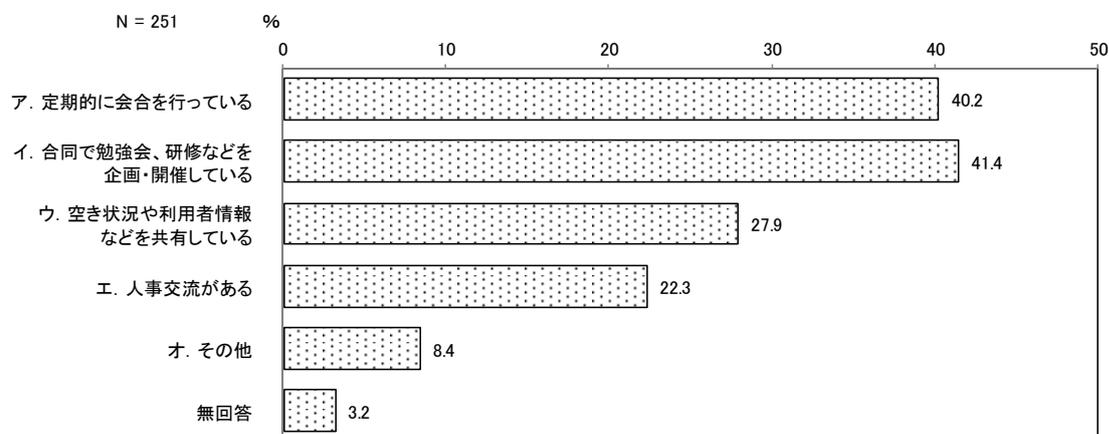
調査数	連携の仕組みがある	連携の仕組みはない	どちらともいえない・わからない	無回答
581	251	245	72	13
100.0	43.2	42.2	12.4	2.2



連携の仕組みがあると答えた場合、その内容は「イ. 合同で勉強会、研修などを企画・開催している」が41.4%で最も多かった。次いで「ア. 定期的に会合を行っている」が40.2%、「ウ. 空き状況や利用者情報などを共有している」が27.9%であった。

図表 2-56 連携の仕組みがある→連携の内容

調査数	ア. 定期的に会合を行っている	イ. 合同で勉強会、研修などを企画・開催している	ウ. 空き状況や利用者情報などを共有している	エ. 人事交流がある	オ. その他	無回答
251	101	104	70	56	21	8
100.0	40.2	41.4	27.9	22.3	8.4	3.2



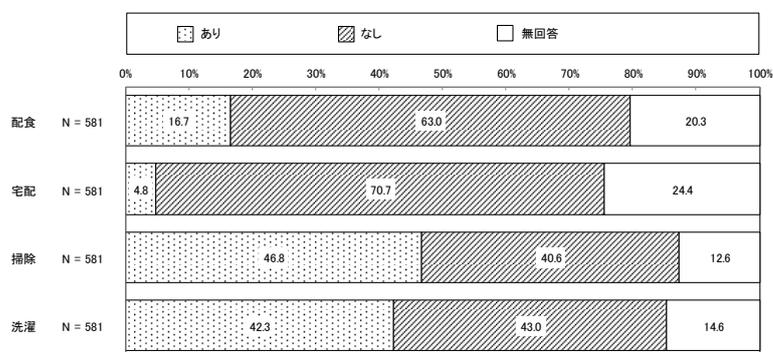
9) 介護保険外サービスの実施状況

① 法人内で実施

法人内で実施している介護保険外サービスについては、配食は16.7%、宅配は4.8%、掃除46.8%、洗濯は42.3%であった。

図表 2-57 法人内で実施

	調査数	あり	なし	無回答
(9) 配食 貴法人が実施 法人内で実施	581	97	366	118
	100.0	16.7	63.0	20.3
(9) 宅配 貴法人が実施 法人内で実施	581	28	411	142
	100.0	4.8	70.7	24.4
(9) 掃除 貴法人が実施 法人内で実施	581	272	236	73
	100.0	46.8	40.6	12.6
(9) 洗濯 貴法人が実施 法人内で実施	581	246	250	85
	100.0	42.3	43.0	14.6

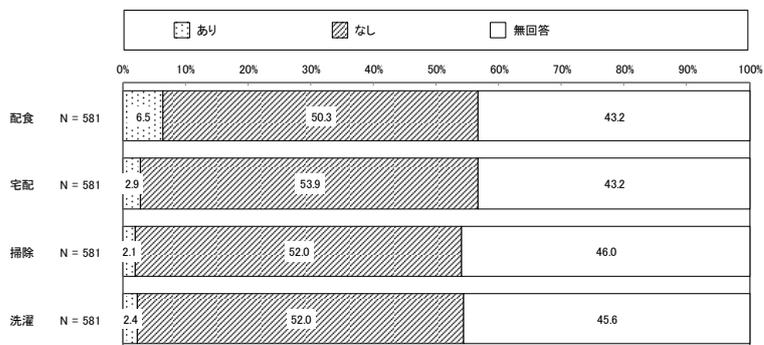


② 別法人に委託

別法人への委託については、配食は6.5%、宅配は2.9%、掃除は2.1%、洗濯は2.4%であった。

図表 2-58 別法人に委託

	調査数	あり	なし	無回答
(9) 配食 貴法人が実施 別法人に委託	581	38	292	251
	100.0	6.5	50.3	43.2
(9) 宅配 貴法人が実施 別法人に委託	581	17	313	251
	100.0	2.9	53.9	43.2
(9) 掃除 貴法人が実施 別法人に委託	581	12	302	267
	100.0	2.1	52.0	46.0
(9) 洗濯 貴法人が実施 別法人に委託	581	14	302	265
	100.0	2.4	52.0	45.6

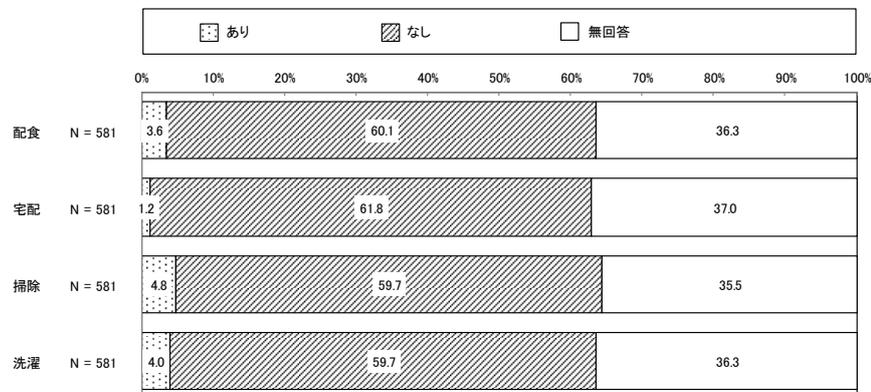


③ 住民の組織化を促すような取り組み

住民の組織化を促すような取り組みは、配食は 3.6%、宅配は 1.2%、掃除は 4.8%、洗濯は 4.0%であった。

図表 2-59 住民の組織化を促すような取り組み

	調査数	あり	なし	無回答
(9) 配食__住民の組織化を促すような取り組み	581	21	349	211
	100.0	3.6	60.1	36.3
(9) 宅配__住民の組織化を促すような取り組み	581	7	359	215
	100.0	1.2	61.8	37.0
(9) 掃除__住民の組織化を促すような取り組み	581	28	347	206
	100.0	4.8	59.7	35.5
(9) 洗濯__住民の組織化を促すような取り組み	581	23	347	211
	100.0	4.0	59.7	36.3

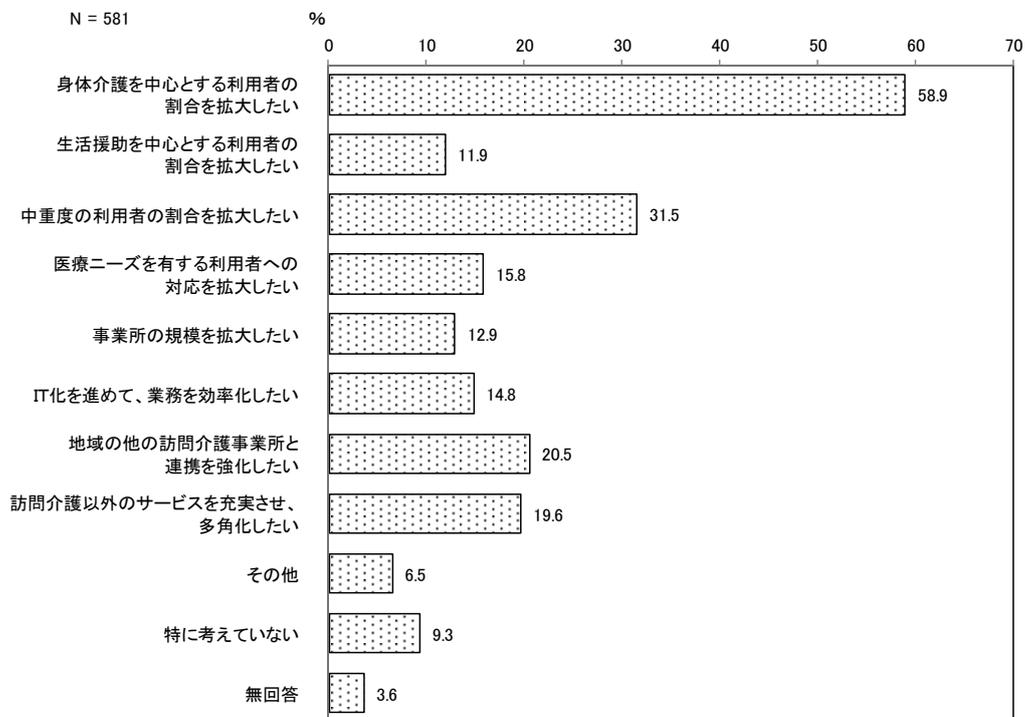


10) 今後の事業所運営の安定、あるいは拡大に向けて

今後の事業所運営の安定、あるいは拡大に向けては「身体介護を中心とする利用者の割合を拡大したい」が 58.9%で最も多かった。次いで「中重度の利用者の割合を拡大したい」が 31.5%、「地域の他の訪問介護事業所と連携を強化したい」20.5%であった。

図表 2-60 今後の事業所運営の安定、あるいは拡大に向けて

調査数	身体介護を中心とする利用者の割合を拡大したい	生活援助を中心とする利用者の割合を拡大したい	中重度の利用者の割合を拡大したい	医療ニーズを有する利用者への対応を拡大したい	事業所の規模を拡大したい	IT化を進めて、業務を効率化したい	地域の他の訪問介護事業所と連携を強化したい	訪問介護以外のサービスを充実させ、多角化したい	その他	特に考えていない	無回答
581	342	69	183	92	75	86	119	114	38	54	21
100.0	58.9	11.9	31.5	15.8	12.9	14.8	20.5	19.6	6.5	9.3	3.6

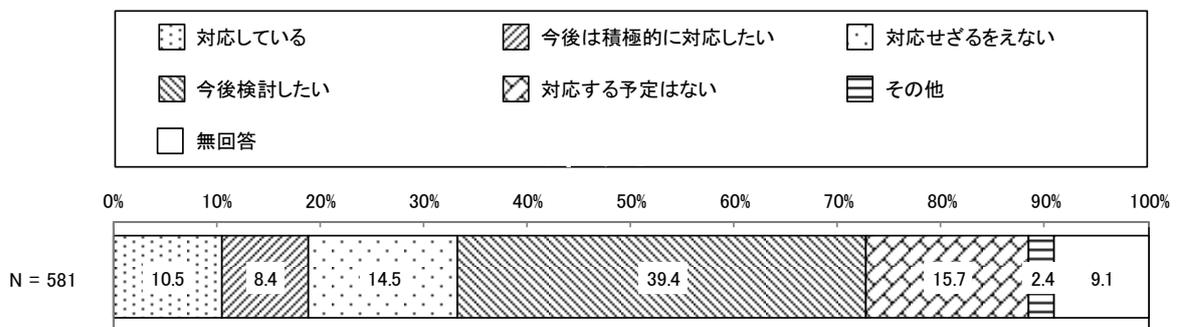


11) 新総合事業における訪問型サービス（A）への対応および今後の対応予定

新総合事業における訪問型サービス（A）に対応しているか、または今後対応する予定があるかについては「今後検討したい」が39.4%で最も多かった。次いで「対応する予定はない」が15.7%、「対応せざるをえない」が14.5%であった。

図表 2-61 新総合事業における訪問型サービス（A）への対応および今後の対応予定

調査数	対応している	た 今後は積極的に対応し たい	対応せざるをえない	今後検討したい	対応する予定はない	その他	無回答
581	61	49	84	229	91	14	53
100.0	10.5	8.4	14.5	39.4	15.7	2.4	9.1



2.3 生活援助サービス利用者調査票の集計結果

(1) 利用者の属性とサービス利用状況

1) 性別

利用者は「女性」が 67.5%で、「男性」は 32.1%であった。身体介護サービス利用の有無別では、「身体介護なし」の方が「身体介護あり」よりも、男性の割合が高かった。

図表 2-62 性別

	調査数	男性	女性	無回答
全体	2345	752	1584	9
	100.0	32.1	67.5	0.4
身体介護あり	962	280	678	4
	100.0	29.1	70.5	0.4
身体介護なし	1383	472	906	5
	100.0	34.1	65.5	0.4

2) 年齢（歳）

利用者の年齢は「85歳～」が 26.5%で最も多かった。次いで「80歳～」が 24.7%、「90歳以上」が 18.3%であった。

図表 2-63 年齢

	調査数	64歳以下	65歳～	70歳～	75歳～	80歳～	85歳～	90歳以上	無回答	平均
全体	2345	67	125	179	329	580	622	429	14	82.43
	100.0	2.9	5.3	7.6	14.0	24.7	26.5	18.3	0.6	
身体介護あり	962	38	63	73	124	216	247	195	6	82.33
	100.0	4.0	6.5	7.6	12.9	22.5	25.7	20.3	0.6	
身体介護なし	1383	29	62	106	205	364	375	234	8	82.50
	100.0	2.1	4.5	7.7	14.8	26.3	27.1	16.9	0.6	

3) 要介護度

要介護度で最も高かったのは「要介護 1」で 44.3%であった。ついで「要介護 2」が 31.5%、「要介護 3」が 13.3%であった。

図表 2-64 要介護度

	調査数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他（認定申請中）	無回答
全体	2345	1038	738	312	141	70	18	28
	100.0	44.3	31.5	13.3	6.0	3.0	0.8	1.2
身体介護あり	962	278	319	185	99	61	3	17
	100.0	28.9	33.2	19.2	10.3	6.3	0.3	1.8
身体介護なし	1383	760	419	127	42	9	15	11
	100.0	55.0	30.3	9.2	3.0	0.7	1.1	0.8

4) 日常生活自立度

日常生活自立度で最も高かったのは「A1」で15.9%であった。次いで「A2」が15.5%、「J2」が14.9%であった。

図表 2-65 日常生活自立度

	調査数	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	その他	無回答
全体	2345	256	229	350	372	363	154	99	31	23	32	436
	100.0	10.9	9.8	14.9	15.9	15.5	6.6	4.2	1.3	1.0	1.4	18.6
身体介護あり	962	61	74	111	160	166	82	65	25	22	15	181
	100.0	6.3	7.7	11.5	16.6	17.3	8.5	6.8	2.6	2.3	1.6	18.8
身体介護なし	1383	195	155	239	212	197	72	34	6	1	17	255
	100.0	14.1	11.2	17.3	15.3	14.2	5.2	2.5	0.4	0.1	1.2	18.4

5) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度で最も高かったのは「自立」で22.8%であった、次いで「I」が18.0%、「II b」が13.9%であった。

図表 2-66 認知症高齢者の日常生活自立度

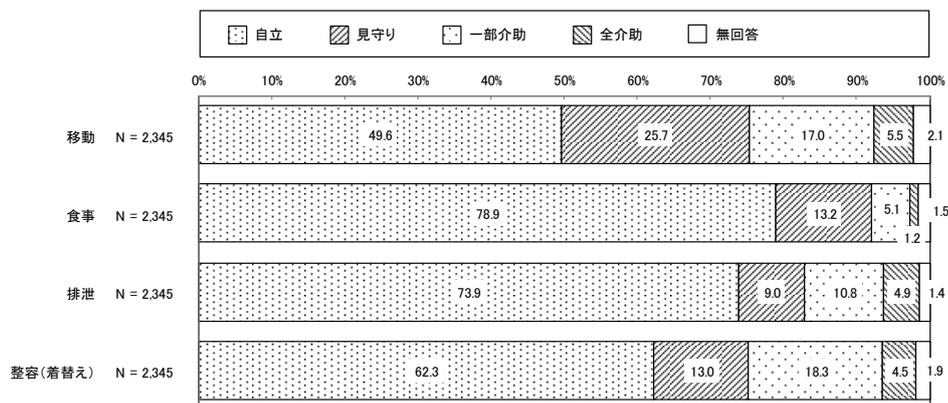
調査数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	その他	無回答
2345	534	423	312	325	179	48	38	5	35	446
100.0	22.8	18.0	13.3	13.9	7.6	2.0	1.6	0.2	1.5	19.0

6) ADL

「自立」が移動（49.6%）、食事（78.9%）、排泄（73.9%）、整容（着替え）（62.3%）の全てで最も多かった。次いで「見守り」が多かったのは移動（25.7%）と食事（13.2%）。「一部介助」が2番目に多かったのは排泄（10.8%）と整容（着替え）（18.3%）であった。

図表 2-67 ADL

	調査数	自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
(6)ADL_移動	2345	1163	603	399	130	50
	100.0	49.6	25.7	17.0	5.5	2.1
(6)ADL_食事	2345	1851	310	120	28	36
	100.0	78.9	13.2	5.1	1.2	1.5
(6)ADL_排泄	2345	1732	210	253	116	34
	100.0	73.9	9.0	10.8	4.9	1.4
(6)ADL_整容(着替え)	2345	1462	305	429	105	44
	100.0	62.3	13.0	18.3	4.5	1.9

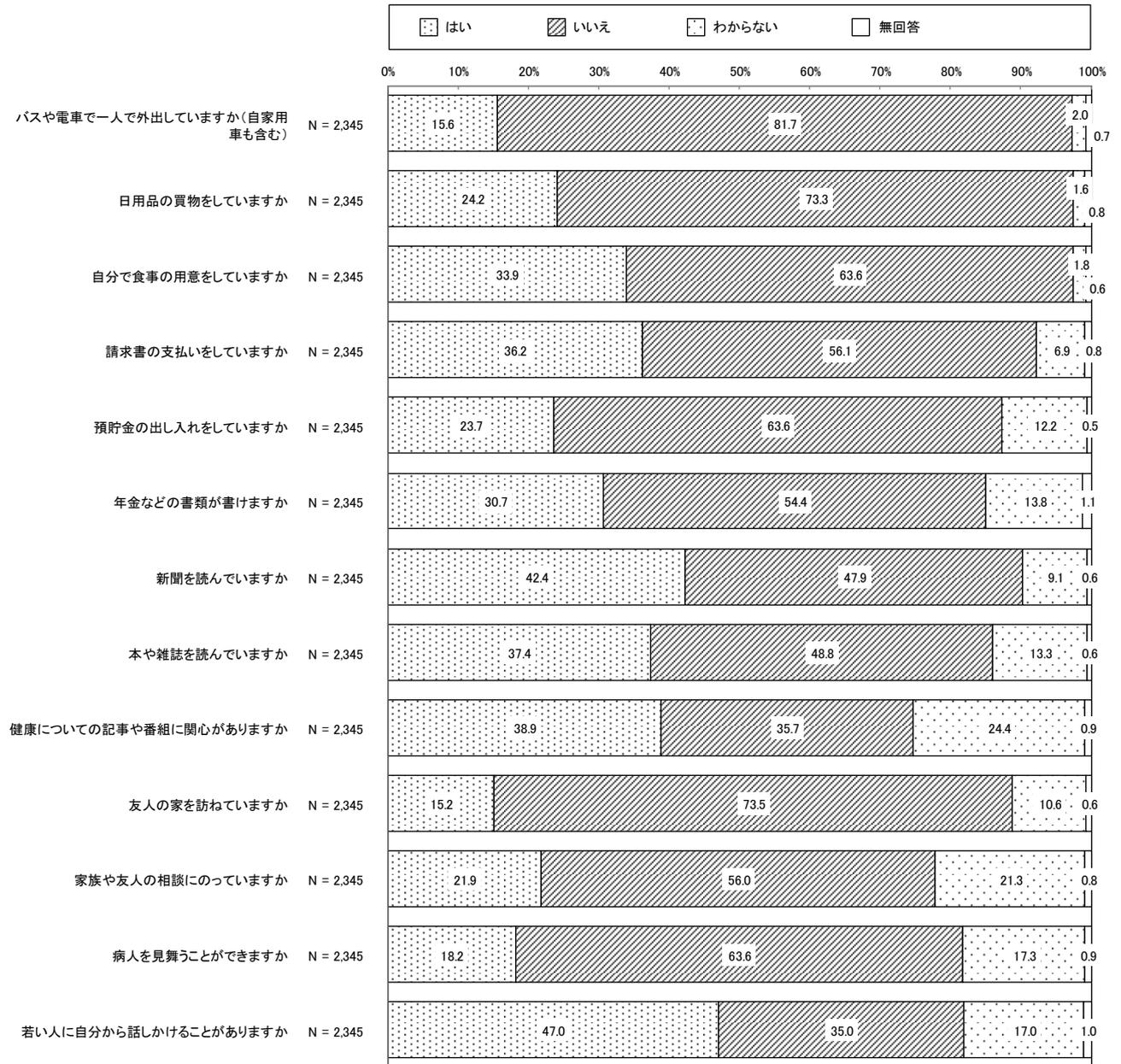


7) IADL

本設問においては「いいえ」がほとんどの選択肢で最も多かった。例外は「健康についての記事や番組に関心がありますか」(38.9%)と「若い人に自分から話しかけることがありますか」(47.0%)で、「はい」が最も多かった。

図表 2-68 IADL

	調査数	はい	いいえ	わからない	無回答
(7)IADL_バスや電車で一人で外出していますか (自家用車も含む)	2345 100.0	366 15.6	1915 81.7	47 2.0	17 0.7
(7)IADL_日用品の買物をしていますか	2345 100.0	568 24.2	1720 73.3	38 1.6	19 0.8
(7)IADL_自分で食事の用意をしていますか	2345 100.0	796 33.9	1492 63.6	42 1.8	15 0.6
(7)IADL_請求書の支払いをしていますか	2345 100.0	849 36.2	1316 56.1	161 6.9	19 0.8
(7)IADL_預貯金の出し入れをしていますか	2345 100.0	556 23.7	1492 63.6	286 12.2	11 0.5
(7)IADL_年金などの書類が書けますか	2345 100.0	720 30.7	1276 54.4	323 13.8	26 1.1
(7)IADL_新聞を読んでいますか	2345 100.0	994 42.4	1124 47.9	213 9.1	14 0.6
(7)IADL_本や雑誌を読んでいますか	2345 100.0	876 37.4	1144 48.8	312 13.3	13 0.6
(7)IADL_健康についての記事や番組に関心がありますか	2345 100.0	913 38.9	838 35.7	572 24.4	22 0.9
(7)IADL_友人の家を訪ねていますか	2345 100.0	357 15.2	1724 73.5	249 10.6	15 0.6
(7)IADL_家族や友人の相談にのっていますか	2345 100.0	513 21.9	1314 56.0	500 21.3	18 0.8
(7)IADL_病人を見舞うことができますか	2345 100.0	427 18.2	1491 63.6	405 17.3	22 0.9
(7)IADL_若い人に自分から話しかけることがありますか	2345 100.0	1102 47.0	821 35.0	399 17.0	23 1.0

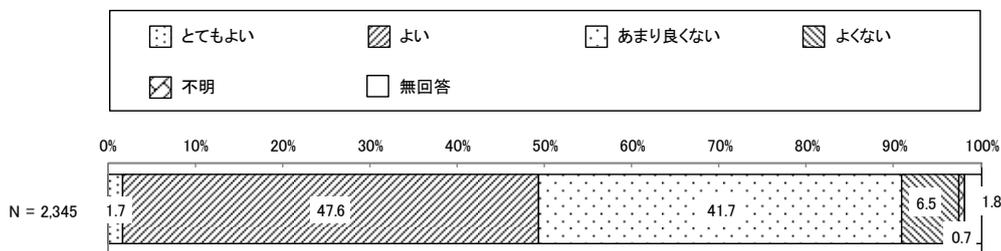


8) 健康状態

健康状態で最も多かったのは「よい」で47.6%であった。次いで「あまり良くない」が41.7%。「よくない」は6.5%、「とてもよい」は1.7%であった。

図表 2-69 健康状態

調査数	とてもよい	よい	あまり良くない	よくない	不明	無回答
2345	39	1117	978	152	17	42
100.0	1.7	47.6	41.7	6.5	0.7	1.8

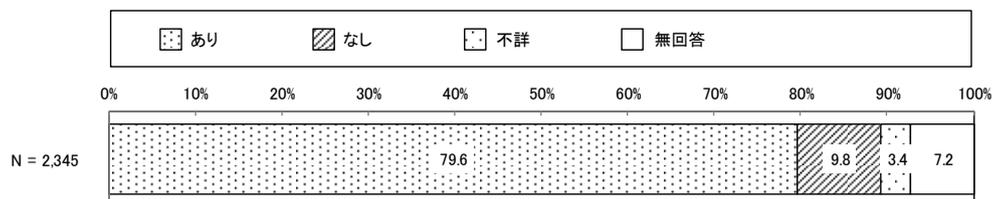


9) 治療の有無

治療の有無は「あり」が79.6%で最も多かった。「なし」は9.8%であった。

図表 2-70 治療の有無

調査数	あり	なし	不詳	無回答
2345	1866	230	79	170
100.0	79.6	9.8	3.4	7.2

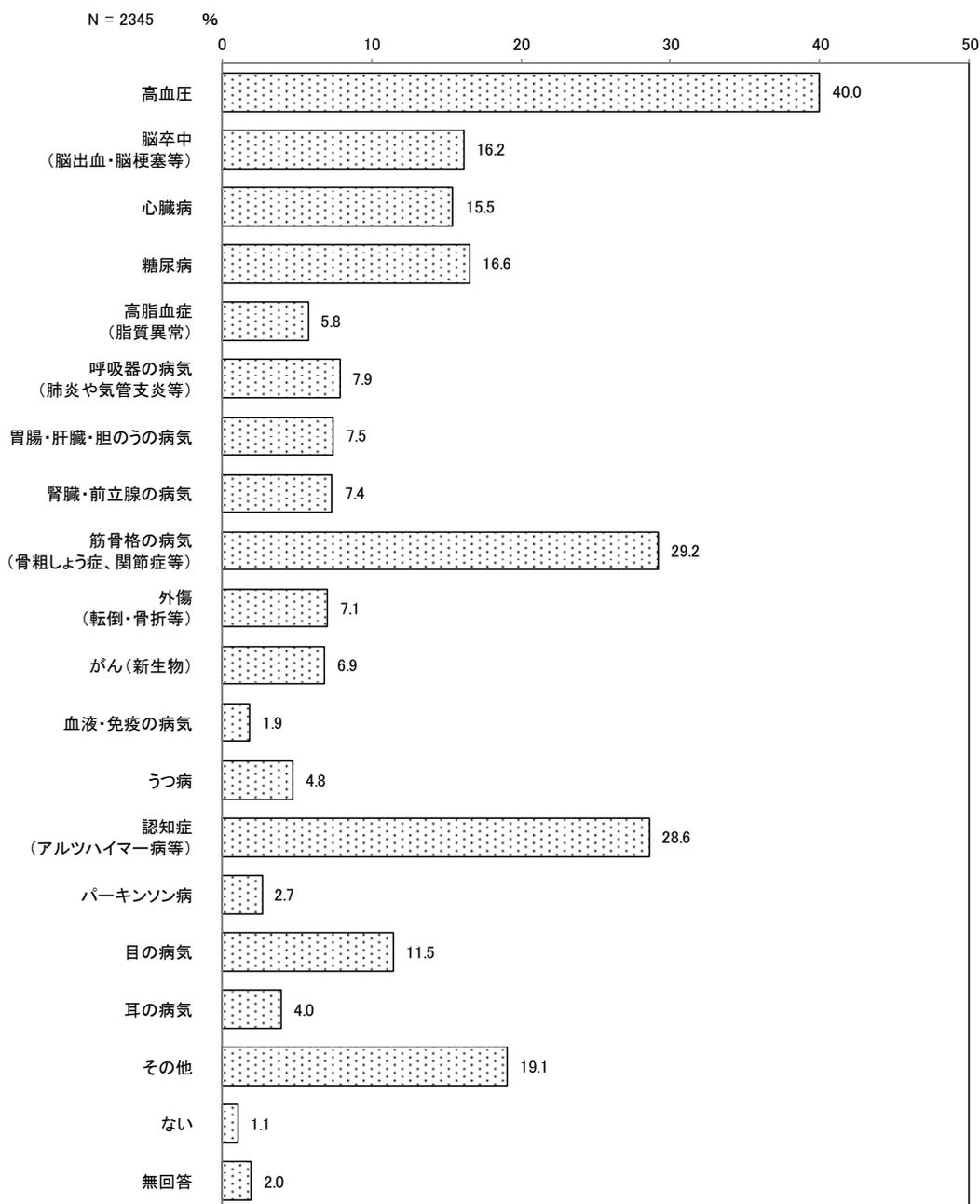


10) 現在、有している傷病

現在、有している傷病では「高血圧」が40.0%で最も多かった。次いで「筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）」が29.2%、「認知症（アルツハイマー病等）」が28.6%と続いた。

図表 2-71 現在、有している傷病（複数回答）

調査数	高血圧	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	心臓病	糖尿病	高脂血症 (脂質異常)	呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	胃腸・肝臓・胆のうの 病気	腎臓・前立腺の病気	筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)	外傷 (転倒・骨折等)	がん (新生物)	血液・免疫の病気	うつ病	認知症 (アルツハイ マー病等)	パーキンソン病	目の病気	耳の病気	その他	ない	無回答
2345	939	379	364	390	137	185	177	174	685	167	161	44	113	671	63	270	93	447	25	47
100.0	40.0	16.2	15.5	16.6	5.8	7.9	7.5	7.4	29.2	7.1	6.9	1.9	4.8	28.6	2.7	11.5	4.0	19.1	1.1	2.0

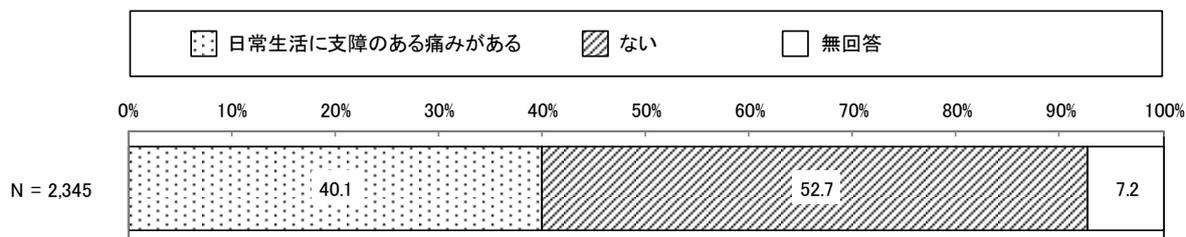


11) 痛みの有無

痛みの有無については「ない」が52.7%で最も多かった。次いで「日常生活に支障のある痛みがある」は40.1%。「無回答」は7.2%であった。

図表 2-72 痛みの有無

調査数	日常生活に支障のある痛みがある	ない	無回答
2345	941	1236	168
100.0	40.1	52.7	7.2



12) 世帯構成

世帯構成は「独居」が66.6%で最も多かった。次いで「その他同居」が16.7%。「夫婦のみ」は15.5%であった。

図表 2-73 世帯構成

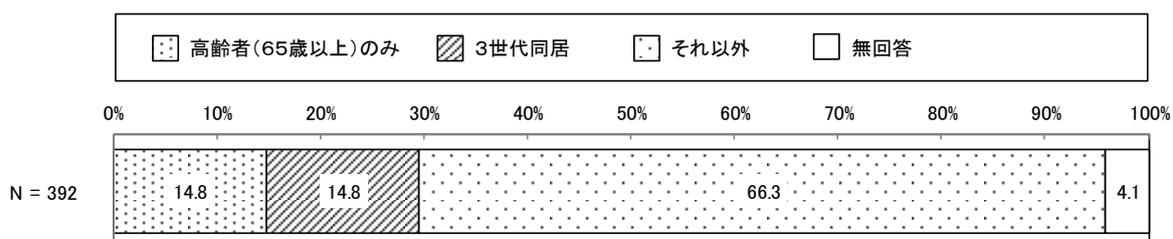
	調査数	独居	夫婦のみ	その他同居	無回答
全体	2345	1561	364	392	28
	100.0	66.6	15.5	16.7	1.2
身体介護あり	962	623	124	197	18
	100.0	64.8	12.9	20.5	1.9
身体介護なし	1383	938	240	195	10
	100.0	67.8	17.4	14.1	0.7

① 「その他同居」の場合の同居者

前設問において「その他同居」を選択した回答者の内訳は以下の通りである。「それ以外」が66.3%で最も多かった。「3世代同居」と「高齢者(65歳以上)のみ」が共に14.8%。「無回答」は4.1%であった。

図表 2-74 「その他同居」の場合の同居者

調査数	の高齢者 (65歳以上)	3世代同居	それ以外	無回答
392	58	58	260	16
100.0	14.8	14.8	66.3	4.1

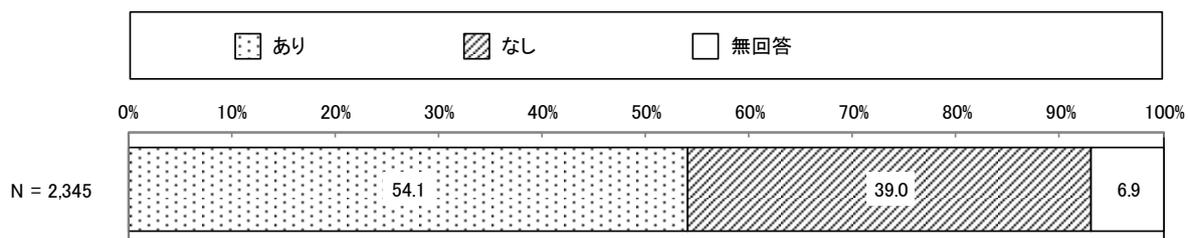


13) 介護者の状況

介護者の状況において「あり」は54.1%、「なし」は39.0%であった。「無回答」は6.9%であった。

図表 2-75 介護者の状況

調査数	あり	なし	無回答
2345	1268	915	162
100.0	54.1	39.0	6.9

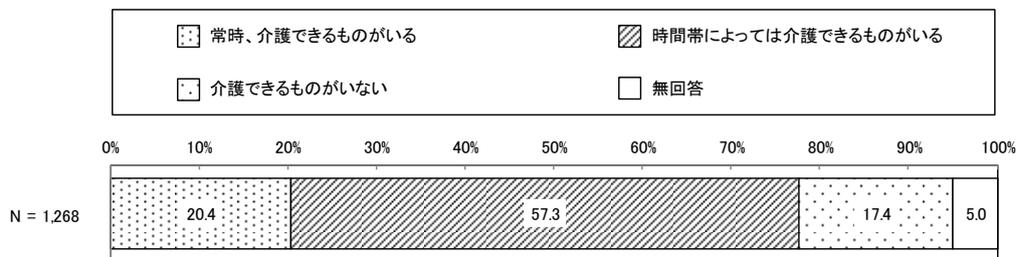


① 介護者の状況「あり」の場合

前設問において「あり」を選択した回答者の中で最も多かったのは「時間帯によっては介護できるものがある」で 57.3%だった。次いで「常時、介護できるものがある」が 20.4%。「介護できるものがない」が 17.4%であった。

図表 2-76 「あり」の場合：家族介護者等の状況

調査数	が常時、介護できるものがある	で時間帯によっては介護できるものがある	い介護できるものがない	無回答
1268	259	726	220	63
100.0	20.4	57.3	17.4	5.0

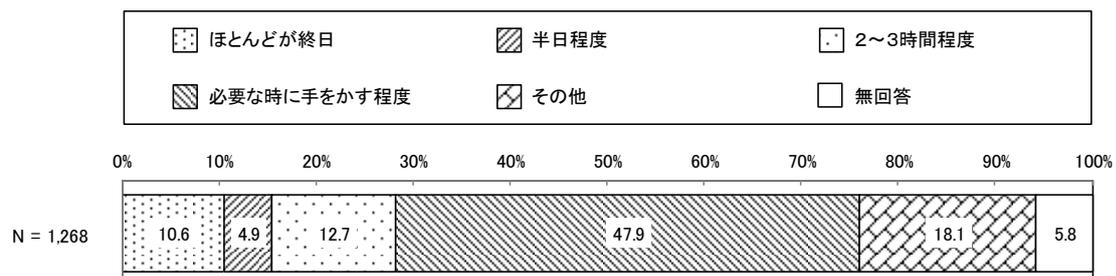


② 主に介護をしている方の1日の平均的な介護時間

主に介護をしている方の1日の平均的な介護時間は「必要な時に手をかす程度」が 47.9%で最も多かった。次いで「その他」が 18.1%、「2～3時間程度」は 12.7%であった。

図表 2-77 主に介護をしている方の1日の平均的な介護時間

調査数	ほとんどが終日	半日程度	2～3時間程度	必要な時に手をかす程度	その他	無回答
1268	135	62	161	607	230	73
100.0	10.6	4.9	12.7	47.9	18.1	5.8



14) 利用者属性の比較

身体介護有無別で、利用者属性の比較を行った。「身体介護なし」では「身体介護あり」に比べると、「男性」、「要介護1・2の軽度者」、「同居者なし」の割合が相対的に高かった。

図表 2-78 身体介護の有無別の利用者属性の比較

	調査数	男性・同居者無	男性・同居者有	女性・同居者無	女性・同居者有	無回答
全体	2345	518	230	1037	523	37
	100.0	22.1	9.8	44.2	22.3	1.6
身体介護あり	962	199	79	422	240	22
	100.0	20.7	8.2	43.9	24.9	2.3
身体介護なし	1383	319	151	615	283	15
	100.0	23.1	10.9	44.5	20.5	1.1

	調査数	男性・要介護1	男性・要介護2	男性・要介護3〜5	女性・要介護1	女性・要介護2	女性・要介護3〜5	無回答
全体	2345	341	236	166	695	502	353	52
	100.0	14.5	10.1	7.1	29.6	21.4	15.1	2.2
身体介護あり	962	68	103	104	210	216	238	23
	100.0	7.1	10.7	10.8	21.8	22.5	24.7	2.4
身体介護なし	1383	273	133	62	485	286	115	29
	100.0	19.7	9.6	4.5	35.1	20.7	8.3	2.1

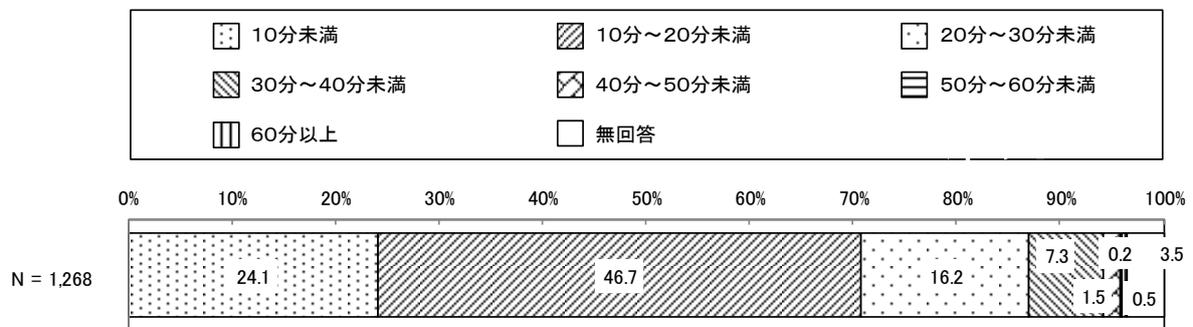
	調査数	同居者無・要介護1	同居者無・要介護2	同居者無・要介護3〜5	同居者有・要介護1	同居者有・要介護2	同居者有・要介護3〜5	無回答
全体	2345	723	495	313	303	235	202	74
	100.0	30.8	21.1	13.3	12.9	10.0	8.6	3.2
身体介護あり	962	195	213	203	77	101	135	38
	100.0	20.3	22.1	21.1	8.0	10.5	14.0	4.0
身体介護なし	1383	528	282	110	226	134	67	36
	100.0	38.2	20.4	8.0	16.3	9.7	4.8	2.6

15) 事業所から利用者宅への移動時間

事業所から利用者宅への移動時間は「10分～20分未満」が46.7%と最も多かった。次いで「10分未満」が24.1%、「20分～30分未満」が16.2%であった。

図表 2-79 事業所から利用者宅への移動時間

調査数	10分未満	10分～20分未満	20分～30分未満	30分～40分未満	40分～50分未満	50分～60分未満	60分以上	無回答	平均	標準偏差
1268	305	592	206	93	19	2	6	45	13.91	9.08
100.0	24.1	46.7	16.2	7.3	1.5	0.2	0.5	3.5		

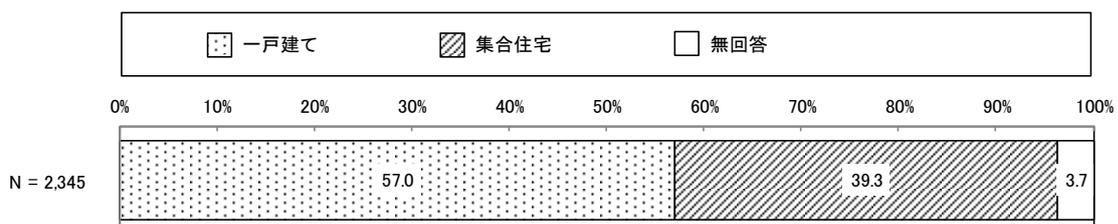


16) 利用者の現在の住まい

利用者の現在の住まいとして最も多かったのが「一戸建て」で、57.0%であった。次いで集合住宅が39.3%。「無回答」は3.7%であった。

図表 2-80 利用者の現在の住まい

調査数	一戸建て	集合住宅	無回答
2345	1336	922	87
100.0	57.0	39.3	3.7

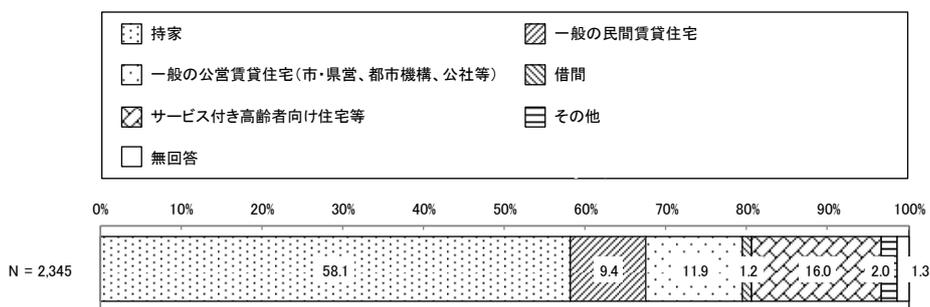


① 住居の形態

住居の形態として最も多かったのは「持家」で58.1%であった。次いで「サービス付き高齢者向け住宅等」が16.0%、「一般の公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等）」が11.9%であった。

図表 2-81 住居の形態

調査数	持家	一般の民間賃貸住宅	公営住宅（市・県営、都市機構、公社等）	借間	サービス付き高齢者向け住宅等	その他	無回答
2345	1363	221	279	29	376	46	31
100.0	58.1	9.4	11.9	1.2	16.0	2.0	1.3

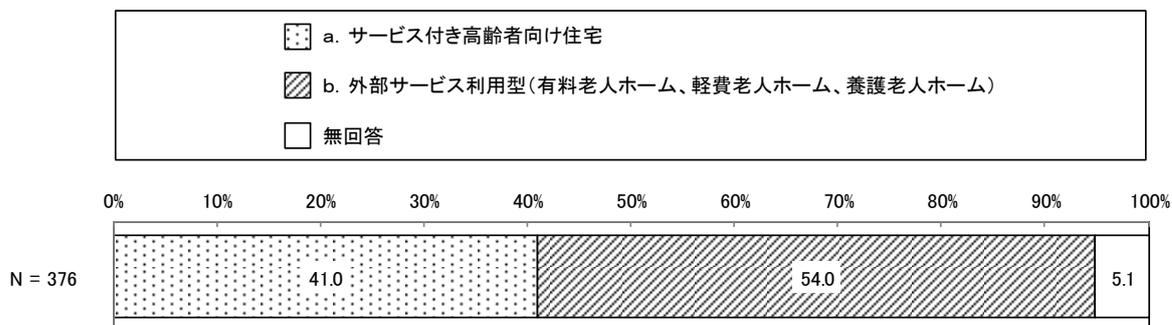


② サービス付き高齢者向け住宅等

前設問において「サービス付き高齢者向け住宅等」を選択した回答者の内訳を見ると、「外部サービス利用型（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）」が54.0%、「サービス付き高齢者向け住宅」が41.0%であった。

図表 2-82 サービス付き高齢者向け住宅等

調査数	サービス付き高齢者向け住宅	老人ホーム（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）	外部サービス利用型（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）	無回答
376	154	203	19	5.1
100.0	41.0	54.0	5.1	



17) 現在利用している訪問介護サービス内容

生活援助利用者の中から無作為に5名（うち3名は生活援助のみ利用）を調査対象として抽出したため、生活援助利用者は100%、身体介護利用者は約4割となっている。「通院等乗降介助」は5.2%であった。

図表 2-83 現在利用している訪問介護サービス内容

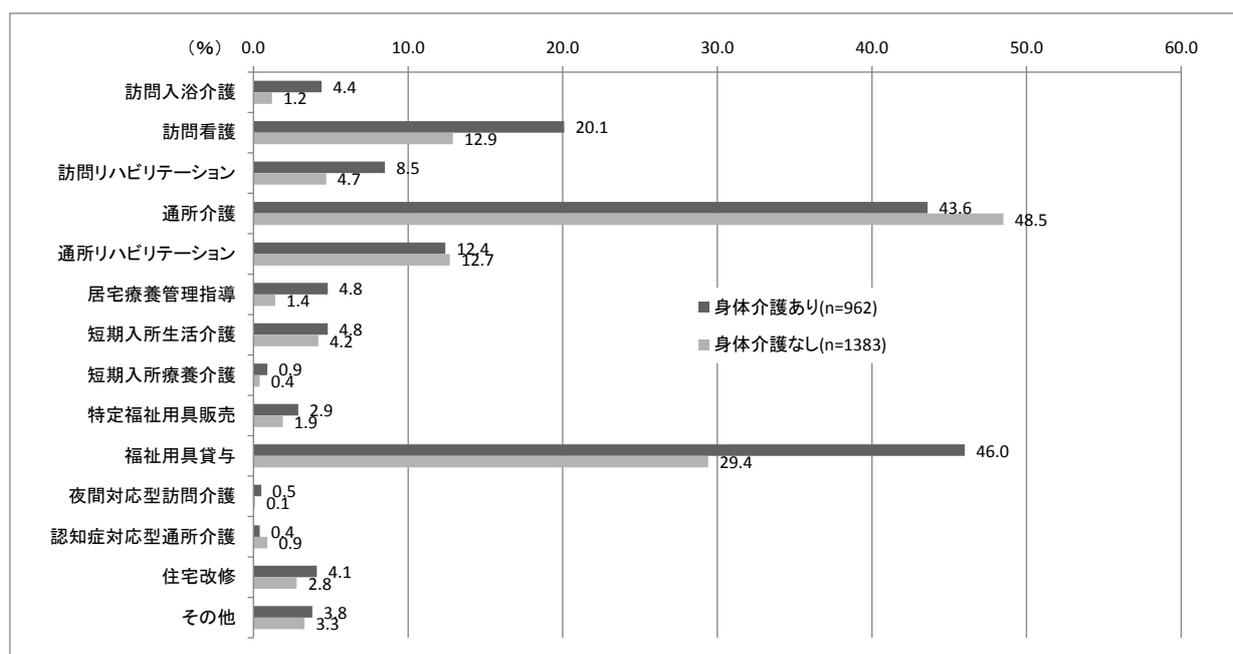
調査数	身体介護	生活援助	通院等乗降介助
2345	962	2345	123
100.0	41.0	100.0	5.2

18) 現在利用している他サービス

現在利用している他のサービスとして最も多かったのは「通所介護」で46.5%であった。次いで「福祉用具貸与」が36.2%。「訪問看護」は15.9%であった。生活援助のみの場合のほうが多いのは「通所介護」であり、身体介護ありの場合に多いのは、「福祉用具貸与」「訪問看護」であった。

図表 2-84 現在利用している他サービス

	調査数	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	通所介護	通所リハビリテーション	居宅療養管理指導	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定福祉用具販売	福祉用具貸与	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	住宅改修	その他	無回答
全体	2345	58	372	147	1090	294	65	104	14	54	849	7	16	78	82	448
	100.0	2.5	15.9	6.3	46.5	12.5	2.8	4.4	0.6	2.3	36.2	0.3	0.7	3.3	3.5	19.1
身体介護あり	962	42	193	82	419	119	46	46	9	28	443	5	4	39	37	151
	100.0	4.4	20.1	8.5	43.6	12.4	4.8	4.8	0.9	2.9	46.0	0.5	0.4	4.1	3.8	15.7
身体介護なし	1383	16	179	65	671	175	19	58	5	26	406	2	12	39	45	297
	100.0	1.2	12.9	4.7	48.5	12.7	1.4	4.2	0.4	1.9	29.4	0.1	0.9	2.8	3.3	21.5

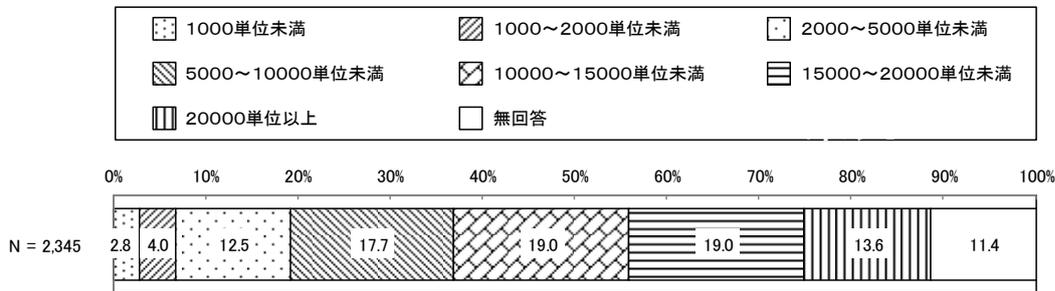


19) 10月中のサービス利用総単位数

10月中のサービス利用総単位数として「10000～15000 単位未満」と「15000～20000 単位未満」が19.0%で最も多かった。次いで「5000～10000 単位未満」が17.7%、「20000 単位以上」は13.6%であった。

図表 2-85 10月中のサービス利用総単位数

調査数	10000～15000 単位未満	15000～20000 単位未満	10000～10000 単位未満	5000～10000 単位未満	10000～15000 単位未満	15000～20000 単位未満	20000 単位以上	無回答	平均	標準偏差
2345	66	93	294	414	446	446	318	268	12799.62	8711.67
100.0	2.8	4.0	12.5	17.7	19.0	19.0	13.6	11.4		

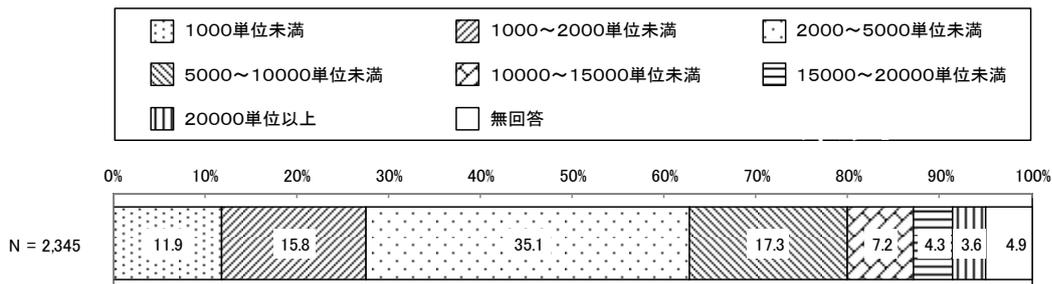


20) 10月中の訪問介護給付単位数

10月中の訪問介護給付単位数で最も多かったのは「2000～5000 単位未満」で35.1%であった。次いで「5000～10000 単位未満」が17.3%、「1000～2000 単位未満」が15.8%であった。

図表 2-86 10月中の訪問介護給付単位数

調査数	1000～2000 単位未満	2000～5000 単位未満	5000～10000 単位未満	10000～15000 単位未満	15000～20000 単位未満	20000 単位以上	無回答	平均	標準偏差	
2345	278	370	822	406	170	100	85	114	5649.95	6985.34
100.0	11.9	15.8	35.1	17.3	7.2	4.3	3.6	4.9		

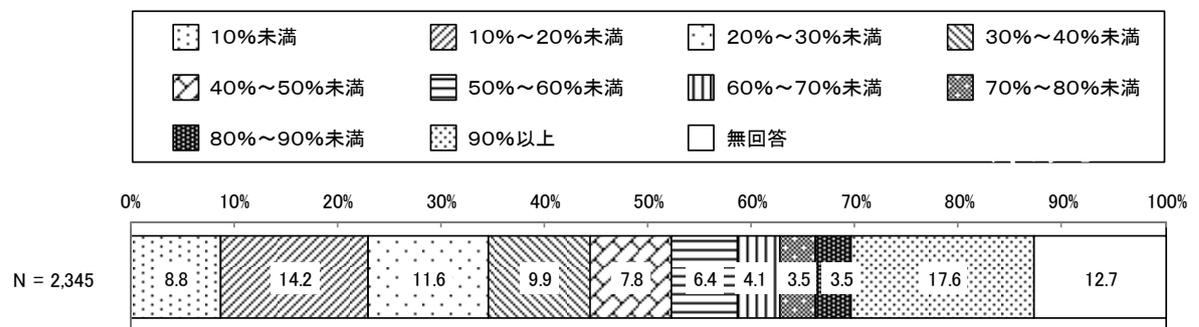


21) 訪問介護給付率

訪問介護給付率で最も多かったのは「90%以上」で17.6%であった。次いで「10%～20%未満」が14.2%、「20%～30%未満」が11.6%であった。平均は47.6%であった。

図表 2-87 訪問介護給付率

調査数	10%未満	10%～20%未満	20%～30%未満	30%～40%未満	40%～50%未満	50%～60%未満	60%～70%未満	70%～80%未満	80%～90%未満	90%以上	無回答	平均	標準偏差
2345	206	334	271	233	182	149	96	82	83	412	297	47.63	32.71
100.0	8.8	14.2	11.6	9.9	7.8	6.4	4.1	3.5	3.5	17.6	12.7		

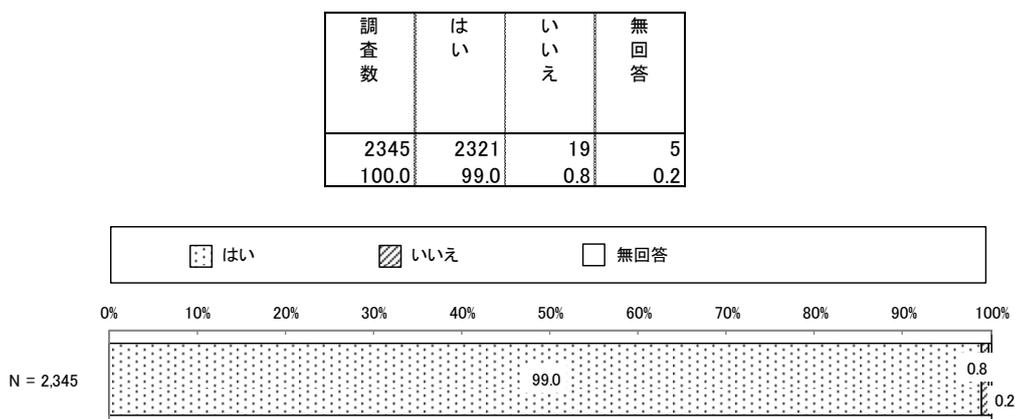


(2) 生活援助サービスの提供状況

1) 生活援助サービスの個別サービス計画上への位置付け

生活援助サービスが個別サービス計画上に位置付けられていますか、という問いに対して「はい」と答えたのは99.0%であった。「いいえ」は0.8%、「無回答」は0.2%であった。

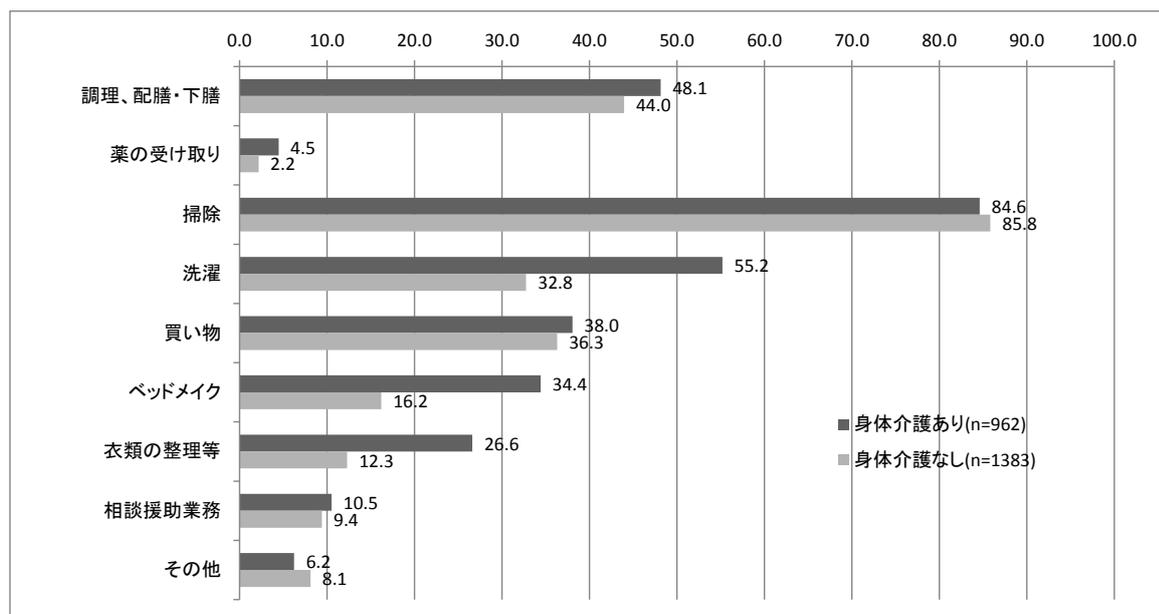
図表 2-88 生活援助サービスの個別サービス計画上への位置付け



2) 生活援助サービスの種類

個別サービス計画上に位置付けられている生活援助サービスの種類は、「掃除」が最も多く、身体介護あり、なしともに8割を超えていた。「洗濯」は身体介護有では55.2%であるが、身体介護なしでは32.8%であった。「ベッドメイク」「衣類の整理等」においても身体介護ありのほうがなしよりも利用している割合が高かった。

図表 2-89 生活援助サービスの種類



3) 生活援助サービスの利用パターン

生活援助サービスの組み合わせパターンを集計したところ、「掃除のみ」が特に身体介護なしで多く、20.8%を占めていた。

図表 2-90 生活援助サービスの利用パターン

	調査数	掃除	除調理、配膳・下膳／掃除	調理、配膳・下膳	掃除／買い物	掃除／洗濯	除調理、買い物・配膳・下膳／掃除	除調理、洗濯／配膳・買い物・下膳／掃除	イ掃除／洗濯／衣類の整理等	それ以外のパターン	無回答
身体介護あり	943	76	47	51	31	54	40	58	67	515	4
	100.0	8.1	5.0	5.4	3.3	5.7	4.2	6.2	7.1	54.6	0.4
身体介護なし	1378	287	115	72	91	67	75	50	26	589	6
	100.0	20.8	8.3	5.2	6.6	4.9	5.4	3.6	1.9	42.7	0.4

4) 生活援助サービスを提供する回数（1週間）

生活援助サービスを提供する回数は、「0回」（当該サービスを提供していない場合）を除くと、「調理、配膳・下膳」「掃除」「洗濯」「買い物」「衣類の整理等」「相談援助業務」とほとんどのサービスでは「2～5回未満」が多かった。

図表 2-91 生活援助サービスを提供する回数（1週間）

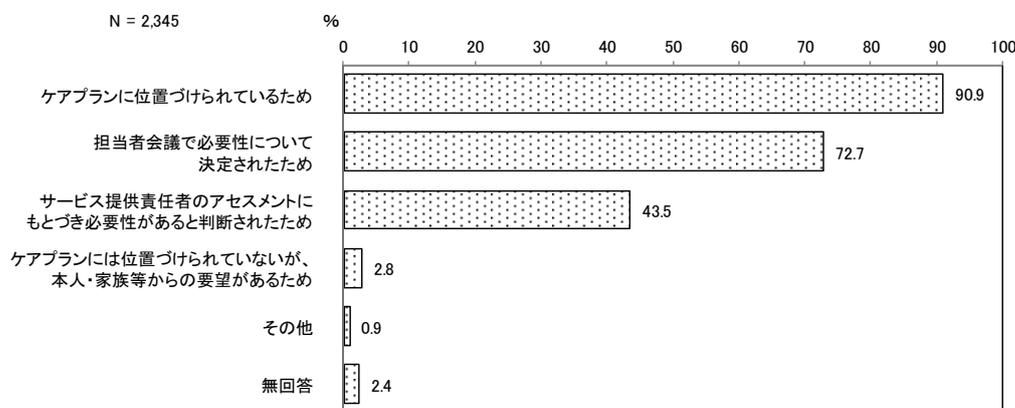
	調査数	0回	0<1回未満	1<2回未満	2<5回未満	5<10回未満	10<15回未満	15回以上	無回答	平均	標準偏差
調理、配膳・下膳_1週間の回数(回)	2321	1229	-	143	520	295	81	32	21	4.96	5.53
	100.0	53.0	-	6.2	22.4	12.7	3.5	1.4	0.9		
薬の受け取り_1週間の回数(回)	2321	2215	11	47	12	3	-	-	33	1.31	1.19
	100.0	95.4	0.5	2.0	0.5	0.1	-	-	1.4		
掃除_1週間の回数(回)	2321	305	4	762	980	214	32	9	15	2.63	2.69
	100.0	13.1	0.2	32.8	42.2	9.2	1.4	0.4	0.6		
洗濯_1週間の回数(回)	2321	1310	3	270	598	101	7	5	27	2.70	2.33
	100.0	56.4	0.1	11.6	25.8	4.4	0.3	0.2	1.2		
買い物_1週間の回数(回)	2321	1408	7	395	404	57	2	3	45	2.16	2.03
	100.0	60.7	0.3	17.0	17.4	2.5	0.1	0.1	1.9		
ベッドメイク_1週間の回数(回)	2321	1741	4	267	199	74	8	3	25	2.54	2.52
	100.0	75.0	0.2	11.5	8.6	3.2	0.3	0.1	1.1		
衣類の整理等_1週間の回数(回)	2321	1872	2	156	226	36	3	3	23	2.52	2.41
	100.0	80.7	0.1	6.7	9.7	1.6	0.1	0.1	1.0		
相談援助業務_1週間の回数(回)	2321	2060	5	71	105	42	7	1	30	3.33	3.95
	100.0	88.8	0.2	3.1	4.5	1.8	0.3	0.0	1.3		
その他_1週間の回数(回)	2321	2123	1	55	81	33	1	1	26	2.93	2.48
	100.0	91.5	0.0	2.4	3.5	1.4	0.0	0.0	1.1		

5) 利用者に対して生活援助サービスを提供している理由

利用者に対して生活援助サービスを提供している理由として最も多かったのは「ケアプランに位置づけられているため」が90.9%で最も多かった。次いで「担当者会議で必要性について決定されたため」が72.7%、「サービス提供責任者のアセスメントにもとづき必要性があると判断されたため」が43.5%であった。

図表 2-92 利用者に対して生活援助サービスを提供している理由

調査数	ケアプランに位置づけられているため	担当者会議で必要性について決定されたため	サービス提供責任者のアセスメントにもとづき必要性があると判断されたため	ケアプランには位置づけられていないが、本人・家族等からの要望があるため	その他	無回答
2345	2132	1704	1020	66	22	57
100.0	90.9	72.7	43.5	2.8	0.9	2.4



6) 利用者に対して生活援助サービスを訪問介護事業所として継続的に提供する必要性

利用者に対して生活援助サービスを訪問介護事業所として継続的に提供する必要性については「訪問介護事業所が行う介護保険サービスとして継続する必要性がある」が79.0%で最も多かった。次いで「総合事業や地域の生活支援サービス等、他の形態で提供することも可能である」が10.5%、「どちらともいえない」は5.4%であった。

図表 2-93 利用者に対して生活援助サービスを訪問介護事業所として継続的に提供する必要性

	調査数	訪問介護事業所で行う必要がある	総合事業や地域の生活支援サービス等、他の形態で提供することも可能である	どちらともいえない	無回答
全体	2345	1852	246	127	120
	100.0	79.0	10.5	5.4	5.1
身体介護あり	962	809	58	36	59
	100.0	84.1	6.0	3.7	6.1
身体介護なし	1383	1043	188	91	61
	100.0	75.4	13.6	6.6	4.4

さらに、身体介護なしで生活援助サービスを他の形態で提供可能とされる利用者 188 人について、その他の利用者と属性の比較を行った。性別では、「男性」の割合が、その他の利用者よりも高く、要介護度別では、要介護 1 の割合が高かった。また世帯構成については、ほとんど差がなかった。生活援助サービスの利用パターン別では、身体介護なしで生活援助サービスを他の形態で提供可能とされる利用者は、特に「掃除のみ」を利用している割合が 29.3% と高かった。

図表 2-94 身体介護なしで生活援助サービスを他の形態で提供可能とされる利用者の属性比較

【性別】

	調査数	男性	女性	無回答
全体	2345 100.0	752 32.1	1584 67.5	9 0.4
身体介護なしかつ生活援助サービス :他の形態で提供可能	188 100.0	65 34.6	123 65.4	- -
それ以外	2157 100.0	687 31.8	1461 67.7	9 0.4

【要介護度別】

	調査数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 (認定申請中)	無回答
全体	2345 100.0	1038 44.3	738 31.5	312 13.3	141 6.0	70 3.0	18 0.8	28 1.2
身体介護なしかつ生活援助サービス :他の形態で提供可能	188 100.0	110 58.5	52 27.7	16 8.5	6 3.2	1 0.5	3 1.6	- -
それ以外	2157 100.0	928 43.0	686 31.8	296 13.7	135 6.3	69 3.2	15 0.7	28 1.3

【世帯構成別】

	調査数	独居	夫婦のみ	その他同居	無回答
全体	2345 100.0	1561 66.6	364 15.5	392 16.7	28 1.2
身体介護なしかつ生活援助サービス :他の形態で提供可能	188 100.0	129 68.6	30 16.0	29 15.4	- -
それ以外	2157 100.0	1432 66.4	334 15.5	363 16.8	28 1.3

【利用パターン別】

	調査数	掃除	調理、配膳・下膳／掃	調理、配膳・下膳	掃除／買い物	掃除／洗濯	調理／買い物、配膳・下膳／掃	調理／洗濯、配膳／買い物、下膳／掃	掃除／洗濯／衣類の整理等	それ以外のパターン	無回答
全体	2321 100.0	363 15.6	162 7.0	123 5.3	122 5.3	121 5.2	115 5.0	108 4.7	93 4.0	1104 47.6	10 0.4
身体介護なしかつ生活援助サービス :他の形態で提供可能	188 100.0	55 29.3	20 10.6	13 6.9	10 5.3	5 2.7	9 4.8	3 1.6	3 1.6	69 36.7	1 0.5
それ以外	2133 100.0	308 14.4	142 6.7	110 5.2	112 5.3	116 5.4	106 5.0	105 4.9	90 4.2	1035 48.5	9 0.4

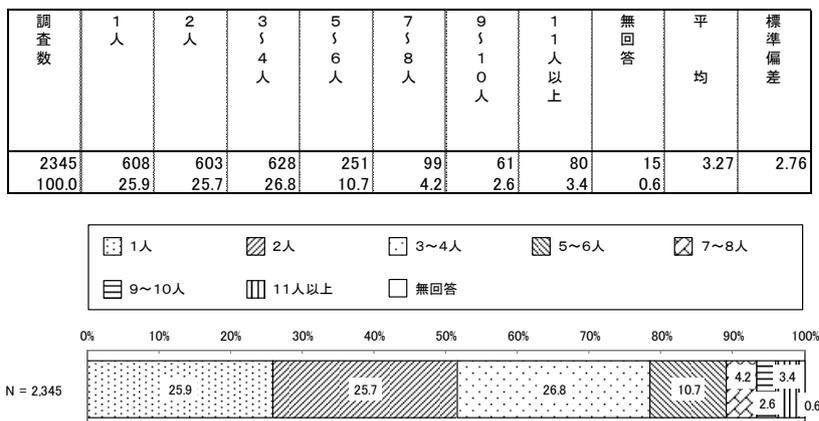
(3) 担当する訪問介護員

生活援助利用者票における調査期間に当該利用者に対してサービス提供を行った訪問介護員についての集計結果を以下に示す。

1) 【訪問介護員一覧】サービス提供人数

当該利用者へのサービス提供者として記入された人数の平均は3.3人であった。

図表 2-95 【訪問介護員一覧】記入人数



2) サービス提供責任者

サービス提供責任者は19.2%であった。

図表 2-96 サービス提供責任者

調査数	該当	無回答
7623	1464	6159
100.0	19.2	80.8

3) 勤務形態

勤務形態については「非常勤」が55.8%、「常勤」が40.9%であった。

図表 2-97 勤務形態

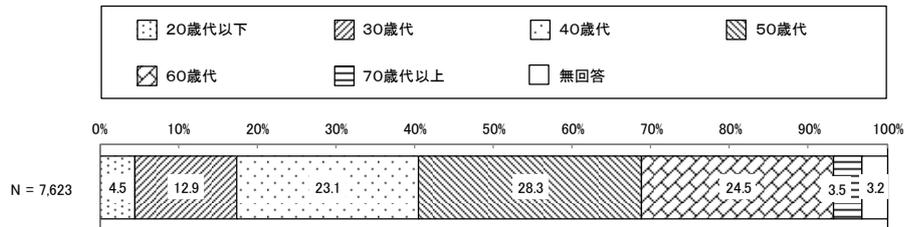
調査数	常勤	非常勤	無回答
7623	3118	4255	250
100.0	40.9	55.8	3.3

4) 年齢

年齢で最も高かったのは「50歳代」の28.3%で、次いで「60歳代」が24.5%、「40歳代」は23.1%であり、平均年齢は51.1歳であった。

図表 2-98 年齢

調査数	20歳代以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	平均	標準偏差
7623	346	982	1764	2158	1867	264	242	51.13	11.90
100.0	4.5	12.9	23.1	28.3	24.5	3.5	3.2		

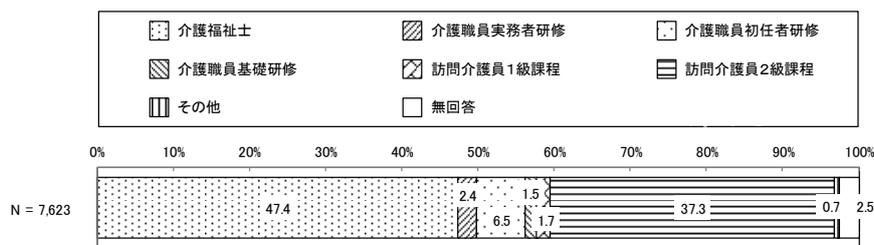


5) 保有資格

「介護福祉士」が 47.4%、次いで「訪問介護員 2 級課程」が 37.3%、「介護職員初任者研修」が 6.5%であった。

図表 2-99 保有資格

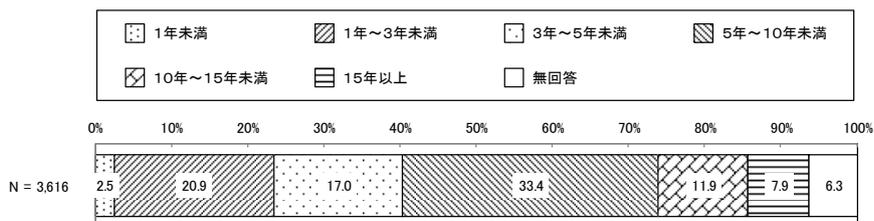
調査数	介護福祉士	介護職員実務者研修	介護職員初任者研修	介護職員基礎研修	訪問介護員 1 級課程	訪問介護員 2 級課程	その他	無回答
7623	3616	185	497	111	133	2840	53	188
100.0	47.4	2.4	6.5	1.5	1.7	37.3	0.7	2.5



介護福祉士を有する場合、取得後の年数は「5 年～10 年未満」33.4%、「1 年～3 年未満」が 20.9%、「3 年～5 年未満」が 17.0%であった。平均年数は 6.3 年であった。

図表 2-100 介護福祉士取得後の年数

調査数	1 年未満	1 年～3 年未満	3 年～5 年未満	5 年～10 年未満	10 年～15 年未満	15 年以上	無回答	平均	標準偏差
3616	91	754	616	1208	431	287	229	6.31	4.89
100.0	2.5	20.9	17.0	33.4	11.9	7.9	6.3		

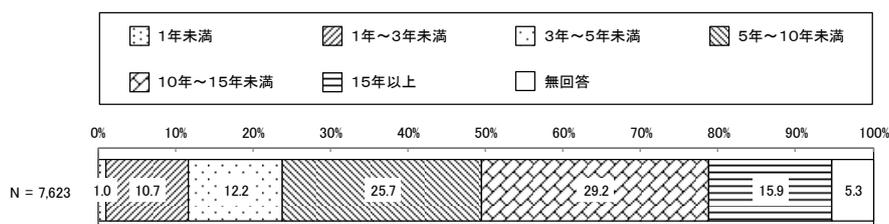


6) 介護に関する通算経験年数

介護に関する通算経験年数で最も多かったのは「10年～15年未満」で29.2%であった。次いで「5年～10年未満」が25.7%、「15年以上」が15.9%であった。平均通算経験年数は9.02年。

図表 2-101 介護に関する通算経験年数

調査数	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年～15年未満	15年以上	無回答	平均	標準偏差
7623	77	819	929	1961	2225	1211	401	9.02	5.65
100.0	1.0	10.7	12.2	25.7	29.2	15.9	5.3		



7) 身体介護を実施

身体介護を実施している割合は83.5%であった。

図表 2-102 身体介護を実施

調査数	該当	無回答
7623	6362	1261
100.0	83.5	16.5

8) 生活援助を実施

生活援助を実施している割合は88.4%であった。

図表 2-103 生活援助を実施

調査数	該当	無回答
7623	6735	888
100.0	88.4	11.6

(4) 1週間のサービス提供の記録

1) 1週間のサービス提供回数（合計）

1週間のサービス提供回数合計は、「身体介護あり」では平均 20.2 回、「身体介護なし」では 5.6 回であった。

図表 2-104 1週間の訪問回数合計

	調査数	0回	1回	2 ～ 4回	5 ～ 9回	10 ～ 19回	20 ～ 49回	50回以上	平均
全体	2271 100.0	6 0.3	259 11.4	686 30.2	579 25.5	381 16.8	270 11.9	90 4.0	11.62
身体介護あり	933 100.0	2 0.2	13 1.4	136 14.6	232 24.9	240 25.7	223 23.9	87 9.3	20.23
身体介護なし	1338 100.0	4 0.3	246 18.4	550 41.1	347 25.9	141 10.5	47 3.5	3 0.2	5.62

2) 1週間の実施回数（サービス内容別）

「身体介護あり」の場合の生活援助サービスの1週間の実施回数を見ると、「0回」（当該サービスを提供していない場合）を除くと、「調理、配膳・下膳」「掃除」「洗濯」では「2～3回」が最も多かった。「買い物、薬の受け取り」「ベッドメイク」では「1回」が最も多かった。

「身体介護なし」でもほぼ同様の結果であった。

図表 2-105 1週間の実施回数

身体介護あり	調査数	0回	1回	2 ~ 3回	4 ~ 5回	6 ~ 7回	8回以上
調理、配膳・下膳	933 100.0	455 48.8	59 6.3	139 14.9	85 9.1	131 14.0	64 6.9
掃除	933 100.0	136 14.6	255 27.3	367 39.3	88 9.4	64 6.9	23 2.5
洗濯	933 100.0	418 44.8	156 16.7	273 29.3	54 5.8	28 3.0	4 0.4
買い物、薬の受け取り	933 100.0	671 71.9	134 14.4	105 11.3	14 1.5	7 0.8	2 0.2
ベッドメイク	933 100.0	596 63.9	161 17.3	103 11.0	27 2.9	35 3.8	11 1.2
衣類の整理・衣服の補修	933 100.0	750 80.4	80 8.6	79 8.5	18 1.9	6 0.6	-
相談援助業務	933 100.0	827 88.6	30 3.2	44 4.7	13 1.4	10 1.1	9 1.0
起床・就寝介助	933 100.0	812 87.0	13 1.4	18 1.9	10 1.1	45 4.8	35 3.8
洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、 整髪)	933 100.0	684 73.3	38 4.1	71 7.6	38 4.1	57 6.1	45 4.8
食事介助(摂取介助)	933 100.0	867 92.9	9 1.0	17 1.8	11 1.2	10 1.1	19 2.0
特段の専門的配慮をもって行う調理	933 100.0	912 97.7	2 0.2	7 0.8	2 0.2	8 0.9	2 0.2
排泄介助	933 100.0	700 75.0	22 2.4	49 5.3	35 3.8	62 6.6	65 7.0
更衣介助	933 100.0	537 57.6	92 9.9	165 17.7	55 5.9	50 5.4	34 3.6
身体の清拭(全身・部分清拭)	933 100.0	749 80.3	48 5.1	52 5.6	41 4.4	29 3.1	14 1.5
入浴介助	933 100.0	504 54.0	146 15.6	260 27.9	14 1.5	9 1.0	-
1週間の実施回数	933 100.0	901 96.6	7 0.8	5 0.5	4 0.4	7 0.8	9 1.0
移動・移乗介助	933 100.0	588 63.0	83 8.9	130 13.9	43 4.6	39 4.2	50 5.4
通院・外出介助	933 100.0	775 83.1	95 10.2	51 5.5	7 0.8	4 0.4	1 0.1
服薬介助	933 100.0	695 74.5	22 2.4	60 6.4	42 4.5	78 8.4	36 3.9

身体介護なし	調査数	0回	1回	2 ~ 3回	4 ~ 5回	6 ~ 7回	8回以上
調理、配膳・下膳	1338 100.0	778 58.1	98 7.3	266 19.9	78 5.8	87 6.5	31 2.3
掃除	1338 100.0	170 12.7	505 37.7	532 39.8	64 4.8	56 4.2	11 0.8
洗濯	1338 100.0	949 70.9	143 10.7	203 15.2	20 1.5	21 1.6	2 0.1
買い物、薬の受け取り	1338 100.0	937 70.0	210 15.7	173 12.9	11 0.8	7 0.5	-
ベッドメイク	1338 100.0	1119 83.6	116 8.7	85 6.4	7 0.5	11 0.8	-
衣類の整理・衣服の補修	1338 100.0	1222 91.3	58 4.3	47 3.5	5 0.4	5 0.4	1 0.1
相談援助業務	1338 100.0	1195 89.3	55 4.1	65 4.9	9 0.7	9 0.7	5 0.4

3) 1週間の実施回数（うち計画外）

1週間の実施回数（うち計画外）については、全項目において「0回」が最も多かった。

図表 2-106 1週間の実施回数（うち計画外）

	調査数	0回	1回	2 ~ 3回	4 ~ 5回	6 ~ 7回	8回以上	平均	標準偏差
1週間の実施回数(うち計画外) __ 調理、配膳・下膳	2271 100.0	2242 98.7	7 0.3	8 0.4	1 0.0	6 0.3	7 0.3	7.34	7.78
1週間の実施回数(うち計画外) __ 掃除	2271 100.0	2244 98.8	8 0.4	15 0.7	3 0.1	1 0.0	-	2.48	1.45
1週間の実施回数(うち計画外) __ 洗濯	2271 100.0	2252 99.2	6 0.3	10 0.4	2 0.1	1 0.0	-	2.32	1.52
1週間の実施回数(うち計画外) __ 買い物、薬の受け取り	2271 100.0	2260 99.5	9 0.4	2 0.1	-	-	-	1.27	0.62
1週間の実施回数(うち計画外) __ ベッドメイク	2271 100.0	2213 97.4	21 0.9	28 1.2	2 0.1	7 0.3	-	2.38	1.78
1週間の実施回数(うち計画外) __ 衣類の整理・衣服の補修	2271 100.0	2254 99.3	10 0.4	6 0.3	-	1 0.0	-	1.82	1.46
1週間の実施回数(うち計画外) __ 相談援助業務	2271 100.0	2247 98.9	9 0.4	14 0.6	1 0.0	-	-	1.92	0.86
1週間の実施回数(うち計画外) __ 起床・就寝介助	2271 100.0	2266 99.8	1 0.0	-	1 0.0	3 0.1	-	5.20	2.23
1週間の実施回数(うち計画外) __ 洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	2271 100.0	2261 99.6	2 0.1	2 0.1	1 0.0	5 0.2	-	4.60	2.46
1週間の実施回数(うち計画外) __ 食事介助(摂取介助)	2271 100.0	2266 99.8	-	-	1 0.0	4 0.2	-	6.20	0.75
1週間の実施回数(うち計画外) __ 特設の専門的配慮をもって行う調理	2271 100.0	2271 100.0	-	-	-	-	-	-	-
1週間の実施回数(うち計画外) __ 排泄介助	2271 100.0	2265 99.7	-	1 0.0	1 0.0	3 0.1	1 0.0	7.00	3.42
1週間の実施回数(うち計画外) __ 更衣介助	2271 100.0	2262 99.6	4 0.2	2 0.1	2 0.1	1 0.0	-	2.67	1.70
1週間の実施回数(うち計画外) __ 身体の清拭(全身・部分清拭)	2271 100.0	2268 99.9	2 0.1	1 0.0	-	-	-	1.67	0.94
1週間の実施回数(うち計画外) __ 入浴介助	2271 100.0	2269 99.9	2 0.1	-	-	-	-	1.00	0.00
1週間の実施回数(うち計画外) __ 体位交換	2271 100.0	2271 100.0	-	-	-	-	-	-	-
1週間の実施回数(うち計画外) __ 移動・移乗介助	2271 100.0	2260 99.5	3 0.1	1 0.0	-	6 0.3	1 0.0	5.55	3.80
1週間の実施回数(うち計画外) __ 通院・外出介助	2271 100.0	2271 100.0	-	-	-	-	-	-	-
1週間の実施回数(うち計画外) __ 服薬介助	2271 100.0	2254 99.3	2 0.1	3 0.1	3 0.1	4 0.2	5 0.2	8.94	7.42

4) 1週間の実施回数（うち20分未満）

1週間の実施回数（うち20分未満）については、「0回」が全てにおいて最も多かった。

図表 2-107 1週間の実施回数（うち20分未満）

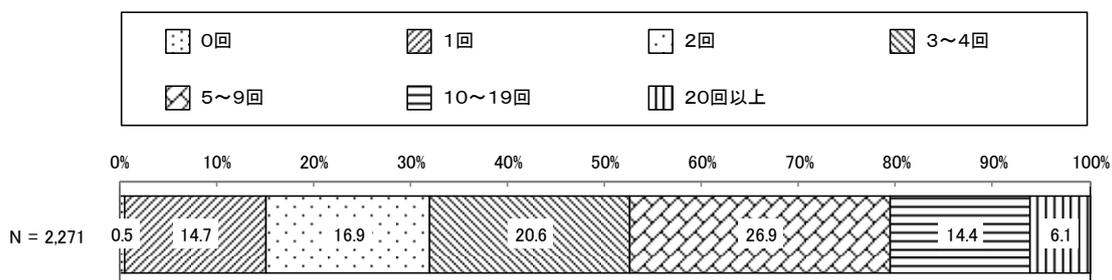
	調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8回以上	平均	標準偏差
1週間の実施回数(うち20分未満) __起床・就寝介助	2271 100.0	2257 99.4	1 0.0	2 0.1	2 0.1	4 0.2	5 0.2	8.00	4.50
1週間の実施回数(うち20分未満) __洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	2271 100.0	2248 99.0	5 0.2	3 0.1	6 0.3	6 0.3	3 0.1	5.22	3.94
1週間の実施回数(うち20分未満) __食事介助(摂取介助)	2271 100.0	2270 100.0	-	-	-	1 0.0	-	6.00	0.00
1週間の実施回数(うち20分未満) __特段の専門的配慮をもって行う調理	2271 100.0	2271 100.0	-	-	-	-	-	-	-
1週間の実施回数(うち20分未満) __排泄介助	2271 100.0	2245 98.9	1 0.0	5 0.2	4 0.2	9 0.4	7 0.3	6.92	3.75
1週間の実施回数(うち20分未満) __更衣介助	2271 100.0	2243 98.8	3 0.1	12 0.5	3 0.1	7 0.3	3 0.1	4.75	3.73
1週間の実施回数(うち20分未満) __身体の清拭(全身・部分清拭)	2271 100.0	2260 99.5	4 0.2	2 0.1	3 0.1	2 0.1	-	3.27	2.05
1週間の実施回数(うち20分未満) __入浴介助	2271 100.0	2265 99.7	4 0.2	2 0.1	-	-	-	1.67	0.94
1週間の実施回数(うち20分未満) __体位交換	2271 100.0	2265 99.7	-	-	1 0.0	4 0.2	1 0.0	6.67	1.25
1週間の実施回数(うち20分未満) __移動・移乗介助	2271 100.0	2252 99.2	4 0.2	3 0.1	4 0.2	5 0.2	3 0.1	5.11	3.77
1週間の実施回数(うち20分未満) __通院・外出介助	2271 100.0	2265 99.7	2 0.1	3 0.1	1 0.0	-	-	2.17	1.07
1週間の実施回数(うち20分未満) __服薬介助	2271 100.0	2252 99.2	2 0.1	6 0.3	1 0.0	9 0.4	1 0.0	5.00	3.01

5) 生活援助サービス

1 週間の中で生活援助サービスを実施した回数を調べたところ、「5～9 回」が最も多かった(26.9%)。次いで「3～4 回」が 20.6%、「2 回」が 16.9%であり、平均は 6.7 回であった。

図表 2-108 1 週間の実施回数 (生活援助サービス)

調査数	0 回	1 回	2 回	3 ~ 4 回	5 ~ 9 回	10 ~ 19 回	20 回 以上	平均	標準偏差
2271	11	333	383	468	612	326	138	6.65	7.05
100.0	0.5	14.7	16.9	20.6	26.9	14.4	6.1		

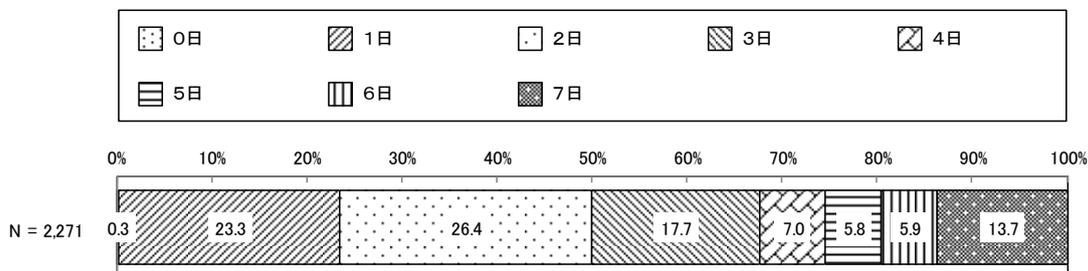


6) 1 週間の訪問日数

1 週間の訪問日数において最も多かったのは「2 日」の 23.3%、次いで「1 日」が 23.3%、「3 日」が 17.7%であった。平均は 3.2 日であった。

図表 2-109 1 週間の訪問日数

調査数	0 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	平均	標準偏差
2271	6	529	599	402	158	132	133	312	3.17	2.05
100.0	0.3	23.3	26.4	17.7	7.0	5.8	5.9	13.7		



7) その他のケア

その他のケアの実施回数については、「0回」が多かったが、「0回」を除くと、「安否確認等」「サ高住の提供するサービス」「配食サービス」「食事（調理）」は「6～7回」、「医療・看護ケア」「ショートステイ」は「1回」、「通所サービス」は「2～3回」が多かった。

図表 2-110 1週間の実施回数（その他のケア）

	調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8 回 以上	平均	標準偏差
1週間の実施回数__安否確認等	2271 100.0	1938 85.3	52 2.3	77 3.4	26 1.1	178 7.8	-	0.7	1.94
1週間の実施回数__医療・看護ケア	2271 100.0	1975 87.0	171 7.5	89 3.9	5 0.2	31 1.4	-	0.27	0.95
1週間の実施回数__サ高住の提供するサービス	2271 100.0	2158 95.0	12 0.5	9 0.4	1 0.0	91 4.0	-	0.29	1.37
1週間の実施回数__通所サービス	2271 100.0	1350 59.4	256 11.3	543 23.9	92 4.1	30 1.3	-	0.94	1.39
1週間の実施回数__ショートステイ	2271 100.0	2230 98.2	16 0.7	11 0.5	12 0.5	2 0.1	-	0.05	0.42
1週間の実施回数__配食サービス	2271 100.0	1974 86.9	55 2.4	75 3.3	47 2.1	120 5.3	-	0.55	1.66
1週間の実施回数__食事（調理）	2271 100.0	2095 92.3	22 1.0	31 1.4	15 0.7	108 4.8	-	0.4	1.53

8) 1日あたりのサービス実施回数（合計）

1日あたりのサービス実施回数の合計は「2～3回」が43.6%で最も多かった。次いで「1回」が21.2%、「4～5回」が17.5%であった。平均は3.7回であった。

図表 2-111 サービス実施回数合計

調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8 回 以上	平均	標準偏差
7207 100.0	-	1528 21.2	3139 43.6	1260 17.5	564 7.8	716 9.9	3.66	3.23

9) 1日あたりのサービス実施回数合計（うち計画外）

サービス実施回数合計（うち計画外）については「0回」が95.5%で最も多かった。次いで「1回」が2.6%、「2～3回」が0.8%であった。平均は0.13回であった。

図表 2-112 サービス実施回数合計（うち計画外）合計

調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8 回 以上	平均	標準偏差
7207 100.0	6881 95.5	184 2.6	58 0.8	26 0.4	18 0.2	40 0.6	0.13	0.88

10) 1日あたりのサービス実施回数（うち20分未満）

サービス実施回数（うち20分未満）は「0回」が96.3%で最も多かった。次いで「1回」が1.4%、「2～3回」が1.0%であった。平均は0.12回であった。

図表 2-113 サービス実施回数（うち20分未満）合計

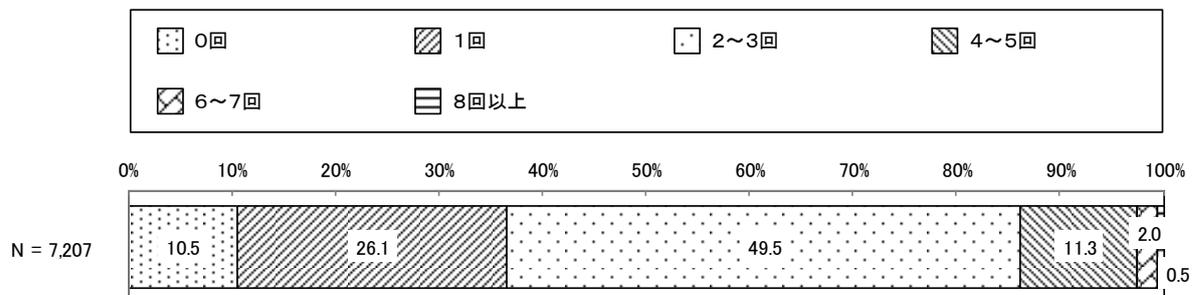
調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8 回 以上	平均	標準偏差
7207	6941	103	73	38	23	29	0.12	0.78
100.0	96.3	1.4	1.0	0.5	0.3	0.4		

11) 1日あたりの生活援助サービス実施回数

生活援助サービス実施回数は「2～3回」が49.5%で最も多かった。次いで「1回」が26.1%、「4～5回」が11.3%であった。平均は2.1回であった。

図表 2-114 生活援助サービス実施回数計

調査数	0回	1回	2 ～ 3回	4 ～ 5回	6 ～ 7回	8 回 以上	平均	標準偏差
7207	760	1880	3571	814	143	39	2.10	1.45
100.0	10.5	26.1	49.5	11.3	2.0	0.5		



12) 訪問介護員属性別のサービス提供状況

1週間のサービス提供記録をもとに、生活援助サービスを提供した訪問介護員の属性を比較すると、「調理、配膳・下膳」「掃除」で非常勤の割合が相対的に高く、「衣類の整理・衣服の補修」で低いことが分かった。身体介護サービスについては、ほとんどの項目で常勤の割合が高くなっていた。保有資格別では、介護福祉士資格保有者は、食事、調理、更衣等の身体介護を行う割合が相対的に高かった。経験年数別では、あまり明確な特徴は見られなかった。

図表 2-115 訪問介護員属性別のサービス提供状況

【勤務形態別】

	調査数	常勤	非常勤	無回答
全体	25344	10302	14412	630
	100.0	40.7	56.9	2.5
調理、配膳・下膳	4311	1469	2717	125
	100.0	34.1	63.0	2.9
掃除	4475	1587	2782	106
	100.0	35.5	62.2	2.4
洗濯	1997	745	1197	55
	100.0	37.3	59.9	2.8
買い物、薬の受け取り	1143	428	680	35
	100.0	37.5	59.5	3.1
ベッドメイク	1213	485	686	42
	100.0	40.0	56.6	3.5
衣類の整理・衣服の補修	556	279	264	13
	100.0	50.2	47.5	2.3
相談援助業務	697	268	407	22
	100.0	38.5	58.4	3.2
起床・就寝介助	861	469	386	6
	100.0	54.5	44.8	0.7
洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	1343	688	638	17
	100.0	51.2	47.5	1.3
食事介助(摂取介助)	393	227	166	0
	100.0	57.8	42.2	0.0
特段の専門的配慮をもって行う調理	99	35	54	10
	100.0	35.4	54.6	10.1
排泄介助	1679	776	874	29
	100.0	46.2	52.1	1.7
更衣介助	1492	671	790	31
	100.0	45.0	53.0	2.1
身体の清拭(全身・部分清拭)	705	268	407	30
	100.0	38.0	57.7	4.3
入浴介助	853	360	477	16
	100.0	42.2	55.9	1.9
体位交換	232	76	151	5
	100.0	32.8	65.1	2.2
移動・移乗介助	1544	705	813	26
	100.0	45.7	52.7	1.7
通院・外出介助	291	134	150	7
	100.0	46.1	51.6	2.4
服薬介助	1460	632	773	55
	100.0	43.3	53.0	3.8

【保有資格別】

	調査数	介護福祉士	介護職員実務者研修	介護職員初任者研修	介護職員基礎研修	訪問介護員1級課程	訪問介護員2級課程	その他	無回答
全体	25344 100.0	11943 47.1	603 2.4	1677 6.6	356 1.4	412 1.6	9729 38.4	205 0.8	419 1.7
調理、配膳・下膳	4311 100.0	1869 43.4	66 1.5	215 5.0	62 1.4	100 2.3	1873 43.5	25 0.6	101 2.3
掃除	4475 100.0	2071 46.3	106 2.4	247 5.5	78 1.7	91 2.0	1774 39.6	16 0.4	92 2.1
洗濯	1997 100.0	960 48.1	38 1.9	123 6.2	23 1.2	45 2.3	774 38.8	5 0.3	29 1.5
買い物、菓の受け取り	1143 100.0	561 49.1	30 2.6	51 4.5	13 1.1	13 1.1	448 39.2	7 0.6	20 1.8
ベッドメイク	1213 100.0	570 47.0	26 2.1	77 6.4	17 1.4	26 2.1	473 39.0	8 0.7	16 1.3
衣類の整理・衣服の補修	556 100.0	263 47.3	23 4.1	34 6.1	8 1.4	6 1.1	215 38.7	4 0.7	3 0.5
相談援助業務	697 100.0	353 50.7	17 2.4	51 7.3	4 0.6	5 0.7	234 33.6	4 0.6	29 4.2
起床・就寝介助	861 100.0	413 48.0	14 1.6	82 9.5	23 2.7	5 0.6	288 33.5	30 3.5	6 0.7
洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	1343 100.0	650 48.4	51 3.8	116 8.6	12 0.9	7 0.5	480 35.7	14 1.0	13 1.0
食事介助(摂取介助)	393 100.0	212 53.9	13 3.3	30 7.6	12 3.1	1 0.3	118 30.0	5 1.3	2 0.5
特段の専門的配慮をもって行う調理	99 100.0	56 56.6	1 1.0	1 1.0	0 0.0	0 0.0	40 40.4	1 1.0	0 0.0
排泄介助	1679 100.0	825 49.1	40 2.4	136 8.1	10 0.6	24 1.4	608 36.2	16 1.0	20 1.2
更衣介助	1492 100.0	783 52.5	30 2.0	93 6.2	15 1.0	27 1.8	515 34.5	17 1.1	12 0.8
身体の清拭(全身・部分清拭)	705 100.0	328 46.5	17 2.4	46 6.5	3 0.4	17 2.4	278 39.4	7 1.0	9 1.3
入浴介助	853 100.0	436 51.1	16 1.9	64 7.5	16 1.9	16 1.9	288 33.8	2 0.2	15 1.8
体位交換	232 100.0	78 33.6	8 3.5	24 10.3	1 0.4	0 0.0	115 49.6	1 0.4	5 2.2
移動・移乗介助	1544 100.0	758 49.1	44 2.9	154 10.0	28 1.8	11 0.7	516 33.4	18 1.2	15 1.0
通院・外出介助	291 100.0	145 49.8	6 2.1	22 7.6	10 3.4	2 0.7	99 34.0	1 0.3	6 2.1
服薬介助	1460 100.0	612 41.9	57 3.9	111 7.6	21 1.4	16 1.1	593 40.6	24 1.6	26 1.8

【経験年数別】

	調査数	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年～15年未満	15年以上	無回答
全体	25344 100.0	194 0.8	2510 9.9	3002 11.9	6129 24.2	7516 29.7	4706 18.6	1287 5.1
調理、配膳・下膳	4311 100.0	20 0.5	390 9.1	502 11.6	996 23.1	1367 31.7	818 19.0	218 5.1
掃除	4475 100.0	27 0.6	469 10.5	493 11.0	1153 25.8	1440 32.2	720 16.1	173 3.9
洗濯	1997 100.0	9 0.5	202 10.1	223 11.2	483 24.2	628 31.5	381 19.1	71 3.6
買い物、菓の受け取り	1143 100.0	6 0.5	91 8.0	121 10.6	299 26.2	404 35.4	193 16.9	29 2.5
ベッドメイク	1213 100.0	4 0.3	124 10.2	159 13.1	309 25.5	391 32.2	175 14.4	51 4.2
衣類の整理・衣服の補修	556 100.0	2 0.4	49 8.8	64 11.5	166 29.9	157 28.2	91 16.4	27 4.9
相談援助業務	697 100.0	7 1.0	66 9.5	55 7.9	173 24.8	220 31.6	131 18.8	45 6.5
起床・就寝介助	861 100.0	5 0.6	103 12.0	116 13.5	170 19.7	211 24.5	186 21.6	70 8.1
洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	1343 100.0	14 1.0	148 11.0	160 11.9	327 24.4	338 25.2	301 22.4	55 4.1
食事介助(摂取介助)	393 100.0	5 1.3	29 7.4	59 15.0	83 21.1	113 28.8	98 24.9	6 1.5
特段の専門的配慮をもって行う調理	99 100.0	0 0.0	7 7.1	2 2.0	31 31.3	32 32.3	26 26.3	1 1.0
排泄介助	1679 100.0	15 0.9	151 9.0	234 13.9	415 24.7	415 24.7	315 18.8	134 8.0
更衣介助	1492 100.0	17 1.1	124 8.3	196 13.1	340 22.8	423 28.4	352 23.6	40 2.7
身体の清拭(全身・部分清拭)	705 100.0	0 0.0	75 10.6	86 12.2	161 22.8	224 31.8	144 20.4	15 2.1
入浴介助	853 100.0	7 0.8	103 12.1	113 13.3	187 21.9	272 31.9	141 16.5	30 3.5
体位交換	232 100.0	4 1.7	23 9.9	27 11.6	33 14.2	27 11.6	27 11.6	91 39.2
移動・移乗介助	1544 100.0	22 1.4	173 11.2	212 13.7	364 23.6	430 27.9	278 18.0	65 4.2
通院・外出介助	291 100.0	6 2.1	34 11.7	31 10.7	100 34.4	68 23.4	48 16.5	4 1.4
服薬介助	1460 100.0	24 1.6	149 10.2	149 10.2	339 23.2	356 24.4	281 19.3	162 11.1

2.4 アンケート調査結果のまとめ

(1) 事業所の状況

アンケートは、全国の訪問介護サービス事業所の 2,000 箇所に配布し、うち 581 箇所（回収率 29.05%）から回答を得た。また、事業所で実際に生活援助サービスを提供した利用者の中から 5 名を抽出し、担当するサービス提供責任者に生活援助サービス利用者調査票を配布し、うち 2,345 件（1 事業所あたり 4.04 票）の回答を得た。

1) 事業所の概要について

回答事業所の運営主体は「株式会社」が 36.1%と最も多く、次いで「有限会社・個人経営等の民間企業」が 18.6%、そして「社協以外の社会福祉法人」が 16.2%であった。これらの事業所が事業を開始した年の平均は 2004 年であった。事業所が属する法人が提供しているサービスは「居宅介護支援・介護予防支援」が 61.8%で最も多く、次いで「通所介護・通所リハビリテーション」が 43.7%、「介護保険外サービス(1)通院同行」が 35.1%であった。

事業所が属する法人の職員数（実人数）は、「20～49 人」（21.0%）が最も多く、次いで「300 人以上」（20.3%）、「10～19 人」（14.1%）の規模であった。また、法人内の訪問介護事業所数は、「1 事業所」が 62.5%と最も多く、次いで「2 事業所」が 9.8%、「5～9 事業所」と「100 事業所以上」が 6.2%で並んだ。これらの結果から、回答事業所は大規模な法人と小規模な法人に二分していたことが分かる。

2) 職員体制

事業所の職員体制について最も多かった回答は、管理者が「常勤実人数」で「1 人」（96.4%）、サービス提供責任者が「常勤実人数」で「1 人」（33.9%）、「非常勤実人数」で「0 人」（81.1%）、訪問介護員が「常勤実人数」で「0 人」（41.3%）、「非常勤実人数」で「11 人以上」（42.9%）、事務員（常勤実人数）が「0 人」（70.7%）、「非常勤実人数」で「0 人」（84.7%）、その他の職員（常勤実人数）が「0 人」（94.8%）、「非常勤実人数」で「0 人」（95.4%）であった。また、管理者の平均年齢は 51.1 歳であった。

これらの結果から、回答事業所では、常勤の管理者が 1 人、常勤のサービス提供者が 1 人、非常勤の訪問介護員が 11 人以上、事務員やその他の職員が 0 人という職員体制の事業所が多かったことが分かる。

3) 利用者の状況

事業所の実利用者数では、介護保険給付は「21～40 人」（38.4%）が最も多く、介護予防給付は「1～10 人」（33.4%）が最も多く、その他（障害・保険外サービス等）は「0 人」（36.8%）が最も多かった。

サービス提供回数では、介護保険給付は「501～1000 回」（24.6%）が最も多く、介護予防給付は「51～100 回」（21.7%）が最も多く、その他（障害・保険外サービス等）は「0 回」（37.0%）が最も多かった。

事業所を利用している人のうち、サービス付き高齢者向け住宅の利用者数について、単体が「0人」(67.2%)、併設が「0人」(46.4%)、外部サービス利用型が「0人」(81.1%)であり、利用していない人が多かった。

4) 生活援助サービスの提供状況

要介護度別の利用者数について、要介護1では「11～20人」(29.3%)が最も多く、要介護2では「6～10人」(28.4%)が最も多く、要介護3は「1～5人」(50.9%)が最も多く、要介護4では「1～5人」(50.9%)が最も多く、要介護5は「1～5人」(51.8%)が最も多かった。平均としては、要介護1が11.5人、要介護2が10.2人、要介護3が5.7人、要介護4が4.1人、要介護5が3.6人であった。

生活援助のみの利用者については、要介護1では「1～5人」(38.6%)が最も多く、要介護2では「1～5人」(47.7%)が最も多く、要介護3は「0人」(48.9%)が最も多く、要介護4は「0人」(73.1%)が最も多く、要介護5は「0人」(85.9%)が最も多かった。また、生活援助のみの利用者のうち、要介護度別の1か月間ののべ利用回数の平均は、要介護1は70.0回、要介護2は59.8回、要介護3は34.1回、要介護4は26.1回、要介護5は28.3回であった。これらの結果から、要介護度が高くなるほど、生活援助のみの利用者数が減っていることがわかる(要介護度が高いほど、生活援助のみならず身体介護も利用していると考えられる)。

訪問介護計画上に明記されていない生活援助に相当するサービスの提供については「ほとんどない」(37.9%)が最も多かった。

勤務形態においては「非常勤(登録ヘルパー等)」(76.2%)が「常勤」(19.8%)より多かった。

年齢では「高い」(94.8%)が「低い」(4.5%)より多かった。

生活援助サービスを提供するヘルパーを割り当てる際の方針や特徴においては「年齢の【高い】ヘルパーが担当することが多い」(25.1%)が最も多く、次いで「家事経験の豊富なヘルパーが担当することが多い」(23.8%)、「【非常勤(登録ヘルパー等)】のヘルパーが担当することが多い」(22.5%)であった。これらの結果から、ヘルパーは非常勤が多く、年齢が高い傾向が見られる。また、生活援助サービスを提供するにあたり、年齢が高く、家事経験が豊富で、非常勤のヘルパーが多く担っている傾向がある。

5) 平成27年度介護報酬改定の影響等

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定については「現時点では指定を受ける時期は決まっていない」(82.1%)が最も多かった。

20分未満の身体介護の算定については「算定していない」(78.5%)が「算定している」(15.1%)より多かった。

頻回に訪問する利用者(2時間ルール適用外)について1か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(I)の範囲を超えないように調整したケースの有無については「頻回に訪問する20分未満の身体介護の利用者はいない」(67.0%)が最も多く、次いで「頻回

に訪問する利用者はいるが、範囲を超えないように調整したケースはない」(20.5%)、「頻回に訪問する利用者について、範囲を超えないように調整したケースがある」(4.5%)であった。うち「頻回に訪問する利用者について、範囲を超えないように調整したケースがある」と答えた回答者にその方法を尋ねたところ、「訪問回数を調整した」が100.0%であった。

20分未満の身体介護を提供している利用者の住居別人数の中で、2時間ルールを適用している人数については、一般住宅、サービス付き高齢者向け住宅(併設)、サービス付き高齢者向け住宅(併設以外)、外部サービス利用型において、「0人」という回答がそれぞれ最も多かった。

また、20分未満の身体介護を提供している利用者の住居別人数の中で、2時間ルール適用外の人数については、一般住宅、サービス付き高齢者向け住宅(併設)、サービス付き高齢者向け住宅(併設以外)、外部サービス利用型において、「0人」という回答がそれぞれ最も多かった。

20分未満の身体介護を算定していない理由としては、「20分未満の身体介護(頻回型)を希望する利用者がいない」(70.8%)が最も多かった。また、20分未満の身体介護の算定が難しい要件としては、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること」(59.8%)が最も多く、次いで「常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること」(44.1%)、「1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であること」(32.4%)であった。

20分未満の身体介護の算定に対する今後の意向については「どちらともいえない」(31.6%)が最も多く、次いで「20分未満の身体介護を必要とする利用者がいれば、対応する」(31.1%)、「算定する意向はない」(15.1%)であった。

特定事業所加算の取得状況については「特定事業所加算は算定していない」(59.6%)が最も多く、次いで「特定事業所加算(Ⅱ)を算定している」(21.5%)、「特定事業所加算(Ⅰ)を算定している」(9.6%)であった。特定事業所加算Ⅳを算定していない理由としては「前年度又は前3月間における利用者総数のうち、要介護3~5である者、認知症自立度Ⅲ以上の利用者、喀痰吸引や経管栄養が必要な利用者の合計の占める割合を60%以上にできない」(56.4%)が最も多く、次いで「人員基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置できない」(21.7%)であった。

「(1) サービス提供責任者の配置人数の基準の緩和される条件」において、常勤のサービス提供責任者を3名以上配置しているかという点については「該当していない」が58.7%で最も多く、次いで「平成27年4月以前から該当」(28.9%)であった。サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1名以上配置しているかについては「平成27年4月以前から該当」(67.3%)が最も多く、次いで「該当していない」(20.1%)が多かった。サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている(IT活用等)については「平成27年4月以前から該当」(51.5%)が最も多く、次いで「該当していない」(32.4%)が多かった。

また、上記の「(1) サービス提供責任者の配置人数の基準の緩和される条件」に該当している場合、サービス提供責任者1人あたりの利用者数を40人から50人に変更したかについては「(1)の条件を満たしていないため、変更していない」が40.8%で最も多く、次いで「(1)の条件に該当しているが、変更していない」が38.8%、「変更した」が7.4%であった。そのうち、「変更し

た」と答えた回答者は 34 件であったが、その内訳は「事業所の利用者数を拡大した」が 26.5%、「サービス提供責任者の配置数を削減した」が 14.7%であった。

サービス提供責任者の配置を変更した場合のサービス提供責任者の業務量は「変化なし」(50.0%) が最も多く、次いで「増加した」(41.2%)、「減少した」(8.8%) であった。

サービス提供責任者が直接利用者にサービスを提供する時間については「変化なし」(47.1%) が最も多く、次いで「増加した」(26.5%)、「減少した」(23.5%) であった。

サービス提供責任者としての本来業務（サービス提供以外）にかける時間の割合は「増加した」(55.9%) が最も多く、「変化なし」(29.4%)、「減少した」(11.8%) であった。サービス提供責任者の業務効率については「変化なし」(55.9%) が最も多く、次いで「向上した」(23.5%)、「低下した」(17.6%) であった。

これらの結果から、サービス提供責任者の配置を変更した場合、業務量、利用者へのサービス提供時間には変化なしと回答する傾向が多く、本来業務にかける時間の割合は増加した傾向にあることがわかる。

生活機能向上連携加算を算定した利用者数は、訪問リハビリテーションでは「0人」(58.2%) が最も多く、次いで「1人」(0.5%)、通所リハビリテーションでは「0人」(57.5%) が最も多く、次いで「1人」(0.9%) であった。これらの結果から、ほとんどいなかったということがわかる。

ただし、生活機能向上連携加算を取得している場合、通所リハビリテーション事業所との提携の変化については「利用者の身体状況等を評価しやすくなった」(72.7%) が最も多く、次に「リハビリテーション専門職に利用者に関する情報共有や相談しやすくなった」(54.5%) として、通所リハビリテーション事業所との連携において良い影響が出ていることがわかる。

一方、生活機能向上連携加算を取得していない理由は「通所リハビリテーションの専門職が利用者宅を訪問する機会がない」(28.1%) が最も多く、次いで「リハビリテーション専門職が訪問する日程にあわせて、サービス提供責任者が同行することが難しい」(21.5%)、「利用者の身体の状態等の評価を共同して行うことが難しい」(14.5%) であり、連携の仕組みが十分ではないことがうかがえる。

6) 事業所の運営について

事業所の運営状況について、平成 27 年度 4 月以降の収支状況は、「収支均衡」が 34.1%と最も多く、次いで「赤字」が 32.7%、「黒字」が 18.2%であった。開設主体別では、「株式会社」が黒字の割合が最も大きく、訪問介護員数（常勤換算）別では、人数が多いほど「黒字」の割合が大きかった。

事業所で介護職員実務者研修の受講や介護福祉士資格取得を奨励しているかについては、「研修等の情報提供をしている」が 64.0%と最も多く、次いで「受講に際して勤務上の配慮をしている」が 47.2%、「受講費用の一部を補助している」が 28.9%であった。研修や資格取得を奨励する姿勢を持つ事業所が多いことがうかがえる。

事業所で都道府県による介護職員に関する研修の補助制度を活用しているかについては、「補助制度について知らない」(38.0%)、「補助制度があるが、活用していない」(26.9%)の順に多く、「活用している」(13.8%)を大きく上回った。周知不足の状況や、制度を知っていても活用されていない状況がある。

「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」の導入については「すでに導入している」と回答した事業所は10.2%であり、「導入を予定・検討している」は11.4%と合計すると、21.6%の事業所が対応しているまたは視野に入れているという結果であった。一方で「関心はあるが具体的に検討していない」が50.4%で最も多く、次いで「介護プロフェッショナル キャリア段位制度について知らない」が15.5%であった。

職員のキャリアパスに応じた役割・職務設定については「事業所におけるキャリアパスが明確にされていない」が39.4%で最も多く、次いで「事業所の体制や業務の実態に即して、職種・職級ごとの職務・能力を明確にしたキャリアパスを設定している」が28.7%、「標準的なキャリアパスモデルを導入している」が23.2%であった。

これらの結果から、「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」は少しずつ浸透しつつあるものの、半数以上の事業所では検討の段階に入っていない状況であった。また、事業所におけるキャリアパスが明確にされていないという課題があることがわかる。

人材の確保や定着、育成における課題のうち、特に重大だと思えるものとして「志望者が少なく、必要数を採用できない」(66.3%)、「訪問介護員が高齢化している」(63.5%)が非常に多く、「離職者が多い」が22.0%であった。その要因として特に重大だと考えているものとしては「介護保険制度に関する要因」が37.7%で最も多く、次いで「社会や地域に関する要因」が16.5%、「職場環境に関する要因」と「事業所運営に関する要因」が10.2%であった。

これらの結果から、多くの事業所で必要な人材を採用できておらず、訪問介護員の高齢化が重大な課題になっていることがわかる。

訪問介護員が担当する利用者や提供するサービスを割り当てる際、重視している点は「利用者との相性」(83.1%)が最も多く、次いで「経験」(58.7%)、「居住地と勤務地」(43.9%)であった。

所在地域において、他の訪問介護事業所と連携の仕組みについては「連携の仕組みがある」が43.2%で最も多く、次いで「連携の仕組みはない」が42.2%、「どちらともいえない・わからない」が12.4%であった。連携の仕組みがあると答えた場合、その内容は「イ. 合同で勉強会、研修などを企画・開催している」(41.4%)が最も多く、次いで「ア. 定期的に会合を行っている」(40.2%)、「ウ. 空き状況や利用者情報などを共有している」(27.9%)であった。

法人内で実施している介護保険外サービスについては、配食は16.7%、宅配は4.8%、掃除46.8%、洗濯は42.3%であった。別法人への委託については、配食は6.5%、宅配は2.9%、掃除は2.1%、洗濯は2.4%であった。住民の組織化を促すような取り組みは、配食は3.6%、宅配は1.2%、掃

除は 4.8%、洗濯は 4.0%であった。

これらの結果から、回答事業所のうち、法人内で実施している「配食」「宅配」「掃除」「洗濯」のサービスのうち、「あり」が 4 割を超えているものは「掃除」と「洗濯」であり、別法人に委託しているサービスのうち「あり」が 1 割を超えるものはなかった。住民の組織化を促すような取り組みも進んでいない状況であることがわかる。

今後の事業所運営の安定、あるいは拡大に向けては「身体介護を中心とする利用者の割合を拡大したい」(58.9%) が最も多く、次いで「中重度の利用者の割合を拡大したい」(31.5%)、「地域の他の訪問介護事業所と連携を強化したい」(20.5%) であった。身体介護を中心とする利用者や中重度の利用者を増やし、地域の連携を強化する意向であることがわかる。

新総合事業における訪問型サービス (A) に対応しているか、または今後対応する予定があるかについては「今後検討したい」が 39.4%で最も多く、次いで「対応する予定はない」が 15.7%、「対応せざるをえない」が 14.5%であった。現時点においては、「対応している」や「今後は積極的に対応したい」という回答よりも消極的な回答が多い。

(2) 生活援助サービス利用者の状況

1) 利用者の属性とサービス利用状況

利用者の属性について、女性が 67.5%、男性が 32.1%であり、平均年齢は 82.4 歳であった。

利用者の要介護度別では、多かった順に、「要介護 1」(44.3%)、「要介護 2」(31.5%)、「要介護 3」(13.3%)、「要介護 4」(6.0%)、「要介護 5」(3.0%) であった。

利用者の日常生活自立度では、最も多かったのは「A1」(15.9%)、次いで「A2」(15.5%)、「J2」(14.9%) であった。

利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度で最も多かったのは「自立」(22.8%)、次いで「I」(18.0%)、「II b」(13.9%) であった。

利用者の ADL については、「移動」(49.6%)、「食事」(78.9%)、「排せつ」(73.9%)、「整容(着替え)」(62.3%) の全ての項目で「自立」が最も多かった。

利用者の健康状態で最も多かったのは「よい」で 47.6%であった。次いで「あまり良くない」が 41.7%、「よくない」は 6.5%であった。治療の有無は「あり」(79.6%) で「なし」(9.8%) より多かった。現在、有している傷病では「高血圧」(40.0%) が最も多く、次いで「筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)」(29.2%)、「認知症(アルツハイマー病等)」(28.6%) であった。痛みの有無については「ない」(52.7%) が「日常生活に支障のある痛みがある」(40.1%) より多かった。

利用者の世帯構成は「独居」が 66.6%で最も多かった。次いで「その他同居」が 16.7%。「夫婦のみ」は 15.5%であった。うち「その他同居」では「3 世代同居」と「高齢者(65 歳以上)のみ」が共に 14.8%であり、「それ以外」が 66.3%であった。

介護者の状況においては「あり」が54.1%、「なし」が39.0%であった。「あり」のうち最も多かったのは「時間帯によっては介護できるものがある」で57.3%、次いで「常時、介護できるものがある」が20.4%。「介護できるものがない」が17.4%であった。主に介護をしている方の1日の平均的な介護時間は「必要な時に手をかす程度」が47.9%で最も多く、次いで「その他」が18.1%、「2～3時間程度」は12.7%であった。

事業所から利用者宅への移動時間は「10分～20分未満」が46.7%と最も多く、次いで「10分未満」が24.1%、「20分～30分未満」が16.2%であった。利用者の現在の住まいとして最も多かったのが「一戸建て」(57.0%)で、次が集合住宅(39.3%)であった。住居の形態として最も多かったのは「持家」(58.1%)で、次いで「サービス付き高齢者向け住宅等」(16.0%)、「一般の公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)」(11.9%)であった。そのうち「サービス付き高齢者向け住宅等」を選択した回答者の内訳を見ると、「外部サービス利用型(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム)」が54.0%で、次いで「サービス付き高齢者向け住宅」が41.0%であった。

現在利用している他のサービスとして最も多かったのは「通所介護」で46.5%であった。次いで「福祉用具貸与」が36.2%、「訪問看護」は15.9%であった。生活援助のみの場合のほうが多いのは「通所介護」であり、身体介護ありの場合に多いのは、「福祉用具貸与」「訪問看護」であった。

2) 生活援助サービスの提供状況

生活援助サービスが個別サービス計画上に位置付けられているかについては、「はい」が99.0%で、「いいえ」は0.8%であった。個別サービス計画上に位置付けられている生活援助サービスの種類は、「掃除」が最も多く、「身体介護あり」「身体介護なし」とともに8割を超えていた。「洗濯」は「身体介護あり」では55.2%、「身体介護なし」では37.8%であった。「ベッドメイク」「衣類の整理等」でも「身体介護あり」のほうが「身体介護なし」よりも利用している割合が高かった。生活援助サービスの組み合わせパターンでは、「掃除のみ」が特に身体介護なしで多く、20.8%を占めていた。

生活援助サービスを提供する回数として、「調理、配膳・下膳」が平均5.0回、「薬の受け取り」が平均1.3回、「掃除」が平均2.6回、「洗濯」が平均2.7回、「買い物」が平均2.2回、「ベッドメイク」が平均2.5回、「衣類の整理等」が平均2.5回、「相談援助業務」が平均3.3回、「その他」が平均2.9回であった。

利用者に対して生活援助サービスを提供している理由として最も多かったのは「ケアプランに位置づけられているため」(90.9%)が最も多く、次いで「担当者会議で必要性について決定されたため」(72.7%)、「サービス提供責任者のアセスメントにもとづき必要性があると判断されたため」(43.5%)であった。利用者に対して生活援助サービスを訪問介護事業所として継続的に提供する必要性については「訪問介護事業所が行う介護保険サービスとして継続する必要性がある」

が 79.0%で最も多く、次いで「総合事業や地域の生活支援サービス等、他の形態で提供することも可能である」が 10.5%、「どちらともいえない」は 5.4%であった。

3) 担当する訪問介護員

サービス提供責任者が、「1週間のサービス提供の記録表」の調査期間中に利用者に対してサービスを提供した訪問介護員について「訪問介護員一覧」として記入した。その一覧表に記入された訪問介護員数の平均は 3.3 人であった。

「訪問介護員一覧」に記入された訪問介護員のうち、サービス提供責任者は 19.2%であった。訪問介護員の勤務形態については「非常勤」が 55.8%、「常勤」が 40.9%であった。訪問介護員の平均年齢は 51.1 歳であった。

訪問介護員の保有資格の中では「介護福祉士」(47.4%)が最も多く、次いで「訪問介護員 2 級課程」(37.3%)、「介護職員初任者研修」(6.5%)であった。介護福祉士を有する場合の取得後の平均年数は 6.3 年であった。

介護に関する通算経験年数は平均 9.0 年であった。

身体介護を実施した訪問介護員は 83.5%であった。生活援助を実施した訪問介護員は 88.4%であった。

4) 1週間のサービス提供の記録

「1週間のサービス提供の記録表」をサービス提供責任者に回答してもらったところ、抽出した利用者に対する 1週間の訪問回数は「2~4回」(30.2%)が最も多く、次いで「5~9回」(25.5%)、「10~19回」(16.8%)で、平均は 11.6 回であった。そのうち、1週間の中で生活援助サービス実施を行った回数は、平均 6.7 回であった。1週間の訪問日数は平均 3.2 日であった。

1週間のサービス実施回数は平均 3.7 回、サービス実施回数(うち計画外)は平均 0.1 回、サービス実施回数(うち 20 分未満)は平均 0.1 回、生活援助サービス実施回数は平均 2.1 回であった。

1週間のサービス実施回数について、「掃除」は「2~3回」(39.6%)が最も多かった。「0回」が最も多かった項目は、「調理、配膳・下膳」(54.3%)、「洗濯」(60.2%)、「買い物、薬の受け取り」(70.8%)、「ベッドメイク」(75.5%)、「衣類の整理・衣服の補修」(86.8%)、「相談援助業務」(89.0%)、「起床・就寝介助」(94.5%)、「洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)」(88.4%)、「食事介助(摂取介助)」(96.9%)、「特段の専門的配慮をもって行う調理」(99.0%)、「排泄介助」(89.1%)、「更衣介助」(82.1%)、「身体の清拭(全身・部分清拭)」(91.5%)、「入浴介助」(80.5%)、「体位交換」(98.5%)、「移動・移乗介助」(84.0%)、「通院・外出介助」(92.1%)、「服薬介助」(88.1%)であった。

1週間のサービス実施回数のうち計画外のものについては、「調理、配膳・下膳」が平均 7.3 回、「掃除」が平均 2.5 回、「洗濯」が平均 2.3 回、「買い物、薬の受け取り」が平均 1.3 回、「ベッドメイク」が平均 2.4 回、「衣類の整理・衣服の補修」が平均 1.8 回、「相談援助業務」が平均 1.9 回、「起床・就寝介助」が平均 5.2 回、「洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)」が平均 4.6 回、「食事介助(摂取介助)」が平均 6.2 回、「特段の専門的配慮をもって行う調理」が平均 0 回、

「排泄介助」が平均 7.0 回、「更衣介助」が平均 2.7 回、「身体の清拭（全身・部分清拭）」が平均 1.7 回、「入浴介助」が平均 1.0 回、「体位交換」が平均 0 回、「移動・移乗介助」が平均 5.6 回、「通院・外出介助」が平均 0 回、「服薬介助」が平均 8.9 回であった。

1 週間のサービス実施回数のうち計画外のもので週 7 回以上実施されているのは、「服薬介助」、「調理、配膳・下膳」、「排泄介助」といった項目であった。

1 週間のサービス実施回数（うち 20 分未満）について、平均回数が最も多かったのは「起床・就寝介助」が平均 8.0 回、次いで「排泄介助」が平均 6.9 回、「体位交換」で平均 6.7 回であった。

生活援助サービス・身体介護以外の「その他のケア」について、1 週間の実施回数は、全項目において平均 1.0 回に満たなかった。「安否確認等」が平均 0.7 回、「医療・看護ケア」が平均 0.3 回、「サ高住の提供するサービス」が平均 0.3 回、「通所サービス」が平均 0.9 回、「ショートステイ」が平均 0.1 回、「配食サービス」が平均 0.6 回、「食事（調理）」が平均 0.4 回であった。

1 週間のサービス提供記録をもとに、生活援助サービスを提供した訪問介護員の属性を比較すると、「調理、配膳・下膳」「掃除」で非常勤の割合が相対的に高く、「衣類の整理・衣服の補修」で低いことが分かった。身体介護サービスについては、ほとんどの項目で常勤の割合が高くなっていた。保有資格別では、介護福祉士資格保有者は、食事、調理、更衣等の身体介護を行う割合が相対的に高かった。経験年数別では、あまり明確な特徴は見られなかった。

3 地域分析調査結果

3.1 調査概要

(1) 目的と方法

分析対象とする地域を設定し、地域において必要とされる訪問介護（特に生活援助に着目する）のサービス量とこれまでの供給状況に基づいて、今後の訪問介護サービスの供給パターンを想定し、パターンごとに事業所におけるサービス提供体制について分析し、地域における役割分担と訪問介護事業所のあり方を検討した。

【調査対象】 以下のような観点からモデルとなる3地域【流山市、桑名市、杵築市】を選定した。

- ・ 人口規模、人口構成
- ・ 地域における介護保険サービス、保険外サービスの充足状況
- ・ 新総合事業の推進、保険者の関わり、取組み状況（地域で支えるモデル）

【調査方法】 分析対象地域の自治体、訪問介護事業者連絡会、主要な訪問サービス事業所等へのヒアリング調査を行うとともに、関連データを提供いただき分析した。

(2) 調査内容

調査対象	ヒアリング調査項目	データ収集項目
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における訪問介護サービスの課題、関連サービスの充足状況、<u>需要・供給バランスに関する課題</u> など ・ これまでの地域支援事業の取組内容 ・ 新総合事業や保険給付外の生活支援サービスの現状と今後の方針、計画 ・ 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の運営方針、訪問介護サービスの位置づけ等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者数・要介護認定者数の推移 ・ 施設数（定員数）、介護サービス事業所数、<u>介護職員数</u>の推移 ・ 地域の要介護度別の介護サービス利用状況（<u>1人あたり給付費、訪問介護の給付費の推移</u>） ・ 属性別訪問介護サービス事業所数、訪問介護員数の推移 ・ 地域の事業所属性別の訪問介護サービスの提供の状況 ・ 保険外サービスの状況 等
地域の訪問介護連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の訪問介護サービスの課題 ・ 事業所間の連携状況（<u>利用者、介護職員の確保育成</u>など）、先進事例 ・ 連絡協議会の取組み状況 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会員数の推移 ・ 活動状況 等
主要な訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所の運営体制、<u>人材確保・育成の取組み状況、課題</u> ・ 現状の課題と取組、今後の方針、保険外サービスの提供状況、総合事業への転換の方針 ・ 生活支援サービスの利用者像、利用目的、ヘルパーの専門性とキャリアパス、サービス提供体制 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員数 ・ 利用者数、サービス提供状況 ・ 生活支援サービス利用者の状態像とサービス利用状況 等

(3) 対象地域

対象地域を以下の 3 地域とした。

市町村	特徴など
<p>杵築市 (大分県)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型予防サービスはヘルパー、訪問型生活支援はシルバー人材センターやボランティアを活用。サービス内容を考慮した担い手や単価設定。審査支払に国保連を活用。 ・ 地域ケア会議の開催頻度（平成 26 年度週 1） ・ 平成 24 年度に県の地域包括支援センター機能強化事業のモデル市に。 ・ 地域包括支援センター設置数 1 箇所、サブセンター 1 箇所 <p>■通所型元気アップ事業（実施事業所数：12 事業所）</p> <p>機能向上を目指し、デイケアを行うため、介護予防給付のデイケアサービスを行っている事業者へ委託。サービスの単価は、要介護認定の要支援 1～2 の単価に合わせている。</p> <p>■通所型予防サービス（実施事業所数：15 事業所）</p> <p>とじこもりがちな高齢者のため、介護予防サービス・場を提供。サービスの提供主体は、必ずしもリハビリ専門職に限らない。介護報酬単価の 6 割程度の金額でサービスを提供。</p> <p>■訪問型生活アップ事業（実施事業所数：6 事業所）</p> <p>自宅での機能向上のためのサービスを提供。一回あたりの単価は介護報酬と同じ単価で提供。</p> <p>■訪問型生活支援サービス（実施事業所数：7 事業所）</p> <p>ごみ出し、清掃、調理等、高齢者の生活上の困難について、支援サービスを提供。介護報酬単価の約 4 割の単価でサービスを提供。都市部と地方部では、自宅に住み続ける欲求は異なり、地方部では、自宅に住み続けたいと思う高齢者が多い。そこで、在宅生活の充実のための支援を充実化している。</p> <p>■サロンの提供</p> <p>社会福祉協議会が実施していたサロンを、杵築市が強化。サロンは、現在 12 ヶ所に増えている。サロンは、基本的には公民館（住民の自宅の場合も）。サロンで提供するコンテンツについては、市が支援しており、補助金等を給付している。サロンは、一次予防的な活動がメインとなっている。</p>
<p>桑名市 (三重県)</p>	<p>平成 27 年 4 月に新総合事業に移行。訪問型サービス B（住民主体による支援）、「訪問型サービス C（短期集中予防サービス）」を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【えぷろんサービス】桑名市シルバー人材センターに委託し、日常生活支援を必要とする高齢者を対象として、「高齢者サポーター養成講座」等を修了した会員が訪問による掃除、買物、外出支援、調理、洗濯、ゴミ出し、話し相手等を提供。【おいしく食べよう訪問】桑名市食生活改善推進協議会に委託し、食生活改善を必要とする高齢者を対象として、「高齢者サポーター養成講座」等を修了した食生活改善推進員が訪問による食事相談、献立相談、調理相談、体重測定等を提供。 ・ 訪問型サービス C は、【栄養いきいき訪問】【お口いきいき訪問】。

市町村	特徴など
流山市 (千葉県)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 27 年 4 月に新総合事業に移行。訪問型サービス A を実施。[訪問型サービス(A)、有償ボランティアによる支援(サービス B)、介護支援サポーターによる支援、ボランティア・ご近所の助け合い(互助の強化)] ・2025 年に向けた支え合いの地域社会づくりをめざし、生活支援ニーズには、住民参加型の社会・仕組みでサポートできるよう移行を進めている。 ・超高齢化への対応をきっかけとした地域コミュニティの再生への発展につなげたいと考えている。 ・新たな担い手として参画予定の事業所の改変後のイメージは、現行の訪問介護事業所は、主に身体介護のほか、現在予防給付により介護予防訪問介護を利用している要支援者に向けた当面のサービスを行い、訪問型サービス A で新たに事業者指定を行う訪問介護事業所は、出来高払い(予定)で要支援者、事業対象者の生活支援サービス(買い物、掃除、調理、ごみ出し等)を担う(元気高齢者、主婦、3 級ヘルパー、社会貢献意欲のあるヘルパー等)。それ以外に地域サポートセンター(有償ボランティア部門)が多様な生活支援ニーズを抱える高齢者を支援(草刈、樹木剪定、見守り、話し相手等)の多様な生活支援サービスに柔軟に対応する。

資料：各自治体資料等を基にヒアリングの事前に収集した情報をもとに作成

【3地域における定量データ】

自治体の基礎情報

	杵築市	桑名市	流山市	全国平均
国勢調査人口（2010年）	32,083	140,290	163,984	-
人口増減率 （2005～2010年）	-4.42%	0.95%	7.43%	0.23%
高齢化率（65歳以上・2010年）	33.6%	21.70%	23.7%	23.0%
要介護認定率	19.3%	15.34%	16.21%	18.3%

施設種類別の施設数

施設種類別の施設数	杵築市		桑名市		流山市		全国平均
	施設数	75歳以上1千人あたり施設数	施設数	75歳以上1千人あたり施設数	施設数	75歳以上1千人あたり施設数	75歳以上1千人あたり施設数
介護施設数（合計）	79	13.23	223	15.78	173	12.85	13.57
訪問型介護施設数	18	3.01	38	2.69	40	2.97	3.15
通所型介護施設数	18	3.01	82	5.80	44	3.27	3.50
入所型介護施設数	18	3.01	38	2.69	21	1.56	2.16
特定施設数	3	0.50	5	0.35	8	0.59	0.30
居宅介護支援事業所数	13	2.18	37	2.62	37	2.75	2.54
福祉用具事業所数	2	0.33	9	0.64	11	0.82	0.91

施設種類別の定員数

施設種類別の定員数	杵築市		桑名市		流山市		全国平均
	定員数	75歳以上1千人あたり定員数	定員数	75歳以上1千人あたり定員数	定員数	75歳以上1千人あたり定員数	75歳以上1千人あたり定員数
入所定員数（入所型）	472	79.02	1195	84.57	877	65.12	77.34
入所定員数（特定施設）	86	14.40	198	14.01	674	50.05	17.57

職種別の人員数

職種別の 人員数	杵築市		桑名市		流山市		全国平均
	職員数	75歳以上 1千人 あたり人 員数	職員数	75歳以上 1千人あ たり人員 数	職員数	75歳以上 1千人あ たり人員 数	75歳以上 1千人あ たり人員 数
看護師 (常勤換 算人数)	125.67	21.04	372.31	26.35	209.63	15.57	19.12
介護職員 (常勤換 算人数)	491.77	82.33	1509.55	106.83	1,471.15	109.24	100.99

2015年8月現在の地域内介護施設情報の集計値(75歳以上人口1千人あたりは、2010年国勢調査総人口で計算)

資料：地域医療情報システム(日本医師会)等より作成

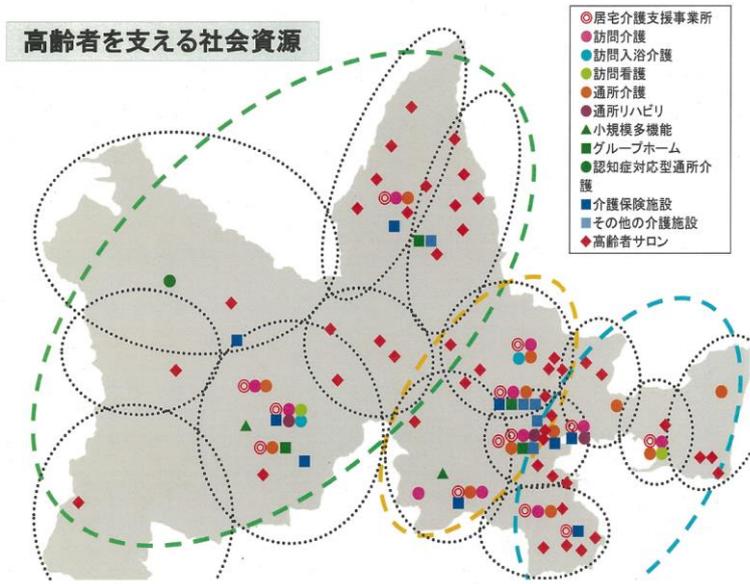
3.2 ヒアリング結果：杵築市（大分県）における訪問介護

(1) 杵築市（大分県）

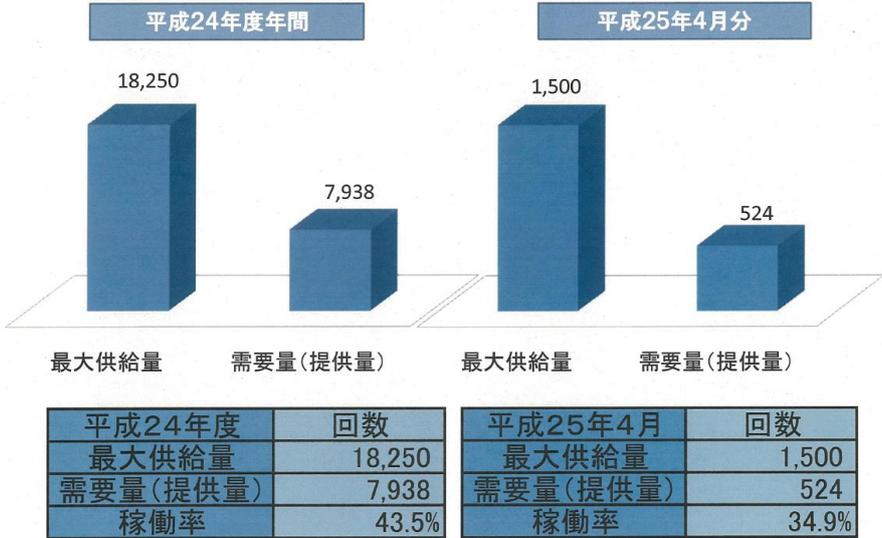
1) 自治体における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

① 概況・動向

- ・地域の特徴として、過疎地域であり、既に高齢者数のピークを迎えており、今後は緩やかに減少に転じていく。
- ・要介護認定者の減少に努めたこともあり、介護サービスは供給過多となっている。事業所整備が先行し、利用者の伸びが予想以下。事業所数は供給過剰状態。
- ・訪問は事業所が減少。太田、杵築、山田の三地域。事業所の閉鎖も。小規模、単独事業所中心に減少。
- ・閉鎖後は他の事業所が引き継ぎ。大規模法人がカバーするという構図。太田地域はヘルパー事業所がなくなった。距離的な問題はあまりないが、心情的には複雑かもしれない。
- ・近年では越境でのサービス提供もあり、供給量の面で困ることはない。
- ・ヘルパーは高齢化しており、稼働は低下。
- ・小規模、単独の方が経営は厳しかったように見える。
- ・報酬改定の内容が単独事業所の生き残りを難しくしている。生活支援を低く見て、報酬を下げれば若年層の就労先にはならない。人材の不足、キャリア形成に課題が出てくる。
- ・利用者の増減、改定の影響を小規模・単独が受けやすいのは確か。居宅支援事業所を持っていないと相談・紹介の部分で利用者獲得の面で難しさもある。
- ・規模に関わらず、歴史のある事業所、居宅、デイサービス併設の場合に続いていることが多い。
- ・介護保険制度上も訪問介護・生活支援を漫然と使えないようになってきているという背景もある。ただし、例外給付は認めるようにしている。福祉ではなく、保険給付という制度趣旨に合致するような判断を行っている。
- ・訪問介護ニーズは高い。交通面なども含めて訪問のニーズはある。介護保険で行くか、自費で行くかという問題はあるが。高齢者のみ世帯であれば生活支援も含めて訪問介護が重要になる。入院期間の短縮化という背景もあり、生活を整えるという意味でヘルパーの役割は重要。
- ・軽度生活援助（一般会計）、総合支援事業などで、介護保険対象外の人もカバーする。民間サービスとしては生協などもある。
- ・どのような枠組みでカバーするかは地域包括支援センターで判断・支援。介護保険で難しければ民間サービス、チェックリストにかかれれば生活機能アップの総合事業へ、など。
- ・介護予防サポーター「猫の手」ボランティアなども組み合わせながら支える。



訪問介護事業の供給量・需要量比較



※ 特定の一事業所に算出依頼したもの。

② 課題

- 生活支援について、保険給付なのか、民間サービスなのかの線引きがあいまいに。チェックリストも加齢とともに引かかるようになる。判断が難しい。ただ、田舎では民間サービスが少なく、その分の供給量を保険給付が代替していくということもあるのではないかな。
- 制度として降りてきたものを市民に説明するのが難しい。全国一律ではなかったりする部分もあり、市民がなじむのに時間がかかり、なじんだところに制度が変わる。制度が安定しない。
- ヘルパーの役割についての市民の理解が必要。保険給付の意味を理解してもらう必要がある。簡単にやってもらえるという話ではない。公的な制度であることを理解してもらうことが大切。

- ・ヘルパーの力量の差もある。
- ・報酬が下がり、サービス時間が短縮。利用者とのコミュニケーションも難しく。ヘルパーについては指針があるべきだが、最終的には個人の力量が大きい。もちろん事業所の方針や教育力もあるが。
- ・指導を県から降ろしていく。お世話型から改善ができるヘルパーに成長して行ってほしいということ。ヘルパーにも指導力を意識していってもらうということ。ヘルパーも専門職としてとらえている。単価も異なるので、指導も行ってほしい。
- ・ヘルパーの意識も変わりつつあるように思われる。アウトリーチ的な小規模多機能を目指したいというのが市のスタンスなので、ヘルパーの力も重要。

③ 需給動向

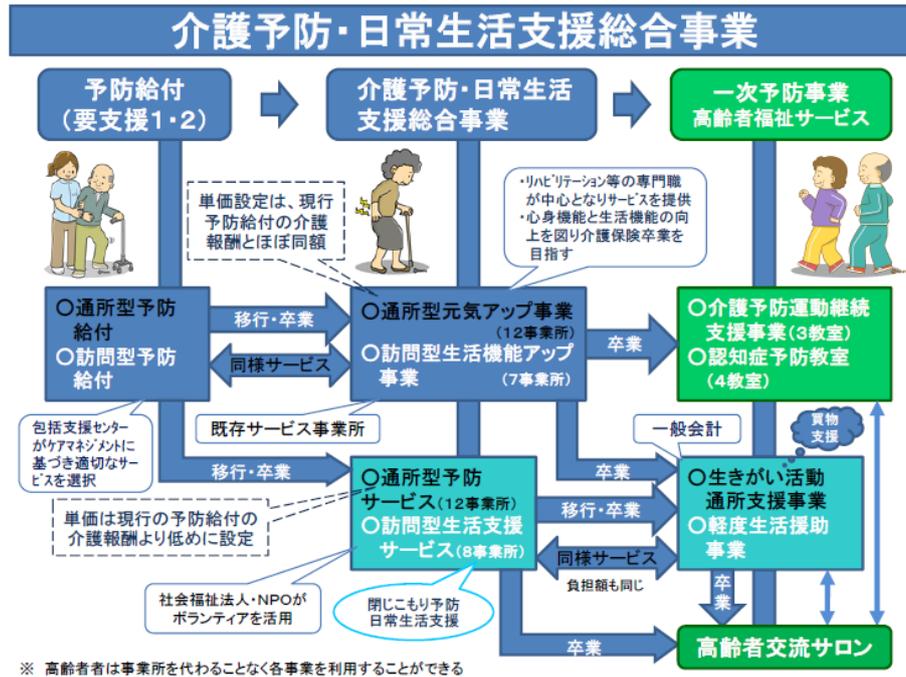
- ・在宅を増やしたいので、ヘルパーが状態改善の技量を持てれば需要も増えるのではないか。
- ・自立支援＝サービスを切るととらえられてしまうが、以前の生活に戻れば戻った方が良く、ただ、どうしてもできない人はいるので、そうした場合は機能補てんするサービスを提供していくというスタンス。高齢者があきらめるのではなく、若干の期待値を持つという意味合い。
- ・要介護以外の方については包括で対応。包括の力量が問われている。
- ・後期高齢者が増加し、在宅が増える。ヘルパーが少ない。専門性が高いヘルパーの育成は人材不足の折難しいため、ボランティアも含めて生活支援的な部分を担う人材の確保を進めていく必要があると考えている。仕組みはいろいろ検討する必要がある。有償ボランティアなど。無償ボランティアはあるが、今後は立ち行かなくなるのではないか。NPO 法人などで受け皿作るなど。
- ・助け合い文化の影響がある。太田地域は地域での見守り文化がある。小規模な集落でもあるため。
- ・一方で、ウェットな関係よりお金を払ってサービスを受けた方が良いという考え方の人も出てきている。

2) これまでの地域支援事業の取組内容

- ・介護予防サポーター育成講座事業。年に一回募集。卒業生は猫の手に入ってもらいたい。施設、在宅等の支援を行っていく。ボランティアポイント制度があり、ポイントがたまると特産品などと交換。
- ・地域支援事業・訪問という意味では担い手づくりに注力しているということ。猫の手を発展させる形で有償ボランティアへの移行を狙う。単価的に事業所の採算に乗ってこない部分なので、ここはボランティア、事業所には専門性の高い部分を担ってほしい。
- ・新総合事業もそうだが、ボランティアで何でもできるということではない。要支援であつてもリスクが低いとは限らず、対価をとって訪問するので責任をもって仕事ができるのかという問題がある。担い手も受けても意識の醸成が必要ですぐにできるものではない。

3) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

- ・介護保険に変わるものがないために移行ができないということで、24年2月に始まったケア会議で仕組みを作った。移行するにあたって、住民の理解、職員の理解がなかなか進まなかったときに国から話があり、住民周知のタイミングとしてお知らせができた。内容は作ってあったが、住民周知のきっかけがつかめなかったところでうまくはまった。
- ・ケア会議では、受け皿がないのにやめるということはできないという結論。介護保険でなくてよいので、必要なサービスを市民に届けるということを考えた。その意味では取組の開始がはやかったといえる。
- ・総合事業を新総合事業に移行させる際に、需給ギャップに関するデータを事業者提供し、意識を高めてもらってきた。外部からの参入などではなく、市内の資源を活用していくこと、それぞれの事業所の強みや役割を發揮してもらうことで市内の資源で完結して頑張っていくというスタンス。信頼関係。新規参入業者には、マーケットとして厳しいことを伝えるようにしている。
- ・新総合事業への移行進捗。H24年度の時点で事業所に説明をしていたので、受入もスムーズだった。
- ・事業所とケアマネの間でもどのような形で進めていくかを協議してもらうようにしている。
- ・新総合事業としてから一年たっていないので、ニーズに対応するメニュー開発の余地はあると思われる。ケア会議の中で要望が出てくれば、メニューを検討していくのが自治体の役割と認識している。
- ・ケア会議には各種職能団体などもかかわっているので県が取りまとめ役。マニュアル類の作成なども県が担当。研修なども企画している。
- ・新総合事業についての情報交換もある。県がコーディネートして意見交換なども。県もリサーチしている。県内事例の把握も積極的。
- ・総合事業の単価も独自設定ということだったが、隣接地域で大きく異なるのは困るので、県が調整してベーシックプランが示された。県を媒介に周辺自治体が協力するきっかけができる。単価設定は難しい。
- ・単価設定は低め。ただし、報酬改定の影響には耐えた。ボランティアに適合的な価格設定、高いところから下げることの難しさなども勘案している。
- ・対象者は緩和が多い。他の自治体は現行相当、予防給付と同等の水準で考えてしまったのではないか。



4) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

- ・ケア会議を発展的に拡大し、母子保健、育児、障がい、生活保護なども含めた地域包括ケアを考えていきたい。市全体を考えると高齢者のためだけの包括ケアシステムではない。
- ・改善・手段を考えていく。高齢の手法を他の領域に展開するなど。
- ・H28年度には母子と子育てが一体化する。子育て包括支援センターを構想している。
- ・ヘルパーは訪問介護に特化。生活支援などはボランティアなどもミックスして対応。
- ・行政は事業所と市民への啓発、仕組みづくり、人材育成を市が担当。受け皿づくりには時間がかかる。
- ・人材は市報での募集と口コミ。参考にしたのは綾川町。介護予防サポーターを一年かけて育成している。サロン化したりしている。
- ・組織は急いで作ると、すぐに立ち消えることが多いので、じっくり組み立てていきたい。
- ・事業所は、単価安いのが、将来の利用者として付き合っている。ただし、ヘルパーが少ない中で優先順位は低くなることもあるようだ。

(2) 杵築市（大分県）の事業所 A

1) 地域における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

【事業所概要】

- ・ 事業所 A では、デイサービスセンター、ホームヘルプステーション、訪問看護ステーション、ケアプランステーション、特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護施設等の運営を行っている。
- ・ ヘルプステーションの体制：職員数 13 名（うち常勤 3 名、保険付きパート 3 名）
- ・ ヘルパーは、他サービスでの勤務はないが、小規模多機能で非常勤の専従という形で勤務する。（ヘルパーの仕事確保と小規模の人員確保がマッチ）
- ・ 利用者数：55 名。介護給付・障害：14 名

【需要と供給の動向】

- ・ 利用されているサービスは、生活援助が多い。重度者は施設に入所する人が多いため、在宅で身体介助を利用する人は少ない。
- ・ 在宅でのサービスを必要に応じて利用すると支給限度額を超えることがあり、施設に入所した方が利用者にとってのコスト負担が低い。
 - ・ 地方では、訪問介護を利用する人の多くがデイサービスと在宅のサービスを併用している（利用者のうちデイサービスと訪問介護の併用利用は 20 名）。併用する場合、訪問介護は週 2 - 3 回利用する方が多い。重度者の半数が併用している。介護度が重くなって訪問回数が増えるほど、デイサービスを利用することで家族に余裕が生まれる。訪問介護単体で利用する方は殆どいない。
- ・ 平成 24 年頃から訪問介護は赤字が続いている。ヘルパー数も自然減少で、仕事の量に比例して減少している。
- ・ 利潤で考えたら訪問介護サービスは続けない方が良いが、赤字であってもサービスを提供しないと地域の疲弊が防げない。訪問介護の赤字分は他の事業で補っている状況であり、訪問介護単体では経営維持が難しい。当事業所は、訪問介護、訪問看護、在宅介護支援センターの編成となっており、各サービス総体として帳尻合わせしている。

【訪問介護サービスの課題】

- ・ 杵築市に訪問介護事業所が 9 事業所ある。需要は潜在的なものも含めてあるにはあるが、訪問介護単体での利用需要は少なくなっていくものと考えている。年々、在宅のサービス利用者は減少してきている。
- ・ 訪問介護は移動のコストを勘案すると難しくなってきた。サービス提供範囲は、現在は半径約 5km（最大 15km 程度。大田地域の閉鎖したステーションをカバーしているが、行けば行くほど赤字に）。
- ・ 求職者も訪問を嫌がる傾向がある。
- ・ 次の改正では調理と買い物が自費に移行する可能性があるとのことだが、そのようになる

とさらに厳しくなる。

- ・ 昔のように家族が頑張れない。訪問介護について、以前よりサービスとしてのとらえ方になってきており、利用者・家族からの要求水準が高まっている。
- ・ 地方部は生活援助なしには生活が成り立たない。そのため、介護保険から外すと暮らしが成立しないことが懸念される。
- ・ 地方での訪問に要するコスト、実態を把握してほしい。ヘルパーの仕事の実態をふまえた評価をしてほしい。
- ・ ヘルパーの平均年齢は 55 歳（主力は 40,50,60 代）。若年層は皆無。なり手がいない。次の世代につなげていくための育成が事業所単独の努力では追いつかない。

【ヘルパーに求められる専門性】

- ・ ヘルパーは非常に高い技能が求められる。ヘルパーに必要なルールがあり、研修を行うことが重要である。一般の主婦がすぐに手伝えるものではない。車移動によるリスクもある。
- ・ 求められる能力は、観察力、利用者の変化を察知する力、ヘルパー間で情報共有する能力等。若い人には、礼儀作法等、記録を残す等が難しい傾向がある。
- ・ 施設ではチームケアを行うが、ヘルパーは一人で行動するため、責任がすべて自分にかかる。一方で、利用者の状態に対する感度は非常に高い。
- ・ ヘルパーが行っていた業務をボランティアに簡単に移行できるものではない。買い物一つでもトラブルに発展することがある。
- ・ 個々のヘルパーだけではなく、ヘルパー相互の連携、チームとしての力量の発揮が必要。

2) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

【利用状況】

- ・ 新総合事業に移行する前の、平成 24 年度からの市の取組により、事業者側で工夫しながら進めている。
- ・ 事業所の役割としては、平成 11 年から 24 時間 365 日在宅で利用者を支える活動をしてきた。介護タクシー事業や総合事業等への取組みも市内のどこの事業所よりも早く取り組んできた。今後も先駆的に取り組む姿勢を保ち、積極的に在宅介護を必要とする利用者のために尽力していきたい。
- ・ 現在の訪問型生活支援サービス利用者は 9 名（うち通所との併用は 5 名）。緩和型 4 名、機能アップ型 3 名。期間は 3 か月。
- ・ 利用時間については、地域包括センターと相談して時間を決めている。
- ・ まだ需要がそれほど多くないため、人材確保は行っていない。
- ・ 地域包括支援センターとの連携は取れているが、他事業所（訪問介護）との連携に関しては、ケースが移行する際の引継ぎ等に関わることはあるが、一緒に取り組む事例があまりないので、連携と呼べる活動は特にない。通所事業所に関しては、ケア会議やケースカンファレンス等で情報を共有する等でそれぞれが担う立場で連携をとっている。

【課題等】

- ・ 総合事業ではヘルパーの免許が不要のため、低コストで担い手を雇えるという構造になっているが、何かあったときの責任は法人が負い、教育訓練も実施する必要があり、経営的には厳しい。
- ・ 生活援助の内容は、買い物と調理が多く、時間があれば追加で掃除が主となっている。
- ・ サービス提供時間は、実際は1時間半～2時間程度はかかるが、上限が45分のため収入が減少している（交通インフラが不便なため、買い物に困っている高齢者が多い）。
- ・ 総合事業に移行してから生活援助の報酬が減り、ヘルパーの給与も減少した（30分で1100円だったのが850円に）。
- ・ 訪問型生活支援サービスの課題は、人不足と教育（人材育成）である。
- ・ 主婦を訪問型生活支援サービスの担い手として想定しているが、料理ができれば良いということではない。組織として一定の力を発揮できるように相互連携している。
- ・ ヘルパーによってサービスにムラが出ないように、カンファレンスなどの機会に情報共有を行っている。
- ・ 今後利用者が増えた時に、主婦を受け入れてどうにかなるというものではない。
- ・ これまでお世話をしてもらえるサービスと思っていた生活支援の利用者は、自立支援型に内容が変化することでスタンスが変わることになかなかなじめない。
- ・ 移動にかかる時間、利用者の希望する時間と生活支援の担い手の希望する時間のマッチング等の問題がある。
- ・ 地方では日常の足が非常に重要であるため、タクシーの乗降介助の資格取得をしている。総合事業になると実施できない。

3) 今後の地域包括ケアシステムについて

- ・ 社会資源としては構築に向け概ね整いつつあるが、システムとして成立させるためにはまだまだこれからである。特に医療介護連携の強化や地域資源との規範的統合、地域住民への普及啓発等が課題となってくる。
- ・ 訪問介護連絡協議会については、大分県の組織で職能団体としての位置づけになっており、当事業所は会員になっていない。
- ・ 市内の保険外サービスとしては、配食サービスや、生協のヘルパーサービス、シルバー人材センター、緊急通報システム等がある。
- ・ 提供されているメニューは多くないが、市内の福祉サービスは充足しているのではないかと。ニーズとしては交通手段。限界集落等では、移動販売の有無による差が大きい。
- ・ ヘルパーは供給過剰の状態である。受け皿が十分にあれば訪問介護は保険から外しても良い。

(3) まとめ

1) 地域の特徴、地域における訪問介護の役割、課題、期待

杵築市の高齢化率は全国平均 23.0%に比べて 33.6%であり、要介護認定率は全国平均 18.3%に比べて 19.3%である。入所型介護施設については 75 歳以上 1 千人あたり施設数が全国平均 2.16 件に比べて 3.01 件とやや多い。過疎地域で既に高齢者数はピークを迎えており、介護事業所の利用者数が予想より増加しなかったために、事業所数が供給過剰状態になっていることが特徴である。

訪問型介護施設数は市内に 18 件である。小規模で単独の事業所は経営が厳しく、訪問介護の事業所数は減り、比較的規模の大きい事業所がカバーする構図になっている。

訪問介護の課題としては、ヘルパーの高齢化が進み、人数が減っていることである。

地方部では生活援助なしには買い物等を含む日常生活が成り立たない高齢者のみの世帯や、入院期間の短縮化といった背景があり、地域の訪問介護のニーズは高く、生活を支えるヘルパーの役割は重要であると市は捉えている。

2) 訪問型サービス A の実態、課題、方向性

杵築市では平成 24 年度から新総合事業についてケア会議等で事業所に説明をしていたことから、平成 27 年度から始まった訪問型サービス A の受入はスムーズであった。訪問型サービス A の進め方については、事業所とケアマネジャーの間で協議してもらうようにしている。各職能団体が関わる地域のケア会議で要望が出れば自治体が対応を検討するようにしている。

訪問型サービス A の担い手は、介護予防サポーター育成講座事業で年に 1 回募集している。卒業生は市の指定の事業所に入り、支援を行う。さらには有償ボランティアへの移行になるように仕組みの検討が必要であると市は考えている。

訪問型サービス A の課題として、担い手の育成と受け皿づくりが挙げられる。要支援の方だからリスクが低いとは限らず、責任を持って仕事をできる人材になるには経験や意識の醸成が必要である。担い手に対して事業所は教育訓練を行っているが経営的には厳しい状況にある。また、人材は市報での募集と口コミによるので受け皿づくりにも時間がかかる。

専門性が高いヘルパーの育成は人材不足により難しいため、ボランティアを含めて生活支援を担う人材の確保を進めていく必要があると考えている。ボランティアで出来ることはボランティアで担えるようにし、事業所には高い専門性が求められる部分を担ってほしいという市の期待がある。

3) 地域の工夫している点と今後の展望

杵築市は、市内の資源を活用し、それぞれの事業所の強みや役割を發揮してもらうことで市内の資源を有効活用していく方針である。今後のより良い地域包括ケアシステムの構築に向けて、市は、事業所と市民の啓発、仕組みづくり、人材育成を担い、ケア会議を発展的に拡大していく方向である。

3.3 ヒアリング結果：桑名市（三重県）における訪問介護

(1) 桑名市（三重県）

1) 自治体における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

① 課題

- ・重度化すると介護施設に入る利用者が多い傾向にある。病院、介護施設の方が利用者の家族にとっては安心であり、在宅介護は家族の負担が増えるというイメージがある。家族に負担をかけずに、訪問介護サービス等で在宅介護を支えられるようにする必要がある。その他の理由としては、プライベート空間に他人が入ることに抵抗があるために、訪問サービスの利用が進まず、主に通所サービスを利用し、重度化したら介護施設に入るという利用者が多い。
- ・身体介護サービスをさほど必要としていないのであれば施設に入らずに在宅介護を継続できるが、認知症の場合には在宅介護継続の判断が難しい。今後、認知症の方が増えていくことを考えると、訪問介護サービスの中でも認知症への対応が専門職に求められる。
- ・訪問介護は、現状では介護ヘルパー初任者研修を受講し、ベテランの方のもとで OJT で経験を積み担うことができる。訪問介護の専門性として何が求められているのかを勉強する機会があればよい。

② 需給動向

- ・資料 1 のアンケート集計結果の資料では過去一年間に新規開設した事業所 5 件だが、特に訪問介護のニーズが高いというわけではない。全国的な利用率と比べても訪問介護の利用率は高くなく、需要があるとは思えない。昨年度までは事業所は年に 1~2 件程度しか増えていなかった。特に市が開設を促進しているわけではない。
- ・「桑名市地域包括ケア計画」にも示しているように、桑名市は通所介護の利用率が飛びぬけて高い。通所介護事業所の数が多く、事業所間で利用者の取りあいにもなっている。

2) これまでの地域支援事業の取組内容

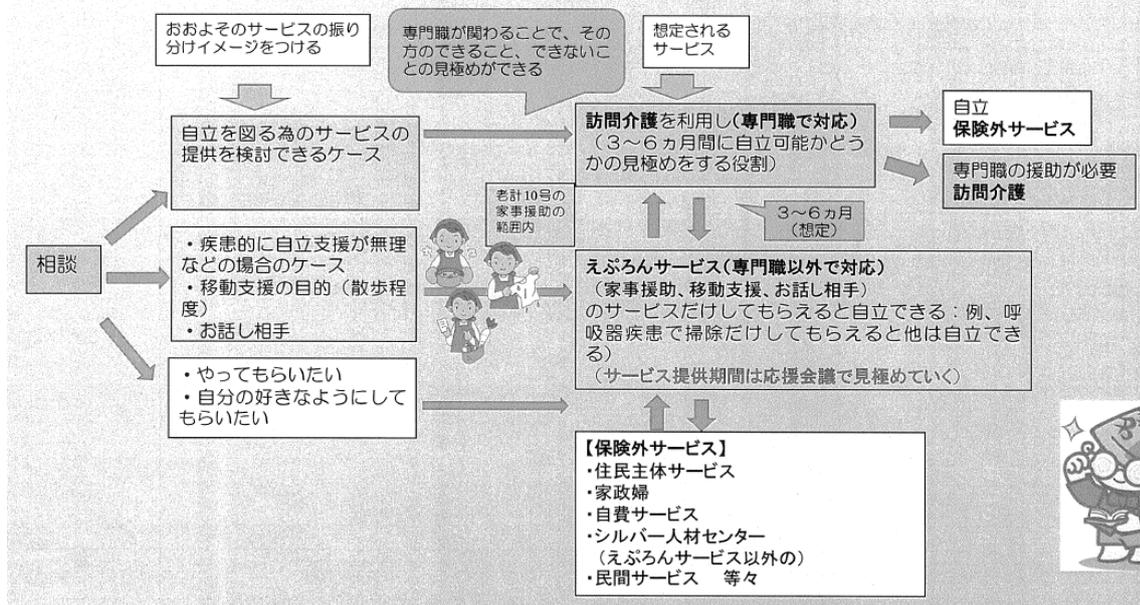
- ・高齢者のサポーター養成講座を一般市民向けに開催しているが、同様の講座をシルバー人材センターでも行っている。また、シルバー人材センターが本事業を受けるにあたり、独自に介護の勉強会を行っている。
- ・地域生活応援会議（地域ケア会議）では新規の要支援認定を受けた方、新総合事業の支援のみを利用される方をケアプラン検討の対象としている。

3) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

- ・「桑名市地域包括ケア計画」より、桑名市は通所介護の新規指定をこれ以上増やさないよう三重県と協議をしている。通所介護を増やさないかわりに、小規模多機能型居宅介護を増やしていく。地域密着型の事業所は市で指定できる。
- ・「桑名市地域包括ケア計画」では、訪問介護は事業所間の介護人材の確保や、24 時間の対応を可能とするための事業所の大規模化などの対応を記載している。

- ・訪問介護サービスを増やしていく施策の中には、ケアプランの見直しも含む。地域生活応援会議にて、利用者や家族の状況に応じて通所介護ではなく訪問介護でもよいのではないかなどケアプランの立て方にアドバイスすることで、訪問介護サービスの利用を促進しようとしている。
- ・上記の対応を想定し、資料 5、6 の訪問介護利用量の増分を見込んで計画を立てている。ただし、極端な増加で保険料が上がるなどがないように、サービス全体の増減のバランスをとって見込みを調整している。
- ・地域生活応援会議において新規の利用者のケアプランの作成の際に働きかけることにより、ケアマネジャーや事業所の意識を変え、そこからの継続中の利用者も含めた全体への波及効果も見込めると考えている。
- ・資料 7 は今後のサービス提供イメージである。まず、要支援の訪問介護の対象者に最初の一定期間（3～6 か月）は訪問介護サービスを利用してもらい専門職が関わる（自立可能かどうかの見極めをする役割を担う）。期間内に自立することができれば、介護保険対象外となり、必要に応じて保険外のサービスを利用する。期間内に、自立に向けた改善が見込めなかった場合など、今後も継続的に専門職の援助が必要と判断された場合には、訪問介護の利用を継続する。また、一部のサービスを利用すれば自立した生活が可能となれば、専門職外のシルバー人材センター等が提供する「桑名市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス B えぷろんサービス」（以下、えぷろんサービスという。）により、必要なサービスのみを提供する。専門職による見極めの期間を 3～6 か月としているが、妥当かどうか悩みどころではある。
- ・今まで訪問介護のヘルパーが請け負っていたサービスの中で、地域住民や保険外の民間サービスなどで対応可能であっても、利用者にとってメリットがないため、従来通りヘルパーの方が良いと考えられている。平成 27 年 4 月より開始した「えぷろんサービス」の利用者負担は 1 時間以内 300 円に設定しているが、訪問介護を利用していた時と負担額はあまり変わらない。また、ヘルパーとの人間関係が出来上がっているので、利用者は新しい人を受け入れにくく、「えぷろんサービス」の利用者も増えにくい。負担額が下がれば、「えぷろんサービス」の利用が増える可能性がある。
- ・今の時点では、中重度の利用者が少ないため、中重度者のみに対応するビジネスモデルでは経営が厳しい。現在は介護保険のサービス外の自費サービスにも対応し、収入源になっている部分がある。しかし、今後中重度の介護者が増加した時に、中重度者への支援を担う人材が確保できるか、対応が可能なのか心配である。人材に限りがある中で、いつから専門職によるサービスを中重度の介護サービスに切り替えていくかが問題である。
- ・上記の状況により、シルバー人材センターなど保険外のサービスに移せそうな業務は移し、訪問介護サービスでは中重度の利用者に重点的に対応してほしいという思いが市としてはある。

「訪問介護相当事業」と「総合事業えぶろんサービス」のサービス提供イメージ



4) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

- ・桑名市の現時点での戦略としては、個々の健康寿命を延ばすことを挙げている。健康であるために何が必要なのかを考えるように市民に働きかけている。具体的には皆で集まって体操をするなど、分かりやすいきっかけを作ってもらおう。このようなきっかけで地域コミュニティができれば、たとえば、体調を崩して介護サービスを受ける状態になっても、地域コミュニティに戻ることを目標にして改善に努めてもらえる。そして、地域コミュニティの中でサポーター活動、見守り活動が自然と行われるようになる。いきなりボランティア活動を立ち上げようとしても難しい。まず地域のつながりをつくるのが重要である。
- ・地域コミュニティの活動のために「通いの場」の登録制度がある。地域コミュニティの活動が3ヶ月以上続いた場合、通いの場として登録されると、使用備品代が市から出る。
- ・市から訪問介護の事業者には、単なる援助ではなく、要支援者の状況改善を心がけるようお願いしている。
- ・訪問介護の事業所の大規模化、統廃合を事業者には考えてほしい。小規模体制では細やかなニーズに対応しきれない面がある。
- ・訪問介護の事業所を増やしていきたいが、職員に主婦層が多いために、ニーズの多い朝夕の時間帯の人材確保が難しい。また、24時間の体制整備は難しい。
- ・今後の方向性としては事業所の大規模化とともに、複合化を進めてほしいと考えている。
- ・「桑名市地域包括ケア計画」の作成当初は市の方針の説明会をしたが、総合事業が始まってから1年は、市から事業者に向けて特に働きかけはしていない。ケアプラン点検は行っていない。

5) その他

- ・訪問介護の専門性に対する期待は、当事者本人がいかに尊厳を持ってより豊かな生活を送れるようにしてもらえるようにすることである。当事者への直接のケアだけでなく、家族の理解を得るための説明や、周囲の人への協力の働きかけが専門職の仕事と考えている。
- ・ヘルパーは身体介護の専門性だけでなく、生活援助にも専門性があるとは思われにくいかもしれないが、軽度の利用者への支援では、身体機能の改善に向けた家事の自立支援など生活援助の専門性はあると思う。

(2) 桑名市（三重県）の事業所B

1) 地域における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

① 概況・動向

- ・事業所Bでは、訪問介護サービス、通所介護サービス、居宅介護支援を提供している。訪問介護の職員には21名の職員（常勤職員 5名、非常勤職員 16名）が携わっている。
- ・桑名市は、市の中心地でドーナツ化現象が起こっている。丘陵地域に広がる団地では、新しく入居した若い世帯も多いが、昭和50年代の開発当初に他の地域から移り住んだ人たちの高齢化が進んでいる。印象としてはこうした人たちが独居や高齢者世帯になりつつあり、積極的に介護サービスを利用する動きが広がっているようだ。
- ・在宅のケアプランを立てる場合、家族による介護に関わりや役割として強調しすぎると介護家族の負担感が強くなり、訪問介護よりも通所介護を選択するケースが生じる。
- ・介護に携わる家族がいないとヘルパーだけでは利用者の在宅生活を支えきれないと考えるケアマネジャーが多いように思う。独居の方を訪問介護で支えるという点についてはまだ訪問介護の事業者自身の対応が弱いのかかもしれない。
- ・在宅での看取りが少なく、病院で亡くなる方が多い。重度の利用者の中では在宅生活の継続を選ぶ人は少なく、有料老人ホームに入る人が多い。
- ・夜間のニーズも少ないため、夜間対応型のサービスを立ち上げることも検討したが、実現しなかった。
- ・通所介護と訪問介護では、職員の利用者との関わり方が異なる。訪問介護では、一人一人の利用者にサービスを合わせる対応が求められるが、通所介護では提供者側のサービスを利用者が選択する形になり、1対1のサービスになるのはその中の一部の限られた時間である。その代わりに訪問は短時間で、通所は長時間という住み分けになる。

② 課題

- ・桑名市民の間では、まず通所介護を利用するという意識が強く、訪問介護を利用する意向が弱い傾向にある。地域包括ケアシステムを推進する上で大きな問題点である。ケアマネジャーにとって訪問介護はQOLを向上させると言っても生活を支える面が強く、自立支援やADLに訴えるサービスを指向する（介護予防における）地域包括ケアシステムとは馴染みにくく利用しにくいサービスになっているのかかもしれない。地域ケア会議でも訪問介護は議題として挙がってくる数が少ない。
- ・訪問介護による自立支援の方法がまだ確立されていないように思う。どのように利用者に対応していくべきなのか。いまだに身体介護と生活援助の仕分けをはじめ老計10号に縛られている面もある。自立を促す利用者との関わりや援助の在り方などを示すものとして見直しが必要ではないか。
- ・介護には地域性が影響するため、国から普遍的な介護サービスのあり方を打ち出しにくいのが、事例だけを提示されてもケアマネジャーは対応できない。地域ケア会議で指摘を受けられないようなケアプランを作成せざるをえない。通所と訪問とがセットになった地域密着型のサービス

スに誘導するだけでなく通所介護と訪問介護が互いに専門性を持って、協調できる方法が地域の中で見つければよい。

- ・一方的に介護をするだけでなく、利用者の能力強化ができるようなヘルパーが求められている。まずは要支援の方を能力強化・自立支援の方向に誘導する。桑名市は「これから介護保険を受ける方」からそのように対応する。こうした方針を訪問介護事業所やヘルパーに説明するところから始めている。
- ・ヘルパーの高齢化が進んでおり、若者の参入が課題である。一方で世代間の価値観の格差は大きく、若すぎると高齢者と話が合わないという問題もある。
- ・訪問介護だけに事業を絞るのは経営的には難しく、運営を継続するにはサービスの多角化も必要である。夜間対応型サービスは宿泊の機能を持つ事業所が行った方がよい。個別対応という点で、家の中に入るヘルパーのあり方を施設の職員も勉強してほしい。
- ・ヘルパーには自ら意見を発信しようとする人が不足している。会議に出席しても意見を出すことが少ない。ヘルパー個人も事業所も今後は意見を発信出来る様に、自らを強化していかなければならない。ヘルパーの団体もあるが、日本ホームヘルパー協会、全国ホームヘルパー協議会に分かれている。ヘルパーの意見を集約していく必要がある。
- ・今後は若いヘルパーが増えるような環境づくりが必要である。ヘルパーはある程度の年数を積まなければできない仕事だが、若い方が考え方を柔軟に変えやすいという利点もある。
- ・掃除や洗濯、買物などの行為は、長年日常の中で自分が行ってきた生活そのものであり、多くの利用者がさまざまな価値観やこだわりを持っている。ヘルパーはそれにどこまで対応するかが今後の効率化の課題である。現在、すでにこだわりは認められず効率優先になってきているが、利用者のストレスになっているようだ。
- ・同じ事業所でケアマネジメントと訪問介護サービスを行ってほしいという利用者は多い。その場合、居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算の問題がネックとなる。

③ 需給動向

- ・提供サービスのバランスとしては、通所介護が多い。桑名市の人口 13 万人に対し、通所介護の事業所は 70 箇所ある。

2) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

- ・桑名市の地域包括ケアシステム構築の取組は、厚生労働省出身の田中前副市長が中心となって始まった。平成 27 年 4 月に退任され、これからが大変だと感じている。
- ・桑名市地域包括ケアシステム推進協議会の委員として、平成 25 年から 2 年かけて準備を行い、平成 27 年 4 月から開始し、10 月ごろから仕組みが整ってきた。
- ・桑名訪問介護事業者連絡協議会には、現在 17 事業者が参加している。すべての訪問介護事業者が参加しているわけではなく、少数ではあるが辞退する事業者も存在する。小規模な事業者が多い。代表は社会福祉協議会にお願いし、協議会の運營業務については参加事業者間で役割分担をしている。
- ・連絡協議会は介護保険の立ち上がった時期に市役所の先導によりつくられた。
- ・連絡協議会の主な活動は研修事業であり、その多くが地域包括支援センターから補助金を受

け開催している。桑名市では今まで市が直接勉強会を開催することはあまりなく、この協議会のような組織を補助することで専門職研修が行われていたが、地域包括ケアシステムができてからは、リハビリ職の勉強会など市が直接開催している。

- ・和光市を視察し、地域ケア会議のモデルとした。
- ・(たとえば、通院等乗降介助の部分だけでも) 訪問介護事業者の組合をつくる話が一部で出たことがあるが進んでない。組合化によって、担当地域、利用者の融通がきくようになる。介護事業者の組合について、先進事例は見当たらず、組合化を具体的にどのようなプロセスで進めていくのかという知見がないため検討を進めることができない。専門知識をお持ちの方に道筋を示してもらえるとよい。通院等乗降介助、エプロンサービスなど、多数の機能を備えたひとつの事業所を立ち上げることができるのか。今後は、事業所同士が統合、合併し、事業所規模を拡大しないと経営が厳しくなってくるのではないかと。

3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

- ・今後は勉強会以外にもヘルパーのあり方について語る機会を持ってみたい。
- ・以前に連絡協議会でヘルパーの実践事例集を作成したことがあるが、新総合事業のもとで再作成することも有り得る。

4) その他

- ・ヘルパーの専門性が様々な形で求められる。医療に近づくのが専門性と思うヘルパーもいる。医療的な側面の専門性も重要であるが、利用者の自立支援を組み立てていくことができるという専門性も必要である。
- ・利用者が自立して介護サービスが不要となることは、ヘルパーの仕事がなくなることだと考える者もいる。また、完全に不要とならなくても、地域で要支援、要介護の方を支える方向になるとやはりヘルパーの仕事は少なくなる。いずれは中重度の介護者に向けたサービスを考える必要がある。
- ・小規模の事業所では効率の面では不利であるが、利用者一人一人の状況を把握し、顔の見える関係を築き対応することができるという利点がある。

(3) 桑名市（三重県）の事業所C

1) 自治体における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

① 概況・動向

- ・事業所Cでは居宅介護支援、訪問介護、通所介護、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームのサービスを提供している。訪問介護には23名の職員（常勤職員3名、非常勤職員20名）が携わっている。
- ・事業所Cの周辺は病院が多く、近隣の介護老人保健施設には総合病院が併設されている。当該の病院では居宅介護事業も行われているため、病院系列の居宅介護支援事業所からの依頼も少なくない。
- ・要介護4、5でも在宅介護を選択している利用者はいる。体が動かなくとも、自分から話ができ、要望を伝えることができる利用者は在宅介護が良いという方が多い。一方、認知症で人と会話ができなくなった方では在宅介護は難しい場合があるため、在宅介護を選ぶ利用者は少数である。認知症の方でも対応できる事業所が数か所はある。
- ・事業者同士のすみ分けとして、身体介護や生活援助等と通院等乗降介助で事業所を使い分ける居宅支援事業所もある。
- ・訪問介護と専門職外によるサービスのすみ分けは難しいが、我々は介護に対する責任を負いながらサービスを行っているのに、サービス内容に行政から禁止されることが増えると対応に困る。
- ・当事業所は、離職率が低く10年以上勤務の職員が多い。経験豊富なヘルパーが多く、サービス提供責任者（以下、サ責という。）の候補（保有スキルから見てサ責の役割を担える）がいるが、家庭の事情等で現在はサ責ではない。2名退職者が出たため新人募集を行いたいだが、特定事業所加算をとっているため、人員体制のバランスを見ている。最年長のヘルパーは還暦を過ぎている。年長のヘルパーは家政婦へ転向できる体制をとっている。

② 課題

- ・桑名市では通所介護を総量規制し利用者の在宅生活の継続を支援していこうとしているが、ヘルパーが足りないと感じることはある。現在は非常勤のパートのヘルパーに頼っている状態だが、配偶者控除・特別控除・扶養者控除を範囲内の限られた金額と時間の中でしか働けないため、人手が不足する。人数を増やしたとしても、人件費と責任者の増加という問題もある。また、資格を持って働きたい人は家庭のある人が多いので、時間帯が限られる。
- ・ヘルパーのスキル向上には現場でどれだけ内容ある経験を積むことができるか、また、サ責のフォロー体制がしっかりしているかが大切である。売上の増大のためには、サ責が現場に出れば手っ取り早いですが、サ責業務に支障がある。サ責業務に集中できるか、マネジメント体制がしっかりできているかが肝心である。
- ・訪問介護は法令を遵守し責任を持って利用者の人生に寄り添う仕事であり、ボランティア、保険外サービスでは責任の所在はどうなるのか不安な面がある。国の方針としては、保険外サービスに移行しようという傾向があるが、事業認可の無い保険外事業やボランティアはチ

チェック体制や監査を受けない体制の中で訪問介護の代替えとしての利用には抵抗がある。当事業所では家政婦紹介業もしているが、厚生労働省から認可を受けており、責任体制を整えて行っている。

- ・主観的な意見だが、介護の認定審査が以前より厳しくなったように思う。長年援助してきた利用者が1～2段階判定が軽くなられた方が数人みえた。状態としては悪化までとはいかないが改善はされていないように支援の中で日々感じていたが不思議に思う。介護保険は家族の負担を軽減し、介護者が在宅で自分らしい生活を送るために作られたものだが、最近では当初のQOLの理念からずれてきているのではないかと感じる。介護者の虐待を防ぐためにも、訪問介護サービスがもっと利用されるような形を作らなければいけない。介護保険での介護の担い手は、ボランティアや認可の必要のないような自費事業ではなく責任を持って業務を遂行できる介護保険での認可事業者とすべきである。それによって事業者→ケアマネジャー→地域包括ケアシステムという介護のネットワークにつながるようにしなければならない。
- ・規模の大きい事業所では職員に均等に仕事を配分できない。また、身体介護の仕事も多く受けても時給を連動させているため、事業所に入る金額の割合は変わらない。
- ・事業所の経営と介護の理念追求のバランスが取れていない実感がある。きちんとすればするほど経営面が難しく感じる。当事業所よりも、利用者、職員数が少ないくらいの事業所の方が利用者及び職員の管理がしやすいのではないかと感じる事もある。
- ・地域性として車がないと移動ができない距離であるため、1軒ずつ回るだけで大変時間を消費する。当事業所では直行直帰を認め、適宜事業所への報告書類の提出を行う体制をとっている。適切な給料を支払っていることから、介護職員処遇改善加算を行っていない。時給が低い事業所ではヘルパーの賃金に上乗せできるので有効な制度かもしれないが適正な賃金を支払っている事業所にとっては介護職員処遇改善加算を行っても、管理者、サービス提供責任者の労力が増えるだけとなる。適切な経営を行っている事業者は返って損をしてしまう。介護サービスの事業所経営は収支の目線だけではできない。
- ・桑名訪問介護事業者連絡協議会は個々の事業所の集まりであり出席者は経営者、管理者、サービス提供責任者と様々で各々の会社で行動できる責任のウェイトが違う為か中々、問題の提起や発言の発信が難しいように感じる。介護保険改正の際に、意見の提言などはできないかと相談したこともある。行政に意見を言える団体になっていく必要がある。
- ・出席者は経営者、管理者、サービス提供責任者と様々で連絡協議会でも欠席される事業所もある。

③ 需給動向

- ・通院等乗降介助の事業者が少ない。車両の運行については法律の勉強が必要になるため、対応できる事業所は限られている。台数によって運行管理者が必要になるため、管理者が要らない範囲の台数でサービスを行っている。
- ・身体介護と生活援助を一日複数回利用する利用者は、1事業者だけでは手配できる人員の不足もあり複数の事業所が関わる必要がある。最近、身体介護の利用者は少なくなってきた。生活援助と身体介護のニーズが半々である。総合事業、介護予防の利用者は生活援助のニーズが多い。

2) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

- ・桑名市では、えぷろんサービス（保険外サービス）を導入する前に訪問介護の事業者が間に入り、見極めを行うスキームを提案している。専門職による介護の有無が必要かどうかを判断するための期間を設定している。訪問介護の専門職が評価を行い、専門職以外のサービスに移れるようなら移していく。この考え方は桑名市地域包括ケアシステム推進協議会のワーキンググループらにより提案された。見極め期間をおくことは桑名市独自の取り組みである。まだ試行段階であり、これから実績を積んでいく。
- ・現在は、リハビリが重視されていて、ケアマネジャーも中央地域包括支援センターにおいても訪問介護サービスが抑え気味になっているが、在宅生活における自立を目指すのであれば、訪問介護の専門職に意見をもらうことが有効である。
- ・新総合事業について一般の方々の理解をどう深めていくのかが問題である。国、行政による説明の機会がなく、利用を促進するためには、一般の方々の理解を得ることに力を入れてほしいと考えている。

3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

- ・桑名市では医療との連携を検討している。医師会と協力し、タブレットによる意見交換ツールを作成している。試行的に各事業所に1台置く方向である。

4) その他

- ・当事業所には、家政婦紹介所も併設しているので、介護保険外のサービスにも対応している。訪問介護と通所介護も行っていることは強みである。事業所は管理者次第で変わるが、行っていることはみな同じはずである。売り上げが落ちたときは、事業所の規模を小さくせざるを得ない。本事業所はやるべきことをやるだけであり、新規の事業を始めることは難しい。スタッフの管理をサ責の対応可能な範囲にしないと対応が難しい。
- ・要介護認定が出ている方は、介護の必要があるから認定されているのであって、一概に生活援助だけなら家政婦やボランティアなどでよいというものではない。市のアンケートでは見守り、相談、連絡は、サービスの種類として個別に必要かと設問があったがヘルパーなら身体介護であっても生活援助の場合でもその業務の中で当たり前におこなっているものであり、これらが自然にできる人が専門職という認識と回答した。要介護・要支援者が対象のケースではシルバー人材センター職員、ボランティア等が対応しているときに利用者の身に何かあった場合、利用者家族、病院、市などとフォローできる体制が整備されていることが大事である。
- ・介護認定を受けている方の中で専門職による介護が必要な方と不必要な方に分けるという考え方がそもそもおかしい。ケアマネジャーによってその利用者に対してのサービスの必要性、利用する介護サービスが絞り込まれているはずなのに、それが絞れていないと判断することはケアマネジャーの仕事の評価していないことになる。ケアマネジャーと担当者会議があってプランが作成され、サービスが提供されているのに、そのプロセスが見られていない。ケアマネジャーへの信頼が低いのであれば、それに沿ったケアマネジャーの試験基準・合格ラ

イン、実務者研修のカリキュラムを考えるべきではないか。利用者の介護度、サービス内容、利用する量などの責任の所在を現場だけの問題にする前に制度がきちんと形成されているかを考える必要があると思う。介護認定の前段階の問題になる。

- ・新総合事業によって、利用者にとってのサービスの選択肢が増えること自体はよいことである。ただし、地域包括ケアシステムで行っている内容は、本来はケアマネジャーの役割であると考えている。ケアマネジャーだけでは十分ではないということか。ケアマネジャーの資格取得のルートが多すぎるからなのかケアマネジャーだけで対応が十分ではないというなら、本来はケアマネジャーが対応できる体制、目指すケアマネジャー像に近づける環境をまずは作る必要がある。県の説明会で制度の説明はあるが、具体的な詳細については説明がない。法令の本を読み、市や県に問い合わせ一つ一つ確認をおこなっているが、サービス事業ごとの県や市主体の業務内容や理念が共通認識できるような研修会・説明会をおこなってほしい。具体的な目標がなければケアマネジャー、サービス事業者も会社や独自の感覚で業務を行っていくケースもあるので、内容にばらつきがある。

(4) まとめ

1) 地域の特徴、地域における訪問介護の役割、課題、期待

桑名市の高齢化率は全国平均 23.0%に比べて 21.7%であり、要介護認定率は全国平均 18.3%に比べて 15.34%である。介護施設については 75 歳以上 1 千人あたり施設数が全国平均 13.57 件に比べて 15.78 件とやや多い。その中でも、通所型介護施設、入所型介護施設、居宅介護支援事業所の 75 歳以上 1 千人あたり施設数が全国平均より多くなっている。また、看護師（常勤換算人数）及び介護職員（常勤換算人数）については 75 歳以上 1 千人あたり人員数が全国平均より多い。介護施設や介護職員といった観点からは、地域の社会資源が全国平均に比べて充実していることが特徴である。

桑名市の需給動向について、訪問介護で過去 1 年間に新規開設した事業所は 5 件だが、特に訪問介護のニーズが高いわけではない。訪問介護よりも通所介護の利用率が非常に高く、事業所間で利用者の取り合いになっている状況がある。

訪問介護の課題としては、次のようなことが挙げられた。ヘルパーが高齢化していること。利用者の能力強化ができるヘルパーが求められているが訪問介護による自立支援の方法が確立されていないこと。事業所継続のために事業所規模の拡大化が求められること。小規模事業所では朝夕の時間帯の人材確保が難しく、24 時間体制が難しいことである。

今後、認知症が増えることを踏まえ、訪問介護サービスにおける認知症への対応が求められる。また、「桑名市地域包括ケア計画」では、訪問介護事業所間の介護人材の確保や、24 時間の対応を可能とするための事業所規模の拡大化などの対応を記載している。桑名市として、訪問介護の事業者には、専門職として、単なる援助ではなく、利用者の状況改善を期待している。

2) 訪問型サービス A の実態、課題、方向性

桑名市では平成 27 年 4 月より新総合事業を開始した。要支援の訪問介護の対象者に一定期間は訪問介護サービスを利用してもらって専門職が関わり、自立可能かどうかの見極めをする役割を担っている。期間内に自立に向けた改善が見込めない場合は訪問介護の利用を継続するが、期間内に自立できれば、介護保険対象外となる。例えば、「桑名市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス B えぷろんサービス」やシルバー人材センターなどの保険外サービスなどに移行する。

訪問型サービスの課題として、費用面で訪問介護の利用と、えぷろんサービスの利用とでは、利用者の負担額があまり変わらない。また、ヘルパーとの人間関係が良好なため、利用者は新しい人を受け入れにくく、えぷろんサービスの利用者が増えにくいことが挙げられていた。

桑名市では、人材に限りがあることを踏まえ、シルバー人材センターなど保険外サービスに移行可能な業務は移し、訪問介護サービスでは専門職として中重度の利用者に重点的に対応してほしいという意向がある。

3) 地域の工夫している点と今後の展望

今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて、桑名市は、地域生活応援会議で、新規利用者の

ケアプラン作成の際に働きかけることにより、通所介護から訪問介護サービスへの利用を促進することや、ケアマネジャー及び事業所の意識を変えていきたいと考えている。また、自立可能な利用者に対しては保険外のサービスに移行してもらい、訪問介護サービスでは中重度の利用者に重点的に対応してほしいという市の期待がある。市の戦略として、個々の健康寿命を延ばすため、介護サービスを受ける状態になっても地域コミュニティに戻ることを目標にしてもらえるような地域コミュニティづくりと、サポーター活動や見守り活動が自発的に行われるような地域のつながりをつくっていくことが重要であると考えている。

3.4 ヒアリング結果：流山市（千葉県）における訪問介護

(1) 流山市（千葉県）

1) 自治体における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

① 概況・動向

- ・ 流山市は、北部・中部・東部・南部に分かれており、人口流入が多く、現在約 18 万人¹である。高齢者も多いが若い世代も増えている。
 - 北部は、高齢者が多い。
 - 中部は、つくばエクスプレスの駅があり、30 分程で都内に出られるため、特に人口流入が多い。開発地域のため若い世代が多い。
 - 南部は、再開発地域である。
- ・ 市としては多様なサービスを提供し、その中から利用者が望むサービスを選択できる状態にすることが望ましいと考えている。施設の受け皿がなくて在宅を選ばざるをえないというような状況ではなく、在宅の訪問介護等と、施設の特別養護老人ホーム（以下、特養）等の両方が選択できる状況にする必要がある。サービス基盤の充実について流山市は先行型を自負している。
 - 多様なサービスの 1 つとして、訪問介護を位置づけている。在宅を支える 3 本柱として、訪問介護、通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）を捉えている。
 - 市内の訪問介護サービスは、38 事業所あり、新規事業所も含め年々増えている。
 - 市内には、特養が 576 床（平成 28 年 5 月予定）、平成 29 年度末には 676 床を用意できる見込み。現在は 333 人の待機者がいる状態である。本人が在宅で終末期を迎えることを望んでいても、家族やケアマネジャー判断で特養に入る人もいる。
 - 市内には、24 時間の定期巡回に 1 事業所を指定している。
 - 市内には、小規模多機能型居宅介護が、4 つの圏域に 1 つずつある。
 - 市内で、看護小規模多機能型居宅介護を来年度に 1 事業所は指定する予定である。

② 課題

- ・ 市内の訪問介護の状況で懸念していることは、人材不足である。
 - 事業所を効率的にニーズに合った形で経営していく上で、パートのヘルパーを雇用したいが、なかなか新規採用できないため、正規職員の有資格者が割り当てられている状態である。
- ・ 在宅介護のニーズや専門性が今後増加していくことが考えられる。

¹ 流山市の人口は毎年増えており、平成 15 年の 151,569 人から、平成 27 年には 173,556 人で、2 万人以上増えている。年齢別人口では 30～40 歳代の人口が最も多く増えている。（出所：流山市 HP <http://www.city.nagareyama.chiba.jp/appeal/9577/009582.html>）

- 介護の専門性、経験・知識を必要とする場合は、利用者とその家族は施設入所を希望する場合もあるが、在宅で終末期まで看たいという人も多い。要介護度 4 や 5 など重度の状態でも在宅サービスを続けたいという人が増えるという状況を踏まえると、今後も訪問介護のニーズや専門性はますます求められる。

③ 需給動向

- ・ 市としては、訪問介護の事業所自らサービスの質の向上や経営の円滑化に努めてほしい。ただし、全てを自助努力とするには小規模の事業所もある。そこで、市の社会福祉協議会を事務局として、「サービス事業者連絡協議会」を立ち上げた。その中で、国の動向の情報提供や、訪問介護の方向性や、訪問型サービス A の説明などを行っている。
 - 協議会の中で専門部会に分かれていて、訪問介護部会、通所部会、ケアマネ部会等がある。委託料として一定の金額を交付している。
 - 参加率は高く、訪問介護部会は市内の事業所の 9 割程が参加している。
 - 流山市では事業者の任意団体が早めに立ち上がったため、同じ目的を果たす仲間意識がある。新規事業所も任意団体に参加しており、競合するところはあるが、互いに連携し合って情報交換をし、力を合わせて地域を支えている。

○これまでの地域支援事業の取組内容

2) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

① 概況・動向

- ・ 市内では、5 事業所が「訪問型サービス A」を実施している（平成 28 年 2 月 1 日時点）。
 - 他事業と一体型で訪問型サービス A を実施しているところが多い。
 - 平成 27 年 8 月までの時点で 3 事業所しかなかったが、12 月に 1 事業所増え、平成 28 年 2 月に 1 事業所増え、計 5 事業所となった。
 - 指定の事業所の内訳は次のとおりである。①シルバー人材センター、②生協、③④NPO 法人流山ユニー・アイネットで 2 事業所、⑤民間企業による事業所。
 - シルバー人材センターについては、国保連の請求書システムがパソコンに入っていないので、実績報告を請求書と同時に市役所に出してもらって、その金額を市がシルバー人材センターの口座に支払っている。
 - 流山市は 4 圏域（北部・中部・東部・西部）だが、各事業所には（圏域ごとではなく）市内全域を担ってもらっている。事業所の所在地は、北部に 3 事業所、中部に 2 事業所の分布となっており、特に北部は高齢者が多いことからニーズが多い。
- ・ 市の訪問型サービス A の利用者については、事業開始当初は 1 桁程度しかいなかったが、現在は 12~13 名程度の利用者に増えた。ただし、要支援者 1~2 が 200 人程いることを考えれば、その 1 割にも満たない状況である。
- ・ 市の研修修了者のうち希望者は、上記の指定事業所に雇用され、訪問型サービス A の担い手となる。

- これまでの研修修了者は 40 名程度であり、年齢は 40 代以上で平均年齢は 64 歳であった。
- ・ 訪問型サービス A は、生活援助（掃除・洗濯・買い物・調理等）のみサービスしており、利用者にとって単価が安いのが利点である。
 - 訪問型サービス A の単価は、1 回 2000 円（30 分以上 1 時間未満の生活援助）であり、利用者にとって 1 割負担なら 200 円、2 割負担なら 400 円である。
 - 訪問型サービス A は、市の研修修了者だけでなく、訪問介護のヘルパーも担っている。ただし、事業所の経営的側面から考えれば、研修修了者がヘルパーのフォローがなくても一人前に担えるように早くなることが望ましい。
- ・ 利用者の状況に応じて、訪問介護サービスとするか、訪問型サービス A とするか、判断はケアマネジャーのアセスメントによる。したがって、地域包括支援センターのケアマネジャーのアセスメントの力量が重要であると市は捉えている。
 - 利用者の状況に応じて、訪問介護サービスになったり、訪問型サービス A になったり行き来することは、あり得ることである。ケアマネジャーのモニタリング状況に応じて、必要なサービスを提供できれば良い。
- ・ 市で訪問型サービス A の研修（2 日間）を実施している。
 - 将来的に互助を高めることが総合事業の狙いであるため、参入のハードルは低くすることから、市の研修は 2 日間としている。参考までに、柏市では研修を 3 日間としている。
 - 市の研修後、ガイダンスとして活躍できる場を紹介しており、訪問型サービス A の指定事業所に来てもらって事業所の説明や紹介をしている。どのような活躍の場所や事業所を選ぶかは研修者の自由である。概ね 7~8 割の研修修了者が指定事業所に雇用されている。特に、シルバー人材センターから紹介されて研修を受けにくる人が多いため、そのままシルバー人材センターで就業という流れがある。事業所で雇用された後には、各事業所での研修を通じて育成される。
 - 指定事業所の一つである事業所 D は、これまでに研修修了者を 4 名雇った。
- ・ 研修の周知はどのようにしているか。
 - 訪問型サービス A の担い手になるには、研修に参加することが前提となる。市としては、市のホームページのトピックスなど目立つところで PR したり、地域包括支援センターにチラシを置いたり、広報誌に情報を載せたりしている。研修に参加した年配の方は、広報誌を見て来たという人もいた。参考までに、柏市はこれまで 70 人程が研修に参加した。

② 課題

- ・ ケアマネジャーへの訪問型サービス A の周知と理解が課題である。
 - 利用者が更新で要支援者になった場合、総合事業の対象者になるので不利益はないことを、ケアマネジャーに理解頂くため、市や地域包括支援センターから複数回の説明を実施した。平成 27 年 4 月から市による総合事業に関する勉強会も実施した。
 - 身体介護が必要な方や認知症がある方には、専門的な介護が必要になる。訪問型サービス A に変えるかどうかはケアマネジャーのアセスメントによるところが大きい。そのため、総合事業のことや訪問型サービス A の単価が安くて利用者にとってメリットがあることをケアマネジャーに理解してもらわないと、訪問型サービス A の利用者が増えない。同時に、ケアマネジャーに働きかける地域包括支援センターにも更なる周知と理解の促進が必要である。

- ・ 総合事業では、事務的な手続きやシステムの対応に手間がかかった。
 - 総合事業の介護予防ケアマネジメント事業費は、市を通して手続きをしなければいけない。例えば、サービスコード等が変わるので事業所の変更届を出さないといけない。市から事業所向けの説明会を開催はしたものの、事業所に手続きの理解を頂くのに時間がかかった。
 - 市内に 4 つの地域包括支援センターがあり、市から委託をしている。国民健康保険団体連合会（以下、国保連）と相談して請求関係のシステムに対応していったが、地域包括支援センターは既存のシステムを使わずに国保連のシステムを使わなければいけないことで使い勝手に苦労したとのことであった。

- ・ 生活援助のみの利用者に対して、訪問型サービス A へ円滑に移行する。
 - 流山市の事業所はサービス一体型が多く、同じ事業所で訪問介護も訪問型サービス A もやっているということであれば、利用者にとってサービス移行の負担が少ない。生活援助のみの利用者であれば訪問型サービス A を利用してもらうようにしていきたい。

- ・ 訪問型サービス A の単価の設定については自治体に委ねられている。
 - 人員基準は国のガイドラインどおりだが、自治体にとっての問題は単価の設定である。流山市は、従来の指定事業所を利用した価格と有償ボランティアの間の価格として、事務作業にかかる経費やヒアリング結果などを考慮して、現在の単価（1 回 2000 円）と設定した。ボランティアと捉えて極端に安価に設定すれば、法人が参入しにくくなる。市として訪問型サービス A を増やすという方針の下、法人が参入できる単価にしないといけないという考えから、現在の単価とした。
 - 例えば神奈川県小田原市は、厚生労働省の調査を根拠にして単価を決めている。

3) 今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて

【今後の見通しについて】

- 市としては、訪問型サービス A の指定事業所を増やしていく方針である。市の研修修了者として既に 40 人養成したので、今後 100 人の養成を目指したい。今後の課題は訪問型サービス A の利用者の定着である。
- どれほどケアをしても加齢とともに重度化していくことは避けられない。今後はより多くのニーズが見込まれる。ニーズが増してから急にサービスを増やそうとすることはできないので、市として先行投資となっても早めに準備していくことが肝心である。
- 事業所が経営的判断を行うには、今後の見通しが必要とされる。全国的には有償ボランティアの訪問型サービス B はまだまだ実績数が少ないように見える。既存の訪問介護事業所のノウハウと経営を活かした訪問型サービス A は今後もニーズが増える可能性があると考えている。
- 訪問介護事業所においてパートのヘルパーの新規採用が難しい状況にある中、訪問型サービス A の研修修了者を増やして軽度の利用者の生活援助を担ってもらい、ヘルパーが中重度の利用者のケアに専念できることは、訪問介護事業所の経営にとっても良いことだと市は考えている。ただし、まだまだ多くの訪問介護事業所には理解頂けていないことが実情であり、市として説明を続けていく。
- 訪問型サービス A に指定したうち、民間会社の事業所については、女性向けのスポーツジムの展開している企業である。元気な高齢者が 1 日中ジムにいるので、訪問型サービス A の研修を受け、社会貢献をして且つ稼ぐこともできるという情報を伝えたのがきっかけであった。高齢化によって生産人口が減っていく中、元気な高齢者が働くことで介護予防や生きがいに役立ち、経済的にも潤い、社会参画の一翼を担うことができる。人的資源を確保していくという観点からも、このように元気な高齢者も訪問型サービス A の担い手として今後増えると良い。
- 今後は、訪問型サービス A は今後必要な仕組みであり、市として進める方針をあらためて周知し、地域包括支援センターの意識を高め、事業所の意識を高め、利用者を増やしていきたい。また、利用者を選んでいただけるようなマネジメントをしていけるように、地域包括支援センター及びケアマネジャーに促していく。

【地域包括ケアシステムの構築に向けて必要なこと】

- 介護サービスの多様性を実現していくためには、次のことが重要であると伝えている。第一に、周知である。断続的ではなく継続的に理解を広げていくため、繰り返し周知していくことである。総合事業を展開する意義や、各サービスの特徴の他に、市民にとって訪問型サービス A は生活援助を安価に利用できるというメリットや、元気な高齢者が雇用されて介護予防になることで保険料の急上昇の緩和が期待できるといったこと等、分かりやすい言葉で説明する必要がある。
- 第二に、個別の事業所への働きかけである。集合方式での説明・周知では限界があるので、社会貢献意欲度が高いと思われる事業者、例えば NPO 法人、生協、社会福祉法人

などには個別に声をかけてフォローしていくと効果的である。

- 第三に、協議体の仕組みの活用である。「生活支援体制整備事業」では、生活支援コーディネーターや協議体を設置することになっている。協議体では地域課題を話し合うので、助け合いの仕組みについても議論のテーマになる。協議体を通じて、例えば住民グループをNPO法人化させて新しいサービスの主体を創設していく等の可能性も考えられる。どこから手をつけたらよいか迷う自治体は、協議体の仕組みの活用から始めると良いと説明している。

(2) 流山市（千葉県）の事業所D

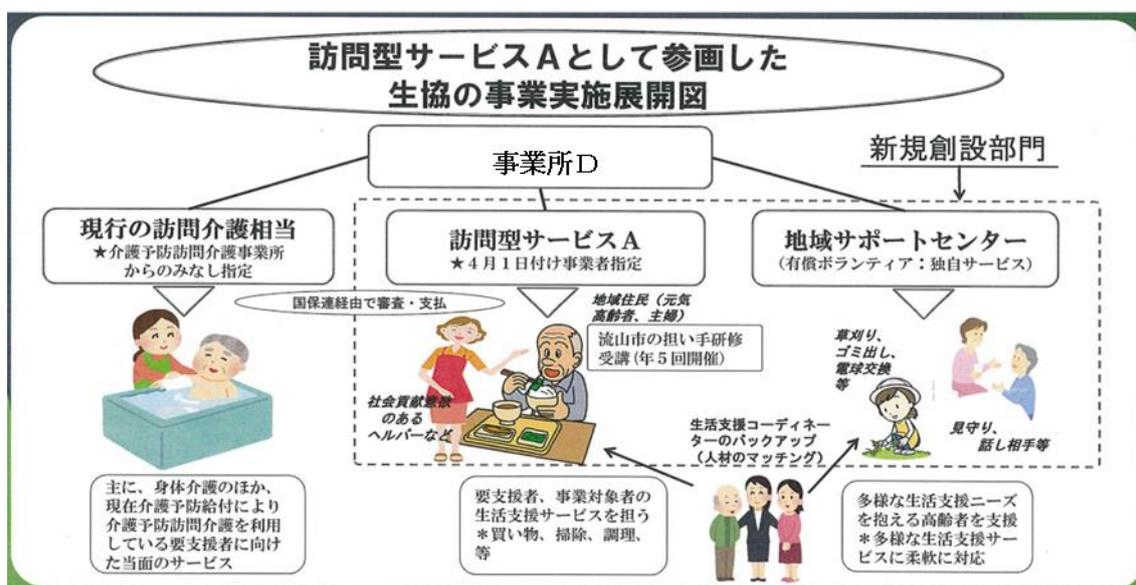
1) 地域における訪問介護サービスの需要と供給の動向及び課題

- ・ 事業所Dのサービス提供状況について
 - 事業所では、主な事業として、訪問介護、障害者総合支援事業、福祉有償運送事業などの福祉サービスを提供している。
- ・ サービス提供責任者は介護福祉士の資格が必要であり、介護福祉士の試験を受けるために10万円程かかる。介護分野で働く人の処遇改善が必要だと考えている。

2) 新総合事業の取組状況（特に訪問型生活支援サービスについて）

- ・ 平成27年4月から生活支援総合事業の開始に伴い、流山市より当事業所は「訪問型サービスA」事業（掃除、洗濯、調理、見守り等）の指定を受けた。互助は生活協同組合の理念に沿っており、エラー! 参照元が見つかりません。のとおり事業を実施している。

図表 3-1 新総合事業の実施概要図



- ・ 事業所での訪問型サービスAの担い手は、22名であり、その内訳は、介護福祉士4名、ヘルパー14名、研修修了者4名である。22名のうち11名が、流山市の研修を受けており、その内訳は介護福祉士3名、ヘルパー3名、研修修了者4名である。研修修了者4名は他の資格は特に持っておらず、多くは女性で、65歳以上が多い。（図表 3-2）

図表 3-2 訪問型サービス A の担い手（事業所D）

サービス担い手状況		
担い手区分	人数	備考
介護福祉士	4 (3)	
ヘルパー	14 (4)	
研修修了者	4 (4)	資格無し
計	22 (11)	

() 内は、流山市生活支援研修修了者数

- ・ ケアマネジャーが利用者のプランを作成する際に「訪問型サービス A」か「訪問型サービス B」いずれかを決め、事業所に電話する。また、ヘルパーが利用者から「庭の水やりをしたい」等の相談を聞いてサービスにつながる場合も多い。訪問型サービス A と訪問型サービス B の両方を利用することは可能だが、実態としてはまだない。
- ・ 訪問型サービス A の利用者とサービス内容について

 - 訪問型サービス A は、30 分以上 1 時間未満として、1 時間当たり 2000 円と設定しており、対象者は、要支援 1、要支援 2、事業対象者である。
 - 訪問型サービス A の事業所での利用者の実人数は 8 名で、延べ利用人数は 41 人（平成 27 年 4 月～平成 28 年 2 月末）であり、延べ利用回数は 126 件を超える。
 - 利用者 7 名の内訳は、要支援 1～2 が 3 名、事業対象者（地域包括支援センターによる紹介）が 4 名である。
 - 訪問型サービス A で最も利用されるのは「掃除」である。ケアマネジャーが利用者の要望を受けて事業所に伝えている。サービスが掃除に偏るのは、上記のとおり利用者 7 名のうち半数は事業対象者で介護度が重いわけではなく足腰に負担がかかる掃除を依頼しやすいのではないかと推察される。利用者との信頼関係が築けてきたら、利用者は掃除以外の用事も依頼しやすくなるのではないかと推察される。
- ・ 訪問介護の専門性と訪問型サービス A の活用について

 - 訪問型サービス A は、流山市の研修を受けた人であれば担うことが可能であり、軽度の利用者を対象に、生活支援の自立を目指す。一方、要介護度が重度の人に対しては、従来どおり訪問介護サービスのヘルパーが身体介護と合わせて生活援助を行う必要がある。このように軽度の方には自立を促し、重度の方の介護を支えるという点で、家政婦の家事サービスと目指す方向が異なるものではないかと事業所は捉えている。
- ・ 市の研修との連携と今後の展望について

 - 訪問型サービス A の担い手と利用者を事業所としては増やしていきたい。市の 2 日

間の研修を受けただけで利用者のところに向かうのは不安感があるため、事業所で独自の研修を実施し、事業所のヘルパーが最初は同行しながら経験を積んでいく。地域に密着した事業とするには数年間かかる。

- 事業所での研修内容は、各事業所に委ねられている。事業所側で手間をかけて育てなければいけないので事業所側の負担は大きい。
 - 研修修了者には独り立ちしてもらいたいが、同行ヘルパーからの状況を踏まえて独り立ちの可否を判断している。
 - 研修修了者 4 名だけでは全件に対応できないため、事業所のヘルパーも訪問型サービス A を実施している。将来的には、研修修了者をしっかり育成し、生活支援サービスは研修修了者が担い、身体介護はヘルパーが担うという体制をつくっていきたいという展望を持っている。
- ・ 訪問型サービス B の利用者とサービス内容について
- 訪問型サービス B（有償ボランティア事業）は、30 分に満たないようなゴミ出し、庭の水やり・草刈り、電球交換等を対象に、事業所内の地域サポートセンターで実施している。
 - 事業所の職員 19 名が担い手として登録している。
 - 利用者によっては家の中に入ってほしくないのがゴミ出しだけ頼みたいという要望など、訪問型サービス B だけが良いという人もいる。
 - 訪問型サービス B の料金設定はエラー！参照元が見つかりません。のとおりである。料金設定は、市が決めたものではなく、事業所独自で決めている。入会金は連絡のための電話代や資料代などに使っている。
 - 地域住民への広報・普及が大きな課題となっている。

図表 3-3 訪問型サービス B の料金設定（事業所 D）

区分	金額		備考
	平日	日・祝日	
入会金	1000 円	1000 円	通信費や事務経費等に使用。
30 分まで	400 円	500 円	
30 分を超える 30 分単位	400 円	500 円	
交通費（1 回あたり）	200 円	200 円	

3) 今後の地域包括ケアシステムについて

- ・ 当事業所は流山市の北部に位置しており、北部の高齢化率は5年後に30%を超える見込みである。市内で指定を受けている事業所が少ないため、当事業所では市内全域を対象として活動している。研修修了者は北部の方が多いが、今後は中部・東部・南部なども増やしていきたい。
- ・ 研修修了者で資格のない方の採用を、現在の4名から10名程度に増やして、将来の担い手不足の解消に努めたい。ただし、採用後に訪問型サービスAの仕事が無いと困るので、需要と供給のバランスを考えていくことが重要と考えている。
- ・
- ・ 地域には、まだ訪問型サービスAを知らない住民が多い。どのように周知していくのか、その需要の掘り起こしは、流山市と地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の一層のご尽力を期待したい。当事業所としては自治会とタイアップして、説明し、パンフレットを置いて啓蒙普及に努めていきたい。
- ・ 訪問型サービスBでは、周知し、ボランティアの人を確保し、活用するという3本柱がまだまだ難しい状況にあり、課題だと捉えている。有償ボランティア事業として、国や市の助成金が入っておらず、今後の一層需要の拡大のために助成金制度の創設を期待したい。地域住民へのボランティアなのか、高齢者へのボランティアなのかによって対象範囲が大きく変わる。前者の場合は範囲が広くなりすぎてしまい、1事業所として対応しきれなくなる恐れがあるため、現時点では後者の考え方で実施している。

(3) まとめ

1) 地域の特徴、地域における訪問介護の役割、課題、期待

流山市の高齢化率は全国平均 23.0%に比べて 23.7%であり、要介護認定率は全国平均 18.3%に比べて 16.21%である。高齢化率は全国平均並だが、人口が毎年増えており、特に 30～40 歳代の人口が最も多く増えている。

流山市は、施設と在宅介護に関わる多様なサービスを提供し、その中から利用者が望むサービスを選択できる状態にすることが望ましいと考えており、サービス基盤の充実について先行型を自負しているのが特徴である。

流山市は、訪問介護を、在宅を支える 3 本柱（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）の 1 つとして位置づけており、訪問介護事業所数は、市によれば 38 事業所（平成 28 年 2 月時点）であり、新規を含めて年々増加している。

訪問介護の課題としては、人材不足が挙げられる。特にパートのヘルパーの新規採用が難しい状況にある。

地域では在宅で終末期まで看たいという人も多く、要介護度が重度の状態でも在宅サービスを続けたいという人が増えるという状況を踏まえると、今後も訪問介護のニーズや専門性はますます求められている。

2) 訪問型サービス A の実態、課題、方向性

流山市では平成 27 年 4 月に新総合事業に移行し、訪問型サービス A、有償ボランティアによる支援（サービス B）、介護支援サポーターによる支援、ボランティア・ご近所の助け合い（互助の強化）が実施されている。

訪問型サービス A の担い手として、市の 2 日間の研修を経て、研修修了者のうち希望者は指定事業所に雇用される。これまでの研修修了者は 40 名程度である。訪問型サービス A の利用者が現在 12～13 名程度であることから、より広く周知・広報することによって利用者のニーズを掘り起こすことが必要である。それに伴い、研修修了者は 100 名の養成を目指している。利用者数に関して、訪問型サービス A を提供するかどうかはケアマネジャーのアセスメントによるところが大きいことから、ケアマネジャーに対する訪問型サービス A の周知と理解も今後の課題の一つである。また、事業所側としては訪問型サービス A の担い手となる市の研修が短期間であることから、事業所独自の研修や、ヘルパー同行による OJT を実施して経験を積むことが必要となり、人材育成の事業所負担が大きいということであった。

訪問型サービス A は今後もニーズが増える可能性があることや、訪問介護のパートのヘルパーの新規採用が難しい状況を背景として、訪問型サービス A の研修修了者を増やして軽度の支援が必要な利用者の生活援助を担ってもらい、訪問介護のヘルパーが中重度の利用者のケアに専念できるような状況にしていきたいと市として考えている。それによって、地域の限られた専門職に効果的に働いてもらうことができ、地域のボランティアもまた適材適所で活躍することができることが期待されている。

3) 地域の工夫している点と今後の展望

流山市は、地域のニーズが増えてから急にサービスを増やすことはできないので、先行投資として早めに準備することが肝心であると捉えている。施設と在宅介護の両方の整備が必要と考えており、利用者が望むサービスを選択できるように多様なサービスを今後も提供し、充実させていく意向である。そのような介護サービスの多様性を実現していくために、「周知」、「個別の事業所への働きかけ」、「協議体の仕組みの活用」が重要であると説明している。すなわち、総合事業や各サービスの特徴・メリットなどを繰り返し継続的に周知していくことであり、集合方式の説明会のみならず社会貢献意欲度が高い事業所に働きかけていくことであり、協議体を通じての新サービス創設等、工夫していくことが必要だと流山市は捉えている。

3.5 地域分析のまとめ

杵築市、桑名市、流山市に共通して挙げられた訪問介護の課題としては次のようなものがあった。①ヘルパーの人材不足、②ヘルパーの高齢化、③小規模事業所の運営の難しさである。ヘルパーの人材不足と高齢化については、限られた専門職の人材をいかにヘルパーの専門性を活かした業務（中重度の利用者の介護等）に重点を置いてサービスを展開できるようにしていくかということが重要である。また、小規模事業所では利用者が望む時間帯での人材確保の難しさや、24時間体制が難しいこと、研修などのスキルアップのための時間や体制の確保が困難など事業所継続の側面から、事業所規模の拡大化が必要になってきているという意見が出された。

訪問介護の役割として、在宅介護を望む利用者を終末期まで支えきることや、高齢化によって増加が見込まれる認知症の利用者への対応などが求められている。また、訪問介護サービスを一定期間利用してもらい、介護の専門職としてヘルパーが関わる中で自立可能かどうかの見極めを行う役割を担っているという事例があった。限られた専門職の人材ということから、期間内に利用者が自立可能であれば保険外サービスへの移行を検討するというのは重要である。そのためにも、ヘルパーの専門性向上、ケアプランを作成するケアマネジャーの意識の向上や、見極めを行うヘルパーの意見を取り入れる仕組みなど、地域ケア会議等を通じた多職種連携などが今後ますます必要とされるといえる。

訪問型サービスAについては、まだサービスとして始まったばかりであり、まだ利用者を含めた認知度が十分でないこともあり、利用件数は少ないことがわかった。一方で、並行して、サービスの担い手を確保し、育成していく必要もある。これまで生活援助としてヘルパーが担ってきた業務は単なる家事援助ではないため、数時間または数日の研修を受講すれば一人で利用者宅を訪問し、サービスを提供できるようになるというものではない。ヘルパーが担うべき専門性の高い業務と、訪問型サービスAの担い手の業務をうまく切り分けし、連携しながら、利用者の自立支援につながるサービスを提供していく仕組みをつくっていくことが今後の課題である。

訪問介護に期待されていることとして、専門職として、単なる家事援助ではなく、利用者の能力強化や状態改善ができるヘルパーが求められている。また、訪問介護の専門性を十分に活かすために、軽度で改善が見込める利用者に対しては保険外サービスやボランティア等に担ってもらうように移行し、ヘルパーは中重度の利用者の対応を重点的に行うことが今後必要であると考えられている。

4 今後の訪問介護のあり方に関する検討

4.1 介護保険給付として行うべき訪問介護の内容と専門性について

(1) 介護保険における生活援助として提供すべき範囲や専門性

生活援助は、いわゆる「家事行為」（調理や買い物そのもの）を単純に行うものではなく、その提供にあたって「居室の様子などから利用者の状態を把握する」「利用者の状態にあわせて利用者とのかかわり方を柔軟に見直す」「把握された状態像を関係者に情報提供する」などの機能を果たし、その機能に専門性が必要とされる。

生活援助サービスの提供においては、「掃除」「調理」といった作業をきっかけとして、専門職の視点から利用者や介護者の状況を観察し、必要に応じて次の対応につなげている。すなわち、訪問介護員が専門職としてサービスを提供する価値は、介護の専門性に基づくモニタリング、アセスメント、判断および判断に基づく支援の機能にあるとみなすことができる。すなわち「観察」「判断」「情報収集」「安全確認」「助言」「関係者との連携」といった活動を通して、「利用者の状況や課題を把握したうえで、安全に自立した生活を維持することや、意欲や自己肯定感を高めることまでを含めて利用者の自立を支援することが生活援助における専門性であると言える。

民間企業における取組として、老計 10 号に定められた生活援助行為について、サービス提供内容とそのうち専門性に基づく判断と支援を行っている要素を「介護過程：状況把握・判断・助言・活動支援」と位置付けて整理を行っている（図表 4-1）。

例えば、「掃除」については、「掃除を行いながら既往歴による発生しうるリスクに応じた適切な声かけ」「掃除を行いながら利用者の摂食状況、服薬状況、家族等の訪問状況、利用者の生活動線を把握」などが、同時に行われているとしている。「洗濯」であれば、「洗濯行為中の利用者の活動状況の把握および行動予測、危険予測、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援」や「洗濯行為中の利用者とのコミュニケーションによる課題の把握」、「居室内の衣服の検索による認知症状の把握」、「衣服の汚れの確認による排泄等の課題の把握」などがあげられている。このようにして把握された状況や課題を関係者と共有するほか、「利用者の認知機能と身体状況に合わせた収納」など、提供する生活援助行為の内容についても、利用者の状況に応じて柔軟かつ適切に行うことも訪問介護員の役割であるとしている。

図表 4-1 老計 10 号に定められた生活援助行為の介護過程要素

老計10号位 置づけ	【サービス提 供内容】	【介護過程・状況把握・判断・助言・活動支援】 (サービス提供内容のうち専門性に基づく判断と支援をおこなっているもの)
該当なし (訪問の準備)	利用者基本情報の把握をした上で訪問	利用者基本情報の事前の把握 (生年月日・年齢・性別・氏名・既往歴・生活歴・家族関係・服薬情報・生活リズム) 近々の要対応事項の事前の把握 (サービス提供責任者からの申し送り事項・疾患・健康状況・生活状況・家族状況)
	入室	郵便物の確認、庭の草木の状況に変化はないか。 地域住民の方々からの情報提供
	利用者様(ご家族等)へのあいさつ	気力・顔色・声色・目線、服装、臭いの変化を観察・把握 家族等の介護負担(疲労具合等)に関する状況観察・把握 利用者と家族等の関係性の観察と把握
健康チェック	健康状態の把握を目的としたコミュニケーション	生活歴・既往歴・サービス提供責任者からの申し送り事項に基づく話題の選択 前回訪問時からの連続性のある話題の選択 利用者からの返答からの課題分析 気力・顔色・声色・目線、服装、臭いの変化を観察・把握 家族等の介護負担(疲労具合等)に関する状況観察・把握 利用者と家族等の関係性の観察と把握
	サービス内容の確認	訪問介護計画書に基づく生活援助サービス内容の確認と同意 新たなニーズ・必要とするサービスの有無の確認 サービス提供の時間配分の再設定と合理的なサービス提供を行うための段取り
老計10号位 置づけ	【サービス提 供内容】	【介護過程・状況把握・判断・助言・活動支援】 (サービス提供内容のうち専門性に基づく判断と支援をおこなっているもの)
環境整備(換気・室温・日あたりの調整等)	環境整備	利用者の疾患・身体状況・行動特性・危険因子を把握した上で生活に必要な環境にかかわる助言・活動支援をおこなう。
相談援助、情報収集・提供	相談援助、情報収集・提供	申し送りからの相談援助をおこなうべき内容について状態把握し、個別の利用者の状況に応じておこなう情報提供・相談援助・情報収集
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	掃除を行いながら、生活歴の把握のための観察 (これまでの趣味・仕事等の観察を行い、利用者基本情報の充実と円滑なコミュニケーションにつなげる) 合理的な段取りならびに、訪問介護計画書上の所要時間に応じた時間管理 利用者のこれまでの掃除の方法を尊重した上で、合理的な掃除の実施 掃除を行いながら、既往歴による発生しうるリスクに応じた適切な声かけ 掃除を行いながら、利用者の摂食状況、服薬状況、家族等の訪問状況利用者の生活導線を把握 サービス終了後に利用者が安全・安楽に生活を送ることに物品等の配置 掃除を行うための必要物品の在庫管理

老計10号位 置づけ	【サービス提 供内容】	【介護過程・状況把握・判断・助言・活動支援】 (サービス提供内容のうち専門性に基づく判断と支援をおこなっているもの)
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>洗濯行為中の利用者の活動状況の把握、および行動予測、危険予測、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>洗濯行為中の利用者の利用者とのコミュニケーションによる課題の把握、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>居室内の衣服の検索による認知症状の把握</p> <p>衣服の汚れの確認による排泄等の課題の把握</p> <p>ポケット等の中身の確認し利用者の生活状況を把握</p> <p>利用者の認知機能と身体状況に合わせた収納</p>
ベッドメイク	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等 	<p>訪問介護計画書の指示ならびに汚染状況を把握し布団カバー・枕カバー交換、ベッドメイク等を行いながら、利用者の活動状況の把握、および行動予測、危険予測、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>訪問介護計画書の指示ならびに汚染状況を把握し布団カバー・枕カバー交換、ベッドメイク等を行いながら、利用者の利用者とのコミュニケーションによる課題の把握、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p>
衣服の整理・衣服の補修	<ul style="list-style-type: none"> ○衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等) ○被服の補修(ボタン付け、破れの補修等) 	<p>衣服の整理・衣服の補修を行いながら、利用者の活動状況の把握、および行動予測、危険予測、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>衣服の整理・衣服の補修を行いながら、利用者の利用者とのコミュニケーションによる課題の把握、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p>

老計10号位 置づけ	【サービス提 供内容】	【介護過程・状況把握・判断・助言・活動支援】 (サービス提供内容のうち専門性に基づく判断と支援をおこなっているもの)
一般的な調理、配下膳	<ul style="list-style-type: none"> ○配膳、後片づけのみ ○一般的な調理 	<p>調理、配膳下膳、片付け行為中の利用者の食欲、栄養状態の把握、嚥下状況の把握、および行動予測、危険予測、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>調理、配膳下膳、片付け行為中の利用者の利用者とのコミュニケーションによる課題の把握、訪問介護員の判断に基づく助言と生活支援</p> <p>既往歴と身体状況から、利用者の嚥下状態に応じた食事の柔らかさの配慮栄養バランスに配慮をしたメニューのアドバイスと決定</p> <p>疾患と治療方針の把握、薬剤情報の把握、服薬状況の把握、療養の状況の把握、判断と助言</p> <p>医師、薬剤師の指示に基づいた服薬の支援(食前服薬・食後服薬)</p> <p>服薬の影響の把握、医師、薬剤師との連携に基づく助言</p> <p>誤薬の把握、医師、薬剤師との連携に基づく助言</p>
買い物・薬の受け取り	<ul style="list-style-type: none"> ○日用品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む) ○薬の受け取り 	<p>冷蔵庫など、室内の食品・生活必需品の状況を把握し、生活継続のリスク把握をおこない、判断し助言、生活支援</p> <p>薬剤の情報把握と医師、薬剤師の指示に基づく、服薬状況把握と服薬の支援</p>

(第3回委員会 川名部委員より配布)

また、多職種連携の観点からは、「訪問介護員は、利用者との接触頻度が最も高いため、チームケアを支える専門職の「目」「耳」「触覚」の機能を果たす」「訪問介護員が専門性に基づく観察・判断・情報収集により得た情報は、サービス提供責任者・介護支援専門員・看護師・医師の連携に欠かすことのできない情報源となる」と指摘している（図表 4-2）。

図表 4-2 軽度要介護者に対する生活援助サービスがもたらす専門職間の連携



（第3回委員会 川名部委員より配布）

また、日本ホームヘルパー協会では、生活援助の専門性として以下のような見解を示している。

- 介護保険制度の基本理念は、尊厳の保持を旨とする自立支援であり、生活援助もその一環として提供されるものである。
- 保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。（介護保険法第2条第2項）
 そのためには、利用者の生活の実態を観察・把握しつつ、利用者の「活動」と「参加」への意欲を高める関わり方をいかにするか、という視点が根底になければならない。
- 利用者の生活の本拠である自宅において、介護過程に基づき行われる掃除、洗濯、調理などの機会を通じて、利用者の生活の意欲や体調の変化を観察し、生活機能の悪化のリスクを察知し、関係者に情報提供をする役割が重要である。
- 併せて、対人援助に従事する者としての倫理、権利擁護等の知識も必要である。
- すなわち、単に機械的に掃除や洗濯という行為を代行するものではなく、利用者の社会性、生活機能の観察も同時に行うことが重要である。
- 意欲を喪失し依存度の高い利用者の自立をうながすためには、例えば、洗濯機のスイッチ入れる⇒タオルをたたむ⇒しまう⇒掃除機を出す⇒食器を片づける⇒テーブルの上を片づける⇒シーツを一緒に敷く⇒寝室を掃除する、という関わりをしながら自己肯定感の回復を図ることが重要である。
- 介護職の専門性とは、何らかの要因により不自由を感じている利用者の日々の暮らしの営

みに継続的・直接的に介入して、主体性ある暮らしの再構築を図るための知識と実践力を行使できることである。

利用者の暮らしを営む意欲を引き出すためには、身体介護だけではなく、暮らしを営む環境の改善も一体的に捉えて、包括的に支援する必要がある。

(第4回委員会 境野委員(因委員代理)より配布)

(下線は三菱総合研究所による)

このような機能を有し、価値を提供しうるサービスであるにもかかわらず、単なる家事代行というイメージを持たれることも多いのも現状である。こうしたイメージを払しょくするためにも、生活援助が果たす機能やサービスの概念整理が必要である。すなわち、訪問介護員による生活援助とは、掃除、洗濯といった生活援助行為そのものだけではなく、これらの生活援助行為を通して、利用者や居宅内の状況の観察と適切な関わりにより自立した生活の維持を支援しており、特にその部分に専門職が行うサービスとしての価値があることを明確にする必要がある。

その一方で、こうした専門性を伴わず、単なる家事代行的なサービス提供が行われている現状がないか、あるいは、利用者の自立度が高い場合などで専門性に基づく価値提供が必ずしも必要とされない場面があるのではないかと、といった観点からの検討も必要である。これらについては、次項で整理する。

(2) 生活援助の位置づけの明確化と専門性の確立・担保

これまでの老計 10 号に基づく生活援助は、中心概念が「掃除」「洗濯」等の提供となっており、健康チェック・安否確認・相談援助は生活援助の準備等に位置付けられている。しかし、前項で見たように、生活援助に求められる専門性は生活援助行為を通じた観察と関わりにあることから、「健康チェック・安否確認・相談援助」を中心的なサービス行為として位置付けるとともに、生活援助行為を通じた観察・関わりをサービス内容として明示することが必要である。

介護保険制度の基本理念は、尊厳の保持を旨とする自立支援であり、生活援助もその一環として提供されるものである。生活援助においても要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、サービス提供がなされるための仕組みづくりも重要となる。

専門性に基づく生活援助の重要性が高まっており、生活援助を行う訪問介護員は、生活援助行為を通じた観察や関わりによる自立支援という重要な役割を担っている。

特に、退院など環境が変化した直後 1 ヶ月程度の期間に、生活援助のモニタリング機能が重要となるとの指摘もある。このようなことを踏まえ、例えば、生活援助が適切に行われることにより、利用者の状態がどのように改善されていくかを継続的に見るような追跡調査により、生活援助の影響・効果を立証することも必要と考えられる。こうした根拠に基づいて、モニタリングに基づく自立支援の役割を介護保険で提供する生活援助サービスの中核として明確に位置づけることが重要である。また、サービス担当責任者等が退院カンファレンスに参加できる仕組みづくりなど、退院時に効果的に関わる仕組みづくりも重要である。

介護保険制度に基づく訪問介護における生活援助の内容、機能について明確な位置がなされることにより、訪問介護員がこれらの機能を発揮することが促進され、同時に利用者や関係者による正しい認識が広まる。そして単なる家事代行との差異が明確になり、サービスの峻別が可能となる。

こうした観点から、制度上の位置付けや報酬体系についての再検討を行うとともに（4.3 において考察する）、サービス提供側の対応として、訪問介護事業所の意識の変革、訪問介護員やサービス提供責任者の資質向上が求められる（次項）。

(3) 訪問介護事業所・訪問介護員・サービス提供責任者の資質向上

1) 訪問介護事業所および訪問介護員の認識向上

訪問介護事業者および訪問介護員は、提供するサービスが「自立支援」に向けた介護サービスであるかどうか、自らに問うことも求められる。訪問介護は、「自立支援」の対極にある「お世話型介護」に陥りやすいサービスであることを事業者も訪問介護員も認識することが重要である。現在提供しているサービスは利用者の自立支援に資するものとなっているか（どのような支援が必要とされているか、そのようなサービスが適切に提供できているか）を検討する必要がある。

こうした認識の薄い訪問介護事業所では、現場の訪問介護員は、生活援助の際にモニタリング、アセスメントの視点を持たず、生活援助行為のみに終始してしまう場合があると考えられる。訪問の頻度を比較すると、地域包括支援センターの担当者は3ヶ月に一度、ケアマネジャーは月に一度であるのに対し、訪問介護は1週間に複数回であることも多い。例えば、軽度の利用者が家庭の中で整理整頓ができなくなってきたことや服薬管理ができていないことなどの生活における変化にいち早く気付くことができる。訪問介護の機能を発揮するために、事業所として、訪問介護員による観察の機能の重要性を認識させ、観察の視点などについて教育していく必要がある。

訪問介護員が専門職であることを自ら意識すること、また、そのためには利用者や関係者の間で、訪問介護員の専門性について共通認識を確立することが必要である。

2) 研修・資格制度の充実

訪問介護員の専門性を一定以上のレベルにするには、研修や資格制度等（資格更新制度等）についての検討が必要である。また、サービス提供責任者の位置づけを明確化し、サービス提供責任者の教育のシステムを作ることが、専門性の確立につながる。職員の資質向上を事業者（経営者）の責務として義務付けることも考えられる。

介護福祉士以外の訪問介護員は、介護過程を学ぶ機会が乏しいため、介護福祉士へのスキルアップや介護過程を重視した研修を取り込むことも必要である。なお、多忙な業務の合間に研修を受講することは困難であるという実態を考慮し、事業所として研修に参加させるための後押しは必要であり、こうした事業所や訪問介護員に対する支援策についても検討する必要がある。

3) サービス提供責任者の地域ケア会議への参画と資質向上

サービス提供責任者は、介護に関する知識や技術のみならず、自身の意見を地域ケア会議等で伝える能力を習得する必要がある。現状では、多職種と連携をする場合にサービス提供責任者が受け身になっている場面も見受けられるが、今後、地域ケア会議においては、訪問介護の専門職としての訪問介護員の力を活用していくことが重要であり、地域に意見を発する力を持つサービス提供責任者を養成していくことも求められる。

地域ケア会議においては、サービス提供責任者が参画し、退院直後等、生活環境が急変した利用者、認知症初期の利用者、家族のもとやサービス付き高齢者向け住宅への転入直後の利用者、

独居の利用者の事例等について検討が望まれる。

地域ケア会議においては、たとえば新規の訪問介護員の専門性の有無による事例の仕分けを行ったり、すでに訪問介護を利用している事例について、専門職が関与する必要性の有無をあらためて検討することも考えられる。

4) 介護福祉士の養成課程について

現状の介護福祉士の資格保有者の間では、いわゆる養成校ルートと実務経験ルートの間で有する知識の差があり、特に実務経験ルートでは介護過程の展開について十分に学ぶ機会を持つことができないという問題点が指摘されている。こうした課題に対応するための研修が必要と考えられる。

また、現在のカリキュラムは技術重視の傾向がある。4.1(1)に示した訪問介護の専門性である観察や関わりという機能を果たすためには、「見る」「待つ」という側面にも重点を置いた研修が必要と考えられる。

4.2 「専門性を要する生活援助」と「家事援助」の分化について

(1) 現状の生活援助サービス提供状況

本調査では、調査対象とした事業所において、生活援助サービスの利用者5名（うち3名は生活援助のみ利用者）を抽出し、利用者の属性、サービスの提供状況（1週間の各サービスの実施回数やサービス提供した訪問介護員の属性など）を把握した。

1) 生活援助の利用者像とサービス利用の現状

生活援助の利用者の属性やサービス内容について集計した結果、以下の特徴が把握された。

- 生活援助のみの利用者は、要介護2までの軽度者が85%以上を占めている。
- 性別で見ると、身体介護を併用する利用者比べて男性の比率が高い。
- 世帯構成で見ると、独居および高齢者のみの世帯が85%以上を占め、この特徴は身体併用の利用者比べてやや多い。
- 利用している介護保険サービスについて、身体介護を併用している場合と生活援助のみの場合で差があるのは、生活援助のみの場合のほうが多いのは「通所介護」であり、身体介護ありの場合に多いのは、「福祉用具貸与」「訪問看護」であった。
- 利用している生活支援サービスの内容については、「掃除のみ」のパターンが最も多く2割を占めた（身体介護ありでは1割未満）。また複数サービスを組み合わせている場合でも「掃除」が含まれる割合が高く、掃除を利用している利用者は合計で8割を超えている。
- 一方で、「洗濯」は身体介護と併用されている割合が5割以上であるのに対し、生活援助のみでは3割程度であった。同様に身体介護の有無により差があるサービスは、ベッドメイク、衣類の整理等などであった。
- 総合事業や地域の生活支援サービス等、他のサービスにより提供することも可能とされる利用者は13.6%となっていた。

以上より、生活援助の利用者は、要介護2までの軽度者で、独居および高齢者のみの世帯、掃除のみを利用しているケースが最も多いことがわかった。身体介護を必要としない軽度者の場合、「掃除」のための訪問を定期的に行うことが、利用者の生活の状況を継続的にモニタリングし、自立した生活の支援につながっていることが推察される。

一方、サービス提供責任者が「総合事業や地域の生活支援サービス等、他のサービスにより提供することも可能」と判断する利用者は13.6%と一定程度存在することも確認され、これらの利用者に対しては、訪問介護の専門的な視点を日常的に必要とせず、他のサービスに移行していく可能性が示唆された。

2) 生活援助を提供する訪問介護員の専門性

生活援助を提供する訪問介護員の属性について集計した結果、以下のような特徴が把握された。

- 生活援助サービスを提供するヘルパーの割り当てに方針や特徴があるかという問に対しては、「特に方針や特徴はない」という回答が4割を占めており、「年齢の高い」「家事経験が豊富」「非常勤」のヘルパーが担当することが多いという回答がそれぞれ2割程度であった。
- 生活援助を提供する訪問介護員は、全体として勤務形態については「非常勤」が55.8%と半数以上を占める。
- 訪問介護員の年齢は、「50歳代」が28.3%、「60歳代」が24.5%であった。
- 1週間のサービス提供記録をもとに、生活援助サービスを提供した訪問介護員の属性を比較すると、「調理、配膳・下膳」「掃除」で非常勤の割合が相対的に高く、「衣類の整理・衣服の補修」で低いことが分かった。身体介護サービスについては、ほとんどの項目で常勤の割合が高くなっていた。
- 保有資格別でみると、介護福祉士資格保有者は、食事、調理、更衣等の身体介護を行う割合が相対的に高かった。
- 経験年数別では、あまり明確な特徴は見られなかった。

以上より、生活援助を提供する訪問介護員としては、非常勤で、年齢は50・60代、家事経験が豊富なヘルパーを割り当てることが多いことが把握された。ただし、ここでの生活援助には、身体介護と同時に行われるもの、生活援助のみでモニタリングの意味合いを強くもつもの、特に専門性を必要としないものが混在しているため、今後はより詳細な分析を可能とする調査を行う必要があると考えられる。

(2) 介護保険サービス以外のサービスの活用のための条件と課題

4.1に示したように訪問介護員により行われる生活援助においては、単に掃除、洗濯といった生活支援行為を行うのみならず、これらをきっかけとした専門的視点からの観察や関わりが重要であることが確認されている。その一方でこうした専門性を必要とせず、主に家事行為の代行として行われているものが一定程度あることが確認された。

今後、さらに高齢化が進み、要介護高齢者が増加する中で介護人材の不足が懸念される状況を鑑みると、専門性を必要としない部分について保険外のサービスの活用を進める方向性について検討の余地がある。

以下では、どのような担い手がどのようなサービスを代行しうるか、またその仕組みが利用者の不利益になることなく有効に機能するための仕組みのあり方について検討を行った。

1) 代行が期待されるサービスの整理

① サービスの担い手

こうしたサービスの担い手には、高度な専門性は不要であるが、ケアの提供や介護に関する基礎知識を有していることが望ましい。こうした観点から、サービスの担い手としては、例えば以下のように想定される。

- 旧3級ヘルパー等を活用する
- 現行の家事支援サービス提供者が研修等を受講し、介護保険サービスと連携するために必要となる知識を得る
- 地域住民の中からサポーターを養成する など

サービス提供の体制としては、以下のように多様な形態が想定される。

- 現状のサービス提供事業所による別事業での対応
- 現在も提供されている配食や宅配等の保険外の家事支援サービス等の活用
- 地域住民を主体とするボランティアの組織化 など

個々の地域の要介護高齢者の動向や地域資源の特徴や充足状況等に応じて、計画的に仕組みをつくり、担い手を確保することが求められている。

② サービスの範囲

保険外の家事支援サービス等を活用する場合、サービス内容は基本的にはそれぞれの家事行為に限定されると考えられる。保険外の家事支援サービス等では、現行の生活援助が担っている役割（利用者の状態にあわせた援助、状態把握等）を維持するための、マネジメント（アセスメント、ケアプラン作成、モニタリング、事業者間連携等）は含まれないことを前提に、必要に応じてこうした機能、役割を補完する仕組みを検討する必要がある。

たとえば、現在のサービス担当者会議には、介護保険サービス事業所は参加するが、保険外サービス事業者が参加することは少ない。今後は、あらゆる関係者がケアチームの一員としてこうした場に参加し他サービスとの連携を図ることが求められると考えられる。

2) 保険外のサービスの活用を可能とするための条件（従業者およびサービスの質確保）

訪問介護員の専門性を必要としない利用者、利用場面に対するサービスについて、訪問介護による生活援助から他のサービスへの移行を検討するに当たり、移行に際して利用者の自立した生活が損なわれないことが前提となる。したがって、このための条件を整理し、適切に運用される仕組みを検討する必要がある。

① 見極めの仕組み

一つ目の条件として、訪問介護員による生活援助を必要とするか否かの見極めが確実に行われることが重要である。本調査で行ったヒアリング等により把握した先行事例では、訪問介護員が関わることにより「自立支援」を必要とする利用者か否を見極める仕組みとして、以下のようなパターンが把握された。

- 地域包括支援センター、介護支援専門員が判断する
- 地域ケア会議等において、地域包括支援センター、介護支援専門員、訪問介護（サービス提供責任者）等、関係者による協議を行う
- 一定期間訪問介護を利用し、その過程を経て訪問介護事業所が判断する、など。

いずれもまだ運用開始から間がないため十分な実績の蓄積はなく、事例の積み重ねと今後の運用を経て仕組みとして確立していく段階であると考えられるが、仕組みのねらいを関係者が正しく理解し、個々の担当者により「訪問介護による生活支援サービスの必要性」に関して、判断がぶれることなく共通した基準によりの確な見極めがなされるような工夫が必要となる。例えば、見極めに関わる関係者に対する研修、特に多職種連携の観点からの教育が重要であると考えられる。

なお、こうした見極めは、「入口」すなわちサービスの利用開始の段階だけではなく、定期的な状況を把握し、「出口」すなわち現在のサービス提供体制から他の方法への変更する必要があるか否かという判断も重要となる（たとえば、生活援助サービスを提供していたが、状態が改善し介護サービスが不要となる、あるいは、当初は保険外サービスで対応していたが状態変化により、専門職による定期的な関与が必要となるなど）。

② サービスの担い手の養成と確保の仕組み

専門性を必要とするサービスを訪問介護員が担うためには、その他のサービスの担い手が確保されていなければならない。新しい総合事業のスタートにより、旧介護予防訪問介護については、地域の実情に応じて、多様な担い手によるサービス提供が可能となったが、現在は制度移行の過渡的な期間であり、訪問介護サービス事業所の訪問介護員がみなしサービスとして対応している場面も多い。専門性の有無に応じて適切な担い手がサービスを提供する考え方に立てば、同一の担当者が異なる役割でサービス提供を行うことは望ましくない。また、担い手の確保という観点からも有効ではない。現在、訪問介護サービスを行っている訪問介護員以外で、新たにサービスの担い手を育成、確保する方策を検討することが望ましいと考えられる。

例えば、自治体等が主催し、生活援助を提供するサポーターを育成するとともに、活躍の場に

つなげていく仕組みが必要と考えられる。こうした育成研修の期間、内容は自治体によっても異なるが、サポーターが担うべき役割と求められる知識、技能に応じて適切に設定される必要がある。ヒアリング事例では、研修を受講したサポーターが実際に訪問サービスを行うことができるようになるまで、みなしでサービスを提供している訪問介護事業所が実地で指導を行っている地域もあり、単独で訪問できるサポーターを養成するためには、一定の時間と労力を要することも明らかになっている。

さらに、こうした関係機関、関係者を結び付け、コーディネートする機能も必要となる。こうした役割を担うコーディネーターの養成、確保も重要な課題となる。

③ 訪問介護およびサービス提供責任者の役割

このように、訪問介護サービス以外のサービスの活用により生活支援サービスを適切に提供する仕組みを検討する場合、訪問介護サービスとの間で適切に連携できる必要があり、訪問介護サービス事業所におけるサービス提供責任者の役割が重要となる。すなわち、訪問介護サービス以外のサービス提供者と訪問介護サービスは十分に連携をとる必要があり、この連携の中核として、訪問介護事業所のサービス提供責任者が担うことが望まれる。

たとえば、訪問介護事業所以外のサービスの活用により生活支援が提供されている利用者については、随時、サービス提供者からの情報を得て、状況の変化を確認し、必要に応じてケアマネジャーと連携して、サービス内容の見直しについて検討する必要がある。また、サービス担当者会議には、関係者全員が参加することが望ましく、自立した生活全般を支援する専門職としての的確な判断、発言が求められる。

また、地域住民等によるサポーターの役割を訪問介護の専門性と切り離れた家事援助等と位置付けたとしても、居宅を訪問してサービスを提供するために必要となる基本的な知識や技能を伝達することが必要であると考えられる。こうしたサポーターを養成する際に、訪問介護サービスが一定の機能を果たすことが想定される。すなわち、サポーター養成研修における研修内容の策定や教材の作成、講師としての協力が期待されると考えられる。また養成されたサポーターの受け皿となる組織の運営、実際にサービス提供できるようになるまでの実地指導など、大きな役割を担うことが想定される。

こうした役割を担うことは、短期的には訪問介護事業所への負荷の増大となることも懸念されるが、将来的には、専門性を要しない生活援助サービス等を切り離し、その代わりにより専門性を必要とする利用者の特化して対応するとともに、地域の中で利用者が安心して自立した生活を継続するための関係者間での連携と役割分担の中で、中核的な役割を果たすことが、訪問介護サービスの主たる業務として制度上に位置付けられることが望まれる。

4.3 訪問介護事業所の運営と今後の事業展開について

(1) 訪問介護サービスの報酬上の評価のあり方とサービス提供体制

1) 制度上の生活援助の位置付けと報酬体系の整理

4.1 に示したように、生活援助サービスは、掃除、洗濯といった生活援助行為のみではなく、それをきっかけとした観察、状況把握、判断、働きかけ、関係者との連携などの一連の機能を含むものであり、むしろそうした部分に専門性に基づく価値が認められるべきである。訪問介護サービスは、現在の報酬体系上の「身体介護」「生活援助」の区分にかかわらず、利用者が在宅生活を継続するために必要なサービスとして一体的に提供されることが多い現状を考えると、身体介護と生活援助に区分する考え方を廃し、訪問介護として提供するサービスの専門性とは何かを整理した上で新たな報酬体系を検討する余地があると考えられる。

身体介護と生活援助の区別ではなく、専門職としてのサービスとそうでないものを切り分ける視点が必要となる。専門職ならではの生活援助のみを訪問介護に残し、他は家事代行サービス等、訪問介護事業所以外のサービスを活用する方向性を検討し、専門職が行う訪問介護サービスの体系を改めて見直すことも重要であると考えられる。

また、事業者の立場からは、報酬の単価という観点では、現在の報酬のままでは、専門職の雇用の維持は難しいという指摘がある。業務に高い専門性を求める（専門性を必要とする業務を主体とする）とともに、それに見合った報酬の水準を設定することについて検討することも必要である。

2) 訪問介護事業所（サービス提供責任者）による主体的な判断と裁量の範囲

本調査のアンケート結果では、調査対象とした生活援助サービス利用者について、生活援助サービス以外でも対応可能とする回答が約 1 割あった。仮に、訪問介護員が訪問介護サービスの必要性について疑問を感じた場合、サービス提供責任者を通じてケアマネジャーに対して、適切な提案をできるようにするよう、裁量を持たせることが必要である。現状では、ケアマネジャーとサービス提供責任者の関係性は、ケースバイケースであるが、サービス提供責任者がケアマネジャーに対して、より積極的に働きかけ、適切なケアマネジメントに参加できるような仕組みが望まれる。

また、現場の訪問介護員にもっと裁量を持たせることも検討の余地がある。例えば、定期巡回随時対応型訪問介護・看護サービスの提供において、計画作成責任者は状況に応じたサービスの提供について一定の裁量を有している、訪問介護サービスにおいても、最も利用者の生活に密接に関わり頻度高くモニタリングを行うサービス提供者として、アセスメントに基づいて柔軟にサービス提供を見直すことで状況に応じた自立支援を実現することが可能となると考えられる。

(2) 安定的な事業継続とサービス提供体制の確保

1) 規模の拡大と効率化について

訪問介護事業所は中小規模であることが多く、アンケート調査からは事業所規模が大きいほど収支が「黒字」と回答している割合が大きく、事業の安定化に向けては一定以上の規模が必要であることがうかがえる。ヒアリング調査でも、小規模事業所の場合には、単体での運営が難しい実態も聞かれた。

事業所規模を拡大することが困難な場合であっても、例えば、事業所単位で行っている請求手続きなどの事務作業は労力が大きいため、これらを一括してアウトソーシングする仕組みがあれば効率化が期待できる。

また、経営的な統合には障壁がある場合でも、組合という形であれば、各事業所の個別性や主体性を維持したまま、職員や利用者を共有化することで規模による効率化が期待できる。組合化への関心を高めている事業所や地域があるが、介護事業所にとって組合化のための手続きやプロセスはなじみがなく具体的な手順がわからないという声も聞かれた。組合化に関心を持つあるいは志向する地域や事業所に対して、必要な情報提供や支援を行うことも有効と考えられる。

効率化という点では、ICT の活用も大きな期待が寄せられている。例えば、ヘルパーがタブレット端末で利用者の情報登録を行い、登録情報をホスト PC で管理するなど、事業所内での情報共有、活用が進むことにより、効率化のみならず、よりの確に利用者の状態を把握、共有し、より質の高いサービスにつなげることも期待できる。

2) 他サービスとの一体的経営など

事業所規模の拡大とともに「多角化」も重要なキーワードとなると考えられる。例えば、地域の中で複数のサービスを包括的に提供したり、特別養護老人ホーム等の施設を核とした多機能な拠点を有する体制づくりなどが、考えられる。一法人が提供する複数サービスを利用することについては、いわゆる「中立性」の観点からの配慮も必要となるが、利用者を取り巻く多様なサービスが緊密に連携しあい一体的にサービスが提供されることは、望ましいことであると考えられる。

また、検討委員会では、訪問介護サービスの機能は、今後 24 時間対応を前提とした訪問型サービスへと集約されることが望ましいのではないか、という意見もあった。訪問介護の専門性として今回着目したモニタリング機能については、生活援助を中心に必要とする軽度の利用者だけではなく、中重度の利用者が在宅生活を継続する上でも重要となる。24 時間対応とすることで夜間の生活も含めたアセスメントを行い適切なケアプラン作成が可能となる。定期巡回・随時対応型訪問介護・看護との連携あるいは一体的な運営のあり方について、さらに具体的に検討することも有効であると考えられる。

3) その他

事業所運営の立場からは、事業継続の視点から、介護スタッフの高齢化と人材不足が大きな課題となっている。4.3(1)に示したように、訪問介護サービスの中から、専門性を必要としない部分を切り離し、専門職によるサービスの価値を高めた上で、それに見合う水準の報酬を設定するなど、採算を維持し、人材を確保できる仕組みが求められている。

5 まとめと今後の課題

5.1 調査・検討結果のまとめ

本調査では、アンケート調査、ヒアリング調査および検討委員会での議論を通じて以下のことを検討した。

【訪問介護における生活援助の専門性の明確化と確立に向けて】

○訪問介護、特に生活援助の専門性について

生活援助は、いわゆる「家事行為」（調理や買い物そのもの）を単純に行うものではなく、その提供にあたって「居室内の様子などから利用者の状態を把握する」「利用者の状態にあわせて利用者とかかわり方を柔軟に見直す」「把握された状態像を関係者に情報提供する」などの機能を果たし、その機能に専門性が必要とされる。

○専門性の明確化と制度上の位置付けの必要性

これまでの老計10号に基づく生活援助は、中心概念が「掃除」「洗濯」等の提供となっており、健康チェック・安否確認・相談援助は生活援助の準備等に位置付けられている。しかし、生活援助に求められる専門性は生活援助行為を通じた観察と関わりにあることから、「健康チェック・安否確認・相談援助」を中心的なサービス行為として位置付けるとともに、生活援助行為を通じた観察・関わりをサービス内容として明示することが必要である。

○専門性を発揮するための仕組みの必要性

訪問介護事業所および訪問介護員の認識向上を向上させるとともに、それを後押しするための方策として、専門性を習得・発揮できるようにするための研修・資格制度の充実が求められる。地域包括ケア会議にサービス提供責任者が参画し発信する力を高めることも必要である。また、介護福祉士の養成課程においても、介護の技術のみならず、「見る」「待つ」といった側面に重点を置いた教育が必要となる。

【「専門性を必要としない生活援助」の分化について】

○専門性を必要としないサービスの切り出しの可能性

アンケート調査においても、訪問介護サービス以外での対応が可能とされる生活支援のみ利用者が一定程度存在することが確認され、これらの利用者に対しては、訪問介護の専門的な視点を日常的に必要とせず、他のサービスに移行していく可能性が示唆された。

○他サービスへの移行が期待されるサービスの整理

サービスの担い手には高度な専門性は不要であるが、ケアの提供や介護に関する基礎知識を有していることが望ましく、旧3級ヘルパー等の活用や、現行の家事支援サービス提供者（研修等を受講）、サポーターを養成等が考えられる。サービス提供体制としては、配食や宅配等の保険外の家事支援サービス等の活用、地域住民を主体とするボランティアの組織化な

どが考えられる。

サービスの範囲は基本的にはそれぞれの家事行為に限定され、現行の生活援助が担っている役割（利用者の状態にあわせた援助、状態把握等）を維持するための、マネジメントは含まれないことを前提に、こうした役割を補完する仕組みを検討する必要がある。

○保険外サービスの代行を可能とするための条件

保険外サービスが代行することにより利用者の自立した生活が損なわれることがないことが保証されることが前提となる。そのためには、「訪問介護員による生活援助を必要とするか否かの見極めが確実にされること」「サービスの担い手の養成と確保の仕組みがあること」が重要となる。また、必要に応じて訪問介護サービスとの間でスムーズに移行するため、制度外のサービス提供者と訪問介護サービスとは十分に連携をとる必要があり、この連携の中核となり推進する役割を、訪問介護およびサービス提供責任者が担うことが望まれる。

【訪問介護事業所の運営と今後の事業展開について】

○訪問介護サービスの報酬上の位置付けとサービス提供体制

専門職ならではの生活援助のみを介護保険制度で行う訪問介護に残し、他は家事代行サービス等、制度外のサービスに移行する方向性を検討し、身体介護、生活援助を統合して専門職が行う訪問介護サービスの体系を改めて見直すことも重要であると考えられる。その際には、10分、20分、30といった短時間の単位設定により柔軟なサービス提供を可能にするための検討も必要となる。

○サービス提供責任者による裁量の範囲について

訪問介護員が訪問介護サービスの必要性について疑問を感じた場合、サービス提供責任者を通じてケアマネジャーに対して、適切な提案をできるなど、サービス提供責任者がケアマネジャーに対して、より積極的に働きかけ、適切なケアマネジメントに参加できるような仕組みが望まれる。また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの提供における計画作成責任者のように、個別のサービスの提供に関して一定の裁量を持たせる運用についても検討する余地がある。

○安定的な事業継続とサービス提供体制の確保について

事業の安定化に向けては一定以上の規模が必要であるが、事業所規模を拡大することが困難な場合であっても、事務作業を一括してアウトソーシングする仕組みがあれば効率化が期待できる。また組合化について関心を持つ事業所もあり地域や事業所の状況に応じた対応が望まれる。また、ICTの有効活用による業務効率化やサービスの質向上も期待される。また、多角経営化、すなわち他サービスも含めた一体的な運営を行うことも有効と考えられる。

5.2 今後の方向性と課題

本調査では、訪問介護の専門性について整理を行った。今後、訪問介護サービスが提供するサービスの内容、訪問介護員が果たす役割、機能について、明確に打ち出すことで、訪問介護員の資質向上、サービスの質向上につながるとともに、専門性を伴わないサービスの保険外サービスへの切り出しの検討が可能となる。

したがって、訪問介護サービスが提供するサービスの内容、訪問介護員に求められる専門性、果たす役割、機能、具体的な内容について、より詳細な検討が必要である。必要に応じて、事例調査、追跡調査等を行い、専門性を持って関わることの効果についての根拠を明確にすることも有効であると考えられる。また、専門的な関与を要する利用者、場面について議論を深める必要がある。さらに、訪問介護サービスの提供により、利用者の状態の改善を促進するための仕組みの検討も求められる。

このように、訪問介護サービスに求められる機能、果たす役割が整理されることで、専門性が的確に発揮される形でのサービス提供を促進する単位時間の設定や、訪問介護員の専門的なサービス提供の価値が適切に評価されるための報酬体系の見直しについての具体的な検討が可能となる。

介護保険制度から切り出した生活支援サービスについては、地域の中で適切に提供される仕組みにつなげることが重要である。そのためには、訪問介護サービスの要否を見極める仕組み、人材を養成、確保しサービス提供体制とサービスの質の担保の仕組みづくりも必要となる。その中で、訪問介護サービスに求められる役割についても、明確に示しておく必要がある。訪問介護サービスは、生活を支える基盤となるサービスであり、介護福祉士等の専門性をもつ者により身体介護を中心とするサービスを提供するとともに、生活援助についてはその他の保険外のサービスの担い手も含め、地域での自立した在宅生活を支える関係者の連携や活用において中核的な役割を担うことが想定される。

上記のような検討を進めることにより、今後の訪問介護はいわゆる「家事代行」のイメージは払しょくされ、専門性を求められる場面での役割を担い、また、その専門性が高く評価される仕組みへと変革する可能性がある。こうした変革により、現行の訪問介護事業所は、それぞれが有する専門性やサービス提供内容に応じて、訪問介護以外のサービス提供形態への転換を含め、訪問介護事業所の機能分化や統廃合が進むことも想定される。

地域の中で、必要とされるそれぞれのサービス量の見通しを立てること、専門性を有する訪問介護員およびサポーター等生活援助サービスの提供者を質、量の両面から確保するためのリーダー養成やコーディネートの仕組みづくりが必要となると考えられる。

参 考 資 料

アンケート調査票

「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業」

訪問介護事業所の運営に関する調査票

■この調査票の構成と内容

この調査票の内容は以下のとおりです。訪問介護サービス事業所の現状を把握し、今後の安定的な運営を実現するための方策を検討する上で重要な調査となります。質問項目が多く、ご負担をおかけいたしますが、何卒ご協力のほどお願いいたします。

I 事業所の概要	法人種別や規模等の基本属性をお聞きします。	1ページ
II 職員体制	職員の人数等についてお聞きします。	2ページ
III 利用者の状況	利用者の人数とサービス提供回数をお聞きします。	
IV 生活援助サービスの提供状況	生活援助サービスを提供している利用者や担当する訪問介護員の特徴についてお聞きします	
V 平成27年度介護報酬改定の影響等	平成27年度改定による影響についてお聞きします。 1. 20分未満の身体介護について 2. 特定事業所加算IVについて 3. サービス提供責任者の配置について 4. 生活機能向上連携加算について	3ページ ～ 5ページ
VI 事業所の運営	貴事業所の運営の現状や課題、今後の展望についてお聞きします。	5ページ ～ 6ページ

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴事業所の管理者の方**がご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、**2015年11月1日時点**の状況についてご回答下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合は「0」とご記入下さい。
- ・ ご記入後の調査票は、同封の返信用封筒で**2015年12月18日（金）まで**にご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

株式会社三菱総合研究所 人間・生活研究本部 社会保障戦略グループ内

「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業」事務局

電話 : 0120-008-233 (平日 10:00~17:00)

FAX : 03-5157-2143 (24時間受付)

I 貴事業所の概要について（平成 27 年 11 月 1 日現在）

(1)所在地	()都・道・府・県	(2)事業開始年	平成()年		
(3)法人種別	1. 社会福祉協議会(社協) 2. 社協(番号1)以外の社会福祉法人 3. 協同組合(農協・生協) 4. 医療法人 5. 株式会社(民間企業) 6. 有限会社・個人経営等の民間企業 7. NPO(特定非営利法人) 8. 地方自治体(市区町村・広域連合を含む) 9. 社団法人・財団法人 10. その他()				
(4)貴事業所が属する法人の職員数(実人数)	1. 5人未満	2. 5～9人	3. 10～19人	4. 20～49人	5. 50～99人
(5)貴事業所が属する法人の訪問介護事業所数	6. 100～199人	7. 200～299人	8. 300人以上	9. わからない	
(6)貴事業所が属するグループや法人が提供しているサービス(複数回答)	区分		法人として提供	同一敷地内または隣接地に併設	
	1. 居宅介護支援・介護予防支援		1.	2.	
	2. 訪問看護		1.	2.	
	3. 通所介護・通所リハビリテーション		1.	2.	
	4. 短期入所生活介護		1.	2.	
	5. 特定施設入居者生活介護		1.	2.	
	6. 小規模多機能型居宅介護		1.	2.	
	7. 看護小規模多機能型居宅介護		1.	2.	
	8. 認知症対応型共同生活介護		1.	2.	
	9. 夜間対応型訪問介護		1.	2.	
	10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		1.	2.	
	11. 介護保険施設サービス		1.	2.	
	12. その他の介護保険サービス		1.	2.	
	13. 障害者向けサービス		1.	2.	
	14. サービス付き高齢者向け住宅		1.	2.	
	15. 医療機関		1.	2.	
	16. 介護保険外サービス				
	(1)通院同行		1.	2.	
	(2)入退院時サービス(入退院時の手伝い、入院中の買い物・洗濯、退院後の家事代行等)		1.	2.	
	(3)外出の付き添いサービス		1.	2.	
(4)家事・代行サービス(掃除、庭の手入れ、電池交換、電球交換、洗濯・調理・買い物、ペットの世話)		1.	2.		
17. 市町村からの委託事業等					
(1) 配食サービス		1.	2.		
(2) 緊急通報サービス		1.	2.		
(3) 独居高齢者の見守りサービス		1.	2.		
(4) その他の委託事業()		1.	2.		
18. その他()		1.	2.		
19. 訪問介護以外のサービスは実施していない		他サービスを実施していない場合ここに○をつけてください。()			

Ⅱ 職員体制（平成 27 年 11 月 1 日現在）

貴事業所の職員数 (該当しない場合には「0」を記入)	常勤実人数	非常勤 実人数	常勤換算数	平均年齢 (常勤・非常勤 含む)
管理者	()人		()人	()歳
サービス提供責任者数(管理者含む)	()人	()人	()人	()歳
訪問介護員 (サービス提供責任者兼任を除く)	()人	()人	()人	()歳
事務員	()人	()人	()人	()歳
その他の職員	()人	()人	()人	()歳

Ⅲ 利用者の状況（平成 27 年 11 月 1 日現在）

貴事業所の利用者数および サービス提供実績 (該当しない場合には「0」を記入)		介護保険 給付	介護予防 給付	その他(障害・保 険外サービス等)
	実利用者数	人	人	人
	サービス提供回数 (平成 27 年 10 月の 1 ヶ月間)	回	回	回
	サービス付き高齢者向け住宅 の利用者数	()人 うち併設()人		
	外部サービス利用型(有料老人 ホーム、軽費老人ホーム、養護 老人ホーム)の利用者数	()人		

Ⅳ 生活援助サービスの提供状況

(1) 要介護度別の生活援助サービ スのみの利用者数と利用回数 (訪問介護計画上の位置づけ) (のべ利用回数は平成 27 年 10 月の 1 か月間)	利用者数合計	生活援助のみの利用者	
		人数	のべ利用回数
要介護1	人	人	回
要介護2	人	人	回
要介護3	人	人	回
要介護4	人	人	回
要介護5	人	人	回
(2) 生活援助サービスのみを受け ている利用者や家族の特徴	(例: 独居、家族介護者が高齢である、引きこもり など具体的にご記入ください)		
(3) 訪問介護計画上に明記されて いない生活援助に相当するサー ビスを提供する場合がありますか。 (例: 排泄介助の際に衣類の汚 染があり、計画書に位置づけ られていない洗濯サービスを 提供した場合など)	どのような場合ですか	提供するサービス内容	
	1. 頻繁にある 2. ときどきある 3. ほとんどない 4. まったくない	(身体介護で訪問時など)	(調理、買い物など)
(4) 貴事業所では、生活援助サー ビスを提供するヘルパーの割 り当てに方針や特徴がありま すか。 (【 】はいずれかあてはまる方 に○をつけてください)	サービス提供に応じる理由:		
	1. ヘルパー経験の【 短い・長い 】ヘルパーが担当することが多い 2. 【 常勤・非常勤(登録ヘルパー等) 】のヘルパーが担当することが多い 3. 年齢の【 低い・高い 】ヘルパーが担当することが多い 4. 家事経験の豊富なヘルパーが担当することが多い 5. 特定の能力の高いヘルパーが担当することが多い⇒具体的に() 6. その他() 7. 特に方針や特徴はない		

V 平成 27 年度介護報酬改定の影響等について

1. 20 分未満の身体介護について			
(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定	1. 指定を受けている(一体的に運営している場合に限る) 2. まだ指定を受けていないが、受ける時期が決まっている 3. 現時点では指定を受ける時期は決まっていない		
(2) 20 分未満の身体介護の算定の有無	1. 算定している ⇒(3)(4)にお答えください 2. 算定していない ⇒(5)(6)にお答えください		
20 分未満の身体介護を算定している場合、以下の(3)(4)にお答えください。			
(3) 頻回に訪問する利用者(2時間ルール適用外)について、1 か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)の範囲を超えないように調整したケースがありますか。	1. 頻回に訪問する 20 分未満の身体介護の利用者はいない 2. 頻回に訪問する利用者はいるが、1 か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)の範囲を超えないように調整したケースはない 3. 頻回に訪問する利用者について、1 か月あたりの訪問介護費が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(Ⅰ)の範囲を超えないように調整したケースがある ⇒どのように調整しましたか ア. 訪問回数を調整した イ. 定期巡回・随時対応型訪問介護に切り替えを行った ウ. その他()		
(4) 20 分未満の身体介護を提供している利用者の住居別人数(平成 27 年 11 月 1 日現在)	住宅種別	通常の訪問介護(2時間ルール適用)利用者数	頻回の訪問介護(2時間ルール適用外)利用者数
	1. 一般住宅	()人	()人
	2. サービス付き高齢者向け住宅(併設)	()人	()人
	3. サービス付き高齢者向け住宅(併設以外)	()人	()人
	4. 外部サービス利用型(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム)	()人	()人
20 分未満の身体介護について、頻回型(2時間ルール適用外)で算定していない場合、以下の(5)(6)にお答えください。			
(5) 算定していない理由(複数回答)	1. 20 分未満の身体介護(頻回型)を希望する利用者がいない 2. 20 分未満の身体介護(頻回型)を算定するための要件を満たすことができない 3. 訪問体制が整備できない 4. 採算を確保できる見込みがない 5. ケアマネジャーの理解が不足している 6. 利用者・家族が本サービスを知らない 7. 市町村の理解が得られない 8. その他()		
「2」を選択した場合：算定が難しい要件に○をつけてください。(複数回答)	1. 要介護 3～5 の利用者であり日常生活自立度ランク B～C であること 2. サービス担当者会議が 3 か月に 1 回以上開催されていること 3. 1 週間に 5 日以上 20 分未満の身体介護が必要であること 4. 常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること 5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること 6. その他()		
(6) 20 分未満の身体介護の算定に対する今後の意向	1. 20 分未満の身体介護を必要とする利用者がいれば、対応する 2. 障壁となっている算定要件が緩和されれば算定する 3. (算定要件以外の)条件を整えば算定する 4. 算定する意向はない 5. どちらともいえない		

2. 特定事業所加算Ⅳについて	
(1) 特定事業所加算の取得状況	1. 特定事業所加算(Ⅰ)を算定している ⇒3へ 2. 特定事業所加算(Ⅱ)を算定している ⇒3へ 3. 特定事業所加算(Ⅲ)を算定している ⇒3へ 4. 特定事業所加算(Ⅳ)を算定している ⇒3へ 5. 特定事業所加算は算定していない ⇒(2)へ
(2) 特定事業所加算Ⅳを算定していない場合、その理由	1. すべての訪問介護員等に対し、情報伝達・技術指導を目的とした会議を概ね1月に1回以上開催し、概要を記録することができない 2. 利用者情報やサービス提供時の留意事項を書面により訪問介護員に伝達し、サービス提供終了後の報告内容を書面に記録・保存することができない 3. 少なくとも1年に1回事業主の負担により健康診断等を定期的に行うことができない 4. 事業所における緊急時の対応方針・連絡先・対応可能時間等を記載した文書を利用者に交付し、説明を行うことができない 5. 人員基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置できない 6. サービス提供責任者全員に、サービス提供責任者業務の質の向上に資する個別研修計画が策定され、研修を実施または実施を予定できない 7. 前年度又は前3月間における利用者総数のうち、要介護3～5である者、認知症自立度Ⅲ以上の利用者、喀痰吸引や経管栄養が必要な利用者の合計の占める割合を60%以上にできない 8. 要件は満たしているが算定していない →その理由() 9. その他()

3. サービス提供責任者の配置人数の基準の緩和について		
(1) 貴事業所は、右に示すようなサービス提供責任者の配置人数の基準の緩和される条件に該当していますか。	常勤のサービス提供責任者を3名以上配置	1. 平成27年4月以前から該当 2. 平成27年4月以降に該当 3. 該当していない
	サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1名以上配置	1. 平成27年4月以前から該当 2. 平成27年4月以降に該当 3. 該当していない
	サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている(IT活用等)	1. 平成27年4月以前から該当 2. 平成27年4月以降に該当 3. 該当していない
(2) (1)の条件に該当している場合、サービス提供責任者1人あたりの利用者数を40人から50人に変更しましたか。	1. 変更した ⇒(3)へ ア. サービス提供責任者の配置数を削減した イ. 事業所の利用者数を拡大した ウ. その他() 2. (1)の条件に該当しているが、変更していない ⇒4. へ ⇒変更しない理由() 3. (1)の条件を満たしていないため、変更していない ⇒4. へ	
(3) サービス提供責任者の配置を変更した場合、サービス提供責任者の働き方の変化や影響についてお答えください。	サービス提供責任者の業務量	1. 増加した 2. 減少した 3. 変化なし
	サービス提供責任者が直接利用者にサービスを提供する時間	1. 増加した 2. 減少した 3. 変化なし
	サービス提供責任者としての本来業務(サービス提供以外)にかかる時間の割合	1. 増加した 2. 減少した 3. 変化なし
	サービス提供責任者の業務効率	1. 向上した 2. 低下した 3. 変化なし
	その他の変化	()

4. 生活機能向上連携加算について		
(1) 生活機能向上連携加算取得の状況(平成 27 年 10 月)		生活機能向上連携加算を算定した利用者数
	訪問リハビリテーション	人
	通所リハビリテーション	人
(2) 生活機能向上連携加算を取得している場合、通所リハビリテーション事業所との提携の変化(複数回答)	1. リハビリテーション専門職に利用者に関する情報共有や相談しやすくなった 2. 利用者の身体状況等を評価しやすくなった 3. 利用者の生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成しやすくなった 4. その他() 5. 特に変化はない	
(3) 生活機能向上連携加算を取得していない場合、その理由	1. 通所リハビリテーションの専門職が利用者宅を訪問する機会がない 2. リハビリテーション専門職が訪問する日程にあわせて、サービス提供責任者が同行することが難しい 3. 利用者の身体の状態等の評価を共同で行うことが難しい 4. 生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を策定することが難しい 5. 要件は満たしているが算定していない ⇒その理由() 6. その他()	

VI 事業所の運営について

(1) 貴事業所の平成 27 年 4 月以降の収支はおよそどのような状況ですか最も近いものに○をつけてください。	1.黒字 2. 収支均衡 3.赤字 4.不明		
(2) 貴事業所では、介護職員実務者研修の受講や介護福祉士資格取得を奨励していますか。	1. 研修等の情報提供をしている 2. 受講費用の一部を補助している 3. 受講に際して勤務上の配慮をしている 4. 特になし		
(3) 貴事業所では、都道府県による介護職員に関する研修の補助制度を活用していますか。	1. 活用している 2. 補助制度があるが、活用していない 3. 補助制度はない 4. 補助制度について知らない		
(4) 貴事業所では、「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」の導入(例: OJT等に取り入れるなど事業所の人材育成に活用する、職員のレベル認定を奨励する等)についてどのように考えていますか。	1. すでに導入している 2. 導入を予定・検討している 3. 関心はあるが具体的に検討していない 4. 関心がない 5. 「介護プロフェッショナル キャリア段位制度」について知らない		
(5) 貴事業所では、職員のキャリアパスに応じた役割・職務を設定していますか。	1. 事業所の体制や業務の実態に即して、職種・職級ごとの職務・能力を明確にしたキャリアパスを設定している 2. 標準的なキャリアパスモデルを導入している 3. 事業所におけるキャリアパスが明確にされていない		
(6) 貴事業所において、人材の確保や定着、育成における課題のうち、特に重大だと思えるものを3つまで選んでください。(課題がない場合には「8. 」に○をつけてください)	1. 志望者が少なく、必要数を採用できない 2. 志望者が適性を備えていないため、採用できない 3. 離職者が多い 4. 訪問介護員が高齢化している 5. 知識、スキルが十分でない職員が多い 6. モチベーションが低い職員が多い 7. 事業所内での育成が困難である 8. その他() 9. 特に課題はない		
上記の要因として特に重大だと考えているものに○をつけ、その理由を記入してください。	1. 介護保険制度に関する要因 2. 社会や地域に関する要因 3. 職場環境に関する要因 4. 事業所運営に関する要因	【その理由】	
上記の課題の解決に向けて実施している取組があればご記入ください。			

<p>(7) 貴事業所では、訪問介護員が担当する利用者や提供するサービスを割り当てる際、どのような点を重視していますか。(複数回答)</p>	<p>1. 専門性 2. 経験 3. 利用者との相性 4. 業務負担の平準化 5. 居住地と勤務地 6. 訪問介護員としての育成</p> <p>7. 扶養控除のための就労調整 (年収 103 万円、130 万円の壁) 8. 週 30 時間を超えない水準の稼働 9. その他 ()</p> <p>10. 特に考えていない</p>			
<p>(8) 貴事業所の所在地域において、他の訪問介護事業所と連携の仕組みはありますか。</p>	<p>1. 連携の仕組みがある →連携の内容(複数回答) ア. 定期的に会合を行っている イ. 合同で勉強会、研修などを企画・開催している ウ. 空き状況や利用者情報などを共有している エ. 人事交流がある オ. その他()</p> <p>2. 連携の仕組みはない</p> <p>3. どちらともいえない・わからない</p>			
<p>(9) 貴事業所では、次のような介護保険外のサービスを実施していますか。あてはまるものに○をつけてください。</p>	<p>サービス</p>	<p>貴法人が実施</p>		<p>住民の組織化を促すような取り組み</p>
		<p>法人内で実施</p>	<p>別法人に委託</p>	
	<p>配食</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>
	<p>宅配</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>
	<p>掃除</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>
	<p>洗濯</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>	<p>あり なし</p>
<p>(10) 貴事業所において、今後の事業所運営の安定、あるいは拡大に向けてどのように考えていますか。(複数回答)</p>	<p>1. 身体介護を中心とする利用者の割合を拡大したい 2. 生活援助を中心とする利用者の割合を拡大したい 3. 中重度の利用者の割合を拡大したい 4. 医療ニーズを有する利用者への対応を拡大したい 5. 事業所の規模を拡大したい 6. IT 化を進めて、業務を効率化したい 7. 地域の他の訪問介護事業所と連携を強化したい 8. 訪問介護以外のサービスを充実させ、多角化したい 9. その他() 10. 特に考えていない</p>			
<p>(11) 貴事業所では、新総合事業における訪問型サービス(A)(記入要領参照)に対応していますか。または今後対応する予定がありますか。あてはまるものに○をつけ、その理由をご記入ください、</p>	<p>1. 対応している。 2. 今後は積極的に対応したい 3. 対応せざるをえない 4. 今後検討したい 5. 対応する予定はない 6. その他()</p>	<p>【その理由】</p>		
<p>(12) 事業所の運営における課題がありましたら自由にご記入ください。</p>				
<p>(13) 今後の事業所の改善やさらなる発展のためにどのようなことが必要だと考えますか。自由にご記入ください。</p>				

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

訪問介護サービスの今後のあり方に関する調査研究

【生活援助サービス利用者調査票】

※ 10月中旬に、実際に生活援助サービスを提供した利用者の中から5名を抽出し、担当しているサービス提供責任者の方が1人1枚記入して下さい。(抽出方法は、実施要領P2をご参照ください)

※ 特に記載がない限り、平成27年11月1日時点または平成27年10月1か月の状況をご記入ください。

1. 利用者の属性やサービス利用状況についてお伺いします。			
(1) 性別	1. 男性	2. 女性	(2) 年齢 _____ 歳
(3) 要介護度	1. 要介護1	2. 要介護2	3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. その他(認定申請中)
(4) 日常生活自立度 (直近の主治医意見書に基づく)	1. 自立	2. J1	3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. その他
(5) 認知症高齢者の日常生活自立度 (直近の主治医意見書に基づく)	1. 自立	2. I	3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. その他
(6) ADL	移動	1. 自立	2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	食事	1. 自立	2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	排泄	1. 自立	2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	整容(着替え)	1. 自立	2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
(7) IADL	バスや電車で一人で外出していますか(自家用車も含む)	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	日用品の買物をしていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	自分で食事の用意をしていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	請求書の支払いをしていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	預貯金の出し入れをしていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	年金などの書類が書けますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	新聞を読んでいますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	本や雑誌を読んでいますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	友人の家を訪ねていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	家族や友人の相談にのっていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	病人を見舞うことができますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない		
(8) 健康状態	1. とてもよい 2. よい 3. あまり良くない 4. よくない 5. 不明		
(9) 治療の有無	1. あり 2. なし 3. 不詳		
(10) 現在、有している傷病 (複数回答)	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病	14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他 () 19. ない
(11) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない		

(12) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3. その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者 (65 歳以上) のみ 2. 3 世代同居 3. それ以外
(13) 介護者の状況	1. あり 2. なし →(15)へ
「1. あり」の場合： 家族介護者等の状況	1. 常時、介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
主に介護をしている方の 1 日の平均的な介護時間（※介護の頻度が数日に 1 度の場合は「5. その他」に○）	1. ほとんどが終日 2. 半日程度 3. 2～3 時間程度 4. 必要な時に手をかす程度 5. その他（ ）
(14) 事業所から利用者宅への移動時間	片道 _____ 分 （最大の移動時間を概算で記入してください）
(15) 現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅
(16) 住居の形態	1. 持家 2. 一般の民間賃貸住宅 3. 一般の公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 4. 借間 5. サービス付き高齢者向け住宅等 → a. サービス付き高齢者向け住宅 b. 外部サービス利用型（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム） 6. その他（ ）
(17) 現在利用している訪問介護サービス内容（複数回答）（10 月中の実績をもとに記入）	1. 身体介護 2. 生活援助 3. 通院等乗降介助
(18) 現在利用している他サービス（複数回答）（10 月中の実績をもとに記入）	1. 訪問入浴介護 8. 短期入所療養介護 2. 訪問看護 9. 特定福祉用具販売 3. 訪問リハビリテーション 10. 福祉用具貸与 4. 通所介護 11. 夜間対応型訪問介護 5. 通所リハビリテーション 12. 認知症対応型通所介護 6. 居宅療養管理指導 13. 住宅改修 7. 短期入所生活介護 14. その他（ ）
(19) 10 月中のサービス利用総単位数	_____ 単位 ※訪問介護以外のサービスも含めて、給付管理票上に記載されている 1 か月間の介護報酬総単位数を記入してください。
(20) 10 月中の訪問介護給付単位数	_____ 単位 ※1 か月分の貴事業所からの訪問介護の給付単位数を記入してください

2. 生活援助サービスの提供状況についてお伺いします。

(1)生活援助サービスが個別サービス計画上に位置付けられていますか			1. はい 2. いいえ
1. 「はい」の場合 生活援助サービスを提供する回数、導入の目的	サービス内容	1 週間の回数	導入の短期目標 (ケアプランから転記してください)
	調理、配膳・下膳	回	
	薬の受け取り	回	
	掃除	回	
	洗濯	回	

1. 「はい」の場合 生活援助サービスを提供 する回数、導入の目的 (前頁の続き)	サービス内容	1週間の 回数	導入の短期目標 (ケアプランから転記してください)
	買い物	回	
	ベッドメイク	回	
	衣類の整理等	回	
	相談援助業務	回	
	その他	回	
(2) この利用者に対して生活 援助サービスを提供して いる理由 (複数回答)	1. ケアプランに位置づけられているため 2. 担当者会議で必要性について決定されたため 3. サービス提供責任者のアセスメントにもとづき必要性があると判断されたため 4. ケアプランには位置づけられていないが、本人・家族等からの要望があるため 5. その他 ()		
(3) この利用者に対して、生活 援助サービスを訪問介護事 業所として継続的に提供す る必要性があると思いま すか。 あてはまるものを選び、そ の理由をご記入ください。	1. 訪問介護事業所が行う介護保険サ ービスとして継続する必要性がある 2. 総合事業や地域の生活支援サー ビス等、他の形態で提供することも可 能である 3. どちらともいえない	【その理由】	

【訪問介護員一覧】

P4では、1週間の調査期間中にこの利用者に対して提供したサービスの記録をお願いいたします。サービスを提供した訪問介護員について、下記の一覧表にご記入ください。(15人を超える場合は事務局までご連絡ください)

ID	サービス 提供責 任者※1	勤務形態	年齢	保有 資格 ※2	介護福祉士を有する 場合、取得後の年数	介護に関する 通算経験年数	身体介護 を実施 ※3	生活援助 を実施 ※3
1		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
2		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
3		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
4		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
5		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
6		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
7		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
8		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
9		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
10		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
11		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
12		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
13		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
14		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		
15		1 常勤 2 非常勤	歳		年	年		

※1: サービス提供責任者の場合は、○をつけてください。

※2: 保有している資格の番号を記入してください。(複数の資格を有する場合、最も小さな番号を記入)

01 介護福祉士 02 介護職員実務者研修 03 介護職員初任者研修 04 介護職員基礎研修
05 訪問介護員1級課程 06 訪問介護員2級課程 07 その他

※3: この利用者に限らず、訪問介護員として通常提供しているサービスについて○をつけてください。

1 週間のサービス提供の記録表

- ・ この利用者に提供したサービスについて、担当した訪問介護員 ID (P3)を記入してください。(連続する7日間)
- ・ 計画上のサービスではなく、実際に行った「行為」について記入してください。時間帯、回数は問わず、1 日の中で実施した場合に記入してください。複数の訪問介護員が行った場合には、それぞれ記入してください。
- ・ 計画上位置付けられていないが実施した行為には、訪問介護員 ID に(かっこ)をつけてください。例: (3)など
- ・ 20 分未満の身体介護については、訪問介護員 ID に下線を引いてください。例: 5 など

	記入例	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
■訪問なし								
■実施した生活援助サービス								
調理、配膳・下膳								
掃除	3							
洗濯								
買い物、薬の受け取り								
ベッドメイク	(3)							
衣類の整理・衣服の補修								
相談援助業務								
■身体介護								
起床・就寝介助	<u>5</u>							
洗面等、身体整容(口腔清潔、洗顔、整髪)	<u>5</u>							
食事介助(摂取介助)								
特段の専門的配慮をもって行う調理								
排泄介助								
更衣介助								
身体の清拭(全身・部分清拭)								
入浴介助								
体位交換								
移動・移乗介助								
通院・外出介助								
服薬介助								
■その他のケア(他事業所が提供するサービスも含めて、把握している範囲で○を記入してください)								
安否確認等								
医療・看護ケア								
サ高住の提供するサービス								
通所サービス								
ショートステイ								
配食サービス	○							
食事(調理)								

この事業は、平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により実施したものです。

平成 28（2016）年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL : 03（6705）6024 FAX : 03（5157）2143

不許複製